

Konstituierende Vertreterversammlung der KZVN in Hannover S. 4 ff.

Vertikaler Zahnhartsubstanzverlust –
eine narrative Übersichtsarbeit – Teil 2 S. 16 ff.

„Die Nicht-Nutzung von Daten kann
Menschenleben kosten“ S. 12 ff.



dentoffert



WWW.DENTOFFERT.DE

Der Online-Marktplatz rund
um Zahnmedizin und Praxis

- ✓ PRAXISMARKT
- ✓ INVENTAR
- ✓ JOBANGEBOTE UND GESUCHE
- ✓ AUSBILDUNGSSTELLEN

AB
1. FEBRUAR
auch in
Niedersachsen

Ein kostenloser Service der Zahnärztekammern Niedersachsen
und Nordrhein für angeschlossene Zahnarztpraxen.



ZAHNÄRZTE
KAMMER
NORDRHEIN

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

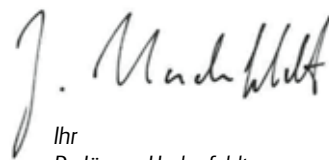
Zeitenwende

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, Sie haben entschieden: Ihr Votum hat zu einer eindeutigen Sitzverteilung der beiden führenden Verbände in der Vertreterversammlung der KZVN, „unserem Zahnärzteparlament“, geführt. Wenn nun im Nachgang kritisiert wird, dass bei einer Wahlbeteiligung von knapp über 50% das Ergebnis nicht das wirkliche Stimmungsbild wiedergeben würde, dann sind wir bei einem grundsätzlichen Problem in der Demokratie. Natürlich ist noch Luft nach oben bei dieser Quote.

Die Mitglieder in der Vertreterversammlung haben dann am 14. Januar das neue Führungsteam der KZVN gewählt, den Vorsitzenden der VV mit seinen beiden Stellvertretern sowie auch den dreiköpfigen Vorstand und die Mitglieder für die Ausschüsse der VV.

Als neu gewählter Vorsitzender des Vorstandes darf ich Ihnen versichern, dass wir im Vorstandsteam die Geschicke der KZVN mit Engagement, Fleiß, Initiative und Gespür für das Machbare lenken werden. Wir satteln dabei auf das bisher Erreichte auf, die bisherigen Erfolge der vorangegangenen Vorstandsbesetzung sind für uns Ansporn und Richtschnur zugleich. Mit meinem Kollegen Dr. Carsten Vollmer und meiner Kollegin Silke Lange freue ich mich auf diese herausfordernde Aufgabe! Zeitenwende an dieser Stelle – Nein!

Anders sieht es leider derzeit im Verhältnis der Zahnärzteschaft zum Gesetzgeber aus. Zunächst gab es die Zusage, den Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erweitern, um den Forderungen von Wissenschaft, Politik und Patientenvertretungen gerecht zu werden. Sodann, als es um die Frage der kurzfristigen Stabilisierung der Finanzprobleme der GKV ging, erfolgte die Wiedereinführung der strikten Budgetierung zum Jahresbeginn durch die Ampelkoalition. Weitere Gesetzesvorhaben mit ähnlichem Duktus sind in der Planung. Während die Praxen in der Pandemiezeit Außerordentliches für die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten geleistet haben und auch immer noch tun, fehlte an vielen Stellen die Wertschätzung der Politik für unsere Profession. Dramatisch steigende Energiekosten, außergewöhnlich hohe Inflation, Fachkräftemangel, das Dauerärgernis Telematik und nicht zuletzt die andauernde Verweigerung adäquater Punktwertsteigerungen – das sind die Themen, die Sie und uns gleichermaßen bewegen! Der Vertrauensbruch durch den Gesetzgeber ist offensichtlich, und die Aussage „Es wird zu keinen Leistungskürzungen kommen“ muss als Realitätsverweigerung und Verhöhnung der Zahnärzteschaft angesehen werden! Leider muss als Konsequenz dieser unberechenbaren Politik nun wieder der Honorarverteilungsmaßstab angewendet werden, so dass Kürzungen der Honorare nicht mehr ausgeschlossen werden können. Zeitenwende? An dieser Stelle leider – Ja. Als neues Führungsteam stellen wir uns auch diesen Aufgaben, um für Sie, unsere Kolleginnen und Kollegen, in dieser Legislatur die bestmöglichen Voraussetzungen für die Patientenversorgung zu schaffen! ■



Ihr
Dr. Jürgen Hadenfeldt
Vorsitzender des Vorstandes der KZVN



NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT

58. Jahrgang

Monatszeitschrift für niedersächsische Zahnärztinnen und Zahnärzte mit amtlichen Mitteilungen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN), erscheint elfmal jährlich, jeweils zum 15. des Monats. Bezug nur für Mitglieder der ZKN und KZVN.

