

Praktikum in der Zahnarztpraxis

S. 38 ff



10 EU-Berichterstattung über
die Gesundheitssysteme



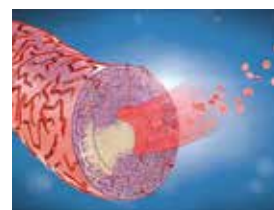
12 Datensicherung und
Schulungen



22 Festsitzender Zahnersatz
bei älteren Patienten



28 Die große Bedeutung
der kleinen
Versorgungsgefäße





Zahnärztekammer online Informations- und Downloadangebot für Ihre Praxisführung

Praxisführung allgemein:

<https://zkn.de/praxis-team/praxisfuehrung.html>

Seminarangebot ZAN und Bezirksstellen:

<https://zkn.de/praxis-team/zan-beruf-und-bildung.html>

Röntgen-Strahlenschutz-Aktualisierung:

<https://zkn.de/praxis-team/roentgen-aktualisierung.html>

FAQs zur Aktualisierung:

<https://zkn.de/praxis-team/zan-beruf-und-bildung/roev-aktualisierung-stahlenschut.html>

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ):

<https://zkn.de/praxis-team/praxisfuehrung/gebuehrenordnung.html>

Rund um Hygiene:

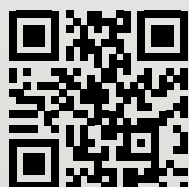
<https://zkn.de/praxis-team/hygiene.html>

Alterszahnmedizin:

<https://zkn.de/praxis-team/alterszahnmedizin.html>

Patientenberatung:

<https://zkn.de/patienten/patientenberatung.html>



Immer aktuell informiert
vor Ort und mobil:
<https://zkn.de>

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

Joint Venture von Staat und Berufsstand

In Deutschland sind die akademischen Freien Berufe in Kammern organisiert. Rund 75.000 Mitglieder sind in 17 Zahnärztekammern als Pflichtmitglieder eingetragen. Die mit der Pflichtmitgliedschaft verbundene Pflicht zur Beitragszahlung wird von manchen Kolleginnen und Kollegen als unzulässiger Eingriff in Grundrechte gesehen, ist aber andererseits der einzige Weg, dass alle Angehörigen des Berufsstandes – demokratisch legitimiert – von der Basis aufwärts in den zahnärztlichen Gremien mitwirken und die unserem zahnärztlichen Berufsstand vom Gesetzgeber durch das Zahnheilkundengesetz (ZHG), das Gesetz für die Heilberufe (HKG) und die Berufsordnungen übertragenen hoheitlichen Aufgaben und Pflichten durch die Selbstverwaltung erfüllen können.

Professor Dr. Kluth, Lehrstuhlinhaber für öffentliches Recht der Universität Halle Wittenberg, nannte dieses deutsche Kammerwesen auch ein „Joint Venture von Staat und Berufsstand“. Geprägt von der preußischen Staatstradition von einer funktionalen Selbstverwaltung nach dem Subsidiaritätsprinzip sorgen die internen Organisationsstrukturen mit hoher Effizienz (geringe Kosten) und Effektivität für ein hohes Maß an Vertrauen in das Verwaltungshandeln.

Das ist im Idealfall für beide Seiten gut, der Staat, der im Regelfall nur die Rechtsaufsicht führt, wird von Aufgaben und Kosten entlastet und der Berufsstand, dem durch das demokratische Mitgestaltungsrecht Einfluss gewährt wird, reagiert auf Veränderungen mit einem hohen Maß von Akzeptanz. Das kann noch unterstützt werden durch umfängliche Beratung und Dienstleistungsangebote aus dem Verständnis für berufsspezifische Besonderheiten.

Diese Aufgabenverteilung durch Staat und Selbstverwaltung ist ein deutsches Erfolgsmodell in den letzten Jahrzehnten. Staatlich ausufernde Fürsorge und Bürokratie,



Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida
Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen

sowie europäische Deregulierungs- und Harmonisierungsmaßnahmen sind dabei, dieses System zu zerstören. Es lohnt sich für unseren Berufsstand und unsere Gesellschaft, für den Erhalt dieses „Joint Venture von Staat und Berufsstand“ zu arbeiten und zu streiten. ■

Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida
Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT – 52. 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

Redaktionsassistent

Kirsten Eigner (ZKN), Melanie König (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBÜRO

ZKN

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

KZVN

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

GESAMTHERSTELLUNG

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

ZAHNÄRZTLICHE KLEINANZEIGEN

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

REDAKTIONSHINWEISE

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

ISSN 1863-3145

ZKN

Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 07+08/17: 13. Juni 2017
Heft 09/17: 14. August 2017
Heft 10/17: 11. September 2017

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



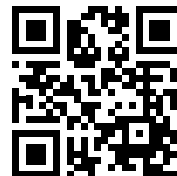
BEILAGENHINWEIS



Dieser Ausgabe liegt eine Beilage für die

► DG PARO Jahrestagung 2017

bei. Wir bitten um freundliche Beachtung.



Dieser sog. QR-Code führt nach Einscannen mit z. B. einem Smartphone über ein geeignetes Programm/eine entsprechende App mit Internetanschluss direkt auf die Homepage des NZB: <http://www.nzb.de>

FSC

15



17



20



LEITARTIKEL

- 1 Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida:
Joint Venture von Staat und Berufsstand

POLITISCHES

- 4 Parteiprogramme:
Bei den BündnisGRÜNEN ist nur
die „PflegeZeit Plus“ neu
- 6 Parteiprogramme:
Sogar die AfD hat Ideen –
Manches kommt verquer daher
- 9 Gesundheitswirtschaft und
Versicherungssysteme
BMWi präsentiert Gesundheitswirt-
schaftliche Gesamtrechnung 2016
- 10 EU-Berichterstattung über die
Gesundheitssysteme
Deutschland Spitzenreiter bei
Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben
- 11 Negativzinsen belasten
Gesundheitsfonds
- 12 Datensicherung und Schulungen
- 14 eGK: KZBV und Kassen einigen
sich auf Grundsatzfinanzierungs-
vereinbarung
- 15 Informationsveranstaltung für
KV-Mitglieder zur geplanten klinischen
Krebsregistrierung in Niedersachsen

- 17 Tagung der Kooperationspartner zum
BuS-Dienst in München

- 18 Medizinisch-technischer Fortschritt
als Ergebnis des Systemwettbewerbs
zwischen GKV und PKV
Die Rolle der Privaten
Krankenversicherung (PKV)

- 20 Erstes Arbeitstreffen mit den neuen
Vorsitzenden der Verwaltungsstellen
der KZVN

FACHLICHES

- 22 Festsitzender Zahnersatz bei
älteren Patienten
Herausforderungen und
Versorgungskonzepte
- 27 KZBV im Clinch mit der
Verbraucherzentrale NRW
- 28 Die große Bedeutung der kleinen
Versorgungsgefäße
- 30 Umgang mit Blutgerinnung
Antikoagulation und
Thrombozytenaggregationshemmung
- 34 Zum evidenten Einsatz von Antibiotika
in der zahnärztlichen Praxis
- 36 Global und interdisziplinär
- 38 Praktikum in der Zahnarztpraxis
Rechte und Pflichten von Praktikanten
und Ausbildern

TERMINLICHES

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

PERSÖNLICHES

- 44 Dr. Lutz Glusa
Glückwunsch zum 60. Geburtstag
- 44 Wir trauern um unsere Kolleginnen
und Kollegen
- 45 Herzlichen Glückwunsch nachträglich
zum 65. Geburtstag Dr. Hartmut Bleß
- 45 Herzliche Glückwünsche zum
Geburtstag!

AMTLICHES

- 46 Niederlassungshinweise
- 47 Ungültige Zahnarzttausweise

KLEINANZEIGEN

- 48 Kleinanzeigen

22



36



38



PARTEIPROGRAMME:

Bei den BündnisGRÜNEN ist nur die „PflegeZeit Plus“ neu

Bei den BündnisGRÜNEN ist das Antragskonvolut für die 41. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz vom 16. bis 18. Juni 2017 bereits auf 106 Seiten angewachsen. Es beinhaltet nur die programmatischen Anträge des Bundesvorstandes für den Parteitag, der dieses Mal in Berlin abgehalten wird. Sicherlich kommen weitere aus den Untergliederungen hinzu, aus denen dann das Wahlprogramm gegossen werden soll. Auch bei den BündnisGRÜNEN findet eine Road-Show der Parteioberen bei der Basis statt, die „Dialogveranstaltungen“ genannt werden. Welche „Verbesserungen“ für das Wahlprogramm dabei herauskommen, das muss abgewartet werden. Für die bundesdeutsche Gesundheits- und Sozialpolitik reservierte man am Platz vor dem Neuen Tor, dem Sitz der Parteizentrale, nur wenig mehr als vier Seiten. Der am 8. März 2017 vom Bundesvorstand beschlossene Antrag GS-SZ-01 fackelt dort alle relevanten Themen kurz ab. Das zeigt, dass diese Bereiche des bundesdeutschen

gesellschaftlichen Lebens bei der Ökopartei nur wenig Raum einnehmen und ihre Kompetenz auf diesem Feld weiter dahinschmilzt. Das Fazit der Vorstellungen fasste man sogar selbst in wenigen Zeilen zusammen: „Wir wollen alle Bürgerinnen und Bürger gegen die großen Risiken des Lebens gut absichern – zu fairen und gerechten Bedingungen. Dafür werden wir die gesetzliche Rente stärken, sie zur Bürgerversicherung weiterentwickeln und so das Rentenniveau stabil halten. Mit der Einführung der Bürgerversicherung im Gesundheitssystem schaffen wir eine gerechtere und bessere Gesundheitsversorgung aller. Unsere PflegeZeit Plus fördert die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.“

Der Entwurf der Parteioberen enthält also wenig Neues. Die GRÜNEN fokussieren sich weiterhin auf ihre Form der „Bürgerversicherung“ – und das war es dann auch weitgehend. Neu ist nur ihre Idee von einer dreimonatigen „PflegeZeit Plus“, mit der man Bedürfnissen der Pflegenden entgegenkommen will. Spektakulär ist daher nichts – von den BündnisGRÜNEN kommen in diesem Jahr keine nennenswerten gesundheits- und sozialpolitischen Impulse – vorerst zumindest. Es könnte ja sein, dass die Bundesdelegiertenkonferenz noch mit einer oder mehreren Überraschungen aufwartet.

Wir dokumentieren nur die relevanten Teile aus dem Antrag im vollen Wortlaut:

„Wir machen den Sozialstaat sicher und zukunftsfest

[...]

**Raus aus der Zwei-Klassen-Medizin –
Gesundheit solidarisch für alle**

Leider haben wir heute in Deutschland eine Zwei-Klassen-Medizin. Gesetzlich Versicherte bekommen später einen



Termin bei Fachärztin oder Facharzt als privat Versicherte. Ärztinnen und Ärzte lassen sich vor allem dort nieder, wo viele privat Versicherte wohnen. In der Privaten Krankenversicherung (PKV) zahlen Alte und Kranke mehr als Junge und Gesunde. Oft sind Versicherte durch die hohen Beiträge in der PKV schnell überfordert, doch einfach zur Gesetzlichen wechseln können sie nicht. Gleichzeitig verabschieden sich viele Gutverdienerinnen und Gutverdiener durch die PKV aus der Solidarität mit den sozial Benachteiligten. Das übernehmen dann die gesetzlich Versicherten, also die mit geringen und mittleren Einkommen. Ein solches System ist ungerecht.

Wir Grünen wollen die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zu einer Bürgerversicherung weiterentwickeln. Alle Bürgerinnen und Bürger, auch Beamt*innen, Selbständige und Gutverdienende beteiligen sich. Auf Aktiengewinne und Kapitaleinkünfte werden ebenfalls Beiträge erhoben. Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen übernehmen wieder jeweils die Hälfte des Beitrags und die bisher allein von den Arbeitnehmer*innen getragenen Zusatzbeiträge werden wieder abgeschafft. Es gibt keine Unterschiede mehr bei den Arzthonoraren. Mit der Bürgerversicherung wäre Gesundheit stabil und fair finanziert und alle Kassen würden um die beste Versorgung konkurrieren. Die Patientinnen und Patienten gehören in den Mittelpunkt, an ihren Bedürfnissen muss sich die Versorgung ausrichten. Wir sollten nicht erst handeln, wenn die Krankheit schon da ist. Das Gesundheitswesen muss Gesundheit besser fördern: Von der Kindertagesstätte über die Schule bis hin zum Arbeitsleben und dem Leben im Alter wollen wir den Menschen Wissen über eine gesundheitsbewusste Lebensweise vermitteln. Geschlechtsspezifische Aspekte müssen bei der Prävention und der Behandlung, aber auch in der Forschung stärkere Beachtung finden. Wir schaffen eine Patientenstiftung und stärken wieder die unabhängige Patientenberatung. Um auch dünner besiedelte Regionen besser zu versorgen, brauchen Kommunen und Regionen mehr Einfluss. Den Personalnotstand in den Krankenhäusern werden wir bekämpfen und die Arbeitsbedingungen verbessern. Für alle Schwangeren muss Begleitung durch Hebammen gewährleistet sein. Für Hebammen in Krankenhäusern fordern wir einen ausreichend dimensionierten Personalschlüssel und angemessene Vergütung. Freiberufliche Hebammen brauchen eine dauerhafte Lösung für die hohen Beiträge der Haftpflichtversicherung durch einen Haftungsfonds, bevor noch mehr ihren Beruf aufgeben. Die Digitalisierung kann im Gesundheitswesen vieles verbessern, etwa für chronisch Kranke. Patientinnen und Patienten brauchen dabei selbstbestimmten Zugang zu ihren Daten.

[...]

Sicherheit in der Selbständigkeit

Um die soziale und ökologische Modernisierung zu meistern, brauchen wir auch die innovative Kraft von Gründerinnen und Gründern. Wir wollen alle, die den mutigen Schritt in die Selbständigkeit wagen, dabei unterstützen, sich besser und einfacher abzusichern. Gesetzlich versicherte Selbständige wollen wir bei den Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen mit geringeren Mindestbeiträgen entlasten. Wir wollen eine freiwillige Arbeitsversicherung für Selbständige, die erschwinglich, für alle Selbständigen geöffnet und gerechter ausgestaltet ist. Wahltarife sollen dabei mehr Flexibilität für Selbständige ermöglichen. Wir wollen alle nicht anderweitig Selbständigen in die gesetzliche Rente einbeziehen und ihnen eine größere Beitragsflexibilität als heute ermöglichen. Selbständige sollen in guten Zeiten höhere Beiträge vor- oder nachzahlen können, damit sie in schlechten Zeiten entlastet werden. Wir stehen ohne Wenn und Aber zur Künstlersozialkasse. Analog zu Mindestlöhnen, die nur abhängig Beschäftigten zustehen, wollen wir auch branchenspezifische Mindesthonorare ermöglichen.

[...]

Die Bürgerversicherung im Gesundheitssystem – Erstklassig für alle!

Wir wollen eine gerecht finanzierte Bürgerversicherung im Gesundheitssystem. Alle zahlen dort ein, auch Beamt*innen, Selbständige, Unternehmer*innen und Abgeordnete werden einbezogen. Alle werden beim Arzt oder der Ärztin auf dem gleichen hohen Niveau behandelt. Das Zwei-Klassen-System, in dem Privatpatientinnen und -patienten bevorzugt werden, hat ein Ende. Neben Löhnen und Gehältern werden auch auf Kapitaleinkünfte Beiträge erhoben. Bei den Löhnen zahlen Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen wieder jeweils die Hälfte des Beitrages und die pauschalen Zusatzbeiträge werden abgeschafft. So wird Gesundheit fair finanziert und die Bürgerinnen und Bürger können dennoch wählen: Alle Krankenversicherungen bieten künftig die Bürgerversicherung an und konkurrieren über die Höhe des Beitrages, über den Service, das zusätzliche Leistungsangebot und die Qualität. ■

[...]"

Quelle: Dienst für Gesellschaftspolitik –
dfg, Nr. 12/2017, Seite 5-7

Sogar die AfD hat Ideen – Manches kommt verquer daher



Man kann zu der „Alternative für Deutschland“ (AfD) stehen wie man will. Aber sollten die Demoskopien Recht haben, dann zieht diese rechtspopulistische Partei in den 19. Deutschen Bundestag ein. Aktuell rangiert sie bei den Umfragen mit Werten zwischen 8,5 und 11,5 Prozent sogar noch vor den BündnisGRÜNEN, DIE LINKE und der FDP. Wenn der Wähler es am 24. September 2017 so will, dann könnte die AfD-Fraktion im Reichstag den größten Oppositionsblock bilden. Ob es den etablierten Parteien gefällt oder nicht – damit fielen denen von Rechtsaußen gewisse tradierte Rechte automatisch zu. Gesundheits- und sozialpolitisch machte die AfD bisher als unbeschriebenes Blatt wenig von sich reden. Das wird wohl auch nach dem nächsten Bundesparteitag am 23. und 24. April 2017 in Köln der Fall sein. Aber immerhin: Im Entwurf für das Wahlprogramm widmete man ein ganzes Kapitel nur dem Gesundheitssystem und der Bewältigung von angeblichen Missständen. Mehr als z. B. den BündnisGRÜNEN dieser Bereich Wert war. In dem 67-seitigen Leitantrag der Bundesprogrammkommission (BPK), der am 9. März 2017 der Öffentlichkeit präsentiert wurde, nimmt das Kapitel 12 „Unser Gesundheitssystem ist in Gefahr“ rund fünf Seiten ein. Was nach dem Parteitag am Rhein dann wirklich im „Programm“ der AfD steht, muss man abwarten. Man will zusätzlich sogar noch eine Mitgliederbefragung starten, damit sich die Basis in diesem Programm „wiederfindet“.

Die intern von so mancher Affäre geschüttelte AfD startete recht früh mit ihrer Programmarbeit. Bereits am 28. Februar 2015 trat in Kassel die Bundesprogrammkommission zu

ihrer konstituierenden Sitzung zusammen. Sie ließ sich thematisch aus den Ländern und aus den Bundesfachausschüssen zuliefern, entnimmt man ihren eigenen Bekundungen. Auf diese Art und Weise erfährt der erstaunte Beobachter, dass es bei der Partei sogar einen Bundesfachausschuss mit der Nr. 8 gibt, der BFH 8 soll sich nur der Gesundheitspolitik widmen. Gehört hat man von diesem Gremium allerdings bis heute nichts. Wie fachkundig es besetzt ist, darüber ließe sich sicherlich trefflich streiten. Denn die 10 zu regelnden Probleme im bundesdeutschen Gesundheitswesen, die die AfD in ihrem Entwurf definiert, erscheinen als recht wahllos herausgepickt. Man wird den Eindruck nicht los, dass lokale Mandatsträger mit (beruflichem) Bezug zum Gesundheitswesen die Feder führten und keine sozialversicherungsrechtlich versierten Experten. Teilweise verheddert man sich, teilweise findet man begriffliche Fehler – und die populistische Anmutung, den stationären wie den ambulanten Sektor mit wenigen Federstrichen fein tunen zu können, wird man auch nicht los. Ob die geforderte Kündigung des deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommens der Weisheit letzter Schluss ist, sei dahingestellt. Aber es passt zum populistischen Approach der Partei genauso wie ein Privatisierungsstopp für kommunale Krankenhäuser.

Wir dokumentieren das gesundheitspolitische Kapitel im vollen Wortlaut:

„12. Unser Gesundheitssystem ist in Gefahr

Die Gesundheitspolitik in Deutschland steht angesichts der demografischen Entwicklungen vor großen Herausforderungen. Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung für alle Bürger in Stadt und Land gehört zu den Grundpfeilern des modernen Sozialstaates. Wir setzen uns für eine leistungsfähige, flächendeckende und möglichst wohnortnahe medizinische Versorgung für alle Bürger ein – im ambulanten wie im stationären Bereich.

Finanzierung der Gesundheit – grundlegende Probleme beseitigen

Die Finanzierung unseres Gesundheitswesens wird durch allgemeine politische Fehlentwicklungen bedroht: Die von

den Kassen zu tragenden Kosten für Migranten, Flüchtlinge und Asylbewerber laufen aus dem Ruder, und durch die verfehlte Zinspolitik der europäischen Zentralbank können die kapitalgedeckten privaten Krankenversicherungen keine ausreichenden Rücklagen mehr bilden.

Ärztliche Versorgung auf dem Land sicherstellen

Die Arztsitze sind zwischen Stadt und Land ungleich verteilt. Niederlassungen auf dem Land sind häufig nicht attraktiv. Wir wollen dazu beitragen, es für Ärzte attraktiver zu machen, sich wieder vermehrt auf dem Land niederzulassen. Auch die Kommunen und Landkreise sowie die Bundesländer sind gefordert, Anreize zu schaffen. Wir wollen, dass sich wieder mehr Ärzte auf dem Land niederlassen.

[...]

Stationäre Versorgung durch Investitionen sicherstellen

Wir wollen die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser durch Abbau von Investitionsstaus verbessern und damit auch die Chance für den Erhalt von wohnortnahen Häusern in kommunaler Trägerschaft erhöhen. Die wirtschaftlich angespannte Lage der meisten Krankenhäuser wird durch die fehlende Investitionsfinanzierung der Länder weiter verschärft. Seit Jahren wird nur etwa die Hälfte der ca. 5,5 Mrd. € für den Erhalt der Krankenhäuser erforderlichen Mittel bereitgestellt. Die daraus resultierende Notwendigkeit, Investitionsmittel aus den Behandlungspauschalen zu finanzieren, führt zur weiteren Verschärfung der finanziellen Situation vieler Krankenhäuser. Nicht wenige Kommunen sahen sich deshalb veranlasst, Krankenhäuser an private Träger zu verkaufen. Unverkennbar ist seit Einführung der Fallpauschalen (DRG) im Jahr 2002 eine Privatisierungswelle zu verzeichnen. Wir unterstützen die Trägervielfalt im Krankenhauswesen und lehnen eine Entwicklung hin zur Monopolbildung entschieden ab.

Krankenhaus-Notfallambulanzen entlasten

Die Ambulanzen der Krankenhäuser sollen durch die Einrichtung von Portal-Praxen entlastet werden. Aufgrund von teilweise langen Wartezeiten im ambulanten Bereich werden die Notfallambulanzen der Krankenhäuser mit einer zunehmenden Anzahl von unkritischen Behandlungsfällen überschwemmt. Wir setzen uns deshalb, wie in einigen Bundesländern bereits praktiziert, für die Einrichtung von Portal-Praxen aus dem niedergelassenen Bereich am Krankenhaus ein.

Ambulante Versorgung durch ein Hausarztssystem optimieren

Ambulante Behandlungen sollen durch ein Hausarztssystem besser gesteuert werden. Durch das flächendeckende Ange-



Foto: © Deutscher Bundestag / Thomas Trutschel/photothek.net

bot eines Hausarztssystems sollen ambulante Behandlungen besser koordiniert und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Das Kostenbewusstsein und die Eigenverantwortlichkeit des Bürgers sollen gestärkt werden. Die freie Arztwahl muss sichergestellt sein.

Ärzte und Therapeuten überwiegend in Deutschland ausbilden

Ärzte und Therapeuten, die in Gesundheitsberufen arbeiten, sollen nach Möglichkeit in Deutschland ausgebildet sein oder über gute deutsche Sprachkenntnisse verfügen. Gesundheit ist immer auch eine Frage des Vertrauens. Bei Ärzten, Therapeuten oder Pflegekräften, die sprachliche Defizite aufweisen, kann keine Vertrauensbasis entstehen. Die Beschäftigung von ausländischem Personal, das oftmals sprachliche Defizite aufweist, kann somit keine Lösung zur Behebung des Personalmangels im Gesundheitswesen sein. Insbesondere müssen Ärzte, die in der Patientenversorgung tätig sind, über gute Sprachkenntnisse (Sprachniveau C1) verfügen. Deren fachliche Qualifikation muss uneingeschränkt dem deutschen Standard entsprechen.

