

NZB

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT



9 Ausbaufähige Einsicht



10 Neuer Vorstand der
Kassenzahnärztlichen
Vereinigung Niedersachsen



17 Sitzung der
Bezirksstellenvorsitzenden
der ZKN in Braunlage



27 Dentale Erosionen



Einreichungs- und Zahlungstermine

2017

Februar / März / April / Mai

Februar		März		April		Mai	
1 Mi	5	1 Mi	9	1 Sa	13	1 Mo	18
2 Do		2 Do		2 So		2 Di	
3 Fr		3 Fr		3 Mo	14	3 Mi	
4 Sa		4 Sa		4 Di		4 Do	
5 So		5 So		5 Mi		5 Fr	
6 Mo	6	6 Mo	10	6 Do		6 Sa	
7 Di		7 Di		7 Fr		7 So	
8 Mi		8 Mi		8 Sa		8 Mo	19
9 Do		9 Do		9 So		9 Di	
10 Fr		10 Fr		10 Mo	15	10 Mi	
11 Sa		11 Sa		11 Di		11 Do	
12 So		12 So		12 Mi		12 Fr	
13 Mo	7	13 Mo	11	13 Do		13 Sa	
14 Di		14 Di		14 Fr		14 So	
15 Mi		15 Mi		15 Sa		15 Mo	20
16 Do		16 Do		16 So		16 Di	
17 Fr		17 Fr		17 Mo	16	17 Mi	
18 Sa		18 Sa		18 Di		18 Do	
19 So		19 So		19 Mi		19 Fr	
20 Mo	8	20 Mo	12	20 Do		20 Sa	
21 Di		21 Di		21 Fr		21 So	
22 Mi		22 Mi		22 Sa		22 Mo	21
23 Do		23 Do		23 So		23 Di	
24 Fr		24 Fr		24 Mo	17	24 Mi	
25 Sa		25 Sa		25 Di		25 Do	
26 So		26 So		26 Mi		26 Fr	
27 Mo	9	27 Mo	13	27 Do		27 Sa	
28 Di		28 Di		28 Fr		28 So	
		29 Mi		29 Sa		29 Mo	22
		30 Do		30 So		30 Di	
		31 Fr				31 Mi	

„Fesseln der Realität“



Dr. Thomas Nels, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Als Festredner der Eröffnungsfeier der diesjährigen Winterfortbildungstage in Braunlage schilderte Prof. Radermacher in eindrucksvoll verständlicher Form, wie es zur Finanzkrise kommen konnte. Das Prinzip sei gewesen, dass man versucht habe, die Fesseln der Realität abzulegen und Geld zu generieren, ohne dass eine ökonomische Wertschöpfung dahinterstand. Die Vision ist ja auch verlockend: Wohlstand als Ergebnis von Computerprogrammen ohne reale Produktion oder Dienstleistung.

Die Realität hat sich das aber nur begrenzt angesehen und hat die Blase platzen lassen!

Manchmal fragt man sich, ob die Politik die richtigen Lehren daraus gezogen hat: Bei der (derzeit verdrängten) Krise der Staatsverschuldung fragt man sich ja auch, ob die Politik nicht ihrerseits versucht, die Fesseln der Realität abzulegen. Ein Ökonom formulierte dazu neulich, was ökonomisch falsch sei, könne nicht politisch vernünftig sein!

Wenn die Politik neuerdings das „postfaktische“ Zeitalter beklagt, so muss man sich auch einmal fragen, ob sie nicht damit angefangen hat!

Der politische Wunsch nach einer gemeinsamen Währung war so groß, dass die Warnung der Ökonomen verdrängt wurde, man könne keine Währungsunion ohne Transferunion installieren.

Vielmehr wurde mit der dafür erforderlichen Mehrheit beschlossen, dass dieses doch möglich sei!

(Andere Länder haben vielleicht ihren Beitritt gerade deswegen beschlossen, weil sie sich eine Transferunion davon versprochen haben.)

Der nächste Versuch, mit der entsprechenden Mehrheit zu beschließen, dass eins und eins drei ergibt, zeichnet sich bei dem Thema Bürgerversicherung ab:

Die privaten Krankenversicherungen müssen erhebliche Beitragserhöhungen verkünden, weil die Versicherten

(zum Glück) eine höhere Lebenserwartung haben, und weil die kalkulierten Altersrückstellungen bei den derzeitigen Zinssätzen nicht ausreichen. Diesen betroffenen Personenkreis mit altersbedingt erhöhtem Krankheitsrisiko in die GKV zurückzuholen, wenn er sich die risikoadjustierten Beiträge der PKV nicht mehr leisten kann, mag zwar den Wunsch nach Gleichmacherei befriedigen, erscheint mir aber versicherungsökonomisch unvernünftig.

Wenn, wie aktuell geschehen, die Bertelsmann-Stiftung Milliardeneinsparungen für die öffentliche Hand errechnet, sofern die Beamten in die GKV wechseln, so drängt sich die Frage auf, wem diese Milliarden dann fehlen werden!

Und wenn dann vorgeschlagen wird, den Verlust bei den Leistungserbringern durch Zahlungen aus den Rücklagen des Gesundheitsfonds der GKV zu kompensieren, der eigens zur Nachhaltigkeit der Finanzierung im Gesundheitswesen installiert wurde, dann möchte man sich nicht ausmalen, was daraus in Zeiten schlechterer Wirtschaftslagen wird!

Oder wenn eine „Steuersäule“ zur Zusatzfinanzierung vorgeschlagen wird, dann möchte man sich nicht vorstellen, was passiert, wenn es einmal wieder zu normalen Zinssätzen kommt, und der Finanzminister ein erhebliches Defizit verzeichnet!

Und wenn dann noch ohne diese Kompensationen eine „volumenneutrale“ Einheitsgebührenordnung erschaffen wird! Aber vielleicht scheitert ja dieser politische Traum auch an den Realitäten, in diesem Fall an den fehlenden Mehrheiten! ■

Dr. Thomas Nels
Vorsitzender des Vorstandes der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

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

HERAUSGEBER

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

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

REDAKTION

Redaktionsleitung

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

ZKN

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

KZVN

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

Redaktionsassistent

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 04 / 17: 14. März 2017

Heft 05 / 17: 11. April 2017

Heft 06 / 17: 10. Mai 2017

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



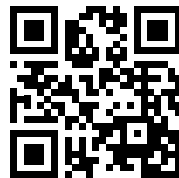
BEILAGENHINWEIS



Dieser Ausgabe liegt eine Beilage für den

► 4. Tag der Qualitätszirkel (DGI)

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



LEITARTIKEL

- 1 Dr. Thomas Nels:
„Fesseln der Realität“

POLITISCHES

- 4 Zurück in die Zukunft
Teils alte Rezepte im
FDP-Wahlprogramm für
die Gesundheitspolitik
- 6 Selbstverwaltungsstärkungsgesetz
oder Sippenhaft light
Letzte Änderungen, keine Prüfung
durch den Bundesrechnungshof
- 8 „Selbstverwaltungsschwächungs-
gesetz & Co.“
- 9 Ausbaufähige Einsicht
KZBV zum jüngsten Entwurf des GKV-
Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes
- 10 Neuer Vorstand der
Kassenzahnärztlichen
Vereinigung Niedersachsen
- 14 KZBV-Jahrbuch 2016:
Zahlen, Daten und Fakten zur
vertragszahnärztlichen Versorgung
- 15 Patientenschutz in Gefahr
Europäische Kommission stellt
nationale berufliche
Regulierung unter Generalverdacht
- 16 BZÄK: 71.425 Zahnärzte und ihre
Teams für die Mundgesundheit
- 17 Sitzung der Bezirksstellenvorsitzenden
der ZKN in Braunlage – Austausch mit
Vorstand und Verwaltung



FACHLICHES

- 18 Diagnostik und Prävention in der
Kinderzahnheilkunde
Frühzeitige Diagnostik ist essenziell
- 23 Abrechnungstipps aus KZVN und ZKN
Richtige Dokumentation – richtige
Abrechnung
- 27 Von der Diagnose zur Therapie
Dentale Erosionen
- 31 Kieferorthopädie: Mehr Klarheit und
mehr Patientenschutz
Neue Vereinbarung schafft zusätzliche
Transparenz und Sicherheit
- 32 Eröffnungsfeierstunde zum
64. Winterfortbildungskongress der
ZKN in Braunlage:
- 34 QM-Richtlinie: Eine für alle
- 35 GOZ-Kommentar der BZÄK aktualisiert
- 36 Gefährdungsbeurteilung mit System
- 37 Beliebte Irrtümer im Arbeitsrecht
- 37 DGZMK: Fünf neue Leitlinien
- 38 Sicher und schnell
Forscher zeigen: In nur sechs Wochen
kann akute Hepatitis C geheilt werden
- 40 Heilung durch Therapieabbruch
MHH-Forscher zeigen neuen Ansatz
zur Behandlung einer chronischen
Hepatitis-B-Virusinfektion auf/
Veröffentlichung im Journal of
Infectious Diseases



TERMINLICHES

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

PERSÖNLICHES

- 44 Herzliche Glückwünsche zum
Geburtstag!
- 44 Wir trauern um unsere Kolleginnen
und Kollegen
- 45 Neuer Chefarzt der Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie im Henriettenstift,
Hannover

AMTLICHES

- 45 Neuzulassungen
- 46 Niederlassungshinweise
- 47 Ungültige Zahnarzttausweise

KLEINANZEIGEN

- 48 Kleinanzeigen





Foto: freshidea/fotolia.com

ZUR BUNDESTAGSWAHL 2017:

Zurück in die Zukunft

TEILS ALTE REZEPTE IM FDP-WAHLPROGRAMM FÜR DIE GESUNDHEITSPOLITIK

Die FDP will zurück. Nach ihrer verheerenden Niederlage im Jahr 2013 mit herben Verlusten von fast zehn Prozent konnte sie nach dem 22. September nicht wieder in den Deutschen Bundestag ziehen. Mit Christian Lindner an der Spitze und nach erfolgreichen Landtagswahlen in 2015 und 2016 – in Hamburg, Bremen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Berlin – soll die Fünf-Prozent-Hürde im kommenden September bei den Bundestagswahlen übersprungen werden und nach aktuellen Umfragen sieht es dafür auch nicht schlecht aus. Allensbach und Forsa sehen die Liberalen auch noch in den letzten Umfragen aus dem November bei stabilen 6,2 Prozent. Die FDP wird damit interessanter Kandidat für eine kommende Regierungsbildung, bei der wegen des zu erwartenden Einzugs der AfD in den Bundestag Drei-Parteien-Koalitionen nicht nur machbar, sondern im Zweifel auch notwendig werden.

Grund genug, einen Blick in das Wahlprogramm der FDP zu werfen, dessen fachlicher Teil in einer Entwurfsfassung bereits kursiert. Unter sechs „Leitbildzielen“ – eine neue

Wortschöpfung oder vielleicht nur ein vorübergehender Arbeitsbegriff – arbeiten sich die Liberalen durch die welt-, europa- und nationalpolitische Komplexität:

- ▶ Freiheit und Menschenrechte weltweit
- ▶ Weltbeste Bildung für jeden
- ▶ Vorankommen durch eigene Leistung
- ▶ Ein unkomplizierter Staat
- ▶ Politik, die rechnen kann
- ▶ Selbstbestimmt in allen Lebenslagen

Die Vorstellungen der FDP zur Gesundheits- und Pflegepolitik finden sich hauptsächlich unter dem letztgenannten Leitbildziel. Vieles kommt bekannt vor. Das Programm verrät auch: die FDP kennt ihre Stammwähler und weiß sie zu bedienen. „Heiße Eisen“ werden von ihr nicht angepackt.

Krankenversicherung/Finanzierung: Die Freien Demokraten stehen auch weiterhin zur Versicherungspflicht. Jeder soll frei und unabhängig vom Einkommen wählen können, ob

er in eine gesetzliche Krankenkasse geht oder sich lieber privat versichern will. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und Private Krankenversicherung (PKV) sollen sich aber aufeinander zubewegen. In der PKV soll sichergestellt werden, dass die Altersrückstellungen bei einem Wechsel innerhalb der PKV mitgenommen werden können. Die gesetzlichen Kassen sollen mehr Möglichkeiten für eine Tarif- und Leistungsgestaltung bekommen. Das schließt auch eine Wahl über die Höhe der Selbstbeteiligungen mit ein. Es soll aber auch klare Härtefall- und Überförderungsregelungen geben. Schluss sein soll aber mit der Budgetierung im Gesundheitswesen. Sie habe zu einer Unterfinanzierung der medizinischen Versorgung sowie zu einem Ausbluten in den ländlichen Regionen und sozialen Brennpunkten geführt.

Ambulante Versorgung: Mit Blick auf die Versorgungsprobleme im ländlichen Raum soll die Attraktivität des Arztberufs gesteigert werden und zwar durch Lehrstühle für Allgemeinmedizin, eine bessere Vernetzung von Lehrpraxen mit medizinischen Fakultäten und durch Förderung von Weiterbildungsverbänden zwischen Praxen und Krankenhäusern. Der ärztliche Wiedereinstieg nach Eltern- oder Pflegezeit soll gefördert werden. Insbesondere die sektoren-übergreifende Arbeit müsse fair honoriert werden; für das ambulante Operieren fehle ein eigenständiges Vergütungssystem. Ärztliche Kooperationen wie Netze oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) werden von der FDP anerkannt. Allerdings bleibt der freiberuflich, in eigener Praxis niedergelassene Arzt nach wie vor das Rückgrat der ambulanten Versorgung. Eine „Industrialisierung“ der Medizin über MVZ müsse verhindert werden. Die Selbstverwaltung – gemeint ist die berufsständische Selbstverwaltung der Heilberufe – müsse von den staatlichen Fesseln befreit werden. Deshalb lehne man das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz ab.

Stationäre Versorgung: Die Länder sollen ihre Verantwortung für die Krankenhausinvestitionen wieder vollumfänglich wahrnehmen. Großgeräte und Gebäude seien nicht aus Versichertengeldern zu finanzieren. Über ein Anreizsystem soll der Bund die Länder bezuschussen, die ihren Investitionsverpflichtungen nachkommen und so ihr Investitionsbudget ausweiten können. Es sei aber eine stärkere Zentrenbildung erforderlich. Schon aus Qualitätsüberlegungen müsse nicht jedes Krankenhaus alle Leistungen anbieten. Daneben sei Fehlanreizen, die aus dem Fallpauschalen-Katalog herrühren, entgegenzuwirken. Für die Vertragsgestaltung sollen größere Spielräume – auch über die Integrierte Versorgung hinaus – entstehen. Der Einstieg in Qualitätsverträge sei mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) gemacht worden. Diese Qualitätsverträge sollen dauerhaft weitergeführt und auf mehr Indikationen (bislang



nur vier) ausgeweitet werden. Bei integrierten Verträgen und bei rein ambulanten Verträgen der besonderen Versorgung soll auf den Nachweis der Wirtschaftlichkeit verzichtet werden, wenn eine besondere Qualität der Versorgung erreicht wird. Neue Methoden bei seltenen Erkrankungen sollten rasch bewertet und in die Versorgung kommen.

Pflege: Bei den Heil- und Pflegeberufen sollen Dokumentations- und Bürokratieaufwände reduziert werden. Es soll mehr Zeit für den Menschen zur Verfügung stehen. Lösungen böten auch IT- und Assistenzsysteme.

Sicherlich – man darf ein Wahlprogramm sowohl inhaltlich als auch in seiner Detailtiefe nicht überfordern. Was die FDP offenbar vorzulegen gedenkt, ist nicht viel. Einiges ist sogar ausgesprochen rückwärtsgerichtet. Wer den Arzt in seiner Niederlassung als Leitbild für die zukünftige medizinische Versorgung preist, scheint noch nicht ganz im 21. Jahrhundert angekommen zu sein. Und wer beim Thema Pflege zuerst an technische Assistenzsysteme denkt, hat zwar das Ohr am Markt, aber nicht die Augen auf, wenn es um die primären Bedürfnisse der Betroffenen geht. Ein Punkt hingegen sollte nicht unerwähnt bleiben: Die Freien Demokraten wollen eine „Schuldenbremse 2.0“ für die Sozialversicherungssysteme im Grundgesetz verankern. Es sei dahingestellt, ob dies eine adäquate Antwort auf die kommenden demografischen Herausforderungen ist. Hervorgehoben werden gehört aber, dass mit dieser Schuldenbremse versicherungsfremde Leistungen künftig vollständig aus dem Bundeshaushalt und nicht mehr aus den Sozialkassen finanziert werden sollen. Verhindert werden soll auch, dass die bisherige Schuldenbremse durch den Griff in die Kassen der Sozialversicherungen umgangen wird. Hier lässt die FDP einen klaren ordnungspolitischen Kurs erkennen. Das macht die Forderungen leider nicht realistischer. ■

_____ Quelle: gjd Nr. 41 vom 21.12.2016

Selbstverwaltungsstärkungsgesetz oder Sippenhaft light

LETZTE ÄNDERUNGEN, KEINE PRÜFUNG DURCH DEN BUNDESRECHNUNGSHOF

Mit Ausschussdrucksachenummer 18(14)02371 ist dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages ein Paket an Änderungsanträgen (ÄA) für den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz) (BT-Drs. 18/10605) zugeleitet worden. Der Gesetzentwurf, der noch mit der aus dem Referentenentwurf stammenden und im Gesetzentwurf nicht mehr enthaltenen Abkürzung von den Experten SVSG oder GKV-SVSG abgekürzt wird, ist am 25. Januar abschließend im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags beraten worden und steht für den 26. Januar auf der Tagesordnung zu Beratung in 2./3. Lesung im Plenum des Bundestages. Der zweite Durchgang im Bundesrat ist für den 10. Februar vorgesehen. Bis zuletzt hatten sich Gesundheitsexperten der SPD-Fraktion – allen voran deren gesundheitspolitische Sprecherin Hilde Mattheis MdB – dafür stark gemacht, den vorliegenden Gesetzentwurf fallenzulassen und Regelungen zu finden, die ausschließlich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) treffen (vgl. hierzu ausführlich gid 3/2017). Insbesondere um die soziale Selbstverwaltung nicht durch das Gesetz zu schwächen. Nun haben sich die gesundheitspolitischen Spitzen der großen Koalition doch noch geeinigt und im Schnelldurchgang letzte Änderungen des Gesetzentwurfs mit ihrer Mehrheit im Gesundheitsausschuss des Bundestags am 25. Januar beschlossen. Ein Änderungsantrag, der viel Aufregung bei den Betroffenen verursacht hatte, ist allerdings, wahrlich in letzter Minute, doch noch zurückgenommen worden: Der im oben zitierten Änderungspaket zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz enthaltene Änderungsantrag 11 zu § 274 Absatz 4 SGB V „Prüfrechte des Bundesrechnungshofs“, der vorsieht, dass der Bundesrechnungshof die Haushalts- und Wirtschaftsführung der gesetzlichen Krankenkassen, ihrer Verbände und Arbeitsgemeinschaften, der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) prüfen soll, ist im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags, nach Auskunft von CDU-Gesundheitsexpertin Karin Maag gegenüber dem gid, am 25. Januar zurückgezogen worden. Prüfrechte des Bundesrechnungshofs waren von den Betroffenen im Rahmen der Öffentlichen Anhörung zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (16. Januar 2017) vehement abgelehnt worden. Bekanntlich geht dieser Änderungsantrag auf einen Maßgabebeschluss des Haushaltsausschusses zurück. Es ist deshalb durchaus möglich, dass dieser Antrag zu einem späteren Zeitpunkt noch im Rahmen eines anderen Gesetzgebungsverfahrens eingebracht wird. Karin Maag äußerte allerdings dazu gegenüber dem gid am 25. Januar 2017: „Man muss mit dem Haushaltsausschuss noch einmal die Sinnhaftigkeit dieser Regelung besprechen.“

Folgende Änderungsanträge (ÄA) sind vom Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags am 25. Januar 2017 mit der Mehrheit der Stimmen der Koalitionsfraktionen beschlossen worden:

1. Dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) muss auch die Jahresrechnung jährlich vorgelegt werden, um die Überprüfung des Haushaltsplans zu unterstützen (ÄA 1).
2. Die Finanzrücklagen sollen – wie im Übrigen bei den Krankenkassen – eineinhalb Monatsrücklagen und nicht nur eine Monatsrücklage betragen (ÄA 2).
3. Bei den Aufsichtsmitteln werden die Prüfungspflichten durch externe Prüfeinrichtungen aufgehoben (ÄA 3). Es bleibt bei der geltenden Rechtslage mit Prüfungen unter anderem durch das Bundesversicherungsamt (BVA).
4. Mit ÄA 4 werden die Eingriffsvoraussetzungen und die Befugnisse des sogenannten „Entsandten“ („Staatskommissar light“) präzisiert und auch entschärft. Das Wort „insbesondere“ entfällt, der Entsandte enthält in Folge dieser Änderung ein klar umrissenes Einsatzgebiet und ist dann einsetzbar, wenn – auch das ist neu – „hinreichende“ Anhaltspunkte gegeben sind.
5. Eine weitere Änderung soll das BMG verpflichten, jährlich zum 1. März und erstmalig im Jahr 2018 gegenüber dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen



" Mit dem Gesetz sorgen wir für mehr Standfestigkeit!"

Bundestages über aufsichtsrechtliche Maßnahmen, erlassene Verpflichtungsbescheide und den Sachstand von Aufsichtsmaßnahmen zu berichten (ÄA5). Diese Änderung soll eine Übersicht ermöglichen, wie die neuen aufsichtsrechtlichen Mittel des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes genutzt werden. Vor allem soll sie aber der „Transparenz der aufsichtsrechtlichen Kontrolle über die Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene“ dienen.

