

HILFE MIT BISS!

Kammerpräsident Bunke behandelte
im Zahnmobil Hannover s. 16 ff.



10 **BZÄK fordert
Europäische Charta
der Freien Berufe**



12 **GOZ – Weiter so?**



22 **Was muss steril sein?**



28 **Neue GKV-Leistungen**



**kostenfreies
Starterpaket**



Scannen für Onlineversion

Ausbildungskampagne „Du bist alles für uns“

Bestellen Sie jetzt Ihr **kostenfreies** Starterpaket
„Du bist alles für uns“ (1 Poster und 5 Flyer)
für Ihre Praxis.

Praxis _____
(in schwarzer Schrift & Druckbuchstaben)

Straße _____

PLZ Ort _____

Postermotiv DIN A2 (bitte ankreuzen) 1 2 3



bitte ausgefüllt an: ausbildung@zkn.de oder Fax 051183391-306

Datenschutzrechtliche Hinweise (z.B. datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit, Verarbeitungszweck, Ihre Rechte im Rahmen der Verarbeitung, ggf. Speicherdauer etc.) erhalten sie unter den nachstehenden QR-Code



ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a
30519 Hannover

Tel.: 0511/83391-0
Fax: 0511/83391-306
E-Mail: ausbildung@zkn.de
www.zkn.de

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz – verabschiedet vom Bundestag und am 1. Mai in Kraft getreten

Für die Zahnärzteschaft beinhaltet das Gesetz Licht und Schatten.

Erfreulich aus zahnärztlicher Sicht ist sicherlich die Erhöhung der Festzuschüsse zum Zahnersatz ab Oktober 2020 von 50 auf 60 Prozent der Kosten für die Regelversorgung. Auch die Ausnahmeregelung beim Führen des Bonusheftes wird die Patienten in Einzelfällen entlasten. Positiv zu sehen ist auch die Bestätigung für das bundesmantelvertraglich vereinbarte Gutachterverfahren, zu dem wir in Niedersachsen erst kürzlich zurückgefunden haben.

Die Abschaffung der Punktwertdegression, eine jahrelange Forderung der Zahnärzteschaft, die die Niederlassung auch in ländlichen, strukturschwachen Regionen unterstützt und attraktiver macht wird eine Verbesserung der Versorgung in diesen Regionen nach sich ziehen können.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) führt eine Mehrkostenregelung bei kieferorthopädischen Leistungen ein, analog der bewährten Mehrkostenregelung bei zahn-erhaltenden Maßnahmen. Das stärkt die Selbstverantwortung der Patienten und öffnet weitere Versorgungsmöglichkeiten. Eine Ausweitung der Mehrkostenregelungen auf noch weitere zahnärztliche Leistungsbereiche würde das Versorgungsspektrum und Gesundheitsangebot für Patienten insgesamt noch deutlicher verbessern.

Das Herzstück des TSVG sind allerdings die 24/7 Terminservicestellen, die uns Zahnärzte mit unseren Praxen nicht betreffen, dafür aber für unsere niedergelassenen ärztlichen Kollegen ein Bürokratiemonster darstellen. Das Mindestsprechstundenangebot läuft ins Leere, da es kaum in Vollzeit tätige Kollegen gibt, die unter 25 Stunden Sprechstunden pro Arbeitswoche anbieten. Und als Folge der Vorschrift von mindestens fünf Sprechstunden pro Woche ohne vorherige Terminvereinbarung werden sich die vereinbarten Termine nur um so mehr zeitlich hinauszögern. Abgesehen von diesen Folgen ist eine staatlich verordnete derartige Regelung auch ein Abwatschen der Freiberuflichkeit – und das ist noch zurückhaltend ausgedrückt.



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

Bezüglich Z-MVZ (Zahnmedizinische Versorgungszentren) von versorgungsfremden Kapitalinvestoren hat der Gesetzgeber eine Quotenregelung für das SGB V ins Gesetz geschrieben, die den maximalen Versorgungsanteil je zahnärztlichen Planungsbereich auf 5-, 10- oder 20% je Investor begrenzt, abhängig von der Überversorgung, Regelversorgung oder Unterversorgung der Bezugsregionen. Ob diese Regelung zukünftig Private-Equity- oder Hedgefonds davon abhalten wird, Dentalketten in Deutschland zu gründen, werden wir genau beobachten müssen. Fakt ist sicherlich, dass unser Land keine Finanzinvestoren benötigt, deren Sitz teilweise in Steueroasen liegt und es nach Analysen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Belege gibt, die deutliche Hinweise auf eine renditeorientierte Leistungserbringung liefern.

An dieser Stelle hätte ich mir vom Gesetzgeber nach all den stattgefundenen Gesprächen und Beratungen ein stärkeres Signal im TSVG kontra diesen Entwicklungen gewünscht, hat er doch mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 die Tür geöffnet, die versorgungsfremde Kapitalinvestoren seit dieser Zeit in den zahnärztlichen Versorgungsmarkt strömen lassen. ■

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

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

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

HERAUSGEBER

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

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

REDAKTION

Redaktionsleitung

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

ZKN

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

KZVN

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

Redaktionsassistenz

Kirsten Eigner (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBURO

ZKN

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

KZVN

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

GESAMTHERSTELLUNG

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

ZAHNÄRZTLICHE KLEINANZEIGEN

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

REDAKTIONSHINWEISE

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

ISSN 1863-3145

ZKN

Zahnärztekammer
Niedersachsen

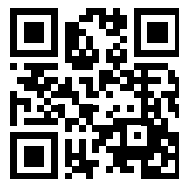
KZVN

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 07-08/19: 11. Juni 2019
Heft 09/19: 13. August 2019
Heft 10/19: 10. September 2019

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



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





LEITARTIKEL

- 1 Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida: Das Terminservice- und Versorgungsgesetz – verabschiedet vom Bundestag und am 1. Mai in Kraft getreten

POLITISCHES

- 4 G-BA wehrt sich gegen „Erdrösselung“
- 6 Schizophrenie der Ökonomie: Konzern kontra Kiez
- 9 Ordnungspolitisch sinnvolle Regulierung von Fremdinvestoren und Private Equity-Fonds Die KZBV zur 2. und 3. Lesung des TSVG
- 10 BZÄK fordert Europäische Charta der Freien Berufe Positionspapier im Netz
- 12 GOZ – Weiter so?
- 13 Wie hoch ist der reale GOZ-Punktwert?
- 13 GOZ-Count Up
- 14 LG Düsseldorf bestätigt Kritik: Aligner-Start-up Dr.Smile: Standardunterschreitung in Diagnostik und Therapie
- 15 Implantatregister EIRD kommt zum Jahresende – Zahnersatz vorerst nicht betroffen
- 16 Hilfe mit Biss! Kammerpräsident Bunke behandelte im Zahnmobil Hannover



FACHLICHES

- 18 Kurz und gut? Minimalinvasive Chirurgie und kurze Implantate
- 22 Risikoklassifizierung zahnärztlicher Instrumente Was muss steril sein?
- 28 Neue GKV-Leistungen für Kleinkinder absehbar
- 30 Das sollten Praxis-Abgeber bei der Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) beachten
- 31 Herzlich willkommen bei KZVN und ZKN ...
- 34 BuS-Dienst – selbst ist der Praxisbetreiber Schulungsangebot zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben in Eigenverantwortung
- 36 Kooperations Sitzung der BuS-Dienst-Partnerkammern in Münster
- 37 Gewalt, Tod und Unfall Extremerlebnisse bewältigen – die Berufsgenossenschaft hilft
- 38 Auch zur Weiterbildung für Mitarbeiter/innen von Zahnarztpraxen nutzbar: Förderprogramm „Weiterbildung in Niedersachsen“ wird fortgesetzt
- 39 Urteil des Bundesverwaltungsgerichts: Videoüberwachung in der Zahnarztpraxis regelmäßig nicht zulässig



- 40 „Wolfenbütteler Gespräch“ 2019 Erfolgreiche Jubiläumsveranstaltung der Bezirksstelle Braunschweig

TERMINLICHES

- 42 ZAN-Seminarprogramm
- 43 Termine
- 43 Strukturierte Fortbildung Parodontologie 2019/2020
- 44 Bezirksstellenfortbildung der ZKN

PERSÖNLICHES

- 45 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!
- 45 Wir trauern um unsere Kollegin und unsere Kollegen

AMTLICHES

- 46 Niederlassungshinweise
- 47 Ungültige Zahnarzttausweise

KLEINANZEIGEN

- 48 Kleinanzeigen



G-BA wehrt sich gegen „Erdrosselung“

Der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Josef Hecken, hat sich erneut gegen den Vorwurf der Langsamkeit seines Gremiums und die fachliche Aufsicht durch das Bundesgesundheitsministerium gewehrt. „Wir freuen uns über eine enge fachliche Begleitung, hoffen aber, durch die Begleitung nicht erdrosselt zu werden“, sagte er beim Frühlingsempfang des Gremiums gestern Abend in Berlin. „Lieber Jens, lieber Herr Minister, wir ziehen doch am gleichen Strick und auch in die gleiche Richtung“, so der Unparteiische auch in Richtung von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU), dem Hecken für sein Erscheinen im Haus trotz der derzeit kontroversen Diskussionen dankte. Aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) kamen in den vergangenen Wochen immer wieder Vorschläge, wie es im G-BA mit Verfahrensänderungen zu schnelleren Entscheidungen besonders bei den Methodenbewertungen kommen könnte. Unter anderem sahen erste Entwürfe das

BMG als künftige Fachaufsicht und nicht mehr ausschließlich als Rechtsaufsicht vor. Ebenso sollte – wenn das G-BA mehr als zwei Jahre für eine Entscheidung benötigt – das BMG selbst über eine Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entscheiden können.

Die vorgeschlagenen Regelungen finden sich inzwischen im Kabinettsentwurf des Implantateregistergesetzes wieder, das vom Bundeskabinett beschlossen wurde. Die Reformen beim G-BA blieben im Gesetz erhalten: So soll das BMG weiterhin die Möglichkeit haben, per Rechtsverordnung ohne die Zustimmung des Bundesrates „das Nähere zum Verfahren“, das der G-BA zu beachten hat, zu regeln. Dazu gehören laut dem künftig neuen Paragraphen 91b SGB V der Ablauf des Verfahrens mit Fristen und Prozessschritten sowie die Ausgestaltung der Stellungnahmeverfahren und die Ausgestaltung der Beauftragung des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Ebenso will das BMG bestimmen, wie die Anforderungen bei Unterlagen und Nachweisen durch die Antragssteller aussehen müssen.

Mehr Befugnisse für G-BA-Chef

Bei der Methodenbewertung soll die Rolle des Unparteiischen gestärkt werden, da er künftig ein halbes Jahr vor Ende der Zwei-Jahres-Frist einen eigenen Beschlussvorschlag vorlegen kann, wenn absehbar ist, dass keine fristgerechte Entscheidung zustande kommt. Insgesamt bleibt es bei der Fristenvorgabe von zwei Jahren für Methodenbewertungsverfahren. Das Wort „Rechtsaufsicht“ fehlt allerdings ebenso wie die Möglichkeit, dass das BMG selbst bestimmt, welche Leistungen in den GKV-Katalog kommen.

Vor allem die Vorgabe für Bewertungskriterien sowie die Überwachung derer seitens des BMG sieht die Opposition im Deutschen Bundestag kritisch: „Für mich ist das de facto eine Fachaufsicht. Wenn Sie das machen würden, käme sofort der Vorwurf der Staatsmedizin, dabei setzen wir gerade auf die fachliche Unabhängigkeit von wissenschaftlichen Einschätzungen“, erklärte Harald Weinberg, Gesundheitsexperte der Linken-Bundestagsfraktion, gestern bei einer Regierungsbefragung im Bundestag.

Die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen, Maria Klein-Schmeink, schätzt dies ähnlich ein: „Das käme tatsächlich einer Fachaufsicht gleich, denn es handelt sich um eine generelle Rechtsaufsicht, auch wenn Sie davon gesprochen haben, das solle nur in seltenen Fällen zum Tragen kommen“, so die Grünen-Politikerin in Richtung Minister Spahn.

Auf den Beschluss des Implantateregistergesetzes vom Vormittag ging Hecken am Abend in seiner Rede direkt nicht ein. Er warnte Spahn und viele andere anwesenden Gesundheitspolitiker, dass „politische Opportunismus nie ein Maßstab“ für die Bewertung von medizinischen Leistungen zur Erstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung sein dürfe. Er betonte auch, dass im Bereich der Arzneimittel im vergangenen Jahr 300 Verfahren nach der frühen Nutzenbewertung fristgerecht abgeschlossen wurden.

„Bei jedem Verfahren bekommen wir Nachrichten, dass die Welt untergehe, wenn dieses Verfahren nicht im Sinne des Herstellers entschieden werde.“

Die Einsparungen, die durch die G-BA-Entscheidungen erzielt werden, liegen nach Heckens Angaben bei zehn Milliarden Euro, das seien 0,7 GKV-Beitragspunkte. „Ist die Funktion, die wir haben, wichtiger oder ist es die Schnelligkeit?“, fragte er. Er gab auch zu, „dass wir ein paar Kröten im Keller haben“, besonders bei Themen, die einen längeren Beratungszeitraum haben.

Bei der Liposuktion, die im Streit mit dem BMG zu Beginn des Jahres der Stein des Anstoßes war, gebe es weltweit nur Luxemburg, das die Kosten für Patientinnen in der Stufe drei seit Anfang 2019 bezahlt. „Und deren Argument war: In Deutschland beginnt die Diskussion dazu, also starten wir jetzt auch damit.“ Für Hecken ist solch eine Argumentation nicht zulässig, daher „habe ich weiterforschen lassen“, wie die weltweite Studienlage zur Liposuktion aussehe. So sei in den Niederlanden bei Studien zwischen 2007 und 2018 keine Evidenz gefunden worden und daher sei es auch dort nicht als Kassenleistung eingeführt worden. Der G-BA hat Mitte Februar 2019 beschlossen, das seit Juli 2017 ruhende Verfahren zur Liposuktion wieder aufzunehmen.

Zu Ideen, dass das BMG künftig mehr Fach- statt ausschließlich Rechtsaufsicht für den G-BA sein könnte, sagte Hecken: „Wenn Sie, Herr Spahn, ein Fan der Selbstverwaltung sind, dann bin ich ein Fan der Rechtsaufsicht.“ Er sieht die

Rechtsaufsicht als zentrales Element der politischen Legitimität des G-BA. Für die Zukunft sieht Hecken den G-BA unter weiter steigendem Handlungsdruck: „Wenn wir bei der hohen Entwicklungsdynamik, besonders bei Medizinprodukten, Schritt halten wollen und diese auch nach kurzer Zeit in die Regelversorgung kommen sollen, dann brauchen wir neue Entscheidungsregelungen“, sagte Hecken auch mit Blick auf die Gesundheitspolitik. Denn: „Wir müssen künftig auch vorläufige Entscheidungen mit möglichen Befristungen bei Medizinprodukten fällen können“, erklärte Hecken.

Die Verfahrensregeln müssten per Gesetz verändert werden. Ähnliches gelte auch, wenn der G-BA künftig digitale Anwendungen prüfen soll.

Sachliche Antwort des Ministers

Minister Spahn antwortete auf die leidenschaftlich gehaltene Rede eher sachlich und mit viel Lob für die Arbeit im G-BA: „Seien Sie sich gewiss, dass wir dankbar für Ihre Arbeit sind und diese auch schätzen“, sagte der Minister. Dazu zählen für ihn die Zentrumsdefinitionen, die Arzneimittelentscheidungen, die Psych-PV, die Bedarfsplanung und Beschlüsse bei den Biosimilars. „Das Vertrauen von mir und den Gesundheitspolitikern in Ihre Arbeit ist ja da, sonst würden wir nicht immer mehr und immer wieder auf Ihre fachliche Expertise setzen.“

Zu den aktuellen Streitigkeiten zwischen G-BA, vielen Akteuren der Selbstverwaltung und dem BMG erklärte Spahn: „Und nun haben wir bei der guten Zusammenarbeit an einer einzigen Stelle eine Diskussion dazu. Wir wollen ja den G-BA nicht vom Kopf auf die Füße stellen, wir stärken in den aktuellen Vorschlägen sogar die Rolle des unparteiischen Vorsitzenden.“

Er warb dafür, dass auch Politik die Entscheidungen verteidigen müsse und Menschen Vertrauen in das Gesundheitssystem brauchen. „Und wenn ich als Gesundheitsminister bei dem ein oder anderen Thema noch nicht einmal sagen kann, wann und wie der G-BA entscheidet, kann man diesen Umstand immer weniger Bürgerinnen und Bürgern erklären“, so Spahn. „Wenn ich und die anderen Mitglieder des Bundestages in zwei Jahren auch an den Leistungen, die im Gesundheitswesen laufen, gemessen werden, dann werden wir spüren, ob die Menschen auch mit der Leistung in diesem Haus zufrieden sind.“

Der G-BA war Anfang des Jahres 2019 in neue, größere Räumlichkeiten gezogen. In das neue Gebäude konnte das Gremium „fristgerecht einziehen und hat auch den Kostenrahmen gehalten“, wie Hecken betonte. Erstmals arbeiten nun die Mitarbeiter des G-BA sowie die des Innovationsausschusses unter einem Dach. ■

Quelle: Deutsches Ärzteblatt vom 04.04.2019

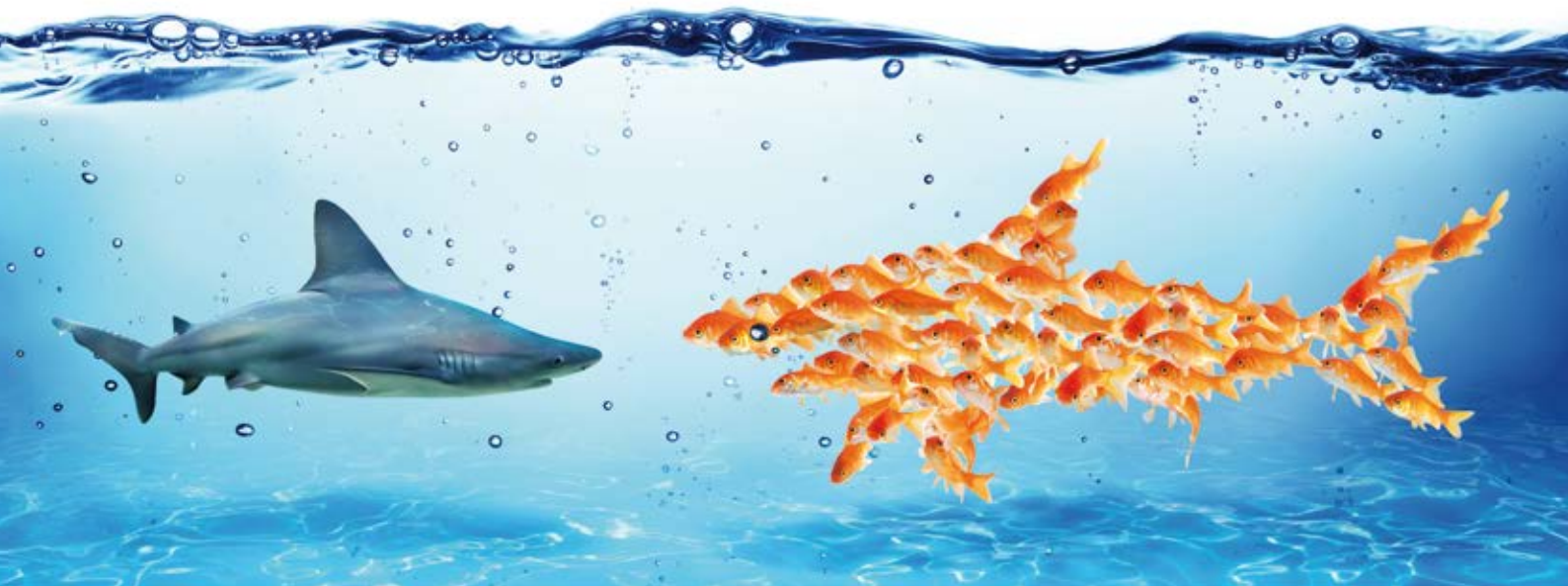


Foto: © Romolo Tavani - stock.adobe.com

Schizophrenie der Ökonomie: Konzern kontra Kiez

Quelle: Fritz Becker, Vorsitzender des Deutschen Apothekerverbandes (DAV)

Die Strukturen der Weltwirtschaft sind nicht immer leicht zu durchschauen – auch dann nicht, wenn man den Wirtschaftsteil von FAZ, Handelsblatt oder Börsen-Zeitung täglich mit großem Interesse liest. Allerdings dürfte jedem mittlerweile klar sein, dass international operierende Konzerne einen immer größeren Einfluss auf unseren Alltag nehmen. Früher ging es vielleicht um die Marktführerschaft bei einzelnen Produkten wie Familienautos, heute werden Umsatzschlachten über IT und Handelsplattformen geschlagen. Ein Unternehmen, das im digitalen und mobilen Wettbewerb global bestehen will, muss sich seinen (Börsen) Erfolg – im wahrsten Sinne des Wortes „ohne Rücksicht auf Verluste“ – durch Marktanteile erkämpfen und verteidigen. Zugleich machen wir die Erfahrung, dass die großen Player viele Probleme im Schlepptau haben: Sie reichen von schlechten Arbeitsbedingungen und Niedriglöhnen für Mitarbeiter, über den fragwürdigen Umgang mit Kundendaten und radikale Steuervermeidung im internationalen Standortbingo bis hin zu den ökologischen Implikationen des rotierenden Warenkarussells, dessen gelbe Boten überall in deutschen Innenstädten in zweiter Reihe parken. Aber: Trotzdem erliegen wir dem Charme der Convenience und nutzen die Produkte und Dienstleistungen dieser Unternehmen.

