MAI 2021

NZB

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT

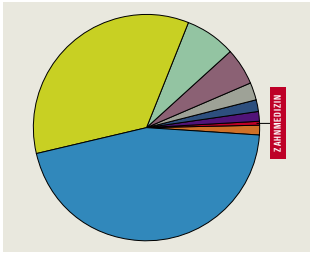
Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß

Zahnärzteschaft im NS-Regime

S. 12 ff.

6 Aufhebung von Freiheitsbeschränkungen: Zutritt nur für Geimpfte?

10 COVID als Berufskrankheit: Kaum Verdachtsfälle unter Zahnärzten



26 Xerostomie und Hyposalivation – erkennen und lindern

ZKN
Zahnärztekammer Niedersachsen

KZVN
Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen

ONLINE
AUS DEN
PEPPERMINT
PARK STUDIOS

TAG DER AKADEMIE

Die neue PAR-Behandlungsstrecke –
praxisnah, vorhersehbar und verlässlich
und ab Montag in jeder Praxis umsetzbar.

SAMSTAG **04.09.2021**

Anmeldungen möglich
ab 01.04.2021 unter
event.zkn-kongress.de

Programm

10:00 – 12:30 Uhr
Prof. Dr. Sören Jepsen, Bonn
PD Dr. Karin Jepsen, Bonn
Staging & Grading –
Die neue PAR Behandlungsstrecke
Die Behandlung
der Stadien 1 – 4 am Patientenfall

12:45 – 13:45 Uhr
Prof. Dr. Dr. Dr. Anton Sculean, Bern
Privatzahnärztliche Möglichkeiten
der PAR-Therapie

14:00 – 15:00 Uhr
Dr. Tim Hörnschemeyer, Osnabrück
Abrechnung Bema + GOZ zur neuen
PAR-Behandlungsstrecke

Bis 31.07.2021 **69,- €**
Ab 01.08.2021 **79,- €**

Die Veranstaltung
wird mit 7 Punkten nach
BZÄK/DGZMK bewertet.

/diezkn /diezkn

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

Ist das Ende des Lockdowns in Sichtweite?

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

mit einem Angebot zur Impfung an die gesamte Bevölkerung wird es voraussichtlich ab Juni 2021 Zeit, Freiheitseinschränkungen wieder zu beseitigen, denn der Hauptgrund der Einschränkungen – die Sorge, unsere Intensivversorgung in den Kliniken zu überlasten, – ist dann Vergangenheit. Der Bevölkerung, die in der großen Mehrheit diszipliniert auch manche unverständliche Maßnahme durch Bund und Länder mitgetragen hat, muss eine nationale Exitstrategie umgehend und vor allem auch verständlich aufgezeigt werden. Die Menschen erwarten als Antikörperträger oder nach Antigenfreitestung das angestrebte Ziel, Normalität im Umgang mit Beruf und Menschen wiederzuerlangen. Natürlich wird das Corona-Virus zukünftig nicht weg sein, allerdings wird Covid-19 zu einem unter vielen anderen gesundheitlichen Risiken, mit denen die Gesellschaft in Zukunft leben muss, mit jährlichen Impfangeboten, wie wir dies von den Influenza-Schutzimpfungen her kennen.
Ist erst einmal die sogenannte Herdenimmunität erreicht, können und müssen wir uns dann auch mit den Kollateralschäden der Pandemiezeit beschäftigen. Im Herbst wird nach der Bundestagswahl eine neue Regierung entscheiden, ob es zur Aufarbeitung mehr Staatseinflüsse mit höheren Steuern, Umverteilung und Staatswirtschaft gibt oder die Marktwirtschaft mit Investitionsangeboten und Anreizen sowie hoffentlich barriereniedriger Bürokratie und Datenschutzfesseln dynamisiert wird. Was die freien Arztpraxen gegenüber den Staatszentren leisten können, sehen wir gerade in der Impfkampagne: Binnen 4 Wochen verimpfen die Praxen bereits doppelt soviele Dosen wie die Zentren, mit weniger Materialverschwendung und zu Kosten, die um das 10-fache niedriger sind.

Ausbildung gegen den Fachkräftemangel

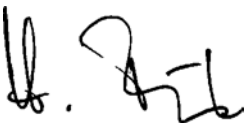
Wir alle haben in den letzten Jahren den Mangel in unterschiedlichen Formen zu spüren bekommen. Derzeit bietet sich hier für die Praxen auf dem Azubi Ausbildungsmarkt

Foto: NZB

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

aufgrund der wirtschaftlichen Lage eine Chance, Bewerberinnen und Bewerber zu akquirieren und auch einzustellen. Zusätzlich dazu bietet der Gesetzgeber zur Unterstützung des Ausbildungsmarktes Ausbildungsprämien, die ausgesprochen attraktiv sind und für das neue Schuljahr noch einmal erhöht wurden; Einzelheiten können Sie auf unserer Homepage nachlesen. Damit können wir in unsere Praxisteams und unseren Berufsstand investieren. Wenn wir dann noch unseren Mitarbeitern die angemessene Wertschätzung zukommen lassen, zahlt sich das im langen Ende immer aus!
Ich wünsche Ihnen, verehrte Kolleginnen und Kollegen, Zuversicht und einen klaren Fokus auf das Notwendige! Bleiben Sie mit uns im Kontakt – wir werden Sie unterstützen, wo immer es geht! ■

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen



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

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT

56. 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

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)

REDAKTIONSBÜRO

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

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

GESAMTHERSTELLUNG

MARCO MarketingCommunication OHG
Steinbruchstraße 8c, 30629 Hannover
Tel.: 0511 95486756; E-Mail: agentur@marco-werbung.de
Internet: www.marco-werbung.de

REDAKTIONSHINWEISE

Mit Verfassernamen 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+08/21: 11. Juni 2021
Heft 09/21: 10. August 2021
Heft 10/21: 10. September 2021

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.

6

BEILAGENHINWEIS

Dieser Ausgabe liegt eine Beilage der

- Zahnärztlichen Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen (ZAMB) in Niedersachsen

bei. Wir bitten um freundliche Beachtung.

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

PEFC Förderung nachhaltiger Waldwirtschaft www.pefc.de

LEITARTIKEL

1 Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida: Ist das Ende des Lockdowns in Sichtweite?

POLITISCHES

4 Corona: Dem Staat entgleitet Steuerungsmacht – immer neue Probleme am Horizont

6 Aufhebung von Freiheitsbeschränkungen: Zutritt nur für Geimpfte?

8 Fortbildungsnachweis für Vertragszahnärzte
KZBV erwirkt Fristverlängerung bis zum 30. September

9 Anhörung zum GVWG (Gesundheits-versorgungsweiterentwicklungsgesetz) – Stellungnahme der Zahnärzteschaft

10 Statistik der Berufsgenossenschaft
COVID als Berufskrankheit:
Kaum Verdachtsfälle unter Zahnärzten

11 Gebühren-App und Digitale Planungshilfe (DPF) – zwei kostenlose Tools für die Zahnarztpraxis

12 Der lange Weg zur Aufarbeitung Zahnärzteschaft im NS-Regime

FACHLICHES

16 Ist der Begriff somatoforme Prothesenunverträglichkeit noch zeitgemäß?

22 Aggressive Patienten – psychologisch und juristisch betrachtet

26 Xerostomie und Hyposalivation – erkennen und lindern
Ursachen, Diagnostik und Therapie-möglichkeiten

32 Zellen der Zukunft
Neue MHH-Forschungskooperation hat das Ziel, mit menschlichen Stammzellen bakterielle Lungen-infektionen heilen zu können

34 14. Ausgabe des DAHZ-Leitfadens
Entscheidend ist die Bündelstrategie

35 Cryptshare der ZKN wird per 27. Mai abgeschaltet – KIM ist verfügbar

36 Leergefegt! – Fachkräftemangel in der Zahnmedizin

39 GOZ
ZKN-Berechnungsempfehlung
ZKN-Relevante Rechtsprechung

40 Rechtstipp(s)
Streit um positive Bewertungen auf einem Arztbewertungsportal

41 Anschriftenverzeichnis der Zahnärztlichen Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen (ZAMB) in Niedersachsen 2021

TERMINLICHES

42 ZAN-Seminarprogramm

43 Termine

44 Bezirksstellenfortbildung der ZKN

PERSÖNLICHES

45 Wir gratulieren
Dr. Ulrich („Ulli“) Obermeyer zum 65sten Geburtstag

45 Wir gratulieren
Dr. Dr. Triebe zum 70sten Geburtstag

46 Wir trauern um unsere Kollegen

46 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

AMTLICHES

47 Öffentliche Zustellungen

48 Mitteilungen des Zulassungsausschusses

49 Ungültige Zahnarztausweise

© Fotos Titel/Inhaltsverzeichnis: LIGHTFIELD STUDIOS - stock.adobe.com; stockpics - stock.adobe.com; Dr. Luka, Prof. Dr. Schlüter; Wikipedia; Karin Kaiser/MHH; contrastwerkstatt - stock.adobe.com; dental-Team.de

Corona: Dem Staat entgleitet Steuerungsmacht – immer neue Probleme am Horizont

Foto: ©vegefox.com - stock.adobe.com

Wenn in früheren Jahrhunderten die Pest-Wellen über Europa hinwegbrausten, da verzogen sich die Reichen und Mächtigen in der Regel auf das flache Land oder igelten sich in ihren Burgen und Schlössern ein. So isoliert entging man in der Regel den tödlichen Folgen der Epidemien – das Volk konnte zusehen, wie es sich rettete und wer überlebte. Im 21. Jahrhundert ist das gerade für verantwortliche Politiker keine Alternative. Den Kopf in den Sand zu stecken – das geht nicht mehr. Fluchten sind aussichtslos. Und: Man ist mangels eigener Sachkunde auf Gedeih und Verderb auf den Ratschlag der eigenen Beamten sowie der Experten angewiesen. Und da seit Preußens gloriosen Zeiten die Bürokratie in deutschen Landen gerne intensiv wiehert, da verheddern sich die Entscheidungsträger gerne in Details oder im Duodez-Denken. Statt das Große und Ganze im Blickwinkel zu haben, verhindern von Bürokraten ersonnene Regelungen ein durchgreifendes wie steuerndes Eingreifen des Staates. Corona-Bewältigung im März 2021 in Deutschland, das ist nur noch ein unverständliches Chaos. Und das kurzfristige Abblasen der als „Impfgipfel" bezeichneten Konferenz der Regierungschef des Bundes und der Länder am 17. März 2021 dürfte das Chaos noch weiter verstärken. Aktuell ähnelt vieles, was in Berlin und an anderen Orten in Sachen „Corona" verbal von sich gegeben wird, gewaltig einem hektisch-ängstlichen Gegacker auf einem überfüllten Hühnerhof, weil ein Fuchs naht. Dabei zeichnen sich neue Probleme schon am Horizont ab. Langsam bringt es für Beobachter wenig, immer wieder über das Handeln von CDU-Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (40) herzufallen. Glanzvoll im März 2018 gestartet, entgleitet ihm zunehmend seine zu früheren Zeiten überaus gekonnt gepflegte „Message Control". Da sickert Mitte März 2021 in hauptstädtischen Kreisen ein voluminöser Arbeitsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) für „seine" geplante Pflegereform durch. Und keinen – außer einigen Fachkreisen – interessiert das Projekt noch. Denn eine gesetzgeberische Verwirklichung steht in den Sternen. So wichtig eine Regelung dieses wichtigen Problemkreises auch wäre. Früher hätte er sogar dieses gezielte Bekanntwerden mit Verve und Geschick „zelebriert'. Heute ist Spahn aber nicht mehr der alles überstrahlende Herr des gesundheitspolitischen Verfahrens in Deutschland. Zumal seine mehr oder minder vollmundig getätigten Ankündigungen manchmal nur noch eine Halbwertszeit von wenigen Tagen oder gar Stunden haben. Bereits am 5. März 2021 forderte das Hamburger Nachrichtenmagazin „DER SPIEGEL" indirekt in einem vernichtenden Beitrag den Rücktritt des Ahausers, am 15. März 2021 folgte der Neo-Landeschef der SPD im gleichen Blatt mit einer ähnlichen Aufforderung. Am 17. März 2021 legte der FDP-Bundestagsvizepräsident Wolfang Kubicki MdB (69) nach. Und in den sozialen Medien jubelt die Bevölkerung unter dem heftigen Applaus des gleichen Hamburger Magazins bereits einem potentiellen Nachfolger zu: Dem Epidemiologen und früheren stellvertretenden Vorsitzenden der SPD-Bundestagsfraktion Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach MdB (58). Der Gesundheitsökonom mit Wahlkreis in Leverkusen versteht es eben aktuell besser, vertrackte wissenschaftliche Erkenntnisse dem Volk zu erläutern.

Auch wenn am 16. März 2021 die plötzliche Demission des CDU-Parlamentarischen Staatssekretärs im Bundesverteidigungsministerium (BMVg), Dr. phil. Peter Tauber MdB (46), den CDU-Granden und ihren sozialdemokratischen

Partnern zu Ostern 2021 die Chance für ein großräumiges Revirement in der Regierung verschafft, was würde ein Wechsel an der Spitze des BMG wirklich bringen? Zumal er schwer zu bewerkstelligen ist, da die Gesundheitsagenden der Union „gehören" und nicht der SPD. Obwohl mit einem Aufstieg Lauterbachs zu Ministerwürden „kurz vor Tores Schluss" der 19. Legislaturperiode des Bundestages ein wissenschaftlich Verstehender in die Friedrichstraße einziehen würde.

Würde damit das Chaos-Ende bei der Bewältigung der Corona-Pandemie eingeleitet? Wohl kaum! Denn im BMG verbleiben die gleichen Beamten, die durch ihre Ratschläge und rechtlichen Formulierungen mit das herrschende Chaos ausgelöst haben. Gleiches gilt für die diversen externen Berater und die vielen Wissenschaftler, die an der mittlerweile vergifteten Corona-Suppe bisher mitmischten. Und auf Landesebene ähnliches, auch wenn in der Zwischenzeit einige Landes-Ressortchefs und-Ressortchefinnen nicht nur in Bayern, Hamburg oder Niedersachsen ausgetauscht wurden. Auch dort bleiben die im Duodez-Denken verhafteten Staatsdiener. Der Föderalismus bescherte dem deutschen Volk schon so manche Fehlentscheidung. Die aktuellen Missstände verschwinden nicht durch einen Ministerwechsel – sie verschwinden nur, wenn man die Denke in den Köpfen der Akteure nachhaltig verändert.

Was eine mangelhaft arbeitende Bürokratie auslösen kann, das erlebten die Impfenden wie auch die zu Impfenden nicht nur in Berlin. Es war auch die von den wohl mittlerweile überforderten BMG-Beamten ersonnene Impf-Verordnung, die z.B. einen frühzeitigeren Einsatz der Vertragsärzteschaft verhinderte. Man kann Anforderungen in Krisenzeiten nicht bis in das letzte Detail regeln wollen – und dem Staat immer das Letzt-Verantwortungs-Recht dabei einräumen. Ja, es mußte priorisiert werden. Man entschied sich für die über 80-Jährigen. Aber weil in den Impfzentren auch nur Menschen arbeiten, die Angst haben, einen juristischen Fehler zu begehen, kommt es dort zu unwürdigen Szenen und Zuständen, bei denen sich ein Normalmensch nur noch an den Kopf packt. Eklatant sind z.B. zwei der A+S-Redaktion bekannt gewordene Fälle aus einem Flächenland. Fall 1: Ein Greis erhält eine Einladung zum Impftermin. Er erscheint. Der Abgleich der Personalien ergibt, dass er erst in drei Tagen seinen 80. Geburtstag feiern wird. Man schickt ihn unter Vertröstungen wieder nach Hause. Der nächste Impftermin steht in den Sternen. Fall 2: Ein multimorbider, über 80-Jähriger wird von seiner Ehefrau ins Impfzentrum begleitet. Sie ist ebenfalls fast an der entsprechenden Altersgrenze. Er wird geimpft, sie nicht. Aber am Abend werden zum wiederholten Male nichtgenutzte Impfdosen vernichtet. Den geltenden Vorschriften wurde in beiden Fällen Genüge getan – aber auch der Menschlichkeit? War das rechtlich abgesicherte Vorgehen auch medizinisch ethisch?

Wenden wir uns den sich am Horizont abzeichnenden Zukunftsproblemen zu, die vermutlich weder in der Berliner Friedrichstraße noch anderswo bedacht oder gar diskutiert wurden. Denn wie mittlerweile sattsam bekannt ist, haben die Berliner Staatsdiener in diversen Ministerien jegliche Vorbereitungen auf eine Pandemie seit 2013 regelrecht „verpennt". Laut den zum Redaktionsschluss der A+S-Redaktion vorliegenden Zahlen gelten in Deutschland 2.387.743 Personen als von Corona „genesen". Weitere 9.833.966 Personen erhielten bereits eine Erst- bzw. Zweitimpfung. Also über 12 Mill. Menschen dürften inzwischen immun gegen das Virus und ggfs. seine Mutanten sein. Bei 83 Mill. Bundesbürger mit über 14,5 Prozent ein Ergebnis, das eigentlich hoffen lässt. Und: Wie viele Menschen asymptomatisch infiziert waren (also ebenfalls immun sind), aber wegen der fehlenden Symptomatik nicht getestet/erfasst wurden, ist eine spekulative Größe. Diese Grauzone dürfte aber gleichwohl nicht unerheblich sein. Aber: Bis die Herdenimmunität erreicht ist, entwickeln sich die deutschen Lande zu einer Mehr-Klassen-Gesellschaft.

Müssen demnächst die „Genesenen" weiterhin multiple Testungen bei jeder sich bietenden Gelegenheit über sich ergehen lassen? Oder entwickelt man für diese Personengruppe einen entsprechenden Nachweis – wer stellt den rechtssicher aus? Gibt es einen juristisch belastbaren Grund, diese Personen einem weiteren Lockdown und allen sonstigen Restriktionen und Zwängen zu unterwerfen? Abgesehen davon, müsste man die zunehmende Zahl an „Genesenen" eigentlich nicht mehr impfen – das würde Geld sparen und eröffne Ressourcen, um tatsächlich notwendige Personenkreise zu impfen. Weiterhin würde auch kein Geld für völlig unsinnige Schnell- und Eigentests verbrannt! Ähnliches gilt für die bereits Geimpften. Werden diese in naher Zukunft rebellieren, wenn sie sich „schon wieder" testen lassen sollen? Aus dem eigenen Portemonnaie vermutlich. Nur weil es eine Rechtsverordnung so vorsieht oder dieser Tatbestand nicht bedacht worden war. Was passiert künftig mit Impf-Verweigerern? Denaturieren sie zu gesellschaftlichen Parias? Vor allem, wenn endlich eine Herdenimmunität erreicht wurde. Zeigen dann Teile der Bevölkerung auf diese Mit-Menschen? Die Staatsdiener dürften auf diese und andere Fragen bis heute noch keine Antwort entwickelt haben. Oder doch? Dann wird es aber Zeit, dass sie die klärenden Antworten ihren Politiker möglichst schnell ins Ohr flüstern. Damit auch die erstaunte Bevölkerung endlich erfährt, wohin der Weg geht und warum man sich z.B. weiterhin – zum Frommen der entsprechenden Konzerne – testen lassen soll. Und auch die Druckereien bzw. App-Entwickler freuen sich sicherlich über Aufträge für alle möglichen Nachweis-Produkte. ■

_____ *Wolfgang G. Lange*
A+S aktuell, 19.03.2021

AUFHEBUNG VON FREIHEITSBESCHRÄNKUNGEN

Zutritt nur für Geimpfte?

Foto: ©stockpics - stock.adobe.com

Die Zulassung erster Corona-Impfstoffe eröffnete Perspektiven – auf das Ende von Kontaktbeschränkungen, auf Theater-, Konzert- und Restaurantbesuche, einen Einkaufsbummel, Urlaub. Spätestens seit dem Impfstart ist zugleich die Debatte darüber entbrannt, ob zum Infektionsschutz erlassene freiheitsbeschränkende Maßnahmen für Geimpfte eher aufgehoben werden sollten als für Nicht-Geimpfte. Umgekehrt wird auch die Frage, ob Nicht-Geimpften der Zugang zu bestimmten Orten oder Dienstleistungen verwehrt werden darf, bereits heiß diskutiert.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn wird nicht müde zu betonen, dass es im Falle von SARS-CoV-2 keine Impfpflicht geben werde. Auch dem Vorstoß des bayerischen Ministerpräsidenten Markus Söder, eine Impfpflicht für Pflegekräfte einzuführen, erteilte er eine Absage. Stattdessen setzt Spahn auf „Aufklärung" und „Information".
Könnte es möglicherweise dennoch zu einer Art „Zugzwang" oder sogar einer Impfpflicht durch die Hintertür kommen? Besondere Regeln für Geimpfte werden in der Politik durchaus bereits ausgelotet. Wer gegen COVID-19 geimpft ist, werde voraussichtlich nicht zum Corona-Patienten, der das Gesundheitssystem belastet, argumentiert etwa Bundesaußenminister Heiko Maas: „Ein Geimpfter nimmt niemandem mehr ein Beatmungsgerät weg. Damit fällt mindestens ein zentraler Grund für die Einschränkung der Grundrechte weg", sagte er der „Bild am Sonntag". Geimpfte sollten daher wieder ihre Grundrechte ausüben dürfen, fordert er. Dafür würde er übergangsweise sogar „Ungleichheiten" in Kauf nehmen: Solange es dafür einen sachlichen Grund gebe, sei das verfassungsrechtlich vertretbar.
Bundeskanzlerin Angela Merkel kann sich vorstellen, dass in Zukunft zwischen Geimpften und Nicht-Geimpften unterschieden wird: Wer nicht geimpft werden wolle, „der kann vielleicht auch bestimmte Dinge nicht machen", sagte sie in der ARD-Sendung „Farbe bekennen". Konkrete Beispiele nannte sie nicht.
Die australische Fluggesellschaft Quantas hat bereits angekündigt, Reisende auf internationalen Verbindungen nur dann an Bord zu lassen, wenn sie eine Impfung gegen das Coronavirus nachweisen können. Ein erster deutscher Reiseveranstalter will in ausgewählten Hotels nur noch Gäste mit Corona-Impfung beherbergen. Der Ticketverkäufer CTS Eventim – der in Schleswig-Holstein zurzeit die elektronische Vergabe von Impfterminen organisiert – setzt sich dafür ein, dass privatwirtschaftliche Veranstalter die Teilnahme an Konzerten künftig von einer Corona-Impfung abhängig machen können.
Für all das müssten allerdings die zugelassenen Corona-Impfstoffe zunächst einmal in ausreichender Menge zur Verfügung stehen. Nach jetzigem Stand wird es noch Monate dauern, bis jeder Impfwillige auch tatsächlich geimpft werden kann. Zudem sind derartige Maßnahmen auch nur dann sinnvoll, wenn sicher ausgeschlossen werden kann, dass geimpfte Personen das Virus weiterverbreiten können. Diese Frage ist bisher jedoch noch nicht geklärt.

Rücknahme staatlicher Freiheitsbeschränkungen für Geimpfte?

Allein schon aus diesem Grund verbieten sich nach Ansicht des Deutschen Ethikrates „zum gegenwärtigen Zeitpunkt"

besondere Regeln – wie die individuelle Rücknahme staatlicher Freiheitsbeschränkungen – für Personen, die gegen COVID-19 geimpft sind. Grundsätzlich hält der Ethikrat für die Legitimation staatlicher Freiheitsbeschränkungen nicht die Ausbreitung des Virus und die reinen Infektionszahlen für entscheidend. Vielmehr können aus seiner Sicht nur „gravierende negative Folgen" wie etwa eine hohe Sterblichkeit, langfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen „signifikanter Bevölkerungsteile" oder der drohende „Kollaps" des Gesundheitssystems die „tiefgreifenden Freiheitsbeschränkungen sowie deren soziale, wirtschaftliche und kulturelle Begleitschäden" rechtfertigen. Entsprechend seien als Maßstab für die Rücknahme von Beschränkungen primär die Hospitalisierungszahlen bzw. die Zahlen schwerer Krankheitsverläufe und Todesfälle heranzuziehen. Sobald das Risiko einer Überlastung des Gesundheitssystems erfolgreich gesenkt werden konnte, müssten Maßnahmen der Pandemiebekämpfung, die gravierende Grundrechtseingriffe beinhalten, schrittweise für alle zurückgenommen werden – und zwar unabhängig vom jeweiligen Impfstatus, konstatierte das Gremium Anfang Februar in seiner Ad-Hoc-Empfehlung „Besondere Regeln für Geimpfte?"

Es sei sicherzustellen, dass Personengruppen mit hohem Risiko eines schweren oder tödlichen Verlaufs zu diesem Zeitpunkt bereits ein Impfangebot erhalten haben. Dazu zählen für den Ethikrat nicht nur alte, sondern ebenso junge Menschen mit schweren Vorerkrankungen. Aber auch die Höhe der Infektionszahlen sei im Hinblick auf das Risiko von zukünftig auftretenden, potenziell gefährlichen Mutationen weiter zu berücksichtigen.

Das Befolgen vergleichsweise weniger invasiver Maßnahmen wie Abstandsregeln und Maskenpflicht könne man auch Geimpften in jedem Fall weiter zumuten, befindet der Ethikrat. Das gelte sogar dann, wenn „mit hoher Wahrscheinlichkeit" anzunehmen sei, dass geimpfte Personen nicht oder nur noch in geringem Maße infektiös sind. Wegen der Gefahr, dass die Akzeptanz und die praktische Durchsetzbarkeit dieser Regeln durch Ausnahmen für geimpfte Personen leiden würden, sollten sie für alle zum selben Zeitpunkt aufgehoben werden, empfehlen die Ratsmitglieder.

Solange sich nicht alle Impfwilligen tatsächlich impfen lassen können, würde ein Teil der Bevölkerung die individuelle Rücknahme staatlicher Freiheitsbeschränkungen nur für bereits Geimpfte als „ungerecht" empfinden, stellt der Ethikrat weiter fest. Dies wiederum könne die Bereitschaft zur Regelbefolgung mindern und damit die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung unterlaufen, warnt er.

