

Butjadingen – eine Niederlassung wert SEITE 12 F.



8 Was will die Generation Z eigentlich?



16 Intraorale Reparatur von Glaskeramik-restaurationen



32 Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe – auch multikulturell!



37 In Facebook professionell diskutieren





Kurs 2018
Es sind noch
Plätze frei.
Anmeldungen
sofort!

Aufstiegsfortbildung zur Dentalhygienikerin/ zum Dentalhygieniker (DH)

...ein altes chinesisches Sprichwort sagt:

„Lernen ist wie Rudern gegen den Strom. Wenn man damit aufhört, fällt man zurück.“

An diesem Zitat ist eine Menge dran ... Die rasanten Entwicklungen in Wissenschaft und Technik bedingen eine permanente Weiterbildungsbereitschaft zum Wohle der Patienten.

Aus diesem Grunde hat sich die Zahnärztekammer Niedersachsen entschlossen, eine DH-Fortbildung anzubieten. Nutzen Sie die Möglichkeit und investieren Sie in Ihre Zukunft. Profitieren Sie vom effektiven Lernen in einer kleinen Gruppe.

ZULASSUNGSVORAUSSETZUNGEN

- ▶ Abschluss als ZMP bzw. ZMF
- ▶ Nachweis über den Besuch eines Erste-Hilfe-Kurses (mind. 9 Stunden, nicht älter als 2 Jahre)
- ▶ Gültiger Kenntnissnachweis im Strahlenschutz
- ▶ Nachweis einer geeigneten Fortbildungspraxis (siehe unten)

Für die Lehrgangsteilnahme benötigen Sie eine Fortbildungspraxis.
Dies kann auch die Praxis des Arbeitsgebers sein.

ANFORDERUNGEN AN DIE FORTBILDUNGSPRAXIS

- ▶ die Praxis hat ein etabliertes Prophylaxekonzept,
- ▶ es werden regelmäßig und systematisch Gingivitis- und Parodontitisbehandlungen durchgeführt,
- ▶ prophylaktische und parodontale Behandlungen werden dokumentiert und abgerechnet,
- ▶ nach Absprache mit den Praxisinhaber/innen kann die angehende DH für ihre Behandlungen über ein entsprechend instrumentell und maschinell ausgestattetes Zimmer verfügen,
- ▶ zur Dokumentation muss ein Kamerasystem für extra- und intraorale Fotos vorhanden sein,
- ▶ ein Zahnarzt/Zahnärztin verpflichtet sich, die Fortbildung zahnärztlich zu begleiten und an einer entsprechenden Einführungsveranstaltung in Hannover teilzunehmen.

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen unter der nachstehenden Telefonnummer gerne zur Verfügung oder besuchen Sie unsere Homepage:
<https://zkn.de/praxis-team/zan-beruf-und-bildung/fortbildung-fachpersonal-dh.html>



ZKN

ANSPRECHPARTNERIN

Karen Schneider,
Tel. 0511 83391-332
E-Mail: kschneider@zkn.de

Nach der Wahl ist vor der Wahl – die Niedersachsenwahl hat Gewicht



Henner Bunke
Doctor of Dental Medicine,
University of Florida/USA
Präsident der Zahnärztekammer
Niedersachsen

Die Bundestagswahl 2017 ist gerade erst gelaufen. Nicht jeder ist mit dem Ausgang glücklich. Aber positiv ist, dass die Wahlbeteiligung von diesmal ca. 75 Prozent deutlich gegenüber derjenigen von vor vier Jahren zugenommen hat.

Wieder einmal lagen die Prognostiker mit ihren Schätzungen signifikant daneben.

Nachdem der Juniorpartner der ehemaligen Regierungskoalition am Wahlabend sofort nach den ersten Wahlergebnishochrechnungen eine weitere Regierungsbeteiligung mit der Begründung ablehnte, in der Opposition neue Kräfte und Zustimmung sammeln zu wollen, bleiben für eine mehrheitsfähige Regierungsbildung nicht viele Alternativen. Ob die SPD bei dieser Haltung bleibt oder sich der Worte ihres Altvorderen Franz Müntefering erinnert („Opposition ist Mist“), wird man sehen, denn eine Zwanzigprozentpartei kann auch nach vier Jahren ohne Rampenlicht, Ministerämtern und medialen Fokus zu einer Zehnprozentpartei schrumpfen.

Eine mögliche „Jamaika-Koalition“, die derzeit am stärksten vorausgesagt wird, ist bei Weitem auch nicht einfach in einen Koalitionsvertrag zu schnüren. Zu unterschiedlich sind gerade die Positionen von CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Gerade auch in der Gesundheitspolitik sind die Parteien recht unterschiedlich aufgestellt: Die eine Seite steht für Selbstverantwortung, Selbstverwaltung und Wettbewerb, während BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN der Bürgerversicherung, also der Einheitsversicherung, seit Jahren das Wort reden.

Am 15. Oktober wird es in Niedersachsen vorgezogene Landtagswahlen geben. Den Auguren nach zu urteilen, wird die Wahl einmal mehr sehr knapp zwischen den Interessenlagern Schwarz/Gelb und Rot/(Rot)/Grün ausgehen. Welchen Einfluss AfD und DIE LINKE in Niedersachsen erhalten werden, ist noch nicht abzuschätzen. Nach den Landtagswahlen im Saarland, Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen würde ein Regierungswechsel in Niedersachsen nicht nur für das Bundesland neue Chancen eröffnen. Auch die Waage im Bundesrat würde stärker zur bürgerlichen Seite schwingen.

Auf welcher Seite Sie, liebe Kolleginnen und liebe Kollegen, sich auch immer einordnen wollen, gehen Sie bitte am 15. Oktober wählen: Sie stärken damit die Demokratie! Auf keinen Fall sollte die Gruppe der Nichtwähler gestärkt werden. ■

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Henner Bunke
Doctor of Dental Medicine, University of Florida/USA
Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT – 52. Jahrgang
Monatszeitschrift niedersächsischer Zahnärztinnen und Zahnärzte
mit amtlichen Mitteilungen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)
und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN),
erscheint elfmal jährlich, jeweils zum 15. eines jeden Monats.
Bezug nur für Mitglieder der ZKN und KZVN.

HERAUSGEBER

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

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

REDAKTION

Redaktionsleitung

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

ZKN

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

KZVN

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

Redaktionsassistentz

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

REDAKTIONSBURO

ZKN

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

KZVN

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

GESAMTHERSTELLUNG

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

ZAHNÄRZTLICHE KLEINANZEIGEN

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

REDAKTIONSHINWEISE

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

ISSN 1863-3145

ZKN

Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

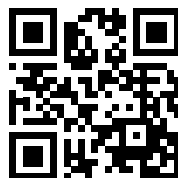
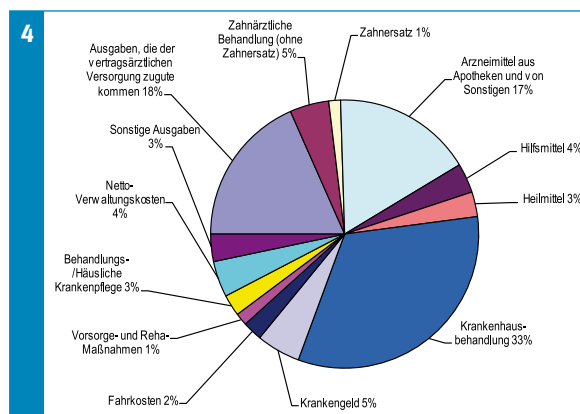
REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 12/17: 13. November 2017

Heft 01/18: 1. Dezember 2017

Heft 02/18: 9. Januar 2018

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



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





LEITARTIKEL

- 1 Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida: Nach der Wahl ist vor der Wahl – die Niedersachsenwahl hat Gewicht

POLITISCHES

- 4 Die Krankenkassen sind keine Sparkassen? GKV-Ausgabenentwicklung 1. Halbjahr 2017
- 6 Gründung zahnärztlicher MVZ vor allem in gut versorgten Regionen
- 7 Grundwerte zahnärztlichen Handelns
- 8 Die Wiederentdeckung der Spießigkeit oder: Was will die Generation Z eigentlich?
- 10 Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung 2016 Wachstumsmarkt Gesundheitswirtschaft
- 12 Butjadingen ... eine Niederlassung wert
- 14 Gemeinsamkeiten suchen – Synergien nutzen Gemeinsame Vorstandssitzung der Zahnärztekammern Hamburg und Niedersachsen



FACHLICHES

- 16 Intraorale Reparatur von Glaskeramikrestaurationen Bewertung und klinische Vorgehensweise
- 25 Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz Berufsgenossenschaft fragt Betreuungsstatus in den Praxen ab
- 26 OLG Hamm, Urteil vom 04.03.2016 – 26 U 16/15 Die Verwendung von Amalgam ist grundsätzlich unbedenklich – so das Oberlandesgericht Hamm in seinem Urteil vom 04.03.2016 (26 U 16/15)
- 27 Krank ist krank! Arbeitsunfähig erkrankte Arbeitnehmer sind grundsätzlich nicht verpflichtet, zu Personalgesprächen zu erscheinen.
- 28 Beschlüsse aus: Beratungsforum von Bundeszahnärztekammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und Vertretern der Beihilfe von Bund und Ländern
- 31 NEU: GOÄ-Kommentar der BZÄK
- 32 Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe – auch multikulturell!
- 34 Aufklärung und dental minded Am Beispiel einer Klage vor dem OLG Thüringen
- 35 Hausbesuche durch den Zahnarzt – Pflicht oder Kür?
- 36 EuGH bestätigt Gesundheitsschutz als überragendes Rechtsgut
- 37 In Facebook professionell diskutieren



TERMINLICHES

- 39 Bezirksstellenfortbildung der ZKN
- 40 ZAN-Seminarprogramm
- 41 Termine
- 42 Kieferorthopädische Vortragsreihe 2017/2018

PERSÖNLICHES

- 43 Dr. v. Petersdorff wurde 75
- 43 Herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag, Wolfgang Dammasch
- 44 Glückwünsche zum Geburtstag von Hanna Baeßmann-Bischoff
- 44 Wir trauern um unsere Kolleginnen und Kollegen
- 45 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!
- 45 Sommerrätselfestgewinner sind: Jana Buntke aus Beckedorf und Dr. Peggy Herrmann aus Hannover

AMTLICHES

- 46 Niederlassungshinweise
- 47 Ungültige Zahnarzttausweise

KLEINANZEIGEN

- 48 Kleinanzeigen



© Fotos Titel/Inhaltsverzeichnis: Loewener/KZVN; macrovector/Fotolia.com; Prof. Dr. J. Manhart; LAG; naito8/Fotolia.com; Bundesministerium für Gesundheit; KZBV/Baumann; ZÄK-HH; Kadmy/Fotolia.com; VadimGuzhva/Fotolia.com

Die Krankenkassen sind keine Sparkassen?

GKV-AUSGABENTWICKLUNG 1. HALBJAHR 2017

Quelle: BMG-Statistik – Verdruick KV 45

GKV-FINANZENTWICKLUNG:

Veränderung in den Leistungsbereichen im Zeitraum 1. Halbjahr 2017 im Vergleich zum Gesamtjahr 2016 (in v. H. je Versicherten)

	1. Hj. 2017	2016
Ärztliche Behandlung	3,9	3,4
Behandlung durch Zahnärzte ohne Zahnersatz	2,7	3,0
Zahnersatz insgesamt	-0,2	-1,3
Arznei- und Verbandmittel insgesamt	2,0	3,1
Summe Hilfsmittel	1,8	2,1
Summe Heilmittel	5,3	5,4
Krankenhaus insgesamt mit stat. Entbindung	1,3	2,8
Krankengeld	3,8	2,9
Fahrtkosten	4,5	4,8
Vorsorge- und Rehamaßnahmen	1,0	3,1
Schutzimpfungen	0,2	-0,7
Früherkennungsmaßnahmen	3,4	1,9
Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft ohne stat. Entbindung	3,1	4,7
Behandlungspflege/häusliche Krankenpflege	5,3	7,9
Dialyse	0,5	-1,4
Ausgaben für Leistungen insgesamt	2,5	3,2
Netto-Verwaltungskosten	-0,3	4,5
Ausgaben insgesamt für Leistungen und Netto-Verwaltungskosten	2,4	3,3

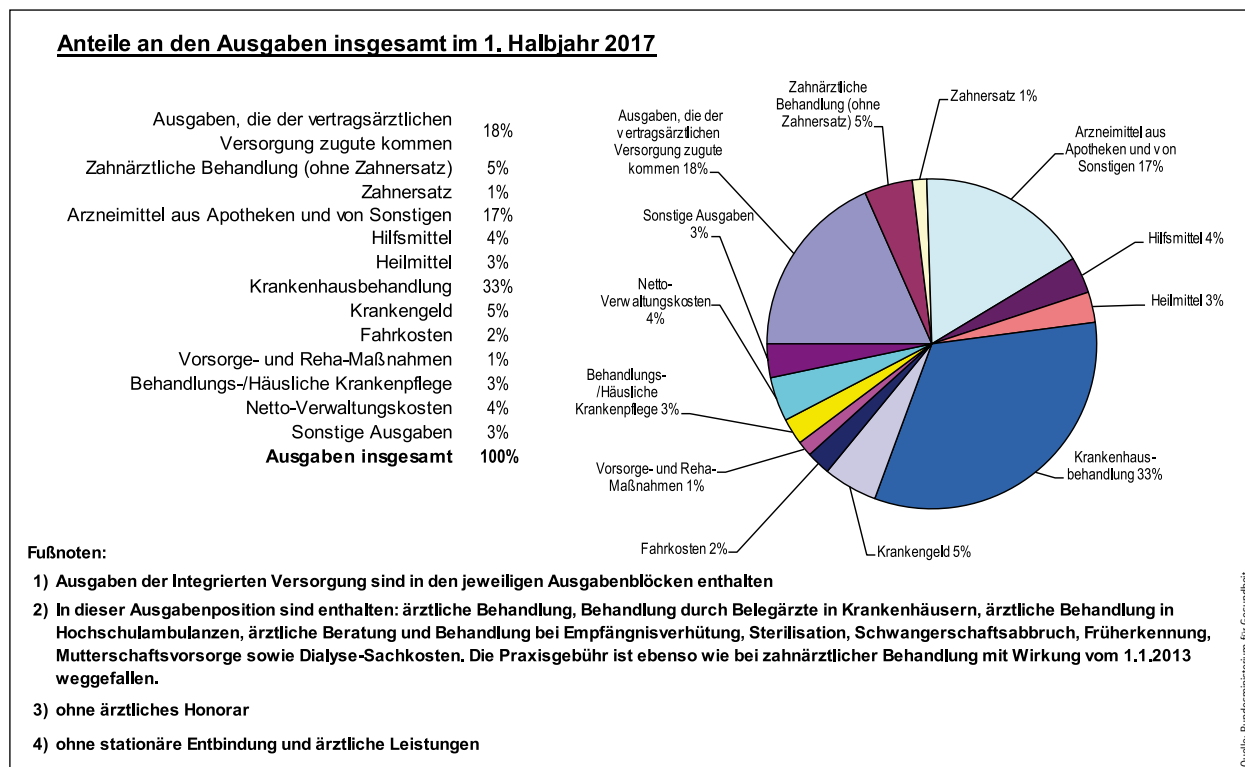
Die Finanzergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen im ersten Halbjahr sind durchaus rekordverdächtig. Nach dem Überschuss im ersten Halbjahr 2017 von 1,41 Mrd. Euro sind die Rücklagen der gesetzlichen Krankenkassen noch einmal deutlich gestiegen und zwar auf jetzt 17,5 Mrd. Euro. Bei der Bewertung der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) muss der Kassenstand des Gesundheitsfonds einbezogen werden. Hier ist ein saisonüblicher Ausgabenüberhang von rund 3 Mrd. Euro zu verzeichnen. Der Gesundheitsfonds verfügt damit aktuell über eine Liquiditätsreserve von etwa 6 Mrd. Euro (Stand Ende 2016: 9,1 Mrd. Euro). Alles in allem haben Arbeitgeber und Arbeitnehmer mit ihren Beiträgen im Rahmen der (festgeschriebenen) paritätischen GKV-Finanzierung und zusätzlich die GKV-Versicherten mit ihren Zusatzbeitragssätzen ein Finanzpolster in der Größenordnung von insgesamt 23,5 Mrd. Euro geschaffen. Das positive Finanzergebnis kommt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe in der heißen Phase des Bundestagswahlkampfes als „Erfolgsbilanz“ gerade recht. Auf Basis der Finanzdaten des 1. Halbjahrs spreche alles dafür, dass die gesetzlichen Krankenkassen auch in der zweiten Jahreshälfte ein deutliches Plus erzielen und sich die positive Finanzentwicklung der GKV bei weiterhin günstiger Wirtschafts- und Beschäftigungsentwicklung in diesem und auch im kommenden Jahr fortsetze. Besser geht es nicht. „Die Kassen surfen im Geld“, so titelt die „Ärztzeitung“ und sieht das Finanzergebnis als „Steilvorlage für die KBV“ bei den aktuellen Vergütungsverhandlungen. Natürlich sieht Gröhe auch die Risiken und Nebenwirkungen überhöhter Rücklagen. In seiner aktuellen Pressemitteilung weist er vorsorglich darauf hin, dass sich Mitte Oktober der gemeinsame Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt mit der Aktualisierung der Finanzprognose für 2017 beschäftigen und erstmalig eine Prognose der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung für 2018 erstellen wird. Die hohen Rücklagen dokumentieren letztlich nichts anderes als zu hohe GKV-Beiträge. Die Politik wird da auf Dauer nicht an der Frage vorbeikommen, ob ein Teil des Überschusses an die Beitragszahler zurückgegeben werden sollte?

Stichwort „Schätzerkreis“: Auch das ist ein Thema, das voraussichtlich demnächst in der Politik aufgerufen wird. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bezeichnet es als „auffällig“, dass, „wie bei jeder Bekanntgabe der Finanzergebnisse, die Realität und die Prognosen des Schätzerkreises nichts miteinander zu tun haben“. Die Diskrepanz von Schätzung und Realität mache deutlich, dass die Krankenkassen das Instrument des Schätzerkreises mittlerweile missbrauchen, meint Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der DKG. „Um hier wieder Verlässlichkeit zu erzeugen, müssen die Leistungserbringer in den Schätzerkreis aufgenommen werden.“ Der Angriff der DKG richtet sich auf den ersten Blick gegen die Krankenkassen, tatsächlich sollen sich offensichtlich aber das Bundesgesundheitsministerium und das Bundesversicherungsamt angesprochen fühlen, die im Schätzerkreis schließlich das Sagen haben.

Stichwort „Morbi-RSA“: Auch dieses Thema wird durch die aktuellen Zahlen zur Finanzentwicklung in den Fokus gerückt. Der Erwartungsdruck auf das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesversicherungsamt wächst weiter. Die Diskussion um die AOK-Ergebnisse bringt regelmäßig das Blut der Konkurrenten in Wallung. „Der Überschuss der Ortskrankenkassen je Mitglied lag mit 32 Euro deutlich über dem der Betriebskrankenkassen (13,80 Euro) und

knapp ein Drittel über dem Überschuss der Ersatz- und Innungskrankenkassen (21 und 23 Euro)“, berichtet das „Handelsblatt“ in diesem Zusammenhang. „AOK-Versicherte zahlen im Durchschnitt weniger Beitrag – trotzdem wächst das Vermögen der AOK von Monat zu Monat.“ Für Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes ist die Sache ein deutliches Erfolgsergebnis guten Managements: Die AOK-Gemeinschaft „hat sich über die gesamte Wertschöpfungskette hinweg effizient aufgestellt, sei es – von den Arzneimittelrabattverträgen über die Abrechnungsprüfung im Krankenhaus bis hin zum Leistungsmanagement“. So habe man sich kontinuierlich deutliche Wettbewerbsvorteile erarbeitet. Während die Ersatzkassen aktuell Versichertenzuwächse von einem Prozent und Ausgabensteigerungen von über drei Prozent auswiesen, sei dieses Verhältnis bei den AOKen genau umgekehrt. Von Litsch an die Adresse seiner Wettbewerber geht der freundliche Hinweis: „Wenn alle Kassen so wirtschaften würden wie die AOK, hätten wir jährlich rund zwei Mrd. Euro weniger Ausgaben in der GKV. Das sind rund 0,2 Prozent Beitragssatzpunkte.“ Die Konkurrenten sehen, wie schon ausführlich berichtet, die Ursache in Webfehlern des Morbi RSA und fordern Korrekturen. ■

Quelle: gid Nr. 18/2017 vom 11.09.2017



Gründung zahnärztlicher MVZ vor allem in gut versorgten Regionen

Die Anstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) sei eine „attraktive Berufsausübungsmöglichkeit“ für diejenigen jüngeren Zahnärztinnen und Zahnärzte, die neben ihrem Beruf „auch Familienaufgaben wahrnehmen oder das wirtschaftliche Risiko einer Praxisübernahme scheuen“ – heißt es in der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage verschiedener Abgeordneter der Fraktion DIE LINKE.

Außerdem sei die Gründung von MVZ aus versorgungspolitischen Gründen wünschenswert, weil hierdurch Synergieeffekte besser genutzt, fachliche Kooperation erleichtert und ein verbreitertes Leistungsangebot als bei den traditionellen Modellen von Einzel- und Gemeinschaftspraxen zur Verfügung gestellt werden könne, liest man in der Vorbemerkung der Bundesregierung weiter.

