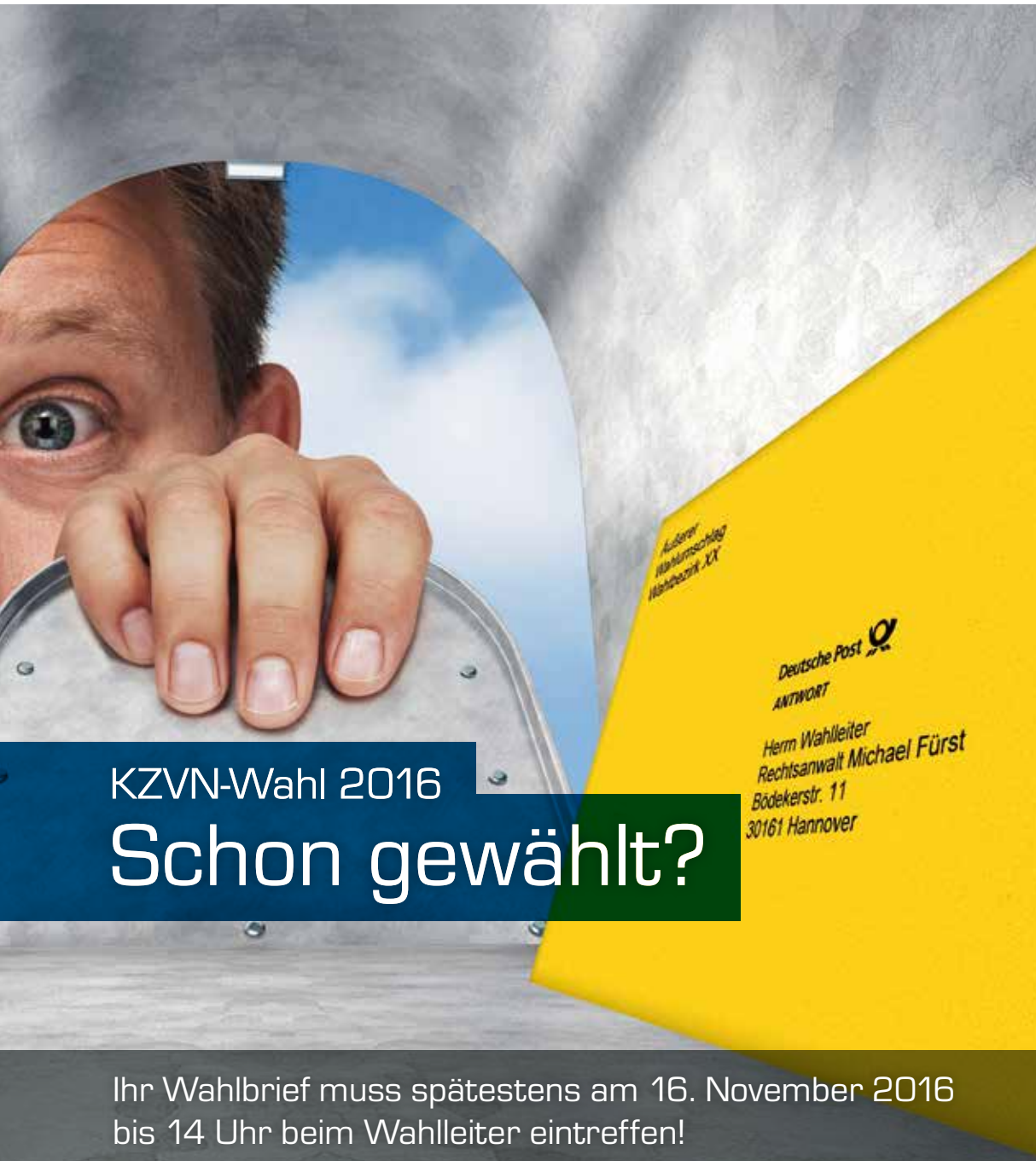


NZB

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT



10 **Unbemerkte Initiative im Gesundheitsbereich**

12 **Viel Einmütigkeit bei der Kammerversammlung 2016**

17 **Temporäre Anhebung der Vertikaldimension**

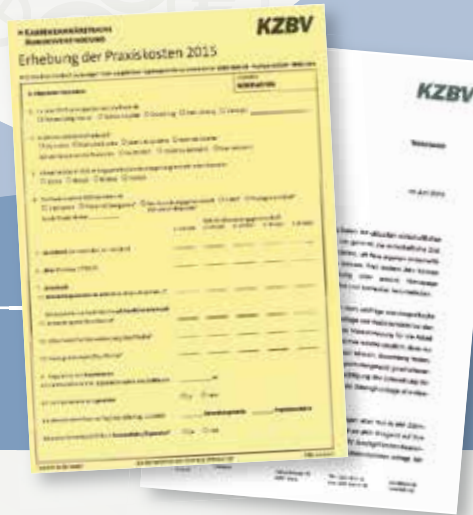
40 **HDZ: Eine Projektgeschichte**

KZVN-Wahl 2016
Schon gewählt?

Ihr Wahlbrief muss spätestens am 16. November 2016 bis 14 Uhr beim Wahlleiter eintreffen!



KZBV-KOSTENSTRUKTURERHEBUNG FÜR 2015



BITTE UNTERSTÜTZEN SIE IHRE INTERESSEN(-VERTRETUNG)!

ZEIT IST GELD – ODER:

WESHALB DIE BEARBEITUNG DES KZBV-FRAGEBOGENS SINN MACHT!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Vertragsgeschäft mit den Krankenkassen ist immer eine „Herausforderung“. Langwierige und kontrovers geführte Gespräche kennzeichnen häufig die Verhandlungen. Wie hilfreich ist es dann, wenn Sie uns als Ihre Vertreter über die KZBV mit belastbaren Niedersachsen-Daten in die Verhandlungen gehen lassen! Anstelle „gefühlter“ Kostensteigerungen können wir mit Ihrer Unterstützung gegenüber den Verhandlungspartnern die tatsächlichen Veränderungen in den Praxen belegen. Besonders wichtig ist in dem Zusammenhang, dass sich die gestiegenen Anforderungen an die Hygiene in den betriebswirtschaftlichen Auswertungen wiederfinden sollten und wir nur mit der Kenntnis darüber in die Verhandlungen gehen können.

Helfen Sie mit, „Ihre“ Verhandlungsposition zu stärken. Nehmen Sie sich die Zeit, die Fragen sorgfältig zu beantworten – denn diese Zeit ist (Ihr) Geld.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Thomas Nels, Stellvertretender Vorsitzender der KZVN

PS: Die Anonymität der im Rahmen der Kostenstrukturerhebung der KZBV erhobenen Daten ist gesichert. Die Verwendung der regionalen bzw. bundesweiten Ergebnisse erfolgt ausschließlich für die dafür vorgesehenen Zwecke.

Sie möchten betriebswirtschaftliche Durchschnittsdaten zur zahnärztlichen Branche mit Ihren persönlichen Daten vergleichen? Über die KZBV-Homepage www.kzbv.de (Statistische Basisdaten) können Sie kostenfrei Durchschnittsergebnisse aus Kostenstrukturerhebungen herunterladen. Sie wünschen eine positive Gestaltung der Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Berufsausübung? Auch dafür ist die jährliche bundesweite Kostenstrukturerhebung der KZBV als Grundlage alternativlos.

Bereits im Juni wurden die Fragebögen für die Erhebung der notwendigen Daten von der KZVN an die niedersächsischen Zahnarztpraxen verschickt. Natürlich ist die Teilnahme freiwillig, die KZBV ist aber auf die Mitarbeit der Praxen angewiesen: Nur ein starker Rücklauf an Fragebögen sichert eine repräsentative Datenbasis. Der Vorstand der KZBV bittet Sie daher, den Fragebogen auszufüllen und an die KZBV unfrankiert und ohne Absenderangabe zurückzusenden.

Mit der Axt an die Selbstverwaltung



Foto: NZB

Dr. Jobst-W. Carl
Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) macht seine Ankündigung wahr und verschärft die Aufsicht über die Selbstverwaltungskörperschaften auf Bundesebene. Die Regelungen zur internen und externen Kontrolle „bedürften einer Weiterentwicklung“, wird festgestellt. Mit dem sog. „GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz, zu dem jetzt ein Referentenentwurf unter dem neuen Namen „Gesetz zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV“ vorliegt, reagiert das Ministerium auf Vorkommnisse in der ärztlichen Selbstverwaltung und lenkt damit gleichzeitig vom damaligen Versagen der Rechtsaufsicht in dieser Angelegenheit ab. Durchstechereien von Informationen, die besser intern, konsequent und transparent hätten geklärt werden sollen, lieferten den Medien über Wochen Schlagzeilen und der Ministerialbürokratie die willkommene Vorlage für einen Gesetzentwurf, der den Aufsichtsbehörden ein umfassendes Durchgriffsrecht verschaffen soll. Einen langen Hebel, von dem schon Ulla Schmidt geträumt hatte. Bei aller Kritik, die es gibt: Es ist eine gemeinsame Anstrengung wert, die Selbstverwaltung zu verteidigen und in die Zukunft weiterzuentwickeln.

Mit diesem Gesetzentwurf sind wir im Augenblick an einem ganz entscheidenden Wendepunkt angelangt, bei dem über Fortbestand oder nahezu vollständige Fremdbestimmung einer gewachsenen und funktionierenden Selbstverwaltung entschieden wird. Für die Politik mag es momentan charmant sein, wenn man den ungeliebten Körperschaften an der einen oder anderen Stelle ins Handwerk pfuschen und, ohne Kenntnis der komplizierten Verfahrensabläufe, inhaltliche Vorgaben machen könnte. So soll zukünftig der Vorsitzende der Vertreterversammlung mit einfacher Mehrheit abgewählt werden können. Wer wird sich auf diesen unsicheren Platz noch wählen lassen? KZV-Vorstände sollen zukünftig nur noch mit 2/3 Mehrheit gewählt werden können.

Weil ein solches Prinzip eine Körperschaft funktionsunfähig machen kann, gibt es bisher aus gutem Grund hohe Hürden für eine Abwahl. Dem Gesetz würde die Funktion eines „Trojanischen Pferdes“ zukommen, weil für den Fall, dass die Vertreterversammlung keine 2/3-Mehrheit erreichen könnte, aus Sicht der Aufsicht keine ordnungsgemäße Verwaltung mehr gewährleistet wäre. Und für diesen Fall sieht der Entwurf die Fremdverwaltung durch einen Beauftragten, sprich Kommissar, vor.

Diese Gesetzesinitiative, deren brisanter Inhalt selbst einigen Mitgliedern des Gesundheitsausschusses unzureichend bekannt ist, verfolgt ausschließlich das Ziel, die Selbstverwaltungsorgane zu schwächen und das Vakuum durch eigene Einflussnahme der politischen Entscheider zu füllen. Es handelt sich um ein „Fremdverwaltungsstärkungsgesetz“.

Über allem wird vergessen, dass sich das Kassenarztrecht seit den 20er Jahren aus den Interessengegensätzen und dem Interessenausgleich zwischen der Ärzteschaft und den Krankenkassen entwickelt hat. Damals gab es noch ein „Streikrecht“. 1953 verzichteten die Ärzte und Zahnärzte auf ein Streikrecht und garantierten dafür die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik. ■

Dr. Jobst-W. Carl
Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT – 51. 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

Redaktionsassistenten

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

REDAKTIONSBÜRO

ZKN

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

KZVN

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

GESAMTHERSTELLUNG

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

ZAHNÄRZTLICHE KLEINANZEIGEN

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

REDAKTIONSHINWEISE

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

ISSN 1863-3145

ZKN

Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 01 / 17: 30. November 2016
Heft 02 / 17: 11. Januar 2017
Heft 03 / 17: 8. Februar 2017

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



BMG wird Milliardär

BEILAGENHINWEIS



Dieser Ausgabe liegt eine Beilage für

- den 64. Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer Niedersachsen

bei. Wir bitten um freundliche Beachtung.



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

FSC

12



31



32



LEITARTIKEL

- 1 Dr. Jobst-W. Carl:
Mit der Axt an die Selbstverwaltung

POLITISCHES

- 4 BMG wird Milliardär
Das SVSG bringt die Selbstverwaltung „gestärkt“ auf die Palliativstation
- 8 Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz – GKV-SVSG)
- 10 Unbemerkte Initiative im Gesundheitsbereich
EU-Kommission in der Rolle des Beraters für Strukturreformen
- 12 Viel Einmütigkeit bei der Kammerversammlung 2016
- 16 Schulung der Bezirksstellenmitarbeiterinnen und -vorsitzenden

17



FACHLICHES

- 17 Temporäre Anhebung der Vertikaldimension mit Komposit in einem vereinfachten direkten Spritzgussverfahren
- 27 Abrechnungstipps aus KZVN und ZKN
- 31 Hannover hieß herzlich Willkommen:
DGKFO-Jahrestagung ein großer Erfolg
- 32 Motto zum Tag der Zahngesundheit 2016 lautete: „Gesund beginnt im Mund – Fakten gegen Mythen“
- 34 Prophylaxe- und Verwaltungskongress 2016 in Oldenburg
- 35 Betriebsausflug und Weihnachtsfeier
Steuerliche Rahmenbedingungen
- 36 Broschüre Rechtsgrundlagen für die Zahnarztpraxis – Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen
- 37 Tschüss Patient!
Weitergabe von Behandlungsunterlagen
- 39 Aktuelles aus der Rechtsprechung

DIES & DAS

- 40 Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete
Eine Projektgeschichte über Flucht – Ausbildung – Integration – Existenzgründung – Entwicklungshilfe

TERMINLICHES

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

PERSÖNLICHES

- 45 Dr. Wolfhard Ross – 75 Jahre jung
- 45 Danke für 25 Jahre Treue
- 46 Dr. Hans-Jürgen König zum 75.
- 46 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!
- 47 Wir trauern um unsere Kollegen

AMTLICHES

- 48 Niederlassungshinweise
- 50 Beschlüsse der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen am 21.10.2016 zum Tagesordnungspunkt 2 (Bericht des Präsidenten)

KLEINANZEIGEN

- 56 Kleinanzeigen

40





Foto: Robert Kneschke/fotolia.com

BMG wird Milliardär

DAS SVSG BRINGT DIE SELBSTVERWALTUNG „GESTÄRKT“ AUF DIE PALLIATIVSTATION

Professor Peter Axer, Inhaber des Lehrstuhls für Sozialrecht in Verbindung mit dem Öffentlichen Recht an der Universität Heidelberg, ist offensichtlich jede Art der Übertreibung fremd. Mehrfach bat er auf eine Rechtssymposium des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) am 29. September anwesende Kollegen für die, in seinem wissenschaftlichen Fokus als wohl grob empfundene drastische Wortwahl um Verzeihung, mit der er Regelungen des Referentenentwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV(G-KV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz – GKV-SVSG) belegte, der am 22. September vom Bundesministerium für Gesundheit zur Stellungnahme an die Beteiligten versandt wurde. Mehrfach betonte er, wohl in dem Bemühen die Verfasser des Konvoluts in Schutz zu nehmen, es handele sich bei dem Referentenentwurf offensichtlich um einen sehr frühen Entwurf – gemeint war wohl unausgereift. (Zu diesem Referentenentwurf insgesamt siehe den nachfolgenden Beitrag in dieser Ausgabe.)

Bevor näher auf die Ausführungen des ehemaligen Schülers des renommierten Bonner Staatsrechtlers und Staatsphilosophen Professor Josef Isensee eingegangen wird, sollen

die beunruhigenden Schlüsse genannt werden, die im Nachgang aus dem Gehörten zu ziehen sind: Die Elite im Bundesgesundheitsministerium will offenbar die Kompetenzen der Selbstverwaltung aushebeln und dem BMG über die Fachaufsicht garniert mit weiteren zusätzlichen fragwürdigen Kompetenzen den Zugriff auf die Verwendung der Kassen-Milliarden eröffnen. Die Selbstverwaltung abzuschaffen wurde im Vorfeld in keiner Weise öffentlich gemacht, geschweige denn darüber in vorparteilichen und parteilichen Gremien ausreichend besprochen – ganz nach der von Colin Crouch schon in 2008 für die Zukunft befürchteten postdemokratischen Manier?

Als Rechtfertigung des geplanten Selbstverwaltungsgesetzes, das Wort „Stärkung“ vermag nicht recht in die Tasten zu kommen, wird die Zügelung möglicher oder tatsächlich maßloser für Selbstverwaltungen im Gesundheitswesen Verantwortlicher kommuniziert und auch nur darauf der Fokus verengt, gegebenenfalls an Stammtischen noch ausgerollt mit publikumsträchtigen Informationen über dubioses Immobilieneigebaren, ungerechtfertigte Pensionszahlungen an Führungspersonlichkeiten der Selbstverwaltung, etc. Dabei war die Rechtsaufsicht hier über Jahre in der öffentlichen Wahrnehmung nicht präsent, denn

beispielsweise konnte der Bau des inkriminierten KBV-Gebäudes, um es einmal ironisch zu überfremden, doch nicht vor dem BMG geheim gehalten werden. (Wurde es nicht sogar durch einen Bundesgesundheitsminister mit eröffnet?) Wie schon mehrfach erwähnt, trifft Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hier keine Schuld, sondern er hat sich als erster daran gewagt, den Scherbenhaufen (möglichst dezent) aufzusammeln. Allorts wird von der „Lex KBV“ gesprochen, hingegen das geplante Gesetz verdeckt eine „Lex Selbstverwaltung“ ist. Zur Vergegenwärtigung für die nachfolgenden Ausführungen: Die Rechtsaufsicht, die die Rechtmäßigkeit des Handelns einer Verwaltung überprüft, ist als Aufsichtsform ein herausragendes Kennzeichen der „Selbst“-Verwaltung, hingegen eine Fachaufsicht die Rechtmäßigkeit und die Zweckmäßigkeit überprüft, mit anderen Worte gegebenenfalls anweist, wo es lang geht. Konkludiert man die Ausführungen des renommierten Juristen, der zusätzlich das Nebenamt des Richters am Landessozialgericht Baden-Württemberg bekleidet, ist dieser vorliegende Entwurf kein Selbstverwaltungsschwächungs- oder Aufsichtsstärkungsgesetz sondern ein Selbstverwaltungsabschaffungsgesetz. Axer reflektierte insbesondere Begründungszusammenhänge, die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in dem Referentenentwurf des Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes zu einem grundlegenden Urteil des Bundessozialgerichts vom 6. Mai 2009 (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 6. Mai 2009, Az. B 6 A 1/08 R, Randnummer 49) herstellt und aus dem heraus das BMG offensichtlich die Rechtfertigung für brisante Regelungen im Entwurf zur Aushöhlung der Selbstverwaltung konstruiert. Die geplanten Regelungen im Selbstverwaltungsstärkungsgesetz hält Axer für viel zu weitgehend, für unverhältnismäßig und maßlos. Auch wenn Unregelmäßigkeiten bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Ausgangspunkt gewesen seien, frage er sich, warum das volle Instrumentarium auch noch auf den Gemeinsamen Bundesausschuss überstülpt werde. „Ist das noch nötig?“ (Anm. d. Red.: Hervorhebungen in Zitaten in diesem Beitrag erfolgten durch die Redaktion.)

„Der Geist, den dieser Referentenentwurf in Bezug auf die Aufsicht allgemein atmet“, so Axer, werde in dessen Begründung deutlich, wo es an einer Stelle heiße, dass der von der Rechtsprechung entwickelte Grundsatz der maßvollen Rechtsaufsicht und der damit einhergehende weitere Beurteilungsspielraum einer Korrektur bedürfe. (Referentenentwurf S. 24: „Der von der Rechtsprechung entwickelte Grundsatz der maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht und der damit einhergehende weite Beurteilungsspielraum der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bedarf für bestimmte Bereiche des Verwaltungshandelns der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen einer Korrektur.“) „Überspitzt frage man sich als Leser“, so Axer:

„Soll jetzt die Rechtsaufsicht maßlos werden können? Soll also nicht mehr maßvoll die Aufsicht ausgeübt werden?“ Axer erinnerte an das Verhältnismäßigkeitsprinzip des Rechtsstaatlichen, das auch im Staatsorganisationsrecht gelte und eine abgestufte Intervention verlange. „Es ist klar, es gibt keine verfassungsrechtliche Verankerung der Selbstverwaltung. Das ist aber kein Freibrief dafür, dass man eine maßlose Aufsicht einführen möchte!“ Axer fokussierte sich in seinem Vortrag auf die den G-BA betreffenden Regelungen des Referentenentwurfs. „Auffallend“ sei, dass in dem Entwurf „die Aufsicht insgesamt neu geregelt“ werde. Der renommierte Jurist gelangt zu der Beurteilung, dass das Bundesgesundheitsministerium mit dem geplanten Gesetz eine „Fachaufsicht“ etabliere, auch wenn es diesen Begriff selbst meide. Als Rechtfertigung „weitet“ es, wie Axer sich ausdrückte, Aussagen des Bundessozialgerichts aus dem genannten Urteil und jubelt dem Bundessozialgericht seine gewagten Rechtsveränderungen unter – aber davon später.

§ 91 Absatz 8, der die Rechtsaufsicht (!) des BMG nach geltender Rechtslage aussagt, sei in dem Referentenentwurf gestrichen worden, so Axer. In den geplanten neuen Regelungen des § 91 sowie der neu hinzugefügten §§ 91 a und 91 b werde nur noch von der „Aufsicht“ gesprochen. Die geplanten Regelungen beinhalteten die Einführung einer Fachaufsicht, auch wenn der Entwurf dieses Wort vermeide, an mancher Stelle gehe der Entwurf sogar noch darüber hinaus. Axer hält den Entwurf wohl auch stellenweise für verfassungswidrig – aber auch davon später. Axer zitiert eine zentrale Passage des genannten Bundessozialgerichtsurteils, in der das Gericht auf Regelungen in § 91 SGB V eingeht und auf die wiederum das BMG im Referentenentwurf an zentralen Stellen rekurriert und zwar insbesondere auf die Randnummer 49 des Urteils. – Zur Erläuterung: § 91 SGB V bestimmt das Recht des Gemeinsamen Bundesausschusses. In § 91 SGB V Abs. 4 wird die Geschäfts- und Verfahrensordnung geregelt. – Das Bundessozialgericht führt in seinem vom BMG herangezogenen Urteil in Bezug auf § 91 Abs. 4 SGB V u. a. in Randnummer 49 aus: Zu berücksichtigen sei auch, dass das SGB V dem Bundesministerium für Gesundheit zusätzlich zu der (Rechts-)Aufsicht im Zusammenhang mit dem Richtlinienerrlass durch den G-BA noch weitere Mitwirkungsbefugnisse einräume. Gemäß § 91 Abs. 4 SGB V habe der G-BA eine Geschäftsordnung sowie eine Verfahrensordnung zu beschließen, die der „Genehmigung“ durch das Ministerium bedürften. In der Verfahrensordnung seien unter anderem „methodische Anforderungen an die wissenschaftliche sektorenübergreifende Bewertung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit von Maßnahmen als Grundlage für Beschlüsse“ zu regeln. „Durch solch einen Genehmigungsvorbehalt werden, wenn Abweichendes nicht ausdrücklich bestimmt ist, der ►►

► Aufsichtsbehörde regelmäßig besondere, über die bloße Rechtmäßigkeitsprüfung hinausgehende Einwirkungsmöglichkeiten eröffnet, um die Sicherstellung der Sozialversicherung als Ganzes unter gleichzeitiger Berücksichtigung einer sach- und funktionsgerechten Aufgabenerfüllung durch die Versicherungsträger zu ermöglichen“, zitierte Axer wörtlich aus der Randnummer 49 des besagten Urteils. „Das BMG ist demnach befugt, an der abstrakt-generellen Grundlegung der Bewertungsmaßstäbe für die Richtlinienbeschlüsse des G-BA und an der Ausgestaltung des Bewertungsverfahrens in der Verfahrensordnung mit maßgeblichem Einfluss mitzuwirken. Die Beachtung der auf diese Weise normierten Vorgaben durch den G-BA beim Erlass von Richtlinienbeschlüssen zu einzelnen Sachverhalten kann es sodann im Rahmen der Rechtskontrolle überprüfen und erforderlichenfalls mit den ihm zur Verfügung stehenden Aufsichtsmitteln durchsetzen“, heißt es weiter in dem BSG-Urteil.

Zum besseren Verständnis der weiteren Ausführungen: § 91 Abs. 4 SGB V wird im Referentenentwurf des Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes u. a. um folgende Passage ergänzt, die sich von der Wortwahl her in einzelnen Begrifflichkeiten an die zitierten Ausführungen aus dem BSG-Urteil anlehnt: „Wird die Genehmigung ganz oder teilweise versagt (Anm. der Red.: der Geschäfts- und Verfahrensordnung des G-BA), kann das Bundesministerium für Gesundheit insbesondere zur Sicherstellung einer sach- und funktionsgerechten Aufgabenerfüllung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erforderliche Änderungen bestimmen und anordnen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb einer bestimmten Frist die erforderlichen Änderungen vornimmt. Kommt der Gemeinsame Bundesausschuss der Anordnung nicht innerhalb dieser Frist nach, kann das Bundesministerium für Gesundheit die erforderlichen Änderungen selbst vornehmen.“ Das gelte entsprechend, „wenn sich die Erforderlichkeit der Änderung einer bereits genehmigten Regelung der Verfahrensordnung oder der Geschäftsordnung erst nachträglich ergibt.“

Die Begründung dazu lautet im Referentenentwurf des Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes unter anderem – wieder in Anlehnung an die Wortwahl des BSG der Randnummer 49: „Der Genehmigungsvorbehalt nach § 91 Absatz 4 Satz 2 ist jedoch nicht auf eine bloße Rechtmäßigkeitsprüfung beschränkt, sondern eröffnet dem Bundesministerium für Gesundheit darüber hinausgehende Einwirkungsmöglichkeiten, insbesondere um an der abstrakt-generellen Grundlegung der Bewertungsmaßstäbe für die Richtlinienbeschlüsse des G-BA und an der Ausgestaltung des Bewertungsverfahrens mit maßgeblichem Einfluss mitzuwirken. ... Die Befugnis des Bundesministeriums für Gesundheit, gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Erforderlichkeit von

Änderungen der Geschäftsordnung und der Verfahrensordnung geltend zu machen, werden daher nicht auf die Fälle beschränkt, in denen eine Genehmigung wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht versagt werden müsste oder nicht hätte erteilt werden dürfen. Stattdessen umfassen sie insbesondere auch die Fälle, in denen das Bundesministerium für Gesundheit zur Sicherstellung einer sach- und funktionsgerechten Aufgabenerfüllung durch den G-BA entsprechende Änderungen als erforderlich ansieht.

Wie aus Axers Ausführungen deutlich wurde, ist eine zitierte Passage des Urteils, auf die das BMG sich in seinem Referentenentwurf inhaltlich stützt, in der Tat juristisch interpretationswürdig. Das BSG sage nichts darüber, wie denn die darüber hinausgehenden Einwirkungsmöglichkeiten aussehen, so Axer. Es verwende aber auch nicht den Begriff der Zweckmäßigkeitskontrolle und angesichts des geläufigen Gegensatzes von Zweckmäßigkeits- und Rechtmäßigkeitskontrolle werde man das auch „als beredtes Schweigen interpretieren“ können, dass keine Zweckmäßigkeitskontrolle vom BSG gefordert worden sei, sondern „etwas dazwischen“. Wie das dazwischen aussehe, bleibe letztlich auch in der Rechtsprechung offen. Mit „Sicherstellung der Sozialversicherung als Ganzes unter gleichzeitiger Berücksichtigung einer sach- und funktionsgerechten Aufgabenerfüllung“ werde aber letztlich noch ein Ziel einer Aufsichtsmaßnahme genannt. „Das kann auch und muss auch durch Rechtsaufsicht verwirklicht werden“, so Axer. Es werde damit durch das BSG keine Zweckmäßigkeitskontrolle etabliert.