6. In der Satzung von KBV, GKV-SV und MDS soll zukünftig geregelt werden, für welche haftungsrelevanten Abstimmungsgegenstände eine namentliche Abstimmung in den Gremien von KBV-Vertreterversammlung und in den Verwaltungsräten von GKV-SV und MDS erfolgen soll, da künftig eine namentliche Abstimmung bei den haftungsrelevanten Abstimmungsgegenständen zu erfolgen hat (ÄA 6).
7. Mittels ÄA 7 wird die KBV verpflichtet, bei gemeinsamen Abstimmungen in der Vertreterversammlung die Stimmen ihrer Mitglieder so zu gewichten, dass im Ergebnis eine Parität der Stimmen von Hausärzte- und Fachärzterevertretern gegeben ist. Das gilt auch für Wahlen und damit auch für die unmittelbar bevorstehende KBV-Vorstandswahl am 3. März dieses Jahres.
8. Die interne Revision soll bei Verstößen gegen die ordnungsgemäße Verwaltungsorganisation auch dem Verwaltungsrat (GKV-SV und MDS) respektive der Vertreterversammlung (KBV) berichten, wenn es dabei um das Handeln von Vorstandsmitgliedern geht (ÄA 8). Bisher war der Bericht der internen Revision nur gegenüber der Aufsichtsbehörde vorgesehen.
9. Die bisher im Gesetzentwurf enthaltenen detaillierten Vorgaben zu Regelungsinhalten der Satzungen werden erheblich reduziert (ÄA 9).

10. Mit ÄA 10 wird eine Genehmigungsfiktion für die Genehmigung der Verfahrensordnung und der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgeschlagen. Wenn das BMG die Genehmigung nicht innerhalb von drei Monaten ganz oder teilweise versagt, gilt die Genehmigung als erteilt. Wird die Genehmigung ganz oder teilweise versagt, so kann das BMG erforderliche Änderungen bestimmen, die der G-BA innerhalb einer bestimmten Frist vornehmen muss, sonst kann eine Ersatzvornahme durch das BMG erfolgen.
11. ÄA 11 ist zurückgezogen worden und wird nicht im Rahmen des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes beraten. Der Antrag sieht wie oben geschildert vor, dass die KVen, die KBV, der G-BA und die DKG als mittelbare Empfänger von Bundesmitteln einheitlich dem Prüfrecht des Bundesrechnungshofes unterliegen sollen.
12. Durch eine Satzungsregelung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) kann geregelt werden, dass Patientenorganisationen als fördernde Mitglieder aufgenommen werden können (ÄA 12).

Mit den vorliegenden Änderungsanträgen wird das geplante und am Abend des 26. Januar dann im Deutschen Bundestag aller Voraussicht nach verabschiedete GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz nochmals entschärft. Was aber bleibt ist, dass im Jahr der Sozialwahl ein Gesetz beschlossen wird, dass die gemeinsame und soziale Selbstverwaltung durch die Sippenhaft, in die sie wegen vergangener persönlicher Verfehlungen in der KBV-Spitze genommen wird, insgesamt in einem fragwürdigen Licht erscheinen lässt. Dieser Schaden ist durch Änderungen am Entwurf nicht gänzlich auszuräumen. ■

Quelle: gid Nr. 04 vom 26.01.2017

„Selbstverwaltungs- schwächungsgesetz & Co.“

- ▶ GEGEN ALLE VERNUNFT UND VERHÄLTNISSÄSSIGKEIT
- ▶ FÜR POLITISCHES DURCHSETZUNGSVERMÖGEN

Ein Kommentar von Dr. Michael Loewener

Aller Voraussicht nach hat das Gesetz, das das Licht der Welt unter dem irreführenden Namen „GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz“ erblickte und dessen vollständiger Wortlaut inzwischen mehrere Zeilen umfasst, am 10. Februar den finalen Segen unserer Volksvertreter erhalten.

Für ein kurzes Innehalten bei dem gesetzgeberischen Parforceritt sorgte unmittelbar vor der 2. und 3. Lesung im Bundestag Hilde Mattheis, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD. Sie wollte das Gesetz nur auf diejenigen angewandt wissen, die als Auslöser der Gesetzesinitiative gelten. Es darf vermutet werden, dass diese Logik in erster Linie dem Wunsch geschuldet war, die ebenso betroffenen Krankenkassenverbände vor Fremdbestimmung zu bewahren. Doch es kam, wie es in einer Großen Koalition (GroKo) kommen muss. Die Gesundheitspolitiker einigten sich am 26. Januar in einem „klärenden Gespräch“, in dem man Mattheis die bereits ausgefahrenen Flügel mächtig gestützt hatte. Mit der Folge, dass es zwar einige weitere Entschärfungen gab, die Christenunion aber zum Schluss frohlocken konnte, dass das Gesetz kommen werde. Immerhin sind die geforderten Prüfrechte an der Haushalts- und Wirtschaftsführung durch den Bundesrechnungshof in letzter Minute zurückgezogen worden.

Für das Muster des politischen Durchsetzungswillens gibt es in der Politik zahlreiche Parallelen. Auch dort sind es nicht die Logik, zwingende Notwendigkeiten oder gar das Eingeständnis des Irrtums, die den Erfolg eines Politikers sichern, sondern die Durchsetzungsfähigkeit des Ego – um jeden Preis. Die Rücknahme kontraproduktiver Entscheidungen ist für Politiker offensichtlich nicht mit dem Selbstverständnis und schon gar nicht mit einem Karriereprung vereinbar. Nachdem Horst Seehofer lustvoll verkündet hatte: „Ein Dobrindt scheitert nicht!“, wird man sich wohl auch auf die höchst umstrittene Ausländermaut einstellen müssen. Auch bei diesem Vorhaben geht es

ganz offensichtlich um die Demonstration von Durchsetzungskraft und weniger um intelligente politische Inhalte. Zurück zu Hermann Gröhe, dessen wohlklingende und schmeichelnde Worte über die Leistungsfähigkeit der deutschen Zahnärzteschaft anlässlich der Eröffnung des Deutschen Zahnärztetages nachhallen. Bereits damals stand für den aufmerksamen Teilnehmer fest, dass der Minister trotz aller warmen Worte in der Sache keinen Zweifel daran ließ, die Selbstverwaltung ihres Kerngedankens berauben zu wollen, um Scheunentore für staatlichen Zugriff und direkte Lenkung zu öffnen. Unwillkürlich kommt man ins Grübeln, wenn sich ein Christdemokrat gegen ein bewährtes und solides Subsidiaritätsprinzip wendet. Welcher Gedanke mag dahinterstehen?

Natürlich hatten die, wenn man es milde ausdrücken mag, Unkorrektheiten auf der Bundesebene der Ärzteschaft allemal einen guten Grund für das Einschreiten der Politik gegeben. Allerdings drängt sich die Frage auf, weshalb die aufsichtführenden Stellen nicht frühzeitig bei offensichtlichen Fehlentwicklungen mit den ihnen bereits zur Verfügung stehenden Mitteln eingegriffen hatten. Es liegt die Vermutung nahe, dass es auch galt, von der eigenen Untätigkeit abzulenken und gleichzeitig die Situation – aus welchen Gründen auch immer – dafür zu nutzen, die Selbstverwaltung zugunsten einer parteipolitischen Einflussnahme in die Tonne zu treten.

Ein Gesetzgebungsverfahren jagt das nächste durch das Haus Gröhe. Ein weiteres Projekt steht im Focus des dynamischen Gestaltungswillens des Ministers: Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und die dahinter liegende zentrale Mega-Datensammlung der Gesundheitsdaten aller Bundesbürger. Ein riesiges Datenbecken mit unendlich vielen Ablassventilen. Und das bei der Gewissheit, dass es auf Dauer keinen absoluten Datenschutz gibt! Auch dieses Vorhaben ist dazu geeignet, das politische Ego zu befördern. Nachdem bereits mehr als eine Milliarde Euro in dem Projekt versickert sind und noch weitere folgen werden, käme ein Rückzug einem politischen Offenbarungseid gleich. Grund genug, das Vorhaben – wie bei dem tragischen Versuch, in Berlin einen Flughafen zu bauen – bis zum bitteren Ende fortzuführen. Und dies notfalls gegen die betroffenen Bürger, gegen Datenschützer und nicht zuletzt gegen die Heilberufe. Einziger Nutznießer scheint bisher die „Gesundheitswirtschaft“ zu sein, wobei der erste Wortanteil entbehrlich ist; denn es handelt sich eindeutig um die „Wirtschaft“, insbesondere um die IT-Branche, die ein gesteigertes Interesse an der Fortführung der Digitalisierung und der Nähe zur Politik besitzt – ganz zu schweigen von den vielen anderen Interessenten an den Ablassventilen des Datenbeckens.

Später, wenn der eine oder andere Spitzenpolitiker seinen Platz in der Wirtschaft gefunden hat, wird es heißen, dass man das alles nicht habe vorhersehen können... ■

Ausbaufähige Einsicht

KZBV ZUM JÜNGSTEN ENTWURF DES GKV-SELBSTVERWALTUNGS- STÄRKUNGSGESETZES

Den überarbeiteten Entwurf des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes (GKV-SVSG), der am 26.01.2017 im Deutschen Bundestag in zweiter und dritter Lesung behandelt wurde, kommentiert die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV): „Auch wenn das GKV-SVSG nach wie vor seinem Namen nicht gerecht wird und stattdessen vielmehr einer Einschränkung des notwendigen Handlungsspielraumes der Selbstverwaltung Vorschub leistet, begrüßen wir die jüngst vorgenommenen inhaltlichen Änderungen im Vergleich zu den bisherigen Entwurfsfassungen. Zumindest wird die vernünftige Einsicht seitens der Politik erkennbar, dass sich das Gesundheitswesen in Deutschland nicht durch ein enges und kleinteiliges Korsett an Vorschriften und Kontrollen von außen verbessern lässt, sondern notwendige Freiheiten für diejenigen benötigt, die über das fachliche Know-how für dessen Gestaltung verfügen“ sagte Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV.



Foto: szafisev/fotolia.com

„Diese Erkenntnis zeigt sich nicht zuletzt darin, dass der unlängst eingebrachte Änderungsantrag hinsichtlich etwaiger Prüfrechte an Haushalts- und Wirtschaftsführung der Körperschaften durch den Bundesrechnungshof zurückgezogen wurde. Die KZBV sowie die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in den Ländern finanzieren sich ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte – ohne den geringsten Zufluss von Steuermitteln. Aus diesem Grund hat der Bundesrechnungshof hier folgerichtig auch künftig keinerlei Prüfkompetenzen.“

Hintergrund – Der weitere Zeitplan für das GKV-SVSG

Der zweite Durchgang des GKV-SVSG im Deutschen Bundesrat ist für den 10. Februar geplant. Damit könnte das Gesetz bereits Anfang März in Kraft treten. ■

Quelle: Presseinformation der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vom 27.01.2017



Foto: Luckymages/fotolia.com

Die Zwischenprüfung im Ausbildungsberuf Zahnmedizinische Fachangestellte

findet am

→ 01. März 2017

in der Zeit von 14:00 Uhr – 16:00 Uhr statt.

gez. Dr. K.-H. Düvelsdorf
Vorstandsreferent für das Zahnärztliche Fachpersonal



Neuer Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Auf der konstituierenden Vertreterversammlung wurden Dr. Thomas Nels zum neuen Vorsitzenden, Dr. Jürgen Hadenfeldt zum stellvertretenden Vorsitzenden und Christian Neubarth zum Mitglied im Vorstand gewählt.

In seiner geplanten letzten Amtshandlung als Vorsitzender des Vorstandes der KZVN eröffnete Dr. Jobst-W. Carl am 21. Januar die konstituierende Vertreterversammlung (V) für die Amtsperiode 2017 bis 2022. Nachdem Carl 12 Jahre lang Vorstandsvorsitzender der KZVN war, hatte er sich nicht wieder um ein Vorstandsamt beworben. Bevor er die Wahlgänge für den Vorsitz der V einleitete, begrüßte er die Gäste und insbesondere die neuen Mitglieder der 50-köpfigen Vertreterversammlung, die

vollzählig nach Hannover angereist waren. Erstmals dabei waren: Dr. Maximilian Jamil, Dr. Harald Salewski (Verwaltungsstelle Braunschweig), Dr. Julia Schmilewski (Göttingen), Prof. Dr. Dr. Horst Kokemüller, Dr. Stefan Liepe (Hannover-Stadt), Florian Basilio, Dr.M.S. (USA) Kai Worch, Dr. Igor Besovic (Hannover-Land), Dr. Sören Klaue (Hildesheim), drs. Johanna Maria Kant (Oldenburg), Dr. Christian Rölleke (Osnabrück) und Dr. Stephan Gebelein (Ostfriesland).

Fotos: NZB



Neuer hauptamtlicher Vorstand der KZVN: Dr. Thomas Nels (Vorsitzender), Dr. Jürgen Hadenfeldt (stellv. Vorsitzender) und Christian Neubarth (Mitglied im Vorstand)



Der Vorsitzende der Vertreterversammlung Dr. Ulrich Obermeyer und seine beiden Stellvertreter Dr. Henning Otte und Dr. Stefan Liepe

Zunächst wurde in geheimen Wahlen Dr. Ulrich Obermeyer aus Hagen a.T.W. mit 42 Stimmen zum Vorsitzenden der W gewählt und Dr. Henning Otte aus Hannover mit 36 Stimmen zum ersten stellvertretenden Vorsitzenden. Zweiter stellvertretender Vorsitzender wurde Dr. Stefan Liepe mit 26 Stimmen.

Der wiedergewählte W-Vorsitzende Dr. Obermeyer richtete zunächst einige Worte an den scheidenden Vorsitzenden Dr. Jobst-W. Carl, in denen er einige seiner vielen standespolitischen Ämter auf Landes- und Bundesebene, beispielsweise als Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, hervorhob. In der Ausübung dieser Ämter habe er als ausdauernder Kämpfer Vertrauen gewonnen, hart verhandelt, ohne utopische Forderungen zu stellen und Gehör gefunden, so Obermeyer. Carl bleibt der W als Mitglied auch in der kommenden neuen Amtsperiode erhalten.

Kammerpräsident D.M.D./Univ. of Florida Henner Bunke, zugleich Vorsitzender der „Zahnärzte für Niedersachsen – ZfN“, bedankte sich bei Carl für seinen Einsatz und seine ausgleichende Grundeinstellung. Er habe viel für die Zahnärzteschaft bewirkt. Für den „Freien Verband Deutscher Zahnärzte – FVDZ“ betonte Annette Apel die gute Zusammenarbeit mit Carl, und Dr. Michael Sereny, ehemaliger Kammerpräsident, sprach seine Anerkennung aus. Mit ganz persönlichen Worten bedachten Dr. Tim Hörnschemeyer und Silke Lange den ausscheidenden Vorstandsvorsitzenden. Carl habe jederzeit ein offenes Ohr und Zeit für junge Kollegen gehabt und somit den berufspolitischen Nachwuchs gefördert.

Von den ursprünglich angetretenen sieben Bewerbern für ein Vorstandsamt hatten drei im Vorfeld und einer während des Wahlprozedere ihre Bewerbungen zurückgezogen. In fünf Wahlgängen wurden die drei neuen Vorstandsmitglieder in geheimer Wahl von der Vertreterversammlung gewählt.



Der Ausschuss zur Stimmenaushählung musste während der zahlreichen Wahlgänge sehr konzentriert arbeiten: Daniela Schneider, Dr. Klaus Senge, Dr. Heinz Möhrke.

Die Gruppe „Zahnärzte für Niedersachsen – ZfN“ verfügt in der neuen Vertreterversammlung über 29, die Gruppe „Freier Verband Deutscher Zahnärzte – FVDZ“ über 21 Sitze.

Im Ergebnis erhielt Dr. Thomas Nels aus Braunschweig als Ausdruck eines breiten Vertrauens 37 der insgesamt 50 Stimmen. Christian Neubarth aus Hildesheim konnte 32 Stimmen und Dr. Jürgen Hadenfeldt aus Bovenden 31 Stimmen für sich gewinnen.

In weiteren zwei Wahlgängen wurde über die Vorstandspositionen entschieden. Dabei ist Dr. Thomas Nels mit 45 Stimmen zum neuen Vorsitzenden des Vorstandes der KZVN gewählt worden. Dr. Jürgen Hadenfeldt erhielt 35 Stimmen und ist damit stellvertretender Vorsitzender der KZVN. Christian Neubarth bleibt Mitglied im Vorstand.

Er wisse, was in dem Amt auf ihn zukäme, lautete der erste Kommentar des neuen Vorstandsvorsitzenden. Insofern sei er nicht so sehr euphorisch. Der Spagat, sich auf der einen Seite als Interessenvertreter der Kollegenschaft und auf der anderen Seite als Vertreter einer Körperschaft ►►



Mit stehendem Applaus bedachte die W den scheidenden Vorstandsvorsitzenden Dr. Jobs-W. Carl.



Dr. Julius Beischer ...



Dr. Tim Hörnschemeyer ...

Alleine für die Vorstandswahl waren fünf Wahlgänge vorgesehen.

- des öffentlichen Rechts zu bewegen, tue manchmal weh. Er hoffe aber, dass er sich den Spaß, den er bisher bei der Amtsführung gehabt habe, auch in der neuen Legislaturperiode bewahren und trotz des engen Rahmens auch gestalten könne.

Während Nels und Neubarth als Vorstände ihrer dritten Amtsperiode entgegensehen, wird Hadenfeldt erstmals eine Vorstandsposition bekleiden. Neben seiner bisherigen Mitgliedschaft in der Kammerversammlung der ZKN sowie der Vertreterversammlung der KZVN nimmt er seit 2005 das Amt des Vorsitzenden der Verwaltungsstelle Göttingen wahr. Er besitzt zudem einen Abschluss im Studiengang „Manager in Health Care Systems“ der AS Akademie Münster. Als Vorstandsreferent der KZVN für „Qualitätsmanagement“ und als Vorstandsbeauftragter der ZKN für „Zahnärztliche Praxisführung“ hatte er sich bereits Anerkennung in beiden zahnärztlichen Körperschaften erworben. Hadenfeldt bedankte sich in einem Statement für die Stimmen, die er von beiden Fraktionen erhalten hatte und betonte, dass er Ansprechpartner für alle Beteiligten sein wolle. Er betrachtet die neue Vorstandstätigkeit als Herausforderung, die mit einer großen Verantwortung verbunden

sei. Da er bereits seit 12 Jahren für die KZVN arbeite, wolle er auch keine Schonfrist für die ersten 100 Tage in Anspruch nehmen. Der neue stellvertretende Vorsitzende betonte seine Kritik- und auch seine Lernfähigkeit. Das Wort „Erkenntnisgewinn“ sei sein Lieblingswort.

Zu Beginn der neuen Legislaturperiode waren auch die Mitglieder verschiedener Ausschüsse und deren Stellvertreter zu wählen.

Neben dem Vorsitzenden der KZVN und seinem Stellvertreter als „geborene“ Vertreter wurden D.M.D./Univ. of Florida Henner Bunke, Thomas Koch und Dr. Julius Beischer als Delegierte für die W der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung gewählt.

Zu Mitgliedern des Finanz- und Verwaltungsausschusses wurden D.M.D./Univ. of Florida Henner Bunke, Dr. Carsten Vollmer und Dr. Uwe Peters gewählt.

Der Vertragsausschuss wird von Dr. Wolfhard Ross, Dr. Carsten Vollmer und Dr. Stefan Liepe gebildet.

In den Satzungsausschuss wurden Dr. Tilli Hanßen, Dr. Igor Besovic und Dr. Uwe Herz gewählt.

Einstimmig wurde eine Resolution beschlossen, in der sich die W gegen Eingriffe in die Selbstverwaltung aussprach.

In seinem Schlusswort ging der neue KZVN-Vorsitzende kurz auf die spiegelbildliche Besetzung der Ausschüsse durch die Einbeziehung beider in der W vertretenen Gruppen ein. Diese könne die Transparenz der Arbeit erhöhen. Aber auch hier benötige man dafür nicht den Gesetzgeber, sagte Nels wohl mit Blick auf das geplante sog. Selbstverwaltungsstärkungsgesetz.

Der neue Vorstandsvorsitzende Dr. Thomas Nels wünschte sich und der W eine gute Zusammenarbeit während der neuen Legislaturperiode.