Wer möchte schon auf das neueste Smartphone-Modell verzichten oder sich nicht das gewünschte Paar Schuhe in drei verschiedenen Größen zum abendlichen Anprobieren nach Hause liefern lassen? Wir leben mit der Schizophrenie, einerseits kritische Bürger sein zu wollen, andererseits verführbare Verbraucher zu sein.

Unsichere Wetten auf die Zukunft

Eine weitere beunruhigende Beobachtung ist, dass große Unternehmen und Banken in einem deregulierten Finanzumfeld einen erheblichen Anteil an den unsicheren Wetten auf die Zukunft hatten, die uns die Krisen der letzten zwanzig Jahre eingetragen haben: In der Dotcom-Blase ab dem Jahr 2000 rasten die Aktienkurse der Player in den Keller, deren Ideen und Dienstleistungen zuvor mit hohem Umsatz- und Gewinnpotential bewertet worden waren. Ab 2007 setzte die Finanz- und Wirtschaftskrise ein, die fast nahtlos in die Eurokrise ab 2010 überging. Das Platzen der Immobilienblase, die Pleite großer Banken oder Griechenlands Schuldenmisere sind nur Beispiele dafür, wie das Handeln weniger den Wohlstand vieler gefährden kann. Deswegen von einer „Krise des Kapitalismus“ zu sprechen, ginge wohl zu weit. Schließlich wachsen Volkswirtschaften weltweit weiterhin, und in vielen Teilen der

Welt geht es den Menschen trotz aller Armutsberichte insgesamt besser. Vielleicht aber erleben wir durchaus eine „Krise der Strukturen des Kapitalismus“, die sich über die Jahre in unterschiedlicher Gestalt gezeigt hat.

Interessant ist, dass Deutschland die beiden schwierigen Dekaden erstaunlich unbeschadet überstanden hat und derzeit auf etliche Jahre ordentlichen Wachstums mit guter Beschäftigungslage zurückschauen kann. Die Gründe dafür sind sicher vielgestaltig, ein wichtiger Faktor aber ist, dass wir eine diversifizierte Wirtschaftsstruktur haben, die nicht nur von Konzernen, sondern auch stark von mittelständischen Betrieben und freiberuflicher Organisation mit lokaler Verankerung geprägt ist. Sie schaffen dauerhafte Arbeitsplätze und geben der Volkswirtschaft zusätzliche Resilienz gegen Krisenphänomene, die uns grenzüberschreitend erreichen.

Aber hat die Wirtschaftspolitik die Erkenntnisse über adverse Effekte von großen Playern in einer globalisierten Ökonomie verarbeitet und Konsequenzen gezogen? In Teilen macht es den Anschein. Immerhin hat die Bundesregierung während und nach der Eurokrise auf eine Stabilisierung der Eurozone durch stärkere Regulierung von Finanzmärkten gedrungen. Schließlich gibt es Kritik am Geschäftsgebaren und Datenhunger der Internetgiganten. Durchaus herrscht Entrüstung, wenn in unserer schönen Besteller- und Versenderwelt die Jobs in Logistikzentren oder bei Paketdienstleistern bestenfalls auf Mindestlohn-niveau bezahlt und Tarifverträge nicht anerkannt werden. Auch die Flucht in Niedrigsteuerländer stößt manchem Abgeordneten sauer auf, wenn Millionen Kunden hierzulande zwar brav Mehrwertsteuer entrichten, von den Unternehmensgewinnen jedoch kein Cent in das Gemeinwesen zurückfließt.

Verdrängung der lokalen Infrastruktur der Präsenzapotheken

Doch an entscheidenden Punkten fehlt der Politik die Konsequenz, bleibt auch sie so schizophren wie der Verbraucher. Denn was im Großen geißelt wird, wird im Kleinen toleriert. Zum Beispiel der Versandhandel mit Arzneimitteln: Einige wenige international operierende Anbieter versuchen lokale Wettbewerber zu verdrängen und eine marktbeherrschende Stellung zu erreichen, indem sie Verbrauchern auf verschreibungspflichtige Medikamente Rabatte anbieten, die im deutschen Rechtsgefüge aus verschiedenen guten Gründen verboten sind. Die mittelfristigen Risiken dieser Entwicklung, die unter anderem in der Verdrängung der lokalen Infrastruktur der Präsenzapotheken liegen, werden von der Politik durchaus gesehen. Allein die unbequeme Konsequenz, dem Ver- ►►

fit 4 Praxis

Kooperationsveranstaltung von



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen



deutsche apotheker-
und ärztebank

► Praxis 2030

So machen Sie Ihre Praxis
fit für die Zukunft

Was sollten Sie heute tun, damit Ihre Praxis auch im Jahr 2030 optimal aufgestellt ist?

Welche Megatrends im Gesundheitswesen zeichnen sich ab und was ist längst Realität?

Egal ob Internetkultur, Digitalisierung oder große Medizinfortschritte, Verstärkung oder zunehmender Individualismus – auch der Gesundheitsmarkt befindet sich im Wandel. Das hat Konsequenzen: Heilberufler stehen mehr denn je vor der Herausforderung, ihre Praxen zukunftsfähig zu machen. Dieses Seminar verschafft einen Überblick der wichtigsten Entwicklungen und vermittelt Strategien, wie Sie den Veränderungen adäquat begegnen können.

► **Termin** > Mi | 26.06.2019 | 15:00 – 19:00 Uhr
KZV Niedersachsen

Zeißstraße 11 | 30519 Hannover

Referent > Stephan F. Kock | Kock + Voeste,
Existenzsicherung für die Heilberufe GmbH

BZÄK-Punkte > 5

Teilnahmegebühr > 25,00 Euro | pro Person

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



- braucher den Rabatt von heute zu versagen, damit seine Versorgung auch morgen noch sicher und im Notfall funktioniert, mag kein Politiker so recht verantworten müssen.

Hinzu kommt, dass die Befassung mit kleineren Wirtschaftseinheiten so richtig „sexy“ nicht ist. Zuletzt betonte auch Bundeswirtschaftsminister Peter Altmaier (CDU) in seiner „Nationalen Industriestrategie 2030“ die Bedeutung von nationalen oder gar europäischen Champions, würdigte die Bedeutung des deutschen Mittelstands hingegen eher mit Lippenbekenntnissen. Eine echte Strategie für klein- und mittelständische Unternehmen (KMU) ist kaum sichtbar im Hauptstadtdiskurs. Da mögen doch die vielen „Hidden Champions“ und „Local Businesses“ gerne dezentral erfolgreich sein, um dann die gesamtdeutsche Wirtschaftsbilanz glänzen zu lassen.

Der prominente Buy-local-Gedanke wird ausgeblendet

Aber woran liegt es, dass auch gestandene Abgeordnete die globale Ordnungs- und lokale Strukturpolitik nicht einmal im Bundestag oder eigenen Wahlkreis versöhnen können? Am Beispiel des Versandhandels mit verordneten Arzneimitteln kann man das deklinieren: In der sozialdemokratischen Denktradition wirkt einerseits der anti-großkapitalistische Reflex nach, will man aber andererseits „dem kleinen Mann“ seinen kurzfristigen Konsumvorteil in Form eines Rabattes nicht wegnehmen müssen. Im neu erstarkten liberalen Lager siegt die Furcht davor, als Handlanger der Freiberufler-Klientel zu gelten, über die Einsicht, dass ein Wettbewerb zwischen internationalen Kapitalgesellschaften und lokalen freien Berufen ohne Leitplanken nicht gut verlaufen kann. Manche Konservative und viele Grüne haben Angst als unmodern zu gelten. Sie wollen nicht als Digitalisierungsgegner wahrgenommen werden und hinterfragen nicht, dass Versandhandel an sich eine prä-digitale Entwicklung des 19. Jahrhunderts ist. Bei etlichen Grünen-Politikern ist diese Furcht so groß, dass der ansonsten prominente Buy-local-Gedanke ausgeblendet wird. Der ökologische Widersinn, der darin steckt, Arzneimittel aus Deutschland in die Niederlande zu verfrachten, um sie anschließend einzeln per Päckchen wieder nach Deutschland zu verschicken, wird ausgeblendet. Schade eigentlich.

Akutversorgung kann nicht im Internet bestellt werden

Alle politischen Richtungen teilen die Hoffnung, dass die soziale Marktwirtschaft langfristig ein Gleichgewicht zwischen politischem Ordnungsrahmen und unternehmerischer Freiheit herstellt, auch wenn es kurzfristige Verwerfungen geben sollte. Wenn jedoch genau dieser Ordnungsrahmen von international agierenden Großkonzernen immer wieder ausgetestet, ausgenutzt und ausgeweitet wird, werden lokale Strukturen immer anfälliger und

schwächer. Wenn die Bank, die Post, der Bäcker und die Apotheke verschwunden sind, brechen Wirtschaftscluster in den Gemeinden zusammen. Dabei sind gerade im Gesundheitswesen lokale Strukturen enorm wichtig – auch und gerade in Zeiten von E-Health und Telemedizin. Der persönliche und vertrauensvolle Kontakt zu einem medizinischen oder pharmazeutischen Fachmann in der Nähe ist und bleibt auch in Zukunft notwendig, zumal die Gesellschaft immer weiter altert und dabei mehr Versorgung benötigt. Akutversorgung und menschliche Interaktion kann man kaum im Internet bestellen und per Expresskurier nach Hause liefern. Doch wie organisiert man diese lokalen Strukturen im Gesundheitswesen am besten? Die Antwort ist so klar wie banal: indem man Ärzte, Zahnärzte und Apotheker wie bisher als Freie Berufe schützt und fördert. Apotheker sind für ihr Tun persönlich verantwortlich und übernehmen Gemeinwohlpflichten wie den Nacht- und Notdienst. Sie profitieren einerseits von einer vollkommenen Niederlassungsfreiheit im gesamten Bundesgebiet, unterliegen aber zugleich dem Fremd- und Mehrbesitzverbot an Apotheken. Als Freiberufler wollen Apotheker jedoch nicht nur Gutes bewahren, sondern auch die Zukunft gestalten: Mit ihrem Perspektivpapier „Apotheke 2030“ haben sie sich aufgemacht, das heilberufliche Netzwerk mit den Ärzten zu stärken und ein systematisches individuelles Medikationsmanagement für Patienten möglich zu machen. Mit einem einstimmigen Beschluss im Januar in Berlin hat die Apothekerschaft Eckpunkte verabschiedet, über deren Umsetzung eine flächendeckende Arzneimittelversorgung auch in Zukunft gewährleistet werden kann. Wie weit sich die Politik von ihrer „gelebten Schizophrenie“ emanzipiert und diese Eckpunkte aufnimmt, bleibt abzuwarten. Im Gegensatz zur volatilen Weltwirtschaft kann das deutsche Gesundheitswesen mit seinen lokalen Strukturen auf Basis von Freien Berufen durchaus verlässlich und robust bleiben. Aber es braucht dafür politischen Flankenschutz. ■

Quelle: Autorenbeitrag des DAV-Vorsitzenden Fritz Becker für „iX-Forum“ Nr. 01/2019 vom 19.03.2019 zum Thema „Freiberuflichkeit – Eckpfeiler einer patientenorientierten Versorgung“.

Fritz Becker
Vorsitzender des Deutschen
Apothekerverbandes (DAV)

Foto: AIDA

§ T S V G

Terminservice- und Versorgungsgesetz

Ordnungspolitisch sinnvolle Regulierung von Fremdinvestoren und Private Equity-Fonds

DIE KZBV ZUR 2. UND 3. LESUNG DES TSVG

KZBV

Der Bundestag hat heute das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in 2. und 3. Lesung beschlossen. Neben einer Fülle von Regelungsinhalten, die auch die vertragszahnärztliche Versorgung betreffen, sieht das TSVG jetzt unter anderem eine gestaffelte Beschränkung der Gründungsbefugnis von Krankenhäusern für zahnärztliche MVZ (Z-MVZ) vor. Die entsprechende Vorgabe des Gesetzgebers richtet sich nach dem Versorgungsgrad des jeweiligen Planungsgebietes. Fremdinvestoren – zum Teil mit Sitz in Übersee und in Steueroasen – hatten zuletzt verstärkt Krankenhäuser meist ohne Bezug zur zahnärztlichen Versorgung gekauft, um über dieses Vehikel arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren in Gestalt reiner Z-MVZ zu gründen und Dentalketten aufbauen zu können.

Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV): „Wir erkennen die guten Ansätze des TSVG im Hinblick auf die vertragszahnärztliche Versorgung ausdrücklich an. Insbesondere begrüßen wir, dass die Gründungsmöglichkeiten von

Z-MVZ durch Krankenhäuser beschränkt und damit einem ausgeklügelten Geschäftsmodell von versorgungsfremden Investoren Grenzen gesetzt werden. Mit dem erklärten Ziel, die bestehende gute vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland im Interesse der Versicherten auch künftig zu erhalten, hat der Gesetzgeber die richtige Antwort auf die zuletzt ausufernde Investorenaktivität formuliert. Die Regelung wird dazu beitragen, die nötige Anbietervielfalt in einem gut austarierten Versorgungssystem zu gewährleisten und die Versorgung der Patienten überall wohnortnah und flächendeckend sicherzustellen. Zugleich wird der bislang gänzlich ungebremste Zustrom von Fremdinvestoren und Private Equity-Fonds, die überwiegend von Renditeerwartungen getrieben seit einiger Zeit massiv in die heimische Versorgung drängen, durch die verabschiedete Vorgabe ordnungspolitisch ausgewogen und sinnvoll reguliert.“

Eßer hob zudem konkrete Versorgungsverbesserungen für Patienten und Praxen hervor, etwa die Abschaffung der Degression, die die Niederlassung auch in ländlichen, strukturschwächeren Regionen attraktiver mache: „Das ►►

- ist ein elementarer Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung in der Fläche und war für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte seit vielen Jahren eine Kernforderung, der jetzt endlich Rechnung getragen wurde!“ Die im TSVG festgeschriebene Erhöhung der Festzuschüsse bei Zahnersatz entlastete des Weiteren den Geldbeutel von Millionen von Patienten. In begründeten Ausnahmen soll für diese auch das einmalige Versäumen der Vorsorgeuntersuchung für die Bonusregelung bei Zahnersatz folgenlos bleiben. Die Mehrkostenregelung in der kieferorthopädischen Versorgung stärke die Autonomie der Versicherten und mache KFO-Behandlungen insgesamt nachvollziehbarer. Eßer lobte auch die Bestätigung des bewährten bundesmantelvertraglichen Gutachterverfahrens durch den Gesetzgeber, welches für Berufsstand und Selbstverwaltung ein wichtiges Signal sei.

Hintergrund: Das Geschäftsmodell der Fremdinvestoren

Die Ansiedlung von Investoren-Z-MVZ erfolgte fast ausschließlich in Metropolen und einkommensstarken ländlichen Regionen. In Kombination mit dem demografischen Wandel bestand die Gefahr, dass dadurch Engpässe in eher ländlich geprägten, strukturschwachen Gebieten entstehen. Des Weiteren hatten Auswertungen des Abrechnungsgeschehens Hinweise geliefert, dass die Versorgung in solchen Z-MVZ teurer ist als in bewährten Praxisformen.

Angesichts dieser versorgungsschädlichen Entwicklung hatte sich die KZBV im koordinierten Zusammenwirken mit anderen zahnärztlichen Verbänden und Körperschaften seit längerem dafür stark gemacht, die Gründungsberechtigung von Krankenhäusern für Z-MVZ auf räumlich-regionale sowie medizinisch-fachliche Bezüge zu beschränken. Nach Recherchen der KZBV waren zuletzt mindestens zehn Groß- und Finanzinvestoren in der zahnärztlichen Versorgung aktiv. Bereits zur Jahreswende hatte die Zahl zahnärztlicher MVZ im Bundesgebiet die Marke von 700 erreicht – mit weiter steigender Tendenz.

Hintergrund: Die künftige Lösung für die Investorenproblematik

Die Gründungsbefugnis von Krankenhäusern für Z-MVZ ist durch die Vorgabe des TSVG künftig von der Wahrung bestimmter Versorgungsanteile abhängig, die durch die von einem Krankenhaus gegründeten, beziehungsweise betriebenen MVZ nur noch maximal erreicht werden dürfen. Diese Anteile richten sich prozentual gestaffelt nach dem Versorgungsgrad des jeweiligen Planungsbereiches.

Weitere Informationen zu fremdinvestorengesteuerten Z-MVZ und Dentalketten können auf der Website der KZBV (www.kzbv.de) abgerufen werden. ■

Quelle: Presseinformation der KZBV vom 14.03.2019

BZÄK fordert Europäische Charta der Freien Berufe

POSITIONSPAPIER IM NETZ

Bis heute fehlt auf europäischer Ebene ein gemeinsames Verständnis von Freiberuflichkeit sowie ein einheitlicher Politikansatz gegenüber Freien Berufen.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) fordert daher das Europäische Parlament auf, sich für die Verabschiedung einer Europäischen Charta der Freien Berufe einzusetzen. Der europäische Gesetzgeber soll künftig den Bedürfnissen der Freien Berufe besser gerecht werden, den Mehrwert der Freien Berufe für die europäische Gesellschaft anerkennen und sicherstellen, dass die Freien Berufe nicht ausschließlich auf Grundlage rein marktwirtschaftlicher Kriterien beurteilt werden.

Vor allem der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss (EWSA) beschäftigt sich aktiv mit Fragen zur Gestaltung des künftigen Umfeldes der Freien Berufe in Europa. Hier engagiert sich die BZÄK in besonderem Maße und fordert die anderen europäischen Berufsorganisationen und das Europäische Parlament auf, aktiv den Austausch mit dem EWSA zu suchen, um gemeinsame Politikansätze zu entwickeln. ■

Quelle: Presseinformation der Bundeszahnärztekammer vom 01.04.2019

Positionspapier zur Europawahl 2019

Für eine moderne Zahnmedizin mit hoher Versorgungsqualität

Positionspapier: <https://tinyurl.com/y5rb8cf3>

Zusammenfassung:

<https://preview.tinyurl.com/y5e9lkyb>



Foto: © Rawf8 - stock.adobe.com

Positionen pro Europa

Der wachsende Einfluss Europas auf den zahnärztlichen Berufsstand ist unübersehbar. Zahlreiche gesundheitspolitische Initiativen der EU und die Vorgaben des Binnenmarktes tangieren die deutschen Heilberufe immer stärker und unmittelbar.

Mit Sorge beobachtet die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die Entwicklung in diesen beiden Politikfeldern. Die BZÄK ist die Spitzenorganisation der zahnärztlichen Selbstverwaltung mit rund 84.000 Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland.

Die BZÄK warnt insbesondere vor einer schleichenden Unterwanderung des der Selbstverwaltung zugrundeliegenden Subsidiaritätsprinzips.

In Deutschland profitieren die Patientinnen und Patienten bislang von einem hohen Ausbildungsniveau der Zahnärzteschaft und einer hohen Versorgungsqualität.

Damit sichergestellt bleibt, dass diese Errungenschaften auch in Zukunft in einem sich wandelnden europäischen Umfeld erhalten bleiben, richtet die BZÄK zur Europawahl im Mai 2019 deshalb 8 Kernforderungen an das künftige Europäische Parlament:

1. Im Interesse der Patienten die freie Berufsausübung sicherzustellen und sich für den Erhalt der bewährten Strukturen der Selbstverwaltung einzusetzen.
2. Eine Europäische Charta der Freien Berufe zu verabschieden und darin eine Standortbestimmung der Freiberuflichkeit vorzunehmen.
3. Durch eine konsequente Entbürokratisierung die unzumutbare Belastung der Zahnarztpraxen zu beseitigen und bei künftigen Vorhaben die bürokratischen Auswirkungen frühzeitig zu prüfen.
4. Eine hohe Qualität der akademischen zahnmedizinischen Ausbildung an Universitäten zu gewährleisten.
5. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ausschließlich zum Nutzen der Patienten zu gestalten und so zu einer verbesserten und bürokratiearmen Versorgung beizutragen.
6. Amalgam als eines der notwendigen zahnmedizinischen Füllungsmaterialien zu erhalten.
7. Die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen konsequent fortzusetzen.
8. Weitere Initiativen zur Verbesserung der Mundgesundheit und damit der Lebensqualität anzustoßen.

Im europäischen Vergleich nimmt die deutsche zahnmedizinische Versorgung einen Spitzenplatz ein. Ihn zu halten und die Zahnärzteschaft in den anderen europäischen Ländern auf dieses Niveau zu verhelfen, ist das engagierte Anliegen der BZÄK zur Europawahl. ■ _____ Quelle: BZÄK

GOZ

Foto: © Irgen Fichle - stock.adobe.com

Weiter so?