Eine Ausnahme macht der Rat jedoch: Die Einschränkungen für Bewohner von Pflege-, Senioren-, Behinderten- und Hospizeinrichtungen sollten aufgehoben werden, sobald sie geimpft sind: Angesichts der erheblichen Belastungen durch Isolationsmaßnahmen, die diese Personengruppe im Verlauf der Pandemie erlebt habe, sei dies ethisch zu rechtfertigen. Die nicht-geimpften Bewohner müssten über die weiter geltenden Infektionsschutzmaßnahmen hinaus mithilfe anderer Maßnahmen wie FFP2-Masken, Schutzkleidung für Pflegekräfte und Schnelltests besonders geschützt werden, heißt es in der Ad-hoc-Empfehlung.

„Wiederherstellung des Verfassungsmässigen Zustandes"

Auch der Wissenschaftliche Dienst „Verfassung und Verwaltung" des Deutschen Bundestags hat sich mit der Frage der Zulässigkeit von Ungleichbehandlungen von geimpften und ungeimpften Personen auseinandergesetzt. Dabei kommt er zu dem gleichen Schluss wie der Ethikrat: Solange nicht feststehe, ob Geimpfte weiterhin infektiös sind – oder sich herausstelle, dass sie es sind –, fehle es an einer Grundlage für die Lockerung bestehender Infektionsschutzmaßnahmen für geimpfte Personen.

Was aber, wenn wissenschaftlich belegt werden kann, dass von Geimpften keine Ansteckungsgefahr mehr ausgeht? In diesem Fall seien die Anforderungen an die „Erforderlichkeit" und „Angemessenheit" der Infektionsschutzmaßnahmen besonders hoch, schreibt der Wissenschaftliche Dienst in seiner Ausarbeitung: „Generalpräventive freiheitsbeschränkende Maßnahmen" gegen Personen, von denen erwiesenermaßen keine „infektionsschutzrechtlichen Gefahren" ausgehen, seien „nur in eng begrenzten Ausnahmefällen" vertretbar. Dabei komme es auf die Schwere des Eingriffs an. Regeln zum Infektionsschutz, die nur einen geringen Eingriff bedeuten – beispielsweise die Maskenpflicht im öffentlichen Nahverkehr –, können nach Ansicht des Wissenschaftlichen Dienstes am ehesten auch für Geimpfte weiterhin gelten.

Ebenfalls hoch seien allerdings auch die Anforderungen, um Ungleichbehandlungen von Geimpften gegenüber Ungeimpften zu rechtfertigen, befindet der Wissenschaftliche Dienst zugleich – vor allem bei infektionsschutzrechtlichen Maßnahmen, die die Freiheitsrechte der Ungeimpften „erheblich" beeinträchtigen. Das gelte insbesondere so lange, wie der Zugang zu Impfstoffen reglementiert werde und nicht allen Impfwilligen zur Verfügung stehe.

Zugleich weist der Wissenschaftliche Dienst auf eine unpräzise Wortwahl in der Debatte hin: Bei der Aufhebung freiheitsbeschränkender Maßnahmen gehe es um die „Wiederherstellung des verfassungsmäßigen Zustandes", also um bestehende Grundrechte. Es handele sich in diesem Zusammenhang nicht um „Privilegien" oder „Sonderrechte" für Geimpfte.

Vertragsfreiheit für private Unternehmen

Private Personen und private Unternehmen seien frei in ihrer Entscheidung, mit wem sie einen Vertrag schließen, erläutert der Ethikrat in seiner Ad-hoc-Empfehlung. Das ▸▸

umfasse grundsätzlich auch die Möglichkeit, nach dem Impfstatus zu differenzieren. Einschränkungen dieser Vertragsfreiheit bei privaten Anbietern seien nur dann gerechtfertigt, wenn der Zugang zu ihren Angeboten „für eine prinzipiell gleichberechtigte, basale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ unerlässlich sei. Für eine weitergehende Beschränkung privater Anbieter wären nach Ansicht des Ethikrates gesetzliche Neuregelungen notwendig. Ob diese allerdings „sinnvoll und verfassungskonform“ gestaltet werden könnten, könne im Rahmen einer Adhoc-Empfehlung nicht „abschließend“ behandelt werden.
Auch der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages meldet bezüglich der „Ungleichbehandlung von Ungeimpften“ im Privatrechtsverkehr keine „durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken“ an.

Grenzen der Vertragsfreiheit setzt das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz
(AGG). So sind beispielsweise Benachteiligungen aufgrund der ethnischen Herkunft oder des Geschlechts unzulässig. Der Impfstatus gilt bisher dagegen nicht als Kriterium für eine unzulässige Diskriminierung. Laut Medienberichten prüft die Große Koalition derzeit jedoch rechtliche Schritte, durch die „Sonderrechte“ für Geimpfte in der Privatwirtschaft ausgeschlossen werden sollen. Dafür käme möglicherweise auch eine Ergänzung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) in Frage. ■

Kirsten Behrendt
Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein, 03/2021

Dänemark plant digitalen „Corona-Pass“
Dänemark plant, einen digitalen Ausweis mit Corona-Impfdaten zu entwickeln, um damit zunächst vor allem Dienstreisenden das Leben zu erleichtern. Mit dem sogenannten Corona-Pass sollen Dänen künftig nachweisen können, dass sie gegen COVID-19 geimpft wurden. Später soll der Pass dann auch bei der Öffnung des Kultur- und Geschäftslebens in Dänemark helfen, meldete die Nachrichtenagentur dpa. Bereits seit einigen Monaten kann man sich in Dänemark über eine Online-Gesundheitsplattform einen Nachweis ausdrucken, der belegt, ob man vor Kurzem auf das Coronavirus getestet wurde. Der Impfpass soll diesem Nachweis gleichen.
Auch Schweden will bis zum Sommer einen digitalen Impfpass einführen, mit dem man unter anderem seine Corona-Impfungen nachweisen kann.

FORTBILDUNGSNACHWEIS FÜR VERTRAGSZAHNÄRZTE

KZBV erwirkt Fristverlängerung bis zum 30. September

Vor dem Hintergrund des fortbestehenden Pandemiegeschehens hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einer erneuten Fristverlängerung für die Erbringung des Fortbildungsnachweises nach § 95d SGB V bis zum 30. September 2021 zugestimmt. Zugleich hat das BMG bestätigt, dass damit auch von den Sanktionen nach § 95d Abs. 3 Satz 3 und 6 SGB V abgesehen werden kann.
Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hatte sich bereits im Vorjahr mehrfach erfolgreich für solche Fristverlängerungen eingesetzt.
Unabhängig von der erneut erwirkten Fristverlängerung sollen Zahnärztinnen und Zahnärzte verstärkt Online-Fortbildungsangebote in Anspruch nehmen. Angesichts der Fortschritte bei der Impf-Kampagne besteht die Hoffnung, dass sich im Laufe des Jahres die Situation bei den Fortbildungsangeboten als Präsenzveranstaltungen wieder verbessern wird. In diesem Fall sollten auch solche Angebote wieder verstärkt genutzt werden.
Das Schreiben des BMG zur Fristverlängerung für die Erbringung des Fortbildungsnachweises nach § 95d SGB V kann auf der Website der KZBV abgerufen werden. ■

Pressemitteilung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), 04.05.2021

Anhörung zum GVWG (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz) – Stellungnahme der Zahnärzteschaft

KZBV

Anlässlich der heutigen Anhörung zum Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) insbesondere die geplante Regelung für eine sozialversicherungsrechtliche Berufshaftpflichtversicherung kritisiert. Zugleich nutzte die KZBV die Anhörung, um weitere politische Forderungen und Positionierungen des Berufsstandes an den Gesetzgeber zu adressieren.
Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV: „Die angemessene Versicherung von Zahnärztinnen und Zahnärzten gegen Haftpflichtansprüche aus ihrer Tätigkeit ist schon jetzt zentrales Element des Patientenschutzes, zu dem wir uns mit Nachdruck bekennen. Die geplante Einführung einer sozialversicherungsrechtlichen Berufshaftpflichtversicherungspflicht neben der bestehenden berufsrechtlichen Pflicht verfehlt jedoch ihr Ziel und ist nicht erforderlich."

Foto: © KZBV/axentis

Dr. Wolfgang Eßer
Vorstandsvorsitzender der KZBV

Die Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung sei bereits in den Berufsordnungen der Zahnärztekammern verankert. „Zahnärzte müssen diese Versicherung bei der zuständigen Kammer nachweisen, Verstöße werden konsequent verfolgt. Uns sind keine Fälle bekannt, bei denen haftende Vertragszahnärzte über keine oder über eine nur unzureichende Haftpflichtversicherung verfügt hätten. Es macht daher keinen Sinn, dieses bewährte System zusätzlich in das Sozialrecht zu spiegeln und damit zwei parallele Versicherungspflichten zu etablieren", betonte Eßer. Den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen würden damit weitere Überwachungs- und Verwaltungsaufgaben und damit unnötige Bürokratie aufgebürdet. Auch ließen sich vertragszahnärztliche und privatzahnärztliche Haftungsansprüche in der Versorgung nicht immer klar voneinander abgrenzen.
Eine weitere Regelung im GVWG betrifft die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung. Bei einer Versorgung mit Zahnersatz sollen Patienten demnach keine Nachteile bei der Berechnung von Boni für Festzuschüsse durch gesetzliche Kassen haben, wenn sie in 2020 aufgrund der Corona-Pandemie die Vorsorgeuntersuchung nicht in Anspruch genommen haben. „Wir begrüßen die Zielsetzung des Gesetzgebers hier grundsätzlich, sprechen uns im Interesse der Patienten aber für eine möglichst unbürokratische Ausgestaltung der Regelung aus, die Praxen und KZVen zugleich nicht zusätzlich belastet", sagte Eßer. Die Regelung soll rückwirkend zum 01. Januar in Kraft treten.
Mit dem GVWG soll künftig zudem eine Veröffentlichung von Daten der Qualitätssicherung erfolgen. Eßer betonte, dass Qualitätsförderung im Fokus stehen müsse und keine „Pranger- oder Sanktionspolitik". „Die geplante Richtlinie ist aus Sicht der KZBV ungeeignet, um das angestrebte Ziel einer weiteren Qualitätsverbesserung in der Versorgung zu erreichen. Die geplante Veröffentlichung von Daten der Qualitätssicherung – insbesondere im Hinblick auf die Ergebnisqualität – unterliegt zu Recht höchsten Anforderungen bezüglich Methodik, Datenschutz sowie der Qualität der Daten. Daran fehlt es in dem Gesetzentwurf jedoch. Aufwand und Nutzen der Regelung stehen für alle Beteiligten nicht in Relation zueinander, auch nicht für Patienten."
Eßer begrüßte hingegen, dass mit dem GVWG eine Rechtsgrundlage geschaffen werden soll, um Sitzungen der Zulassungs- und Berufungsausschüsse auch per Videotechnik rechtssicher zu ermöglichen. ■

Pressemitteilung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), 12.04.2021

STATISTIK DER BERUFSGENOSSENSCHAFT

COVID als Berufskrankheit: Kaum Verdachtsfälle unter Zahnärzten

2020 wurden der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) knapp 20.000 Verdachtsfälle einer möglichen Berufserkrankung mit COVID-19 gemeldet. Die wenigsten davon in der Zahnmedizin, die meisten beim Klinikpersonal. Insgesamt 19.774 COVID-19-Verdachtsfälle unter den neun Millionen Versicherten wurden der BGW bis zum Jahresende 2020 gemeldet – die meisten aus Kliniken (9.005 bei 770.000 Vollbeschäftigten) und aus Pflegeeinrichtungen (6.819 bei mehr als einer Million Vollbeschäftigten). Das Infektionsrisiko ist offenbar in diesen Bereichen am höchsten, vor allem, weil die hier tätigen Personen längeren und intensiven Kontakt zu COVID-Erkrankten haben. Im zahnmedizinischen Sektor wurden hingegen nur 85 Verdachtsfälle bei rund 240.000 Vollbeschäftigten gemeldet.

Stark reduziertes Risiko durch Schutzmaßnahmen

Gut 78 Prozent der COVID-Erkrankungen wurden als Berufskrankheit von der BGW anerkannt. Das sind 12.312 der 15.666 entschiedenen meldepflichtigen Verdachtsanzeigen. In Haus- und Facharztpraxen gab es 1.038 Meldefälle unter 481.000 Vollbeschäftigten, in der Kinderbetreuung 480 Fälle unter 544.000 Vollbeschäftigten und 262 Verdachtsmeldungen aus sonstigen Bereichen, wie Heilpraktikerpraxen, Apotheken, Kosmetikstudios und Friseure, unter zusammen 616.000 Beschäftigten.

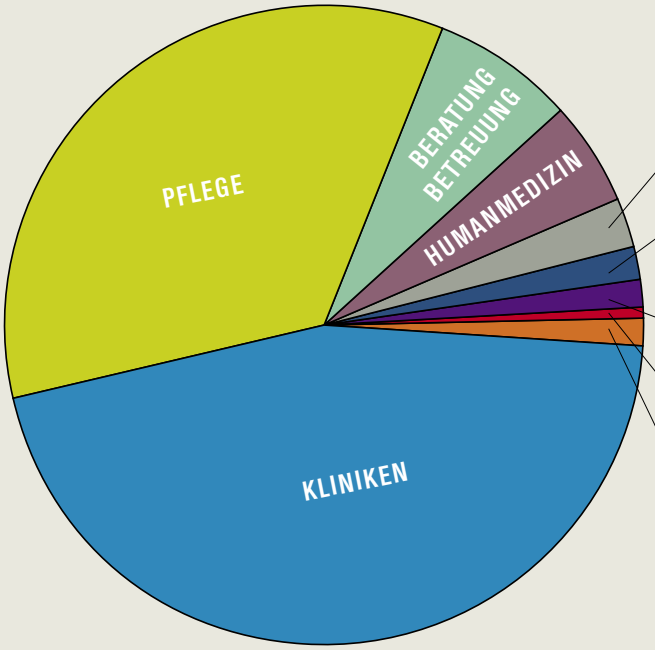
Laut BGW sind die Zahlen deutliche Hinweise darauf, dass sich das Risiko im Behandlungsalltag mit geeigneten Hygiene- und Schutzmaßnahmen reduzieren lässt. So blieb die Zahl der Verdachtsfälle im Herbst weit hinter den Infektionszahlen der Allgemeinbevölkerung in der ersten Welle im Frühjahr. Allerdings sei auch klar, dass mit den hohen allgemeinen Ansteckungszahlen auch das Risiko für die Mitarbeiter im Gesundheitsdienst steigt. Die Infektionserhöhung entwickele sich zudem aus der Arbeitsbelastung, teilte die BGW mit. LL ■

Zahnärztliche Mitteilungen (zm) Nr. 5, 01.03.2021

COVID-19 ALS BERUFSKRANKHEIT IN GESUNDHEITSDIENST UND WOHLFAHRTSPFLEGE

Der BGW gemeldete Verdachtsfälle nach Branchen (Stand: 31.12.2020)* | Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Quelle: BGW und ZKN



9.005 KLINIKEN
bei 771.256 Vollbeschäftigten = 1,168 %

6.819 PFLEGE
bei 1.003.826 Vollbeschäftigten = 0,679 %

1.448 BERATUNG UND BETREUUNG
bei 734.553 Vollbeschäftigten = 0,197 %

1.038 HUMANMEDIZIN
bei 481.062 Vollbeschäftigten = 0,216 %

480 KINDERBETREUUNG
bei 543.831 Vollbeschäftigten = 0,088 %

356 BERUFLICHE REHABILITATION UND WERKSTÄTTEN
bei 412.615 Vollbeschäftigten = 0,086 %

281 THERAPEUTISCHE PRAXEN
bei 284.900 Vollbeschäftigten = 0,099 %

85 ZAHNMEDIZIN
bei 240.456 Vollbeschäftigten = 0,035 %

262 SONSTIGE
bei 615.989 Vollbeschäftigten = 0,043 %

*meldepflichtige Fälle aus nichtstaatlichen Einrichtungen

Gebühren-App und Digitale Planungshilfe (DPF) – zwei kostenlose Tools für die Zahnarztpraxis

Bereits 2015 implementiert – und immer noch aktuell: Die „Gebühren-App" für die vertragszahnärztliche Praxis. Diese gibt einen einfachen Überblick über die relevanten Gebührenpositionen für die vertragszahnärztliche Versorgung via Smartphone/ Tablet.

Die App beinhaltet alle Gebührenpositionen aus den Bereichen BEMA, GOZ, GOÄ, BEL II sowie die aktuellen Festzuschüsse und die Abrechnungsbestimmungen. Die Gebühren-App ist als modernes, multimediales Tool konzipiert für Zahnärztinnen, Zahnärzte und Praxisteams. Ein besonderes Feature ist die Notiz-Funktion, die zu jedem Gebühreneintrag die Hinterlegung individueller Informationen ermöglicht. Auch regionale Vereinbarungen für den Bereich der KZV Niedersachsen (u.a. mit der Landespolizei, den Feuerwehren) sind dort abrufbar.

Als Vertragszahnärztin bzw. Vertragszahnarzt im Bereich der KZV Niedersachsen finden Sie den Zugangscode zur Nutzung der App im Mitgliederportal (Login erforderlich) auf unserer Website unter dem Menüpunkt „Abrechnungshinweise".

Hier gibt es die „Gebühren-App" zum kostenlosen Download:

Entwickelt wurde die App seinerzeit von der Arbeitsgemeinschaft der KZVen Baden-Württemberg, Bayerns, Hessen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen (AG KZVen) unter Beteiligung der LZK Baden-Württemberg.

Digitale Planungshilfe (DPF)

Im Jahr 2005 wurde das Festzuschusssystem bei Zahnersatz eingeführt. Seitdem hat sich die DPF für vertragszahnärztliche Praxen als wichtige Hilfestellung im Versorgungsalltag etabliert. Die Software erleichtert Zahnarztpraxen bei einer Versorgung mit Zahnersatz den täglichen Umgang mit dem Festzuschusssystem. Nach Eingabe eines zahnmedizinischen Befundes ermittelt das Programm vollautomatisch anzusetzende Festzuschüsse. Gleichzeitig wird festgestellt, ob es sich bei der geplanten Behandlung um eine Regel-, gleich- oder andersartige Versorgung handelt. Damit schafft die DPF auch bei komplexen Versorgungsfällen Planungssicherheit. Die Anwendung dient darüber hinaus als Beratungshilfe im Gespräch mit den Patientinnen und Patienten, denn Befund und Versorgungsalternativen lassen sich per Knopfdruck in Fotoqualität visualisieren.

Das DPF-Basisprogramm und die regelmäßigen Updates (aktuelle Update-Version 3.1.3.0) sind im Mitgliederportal der KZVN-Website und dem Menüpunkt „Abrechnungshinweise/Hinweise" abrufbar. ■

St-Dr

Der lange Weg zur Aufarbeitung

ZAHNÄRZTESCHAFT IM NS-REGIME

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß

Bild: Privat

Die Ergebnisse der Forschungen, mit denen Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß vom Aachener Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin neues Licht auf die Rolle der Zahnärzteschaft im NS-Regime geworfen hat, sind mittlerweile weit über den Berufsstand und die Geschichtswissenschaft hinaus publiziert worden. Einen Überblick über den aktuellen Stand mit einem Schlaglicht auf Niedersachsen gibt er im nachfolgenden Interview mit der NZB-Redaktion.

Wie war der Stand der zahnmedizinischen Versorgung und die gesellschaftliche Rolle der Zahnärzte am Ende der Weimarer Republik? Wie setzte sich der Berufsstand (inkl. Dentisten) zusammen?

Als sich 1929 in der Weimarer Republik eine allgemeine Wirtschaftskrise abzeichnete, waren in Deutschland 8.965 Zahnärzte registriert. Hiervon besaßen etwa 8.200 eine Zulassung zur Kassenbehandlung. Sie konkurrierten mit 17.378 nichtakademischen Dentisten, von denen rund 8.800 ebenfalls im Besitz einer Kassenzulassung waren. Es gab also verhältnismäßig viele Zahnbehandler, aber zunehmend prekäre wirtschaftliche Verhältnisse. Der Anteil der zahnärztlichen Privatliquidation war durch die Krise stark rückläufig, und so wurde die Kassenbehandlung zur hauptsächlichen Erwerbsquelle. Folgt man den zeitgenössischen Quellen, so war die Privatliquidation im Jahr 1931 binnen 4 bis 6 Monaten um 85% zurückgegangen, während die Einbußen bei der Kassenbehandlung lediglich bei 17 bis 30% lagen.

Wie stark die Einschnitte waren, zeigt z.B. die Tatsache, dass über 16% der preußischen Zahnärzte keinen Kammerbeitrag entrichten mussten, weil ihr Jahreseinkommen unter den hierfür maßgeblichen Richtwert von 3.000 Reichsmark gefallen war. Diese Daten dokumentieren, dass sich viele Zahnärzte in den letzten Jahren der Weimarer Republik in ihrer Existenz bedroht sahen – und dass sie in den Dentisten eine zahlenmäßig überlegene Konkurrenz vorfanden.

Welche Gründe gab es für die (lange unbekannte) besondere Verstrickung von Zahnärzten und ihr Engagement in NS-Organisationen?

Es gab verschiedene Gründe. Zukunftsängste spielten Anfang der 1930er Jahre sicherlich eine wichtige Rolle: Zum Ersten mussten die Zahnärzte mit den Dentisten konkurrieren, die immer häufiger ebenfalls zur Kassenbehandlung zugelassen wurden und günstigere Dienste anboten. Zum Zweiten war die Zahl von Studierenden der Zahnheilkunde nach der Einführung des zahnärztlichen Promotionsrechts (1919) so stark gestiegen, dass die Angst vor einer Zahnärzteschwemme und weiteren Einkommenseinbußen umging. Zum Dritten hatten die Krankenkassen vermehrt eigene Zahnkliniken etabliert, sodass der Teil der Kassenpatienten, die in der freien Praxis behandelt werden konnten, sukzessive abnahm – sehr zum Ärger der Zahnärzte. Zum Vierten hatte die allgemeine Wirtschaftskrise zu empfindlichen Einschnitten im staatlichen Sozialetat geführt, welche insbesondere die bis dahin zunehmend bedeutsame, durchaus lukrative Schulzahnpflege betrafen und somit ebenfalls den Blick in die Zukunft trübten.

Die schlechte wirtschaftliche Situation in der ausgehenden Weimarer Republik liefert somit eine wichtige Erklärung für die Tatsache, dass im Jahr 1933 – dem Jahr von Hitlers sogenannter Machtergreifung – bereits 12% der insgesamt 10.885 registrierten Zahnärzte der „Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei" (NSDAP) angehörten. Mindestens 74 von ihnen erhielten in der Folge das Goldene Parteiabzeichen, was „besondere" Verdienste um die NSDAP bzw. eine Mitgliedsnummer unter 100.000 und eine ununterbrochene Parteimitgliedschaft seit 1925 zur Voraussetzung hatte. Zum Vergleich: In der Ärzteschaft betrug der Anteil der NSDAP-Mitglieder kurz vor Hitlers Machtübernahme dagegen „nur" 7%. Dieser Befund ist umso bemerkenswerter, als die Ärzte bislang als diejenige akademische Berufsgruppe galten, die bis zum Ende des „Dritten Reiches" mit rund 45% mit den höchsten Anteil an NSDAP-Mitgliedern aufwies. Wie wir mittlerweile wissen, bewegte sich die Parteiquote unter Zahnärzten in einem ähnlich hohen Bereich. Bei den

rund 300 Hochschullehrern der Zahnheilkunde lag sie sogar unseren Berechnungen zufolge deutlich über 60%. Nicht wenige Zahnärzte sympathisierten mit der von den Nationalsozialisten propagierten ständisch gegliederten Volksgemeinschaft; zudem teilten sie die Kritik der Nationalsozialisten an den Krankenkassen und hier insbesondere an den Kassenkliniken. Auch antisemitische Tendenzen waren innerhalb der Zahnärzteschaft bereits deutlich vor 1933 auszumachen, und schließlich schmeichelte es vielen Zahnärzten, dass die Nationalsozialisten ihnen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung ihrer politischen Ideen – namentlich bei der „Gesundheitserziehung" des „deutschen Volkskörpers" – zudachten. Man erhoffte sich hierdurch einen deutlichen Prestigegewinn.
Kurzum: Ein nicht unerheblicher Teil der Zahnärzte verband mit dem Machtwechsel 1933 die Perspektive auf einen Aufschwung und die Lösung vieler beruflicher Probleme. Hinzu kam, dass sich die Zahnärzte mit den Dentisten in einer Konkurrenzsituation befanden: Beide Berufsgruppen erhofften sich die Unterstützung der neuen Machthaber, ihre Standesführungen dienten sich dementsprechend dem NS-Regime an, was zu einer Art „Überbietungswettbewerb" führte und eine weitere Erklärung liefert für die Frage, warum sich so viele Zahnärzte der NSDAP anschlossen.

Welche Rolle spielten die Zahnmediziner als Täter?

Wie bereits erwähnt, hatten die Zahnärzte zusammen mit den Ärzten die höchste NSDAP-Mitgliederquote aller Berufsgruppen. Sie trugen somit ganz wesentlich dazu bei, das NS-Regime hoffähig zu machen. Viele beteiligten sich als NS-Propagandisten, -Presseleiter, -Dozentenführer oder -Vertrauensmänner bzw. bekleideten Ämter in der Partei oder in anderen NS-Organisationen. Auf diese Weise wurden sie gewissermaßen zu Tätern.
Darüber hinaus konnten wir mehr als 300 Zahnärzte als Mitglieder der Waffen-SS ausmachen. Die Waffen-SS verstand sich als Elitetruppe unter den nationalsozialistischen Organisationen; ihre Mitglieder waren wegen ihrer Gewaltbereitschaft und Verbrechen besonders gefürchtet – nicht nur beim Kriegsgegner, sondern auch in Teilen der Zivilbevölkerung. Auch sie stützten das Regime maßgeblich.
Aus dem Kreis der Waffen-SS-Männer rekrutierten sich wiederum die KZ-Zahnärzte. Wir gehen mittlerweile von ca. 100 Zahnärzten in den KZs aus. Diese hatten mehrere Aufgaben: Zum Ersten waren sie für die Behandlung der Häftlinge bzw. des KZ-Personals zuständig. Hierbei fielen einige Zahnärzte durch sadistische und verbrecherische Verhaltensweisen gegenüber Häftlingen auf – bis hin zum Mord. Zum Zweiten waren die KZ-Zahnärzte für die Entfernung des Zahngolds der getöteten Häftlinge verantwortlich; neben dem eigentlichen Tatbestand dieses „Zahngoldraubes" kam es zu Fällen, in denen das den Leichen entnommene Zahngold unterschlagen, d.h. für persönliche Zwecke genutzt und nicht oder nur teilweise abgeführt wurde. Einzelne KZ-Zahnärzte waren zum Dritten durch die gezielte „routinemäßige" Selektion von Menschen für die Gaskammern unmittelbar in den Vernichtungsprozess involviert. Zudem waren einzelne Zahnärzte in Menschenversuche in den KZs eingebunden.
Außerdem waren Zahnärzte und Kieferchirurgen in die Zwangssterilisationen von Patienten mit LKG-Spalten verstrickt. Schließlich beschäftigten Zahnärzte in noch nicht bekanntem Ausmaß in ihren Praxen und Privathaushalten Zwangsarbeiter.
Eine besonders exponierte Gruppe bildeten diejenigen Zahnbehandler, die nach dem Zweiten Weltkrieg als Kriegsverbrecher angeklagt wurden: Wir konnten insgesamt 48 derartige Kriegsverbrecher ausmachen – die allermeisten waren bislang nicht bekannt. Von diesen wurden 15 zum Tode verurteilt, zumeist wegen Kapitalverbrechen.