Die Linksfraktion hatte ihre Anfrage (BT-Drucksache 18/13412) damit begründet, dass nunmehr zwei Jahre nach Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (mit Eröffnung der Möglichkeit, rein zahnärztliche Zentren zu gründen) evaluiert werden müsse, welche Auswirkungen auf die Patientenversorgung durch die gesetzliche Änderung festzustellen seien. Hier einige ausgewählte Aussagen und Daten aus den insgesamt 15 Antworten der Bundesregierung im Wesentlichen basierend auf statistischem Material der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV):

- ▶ 303 rein zahnärztliche MVZ per 31.03.2017 mit 254 Vertragszahnärzten und 911 angestellten Zahnärzten (KZBV-Jahrbuch: Jahresende 2015 lediglich 46 MVZ mit 221 angestellten Zahnärzten; vor Inkrafttreten des Gesetzes 28 fachgruppenübergreifende MVZ im vertragszahnärztlichen Sektor, davon 18 überwiegend zahnärztlich orientiert)
- ▶ Regionale Verteilung der Gründungen: 76,6 Prozent (= 232) in städtischen Gebieten, nur 23,4 Prozent (= 71) im ländlichen Raum, bevorzugte Bundesländer: Bayern und NRW
- ▶ Zahl der Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG, früher Praxismgemeinschaften bzw. Gemeinschaftspraxen): Zum 31.12.2016 34.705 Einzelpraxen und 7.646 BAGs

- ▶ Zahl der beschäftigten Zahnärzte im Z-MVZ: im Durchschnitt 0,84 Vertragszahnärzte und 3,01 angestellte Zahnärzte (maximale Zahl: 24)
- ▶ Rechtsformen: 64,7 Prozent GmbHs, die übrigen als Personen- oder Partnerschaftsgesellschaft
- ▶ Gründer: 296 von Vertragszahnärzten, sieben von Krankenhäusern, bisher keine von gemeinnützigen Trägern oder Kommunen und auch keine Genossenschaften, obwohl rechtlich möglich

Bemerkenswert ist auch die Antwort der Bundesregierung auf die Frage nach den Gründen für den Wegfall der für „normale Praxen“ geltenden Einschränkung hinsichtlich der Zahl angestellter Zahnärzte: In Einzelpraxen und BAGs gelte das im Bundesmantelvertrag fixierte Gebot der persönlichen Leistungserbringung und bei Delegation von Behandlungen an angestellte Zahnärzte seien die einschlägigen Überwachungspflichten zu gewährleisten, weil die Leistungen ausschließlich für den beauftragenden Vertragszahnarzt erbracht würden. Zitat: „Bei MVZ ist die Ausgangslage hingegen eine andere. Eine Zurechnung der Leistung der angestellten Zahnärztin bzw. des angestellten Zahnarztes als persönliche Leistung einer anstellenden Zahnärztin bzw. eines anstellenden Zahnarztes findet hier nicht statt.“ ■ _____ Quelle: BT-Drucksache 18/13412, aus: adp 17/2017

KZBV: MVZ WIRKEN WIE KATALYSATOR FÜR UNTERVERSORGUNG

Zum Thema regionale Verteilung der MVZ hatte die KZBV bereits im Vorfeld der Anfrage der Fraktion DIE LINKE gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) darauf hingewiesen, dass die Zulassung fachgruppengleicher MVZ – entgegen der vom Gesetzgeber bei der Ausweitung verkündeten Intention – nachweislich zu einer starken regionalen Konzentration vor allem in Großstädten, Ballungsräumen und einkommensstarken ländlichen Gebieten geführt habe. Dies übe wiederum eine Sogwirkung auf junge Zahnärztinnen und Zahnärzte aus, weshalb im zusätzlichen Kontext des demographischen Wandels in strukturschwachen ländlichen Regionen zukünftig Probleme für die Betreiber von Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften bei der Nachfolgersuche zu befürchten seien. Die KZBV warnte in diesem Zusammenhang: „Dies wirkt einer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung, insbesondere in Flächenstaaten entgegen. Die arztgruppengleichen MVZ wirken somit wie ein Katalysator für die Unterversorgung. Diese Entwicklung widerspricht der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers zur Sicherung der Versorgung in der Fläche.“ ■

_____ Quellen: KZBV und zm-online am 08.09.2017, aus: adp 17/2017

Grundwerte zahnärztlichen Handelns

Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit – das waren schon immer Grundwerte zahnärztlichen Handelns. Sie sind Eckpfeiler dafür, dass die Vertragszahnärzteschaft ihren Sicherstellungsauftrag für eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung in unserem Land leisten kann. In der „Agenda Mundgesundheit 2017-2021“, der Positionierung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für die Bundestagswahl, haben diese Zusammenhänge daher einen besonderen Stellenwert.

Als Mitglieder der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen stellen sich unabhängige und freiberuflich tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte Tag für Tag ihrer ethischen und sozialen Verantwortung. Der Zahnarzt als Freiberufler gewährleistet seit Jahrzehnten den hohen Standard der medizinischen Versorgung im Gesundheitssystem. Damit das so bleibt, müssen Rahmenbedingungen erhalten werden, die es Zahnärzten ermöglichen, Diagnose- und Therapieentscheidungen nur nach Fachwissen und zum Wohl von Patienten und Gesellschaft zu treffen.

Fachliche Entscheidungsfreiheit – der Kern von Freiberuflichkeit

Der Zahnarzt arbeitet bewusst eigenverantwortlich und in sachlich-persönlicher Weisungsfreiheit. Diese Ungebundenheit und fachliche Entscheidungsfreiheit ist Kern der Freiberuflichkeit. Zahnärzte tragen ein hohes Maß an sozialer Verantwortung. Ihre berechtigten Interessen können nur unter Beachtung der Gemeinwohlorientierung umgesetzt werden. Dieser gesamtgesellschaftlichen Verantwortung fühlen wir uns seit jeher stark verpflichtet. Die freie Zahnarztwahl und das Selbstbestimmungsrecht der Patienten sind weitere Grundvoraussetzungen für ein freiheitliches und durch Wahlfreiheit geprägtes, unabhängiges Gesundheitswesen.

Die Menschen sollen auch bei steigender Lebenserwartung ihre natürlichen Zähne bis zum Lebensende behalten können. Deshalb konzentrieren wir uns auf den Kampf gegen Karies und Parodontitis. Das fortgesetzte Eindämmen dieser Erkrankungen ist ein erheblicher Gewinn an Lebensqualität. Konsequente Präventionsorientierung so-



Dr. Wolfgang Eßer,
Vorsitzender des Vorstandes der KZBV

wie ein geschütztes und vertrauensvolles Zahnarzt-Patienten-Verhältnis sind dafür unerlässlich. Die Vertragszahnärzteschaft sieht zudem die Digitalisierung als Chance zur Stärkung der Patientenkompetenz, zur Schaffung eines gleichberechtigten Zugangs zu Gesundheitsinformationen sowie einer effizienteren Versorgung. Dabei gilt es, die richtige Balance bei der Nutzung digitaler Lösungen, dem Einhalten von Datenschutzstandards sowie Datensicherheit zu gewährleisten.

Freie Zahnarztwahl für unabhängige Patienten unerlässlich

Patienten haben einen Anspruch auf Information, Aufklärung und Orientierung. Die freie Zahnarztwahl ist dabei unerlässlich. Der Patient muss die Freiheit haben, zwischen Therapiealternativen zu wählen, um am medizinisch-technischen Fortschritt teilhaben zu können. Deshalb setzt sich die Zahnärzteschaft dafür ein, dass alle Menschen einen ungehinderten Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen und Leistungen erhalten. Beim Thema Mundgesundheit sind wir Anwälte und Lotsen der Patienten.

Kommerzialisierung bedroht qualitativ hochwertige Patientenversorgung

Zu verhindern gilt es, dass es zu einer weiteren Industrialisierung der Versorgung kommt! Eine reale Gefahr – besonders für den ländlichen Raum – stellen daher Fremdkapitalgeber und Finanzinvestoren dar, die zu ►►

- Zwecken der Gewinnmaximierung die Kettenbildung von Versorgungseinheiten zum Ziel haben und diese bewusst forcieren. Wir halten es deshalb für die falsche Weichenstellung der Politik, arztgruppengleiche medizinische Versorgungszentren zu ermöglichen. Diese führen zu Konzentrationsprozessen in Ballungsräumen und einkommensstarken ländlichen Regionen – ohne die Versorgung zu verbessern, wo dies geboten wäre!

Selbstverwaltung als Voraussetzung für Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit

Eine weitere Voraussetzung für den Erhalt von Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit im Gesundheitswesen ist die Selbstverwaltung. Diese hat sich in Form der Körperschaften des öffentlichen Rechts seit vielen Jahren bewährt. Selbstverwaltung nimmt erfolgreich und praxisnah Aufgaben der Daseinsvorsorge und Ordnungsfunktionen innerhalb des Berufsstandes unmittelbar und eigenverantwortlich wahr – besser als Politiker oder Beamte das je könnten.

Der Gesetzgeber hat jedoch sukzessive das GKV-System immer weiter reglementiert. Handlungs- und Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung wurden eingeschränkt. Das stark ausdifferenzierte Normengeflecht mit einer Vielzahl verschachtelter Institutionen und Kompetenzen verkompliziert das System erheblich.

Selbstverwaltung benötigt Handlungs- und Gestaltungsspielräume

Selbstverwaltung hingegen bedeutet größere Sachnähe. Sie ist näher an der Versorgung, an Patienten und Praxen. Die Akteure der Selbstverwaltung, darunter auch die KZBV, treffen eine Vielzahl von Entscheidungen mit hoher Fachkompetenz in einem Prozess des fachlichen Interessenausgleichs. Selbstverwaltung macht die Stärke und Leistungsfähigkeit dieses Gesundheitswesens aus. Sie hat dazu beigetragen, dass wir eines der besten Gesundheitssysteme der Welt haben. Diese und weitere Schwerpunkte der „Agenda Mundgesundheit 2017-2021“ sind auf der Website der KZBV unter www.kzbv.de/agenda-mundgesundheit.659.de.html abrufbar. ■

Quelle: Bericht von Dr. Wolfgang Eßer, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, in „der freie beruf“, dem MitgliederMagazin des Bundesverbandes der Freien Berufe e. V. (BFB) – (Ausgabe 3/2017)

Die Wiederentdeckung der Spießigkeit oder: Was will die Generation Z eigentlich?



ork-Life-Balance, flache Hierarchien, Idealismus –

die Generation Y (auch als Millennials bekannt) hat den Arbeitsmarkt ordentlich umgekrempelt. Und gerade erst haben die Unternehmen begonnen, sich mit flexiblen Arbeitszeiten, Feel-Good-Managern und Lasertag-Events auf die Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter einzustellen, da steht schon die nächste Generation in den Startlöchern: die Generation Z. Und die stellt nicht nur gehörig auf den Kopf, was wir über die Bedürfnisse frischgebackener Arbeitnehmer zu wissen glaubten, sondern zeigt deutlicher als alle Generationen zuvor, warum der Generationsbegriff selbst problematisch ist.

Wer gehört zur Generation Z und was will sie?

Zur Generation Z gehören die Menschen, die derzeit oder in den kommenden Jahren den Arbeitsmarkt erobern. Wobei hier „alle“ natürlich auch nicht wirklich „alle“ bedeutet. In den gängigsten Definitionen umschließt sie nur die Mitglieder der gesunden Mittelschicht und aufwärts, also all jene, die man gemeinhin als gebildet und finanziell solide bezeichnen würde. Der Nachwuchs aus sozial benachteiligten und bildungsfernen Schichten bleibt oft außen vor. Der Generation X schrieb man im Allgemeinen eine Zielstrebigkeit zu, die von materialistischen Zielen getrieben war. Über die vielbesprochene Generation Y sagte man, sie bestünde aus teamfähigen, idealistischen Digital Natives. Dagegen wirkt das, was man über die Generation Z hört, auf den ersten Blick nüchtern: Sie sei träge, ziellos und schwer zu begeistern.

Vermutlich wüsste die Gen Z nicht einmal, wogegen sie groß rebellieren sollte: Sie ist aufgewachsen mit Wirtschaft- und Finanzkrisen. Sie hat an sich selbst nicht mehr den Anspruch, Heldentaten zu vollbringen – sie hat ihren

Anspruch an einen potenziellen Arbeitgeber schlichtweg der Wirklichkeit angepasst. Was klingt, als könnten sich Personalverantwortliche jetzt entspannt zurücklehnen, bedeutet genau das Gegenteil: Die jungen Arbeitnehmer scheuen sich nicht, Unternehmen und Job häufiger zu wechseln. Sie zu binden ist deutlich schwieriger als bei Angehörigen anderer Generationen.

Was ist besser als ein Zuhause und ein Abend auf der Couch?

Auch vom Statusdenken der vorangegangenen Generation distanzieren sich die Gen-Zler. Vielleicht ein kleines Auto, Urlaub auf Balkonien, ein Abend auf der Couch – was will man mehr? Kein Gehalt der Welt kann den Spaß am Beruf und nette Kollegen ersetzen. Die Generation Z legt dabei Wert auf feste Strukturen, auf Rhythmen und Regelmäßigkeit, auf einen planbaren Alltag und Inhalte, auf die sie sich einstellen kann. Die Burnouts und Depressionen der ehrgeizigen Millennials waren ein abschreckendes Beispiel für das, was passieren kann, wenn man sich für einen Job aufopfert.

Ein Arbeitgeber, der sich umfangreich auf die jüngste Generation Mitarbeiter vorbereiten will, sollte zur Vorsicht schon einmal die Samthandschuhe entstauben. Denn die Gen Z möchte sich am Arbeitsplatz wohlfühlen, und dazu braucht sie Lob und Feedback, aber auch klare Vorgaben. Und auch wenn ein Unternehmen sich als toller Arbeitgeber mit spannenden Projekten zeigt, kann es sein, dass ein junger Angestellter wechseln und andere Erfahrungen sammeln will. In diesem Fall kann der sympathische, nun trotzdem ehemalige Arbeitgeber aber immerhin darauf hoffen, im Netzwerk des eigentlich zufriedenen, aber nun ehemaligen Arbeitnehmers weiterempfohlen zu werden. Apropos Netzwerk: Wer als Unternehmen das Internet nicht nutzt, um sich zu präsentieren, hat kaum eine Chance, sich im Bewusstsein der Nachwuchskräfte zu verankern. Denn das haben Generation X und Y auf jeden Fall gemeinsam: Beide sind Digitale Natives.

Neue (und alte) Anreize und Motivationen

Zudem müssen Arbeitgeber sich neue Anreize und Motivationen überlegen, um Mitarbeiter aus der Gen Z zu gewinnen: Unbefristete Arbeitsverträge, Mitarbeiterentwicklungskonzepte und Spitzengehälter allein ziehen nicht mehr. Spannende Projekte, klar formulierte Aufgaben und Ziele, das Gefühl, ein wichtiges Rädchen im Großen und Ganzen zu sein – darauf kommt es an.

Gute Führung bedeutet für die Generation Z, Verantwortung für das Team zu übernehmen. Gen-Z-Mitglieder möchten ein bedeutender Teil in einem Kollektiv sein, in dem jeder seine Aufgaben zu erfüllen hat. Klingt nach dem Prinzip der flachen Hierarchien? Tja, nicht jede Errungenschaft der Generation Y muss ad acta gelegt werden.



Foto: © ianarvector/foolala.com

Eine Generation aus vielen Zs

Wer die derzeitige Generation als Mitarbeiter zufriedenstellen möchte, der muss also Klartext reden, sich an Absprachen halten, wertschätzen und klare Strukturen bieten. Was leicht klingt, ist es nicht immer: Die „Generation Z“, das ist ein Konstrukt, in das sich bei weitem nicht jeder Sechs- bis Zwanzigjährige pressen lässt. Die Grenzen zwischen den einzelnen Generationen verlaufen fließend, und in Zukunft werden sie nur noch schwammiger. Immer mehr 50-jährige fühlen sich vom Selbstverständnis der Generation Z angesprochen, und zahlreiche Tweens zeigen Charakteristika der Babyboomer. Mitarbeiter müssen daher zwingend weiterhin individuell betrachtet werden. Insofern wird es nicht die größte Herausforderung für Chefs, Vorgesetzte und Personaler sein, die Wünsche der Angestellten umzusetzen, sondern sie überhaupt zu verstehen, ihnen zuzuhören und ihre Verhaltensweise richtig zu deuten. Denn Feel-Good-Manager und Lasertag-Events können natürlich auch weiterhin für leuchtende Augen in der Belegschaft sorgen – 9-to-5-Tage aber eben auch. ■

_____ Eva Friese

Quelle: TERRITORY CTR GmbH



Foto: © irostatk/fofolla.com

GESUNDHEITSWIRTSCHAFTLICHE GESAMTRECHNUNG 2016

Wachstumsmarkt Gesundheitswirtschaft



Quelle: © BMW

Die Gesundheitswirtschaft ist ein herausragender Wirtschaftsfaktor und ein Wachstumsmarkt. Das belegen die Zahlen der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung für Deutschland für 2016. Damit bestätigt sich erneut ein Trend, der bereits seit einigen Jahren zu beobachten ist.

Die Bruttowertschöpfung der deutschen Gesundheitswirtschaft, die unter anderem Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, den Pflegesektor, Arznei- und Medizinproduktehersteller umfasst, betrug im letzten Jahr rund 12 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Das entspricht 336 Milliarden Euro – und bedeutet ein Plus von 13 Milliarden Euro gegenüber 2015. In den vergangenen zehn Jahren legte die Gesundheitswirtschaft um 113 Milliarden Euro zu; 2005 betrug ihr Anteil an der Gesamtwirtschaft erst 10,7 Prozent. Darüber hinaus sind der Gesundheitswirtschaft rund 8,2 Prozent der deutschen Exporte zuzuschreiben – und das, obwohl die Branche einen Großteil ihrer Wertschöpfung durch die Erbringung von Dienstleistungen am Patienten erzielt. Über zehn Prozent des gesamten deutschen Außenhandelsüberschusses entstehen durch die Gesundheitswirtschaft. Stationäre (94,1 Milliarden Euro) und nicht stationäre Einrichtungen

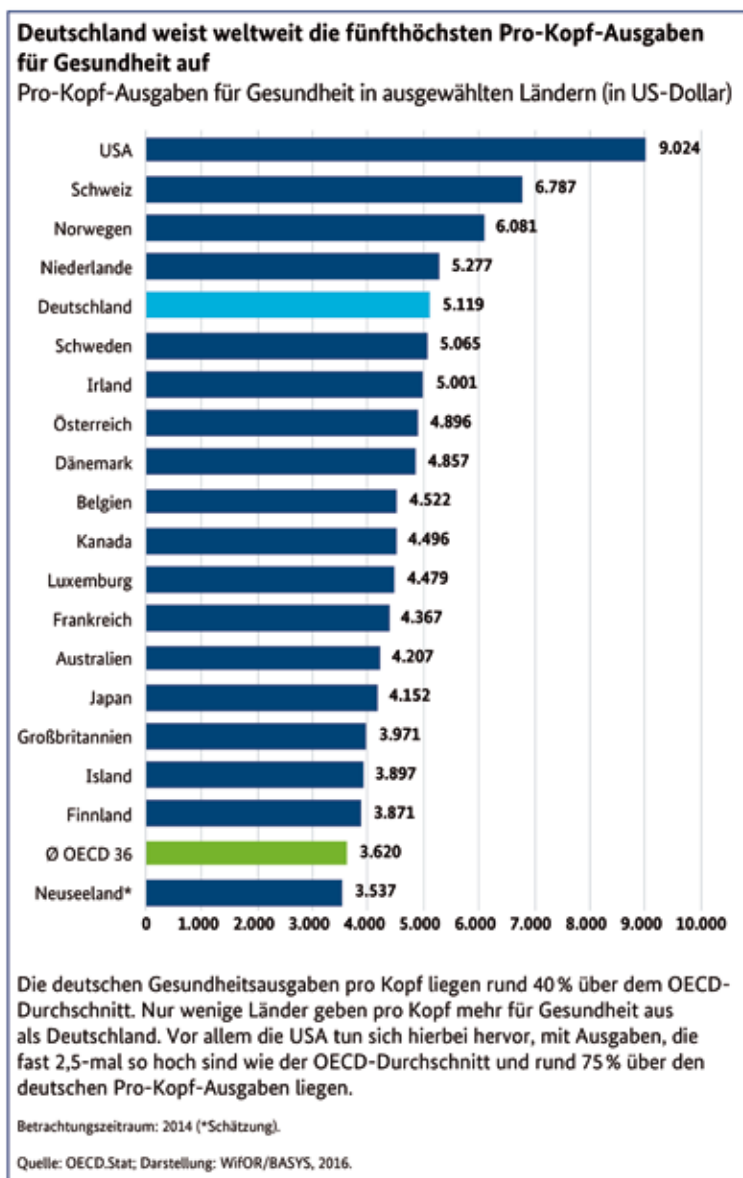
(88,1 Milliarden Euro) sorgen gemeinsam für mehr als die Hälfte (54,2 Prozent) der gesamten Wertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft. Stationäre Einrichtungen sind dabei für 28 Prozent der Bruttowertschöpfung innerhalb der Gesundheitswirtschaft verantwortlich, Arzt- und Zahnarztpraxen sowie andere nicht-stationäre Einrichtungen für 26,2 Prozent. Der „Rest“ verteilt sich auf die Gesundheitsindustrie und sonstige Branchen.