„Papiergeld kehrt früher oder später zu seinem inneren Wert zurück – Null“ (Voltaire). Anders ausgedrückt, es gibt keine Wertbeständigkeit. Oder vielleicht doch? In unserem Berufsleben gibt es seit 31 Jahren eine beständige Konstante – den Punktwert der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Er verkörpert unsere Einnahmenseite. Die Ausgabenseite steigt beständig an. Die Honorierung zahnärztlicher Leistungen ist durch Inflation und aufoktroierte Kostensteigerungen um fast 56% entwertet worden. Obwohl wir ein freier Beruf sind, werden wir wie Knechte behandelt. Statt des Erlasses einer GOZ könnte der Gesetzgeber den Erlass der Gebührentaxe im Sinn einer Rahmenempfehlung auf die Kammern oder den Berufsverband übertragen. In Österreich und der Schweiz funktioniert das problemlos. In Deutschland folgt der Ordnungsgeber seiner eigenen Maxime nicht. Der Punktwert sollte bei Inkrafttreten der GOZ 88 die Aufgabe haben, die wirtschaftliche Entwicklung aufzufangen. Seitdem fristet er einen Dornröschenschlaf. Alle zahnärztlichen Bestrebungen, die Honorare der wirtschaftlichen Entwicklung anzupassen, wurden von den Regierenden negiert. Es sei dem Wahlvolk nicht zu verkaufen. So behandelt man keinen freien Berufsstand. Tagtäglich erleben wir die Auswirkungen staatlicher Regulierungen. Alles wird klaglos hingenommen. Warum haben wir Zahnmedizin studiert? Um immer mehr Schriftwechsel zu führen, um von unnötigen Richtlinien gegängelt zu werden, um geknechtet zu

werden und trotzdem die Risiken eines Unternehmers zu tragen? Wollen wir nicht weniger Bürokratie, mehr Freude an der Arbeit und mehr Zeit für die gesundheitlichen Probleme unserer Patienten haben? Von den Damen und Herren der Regierung dürfen wir keine Hilfe erwarten. Schon im Jahr 2014 rief die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer dazu auf, „keine GOZ-Honorare unter Kassensätzen“ zu erbringen. Das Bundesverfassungsgericht hatte 2004 festgestellt, dass ein Absinken unter die Honorierung, die die gesetzliche Krankenkasse zur Verfügung stellt, nicht als angemessen zu bezeichnen ist. Der Zahnarzt könne aber mit dem Patienten eine abweichende Vereinbarung nach § 2 GOZ schließen. Ihre Kammer kann Ihnen keine Handlungsanweisungen vorgeben. Wir können Ihnen nur die rechtlichen Aspekte aufzeigen. Liquidationen mit dem 2,3-fachen Steigerungsfaktor entsprechen nicht mehr den betriebswirtschaftlichen Erfordernissen und werden Ihre Praxis früher oder später in eine wirtschaftliche Schieflage bringen. Ein faires Honorar mit angemessenen betriebswirtschaftlichen Kosten ist nur durch den regelmäßigen Abschluss einer freien Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 der GOZ möglich. ■

Es gibt kein „weiter so“ meint

Dr. Roland Kaden
Vorstand Gebührenrecht der Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein



Dr. Roland Kaden

Foto: Privat

Wie hoch ist der reale GOZ-Punktwert?

Als 1988 die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Kraft trat, formulierte der Gesetzgeber in der amtlichen Begründung zur GOZ, dass künftig der Punktwert die Aufgabe haben sollte, die wirtschaftliche Entwicklung abzubilden.

Nach 31 Jahren gilt der 1988 vom Gesetzgeber festgelegte Punktwert noch immer. Das führt bei gestiegenen Praxis- und Lebenshaltungskosten zu einer massiven Entwertung des GOZ-Punktwerts.

Die Grafik verdeutlicht, wie sich einzelne Kosten seit der Festlegung des Punktwerts verändert haben: So stiegen die Preise für Nahrungsmittel um 50,6%, Strom um 117,3%, der Kraftstoff um 119,7%.

Orientiert man sich am Verbraucherpreisindex, der um 58,7% stieg, so kann resümiert werden, dass der zahnärztliche Punktwert nur noch 41,3% seines Werts von 1988 beträgt.

Der GOZ-Punktwert ist demnach statt 5,62421 Cent nur 2,32280 Cent wert. ■

Dr. Roland Kaden, Vorstand Gebührenrecht der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein



Foto: © fotomek - stock.adobe.com

GOZ-Count Up

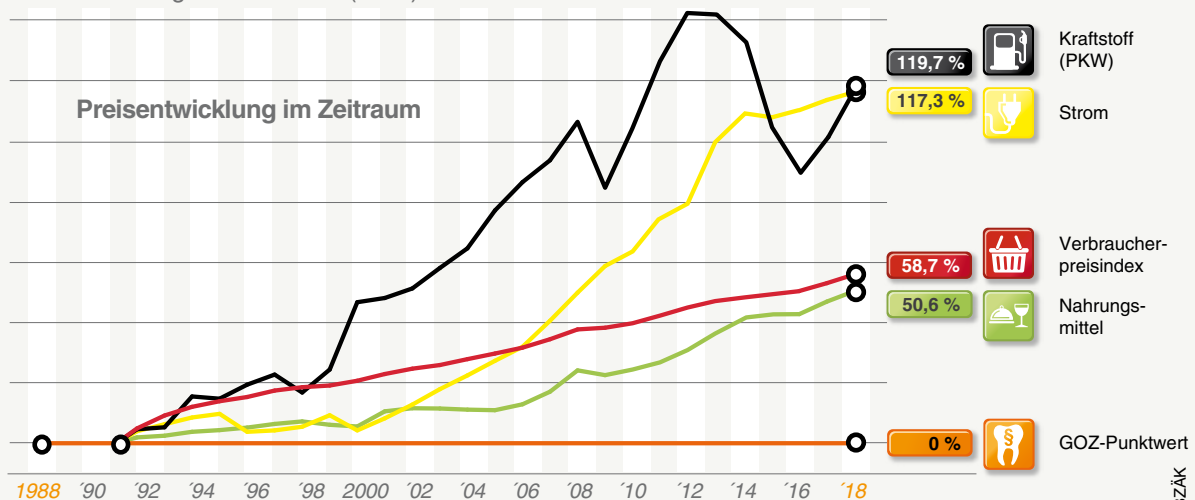
Zeit der Nichtanpassung des Punktwertes der Gebührenordnung für Zahnärzte aktuell: 30 Jahre und 3 Monate.

Die Bundeszahnärztekammer erinnert die Verantwortlichen in der Politik an die Notwendigkeit, unter Berücksichtigung der Kostensteigerung im Dienstleistungsbereich seit 1988 eine angemessene Anhebung des Punktwertes auf mindestens 13 Cent vorzunehmen. ■

Quelle: BZÄK Klartext 4/2019

Seit über 30 Jahren keine Anpassung des GOZ-Punktwertes

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)



© BZÄK

Für alle Indizes: 1991 = 100

Preisentwicklung für Lebenshaltung, alle privaten Haushalte
Quelle: Statistisches Bundesamt (Fachserie 17) Verbraucherpreisindizes für Deutschland – Jahresbericht; BZÄK 2019

LG Düsseldorf bestätigt Kritik: Aligner-Start-up Dr.Smile: Standardunterschreitung in Diagnostik und Therapie



„Die Behandlungen der Partnerzahnärzte [...] stellen eine eindeutige Standardunterschreitung bei Diagnostik und Therapie dar.“ So stand es im Leitartikel des 1. BDK-Bundesvorsitzenden Dr. Hans-Jürgen Köning im Mitgliedermagazin BDK.info 5/2018 zum Thema „Aligner-Start-ups“ zu lesen. „Wettbewerbswidrig, herabsetzend, verunglimpfend“ – so empfand die Urban Technology GmbH als Betreiberin des Aligner-Start-ups Dr.Smile diesen Artikel und leitete gerichtliche Schritte ein. Das LG Düsseldorf hat nun entschieden und wies den Antrag mit Urteil vom 14.03.2019 (Az.: 34 O 1/19) vollumfänglich zurück: Die geäußerten Passagen seien keine Schmähkritik. Vielmehr beschreibe Dr. Köning „wahreitsgemäß das Geschäftskonzept“ von Dr.Smile.

Zum Standard einer kieferorthopädischen Behandlung gehöre beispielsweise, so das Gericht in seiner Urteilsbegründung, „im Einzelfall auch die röntgenologische Darstellung aller Zähne und Zahnkeime“. Dies sei bei Dr.Smile schon „mangels eines Röntgengerätes“ nicht möglich, der „Standard bei der Diagnostik [deshalb] unterschritten“. Auch die Tatsache, dass der Patient den Zahnarzt lediglich einmal zu Beginn der Behandlung sehe, widerspreche „dem Standard einer kieferorthopädischen Behandlung, die eine Verlaufskontrolle durch den/die Arzt/Ärztin vorsieht“.



Dr. Hans-Jürgen Köning, 1. BDK-Bundesvorsitzender, attestierte den „Behandlungen“ des Aligner-Start-ups Dr.Smile „eine eindeutige Standardunterschreitung bei Diagnostik und Therapie“. Das LG Düsseldorf bestätigte diese Aussage nun in einem aktuellen Urteil.

„Um Patienten fachgerecht kieferorthopädisch behandeln zu können, reichen ein Scan und ein paar Aligner einfach nicht aus“, bekräftigt auch Dr. Köning seine Kritik am Vorgehen des Start-ups. „Wird ohne ausreichende Diagnostik und ohne regelmäßige Kontrollen behandelt, stellt dies einen Behandlungsfehler dar, der zu erheblichen Gefahren für den Patienten führt.“ Es sei Aufgabe des Berufsverbandes, solche Missstände aufzuzeigen – im Sinne der Fachzahnärzte für Kieferorthopädie, aber auch und gerade im Sinne der Patienten. „Dazu stehe ich und freue mich, dass das Gericht meine Auffassung teilt.“ ■

Quelle: BDK, Presseinformation von 22.03.2019

WICHTIGE ARZNEIMITTEL-WARNUNG:



Wegen schwerwiegender und anhaltender, die Lebensqualität beeinträchtigender und möglicherweise irreversibler Nebenwirkungen warnt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in einem

„Rote-Hand-Brief“ zu Vorsicht bei der Verordnung von Antibiotika aus der Fluorchinolon-Gruppe (Handelsnamen i.d.R. mit „oxacin“ am Ende).

Mehr dazu lesen Sie z.B. unter:

Rote-Hand-Brief (PDF): <https://tinyurl.com/y5728tyt> und <https://tinyurl.com/y39jkqy3>

Quelle: „Rote-Hand-Brief“ v. 08.04.2019 vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)

Implantatregister EIRD kommt zum Jahresende – Zahnersatz vorerst nicht betroffen

Das Bundeskabinett hat Anfang April den Entwurf eines „Gesetzes zur Errichtung eines Implantatregisters Deutschland und zu weiteren Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ („Implantatregister-Errichtungsgesetz“, EIRD) beschlossen. Ziel des Registers ist es, die Sicherheit und Qualität von Implantationen für gesetzlich und privat Versicherte zu verbessern. Laut Stellungnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) werden Hüftgelenk- und Knie-Endoprothesen sowie Brustimplantate als erste Implantate erfasst. Zahnersatz sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorgesehen.

Mit dem neuen Register möchte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn für mehr Transparenz und Sicherheit bei Implantaten sorgen. Die erfassten Daten (zum Beispiel zur Funktionsdauer der Implantate) ermöglichen die Bewertung der Qualität der Implantate und der implantierenden Einrichtungen, heißt es in einer Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). „Das Implantatregister ist ein wichtiger Schritt für mehr Patientensicherheit. Dadurch wissen wir künftig, wer welches Implantat bekommen hat. Wenn wir Probleme mit einem Produkt feststellen, können wir dann schnell abfragen, ob es ähnliche Fälle gibt und im Zweifelsfall Patienten warnen“, so der Bundesgesundheitsminister.

Zu den wesentlichen Regelungen des geplanten Implantatregisters heißt es weiterhin in der Pressemitteilung des BMG:

- ▶ Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wird als Registerstelle die zentrale Datensammlung übernehmen. Die Anschubfinanzierung erfolgt durch den Bund, der laufende Betrieb wird durch Entgelte finanziert.
- ▶ Das Robert Koch-Institut richtet eine unabhängige Vertrauensstelle ein, die alle personenbezogenen Daten pseudonymisiert.
- ▶ Für die Übermittlung der Datensätze wird die Telematikinfrastruktur genutzt.

- ▶ Um die Aussagefähigkeit des Registers zu gewährleisten, ist die Meldung an das Register für Gesundheitseinrichtungen, gesetzliche und private Krankenversicherungen und alle Patientinnen und Patienten verpflichtend.
- ▶ Die Hersteller sind verpflichtet, ihre Produkte in der Produktdatenbank des Registers zu registrieren. Bei Meldeverstößen der implantierenden Einrichtung oder der Verwendung von nicht in der Produktdatenbank registrierten Implantaten sieht der Gesetzentwurf einen Vergütungsausschluss vor.
- ▶ Es sind umfassende Vorgaben an die Transparenz enthalten, wie zum Beispiel jährliche Berichte durch die Registerstelle und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).
- ▶ Der Aufwand, der den Gesundheitseinrichtungen durch die verpflichtende Meldung an das Register zusätzlich entsteht, wird erstattet.
- ▶ Es werden die Rahmenbedingungen für die Datenübernahme von bestehenden Registern geregelt.
- ▶ Der tatsächliche Beginn der Meldepflicht für die einzelnen Implantattypen hängt jeweils von dem Vorliegen aller technischen Voraussetzungen für die Entgegennahme der Meldung durch das Register ab und wird durch Rechtsverordnung konkretisiert.
- ▶ Voraussichtlich werden Hüftgelenk- und Knie-Endoprothesen sowie Brustimplantate ab Mitte 2021 als erste Implantate erfasst werden können

Der Gesetzentwurf enthält zudem Regelungen, mit denen das Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung beschleunigt werden soll. Hierzu wird die bisherige Fristvorgabe für den G-BA von drei auf zwei Jahre verkürzt. Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung durch den Bundesrat. Die Verkündung ist für das Jahresende vorgesehen. Ergänzend zu dem Gesetz wird eine Rechtsverordnung erarbeitet, die Einzelheiten zum Betrieb des Implantatregisters regelt. ■

Quelle: Pressemitteilung des BMG und eigene Recherchen

HILFE MIT BISS!

Kammerpräsident Bunke behandelte im Zahnmobil Hannover



(von links): Karl-Heinz Maekeler (Vorstand Förderverein Zahnmobil), Angela McLeod (Zahnmedizinische Fachangestellte im Zahnmobil), Dr. Dirk Ostermann (zahnärztlicher Leiter Zahnmobil + 2. Vorsitzender des Fördervereins), ZKN-Präsident Henning Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Rainer Müller-Brandes (Geschäftsführer und Diakoniestopfer des Diakonischen Werkes Hannover), ZKN-Vorstandsmitglied Dr. Karl-Hermann Karstens.

Ein gesundes, gut funktionierendes Gebiss bis ins hohe Alter ist für die meisten Patienten in Deutschland eine Selbstverständlichkeit. Für Menschen, die auf der Straße leben oder keine Krankenversicherung haben, gilt das häufig nicht. Seit 2012 ist das „Zahnmobil Hannover“ als Teil der ambulanten Hilfen des Diakonischen Werkes Hannover für Wohnungs-/Obdachlose und andere bedürftige Menschen in der Landeshauptstadt Niedersachsens und der Region regelmäßig mit ehrenamtlichen Helfern unterwegs. Am 24. April hat der Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsens (ZKN), Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, den ehrenamtlichen Freiwilligendienst im Zahnmobil übernommen.

Die rollende Praxis machte an dem Mittwoch, wie gewohnt, vor dem Kontaktladen „Mecki“ hinter dem hannoverschen Hauptbahnhof Station. „Ohne ehrenamtlich tätige Zahnärzte, Helfer, Fahrer und Förderer, die sich für das Zahnmobil Hannover engagieren, blieben viele von Armut und Wohnungslosigkeit betroffene Patienten zahnärztlich unversorgt. Besonders gefährdet ist damit die Gesundheit

der Menschen, die auf der Straße leben. Ich trage gern dazu bei, dass möglichst viele Betroffene professionell behandelt und von akuten Zahnbeschwerden befreit werden können“, betonte ZKN-Präsident Bunke. Er praktiziert als Zahnarzt in Wietze (Celle). Die ZKN ist, wie auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) eine Förderin des Zahnmobils. Zu den Förderern gehören weitere Institutionen, Firmen, Verbände, Vereine und Privatpersonen.

Gesucht: Ehrenamtliche, Förderer und Einzelspenden

„Fast zwei Drittel der 2.500 Patienten, die bisher zu uns in die mobilen Sprechstunden kamen, hatten keine Krankenversicherung. Durch unser starkes Netzwerk, das wir gemeinsam mit dem Diakonischen Werk Hannover, Förderern, verlässlichen Kooperationspartnern und Ehrenamtlichen aufgebaut haben, können wir Vielen direkt dort helfen, wo sie sich aufhalten und wo es im wahrsten Sinne weh tut“, betonte Dr. Dirk Ostermann. Der in Hannover praktizierende Zahnarzt ist zahnärztlicher Leiter des Zahnmobils Hannover und im Vorstand des gleichnamigen Fördervereins aktiv. Gemeinsam mit dem Vorstandsmitglied Karl-Heinz Maekeler appellierte er am 24. April an interessierte Zahnmediziner und zahnärztliches Fachpersonal, sich ehrenamtlich zu beteiligen. Ferner kann sich jeder auch als Fahrer, Förderer oder Spender für das Zahnmobil Hannover engagieren: „Lassen Sie uns gemeinsam die ‚Hilfe mit Biss‘ am Laufen halten!“



Zahnärztekammerpräsident Henner Bunke hat am Mittwochvormittag den ehrenamtlichen Dienst im Zahnmobil Hannover übernommen.

Über das Zahnmobil Hannover

Auf Initiative der hannoverschen Zahnärztin Dr. Ingeburg Mannherz und ihres Ehemannes Werner Mannherz konnte das Zahnmobil am 18. April 2012 erstmals eine ambulante Sprechstunde anbieten. Auf 6 Quadratmetern steht in dem speziell eingerichteten Einsatzfahrzeug alles bereit, was für ein niederschwelliges Angebot für Obdachlose und Bedürftige erforderlich ist. Halt macht das Zahnmobil nach einem verlässlichen Tourenplan an Orten, an denen sich die von Obdachlosigkeit und Armut betroffene Klientel

auffhält: Beratungs- und Anlaufstellen, Kleiderkammern und Essensausgaben. Träger des Zahnmobils ist das Diakonische Werk Hannover. Es gewährt organisatorische und betriebswirtschaftliche Unterstützung. Der Großteil der Betriebskosten von mindestens 80.000 Euro pro Jahr muss aus Spenden finanziert werden. Dafür ist der Förderverein Zahnmobil Hannover e.V. zuständig. Mitglieder können sowohl Institutionen und Firmen als auch Verbände, Vereine oder Privatpersonen werden. ■

Quelle: Pressemitteilung der ZKN

FLANKIERENDE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit hatte die Zahnärztekammer im Vorfeld dieses Behandlungstages die Medien des Großraums Hannover zu einer „Pressestunde“ eingeladen. Ziel war es, mit dieser konzertierten Aktion vom hannoverschen Zahnmobil, dessen Stammakteuren, dem Förderverein des Zahnmobils, dem Diakonischen Werk Hannover und dem Präsidenten der Zahnärztekammer Niedersachsen für mehr Menschlichkeit, das Image der Zahnärzteschaft sowie für die Weiterentwicklung des Fördervereins des Zahnmobils zu werben.

Neben Journalisten der Redaktionen der beiden großen hannoverschen Tageszeitungen „NP“ und „HAZ“ waren auch jeweils ein Team des regional aktiven Senders „radio leinehertz 106.5“, sowie des TV-Senders Sat.1 der Einladung der ZKN zur „Pressestunde“ gefolgt.



Sowohl die „HAZ“ als auch die „NP“ berichteten am nächsten Tag mit bebilderten und längeren Beiträgen in ihren Tageszeitungen.

Sat.1 zeigte Donnerstag, 25.04.2019, um 17:30 Uhr in seiner Sendung „Sat.1 Regional für Niedersachsen und Bremen“ einen Bericht vom Behandlungstag. Wer die Sendung nicht live verfolgen konnte, kann das Video auch online in der Mediathek abrufen unter <https://tinyurl.com/sat1-zahnmobil>. ■

Die Redaktion

Die Sechs-Quadratmeter-Praxis

Zahnmobil hilft Obdachlosen und Flüchtlingen. Mehr als 2500 Patienten seit 2012.

VON BRITTA LÜERS

HANNOVER. Gesunde Zähne und ein funktionierendes Gebiss sind für die meisten Menschen in Deutschland eine Selbstverständlichkeit. Für Obdachlose, Asylsuchende und Flüchtlinge gilt das oft nicht. Seit 2012 versucht das Zahnmobil, eine Säule der ambulanten Hilfen des Diakonischen Werks Hannover, diese Versorgungslücke zu schließen. Und das auf sechs Quadratmetern.

„Insgesamt haben wir seitdem 2500 Patienten

behandelt. Fast zwei Drittel davon waren nicht krankenversichert. Noch vor wenigen Jahren waren es ein Drittel. Diese Menschen erfahren in normalen Praxen oft Ablehnung“, sagt Dirk Ostermann, zahnärztlicher Leiter des Zahnmobils. Das Mobil wird über Spenden finanziert und kostet im Jahr rund 80 000 Euro.

Pro Quartal behandeln die Zahnärzte bis zu acht Kinder. „Mit der Flüchtlingswelle ist diese Zahl stark gestiegen“, sagt Karl-Heinz Maekeler aus dem Vorstand des För-

dervereins des Zahnmobils Hannover. Jede Woche fährt das Mobil vier bis sechs Einsätze, fast alle im Stadtgebiet. Auf dem Arzthocker sitzen dabei über das Jahr verteilt rund 20 Zahnärzte. Ihr Engagement ist ehrenamtlich, eine Zahnärzthelferin ist fest angestellt. Maekeler: „Früher waren die meisten von ihnen Zahnärzte im Ruhestand, heute sind viele noch aktiv im Beruf.“ Regelmäßig hält das Zahnmobil am Tagestreff Nordbahnhof, an der Clemenskirche und an der Notunterkunft am Burg-

weg. „Es wird dorthin gefahren, wo sich diese Menschen aufhalten“, sagt Diakoniepastor Rainer Müller-Brandes. Oder wie es Zahnarzt Ostermann sagt: „Wo es im wahrsten Sinne weh tut.“ Immer mittwochs ist das Zahnmobil auch vor dem Kontaktladen Mecki am Raschplatz im Einsatz.

Um auf die Bedeutung des Zahnmobils aufmerksam zu machen, setzte sich nun der Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN), Henner Bunke, auf den Arzthocker in dem

zur Mini-Zahnarztpraxis umgebauten Rettungswagen. „Ohne ehrenamtlich tätige Zahnärzte, Helfer, Fahrer und Förderer, die sich für das Zahnmobil engagieren, blieben viele von Armut betroffene Patienten zahnärztlich unversorgt. Das gefährdet die Gesundheit dieser Menschen“, so Bunke. Zahnarzt Ostermann berichtet: „Wir sehen hier sehr oft desolote Zähne. Wir stehen bei jedem Patienten vor der Herausforderung, die Probleme mit nur einem einzigen Besuch zu beseitigen.“

Quelle: Neue Presse vom 25.04.2019

Kurz und gut?