Wie erging es den Zahnärzten, die Opfer des NS-Regimes waren?

Aufgrund des „Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums" vom 7. April 1933 kam es zu einer ersten Entlassungswelle von „nichtarischen" und politisch missliebigen beamteten Zahnärzten an den Universitäten, Kliniken und sonstigen staatlichen Institutionen. Gemäß einer Verordnung vom 2. Juni 1933 und Folgebestimmungen wurde dann den betroffenen Zahnbehandlern nach und nach die Kassenzulassung entzogen und zugleich eine Neuzulassung verhindert. ▸▸

Zahnärztliche Mitteilungen
Organ und Eigentum des Reichsverbandes der Zahnärzte Deutschlands e. V.
Amtsblatt der Zahnärztekammer für Preußen" • „Schulzahnpflege"
„Neues Volk" Blätter des Aufklärungsamtes für Bevölkerungspolitik und Rassenpflege
14. Jahrgang. Berlin, den 19. November 1933. Nummer 47.
Zum Wahlerfolg am 12. November.
Die deutsche Zahnärzteschaft ist stolz darauf, auch ihrerseits im Rahmen der großen Volksgemeinschaft an dem überwältigenden Sieg des Führers mitgewirkt zu haben.
Wir freuen uns, daß es dem Volkskanzler nunmehr nach 15jährigem zähen Kampf gelungen ist, das ganze Volk in allen seinen Schichten zu einen und von der Richtigkeit seines Weges zu überzeugen.
Aufrichtigen Herzens, erfüllt von grenzenloser Dankbarkeit, beglückwünschen wir unseren Führer an diesem Tage seines schönsten Sieges.

Foto: Wikipedia/Panynia

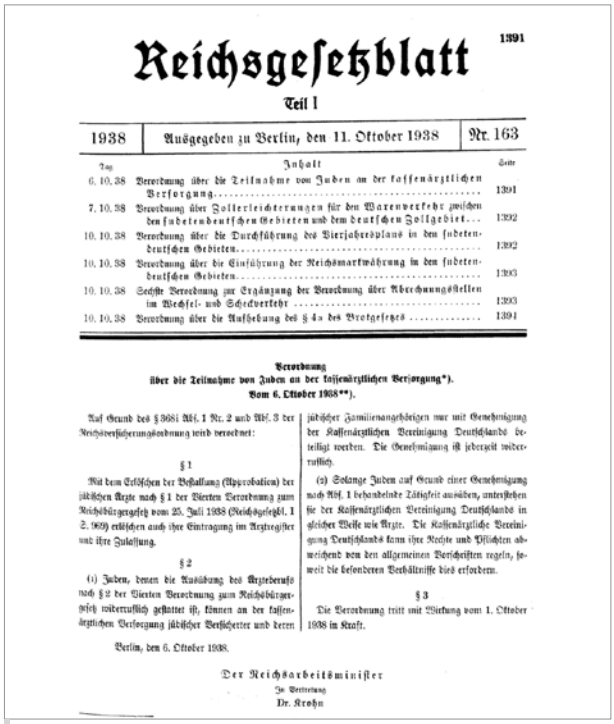
Gratulation des zahnärztlichen Berufsstands zur Wahl Adolf Hitlers am 12. November 1933

Mit der Zeit wurden die Restriktionen gegen jüdische Zahnärzte immer schärfer, wie sich an folgenden Zahlen ablesen lässt: Am 1. Januar 1934 befanden sich bei insgesamt 11.332 Zahnärzten noch 1.064 Juden in Deutschland, die zum größten Teil noch eine Zulassung zur Kassenpraxis besaßen. Allerdings waren zu diesem Zeitpunkt schon ca. 100 jüdische Zahnärzte aus politischen Gründen emigriert, sodass der Anteil der jüdischen Behandler an der Zahnärzteschaft 1933 vor dem Machtwechsel bei rund 10% gelegen hatte. Am 1. Januar 1938 gab es demgegenüber im gesamten Reichsgebiet nur noch 579 jüdische Zahnärzte, und bis zum 1. Januar 1939 war ihre Zahl auf 372 zurückgegangen, wobei nur noch 250 eine Kassenzulassung besaßen. Zu diesem Zeitpunkt war die Gesamtzahl der Zahnärzte indessen auf 15.006 angewachsen; demnach war der Anteil der Juden unter den zugelassenen Kassenzahnärzten auf 1,6% gefallen. Infolge der „Achten Verordnung zum Reichsbürgergesetz" vom 17. Januar 1939 wurde schließlich allen jüdischen Zahnärzten die Approbation entzogen.

Nur sehr wenige Zahnärzte wandten sich gegen die Entrechtung der jüdischen Kollegen. Schließlich wurde die Arbeitsmarktlage für die verbliebenen „arischen" Zahnärzte bis zum Vorabend des Zweiten Weltkrieges deutlich besser: War das Durchschnittseinkommen der Zahnärzte von 1929 bis 1933 noch von 8.393 auf 5.716 RM gefallen, so lag es 1934 wieder bei 6.361 RM und 1938 dann bei 9.181 RM. Viele der vakant gewordenen Praxen der jüdischen Kollegen wurden (häufig zu sehr günstigen finanziellen Konditionen) von „arischen" Zahnärzten „übernommen": sie wurden, wie es hieß, „arisiert". So wurden hunderte von Zahnärzten zu persönlichen Nutznießern einer ausgrenzenden NS-Politik. In vielen Fällen blieb es auf Seiten der jüdischen Zahnärzte nicht bei der Entlassung, dem Verlust der Kassenzulassung, der Enteignung und dem Approbationsentzug. Etliche sahen sich ihrer gesamten Lebensgrundlage beraubt und zur Emigration gezwungen oder wurden gar deportiert bzw. getötet.

Einzelne Zahnärzte schlossen sich der Opposition an. Zu den bekanntesten gehören Ewald Fabian (1885–1944), der bis 1933 als Schriftführer des „Vereins sozialistischer Ärzte" und Herausgeber der Zeitschrift „Der sozialistische Arzt" fungierte, bevor er nach Prag floh und dort das „Internationale ärztliche Bulletin" aufbaute. Weitere Beispiele liefern Helmut Himpel (1907–1943), der dem Kreis der oppositionellen „Roten Kapelle" zuzurechnen war, und Paul Rentsch (1898–1944), der als Widerstandskämpfer der „Gruppe Europäische Union" hervortrat. Fabian starb in New York eines frühen, aber natürlichen Todes; Himpel und Rentsch wurden von den Nationalsozialisten verhaftet, abgeurteilt und hingerichtet.

Foto: Reichsgesetzblatt



1391

Reichsgesetzblatt

Teil I

1938	Ausgegeben zu Berlin, den 11. Oktober 1938	Nr. 163

Tag	Inhalt	Seite
6. 10. 38	Verordnung über die Teilnahme von Juden an der kassenärztlichen Versorgung	1391
7. 10. 38	Verordnung über Zollerleichterungen für den Warenverkehr zwischen den sudetendeutschen Gebieten und dem deutschen Zollgebiet	1392
10. 10. 38	Verordnung über die Durchführung des Vierjahresplans in den sudetendeutschen Gebieten	1392
10. 10. 38	Verordnung über die Einführung der Reichsmarkwährung in den sudetendeutschen Gebieten	1393
10. 10. 38	Sechste Verordnung zur Ergänzung der Verordnung über Abrechnungsstellen im Wechsel- und Scheckverkehr	1393
10. 10. 38	Verordnung über die Aufhebung des § 4a des Brotgesetzes	1394

Verordnung
über die Teilnahme von Juden an der kassenärztlichen Versorgung*).
Vom 6. Oktober 1938**).

Auf Grund des § 368i Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung wird verordnet:

§ 1

Mit dem Erlöschen der Bestallung (Approbation) der jüdischen Ärzte nach § 1 der Vierten Verordnung zum Reichsbürgergesetz vom 25. Juli 1938 (Reichsgesetzbl. I S. 969) erlöschen auch ihre Eintragung im Ärzteregister und ihre Zulassung.

§ 2

(1) Juden, denen die Ausübung des Ärzteberufs nach § 2 der Vierten Verordnung zum Reichsbürgergesetz widerruflich gestattet ist, können an der kassenärztlichen Versorgung jüdischer Versicherter und deren jüdischer Familienangehörigen nur mit Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands beteiligt werden. Die Genehmigung ist jederzeit widerruflich.

(2) Solange Juden auf Grund einer Genehmigung nach Abs. 1 behandelnde Tätigkeit ausüben, unterstehen sie der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands in gleicher Weise wie Ärzte. Die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands kann ihre Rechte und Pflichten abweichend von den allgemeinen Vorschriften regeln, soweit die besonderen Verhältnisse dies erfordern.

§ 3

Die Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Oktober 1938 in Kraft.

Berlin, den 6. Oktober 1938.

Der Reichsarbeitsminister
In Vertretung
Dr. Krohn

Verordnung über die Teilnahme von Juden an der kassenärztlichen Versorgung vom 6. Oktober 1938.

Wie entstand der „Mythos", Zahnärzte seien wenig beteiligt gewesen?

Man ging vom „harmlos" erscheinenden Tätigkeitsbereich der Zahnärzte aus: Während etwa die Psychiater oder die Chirurgen in offensichtlicher Weise in die Verbrechen der NS-„Euthanasie" oder der Zwangssterilisationen verstrickt waren, schien der Verantwortungsbereich der Zahnärzte nur die Zahngesundheit zu umfassen; hier ging es, so die Annahme, weder um Leben und Tod noch um Zwangsmaßnahmen. Und tatsächlich befand sich unter den Angeklagten der öffentlich am meisten diskutierten Nürnberger Prozesse mit Hermann Pook (1901–1983) ja auch nur ein einziger Zahnarzt.

Also sah man lange keinen Grund, die NS-Vergangenheit des Berufsstandes zu durchleuchten. Mein Fach – die universitäre Medizingeschichte – hatte daran übrigens wesentlichen Anteil: Die Fachhistoriker widmeten sich erst seit den 1980er Jahren in nennenswertem Umfang der Aufarbeitung der „NS-Medizin" – und auch dann standen die Zahnheilkunde und ihre Vertreter erst einmal nicht im Fokus. Es waren tatsächlich praktische Zahnärzte wie Wolfgang Kirchhoff und Norbert Guggenbichler, die in den 1980er Jahren erste Arbeiten zum Thema beisteuerten – doch diese fanden lange nur wenig Gehör.

Gibt es bemerkenswerte Entwicklungen in Niedersachsen?

Auf jeden Fall. Da fällt mir als erstes die Universität Göttingen ein: Es gab im „Dritten Reich" insgesamt vier zahnärztliche Hochschullehrer, die am 11. November 1933 das öffentliche

„Bekenntnis der deutschen Professoren zu Adolf Hitler“ unterschrieben – und gleich zwei dieser vier kamen aus Göttingen: Hans Hermann Rebel (1889-1967), von 1924 bis 1947 Direktor der Göttinger Universitätszahnklinik, und Edwin Hauberrisser (1882-1964), der 1933 in Göttingen den erster Lehrauftrag für „Kiefer-Gesichtschirurgie“ in Deutschland erhielt.
Zuvor hatten beide bereits an der im April 1933 veröffentlichten „Gegenerklärung“ von 42 Göttinger Hochschullehrern zur Rücktrittserklärung des jüdischen Physikers James Franck (1882-1964) mitgewirkt: Franck war aus Protest gegen die ausgrenzende NS-Politik zurückgetreten und die 42 Dozenten diffamierten Francks Verzweiflungstat daraufhin als „Sabotageakt“, und äußerten die Hoffnung, „dass die Regierung die notwendigen Reinigungsmaßnahmen daher beschleunigt durchführen wird“. Haubberrisser trat auch in der Folgezeit als glühender Nationalsozialist hervor, während Rebel später politisch eher kritisch beäugt wurde, obwohl auch er bereits 1933 einen Antrag auf Aufnahme in die NSDAP gestellt hatte.
Nach 1945 wurde in Göttingen übrigens erneut ein früherer Nationalsozialist berufen: Wilhelm Meyer (1896-1982) wurde 1948 Direktor des Zahnärztlichen Instituts in Göttingen. Er war SS-Mitglied und dort bis zum SS-Hauptsturmführer (November 1942) aufgestiegen. Auch der NSDAP gehörte er an. Er wurde mit dem „Julleuchter“ ausgezeichnet: Letzterer symbolisierte die Legitimation des nationalsozialistischen Herrschaftsanspruchs und war Teil des SS-spezifischen neuheidnischen Brauchtums. In einer politischen Beurteilung um das Jahr 1938 wurde Meyer folgendermaßen beschrieben: „1. Charakter: fast zu entschlossen, 2. Wille: energisch, 3. […] Nationalsozialistische Weltanschauung: gefestigt […]“. Meyer prägte die Geschicke der Göttinger Zahnklinik bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1968.
Auch unter den niedergelassenen Zahnärzten gab es prägnante Fälle wie der des Hannoveraners Willi Schatz (1905-1985). Der Zahnarztsohn studierte an der Universität Göttingen, trat 1933 der NSDAP und der SA bei und praktizierte bis 1940 in Hannover. Anfang der 1940er Jahre schloss er sich der Waffen-SS an, wo er bis zum SS-Obersturmführer arrivierte. Er war u.a. als SS-Lagerzahnarzt im KZ Auschwitz und später im KZ Neuengamme tätig. Nach kurzer britischer Kriegsgefangenschaft konnte er im Februar 1946 in die eigene Praxis in Hannover zurückkehren. 1948 wurde er in einem Gerichtsverfahren in Bielefeld u.a. beschuldigt, in die tödlichen Selektionen der Juden in den Konzentrationslagern involviert gewesen zu sein; es kam jedoch zu einer Verfahrenseinstellung. Anfang der 1960er Jahre wurde er dann im Ersten Auschwitz-Prozess in Frankfurt erneut angeklagt, Selektionen vorgenommen zu haben. Schatz bestritt dies und wurde im August 1965 aus Mangel an Beweisen freigesprochen – zu Unrecht, wie wir heute wissen: Seine Beteiligung an den Selektionen

Foto: Wikipedia

Zahnärztlicher Behandlungsstuhl mit Doriotgestänge und Fußantrieb, etwa 1940

in Auschwitz konnte 2006 durch Fotos im sogenannten „Höcker-Album“ nachgewiesen werden. Schatz kam jedoch ungeschoren davon und konnte seine Zahnarztpraxis in Hannover bis zum Tod im Februar 1985 weiterführen.
Gegenbeispiele sind schon schwerer zu finden: Der Göttinger Ferdinand Lehm (1887-1958) wirkte zu Beginn des „Dritten Reiches“ als Vertreter der Provinz Hannover im Vorstand der Preußischen Zahnärztekammer. Er wurde jedoch bereits nach kurzer Zeit „von den Nazis seines Amts enthoben, da er sich ihnen nicht anschließen wollte“, wie es 1947 in der „Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift“ hieß. Allerdings stimmte diese Behauptung nicht ganz: Archivakten belegen, dass Lehm sogar einen Antrag auf Aufnahme in die NSDAP gestellt hatte. Dieser war allerdings abgelehnt worden, weil man in ihm einen Anhänger der verpönten Freimaurer sah – und so geriet Lehm eher ungewollt in Distanz zum NS-Regime. Nach Kriegsende wurde er Leiter der zahnärztlichen Bezirksgruppe Göttingen, engagierte sich im Interzonenausschuss der Zahnärzte und wurde 1952 Leiter des „Sozialen Hilfswerk der Deutschen Zahnärzte“.

Welche weiteren Aspekte des Themas müssen noch erforscht werden?

Wir wissen noch sehr wenig über das tatsächliche Ausmaß der Zwangssterilisierungen von LKG-Patienten und der von Zahnärzten beschäftigten Zwangsarbeiter. Auch über die zwangsemigrierten Zahnärzte liegen uns nur bruchstückhafte Ergebnisse vor.
Interessant wären auch sogenannte Netzwerkanalysen: Wer arbeitete im „Dritten Reich“ mit wem zusammen, wo bildeten sich Allianzen, auf welchem Weg und in welchem Ausmaß erfolgten nach 1945 heimliche Absprachen von NS-Tätern, um sich „reinzuwaschen“ etc. ■

Ist der Begriff somatoforme Prothesenunverträglichkeit noch zeitgemäß?

PD Dr. Anne Wolowski, Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien, Westfälische Wilhelms-Universität, Universitätsklinikum Münster – Zentrum ZMK, Münster

Interaktive -Fortbildung NZB

Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten?

Patienten mit persistierenden diffusen Beschwerden können das zahnärztliche Team in hohem Maße belasten. Durch den Leidensdruck der Betroffenen ist das Risiko groß, dass alle Beteiligten in einen diagnostischen und therapeutischen Amoklauf geraten. Der Beitrag soll im Sinne eines narrativen Reviews, ausgehend von bisher bekannten Diagnosen und auf Basis einer praxisorientierten selektiven Literaturauswahl, einen Überblick über aktuelle Erkenntnisse geben, diese einordnen und Empfehlungen für eine Differenzierung und strukturierte Vorgehensweise aufzeigen.

Einleitung: Das Krankheitsbild der „somatoformen Prothesenunverträglichkeit" umfasste bisher ein breites Spektrum an Betroffenen mit diffusen Beschwerdebildern.

Material und Methoden: Mittlerweile sind neue zahnmedizinische Krankheitsbilder beschrieben, sodass eine Differenzierung möglich ist. Zu nennen sind diesbezüglich das Mundschleimhautbrennen/Burning-Mouth-Syndrome (BMS), die atypische Odontalgie (persistierender [idiopathischer] dentoalveolärer Schmerz) und die okklusale Dysästhesie. Diese Krankheitsbilder lassen sich einordnen unter die 2015 neu eingeführte Diagnose der „somatischen Belastungsstörung", welche gekennzeichnet ist durch eine mehr als 6-monatige Beschwerdedauer, der intensiven Beschäftigung der Betroffenen mit den Beschwerden und einer deutlich eingeschränkten Alltagskompetenz. Die bisherige Diagnose der somatoformen Prothesenunverträglichkeit kann als eine Untergruppe zahnmedizinisch-spezifischer Erkrankungen im Sinne einer somatischen Belastungsstörung verstanden werden.

Foto: A. Wolowski

PD DR. ANNE WOLOWSKI
Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien
Westfälische Wilhelms-Universität
Universitätsklinikum Münster – Zentrum ZMK
Albert-Schweitzer-Campus 1/W30
48149 Münster
wolowsk@uni-muenster.de

Schlussfolgerung: Aufgrund der bisher vorliegenden klinischen Erfahrung darf man davon ausgehen, dass diese Diagnose zukünftig insbesondere auf Patienten zutreffen wird, die in der Regel mit Zahnersatz (festsitzend und/oder herausnehmbar) objektiv gut versorgt sind, jedoch damit Schwierigkeiten haben und im Sinne einer somatischen Belastung dadurch auffällig werden. Eine für alle Krankheitsbilder notwendige strukturierte Vorgehensweise im Sinne der initialen und erweiterten Grundversorgung beschreibt die S3 AWMF-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden".

Rückblick

Bereits 1921 beschrieben Moral und Ahnemann [33] in einer Abhandlung über Grenzfälle den Krankheitsverlauf einer 50-jährigen Patientin, die über Zungenschmerzen klagte: „Ihre Darstellung hat den Anschein der Unklarheit, der Verschwommenheit, des Sprunghaften … Zeigten sich einmal die Schmerzen auf der rechten Zungenseite, traten sie bei der Untersuchung der anderen Zungenseite [...] plötzlich auch hier auf [...], sodass der Schmerz also mit Leichtigkeit von einem Nervengebiet in das andere [...] hinüber geleitet werden kann." Für die beklagten Beschwerden fanden die Autoren klinisch keine therapiebedürftigen Auffälligkeiten. Die Prothesen bezeichneten sie kunstgerecht gearbeitet und gut okkludierend, der Karenztest war negativ in dem Sinne, dass die Patientin auch ohne integrierten Zahnersatz über gleiche Beschwerden klagte. Die Autoren betonen in diesem Zusammenhang die Nutzlosigkeit und vor allem Schädlichkeit unzähliger Behandlungsversuche, die in der Regel eine Chronifizierung zur Folge haben. Der Wunsch, den gequälten Patienten

zu helfen, führt ihrer Meinung nach zu therapeutischen Irrtümern und Missgriffen. Einer gezielten somatischen Ausschlussdiagnostik, gegebenenfalls interdisziplinär, messen sie große Bedeutung bei. Sie sehen es keineswegs als Aufgabe des Zahnarztes an, die – wie sie sie bezeichnen – Hysterie zu behandeln, wohl aber eine notwendige zahnärztliche Behandlung vorzunehmen. Auf die Schwierigkeiten der Diagnosestellung bei dem mannigfaltigen und facettenreichen Krankheitsbild weisen sie insbesondere vor dem Hintergrund der Tatsache hin, dass für rein zahnärztliche Routinemaßnahmen in der Regel eine „… oberflächige Aufnahme der Anamnese genügt", womit die von ihnen dargestellten Grenzfälle zumeist jedoch nicht erkennbar sind. Das Krankheitsbild der „Hysterie", welches nach Moral und Ahnemann „… auf einer Störung der normalen Beziehung zwischen den Vorgängen unseres Bewusstseins und unserer Körperlichkeit beruht" und für welches sie als Grundbedingung festhalten, „… dass die Hysterie eine Erkrankung der Seelenfunktion ist und dass hier die Behandlung einzusetzen hat …", wurde 1859 bereits von dem französischen Arzt Briquet [5] in seinem Werk „Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie" beschrieben. Ähnlich wie Moral und Ahnemann [33] mithilfe von Fallbeispielen das Krankheitsgeschehen zu analysieren versuchen, findet man auch bei ihm eine deskriptive Vorgehensweise. Er listet eine Vielzahl von körperlichen und seelischen Symptomen auf, die bei „hysterisch" Kranken in Form eines hervortretenden Leitsymptoms oder in Kombination mehrerer Beschwerden, möglicherweise im Wechsel mit unterschiedlicher Gewichtung und Intensität, auftreten. Die Arbeiten von Briquet wurden in der Folgezeit von vielen Autoren aufgegriffen. Im Wesentlichen unter Mitwirkung von Guze [17–19] wurde der Versuch unternommen, seine Beobachtungen zu systematisieren. Mit Einführung des DSM-III im Jahre 1980 [3] wurde das Briquet-Syndrom als Gerüst des Prototyps der Somatisierungsstörung erstmals als eigenständige Kategorie in ein klinisch verbindliches Klassifikationssystem aufgenommen.

Müller-Fahlbusch und Marxkors [30] prägten den Begriff der „psychogenen Prothesenunverträglichkeit", eine Bezeichnung, die Peterhans [36] bereits 1948 verwendet hatte. Müller-Fahlbusch und Marxkors verstehen auf Basis eines im Jahre 1976 durchgeführten interdisziplinären Forschungsprojektes [39] darunter, „Beschwerden, die nicht ins Bild der jeweiligen Befundsituation passen. Die Beschwerden sind mehr allgemeiner Art, wenig griffig und lassen keine oder zumindest keine direkten Schlüsse auf einen Mangel der prothetischen Arbeit zu" [31, 34]. Während Marxkors den Begriff im prothetischen Kontext sah, erweiterte Müller-Fahlbusch diese Sichtweise um psychiatrische Aspekte. Im Rahmen der interdisziplinären Studie diagnostizierte er bei 57% der wegen psychogener Prothesenunverträglichkeit betreuten Patienten eine phasische und chronische Depression, bei 21% eine abnorme Persönlichkeitsstörung, bei 19% eine abnorme Erlebnisreaktion. Etwa 3% der Patienten ordnete er in die Gruppe der Schizophrenien ein. Erst im weiteren Verlauf der Zusammenarbeit entwickelte sich eine Sichtweise im Sinne der psychosomatischen Diagnostik, welche vor allem Ausdruck fand in jenem von Müller-Fahlbusch [34] zusammengestellten Katalog von 5 diagnostischen Kriterien zur Erkennung psychosomatisch auffälliger Patienten (Tab. 1). Müller-Fahlbusch misst dem Behandlungszeitpunkt einer möglicherweise notwendigen somatischen Therapie eine besondere Bedeutung bei und zeigt Empfehlungen auf, wie mit diesen Patienten umzugehen ist. So empfiehlt er ebenso wie Haneke [20] die Verordnung von Psychopharmaka, in der Regel Antidepressiva. Balters [4] rät zu einer psychologischen Betreuung der Erkrankten, die ihnen helfen soll, den Zahnverlust ins Positive zu kehren. Marxkors [31] warnt im Umgang mit schwierigen Patienten vor Überrumpelungen und davor, Behandlungen entgegen besserer Einsicht seitens des Zahnarztes über ein vertretbares Maß hinaus auszudehnen, nur weil dieses vom Patienten so gewünscht wird. Andere Autoren [8, 48] empfehlen bei mit „Psychose behafteten Patienten" zuerst feste Konstruktionen in Erwägung zu ziehen. Einig sind sich alle Autoren hinsichtlich einer dringend erforderlichen interdisziplinären Zusammenarbeit.