Mit dem Hinweis, dass er jederzeit für ein Gespräch mit den Mitgliedern der W und für Informationen zur Verfügung stehe, schloss Nels die Versammlung. ■ _____/loe



Dr. K.-H. Schirbort und Annette Apel



Dr. Julia Schmilewski, Dr. Lutz Riefenstahl und Silke Lange

WAHLERGEBNISSE DER KONSTITUIERENDEN VERTRETERVERSAMMLUNG DER KZV NIEDERSACHSEN AM 21.01.2017

Wahlperiode 01.01.2017-31.12.2022

Vertreterversammlung	
Vorsitzender	Dr. Ulrich Obermeyer, Hagen
1. Stellvertreter	Dr. Henning Otte, Hannover
2. Stellvertreter	Dr. Stefan Liepe, Hannover
Vorstand	
Vorsitzender des Vorstandes	Dr. Thomas Nels, Braunschweig
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes	Dr. Jürgen Hadenfeldt, Bovenden
Mitglied des Vorstandes	ZA Christian Neubarth, Sarstedt
Vertreter und Ersatzmänner der KZVN in der VW der KZBV	
Mitglieder	Dr. Thomas Nels, Braunschweig *)
	Dr. Jürgen Hadenfeldt, Bovenden *)
	D.M.D./Univ. of Florida Henner Bunke, Wietze
	ZA Thomas Koch, Lüneburg
	Dr. Julius Beischer, Bad Fallingbostel
Stellvertreter/-innen	ZÄ Silke Lange, Bad Zwischenahn
	Dr. Tilli Hanßen, Jesteburg
	Dr. Stefan Liepe, Hannover
Finanz- und Verwaltungsausschuss	
Vorsitzender	D.M.D./Univ. of Florida Henner Bunke, Wietze
Stellv. Vorsitzender	Dr. Carsten Vollmer, Osnabrück
Mitglied	Dr. Uwe Peters, Lüneburg
Stellvertreter	Dr. Wolfhard Ross, Stade
	Dr. Sören Klaue, Hildesheim
	Dr. Josef Kühling-Thees, Cloppenburg
Satzungsausschuss	
Vorsitzende	Dr. Tilli Hanßen, Jesteburg
Stellv. Vorsitzender	Dr. Igor Besovic, Langenhagen
Mitglied	Dr. Uwe Herz, Oldenburg
Stellvertreter/-in	Dr. Volker Thoma, Buxtehude
	ZA Florian Basilico, Langenhagen
	Dr. Annette Vietinghoff-Sereny, Hannover
Vertragsausschuss	
Vorsitzender	Dr. Carsten Vollmer, Osnabrück
Stellv. Vorsitzender	Dr. Wolfhard Ross, Stade
Mitglied	Dr. Stefan Liepe, Hannover
Stellvertreter/-in	ZA Florian Basilico, Langenhagen
	ZÄ drs. Johanna Maria Kant, Oldenburg
	Dr. Stephan Gebelein, Wittmund

*) „geborene“ Mitglieder der Vertreterversammlung der KZBV gemäß § 80 Abs. 1a SGB V

KZBV-Jahrbuch 2016: Zahlen, Daten und Fakten zur vertragszahnärztlichen Versorgung

KZBV-JAHRBUCH 2016 ALS MASSSTAB FÜR WISSENSCHAFTLICHE ERHEBUNGEN UND INFORMATIONEN

W

ie viele Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sichern aktuell die flächendeckende und wohnortnahe Versorgung in Deutschland? Wie hoch waren die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für zahnärztliche Behandlungen in den vergangenen Jahren? Wie viel Zeit wenden Behandler im Durchschnitt pro Woche für ihre Patienten auf? Präzise und fachlich belastbare Antworten auf diese und weitere Fragen finden sich im aktuellen Jahrbuch der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV).

Die neuen Statistiken zeigen: Die Menschen in Deutschland waren noch nie so mundgesund wie heute. So liegt die Zahl der von Karies betroffenen Zähne bei 12-jährigen Kindern im Durchschnitt nur noch bei 0,5 Zähnen. Acht von zehn der 12-jährigen (81,3 Prozent) sind heute sogar völlig kariesfrei. Die Zahl kariesfreier Gebisse insgesamt hat sich in den Jahren 1997 bis 2014 fast verdoppelt.

„Gute Nachrichten gibt es auch bei der Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen. Bei einer Zahl von mittlerweile 2.608 Kooperationsverträgen zwischen den rund 13.000 Pflegeeinrichtungen und Zahnärzten ergibt sich zum 31. Dezember 2015 ein Abdeckungsgrad von bundesweit mehr als 20 Prozent. Der ansteigende Trend hin zu dieser Form der aufsuchenden Versorgung ist damit ungebrochen. In fast jedem fünften Pflegeheim ist eine solche Kooperation damit schon verbindlich vereinbart worden“, sagte Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV.

Angebote für Patienten mit Handicap kommen in der Versorgung an. Auch weitere Abrechnungsdaten der aufsuchenden Betreuung durch Zahnärzte verdeutlichen, dass die neuen Leistungen des Versorgungsstrukturgesetzes und des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes hohe Akzeptanz erfahren. Die Angebote erreichen schwerpunktmäßig genau



die Patienten, die im Konzept der Alters- und Behindertenzahnheilkunde der Zahnärzteschaft Zielgruppe der Bemühungen sind. Insgesamt ist die Zahl der Besuche von Behandlern in der aufsuchenden Versorgung im Jahr 2015 im Vergleich zum Vorjahr noch einmal um 8,5 Prozent auf rund 854.300 Besuche gestiegen.

Hintergrund und Bezugsquellen

Bereits seit Jahren ist das von der Abteilung Statistik der KZBV erarbeitete Jahrbuch der Maßstab für wissenschaftliche Erhebungen und Informationen rund um die vertragszahnärztliche Versorgung. Die Ausgabe 2016, die Tabellen und Grafiken aus den Bereichen Gesetzliche Krankenversicherung, zahnärztliche Versorgung, Zahnarztzahlen sowie Praxisentwicklung enthält, kann auf der Website der KZBV bestellt werden (www.kzbv.de).

Die Vollversion der Publikation kann dort zudem im PDF-Format kostenfrei heruntergeladen werden. Alternativ ist eine Bestellung an folgende Anschrift möglich: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Abteilung Statistik, Universitätsstr. 73, 50931 Köln. Bestellungen per Fax richten Sie bitte an die Nummer 0221 4001-180, telefonische Bestellungen können unter der Nummer 0221 4001-215/-117/-216 aufgeben werden. ■

Quelle: www.med-dent-magazin.de Nr. 01/2017

Patientenschutz in Gefahr

EUROPÄISCHE KOMMISSION STELLT NATIONALE BERUFLICHE REGULIERUNG UNTER GENERALVERDACHT

Patienten- und Verbraucherschutz sind wesentlicher Grund für Vorschriften in Deutschland, die z. B. festlegen, mit welcher Qualifikation bestimmte Berufe ausgeübt werden dürfen, so zum Beispiel der Arztberuf.

Die Europäische Kommission hat am 10. Januar 2017 mehrere Gesetzgebungsvorschläge präsentiert, die die Konjunktur des Europäischen Binnenmarktes beleben sollen, darunter auch eine Prüfung der „Verhältnismäßigkeit“ von Berufsregeln. Die Europäische Kommission möchte damit die aus ihrer Sicht „überflüssige nationale Regulierung“ verhindern, um das Wirtschaftswachstum ohne Barrieren anzukurbeln. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) kritisierte diesen Vorstoß der Brüsseler Behörde massiv.

„Die Kommission stellt berufliche Regulierung unter den Generalverdacht, „Wirtschaftsbremser“ zu sein“, so der Präsident der BZÄK, Dr. Peter Engel. „Dieser Weg ist falsch. Die Ökonomie kann nicht der entscheidende Maßstab für nationales Berufsrecht sein. Berufsregeln dienen vielmehr dem Patienten- und Verbraucherschutz sowie der Sicherstellung eines hohen Qualitätsniveaus. Es ist unverständlich, dass patientenschützende Regeln aufgeweicht werden sollen.“

Der als Proportionalitätstest bezeichnete Richtlinienentwurf der Europäischen Kommission beinhaltet einen umfassenden Prüfauftrag für den nationalen Gesetzgeber. Er soll vor Änderung bestehenden Berufsrechts oder neuem Erlass anhand vordefinierter Kriterien prüfen, ob die Regulierung verhältnismäßig ist. Erfasst sind dabei alle regulierten Berufe einschließlich der Gesundheitsberufe.

„Der Test ist äußerst kompliziert und höchst bürokratisch“, so Engel, „das Europäische Parlament und die im Rat versammelten Mitgliedstaaten sind gefordert, hier dringend Korrekturen vorzunehmen“.



Hintergrund

Das im Januar 2017 vorgestellte Dienstleistungspaket der Europäischen Kommission ist Teil der Binnenmarktstrategie, die auf mehr Wirtschaftswachstum innerhalb der EU abzielt. Das neue Dienstleistungspaket besteht im Einzelnen aus: einem Verordnungsvorschlag für die Einführung einer Europäischen Dienstleistungskarte sowie einem Richtlinienentwurf über den rechtlichen und operativen Rahmen einer solchen Karte, einem Richtlinienentwurf für einen Proportionalitätstest bzw. eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Verabschiedung künftiger Berufsregulierung, einer Mitteilung über Reformempfehlungen bei regulierten Berufen, einem Richtlinienentwurf zur besseren Durchsetzung der Dienstleistungsrichtlinie und der Reform des sog. Notifizierungsverfahrens.

Bei einem regulierten Beruf wird durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften festgelegt, dass die Berufsausübung nur erfolgen darf, wenn der Nachweis über eine bestimmte Qualifikation erbracht wurde. ■

Quelle: Presseinformation der BZÄK vom 16.01.2017



Photo © Sebastian Duda/Fotofile.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 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



BZÄK: 71.425 Zahnärzte und ihre Teams für die Mundgesundheit

ZAHLEN ZUR ZAHNMEDIZIN IM NEUEN STATISTISCHEN JAHRBUCH DER BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

Die Mundgesundheit der Deutschen ist so gut wie nie – dies belegte zuletzt eindrucksvoll die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie. Dass dies so bleibt und verbliebene Herausforderungen angegangen werden, dafür setzen sich tagtäglich 71.425 aktive Zahnärzte und ihre Teams ein. In ihrer Arbeit unterstützt werden die Zahnärzte von 207.000 Zahnmedizinischen Fachangestellten, davon 25.000 mit Aufstiegsfortbildung, 16.000 Medizinischen Fachangestellten, 14.000 Zahntechnikern, 8.000 Verwaltungskräften und rund 60.000 weiteren Personen.

Von den 52.729 in eigener Praxis niedergelassenen Zahnärzten ist nur knapp die Hälfte der Zahnärzteschaft männlich und hat zwischen vier und fünf Angestellte. Die Zahl der in Praxen angestellten Zahnärzte hat seit 2007 kontinuierlich zugenommen und liegt derzeit bei 15.541 Personen.

Diese und weitere Informationen sind der aktuellen Ausgabe des Statistischen Jahrbuchs der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) zu entnehmen (tinyurl.com/bzaek-jahrbuch). ■

Presseinformation der BZÄK vom 09.01.2017





Foto: NZB

Sitzung der Bezirksstellenvorsitzenden der ZKN in Braunlage – Austausch mit Vorstand und Verwaltung

Am Vormittag des Eröffnungstages der Winterfortbildung in Braunlage findet traditionell eine Arbeitssitzung mit den Vorsitzenden der Bezirksstellen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) statt. In Vertretung des wegen einer parallel in Berlin stattfindenden Sitzung der Bundeszahnärztekammer verhinderten Präsidenten Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, begrüßte der Stellvertretende Präsident Jörg Röver die angereisten Bezirksstellenvorsitzenden und teilweise deren Stellvertreter im Tagungsraum in der 10. Etage des Maritim Berghotels Braunlage bei herrlicher Aussicht durch die Panoramafenster auf eine traumhafte Winterlandschaft. Neben den Mitgliedern des Vorstandes nehmen regelmäßig auch die Geschäftsführung sowie einige für die Bezirksstellen wichtige Ansprechpartnerinnen und -partner der ZKN-Verwaltung teil, um Probleme zu erörtern und Fragen zu klären, die bei der Amtsführung in den regionalen Bezirksstellenbüros in den vergangenen Wochen und Monaten aufgetreten sind.

Da sich die Geschäftsräume der Bezirksstellen in den meisten Fällen am Praxissitz der Vorsitzenden befinden, gilt es auch regelmäßig, organisatorische Abläufe zu klären. Diese standen auch am 25.01.2017 auf der Agenda. Daneben wurden viele andere Themen erörtert, die in

den vergangenen Monaten aus der Kollegenschaft an die Bezirksstellen herangetragen wurden. An erster Stelle sind weiterhin die Praxisbegehungen nach Medizinprodukte-, Infektionsschutz- und Arbeitsschutzgesetz zu nennen. Hier besteht ein offensichtlich großes Interesse daran, die Kompetenz der Zahnärzteschaft für Begehungen gegenüber der Landesregierung verstärkt ins Gespräch zu bringen, mit dem Ziel, die Begehungen weg von den Behörden in die Hoheit der Zahnärztekammer zu verlagern. Das Für und Wider wie auch die rechtlichen Rahmenbedingungen solcher Aufgabenverlagerungen wurden ausführlich diskutiert. Weitere Themen waren der Stand der GOÄ-Novellierung, das Gutachterwesen der ZKN, die Auffrischung der Röntgen-Sachkunde, arbeitsrechtliche Fragen, Angelegenheiten zur Aus- und Fortbildung von Zahnmedizinischen Fachangestellten sowie die Organisation von regionalen ZMV-Kursen, um den Interessenten die häufig lange Anfahrt nach Hannover zu ersparen.

Bei guter kollegialer Atmosphäre konnten alle Themenfelder konzentriert und konstruktiv abgearbeitet werden. Die Zeit bis zur Eröffnung des Winterkongresses nutzten die Teilnehmer für ein Mittagessen und eine verdiente Pause. ■

_____ Dr Lutz Riefenstahl, Gronau

Frühzeitige Diagnostik ist essenziell



Kariesprävention und -therapie basieren auf der richtigen Diagnostik. Diese enthält die Einschätzung des Progressionsstadiums und der Aktivität (aktiv/inaktiv), was erst nach Entfernung von Plaque erfolgen kann. Insbesondere bei Approximalkaries an Milchmolaren sollte eine röntgenologische Diagnostik aufgrund potenzieller Pulpabeteiligung in Betracht gezogen werden. Kariesprävention und eine frühzeitige Diagnostik von aktiven Initialläsionen stellen den Schlüssel für langfristige orale Gesundheit und Lebensqualität dar.

Das primäre Ziel der Kinderzahnheilkunde ist eine hohe Lebensqualität für Kinder durch langfristige Mundgesundheit und ein positives Vertrauensverhältnis zum Zahnarzt. Dafür ist ein effektives Praxiskonzept in der Individualprophylaxe sowie eine frühzeitige Diagnostik unter anderem von Karies und Zahnfehlstellungen essenziell. Zu berücksichtigen ist, dass in Deutschland eine polarisierte Verteilung von Karies im Milchgebiss vorliegt. Der Großteil der Kinder weist heutzutage zumeist keine oder nur eine sehr

geringe Karieserfahrung auf, während eine kleine Gruppe vergleichsweise hohe Karieswerte aufzeigt [1]. Ungefähr ein Viertel der Kinder weist fast drei Viertel der kariösen Defekte auf. Diese Polarisierung des Kariesbefalls korreliert stark mit dem Bildungsstand der Eltern, der demzufolge einen guten Prädiktor für die Zahngesundheit der Kinder darstellt [2].

Funktionierendes Präventionskonzept. Folglich ist für den Großteil der Kinder das Präventionskonzept bereits erfolgreich. Jedoch ergaben epidemiologische Untersuchungen, dass der Sanierungsgrad im Milchgebiss mit ca. 40 bis 60 Prozent im Vergleich zum bleibenden Gebiss deutlich geringer ist [3]. Dies ist wahrscheinlich unter anderem auf die geringere Behandlungsfähigkeit bei kleinen Kindern zurückzuführen.

Doch welche Diagnostik und Therapieoptionen sollten insbesondere bei dem Viertel der Kinder in Betracht gezogen werden, die den Großteil der Karieslast tragen? Ein diagnostisches Gesamtkonzept ist wichtig, denn gerade bei kleinen Kindern zwischen zwei und sechs Jahren verläuft



Approximalkaries. Mit Hilfe von Röntgenaufnahmen kann Approximalkaries an Milchmolaren (rot umrandet) oftmals identifiziert werden und das Risiko einer möglichen Beteiligung der Pulpa abgeschätzt werden (Abb. 1)



Plaueanfärbelösung. Durch das Visualisieren der dentalen Beläge mit Plaueanfärbelösung kann die Mundhygiene sehr einfach beurteilt werden (junge Plaue = hellrosa, ältere, gereifte Plaue = dunkel lila-blau). Erst nach Entfernung der Zahnbeläge können darunterliegende, aktive kariöse Läsionen diagnostiziert werden (s. Abb. 3a – gleicher Patient nach Entfernung der Zahnspange und Reinigung der Zähne) (Abb. 2).

Fotos: Mit freundlicher Genehmigung der Autoren

nur ein schmaler Grat zwischen der Entscheidung für eine schrittweise zumeist nichtrestaurative bzw. minimalinvasive Therapie ambulant und einer dann vergleichsweise sehr invasiven Zahnsanierung in Narkose.

Daher sind eine zielgerichtete Diagnostik und präzise Diagnostikstellung wichtig. Sie umfasst u. a. neben anamnestischen Faktoren wie etwa der Fluoridnutzung auch die Mundhygienebeurteilung, Karieserfahrung, -aktivität und -risiko, Lokalisation der kariösen Defekte, Alter und Kooperation des Kindes für zahnmedizinische Therapien.

Anamnese. In den meisten Kliniken und Praxen wird mit dem ersten Termin ein spezifischer Anamnesebogen für Kinder zum Ausfüllen an die Eltern ausgegeben. Er sollte neben der üblichen Abfrage nach Allgemeinerkrankungen, Vorerfahrungen beim Zahnarzt und Präventionsverhalten auch den Grund des Besuchs enthalten, damit eine zielgerichtete Kommunikation möglich ist. Außerdem empfiehlt sich bei Kindern die Abschätzung des Kariesrisikos anhand relevanter Faktoren wie Karieserfahrung und Bildungsniveau, häuslicher Fluoridnutzung, Ernährungs- und Mundhygieneverhalten.

Kariesdiagnostik. Karies ist ein lokaler, multifaktorieller Prozess, bei dem die demineralisierenden Faktoren überwiegen und die kariöse Kavität eine Folge, also ein Spätstadium, darstellt [4]. Das Ziel einer modernen Kariesdiagnostik und -therapie ist es daher, frühzeitig initiale Kariesläsionen zu identifizieren, um sie dann unter Anwendung noninvasiver Techniken wie Plaquekontrolle und Fluoridierung arretieren zu können. Eine regelmäßige, visuell(taktile) Untersuchung des Mundes und der Zähne gehören zum Standardrepertoire eines Zahnarztes. Aktive Initialekaries kann klinisch jedoch erst nach Entfernen der dentalen Plaque und Trocknung der Zähne unter Anwendung einer sehr guten Lichtquelle befundet werden. Wichtig ist, dass bei der Untersuchung von Initialekaries keine Kraft mit einer spitzen Sonde aufgebracht wird, da so die intakte Oberfläche zerstört und damit die Chance auf eine defektfreie Remineralisation genommen wird. Die Klassifizierung von Läsionen sollte mindestens zwischen Initialekaries und kavitierten Defekten sowie deren Aktivitätsgrad [5] unterscheiden, was eine präzisere Therapieentscheidung ermöglicht.

Die Kaltlichtsonde bietet sich insbesondere für die erste Untersuchung der Approximalräume an. Bei Verdacht auf oder bei bereits bestehender Approximalkaries im Milchgebiss sollte stets eine röntgenologische Untersuchung in Betracht gezogen werden, da durch die vergleichsweise dünne Schmelz-Dentin-Schicht die Nähe vom Defekt zur Pulpa abgeklärt werden sollte. Dafür bietet sich insbesondere die Bissflügelaufnahme (Abb. 1) oder je nach Indikation auch ein OPG an. ►►



Aktive Initialekaries. Die Abbildungen 3a bis 3c zeigen aktive und inaktive kariöse Läsionen in der Gegenüberstellung. Aktive kariöse Initialekaries imponieren als krebisig-weiße, matte Entkalkungen im Schmelz. Oftmals sind diese Läsionen von Plaque bedeckt (Abb. 2 – gleicher Patient vor Entfernung der Zahnsperre und vor der Reinigung der Zähne) und deshalb erst nach Entfernung der Beläge sichtbar. Sie entstehen durch ein chronisches Ungleichgewicht von De- und Remineralisation. Das multifaktorielle Zusammenwirken der Hauptfaktoren Plaque, Zucker, Wirt und Zeit ist dafür essenziell (Abb. 3a).



Inaktivierte Initialekaries. Inaktivierte Läsionen nach frühkindlicher Karies imponieren als weißlich-bräunliche Bänder unter einer glänzend polierten Oberfläche. Durch regelmäßige häusliche Biofilamentfernung und Fluoridierung konnten diese kariösen Initialekaries arretiert werden (Abb. 3b).



Inaktive Dentinläsionen. Primäre noninvasive Kariestherapie kann auch bei Dentinläsionen erfolgreich das Gleichgewicht wiederherstellen. Nur durch tägliches Nachputzen der Eltern und das Abstellen der nächtlichen Trinkgewohnheit (in diesem Fall Saftschorle) konnten diese großflächigen kariösen Dentinläsionen inaktiviert also therapiert werden. Diese inaktivierten, großflächigen Dentinläsionen nach frühkindlicher Karies an 52 bis 62 erscheinen nun als glatte dunkelbraun/schwarze Zahnhartsubstanz bei gesunder Gingiva (Abb. 3c).

Eigenschaften	aktive Glattflächenläsion (Abb. 3a)	inaktive Glattflächenläsion (Abb. 3b)
Farbe	creidig weiß	weißlich, gelblich, bräunlich
Oberfläche nach Trocknung	matt	glänzend
Lage	direkt am Gingivarand	oft minimal (1-2 mm) über Gingiva
Belag	meist mit Plaque	oft ohne Plaque
Gingiva	meist Gingivitis mit Blutungsneigung	gesunde Gingiva ohne Blutungsneigung

Tabelle: Vergleich. Die Tabelle zeigt die Unterschiede der aktiven und inaktiven Initialläsion an Glattflächen. Sie unterscheiden sich in Farbe, Oberfläche nach Trocknung, Lage, Belag und Gingiva (Tab. 1).

► **Mundhygienestatus und Kariesaktivität.** Um die Mundhygiene von Patienten besser zu beurteilen, stellt das Visualisieren der Beläge mit Hilfe von Plaqueanfärbelösung eine einfache und sinnvolle Vorgehensweise dar (IP1). Hierbei färbt sich junge Plaque hellrosa und ältere, gereifte Plaque dunkel lila-blau (Abb. 2). Die Kariesaktivität kann nach Entfernung der Zahnbeläge durch den Patienten unter Anleitung (IP2) gut anhand der kariösen Initialläsionen (aktiv bzw. inaktiv), klassifiziert werden (Tab. 1, Abb. 3a/b). In jedem Stadium von der initialen Schmelzläsion bis zur großflächigen bzw. tiefen Dentinläsion kann der kariöse Prozess inaktiviert, also gestoppt werden (Abb. 3c). Die aktiven Initialläsionen sind creidig, weiß und matt, da sie konstant durch bakterielle Säureproduktion angeätzt werden. Außerdem gehen sie oft mit einer Gingivitis einher, die z.B. Patienten verrät, die vor dem Zahnarztbesuch nur einmalig gut geputzt haben.

