

Kein Schutzschirm für Zahnarztpraxen S. 4

Bekanntmachung
**KAMMERWAHL-
ERGEBNIS**
S. 46 ff.

6 Hochaktuelles Thema:
„Hygienekosten in
Zahnarztpraxen“



7 Zugriff nur mit elektronischem
Heilberufsausweis!



12 Gutes Timing ist alles!
Der richtige Zeitpunkt für
eine kieferorthopädische
Behandlung



Konstituierende Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen

Samstag, 11. Juli 2020 – 09:00 Uhr

NOVOTEL Hannover, Podbielskistraße 21-23, 30163 Hannover

VORLÄUFIGE TAGESORDNUNG

1. Eröffnung und Feststellung der Beschlussfähigkeit
2. Bericht des Präsidenten
3. Wahl des Vorstandes gem. §§ 3 und 6 der Satzung der ZKN
4. Festlegung der Größe und Bildung der ständigen Ausschüsse gem. § 11 der Satzung der ZKN
 - 4.1 Finanzausschuss
 - 4.2 Honorar- und Vermittlungsausschuss zur Erledigung der Aufgaben gem. § 11 HKG
 - 4.3 Fürsorgeausschuss
 - 4.4 Fortbildungsausschuss
 - 4.5 Ausschuss für das zahnmedizinische Fachpersonal
 - 4.6 Ausschuss für Fachzahnarzt-Angelegenheiten
 - 4.7 Ausschuss für Jugendzahnpflege
 - 4.8 Ausschuss für Senioren Zahnmedizin
5. Wahl der Delegierten zur Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer
6. Wahl des Ausbildungsberaters
7. Wahl der Beisitzer im Schlichtungsausschuss gem. Schlichtungsordnung der ZKN
8. Fragestunde

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

Kammermitglieder können gemäß § 24 Abs. 4 Kammergesetz für die Heilberufe (HKG) an den Sitzungen der Kammerversammlung als Zuhörende teilnehmen.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie muss ein vorgegebener Sicherheitsabstand eingehalten werden. Wir bitten daher um Ihr Verständnis, wenn nicht für alle Zuhörerinnen und Zuhörer genügend Plätze zur Verfügung stehen.

Nach Corona ist vor Corona – das Virus bleibt

Mit dem Beginn des fünften Monats der Corona Pandemie erhalten wir nach wie vor wöchentlich neue Erkenntnisse bezüglich des Infektionsgeschehens. Für dieses neuartige Virus gibt es kein Behandlungshandbuch oder Blaupausen, anfängliche Einschätzungen mussten zum Teil korrigiert werden. Die Ausbreitung und Letalität fanden in Deutschland dankenswerterweise nicht so extrem statt wie Anfangs von vielen „Experten“ vorausgesagt. Über die Langzeitfolgen und den weiteren Verlauf ist vieles weiterhin ungewiss. Viele Daten müssen erhoben werden und von wissenschaftlicher Evidenz sind wir noch ein gutes Stück entfernt. Ob zukünftig ein Impfstoff verfügbar sein wird, ist ungewiss. Aber bestimmt wird es allgemein bessere Behandlungsmöglichkeiten geben.

Wir Zahnärzte arbeiten bekanntermaßen räumlich immer sehr nahe am möglichen Infektionsgeschehen – so auch nahe einer möglichen Infektion mit dem Coronavirus. Dank gebührt allen zahnärztlichen Teams, die nach bestem Wissen und Gewissen die Versorgung der Bevölkerung unter Beachtung nochmals erhöhter Schutzmaßnahmen für Patienten und Teammitglieder durchgeführt haben – unsere behandelten Patienten haben das sehr wertgeschätzt. Um so enttäuschender ist die Nichtberücksichtigung von uns Zahnärzten und damit auch unseres Fachpersonals sowie aller uns zuarbeitenden Berufe beim Rettungsschirm. Hier ist es nötig, einiges bei den Politikern anzusprechen und mit ihnen aufzuarbeiten. Während Ärzten und Psychotherapeuten ein Schutzschirm in Form von nicht rückzahlbaren Ausgleichszahlungen zugebilligt wurde, hat die Politik den Zahnärzten bewusst – und politisch ausdrücklich gewollt – keinen Platz unter einem Schirm eingeräumt. Die nunmehr angebotene „Liquiditätshilfe“ ist lediglich ein Kreditangebot und alles andere als Wertschätzung für unseren Berufsstand. Kurzfristig gilt es, durch die Pandemiezeit in Not geratene Praxen mit den vorhandenen Mitteln so gut wie möglich zu unterstützen.

Derzeit ist festzustellen, dass die konsequente Umsetzung der schon seit langem bestehenden stringenten Hygienevorschriften in zahnärztlichen Praxen den Infektionsschutz gewährleisten. Unsere Patienten und unsere Teammitglieder sind sicher vor Infektionen in unseren Praxen. Die vorliegenden nationalen und internationalen Informationen deuten darauf hin, dass es keine besonderen Risiken im Infektions-

schutz für Patienten und zahnärztliche Teams gibt. Und damit dieses Maß an hohem Infektionsschutz so bleibt, müssen wir auch zukünftig unsere Schutzmaßnahmen hochhalten und gegenüber möglichen Veränderungen wachsam bleiben. Daher bitte ich Sie, weiterhin die aktualisierten Empfehlungen der ZKN/KZVN sowie der BZÄK und der KZBV zu beachten und mit Ihren Teams umzusetzen.

Kammerwahl für die Periode 2020 – 2025 durchgeführt

In dieser für uns alle schwierigen Zeit mussten nach dem Heilberufekammergesetz sowie der Satzung der ZKN Körperschaftswahlen organisiert und durchgeführt werden. Dass dem Berufsstand die Selbstverwaltung auch in dieser Krisenzeit wichtig ist, wird durch die Tatsache belegt, dass gegenüber der letzten Wahl 2015 ein Plus von 147 gültigen Stimmen abgegeben wurde. Davon entfielen in den Wahlkreisen 2.089 gültige Stimmen auf die Kandidatenliste der „Zahnärzte für Niedersachsen“, oder 52, % der Stimmen. 1.845 Stimmen erhielt die Kandidatenliste „Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)“, also 46,1%, 63 Stimmen oder 1,5% entfielen auf zwei Einzelwahlvorschläge, wovon ein Kollege einen Kammerversammlungssitz erreichte (Ergebnisse s. Seite 46ff in diesem NZB). Für die Teilnahme an der Wahl möchte ich mich auch im Namen des Vorstands bei allen Kandidatinnen und Kandidaten sowie bei Ihnen als Wählerinnen und Wähler sehr herzlich bedanken! Am 11. Juli werden der neue Vorstand sowie einige satzungsgemäße Ausschüsse für die nächste Legislaturperiode von der sogenannten konstituierenden Kammerversammlung gewählt. Für die nächsten Jahre warten viele Aufgaben und Projekte auf tatkräftige Bearbeitung.

Ihnen, verehrte Kolleginnen und Kollegen, wünsche ich in der weiterhin noch schwierigen Situation Zuversicht auf sicherlich wieder kommende bessere Zeiten und einen klaren Fokus auf das Notwendige!

Blieben Sie mit uns im Kontakt – wir werden Sie unterstützen wo immer es möglich ist! ■

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen



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



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

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT – 55. Jahrgang
Monatszeitschrift niedersächsischer Zahnärztinnen und Zahnärzte mit amtlichen Mitteilungen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN), erscheint elfmal jährlich, jeweils zum 15. eines jeden Monats. Bezug nur für Mitglieder der ZKN und KZVN.

HERAUSGEBER

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

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

REDAKTION

Redaktionsleitung

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

ZKN

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

KZVN

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

Redaktionsassistentz

Kirsten Eigner (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBÜRO

ZKN

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

KZVN

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

GESAMTHERSTELLUNG

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

ZAHNÄRZTLICHE KLEINANZEIGEN

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

REDAKTIONSHINWEISE

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

ISSN 1863-3145

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

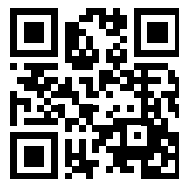
REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 09/20: 11. August 2020
Heft 10/20: 8. September 2020
Heft 11/20: 13. Oktober 2020

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



46



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





LEITARTIKEL

- 1 Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida:
Nach Corona ist vor Corona –
das Virus bleibt

POLITISCHES

- 4 Kein Schutzschirm für Zahnarztpraxen
Politik verweigert dringend benötigte
Hilfe in der Corona-Krise
- 5 Vertreterversammlung der KZVN lehnt
„Liquiditätshilfe“ ab
- 6 Hochaktuelles Thema:
„Hygienekosten in Zahnarztpraxen“
IDZ-Untersuchung: Aufwand rund
70.000 Euro pro Jahr und Praxis
- 7 Versichertendaten: Zugriff nur mit
elektronischem Heilberufsausweis!
- 9 Aus KOM-LE wird KIM
- 9 Vereinbarung über die Anforderungen
an die technischen Verfahren zur
Videosprechstunde geschlossen
- 10 Medizinische Daten sicher digital
übermitteln
Neuer TI-Leitfaden der KZBV zu KIM
- 11 DGZMK: ZahnMedizin stärkt Immun-
kompetenz der Mundhöhle und kann
schlimme Covid-19-Verläufe verhindern



FACHLICHES

- 12 Gutes Timing ist alles!
Der richtige Zeitpunkt für eine
kieferorthopädische Behandlung
- 21 Risikomanagement in der Praxis
Universitätspoliklinik Zahnerhaltungs-
kunde fasst Empfehlungen
für Behandlung im Kontext der
Corona-Pandemie zusammen
- 24 Psychologie und Psychosomatik
in der ZahnMedizin: Vom Kennen
und Erkennen psychosomatischer
Auffälligkeiten Teil I
- 28 Orale Antikoagulation –
Perioperatives Management
in der zahnärztlichen Chirurgie
- 34 Qualitätsprüfung 2019
erfolgreich abgeschlossen
- 35 iCalendar – Einreichungs- und
Zahlungstermine digital
- 36 HDZ-Projekte in der Corona-Zeit
Altgoldspenden in der Zahnarztpraxis
- 38 Das HDZ möchte auch
Altgoldspendern helfen



TERMINLICHES

- 39 Bezirksstellenfortbildung der ZKN
- 40 ZAN-Seminarprogramm

PERSÖNLICHES

- 42 Dr. Klaus Winter – 75
- 42 Dr. Klaus-Achim Sürmann zum 60.
- 43 Herzliche Glückwünsche zum
Geburtstag!
- 43 Wir trauern um unsere Kollegen
- 43 Dienstjubiläen in der KZVN

AMTLICHES

- 44 Mitteilungen des
Zulassungsausschusses
- 45 Ungültige Zahnarzausweise
- 46 Ergebnisse der Wahl zur
Kammerversammlung
der Zahnärztekammer
Niedersachsen 2020
- 51 Neuzulassungen

KLEINANZEIGEN

- 52 Kleinanzeigen



Kein Schutzschirm für Zahnarztpraxen

POLITIK VERWEIGERT DRINGEND BENÖTIGTE HILFE IN DER CORONA-KRISE



Foto: © StockPhotoPro - stock.adobe.com

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 4. Mai 2020 die COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) erlassen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) kritisiert, dass damit die massiven negativen Auswirkungen der Corona-Krise für die vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland nicht abgedeckt werden und die Verordnung nicht zur Sicherstellung einer flächendeckenden zahnärztlichen Versorgung beiträgt. Die Regelung sieht – im Gegensatz zum ursprünglichen Entwurf – nur noch kurzfristige Liquiditätshilfen vor, die vollständig zurückgezahlt werden müssen.

Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV: „Von einem Schutzschirm kann keine Rede sein, wenn uns lediglich ein Kredit gewährt wird, der in den nächsten zwei Jahren mit viel Bürokratieaufwand vollständig zurückgezahlt werden muss. Damit wird die Krise für die zahnärztlichen Praxen nur verlängert. Hingegen wird die Mitverantwortung der Krankenkassen für die Sicherstellung funktionierender zahnärztlicher Versorgungsstrukturen durch die Verordnung negiert. Krankenkassen profitieren gleich in doppelter Weise: Zum einen durch die krisenbedingten Einsparungen im Jahr 2020, zum anderen können

sie in den Folgejahren die vorgegebenen Rückerstattungen auf der Haben-Seite verbuchen.

Der Erhalt einer hervorragend funktionierenden flächendeckenden und wohnortnahen zahnärztlichen Versorgung scheint für die Politik offensichtlich ohne Bedeutung zu sein.

Ich befürchte, dass es zu erheblichen Substanzverlusten in der vertragszahnärztlichen Versorgung kommen wird. Eine hundertprozentige Rückzahlungsverpflichtung trifft insbesondere junge Praxen und Praxen in strukturschwachen, ländlichen Regionen. Unser verantwortungsbewusstes Handeln zur Minimierung von Infektionsrisiken einerseits und die Angst vor Infektionen auf Patientenseite andererseits führen zu stark gesunkenen Patientenzahlen und finanziellen Schwierigkeiten und Existenznöten bei den Praxen. Die Praxiskosten laufen permanent weiter.

Neben den negativen Auswirkungen auf die Patientenversorgung droht der Verlust von Arbeitsplätzen vor Ort. Zusammen mit den Praxisinhabern sind deutschlandweit etwa 365.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Zahnarztpraxen tätig, davon rund 32.000 Auszubildende. Berücksichtigt man zusätzlich Arbeitsplätze in gewerblichen Laboren, im Dentalhandel und in der Industrie, so geht es um knapp eine halbe Million Arbeitsplätze in Deutschland.

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihre Praxisteams haben vom ersten Tag der Epidemie an die Versorgung der Menschen aufrechterhalten. Wir haben – praktisch aus dem Stand – ein bundesweit flächendeckendes Netz von Behandlungszentren in 30 Kliniken und 170 zahnärztlichen Schwerpunktpraxen für die Akut- und Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten aufgebaut, die mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert sind oder als Verdachtsfall unter Quarantäne gestellt wurden. Daneben gewährleisteten wir mit besonders hohen Hygienestandards in den Praxen maximalen Schutz vor Ansteckungen.

Die weltweit als beispielhaft anerkannte zahnärztliche Versorgung in Deutschland mit einem flächendeckenden und wohnortnahen Praxisnetz sowie herausragenden Ergebnissen bei der Mundgesundheit wird durch die Verweigerung echter Unterstützung akut gefährdet.“ ■

_____ Presseinformation der KZBV vom 04.05.2020

Vertreterversammlung der KZVN lehnt „Liquiditätshilfe“ ab



Einstimmige Ablehnung der „Liquiditätshilfe für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte zur Überbrückung der finanziellen Einbußen aufgrund der Corona-Epidemie“ durch die Vertreterversammlung der KZVN.

Dass die Corona-Pandemie in ärztlichen und zahnärztlichen Praxen tiefe Spuren hinterlassen hat, ist unstrittig. Während Ärzten und Psychotherapeuten in dem „Gesetz zum Ausgleich finanzieller Belastungen in Gesundheitseinrichtungen infolge von COVID-19“ ein Schutzschirm in Form von Ausgleichszahlungen zugebilligt wurde, um Praxisschließungen zu vermeiden und somit die wohnortnahe Versorgung zu sichern, haben Zahnärzte bewusst und politisch gewollt keinen Platz unter diesem Schirm gefunden. Zwar hat Minister Spahn unter dem Druck der zahnärztlichen Bundesorganisationen schließlich versucht, im Rahmen einer weiteren Regelung Liquiditätshilfen zu gewähren, durch die Zahnärzte am Ende des Jahres 30 Prozent der zu viel gezahlten Summe als zusätzliche Hilfe hätten behalten dürfen. Aber Spahn stieß mit diesem Vorhaben umgehend bei dem sozialdemokratischen Finanzminister Olaf Scholz auf strikte Ablehnung. Damit war die Ungleichbehandlung zwischen Ärzten und Zahnärzten zunächst zementiert.

Schließlich kam mit der am 30.04.2020 erlassenen „Verordnung zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen (COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung)“ als weitere Variante die „Liquiditätshilfe für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte zur Überbrückung der finanziellen Einbußen aufgrund der Corona-Epidemie“ ins Spiel.

Was sich hinter dem ebenso wohlklingenden wie langen Namen verbirgt, ist allerdings nichts anderes als ein bloßes Darlehen an die KZVn mit der Verpflichtung zur vollständigen Rückzahlung an die Krankenkassen in den beiden Folgejahren.

In dieser Situation stellte sich die Frage, ob die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eine dermaßen ausgestaltete „Liquiditätshilfe“ überhaupt in Anspruch nehmen sollten, oder ob es die jeweilige Vertragssituation zwischen den KZVn und den Krankenkassenverbänden nicht opportun erscheinen ließe, auf diese „Hilfe“ zu verzichten und ihr zu

widersprechen. Grundsätzlich bestand diese Möglichkeit zur Abwahl bis zum 02. Juni 2020.

Beschluss der Vertreterversammlung

Mit Schreiben vom 13.05.2020 hat der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Ulrich Obermeyer, die Mitglieder der Vertreterversammlung der KZVN über die Gesetzeslage und insbesondere über die Vertragsgestaltung der KZVN mit den Verbänden der Krankenkassen ausführlich informiert. Da es sich um eine weitreichende Entscheidung mit Auswirkungen auf den Honorarverteilungsmaßstab handelt, wurde zugleich im Rahmen einer schriftlichen Abstimmung über den folgenden Beschluss das Votum der Vertreter herbeigeführt:

„Die Vertreterversammlung möge beschließen, dass die KZVN der gesetzlich geregelten Liquiditätshilfe zur Überbrückung der finanziellen Auswirkungen der infolge der Corona-Epidemie verminderten Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis zum 2. Juni 2020 schriftlich widerspricht.“

Die Zustimmung der Vertreterversammlung zu dieser Beschluss-Abfrage war eindeutig und angesichts der Besonderheiten der Vertragsstrukturen zwischen der KZVN und den Krankenkassenverbänden in Niedersachsen (u. a. Zahlung von Leistungsmengenunabhängigen Festbeträgen) auch absehbar. Denn schließlich verfügt die KZVN in dieser Situation ohne „Liquiditätshilfe“ über mehr Mittel, als mit ihr!

Insofern bleibt es nach diesem Beschluss der Vertreterversammlung der KZV in Niedersachsen bei den schon vereinbarten bzw. noch zu vereinbarenden Regelungen zur Vergütungsanpassung für 2020, die deutlich günstiger sind als die Inanspruchnahme einer „Liquiditätshilfe“ mit all ihren finanziellen und verwaltungstechnischen Konsequenzen und Abhängigkeiten. ■

_____loe

Foto: © Composer - stock.adobe.com

Hochaktuelles Thema: „Hygienekosten in Zahnarztpraxen“

**IDZ-UNTERSUCHUNG: AUFWAND RUND 70.000 EURO
PRO JAHR UND PRAXIS**

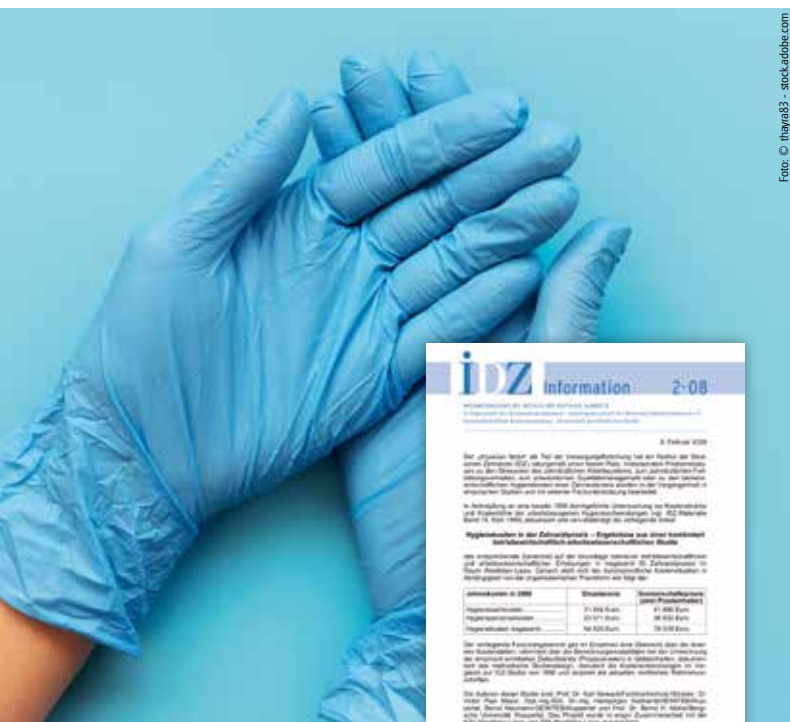


Foto: © thyma83 - stock.adobe.com

tenstudie verwendet aus diesem Grund drei gesonderte Datenquellen. Im Rahmen von „Zeitaufnahmen“ fanden direkte Beobachtungen von hygienebedingten Tätigkeiten in Zahnarztpraxen statt. Ein „Praxisurvey“ erfasste mittels eines Fragebogens die Material- und Gerätekosten in zufällig ausgewählten Zahnarztpraxen aus jedem Bundesland. Schließlich fanden „Sekundärdaten“ aus anderen Quellen wie dem Statistischen Bundesamt Eingang in die Analysen. Die Ergebnisse des Buchs bieten einen Überblick über die Gesamthygienekosten in Zahnarztpraxen in Deutschland. Mittels Regressionsanalysen werden diejenigen Praxisstrukturmerkmale herausgearbeitet, auf die die Gesamthygienekosten im Wesentlichen zurückgehen. Zudem enthält das Buch Erläuterungen dazu, wie das Regressionsmodell im Sinne eines Baukastensystems von Zahnärzten dazu genutzt werden kann, um datengestützt die Gesamthygienekosten der eigenen Praxis zu schätzen.“

Aus Kapitel 6 „Diskussion und Schlussfolgerungen“

„[...] Die Gesamthygienekosten in deutschen Zahnarztpraxen jeglicher Praxisform beliefen sich im Jahr 2016 auf durchschnittlich rund 70.000 Euro. Davon entfielen ein Drittel auf Sachkosten und zwei Drittel auf Personalkosten. Anders gewendet standen Sachkosten und Personalkosten damit in einem Verhältnis von 1:2.

Beim Vergleich von Einzelpraxen mit anderen Praxisformen fällt zunächst auf, dass die Gesamthygienekosten von Einzelpraxen mit durchschnittlich rund 65.000 EUR auf einem geringeren Niveau rangieren als die der übrigen Praxisformen mit einem Mittelwert von rund 87.000 EUR; Einzelpraxen gleichen sich untereinander mehr hinsichtlich ihrer Gesamthygienekosten als dies andere Praxisformen untereinander tun. Bei den tendenziell größeren anderen Praxisformen macht sich zudem offensichtlich eine stärkere Arbeitsteilung als Skaleneffekt bemerkbar: Liegt das Verhältnis von Sach- zu Personalkosten bei Einzelpraxen durchschnittlich noch bei ziemlich genau 1:2, so verringert sich der Personalkostenanteil bei den sonstigen Praxisformen, sodass dieses Verhältnis nur noch 1:1,7 beträgt [...]“ ■

Quelle: IDZ im April 2020

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) – wissenschaftliches Forschungsinstitut in gemeinsamer Trägerschaft von BZÄK und KZBV – hat in seiner Materialienreihe soeben den Band 37 unter dem Titel „Hygienekosten in Zahnarztpraxen“ veröffentlicht. Autor dieser im Deutschen Ärzteverlag DÄV GmbH erschienenen Publikation ist Dr. rer. pol. Nicolas Frenzel Baudisch vom IDZ. Die ISBN lautet: 978-3-7691-0634-3. Im Klappentext heißt es:

„Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Zahnarztpraxen ergreifen in ihrem Alltag viele diverse Maßnahmen zur Ansteckungsverhütung: von der Händehygiene über die Instrumentenaufbereitung bis hin zur Wischdesinfektion von Behandlungsstühlen. In verschiedenen Bereichen sind daher unterschiedliche Hygienekosten enthalten. Diese angemessen zu erfassen und zu beziffern, bringt gewisse Herausforderungen mit sich. Die vorliegende Hygienekos-

Zugriff nur mit elektronischem Heilberufsausweis!

Nach dem verpflichtenden Versicherten-Stammdatenmanagement zum Abgleich der Versichertendaten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) kündigt die gematik nun mit dem elektronischen Medikationsplan (eMP) und dem elektronischen Notfalldatensatz (NFD) erste medizinische Anwendungen in der Telematikinfrastruktur (TI) an. Damit will sie die Digitalisierung des Gesundheitswesens nach eigenem Bekunden auf das „nächste Level“ heben. „Diese Anwendungen werden den Patienten dienen und auch die Arbeitsabläufe in den Praxen und zwischen medizinischen Einrichtungen erleichtern“, ist auf der Homepage der gematik nachzulesen. „Ein Mehr an Information, verfügbarer Dokumentation und sicherer Kommunikation ist dafür der Schlüssel.“

Anfang März starteten im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe Feldtests für den elektronischen Medikationsplan und den Notfalldatensatz. Mit dem Beginn der flächendeckenden Einführung ist nach derzeitigem Stand bereits im zweiten Quartal 2020 zu rechnen. Voraussetzung für die Nutzung der neuen Anwendungen durch die Heilberufe: der elektronische Heilberufsausweis (eHBA), der über eine Möglichkeit zur sicheren Authentifizierung und zur Erstellung qualifizierter elektronischer Signaturen verfügen muss. Ein Austausch der Konnektoren ist nach Angaben der gematik dagegen nicht erforderlich: Um zum „E-Health-Terminal“ zu werden, sollen die vorhandenen Geräte ein Software-Update erhalten. Auch das Praxisverwaltungssystem muss gegebenenfalls aktualisiert werden, um die neuen Funktionen nutzen zu können.

eMP und NFD: WAS wird gespeichert?