Diagnostische Kriterien einer psychogenen Prothesenunverträglichkeit nach Müller-Fahlbusch	
1	Diskrepanz zwischen Beschreibung der Beschwerden und anatomischen Grenzen
2	Diskrepanz zwischen Chronologie der Beschwerden und den uns aus klinischer Erfahrung bekannten Verläufen
3	Ex non juvantibus (eine normalerweise hilfreiche Behandlung führt nicht zum Erfolg)
4	Ungewöhnliche Mitbeteiligung des Patienten am Krankheitsgeschehen
5	Koinzidenz von biografisch-situativen Ereignissen und Beginn der Beschwerden

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für das Vorliegen einer psychogenen Prothesenunverträglichkeit nach Müller-Fahlbusch [34]

2008 wurde die Bezeichnung „psychogene Prothesenunverträglichkeit" durch den Begriff der „somatoformen Prothesenunverträglichkeit" [13] ersetzt. Damit erfolgte die seit Längerem notwendige Anpassung an die in der Allgemeinmedizin gebräuchliche Nomenklatur [12]. Neben dem Burning-Mouth-Syndrom, der somatoformen Schmerzstörung und der körperdysmorphen Störung (als Sonderform) stellt die somatoforme Prothesenunverträglichkeit eine für die Zahnmedizin relevante Untergruppe der somatoformen Störung dar: „Das Charakteristikum der somatoformen Störung ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ereignisse und Versicherungen der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Ist aber irgendeine Organpathologie vor- ▸▸

Kriterium A	**Somatische(s) Symptom(e)**	
	Belastend Zu Störungen des Alltagslebens führend	
Kriterium B	**Psychologische Merkmale bezogen auf körperliche(s) Symptom(e)**	
	Übertriebene und anhaltende Gedanken über die Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome	Kognitive Dimension
	Anhaltend stark ausgeprägte Ängste bezogen auf die Gesundheit oder die Symptome	Emotionale Dimension
	Exzessiver Aufwand an Zeit und Energie. die für die Symptome aufgebracht werden	Verhaltensdimension
Kriterium C	**Symptombelastung länger als 6 Monate**	

Tabelle 2: Somatische Belastungsstörung: Für die Diagnose nach DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual für Psychische Störungen) müssen die Kriterien A. B (mindestens 1 von 3 psychologischen Dimensionen) und C erfüllt sein [11. 25].

handen, dann erklärt sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome oder das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten." Mit dieser Einordnung des Krankheitsbildes der „somatoformen Prothesenunverträglichkeit" erhält das erste Kriterium nach Müller-Fahlbusch eine deutlich erweiterte Dimension. Während Müller-Fahlbusch die Diskrepanz auf anatomische Strukturen bezog – „ohne Anatomie geht auch in der ärztlichen Psychologie und Psychosomatik gar nichts" [34] –, wird mit der Einbeziehung somatischer Befunde gefordert, dass die Beschwerden im Kontext möglicher, auch pathologischer Befunde hinsichtlich ihrer Art, Ausdehnung und Intensität bewertet werden müssen, um eine dann gegebenenfalls vorliegende Diskrepanz zu geklagten Beschwerden aufdecken zu können.

Merkmale einer „somatoformen Prothesenunverträglichkeit"

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob der Begriff der somatoformen Prothesenunverträglichkeit heute noch ausreichend präzise diese Patientengruppe zusammenfasst oder ob es mittlerweile weitere Klassifikationen/Einteilungen gibt, die eine genauere Unterscheidung und damit auch gezieltere behandlerische Optionen erlauben. Belastbare Zahlen, wer typischerweise von diesem Krankheitsbild betroffen ist, gibt es kaum. Studien [32, 39] konnten nachweisen, dass Frauen im Alter zwischen 60 und 70 Jahren etwa 5-mal häufiger eine dafür spezialisierte Sprechstunde aufsuchen. Die von den Betroffenen geklagten Leitsymptome sind Schmerz, Mundschleimhautbrennen und Gewöhnungsstörungen (zumeist bezogen auf Zahnersatz und häufig speziell bezogen auf Zubissschwierigkeiten). Diese Symptome können lokalisiert auftreten oder auch weit über die Mundhöhle hinaus ausstrahlen. Sie werden dem Krankheitsverständnis der Betroffenen folgend ursächlich ausschließlich mit dem Mundbereich in Zusammenhang gebracht. In der Regel bestehen die Beschwerden länger als 6 Monate. Der Weg der Patienten auf der Suche nach Entlastung ist gekennzeichnet von unzähligen diagnostischen Prozeduren und Therapieversuchen („doctor hopping, doctor shopping"). Es ist nicht selten zu beobachten, dass Betroffene wie auch nahestehende Personen das gesamte Leben dem Diktat der Beschwerden unterwerfen und somit eine deutlich reduzierte Lebensqualität aufweisen. Begleitet werden diese Leitsymptome teils von Klagen über Mundtrockenheit oder Geschmacksirritationen. Die Beschwerden sind im Verlauf hinsichtlich ihrer Intensität individuell unterschiedlich und variabel. Diese Merkmale hinsichtlich Verlauf und Dauer, Krankheitsverständnis bzw. Beschäftigung mit den Beschwerden sind wesentliche Kriterien der neu in die Klassifikationen eingeführten Diagnose der „somatischen Belastungsstörung", welche somit als übergeordnete Kategorie angesehen werden kann.

Somatische Belastungsstörung (SBS)

Unter einer SBS (engl.: Somatic Symptom Disorder, SSD) versteht man eine im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) neu eingeführte Klassifikation [7, 25, 26, 41]. Damit sollen jene ca. 30% Patienten in der Grundversorgung diagnostisch erfasst werden, die sich durch bestehende körperliche Symptome erheblich bis

Symptomliste	
▸ Bauchschmerzen oder Verdauungsbeschwerden	
▸ Rückenschmerzen	
▸ Schmerzen in Armen. Beinen und Gelenken	
▸ Kopfschmerzen	
▸ Schmerzen im Brustbereich oder Kurzatmigkeit	
▸ Schwindel	
▸ Müdigkeit oder Gefühl der Energielosigkeit	
▸ Schlafstörungen	
Schweregrad der somatischen Belastung	
0–3	Keine bis minimal
4–7	Gering
8–11	Mittelgradig
12–15	Hoch
16–32	Sehr hoch

Tabelle 3: Somatische Symptomskala zur Erhebung der somatischen Belastung (SSS 8) [28]. Es wird ein Summenscore von 0 = „gar nicht" bis 4 = „sehr stark" gebildet auf die Beantwortung der Frage „wie stark die Beeinträchtigung durch die genannten Symptome während der vergangenen Woche war".

KRANKHEITSBILD			
Burning-Mouth-Syndrom	Anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz	Atypische Odontalgie	Okklusale Dysästhesie
Diagnosekriterien			
▸ tägliches Brennen/brennender Schmerz oder Dysästhesiegefühl ▸ > 3 Monate ▸ mind. > 2 Stunden täglich	▸ Schmerz nahezu ganztägig ▸ allenfalls geringe Beeinträchtigung des Nachtschlafs	▸ Tagesschmerz. kurz bis lang anhaltend ▸ unbeeinträchtigter Nachtschlaf ▸ > 4 Monate ▸ spontaner Beginn. der (oft) zeitlich verzögert sein kann nach Traumatisierung eines peripheren trigeminalen Nervs (risikoerhöhend ist ein Schmerzerleben während einer solchen Maßnahme)	▸ Wahrnehmung nur im Wachzustand
▸ Frauen ▸ > 50 Jahre ▸ Reduzierte Lebensqualität ▸ Zunahme der Intensität im Tagesverlauf	▸ fluktuierende Intensität ▸ allenfalls noch anfangs anatomisch begrenzte Ausdehnung ▸ „merkwürdiges" Krankheitsverursachungsmodell	▸ diffuse Ausbreitungstendenz ▸ variable Intensität ▸ Schmerzverstärkung durch periphere Reize ▸ Allodynie/Hyperalgesie ▸ unsichere Schmerzausschaltung ▸ ex non iuvantibus	▸ „okklusal fixiertes" Krankheitsmodell ▸ intensive Beschäftigung mit der Störung ▸ Chronifizierungstendenz mit vielen erfolglosen den Regeln der Kunst entsprechenden Okklusionsveränderungen ▸ abwertende Beurteilung von Vorbehandlern ▸ Verherrlichung des aktuellen Behandlers ▸ psychosoziale Belastungen/Beinträchtigung zu Beginn und/oder im Verlauf ▸ weitere körperliche Beschwerden zumeist ohne objektivierbare Ursache und plausiblen Therapieabläufen
▸ keine lokalen/allgemeinmedizinischen und psychischen Ursachen	▸ keine relevanten pathologischen Befunde	▸ fehlende adäquate pathologische Befunde	▸ keine relevanten Störungen der Okklusion
Screening/Untersuchungsbögen (sofern verfügbar)			
	▸ Schmerztagebuch hinsichtlich Modulationsfaktoren. Entlastungsmöglichkeiten und Begleitsymptomatik		▸ Chronifizierung: GCS [43. 45]. ▸ Angst. Depression: HADS [21]; PHQ-4 [27]; DASS [20.34]. ▸ emotionaler Stress: SRRS [1. 22]; ▸ Somatisierung: BL-R/BL-R' [46] ▸ Schmerzlokalisationen: Ganzkörperzeichnung [42] aller bestehenden Schmerzbereiche.
Differenzialdiagnosen (Screening. sofern verfügbar)			
▸ sekundäres Mundschleimhautbrennen	▸ neuropathischer Schmerz (ggf. ausgelöst durch Operationen in der angegebenen Schmerzregion)	▸ dentogene Ursachen	▸ objektivierbare Okklusionsstörung craniomandibuläre Dysfunktion/Bruxismus CMD-Screening https://www.dgfdt.de/documents/266840/3732097/CMD-Screening+DGFDT/cc704187-a983–4eed-893c-614ae3969bd1 ▸ Bruxismus-Screening https://www.dgfdt.de/documents/266840/3732097/Bruxismus+Screening+02_20/8039b42a-9640–47e9-bd9f-0717a3c4d423 ▸ Funktionsstatus https://www.dgfdt.de/documents/266840/406693/Erfassungsformular+Funktionsstatus+2012/1d692d7a-bf94–4509–9035-a091a82d-58f7?version=1.0)
Unterstützende Aufklärung (sofern verfügbar. abrufbar über DGZMK: https://www.zahnmedizinische-patienteninformationen.de/patienteninformationen)			
https://www.zahnmedizinische-patienteninformationen.de/documents/10157/903264/Zungen-und_Schleimhautbrennen/	https://www.zahnmedizinische-patienteninformationen.de/documents/10157/1129556/268572_1567299_Chronischer+Kiefer-+und+Gesichtsschmerz.pdf		https://www.zahnmedizinische-patienteninformationen.de/documents/10165/1430990/PI+Bruxismus-final.pdf https://www.zahnmedizinische-patienteninformationen.de/documets/10157/1129556/268572_1567355_Kiefergelenkschmerz.pdf/

Tabelle 4: Typische Merkmale. Screeningmöglichkeiten. Differenzialdiagnosen und Aufklärungshilfen bei diffus erscheinenden Krankheitsbildern im orofazialen Bereich

stark belastet und im Alltag aufgrund dieser Beschwerden eingeschränkt fühlen. Zur Stellung dieser Diagnose ist es unerheblich, ob die in Tabelle 2 genannten Merkmale durch eine somatische und/oder psychische Ursache ausgelöst wurden. Der Schweregrad der Belastung wird in der allgemeinen Medizin über eine 8 Symptome umfassende Skala (SSS 8) mit entsprechenden Punktwerten bestimmt [16, 28] (Tab. 3).

Typische zahnmedizinische Symptome werden bisher im SSS 8 nicht erfasst. Zur Einschätzung einer möglicherweise grundsätzlich bestehenden Problematik kann diese Symptomskala im Kontext allgemeinmedizinischer Fragen jedoch durchaus auch in einer zahnärztlichen Sprechstunde abgefragt werden. Damit besteht die Chance, in diese Richtung weisende Tendenzen und damit die Gefahr einer Ausweitung auf den Kiefer-Gesichtsbereich durch gegebenenfalls notwendige zahnmedizinische Maßnahmen frühzeitig zu erkennen und entsprechend darüber aufzuklären. In Abhängigkeit von der Schwere der Störung muss entschieden werden, ob eine „Risikoaufklärung" durch den Zahnarzt ausreichend ist oder ein interdisziplinärer Ansatz verfolgt werden sollte. Für eine solche Entscheidung kann es hilfreich sein, relevante zahnmedizinische Krankheitsbilder zu differenzieren. Die Notwendigkeit dieser Differenzierung ergibt sich auch daraus, dass ein interdisziplinäres Setting mitbehandelnder „Nichtzahnmediziner" eindeutige Angaben zum zahnmedizinischen Kontext benötigt.

Zahnmedizinische Krankheitsbilder mit diffus erscheinender Symptomatik

Zahnmedizinische Krankheitsbilder innerhalb der Gruppe der somatischen Belastungsstörungen lassen sich durch eine beschwerdebezogene Einteilung differenzieren. Die Leitsymptome sind Mundschleimhautbrennen, Schmerz und okklusale „Störungen".

Mundschleimhautbrennen: Scala et al. [40] unterscheiden das sekundäre Mundschleimhautbrennen als Folge einer diagnostizierbar zugrundeliegenden zahnmedizinischen, allgemeinmedizinischen, einschließlich psychischen Erkrankung/Störung vom idiopathischen Mundschleimhautbrennen, welches als BMS zu diagnostizieren ist [47]. Entsprechend der aktuell gültigen Definitionen [24] basiert die Diagnose BMS somit auf einer Ausschlussdiagnostik. Die verschiedenen aktuellen Definitionen bezüglich des BMS unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Angabe zur Gesamtdauer und dem tageszeitlichen Verlauf. Da in der Literatur in vielen Studien BMS nicht immer gleich definiert wurde, lässt sich bezogen auf psychische Faktoren nicht durchgängig unterscheiden, ob diese als Ursache für ein sekundäres Mundschleimhautbrennen verantwortlich sind oder ob psychische Faktoren als Folge eines (idiopathischen) BMS auftreten. Genannt werden Angstzustände bis hin zur Krebsphobie, was bei ca. 20% der BMS-Patienten zu beobachten ist. Als weitere Diagnosen werden Depression und Somatisierungsstörungen genannt [2, 6, 14, 27, 29, 37] (Tab. 4).

Schmerz im Sinne eines anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerzes (Persistent Idiopathic Facial Pain [PIFP]/ Atypische Odontalgie (persistierender [idiopathischer] dentoalveolärer Schmerz): Unter PIFP versteht man einen Schmerz, der nicht die Kriterien einer Gesichtsneuralgie erfüllt und nicht mit Zeichen einer organischen Läsion assoziiert ist. „Der Schmerz ist täglich vorhanden, überwiegend kontinuierlich, einseitig und schlecht lokalisierbar. Sensibilitätsstörungen oder andere Ausfälle liegen nicht vor. Zusatzuntersuchungen inklusive Röntgendiagnostik von Gesicht und Kiefer sind unauffällig. Eine Verletzung oder Operation von Gesicht, Kiefer und Zähnen kann den Schmerz ausgelöst haben, aktuell darf jedoch kein pathologischer Lokalbefund zu erheben sein" [10]. Damit handelt es sich um eine Ausschlussdiagnose [15].

Als lokalisierte Form des PIFP wird die atypische Odontalgie beschrieben, bei welcher ein dem Phantomschmerz vergleichbarer Pathomechanismus eines neuropathologischen Dauerschmerzes angenommen wird [15, 44]. Aufgrund fehlender pathologischer Befunde handelt es sich hierbei auch um eine Ausschlussdiagnostik. Als Risiko- bzw. Auslösefaktoren werden endodontische Eingriffe oder eine schmerzhaft erlebte zahnärztliche Behandlung vor einer Zahnextraktion beschrieben (Tab. 4).

Okklusale Dysästhesie: Das Krankheitsbild der okklusalen Dysästhesie (OD) beschreibt das Phänomen, dass Patienten über Beschwerden, ausgehend von der Okklusion klagen, die klinisch in keiner Weise objektivierbar sind. Die Betroffenen sind zumeist psychosozial belastet und weisen Merkmale einer Depression und/oder Angststörung auf. Sie sind in hohem Maße bis ausschließlich fokussiert auf eine somatische/okklusale Ursache ihres Leidens, und jeder noch so objektiv den Regeln der Kunst entsprechende Therapieversuch bei zumeist wechselnden Behandlern führt fast regelhaft zu einer Intensivierung der Beschwerden. Das für dieses Krankheitsbild in der Literatur beschriebene mittlere Alter wird mit 52 Jahren (plus/minus 11 Jahren) angegeben, was auch der klinischen Erfahrung im Rahmen spezialisierter Sprechstunden entspricht. Als ätiologische Faktoren werden psychopathologische Ursachen, Neuroplastizität, Phantomphänomene und Veränderungen der propriozeptiven Reize und ihrer Übertragung diskutiert [9] (Tab. 4).

Strukturierte Vorgehensweise

Angesichts der zumeist komplexen und diffusen Beschwerdeproblematik und auch des Leidensdrucks der Betroffenen gilt es als oberstes Ziel, möglichst frühzeitig alle Einflussfaktoren zu identifizieren und umfassend darüber aufzuklären, damit Betroffene in dem weiteren diagnostischen und gegebenenfalls therapeutischen Prozess aktiv einge-

Initiale Grundversorgung		Erweiterte Grundversorgung	
Bei milder Verlaufsform		Bei wiederholter Vorstellung und „Doctor-hopping-Tendenz“	
Erkennen	Ausführliche Anamneseerhebung ▸ Hauptsymptomatik ▸ Begleitsymptomatik ▸ Beeinträchtigungen ▸ Patientenverhalten ▸ Befunderhebung ▸ Vorbefunde einfordern ▸ Redundanzen vermeiden ▸ weitere Untersuchungen mit zurückhaltender und strenger Indikationsstellung	Simultandiagnostik	Zur Betonung der Gleichwertigkeit körperlicher und psychosozialer Einflussfaktoren ▸ Cave: „Patientendruck“ nicht aufgreifen. „Entschleunigen“ ▸ zielorientiertes klares Setting ▸ keine technischen Zusatzuntersuchungen zur Beruhigung des Patienten ▸ Normalbefunde erklären ▸ Prognose/Risiken bei einseitiger somatischer Betrachtungsweise aufzeigen
Beruhigen	Bewerten der Befunde und Risiken ▸ Ankündigung „erwartbarer“ Normalbefunde ▸ keine Verharmlosung. Krankheitsmodell um psychosoziale Sichtweise erweitern	Bewältigung	▸ biopsychosoziales Erklärungsmodell ausgehend von subjektiver Erkrankungstheorie z.B. anhand individueller Verstärker. Modulationsfaktoren wie auch Entlastungsmöglichkeiten gemeinsames „erarbeiten“ ▸ Erwartungshaltung klären und ggf. korrigieren ▸ Eigenverantwortlichkeit betonen. „aktive“ Bewältigungsstrategien entwickeln ▸ regelmäßige beschwerdeunabhängige Termine
Beraten	▸ „ernst nehmen“ ▸ Glaubwürdigkeit betonen ▸ positive Ressourcen herausarbeiten	Ggf. Interdisziplinäre Kooperation einleiten	▸ transparente Befundfeststellung ▸ motivieren. psychosoziale Therapieoptionen in Anspruch zu nehmen ▸ zahnmedizinische Befunde zur Vermeidung polypragmatischen Vorgehens „überwachen“
Unterstützende Aufklärung	https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001p3_S3_Funktionelle_Koerperbeschwerden_2020-01.pdf		
Therapeutische „Begleitung“	Abwartendes Offenhalten		

Tabelle 5: Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen [in Anlehnung an 37] (Tab. 1–5: A. Wolowski)

bunden sind. Die 2019 veröffentlichte Leitlinie zu „funktionellen Körperbeschwerden“ [37], die ausdrücklich das Krankheitsbild der somatischen Belastungsstörung in das Spektrum der darunter zusammengefassten Krankheitsbilder einbezieht, gibt eine strukturierte Vorgehensweise vor. Diese orientiert sich an der Schwere des Verlaufs und wird eingeteilt in eine immer notwendige initiale Grundversorgung und eine erweiterte Grundversorgung bei längeren Krankheitsverläufen sowie eine multimodale Behandlungsphase angesichts schwerer Verläufe, wobei es sich gerade bei solchen Verläufen in der zahnärztlichen Praxis als große Schwierigkeit erweist, Betroffene einer multimodalen Therapie zuzuleiten. In diesem Kontext sollte betont werden, dass die weitere zahnmedizinische Behandlungsbegleitung in jedem Fall aufrechterhalten werden sollte und kein Entweder-/oder-Prinzip eingeleitet wird mit der Überweisung in andere Fachdisziplinen. Die Problematik sollte zum besseren gegenseitigen Verständnis für Mitbehandler und dem Patienten schriftlich dargelegt werden. Hier gilt der Grundsatz der maximalen Transparenz. Dies setzt eine tragfähige und somit belastbare Arzt-Patienten-Beziehung voraus, die durch eine strukturierte Vorgehensweise gefördert werden kann (Tab. 5).

Was bleibt vom Krankheitsbild der „somatoformen Prothesenunverträglichkeit“?

Abschließend stellt sich die Frage, wann die Diagnose „somatoforme Prothesenunverträglichkeit“ heute noch gerechtfertigt ist. Diese kann gleichfalls als eine Untergruppe zahnmedizinisch-spezifischer Erkrankungen im Sinne einer somatischen Belastungsstörung verstanden werden bei Betroffenen, deren Hauptsymptomatik sowohl Mundschleimhautbrennen als auch Schmerzen und/oder okklusale Schwierigkeiten bis hin zu einer allgemein körperlich schwer belastenden Symptomatik ist. Aufgrund der bisher vorliegenden klinischen Erfahrung darf man davon ausgehen, dass diese Diagnose insbesondere auf Patienten zutreffen wird, die in der Regel mit Zahnersatz (festsitzend und/oder herausnehmbar) den Regeln der Kunst entsprechend versorgt sind, damit Schwierigkeiten haben und im Sinne einer somatischen Belastung dadurch auffällig werden. Auch wenn die Diagnose „somatoforme Prothesenunverträglichkeit“ grundsätzlich keine Ausschlussdiagnostik sein darf, sondern es vielmehr erforderlich ist, Hinweise auf somatische wie auch psychosoziale Einflussnahmen aufzudecken, sollte ein differenzialdiagnostischer Ausschluss der o.g. spezifischen Krankheitsbilder erfolgen. Es ist zu erwarten, dass die Diagnose „somatoforme Prothesenunverträglichkeit“ auch gemeinsame Schnittmengen aufweisen kann mit den beschriebenen zahnmedizinischen Krankheitsbildern. Hilfreich und entscheidend für den Praktiker ist die für alle Differenzialdiagnosen gültige identische Vorgehensweise im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung.

Interessenskonflikte

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

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung des Deutschen Ärzteverlags, Erstveröffentlichung Dtsch Zahnärztl Z 2021; 76: 40-48

Aggressive Patienten – psychologisch und juristisch betrachtet

Zwischen Personal und Patienten in Zahnarztpraxen kommt es zu engem Kontakt. Dabei können Konflikte miteinander entstehen oder sich Aggressionen aufseiten des Patienten äußern. Sind Mitarbeiter von Zahnarztpraxen auf schwierige Situationen vorbereitet, kann schnell und lösungsorientiert reagiert werden mit dem Ziel, die Situation zu deeskalieren. Die folgenden beiden Artikel geben einen Überblick darüber, wie in Zahnarztpraxen bei Aggressionen vonseiten des Patienten aus psychologischer und auch aus juristischer Sicht reagiert werden kann und sollte.

Aggression und Gewalt in der Zahnarztpraxis – Ursachen und Reaktionen

Die veränderte Konfliktbewältigung in unserer Gesellschaft zeigt sich auch im Arzt-Patienten-Verhältnis mit einer veränderten Gesprächsführung bis hin zu Aggressionen und vereinzelt auch Gewalthandlungen. Dabei kann es neben der verbalen Gewaltandrohung auch zu physischen Übergriffen gegen die Behandler kommen. Vor allem für das Praxisteam ist es deshalb von entscheidender Bedeutung, Hinweise für die Entstehung eines aggressiven Verhaltens bei den Patienten zu erkennen, Deeskalationsstrategien zur Verfügung zu haben und ein konsequentes Auftreten sowohl für die Sicherheit der anderen Patienten als auch der Praxismitarbeiter zu zeigen.

Wenn sich in einer Gesellschaft Umgangsformen inhaltlich verändern, wirkt sich dies auch auf die Umgangsformen im Arbeitsumfeld aus, noch dazu, wenn Erwartungen der Patienten vor dem Hintergrund einer zunehmenden Individualisierung steigen und der respektvolle Umgang miteinander von einer Anspruchshaltung verdrängt wird. Bislang existieren vor allem wissenschaftliche Studien zu derartigen Phänomenen im psychiatrischen, im notfallmedizinischen und im hausärztlichen Bereich. Am 28.10.2020 wurde in zm-online darauf hingewiesen, dass Beschimpfungen und Gewalt für Zahnärzte zum Praxisalltag gehören würden, wobei auf eine explorative (nicht-repräsentative) Studie mit 98 Zahnärzten aus New York, bezogen auf den Befragungszeitraum 2019, verwiesen wurde. Bislang würden zm-online zufolge erst vier Studien weltweit zu Aggressionen gegenüber Zahnmedizinern existieren.

Ursachen aggressiven Verhaltens von Patienten

Die Ursachen eines aggressiven Verhaltens von Patienten können außerordentlich vielfältig sein. Neben grundsätzlichen Besonderheiten der Persönlichkeit (Temperament und Charakter) tragen vor allem psychische Auffälligkeiten (auch im Zusammenhang mit einem psychischen Ausnahmezustand) und der Einfluss psychotroper Substanzen (Alkohol und Drogen) zu einem aggressiven Verhalten von Patienten bis hin zur Androhung oder Ausübung physischer Gewalt bei. Derartige Verhaltensweisen werden von Patienten, die bereits mehrfach vom Praxisteam behandelt worden sind, weniger zu erwarten sein, da durch die gewachsene Arzt-Patienten-Beziehung und die gelebte Kommunikation Erwartungshaltungen und Ansprüche der Patienten bereits bekannt sind. In seltenen Fällen kann es durch eine Impulsivität der betroffenen Patienten, in Kombination mit einer mangelnden Impulskontrolle, zu verbalen Entgleisungen kommen, die allerdings kaum ein Aggressionspotenzial erkennen lassen.