In den im Referentenentwurf zum Selbstverwaltungsstärkungsgesetz vorgesehenen neuen Regelungen in § 91 Abs. 4 Satz 2 werde Bezug auf das BSG-Urteil genommen, um damit eine „Zweckmäßigkeitskontrolle der Sache nach“ zu etablieren, so der renommierte Heidelberger Jurist. Schauen Sie sich aber genauer die Begründung und die BSG-Entscheidung an, stellen Sie fest, bewertet Axer: „So ganz passt das nicht zusammen! Das BSG wird als Grundlage genommen, das ist meine Interpretation, wird dann geweitet und insoweit die Zweckmäßigkeitskontrolle dem BSG untergejubelt. Aber ich bin nicht der 6. Senat. Es fällt aber auf, dass ein unterschiedlicher Wortlaut gewählt wird!“

Besonders problematisch sei auch eine im Referentenentwurf des Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes im neuen § 91a Abs. 2 SGB V vorgesehene Regelung: „Zur Gewährleistung einer mit den Gesetzeszwecken des Gemeinsamen Bundesausschusses in Einklang stehenden Mittelverwendung kann die Aufsichtsbehörde bei unbestimmten Rechtsbegriffen Inhaltsbestimmungen zur Rechtsanwendung und Rechtsauslegung erlassen. Die Rechtsaufsicht ist in diesen Fällen nicht auf eine Vertretbarkeitskontrolle beschränkt. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist an die Inhaltsbestimmungen gebunden.“ Axer reflektiert hier: „Die Rechts-



aufsicht, so heißt es ausdrücklich, soll in diesen Fällen auch nicht auf eine Vertretbarkeitskontrolle beschränkt sein, „während es in der Gesetzesbegründung des Referentenentwurfs andererseits für einen Gesetzgeber sehr selbstbewusst heißt: „Der gerichtliche Überprüfungsmaßstab in Bezug auf die Inhaltsbestimmung ist dabei auf eine Vertretbarkeitskontrolle beschränkt, der Bewertungsspielraum der Aufsichtsbehörde ist zu beachten.“ (Anm. d. Red.: S. 25 Referentenentwurf). Die scharfe Bewertung Axers: „Das kann jedenfalls mit den bestehenden Gesetzen so nicht funktionieren!“

Es bleibe auch offen, fragt Axer, teils auch wohl rhetorisch: „Was ist Mittelverwendung? Geht es da nur um Grundstücksgeschäfte des G-BA? Oder ist mit Mittelverwendung auch der Fonds für Erprobung oder der Innovationsfonds gemeint? Ist Kontrolle über Mittel nicht auch der Schlüssel zu einer weitgehenden Sachkontrolle? Und was sind eigentlich auch Inhaltsbestimmungen, die hier erfunden werden?“ In der Gesetzesbegründung des Referentenentwurfs heiße es, referierte Axer: „Die Konkretisierung durch Inhaltsbestimmungen ist eine der aufsichtrechtlichen Maßnahme vorgelagerte Entscheidung.“ Und er fragt weiterhin: „Ist das ein Aufsichtsinstrument? Ist es eine Norm? Ist es ein Verwaltungsakt? Ist es eine Verwaltungsvorschrift?“ Und antwortet selbst harsch: „Es kann so nicht gelingen – sich eine Ermächtigung zu geben, die letztendlich auch inhaltlich unbestimmt ist bei unbestimmten Rechtsbegriffen zur Mittelverwendung.“

Was sind unbestimmte Rechtsbegriffe, sinniert der Gelehrte weiter. „Man müsse sehr weitgehend sagen: Alles ist

unbestimmt. Mittelverwendung – was ist damit gemeint? Warum arbeite man nicht mit den herkömmlichen begrifflichen Instrumentarien und versuche solche Zwitter-, Hybridgebilde zu entwickeln“, denkt Axer laut weiter. „Mir scheint es, man fürchtet in diesem Entwurf den Begriff ‚Fachaufsicht!‘ Aber wäre es nicht klarer, wenn man es möchte, den Begriff Fachaufsicht hineinzuschreiben als solche Instrumente zu kreieren, die letztendlich nur Streit bei den Beteiligten provozieren werden? Und die Frage ist auch: Muss nicht auch die Aufsicht im Ganzen klar verfassungsrechtlich geregelt sein?“ Und schließt seine Bemerkungen mit einer deutlichen Ansage: „Eine Normsetzung durch Aufsicht mit Inhaltsbestimmungen ist jedenfalls verfassungsrechtlich nicht möglich!“

Die Verantwortlichen für dieses Gesetz sollten sich fragen, was sie vielleicht um kurzfristiger politischer Genüsse willen lostreten. Es werden vielleicht einmal andere Zeiten und andere Regierungen kommen. Eine Struktur für die Verwaltung der Milliarden-Gelder der Zwangskrankenversicherung, in der für die verantwortenden Akteure Politikdistanz immanent angelegt ist, gleich ob körperschaftlich organisiert oder nicht, ist allein schon zum Schutz der Integrität der Beteiligten und für die Interessen der Betroffenen haushoch überlegen. Das Letzte was man sich und/oder seinen Angehörigen wünschen kann, ist eine intransparente politikwillkürliche Staatsgesundheitsverwaltung, die offensichtlich auch noch den Gerichten vorschreibt, was und wie sie ihr Tun überprüfen dürfen. Wo, bitte schön, bleibt eigentlich bei diesem geplanten Gesetz das Subsidiaritätsprinzip? ■ _____ Quelle: gid Nr. 32 vom 06.10.2016

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz – GKV-SVSG)



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

KZVN | Postfach 81 03 64 | 30503 Hannover

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Per E-Mail
Niedersächsisches Ministerium für
Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Herrn Andreas Schote
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

Ihr Gesprächspartner
Dr. Thomas Nels
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

Sekretariat
Durchwahl 0511 8405-209/419
Telefax 0511 8405-300
kamenz@kzvn.de

Ihre Nachricht vom 26.09.2016
Ihr Zeichen Hr. Andreas Schote
Unser Zeichen Dr. Nels / Dr. Hinz

Hannover, 30.09.2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine Stellungnahme zum Referentenentwurf innerhalb von drei Tagen ist schon eine sportliche Vorgabe! Allerdings beschäftigt die Absicht des Gesetzgebers, wie sie in den „Eckpunkten“ des BMG erkennbar war, alle Betroffenen seit dem Bekanntwerden, so dass eine politische Wertung schon gereift ist.

Vorbemerkung

Die nun gewählte Bezeichnung „Gesetz zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung...“ erscheint ehrlicher als der immer noch in der Abkürzung verwendete Begriff „Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“!

Politische Wertung

Aus der Sicht der KZVN ist der Entwurf des BMG nicht aus der Einsicht in eine ordnungspolitisch und rechtsstaatlich notwendige Weiterentwicklung des Gesundheitswesens

entstanden, sondern als Reaktion darauf, dass in der Medienlandschaft über längere Zeit vermeintliche oder tatsächliche Skandale abgehandelt wurden. Um Handlungsfähigkeit zu beweisen, werden die Grenzen zwischen Rechtsaufsicht und Fachaufsicht verwischt und das Prinzip der Selbstverwaltung in Frage gestellt.

In der Begründung zum Referentenentwurf wird zu Recht formuliert, dass das Prinzip der Selbstverwaltung praxisnahe und eigenverantwortliche Entscheidungen sowie ein hohes Maß an Akzeptanz der Entscheidungen sichert. Weiter heißt es: „Der Grundsatz der maßvollen Rechtsaufsicht findet seinen verfahrensrechtlichen Ausdruck in den §§ 88 und 89 Viertes Buch Sozialgesetzbuch. Das danach vorgegebene eingeschränkte und gestufte Aufsichtsverfahren verhindert in der Praxis häufig, dass die Aufsichtsbehörde bei Rechtsverstößen zielgerichtet und schnell einschreiten und weiteren Fehlentwicklungen bestimmt entgegenzutreten kann. Die Regelungen bedürften daher einer Weiterentwicklung.“



Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen | Zeißstraße 11 | 30519 Hannover

Telefon 0511 8405-0 | Telefax 0511 8405-300 | E-Mail info@kzvn.de | Internet www.kzvn.de

Deutsche Apotheker- und Ärztekammer, Hannover | BLZ 300 606 01 | Konto 0 101 111 736 | IBAN DE14 3006 0601 0101 1117 36 | BIC DAAEDED3

Damit wird der Grundsatz der maßvollen Rechtsaufsicht relativiert zu Lasten der Selbstverwaltung!

Vorerst beziehen sich die Regelungen nur auf Institutionen auf Bundesebene, es besteht aber natürlich die Befürchtung, dass diese anschließend auch auf Landesebene installiert werden.

Aber schon auf Bundesebene ist es realistisch, dass ein Vorstandsvorsitzender nicht die nötige Zwei-Drittel-Mehrheit erlangt. Der die Geschäfte führende „Beauftragte“ des BMG wäre dann tatsächlich ein Symbol für den Übergang von der Selbstverwaltung zu einem staatlich geführten Gesundheitswesen!

Eine Abwahl des Vorsitzenden der Vertreterversammlung mit einfacher Mehrheit würde bei knappen Mehrheiten dazu führen, dass je nach Krankenstand der Mitglieder dauernd neue Vorsitzende gewählt werden könnten, was für eine kontinuierliche Arbeit sicher nicht zuträglich ist (eine einfache Mehrheit der satzungsmäßigen Mitgliederzahl ist u. E. ein Widerspruch in sich!).

Die Vorgabe, dass die Beschlüsse der Vertreterversammlung nachvollziehbar zu begründen sind (wer entscheidet das?), ist ebenso ein Eingriff in die Souveränität der VV wie die Bestimmung, dass die Abstimmungen grundsätzlich nicht geheim erfolgen dürfen.

Die Grenze zwischen Legislative, Exekutive und Judikative wird verwischt bei der Regelung, dass bei unbestimmten Rechtsbegriffen das BMG Inhaltsbestimmungen zur Rechtsanwendung und Rechtsauslegung erlassen und deren Durchsetzung gleichzeitig mittels aufsichtsrechtlicher Maßnahmen durchsetzen kann.

Insgesamt werden aus Sicht der KZVN rechtsstaatliche Prinzipien aus tagespolitischen Erwägungen in unverhältnismäßiger Weise verletzt und der Fortbestand der Selbstverwaltung grundsätzlich infrage gestellt.

Rechtliche Wertung zu einzelnen Punkten:

Zu Nr. 3

§ 78 Absatz 4 SGB V Satz 1

„... kann die Aufsichtsbehörde bei unbestimmten Rechtsbegriffen Inhaltsbestimmungen zur Rechtsanwendung und Rechtsauslegung erlassen.“

Mit Selbstverwaltung ist die rechtliche und politische Selbstverwaltung in Form der eigenverantwortlichen Steuerung des gesamten Verwaltungshandelns gemeint, die grundsätzlich lediglich durch eine Rechtsaufsicht begrenzt wird. Das BSG weist in ständiger Rechtsprechung darauf hin, dass der aus dem Selbstverwaltungsrecht abgeleitete Grundsatz der maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht

es gebietet, der beaufsichtigten Behörde einen gewissen Bewertungsspielraum zu belassen, sofern sich das Handeln oder Unterlassen des Beaufsichtigten im Bereich des rechtlich noch Vertretbaren bewegt. Voraussetzung dafür ist, dass auch entsprechende Gestaltungsspielräume eröffnet sind, indem z.B. das Gesetz einen unbestimmten Rechtsbegriff verwendet, der mehrere Auslegungen zulässt und dessen Auslegung noch ungeklärt ist (BSG Urteil vom 18.07.2006 – B 1 A 2/05 R; Urteil vom 31.05.2016 – B 1 A 2/15 R). Werden diese Gestaltungsspielräume genommen, stellt dies die Grundprinzipien der Selbstverwaltung infrage.

Satz 4

„Eine gesonderte Klage gegen eine Inhaltsbestimmung ist unzulässig.“

Eine Klage ist demnach erst möglich, wenn die Körperschaft gegen die Inhaltsbestimmungen zur Rechtsanwendung und Rechtsauslegung verstoßen hat und eine Aufsichtsverfügung ergangen ist. Ob es jedoch überhaupt zu einer Aufsichtsverfügung kommt, ist vor dem Hintergrund der Neuregelung des § 79a Absatz 1b SGB V fraglich. Danach wird der Aufsichtsbehörde die Möglichkeit eingeräumt, einen Beauftragten zu bestellen, soweit das Handeln des Vorstands eine ordnungsgemäße Verwaltung nicht mehr gewährleistet und andere Aufsichtsmittel nicht ausreichen. Ob andere Aufsichtsmittel ausreichen oder nicht, bestimmt die Aufsichtsbehörde. Unseres Erachtens verstößt dies nicht nur gegen den Grundsatz des effektiven Rechtsschutzes, sondern auch gegen die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit und der maßvollen Ausübung der Aufsicht. Darüber hinaus ist es fraglich, ob der Begriff „ordnungsgemäße Verwaltung“ bestimmt genug ist.

Zu Nr. 5

§ 79 SGB V

Ergänzung des Absatzes 3

„Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann von dem Vorstand jederzeit einen Bericht über die Angelegenheiten der Körperschaft verlangen. Auch ein einzelnes Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann die Rechte nach Satz 2 geltend machen sowie einen Bericht nach Satz 3 an die Vertreterversammlung verlangen.“

Nach der bisherigen Regelung überwacht die Vertreterversammlung den Vorstand (§ 79 Absatz 3 Nr. 2 SGB V). Hierfür stehen der Vertreterversammlung bereits jetzt verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Die Kontrollaufgaben übernehmen insbesondere die Ausschüsse der Vertreterversammlung, die spiegelbildlich zu besetzen sind. ►►

► Die Vertreterversammlung kann sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen einsehen. Damit sind die Rechte der *WV* als auch des einzelnen *WV*-Mitglieds gewahrt. Neu ist, dass der Vorstand „jederzeit“ in einem Bericht Auskunft zu Angelegenheiten der Körperschaft geben muss. Nach der Begründung sei der Begriff „Angelegenheiten der Körperschaft“ weit zu verstehen. Damit würde jeder Vorgang unter diesen Begriff fallen, verbunden mit der Verpflichtung „jederzeit“ einen schriftlichen Bericht abgeben zu müssen. Durch diese Möglichkeit wird der Vorstand unverhältnismäßig in Anspruch genommen. Die Handlungsunfähigkeit eines Organs (Vorstands) würde jedoch ausreichen, damit die Aufsichtsbehörde einen Beauftragten installieren kann (§ 79a Absatz 1a – neu SGB V). Das Informationsinteresse gilt es abzuwägen mit der Handlungsfähigkeit des Vorstands. Aufgrund der Tatsache, dass bereits ausreichende Möglichkeiten zur Überwachung bestehen, ist die neue Regelung unverhältnismäßig.

Absatz 6

„Für die Wahl des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist eine Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder der Vertreterversammlung erforderlich.“

Für die Wahl des Vorstandsvorsitzenden wird eine qualifizierte Mehrheit verlangt. Dies ist unverhältnismäßig. Begründet wird die Regelung mit dem Erfordernis einer breiten Legitimation. Dies erstaunt, da für die Wahl des Bundeskanzlers lediglich eine absolute Mehrheit erforderlich ist. Im Grundgesetz wird die qualifizierte Mehrheit benötigt, um das Grundgesetz zu ändern! Was geschieht, wenn die erforderliche Mehrheit nicht erreicht wird? Ist dann die Wahl des Vorstands nicht zustande gekommen, mit der Konsequenz, dass die Aufsichtsbehörde die Geschäfte selbst übernehmen oder einen Beauftragten einsetzen kann (§ 79a Absatz 1a – neu SGB V)? Gilt die Wahl des Vorstands als nicht zustande gekommen, wenn nur der Vorsitzende nicht gewählt wurde, aber sehr wohl der Stellvertreter gewählt wurde?

Nach intensiverer Prüfung werden wir gegebenenfalls noch weitere Punkte ergänzen.

Freundliche Grüße

Dr. Thomas Nels
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes

Unbemerkte Initiative im Gesundheitsbereich

EU-KOMMISSION IN DER ROLLE DES BERATERS FÜR STRUKTURREFORMEN

Fast unbemerkt von der Öffentlichkeit hat der EU-Gesundheitskommissar Vytenis Povilas Andriukaitis (Litauen) beim letzten Treffen der 28 Gesundheitsminister im Juni 2016 in Luxemburg eine neue Initiative im Gesundheitsbereich gestartet. Unter dem Titel „State of Health in the EU“ kündigte der Kommissar Andriukaitis an, bereits bestehende gemeinsame Aktivitäten der EU mit anderen internationalen Organisationen wie der OECD und der Europäischen Beobachtungsstelle für Gesundheit und Gesundheitssysteme (EOHSP) bei der Berichterstattung über die Entwicklung der Gesundheitssysteme in der EU künftig zu bündeln. Der zuletzt in 2014 gemeinsam mit der OECD herausgebrachte Bericht „Gesundheit auf einen Blick“, der



die Gesundheitssysteme von 35 europäischen Staaten beleuchtet, und nicht zuletzt das im Rahmen des diesjährigen Europäischen Semesters erstellte thematische Arbeitspapier der Kommission zur „Gesundheit und den Gesundheitssystemen in der EU“ zeigten nach seiner Ansicht, dass es sehr große Unterschiede zwischen den

Mitgliedstaaten, z. B. hinsichtlich der Geburtenrate oder Lebenserwartung aber auch der Qualität und des Zugangs zu der Gesundheitsversorgung sowie deren Finanzierung gebe. Die Gründe für diese Unterschiede gelte es, von Seiten der Kommission zu verstehen, um die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten besser bewerten zu können. Die Generaldirektion SANTE (Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit – Anm. d. Red.) beabsichtige daher, einen kohärenten Rahmen für diese Gesundheitsberichtserstattung zu schaffen, um dann die Mitgliedstaaten bei der Reform und Restrukturierung ihrer Gesundheitssysteme besser unterstützen zu können. Diese systematische Analyse der Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedstaaten solle auch als Basis für einen Erfahrungsaustausch der Mitgliedstaaten über ihre nationalen Gesundheitssysteme dienen.

Die EU-Initiative umfasse vier Elemente. (Weitere Informationen: <http://ec.europa.eu/health/state>)

Der von der OECD und der Generaldirektion SANTE in 2014 erstellte Bericht „Health at a Glance: Europe“ werde zurzeit überarbeitet, und solle einen neutralen und beschreibenden Vergleich über die bisher gemachten Fortschritte in den Mitgliedstaaten mit Blick auf die Effektivität, Zugänglichkeit und Resilienz derer nationalen Gesundheitssysteme geben. Die Veröffentlichung des Berichts sei für den 23. November 2016 vorgesehen.

Künftig werde die EOHSP alle zwei Jahre sog. „Country health profiles“ für jeden EU-Mitgliedstaat erstellen. In diesen Länderportraits würden alle relevanten Daten über das jeweilige nationale Gesundheitssystem zusammengetragen, wobei die jeweiligen Besonderheiten und Herausforderungen herausgestellt werden sollen. Die Country health profiles werden zum ersten Mal im November 2017 veröffentlicht.

Auf der Grundlage dieser Vorarbeiten werde die Kommission wiederum im November 2017 eine Mitteilung vorlegen, die einen Überblick über die wesentlichsten länderspezifischen und europaweiten Befunde geben werde. Ziel des Papiers sei es, Ansätze für gemeinsames Lernen zwischen den Mitgliedstaaten darzustellen und aufzuzeigen, welcher Mehrwert durch die Zusammenarbeit auf europäischer Ebene für die Mitgliedstaaten bei der Reform und Restrukturierung ihrer Gesundheitssysteme entsteht. Ab Dezember 2017 sei dann – auf rein freiwilliger Basis – ein Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten über die bis dahin festgestellten Befunde über die Lage der nationalen Gesundheitssysteme geplant.

Auch wenn Andriukaitis wiederholt darauf hinwies, dass damit keineswegs ein Ranking oder gar eine Bewertung der Leistungsfähigkeit der nationalen Gesundheitssysteme beabsichtigt sei, fiel die Reaktion der anwesenden



Gesundheitsminister eher verhalten aus. Einige Mitgliedstaaten befürchten, dass eine solche umfassende Berichterstattung mit Mehrarbeit für die Mitgliedstaaten verbunden ist. Andere befürchten wohl nicht zu Unrecht, dass sich die Kommission künftig damit besser gerüstet sehen möchte, wenn es im Rahmen des Europäischen Semesters zu Beratungen über die von der Kommission als dringend erachteten Strukturreformen im Gesundheitsbereich mit einigen Mitgliedstaaten kommt.

Der letztgenannte Aspekt wird bei Gesprächen mit Vertretern mit der Generaldirektion SANTE keineswegs abgestritten. Allerdings wird diese „fachliche Aufrüstung“ der Generaldirektion SANTE als notwendiger Schritt erachtet, um bei den internen Abstimmungen im Rahmen des Europäischen Semesters zwischen den Generaldirektionen besser dazustehen.

Denn während die Generaldirektion SANTE erst am Beginn einer regelmäßigen und kohärenten Gesundheitsberichtserstattung in der EU steht, bereitet die für das Europäische Semester maßgebliche Generaldirektion Finanzen und Währung (ECFIN) zusammen mit dem Wirtschaftspolitischen Ausschuss der EU, in dem nur Vertreter aller 28 nationalen Finanzministerien sitzen, einen „Joint Report on Health Systems“ vor, der bereits im Oktober 2016 veröffentlicht werden soll. In diesem sollen unter anderem die Faktoren für die Kostensteigerungen bei den Gesundheitsausgaben in den EU-Mitgliedstaaten, die Herausforderungen für die nationalen Gesundheitssysteme und gute Beispiele für ein effizientes und effektives Gesundheitssystem in der EU zusammengestellt werden. Die Finanzminister der 28 Mitgliedstaaten werden dann bei ihrer Sitzung im November 2016 diesen Bericht und dessen Aussagen über die Tragfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme beraten. Vor diesem Hintergrund scheint es in der Tat dringend erforderlich, dass sich die Verantwortlichen für das Gesundheitswesen ein wenig mehr mit Argumenten wappnen, um einer ausschließlichen Betrachtung des Gesundheitssystems unter dem Aspekt seiner finanziellen Tragfähigkeit entgegenzuwirken. ■

Quelle: gid Nr. 31 vom 22.09.2016



Fotos: ZKN

Viel Einmütigkeit bei der Kammerversammlung 2016

Auf der diesjährigen Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN), die im Maritim Airport Hotel am Flughafen Hannover-Langenhagen tagte, wurde dank der ebenso engagiert wie diszipliniert geführten Debatten unter der souveränen Leitung des Kammerpräsidenten Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, die umfangreiche Tagesordnung an einem Tag abgewickelt. Es gab kein beherrschendes Thema, sondern die gesamte Palette der „großen“ Politik, vor allem der Gesundheitspolitik, sowie der Standes- und zahnärztlichen Fachpolitik wurde diskutiert und beurteilt. Dabei herrschte im Wesentlichen Einmütigkeit. Sie kam besonders dadurch zum Ausdruck, dass es in den über zwei Dutzend Anträgen vom Vorstand, von den Delegierten des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) und der Zahnärzte für Niedersachsen (ZfN) fast keine Kampfabstimmungen, sondern durchweg einmütige Beschlüsse gab. Nur beim Thema Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der ZKN, insbesondere als es um das seit Sommer dieses Jahres von Kammer und Kassenzahnärztlicher Vereinigung Niedersachsen (KZVN) wieder gemeinsam herausgegebene Niedersächsische Zahnärzteblatt (NZB) ging, prallten gegensätzliche Meinungen aufeinander. Im Kern ging es um die jetzige Zusammensetzung des Redaktionsteams des gemeinsamen Blattes und auch um die Frage einer zentralen oder in die Bezirksstellen verlagerten Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Kammerpräsident Bunke hatte zu Beginn seines Rechenschaftsberichts die Politik aufs Korn genommen und dabei die Themen Flüchtlinge, den Brexit und die Zinspolitik als

dominant bezeichnet. Sie alle haben die Zahnärzteschaft nicht unberührt gelassen und auch ihr mehr oder weniger Probleme bereitet. Die vielen Redebeiträge in der Diskussion zeigten, dass ein Nerv getroffen war.

In seinem Rückblick auf die zahnärztlichen Themen gab der Präsident zunächst seiner Zufriedenheit über ein nunmehr geschaffenes gemeinsames Mitteilungsblatt Ausdruck. Nach dem von beiden Körperschaften ZKN und KZVN beschlossenen Herausgebervertrag werden die berufspolitisch in Niedersachsen engagierten Verbände ZfN und FVDZ das Mitteilungsblatt nicht mehr als Plattform für eigene Informationen nutzen können, zumal es auch von Beiträgen von Mitgliedern beider Körperschaften finanziert wird, die keinem der beiden berufspolitisch engagierten Verbände angehören. Allerdings soll die Berufspolitik



Präsident Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida (links) und sein Stellvertreter Jörg Röver bei ihren jeweiligen Berichten gegenüber den Delegierten

auch im gemeinsamen Blatt ihren Platz haben, um die berechtigten Interessen der Zahnärzteschaft gegenüber Politik und Gesellschaft der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Denn Problemfelder wie Angriffe auf die Freien Berufe, „Verstaatlichung“ des Berufsrechts, Kontrollwahn, Bürokratiemonster und vieles mehr gebe es genug. Außerdem soll das neue NZB frei von kommerzieller und berufspolitisch motivierter Werbung sein.

Insofern war sich die Kammerversammlung völlig einig. Aber dann kam der „Juckepunkt“ Redaktionsteam zur Sprache. Derzeit wird das NZB unter der Leitung eines externen Redaktionsleiters zusammen mit den beiden den ZfN angehörenden Pressereferenten der Kammer und KZVN erstellt. Hier wird von Seiten des FVDZ eine berufspolitische Parität in der Besetzung der Redaktion gefordert. Der Pressereferent der Kammer, Dr. Lutz Riefenstahl, wies darauf hin, dass das jetzt gemeinsam herausgegebene NZB ein gemeinsames Mitgliederblatt für die Kammer und für die KZVN und nicht für standespolitische Verbände sei. Dr. Karl Horst Schirbort meinte, diese Entscheidung werde die Berufsverbände spalten statt sie zu Gemeinsamkeiten zu führen. Außerdem sollten gerade auch Informationen über berufsständische Organisationen soweit wie möglich der gesamten Zahnärzteschaft mitgeteilt werden. Der Hinweis, dass nach der Wahl des neuen KZVN-Vorstands am 21. Januar 2017 (die Wahl zur neuen Vertreterversammlung findet vom 7. bis 16. November 2016 statt) entschieden werden solle, und die drängende Mittagspause setzten der hitzigen Debatte zunächst ein Ende.

Sie flammten später jedoch wieder auf, als es um einen Antrag von Dr. Rindermann und Dr. Keck ging, der Bezirksstelle Ostfriesland für die Pressearbeit vor Ort ab 2017 jährlich 5.000 Euro zur Verfügung zu stellen. Die Bezirksstelle reklamiert, dass dort seit Jahren eine erfolgreiche Pressearbeit vor Ort gemacht werde, die aber finanzielle Mittel erfordert, die man von der ZKN zur Verfügung gestellt haben möchte. Die wiederum engagierte Diskussion führte zu der nicht neuen Erkenntnis, dass gerade für die Zahnärzteschaft eine professionelle Presse- und Öffentlichkeitsarbeit dringend vonnöten ist, damit die Politik, die Gesellschaft und auch die eigene Kollegenschaft über Probleme, Wollen und Wirken der Zahnärzteschaft informiert wird. Dabei wurde auch die Grundsatzfrage diskutiert: professionelle zentrale Presse- und Öffentlichkeitsarbeit für die Zahnärzteschaft oder Pressearbeit vor Ort von den einzelnen Bezirksstellen oder ein Mischmodell. Auch hierzu soll eine Entscheidung erst nach der Neuwahl des KZVN-Vorstands getroffen werden. Für die Zwischenzeit wurde ein „Leitfaden Pressearbeit der Bezirksstellen“ vom Vorstand erarbeitet und in der letzten Vorstandssitzung beschlossen. Übrigens, der Antrag von Dres. Rindermann und Keck wurden bei 13 Ja-Stimmen und einigen Enthaltungen mit großer Mehrheit abgelehnt (s. Seite 50ff).



Kein „Zahnarzt light“

Nachdem Präsident Bunke in seinem Rechenschaftsbericht über die Ergebnisse der 5. deutschen Mundgesundheitsstudie, in der Deutschland im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz einnimmt, gesprochen hatte, sagte er, die Zahnärzte müssten wissen, dass eine erfolgreiche Parodontitistherapie ohne entsprechende Vorbehandlung – schon aus Gründen der Patientenmitwirkung – als auch ohne eine strukturierte Nachsorge in der Regel langfristig nicht zum Erfolg führen könne. Da sei es nur folgerichtig, die PAR-Behandlungstrecke von Seiten der Bundeszahnärztekammer, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Wissenschaft auf den Prüfstein zu stellen, was derzeit auch passiert. Und just in diesem Moment riefen einige zahnärztliche Vertreter nach der Ausweitung des Delegationsrahmens und auch einige Dentalhygienikerinnen (DH) und deren Verbände nach Formen der Substitution und einem eigenständigen Berufsbild in Form von Bachelor-DHs. Hier sollten sich die Zahnärzte nicht aufs Glatteis führen lassen. Ein „Zahnarzt light“, wie in England oder Holland, wo DHs selbständig arbeiten, teilweise Anästhesien setzen und kleine Füllungen legen können, habe dort nicht zu einer besseren Mundgesundheit geführt. Die hierzu vorgelegten Anträge des Vorstands wurden fast durchweg einstimmig verabschiedet (s. Seite 50ff).