Das deutsch-türkische Sozialversicherungsabkommen kündigen

Das deutsch-türkische Sozialversicherungsabkommen benachteiligt einheimische Versicherte und ist auf der Basis europäischer Sozialversicherungsabkommen neu zu verhandeln. Das deutsch-türkische Sozialversicherungsabkommen aus dem Jahr 1964 regelt die Rechtsstellung türkischer oder deutscher Staatsbürger im jeweils anderen Land. In der Krankenversicherung führt dies zu einer weit- hin unbekanntenen, eindeutigen Besserstellung türkischer Staatsangehöriger gegenüber deutschen Staatsangehörigen. Dies betrifft insbesondere die in unserem Sozialversicherungsrecht nicht vorgesehene Ausweitung der Familienversicherung. Der Familienbegriff richtet sich nicht nach deutschen Vorschriften, sondern nach türkischen. Da nach türkischem Recht die Eltern mit zur Familie gehören, werden auch in der Türkei lebende Eltern türkischer Arbeitnehmer mitversichert. Wir fordern, dieses Abkommen zu kündigen und auf der Basis der Gleichberechtigung der Versicherten neu zu verhandeln. ►►

► Gesundheitskarte und E-Health-Gesetz

Medizinische Behandlungsdaten müssen aufgrund ihrer hohen Sensibilität den höchstmöglichen Schutz genießen. Die elektronische Gesundheitskarte (eGK), auf der bisher nur Versichertendaten gespeichert sind, soll in einer weiteren Ausbaustufe ein Schlüssel zu einer zentralen Datenbank sein, in der neben diagnostischen Unterlagen und Untersuchungsergebnissen alle Informationen aller behandelnden Ärzte über den Patienten (Patientenakten) zusammengetragen werden. Die AfD lehnt die Schaffung einer solchen zentralen Datenbank zur Speicherung sensibler Gesundheitsdaten ab. Wir befürworten aber die Speicherung eines Notfalldatensatzes, einschließlich eines Medikamentenplans und einer Patientenverfügung, direkt auf der Karte. Für die Speicherung und den Austausch weiterer Gesundheitsdaten schlagen wir, neben dem Datenaustausch in Praxisverbänden, die Schaffung eines elektronischen Gesundheitspasses vor, bei dem die Daten

nicht zentral, sondern direkt auf dem Medium gespeichert werden. In allen Fällen darf dies nur auf freiwilliger Basis erfolgen.

Alternative Medizin als Ergänzung traditioneller Medizin

Unter dem Begriff der „alternativen“ Behandlungen werden die unterschiedlichsten Behandlungsmethoden zusammengefasst. Diese können bei Einhaltung von zu definierenden Qualitätsstandards eine sinnvolle Ergänzung zur herkömmlichen Medizin darstellen. In jedem Fall ist eine ganzheitliche Betrachtung und Behandlung des Patienten notwendig, um der Zunahme von chronischen Erkrankungen und von Therapieresistenzen entgegenzuwirken. Alternative Behandlungsmethoden können in bestimmten Bereichen eine Ergänzung der akutmedizinischen Behandlungsmethoden darstellen.“ ■

Quelle: Dienst für Gesellschaftspolitik –
dfg, Nr. 12/2017, Seite 7-10

PRAXISBEGEHUNGEN – AUFRUF ZUR MITHILFE:

Das ZKN-Vorstandsreferat „Zahnärztliche Praxisführung“ braucht Ihre Hilfe!

Im Zusammenhang mit den in den letzten Monaten stark zugenommenen Praxisbegehungen durch die staatlichen Gewerbe- und Gesundheitsämter wird aus den niedersächsischen Praxen auf verschiedenen Kanälen vermehrt von Unterschieden in der Aus- und Durchführung der Begehungen berichtet. Es soll sich dabei um Unterschiede sowohl zwischen gleichen Ämtern aber in unterschiedlichen Zuständigkeitsregionen unseres Flächenlandes Niedersachsen, als aber auch innerhalb der jeweiligen Hoheitsgebiete einzelner Behörden durch unterschiedliches Vorgehen verschiedener Behördenmitarbeiter/innen handeln. Das Team des ZKN-Vorstandsreferats „Zahnärztliche Praxisführung“ möchte hier gerne den Praxen bei eventuellen Schwierigkeiten helfen!

Aber um Ihnen und Ihren Praxen effektiv, rechtswirksam und damit wirklich helfen zu können, sind wir auf die Hilfe unserer Mitgliedspraxen angewiesen!

Bitte helfen Sie uns und schicken Sie uns Ihren Schriftwechsel mit den Behörden und insbesondere Ihre Begehungsprotokolle zu!

Für Aufklärungs- und Schulungszwecke, aber auch für Gespräche mit den Behörden sind wir ebenso an Bildmaterial und Gesprächsnotizen im Zusammenhang mit Begehungen aus Ihren Praxen interessiert.

Bitte senden Sie uns Ihre Unterlagen auf folgenden, alternativen Wegen ein:

- Als PDF-Dateien per E-Mail (max. 15 MB an Dateianhängen pro Einzel-E-Mail) unter: praxiservice@zkn.de
- Auf dem Postweg unter:
Zahnärztekammer Niedersachsen
Zahnärztliche Praxisführung
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover

Entweder anonymisieren Sie Ihre Unterlagen selbst (Ihre Adressdaten schwärzen) oder Sie überlassen uns das, was wir Ihnen jetzt schon hiermit verlässlich zusichern!

Bei Fragen wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an Christine Lange-Schönhoff (Telefon 0511 83391-123 oder E-Mail praxiservice@zkn.de). ■

Dr. Lutz Riefenstahl, Gronau

ZKN-Vorstandsmitglied für Zahnärztliche Praxisführung

BMWi präsentiert Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung 2016

Am 13. März 2017 wurde in Berlin vom und im Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) die aktuelle Fassung der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung für Deutschland (GGR) präsentiert. Angesichts von einer 2016 erreichten Bruttowertschöpfung der Gesundheitsbranche in Höhe von 336,4 Mrd. Euro – dies entspricht einem Anteil von rund 12 Prozent am Bruttoinlandsprodukt (BIP) – sprach Matthias Machnig, beamteter Staatssekretär im BMWi und dort zuständig für Industrie-, Außenwirtschafts- und Mittelstandspolitik sowie für die Digital- und Innovationspolitik, wenig überraschend von „beeindruckenden Zahlen“ dieses „zentralen Wirtschaftsbereiches“. In der Gesundheitspolitik und bei den entsprechenden Entscheidungsträgern werde aber nach wie vor allem über die Kostenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen gesprochen. Erforderlich sei deshalb ein Paradigmenwechsel in der Betrachtungsweise, den man so auch an die Gesundheitspolitiker des Bundestages und anderer Gremien kommunizieren müsse. Nun ist diese ökonomische Sichtweise nicht ganz neu – so hatte der damalige Bundeswirtschaftsminister Sigmar Gabriel (SPD) bereits auf der 4. Gesundheitswirtschaftskonferenz 2014 die bedeutende Rolle der Gesundheitswirtschaft betont. Der aktuell formulierte Anspruch des BMWi ist allerdings doch überraschend deutlich. Die Frage der Kosteneffizienz des Gesundheitssystems sei zwar ein wichtiger Aspekt, dürfe aber nicht den Blick auf die Bedeutung als Wachstums-, Investitions- und Beschäftigungstreiber versperren, so Machnig. Insbesondere der dienstleistungsorientierte Bereich der Gesundheitswirtschaft, also vor allem die medizinische und pflegerische Versorgung, sei ein „personalintensiver Jobmotor“. Nun wird gerade dieser Bereich hauptsächlich direkt über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die private Krankenversicherung (PKV) und die gesetzliche sowie private Pflegeversicherung finanziert. Und diese lassen sich in ihren Funktionen jedoch nur schwerlich als Akteur der freien Wirtschaft bezeichnen, welche für und mit dem BMWi Wirtschaftsfördermaßnahmen angehen.

Machnig machte diesbezüglich zu beachtende Selbstfinanzierungsaspekte geltend, etwa „Beschäftigung und Investitionen vor Ort“. Diese Gegenfinanzierungseffekte der Versicherungssysteme sollen in der nächsten Fassung der GGR näher untersucht werden, so die Ankündigung. Dazu, ob die bestehenden Initiativen zur politischen Flankierung der positiven Entwicklung der Gesundheitsbranche des BMWi selbst intensiviert werden (sollten), gab es wenig Konkretes zu hören. Machnig kam auf zwei Punkte zu sprechen: Zum einen könne, Stichwort Kosteneffizienz, mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der zu etablierenden digitalen Patientenakte bis zu 10 Prozent der Systemkosten ohne Qualitätseinbußen eingespart werden. Zum anderen pickte sich Machnig einen Teilbereich der industriellen Gesundheitswirtschaft heraus: Die gesundheitsrelevante Biotechnologie. Angesichts der wachsenden Bedeutung dieser Branche müssten dringend die „verbesserungswürdigen“ Finanzierungsbedingungen für innovative Projekte angegangen werden. Bislang klappte hier oft eine Lücke zwischen Ideenentwicklung und Marktreife, die „riesige Probleme“ verursache. Fazit: Die Vorlage der umfangreichen Zahlen, Daten und Statistiken des weit über 100-seitigen GGR ist verknüpft mit der Forderung nach einem Paradigmenwechsel. Der zur Vorstellung geladene Professor Josef Hilbert, der, neben diversen universitären Funktionen, auch die des Sprechers des Netzwerks der deutschen Gesundheitsregionen (NDGR e.V.) ausübt, sah dann auch die GGR vor allem als „hilfreich“ für die Vergewisserung des Selbstbildes der Gesundheitswirtschaft als bedeutenden Wirtschaftsfaktor. Um auch Gesundheitspolitikern und anderen Entscheidungsträgern diese Ansicht näher zu bringen, sei wohl eine „gewisse Redundanz“ von Nöten. Machnig formulierte da durchaus schneidiger: Was man „denen beibringen“ müsse, sei Wachstum, Beschäftigung und Investition. ■

Quelle: gid, Nr. 9 vom 22.03.2017

EU-Berichterstattung über die Gesundheitssysteme

DEUTSCHLAND SPITZENREITER BEI PRO-KOPF-GESUNDHEITSAUSGABEN



Bereits im vergangenen Sommer hatte der EU-Gesundheitskommissar Vytenis Povilas Andriukaitis (Litauen) angekündigt, einen kohärenten Rahmen für die Gesundheitsberichterstattung schaffen zu wollen. Dies wurde zum einen öffentlich damit begründet, dass es gelte, die EU-Mitgliedstaaten bei ihren Reformen und Restrukturierungen ihrer nationalen Gesundheitssysteme besser zu unterstützen. Zum anderen wurde intern in der für die Gesundheitspolitik zuständigen Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (GD SANTE) argumentiert, dass es im Rahmen des Europäischen Semesters dringend notwendig sei, auf Augenhöhe mit der Generaldirektion Wirtschaft und Finanzen (GD ECFIN) bzw. mit dem Europäischen Finanzministerrat künftig debattieren und verhandeln zu können.

Ein erster Schritt in diese Richtung ist der von der GD SANTE gemeinsam mit der OECD Ende November 2016 herausgegebene Bericht „Gesundheit auf einen Blick“, der die Gesundheitssysteme von 35 europäischen Staaten beleuchtet. Der nur in englischer Sprache vorliegende Bericht, der auf Erhebungen auf der Grundlage der von der Europäischen Kommission erstellten Gesundheitsindikatoren beruht, fasst in acht Kapiteln die Daten zu den verschiedenen Bereichen der Gesundheitssysteme zusammen: Gesundheitsstatus (Lebenserwartung, Sterblichkeit etc.), Gesundheitsdeterminanten (wie Alkoholkonsum, Rauchen), Qualität der Gesundheitsversorgung, Zugang zur Gesundheitsversorgung, Gesundheitsausgaben sowie Finanzierung der Gesundheitssysteme. Hierbei beschränkt sich der Bericht nicht allein auf die Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU), sondern bezieht auch die Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums und der EFTA sowie die Beitrittskandidatenländer mit ein (http://ec.europa.eu/health/state/glance_en). Wichtig zu erwähnen ist, dass auch die Pflege in den Blick genommen wird.

Von besonderem Interesse ist vor allem das fünfte Kapitel über die Ausgabenentwicklung im Gesundheits- und

Pflegebereich. Danach entfallen in 2015 allein 9,9 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) bzw. 19 Prozent der Staatsausgaben in der EU auf den Gesundheitsbereich. In Deutschland, Frankreich und Schweden wird sogar 11 Prozent des BIP für den Gesundheitsbereich aufgewendet. Generell lässt sich feststellen, dass seit der Finanzkrise in 2009 die Ausgaben für den Gesundheits- und Pflegebereich nur noch gering angestiegen sind. So stiegen im Zeitraum von 2005 bis 2009 die Gesundheitsausgaben noch um 3,5 Prozent, während nun im Zeitraum von 2009 bis 2015 die Kosten im EU-Durchschnitt nur um 0,7 Prozent wuchsen. Dieser geringere Anstieg ist vor allem auf die erheblichen finanziellen Einschnitte in das Gesundheitssystem in einigen Staaten wie Portugal, Lettland, Ungarn, Griechenland, Rumänien, Kroatien und Luxemburg zurückzuführen. Welche Bandbreite innerhalb der Europäischen Union bei den Ausgaben für das Gesundheitswesen existiert, wird ersichtlich, wenn man sich die Pro-Kopf-Ausgaben der EU-Staaten näher ansieht. Der EU-Durchschnitt bei den Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitsbereich liegt bei 2.781 Euro. Spitzenreiter ist Deutschland mit 4.003 Euro, gefolgt von den Niederlanden, Schweden und Irland mit 3.922 Euro pro Kopf. Am anderen Ende der Skala befindet sich, wie zu erwarten, Lettland mit 1.030 Euro und Rumänien mit 816 Euro. Mit Blick auf die Ausgabenposten zeichnet sich folgendes Bild ab. Danach entfallen in 2014 allein zwei Drittel der Ausgaben auf die ambulante und stationäre Versorgung, 19 Prozent auf Arzneimittel (ohne Krankenhausbereich) und 15 Prozent auf die Langzeitpflege. Der insgesamt zu verzeichnende Kostenrückgang in der EU trifft die Bereiche sehr unterschiedlich. Es lässt sich jedoch feststellen, dass die Staaten vor allem bei den Ausgaben für Arzneimittel einsparen. Hier lässt sich ein jährlicher Rückgang von 1,1 Prozent zwischen 2009 und 2014 verzeichnen. In den anderen Bereichen stiegen hingegen in diesem Zeitraum im EU-Durchschnitt die Ausgaben um 0,9 Prozent bei der stationären Pflege, 1,2 Prozent für die ambulante Pflege und 2,3 Prozent für die Langzeitpflege.

Insgesamt fielen in 2014 im Arzneimittelbereich über 200 Mrd. Euro an Kosten an. Aber auch hier ergibt sich ein sehr heterogenes Bild nach den Mitgliedstaaten, das teilweise auf die unterschiedliche Praxis bei der Kostenerstattung für Arzneimittel in den Staaten zurückzuführen ist. Deutschland, Luxemburg und die Niederlande sind zum Beispiel die Staaten mit der höchsten Erstattungsquote bei den Arzneimitteln. Dreiviertel der Kosten für Arzneimittel werden hier durch die Krankenversicherung erstattet. So betrug in 2014 der EU-Durchschnitt bei den Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel 402 Euro. Deutschland nimmt mit 551 Euro auch hier den Spitzenplatz ein, gefolgt von

Irland mit 523 Euro, Frankreich mit 467 Euro, Belgien mit 459 Euro und Österreich mit 443 Euro. Am anderen Ende der Skala befinden sich Dänemark, Estland, Polen und Lettland mit 250 Euro. Einsparungen im Arzneimittelbereich wurden vor allem durch höhere Zuzahlungen bei den Medikamenten durch die Patienten, Erstellung von Listen mit nicht erstattungsfähigen Medikamenten, Rückgriff auf Generika und mit Rabattverträgen erzielt. Der nun vorliegende Bericht „Gesundheit auf einen Blick“ wird auch Gegenstand des Arbeitsprogramms der seit Januar 2017 amtierenden maltesischen EU-Präsidentschaft sein. ■
 _____ Quelle: gid, Nr. 9 vom 22.03.2017

Negativzinsen belasten Gesundheitsfonds



Die Niedrigzinsphase belastet zunehmend auch die Sozialversicherung. So waren im Jahr 2015 1,8 Millionen Euro an Negativzinsen auf das Vermögen des Gesundheitsfonds zu zahlen. Das bestätigte die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen zum Thema „Geldanlagen der Krankenkassen“. Auch für 2016 rechne das Bundesversicherungsamt mit einem negativen Zinsergebnis, heißt es dort weiter. Die maximale Anlageperiode des Gesundheitsfonds (mit Ausnahme von Teilen der Liquiditätsreserve) sei derzeit auf ca. zwei Wochen begrenzt, so dass für den Großteil der Mittel des Gesundheitsfonds nur kurzfristige Termingeldanlagen möglich seien, erläutert die Bundesregierung. Positive Erträge für diese kurzfristigen hohen Volumina seien aufgrund der „ungünstigen Negativzins-Situation“ auf dem Finanzmarkt derzeit kaum zu realisieren: „Insoweit spiegelt

sich wie bei allen institutionellen Anlegern das rückläufige Zinsniveau als Folge der Geldpolitik der EZB unmittelbar auch im Zinsergebnis des Gesundheitsfonds wieder.“ Die EZB erhebt seit Juni 2014 einen negativen Zins von derzeit 0,4 Prozent für Geld, das kurzfristig bei ihr geparkt wird. Die Notenbank will dadurch die Banken animieren, Geld in die Wirtschaft zu pumpen, statt es bei ihr zu bunkern. Diese Negativzinsen geben die Banken an ihre Kunden weiter, wodurch Geldanlagen auch für die Sozialkassen immer schwieriger werden. In Anbetracht der aktuellen Rahmenbedingungen seien Negativzinsen nicht vermeidbar, so die Bundesregierung. Dies sei jedoch mit Blick auf das Gesamtvolumen des Gesundheitsfonds zu relativieren: Im Jahr 2015 standen Negativzinsen in Höhe von rund 1,8 Millionen Euro Gesamteinnahmen des Gesundheitsfonds von 206 Milliarden Euro gegenüber. Das für die Verwaltung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds zuständige Bundesversicherungsamt habe „in enger Abstimmung“ mit dem Bundesgesundheitsministerium bereits auf das „Niedrigzinsumfeld“ reagiert. Seit März 2016 führe es Mittel aus der Liquiditätsreserve „in kleinen Teilen“ einer zinsgünstigeren mehrmonatigen Geldanlage zu. Dadurch könne die bestehende Negativzinsproblematik abgemildert werden, ohne die Liquidität der Krankenkassen zu gefährden. Dennoch mussten für den Gesundheitsfonds nach einem Bericht der Süddeutschen Zeitung im Jahr 2016 5,1 Millionen Euro an Negativzinsen an Banken gezahlt werden – 3,3 Millionen Euro mehr als 2015. ■

_____ Kirsten Behrendt

Quelle: Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein, Nr. 3/2017



© Fotos: Maksim Kabakou/Fotolia.com; momius/Fotolia.com

Datensicherung und Schulungen

Der Schutz von hochsensiblen Gesundheitsdaten Ihrer Patienten ist von großer Bedeutung. Zum einen, um das Persönlichkeitsrecht der Menschen, die Ihnen täglich Informationen anvertrauen, zu wahren und so sowohl Ihre Schweigepflicht nach StGB zu erfüllen als auch das Ihnen entgegengebrachte Vertrauen und Ihre Praxisreputation weiter zu stärken. Zum anderen stehen Sie hierdurch aber auch in der Verantwortung, Ihre Praxis-IT so sicher zu gestalten, dass Sie möglichst gut vor Gefahren geschützt sind und gleichzeitig Ihre Mitarbeiter so zu schulen, dass sie Gefahren erkennen und sich sicher im Umgang mit der IT bewegen. Wir haben uns für Sie zwei Aspekte der vielschichtigen Thematiken Datenschutz und IT-Sicherheit vorgenommen.

Die Gefahren für Praxisdaten sind vielfältig: begonnen bei Hardwaredefekten über Diebstahl, Hacker-Angriffe bspw. durch Trojaner oder durch Elementarschäden wie Brände oder Wassereintritt.

Datensicherung

Der Schutz der Daten vor solchen Angriffen muss durch sogenannte technische und organisatorische Maßnahmen abgedeckt werden. Wie genau diese für Ihre Praxis gestaltet werden sollten, weiß Ihr Datenschutzbeauftragter. Unter anderem gilt es, für solche Fälle ein Datensicherungs-Kon-

zept (auch Backup-Konzept) zu haben, um Daten schnell und möglichst ohne den Verlust der Datenbasis wiederherstellen zu können.

Darüber hinaus sind die Daten des Praxisinformationssystems zur Dokumentation der Behandlung und Befundung der Patienten zu sichern. Die Sicherung von Abrechnungsdaten ergibt sich aus den Anforderungen des BGB. So unterschiedlich die Gründe, die für eine regelmäßige Sicherung sprechen, für die einzelnen Daten sind, so unterschiedlich sind auch die jeweiligen Aufbewahrungsfristen.

Sicherungskopien

In regelmäßigen Abständen ist eine Sicherung durchzuführen. Die Regelmäßigkeit steht dabei im Verhältnis zu der Änderungshäufigkeit der Daten. Daraus folgt, dass Daten, die sich sehr häufig ändern, am besten täglich, und Daten, die sich nur selten ändern, wöchentlich oder sogar nur monatlich gesichert werden.

Dabei sollten mehrere transportable Datenträger (z. B. Bänder, externe Festplatten, USB-Sticks, CDs/DVDs) als Speichermedium genutzt werden, um mehrere Sicherungskopien zur Verfügung zu haben

Generationenprinzip

Tipp für Ihren IT-Verantwortlichen: Das Speichern nach dem Generationenprinzip. Das sogenannte Generationenprinzip ist eine in der EDV weit verbreitete Strategie

der Datensicherung, um immer mehrere Sicherungen unterschiedlicher zeitlicher Abstufungen (Großvater, Vater, Sohn genannt) zu haben. Der am weitesten verbreitete Sicherungsrhythmus unterscheidet zwischen täglichen, wöchentlichen und monatlichen Sicherungsintervallen. Auf vier Bändern, für die Sicherung unter der Woche (Söhne genannt), wird montags bis donnerstags die Sicherung aufgespielt. Jeden Freitag wird auf eines der Bänder der wöchentlichen Sicherung (Väter-Bänder) geschrieben und jeden letzten Tag des Monats auf eines der zwölf Bänder der monatlichen Sicherung (Großväter-Bänder). So lässt sich mit nur 20 Bändern eine Sicherung über ein ganzes Jahr abbilden.

Einlagerung von Daten

Doch allein mit dem Kopieren der Daten ist die Sicherung noch nicht abgeschlossen. Bei der Einlagerung müssen die Speichermedien gegen den Zugriff Unbefugter und vor Zerstörung geschützt werden. Schutz gegen Dritte bietet zum einen die Lagerung in Räumlichkeiten, die nur von autorisierten Personen betreten werden können. Zum anderen bietet eine Verschlüsselung der Daten auf den Medien selber Schutz, da diese auch bei Entwendung nicht gelesen werden können. Vor Zerstörung durch Umwelteinflüsse wie Brände oder Wasserschäden schützt ebenfalls eine geeignete Aufbewahrung. Der Aufbewahrungsort sollte sich mindestens in einem anderen Brandabschnitt des Gebäudes befinden. Da die meisten Praxen jedoch, aufgrund ihrer geringen Größe, nicht in unterschiedliche Brandabschnitte aufgeteilt sind, sollten die Sicherungsmedien außerhalb der Praxis, beispielsweise in

einem Datentresor, gelagert werden, der so aufgestellt ist, dass die Medien auch bei einem Wassereinbruch keinen Schaden nehmen. Befinden sich Daten auf Bändern, die über längere Zeiträume gelagert und nicht überschrieben werden, müssen die Bänder in regelmäßigen Abständen auf neue umkopiert werden. Das liegt darin begründet, dass jedes Speichermedium einem natürlichen Verfall unterliegt und ab einer bestimmten Zeit die Medien nicht mehr lesbar sind.

Datensicherungssoftware

Für die hier genannten Schritte sollte geeignete Datensicherungssoftware unterstützen. Viele Betriebssysteme bieten mittlerweile Datensicherungsmechanismen an, so dass nicht mal mehr eine spezialisierte Software notwendig ist, um Rechner im Praxisalltag zu sichern. Somit wird die Sicherung automatisch durchgeführt und nur noch die Speichermedien müssen per Hand gewechselt werden. Diese Aufgabe sollte einer definierten Person inklusive Vertreter zugewiesen werden, die dazu geschult wird und den Sicherungsvorgang durchführt und protokolliert.