Sowohl der Notfalldatensatz als auch der elektronische Medikationsplan werden direkt auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert. In beiden Fällen handelt es sich für die Versicherten um freiwillige Anwendungen. Im Notfalldatensatz können Informationen über chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, koronare Herzkrankheit), Operationen (z.B. Organtransplantation), regelmäßig eingenommene, vom Arzt verordnete Medikamente sowie Allergien und Unverträglichkeiten (besonders zu Arzneimitteln, die beim Patienten zu schweren allergischen Reaktionen



Foto: © BillionPhotos.com - stock.adobe.com

führen) gespeichert werden. Zudem ist es möglich, weitere medizinische Informationen (z.B. zu Schwangerschaft oder Implantaten) und ergänzend Kontaktdaten von Angehörigen, die im Notfall benachrichtigt werden sollen, zu hinterlegen.

Zu den Daten des elektronischen Medikationsplans gehören medikationsrelevante Informationen wie Allergien und Unverträglichkeiten sowie Angaben zur Medikation, d.h. zu allen Arzneimitteln, die ein Patient einnimmt inklusive Hinweisen zur Anwendung (Dosis, Zeitpunkt, Häufigkeit etc.). Dies umfasst sowohl die vom Arzt oder Zahnarzt verschriebenen Medikamente als auch Arzneimittel, die zwecks Selbstmedikation in der Apotheke erworben wurden. Zusätzlich sind im elektronischen Medikationsplan auch Medikamente aufgeführt, die der Patient aktuell nicht mehr einnimmt, die jedoch für die Überprüfung der Arzneimitteltherapie durch den Arzt, Zahnarzt oder Apotheker relevant sein könnten. ▶▶

► **Rechtzeitige Beantragung des eHBA unerlässlich!**

Zugriff auf die medizinischen Anwendungen erhalten Zahnärzte über die Telematikinfrastruktur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis. Dies dient der sicheren Authentifizierung. Ohne eHBA können Zahnarztpraxen die medizinischen Anwendungen der TI nicht nutzen! Mit Blick auf die bevorstehende Einführung des Notfalldatensatzes und des elektronischen Medikationsplans rät die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) daher allen Zahnärzten, die noch keinen eHBA besitzen, diesen zeitnah zu beantragen. Die gesetzlich verpflichtende Ausgabe des Ausweises erfolgt nach landesrechtlichen Regelungen durch die jeweils zuständige Zahnärztekammer.

Die Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte erhalten für den eHBA alle fünf Jahre eine Einmalzahlung, die die Kosten für die Laufzeit hälftig deckt (Anmerkung der Redaktion: Wie die Beantragung in Niedersachsen erfolgt, wird noch rechtzeitig bekannt gegeben werden.).

Das Auslesen des Notfalldatensatzes und des elektronischen Medikationsplans findet über die Praxisverwaltungssoftware der Zahnarztpraxis statt. Dafür muss das (mündliche) Einverständnis des Patienten eingeholt und dokumentiert werden. Im Notfall – zum Beispiel, wenn der Patient bewusstlos ist – dürfen Ärzte, Zahnärzte und deren Mitarbeiter sowie Angehörige bestimmter anderer Heilberufe wie etwa Notfallsanitäter die Notfalldaten jedoch auch einsehen, ohne dass dafür eine Einwilligung des Patienten erforderlich wäre. Außerhalb einer Notfallsituation ist es denkbar, den Notfalldatensatz unterstützend für die Diagnostik und Therapiefindung oder zur Anamnese bei neuen Patienten heranzuziehen. Daten aus dem Medikationsplan können – wenn das Praxisverwaltungssystem dies unterstützt – zu einer Arzneimitteltherapie-Sicherheitsprüfung (AMTS) genutzt werden, die aufzeigt, ob bei der geplanten Medikation Wechselwirkungen zu erwarten sind: Beim Zugriff auf Notfalldatensatz oder elektronischen Medikationsplan wird in der Praxisverwaltungssoftware als Teil



Foto: © momius - stock.adobe.com

der ärztlichen Dokumentation eine Kopie der Daten gespeichert. Auf diese Kopie kann auch später und in Abwesenheit des Patienten zugegriffen werden.

PDSG: Zahnarztpraxen nicht zu „Datenservicestellen“ umfunktionieren!

Der inzwischen vom Bundeskabinett beschlossene Entwurf eines „Gesetzes zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur“ (Patientendaten-Schutzgesetz, PDSG) trifft an mehreren Stellen Regelungen zum elektronischen Medikationsplan und zum Notfalldatensatz. Vorgeesehen ist, dass Versicherte auch in der Zahnarztpraxis das Recht haben sollen, ihren Notfalldatensatz und den elektronischen Medikationsplan einzusehen. Dort wird mit Hilfe des elektronischen Heilberufsausweises zugegriffen. Diese – wie auch weitere im ursprünglichen Entwurf geplante – Zugriffsberechtigungen des Versicherten innerhalb der Zahnarztpraxis hatte die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung in ihrer Stellungnahme zum PDSG abgelehnt. Zahnarztpraxen dürften nicht zu „Datenservicestellen“ umfunktioniert werden, sagte Dr. Karl-Georg Pochhammer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KZBV, anlässlich der Anhörung zum Gesetz Ende Februar. Digitalisierung müsse unter anderem dazu beitragen, Bürokratie zu bewältigen, statt neuen Aufwand durch „verpflichtendes Datenmanagement“ zu erzeugen. Pochhammer warnte davor, Zahnärzte mit zusätzlichen administrativen Pflichten zu belasten, „die mit der Ausübung ihres Heilberufs nichts zu tun haben“. Auch aufgrund des bürokratischen Aufwands für Behandlungsabläufe wende die KZBV sich gegen diese Zweckentfremdung zahnärztlicher Praxisinfrastruktur als Datenservice- oder Datenmanagementstellen. „Vielmehr plädieren wir dafür, die Infrastruktur von Krankenkassen zur TI-Datenverarbeitung zu nutzen und auf zusätzliche Funktionalitäten auszuweiten“, so Pochhammer. Auch davon, dass Zahnärzte laut PDSG verpflichtet werden sollen, den Notfalldatensatz und den elektronischen Medikationsplan auf Verlangen des Patienten zu löschen, hält die KZBV nichts: Anders als der Hausarzt habe ein Zahnarzt keinen Überblick über das Krankheitsbild des Versicherten, führt sie zur Begründung an. Für richtig hält es die KZBV dagegen, dass Zahnarztpraxen nach aktuellem Stand nicht verpflichtet sind, für ihre



INFO: ELEKTRONISCHER MEDIKATIONSPLAN UND NOTFALLDATENMANAGEMENT

Weitere Informationen liefern die beiden Leitfäden der KZBV „Notfalldatenmanagement“ und „Elektronischer Medikationsplan“, die unter www.kzbv.de heruntergeladen werden können. Zudem bietet auch die gematik zu beiden Anwendungen Leitfäden und Checklisten zum Download unter www.gematik.de an.

Aus KOM-LE wird KIM

Patienten einen Notfalldatensatz oder einen elektronischen Medikationsplan anzulegen. Da sie die entsprechenden Daten „innerhalb des jeweiligen Behandlungskontextes“ jedoch auf freiwilliger Basis aktualisieren und ergänzen könnten, müssten diese Leistungen gegebenenfalls vergütet werden, fordert sie in ihrer Stellungnahme.

DVG setzt verbindliche Frist

Auch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) sehen Anwendungen vor, für die ein elektronischer Heilberufsausweis notwendig ist. So sind Zahnarztpraxen ab 01. Januar 2021 zur Übermittlung elektronischer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen verpflichtet. Ebenfalls ab 01. Januar 2021 müssen sie in der Lage sein, die elektronische Patientenakte zu befüllen und zu nutzen. Laut DVG wird die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen pauschal um ein Prozent gekürzt, wenn der Nachweis, über die dazu erforderlichen Komponenten und Dienste zu verfügen, nicht bis zum 30. Juni 2021 erbracht wird – eine Frist, die nach Ansicht der KZBV nicht zu halten sein wird. Zu den erforderlichen Komponenten gehört unter anderem der elektronische Heilberufsausweis. ■

_____Kirsten Behrendt
Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein, 02/2020

Die gematik hat KOM-LE (Kurzform für „Kommunikation der Leistungserbringer“) umbenannt in KIM (= „Kommunikation im Medizinwesen“). Mit diesem Kommunikationsdienst sollen künftig digitale Dokumente und Nachrichten – mit oder ohne Anhang – über ein sicheres E-Mail-Verfahren ausgetauscht werden.

„Der Name KIM ist griffig und gut aussprechbar. Das wird dazu beitragen, dass KIM schnell im Arbeitsalltag integriert und nicht mehr aus dem Gesundheitswesen wegzudenken sein wird“, erklärt gematik-Geschäftsführer Dr. Markus Leyck. Der alte Name KOM-LE habe sich explizit nur auf bestimmte Nutzergruppen bezogen: „Das gehört definitiv der Vergangenheit an.“ – KIM richtet sich nun einrichtungs- und sektorenübergreifend an alle im Gesundheitswesen Tätigen.

Die gematik trifft zwischenzeitlich die Vorbereitungen für Feldtests. Ab 01. Juli 2020 ist KIM dann das einzige zulässige Verfahren, um die Übermittlung von E-Arztbriefen vergütet zu bekommen. ■

_____PM/Be
Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein, 04/2020

Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde geschlossen

Zwischen der KZBV und der GKV-SV ist gemäß § 291g Absatz 5 SGB V als Anlage 16 BMV-Z eine Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde geschlossen worden, die am 01.07.2020 in Kraft tritt. Damit ist der erste Schritt des gesetzlichen Auftrages erfolgt, damit Videosprechstunden und Videofallkonferenzen auch Einzug in die vertragszahnärztliche Versorgung finden können. Videoanbieter haben dann die Möglichkeit, soweit sie die Anforderungen der Vereinbarung erfüllen und Nachweise erbringen, Videodienstleistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung anzubieten. Die KZBV und die GKV-SV werden zukünftig ein Verzeichnis der Videodienstleister auf ihren Webseiten führen.

Parallel, so war von der KZBV zu hören, finden Beratungen des Bewertungsausschusses statt, um in diesem Zusammenhang Vergütungen im BEMA als neue Leistungen vorzusehen; denn gem. § 87 Abs. 2k SGB V sind für die Untersuchung und Behandlung von den im SGB V genannten Versicherten (Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten) und von Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages im SGB V erbracht werden, Videosprechstunden und Videofallkonferenzen vorzusehen. Nach Abschluss der Beratungen wird die KZBV darüber informieren. ■ _____KZBV/loe

Medizinische Daten sicher digital übermitteln

NEUER TI-LEITFADEN DER KZBV ZU KIM

Im Zusammenhang mit der Testphase für den Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen, vormals KOM-LE) hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) einen neuen Leitfaden speziell für Zahnarztpraxen veröffentlicht. Die Broschüre informiert kompakt und verständlich über die Vorzüge von KIM und enthält praktische Hinweise anhand konkreter Anwendungsfälle zu der neuen Anwendung im Rahmen der Telematikinfrastruktur (TI). Mit der Veröffentlichung des Leitfadens, der ab sofort unter www.kzbv.de/leitfaden-kim als kostenfreie pdf-Datei abgerufen werden kann, können Zahnärzte sich schon jetzt auf den sogenannten „Wirkbetrieb“ vorbereiten, der Mitte des Jahres beginnt.

Dr. Karl-Georg Pochhammer, stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZBV: „Mit KIM erreicht eine nutzenbringende TI-Anwendung die Zahnarztpraxen. Digitale Dokumente und Nachrichten können mit diesem wichtigen Schlüsseldienst ohne Medienbrüche schnell, sicher und zuverlässig über ein spezielles E-Mail-Verfahren ausgetauscht werden. Es freut mich, dass mit dieser Veröffentlichung nun der nächste Leitfaden speziell für Zahnarztpraxen verfügbar ist – nach dem großen Erfolg der Leitfäden zum elektronischen Medikationsplan/Arzneimitteltherapie-Sicherheitsprüfung sowie zum Notfalldatenmanagement. Auf diese Weise sind die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen für die nächsten Anwendungen der TI gewappnet, die im Laufe des 2. Quartals in den Wirkbetrieb kommen. Wie der Anschluss problemlos funktioniert und welche Vorteile sich etwa für die Patientenbehandlung ergeben, erfahren sie im KIM-Leitfaden.“

Hintergrund: KIM

Bisherige Kommunikationskanäle wie Briefpost, Telefax oder E-Mail können die Sicherheit auf dem Transportweg an bestimmte Empfänger nicht leisten und sind aufgrund der personenbezogenen, medizinischen Daten für das Gesundheitswesen ungeeignet. KIM hingegen ist ein sicherer E-Mail-basierter Dienst, bei dem in einem geschlossenen

Nutzerkreis Zahnärztinnen und Zahnärzte untereinander oder mit ihren Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, aber auch mit Angehörigen anderer Heilberufe sowie Organisationen und Institutionen im Gesundheitswesen Daten austauschen können. Dabei werden die Daten vom Absender zum Empfänger „Ende-zu-Ende“ verschlüsselt. Medizinische Dokumente, wie elektronische Arztbriefe oder Röntgenbilder werden somit sicher ausgetauscht. Die Testphase für den Dienst hat im April in ausgewählten Zahnarztpraxen begonnen. Mit der Verfügbarkeit von KIM wird Mitte des Jahres gerechnet. Für KIM wird ein Konnektor-Update, ein Vertrag mit einem KIM-Anbieter und ein elektronischer Zahnarzttausweis benötigt.

Hintergrund: Die Telematikinfrastruktur

Zahnärzte, Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und weitere Akteure des Gesundheitswesens sollen nach dem Willen des Gesetzgebers künftig schneller und einfacher miteinander kommunizieren sowie medizinisch relevante Daten sicher austauschen können. Das dafür notwendige digitale Kommunikationsnetz ist die TI. Für den Zugriff werden zertifizierte Komponenten und Dienste benötigt: Zahnärztinnen und Zahnärzte müssen für den Anschluss nicht selbst aufkommen, sondern erhalten von den Krankenkassen Pauschalen für Erstausrüstung und Betrieb. Der überwiegende Teil der Zahnarztpraxen ist bereits an die TI angeschlossen: Anfang April 2020 waren es knapp 95 Prozent.

Weiterführende Informationen

Gemeinsam mit der KZV Sachsen hat die KZBV das Video „Anbindung an die TI“ veröffentlicht. Weitere TI-Informationen stellt die KZBV in ihrer kostenlosen Praxisinformation „Anbindung an die Telematikinfrastruktur“ und fortlaufend auf ihrer Website zur Verfügung. Auch für die Anwendungen eMP/AMTS sowie NFDM hält die KZBV Zahnarzt-spezifische Leitfäden auf ihrer Webseite bereit. Folgen Sie dazu: www.kzbv.de/leitfaden-emp-nfdm ■

_____ *Pressestatement der KZBV vom 28.04.2020*



ZahnMedizin stärkt Immunkompetenz der Mundhöhle und kann schlimme Covid-19-Verläufe verhindern



DGZMK-Präsident Prof. Frankenberger: Prävention am Entstehungsort der Infektion in Corona-Zeiten besonders wichtig/Systemrelevanz der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde steht außer Frage

Düsseldorf. „Im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie kommt der Zahn-Medizin über die Gesunderhaltung der Mundhöhle eine besonders wichtige Rolle zu. Prävention stärkt die Immunkompetenz am Entstehungsort der Virusinfektion und hilft über diese Fitmacherfunktion, sie zu vermeiden oder ihren Verlauf zu abzumildern“, stellt der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), Prof. Dr. Roland Frankenberger (Uni Marburg), fest. Deshalb und aus vielen anderen Gründen sei die Zahnmedizin absolut systemrelevant. Eine gesunde Mundhöhle wirke als Barriere gegen alle möglichen Krankheiten und das gelte auch für Covid-19. „Es existieren mittlerweile Daten, dass in Gebieten, in denen die mangelnde Mundhygiene mehr Erkrankungen wie Karies oder Parodontitis verursacht, auch vermehrt tödliche Verläufe einer Corona-Erkrankung zu verzeichnen sind.“

Als prägnantes Beispiel nennt Frankenberger die in Deutschland weit verbreitete Volkskrankheit Parodontitis. „Ein Patient, der unter einer Parodontitis leidet, hat eine subgingivale Zahnfleischentzündung. Das bedeutet, dass er – häufig unbemerkt – eine offene Wunde von etwa 40 Quadratzentimetern im Mundraum trägt. Es ist doch vollkommen klar, dass dadurch einer Erkrankung wie Covid-19 Tür und Tor geöffnet ist“, stellt der Präsident der wissenschaftlichen Dachorganisation der Zahnmedizin fest. Über den Speichel lasse sich das Infektionsrisiko für Covid-19 wesentlich besser erkennen als über pharyngeale Abstriche. Ein schlechter intraoraler Status erhöhe das Risiko für einen negativen Verlauf einer solchen Infektion außerdem.

Unverständnis und Enttäuschung äußerte Frankenberger darüber, dass der eigentlich wegen des Einbruchs des Patientenaufkommens um rund 50 Prozent in den Zahnarztpraxen angedachte Rettungsschirm für Zahnmediziner wieder eingeklappt worden sei. Wie immer würde bei



Prof. Dr. Roland Frankenberger, Präsident der DGZMK

Kürzungen oder Außerachtlassen der Zahnmedizin uralte Klischees vom Großverdiener herausgekratzt, die heute überholt sind. Noch mehr ginge es dabei um den Symbolcharakter, gerade auch für die jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte.

„Ich kann allen Patienten nur dringend raten, ihre Zahnarztbesuche und die Prophylaxe nicht zu vernachlässigen.“ Regelmäßige Zahnarztbesuche seien nicht nur wegen der Karies, sondern auch wegen der weit verbreiteten Parodontitis oder intraoralen Krebserkrankungen wichtig. Sonst seien im zahnmedizinischen Bereich ebenso „stille Opfer“ zu befürchten wie durch unbemerkte Schlaganfälle oder Herzinfarkte in der Medizin. Die Hygienevoraussetzungen in den Praxen dafür seien gegeben.

„Wir Zahnärzte müssen für unsere Patienten da sein und dürfen uns jetzt nicht wegduckern“, appelliert Frankenberger an den Berufsstand. Für die Patienten sei es wichtig, sich immunologisch bestmöglich gegen Covid-19 zu wappnen. „Und da gehört der intraorale Status fundamental dazu. Das ist auf keinen Fall zu vernachlässigen“, warnt der DGZMK-Präsident. ■

___Quelle: www.dgzmk.de

Gutes Timing ist alles!

DER RICHTIGE ZEITPUNKT FÜR EINE KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG

Dr. Lena S. Goetz und Prof. Dr. Angelika Stellzig-Eisenhauer, Würzburg



Das Ziel einer kieferorthopädischen Behandlung ist die Herstellung einer bestmöglichen okklusalen Beziehung im Rahmen einer guten fazialen Ästhetik und eines stabilen Behandlungsergebnisses [32]. Um dies zu erreichen, sollten gemäß der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie aus dem Jahr 2018 folgende Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung gelten [18]: Entscheidend für den richtigen Zeitpunkt der kieferorthopädischen Behandlung sind das dentale und das skeletale Alter des Patienten sowie der Charakter der Zahn- und Kieferfehlstellung, damit das Gesichtsschädelwachstum und der Zahnwechsel optimal für die Therapie genutzt werden können und gleichzeitig die Dauer der Behandlung so kurz wie möglich gehalten werden kann. Der Behandlungsaufwand und der Therapieeffekt sollten dabei in einem vernünftigen Verhältnis stehen. Des Weiteren sollte die Belastung für den Patienten möglichst gering sein. Bei extremen Dysgnathien sollte durch präventive oder frühtherapeutische Maßnahmen versucht werden, die Progredienz einer ungünstigen Entwicklung aufzuhalten. Dieser Artikel soll eine Übersicht darüber geben, wann je nach Art der Zahn- und Kieferfehlstellung der jeweils richtige Zeitpunkt ist, zu dem eine kieferorthopädische Behandlung begonnen werden sollte.

Kieferorthopädie im Säuglingsalter

Bei Patienten mit einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Segelspalte ist bereits nach der Geburt eine kieferorthopädische Frühbehandlung indiziert, um durch eine individuell angefertigte Gaumenplatte den Abstand der gespaltenen Alveolarfortsätze zu verringern und eine harmonische Zahnbogenform zu erzielen (Abb. 1a bis c). Durch die gezielte Wachstumssteuerung mittels Gaumenplatte werden nicht nur optimale Voraussetzungen für den chirurgischen Verschluss der Lippen- und Gaumenspalte geschaffen, sondern auch Funktionen wie Atmung, Trinken und Schlucken verbessert [15].

Früheste Form der Funktionskieferorthopädie – Behandlung einer Pierre-Robin-Sequenz

Die Pierre-Robin-Sequenz (Abb. 2a und b) ist durch einen zu kleinen Unterkiefer mit ausgeprägter Retrogenie, isolierter Gaumenspalte und Glossoptose gekennzeichnet. Durch das Zurückfallen der Zunge in den Rachen kommt es häufig zu einer teilweisen oder vollständigen Verlegung der Atemwege. Neben Gedeihstörungen und psychomotorischen Retardierungen können chronische Hypoxämie, Lungenödeme oder Rechtsherzhypertrophien entstehen und das Risiko für einen plötzlichen Kindstod erhöhen. Um das Zurückfallen der Zunge zu verhindern, das Lumen des

Fotos: Poliklinik für Kieferorthopädie des UKW



Abb. 1a: Oberkiefermodell direkt nach der Geburt



Abb. 1b: Individuell angefertigte Gaumenplatte



Abb. 1c: Oberkiefermodell im Alter von zwölf Monaten



Abb. 2a: Neugeborenes mit einer Pierre-Robin-Sequenz



Abb. 2b: Situation mit einem Jahr



Abb. 2c: Platte mit dorso-kaudaler Verlängerung und Hooks zur Fixierung an den Wangen

Pharynx zu stabilisieren und somit die Atemwege offen zu halten, werden nach endoskopischer Abklärung Gaumenplatten mit einer dorso-kaudalen Verlängerung („Sporn“) oder einem Röhrchen (Tubus) eingesetzt [23] (Abb. 2c). Durch die Gaumenplatte wird aber nicht nur die Zungenfehlhaltung korrigiert, sondern auch der Unterkiefer nach ventral orientiert und im Wachstum gefördert, sodass diese Maßnahme als früheste Form einer funktionskieferorthopädischen Behandlung bezeichnet werden kann.

Kieferorthopädische Frühbehandlungen im Milch- und frühen Wechselgebiss

Schon im Milchgebiss ist eine Abklärung von Indikation und Zeitpunkt kieferorthopädisch-therapeutischer Maßnahmen sinnvoll, da bestimmte Zahn- und Kieferfehlstellungen bereits in dieser Phase behandelt werden sollten, um Folgeschäden zu verhindern oder zu reduzieren. Der Nutzen der sogenannten Frühbehandlung wurde in zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen nachgewiesen [4,9,12,21]. Im Milchgebiss (ca. 4. bis 6. Lebensjahr) und im frühen Wechselgebiss (ca. 7. bis 10. Lebensjahr) ist eine kieferorthopädische Behandlung dann indiziert, wenn kein Selbstausgleich zu erwarten ist und die Gefahr besteht, dass die Anomalie progredient verläuft (siehe Kasten „Therapiebedürftige Anomalien im Milch- und frühen Wechselgebiss“). Hierzu gehören die Anomalien des progener Formenkreises (frontaler Kreuzbiss, mesialer Zwangsbiss, Pseudoprogenie, echte Progenie), der unilaterale Kreuzbiss mit Zwangsbisskomponente und die Rücklage des Unterkiefers mit deutlich vergrößerter, sagittaler Frontzahnstufe. Auch bei ausgeprägten Dysfunktionen und Dyskinesien mit der Folge eines frontal offenen Bisses ist bereits im Milchgebiss eine kieferorthopädische Abschirmtherapie in Kombination mit einer logopädisch-myofunktionellen Therapie empfehlenswert [11,36]. Die funktionelle Nachbehandlung von Kiefergelenkfortsatzfrakturen im Kindesalter gehört ebenfalls zum Indikationspektrum der kieferorthopädischen Frühbehandlung.

THERAPIEBEDÜRFTIGE ANOMALIEN IM MILCH- UND FRÜHEN WECHSELGEBISS

- ▶ progener Formenkreis (frontaler Kreuzbiss, mesialer Zwangsbiss, Pseudoprogenie, echte Progenie)
- ▶ lateraler Kreuzbiss mit Zwangsbisskomponente
- ▶ Rücklage des Unterkiefers mit deutlich vergrößerter, sagittaler Frontzahnstufe
- ▶ offener Biss bei ausgeprägten Dyskinesien und Dysfunktionen
- ▶ funktionelle Nachbehandlung von Kiefergelenkfortsatzfrakturen

Lücken offen halten

Bei frühzeitigem Milchzahnverlust aufgrund von Karies oder Trauma besteht die Gefahr, dass die distalen Zähne nach vorne wandern und somit den Platz für den Durchbruch der bleibenden Zähne einengen. Als Folge brechen die bleibenden Zähne rotiert, nur teilweise oder überhaupt nicht durch. Um dies zu verhindern, ist eine kieferorthopädische Therapie im Sinne einer Lückenthaltertherapie im Milch- oder frühen Wechselgebiss dann indiziert, wenn der nachfolgende bleibende Zahn nicht innerhalb der nächsten ein bis zwei Jahre durchbricht. Herausnehmbare Lückenthalter verhindern nicht nur eine Platzeinengung, sondern belasten den Alveolarknochen auch funktionell.

Habits und Dysfunktionen frühzeitig erkennen und behandeln

Für den frontal und/oder lateral offenen Biss sind häufig orofaziale Habits und Dysfunktionen verantwortlich [36]. Hierzu gehören neben Lutschhabits und exzessivem Schnullergebrauch auch ein frontales Zungenpressen, ein persistierendes viszerales Schluckmuster oder eine habituelle Mundatmung (Abb. 3a und b). Insbesondere eine anteriore Zungenruhelage ist für dento-alveoläre ►►



Abb. 3a und b: Orofaziale Dysfunktion mit habitueller Mundatmung, viszeralem Schluckmuster und anteriorer Zungenruhelage. Oberkieferschmalkiefer mit bilateralem Kreuzbiss

► Fehlentwicklungen verantwortlich [40,44]. Persistieren die schädlichen Angewohnheiten und Fehlfunktionen über das vierte Lebensjahr hinaus, kommt es meist zu charakteristischen Zahnfehlstellungen und Wachstumsstörungen von Ober- und Unterkiefer [10]. Ein Selbstausgleich bereits aufgetretener Zahn- und Kieferfehlstellungen ist nur bedingt möglich [7]. Daher sollten das Lutschen oder der Beruhigungssauger bis zum Ende des dritten Lebensjahres abgewöhnt werden. Eine Umstellung des viszeralen auf ein somatisches Schluckmuster sollte bis zum vierten Lebensjahr erfolgen [7]. Zusätzlich zur logopädisch-myofunktionellen Therapie der Dysfunktionen kann eine unterstützende kieferorthopädische Abschirmtherapie mittels Mundvorhofplatte oder einer Platte mit Zungengitter sinnvoll sein.