Klare Absage an Selbstverwaltungsstärkungsgesetz

Vehement kritisierte der Kammerpräsident Bunke das kürzlich in Kraft getretene Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. Es bringe Misstrauen in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten und stelle die Mediziner grundsätzlich unter Tatverdacht. Korruption sei schon immer eine Straftat gewesen, für die die Zahnärzte keinerlei Toleranz kennen. Außerdem seien Bestechlichkeit und Zuwendungen von Vorteilen oder Entgelten hinlänglich in der Berufsordnung sowie im Sozialgesetzbuch (SGB V) und in der GOZ beschrieben und untersagt. Ebenso sprach der Präsident der Kammerversammlung aus dem Herzen, als er dem Entwurf für das „Gesetz zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV“, das kürzlich noch „Selbstverwaltungsstärkungs- ▶

► gesetz“ hieß, eine klare Absage erteilt. Es sei ein „Selbstverwaltungsentmündigungsgesetz“ mit dem das Bundesgesundheitsministerium vordergründig den Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane mehr Transparenz über Vorstand und Verwaltung gewähren wolle, in der Realität aber solle es dem Ministerium als Dienstaufsichtsbehörde mehr Kontrolle verschaffen, erklärte Präsident Bunke. Seiner Bitte, die hierzu vorgelegten Anträge „mit einem deutlichen Signal an die Politik zu versehen“, kam die Kammerversammlung mit der einstimmigen Verabschiedung der entsprechenden Anträge nach (s. Seite 50ff). Auch in der den Anträgen zugehörigen Aussprache machten sich die Kammermitglieder mit teils drastischen Redebeiträgen Luft. Die Grenze des Zumutbaren für die Selbstverwaltung sei nicht nur erreicht, sondern schon maßlos überschritten. Es sei höchste Zeit, aktiv zu werden und zu kämpfen. Zum Schluss seines Rechenschaftsberichts wies Kammerpräsident Bunke darauf hin, dass es bis zur Kammerversammlung in einem Jahr eine neue Bundesregierung geben werde. Mögliche neue Konstellationen könnten für die Zahnärzteschaft und alle Freiberufler fast zum Alptraum werden. So wäre beispielsweise der Rückfall mit Hilfe einer Bürgerversicherung wieder in das alte fortschrittsfeindliche Sachleistungssystem zu verfallen, eine schlimme Perspektive. Daher wurden die Bundeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung aufgefordert, rechtzeitig Wahlprüfsteine für die Parteien zur nächsten Bundestagswahl zu formulieren und deren Inhalte und Auswirkungen den Bürgern, den Patienten, schon aus Sicht des Patientenschutzes zu erläutern. „Es ist viel zu tun im nächsten Jahr, wir sollten uns nicht im Klein/Klein verstricken, sondern gemeinsam wichtige Dinge angehen“, schloss der Kammerpräsident seinen Bericht. In der anschließenden engagiert geführten Aussprache gab es mehr Zustimmung und Lob als Kritik.



Trugen aus ihren Vorstandsreferaten vor: Sabine Steding (links) und Silke Lange.



Wurden vom Präsidenten mit der Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft in Silber ausgezeichnet: Dr. Julius Beischer, Dr. Henning Otte und Dr. Josef Kühling-Thees (v.l.n.r.).

Vorstandsreferenten gaben ausführliche Tätigkeitsberichte

Nach dem Präsidenten ist es gute Tradition, dass auch die weiteren Vorstandsmitglieder den Versammlungsmitgliedern einen Überblick über ihre Amtstätigkeiten geben. So referierten aus ihren jeweiligen Aufgabenfeldern der Stellvertretende Präsident Jörg Röver (Finanzen, EDV und Personal), Sabine Steding (Fachzahnarztangelegenheiten mit Weiterbildungsordnung, Approbation ausländischer Zahnärzte, NiZzA und Ausschuss Familie, Beruf, Praxismanagement), Silke Lange (GOZ-Angelegenheiten, Jugendzahnpflege, Alterszahnmedizin und Zahnärztliche Behindertenhilfe), Dr. Lutz Riefenstahl (Internetauftritt der ZKN, Zahnärztliche Praxisführung mit „Hygiene“, „BuS-Dienst“, ZQMS, Qualitätszirkel) und Dr. Karl-Heinz Düvelsdorf (Fortbildung – Zahnärzte, Aus- und Weiterbildung zahnärztliches Fachpersonal). Jedes Vorstandsmitglied hatte dabei seine individuellen Schwerpunkte in den jeweiligen Vorträgen gesetzt. Zu den Referaten von Vorstandsmitglied Dr. Karl-Hermann Karstens (Patientenberatung, Schlichtungsangelegenheiten, Fürsorgeangelegenheiten und Zahnärztliche Stelle Röntgen) hatte zuvor schon Präsident Bunke teilweise mit vorgetragen gehabt.

Eine Fülle von Anträgen

Nach einer eingehenden Information zu den Plänen eines Klinischen Krebsregisters durch den Experten Dipl.-Ök. Philipp Krajewski von der Ärztekammer Niederachsen und einer anschließenden lebhaften Aussprache, bei der es besonders um den Datenschutz und die ärztliche Schweigepflicht, insbesondere um die Übermittlung von Klarnamen, ging, beschloss die Kammerversammlung mit großer Mehrheit, den Antrag zum Abschluss eines Vertrages über den Zusammenschluss zum Zweckverband Klinisches Krebsregister Niedersachsen (KKN) vorerst zu vertagen.

Viel Zeit nahmen traditionell die Diskussionen und Abstimmung über die Fülle von Anträgen in Anspruch (s. Seite 50ff). Zu den Regularien gehörten die Vorlage des Nachtragsetats und des Jahresabschlusses 2015 der ZKN, die Entlastung des Vorstands sowie die Beschlussfassung über die Beitragsordnung und den Haushaltsplan 2017. Es gab durchweg einmütige Zustimmung.

Stabilität im AVW

Wie bei jeder Kammerversammlung wird dem Altersversorgungswerk (AVW) der ZKN mit dem Bericht des Vorsitzenden des Leitenden Ausschusses (LA) und dem versicherungsmathematischen Gutachten sowie dem Jahresabschluss großes Interesse entgegengebracht. Immerhin geht es um das Wohl und Wehe der Zahnärzteschaft im Ruhestand. Der LA-Vorsitzende Dr. Reinhard Urbach dämpfte gleich zu Beginn seines Rechenschaftsberichts größere Erwartungen mit dem Hinweis: „Gute Nachrichten habe ich nicht!“ Nach einem Rückblick auf die Rentenpolitik der Bundesregierung und auf die derzeitige Finanzpolitik berichtete Dr. Urbach über das vergangene Geschäftsjahr. Erstmals hat der LA einen Geschäftsbericht erstellt, um allen Mitgliedern der Kammer und des Altersversorgungswerkes einen weitergehenden Einblick zu geben; er wird auch auf der Homepage eingestellt und steht damit öffentlich zur Verfügung. Um die Aufgaben des Justitiars, Sachverständigen und Rechtsanwalts, die bisher in einer Hand lagen, zu trennen, ist im Sommer Rechtsanwalt Thorsten Scheer als Justitiar und Sachverständiger bestellt und eingestellt worden, Rechtsanwalt Wahner ist weiterhin in dieser Funktion tätig. Für die Mitgliederverwaltung sei eine neue Software eingeführt worden, berichtet Urbach weiter. „Somit kommen wir unserem Ziel eines modernen, offenen und von Personen unabhängigen Versorgungswerkes immer näher.“ Mit der Einführung einer internen Revision sei das Versorgungswerk einen weiteren Schritt in die Moderne gegangen.

Weiter teilte der LA-Vorsitzende mit, dass mit Herrn Mund ein seit 23 Jahren lieb gewordener Weggefährte und Finanzsachverständiger in den wohlverdienten Ruhestand gehe. „Er stand wie ein Fels in der Brandung und hat das AVW durch Wind und Wetter sehr gut begleitet.“ Zu seinem Nachfolger wurde Prof. Dr. Seja als Finanzsachverständiger vom Kammervorstand bestellt.

Mit OVG-Urteil die Vergangenheit wieder eingeholt

Mit dem Urteil des Oberverwaltungsgerichts Niedersachsen vom 4. Juli 2016, habe das Altersversorgungswerk der ZKN wieder einmal die Vergangenheit eingeholt. Nun müssten neue Ansätze unpolitisch angewendet werden, sagte der LA-Vorsitzende. Dazu habe der Leitende Ausschuss beschlossen, eine Arbeitsgruppe zu bilden, die, anders als in der Vergangenheit, mit thematisch unvorbelasteten



Der Vorsitzende des LA, Dr. Reinhard Urbach (links), berichtete zur Lage des AVW und wurde dabei von den Sachverständigen unterstützt.

Personen besetzt sei und völlig neue Wege gehen solle. Eine Systemfrage sei das jedoch nicht. „Unser Problem ist unser Altsystem und die damalige Auslegung der Satzung, eine Altlast, die uns leider immer wieder einholt, gerade weil auch die Rahmenbedingungen sind wie sie nun mal sind“, sagte Dr. Urbach. Bei der geplanten Satzungsänderung dürften die Fehler der Vergangenheit nicht wiederholt werden, sondern das AVW müsse von äußeren Einflüssen unabhängiger werden.

Abschließend betonte der LA-Vorsitzende Dr. Urbach: „Arm sind wir nicht. Sorgen haben wir wie alle anderen Pensionskassen und Versorgungswerke lediglich dahingehend, dass das Erreichen einer angemessenen Verzinsung in Zeiten von Negativzinsen immer schwieriger wird. Licht am Ende des Tunnels ist jedoch zu sehen. Wir sehen aber auch die Steine, die noch auf dem Weg liegen könnten oder uns hingelegt werden.“

Dr. Josef Kühling-Thees referierte in bewährter Weise über das Anlageportfolio des AVW. Diplom-Mathematiker Aktuar Johannes Nattermann erstattete, wie seit vielen Jahren, das versicherungsmathematische Gutachten über das AVW zum 31.12.2015, wonach 78 Millionen Euro der Verlustrücklage zugeführt werden sollen. Zum Schluss wurde die Satzungsänderung der Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenensicherung nach eingehender Beratung mit einer Reihe erforderlicher Änderungen ohne Gegenstimmen und Enthaltungen mit der nötigen qualifizierten Mehrheit verabschiedet. Auch die Anträge zur Entlastung des Vorstands und des Leitenden Ausschusses für das Rechnungsjahr 2015 des Altersversorgungswerkes der ZKN wurden einstimmig beschieden.

Abends um 20:30 Uhr war das gesamte Pensum der Tagesordnung der Herbstkammerversammlung doch noch an einem Tag erledigt, und Präsident Bunke konnte seine Kolleginnen und Kollegen mit großem Dank für sachliche, engagierte und disziplinierte Mitarbeit nach Hause entlassen. ■

_____ Rolf Zick, Lehrte



Foto: ZKN

Schulung der Bezirksstellenmitarbeiterinnen und -vorsitzenden

Eine hohe Arbeitsqualität bedingt eine permanente Weiterbildung. Aus diesem Grund wurden am 12.10.2016 die Mitarbeiterinnen und teilweise auch Vorsitzenden der Bezirksstellen der Zahnärztekammer Niedersachsen in Hannover geschult. Das Themenspektrum reichte dabei von der Thematik der Schlichtung über die neue Kammersoftware „Enaio“ bis hin zu ausbildungs- und prüfungsrechtlichen Themen. In lockerer aber informativer Atmosphäre konnten die Teilnehmer ihren hohen

Kenntnisstand noch erweitern, so dass auch künftig eine hohe Beratungsqualität in den Bezirksstellen sichergestellt ist. Ein besonderer Dank gilt den Referenten: Heike Nagel (Schlichtungsverfahren), Anne Reddehase (Kammerverwaltungssoftware), Ansgar Zboron (Prüfungsverfahren) und Michael Behring (Ausbildungsrecht). ■

Christine Balke

Sekretariat der Hauptgeschäftsführung der ZKN

Übersicht über die wichtigsten Termine bei der Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen 2016

Montag 29.08.2016 ✓	Aufstellung des Wählerverzeichnisses	Mittwoch 19.10.2016 ✓	2. Sitzung des Wahlausschusses (Zulassung der Wahlvorschläge)
ab Montag 05.09.2016 ✓	Benachrichtigung der Wahlberechtigten über ihre Eintragung in das Wählerverzeichnis	von Montag 31.10.2016 ✓	Versand der Wahlmittel für die Briefwahl
Montag 05.09.2016 ✓	Wahlmitteilung Nr. 1 (Bekanntgabe Wahlprocedere)	bis Dienstag 01.11.2016	
von Mittwoch 07.09.2016 12.00 Uhr ✓	Auslegung der Wählerverzeichnisse in den Verwaltungsstellen über den Zeitraum von zwei Wochen	von Montag 07.11.2016	Wahlzeit
bis Mittwoch 21.09.2016 12.00 Uhr		bis Mittwoch 16.11.2016 14.00 Uhr	
bis Mittwoch 21.09.2016 12.00 Uhr ✓	Ende der Einspruchsfrist für Wahlberechtigte wegen Nichteintragung	Mittwoch 16.11.2016 14.00 Uhr	3. Sitzung des Wahlausschusses (Stimmauszählung/Feststellung des Wahlergebnisses)
Mittwoch 28.09.2016 ✓	1. Sitzung des Wahlausschusses (Entscheidung über Einsprüche zum Wählerverzeichnis/Abschluss des Wählerverzeichnisses)	bis Mittwoch 23.11.2016	Wahlmitteilung Nr. 2 (Bekanntgabe Wahlergebnis)
bis Mittwoch 12.10.2016 12.00 Uhr ✓	Ende der Frist zur Einreichung von Wahlvorschlägen	bis Donnerstag 29.12.2016	Ende der Frist zur Einlegung eines Wahleinspruchs
		Samstag 21.01.2017	Konstituierung der neuen Vertreterversammlung mit u. a. Neuwahl des Vorstands

Temporäre Anhebung der Vertikaldimension mit Komposit in einem vereinfachten direkten Spritzgussverfahren

VORBEREITUNGSMASSNAHME FÜR NACHFOLGENDE
LABORGEFERTIGTE RESTAURATIONEN



Im Rahmen von umfangreichen prothetischen Versorgungsmassnahmen ist oft eine Anhebung der vertikalen Dimension der Okklusion und Einstellung der horizontalen Bisslage in die zentrische Kondylenposition nötig. Diese Neudefinition der Lage des Unterkiefers wird in der prothetischen Vorbehandlungsphase durchgeführt und sollte anschließend für einen längeren Zeitraum vor der Durchführung irreversibler Maßnahmen getestet werden. Der Beitrag stellt detailliert eine zeitsparende und wirtschaftliche Möglichkeit zum direkten intraoralen Aufbau von langzeitprovisorischen Kompositkaufächen mit einem Spritzgussverfahren mit dem kompletten zahnärztlichen und zahntechnischen Workflow vor.

1. Einleitung

Die Rekonstruktion einer zu niedrigen vertikalen Kieferrelation bei weitgehend voll bezahnten Patienten durch eine Bisshebung gehört zu den anspruchsvollsten Behandlungen im Spektrum der restaurativ-prothetischen Zahnheilkunde und ist im Regelfall mit einem hohen fachlichen, zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden [1, 2]. Die Vertikal-

dimension der Okklusion ist die vertikale Distanz bzw. Untergesichtshöhe, die sich ergibt, wenn man die Zähne des Unterkiefers in statische okklusale Kontaktbeziehung zu den Zähnen des Oberkiefers bringt [3, 4]. Zu den Ursachen für eine zu niedrige Vertikaldimension gehören verschleißbedingter Zahnhartsubstanzverlust (Attrition, Abrasion, Erosion), Zahn- und Kieferfehlstellungen, die Nichtanlage von Zähnen, Zahnverluste im Seitenzahnbereich, insuffiziente prothetische Versorgung nach Stützzonenverlust und eine fehlerhafte Bestimmung der vertikalen Kieferrelation bei vorangegangenen Behandlungen [5-7]. Ein Absinken der Vertikaldimension kann sich signifikant auf die Funktion des stomatognathen Systems, das dentale bzw. faciale ästhetische Erscheinungsbild und die Gesichtsmorphologie betroffener Patienten auswirken [8-10]. Wird eine Bisshebung aufgrund der Folgen von Attrition, Abrasion oder Erosion durchgeführt, kann bei Fortbestand dieser Faktoren auch die Langfristprognose der neuen Restaurationen negativ beeinflusst werden; es ist bei derartigen Fällen daher eine strenge Indikationsstellung einzuhalten [5]. ▶▶



Abb. 01: OPG-Röntgen: Patientin mit multiplen Implantaten im Ober- und Unterkiefer (Röntgenbild freundlicherweise zur Verfügung gestellt von Dr. M. Gahlert, implantologische Praxis, München)



Abb. 02: Ausgangssituation: Deutliche Zeichen von Attrition und Abrasion an den Unterkieferfrontzähnen



Abb. 03: Defizit in der vertikalen Distanz der Okklusion

Fotos: Prof. Dr. J. Manhart



Abb. 04: Kompensatorische Eruption des Kieferkammes im Bereich der Unterkieferfront



Abb. 05: Die Patientin störte v.a. Farbe, Form und Größe der Unterkieferfrontzähne.



Abb. 06: Insuffizient ausgeformte Kauflächen der Restaurationen der Unterkieferseitenzähne

- Die Indikation zur Bisshebung besteht, wenn eine zu niedrige Vertikaldimension mit funktionellen oder ästhetischen Problemen assoziiert ist bzw. wenn notwendige zahnärztliche Restaurationen aufgrund von vertikalem Platzmangel nicht adäquat angefertigt werden können und Alternativen zur Platzbeschaffung, z.B. eine chirurgische Kronenverlängerung oder die Verwendung hochfester Restormaterialien mit geringem Platzbedarf, nicht geeignet sind [5, 11-14].

Soll die Anhebung der vertikalen Kieferrelation mit irreversiblen festsitzenden Therapiemitteln (z.B. Table Tops, Teilkronen, Kronen, Brücken) erfolgen, ist eine vorausgehende erfolgreiche Simulation der angestrebten Veränderung mit reversiblen Maßnahmen Voraussetzung [15, 16]. Die initiale Vorbehandlung erfolgt in der Regel mittels konstruierter Okklusionsschienen [17]. Eine weitere Alternative besteht im adhäsiven Befestigen von okklusalen Restaurationen auf den natürlichen Zähnen oder auf bereits im Patientenmund vorhandenen Restaurationen [16-18]. Zeigen diese Maßnahmen eine positive Wirkung, können darüber hinaus irreversible Behandlungsschritte, wie das Einschleifen von Störungen in der Okklusion, kieferorthopädische Korrekturmaßnahmen und/oder die Rekonstruktion von Einzelzähnen, Zahngruppen oder des gesamten Kausystems durchgeführt werden [17, 19].

Um Risiken und die Gefahr von Misserfolgen zu minimieren, sollte vor dem Anfertigen der definitiven Rekonstruktionen ein ausreichend langer Zeitraum der okklusalen Erprobung und Feinjustierung („Probefahrt“) vorgeschaltet werden. Dies geschieht im Regelfall mit Hilfe von Langzeitprovisoren [17]. Vor Beginn der definitiven Therapie sollte ein beschwerdefreies Intervall von ca. einem halben Jahr vorliegen [17, 20].

Für die Anhebung der vertikalen Dimension der Okklusion bei weitgehend voll bezahnten Patienten haben sich mittlerweile verschiedene Behandlungsprotokolle [11, 15, 21-49] als Alternative zur klassischen invasiven Rekonstruktionstechnik mit Kronen etabliert, die entsprechend dem Ausmaß des notwendigen Zahnhartsubstanzabtrags (noninvasiv, minimalinvasiv) und dem strukturellen Ablauf der Behandlung (mit/ohne semipermanente Versorgungsphase) eingeteilt werden können [16]:

1. Noninvasive direkte semipermanente kaufflächenbedeckende Restaurationen aus Komposit, später ersetzt durch definitive (Keramik-)Restaurationen (3-zeitig)

2. Noninvasive indirekte semipermanente Repositions-Onlays/-Veneers aus Kunststoff, später ersetzt durch definitive (Keramik-)Restaurationen (2-zeitig)
3. Noninvasive indirekte permanente Repositions-Onlays/-Veneers in Lithiumdisilikatkeramik (1-zeitig)
4. Minimalinvasive indirekte permanente Repositions-Onlays/-Veneers in Lithiumdisilikatkeramik (1-zeitig)

Der folgende klinische Fallbericht demonstriert eine semipermanente Bisshebung durch temporären Aufbau der Kauflächen im Seitenzahnbereich mit Komposit in einem vereinfachten direkten Spritzgussverfahren als Vorbereitungsmaßnahme für nachfolgende laborgefertigte Restaurationen.

2. Klinischer Fall

Ausgangssituation

Eine 68-jährige Patientin erschien in unserer Sprechstunde zur Erstuntersuchung mit dem Wunsch nach einer ästhetischen Versorgung ihrer Unterkieferfrontzähne mit Veneers. Die Patientin war in der Vergangenheit alio loco im Oberkiefer mit einer verschraubten Brückenkonstruktion auf 7 Implantaten und im Unterkieferseitenzahnbereich im Bereich der Zähne 34-37, 44 und 46 ebenfalls mit implantatgetragenen Restaurationen versorgt worden. Natürliche Zähne existierten nur noch im Frontzahnbereich (33-43) und im Bereich des zweiten Prämolaren auf der rechten Unterkieferseite (Abb. 01). Die Patientin wies deutliche Zeichen von Attrition und Abrasion an den Unterkieferfrontzähnen (Abb. 02) und ein Defizit in der vertikalen Distanz der Okklusion auf (Abb. 03). Im Unterkieferfrontzahnsegment war eine kompensatorische Eruption des Kieferkammes in Richtung Okklusionsebene eingetreten, die verbreiterte keratinisierte Gingiva gibt darauf einen deutlichen Hinweis (Abb. 04). Dies ist für die Planung von Rekonstruktionen ungünstig, da somit in den meisten Fällen zu wenig okklusaler Platz vorhanden ist [50]. Sämtliche Unterkieferfrontzähne standen in der statischen Okklusion in festem Shimstockfolienkontakt zu den Antagonisten im Oberkiefer. Aufgrund der großflächig freiliegenden Dentinareale im Bereich der Inzisalkanten berichtete die Patientin auch über Hypersensibilitäten auf thermische und chemische Reize. Insbesondere störte die Patientin aber der gravierende Farbunterschied der Unterkieferfront zu den Keramikverblendungen der Rekonstruktionen des Oberkiefers und

die Form bzw. Größe der unteren Frontzähne (Abb. 05). Darüber hinaus entsprachen die insuffizient ausgeformten Kauflächen der Restaurationen der Unterkieferseitenzähne nicht den Anforderungen an eine funktionsorientierte Gestaltung der okklusalen Anatomie (Abb. 06).

Therapieplanung und Behandlungsziel

Die Patientin wurde darüber aufgeklärt, dass eine alleinige Behandlung der Unterkieferfrontzähne mit Veneers (Patientenwunsch: hellere und längere Unterkieferfrontzähne) nicht durchführbar war, da zu diesem Zeitpunkt der dazu notwendige Platz in der Vertikalen nicht vorhanden war. Die Patientin wurde auch darüber informiert, dass wegen der zahlreichen Implantate in ihrem Ober- und Unterkiefer ein erhöhtes Risiko für frakturbedingte Restorationsversager (Chipping, Verblendfraktur, Komplettfraktur weniger fester monolithischer Werkstoffe) – aufgrund der fehlenden Propriozeption der Implantate, mit dadurch deutlich eingeschränktem taktilen Feedback, und der fehlenden Eigenbeweglichkeit der fest im Kieferknochen osseointegrierten Implantatkörper – im Vergleich zu Restaurationen auf natürlichen vitalen Zähnen bestand [51, 52]. Neben der Struktur des Pfeilers wird das Komplikationsrisiko auch durch die Art der Gegenbeziehung beeinflusst [51-53]. Gegeneinander in Okklusionsbeziehung stehende Implantatrestaurationen, wie bei dieser Patientin existent, weisen dabei ein signifikant erhöhtes Frakturrisiko auf [52]. Bei Patienten mit Bruxismus ist das Risiko von Keramikfrakturen bei implantatgetragenen Restaurationen um das 7-fache erhöht [52].

Als Endziel der Behandlung wurde die Rekonstruktion der Vertikaldimension der Okklusion im Rahmen einer Bisshebung durch den Austausch bzw. die Neuerstellung von Restaurationen an sämtlichen Zähnen und Implantaten des Unterkiefers in zentrischer Kondylenposition definiert. Zudem sollte das „Freedom in Centric“-Konzept in der statischen Okklusion umgesetzt und eine Front-Eckzahnführung in der dynamischen Okklusion etabliert werden. Dadurch sollte auch eine Verbesserung der Ästhetik im Unterkieferfrontzahnbereich erreicht werden. Es war der Wunsch der Patientin, an den Oberkieferrestaurationen nach Möglichkeit keine Veränderungen durchzuführen. Der Behandlungsplan beinhaltete im ersten Schritt die Simulation einer Anhebung der Vertikaldimension durch eine funktionelle Vorbehandlung mittels stabilisierender Okklusionsschiene als reversible Maßnahme. Nach einer erfolgreichen Schientherapie zur Einstellung der neuen vertikalen und horizontalen therapeutischen Kieferrelation sollte diese im zweiten Schritt mit einem temporären Aufbau der Kauflächen sämtlicher Unterkieferseitenzähne mit Komposit als „festsitzende Schiene“ für einen längeren Zeitraum geprüft werden. In dieser Behandlungsphase („Probefahrt“) kann eine Feinadjustierung der Unterkiefer-

position und der okklusalen Beziehungen vorgenommen werden. Im abschließenden dritten Schritt sollten die semipermanenten Kompositkauflächen wegen der begrenzten Haltbarkeit des Restaurationsmaterials durch die Anfertigung definitiver indirekter Restaurationen ersetzt werden und somit die ausgiebig getestete Position des Unterkiefers und die Okklusionsbeziehung langfristig fixiert werden. Im Anschluss an die definitive Versorgung sollte erneut eine Okklusionsschiene im Oberkiefer mit dem Ziel der Reduktion parafunktioneller Aktivitäten [54-57] und zum Schutz der Zähne bzw. Restaurationen [58] angefertigt werden.

Die Patientin wurde in einem ausführlichen Beratungsgespräch über Vorgehen, Umfang, Risiken, Alternativen und die wirtschaftlichen Aspekte der geplanten Behandlungsmaßnahmen aufgeklärt.

Klinisches Vorgehen

Erste zahnärztliche Sitzung

Nach Erhebung der Anamnese und der notwendigen Einzelbefunde, wie Zahnstatus, Parodontalbefund, klinischer Funktionsstatus und Röntgenbefund wurde zur Dokumentation des Ausgangszustandes und für die weitere Behandlungsplanung ein extra- und intraoraler Fotostatus angefertigt. In der klinischen Funktionsanalyse ergaben sich außer Bruxismus keine Anzeichen für eine weitergehende Funktionsstörung des stomatognathen Systems, insbesondere keine muskulären oder arthrogenen Probleme und keine Einschränkungen in der Mobilität des Unterkiefers.

Anschließend wurden in der ersten Behandlungssitzung noch Präzisionsabformungen beider Kiefer mit individualisierten konventionellen Abformlöffeln angefertigt, sowie eine Kieferrelationsbestimmung in habitueller Interkuspidation (HIKP) und eine arbiträre schädel- und gelenkbezogene Übertragung der Oberkieferposition mittels Gesichtsbogen durchgeführt [59].

Erste Laborphase

Im Dentallabor wurde das Gipsmodell des Oberkiefers schädelbezüglich in einen teiljustierbaren Artikulator montiert und das Unterkiefermodell mit dem mitgelieferten Registrat in HIKP-Position eingegipst. Zu Dokumentationszwecken wurde ein zweites Modellpaar gleich verarbeitet. Für die nächste zahnärztliche Sitzung wurden Registrier-schablonen für die horizontale Kieferrelationsbestimmung mittels Stützstiftregistrierung vorbereitet.

Zweite zahnärztliche Sitzung

Nach der Deprogrammierung der Position des Unterkiefers wurde anhand der Beurteilung der unbewussten Abstandshaltung des Unterkiefers vom Oberkiefer (Ruhe-schwebelage) die neu angestrebte therapeutische vertikale ►►



Abb. 07: Neubestimmung der angestrebten vertikalen Kieferrelation

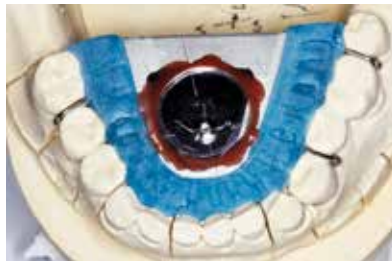


Abb. 08: Ergebnis des Stützstiftregistrats zur Bestimmung der horizontalen Kieferrelation



Abb. 09: Okklusionsschiene zur Simulation der angestrebten horizontalen und vertikalen Kieferposition



Abb. 10: Die eingegliederte Okklusionsschiene wird auf Passung und Funktion geprüft.