MINIMALINVASIVE CHIRURGIE UND KURZE IMPLANTATE

Marc Joos und Prof. Dr. med. dent. Sebastian Köhl, Basel/Schweiz

In nahezu allen Bereichen der Medizin besteht ein Trend zu Behandlungen, die durch ihre geringe Invasivität und der damit verbundenen reduzierten Morbidität zu einer höheren Akzeptanz führen. In der zahnärztlichen Implantologie wird dieses durch den Einsatz von kurzen Implantaten realisiert, welche immer häufiger inseriert werden.

Grundsätzliche Überlegungen

Die Auswahl der Implantatlänge wurde in der Vergangenheit immer durch die Anatomie bestimmt – es galt, ein möglichst langes Implantat zu inserieren, welches dennoch einen Abstand von 2 mm zu wichtigen anatomischen Nachbarstrukturen gewährte (Abb. 1). Der Grund für dieses Dogma lag darin, dass in den Anfängen der Implantologie glattwandige Implantatoberflächen zum Einsatz kamen, die im Vergleich zu den mikro- und makro-roughen Implantatoberflächen heutiger Implantate eine deutlich geringere Oberfläche aufweisen, was zu einer geringeren Osseointegration führt. Diese wurde folglich durch die Länge kompensiert. Lange Implantate erhöhen das Risiko von Hitzenekrosen bei der Implantatbettauflage, da die Kühlflüssigkeit nicht in den apikalen Bereich gelangt. Darüber hinaus steigt mit zunehmender Länge auch das Risiko für Verletzungen benachbarter Strukturen. Schlussendlich ist die Entfernung von langen Implantaten, zum

Beispiel aufgrund technischer Komplikationen bei Fraktur eines krestalen Implantatteils, nur mit invasiven und anspruchsvollen Osteotomien möglich. Hier können in allen genannten Aspekten kurze Implantate die Risiken reduzieren oder gar verhindern. Außerdem sind kurze Implantate in Relation zu aufwendigen vertikalen Knochenaufbauten eine geeignete Alternative, die die Behandlungszeit, die Morbidität und den finanziellen Aufwand reduzieren kann (Abb. 2 und 3).

Was sind überhaupt kurze Implantate?

Durch die Einführung von 7-mm-Bränemark-Implantaten 1979 war die Stunde der kurzen Implantate eingeläutet. Vorerst aber konnten sich diese nicht durchsetzen, da sie im Vergleich zu den heutigen Implantaten mit deutlich erhöhten Verlustraten insbesondere in der Maxilla assoziiert waren. So zeigte sich in einer prospektiven Multicenterstudie für 7 mm lange Implantate eine Misserfolgsquote von etwa 18 Prozent nach zehn Jahren für die Maxilla [1]. In der Literatur werden kurze und sehr kurze Implantate unterschiedlich definiert: Van Assche et al. [2] haben in einer Studie Implantate ≤ 6 mm als „extra short“ beschrieben, Srinivasan et al. bezeichneten diese im Gegensatz dazu in einer Übersichtsarbeit als „kurz“ [3]. Beide Arbeiten erwähnen, dass kurze Implantate ≤ 10 mm entsprechen. In einer Konsensuskonferenz der European Association of Osseointegration (EAO) wurden Implantate länger als 8 mm als regulär definiert, 8 mm oder weniger als kurz [4]. Sehr kurze Implantate würden demnach Längen ≤ 6 mm entsprechen.

Die oben genannte Publikation von Srinivasan et al. zeigt klare Verbesserungen der kurzen Implantate gegenüber früher. Die errechnete kumulative Überlebensrate der 6 mm-Implantate betrug 94,7 Prozent im Oberkiefer und 98,6 Prozent im Unterkiefer, wobei der Unterschied zwischen maxillären und mandibulären Implantaten statistisch signifikant war. Interessant ist wiederum der Aspekt der Oberflächenbeschaffenheit, welcher maßgeblich dazu beigetragen hat, dass sich die Erfolgsrate der kurzen Implantate deutlich verbessert hat.

Eine kürzlich publizierte Studie zu 4 mm langen mandibulären Implantaten konnte zeigen, dass auch sehr kurze

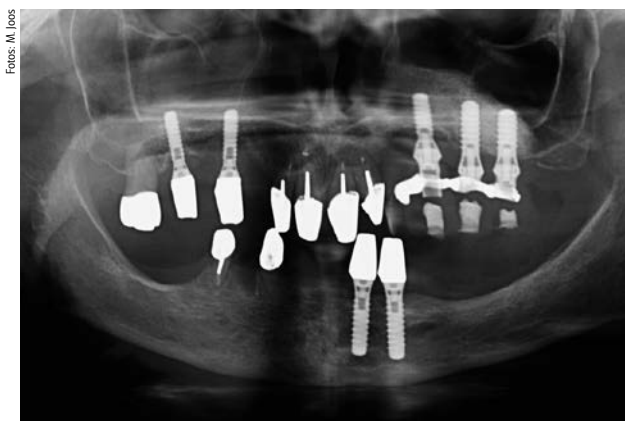


Abb. 1: Die Implantatlängen wurden so lang wie möglich ausgewählt.

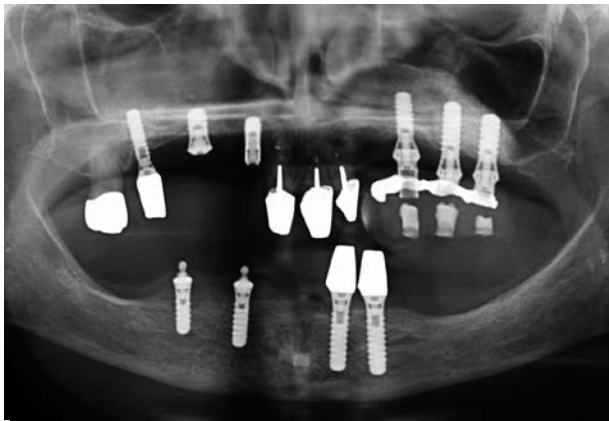


Abb. 2: Derselbe Patient wie in Abb. 1: Durch kürzere Implantate konnte auf einen aufwendigen Knochenaufbau, wie im zweiten Quadranten zu sehen ist, verzichtet werden.



Abb. 3: Ein kurzes Implantat in regio 35: Durch ein Implantat reduzierter Länge konnte eine Pfeilervermehrung bei gleichzeitigem Einhalten eines korrekten Mindestabstands zum Nervus alveolaris inferior durchgeführt werden.

Implantate gute Fünf-Jahres-Resultate erreichen können: Von 76 Implantaten bei 24 Patienten betrug die Überlebensrate 92,2 Prozent für die festsitzende Versorgung von Schalllücken oder Freilücken unter Verblockung von mindestens zwei Kronen [5].

Was spricht für kurze Implantate?

Das Aufbauen von vertikalen Knochendefekten – insbesondere im hoch atrophen Unterkiefer – ist schwierig. Die Erfolgsraten werden in der Literatur sehr unterschiedlich angegeben, wobei neben den Verlustraten bei vertikalen Aufbauten auch häufig mit Komplikationen zu rechnen ist. Ein reduziertes Knochenangebot kann bis zu einem gewissen Grad durch ein kürzeres Implantat kompensiert werden. Somit entfallen aufwendige chirurgische Eingriffe zur vertikalen Augmentation.

Kürzere Implantate können auch bei nahegelegenen anatomischen Strukturen Vorteile bringen: Im Unterkiefer-

seitenzahnggebiet schränkt der Nervus alveolaris inferior die verfügbare Knochenhöhe ein. Kurze Implantate können hier in entsprechenden Fällen das Risiko betreffend Verletzungen des Mandibularkanals und somit des dritten Trigeminusastes reduzieren. Neben Nerverletzungen sind auch Verletzungen von Blutgefäßen mit konsekutiv teils lebensbedrohlichen Blutungen möglich (Abb. 4 und 5). Ein kürzlich erschienener Review hat sämtliche in der Literatur beschriebenen lebensbedrohlichen Blutungen im Zusammenhang mit implantologischen Eingriffen ausgewertet. Hierzu wurden 590 Studien herangezogen und 27 Fälle mit lebensbedrohlichen Blutungen während oder nach Implantation identifiziert. 21 Fälle betrafen die anteriore Mandibula, fünf Fälle die posteriore Mandibula und nur ein Fall die Maxilla. In der Mehrzahl der Fälle waren Implantate mit einer Länge von ≤ 13 mm eingesetzt worden, was das Risiko für lange Implantate gut dokumentiert (Abb. 6 und 7) [6]. ▶▶

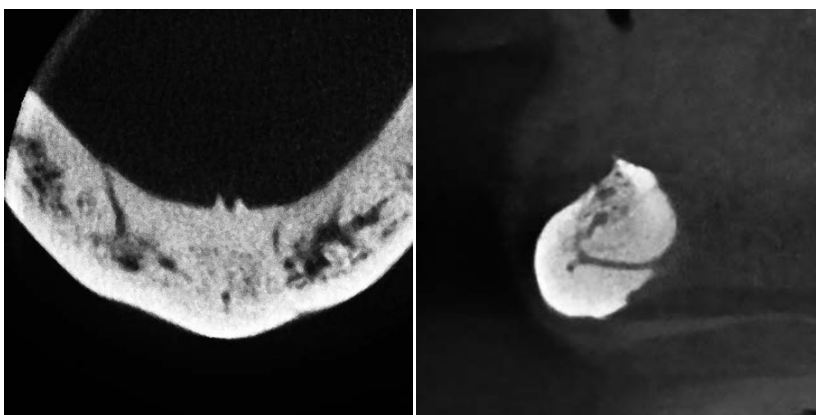


Abb. 4 und 5: Übersicht (DVT) im atrophem Unterkiefer: Anastomosierende Gefäße können bei Perforation der lingualen Kortikalis zu bedrohlichen Blutungen führen.

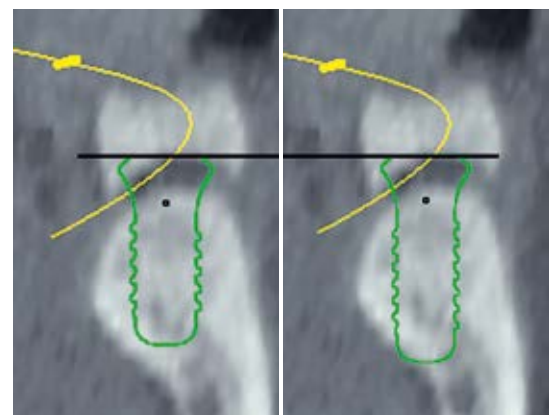


Abb. 6 und 7: Implantologische Planung im Unterkiefer: Gerade im seitlichen Unterkiefer besteht aufgrund des Querschnitts die Gefahr, eine Perforation der lingualen Kortikalis und eine Blutung zu verursachen.

► Gibt es eine Mindestlänge?

Wenn über die Implantatlänge diskutiert wird, sollte man sich auch Gedanken über das Kronen-Implantat-Längenverhältnis und die daraus resultierenden Hebelgesetze machen. Hier wird zwischen zwei Verhältnissen unterschieden: dem biologischen oder klinischen Kronen-Implantat-Verhältnis und dem technischen oder anatomischen Kronen-Implantat-Verhältnis. Ersteres wird definiert als ossär gelegener Implantatanteil im Verhältnis zum extraossären Anteil unter Einbezug der Kronenhöhe, Letzteres als Implantatlänge bis zur Implantatschulter zur Kronenhöhe [7,8].

Da sich die Kronenlänge und somit das Kronen-Implantat-Verhältnis erhöhen kann, wenn ein kurzes Implantat zur Anwendung kommt, ist es relevant zu wissen, ob es dadurch zu belastungsbedingten erhöhten Implantatverlusten kommen kann. Dies wurde bei Implantaten im Seitenzahnbereich in einer retrospektiven Studie über fünf Jahre [7] sowie in einer prospektiven Studie über zehn Jahre [8] untersucht. Dabei konnte kein Zusammenhang zwischen erhöhtem Kronen-Implantat-Verhältnis und marginalem Knochenverlust festgestellt werden. Die Überlebensrate der Implantate war in allen Gruppen ähnlich und dies bei Kronen-Implantat-Verhältnissen von > 2 . Statistisch signifikanter Risikofaktor für eine erhöhte Verlustrate war Nikotinabusus.

Entgegen den Erwartungen von Blanes et al. [8] konnte kein Zusammenhang zwischen vergrößerter marginaler Knochenresorption und großem Kronen-Implantat-Verhältnis nachgewiesen werden. Es bestand sogar eher eine inverse Relation: weniger Knochenresorption bei größerem Kronen-Implantat-Verhältnis. Diese Feststellung wurde damit erklärt, dass der physiologische Knochenumbau, der durch Belastung stimuliert wird, auch im Rahmen der Implantate stattfindet und somit einer krestalen Resorption entgegenwirkt.

Eine andere Arbeit von Himmlová et al. [9] untersuchte die Belastungsverteilung im Unterkieferknochen verschiedener Implantatlängen und -durchmesser im Rahmen einer Finite-Elemente-Analyse. Dabei wurde ein Unterkiefermodell mit inseriertem Implantat simuliert und ausgewertet. In diesem virtuellen Modell wurden 15 000 bis 20 000 Elemente in Abhängigkeit der Implantatlänge und des Implantatdurchmessers definiert. Zur Vereinfachung wurde angenommen, dass das Implantat zylindrisch sei und der Knochen kortikale Eigenschaften habe, da der periimplantäre, eigentlich spongiose Knochen nach Umbauvorgängen am ehesten kortikale Eigenschaften aufweist. Ausgewertet wurden Implantatlängen von 8 bis 18 mm und Durchmesser von 2,9 bis 6,5 mm. Entsprechend der physiologischen Belastung im Unterkieferseitenzahnbereich wurden die Implantate im 3-D-Modell in axialer, disto-mesialer sowie lingualer Richtung belastet. Allgemein konnte gezeigt

werden, dass die größten Belastungen im krestalen Bereich zu finden sind und dass die Implantatlänge per se einen relativ geringen Einfluss auf die Verteilung der Belastungsspitzen hat. Besonders im Hinblick auf den Durchmesser eines Implantats konnte die größte Reduktion der Belastung im krestalen Bereich bei Durchmessern von 3,6 bis 4,2 mm gefunden werden. Die Implantatlänge allein scheint also weniger wichtig als der Durchmesser zu sein, wenn es darum geht, krestale Kraftspitzen aufzunehmen und zu reduzieren.

Vergleich mit vertikaler Augmentation

Chipasco et al. [10] untersuchten in einer prospektiven Studie den Erfolg von vertikalen Knochenaufbauten. Es wurde in einer ersten Gruppe Knochen mit autologen Knochenchips und einer mit Titan verstärkten Teflonmembran aufgebaut und abgedeckt. Eine Implantation wurde entweder direkt mit dem Knochenaufbau (Subgruppe 1A, 13 Implantate) oder nach sechs bis sieben Monaten im Rahmen der Entfernung der Membran durchgeführt (Subgruppe 1B, zwölf Implantate). In der zweiten Gruppe wurde eine vertikale Augmentation durch Distractionsosteogenese realisiert und nach Entfernung des Distraktors wurden 34 Implantate inseriert. Die Ergebnisse zeigten nach zwei bis drei Jahren eine kumulative Überlebensrate von jeweils 100 Prozent und eine Erfolgsrate von 61,5 Prozent in der Gruppe mit Implantation und simultanem Knochenaufbau, 75 Prozent in der Gruppe mit Knochenaufbau und späterer Insertion der Implantate und 94,1 Prozent in der Gruppe, die mittels Distractionsosteogenese und späterer Implantation behandelt wurde. Interessant ist hierbei die Tatsache, dass die Erfolgs- und Überlebensraten der Implantate starke Unterschiede zeigten. Nach den Kriterien von Albrektsson et al. [11] liegt ein Misserfolg vor, wenn die krestale Knochenresorption im ersten Jahr nach Belastung $> 1,5$ mm beträgt und/oder in den Folgejahren Resorptionen von $> 0,2$ mm gemessen werden. Im Bezug auf diese Werte wurden in der ersten Gruppe signifikant mehr Implantate als Misserfolg gewertet als in der zweiten Gruppe, was die hohen Komplikationsraten und Risiken der vertikalen Knochenaugmentation mittels Membranen belegt. Unabhängig von den großen Risiken und der Morbidität sowie dem finanziellen Aufwand sind vertikale Knochenaufbauten auch mit einem nicht unerheblichen Zeitaufwand mit teils stationären Aufenthalten vergesellschaftet.

Im Hinblick auf diese Ergebnisse und die teils aufwendigen Verfahren erscheinen kürzere Implantate als „schnellere“ und sicherere Alternative bei reduzierter Morbidität. Dabei sollte aber nicht vergessen werden, dass kurze Implantate bei reduzierter Kieferkammhöhe ästhetisch und eventuell prothetisch suboptimale Resultate ergeben und dass besonders im Oberkieferfrontzahnbereich ein solcher Kompromiss im Allgemeinen nicht empfohlen werden kann.

Vergleich mit Sinuslift

In einem Cochrane-Review [12] wurden 18 Studien hinsichtlich der Augmentationsverfahren in der posterioren Maxilla ausgewertet. Es wurden vier Studien analysiert, die kurze Implantate mit Längen von 5 bis 8,5 mm einer Sinusbodenelevation gegenüberstellten. Nach einem Jahr unter Belastung konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Alternativen festgestellt werden, sei es im Hinblick auf die Überlebensrate der Implantate oder bezüglich der prothetischen Komplikationen. 14 der 18 Studien untersuchten, ob ein Unterschied zwischen möglichen Augmentationsverfahren besteht. Dabei konnte keine Präferenz für eine bestimmte Technik aufgezeigt werden. Vom Knochenaufbau mit autologem Knochen über Knochenersatzmaterialien oder Platelet Rich Plasma bis hin zu Verfahren ohne jeglichen Aufbau – keines der beschriebenen Verfahren konnte sich bezüglich Implantatüberlebensrate oder prothetischen Komplikationen als überlegen erweisen. Alles in allem konkludierten die Autoren, dass es ungenügend Evidenz dafür gäbe, ein Augmentationverfahren kurzen Implantaten hinsichtlich Überlebensrate oder prothetischen Komplikationen vorzuziehen, aber dass es moderate Evidenz dafür gäbe, dass Augmentationsverfahren bei Restknochenhöhen von 4 bis 9 mm im posterioren Oberkiefer eher zu Komplikationen neigten als kurze Implantate.

Kurze Implantate – ja oder nein?

Kurze Implantate sind gut dokumentiert und zeigen heute ähnlich gute Ergebnisse wie lange Implantate. Sogar 4-mm-Implantate ergeben zufriedenstellende Resultate, wobei diese wissenschaftlich weniger gut untersucht und Langzeitergebnisse nur spärlich vorhanden sind. Kurze Implantate sind im Vergleich zu aufwendigen Knochenaufbauten und bei enger Lagebeziehung zu anatomischen Strukturen eine mögliche Alternative. Eine generelle Empfehlung für kurze Implantate kann aber aus heutiger Sicht nicht gegeben werden, denn kurze Implantate können nur da verwendet werden, wo sie auch indiziert sind: in „Extremsituationen“, das heißt, im Verhältnis zu den Alternativen.

Eine Mindestlänge für Implantate ist bisher nicht definiert und wird in Zukunft auch kaum an Bedeutung gewinnen, denn sehr kurze und kurze Implantate stellen immer eine Kompromisslösung dar. Gerade, wenn man bedenkt, dass die Problematik der periimplantären Mukositis sowie der Periimplantitiden langfristig einen doch relativ hohen Prozentsatz der Implantate betrifft, ergeben sich unterschiedliche Sichtweisen. Bei jüngeren Patienten und Einzelzahnversorgungen kann es sich als einfach darstellen, ein sehr kurzes Implantat, welches durch eine Periimplantitis zusätzlich an Knochenhalt verloren hat, zu explantieren und eine Neuversorgung anzustreben. Im Gegenzug können

→ Vita

MARC JOOS

- ▶ 2011 Staatsexamen Universität Bern
- ▶ 2011-2012 Kieferchirurgische Assistenz Unispital Genf (HUG)
- ▶ 2012-2016 Tätigkeit in Privatpraxis in der französischsprachigen Schweiz
- ▶ seit 2016 Assistenz Zahnarzt in Weiterbildung an der Klinik für Oralchirurgie, Universitäres Zentrum für Zahnmedizin Basel



Foto: Privat

lange Implantate gerade bei Prothesenträgern vorteilhaft sein. Gerade bei älteren Patienten, mit zum Beispiel zwei interforaminalen Implantaten und darauf eingegliedert Totalprothese, kann im Falle einer Periimplantitis mit assoziiertem Knochenverlust aufgrund der noch ausreichenden Verankerung des Implantats im Knochen durch eine resektive Periimplantitistherapie die Versorgung erhalten werden. Das kann sich hinsichtlich des Komforts und der Wirtschaftlichkeit für diese Patienten vorteilhaft auswirken. Die Entscheidung sollte unter Berücksichtigung der individuellen Situation und in Anbetracht der Alternativen nach eingehender Aufklärung und im Einklang mit dem Patienten getroffen werden. ■

Korrespondenzadresse:

Marc Joos
Klinik für Zahnärztliche Chirurgie,
Radiologie, Mund- und Kieferheilkunde
Hebelstraße 3, 4056 Basel/Schweiz
E-Mail: marc.joos@unibas.ch

Literatur bei den Verfassern

Quelle: Bayerisches Zahnärzteblatt (BZB) 3/2018



Foto: © Sebastian Duda - stock.adobe.com

RISIKOKLASSIFIZIERUNG ZAHNÄRZTLICHER INSTRUMENTE

Was muss steril sein?