Schulungen

Die gesetzlichen Bestimmungen für den Datenschutz und unsere heute genutzten IT-Systeme sind so komplex, dass deren Art der im Hintergrund laufenden Prozesse von kaum einem Endanwender im Detail verstanden werden kann. Das macht den Faktor Mensch mit zu einem der größten Risikofaktoren in Bezug auf den Schutz und die Sicherheit von Daten. Ihre IT-Systeme beispielsweise können auf der technischen Seite noch so gut aufgestellt sein – wenn einer Ihrer Mitarbeiter nicht in der Lage sein sollte, eine Hacking-Attacke zu identifizieren, werden so schnell das Praxisnetz infiziert und Ihre Daten verschlüsselt oder gelöscht.

Datenschutzschulungen

§ 7 Abs. 3 der Musterberufsordnung für Zahnärzte und die entsprechende Umsetzung der jeweiligen Landeszahnärztekammer verlangt von jedem Zahnarzt, seine Mitarbeiter über die gesetzlichen Regelungen zur Verschwiegenheit zu belehren und dies zu dokumentieren. Zusätzlich müssen die Mitarbeiter bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit, sofern sie mit personenbezogenen Daten arbeiten, gemäß § 5 BDSG auf das Datengeheimnis und gemäß § 35 SGB I in Verbindung mit § 67 Abs. 1 SGB X auf das Sozialdatengeheimnis verpflichtet werden. Diese Verpflichtung bleibt auch nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses fortbestehen. Neben der initialen Datenschutzeschulung muss in regelmäßigen Abständen eine Nachschulung durchgeführt werden, um die Inhalte aufzufrischen und über neue Entwicklungen informieren zu können. Wir empfehlen die Schulung im jährlichen Turnus durchzuführen. ►►



» Awareness-Schulungen

Hacker-Angriffe verursachen einen oftmals beträchtlichen wirtschaftlichen Schaden. Nicht nur Trojaner und Würmer sondern auch andere Formen der Malware nutzen dazu immer häufiger diverse Schwachstellen in Einrichtungen aus. Beliebte Angriffspunkte sind oft einzelne Mitarbeiter, die mit professionellen Methoden der Hacker getäuscht werden sollen. Ein einziger falscher Mausklick genügt dem Angreifer dann, um das System unter seine Kontrolle zu bringen und ungehindert in das Praxisnetzwerk einzudringen. Deshalb sollten sowohl Grundlagen der IT-Sicherheit inkl. Sicherheitslücken vermittelt werden, aber auch die Arbeitsweise von Hackern hilft die Gefahren besser erkennen zu können.

Außerdem gilt es, Ihren Mitarbeitern konkrete Hilfestellungen zu geben, angefangen bei der sicheren Passwörterstellung über die Vorstellung der verbreiteten Social-Engineering-Maschen und der Identifizierung von gefährlichen Phishing-E-Mails.

Häufig sind es bereits relativ einfache Maßnahmen, die das Sicherheitsniveau in Ihrer Praxis erhöhen können. Beginnen Sie mit der Sensibilisierung Ihrer Mitarbeiter, um ein Einfallstor für Datenvorfälle zu minimieren. Kommen Sie darüber hinaus Ihren gesetzlichen Pflichten nach und holen sich im Zweifelsfall externe Unterstützung. ■

_____ Prof. Dr. Thomas Jäschke

Quelle: Zahnärzteblatt Baden-Württemberg 2/2017

eGK: KZBV und Kassen einigen sich auf Grundsatzfinanzierungsvereinbarung

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) haben sich am 31. März fristgerecht auf eine Grundsatzfinanzierungsvereinbarung für den so genannten Online-Rollout Stufe 1 (ORS 1) geeinigt. Dieser umfasst die Anbindung der Praxen an die Telematikinfrastruktur und als erste Anwendung die Online-Prüfung der Versichertenstammdaten auf der Elektronischen Gesundheitskarte (eGK).

„Damit ist für die Praxen eine Finanzierung sowohl der Erstausrüstung als auch der Betriebskosten gewährleistet. Eine vollständige Finanzierungsvereinbarung zu schließen, wenn über Preise und konkrete Abwicklung noch nichts bekannt ist, war für beide Seiten allerdings eine ganz besondere Herausforderung“, sagte Dr. Günther E. Buchholz, zuständiger Ressortvorstand der KZBV. Die Frist für den Abschluss der Verhandlungen und die Vorlage einer entsprechenden Vereinbarung war den beiden Bundesmantelvertragspartnern durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gesetzt worden.

Wie gesetzlich vorgeschrieben, werden die Ausstattungs- und Betriebskosten, die in den Praxen für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur entstehen, durch die Krankenkassen übernommen. Dies erfolgt auf Basis von Erstausrüstungs- und Betriebskostenpauschalen, deren konkrete Höhe noch in einer separaten Vereinbarung festgelegt wird. Nach Angaben der KZBV besteht mit dem GKV-SV Einigkeit darüber, dass die Höhe der Pauschalen in jedem Fall so kalkuliert wird, dass sie die günstigsten Kosten eines Standard-Erstausrüstungspaketes sowie eines Standard-Betriebspaketes vollständig deckt und so Zahnärztinnen und Zahnärzte eine vollständige Rückerstattung erhalten können, falls sie die günstigsten Komponenten und Dienste bestellen. Umfassende weitere Informationen für die Zahnärzteschaft und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) erfolgen in Kürze durch die KZBV. ■

_____ Quelle: KZBV, Pressemitteilung vom 13.04.2017



Fotos: NZB

Der Einladung zur Informationsveranstaltung konnte aus Termingründen nur knapp die Hälfte der Kammerversammlungsmitglieder Folge leisten, dafür wurde aber sehr intensiv diskutiert und argumentiert.

Informationsveranstaltung für KV-Mitglieder zur geplanten klinischen Krebsregistrierung in Niedersachsen

Gut die Hälfte der Mitglieder der Kammerversammlung (KV) der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) waren einer Einladung des Kammervorstands zu einer Informationsveranstaltung nach Hannover Ende März gefolgt. Die aus ganz Niedersachsen angereisten Zahnmediziner diskutierten und argumentierten als Vorbereitung auf eine für Mitte Mai terminierte außerordentliche Kammerversammlung nach einem interessanten Vortrag zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen und aktuellen Gesetzgebungsplänen des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung zu einer von Ärzte- und Zahnärztekammer gemeinsamen Gründung eines Zweckverbands für die klinische Krebsregistrierung in Niedersachsen.

Krebs gehört zu den weltweit häufigsten Erkrankungen. Drei von zehn Menschen erkranken an Krebs. Mit dem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG; § 65c SGB V) hat der Bund schon im April 2013 die Länder verpflichtet, eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung zur Optimierung und Sicherung der Diagnose- und Behandlungsqualität zu etablieren.

Einige Bundesländer haben das Gesetz schon umgesetzt. In Niedersachsen befindet sich dazu aktuell das „Gesetz über das Klinische Krebsregister Niedersachsen“ (GKKN) im Gesetzgebungsverfahren. Zur dessen Vorbereitung wurde

im September 2016 bereits ein Übertragungsgesetz erlassen, welches die Ärzte- und Zahnärztekammer über die Etablierung eines Zweckverbands ermächtigt, die Aufgaben der klinischen Krebsregistrierung in Niedersachsen wahrzunehmen.

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN) hatte diesem Vorhaben bereits in 2016 – für die ÄKN ungewohnt einstimmig – zugestimmt. Die Zustimmung der Kammerversammlung der ZKN im Oktober 2016 wurde wegen einiger grundsätzlicher unbeantwortet gebliebener Fragen mit Schwerpunkt auf fragliche Klardatenübermittlung und -speicherung auf 2017 vertagt.

Aufgabe und Ziel der Informationsveranstaltung waren es, diese offenen Fragen durch zuvor verteiltes Informationsmaterial, einen Impulsvortrag und mit in dieser Thematik vertrauten Fachleuten zu diskutieren und zu beantworten. Der Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen, Henner Bunke, D.M.D./Univ of Florida, führte ins Thema ein und moderierte die Veranstaltung. Den Impulsvortrag hielt Dr. Gabriele Windus, Ärztin und Leiterin des Referats „Gesundheitsförderung, Arzneimittel, Medizinprodukte, Biotechnologie“ in der Abteilung 4 „Gesundheit und Prävention“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Sie wurde dabei vom Juristen der Abteilung 4, Marcus Wolf, unterstützt. Die Argumentationen – pro und contra –, die in der Kammerversammlung der ÄKN letztlich zur einstimmigen Zustimmung zu einer Zweckverbandsgründung geführt hatten, trug die ►►



Moderierten, referierten und beantworteten die Fragen der KV-Mitglieder (v.l.n.r.): Henner Bunke, D.M.D./Univ of Florida, Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen; Dr. Gabriele Windus, Leiterin des Referats „Gesundheitsförderung, Arzneimittel, Medizinprodukte, Biotechnologie“ in der Abteilung 4 „Gesundheit und Prävention“ des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung; Dr. Elke Buckisch-Urbanke, MPH, Onkologin, Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen.

► Oldenburger Onkologin und Mitglied der Kammerversammlung der ÄKN Dr. Elke Buckisch-Urbanke, MPH, vor. Sie wurde unterstützt von Hon.-Prof. Dr. jur. Karsten Scholz, Justiziar der ÄKN, und Dipl.-Ök. Philipp Krajewski, Leiter der Projektgruppe Klinisches Krebsregister Niedersachsen der ÄKN. Am Ende der Informationsveranstaltung dankte Kammerpräsident Henner Bunke allen Teilnehmern, insbesondere den Gästen aus dem Ministerium, der Ärztekammer und der onkologischen Ärztekollegin für ihr ausgesprochen intensives Engagement (die Veranstaltung dauerte 90 Minuten länger als geplant!). Bunke fasste zusammen, dass die Einrichtung eines Krebsregisters für Niedersachsen

gesetzliche Forderung sei, es von daher auch etabliert werden müsse und würde. Es stellt sich nur noch die Frage, ob dies unter dem Dach eines durch Ärzte und Zahnärzte gemeinsam geführten Zweckverbands oder durch Vergabe an einen anderen daran interessierten Player im Gesundheitswesen geschehen wird, was u. a. Auswirkungen auf die Finanzierung hat – 90 % aus Mitteln der GKV und 10 % vom Land bei Gründung des Zweckverbands oder zu 100 % aus Landesmitteln bei Vergabe an einen Dritten. Interessenten dafür gibt es genügend. Es geht bei den erhobenen Daten um sensible Daten, hinter denen in jedem Einzelfall persönliche Schicksale stehen und die besonders schützenswert sind.

Die anwesenden Kammerversammlungsmitglieder der ZKN waren sich in ihrer Meinungsbildung noch nicht alle schlüssig. Fundamentale Fragen, die allerdings durch das SGB V für das Widerspruchsrecht der Patienten gegen die dauerhafte Speicherung ihrer Identitätsdaten vorgegeben sind, sowie die immer wieder evidente Missachtung der (zahn)ärztlichen Leistung durch nicht nachvollziehbare kleinstbetragliche Honorarfestsetzungen, in diesem Fall sogar auf Schiedsamtentscheidung hin, lassen für eine kommende zu einer möglichen Beschlussfassung geeignete Kammerversammlung auf weitere langdauernde Diskussionen schließen. Solche Diskussionen werden allerdings leider die schon abgeschlossene Gesetzgebung (KFRG vom September 2013) nicht mehr beeinflussen. Bei einer möglichen Beschlussfassung geht es einzig darum, ob mit Zustimmung der KV der ZKN die Hoheit für das Krebsregister in den Händen der Ärzte- und Zahnärzteschaft (ohne finanzielle Beteiligung!) liegen wird, oder einem Dritten übertragen werden muss. ■ _____/r

NEUES SCHULUNGSANGEBOT DER ZAN

Fit für die Praxisbegehung!

SCHULUNG DIREKT IN IHRER PRAXIS

Seit geraumer Zeit führen die Gewerbeaufsichtsämter in Niedersachsen Praxisbegehungen durch. Sie überprüfen dabei insbesondere die Einhaltung der Vorgaben des Medizinproduktegesetzes bzw. der Medizinproduktebetriebsverordnung. Um Zahnarztpraxen bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und damit auch bei der Vorbereitung auf eine mögliche Praxisbegehung zu unterstützen, bieten wir praxisinterne Fortbildungen an. Speziell qualifizierte Referenten schulen mit Hilfe einer Checkliste Ihr Team direkt vor Ort und geben Tipps sowie Hilfestellungen im Hinblick auf die rechtskonforme Umsetzung von Hygienevorschriften.

Bitte beachten Sie, dass dieses Schulungsangebot einen gewissen zeitlichen Vorlauf erfordert. Eine Art Feuerwehrdienst in letzter Minute (kurzfristige Beschaffung von Geräten, Validierungen, Handwerkern u. a. m.) können wir mit unserem Schulungsangebot nicht leisten.

Termin: Nach Vereinbarung
Dauer: 3 Stunden
Teamgebühr: 550 €
4 Fortbildungspunkte nach BZÄK

Informationen/Terminvereinbarungen:

Christine Lange-Schönhoff
Tel.: 0511 83391-123
E-Mail: clange@zkn.de

Zahnmedizinische Akademie
Niedersachsen,
Zeißstraße 11 a
30519 Hannover

ZAN



Foto: NZB

Tagung der Kooperationspartner zum BuS-Dienst in München

Am 12. April trafen sich zum turnusmäßigen jährlichen Abgleich der Erfahrungen des letzten Jahres die Repräsentanten der Kooperationspartner des Betriebsärztlichen- und Sicherheitstechnischen Betreuungsdienstes (BuS-Dienst): Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg, Bayerische Landeszahnärztekammer, Zahnärztekammer Hamburg, Landeszahnärztekammer Hessen, Zahnärztekammer Niedersachsen, Zahnärztekammer Nordrhein, Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) sowie die Bundeszahnärzte-

kammer. Die Tagung findet immer unter der Organisation der Gemeinsamen Zahnärztlichen Stelle BuS-Dienst der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe und dieses Jahr auf Einladung der Bayerischen Landeszahnärztekammer in München statt.

In den ersten Stunden tauschen sich die Kammern untereinander aus und stimmen die durchaus auch vorhandenen Kritiken zu gewissen Reibungsverlusten mit der BGW sowie Anregungen für die kommende Zusammenarbeit untereinander ab. Die Ergebnisse wurden dann, nachdem die Vertreterin der BGW zur Tagung dazugekommen war, im „Bericht aus den Kammern“ vorgetragen und mit der BGW diskutiert. Es folgte der „Bericht der BGW“, der neben einigen Neuerungen zur Arbeitsstättenverordnung sowie zu Änderungen bezüglich der Fristen der Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen nach der AMR Nr. 2.1 („Fristen für die Veranlassung/das Angebot arbeitsmedizinischer Vorsorge“) den Partnern auch die Botschaft vermittelte, dass die BGW den seit vielen Jahren bestehenden Kooperationsvertrag mit den Zahnärztekammern neu auflegen möchte. Für die Partnerkammern kam diese Information sowie auch geplante Details dazu etwas überraschend. Nach einem gegenseitigen Austausch über die doch teilweise unterschiedlichen Vorstellungen zur Vertragslage, einigte man sich auf eine partnerschaftliche Abstimmung bezüglich eines möglichen neuen Vertrags und wird sich dazu untereinander austauschen sowie gegebenenfalls ein außerordentliches Partnertreffen einberufen, wenn dies geboten erscheint. Für 2018 wurde das nächste turnusmäßige Treffen wieder in den April terminiert. ■

Dr. Lutz Riefenstahl

Referent im ZKN-Vorstand für Zahnärztliche Praxisführung

Lassen Sie uns im Kontakt bleiben:

ABONNIEREN SIE IHREN ZKN-NEWSLETTER

Kennen und nutzen Sie schon den Newsletter Ihrer Zahnärztekammer Niedersachsen? Mit dem Newsletter bekommen Sie zeitnah die Informationen, die Ihnen in Ihrer Praxis nutzen. Und Ihre Zahnärztekammer hat damit die aktuell schnellste und zudem wirtschaftlichste Möglichkeit, um Sie und Ihre Praxisteams zu informieren.

Und zwar mit Informationen wie:

- ▶ Aktuelles aus Praxisbegehung & Co.
- ▶ Geldwerte Tipps und interessante Seiten im Internet
- ▶ Aktuelle Fortbildungs-/Schulungsangebote
- ▶ Aktuelle Rechtsprechung mit sofortiger Praxisrelevanz
- ▶ Wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen u. v. m.

Ihre Anmeldung zum Newsletter ist ruck-zuck erledigt:
<https://zkn.de/publikationen/zkn-newsletter.html>

Wir sind gerne für Sie da und mit dem Newsletter so schnell wie möglich!



Foto: © everythingpossible/Fotolia.com

Medizinisch-technischer Fortschritt als Ergebnis des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV

DIE ROLLE DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG (PKV)

Innovationsmotorik im dualen Krankenversicherungssystem

Deutschlands internationaler Spitzenplatz in der medizinischen Versorgung drückt sich auch im Zugang aller Patienten, egal ob gesetzlich oder privat versichert, zum medizinischen Fortschritt aus. Dafür sorgt wiederum eine spezifische Innovationsmotorik im dualen System von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung (GKV und PKV). Denn der Wettbewerb zwischen einem sozialstaatlichen und einem privatwirtschaftlichen Sicherungssystem führt zu Versorgungsunterschieden, die in einem gemeinsamen Versorgungssystem von Beginn an transparent und begründungspflichtig werden. So auch bei medizinischen Innovationen: übernimmt ein Versicherungssystem eine Vorreiterrolle, muss sich das andere Versicherungssystem mit eben dieser Innovation auseinandersetzen. Die PKV ist dabei ein Innovationsmotor. Denn die schnelle und häufig überproportionale Finanzierung medizinischer Innovationen durch die PKV ist die Regel. In der GKV indes ist der Zugang zu Innovationen häufig langsamer und erfolgt die Finanzierung häufig auf einem deutlich niedrigeren Niveau. Strukturell lässt sich die PKV-spezifische Innovationsmotorik mit zwei Kategorien erfassen:

- ▶ **Abwesenheit von Hürden:** in der PKV muss eine Innovation wissenschaftlich anerkannt, zugelassen und medizinisch notwendig sein. Hürden, wie etwa den Genehmigungsvorbehalt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in der GKV, kennt die PKV nicht. Durch diese Hürden kann sich der Zugang zu einer neuen Behandlungsmethode in der GKV um Jahre verzögern.
- ▶ **Refinanzierungsbasis:** Die PKV honoriert Innovationen in der Regel deutlich besser, weil sie höhere Preise nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) zahlt beziehungsweise u. a. keine Festbetragsregelungen für Medikamente oder Verordnungsrestriktionen kennt. Durch die PKV entsteht damit eine Mischfinanzierung, die den Anbietern von medizinischen Innovationen ein betriebswirtschaftlich vertretbares Investment erleichtert beziehungsweise dieses überhaupt erst ermöglicht.

Je nach medizinischem Versorgungsbereich – ambulant, stationär, Arzneimittelbereich – kommen diese beiden Kategorien unterschiedlich zum Tragen:

Innovationsmotorik im ambulanten Versorgungsbereich

Im ambulanten Sektor gilt im System der GKV grundsätzlich der sogenannte Erlaubnisvorbehalt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): Neue vertragsärztliche bzw. vertragszahnärztliche Leistungen müssen ausdrücklich durch den G-BA beschlossen worden sein, um Eingang in die ambulante Versorgung zu finden. In der PKV indes gibt es erstens diese Hürde nicht und zweitens können innovative Behandlungsmethoden über die GOÄ/GOZ abgerechnet werden, die i. d. R. eine deutlich höhere Vergütung darstellt als die entsprechenden Abrechnungssysteme der GKV (EBM/BEMA). Beispiele aus dem ambulanten Versorgungsbereich sind unter anderem das Positronen-Emissions-Tomographie-CT (PET-CT), die Kapselendoskopie, die Optische Kohärenztomographie (OCT), Genex pressionstests bei Brustkrebs, die Computertomographie des Herzens (Cardio-CT), die Messung der Fraktionellen Flussreserve (FFR) sowie die Diagnostik des Prostatakrebses mittels MRT und Fusionsbiopsie. Und für den zahnmedizinischen Bereich gilt, dass seit Einführung von Festzuschüssen in der zahnmedizinischen Versorgung der GKV die Zahnzusatzversicherungen der PKV echte Innovationsversicherungen sind, die den Zugang der Patienten zu einer modernen Implantologie sicherstellen.

Innovationsmotorik im stationären Versorgungsbereich

Für die PKV gelten bei der Behandlung im Krankenhaus zwar grundsätzlich dieselben Vergütungsregelungen wie in der GKV (sog. DRGs). Durch die Behandlung Privatversicherter fließt den Krankenhäusern aber dennoch ein Mehrumsatz (seit 2014 jährlich 690 Mio. €) zu, insbesondere dank Wahlleistungen (Einzelzimmer, Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung). Die PKV übernimmt – anders als die GKV – darüber hinaus regelmäßig innovative Leistungen, wenn diese ambulant im Krankenhaus erbracht werden. Die Abrechnungsgrundlage ist dann erneut die GOÄ. Diese Abrechnungsflexibilität mit Privatversicherten an der stationär-ambulanten Schnittstelle eröffnet dem Krankenhaus Mehreinnahmen, die sowohl gesetzlich als auch privat Versicherten zugutekommen. Beide Finanzquellen sind für die Investitionsentscheidungen der Krankenhäuser von großer betriebswirtschaftlicher Bedeutung: „Von diesen zusätzlich erwirtschafteten Mitteln [der Krankenhäuser durch die Behandlung Privatversicherter] profitieren weit überwiegend in der Versorgung auch GKV-Versicherte.“ (Gesundheitsökonom Prof. J. Wasem) Als Beispiel sei der hochintensiv fokussierte Ultraschall (HIFU) genannt: Die Anschaffung von HIFU rechnet sich für ein Krankenhaus betriebswirtschaftlich erst auf Grundlage einer Mischkalkulation bei einer Behandlung von sowohl gesetzlich als auch privat versicherten Patienten an der stationär-ambulanten Schnittstelle.

Innovationsmotorik im Arzneimittelbereich

Der Arzt ist in der Privaten Krankenversicherung nicht an Rabattverträge, Richtlinien, Richtgrößen und Rahmenvereinbarungen gebunden, die unter Umständen mit einer Regressgefahr für den verordnenden Arzt verbunden sind. Auch existieren in der PKV keine Verordnungshöchstquoten, die ein rationiertes Ordnungsverhalten der Ärzte nach sich ziehen. In der Folge werden gerade innovative Arzneimittel von der PKV – im Vergleich zur GKV – überproportional finanziert.

Schlussfolgerung

Patienten haben in Deutschland dank des Systemwettbewerbs von GKV und PKV einen umfassenden Zugang zu medizinischen Innovationen. Dies wird auch von Politik und Wissenschaft anerkannt: „Wie nur in wenigen Ländern weltweit steht uns Spitzenmedizin im Bedarfsfall unabhängig vom Geldbeutel zur Verfügung. (...) Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat sich bewährt. Denn der Systemwettbewerb hat immer wieder zu Verbesserungen für gesetzlich und privat Versicherte geführt.“ (Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe) „Der Wettbewerb der beiden Systeme hat durchaus positive Seiten. Die niedrigen Markteintrittsbarrieren und das relativ flexible Vergütungssystem in der PKV fördern eine schnelle Einführung von Innovationen. Auf der anderen Seite führt der Schwerpunkt, der in der GKV auf Wirtschaftlichkeit und Evidenz gelegt wird, zu notwendigen Qualitätsnachweisen und auch zu Prozessinnovationen. Von diesem Qualitätsgewinn profitieren alle Patienten.“ Prof. Dr. Jürgen Wasem ■

Quelle: Zusammenfassung durch die PKV, www.pkv.de, <http://tinyurl.com/k82qm89>

BZÄK: GOZ Kommentar erneut adjustiert

Zum zweiten Mal in diesem Jahr hat die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ihren GOZ-Kommentar überarbeitet. Die neue Fassung (März 2017) steht als Download unter <http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf> zur Verfügung (285 Seiten, ca. 5,4 MB).