Abb. 11: Mit Hilfe der 6 Wochen getragenen Okklusionsschiene neu einartikulierte Unterkiefermodell

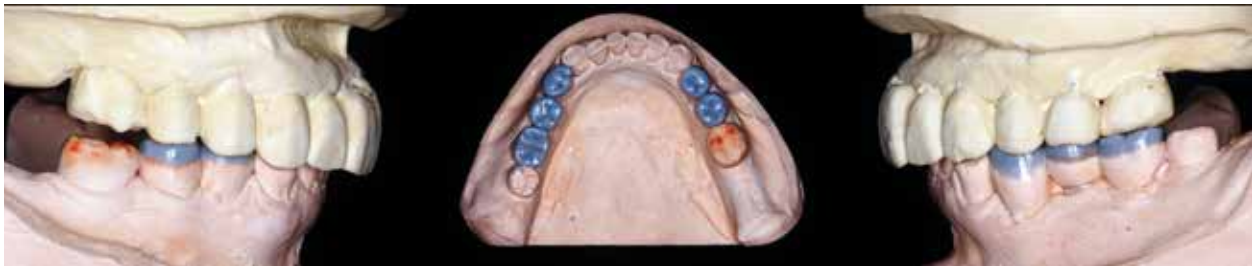


Abb. 12: Erster Schritt des Wax-ups: Rekonstruktion der okklusalen Anteile der Seitenzähne bis auf die endständigen Zähne beiderseits



Abb. 13: Anfertigung der ersten Übertragungsschiene (Tiefziehtechnik) auf dem Gipsduplikat des Wax-ups

► Kieferrelation (Ruhelage minus 2-4 mm) bestimmt (Abb. 07). Dies geschieht bei entspannter Kiefermuskulatur und aufrechter Körper- bzw. Kopfhaltung und wird durch eine Profilanalyse unter ästhetischen Gesichtspunkten verifiziert [5, 60]. Das Ziel der nachfolgend durchgeführten horizontalen Kieferrelationsbestimmung war die Registrierung der zentralen Kondylenposition mittels Stützstift („Pfeilwinkel“-Registrierapparat) [5, 60]. Diese Registrierung soll möglichst in der angestrebten Vertikaldimension ausgeführt werden. Mit dem Plexiglasrondell wurde auf der Pfeilwinkelspitze verschlüsselt (Abb. 08) [61]. Anstatt des Stützstiftregistrats

können auch andere Methoden zur Bestimmung der zentralen Kondylenposition angewendet werden [60, 62]. Abschließend wurde ein Protrusionsregistrierapparat zur näherungsweisen Ermittlung der patientenindividuellen Kondylarbahnneigung angefertigt, mit dem der teiljustierbare Artikulator individuell programmiert werden kann.

Zweite Laborphase

Im Labor wurde das Unterkiefermodell mit Hilfe des Stützstiftregistrats neu in der zentralen Kondylenposition im Artikulator montiert und dabei dessen Stützstift gleichzeitig



Abb. 14: Zweiter Schritt des Wax-ups: Rekonstruktion der okklusalen Anteile der endständigen Seitenzähne

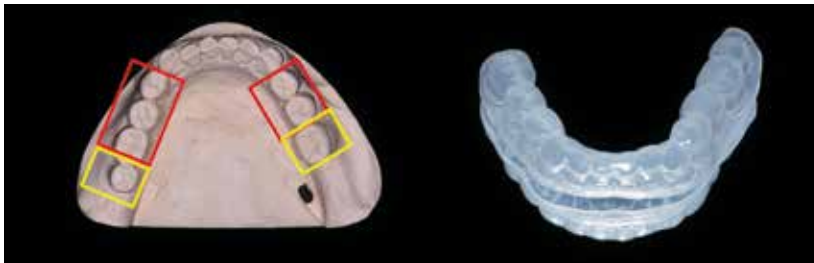


Abb. 15: Anfertigung der zweiten Übertragungsschiene (Tiefziehtechnik) auf dem Gipsduplikat des Wax-ups



Abb. 16: Dritter Schritt des Wax-ups: Rekonstruktion der inzisalen Anteile der Frontzähne des Unterkiefers

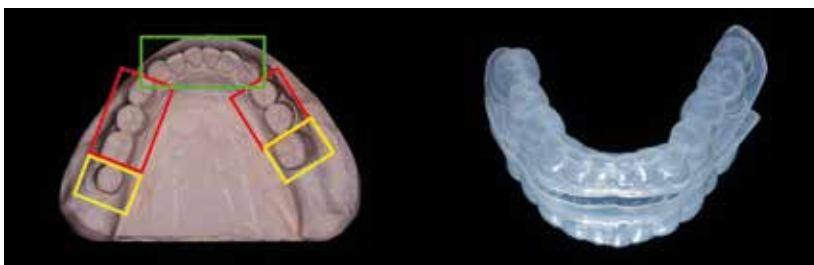


Abb. 17: Anfertigung der dritten Übertragungsschiene (Tiefziehtechnik) auf dem Gipsduplikat des Wax-ups

auf die angestrebte therapeutische vertikale Kieferrelation eingestellt. Anschließend wurde in dieser neuen Modellsituation eine stabilisierende Okklusionsschiene (harte Schiene mit adjustierter Oberfläche) angefertigt, um die Änderung der horizontalen und vertikalen Kieferposition reversibel an der Patientin simulieren zu können (Abb. 09) [17].

Dritte zahnärztliche Sitzung

Der Patientin wurde die stabilisierende Okklusionsschiene eingegliedert und sie wurde in den Gebrauch der Apparatur eingewiesen (Abb. 10). Die Passung der Schiene

und die Adaptation der Patientin an die Apparatur wurden einen Tag, eine Woche und zwei Wochen nach der Eingliederung in weiteren Kontrollterminen geprüft. Bei den ersten beiden dieser Termine wurden geringfügige Änderungen an der statischen und dynamischen Okklusion der Schienenoberfläche vorgenommen. Diese funktionelle Evaluationsphase dauerte insgesamt 6 Wochen. Während dieser Zeit trug die Patientin die Schiene für 24 Stunden am Tag, lediglich zur Nahrungsaufnahme und für die Mundhygiene wurde die Apparatur herausgenommen [5]. Treten initiale Adaptationssymptome und Beschwerden in ►►



Abb. 18: Im Frontzahnbereich getrennte erste Übertragungsschiene bei der Überprüfung der Abstützung und spannungsfreien Passung



Abb. 19: Die korrekte Lage der Einspritzöffnungen für das Komposit wird kontrolliert.



Abb. 20: Schiene zum Schutz der Weichgewebe für die nachfolgende intraorale Silikatisierung mit einem Sandstrahlgerät



Abb. 21: Tribochemische Silikatisierung der okklusalen Oberflächen der vorhandenen Restaurationen



Abb. 22: Auftragen von Silan und nachfolgend Adhäsiv auf die zuvor silikatisierten Oberflächen



Abb. 23: Erwärmtes seitenzahntaugliches Hybridkomposit wird unter Druck in den Hohlraum der ersten Übertragungsschiene gespritzt (Spritzgusstechnik).

- ▶ Verbindung mit der Okklusionsschiene auf, so verschwinden diese im Regelfall innerhalb von 1-2 Wochen wieder [63-65]. Daher ist es sinnvoll, einen Zeitraum von einigen Wochen für die Simulationsphase vor dem Übergang in den nächsten Therapieschritt anzusetzen [3, 8]. Das Anheben der Vertikaldimension sollte vorzugsweise mit einem festsitzenden Therapiemittel erfolgen, da es die Funktion, Akzeptanz und Adaptation des Patienten verbessert. Herausnehmbare Schienen resultieren in mehr Beschwerden und Symptomen, die aber vornehmlich auf das Tragen der Schiene als auf die Anhebung der Vertikaldimension zurückzuführen scheinen [3, 8].

Dritte Laborphase

Nach der komplikationsfreien Evaluation der therapeutischen horizontalen und vertikalen Bisslage an der Patientin wurde das Unterkiefermodell im zahntechnischen Labor mit Hilfe der Okklusionsschiene neu einartikuliert (Abb. 11). Es wurde anschließend ein segmentweises Wax-up der idealen Okklusion erstellt. Im ersten Schritt des Wax-up erfolgte die Rekonstruktion der okklusalen Anteile der Seitenzähne bis auf die endständigen Zähne beiderseits (Abb. 12). Dadurch kann die nachfolgend angefertigte erste Übertragungsschiene später im Mund der Patientin an den letzten Zähnen der Zahnreihe und im Frontzahnbereich definiert abgestützt werden [66]. Der teilaufgewachsene Unterkiefer wurde mit feinzeichnendem Silikon dupliert und auf diesem Gipsmodell eine Hilfsschiene in der Tiefziehtechnik (Schiene 1) für die intraorale Übertragung des Wax-up mit Komposit angefertigt (Abb. 13). Diese als Form-

träger verwendete Schiene wird aus einer Polyethylenfolie tiefgezogen, die sich nicht mit Acrylaten verbindet, um sich von den damit eingebrachten Kompositaufbauten intraoral problemlos wieder abnehmen zu lassen.

Im zweiten Schritt wurde das Wax-up um die Rekonstruktion der okklusalen Anteile der endständigen Seitenzähne des Unterkiefers erweitert (Abb. 14). Die nachfolgend angefertigte zweite Übertragungsschiene (Schiene 2) kann später im Mund an den bereits aufgebauten, anterior befindlichen Seitenzähnen definiert abgestützt werden. Der Dupliervorgang und die Schienenherstellung erfolgten in gleicher Art und Weise wie zuvor beschrieben (Abb. 15). Im dritten und letzten Schritt wurde das Wax-up um die Rekonstruktion der inzisalen Anteile der Frontzähne des Unterkiefers (Zähne 33 bis 43) erweitert (Abb. 16). Die nachfolgend angefertigte dritte Übertragungsschiene (Schiene 3) kann später im Mund an den bereits aufgebauten Seitenzähnen definiert abgestützt werden. Der Dupliervorgang und die Schienenherstellung erfolgten in gleicher Art und Weise wie zuvor beschrieben (Abb. 17). An den vestibulären Flächen der Schienen wurden im zahntechnischen Labor für jeden einzelnen aufzubauenden Zahn in vertikal und horizontal mittleriger Position der Wachsaufbauten kreisförmige Perforationen als Einspritzöffnungen angebracht. Diese orientierten sich im Durchmesser an der Auslassöffnung der Kompositkompulen des Materials, das in der folgenden zahnärztlichen Sitzung für den intraoralen Aufbau verwendet werden sollte (Abb. 18 und 19). An den oralen Bereichen jedes aufzubauenden Zahnes wurden ebenfalls Perforationen (Entlüftungsöffnungen)

an gleicher Lokalisation wie bukkal vorgenommen, um dem überschüssig eingebrachten Kompositmaterial einen leichten und vor allem in der Richtung gesteuerten Abfluss zu ermöglichen.

Zuletzt wurde an einem Duplikat des Unterkiefermodells der Ausgangssituation noch eine Schiene für den Schutz der Weichgewebe während der intraoralen Konditionierung der Zahnoberflächen mit einem Sandstrahlgerät angefertigt.

Vierte zahnärztliche Sitzung

Für die bessere Handhabbarkeit wurden die beiden ersten Schienen (Schiene 1 und 2) zum Aufbau der Seitenzähne im Bereich der Front jeweils in eine linke und rechte Hälfte getrennt. Das erste Schienensegment (Schiene 1) wurde intraoral auf seinen perfekten spannungsfreien Sitz und die eindeutige Abstützung am letzten Molaren und im Frontzahnsegment kontrolliert (Abb. 18). Ebenso wurde die korrekte Lage der bukkalen Einspritzöffnungen verifiziert (Abb. 19). In korrekter Endposition stellt die Schiene die verloren gegangene Zahnhartsubstanz als Hohlraum zwischen Schienenkunststoff und okklusalen Restzahnanteilen dar [66]. Nachdem die Schiene zum Schutz der Weichgewebe, an der selektiv die vorzubehandelnden Bereiche freigeschnitten wurden, intraoral positioniert wurde (Abb. 20), erfolgte mit einem intraoralen Sandstrahlgerät die tribochemische Silikatisierung (CoJet) im Bereich der okklusalen Oberflächen der vorhandenen Restaurationen (Abb. 21) [67-70]. Nach Entnahme der Schutzschiene wurde auf die derart mit SiO₂ beschichteten Oberflächen sorgfältig ein Silan aufgetragen (Abb. 22) [71, 72]. Diese beiden Schritte dienen zum Aufbau einer Verbindung zwischen den alten Kauflächen aus Metall bzw. Keramik zu den nachfolgend einzubringenden neuen Aufbauten aus Komposit. In Vorbereitung zur Applikation des Komposits wurden nachfolgend die silanisierten Oberflächen mit einem Adhäsiv benetzt, welches dünn verblasen und sofort mit Licht polymerisiert wurde.

Ein hochvisköses, abrasionsstabiles, seitenzahn taugliches Hybridkomposit – in der Darreichungsform von Kompulen, um intraoral eine direkte Applikation durch Druckinjektion in die Hohlform der Schienen zu ermöglichen – wurde in ausreichender Kompulenzahl in einem wasserdichten Plastikbeutel im Wasserbad erwärmt, um die Viskosität temporär herabzusetzen. Die Kompulen mit dem erwärmten Komposit wurden aus dem Wasserbad entnommen, schnellstmöglich intraoral an die bukkalen Einspritzöffnungen der Übertragungsschienen „angeflanscht“ und deren Inhalt unter Druck in den Hohlraum eingespritzt, bis auf der oralen Schienenseite überschüssiges Kompositmaterial aus den Entlüftungsöffnungen austrat (Abb. 23). Während des Einspritzens des erwärmten Komposits in die Hohlform der Schienen müssen diese von der Assistenz an den mesialen bzw. distalen Abstützpunkten gut fixiert

werden, damit sich die Schienen durch den Druck des einfließenden Materials nicht bewegen und somit Passungenauigkeiten entstehen. Es ist darauf zu achten, dass das komplette Hohlraumvolumen jeder einzelnen Schiene, welches entsprechend der jeweiligen Größe den Inhalt mehrerer Kompositkompulen aufnehmen kann, möglichst schnell aufgefüllt wird. Dies gelingt mit der Hilfe einer zweiten Assistenzperson, die schnell unmittelbar nacheinander mehrere Kompositapplikationspistolen mit erwärmten Kompulen anreicht, damit sich die Kompositmassen der einzelnen Kompulen im noch erwärmten Zustand im Schienenhohlraum blasenfrei miteinander verbinden. Dadurch entstehen im Bereich jedes Schienenhohlraums verblockte Kompositsegmente. Das erwärmte Komposit kühlt durch den Kontakt mit den mundwarmen Restaurationen bzw. Zähnen durch Konduktion sehr schnell ab und erreicht innerhalb von Sekunden wieder seine ursprüngliche hochvisköse Konsistenz (Abb. 23). Dieser Vorgang entspricht dem in der Industrie weitverbreiteten Spritzgussverfahren in der Kunststoffverarbeitung, in dem ein plastifizierter Werkstoff unter Druck in eine formgebende Urform (Hohlraum) eingespritzt wird und nach Abkühlung oder durch eine Vernetzungsreaktion wieder den festen Zustand einnimmt [73]. Durch die hohe Wärmekapazität der vorhandenen Restaurationen bzw. Zähne, die relativ geringe Menge erwärmten Kompositmaterials und die Möglichkeit der schnellen zusätzlichen Wärmeableitung in die Mundhöhle besteht bei Anwendung dieser Technik im Regelfall keine Gefahr einer thermischen Pulpaschädigung der betroffenen Zähne. Dieses Vorgehen sollte natürlich bei Zähnen mit pulpanahen Kavitätenanteilen unterbleiben bzw. sollten diese Bereiche zuerst mit einer konventionell applizierten Kompositschicht abgedeckt werden. Nach der Aushärtung des ersten aufgebauten Kauflächenbereichs mit einer leistungsstarken Polymerisationslampe wurde die Übertragungsschiene mit einem Skalpell geschlitzt und abgenommen. Es resultierte eine perfekte Übertragung der anatomischen Strukturen des Wax-up in das intraorale Okklusalsegment aus Komposit (Abb. 24). Nach dem bündigen Verschleifen der bukkalen und oralen Einspritz- und Entlüftungskanäle wurde die zweite Übertragungsschiene (Schiene 2), die ebenfalls im Frontbereich geteilt wurde, eingebracht, nachdem der damit zu rekonstruierende endständige Molar zuvor silikatisiert, silanisiert und mit Adhäsiv vorbehandelt wurde (Abb. 25). Die Abstützung dieser Schablone erfolgt an den gerade zuvor im ersten Schritt aufgebauten, anterior liegenden Seitenzähnen. Der Aufbau der Kaufläche wurde wieder in der zuvor beschriebenen Methode ausgeführt (Abb. 26). Analog erfolgte der Aufbau der Seitenzahnkauflächen der anderen Kieferhälfte ebenfalls in zwei Schritten (Abb. 27). Durch den Aufbau aller Seitenzähne des Unterkiefers ist die temporäre Bisshebung bereits weitgehend abgeschlossen (Abb. 28). ►►



Abb. 24: Perfekte Übertragung der anatomischen Strukturen des Wax-ups in das intraorale Okklusalsegment aus Komposit



Abb. 25: Kontrolle der Passung der zweiten Übertragungsschiene nach dem Verschleifen der Einspritz- und Entlüftungskanäle



Abb. 26: Aufbau der Kaufläche des endständigen Zahnes



Abb. 27: Analoger Aufbau der Kauflächen der anderen Kieferhälfte ebenfalls in zwei Schritten.



Abb. 28: Durch den Aufbau aller Seitenzähne des Unterkiefers ist die temporäre Bisshebung bereits weitgehend abgeschlossen.



Abb. 29: Kontrolle der Passung der dritten Übertragungsschiene zum Aufbau des Frontzahnsegments

- ▶ Mit der dritten Übertragungsschiene (Schiene 3) (Abb. 29) wurden die Unterkieferfrontzähne nach Ätzung der Zahnhartsubstanzen mit Phosphorsäure und nachfolgender adhäsiver Vorbehandlung inzisal aufgebaut (Abb. 30). Nach dem Ausarbeiten und Polieren sämtlicher Restaurationen (Abb. 31 und 32) wurde die statische und dynamische Okklusion nochmals kontrolliert, es zeigte sich eine gute Übereinstimmung zum okklusalen Kontaktmuster aus dem Wax-up (Abb. 33).

Da sämtliche Restaurationen ohne Verabreichung von Lokalanästhesie aufgebaut wurden, konnte die Patientin sofort nach Abschluss der Behandlung, nach einer kurzen Phase der Lockerung der Kaumuskulatur, ein erstes positives Feedback zur neuen Unterkieferposition geben (Abb. 34 und 35). Aufgrund der Verblockung der Kompositsegmente im Frontzahnbereich und den beiden Seitenzahnsegmenten wurde die Patientin zu einer peniblen Mundhygiene angewiesen, die regelmäßig im Abstand von 6 Wochen in der Praxis kontrolliert und durch eine professionelle Zahnreinigung ergänzt wurde.

Langzeitprovisorische Phase

Die zeitlich ausgedehnte langzeitprovisorische Phase mit den intraoral in der Spritzgusstechnik additiv direkt aufgebauten noninvasiven semipermanenten kaufflächenbedeckenden Kompositrestaurationen („semipermanente Schiene“) gestattet eine umfassende funktionelle Überprüfung („Probefahrt“) der Reaktion aller beteiligter Gewebe sowie der Adaptation der Unterkieferposition an die neue horizontale Bisslage und Vertikaldimension der Okklusion [16, 74, 75]. Dadurch lässt sich eine hohe Vorhersagbarkeit

für den Erfolg der in der nächsten Behandlungsphase anzufertigenden umfangreichen definitiven laborgefertigten Versorgung erzielen. Gleichzeitig wird so das Risiko für Komplikationen bzw. einen therapeutischen Misserfolg minimiert.

Bei der vorgestellten Patientin wurde nach einer 6-monatigen komplikationslosen klinischen Funktionszeit mit der festsitzenden „semipermanenten Schiene“ die letzte Phase der Therapie mit der Umsetzung in die geplanten definitiven Versorgung begonnen. Diese bestanden aus makroretentiven Verbundkronen im Seitenzahnbereich [76-78] und adhäsiv befestigten Teilkronen aus hochfester Glaskeramik für die Unterkieferfront. Für die definitiven Restaurationen wurde die während der Erprobungsphase erarbeitete, feinadjustierte und ausgiebig getestete horizontale Bisslage und Vertikaldimension der Okklusion mithilfe von Artikulatorregistraten exakt übernommen [79, 80].

Zusammenfassung des klinischen Vorgehens

Um mit dem vorgestellten intraoralen Spritzgussverfahren ein vorhersagbares und reproduzierbar hochwertiges Ergebnis zu erzielen, ist es wichtig, folgende Punkte zu beachten:

- ▶ Die vestibulär liegenden Einspritzöffnungen an den Schienen sollen im Durchmesser der Größe der Komputenauslassöffnungen des verwendeten Komposits entsprechen, so dass die Komputen exakt angeflanscht werden können. Dies garantiert einen ausreichenden Druckaufbau des zu injizierenden Komposits im Hohlraum der Schiene und sorgt somit für eine exakte Ausformung der Innenseite des Formträgers mit dem



Abb. 30: Inzisaler Aufbau der Unterkieferfront durch die Spritzgusstechnik mit Komposit



Abb. 31: Die fertigen direkten noninvasiven semipermanenten kaufflächenbedeckenden Restaurationen aus okklusaler Ansicht



Abb. 32: Aus dem frontalen Blickwinkel kann man deutlich die Dimension der Bisshebung durch die temporären Kompositrestaurationen erkennen.



Abb. 33: Kontrolle der statischen und dynamischen Okklusion



Abb. 34: Die neue Position des Unterkiefers wird von der Patientin sofort akzeptiert.



Abb. 35: Lippenbild der Patientin vor Beginn der nun startenden 6-monatigen langzeitprovisorischen Phase mit der „festsitzenden Schiene“

erwärmten Komposit ohne Einschluss von Luftblasen. Gleichzeitig entsteht so auf der bukkalen Außenseite kein Materialstau. Es ist darauf zu achten, dass diese vestibulären kreisförmigen Perforationen für jeden einzelnen aufzubauenden Zahn in vertikal und horizontal mittlerer Position der Wachaufbauten angebracht werden. Sind die Einspritzöffnungen zu weit okklusall positioniert, führt dies zur negativen Beeinträchtigung der okklusalen Gestaltung der Kompositaufbauten mit deutlichem Mehraufwand in der Ausarbeitung und zu einer Störung der aufgewachsenen statischen und dynamischen Okklusion. Werden sie zu weit in zervikaler Richtung angebracht, wird ein Teil des einzubringenden Materialstroms von der Bukkalfläche des Zahnes blockiert.

- ▶ Anbringen von oralen Entlüftungsöffnungen an gleicher vertikaler und horizontaler Position wie die vestibulären Einspritzöffnungen, um dem überschüssig eingebrachten Kompositmaterial einen leichten und vor allem in der Richtung gesteuerten Abfluss zu erlauben. Dies minimiert das Risiko eines unerwünschten Abfließens überschüssiger Kompositmasse in zervikal-approximale Zahnbereiche, wo derartige Materialansammlungen bei positionierter Übertragungsschiene nur sehr schwierig zu säubern wären. Durch die korrekte Positionierung der Entlüftungsöffnungen reduziert sich somit die Ausarbeitungszeit deutlich, ebenso wie die Gefahr der Ausbildung entzündlicher Prozesse im marginalen Parodont aufgrund von verbliebenen Materialüberschüssen.
- ▶ Während das erwärmte Komposit in die Hohlform der Schienen eingespritzt wird, müssen diese von der Assistenz an den mesialen bzw. distalen Abstützpunkten gut

fixiert werden, damit sich die Schienen durch den Druck des einfließenden Materials nicht verformen oder aus der Zielposition bewegen und somit Passungenauigkeiten in den Kompositaufbauten entstehen.

- ▶ Verwendung eines abrasionsstabilen normal- bis hochviskosen seitenzahntauglichen Hybridkomposits. Dieses wird durch Erwärmung in einen fließfähigen Zustand überführt (Viskositätsmodifikation), in dem es blasenfrei in den Hohlraum der Übertragungsschiene gespritzt werden kann. Nach Kontakt mit den aufzubauenden Zähnen erreicht es durch Wärmeleitung (Konduktion) schnell wieder seine ursprüngliche standfeste Konsistenz. Dadurch ist in Verbindung mit den passgenauen Einspritz- und Entlüftungsöffnungen eine gute Kontrolle der Ausbreitungsrichtung des Materials möglich. Im Gegensatz hierzu wäre bei Verwendung eines permanent niedrigviskosen, fließfähigen Komposits kein ausreichender Druckaufbau für eine blasenfreie Befüllung des Hohlraumes und darüber hinaus keine Kontrolle über die Ausbreitungsrichtung des überschüssigen Materialvolumens möglich. Ein fließfähiges Komposit könnte sich in den kaum zugänglichen Approximalräumen, wo sich die Überschussentfernung extrem schwierig gestaltet, ansammeln, und so ein hohes Risiko für die Entstehung einer Gingivitis und Parodontitis bzw. Periimplantitis mit sich bringen.
- ▶ Bei der Auswahl des lichterhärtenden Kompositmaterials ist darauf zu achten, dass beim einschrittigen Aufbau der Kaufflächen deren Schichtstärke dessen maximale Durchhärtungstiefe nicht überschreitet. Üblicherweise beträgt diese bei konventionellen Kompositen ca. 2 mm. ▶▶

- ▶ Wird die Vertikaldimension soweit angehoben, dass eine 2 mm-Kompositschicht im Seitenzahnbereich pro Kiefer nicht ausreicht, empfiehlt sich die Verwendung von hochviskösen Bulk-Fill-Kompositmaterialien. Diese können in einzelnen Schichtstärken von bis zu 4 mm lichtgehärtet werden [81-83]. Das für die Übertragungsschienen angefertigte Wax-up gibt über die benötigten Schichtstärken genaue Auskunft.
- ▶ Zur Erzielung eines ausreichenden Polymerisationsgrads des Kompositmaterials und somit von guten mechanischen und physikalischen Eigenschaften, sowie einer hohen Abrasionsstabilität, ist eine adäquate Lichthärtungstechnik bei ausreichender Härtingszeit unter Verwendung einer lichtstarken Polymerisationslampe obligatorisch [84-88].
- ▶ Unterstützung des Behandlers durch zwei Assistenzen: Assistenzpersonal 1 sorgt für den schnellen Nachschub der erwärmten Kompositkompulen aus dem Wasserbad, Assistenzpersonal 2 kümmert sich am Patienten um das Abhalten von Wangen und Zunge und fixiert gleichzeitig zuverlässig die Übertragungsschienen auf den Abstützungsarealen.

Wird das Verfahren wie beschrieben umgesetzt, lassen sich die festsitzenden temporären Kauflächen nach Beendigung der Okklusionsschientherapie mit minimalem intraoralen Nacharbeitungsbedarf zeitsparend und somit wirtschaftlich in der Praxis aufbauen. Als Zeitbedarf muss bei perfekter Vorbereitung der Übertragungsschienen im zahntechnischen Labor ein Aufwand von etwa 1,5-2 Stunden am Patienten pro Kiefer angesetzt werden.

3. Schlussfolgerungen

Das hier vorgestellte Vorgehen mit semipermanenten Kauflächenanteilen aus Komposit, ist eine Möglichkeit bei komplexen prothetischen Versorgungen mit Anhebung der Vertikaldimension der Okklusion die Phase zwischen der herausnehmbaren Okklusionsschiene und der Anfertigung der definitiven Restaurationen zu überbrücken. Üblicherweise wird diese für einen Zeitraum von ca. 6-12 Monaten angesetzte Phase der „Probefahrt“ ansonsten mit laborgefertigten Langzeitprovisorien, im Dentallabor konventionell bzw. mit CAD/CAM-Verfahren hergestellten Repositions-Onlays/-Veneers aus Kunststoff bzw. Komposit oder mit direkten Kompositrestaurationen durchgeführt [10, 16, 41, 74]. Es soll ausdrücklich betont werden, dass dies kein Verfahren zur permanenten Versorgung ist, da mit einer derart ausgeführten Spritzgusstechnik keine separierten Einzelzahnrestaurationen hergestellt werden, sondern eine Verblockung ganzer Segmente stattfindet, mit allen hiermit verbundenen Nachteilen, insbesondere der stark eingeschränkten Möglichkeit, die betroffenen Interdentalräume

zu reinigen. Diese Methode sollte somit auch nur bei Patienten mit guter Mundhygiene und hoher Compliance eingesetzt werden.