Prof. Dr. Lutz Jatzwauk und Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle – Nachdruck aus zm 108, Nr. 17, 1.9.2018

Seit Jahren gibt es Diskussionen über die **Notwendigkeit und Art der Reinigung, Desinfektion oder Sterilisation zahnärztlicher Instrumente. Dabei sind die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch-Institut (RKI), die die Grundlage für die behördliche Überwachung der Aufbereitung von Medizinprodukten in Zahnarztpraxen bilden, keineswegs immer eindeutig. Orientierungshilfen für die tägliche Praxis:**

Der häufig praktizierten Verfahrensweise, vorsichtshalber alle zahnärztlichen Instrumente vor der Anwendung am Patienten (unverpackt oder verpackt) zu sterilisieren, stehen die Empfehlungen der KRINKO am RKI gegenüber, die die Notwendigkeit der Sterilisation nur auf jenen Teil des zahnärztlichen Instrumentariums, der invasiv eingesetzt wird, beschränken. Auch im Hygieneleitfaden des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) wird nur für definierte, invasiv eingesetzte Instru-

mente eine abschließende Sterilisation verpackter Medizinprodukte vor der Anwendung gefordert. Kompliziert wird die Problematik unter anderem durch die Tatsachen, dass:

- ▶ ... die Frage, welche diagnostischen oder therapeutischen Verfahren der Zahnmedizin als invasiv bezeichnet werden, unklar ist.
- ▶ ... vergleichende klinische Studien zu den infektiösen Komplikationen nach Einsatz steriler oder lediglich desinfizierter Instrumente fehlen.
- ▶ ... zunehmend Werkstoffe (zum Beispiel Zirkonabutments) zum Einsatz kommen, die keine abschließende Dampfsterilisation erlauben.
- ▶ ... das Postulat existiert, dass eine abschließende Dampfsterilisation nur dann erfolgreich möglich sei, wenn vorher eine maschinelle Reinigung, die zuverlässig alle Verschmutzungen beseitigt, stattgefunden hat.

Folgend soll deshalb die Sinnhaftigkeit einer Sterilisation zahnärztlicher Instrumente unter Berücksichtigung unterschiedlicher Sichtweisen diskutiert werden.

Aus der Sicht von KRINKO und BfArM

Der Stand der Wissenschaft auf dem Gebiet der Infektionsprävention wird gemäß Paragraf 23 des Infektionsschutzgesetzes [Infektionsschutzgesetz, 2017] durch die Empfehlungen der KRINKO [KRINKO, 2012] zu den „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ (2012) repräsentiert. Auf dieser Basis kontrollieren Überwachungsbehörden in den Bundesländern die Aufbereitung von Medizinprodukten in Zahnarztpraxen.

Die dort angegebene Risikoklassifizierung in unkritische, semikritische und kritische Medizinprodukte beruht prinzipiell auf Kriterien von E.H. Spaulding [Spaulding, 1960], welche nach fast 60 Jahren und der Weiterentwicklung des (zahn)medizinischen Instrumentariums heute zwangsläufig eine gewisse Unschärfe haben müssen. In den Empfehlungen der KRINKO werden unkritische Instrumente (Hautkontakt) von semikritischen (Kontakt mit Schleimhaut oder erkrankter Haut) und kritischen Instrumenten unterschieden (Tabelle 1).

Kritische Instrumente sind als solche definiert, „...die **bestimmungsgemäß** die Haut oder Schleimhaut durchdringen **und** dabei in Kontakt mit Blut [...] kommen“ (Hervorhebungen durch die Verfasser). Mitunter wird die Meinung vertreten, dass Instrumente, die mit Blut in Kontakt gekommen sind, zwingend sterilisiert werden müssen. Demgegenüber ist es den Empfehlungen der KRINKO zufolge nicht allein die Kontamination mit Blut, sondern der Verwendungszweck, nämlich die Haut oder Schleimhaut zu durchdringen oder mit Wunden in Berührung zu kommen, aus dem die Notwendigkeit einer Sterilisation resultiert. Dieser Meinung schließt sich auch der DAHZ in seinem Hygieneleitfaden an.

Allerdings ist der Begriff „bestimmungsgemäß“ nicht exakt definiert. Wenn es zwar nicht der eigentliche Verwendungszweck des Instruments ist, man aber in der Praxis nur unter Durchdringung beziehungsweise

Verletzung der Schleimhaut den Verwendungszweck eines Instruments erfüllen kann, darf dies nicht außer Acht gelassen werden. So führen zahlreiche zahnärztliche Instrumente regelmäßig und vielfach unvermeidbar zu Gewebeerletzungen oder berühren Wunden, ohne dass das der eigentliche Bestimmungszweck ist (zum Beispiel Airscaler bei subgingivalem Scaling oder subgingivaler Kurettage oder Zangen und Hebel bei der Zahnextraktion). Die KRINKO fordert: „Bei Zweifeln an der Einstufung ist das Medizinprodukt der höheren (kritischeren) Risikostufe zuzuordnen“ [KRINKO, 2012].

Unabhängig von der Frage, wie man den Begriff „bestimmungsgemäß“ definiert, gilt aber die Rechtsgrundlage der KRINKO-Empfehlung: Für semikritische Instrumente ist eine Sterilisationsmaßnahme nach Desinfektion optional.

Nach den in Deutschland als Stand der Wissenschaft geltenden Empfehlungen der KRINKO ist nur für zahnärztliche Instrumente, die bestimmungsgemäß die Haut oder Schleimhaut durchdringen und dabei in Kontakt mit Blut kommen, eine Sterilisation zwingend erforderlich (kritische Instrumente). Dies kann behördlich eingefordert werden.

Hat der Zahnarzt bei definierten Instrumenten aus seiner praktischen Erfahrung Zweifel an dieser formellen Einstufung, sollten semikritische Instrumente abschließend (unverpackt oder verpackt) dampfsterilisiert werden. Die Instrumente werden damit nicht zwangsläufig als kritische Instrumente klassifiziert.

Für eine Infektion ist es aber letztlich unerheblich, ob sie durch ein Instrument mit bestimmungsgemäßem oder nicht-bestimmungsgemäßem Einsatz hervorgerufen wurde. Gleichwohl ist durch die KRINKO diese Zweckbestimmung auch für andere Fachgebiete der Medizin gewählt worden. So werden beispielsweise flexible Endoskope wie Gastro- ►►

Risikoeinstufung von Medizinprodukten nach den Kriterien der KRINKO [KRINKO, 2012]			
Einstufung	Definition	Reinigung und Desinfektion	Sterilisation
unkritisch	Medizinprodukte, die lediglich mit intakter Haut in Berührung kommen	x	
semikritisch	Medizinprodukte, die mit Schleimhaut oder krankhaft veränderter Haut in Berührung kommen.	x	(x)
kritisch	Medizinprodukte zur Anwendung von Blut, Blutprodukten oder anderen sterilen Arzneimitteln. Medizinprodukte, die bestimmungsgemäß die Haut oder Schleimhaut durchdringen und dabei in Kontakt mit Blut bzw. an inneren Geweben oder Organen zur Anwendung kommen, einschließlich Wunden.	x	x

Tabelle 1: x = obligat. (x) = optional; Quelle: Jatzwauk, Staehle



Akzeptanzkriterien für die mikrobiologische Qualität nicht-steriler Formulierungen [Pharmacopoea Europaea, 2014]

Anwendungszweck	Koloniezahl aerober Bakterien in KBE/ml (g)	Koloniezahl von Pilzen in KBE/ml (g)	Nachweis spezifischer Mikroorganismen
Nichtwässrige Lösungen zur oralen Verwendung	10 ³	10 ²	Abwesenheit von Escherichia coli (1g oder 1 ml)
Wässrige Lösungen zur oralen Verwendung	10 ²	10 ¹	Abwesenheit von Escherichia coli (1g oder 1 ml)
Gingivale Verwendung	10 ²	10 ¹	Abwesenheit von Staphylococcus aureus oder Pseudomonas aeruginosa (1g oder 1 ml)

Tabelle 2; Quelle: Jatzwauk, Staehle

- ▶ skope oder Koloskope musterhaft als Instrumente der Risikoklassifizierung „semikritisch B“ aufgeführt, obwohl zahlreiche Untersuchungen mit diesen Instrumenten okkult oder sichtbar blutig verlaufen. Eine ähnliche Risikobewertung bezüglich der mikrobiologischen Anforderungen wird im europäischen Arzneibuch [Pharmacopoea Europaea, 2014] auch für Mundspüllösungen vorgenommen (Tabelle 2). Eine Sterilität wird von Mundspüllösungen nicht gefordert. Es besteht lediglich die Forderung nach definierten Grenzkeimzahlen und Abwesenheit definierter Indikatorkeime, obwohl Mundspüllösungen mit Sicherheit auch Schleimhautverletzungen benetzen.

Aus mikrobiologischer Sicht

In der Zahnmedizin ist die Vermeidung einer Kreuzinfektion durch Viren (wie Hepatitis B, HIV) besonders wichtig. Infektionen durch Sporen spielen demgegenüber praktisch keine Rolle. Dennoch wird als qualitativer Unterschied zwischen den in der Zahnarztpraxis üblichen Desinfektions- und Sterilisationsverfahren von Mikrobiologen die Sporizidie der Sterilisationsverfahren herangezogen. Endosporen werden von Bakterien der Gattungen Bacillus und Clostridium gebildet und durch Desinfektionsverfahren in der Regel nicht ausreichend abgetötet. Die überwiegende Anzahl der Bazillen ist apathogen. Infektionen durch Bacillus cereus, einem ubiquitär in der Umwelt vorkommenden aeroben Bakterium, sind in der Zahnmedizin nicht bekannt. Infektionen durch Clostridium perfringens (Gasbrand) und Clostridium tetani (Tetanus) sind theoretisch möglich, aber bisher extrem selten und dann auch nicht zweifelsfrei beschrieben worden. Clostridien wachsen nur anaerob und wären daher nur dann von klinischer Bedeutung, wenn zum einen ein speicheldichter Wundverschluss durchgeführt wird und zum zweiten die Durchblutung des betreffenden Gewebes nicht gewährleistet ist.

In der RKI-Empfehlung zur Hygiene in der Zahnmedizin ist Folgendes vermerkt: „Besondere hygienische Anforderungen sind bei zahnärztlich-chirurgischen/oralchirurgischen Eingriffen mit nachfolgendem speicheldichten Wund-

verschluss (zum Beispiel bei Implantationen, Transplantationen von autologem Knochen- oder Bindegewebe, Sinus-Lift-Operationen, Wurzelspitzenresektionen) und in der Regel bei allen zahnärztlich-chirurgischen/oralchirurgischen Eingriffen bei Patienten mit erhöhtem Infektionsrisiko einzuhalten“ [KRINKO, 2006]. Was die KRINKO unter „besonderen hygienischen Anforderungen“ genau versteht, geht aus ihren Mitteilungen allerdings nicht hervor. Sobald es um die konkrete Kategorisierung (in unkritisch, semikritisch, kritisch) geht, bezieht sie sich in ihren Empfehlungen nicht mehr auf das Kriterium „speicheldichter Verschluss“ sondern nur noch auf das Kriterium „Durchdringen der Schleimhaut“.

Wissenschaftlich ist die Beschränkung der Anwendung steriler Instrumente auf Eingriffe mit abschließendem speicheldichten Wundverschluss bisher nicht eindeutig geklärt. Es fehlen aussagekräftige Untersuchungsergebnisse.

Probleme beim Gebrauch des Kriteriums „speicheldichter Wundverschluss“ wurden in der Literatur diskutiert [Staehle, 2017]. Würde man es prioritär zugrunde legen, würde dies in der Tat bedeuten, dass nur in Fällen einer Naht (oder Ähnlichem) mit kritisch eingestuftem Instrumentarium gearbeitet werden muss. Bei anderen chirurgischen Interventionen (auch wenn es sich um umfangreiche Eingriffe handelt) könnten hingegen semikritisch zugeordnete Instrumente verwendet werden.

Folgerichtig müsste, wenn es während eines zahnärztlichen Eingriffs zu Änderungen des geplanten Vorgehens kommt (etwa, wenn mit semikritisch eingestuftem Instrumentarium begonnen wurde, sich aber während des chirurgischen Eingriffs herausstellt, dass doch genäht werden muss), ein Wechsel des gesamten semikritischen Instrumentariums zu sterilem (kritischem) Instrumentarium erfolgen. Es ist zudem nicht immer abschätzbar, ob ein

Mukosa- oder Mukoperiostlappen mittels Naht so fixiert wurde, dass eine primäre Speichelundurchlässigkeit besteht oder nicht. Die Vorausplanung kann bei besonderen Zahnstellungen oder -formen (zum Beispiel Konkavitäten) zu beträchtlichen Herausforderungen führen, ganz abgesehen von der vorab nicht immer klar abzuschätzenden Patientencompliance. Auch im Fall der Drainage einer mittels Naht fixierten Wunde wäre das Kriterium der Speicheldichtigkeit zu hinterfragen.

Manuell aufbereitete semikritische Instrumente

Desinfektionsverfahren (chemische oder thermische Desinfektion im Thermodesinfektor oder unverpackte Behandlung im Autoklaven) versetzen Instrumente unter optimalen Bedingungen (das heißt bei zuverlässiger Vorreinigung und korrektem Vorgehen mit sicherer Verhinderung von Spülschatten usw.) in einen derart keimarmen Zustand, dass sie bei der weiteren Verwendung nicht mehr infizieren können.

Eine abschließende Sterilisation der semikritischen Instrumente ist bei validierten maschinellen Aufbereitungsverfahren nicht erforderlich. Erlauben die Geräte kein validiertes Reinigungs- und Desinfektionsverfahren, sind diese stillzulegen oder es sind die Instrumente abschließend unverpackt einer Dampfsterilisation zu unterziehen.

Durch die Behandlung mit Reinigungslösung im Thermodesinfektor (RDG) werden mindestens 4 log-Stufen (99,99 Prozent) anhaftender Erreger mechanisch entfernt (abgespült). Hinzu kommt bei vegetativen Bakterien und Pilzen (bei Hepatitisviren sind derartige Untersuchungen bisher nicht bekannt) eine thermische Desinfektionswirkung ($\geq 90^\circ\text{C}$, 5 Minuten) von etwa 100 log-Stufen. Hierdurch geht man davon aus, dass sogenannte Kreuzinfektionen (auch Hepatitisinfektionen) sicher auszuschließen sind. Bei chemischen Desinfektionsverfahren (Taudesinfektion) werden vegetative Bakterien und Viren um mindestens 4 bis 5 log-Stufen (99,99 bis 99,999 Prozent) reduziert. Da die manuelle Reinigung von Instrumenten in viel kürzerer Zeit als die maschinelle Reinigung durchgeführt wird – es reinigt und spült kaum jemand 20 Minuten an einem einzigen Instrument –, werden hier in der Regel lediglich 2 log-Stufen mechanisch entfernt.

Insgesamt resultiert aus der manuellen Aufbereitung also eine Keimzahlreduktion von 6 bis 8 log-Stufen. Da bei einem Patienten mit akuter Hepatitis B eine Virämie von ca. 1010 pro Milliliter auftreten kann, sollten manuell aufbereitete semikritische Medizinprodukte nach den Empfehlungen des DAHZ [DAHZ, 2018] zusätzlich abschließend unverpackt im Dampfsterilisator behandelt (desinfiziert)

werden. Diese Forderung wird durch die Tatsache erhärtet, dass ungenügend gereinigte Instrumente durch chemische Verfahren nicht ausreichend desinfiziert werden [Spicher & Peters, 1991; Chaufour et al., 1999]. Hier wurde im Tierversuch eine Übertragung von HBV nachgewiesen. Dampfsterilisationsverfahren werden dagegen durch Restverschmutzungen nicht wesentlich beeinflusst [9]. Ein Abwischen von Instrumenten mit Reinigungs- oder Desinfektionsmitteln stellt keine wirksame und reproduzierbare Aufbereitungsmethode von Instrumentarium dar. Jeder praktizierende Zahnarzt kennt das Problem von Instrumentenverunreinigungen, die sich durch Abwischen (zum Beispiel mit einem Zellstofftupfer) nicht befriedigend entfernen lassen, auch bei sorgfältiger Prüfung zuweilen initial kaum sichtbar sind und deshalb erst nach Behandlung im RDG und/oder Dampfsterilisator detektiert werden können.

Die Validierung von maschinellen und manuellen Reinigungs- und Desinfektionsverfahren und eine korrekte Beladung der Geräte sind unbedingte Voraussetzungen für eine wirksame Aufbereitung. Bei der Beladung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts ist durch geeignete Einsätze und sachgerechte Lagerung der Instrumente darauf zu achten, dass keine Spülschatten entstehen [Jatzwauk, 2017; Ebner et al., 2000]. Vor diesem Hintergrund verständlich erscheint die Forderung des US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) beziehungsweise des National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion: „Critical items, such as surgical instruments and periodontal scalers, are those used to penetrate soft tissue or bone. They have the greatest risk of transmitting infection and should always be sterilized using heat“ [CDC, 2016].

Manuell aufbereitete (gereinigte und desinfizierte) semikritische Medizinprodukte, bei denen die Effektivität der Reinigung geringer als bei validierten maschinellen Aufbereitungsverfahren ist, müssen abschließend unverpackt im Dampfsterilisator behandelt (desinfiziert) werden.

Aus klinischer Sicht

Systematische klinische Studien zur Häufigkeit von infektiösen Komplikationen nach konservierenden, prothetischen oder oralchirurgischen Interventionen, die mit sterilen versus desinfizierten Instrumenten ausgeführt wurden, gibt es nicht. Bei verschiedenen konservierend- und prothetisch-restaurativen Interventionen wird seit Jahrzehnten mitunter mit lediglich desinfizierten Instrumenten gearbeitet. Bei parodontologischen, zahnärztlich-chirurgischen und endodontologischen Eingriffen kommen demgegenüber ►►

Empfehlungen des DAHZ zur Risikoklassifikation von Instrumenten bei zahnärztlichen Behandlungen (modifiziert nach [DAHZ, 2006])

Art der Behandlung	Durchdringung von Haut oder Schleimhaut/ Intervention in iatrogen erzeugter Wunde	Besondere hygienische Anforderungen	Speicheldichter Wundverschluss	Kontaminationsklasse	Klassifikation der eingesetzten Instrumente nach RKI	Kühlflüssigkeit	Lokale Infektionshäufigkeit
1. Prothetik/Zahnerhaltung							
Präparation am Zahn (z.B. Füllung/Krone)	Subgingival Ja Supragingival Nein	Nein	Entfällt	Entfällt	Semikritisch	Betriebswasser*	Entfällt
Endodontologie	Ja	Nein	Ja/Nein	Entfällt	Semikritisch/ Kritisch**	"Betriebswasser* / Spülflüssigkeit"	Nicht bekannt
2. Parodontologie							
Zahnsteinentfernung (supragingival)	Nein	Nein	Entfällt	Entfällt	Semikritisch	Betriebswasser*	Entfällt
Subgingivales Scaling bzw. geschlossene Kürettage	Ja		Nein	Kontaminiert			Nicht bekannt
Offene parodontalchirurgische Maßnahmen	Ja		Nein	Kontaminiert			Nicht bekannt
3. Dentoalveoläre Chirurgie							
Zahnextraktion	Ja	Nein	Nein	Kontaminiert	Semikritisch/ Kritisch	Betriebswasser*	Nicht bekannt
Zahnextraktion mit Trennen der Wurzeln	Ja						
Wurzelspitzenresektion/ Plastische Deckung	Ja	Ja	Ja	Kontaminiert/ infiziert	Kritisch	Steril	
Osteotomie eines Zahnes	Ja	Nein	Nein	Kontaminiert/ infiziert	Semikritisch	Betriebswasser*	
Osteotomie eines impaktierten Zahnes	Ja	Nein	Nein	Sauber kontaminiert			
Osteotomie eines impaktierten Zahnes mit speicheldichtem Wundverschluss	Ja	Ja	Ja	Sauber kontaminiert	Kritisch	Steril	
Transplantation von Knochen oder Bindegewebe	Ja	Ja	Ja	Sauber kontaminiert	Kritisch	Steril	
4. Implantologie							
Insertion eines enossal Implantats	Ja	Ja	Ja	Sauber kontaminiert	Kritisch	Steril	<2%
Kieferkammaufbau mit Alloplastik/autologem Knochen	Ja						<5%
Sinusbodenelevation (extern/intern)	Ja						<5%

Tabelle 3; Quelle: Jatzwauk, Staehle

* Bei zahnärztlichen Behandlungen von Patienten ohne zusätzliche Risikofaktoren ist es bisher wissenschaftlich nicht nachgewiesen, welche Spezies (Bakterien bzw. Pilze) in welcher Konzentration im Wasser von Behandlungseinheiten zum Auftreten von nosokomialen Infektionen nach der Behandlung führen können; entsprechende Studien und Fallberichte fehlen nahezu vollständig. Man geht daher in Deutschland davon aus, dass die Anzahl von Bakterien im Wasser der Behandlungseinheit nicht höher sein sollte als im Trinkwasser, für das die Trinkwasserverordnung gilt, die eine Koloniezahl von max. 100 KBE/ml fordert. In den USA definierten die Centers for Disease Control (CDC) 2003 in Anlehnung an die Gesetzgebung für Trinkwasser eine Koloniezahl von maximal 500 KBE/ml für das Wasser zahnärztlicher Behandlungseinheiten bei nicht-chirurgischen Eingriffen. (zitiert nach AWMF-Leitlinie „Hygienische Anforderungen an das Wasser in zahnärztlichen Behandlungseinheiten“ – Rg.Nr. 075-002).