Kariesrisiko. Die Einschätzung des Kariesrisikos des Kindes sowie einzelner Zähne oder Zahnflächen kann einen wesentlichen Einfluss auf die Therapieentscheidung haben. Kinder mit hoher Karieserfahrung oder mit Eltern mit niedrigem Bildungsstand oder Sozialstatus haben ein insgesamt signifikant größeres Risiko, neue kariöse Läsionen zu entwickeln [6]. Das Kariesrisiko kann jedoch nicht nur auf Kindebene, sondern je nach Zahn und Zahnfläche variieren. Bei Kleinkindern mit Konsum von süßen oder säurehaltigen Getränken aus der Nuckelflasche kann eine frühkindliche Karies entstehen, die zumeist an den Glattflächen der Oberkieferfrontzähne beginnt und anhand von Initialkaries im Frühstadium erkannt werden kann [7]. Die Okklusalfächen der durchbrechenden ersten permanenten Molaren bei Kindern im Alter von sechs bis acht Jahren und die zweiten Molaren bei 12- bis 14-jährigen gelten grundsätzlich als Risikoflächen, auf die es besonders zu achten gilt. Denn bei konventioneller Putztechnik sind diese Flächen oft nicht gut erreichbar (Abb. 4a). Abhilfe bietet die Querputztechnik (Abb. 4b).

Pulpadiagnostik im Milchgebiss. Die richtige Diagnose in Bezug auf die Milchzahnpulpa ist die zentrale Frage für eine erfolgreiche Kinderbehandlung, aber schwierig

zu stellen. Wichtig ist die Durchführung einer möglichst genauen Schmerzanamnese (Lokalisation, Dauer, Art, etc.). Ein Vitalitäts- und Perkussionstest kann hilfreich sein, sollte jedoch bei kleinen Kindern vorsichtig interpretiert und nicht als alleiniges Kriterium herangezogen werden, um etwa zwischen einer reversiblen und irreversiblen Pulpitis oder Pulpanekrose zu unterscheiden. Fisteln und submuköse Abszesse sind in der Regel gut zu sehen. Nach ihnen sollte insbesondere bei tiefen approximalen Läsionen gesondert gesucht werden, da approximal kavitierte Läsionen an Milchmolaren häufig mit einer Beteiligung der Pulpa einhergehen [8]. Auch hier ist eine röntgenologische Untersuchung hilfreich.

Die richtige Einschätzung zum Zustand der Pulpa ist sehr wichtig, denn der therapeutische Aufwand und die nötige Kooperationsfähigkeit des Kindes unterscheiden sich deutlich zwischen einer Füllung oder einer Pulpotomie bzw. Pulpektomie mit anschließender Stahlkronenversorgung an einem Milchmolaren oder sogar einer Exaktion.

Screening und Prävention von Habits. Nicht selten liegen im Milchgebiss Kreuzbisse oder (lutsch-)offene Bisse vor, die teilweise durch Habits hervorgerufen werden. Habits wie das Daumenlutschen, die Mundatmung oder ein verlängerter Gebrauch des Schnullers sollten frühzeitig erkannt werden, um einen habituell frontal offenen Biss zu vermeiden oder zu therapieren. Ein präventiv ausgerichtetes kieferorthopädisches Screening ist damit ein weiterer wichtiger Bestandteil der zahnärztlichen Betreuung von Kindern, die eine rechtzeitige kieferorthopädische Intervention sicherstellen kann. Zudem kann beispielsweise bei inkompetentem Lippenschluss durch Lippenübungen einer Mundatmung und einem offenen Bisses vorgebeugt werden. Nach der vorzeitigen Entfernung von Milchmolaren ist ein Lückenmanagement zwingend nötig, um einer späteren langjährigen und kostenintensiven KFO-Therapie vorzubeugen. Dies kann über feste oder herausnehmbare Lückenhalter erfolgen [9].

Kariesprävention vom ersten Zahn an. Die Früherkennung und Frühbehandlung von kariösen Läsionen sind heutzutage Schwerpunkte der Kinderzahnheilkunde. Daher sollte



Okklusales Bürsten. Zähneputzen bei einem durchbrechenden Molaren: Durch normales okklusales Bürsten bei einem durchbrechenden Zahn ist die Plaqueentfernung aufgrund der fehlenden Okklusion nicht suffizient möglich. (Abb. 4a).



Querputzen. Die Querputztechnik (bukkingual gerichtetes Bürsten) sollte in diesem Fall empfohlen werden. (Abb. 4b).

eine genaue Identifizierung der Kariesrisikofaktoren beim Kleinkind durchgeführt werden – und in deren Folge eine risikospezifische Kariesprävention vom ersten Zahn an. Die zahnärztliche Prophylaxe sollte vier Aspekte enthalten: Aufklärung einschließlich der Motivierung der Eltern und später auch des Kindes, Zahnpflege mit Mundhygienetraining für die Eltern von Kleinkindern, Fluoridnutzung und Ernährungslenkung [10].

Wichtige Empfehlungen für gesunde Zähne (adaptiert nach [10]) sind:

- ▶ Zweimal tägliches Zähneputzen mit fluoridierter Zahnpasta für ca. drei Minuten. Bei gesunden Milchzähnen und niedrigem Kariesrisiko: Kinderzahnpasta (500 ppm Fluorid). Zur noninvasiven Kariestherapie im Milchgebiss in Absprache mit den Eltern: Juniorzahnpasta (>1000 ppm Fluorid), wenn das Kind ausspucken kann
- ▶ Nachputzen durch die Eltern, bis das Kind gut selbstständig putzen kann (ca. 9. Lebensjahr)
- ▶ Regelmäßige Kontrolle und Gewöhnung beim (Kinder-) Zahnarzt ab dem ersten Zahn, Frequenz in Abhängigkeit vom Kariesrisiko
- ▶ zucker- und säurehaltige Getränke nur zu den Hauptmahlzeiten, ansonsten Wasser

Ernährungslenkung. Im Gegensatz zur Beratung und Therapie mit Fluoriden sind eine ausführliche Ernährungsanamnese und -beratung nur bei hoher Kariesaktivität angezeigt, wie bei der sogenannten Nuckelflaschenkaries. Für die noninvasive Therapie einzelner Initialläsionen ist die Ernährungslenkung deutlich weniger wirksam und sollte deshalb beim Patientengespräch nur eine untergeordnete Rolle spielen. Hingegen sollte dem Patienten verdeutlicht werden, dass der Patient bzw. die Eltern die eigentliche Kariesprävention und -therapie durch das Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpaste zu Hause durchführen.

Präventive Fissurenversiegelung. Eine Fissurenversiegelung sollte nicht routinemäßig bei allen Kindern, sondern nur bei hohem Kariesrisiko auf den Risikoflächen erfolgen [11]. Bei Patienten mit geringer Mitarbeit und hohem

Kariesrisiko und hoher Kariesaktivität sollte jedoch trotz gesunder Okklusalfächen am ersten oder zweiten permanenten Molaren neben der Instruktion der Querputztechnik eine (präventive) Fissurenversiegelung erfolgen [12]. Dies ist insbesondere während des Zahndurchbruchs wichtig und dann z. B. durch eine temporäre Versiegelung mit einem Glasionomerzement möglich. Die Idee ist, dass das Risiko für Plaqueanlagerungen reduziert wird, und somit das lokale Gleichgewicht eher stabil gehalten werden kann. Allerdings tragen auch versiegelte Zähne bei ▶▶

→ Vita

DR. JULIAN SCHMOECKEL

- ▶ 2005 – 2011 Studium der Zahnheilkunde an der Universität Greifswald
- ▶ 2008 – 2009 Studium der Zahnheilkunde an der University of Helsinki, Finnland
- ▶ 2011 Staatsexamen und zahnärztliche Approbation
- ▶ seit 2012 Zahnarzt auf der Abteilung Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde der ZZMK Greifswald
- ▶ 2013 Promotion auf dem Gebiet der Kariesepidemiologie
- ▶ 2013 Zertifizierung in zahnärztlicher Hypnose und hypnotischer Kommunikation durch die DGZH
- ▶ seit 2013 Referent bei Fortbildungen u. a. bei der ZÄK Mecklenburg-Vorpommern insbesondere in den Bereichen Kinderzahnheilkunde & Kariologie
- ▶ seit 2013 Autor zahlreicher nationaler und internationaler Fachpublikationen
- ▶ seit 2013 Clinical Supervisor beim Master of Science Pediatric Dentistry
- ▶ seit 2015 Mitglied im Leitungsteam „Team DAJ“ zur Durchführung der Studie zu den Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V.

Forschungsschwerpunkte

- ▶ Kariesepidemiologie
- ▶ Kariesrisiko & risikospezifische Kariesprävention
- ▶ Non- & minimalinvasives Kariesmanagement
- ▶ Spezialisierte Kinderzahnheilkunde
- ▶ Verhaltensmanagement & Lachgasbehandlung



- ▶ weiterhin hoher Kariesaktivität ein sehr hohes Risiko, insbesondere approximal kariös zu werden. Denn Versiegelungen beeinflussen den kariösen Prozess nicht ursächlich.

Prävention von Zahnarztangst. Ein geschultes (kinder-) zahnärztliches Team, schafft es bei den meisten Kindern durch eine angenehme Atmosphäre, kindgerechten Umgang und verhaltensformende Techniken ausreichend Vertrauen aufzubauen, um auch schwierigere Zahnbehandlungen durchzuführen. Bei besonders ängstlichen Kindern kann gegebenenfalls neben hypnotischer Kommunikation auch eine Lachgassedierung für die Behandlung der Zähne helfen. Als letzte Alternative bleibt für wenige Fälle noch eine Zahnsanierung in Narkose, die allerdings nur in Kombination mit einer guten häuslichen Zahnpflege einen langfristigen Erfolg verspricht. Dabei wird jedoch die Zahnarztangst nicht therapiert und dem Kind keine eigene Bewältigungsstrategie beigebracht. Eine sehr sinnvolle Art der Prävention von Zahnarztangst sind gesunde Zähne – also eine erfolgreiche Kariesprävention. ■

Dr. Julian Schmoedel, Abt. für Präventive Zahnmedizin & Kinderzahnheilkunde Universität Greifswald

Dr. Ruth M. Santamaría, Abt. für Präventive Zahnmedizin & Kinderzahnheilkunde Universität Greifswald

Prof. Dr. Christian H. Splieth, Leiter der Abt. für Präventive Zahnmedizin & Kinderzahnheilkunde Universität Greifswald

Quelle: Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung des IZZ (Das Informationszentrum Zahngesundheit ist eine Einrichtung der Zahnärzteschaft Baden-Württemberg); Erstveröffentlichung www.zahnaerzteblatt.de, ZBW 11/2015

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

→ Vita



PROF. DR. CHRISTIAN H. SPLIETH

- ▶ Derzeitiger Leiter der Abteilung für zahnmedizinische Prävention und Kinderzahnheilkunde an der Universität Greifswald

Ausbildung

- ▶ 1985 – 1990 Studium der Zahnmedizin an den Universitäten Göttingen, Leeds/GB & Minnesota/USA

Berufserfahrung

- ▶ 1989 – 1993 Assistenzarztzeit in der Zahnarztpraxis
- ▶ 1993 Wissenschaftlicher Mitarbeiter ZZMK Universität Greifswald
- ▶ 2000 Habilitation & Spezialist der DGKiZ
- ▶ 2003/2004 Ruf und Professur Kinderzahnheilkunde und Prävention, Universität Kiel
- ▶ 2004 Professur und Leitung der Abt. für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde, Universität Greifswald
- ▶ 2013 – 2015 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde

Forschungsschwerpunkte

- ▶ Kariologie und Kinderzahnheilkunde, insbesondere
- ▶ Kariesrisikodiagnostik (incl. Speicheltests)
- ▶ risikospezifische Kariesprävention (incl. Fluoriden und antimikrobiellen Wirkstoffen)
- ▶ Validierung der Diagnostik von kariösen Initialläsionen
- ▶ Diagnose und chemo-mechanische Entfernung von Dentinkaries
- ▶ Effektivität und Effizienz von Individual- und Gruppenprophylaxe
- ▶ Indikationen und Erfolgsraten von Fissurenversiegelungen
- ▶ Epidemiologie, Gesundheitsökonomie
- ▶ Problemorientiertes Lernen und Lehrevaluation

→ Vita



OÄ DR. RUTH M. SANTAMARÍA

- ▶ 1995 – 1999 Studium der Zahnmedizin am Colegio Odontológico Colombiano/Bogotá – Kolumbien
- ▶ 2000 – 2001 Assistenz Zahnärztin am Hospital de Zipaquirá/Zipaquirá – Kolumbien
- ▶ 2001 – 2003 Spezialisierung auf dem Gebiet der KiZHK an der Univ. El Bosque, Bogotá
- ▶ 2003 – 2007 Wissenschaftliche Mitarbeiterin Abteilung für KiZHK der Universidad El Bosque, Bogotá
- ▶ 2007 – 2008 MSc in International Health an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- ▶ seit 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung für Präventive Zahnmedizin und KiZHK der Universität Greifswald
- ▶ seit 2013 Vorträge & Seminare für den ZMP-Kurs der Zahnärztekammer MV im Bereich Kariologie
- ▶ 2014 Promotion (Kariestherapien bei Kindern) an der Universität Greifswald
- ▶ 2015 Ernennung zur Oberärztin in der Abt. für Präventive Zahnmedizin & KiZHK

Forschungsschwerpunkte

- ▶ Kariologie (Kariesepidemiologie, Kariesrisikodiagnostik, risikospezifische Kariesprävention, Kariestherapien)
- ▶ Dentalfuriose
- ▶ Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität



Abrechnungstipps aus KZVN und ZKN

RICHTIGE DOKUMENTATION – RICHTIGE ABRECHNUNG



ENDO-ABRECHNUNG

Immer wieder erreichen uns Anfragen an der Abrechnungshotline zur richtigen Berechnung von Endo-Leistungen, daher wollen wir Ihnen in diesem Heft ausführliche Abrechnungshilfen zum Bereich der Endo-Abrechnung geben.

Zuzahlungsverbot

Grundsätzlich unterliegen alle vertragszahnärztlichen Leistungen einem Zuzahlungsverbot, wenn keine andere gesetzliche Regelung (ZE Festzuschussystem) oder bundesmantelvertragliche Ausnahme (Mehrkostenvereinbarung Füllungen) vorliegt. Dies gilt auch für Nickel-Titan-Feilen zur einmaligen Anwendung bei der maschinellen Aufbereitung und für besondere Wurzelfüllungsmaßnahmen.

Schnittstelle GKV zur GOZ

Auf Grund der o. g. Bestimmungen sind außervertragliche Leistungen mit GKV Versicherten zu Endo-Leistungen daher nur vereinbarungsfähig, wenn ...

- ... es sich um eine Leistung handelt, die nicht im BEMA enthalten ist
- ... es eine Leistung ist, die nicht den GKV-Richtlinien entspricht
- ... es eine Behandlung ist, die über das Wirtschaftlichkeitsgebot hinaus geht

Vereinbarung mit dem Patienten

Für eine gültige Vereinbarung mit einem GKV-Versicherten müssen die gesetzlichen Bestimmungen des SGB V und die vertraglichen Bestimmungen des Bundesmantelvertrages (BMV Z) und des Ersatzkassenvertrages (EKV Z) beachtet werden.

„Der Vertragszahnarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern ... wenn und soweit der Versicherte klar erkennbar verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versicherten zu treffen.

Im Übrigen soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen.“ § 4 Abs. 5d BMV-Z

Das bedeutet für Sie:

- Eine schriftliche Vereinbarung auf Grundlage von §4 BMV Z bzw. §7 EKV Z mit dem Patienten vor Beginn der Behandlung ist erforderlich
- Die Vereinbarung muss vom Patienten und vom Zahnarzt unterschrieben werden
- In der Vereinbarung muss der Hinweis erfolgen, dass der Patient darüber aufgeklärt wurde, dass die Krankenkasse voraussichtlich keine Kosten übernimmt.
- Wenn Sie wissen, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch die GKV nicht erfolgt, muss der Versicherte vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Gesamtkosten der Behandlung in Textform (Name des Zahnarztes muss genannt werden) informiert werden.

Wir empfehlen Ihnen einen Heil- und Kostenplan dergestalt aufzustellen, dass die tatsächliche Rechnungssumme am Ende der Behandlung die Summe des Kostenvorschlags unterschreitet.

GKV Richtlinien

Gemäß der GKV Richtlinie Nr. 9 können Zähne mit Erkrankungen oder traumatischen Schädigungen der Pulpa, sowie Zähne mit nekrotischem Zahnmark in der Regel durch endodontische Maßnahmen erhalten werden. ►►



- ▶▶ Für Molaren gibt es besondere Regelungen in dieser Richtlinie.
Danach ist die Wurzelkanalbehandlung von Molaren in der Regel angezeigt, wenn
 - damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
 - eine einseitige Freundsituation vermieden wird,
 - der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.

Von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung gibt es die folgenden Definitionen als Hilfestellung dazu:

Definition geschlossene Zahnreihe:

- ▶ wenn mesial des endodontisch zu behandelnden Molaren alle Zähne vorhanden sind,
- ▶ wenn mesial des zu behandelnden Molaren eine Lücke durch Lückenschluss, richtlinienkonformen festsitzenden Zahnersatz oder Implantate bereits früher geschlossen worden ist.
- ▶ Gibt es mesial des endodontisch zu behandelnden Zahnes Lücken, die mit Sicherheit keine Auswirkungen auf möglicherweise noch anzufertigenden Zahnersatz im Zusammenhang mit dem gerade endodontisch zu behandelnden Molaren aufweisen, so stellen diese Lücken keine Unterbrechung der geschlossenen Zahnreihe entsprechend der Richtlinie B. III. 9.4 dar.

Definition einseitige Freundsituation:

- ▶ Eine Freundsituation ist immer dann gegeben, wenn hinter dem letzten Zahn der Zahnreihe eine freie Strecke des Alveolarkamms nicht mit natürlichen Zähnen bestückt ist.
- ▶ Der Weisheitszahn ist nicht zu berücksichtigen.
- ▶ Es muss zur einseitigen Freundsituation kommen, um überhaupt die Frage nach der endodontischen Vertragskonformität zu stellen.
- ▶ Sollte auf der Gegenseite bereits eine Freundsituation bestehen, so ist die endodontische Behandlung eines Molaren in der Regel nicht Inhalt der vertragszahnärztlichen Behandlung.

Definition Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz:

- ▶ Zahnersatz muss auf absehbare Zeit funktionstüchtig sein.
- ▶ Wenn der Zahnersatz in einem konkreten Zeitraum seine Funktionstüchtigkeit verliert oder die Funktionstüchtigkeit schon nicht mehr gegeben ist (z. B. wenn eine Brücke wegen kariöser Defekte entfernt werden muss), dann ist eine endodontische Behandlung eines solchen Molaren nicht mehr Bestandteil der vertragszahnärztlichen Behandlung.

Die Richtlinie 9 wird ergänzt durch die nachfolgenden Bestimmungen in der Richtlinie 9.1:

Für alle endodontischen Maßnahmen gilt insbesondere:

- a. Eine Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ist nur dann angezeigt, wenn die Aufbereikbaarheit und Möglichkeit der Füllung des Wurzelkanals bis bzw. bis nahe an die Wurzelspitze gegeben sind.
- b. Medikamentöse Einlagen sind unterstützende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges; sie sind grundsätzlich auf drei Sitzungen beschränkt.
- c. Es sollen biologisch verträgliche, erprobte, dauerhafte, randständige und röntgenpositive Wurzelfüllmaterialien verwendet werden.
- d. Die Wurzelkanalfüllung soll das Kanallumen vollständig ausfüllen.
- e. Begleitende Röntgenuntersuchungen (diagnostische Aufnahmen, Messaufnahmen, Kontrollaufnahmen) sind unter Beachtung der Strahlenschutzbestimmungen abrechenbar.
→ Mess- und Kontrollaufnahmen sind im Rahmen der Qualitätssicherung erforderlich.

Revisionen von Wurzelfüllungen

Für die Abrechnung von Revisionen gilt die Richtlinie 9.4: Bei pulpentoten Zähnen mit im Röntgenbild diagnostizierter pathologischer Veränderung an der Wurzelspitze ist bei der Prognose kritisch zu überprüfen, ob der Versuch der Erhaltung des Zahnes durch konservierende oder konservierend-chirurgische Behandlung unternommen wird. Für die Therapie von Zähnen mit Wurzelkanalfüllungen und apikaler Veränderung sind primär chirurgische Maßnahmen angezeigt. Lediglich bei im Röntgenbild erkennbaren nicht randständigen oder undichten Wurzelkanalfüllungen ist die Revision in der Regel angezeigt, wenn damit ...

- eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
- eine einseitige Freundsituation vermieden wird,
- der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.

Ist die Richtlinie 9 nicht erfüllt, greift die Richtlinie 10:

In der Regel ist die Entfernung eines Zahnes angezeigt, wenn er nach den in diesen Richtlinien beschriebenen Kriterien nicht erhaltungsfähig ist.

Ein Zahn, der nach diesen Richtlinien nicht erhaltungswürdig ist, soll entfernt werden.