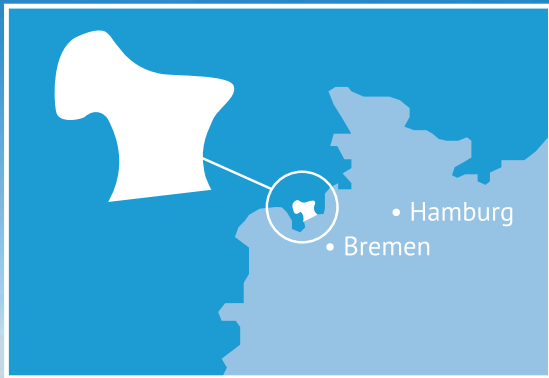
Erstmals werden in der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung für 2016 die nicht-stationären Einrichtungen wie Arzt- und Zahnarztpraxen, „sonstige Praxen“ und die ambulante Pflege differenziert dargestellt. Daraus ergibt sich, dass die niedergelassenen Ärzte gut die Hälfte der Bruttowertschöpfung in nicht-stationären Einrichtungen generieren. Bei Zahnarztpraxen sind es 20,6 Prozent. Das entspricht 18,1 Milliarden Euro. Sowohl bei den Zahnärzten als auch bei den Ärzten ist der Wertschöpfungsanteil über die Jahre leicht rückläufig (Zahnärzte 2005: 23,4 Prozent), obwohl ein kontinuierliches Bruttowertschöpfungswachstum zu verzeichnen ist. Seit 2005 seien in der Gesundheitswirtschaft mehr als eine Million neue Arbeitsplätze entstanden, sagte der Staatssekretär im Bundesministerium für Wirtschaft und Energie Matthias Machnik anlässlich

der Vorstellung der Studie: Das Beschäftigungswachstum habe seit 2005 jährlich 1,8 Prozent betragen. Mit rund sieben Millionen Erwerbstätigen beschäftige die Gesundheitswirtschaft fast so viele Menschen wie das verarbeitende Gewerbe, so Machnik. Und angesichts des demografischen Wandels werde die Nachfrage nach Dienstleistungen und Gütern der Gesundheitswirtschaft auch in Zukunft weiter steigen, ist der Staatssekretär überzeugt. Am deutlichsten ausgeprägt war das Stellenwachstum im Dienstleistungsbereich, vor allem in der Pflege und in den Krankenhäusern. Stationäre und nicht-stationäre Einrichtungen beschäftigen 62,4 Prozent der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft. In Zahnarztpraxen arbeiteten 2016 363.000 Erwerbstätige. Seit dem Jahr 2005 bedeutet das einen Zuwachs von mehr als 50.000 Erwerbstätigen. Das Erwerbstätigenwachstum in Zahnarztpraxen entspricht seit 2011 etwa dem der gesamten nicht-stationären Versorgung. Zum ersten Mal untersuchte das Bundeswirtschaftsministerium 2016 auch, welche Bedeutung die Gesundheitswirtschaft für die einzelnen Bundesländer hat. Ergebnis: Die absoluten Zahlen legen zwar nahe, dass ihr in den Stadtstaaten eine besonders wichtige Rolle zukommt. Gemessen an ihrem relativen Beitrag zur Gesamtwirtschaft jedoch ist das Gewicht der Gesundheitswirtschaft in den Flächenländern am größten. Das gilt insbesondere für Schleswig-Holstein: Hier entfielen auf die Gesundheitswirtschaft 15,8 Prozent der Wertschöpfung – das ist der höchste Wert im Vergleich der Bundesländer. An zweiter Stelle folgt mit 15,3 Prozent Mecklenburg-Vorpommern. Am niedrigsten lag der Anteil mit 9,8 Prozent in Hamburg. In Mecklenburg-Vorpommern (19,9 Prozent) und Schleswig-Holstein (19 Prozent) arbeiten relativ gesehen auch die meisten Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft. Ein hoher Erwerbstätigenanteil lässt dabei laut Studie tendenziell auf eine „personalintensive Dienstleistungsorientierung“ der jeweiligen Gesundheitswirtschaft schließen. Ein weiteres Ergebnis der Studie: Deutschland weist weltweit die fünfthöchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit auf: Sie liegen rund 40 Prozent über dem OECD-Durchschnitt. Nur die USA, die Schweiz, Norwegen und die Niederlande geben pro Kopf noch mehr für Gesundheit aus als die Bundesrepublik. Die zentralen ökonomischen Kennzahlen der Gesundheitswirtschaft weisen im Vergleich zur Gesamtwirtschaft überdurchschnittliche Wachstumsraten auf: Im Durchschnitt der letzten zehn Jahre lag das Wachstum der Gesundheitswirtschaft 1,1 Prozent über dem der Gesamtwirtschaft. Damit nahm auch ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt im Zeitverlauf zu. Mit einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 3,8 Prozent seit dem Jahr 2005 ist die Gesundheitswirtschaft ein Wachstumsmotor innerhalb der deutschen Gesamtwirtschaft. Das gilt insbesondere auch für 2009, das Jahr der „Finanzkrise“. Durch die Gesundheitswirtschaft entstehe rund jeder achte Euro des Bruttoinlandsprodukts

und jeder sechste Arbeitsplatz in Deutschland, hob Dr. Dennis A. Ostwald vom Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR, einer der Autoren der Studie, hervor. Die Gesundheitswirtschaft trage zur Erreichung wirtschaftspolitischer Ziele in Deutschland bei. Staatssekretär Machnik kritisierte bei der Vorstellung des Berichts laut einer Zusammenfassung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, dass die Gesundheitspolitik, insbesondere auch die „Gesundheitspolitiker im Bundestag“, ausschließlich auf die Kostenseite und zu wenig auf das Potential und die Wirtschaftskraft der Gesundheitswirtschaft blickten. – Nachdem die Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnungen bereits seit vielen Jahren Zahlen und Fakten liefern, die die große Bedeutung der Gesundheitswirtschaft untermauern, ist es allerdings wohl müßig, nun auf ein Umdenken in der Gesundheitspolitik zu hoffen. ■

_____ Kirsten Behrendt
 Quelle: Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein Juli/August 2017





Butjadingen

... EINE NIEDERLASSUNG WERT

Die Zahlen belegen, dass die meisten zahnärztlichen Niederlassungen dort erfolgen, „wo das Leben tobt“, wo also die Infrastruktur umfangreich, das kulturelle Angebot vielfältig und das Patientenaufkommen existenzsichernd sind. Gleichzeitig liegt gerade dort in der Regel der Versorgungsgrad bei über 100 Prozent – der Annahme folgend, dass dort, wo fünf Praxen im Umfeld

bestehen, auch noch eine sechste wirtschaftlich betrieben werden kann. Ob allerdings Hektik, Enge und Stadtluft der Ballungsräume sowie die Nachbarschaft vieler Mitbewerber als angenehm empfunden werden, muss jeder für sich beantworten.

Der Vergleich mit Stadttuben, die ihr karges Leben auf Bahnsteigen fristen, während wenige Flugminuten weiter der Stadtwald Ruhe und Nahrung verspricht, ist naheliegend.

Im Gegensatz zu diesen Federtieren können sich Niederlassungswillige die Rahmenbedingungen für ihr zukünftiges Lebensumfeld selbst und sehr sorgfältig aussuchen. Sie können abwägen, wo ihre Prioritäten liegen, und sie können nach Alternativen Ausschau halten, die die Vorstellungen von Niederlassung, Praxisführung und Lebensqualität für die Familie weitgehend zusammenführen. Und das beispielsweise dort, wo viele Menschen ihren Urlaub verbringen.

Einem dieser Orte entspricht die Gemeinde Butjadingen auf der gleichnamigen grünen Halbinsel an der Nordsee zwischen Wesermündung und Jadebusen, zwischen den großen Städten Bremerhaven und Wilhelmshaven. Mit ihren rund 6.300 Einwohnern und einer Versorgung durch demnächst nur noch eine einzige Kollegin besitzt diese Gemeinde ein erhebliches Versorgungspotential. Eine Gemeinde, deren Bürgermeisterin Ina Korter gerne bereit ist, niederlassungswilligen Kolleginnen und Kollegen mit Rat und Unterstützung zur Seite zu stehen. Dass die 129 qkm große Gemeinde zukunftsgerichtet ist, lässt sich schon aus der Existenz eines gemeindeeigenen E-Mobils und mehrerer „Elektrotankstellen“ ableiten.





Zu der Gemeinde zählen die Ortschaften Burhave, Fedderwardersiel, Langwarden, Ruhwarden, Stollhamm, Tossens, Eckwarden, Eckwarderhörne, Süllwarden, Seeverns, Sillens und Waddens, die nur wenig entfernt von einander durch ein enges Straßennetz verbunden sind.

Das Butjadingen umgebende Wattenmeer ist in die UNESCO-Liste des Weltkulturerbes aufgenommen worden. Neben der kinderfreundlichen und tiedenunabhängigen Nordsee-Lagune in Burhave mag das auch ein Grund für die kontinuierlich steigenden Übernachtungszahlen (2016 rund 1,2 Mill.) auf der Nordsee-Halbinsel an Jade und Weser mit ihren beiden staatlich anerkannten Nordseebädern Burhave und Tossens sein.

Neben dem gesicherten beruflichen Umfeld ist auch für das familiäre Leben gesorgt. Die Gemeinde bietet Kindergartenplätze und verfügt über eine zweizügige Grundschule sowie eine Gesamtschule mit gymnasialem Zweig, der bis zum Abitur führt. Genügend Einkaufsmöglichkeiten bestehen durch Supermärkte vor Ort und im nahegelegenen Nordenham. Die ambulante ärztliche Versorgung wird durch vier Niedergelassene und die stationäre durch die nahegelegene Helios-Klinik sichergestellt.
<https://www.butjadingen.de/reisefuehrer/karte/#>

Bürgermeisterin Ina Korter spricht von einem regen Vereinsleben und sie wird dabei von Detlef Glückselig von der Northwest Zeitung bestätigt, der hinzufügt, dass man in Butjadingen sehr schnell „ankomme“. Das kulturelle Angebot für Gäste und Butjadinger wird in einem eigenen Programm beschrieben. Und wer sich sportlich betätigen möchte, der hat innerhalb der Gemeinde viele Möglichkeiten – vom Segeln und Kitesurfen bis hin zum Reitsport. Nähere Informationen erhalten Sie unter:
<https://www.butjadingen.de/>

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn Ihr Interesse an einer Niederlassung in Butjadingen geweckt sein sollte, dann machen Sie sich ein Bild vor Ort oder sprechen Sie direkt mit der Bürgermeisterin Ina Korter, die Sie jederzeit gerne persönlich unterstützen wird. ■ _____loe

Sie fragen – wir antworten

**KOMPETENT · ZEITNAH ·
VERLÄSSLICH · NIEDERSACHSENWEIT**

Die Servicehotlines der KZVN

► Abrechnung

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

→ Kontakt

Schwerpunkt Quartalsabrechnung:

Telefon: 0511 8405-375

Fax: 0511 590970-66

E-Mail: kch-service@kzvn.de

kfo-service@kzvn.de

Schwerpunkt Monatsabrechnung:

Telefon: 0511 8405-390

Fax: 0511 837267

E-Mail: hotline-abrechnung@kzvn.de

► Vertragsfragen

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

→ Kontakt

Telefon: 0511 8405-206

E-Mail: service@kzvn.de

► Online-Support

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

→ Kontakt

Telefon: 0511 8405-395

Fax: 0511 59097063

E-Mail: abrechnung@kzvn.de

► Finanzen

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

→ Kontakt

Telefon: 0511 8405-400

E-Mail: finanzen@kzvn.de



Foto: ZÄK-HH

Hamburger (HH) und niedersächsische (N) Kammervorstände in einer Diskussionspause (v.l.n.r.): Dr. J. Bregazzi (HH), Dr. T. Clement, Dr. K.-H. Karstens (N), J. Röver (N), S. Lange (N), Dr. T. Einfeldt (HH), H. Bunke, D.M.D./Univ. of Florida (N), K. von Laffert (HH), Dr. L. Riefenstahl (N), Dr. K.-H. Düvelsdorff (N), Dr. M. Brehmer (HH). Nicht im Bild S. Steding (N).

Gemeinsamkeiten suchen – Synergien nutzen

GEMEINSAME VORSTANDSSITZUNG DER ZAHNÄRZTEKAMMERN HAMBURG UND NIEDERSACHSEN

Das Rad musste erfunden werden. Aber es reichte dann auch mit einer Erfindung, auf der andere aufsetzen konnten und es musste nicht mehrmals, nur jedes Mal von anderen erfunden werden. Die Lehre daraus war letztlich auch mit einer der Gründe, dass sich die Vorstände der beiden norddeutschen Zahnärztekammern Hamburg und Niedersachsen zu einer gemeinsamen Vorstandssitzung am 15. September in den neuen Räumlichkeiten der Zahnärztkammer Hamburg in der „AlsterCity“ trafen. Ziel war es, gemeinsame Problemfelder und Aufgaben beider Kammern und insbesondere der dort organisierten Kollegenschaft zu identifizieren und nach Synergien zur gemeinsamen Lösung beziehungsweise Bewältigung zu suchen.

Nach einer initialen Begrüßungs- und Vorstellungsrunde ging es dann auch gleich und konzentriert in die Tagesordnung. Dabei wurden die Vorstände fachlich versiert unterstützt durch den Hamburger Hauptgeschäftsführer Dr. P. Kurz und den niedersächsischen Geschäftsführer M. Behring, LL.M.

Diskutiert wurden anfangs bundespolitische Themen wie der aktuelle Stand der geplanten Novellierung der Ausbil-

dungsordnung für die Zahnmedizinischen Fachangestellten und eventuelle Zwänge für eine flächendeckende Ausgabe des elektronischen Heilberufsausweises. Danach ging es ans Eingemachte zu Ideen und gemeinsamen Handlungsoptionen zur aktuellen Ausbildungssituation für zahnmedizinisches Fachpersonal, zur Patientenberatung, Möglichkeiten für Online-Fortbildungen für das Fachpersonal, Qualitätsmanagement, BuS-Dienstangebotsausweitungen sowie Kooperationsausweitungen im Bereich der schon seit einigen Monaten erfolgreich arbeitenden Arbeitsgruppe Zahnmedizinische Medizinprodukte (AGZMP) und Strahlenschutzkenntnisschulungen. Auch in der Alterszahnmedizin wurden Möglichkeiten gemeinsamer Aktivitäten ausgelotet.

Am Ende der Beratungen gingen beide Kammerdelegationen mit einem Bündel von Ideen zu gemeinsamen Handlungsoptionen zurück in ihre jeweiligen Verwaltungen. In einem nächsten Schritt werden die Optionen dann in Taten umzusetzen sein. Einig war man sich, dass diesem Treffen weitere folgen werden. ■

Dr. Lutz Riefenstahl, Gronau
Mitglied im ZKN-Vorstand

Einreichungs- und Zahlungstermine

2017

Oktober / November / Dezember

Oktober November Dezember

1 So 39	1 Mi 44	1 Fr 48
2 Mo 40	2 Do	2 Sa
3 Di	3 Fr	3 So
4 Mi	4 Sa	4 Mo 49
5 Do	5 So	5 Di
6 Fr	6 Mo 45	6 Mi
7 Sa	7 Di	7 Do
8 So	8 Mi	8 Fr
9 Mo 41	9 Do	9 Sa
10 Di	10 Fr	10 So
11 Mi	11 Sa	11 Mo 50
12 Do	12 So	12 Di
13 Fr	13 Mo 46	13 Mi
14 Sa	14 Di	14 Do
15 So	15 Mi	15 Fr
16 Mo 42	16 Do	16 Sa
17 Di	17 Fr	17 So
18 Mi	18 Sa	18 Mo 51
19 Do	19 So	19 Di
20 Fr	20 Mo 47	20 Mi
21 Sa	21 Di	21 Do
22 So	22 Mi	22 Fr
23 Mo 43	23 Do	23 Sa
24 Di	24 Fr	24 So
25 Mi	25 Sa	25 Mo 52
26 Do	26 So	26 Di
27 Fr	27 Mo 48	27 Mi
28 Sa	28 Di	28 Do
29 So	29 Mi	29 Fr
30 Mo 44	30 Do	30 Sa
31 Di		31 So

Intraorale Reparatur von Glaskeramikrestaurationen

BEWERTUNG UND KLINISCHE VORGEHENSWEISE



Zusammenfassung

Die intraorale Reparatur insuffizienter zahnärztlicher Restaurationen hat in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen und ist mittlerweile eine wertvolle Methode, um die Mundverweildauer von direkten und indirekten Restaurationen mit begrenzten und gut zugänglichen Defekten zu verlängern. Die Reparatur derartiger Versorgungen mit kompositbasierten Materialien weist gegenüber einer Neuanfertigung einige Vorteile auf, wie z. B. den Verzicht auf eine Entfernung großer, noch intakter Anteile der alten Restaurationen und die damit einhergehende Schonung intakter Zahnhartsubstanz und der Pulpa. Reparaturen sind im Vergleich zu einem kompletten Austausch oft einfach und schnell durchzuführen, können in einem Behandlungstermin abgeschlossen werden und sind bei indirekten Restaurationen zumeist auch ökonomischer.

1. Einleitung

Keramikrestaurationen

Vollkeramikrestaurationen haben aus einer Reihe von Gründen, wie günstigen optischen Eigenschaften kombiniert mit einer herausragenden Ästhetik, einer guten Verschleiß- und Farbbeständigkeit, einem inerten chemischen Verhalten und daraus resultierend einer hohen Biokompatibilität und der Möglichkeit, geschwächte Zahnhartsubstanz durch die kraftschlüssige adhäsive Befestigung mit einer verwindungssteifen Keramik wieder zu stabilisieren, in den letzten 30 Jahren eine sehr große Popularität erlangt [1-14]. Dieser Trend wurde durch den immer häufiger geäußerten Wunsch vieler Patienten nach ästhetischen, zahnfarbenen Restaurationen und metallfreien Alternativen zu traditionellen prothetischen Verfahren zusätzlich verstärkt [15].

Keramiken sind definitionsgemäß nichtmetallische anorganische Werkstoffe [16]. Die in der restaurativen Zahnheilkunde verwendeten Keramiken lassen sich entsprechend ihrer Zusammensetzung und Struktur in folgende Gruppen einteilen [17, 18]:

- ▶ Silikatkeramiken (Feldspatkeramik und Glaskeramik, natürlich oder synthetisch hergestellte Feldspat-Glasmatrix mit eingelagerten Kristallen aus Leuzit oder Lithiumdisilikat, mit Glasphase, z. B. IPS e.max Press, Ivoclar Vivadent)
- ▶ Glasinfiltrierte Oxidkeramiken (poröses Gerüst meist aus Al_2O_3 , infiltriert mit Glasphase, z. B. In-Ceram Alumina, Vita Zahnfabrik)
- ▶ Polykristalline Oxidkeramiken (Al_2O_3 oder ZrO_2 , dichtgesintert oder heiß-gepresst, keine Glasphase, z. B. Lava Plus Zirkonoxid, 3M Espe)

Die gebräuchlichsten klinischen Indikationen vollkeramischer Restaurationen umfassen Inlays, Onlays, Teilkronen, Kronen, Brücken, Veneers und mit zunehmender Bedeutung auch posteriore okklusale Kauflächenveneers (Tabletops) [17, 19-31]. Vollkeramikrestaurationen haben mittlerweile einen sehr hohen Qualitätsstandard erreicht und sind für die moderne konservierende und prothetische Zahnheilkunde sowohl im ästhetisch anspruchsvollen Frontzahnbereich als auch im kaulastragenden Seitenzahngebiet zu einem unverzichtbaren therapeutischen Instrument geworden. In der wissenschaftlichen Literatur zeigen sich eine hohe Zuverlässigkeit und exzellente klinische Überlebensdaten vollkeramischer Restaurationen, wenn zu Beginn der Behandlung eine korrekte Indikation gestellt wird, werkstoff- bzw. patientenbedingte Limitationen beachtet werden und aus den verschiedenen Keramikarten die fallbezogen richtige Materialelektion getroffen wird. Neben der korrekten zahntechnischen Herstellung sollten eine präzise Präparations- und eine geeignete Befestigungstechnik zum Einsatz kommen [15, 28, 32-51].

Frakturbedingte Misserfolge

Allerdings kann es während der klinischen Gebrauchsperiode jederzeit auch zum Versagen von vollkeramischen Restaurationen aus biologischen (z. B. Sekundärkaries, endodontologische bzw. parodontologische Probleme) und mechanischen / technischen (z. B. Chipping der Verblendkeramik, Komplettfraktur der Gerüst- und Verblendkeramik, Höckerfraktur des versorgten Zahnes, Retentionsverlust) Gründen kommen [52]. Auf Frakturen zurückzuführende Misserfolge (Komplettfrakturen und Chippingfrakturen) haben sich in den letzten Jahren aufgrund der großen und immer noch weiter steigenden Beliebtheit und der breiten Anwendung vollkeramischer Restaurationen in der Zahnheilkunde zu einem deutlichen Problem entwickelt [53]. Im Vergleich zu Metallrestaurationen sind die Schwachstellen von keramischen Restaurationen in der Sprödigkeit, der relativ geringen Zugfestigkeit und dem potentiell daraus resultierenden Problem der Rissentstehung bzw. -ausbreitung in derartigen Werkstoffen begründet [11, 28]. Diese Faktoren gefährden die Materialintegrität unter klinischen Bedingungen, wenn Fehler in der Herstellung der Restaurationen gemacht werden oder eine unsachgemäße bzw. nicht indizierte Anwendung der Keramiken stattfindet [54]. Fabrikationsfehler im Herstellungsprozess und Gefügefehler (Poren, Fremdeinschlüsse, Risse, etc.) in der Mikrostruktur der Keramiken werden als Hauptursachen für das katastrophale Versagen von keramischen Restaurationen genannt [55-57]. An diesen Fehlstellen, die kritisch für die maximal erreichbare Festigkeit der Keramik sind, kommt es unter der Einwirkung von äußeren Belastungen zu einer Spannungsüberhöhung im Werkstoff, mit einem zum Spröbruch der Keramik führenden instabilen Risswachstum [58].

Bei Patienten mit ausgeprägten intrakoronaren Zahndefekten ist nicht nur die keramische Versorgung (z. B. Inlay) dem Risiko einer Fraktur ausgesetzt, sondern auch an die Restauration angrenzende verbliebene Zahnhartsubstanzeile (einzelne geschwächte Höcker bzw. dünne bukkale und orale Wände) sind gefährdet, wenn bei der Kavitätenpräparation bzw. Gestaltung der Restauration nicht korrekt vorgegangen wird [55, 59].

Intraorale Reparatur

Die intraorale Reparatur insuffizienter zahnärztlicher Restaurationen hat in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen und ist mittlerweile eine wertvolle Methode, um die Mundverweildauer von direkten und indirekten Restaurationen mit begrenzten und gut zugänglichen Defekten zu verlängern. Sie bietet in vielen Fällen sowohl dem Patienten als auch dem Behandler eine zeitsparende und kostengünstige Alternative zur Neuanfertigung [8, 60-63]. Eine Reparatur ist zumeist auch zahnhartsubstanzschonender als ein kompletter Austausch der defekten Versorgung, da deren Entfernung und die

anschließend notwendigen Korrekturen an der Kavität im Regelfall immer in einer Ausweitung der Originalpräparation resultieren [63-67]. Im Rahmen des Reparaturvorgangs werden in der Regel kompositbasierte Werkstoffe adhäsiv an den intraoral verbliebenen Restaurastrukturen und gegebenenfalls auch an weiteren an den Defekt angrenzenden Substraten, wie Schmelz, Dentin oder Anteilen von etwaigen Metallgerüsten der Originalrestauration, befestigt. Jede dieser beteiligten defektbegrenzenden Oberflächen erfordert eine geeignete, materialspezifische Vorbehandlungssequenz, um die verschiedenen Substrate für die Adhäsion des Reparaturkomposits vorzubereiten [67, 68]. Für die intraorale Vorbehandlung der Oberfläche von defekten glaskeramischen Restaurationen vor der Applikation einer Reparaturfüllung mit Komposit werden in der Literatur verschiedene Behandlungsprotokolle erwähnt, u. a. das Sandstrahlen mit Aluminiumoxidpartikeln bzw. kieseläuremodifizierten Aluminiumoxidpartikeln, ein mechanisches Anrauen der Oberfläche mit rotierenden Instrumenten oder eine chemische Konditionierung und Oberflächenmodifikation [62, 69-82].

Während die extraorale Vorbereitung von glaskeramischen Restaurationen (Feldspatkeramiken, leuzit- und lithiumdisilikatverstärkten Glaskeramiken) im Rahmen der primären adhäsiven Befestigung an der Zahnhartsubstanz mit kompositbasierten Materialien im Regelfall durch eine Kombination aus einer Ätzung der Keramik mit 5-%iger Flusssäure – zur Modifikation der Oberflächenstruktur mit Erstellung eines porös-mikroretentiven Ätzmusters durch Herauslösung amorpher Glasanteile aus der Keramik ▶▶



PROF. DR. J. MANHART

- ▶ 1994 Approbation nach Studium der Zahnheilkunde in München
- ▶ 1994–2000 Wissenschaftlicher Assistent, Poliklinik für Zahnerhaltung der LMU München
- ▶ 1997 Promotion
- ▶ 1997–1998 Forschungsaufenthalt in Houston, USA, für den Bereich zahnärztliche Werkstoffkunde, interdisziplinäre Therapieplanung und ästhetische Behandlungskonzepte als Adjunct Assistant Professor, Biomaterials Research Center, University of Texas
- ▶ 2001 Oberarzt an der Poliklinik für Zahnerhaltung der LMU München
- ▶ 2003 Habilitation und Lehrbefugnis für das Fachgebiet „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“
- ▶ 2010 Ernennung zum Professor an der Poliklinik für Zahnerhaltung der LMU München



Fotos: Prof. Dr. J. Manhart

- [83, 84] – und einer anschließende Silanisierung – zum Aufbau eines chemischen Verbunds zwischen Keramik und Komposit – eine bewährte Methode darstellt [85-89], ist von einem intraoralen Gebrauch von Flusssäure strengstens abzuraten.