Die Mundvorhofplatte – eine funktionskieferorthopädische Apparatur?

Funktionskieferorthopädie ist die günstige Beeinflussung skelettaler Strukturen durch die gezielte Beeinflussung funktioneller Abläufe. Bereits nach Häupl (1893 – 1960) ist die Funktionskieferorthopädie kein Apparat, sondern eine Idee. Nach dem Gesetz der funktionellen Anpassung: „Form follows function“ (Roux, 1850 – 1924) führt eine veränderte Beanspruchung zu morphologisch messbaren Reaktionen der Gewebe und Organe. Demnach kann

bereits die Mundvorhofplatte als funktionskieferorthopädisches Gerät angesehen werden. Sie ist ein sehr effektives Behandlungsmittel, das durch gezielte Stimulation der Zungen-, Lippen-, Wangen- und Kaumuskulatur Dysfunktionen beheben kann. Die Mundvorhofplatte eignet sich insbesondere im Vorschulalter zum Abgewöhnen von schlechten Angewohnheiten wie Daumenlutschen, Lippenbeißen, Lippensaugen oder habitueller Mundatmung. Sie ist konfektioniert erhältlich, kann aber auch individuell hergestellt werden, sodass sie in der Ausdehnung individuell dem Vestibulum angepasst ist und dadurch ihre Effizienz erhöht. Durch Anspannung der Mund- und Lippenmuskulatur wird der natürliche Mundschluss trainiert. Damit ist sie gut zur Umstellung einer gewohnheitsmäßigen Mundatmung auf die Nasenatmung geeignet. Bei Bedarf kann ein Zungengitter eingearbeitet werden. Fazit: Mit einfachen Mitteln können im Kindesalter Habits und Dysfunktionen erfolgreich behandelt werden, die zu einem späteren Zeitpunkt prognostisch ungünstiger und aufwendiger zu therapieren wären.

Die vergrößerte Frontzahnstufe – oft Ursache für Zahntraumen und Mobbing

Schöne Zähne sind Ausdruck von Gesundheit, Erfolg und Lebensfreude. Sie unterstreichen die persönliche positive

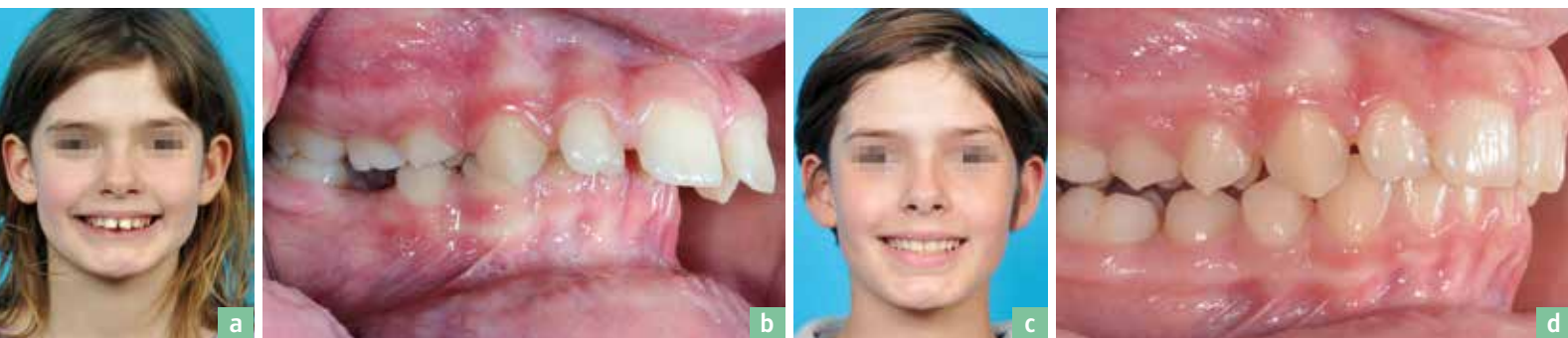


Abb. 4a bis d: Patientin mit Labialstand der Oberkieferfrontzähne und Unterkiefernücklage vor (a und b) und nach (c und d) eineinhalb Jahren alleiniger Bionatortherapie



Abb. 5a und b: Oberer Luftweg im Fernröntgenseitenbild vor (a) und nach (b) funktionskieferorthopädischer Behandlung der Klasse-II-Anomalie mittels Bionator

Ausstrahlung. Hingegen können sich Zahn- und Kieferfehlstellungen negativ auf Körpergefühl und Selbstbewusstsein auswirken. Studien haben gezeigt, dass insbesondere stark nach vorne gekippte Schneidezähne und ein vergrößerter Überbiss (Abb. 4a bis d) die Gesichtsästhetik verschlechtern und in ausgeprägten Fällen sogar Anlass für Hänseleien und Mobbing sind [39]. Aktuelle Studien belegen, dass es durch die kieferorthopädische Behandlung bestimmter Dysgnathien zur Verbesserung der mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität kommt. Unter dem Aspekt, dass die Lebensqualität einen wesentlichen Anteil an der allgemeinen Gesundheit eines Menschen hat, ergibt sich auch aus psychosozialen Gründen die medizinische Notwendigkeit, bestimmte Zahn- und Kieferfehlagen frühzeitig kieferorthopädisch zu korrigieren. Zudem ist bei ausgeprägten Zahnfehlstellungen und Kieferfehlagen wie bei labial stehenden oberen Frontzähnen und einer Unterkieferrücklage das Risiko für ein Frontzahntrauma deutlich erhöht [29,8]. So kann es bei einem Sturz oder Zusammenstoß – nicht nur beim Sport oder in der Schule – zu Verletzungen der Zähne bis hin zum Verlust eines oder mehrerer Frontzähne kommen. Um dies zu verhindern, ist eine frühzeitige kieferorthopädische Korrektur der Zahn- und Kieferfehlstellungen dringend angeraten [3]. In der international anerkannten Cochrane Library wurde bereits

2014 publiziert, dass eine zweiphasige kieferorthopädische Behandlung mit Beginn im Kindesalter (Frühbehandlung) gefolgt von einer späten Behandlung im Jugendalter (Hauptbehandlung) die Häufigkeit eines Frontzahntraumas verglichen mit einer nur einphasigen kieferorthopädischen Behandlung im Jugendalter signifikant zu reduzieren scheint [43]. Während und nach der Korrektur der Zahn- und Kieferfehlstellungen sollte ein individuell hergestellter Sportmundschutz beim Schul- oder Freizeitsport zur Verminderung des Risikos von Zahn- und Kieferverletzungen angeraten werden.

Fazit: Durch die frühe Behandlung von labial stehenden oberen Frontzähnen und ausgeprägten Retrogenien wird sowohl die Traumagefahr für die Zähne gesenkt als auch die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität verbessert.

Allgemeinmedizinische Gründe für die frühzeitige Behandlung von Unterkieferrücklagen

Ausgeprägte Unterkieferrücklagen oder ein Oberkiefer-schmalkiefer können die oberen Luftwege einengen und damit bereits bei Kindern und Jugendlichen das Risiko für Schnarchen und nächtliche Atemaussetzer (obstruktive Apnoen) erhöhen. Tagesmüdigkeit und Konzentrations-schwierigkeiten sind Hinweise auf eine Sauerstoffunter- ▶▶

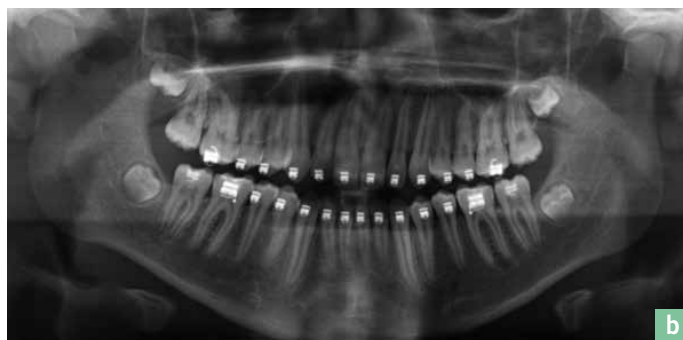


Abb. 6a: Bilaterale Collumfraktur mit Dislokation und Luxation nach Fahrradunfall. Abb. 6b und c: Situation ein Jahr nach funktioneller kieferorthopädischer Frakturbehandlung mittels Bionator (c), bilaterale Remodellierung der Gelenkfortsätze

► versorgung beim Schlafen. Durch die kieferorthopädische Korrektur der transversalen Enge des Oberkiefers und der Unterkieferrücklage werden die oberen Luftwege erweitert (Abb. 5a und b) und das Risiko schlafbezogener Störungen und deren Folgen für die Entwicklung und Gesundheit des Kindes oder Jugendlichen gesenkt [41].

Kieferorthopädische Therapie von Kiefergelenkfortsatzfrakturen

Nicht jede Kiefergelenkfortsatzfraktur bedarf einer operativen Versorgung. Je nach Alter, Schweregrad und Lokalisation der Fraktur kann eine funktionelle kieferorthopädische Behandlung (Abb. 6a bis c) angezeigt sein [34]. Die Entscheidung, ob eine operative oder konservative Behandlung sinnvoll ist, wird individuell in Absprache mit den Kollegen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie getroffen. Im Kindes- und frühen Jugendalter werden Frakturen des Kiefergelenks generell konservativ behandelt. So werden mögliche Komplikationen einer chirurgischen Intervention wie eine Schädigung der Wachstumszentren, die Ausbildung einer Ankylose und allen voran die Schädigung des Nervus facialis vermieden [2]. Stattdessen wird empfohlen, ein funktionskieferorthopädisches Gerät zur vertikalen Entlastung der Fraktur, Führung der Unterkieferbewegung, Übertragung gezielter und dosierter Belastungsreize sowie Kontrolle der Mundöffnungsbewegung einzugliedern. Mit Hilfe des Konstruktionsbisses wird die Apparatur so hergestellt, dass der Unterkiefer in seiner ursprünglichen Position mit Rekonstruktion der Sagittalen und Ausgleich einer transversalen Abweichung gehalten wird. Eine Aufrichtung und Verknöcherung des frakturierten Anteils ist nur bei geringfügigen Dislokationen zu erwarten. Meist kommt es durch das noch vorhandene Wachstumspotenzial zur Neubildung des frakturierten Kiefergelenksköpfchens und zur Resorption des dislozierten Fragments. Für die Prognose der Wiederherstellung der artikulären Funktionseinheit spielt der Frakturtyp eine größere Rolle als das Alter des Patienten [19]. Tiefe Collum- beziehungsweise Basisfrakturen mit Luxation besitzen eine schlech-

tere Prognose als Capitulum- beziehungsweise hohe Collumfrakturen ohne Luxation. Je jünger der Patient ist, desto besser sind die Erfolgsaussichten einer funktionellen Frakturheilung. Wichtig ist, dass das funktionskieferorthopädische Gerät möglichst bald nach der Fraktur eingesetzt und in den ersten drei Monaten bis auf die Mahlzeiten und das Zähneputzen 24 Stunden pro Tag getragen wird.

Progener Formenkreis – Korrektur der Kieferrelation

Bei allen Anomalien des progenen Formenkreises – frontalem Kreuzbiss, mesialem Zwangsbiss, Pseudoprogenie und echter Progenie – ist bereits im Milch- und frühen Wechselgebiss eine kieferorthopädische Therapie indiziert. Ziel ist es, durch Wachstumsförderung des Oberkiefers und/oder Wachstumshemmung des Unterkiefers die Progenie der Kieferfehlstellung zu verhindern beziehungsweise abzumildern. In zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen konnte gezeigt werden, dass insbesondere die Delaire-Maske (Abb. 7a bis c) in Kombination mit einer Gaumennahterweiterungsapparatur zur sagittalen Förderung des Oberkieferwachstums besonders geeignet ist [21,16,28]. Da mit zunehmendem Alter die skeletale Wirkung der Delaire-Maske nachlässt, ist für die erwünschte orthopädische Wirkung ein möglichst frühzeitiger Behandlungsbeginn entscheidend [24,21].

Behandlung im späten Wechselgebiss – Wachstum optimal ausnutzen

Im Allgemeinen ist der günstigste Zeitpunkt für eine kieferorthopädische Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen, wenn die bleibenden Eckzähne und die Prämolaren, die sogenannte Stützzone, durchbrechen [33]. Dies ist in der Regel ab einem Alter von zehn Jahren der Fall, wobei das dentale und das skeletale Alter entscheidender als das chronologische Alter sind [18]. Hintergrund ist, dass das Wachstum kurz vor der Pubertät am größten ist, sodass der pubertäre Wachstumsschub optimal zur Korrektur von Kieferfehlagen insbesondere der Unterkieferrücklage genutzt werden kann.



Abb. 7a bis c: An Oberkieferplatte verankerte Delaire-Maske (a) zur Behandlung einer Progenie (b, c)



Abb. 8a bis d: Profilverbesserungen durch Unterkieferverlagerung mittels Bionator

Funktionskieferorthopädie – oder das Gesetz der funktionellen Anpassung

Zur Korrektur der Unterkieferlage werden funktionskieferorthopädische Apparaturen (FKO-Apparaturen) wie Bionatoren, Aktivatoren, Fränkel-Apparaturen oder Twin Blocks verwendet. Sie dienen neben der Korrektur der Kieferrelation zur Verbesserung von Atmung, Zungenfunktion und Lippenschluss. Die Effektivität unterschiedlicher funktionskieferorthopädischer Apparaturen wurde durch zahlreiche Studien belegt [27, 31, 1, 35, 22]. Die Kräfte, die dabei auf die Kiefer und die Zähne wirken, kommen von der körpereigenen Kaumuskulatur und den umgebenden Weichteilen wie Zunge, Lippen und Wangen [45]. Der wachstumsstimulierende Effekt des Klasse-II-Bionators führt durch Vorverlagerung des Unterkiefers mittels Konstruktionsbiss zu einer signifikanten Verbesserung der Kieferbasenrelation mit hoher Langzeitstabilität [22]. Dabei kommt es auch zur Verbesserung der Gesichtsästhetik (Abb. 8a bis d).

Fazit: Wissenschaftliche Studien konnten eine signifikante skelettale Wirkung der funktionskieferorthopädischen Therapie bei Klasse-II-Patienten mit hoher Langzeitstabilität nachweisen.

Klasse-II-Behandlung im bleibenden Gebiss

Da im bleibenden Gebiss das Wachstumsmaximum in der Regel bereits überschritten ist, ist die Wirksamkeit der klassischen funktionskieferorthopädischen Geräte zur Korrektur einer Klasse-II-Anomalie begrenzt. Stattdessen kann ein mit arbeitsunabhängiges, festsitzendes Klasse-II-Gerät wie das Herbst-Scharnier, die MARA- oder die Forsus-Apparatur zur Korrektur einer Unterkieferrücklage eingesetzt werden. Der Vorteil dieser sogenannten Non-Compliance-Apparaturen liegt in ihrer Wirksamkeit über 24 Stunden am Tag, was mit herausnehmbaren Geräten bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen aufgrund langer Schulzeiten, zahlreicher Freizeitaktivitäten oder mangelnder Compliance nicht möglich ist.

Progener Formenkreis im Jugendalter

Bei der Behandlung von Anomalien des progenen Formenkreises im Wechselgebiss gilt es, das Wachstum des Oberkiefers maximal zu fördern und das Unterkieferwachstum zu hemmen. Da in diesem Alter die Suturen des Mittelgesichts bereits weitgehend verschlossen sind, ist die Wachstumsförderung des Oberkiefers limitiert. Daher liegt der Therapieschwerpunkt in diesem Alter vor allem auf der Hemmung des Unterkieferwachstums und, wenn möglich, auf der dento-alveolären Kompensation der Anomalie. Geeignete Geräte, die eine Wachstumsförderung des Oberkiefers mit gleichzeitiger Wachstumshemmung des Unterkiefers erzielen, sind funktionskieferorthopädische Apparaturen wie der Aktivator nach Häupl und Andresen mit Pelotten im Oberkiefer oder der Funktionsregler Typ III nach Fränkel. Während der funktionskieferorthopädischen Behandlung ausgeprägter Formen des progenen Formenkreises, insbesondere bei hereditärer Genese, sollte jedoch regelmäßig evaluiert werden, inwieweit eine alleinige kieferorthopädische Behandlung möglich ist oder ob nach Abschluss des Wachstums eine kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie sinnvoll wird.

Erwachsenenkieferorthopädie

Die Zahl erwachsener Patienten in der Kieferorthopädie nimmt stetig zu. Der vorrangige Grund, weshalb sich Erwachsene für eine kieferorthopädische Behandlung entscheiden, ist neben kaufunktionellen Aspekten insbesondere der Wunsch nach der Verbesserung ihrer dento-fazialen Ästhetik beim Lächeln und Sprechen. Aufgrund der Tatsache, dass sich Zähne zeitlebens im Alveolarfortsatz bewegen lassen, ist eine kieferorthopädische Behandlung selbst im hohen Alter möglich. Diese kann entweder alleinig oder bei komplexen Anomalien in Zusammenarbeit mit den zahnmedizinischen Nachbarfächern wie der Parodontologie, der Prothetik und/oder der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie erfolgen. Die häufigsten Indikationen für eine alleinige kieferorthopädische Behand- ►►



Abb. 9a bis i: Präprothetische Kieferorthopädie: Situation vor kieferorthopädischer Behandlung (a bis c), nach kieferorthopädischer Behandlung (Lückenschluss in regio 12 und 22, Lückenöffnung in regio 26, 36 und 46; d bis f) und nach konservierender Umformung in regio 13 und 23 sowie implantatprothetischer Versorgung (g bis i)

► In der Erwachsenenphase sind Zahnfehlstellungen wie Rotationen und Kippungen, Lücken oder Engstände sowie okklusale Störungen. Häufig sind für erwachsene Patienten spezifische Bedingungen notwendig, um sich für eine kieferorthopädische Behandlung zu entscheiden. So sollen die kieferorthopädischen Apparaturen die Ästhetik, Phonetik und Mastikation möglichst nicht beeinträchtigen. Dabei wird eine kurze Behandlungsdauer gewünscht und die Kosten der Behandlung sollten möglichst gering sein. Die Ansprüche hinsichtlich einer nicht oder nur gering sichtbaren Zahnsperre können mithilfe zahnfarbener Brackets, einer Lingualapparatur oder einer Alignertherapie weitestgehend erfüllt werden. Moderne Materialien und Techniken ermöglichen ein graziles Apparaturdesign, erhöhen den

Tragekomfort und sind nahezu mitarbeitersunabhängig. Durch eine befundbezogene Mechanik, wie zum Beispiel eine festsitzende Apparatur in nur einem Kieferabschnitt, können die Kosten reduziert werden.

Präprothetische Kieferorthopädie

Die kieferorthopädischen Folgen eines Zahnverlusts sind neben unerwünschten Zahnwanderungen, -drehungen und -kippungen in die Lücken auch dento-alveoläre Übereruptionen antagonistischer Zähne oder ganzer Segmente. In diesen Fällen ist nicht nur eine implantatprothetische Versorgungsmöglichkeit erschwert oder unmöglich, sondern es besteht auch die Gefahr von funktionellen Störungen und einer traumatischen Okklusion.



Abb. 10a: Zustand nach Parodontitistherapie

Abb. 10b: Zustand nach kieferorthopädischer Behandlung (Intrusion und Reorientierung mit Mittenkorrektur der Oberkieferfront)



Abb. 11a bis d: Klasse-III-Patientin, en face und Profil vor (a, b) und nach (c, d) Dysgnathie-OP

Die präprothetische kieferorthopädische Behandlung dient dazu, die erforderlichen Bedingungen für eine optimale prothetische Versorgung zu schaffen (Abb. 9a bis i). Dazu gehören die kieferorthopädische Aufrichtung von gekippten Zähnen, die Korrektur von Zahnwanderungen und Rotationen, um ausreichend Platz für die Brücken- oder Implantatversorgung zu schaffen, und die kieferorthopädische Intrusion übereruptierter Zähne und Alveolarsegmente. Weitere präprothetisch-kieferorthopädische Maßnahmen sind die forcierte Extrusion von frakturierten Zähnen zur Ermöglichung einer Kronenpräparation und nach Absprache mit dem behandelnden Zahnarzt die strategische Pfeilerverteilung für ausgedehnte restaurative Versorgungen.

Kieferorthopädie und Parodontologie

Erwachsene Patienten mit Parodontalerkrankungen sind keine Seltenheit in der kieferorthopädischen Praxis. Durch prophylaktische Maßnahmen und moderne restaurative Versorgungen wird heutzutage häufig ein Zahnerhalt bis ins hohe Alter möglich, gleichzeitig nimmt jedoch die Inzidenz parodontaler Erkrankungen mit dem Alter zu. Als Folge einer Parodontitis können Zahnfehlstellungen wie proklinierte und/oder extrudierte Frontzähne (Abb. 10a), eine Lückenbildung zwischen den Zähnen, unschöne Rezessionen oder ästhetisch störende schwarze Dreiecke zwischen den Frontzähnen auftreten. Diese dentalen Veränderungen sind die Folge einer verminderten Verankerung der Zähne aufgrund des geschwächten Zahnhalteapparats. Zudem können parodontal bedingte Zahnstellungsänderungen die parodontale Langzeitüberwachung aufgrund einer erschwerten Plaquekontrolle komplizieren und die Funktion des stomatognathen Systems beeinträchtigen. Nach einer erfolgreichen Parodontalbehandlung sind die Ziele der kieferorthopädischen Therapie daher die Reorientierung gewandelter und gekippter Zähne (Abb. 10b), die Verbesserung der Voraussetzung für eine gesteuerte Geweberegeneration, die Verbesserung der Mundhygienefähigkeit und das Erreichen einer funktionell stabilen atraumatischen Okklusion. Dies setzt ein interdisziplinäres

Behandlungskonzept zwischen Parodontologie und Kieferorthopädie voraus. Der Aufbau einer geeigneten Verankerung für die kieferorthopädische Zahnbewegung stellt bei erwachsenen Patienten oft eine Herausforderung dar, da parodontal geschwächte Zähne häufig nicht in der Lage sind, die auftretenden Gegenkräfte im Rahmen einer orthodontischen Zahnbewegung aufzufangen oder eine stabile Verankerung zu garantieren. Auch bei partieller Zahnlosigkeit und/oder reduzierter alveolärer Knochenunterstützung sind häufig semipermanente skelettale Verankerungen mittels Minischrauben oder Miniplatten oder osseointegrierte Implantate (bei Zahnverlust, wenn präorthodontisch eine präzise Insertion möglich ist) erforderlich.

Ausgeprägte Kieferfehlagen im Erwachsenenalter

Aufgrund des abgeschlossenen Wachstums bei Erwachsenen können ausgeprägte Dysgnathien meist nur kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgisch korrigiert werden. Dies kann bei Patienten mit Klasse II, Klasse III (Abb. 11a bis d), Tiefbiss, offenem Biss und Laterognathie medizinisch indiziert sein. Ziel der prächirurgischen kieferorthopädischen Therapie ist die Koordinierung der Zahnbögen in sagittaler, transversaler und vertikaler Richtung, damit intraoperativ eine gesicherte Okklusion eingestellt werden kann. Postoperativ erfolgen die kieferorthopädische Stabilisierung des Operationsergebnisses sowie die Feinausformung der Kieferbögen und der Okklusion in allen drei Raumrichtungen (Abb. 11e bis p).