Eine andere Behandlung von nicht erhaltungswürdigen Zähnen ist kein Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Interpretation der Richtlinien von KZBV und GKV – SV:

Als Hilfestellung für die tägliche Arbeit in der zahnärztlichen Praxis haben sich die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZBV) und der Spitzenverband der Krankenkassen (GKV – SV) im Januar 2010 auf die nachfolgende, gemeinsame Interpretation geeinigt:

„Grundsätzlich sind an allen Zähnen endodontische Maßnahmen angezeigt, wenn dadurch der Zahn erhaltungswürdig ist. Die Kriterien für die Erhaltungswürdigkeit eines Zahnes werden in den Ziffern 9.1 bis 9.5 beschrieben.

Bei der Wurzelkanalbehandlung von Molaren werden zudem diese Kriterien konkretisiert, bei denen in der Regel eine Erhaltungswürdigkeit anzunehmen ist. Es handelt sich dabei um Regelbeispiele, die nicht abschließend sind. Weitere Voraussetzungen werden unter 9.1 genannt. Diese Einschränkungen werden durch die Regelbeispiele unter 9. in Satz 2 lediglich beispielhaft illustriert.

Somit ist auch bei Molaren zu prüfen, ob neben den Regelbeispielen andere Gründe für die Erhaltungswürdigkeit dieser Zähne und damit für die Durchführung von endodontischen Maßnahmen sprechen. Liegen diese Gründe nicht vor und ist der Zahn nicht erhaltungswürdig, so ist nach Ziffer 10 die Entfernung des Zahnes angezeigt. Eine andere Behandlung von nicht erhaltungswürdigen Zähnen ist kein Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.“

Das bedeutet, dass die Entscheidung, ob eine Endo-Behandlung als GKV-Leistung oder als Privatleistung berechnet wird, im Endeffekt der behandelnde Zahnarzt trifft. Dieser bestimmt in der vertragszahnärztlichen Versorgung, nach entsprechender Aufklärung und unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten, Art und Umfang der Behandlungsmaßnahmen.

Schmerzbehandlung:

Eine Schmerzbehandlung (z. B. VitE mit Anästhesie) ist bei GKV-Versicherten immer als Sachleistung zu erbringen. Erst danach kann die Frage nach den Richtlinien, der Wirtschaftlichkeit und demnach nach einer eventuellen Privatvereinbarung gestellt werden. Die Schmerzbehandlung darf nicht von einer Zuzahlung abhängig gemacht werden.

Eine Schmerzbehandlung bei einem GKV-Versicherten ist immer auf dringend notwendige Massnahmen zu beschränken und darf sich nicht auf Massnahmen erstrecken, die auf einen späteren Zeitpunkt hätten verschoben werden können.

Zusammenfassung:

Eine private Vereinbarung von Endo-Leistungen mit GKV-Patienten ist demnach möglich:

- bei einer Versorgung, die nicht den o.g. Richtlinien entspricht
- wenn das Aufbereiten und Abfüllen des Wurzelkanals bis bzw. bis nahe an die Wurzelspitze nicht möglich ist
- wenn keine geschlossene Zahnreihe vorliegt
- wenn eine einseitige Freundsituation nicht vermieden wird
- wenn funktionstüchtiger Zahnersatz auf dem Molaren nicht erhalten wird
- wenn der Erhalt des Zahnes selbst fraglich ist
- wegen kombiniert endodontisch- parodontaler Läsion

Wichtig:

- Dokumentation und schriftliche Vereinbarung in allen Fällen

Exstirpation der vitalen Pulpa

BEMA

Bema Nr.	Leistungsbeschreibung	Punktzahl
28 - VitE	Exstirpation der vitalen Pulpa, je Kanal	18

Vertragliche Abrechnungsbestimmungen:

Die Nr. 28 ist für denselben Zahn nur in Ausnahmefällen neben der Nr. 27 abrechnungsfähig.

Abrechnungshinweise:

- Die BEMA Nr. 28 ist abrechnungsfähig
- Für die Exstirpation der vitalen Pulpa
- Je Kanal
- An Milchzähnen und bleibenden Zähnen

ACHTUNG!

- Im Regelfall ist die Anzahl der abgerechneten BEMA-Leistungen 28, 32 (WK) und 35 (WF) identisch, da alle diese Leistungen je Wurzelkanal abgerechnet werden. Ausnahmen kann es nur bei einem Behandlungsabbruch geben.

ACHTUNG BEMA-Abrechnungsmodul:

Das BEMA Abrechnungsmodul prüft bei der Abrechnung der BEMA Nr. 28 unter anderem die Zahnangabe und die Anzahl der Abrechnungen, da diese Leistung je Wurzelkanal abgerechnet werden kann.

GOZ

Wichtig: Bei der Behandlung von GKV-Patienten müssen die GKV-Richtlinien zur Endo-Behandlung beachtet werden. ►►



ABRECHNUNGSTIPPS

GOZ Nr.	Leistungsbeschreibung	1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2360	Exstirpation der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren, je Kanal	6,19 €	14,24 €	21,65 €

ACHTUNG!

- Im Gegensatz zum BEMA ist die Präparation der Zugangskavität (Trepanation) nach Auffassung der Landes Zahnärztekammern und Bundeszahnärztekammer (s. Kommentar zur GOZ) nicht Inhalt der Leistungsbeschreibung und kann zusätzlich nach GOZ 2390 berechnet werden, dies wird in der Rechtsprechung unterschiedlich gesehen. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die Stellungnahme GOZ Ausschusses der ZKN im Internet zur Geb.-Nr. 2390.
- Der ggf. notwendige provisorische Verschluss ist nicht Leistungsbestandteil und kann zusätzlich nach GOZ Nr. 2020 abgerechnet werden.

Devitalisieren einer Pulpa

BEMA

Bema Nr.	Leistungsbeschreibung	Punktzahl
29 - Dev	Devitalisieren einer Pulpa einschl. des Verschlusses der Kavität, je Zahn	11

Vertragliche Abrechnungsbestimmungen:

Keine

Abrechnungshinweise:

Die BEMA Nr. 29 ist abrechnungsfähig

- Für Devitalisieren einer Pulpa
- je Zahn einmal
- An Milchzähnen und bleibenden Zähnen

ACHTUNG!

- Der provisorische Verschluss ist mit der Geb.Nr. 29 abgegolten und kann nicht zusätzlich nach BEMA Geb.Nr. 11 abgerechnet werden.
- Die BEMA Nr. 29 ist nicht in Kombination mit der BEMA Nr. 28 (VitE) und BEMA Nr. 31 (Trep1) an einem Zahn abrechnungsfähig.

ACHTUNG BEMA-Abrechnungsmodul:

Das BEMA Abrechnungsmodul prüft bei der Abrechnung der BEMA Nr. 29 unter Anderem die Zahnangabe und die Kombination mit anderen, abgerechneten Leistungen.



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

GOZ

Keine vergleichbare Leistung in der GOZ vorhanden. Die Leistungsnummer zur Devitalisierung der Pulpa ist entfallen. Eine Berechnung muss daher ggf. analog entsprechend § 6 Abs. 1 GOZ nach Art, Kosten- und Zeitaufwand erfolgen

Zahn	Geb.-Nr.	Leistung	S.F.	Betrag
11	xxxxa	Devitalisierung der Pulpa entsprechend § 6 Abs. 1 GOZ Text der als angemessen angesehenen Leistung	xx	xx,xx

Es obliegt dem Zahnarzt, welche originäre Leistung aus der GOZ (möglichst gleicher Abschnitt der GOZ – hier Abschnitt C) er als angemessen ansieht.

Sollten Sie Fragen zur Abrechnung von Endo-Behandlungen haben, sind die Mitarbeiterinnen der Servicehotline für Abrechnungsfragen unter Tel. 0511 8405-390 gern für Sie da. ■

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

Monika Popp,
Gruppenleiterin Servicehotline Abrechnung der KZVN

Dentale Erosionen

Nichtkariöse Zahnhartsubstanzdefekte, zum Beispiel dentale Erosionen, werden neuerdings insbesondere in industrialisierten Ländern vermehrt wahrgenommen. Die Ursachen dieser vermehrten Wahrnehmung sind mannigfaltig [1].

Einerseits kann ein geänderter Lebensstil tatsächlich zu häufigerem Auftreten von Erosionen führen. Dies ist jedoch schwer durch Studien zu untermauern, da diese in verschiedenen Ländern durchgeführt werden und sehr schwer zu vergleichen sind [2]. Eine Tatsache ist jedoch, dass sich insbesondere in westlichen Ländern der Lebensstil in den letzten Jahrzehnten geändert hat. So sind eine gesündere Ernährung mit frischem Obst und Salaten, gepaart mit einer forcierten Mundhygiene häufiger vorzufinden, was aus allgemeinmedizinischer Sicht auch sehr zu begrüßen ist. Jedoch sollte hierbei auch an die Risikofaktoren zur Entstehung erosiver Zahnhartsubstanzdefekte gedacht werden, welche aus einer dentalen Erosion, der anfänglichen Demineralisation entstehen können, sobald eine mechanische Komponente hinzu kommt. Neben dem möglicherweise tatsächlich häufigerem Vorkommen von säurebedingten Zahnhartsubstanzdefekten ist jedoch auch zu bedenken, dass ZahnärztInnen durch

vermehrte Forschung auf diesem Gebiet und durch einschlägige Fortbildungen eine geschärfte Wahrnehmung besitzen [3] und auf der anderen Seite kariesbedingte Zahnhartsubstanzverluste seit der Einführung fluoridhaltiger Zahnpasten massiv zurückgegangen sind.

Diagnose. Die korrekte und frühzeitige Diagnostik dentaler Erosionen ist nach wie vor ein großes Problem. Definitivonsgemäß spricht man bei einer Demineralisation von Zahnhartsubstanz von dentaler Erosion [1], welche jedoch klinisch kaum diagnostizierbar ist.

Erst ab einem unwiederbringlichen Verlust von Zahnhartsubstanz, definiert als dentaler Zahnhartsubstanzverlust, [1] ist ein typisches klinisches Bild sichtbar. Erste Anzeichen, die an einen erosiven Zahnhartsubstanzverlust denken lassen sollten, sind glatte, matt glänzende Schmelzoberflächen zumeist gemeinsam auftretend mit okklusalen und/oder inzisalen Eindellungen der Zahnoberflächen (Abb. 1). Ein absolut sicheres Zeichen für erosiven Zahnhartsubstanzverlust ist an den bukkalen, labialen und auch palatinalen Flächen in Form einer intakten am Gingivarand verlaufenden Schmelzleiste kombiniert mit einer Eindellung zu finden (Abb. 2). Warum es zum Verbleib der Schmelzleiste kommt, kann zwei Gründe haben. Einerseits ►►



Schmelzoberflächen. Glatte, matt glänzende Schmelzoberflächen sowie inzisale Eindellungen der Zähne 11, 21 als Anzeichen eines erosiven Geschehnisses (Abb. 1).



Schmelzleisten. Intakte am Gingivarand verlaufende Schmelzleisten kombiniert mit Eindellungen an den bukkalen Flächen im 2. und 3. Quadrant als sicheres Zeichen eines erosiven Geschehnisses (Abb. 2).



Okklusionsflächen. Eindellungen und Abrundungen der Okklusionsflächen im Seitenzahnbereich mit teilweiseem Verlust der okklusalen Morphologie und in Folge Verlust der vertikalen Gesichtshöhe als Zeichen eines fortgeschrittenen erosiven Geschehnisses (Abb. 3).

- ▶ schützt die neutralisierende Sulkusflüssigkeit vor erosiv wirkenden Substanzen, andererseits behindert dort häufig vorkommende Plaque als Diffusionsbarriere das Vordringen der erosiven Substanz zur Zahnhartsubstanz. Bei Fortbestehen der erosiven Geschehnisse kommt es zur weiteren Eindellung und auch zur Abrundung der Okklusionsflächen im Seitenzahnbereich, wodurch bestehende Füllungen die Zahnhartsubstanz überragen und es schlussendlich zum Verlust der okklusalen Morphologie und infolgedessen der vertikalen Gesichtshöhe kommt (Abb. 3) [4].

Indizes. Für die klinische Diagnostik erosiver Zahnhartsubstanzdefekte sind verschiedene Indizes in Verwendung, wobei der Basic Erosive Wear Examination (BEWE) Index durch seine einfache und schnelle Durchführung sowie durch seine Reproduzierbarkeit sowohl für epidemiologische Untersuchungen, aber auch für den klinischen Alltag geeignet ist [5]. Zudem ist der Index sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen gleichermaßen anwendbar. Bei

der klinischen Befundaufnahme wird jedem Zahn, entsprechend dem Schweregrad des erosiven Erscheinungsbildes, eine Zahl zwischen 0 und 3 zugewiesen. Die jeweils höchsten Werte der einzelnen Sextanten werden zum BEWE-Gesamtwert addiert und ergeben den Schweregrad des erosiven Geschehnisses sowie auch eine Therapieempfehlung (Tabelle 1). Bei Kindern sind die Cutt-off Werte zur Definition des Schweregrads aufgrund des bereits im frühen Alter stattfindenden erosiven Zahnhartsubstanzdefektes niedriger [6].

Die klinische Diagnostik dentaler Erosionen ist im Gegensatz zur Diagnostik dentaler Zahnhartsubstanzverluste aufgrund der Tatsache, dass es sich um eine Demineralisation ohne Zahnhartsubstanzverlust handelt, bislang nicht möglich. Die Entwicklung optischer Geräte zur Früherkennung ist bereits vorangeschritten [7], jedoch deren breiter Einsatz im klinischen Alltag noch nicht absehbar. Insofern ist die rechtzeitige Erkennung von RisikopatientInnen bereits im Routinebetrieb einer zahnärztlichen Kontrolluntersuchung essentiell.

Eine entsprechende allgemeinmedizinische Anamnese ist hierfür genauso wichtig wie die zahnmedizinische Anamnese und das Wissen um die oralen Hygienegegewohnheiten, eine Dokumentation der Ernährungs- und Trinkgewohnheiten der PatientInnen sowie des Berufes und möglicher erosionsfördernder Gewohnheiten. Allgemeinmedizinisch sollte insbesondere auf ein gastroösophageales Refluxgeschehen mit Symptomen wie saurem oder bitterem Geschmack, saurem eventuell lautem Aufstoßen, einem aufgedunsenen Gefühl, Magenschmerzen, Sodbrennen, Schluckauf, chronischem Husten, Heiserkeit, Schluckstörungen, sowie chronischer respiratorischer und pulmonaler Probleme geachtet werden [8]. Ebenfalls aufgrund ihrer Gefahr für die allgemeinmedizinische Gesundheit der PatientInnen, aber auch aufgrund des Risikos für die Entstehung dentaler Erosionen und erosiver Zahnhartsubstanzverluste, sollten Essstörungen mit vermehrtem Erbrechen wie Bulimie und Anorexie, aber

Schweregrad bei Erwachsenen	Summe aller Sextanten	Therapieempfehlung
nihil	0-2	Aufklärung und Überwachung
gering	3-8	zusätzlich: Ernährungsabklärung, Mundhygieneinstruktion, intrinsische und extrinsische Risikofaktoren eruieren und minimieren, Empfehlung von Prophylaxemaßnahmen, zinnhaltige Fluoridprodukte, Versiegelung schmerzhafter Areale, Dokumentation
mittel	9-13	zusätzlich: Restaurative, minimalinvasive Maßnahmen
hoch	>14	zusätzlich: spezielle Betreuung bei schnellem Fortschreiten der Erosionen, restaurative Maßnahmen

BEWE-Gesamtwert mit dem Schweregrad des erosiven Geschehnisses für Erwachsene sowie die entsprechende Therapieempfehlung für Erwachsene (Tabelle 1).

auch Alkoholmissbrauch und der missbräuchliche Einsatz von Medikamenten rechtzeitig erkannt und interdisziplinär therapiert werden. Jedoch auch korrekt eingenommene Medikamente können wie zum Beispiel Acetylsalicylate, Eisentabletten und Vitamin-Tabletten entweder direkt erosiv wirken oder wie im Fall von Antiemetika, Antihistaminika und Anti-Parkinsonmedikamenten den Säure neutralisierenden Speichelfluss vermindern bzw. zum Reflux von Magensäure führen und infolgedessen ein erosives Potenzial aufweisen [9].

Mundhygienepraktiken. Zahnmedizinisch sollte auf erosionsfördernde Mundhygienepraktiken geachtet werden. Zu diesen zählen eine falsche Zahnputztechnik und bzw. oder die Verwendung von hoch abrasiven Zahnpasten. Die (Warte-)Zeit, die zwischen dem Konsum erosionsfördernder Lebensmittel oder Getränke und dem anschließenden Zähneputzen liegen sollte, ist insbesondere in den letzten Jahren immer wieder Thema unterschiedlichster Fachartikel und Publikationen gewesen. Entsprechend neuester Erkenntnisse ist jedoch von einer beabsichtigten Wartezeit zwischen dem Konsum von Nahrungsmitteln jeglicher Art und der anschließenden Mundhygiene abzuraten. Diese Kenntnis ergab sich durch Studien mithilfe von menschlichem Speichel, welcher selbst nach vier Stunden nicht zu einer klinisch relevanten Remineralisation der erosionsbedingten Demineralisation geführt hat [10]. Somit ist diese Wartezeit nicht nur klinisch nicht sinnvoll, sondern kann sogar in einer bakterienbedingten Demineralisation mit einer möglichen Kariesentwicklung enden. Die Erklärung der nicht stattfindenden Remineralisation durch humanen Speichel liegt in der Zusammensetzung des Speichels. Dieser enthält im Gegensatz zu künstlichem Speichel neben den zur Remineralisation nötigen Mineralien auch Proteine, welche ein Ausfällen dieser Mineralien verhindern.

Ernährung. Die Ernährungs- und Trinkgewohnheiten der PatientInnen sollten mittels eines Ernährungstagebuches genau dokumentiert und abschließend besprochen werden. Die Dokumentation der zu sich genommenen Speisen und Getränke sollte sich möglichst über mindestens vier Tage erstrecken, wobei sowohl Arbeitstage als auch arbeitsfreie Tage angeführt werden sollten, da sich der Konsum von Speisen und Getränken zwischen diesen Tagen oftmals unterscheidet [11]. Sobald der Konsum erosionsfördernder Getränke und Speisen durchschnittlich häufiger als viermal pro Tag stattfindet, ist ein erhöhtes Risiko für das Auftreten erosiver Geschehnisse gegeben. Neben dem pH-Wert der konsumierten Nahrungsmittel oder Getränke sind insbesondere die Konzentration von Kalzium und Phosphat in den entsprechenden Produkten wichtig. Es können zum Beispiel Produkte wie Joghurt

einerseits einen niedrigen pH-Wert besitzen, jedoch aufgrund ihres hohen Gehalts an Kalzium nicht erosiv auf die Zahnhartsubstanz wirken. Diese Gegebenheit macht sich auch die Lebensmittelindustrie zunutze, indem sie primär erosive Getränke wie zum Beispiel Orangensaft mit Kalzium versetzt und somit das erosive Potenzial massiv reduziert [12].

Die Gefahr, aufgrund einer beruflichen Säureexposition erosive Zahnhartsubstanzverluste zu erleiden, ist in der westlich industrialisierten Welt glücklicherweise durch entsprechende Sicherheitsauflagen massiv zurückgegangen. Jedoch kann ein entsprechendes Freizeitverhalten mit extremer körperlicher Belastung gepaart mit einem hohen Konsum an säurehaltigen Sportgetränken zu einem erhöhten Risiko für erosive Geschehnisse führen. Auch vermehrte Weinverkostungen, sei es in der Freizeit oder im Rahmen einer beruflichen Ausübung, führen aufgrund des niedrigen pH-Wertes der Weine sowie des zugehörigen Trinkverhaltens zu vermehrtem Auftreten erosiver Beschwerden.

Therapie. Hinsichtlich der geeigneten individuellen Therapie muss ebenso wie in der Diagnostik zwischen dentaler Erosion und erosiven Zahnhartsubstanzdefekten differenziert werden. In jedem Fall muss jedoch an erster Stelle die Ausschaltung oder zumindest die Reduktion der Ursachen für das erosive Geschehnis stehen.

Bei allgemeinmedizinischen Gründen müssen diese insbesondere auch aus allgemeinmedizinischer Sicht von entsprechenden FachärztInnen (InternistInnen, PsychiaterInnen) therapeutisch betreut werden. Mundhygieneinstruktionen sollten in jedem Fall, auch bei PatientInnen ohne bestehende Risikofaktoren für erosive Erkrankungen gegeben werden und die Wahl der Zahnpasta mit den PatientInnen den Bedürfnissen entsprechend erörtert werden. Anhand des Ernährungsprotokolls und auch des Verhaltens im Beruf und in der Freizeit müssen die PatientInnen über ihr Risiko aufgeklärt werden und entsprechende Änderungsvorschläge gemacht werden. Bei rechtzeitigem Erkennen der Risikofaktoren und entsprechendem Einschreiten sowie engmaschigen Kontrollen können somit das Auftreten, aber auch die Progression beginnender erosiver Zahnhartsubstanzdefekte verhindert werden.