Flusssäure

Die Einwirkung von Flusssäure auf die Oberfläche einer glaskeramischen Restauration führt durch die selektive Auflösung der amorphen Glasphase zur effektiven Ausbildung von Porositäten und Oberflächenrauigkeiten [62, 87, 90]. Die Penetration eines Kompositmaterials in dieses Ätzmuster ermöglicht nach der Polymerisation eine mikromechanische Retention mit guten Haftfestigkeiten [91].

Flusssäure (Fluorwasserstoffsäure HF) ist allerdings ein starkes Kontaktgift und eine der aggressivsten anorganischen Säuren, die bei unsachgemäßer Anwendung Verätzungen mit schwerwiegender, progressiver Gewebszerstörung, begleitet von heftigen Schmerzempfindungen, verursacht [92, 93]. Flusssäure wirkt lokal ätzend, durchdringt aufgrund ihrer hohen Lipidlöslichkeit rasch die Haut und zerstört tiefere Gewebsschichten, ohne dass eine äußere Verletzung sichtbar sein muss [94-96]. Bereits bei Flusssäurekonzentrationen unter 5 % verursacht die Einwirkung auf Haut und Schleimhäuten eine deutliche Rötung und einen Brennschmerz. Nicht selten stellen sich Schmerzen erst Stunden nach dem Erstkontakt mit der Noxe ein, ohne dass zunächst auffällige Veränderungen der Hautoberfläche wahrnehmbar sind [95, 96]. Die Verwendung von Flusssäure für die Konditionierung der Oberfläche dentaler Glaskeramiken ist entsprechend der Gebrauchsanweisung der einzelnen Hersteller ausschließlich in der extraoralen Anwendung, unter Festlegung geeigneter Schutzmaßnahmen und Verwendung entsprechender Schutzausrüstung, freigegeben [83].

Es gibt zwar eine gepufferte 9-%ige Flusssäure in gelartiger Konsistenz (Ultradent® Porcelain Etch, Ultradent Products), die vom Hersteller für den intraoralen Gebrauch am Patienten unter Anwendung strenger Sicherheitsbestimmungen freigegeben ist. Die Autoren dieses Beitrags raten allerdings wegen der potentiell damit behafteten Risiken, die der Hersteller in seiner eigenen Gebrauchsanweisung und seinem eigenen Sicherheitsdatenblatt unmissverständlich auflistet, deutlich von einer intraoralen Anwendung ab.

Aufgrund der ernstesten Gesundheitsrisiken ist die intraorale Anwendung von Flusssäure zu gefährlich und sollte daher vermieden werden, insbesondere da eine effektive und ungefährliche Alternative mit der tribochemisch unterstützten Haftvermittlung (intraorale Silikatisierung und nachfolgende Silanisierung) für die Reparatur von Keramikversorgungen bzw. Verblendungsabplatzungen zur Verfügung steht [62, 69, 77, 78, 83, 89, 97-102].

Tribochemische Silikatisierung

Unter Tribochemie versteht man den Aufbau von chemischen Bindungen durch den Einsatz mechanischer Energie in Form von Reiben, Mahlen oder Strahlen [102-104]. Bei der tribochemischen Silikatisierung wird auf die Oberfläche von geeigneten Werkstoffen eine Silikatschicht durch Bestrahlen mit kieselsäuremodifizierten Korundpartikeln (Aluminiumoxidpartikel Al_2O_3 , die mit einer dünnen SiO_2 -Schicht überzogen sind) aufgebracht [83, 103, 105-108].

Das speziell beschichtete Strahlgut (CoJet™-Sand, 3M Espe) bei der intraoralen tribochemischen Silikatisierung wird mit einem Sandstrahlgerät, das für die Druckluftversorgung an den Turbinenanschluss der zahnärztlichen Behandlungseinheit angekoppelt wird, mit einem Strahlendruck von 2-3 bar beschleunigt [109]. Die Wirksamkeit der tribochemischen Silikatisierung beruht auf zwei unterschiedlichen Effekten des Strahlvorgangs. Einerseits kommt es durch eine hierdurch verursachte Steigerung der Oberflächenrauigkeit zu einer Vergrößerung der Kontaktfläche des bestrahlten Werkstoffs mit verbesserter Benetzbarkeit und gleichzeitiger Ausbildung mikroretentiver Strukturen, die für eine mikromechanische Verankerung kompositbasierter Befestigungsmaterialien zur Verfügung stehen [69, 110]. Der zweite Effekt beruht auf dem Aufbringen einer oberflächenaktiven Beschichtung durch das Strahlmittel. Wenn die bis zu einer Geschwindigkeit von ca. 1.000 km/h beschleunigten Partikel auf die Oberfläche des zu beschichtenden Materials treffen, wird deren große kinetische Energie durch Impuls- und Energieübertragung in lokal (nicht makroskopisch messbar) sehr hohe Temperaturen von 1.000-1.200°C umgewandelt und somit eine SiO_2 -Schicht auf die Oberfläche aufgeschmolzen, während die Aluminiumoxidpartikel, die lediglich als Träger für die Kieselsäure (SiO_2) dienen, vom frisch keramisierten Substrat abprallen [83, 103, 111-114]. Die betroffenen Oberflächen von Substrat und Strahlgut werden dabei im atomaren und molekularen Bereich so stark angeregt, dass man von einem sogenannten Triboplasma in Mikrobereichen sprechen kann [103]. Bei der tribochemischen Silikatisierung handelt es sich im Gegensatz zu thermischen Silikatisierungsverfahren um eine Kaltsilikatisierung, da die mechanische Energie in Form von kinetischer Energie auf das Substrat übertragen wird und die Silikatschicht makroskopisch ohne Temperaturerhöhung aufgetragen wird [102, 103]. Dadurch wird jegliche Form von thermischer Belastung und damit eventuell assoziierten Verziehnungen des bestrahlten keramischen oder metallischen Werkstücks vermieden [72, 103, 111, 113]. Es lassen sich sämtliche auf dem Markt befindlichen Keramiken, alle Metalle und alle harten Kunststoffe bzw. Composite mit einer aufgestrahlten Silikatschicht versehen [103]. Anhand von rasterelektronenmikroskopischen Aufnahmen kann man erkennen, dass durch die tribochemische Silikatisierung keine komplett

lückenlose Beschichtung durch das Strahlmittel erfolgt, sondern die bestrahlte Oberfläche mit inselförmigen Aufschmelzungen von Siliziumdioxid partiell überzogen wird; das SiO_2 wird beim Strahlprozess bis zu $15 \mu\text{m}$ in die Oberfläche des Zielmaterials implantiert [103]. Nach der Silikatisierung muss die beschichtete Oberfläche noch silanisieren werden, um einen kovalenten chemischen Verbund zwischen der anorganischen silikatischen Oberfläche und den organischen Einheiten des Reparaturkompositsystems herstellen zu können [83, 103, 115]. Die tribochemische Silikatisierung hat sich als langzeitstabil und hydrolyseunempfindlich bewährt [72, 116-118]. Die tribochemische Silikatisierung mit dem CoJet™-System (3M Espe) wird vom Hersteller als zuverlässige Alternative zur Flusssäure für die Vorbehandlung von Glaskeramik angegeben [119]. In einer In-vitro-Studie zur Simulation der intraoralen Keramikreparatur mit Reparaturkavitäten in glaskeramischen Inlays, die mit Kompositreparaturfüllungen versorgt wurden, zeigte die Vorbehandlung der Keramikoberfläche mit tribochemischer Silikatisierung exzellente Werte in der Randqualität und Retention der Reparaturfüllungen, vergleichbar zur Konditionierung mit einer Flusssäureätzung [71].

Sandstrahlen mit Aluminiumoxid

Eine weitere Methode für die Aktivierung der Glaskeramikoberflächen vor dem Auftragen des Silanhaftvermittlers, Adhäsivsystems und Reparaturkomposits stellt das intraorale Sandstrahlen mit Aluminiumoxidpartikeln (Korund Al_2O_3 , $27 \mu\text{m}$ oder $50 \mu\text{m}$ Korngröße) dar [62, 71, 79, 80, 120-125]. Im Gegensatz zur tribochemischen Silikatisierung (CoJet™) findet hierbei allerdings nur eine Reinigung und Kontaktflächenvergrößerung durch Anrauen der Oberfläche mit gleichzeitiger Ausbildung mikroretentiver Strukturen, die für eine mikromechanische Verankerung kompositbasierter Materialien zur Verfügung stehen, statt [110, 126]. Eine mit $50 \mu\text{m}$ Al_2O_3 sandgestrahlte Keramikoberfläche weist günstigere Bedingungen für die Anhaftung kompositbasierter Materialien auf, als eine mechanische Vorbehandlung mit rotierenden grobkörnigen Diamantinstrumenten [127].

Angesäuertes Phosphatfluorid

Angesäuertes Phosphatfluorid (APF = Acidulated Phosphate Fluoride), eine Zubereitung aus Natriumfluorid und Phosphorsäure [83, 128, 129], wurde als sichere Alternative zur Flusssäure für die intraorale Ätzung von Keramikoberflächen, mit geringer Verätzungsgefahr für die angrenzenden Weichgewebe, erwogen [62, 120, 130-138]. APF ist vor allem im angloamerikanischen Raum als Intensivfluoridierungspräparat im Einsatz [131, 139]. Allerdings konnte sich diese Methode wegen ihrer geringen Effizienz mit notwendigen Einwirkzeiten von bis zu 10 min und den in der Tiefenwirkung auf die unmittelbare Kontaktfläche begrenzten Veränderungen der Keramikmorphologie ►



NEUES SCHULUNGSANGEBOT DER ZAN

Fit für die Praxisbegehung!

SCHULUNG DIREKT IN IHRER PRAXIS

FACHLICHES

Seit geraumer Zeit führen die Gewerbeaufsichtsämter in Niedersachsen Praxisbegehungen durch. Sie überprüfen dabei insbesondere die Einhaltung der Vorgaben des Medizinproduktegesetzes bzw. der Medizinproduktebetriebsverordnung. Um Zahnarztpraxen bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und damit auch bei der Vorbereitung auf eine mögliche Praxisbegehung zu unterstützen, bieten wir praxisinterne Fortbildungen an. Speziell qualifizierte Referenten schulen mit Hilfe einer Checkliste Ihr Team direkt vor Ort und geben Tipps sowie Hilfestellungen im Hinblick auf die rechtskonforme Umsetzung von Hygienevorschriften. Bitte beachten Sie, dass dieses Schulungsangebot einen gewissen zeitlichen Vorlauf erfordert. Eine Art Feuerwehrdienst in letzter Minute (kurzfristige Beschaffung von Geräten, Validierungen, Handwerkern u. a. m.) können wir mit unserem Schulungsangebot nicht leisten.

Termin: Nach Vereinbarung

Dauer: 3 Stunden

Teamgebühr: 550 €

4 Fortbildungspunkte nach BZÄK

Informationen/Terminvereinbarungen:

Christine Lange-Schönhoff

Tel.: 0511 83391-123

E-Mail: clange@zkn.de

Zahnmedizinische Akademie
Niedersachsen
Zeißstraße 11 a
30519 Hannover



Abb. 1: Ausgangssituation: der an ein MOD-Inlay aus Glaskeramik angrenzende palatinale Höcker ist komplett bis auf Gingivaniveau frakturiert.



Abb. 2: Ausgangssituation: aus oralem Blickwinkel ist die unterminierende Defektausbreitung deutlich ersichtlich.



Abb. 3: Mit einem Finierdiamanten wurden die Frakturfläche gereinigt, das exponierte Dentin angefrischt, gelockerte Fragmente von Zahn bzw. Keramik entfernt und die Ränder geglättet.

- (nur flache Ätzmuster mit eher glatten, wenig rauen Strukturmodifikationen der Keramikoberfläche) nicht als klinisches Standardverfahren zur intraoralen Konditionierung von Keramiken etablieren [62, 83, 84, 86, 131, 132, 140-146].

Anrauen mit Steinchen oder Diamanten

Alternativ wird in der Praxis auch das mikromechanische Anrauen der glaskeramischen Oberflächen mit rotierenden Werkzeugen, wie Diamantschleifkörpern oder grünen Siliziumkarbid-Steinchen (Karbundum SiC) vor dem Auftragen der Reparaturkomponenten verwendet [62, 81, 82, 100, 115, 120, 147-153]. Unter klinischen Bedingungen ist es allerdings in vielen Fällen – v. a. beim Vorliegen von Defektkonfigurationen mit schmalen, spitz auslaufenden oder unterminierenden Anteilen – praktisch unmöglich, sämtliche im Rahmen des Reparaturvorgangs vorzubehandelnden Oberflächen mit rotierenden Instrumenten vollständig und zuverlässig zu aktivieren, insbesondere ohne dabei die Integrität eigentlich nicht betroffener Zahnanteile oder der Nachbarzähne zu gefährden. Der durch das Strahlgut ermöglichte gute Zugang zu diesen ansonsten kaum erreichbaren Arealen ist, neben der hohen Effektivität, einer der Hauptvorteile der Vorbehandlung mit einem intraoralen Sandstrahlgerät [63, 71, 77]. Das Anrauen der Keramikoberfläche mit einem rotierenden Diamantschleifer vor dem konsekutiven Auftragen eines Silans, Adhäsivs und Reparaturkomposits resultiert in signifikant schlechteren Verbundfestigkeiten im Vergleich zur Flusssäureätzung oder tribochemischen Silikatisierung [82, 118].

Silan

Nach dem Sandstrahlen oder Ätzen der glaskeramischen Oberfläche ist die konsekutive Applikation eines Silans entscheidend für den Aufbau kovalenter chemischer Bindungen des organischen Reparaturkomposits an die anorganische Keramik mit langfristig stabilen Haftfestigkeiten [78, 79, 83, 84, 120, 142, 150, 154-158]. Das in der

Zahnmedizin verwendete 3-Methacryloxypropyltrimethoxysilan ist ein bifunktionelles Molekül mit zwei unterschiedlichen Arten von reaktiven Gruppen [83, 84]. Es fördert die Benetzung der Glaskeramikoberfläche mit einem Komposit und wirkt als Haftvermittler zwischen der anorganischen Keramikoberfläche und dem organischen Komposit [159]. Dabei kommt es in einem Silanisierungsprozess auf der einen Seite durch eine Kondensationsreaktion von hydrolysierten Alkoxygruppen des Silans mit Silanol-Gruppen (Si-OH) an der Keramikoberfläche [160] zur Ausbildung einer Siloxanbindung (Si-O-Si-Bindung) [67, 161] und auf der anderen Seite zu einer Kopolymerisation des eine C=C-Doppelbindung enthaltenden Methacrylatrests des Silanmoleküls mit den Methacrylatgruppen der Monomere eines Adhäsivs bzw. Komposits [67, 83, 140, 162, 163]. Die Belastbarkeit der Keramik-Komposit-Verbundzone wird hauptsächlich durch die Mikrostruktur der Keramik und die Oberflächenbehandlung der Keramik bestimmt [142].

Universaladhäsive

Seit einiger Zeit sind alternativ zu den klassischen Etch-and-Rinse-Adhäsiven und den Self-Etch-Adhäsiven auch neuartige Universaladhäsive mit multifunktionalen Monomeren erhältlich. Diese speziellen Haftvermittler sind mit allen gebräuchlichen Konditionierungstechniken der Zahnhartsubstanzen und sämtlichen derzeit angewendeten Adhäsivstrategien kompatibel („Multi-mode“-Adhäsive), der phosphorsäurefreien Self-Etch-Technik und beiden phosphorsäurebasierten Etch-and-Rinse-Konditionierungstechniken (selektive Schmelzätzung bzw. komplette Total-Etch-Vorbehandlung von Schmelz und Dentin) [67, 164-174]. Einige dieser Universaladhäsive sollen aufgrund ihrer chemischen Zusammensetzung auch als Primer für Keramiken, Composite und Metalle geeignet sein [175, 176]. Bezüglich der Wirksamkeit als Haftvermittler für alloplastische Materialien müssen sich die Universaladhäsive allerdings mit den etablierten Spezial- und Universalprimern

sowohl in ihren initialen Haftwerten als auch in deren Langzeitbeständigkeit messen lassen [82, 174, 176, 177]. Materialspezifische Spezial- und Universalprimer sind zum Aufbau der Adhäsion an Glaskeramiken und Edelmetalllegierungen aufgrund der höheren und stabileren Haftwerte gegenüber Universaladhäsiven zu bevorzugen [176]. Dies gilt vor allem bei der primären adhäsiven Befestigung indirekter zahnärztlicher Restaurationen, da hier extraoral die jeweilige Werkstückoberfläche isoliert und ohne Gefahr der Kreuzkontamination noch nicht benachbarter dentaler Strukturen durch den passenden Spezialprimer vorbehandelt werden kann, ebenso wie intraoral die Zahnhartsubstanzen mit einem Adhäsiv in der Etch-and-Rinse-Technik oder der Self-Etch-Technik ohne Beeinflussung noch nicht vorhandener alloplastischer Restaurationen separat vorbereitet werden können.

In einer intraoralen Reparatursituation ist die Ausgangslage aber deutlich komplizierter, da zumeist mehrere unmittelbar aneinandergrenzende natürliche und alloplastische Materialien für die Adhäsion kompositbasierter Reparaturmaterialien vorbereitet werden müssen [67]. Dabei ist zu beachten, dass die Vorbereitung der strukturell grundsätzlich verschiedenen Substratoberflächen für die Aufnahme eines kompositbasierten Reparaturmaterials unterschiedliche Konditionierungsmaßnahmen mit unterschiedlichen Haftvermittlergruppen erfordert. Die Verbundfestigkeit kann dabei kompromittiert werden, wenn der chemische Wirkstoff, der für die Vorbehandlung des einen Substrats erforderlich ist, unbeabsichtigterweise auf eine benachbarte Materialoberfläche gerät und dort zu einer Kreuzkontamination führt [67, 178-182]. Das Reparaturprotokoll wird durch die Anzahl und die Art der verschiedenen natürlichen und künstlichen Materialoberflächen bestimmt [73]. Eine Reparatur ist einfacher, je weniger unterschiedliche Substrate vorhanden sind, die intraoral für die Adhäsion vorbehandelt werden müssen [73].

Einige der Universaladhäsive enthalten auch Reparaturkomponenten in ihrer Formulierung, z.B. ein Silan für einen chemischen Haftverbund zu Glaskeramiken und/oder 10-Methacryloyloxydecylidihydrogenphosphat (10-MDP) für eine chemische Ankoppelung an Oxidkeramiken und Metalle, ohne dass hierfür ein separater Primer mit einem weiteren Vorbehandlungsschritt an der Restauraionsoberfläche erforderlich ist [68, 169, 174, 176, 183-187]. Dies ist vor allem bei der intraoralen Reparatur defekter zahnärztlicher Restaurationen sehr vorteilhaft, speziell in komplexen klinischen Situationen, wenn unterschiedliche dentale Gewebe (Schmelz, Dentin) und konservierend-prothetische Restaurationen (glaskeramische Restaurationen, Verblendkeramiken, Zirkonoxidgerüste, Metallgerüste, Anteile alter Kompositrestaurationen oder -verblendungen) adhäsiv vorbehandelt werden müssen. Dadurch reduzieren sich die potentiellen Fehlermöglichkeiten, weil die Gefahr einer falschen Reihenfolge der Substratvorbereitung (durch tribochemische Silikatisierung bzw. Sandstrahlen auf Restauraionsseite und Phosphorsäureätzung bzw. Selbstkonditionierung durch das Adhäsiv auf Zahnseite) und das Risiko eines ungenauen Auftragens der unterschiedlichen Primer und Adhäsive, mit der Gefahr einer Kreuzkontamination, sinken bzw. ausgeschlossen werden, speziell wenn das Universaladhäsiv nach dem Partikelstrahlen der alloplastischen Materialien im Self-Etch-Modus appliziert wird.

Somit erscheinen die Universaladhäsive bei der intraoralen Reparatur bzw. Korrektur defekter zahnärztlicher Versorgungen als guter Kompromiss zwischen Einfachheit im Reparaturprotokoll einerseits und Effektivität des Verfahrens andererseits. Die Langzeitbewährung, vor allem unterstützt durch verlässliche Daten aus klinischen Studien, steht derzeit allerdings noch aus. ►►



Abb. 4: Darstellung der Defektgrenze und Weichgewebemanagement mit einem Retraktionsfaden.



Abb. 5: Teilmatrizen aus Metall schützen die Nachbarzähne vor dem nachfolgenden Sandstrahlen und helfen bei der Konturierung der Reparaturfüllung.



Abb. 6: Sandstrahlgerät für den intraoralen tribochemischen Silikatisierungsvorgang.



Abb. 7: Die Frakturfläche des Keramikinlays wurde mit einem intraoralen Sandstrahler tribochemisch vorbehandelt. Auf der Okklusalfäche ist eine Mattierung durch das aufgetroffene Strahlmittel erkennbar.



Abb. 8: Ein Universaladhäsiv mit Reparaturkomponente wird im Self-Etch-Verfahren auf sämtliche zu konditionierenden Frakturflächen (Keramik, Dentin, Schmelzrand) aufgetragen.



Abb. 9: Ausdünnen des Adhäsivs und Verdunsten des Lösungsmittels mit trockener, ölfreier Druckluft.



Abb. 10: Lichthärtung des Haftvermittlers für 10 s.



Abb. 11: Nach dem Schritt der Haftvermittlung resultiert eine glänzende und überall gleichmäßig von Adhäsiv benetzte Defektoberfläche.



Abb. 12: Ein fließfähiges Ormocerkomposit wird an die Innenwinkel und -kanten der Frakturstelle aufgetragen. Dies garantiert eine gute, blasenfreie Adaptation der ersten Reparaturschicht an die umgebenden Strukturen.



Abb. 13: Lichthärtung des niedrigviskösen Ormocers für 20 s.



Abb. 14: Das restliche Defektvolumen wird mit seitenzahntauglichem normalviskösem Ormocerkomposit aufgefüllt und damit der palatinale Höcker wieder rekonstruiert.



Abb. 15: Mit einem als Modellierinstrument verwendeten neuen Microbrush wird das Füllungsmaterial sorgfältig an die okklusale Kante des Keramikinlays adaptiert.



Abb. 16: Lichthärtung des Ormocers für 20 s.



Abb. 17: Endsituation: die ausgearbeitete und polierte Reparaturrestauration stellt die ursprüngliche Zahnform durch Aufbau des palatinalen Höckers wieder her.



Abb. 18: Endsituation: die Funktion des Zahnes ist wieder hergestellt.

► 2. Klinischer Fall

Ein 56-jähriger Patient erschien in unserer Sprechstunde mit einem Defekt an einem ersten Oberkieferprämolaren. Der komplette palatinale Höcker war direkt neben einem immer noch unversehrt im Zahn befindlichen dreiflächigen Glaskeramikinlay unter Auflösung des Adhäsivverbunds weggebrochen. Die Frakturlinie verlief prognostisch günstig äquigingival (Abb. 1).