Problematischer sind Verhaltensweisen von bislang nicht bekannten Patienten, denen weder die Behandler noch das Praxisteam und auch die existierenden Praxisabläufe bekannt sind. Vor allem das Praxisteam wird bei derartigen Patienten vor die Herausforderung gestellt, deren Erwartungen und Ansprüche zu erfassen und zu erkennen, ob ihren Vorstellungen entsprochen werden kann. Aus einer möglicherweise entstehenden Diskrepanz können sich dann, in Abhängigkeit von den genannten Voraussetzungen beim Patienten (Persönlichkeit, psychische Besonderheiten, psychische Ausnahmesituation oder Einfluss psychotroper Substanzen), Aggressionen und Gewalthandlungen entwickeln, auf die das Praxisteam in keinem Fall vorbereitet sein dürfte. Jede Reaktionsweise jedes aggressiven Patienten ist derart individuell, dass auch vermeintlich eingeübte Deeskalationsstrategien in solchen Situationen immer wieder individuell angepasst werden müssen.

Reaktionsmöglichkeiten des Praxisteams

Die Reaktionsmöglichkeiten des Praxisteams unterscheiden sich grundsätzlich zwischen dem Umgehen mit bereits bekannten Patienten und plötzlich eintretenden unbekannten Betroffenen. Die bekannten Patienten stellen nicht den

Deeskalierende Reaktion auf aggressives Verhalten (Quelle: dental-Team.de)

Problembereich im Umgang mit Aggressionen und Gewalt in der Praxis dar, da deren individuelle Vorstellungen möglicherweise hinreichend reflektiert worden sind und sich bei der Begrüßung, der Behandlung und der Verabschiedung dieser Patienten bereits eine gewisse Übung entwickelt hat.

Im Unterschied dazu existieren zu unbekannten Patienten bei der Neuaufnahme keinerlei Informationen darüber, mit welcher Persönlichkeit sich der Betroffene vorstellt, welche psychischen Besonderheiten er aufweist, in welcher psychischen Ausnahmesituation er sich befindet und/oder ob er unter dem Einfluss psychotroper Substanzen steht. Letzteres kann am ehesten an körperlichen Reaktionen des Patienten erkannt werden.

Hier wäre zu prüfen, ob bereits deeskalierend im Zusammenhang mit einem Hinweis auf die mögliche Wirkung psychotroper Substanzen zeitnah ein neuer Behandlungstermin vereinbart werden könnte, um dem Betroffenen und dem Praxisteam einen unbeeinflussten Handlungsablauf zu eröffnen.

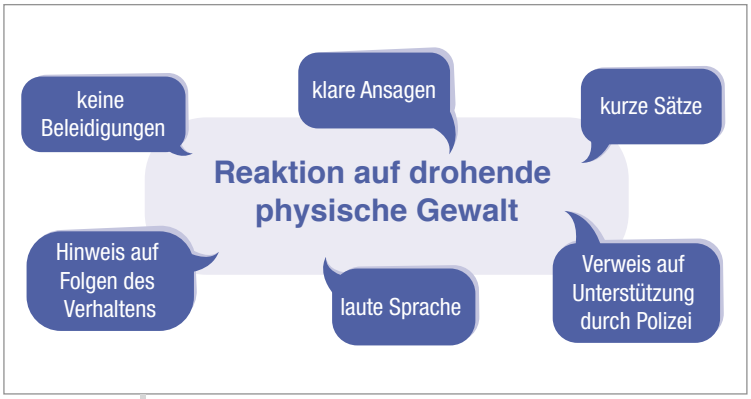
Bei dennoch widerständigem Verhalten muss dem potenziellen Patienten konsequent verdeutlicht werden, dass seinem Anliegen einer sofortigen Behandlung nicht entsprochen werden wird, dass es konkrete Regeln für die Durchführung einer zahnärztlichen Behandlung gibt und ihm zeitnah eine Hilfe zur Verfügung gestellt wird. Hierbei sollte entsprechend den Erfahrungen zur Deeskalation in der psychiatrischen Behandlung, in der Notfallmedizin und im hausärztlichen Vorgehen stets das Verständnis für den Patienten Grundlage der Kommunikation sein. Einfache Erklärungen und ein freundliches Auftreten mit einer erkennbaren Empathie sollten sich auch nicht durch verbale Drohungen des Gegenübers beim Praxisteam ändern.

Das Ziel der Kommunikation und Interaktion besteht darin, den potenziellen Patienten aktuell aus den Praxisräumen herauszubegleiten und ihm gleichzeitig die Möglichkeit der Hilfestellung unter anderen Voraussetzungen aufseiten des Patienten zu verdeutlichen.

Bei Menschen in psychischen Ausnahmesituationen (beispielsweise durch ein starkes Schmerzempfinden) sind die Reaktionsmöglichkeiten ähnlich. Den betroffenen potenziellen Patienten können die Praxisabläufe erklärt werden. Das Ziel der Deeskalation sollte darin bestehen, den schmerzempfindenden Patienten zeitnah in den Praxisablauf zu integrieren und bei ihm ein Verständnis für eventuell notwendige Zeiten bis zum Beginn seiner Behandlung auszubilden.

Patienten mit manifesten psychischen Störungen (beispielsweise Wahnvorstellungen oder Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder Patienten mit einer manischen Episode) sind mit ihren Befindlichkeiten anzunehmen und es ist zu prüfen, ob unter der Symptomatik überhaupt eine zahnärztliche Behandlung aktuell möglich erscheint. Deeskalierend wirkt es sich bei diesen Patienten stets aus, wenn nicht Zweifel an der von den Patienten geäußerten Wahrnehmung formuliert werden, sondern die Wahrnehmungsveränderungen im Rahmen der Kommunikation dahingehend genutzt werden, zunächst die zahnärztliche Behandlung zu verschieben. In derartigen Fällen könnte das Praxisteam darauf verweisen, dass zunächst noch Informationen zu den Wahrnehmungsveränderungen eingeholt werden würden und in Abhängigkeit davon ein möglicher Behandlungstermin vereinbart werden könnte.

Grundlage für diese Art der Kommunikation ist wiederum der respektvolle Umgang des Praxisteams mit dem Gegenüber. Potenzielle Patienten mit Persönlichkeitsbesonderheiten (Temperament, Charakter, Impulsivität, Impulskontrolle) haben häufig unterschiedliche kulturelle Erfahrungen. Die Art und Weise der Kommunikation, die der potenzielle Patient und das Praxisteam haben, können aufgrund der jeweils verschiedenen kulturellen Hintergründe und Erfahrungen mitunter erheblich voneinander abweichen. Auch hier sind ein respektvoller Umgang und eine empathische Grundhaltung des Praxisteams die Grundvoraussetzung dafür, dass eine sich abzeichnende aggressive Entwicklung nicht eskaliert. Behandlungsempfehlungen werden von derartigen ▸▸



Empfohlene Reaktionen für das Praxisteam auf immer aggressiver werdende Patienten

- potenziellen Patienten manchmal nicht verstanden oder eben auch nicht akzeptiert. Hier kommt es in der Kommunikation darauf an, nicht in erster Linie das Fachwissen als Zahnmediziner zur Grundlage der Interaktion zu nehmen, sondern für den potenziellen Patienten verständlich, nachvollziehbar und konkret die von ihm formulierten Wünsche und die zahnmedizinisch vorhandenen Möglichkeiten miteinander in Beziehung zu setzen. Dabei sind die unterschiedlichen Erfahrungswelten, aus der der potenzielle Patient und das Praxisteam stammen, unbedingt zu beachten (Sprachbarrieren, kulturelle und religiöse Erfahrungen).

Zunehmende Aggression

Keinesfalls darf eine zunehmende Aggression, die sich bis hin zur physischen Gewalt gegen Gegenstände oder Personen steigern kann, akzeptiert werden. Als Reaktionsmöglichkeit auf physische Gewalt gegen Gegenstände und Personen ist der potenzielle Patient konsequent auf die Folgen seines Verhaltens hinzuweisen. Dem Praxisteam ist es in diesem Zusammenhang möglich, zur Abwendung unmittelbarer Gefahren gegen die eigene Person auch Notwehrhandlungen durchzuführen (ausführlicher dazu im zweiten Teil: „Leitfaden für Notwehr in der Zahnarztpraxis“). Zu einer solchen Eskalation sollte es allerdings als Reaktion auf ein aggressives und zunehmend gewalttätiges Verhalten nicht kommen. Zunächst wäre immer noch unter Achtung von Anstand und Respekt gegenüber dem potenziellen Patienten zumindest die Klarheit der Ansagen im Rahmen der Kommunikation zu erhöhen (laute Sprache, kurze Sätze, keine abwertenden oder beleidigenden Formulierungen, deutlicher Verweis auf die Unterstützung durch die Polizei – Abb. 2). Derartige Reaktionsweisen sollten die letzte Stufe der Eskalation darstellen und falls es nötig wird, ist sofort die Polizei zu verständigen.

Vorbereitung des Praxisteams

Eine fallspezifische Vorbereitung auf individuelle Verhaltensweisen potenzieller Patienten mit aggressiven Intentionen und möglichen Gewalthandlungen ist nicht möglich, da jedes Verhalten unvorhersehbar und sehr individuell gestaltet wird.

Grundsätzlich sollte in einem Praxisteam eine außerordentlich kommunikative Atmosphäre herrschen. Das gegenseitige Vertrauen und der gegenseitige Respekt untereinander, die Empathie, mit der sich die Mitglieder des Praxisteams jeweils begegnen, tragen auch zur Gestaltung des Verhältnisses zwischen dem Praxisteam und den Patienten bei. Eine Abwertung von potenziellen Patienten mit psychischen Störungen, eine ausschließlich negative Reflexion im Zusammenhang mit dem Einfluss psychotroper Substanzen (Alkohol oder Drogen), ein Unverständnis für psychische Ausnahmesituationen oder eine Herabwürdigung von Patienten mit unterschiedlichen kulturellen Erfahrungen schaffen dagegen eine Atmosphäre, in der sich Konfliktsituationen im Verhältnis zum Patienten verstärken können. Im Unterschied dazu können das Zuhören, das Akzeptieren von Besonderheiten und das Verständnis für die individuelle Problematik des Patienten dazu beitragen, dass die Erwartungen und Ansprüche des potenziellen Patienten verstanden werden, ohne dass diese erfüllt werden müssen.
Wenn es tatsächlich zu Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz gekommen ist, hängt es entscheidend vom Funktionieren des Praxisteams ab, inwieweit sich der jeweils betroffene Mitarbeiter in der Praxis weiter sicher fühlt, sich als verstanden erlebt und eine Akzeptanz seiner nunmehr individuellen Problematik erlebt. Die Verarbeitung von Gewalterfahrungen durch einen Mitarbeiter ist ebenso individuell, wie das Verhalten eines aggressiven Patienten. Deshalb kommt es darauf an, dass mit der gleichen Konsequenz, mit der man versucht hat, dem aggressiven Patienten entgegenzutreten, nunmehr die Integration des betroffenen Mitarbeiters im Praxisteam realisiert wird.

Möglichkeiten der Konfliktvermeidung

Die gesellschaftliche Entwicklung hat gezeigt, dass individuelle Konflikte zunehmen und die Konfliktbewältigung sowohl verbal als auch aktional eine Dynamik hin zur Aggressivität aufweist. Es wäre eine Illusion zu glauben, dass Konflikte in einer zahnärztlichen Praxis grundsätzlich zu vermeiden wären. Die gesellschaftliche Streitkultur hat sich umfassend verändert und diese Entwicklung gilt es zu berücksichtigen. Deeskalationsstrategien sollten allerdings im Praxisteam diskutiert werden und eine Atmosphäre der Wertschätzung, der Akzeptanz und auch der Empathie in Bezug auf sogenannte schwierige Patienten kann dazu beitragen, das Konfliktpotenzial zu verringern. ■

Dr. Steffen Dauer, Fachpsychologe für Rechtspsychologie
Institut für Rechtspsychologie und Forensische Psychiatrie Halle (Saale)

Anne Dauer, Projektleiterin Patientenmanagement
Pregla Medical Institute Berlin

Dr. med. Reinhard Pregla, Facharzt für Allgemeinchirurgie, Facharzt für Herzchirurgie Pregla Medical Institute Berlin

Leitfaden für Notwehr in der Zahnarztpraxis

Wie kann man sich selbst, die Mitarbeiter und Patienten sowie die eigene Praxis schützen, wenn ein Patient nach einer unerfreulichen Diagnose aggressiv und beleidigend wird, ohne selbst einen Straftatbestand zu erfüllen? Vor diesem Problem standen leider schon einige Ärzte. Dabei ist es jedoch wichtig, die Grenzen der strafrechtlich gerechtfertigten Notwehr nicht zu überschreiten. Niemand muss körperliche Angriffe gegen sich oder andere einfach hinnehmen. Selbiges gilt für verbale Entgleisungen oder Sachbeschädigungen. Der Querulant wird natürlich strafrechtlich zur Verantwortung gezogen und ihm kann selbst für eine Beleidigung bis zu einem Jahr Freiheitsstrafe auferlegt werden. Dies hilft den Personen vor Ort jedoch in der konkreten Situation nicht weiter.

Notwehr oder Nothilfe

Daher räumt das Strafgesetzbuch den Geschädigten und beobachtenden Dritten die Handlungsmöglichkeit der Notwehr bzw. Nothilfe ein, um gegenwärtige Angriffe gegen geschützte Rechtsgüter abwehren zu können, um schlimmere Verletzungsfolgen abzuwenden. Das bedeutet, dass man tätig werden darf, um sich oder andere sowie auch Eigentumswerte zu schützen.
Diese strafrechtlich gedeckte Gegenwehr ist jedoch nur erlaubt, solange der Angriff noch andauert bzw. unmittelbar bevorsteht. Das bedeutet, dass man gleich einschreiten muss, wenn eine gefährliche Situation entsteht. Nur dann ist eine Gegenwehr „geboten". Aber auch wenn man wegen einer Notwehrlage das Recht zur Gegenwehr hat, darf sie nicht das Maß des „Erforderlichen" überschreiten.
Was zur Abwehr erforderlich ist, hängt immer von der aktuellen Notwehrlage ab. So könnte selbst die Tötung des Angreifers gerechtfertigt sein, wenn das die einzige Möglichkeit wäre, um sich selbst zu schützen. Man darf stets das sicherste von allen zur Verfügung stehenden Mitteln wählen, wenn die Gefahr nur so abzuwenden ist.
Trotzdem kennt die Notwehr Grenzen. Man darf bei einer einfachen Rechtsgutverletzung, wie beispielsweise einem Schubsen oder einer verbalen Beleidigung, nicht mit exzessiver Gewaltausübung reagieren. Dasselbe gilt für Handlungen, die gar nicht zur Abwehr eines Angriffs dienen, sondern eher eine trotzige Bestrafungsreaktion darstellen. In diesen Fällen spricht man von einer Notwehrüberschreitung und wird nach den allgemeinen strafrechtlichen Regeln sanktioniert. Dieser Sanktionierung kann man sich dann nur entziehen, wenn eine Provokation seitens des Angreifers anzunehmen ist. In diesem Fall könnte das eigene Handeln entschuldigt sein gemäß § 33 StGB, weil man aus menschlich verständlichen Motiven heraus agiert hat.

Individuell auf die Situation reagieren

Welche Abwehrhandlung geboten und erforderlich ist, kann man pauschal nicht sagen. Wenn beispielsweise ein Patient ausfallend wird oder konkrete Handlungen androht, steht einem zuallererst das Hausrecht zu. Man kann ihn dann dazu auffordern, unverzüglich die Praxis zu verlassen und mit der Polizei drohen. Zur Durchsetzung des Hausrechts darf man den Querulanten unproblematisch fest am Arm packen und vor die Praxis verbringen.
Sollte der Angreifer dennoch handgreiflich werden, ist es sinnvoll, zuerst zu probieren, diesen von sich wegzustoßen. Wenn er dann erneut angreift, hätte man auch die Möglichkeit, mit einer leichten Ohrfeige zu reagieren, um den Angreifer somit zu überraschen und ihn vielleicht zur Vernunft zu bringen. Sollte die Situation sich nicht entspannen, könnte man den Angreifer auch zu Boden bringen, um ihn von weiteren Ausschreitungen abzuhalten. Welches Maß an Kraft dabei eingesetzt werden kann und darf, hängt immer von der jeweiligen Situation ab.
Wenn man sich nicht allein an den Angreifer herantraut, kann man sich bei Dritten Hilfe suchen, um der Lage zu zweit Herr zu werden. Die Zuhilfenahme von Gegenständen ist grundsätzlich auch möglich, dabei könnte man aber leicht in einen strafbaren Notwehrexzess fallen. So ist etwa der Einsatz von Pfeffer- bzw. Tierabwehrspray zur Selbstverteidigung gerechtfertigt. Aber auch hier darf man nur so lange sprühen, bis der Angreifer außer Gefecht gesetzt ist. Ansonsten liegt ebenfalls eine Notwehrüberschreitung vor. Man sollte jedoch keine gefährlichen Gegenstände oder Waffen einsetzen, wenn es sich vermeiden lässt.
Ist man unsicher, sollte man sich folgende Reihenfolge der Abwehrmöglichkeiten ins Gedächtnis rufen:

1. Ausweichen (Deeskalieren, Polizei rufen)
2. Schutzwehr (Ducken, Abblocken)
3. Trutzwehr (aktive Abwehr) ■

Stefanie Kretschmer, Rechtsanwältin
KUCKLICK dresdner-fachanwaelte.de
Zahnärzteblatt Sachsen 03/2021

Xerostomie und Hyposalivation – erkennen und lindern

URSACHEN, DIAGNOSTIK UND THERAPIEMÖGLICHKEITEN

Dr. Benedikt Luka, Prof. Dr. Nadine Schlüter

Dysfunktionen der Speichelproduktion können unangenehme Empfindungen verursachen und Folgeerkrankungen nach sich ziehen. Die Versorgung von Patienten mit Hyposalivation und Xerostomie ist meist schwierig und nicht immer erfolgreich. Dieser Artikel soll einen Überblick über Ursachen, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten geben und helfen, Patienten mit Hyposalivation zu erkennen sowie Symptome der Xerostomie zu lindern.

Ausprägung und Symptome

Da Speichel viele wichtige Funktionen für den Erhalt oraler Gesundheit besitzt[1], führen Dysfunktionen der Speichelsekretion zu einem komplexen Erkrankungsbild. Durch die reduzierte Gleitfähigkeit der Schleimhäute kann ein unangenehmes Gefühl oder sogar Brennen im Mund entstehen. Schlucken, Kauen und Sprechen sind erschwert und zudem kann auch der Geschmack verändert sein. Ist die Schutzbarriere der Schleimhaut beeinträchtigt, werden mechanische und chemische Irritationen begünstigt[2, 3] (Abb. 1). Beeinträchtigungen der Funktionen des Speichels wie die der verschiedenen Puffer-Systeme, der Remineralisation der Zahnhartsubstanz, der Reinigungswirkung oder antibakterieller Effekte erhöhen das Risiko für Karies teils drastisch[4]. Und nicht zuletzt kommt es auch häufiger zu Infektionen der Mundhöhle, beispielsweise mit unterschiedlichen Candida-Spezies[5].

Fotos: Dr. Luka, Prof. Dr. Schlüter

Abb. 1: Ulzeration der Gaumenschleimhaut, bedingt durch eine Hyposalivation nach Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich.

Definition

Unter Hyposalivation wird im engeren Sinne eine verringerte Speichelsekretion verstanden. Im Gegensatz dazu beschreibt der Begriff Xerostomie das subjektive Empfinden eines trockenen Mundes. Meist entsteht Xerostomie aufgrund einer Hyposalivation. Es gibt aber auch Fälle, in denen diese subjektive Empfindung nicht auf Veränderungen des Speichels zurückgeführt werden kann und umgekehrt kann eine Hyposalivation auch ohne Symptome der Xerostomie bestehen und somit äußerst schwer zu erkennen sein[6].

Ursachen

Eine Hyposalivation kann durch eine Vielzahl von Faktoren hervorgerufen werden. Dazu zählen Medikamente, verschiedene Grunderkrankungen, wie der Diabetes mellitus oder Autoimmunerkrankungen, Folgen einer therapeutischen Intervention von Tumorerkrankungen im Kopf-Hals-Bereich, Dialyse bei Nierenerkrankungen oder auch psychische Erkrankungen. Aber auch das Alter an sich kann zu einer Veränderung des Speichelflusses führen.

Medikamente

Eine Vielzahl an Medikamenten beeinflusst unterschiedliche Phasen der Speichelsekretion. Meistens wirken sie auf das zentrale Nervensystem oder auf Rezeptoren der speichelproduzierenden Azinuszellen[7] (Tab. 1). Nicht nur die Art des Medikamentes sondern vor allem auch die Anzahl unterschiedlicher Medikamente, die eingenommen werden, erhöhen das Risiko für eine Hyposalivation[8, 9]. Polypharmazie, also die Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten, führt in ca. 50 Prozent der Fälle zu Xerostomie/Hyposalivation[10]. Da ungefähr die Hälfte der 70- bis 79-Jährigen mindestens fünf verschiedene Medikamente einnimmt[11], dürfte schätzungsweise bei jedem vierten Patienten dieser Altersgruppe die Speichelsekretion verringert sein, und zwar lediglich aufgrund der Polypharmazie.

Indikation	Gruppe
Antidepressiva	▸ Trizyklische Antidepressiva ▸ Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer ▸ Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer ▸ Selektive Serotonin-/ Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer ▸ Selektive Noradrenalin-/ Dopamin-Wiederaufnahmehemmer ▸ MAO-Hemmer
Neuroleptika	▸ Phenothiazine und Thioxanthene ▸ Dibenzepine ▸ Butyrophenone ▸ Diphenylbutylpiperidine ▸ Benzamide ▸ Benzisoxazol-Derivate
Antiepileptika	
Benzodiazepine	
Analgetika	▸ Opioide ▸ Nicht-Opioide
Antihypertensiva	▸ α1-Adrenorezeptor-Antagonisten ▸ α2-Adrenorezeptor-Agonisten (Agonisten an Imidazolin-Rezeptoren) ▸ β-Adrenorezeptor-Antagonisten (β-Blocker) ▸ ACE-Hemmer ▸ Diuretika (Carboanhydrase-Hemmstoffe, Schleifendiuretika, kaliumsparende Diuretika, Thiazide)
Antihistaminika	▸ H1-Antihistaminika ▸ H2-Antihistaminika
Antiasthmatika	▸ Glukokortikoide ▸ Cysteinyl-Leukotrien-1-Rezeptor-Antagonisten ▸ Bronchospasmolytika (β2-Sympathomimetika, Parasympatholytika)
Relaxanzien	
Protonen-Pumpen-Inhibitoren	
Anti-Parkinson-Mittel	
Zytostatika, Virustatika, Antibiotika	
Antiemetika	
Erkältungsmittel	▸ Antihistaminika ▸ Antitussiva ▸ Analgetika ▸ Schleimlöser
Rauschmittel	

Tab. 1: Medikamentengruppen, die häufig eine Reduktion des Speichelflusses und/oder eine Xerostomie hervorrufen (modifiziert nach Hahnel[29,42])

Diabetes mellitus und Dialyse

Fast zehn Millionen Erwachsene in Deutschland leiden unter Diabetes mellitus (IDF Diabetes Atlas 9th Edition) und 12,5 bis 53,5 Prozent der Diabetiker entwickeln eine Xerostomie[12]. Diabetes mellitus geht häufig mit Polyurie und Dehydration einher, wodurch die Speicheldrüsen weniger Flüssigkeit sezernieren.

Bei Patienten mit chronischen Nierenerkrankungen führt die Dialyse häufig zu einer Dehydration. Dadurch ist das extrazelluläre Flüssigkeitsvolumen vermindert; es kommt zu einer reduzierten Speichelsekretion und damit oftmals zu einer Xerostomie. Etwa ein Drittel aller dialysepflichtigen Patienten leidet unter diesen Nebenwirkungen[13].

Autoimmunerkrankungen

In Europa kommt das primäre Sjögren-Syndrom bei 0,1 bis 4,8 Prozent der Bevölkerung vor und 95 Prozent der Betroffenen leiden unter einem trockenen Mund. Durch eine Reaktion des adaptiven Immunsystems auf körpereigene Zellen werden die Speicheldrüsen verändert; vollständig ist der Pathomechanismus allerdings noch nicht geklärt. Weitere Autoimmunerkrankungen wie die rheumatoide Arthritis und Lupus erythematodes werden als sekundäres Sjögren-Syndrom bezeichnet und beeinträchtigen ebenfalls häufig die Funktion der Speicheldrüsen[14]. ▸▸

Abb. 2: Patient mit Graft-versus-Host-Disease nach Stammzelltransplantation. Aufgrund der trockenen Mundschleimhäute haftet der Mundspiegel daran.

Abb. 3: Patient mit mehreren kariösen Läsionen auf der Wurzeloberfläche bereits fünf Monate nach Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich.

Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich

Ungefähr 14.000 Personen erkrankten in Deutschland im Jahr 2016 an einem Karzinom der Mundhöhle oder des Rachens (Krebs in Deutschland für 2015/2016, Robert-Koch-Institut, Zugriff: 17.08.2020). Bei ca. 40 Prozent dieser Karzinome ist die Bestrahlung Teil der Therapie[15]. Trotz neuer Verfahren wie der intensitätsmodulierten Radiotherapie treffen dabei ionisierende Strahlen auf die Speicheldrüsen und schädigen deren Zellen. Es wird vermutet, dass auch Stammzellen mit regenerativem Potenzial zerstört werden, wodurch die Speichelsekretion oft irreversibel verändert ist[16, 17]. In sehr vielen Fällen versiegt der Speichelfluss fast vollständig[18].

Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen wie Depressionen können Symptome der Xerostomie verursachen[20] oder sogar zum Burning-Mouth-Syndrome führen, bei dem eine brennende Empfindung an den Schleimhäuten nicht auf organische Ursachen zurückzuführen ist[21]. Die Mundtrockenheit kann durch eine Medikation noch weiter verstärkt werden, da viele Antidepressiva xerogen wirken[7]; ein nicht zu unterschätzendes Problem, denn Psychoanaleptika sind eine der zehn Medikamentengruppen, die am häufigsten verschrieben werden[11].