Ist es bereits zu erosivem Zahnhartsubstanzverlust gekommen, sollte die Therapie neben dem bereits dargelegten Vermeiden der Risikofaktoren, entsprechend dem errechneten BEWE-Wert, eingeleitet werden [5]. Obwohl der BEWE-Wert bei Erwachsenen und Kindern gleich berechnet wird, wird die Therapie bei Kindern bereits früher eingeleitet [6]. Die folgenden Therapieempfehlungen richten sich sowohl an Erwachsene als auch an Kinder, wobei die BEWE-Werte für Kinder jeweils in Klammer geschrieben sind. Bei BEWE-Werten von unter 3 (Kinder: unter 3) werden jährliche Kontrollen sowie eine entsprechende ►►

- Aufklärung der PatientInnen empfohlen. BEWE-Werte zwischen 3 und 8 (Kinder: 3 bis 6) entsprechen einem geringen Schweregrad und bedürfen zusätzlich zur jährlichen Kontrolle und Aufklärung einer entsprechenden Mundhygieneinstruktion sowie der Empfehlung von Prophylaxemaßnahmen wie zinnhaltigen Fluoridprodukten, einer detaillierten Ernährungsanamnese, Fotodokumentation sowie einer Abklärung intrinsischer und extrinsischer Risikofaktoren. Durch offene Dentintubuli schmerzende Areale sollten versiegelt werden. Bei BEWE-Werten

zwischen 9 und 13 (Kinder: 7 bis 10) spricht man von einem mittleren Schweregrad, wobei die Kontrollen bereits halbjährlich durchgeführt werden sollen und zu den bereits erwähnten Vorkehrungen minimalinvasive Restaurationen angedacht werden können. Ein BEWE-Wert von über 14 (Kinder: über 11) entspricht einem hohen Schweregrad und erfordert zusätzlich eine spezielle Betreuung sowie restaurative Maßnahmen.

➔
Vita

BARBARA CVIKL

Barbara Cvikl schloss 2001 an der Medizinischen Universität Wien das Humanmedizinstudium, sowie 2006 das Zahnmedizinstudium ab. Parallel zu ihrer Wahlarztpraxis für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde begann sie 2006 an der Abteilung für Konservierende Zahnheilkunde der Bernhard Gottlieb Universitätszahnklinik Wien als Assistenzärztin zu arbeiten. Seit Beginn 2013 ist sie als Gastforscherin an der Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin der Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern, Schweiz tätig. Im Jahr 2015 habilitierte sie im Fach Zahnheilkunde und erlangte den Titel Assoziierte Professorin.



➔
Vita

PROF. DR. ADRIAN LUSSI

1974 - 1979 Chemie-Studium an der ETH Zürich, Diplom. 1979 Gymnasiallehrerpatent (Hauptfach Chemie). 1978 - 1983 Studium der Zahnmedizin an den Universitäten Zürich und Bern, Staatsexamen in Bern. 1984 - 1986 Assistent an der Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin, Universität Bern. 1985 Promotion zum Dr. med. dent. 1986 - 1987 Nationalfond-Stipendium für einen Forschungsaufenthalt in den USA (Assistant Professor). Seit 1987 Oberassistent und Lektor an der Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin, Universität Bern. 1993 Habilitation (Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin). 1995 Abteilungsleiter an der Klinik für Zahnerhaltung. 1998 Titularprofessor. 2001 Ausserordentlicher Professor, 2006 Ordentlicher Professor und Direktor der Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin. 2011 Geschäftsführender Direktor der Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern. Über 300 Publikationen, Herausgeber von 3 Büchern.



Restaurative Maßnahmen. Die Ausführung restaurativer Maßnahmen sollte möglichst minimalinvasiv mithilfe adhäsiver Techniken vonstattengehen. Bei entsprechenden BEWE-Werten, bzw. wenn die PatientInnen aufgrund verminderter Ästhetik oder durch eine erhöhte Dentinüberempfindlichkeit es verlangen, sollten Kompositfüllungen durchgeführt werden. Sogar bei bereits bestehendem Verlust der vertikalen Gesichtshöhe aufgrund eines fortgeschrittenen erosiven Zahnhartsubstanzverlustes kann mithilfe adhäsiver Materialien eine Rekonstruktion der Okklusalfächen bewerkstelligt werden. Hierbei wird entweder eine mittels Wax-up hergestellte Schiene [13], oder ein Silikonschlüssel [14] verwendet und dieser mit Komposit gefüllt und zum Aufbau der Zähne verwendet. Bei noch weiter fortgeschrittener Zerstörung der Zähne, die sich auf die gesamte Zahnanatomie ausdehnt, sind schlussendlich nur mehr größere prothetische Versorgungen angebracht [15]. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei der Diagnostik und Therapie erosiver Geschehnisse besonders die Früherkennung von RisikopatientInnen im Vordergrund stehen sollte, um entsprechende Maßnahmen zur Vermeidung der Progression einleiten zu können. Bei bereits fortgeschrittenem erosivem Zahnhartsubstanzverlust sollten so lange als möglich adhäsive Techniken angewendet werden, um zusätzlichen iatrogenen Zahnhartsubstanzverlust zu vermeiden. ■

Dr. Barbara Cvikl

Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin, Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern, Schweiz, Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie, Medizinische Universität Wien, Österreich

Prof. Dr. Adrian Lussi

Klinik für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin, Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern, Schweiz

Quelle: Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung des IZZ (Das Informationszentrum Zahngesundheit ist eine Einrichtung der Zahnärzteschaft Baden-Württemberg); Erstveröffentlichung www.zahnaerzteblatt.de, ZBW 02/2016

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

Neue Vereinbarung schafft zusätzliche Transparenz und Sicherheit

Mit einer neuen Vereinbarung zur kieferorthopädischen Behandlung bei Kassenpatienten haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) im Hinblick auf vertragliche und darüber hinausgehende Leistungen und Kosten mehr Transparenz geschaffen. Die Vereinbarung unterstreicht den grundsätzlichen Anspruch für gesetzlich Versicherte auf eine zuzahlungsfreie kieferorthopädische Behandlung. Entscheidet sich der Patient nach entsprechender Aufklärung im Rahmen seiner Wahlfreiheit für Leistungen, die über den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinausgehen, gewährleisten transparente Regelungen die Planung, Kostenkalkulation und Abrechnung von Mehr- oder Zusatz- und außervertraglichen Leistungen. Sie stärken zugleich die Rechte von Patientinnen und Patienten, die auch diese Behandlungsmethoden vereinbaren können. Darüber hinaus schafft die Regelung auch Rechtssicherheit für Kieferorthopäden und kieferorthopädisch tätige Zahnärzte.

Gemeinsam erarbeitet und unterzeichnet wurde die neue Vereinbarung von der KZBV und dem BDK unter wissenschaftlicher Begleitung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK).

Jedes Jahr werden in Deutschland etwa 410.000 kieferorthopädische Behandlungen zulasten der GKV begonnen. Bei den Patienten handelt es sich um Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr mit Zahn- oder Kieferfehlstellung eines bestimmten Schweregrades und um Erwachsene, die eine kombinierte kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie benötigen. Diese Patientengruppen haben Anspruch auf eine zuzahlungsfreie Behandlung im Rahmen des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung, die dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entspricht und gute Behandlungsergebnisse ermöglicht.



Die moderne Kieferorthopädie bietet Behandlungsmethoden und -geräte, die zum Beispiel weniger Tragedisziplin erfordern (sogenannte Non-Compliance-Geräte), die Zahnpflege erleichtern (zum Beispiel miniaturisierte Brackets) oder eine geringere optische Beeinträchtigung mit sich bringen (zum Beispiel zahnfarbene Brackets). Diese Angebote gehören jedoch nicht zum GKV-Leistungskatalog, sondern müssen entweder teilweise oder vollständig von den Patienten selbst bezahlt werden. Nehmen Patienten beispielsweise Mehrleistungen in Anspruch, werden die Kosten für die Regelversorgung über die jeweilige KZV gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet, die Mehrkosten sind vom Versicherten oder dessen Sorge-/Vertretungsberechtigten selbst zu tragen. Die neue Vereinbarung gewährleistet die Aufklärung der Patienten hinsichtlich ihrer Ansprüche auf eine zuzahlungsfreie Behandlung ebenso wie über die ihnen zustehende Wahlfreiheit. Sie schafft darüber hinaus Transparenz über eventuell entstehende Zusatzkosten, die selbst getragen werden müssen. Zudem regelt die Vereinbarung die dafür notwendige Übereinkunft von Zahnarzt und Patient bei privatärztlichen Leistungen sowie deren Abrechnung. Damit leistet die Zahnärzteschaft einen weiteren Beitrag zur verständlichen Patienteninformation und gibt Patienten und Zahnärzten ein Instrument an die Hand, um eine individuelle kieferorthopädische Behandlung gemeinsam zu gestalten. ■

Quelle: Gemeinsame Presseinformation der KZBV, BDK, DGKFO und DGZMK vom 13.01.2017



ERÖFFNUNGSFEIERSTUNDE ZUM 64. WINTERFORTBILDUNGSKONGRESS DER ZKN IN BRAUNLAGE:

Im Mittelpunkt Funktionstherapie und zahnmedizinische Spezialfelder

Außerordentlich anspruchsvolles Programm mit international renommierten Referenten in familiärer Atmosphäre bei herrlichem Winterwetter · Ausflug in die düstere internationale Finanzpolitik · Präsident Bunke: Wir Zahnärzte sind für ein modernes Gesundheitssystem

„**F**unktionstherapie und weitere Spezialfelder der Zahnmedizin“ – das war das Generalthema des diesjährigen traditionellen Winterfortbildungskongresses der Zahnärztekammer Niedersachsen. Zum 64. Male fand vom 25. bis 28. Januar 2017 diese Großveranstaltung im Oberharz, davon zum 30. Mal im Hotel „Maritim“ in Braunlage, statt. Über 600 Zahnärzte und ihr zahnärztliches Fachpersonal waren im diesmal tief verschneiten Kur- und Wintersportort zusammengekommen. Sie erlebten ein außerordentlich anspruchsvolles Programm. Es war wiederum unter der fachlichen Tagungsleitung von Prof. Dr. Thomas Attin, Zürich, zusammengestellt und organisiert worden. Die Funktionstherapie und weitere Spezialgebiete der zahnärztlichen Praxis standen im Mittelpunkt. Traditionell wird der Kongress am Vortag mit einer Festansprache des Präsidenten und einem Festvortrag eines „externen“ – häufig nicht zahnärztlichen – Festredners eröffnet.

Präsident zitierte Risikoreport – Deutschland, Europa und die Welt sind gefährlicher geworden

Zur Eröffnung des Kongresses konnte Präsident Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, viele Kongressteilnehmer und eine große Zahl von Ehrengästen begrüßen. Unter ihnen die Spitzen der niedersächsischen zahnärztlichen Berufspolitik und VorstandsamtKollegen sowie Braunlages Bürgermeister Grote, der sich mit seinen Gästen

darüber freute, dass sich Braunlage mit so viel Schnee präsentierte, wie es ihn seit über 15 Jahren nicht mehr gegeben hat. Vor dem großen Publikum und einer breiten Öffentlichkeit nahm der Kammerpräsident in seiner Eröffnungsrede die Gelegenheit wahr, die aktuelle politische Lage und auch die gerade die Zahnärzte berührenden und interessierenden Themen anzusprechen. „Zu Beginn des Jahres 2017 müssen wir feststellen, dass Deutschland, Europa und die Welt gefährlicher geworden sind. Das ist nicht meine subjektive Aussage, auch nicht der Ausdruck von der aus dem anglo-amerikanischen Lebensraum belächelten „German Angst“, sondern das Ergebnis des aktuellen Risikoreports des gerade stattgefundenen Schweizer Weltwirtschaftsforums“, sagte der in Wietze bei Celle als Zahnarzt praktizierende Präsident Bunke. Neben Wetterkrisen wie Hitzewellen, Überflutungen und Erdbeben nehme die Zahl der Terrorattaken und Cyberangriffe auf die Gesellschaft bedrohlich zu. Daneben drohten weitere Flüchtlingswellen aus den Armenhäusern der Welt gen Europa und Amerika. Selten habe es in den letzten zwei Dekaden zu Beginn eines



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

Fotos: NZB

Jahres mehr Fragezeichen gegeben als in diesem Jahr. So habe besonders der seit wenigen Tagen amtierende neue amerikanische Präsident Donald Trump die Welt mit unkonventioneller und wohl auch unkalkulierbarer Politik überrascht, die erhebliche Auswirkungen auf den Rest der Welt haben werde. „Als Wutbürger war seine Inaugurationsrede keine Versöhnungsrede, sondern eine Anklage. Er predigte Isolationismus und ökonomischen Protektionismus. Durch staatliche Lenkung kündigte er den Regimewechsel an in seinem Kampf gegen das amerikanische Establishment. Wozu gehört eigentlich die Familie Trump?“ fragte Henner Bunke. Er sagte weiter, ein Machtvakuum werde nicht entstehen, andere Länder wie Russland und China würden ihre Möglichkeiten testen und versuchen, diese zu nutzen. Leider sei Europa selten so schlecht aufgestellt gewesen wie aktuell, um im weltpolitischen Poker eine Führungsrolle auszufüllen. Mit den anstehenden Wahlen in Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und vielleicht auch in Italien, verbunden mit dem anstehenden Gefeiße um den Brexit in England, sei der alte Kontinent mit sich selbst beschäftigt.

Nach dem Ausflug in die düstere internationale Politik nahm der Kammerpräsident zahnärztliche Themen der letzten Zeit noch einmal unter die Lupe. Dabei streifte er die Ergebnisse und Aussagen der 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie, das nun schon seit 7 Monaten gemeinsam von Kassenzahnärztlicher Vereinigung und Kammer in Niedersachsen gemeinsam herausgegebene Mitteilungsblatt „NZB“ mit seinen auf Beständigkeit ausgerichteten Herausgebervereinbarungen, wie auch die Aussicht auf Verabschiedung der seit vielen Jahrzehnten erwarteten und überfälligen Novelle der zahnärztlichen Approbationsordnung. Danach bleibe u.a. das Zahnmedizinstudium ein Staatsexamenstudium, das Bachelor-/Masterstudium sei nach dem aktuell vorliegenden Referentenentwurf vom Tisch. Bunke prognostizierte, 2017 werde ein Jahr wirtschaftlicher und politischer Weichenstellungen. Innenpolitisch werde die Bundestagswahl im September mit Spannung erwartet. Das Gespenst der Bürgerversicherung äuge wieder hinter der Fichte hervor. „Wird Deutschland töricht genug sein, sich auf den Pfad eines ausschließlich staatlich geprägten Gesundheitssystems zu begeben, welches durch die Geschichtsbücher unzählige Male als gescheitertes System archiviert worden ist? Wir Zahnärzte werden auf jeden Fall unsere guten Vorschläge für ein modernes, zukunftsfähiges Gesundheitssystem artikulieren und in die politische Diskussion einbringen.“

Festvortrag gab Einblicke in den „Heiligen Gral“ der Globalisierung

Zum Abschluss der Auftaktveranstaltung hielt den Festvortrag dieses Jahr Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Franz Josef Radermacher, Professor für „Datenbanken und künstliche Intelligenz“



Prof. Dr. Dr. Dr. h. c.
Franz Josef Radermacher

an der Universität Ulm, Vorstand des Forschungsinstituts für anwendungsorientierte Wissensverarbeitung, internationaler Fachmann für Weltfinanzsysteme. Er sprach über „Weltfinanzsysteme am Limit – Einblicke in den ‚Heiligen Gral‘ der Globalisierung“. Der Vortrag zielte darauf hin, eine „Orientierung in schwierigem Gelände“ zu geben, wie der Professor sagte. Es wäre vermessen,

zu meinen, den hochwissenschaftlichen, aber dennoch in vielen Teilen verständlichen, ebenso lehrreichen wie interessanten Vortrag im Rahmen dieses Berichts auch nur annähernd wiedergeben zu können. Deshalb hier nur einige stichwortartige Vortragsschlaglichter:

- ▶ Das derzeitige Weltfinanzsystem sei nicht nachhaltig und beinhalte große Risiken für die Zukunft. Probleme lägen in der ungenügenden Regulierung des Systems, bei einer fehlenden Besteuerung globaler Transaktionen und Aktivitäten und in einem ungenügenden Wissen über die Abläufe und Risiken in „Steueroasen“.
- ▶ Ohne ein Gegensteuern sei ein weltweiter Kollaps der Finanzstrukturen innerhalb der nächsten 10 bis 20 Jahre unvermeidbar. Der Finanzmarkt sei das Gehirn der Menschheit; für einen erfolgreichen Plünderungsfeldzug sei man erfolgreich, wenn andere meinten, man sei das Gehirn. Die zentrale Fähigkeit sei, in den Gehirnen der anderen Halluzinationen zu erzeugen; man müsse dem anderen im Gehirn klarmachen, dass Stroh Gold ist, dann könne mit Stroh bezahlt werden. Es gebe keinen Blödsinn, der dem menschlichen Gehirn nicht vermittelt werden könne (angeführtes Beispiel US-Präsident Trump).
- ▶ Jede vernünftige Gesellschaft baue sich ein Finanzsystem.
- ▶ Die Welt des Geldes sei noch viel komplizierter als die Welt der normalen Ökonomie, die schon kompliziert genug sei. ■

_____ Rolf Zick, Lehrte

i

HINWEISE:

- ▶ Wer sich gerne ein Bild von dem Wissen und der Eloquenz Herrn Prof. Dr. Radermachers machen möchte, findet einige seiner Reden u. a. bei Youtube unter <http://tinyurl.com/youtube-radermacher>.
- ▶ Die Zusammenfassung des wissenschaftlichen Kongresses wird in der März-Ausgabe des NZB veröffentlicht.

QM-Richtlinie: Eine für alle

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verabschiedete sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) ist am 16.11.2016 in Kraft getreten.

Seit 2010 sind Zahnärzte verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln. Grundlage dafür bildete die entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für das zahnärztliche Qualitätsmanagement (ZÄQM-RL) vom 17.11.2006, die zwischenzeitlich einmal am 23.01.2014 aktualisiert worden war. Ebenso existierten für die anderen Bereiche (Sektoren) der medizinischen Versorgung auch QM-Richtlinien, so für die Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser u.a.

Die Aufgabe des G-BA bestand darin, diese verschiedenen Richtlinien zu einer den gesamten Bereich der ärztlichen und zahnärztlichen sowohl ambulanten als auch stationären Versorgung umfassenden Richtlinie zusammenzuführen. Das Ergebnis wurde im Dezember 2015 erstmals vorgestellt: Die „Sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie“. Eine für Alle. Sie regelt die grundsätzlichen Anforderungen an das stationäre und ambulante Qualitätsmanagement.

Damit gelten jetzt für Praxen und Krankenhäuser einheitliche Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement.

Deutlicher als zuvor wird QM in der neuen Richtlinie als wichtiger Ansatz zur Förderung der Patientensicherheit dargestellt, verschiedene Instrumente und Methoden fokussieren besonders auf sicherheitsrelevante Prozesse und stellen Patienteninteressen in den Vordergrund. Demgegenüber tritt der frühere Anspruch an die „Zufriedenheit der am Prozess Beteiligten“, etwas zurück.

Die grundlegende Methodik (§ 2) setzt weiterhin auf das Prinzip des sogenannten PDCA-Zyklus zum Erreichen einrichtungsinterner Ziele.

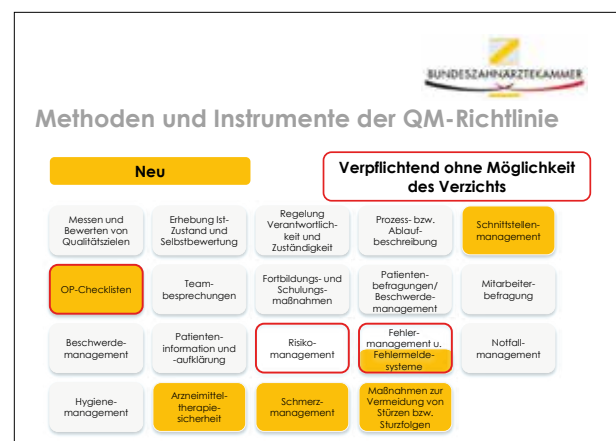


Die Grundelemente (§ 3) beschreiben, worum es im Kern geht:

- ▶ Patientenorientierung einschließlich Patientensicherheit
- ▶ Mitarbeiterorientierung einschließlich Mitarbeitersicherheit
- ▶ Prozessorientierung
- ▶ Kommunikation und Kooperation
- ▶ Informationssicherheit und Datenschutz
- ▶ Verantwortung und Führung

Die in der Richtlinie beschriebenen 14 Methoden und Instrumente (§ 4) sind bisher in den QM-Systemen schon etablierte und praxisbezogene Bestandteile des QMs gewesen. Dennoch gibt es ein paar wichtige Änderungen, die es zu beachten gilt:

Ergänzt wird die Richtlinie durch Themen, die von der Wortwahl für Zahnärzte zunächst ungewöhnlich erscheinen mögen. Dazu gehören Schnittstellenmanagement, Arzneimitteltherapiesicherheit, Schmerzmanagement, Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen bzw. Sturzfolgen sowie OP-Checklisten. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch schnell, dass die dort hinterlegten Inhalte nichts grundsätzlich Neues sind, sie sind bereits jetzt Bestandteile von verantwortungsvollem QM und erfolgreicher Praxisführung.



Grundsätzlich sind alle beschriebenen Methoden und Instrumente verpflichtend anzuwenden, es sei denn, dass eine konkrete personelle und sachliche Ausstattung bzw. die örtlichen Gegebenheiten oder sonstige medizinisch-fachlich begründete Besonderheiten diesem entgegenstehen. Davon ausgenommen sind folgende Instrumente, die immer verpflichtend anzuwenden sind:

Mindeststandards des Risikomanagements, des Fehlermanagements und der Fehlermeldesysteme sowie die Nutzung von Checklisten bei operativen Eingriffen, die unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärzten bzw. Ärztinnen oder die unter Sedierung erfolgen.

Hier sind die Körperschaften gefragt, den Kolleginnen und Kollegen in der Praxis Hilfestellung anzubieten, um diese Themen rechtssicher abzuarbeiten.

Eine Neuerung ergibt sich für die Zahnärzte hinsichtlich der Einführung von QM. Es ist eine Regelung aus dem ärztlichen Bereich übernommen worden: Mit Inkrafttreten der Richtlinie gibt es unter bestimmten Voraussetzungen eine 3-jährige Einführungsfrist für das praxisinterne QM nach Praxisgründung. Die genauen Regelungen erfahren Sie beim Zulassungsausschuss der KZVN.