Im Gegensatz zu jenen Verfahren, die eine längerfristige Bisshebung mit direkten Kauflächenaufbauten aus Komposit zum Ziel haben [16, 26-33, 46, 66, 89-91] und somit deutlich kompliziertere bzw. schwieriger durchzuführende, chairside aufwendigere und zeitintensivere Techniken zur Applikation des Komposits und zur Einzelzahnseparation (Matrizen, Teflonband) – die unter den Übertragungshilfen (Schienen, Silikonstempel) teilweise kompliziert einzusetzen sind – anwenden, ist diese lediglich auf temporären Verbleib ausgerichtete Methode, bei entsprechender Vorbereitung im zahntechnischen Labor, am Patienten schnell und somit relativ kostengünstig umzusetzen. ■

Prof. Dr. Jürgen Manhart

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 <https://www.kzvn.de/nzb/literaturlisten.html> herunterladen oder unter www.nzb-redaktion@kzvn.de anfordern.

→ Vita



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



Abrechnungstipps aus KZVN und ZKN

RICHTIGE DOKUMENTATION – RICHTIGE ABRECHNUNG

In dieser Folge der Abrechnungstipps aus KZVN und ZKN wollen wir die Abrechnung der BEMA-Gebührennummern 23 (Ekr) anhand einiger Situationen behandeln und zugleich entsprechende Hinweise zur Abrechnung nach GOZ Nr. 2290 geben. Darüber hinaus besprechen wir in diesem Beitrag die BEMA-Gebührennummern 25 (Cp) und 26 (P). Auch diesen Positionen werden wir die entsprechenden GOZ-Abrechnungen nach den Gebührennummern 2330 und 2340 gegenüberstellen.

Insbesondere aufgrund des Patientenrechtegesetzes und für den Fall eines eventuellen Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahrens bzw. einer gerichtlichen Auseinandersetzung ist es wichtiger denn je, die erbrachten Leistungen vollständig zu dokumentieren. Andernfalls besteht die Gefahr, dass abgerechnete Leistungen nicht oder nicht vollständig honoriert werden.

Wenn Sie Fragen zu unseren Artikeln und/oder zu anderen Abrechnungspositionen haben, helfen Ihnen die Mitarbeiterinnen der Servicehotline für Abrechnungsfragen gern weiter. Tel.: 0511 8405-390, FAX: 0511 837267

Entfernen einer Krone

BEMA

Bema Nr.	Leistungsbeschreibung/ Abrechnungsbestimmungen	Punktzahl
23 - Ekr	Entfernen einer Krone bzw. eines Brückenankers oder eines abgebrochenen Wurzelstiftes bzw. das Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges, je Trennstelle	17

Vertragliche Abrechnungsbestimmungen: keine

Abrechnungshinweise:

Die Leistung ist je Trennstelle abrechenbar für:

Das Entfernen

- ▶ einer Krone
- ▶ eines Brückenankers
- ▶ eines **abgebrochenen** Wurzelstiftes

- Das Abtrennen
 - ▶ eines Brückengliedes
 - ▶ eines Steges

→ Die Art der Entfernung ist für die Abrechnung der Geb. Nr. 23 nicht ausschlaggebend (Lösen der Krone mit Hilfe spezieller Kronenlöser z. B. Einsatz des Hirtenstabs oder Einfräsen einer Rille und Aufbiegen der Krone, Einsatz von Ultraschallgeräten)

→ Entfernen von verblockten Kronen

Die Geb.Nr. 23 (Ekr) ist entsprechend der Anzahl der zu entfernenden Kronen abrechenbar. Auch wenn bei verblockten Kronen neben dem Aufschlitzen der Kronen eine **zusätzliche Trennung** der einzelnen Kronen erforderlich ist, darf die Anzahl der abgerechneten Geb.Nr. 23 die Anzahl der entfernten Kronen nicht übersteigen. (Beispiel 1)

→ Verbleiben Kronen im Mund, die mit den entfernten Kronen verblockt waren, so kann für die Trennstelle zu diesen verbleibenden Kronen die Geb.Nr. 23 (Ekr) **einmal zusätzlich abgerechnet werden**, da der Begriff „Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges, je Trennstelle“ so zu verstehen ist, dass eine Trennstelle zu einem im Mund verbleibenden Brückenteil (Brückenanker, Krone, Brückenglied oder Steg) notwendig wird. (Beispiel 2 und 3)

→ Kronenentfernung vor Extraktion

Wird ein überkronter Zahn extrahiert, so kann die Zahnentfernung normalerweise problemlos zusammen mit der Krone erfolgen. Im Ausnahmefall, wenn die Krone vor der Extraktion entfernt werden muss, ist die Geb.Nr. 23 (EKR) abrechenbar. Die Notwendigkeit der Geb.Nr. 23 muss dann dokumentiert werden. Die gleichzeitige Berechnung von Geb.Nr. 23 und einer Osteotomie ist in der Karteikarte zu begründen.

→ Entfernung von Brücken

Wird eine Brücke entfernt, so gilt wie bei Kronen die Regel: Die Geb.Nr. 23 (Ekr) kann entsprechend der Anzahl der entfernten Brückenanker (Kronen) abgerechnet werden. (Beispiel 3) ▶▶

GOZ

GOZ Nr.	Leistungsbeschreibung	1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2290	Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges oder Ähnliches	10,12 €	23,28 €	35,43 €

Abrechnungsbestimmungen: keine

Die GOZ Nr. 2290 ist berechnungsfähig für das Entfernen von:

- Indirekt hergestellten definitiven Versorgungen
- Einlagefüllungen, Kronen, Brücken oder ähnlichen festsitzenden Suprakonstruktionen (implantatgetragenen Kronen, implantatgetragenen Brücken)
- Wurzelkappen

ACHTUNG!

- Bei verblockten Kronen und Brücken kann die GOZ Nr. 2290 sowohl für das Durchtrennen der Verblockung, als auch für die Entfernung abgerechnet werden.
- Für das Entfernen eines Wurzelstiftes gibt es die gesonderte GOZ Nr. 2300, die ggf. neben der GOZ Nr. 2290 abrechnungsfähig ist.

GOZ Nr.	Leistungsbeschreibung	1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2300	Entfernung eines Wurzelstiftes	15,19 €	34,93 €	53,15 €

Abrechnungsbestimmungen: keine

Die GOZ Nr. 2300 ist jeweils berechnungsfähig für das Entfernen von:

- einzelnen Wurzelstiften ...
- gegossenen Stiftaufbauten ...
- konfektionierten Schraubenaufbauten ...
- Glasfaserstiften ...
- ... aus einem Wurzelkanal.

ACHTUNG!

- Die GOZ Nr. 2300 ist nicht abrechnungsfähig für das Entfernen von frakturierten Wurzelkanalinstrumenten oder Wurzelkanalfüllungen aus thermoplastischem Material. Diese Leistungen sind in der GOZ nicht beschrieben und müssen analog berechnet werden.
- Wird von einem Zahn erst eine Krone und danach der Wurzelstift aus dem Wurzelkanal entfernt, können die GOZ Nrn. 2290 und 2300 nebeneinander berechnet werden.

Indirekte Überkappung

BEMA

Bema Nr.	Leistungsbeschreibung	Punktzahl
25 - Cp	Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschl. des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität	6

Vertragliche Abrechnungsbestimmungen:

1. Die Anwendung der Nrn. 25 und 26 ist nur dann angebracht, wenn es durch sie allein möglich ist, die Devitalisierung der Pulpa eines Zahnes zu vermeiden, der erhaltungswürdig und erhaltungsfähig ist.
2. Die Nr. 25 kann nicht angewendet werden, wenn es sich darum handelt, aus Zeitgründen eine Kavitätenpräparation und -füllung vorzeitig abzubrechen. Desgleichen kann sie dann nicht zur Anwendung kommen, wenn es sich darum handelt, die für den Kranken mit Schmerzen verbundene Kavitätenpräparation abzubrechen und durch Teilung in zwei oder mehrere Sitzungen erträglicher zu gestalten.

Abrechnungshinweise:

- Die BEMA Nr. 25 ist abrechnungsfähig
- Für indirekte Überkappung (Cp-Behandlung)
 - Je Kavität
 - Bei vitaler Pulpa
 - Je Sitzung
 - Bei getrennten Kavitäten ggf. mehrfach an einem Zahn

ACHTUNG!

- Im Zusammenhang mit der BEMA Nr. 25 kann die BEMA Nr. 11 (pV) nicht abgerechnet werden, da der provisorische bzw. der temporäre Verschluss bereits mit der Geb.Nr. 25 abgegolten ist.
- Eine Leistung nach der GOZ Nr. 2020 (Temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität) ist deshalb mit Versicherten der GKV nicht vereinbarungsfähig, es sei denn die Leistung geht über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung hinaus.
- Die BEMA Nr. 25 (Cp) kann an einem Zahn in derselben Sitzung mit der BEMA Nr.26 (P) nur abgerechnet werden, wenn es sich um unterschiedliche Kavitäten handelt.
- Bei Erhaltung eines Zahnes durch eine Pulpaüberkappung soll nach Ziffer 8 der Behandlungsrichtlinien eine klinische und ggf. eine Sensibilitätsprüfung- bzw. röntgenologische Kontrolle des Heilerfolgs durchgeführt werden.

ACHTUNG BEMA-Abrechnungsmodul:

Das BEMA-Abrechnungsmodul prüft bei der Abrechnung der BEMA Nr. 25 unter Anderem die Zahnangabe und die Kombination mit anderen Gebührennummern am selben Zahn. ▶▶



ABRECHNUNGSTIPPS

» GOZ

Wichtig: Bei der Behandlung von GKV-Patienten ist die indirekte Überkappung immer als GKV-Leistung nach BEMA abzurechnen, auch wenn die Folgebehandlung (z.B. eine Einlagefüllung) privat vereinbart und nach GOZ abgerechnet wird.

GOZ Nr.	Leistungsbeschreibung	1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2330	Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung), je Kavität	6,19 €	14,23€	21,65€

ACHTUNG!

→ Im Gegensatz zum BEMA ist der ggf. notwendige provisorische Verschluss der Kavität nicht Leistungsbestandteil der GOZ Nr. 2330 und kann nach der GOZ Nr. 2020 zusätzlich berechnet werden.

Direkte Überkappung

BEMA

Bema Nr.	Leistungsbeschreibung	Punktzahl
26 - P	Direkte Überkappung, je Zahn	6

Vertragliche Abrechnungsbestimmungen:

Direkte Überkappung im bleibenden Zahn bei artifizierlicher oder traumatischer punktförmiger Eröffnung der Pulpa, je Zahn.

1. Die Anwendung der Nrn. 25 und 26 ist nur dann angebracht, wenn es durch sie allein möglich ist, die Devitalisierung der Pulpa eines Zahnes zu vermeiden, der erhaltungswürdig und erhaltungsfähig ist.

Abrechnungshinweise:

Die BEMA Nr. 26 ist abrechnungsfähig

- ▶ Für direkte Überkappung
- ▶ Je Zahn einmal
- ▶ Bei punktförmig freiliegender, vitaler Pulpa

ACHTUNG!

- Die BEMA Nr. 25 (Cp) kann an einem Zahn in derselben Sitzung mit der BEMA Nr. 26 (P) nur abgerechnet werden, wenn es sich um unterschiedliche Kavitäten handelt.
- Die BEMA Nr. 26 ist nach den vertraglichen Abrechnungsbestimmungen nur an bleibenden Zähnen abrechenbar. Dementsprechend ist die direkte Überkappung an einem Milchzahn nicht mehr Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.
- Der ggf. erforderliche provisorische Verschluss der Kavität ist lt. Kommentierung mit der BEMA Nr. 26 abgegolten, da es sich bei der BEMA Nr. 11 pV um eine alleinige Leistung handelt.



Dr. Henning Otte, *Vorstandsreferent KZVN Abrechnung/Prüfung, Vorsitzender GOZ-Ausschuss der ZKN und Monika Popp, Gruppenleiterin Servicehotline Abrechnung der KZVN*

- Eine Leistung nach der GOZ Nr. 2020 (Temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität) ist deshalb mit Versicherten der GKV nicht vereinbarungsfähig, es sei denn die Leistung geht über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung hinaus.
- Bei Erhaltung eines Zahnes durch eine Pulpaüberkappung soll nach Ziffer 8 der Behandlungsrichtlinien eine klinische und ggf. eine Sensibilitätsprüfung- bzw. röntgenologische Kontrolle des Heilerfolgs durchgeführt werden.

ACHTUNG BEMA-Abrechnungsmodul:

Das BEMA-Abrechnungsmodul prüft bei der Abrechnung der BEMA Nr. 26 unter Anderem die Zahnangabe und die Anzahl der Abrechnung, da diese Leistung nur einmal je Zahn abrechenbar ist.

GOZ

Wichtig: Bei der Behandlung von GKV-Patienten ist die direkte Überkappung immer als GKV-Leistung nach BEMA abzurechnen, auch wenn die Folgebehandlung (z.B. eine Einlagefüllung) privat vereinbart und nach GOZ abgerechnet wird.

GOZ Nr.	Leistungsbeschreibung	1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2340	Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa (Exkavieren, direkte Überkappung), je Kavität	11,25 €	25,87€	39,37€

ACHTUNG!

- Im Gegensatz zum BEMA ist die GOZ Nr. 2340 je Kavität, also ggf. auch mehrfach je Zahn abrechenbar.
- Der ggf. notwendige provisorische Verschluss ist nicht Leistungsbestandteil und kann zusätzlich nach GOZ Nr. 2020 abgerechnet werden. ■

Dr. Henning Otte,
*Vorstandsreferent KZVN Abrechnung/Prüfung
Vorsitzender GOZ-Ausschuss der ZKN*

Monika Popp,
Gruppenleiterin Servicehotline Abrechnung der KZVN

HANNOVER HIESS HERZLICH WILLKOMMEN:

DGKFO-Jahrestagung ein großer Erfolg

Auf Einladung von Kongresspräsident Prof. Dr. Rainer Schwestka-Polly/MHH war die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO) erstmals zu Gast in Hannover. Rund 2.600 Teilnehmer kamen Mitte Oktober 2016 in das Congress Centrum am Stadtgarten. Das Programm unter dem Motto „Kieferorthopädie im Wandel der Zeit“ sorgte wiederholt für einen überfüllten Hörsaal. Die beiden Schwerpunktthemen „Kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie“ und „Lingualtherapie“ starteten jeweils mit einem Übersichtsvortrag von der Geschichte bis zur Gegenwart und gaben einen Ausblick auf die Zukunft. Dabei wurde eindrucksvoll deutlich, wie alt „Kieferorthopädie“ bereits ist: Denken und Vorgehen beispielsweise im Bereich der kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Therapie ähneln heute – technisch modifiziert – den Konzepten aus dem 19. Jahrhundert. Vergleichsweise jung, wenn auch bereits fest etabliert ist die Lingualtherapie. Viele der weltweiten Innovationen in diesem Bereich gehen übrigens auf Entwicklungen aus Niedersachsen zurück.

Traditionell ist die Eröffnung der DGKFO-Jahrestagung sowohl fachlich als auch standespolitisch geprägt. DGKFO-Präsidentin Prof. Dr. Ursula Hirschfelder verwies darauf, dass der Berufsstand die Kieferorthopädie im Kanon der Medizin, aber auch in der Versorgungsforschung noch fester verankern müsse. Wie sehr sich das Fach verändert hat, betonte Kammerpräsident Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, in seinem Grußwort: Früher hätten die Kinder im Fokus der KFO gestanden, heute seien es alle Altersgruppen. Es gebe viele Innovationen, aber auch viel Druck seitens der Hersteller: Man müsse diesen Druck kritisch hinterfragen. Innovationen müssten bezahlbar bleiben. Er gratulierte den Kieferorthopäden dazu, sich in den letzten zehn Jahren als kleine Gruppe in der großen Dentalfamilie weiterentwickelt zu haben. Gemeinsam hätten DGZMK, Hochschule und BDK die Kieferorthopädie wieder in das Licht gerückt, wo sie hingehöre. Das Engagement der Berufsgruppe für die jungen Leute wie die Veranstaltungen des BDK für die Young Orthodontists seien vorbildlich. Auch DGZMK-Präsidentin Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke sprach eine relevante Veränderung an: die enge Verbindung von Kieferorthopädie und ZahnMedizin – bewusst mit dem großen „M“. Es werde zu wenig deutlich, was die KFO in



Wissenschaft und Praxis gehen bei der DGKFO-Jahrestagung Seite an Seite, von links: Dr. Gundi Mindermann (1. Bundesvorsitzende des BDK), Prof. Dr. Ursula Hirschfelder, (Präsidentin der DGKFO), Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke (Präsidentin der DGZMK), Prof. Dr. Rainer Schwestka-Polly (Direktor der Klinik für Kieferorthopädie der MHH).

interdisziplinären Konzepten leiste: „Kieferorthopädie ist ein medizinisch relevantes Fach und gleichberechtigter Partner in der Medizin!“ In frischem Plattdeutsch begrüßte Dr. Gundi Mindermann als 1. Bundesvorsitzende des BDK die Gäste. Kammer, Hochschule und BDK hätten es in Hannover geschafft, ein hochwertiges Weiterbildungskonzept zu realisieren. In anderen Bundesländern werde die Weiterbildung eher geschwächt. Die ganze Bandbreite des Gebietes müsse vermittelt werden, an der Hochschule und in der Praxis. Weiterbildungsberechtigungen für Praxen, die sich selbst als „bracketfrei“ vermarkteten und Standard-Therapien nicht vermittelten, seien insofern zu kritisieren. Einen Überblick auf das fachliche Programm vermittelte Kongresspräsident Prof. Dr. Rainer Schwestka-Polly/MHH und verwies auf Hannover als bedeutendes wirtschaftliches und kulturelles Zentrum mit einer weltweit renommierten Messe – hier sei die Jahrestagung der DGKFO bestens platziert. Nach einem ebenso spannenden wie enorm unterhaltsamen Festvortrag zum Thema „Das bewegte Gehirn“ feierten die zahlreichen Teilnehmer entspannt und fröhlich im Kuppelsaal in den Kongress hinein. Hannover war eine Reise wert! ■

_____ Birgit Wolff, Hamburg

MOTTO ZUM TAG DER ZAHNGESUNDHEIT 2016 LAUTETE:

„Gesund beginnt im Mund – Fakten gegen Mythen“

Foto: R. Umland



Prof. Dr. Hüssamettin Günay (rechts) mit seinen hoch motivierten Studierenden der MHH, Dr. Markus Braun und Präsident Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida (links)

In der Fußgängerzone von Hannover fand am 24. September 2016 die diesjährige Aktion zum Tag der Zahngesundheit statt.

Bei sonnigem Herbstwetter tummelten sich viele Passanten am Stand der Zahnärztekammer von Niedersachsen (ZKN), der mit umfangreichen Broschüren zu Themen der zahnmedizinischen Prophylaxe sowie Mundhygiene bestückt war.

Speziell zum Motto „Fakten gegen Mythen“ wurde ein kleines Informationsheft von der Kammer-Mitarbeiterin Rena Umlandt erstellt (herzlichen Dank dafür!!), in dem Mythen „gerade gerückt“ wurden. Diese waren zum Beispiel „Milchzähne sind nicht wichtig, die fallen doch eh aus“, „Jedes Kind kostet einen Zahn“, „Ein Apfel ersetzt die Zahnbürste“, „Schwarzer Tee schadet den Zähnen“ oder „Professionelle Zahnreinigung (PZR) ist reine Kosmetik“. Fachliche Fragen oder Aussagen der Standbesucher wie „Die „Dritten Zähne“ brauchen nicht geputzt werden, sondern können durch die Geschirrspülmaschine gesäubert

werden“ kommentierten die Ausschussmitglieder Kollegin Stefanie Paap und ich sowie unser Kammerpräsident Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, der für eine Stippvisite vorbeigekommen war.

Komplettiert wurde die Standbesetzung durch Christine Lange-Schönhoff und Michaela Crowther (beide ZKN) sowie Antje Marx vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) der Region Hannover; Kinder konnten spielerisch bei Kathrin Marx über das Glücksrad Tipps zur zahngesunden Ernährung und Mundhygiene erfahren. Gern ließen sich die „Kleinen“ auch einen heiteren Zahn von Denise Barwinski und Kathrin Mielke (beide ÖGD) auf die Wangen malen, bevor sie mit Give-aways und Luftballon fröhlich davonzogen.

Natürlich war auch der Kariestunnel der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Niedersachsen e.V. (LAG) von der Partie.

Die Geschäftsführerin Jeanette Kluba und Mitarbeiterin Kirsten Döhnert konnten wieder viele mutige Kandidaten

für einen fluoreszierenden Zahncheck im Neonlicht gewinnen. Erstaunlicherweise stellte sich das häusliche Putzergebnis häufig besser da als von den zahlreichen Teilnehmern zunächst vermutet.

Vis-a-vis unseres Standes waren wieder hochmotivierte Zahnmedizinstudenten des 7. und 9. Semesters aus Hannover mit eigenem Stand unter der Leitung von Prof. Dr. Günay (stellvertretender Direktor der Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde der MMH) aktiv. Die angehenden Kollegen trugen durch Informationen zur zahnmedizinischen Prophylaxe und Mundhygiene sowie zum Beispiel zur Darstellung zahntechnischer Arbeiten an Modellen mit Fakten zum Abbau der Mythen bei.

Das Zahnmobil um Kollegenehepaar Dr. Ingeborg und Werner Mannherz und Team rundete an diesem Tag unser bürgernahes auf Fakten basierendes „Zahnmedizinisches Informationszentrum“ ideal ab. Fazit dieses Tages: Die Fakten – hier sei exemplarisch der Zahnbürstenumtausch „Alt gegen Neu“ erwähnt, welcher mit der Stückzahl von 69 einen neuen Rekord darstellt – untermauern die erfreulicherweise zunehmende Zahn- und Mundgesundheit der (Hannoveraner) Bevölkerung; die Mythen hingegen rund um die Zahnmedizin sind zunehmend ein Relikt der Vergangenheit!

Erneut war dies eine sehr gelungene Gemeinschaftsaktion der immer besser vernetzten zahnmedizinischen Institutionen – allen Mitwirkenden dafür herzlichen Dank! ■

Dr. Markus Braun
Vorsitzender des Ausschusses für
Jugendzahnpflege



Kirsten Döhnert (vorne) und Jeanette Kluba erklärten den kleinen Besuchern den Kariestunnel „auf Augenhöhe“.



Foto: © Sebastian Duda/Fotolia.com

NEUES SCHULUNGSANGEBOT DER ZAN

Fit für die Praxisbegehung!

SCHULUNG DIREKT IN IHRER PRAXIS

Seit geraumer Zeit führen die Gewerbeaufsichtsämter in Niedersachsen Praxisbegehungen durch. Sie überprüfen dabei insbesondere die Einhaltung der Vorgaben des Medizinproduktegesetzes bzw. der Medizinproduktebetriebsverordnung. Um Zahnarztpraxen bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und damit auch bei der Vorbereitung auf eine mögliche Praxisbegehung zu unterstützen, bieten wir praxisinterne Fortbildungen an. Speziell qualifizierte Referenten schulen mit Hilfe einer Checkliste Ihr Team in Ihrer Praxis 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 Euro

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



Foto: A. Zboron

Dr. Christian Bitter referierte engagiert.

Prophylaxe- und Verwaltungskongress 2016 in Oldenburg

Es wehte ein Hauch von Klassentreffen durch die Luft ...

Am 17. September 2016 fand in der Weser-Ems-Halle in Oldenburg der diesjährige Prophylaxekongress statt. Erstmals wurde gleichzeitig auch ein Kongress für die Fachkräfte aus dem Bereich Abrechnung und Praxismanagement veranstaltet. Namhafte Referenten informierten über die neuesten Trends und Entwicklungen aus den jeweiligen Fachgebieten. Das Themenspektrum reichte von A wie Angsthasen bis Z wie ZE-Abrechnung. Auf den ersten Blick war schon zu erkennen, dass sich viele der Kongressteilnehmer untereinander kannten. Oft wurde der gleiche ZMP- oder ZMV-Kurs in Hannover besucht. Da traf es sich gut, dass in den Pausen, sowie in den Phasen vor Veran-

staltungsbeginn ausreichend Gelegenheit war, um sich auszutauschen. Auch viele der Referenten ließen es sich nicht nehmen, in den Pausen in lockerer Atmosphäre den fachlichen Austausch mit den Teilnehmern zu suchen. Lobend hoben die Teilnehmer hervor, dass der Kongress viele neue Impulse für die Praxis bot, die am darauffolgenden Montag sofort umgesetzt werden konnten. Nicht nur für die auswärtigen Teilnehmer stand daher am Ende des Tages fest: Der Kongress in Oldenburg war eine Reise wert. Auch im Jahre 2017 wird es voraussichtlich wieder einen Prophylaxe- und Verwaltungskongress geben. ■

Michael Behring, LL.M.

Geschäftsführer der ZKN

Spendenaufruf für Haiti

Bundeszahnärztekammer und Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte erbitten Hilfe

Der Hurrikan „Matthew“ hat in Haiti große Verwüstungen hinterlassen. Zerstörte Häuser, eingestürzte Brücken, überschwemmte Felder, vernichtete Ernten, überflutete Straßen – besonders in den Elendsvierteln zeigen sich die verheerenden Folgen. Nach dem Erdbeben vor sechs Jahren und dem Wirbelsturm „Sandy“ vor drei Jahren überfällt eine weitere Naturkatastrophe das bitterarme Land.

Das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete (HDZ) hatte im Jahr 2013 den Bau einer Schule in der Stadt Carrefour auf Haiti finanziell unterstützt. „Die Schule hat die Katastrophe glücklicherweise unbeschadet überstanden. Viele Menschen haben während des Sturms dort Schutz gefunden. Doch viele Häuser im Umfeld der Schule sind zerstört“, berichtet HDZ-Vorsteher Dr. Klaus Winter. „Die Menschen vor Ort

brauchen als erste Nothilfemaßnahme dringend Wasser, Nahrungsmittel und Medikamente“, so Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK).

Das HDZ möchte gezielt den Menschen im Einzugsgebiet der Schule helfen.

BZÄK und HDZ bitten dafür um Ihre Spenden:

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte
Deutsche Apotheker- und Ärztekammer
IBAN: DE28 3006 0601 0004 4440 00
BIC: DAAEDEDXXX
Verwendungszweck: Haiti

Eine Spendenbescheinigung wird bei genauer Adressenangabe ausgestellt. Zur Steuerbegünstigung bis 200,- Euro kann als vereinfachter Zuwendungsnachweis nach § 50 Abs. 2 EStDV

der Kontoauszug vorgelegt werden. Die Bundeszahnärztekammer ist Schirmherrin der Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte, der größten zahnärztlichen Hilfsorganisation.



Foto: © dmitryphoto/Fotolia.com

Betriebsausflug und Weihnachtsfeier

STEUERLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Ausgangslage

Ausflüge für die Praxismitarbeiter sind für den zahnärztlichen Arbeitgeber eine Gelegenheit, den Mitarbeitern etwas Besonderes zu bieten und gleichzeitig den Zusammenhalt im Team zu fördern. Gerade in der Vorweihnachtszeit stehen neben der Bewirtung auch Unterhaltungsprogramme hoch im Kurs.

Der Gesetzgeber begünstigt Betriebsveranstaltungen in engen Grenzen. Zweimal jährlich darf der Arbeitgeber pro Mitarbeiter bis zu 110 EUR steuerfrei ausgeben. Dabei sind jedoch einige Besonderheiten zu beachten, denn der Freibetrag ist schnell ausgeschöpft.

Änderung der Gesetzeslage ab 01.01.2015

Der Begriff der Betriebsveranstaltung, deren Steuerfreiheit sowie die Berechnung des hierfür vorgesehenen Freibetrags (vorher Freigrenze) von 110 EUR wurden erstmals mit Wirkung ab 01.01.2015 in § 19 Einkommensteuergesetz gesetzlich geregelt.

Aufwendungen bis 110 EUR einschließlich Umsatzsteuer je Mitarbeiter und Veranstaltung sind danach steuerfrei, der übersteigende Betrag stellt Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit dar und unterliegt der Besteuerung.

Bei mehr als zwei Veranstaltungen pro Jahr kann der Arbeitgeber die beiden Veranstaltungen bestimmen, die steuerfrei zu stellen sind.

Teilnehmerkreis

Steuerlich begünstigt sind nur Betriebsveranstaltungen, die grundsätzlich allen Mitarbeitern offenstehen. Nur in Ausnahmefällen ist die Begrenzung des Teilnehmerkreises zulässig, z.B. bei großen Zahnarztpraxen mit verschiedenen Organisationseinheiten. Eine Begrenzung des Teilnehmerkreises nach Stellung des Mitarbeiters, nach dessen Gehaltsgruppe oder nach der Dauer der Betriebszugehörigkeit stellt eine unzulässige Bevorzugung dar.

Keine Betriebsfeiern sind betriebliche Veranstaltungen zur Ehrung oder Verabschiedung eines einzelnen Mitarbeiters oder anlässlich eines runden Mitarbeitergeburtstages.