Ergänzend gibt es eine tabellarische Übersicht zu den vorgenommenen Streichungen, Änderungen und Ergänzungen: http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz_kommentar_aktualisierungen.pdf ■

Quelle: BZÄK-Info

Erstes Arbeitstreffen mit den neuen Vorsitzenden der Verwaltungsstellen der KZVN

- ▶ **DER KZVN-VORSTAND BEGRÜSST VIER NEUE VERWALTUNGSSTELLEN-VORSITZENDE**
- ▶ **NEUE RECHNER GEBEN MEHR DATENSICHERHEIT**



Fotos: NZB

Zu der ersten gemeinsamen Sitzung aller für die Legislaturperiode 2017–2022 vom Vorstand benannten 11 Verwaltungsstellen-Vorsitzenden hatte der KZVN-Vorstand nach Hannover eingeladen. In erster Linie stand die Abstimmung der Arbeitsabläufe und eine Einführung in Neuerungen für die Vorsitzenden auf der Tagesordnung. Darüber hinaus bot die Sitzung die Möglichkeit, sich über allgemeine und wiederkehrende Probleme bei der Amtsführung auszutauschen.

Grundsätzlich, so erklärte Dr. Nels in seiner Einleitung, seien nach Ansicht des Ministeriums die Verwaltungsstellen der KZVN als untergeordnete Stellen der hauptamtlich geführten KZV anzusehen und somit weisungsgebunden. Insofern werden, um einen reibungslosen Verwaltungsapparat zu gewährleisten, die Vorsitzenden der Verwaltungsstellen vom Vorstand der KZVN ernannt.

Vielfältiger Aufgabenbereich

Der Leiter der Verwaltung der KZVN, Dr. Michael Hinz, gab zunächst unter Hinweis auf die Satzung einen Überblick

über die nicht geringen Verwaltungstätigkeiten, die die Vorsitzenden in den kommenden Jahren zu erwarten haben. Diese reichen von der Überwachung der Auslage von Prüfberichten und Wählerverzeichnissen, der Entgegennahme von Anträgen auf Beschäftigung von Vorbereitungsassistenten/Vertretern bis zu der Gewährleistung einer funktionierenden Notfallbereitschaft. Auch als Vermittler bei vertragszahnärztlich begründeten Unstimmigkeiten zwischen Zahnärzten, Zahnärzten und Krankenkassen oder Patienten wirkt der Vorsitzende als „Katalysator“, so Hinz. Ebenso fällt die Bearbeitung von Beschwerden jeder Art durch Kolleg(inn)en, deren Personal oder seitens der Patienten in den Zuständigkeitsbereich der Vorsitzenden der Verwaltungsstellen. Darüber hinaus sollten mindestens einmal jährlich die Vorsitzenden zu einer Mitgliederversammlung ihrer Verwaltungsstelle einladen.

Datenschutz und Datensicherheit im Vordergrund

Einen besonderen Schwerpunkt bildeten bei dieser Einführung der „Datenschutz“ und die „Datensicherheit“. Die



Einrichten der neuen Rechner, die aus Gründen des Datenschutzes ausschließlich der Kommunikation zwischen den Verwaltungsstellen und der KZVN in Hannover genutzt werden können.

Festsitzender Zahnersatz bei älteren Patienten

HERAUSFORDERUNGEN UND VERSORGUNGSKONZEPTE



Aufgrund des demografischen Wandels wird sich die Altersstruktur der Patienten in naher Zukunft zwangsläufig verändern. Schätzungen des Statistischen Bundesamtes zufolge wird im Jahr 2020 jeder dritte Bundesbürger über 65 Jahre alt sein. Auch wenn sich wie kürzlich in der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie ein insgesamt doch erfreulicher Rückgang der zahnmedizinischen Erkrankungen zeigt, wird der Wandel in den zahnärztlichen Praxen bereits deutlich: Es sind vermehrt Patienten im höheren Lebensalter, die festsitzenden Zahnersatz und somit eine implantatprothetische Therapie erwarten. Neben der Berücksichtigung der allgemeinmedizinischen, zahnärztlichen und psychosozialen Befunde erfordert dies eine besonders wohlüberlegte Behandlungsplanung.

Besondere Herausforderungen der Alterszahnheilkunde

Eine häufige Überlegung von Patienten ist dabei die Frage: „Lohnt sich das für mich noch?“ Diese Thematik wurde und wird teilweise noch immer durch Aussagen im öffentlichen Gesundheitswesen aufgegriffen. Dabei wird das Lebensalter als relevanter Faktor für die Durchführung oder das Unterlassen einer Therapie definiert. Da jedoch die Mehrheit der Patienten für die Kosten ihrer implantatprothetischen Behandlung selbst aufkommen muss, ist der materielle Aufwand aus volkswirtschaftlicher und damit gesundheitspolitischer Sicht kein wesentlicher Entscheidungsfaktor.

Viele Patienten haben aufgrund der möglichen Komplikationen und internistischen Risikofaktoren Angst vor dem chirurgischen Eingriff, die zudem durch negative Erfahrungen aus dem persönlichen Umfeld verstärkt werden kann [14]. Daher steht bei hochbetagten Patienten die verbleibende Funktionsdauer der implantatprothetischen Versorgung meistens in Zusammenhang mit der allgemeinen Lebenserwartung, sodass ein zeitlich aufwendiger Behandlungsablauf mit mehreren Operationen und den damit verbundenen Konsolidierungszeiten oftmals nicht akzeptiert wird [7,15]. Dennoch ist es notwendig, den Patienten über die

gesamte Behandlungsdauer umfassend zu informieren, sodass ihm und idealerweise auch seinem sozialen Umfeld die jeweiligen Konsolidierungsphasen bekannt sind. Auch bei selbstständig wirkenden Patienten wird die definitive Therapieentscheidung oftmals im familiären Umfeld getroffen und daher sollten die beratenden Angehörigen vorzugsweise in den Beratungsablauf mit eingebunden werden [8].

Gesundheitszustand vor Operationen

Bei der Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustands vor einem chirurgischen Eingriff können sich oftmals Schwierigkeiten ergeben [10]. Durch die teilweise bereits jahrzehntelange ärztliche Betreuung wird ein hoher Grad an subjektivem Wohlbefinden empfunden und die Medikation vom Patienten als alltäglich und selbstverständlich akzeptiert. Somit ist ihm das Ausmaß seiner gesundheitlichen Einschränkung oft nicht bewusst [12]. Die Erhebung der Medikation ist daher meistens das einfachste Werkzeug, um über den Gesundheitszustand des Patienten aussagekräftige Informationen zu erhalten. Sollte jegliche Medikation verneint werden, können das Zeitintervall seit der letzten ärztlichen Kontrolluntersuchung oder ein telefonisches Konsil mit dem Hausarzt weitere Informationen über den Gesundheitszustand liefern.

Besonders bei Patienten mit hämorrhagischen Diathesen ist es wichtig, dass in enger Abstimmung mit dem Internisten eine eventuell notwendige Umstellung der Medikation erfolgt, da eine nicht abgestimmte Karenz der Antikoagulantientherapie durchaus lebensbedrohliche Folgen nach chirurgischen Eingriffen haben kann [16]. Einzelne systemische Erkrankungen wie zum Beispiel erhöhter Blutdruck, Hypercholesterinämie, periphere Verschlusskrankheit oder Diabetes mellitus stellen in der Regel keine Kontraindikationen dar, können aber bei kombiniertem Auftreten das Behandlungsrisiko erhöhen [2]. Die Verbesserung der oralen Gesundheit nach einer Zahnsanierung und die Verankerung von Totalprothesen auf Implantaten wirken sich positiv auf die Stabilisierung des allgemeinen Wohlbefindens und die internistischen Befunde aus [9].

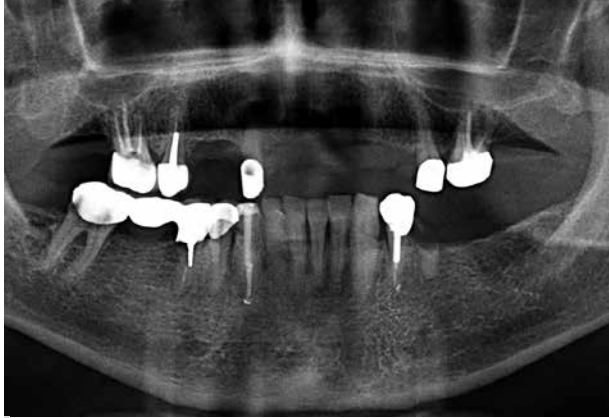


Abb. 1: Planungs-OPG mit nicht erhaltungswürdigen Zähnen 12, 45 und 47

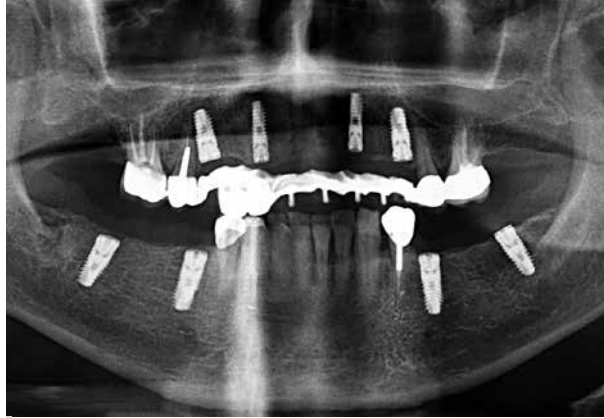


Abb. 2: Postoperatives OPG nach Implantation und Einsetzen des Langzeitprovisoriums



Abb. 3: Gerüsteinprobe mit Überprüfung der Hygienefähigkeit



Abb. 4: Kontrolle des okklusalen Zugangs zum Schraubenkanal

Implantologische Versorgungskonzepte

Die Weiterentwicklungen in der Implantologie haben dazu geführt, dass sich das Indikationsspektrum für implantatgetragenen Zahnersatz deutlich erhöht hat. Daher liegt der Gedanke nahe, dass Patienten in den meisten Fällen mit kurzen Implantaten oder entsprechenden augmentativen Verfahren implantatprothetisch versorgt werden können [11]. Eine festsitzende Versorgung ist jedoch gerade aus funktionellen oder hygienischen Gründen nicht automatisch die beste Versorgungsform.

Neben den anatomischen Faktoren sind die Wünsche des Patienten, seine finanzielle Situation sowie Aufwand und Erfolgsaussichten individueller Lösungen nicht zu unterschätzende Aspekte bei der Eruiierung der sinnvollsten Versorgung [5]. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, in welcher Situation sich der Patient aktuell befindet. Die Entwicklungstendenz der Mundhygienesituation und das individuelle Handling des Patienten sind dabei die bestimmenden Faktoren für die Entscheidungsfindung [8].

Bei den zur Verfügung stehenden implantologischen Versorgungskonzepten ist zwischen teilbezahnten und zahnlosen Patienten zu unterscheiden. Bei teilbezahnten Patienten erfordert dies eine genaue Befunderhebung und die detaillierte Beurteilung der Prognose der Restbezahnung. Dies kann bedeuten, dass bedingt erhaltungswürdige Zähne frühzeitig entfernt werden müssen oder ein prothetischer Sanierungsbedarf erst bei akuten Befunden erfolgt, um so

den Behandlungsumfang so weit wie möglich zu minimieren (Abb. 1 bis 4). Die Herausforderung liegt darin, dem älteren Patienten verständlich zu machen, dass seine vorhandenen Zähne aufgrund typischer Alterserkrankungen (Abb. 5) wie zum Beispiel Knochenrückgang, subgingivale Zahnhalskaries, Zahnlockerung oder Kronenrandkaries für eine prothetische Planung nicht geeignet sind [13, 14]. Als Alternative wurden in den vergangenen Jahren Konzepte zur Sofortversorgung entwickelt, die im zahnlosen oder im stark parodontal geschädigten Zahnsystem bereits unmittelbar nach Implantation mit einer reduzierten Anzahl ▶▶



Abb. 5: Typische Alterserscheinungen an Zähnen: Kombination einer mangelnden Zahnpflege mit initialer Glattflächenkaries

Foto: Dr. Frank, Dres. Kistler, Dr. Neugebauer

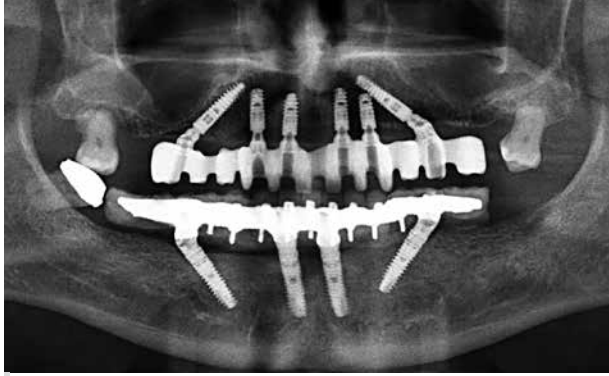


Abb. 6: Sofortversorgung auf vier beziehungsweise sechs Implantaten (fast & fixed; bredent medical, Senden)



Abb. 7: Ausgangssituation eines Patienten mit dem Wunsch nach einer festsetzenden Versorgung im Oberkiefer



Abb. 10: Kontrolle der Passung und Reinigungsfähigkeit im Mund bei Gerüsteinprobe



Abb. 8: Die provisorische Phase wurde mit einer klassischen Interimsversorgung überbrückt.



Abb. 11: Okklusal verschraubte Vollzirkonbrücke im Oberkiefer auf vier Implantaten



Abb. 9: Zustand drei Monate nach Freilegung



Abb. 12: Zustand direkt nach Extraktion der Restbeziehung und Einsetzen der Oberkieferbrücke



Abb. 13: Kontrolle der Gängigkeit eines Interdentalbürstchens zur Gewährleistung der täglichen Hygienemöglichkeit unter der festsitzenden Brücke

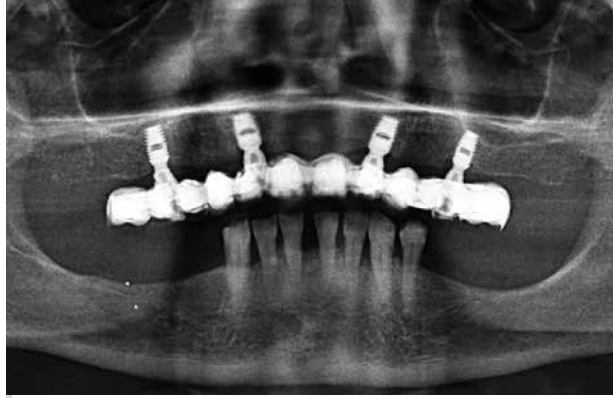


Abb. 14: Zustand ein Jahr nach der OP. Aus Kostengründen wurden lediglich vier Implantate gesetzt, bei herausnehmbarer Prothese im Unterkiefer

- ▶ von Implantaten eine festsitzende Versorgung ermöglichen (Abb. 6). Durch die angulierte Implantatinsertion im Oberkiefer im Bereich des anterioren Kieferhöhlenbodens oder im Unterkiefer im Bereich des Foramen mentale kann auf umfangreiche Augmentationen verzichtet werden [1]. Diese Verfahren werden von immer mehr Autoren mit vielversprechenden Ergebnissen propagiert. Durch die semipermanente oder vertikal verschraubte Fixierung lassen sich diese Arbeiten leicht für eine professionelle Zahnreinigung abnehmen oder im Bedarfsfall in eine abnehmbare Versorgung umarbeiten. Falls vorhandene Zähne bis zur festsitzenden definitiven Versorgung erhalten werden können, kann aus Kostengründen auf eine Sofortversorgung mit einem Provisorium verzichtet und eine – falls vorhanden – Interimsversorgung erweitert werden (Abb. 7 bis 12).

Zahntechnische Aspekte

Da aufgrund des Operationsrisikos nicht alle möglichen chirurgischen Ansätze für eine ideale Rehabilitation herangezogen werden können, muss das mögliche Therapieergebnis unter ästhetischen und funktionellen Aspekten mit dem Patienten genau abgeklärt werden. Hier zeigt sich in der Regel bei vorliegender Atrophie oft die Bereitschaft, auf eine zweiphasige Kieferkammaugmentation zu verzichten und lieber eine implantatprothetische Alternative zu wählen, bei der das vorhandene Weich- und Hartgewebsdefizit prothetisch kompensiert wird [3, 4]. Da bei einer festsitzenden Versorgung in diesem Fall das vertikale Knochendefizit durch den Zahnersatz ausgeglichen wird, kann kein natürliches Weichgewebe an die Kronen adaptieren. Diese Versorgungen können jedoch in der Hygienefähigkeit eingeschränkt sein, da die Zugänglichkeit zum periimplantären Weichgewebe erschwert oder unmöglich ist [13] (Abb. 13 und 14). Der ältere Patient ist im Rahmen der Therapieentscheidung über die implantatspezifische, individuell notwendige Nachsorge zu unterrichten, damit im Recall das Langzeitergebnis gesichert werden kann [13]. Ist die Mobilität des Patienten bereits eingeschränkt, sollten einfach zu reinigende, in der Regel abnehmbare Rekonstruktionen bevorzugt werden (Abb. 15 bis 17). Eine festsitzende und schwierig zu reinigende Suprakonstruktion sollte nur dann eingegliedert werden, wenn sichergestellt ist, dass der Patient regelmäßig eine professionelle Zahn- beziehungs-

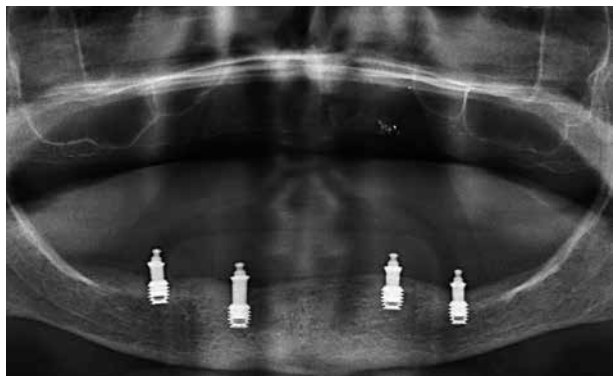


Abb. 15: Zustand fünf Jahre post OP: vier kurze Implantate (short implant 4,5 x 6,0 mm; bicon, Boston, USA) bei geringem horizontalem und vertikalem Knochenangebot



Abb. 16: Zustand fünf Jahre nach Implantation bei einer 86-jährigen Patientin ohne befestigte Gingiva an Kugelkopfabutments. Sie wünschte keine weitere Therapie zur Wiederherstellung von keratinisierter Gingiva.



Abb. 17: Einarbeiten der Sekundärteile in die vorhandene Unterkieferprothese



Abb. 18: Patient mit einer Teleskopkronenversorgung auf zwei Primärteilen im Oberkiefer und zwei Locatoren (mini2 Sky, bredent medical, Senden) im Unterkiefer zur Stabilisierung

► weise Implantatreinigung wahrnehmen kann [17]. Die minimalinvasive Behandlung von älteren Patienten zeichnet sich nicht nur durch einen reduzierten chirurgischen Aufwand, sondern auch durch eine geringere Anzahl der Behandlungssitzungen aus [15]. Besonders die hochbetagten Patienten sind beim Zahnarztbesuch meist auf die Begleitung von Angehörigen angewiesen. Auch diese sind aufgrund der demografischen Entwicklung häufig schon im Rentenalter und zunehmend in ihrer Mobilität eingeschränkt. Daher sollte die Anpassung des Zahnersatzes in möglichst wenigen Behandlungsschritten erfolgen. Dies erfordert die direkte Unterstützung und Mitarbeit seitens des Zahntechnikers. So lassen sich gerade bei tegumental abgestützten Subtotal- oder Teilprothesen Verankerungselemente am besten im direkten Verfahren am zahnärztlichen Behandlungsplatz einarbeiten, da die individuelle Resilienz der Schleimhaut auf diese Weise am besten berücksichtigt werden kann (Abb. 18). Durch die direkte Intervention eines Zahntechnikers in der Praxis lässt sich dies leicht umsetzen [6].

Fazit für die Praxis

Aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland sind Konzepte erforderlich, die eine einfache, aber zugleich sichere und stabile Lösung für festsitzenden Zahnersatz ermöglichen. Für zahnärztliche Praxen stellt sich vor allem die Frage, welcher chirurgische Aufwand sinnvoll ist, um dem Patienten eine angemessene festsitzende Prothetik zu bieten.

Die Zahl der älteren Patienten, die tatsächlich eine absolute „High-End-Versorgung“ mit allen möglichen Maßnahmen haben möchten, ist in der täglichen Praxis eher gering. Daher ist bei der Wahl der implantologischen Therapie zu beachten, dass eine umfangreiche chirurgische Behandlung ältere Patienten anstrengt und belastet. Die Anwendung von minimalinvasiven Verfahren wie der Insertion von anguliert gesetzten, kurzen oder durchmesserreduzierten Implantaten hat sich in den letzten Jahren etabliert und wird gerade von älteren Patienten stark favorisiert. Ein weiterer Aspekt bei der Therapieentscheidung ist die wirtschaftliche Situation des Patienten. Da er in der Regel nicht mehr erwerbstätig ist, können die vorhandenen finanziellen Ressourcen eingeschränkt sein. Gerade in diesen Fällen sind implantatprothetische Versorgungen mit einer reduzierten Implantatzahl bei Verzicht auf augmentative Eingriffe und entsprechend gestalteter Prothetik empfehlenswert. ■

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer
Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dres. Bayer, Kistler,
Elbertzhagen und Kollegen
Von-Kühlmann-Straße 1
86899 Landsberg am Lech
E-Mail: neugebauer@implantate-landsberg.de
Internet: www.implantate-landsberg.de

Dr. Ingo Frank
Dr. Steffen Kistler
Dr. Frank Kistler
Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer,
Landsberg am Lech und Köln

Quelle: Bayerisches Zahnärzteblatt (BZB) 11/2016

Literatur bei der Redaktion des BZB

→ Vita

PRIV.-DOZ. DR. JÖRG NEUGEBAUER

Studium der Zahnheilkunde Universität Heidelberg. Mehrjährige Tätigkeit in der Dentalindustrie, zuletzt Leiter R&D Implantologie, Weiterbildung Fachzahnarzt für Oralchirurgie, dann Oberarzt an der Interdisziplinären Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie der Universität zu Köln, Direktor Prof. Dr. Dr. J. E. Zöller, seit August 2010 Praxis für Zahnheilkunde Dres. Bayer, Kistler Elbertzhagen, Neugebauer und Kollegen, Landsberg am Lech und weitere Lehr- und Forschungstätigkeit. Universität Köln: Forschungsschwerpunkte: Verlässlichkeit der Implantattherapie, antimikrobielle Photodynamische Therapie, Digitale Volumetomographie, Keramikimplantate.



KZBV im Clinch mit der Verbraucherzentrale NRW

Im März hatte die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (NRW) das Ergebnis einer Online-Umfrage über kostenpflichtige Zusatzleistungen beim Zahnarzt unter www.Kostenfalle-Zahn.de veröffentlicht.

Das Ergebnis besagter Umfrage: „Zahnärzte klären ihre Patienten offenbar nicht ordnungsgemäß über Kosten und Alternativen auf.“ Die Überschrift der in dem Zusammenhang von der Verbraucherzentrale NRW veröffentlichten Pressemitteilung vom 30.03.2017 titulierte gar „Aufklärung mangelhaft“.

Dagegen setzt sich die KZBV jetzt zur Wehr. In einem offenen Brief stellt Dr. Wolfgang Eßer, Vorstandsvorsitzender der KZBV, klar, dass die Ergebnisse der Befragung in weiten Teilen nicht nachvollziehbar seien, da sich diese nicht oder allenfalls nur sehr bedingt mit vergleichbaren, aktuellen Daten decken, die der KZBV vorliegen.