Als Hauptgründe für das Versagen von Keramikinlays, -onlays und -teilkronen werden Frakturen der Restaurationen, Frakturen angrenzender Zahnbereiche, postoperative Hypersensibilitäten und die Ausbildung von Sekundärkaries angeführt [43, 44, 188-200]. Die Ursache von Zahnfrakturen in vivo sind üblicherweise Mikrorisse als Resultat einer Materialermüdung bereits geschwächter Zahnhartsubstanz durch wiederkehrende Belastungen aus der oralen Funktion (physiologische Kaubelastung, unphysiologisches Pressen und Knirschen). Diese Risse entstehen oft an Innenwinkeln und -kanten der präparierten Kavität, speziell am Übergang des horizontalen Kavitätenbodens in die vertikalen Kavitätenanteile, und breiten sich aufgrund der weiter einwirkenden oralen Belastung häufig nach zervikal in Richtung zur Schmelzzementgrenze aus, so dass es letztlich zum katastrophalen Versagen durch Fraktur der betroffenen Zahnanteile kommt [55, 201]. Obwohl man Frakturen auch an komplett gesunden Zähnen beobachten kann, treten sie häufiger an stark zerstörten oder restaurierten Zähnen auf [202].

Höckerfrakturen sind oft das Ergebnis einer mangelhaften transversalen Stabilisierung der Zahnhartsubstanz, wenn die approximalen Randleisten durch die Kavitätenpräparation für intrakoronale Restaurationen geschwächt oder eliminiert werden [201]. Die Frakturen verlaufen oft parallel zur marginalen Gingiva im Zervikalbereich des betroffenen Zahnes oder reichen leicht nach subgingival [201].

Im vorliegenden Patientenfall war offenbar der adhäsive Haftverbund zwischen dem intrakoronalen Keramikinlay und dem palatinalen Höcker nach vielen Jahren klinischer Verweildauer nicht mehr stabil genug, um den intraoralen Beanspruchungen weiter standhalten zu können [203] (Abb. 2). Extraaxiale Belastungen hoher Intensität durch antagonistische Zahnkontakte speziell in dynamischer Okklusion waren sicherlich mitverantwortlich für die Fraktur. Das steile Höcker-Fissuren-Relief von Oberkieferprämolaren wird als Prädispositionsfaktor für das Auftreten von Frakturen, vor allem bei Zähnen, die bereits Kavitätenpräparationen aufweisen, beschrieben [204]. Die Restauration eines Zahnes mit Höckerfraktur weist eine gute Prognose auf, insbesondere dann, wenn die Frakturlinie sich nicht deutlich nach subgingival erstreckt [205]. Es ist allerdings immer eine Herausforderung für den Behandler, wenn der Stützhöcker eines Oberkieferprämolaren ersetzt werden muss [206].

Im Einzelfall kann bei Oberkieferprämolaren mit tief unter die Gingiva verlaufender und somit extrem schwierig zu versorgender palatinaler Höckerfraktur auf eine komplette Rekonstruktion des verloren gegangenen Höckers verzichtet werden und der Zahn im Sinne einer Odontoplastik in einen Eckzahn umgeformt werden („Caninisierung“) [207, 208]. Die durch die Fraktur entstandene palatinale Konkavität mit freiliegenden Dentinarealen wird dabei unter Anwendung der Adhäsivtechnik in geringer Schichtstärke mit Komposit aufgefüllt, auf eine vollständige Konturrekonstruktion des abgesplitterten Höckers wird verzichtet [207]. Der Zahn reagierte während der klinischen Untersuchung auf den Kältetest ohne Verzögerung sensibel und zeigte auf den Perkussionstest ebenfalls keine Auffälligkeiten. Nach der Aufklärung über mögliche Behandlungsalternativen und deren Kosten entschied sich der Patient für eine Reparaturfüllung mit plastischem Komposit in der Adhäsivtechnik zum Ersatz des verlorengegangenen palatinalen Höckers.

Zu Beginn der Behandlung wurde der betreffende Zahn mit fluoridfreier Prophylaxepaste und einem Gummikelch gründlich von externen Auflagerungen gesäubert. Anschließend wurde die Frakturfläche mit einem Finierdiamanten gereinigt und das freiliegende Dentin leicht angefrischt. Gelockerte Fragmente von Zahn und Keramikgrenzfläche wurden mit dem feinkörnigen rotierenden Instrument entfernt und die Frakturänder geglättet (Abb. 3). Die passende Farbe für das Restauraionskomposit wurde am noch feuchten Zahn mit Farbwahlmustern ermittelt.

Das Weichgewebemanagement der angrenzenden Gingiva und die Darstellung der Defektgrenze erfolgten mit einem Retraktionsfaden, der vorsichtig, ohne eine Blutung zu provozieren, in den gingivalen Sulkus neben der Frakturstelle eingebracht wurde (Abb. 4). Danach wurden Teilmatrizen aus Metall im mesialen und distalen Approximalraum appliziert und mit Holzkeilen verankert (Abb. 5). Diese sollen einerseits die Nachbarzähne vor dem nachfolgenden Sandstrahlen im Rahmen der Bruchflächenkonditionierung schützen und andererseits unterstützend bei der Formgebung der Reparaturrestauration wirken. Mit einem intraoralen Sandstrahlgerät (Abb. 6) erfolgte die tribochemische Konditionierung der Frakturfläche des Glaskeramikinlays (Abb. 7). Dabei müssen alle zu bearbeitenden Oberflächen sauber und trocken sein, Feuchtigkeit oder Ölreste führen zu einer unzureichenden Haftung. Anschließend wurde das Behandlungsgebiet mit trockener, ölfreier Druckluft gründlich von Strahlmittelresten gesäubert.

Ein modernes Universaladhäsiv mit multifunktionalen Monomeren wurde im Self-Etch-Verfahren in großzügiger Menge gleichzeitig auf sämtliche zu konditionierenden Frakturflächen (Keramik, Dentin, Schmelzrand) aufgetragen und sorgfältig mit einem Microbrush einmassiert (Abb. 8). Nach dem vorsichtigen Ausdünnen des Adhäsivs und ►►

► dem Verdunsten des Lösungsmittels mit trockener, ölfreier Druckluft (Abb. 9) wurde der Haftvermittler für 10 s lichtpolymerisiert (Abb. 10). Es resultierte eine glänzende und überall gleichmäßig von Adhäsiv benetzte Defektoberfläche (Abb. 11). Dies sollte sorgfältig kontrolliert werden, da matt erscheinende Kavitätenareale ein Indiz dafür sind, dass nicht ausreichend Adhäsiv auf diese Stellen aufgetragen wurde. Im schlimmsten Fall könnte sich dies in einer verminderten Haftung der nachfolgend aufzubringenden Füllung an diesen Arealen mit gleichzeitig beeinträchtigter Versiegelung betroffener Dentinareale auswirken und daher eventuell auch mit postoperativen Hypersensibilitäten einhergehen. Werden bei der visuellen Kontrolle derartige Areale gefunden, so wird dort selektiv nochmals Haftvermittler aufgetragen.

Im Anschluss wurde ein fließfähiges Ormocerkomposit an die Innenwinkel und -kanten der Frakturstelle aufgetragen (Abb. 12). Aufgrund der exzellenten Anfließigenschaften garantiert das niedrigvisköse Material eine gute, blasenfreie Adaptation der ersten Reparaturschicht an die umgebenden Strukturen. Der positive Effekt niedrigvisköser, fließfähiger Kompositmaterialien auf die interne Kavitätenadaptation und auf die Integrität des adhäsiven Interfaces ist in der Literatur dokumentiert [209]. Das fließfähige Ormocer wurde für 20 s mit einer lichtstarken Polymerisationslampe ausgehärtet (Abb. 13). Nachfolgend wurde das restliche Defektvolumen mit seitenzahntauglichem normalviskösem Ormocerkomposit aufgefüllt und damit der verlorengegangene palatinale Höcker wieder rekonstruiert (Abb. 14). Das Füllungsmaterial wurde hierfür mit einem als Modellierinstrument verwendeten neuen Microbrush sorgfältig an die okklusale Kante des Keramikinlays adaptiert (Abb. 15). Das Komposit wurde wiederum für 20 s lichtgehärtet (Abb. 16). Nach der Abnahme der Metallmatrizen wurde das Restaurationsmaterial jeweils noch einmal für 10 s von mesio-palatal und disto-palatal nachgehärtet. Dadurch wird sichergestellt, dass sämtliche Areale im approximal-zervikalen Bereich, die zuvor von den Metallmatrizen abgedeckt waren, ausreichend polymerisiert wurden, um die intraoral maximal erreichbaren mechanischen Eigenschaften des Ormocers zu erzielen.

Die Reparaturrestauration wurde sorgfältig mit rotierenden Instrumenten und abrasiven Scheibchen ausgearbeitet, die statische und dynamische Okklusion adjustiert und anschließend das Füllungsmaterial poliert. Die Abbildungen 17 und 18 zeigen die fertige direkte Reparaturrestauration zum Ersatz des palatinalen Höckers des ersten Oberkieferprämolaren. Bei der intraoralen Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion des restaurierten Zahnes wurde darauf geachtet, die Reparaturfüllung völlig außer Kontakt zu nehmen, eine Abstützung erfolgte lediglich auf dem Keramikinlay.

3. Schlussbemerkungen

Die intraorale Reparatur insuffizienter direkter und indirekter zahnärztlicher Restaurationen mit begrenzten und gut zugänglichen Defekten verzeichnet heutzutage sowohl bei Zahnärzten als auch bei Patienten zunehmend Akzeptanz [176, 210, 211]. Während eine Reparatur in der Vergangenheit mit dem zahnärztlichen Selbstverständnis an eine qualitätsorientierte Behandlung kaum vereinbar schien und in diesem Zusammenhang eher als „Pfusch“ oder inakzeptables „Anflicken“ gesehen wurde [63, 73, 211, 212], hat sich in Bezug auf diese Thematik in den letzten Jahren ein deutlicher Bewusstseinswandel vollzogen und werden Reparaturkonzepte immer mehr in das zahnärztliche Behandlungsspektrum integriert [213]. Reparaturfüllungen werden heute als wertvolle Methode zur Verlängerung der klinischen Verweildauer von defekten direkten und indirekten Versorgungen und zum Schutz vor unnötiger Entfernung gesunder Zahnhartsubstanz, die beim kompletten Austausch von Restaurationen praktisch unvermeidlich ist, angesehen [54, 60, 65, 67, 73, 115, 214]. ■

Prof. Dr. Jürgen Manhart, München
ZÄ Iris Frasher, München

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jürgen Manhart
Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
Klinikum der Universität München
Goethestraße 70, 80336 München
e-mail: manhart@manhart.com
Internet: www.manhart.com, www.dental.education

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

Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

BERUFGENOSSENSCHAFT FRAGT BETREUNGSSTATUS IN DEN PRAXEN AB

Vorspann:

Arbeitsunfälle vermeiden und Gesundheitsgefahren bei der Arbeit verhindern – der Praxisbetreiber trägt immer die Verantwortung für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz seiner Beschäftigten bei der Arbeit.

Gemäß § 2 und § 5 Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) Vorschrift 2 der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege müssen auch zahnärztliche Praxen ab einer abhängig beschäftigten Person die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung sicherstellen.

Die für unsere Praxen zuständige Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) überprüft durch schriftliche Abfragen regelmäßig Anfang März jedes Jahres eine zufällig gezogene Stichprobenauswahl derjenigen Praxen, von denen ihnen bisher keine BuS-Betreuung gemeldet worden ist.

Für diese Betreuung gibt es verschiedene Umsetzungsformen:

- ▶ durch Teilnahme am Betriebsärztlichen und Sicherheitstechnischen Dienst (BuS-Dienst) der Zahnärztekammern Niedersachsen und Westfalen-Lippe
- ▶ durch vertragliche Vereinbarung mit Fremdanbietern
- ▶ durch Festanstellung von Fachkräften (meist in größeren Betrieben)

Die Vorteile für die Zahnarztpraxen bei der Teilnahme am BuS-Dienst der Zahnärztekammer sind die kontinuierliche Unterstützung durch die Zahnärztekammer:

- ▶ Permanente Schulungsangebote und Betreuung
- ▶ Ständiger Beratungsdienst durch Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit
- ▶ Eigene Internetpräsenz unter www.bus-dienst.info

Der BuS-Dienst richtet sich an alle niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in eigener Verantwortung mit Hintergrundunterstützung durch die Zahnärztekammer die gesetzlichen Vorgaben umsetzen, Gefährdungen gezielt abbauen und den Arbeitsschutz kontinuierlich verbessern möchten. Der Besuch der Einführungsveranstaltung für Zahnärzte ist die Voraussetzung für die Teilnahme am BuS-Dienst und

löst eine Meldung dieser Betreuungsform der Zahnärztekammer bei der Berufsgenossenschaft BGW aus. Die Arbeitsschutzkenntnisse sind danach regelmäßig alle fünf Jahre zu aktualisieren.

Die Aktualisierung kann entweder

- ▶ in Form einer Präsenzveranstaltung (ohne Erfolgskontrolle) oder
- ▶ in Form einer Onlineschulung (mit Erfolgskontrolle) geschehen.

Die Gemeinsame Zahnärztliche Stelle BuS-Dienst hat auf ihrer eigenen Internetseite www.bus-dienst.info unter Schulungen einen Lernserver zur Absolvierung der Fortbildungsverpflichtung aufgesetzt. Alle durch den BuS-Dienst der Kammern betreuten Sicherheitsverantwortlichen – egal aus welchem Kammergebiet – können dort kostenfrei ihrer Fortbildungsverpflichtung nachkommen. Entsprechende Zertifikate und Punktebescheinigungen werden nach erfolgreicher Absolvierung des notwendigen Abschlusstests per Post versendet. ■

_____ Dr. Lutz Riefenstahl

Referent im ZKN-Vorstand für Zahnärztliche Praxisführung



OLG Hamm, Urteil vom 04.03.2016 – 26 U 16/15

DIE VERWENDUNG VON AMALGAM IST GRUNDSÄTZLICH UNBEDENKLICH – SO DAS OBERLANDESGERICHT HAMM IN SEINEM URTEIL VOM 04.03.2016 (26 U 16/15)

Eine Patientin hatte auf Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld geklagt. Sie warf der beklagten Zahnarztpraxis einen Behandlungsfehler vor, indem sie Amalgam und weitere Metalle, insbesondere Gold, zusammen verwendet habe. Ferner habe die behandelnde Zahnärztin eine Amalgamallergie nicht erkannt, infolgedessen zwei Zähne hätten gezogen werden müssen.

Die Patientin, die bereits seit ihrer Kindheit Amalgamfüllungen besaß, erhielt durch die beklagte Praxis 1990 und zuletzt 2009 weitere Amalgamfüllungen. 2009 wechselte sie dann zu einem anderen Zahnarzt, der auf ihren Wunsch alle Amalgamfüllungen durch Kunststofffüllungen ersetzte. Seit 2011 wurde die Behandlung durch einen Zahnarzt, der einen ganzheitlichen Ansatz verfolgte, fortgeführt. 2014 erhob die Patientin beim Landgericht Detmold Klage gegen die ehemalige Zahnarztpraxis.

Nachdem das Landgericht die Klage wegen Verjährung zurückwies, entschied das Oberlandesgericht als Berufungsgericht in der Sache und wies die Berufung zurück. In seiner Entscheidung stützte sich der Senat auf das Gutachten sowie auf die Ausführungen des Sachverständigen. Danach ist die Verwendung von Amalgam grundsätzlich unbedenklich. Dies entspricht einer gesicherten zahnmedizinischen Erkenntnis, die darauf gegründet ist, dass Amalgamfüllungen langjährig in einer hohen Anzahl und ohne Beeinträchtigung verwendet worden sind und eine Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen beweisen, dass eine solche Gefährdung nicht gegeben ist. Im vorliegenden Fall unbedenklich ist auch der Verbleib von Amalgamresten beim Aufbau von neuen Goldkronen, denn durch den zur Befestigung der Krone notwendigen Zement besteht eine Isolierung. Ebenso besteht für eine Reaktion bei Verwendung von Gold in einem Kieferbereich und Amalgam im anderen Kieferbereich eine geringe Wahrscheinlichkeit. Allenfalls hätte eine Reaktion in der ersten Stunde erfolgen müssen. Der Sachverständige konnte das Vorliegen einer Allergie nicht bestätigen, da der Zeitablauf (1990 bis 2009) und das Fehlen der dafür notwendigen Symptome dagegen sprechen würden.



Foto: © Sebastian Kunzler/Fotolia.com

Hervorzuheben ist der Hinweis des Oberlandesgerichts zur Frage der Aufklärungspflicht. Dabei verweist das Oberlandesgericht auf ein Urteil des Bundesgerichtshofs vom 15.03.2005 (VI ZR 313/03): „...die Wahl der Behandlungsmethode (ist) zwar primär Sache des Arztes. Gibt es indessen mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Behandlungsmethoden, die wesentlich unterschiedliche Risiken und Erfolgschancen aufweisen, besteht mithin eine echte Wahlmöglichkeit für den Patienten, dann muss diesem entsprechend vollständiger ärztlicher Aufklärung die Entscheidung überlassen bleiben, auf welchem Wege die Behandlung erfolgen soll und auf welches Risiko er sich einlassen will.“ Nach Ansicht des Gerichts hat eine solche Aufklärungspflicht nicht bestanden, da die Verwendung von Amalgam nicht zu einer Wechselwirkung und einem Risikopotenzial führt – auch nicht in Verbindung mit anderen Materialien.

Dessen ungeachtet empfehlen wir Ihnen auch weiterhin mögliche Allergien bei Ihren Patienten zu erfragen. Rechtssicherheit besteht durch dieses Urteil hingegen bei der Verwendung von Amalgam in der Vergangenheit. Gleichwohl ist und bleibt der Einsatz von Amalgam in der Diskussion. Zuletzt angeheizt durch einen Kompromiss des Europäischen Parlaments, des Rats und der Europäischen Kommission vom 06.12.2016 zur neuen EU-Quecksilberverordnung, mit dem die Minamata-Konvention zur Reduzierung des weltweiten Quecksilberverbrauchs umgesetzt werden soll. Danach darf in der EU ab Juli 2018 Amalgam nicht mehr bei Schwangeren, Stillenden und Kindern unter 15 Jahren verwendet werden. Diese Entscheidung wurde vorbeugend und aus Umweltschutzgründen getroffen, nicht aber wegen tatsächlich festgestellter gesundheitlicher Risiken. Einzelheiten dazu können Sie der Seite der Bundeszahnärztekammer entnehmen. ■

Daniela Schneider

Abteilungsleiterin, Abt. Recht und Zulassung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen



Krank ist krank!

ARBEITSUNFÄHIG ERKRANKTE ARBEITNEHMER SIND GRUNDSÄTZLICH NICHT VERPFLICHTET, ZU PERSONALGESPRÄCHEN ZU ERSCHEINEN.

Nach § 106 der Gewerbeordnung¹ haben Arbeitgeber das Recht, einseitig durch eine sogenannte Weisung, den Inhalt, den Ort und die Zeit der Arbeitsleitung näher zu bestimmen bzw. Anweisungen zur Ordnung und dem Verhalten der Arbeitnehmer im Betrieb zu erteilen, wenn diese Arbeitsbedingungen nicht durch den Arbeitsvertrag oder gesetzliche Vorschriften festgelegt sind². Dieses Recht wird auch als Direktionsrecht des Arbeitgebers bezeichnet.

Grundsätzlich ist es daher Arbeitgebern möglich, während der Arbeitszeit einen Arbeitnehmer zu einem Personalgespräch einzubestellen, wenn es dabei um die geschuldete Arbeitsleistung geht. An solchen Gesprächen muss der Arbeitnehmer teilnehmen. Verweigert ein Arbeitnehmer die Teilnahme, stellt dies eine Arbeitsverweigerung dar, die der

Arbeitgeber mit einer Abmahnung und im Wiederholungsfalle sogar mit einer Kündigung sanktionieren kann. Fraglich ist jedoch, ob diese Pflicht auch besteht, wenn der Arbeitnehmer arbeitsunfähig erkrankt ist. Genau mit dieser Frage hatte sich das Bundesarbeitsgericht im November 2016 auseinandersetzen (Urt. v. 02.11.2016, Az. 10 AZR 596/15). Die Richter bestätigten, dass Arbeitnehmer grundsätzlich verpflichtet sind, an Personalgesprächen über Inhalt, Ort und Zeit der zu erbringenden Arbeitsleistung teilzunehmen. Allerdings führten sie aus, dass diese Pflicht nicht besteht, wenn der Arbeitnehmer arbeitsunfähig erkrankt ist. In Zeiten der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers durch Krankheit ruht die Hauptleistungspflicht aus dem Arbeitsvertrag (Erbringung der Arbeitsleistung), was gleichzeitig dazu führt, dass auch die damit unmittelbar zusammenhängenden Nebenpflichten (Teilnahme am Personalgespräch) ruhen. Dieses Urteil bedeutet jedoch kein generelles Kontaktverbot für den Arbeitgeber. In dringenden Fällen darf er den erkrankten Arbeitnehmer z. B. telefonisch kontaktieren, um nicht anders zu klärende dienstliche Fragestellungen zu erörtern. ■

_____ Michael Behring, LL.M.
Geschäftsführer

¹ Auch wenn Zahnärzte kein Gewerbe betreiben, gelten die allgemeinen arbeitsrechtlichen Grundsätze der Gewerbeordnung (Titel VII Abschnitt 1) auch für die Arbeitsverhältnisse in den Zahnarztpraxen (siehe § 6 Abs. 2 der Gewerbeordnung)

² Weitere Einschränkungen des Direktionsrechtes können sich durch Regelungen in Betriebsvereinbarungen oder Tarifverträgen ergeben.

BESCHLÜSSE AUS:

Beratungsforum von Bundeszahnärztekammer, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und Vertretern der Beihilfe von Bund und Ländern

Nachdem im Jahr 2013 Bundeszahnärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung sowie die Beihilfestellen von Bund und Ländern ein Beratungsforum zur Auslegung von Gebührenordnungsfragen vereinbart haben, wollen wir Ihnen für die Praxis alle dort gefassten Beschlüsse zur Kenntnis geben.

Diese sollen Ihnen helfen, Streitigkeiten bei der Auslegung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu vermeiden.

Alle Mitglieder des Beratungsforums haben sich einvernehmlich auf die nachfolgenden Beschlüsse zu den dort genannten, bisher strittigen Punkten verständigt. Bei Problemen mit kostenerstattenden Stellen können Sie diese Beschlüsse Ihren Patienten zur Verfügung stellen, damit diese ihre Erstattungsansprüche besser durchsetzen können.