Foto: © Kzenon/Fotolia.com

Berechnung des Freibetrags von 110 EUR

Laut Gesetz sind ab dem Jahr 2015 alle Aufwendungen auf die Teilnehmer umzulegen. Dazu gehören neben den Kosten für Speisen und Getränke z.B. Fahrt- und Übernachtungskosten, Raummieten und der Aufwand für Eintrittskarten kultureller oder sportlicher Veranstaltungen. Auch Geschenke, die anlässlich einer Betriebsveranstaltung überreicht werden, sind unabhängig von ihrer Höhe in den Freibetrag einzubeziehen.

Nehmen nicht alle angemeldeten Mitarbeiter an der Veranstaltung teil, ist bei der Berechnung der Aufwendungen pro Person auf die tatsächlich Teilnehmenden abzustellen. Begleiten Ehegatten oder Angehörige einen Mitarbeiter zu der Veranstaltung, wird der auf die Begleitperson entfallende Kostenanteil dem Arbeitnehmer zusätzlich zu dessen eigenen Kosten hinzugerechnet.

Überschreitung des Freibetrags

Der den Freibetrag von 110 EUR übersteigende Betrag bzw. jede weitere Veranstaltung kann durch den Arbeitgeber mit 25 % pauschal versteuert werden. Wird von der Pauschalierung kein Gebrauch gemacht, stellen die Aufwendungen laufenden Arbeitslohn beim Mitarbeiter dar, welcher individuell zu versteuern ist.

Sozialversicherung

Die Beurteilung von Betriebsveranstaltungen in der Sozialversicherung folgt der steuerlichen Einstufung. Steuerfreiheit oder pauschale Versteuerung führen dazu, dass die Aufwendungen auch sozialversicherungsfrei sind. Eine individuelle Versteuerung beim Mitarbeiter mündet in sozialversicherungspflichtigem Arbeitslohn.

Gemischte Veranstaltungen

Betriebsausflüge können auch mit rein beruflich veranlassenen Veranstaltungen kombiniert werden. Besuchen die ►►



- ▶▶ Praxismitarbeiter tagsüber etwa eine zahnärztliche Fortbildung und findet im Anschluss daran ein Abendprogramm statt, handelt es sich um eine gemischte Veranstaltung.

Aufteilung der Kosten

Der Bundesfinanzhof hat entschieden, dass gemischte Zuwendungen an Mitarbeiter aufzuteilen sind. Dazu sind zunächst die Kostenbestandteile zu trennen, die leicht und eindeutig dem praxisfunktionalen Bereich zugeordnet werden können (Fortbildungskosten). Die Kosten für gemeinsames Feiern und Unterhaltung sind in die Berechnung für den 110-EUR-Freibetrag einzubeziehen.

Kosten, die nicht eindeutig einem der Bereiche zugeordnet werden können, wie z. B. Fahrtkosten und Unterbringung, sind im Wege einer sachgerechten Schätzung aufzuteilen. Hierzu kann das Verhältnis der Zeitanteile der beiden Veranstaltungsbestandteile herangezogen werden.



Foto: Pflaet

Fazit

Um Arbeit und Vergnügen ohne steuerliche Überraschungen miteinander zu verbinden, sollte insbesondere die gemischte Veranstaltung im Vorfeld mit dem steuerlichen Berater abgesprochen werden. ■

_____ Tino Koch, Steuerberater, Fachberater im ambulanten Gesundheitswesen (IHK), Geschäftsführer der Koch & Kollegen Steuerberatung GmbH, Hannover

Broschüre Rechtsgrundlagen für die Zahnarztpraxis – Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen



In der Reihe lose erscheinender Aufsätze zum Berufsrecht der Zahnärzte und der sozialrechtlichen Pflichten als Vertragszahnarzt werden ausgewählte Einzelfragen des zahnärztlichen Alltags rechtlich näher beleuchtet.

BZÄK und KZBV haben nun eine weitere Online-Broschüre veröffentlicht, die juristische Aspekte zu dem Thema Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen erklärt.

Das Dokument „Rechtsgrundlagen und Hinweise für die Zahnarztpraxis – Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen“ steht ab jetzt auf den Homepages von BZÄK https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/Bestechlichkeit_Bestechung_Gesundheitswesen.pdf und KZBV www.kzbv.de/bestechlichkeit-bestechung zur Verfügung.

Die in der breiten Öffentlichkeit geführte Diskussion um Korruption und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen war für den Gesetzgeber Anlass, eine entsprechende neue Strafrechtsnorm zu beschließen. Zudem gewinnen Transparenz und Compliance in der öffentlichen Wahrnehmung zunehmend an Bedeutung. Die strikte Einhaltung rechtlicher Vorgaben ist daher Ziel und Auftrag jedes einzelnen Zahnarztes sowie des zahnärztlichen Berufsstandes in seiner Gesamtheit. Nicht zuletzt aus diesem Grund sind die Fragen „Was darf ich denn noch?“ und „Was ist verboten?“ inzwischen fester Bestandteil des Beratungsalltags von Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die Schriftenreihe „Rechtsgrundlagen für die Zahnarztpraxis“ möchte Antworten geben und helfen, Verunsicherungen abzubauen. ■

_____ NZB-Redaktion

Tschüss Patient!

WEITERGABE VON BEHANDLUNGSUNTERLAGEN

Sicher kennen Sie das alle: Ein Patient verlässt Sie, um sich in einer anderen Praxis weiterbehandeln zu lassen. Die Gründe dafür können vielfältig sein. Wohnortwechsel, Weiterbehandlung z. B. durch einen Fachzahnarzt oder manchmal auch nur das Einholen der berühmten zweiten Meinung. Eines aber haben alle Gründe gemeinsam: Sie schaffen Verpflichtungen für den ehemaligen Zahnarzt. In der Regel wird der neue Zahnarzt in der ehemaligen Praxis die Behandlungsunterlagen anfordern. Karteikarten, Röntgenbilder und Modelle sollen übersandt werden, damit sich der neue Behandler ein Bild von der Situation und den bereits ergriffenen Maßnahmen machen kann.

Rechtliche Vorschrift

In § 12 Abs. 3 der Berufsordnung der Zahnärztekammer Niedersachsen ist dazu Folgendes geregelt:

Der Zahnarzt hat einem vor-, mit- oder nachbehandelndem Zahnarzt oder Arzt sowie einem begutachtenden Zahnarzt oder Arzt auf Verlangen seine zahnärztlichen Dokumentationen vorübergehend zu überlassen und ihn über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis des Patienten vorliegt.

Zustimmung des Patienten

Auch gegenüber Kolleginnen und Kollegen gilt die zahnärztliche Schweigepflicht. Das bedeutet, dass Behandlungsunterlagen erst dann weitergegeben werden dürfen, wenn die Zustimmung des Patienten dafür gegeben ist. Es bedeutet aber nicht, dass diese zwingend schriftlich vorliegen muss. Es genügt z. B. auch, wenn der Patient telefonisch, per Fax oder E-Mail seine Zustimmung erklärt. Ab dem Moment, wenn Ihnen bekannt wird, dass der Patient mit der Übermittlung der Unterlagen einverstanden ist, sind Sie als Zahnärztin bzw. Zahnarzt verpflichtet, der Bitte auf vorübergehende Überlassung nachzukommen.



Foto: © burnhead/fotolia.com

Tip: Vermerken Sie z. B. im Falle einer telefonischen Zustimmung des Patienten dies sorgfältig in der Karteikarte, ergänzt mit Datum und am besten noch der Uhrzeit, damit Sie jederzeit über einen Nachweis verfügen.

Vermischung

Der Anspruch des neuen Behandlers kann auch nicht vermischt werden mit dem Anspruch des Patienten auf Einsicht in seine Unterlagen. Zuweilen hören wir von Forderungen des zur Aushändigung Verpflichteten, der Patient möge sich selbst melden. Dem werde man die Unterlagen dann geben. Die nachfragende Kollegin/der nachfragende Kollege erhalte die Unterlagen nicht. Ein solches Vorgehen ist nicht statthaft.

Während dem Patienten nur Kopien der Unterlagen gegen Kostenerstattung zustehen, hat die Kollegin/der Kollege den Anspruch auf Aushändigung der Originale. Darüber hinaus kann nicht der Patient damit belastet werden, wenn Zahnärzte auf kollegialem Weg Informationen austauschen. Des Weiteren stehen dem neuen Behandler auch entsprechende Informationen, z. B. fernmündlich, zu. Beide Anspruchsgrundlagen, die des Behandlers und die des Patienten, können insofern nicht beliebig miteinander getauscht werden. ►►



Heike Nagel, Assistentin des Justitiars der ZKN

► Originale oder Kopien

Der Kollegin/dem Kollegen stehen die Originale zur vorübergehenden Überlassung zu. Das bedeutet, dass diese zurückzugeben sind, wenn sie nicht mehr benötigt werden.

Tipp: Wenn Sie die Unterlagen per Post versenden, denken Sie daran, sie per Einschreiben auf den Weg zu bringen. Kommen die Unterlagen nämlich nicht an und gelangen Dritten in die Hände, kann durchaus der Vorwurf der Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht erhoben werden.

Kosten

Kosten für das Versenden können natürlich nicht erhoben werden. Man geht davon aus, dass auch die/der empfangende Kollegin/Kollege die gleichen Aufwendungen hat, wenn er die Unterlagen zurückgeben muss. Ein Anspruch auf einen finanziellen Ausgleich gibt es insofern nicht.

Versand per E-Mail

Der Vorteil des Versands insbesondere von Röntgenbildern liegt auf der Hand: Innerhalb kürzester Zeit verfügt die neue oder mitbehandelnde Praxis über die notwendigen Informationen. Aber immer wieder taucht die Frage auf, ob die Weiterleitung per E-Mail zulässig ist.

Auch hier trägt der Zahnarzt die volle Verantwortung für die Einhaltung des Datenschutzes resp. seiner Schweigepflicht. Insofern sollten Daten nur verschlüsselt übertragen werden. Auch die Übertragung mittels verschlüsselter Übertragungswege ist grundsätzlich möglich. Sprechen Sie hierzu den IT-Fachmann Ihrer Praxis an.

Denkbar ist z. B. auch, Behandlungsunterlagen per Mail weiterzuleiten und dabei den Namen des Patienten unkenntlich zu machen bzw. durch eine Nummer zu

ersetzen. Diese Nummer muss dann natürlich der die Unterlagen empfangenden Praxis auf einem anderen Kommunikationsweg, z. B. per Telefon, mitgeteilt werden.

Frist für die Überlassung

Eine festgelegte Frist existiert zwar nicht, aber es ist davon auszugehen, dass spätestens innerhalb einer Woche in jeder Praxis die Möglichkeit besteht, Unterlagen an Kollegen weiterzuleiten. Es muss gewährleistet sein, dass die Weiter- oder Mitbehandlung des betroffenen Patienten zügig vorgenommen werden kann. Hier steht das Patienteninteresse eindeutig im Vordergrund.

Was tun, wenn sich die ehemalige Praxis weigert ...

Leider kommt es zuweilen vor, dass der ehemalige Behandler sich weigert, Unterlagen an einen Mit- oder Nachbehandler auszuhändigen. Manchmal wird das damit begründet, dass der Patient seine Rechnung noch nicht bezahlt habe. Insbesondere in kieferorthopädischen Behandlungsfällen taucht diese Problematik nicht selten auf. Ein solches Vorgehen ist von keiner Rechtsnorm gedeckt, der „Verweigerer“ bewegt sich auf sehr dünnem Eis. Im Vordergrund steht hier das Interesse des Patienten an einer Weiterbehandlung. Diese kann auch nicht immer bis zum Sankt-Nimmerleinstag hinausgezögert werden. Insofern ist auch das Interesse an einer **zügigen** Weiterbehandlung gegeben. Und gesundheitliche Interessen gehen monetären Interessen immer vor.

Das heißt, dass der Zahnarzt keine Rechtsgrundlage hat, wenn er die Aushändigung wegen noch ausstehender Zahlungen des Patienten verweigert.

Der Zahnarzt kann in solchen Fällen zivilrechtlich gegen den Kostenschuldner vorgehen und seine Interessen auf Zahlung durchsetzen. Das enthebt ihn aber nicht seiner Pflicht zur Überlassung der Behandlungsunterlagen. Wenn Gesundheitsinteressen eines Patienten wegen Verweigerung der Herausgabe von Unterlagen betroffen sind, drohen Sanktionen. Die können von berufsrechtlichen Maßnahmen, z. B. Ordnungsgeldern, bis hin zu einem berufsgerichtlichen Verfahren reichen.

Der Verstoß gegen berufsrechtliche Pflichten kann also teuer zu stehen kommen. Und wer macht sich schon gern selbst das Leben schwer?!

Darüber hinaus mal Hand aufs Herz: Wie steht man vor dem Patienten da, wenn man sich weigert, dem Mit- oder Nachbehandler Patientenunterlagen auszuhändigen?!

Falls Sie noch Fragen dazu haben, rufen Sie gern an.

Heike Nagel (Tel.: 0511 83391-110) hilft Ihnen gern weiter. ■

_____ Heike Nagel,
Assistentin des Justitiars der ZKN



Aktuelle Urteile...

... AUS DEM SOZIALRECHT

Krankenversicherung:

Für Veganer gibt's keine Extrawurst

Eine gesetzliche Krankenkasse darf in ihrer Satzung nicht vorsehen, dass für Vegetarier oder Veganer zusätzliche Kosten für die Durchführung einer Blutuntersuchung einschließlich Beratung und Aufklärung übernommen werden. Das hat das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz entschieden. In dem konkreten Fall ging es um eine Betriebskrankenkasse mit „ökologischer Ausprägung“. Sie beschloss, es den sich vorwiegend vegetarisch oder vegan ernährenden Versicherten zu ermöglichen, bis zu einem Höchstbetrag von 75 Euro pro Jahr einen Anspruch auf Durchführung einer Blutuntersuchung einschließlich ärztlicher Beratung und Aufklärung zu gewähren. Das Bundesversicherungsamt lehnte die Genehmigung ab. Zu Recht. Die Kasse kann nicht argumentieren, die vorgesehene Blutuntersuchung sei notwendig, um Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden und enthalte damit eine Leistung der Vorsorge, die eine mögliche Satzungsleistung sein könne. Solche zusätzliche Leistungen dürften nur dann bezahlt werden, wenn sie bei Kassenmitgliedern „aus konkret-individuellen Gründen notwendig“ seien, um ein drohendes Krankheitsrisiko abzuwenden. Bei vegetarischer oder veganer Ernährung sei aber nicht grundsätzlich ein (Vitamin-)Mangel mit dadurch verursachten Erkrankungen zu befürchten.

(LSG Rheinland-Pfalz, L 5 KR 66/15 KL)

... AUS DEM ARBEITSRECHT



Arbeitsrecht: Auch durch „Umstellungen“ kann der 8,50 Euro-Mindestlohn erreicht werden

Zahlen Arbeitgeber ihren Beschäftigten nicht den gesetzlich vorgesehenen Mindestlohn von 8,50 Euro pro Stunde, so können sie unter Umständen durch

eine „Umschichtung“ anderer Zahlungsansprüche im Laufe des Jahres doch zu einer „passenden“ Entlohnung kommen (die allerdings den Beschäftigten keinen finanziellen Vorteil bringt). Das ergibt sich aus einem Grundsatzurteil des Bundesarbeitsgerichts. In dem Fall hatte ein Arbeitgeber in Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat per Betriebsvereinbarung festgelegt, das vorher jeweils im Mai sowie gegen Jahresende gezahlte Urlaubs- und Weihnachtsgeld auf die zwölf Monate des Jahres aufzuteilen. Dadurch wurde der laufend „unter 8,50 Euro“ liegende Stundenlohn überschritten. Bedingung für die Berücksichtigung der vormaligen Einmalzahlungen sei jedoch (wie hier), dass sie „Gegenleistung für die erbrachte Arbeitsleistung“ seien - und nicht „anderen Zwecken“ diene, etwa beim Urlaubsgeld, um erhöhte Urlaubsaufwendungen zumindest teilweise abzudecken. Das sei bei einer bisher regelmäßigen Zahlung im Mai jeden Jahres nicht anzunehmen. Und auch die Tatsache, dass sowohl Urlaubs- als auch Weihnachtsgeld bei einem Ausscheiden im Laufe des Jahres anteilig gezahlt wurden, spreche für eine „Gegenleistung für erbrachte Arbeitsleistung“. (BAG, 5 AZR 135/16)

Arbeitsrecht: Eine Altersgrenze fürs Ausscheiden muss „flexibel“ ausgelegt werden

Regelt eine Betriebsvereinbarung, dass die Arbeitsverhältnisse mit dem 65. Geburtstag automatisch enden, es also einer Kündigung nicht bedarf, so gilt anstelle dieser starren Grenze die inzwischen geltende, nachdem der Bezug der Regelaltersgrenze vom 65. Geburtstag in jährlichen Stufen auf die Vollendung des 67. Lebensjahres angehoben wurde. (Für das Jahr 2016 bedeutet das, dass das automatische Ausscheiden nach der Betriebsvereinbarung erst beim Erreichen des vierten Monats nach dem 65. Geburtstag folgt.) (BAG, 1 AZR 853/13)

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete



EINE PROJEKTGESCHICHTE ÜBER FLUCHT – AUSBILDUNG – INTEGRATION – EXISTENZGRÜNDUNG – ENTWICKLUNGSHILFE



Fotos: Privat

Francis van Hoi, Dr. Klaus Winter und Auszubildende

Francis van Hoi, Jahrgang 1952, das älteste von 9 Kindern, stammt aus einer sehr armen Familie Vietnams. Er kam 1975 nach Deutschland, nachdem er als politisch Verfolgter als Boatpeople-Man nach drei Monaten gefährlicher Seereise zunächst in Thailand gestrandet war. Viele seiner „Mitreisenden“ haben diese Odyssee nicht überlebt, weil vor allem Nahrung und Trinkwasser dafür nicht ausreichten. Francis rettete sich und andere, weil er Seewasser verkochte und den in Plastik eingefangenen Wasserdampf zu Trinkbarem machte. Das dafür notwendige Brennholz waren die vorhandenen Bootsplanken. Er war der einzige, der nach seiner Rettung nach Deutschland ging. Alle anderen wählten Australien oder Amerika. Intensiv hatte er die deutsche Geschichte schon als 20jähriger im Goethe-Institut in seiner Heimat studiert und wollte dieses „Nachkriegsdeutschland“ und seine Bewohner mit ihrer neuen Identität, Kreativität und ihrer angeblichen preußischen Disziplin kennen lernen. Er fühlte sich zu ihnen hingezogen.

Wenige Jahre zuvor war er in Vietnam in einem katholischen Kloster untergebracht und empfahl sich selbst, hier ein Leben im Orden der Salesianer Don Boscos zu führen. Sein Leben sollte für ihn jedoch anders weitergehen. In Deutschland angekommen, verfolgte er in München ein neues Ziel. Zunächst verdingte er sich als Tellerwäscher und wurde am Ende mit viel Fleiß zum Küchenmeister diplomiert. Seine Erfolgsgeschichte kann man in verschiedenen 5-Sterne Hotels Münchens nachlesen. Später gründete er eine Catering-Firma, deren exzellenter Service von renommierten Groß-Unternehmen gern gebucht wurde. 2012 kam er als Deutscher in seine Heimat zurück, nachdem er zuvor einige Semester Theologie in Würzburg belegt hatte. Er wollte mit dieser Abkehr von seinem erfolgreichen Alltag sich einen Traum erfüllen und fortan nur noch sehr armen Jugendlichen widmen und diesen etwas „Gutes“ bringen, was er in Deutschland über eine lange Zeit erfahren hatte. Mit seinem Wissen und Können gibt er nun diesen gestrandeten Jugendlichen eine reale Zukunftsperspektive.

Die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete (HDZ) aus Göttingen hat in den vergangenen Jahren mit Francis van Hoi hoffnungsvolle Projekte realisiert. Dazu zählt eine vorbildliche Ausbildungsstätte für körperlich Schwerstbehinderte, die nach drei Generationen



Gastronomieschule MaiSen

immer noch an den Spätfolgen des Chemiewaffeneinsatzes Agent-Orange als Geschädigte geboren werden. (Agent Orange ist die militärische Bezeichnung eines chemischen Entlaubungsmittels, das die USA im Vietnamkrieg großflächig zur Entlaubung von Wäldern eingesetzt hat). In einem vom HDZ errichteten Berufsbildungs-Zentrum, das für 50 SchülerInnen Platz bietet, lernen die jungen Erwachsenen mit ihren Handycaps u. a. Nähen und das Programmieren von Software für vietnamesische Großbetriebe und erhalten abschließend anerkannte Zertifikate und Lizenzen.

Eine weitere, gemeinsame Hilfsmaßnahme ist ein Lepra-projekt. Es befindet sich in der Nähe von Thai Binh ebenfalls im Norden Vietnams. Hier fristen über 700 ehemals Leprakranke als Aussätzige in einem „Ghetto“ ihr Leben und werden von 5 Angehörigen einer katholischen Schwesternkongregation liebevoll betreut. Das HDZ hat vor zwei Jahren auf dem Gelände ein Schwesternhaus mit einer Ambulanz errichtet.

In Saigon heute Ho Chi Minh City steht seit 2014 eine HDZ-Gastronomieschule, die als einzige Schule in Vietnam nach dem deutschem dualen Ausbildungssystem innerhalb von drei Jahren Köche und Gastronomie-Fachkräfte ausbildet. Die ersten 29 der 150 Schüler haben die Zwischenprüfung im Februar 2016 bestanden. Nachdem die Deutsche Industrie- und Handelskammer (DIHK) diese Prüfung für 20.000 Euro abgenommen hat, wurden alle Absolventen in internationalen 5-Sterne-Hotels zur praktischen (Weiter-)Ausbildung übernommen und stehen schon heute für die Zeit danach unter Vertrag. Francis van Hoi genießt bei seinen Schülern großes Vertrauen. Nach einem anspruchsvollen Ausbildungstag kommen sie auch zu ihm mit ihren persönlichen Sorgen und Problemen. „Sein 24-Studentag“ ist deswegen ausgefüllt mit verschiedensten Aufgaben: Schuldirektor, Sozialarbeiter, Seelsorger und Lehrer – auch für Bürgerkunde und Verhaltensregeln alles in einer Person. Er ist ein tiefgläubiger Christ und deswegen mit sehr viel Gottvertrauen bei seiner Arbeit unterwegs. Und so gehört die christliche Erziehung seiner Schüler zusätzlich zu seinem selbstgestellten Auftrag in einem überwiegend atheistischen Vietnam.

Bei seinem jüngsten Besuch in Vietnam hat der Vorsteher der Stiftung HDZ, Dr. Klaus Winter, zusammen mit seiner Frau Helga eine Bäckerei eingeweiht und sich erneut von der Qualität der erstklassigen Ausbildung überzeugen können. Hochrangige Vertreter von Kirche, Wirtschaft und Medien haben dieses professionelle Trainingscenter in den letzten Wochen und Monaten ebenfalls besucht und sind angetan vom unermüdlichen, selbstlosen Einsatz des Initiators Francis van Hoi.

Es ist sein Lebenswerk. Im nächsten Jahr wird er 65 Jahre alt und wird als Deutscher seine Rente – 500 Euro von der BfA – in Vietnam beziehen. Davon überlässt er 300 Euro seiner Familie in München. Sein ganzes Ersparnis hat er in



Stolze Schülerinnen mit den ersten Kuchlein

den Unterhalt seiner Gastronomieschule gesteckt und ist solange auf großzügige Spenden angewiesen, bis sich die Schule eines Tages selbst tragen kann. Neben dem HDZ ist das Bischöfliche Hilfswerk MISEREOR e.V. ebenfalls Partner. Die bei ihm beantragten Gelder fließen zur Zeit noch spärlich, da der größere Teil des Finanzbedarfs erst beim BMZ genehmigt werden muss. So lassen sich weitere, dringende Pläne, z.B. Bau eines Internatsgebäudes, nur schleppend verwirklichen.

Unterstützung für die theoretische Ausbildung bekommt Francis van Hoi jetzt auch von Freiwilligen. Darunter befinden sich seit 6 Monaten ein pensionierter Hotelmanager als Englischlehrer und ein vom SES (Senior Expert Service) finanzierter deutscher Bäcker.

Obwohl es sich schon heute in Ho Chi Minh City herumgesprochen hat, dass das Ausbildungszentrum mit seinem Bistro eine ausgezeichnete Küche hat, (alle 14 Tage wird die Speisekarte gewechselt und am Ende der Ausbildung sind 1.000 Speisen geübt) reichen die Einnahmen längst nicht aus, um auf eigenen Beinen zu stehen, geschweige denn dringende Investitionen damit zu tätigen.

Deswegen benötigt das vom HDZ errichtete und mit einem herrlichem Ambiente ausgestattete Institut inmitten dieser Stadt noch mehr Unterstützung – vor allem durch Spenden. ■

Dr. Klaus Winter
Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für
Lepra- & Notgebiete

i




**Spenden können auf folgendes Konto
überwiesen werden:**

Spendenkonto:

HDZ, IBAN DE28 3006 0601 0004 4440 00,

BIC: DAAEDEDXXX,

Verwendungszweck: Vietnam-Gastro-Schule

- | | | |
|---|-----------|---|
|  30.11.2016 | Hannover | Zahnärztliche Behindertenhilfe in Niedersachsen e.V.,
Ansprechpartner: Zahnärztekammer Niedersachsen, Rihan Toru,
Tel. 0511 83391-113 |
|  25. – 28.01.2017 | Braunlage | 64. Winterfortbildungskongress der Zahnärztekammer Niedersachsen |
|  01.04.2017 | Kiel | Schleswig-Holsteiner Zahnärztetag 2017 |

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

23.11.2016,
19:00 Uhr – ca. 22:00 Uhr

Thema: Kopf- und Gesichtsschmerz – ein Update

Referent: Dr. Andreas Böger, Kassel

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

Fortbildungsreferent:
Dr. Harald Salewski, Kattowitzer Str. 191, 38226 Salzgitter, Tel: 05341 84830

BEZIRKSSTELLE GÖTTINGEN

16.11.2016,
17:00 Uhr – ca. 19:30 Uhr

Thema: Interdisziplinäre Therapiekonzepte – Kieferorthopädie beim erwachsenen Patienten – Segment moderne Zahnheilkunde –

Referent:
Prof. Dr. Philipp Meyer-Marcotty

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

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

BEZIRKSSTELLE HANNOVER

14.12.2016,
15:00 Uhr – ca. 18:00 Uhr

Thema:
Kinder mit allgemeinmedizinischen Erkrankungen in der zahnärztlichen Therapie

Referent: Dr. Alexander Rahmann, Hannover

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

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

BEZIRKSSTELLE VERDEN

16.11.2016,
18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr

Thema: Lachgassedierung in der zahnärztlichen Praxis

Referent: Dr. Frank Mathers, Köln

14.12.2016,
18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr

Thema: Zahnerhaltende Therapieoptionen für Molaren mit Furkationsbefall

Referent: PD Dr. Moritz Kecsull, Bonn

05.04.2017,
18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr

Management endodontischer Notfälle

Referent: Dr. Johannes Cujé, Hamburg

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

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

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

23.11.2016,
18:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr

Thema:
Kritische Wertung von Füllungs-materialien – Entscheidungsfindung Einlagefüllung/Inlay oder Teilkrone

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

11.02.2017,
09:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr

Thema: Parodontologie 2017

Referentin: Dr. Valentina Hrasky, Göttingen

18.03.2017,
09:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr

Thema: Mundhöhlenkarzinom – Diagnose und Therapie

Referent: Dr. Dr. Susanne Jung, Münster

10.05.2017,
18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr

Thema: MiniMax-Interventionen – minimale Interventionen mit maximaler Wirkung

Referent: Dr. Manfred Prior, Krißl bei Frankfurt

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

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

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

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



GOZ für Newcomer in drei Teilen

NEU!



Dr. Henning
Otte

Dieser Kurs wendet sich an Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne zahnmedizinische Vorkenntnisse, die in die GOZ-Abrechnung einsteigen wollen. Voraussetzungen für eine fällige Liquidation sind ein Behandlungsvertrag und das Beachten der Vorschriften aus dem §§-Teil und den einzelnen Gebührennummern. Die Leistungsinhalte und der richtige Ansatz der Gebührennummern werden erarbeitet. Die einzelnen Kursteile bauen aufeinander auf und vermitteln den Umgang mit der GOZ.

Auszug aus den Inhalten:

Teil 1:

Das Wesentliche aus dem §§-Teil und die Auswirkungen von Fehlern auf die Honorierung. Erläuterung und Berechnung der allgemeinen zahnärztlichen Leistungen (Abschnitt A) sowie der prophylaktischen Leistungen (Abschnitt B). Grundlagen der Delegation. Materialberechnung in diesen Abschnitten.

Teil 2:

Erläuterung und Berechnung der konservierenden Leistungen (Abschnitt C) und prothetischen Leistungen (Abschnitt F). Besonders bei den zahnerhaltenden Maßnahmen gibt es eine Reihe von Leistungen, die nicht in der Gebührenordnung beschrieben sind. Auf die richtige Berechnung dieser Leistungen wird umfassend eingegangen. Materialberechnung in diesen Abschnitten.