Eßer wörtlich: „Dass Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte regelhaft gegen ihre gesetzlich vorgeschriebenen Pflichten verstoßen, halten wir für ebenso unzutreffend und diffamierend wie die Feststellung, dass es angeblich ‚Defizite im Behandlungsprozedere‘ gibt. In Deutschland werden Jahr für Jahr Millionen von vertragszahnärztlichen Behandlungen in den Praxen erbracht und zugleich auch vielfach Privatleistungen durch Patienten ganz bewusst und aktiv nachgefragt, mit denen dann Zuzahlungen verbunden sind.“

Und weiter: „Dass es angesichts einer solchen Vielzahl von Behandlungen mitunter vereinzelt auch zu Beschwerden kommt, ist bedauerlich und – in ausgewählten und nachweislich begründeten Einzelfällen – sicher auch berechtigt. Allerdings sollte die tatsächliche Zahl solcher Fälle in den Kontext der Gesamtzahl aller Behandlungen gestellt werden, bevor Pauschalurteile über einen angesehenen Berufsstand gefällt werden. Nicht jede Beschwerde eines Patienten, die bei der Verbraucherzentrale oder bei vergleichbaren Institutionen oder Portalen über einen Zahnarzt selbst oder über das Ergebnis einer Behandlung vorgebracht wird, ist automatisch berechtigt.“

» KASSENZAHNÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG**KZBV**

KZBV - Oberstraße 21 - 50974 Köln

Frau Christiane Grote
Leiterin Gruppe Gesundheits- und Pflegemarkt
Frau Tanja Wolf
Projektleitung Kostenfalle-Zahn
Verbraucherzentrale NRW e. V.
Mintropstr. 27
40215 Düsseldorf

VORSTAND

Köln, 24.04.2017

**Offener Brief: Kostenpflichtige Zusatzleistungen beim Zahnarzt
Ergebnisse Ihrer Online-Befragung/Ihr Schreiben vom 30. März**

» Sehr geehrte Frau Grote,
sehr geehrte Frau Wolf,

vielen Dank für Ihr Schreiben und die übermittelten Anlagen Ihrer Umfrage. Mit Interesse haben wir die entsprechenden Angaben zu kostenpflichtigen Zusatzleistungen im Rahmen zahnärztlicher Behandlungen zur Kenntnis genommen. Die Ergebnisse der Befragung können wir allerdings in weiten Teilen nicht nachvollziehen, decken diese sich doch nicht oder allenfalls nur sehr bedingt mit vergleichbaren, aktuellen Daten, die uns vorliegen.

» Dass Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte regelhaft und flächendeckend in dem genannten Zusammenhang gegen ihre gesetzlich vorgeschriebenen Pflichten verstoßen, halten wir für ebenso unzutreffend und diffamierend, wie die Feststellung, dass es angeblich ‚Defizite im Behandlungsprozedere‘ gibt. In Deutschland werden Jahr für Jahr Millionen von vertragszahnärztlichen Behandlungen in den Praxen erbracht und zugleich auch vielfach Privatleistungen durch Patienten ganz bewusst und aktiv nachgefragt, mit denen dann Zuzahlungen verbunden sind.

Dass es angesichts einer solchen Vielzahl von Behandlungen mitunter vereinzelt auch zu Beschwerden kommt, ist bedauerlich und – in ausgewählten und nachweislich begründeten Einzelfällen – sicher auch berechtigt. Allerdings sollte die tatsächliche Zahl solcher Fälle in den Kontext der Gesamtzahl aller Behandlungen gestellt werden, bevor Pauschalurteile über einen angesehenen Berufsstand gefällt werden. Zudem gilt auch: Nicht jede Beschwerde eines Patienten, die bei der Verbraucherzentrale oder bei vergleichbaren Institutionen und Portalen über einen Zahnarzt selbst oder über das Ergebnis einer Behandlung vorgebracht wird, ist automatisch auch berechtigt. Hier bedarf es immer der Überprüfung im Einzelfall, die nicht zwangsläufig zu Gunsten des Patienten ausgehen muss.

KZBV
K o o RVorstandUniversitätsstr. 73
50931 KölnTel.: 0221 40 01-0
Fax: 0221 406 14 30post@kzbv.de
www.kzbv.de

FACHLICHES

Eßer verweist in seinem offenen Brief auch auf die Pflichten des Zahnarztes zur Information, Aufklärung und Beratung der Patienten und darauf, dass die Einhaltung der Vorschriften durch die zahnärztlichen Organisationen überwacht und Verstöße geahndet würden.

Zum Nachlesen

Den kompletten Wortlaut des offenen Briefes der KZBV vom 24.04.2017 einschließlich der Ergebnisse der Onlinebefragung der Verbraucherzentrale finden Sie im Zahnarztportal (Login erforderlich) der KZVN unter www.kzvn.de in der Rubrik „Meldungen“.

www.Kostenfalle-Zahn.de

Nach Aussage der Verbraucherzentrale will das Portal Patientinnen und Patienten über ihre Rechte beim Zahnarzt und Kieferorthopäden informieren, über Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und Behandlungsalternativen aufklären und auf Aufklärungs- und Versorgungsdefizite aufmerksam machen. Das Ganze mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. ■

Elke Steenblock-Dralle,
Leiterin der Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit der KZVN

Die große Bedeutung der kleinen Versorgungsgefäße

Eine neue Theorie von Professor Haverich zur Arteriosklerose stellt die bisherige Lehrmeinung infrage: Nicht Fette aus dem Blut, sondern Versorgungsstörungen der Arterienwand führen zu Ablagerungen in der Gefäßinnenwand und lösen Arterienverkalkung aus.

W

ie entsteht Arteriosklerose?

Die seit Jahrzehnten vertretene Lehrmeinung geht von einer „Verkalkung“ der Arterien aus, weil sich Fette aus dem Blut an der Innenwand der Blutgefäße anlagern. Als Reaktion des Immunsystems bildet sich dort die sogenannte Plaque, die mit der Zeit das Gefäß verstopfen kann. Herzinfarkt – wenn die Herzkranzgefäße verstopft sind – und Schlaganfall sind die häufigsten Folgen. Der Herzchirurg Professor Dr. Axel Haverich, Direktor der Klinik für Herz-, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie, vertritt jedoch in seinem in der Fachzeitschrift „Circulation“ erschienenen Artikel eine ganz andere Theorie: Die Fettablagerungen kommen nicht aus dem Blut, sondern sind vielmehr Überreste abgestorbener Zellen der Gefäßwand.

Ein Infarkt der Arterienwand

Auch Arterien benötigen eine eigene Versorgung ihrer Gefäßwand mit Sauerstoff und Nährstoffen. Dazu bilden sich bei Kindern im Laufe des Körperwachstums eigene, winzig kleine Versorgungsblutgefäße in der Außenwand der Arterie, die Vasa vasorum. Verschließen sie sich, sterben Zellen vor allem in der mittleren Wandschicht ab:

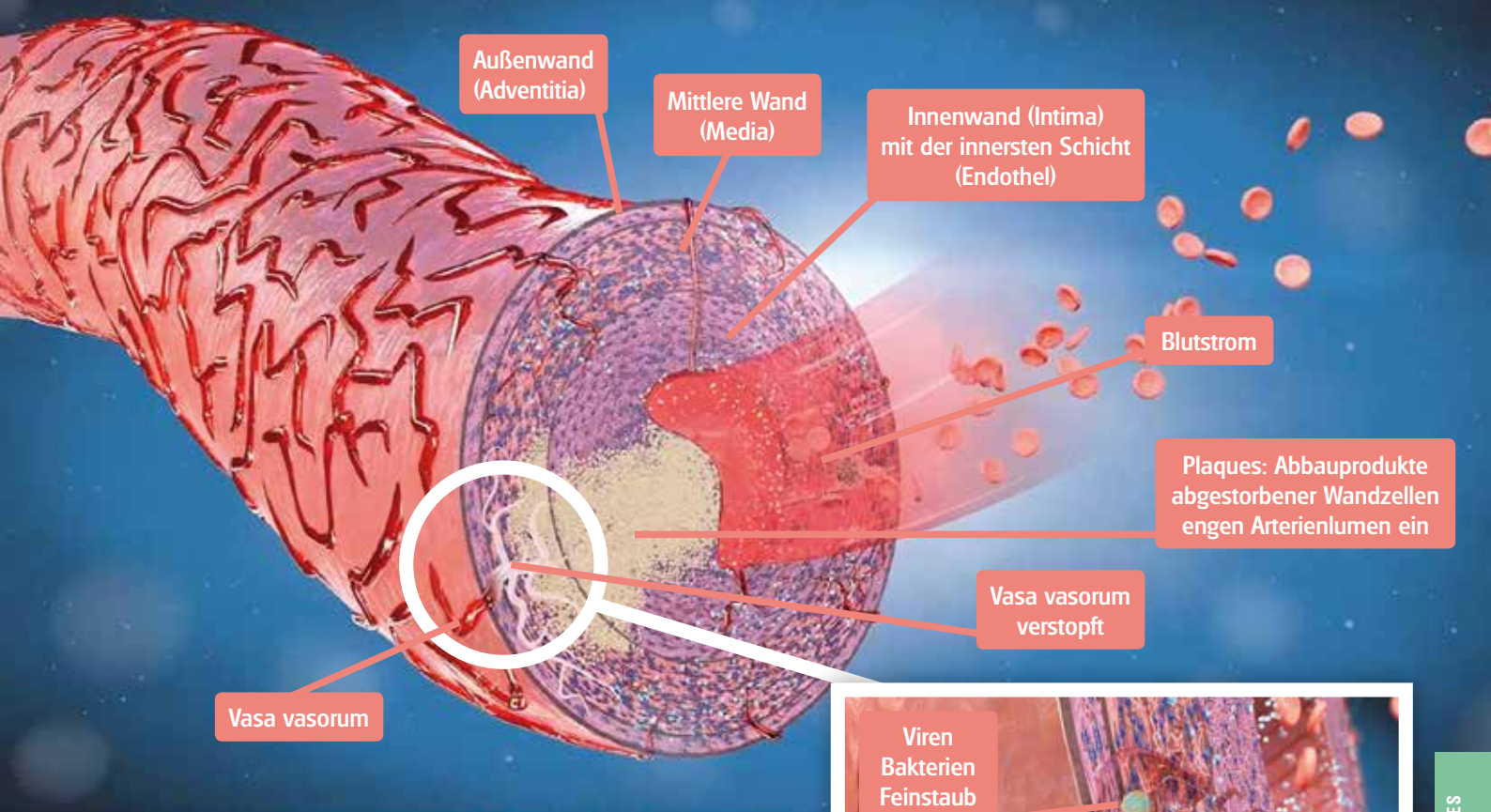
Es kommt zu einem Infarkt der Arterienwand. Häufigster Auslöser solcher Verschlüsse der Vasa vasorum sind Entzündungsreaktionen, die von Viren, Bakterien oder Feinstaub ausgelöst werden, aber auch von schädlichen Fettpartikeln, dem oxidierten LDL-Cholesterin. Seltener kommen nervale oder traumatische Ursachen vor. Die abgestorbenen Zellen mit den Fettresten aus den Zellwänden werden nun vom Immunsystem abgebaut. Bei diesen Reparaturprozessen entstehen in der Gefäßwand „Zellabfälle“, Plaques, die zu einer Verdickung der Arterieninnenwand führen und schließlich einen Verschluss des Muttergefäßes herbeiführen können. „Während Hunderter Bypassoperationen konnten wir feststellen, dass immer nur bestimmte Abschnitte der Herzkranzgefäße verkalkt waren, während dasselbe Gefäß an anderen Stellen niemals krankhaft verändert ist“, sagt Professor Haverich. „Diese Beobachtung machten wir auch in anderen Stromgebieten, beispielsweise im Oberschenkel. Gemeinsam war den arteriosklerosefreien Stellen, dass sie außen von Muskel umgeben waren. Da alle kleineren Arterien des Menschen ohnehin nur selten betroffen sind, muss bezweifelt werden, dass der Prozess a) eine generalisierte Erkrankung darstellt, die b) an der Innenwand beginnt.“ Die Zweifel wurden genährt von der Entdeckung neuer Risikofaktoren für die Arteriosklerose: Zum Beispiel wurde in zahlreichen Untersuchungen in den vergangenen Jahren ein eindeutiger Zusammenhang zwischen einer erhöhten Herzinfarktrate und dem Auftreten von Grippeepidemien mit Lungenentzündungen, aber auch durch Feinstaub-Exposition nachgewiesen. Zudem konnten Forscher mehr als 30 Mikroben anhand ihrer DNA in arteriosklerotischen Plaques nachweisen. Diese Zusammenhänge sind mit der bisherigen Theorie der erhöhten Blutfette allein nicht zu erklären.

Als Leiter des Exzellenzclusters REBIRTH (Von Regenerativer Biologie zu Rekonstruktiver Therapie) ist der Arzt und Forscher Professor Haverich der Entwicklung regenerativer Therapien der Volkskrankheiten verpflichtet, zu denen die Arteriosklerose zweifellos gehört: Die Weltgesundheitsorga-

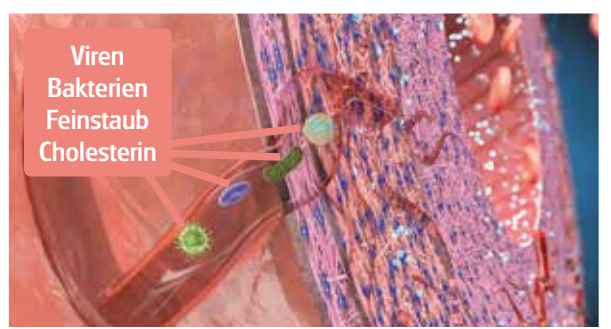
Fotos: © MHH



Professor Dr. Axel Haverich stellt die Lehrmeinung infrage.



Atherosklerose entsteht: Verstopft ein Vasa vasorum, das winzige, die Arterienwand versorgende Blutgefäß, etwa durch Viren, Bakterien, Feinstaub oder Cholesterin, sterben die nicht mehr versorgten Wandzellen ab. Bei ihrem Abbau entsteht Plaque, die das Lumen des Gefäßes einengen kann.



FACHLICHES

nisation führt jährlich 17,5 Millionen Todesfälle auf Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems zurück. In Deutschland stellen Krankheiten des Kreislaufsystems für 39 Prozent den Grund der Todesursachen dar.

Historische Befunde als Beleg

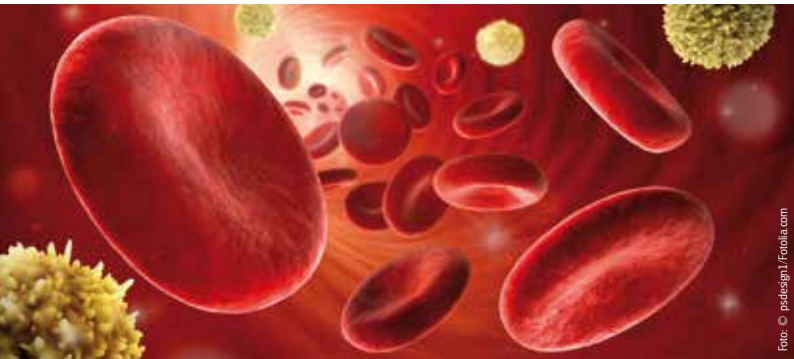
Während seiner Recherchen stieß Professor Haverich auf Veröffentlichungen, die zum Teil mehr als 100 Jahre alt waren und die über aktuelle Literaturlieferanten nicht mehr auffindbar sind. In diesen häufig in deutscher Sprache publizierten Schriften finden sich Erklärungsansätze für die jüngsten, im OP gemachten Beobachtungen. Sie untermauern seine Theorie der Versorgungsstörung der Arterienwand als Ursache für die Arteriosklerose: 1924, in Zeiten, in denen es noch keine Antibiotika gab, konnte der Pathologe Zinserling in St. Petersburg bei mehr als 300 Kindern, die an Infektionskrankheiten gestorben waren, arteriosklerotische Veränderungen beobachten. Für die Syphilis zeigte sich in Gewebeschnitten von massiv verkalkten und aneurysmatischen Aorten sogar unmittelbar der Zusammenhang zwischen entzündlichem Verschluss der Mikrozirkulation der Wand und noch darin befindlichen Krankheitserregern (Spirochäten). In älteren tierexperimentellen Versuchsreihen (Kaninchen, Schwein) konnte durch Kompression der Arterienwand von außen und der damit verbundenen Unterbindung der Blutversorgung der Wand

regelmäßig eine Arteriosklerose ausgelöst werden. Führt die Forscher eine Wiederdurchblutung der Vasa vasorum herbei, bildete sich die Arteriosklerose zurück. In weiteren Versuchen an Hunden führte eine Entfernung der äußeren Wandschicht, der Tunica adventitia, selbst bei Venen bereits nach Wochen zu Arteriosklerose, wie sie auch nach Bypass-Operationen zu beobachten ist. Noch gibt es keine regenerativen Therapien, mit denen die Arteriosklerose rückgängig gemacht werden kann. Nach wie vor werden daher die bekannten Verfahren genutzt – nämlich das Weiten der Engstellen mittels Ballonkatheter oder die Einlage von Stents durch die Kardiologen sowie die Anlage eines Bypasses durch die Herzchirurgen. Allerdings bietet die neue Theorie erweiterte Ansatzpunkte für die Entwicklung innovativer Behandlungsansätze. Bis diese allerdings den Patienten zur Verfügung stehen, empfiehlt Professor Haverich zur Prävention der Arteriosklerose: „Neben den bekannten, günstigen Lebensgewohnheiten wie gesunde Ernährung, ausreichend Schlaf und Bewegung sollte die Verhinderung und Bekämpfung von Infektionen als Prävention der gefährlichen Arterienverkalkung Beachtung finden. Zu nennen sind hier zum Beispiel die regelmäßige Gripeschutzimpfung, die Sanierung von chronischen Entzündungen wie etwa Zahnfleischentzündungen und – vor allem – körperliche Aktivität.“ ■

Quelle: MHH info, März/April 2017

Umgang mit Blutgerinnung

ANTIKOAGULATION UND THROMBOZYTENAGGREGATIONSHemmUNG



Die dentolaveoläre Chirurgie bei Patienten unter Therapie mit Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmern stellt nach wie vor eine besondere Herausforderung für den Zahnarzt dar. Zu den altbekannten Medikamenten sind in den letzten Jahren mehrere neue Präparate zur Antikoagulation und Thrombozytenaggregationshemmung hinzugekommen. Durch sie wird es für den Praktiker etwas unübersichtlicher, oft vereinfacht sich jedoch auch das perioperative Management.

Antikoagulantien

Die medikamentöse Antikoagulation erfolgt in der Regel zur Verhinderung von postoperativen Embolien oder Thrombosen sowie zur Thromboseprophylaxe bei Vorhofflimmern, Herzklappenersatz oder bereits stattgefundener Thrombose oder Embolie. Neben den etablierten Antikoagulantien, wie den Vitamin-K-Antagonisten Phenprocoumon (Falithrom®, Marcumar®) und Warfarin (Coumadin®), sind in den letzten Jahren einige neue/direkte orale Antikoagulantien (NOAK/DOAK) eingeführt worden. Zu diesen gehören die Faktor Xa-Inhibitoren Rivaroxaban, Apixaban und Edoxaban sowie der Thrombininhibitor Dabigatran. Eine Übersicht über derzeit in Deutschland zugelassene Präparate findet sich in Tabelle 1.

In Deutschland sind die Phenprocoumone etabliert, während im angloamerikanischen Raum Warfarin gebräuchlicher ist. Marcumar® und Falithrom® sind zur postoperativen Prophylaxe und Therapie der tiefen Beinvenenthrombose,

Lungenembolie sowie bei Vorhofflimmern und bei Herzklappenersatz indiziert. Die Dosierung wird dabei an Hand des Quick-Wertes (veraltet) bzw. der International Normalized Ratio (INR) kontrolliert. Dabei bewegt sich der INR-Wert für die meisten Indikationen zwischen 2–3, für mechanische Herzklappen bis 3,5 sowie für ältere Mitralklappen bis 4. Ein INR-Wert von 1 bedeutet eine normale Blutungszeit, bei 2 ist diese verdoppelt, bei einem Wert von 3 verdreifacht (Vetter, 2013). Zu beachten ist die Halbwertszeit des Phenprocoumons von 150 Stunden. Zum Vergleich beträgt die des Warfarins nur 37–50 Stunden. Laut Studien ist eine Anpassung der Medikation für die Entfernung einzelner Zähne bis zu einem INR-Wert von 3,5 nicht erforderlich (Aframian et al., 2007; Little, 2012). Hier sollte jedoch vorher die Möglichkeit zur suffizienten Blutstillung abgeklärt werden, um keine Blutungskomplikationen zu verursachen. Bei ausgedehnten Eingriffen, wie z. B. Osteotomien, sollte in Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Reduktion der Dosierung angestrebt werden, um eine INR von 2,0 zu erreichen. Eine Pausierung der Medikation scheint für die meisten dentoalveolären Eingriffe nicht empfehlenswert zu sein (Wahl et al., 2015). Ebenso zeigte das Bridging mit niedermolekularen Heparinen keinen positiven Effekt (Bacci et al., 2010). Es ist aktuell nur noch bei Hochrisikopatienten (Patienten mit mechanischer Herzklappe oder sehr hohem Thrombembolierisiko) indiziert, bei denen ein Absenken der INR auf 2,0 seitens des Operateurs nicht ausreichend ist.

Rivaroxaban (Xarelto®) ist ein direkter Faktor Xa-Inhibitor und hat, verglichen mit den Vitamin-K-Antagonisten, eine kurze Halbwertszeit von 5–9 Stunden. Aktuell wird es zur Thromboseprophylaxe bei Vorhofflimmern in einer Dosierung von 1 x 20 mg täglich (bei glomerulären Filtrationsraten (GFR) < 50 ml/min 1 x 15 mg täglich), bei Totalendoprothesen 1 x 10 mg täglich sowie zur Sekundärprophylaxe bei Venenthrombosen/Lungenembolien 2 x 15 mg täglich für 21 Tage, dann 1 x 20 mg täglich (bei GFR < 50 ml/min 1 x 15 mg täglich) angewendet. Für unkomplizierte Extraktionen bei Patienten ohne Nierenerkrankungen ist eine Pausierung nicht erforderlich (Firriolo and Hupp, 2012). Da aber unter Rivaroxaban signifikant mehr Blutungskomplikationen beobachtet wurden, als in einer Vergleichsgruppe, ist für größere Eingriffe die Pausierung der Medikation 24 Stunden präoperativ empfohlen (Firriolo and Hupp, 2012; Hanken et al., 2015).

Ein weiterer direkter Faktor Xa-Inhibitor ist Apixaban (Eliquis®), derzeit zugelassen für die Thromboseprophylaxe bei Totalendoprothesen mit einer Dosierung von 2 x 2,5 mg zur Thrombembolieprophylaxe bei Vorhofflimmern mit 2 x 5 mg täglich (reduzierte Dosis 2 x 2,5 mg bei 2 Faktoren von 1. GFR < 50 ml/min, 2. Alter > 80 Jahre, 3. Gewicht < 60 kg) sowie zur Therapie der venösen Thrombose/ Lungenembolie (2 x 10 mg täglich für 21 Tage, danach 2 x 5 mg täglich). Seine Halbwertszeit liegt mit 9–14 Stunden ebenfalls deutlich unter der der Vitamin-K-Antagonisten (Weitz, 2006). Bei kleineren Eingriffen ist auch hier eine Pausierung nicht erforderlich, während bei Eingriffen mit erhöhtem Blutungsrisiko eine Pausierung von 24 Stunden präoperativ angestrebt werden sollte (Green et al., 2016). Edoxaban (Lixiana®) ist aktuell zur Prophylaxe bei Vorhofflimmern sowie zur Behandlung und Prophylaxe bei tiefen Venenthrombosen indiziert. Die Dosierung beträgt 1 x 60 mg täglich (1 x 30 mg täglich bei GFR < 50 ml/min, Gewicht < 60 kg bzw. manchen Begleitmedikationen). Bei Eingriffen, die mit einer erwartbar höheren Blutungsneigung einhergehen, ist eine Pausierung von 24 Stunden präoperativ empfohlen (Elad et al., 2016).