Diagnostik

Anhand der allgemeinen Anamnese ist häufig bereits ein potenzielles Risiko für Dysfunktionen der Speichelsekretion zu erkennen. Nehmen Patienten mehrere unterschiedliche Medikamente ein, von denen möglicherweise manche xerogen wirken (Tab. 1), ist es sinnvoll, entsprechende Symptome abzufragen und bei Verdacht eine weiterführende Diagnostik durchzuführen.

Anamnese und intraorale Inspektion

Auch bei verhältnismäßig häufigen Erkrankungen wie Diabetes oder Depressionen, sollten Dysfunktionen der Speicheldrüsen in Betracht gezogen werden. Die intraorale Befundung kann ohne zusätzlichen Aufwand weitere Hinweise liefern (Tab. 2), wenn zum Beispiel der Spiegel an der Wangenschleimhaut kleben bleibt (Abb. 2), kein Speichelsee am Mundboden zu sehen ist oder die Papillen auf der Zunge stark abgeflacht sind und die Zunge ein glänzendes und glattes Erscheinungsbild hat. Auch bei einer plötzlich ungewöhnlich hohen Kariesaktivität besonders an den Vestibulärflächen der Zähne bei sonst noch eigentlich ausreichender Mundhygiene (Abb. 3) sollten Veränderungen des Speichels als Ursache erwogen werden[22].

Bestimmung der Speichelfließrate (Sialometrie)

Um das Ausmaß der Dysfunktion abzuschätzen, kann mit einfachen Mitteln die Speichelfließrate bestimmt werden; nötig sind lediglich eine Stopp-Uhr, ein Stück Paraffin, ein Trichter und zwei geeignete Behälter. Skalierte Röhrchen sind geeignet, um die Speichelmenge abzuschätzen, aber auch ein einfaches Wiegen der produzierten Speichelmenge ist möglich. Zunächst sollte die unstimulierte Speichelfließrate bestimmt werden. Nach einmaligem Schlucken lässt der Patient den Speichel über den Trichter in das eine Sammelgefäß laufen, möglichst ohne sich zu bewegen. Nach fünf Minuten spuckt er den Restspeichel ebenfalls in das Sammelgefäß[23]. Mit dem Stück Paraffin regt der Patient nun den Speichelfluss fünf Minuten lang an und spuckt den hierbei entstandenen Speichel in das zweite

Subjektive Beschwerden	Klinische Befunde
Trockenheit von Mund und Lippen, ggf. trockene Nase und Augen	kein Speichelsee auf dem Mundboden bei der Untersuchung
Schwierigkeiten beim Essen, Schlucken oder Sprechen	Mundspiegel gleitet nicht auf der Mundschleimhaut
häufig Durstgefühl, auch bei Nacht	glanzlose Mundschleimhaut papierhaftes Aussehen der Schleimhaut
Mundgeruch, Mundbrennen, Geschmacksbeeinträchtigung	Karies an untypischen Lokalisationen Kronenrandkaries
Probleme beim Tragen von Prothesen	Rissbildung auf dem Zungenrücken oder extrem glatte Zunge ohne Papillen, Cheilitis angularis
Schlafstörungen	viel Plaque, Speisenretention und/oder Candidiasis aufgrund mangelnder Clearance

Tab. 2: Die wichtigsten subjektiven Beschwerden der Xerostomie und mögliche klinische Befunde der Hyposalivation, die bei der Diagnostik helfen können

Wie sehr trifft dies für Sie zu?	Sehr oft	Oft	Ab u. zu	Kaum	Nie
Ich nippe Flüssigkeiten, um mir das Schlucken von Nahrung zu erleichtern.	5	4	3	2	1
Mein Mund fühlt sich trocken an während dem Essen.	5	4	3	2	1
Ich stehe nachts auf um zu trinken.	5	4	3	2	1
Mein Mund fühlt sich trocken an.	5	4	3	2	1
Ich habe Schwierigkeiten trockene Speisen zu essen.	5	4	3	2	1
Ich lutsche Süßigkeiten oder Hustenbonbons um die Mundtrockenheit zu lindern.	5	4	3	2	1
Ich habe Schwierigkeiten bestimmte Speisen zu schlucken.	5	4	3	2	1
Meine Gesichtshaut fühlt sich trocken an.	5	4	3	2	1
Meine Augen fühlen sich trocken an.	5	4	3	2	1
Meine Lippen fühlen sich trocken an.	5	4	3	2	1
Mein Naseninneres/meine Nasenschleimhäute fühlen sich trocken an.	5	4	3	2	1
Gesamtpunktzahl					

Tab. 3: Xerostomia-Inventar nach Thomson et al. zur Untersuchung der subjektiv empfundenen Xerostomie; übersetzt aus dem Englischen. Der Mindestwert beträgt 11, der Maximalwert 55 Punkte. Der Durchschnitt einer repräsentativen Gruppe über 60 Jahren lag bei 20 Punkten. Abhängig von der Häufigkeit mit der diese Personen eine Mundtrockenheit empfanden, wurden durchschnittliche Punktwerte von 17 (nie), 20 (gelegentlich), 25 (häufig) und 31 (immer) erreicht[26].

Sammelgefäß. Die jeweils gesammelte Speichelmenge (in ml) dividiert durch die jeweilige Sammelzeit (in Minuten) ergibt die Speichelfließrate in ml/min[24]. Die unstimulierte Speichelfließrate beträgt im Normalfall 0,25 ml/min oder mehr, bei verringerter Fließrate 0,1 bis 0,25 ml/min und bei Hyposalivation unter 0,1 ml/min. Die stimulierte Speichelfließrate beträgt im Normalfall 1 ml/min oder mehr, bei verringerter Fließrate 0,7 bis 1 ml/min und bei Hyposalivation unter 0,7 ml/min. Da die Speichelfließrate sich im täglichen Verlauf ändert, wird sie für vergleichbare Ergebnisse zwischen 9 und 11 Uhr bestimmt[25].

Xerostomie-Inventar

Da für den Leidensdruck auch die subjektiven Beschwerden entscheidend sind (Tab. 2), können diese mit einem validen Fragebogen untersucht werden. Besonders geeignet ist das Xerostomie-Inventar (Tab. 3), welches unterschiedliche Symptome abfragt und somit hilft, subjektive Aspekte einzuordnen und einen Wert für den Schweregrad liefert. Patienten können ihn selbstständig innerhalb kurzer Zeit ausfüllen. 11 Aussagen müssen mit Punkten von 1 (nie) bis 5 (sehr oft) bewertet werden. Addiert man sie alle, erhält man einen Gesamtwert (11 bis 55 Punkte), der nicht nur mit Standardwerten verglichen, sondern auch zur Kontrolle einer Therapie herangezogen werden kann[26].
Bereits diese simplen Untersuchungen helfen dabei einzuordnen, ob die Therapie vor allem subjektive Beschwerden der Xerostomie oder Folgen einer bestehenden Hyposalivation beziehungsweise beide Aspekte gleichermaßen adressieren sollte. Im Einzelfall können weitere diagnostische Methoden sinnvoll sein, wie zum Beispiel die Sonografie, die Sialografie oder auch die Magnetresonanztomografie[19].

Therapiemöglichkeiten

Für Speichel in seiner komplexen Zusammensetzung ist kein adäquater Ersatz verfügbar. Deshalb sollte, wenn möglich, zunächst die Therapie der Ursachen angestrebt werden, um den natürlichen Speichelfluss wiederherzustellen. Da medikamenteninduzierte Xerostomie meist reversibel ist, kann sie möglicherweise gelindert werden, wenn der behandelnde Facharzt Alternativpräparate für einzelne Medikamente verschreibt oder sogar die gesamthafte Medikation überdenkt und damit die Anzahl der eingenommenen Medikamente verringert[27, 28]. Ebenso kann auch die adäquate Behandlung der zugrundeliegenden Allgemeinerkrankung die Xerostomie positiv beeinflussen. So empfindet beispielsweise ein gut eingestellter Diabetiker seltener eine Mundtrockenheit als ein schlecht eingestellter[29]. Die Symptome des Burning-Mouth-Syndrome nehmen meist ebenfalls ab, wenn die psychologische Ursache erfolgreich therapiert wird[21]. Grundsätzlich sollten Patienten mit Xerostomie ausreichend Flüssigkeit zu sich nehmen, besonders aber dann, wenn Dehydrierung als Ursache infrage kommt, wie bei Diabetes mellitus, Bulimia nervosa oder dialysepflichtigen Patienten[13, 16].

Mechanische Speichelstimulation

In vielen Fällen verursacht eine lebenserhaltende Therapie die Xerostomie (z.B. Virostatika bei HIV-Infektion oder Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich) oder es sind nur symptomatische Behandlungen der Erkrankung verfügbar (z.B. Sjögren- Syndrom)[14], sodass die Ursache nicht therapiert werden kann. Solange noch ein Rest an funktionsfähigen Speicheldrüsenzellen vorhanden ist und die Speicheldrüsenausführungsgänge offen sind, können Patienten versuchen, die Funktion der Speicheldrüsen zu stimulieren. Bei ausreichender Bezahnung ist Kaugummikauen eine Möglichkeit, um die Speichelfließrate mechanisch anzuregen; auch Bonbons können einen ähnlichen Effekt haben. Produkte, die regelmäßig angewendet werden, sollten dabei optimalerweise Xylit enthalten und vor allem zuckerfrei sein[30]. Es gibt auch Empfehlungen, den Speichelfluss ▸▸

Dr. Benedikt Luka

Prof. Dr. Nadine Schlüter

chemisch zu stimulieren, indem mit sauren Lösungen gespült wird; sogar einige Speichelersatzmittel enthalten zu diesem Zweck Säuren. Diese Produkte sollten von Patienten, wenn diese fluoridfrei sind, unbedingt gemieden werden, da ein niedriger pH-Wert zur Demineralisation der Zahnhartsubstanz führen kann, insbesondere bei häufiger Anwendung[31]. Gleiches gilt für den Konsum von Bonbons und die Verwendung von Kaugummis. Auch hier sollte unbedingt auf Säurefreiheit geachtet werden.

Pharmakologische Speichelstimulation

Um die Speichelproduktion pharmakologisch anzuregen, kann das Parasympathomimetikum Pilocarpin verschrieben werden. Die Einnahme von 5 mg Pilocarpin dreimal täglich verbessert die Mundtrockenheit bei der Hälfte der Personen nach Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich oder mit Sjögren-Syndrom, vorausgesetzt die Dosierung wird mindestens zwölf Wochen lang eingehalten. Bei Herz-, Lungen- und/oder Gastrointestinal-Erkrankungen müssen mögliche Kontraindikationen beachtet werden. Zudem führt Pilocarpin oft zu Nebenwirkungen wie Schwitzen, Übelkeit, Diarrhoe oder Kopfschmerzen[32]. Diese Nebenwirkungen treten relativ häufig auf, sodass die Therapie mitunter bei diesen Patienten abgebrochen werden muss[2]. Weitere Therapieoptionen zur Stimulation der Speichelproduktion wie Elektrostimulation, Akupunktur oder hyperbare Sauerstofftherapie stehen zur Verfügung, allerdings ist deren Nutzen nicht in jedem Fall nachgewiesen[33].

Speichelersatzmittel

Ist die Sekretion natürlichen Speichels nicht wiederherzustellen, können möglicherweise sogenannte Speichelersatzmittel die Symptome der Mundtrockenheit lindern. Bei milden Ausprägungen kann Wasser, das mit einem Zerstäuber angewendet wird, ausreichend und praktikabel sein. Auch Spülungen mit Speiseölen wie Mandelöl können helfen. Eine Vielzahl an Sprays, Mundspülungen und Gelen unterschiedlicher Zusammensetzung ist für die Therapie der Mundtrockenheit erhältlich, um die Mundhöhle zu befeuchten und die Gleitfähigkeit der Mundschleimhaut zu verbessern (Tab. 4). Wie bereits erwähnt, ist der pH-Wert vieler Produkte niedrig; ist Fluorid enthalten, stellt der niedrige pH-Wert kein Problem dar, sodass es, auch schon aus kariologischer Sicht, grundsätzlich günstiger erscheint, Präparate mit niedrigen Konzentrationen an Fluorid zu empfehlen. Welches Speichelersatzmittel am besten wirkt, hängt von individuellen Bedürfnissen und Präferenzen ab. Deshalb ist es sinnvoll unterschiedliche Produkte anzubieten. Allen Präparaten ist jedoch gemeinsam, dass die positiven Effekte nur für kurze Zeit anhalten[34].

Folgeerkrankungen

Eine verringerte Speichelsekretion steigert das Risiko für Folgeerkrankungen, unabhängig davon, ob sie als unangenehm empfunden wird oder nicht. Typische Folgeerscheinungen sind eine Veränderung der oralen Flora, die mit einem erhöhten Risiko für Karies und Pilzerkrankungen einhergeht[2]. Die Demineralisationsresistenz der Zahnhartsubstanz ist herabgesetzt, sodass Säuren eine stärkere Wirkung entfalten können, wodurch das Karies- aber auch Erosionsrisiko steigt[35, 36]. Besonders ältere Patienten weisen oftmals freiliegende Wurzeloberflächen auf (Abb. 3), die bei einem trockenen Mund ganz besonders für die Entwicklung kariöser Läsionen gefährdet sind[37]. Entzündungen der Schleimhäute (Mukositis)[38], aber auch Gingivitis treten deutlich häufiger auf[39]. Es können Geschmacksstörungen, ein schlechter Atem oder ein Burning-Mouth-Syndrome auftreten. Weiterhin sind Beschwerden beim Kauen, Schlucken und Sprechen häufig anzutreffen und durch die reduzierte Beschichtung der Schleimhäute mit einem Speichelfilm tritt eine reduzierte Haftung von Prothesen auf. Insgesamt führt der trockene Mund zu einer stark eingeschränkten Lebensqualität[2].

Da das Risiko für Karies steigt, sind in der Versorgung von Patienten mit Hyposalivation kariespräventive Maßnahmen besonders wichtig. Ungünstige Ernährungsgewohnheiten, die Karies fördern, sollten identifiziert und gemeinsam mit dem Patienten geeignete Alternativen gefunden werden. Milchprodukte ohne Zuckerzusatz können meist gut geschluckt werden, die Zugabe von Fetten und Ölen erhöht die Gleitfähigkeit vieler Speisen und weichgekochtes Gemüse kann häufig ebenfalls gut verzehrt werden. Auch bei Instruktionen zur Mundhygiene sollte die individuelle Situation des Patienten berücksichtigt werden. Scharf formulierte Zahnpasten können durch mentholfreie oder Juniorzahnpasten ersetzt werden, die den gleichen Fluoridgehalt wie Erwachsenenzahnpasten enthalten, aber milder formuliert sind. Hilfsmittel für unterwegs wie Interdentalraumbürsten oder Mundspüllösungen in kleinen Gefäßen ermöglichen es Patienten, ihre Mundhygiene tagsüber zu verbessern und aufrechtzuerhalten. Im Alter können elektrische Zahnbürsten hilfreich sein, bei einer manuellen Einschränkung die eigenen Bewegungen zu unterstützen. Da Fluoride einer Karies effektiv vorbeugen, sollten sie bei

Produkt	Darreichungsform	pH	Fluorid	Xylit	sonstige Bestandteile
Aldiamed	Spray	5.5-7.0	nein	ja	Carboxylmethylcellulose, Panthenol
	Gel	ca. 6.0	nein	ja	Xanthan
	Spülung	5.0-6.5	nein	ja	Hydroxyethylcellulose, Panthenol
Biotène	Spray	6, 11/6.0-6.5	nein	ja	Xanthan gum
	Gel	4.9-5.5/ sauer/6,61	nein	ja	Hydroxyethylcellulose
	Spülung	5,2	nein	ja	Hydroxyethylcellulose
Gum Hydral	Spray	5,3	nein	ja	Hyaluronsäure
	Gel	5,3	nein	ja	Hyaluronsäure
	Spülung	5,3	ja	ja	Hyaluronsäure
Artisial	Spray	6.7/6.13	nein	nein	Carboxylmethylcellulose
AS Saliva Orthana	Spray	5.8/6.7/ neutral/6.83	?	ja	Muzin
Curasept HAP	Spülung		nein	ja	Hyaluronsäure, CHX
DC Dry Mouth Gel Mint	Gel		nein	nein	Cellulose Gum
Glandosane	Spray	5.1/5.1/ sauer/5.23	nein	nein	
Liposaliva	Spray		nein	nein	
Saseem Mundspray	Spray	5.1-5.3/5.37	ja	ja	Dexpanthenol
Saliva Natura	Spray	6/5.89	nein	ja	

Tab. 4: Diverse Speichelersatzmittel mit Angaben über Bestandteile und pH-Werte entsprechend folgender Publikationen: Delgado A. J. et al.43, Delgado A. J. & Olafsson V. G.44, Hahn R.45, Henderson S.46, Meyer-Lueckel H. & Kielbassa A. M.31, Wismach S.47

Hyposalivation vermehrt eingesetzt werden. Zusätzlich zur regulären Zahnpasta, die zweimal täglich angewendet wird und mindestens 1000 ppm Fluorid (F-) enthalten sollte, können je nach Kariesrisiko eine Zahnpasta mit höherer Fluoridkonzentration (5000 ppm F-, einmal täglich), Fluoridgele (12500 ppm F-, einmal wöchentlich), Fluoridlacke (bis zu 22000 ppm F-, einmal vierteljährliche Applikation in der Praxis) oder Mundspüllösungen (500 ppm F-, einmal täglich) empfohlen werden[40]. Die Vorsorgeuntersuchung sollte engmaschig und besonders gewissenhaft durchgeführt werden. Ein besonderes Augenmerk sollte in den Kontrollen auf die Wurzeloberflächen gelegt werden, da Wurzelkaries beim reduzierten Speichelfluss oft sehr progredient[41] und vor allem approximal schwer zu erkennen und zu therapieren ist. Weiterhin sollte auf eine optimale Mundhygiene geachtet werden, sowohl auf den Glattflächen als auch interdental, um eine ausreichende Plaquefreiheit zu gewährleisten. Dadurch kann sowohl das Risiko Karies zu entwickeln als auch die Neigung zu entzündlichen Veränderungen der Schleimhäute und der Gingiva reduziert werden. Regelmäßige Kontrollen der Mundhygiene und eine stete Remotivation sowie die regelmäßige professionelle Reinigung und Fluoridierung der Zähne sollten Bestandteil der regelmäßigen Recalls sein.
Im Rahmen der routinemäßigen Mundschleimhautinspektion sollte auch auf Zeichen einer Pilzinfektion geachtet werden. Bei eindeutiger Diagnose sind Miconazol (2 Prozent Mundgel, 4-mal täglich) oder Nystatin (Suspension 4-mal täglich) lokale Therapien erster Wahl. Bei persistierenden Infektionen kann Amphotericin B (Suspension 100 mg/ml, 4-mal täglich) verschrieben werden. Die Mittel sollten im Mund verteilt und dann heruntergeschluckt werden. Die Therapie sollte mindestens sieben und maximal 14 Tage dauern (entsprechend der S1-Leitlinie Diagnose und Therapie von Candida-Infektionen; AWMF-Register Nr. 082/005).

Fazit

Die Behandlung von Patienten mit Hyposalivation bzw. Xerostomie ist eine große Herausforderung. Mit einfachen Mitteln lassen sich allerdings Strukturen in den Behandlungsablauf integrieren, durch die Betroffene individuell unterstützt werden. Durch eine aufmerksame Anamnese und die Beachtung typischer Anzeichen bei der intraoralen Untersuchung können Risikopatienten identifiziert und einer weiteren Behandlung zugeführt werden. Die Bestimmung der Speichelfließrate und das Ausfüllen einfacher Fragebögen sind wertvolle Instrumente zur Diagnostik und Dokumentation. Wenn eine Therapie der Ursache nicht möglich ist, kann der Speichelfluss mechanisch oder pharmakologisch stimuliert werden. Für eine symptomatische Therapie stehen außerdem zahlreiche Speichelersatzmittel zur Verfügung. Einen besonderen Stellenwert in der Behandlung von Patienten mit Hyposalivation sollte eine intensivierte Betreuung der Patienten mit Mundhygieneedukationen und einer Prävention vor allem der Karies einnehmen. ■

Das Literaturverzeichnis kann beim IZZ bestellt werden unter Tel: 0711 222966-14 oder E-Mail: info@zahnaerzteblatt.de.

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung des „Zahnärzteblatt Baden-Württemberg", ZBW 2-3/2021

Zellen der Zukunft

NEUE MHH-FORSCHUNGSKOOPERATION HAT DAS ZIEL, MIT MENSCHLICHEN STAMMZELLEN BAKTERIELLE LUNGEN-INFEKTIONEN HEILEN ZU KÖNNEN

Den Körper mit Zellen heilen zu können – dieses ehrgeizige Ziel verfolgen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Professor Dr. Nico Lachmann und Dr. Robert Zweigerdt haben dafür nun mit der pharmazeutischen Firma Novo Nordisk A/S eine Forschungskooperation vereinbart. Ziel ist es, künftig die Heilung von Organen mit Hilfe besonderer Stammzellen zu unterstützen und Krankheiten besser therapieren zu können – zum Beispiel bakterielle Lungenentzündungen, die mit bisherigen Therapien nicht geheilt werden können. Den Kooperationsvertrag hat die Firma Ascenion erarbeitet und begleitet.
Für das Vorhaben verwendet das Forschungsteam sogenannte induzierte pluripotente Stammzellen (iPS-Zellen), die mit der innovativen Technik des „Re-Programmierens" aus Körperzellen von Erwachsenen im Labor gewonnen werden können. Das Besondere ist, dass aus iPS-Zellen anschließend jeder Zelltyp des menschlichen Körpers hervorgehen kann. Diese Zellen können einzelnen Patientinnen und Patienten zugutekommen.
Seit einiger Zeit können die MHH-Wissenschaftlerinnen und -Wissenschaftler aus iPS-Zellen in speziellen Bioreaktoren kontinuierlich Zellen des Blutes herstellen, unter anderem Makrophagen (Fresszellen). „Im Rahmen der neuen Forschungskooperation entwickeln wir diese Technik nun gezielt so weiter, damit es bald möglich sein wird, diese Makrophagen in einer klinischen Phase-1-Studie erstmals therapeutisch anzuwenden. Bisher gibt es in Deutschland noch keinen klinischen Einsatz von iPS-Zellen", erläutert Professor Lachmann.

Makrophagen als Therapeutikum für bakterielle Lungeninfektionen

Die therapeutischen Makrophagen beseitigen krankmachende Bakterien und könnten beispielsweise für Menschen mit einer schweren bakteriellen Lungenentzündung, die nicht auf Antibiotika ansprechen, überlebenswichtig sein. „Das Konzept der therapeutischen Anwendung von aus iPS-Zellen abgeleiteten Zellen ist bereits etwa 15 Jahre alt.

Dr. Robert Zweigerdt und Professor Dr. Nico Lachmann und (von links) mit einem Bioreaktor im Labor.

Es freut mich sehr, dass wir es nun bis zur klinischen Anwendung weiter vorantreiben können", sagt Dr. Zweigerdt. Professor Lachmann hat eine vom Exzellenzcluster RESIST finanzierte Professur inne und forscht in der MHH-Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Neonatologie. Die grundlegenden Arbeiten sind auch im MHH-Institut für Experimentelle Hämatologie entstanden. Sein Labor ist Teil des REBIRTH-Forschungszentrums für translationale und regenerative Medizin der MHH und Mitglied des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL).
Dr. Robert Zweigerdt ist Forschungsgruppenleiter an den Leibniz Forschungslaboratorien für Biotechnologie und künstliche Organe (LEBAO) der MHH-Klinik für Herz-, Thorax-, Transplantations- und Gefäßchirurgie. Sein Labor ist ebenfalls Teil des REBIRTH-Forschungszentrums für translationale und regenerative Medizin der MHH und ist auf die Entwicklung der Produktion größerer Zellmengen in Bioreaktoren spezialisiert.

Exzellenzcluster RESIST: Forschen für die Schwächsten

Im Exzellenzcluster RESIST (Resolving Infection Susceptibility) erforschen mehr als 50 Teams aus sechs Institutionen unter Leitung der MHH, warum Menschen unterschiedlich anfällig für Infektionen sind. Ihr Ziel ist, besonders anfällige Menschen besser vor Infektionen schützen zu können. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter: www.RESIST-cluster.de

Service:

Weitere Informationen erhalten Sie bei Professor Dr. Nico Lachmann, lachmann.nico@mh-hannover.de, Telefon (0511) 532-5266 und bei Dr. Robert Zweigerdt, zweigerdt.robert@mh-hannover.de. ■

MHH Insight, 16. Februar 2021

Update MDR: Neues Modul Praxislabor

Foto: © momius - stock.adobe.com

Qualitätsmanagement ZQMS & ZQMS ECO

Zwei starke Partner für Ihre Praxis

ZQMS

ZQMS ist ein von Zahnärzten für Zahnärzte entwickeltes Qualitätsmanagementsystem

ZQMS ECO

ZQMS ECO ist ein von Zahnärzten für Zahnärzte entwickeltes Praxisführungsinstrument

Schon - kostenlos - registriert?
www.zqms-eco.de

ZKN
Zahnärztekammer Niedersachsen

14. AUSGABE DES DAHZ-LEITFADENS

Entscheidend ist die Bündelstrategie

DAHZ

Hygieneleitfaden

14. Ausgabe 2021

Stand 12.02.2021

Herausgeber:
Deutscher Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin
in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Zahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGHK)

Der Deutsche Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) gibt seit 1989 mit dem Hygieneleitfaden Empfehlungen für die praktische Durchführung von Hygienemaßnahmen heraus. Soeben ist die 14. Ausgabe des Hygieneleitfadens erschienen, an der neben einem Team der DAHZ die Arbeitsgruppe Zahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) mitgearbeitet hat. An der Neufassung beteiligt war auch Dr. Kai Voss, Vizepräsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein und Vorstand Qualitätsmanagement.

Herr Dr. Voss, hat die Arbeitsgruppe Zahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene bei der Neufassung des Hygieneleitfadens den einen oder anderen Impuls für Ihre Arbeit bei der DAHZ geben können?

Voss: Dazu möchte ich gerne etwas ausholen. Der DAHZ wurde bereits 1979 gegründet, um Hygieneempfehlungen für die Kolleginnen und Kollegen zu erarbeiten. 1989 wurde der erste DAHZ-Hygieneleitfaden veröffentlicht. Zu dieser Zeit war der Leitfaden das einzige speziell für die Zahnarztpraxis gedachte „Nachschlagewerk" im Bereich Hygiene und Infektionsschutz.