Zusammenfassung

Eine kieferorthopädische Behandlung kann in jedem Alter sinnvoll und medizinisch indiziert sein. Im Vordergrund stehen die funktionellen Aspekte von Zahn- und Kieferfehlstellungen unter Berücksichtigung der dento-fazialen Ästhetik. Die größte Aufgabe der Zahnärzte und Kieferorthopäden besteht darin, Fehlfunktionen sowie Zahn- und Kieferfehlstellungen frühzeitig zu erkennen. Viele Frontzahntrauben, Hänseleien, langwierige festsitzende Behandlungen, Kompensationsbehandlungen, Dysgnathie- ▶▶



Abb. 11e bis p: Dieselbe Patientin vor (e bis h), während (i bis l) und nach (m bis p) kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischem Vorgehen

► behandlungen und Rezidive könnten vermieden werden, wenn die Dysfunktionen und Kieferfehlagen bereits im Kindes- beziehungsweise Jugendalter funktionskieferorthopädisch behandelt würden. Durch neue Techniken und Materialien kam es in den letzten Jahren zu einer deutlichen Erweiterung des kieferorthopädischen Indikationsspektrums, insbesondere in der Erwachsenenkieferorthopädie. In der modernen Zahnheilkunde kann die Kieferorthopädie als Teil der interdisziplinären Therapie einen sinnvollen Beitrag zu einer optimalen und zeitgemäßen Patientenversorgung leisten. ■

Literatur bei den Verfasserinnen

Quelle: Bayerisches Zahnärzteblatt (BZB) Nr. 6/2019

➔ Vita



DR. LENA S. GOETZ

- ▶ 2005-2010 Studium der Zahnheilkunde an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg
- ▶ 2012-2015 Weiterbildungsassistentin an der Poliklinik für Kieferorthopädie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg (Direktorin Prof. Dr. A. Stellzig-Eisenhauer)
- ▶ seit 2015 Oberärztin der Poliklinik für Kieferorthopädie
- ▶ seit 2013 Leitung der Sprechstunde für Lippen-Kiefer-Gaumenspalten

Schwerpunkte: Funktionelle kieferorthopädische Behandlung von Neugeborenen mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und Atmungsstörungen, Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und anderen kraniofazialen Fehlbildungen

Korrespondenzadresse:

Dr. Lena S. Goetz
 Poliklinik für Kieferorthopädie
 Universitätsklinikum Würzburg
 Pleicherwall 2, 97070 Würzburg
 E-Mail: goetz_l1@ukw.de

➔ Vita



PROF. DR. ANGELIKA STELLZIG-EISENHAUER

- ▶ 1990-1993 Weiterbildungsassistentin zur Zahnärztin für Kieferorthopädie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- ▶ 1991 Promotion
- ▶ 1998 Habilitation
- ▶ seit 2002 Direktorin der Poliklinik für Kieferorthopädie des Universitätsklinikums Würzburg
- ▶ seit 2002 Mitglied des Weiterbildungsausschusses der Bayerischen Landes Zahnärztekammer
- ▶ Mitglied des Prüfungsausschusses Kieferorthopädie der Bayerischen Landes Zahnärztekammer
- ▶ 2009-2015 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde e.V.
- ▶ seit 2010 Vorstandsmitglied der DEVIEMED e.V.
- ▶ 2010-2014 Vorstandsmitglied der BLZK als Vertreterin der Bayerischen Hochschullehrer
- ▶ 2013-2017 Geschäftsführende Direktorin des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kiefergesundheit, Universitätsklinikum Würzburg

Wissenschaftliche Schwerpunkte
 Erwachsenenkieferorthopädie, 3D-Diagnostik in der Kieferorthopädie, Genetik und Klinik der primären Durchbruchsstörung, visuelle Selbst- und Fremdwahrnehmung, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, komplexe kraniofaziale Fehlbildungen

Risikomanagement in der Praxis

UNIVERSITÄTSPOLIKLINIK ZAHNERHALTUNGSKUNDE FASST EMPFEHLUNGEN FÜR BEHANDLUNG IM KONTEXT DER CORONA-PANDEMIE ZUSAMMEN

Einleitung

Angesichts der äußerst dynamischen, anhaltenden Ausbreitung von SARS-CoV-2/COVID-19 beschäftigen alle Zahnärztinnen und Zahnärzte zurzeit viele Fragen, auf welche Art und Weise Patienten in der aktuellen Situation behandelt werden können und sollten. Der empfohlene Ablauf einer Patientenbehandlung und die vorgeschlagenen Maßnahmen während der Coronavirus-Pandemie weichen ein wenig von der normalen Praxisroutine ab und sollen zum Schutz aller Praxismitarbeiter und Patienten nach Möglichkeit befolgt werden. Ziel des Artikels soll sein, die oft sehr auf die Medizin bezogenen Empfehlungen für die Zahnmedizin zusammenzufassen.

Allg. Maßnahmen für das Personal und die Praxisführung

Zu den allgemeinen Zielen dieser einfachen Empfehlungen gehört unter anderem, die Ausbreitung des Corona-Virus zu verhindern oder einzudämmen, die Häufigkeit von Übertragungen zu reduzieren, Übertragungsketten zu unterbrechen und lokale Ausbrüche zu verhindern oder einzudämmen, der Schutz der Gesundheit der besonders gefährdeten Personen, Schutz der Gesundheit der Patienten und des Personals, Ressourcen insbesondere Schutzmaterial zu sparen (z.B. Hygienemasken, Schutzkittel, FFP2/3 Masken, Desinfektionsmittel). Zum Schutz der Gesundheit der Patienten und des Personals sollte jeder Praxismitarbeiter täglich eine Selbstkontrolle durchführen. Dabei werden Erkältungssymptome und ggf. Körpertemperatur (in Halle aktuell Pflicht) festgehalten. Die Dokumentation kann über einen personalisierten Gesundheitsfragebogen erfolgen, der von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor dem täglichen Arbeitsbeginn ausgefüllt wird. Wenn Erkältungssymptome oder eine Körpertemperatur $>37,5^{\circ}\text{C}$ besteht, soll zunächst die Arbeit nicht aufgenommen werden. Eine Kontaktaufnahme zum Hausarzt oder einer Fieberambulanz sollte erfolgen.

Des Weiteren ist stets auf einen Sicherheitsabstand von mind. 1,5 m zu achten. Das Praxispersonal muss gegenseitig Distanzabstand einhalten. Dies betrifft auch die gemeinsame Zeit während der Pausen oder Mahlzeiten im Personalraum oder Büro. Die Mitarbeiter mit den bekannten Risikofaktoren für schwere Verläufe einer potenziellen SARS-CoV-2-Infektion sollten nach Möglichkeit aus dem Patientenkontakt am Behandlungsstuhl heraus-



Foto: © millaf - stock.adobe.com

genommen werden. Für diese Personen wäre für die Zeit der Pandemie eine Tätigkeit am Empfang, Telefondienst, Arbeit im Back-Office oder, wo möglich, Home-Office denkbar.

HINWEISE fürs Personal

1. Mitarbeiterscreening, Selbstkontrolle (Symptome, ggf. Temperaturmessung (in Halle derzeit vorgeschrieben) – betroffene Mitarbeiter ggf. Hausarzt kontaktieren)
2. Auf Händehygiene und Hustenetikette achten
3. Mund-Nasen-Schutz während der gesamten Dienstzeit tragen
4. Abstand einhalten $> 1,5$ m
5. Personenanzahl in Personalräumen minimieren:
 - ▶ während der Pausen
 - ▶ bei den Mahlzeiten
 - ▶ im Raucherbereich

Standardvorgehensweisen zum Patientenmanagement

Das Anbringen von Corona-Informationszetteln mit Telefonnummer der Praxis an die Praxistür beziehungsweise an das Praxisschild kann dazu beitragen, dass die persönliche Vorstellung in der Praxis erst nach telefonischem Kontakt erfolgt. Es ist empfehlenswert, nach Möglichkeit eine ausgedehnte, telefonische Anamnese anhand vom Fragebogen zur Risikoeinschätzung durchzuführen. ►►

► Die telefonische Patientenbefragung nach Symptomen (trockener Husten, Fieber, Atemnot, Schnupfen, Durchfall, Konjunktivitis), Kontakten mit Covid-19-positiven Personen in den letzten 2 Wochen, Aufenthalt in einem Risikogebiet oder Quarantäne in den letzten 2 Wochen hilft, die erste Einschätzung des Gesundheitszustandes des Patienten zu treffen. Das Robert Koch-Institut (www.rki.de) bündelt notwendige Maßnahmen für Verdachtsfälle. Heute gelten bereits alle Regionen als Risikogebiet. Grundsätzlich ist beim Vorliegen oben genannter Symptomatik eine Weiterleitung an den Hausarzt angebracht, wo über die eventuelle Testung und Meldung des Falles entschieden wird. Patienten, die sich nicht gut fühlen und keine Notfallbehandlung benötigen, könnte geraten werden, derzeit eher nicht in der Praxis zu erscheinen, um sich und andere zu schützen. Die Behandlung wird auf einen späteren Zeitpunkt verschoben, wenn möglich.

Es ist empfehlenswert, die maximale Anzahl an Patienten in der Praxis durch vorherige telefonische Absprache und Terminvergabe zu reduzieren. Um die Zahl der gleichzeitig in der Praxis befindlichen Personen zu reduzieren und Abstandsregeln zu ermöglichen (mind. 1,5 m Abstand), sollte, wenn möglich, ein lockeres Bestellregime eingehalten werden. Nicht notwendige Begleitpersonen werden gebeten, vor der Praxis zu warten, und dürfen sich in den Praxisräumen nicht aufhalten. Bei sehr kleinen Praxisräumen wäre es denkbar, die Patienten erst nach telefonischer oder mündlicher Aufforderung in die Praxis hineinzubitten. Es ist empfehlenswert, die Patienten der Risikogruppen gesondert einzubestellen oder je nach Praxisgrundriss zu separieren, um Kreuzen mit anderen Patienten zu vermeiden (ggf. spezielle Sprechzeiten einführen).

Das Praxispersonal sollte darauf achtgeben, dass während des ganzen Arbeitstages ein Mund-Nasen-Schutz getragen wird und jeder Patient nach dem Betreten der Praxis zur Händedesinfektion bzw. Händewaschen (mind. 30 sek) aufgefordert wird. Die Patienten werden in der Regel durch das Personal direkt in den jeweiligen Behandlungsraum gebracht.

Anpassung in den Praxisräumen und besondere Hygienemaßnahmen

Alle nicht benötigten Zeitschriften, Dekoartikel, Pflanzen oder Spielsachen aus dem Warteraum und Behandlungsraum entfernen, um die Desinfektion von Flächen und notwendigen Gegenständen zu erleichtern/ermöglichen. Nach Möglichkeit die Stühle im Wartezimmer auseinanderstellen bzw. Anzahl der Sitzmöglichkeiten im Warteraum reduzieren, um den Sicherheitsabstand von >1,5 m zu gewährleisten. Des Weiteren sollen nach jedem Patienten alle Oberflächen oder Gegenstände, die vom Praxisper-

sonal und Patienten berührt wurden, regelmäßig mit Seifenwasser abgewaschen oder unter strenger Einhaltung der geforderten Einwirkzeit (z.B.: Incidin®Pro, 0,5%, 30 Min. Einwirkzeit) desinfiziert werden (Monitore, Tastaturen, Türgriffe, Rezeptionstisch, Aufzugsbedienfelder, usw.). Durch den getragenen Mundschutz und Handschuhe sind Zahnmedizinische Mitarbeitende zwar augenscheinlich geschützt, aber nicht vollständig vor einer Ansteckung bewahrt. Aus diesem Grund ist die Basis-/Händehygiene stets einzuhalten.

TIPPS für Empfang und Wartezimmer

1. Entfernung Magazine, Spielzeug und Dekoration etc.
2. Regelmäßige Reinigung der Oberflächen
3. Nur notwendige Begleitpersonen (Eltern, Betreuung) in die Praxis hereinlassen
4. Mindestabstand zwischen den Patienten beachten und ggf. anmahnen (>1,5 m)
5. Plätze im Warteraum reduzieren
6. Spuckschutz für Anmeldetresen könnte sinnvoll sein
7. Abstandsmarkierungen auf dem Fußboden anbringen

EMPFEHLUNG für die Behandlung

1. Händehygiene des Patienten bei Eintritt
2. Hygienische Händedesinfektion Personal
3. Schutzkleidung Personal: (normale) Arbeitskleidung, Schutzbrille mit Seitenschutz, Mund-Nasen-Schutz, unsterile Einmalhandschuhe
4. Vor Behandlung: orale Antisepsis (viruzid, z.B. 50 ml H₂O₂ 1% für 1 min)
5. Nach Möglichkeit: sofortiges Anlegen von Kofferdam mit anschließender Desinfektion des isolierten Zahnes mit 70%-iger Ethanollösung
6. Oberste Priorität: nach Möglichkeit Vermeidung/Reduzierung keimhaltiger Aerosole
7. Zusätzliche Maßnahmen: adäquate Absaugung und Multifunktionsspritze ohne Luft-Wasser-Spray verwenden (nur Luft oder nur Wasser)
8. Desinfektion aller Oberflächen nach jedem Patienten (Einwirkzeiten einhalten!)
9. Regelmäßiges Lüften des Behandlungszimmers

Behandlung nicht-infizierter, symptomloser Patienten

Es sollte auf korrekte Personenschutzrüstung bei jeder Therapieeinheit geachtet werden. Im Idealfall gehört dazu eine Schutzbrille oder Visier, Mund-Nasen-Schutz-Maske sowie unsterile Einmalhandschuhe. Vor dem Beginn der ambulanten Behandlung sollte eine orale Antisepsis mit einer viruziden Mundspülung durch den Patienten erfolgen (z.B. 50 ml H₂O₂ 1% für 1 min). Um die unkontrollierte

Kontamination von Instrumenten, Material, Schränken oder Oberflächen zu vermeiden, sollte nach der klinischen Diagnostik im Vorfeld eine möglichst komplette Behandlungsplanung und vollständige Vorbereitung erfolgen. Das sofortige Anlegen des Kofferdams mit anschließender Desinfektion des isolierten Zahnes mit 70%iger Ethanol-lösung kann zu weiterer Keimreduzierung beitragen. Die oberste Priorität bei der ambulanten Therapie stellt die Vermeidung beziehungsweise nach Möglichkeit eine Reduzierung keimhaltiger Aerosole dar. Gleichzeitig ist eine adäquate Absaugung unabdingbar. Das Behandlungszimmer sollte nach jedem Patienten gründlich durch weit offene Fenster gelüftet werden.

Behandlung von Patienten mit einer nachgewiesenen Covid-19-Infektion, Atemwegsinfektionen, Fieber oder einem begründeten Verdacht

Neben den bereits beschriebenen Behandlungsempfehlungen sollten nach Möglichkeit zusätzliche Maßnahmen eingehalten werden. Es wird angeraten, den potenziell infizierten Patienten unmittelbar bei seiner Ankunft in der Praxis zum Tragen einer Hygienemaske anzuhalten. Das Kreuzen der Wege von Gesunden und potentiellen Verdachtspatienten, je nach Praxisgrundriss, sollte durch räumliches Separieren der Patienten effizient vermieden werden. Gegebenenfalls könnten spezielle Sprechzeiten eingerichtet werden, um dies zu erzielen. Bei der aktiven Patientenbehandlung am Stuhl wäre es empfehlenswert, so wenig Personal wie möglich (ein Behandler und eine Assistenz) einzusetzen. Zu der speziellen Schutzausrüstung für das Personal gehören: FFP2- oder FFP3-Maske, Kopfhülle, Schutzkittel, Schutzbrille mit Seitenschutz oder Visier, unsterile Einmalhandschuhe. Das Tragen der FFP2- oder FFP3-Maske bis 30 Minuten über die aerosol-generierende Behandlungsmaßnahme hinaus und solange die erkrankte oder potenziell infizierte Person im Raum ist, kann die Sicherheit des Personals weiter erhöhen. Zum Schluss, wie bereits erwähnt, sollte das Behandlungszimmer nach jedem Patienten gründlich durch weit offene Fenster gelüftet werden. Selbstverständlich ist das korrekte Ablegen der Schutzkleidung zu berücksichtigen und auf adäquate Desinfektionsmaßnahmen und korrekte Entsorgung zu achten. ■

Prof. Dr. Christian Gernhardt, Iga Wroblewska

Universitätsklinikum Halle (Saale), Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universitätspoliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Magdeburger Straße 16, 06112 Halle, Tel.: +49 345 557 3741
E-Mail: iga.wroblewska@uk-halle.de

EMPFEHLUNGEN für die Behandlung von Infektions- und begründeten Verdachtsfällen

1. Händehygiene des Patienten bei Eintritt und Mund-Nasen-Schutz für Patienten
2. Gängige Hygienemaßnahmen Personal
3. Schutzausrüstung Personal (FFP2- oder FFP3-Maske, Kopfhülle, Schutzkittel, Schutzbrille, Handschuhe)
4. Minimaler Personaleinsatz am Patienten
5. Mundspülung vor Behandlungsbeginn (viruzid, z.B. 50 ml H₂O₂ 1% für 1 min.)
6. Oberste Priorität: nach Möglichkeit Vermeidung/Reduzierung keimhaltiger Aerosole
7. Nach Möglichkeit: sofortiges Anlegen von Kofferdam mit anschließender Desinfektion des isolierten Zahnes mit 70%iger Ethanol-lösung
8. Zusätzliche Maßnahmen: adäquate Absaugung und Multifunktionsspritze ohne Luft-Wasser-Spray verwenden (nur Luft oder nur Wasser)
9. Tragen der FFP2- oder FFP3-Maske bis 30 Minuten über die aerosol-generierende Behandlungsmaßnahme hinaus
10. Desinfektion aller Oberflächen nach jedem Patienten (Einwirkzeiten einhalten!)
11. Regelmäßiges Lüften des Behandlungszimmers

Quellen:

IDZ - System von Standardvorgehensweisen für Zahnarztpraxen während der Coronavirus-Pandemie: <https://www.idz.institute/publikationen/sonstiges/system-von-standardvorgehensweisen-fuer-zahnarztpraxen-waehrend-der-coronavirus-pandemie.html>

RKI – Risikopatient / Risikogruppen: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html

RKI - Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygiene.html?nn=13490888

RKI – für Patienten: Informationen zum Corona-Virus in Leichter Sprache: https://www.rki.de/DE/Service/Leichte-Sprache/LS_Corona-Ratgeber_tab-gesamt.html?nn=13490888

RKI - Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Coronavirus SARS-CoV-2: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste.html

BZgA - Informationen zum neuartigen Coronavirus/ COVID-19: <https://www.infektionsschutz.de/coronavirus.html>
Informationsblatt für Patienten - Coronavirus (SARSCoV-2)

<https://www.infektionsschutz.de/fileadmin/infektionsschutz.de/Downloads/Merkblatt-Infektionsschutz-Coronavirus.pdf>

KBV - Coronavirus: Informationen für Ärzte, Psychotherapeuten und Praxisteams: <https://www.kbv.de/html/coronavirus.php>

_____ Nachdruck aus ZN Sachsen-Anhalt, Ausgabe 04/2020

PSYCHOLOGIE UND PSYCHOSOMATIK IN DER ZAHNMEDIZIN:

Vom Kennen und Erkennen psychosomatischer Auffälligkeiten TEIL I



Foto: © Evrymmnt - stockadobe.com

Die Zahlen psychisch auffälliger oder verhaltensgestörter Patienten sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Durchschnittlich jeder fünfte Patient in der Zahnarztpraxis ist neben seinen somatischen Beschwerden mit psychischen Problemen behaftet. Dies als ZahnMediziner zu erkennen, die betroffenen Patienten von ihrem rein somatischen Standpunkt abzuholen und mit ihnen gemeinsam einen ganzheitlichen Heilungsweg zu beschreiten, ist eine Aufgabe, der zukünftig mehr Beachtung geschenkt werden muss. Die Kenntnis der verschiedenen psychischen und psychosomatischen Krankheitsbilder, wie sie in diesem Beitrag erläutert werden, und die Kenntnis und Anwendung entsprechender zahnärztlicher Verhaltensmaßnahmen tragen zu einer Vertiefung des Vertrauensverhältnisses der Zahnarzt-Patienten-Beziehung bei und sollen letztlich dazu führen, zahnärztliche Fehlbehandlungen zu vermeiden.

In diesem ersten Teil dieser Betrachtung befassen wir uns mit der Historie, den bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen sowie mit Daten und Fakten. Dieser Teil endet mit einem kurzen Überblick über psychische Krankheiten, welche keinen direkten Bezug zum Mund-Kiefer-Gesichtsbereich haben.

„Seele und Körper, so meine ich, reagieren sympathetisch aufeinander, eine Veränderung in dem Zustand der Seele erzeugt eine Veränderung in der Gestalt des Körpers und umgekehrt: Eine Veränderung in der Gestalt des Körpers erzeugt eine Veränderung in dem Zustand der Seele.“

Aristoteles (384–322 v. Chr.)

Mit „Psychosomatik“ wird in der Medizin die Betrachtungsweise und Lehre bezeichnet, in der die geistig-seelischen Fähigkeiten und Reaktionsweisen von Menschen in Gesundheit und Krankheit in ihrer Eigenart und Verflechtung mit körperlichen Vorgängen und sozialen Lebensbedingungen in Betracht gezogen werden. (Wikipedia)

Seit Urzeiten schon wissen die Menschen um die Zusammenhänge zwischen Seele (griechisch: Psyche) und Körper (griechisch: Soma). In Folge der Aufklärung – einhergehend mit immer mehr Erkenntnissen um den menschlichen Körper – trat dieses Wissen in den Hintergrund und machte einem „biomedizinischen“ Modell Platz, welches Körper und Seele als zwei separate Einheiten ansieht, die getrennt voneinander untersucht und behandelt werden müssen. Erst im Jahre 1977 setzte der amerikanische Internist George Engel (1914–1999) dieser jahrhundertelangen Denkweise das „bio-psycho-soziale Modell“ entgegen, welches Biologisches, Psychisches und eben auch Soziales als Teile eines Ganzen ansieht, die miteinander verflochten sind und in ständiger Wechselwirkung und gegenseitiger Beeinflussung stehen.

Die heutige moderne ZahnMedizin (mit großem „M“) weiß sehr genau um die Zusammenhänge zwischen allgemeinmedizinischen und zahnmedizinischen Befunden. Es ist maßgeblich Professor Georg Meyer aus Greifswald zu verdanken, dass unsere zahnärztliche Profession nach Jahren des „Alleingangs“ wieder als wichtiger Teil der Allgemeinmedizin angesehen wird und in diese wieder eingegliedert worden ist.

Eine – warum auch immer – bis heute andauernde Unterscheidung zwischen „Humanmedizinern“ und „Zahnmedizinern“ verbietet sich demnach. Gemeinsam durchgeführte Fortbildungsveranstaltungen beider Berufsgruppen, bei denen über die nachweislichen Wechselwirkungen beispielsweise zwischen Diabetes mellitus und Parodontitis, koronaren Herzerkrankungen und zahnmedizinischen Befunden bis hin zu immunologischen Interferenzen berichtet wird, gehören heute wie selbstverständlich in die ärztliche und zahnärztliche Fortbildungslandschaft. Nimmt man dabei insbesondere die vielfältigen Ursachen und wechselseitigen Auswirkungen von Stress genauer unter die Lupe, wird schnell erkennbar, dass Mediziner, Psychologen, Psychotherapeuten und eben auch Zahnmediziner heute gemeinsam das oben erwähnte bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis entwickeln müssen, um ihrem beruflich-ethischen Auftrag einer Erkennung und insbesondere einer Linderung oder Heilung der Erkrankung(en) der sich ihnen anvertrauenden Patienten gerecht werden zu können.

Bio-psycho-soziale Wechselwirkungen

Unser zahnärztlicher Berufsstand muss sich vermehrt und intensiv mit dieser bio-psycho-sozialen Problematik beschäftigen, da wir Zahnmediziner uns eben auch in unseren Praxen zunehmend mit psychosomatischen Krankheitsbildern konfrontiert sehen. Die Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und deren unmittelbarer Auswirkung auf die Zahn- und Mundgesundheit eines Patienten dürfen dabei mittlerweile als bekannt vorausgesetzt werden. Die beim Bruxismus auftretenden Maximalkräfte von 500 bis 750 Newton allein reichen schon aus, um die Zähne, den Zahnhalteapparat und die beteiligten knöchernen Strukturen wie z.B. die Kiefergelenke dauerhaft zu schädigen. Eine damit oft einhergehende reduzierte Speichelproduktion bei Stresspatienten mit der Folge einer Verschiebung des ursprünglich neutralen pH-Wertes führt auf Dauer zur Kariesbildung, das bei diesem Personenkreis fehlende Immunglobulin A wird unter anderem für die Entstehung von Gingivitiden verantwortlich gemacht und der zeitgleiche Anstieg von Interleukin-1-Beta führt zu Knochenzerstörung und fördert somit in letzter Konsequenz die Entstehung von Parodontitis und Parodontose. Langjährige evidenzbasierte Studien belegen eindrucksvoll, dass eine solche Parodontose keine auf die Mundhöhle beschränkte Einzelerkrankung darstellt, sondern wechselseitig auch in anderen Bereichen des Körpers direkt oder indirekt zu krankhaften Veränderungen führen kann [3,4,5,6].

Auch Dys- und Parafunktionen können psychosomatische Ursachen haben. Für die Einleitung eines Heilungsprozesses ist es dabei das Wichtigste, zunächst den Ursachen der psychosomatischen Störungen auf den Grund zu gehen.

Dazu bedarf es an dieser Stelle der Feststellung, dass psychosomatische (Zahn-)Medizin keine „Spezialdisziplin“ ist. So stellte Thure von Uexküll im Jahre 1998 fest [1]: „Psychosomatische Medizin ist keine Spezialdisziplin, sondern eine veränderte Betrachtungsweise des kranken Menschen.“ Der bisweilen abgedroschene Begriff einer „ganzheitlichen“ Betrachtung trifft hierbei den Nagel auf den Kopf. Dies wird unterstrichen durch die Aussage von Rolf H. Adler, der 1998 folgendes formulierte [2]: „Der sicherste Weg zur Verhinderung einer iatrogenen Chronifizierung (einer Erkrankung) besteht in der Vermeidung diagnostischer und therapeutischer Irr- und Umwege eines zweistufigen Vorgehens.“

Da bis heute die Ätiologie und Wechselwirkungen psychosomatischer Erkrankungen sowie die Kenntnisse über mögliche, vor allem auch interdisziplinäre Therapiekonzepte im Rahmen des Zahnmedizinstudiums, das immer noch auf der Approbationsordnung von 1955 basiert, gar nicht oder nur ungenügend vermittelt werden, muss für diese zunehmend wichtige Thematik sensibilisiert werden.

Die Notwendigkeit, sich deshalb selbst in dieser speziellen Materie fortzubilden, wird unterstrichen durch eine im Jahre 2010 durchgeführte Umfrage des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) zur Bedeutung von Allgemeinerkrankungen für die eigenen zahnärztlichen Therapieentscheidungen: 30% der befragten Kolleginnen und Kollegen gaben an, dass sie die Kenntnis über bestehende Allgemeinerkrankungen im Rahmen ihrer zahnärztlichen Behandlung für „sehr wichtig“ erachten, immerhin 57% hielten sie für „wichtig“ [7]. Ein Zitat der Zahnärztin Ute Stein zu den wechselseitigen Beeinflussungen psychischer und organischer Prozesse aus dem Jahre 2002 [8]: „Der Frage, wo Krankheit beginnt, müssen sich alle Menschen stellen, die mittel- und unmittelbar mit kranken und gesunden Menschen arbeiten. Die moderne Psychologie betont immer wieder die wechselseitige Beeinflussung organischer und psychischer Prozesse. Die Krankheit ist als Mitteilung tiefgreifender, oft verdeckter Verhaltensstörungen zu verstehen. Krankheiten ‚drücken etwas aus‘, sie tragen die Informationen über unser individuelles und soziales Leben, über Unglück und Befinden.“

Daten, Zahlen und Fakten

Die Zahlen der von psychischen Erkrankungen betroffenen Personen in der Bundesrepublik Deutschland steigen in den letzten Jahren nachweislich kontinuierlich, teilweise dramatisch an. Nach wissenschaftlichen Untersuchungen, Schätzungen der Fachpresse, der gesetzlichen Krankenkassen, der Privatversicherungen sowie der Ärzte-, Zahnärzte- und der Psychotherapeutenkammern sind zwischen 25% und 38% unserer Bevölkerung von psychischen bzw. ►►



Dr. Wolfgang Schmiedel, Berlin
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

- psychosomatischen Erkrankungen betroffen [9,10], wobei die Zahl in den Großstädten eher höher zu liegen scheint. Dabei sind nicht die besonders schweren psychischen Befunde wie paranoide oder schizoide Persönlichkeiten, Borderline-Patienten, depressive oder manisch-depressive, zwanghafte, hysterische oder abhängige Personen gemeint (allein der Anteil der Patienten mit Depressionen wird in ganz Deutschland auf 8% bis 12% geschätzt [11]), sondern Personen mit Angstzuständen, psychogenen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychisch verursachten Bluthochdruckerkrankungen oder Angina pectoris-Anfällen bis hin zu Alkoholikern, Suchtkranken oder Patienten mit Essstörungen.