In die Gruppe der direkten Thrombininhibitoren ist Dabigatran (Pradaxa®) einzuordnen. In Deutschland für die Thromboseprophylaxe bei Vorhofflimmern und bei Totalendoprothesen eingesetzt, wird es in einer Dosierung von 2 x 150 mg bzw. 2 x 110 mg täglich verabreicht. Die Halbwertszeit ist mit 12–17 Stunden geringer als die von Phenprocoumon, kann sich jedoch bei Nierenerkrankungen auf bis zu 28 Stunden verlängern (Firriolo and Hupp, 2012). Kleinere Eingriffe, wie Implantationen oder Einzelzahnextraktionen sind ohne Pausierung möglich (Breik et al., 2014; Gomez-Moreno et al., 2016). Für multiple Extraktionen ist die Pausierung 24 Stunden vor dem Eingriff emp-

fohlen, bei eingeschränkter Nierenfunktion gegebenenfalls auch länger (Breik et al., 2014). Eine Gemeinsamkeit der NOAK/DOAK ist, dass es aktuell keinen Routine-Labor-Test für das Monitoring der erreichten Antikoagulation gibt (Firriolo and Hupp, 2012). Des Weiteren ist ein Bridging mit niedermolekularen Heparinen nicht indiziert. Zu den parenteral angewendeten Antikoagulantien gehören unfractionierte und niedermolekulare Heparine sowie Fondaparinux als Faktor Xa-Hemmer. Die niedermolekularen Heparine sind in niedriger Dosierung (20 mg/40 mg) zur Prophylaxe, in höherer Dosierung (60–100 mg) zur Therapie von Venenthrombosen zugelassen. Weiterhin werden/wurden sie häufig für die Substitution (Bridging) von oralen Antikoagulantien eingesetzt. Fondaparinux (Arixtra®) wird zur perioperativen Thromboseprophylaxe sowie zur Therapie von Myokardinfarkt und akuten Venenthrombosen verabreicht. Während der therapeutischen Anwendung sollten keine dentoalveolären Eingriffe erfolgen. Unter einer prophylaktischen Dosierung ist kein erhöhtes Blutungsrisiko bei Zahnextraktionen festgestellt worden (Hong et al., 2010). Unfractioniertes Heparin wird einerseits zur akuten Therapie von Thrombosen oder Embolien eingesetzt, andererseits zur Verhinderung der extrakorporalen Blutgerinnung bei Hämodialysepatienten. Unter so genannter Vollheparinisierung sind keine dentoalveolären Eingriffe indiziert. Bei Dialysepatienten sollten Eingriffe zwischen den Dialysetagen durchgeführt werden, um das Blutungsrisiko zu minimieren (Proctor et al., 2005).

Thrombozytenaggregationshemmung

In Abgrenzung zu den Antikoagulantien werden die Thrombozytenaggregationshemmer hauptsächlich zur Verhinderung von Thrombosen im arteriellen Schenkel des Blutkreislaufes eingesetzt. Tabelle 2 gibt eine Übersicht über derzeit in Deutschland zugelassene Präparate. Klassischer Vertreter der Thrombozytenaggregationshemmer ist die Acetylsalicylsäure (z.B. Aspirin®, Godamed®, HerzASS®). Sie führt zu einer irreversiblen Hemmung der Plättchenaggregation. So ist bei Absetzen des Medikaments erst nach einer Zeit von 7 bis 10 Tagen wieder mit einer normalen Thrombozytenfunktion zu rechnen, wenn eine neue Generation von Blutplättchen gebildet wurde (Pettersen et al., 2015). ASS wird allein oder in Kombination mit anderen Plättchenhemmern angewendet. Ein Absetzen des Medikaments wird bei Eingriffen nicht empfohlen, da die Komplikationsrate durch kardiovaskuläre Ereignisse höher ist, als die durch Blutungen auftretende (Chee and How, 2013; Napenas et al., 2013).

Als weiteres, mittlerweile etabliertes Präparat wird Clopidogrel (Plavix®) sowohl zur Prävention von Thrombenbildung bei kardialen Erkrankungen als auch nach Stent-Implantation (in Kombination mit ASS) eingesetzt. Die übliche Dosierung beträgt 1 x 75 mg täglich. Bei Eingriffen kleineren Umfangs ►►

Oral	Parenteral
Vitamin-K-Antagonisten	niedermolekulare Heparine
Phenprocoumon (Marcumar®, Falithrom®)	Nadroparin (Fraxiparin®)
Warfarin (Coumadin®)	Enoxaparin (Clexane®)
	Certoparin (Mono-Embolex®)
Thrombininhibitoren	Tinzaparin (Innohep®)
Dabigatran etexilate (Pradaxa®)	
Faktor Xa-Inhibitoren	Faktor Xa-Inhibitoren
Rivaroxaban (Xarelto®)	Fondaparinux (Arixtra®)
Apixaban (Eliquis®)	
Edoxaban (Lixiana®)	unfractioniertes Heparin

Tabelle 1: Übersicht über aktuelle Antikoagulantien

Oral	Parenteral
Cyclooxygenase-Inhibitoren	Glykoprotein IIa/IIIb-Inhibitoren
Acetylsalicylsäure (Aspirin [®] , Godamed [®] , HerzASS [®])	Tirofiban (Aggrastat [®])
	Abciximab (ReoPro [®])
ADP-Rezeptor-Inhibitoren	
Clopidogrel (Plavix [®] , Iscover [®])	
Prasugrel (Efient [®])	
Ticagrelor (Brilique [®])	
Phosphodiesterase-Inhibitoren	
Cilostazol (Pletal [®])	

Tabelle 2: Übersicht über aktuelle Thrombozytenaggregationshemmer

► ist ein Absetzen nicht erforderlich. Es konnte jedoch nachgewiesen werden, dass es unter einfacher Thrombozytenaggregationshemmung nicht zu signifikant vermehrten Blutungskomplikationen kam, unter dualer Medikation mit ASS und Clopidogrel aber schon (Lillis et al., 2011). Ein ähnliches Medikament ist das Prasugrel (Efient[®]), das ebenfalls zur Prävention der Thrombenbildung bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom rezeptiert wird. Es hat jedoch eine stärkere Wirkung als Clopidogrel (Dezsi et al., 2015). Die Dosis beträgt 1 x 10 mg täglich, häufig in Kombination mit ASS. Für Zahnextraktionen unter der Kombination von Clopidogrel/Prasugrel und ASS ist bei Zahnextraktionen keine Pausierung der Medikation erforderlich (Napenas et al., 2013; Dezsi et al., 2015; Nathwani and Martin, 2016). Anzumerken ist aber, dass die Blutungsgefahr unter der Kombination von ASS und Prasugrel deutlich erhöht ist. Eingriffe sollten daher mit entsprechender Möglichkeit zur erweiterten lokalen Blutstillung erfolgen. Zu einer reversiblen Hemmung der Plättchenaggregation führt Ticagrelor (Brilique[®]). Eine Hauptanwendung ist die Verhinderung der Re-Stenosierung nach Implantation von Drug Eluting Stents (DES). Aktuell erfolgt die Anwendung in einer Dosierung von 2 x 90 mg täglich in Kombination mit 100 mg ASS. Ticagrelor führt, genau wie Prasugrel, zu einer deutlich erhöhten Blutungsneigung. Nach Pausierung der Medikation kommt es bei beiden Präparaten nach 5–7 Tagen zu einer Normalisierung der Thrombozytenfunktion. Bei geplanten Interventionen sollte bei mit Ticagrelor oder Prasugrel behandelten Patienten, die in der Regel Risikopatienten im ersten Jahr nach einem Myokardinfarkt sind, Rücksprache mit dem behandelnden Kardiologen genommen werden. Zu diskutieren ist entweder die kurzfristige Umstellung von Ticagrelor/Prasugrel auf Clopidogrel (im

ersten halben Jahr nach der Stentimplantation erforderlich) oder das Pausieren der Substanz und die Durchführung des Eingriffs unter alleiniger ASS-Protektion (> 6 Monate nach Stentimplantation denkbar) (ESC/ESA Guidelines on noncardiac surgery).

Das Präparat Cilostazol (Pletal[®]) ist derzeit zur Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit zugelassen. Die übliche Dosierung beträgt 2 x 100 mg täglich. Vor planbaren oralchirurgischen Eingriffen wird in Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Pausierung der Medikation 2–3 Tage präoperativ empfohlen (Pharmacist's Letter, 2008). Ein kurzfristiges Pausieren der Substanz ist meist unkompliziert möglich.

Die intravenös applizierten Thrombozytenaggregationshemmer Tirofiban (Aggrastat[®]), Eptifibatide (Integrilin[®]) und Abciximab (ReoPro[®]) seien hier nur erwähnt. Sie werden bei der Therapie von instabiler Angina pectoris und Nicht-S-T-Hebungsinfarkt (NSTEMI) sowie bei perkutanen Interventionen (PCI) genutzt (Ji and Hou, 2011). Obwohl diese jedoch regelhaft nur auf wenige Stunden limitiert sind, sollten während der Anwendung dieser Medikamente keine oralchirurgischen Eingriffe durchgeführt werden.

Präoperative Maßnahmen

Vor einem chirurgischen Eingriff sollte die exakte Anamneseerhebung erfolgen. Nicht nur im Hinblick auf die etwaige Medikation mittels Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmern, sondern auch die Erkennung von kardialen Begleiterkrankungen, die gegebenenfalls eine periinterventionelle Endokarditisprophylaxe erfordern, ist essentiell. Des Weiteren können Erkrankungen der Nieren, Leber sowie hämatologische Erkrankungen von Belang für den geplanten Eingriff sein. Gerinnungswerte, soweit vorhanden, wie Quick-/INR-Wert oder auch die Thrombozytenanzahl können eine Orientierung geben, ob der geplante Eingriff ohne Anpassung der Medikation möglich ist. Bei Patienten unter Phenprocoumon-Therapie ist eine Messung des INR-Wertes innerhalb von 24 Stunden vor dem Eingriff empfohlen (Aframian et al., 2007). Die INR sollte für geplante Eingriffe im unteren Therapiebereich liegen (2 - 2,5). Von der zeitlichen Planung ist bei den neuen oralen Antikoagulantien (Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban, Dabigatran) eine kurzfristige Pausierung entsprechend Tabelle 3 sinnvoll (Heidbuchel et al., 2015). Postoperativ sollte die Medikation schnellstmöglich fortgeführt werden. Ebenso reduziert die Durchführung einer chirurgischen Intervention bei Dialysepatienten an den Tagen zwischen der Hämodialyse das Blutungsrisiko erheblich (Nishide et al., 2005; Proctor et al., 2005). Bei planbaren Interventionen ist der Umfang des Eingriffes im Voraus abzuschätzen. Die Entfernung von bis zu drei Zähnen wird mit einem geringen Blutungsrisiko eingeschätzt (Muthukrishnan and Bishop, 2003).

Bei multiplen Zahnextraktionen und umfangreicheren Interventionen muss jedoch von einem erhöhten Blutungsrisiko ausgegangen werden (Leschke, 2015). Hier kann ein fraktioniertes Vorgehen erwogen werden.

Eine Absprache mit dem Hausarzt oder betreuenden Internisten ist unbedingt empfehlenswert, um gegebenenfalls eine Reduktion, Pausierung oder Umstellung der Medikation zu erörtern. Das Absetzen oder Pausieren von Gerinnungs- oder Thrombozytenaggregationshemmern sollte auf keinen Fall eigenmächtig durch den Operateur festgelegt werden.

Eine gewisse Vorsicht ist ebenfalls bei der Rezeptierung der Analgetika geboten. So ist für Ibuprofen ein gewisser Thrombozyten-aggregationshemmender Effekt nachgewiesen (Hong et al., 2008). Auf der anderen Seite kann die Kombination von Ibuprofen und Aspirin dessen Plättchen-aggregationshemmende Wirkung auch reduzieren und damit das kardiovaskuläre Risiko erhöhen (Catella-Lawson et al., 2001). Hier kann die Einnahme von Diclofenac oder Paracetamol als Analgetika sicherer sein. Sollten hinsichtlich des Allgemeinzustandes des Patienten oder des Umfanges des geplanten Eingriffes Zweifel bestehen, ist die Überweisung in eine Fachklinik und gegebenenfalls die Durchführung unter stationären Bedingungen zu erwägen.

Lokale Maßnahmen der Blutstillung

Die lokalen Maßnahmen der Blutstillung sollten auch bei Pausierung der Antikoagulation oder Thrombozytenaggregationshemmung erfolgen, da durch das postoperative Wiederansetzen der Medikation bei noch nicht verheilten Wunden erneut Blutungen auftreten können. Unter Beachtung der Kontraindikationen sollte der chirurgische Eingriff unter Verwendung von vasokonstringierenden Zusätzen im Lokalanästhetikum durchgeführt werden, um eine lokale Blutstillung zu erreichen (Lillis et al., 2011). Zusätzlich ist durch die in der Regel bessere Sicht ein zügigeres Vorgehen möglich. Als nachteilig kann die reaktive Hyperämie betrachtet werden, die nach Abfluten des Vasokonstringens zu einer Nachblutung führen kann. In der täglichen Praxis

erwachsen bei suffizienter Blutstillung hieraus jedoch keine Nachteile. Der Eingriff sollte gewebeschonend, unter Nutzung kleiner Zugänge sowie kleiner Instrumente, wie z. B. Desmotomen, erfolgen. Anschließend ist die konsequente Entfernung von Granulationsgewebe und scharfen Knochenkanten zu empfehlen, um eine Blutung oder eine Perforation der Schleimhaut zu vermeiden (Lillis et al., 2011). Nach der Säuberung des OP-Gebietes ist die Einlage von lokalen Hämostyptika, wie z. B. Kollagen (Parasorb® Cone), Gelatine (Gelita-Spon® Standard) oder Zellulose (Tabotamp®) empfehlenswert, um das Blutkoagel zu stabilisieren (Zirk et al., 2016). Die Anwendung von Knochenwachs ist heute etwas in den Hintergrund getreten. Anschließend sollte die angrenzende Schleimhaut leicht mobilisiert werden, um einen dichten Wundverschluss zu ermöglichen. Eine plastische Deckung der Alveole ist jedoch nicht zwingend erforderlich. Auf eine ausreichende Stärke des Nahtmaterials von mindestens 3-0 sollte ebenso geachtet werden wie auf einen ausreichenden Abstand zum Wundrand. Empfehlenswert sind Matratzennähte, da gegenüber Einzelknopfnähten eine geringere Gefahr des Ausreißens der Wundränder besteht. Zusätzlich lässt sich dadurch eine Ischämie an den Wundrändern erzeugen, wodurch das Blutungsrisiko verringert wird. Des Weiteren kann die Verwendung von resorbierbarem Nahtmaterial vorteilhaft sein, da hier die mit einer erneuten potentiellen Blutungsgefahr einhergehende Nahtentfernung bei Bedarf entfallen kann. Tranexamsäurespülungen für 2 bis 5 Tage, wie von einigen Autoren empfohlen, werden in unserer Klinik selten angewendet (Davis et al., 2013). Anschließend wird die Wundkompression mittels Gaze-Tupfer für eine Stunde empfohlen (CardonaTortajada et al., 2009). Weiterhin sollten keine Mundspülungen durchgeführt werden, um das Koagulum nicht zu destabilisieren. Die üblichen postoperativen Verhaltensweisen (breiig-weiche Kost, Vermeidung von blutdrucksteigernden Genussmitteln, wie Kaffee, Cola, schwarzem Tee, Vermeidung körperlicher Anstrengung) gelten ebenso bei Eingriffen unter Antikoagulation und Thrombozytenaggregationshemmern. Bei ungenügendem Weichgewebeangebot, hoch dosierter ►

Blutungsrisiko	Dabigatran		Apixaban/Edoxaban/Rivaroxaban	
	gering	hoch	gering	hoch
Creatinin-Clearance				
> 80 ml/min	≥ 24 h	≥ 48 h	≥ 24 h	≥ 48 h
50-80 ml/min	≥ 36 h	≥ 72 h	≥ 24 h	≥ 48 h
30-50 ml/min	≥ 48 h	≥ 96 h	≥ 24 h	≥ 48 h
< 30 ml/min	nicht zugelassen		≥ 36 h	≥ 48 h

Tabelle 3 – Empfohlene Zeiten für die letzte präoperative Einnahme der Medikation in Abhängigkeit der Nierenfunktion (modifiziert nach Heidbuchel et al., 2015)



► sowie kombinierter Antikoagulation oder Thrombozytenaggregationshemmung kann eine Wundschutzplatte eingegliedert werden. Diese kann aus einer Tiefziehschiene hergestellt sein oder aus einer bereits erweiterten Prothese bestehen. Sie kann mit einem Zahnfleischverbandsmaterial (Vocopac®/Zoepac®) oder weichbleibendem Unterfütterungsmaterial (z. B. Ufigel®) fixiert werden. In beiden Fällen ist jedoch auf einen festen Sitz zu achten. Durch eine Mobilität der Verbandplatte kann ansonsten über einen „Pumpeffekt“ eine Progression der Blutung herbeigeführt werden. Wichtig ist weiterhin, den Patienten vorher auf die nur eingeschränkt durchführbare Mundhygiene hinzuweisen. Die Entfernung des Nahtmaterials sowie gegebenenfalls eingesetzter Wundschutzplatten sollte nach 7 bis 10 Tagen erfolgen.

Fazit

Dentoalveoläre Eingriffe sollten, wenn immer möglich, unter laufender Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten (INR 2,0) durchgeführt werden.

Das Bridging mit niedermolekularen Heparinen ist nur noch bei Hochstrisiko-Patienten (mechanische Herzklappen, sehr hohes Thrombembolierisiko) indiziert.

Unter Therapie mit NOAK/DOAK sind die präoperative Pausierung der Medikation entsprechend Tabelle 3 sowie der zeitgerechte Eingriff empfohlen. Postoperativ erfolgt das baldmöglichste Wiederansetzen des Medikamentes. Eine Dauertherapie mit ASS sollte für dentoalveoläre

Eingriffe nicht unterbrochen werden. Bei Medikamentenkombinationen sollte, wenn möglich, immer unter ASS-Protektion operiert werden.

Bei dualer Plättchenhemmung (insbesondere mit Ticagrelor oder Prasugrel) sollte auf Grund der deutlich erhöhten Blutungsgefahr eine Rücksprache mit dem betreuenden Kardiologen erfolgen.

Ein planvolles Vorgehen sowie die suffiziente Blutstillung sind essentiell für die Vermeidung postoperativer Komplikationen.

Bei Unklarheiten sollte in jedem Fall der betreuende Hausarzt, Internist oder Kardiologe konsultiert werden. ■

Dr. med. dent. Matthias C. Schulz
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“ Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Prof. Dr. med. habil. Gregor Simonis
Praxisklinik Herz und Gefäße
Forststraße 3, 01099 Dresden

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Günter Lauer
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“ Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

_____ *Zahnärzteblatt Sachsen, ZBS 11/2016*

Zum evidenten Einsatz von Antibiotika in der zahnärztlichen Praxis

Der Einsatz von Antibiotika in der Zahnmedizin wird auch gegenwärtig kontrovers diskutiert. Hauptursache für die zunehmend kritische Auseinandersetzung ist die negative Entwicklung einer signifikanten Zunahme resistenter Erreger auf globaler Ebene [1]. Nach aktuellen statistischen Erhebungen des Robert-Koch Institutes, der Paul-Ehrlich Gesellschaft und des Bundesamtes für Verbraucherschutz ist in den Jahren 2008 bis 2013 eine deutliche Zunahme resistenter Keime für den ambulanten und stationären Bereich zu verzeichnen [2, 3, 4]. Die negativen Resistenz-Trends begründen sich zum einen in der steigenden Umweltbelastung (z. B.

durch unzureichend kontrollierten Antibiotikaeinsatz in der Tiermast), zum anderen in der unsachgemäßen und unverhältnismäßig häufigen Indikationsstellung in der medizinischen Anwendung [5, 6]. Besonders bedenklich erscheint die Tatsache, dass gerade Zahnärzte, im Vergleich mit anderen medizinischen Fachdisziplinen, überproportional häufig ein Antibiotikum verschrieben [7]. Erstaunlicherweise favorisieren Zahnärzte dabei, entgegen aller verfügbarer Evidenz, wissenschaftlicher Stellungnahmen und Empfehlungen der nationalen als auch internationalen Fachgesellschaften, Clindamycin als Mittel der ersten Wahl [8]. Diesbezüglich erscheint es wenig überraschend, dass trotz

der teils uneinheitlichen Datenlage, prospektive Studien einen deutlichen Anstieg der Resistenzen gegen Clindamycin und spezifischer Nebenwirkungen (z. B. gastro-intestinale Beschwerden, Unverträglichkeiten) belegen konnten [9]. Mögliche Ursachen für die gegenwärtige Verschreibungspraxis scheinen sowohl die zu strikte Auslegung wissenschaftlicher Leitlinien und Stellungnahmen, ein gewisses Sicherheitsdenken, als auch die Erwartungshaltung der Patienten und gezielte Werbemaßnahmen zu sein.

Das Indikationsspektrum für den Einsatz von Antibiotika in der Zahnheilkunde ist nicht eindeutig definiert. Bislang galt die odontogene Infektion als Hauptindikation für eine systemische Antibiose, die in aller Regel einzig eine adjuvante Maßnahme darstellt [10]. Somit ist deren Stellenwert nicht dem einer kausaltherapeutischen Maßnahme (Wurzelkanalbehandlung, Abszessinzision u. w.) gleichzustellen. Die Notwendigkeit einer antibiotischen Therapie oder Prophylaxe kann entweder in patientenspezifischen Risikofaktoren (zur Endokarditisprophylaxe, bei Immunsuppression, nach Radio-/Chemotherapie etc.) oder durch prozedurbezogene Risiken (Operationsdauer, Invasivität) begründet sein [11, 12]. Ob der potentielle Nutzen einer antibiotischen Therapie die möglichen relevanten Risiken, Nebenwirkungen und Kosten übersteigt, ist weiterhin unklar.

Selbst bisher wenig in Frage gestellte Indikationen, wie die Endokarditisprophylaxe für Hochrisikopatienten im Rahmen invasiver, zahnärztlicher Eingriffe, die mit einem möglichen Bakteriämierisiko vergesellschaftet sind [13], werden zunehmend kritisch betrachtet. Eine systematische Übersichtsarbeit aus dem aktuellen Jahr konnte keine Evidenz für deren Nutzen belegen [14]. Zudem konnten epidemiologische Daten zeigen, dass, nach Einschränkung der Prophylaxe-Empfehlung im Jahr 2007, der befürchtete Anstieg der Inzidenz bakterieller Endokarditiden ausblieb. Als direkte Konsequenz wird die Endokarditisprophylaxe in England und Wales nicht länger empfohlen [15].

Auch der erhoffte Nutzen einer Antibiotikagabe im Rahmen der Insertion enossaler Implantate scheint diskutabel. Obwohl die perioperative Antibiose mit einer signifikant verringerten Implantatverlustrate einhergeht, ergab sich keine wesentliche Reduktion der Inzidenz postoperativer Infektionen [16]. Andererseits konnte in einer systematischen Übersichtsarbeit aufgezeigt werden, dass die perioperative Antibiotikagabe im Rahmen der Weisheitszahnentfernung mit einer Abnahme infektiöser Komplikationen einhergeht. Auf Grund der jedoch im gleichen Maße ansteigenden Nebenwirkungen distanzieren sich die Autoren deutlich von einer Empfehlung zur generalisierten, antibiotischen Prophylaxe beim gesunden Patienten [17]. Dies aber steht im direkten Widerspruch zur aktuellen Empfehlung der S2k-Leitlinie zur operativen Entfernung von Weisheitszähnen [18]. Kritisch betrachtet stellt sich die Frage, ob nicht lokale Maßnahmen (z. B. temporäres



Foto: © Alexander Raths/Fotolia.com

Einlegen einer Tamponade) einen ähnlichen Nutzen bei günstigerem Nebenwirkungsprofil aufweisen. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass der Einsatz von Antibiotika in der zahnärztlichen Praxis häufiger auf eminenten als auf evidenten Daten beruht. Die gegenwärtig bedenklichen Resistenzentwicklungen sollten zu einer besonders kritischen Indikationsstellung beitragen. Grundlegende Voraussetzung für eine gezielte Antibiotikatherapie ist die Auswahl des geeigneten Präparates, die korrekte Dosierung und Anwendungsdauer.