Während Risiko- und Fehlermanagement seit 2014 schon etabliert waren, ist jetzt auch das Fehlermeldesystem (besser: „Berichts- und Lernsystem“) neu hinzugekommen und wird in der Umsetzung als verpflichtend angesehen. Es ist ein wesentlicher Bestandteil eines wirksamen Fehlermanagements, das ein Lernen von anderen und deren Erfahrungen ermöglicht. Für den zahnärztlichen Bereich existiert das Berichts- und Lernsystem „CIRS dent – Jeder Zahn zählt“. Damit haben die Körperschaften Vorarbeit geleistet, Vertragszahnärzte können darauf zurückgreifen.



Folgerichtig ist mit der Neufassung der QM-RL auch der sogenannte „Berichtsbogen“ angepasst worden. Erklärungen und Ausfüllhilfen sind im Glossar beschrieben, das im Downloadbereich von ZKN und KZVN eingestellt ist. Diese Lektüre zur Überarbeitung und Anpassung des QM rate ich an.

Beide Körperschaften werden die von ihnen gepflegten QM-Systeme den Vorgaben der neuen Richtlinie entsprechend überprüfen, anpassen und weiterentwickeln. Ich empfehle, entsprechende Kursangebote anzunehmen und Veröffentlichungen im NZB aufmerksam zu verfolgen. ■

_____ *Dr. Jürgen Hadenfeldt*

*stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZVN
Vorstandsbeauftragter Zahnärztliche Praxisführung der ZKN*

Die Richtlinie in der Originalfassung sowie ein Glossar der KZBV zum Verständnis und als Ausfüllhilfe für den Berichtsbogen finden Sie im Downloadbereich von ZKN und KZVN.

GOZ-Kommentar der BZÄK aktualisiert

Gegen Ende des vergangenen Jahres hat die Bundeszahnärztekammer eine neue Fassung ihres GOZ-Kommentars ins Netz gestellt. Der Link für den Download (6,2 MB) lautet: <http://tinyurl.com/gozkommentar>. Ergänzend gibt es dort eine Synopse der vorgenommenen Aktualisierungen sowie einen aktualisierten Katalog selbstständiger zahnärztlicher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnender Leistungen.

_____ *Quelle: agentur adp Nr. 01/2017 vom 02.01.2017*



Gefährdungsbeurteilung mit System

Beschäftigte haben Anspruch auf einen gesunden und sicheren Arbeitsplatz. Daher muss in jeder Zahnarztpraxis mit einem oder mehr abhängig Beschäftigten regelmäßig und anlassbezogen eine Gefährdungsbeurteilung stattfinden. Die Verantwortung und Aufgaben der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers sind im Arbeitsschutzgesetz verankert und in der DGUV Vorschrift 1 zur Unfallverhütung näher geregelt.

Die Gefährdungsbeurteilung ist Planungsgrundlage für Sicherheit und Gesundheit in der Zahnarztpraxis und ein wichtiges Führungsinstrument, um den verantwortlichen Umgang mit dem Thema Arbeitsschutz verlässlich zu organisieren und zu dokumentieren. Die grundlegenden Fragen: Was kann die Sicherheit und Gesundheit Ihres Teams bei welchen Tätigkeiten gefährden? Und wie lassen sich Sicherheit und Gesundheit gewährleisten?

Arbeitsschutz zahlt sich aus

Rechtzeitig erkannte Gefährdungen und geeignete Maßnahmen verhindern Störungen im Betriebsablauf und vermindern wirtschaftliche Verluste, senken unfall- und krankheitsbedingte Ausfälle der Beschäftigten, tragen zur Qualitätssicherung bei und verbessern die Arbeitsbedingungen. Das wiederum motiviert Mitarbeitende und erhöht die Leistungsbereitschaft.



Gefährdungsbeurteilung erstellen: So geht's

Die Gefährdungsbeurteilung ist gesetzlich vorgeschrieben. Ihre Erstellung gelingt, wenn man sich an die folgenden sieben Schritte hält.

Wie diese 7 Schritte abgearbeitet werden, können Sie entweder online bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (bgw) unter <http://tinyurl.com/bgw-7-schritte> nachlesen oder aber erfahren, während Sie sich zum Sicherheitsverantwortlichen Ihrer Praxis im Rahmen des gemeinsamen BuS-Dienst-Angebots der Zahnärztekammern Westfalen-Lippe und Niedersachsen schulen lassen. ■

Quelle: <https://www.bgw-online.de>

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

BuS-Dienst der Zahnärztekammer Niedersachsen

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Zahnarztpraxen

Sie haben noch Informationsbedarf?
Wir helfen Ihnen gern!

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

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen



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



Beliebte Irrtümer im Arbeitsrecht

In kaum einem Rechtsbereich halten sich so viele hartnäckige Fehlvorstellungen, wie im Arbeitsrecht. Von diesen Irrtümern sind sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer gleichermaßen betroffen. Im Rahmen einer lockeren Reihe soll versucht werden, die hartnäckigsten dieser Mythen auszuräumen.

IRRTUM: DIE KÜNDIGUNG EINES ARBEITSVERHÄLTNISSES BEDARF STETS EINES TRIFTFIGEN KÜNDIGUNGSGRUNDES!

Auch bei dieser Aussage handelt es sich zumeist um einen Irrtum. Ob die Kündigung eines Arbeitsverhältnisses einer besonderen Rechtfertigungspflicht unterliegt, hängt zum einen davon ab, ob das Kündigungsschutzgesetz anwendbar ist und zum anderen, ob es sich um eine fristlose Kündigung handelt.

Nur wenn das Arbeitsverhältnis des betreffenden Arbeitnehmers länger als sechs Monate besteht und in dem Betrieb regelmäßig mehr als zehn Mitarbeiter (ohne Azubis) beschäftigt werden (Teilzeitkräfte zählen anteilig), gilt das



Kündigungsschutzgesetz. Bei Anwendung dieses Gesetzes muss die Kündigung sozial gerechtfertigt sein, es muss sich also um eine personen-, verhaltens- oder betriebsbedingte Kündigung handeln. In Kleinbetrieben, unterhalb des obigen Schwellenwertes, muss der Arbeitgeber lediglich die Schriftform der Kündigung einhalten und die Kündigungsfrist für das Arbeitsverhältnis beachten. Einen Kündigungsgrund muss er in seiner Kündigungserklärung nicht angeben.

Will der Arbeitgeber fristlos, also ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist, kündigen, bedarf es eines wichtigen Grundes. Dieser muss so schwerwiegend sein, dass dem Arbeitgeber unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles und unter Abwägung der Interessen beider Vertragspartner eine Fortführung des Arbeitsverhältnisses bis zum Ablauf der Kündigungsfrist/Befristung nicht zugemutet werden kann (§ 626 Abs. 1 BGB). Ein vom Arbeitnehmer verübter Diebstahl wäre zum Beispiel ein wichtiger Grund. Selbstverständlich steht auch den Arbeitnehmern die Möglichkeit einer fristlosen Kündigung zur Verfügung, wenn der Arbeitgeber ein grobes Fehlverhalten (z. B. eine grobe ehrverletzende Beleidigung) zeigt. ■

_____ Michael Behring, LL.M.
Geschäftsführer der ZKN

DGZMK: Fünf neue Leitlinien

Für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wurden fünf neue Leitlinien erstellt:

- ▶ „Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen“
- ▶ „Periimplantäre Infektionen an Zahnimplantaten, Behandlung“
- ▶ „Zahnimplantate bei Diabetes mellitus“
- ▶ „Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate)“
- ▶ „Kompositrestaurationen Seitenzahnbereich“

Die Leitlinien der DGZMK und ihrer Fachgesellschaften sind veröffentlicht unter: www.dgzmk.de/zahnaerzte/wissenschaft-forschung/leitlinien.html.

Sämtliche aktuell publizierten und angemeldeten Leitlinien findet man außerdem in der Datenbank der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) unter Leitlinien-Suche: www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html. _____ Quelle: agentur adp Nr. 01/2017 vom 02.01.2017



Sicher und schnell

FORSCHER ZEIGEN: IN NUR SECHS WOCHEN KANN AKUTE HEPATITIS C GEHEILT WERDEN

Gegen die virusbedingte Leberentzündung Hepatitis C wurden in den vergangenen Jahren neue Medikamente entwickelt und eingesetzt, und so konnten mit der Therapie der chronischen Hepatitis C bereits viele Erfahrungen gesammelt werden. Jetzt gelang es Wissenschaftlern erstmals, auch die akute Form der Hepatitis C mit diesen neuen Arzneimitteln zu heilen – sogar schneller als die chronische Form, für die acht bis zwölf Wochen Behandlung notwendig sind. Die Studie führten sie im HepNet Study-House der Deutschen Leberstiftung zusammen mit der MHH durch. Das „Hannover Clinical Trial Center“, das Institut für Klinische Pharmakologie und das Institut für Biometrie haben die Studie ermöglicht. Die Zeitschrift „The Lancet Infectious Diseases“ hat die Ergebnisse publiziert.

Weltweit erste Studie

Hepatitis-C-Viren werden durch Blut übertragen. Sie dringen in die Leberzellen ein, vermehren sich sehr schnell und schädigen das Organ. Das Immunsystem wehrt sich, indem es befallene Leberzellen zerstört. Doch das schränkt die



Leberfunktion immer weiter ein. Oft setzt sich das Virus im Körper fest und kann ohne eine medikamentöse Therapie nicht besiegt werden, die Erkrankung wird dann „chronisch“; Krebs oder eine Zirrhose können folgen. Die ersten sechs Monate nach der Infektion spricht man von einer akuten HCV-Infektion. Sie wird nur selten erkannt, weil sie meist keine Symptome verursacht. Deshalb sind Studien über sie selten und aufwendig.

HEPATITIS

Viren können eine Leberentzündung verursachen: Eine Infektion mit Hepatitis-B-Viren haben in Deutschland etwa 200.000 bis 500.000 Personen, die Ansteckung erfolgt über Körperflüssigkeiten. Es gibt eine effektive Impfung, die Erkrankung ist gut kontrollierbar – aber nicht heilbar. Hepatitis C haben in Deutschland ebenfalls etwa 200.000 bis 500.000 Menschen. Die Erkrankung verläuft sehr progressiv, das Virus wird über Blut übertragen und ist der häufigste Grund für eine Lebertransplantation. Eine Impfung gibt es nicht, aber sehr wirksame Medikamente. Mit Hepatitis-D-Viren sind in Deutschland 15.000 bis 30.000 Menschen infiziert. Die Infektion kommt nur zusammen mit Hepatitis B vor. Chronische Hepatitis D ist die schlimmste Virushepatitisform, es gibt noch keine effektive Therapie. In Deutschland werden jedes Jahr bis zu 300.000 Menschen mit dem Hepatitis-E-Virus infiziert. Sie verläuft meist ohne Symptome, kann aber vor allem für Schwangere, schwer Immungeschwächte und chronisch Leberkranke gefährlich sein. Mögliche Infektionswege sind der Verzehr von unzureichend gegartem oder Kontakt mit rohem Fleisch von Schwein und Wild, Bluttransfusion, verunreinigtes Wasser oder mit Fäkalien gedüngte Feldfrüchte.



Prof. Dr. Michael Manns, Dr. Katja Deterding und Prof. Dr. Heiner Wedemeyer

Die Medikamente, die es seit 2014 zur Behandlung der chronischen Hepatitis C gibt, greifen direkt in die Vermehrung des Virus ein. Sie können ohne das bisher immer notwendige Interferon eingesetzt werden, das viele Nebenwirkungen hat. In der Studie haben Wissenschaftler nun geprüft, ob eines der bei chronischer Hepatitis C sehr gut wirkenden Medikamente auch bei akuter Hepatitis C mit sehr hohen Leberwerten sicher eingesetzt werden kann und ob eine kürzere Behandlungsdauer ausreicht. Es war die weltweit erste Studie zur interferonfreien Behandlung einer akuten HCV-Infektion, aus der die kompletten Daten vorliegen. 20 Patienten aus zehn deutschen Zentren nahmen teil. Sie hatten eine akute Hepatitis C aufgrund einer Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus des Genotyps 1 und keine weiteren Infektionskrankheiten wie Hepatitis B oder HIV. Mit einer sechswöchigen Behandlung mit den Wirkstoffen Ledipasvir und Sofosbuvir konnten sie – ohne nennenswerte Nebenwirkungen – geheilt werden.

Je früher, desto besser

„Die neuen Medikamente können auch bei Patienten mit einer akuten Hepatitis C sicher eingesetzt werden“, erläutert Dr. Katja Deterding, Erstautorin der Publikation. „Die Erkenntnis, dass eine deutlich kürzere Therapiedauer bei einer sehr neu erworbenen Hepatitis-C-Virusinfektion ausreicht, ist nicht nur wissenschaftlich und für die klinische Praxis interessant, sondern könnte auch zu Kostenersparnissen führen“, sagt Professor Dr. Heiner Wedemeyer, einer der korrespondierenden Autoren. Durch eine frühe Ausheilung der Erkrankung könne außerdem die Ansteckung weiterer Personen verhindert werden. Die Studie förderten die Gilead Sciences GmbH und das Deutsche Zentrum für Infektionsforschung (DZIF) mit ihrer „Thematischen Translationalen Forschungseinheit“ Hepatitis. ■

Quelle: MHHinfo Nr. 06/2016

Sie fragen – wir antworten

KOMPETENT · ZEITNAH · VERLÄSSLICH · NIEDERSACHSENWEIT

Die Servicehotlines der KZVN

► Abrechnung

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

Kontakt

Telefon: 0511 8405-390
Fax: 0511 837267
E-Mail: hotline-abrechnung@kzvn.de
kch-service@kzvn.de
kfo-service@kzvn.de

► Vertragsfragen

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

Kontakt

Telefon: 0511 8405-206
E-Mail: service@kzvn.de

► Online-Support

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

Kontakt

Telefon: 0511 8405-395
Fax: 0511 59097063
E-Mail: abrechnung@kzvn.de

► Finanzen

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

Kontakt

Telefon: 0511 8405-400
E-Mail: finanzen@kzvn.de



© g. studio/stockphoto.com

Heilung durch Therapieabbruch

MHH-FORSCHER ZEIGEN NEUEN ANSATZ ZUR BEHANDLUNG EINER CHRONISCHEN HEPATITIS-B-VIRUSINFEKTION AUF / VERÖFFENTLICHUNG IM JOURNAL OF INFECTIOUS DISEASES

W

issenschaftler der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)

haben herausgefunden, dass bei Patienten mit einer chronischen Hepatitis-B-Virusinfektion eine Unterbrechung der Therapie zur Heilung führen kann. Das Team um Professor Dr. Markus Cornberg aus der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie veröffentlichte diese Erkenntnisse im *Journal of Infectious Diseases*. Gleichberechtigte Erstautoren sind die Biologin Franziska Rinker und der Kliniker Christoph Höner zu Siederdisen.

Chronische Hepatitis B ist eine der häufigsten Infektionskrankheiten mit weltweit zirka 250 Millionen und deutschlandweit vermutlich 500.000 Betroffenen. Sie kann dazu führen, dass das Lebergewebe vernarbt und Krebs entsteht. Helfen können sogenannte Nucleosid- beziehungsweise Nucleotidanaloga (NUCs). Sie werden als Tabletten verabreicht und hemmen die Virusvermehrung. Heilen können sie den Patienten jedoch nicht. „Das liegt daran, dass sie nicht gegen ein Minichromosom des Hepatitis-B-Virus im Zellkern der Leberzelle ankommen und so weiterhin Virusproteine gebildet werden – jedoch ohne, dass vermehrungsfähige Viren entstehen. Wenn die Therapie gestoppt wird, steigt deshalb die Virusvermehrung wieder an“, erläutert Professor Dr. Markus Cornberg, dessen Professur vom Deutschen Zentrum für Infektionsforschung (DZIF) gefördert wird. Daher muss die Therapie dauerhaft erfolgen – jedenfalls solange, bis das Immunsystem es geschafft hat, das für die Viren notwendige Hüllprotein zu beseitigen. Erst dann kann man von Heilung sprechen. „Das ist nur bei 0,5 Prozent der Patienten pro Jahr der Fall. Etwas häufiger, bei fünf bis zehn Prozent der Patienten pro Jahr, kann dies geschehen, wenn dem Immunsystem mit dem Wirkstoff Interferon geholfen wird. Dieser Wirkstoff muss jedoch gespritzt werden und hat Nebenwirkungen.

Als Alternative hat sein Team in einer vom DZIF geförderten Studie mit 15 Patienten ohne fortgeschrittene Leberfibrose untersucht, ob dem Immunsystem eine Unterbrechung der



Prof. Dr. Markus Cornberg und Franziska Rinker

Therapie mit NUCs hilft. Da sich die Viren nach dem Therapieabbruch bei den meisten Patienten wieder vermehren, musste die Therapie wieder aufgenommen werden. Doch ein Jahr später war bei ihnen weniger Hüllprotein vorhanden und nach einem noch längeren Zeitraum verschwand es bei drei Patienten sogar vollständig, sodass sie die Therapie beenden konnten. Das wäre mit einer Interferonbehandlung nicht zu erwarten gewesen. In der Tat konnte durch den Therapieabbruch und den Virusrückfall bei den Patienten eine Stimulation von einigen Immunbotenstoffen festgestellt werden.







„Ein kontrollierter Therapiestopp nach mindestens dreijähriger Therapie ist bei Patienten mit chronischer Hepatitis-B-Virusinfektion ohne deutliche Fibrose eine gute Option, um den Verlust des Hüllproteins zu beschleunigen“, meint Professor Cornberg. Er bezeichnet dieses Konzept als Autovakzination. Aufbauende Studien sollen für mehr Ergebnisse sorgen. „Ganz wichtig ist allerdings, dass Patienten jetzt nicht eigenständig ihre Medikamente absetzen, sondern nur in Absprache mit dem behandelnden Arzt.“

Die Originalpublikation finden Sie im Internet unter dem Link des „The Journal of Infectious Diseases“ (<http://jid.oxfordjournals.org/>).

Weitere Informationen erhalten Sie bei Professor Dr. Markus Cornberg, Telefon 0176 15326821, cornberg.markusmh-hannover.de ■

Quelle: Presseinformation der MHH Hannover vom 16.09.2016

Terminliches

 04.03.2017	Hannover	4. Tag der Qualitätszirkel in der Zahnklinik der MHH, Infos: Landesverband Niedersachsen der DGI, Dr. Dr. Gerhard Neumann, Tel. 0511 9781170
 24.03.2017	Köln	Koordinierungskonferenz Hilfsorganisationen im Rahmen der IDS
 29.03. – 01.04.2017	Gütersloh	63. Zahnärztetag der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Infos: http://www.zahnaerztetag-wl.de/
 01.04.2017	Norden	2. Ostfriesischer Zahnärztetag, Infos: www.g-o-z.de
 01.04.2017	Kiel	24. Schleswig-Holsteiner Zahnärztetag 2017, Infos: zaet.kzv.sh
 01.04.2017	Hamburg	Sonderfortbildung ZahnMedizin für Pflegebedürftige, Infos: Zahnärztekammer Hamburg, http://tinyurl.com/ku9113

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE GÖTTINGEN

08.03.2017,
17:00 Uhr – ca. 19:30 Uhr

Thema: Zahnarzt und Werbung – Aktuelles aus wettbewerbs- und berufsrechtlicher Sicht

Referentinnen:

Christiane Köber, Bad Homburg
Heike Nagel, Hannover

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

Fortbildungsreferent:

Dr. Dr. Lars Kühne, Wehender Straße 75, 37073 Göttingen, Tel. 0551 47314

BEZIRKSSTELLE HILDESHEIM

15.03.2017,
16:00 Uhr – ca. 19:00 Uhr

Thema: Doppelkronen – Multitalente in der herausnehmbaren Prothetik?

Referent:

Prof. Dr. Hans-Jürgen Wenz, Kiel

Ort: Uni Hildesheim, Hörsaal 2, Marienburger Platz 22, 31141 Hildesheim

Fortbildungsreferent:

Dr. Ulrich Niemann, Almsstr. 1, 31134 Hildesheim, Tel. 05121 37676

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

18.03.2017,
09:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr

Thema: Mundhöhlenkarzinom – Diagnose und Therapie

Referentin:

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

BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

04.03.2017,
09:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr

Thema:

Ästhetische Zahnmedizin – direkt oder indirekt restaurieren?

Referent:

Prof. Dr. Roland Frankenberger, Marburg

Ort: Steigenberger Hotel Remarque, Natrufer-Tor-Wall 1, 49076 Osnabrück

Fortbildungsreferent:

Dr. Nicola Witte, Wittekindstr. 1, 49134 Wallenhorst, Tel. 05407 8575355

BEZIRKSSTELLE VERDEN

01.03.2017,
18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr

Thema:

Die Halswirbelsäule im Berufsalltag des Zahnarztes

Referentin:

Dr. Petra Kramme, Hannover

05.04.2017,
18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr

Thema:

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

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

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



→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Erfolge und Misserfolge in der Kinderzahnheilkunde



Dr. Curtis Goho

Jemand der Kinder gut behandeln will, muss gutes professionelles Wissen und „Know-how“ haben. Dieser Kurs legt den Fokus auf viele Erfolge und Misserfolge in Kinderzahnheilkunde. Er ist ein Leitfaden für die Kinderbehandlung in der Praxis von einem Referenten mit 30 Jahren Erfahrung in der Kinderzahnheilkunde.

Die Methoden, Tipps, Tricks, exemplarische Behandlungsfälle und Ideen werden aus allen Bereichen der

Kinderzahnheilkunde sein, wobei sich die Schwerpunkte nach den Teilnehmerwünschen richten werden.