Dr. Henning Otte
Vorsitzender des GOZ-Ausschusses



Dr. Henning Otte,
Vorsitzender des GOZ-Ausschusses

Berechnungsfähigkeit des Operationsmikroskops

1. Der Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops ist nur für die in der GOZ-Nr. 0110 abschließend aufgezählten Gebührenpositionen berechnungsfähig. Eine analoge Anwendung dieser Zuschlagsposition oder anderer GOZ-Positionen für die Verwendung des Operationsmikroskops bei anderen als den in GOZ-Nr. 0110 bezeichneten Leistungen kommt nicht in Betracht. Wird eine nicht zuschlagsfähige Leistung erbracht, die aufgrund von darzulegender Schwierigkeit oder Zeitaufwand den Einsatz des Operationsmikroskops erfordert, kann dies mittels der §§ 5 bzw. 2 GOZ abgebildet werden.

Zusätzliche Berechnung der GOZ-Nr. 2197 neben der GOZ-Nr. 2000

2. Im Zusammenhang mit der Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen und Glattflächenversiegelung nach der GOZ-Nr. 2000 ist die GOZ-Nr. 2197 für die adhäsive Befestigung der Versiegelung nicht zusätzlich berechnungsfähig, da die adhäsive Befestigung der Versiegelung nach der wissenschaftlichen „Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ Bestandteil der Fissurenversiegelung ist.

Stillung einer übermäßigen Blutung

3. Die GOZ 3050 ist im Rahmen der dentoalveolären Chirurgie ggf. als selbständige Leistung zusätzlich berechenbar, wenn die Blutung das typische Maß bei dem Eingriff deutlich übersteigt und eine Unterbrechung der eigentlichen operativen Maßnahme erfordert. In allen anderen Fällen sind Blutstillungsmaßnahmen (auch größeren Umfangs), die ortsgleich mit chirurgischen Leistungen erfolgen, Bestandteil der jeweiligen Hauptleistung und dürfen nicht gesondert nach GOZ-Nr. 3050 berechnet werden. Dies gilt auch für die chirurgischen Leistungen aus der GOÄ, die für den Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 2 GOZ geöffnet sind.

Adhäsive Wurzelfüllung

4. Die Geb.-Nr. 2197 GOZ ist bei adhäsiver Befestigung der Wurzelfüllung neben der Geb.-Nr. 2440 GOZ zusätzlich berechnungsfähig.

Trennung von Liquidation und Erstattung

5. Bestimmungen, welche tarifbedingte Vertragsbestandteile des Versicherungsvertrages im reinen Innenverhältnis zwischen Versichertem und Versicherer sind, haben keinen Einfluss auf die Berechenbarkeit von Leistungen nach der GOZ.

Themenbereich Wurzelkanalbehandlungen

6. Der Verschluss atypisch weiter apikaler Foramina unter Verwendung von MTA (Mineral Trioxid Aggregate) wird in den Fällen, in denen ohne apikalen Verschluss (Apexifikation) eine ordnungsgemäße Wurzelfüllung nicht möglich ist und insofern der apikale Verschluss eine nach Art, Material- und apparativem Einsatz selbstständige Leistung darstellt, gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Um eine vollständige Aushärtung des MTA zu gewährleisten, sollte die Wurzelfüllung in einer folgenden getrennten Sitzung erfolgen. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2060 für angemessen.

7. Der Verschluss innerhalb des Parodontiums gelegener Perforationen des Wurzelkanalsystems stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2060 für angemessen.

8. Die Entfernung frakturierter Wurzelkanalinstrumente aus dem Wurzelkanalsystem stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2300 (Entfernung eines Wurzelstiftes) für angemessen.

9. Die Entfernung nekrotischen Pulpengewebes vor der Aufbereitung des Wurzelkanals stellt eine selbstständige



Foto: © Kadmy/Fotolia.com

Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2360 (Vitalexstirpation) für angemessen.

10. Das erschwerte Aufsuchen verengter Wurzelkanäleingänge und das Überwinden natürlicher Hindernisse bei der Aufbereitung des Wurzelkanals (Dentikel, Obliterationen, Verengungen, Krümmungen etc.) sowie natürlicher oder iatrogener Stufen stellen keine selbstständigen, analog zu berechnenden Leistungen dar, sondern sind mit der Grundleistung unter Berücksichtigung von § 5 Abs. 2 der GOZ zu berechnen.

Anm.: Über die analoge Berechnungsfähigkeit der Entfernung vorhandenen definitiven Wurzelkanalfüllmaterials konnte kein Konsens erzielt werden.

Themenbereich Materialkosten

11. Mit den Gebühren der GOZ sind grundsätzlich gemäß § 4 Absatz 3 alle Auslagen abgegolten, soweit im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist. Darüber hinaus sind – beziehend auf das BGH-Urteil vom 27. Mai 2004 (Az.: III ZR 264/03) – folgende Materialien zusätzlich berechnungsfähig:

- ▶ Oraquix® im Zusammenhang mit der Geb.-Nr. 0080
- ▶ ProRoot MTA® im Zusammenhang mit der Berechnung der Geb.-Nr. 2440
- ▶ Harvard MTA OptiCaps® im Zusammenhang mit der Berechnung der Geb.-Nr. 2440

Themenbereich Anästhesieleistungen

12. Die GOÄ-Nrn. 490, 491, 493, 494 dürfen von Zahnärzten ohne ärztliche Approbation nicht zum Zwecke der intraoralen Lokal- bzw. Leitungsanästhesie berechnet werden. Die Berechnung der GOÄ-Nr. 494 ist auch für den MKG-Chirurgen zum alleinigen Zwecke der Schmerzausschaltung bei zahnärztlich-chirurgischen Leistungen fachlich nicht indiziert und daher nicht berechnungsfähig. ▶▶



Foto: © Mcgeen/Fotolia.com



Foto: © Rido/Fotolia.com

► Themenbereich Röntgen

13. Im Zusammenhang mit den in der zahnärztlichen Therapie gängigen Röntgenaufnahmen (GOÄ-Nrn. 5000, 5002, 5004) ist eine Berechnung der GOÄ-Nr. 5298 nicht zulässig.

Themenbereich Chirurgie/Implantation

14. Neben der GOZ-Nr. 9100 GOZ ist die GOZ-Nr. 9090 GOZ nicht berechnungsfähig. Neben den GOZ-Nrn. 9110, 9120 GOZ ist die GOZ-Nr. 9090 GOZ dann berechnungsfähig, wenn die Knochentransplantation im Operationsgebiet nicht der Auffüllung des durch die Anhebung der Kieferhöhlenschleimhaut entstandenen Hohlraumes dient. Dies ist bei der Auffüllung von Knochendefiziten mit Eigenknochen im Bereich der Implantatschulter bei zeitgleicher Implantation oder beim Ausgleich von Knochendefiziten des Alveolar-kamms mit Eigenknochen getrennt vom Bereich des Sinuslifts der Fall. Wird neben den GOZ-Nrn. 9110, 9120 die GOZ-Nr. 9100 in Ansatz gebracht, ist eine Berechnung der GOZ-Nr. 9090 in derselben Kieferhälfte nicht möglich.

Themenbereich Fotodokumentation

15. Im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung sind Fotos, die ausschließlich zu dokumentarischen Zwecken angefertigt worden sind, mit den Gebührennummern abgegolten und dürfen nicht gesondert berechnet werden. Fotos, die therapeutischen oder diagnostischen Zwecken, nicht jedoch einer kieferorthopädischen Auswertung dienen, sind analog berechnungsfähig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 6000 für angemessen.

Protokollnotiz 6.11.2015: Die Träger der Beihilfe schließen sich den Empfehlungen des PKV-Verbandes zu den Beschlüssen 6, 7, 8, 9 und 15 an.

Provisorien

16. Die Wiedereingliederung (inklusive Säuberung, ggf. Wiederanpassung) andernorts angefertigter direkter oder laborgefertigter Provisorien ist analog zu berechnen. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2260 für angemessen.

Knochenresektion

17. Neben Extraktionen ist die GOZ-Nr. 3230 dann gesondert berechnungsfähig, wenn die Resektion aufgrund eigenständiger Indikation (nicht zur oder durch die Zahnentfernung notwendig) mit einem separaten auf der Rechnung dokumentierten Operationszugang erbracht wird und es sich insofern um eine selbstständige Leistung handelt. Die eigenständige Indikation ist auf der Rechnung zu erläutern.

Abschnittsübergreifende Berechnung

18. Die Auflistung einer Gebührennummer in einem bestimmten Abschnitt der GOZ hat nicht zur Folge, dass die dieser Gebührennummer zuzuordnende Leistung nur in Zusammenhang mit einem Leistungsgeschehen berechnungsfähig wäre, das fachlich diesem Gebührenordnungsabschnitt zuzuordnen ist.

Periimplantitisbehandlung

19. Eine Periimplantitis-Behandlung im offenen Verfahren stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr je nach Lokalisation die GOZ-Nr. 4090 bzw. die GOZ-Nr. 4100 für angemessen.

Protrusionsschiene

20. Die Eingliederung einer Protrusionsschiene, z. B. zur Behandlung einer Schlafapnoe, stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 7010 (Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche) für angemessen.

3,5-facher Steigerungssatz

21. Eine Überschreitung des 3,5-fachen Steigerungssatzes erfordert dann eine Begründung auf Verlangen des

Zahlungspflichtigen, wenn der Vereinbarung Kriterien gem. § 5 Absatz 2 GOZ zugrunde liegen. Die Wirksamkeit der Vereinbarung bleibt hiervon unberührt.

Computergesteuerte Anästhesie

22. Die computergesteuerte Anästhesie (z. B. WAND/STA) erfüllt trotz modifizierter Handhabung die Leistungsinhalte der GOZ-Nrn. 0090 oder 0100 und ist je nach Lokalisation und Indikation originär nach den GOZ-Nrn. 0090 für die Infiltrationsanästhesie (dazu zählen auch die intraligamentäre, intrakanaläre, intrapulpäre und intraossäre Anästhesie) oder 0100 für die Leitungsanästhesie zu berechnen.

Berechnung „je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“

23. Im Falle der Berechnungsweise „je Kieferhälfte oder je Frontzahnbereich“ einer Gebühr ist zu berücksichtigen, dass der Frontzahnbereich nur Anwendung findet, wenn die Leistung im Bereich von Eckzahn bis Eckzahn durchgeführt wird. Geht der Bereich über den Eckzahn hinaus, so wird nach Kieferhälften (Quadranten) berechnet. Eine Berechnungsweise je Frontzahnbereich und je Kieferhälfte ist nicht zulässig.

Berechnungsweise der GOZ-Nr. 2030

24. Für die GOZ-Nr. 2030 gilt: Wird in allen vier Kieferhälften präpariert und gefüllt und sind daneben jeweils besondere Maßnahmen erforderlich, kann die GOZ-Nr. 2030 in einer Sitzung maximal achtmal berechnet werden (viermal im Oberkiefer, viermal im Unterkiefer).

Zugriff auf die GOÄ für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen

25. Erbringen Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach der jeweils geltenden Fassung der GOZ zu berechnen. Ein Wahlrecht zwischen GOÄ und GOZ besteht insoweit nicht.

GOÄ-Nr. 5000

26. Von der GOÄ-Nr. 5000 ist die Aufnahme eines Zahns, Implantats oder zahnlosen Kieferabschnitts je Projektion umfasst. Die Abrechnungsbestimmung nach der GOÄ-Nr. 5000 ist zu beachten.

Die Beschlüsse erfassen nur den ausdrücklich vom Wortlaut erfassten Sachverhalt. Auf andere, nicht ausdrücklich erfasste Sachverhalte sind sie nicht übertragbar. ■

NEU: GOÄ-Kommentar der BZÄK

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist auch in der Zahnarztpraxis Grundlage für die Berechnung von Leistungen. So hat der Zahnarzt nach § 6 Abs. 2 GOZ Zugriff auf einen beschränkten Bereich der Gebührenordnung für Ärzte, soweit die Leistung nicht als selbständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) enthalten ist.

Anfang September hat die Bundeszahnärztekammer ergänzend zum Kommentar zur Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) einen Kurzkomentar zur GOÄ erarbeitet.

Der Kommentar wird kontinuierlich aktualisiert. Er kann umfassendere Kommentarausgaben zur gesamten ärztlichen Gebührenordnung jedoch nicht ersetzen. ■

Silke Lange

Referentin im ZKN-Vorstand für privates Gebührenrecht



Kommentar:

https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/goae_kommentar_bzaek.pdf



Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ):

https://www.gesetze-im-internet.de/go_1982/



Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe – auch multikulturell!

In Niedersachsen sind etwa 170 Damen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe des öffentlichen Gesundheitsdienstes tätig. Sie versorgen mehrmals täglich je ca. 25 Kinder nachhaltig mit Wissen, wie eine gute Mundgesundheit gefördert werden kann und trainieren zudem das Zähneputzen – das alleine ist schon eine Herausforderung. Was aber, wenn gar nicht alle Kinder die deutsche Sprache gleich gut verstehen? Dies ist zwar kein gänzlich neuer Umstand, jedoch sind gerade auch durch die Flüchtlingsbewegungen in der jüngeren Vergangenheit viele Kinder aus fernen Ländern in die niedersächsischen Kindergärten und Schulen gekommen. Dort wollen und sollen sie ebenfalls gemäß dem §21 SGB V (siehe Kasten) mit versorgt werden – das bringt auch neue Herausforderungen mit sich. Dies hat die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e. V. (LAG) unter dem Titel „Integration der Migration in die Gruppenprophylaxe“ zum Thema für die vier diesjährigen Fortbildungen für die Gruppen-Prophylaxefachkräfte gemacht. Die Logopädin Frau Leonie Augustin zeigte zum Beispiel auf, wie auch nonverbale Kommunikation („man kann nicht nicht-kommunizieren“) zur Einbeziehung aller Kinder verhelfen kann, auch wenn sie (noch) nicht die deutsche Sprache beherr-

schen. In praktischen Einheiten wurde verdeutlicht, welche Methoden (direkte Ansprache, Einsatz von Bildmaterial) ohne viel Mehraufwand die Arbeit erleichtern. Auch der Austausch untereinander war wieder wesentlicher Bestandteil der Fortbildung. Von der Prophylaxefachkraft Frau Beckmann aus Stade wurde das Projekt MiMi – von Migranten für Migranten – vorgestellt. Dieses findet auch in vielen niedersächsischen Regionen statt und beinhaltet die Schulung von Schlüsselpersonen aus verschiedenen Herkunftsländern zu diversen Gesundheitsthemen. So können die Informationen in der Muttersprache an Landsleute aus dem Umfeld weitergegeben werden. Durch weitere Erfahrungsberichte wurde ein intensiver Austausch angeregt, sodass ein bunter Strauß an Möglichkeiten entstand, wie auch in kleinen Schritten ein Beitrag zur Integration geleistet werden kann. Abgerundet wurde das Programm der Fortbildung durch den Vortrag „Andere Herkunft – anders gedeckter Tisch“ der Diätassistentin und Ernährungsberaterin Frau Barbara Prodöhl. Wodurch werden wir Menschen geprägt? Diese Auftakt-Frage haben alle vier Gruppen ähnlich beantwortet: Familie, Traditionen und Kultur sind für jeden von uns essentiell – und es gibt weltweit kein Fest ohne Essen! Diese tief in uns verwurzelten Prägungen nehmen wir mit, egal wo auf der Welt wir leben. Selten sind dabei

Fotos: LAG



V.l.n.r.: Kirsten Döhnert (LAG), Leonie Augustin (Logopädin), Barbara Prodöhl (Diätassistentin und Ernährungsberaterin), Jeanette Kluba (LAG) und Heike Beckmann (Prophylaxefachkraft aus Stade)



„Kroko“ ist nur eine von vielen verschiedenen Handpuppen, die in der Gruppenprophylaxe eingesetzt und von den Kindern geliebt und wiedererkannt werden.



Sammlung der Aspekte, die zur Prägung von Ernährungsgewohnheiten beitragen

ursprüngliche Ernährungsweisen suboptimal. Heute sind es vielmehr die „Snacks“ sowie die süßen Getränke, die zusätzlich sowie häufiger über den Tag verteilt verzehrt werden. Und dies gilt für einen Großteil der jüngeren Generation – unabhängig von der kulturellen Herkunft. Dazu kommt, dass es sich für die Menschen, die die deutsche Ordnung als besonders vorbildhaft empfinden, gar nicht erschließen kann, dass gerade die „Kinderlebensmittel“ mit ihrem überdurchschnittlichen Fett-, Zucker- und Salzgehalt als eher besonders ungeeignet für die Gesundheit der Kinder sind.

Mit etwas neuem Wissen und Handwerkzeug im Gepäck wünschen wir den Damen der Gruppenprophylaxe, aber auch allen anderen Akteuren, weiterhin gutes Gelingen bei der Förderung der Mundgesundheit „von Anfang an“! ■

____ Jeanette Kluba
Geschäftsführerin der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e.V. (LAG)
www.lagi-nds.de



Seit mehreren Jahrzehnten findet die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe aufgrund des gesetzlichen Auftrags (SGB V, § 21) in allen Bundesländern statt und zählt zu den erfolgreichsten Präventionsmaßnahmen in der Gesundheitsförderung von Kindern. Der Setting-Ansatz, das Aufsuchen der Kinder und Jugendlichen in den Einrichtungen (Krippen, Kindergärten, Schulen und Behinderteneinrichtungen) ermöglicht eine effiziente Erreichung der Zielgruppe. In den Besuchseinheiten wird üblicherweise den Kindern in der Gruppe altersgerecht Wissen über die Zahngesundheit zugetragen sowie ein Zahnputztraining durchgeführt. Weiterhin findet die Beratung von Eltern, Multiplikatoren oder z.B. von Einrichtungen statt, um das tägliche Zähneputzen vor Ort zu unterstützen. Auch Fluoridierungsmaßnahmen und zahnärztliche Gruppenuntersuchungen, bei der der Status der Mundgesundheit erfasst wird, sind Teil der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe. Neben der generellen Empfehlung auch zur regelmäßigen Individualprophylaxe, erfolgen im Einzelfall auch direkte Aufforderungen, einen niedergelassenen Zahnarzt aufzusuchen. Dies wird in der Regel von Zahnärzt*innen des öffentlichen Gesundheitsamts oder Patenzahnärzt*innen durchgeführt, ist aber den regionalen Gegebenheiten angepasst. Hand in Hand mit der Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis wird daher mit der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe das Ziel verfolgt, den Anteil kariesfreier Zähne sowie naturgesunder Gebisse bei Kindern weiter auszubauen.

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

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

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

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



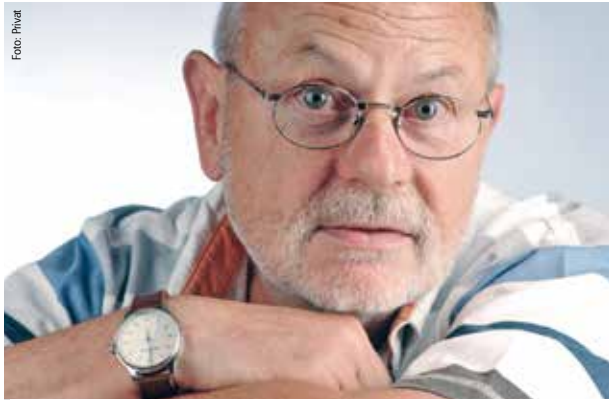
Dann rufen Sie uns gerne an (Tel.: 0151 59404512) oder schreiben Sie uns eine E-Mail (info@zahnmobil-hannover.de).

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



Aufklärung und dental minded

AM BEISPIEL EINER KLAGE VOR DEM OLG THÜRINGEN



Dr. Peter Paul Zehner, Wasserburg,
Gutachter im vorliegenden OLG-Prozess

Der Befund, die Diagnose und der darauffolgende Behandlungsplan mit der aufklärenden Beratung des Patienten ist die Basis für jede medizinische Behandlung. Auch für den Schmerzfal gilt, erst wenn der Patient zustimmt, sind zahnärztliche Maßnahmen im Sinne einer geplanten Körperverletzung rechtlich abgesicherte Schritte.

Aus vielen Fällen vor dem Schlichtungsausschuss oder als Sachverständiger vor Gericht hat die nachweisbare Aufklärung der Patienten einen nicht zu unterschätzenden Wert für die Einschätzung hinsichtlich Arzthaftung oder Behandlungsfehler. Ein befreundeter Jurist sagte mir einmal, „wir müssen nur lange genug suchen und finden immer etwas“.

Schließlich schlägt sich der Vorwurf mangelbehafteter Versorgungen in Schmerzensgeldforderungen nieder, die für die Praxisexistenz bedrohlich sind: Im Falle eines letztlich entfernten Zahnes 28 nach einer prothetischen Nachversorgung wurden EUR 28.000, für eine nicht durchgeführte Parodontalbehandlung EUR 50.000 veranschlagt, diesen Fall möchte ich kurz skizzieren:

Behandler und Patient sind seit der Schulzeit miteinander bekannt, man lebt in einem kleinen Dorf. Der Patient sucht die Praxis nur auf, wenn er Beschwerden hat, jede Zahnsteinentfernung erfordert viel Überzeugungsarbeit. Eine

parodontale Erkrankung wird diagnostiziert und mit in der Praxis üblichen Kürzeln in der Krankenakte festgehalten, Prophylaxe als vorbereitende Maßnahme vorgeschlagen. Die Praxis ist prophylaxeorientiert, der Patient daran aber nicht interessiert, er lehnt professionelle Zahnreinigungen letztlich ab. Behandlungsfreie Jahre vergehen, ein Praxiswechsel erbrachte schließlich massive Zahnverluste mit der folgenden Notwendigkeit einer zahnprothetischen Versorgung. Die Krankenkasse, dort arbeitet der Ehepartner, leitet eine beratungszahnärztliche Stellungnahme ein. In dieser wird, trotz Vorlage der vollständigen Karteikarte, die Diagnose resp. Aufklärung fälschlicherweise verneint. Ich bin im letzten Drittel dieses Falles als Sachverständiger vom Landgericht (LG) berufen worden. Zunächst habe ich eine gutachterliche Stellungnahme hinsichtlich der Diagnose PA und deren Behandlung im Sinne eines PA-Status samt Plan und Durchführung wegen patientenseitigem Desinteresse formuliert, laut PA-Richtlinien muss eine erkennbare Mitarbeit des Patienten dokumentiert sein, und wenn diese fehlt, muss der Behandler neu überlegen. In der Verhandlung vor dem LG ist der Ablauf dieser „Praxisbesuche“ sehr sorgfältig nachgefragt worden, mit dem Ergebnis, dass der Patient sich an vieles nicht erinnern kann. Die Klage wurde abgewiesen.

Zur Revisionsverhandlung vor dem Oberlandesgericht (in mittlerweile 90% aller sogenannten Arzthaftungsfälle in dieser Region) habe ich ein ergänzendes Gutachten hinsichtlich der beratungszahnärztlichen Stellungnahme verfasst, weil diese als Grundlage für die Revision von der Klagevertretung benannt wurde. In der Verhandlung des Oberlandesgerichts (OLG) wurden erneut und sorgfältig die Behandlungsphasen nachgefragt: Die Klageseite betrachtet den parodontalen Screening Index (PSI) als zwingend ersten Schritt für die obligat folgende PA-Behandlung und lässt dabei die PA-Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses völlig unbeachtet. Was bedeutet hätte, auch wenn der Patient nicht zustimmt, haftet der Behandler für die Folgen nicht durchgeführter Behandlungen!