** Da bisher bei endodontischen Behandlungen durchgehend sterile Kautelen nicht möglich sind (z.B. Spüllösungen, Wurzelfüllungsmaterialien) ist die Notwendigkeit für den Einsatz sterilen Instrumentariums für jeden Teilschritt als wissenschaftlich ungeklärte Frage anzusehen und liegt daher im Ermessen des Behandlers.

- ▶▶ traditionell sterilisierte Instrumente (allerdings nicht immer steril verpackt) zum Einsatz. Dies mag die historisch gewachsene Differenzierung in konservierend – beziehungsweise prothetisch-restauratives und oralchirurgisches Instrumentarium begründen.

In einer Arbeit von Brewer aus dem Jahr 2016 wurden auch bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen keine Unterschiede in der Rate der Wundinfektionen gefunden, wenn mit unsterilen Handschuhen und damit möglicherweise mit durch diese kontaminierten Instrumenten gearbeitet wurde [Brewer et al., 2016; Tzscheutschler, 2007]. Neben den zahnärztlichen Instrumenten müssen in der Tat auch andere bei der Behandlung verwendete Medizinprodukte und äußere Gegebenheiten (siehe unten) berücksichtigt werden. Hinzu kommen patientenbezogene Variablen.

Wie oben ausgeführt, ist es für die Ätiologie einer Wundinfektion unerheblich, auf welchem Infektionsweg pathogene Erreger in die Wunde eingetragen werden. Der Zustand des Gewebes vor und während der Behandlung, die Infektabwehr des Patienten sowie die Virulenz und Anzahl der Erreger sind für das Zustandekommen einer Wundinfektion von Bedeutung. Nach den Regeln der formalen Logik ergeben – vordergründig betrachtet – sterile Instrumente nur dann einen Sinn, wenn auch ansonsten konsequent auf Sterilität geachtet wird. Dazu gehören beispielsweise sterile Handschuhe und sterile Kühl- und Spüllösungen. All dies ist im Rahmen konservierender, prothetischer, kieferorthopädischer und teilweise auch oralchirurgischer Behandlungen traditionell nicht der Fall. Auch steriles Füllungsmaterial, etwa bei endodontologischen Behandlungen, ist nicht üblich. Andererseits erscheint es bezüglich des Infektionsrisikos auch nicht unlogisch, zwischen Substanzen und Medizinprodukten, die an verschiedenen Patienten zum Einsatz kommen, und solchen, die als Einmalprodukte fungieren, zu differenzieren.

Unter Berücksichtigung diverser Aspekte wurden durch den DAHZ Empfehlungen zur Risikoklassifikation von Instrumenten bei zahnärztlichen Behandlungen vorgeschlagen (Tabelle 3), die zwar nicht durchgehend evidenzbasiert sind, sich aber an den langjährigen Erfahrungen zahnärztlicher Kollegen orientieren („bewährte zahnärztliche Praxis“).

Die oben angesprochenen Probleme bei der Zuordnung zu den Kategorien semikritisch und kritisch lassen sich auch in der Tabelle ablesen. In solchen Fällen wird dann als Differenzierungskriterium in der Regel der vorhandene oder fehlende „speicheldichte Verschluss“ herangezogen. Diese Vorgehensweise lässt sich, wie oben begründet, allerdings bislang nicht ganz widerspruchsfrei begründen und bedingt eine patientenbezogene zahnärztliche Risikoanalyse.

Zusammenfassung

Die Notwendigkeit des Einsatzes von sterilen zahnärztlichen Instrumenten ist nach dem Stand von Wissenschaft und Technik (nach den Empfehlungen der KRINKO) gegeben, wenn diese die Schleimhaut bestimmungsgemäß verletzen oder Wunden zweckbestimmt berühren. Ein weiteres, allerdings nicht unumstrittenes Differenzierungskriterium ist die Frage, ob anschließend ein speicheldichter Wundverschluss gewährleistet werden kann. Werden Instrumente als „kritisch“ klassifiziert, müssen sie gereinigt, desinfiziert, verpackt, sterilisiert und bis zum Einsatz vor Rekontamination geschützt gelagert werden. Bei den übrigen („semikritischen“) Instrumenten genügt eine maschinelle Reinigung und thermische Desinfektion in validierten Aufbereitungsverfahren. Manuell aufbereitete semikritische Medizinprodukte müssen nach der Reinigung und chemischen Desinfektion abschließend unverpackt im Dampfsterilisator behandelt (desinfiziert) werden. So kann bei beiden Verfahren der Patientenschutz gewährleistet sein.

Hat der Zahnarzt bei definierten Instrumenten aus seiner praktischen Erfahrung Zweifel an dieser formellen Einstufung, sollten semikritische Instrumente abschließend (unverpackt oder verpackt) dampfsterilisiert werden. Die Instrumente werden damit nicht zwangsläufig als kritische Instrumente klassifiziert.

Sind bei bestimmten Patienten hinreichend abschätz- und definierbar lokale oder systemische Risikofaktoren vorhanden, die beispielsweise eine verzögerte Wundheilung (vor allem ungenügende Durchblutung) vermuten lassen, kann im Einzelfall ein Abweichen von dieser allgemeinen Vorgehensweise und der Einsatz steriler Medizinprodukte (dann gegebenenfalls auch unter weiteren sterilen Kautelen) erforderlich sein. ■

Prof. Dr. rer. nat. et rer. medic. habil. Lutz Jatzwauk
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Leiter des Zentralbereiches Krankenhaushygiene/
Umweltschutz
Fetscherstr. 74
01307 Dresden

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Hans Jörg Staehle
Universitätsklinikum Heidelberg
Ärztlicher Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
Im Neuenheimer Feld 400
69120 Heidelberg

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



Neue GKV-Leistungen

FÜR KLEINKINDER ABSEHBAR

Kleinkinder vom sechsten bis zum vollendeten 33. Lebensmonat werden – voraussichtlich ab 1. Juli – nun auch Anspruch auf zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen haben. Bisher ist dies erst ab dem 30. Lebensmonat der Fall. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fasste im Januar den Beschluss, entsprechende Leistungen in den Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen.

Die neue FU-Richtlinie führt für Kinder vom sechsten bis zum vollendeten 33. Lebensmonat drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen ein. Diese beinhalten die eingehende Untersuchung des Kindes, die Aufklärung und Beratung der Eltern sowie die praktische Anleitung zum täglichen Zähneputzen beim Kleinkind. Außerdem ist zweimal im Kalenderjahr die Anwendung von Fluoridlack zur Zahnschmelzhärtung vorgesehen – unabhängig vom Kariesrisiko.

Um eine enge Koordination mit den ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U7 zu gewährleisten, erfolgt eine Verschiebung der Altersgrenze der bestehenden zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung vom 30. auf den 34. Lebensmonat. Der Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr bleibt ansonsten unverändert bestehen.

Die Einführung der neuen Leistungen hat eine lange Vorgeschichte, die aber belegt, dass Hartnäckigkeit eben doch

manchmal zum Erfolg führt. Bereits im Jahr 2014 hatten Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Deutschen Kinderzahnärzte, dem Deutschen Hebammenverband und der Universität Greifswald ein wissenschaftliches Konzept zur Vermeidung frühkindlicher Karies vorgelegt. Ziel war es, gesetzliche Rahmenbedingungen zu erreichen, um zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen ab Durchbruch des ersten Zahns zu ermöglichen.

Im März 2015 stellte die KZBV zudem einen Antrag auf Methodenbewertung zusätzlicher zahnärztlicher Früherkennungsuntersuchungen beim G-BA. Im Zuge der Beratungen zum Präventionsgesetz, das im Juli 2015 in Kraft trat, richtete die Zahnärzteschaft überdies auch entsprechende Forderungen an den Gesetzgeber.

Dahinter steckt die Erkenntnis, dass Kinder häufig bereits kariöse Zähne haben, wenn sie „alt genug“ für die derzeitigen individual- und gruppenprophylaktischen Angebote sind. Wie die im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Jugendzahnpflege durchgeführte, im Januar 2018 veröffentlichte Studie „Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016“ belegte, waren 13,7 Prozent der untersuchten dreijährigen Kindergartenkinder aus zehn Bundesländern bereits von Karies betroffen. Rund jedes siebente Kind weist in diesem Alter also bereits Kariesschäden im Milchgebiss auf.

Fast die Hälfte aller kariösen Defekte, die bei der Einschulung festgestellt werden, sei bereits in den ersten drei Lebensjahren entstanden, schreiben KZBV und Bundeszahnärzte-

kammer in ihrem „Praktischen Ratgeber für die zahnärztliche Praxis. Frühkindliche Karies vermeiden“: Karies gehöre inzwischen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindesalter. Die alleinige Betreuung durch den Kinderarzt in diesem Zeitraum reiche also offensichtlich zur Senkung des Erkrankungsrisikos nicht aus, schließen die beiden zahnärztlichen Körperschaften.

Mit dem Präventionsgesetz wurde die Forderung der Zahnärzteschaft nach Früherkennungsmaßnahmen für Kleinkinder vor dem dritten Lebensjahr auf den Weg gebracht: Der Gesetzgeber beauftragte den G-BA, Näheres „zur Ausgestaltung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen zur Vermeidung frühkindlicher Karies“ zu regeln. Damit ging es nun nicht mehr um die Frage, ob es überhaupt neue Früherkennungsuntersuchungen geben müsste, sondern „nur“ noch darum, wie diese ausgestaltet werden sollten. Der G-BA initiierte daraufhin eine Bewertung der oralpräventiven Effekte zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen für Kinder vor dem 30. Lebensmonat.

Parallel dazu beauftragte er im November 2015 das Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG), den Nutzen „isoliert applizierter Fluoridlacke bei initialer Kariesläsion des Milchzahns“ zu bewerten. Der im Oktober 2016 veröffentlichte Vorbericht des Instituts sorgte für Aufregung in Landespolitik und Wissenschaft. Denn auch wenn zahlreiche Studien den therapeutischen Effekt von Fluoridlacken belegen – für genau den in der Fragestellung beschriebenen Spezialfall fand das IQWiG keine Evidenz. Aufgrund des eng gefassten Auftrags waren Arbeiten, die den Zusammenhang zwischen Fluoridlackapplikation und initialer Karies bei bleibenden Zähnen untersuchen, nicht in die Auswertung einbezogen worden – obwohl, wie das Institut selbst in seinem Vorbericht einräumte, „der Wirkmechanismus für beide Dentitionen möglicherweise ähnlich ist“.

In Übereinstimmung mit dem IQWiG nahm der G-BA den ursprünglichen Auftrag im August 2017 zurück. Stattdessen wurde ein Rapid Report initiiert, bei dem es – nun etwas allgemeiner formuliert – um die Bewertung der Fluoridlackapplikation im Milchgebiss zur Verhinderung des Vorschreitens und des Entstehens von Initialkaries bzw. neuen Kariesläsionen ging.

Fluoridlack trage wirksam zur Remineralisation der Zahnoberfläche bei und verhindere die Entstehung und das Fortschreiten von Karies, stellte das IQWiG schließlich Ende März 2018 fest. Speziell bei kleinen Kindern biete der Einsatz von Fluoridlack Vorteile, weil er schnell aushärte. Diese Einschätzung bildet die Grundlage dafür, dass Fluoridierungsmaßnahmen in die neue Richtlinie zur frühkindlichen zahnärztlichen Prävention aufgenommen werden konnten.

Bereits 2016 hatte der G-BA in der „Kinder-Richtlinie“ festgelegt, dass Kinder bei den ärztlichen Vorsorgeuntersu-

chungen U5, U6 und U7, also ab dem siebenten Lebensmonat, vom Kinderarzt zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen oder Mundschleimhaut an einen Zahnarzt verwiesen werden können.

Einfluss auf die Entscheidung des G-BA vom Januar 2019 hatte unter anderem auch das wissenschaftlich begleitete Pilotprojekt „Frühkindliche Karies vermeiden“ der KZV Rheinland-Pfalz. In der Region Pirmasens-Südpfalz wurden seit Juli 2016 die nun in den GKV-Leistungskatalog aufgenommenen Leistungen zweieinhalb Jahre lang getestet – mit Erfolg.

Insbesondere bewerteten auch Eltern die zahnärztliche Vorsorge bei Kleinkindern mit großer Mehrheit als positiv: 95,5 Prozent sahen laut Abschlussbericht zur Evaluation des Projekts die frühen zahnärztlichen Untersuchungen als sinnvoll an. Die Empfehlungen und das Mundhygienetraining nach einem Besuch zur zahnmedizinischen Prävention empfanden sie zu 76,1 Prozent als wichtig – die Empfehlungen des Kinderarztes dagegen nur zu 36,8 Prozent. Fluoridlacktouchierungen bei (Initial-)Karies lehnten lediglich 1,5 Prozent der Eltern prinzipiell ab. Der Beschluss des G-BA wurde zwischenzeitlich dem Bundesgesundheitsministerium zur Prüfung vorgelegt. Die neue FU-Richtlinie soll nach Nichtbeanstandung und Veröffentlichung im Bundesanzeiger zum 1. Juli 2019 in Kraft treten. Bis dahin müssen sich der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die KZBV im Bewertungsausschuss über die Leistungsbeschreibungen und die Höhe der Vergütungen für die neuen BEMA-Positionen einigen. Erst dann können die neuen Leistungen auch tatsächlich erbracht werden. ■

_____ Kirsten Behrendt

Quelle: Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein Nr. 3/2019

DAS ZAHNÄRZTLICHE KINDERUNTERSUCHUNGSHEFT (UZ-HEFT) DER ZKN

Seit September 2016 wird im ärztlichen Kinder-Untersuchungsheft ab der U5 auf die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung verwiesen. Zur Dokumentation hat die Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) das Zahnärztliche Kinderuntersuchungsheft (UZ-Heft) erstellt (s. NZB 07-08/2017). Bestellen können Sie das Heft unter der E-Mail-Adresse rumlandt@zkn.de oder per Telefax unter 0511 83391-306 mit dem Formular vom Download <https://tinyurl.com/uz-heft-zkn>.



Das sollten Praxis-Abgeber bei der Anbindung an die Telematikinfrastuktur (TI) beachten

Ab 1. Januar 2019 muss aufgrund gesetzlicher Vorgaben das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) in allen vertragszahnärztlichen Praxen durch Anbindung an die TI möglich sein. Beim VSDM geht es im Rahmen eines Online-Abgleichs darum, die Versichertenstammdaten der gesetzlich Krankenversicherten, die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind, aktuell zu halten. Vertragszahnärzte, die in nächster Zeit ihre Praxis abgeben möchten, müssen keine finanziellen Nachteile befürchten, wenn sie der Verpflichtung zur Anbindung an die TI jetzt nachkommen; denn die Kosten für die Erstausrüstung mit der TI-Startpauschale sowie der Betriebskostenpauschale werden unabhängig von der Betriebsdauer der Praxis erstattet.

Problem: Lange Laufzeiten der Wartungsverträge

Das eigentliche Problem für Praxis-Abgeber ergibt sich aus möglicherweise langen Laufzeiten der Betriebs- und Wartungsverträge der technischen Komponenten sowie der Verträge für den Praxisausweis (SMC-B) und zukünftig auch für den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA). Die SMC-B Karte (Security Module Card Typ B) dient der Anbindung der Praxen an die Telematikinfrastuktur. Vor diesem Hintergrund rät die KZVN Kolleginnen und Kollegen, die bereits wissen, dass sie ihre Praxis in Kürze abgeben oder schließen werden, Vertragslaufzeiten vorab zu prüfen und bei Bedarf nach Möglichkeit mit dem Anbieter angepasste Laufzeiten zu vereinbaren. Zudem sollten die Verträge in jedem Fall einen Passus zu einem Sonderkündigungsrecht bei Praxisaufgabe beinhalten. ■ [_loe](#)



AUSSTATTUNGSZAHLEN ZUR TELEMATIKINFRASTRUKTUR (TI)

TI-AUSSTATTUNGSZAHLEN FÜR DEN BEREICH DER KZVN:

Stand 31.03.2019:

TI-Bestätigungen: 2.454 entsprechen 65,5% bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von 3.747 Zahnarztpraxen (Standorte) in Niedersachsen.

Praxisausweise: 3.474 entsprechen 92,7% bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von 3.747 Zahnarztpraxen (Standorte) in Niedersachsen.

TI-AUSSTATTUNGSZAHLEN BUND:

Grundlage ist die Meldung der KZBV vom 11.04.2019 (Stand 11.04.19) aus den KZBV Rundschreiben:

TI-Bestätigungen: 22.158 entsprechen 50,6% bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von 43.767 Zahnarztpraxen.

Praxisausweise: 37.958 entsprechen 86,7% bezogen auf die Gesamtanzahl in Höhe von 43.767 Zahnarztpraxen.

Herzlich willkommen bei KZVN und ZKN ...

Unter diesem Motto fand im März erneut ein Tagungswochenende für zahnärztliche Berufseinsteiger in Hannover statt. Die beiden Körperschaften öffneten ihre Türen, um den zahnärztlichen Nachwuchs zu informieren und Fragen zum Start in die eigene Praxis zu beantworten.

Hohe Teilnehmerzahlen in beiden Häusern

Auch in diesem Jahr war das Tagungswochenende mit über 70 Teilnehmer/-innen so gut wie ausgebucht. Die Vorträge wurden im Hörsaal der ZKN und im Seminarraum der KZVN angeboten, sodass die Teilnehmer/-innen an diesem Wochenende zwischen beiden Häusern hin und her pendeln konnten.



Foto: Biefenstahl/ZKN



Engagierte Moderatoren

Durch das umfangreiche Programm führten in der ZKN die Vorstandsmitglieder Silke Lange und Sabine Steding (links) als Moderatorinnen. In der KZVN übernahmen Dr. Jürgen Hadenfeldt (stellv. Vorstandsvorsitzender der KZVN) und Dr. Timo Simniok (rechts, Referent der KZVN) die Moderation. ►►



► **Kompetente Referenten und zahlreiche Kurzvorträge**

Bereits Freitagmittag wurde das Tagungswochenende vom Präsidenten der ZKN, Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida und dem Vorstandsvorsitzenden der KZVN, Dr. Thomas Nels, mit einer Vorstellung der beiden Körperschaften im Hörsaal der Zahnärztekammer Niedersachsen eröffnet.

Anschließend gab es in insgesamt 16 Kurzvorträgen Informationen zu den Themen Zulassungsrecht, Arbeitsverträge, Finanzierung, Steuerliche Optimierung, Patientenaufklärung, Datenschutz, Mitarbeiterführung und Antikorruptionsgesetz.



Henner Bunke,
D.M.D./Univ. of Florida



Dr. Thomas Nels



Michael Behring, LL.M.



Silke Marris



Manuela Krieg



Luis Fernando Ureta



Sabine Steding



Daniela Schneider



Praxisbörse – Kontakte von Zahnarzt zu Zahnarzt

An einer Pinnwand im Foyer der ZKN gab es speziell für zulassungswillige Teilnehmer/-innen die Adressen und Kontaktdaten von Zahnärzten, die beim Praxisabgebortag ihre Praxisdaten für diesen Zweck auf Karteikarten veröffentlicht hatten. Auch wenn dieses System in Zeiten von Onlinebörsen vielleicht etwas „old school“ erscheint, hatten die Teilnehmer/-innen hier aber die Möglichkeit, ganz aktuelle Kontakte zu bekommen, die ggf. noch nirgends veröffentlicht wurden. Dementsprechend war die Praxisbörse während der gesamten Veranstaltung gut besucht.

Das leibliche Wohl

Zwischen den einzelnen Vorträgen gab es in den Pausen ausreichend Zeit für das leckere Catering und für den Informationsaustausch mit Referenten und den anwesenden Vorstandsmitgliedern. Am Freitagabend wurde nach dem letzten Vortrag bei bestem Wetter im Innenhof der ZKN „angegrillt“. Die Teilnehmer/-innen hatten Gelegenheit, die neuen Informationen in kleiner Runde zu vertiefen, und die Plätze in der ZKN-Cafeteria waren restlos besetzt. Am Samstag begann der 2. Tagungstag bereits um 8:30 Uhr mit einem kurzen Frühstück, bevor um 9:00 Uhr die nächsten Vorträge angingen.



Dr. Henning Otte



Dr. Timo Simniok



Dr. jur. Ronny R. Richter



Dennis Müller



Dr. Tim Hörnschemeyer

Abschluss und Feedback

Viele Informationen und Kurzvorträge später, gegen 16:00 Uhr am Samstag, verabschiedeten Dr. Jürgen Hadenfeldt und Kammerpräsident Henner Bunke D.M.D./Univ. of Florida, die immer noch aufmerksamen Tagungsteilnehmer/-innen. Bei diesem Abschluss waren sich alle einig – es war erneut ein gelungenes Tagungswochenende.



Von links: Dr. jur. Ronny R. Richter, Dr. Timo Simniok, Dr. Jürgen Hadenfeldt, Silke Lange, Christian Neubarth, Michael Behring, LL.M., Monika Popp, Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, und Sabine Steding.

Wir von der Fortbildungsorganisation freuen uns, dass sich alle wohlgefühlt haben und dass wir die Erwartungen der Teilnehmer/-innen erfüllen konnten. Mit diesem für uns so wichtigen Feedback schließen wir das diesjährige Tagungswochenende ab – und freuen uns schon jetzt auf das nächste Jahr. ■

Monika Popp, Leiterin der Fortbildungsorganisation KZVN

SAVE THE DATE

Für alle diejenigen, die in diesem Jahr nicht dabei sein konnten oder das Ganze noch einmal erleben möchten, geben wir hier schon den Termin für das nächste Tagungswochenende bekannt: 15./16.05.2020 – Wir freuen uns auf Sie!