Erstmals 1998 hat dann die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI (KRINKO) eine Empfehlung „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene" herausgegeben. Die Neuauflage aus dem Jahr 2006 hat lange Jahre gute Dienste geleistet. Ergänzt wurde diese Empfehlung für die Zahnmedizin durch andere KRIN-KO-Empfehlungen z.B. zur Händehygiene oder die gemeinsam mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebene Empfehlung zur Aufbereitung von Medizinprodukten. Der DAHZ hat die relevanten Inhalte für die Zahnmedizin jeweils in die aktuellen Fassungen des Hygieneleitfadens eingearbeitet.

Foto: Jörg Wohlfromm

Dr. Kai Voss: „Der Besuch beim Zahnarzt oder der Zahnärztin ist aufgrund des hohen Hygienestandards für Patienten sicher".

Wie ging es dann weiter?

Voss: Im Sommer des letzten Jahres teilte das Robert Koch-Institut (RKI) der Bundeszahnärztekammer mit, dass die Empfehlung „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde" nicht mehr weiterentwickelt wird. Sie ist nun in das „Archiv" verschoben worden. Für die fachspezifischen Fragestellungen aus dem Bereich der Zahnmedizin verweist das RKI nun auf die Expertise der Bundeszahnärztekammer und der entsprechenden Fachgesellschaften.

In diesem Kontext passte es sehr gut, dass der DAHZ und die Arbeitsgruppe Zahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) vereinbart hatten, den Hygieneleitfaden gemeinsam herauszugeben. Die DGKH ist eine anerkannte Fachgesellschaft in der AWMF. Damit gewinnt der Leitfaden weiter an Bedeutung, definiert er nun den Stand der Wissenschaft in den fachspezifischen Themen der Zahnmedizin.

Es ist naheliegend, dass die Fachleute der DAHZ in einigen Details eine andere Sicht auf die Dinge haben. Der wissenschaftliche Diskurs, der sich dabei entwickelt hat, kommt aber dem ganzen Projekt zugute.

Gibt es eine besonders einschneidende Neuerung in der aktuellen Ausgabe?

Voss: Schwerpunkt der Änderungen, die in die 14. Ausgabe eingeflossen sind, war die Infektionsprävention unter Berücksichtigung der COVID-19-Pandemie. Wichtigste Botschaft dabei ist, dass keine Maßnahme allein den Schutz des Behandlungsteams und der Patienten sicherstellen kann. Es geht also nicht darum, welche Maske getragen wird, sondern um eine Kombination verschiedener spezifischer Präventionsmaßnahmen im Sinne einer „Bündelstrategie". Auch das Thema der antiseptischen Mundspülungen wurde angepasst.

Ich möchte gern darauf hinweisen, dass der DAHZ bereits am Anfang der Pandemie in seiner Rubrik „FAQ" Stellungnahmen abgegeben hat, die auch fast ein Jahr später noch

aktuell sind. Leider war das bekanntlich nicht bei allen Empfehlungen so, die von Fachleuten oder Politikern im Laufe der Zeit in die Welt gesetzt wurden.

Wie wird der Leitfaden weiterentwickelt?

Voss: Zunächst wird das Kapitel zur Aufbereitung von Medizinprodukten gemeinsam von DAHZ und AKDI noch überarbeitet. Das soll im Laufe des Jahres abgeschlossen werden.
Was die Corona-Pandemie angeht, ist der DAHZ mit dem Vorsitzenden Prof. Dr. Lutz Jatzwauk sowie Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas und mir auch an der Erstellung der AWMF-Leitlinie „Aerosol-übertragbare Erreger" beteiligt. Diese Leitlinie ist als erste in der Zahnmedizin als „Living Giudeline" angemeldet worden und wird daher laufend überarbeitet. Die erste Fortschreibung ist kurz vor der Fertigstellung.
Für aktuelle Fragestellungen bietet sich auch ein Blick in die DAHZ-Rubrik „FAQ" an, wo auch kurzfristig auf aktuelle Entwicklungen reagiert wird.

Welche Botschaft haben Sie für diejenigen Patientinnen und Patienten, die, coronabedingt, noch immer Angst vor einem Zahnarztbesuch haben?

Voss: Ein Besuch beim Zahnarzt oder der Zahnärztin ist aufgrund der schon vor Corona strengen Hygienevorschriften in Zahnarztpraxen so sicher wie eh und je. Und er bleibt so notwendig und sinnvoll wie vor der Corona-Krise.
Denn Erkrankungen im Mundraum müssen so schnell wie möglich erkannt und behandelt werden. Oft geht es dabei nicht nur um die Zähne und die Gesundheit im Mundraum. Die Infektionsstatistiken haben belegt, dass der größte Teil der Infektionen in privaten Haushalten oder bei familiären Zusammenkünften erfolgt ist. Die Zahlen für Infektionen des Praxispersonals während der Berufsausübung sind verschwindend gering und liegen weit unter denen der Allgemeinbevölkerung. Da der Patient bei der Behandlung keine Maske tragen kann, zeigt dies deutlich, dass die Hygienemaßnahmen funktionieren. Das Risiko für den Patienten liegt durch die Maßnahmen des Praxisteams zum Fremdschutz nach meiner Überzeugung bei nahe Null.
Für besonders interessierte Patienten verweise ich auch gern auf die BZÄK-Kommunikationsoffensive www.gesund-ab-mund.de, die speziell für Laien aufbereitete Inhalte zu diesem Thema anbietet: Ich habe auf meiner Praxis-Website einen Link zu diesem Portal eingestellt und nutze die Materialien, die diese Aktion für die Praxen vorhält.

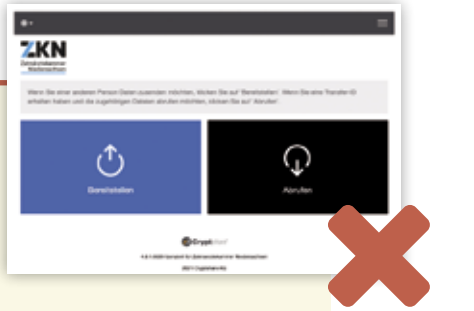
DAHZ-Hygiene-Leitfaden

Der Hygieneleitfaden der DAHZ ist ein wichtiges Instrument für die Zahnärzteschaft. Denn die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt ist angehalten, das Hygieneregime regelmäßig zu überprüfen und dem aktuellen Stand der Wissenschaft und den gültigen Regelwerken anzupassen. Der Praxisinhaber bzw. Praxisbetreiber ist dafür verantwortlich – auch wenn die einzelnen Hygienemaßnahmen an Mitarbeiter delegiert werden können.
Der DAHZ-Hygieneleitfaden befindet sich grundsätzlich in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut sowie den Regelwerken der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen (DGUV).
Auf der Website der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein gibt es eine Vergleichsfassung, sodass Neuerungen sofort erkennbar sind. ■

Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein, 03/2021

BITTE BEACHTEN

Cryptshare der ZKN wird per 27. Mai abgeschaltet – KIM ist verfügbar



Die ZKN hat seit einigen Jahren mit Cryptshare den Mitgliedern einen browserorientierten, leicht bedienbaren, datenschutzkonformen Dateiversand- und -verschlüsselungsdienst angeboten gehabt. Der Dienst wurde zu überwiegenden Teilen für die vertragszahnärztliche Berufsausübung genutzt und war in der Lizensierung sowie Unterhaltung sehr teuer.
Mittlerweile steht den Vertragszahnärzten innerhalb der Telematikinfrastruktur mit KIM (Kommunikation im Medizinwesen) ein vom Leistungsvermögen vergleichbarer Dienst zur Verfügung, dessen Installation und Betrieb mit zwei E-Mailadressen zudem über die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen bezuschusst werden.
Aus diesem Grund wird Cryptshare zum 27. Mail 2021 nicht mehr angeboten und der Dienst seitens der Zahnärztekammer Niedersachsen abgeschaltet.

Foto: © romaset - stock.adobe.com

Leergefegt! – Fachkräftemangel in der Zahnmedizin

Den Begriff „Fachkräftemangel" habe ich das erste Mal wahrgenommen, als ich meine Praxis Ende der 2000er Jahre gründete. Damals betraf es fehlende Programmierer in der sogenannten New-Economy. In den Medien wurde heftig diskutiert, ob dieser Mangel durch Anwerbung von Fachkräften aus Indien behoben werden sollte, oder ob mehr Informatiker vor Ort ausgebildet werden sollten. Mich betraf das nicht. Es war ein Problem, das weit weg war. Bis ich vor einem Monat einen Anruf von einer Freundin bekam: Meine Freundin, der ich hier den Namen Apollonia geben will, kenne ich noch vom Studium her. Sie hat sich zur selben Zeit wie ich mit einer Praxis niedergelassen. Ihre Praxis bestand schon viele Jahre vor ihrer Übernahme und liegt im ländlichen Umfeld einer großen Metropole. Ich habe immer mal wieder mit Apollonia telefoniert und wir haben uns über unsere Sorgen und Nöte mit den Patienten und der zunehmenden Bürokratie ausgetauscht. Die Gespräche wurden Jahr für Jahr immer entspannter und vor ein paar Jahren verkündete Apollonia recht selbstbewusst, dass sie glaube, ihre Praxis wäre jetzt etabliert. Die „Scheinzahlen" waren in den letzten Jahren stabil oder würden immer noch leicht steigen, die Praxis wäre bald abbezahlt, und sie würde in eine entspannte Zukunft schauen. Selbst das in der Nähe gegründete MVZ wäre keine wirkliche Konkurrenz. Man würde sich schon irgendwie arrangieren. Aber dann kam jener Anruf am Ende des letzten Jahres kurz vor Weihnachten: „Timo, ich finde keine Helferinnen! Kannst du mir irgendwie helfen?" Apollonia hatte mich in der Praxis angerufen und ich kam gerade aus einer längeren Behandlung. Da ich völlig überrascht war, fiel mir im Augenblick nichts Besseres ein und ich fragte: „Hast du es schon beim Arbeitsamt versucht?" – „Ja, natürlich. Aber meine Sachbearbeiterin in der Agentur für Arbeit sagte, der Markt wäre völlig leergefegt. Mindestens drei weitere Praxen würden auch noch in meiner Region suchen, aber es gäbe keine Interessenten, die sie vermitteln könne."

„Und was ist mit Social Media usw.?", fiel mir spontan noch ein. „Die Annonce steht schon im Internet auf allen

Plattformen, die ich erreichen konnte. Nichts – keine Rückmeldung. Und wenn ich bis zum nächsten Monat niemanden finde, dann kann ich den Laden hier dichtmachen!"
Erst jetzt begriff ich den Ernst der Lage und ich konnte Apollonia davon überzeugen, das Gespräch auf den Abend zu verlegen. Das Thema wollte ich nicht zwischen Tür und Angel mit ihr besprechen. „Was machst du denn mit deinen Leuten, dass du jetzt ganz alleine in der Praxis stehst?", fragte ich Apollonia, als wir uns abends wieder sprachen.
„Den provokanten Unterton in deiner Frage verstehe ich deutlich und du kannst dir vorstellen, wie peinlich es mir ist, immer wieder nach neuem Personal zu suchen. Die Leute müssen langsam denken, ich sei die schlechteste Chefin in der Region. Aber die Kündigungen in diesem Jahr hatten alle nichts mit mir oder mit der Praxis zu tun: Meine erste Mitarbeiterin hat übers Internet einen neuen Freund gefunden und jetzt zieht sie zu ihm nach Frankfurt. Die nächste fällt wegen Schwangerschaft aus und will dann auch erstmal nicht wieder in den Beruf zurück, weil ihr Mann genug verdient. Und die dritte hat einen pflegebedürftigen Vater, den sie betreuen will. Der wohnt aber 120km weit weg und damit war meine Mitarbeiterin dann auch weg. Glaube mir! Die standen alle in meinem Büro mit Tränen in den Augen, weil es ihnen unendlich leid tat, mir kündigen zu müssen." – „Dann lag es also auch nicht an den Gehältern?"
„Nein, egal wieviel ich draufgelegt hatte, keine von meinen Damen wäre geblieben. Ich denke, dass ist die normale Fluktuation, der jede Praxis ausgesetzt ist. Dagegen ist kein Kraut gewachsen. Mich hat es letztes Jahr zufällig besonders getroffen. Was mich viel mehr erschüttert hat, ist die Tatsache, dass es keine neuen Interessentinnen am Arbeitsmarkt gibt. Wo sind die alle hin?"
Das schien die zentrale Frage zu sein. Dass Mitarbeiter das Unternehmen aus vielfältigen Gründen verließen, war ein Phänomen, was es schon immer gegeben hatte. Aber wie es aussah, gab es keinen Ersatz für diese Abgänge. Die Ressource „Fachkraft" schien uns auszugehen. Ich rief meinen Nachbarn an, einen Allgemeinmediziner. Mal sehen, wie die Lage bei den Kollegen von der Restkörpermedizin ist.
„Bei uns fängt die Gewinnung von neuem Personal damit an, die Abwanderung von Angestellten aus der Praxis zu verhindern. Viele Praxen suchen, aber nur wenige Interessenten sind verfügbar. Die meisten Arbeitsverhältnisse werden inzwischen unter der Hand vermittelt", war seine Antwort. Die Lage am Arbeitsmarkt war für die medizinischen Berufe scheinbar ähnlich. Er fügte noch hinzu: „Letzte Woche hat übrigens meine Auszubildende bei mir in den Sack gehauen. Der Beruf wäre nichts für sie. Sie hätte sich überlegt, jetzt lieber ihr Abitur nachzuholen und dann zu studieren. Schöne Grüße ans deutsche Bildungssystem. Die jungen Leute werden reihenweise an die Unis gebracht und in den klassischen Ausbildungsberufen klaffen fürchterliche Lücken. Ich will gar nicht wissen, wie es bei den Bäckern oder Klempnern aussieht."
Felix Semreh arbeitet seit undenkbarer Zeit im Dentalhandel. Ich kenne ihn schon seit dem Anfang meines Studiums, als er mir meine ersten Bohrer und Frasaco-Zähne verkauft hat. Ihn wollte ich anrufen, denn ich traute ihm einen guten Überblick über die Praxislandschaft zu.
„Jetzt fallen euch eure Fehler aus der Vergangenheit auf die Füße", war sein lakonischer Kommentar. Ich hakte nach, denn diese Antwort war mir zu nebulös: „Von was für Fehlern redest Du? Wurde nicht genug ausgebildet?" – „Von den Ausbildungszahlen habe ich keine Ahnung. Aber ihr habt über Jahre Gehälter gezahlt, die in keinem Verhältnis zu anderen Branchen standen und die Wertschätzung, mit der einige deiner Kollegen ihre Angestellten behandeln, ist absolut unzumutbar. Ich könnte dir jetzt Einzelfälle schildern, die ich in den Praxen erlebt habe, aber dann würde ich unser freundschaftliches Verhältnis möglicherweise gefährden. Schließlich will ich auch in Zukunft noch in deiner Praxis willkommen sein. Nur noch so viel: Wenn ich tatsachlich wüsste, wo Praxispersonal zu finden wäre, würde ich meinen Beruf im Handel sofort an den Nagel hängen und nur noch Jobs vermitteln. Ich wäre ruck zuck reich – richtig reich …"
Diese vagen Anschuldigungen brachten mich nicht weiter. Ich beschloss meine ehemalige Mitarbeiterin anzurufen. Vor drei Jahren hatte sie bei mir wegen ihrer Familie gekündigt und war dann bei einem großen Autobauer als Halbtagskraft ins Büro gegangen. Ich wusste, dass sie immer noch viele Kontakte zu alten Kolleginnen in unterschiedlichen Praxen hatte.
„Viele von meinen Freundinnen von damals arbeiten nicht mehr in der Zahnmedizin. Eine sitzt jetzt im Supermarkt an der Kasse, zwei habe ich davon überzeugt hier anzufangen und eine hat ihre Ausbildung abgebrochen und ist zur Polizei. Alle suchen gerade Arbeitskräfte wie verrückt. Wenn ich mir überlege, was zum Teil in den Praxen abging, in denen ich gearbeitet habe: Schichtdienst mit Überstunden, keine Wertschätzung, das Gezicke untereinander und die nervigen Patienten" sprudelte es aus ihr heraus, als ich sie nach den Ursachen für den Fachkräftemangel fragte.
„Und das alles gibt es im Supermarkt, im Büro und bei der Polizei nicht?", unterbrach ich ihren Redeschwall.
„Doch, doch, aber viele wollen einfach nur weg aus der Praxis. Letztens ist einer langjährigen Mitarbeiterin in einer Praxis gekündigt worden. Die Begründung war, dass ihr Chef Einbußen wegen der Corona-Krise befürchtete. Er wolle nicht sein Privatvermögen angreifen, war seine Begründung. Er und seine Frau fahren aber jeden Tag mit dem eigenen Porsche vor der Praxis vor. Als der Mitarbeiterin das klargeworden ist, hatte sie die Nase voll von ihrem Job und hat sich etwas anderes gesucht." ▸▸

„Aber das ist doch jetzt ein Einzelfall“, widerspreche ich. „Schauen Sie mal in die sozialen Medien! Da gibt es Foren, in denen die ZFAs bundesweit vernetzt sind. Da kommen solche Fälle wöchentlich zur Sprache, und wenn sie mal die Kommentare lesen, wissen Sie sehr schnell, aus welcher Richtung der Wind weht. Gerade beim Thema „Impfpflicht“ hat es in den letzten Wochen wieder richtig Krawalle gegeben. Also mich werden Sie nicht mehr in irgendeiner Praxis sehen.“

Das war erschütternd. Da sitzen also unsere Mitarbeiterinnen in den Praxen und sind mit ihrem Job irgendwie unzufrieden. Wenn sie dann die Kommentare in solchen Foren lesen, kommen sie scheinbar zu der Erkenntnis, dass alle Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in der Zahnmedizin unanständige Ausbeuter sind und verlassen als letzte Konsequenz die Branche in der Hoffnung, dass es woanders besser wäre. Da kann ich noch so viel ausbilden, angemessene Gehälter zahlen und mit meinen Mitarbeiterinnen auf Augenhöhe kommunizieren. Gegen diesen Shitstorm fühlte ich mich machtlos. Denn scheinbar werden zufriedene Angestellte in den sozialen Medien nicht wahrgenommen. Ich fühlte mich unendlich ohnmächtig.

Ich erinnerte mich an das Buch „Ausgebrannt“ von Andreas Eschbach aus dem Jahr 2007. In dieser fiktiven Geschichte geht der Autor davon aus, dass die weltweiten Rohölreserven unmittelbar erschöpft sind und schildert eine Welt, die mit einem plötzlichen Mangel dieser entscheidenden Ressource konfrontiert ist. Egal, welches Auto die Menschen sich gekauft hatten – weder der Porsche, das SUV noch der zehn Jahre alte Kleinwagen fuhren. Der Stillstand betraf alle gleich.

Fachkräfte sind eine Ressource, die zur Erbringung unserer Dienstleistungen zwingend notwendig sind. Natürlich

Foto: ©contrastwerkstatt - stock.adobe.com

Foto: Privat

Dr. Timo Simniok

gibt es auch zahnmedizinische Praxen, die völlig ohne Personal auskommen. Vielfältige Beispiele dafür finden sich im europäischen Ausland. Die Frage, ob das im deutschen Gesundheitssystem realisierbar wäre, will ich hier gar nicht stellen. Dennoch bin ich durch die aktuelle Entwicklung beunruhigt und dabei vermeide ich schon tunlichst einen Blick auf die demographische Entwicklung in den nächsten Dekaden. Die gebetsmühlenartig wiederholte Forderung unserer Standesvertretung, dass mehr ausgebildet werden müsse, halte ich für absolut richtig, aber nicht mehr für ausreichend. Die Nachfrage übersteigt zunehmend das immer knapper werdende Angebot. In meinen Augen ist es an der Zeit für eine kollektive Anstrengung, die über das Bisherige hinausgeht. Der Fachkräftemangel könnte sich sonst zu einem Flaschenhals für alle Praxen entwickeln und das Wachstum einer ganzen Branche blockieren.

Leider kann ich an dieser Stelle keine Lösungen für dieses komplexe Problem anbieten, auch wenn ich einige dezente Andeutungen im Text unterzubringen versuchst habe. Lösungen können wir – meiner Meinung nach – nur gemeinsam in der Kollegenschaft erarbeiten. Meine Bitte – besonders an die Zahnärztekammer Niedersachsen – ist, sich dieser Thematik anzunehmen. Auch wenn uns Covid-19 gerade über alle Maße beschäftigt, finde ich es nicht verkehrt, auch jetzt schon an die Zeit nach der Pandemie zu denken und uns den Herausforderungen der Zukunft jetzt zu stellen.

Noch eine Anmerkung am Schluss: Die Personen meiner kleinen Geschichte sind natürlich alle frei erfunden. Die geschilderten Gespräche habe ich im letzten Jahr aber tatsächlich in leicht veränderter Form so geführt wie oben beschrieben. Und natürlich hat Apollonia in letzter Minute noch Personal für ihre Praxis gefunden und musste nicht schließen. Aber so bald möchte sie dieses Szenario nicht noch einmal erleben. ■

Dr. Timo Simniok, Wedemark

Foto: © Monster Ztudio - stock.adobe.com

ZKN-Berechnungs-empfehlung

Tatsächlich können bei der gebührenrechtlich zutreffenden Einordnung zahnärztlicher Leistungen auch anatomische Kenntnisse nicht unbedingt schaden. Bei der Leitungsanästhesie wird ein Lokalanästhetikum in die unmittelbare Nachbarschaft eines Nervs gespritzt. Dadurch wird im peripheren Versorgungsbereich des Nervs Schmerzunempfindlichkeit bewirkt.
Die häufigste Anwendung einer intraoralen Leitungsanästhesie nach der Geb. Nr. 01 00 GOZ stellt vermutlich die Anästhesie des Nervus mandibularis vor seinem Eintritt in den Unterkiefer dar.
Allerdings erfüllen bei entsprechender Indikation auch die intraoralen Leitungsanästhesien des Nervus buccalis, Nervus mentalis, Nervus lingualis, Nervus infraorbitalis, am Tuber maxillare, Canalis incisivus oder Foramen palatinum majus den Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 0100 GOZ.
Derartige Anästhesien unterfallen hingegen nicht der Geb.-Nr. 0090 GOZ. ■

Geb.-Nr. 0090 GOZ Intraorale Infiltrationsanästhesie
Geb.-Nr. 0100 GOZ Intraorale Leitungsanästhesie

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

ZKN-RELEVANTE RECHTSPRECHUNG

Die Aufbereitung eines Wurzelkanals nach der Geb.-Nr. 2410 GOZ beinhaltet die Entfernung des den Wurzelkanal umkleidenden Dentins. Die in Lehrbüchern exemplarisch beschriebene Wurzelkanalaufbereitung setzt dabei einen leeren Wurzelkanal voraus.
Revisionen einer bereits vorhandenen Wurzelkanalfüllung erfordern also vor der Aufbereitung des Wurzelkanals zunächst eine vollständige Entfernung des vorhandenen definitiven Wurzelkanalfüllmaterials. Diese Maßnahme ist nicht Leistungsbestandteil der Geb.-Nr. 2410 GOZ. Folgerichtig haben das AG Bad Homburg (Az.: 2 C 2200/14 29 vom 19.04.2016), das AG Düsseldorf (Az.: 25 C 2953/14 vom 1.07.2016) und das AG Siegburg (Az.: 102 C 118/15 vom 28.10.2016) entschieden, dass die vollständige Entfernung definitiven Wurzelkanalfüllmaterials eine selbstständige zahnärztliche Leistung darstellt, die nicht in der GOZ beschrieben ist und daher gemäß § 6 Abs.1 GOZ analog zu berechnen ist.
Die zur analogen Berechnung heranzuziehende Gebührennummer ist unter Beachtung der in § 6 Abs.1 GOZ benannten Kriterien in das Ermessen des behandelnden Zahnarztes gestellt.
Nicht alle Gerichte entscheiden in diesem Sinn, auf Grund der vorstehend zitierten Urteile handelt es aber um eine vertretbare Auslegung der GOZ. ■

Geb.-Nr. 2410 GOZ Aufbereitung eines Wurzelkanals auch retrograd, je Kanal, gegebenenfalls in mehreren Sitzungen
Geb.-Nr. XXXXa GOZ Entfernen alten, definitiven Wurzelkanalfüllmaterials

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

Foto: © AA+W - stock.adobe.com

Streit um positive Bewertungen auf einem Arztbewertungsportal

In der Regel setzt sich der Zahnarzt oder die Zahnärztin mit seinem/ihrem Arztbewertungsportal auseinander, wenn er/sie sich gegen negative Äußerungen, Bewertungen und Unterstellungen wendet.
Über gute Bewertungen hingegen freut man sich. Doch auch zu viele gute Bewertungen können zu einem Problem werden:
Ein Arzt hatte viele gute Bewertungen. Dies war dem Arztbewertungsportal suspekt, denn es vermutete sogenannte „Fake-Bewertungen". Es wandte sich an den Arzt und bat ihn um Stellungnahme bzw. Aufklärung. Das Arztbewertungsportal wies darauf hin, dass für den Fall, dass der Arzt diese Aufforderung nicht zufriedenstellend nachkomme, die Bewertungen mit einem „Warnhinweis" versehen werde. In einem „Warnhinweis" teilt das Portal online mit, dass es Auffälligkeiten festgestellt habe und daher die Authentizität der Bewertung anzweifele. Es hätte den Profilinhaber/Arzt mit dem Sachverhalt konfrontiert. Hierdurch ließe sich die Angelegenheit jedoch nicht aufklären. Der Profilinhaber bestreitet für die Manipulationen selbst verantwortlich zu sein.
Der Arzt, bei dem das Bewertungsportal die positiven Bewertungen mit einem solchen Warnhinweis versehen hat, wandte sich hiergegen an das Gericht. Das OLG Frankfurt, AZ: 16 W 37/20, wies seine sofortige Beschwerde zurück. Zwar sei durch den Warnhinweis das allgemeine Persönlichkeitsrecht und der eingerichtete und ausgeübte Gewerbebetrieb berührt. Dieser Eingriff sei jedoch nicht rechtswidrig, denn das Portal äußere lediglich einen Manipulationsverdacht. Durch diesen Hinweis wolle das Portal die Funktionsfähigkeit des Portals wahren.
Das OLG Frankfurt weist jedoch darauf hin, dass die Veröffentlichung des Warnhinweises laufend auf seine Angemessenheit vom Portal überprüft werden muss.Das LG Kassel, AZ: 10 O 703/20, hat dies allerdings anders gesehen. Es sah bei der Veröffentlichung eines solchen Warnhinweises einen Verstoß gegen Schutz- und Loyalitätspflichten. Die Veröffentlichung eines solchen Warnhinweises impliziere, der Profilinhaber habe die Manipulation selbst veranlasst. Eine höchstrichterliche Rechtsprechung liegt noch nicht vor.
Problematisch an der Entscheidung des OLG Frankfurt ist, dass der Profilinhaber häufig nicht in der Lage ist, die von dem Bewertungsportal gewünschte Aufklärung/Stellungnahme zu den Bewertungen abzugeben, denn die meisten Bewertungen werden anonym abgegeben. Hinzu kommt, dass höchstrichterlich entschieden ist, dass der Arzt aus datenschutzrechtlichen Gründen keinen Anspruch gegen das Bewertungsportal auf Mitteilung der Identität des Verfassers einer Bewertung hat. Es ist ihm daher auch kaum möglich, ausreichend Stellung zu nehmen. Demgemäß ist es daher äußerst bedenklich, wenn das OLG Frankfurt Bewertungen eines Arztes mit einem Manipulationsverdacht belastet; der Arzt jedoch kaum eine Möglichkeit der Aufklärung/Widerlegung hat.
Auf jeden Fall sollte die Entfernung des Warnhinweises nach einem gewissen Zeitraum veranlasst werden. Auch das OLG Frankfurt hat festgestellt, dass die Berechtigung der Veröffentlichung eines Warnhinweises von dem Bewertungsportal fortlaufend auf seine Angemessenheit zu überprüfen ist und gegebenenfalls auch nach einiger Zeit (6 Monate) wieder zu entfernen ist. ■

Wencke Boldt, Fachanwältin für Medizinrecht, Hannover

Anschriftenverzeichnis der Zahnärztlichen Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen (ZAMB) in Niedersachsen 2021

„ES IST NORMAL, VERSCHIEDEN ZU SEIN“

ZAMB Zahnärztliche Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e.V.