Mittlerweile liegt das 20-seitige Urteil des OLG vor (AZ 7U 545/16 OLG Thüringen), die Revisionsklage wurde kostenpflichtig abgewiesen, der Streitwert auf rund EUR 67.000 festgesetzt. Wem hat schließlich diese streitige Auseinandersetzung genützt? ■

_____ Dr. Peter Paul Zehner, Wasserburg

Hausbesuche durch den Zahnarzt – Pflicht oder Kür?



Silke Lange
Referentin im ZKN-Vorstand für
Alterszahnmedizin

Zunehmend häufiger bitten uns Angehörige von Patienten oder auch Mitarbeiter/-innen von Pflegeheimen, die Patienten, die selbst nicht mehr in der Lage sind, unsere Praxen aufzusuchen, um einen Hausbesuch bzw. einen Besuch in der Pflegeeinrichtung.

Vor diesem Hintergrund möchten wir Sie über Rechte und Pflichten informieren.

Die am häufigsten gestellte Frage dazu ist, ob wir als Zahnärzte überhaupt und unter welchen Voraussetzungen zu einem Hausbesuch verpflichtet sind.

Für den Vertragszahnarzt ergeben sich die allgemeinen Behandlungspflichten aus § 95 SGB V in Verbindung mit dem § 7 Bundesmantelvertrag (BMV-Z). Dort ist die Besuchsbehandlung für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in den Absätzen 2 und 3 geregelt:

(2) Besuche außerhalb seines üblichen Praxisbereiches kann der Zahnarzt ablehnen, es sei denn, dass es sich

um einen dringenden Fall handelt und ein Kassenzahnarzt, in dessen Praxisbereich die Wohnung des Kranken liegt, nicht zu erreichen ist.

(3) Anspruch auf eine Besuchsbehandlung haben Kranke nur, wenn ihnen das Aufsuchen des Zahnarztes in dessen Praxisräumen nicht möglich oder nicht zumutbar ist. Demnach hat der Patient nur einen Anspruch auf einen Hausbesuch, wenn ihm das Aufsuchen der Zahnarztpraxis nicht möglich ist, z.B. weil er transportunfähig ist.

Ein Hausbesuch kann abgelehnt werden, wenn es sich nach § 7 Abs. 2 BMV-Z nicht um einen dringenden Not- oder Schmerzfall handelt oder ein anderer Vertragszahnarzt, in dessen Bereich die Wohnung oder das Pflegeheim fällt, zu erreichen ist.

Wenn der Hausbesuch ausgeführt wird, sollte der herbeigerufene Zahnarzt sich vor Ort ein Bild von dem Not- bzw. Schmerzfall machen.

Stellt der Zahnarzt beim Besuch fest, dass z.B. aus Gründen der geltenden Hygienevorschriften oder aufgrund der Medikation des oft multimorbiden Patienten keine sachgerechte Behandlung vor Ort möglich ist, kann er eine Behandlung in der Pflegeeinrichtung oder zuhause ablehnen. In der Folge sollte vom Behandler eine Überweisung des Patienten in eine Fachpraxis oder Klinik oder, wenn möglich, ein Transport in die eigene Praxis veranlasst werden, damit er dort sachgerecht versorgt werden kann.

In der Berufsordnung der Zahnärztekammer Niedersachsen (BO) gibt es keine speziellen Regelungen für Hausbesuche. Allerdings lässt in der BO unter § 2 „Allgemeine Berufspflichten“ der Absatz 5 folgende drei Ausnahmen von der Behandlungspflicht zu:

1. Mangelndes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient
2. Behandlung ist nicht sachgerecht durchzuführen
3. Behandlung ist nach gewissenhafter Abwägung nicht zumutbar ►►



Foto: © VladimirGuzhva/foto12.com



- Für Not- und Schmerzfälle gelten diese drei Einschränkungen aber nicht. Im Notfall besteht immer eine grundsätzliche Behandlungspflicht, also auch, wenn diese am Telefon geschildert wird! Bei Behandlungsablehnung/-verweigerung drohen dem Arzt in solchen Fällen sonst rechtliche Konsequenzen wegen unterlassener Hilfeleistung.

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) hat in einer wissenschaftlichen Stellungnahme definiert, was unter einem Not- oder Schmerzfall zu verstehen ist:

Notfälle sind solche, die eine unmittelbare zahnärztliche Behandlung erforderlich machen, wie z. B. Blutungen bzw. Nachblutungen, fieberhafte oder eitrige Entzündungen im Zahn-, Mund-, Kieferbereich sowie Unfallverletzungen.

Allerdings hat z. B. das Landesberufsgericht für Zahnärzte in Stuttgart in einer Entscheidung vom 07.10.2000, (LNs 3/00) diese Definition der DGZMK noch ergänzt: Danach liege ein Notfall auch dann vor, wenn die/der Zahnärztin/Zahnarzt nur durch ein alsbaldiges Handeln seinen allgemeinen Berufspflichten der Berufsordnung

nachkommen könne. Dazu gehöre nach richtigem Verständnis im ärztlichen wie zahnärztlichen Bereich auch die Beseitigung oder Milderung von Schmerzen.

Gemäß § 2 Abs. 2a der Berufsordnung der Zahnärztekammer Niedersachsen besteht die Pflicht, dass ein Zahnarzt seinen Beruf gewissenhaft auszuführen hat und ihn nach den Geboten der ärztlichen Ethik und Menschlichkeit ausübt. Dies impliziert auch, dass Menschen, die an Schmerzen leiden, zügig geholfen werden muss.

Bei Fragen zu diesem Thema stehen Ihnen als Ansprechpartnerinnen Heike Nagel (in der Zahnärztekammer Niedersachsen) sowie Daniela Schneider (in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen) zur Verfügung und geben weitere Auskünfte:

Heike Nagel, Tel.: 0511 83391-110,

E-Mail: hnagel@zkn.de

Daniela Schneider, Tel.: 0511 8405-235,

E-Mail: d.schneider@kzvn.de ■

_____ Silke Lange

Referentin im ZKN-Vorstand für Alterszahnmedizin

EuGH bestätigt Gesundheitsschutz als überragendes Rechtsgut

BUNDEZAHNÄRZTEKAMMER ZUM URTEIL DES EUROPÄISCHEN GERICHTSHOFS

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat in seinem Urteil vom 21. September 2017 in der Rechtssache C-125/26 unterstrichen, dass der Schutz der Gesundheit und des menschlichen Lebens höchsten Rang im EU-Recht haben. Gleichzeitig stellte das Gericht klar, dass es alleine Sache der Mitgliedstaaten ist, festzulegen, auf welchem Niveau sie den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung gewährleisten wollen und wie dieses Schutzniveau erreicht werden soll.

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, begrüßte das Urteil: „Das höchste Gericht der EU hat unmissverständlich deutlich gemacht, dass Gesundheitsschutz nicht verhandelbar ist.“ Das EuGH-Urteil hat darüber hinaus auch Bedeutung für die laufenden parlamentarischen Beratungen über das Dienstleistungspaket. „Der EuGH hat die Sonderrolle der Gesundheitsberufe hervorgehoben, daher ist eine Ausnahme der Heilberufe aus dem Anwendungsbereich der umstrittenen EU-Richtlinie nur folgerichtig“, so Dr. Engel.

Ausgangspunkt war ein maltesisches Gerichtsverfahren, bei dem die Kläger auf Anerkennung einer im Ausland erworbenen Berufsqualifikation als klinischer Zahntechniker in Malta geklagt hatten. Ferner wollten die Kläger erreichen, dass der Beruf des klinischen Zahntechnikers, der auf der Mittelmeerinsel bislang nicht anerkannt ist, auch in Malta zugelassen wird und sie Patienten selbständig behandeln dürfen.

Dabei beriefen sich die Kläger auf Vorgaben des Europarechts, insbesondere die Grundfreiheiten der EU-Verträge und die 2005 verabschiedete Berufsankennungsrichtlinie. Die maltesischen Behörden hatten diese Anträge unter Hinweis auf den Schutz der Gesundheit und die Verantwortlichkeit der EU-Mitgliedstaaten für die Organisation ihrer Gesundheitssysteme abgelehnt, worauf das maltesische Gericht die Fragen dem EuGH zur Vorabentscheidung vorlegte. ■

_____ BZÄK, Presseinformation vom 22.09.2017



Foto: © matias8/istock.com

In Facebook professionell diskutieren



Gerd Eisentraut

FACHLICHES

Facebook polarisiert. Jugendliche wandern (angeblich) in andere Portale ab. „Man“ ist dort (angeblich) nicht mehr sicher. Morgen gibt es sowieso schon wieder etwas anderes. Stimmt. Oder auch nicht. Das hängt vom Blickwinkel ab. In diesem Beitrag soll niemand bekehrt werden. Ob die Zahnärztin/der Zahnarzt in Facebook aktiv werden sollte, ist eine individuelle Sichtweise. Und auch wieder eine Frage des Blickwinkels. Setzen wir nur mal die professionelle Brille auf. Keine Thermi-Rezepte, keine Autoschrauber-Tipps ... schlichte dentale Lebenshilfe.

Positiv: Facebook ist kostenlos. Und technisch nicht nur für ausgesprochene Tech-Nerds nutzbar. In den Einstellungen zur eigenen Seite kann ich mich weitgehend abschotten. Muss ich aber nicht. Und dann kann ich loslegen. Jeder Nutzer hat eine eigene Seite. Dazu gibt es Gruppen. Zum Abwinken. Geschlossene und offene Gruppen laden ein. Jeder kann eine aufmachen. 24-Stunden-Stammtisch. Für dentale Berufe gibt es viele fachliche Gruppen-Angebote. Das ist dann schon fast ein Qualitätszirkel. Teilweise sind diese lokal, regional oder überregional ausgerichtet. Und dann erst Gruppen in anderen Sprachen. Wer Englisch kann, ist im Vorteil. Die Fülle erschlägt auf den ersten Blick. Also erst mal die Spreu vom Nutzbaren trennen. Da hat jeder andere Augen und Interessen. Der Implantologe sucht vielleicht Fach-Kolleginnen und -Kollegen. Jung-Zahnärzte treffen sich in speziellen Kreisen. Praxismitarbeiterinnen und Azubis haben ebenso ihre Diskussionsforen wie auch

der Kreis der Zahntechniker. Einer Gruppe sieht man unter Umständen nicht auf den ersten Blick an, dass sie von einer Firma gegründet wurde. Hier soll also beraten, aber wohl auch verkauft werden. Legitim, aber ein Punkt für den Hinterkopf.

Liest man in den Gruppen anfangs vielleicht erst mal nur mit, wird das eine oder andere Thema dann auch reizen, einen Kommentar zu schreiben, der wieder weitere Kommentare nach sich zieht. Ja, der Ton ist in den Gruppen gelegentlich sehr „direkt“. Ja, das ist nicht nett und wenig zielführend. Und wird der Ton rau, sollte ein Admin an die Gruppenkonventionen erinnern. Er kann auch zähleibige Nutzer ausschließen. Interessiert der eigene Kommentar oder Beitrag viele Nutzer, gibt es dafür „Likes“. Der berühmte Daumen ist über Facebook hinaus bekannt. Das ist die „Währung“ in den Gruppen. Viele Likes motivieren, dann ist man offenbar wichtig und hat etwas Gutes abgesondert. Dann gibt es auch berufsübergreifende Gruppen in Facebook wie die „Dentalfamilie“. Im Juli erreichte sie die magische Grenze von 10.000 Nutzern aus den dentalen Berufen. Sie dürfte damit die größte, geschlossene, deutschsprachige Gruppe in Facebook sein. Sie wurde vor über sechs Jahren ins Leben gerufen. In Facebook fast schon altes Eisen. Hier bewegen sich Zahnärzte, Praxismitarbeiterinnen und Zahntechniker, Mitarbeiter von Dentaldepots und aus der Industrie sowie angrenzenden Berufsgruppen. Patienten und Mitarbeiter von Krankenkassen sind nicht zugelassen. Diskutiert wird in der Gruppe in der Regel über gemeinsam interessierende Themen. Da werden Röntgenbilder zur ►►



» Diskussion gestellt, Abrechnungsfragen abgewogen, der Einsatz konkreter Produkte wird erörtert, oder es werden auch mal Personalfragen in den Raum gestellt, die zwischen Chef und Mitarbeiterin strittig sind. Wird der Umgangston einmal rauer, greift einer der sechs Administratoren ein, die ebenfalls aus unterschiedlichen Berufen kommen. Facebook zeichnet bekanntlich alles auf. Daraus ergeben sich gelegentlich auch interessante Statistiken, die den Admins zugänglich sind. Nachfolgend ein kleiner Auszug aus diesem Sommer, um zu verdeutlichen, was da bewegt wird: Klarer Spitzenreiter unter den Posts in der Dentalfamilie war eine Mitteilung zu einer schwangeren Prophylaxefachkraft. Dazu gab es 272 Kommentare und 438 Reaktionen. Diese Mitteilung wurde über 7.000 mal aufgerufen. Die zweitmeisten Kommentare zog die Diskussion über ein neues ZE-Preisportal auf sich. Hier gab es 201 Kommentare und 470 Reaktionen und 5.570 Aufrufe. Den dritten Platz belegte die Frage, was man mit einer Azubi macht, die in schöner Regelmäßigkeit montags krank ist. Das brachte 184 Kommentare, 360 Reaktionen und knapp 7.000 Aufrufe. Immer wieder wird in der Dentalfamilie über verstockte private Krankenkassen geklagt. Auch die Frage der ZE-Erstellung nicht nur am Beispiel von Cerec erhitze die Gemüter von Zahnärzten und Zahntechnikern gleichermaßen. Einen Austausch gibt es auch immer wieder über innerbetriebliche Fragen hinsichtlich der Bezahlung, Freistunden etc. Hier sind alle Berufsgruppen im Boot. Hier kann jeder mitreden und sich seine Gedanken machen, wie es in der eigenen Praxis zugeht. Ja, hier wird das Verhalten des eigenen Chefs von einer Praxismitarbeiterin in einer bestimmten Frage zur Diskussion gestellt. Was ist inzwischen der



Mainstream, was ist überholt? Allgemeingültige Muster werden hier nicht aufgestellt. Die Dentalfamilie ist nicht die KZV, Kammer oder eine Behörde. Aber sie trägt sicher dazu bei, etwas Transparenz in verschiedenen Feldern zu schaffen. Die Antwort „das haben wir immer so gemacht“ gilt dann nicht mehr. Das hilft dann den Praxen möglicherweise dabei, erfolgreich zu bleiben. Das wäre doch auch mal was. ■ _____ Gerd Eisentraut

Nähere Informationen zum BuS-Dienstangebot sowie die nächsten Schulungstermine finden Sie unter:

NEU!

Schulungskurs zum Brandschutzhelfer

BuS-Dienst der Zahnärztekammer Niedersachsen

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Zahnarztpraxen

Sie haben noch Informationsbedarf? Wir helfen Ihnen gern!

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



<http://tinyurl.com/zkn-bus01>



Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

Ort: Hochschule Ostfalia für angewandte Wissenschaften, Salzdahlumer Straße 46, 38302 Wolfenbüttel
Fortbildungsreferent: NN.

TERMIN	THEMA/REFERENT
18.10.2017, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Apicale Mikrochirurgie, <i>Dr. Markus Lewitzki, Lampertheim</i>
08.11.2017, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Aktuelle Aspekte bei modernem, vollkeramischem Zahnersatz, <i>Dr. Philipp-Cornelius Pott, Hannover</i>

BEZIRKSSTELLE LÜNEBURG

Ort: Fachhochschule Lüneburg, Volgershall 1, 21339 Lüneburg
Fortbildungsreferent: Dr. Axel Wiesner, Buchholzer Str. 7, 21271 Hanstedt, Tel.: 04184 1305

TERMIN	THEMA/REFERENT
15.11.2017, 17:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	Medikamentenassoziierte Kiefernekrosen – Eine interdisziplinäre Herausforderung, <i>Prof. Dr. Dr. André Eckardt, Bremerhaven</i>
01.12.2017, 15:00 Uhr – ca. 18:00 Uhr	1. Chirurgische Kronenverlängerung, sowie Extrusion und spezielle Kompositstechniken zum Erhalt tief zerstörter Zähne; 2. Verbreiterung der keratinisierten Gingiva mit dem freien Schleimhauttransplantat oder Xenogenen Ersatzmaterialien, <i>Dr. Jan Behring, Hamburg</i>

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: Universität Carl von Ossietzky, Ammerländer Heerstraße 114-118, 26129 Oldenburg
Fortbildungsreferent: Dr. Volker Schaper, Burgstraße 11, 27243 Harpstedt, Tel.: 04244 1671

TERMIN	THEMA/REFERENT
28.10.2017, 09:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Gibt es eine optimale Kieferrelation?, <i>Dr. Daniel Hellmann, Aalen</i>

BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

Ort: Steigenberger Hotel Remarque, Natruper-Tor-Wall 1, 49076 Osnabrück
Fortbildungsreferentin: Dr. Nicola Witte, Wittekindstraße 1, 49134 Wallenhorst, Tel. 05407 8575355

TERMIN	THEMA/REFERENT
29.11.2017, 17:30 Uhr – ca. 20:30 Uhr	Entgiftung und Ausleitung in der Naturheilkunde, <i>Dr. Oliver Ploss, Ibbenbüren</i>

BEZIRKSSTELLE OSTFRIESLAND

Ort: Köhlers Forsthaus, Hoheberger Weg 192, 26605 Aurich
Fortbildungsreferent: Dr. Dr. Wolfgang Triebe, Rudolf-Eucken-Allee 17, 26603 Aurich, Tel.: 04941 5752

TERMIN	THEMA/REFERENT
18.10.2017, 15:00 Uhr – ca. 19:00 Uhr	Prospektive prothetische Planung & Therapie im vorgeschädigten Lückengebiss, <i>Prof. Dr. Torsten Mundt, Greifswald</i>

BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Haags Hotel Niedersachsen, Lindhooper Straße 297, 27283 Verden
Fortbildungsreferent: Dr. Walter Schulze, Nordstraße 5, 27356 Rotenburg/W., Tel.: 04261 3665

TERMIN	THEMA/REFERENT
04.11.2017, 10:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Adhäsivprothetik – festsitzend und herausnehmbar, <i>Dr. Nicole Passia, Kiel</i>
02.12.2017, 10:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Tissue Master Concept, Referent: <i>Dr. Stefan Neumeyer, Eschlkam</i>

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

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



→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

04.11.2017 Z 1762 9 Fortbildungspunkte

Bruxismus – Diagnostik und Management in der täglichen Praxis

Prof. Dr. Olaf Bernhardt, Greifswald
Samstag, 04.11.2017 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 363,- €

18.11.2017 Z 1765 8 Fortbildungspunkte

Milchzahnendodontie und Kinderkronen

Monika Quick-Arntz, Hamburg
Samstag, 18.11.2017 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 357,- €

01.12.2017 Z/F 1767 9 Fortbildungspunkte

Ergonomisch arbeiten „Rund um den Zahn“ Korrekte Arbeitshaltung, gezielter Ausgleich, wirksame Selbstbehandlung

Manfred Just, Forchheim
Freitag, 01.12.2017 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 380,- €

07.12.2017 Z/F 1771 5 Fortbildungspunkte

Blickdiagnostik an Zunge und Mundschleimhaut

Dr. Rudolf Meierhöfer, Schwabach
Donnerstag, 07.12.2017 von 15:00 bis 19:00 Uhr
Seminargebühr: 143,- €

09.12.2017 Z 1772 8 Fortbildungspunkte

Parodontitis aus ganzheitlicher Sicht. Einfluss von Ernährung, Vitaminen und Spurenelementen auf das Parodontium

Dr. Rudolf Meierhöfer, Schwabach
Samstag, 09.12.2017 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 247,- €

Basiskurs Parodontalchirurgie – alle wichtigen Techniken an einem Nachmittag

Schwere chronische Parodontitis und die nicht-chirurgische Therapie schlägt einfach nicht an? Ein einfacher Zugangslappen (Access-Flap) kann häufig die Sondierungstiefen um 2-3 mm reduzieren und damit den Fall stabilisieren. Oder ist die Präparation stark subgingival und evtl. wird es eng mit der biologischen Breite?



Dr. Stefan Fickl,
Würzburg

Hier kann ein kleiner apikal verschobener Lappen helfen, den Präparationsrand für den Abdruck und das Einsetzen freizulegen. Freiliegende Wurzeloberflächen und der Patient beklagt sich über Ästhetik oder Überempfindlichkeit? Ein Bindegewebsstransplantat z. B. mit einer Tunnelierungstechnik kann diese Rezession mit ein paar klinischen Tricks heute vorhersagbar abdecken.

Ziel dieses Basiskurses ist das Darstellen von klinischen Techniken (Beispielfälle, Videos, Schemazeichnungen), die in der klinischen Routine häufig zur Anwendung kommen können und das direkte Üben dieser Techniken Schritt für Schritt am Schweinekiefer. In diesem Nachmittagskurs steht in einer kleinen Gruppe die klinische Anwendung von parodontalchirurgischen Eingriffen mit chirurgischen Tricks und Tipps im Vordergrund.

Referent: Dr. Stefan Fickl, Würzburg

Mittwoch, 15.11.2017 von 15:00 bis 20:00 Uhr

Kursgebühr: 400,- €

Max. 20 Teilnehmer

Kurs-Nr.: Z 1764

8 Fortbildungspunkte nach BZÄK

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

08.11.2017 F 1770

Grundlagen der Herstellung von Provisorien bei ZE-Behandlungen

Dr. Karl-Heinz Düvelsdorf
Mittwoch, 08.11.2017 von 14:00 bis 18:30 Uhr
Seminargebühr: 198,- €

10.11.2017 Z/F 1763

GOZ Abrechnung? Kann ich schon! Kenn ich schon!

Marion Borchers, Rastede-Loy
Freitag, 10.11.2017 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 109,- €

29.11.2017 Z/F 1766

Abrechnung der Suprakonstruktion nach BEMA und GOZ

Marion Borchers, Rastede-Loy
Mittwoch, 29.11.2017 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 109,- €

24.11.2017 F 1772

Willkommen am Telefon – der erste Eindruck

Brigitte Kühn, Tutzing
Freitag, 24.11.2017 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 231,- €



Dr. Henning Otte,
Hannover

BEMA für Newcomer und Wieder-Einsteiger

Der Kurs, der über eineinhalb Tage läuft, soll Auszubildende und Berufseinsteiger mit dem BEMA, der Abrechnungsgrundlage in der GKV, vertraut machen. Es werden die Leistungsinhalte im konservierend-chirurgischen Teil des BEMA mit den für die Abrechnung zu beachtenden Bestimmungen erklärt.