Als Antibiotikum der ersten Wahl empfiehlt sich weiterhin bei entsprechender Sensibilität odontogener Erreger, ein Aminopenicillin ggf. in Kombination mit einem Betalaktamase-Inhibitor (z. B. Amoxicillin + Clavulansäure/Sulbactamsäure) [19]. Die therapeutische Gabe sollte einen Zeitraum von drei bis fünf Tagen nicht unterschreiten, wobei tendenziell längere Anwendungsdauern zu bevorzugen sind. Ebenso gilt es, hinsichtlich der Dosierung die therapeutische Breite auszunutzen, um der Selektion besonders resistenter Erreger vorzubeugen. Clindamycin sollte nur in Ausnahmen (Nachweis einer Penicillinallergie) Verwendung finden. In diesen Fällen ist der Einsatz moderner Makrolidantibiotika zu erwägen. Eine besondere Herausforderung scheint, mit Ausnahme der Parodontologie, die praxisnahe Etablierung einer gezielten Verabreichung von Antibiotika auf der Grundlage eines definitiven Erregernachweises und Resistogramms in der Zahnmedizin zu sein. Bislang mangelt es jedoch an zeitlich optimierten und damit praktikablen Systemen für den allgemeinzahnärztlichen, niedergelassenen Kollegen, die in gewisser Weise als „Chair-Side-Verfahren“ zur Anwendung kommen könnten und somit die Forderung einer individuellen, spezifischen Antibiotikagabe erfüllen würden. ■

Dr. med. dent. Tobias Annussek

Quelle: Zahnärzteblatt Westfalen-Lippe, ZBWL 4/2014

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

Global und interdisziplinär

Antibiotikaresistenzen gehören mittlerweile zu den drängendsten Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert. Die Forschung wird das Problem allein nicht lösen können.



Foto: © A. Bruno/Fotolia.com

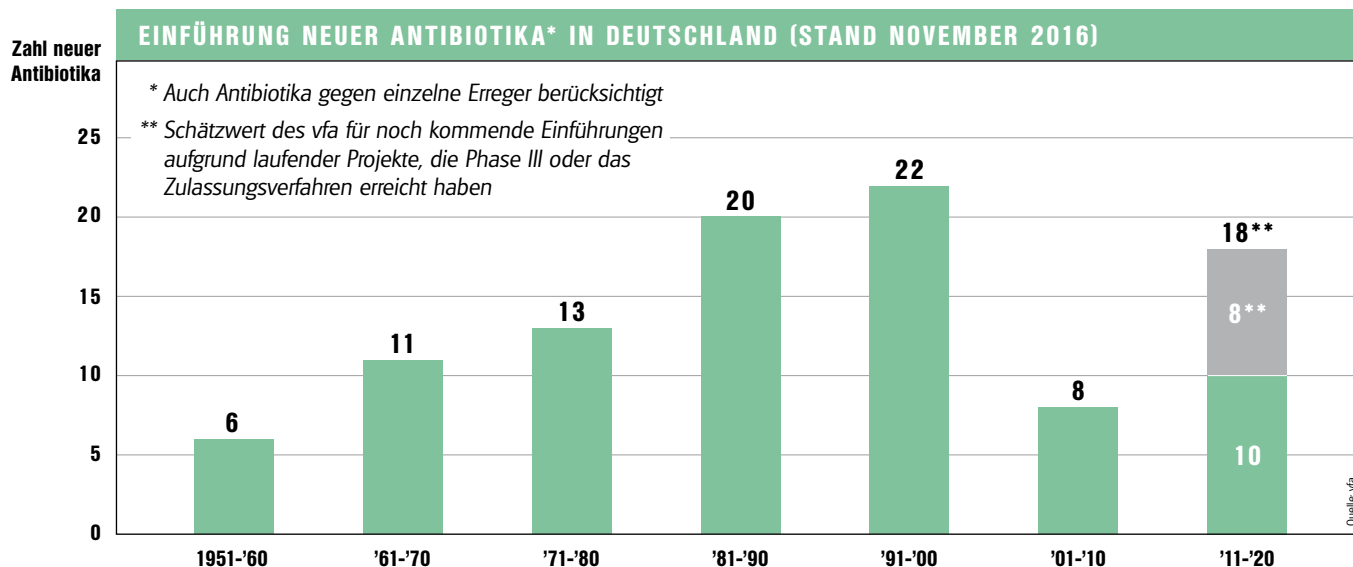
Mehr und mehr wird klar: Antibiotikaresistenzen sind nicht nur in Deutschland problematisch, sondern eine globale Aufgabe. Der massenhafte und ungezielte Einsatz von Antibiotika in der Human- und Veterinärmedizin, Hygienemängel, eine zu hohe Patientennachfrage sowie die Globalisierung mit weltweitem Tourismus und Migration triggern das eigentlich natürliche Phänomen der Resistenzbildung von Bakterien gegenüber antibiotischen Substanzen. Besondere Aufmerksamkeit wird die Problematik in diesem Jahr erhalten: Bundeskanzlerin Angela Merkel setzte das Thema „Antimikrobielle Resistenzen“ bereits hoch auf die Agenda der G20-Präsidentschaft, die Deutschland vom 1. Dezember 2016 bis 30. November 2017 innehat. Höhepunkte werden ein Treffen der Gesundheitsminister im Mai in Berlin und das Gipfeltreffen im Juli in Hamburg sein. Eine weltweit verstärkte Aufmerksamkeit für das Thema zeichnete sich bereits Ende letzten Jahres ab: In New York diskutierte die Generalversammlung der Vereinten Nationen (UN) erstmals mit Vertretern von 60 Regierungen, von Pharmafirmen, Forschungsinstitutionen und Nichtregierungsorganisationen über das Problem der multiresistenten Keime. Gemeinsam verabschiedeten sie eine Erklärung, mit der sich die Regierungschefs verpflichten, in ihren Ländern Pläne auszuarbeiten, wie Antibiotikaresistenzen bekämpft werden können. Eine Koordinationsgruppe der UN soll in den kommenden zwei Jahren konkrete Vorschläge ausarbeiten. Die UN-Erklärung benennt deutlich die Gefahr: Zentrale Errungenschaften des 20. Jahrhunderts – wie beispielsweise die Erfolge in der Transplantationsmedizin oder in der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – könnten durch zunehmende Antibiotikaresistenzen infrage gestellt werden. Um dem entgegenzuwirken, soll die Weltgesundheitsorganisation,

die bereits einen Globalen Aktionsplan zu Antibiotikaresistenzen verabschiedet hat, auch eine stärkere Rolle als bislang spielen. Um ein international und interdisziplinär abgestimmtes Vorgehen bemüht sich auch Deutschland: Im vergangenen Jahr trafen sich auf Einladung des Bundesministeriums für Gesundheit internationale Vertreter von Wissenschaft, Human- und Tiermedizin sowie Pharmaindustrie und Zulassungsbehörden zum „Ersten globalen Expertennetzwerktreffen zu Antibiotika-Resistenzen“ in Berlin und vereinbarten eine bessere Vernetzung. DART – die deutsche Strategie Was aber geschieht national? Deutschland beschäftigt sich seit 2008 mit einer nationalen Strategie. Im Mai 2015 beschloss das Bundeskabinett die Deutsche Antibiotika-Resistenz-Strategie (DART 2020). Sie sieht vor, Überwachungssysteme zu Antibiotikaresistenzen und zum Antibiotikaverbrauch auszubauen, um neue Erreger und Resistenzen frühzeitig zu erkennen. Zudem sollen Bevölkerung und medizinisches Personal besser über die Problematik aufgeklärt werden. Einigen Politikern der Koalition geht diese Strategie aber nicht weit genug: Sie legten deshalb im Herbst 2016 dem Bundestag einen 26-Punkte-Plan vor, der DART 2020 konkretisiert und intensivere Maßnahmen anregt. Unter anderem fordern sie im Rahmen eines „One-Health-Ansatzes“ ein umfassendes Hygiene-, Gesundheits- und Haltungsmanagement in der Tierhaltung. Antibiotika sollten in der Tiermedizin „nur in begründeten Ausnahmefällen eingesetzt werden und grundsätzlich vorab Antibiotogramme erstellt werden“. Wichtig ist nach ihrer Ansicht außerdem, die Forschung und Entwicklung neuer Antibiotika zu fördern und „die Vernetzung von Grundlagenforschung, klinischer Forschung und Forschung zur öffentlichen Gesundheit voranzutreiben“. Auffällig ist in der Tat, dass in den vergangenen Jahren auf diesem Gebiet wenig geschehen ist (siehe Grafik). Von den

30 Medikamenten mit neuem Wirkstoff, die 2016 auf den Markt gekommen sind, waren nach Angaben des Verbandes der forschenden Pharmaunternehmen in Deutschland (vfa) beispielsweise nur zwei Antibiotika – für den Verband jedoch bereits ein Fortschritt: „Das zeigt, dass forschende Pharmaunternehmen auf diesem Gebiet wieder stärker als in den 2000er-Jahren an Neuentwicklungen arbeiten“, sagte vfa-Hauptgeschäftsführerin Birgit Fischer. Allerdings sei es nötig, diese Forschungsaktivitäten weiter auszubauen, räumte sie ein. „Medizinische Innovation wird aber allein nicht ausreichen, um bakterielle Krankheitserreger langfristig unter Kontrolle zu bringen“, ist Prof. Dr. med. vet. Lothar Wieler, Präsident des Robert Koch-Instituts (RKI), überzeugt. Eine weitere wichtige Strategie im Kampf gegen Antibiotikaresistenzen sei der bewusster und kontrolliertere Einsatz der antimikrobiellen Medikamente. Hier scheint es noch viel Potenzial zu geben, vor allem im ambulanten Bereich: Hygienikerin Prof. Dr. med. Petra Gastmeier von der Charité Berlin wies bei einer Diskussionsveranstaltung des Deutschen Ethikrates Ende 2016 in Berlin darauf hin, dass etwa 85 Prozent der Antibiotika im ambulanten Bereich eingesetzt würden und insbesondere die niedergelassenen Ärzte für die Problematik sensibilisiert werden müssten. Der verstärkte Einsatz von Schnelltests zur Unterscheidung von Viren und Bakterien könne künftig helfen, vorschnelles Verschreiben von Antibiotika zu vermeiden. Verschiedene Modellprojekte versuchen diese Vorgehensweise zu etablieren: So fördert jetzt der Innovationsfonds das gemeinsame Konzept „RESISTENZ-Vermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, elf Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Verband der Ersatzkassen mit rund 14 Millionen Euro.

Unterstützt wird durch den Fonds noch ein weiteres Projekt „Antibiotika-Resistenz-Entwicklung nachhaltig abwenden“ (Arena), getragen von der AOK Bayern, der AOK Rheinland/Hamburg, der KV Bayern, der Agentur deutscher Arztnetze sowie mehr als 400 Arztpraxen. Die Entwicklung neuer Antibiotika und diagnostischer Tests, eine verbesserte Surveillance und Information sowie die Stärkung von Hygiene und Prävention – all diese Maßnahmen werden das Problem der Antibiotikaresistenz nicht vollständig lösen, aber mindern. Dieses Fazit zog der Deutsche Ethikrat Ende letzten Jahres. Einig waren sich die Experten, dass alle Lösungsvorschläge auch ethische und gesellschaftliche Herausforderungen mit sich bringen. Neben gegebenenfalls schwer umzusetzenden strengeren Hygienemaßnahmen gelte dies insbesondere für die geforderte Reduzierung des Antibiotikagebrauchs, die für Patienten mit Risiken einhergehen kann. Eine mögliche Rationierung von Antibiotika sei mit Blick auf das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit ethisch sehr komplex und sollte nur dann in Erwägung gezogen werden, wenn alle anderen Strategien unwirksam seien, betonte der Bayreuther Rechtswissenschaftler Prof. Dr. jur. Stephan Rixen. Momentan sei dieser Ausnahmezustand nicht eingetreten. Bevor in den Antibiotikaverbrauch in der humanmedizinischen Gesundheitsversorgung eingegriffen werde, müsse der Antibiotikaeinsatz in der Tiermedizin verbindlicher reguliert werden, meinte Rixen. Auch der Ausbau staatlicher Forschung könne eine grundrechtsschonende Maßnahme sein. Insgesamt sieht Rixen den Gesetzgeber stärker in der Pflicht. „Keinesfalls darf eine Rationierung von Antibiotika auf das Arzt-Patienten-Verhältnis verschoben werden.“ ■

Dr. med. Eva Richter-Kuhlmann
Quelle: Deutsches Ärzteblatt vom 03.02.2017





Wir suchen Praktikanten!

© Fotos: Torbz/Fotolia.com; Myroslava/Fotolia.com

Praktikum in der Zahnarztpraxis

RECHTE UND PFLICHTEN VON PRAKTIKANTEN UND AUSBILDERN

Die Berufswahl ist häufig für junge Menschen eine schwierige Aufgabe. Gilt es doch aus einer Vielzahl von mehr oder weniger bekannten Berufen denjenigen auszuwählen, der den eigenen Neigungen am ehesten entspricht. Häufig wird die Auswahl zusätzlich noch dadurch erschwert, dass manche junge Menschen noch wenig über die eigenen Begabungen wissen.

Vor diesem Hintergrund kann ein Praktikum durchaus entscheidende Impulse für die Berufswahl geben. Der oder die potentielle Auszubildende kann im Rahmen eines Praktikums prüfen, ob der Beruf den eigenen Interessen und Begabungen entspricht und einen ersten Einblick in die Arbeitswelt erhalten. Gleichzeitig wird der Praktikumsbetrieb in die Lage versetzt, eine grobe Einschätzung über die Eignung für den Ausbildungsberuf vornehmen zu können.

Vor Antritt eines Praktikums ist es jedoch wichtig, dass sich die Praxis mit den rechtlichen Rahmenbedingungen eines Praktikums vertraut macht.

Zulässige bzw. unzulässige Tätigkeiten

Im Hinblick auf den Einsatz von Praktikanten muss beachtet werden, dass es sich hierbei zumeist um Schüler handelt, die im Arbeitsleben unerfahren und darüber hinaus teilweise auch noch minderjährig sind. Vereinfacht ausgedrückt, dürfen Praktikanten nur mit Tätigkeiten betraut werden, die sie ohne Eigen- und Fremdgefährdung durchführen können. Hierbei müssen Alter, Kenntnisstand sowie körperliche Leistungsfähigkeit beachtet werden.

Ferner gilt für jugendliche Praktikanten das Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG), welches zahlreiche Vorschriften zum Schutze der Minderjährigen beinhaltet.

So regelt zum Beispiel der § 22 Abs. 1 und Nr. 7 JArbSchG, dass Jugendliche nur unter sehr strengen Auflagen mit Tätigkeiten betraut werden dürfen, bei denen sie der schädlichen Einwirkung von biologischen Arbeitsstoffen ausgesetzt sind. Der Umgang mit Blut, Speichel und anderen Körperflüssigkeiten ist daher im Praktikum grundsätzlich verboten. Gleiches gilt für eine Tätigkeit mit stechenden, bohrenden, schneidenden und rotierenden

Instrumenten, die Kontakt mit diesen Körperflüssigkeiten hatten. Somit scheidet auch eine aktive Einbeziehung in die Reinigung, Desinfektion und Sterilisation von Medizinprodukten aus.

An dieser Stelle sei jedoch erwähnt, dass diese Ausführungen nicht für minderjährige Auszubildende gelten (§ 22 Abs. 2 Nr. 1 JArbSchG).

Aus den voranstehenden Ausführungen wird deutlich, dass minderjährige Praktikanten grundsätzlich nicht bzw. nur sehr eingeschränkt am Patienten eingesetzt werden können. Gegen eine rein beobachtende Tätigkeit außerhalb eines Gefahrenbereiches bestehen jedoch keine Bedenken. Weitere gefahrlose Einsatzgebiete wären z.B. die Bereiche Rezeption und Verwaltung.

Belehrungen:

Da Praktikanten im Berufsleben und insbesondere auch im Hinblick auf eine Tätigkeit im Gesundheitswesen unerfahren sind, muss gleich zu Beginn des Praktikums eine umfangreiche Belehrung erfolgen (§ 29 JArbSchG)!



Gegenstand der Belehrung sind Unfallverhütungsvorschriften, sowie potentielle Unfall- und Gesundheitsgefahren, die sich aus der Tätigkeit ergeben können. Selbstverständlich müssen Praktikanten auch über notwendige Hygienemaßnahmen und sonstige Schutzmaßnahmen informiert werden. Bei der Belehrung ist zu beachten, dass sie in einer für Praktikanten verständlichen Art und Weise zu erfolgen hat. Darüber hinaus muss auch die Möglichkeit gegeben werden, Fragen zu stellen. Es empfiehlt sich, die Belehrung zu dokumentieren.

Arbeitszeiten

Häufig werden im Rahmen eines Schulpraktikums die Arbeitszeiten durch die Schule vorgegeben. Falls es keine Vorgaben gibt, dürfen Jugendliche (also Personen, die mind. 15 Jahre aber noch keine 18 Jahre alt sind) nicht mehr als 8 Stunden täglich und nicht mehr als 40 Stunden wöchentlich beschäftigt werden (§ 8 Abs. 1 JArbSchG). Bei einer Arbeitszeit von mehr als 4,5 bis 6 Stunden pro Tag stehen Minderjährigen 30 Minuten Pause zu. Arbeiten Jugendliche mehr als 6 Stunden, stehen ihnen 60 Minuten Pause zu. Spätestens nach 4,5 Stunden muss die erste Pause erfolgen (§ 11 Abs. 2 Satz 2 JArbSchG).

Eine Beschäftigung vor 6 Uhr und nach 20 Uhr ist ebenso unzulässig wie eine Tätigkeit an Sonnabenden und Sonntagen (§§ 14 Abs. 1, 15, 16 Abs. 1 und 17 Abs. 1 JArbSchG). Diese Regelungen gelten auch für minderjährige Auszubildende, wobei diese jedoch am Wochenendnotdienst teilnehmen können (§§ 16 Abs. 2 Nr. 10, 17 Abs. 2 Nr. 7 JArbSchG), wenn sie nicht vor 6 Uhr und nach 20 Uhr tätig sind.

Volljährige Praktikanten dürfen grundsätzlich bis zu 8 Stunden täglich beschäftigt werden (§ 3 ArbZG).

Immunisierung:

Wie bereits ausgeführt, ist ein Einsatz von minderjährigen Praktikanten am Patienten bzw. in einem infektiösfährdeten Bereich nicht zulässig. Somit besteht kein zwingendes Erfordernis einer spezifischen Schutzimpfung, zum Beispiel gegen Hepatitis. Bei volljährigen Praktikanten kann ein Einsatz in der Assistenz nur erfolgen, wenn vorab gegen Hepatitis B immunisiert wurde.

Versicherungsschutz von Praktikanten

Teilnehmer eines Schulpraktikums sind über die Schülerunfallversicherung versichert (§ 2 Abs. 1 Nr. 8 b) SGB VII). Somit besteht eine Absicherung im Falle von Arbeits- und Wegeunfällen sowie bei Berufskrankheiten.

Handelt es sich bei dem Praktikum um kein Schul- oder Studienpraktikum, so besteht grundsätzlich Versicherungs- ➔

- schutz über die zuständige Berufsgenossenschaft. Wichtig ist jedoch, dass die Praxis den Praktikanten dort auch gemeldet hat. Eine Kontaktierung der Berufsgenossenschaft vor Beginn des Praktikums sollte daher erfolgen.

Haftpflichtversicherung

Aufgrund eines Erlasses des nds. Kultusministeriums (Erl. v. 01.12.2011 – 32-81431) wird den Schülerinnen und Schülern der von kommunalen Schulträgern getragenen Schulen für die Dauer ihres Praktikums durch den kommunalen Schadensausgleich Hannover Deckungsschutz für Haftpflicht- und Sachschäden gewährt. Insofern besteht in diesen Fällen eine generelle Absicherung gegen Schäden, die der Praktikant verursacht.

Für alle anderen Praktikanten besteht ein solcher automatischer Versicherungsschutz nicht.

Datenschutz – Schweigepflicht

Während des Praktikums können Praktikanten auch Informationen erlangen, die der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) unterliegen. Aus diesem Grund ist es zwingend notwendig, die Praktikanten im Vorfeld des Praktikums über ihre Schweigepflicht zu informieren und auch eine schriftliche Verschwiegenheitserklärung unterzeichnen zu lassen (siehe QR-Code).

Bei minderjährigen Praktikanten bedarf dies auch der Gegenzeichnung der gesetzlichen Vertreter (Eltern). Wenn die Praktikanten bei den Behandlungen von Patienten (rein beobachtend) anwesend sein sollen oder Einsicht in Patientenunterlagen haben, sollte zuvor die Zustimmung des Patienten eingeholt werden. Eine schriftliche Einverständniserklärung dürfte hierzu nicht notwendig sein, jedoch empfiehlt sich zur eigenen Absicherung eine kurze Notiz, dass der Patient sein Einverständnis erklärt hat.

Praktikum und Mindestlohn

Praktikumsverhältnisse können durchaus in den Anwendungsbereich des Mindestlohngesetzes fallen. Bei der Beurteilung, ob ein Praktikant Anspruch auf den Mindestlohn hat, ist zunächst einmal das Alter relevant. Praktikanten unter 18 Jahren, die noch über keinen Berufsabschluss verfügen, haben keinen Anspruch auf den Mindestlohn.

Volljährige Praktikanten, die ein freiwilliges berufliches Orientierungspraktikum bzw. ein freiwilliges Ausbildungs- oder Studienbegleitendes Praktikum absolvieren, haben dann einen Anspruch auf den Mindestlohn, wenn die Dauer des Praktikums drei Monate übersteigt. Liegt die Dauer des Praktikums unter drei Monaten, haben diese Personen keinen Anspruch auf den Mindestlohn.

Findet das Praktikum als Pflichtveranstaltung im Rahmen einer Ausbildung oder eines Studiums statt, unterliegt es nicht dem Mindestlohngesetz. Gleiches gilt für Praktika, die im Rahmen einer Einstiegsqualifizierung nach dem SGB III oder im Rahmen einer Maßnahme zur Berufsausbildungsvorbereitung absolviert werden.

Praktikumsverhältnisse mit Flüchtlingen, Geduldeten und Asylbewerbern

Asylberechtigte und anerkannte Flüchtlinge haben in der Bundesrepublik Deutschland generell einen Aufenthaltstitel, in dem auch die Aufnahme einer Beschäftigung gestattet wird. Insofern kann mit diesem Personenkreis auch problemlos ein Praktikumsverhältnis begründet werden. Die Ausführungen zum Tätigkeitsbereich bzw. der Mindestlohnpflicht und dem Versicherungsschutz gelten entsprechend.

Asylbewerber und geduldete Personen haben jedoch grundsätzlich keinen Aufenthaltstitel mit Beschäftigungserlaubnis und dürfen in der Regel auch nicht ohne Zustimmung der Ausländerbehörde bzw. der Bundesagentur für Arbeit in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. Geduldete und Asylbewerber dürfen jedoch mit Erlaubnis der Ausländerbehörde ein Praktikum zur Berufsorientierung aufnehmen. Für ein Orientierungspraktikum von bis zu drei Monaten ist die Zustimmung der Bundesagentur für Arbeit nicht erforderlich. Geduldete dürfen in diesem Fall sofort mit dem Orientierungspraktikum beginnen, bei Asylbewerbern beträgt die Wartezeit drei Monate. Für ein Orientierungspraktikum mit einer Dauer von mehr als drei Monaten ist die Zustimmung der Bundesagentur für Arbeit erforderlich. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass freiwillige Praktika zur Berufsorientierung von bis zu drei Monaten nicht dem gesetzlichen Mindestlohn unterliegen. Übersteigt das Praktikum eine Dauer von drei Monaten, wird es mindestlohnpflichtig.

Infolge der Komplexität der Thematik empfiehlt es sich jedoch, im Falle von Asylbewerbern und Geduldeten vor Praktikumsbeginn mit der zuständigen Ausländerbehörde Rücksprache zu halten. ■

Michael Behring, LL.M.
Geschäftsführer der ZKN



Hier finden Sie den Artikel
„Praktikum in der Zahnarztpraxis
zum Download:
<https://tinyurl.com/kqwngll>

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

14.06.2017,
19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr

Thema: Rechtsfallen in der zahnärztlichen Praxis

Referent: Rechtsanwalt Frank Ihde, Hannover

06.09.2017,
19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr

Thema: Arbeitstitel: Periimplantitis oder Socket-Preservation

Referent: Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets, Hamburg

Ort: Hochschule Ostfalia für angewandte Wissenschaften, Salzdhahumer Str. 46, 38302 Wolfenbüttel

Fortbildungsreferent: NN.