Seit fast 50 Jahren setzt sich die „Zahnärztliche Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e.V.“ dafür ein, Menschen mit Behinderungen zahnärztliche Prävention und Behandlung im gleichen Maße zur Verfügung zu stellen, wie sie für die übrige Bevölkerung selbstverständlich sind.
Dies geschieht nicht aus einem gesetzlichen Zwang – Menschlichkeit kann nicht angeordnet werden. Freiwillig nehmen die Beteiligten große Mühen auf sich, die in vielen Fällen nicht oder nur unzureichend von den dafür zuständigen Kostenträgern honoriert werden.
Die Tätigkeit umfasst u.a. die Information von Eltern und Erziehern, die Organisation von Fortbildungsveranstaltungen, die Durchführung von kostenlosen Seminaren für Mitarbeiter in Behinderteneinrichtungen zum Thema „Zahnärztliche Prophylaxe“ sowie die Herausgabe eines Anschriftenverzeichnisses von Zahnarztpraxen in Niedersachsen, in dem für Patienten mit Behinderungen relevante Spezifikationen aufgeführt sind.

Auf dieser Niedersachsenkarte, die auf der Homepage der Zahnärztekammer (www.zkn.de) eingestellt ist, sind all die Orte aufgeführt, in denen sich mindestens eine Zahnarztpraxis befindet, die sich dadurch auszeichnet, dass sie für die Behandlung von Menschen mit Behinderungen relevante Kriterien aufweist. Wenn Sie Ihren Praxisort vermissen und/oder ebenfalls in das Verzeichnis aufgenommen werden wollen, weil auch Sie Menschen mit Behinderungen behandeln, schicken Sie bitte den diesem NZB beigelegten Fragebogen entsprechend ausgefüllt an die Zahnärztliche Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e.V., Zeißstraße 11a, 30519 Hannover.
Sollte der Fragebogen nicht mehr beiliegen, finden Sie ihn auch auf der Hompepage der Zahnärztekammer Niedersachsen (https://zkn.de/patienten/ag-hilfe.html) zum Herunterladen. ■

ZKN

ZAN

Zahnmedizinische Akademie Niedersachsen

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

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

→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

28.05.2021 Z/F 2119 8 Fortbildungspunkte

Online Seminar „Altern, aber bitte mit Biss“

Herausforderung – ältere Patienten in der Praxis
Zielgruppe 55 + ein spezielles Präventionsfeld

Sona Alkozei, Bruchhausen-Vilsen
28.05.2021 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 193,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 198,- €

04.06.2021 Z/F 2120 5 Fortbildungspunkte

Online Seminar Zähne wie „Kreide“?

Ein Überblick zur Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation

Dr. Julian Schmoeckel, Greifswald
04.06.2021 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 231,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 236,- €

05.06.2021 Z/F 2121 9 Fortbildungspunkte

Online Seminar Loch im Milchzahn – was nun?

Dr. Julian Schmoeckel, Greifswald
05.06.2021 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 352,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 357,- €

09.06.2021 Z/F 2123 4 Fortbildungspunkte

Online Seminar Klare Worte, überzeugende Argumentationstechniken – so gewinnen Sie Ihre Patienten und das Team für Ihre Anliegen

Birgit Stülten, Kiel
09.06.2021 von 15:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 61,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 66,- €

Komplementäre Schmerztherapie in der ZMK

(Einführungskurs ohne praktischen Übungen)

Foto: Privat

Dr. Hans Ulrich Markert

Die Zahnmedizin nimmt gerne Innovationen und Erkenntnisse auf und integriert sie in ihre Therapiekonzepte in der täglichen Praxis.
So spielt die Schmerztherapie – wie überhaupt die Einstellung zum Schmerz – eine große Rolle.
Aus der Schmerzforschung kommt das Postulat, jeden Schmerz so früh wie möglich zu behandeln, um einer Chronifizierung vorzubeugen.
Dieser Einführungskurs hat das Ziel, den Teilnehmern die Grundlagen und den aktuellen Wissensstand zu vermitteln.
Die Akupunktur ist ein Schlüssel zum Verständnis regulativer Funktionssysteme.

Inhalte:

- Schmerz – neurophysiologische Erklärungen und Modelle zum Schmerzgeschehen (Grundlagen der Schmerztherapie)
- Die Besonderheit des N. trigeminus; seine Beziehung zur HWS; zum Vegetativum
- Reflexmechanismen nach Head, Sherrington und Lähr-Sölder
- Vertikal-Systeme der Trad. Chines. Medizin (TCM) in Beziehung zu Gesicht und Mund
- Bedeutung von systemischen Fernpunkten in der Schmerztherapie
- Kartographisch-somatotopische Reflexsysteme, MAPS = Micro-Aku-Punkt-Systeme
- Diagnostische und therapeutische Nutzung der Mundakupunktur
- Punkte zur vegetativen und muskulären Relaxation, spezielle der Mm. Ptyerygoidei
- Spezifische Punkte zur Therapie der CMD im Mund, auf der Aurikel und an der Hand
- Lymph-Belt, spezielle Punkte am Hals und am oberen Thorax
- Schmerztherapie in Beziehung zur Psychosomatik

Online Seminar

Referent: Dr. Hans Ulrich Markert, Leipzig
Samstag, 26.06.2021 von 09:00 – 17:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 352,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 357,- €
Kurs-Nr.: Z 2128
9 Fortbildungspunkte nach BZÄK

WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

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

GOZ-Power
Für Fortgeschrittene und solche, die es werden wollen

Foto: Privat

Daniela Greve-Reichrath

In diesem Zweitagesseminar machen wir Sie mit sämtlichen wichtigen Änderungen der neuen GOZ intensiv vertraut. Die Umsetzung der Neuerungen wird anhand praktikabler Fallbeispiele vorgestellt und geübt. Dabei werden besonders die Themen berücksichtigt, die nach Inkrafttreten der neuen GOZ von Bedeutung sind. Welche Erfahrungen/Probleme haben Sie in der Praxis mit der neuen GOZ 2012? Wie treffen Sie rechtssichere Vereinbarungen mit Ihren Patienten? Dieses Seminar soll Ihre Sicherheit bei der Abrechnung festigen und Ihnen Tipps für den täglichen Umgang mit der GOZ vermitteln.

1. GOZ – intensiv und praxisrelevant
- Paragrafenteil GOZ
  - Kurz und knapp – die wichtigsten Paragrafen mit praxisrelevanten Beispielen
- Gebührenverzeichnis von GOZ/GOÄ
  - Problemfelder, Erfahrungen mit Kostenerstattern
  - Abrechnungstricks und -kniffe
  - Erstattungsbesonderheiten (Beihilferecht)

2. Komplexe Behandlungsbeispiele aus den Bereichen der
- Konservierend-chirurgischen Leistungen
- Parodontologie mit augmentativen Maßnahmen
- Aufbissbehelfe und Schienen
- Prothetik inkl. funktionsanalytischen und therapeutischen Leistungen
- Das erste Implantat von der Planung bis zur Liquidation

3. Individualprophylaxe von der Schwangeren bis zur Seniorenprophylaxe
- PZR, Speicheldiagnostik, Antibiogramm-Sondentest u.v.m

4. Die richtige Berechnung der Lasertherapie
- Laser-Zuschlag, OP-Zuschlag, OP-Mikroskop-Zuschlag

Hinweis: Bitte bringen Sie Ihre GOZ-Schnellübersicht mit.

Referentin: Daniela Greve-Reichrath, Lübbecke
Freitag, 25.06.2021 von 09:00 – 16:00 Uhr und
Freitag 02.07.2021 von 09:00 – 16:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 292,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 297,- €
Max. 20 Teilnehmer
Kurs-Nr.: F 2134

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

02.06.2021 F 2132

Aufschleifen von zahnärztlichen Instrumenten

Elisabeth Meyer, Greifswald
02.06.2021 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 194,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 199,- €

16.06.2021 Z/F 2126

Zahntechnische Reparaturen nach BEL II 2014 und BEB 97

Reparaturen in der Zahntechnik

Stefan Sander, Hannover
16.06.2021 von 13:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 149,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 154,- €

25.06.2021 F 2133

Willkommen am Telefon – der erste Eindruck

Brigitte Kühn, Tutzing
25.06.2021 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 253,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 258,- €

26.06.2021 F 2125

Qualitätsmanagement – Einführung und Training für Mitarbeiter/innen

Brigitte Kühn, Tutzing
26.06.2021 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 253,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 258,- €

18.08.2021 F 2135

Grundkurs – Röntgen für die Zahnarzthelferin/ZFA

Prof. Dr. Henning Schliephake, Göttingen
Daniela Schmöe, Hannover
18.08.2021 von 09:30 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite
bis zum 18.06.2021 220,- €, danach 242,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung
bis zum 18.06.2021 225,- €, danach 247,- €

Termine

31.10.2020-06.06.2021
Wolfsburg, Kunstmuseum
In aller Munde – Von Pieter Bruegel bis Cindy Sherman
Bitte tatsächliche Öffnungszeiten beachten.

29.05.2021
Mundgesundheit – von Anfang an 2.0!
Online-Konferenz
Weitere Infos und Anmeldemöglichkeit unter:
http://news.gesundheit-nds.de/nl2/ku0n/m6qi7html?hl=de

WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

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

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

Fortbildungsreferent: Dr. Arthur Buscot, Waisenhausdamm 7, 38100 Braunschweig, Tel: (0531) 49 695, E-Mail: info@buscot.de
Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
02.06.2021, 18:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	**Online Seminar:** Wirksam werben!, *Referent: Prof. Dr. Dipl. Ing. Thomas Sander, Bremerhaven*
07.07.2021, 18:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	**Online Seminar:** „Speichel – Das Gute daran ist das Gute darin“, *Referent: Prof. Dr. med. dent. Andreas Filippi, Basel*

BEZIRKSSTELLE GÖTTINGEN

Ort: vorerst ausschließlich online
Fortbildungsreferent: Dr. Dr. Lars Kühne, Weender Straße 75, 37073 Göttingen Tel: (0551) 47 314, E-Mail: info@mkg-im-carre.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
30.06.2021 18:00- ca. 19:30 Uhr	**Online Seminar:** Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de Moderne Konzepte in der kieferorthopädischen Frühbehandlung – Vom Hauszahnarzt zum Kieferorthopäden – Wann? Was? Wie? Warum?, *Referent: Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty, Göttingen*

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: Vorerst ausschließlich online
Fortbildungsreferent: Dr. Volker Schaper, Burgstr. 11, 27243 Harpstedt, Tel.: 04244 1671; E-Mail: fortbildunginoldenburg@gmx.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
26.05.2021, 18:00 Uhr – ca. 20:00	**Online Seminar:** Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de Das klinische Erscheinungsbild der Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) und mögliche Therapieansätze, *Mohemed-Salim Doueiri, Berlin*
16.06.2021, 19:30 Uhr – ca. 21:30 Uhr	**Online Seminar:** Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de Die Versorgung tief subgingivaler Restaurationen mit Komposit – eine Herausforderung, *Prof. Dr. Diana Wolff, Tübingen*
28.09./30.09.2021, 19:00 Uhr – ca. 21:00 uhr	**Online Seminar:** Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de Komposit @ i´ts best, *Ulf Krueger-Janson, Frankfurt am Main*

BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Haags Hotel Niedersachsen, Lindhooper Straße 297, 27283 Verden
Fortbildungsreferent: Gabriel Magnucki, Bahnhofstr. 18, 27211 Bassum, Tel.: 04241 5808, E-Mail: fortbildung@zz-bassum.de

TERMIN	THEMA/REFERENT
07.07.2021, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Die Kiefergelenksarthrose. Diagnostik und Therapie, *Prof. Dr. Dr. Jan Rustemeyer, Bremen*
14.07.2021, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Verschiedene zahnmedizinische Hilfsprojekte: Zahnmedizin in der dritten Welt, *Referenten: verschiedene*

WIR GRATULIEREN DR. ULRICH („ULLI“) OBERMEYER ZUM 65STEN GEBURTSTAG

Foto: Riefenstahl/ZKN

Kollege Obermeyer wurde am 3. Mai 1956 in Hagen am Teutoburger Wald geboren.
Nach dem Abitur zog es ihn im Herbst 1976 zum Studium der Zahnmedizin in die schöne Stadt Gent (Belgien). Im Sommersemester 1978 ging es dann in Göttingen mit dem Studium weiter, wo er im Juni 1982 auch die Approbation erlangte. Die Promotion folgte dann 1991.
Nach dem Studium zog es Ulrich Obermeyer wieder an seinen Geburtsort zurück, wo er sich im September 1984 in Einzelpraxis vertragszahnärztlich niederließ.
Die standespolitische Vita des Kollegen Obermeyer beginnt im Jahr 1993 und ist mehr als beachtlich, die Liste seiner ehrenamtlichen Tätigkeiten lang…. Insofern sollen an dieser Stelle nur ausgewählte Beispiele sein umfängliches Tun für seine Kolleginnen und Kollegen schlaglichtartig beleuchten.
Das Wichtigste gleich vorneweg: Seit 2014 ist „Ulli“ als Vorsitzender der Vertreterversammlung (VV) der KZVN ranghöchster Vertragszahnarzt in Niedersachsen. Dieses Amt ist ihm eine große Ehre und Verpflichtung, nicht zuletzt an seinem fast 30jährigen Engagement in diesem Gremium erkennbar.
Auch die Themen „Finanzen“ und „Verwaltung“ haben es ihm „angetan“. Insofern ist seine seit 1997 währende Arbeit in den relevanten Gremien bei ZKN und KZVN – u.a. als Vorsitzender des Finanzausschusses der ZKN (2001 – 2005) oder als stellvertretender Leiter vom Finanz- und Verwaltungsausschuss der KZVN (2011 – 2016) – nur konsequent und folgerichtig.
Last but not least muss noch erwähnt werden, dass Ulli nicht nur langjähriges Mitglied der Kammerversammlung der ZKN war (1997 – 2020), sondern auch aktuell noch als Mitglied im HVM-Ausschuss der KZVN seine Expertise einbringt.

Im Jahr 2014 wurde Ulli Obermeyer mit der Ehrengabe der ZKN ausgezeichnet und gewürdigt.

Lieber Ulli,
wir wünschen Dir für die Zukunft alle Gute, Gesundheit und Zufriedenheit. ■

Dr. Thomas Nels

WIR GRATULIEREN DR. DR. TRIEBE ZUM 70STEN GEBURTSTAG

Foto: Privat

Dr. Dr. Wolfgang Triebe wurde am 11. Mai 1951 in Nesselröden (Landkreis Göttingen) geboren. Seine Approbation zum Zahnarzt erlangte er 1976 in Göttingen, wo er einige Jahre später auch promovierte.
Damit nicht genug. Im Jahr 1978 schloss Wolfgang Triebe noch sein Studium der Humanmedizin ab und promovierte bereits ein Jahr später zum Dr. med.

Im Jahr 1982 ließ sich Kollege Triebe in Aurich (Ostfriesisches Plattdeutsch: Auerk), in eigener Praxis nieder. Dort im Herzen Ostfrieslands ist er seit 2014 in einer BAG mit seinem Sohn Philippe – vertragszahnärztlich tätig.

Die standespolitische Vita von Wolfgang Triebe beginnt 1993 als Ersatzmitglied der Vertreterversammlung der KZVN, dessen ordentliches Mitglied er nunmehr seit 2011 bis heute ist.

Sein besonderes Steckenpferd ist das Gutachterwesen. Seit 1999 bis heute ist er ehrenamtlich als Gutachter für den Leistungsbereich Zahnersatz tätig.

Wolfgang Triebe war und ist wichtiger Ansprechpartner für die Kolleginnen und Kollegen vor Ort. Als stellvertretender Vorsitzender der Bezirksstelle Ostfriesland der ZKN (2010 bis 2015) und aktuell als Vorsitzender der Verwaltungsstelle Ostfriesland der KZVN (seit 2017).

Im Jahr 2009 wurde ihm für sein Engagement die Ehrengabe der ZKN verliehen.

Wir wünschen weiterhin alles Gute und Gesundheit. ■

Die Vorstände von ZKN und KZVN

Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

Foto: © stockWERK/Fotolia.com

30.03.2021 Dr. Wolf-Michael Bieker MSc MSc MSc Implantologie (70), Göttingen

11.04.2021 Dr. Heinrich Klasen (70), Lachendorf

18.04.2021 Dr. Christian-Lars Wohlberg (75), Rotenburg (Wümme)

19.04.2021 Horst Meier (90), Sachsenhagen

19.04.2021 Dr. Jürgen Hamann (70), Aurich

19.04.2021 Dr. Karl-Heinz Klibor (99), Wolfsburg

21.04.2021 Burkhard Lau (70), Varel

22.04.2021 Dr. Jürgen Pannenborg (86), Varel

23.04.2021 Dr. Hans-Hermann Hupe (88), Ilsede

24.04.2021 Dr. Werner Heinze (96), Burgdorf

25.04.2021 Dr. Hans-Jürgen Rüter (88), Bad Rothenfelde

26.04.2021 Werner Reese (95), Soltau

01.05.2021 Peter Hellwig (70), Nordenham

03.05.2021 Dr. Norbert Krüger (87), Holzminden

06.05.2021 Ulrike Uflacker (70), Göttingen

08.05.2021 Dr. Bernd Heckhoff (75), Wilhelmshaven

11.05.2021 Dr. Dr. Wolfgang Triebe (70), Aurich

12.05.2021 Eike D. Rodewoldt (75), Osnabrück

14.05.2021 Klaus-Jürgen Scheer (87), Wilhelmshaven

14.05.2021 Bernd Thierbach (70), Celle

15.05.2021 Dr. Marianne Herklotz (70), Damme

Foto: © lily/fotolia.com

Wir trauern um unsere Kollegen

Dr. (D.D.S.) Udo Goedecke
geboren am 25.11.1931, verstorben am 15.12.2020

Oliver Siemers
geboren am 08.07.1960, verstorben am 14.03.2021

Detlev Brinkmann
geboren am 09.04.1952, verstorben am 07.04.2021

Die Vorstände
der Zahnärztekammer Niedersachsen und der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Bescheid zur Festsetzung der Verwaltungskostenbeiträge für das Quartal IV/2020 vom 29.03.2021 und der Jahreshonorarbescheid für 2020 vom 29.03.2021 für

Dr. Willi Dörner
Ricklinger Stadtweg 6, 30459 Hannover

können nicht zugestellt werden.
Die Bescheide werden daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZV Niedersachsen öffentlich zugestellt.
Die Bescheide können bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter abgeholt oder im Rahmen der Öffnungszeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, **vom 20.05.2021 bis zum 03.06.2021,** bei Frau Eggert (Abt. Honorar) eingesehen werden.
Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB X i.V.m. § 10 Abs. 2 Satz 6 VwZG gelten die Bescheide als zugestellt, wenn seit dem Tag der Bekanntmachung im Niedersächsischen Zahnärzteblatt zwei Wochen vergangen sind.
Mit der Zustellung durch öffentliche Bekanntmachung werden Fristen in Gang gesetzt, nach deren Ablauf Rechtsverluste drohen können oder durch Terminversäumnisse Rechtsnachteile zu befürchten sind.

ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Bescheid zur Festsetzung der Verwaltungskostenbeiträge für das Quartal IV/2020 vom 29.03.2021 und der Jahreshonorarbescheid für 2020 vom 29.03.2021 für

Zahnarzt Andreas Stich
Wettorstraße 21, 31785 Hameln

können nicht zugestellt werden.
Die Bescheide werden daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZV Niedersachsen öffentlich zugestellt.
Die Bescheide können bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter abgeholt oder im Rahmen der Öffnungszeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, **vom 20.05.2021 bis zum 03.06.2021,** bei Frau Eggert (Abt. Honorar) eingesehen werden.
Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB X i.V.m. § 10 Abs. 2 Satz 6 VwZG gelten die Bescheide als zugestellt, wenn seit dem Tag der Bekanntmachung im Niedersächsischen Zahnärzteblatt zwei Wochen vergangen sind.
Mit der Zustellung durch öffentliche Bekanntmachung werden Fristen in Gang gesetzt, nach deren Ablauf Rechtsverluste drohen können oder durch Terminversäumnisse Rechtsnachteile zu befürchten sind.

ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Bescheid zur Festsetzung der Verwaltungskostenbeiträge für das Quartal IV/2020 vom 29.03.2021 und der Jahreshonorarbescheid für 2020 vom 29.03.2021 für

Zahnärztin Sofia Guimelfarb
Limburgerstraße 8, 30159 Hannover

können nicht zugestellt werden, da ihr derzeitiger Aufenthaltsort nicht bekannt ist. Ermittlungen über den aktuellen Aufenthaltsort verliefen ergebnislos.
Die Bescheide werden daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZV Niedersachsen öffentlich zugestellt.
Die Bescheide können bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter abgeholt oder im Rahmen der Öffnungszeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen,
vom 20.05.2021 bis zum 03.06.2021, bei Frau Eggert (Abt. Honorar) eingesehen werden.
Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB X i.V.m. § 10 Abs. 2 Satz 6 VwZG gelten die Bescheide als zugestellt, wenn seit dem Tag der Bekanntmachung im Niedersächsischen Zahnärzteblatt zwei Wochen vergangen sind.
Mit der Zustellung durch öffentliche Bekanntmachung werden Fristen in Gang gesetzt, nach deren Ablauf Rechtsverluste drohen können oder durch Terminversäumnisse Rechtsnachteile zu befürchten sind.

Mitteilungen des Zulassungsausschusses

Anträge und zulassungsrechtliche Fragen richten Sie an

Zulassungsausschuss Niedersachsen
Geschäftsstelle
Zeißstraße 11
30519 Hannover
Tel.: 0511 8405-323/361
E-Mail: zulassung@kzvn.de

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

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

Zulassung einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

Gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Zum Abgabetermin ist einzureichen bei:

Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

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

Folgende Regelungen müssen u.a. getroffen sein:

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

Fortführung einer bereits bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft

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

Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

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

Verlegungen

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

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

© diego cervo / iStockphoto.com

Sitzungen des Zulassungsausschusses Niedersachsen

Abgabe bis	28.04.2021
für die Sitzung am	02.06.2021
Abgabe bis	16.06.2021
für die Sitzung am	14.07.2021
Abgabe bis	04.08.2021
für die Sitzung am	01.09.2021
Abgabe bis	06.10.2021
für die Sitzung am	03.11.2021
Abgabe bis	10.11.2021
für die Sitzung am	08.12.2021

Die Sitzungstermine für 2022 werden im September 2021 festgelegt.

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 Oldenburg

- Planungsbereich Landkreis Oldenburg:
  Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.450 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 44,5 % versorgt.

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

Stand: 16.04.2021

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Christian Pernice MSc . . . . . .vom 12.03.1998

Dr. Magdalena Seifert . . . . Nr. 6280 vom 23.07.2008

Meropi Georgiou . . . . . Nr. 8162 vom 04.03.2014

Dr. Jürgen Wißmann . . . . . Nr. 2144 vom 17.05.1988

Kathrin Zothner . . . . . Nr. 6222 vom 23.04.2008

Csaba Megyery . . . . . Nr. 5797 vom 19.12.2006

Dr. Brigitte Raschka . . . . . .vom 01.07.1996

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

ZKN

Die KZVN „zwitschert“

Folgen Sie uns auf Twitter

weil:

Immer bestens informiert sein!

Networking:
Kommunikation
Kontakte
Kooperationen

Dabei sein ist alles!

@kzvn_presse
http://twitter.com/kzvn_presse

Tweet

» **Eine auf Twitter veröffentlichte Nachricht**

Hashtag:

» **Der Begriff Hashtag kombiniert die beiden englischen Wörter „hash“ und „tag“.**

Letzteres steht übersetzt für „Schlagwort“, „hash“ bezieht sich auf das Doppelkreuz (#). Hashtags sind Worte bzw. ohne Leerzeichen geschriebene Wortgruppen, die mit dem #-Symbol beginnen. Mit Hilfe von Hashtags werden Unterhaltungen organisiert und Tweets zu bestimmten Themen leichter auffindbar. Durch Klicken auf ein Hashtag gelangt man direkt zu den Suchergebnissen für den entsprechenden Begriff.

Weitere Informationen:
KZVN-Pressestelle | Telefon 0511 8405-430 | Telefax 0511 5909080 | info@kzvn.de | www.kzvn.de