Teil 3:

Die Erläuterung der Inhalte und Berechnungen der chirurgischen Leistungen (Abschnitt D) und implantologischen Leistungen (Abschnitt K) runden den Einsteigerkurs ab. Die Frage nach der Berechnung von Zuschlägen zu bestimmten zahnärztlichen chirurgischen Leistungen wird an Beispielen erklärt. Materialberechnung in diesen Abschnitten.

Referent: Dr. Henning Otte, Hannover

Teil 1

Kurs-Nr.: Z/F 1701

Mittwoch, 01.02.2017 von 14:00 Uhr – 18:00 Uhr

Kursgebühr: 115,- €

Frühbucher bis zum 07.12.2016

Kursgebühr: 105,- €

Teil 2

Kurs-Nr.: Z/F 1702

Mittwoch, 08.02.2017 von 14:00 Uhr – 18:00 Uhr

Kursgebühr: 115,- €

Frühbucher bis zum 14.12.2016

Kursgebühr: 105,- €

Teil 3

Kurs-Nr.: Z/F 1703

Mittwoch, 15.02.2017 von 14:00 Uhr – 18:00 Uhr

Kursgebühr: 115,- €

Frühbucher bis zum 21.12.2016

Kursgebühr: 105,- €

Max. 40 Teilnehmer

Jeweils 5 Fortbildungspunkte nach BZÄK

→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

03.02.2017 **Z 1704** **5 Fortbildungspunkte**

Sofort-Implantation, Sofort-Belastung, Sofort-Versorgung

NEU!

Dr. Werner Stermann, Hamburg

Freitag, 03.02.2017 von 14:00 Uhr bis 18:00 Uhr

Seminargebühr: 187,- €

Für Frühbucher bis zum 09.12.2016 Seminargebühr: 170,- €

03./04.02.2016 **Z 1705** **15 Fortbildungspunkte**

CMD in der zahnärztlichen Praxis

NEU!

Dr. Daniel Hellmann, Aalen

Freitag, 03.02.2017 von 09:00 Uhr bis 18:00 Uhr/

Samstag, 04.02.2017 von 9:00 Uhr bis 13:00 Uhr

Seminargebühr: 517,- €

Für Frühbucher bis zum 09.12.2016 Seminargebühr: 470,- €

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

15.02.2017 F 1706

NEU!

Intensivprophylaxe während der KFO-Therapie

Solveyg Hesse, Otter
Mittwoch, 15.02.2017 von 14:00 Uhr bis 18:30 Uhr
Seminargebühr: 108,- €
Für Frühbucher bis zum 21.12.2016 Seminargebühr: 99,- €

22.02.2017 Z/F 1711

NEU!

„Fragen über Fragen“ Die Kunst der guten Gesprächsführung Psychologische Aspekte der richtigen Fragestellung

Dipl.-Germ. Karin Namianowski, Wasserburg
Mittwoch, 22.02.2017 von 09:00 Uhr bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 297,- €
Für Frühbucher bis zum 28.12.2016 Seminargebühr: 270,- €

22.02.2017 Z/F 1712

NEU!

Basic 2017 – Mit einer soliden Grundlage in die zahntechnische Abrechnung

Stefan Sander, Hannover
Mittwoch, 22.02.2017 von 13:00 Uhr bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 132,- €
Für Frühbucher bis zum 28.12.2016 Seminargebühr: 120,- €

01.03.2017 F 1714

NEU!

Exklusiv für Auszubildende! Das 1x1 der Umgangsformen am Telefon, im Patientenkontakt und Miteinander Wie wirke ich? Was wird von mir erwartet und was „lebe“ ich?

Katrin Suhle, Eicklingen
Mittwoch, 01.03.2017 von 09:00 Uhr bis 17:30 Uhr
Seminargebühr: 209,- €
Für Frühbucher bis zum 04.01.2017 Seminargebühr: 190,- €

03.03.2017 F 1715

Learning by doing – „Fit für die Kids- und Junior-Prophylaxe praktisch“, Bema-Positionen FU, IP1, IP2 und IP4

Sabine Sandvoß, Hannover
Freitag, 03.03.2017 von 09:00 Uhr bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 219,- €
Für Frühbucher bis zum 06.01.2017 Seminargebühr: 199,- €

03.03.2017 F 1717

„Dreierlei“ Fissurenversiegelungen praktisch – Arbeiten Sie mit unterschiedlichen Materialien, testen Sie, finden Sie Ihre Meinung!

Solveyg Hesse, Otter
Freitag, 03.03.2017 von 09:00 Uhr bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 247,- €
Für Frühbucher bis zum 06.01.2017 Seminargebühr: 225,- €

Röntgenkurs für die Zahnarzthelferin/ZFA

Achtung: kein Aktualisierungskurs!



Prof. Dr. Dr.
Henning
Schliephake



Daniela
Schmoe

Zur Teilnahme sind Zahnarzthelferinnen/Zahnmedizinische Fachangestellte berechtigt, die anlässlich der Abschlussprüfung den Nachweis über die Kenntnisse im Strahlenschutz nach RöV nicht erreicht haben.

Auszug aus den Inhalten:

- ▶ Physikalische Grundlagen
- ▶ Zahnmedizinische Gerätekunde und Röntgenaufnahmetechnik
- ▶ Strahlenschutz des Patienten und des Personals
- ▶ Organisation des Strahlenschutzes
- ▶ Praxis der Qualitätssicherung
- ▶ Rechtsvorschriften, Richtlinien und Empfehlungen
- ▶ Die Panoramaaufnahme, technische Grundlagen und Fehlervermeidung

Der schriftlichen Anmeldung ist eine Kopie des Abschlusszeugnisses beizufügen! Für die Kenntnisprüfung wird zur Vorbereitung ein Skriptum ausgegeben.

Referent: Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake, Göttingen
Referentin: Daniela Schmoe, Hannover

Mittwoch, 11.01.2017, 09:30 Uhr – 18:00 Uhr

Kursgebühr: 185,- €
Max. 40 Teilnehmer
Kurs-Nr.: F 1701

04.03.2017 F 1718

Instrumentenaufbereitung in der Zahnarztpraxis

Ute Wurmstich, Wedemark
Samstag, 04.03.2017 von 10:00 Uhr bis 14:00 Uhr
Seminargebühr: 94,- €
Für Frühbucher bis zum 06.01.2017 Seminargebühr: 85,- €

04.03.2017 F 1720

Scaling plus – Bedarfsgerechte, befundabhängige Prophylaxe praktisch: Fit für die Erwachsenen- Prophylaxe

Sabine Sandvoß, Hannover
Samstag, 04.03.2017 von 09:00 Uhr bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 335,- €
Für Frühbucher bis zum 06.01.2017 Seminargebühr: 305,- €

Dr. Wolfhard Ross – 75 Jahre jung



Foto: Privat

Dr. Ross feierte am 19. Oktober seinen 75. Geburtstag – und ist immer noch so aktiv, wie wir ihn seit Jahrzehnten kennen!

1941 in Stade geboren, blieb er auch nach seinem Studium in Kiel seiner Heimat treu und wurde in Stade sesshaft. Sein Vater, Kollege Hans-Heinrich Ross, gab den Anstoß, dass er bereits ein Jahr nach seiner Niederlassung in Stade-Bützfleth, im Jahre 1972, die Kollegenschaft als Fachlehrer an der Berufsschule in Stade unterstützt hat.

Seit 1977 ist er nun schon Mitglied der Kammerversammlung – fast 40 Jahre – und seit 35 Jahren leitet er bereits die Bezirksstelle Stade. Er ist Mitglied im Fürsorgeausschuss und in der Dr. Neucks-Stiftung sorgt er sich als stellvertretender Vorsitzender um unsere älteren Kolleginnen und Kollegen. Sein soziales Engagement geht weiter: Als Geburtstagsgeschenk bat er um eine Spende für die Dr. Neucks-Stiftung.

In der KZVN übernahm er 2001 – seit vielen Jahren Mitglied in der Vertreterversammlung der KZVN – zusätzlich das Amt des Vorsitzenden der Verwaltungsstelle Stade.

Seine Kompetenz im Bereich des Vertragswesens wurde in der letzten Legislaturperiode mit der Wahl zum Vorsitzenden des Vertragsausschusses bestätigt. Weiterhin ist er Mitglied im Zulassungsausschuss und stellv. Mitglied im Finanz- und Verwaltungsausschuss.

Die Zahnärzteschaft dankte ihm 2001 mit der Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft, und 2012 wurde ihm das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Seiner Frau und seinen Kindern gebührt an dieser Stelle besonderer Dank, denn sie haben manches Mal hinter den Belangen von Kammer und KZVN zurückstehen müssen. Seine Familie hat ihn aber immer in seinem unermüdlichen Tun unterstützt.

Wir Kolleginnen und Kollegen wünschen Dr. Ross viel Gesundheit und dass er weiterhin die Kraft aufbringen kann, seine Ämter so gewissenhaft und zuverlässig auszufüllen – und trotzdem Zeit für seine Familie findet. ■

_____ Wolfgang Dammasch, Buxtehude

Danke für 25 Jahre Treue

In diesem Jahr begeht Silke Rosenthal ihr 25-jähriges Praxisjubiläum.

Frau Rosenthal begann ihre Ausbildung zur Zahnartzthelferin am 01.08.1991 in der Praxis Dr. Siegert und Dr. Reschke in Bad Gandersheim und arbeitete dort ununterbrochen in allen fachlichen Bereichen bis zum 30.09.2013. Nach der Praxisübernahme durch Zahn-

arzt Roumen Iakimov am 01.10.2013 blieb sie bis zum heutigen Tage der Praxis treu. Frau Rosenthal bewies in allen Gebieten der zahnmedizinischen Assistenz ihre fachlichen Qualitäten und überzeugte durch Freude, Kreativität, Zuverlässigkeit und Teamgeist. Ich danke Frau Rosenthal, auch im Namen meiner Vorgänger, für ein Vierteljahrhundert treuer und loyaler Mitarbeit. ■

_____ Roumen Iakimov, Bad Gandersheim



Foto: R. Iakimov



Dr. Hans-Jürgen König zum 75.

Obwohl wir Hans-Jürgen König schon lange kennen, fällt es schwer zu glauben, einem 75-jährigen gegenüber zu stehen. Seine freundliche von Offen- und Herzlichkeit geprägte verbindliche Art bestimmen diesen jugendlichen Eindruck nachhaltig. Geboren wurde Hans-Jürgen König am 08. November 1941 in Breslau. Nach dem Kriegsende kam er mit seinen Eltern nach Lüneburg. Das Zahnmedizinstudium absolvierte er in Hamburg, die Approbation erhielt er 1968 und promovierte 1970. Von 1971 bis 2007 führte er seine Praxis in Lüneburg. Über das Ende seiner zahnärztlichen Tätigkeit hinaus setzte er sich für seine Kollegen/Kolleginnen als Mitglied in den Kammer- bzw. Vertreterversammlungen von ZKN und KZVN von 1985 bis 2013 ein. Von 2001 bis 2005 war er Vorstandsmitglied in der ZKN mit dem Schwerpunkt der Alters-/Behindertenzahlheilkunde. Von 1989 bis 2010 führte er die Lüneburger Zahnärzte als Kreisstellen- und Verwaltungsstellenvorsitzender. Im Laufe seiner ehrenamtlichen Tätigkeiten erwarb sich Dr. Hans-Jürgen König durch sein offenes und kollegiales

Verhalten das Vertrauen der niedersächsischen Kollegenschaft. Dieser Einsatz wurde bereits vor Jahren mit der Verleihung der silbernen Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft ausgezeichnet.

Die Zahnarztpraxis König wird von seinen Kindern weitergeführt.

Privat reist Hans-Jürgen König gern und viel. Sein Lieblingsziel ist der Nahe und Ferne Osten. Wenn das Reiseziel europäisch bleibt, wird mit dem Wohnmobil verreist. Ein aufwendig gepflegter Garten und 10 Enkelkinder halten ihn jung und in Bewegung.

Lieber Jürgen, ich wünsche Dir im Namen aller Kolleginnen und Kollegen alles Gute, Gesundheit und weiter so viel Elan und Spaß an Deinen Unternehmungen sowie Freude an Deinen Kindern und Enkeln. Für uns, die wir Deine standespolitische Nachfolge angetreten haben, bist Du ein ganz besonders prägender und wichtiger – vor allem nicht nur standespolitischer – Freund. ■

_____ Dr. Axel Wiesner, Hanstedt

Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

10.10.2016

Ina-Maria Janssen-Schwetasch (88)
Poststraße 46, 38440 Wolfsburg

16.10.2016 Dr. Jürgen Ballüer (75)

Barbarastr. 13 M, 30952 Ronnenberg

19.10.2016 Dr. Wolffhard Ross (75)

Parkweg 2, 21682 Stade

20.10.2016 Klaus-Dieter Margraf (75)

Mühlenweg 4, 26209 Hatten

21.10.2016 Dr. Rudolf Sperber (96)

Roter Gang 14, 49324 Melle

22.10.2016 Klaus-Werner Michels (70)

Gropiusstraße 13, 30559 Hannover

24.10.2016 Dr. Otto Mauß (92)

An der Silberkuhle 18, 30655 Hannover

27.10.2016 Dr. Klaus-Jürgen Kröger (75)

Osterstraße 61, 26316 Varel

28.10.2016 Dr. Ralph Singelmann (91)

Zingel 7, 31134 Hildesheim

29.10.2016 Günter Rauschenbach (89)

Erlengrundstr. 5, 31542 Bad Nenndorf

31.10.2016 Dr. Klaus Volkhardt (70)

Alte Döhrener Str. 80, 30173 Hannover

02.11.2016

Dr. Dietmar Freudenberg (80)

Auf der Höhe 12, 21682 Stade

02.11.2016 Dr. Joachim Scholz (91)

Schulstraße 2, 37627 Stadtoldendorf

03.11.2016 Manfred Kuhne (70)

Bahnhofstraße 18, 21787 Oberndorf

03.11.2016 Dr. Wolfgang Kaempfe (70)

Bahnhofstraße 22, 26340 Zetel

08.11.2016 Dr. Hans-Jürgen König (75)

Heisterberg 10, 21403 Wendisch Evern

Wir trauern um unsere Kollegen



Foto: © iJy/fotolia.com

Dr. Karl-Heinz Dröge
Jacobsenstraße 39,
38723 Seesen
geboren am 19.08.1944,
verstorben am 28.08.2016

Fenja Martina Fricke
Triangel 1,
38259 Salzgitter
geboren 01.09.1963,
verstorben am 11.09.2016

Dr. Ernst Schmidt
Ernst-Bähre-Straße 23,
30453 Hannover
geboren am 27.09.1925,
verstorben am 18.09.2016

Helene Riedel
Falkenweg 1,
29225 Celle
geboren am 22.04.1927,
verstorben am 29.09.2016

Dr. Thomas Engelke
Brunnenstraße 28,
31812 Bad Pyrmont
geboren am 27.06.1959,
verstorben am 07.10.2016

Erwin Knoll
An der Schanze 10,
31515 Wunstorf
geboren am 14.02.1930,
verstorben am 07.10.2016

Die Vorstände Zahnärztekammer Niedersachsen KZV Niedersachsen

PRAXISBEGEHUNGEN – AUFRUF ZUR MITHILFE:

Das ZKN-Vorstands- referat „Zahnärztliche Praxisführung“ braucht Ihre Hilfe!

Im Zusammenhang mit den in den letzten Monaten stark zugenommenen Praxisbegehungen durch die staatlichen Gewerbe- und Gesundheitsämter wird aus den niedersächsischen Praxen auf verschiedenen Kanälen vermehrt von Unterschieden in der Aus- und Durchführung der Begehungen berichtet. Es soll sich dabei um Unterschiede sowohl zwischen gleichen Ämtern aber in unterschiedlichen Zuständigkeitsregionen unseres Flächenlandes Niedersachsen, als aber auch innerhalb der jeweiligen Hoheitsgebiete einzelner Behörden durch unterschiedliches Vorgehen verschiedener Behördenmitarbeiter/innen handeln.

Das Team des ZKN-Vorstandsreferats „Zahnärztliche Praxisführung“ möchte hier gerne den Praxen bei eventuellen Schwierigkeiten helfen!

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

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

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

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

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

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

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

_____ *Dr. Lutz Riefenstahl, Gronau*
ZKN-Vorstandsmitglied für Zahnärztliche Praxisführung

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	21.10.2016
Sitzungstermin	16.11.2016
Abgabe bis	06.02.2017
Sitzungstermin	08.03.2017
Abgabe bis	05.05.2017
Sitzungstermin	07.06.2017
Abgabe bis	14.08.2017
Sitzungstermin	13.09.2017
Abgabe bis	16.10.2017
Sitzungstermin	15.11.2017

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

HINWEISE AUF PRAXISORTE FÜR NIEDERLASSUNGEN

a) Vertragszahnärzte

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- Planungsbereich Landkreis Aurich: Unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines Nordsee-Kurbades ist auf der Insel Norderney ein Vertragszahnarztsitz vakant.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Ostfriesland der KZVN, Vorsitzender: Dr. Jörg Hendriks, Julianenburger Straße 15, 26603 Aurich, Tel.: 04941 2655, Fax: 04941 68633, E-Mail: ostfriesland@kzvn.de

b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

Verwaltungsstelle Göttingen

- Planungsbereich Landkreis Holzminden: Der Planungsbereich Landkreis Holzminden mit 10.907 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 36,7% versorgt.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Göttingen der KZVN, Vorsitzender: Dr. Jürgen Hadenfeldt, Südring 8 a, 37120 Bovenden, Tel.: 0551 83344, Fax: 0551 81139, E-Mail: goettingen@kzvn.de

Verwaltungsstelle Oldenburg

- Planungsbereich Landkreis Oldenburg: Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.431 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 35,7% versorgt.

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

_____ Stand 17.10.2016

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Der Ausweis von

Dr. Hans-Joachim Kögel Nr. 1632

wurde verloren, gestohlen, beziehungsweise nicht zurückgegeben und wird für ungültig erklärt.

_____ZKN

Beschlüsse der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen am 21.10.2016 zum Tagesordnungspunkt 2 (Bericht des Präsidenten)

Antrag 1

vom Vorstand der ZKN

Stärkung der Selbstverwaltung/Stärkung des Ehrenamtes

Wortlaut:

Die Kammerversammlung der ZKN begrüßt alle Initiativen, die berufsständische Selbstverwaltung zu stärken.

Dabei sind die Zahnärztekammern wie auch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nicht nur Verwaltungsträger, nehmen also nicht allein staatliche Aufgaben im Wege der Delegation wahr.

Zahnärztliche Selbstverwaltung unter dem Dach der Kammern beinhaltet auch die umfassende Vertretung der beruflichen Belange von Zahnärztinnen und Zahnärzten, die ihre Kenntnisse und Leistungspotenziale in die Arbeit der Selbstverwaltungsorgane einbringen. Im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung sind die Kammern an die Grundrechte und das Gemeinwohl gebunden.

Die Kammern sind auch demokratisch legitimiert, die Belange ihrer Mitglieder wahrzunehmen. Mitglieder wählen das Hauptorgan der Kammer und wirken somit auf die Arbeit der Selbstverwaltungskörperschaften ein. Insbesondere die Übernahme von Ehrenämtern bringt den Grundgedanken der Selbstverwaltung zum Ausdruck, aus Betroffenen Beteiligte zu machen. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, das Leitbild der Selbstverwaltung, geprägt durch die freiwillige und ehrenamtliche Übernahme von Aufgaben bei allen Entscheidungen, die auf die Arbeit der Kammern einwirken, zu berücksichtigen.

Die Politik ist aufgerufen, dieses Leitbild auch im europäischen Kontext zu vertreten und sich gegen alle Initiativen, die Selbstverwaltungsrechte beschneiden oder gar gänzlich infrage stellen, zu verwahren.

Begründung:

Es mehren sich die Anzeichen, dass Bund und Länder vom Grundgedanken der (funktionalen) Selbstverwaltung abrücken und die berufsständischen Körperschaften zunehmend als verlängerten Arm des Staates verstehen. Dies wird – insbesondere im Kammerbereich – weder dem Grundgedanken der Selbstverwaltung gerecht, noch entspricht dies dem Auftrag der Selbstverwaltungskörperschaften.

Die aktuelle Diskussion über ein Eckpunktepapier für ein „Gesetz zur Stärkung der Handlungsfähigkeit in der Selbstverwaltung der Spitzenorganisation in der GKV“ erscheint symptomatisch: So sehr zu begrüßen ist, dass der Gesetzgeber nach Einführung der Hauptamtlichkeit von Vorständen der Kassenzahnärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nunmehr die Kontrollrechte der Mitglieder in den Selbstverwaltungsorganen stärken will, so problematisch erscheint der geplante Ausbau staatlicher Aufsicht über die Spitzenorganisationen dieser Selbstverwaltung.

Eine wirksame Kontrolle der gewählten Organe ist in erster Linie Aufgabe der Selbstverwaltung. Staatliche Rechtsaufsicht kann dieses Kontrollrecht der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane nicht beschränken. Hier ist auch der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu berücksichtigen.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 2

vom Vorstand der ZKN

Ausbildung – Fortbildung – Delegation: „Die Zahnärztekammern stärken die Attraktivität des Berufsbildes der ZFA“

Wortlaut:

Die Kammerversammlung der ZKN möge beschließen:

Die Kammerversammlung der ZKN fordert die Politik auf,

- ▶ das duale System der beruflichen Ausbildung in Deutschland, welches auch international Vorbildcharakter besitzt, nicht zu Gunsten der akademischen Bildung zu vernachlässigen,
- ▶ neben der etablierten Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) kein zweites Berufsbild Dentalhygiene zu etablieren,
- ▶ das erfolgreiche, praxisorientierte Aufstiegsfortbildungsmodell für nicht-zahnärztliches Assistenzpersonal im Aufgabengebiet der Zahnärztekammern gem. § 54 Berufsbildungsgesetz (BBiG) zu fördern und zu unterstützen („Fortbildung ist Ländersache“),
- ▶ eine Substitution von zahnmedizinischen Leistungen durch nicht-zahnärztliches Assistenzpersonal im Interesse des Patientenschutzes nicht zuzulassen.

Begründung:

Die Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) mit ihren Fortbildungsqualifikationen ist von wesentlicher Bedeutung in einer zahnärztlichen Praxis. In der Teamarbeit von Zahnarzt und zahnmedizinischem Fachpersonal ist es gelungen, die Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung deutlich zu verbessern und die Versorgung sicher zu stellen.

Die Ausbildung zur ZFA zählt unter jungen Frauen seit vielen Jahren zu den beliebtesten Ausbildungsberufen in Deutschland. Jährlich beginnen rund 12.500 Azubis mit dieser Ausbildung. Zudem existiert in Deutschland ein gezielt auf die Präventionsbedarfe entwickeltes und sehr erfolgreiches System der Qualifikationen der zahnärztlichen Mitarbeiterinnen. Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB) prognostiziert für die nächsten Jahre jedoch einen wachsenden Mangel an Lehrlingen und zugleich einen zunehmenden Überhang an Akademikern.

Der Antrag wird einstimmig bei einer Enthaltung angenommen.

Antrag 3

vom Vorstand der ZKN

Wahrung der persönlichen Leistungserbringung durch den Zahnarzt nach Zahnheilkundengesetz – Keine Substitution zahnärztlicher Tätigkeiten durch Gesundheitsfachberufe

Wortlaut:

Die Kammerversammlung der ZKN möge beschließen:
Die Kammerversammlung der ZKN begrüßt die Initiativen der Bundeszahnärztekammer, durch Neuordnung der beruflichen Ausbildung zur ZFA sowie durch Stärkung der Kammer-Aufstiegsfortbildungen für ZFA das Berufsbild ZFA attraktiv weiterzuentwickeln und an die aktuellen Anforderungen anzupassen.

Dabei muss der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung durch den Zahnarzt nach den Vorgaben des Zahnheilkundengesetzes erhalten bleiben.

Die Zahnärztekammer Niedersachsen lehnt die Übertragung zahnärztlicher Tätigkeiten im Sinne der Substitution auf nicht-zahnärztliche Dritte aus Gründen des Patientenschutzes ab. Die ZKN setzt sich sowohl gegenüber den europäischen Institutionen als auch gegenüber dem deutschen Gesetzgeber für die Wahrung der persönlichen Verantwortung und Entscheidungskompetenz des Zahnarztes bei der Übertragung delegierbarer Teilleistungen an nicht-zahnärztliche Gesundheitsfachberufe ein.

Begründung:

Nur der Zahnarzt garantiert durch seine akademische Ausbildung Behandlungsqualität auf hohem Niveau. Dieses Niveau lässt sich nur erhalten, wenn sich Kompetenz und Verantwortung für das gesamte Fachgebiet in einer Person vereinen. Durch die persönliche Verantwortung des Zahnarztes werden die im Zusammenhang mit dem Tätigkeitsfeld der nicht-zahnärztlichen Gesundheitsfachberufe relevanten Allgemeininteressen (Schutz der öffentlichen Gesundheit und Schutz von Verbrauchern und Dienstleistungsempfängern), sichergestellt.

Die duale Ausbildung zur ZFA wird durch die Zahnärztekammern erfolgreich sichergestellt und zeigt, welche wichtige Aufgabe die freiberufliche Selbstverwaltung in Deutschland übernimmt. Dabei wird durch die ZKN die Ausbildung koordiniert und die hohe Qualität bundesweit gesichert. Die Neuordnung der beruflichen Ausbildung zur ZFA erscheint nach über 15 Jahren geboten.

Die besondere Verantwortung der Freien Heilberufe droht durch europäische Deregulierungsbestrebungen konterkariert zu werden. Einer Aufweichung des Zahnarztvorbehaltes bei der Erbringung zahnärztlicher Tätigkeiten bei der Übertragung von derzeit zahnärztlichen Vorbehaltsaufgaben an nicht-zahnärztliche Dritte, muss entgegengetreten werden. Die ausschließlich ökonomische Perspektive der Europäischen Kommission – Effizienz, Wachstum, Marktliberalisierung – wird dem wichtigen Aspekt der Qualität freiberuflicher Dienstleistungen und damit des Patienten- und Verbraucherschutzes sowie der besonderen Bedeutung der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung nicht gerecht.

Der Antrag wird mehrheitlich bei einer Nein-Stimme und einer Enthaltung angenommen.

Antrag 4

vom Vorstand der ZKN

Akademisierung nicht-zahnärztlicher Gesundheitsfachberufe verhindern – kein „Zahnarzt light“

Wortlaut:

Die Kammerversammlung der ZKN möge beschließen:
Die Kammerversammlung der ZKN begrüßt das Bekenntnis der BZÄK zur Kammer-Aufstiegsfortbildung, denn die Akademisierung löst kein Fachkräfteproblem.

Die Kammerversammlung der ZKN erteilt den Bestrebungen nach einer Akademisierung nicht-zahnärztlicher Gesundheitsfachberufe eine klare

Absage. Die Kammerversammlung fordert die BZÄK und alle Verantwortlichen in den zahnärztlichen Körperschaften auf, den sich auf die angebliche EU-Harmonisierung und die Aussicht auf selbstständige Berufsausübung berufenden Anbietern von Bachelor-DH-Ausbildungsgängen entgegenzutreten sowie Kooperationen zwischen Kammer/Hochschule zur Bachelor-DH nicht zu verfolgen.

Begründung:

Durch das Kammer-System wird der gesamte Qualifikationsbereich der ZFA gestärkt. ZFA können sich zur Zahnmedizinischen Prophylaxe-, Fach- oder Verwaltungsassistenten (ZMP, ZMF, ZMV) bis zu Dentalhygienikerinnen (DH) fortbilden und damit ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessern. Die (Landes-)Zahnärztekammern bieten diese Aufstiegsfortbildungen seit vielen Jahren an, die sich an einer einheitlichen Musterfortbildung der BZÄK orientieren – zuletzt aktualisiert im Dezember 2014 – und in allen Kammerbereichen anerkannt sind.

Eine Akademisierung löst kein Fachkräfteproblem, sondern birgt die Gefahr, dass ein eigenes Berufsbild DH geschaffen und eine Selbstständigkeit zulasten der Patientensicherheit befördert wird.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 5

vom Vorstand der ZKN

GOZ-Aufforderung an die Bundesregierung zur sofortigen Anhebung des Punktwerts

Wortlaut und Begründung:

Die Kammerversammlung der ZKN möge beschließen:
Die Kammerversammlung der ZKN fordert die Bundesregierung auf, den durch verschärfte Verordnungen und Anforderungen an jede einzelne Zahnarztpraxis erhöhten apparativ-technischen und bürokratischen Aufwand zusätzlich bei der GOZ im Punktwert und bei der GOÄ in der Bewertung zu berücksichtigen.