BEZIRKSSTELLE GÖTTINGEN

14.06.2017,
17:00 Uhr – ca. 19:30 Uhr

Thema: Periimplantitis – was nun? Ätiologie-Diagnostik-Therapie

Referent: Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets, Hamburg

06.09.2017,
17:00 Uhr – ca. 19:30 Uhr

Thema: Update Antikorruptionsgesetz und Medizinproduktegesetz/Verantwortung bei Nutzung und Veränderung von Medizinprodukten

Referent: Dr. Oliver Pramann, Hannover

Ort: Uni-Klinikum Göttingen, Hörsaal HS 552, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen

Fortbildungsreferent: Dr. Dr. Lars Kühne, Weender Straße 75, 37073 Göttingen, Tel. 0551 47314

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

19.08.2017,
9:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr

Thema: Mundhöhlenkarzinom – Diagnose und Therapie

Referent: Dr. Dr. Susanne Jung, Münster

Ort: Universität Carl von Ossietzky, Ammerländer Heerstr. 114-118, 26129 Oldenburg

Fortbildungsreferent: Dr. Volker Schaper, Burgstr. 11, 27243 Harpstedt, Tel. 04244 1671

BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

07.06.2017,
15:00 Uhr – ca. 18:00 Uhr

Thema: Heute in der Praxis, morgen im Gefängnis? Rechtsfallen in der zahnärztlichen Berufsausübung anhand aktueller Fälle

Referent: Rechtsanwalt Frank Ihde, Hannover

Ort: Steigenberger Hotel Remarque, Natrufer-Tor-Wall 1, 49076 Osnabrück

Fortbildungsreferentin: Dr. Nicola Witte, Wittekindstr. 1, 49134 Wallenhorst, Tel. 05407 8575355

BEZIRKSSTELLE OSTFRIESLAND

28.06.2017,
15:00 Uhr – ca. 19:00 Uhr

Thema: Beschwerdebilder craniomandibulärer Dysfunktionen – diagnostische und therapeutische Aspekte

Referent: Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer, Greifswald

Ort: Köhlers Forsthaus, Hoheberger Weg 192, 26605 Aurich

Fortbildungsreferent: Dr. Dr. Wolfgang Triebe, Rudolf-Eucken-Allee 17, 26603 Aurich, Tel. 04941 5752, E-Mail: dr.dr.w.triebe@t-online.de

BEZIRKSSTELLE VERDEN

23.09.2017,
10:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr




Thema: Abformung im Umbruch!? – Möglichkeiten und Grenzen konventioneller und digitaler Modellgewinnung

Referenten: Dr. Katharina Anne Mausbach, Gießen
Holger Sebastian Kämpe, Gießen

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

Fortbildungsreferent: Dr. Walter Schulze, Nordstr. 5, 27356 Rotenburg/W., Tel. 04261 3665

Termine

 29.05.2017- 02.06.2017	Sylt	59. Sylter Woche, Fortbildungskongress der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, Infos: www.sylterwoche.de
 31.05.2017	Universitätsklinikum Göttingen	XX. Göttinger Minisymposium Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Infos: www.uni-goettingen.de
 18.10.2017	Papenburg	15. Papenburger Symposium, Infos: www.papenburger-symposium.de

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

Kinderzahnheilkunde Kompakter Eintageskurs – von A wie Anamnese bis Z wie Zahnentfernung – Theorie und Hands-On-Kurs

Dieser Kurs setzt sich aus zwei Blöcken zusammen. In der Theorie werden Ihnen neben aktuellen Leitlinien/Empfehlungen aus der Sicht unserer Praktiker moderne Behandlungsmethoden von der Verhaltensführung/Sedierung bis hin zur Vollnarkose im Detail erläutert. Es werden neben den Indikationen für die **Füllungs- und Kronentherapie** auch entsprechende Hilfsmittel wie Lokalanästhesie, Füllungstechniken und Matrizensysteme, Platzhalter, Kronen und Materialien für beide Dentitionen thematisiert und mit zahlreichen Patientenfällen aus dem täglichen Arbeitsalltag der Kinderzahnärztinnen demonstriert.

Ebenso wird ein **Bestandteil** die Endodontie im Milchzahn und im jugendlich bleibenden Zahn mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum sein. Die neue Gesetzgebung erlaubt uns mit der U5 eine zahnärztliche Abrechnung der frühen Untersuchung von Kindern. „Upps, ein Baby in der Praxis“ – unter diesem Gesichtspunkt wird die Thematik der **Kleinkinder-Untersuchung** abgehandelt. Völlig losgelöst davon werden die großen Gebiete „**Traumata**“ und „**Molaren-Inzisiven Hypomineralisation (MIH)**“ fachlich übersichtlich und praxistauglich dargestellt und diskutiert.

Im zweiten Block besteht im **Hands-On-Kurs** die Möglichkeit, in der Theorie erworbenes Wissen zu vertiefen und neue Materialien auszuprobieren. Die Teilnehmer sollten – wenn möglich – zwei extrahierte Milchzähne im Gips eingebettet zu dem Kurs mitbringen. Eine Materialliste wird nach der Anmeldung zur Verfügung gestellt.

Referentin: drs. Johanna Maria Kant, Oldenburg
Referentin: Dr. Steffi Ladewig, Berlin
Samstag, 05.08.2017 von 9:00 – 18:00 Uhr
Kursgebühr: 590,- €
Für Frühbucher bis zum 05.06.2017, 549,- €
Max. 16 Teilnehmer
Kurs-Nr.: Z 1740
9 Fortbildungspunkte nach BZÄK



drs. Johanna
Maria Kant



Dr. Steffi
Ladewig

08./09.09.2017 Z 1746 14 Fortbildungspunkte

Adhäsivbrücken – eine bewährte Alternative zu Einzelzahnimplantaten

Prof. Dr. Matthias Kern, Kiel
Freitag, 08.09.2017 von 14:00 bis 18:00 Uhr/
Samstag, 09.09.2017 von 9:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 759,- €
Für Frühbucher bis zum 08.07.2017, 690,- €

29./30.09.2017 Z 1750 15 Fortbildungspunkte

Ohrakupunktur für Zahnärzte I/ gleichzeitig Auffrischkurs Akupunktur

Ehrenprof. Uni. Nanjing TCM Dr. Winfried Wojak,
Horn-Bad Meinberg
Freitag, 29.09.2017 von 14:00 bis 19:00 Uhr/
Samstag, 30.09.2017 von 9:00 bis 16:00 Uhr
Seminargebühr: 340,- €
Für Frühbucher bis zum 29.07.2017, 310,- €

07.10.2017 Z 1753 9 Fortbildungspunkte

Der Weg zur relaxierten Kieferrelationsbestimmung („Bissnahme“) über die diagnostische Befundaufnahme des Patienten (einschließlich der Muskelbefunde) und therapeutische Möglichkeiten der Muskelrelaxation

Ehrenprof. Uni. Nanjing TCM Dr. Winfried Wojak,
Horn-Bad Meinberg
Samstag, 07.10.2017 von 9:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 227,- €
Für Frühbucher bis zum 07.08.2017, 207,- €

07.10.2017 Z 1754 9 Fortbildungspunkte

Komposite, neue Impulse und Techniken, ein Update für Frontzahnrestaurationen – mit praktischen Übungen am Phantomkopf

Ulf Krueger-Janson, Frankfurt
Samstag, 07.10.2017 von 9:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 495,- €
Für Frühbucher bis zum 07.08.2017, 450,- €

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

09.08.2017 Z/F 1741

Wer schreibt, der bleibt?!...

Vollständige Dokumentation für vollständige Honorare
Christine Baumeister-Henning, Haltern
Mittwoch, 09.08.2017 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 170,- €
Für Frühbucher bis zum 09.06.2017, 155,- €

09.08.2017 Z/F 1742

Basic 2017 – Mit einer soliden Grundlage in die zahntechnische Abrechnung

Stefan Sander, Hannover
Mittwoch, 09.08.2017 von 13:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 132,- €
Für Frühbucher bis zum 09.06.2017, 120,- €

11./12.08.2017 F 1739

360° Prophylaxe – Unsere Impulse für Sie!

Solveyg Hesse, Otter
Sabrina Baule, Giesen
Freitag, 11.08.2017 von 9:00 bis 18:00 Uhr/
Samstag, 12.08.2017 von 9:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 379,- €
Für Frühbucher bis zum 11.06.2017, 345,- €

16.08.2017 F 1740

Röntgenkurs für die Zahnarzhelferin/ZFA –

Achtung: kein Auffrischkurs
Zur Teilnahme sind Zahnarzhelferinnen/Zahnmedizinische Fachangestellte berechtigt, die anlässlich der Abschlussprüfung den Nachweis über die Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV nicht erreicht haben oder den Aktualisierungszeitraum überschritten haben.
Prof. Dr. Henning Schliephake, Göttingen
Daniela Schmöe, Hannover
Mittwoch, 16.08.2017 von 9:30 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 185,- €
Für Frühbucher bis zum 16.06.2017, 170,- €

19.08.2017 F 1752

Instrumentenaufbereitung in der Zahnarztpraxis

Ute Wurmstich, Wedemark
Samstag, 19.08.2017 von 10:00 bis 14:00 Uhr
Seminargebühr: 94,- €
Für Frühbucher bis zum 19.06.2017, 85,- €

02.09.2017 F 1754

Scaling plus – Bedarfsgerechte, befundabhängige Prophylaxe

Sabine Sandvoß, Hannover
Samstag, 02.09.2017 von 9:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 335,- €
Für Frühbucher bis zum 02.07.2017, 305,- €



drs. Johanna
Maria Kant

Kompaktkurs Assistenz in der Kinderzahnheilkunde

Obwohl die Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren sehr viel besser geworden ist, bleibt die Anzahl unbehandelter Zähne im Milchgebiss sehr hoch. Fast die Hälfte aller Schulanfänger wird mit Karies bzw. Karieserfahrung eingeschult!

Die Behandlung von Kindern (im „Gesamtpaket“ mit ihren Eltern) ist für das Praxisteam eine besondere Herausforderung. Mal klappt es gut, mal gibt es Stress und Tränen ...

Kinder sind von Natur aus neugierig. Die ZFA ist die erste Kontaktperson für das Kind und seine Eltern. Egal, ob Sie als „Frontfrau“ in der Anmeldung sitzen, oder ein (neues) Kind ins Behandlungszimmer setzen, am ersten Eindruck wird festgemacht, ob sich Kind und Eltern wohlfühlen.

In diesem Tageskurs werden anhand von Videos und mit praktischen Übungen Tricks und Tipps zur Füllungs- und Kronentherapie, Milchzahnendo und zur Verhaltensführung bei der Behandlung (insbesondere bei der Lokalanästhesie) von Kindern vermittelt. Dazu gehören auch Übungen zum Anreichen beim vierhändigen Arbeiten. Gerade weil eine gute Vorbereitung für das Gelingen der Behandlung ein ausschlaggebender Faktor ist, werden Beispiele für Ihre Checklisten im Qualitätsmanagement gegeben.

Bei allen Möglichkeiten, es einem Kind unter der Behandlung gut gehen zu lassen:

Die neue Gesetzgebung wird in Zukunft die Abrechnung der frühen Untersuchung von Kindern möglich machen, wie es jetzt schon von einzelnen Krankenkassen angeboten wird. „Upps, ein Baby in der Praxis“ – unter diesem Gesichtspunkt wird die Thematik der Kleinkinder-Untersuchung und die Rolle der ZFA bei Präventionsmaßnahmen besprochen.

Referentin: drs. Johanna Maria Kant, Oldenburg
Freitag, 04.08.2017 von 9:00 – 16:00 Uhr
Kursgebühr: 319,- €
Für Frühbucher bis zum 04.06.2017, 290,- €
Max. 16 Teilnehmer
Kurs-Nr.: F 1738

15.09.2017 Z/F 1747

Verkaufen für Nichtverkäufer – Smart statt hart!

Dipl.-Germ. Karin Namianowski, Wasserburg
Freitag, 15.09.2017 von 9:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 297,- €
Für Frühbucher bis zum 15.07.2017, 270,- €

Dr. Lutz Glusa Glückwunsch zum 60. Geburtstag



Man mag es nicht glauben, aber Dr. Lutz Glusa konnte am 5. Mai seinen 60. Geburtstag feiern. Lutz Glusa ist in Hannover geboren und aufgewachsen. Nach Abitur und Studium der Zahnmedizin an der MHH und einer Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter unter Prof. Dr. Dr. Hausamen promovierte er 1984 zum Dr. med. dent.. Sein Studium der Medizin in Göttingen und Hannover schloss er 1987 mit dem Staatsexamen ab, und die Ausbildung zum Facharzt für MKG-Chirurgie konnte er 1991 erfolgreich beenden.

In eigener Praxis in Wunstorf ist Lutz Glusa seit 1993 als MKG-Chirurg mit dem Schwerpunkt „Implantologie“ tätig. Die Mitgliedschaften in der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG), deren Landesvorsitzender er ist, der Arbeitsgemeinschaft Kieferchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) zeugen von seinem besonderen beruflichen Engagement.

Darüber hinaus hat Lutz Glusa sowohl bei der Zahnärztekammer, als auch bei der Kassenzahnärztlichen

Vereinigung Niedersachsen seit vielen Jahren Verantwortung übernommen. Seit 2001 ist er Mitglied der Kammerversammlung der ZKN und dort in die Arbeit mehrerer Ausschüsse eingebunden. Für seine Verdienste hat ihm die ZKN 2014 die Ehrengabe der ZKN verliehen. Zusätzlich ist er nach vielen Jahren der Zugehörigkeit für die laufende Legislaturperiode erneut zum Mitglied in die Vertreterversammlung der KZVN gewählt worden.

Bei allem beruflichen und berufspolitischen Engagement dürfte eigentlich kaum Zeit für Privates bleiben. Neben der Zeit, die er gerne mit seiner Familie verbringt, gibt es noch Hobbys in seinem Leben. Außer dem Motorradfahren mit seiner schweren „Maschine“ liebt er das Segeln und das Modellfliegen.

Lieber Lutz, wir wünschen Dir weiterhin viel Freude in Deinem beruflichen Umfeld und nicht zuletzt Erfolg im berufspolitischen Engagement für die Kollegenschaft! ■

_____ Dr. Michael Loewener, Wedemark

Wir trauern um unsere Kolleginnen und Kollegen



Dr. Klaus-Dietrich Berlin, Osnabrück
geboren am 15.11.1926, verstorben am 01.03.2017

Dorothea Scholz, Fintel
geboren am 10.03.1956, verstorben am 10.03.2017

Sabine Nitschke, Laatzen
geboren am 09.07.1960, verstorben am 20.03.2017

*Die Vorstände der Zahnärztekammer Niedersachsen
und der KZV Niedersachsen*

Herzlichen Glückwunsch nachträglich zum 65. Geburtstag Dr. Hartmut Bleß

Kollege Bleß wurde am 08. Mai 1952 in Nordenham geboren. Das Zahnmedizinstudium führte ihn nach Göttingen, wo er nach seiner Approbation im Jahr 1976 ein Jahr später auch promovierte. Nach seiner Approbation war Kollege Bleß zunächst an der Georg-August-Universität Göttingen tätig. 1980 ließ er sich in Varel nieder, wo er auch heute noch praktiziert. Für die Kolleginnen und Kollegen in der Wesermarsch ist Hartmut Bleß seit nunmehr fast einem viertel Jahrhundert als Vorsitzender der Kreisstelle Friesland (seit 1993), als stellvertretender Vorsitzender (1993 – 2001) bzw. seit 2005 als Vorsitzender der Bezirksstelle Wilhelmshaven ein kompetenter Ansprechpartner. Auch als Vorsitzender der Verwaltungsstelle Wilhelmshaven der KZVN stand er in den Jahren 2001 – 2005 den Kolleginnen und Kollegen mit Rat und Tat zur Seite. In den wichtigsten Gremien von KZVN und ZKN, der Vertreterversammlung (von 2001 – 2016) und der Kammerversammlung (seit 2010), vertrat bzw. vertritt Kollege Bleß als gewähltes Mitglied die Interessen seiner Kolleginnen und Kollegen vor Ort. Nicht unerwähnt bleiben soll, dass er „daneben“ noch in den diversen Ausschüssen der beiden Körperschaften und als Fachreferent tätig ist. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass ihm im Jahr 2009 die Ehrengabe der ZKN verliehen wurde.

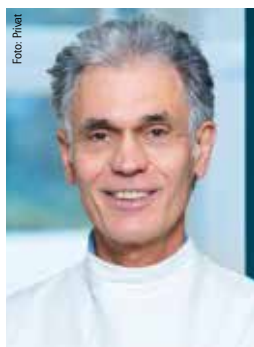


Foto: Privat

Nachträglich unsere herzlichen Glückwünsche zum 65sten Geburtstag. ■

Gesundheit und Zufriedenheit für die kommenden Jahre wünschen die Vorstände von KZVN und ZKN



Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

- 18.04.2017 Dr. Theo Oltmann (87), Bösel
- 19.04.2017 Dr. Karl-Heinz Klibor (95), Wolfsburg
- 24.04.2017 Dr. Werner Heinze (92), Burgdorf
- 26.04.2017 Werner Reese (91), Soltau
- 29.04.2017 Dr. Gerd Eberhardt (75), Wolfenbüttel
- 29.04.2017 Gudrun Soleiman (70), Nenndorf
- 29.04.2017 Dr. Franz Josef Aka (70), Oldenburg
- 29.04.2017 Dr. Ursula Tusch (93), Osnabrück
- 01.05.2017 Dr. Günther Schneider (70), Lehrte
- 03.05.2017 Heinz Ruhrig (86), Hannover
- 03.05.2017 Dr. Ortrud Dietrich (70), Hannover
- 03.05.2017 Reinhard Fritsch (70), Rehden
- 04.05.2017 Joachim Hein (75), Stadland
- 04.05.2017 Dr. Georg Dan (75), Wedemark
- 05.05.2017 Dr. Peter-Roland Lang (75), Hannover
- 06.05.2017 Helga Scholz-Michaelsen (87), Oldenburg
- 06.05.2017 Margarete Pieper (91), Seelze
- 07.05.2017 Egon Schölzel (89), Hannover
- 08.05.2017 Bernd Weise (75), Stadtoldendorf
- 08.05.2017 Dr. Elisabeth Horrix (70), Lingen
- 10.05.2017 Dr. Gabriele Raess-Blaser (70), Lathen
- 11.05.2017 Dr. Ursula Ahrens (87), Buxtehude



© diego cenvo / iStockphoto.com

Niederlassungshinweise

AUSZUG AUS DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSZAHNÄRZTE (ZV-Z)

§ 18

- (1) Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. In dem Antrag ist anzugeben, für welchen Vertragszahnarztsitz 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. Bitte achten Sie bei entsprechenden Anträgen darauf, den Gesellschaftsvertrag spätestens bis zum Abgabetermin bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

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	05.05.2017
Sitzungstermin	07.06.2017
Abgabe bis	14.08.2017
Sitzungstermin	13.09.2017
Abgabe bis	16.10.2017
Sitzungstermin	15.11.2017

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 der Insel Norderney ein Vertragszahnarztsitz vakant.

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 Holzminde: Der Planungsbereich Landkreis Holzminde mit 10.773 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 37,1 % versorgt.

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

Verwaltungsstelle Oldenburg

- Planungsbereich Landkreis Oldenburg: Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.598 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 35,4 % 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

_____Stand 19.04.2017

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Dr. Albrecht Göstemeyer Nr. 4464
 Mustafa Beyaz Nr. 4474
 Kirsten Wienke Nr. 8191
 Constanze Unger Nr. 2949
 Lutz Thomas Nr. 3454
 dr/Univ. Belgrad Hazim Jemah ... vom 05.05.1998
 wurden verloren, gestohlen, beziehungsweise nicht
 zurückgegeben und werden für ungültig erklärt.

_____ZKN

STELLENMARKT

Region Hannover/Kreis Celle

Kollege(in) mit Berufserfahrung für etablierte Praxis zur Verstärkung unseres Teams zum 1.6.17 od. später für langfristige Zusammenarbeit gesucht! Bewerbung./Infos: suche.ZA@gmx.info

VERKAUF

Praxisauflösung

Röntgen-Gendex-Secodent, Dürr-Ew. Vacuklav31-BundZubehör (Meladoc) Meladesit65, MelaQuick12, UV-Lampe Optima10, Vacomix10, Pentamix12
Tel.: 0171 2134481

Stadt Celle

Praxis-Innenstadtlage mit eigenen Parkplätzen, 3 BHZ; abzugeben auch Vermietung.
Tel.: 0171 2134481
Fax: 05141 26618

Praxis im Raum Cloppenburg

Aus Altersgründen abzugeben
Standort: Zentrale Lage in Lönigen, 2 BHZ, 3. BHZ möglich, 150qm, Verkauf bis Ende 2017
Telefon: 05432 2469

Praxisabgabe Delmenhorst

Etablierte ZA-Praxis sucht Nachfolger; 3 BHZ, Praxislabor Innenstadt, eigene Parkplätze b. langfristigen Mietvertrag kann Einrichtung kostenlos genutzt werden; Tel 0160 97769107

Hilfe zum Helfen gesucht

DAS TEAM DES HANNOVERSCHEN ZAHNMOBILS BENÖTIGT VERSTÄRKUNG

Gesucht werden Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie ZFA und gleichwertig qualifiziertes Fachpersonal als „Springer“ für Urlaubs- und/oder Krankheitszeiten; halb- oder ganztätig. Für ZFA kann eine Aufwandsentschädigung gezahlt werden.

Kontakt:

Mobil: 0170 8145673,
Festnetz: 0511 451031
E-Mail: ingeburg@mannherz.com,
werner@mannherz.com

Spendenkonto des Diakonischen Werkes

IBAN: DE76 5206 0410 0200 6012 33,
BIC-Swift: GENODEF1EK1
Verwendungszweck: Zahnmobil

Sie fragen – wir antworten

Die Servicehotlines der KZVN

► Online-Support

Montag bis Donnerstag:
08:00 Uhr – 17:00 Uhr
Freitag: 08:00 Uhr – 15:00 Uhr

Kontakt

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

► Abrechnung

Montag bis Donnerstag:
08:00 Uhr – 13:00 Uhr,
14:00 Uhr – 17:00 Uhr
Freitag: 08:00 Uhr – 15:00 Uhr

Kontakt

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

► Finanzen

Montag bis Freitag:
09:00 Uhr – 12:00 Uhr

Kontakt

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

► Vertragsfragen

Montag bis Donnerstag:
09:00 Uhr – 12:00 Uhr und
13:00 Uhr – 17:00 Uhr
Freitag: 09:00 Uhr – 12:00 Uhr

Kontakt

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

KZVN-Fortbildungen

➤ für die vertragszahnärztliche Praxis

Pilotveranstaltung

Aufbau einer Telematikinfrastruktur in der Zahnarztpraxis

➤ **Zielgruppe:** Zahnärzte/-ärztinnen und Praxispersonal

➤ **BZÄK-Punkte:** 2

Mit dem „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)“ wird die Einführung einer digitalen Infrastruktur im deutschen Gesundheitswesen vorgeschrieben.

Diese Einführung, beginnend mit dem sogenannten Online-Rollout, ist bereits für den **01.07.2017** vorgesehen. In der Stufe eins des Online-Rollouts werden die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) direkt in der Praxis abgeglichen.

Um Ihnen den Einstieg in die Telematik zu erleichtern, bieten wir flächendeckend kostenlose Informationsveranstaltungen an. Die Pilotveranstaltung ist am 30. August in Hannover. Dort erhalten Sie alle wichtigen Informationen für Ihre Praxis mit ersten Tipps für eine problemlose Abwicklung.

Seminarthemen

- Online-Rollout – Hintergrundinformationen
- Telematikinfrastruktur
- Ausstattung der Zahnarztpraxis
- Welche Kosten entstehen der Praxis?
- Auswirkungen in der Praxis
- Ausblick – die zweite Stufe
- Die häufigsten Fragen – und die Antworten

Haben Sie noch Fragen zu unseren Veranstaltungen?
Rufen Sie uns an, unser Fortbildungsteam hilft Ihnen gern weiter.
Telefon 05 11 84 05-2 33 und -2 12



➤ **Termin** > Mittwoch | 30.08.2017
15:00 bis 17:00 Uhr

Ort > KZVN | ZeiBstraße 11 | 30519 Hannover

Referent > Dr. Jürgen Hadenfeldt,
Stellvertretender Vorsitzender der KZVN

Seminarnummer > 17301

Teilnahmegebühr > kostenlos

Teilnehmerzahl > max. 2 Teilnehmer je Praxis
(begrenzte Raumkapazität)

**Gesonderte Einladungen inkl. Anmeldeformular
erhalten Sie in Kürze per Post.**