BuS-Dienst – selbst ist der Praxisbetreiber

SCHULUNGSANGEBOT ZUR ERFÜLLUNG DER GESETZLICHEN VORGABEN IN EIGENVERANTWORTUNG

Jeder Praxisbetreiber mit mindestens einer/ einem abhängig Beschäftigten ist durch die Paragraphen 2 und 5 des Arbeitssicherheitsgesetzes und die Vorschriften der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) verpflichtet, die Praxis betriebsärztlich und sicherheitstechnisch betreuen zu lassen¹. Die Betreuung kann als Dienstleistung extern vergeben oder auch in großen Teilen in Eigenleistung erbracht werden. Um diese Betreuung in Eigenleistung gesetzeskonform für die Zahnarztpraxis umsetzen zu können, hat die Bundeszahnärztekammer schon 1998 ein Modell im Rahmen ihres Präventionskonzepts entwickelt und gestartet, bei

dem der Praxisinhaber selbst die zentralen Betreuungsaufgaben in seiner Praxis ausfüllt und zum Sicherheitsverantwortlichen seiner eigenen Praxis geschult wird. Seit der Zeit ist es den Praxisbetreibern möglich, einen Großteil dieser gesetzlichen Vorgaben in dieser Betreuungsform – BuS-Dienst – wahrzunehmen. „BuS“ steht dabei für Betriebsärztliche und Sicherheitstechnische Betreuung.

Der Praxisinhaber als Arbeitgeber trägt somit immer auch die Verantwortung für den Arbeitsschutz und die Sicherheit seines Teams in seiner Praxis. Aber nicht nur durch Gesetze ist der Arbeitsschutz gefordert und untermauert, denn auch eine abgesicherte Arbeitsplatzumgebung ist die beste Grundvoraussetzung für ein motiviertes Arbeiten des gesamten Praxisteams.

Um die Aufgaben erfolgreich vor Ort umsetzen und erreichen zu können, ist die Mitwirkung des gesamten Praxisteams gefordert.

¹ Mit den DGUV-Vorschriften wurden 2014 die bis dahin nahezu identischen Berufsgenossenschaftlichen Vorschriften (BGV) und Unfallverhütungsvorschriften (GUV-V) außer Kraft gesetzt und in eine Vorschrift überführt.

Das Konzept und seine Träger

Das Konzept zum BuS-Dienst wird im Einvernehmen mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) von den Praxisbetreibern und den Zahnärztekammern in der Zahnarztpraxis eigenständig durchgeführt.

Teilnehmende Landes Zahnärztekammern, die den BuS-Dienst als Betreuungskonzept anbieten, sind derzeit – neben Niedersachsen – Westfalen-Lippe, Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen-Anhalt. Die Zahnärztekammer Niedersachsen nutzt dabei das bestehende Angebot der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe mit Schulungsangeboten direkt in Hannover.

Die Zeit im Alltag einer Zahnarztpraxis ist sowohl auf Seiten des Praxisinhabers als auch auf der des Praxisteams knapp bemessen. Die gesetzlichen Auflagen steigen stetig an und, um den klaren Durchblick zu behalten, hierbei nichts zu verpassen, muss oft einige Zeit investiert werden.

Dabei ist die Vielfalt an Angeboten externer Dienstleister, die natürlich alle nur das Beste für den Praxisbetreiber, das Praxisteam und die Patienten der Praxis wollen, unüberschaubar geworden. Eine gesunde Selektion, quasi die Spreu vom Weizen zu trennen und sich ggf. auch für Eigenleistungen zu entscheiden, ist daher für jeden Praxisbetreiber unerlässlich geworden.

Handlungsoptionen

Vor diesem Hintergrund stellen sich für den Praxisbetreiber die folgenden Fragen: Ist es sinnvoll, in Eigenverantwortung am Präventionskonzept der Zahnärztekammer (BuS-Dienst) teilzunehmen? Oder ist es für die eigene Zahnarztpraxis vorteilhafter, ein Fachunternehmen mit der Wahrnehmung dieser Aufgaben – oder auch Teilaufgaben – zu betrauen?

Bei der Entscheidungsfindung können vielleicht die nachfolgenden Punkte hilfreich sein.

Grundprinzipien des BuS-Dienst-Schulungskonzepts:

- ▶ Eigenverantwortung und zusätzlicher Kompetenzerwerb
- ▶ Verantwortung der Umsetzung bleibt beim Praxisbetreiber
- ▶ Praxisbetreiber wird zum Sicherheitsverantwortlichen der eigenen Praxis geschult
- ▶ kontinuierliche Unterstützung durch die Zahnärztekammer
- ▶ Einbeziehen der Menschen im Umfeld der Praxis
- ▶ Mitarbeiterorientierung
- ▶ nachhaltige Verankerung des Arbeitsschutzgedankens
- ▶ permanente Verbesserung des Arbeitsschutzes

Und auch diese generellen Vorteile sprechen für den BuS-Dienst in Eigenverantwortung:

- ▶ Erledigung gesetzlicher Auflagen in Eigenverantwortung
- ▶ kostengünstig
- ▶ eigenverantwortliches Handeln und paralleler Erwerb eigener Kompetenz
- ▶ keine Fremdvergabe
- ▶ nachhaltige Verhaltensänderungen im gesamten Praxisteam durch selbst gewonnene Einsicht
- ▶ gezielter Abbau von Gefährdungen
- ▶ keine Unterbrechung des Betriebsablaufes
- ▶ kein Abfluss sensibler Praxisdaten
- ▶ kompetente und motivierte Mitarbeiter mit eigenem Interesse an der Umsetzung des Arbeitsschutzes
- ▶ kontinuierliche Unterstützung durch die Zahnärztekammer, sowie permanente Schulungsangebote und Betreuung, ständiger Beratungsdienst durch Betriebsärzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und vieler kompetenter Mitarbeiter, eigene Internetpräsenz unter www.bus-dienst.info
- ▶ Gefährdungsbeurteilungssoftware mit elektronischem Handbuch und elektronischem Gefahrstoffkataster

Save the date

Wer jetzt in Eigenverantwortung sich und sein Team im Rahmen des Bus-Dienstangebots der ZKN in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe schulen und betreuen lassen möchte, findet nachfolgend die dazu in Hannover für die nächsten Monate organisierten Termine. Alle fünf Jahre müssen neuerdings die Arbeitsschutzkenntnisse des Sicherheitsverantwortlichen aktualisiert werden! ►►



Optimale Verzahnung zwischen dem Praxisinhaber und seinem Team

► Schulungstermine zum Sicherheitsverantwortlichen für Zahnärztinnen und Zahnärzte:

Datum	Zeit	Ort
04.09.2019	14:30 bis 19:30 Uhr	ZKN/ZAN
16.11.2019	09:00 bis 14:00 Uhr	ZKN/ZAN

Schulungstermine für das Fachpersonal:

Datum	Zeit	Ort	Kursnummer
29.08.2019	09:00 – 12:00 Uhr	ZKN/ZAN	19.887966
29.08.2019	13:00 – 16:00 Uhr	ZKN/ZAN	19.887967
30.08.2019	09:00 – 12:00 Uhr	ZKN/ZAN	19.887969
30.08.2019	13:00 – 16:00 Uhr	ZKN/ZAN	19.887970
28.11.2019	09:00 – 12:00 Uhr	ZKN/ZAN	19.887972
28.11.2019	13:00 – 16:00 Uhr	ZKN/ZAN	19.887973
29.11.2019	09:00 – 12:00 Uhr	ZKN/ZAN	19.887975
29.11.2019	13:00 – 16:00 Uhr	ZKN/ZAN	19.887976

Die jeweiligen Schwerpunktthemen der vier Termine können jederzeit bei Frau Schmöe (siehe unten) erfragt werden. ■

Haben Sie noch Informationsbedarf?

Wir helfen Ihnen gerne!

Ansprechpartnerin: Daniela Schmöe

Tel.: 0511 83391-319, dschmoe@zkn.de

www.zkn.de

Dr. Lutz Riefenstahl

Referent im ZKN-Vorstand für Zahnärztliche Praxisführung

WICHTIGE INFORMATION

für alle Kolleginnen und Kollegen, die vor 2014 die Bus-Dienst-Schulung zum Sicherheitsverantwortlichen absolviert haben

In der DGUV Vorschrift 2 ist hinterlegt, dass die Kenntnisse im Arbeitsschutz alle 5 Jahre aufgefrischt werden müssen. Dies ist auch im Rahmenvertrag zur BuS-Dienst-Schulung mit der Berufsgenossenschaft BGW so fixiert und zudem, dass diese Auffrischung auch relativ unkompliziert online erfolgen kann. Im Rahmen der kooperierenden Zahnärztekammern Westfalen-Lippe und Niedersachsen ist diese Online-Auffrischung zudem kostenlos möglich. Alle Kolleginnen und Kollegen, die sich 2014 über dieses Angebot zum Sicherheitsverantwortlichen haben schulen lassen, wurden dieses Jahr bereits angeschrieben, ihre Kenntnisse aufzufrischen. Entweder kann die Auffrischung online (kostenlos!) oder mit einer Präsenzveranstaltung (nicht kostenlos!) erfolgen.

Die letzte (Nach-)Frist für diese Kolleginnen und Kollegen endet am 31.12.2019. Wer sich nicht nachgeschult hat, gilt dann als nicht mehr an dem Konzept teilnehmend. Will die Praxis dann wieder nach dem BuS-Dienstkonzept die gesetzlichen Auflagen erfüllen, muss eine erneute, kostenpflichtige und zeitintensive Präsenzveranstaltung mit Schulung zum Sicherheitsverantwortlichen absolviert werden (Termine siehe unter „Save the date“). Die bis 31.12.2019 noch mögliche kostenlose und weniger zeitaufwendige Online-Kenntnisauffrischung ist dann für diesen Personenkreis nicht mehr möglich! ■

Kooperationssitzung der BuS-Dienst-Partnerkammern in Münster

Auf einer Kooperationssitzung der BuS-Dienst-Partnerkammern in Münster am 10. April 2019, wurde neben vielfältigen Sachthemen auch das 20-jährige Jubiläum dieses alternativen Betreuungsmodells gefeiert. Die Zahnärztekammer Niedersachsen ist seit dem 7. April 2000 Partner. Der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe gebührt der Dank aller Partner für deren starkes Engagement damals zu Gründungszeiten wie heute für die Fort- und Weiterentwicklung des Angebots.

Zu den Partnern gehören aktuell die (Landes-)Zahnärztekammern Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt und Westfalen-Lippe. ■



Foto: Riefenstahl/ZKN



Gewalt, Tod und Unfall

**EXTREMERLEBNISSE BEWÄLTIGEN –
DIE BERUFGENOSSENSCHAFT HILFT**



Foto: © Aaron Amat - stock.adobe.com

Wenn man an den Begriff Arbeitsunfall in Zusammenhang mit einer Zahnarztpraxis denkt, fallen einem zumeist Nadelstich- oder Schnittverletzungen ein (s. NZB 3/2019 S. 32f). Tatsächlich ist jedoch der Begriff eines Arbeitsunfalles sehr viel weiter gefasst. Wann immer ein äußeres Ereignis während der beruflichen Tätigkeit einen körperlichen Schaden oder eine seelische Erkrankung herbeiführt, handelt es sich – versicherungsrechtlich gesehen – um einen Arbeitsunfall.

Extremerlebnisse

Wird z.B. eine Zahnmedizinische Fachangestellte im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Opfer einer Gewalthandlung, hat sie gegenüber der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW) einen Anspruch auf Leistungen, die dazu beitragen, ihre körperliche Gesundheit wiederherzustellen. Dieser Anspruch ist aber nicht nur auf Leistungen zur Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit begrenzt. Sollte sie durch den Vorgang z.B. traumatisiert sein, hat sie ebenfalls einen Anspruch auf Leistungen, die darauf abzielen, die seelische Gesundheit wiederherzustellen. Gleiches gilt, wenn eine Mitarbeiterin einen Verkehrsunfall auf dem Weg von oder zur Arbeitsstätte hatte.

Im Falle von Gewalt- oder Extremerlebnissen sollten Arbeitgeber daher unverzüglich eine Unfallanzeige bei der Berufsgenossenschaft vornehmen. Dies sollte auch dann geschehen, wenn der oder die Betroffene keinen erkennbaren körperlichen Schaden erlitten hat und zunächst unauffällig weiterarbeitet, denn gelegentlich zeigen sich die Folgen einer Traumatisierung erst mit Zeitverzug.

Leistungen der BGW bei Extremerlebnissen

Die Berufsgenossenschaft bietet im Falle von Traumatisierungen eine zeitnahe und ortsunabhängige telefonisch-psychologische Beratung an. Bis zu fünf Telefontermine à 50 Minuten, mit geschulten Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten sind möglich. Darüber hinaus werden Betroffene innerhalb einer Woche an ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten weitervermittelt. Ohne weitere Prüfung oder Genehmigung sind fünf ambulant durchgeführte probatorische Sitzungen möglich, um die psychische Stabilisierung zu unterstützen.

Ansprechpartner sind in diesem Zusammenhang die Bezirksverwaltungen der BGW. Für Niedersachsen ist dies die Bezirksverwaltung Hamburg, erreichbar unter der Telefonnummer 040 4125-0. Weitere Informationen können dem Flyer „Extremerlebnisse bewältigen“ entnommen werden, der sich auf der Homepage der BGW befindet (www.bgw-online.de).

Freiwillige Versicherung

Grundsätzlich können nur Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (z.B. Zahnmedizinische Fachangestellte oder angestellte Zahnärzte) die Leistungen der Berufsgenossenschaft in Anspruch nehmen. Allerdings besteht auch für niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte die Möglichkeit, sich freiwillig bei der Berufsgenossenschaft zu versichern. Für Zahnärzte ist dies bereits ab 126,65 Euro pro Jahr möglich (s. NZB 1/2019, S.26f). Für weitere Informationen zur freiwilligen Mitgliedschaft wenden Sie sich bitte direkt an die BGW unter der Rufnummer 040 20207-1190. ■

Michael Behring, LL.M.

Geschäftsführer der ZKN

AUCH ZUR WEITERBILDUNG FÜR MITARBEITER/INNEN VON
ZAHNARZTPRAXEN NUTZBAR:

Förderprogramm „Weiterbildung in Niedersachsen“ wird fortgesetzt



Foto: © magele-picture - stock.adobe.com

Unternehmen in Niedersachsen können ab Mai 2019 erneut Anträge für die Qualifizierung von Beschäftigten im EU-Gebiet „Stärker entwickelte Region“ (SER) stellen. Gefördert werden individuelle Weiterbildungen nach dem ESF-Förderprogramm „Weiterbildung in Niedersachsen“ (WiN) des Niedersächsischen Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung. Das Ministerium unterstützt zum einen gezielt Weiterbildungen mit dem Schwerpunkt Digitalisierung, insbesondere in kleinen

und mittleren Betrieben. Zum anderen werden Kleinbetriebe mit bis zu zehn Beschäftigten angesprochen, in denen auch andere Weiterbildungsinhalte gefördert werden können. Für die Laufzeit von einem Jahr stehen insgesamt drei Millionen Euro zur Verfügung.

Unternehmen können Anträge auf Förderung zu einem der Weiterbildungsschwerpunkte ab dem 2. Mai 2019 bei der NBank einreichen.

Die Förderaufrufe und weitere Informationen stehen auf der Internetseite der NBank zur Verfügung:
<https://www.nbank.de/Unternehmen/Ausbildung-Qualifikation/Weiterbildung-in-Niedersachsen/>

Daneben können sich interessierte Unternehmen durch die NBank beraten lassen:
beratung@nbank.de, Tel.: 0511 30031-333 ■

Quelle: Pressemitteilung Niedersächsisches Ministerium für
Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Digitalisierung

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

URTEIL DES BUNDESVERWALTUNGSGERICHTS:

Videoüberwachung in der Zahnarztpraxis regelmäßig nicht zulässig



Foto: Morad HEGUI

Eine Videoüberwachung in einer Zahnarztpraxis, die ungehindert betreten werden kann, unterliegt strengen Anforderungen an die datenschutzrechtliche Erforderlichkeit. Dies hat das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) in Leipzig am 27. März 2019 entschieden.

Die Klägerin ist Zahnärztin. Ihre Praxis kann durch Öffnen der Eingangstür ungehindert betreten werden; der Empfangstresen ist nicht besetzt. Die Klägerin hat oberhalb dieses Tresens eine Videokamera angebracht. Die aufgenommenen Bilder können in Echtzeit auf Monitoren angesehen werden, die die Klägerin in Behandlungszimmern aufgestellt hat (sog. Kamera-Monitor-System). Die beklagte Landesdatenschutzbeauftragte gab der Klägerin u. a. auf, die Videokamera so auszurichten, dass der Patienten und sonstigen Besuchern zugängliche Bereich vor dem Emp-

fangstresen, der Flur zwischen Tresen und Eingangstür und das Wartezimmer nicht mehr erfasst werden. Insoweit ist die nach erfolglosem Widerspruch erhobene Klage in den Vorinstanzen erfolglos geblieben.

Das Bundesverwaltungsgericht hat die Revision der Klägerin aus im Wesentlichen folgenden Gründen zurückgewiesen: Die seit 25. Mai 2018 in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union unmittelbar geltende Datenschutz-Grundverordnung findet keine Anwendung auf datenschutzrechtliche Anordnungen, die – wie im vorliegenden Fall – vor diesem Zeitpunkt erlassen worden sind. Entscheidungen, die vor diesem Stichtag getroffen wurden, werden nicht nachträglich an diesem neuen unionsrechtlichen Regelungswerk gemessen. Der Bundesgesetzgeber hatte die Zulässigkeit der Beobachtung öffentlich zugänglicher Räume mit optisch-elektronischen Einrichtungen (Videoüberwachung) vor dem 25. Mai 2018 durch § 6b des Bundesdatenschutzgesetzes a. F. auch für private Betreiber abschließend geregelt. Nach Absatz 1 dieser Vorschrift setzte die Beobachtung durch ein Kamera-Monitor-System auch ohne Speicherung der Bilder voraus, dass diese zur Wahrnehmung berechtigter Interessen des Privaten erforderlich ist und schutzwürdige Interessen der Betroffenen nicht überwiegen. Nach den bindenden Tatsachenfeststellungen des Oberverwaltungsgerichts hat die Klägerin bereits nicht dargelegt, dass sie für den Betrieb ihrer Praxis auf die Videoüberwachung angewiesen ist. Es bestehen keine tatsächlichen Anhaltspunkte, die ihre Befürchtung, Personen könnten ihre Praxis betreten, um dort Straftaten zu begehen, berechtigt erscheinen lassen. Die Videoüberwachung ist nicht notwendig, um Patienten, die nach der Behandlung aus medizinischen Gründen noch einige Zeit im Wartezimmer sitzen, in Notfällen betreuen zu können. Schließlich sind die Angaben der Klägerin, ihr entstünden ohne die Videoüberwachung erheblich höhere Kosten, völlig pauschal geblieben. ■

Quelle: Pressemitteilung des BVerwG zum Urteil BVerwG 6 C 2.18

Anmerkung der Redaktion: Sobald die Urteilsbegründung veröffentlicht vorliegt, wird dazu ein ausführlicher Artikel im NZB erscheinen.



Fotos: Löffler/ZKN (Bzst BS)

„Wolfenbütteler Gespräch“ 2019

ERFOLGREICHE JUBILÄUMSVERANSTALTUNG DER BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

Am 09.03.2019 feierte die Traditionsveranstaltung „Wolfenbütteler Gespräch“ der Bezirksstelle Braunschweig der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) in den Räumen der Ostfalia Hochschule Wolfenbüttel ihr 20-jähriges Jubiläum.

Nach einleitenden Worten durch den Vorsitzenden der Bezirksstelle Braunschweig, Dr. Jörg Thomas, referierte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Dr. Jürgen Hadenfeldt, zum Thema „Aktuelles“ aus den Bereichen Telematik, Honorarverteilungsmaßstab und Vertragswesen und überbrachte unter anderem die befriedigende Botschaft, dass der Jahresabschluss 2018 faktisch mit Einzelleistungsvergütungen erfolgt.

Anschließend begeisterte der Fachvortrag durch OA Dr. Uwe Blunck von der Charité Berlin zum Thema „Adhäsivsysteme und Lichtpolymerisationsgeräte optimiert einsetzen“.

Die weit über 100 anwesenden Kolleginnen und Kollegen, die in der Vortragspause ihre Belichtungsfähigkeiten an einem Dummy erproben konnten, mussten feststellen: Der Teufel liegt, wie so oft, im Detail.

Die Fachvortragspause nutzten die Kolleginnen und Kollegen natürlich auch am – wie immer perfekt vorbereiteten – Buffet der Ostfalia Hochschule zum angeregten, kollegialen Austausch und dem Besuch der Fachausstellung. ■

_____ Dr. Karl-Heinz Zunk, Stellvertretender Vorsitzender der ZKN-Bezirksstelle Braunschweig

Einreichungs- und Zahlungstermine

2019

Mai / Juni / Juli / August

MAI	JUNI	JULI	AUGUST
01 MI <small>Tag der Arbeit</small>	01 SA	01 MO	01 DO
02 DO	02 SO	02 DI	02 FR
03 FR	03 MO	03 MI	03 SA
04 SA	04 DI	04 DO	04 SO
05 SO	05 MI	05 FR	05 MO
06 MO	06 DO	06 SA	06 DI
07 DI	07 FR	07 SO	07 MI
08 MI	08 SA	08 MO	08 DO
09 DO	09 SO <small>Pfingstsonntag</small>	09 DI	09 FR
10 FR	10 MO <small>Pfingstmontag</small>	10 MI	10 SA
11 SA	11 DI	11 DO	11 SO
12 SO	12 MI	12 FR	12 MO
13 MO	13 DO	13 SA	13 DI
14 DI	14 FR	14 SO	14 MI
15 MI	15 SA	15 MO	15 DO
16 DO	16 SO	16 DI	16 FR
17 FR	17 MO	17 MI	17 SA
18 SA	18 DI	18 DO	18 SO
19 SO	19 MI	19 FR	19 MO
20 MO	20 DO	20 SA	20 DI
21 DI	21 FR	21 SO	21 MI
22 MI	22 SA	22 MO	22 DO
23 DO	23 SO	23 DI	23 FR
24 FR	24 MO	24 MI	24 SA
25 SA	25 DI	25 DO	25 SO
26 SO	26 MI	26 FR	26 MO
27 MO	27 DO	27 SA	27 DI
28 DI	28 FR	28 SO	28 MI
29 MI	29 SA	29 MO	29 DO
30 DO <small>Christi Himmelfahrt</small>	30 SO	30 DI	30 FR
31 FR		31 MI	31 SA

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, Zahnärzte und zahnärztliches Fachpersonal

12.06.2019 Z/F 1939

Zahntechnische Abrechnung – Expert 2019! Das echte Experten-Seminar

Was Sie schon immer wissen wollten ...