HERAUSGEBER

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

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

REDAKTION

ZKN

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

KZVN

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

Redaktionsassistentz

Kirsten Eigner (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBÜRO

ZKN (hier auch Postvertriebsorganisation)

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

KZVN

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

GESAMTHERSTELLUNG

MQ.Design Werbeagentur
Schierholzstraße 27, 30655 Hannover
Tel.: 0511 9569945; E-Mail: info@mqdesign-werbeagentur.de
Internet: www.mqdesign-werbeagentur.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

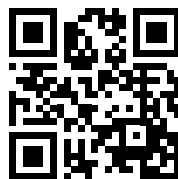
Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 04/23: 7. März 2023
Heft 05/23: 11. April 2023
Heft 06/23: 9. Mai 2023

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.

8



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



LEITARTIKEL

- 1 Dr. Jürgen Hadenfeldt:
Zeitenwende

POLITISCHES

- 4 Konstituierende Vertreterversammlung der KZVN in Hannover
- 8 Negative Auswirkungen der Ordinarien-Herrlichkeit:
Der Frust nimmt überall zu
- 10 Lauterbach: Trotz Turbulenzen ist das Maß im Bundeskanzleramt noch nicht voll
- 11 Dr. Andreas Philippi ist neuer Sozialminister in Niedersachsen
- 12 „Die Nicht-Nutzung von Daten kann Menschenleben kosten“
- 15 EBZ: So geht gute Digitalisierung ... Vorzeigeprojekt in der Versorgung angekommen – bereits etwa 900.000 Anträge digital beschieden

FACHLICHES

- 16 Vertikaler Zahnhartsubstanzenverlust – eine narrative Übersichtsarbeit
Teil II: Therapie und Nachsorge
- 26 Schneidezahn-Replantation unter erschwerten Bedingungen
Eine Kasuistik mit einem Verlauf über 8 Jahre
- 28 Vertragszahnärztliche Zahl des Monats
- 29 Jahresbericht der Wettbewerbszentrale: Staubsauger gegen das Corona-Virus
- 30 Burn-out: Darum sind Zahnärzte besonders häufig betroffen
- 32 Cobalt in Dentallegierungen
- 33 Nachhaltigkeit in der Zahnmedizin
- 34 Stellungnahme des CED zur Umsetzung der Medizinprodukteverordnung
- 36 Aktuelle Entwicklungen in der Endodontologie
- 37 GOZ:
- ZKN-Relevante Rechtsprechung
- ZKN-Berechnungsempfehlung
- 38 Rechtstipp:
Kein Sex mit Patientinnen und Patienten

TERMINLICHES

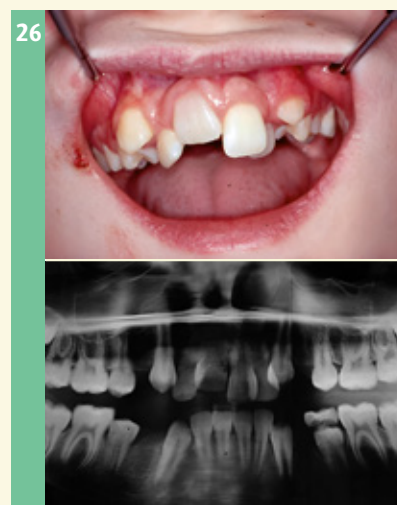
- 40 ZKN-Seminarprogramm
- 41 Termine
- 42 Bezirksstellenfortbildung der ZKN
- 43 GOZ-Informationsveranstaltungen in den Kreisstellen der ZKN

PERSÖNLICHES

- 44 Herzliche Gratulation: Dr. Jörg Thomas nachträglich zum 75sten Geburtstag
- 44 Dr. Wilhelm Bomfleur 75 Jahre jung
- 45 Dr. Karl Horst Schirbort ist im Alter von 85 Jahren gestorben
- 45 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!
- 45 Wir trauern um unsere Kollegin und unsere Kollegen

AMTLICHES

- 46 Mitteilungen des Zulassungsausschusses
- 47 Öffentliche Zustellungen
- 48 Mitteilung des AVW
- 48 Ungültige Zahnarztanweisung
- 49 Aktualisierungshinweise Vertragsmappe





Fotos: Riefenstahl/NZB, Steenblock-Dralle/NZB, Loewener/NZB

Konstituierende Vertreterversammlung der KZVN in Hannover

- Neuer KZVN-Vorstand: Dr. Jürgen Hadenfeldt, Dr. Carsten Vollmer und ZÄ Silke Lange
- Große Anerkennung für die Leistungen von Dr. Thomas Nels und Christian Neubarth

Es war eine konstituierende Vertreterversammlung, die vielen in Erinnerung bleibt und an der viele neue und vor allem jüngere Vertreterinnen und Vertreter teilnahmen. Aus der Mitte der neu gewählten VW wurden am 14. Januar in Hannover sowohl der Vorsitzende der VW nebst seinen beiden Stellvertretern, als auch der neue dreiköpfige Vorstand der KZVN in einzelnen Wahlgängen gewählt.