Beispiele sind:

- ▶ Milchzahnpulpaabehandlung: Pulpaüberkappung, Pulpotomie, Pulpektomie leicht gemacht
- ▶ Kinderkronen: Methoden, Tipps und Tricks
- ▶ Platzhalter: Das DeNovo-System und andere zeitsparende Techniken
- ▶ KFO-Frühbehandlung:
Was und wann, 6er ektopischer Durchbruch
- ▶ Angewohnheiten: Daumen/Finger-Lutschen, Apparate und andere Behandlungen für den allgemeinen Zahnarzt
- ▶ Trauma: Behandlung von pädiatrischen oralen Verletzungen
- ▶ Kindesmisshandlung: Diagnose und Empfehlungen, nicht „Textbuch“ aber aus vielen Erfahrungen des Referenten
- ▶ Anomalien: Pathologie oder nicht? Befund von Babys und viel mehr!
- ▶ Behandlung von verschiedenen Patiententypen: Teenager, das „Königskind“, die „Hubschrauber-Eltern, schüchternes Kind“ u. s. w.

Referent: Dr. Curtis Goho, Schnaittenbach

Samstag, 25.02.2017 von 09:00 – 18:00 Uhr

Kursgebühr: 242,- €

Max. 40 Teilnehmer

Kurs-Nr.: Z 1713

8 Fortbildungspunkte nach BZÄK

08.03.2017 Z 1715 4 Fortbildungspunkte

Stimmt's oder habe ich Recht? 100 Rechtsfragen in der Zahnarztpraxis – von A(rbeitsrecht) bis Z(ulassung) – erkennen, vorbeugen, handeln

NEU!

Dr. Ralf Großbölting, Berlin

Mittwoch, 08.03.2017 von 14:00 bis 17:00 Uhr

Seminargebühr: 84,- €

10.03.2017 Z/F 1716 8 Fortbildungspunkte

Aus der Trickkiste der Kommunikation – elegante Psychologie für die Praxis und das halbe Leben Der Motivationsschub für das ganze Team

Herbert Prange, Mallorca

Freitag, 10.03.2017 von 14:00 bis 20:00 Uhr

Seminargebühr: 231,- €

10.03.2017 Z 1717 6 Fortbildungspunkte

Aufbaukurs zahnärztliche Chirurgie – Tipps und Tricks zur Erkennung, Vermeidung und Lösung von Komplikationen in der zahnärztlichen Chirurgie

NEU!

Prof. Dr. Thomas Weischer, Witten

Freitag, 10.03.2017 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Seminargebühr: 253,- €

18.03.2017 Z 1719 9 Fortbildungspunkte

Implantologie für Einsteiger – Medizinisch, anatomisch, chirurgisch – Arbeitskurs

NEU!

Prof. Dr. Rainer Buchmann, Dortmund

Samstag, 18.03.2017 von 9:00 bis 18:00 Uhr

Seminargebühr: 374,- €

18.03.2017 Z/F 1720 8 Fortbildungspunkte

Abrechnungseminar Strukturierte Fortbildung Implantologie

NEU!

Dr. Henning Otte, Hannover

Samstag, 18.03.2017 von 9:00 bis 17:00 Uhr

Seminargebühr: 192,- €

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

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 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 247,- €

04.03.2017 F 1718

Instrumentenaufbereitung in der Zahnarztpraxis

Ute Wurmstich, Wedemark
Samstag, 04.03.2017 von 10:00 bis 14:00 Uhr
Seminargebühr: 94,- €

22.03.2017 Z/F 1722

... zum Beispiel GOZ

Marion Borchers, Rastede-Loy
Mittwoch, 22.03.2017 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 109,- €

25.03.2017 F 1724

Die parodontale Vorbehandlung Praktischer Arbeitskurs für die ZMP/ZMF

Simone Klein, Berlin
Samstag, 25.03.2017 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 242,- €

31.03.2017 F 1726

Qualitätsmanagement – Einführung und Training für Mitarbeiter/innen

Brigitte Kühn, Tutzing
Freitag, 31.03.2017 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 231,- €

01.04.2017 F 1728

Die Rezeption – Das Herz der Praxis

Brigitte Kühn, Tutzing
Samstag, 01.04.2017 von 09:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 231,- €

03.05.2017 F 1731

Aufschleifen von zahnärztlichen Instrumenten

Elisabeth Meyer, Greifswald
Mittwoch, 03.05.2017 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 145,- €

05.05.2017 F 1732

Die qualifizierte Assistenz in der Chirurgie und der Implantologie

Marina Nörr-Müller, München
Freitag 05.05.2017 von 09:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 250,- €

Gekonnte Psychologie in der Prophylaxe

Wie Sie noch eleganter und raffinierter kommunizieren



Herbert Prange

Zahnmedizinische Prophylaxe ist an hohe Fachkompetenz, gereifte Erfahrung, Teamgeist und anspruchsvolle kommunikative Fähigkeiten geknüpft. In diesem Kompaktseminar lernen Sie von einem der erfahrensten Psychologiereferenten im Medizinbereich, wie Sie elegant und leicht kommunizieren und beraten können. Sie erfahren viele psychologische Raffinessen, die Sie sofort in der Praxis umsetzen können.

In diesem Seminar lernen Sie anhand der jüngsten Gehirnforschung, wie Sie die Prophylaxe darstellen können, damit sie im Kopf der Patienten fest verankert ist. Sie bekommen einen tiefen Einblick in unbewusste Vorgänge und wie Sie darauf Einfluss nehmen können.

Herbert Prange begleitet seit vielen Jahren Dentalhygienists und ZMP in der Ausbildung und ist dementsprechend mit dem Fach vertraut.

Sie dürfen sich auf ein Seminar der Extraklasse freuen – psychologisch-fachlich auf dem neuesten Stand, verständlich und kurzweilig dargestellt. Wie wir es von Herbert Prange gewöhnt sind.

Seminarschwerpunkte:

- ▶ Die Welt in unserem Kopf
- ▶ Die Bedeutung der Prophylaxe aus psychologischer Sicht
- ▶ Die Bedeutung von Emotionen und Bildern
- ▶ Prophylaxeorientierte Kommunikationsstrategien im Praxisteam
- ▶ Elegante Gesprächsführung
- ▶ Rhetorik in der Patientenberatung
- ▶ Geld und Psychologie
- ▶ Psychologie der Entscheidung
- ▶ Umgang mit Zweifel, Ablehnung und Kritik
- ▶ Prophylaxemarketing, Patienteninformation
- ▶ Raffinessen für das Unbewusste

Referent: Herbert Prange, Mallorca

Samstag, 11.03.2017, 09:00 – 16:00 Uhr

Kursgebühr: 231,- €

Max. 24 Teilnehmer

Kurs-Nr.: F 1722

Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

22.12.2016 Dr. Lotte Schwander (75)
Im Taubenkamp 14,
21723 Hollern

18.01.2017 Dr. Ulrich Wenzel (88)
Falkenhorst 15,
31303 Burgdorf

21.01.2017 Dr. Hans-Joachim Meyer (75)
Annenstraße 35,
31134 Hildesheim

25.01.2017 Norbert Stoppe (90)
Ritterstraße 9,
38100 Braunschweig

29.01.2017 Dr. Wolfgang Hahn (80)
Am Brammer 16,
29640 Schneverdingen

05.02.2017 Dr. Eckhard Brandtner (75)
Otto-Gebühr-Weg 4,
21227 Bendestorf

**11.02.2017
Dr. Hans-Gerhard Tiddens (85)**
Bahnhofstraße 1, 31737 Rinteln

13.02.2017 Dr. Hans-Jürgen Klatt (85)
Lindenring 38,
29352 Adelheidsdorf

15.02.2017 Hans-Bernd Schröder (70)
Neustadts Gärten 2,
27254 Siedenburg

15.02.2017 Wilhelm Eppens (90)
Friedrichstraße 20,
31832 Springe

16.02.2017 Dr. Helga Suhling (80)
Marienstraße 21,
27299 Langwedel

Wir trauern um unsere Kolleginnen und Kollegen

Dr. Enno Buckendahl
Kärntner Platz 1,
30519 Hannover
geboren am 06.12.1947,
verstorben am 15.11.2016

Dr. Klaus Strahmann
Willem-Mennen-Straße 13,
26721 Emden
geboren am 17.04.1949,
verstorben am 18.11.2016

Clemens Hoppe
Schmiedestraße 7,
38667 Bad Harzburg
geboren am 21.04.1956,
verstorben am 22.11.2016

Dr. Brunhild Munsch
Falkenstraße 29,
30449 Hannover
geboren am 24.04.1947,
verstorben am 05.12.2016

Dr. Günther Oerding
Amtshof 2,
27305 Bruchhausen-Vilsen
geboren am 18.08.1948,
verstorben am 13.12.2016

Dr. Robin Busse
Struckmannstraße 8,
31134 Hildesheim
geboren am 06.04.1967,
verstorben am 16.12.2016



Beatrix Szaraz-Bolik
Hackenweg 77,
26127 Oldenburg
geboren am 26.05.1968,
verstorben am 24.12.2016

Günther Neymeyr
Lister Kirchweg 65,
30163 Hannover
geboren am 03.06.1929,
verstorben am 30.12.2016

*Die Vorstände Zahnärztekammer Niedersachsen
und KZV Niedersachsen*

Erich Bloch
Am Platz 11,
38110 Braunschweig
geboren am 26.05.1922,
verstorben am 01.01.2017

Dr. Michael Tlatlik
Am Markt 15,
37154 Northeim
geboren am 10.08.1950,
verstorben am 01.01.2017



Foto: DKH

Neuer Chefarzt der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie im Henriettenstift

Privatdozent Dr. Dr. Alexander Gröbe, MBA, (39) ist seit dem 1. Januar 2017 neuer Chefarzt der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG) im DIAKOVERE Henriettenstift. Der gebürtige Lübecker folgt damit auf Prof. Dr. Dr. Gerd Gehrke, der nach 18 Jahren am Henriettenstift in den Ruhestand verabschiedet wurde. Gröbe absolvierte nach seinem Studium der Human- und Zahnmedizin in Marburg und Hamburg seine Facharztausbildung im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und war dort die vergangenen zehn Jahre tätig am größten deutschen Einzelstandort dieses medizinischen Faches. Die Schwerpunkte des Mediziners sind Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten und kindliche Fehlbildungen, Tumorchirurgie und mikrochirurgische Rekonstruktion sowie kieferorthopädische Chirurgie.

In Hannover übernimmt Gröbe eine renommierte Klinik mit einem engagierten, jungen Team. Neben dem weiteren Ausbau bisheriger Behandlungsfelder strebt Gröbe die Zertifizierung eines Kopf-/Hals-Tumorzentrums sowie eines Spaltzentrums an. Letzteres insbesondere in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit der Praxis für Kieferorthopädie. Als einzige nicht universitäre Klinik in Deutschland verfügt das Henriettenstift seit elf Jahren über eine eigene Abteilung dieser Art. Die Kieferorthopädiepraxis hat einen besonderen Schwerpunkt in der Behandlung von Lippen-, Kiefer- und Gaumenspaltpatienten.

„Ich freue mich auf eine intensive und konstruktive Zusammenarbeit mit allen Nachbarabteilungen unseres Fachgebietes inner- und außerhalb der DIAKOVERE Krankenhäuser.“, sagte Gröbe bei seinem Dienstantritt.

„Alexander Gröbe ist sowohl fachlich als auch menschlich eine Bereicherung für DIAKOVERE“, betont Mathias Winkelhake, Geschäftsführer der DIAKOVERE Krankenhäuser. „Es ist uns gelungen, einen äußerst vielseitig ausgebildeten, im gesamten Leistungsspektrum der MKG überaus versierten und mit Führungsaufgaben vertrauten Chefarzt zu gewinnen.“ ■

Quelle: Presseinformation der DIAKOVERE Krankenhäuser vom 05.01.2017

Neuzulassungen

Vertragszahnärzte/-ärztinnen

Verwaltungsstelle Braunschweig

Braunschweig	Eike Paulmann
Goslar	Maren Brückner
Kissenbrück	Dr. Sebastian Hoffmann
Wolfsburg	Dr. Manina Friedland-Philipp

Verwaltungsstelle Göttingen

Duderstadt	Dr. Dr. Jan Hilbert
Göttingen	Sophia Godehardt

Verwaltungsstelle Hannover

Burgwedel	Nikolaos Pilitsis
Emmerthal	Melanie Kappe
Emmerthal	Mareike Mann
Hameln	Reza Yamini
Hannover	Patrick Maronna
Hannover	Dr. Karin Martin-Höft
Pattensen	Dr. Irina Köhler
Springe	Dr. Jörn Riegelmann
Winsen	Dr. Lars Siekmann
Hemmingen	Zahnärzteezentrum – Zahnmedizinisches Versorgungszentrum Hemmingen GmbH

Verwaltungsstelle Hildesheim

Hildesheim	Martin Quast
------------	--------------

Verwaltungsstelle Lüneburg

Ebstorf	Simon Schmedtmann
Lüneburg	Dr. Jörg Wünnenberg MOM MSc
Rosengarten	Christoph Ressel
Salzhausen	Dr. Nico Andreas Häusler
Uelzen	Anne Schulz-Lüdeke

Verwaltungsstelle Oldenburg

Apen	Waldemar Markus
------	-----------------

Verwaltungsstelle Osnabrück

Hagen	Stephanie Obermeyer
Nordhorn	Hendrik Siebers
Nordhorn	Dr. Jörg Siebers
Osnabrück	Tobias Sandmann

Verwaltungsstelle Ostfriesland

Norden	Dr. Andrés Fernández-Tenllado Ramminger
Rhauderfehn	Dr. Niklas Sievers
Weener	Xander Geelen

Verwaltungsstelle Stade

Buxtehude	Dr. Meenakshi Bloch
-----------	---------------------

Verwaltungsstelle Verden

Kirchlinteln	Dr. Ludwig Fritzschn
--------------	----------------------

Verwaltungsstelle Wilhelmshaven

Jade	Rudolf Schiefelbein
------	---------------------

Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Verwaltungsstelle Oldenburg

Oldenburg	Dr. Johannes Seidel
-----------	---------------------

Wir heißen die Kolleginnen und Kollegen im Kreise der KZVN-Mitglieder herzlich willkommen und wünschen ihnen und ihren Praxisteams für die Zukunft viel Erfolg!

Der Vorstand der KZVN



© diego cenvo / iStockphoto.com

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

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

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

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

GEMEINSAME AUSÜBUNG DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT (Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Bei Anträgen auf Genehmigung der gemeinsamen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich die Vorlage eines schriftlichen Gesellschaftsvertrages notwendig. 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.

SITZUNGEN DES ZULASSUNGS-AUSSCHUSSES NIEDERSACHSEN FÜR ZAHNÄRZTE

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 Holz Minden: Der Planungsbereich Landkreis Holz Minden mit 10.773 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 37,1 % 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 22.598 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 35,4 % versorgt.

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

_____ Stand 25.01.2017

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Die Ausweise von

Dr. Annelie-Christin Meyer Nr. 8152
 Martin Michalides Nr. 8631
 Dr. Christian Ipsen Nr. 5081
 Carolin Glässer Nr. 6520
 Dr. Bernd Neuschulz Nr. 2302
 Dr. Hansjork Uhde Nr. 722
 Dr. Irena Rademacher Nr. 4155

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

_____ ZKN

STELLENMARKT

Hannover

Engagierte Zahnärztin. Berufserfahrung. Schwerpunkt: KFO. Arbeitszeit: variabel. Sucht als angestellte Zahnärztin neuen Arbeitsplatz.
Tel.: 0152 57027063

Region Hannover/Kreis Celle

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

NDS bevorzugt Raum Oldenburg

Erf. ZA sucht Wirkungskreis für eine halbtägige Tätigkeit.
ZA-FHS@t-online.de

Raum Göttingen

Nettes Team sucht eine/einen angestellte/n ZÄ/ZA. Spätere Übernahme nicht ausgeschl. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung: Oliver Rudolph, Vetterweg 6, 37176 Nörten-Hardenberg, Tel.: 05503 3090

Hildesheim

Voll digit. Praxis 4 Beh.-Zimmer sucht Sozietät mit Kollegen/in. Spätere Übernahme erwünscht.
dr_h.schmidt@t-online.de

Schaumburg-Extertal

Angestellte/r Zahnärztin/-arzt kurzfristig zu optimalen Bedingungen gesucht. 0151 55500011

VERKAUF

Digitales OPG Cranex Novus

Digitales OPG netzwerkfähig, 4 Jahre alt, wegen Umrüstung auf DVT abzugeben. Demontage durch Depot, sehr guter Zustand, mit Zubehör 9500 € VB. 04941 64110
mail@zahnarzt-ihlow.de

Praxisauflösung

Röntgen-Gendex-Secodent, Dürr-Ew. Vacuklav 31-B und Zubehör (Meladoc) Meladest65, MelaQuick12, UV-Lampe Optima10, Vacomix10, Pentamix12
Tel.: 0171 2134481

Stadt Celle

Praxis-Innenstadtlage mit eigenen Parkplätzen, 3 BHZ, abzugeben, auch Vermietung
Tel.: 0171 2134481

Praxis im Raum Cloppenburg

aus Altersgründen abzugeben. Standort: Zentrale Lage in Lönigen, 2 BHZ, 3. BHZ möglich, 150 qm, Verkauf bis Ende 2017.
Tel.: 05432 2469

Hildesheim nahe Hauptbahnhof

ZA-Praxis mit breitem Behandlungsspektrum, 3 BHZ, moderner Aufbereitungsraum aus gesundheitlichen Gründen zu Ende 2017 abzugeben. Fon: 0170 2400411

Extertal-Almena

Aufgrund Todesfall über 20 Jahre erfolgreich betriebene Allgemeinpraxis kostengünstig abzugeben.
0151 55500011

Lassen Sie uns im Kontakt bleiben:

ABONNIEREN SIE IHREN ZKN-NEWSLETTER

Kennen und nutzen Sie schon den Newsletter Ihrer Zahnärztekammer Niedersachsen? Mit dem Newsletter bekommen Sie zeitnah die Informationen, die Ihnen in Ihrer Praxis nutzen.

Und Ihre Zahnärztekammer hat damit die aktuell schnellste und zudem wirtschaftlichste Möglichkeit, um Sie und Ihre Praxisteams zu informieren.

Und zwar mit Informationen wie:

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

Ihre Anmeldung zum Newsletter ist ruck-zuck erledigt:

<https://zkn.de/publikationen/zkn-newsletter.html>

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

Hilfe zum Helfen gesucht

DAS TEAM DES HANNOVERSCHEN ZAHNMOBILS BENÖTIGT 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



Sichern Sie Ihre Zukunft – bilden Sie aus!

Zahnarztpraxen sind auf qualifiziertes Fachpersonal angewiesen. Keine Zahnärztin bzw. kein Zahnarzt kann auf Dauer erfolgreich ohne ausgebildetes Personal arbeiten. Fachkräfte fallen jedoch nicht vom Himmel, sie müssen vielmehr über Jahre hinweg ausgebildet werden.

Der demografische Wandel und der damit verbundene Fachkräftemangel wirft bereits heute spürbar seine Schatten voraus. Besuchten im Jahr 2012 noch rund 884.800 junge Menschen die allgemeinbildenden Schulen in Niedersachsen, wird deren Zahl voraussichtlich auf 761.700 im Jahr 2020 sinken. Dies entspricht einem Rückgang von fast 14 %. Folglich werden künftig merklich weniger junge Menschen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

Ein Großteil unserer Auszubildenden verfügt traditionell über einen Realschulabschluss. Durch die wieder gestiegene Studierneigung werden Realschülern künftig auch vermehrt Ausbildungsberufe offen stehen, die bisher zumeist von Abiturienten genutzt wurden. Auch dies führt zu einem verstärkten Wettbewerb unter den Ausbildungsberufen. Ein weiterer belastender Faktor ist die Neuregelung der Rente für langjährig bzw. besonders langjährig Versicherte. Diese ermöglicht einen früheren Ausstieg aus dem Berufsleben, was den Praxen vorzeitig Fachkräfte entziehen kann. Auch dürfen wir nicht außer Acht lassen, dass viele Mitarbeiterinnen nach der Familienphase nicht bzw. nicht in Vollzeit zurückkehren.

Die Löhne, die in niedersächsischen Zahnarztpraxen gezahlt werden, werden zwischen den Parteien des Arbeitsvertrages frei und individuell ausgehandelt. Wie bereits dargestellt, wird sich die Anzahl der zur Verfügung stehenden Fachkräfte verringern. Gleichzeitig wird jedoch die Anzahl der behandelnd tätigen Zahnmediziner weiter steigen, denn nach wie vor sind Studienplätze in der Zahnmedizin sehr begehrt.

Gemäß dem wirtschaftswissenschaftlichen Gesetz von Angebot und Nachfrage wird eine Angebotsverknappung bei konstanter oder wachsender Nachfrage zu steigenden Preisen (Löhnen) führen.

Bedauerlicherweise können Zahnarztpraxen jedoch die gestiegenen Kosten nicht beliebig durch Einnahmesteigerungen ausgleichen. Im Gegensatz zur Wirtschaft ist es den Praxen leider nicht möglich, die Preise für ihre Dienstleistungen nach eigenem Ermessen festzulegen. Abschließend bitten wir Sie daher: Bilden Sie aus! Sichern Sie sich rechtzeitig Ihren Fachkräftenachwuchs! Schaffen Sie Ausbildungsplätze! Bilden Sie möglichst auch über den eigenen Bedarf hinaus aus. Noch haben wir Gelegenheit, den Entwicklungen gegenzusteuern. Zwar können wir den demografischen Wandel nicht stoppen, jedoch können wir uns bemühen, dessen Auswirkungen abzumildern. ■

*Dr. Karl-Heinz Düvelsdorf
Referent im ZKN-Vorstand
für das Fachpersonal*

*Michael Behring, LL.M
Landesausbildungsberater*