Nimmt man den bereits erwähnten Begriff „Stress“ noch dazu, dürfte die Zahl der psychisch betroffenen Personen in unserer Gesellschaft noch um einiges höher liegen. Wenn man nun weiß, dass (mindestens) 25% der Bevölkerung zu einem gegebenen Zeitpunkt unter einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung leiden, folgt daraus, dass ca. 20% der Patienten in unseren Zahnarztpraxen Beschwerden aufweisen (die restlichen 5% werden in der Zahnarztpraxis nicht vorstellig), bei denen psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen [11]. Mit anderen Worten: Jeder fünfte unserer Patienten mit Beschwerden ist psychisch beeinträchtigt!

Nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen liegen die Ausgaben für Krankengeld für psychische Erkrankungen schon jetzt an zweiter Stelle. [14] Der Anteil, der auf psychogene Beschwerden zurückzuführenden Fehlzeiten, lag im Jahre 2008 bereits bei 17% und ist von 1997 bis 2003 um 62% gestiegen [12,13]. Der Anteil der diesbezüglichen Krankheitskosten insgesamt liegt heute schon bei über 12% mit deutlich steigender Tendenz [10,14]. Die direkten Kosten für psychische Erkrankungen liegen in Deutschland schon jetzt bei knapp 30 Milliarden Euro [14]. Nach wissen-

schaftlichen Untersuchungen und Schätzungen erkranken jährlich 5 Millionen Menschen in unserem Lande neu an einem psychischen oder psychosomatischen Leiden, von denen sich aber nur ca. 1,5 Millionen in ambulante oder stationäre Behandlung begeben [9,10]. Viele „tragen“ demnach ihre Beschwerden „mit sich herum“, ohne sich jemals in ärztliche oder zahnärztliche Beratung zu begeben. Nach Hochrechnungen werden im Jahre 2020 unter den zehn wichtigsten bzw. am häufigsten auftretenden Erkrankungen fünf psychischer Natur sein. Und noch eine, auch volkswirtschaftlich erschreckende Zahl: Der Anteil der durch psychische Erkrankungen in Frührente gehenden Menschen hat sich in knapp zehn Jahren verdoppelt, von 1995 bis 2003 stieg die Zahl von 14 auf 28% [12]. Heute dürfte sie bei über 35% liegen [13].

Wer ist betroffen? Man schätzt, dass rund 40% der Gesamtbevölkerung im Laufe ihres Lebens von einer psychischen Störung betroffen sind [9,10]. Dabei erkranken Frauen statistisch deutlich häufiger als Männer (37% zu 25%) und selbst bei 7% der Kinder im Alter zwischen 3 bis 17 Jahren sind psychische Auffälligkeiten nachweisbar [9,10]. Nachdenklich stimmen auch die Zahlen über (nachgewiesene) Essstörungen: Insgesamt erkranken daran fast 22% der Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 17 Jahren, davon mit ca. 30% doppelt so viele Mädchen wie Jungen [9,10]. Korrelationen psychischer Auffälligkeiten mit niedrigem sozioökonomischem Status, Migration, Rauchen und sexueller Belästigung sind dabei evident und statistisch nachgewiesen [12,13].

Nahezu alle Patienten mit psychischer oder psychosomatischer Auffälligkeit erwarten vom Zahnarzt in erster Linie eine somatische Behandlung oder eine Präventivmaßnahme. Entsprechend unserer traditionellen Rolle erfolgt deshalb in Abhängigkeit der geschilderten Beschwerden in aller Regel eine rein zahnärztliche Befunderhebung und Therapie. Psychosoziale Belastungen und psychosomatische Erkrankungen werden dadurch häufig erst viel zu spät erkannt, was im Endeffekt zum Misserfolg der gesamten zahnärztlichen Behandlung führen kann.

Bevor ich in Teil 2 auf die zur Vermeidung dieser Fehlschläge notwendige spezielle psychosomatische Anamnese und Diagnose zu sprechen komme, seien im Folgenden die wichtigsten psychischen und psychosomatischen Persönlichkeitsstörungen bzw. Krankheitsbilder genannt. Dabei soll zunächst kurz auf die teilweise schweren Erkrankungen eingegangen werden, die in aller Regel ohne direkten Bezug zum Mund-Kiefer-Gesichtsbereich stehen, deren zumindest grobe Kenntnis dessen ungeachtet hilfreich sein kann. Im zweiten Teil dieser Abhandlung werden dann die psychischen und psychosomatischen Krankheitsbilder

aufgezeigt, die nicht primär in Beziehung zum Mund-Kiefer-Gesichtsbereich stehen, die indes mit zahnmedizinischen Problemen indirekt in Verbindung stehen, wie z. B. Depressionen oder Essstörungen (Komorbidität). Ebenso im zweiten Teil befassen wir uns mit den psychosomatischen Krankheitsbildern, in deren Zentrum der Mund-Kiefer-Gesichtsbereich steht und die eine direkte Beziehung zur zahnärztlichen Therapie haben.

Psychische Krankheitsbilder und ihre wichtigsten Merkmale

Psychische Krankheiten ohne direkten Bezug zum Mund-Kiefer-Gesichtsbereich

Zu den schweren Persönlichkeitsstörungen bzw. psychischen Erkrankungen zählen paranoide oder schizoide Persönlichkeiten, Menschen mit „Borderline-Struktur“, ängstliche, manisch-depressive, zwanghafte, hysterische oder abhängige Persönlichkeiten. Bei der Klassifizierung wird hier auf die internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2000) Bezug genommen (ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

Die Darstellung der Ausdrucksformen dieser schweren psychischen Erkrankungen soll sich hier aus Platzgründen auf wenige Schlaglichter reduzieren, ohne den Anspruch zu erheben, eine umfassende und vollständige symptomatische Beschreibung abgeben zu können.

Paranoide Persönlichkeiten reagieren übertrieben sensibel, nachtragend, sind misstrauisch, streitsüchtig und rechthaberisch. Zurückweisungen, Belehungen, sogar sachliche Aufklärung werden schwer bis gar nicht ertragen. Sie weisen eine starke Tendenz zur Selbstbezogenheit auf, glauben häufig an eine „Verschwörung“ gegen sich selbst als Versuch der Erklärung für individuelle personennahe Ereignisse.

Schizoide Persönlichkeiten zeigen eine emotionale Kühle und sind gekennzeichnet durch das Unvermögen, positive Gefühle wie Freude zu erleben. Sie pflegen kaum zwischenmenschliche Kontakte, sind introvertiert, exzentrisch, haben oft eine kritische frühkindliche Mutter-Kind-Beziehung. Die Mutter erscheint als Beziehungs- und Okkupationsobjekt mit starker Angst vor dieser.

Borderline-Struktur: Diese Personen sind instabil, haben eine starke Ich-Spaltung, Erlebnis und Handeln finden häufig in voneinander getrennten Ich-Zuständen statt, sie begeben sich oft in impulsive und unkontrollierte Auseinandersetzungen mit ihren Mitmenschen, haben eine extreme Angst vor dem Verlassenwerden und zeigen in emotionalen Krisen häufig ein destruktives Verhalten bis hin zu Suiziddrohungen.

Manisch-depressive Personen zeigen lange Phasen der Unauffälligkeit, dann unvermittelt extreme Stimmungsschwankungen. In Phasen tiefster Depression ist jegliche Intervention im Leben des Patienten bzw. an seiner Person unmöglich.

Zwanghafte Persönlichkeiten zeigen ein überzogenes Sicherheitsbedürfnis, neigen zu übertriebener Kontrolle bei Abläufen und Handlungsweisen anderer und haben eine latente Angst vor Veränderungen.

Hysteriker haben eine Neigung zur Dramatisierung und zu theatralischem Verhalten mit übersteigertem Ausdruck von Gefühlen, sind egozentrisch und selbstbezogen, leicht beeinflussbar; sie streben nach dauernder Anerkennung, nach Spannung und Aktivitäten.

Abhängige Persönlichkeiten übertragen häufig die Verantwortung für das eigene Leben anderen Mitmenschen, können sich nicht behaupten, fühlen sich hilflos, inkompetent und schwach.

Im zweiten Teil befassen wir uns im nächsten Heft zunächst mit psychischen Krankheiten mit indirektem Bezug zum Mund-Kiefer-Gesichtsbereich sowie psychischen Erkrankungen mit direktem Bezug zum Mund-Kiefer-Gesichtsbereich. Abschließend wird auf Fragen der Anamnese, auf wichtige Aspekte der Kommunikation/Gesprächsführung sowie auf Therapieansätze eingegangen. ■

Dr. Wolfgang Schmiedel, Berlin
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des
Spitta Verlages



Foto: © luckybusiness - stock.adobe.com

Orale Antikoagulation – Perioperatives Management in der zahnärztlichen Chirurgie

O bwohl Patienten unter oraler Antikoagulation zum Praxisalltag gehören, herrscht noch immer verbreitet Unsicherheit über Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge zahnärztlich-chirurgischer Eingriffe bei diesen Patienten. Der vorliegende Artikel hat zum Ziel, mit kurzgefassten Hintergrundinformationen und praktischen Handlungsempfehlungen auf der Basis der aktuellen Literatur solche Unsicherheiten zu minimieren, um Patienten unter oraler Antikoagulation im ambulanten Bereich sicher zahnärztlich-chirurgisch zu behandeln. Dafür ist es essenziell, dass die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt solide Kenntnisse über aktuelle Indikationen, Dosierungen und Dosisreduktionskriterien, Medikamenteninteraktionen und potenzielle Einflussgrößen auf die Wirkspiegel der Antikoagulantien und mithin das

Blutungsrisiko hat. Die perioperative Pausierung einer oralen Antikoagulation muss dabei stets in kritischer Nutzen-Risiko-Abwägung des thromboembolischen Risikos und ggf. in enger Rücksprache mit der behandelnden Internistin bzw. dem behandelnden Internisten erfolgen.

1. Orale Antikoagulation

1.1 Bedeutung in der zahnärztlichen Chirurgie

In der zahnärztlichen Chirurgie stellen postoperative Nachblutungen ein ernst zu nehmendes Eingriffsrisiko dar.^{1,2} Eine Therapie mit oralen Antikoagulantien erhöht unweigerlich das Blutungsrisiko. In vielen Indikationsgebieten wurden die klassischen Vitamin-K-Antagonisten (VKA; Phenprocoumon [Falithrom[®], Marcumar[®]], Warfarin

	Standarddosierung	Dosisreduktion/Bemerkung
Dabigatran (PRADAXA[®])	2 x 150 mg	2 x 110 mg, wenn Alter > 80 Jahre, Co-Medikament mit Verapamil, erhöhtes Blutungsrisiko
+ Stent + ASS und Clopidogrel („triple“ Therapie)	2 x 110 mg	niedrigste zugelassene Dosis (Neumann FJ et al., EHJ 2019 Jan 7;40(2):87–165)
+ Clopidogrel („duale“ Therapie)	2 x 110 mg oder 2 x 150 mg	nach: Cannon CP et al., NEJM 2017; 371:1513–1524
Apixaban (ELIQUOS[®])	2 x 5 mg	2 x 2,5 mg, wenn mind. 2 von 3: Gewicht ≤ 60 kg, Alter ≥ 80 Jahre, Kreatinin ≥ 133 µmol/L; oder wenn GFR 15–29 ml/min
+ Stent + ASS und Clopidogrel („triple“ Therapie)	2 x 2,5 mg	niedrigste zugelassene Dosis (Neumann FJ et al., EHJ 2019 Jan 7;40(2):87–165)
+ Clopidogrel („duale“ Therapie)	2 x 5 mg	Dosisreduktion gemäß o.g. Empfehlungen bei Vorhofflimmern, nach: Lopes et al., NEJM 2019; 380:1509–1524
Edoxaban (LIXIANA[®])	1 x 60 mg	1 x 30 mg, wenn Gewicht ≤ 60 kgm GFR ≤ 50 ml/min, Co-Medikation mit den starken PGP-Inhibitoren Cyclosporin, Erythromycin, Ketoconazol oder Dronedaron
+ Stent + ASS und Clopidogrel („triple“ Therapie)	1 x 30 mg	niedrigste zugelassene Dosis (Neumann FJ et al., EHJ 2019 Jan 7;40(2):87–165)
+ Clopidogrel („Therapie“)	1 x 60 mg	Dosisreduktion gemäß o.g. Empfehlungen bei Vorhofflimmern, nach: Vranckx P et al., Lancet 2019 Oct 12;394(10206): 1335–1343
Rivaroxaban (XARELTO[®])	1 x 20 mg	1 x 15 mg, wenn GFR ≤ 50 ml/min
+ Stent + ASS und Clopidogrel („triple“ Therapie)	1 x 15 mg	niedrigste zugelassene Dosis (Neumann FJ et al., EHJ 2019 Jan 7;40(2):87–165)
+ Clopidogrel („Therapie“)	1 x 15 mg	1 x 10 g, wenn GFR 30–49 ml/min, nach: Gibson CM et al., NEJM 2016; 375:2423–2434
Vitamin-K Antagonist	Ziel-INR 2–3	Wenn Kontraindikationen gegen Therapie mit NOAK bestehen oder zusätzliche Indikation zur Antikoagulation mit VKA. Bspw. Mechan. Herzklappenprothesen. Ziel-INR kann im Einzelfall abweichen!
+ Stent + ASS und Clopidogrel („triple“ Therapie)	Ziel-INR 2–2,5	Der INR sollte bei „triple“ Therapie im niedrigen Zielbereich eingestellt werden. ACHTUNG: Bei mechan. Mitralklappenersatz Ziel-INR >2,5 halten (i.e. Ziel-INR 2,5–3)
+ Clopidogrel („Therapie“)	Ziel-INR 2–3	Ziel-INR 2,5–3,5 bei Pat. Mit mechan. Mitralklappenersatz

Tab. 1: Antikoagulation bei Vorhofflimmern. Die Tabelle gibt eine kurz gefasste Übersicht über die Standarddosierungen und Kriterien zur Dosisreduktion für die derzeitig zugelassenen NOAKs sowie für die Therapie mit VKA. Zusätzlich wird auf Grundlage aktueller Studien eine Übersicht zu den empfohlenen Dosierungen in Kombination mit Thrombozytenaggregationshemmern nach Koronarstentimplantation gegeben. NOAK – Nicht-Vitamin-K Orale Antikoagulantien, VKA – Vitamin-K-Antagonist, ASS – Acetylsalicylsäure, „triple“ Therapie bezieht sich auf die Kombination eines NOAK oder VKA mit ASS und Clopidogrel, „duale“ Therapie bezieht sich auf die Kombination eines NOAK oder VKA mit ASS oder Clopidogrel. Modifiz. nach: Steffel J et al., EHJ 2018 Apr 21;39(16): 1330-1393.

NOAK	Initialtherapie	restliche Therapiedauer	Langzeitprophylaxe (Rezidiv)
Dabigatran	Heparin/LMWH, mind. 5 Tage	2 x 150 mg; 2 x 110 mg analog Dosisreduktionskriterien bei Vorhofflimmern	2 x 150 mg; 2 x 110 mg analog Dosisreduktionskriterien bei Vorhofflimmern
Apixaban	2 x 10 mg, 7 Tage	2 x 5 mg; keine Dosisreduktion	2 x 2.5 mg
Edoxaban	Heparin/LMWH, 5 Tage	1 x 60 mg; 1 x 30 mg analog Dosisreduktionskriterien bei Vorhofflimmern	-
Rivaroxaban	2 x 15 mg, 21 Tage	1 x 20 mg; 1 x 15 mg wenn Blutungsrisiko überwiegt	1 x 20 mg

Tab. 2: Antikoagulation bei tiefer Beinvenenthrombose (TVT) und Lungenarterienembolie (LAE). Die Tabelle gibt eine Übersicht zu den Dosierungsempfehlungen der derzeit auf dem Markt befindlichen NOAKs. Die Therapie der TVT und/oder LAE wird präferenziell mit NOAKs empfohlen, eine Therapie mit VKA ist aber weiterhin möglich, beispielsweise, wenn Kontraindikationen gegen NOAKs bestehen oder eine andere Indikation zur VKA Therapie. LMWH – niedrigmolekulare Heparine, VKA – Vitamin-K-Antagonisten. Modifiz. nach: Steffel J et al., EHJ 2018 Apr 21(16):1330-1393 und Konstantinides SV et al., EHJ 2020 41, 543-603.

[Coumadin®]) von den „direkten“ bzw. „neuen“ oder „Nicht-Vitamin-K-Orale Antikoagulantien“ (im Folgenden „NOAK“ abgekürzt) abgelöst.² Der „Siegesszug“ der NOAKs lässt sich in der Thromboembolieprophylaxe bei Vorhofflimmern veranschaulichen, lange Zeit eine Domäne der Antikoagulationstherapie mit VKA. In dieser Indikation werden NOAKs seit 2016 den VKA vorgezogen; eine Ausnahme bilden lediglich Patienten mit Kontraindikationen, anderweitiger Indikation zur Antikoagulation mit VKA (bspw. Patienten mit mechanischen Herzklappenprothesen), sowie rheumatisch bedingte Mitralklappenstenosen.³ Diese Bevorzugung der NOAKs begründet sich auf einer Vielzahl evidenzgesicherter Vorteile, wie schnellem Wirkbeginn, kurzen Halbwertszeiten, im Vergleich mit den VKA weniger Medikamenteninteraktionen und dem Wegfall einer routinemäßigen Therapieüberwachung, wie dies mittels regelmäßiger Gerinnungskontrollen für die Therapie unter VKA erforderlich ist.^{2,3}

1.2 Indikationen und Dosierung

Eine Domäne der NOAK-Therapie ist, wie im vorangegangenen Abschnitt bereits angedeutet, das Vorhofflimmern. Die Indikation zur Antikoagulationstherapie ergibt sich dabei aus einer Score-basierten Abschätzung des Thromboembolierisikos.³ Tabelle 1 gibt unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage eine Übersicht über die Standarddosierungen und Dosisreduktionskriterien der derzeit auf dem Markt befindlichen NOAKs und schließt Dosierungsempfehlungen bei Co-Medikation mit Thrombozytenaggregationshemmern nach Implantation von Koronarstents ein.⁴⁻⁸

Eine Antikoagulation mittels VKA bei Vorhofflimmern ist weiterhin möglich, beispielsweise, wenn Kontraindikationen gegen eine NOAK-Therapie bestehen (z. B. hochgradig eingeschränkte Nierenfunktion oder Dialysepflicht, antizipierte signifikante Medikamenteninteraktionen [s. u.]), oder der Patient eine zusätzliche Indikation zur Therapie mit VKA hat, wie beispielsweise Patienten mit mechanischen Herzklappenprothesen.³

Eine weitere häufige Indikation zur Therapie mit oralen Antikoagulantien stellen tiefe Beinvenenthrombosen und/

oder Lungenarterienembolien dar. Auch hier haben die NOAKs der Therapie mit VKA inzwischen den Rang abgelaufen; es wird in der aktuellen Leitlinie die NOAK-Therapie klar bevorzugt.⁹

Tabelle 2 gibt eine kompakte Übersicht zu aktuellen Dosierungsempfehlungen der derzeit auf dem Markt befindlichen NOAKs. Unter Therapie mit VKA wird typischerweise eine Ziel-INR von 2–3 angestrebt.

In Einzelfällen kann im chronischen Koronarsyndrom (überholter Terminus: „stabile KHK“) zur Sekundärprävention bei erhöhtem athero-thrombotischen Risiko niedrig dosiertes Rivaroxaban (2x2.5mg) zusätzlich zu Acetylsalicylsäure eingesetzt werden.¹⁰

Weitere Indikationen zur oralen Antikoagulation betreffen mechanische Herzklappenprothesen (in dieser Indikation bislang Alleinstellungsmerkmal der VKA) und die Prophylaxe thromboembolischer Komplikationen nach orthopädischer Chirurgie.⁸ ▶▶

Zahnärztlich-chirurgische Eingriffe mit sehr geringem Blutungsrisiko
Zahnextraktionen (1-3)
Parodontalchirurgie
orale Lappenplastiken
Kleine Weichgewebeeingriffe
Osteotomien
Implantationen
Augmentationen
Risikomodifikatoren
Alle Eingriffe mit potentiell eingeschränkter Zugänglichkeit zu üblichen Maßnahmen der lokalen Hämostase
- infizierte Wunden und Abszesse ohne angestrebten primären Wundverschluss (i. e. ohne Nahtversorgung)
- fehlende adäquate lokale Komprimierbarkeit (Eingriffe im Mundbodenbereich, Sinus maxillaris, retromaxillär)

Tab. 3: Blutungsrisiko bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen. Im Allgemeinen sind zahnärztlich-chirurgische Eingriffe mit sehr geringem oder geringem Blutungsrisiko assoziiert. Eingriffs-immanente Risikomodifikatoren erhöhen möglicherweise das Blutungsrisiko. Modifiz. nach: Steffel J et al., EHJ 2018 Apr 21;39(16):1330–1393 und Kämmerer PW et al., 2017 AWMF-Registriernummer: 083-018

		Day -4	Day -3	Day -2	Day -1	Day of surgery	Day +1	Day +2
zahnärztlich-chirurgischer Eingriff	Minor bleeding risk	Dabi						
		Apix						
		Edo / Riva (AM intake)						
		Edo / Riva (PM intake)						
		No bridging						
							Resart ≥ 6h post surgery	

Abb. 1: Peri-operatives Management bei sehr geringem eingriffsimmanentem und geringem NOAK-assoziierten Blutungsrisiko. Zahnärztlich-chirurgische Eingriffe ohne Risikomodifikatoren werden zu den Eingriffen mit nur sehr geringem Blutungsrisiko gezählt und können ohne Unterbrechung der NOAK-Therapie 18–24 Stunden nach der letzten regulären NOAK-Einnahme ambulant durchgeführt werden. Aus praktischen Überlegungen bietet es sich an, die Morgendosis der 2-mal täglich einzunehmenden Substanzen Dabigatran und Apixaban am Morgen des Eingriffstages zu pausieren. Die Therapiefortführung sollte 6 Stunden nach dem Eingriff, jedoch nur bei suffizienter lokaler Hämostase, erfolgen. Ein sog. „Bridging“ ist nicht erforderlich. Dabi – Dabigatran; Apix – Apixaban; Edo – Edoxaban; Riva – Rivaroxaban. Modifiz. nach: Steffel J et al., EHJ 2018 Apr 21;39(16):1330-1393.

▶▶ 2. Zahnärztliche Chirurgie unter oraler Antikoagulation

2.1 Beurteilung des eingriffsimmanenten Blutungsrisikos

Im Allgemeinen zählen zahnärztlich-chirurgische Eingriffe, die Maßnahmen der lokalen Hämostase (z. B. Nahtversorgung, Komprimierbarkeit) zugänglich sind, zu jenen mit sehr geringem oder geringem Blutungsrisiko (Tabelle 3).¹⁻⁸ Hierzu zählen Zahnextraktionen, orale Lappenplastiken, kleine Weichgewebeeingriffe, Osteotomien, Implantationen und Augmentationen.⁸ Von diesen Eingriffen abzugrenzen sind Eingriffe mit potenziell erhöhtem Blutungsrisiko, bei denen Maßnahmen der lokalen Hämostase nicht in üblichem Maße angewendet werden können, z. B. infizierte Wunden und Abszesse ohne angestrebten primären Wundverschluss oder Eingriffe ohne adäquate lokale Komprimierbarkeit im Mundbodenbereich, im Sinus maxillaris und im retromaxillären Raum (Tabelle 3).¹⁸

2.2 Beurteilung des Blutungsrisikos durch orale Antikoagulation

2.2.1 Indikationsüberprüfung

Stellt sich ein Patient zum elektiven zahnärztlich-chirurgischen Eingriff vor, gilt es zu allererst, kritisch die Indikation für eine fortbestehende Therapie mit oralen Antikoagulanzen und im zweiten Schritt deren Dosierung zu überprüfen. Bei nicht (mehr) bestehender oder fraglicher fortbestehender Indikation sollte die Antikoagulation in Rücksprache mit der behandelnden Internistin bzw. dem behandelnden Internisten abgesetzt und der zahnärztlich-chirurgische Eingriff bis zum Abklingen der klinischen Wirksamkeit des Antikoagulans verschoben werden.