- ▶ Der Punktwert der GOZ ist unter Berücksichtigung der Steigerung der Kosten im Dienstleistungsbereich seit 1988 (Dienstleistungsindex) auf € 0,12 anzuheben. Eine jährliche Anpassung ist zu implementieren.
- ▶ Die Verpflichtung des „Zwangsrechnungsformulars“ nach GOZ § 10 Anlage 2 als Fälligkeitvoraussetzung ist ersatzlos zu streichen.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 6

vom Vorstand der ZKN/GOZ-Ausschussvorsitzender

GOZ: Aufforderung an die Bundesregierung zur Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse, ordnungspolitischer Notwendigkeiten und betriebswirtschaftlicher Erfordernisse

Wortlaut:

Die Bundesregierung wird aufgefordert, bei einer zukünftigen Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) folgende Gesichtspunkte zu beachten:

- ▶ Unter Berücksichtigung des zahnmedizinischen Fortschritts ist eine den tatsächlichen Gegebenheiten entsprechende Neubewertung der Leistungen sowie eine Berücksichtigung der Kostenentwicklung insbesondere unter dem Aspekt der aufgrund gesetzlicher Regelungen induzierten Praxiskostensteigerungen sowie der Teilhabe der Zahnärzteschaft an der allgemeinen Einkommensentwicklung vergleichbarer Berufe erforderlich. Die von der Zahnärzteschaft unter Einbindung zahlreicher Fachverbände erstellte und gegenwärtig zu überarbeitende Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ) soll weiterhin als Grundlage für eine gerechtere und modernere GOZ dienen. ▶▶

- ▶ ▶ Erhalt der freien Gestaltung der Gebühren wie jetzt in § 5 Abs. 2 GOZ bzw. § 2 Abs. 1.
- ▶ Weiterentwicklung der GOZ unter Berücksichtigung des zahnärztlichen Sachverständes und der zahnärztlichen Interessen gemäß § 15 Zahnheilkundengesetz.
- ▶ Aufnahme hochfrequenter Leistungen der GOÄ in die GOZ ohne Honorarverlust.

Begründung:

Die zurzeit gültige GOZ 2012 ist eine „Not-GOZ“, welche nur unaufschiebbare Regelungen und Ergebnisse erfolgter Rechtsprechung in den Verordnungstext sowie begrenzte Neubewertungen aufgenommen hat. Die in § 15 Zahnheilkundengesetz geforderte Berücksichtigung der Bedürfnisse der Zahnärzteschaft hat bei der Novellierung keine ausreichende Berücksichtigung gefunden. Dies gilt insbesondere für die Höhe der Vergütung der Leistungen. Die Relationierung der einzelnen Leistungen untereinander ist fehlerhaft und entspricht häufig nicht dem für die Leistung benötigten Aufwand sowie den mit der Erbringung verbundenen Kosten. Die von der Zahnärzteschaft unter Einbindung zahlreicher Fachverbände erstellte Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ) soll weiterhin als Grundlage für eine gerechtere und modernere GOZ dienen. Abstimmungsergebnis:

Der Antrag wird mehrheitlich bei 10 Nein-Stimmen und mehreren Enthaltungen angenommen.

Antrag 8

von Dr. Beischer, Dr. Keck, Dr. Vietinghoff-Sereny, Dr. Sereny, Dr. Schirbort, Dr. Braun, Herr Röver

Resolution

Wortlaut:

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen fordert alle politischen Parteien auf, sich für ein freiheitlich und staatsfern organisiertes Gesundheitswesen einzusetzen. Eine Einheitskrankenversicherung in Form der erneut geplanten „Solidarischen Bürgerversicherung“ ist keine zukunftsfähige Lösung.

In staatlich organisierten Gesundheitssystemen ist die medizinische Versorgung von der Kassenlage des Staates abhängig und auch Spielball (partei-)politischer Interessen. Eine solche Versorgung ist geprägt von langen Wartezeiten, Mangelverwaltung und Zuteilungsmedizin. Nur eine staatsferne und freie Berufsausübung schützt die fachliche Unabhängigkeit und die Therapiefreiheit im Interesse der Patienten.

Der Antrag wird mehrheitlich bei einer Enthaltung angenommen.

Antrag 9

von Dr. Beischer, Dr. Worch, Dr. Bremer

Freier Beruf

Wortlaut:

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen fordert den Gesetzgeber auf, den Text des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG) in § 1 Abs. 4 wie folgt zu ändern: „Der zahnärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“

Begründung:

Während in der Bundesärzteordnung seit dem 1. Januar 1962 im § 1 Abs. 2 ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass der ärztliche Beruf ein freier Beruf ist, beschränkt sich das ZHG bis heute im § 1 Abs. 4 darauf festzustellen: „Die Ausübung der Zahnheilkunde ist kein Gewerbe.“

Der Antrag wird mehrheitlich bei einer Enthaltung angenommen.

Antrag 10

von Dr. Bleß, Dr. Beischer, Dr. Keck

Zukunftsweg Zahnheilkunde

Wortlaut:

Der zahnärztliche Beruf ist in den letzten Jahrzehnten durch die Ketten-gesetzgebung wechselnder Regierungen in seiner freien Berufsausübung stark eingeschränkt worden. Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen hält aus gesellschafts-politischen Gründen die Wiederherstellung der Handlungsfreiheit der Zahnärzte für unabdingbar. Hierfür sieht die Kammerversammlung folgende Handlungsoptionen:

1. Aufklärung der Kollegenschaft, der Politik und der Bevölkerung über die Folgen der verfehlten Gesundheitspolitik.
2. Stärkung der ökonomischen Unabhängigkeit der niedergelassenen Zahnärzte in allen Leistungsbereichen.
3. Vorschläge für gesetzliche Rahmenbedingungen, die eine freie Berufsausübung wieder ermöglichen.

Die Kammerversammlung fordert den Vorstand der Zahnärztekammer auf, Vorschläge zur Umsetzung dieser Optionen vorzulegen.

Begründung:

Die Politik hat aus den ehemaligen Rahmenleitlinien des SGB V eine konkrete Handlungsanweisung mit Durchführungsbestimmungen gemacht, flankiert von weiteren, die freie Berufsausübung einschränkenden gesetzlichen Regelungen. Der Gedanke der Subsidiarität ist hierbei verloren gegangen. Ein Regelwerk ohne Freiheitsgrade für Selbstorganisationsformen mündet zwangsläufig in einem staatlich gelenkten Gesundheitswesen mit allen Nachteilen für Patienten und Zahnärzte.

Der Antrag wird mehrheitlich bei vier Enthaltungen angenommen.

Antrag 11

von Dr. Beischer, Dr. Vietinghoff-Sereny, Dr. Rindermann, Frau Paap, Dr. Bleß

Bürokratieabbau jetzt!

Wortlaut:

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen fordert die Bundesregierung auf, die vom Nationalen Normenkontrollrat entwickelten Vorschläge zum Bürokratieabbau in Arzt- und Zahnarztpraxen umgehend umzusetzen.

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen unterstützt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) bei ihren Aktivitäten zur Umsetzung der Empfehlungen des Nationalen Normenkontrollrats.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 12

von Dr. Mindermann, Dr. Beischer, Dr. Bremer

Transparente Gebührenordnung

Wortlaut und Begründung:

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen fordert den Verordnungsgeber dazu auf, die zahnärztlich-relevanten Leistungen der GOÄ in die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu implementieren.

Der Antrag wird mehrheitlich bei einer Enthaltung angenommen.

Antrag 13

von Dr. Beischer, Dr. Worch, Dr. Braun, Herr Röver

GOZ-Punktwert

Wortlaut:

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen fordert die Bundesregierung zum wiederholten Male auf, eine Anpassung gemäß der Kostenstrukturentwicklung der Zahnarztpraxen – im Sinne einer Punktwertenerhöhung – der GOZ vorzunehmen, welche jährlich überprüft werden soll.

Begründung:

Die aktuelle Punktwertfestsetzung der GOZ resultiert aus dem Jahre 1988 und besteht somit seit 28 Jahren. In Anbetracht der allgemeinen Preisentwicklung und der erheblichen Steigerung der Betriebskosten in Zahnarztpraxen ist diese Festsetzung nicht mehr zutreffend und ist daher den heutigen Verhältnissen anzupassen. Zusätzlich wurde bei der GOZ 2012 die in den Jahren von 1988 bis 2011 stattgefundenen Steigerung der Betriebskosten in Zahnarztpraxen hinsichtlich des beibehaltenen Punktwertes bei der Novellierung der GOZ 1988 nicht berücksichtigt.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 14

von Dr. Beischer, Dr. Mindermann, Dr. Kühling-Thees, Dr. Sereny, Dr. Bleß, Dr. Herz, Dr. Butschek

Deregulierungsinitiativen der EU-Kommission – keine Kommerzialisierung der Heilberufe

Wortlaut:

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen fordert die politischen Entscheidungsträger auf, bei der im Bereich der Freien Berufe gestarteten Deregulierungsinitiative der EU-Kommission die Besonderheiten der Heilberufe zu berücksichtigen. Die Vorhaben der EU-Kommission über die Binnenmarktstrategie, die Transparenzinitiative und weiterer ähnlicher Vorhaben in die Berufsausübung der Freien Berufe einzugreifen, wird entschieden abgelehnt

Begründung:

Deregulierungen mit dem Ziel, eine freie Berufsausübung unter Abbau unsinniger bürokratischer Vorgaben, Empfehlungen und Richtlinien zu fördern, sind dagegen durchaus zu befürworten. Dies gilt auch für Deregulierungsinitiativen, die zu neuen Arbeitsplätzen und einer Stabilisierung des Binnenmarktes führen. Deregulierungsmaßnahmen dürfen aber nicht zu einer Kommerzialisierung der Heilberufe führen und eine an der medizinischen Versorgung ausgerichtete, freie und eigenverantwortliche Berufsausübung infrage stellen.

Der Antrag wird mehrheitlich bei zwei Enthaltungen angenommen.

Antrag 15

von Dr. Beischer, Frau Steding, Dr. Klingeberg, Dr. Herz, Dr. Worch, Dr. Braun, Frau Paap

Keine zahnärztlichen MVZ

Wortlaut:

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen fordert den Gesetzgeber auf, § 95 Abs. 1 SGB V dahingehend zu präzisieren, dass arztgruppengleiche medizinische Versorgungszentren (MVZ) im vertragszahnärztlichen Bereich nicht zulässig sind.

Begründung:

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-VSG arztgruppengleiche MVZ möglich gemacht, um die hausärztliche Versorgung zu stärken. Als „Nebenwirkung“ wurden damit auch rein zahnärztliche MVZ zulässig. Diese Niederlassungsform ist im vertragszahnärztlichen Bereich nicht nur überflüssig, sie gefährdet ein funktionierendes Versorgungssystem, weil diese Großversorgungsstrukturen bevorzugt in bereits überversorgten Ballungszentren gegründet werden und nicht (wie behauptet) die Versorgung in Problembereichen verbessern.

Der Antrag wird mehrheitlich bei zwei Enthaltungen angenommen.

Antrag 16

von Dr. Beischer, Dr. Keck, Dr. Schirbort, Dr. Ebeling, Dr. Klingeberg, Dr. Herz, Dr. Schaper, Dr. Sereny, Frau Gode-Troch, Dr. Worch, Herr Röver, Dr. Braun

Selbstverwaltung erhalten – Staatsverwaltung verhindern

Wortlaut:

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen fordert die Bundesregierung auf, den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Handlungsfähigkeit und Aufsicht über die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz – GKV-SVSG) zurückzuziehen.

Begründung:

Das GKV-SVSG stärkt nicht die Selbstverwaltung, sondern die staatliche Aufsicht. Die Drohung mit massiv erhöhten Zwangsgeldern, der Einsetzung eines „Entsandten“, der Beschneidung des Rechtswegs und die offen artikulierten Abkehr von höchstrichterlich fixierten Grundsätzen der „maßvollen“ Einflussnahme auf Entscheidungen der Selbstverwaltungsgremien lassen erkennen, dass hiermit offenkundig eine Fach- statt Rechtsaufsicht installiert werden soll. Gesetzliche Eingriffe in Wahlen und Abstimmungen sind Ausdruck obrigkeitstaatlichen Denkens und Handelns und offenbaren eine unerträgliche Misstrauenskultur. Die Selbstverwaltungskörperschaften können ihrem gesetzlichen Auftrag nur gerecht werden, wenn ihnen der vom BSG zugesicherte „gehörige Bewertungs- und Handlungsspielraum“ verbleibt. Verfehlungen einiger weniger Funktionsträger sind nicht geeignet, die geplanten massiven Eingriffe zu rechtfertigen.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 17

von Dr. Beischer, Dr. Bremer, Frau Steding, Dr. Vietinghoff-Sereny, Dr. Worch, Dr. Herz, Dr. Butschek, Dr. Ebeling

Antikorruptionsgesetz

Wortlaut:

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen fordert den Vorstand der Bundeszahnärztekammer auf, das Antikorruptionsgesetz hinsichtlich der Verfassungsmäßigkeit prüfen zu lassen.

Begründung:

Mit dem Antikorruptionsgesetz wurde ein Straftatbestand ausschließlich für Angehörige der Medizinberufe geschaffen. Es bestehen Bedenken hinsichtlich einer ausreichenden Bestimmtheit der Norm. Die Betroffenen können aus dem derzeitigen gesetzlichen Straftatbestand (§§ 299 a und 299 b StGB) die Grenzen des Erlaubten nicht zweifelsfrei erkennen. Darüber hinaus erscheint das gerade dem Strafrecht immanente Gebot der Zurückhaltung überschritten. Die bisher vorhandenen Straftatbestände (z.B.: Betrug und Körperverletzung) sowie die berufs- und vertrags(zahn)ärztlichen Sanktionen bieten bereits hinreichende Möglichkeiten der Ahndung rechtswidrigen Verhaltens und des Schutzes der Patienten.

Der Antrag wird mehrheitlich bei einer Nein-Stimme und zwei Enthaltungen angenommen. ►

Antrag 18

von Dr. Beischer, Dr. Rindermann, Dr. Keck, Frau Paap, Dr. Bleß, Dr. Schirbort

Rechts- und Planungssicherheit bei Hygiene, Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik in Zahnarztpraxen – Überwachung in die Hände des Berufsstandes legen

Wortlaut:

Zahnärzte sind für die Umsetzung und Einhaltung erforderlicher Hygienemaßnahmen, Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik in ihren Praxen im Interesse des Patienten- und Mitarbeiterschutzes verantwortlich. Die Anforderungen, die bei der Überwachung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden an die Praxen gestellt werden, sind jedoch höchst unterschiedlich, was als ungerecht und willkürlich empfunden wird. Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen fordert das Sozialministerium auf, bei der Konkretisierung dieser Anforderungen zahnärztlichen Sachverstand zu berücksichtigen. Die Überwachung muss nach dem Modell der zahnärztlichen Röntgenstelle in die Hände der ZKN gelegt werden.

Der Antrag wird mehrheitlich bei sechs Enthaltungen angenommen.

Antrag 20

von Dr. Sereny, Herr Röver, Dr. Kühling-Thees, Dr. Liepe, Dr. Schaper, Frau Steding

Amalgam als bewährtes Füllungsmaterial erhalten

Wortlaut:

Die Kammerversammlung fordert das Europäische Parlament, die Kommission und den Rat der EU auf, Amalgam als bewährten und sicheren Füllungswerkstoff zu erhalten. Die Bundesregierung und die deutschen Vertreter in den Gremien der EU sollten sich im Einklang mit der Wissenschaft, der UN Minamata-Konvention und dem Berufsstand für ein „phase down“ von Amalgam einsetzen.

Begründung:

Der Ausschuss für Umwelt und Volksgesundheit des Europäischen Parlaments (ENVI) stimmte aktuell für ein „Phase-out“ von Amalgam bis Ende 2022. Der dort abgestimmte Kompromissantrag sieht neben der verbindlichen Einführung von Amalgamabscheidern und der alleinigen Nutzung von verkapseltem Amalgam, wie es die europäische Kommission ursprünglich vorgeschlagen hatte, auch ein Verbot der Verwendung von Amalgam bei schwangeren und stillenden Frauen sowie bei Milchzähnen vor. Über dieses Datum hinaus soll der Werkstoff nur noch in medizinisch zwingend indizierten Ausnahmefällen genutzt werden. Damit geht der ENVI deutlich über die Vorgaben der Minamata-Konvention hinaus, die mit Blick auf Amalgam lediglich eine Reduzierung der Amalgamnutzung (Phase-down) vorsieht.

Auch die EU eigene Wissenschaftskommission SCENIHR hatte sich erst kürzlich und überraschend klar gegen ein Amalgamverbot ausgesprochen.

Der Antrag wird mehrheitlich bei vier Nein-Stimmen und sieben Enthaltungen angenommen.

Antrag 22

von Dr. Senge, Dr. Glusa, Dr. Hendriks, Dr. Frenzel, Dr. Riefenstahl, Dr. Hadenfeldt, Dr. Hörnschemeyer

Dem eigenen Beratungsratsgremium folgen – Bürokratie abbauen!

Wortlaut:

Die Kammerversammlung (KV) der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) fordert die Bundesregierung auf, die ihr bereits in 2015 vom eigens zu diesem Zweck installierten Nationalen Normenkontrollrat vorgetragenen Empfehlungen zum Bürokratieabbau im deutschen Gesundheitssystem umgehend umzusetzen.

Insbesondere fordert die KV der ZKN in einem ersten Schritt sofort die vom Normenkontrollrat vorgeschlagene Negativdokumentation bei der Aufbereitung von Medizinprodukten als ausreichend anzuerkennen sowie die Intervalle zur Aktualisierung der Fachkunde (Zahnärzte) bzw. Kenntnisse (Fachpersonal) im Strahlenschutz auf das vorgeschlagene Intervall zu prolongieren und z. B. durch Einführung von Onlineseminaren statt der bisher geforderten Präsenzs Schulungen den damit verbundenen Zeitaufwand und Arbeitsausfall zu reduzieren.

Begründung:

Der vom Nationalen Normenkontrollrat im August 2015 vorgelegte Bericht „Mehr Zeit für Behandlung – Vereinfachung von Verfahren und Prozessen in Arzt- und Zahnarztpraxen“ war als lautes Alarmsignal für die Bundesregierung gedacht, die dieses Beratungsgremium im Koalitionsvertrag der Großen Koalition (CDU/CSU und SPD) 2005 selbst vereinbart und dann zum 1. Juni 2006 installiert hatte.

Mehr als 4,3 Mrd. Euro müssen jährlich für Statistik, Verwaltung, Dokumentation und Datensammlung von den freiberuflichen Praxen aufgewendet werden.

Davon werden allein 1,13 Mrd. Euro durch bürokratische Zwänge im vertragszahnärztlichen Bereich verursacht.

Dies sind „nur“ Kosten. Die sinnlose Verschwendung der endlichen Ressource Zeit kann durch Kostenäquivalente nur annähernd zum Ausdruck gebracht werden.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 23

von H. Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Dr. Ross, Dr. Dr. Becker, Dr. Carl, Dr. Nels, Dr. Dr. Lodde, Dr. Dr. Fangmann

Duales Gesundheitssystem erhalten

Wortlaut:

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) spricht sich für den Erhalt des dualen Gesundheitssystems mit solidarischer finanzierter Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und individuell finanzierter Privater Krankenversicherung (PKV) aus. Sie lehnt alle Bestrebungen, diese beiden konkurrierenden Strukturen unseres funktionierenden Gesundheitssystems zu konvergieren und die damit politisch geplante Abschaffung der PKV, ab.

Begründung:

Unabhängig von verfassungsrechtlichen Bedenken, würde durch die Überführung des aktuellen dualen Gesundheitssystems mit GKV und PKV in eine Einheitskrankenkasse (gerne auch Bürgerversicherung genannt) ein wesentliches Wettbewerbsmerkmal der Krankenversicherungen zum Nachteil der Patienten abgeschafft werden. Innovationen in der zahnmedizinischen Behandlung sind in der Vergangenheit immer zuerst aus dem Bereich der privaten Krankenversorgung gekommen. Sie waren der Motor für die Weiterentwicklung der GKV.

Auch in einem konvergierten Einheitsgesundheitssystem, wie es die von einigen Gesundheitspolitikern angestrebte Bürgerversicherung werden soll, wird es von Heilberuflern angebotene und durchgeführte sowie von Patienten nachgefragte solidarisch und auch individuell finanzierte Gesundheitsleistungen geben. Diese Dualität ist systemimmanent.

Zudem werden durch die alleinige Etablierung einer Einheitskasse weder die aktuellen noch die künftig drohenden massiven Finanzierungsprobleme der GKV gelöst.

Der Antrag wird mehrheitlich bei einer Nein-Stimme angenommen.

Antrag 24

von Dr. Riefenstahl, Dr. Hadenfeldt, Dr. Hörschemeyer, Dr. Wiesner, Dr. Hanßen, Dr. Obermeyer, T. Koch, Dr. Glusa

Überwachungskompetenz auf Kammern übertragen

Wortlaut:

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) fordert den Gesetz-/Verordnungsgeber in Bund und Ländern auf, die Umsetzungsüberwachung der rechtlichen Bestimmungen im Bereich der Zahnmedizin für das Arbeits-, Infektionsschutz- und Medizinproduktegesetz sowie für die Medizinproduktebetriebsverordnung in die Hoheit der Zahnärztekammern der Länder zu übertragen.

Anlassbezogene Überwachungen können weiterhin von den Behörden durchgeführt werden.

Parallel dazu wird der Gesetz-/Verordnungsgeber aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass künftig der Sachverstand des zahnärztlichen Berufsstandes bei der Erarbeitung weiterer Gesetze und Normen zu den vorgenannten Rechtskreisen deutlich intensiver eingebunden wird, als dies in der Vergangenheit geschehen ist.

Begründung:

Die international anerkannte hohe Qualität der zahnmedizinischen Aus- und Weiterbildung wie auch die dem zahnärztlichen Berufsstand immanente Sorge um das Wohlergehen und die Gesundheit der Patienten und Mitarbeiter sind die denkbar beste Basis für eine kompetente und sachorientierte Erarbeitung von Gesetzen und Normen zum Arbeitsschutz wie auch für die Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten sowie die Anwendung derselben im Praxisteam am und im Patienten. Der Zahnarzt ist der kompetente Fachmann auf diesen Gebieten. Niemand kennt die Arbeitsabläufe und deren Risiken im Praxisalltag bei Befundung, Diagnostik und Therapie besser als er.

Wenn diese Kompetenz nicht zur Umsetzungsüberwachung der rechtlichen und normativen Bestimmungen bei den vorgenannten möglichen Risikopotentialen genutzt, sondern dafür bewusst auf fachfremde Instanzen zurückgegriffen wird, müssen dafür andere Beweggründe eine Rolle spielen, als die Sorge um den Schutz der Patienten, der Mitarbeiter und Ärzte.

Es wird höchste Zeit, dass der Sachverstand des Berufsstands auch auf diesen Gebieten zum Schutz und Wohl der Patienten sowie des gesamten Praxisteams genutzt wird und die endlichen Arbeitskraftressourcen der Zahnärzteschaft zielführend agierend und nicht auf zahlreiche praxisirrelevante Normen und Verordnungen sinnlos reagierend eingesetzt werden (siehe Empfehlung des Normenkontrollrates aus 2015).

Dass solche Mitarbeit bei der Gesetzgebung sowie deren Umsetzungsüberwachung sehr gut und zielführend funktioniert, beweisen seit vielen Jahren die den Zahnärztekammern angegliederten Zahnärztlichen Röntgenstellen zur Umsetzungsüberwachung der Röntgenverordnung sowie der Bestimmungen des Strahlenschutzgesetzes.

Der Antrag wird mehrheitlich bei drei Enthaltungen angenommen.

Antrag 25

von H. Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, S. Lange, Dr. Zunk, Dr. Jamil, F. Basilio

Wahlprüfsteine rechtzeitig auflegen

Wortlaut:

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) fordert den geschäftsführenden Vorstand der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und den Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) auf, gemeinsam und mit mehrronatigem Abstand zu den bevorstehenden Wahlen zum Deutschen Bundestag Wahlprüfsteine aufzulegen.

Begründung:

Die Abschaffung des dualen Gesundheitssystems wird von mehreren Parteien mehr oder weniger offen in deren Parteiprogrammen als politisches Ziel beschrieben. Bei mehreren Parteien existieren Pläne, die miteinander konkurrierende Gesetzliche und Private Krankenversicherung in einer Einheitsversicherung (geme auch „Bürgerversicherung“ genannt) zusammenführen zu wollen.

Mit den aufzulegenden Wahlprüfsteinen sollen die in Deutschland an der zahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung involvierten Zahnmediziner, aber auch deren Fachpersonal sowie alle anderen aus dem beruflichen Umfeld von und mit der Versorgung partizipierenden Berufsgruppen durch die Fragestellungen sowie durch die Antworten der Parteien wichtige Hilfen zur individuellen Wahlentscheidungsfindung bekommen.

Der Antrag wird mehrheitlich bei einer Enthaltung angenommen. ■



STELLENMARKT

Stadt Hannover

ZA/ZÄ zur Mitarbeit gesucht.
Übergabe des PX-Anteils 2018.
Spezialisierung von Vorteil.
Tel.: 0162 1018680

Region Hannover/Kreis Celle

Kollege(in) mit Berufserfahrung
für etablierte Praxis zur Ver-
stärkung unseres Teams zum
1.1.17 oder später für langfristige
Zusammenarbeit gesucht!
Bewerb./Infos: suche.ZA@gmx.info

Wunstorf

Suche engagierte/n ZÄ/ZA die/der
mit mir und unserem freundlichen
Praxisteam unsere BAG weiterführt.
TZ oder VZ, Partnerschaft
erwünscht. 05031 3370
zahnaerztinwunstorf@gmail.com

Suche angestellten ZA Teilz.

Wir sind eine junge moderne
Zahnarztpraxis in Ahlerstedt
zwischen HH und HB an der A1.
Wir suchen angestellten ZA (m/w)
oder Assistenz Zahnarzt in Teilzeit.
Tel.: 0151 51006658

Hildesheim

Angest. ZA/ZÄ in volldigitalisierte
Praxis oder Vorbereitungsassist.
Praxisübernahme erwünscht.
dr_h.schmidt@t-online.de

KFO südl. Niedersachsen

Langjährig bestehende, gut ein-
geführte Praxis, sehr gutes
Betriebsklima sucht engagierten
Entlastungsassistenten (m/w).
Spätere Übernahme möglich.
Tel.: 0151 15197452

Ammerland

Gemeinschaftspraxis sucht ZÄ/ZA
oder Vorber.Assist. zur langfristigen
Zusammenarbeit mit allen
Formen der Kooperation.
E-Mail: dres.helmich@t-online.de

VERKAUF

Einzelpraxis NO von Hannover

Sehr gut etablierte allg. zahnärztl.
Einzelpraxis 2 BHZ zu verkaufen.
Dig. Rö, QM+RKI auf dem Laufenden,
Pflegeheimbetreuung, qualif. Mitarbeiter
Übergangsanstellung auch mögl.
zap-noh@t-online.de

VERSCHIEDENES

Praxisaufgabe – wer hilft?

Moderne Praxis in Rehden findet
keinen Nachfolger/Übernehmer.
Wer kann mir bei der Praxis-
aufgabe/-auflösung helfen?
zahnarzt-in-rehden@t-online.de

Hilfe zum Helfen gesucht

HANNOVERSCHES ZAHNMobil UND SEINE PATIENTEN BRAUCHEN HILFE

Das Team des Zahnmobils braucht Verstärkung

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

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

Spendenkonto des Diakonischen Werkes

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

Lassen Sie uns im Kontakt bleiben:

ABONNIEREN SIE IHREN ZKN-NEWSLETTER

Kennen und nutzen Sie schon
den Newsletter Ihrer Zahnärz-
tekammer 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 Mög-
lichkeit, um Sie und Ihre Praxisteams
zu informieren.

Und zwar mit Informationen wie:

- ▶ Aktuelles aus Praxisbegehung
& Co.
- ▶ Geldwerte Tipps und interes-
sante 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](https://zkn.de/publikationen/zkn-newsletter.html)

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

Kieferorthopädische Vortragsreihe 2016/2017

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

Die Veranstaltungen finden freitags von 19:30 Uhr s.t. – ca. 22:00 Uhr statt.
3 Fortbildungspunkte nach BZÄK pro Veranstaltung.

Programm:

S 1605, Freitag, 02.12.2016 Mini-Implantate im anterioren Gaumen – Möglichkeiten und Probleme
Referent: Prof. Dr. Benedict Wilmes, Düsseldorf

S 1701, Freitag, 03.02.2017 Klasse III-Behandlung, wie kann uns die skelettale Verankerung helfen?
Referent: Prof. Dr. Benedict Wilmes, Düsseldorf

S 1702, Freitag, 03.03.2017 Folgen nicht rechtzeitig entfernter Weisheitszähne
Referent: Prof. Dr. Dr. Volker Strunz, Berlin



Anmeldungen bitte schriftlich per Post oder Fax an:

Zahnmedizinische Akademie Niedersachsen
Zeißstraße 11 a
30519 Hannover

Seminar **S 1605**

Seminar **S 1701**

Seminar **S 1702**

oder per Fax unter 0511 83391-306

Name	
Anschrift	
Telefon	Unterschrift