Stefan Sander, Hannover

Mittwoch, 12.06.2019 von 13:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 131,-€

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 136,- €

19.06.2019 und 21.06.2019 F 1938

GOZ-Power

Für Fortgeschrittene und solche, die es werden wollen

Daniela Greve-Reichrath, Lübbecke

Mittwoch, 19.06.2019 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Freitag, 21.06.2019 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 275,-€

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 280,- €

22.06.2019 Z/F 1942

Behördliche Begehung – gut vorbereitet

Viola Milde, Hamburg

Samstag, 22.06.2019 von 10:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 129,-€

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 134,- €

26.06.2019 Z/F 1940

Dokumentation in der Stuhlassistenz – so läuft es richtig

Marion Borchers, Rastede-Loy

Mittwoch, 26.06.2019 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 115,-€

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 120,- €

GOZ-Abrechnung? Kann ich schon! Kenn ich schon!

An diesem Fortbildungskurs müssen
Sie nicht teilnehmen, ...



Marion
Borchers

- ▶ wenn Sie wissen, wie man das Abnehmen und die Wiederbefestigung von Suprakonstruktionen (auch im Rahmen der Prophylaxe) berechnet
- ▶ wenn Sie Chairside-Leistungen kennen und richtig berechnen
- ▶ wenn Sie die Begründungsproblematik bei Faktorsteigerungen kennen und richtig reagieren (laden Sie die Kostenerstatter Ihrer Patienten nicht zur Nichterstattung ein!)
- ▶ wenn Ihnen die Abrechnung der Wurzelspitzenresektion nach GOZ komplett bekannt ist, inkl. der Berechnung von Wiederanlagerung des entnommenen Knochendeckels und anschließender Wundversorgung
- ▶ wenn Sie bereits die richtige Begründung schreiben, um die GOZ-Pos. 2410 (WK) zweimal zu berechnen
- ▶ wenn Sie schon alle Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen kennen und umsetzen können (Beratungsforum der Bundeszahnärztekammer, PKV und Beihilfe)
- ▶ wenn Ihnen die Berechnung von langzeitprovisorischen Versorgungsmöglichkeiten geläufig ist und Sie wissen, dass die gesetzliche Krankenversicherung sich ggf. an den Kosten beteiligt
- ▶ wenn Sie die GOZ-Prophylaxe-Positionen kennen und komplikationslos abrechnen (Der Teufel steckt bei den GOZ-Pos. 1000/1010 im Detail)
- ▶ wenn die Abrechnung der Reparatur einer defekten Zahnkrone inkl. mehrschichtigen Wiederaufbaus des Zahnkerns, für Sie kein Problem darstellt

Sollte für Sie das Ein oder Andere neu bzw. interessant sein, lade ich Sie gerne zu diesem Seminar ein. Herzlich willkommen sind Zahnärztinnen/Zahnärzte, zahnärztliche Mitarbeiterinnen.

Referentin: Marion Borchers

Neuer Termin!

Freitag, 21.06.2019 von 14:00 – 18:00 Uhr

Seminargebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 115,- €

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 120,- €

Max. 30 Teilnehmer

Kurs-Nr.: Z/F 1925

5 Fortbildungspunkte nach BZÄK

Termine

📅 **29.05. – 01.06.2019**
Sylter Dysgnathie-Symposium, Infos: www.dgaez.de

📅 **14. – 15.06.2019**
BEGG meets BENEFit, Infos: www.begg-meets-benefit.com

📅 **15.06.2019 Hamburg**
29. Jahreskongress der DGAZ, Infos: www.dgaz.org

📅 **22. – 29.06.2019 Montenegro**
40. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit,
Infos: www.sportweltspiele.de

ZQMS-Anwendertreffen

Am 20.09.2019 veranstaltet die Zahnärztekammer Niedersachsen erneut ein Anwendertreffen für ZQMS-Anwender sowie Interessierte. Anmeldungen sind ab sofort online möglich.

Info und Anmeldung:
<https://tinyurl.com/ZQMS-Anwendertreffen>

Sachkundelehrgang für die zahnärztliche Praxis

In der Zeit vom 18. – 22.11.2019 findet ein weiterer Sachkundekurs in den Räumen der Zahnärztekammer Niedersachsen statt. Anmeldungen sind bereits möglich.

Info und Anmeldung:
<https://tinyurl.com/Sachkundelehrgang>

Angebot zur Hygieneschulung

Info und Anmeldung:
<https://tinyurl.com/Hygieneschulung-ZKN>

→ Strukturierte Fortbildung Parodontologie 2019/2020

CP 01.15 – Sa., 31.08.2019, 09:00 – 18:00 Uhr

Literaturrecherchen, Prophylaxe, Recall

Prof. Dr. Dr. Anton Sculean, M.S., Bern,
Prof. Dr. Ralf Rößler, Oberägerie

**CP 02.15 – Fr./Sa., 01./02.11.2019,
14:00 – 18:00 Uhr/09:00 – 18:00 Uhr**

Ätiologie und Pathogenese, Epidemiologie, Klinische Diagnostik & Klassifikation

Prof. Dr. Dr. Anton Sculean, M.S., Bern,
Prof. Dr. Ralf Rößler, Oberägerie

**CP 03.15 – Fr./Sa., 14./15.02.2020,
14:00 – 18:00 Uhr/09:00 – 18:00 Uhr**

Nicht-chirurgische und chirurgische Parodontaltherapie

Prof. Dr. Dr. Anton Sculean, M.S., Bern

**CP 04.15 – Fr./Sa., 20./21.03.2020,
14:00 – 18:00 Uhr/09:00 – 18:00 Uhr**

Antibiotische Therapie, Zwischenbefundung und Nachsorge

Prof. Dr. Dr. Thomas Beikler, Hamburg

**CP 05.15 – Fr./Sa., 17./18.04.2020,
09:00 – 18:00 Uhr/09:00 – 18:00 Uhr**

Anatomie und Strukturbiologie des Parodonts, Regenerative Parodontaltherapie

Dr. Dieter D. Bosshardt, Bern, Prof. Dr. Dr. Anton Sculean, M.S., Bern

**CP 06.15 – Fr./Sa. 08./09.05.2020,
14:00 – 19:00 Uhr/09:00 – 17:00 Uhr**

Plastisch-ästhetische Parodontaltherapie

Prof. Dr. Dr. Sören Jepsen, Bonn, Dr. Karin Jepsen, Bonn

**CP 07.15 – Fr./Sa., 19./20.06.2020,
09:00 – 18:00 Uhr/09:00 – 18:00 Uhr**

Berechnung parodontologischer Leistungen Professionelle Zahnreinigung

Dr. Henning Otte, Hannover, Prof. Dr. Ralf Rößler, Oberägerie (Freitag)

Parodontologische Therapie vs. implantologisch- augmentative Konzeptionen

- wie klar ist die Abgrenzung?

- gibt es dynamische Grenzen?

Dr. Karl-Ludwig Ackermann, Filderstadt (Samstag)

**CP 08.15 + CP 09.15 – Fr./Sa.,
Termin und Uhrzeit wird noch festgelegt**

Hospitation – Prof. Dr. Ralf Rößler operiert live Live-OPs der Teilnehmer unter Supervision

Prof. Dr. Ralf Rößler, Oberägerie, Prof. Dr. Dr. Anton Sculean, M.S., Bern

Ansprechpartner:

Gabriele König, 0511 83391-313 oder gkoenig@zkn.de

Evtl. Änderungen vorbehalten!

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

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

Fortbildungsreferent: Dr. Karl-Heinz Zunk, In der Teichwiese 1, 38550 Isenbüttel, Tel.: 05374 4565, E-Mail: khzunk@gmail.com

TERMIN	THEMA/REFERENT
19.06.2019, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Physiotherapeutische und osteopathische Maßnahmen bei CMD als Ergänzung zur Schienentherapie, <i>Gert Groot Landeweer, Vörsstetten</i>
11.09.2019, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Führen – eine Dienstleistung, <i>Uwe Dotzloff, Rostock</i>
23.10.2019, 18:30 Uhr – ca. 20:30 Uhr	Mini-Implantate zur Prothesenstabilisierung als Alternative zu Standard-Implantaten, <i>Prof. Dr. Torsten Mundt, Greifswald</i>

BEZIRKSSTELLE GÖTTINGEN

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

Fortbildungsreferent: Dr. Dr. Lars Kühne, Weender Straße 75, 37073 Göttingen, Tel.: 0551 47314, E-Mail: info@mkg-im-carre.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
22.05.2019, 17:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	Parodontitis und kardiovaskuläre Erkrankungen, <i>Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf, Würzburg</i>

BEZIRKSSTELLE HANNOVER

Ort: Medizinische Hochschule Hannover, ZMK-Klinik - Hörsaal P -, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Fortbildungsreferent: Dr. Bernd Bremer, MHH, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover; Tel.: 0511 83391-190/191

E-Mail: bezhannover@zkn.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
21.08.2019, 15:00 Uhr – ca. 18:00 Uhr	Von ‚Top of the world‘ auf den Boden der Tatsachen: Mein Weg von der ‚Jet Set-Medizin‘ zum Burnout-Coach für Ärzte. Was ich in 14 Praxisjahren in St. Moritz gelernt habe... Werte und Ziele erkennen, Umgang mit Belastungen, eigene Strategien entwickeln, <i>Dr. Sabine Werner, Arbon/Schweiz</i>

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

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

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

TERMIN	THEMA/REFERENT
04.09.2019, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Erkennen problematischer Patienten und Verhaltensstrategien zum Eigenschutz des Praxisteam, <i>Dr. Martin Gunga, Lippstadt</i>
09.11.2019, 09:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Minimalinvasive vollkeramische Behandlungskonzepte, <i>Prof. Dr. Petra Gierthmühlen, Düsseldorf</i>

BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Haags Hotel Niedersachsen, Lindhooper Straße 297, 27283 Verden, Fortbildungsreferent: N.N.

E-Mail: bezverden@zkn.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
11.09.2019, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Zwischen Hoffnung und Enttäuschung: Behandlung von Patienten mit chronischen (Kopf- und Gesichts-) Schmerzen, <i>Dr. Paul Nilges, Mainz</i>
26.10.2019, 10:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Die Hall-Technik: Ein neuer Weg zur konservierenden Versorgung im Milchgebiss, <i>Dr. Ruth Santamaria, Greifswald</i>

Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

22.03.2019 Dr. Konrad Mordass (94), Hannover

16.04.2019 Dr. Klaus Halbach (75), Wittmund

17.04.2019 Dr. Karl Nunnenkamp (70), Eschershausen

18.04.2019 Dr. Theo Oltmann (89), Bösel

19.04.2019 Horst Meier (88), Sachsenhagen

19.04.2019 Dr. Karl-Heinz Klibor (97), Wolfsburg

24.04.2019 Dr. Werner Heinze (94), Burgdorf

24.04.2019 Dr./Univ. Budapest Irene Simonyi (75),
Klein Berßen

25.04.2019 Dr. Hans-Jürgen Rüter (86), Bad Rothenfelde

28.04.2019 Peter Ottermann (75), Südheide

29.04.2019 Dr. Ursula Tusch (95), Osnabrück

03.05.2019 Dr. Norbert Krüger (85), Holzminden

05.05.2019 Dr. Diedrich Uthoff (75), Fürstenau



06.05.2019 Margarete Pieper (93), Seelze

09.05.2019 Dr. Klaus Meyer-Sandberg (70), Cuxhaven

11.05.2019 Dr. Ursula Ahrens (89), Buxtehude

12.05.2019 Rainer Wolf (70), Laatzen

13.05.2019 Dr. Karl-Heinz Brietze (70), Peine

13.05.2019 Aysen Emir (70), Quakenbrück

14.05.2019 Klaus-Jürgen Scheer (85), Wilhelmshaven

Wir trauern um unsere Kollegin und unsere Kollegen

Dr. Carl-Heinrich Ernst

geboren am 23.03.1950, verstorben am 25.03.2019

Dr. Jens Warnecke

geboren am 13.11.1939, verstorben am 04.04.2019

Dr. Ingrid Cochanski-Chelius

geboren 29.05.1931, verstorben am 05.04.2019

Die Vorstände der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen



Niederlassungshinweise

AUSZUG AUS DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSZAHNÄRZTE (ZV-Z)

§ 18

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

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

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

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

GEMEINSAME AUSÜBUNG DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT (Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft)

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

ZULASSUNG EINES MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUMS

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



© diego cervo / iStockphoto.com

VERLEGUNGEN

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

SITZUNGEN DES ZULASSUNGS-AUSSCHUSSES NIEDERSACHSEN FÜR ZAHNÄRZTE

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

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

HINWEISE AUF PRAXISORTE FÜR NIEDERLASSUNGEN

a) Vertragszahnärzte

Verwaltungsstelle Ostfriesland

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

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

b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

Verwaltungsstelle Göttingen

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

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

Verwaltungsstelle Oldenburg

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

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

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- ▶ Planungsbereich Landkreis Leer: Der Planungsbereich Landkreis Leer mit 29.597 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 47,3% versorgt.

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

_____Stand 16.04.2019

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Violetta Jöhren	Nr. 2747
Dr. Dörte Prasse	Nr. 4823
Joachim Kowaczek	Nr. 8362
Helene Kraft	Nr. 5732
Lutz Kettler	Nr. 4505
Ulrich Flatau	Nr. 7262
Dr. Katharina Krause	Nr. 9169

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

_____ZKN

STELLENMARKT

Angest. ZÄ/ZA in Wolfsburg

Wir suchen ZA/ZÄ für 20-30 Std./Wo. und bieten familienfreundliche Arbeitszeiten, einen großen Pat.-Stamm und ein tolles Team in alteingesessener, voll dig. Praxis. info@zahnarztpraxis-vorsfelde.de

Müden/Aller Raum BS-CE-GF

Etablierte Praxis, 3 ZÄ, sucht zum 1.10.19 ZA/ZÄ für 15-25 Std. Angestellt oder Partnerschaft. Gerne senden wir Ihnen weitere Informationen. behnke-mueden@t-online.de

VERKAUF

Praxisauflösung

Röntgen-Gendex-Secodent, Dürr-Ew. Vacuklav31-B, Zubehör (Meladoc) Meladesit65, MelaQuick12, Vacomix10, UV-Lampe Optima10, Pentamix12 Tel.: 05141 9784823 ab 19 Uhr

VERSCHIEDENES

Stadt Celle

Praxis-Innenstadtlage mit eigenen Parkplätzen, 3 BHZ, abzugeben. Auch Vermietung. Tel.: 05141 9784823 ab 19 Uhr.

ACHTUNG NEUE KURSE ZUR AUFFRISCHUNG STRAHLENSCHUTZ

Die von der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) angebotenen Kurse (mit Anmelde-möglichkeiten!) zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz (Zahnärztinnen/-ärzte) und Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz (Fachpersonal) finden Sie hier:

Zahnärztinnen/-ärzte: <http://tinyurl.com/zkn-roe-za>

Fachpersonal: <http://tinyurl.com/zkn-roe-personal>



ZAMB

Zahnärztliche Arbeitsgruppe
für Menschen mit Behinderung
in Niedersachsen

„Zahnmedizin trifft Innere Medizin“

> „Relevante Arzneimittelwechselwirkungen in der zahnärztlichen Praxis“

Prof. Dr. med. C. Schindler

> „Epilepsien bei Kindern – was muss der Zahnarzt wissen?“

Dr. H. Hartmann

> „Palliativmedizin bei Kindern“

Dr. C. Schöne-Bake

Ort:

MHH – CRC Hannover
CLINICAL RESEARCH CENTER
Feodor-Lynen-Straße 15
30625 Hannover

Datum:

15. Juni 2019,
10:00 – 13:00 Uhr

Anmeldung:

Zahnärztliche Arbeitsgruppe für
Menschen mit Behinderungen in
Niedersachsen e.V.
Zahnärztekammer
Frau R. Toru
Zeißstraße 11 a, 30519 Hannover
Fax: 0511 83391-116
E-Mail: rtoru@zkn.de

ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Dr. Schmidt, Wilfried

Zuletzt bekannte Anschrift:
Flutstraße 202, 26388 Wilhelms-
haven, Bescheid über die
Beitragsfreistellung vom:
19.02.2019, Aktenzeichen: 10138

Für die vorbezeichnete Person ist ein Bescheid unter dem o. a. Aktenzeichen erlassen worden, der nicht zugestellt werden konnte, da der Aufenthaltsort unbekannt ist. Ermittlungen über den aktuellen Aufenthaltsort verliefen ergebnislos. Es wurde die öffentliche Zustellung des Bescheides in Form einer öffentlichen Bekanntmachung angeordnet.

Das oben genannte Schriftstück wird hiermit gemäß § 1 NVwZG i.V.m. § 10 Abs. 1 Satz 2 VwZG (Verwaltungszustellungsgesetz) öffentlich zugestellt.

Der Bescheid gilt gemäß § 10 Abs. 2 Satz 6 VwZG als zugestellt, wenn seit dem Tag der Bekanntmachung der Benachrichtigung zwei Wochen vergangen sind.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Zustellung durch öffentliche Bekanntmachung Fristen in Gang setzen kann, nach deren Ablauf Rechtsverluste drohen können.

Das Schriftstück kann während der Dienstzeiten abgeholt oder eingesehen werden bei:

Altersversorgungswerk der Zahn-
ärztekammer Niedersachsen,
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover.
Vor der Abholung des Bescheides ist Kontakt aufzunehmen mit:
Sachbearbeiter/in: Frau Jacob
Telefonnummer: +49(0)511
83391-214

Hannover, den 09.04.2019
Im Auftrag
gez. Jacob

Lohnenswerter Login -> KZVN-Zahnarztportal

Von „A“ (Abrechnungshinweise) über „F“ wie Finanzen bis „Z“ wie Zulassung

Leben sitt drin.

-> Frei ins Hochdeutsche übersetzt:
Die Website „lebt“

Es liegt in der Natur der Sache, dass eine Website „lebt“. Zumindest wenn sie aktuell sein soll. Insofern finden auch auf unserer Website laufend mehr oder weniger große Baumaßnahmen statt, werden bei Bedarf neue Menüpunkte eingerichtet (jüngstes Beispiel **Telematik**).

Manchmal ziehen Inhalte auch um. Wie der Menüpunkt **Downloads**, der nun ein Untermenüpunkt unter **Service** ist. Unter **Service** können Sie auch **Printprodukte online bestellen**. Einfach die gewünschte Stückzahl eintragen, ein Häkchen zur Bestätigung setzen und absenden. Das wäre dann schon alles.

Login auch für Praxispersonal

Die Vorteile des Zahnarztportals können alle im Bereich der KZVN niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte nutzen, denn sie bekommen automatisch mit ihrer Zulassung die individuellen Login-Daten.

Auch Mitarbeiter/innen oder die in den Praxen tätigen Assistent/innen können auf die Fachinformationen der KZVN im Internet zugreifen, sofern sie vom Praxisinhaber/in online dafür freigeschaltet worden sind. Dabei gilt: „Wer was sehen kann“, das entscheidet die „Chefin“ resp. der „Chef“.

Und: Finanzdaten sind tabu. Dies gilt auch für die Honorarbescheide bzw. die Kontoauszüge des Praxisinhabers. Dies sei der Vollständigkeit halber erwähnt. Das **Freischaltungsformular** ist im Zahnarztportal unter **Zugriffsrechte** eingestellt.

Zugriff auf das Zahnarztportal haben auch angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte. Sie müssen allerdings selbst aktiv werden und ihre Login-Daten beim Online-Team der KZVN anfordern. Die Zugangsdaten werden dann auf postalischem Wege verschickt. Auch unter diesem Login ist keine Einsichtnahme auf Finanzdaten möglich.



KZVN Zahnarztportal

- Online-Einreichung
- Termine
- Praxisdaten
- Passwort ändern
- Zugriffsrechte
- Protokolle
- Zulassung
- Fortbildung
- Gutachterwesen
- Publikationen
- Verträge
- Rund um Qualität
- Abrechnungshinweise
- Telematik
- Praxisführung
- Finanzen
- Service
- Tipps & Tricks
- Sicherheit



Meldungen

Die KZVN zwitschert - Folgen Sie uns auf Twitter: https://twitter.com/KZVN_Presse

KZVN-Presestelle @KZVN_Presse · 22. März
KZVN Dr. Thomas Nils (KZVN) und Heiner Banks, D.M.D. (DZV) eröffnen #Eigengewerkschaft: „Der Schlüssel zu Ihrer Niederlassung“ in Hannover. Große Resonanz seitens der zahlreichen BerufseinsteigerInnen. Fotos unter [kzvn.de/presse](#)

Aktuelles

Aktuelles Handwritten
Sonderdruckarbeiten

Aktuelles NZB

Vertragsmappe

Die Vertragsmappe (Ordner A & B) finden Sie hier

Digitale Planungshilfe (DPH)
Das DPH-Update mit dem ab 01.01.19 geltenden Festzuschuss-Beträgen ist zu finden auf der Website der KZVN.

Wer sucht, der findet.

Wenn nicht, dann einfach die Suchfunktion auf unserer Website nutzen.

Kompetent
Zeitnah
Verlässlich
Niedersachsenweit



Mitglieder-Login

Benutzername

.....

Jetzt einloggen

Das Online-Team

Ihr Ansprechpartner bei Fragen zum Login – oder wenn Sie Ihr Passwort „verbaselt“ haben.

Telefon: 0511 8405-395

E-Mail: abrechnung@kzvn.de