2.2.2 Vitamin-K-Antagonisten

Zahnärztlich-chirurgische Eingriffe mit sehr geringem oder geringem eingriffsimmanentem Blutungsrisiko sind in Abwesenheit von Risikomodifikatoren (Tabelle 3) unter fortlaufender Therapie mit VKA im therapeutischen Bereich in kritischer Nutzen-Risiko-Abwägung möglich.^{11,12} Mit einer erhöhten Inzidenz i. d. R. lokal kontrollierbarer postope-

rativer Nachblutungen ist zu rechnen und entsprechend Vorsorge zu treffen. 24 bis 48 Stunden präoperativ ist eine INR-Kontrolle obligat, ein INR-Wert im unteren Bereich des therapeutischen Fensters anzustreben. Bei eingriffsimmanent erhöhtem Blutungsrisiko und/oder erhöhtem therapeutischen INR-Fenster (z. B. Patienten mit mechanischem Herzklappenersatz), sollte eine Behandlung durch Spezialisten/Fachkliniken und ggf. unter stationären Bedingungen erwogen werden.¹

2.2.3 Nicht Vitamin-K-Orale Antikoagulantien (NOAKs)

Zahnärztlich-chirurgische Eingriffe mit sehr geringem oder geringem eingriffsimmanentem Blutungsrisiko sind in Abwesenheit von Risikomodifikatoren (Tabelle 3) unter fortlaufender Therapie mit NOAKs möglich, auch wenn die Datenlage hierzu limitiert und das Evidenzniveau gering ist.^{2,8} Insbesondere für Zahnextraktionen aber konnte in mehreren Studien gezeigt werden, dass diese trotz einer erhöhten Inzidenz postoperativer Nachblutungen ohne Unterbrechung der NOAK-Therapie unter lokalen hämostatischen Maßnahmen sicher ambulant durchführbar sind.¹³⁻¹⁶ Der Operationszeitpunkt sollte dabei in möglichst großem Abstand zur letzten regulären Einnahme gewählt werden.¹ Aus praktischen Überlegungen heraus bietet sich die Planung des Eingriffszeitpunktes 18–24 Stunden nach der letzten regulären NOAK-Einnahme an, mit Pausierung einer Dosis von Apixaban oder Dabigatran am Morgen des OP-Tages; die 1-mal täglich einzunehmenden Substanzen Edoxaban und Rivaroxaban können unterbrechungsfrei fortgeführt werden (Abbildung 1).⁸ Die NOAK-Therapie kann bzw. sollte sechs Stunden nach dem Eingriff, jedoch nur bei suffizienter lokaler Hämostase, wieder aufgenommen und fortgeführt werden. Eine Entlassung des Patienten aus der ambulanten Behandlung in die Häuslichkeit darf nur bei kompletter Hämostase erfolgen, mit Handlungsempfehlungen bei Nachblutungen und (telefonischen) Erreichbarkeiten im Notfall.⁸ Eingriffe mit erhöhtem Blutungsrisiko sollten gegebenenfalls einer Spezialistin/einem Spezialisten in einer Fachklinik und interdisziplinärer Beratung zugeführt werden.¹

2.2.3.1 Erhöhtes NOAK-assoziiertes Blutungsrisiko

Ein erhöhtes NOAK-assoziiertes Blutungsrisiko kann aus einer eingeschränkten Nierenfunktion, signifikanten Medikamenteninteraktionen, einer Co-Medikation mit Thrombozytenaggregationshemmern und/oder nicht-steroidalen Antiphlogistika (NSAIDs) u.a. Einflussfaktoren resultieren (Abbildung 2).⁸

► Nierenfunktionseinschränkung

Aufgrund einer mindestens anteiligen renalen Clearance aller NOAKs kann eine Nierenfunktionseinschränkung zur signifikanten Wirkstoffakkumulation und mithin zu einem erhöhten Blutungsrisiko führen.⁸ Mit 80% renaler Clearance sind die Plasmaspiegel des direkten Thrombin-Inhibitors Dabigatran am ausgeprägtesten von der Nierenfunktion abhängig; der Anteil der renalen Clearance bei den direkten Faktor-Xa-Inhibitoren (Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban) ist geringer.⁸ Generell ist daher eine Kontrolle der Nierenfunktion vor jedem elektiven zahnärztlich-chirurgischen Eingriff unter NOAK-Therapie ratsam. Besondere Sensibilität sollte dabei klinischen Situationen mit vermuteter signifikanter transientser Einschränkung der Nierenfunktion beigemessen werden (z.B. die ältere Patientin/der ältere Patient mit kürzlich zurückliegendem gastrointestinalen Infekt und mutmaßlich erhöhtem Flüssigkeitsverlust, die ältere Patientin/der ältere Patient im Hochsommer mit erhöhter Perspiratio insensibilis, bei oraler Inspektion auffällig trockene Schleimhäute, u.a.). Während bei chronischer Einschränkung der Nierenfunktion unter ggf. Berücksichtigung weiterer Aspekte nach Fachinformation des jeweiligen NOAK in Abhängigkeit der Studienlage evidenzgesicherte Dosisreduktionsempfehlungen gelten

(Tabelle 1), ist insbesondere unter vorgenannten akuten transienten Einschränkungen der Nierenfunktion höchste Vorsicht geboten und ein elektiver chirurgischer Eingriff ratsam, aufzuschieben.

Für das perioperative Management unter NOAK-Therapie bei chronisch eingeschränkter Nierenfunktion existieren allgemeingültige Empfehlungen der europäischen Fachgesellschaft.⁸ Für Eingriffe mit geringem perioperativen Blutungsrisiko, denen zahlreiche zahnärztlich-chirurgische Eingriffe ohne Risikomodifikatoren zugeordnet werden können (Tabelle 3), ist das perioperative Vorgehen bei chronisch eingeschränkter Nierenfunktion in Tabelle 4 beschrieben.

► Medikamenteninteraktion

Zwei dominierende Interaktionsmechanismen, die alle derzeit auf dem Markt befindlichen NOAKs in unterschiedlichem Ausmaß und interaktions-partnerabhängig teilen, sind aktuell bekannt und zum Teil klinisch relevant.⁸ Zum einen betrifft dies deren gastrointestinale Re-Sekretion über das P-Glycoprotein (PGP; Synonym: Multidrug-Resistance-Protein¹), zum anderen deren hepatische Clearance über das Isoenzym CYP3A4 aus der Cytochrom-P450-Familie. Die kompetitive Inhibition des PGP kann in einer Erhöhung der NOAK-Plasmaspiegel resultieren, wie dies in unterschiedlichem Ausmaß z.B. für Antiarrhythmika, Antibiotika, anti-retrovirale HIV-Medikamente, Krebsmedikamente und Immunsuppressiva beschrieben ist. Das Resultat ist eine Wirkverstärkung mit dem klinischen Korrelat eines erhöhten Blutungsrisikos. Analog mit erhöhten Plasmaspiegeln und erhöhtem Blutungsrisiko einhergeht eine Verhinderung des ►►

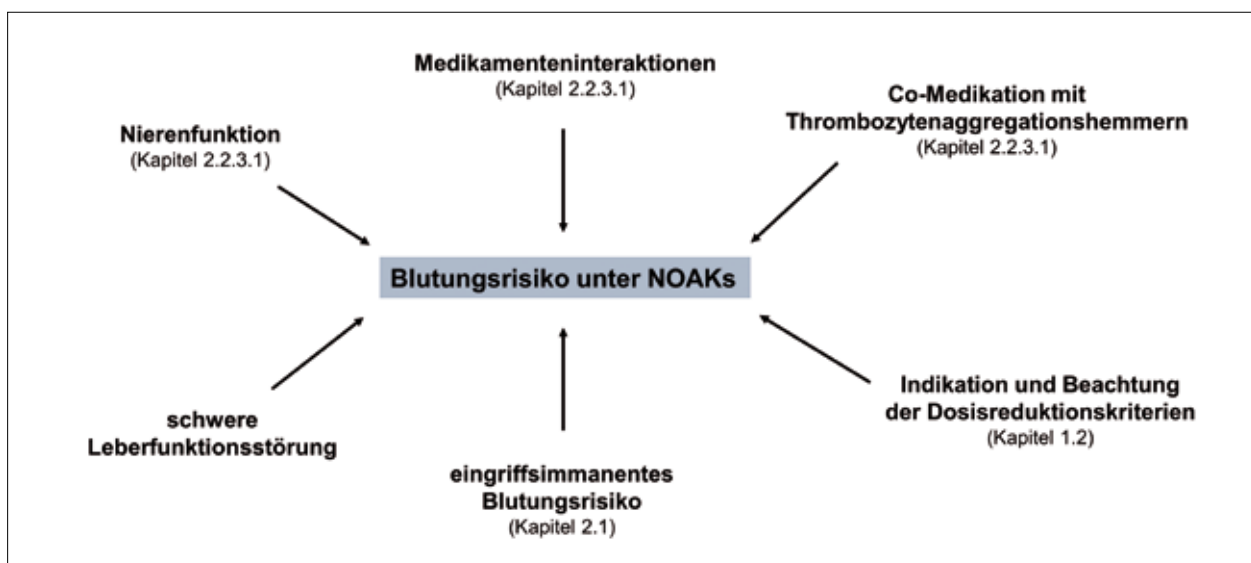


Abb. 2: Potenzielle Einflussfaktoren auf das Blutungsrisiko unter NOAK-Therapie. Schematische Darstellung. Details finden sich im Artikel im benannten Kapitel. Schwere Leberfunktionsstörungen stellen eine Kontraindikation einer Therapie mit NOAKs dar.

Zeitpunkt der letzten regulären NOAK-Einnahme vor elektivem zahnärztlich-chirurgischen Eingriff mit sehr geringem eingriffsimmanenten Blutungsrisiko

Nierenfunktion (glomeruläre Filtrationsrate, GFR)	Dabigatran	Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban
GFR ≥ 80 ml/min	≥ 18-24 h	≥ 18-24 h
GFR 50-79 ml/min	≥ 36 h	≥ 18-24 h
GFR 30-49 ml/min	≥ 48 h	≥ 18-24 h
GFR 15-29 ml/min	keine offizielle Zulassung	≥ 36 h
GFR <15 ml/min	keine offizielle Zulassung	keine offizielle Zulassung
Kein „Bridging“ mit NMWH oder Heparin		
Wiederbeginn der regulären NOAK-Einnahme ≥ 6-24 h		

Tab. 4: Perioperatives Management bei sehr geringem eingriffsimmanenten Blutungsrisiko und chronisch eingeschränkter Nierenfunktion. Der direkte Thrombin-Inhibitor Dabigatran zeigt unter allen NOAKs die anteilig größte renale Clearance und demnach das größte Akkumulationsrisiko bei eingeschränkter Nierenfunktion. Ein perioperatives „Bridging“ mit niedermolekularen Heparinen (NMWH) oder Heparin ist nicht empfohlen. Postoperativ sollte bei lokaler Hämostase die NOAK-Therapie ab 6 bis 24 Stunden nach dem Eingriff fortgeführt werden. Modifiz. nach: Steffel J et al., EHJ 2018 Apr 21 ;39(16):1330-1393.

►► hepatischen Abbaus der NOAKs durch Inhibitoren des CYP3A4. Letztere Interaktion ist klinisch relevant v.a. für die beiden Substanzen Rivaroxaban und Apixaban. Auf der anderen Seite bewirken Substanzen, die starke Induktoren des PGP und des CYP3A4 sind (wie z.B. Rifampicin oder Carbamazepin), eine beschleunigte Clearance der NOAKs; es resultiert das Risiko subtherapeutisch niedriger Plasmaspiegel mit der Gefahr thromboembolischer Komplikationen.⁸ Die derzeit gültigen Dosisreduktionskriterien aller NOAKs berücksichtigen Effekte auf deren Plasmaspiegel durch Co-Medikation mit starken PGP- oder CYP3A4-Inhibitoren/Induktoren jedoch nicht. Die einzige Ausnahme bildet die Substanz Edoxaban mit Empfehlung zur Dosisreduktion unter Co-Medikation mit den starken PGP-Inhibitoren Cyclosporin, Erythromycin, Ketoconazol und Dronedaron (Tabelle 1). Darüber hinaus kann momentan in Ermangelung belastbarer Daten keine Empfehlung zur Dosisanpassung unter Co-Medikation mit potenziellen Interaktionspartnern gegeben werden. Allerdings kann i.d.R. von Einzelfallentscheidungen und nach interdisziplinärer Bewertung und Beratung unter der begründeten Annahme substanzeller Interaktionen (z.B. für Patienten unter Immunsuppressiva nach Organtransplantationen, Patienten unter anti-retroviraler HIVMedikation) eine Dosisanpassung „off-label“ erwogen werden. Tabelle 5 veranschaulicht die Komplexität der Thematik qualitativ für die derzeit auf dem Markt befindlichen NOAKs für eine Auswahl häufig verordneter Medikamente aus verschiedenen Indikationsgebieten. Dies erfolgt ohne jeglichen Anspruch auf Vollständigkeit mit dem Ziel, die Vigilanz für diese komplexe Thematik zu schärfen. Eine ausführliche Aufstellung gegenwärtig bekannter Interaktionspartner aller derzeit auf dem Markt befindlichen NOAKs mit Einschätzung der klinischen Relevanz der Interaktion ist publiziert und wird regelmäßig aktualisiert.⁸ Das perioperative Management solcher Patienten unter NOAK-Therapie sollte im Vorfeld eines geplanten zahnärztlich-chirurgischen Eingriffes individuell und

interdisziplinär mit der behandelnden Internistin/dem behandelnden Internisten besprochen werden.

► **Kombinationstherapie mit**

Thrombozytenaggregationshemmern

Patienten, die zusätzlich zu einem NOAK (oder VKA) für eine limitierte Zeit einen (typischerweise Aspirin oder Clopidogrel – „duale“ Therapie) oder im Einzelfall auch zwei (typischerweise Aspirin und Clopidogrel – „triple“ Therapie) Thrombozytenaggregationshemmer (TZAH) einnehmen müssen (Tabelle 1), stehen unter weiter erhöhtem Blutungsrisiko.^{1,8} Auf der anderen Seite sind gerade diese Patienten besonders gefährdet, ein (ggf. fatales) thromboembolisches Ereignis zu erleiden, und sind daher eine Hochrisiko-Patientengruppe. Elektive zahnärztlich-chirurgische Eingriffe sollten bis nach Beendigung einer „dualen“ oder „triple“ Therapie verschoben werden. Ist dies aufgrund einer dringlichen OP-Indikation nicht möglich, muss das perioperative Management eng mit der behandelnden Internistin/dem behandelnden Internisten individualisiert abgestimmt werden, um das thromboembolische Risiko gegen das Blutungsrisiko abzuwägen und ein Optimum an Netto-Protektion für den Patienten zu erzielen.

2.3 Bridging

„Bridging“ beschreibt die Substitution einer bestehenden oralen Antikoagulation durch eine subkutane Applikation niedermolekularer Heparine (LMWH) oder durch PTT-gesteuerte intravenöse Verabreichung unfractionierten Heparins.⁸ Die Rationale hinter diesem Verfahren ist das Bestreben, eine vermeintlich schlecht steuerbare orale Antikoagulation durch ein besser steuerbares parenterales Antikoagulans zu ersetzen.

Patienten unter VKA-Therapie

Wenngleich im Einzelfall für Patienten unter sehr hohem thromboembolischen Risiko und erhöhtem Ziel-INR (z.B. Patienten mit mechanischem Herzklappenersatz) in

	via	Dabigatran	Apixaban	Edoxaban	Rivaroxaban
<i>PGB Substrat</i>		✓	✓	✓	✓
<i>CYP3A4 Substrat</i>		-	✓ (~25 %)	✓ (<4 %)	✓ (~18 %)
Antiarrhythmika					
Amiodaron	PGP Komp.	↑	keine Daten	↑	↑
Dronedaron	PGP Komp., CYP3A4 Inhib.	↑	keine Daten	↑ b	↑
Verapamil	PGP Komp., CYP3A4 Inhib.	↑	keine Daten	↑	↔
Antibiotika					
Clarithromycin, Erhythromycin	PGP Komp., CYP3A4 Inhib.	↑	↑	↑ b	↑
Rifampicin	PGP & CYP3A4 Induktion	↓	↓	↓	↓
Antivirale Medikamente					
HIV Protease inhibitoren	PGP Komp., CYP3A4 Inhib.	keine Daten	↑	keine Daten	↑
Fungostatika					
Itra-, Keto-, Voriconazol	PGP Komp., CYP3A4 Inhib.	↑	↑	↑ b	↑
Immunsuppressiva					
Cyclosporin	PGP & CYP3A4 Induktion	↑	↑	↑ b	↑
Tacrolimus	PGP & CYP3A4 Induktion	↑	↑	↑	↑
Antiepileptika					
Carbamazepin	PGP & CYP3A4 Induktion	↓	↓	↓	↓
Phenytoin	PGP & CYP3A4 Induktion	↓	↓	↓	↓
Weitere					
Naproxen	PGP Komp.	keine Daten	↑	↔	keine Daten
Johanniskraut	PGP & CYP3A4 Induktion	↓	↓	↓	↓

Tab. 5: Medikamenteninteraktionen unter NOAK-Therapie. Vereinfachte Darstellung einer Auswahl derzeitig bekannter NOAK-Interaktionen aus verschiedenen Medikamentenindikationsgebieten ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Die Farbkodierung veranschaulicht qualitativ den Effekt der Interaktion auf die Plasmaspiegel. Gelb = geringe Erhöhung, orange = mäßige Erhöhung, rot = starke Erhöhung, dunkelblau = mäßige bis starke Erniedrigung, hellblau = geringe Erniedrigung. PGP – P-Glycoprotein, CYP3A4 – Isoenzym aus der Cytochrom-P450-Familie. Modifiz. nach: Steffel J et al., EHJ 2018 Apr 21;39(16):1330-1393.

Abhängigkeit des antizipierten Blutungsrisikos ein perioperatives Bridging mit intravenös verabreichtem Heparin unter stationären Bedingungen zu diskutieren ist, gibt es für das routinemäßige perioperative Bridging einer VKA-Therapie keine Empfehlung mehr. In der sog. „BRIDGE“-Studie, die zahnärztlich-chirurgische Prozeduren einschloss, konnte für Patienten unter VKA-Therapie bei Vorhofflimmern gezeigt werden, dass ein Bridging mit LMWH bzw. Heparin während Pausierung der VKA-Therapie mit einem signifikant erhöhten Risiko für schwerwiegende Blutungskomplikationen assoziiert ist, ohne jedoch mit einer Reduktion thromboembolischer kardiovaskulärer Ereignisse einherzugehen.¹⁷ Zahnärztlich-chirurgische Eingriffe mit sehr geringem oder geringem Blutungsrisiko können ohne ein Bridging erfolgen.^{1,8}

Patienten unter NOAK-Therapie

Perioperatives Bridging ist nicht empfohlen für Patienten unter NOAKs, da die gute Steuerbarkeit in Abhängigkeit der Nierenfunktion Eingriffe im Wirkspiegelndir ermöglicht und dies unter Umgehung des mit einem Mix zweier Antikoagulanzen erhöhten Blutungsrisikos.^{8, 18}

3. Zusammenfassung

Postoperative Nachblutungen stellen bei Patienten unter oraler Antikoagulation ein ernst zu nehmendes Ein-

griffsrisiko dar. Mit soliden Kenntnissen zu Indikationen, Dosierungen, Dosisreduktionskriterien und potenziellen Einflussgrößen auf Wirkspiegel und Blutungsrisiko können zahlreiche typische zahnärztlich-chirurgische Eingriffe mit sehr geringem oder geringem Blutungsrisiko sicher ambulant bei dieser Patientengruppe durchgeführt werden. Für Patienten mit erhöhtem eingriffsimmanenten und/oder Antikoagulansassoziiertem Blutungsrisiko sowie für jene Patienten unter erhöhtem Thromboembolierisiko (z.B. Patienten mit mechanischem Herzklappenersatz oder Patienten mit Indikation zur CoMedikation mit Thrombozytenaggregationshemmern) sollte das perioperative Management eng interdisziplinär abgestimmt werden, um das thromboembolische Risiko gegen das Blutungsrisiko abzuwägen und ein Optimum an Netto-Protektion für den Patienten zu erzielen. ■

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Felix M. Heidrich

Funktionsoberarzt
Klinik für Innere Medizin und Kardiologie
Herzzentrum Dresden GmbH
Universitätsklinik
felix.heidrich@herzzentrum-dresden.com

Literatur beim Verfasser



Foto: Philipp KZVN

Qualitätsmanagement und -prüfung:
Ressorts von Dr. Jürgen Hadenfeldt



Konzentriertes Arbeiten: ZA Christian Müller,
Dr. Christian Baumgardt, Denise Bonk (KZVN)



Coronabedingt: Abstand halten

Qualitätsprüfung 2019 erfolgreich abgeschlossen

– Trotz Corona arbeitsfähig –

Seit der zweiten Jahreshälfte 2019 liefen die Vorbereitungen zur Prüfung der in der vertragszahnärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen bei Überkappungsmaßnahmen im Einzelfall durch Stichproben. Im ersten Durchgang wurden von den Qualitätsgremien der KZVN die Überkappungsmaßnahmen von 44 zufällig ausgewählten Praxen „unter die Lupe“ genommen – in den vergangenen Wochen coronabedingt primär im „Homeoffice“ und nicht wie bis dato praktiziert im Rahmen gemeinsamer Sitzungen.

Dabei leistete eine von der Abteilung Datenverarbeitung der KZVN entwickelte App den Gremiumsmitgliedern mehr als gute Dienste. Dies zeigte sich spätestens auch bei den Gremiumssitzungen in diesem Jahr, die am 13. bzw. 15. Mai in der KZVN – unter Beachtung der notwendigen Abstands- und Hygieneregeln – stattfanden.

Fazit: Alle geprüften Fälle wurden gemeinsam – einschließlich der per Videoschalt teilnehmenden Gremiumsmitglieder – besprochen und nahezu einstimmig beurteilt. Die Ergebnisse der Einzelfallprüfungen – ggf. mit Hinweis auf die Notwendigkeit einer ordnungsgemäßen Behandlungsdokumentation – werden den betroffenen Praxen zugeleitet. Da es sich bei der Qualitätsprüfung um ein neues G-BA-Verfahren in der Pilotierungsphase handelt, sind in diesem ersten Durchgang bei möglichen Defiziten seitens der Praxen keine weitergehenden Maßnahmen vorgesehen.

„Eine sorgfältige Behandlungsdokumentation ist das A und O in jeder Praxis. Nicht nur im Rahmen der Qualitätsprüfung, sondern auch als Nachweis vor Gericht oder im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Deshalb finden die Ergebnisse unserer Qualitätsprüfungen selbstverständlich Eingang in die Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen der KZVN u. a. zum Thema „Dokumentationspflichten“ – so das Fazit von Dr. Hadenfeldt. ■ _____ St-Dr

ZUM HINTERGRUND

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Mitte April 2019 die erste Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Überkappung in der vertragszahnärztlichen Versorgung beschlossen, die zum 1. Juli 2019 in Kraft getreten ist (siehe auch NZB, Ausgabe Juli/August 2019). Diese „Richtlinie über die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung und -förderung der indikationsgerechten Erbringung von Überkappungsmaßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa zur Förderung einer langfristigen Erhaltung eines bleibenden therapiebedürftigen Zahnes“ (QBÜ-RL-Z) ist bei den für die Prüfung zuständigen KZVen Grundlage bei der Qualitätsprüfung von Überkappungsmaßnahmen im Einzelfall durch Stichproben.

In den KZVen – also auch in der KZVN – ist eine gesonderte Stelle für die Stichprobenerhebung und für die Anforderung der Dokumentationen aus den Praxen zuständig. Sämtliche personen- und einrichtungsbezogenen Daten, also die der Patientinnen und Patienten und der Praxis werden spätestens dort pseudonymisiert. Datenschutz hat somit höchste Priorität. Für die eigentliche Bewertung der Unterlagen sind in der KZVN zwei Qualitätsgremien zuständig (§ 135b, Abs.2 SGB V), die sich aus insgesamt sechs ehrenamtlich tätigen zugelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzten mit ausgewiesener Expertise im Bereich Zahnerhaltung und Endodontie zusammensetzen.

iCalendar – Einreichungs- und Zahlungstermine digital

Der Jahreskalender der KZVN mit den Einreichungs- und Zahlungsterminen als Printversion ist schon eine feine Sache. Die gedruckten Kalender werden in den Praxen gut und gerne genutzt, weil auf einen Blick erkennbar ist, wann, welche Leistungsabrechnungen bei der KZVN eingereicht werden müssen und wann die (Abschlags-)Zahlungen an die Praxen erfolgen. Die Ferienzeiten sind dort vermerkt, ebenso wie die Feiertage und Wochenenden. Unbestreitbar hat so ein Papierkalender seine Vorzüge.

Aber es geht noch komfortabler, kurz gesagt: digital. Digitale Kalender haben den Vorteil, dass sie geräteübergreifend verwendet werden können. Ein Eintrag auf dem Smartphone kann beispielsweise mit dem auf dem Tablet hinterlegten Planer synchronisiert werden. Weitere Vorteile: Verschiedene Personen können auf die Termine zugreifen und in der Regel erleichtert eine Bandbreite an praktischen Funktionen das Handling: Termine und Notizen lassen sich flexibel löschen, verschieben, ändern und eintragen. Auch die Erinnerungs- bzw. Suchfunktion ist unbestreitbar von Nutzen.

iCalendar-Daten werden in der Regel von nahezu jedem Programm unterstützt, das eine Kalenderfunktion beinhaltet (z.B. Microsoft Outlook, Android Kalender, Google Kalender oder iOS-Kalender). So können webbasierte Kalenderdaten relativ reibungslos in den eigenen Kalender überspielt werden. Und: Es spielt keine Rolle, auf welchem Endgerät (PC, Laptop, Smartphone oder Tablett) Ihr Terminkalender hinterlegt ist.

Einreichungs- und Zahlungstermine im ICS-Format

Ab sofort können Sie die jährlich aktualisierten Einreichungs- und Zahlungstermine der KZVN in Ihren digitalen Kalender übertragen. Alles was es dazu braucht ist eine sogenannte iCalendar-Datei. Diese stellen wir Ihnen im ICS-Format im Mitgliederportal (Login erforderlich) unter dem Menüpunkt „Termine“ zum Download zur Verfügung. Das ICS-Format (es gibt natürlich noch weitere) hat den Vorteil, mit den meisten Betriebssystemen kompatibel zu sein.

2020 Einreichungs- und Zahlungstermine



Der größte Nutzen für Sie: Eine größere Anzahl an Terminen oder einer Terminserie kann in „einem Rutsch“ eingespielt werden. Das manuelle Einpflegen einzelner Termine in einen digitalen Kalender ist damit passé. Gebannt ist auch die Gefahr von Übertragungsfehlern beim Eintippen der Daten. ■

____ St-Dr

P.S. Den Kalender für 2021 erhalten Sie wie gehabt auch in diesem Jahr als Printversion – zusammen mit den Unterlagen zum Quartalsabschluss.