Der neue Vorstand der KZVN v.l.n.r.: Dr. Carsten Vollmer (Stellv. Vorsitzender), Silke Lange (Mitglied im Vorstand) und Dr. Jürgen Hadenfeldt (Vorsitzender des Vorstandes der KZVN)

Dr. Thomas Nels und Christian Neubarth verabschiedet

Bis zur Wahl des neuen Vorstandes führte der langjährige Vorstandsvorsitzende Dr. Thomas Nels die Versammlung, zu der 49 der insgesamt 50 Vertreterinnen und Vertreter angereist waren.

Dr. Nels war es denn auch, dem Dr. Uwe Herz im Namen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) und Henner Bunke D.M.D./Univ. of Florida im Namen der Zahnärzte für Niedersachsen (ZfN) den Dank ihrer Fraktionen durch Präsente und Blumensträuße zum Ausdruck brachten. Henner Bunke, VW-Mitglied und zugleich Kammerpräsident, dankte unter langem Applaus aller Delegierten „für achtzehn Jahre guter und verlässlicher Arbeit“, die zu budgetfreien und rückzahlungsfreien Jahren ohne weitere Klageverfahren geführt habe.

Emotionale Momente, die auch in weiteren Reden, beispielsweise durch Sabine Steding und den langjährigen Weggefährten Dr. Jörg Thomas zum Ausdruck kamen.

Für die geleistete Vorstandsarbeit bedankte sich Dr. Uwe Herz im Namen der Vertreterinnen und Vertreter des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte mit Präsenten bei Dr. Nels, Dr. Hadenfeldt und Christian Neubarth.



Dr. Herz dankt Dr. Hadenfeldt für die Arbeit in der vergangenen Legislaturperiode



Völlig entspannt: Dr. Thomas Nels und Dr. Igor Besovic



Der dreiköpfige Stimmzählausschuss (Werner Holzbrecher [KZVN], Dr. Helmut Peters und Dr. Dirk Timmermann) sorgten unter Mitwirkung von Dr. Hinz (Leiter der Verwaltung der KZVN, links stehend) für einen reibungslosen Ablauf der einzelnen Wahlgänge.

Ganz offensichtlich hatte es Dr. Nels in den vielen Jahren seiner auf Neutralität und Berechenbarkeit beruhenden Amtsführung verstanden, das Vertrauen aller Delegierten zu erlangen. Nicht nur das – er hat es auch verstanden, trotz Benennung aller sachlich begründeten Gegensätzlichkeiten eine neue und auf Vertrauen gegründete Gesprächsbasis mit den Vertretern der Politik und der Krankenkassen zu finden, die letztlich zu einer verlässlichen Stabilisierung der vertragszahnärztlichen Rahmenbedingungen beigetragen hat.

Und unvergesslich wird die spezielle Art seines zuweilen dunkelgrauen bis schwarzen Humors bleiben, mit dem er unglückliche Ereignisse kommentieren und heitere Besinnlichkeit erzeugen konnte.

sein, habe er wieder „herunterkommen“ können. Und dann schloss er seine kurze Dankesrede mit einem Zitat aus einem Film: „Du sollst mir schmeicheln, aber nicht so übertreiben, dass ich es merke“. Das sei gelungen. Er wünschte der W für die Zukunft alles Gute, und dass ein kleines bisschen von dem Humor auch in dieser Vertreterversammlung bleiben möge.



Einstimmig gewählt: Der alte und neue W-Vorsitzende Dr. Ulrich Obermeyer (m.) und seine Stellvertreter Dr. Axel Wiesner (l.) und Dr. Stefan Liepe, der ebenso wiedergewählt wurde.

Erneut wurde **Dr. Ulrich Obermeyer** zum W-Vorsitzenden gewählt. Sein erster Stellvertreter wird zukünftig **Dr. Axel Wiesner** sein, und als sein zweiter Stellvertreter wurde **Dr. Stefan Liepe** wiedergewählt.