Weitere Schwerpunkte sind: Aufklärung, Karteidokumentation, Wichtiges aus den Behandlungsrichtlinien, Mehrkostenvereinbarungen. Abrechnungs- und zahnmedizinische Grundkenntnisse sind nicht erforderlich.

Referent: Dr. Henning Otte, Hannover
Mittwoch, 22.11.2017 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Freitag, 24.11.2017 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr: 291,- €

Max. 40 Teilnehmer

Kurs-Nr.: F 1771

GOZ für Newcomer und Wieder-Einsteiger

Der Kurs, der über eineinhalb Tage läuft, soll Auszubildende und Berufseinsteiger mit der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), der Abrechnungsgrundlage für Privatversicherte und außervertragliche Leistungen bei GKV-Versicherten, vertraut machen.

Es werden die Grundlagen des Paragrafenteils und der richtigen Rechnungslegung besprochen. Anschließend wird für die tägliche Praxis die Berechnung der wichtigsten GOZ-Leistungen aus den Bereichen Prophylaxe, Zahnerhaltung und Zahnersatz erarbeitet.

Abrechnungs- und zahnmedizinische Grundkenntnisse sind nicht erforderlich.

Referent: Dr. Henning Otte, Hannover
Mittwoch, 13.12.2017 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Freitag, 15.12.2017 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr: 291,- €

Max. 40 Teilnehmer

Kurs-Nr.: F 1775

Termine

📅 18.10.2017	Papenburg	15. Papenburger Symposium, Infos: www.papenburger-symposium.de
📅 20. – 21.10.2017	Hannover	Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen
📅 01.11.2017	Hannover	Tag der Akademie, Infos: www.zkn.de
📅 03. – 04.11.2017	Hannover	Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen
📅 10. – 11.11.2017	Frankfurt	Deutscher Zahnärztetag 2017, Infos: www.dtzt.de
📅 16. – 18.11.2017	Bad Homburg	50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie, Infos: www.dgfdt.de
📅 02.12.2017	Göttingen	4. Interdisziplinäres Symposium der Zahnmedizin 2017, Infos: www.idsz.de
📅 25. – 27.01.2018	Braunlage	65. Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer Niedersachsen, Infos: www.zkn.de
📅 16.02.2018	Hannover	GOP-Event 2.0 Zahnärztliche Fortbildung, Infos: www.redecker-langenhagen.de

Kieferorthopädische Vortragsreihe 2017/2018

Für Fachzahnärzte für Kieferorthopädie und kieferorthopädisch behandelnde Zahnärzte

Wissenschaftliche Leitung: Dr. Gundi Mindermann, 1. Vorsitzende des BDK
Veranstaltungsort: Zahnmedizinische Akademie Niedersachsen,
Zeißstraße 11 a, 30519 Hannover
Tel. 0511 83391-311/313
Gebühren: 60,- € pro Einzelveranstaltung
180,- € insgesamt bei Buchung aller 4 Veranstaltungen

Die Veranstaltungen finden freitags von 19:30 Uhr s.t. – ca. 22:00 Uhr statt.

Programm:

- S 1706**, Freitag, 10.11.2017 Extraktionstherapie in der Kieferorthopädie –
veraltete Methode oder medizinisch indiziert?
Referentin: Prof. Dr. Angelika Stellzig-Eisenhauer, Würzburg
- S 1707**, Freitag, 08.12.2017 Rezidiv zur Gesundheit
Referentin: Prof. Dr. Heike Korbmacher-Steiner, Marburg
- S 1801**, Freitag, 09.02.2018 Kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgisches
Behandlungskonzept skelettaler Dysgnathie
Referent: Prof. Dr. Gholamreza Danesh, Witten
- S 1802**, Freitag, 09.03.2018 Dentale und skelettale Traumata –
eine Herausforderung in der Kieferorthopädie
Referent: Prof. Dr. Bert Braumann, Köln



Anmeldungen bitte schriftlich per Post oder Fax an:

Zahnmedizinische Akademie Niedersachsen

Zeißstraße 11 a
30519 Hannover

oder per Fax unter 0511 83391-306

Seminar **S 1706**

Seminar **S 1707**

Seminar **S 1801**

Seminar **S 1802**

Name

Anschrift

Telefon

Unterschrift

DR. VOLKER VON PETERSDORFF WURDE 75

Am 20. September konnte der in Wien geborene Kollege Dr. Volker von Petersdorff seinen 75. Geburtstag bei bester Gesundheit feiern. Nach dem Studium in Marburg/Lahn führte „v. P.“, wie ihn seine Freunde nennen, in Isernhagen bis 2005 die eigene Praxis. Bis zum heutigen Tag ist er im Bereich Implantologie und Akupunktur zahnärztlich tätig. Zwei Leidenschaften kennzeichnen das Leben von Volker v. Petersdorff – die Berufspolitik und das Golfspiel. Nachdem die Berufspolitik keine Rolle mehr spielt, ist es der Golfsport, der ihm wohl zu der immer noch bestehenden Vitalität verholfen hat. Sein Engagement galt schon früh dem Bild des freiberuflich tätigen Zahnarztes. In der Folge bekleidete er über Jahrzehnte viele Ehrenämter. Dass er bei der Ausübung seiner Ämter einer sachlichen Diskussion niemals aus dem Wege gegangen ist, war seinem Durchsetzungsvermögen und seiner geradlinigen Grundeinstellung geschuldet. Volker v. Petersdorff war u. a. als Delegierter in zahlreichen zahnärztlichen Körperschaften wie der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer, der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen und der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen sowie als ehrenamtlicher Richter am Bundessozialgericht tätig. Die verantwortungsvollste Position, die Dr. Volker v. Petersdorff durch die Kammerversammlung übertragen wurde, war die des Vorsitzenden des Leitenden Ausschusses des Altersversorgungswerkes der Zahnärztekammer Niedersachsen. Der überdurchschnittliche Einsatz für die freiberuflich tätige Kollegenschaft hatte entsprechende Ehrungen zur Folge. Bereits 1981 wurde ihm daher die Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft verliehen. Ich wünsche Volker v. Petersdorff weiterhin Gesundheit und Erfüllung im Kreise seiner Familie und nicht zuletzt Freude und Erfolg auf dem Golfplatz. ■



Foto: KZVN

_____ Dr. Michael Loewener, Wedemark

HERZLICHEN GLÜCKWUNSCH ZUM GEBURTSTAG, WOLFGANG DAMMASCH

Am 05. Oktober feierte unser Kollege Wolfgang Dammasch 70. Geburtstag.

Nach Abitur und Zahnmedizinstudium in Köln erhielt er am 10. Februar 1972 seine Approbation. Sein anschließender Bundeswehrstandort Buxtehude gefiel seiner Frau Karin und ihm so sehr, dass beide beschlossen, hier weiter leben zu wollen. Am 01.06.1974 erfolgte seine Niederlassung in Buxtehude.

Schon sehr früh engagierte er sich als Fachlehrer in Stade und wurde Mitglied im Prüfungsausschuss Zahnärzthelferinnen. Seit 2012 ist Wolfgang Dammasch Vorsitzender dieses Ausschusses. Und ist aktuell Vertreter nach §71 BBiG im Schulvorstand der Berufsbildenden Schulen II-Stade. Stets um Fortbildung bemüht, gründete er 1998 mit weiteren Gleichgesinnten den „ZIF-Zahnärzterverein für Information und Fortbildung“ in Buxtehude. Seit Januar 2013 ist er Ehrenvorsitzender.

Exemplarisch dafür, wie intensiv sich Kollege Dammasch für die Kollegenschaft eingebracht hat, seien nur einige seiner berufspolitischen Aktivitäten aufgezählt: Mitglied der Vertreterversammlung der KZVN, Vorsitzender der Verwaltungsstelle Stade, Mitglied im Disziplinarausschuss, der Kammerversammlung, des Honorar- und Vermittlungsausschusses, des Fortbildungsausschusses, stellvertretender Vorsitzender der Bezirksstelle Stade der ZKN sowie Vorsitzender der Kreisstelle Stade.

Für seine Patienten fand er eine Nachfolgerin in seiner Praxis und seine Begeisterung für das Segelfliegen wich zugunsten ausgedehnter See- sowie Auslandsurlaubsreisen. Seiner Ehefrau Karin danke ich im Namen aller Zahnärztinnen und Zahnärzte, dass sie Wolfgang mit allen Kräften unterstützt hat, damit er seinen unermüdlichen Einsatz der Kollegenschaft zur Verfügung stellen konnte. Bei seinen beiden Kindern müssen wir uns entschuldigen, dass wir ihren Vater so oft mit „Beschlag belegt“ haben. Dem Jubilar gratulieren wir herzlich zum Geburtstag und wünschen noch viele Jahre Gesundheit und Wohlergehen. ■

_____ Dr. Wolfhard Ross, Stade



Foto: Privat

HERZLICHEN GLÜCKWUNSCH NACHTRÄGLICH – HANNA BAEßMANN-BISCHOFF

Hanna Baeßmann-Bischoff wurde am 22.09.1952, dem letzten kalendarischen Sommertag, in Bierden, einer Ortschaft in Achim geboren. Zahnmedizin studierte sie von 1979 bis 1985 in Hannover. In der Studienzeit bekamen sie und ihr Mann Tochter Anna, mit der sie jetzt – gemeinsam als Kolleginnen – in Achim ihre Patienten zahnärztlich betreut. Eine weitere Tochter und ein Sohn vergrößerten dann die Familie in den ersten Berufsjahren.

Neben einer Familie Zahnmedizin zu studieren, verlangt schon nach einer gehörigen Portion Ehrgeiz, Disziplin und Organisationsvermögen, aber auch Unterstützung durch die Familie. Bei Hanna kam alles im besten Sinn zusammen. Im Studium habe ich sie kennenlernen dürfen und damals genau diese Eigenschaften schon bewundert.

Für ihr Engagement für die Kollegenschaft der Verdener Bezirks- und Verwaltungsstelle seien beispielhaft aufgezählt: Ersatzmitglied der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN)

von 2001 bis 2004, ab dem Zeitpunkt Mitglied der Vertreterversammlung durchgängig bis heute sowie Mitglied der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen von 2005 bis 2010. Besonders engagiert in einer zudem aus gesundheitlichen Gründen für ihre Familie schwierigen Anfangszeit hat Hanna sich als Vorsitzende der KZVN-Verwaltungsstelle Verden von März 2011 bis März 2017. Ihre vertragsgutachterlichen Erfahrungen im Bereich Zahnersatz kann sie aktuell noch sehr gut als stellvertretende Vorsitzende des Prothetik-Einigungsausschusses I einbringen. Dabei wirkt sich auch ihr immer am Nabel neuer Behandlungstechniken bleibendes berufliches Engagement gleichermaßen positiv für die Kollegenschaft und Patienten aus.

Für Deine weitere Zukunft wünsche ich Dir, liebe Hanna, alles Gute, Gesundheit, Glück und insbesondere noch viele schöne Jahre gemeinsam mit Deinem Mann und Deiner großen Familie ■

_____ Dr. Lutz Riefenstahl, Gronau



Wir trauern um unsere Kolleginnen und Kollegen

Uwe-Ulrich Bomberg, Seesen

geboren am 24.09.1946, verstorben am 11.08.2017

MUDr./Univ. Brünn Emilie Bostjan

geboren am 25.07.1953, verstorben am 13.08.2017

*Die Vorstände der Zahnärztekammer Niedersachsen
und der KZV Niedersachsen*



Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

- 16.09.2017 Dr. Klaus-Hiller Jung (89), Hildesheim
- 17.09.2017 Dr. Ingeburg Mannherz (85), Hannover
- 17.09.2017 Dr. Dieter Nordholz (91), Bad Zwischenahn
- 19.09.2017 Dr. Jürgen Berger (80), Braunschweig
- 20.09.2017 Dr. Volker von Petersdorff (75), Isernhagen
- 21.09.2017 Dr. Jürgen Grove (75), Herzberg
- 23.09.2017 Dr. Judit Huschit (70), Salzgitter
- 24.09.2017 Dr. Julius Niemann (80), Oldenburg
- 24.09.2017 Dr. Jürgen Tröger (75), Kirchlinteln
- 25.09.2017 Dr. Helmuth Köhnke (75), Georgsmarienhütte
- 28.09.2017 Dr. Brigitte Plamann (70), Dransfeld
- 29.09.2017 Dr. Wolfgang Tscherny (75), Wilhelmshaven
- 29.09.2017 Volker Reinboth (93), Walkenried
- 29.09.2017 Dr. Jörn Kultzen (70), Wilhelmshaven
- 30.09.2017 Dr. Paul Reyer (87), Wurster Nordseeküste
- 01.10.2017 Dr. Gerhard Schmid (70), Hameln
- 01.10.2017 Dr. Dr. Ummo Francksen (97), Oldenburg
- 04.10.2017 MUDr./Univ. Brünn Blanka Snezna (75), Peine
- 05.10.2017 Wolfgang Dammasch (70), Buxtehude
- 07.10.2017 Dr. Maria Grove (70), Wendeburg
- 08.10.2017 Werner Trumann (85), Lachendorf
- 08.10.2017 Michael Ziemba (70), Lindern
- 11.10.2017 Dr. Christian Koll (93), Dorum
- 11.10.2017 Dr. Maria von Szentmiklossy (94), Burgwedel
- 12.10.2017 Dr. Monika Tscherny (75), Wilhelmshaven



SOMMERRÄTSELGEWINNER SIND:

Jana Buntke aus Beckedorf und Dr. Peggy Herrmann aus Hannover

Der Sommer ist vorbei. Der Termin für die Einsendung des richtigen Lösungswortes des diesjährigen Sommerpreisrätsels aus NZB 07/08 ebenfalls. Insofern wurde es Zeit, die beiden Gewinner des Sommerpreisrätsels zu ziehen. Zu ziehen deshalb, weil aus den vielen fristgerecht und mit dem richtigen Lösungswort „Volumentomographie“ bis zum 15.09.2017 bei der KZVN eingereichten Lösungen, die beiden Gewinner ermittelt werden mussten. Unter der juristischen Aufsicht von Manuela Krieg (KZVN) und Michael Behring (ZKN) wurde die Lostrommel gerührt. Über einen Einkaufsgutschein – einzulösen bei amazon – können sich Jana Buntke aus Beckedorf und Dr. Peggy Herrmann aus Hannover freuen.

Zu Erinnerung: Aus einem umfänglichen Silbenpool mussten 18 Beschreibungen in die richtige (zahn-)medizinische Nomenklatur übersetzt werden. Aus den Anfangsbuchstaben der gesuchten Begriffe musste dann noch das Lösungswort „Volumentomographie“ zusammengestellt werden. Wir gratulieren herzlich zum Gewinn! ■

_____ NZB-Redaktion

Niederlassungshinweise

AUSZUG AUS DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSZAHNÄRZTE (ZV-Z)

§ 18

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

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

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

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

GEMEINSAME AUSÜBUNG DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT (Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Bei Anträgen auf Genehmigung der gemeinsamen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich die Vorlage eines schriftlichen Gesellschaftsvertrages notwendig. Bitte achten Sie bei entsprechenden Anträgen darauf, den Gesellschaftsvertrag spätestens bis zum Abgabetermin bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

VERLEGUNGEN

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



© diego cervo / iStockphoto.com

SITZUNGEN DES ZULASSUNGS-AUSSCHUSSES NIEDERSACHSEN FÜR ZAHNÄRZTE

Abgabe bis	16.10.2017
Sitzungstermin	15.11.2017
Abgabe bis	05.02.2018
Sitzungstermin	07.03.2018
Abgabe bis	11.05.2018
Sitzungstermin	13.06.2018
Abgabe bis	13.08.2018
Sitzungstermin	12.09.2018
Abgabe bis	22.10.2018
Sitzungstermin	21.11.2018

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

HINWEISE AUF PRAXISORTE FÜR NIEDERLASSUNGEN

a) Vertragszahnärzte

Verwaltungsstelle Ostfriesland

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

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

b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

Verwaltungsstelle Göttingen

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

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

Verwaltungsstelle Oldenburg

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

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

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- ▶ Planungsbereich Landkreis Aurich: Der Planungsbereich Landkreis Aurich mit 32.311 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 49,5 % 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 21.09.2017

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Jutta Nitschke Nr. 6853
 Dr. Jan Peter Bach Nr. 3568
 Dirk Rustenbach Nr. 5985
 Michael Krone Nr. 6504
 Dr. Wolf-Dietrich Ahlheim Nr. 9128

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

_____ ZKN

STELLENMARKT

Region Hannover/Kreis Celle

Kollege(in) mit Berufserfahrung für etablierte Praxis zur Verstärkung unseres Teams ab Okt. 2017 od. später für langfristige Zusammenarbeit gesucht! Bewerbung./Infos: suche.ZA@gmx.de

Hameln/Nähe Zentrum

Kollege(in) mit Berufserfahrung für etablierte Praxis zur Verstärkung unseres Teams zu sofort gesucht für langfristig. Bewerbung an: dr.h.verdi@mail.com

Erf. Zahnarzt sucht Teilz.

Niederl. berechtigter Zahnarzt mit langj. Erf. sucht Teilz. o. gerne langfr. Beschäftigung. Gerne auch ländlich. Tel.: 01523 4513054

VERSCHIEDENES

Praxisräume für KFO in Celle

160 oder 210 m² in Bestlage ab Mai 2018 zu vermieten. Dr. Günter Pütz
Tel.: 0511 775207 oder dr.puetz@gmx.de

Lassen Sie uns im Kontakt bleiben: ABONNIEREN SIE IHREN ZKN-NEWSLETTER

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

Und zwar mit Informationen wie:

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

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

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

VERKAUF

Warum das Rad neu erfinden

Existenzsich. Praxis-3BHZ-RKI-konform, Praxislabor, Landkreis Hannover-20 km z. Hbf. Prophylaxe gut etabliert, erfahrenes Team, ausgewogene Altersstruktur der Patienten. elipiexxx@gmail.com

Praxisabgabe Göttingen

Alteingesessene Innenstadtpraxis aus Altersgründen zu günstigen Konditionen ab Juni 2018 abzugeben. Tel.: 171 2725979

Existenzsichere Landpraxis

in der Nähe OL+HB (3/4 BHZ) mit Topteam in 2018/2019 abzugeben. Übergabeform verhandelbar. zahngesundheit2018@t-online.de

Oldenburger Münsterland

Nachfolger(in) gesucht ab Ende 2018 oder früher für alteingesessene Praxis Nähe Osnabrück. 2 BHZ, barrierefreier Zugang. Anbau möglich. praxisaufdemland@gmail.com

Hannover Nähe MHH

Praxiseinstieg 2018. Freundliche Doppelpraxis sucht Nachfolge (Seniorenanteil). Wir bieten Vollexistenz mit fachlicher Begleitung. Praxis2018@kabelmail.de

KFO Praxisabgabe Hannover

KFO-Praxis Region Hannover in 2018 abzugeben. Tel.: 01577 8773928

Erfahrene Zahnärzte nach Nepal gesucht von INTERPLAST Germany e.V. und NEPALMED e.V.

Für unsere beiden Zahnstationen im Sushma Koirala Memorial Hospital (INTERPLAST Germany e.V.) www.nepalhospital.de für jeweils 3 Wochen sowie für das AMPPIPAL Community Hospital NEPALMED e.V. www.amppipal.de für jeweils 2 Wochen wird jeweils ein/e erfahrene/r Zahnärztin/Zahnarzt, KEIN Fachpersonal gesucht. Kost und Logis sind selbstverständlich frei im angebautem Gästehaus. Die Flugkosten übernimmt der Volontär selbst. Meist wird noch ein Trekking an den Einsatz angeschlossen. Die Organisation kann im Hospital erfolgen. Besondere Impfungen außer denen, die in Deutschland benötigt werden, sind nicht notwendig. Die festinstallierten Zahnstationen in den jeweiligen Krankenhäusern entsprechen gutem mitteleuropäischem Standard.

Genauere Informationen und die dazugehörige Checkliste erhalten Sie von Frau Dr. Sybille Keller, die seit 18 Jahren in Nepal tätig ist und beide Zahnstationen verwaltet. *Dr. Sybille Keller*

E-Mail: Dr.KeSy@gmx.de, Tel.: 0049 8303 444

Dental Surgery Coordinator of SKM-Hospital Kathmandu and Amppipal Community Hospital Gorkha

Per Fax unter
0511 8405-262

Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB)
c/o KZVN
NZB-Redaktion
Zeißstraße 11
30519 Hannover

Mitglieder der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen sowie Mitarbeiter/innen ihrer Praxen können mit dieser Vorlage eine unchiffrierte und auf 7 Zeilen begrenzte Kleinanzeige im NZB kostenfrei aufgeben. Da die Anzahl der Kleinanzeigen begrenzt ist, werden sie in der Reihenfolge ihres Eingangs bei der NZB-Redaktion berücksichtigt. Ein Anzeigenüberhang kann auf die folgende NZB-Ausgabe übertragen werden. In begründeten Fällen kann die Redaktion eine Kleinanzeige zurückweisen. Ein Rechtsanspruch für die Berücksichtigung besteht nicht. Die gleichzeitige Buchung für mehrere NZB-Ausgaben ist nicht möglich. Beachten Sie bitte: Das NZB ist einschließlich der Kleinanzeigen auch abrufbar unter www.nzb.de.

Kleinanzeigen können von Ihnen – ebenfalls kostenfrei – sowohl auf der Homepage der Zahnärztekammer Niedersachsen (www.zkn.de) unter der Rubrik „Kleinanzeigen“, als auch auf der Homepage der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (www.kzvn.de) unter der Rubrik „Assistentenbörse“ online aufgegeben werden.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg! _____ Ihre NZB-Redaktion

Bitte vollständig ausfüllen

Abrechnungs- bzw. Mitgliedsnummer der ZKN oder KZVN	
Vorname	Nachname
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Telefon und/oder E-Mail für Rückfragen	
Unterschrift	

Veröffentlichen unter Rubrik

Verkauf Ankauf Stellenmarkt Verschiedenes

Die erste Zeile erscheint im **Fett**druck.

1 Buchstabe / 1 Satzzeichen / 1 Wortzwischenraum = jeweils 1 Kästchen

BITTE IN BLOCKSCHRIFT

KLEINANZEIGEN



Wissenswertes rund um die Telematik

→ im Zahnarztportal der KZVN

Unter dem Menüpunkt Telematik im Zahnarztportal der KZVN-Website (Login erforderlich) finden Sie alles Wissenswerte rund um dieses Thema.

Ob elektronischer Praxisausweis (SMC-B), elektronische Gesundheitskarte oder technische Ausstattung – die im Portal verfügbaren Fachinformationen sind übersichtlich strukturiert und immer up to date. Also einfach einloggen und „surfen“ unter www.kzvn.de.

Last but not least: Ihre Fragen zur Telematik beantwortet gerne unsere Servicehotline Online-Support. Tel.: 0511 8405-395.



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

www.kzvn.de