HDZ-Projekte in der Corona-Zeit

Dr. Klaus Winter, HDZ-Vorstand



Vorsichtiger Optimismus macht sich in Deutschland breit: Einige Schutzmaßnahmen gegen die Ausbreitung des Corona-Virus werden gelockert. Wir gewinnen wieder an Bewegungsfreiheit – und doch bleibt die Vor- und vor allem die Rücksicht dabei oberstes Gebot! Gelebte Solidarität heißt weiterhin Abstand halten, mit Bedacht handeln und vor allem Rücksicht nehmen! Und genau das passiert auch bei den Projekten des Hilfswerks Deutscher Zahnärzte (HDZ): Unsere Partner bringen all ihre Kraft auf, um wie bisher an der Seite der Schwächsten zu sein. Das ist aktuell herausfordernder denn je: Lockdowns erschweren die Versorgung mit Lebensmitteln und Hygieneprodukten. Umso wichtiger sind Zeichen, die das HDZ setzen möchte, denn es bleibt die Sorge um die Schwachen, Alten und Kranken.

Bolivien: Spaltfehlbildungen

In Bolivien unterstützt das HDZ finanziell die Operationen bei Spaltfehlbildungen. Die Chirurgen vor Ort dürfen in der Corona-Zeit nur Operationen der Kategorie „Notfall“ durchführen. Da bei einigen Säuglingen mit diesen Fehlbildungen auch Atemprobleme auftreten, dürfen nur noch diese Kinder operiert werden. Der Großteil der Patienten muss auf unbestimmte Zeit vertröstet werden. Die Zahl der Unbehandelten steigt stetig; der Hilfsbedarf ist groß. Es gibt nur wenige Chirurgen in Bolivien, die Spalten fachgerecht operieren können. Mit einem Förderbetrag von 10.000 Euro an die Deutsche Cleft Kinderhilfe e.V. kann auch in diesem Jahr den Spaltkindern in Bolivien geholfen werden. Im vergangenen Jahr wurden damit 37 Operationen finanziert.

Fotos: Deutsche Cleft Kinderhilfe e.V.



Abb. 1: vor der OP



Abb. 2: nach der OP



Abb. 3: geförderte Prothesen-Werkstatt



Abb. 4: Prothesen anpassen

China: Lepra

Vor dem allgemeinen Corona-Ausbruch, als die Situation in Wuhan schon kritisch war, führten unsere Projektpartner im Dorf Ngaisai, nahe Guangdong, noch spezielle Lepra-Wundversorgungen durch. Ab Anfang (!) Januar 2020 war das nicht mehr möglich. Ausländer hatten in dieser Zeit besondere Auflagen zu erfüllen. Sie durften ihr Dorf nicht mehr verlassen und haben sich währenddessen anderen Aufgaben gewidmet. Sie testeten neues Material für speziell angefertigte Schuhe und Prothesen für Lepra-Kranke, führten Wartungsarbeiten in der Lepra-Werkstatt und an Wasserquellen durch und sanierten Küchen, Straßen und Wege. Notwendige zusätzliche Hygieneausrüstungen in dieser Corona-Zeit konnten erst durch gespendete HDZ-Mittel besorgt werden. (5.000 Euro)

Indien: Lepra(1)

Die Situation im Bundesstaat Maharashtra weist die höchste Anzahl an Covid-19-positiven Fällen auf und nähert sich fast fünftausend. In der Hauptstadt Mumbai ist die Situation äußerst besorgniserregend. Die Megapolis Mumbai ist mit ihren dicht besiedeltesten Slums Asiens, insbesondere dem Slum Dharavi, zu einem Hotspot der Corona-Pandemie in Indien geworden. Seit Ende März gelten – wie bald überall in Indien – strikte Maßnahmen, um die Ausbreitung des Virus zu begrenzen. Für 1,3 Milliarden (!) Inder wurde die Ausgangssperre verhängt. Die Behandlungsdienste des Bombay Leprosy Project (BLP) wurden im HDZ-unterstützten Lepra-Überweisungs-zentrum trotzdem fortgesetzt, um eine Unterbrechung der Lepra-Behandlung so weit wie möglich zu verhindern. Mit 5.000 Euro half jetzt das HDZ, um die Hygienemaßnahmen hier zu verbessern.



Abb. 5: Slum in Mumbai

Indien: Lepra(2)

Der HDZ-Partner Dr. Remy Luc Rousselot, Lepraarzt in Bhubaneswar, im Staat Odisha, Ostindien, prognostizierte Düsteres. Er meint, dass Indien auf einer „Zeitbombe“ sitze, ohne zu wissen, wann die vollständige Explosion stattfindet. Da das Testniveau in Indien eines der niedrigsten der Welt ist, ist nicht sicher, ob die gegenwärtigen Statistiken das wahre Bild der Situation widerspiegeln. Aber eines ist sicher: Wenn die Phase 3 die indische Bevölkerung mit ihren 1,3 Milliarden Einwohnern treffen sollte, dann berechnen die Behörden die Opfer- und Todeszahlen nicht in Tausenden oder Hunderttausenden, sondern in Millionen und dies aufgrund der geringen Infrastruktur in Krankenhäusern und fehlender Fachärzte auf Intensivstationen. Obwohl die indische Regierung eine sehr gute Arbeit leistet, um die Ankunft des „Tsunami“ zu verzögern, sind die Schätzungen wirklich erschreckend. Auch hier hat das HDZ als Soforthilfe 5.000 Euro für Hygieneartikel und Lebensmittel zur Verfügung gestellt.

Kenia: Hospital

Vom Gesundheitsministerium in Kenia gemeldete Covid-19 Fälle haben sich bis zum 30. April 2020 auf 435 erhöht. 61% der Übertragungen sind lokale Übertragungen und nur 39% werden importiert; davon sind ca. 70% asymptomatisch und 30% symptomatische Infektionen. Wegen der Sorge, dass der hohe Prozentsatz von Menschen ohne Symptome die Krankheit weiter verbreiten würde, werden die Auflagen strikt eingehalten. Die Regierung hat die Krankenhäuser angewiesen, die Isolations- und Intensivstationen vorsorglich zu erweitern. Das bedeutet



Abb. 6: frisch amputierter Lepra-Fuß



Abb. 7 (v.l.): Dr. Kama, Dr. Remy Luc Rousselot, Helga und Klaus Winter



Abb. 8: HDZ-Dental Station St. Mulumba Hospital

aber auch, dass andere Patienten eher zu Hause bleiben und nur im Notfall kommen. Geringere Patienten-Zahlen heißt weniger Einkommen für den täglichen Betrieb im St. Matia Mulumba Mission Hospital in Thika. Das in den letzten Jahren aus HDZ-Mitteln erweiterte Krankenhaus hat erneut HDZ-Spendenmittel erhalten, um in der Corona-Zeit zusätzliche Schutzausrüstungen für das Klinik-Personal anschaffen zu können.

Deutschland: unbegleitete Migranten

Ab Mitte März musste auch der Verein „Ausbildung statt Abschiebung (AsA)“ in Bonn seine Türen geschlossen halten, um die Gesundheit der Jugendlichen, Ehrenamtlichen und MitarbeiterInnen zu schützen. Dennoch bleibt oberste Priorität: Alle 186 registrierte junge Geflüchtete so gut wie möglich über Telefonate mit und ohne Video, Chats und anderen sozialen Medien zu begleiten. Ein Großteil von ihnen ist über digitale Lernformate verbunden, da nicht wenige sich kurz vor einer Prüfung – dem Schulabschluss oder dem Ende der Berufsausbildung – befinden. „Ausbildung statt Abschiebung“ ist ein Gebot der Humanität und wird von uns seit vielen Jahren finanziell unterstützt. ■

Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

Hagenweg 2 L, 37081 Göttingen
Tel.: 0551 600233, Kontakt: k.winter@stiftung-hdz.de

Spendenkonto: Deutsche Apotheker- und Ärztekbank
IBAN: DE28300606010004444000, BIC: DAAEEDDXXX
www.stiftung-hdz.de



Abb. 9: Besuch Dr. Winter beim AsA e.V. Bonn



Abb. 10: Zeugnisvergabe

Das HDZ möchte auch Altgoldspendern helfen



Die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete (HDZ) ist seit 1987 mit der (Zahn-)Altgoldsammlung erfolgreich, weil sie von vielen deutschen Zahnpraxen darin unterstützt wird.

Mittlerweile sind weitere segensreiche Altgold- Aktionen bundesweit unterwegs und immer geht es um die mögliche Verwertung des im Eigentum des Patienten stehenden Edelmetalls – nämlich für einen guten Zweck.

Patienten sind in der Regel unsicher auf diesem Gebiet und dankbar für kompetente Ratschläge durch ihren Zahnarzt/Zahnärztin. Es gibt drei Möglichkeiten der Altgoldverwertung:

Variante 1: Die Verwertung geschieht durch den Patienten selbst, denn die Krone gehört ihm

Variante 2: Der Patient übergibt sein Altgold dem Zahnarzt oder Zahntechniker zum Recycling

Variante 3: Der Patient spendet es an eine karitative Organisation

Wenn sich der Patient entschlossen hat, mit seinem Altgold etwas Gutes zu tun, kann er es einer karitativen Organisation spenden.

Meistens hat er sich in der Vergangenheit zusammen mit den Ansprechpartnern in seiner Zahnpraxis entschieden, den ausgedienten, goldhaltigen Zahnersatz dem Hilfswerk Deutscher Zahnärzte zu spenden.

Diese direkte Altgoldspende des Patienten wird stets mit einer Zuwendungsbestätigung (für das Finanzamt) quittiert.

Dies ist bundesweit einmalig!

Das HDZ lebt vom Engagement und Spenden vieler Menschen. Gerade das Spenden von Altgold ist dabei nach wie vor eine wichtige Quelle. Nur durch die besondere Spendenbereitschaft der Patienten kann das berufsständische Hilfswerk weiterhin in karitative Projekte investieren und die Lebensbedingungen vieler Bedürftiger weltweit verbessern.

Die Projektarbeit der Stiftung ist so vielfältig wie die Länder, in denen sie stattfindet: Sie reicht von umfangreichen Soforthilfemaßnahmen für Katastrophengebiete wie Philippinen über den Bau von Schulen, Waisenhäusern, Sozialstationen und (zahn-)medizinischen Einrichtungen bis hin zum Bau von Wasseraufbereitungsanlagen und aktiven zahnärztlichen Hilfeinsätzen.

Weit über 1.000 Projekte in 60 Ländern im Wert von mehr als 30 Mio. Euro hat die Stiftung seit ihrer Gründung bereits realisiert und steht seit 10 Jahren unter Schirmherrschaft der Bundeszahnärztekammer. ■

www.stiftung-hdz.de

06.05.2020, Dr. Klaus Winter, stellv. Vorsteher HDZ



Foto: © Guntar Feldmann - stock.adobe.com

Durch langjährige, z.T. bittere Erfahrungen mit dem Fiskus kann das HDZ nur abraten, Sammeldosen in Praxen aufzustellen.

Das anonyme Sammeln führt immer zu steuerpflichtigen „Einnahmen“ und hat in der Vergangenheit zu „lästigen“ Auseinandersetzungen mit den Finanzbehörden geführt.

Deswegen fordern Sie bitte weiterhin Unterlagen (Flyer, Versandbeutel, Infos etc.) für Ihre Patienten beim Hilfswerk der deutschen Zahnärzte an.

Unter: hilfswerk-z@arztmail.de oder direkt: www.stiftung-hdz.de/ihre-spende/altgold-zahnersatz/

Die HDZ-Stiftung erhebt keine Gebühren und macht dafür keine Abzüge.



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.

Terminliches

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE HILDESHEIM

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

TERMIN

THEMA/REFERENT

30.09.2020, 16:00 Uhr – ca. 19:00 Uhr	Kritische Wertung von Füllungsmaterialien in der Zahnerhaltung, <i>Prof. Dr. Georg Meyer, Greifswald</i>
---------------------------------------	---

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: Carl v. Ossietzky Universität, Ammerländer Heerstraße 114-118, 26129 Oldenburg
Fortbildungsreferent: Dr. Volker Schaper, Burgstr. 11, 27243 Harpstedt, Tel.: 04244 16 71,
E-Mail: Dr.Volker.Schaper@misterdent.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

Webinar: 01.07. und 15.07.2020 je von 19:00 bis 20:30 Uhr	Klassifikation und Therapie parodontaler Erkrankungen und die Wirtschaftlichkeit für die Zahnarztpraxis – ein Praxiskonzept, <i>Dr. Kai Petrik Worch, Garbsen</i>
26.09.2020, 09:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr Achtung Hörsaal G Gebäude A7	Die Integration digitaler Prozesse in die Zahnmedizin, <i>Dr. Andreas Kurbad, Viersen</i>
07.11.2020, 09:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Pharmakologie update 2020, <i>PD. Dr. Dr. Frank Halling, Fulda</i>

BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

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

TERMIN

THEMA/REFERENT

07.10.2020, 15:00 Uhr – ca. 18:00 Uhr	Non-augmentative implantologische Konzepte bei gemindertem Knochenangebot – Update dimensionsgeminderte und angulierte Implantate, <i>Prof. Dr. Dr. Elmar Esser, Osnabrück</i>
---------------------------------------	---

BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Haags Hotel Niedersachsenhof, Lindhooper Straße 97, 27283 Verden
Fortbildungsreferent: Gabriel Magnucki, Bahnhofstr. 18, 27211 Bassum, Tel.: 04241 5808, E-Mail: fortbildung@zz-bassum.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

23.09.2020, 18:00 Uhr – ca. 22:00 Uhr	Molaren-Inzisiven-Hypoplasie, <i>Prof. Dr. Norbert Krämer, Gießen</i>
07.10.2020, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	„Staying alive“ – Maßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa, <i>Prof. Dr. Till Dammaschke, Münster</i>
21.10.2020, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Praxiskommunikation – Gesprächsstrategien für den Zahnmedizinischen Alltag, <i>Cornelia Schubach-Zimmermann, Grumbach</i>
04.11.2020, 18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr	Extraktion oder Nonextraktion aus kieferorthopädischer Sicht, <i>Dr. Youssef Cheaib, Bassum</i>

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

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



WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

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

→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

24.06.2020 Z/F 2033 9 Fortbildungspunkte

Das 1 x 1 der GOZ-Abrechnung

Marion Borchers, Rastede-Loy
24.06.2020 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 176,- €
bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 181,- €

03.07.2020 Z/F 2038 5 Fortbildungspunkte

Dokumentation in der Stuhlassistenz – So läuft's richtig

Marion Borchers, Rastede-Loy
03.07.2020 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 115,- €
bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 120,- €

04.09.2020 Z 2040 9 Fortbildungspunkte

Das neuromuskuläre Zentrikregistrat – Hands-On Workshop

PD Dr. Daniel Hellmann, Aalen
04.09.2020 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr:
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite bis zum 04.07.2020 345,- €, danach 380,- €
bei Papier-, Mail- oder Faxanmeldung bis zum 04.07.2020 350,- €, danach 385,- €

Komplementäre Schmerztherapie in der ZMK

(Einführungskurs mit praktischen Übungen)

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 – praxisnah mit Live-Behandlungen unter Einbeziehung der Kursteilnehmer. Die Akupunktur ist ein Schlüssel zum Verständnis regulatoriver Funktionssysteme.



Dr. Hans Ulrich Markert

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. Pterygoidei
- ▶ 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

Referent: Dr. Hans Ulrich Markert, Leipzig

Samstag, 27.06.2020 von 09:00 – 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 352,- €

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 357,- €

Max. 20 Teilnehmer

Kurs-Nr.: Z 2035

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.

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

19./26.06.2020 F 2037

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

Daniela Greve-Reichrath, Lübbecke
19./26.06.2020 von 09:00 bis 16:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 275,- €

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

26.06.2020 Z/F 2034

Retainer, Brackets und Co – keine Angst vor KFO

Sona Alkozei, Bruchhausen-Vilsen
26.06.2020 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 181,- €

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 186,- €

03.07.2020 Z/F 2036

Zahntechnische Reparaturen nach BEL II 2014 und BEB 97

Stefan Sander, Hannover
03.07.2020 von 13:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 143,- €

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 148,- €

28./29.08.2020 F 2039

Der Einstieg in die professionelle Zahnreinigung

Genoveva Schmid, Berlin
28.08.2020 von 14:00 bis 18:00 Uhr
29.08.2020 von 09:00 bis 16:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite bis zum 28.06.2020 390, €, danach 430,- €

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung bis zum 28.06.2020 395,- €, danach 435,- €

Willkommen am Telefon – der erste Eindruck

Kursinhalt

Über den erfolgreichen Gesprächsverlauf entscheiden Ihre innere Überzeugung und positive Einstellung. Patienten spüren es in den ersten Sekunden: Wird ihr Anliegen ernst und respektvoll angenommen? Mit praktischen Übungen stärken Sie Ihre Fähigkeiten am Telefon und lernen, mit der Vielfachbelastung an der Rezeption besser umzugehen. Trainieren Sie mit mir Ihre Telefonkompetenz:



Foto: Privat

Brigitte Kühn

Grundsätzliches

- ▶ Das Einmaleins der Telefon-Kommunikation
- ▶ Planung des Telefontags
- ▶ Recall-Systeme, Terminbestätigungen
- ▶ Nachbereiten der Telefonate ein Muss
- ▶ Abschirmung des Chefs/der Chefin
- ▶ Persönlichkeit und Einfühlungsvermögen
- ▶ Aktives Zuhören
- ▶ Das wichtige Instrument Stimme

Praktisches

- ▶ Richtige und verständliche Vorstellung und Begrüßung
- ▶ Verunsicherte und fordernde Patienten, Schmerzpatienten
- ▶ Umgangsformen von Wertschätzung und Respekt geprägt
- ▶ Gezieltes Beraten und Argumentieren
- ▶ Unterschied zwischen konstruktiver und destruktiver Kommunikation
- ▶ Sachlich und organisatorisch passend verbinden
- ▶ Anrufbeantworter – sinnvolles Hilfsmittel

Referentin: Brigitte Kühn, Tutzing

Freitag, 19.06.2020 von 09:00 – 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 236,- €

bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung: 241,- €

Max. 16 Teilnehmer

Kurs-Nr.: F 2036

DR. KLAUS WINTER – 75



Foto: HDZ

Kaum zu glauben, dass der Kollege Winter am 12. Juni 75 Jahre jung geworden ist. Wer ihn kennt, weiß, mit welchem Engagement er nach wie vor für sein „Hilfswerk Deutscher Zahnärzte – HDZ –“ aktiv unterwegs ist, wirbt und viele Projekte persönlich begleitet.

Berufspolitisch begann die Tätigkeit 1977 als Vorsitzender der Kreisstelle Osterode, die er 20 Jahre erfolgreich repräsentierte. Als Mitglied der Kammerversammlung war er über 30 Jahre für die Zahnärzte aktiv, sein Augenmerk lag auf dem AWW und dem Finanz- und Fürsorgeausschuss. Für die KZVN war Dr. Klaus Winter gut 10 Jahre Delegierter der Vertreterversammlung, von 1989 bis 1993 Vorsitzender der Verwaltungsstelle Göttingen und von 1987 bis 2015 zudem Mitglied der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer. Spätestens seit 1997, als er Vorsteher des HDZ wurde, legte er, unterstützt durch seine Frau, seinen Fokus auf das HDZ. In dieser Zeit hat er zahlreiche Projekte initiiert und koordiniert, die die Verbesserung von Lebensqualität von Menschen in Lepra- und Notgebieten zum Ziel hatten, insbesondere im Gesundheits- und Bildungsbereich. Das Motto des HDZ war stets „Hilfe zur Selbsthilfe“. Dabei setzt das HDZ auf Vor-Ort-Kooperationen und Vernetzungen mit Partnern im In- und Ausland. So konnte die unglaubliche Zahl von über 1.000 Projekten in etwa 33 Jahren unterstützt werden – stets mit Herz und persönlicher Präsenz. Für diesen humanitären Fußabdruck erhielt der Kollege Winter zahlreiche Würdigungen, darunter die Verleihung der Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft in Gold, die Verleihung des päpstlichen Ordens des Heiligen Gregorius des Großen und das Verdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland. 2017 trat Dr. Klaus Winter als Vorsteher des Hilfswerkes zu Gunsten seines Freundes Dr. Klaus Sürmann zurück und bleibt dem Werk als stellvertretender Vorsteher treu.

Lieber Klaus,
bleibe weiterhin so engagiert für das Hilfswerk, unterstützt durch Deine liebe Frau und bei hoffentlich noch lange anhaltender guter Gesundheit. ■

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

DR. KLAUS-ACHIM SÜRMANNS ZUM 60.



Foto: Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Mein getreuer Mitstreiter und Freund Klaus-Achim Sürmann feierte seinen 60sten – am 12. Juni – auf seiner Terrasse am Nikolausberg in Göttingen, nur diesmal – Corona bedingt – ganz artig und nur im kleinen Kreis mit Ehefrau Hiltrud und Dackel.

Einst gab mir der ehrwürdige Göttinger Ziehvater Carl-Heinz Bartels, der unvergessene Kollege, Standesfürst und Stiftungsgründer, einen prophetischen Wink: „Der wäre auch für unser Hilfswerk eine große Stütze.“ Und so wurde 2009 Klaus Sürmann in das Kuratorium der Stiftung „Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete“ berufen und bald danach mein unverzichtbarer Stellvertreter für eine weltweit agierende Einrichtung. Im Herbst 2017 schloss sich folgerichtig der Rollentausch in der Stiftungsführung an, der durch seine uneigennützig, selbstlose Art gepaart mit Kompetenz und Überzeugungskraft den erfolgreichen Fortbestand dieses Hilfswerkes zu garantieren verspricht.

Ebenfalls Mitglied des Lazarus-Ordens und dort ab 2013 mein Nachfolger als Hospitalier sind wir beide auch hier weiterhin gemeinsam im Dienst karitativer Hilfsmaßnahmen unterwegs. Es ist Klaus-Achim Sürmann gelungen, sowohl die Stiftung als auch den Lazarus-Orden auf die neuzeitlichen Aufgaben integrativ auszurichten und für die Zukunft vorzubereiten. Die hierfür notwendigen finanziellen Spendenmittel sind auch durch seine zahlreichen gesellschaftlichen Kontakte vermehrt worden – wenn nötig ist er auch bettelnd, spielend auf seinem Saxophon unterwegs. Unter seiner persönlichen Mitwirkung wurden Hilfsmaßnahmen bis heute im Wert von 10 Mio. Euro verwirklicht. Unvergesslich bleibt ein gemeinsamer Einsatz in Rumänien. Seine vielseitigen, selbstgestellten Aufgaben mündeten diesmal in der altruistischen Hinwendung zu Roma- und Sinti-Kindern bei der Einweihung des vom HDZ und Lazarus-Orden gemeinsam errichteten Integrationszentrums.

Gratulation und Weidmannsheil dem passionierten Jäger Klaus-Achim Sürmann und alles Gute für Dich und Deine liebe Familie für das nächste Dezennium. ■

_____ Dr. Klaus Winter, Bad Lauterberg

Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

- 18.05.2020 Jürgen Petersen (89), Soltau
- 19.05.2020 Dr. Manfred Schellwald (90), Hannover
- 19.05.2020 Dr. Klaus Muhl (80), Celle
- 19.05.2020 Dr. Achilles Urbanczik (70), Bramsche
- 21.05.2020 Regina Götz (70), Göttingen
- 22.05.2020 drs. Robert Trost (70), Nordhorn
- 23.05.2020 Dr. Jürgen Tegtmeyer (85), Stadthagen
- 23.05.2020 Heidi Wedekind (80), Braunschweig
- 25.05.2020 Dr. Hans-Joachim Doege (70), Norden
- 26.05.2020 Dr. Wolf-Kersten Baumann (80), Barsinghausen
- 26.05.2020 Dr. Jörg Gall (70), Hildesheim
- 27.05.2020 Dr. med. Wenzel Holy (85), Sarstedt



- 28.05.2020 Dr. Gerhard Treuel (70), Worpsswede
- 30.05.2020 Dr. Franz-Josef Höne (70), Cloppenburg
- 31.05.2020 Dr. Wolfgang Nordt (90), Salzgitter
- 31.05.2020 Dr. Herbert Pöppelmeyer (70), Göttingen
- 02.06.2020 Dr. Ulrich Sobanski (88), Wittmund
- 02.06.2020 Hanni Homann (93), Einbeck
- 03.06.2020 Harry-Peter Welke (75), Bad Harzburg
- 05.06.2020 Dr. Holger Rosenblatt (80), Buxtehude
- 05.06.2020 Dr. Dieter Rusche (91), Braunschweig
- 06.06.2020 Dr. Walter Hils (96), Hildesheim
- 08.06.2020 Klaus Buchbinder (94), Hannover
- 09.06.2020 Dr. Thilo Hennig (75), Rotenburg
- 11.06.2020 Dr. Reinhard Biniek (70), Emden
- 12.06.2020 Dr. Klaus Winter (75), Bad Lauterberg
- 14.06.2020 Dr. Wilhelm Voges (91), Bad Pyrmont



Wir trauern um unsere Kollegen

Dr. Joachim Erhorn
geboren am 04.01.1941, verstorben am 09.01.2020

Peter Frank
geboren am 01.03.1947, verstorben am 20.02.2020

*Die Vorstände
der Zahnärztekammer Niedersachsen und der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen*

Dienstjubiläen in der KZVN



Antje Ebeling ist seit 25 Jahren bei der KZVN beschäftigt.

25-jähriges Jubiläum

- ▶ am 15.06.2020 Antje Ebeling (Abt. Abrechnung)

10-jähriges Jubiläum

- ▶ am 12.04.2020 Selime Yalcinkaya (Abt. Recht und Zulassung)
- ▶ am 01.05.2020 Aylin Yalcin (Abt. Abrechnung)

Der Vorstand der KZVN gratuliert herzlich und dankt – auch im Namen der Mitglieder – für die geleistete Mitarbeit in den zurückliegenden Jahren.



© diego cervo / iStockphoto.com

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)

Sitzungen des Zulassungsausschusses Niedersachsen

Abgabe bis	15.06.2020
für die Sitzung am	15.07.2020
Abgabe bis	03.08.2020
für die Sitzung am	02.09.2020
Abgabe bis	28.09.2020
für die Sitzung am	28.10.2020
Abgabe bis	09.11.2020
für die Sitzung am	09.12.2020

Die Sitzungstermine für 2021 werden im September 2020 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 Göttingen

- ▶ Planungsbereich Landkreis Holzminden:
Der Planungsbereich Landkreis Holzminden mit 10.779 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 37,1% versorgt.

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

Verwaltungsstelle Oldenburg

- ▶ Planungsbereich Landkreis Cloppenburg:
Der Planungsbereich Landkreis Cloppenburg mit 34.407 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 46,5% versorgt.
- ▶ Planungsbereich Landkreis Oldenburg:
Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.637 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 35,3% versorgt.

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

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- ▶ Planungsbereich Landkreis Leer: Der Planungsbereich Landkreis Leer mit 29.413 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 47,6% versorgt.

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

_____Stand: 18.05.2020

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Dr. Harald SchejaNr. 3420 vom 22.06.1996
Klaus AdrianNr. 1207 vom 25.05.1981
Nadine OchsenfeldNr. 6938 vom 18.08.2010
Magdalena SchöneNr. 18866 vom 25.05.2016

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

_____ZKN

Ergebnisse der Wahl zur Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen 2020

AMTLICHE MITTEILUNG

Bekanntmachung des Ergebnisses der Wahl zur Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen 2020:
Gemäß § 27 (7) der Wahlordnung der Zahnärztekammer Niedersachsen für die Wahl zur Kammerversammlung (WO-ZKN) vom 04.05.1996, zuletzt geändert durch Beschluss der Kammerversammlung am 19.10.2012, gebe ich das Ergebnis der Wahl zur Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen bekannt.

Hannover, 15.05.2020



Der Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen

Wahlkreis 1 – Braunschweig, Lüneburg, Stade

1. Zahl der im Wählerverzeichnis eingetragenen Wahlberechtigten	2.210	4. Zahl der gültigen Stimmen	995
2. Zahl der rechtzeitig eingegangenen Wahlbriefe	1.035	5. Zahl der ungültigen Stimmen	40
		7. Wahlbeteiligung	46,83%

Im **Wahlkreis 1 – Braunschweig, Lüneburg, Stade** sind **16 Mitglieder** zur Kammerversammlung zu wählen.

Wahlvorschlag 1

Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)

1. Röver, Jörg	58	12. Dr. Pape, Michael	11
2. Dr. Urbach, Reinhard	55	13. Dr. Brackmann, Sabine	11
3. Dr. Timmermann, Dirk	53	14. Dr. Kroschel, Michael	9
4. Dr. Peters, Uwe	53	15. Knitter, Lars Werner	9
5. Dr. Mindermann, Gundi	53	16. Dr. Schmidt, Christian	7
6. Paap, Stefanie	19	17. Ende, Melanie	6
7. Dr. Leonhard, Ira	18	18. Dr. Behnsen Axel	5
8. Hauf, Bernfried	15	19. Starck-Heinzmann, Andrea	4
9. Dr. Heidrich, Bettina	14	20. Protz, Carsten	3
10. Probst, Sarah	13	21. Schling, Torsten	2
11. Dr. Feddersen, Marcus	12	22. Tiedemann, Astrid	0

Wahlvorschlag 2

Zahnärzte für Niedersachsen

1. Dr. Nels, Thomas	76	14. Dr. Haastert, Gero	14
2. Dr. Hanßen, Tilli	62	15. König, Tina	14
3. Dr. Thomas, Jörg	61	16. Dr. Thoma, Volker	11
4. Dr. Ross, Wolfhard	60	17. Fehlandt, Uwe	11
5. Dr. Jamil, Maximilian	38	18. Dörlitz, Kerstin	9
6. Koch, Thomas	38	19. Winter, Stephan	8
7. Dr. Zunk, Karl-Heinz	34	20. Dr. Bittner, André	7
8. Dr. Wiesner, Axel	22	21. Dr. Härtel, Ralf	6
9. Prof. Dr. Hellner, Dieter	20	22. Dr. Werth, Detlef	5
10. Dr. Böse, Tom	18	23. Kleinsorg, Heike	4
11. Dr. Frenzel, Tilo	16	24. Dammasch, Wolfgang	3
12. Dr. Salewski, Harald	14		
13. Dr. rer. nat. Holzhausen, Kristin	14		

Insgesamt entfallen

auf den **Wahlvorschlag 1** – 430 Stimmen = 7 Sitze

auf den **Wahlvorschlag 2** – 565 Stimmen = 9 Sitze

Damit sind zu Mitgliedern der Kammerversammlung gewählt:

Wahlvorschlag 1 – Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)

1. Röver, Jörg	58	5. Dr. Mindermann, Gundi	53
2. Dr. Urbach, Reinhard	55	6. Paap, Stefanie	19
3. Dr. Timmermann, Dirk	53	7. Dr. Leonhard, Ira	18
4. Dr. Peters, Uwe	53		

Wahlvorschlag 2 – Zahnärzte für Niedersachsen

1. Dr. Nels, Thomas	76	6. Koch, Thomas	38
2. Dr. Hanßen, Tilli	62	7. Dr. Zunk, Karl-Heinz	34
3. Dr. Thomas, Jörg	61	8. Dr. Wiesner, Axel	22
4. Dr. Ross, Wolfhard	60	9. Prof. Dr. Hellner, Dieter	20
5. Dr. Jamil, Maximilian	38		

Die nicht gewählten Bewerber sind Ersatzpersonen in der Reihenfolge ihrer Stimmzahlen.

Wahlvorschlag 1 – Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)

1. Hauf, Bernfried	15	9. Dr. Schmidt, Christian	7
2. Dr. Heidrich, Bettina	14	10. Ende, Melanie	6
3. Probst, Sarah	13	11. Dr. Behnsen Axel	5
4. Dr. Feddersen, Marcus	12	12. Starck-Heinzmann, Andrea	4
5. Dr. Pape, Michael	11	13. Protz, Carsten	3
6. Dr. Brackmann, Sabine	11	14. Schling, Torsten	2
7. Dr. Kroschel, Michael	9	15. Tiedemann, Astrid	0
8. Knitter, Lars Werner	9		

Wahlvorschlag 2 – Zahnärzte für Niedersachsen

1. Dr. Böse, Tom	18	8. Fehlandt, Uwe	11
2. Dr. Frenzel, Tilo	16	9. Dörlitz, Kerstin	9
3. Dr. Salewski, Harald	14	10. Winter, Stephan	8
4. Dr. rer. nat. Holzhausen, Kristin	14	11. Dr. Bittner, André	7
5. Dr. Haastert, Gero	14	12. Dr. Härtel, Ralf	6
6. König, Tina	14	13. Dr. Werth, Detlef	5
7. Dr. Thoma, Volker	11	14. Kleinsorg, Heike	4
		15. Dammasch, Wolfgang	3

Wahlkreis 2 – Oldenburg, Osnabrück, Ostfriesland, Wilhelmshaven

1. Zahl der im Wählerverzeichnis eingetragenen Wahlberechtigten	2.183	4. Zahl der gültigen Stimmen	1.040
2. Zahl der rechtzeitig eingegangenen Wahlbriefe	1.085	5. Zahl der ungültigen Stimmen	45
		7. Wahlbeteiligung	49,70%

Im **Wahlkreis 2 – Oldenburg, Osnabrück, Ostfriesland, Wilhelmshaven** sind **16 Mitglieder** zur Kammerversammlung zu wählen.

Wahlvorschlag 1 – Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)

1. Dr. Herz, Uwe	163	10. Dr. Debbrecht, Michael	18
2. Dr. Keck, Ulrich	51	11. Dr. Kaschner, Maria	15
3. Dr. Bleß, Hartmut	43	12. Gloystein, Kay	14
4. Dr. Vöhrs, Gesa	32	13. Dr. Ross, Frank	14
5. Dr. Schaper, Volker	29	14. Dr. Ubben, Dieter	11
6. Dr. Schauer, Hartmut	28	15. Vöhrs, Eike Ingwin	11
7. Dr. Kühling-Thees, Josef	26	16. Dr. Reinstrom, Jürgen	11
8. Dr. Gebelein, Stephan	25	17. Büssing, Frank	11
9. Vosding, Jeanette	20	18. Dr. Dietrich, Uwe	9

Wahlvorschlag 2 – Zahnärzte für Niedersachsen

1. Dr. Hörschemeyer, Tim	94	11. Dr. Dr. Osterhaus, Albert	20
2. Lange, Silke	70	12. Dr. Carl, Jobst-Wilken	16
3. Dr. Dr. Eißing, Alfons	41	13. Dr. Obermeyer, Ulrich	14
4. Dr. Vollmer, Carsten	41	14. Kramer, Enno	12
5. Dr. Rabe, Horst	40	15. Dr. Döhlemeyer, Viola	12
6. Dr. Dr. Fangmann, M.Sc., MA, Rainer	28	16. Widmer, Florian	9
7. drs. Kant, Johanna Maria	26	17. Dr. Hillers, Gerd-Uwe	6
8. Dr. Dr. Zogbaum, Axel	24	18. Wostratzky, Claudia	5
9. Dr. Hümmeke, Stefan	21	19. Dr. Dr. Heidemeyer, Axel	5
10. Dr. Hendriks, Jörg	21	20. Dr. Alsen, Geeske	4

Insgesamt entfallen

auf den **Wahlvorschlag 1** – 531 Stimmen = 8 Sitze

auf den **Wahlvorschlag 2** – 509 Stimmen = 8 Sitze

Damit sind zu Mitgliedern der Kammerversammlung gewählt:

Wahlvorschlag 1 – Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)

1. Dr. Herz, Uwe	163	5. Dr. Schaper, Volker	29
2. Dr. Keck, Ulrich	51	6. Dr. Schauer, Hartmut	28
3. Dr. Bleß, Hartmut	43	7. Dr. Kühling-Thees, Josef	26
4. Dr. Vöhrs, Gesa	32	8. Dr. Gebelein, Stephan	25

Wahlvorschlag 2 – Zahnärzte für Niedersachsen

1. Dr. Hörnschemeyer, Tim	94	5. Dr. Rabe, Horst	40
2. Lange, Silke	70	6. Dr. Dr. Fangmann, M.Sc., MA, Rainer	28
3. Dr. Dr. Eißing, Alfons	41	7. drs. Kant, Johanna Maria	26
4. Dr. Vollmer, Carsten	41	8. Dr. Dr. Zogbaum, Axel	24

Die nicht gewählten Bewerber sind Ersatzpersonen in der Reihenfolge ihrer Stimmenzahlen.

Wahlvorschlag 1 – Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)

1. Vosding, Jeanette	20	6. Dr. Ubben, Dieter	11
2. Dr. Debbrecht, Michael	18	7. Vöhrs, Eike Ingwin	11
3. Dr. Kaschner, Maria	15	8. Dr. Reinstrom, Jürgen	11
4. Gloystein, Kay	14	9. Büssing, Frank	11
5. Dr. Ross, Frank	14	10. Dr. Dietrich, Uwe	9

Wahlvorschlag 2 – Zahnärzte für Niedersachsen

11. Dr. Hümmeke, Stefan	21	17. Dr. Döhlemeyer, Viola	12
12. Dr. Hendriks, Jörg	21	18. Widmer, Florian	9
13. Dr. Dr. Osterhaus, Albert	20	19. Dr. Hillers, Gerd-Uwe	6
14. Dr. Carl, Jobst-Wilken	16	20. Wostratzky, Claudia	5
15. Dr. Obermeyer, Ulrich	14	21. Dr. Dr. Heidemeyer, Axel	5
16. Kramer, Enno	12	22. Dr. Alsen, Geeske	4

Wahlkreis 3 – Hannover

1. Zahl der im Wählerverzeichnis eingetragenen Wahlberechtigten	2.095
2. Zahl der rechtzeitig eingegangenen Wahlbriefe	1.137
4. Zahl der gültigen Stimmen	1.119
5. Zahl der ungültigen Stimmen	18
7. Wahlbeteiligung	54,27%

Im **Wahlkreis 3 – Hannover** sind **16 Mitglieder** zur Kammerversammlung zu wählen.

Wahlvorschlag 1 – Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)

1. Dr. Sereny, Michael	120	9. Dr. Liepe, Stefan	30
2. Steding, Sabine	51	10. Dr. de Cassan, Michael	20
3. Dr. Braun, Markus	50	11. Dr. Mauck, Christoph	19
4. Dr. Bremer, Bernd	50	12. Dr. Riegelmann, Jörn	19
5. Dr. Schirbort, Karl-Horst	45	13. Dr. Kusche, Christoph	10
6. Dr. Worch, M.S. (USA), Kai Petrik	36	14. Dr. Dommisch, Johanna	9
7. Dr. Vietinghoff-Sereny, Annette	35	15. Dr. Ahlers, Rüdiger	8
8. Dr. Klingeberg, Claus	32	16. Dr. Denz, Freddy	8
		17. Dr. Zierleyn, Birgit	6
		18. Dr. Kellner, Nikolaus	4

Wahlvorschlag 2 – Zahnärzte für Niedersachsen

1. Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Henner	78	9. Godek, Fabian	21
2. Dr. Glusa, Lutz	72	10. Dr. Otte, Henning	14
3. Dr. Besovic, Igor	55	11. Dr. Exner, Herbert	12
4. Basilio, Florian	33	12. PD Dr. Dr. Gröbe, MBA, Alexander	12
5. Tetzlaff, Tobias	25	13. Dr. Beer, Sylvester	11
6. Dr. Dr. Tscherny, Michael	24	14. Dr. Raddatz, Christian	11
7. Prof. Dr. Dr. Kokemüller, Horst	23	15. Dr. Ostermann, Dirk	11
8. Prof. Dr. Dr. Tavassol, Frank	22	16. Novikova, Valeriya	8
		17. Conrad, Sabine	8
		18. Dr. Schinz, Johannes	8

19. Schwenke de Wall, Sven	8	23. Dr. Stodt, Tammo	6	27. Dr. Schönfelder, Juliane-Viktoria	5	30. Dr. Schmidt-Kleen, Hilmar	3
20. Gruber, Vanessa	7	24. Dr. Jürgensen, Detlev	6	28. Senge, Matthias Tilmann	4	31. Dr. Schwarzer, Christian	3
21. Dr. Krause, Maike	7	25. Dr. Simniok, Timo	6	29. Dr. Loewener, Michael	4	32. Vogelsang, Per	3
22. Kniggendorf, Ulrich	7	26. Dr. Friedrich, Frank	5				

Wahlvorschlag 3 – Braunlage lebt!

1. Dr. Hauschild, Justus	45
--------------------------	----

Insgesamt entfallen

auf den **Wahlvorschlag 1** – 552 Stimmen = 8 Sitze

auf den **Wahlvorschlag 2** – 522 Stimmen = 7 Sitze

auf den **Wahlvorschlag 3** – 45 Stimmen = 1 Sitz

Damit sind zu Mitgliedern der Kammerversammlung gewählt:

Wahlvorschlag 1 – Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)

1. Dr. Sereny, Michael	120	6. Dr. Worch, M.S. (USA), Kai Petrik	36
2. Steding, Sabine	51	7. Dr. Vietinghoff-Sereny, Annette	35
3. Dr. Braun, Markus	50	8. Dr. Klingeberg, Claus	32
4. Dr. Bremer, Bernd	50		
5. Dr. Schirbort, Karl-Horst	45		

Wahlvorschlag 2 – Zahnärzte für Niedersachsen

1. Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Henner	78	5. Tetzlaff, Tobias	25
2. Dr. Glusa, Lutz	72	6. Dr. Dr. Tscherny, Michael	24
3. Dr. Besovic, Igor	55	7. Prof. Dr. Dr. Kokemüller, Horst	23
4. Basilico, Florian	33		

Wahlvorschlag 3 – Braunlage lebt!

1. Dr. Hauschild, Justus	45
--------------------------	----

Die nicht gewählten Bewerber sind Ersatzpersonen in der Reihenfolge ihrer Stimmzahlen.

Wahlvorschlag 1 – Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)

1. Dr. Liepe, Stefan	30	6. Dr. Dommisch, Johanna	9
2. Dr. de Cassan, Michael	20	7. Dr. Ahlers, Rüdiger	8
3. Dr. Mauck, Christoph	19	8. Dr. Denz, Freddy	8
4. Dr. Riegelmann, Jörn	19	9. Dr. Zierleyn, Birgit	6
5. Dr. Kusche, Christoph	10	10. Dr. Kellner, Nikolaus	4

Wahlvorschlag 2 – Zahnärzte für Niedersachsen

1. Prof. Dr. Dr. Tavassol, Frank	22	13. Gruber, Vanessa	7
2. Godek, Fabian	21	14. Dr. Krause, Maike	7
3. Dr. Otte, Henning	14	15. Kniggendorf, Ulrich	7
4. Dr. Exner, Herbert	12	16. Dr. Stodt, Tammo	6
5. PD Dr. Dr. Gröbe, MBA, Alexander	12	17. Dr. Jürgensen, Detlev	6
6. Dr. Beer, Sylvester	11	18. Dr. Simniok, Timo	6
7. Dr. Raddatz, Christian	11	19. Dr. Friedrich, Frank	5
8. Dr. Ostermann, Dirk	11	20. Dr. Schönfelder, Juliane-Viktoria	5
9. Novikova, Valeriya	8	21. Senge, Matthias Tilmann	4
10. Conrad, Sabine	8	22. Dr. Loewener, Michael	4
11. Dr. Schinz, Johannes	8	23. Dr. Schmidt-Kleen, Hilmar	3
12. Schwenke de Wall, Sven	8	24. Dr. Schwarzer, Christian	3
		25. Vogelsang, Per	3

Wahlkreis 4 – Göttingen, Hildesheim, Verden

1. Zahl der im Wählerverzeichnis eingetragenen Wahlberechtigten	1.622	4. Zahl der gültigen Stimmen	843
2. Zahl der rechtzeitig eingegangenen Wahlbriefe	856	5. Zahl der ungültigen Stimmen	13
		7. Wahlbeteiligung	52,77%

Im Wahlkreis 4 – Göttingen, Hildesheim, Verden sind 12 Mitglieder zur Kammerversammlung zu wählen.

Wahlvorschlag 1 – Zahnärzte für Niedersachsen

1. Dr. Riefenstahl, Lutz	68	18. Samoil, Florian	7
2. Dr. Vogel, Sebastian	58	19. Dr. Mehnert, Julika	7
3. Dr. Dr. Becker, Hans-Joachim	49	20. Dr. Rittmeier, Theodor	7
4. Dr. Hadenfeldt, Jürgen	41	21. Dr. Sürmann, Hiltrud	7
5. Dr. Dr. Lodde, Gerrit	39	22. Nix, Michael	7
6. Dr. Schmilewski, Julia	29	23. Dr. Heckroth, Bodo	6
7. Baeßmann-Bischoff, Hanna	21	24. Dr. Kanzow, Martin	6
8. Dr. Dr. Fricke, Martin	16	25. Dr. Renziehausen, Rasmus	5
9. Dr. Herlinghaus, Martin	14	26. Dr. Becker, M. Sc., Gerald	5
10. Dr. Kauffmann, Katharina	12	27. Partie, Dietke	4
11. Dr. Dr. Fialka, Florian	11	28. Sehlen, Barbara	4
12. Dr. Gerstenkamp, Gustav	11	29. Dr. Harms, Thomas	3
13. Dr. Lehrke, Volkmar	10	30. Münkemüller, Julia	3
14. Dr. Niemann, Ulrich	10	31. Dr. Kiehne, Jürgen	3
15. Dr. Wenzel, Jürgen	9	32. Kulle, Kai Andreas	3
16. Dr. Zlab, Stephan	8	33. Dr. Schürmann, Friedrich Karl	2
17. Langheim, Christoph	7	34. Dr. Kaczmareck, Jörg	1

Wahlvorschlag 2 – Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)

1. Gode-Troch, Gisela	77	11. Dr. Schröder, Alina	11
2. Dr. Düvelsdorf, Karl-Heinz	51	12. Fritzschn, Ulrike	10
3. Dr. Beischer, Julius	33	13. Heidrich, Carsten	8
4. Prof. Dr. Dr. Scherer, Christian	26	14. Erzberger, Bernhard	7
5. Dr. Jung, Eckhard	19	15. Dr. Berling, Klaus-Dieter	6
6. Fritzschn, Matthias	16	16. Dr. Betke, Herbert	5
7. Dr. Hirschhorn, Frank	14	17. Staude, Michael	4
8. Koegel, Sven	13	18. Dr. Wucherpfennig, Dietmar	3
9. Dr. Karstens, Karl-Hermann	13	19. Dr. Helmbrecht, Grit	3
10. Apel, Annette	12	20. Dr. Brandt, Maren Karin	1

Wahlvorschlag 3 – Gabriel Magnucki

1. Magnucki, Gabriel	18
----------------------	----

Insgesamt entfallen

auf den Wahlvorschlag 1 – 493 Stimmen = 7 Sitze

auf den Wahlvorschlag 2 – 332 Stimmen = 5 Sitze

auf den Wahlvorschlag 3 – 18 Stimmen = 0 Sitze

Damit sind zu Mitgliedern der Kammerversammlung gewählt:

Wahlvorschlag 1 – Zahnärzte für Niedersachsen

1. Dr. Riefenstahl, Lutz	68	5. Dr. Dr. Lodde, Gerrit	39
2. Dr. Vogel, Sebastian	58	6. Dr. Schmilewski, Julia	29
3. Dr. Dr. Becker, Hans-Joachim	49	7. Baeßmann-Bischoff, Hanna	21
4. Dr. Hadenfeldt, Jürgen	41		

Wahlvorschlag 2 – Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ)

1. Gode-Troch, Gisela	77	4. Prof. Dr. Dr. Scherer, Christian	26
2. Dr. Düvelsdorf, Karl-Heinz	51	5. Dr. Jung, Eckhard	19
3. Dr. Beischer, Julius	33		

VERKAUF

Göttingen-Stadtteil

Langjährig etablierte Praxis abzugeben. 2 BHZ, 3 BHZ vorinstalliert. Geringe Fixkosten, sehr gute Parkmöglichkeiten.

Details:

0173 5350936

BS-Stadtrand

Langjährig etablierte Praxis abzugeben. 2(+1) BHZ, dig. Röntgen, eig. Parkpl., Klima.

ekuafried@t-online.de

0171 8827400

Hannover

Nachfolger/in für kieferchirurgische Praxis gesucht.

Tel. : 0171 6245008

ACHTUNG NEUE KURSE ZUR AUFRISCHUNG STRAHLENSCHUTZ

Die Fachkunde im Strahlenschutz (Zahnärztinnen/-ärzte) und die Kenntnisse im Strahlenschutz (Fachpersonal) müssen innerhalb von max. 5 Jahren seit dem Erwerb bzw. der letzten Aktualisierung erneut aktualisiert werden.

Die von der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) dazu angebotenen Aktualisierungskurse (mit Anmelde-möglichkeiten!) finden Sie hier:

Zahnärztinnen/-ärzte:

<https://t1p.de/roe-aktuell>

Fachpersonal:

<https://t1p.de/roe-zfa-aktuell>



WICHTIGE INFORMATION FÜR DAS KLEINANZEIGEN-ANGEBOT:

Mit der NZB-Sommerdoppelheftausgabe 07/08-2020 werden zum letzten Mal Kleinanzeigen im NZB veröffentlicht. Das Kleinanzeigenformular (s. Seite rechts) erscheint zuletzt in der vorliegenden Ausgabe. Danach können Kleinanzeigen von KZVN-/ZKN-Mitgliedern, weiterhin kostenfrei, im Onlineportal der ZKN (www.zkn.de unter „Jobs/Kleinanzeigen“) veröffentlicht werden.



Umfrage zum Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2 in der zahnärztlichen Praxis

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

um Aussagen zur Übertragung von SARS-CoV-2-Infektionen in Zahnarztpraxen vornehmen zu können, bedarf es einer möglichst objektiven Erfassung von Erkrankungen. Spezifische Daten liegen bisher dazu aus den Gesundheitsämtern nicht vor und sind in der derzeitigen Situation auch nicht zu erwarten.

International vorliegende Daten weisen auf geringe Risiken im Zusammenhang mit dem zahnärztlichen Behandlungsgeschehen hin. Trotzdem gibt es immer wieder in der Öffentlichkeit, aus dem Berufsstand selbst, aber auch von zahnärztlichen Mitarbeitern geäußerte Befürchtungen und Ängste, die teilweise bereits zu politischen Entscheidungen führten, die zahnärztliche Versorgung nur noch in Notfällen zuzulassen.

Hier kann man nur mit möglichst validen Daten argumentativ eingreifen.

Aus diesem Grund wurde unter der Federführung der Bundeszahnärztekammer eine besondere deutschlandweit gültige Umfrage erstellt. Ziel der Umfrage ist es, möglichst real einschätzen zu können, wie stark Zahnärzte/zahnärztliche Behandlungsteams auch im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung



von der SARS-CoV-2-Infektion betroffen sind und ob sich die Arbeitsschutzmaßnahmen und Hygieneregeln im zahnärztlichen Bereich als wirksam erwiesen haben. Die Umfrage erfolgt anonym. Um keine Ergebnisse zu bekommen, die nicht wirklich auch real sind, wird der Link zur Umfrage nur auf besondere Anfrage hin mitgeteilt. Sie können sich den Link, nachdem Sie ihn erhalten haben, abspeichern und die Fragen pro Infektionsereignis pro Praxis beantworten, wenn Sie oder ein Mitarbeiter/ eine Mitarbeiterin in der Zahnarztpraxis mit SARS-CoV-2 infiziert sind oder waren.

Die Umfrage bekommen Sie per E-Mail zugeschickt, wenn Sie eine E-Mail mit dem Betreff „CoV-2-Umfrage“ senden an: cov-2-umfrage@zkn.de und dazu Ihren Namen und Ihre Kammermitgliedsnummer angeben.

Ihre Zahnärztekammer Niedersachsen



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.

KZVN-Pressestelle @KZVN_Presse · 20. Mai

KZVN Auch in #Corona-Zeiten: Sicherheit für die Patienten durch funktionierende Hygieneketten und strenge Hygieneregeln in den Zahnarztpraxen. #KZVN: Patienten sollten auch Vorsorgetermine wahrnehmen.



Visite | 19.05.2020

Wie groß ist die Gefahr einer Corona-Ansteckung über Aerosole? Und:

Weitere Informationen:

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