Wie aufgrund des Wahlergebnisses aus dem Dezember zu erwarten war, wurde **Dr. Jürgen Hadenfeldt** mit der ZfN-Mehrheit zum Vorsitzenden des Vorstandes der KZVN gewählt. Mit gleichen Stimmzahlen wurden **Dr. Carsten Vollmer** zum stellv. Vorsitzenden und Zahnärztin **Silke Lange** zum weiteren Mitglied im Vorstand für die Legislaturperiode 2023 bis 2028 gewählt. ▶▶



Dr. Uwe Herz (r.) bedankte sich im Namen seiner Fraktion (FVDZ) mit einem Präsent für die Leistungen des ausscheidenden Vorstandsvorsitzenden Dr. Thomas Nels



Als ehemaliges Mitglied im Vorstand der KZVN wurde Christian Neubarth (l.) durch Henner Bunke D.M.D./Univ. of Florida (ZfN) mit Dank für seine Leistungen verabschiedet.

Mit einer Dankesrede durch Henner Bunke D.M.D./Univ. of Florida wurde auch Christian Neubarth bedacht, der ebenfalls nicht wieder zur Wahl des Vorstandes angetreten war. Henner Bunke ging in seiner Laudatio auf den Tätigkeitsbereich der erfolgreichen vertragszahnärztlichen Fortbildung ein, die Christian Neubarth auf den Weg gebracht habe und auf den Bereich der Finanzen, in dem er sich große Verdienste erworben habe. Er erinnerte daran, dass man in Niedersachsen einen der niedrigsten Verwaltungskostensätze habe. Auch Christian Neubarth wurde mit stehendem Applaus der Delegierten verabschiedet.

Dr. Thomas Nels wollte, wie er sagte, seine Emotionen hinter einer Fassade schwarzen Humors verbergen. Nachdem die Laudationes „fraktioniert“ vorgetragen worden



Dr. Jürgen Hadenfeldt, Vorstandsvorsitzender der KZVN



Dr. Carsten Vollmer, Stellv. Vorsitzender der KZVN



Silke Lange, Mitglied im Vorstand der KZVN

► Silke Lange stellte in ihrer Antrittsrede fest, dass angesichts der stetig steigenden Zahl der Zahnärztinnen in Niedersachsen die Wahl einer „Vorständin“ nur folgerichtig sei. Während ihrer 34-jährigen Niederlassung in dem angeblichen „Auslaufmodell Einzelpraxis“ habe sie sich für ein zeitintensives Engagement in der Standespolitik, u.a. im Kammervorstand und Vorstand der LAGJ sowie der DAJ neben verschiedenen anderen Einrichtungen entschieden. So führe sie seit mehr als 10 Jahren die Verwaltungsstelle Oldenburg der KZVN. Als sinnvolle Grundlage für ihr neues Amt im Vorstand der KZVN sieht sie ihre berufsbegleitende Ausbildung in der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement an. Silke Lange legte in ihrer Rede Wert auf den ständigen Austausch innerhalb der niedersächsischen Körperschaften ZKN und KZVN: „Wir sollten in kooperativer und effektiver Zusammenarbeit noch mehr Synergieeffekte schaffen und nutzen, um die landes- und bundesweit anstehenden Probleme gemeinsam zu lösen“. Auf die Unterstützung der Politik könne man sich nicht verlassen, und Wertschätzung sei ihrerseits auch nicht vorhanden. Daher solle man eigene Konzepte für die Kollegen in den Praxen entwickeln – „natürlich pragmatisch und praxisnah und auf dem Boden der gesetzlichen Vorgaben und mit Augenmaß“. Persönlich wolle sie ihre ganze Arbeitskraft, ihre Expertise sowie ihre Lebenserfahrung und weibliche Intuition in den Dienst der niedersächsischen Zahnärzteschaft stellen, um Problembereiche und Aufgaben zu lösen. Wichtig sei es für sie, insbesondere dem zahnärztlichen Nachwuchs Mut zu machen und ihm jede mögliche Unterstützung zu bieten; denn man benötige sie dringend – nicht nur in der Berufspolitik. Insgesamt sei es ihr Anliegen, die KZVN weiterhin als moderne Dienstleistungskörperschaft – „und zwar für alle Kolleginnen und Kollegen“ auszubauen, betonte Silke Lange, die ihr Engagement keinesfalls unter dem Blickwinkel einer „Quotenfrau“ sehen möchte.



Dr. Jörg Thomas



Dr. Uwe Herz



„Frauenpower“ aus Göttingen: Gisela Gode-Troch und Annette Apel



„Alter Hase“ und neues Mitglied der VV: Dr. Lutz Glusa und Luise Jürgensen



Dr. Alina Schröder und Luise Jürgensen



Dr. Dirk Timmermann als Gast und Dr. Uwe Herz

Der Wahl der Vorstandsmitglieder schloss sich zunächst die Wahl der Vertreterinnen und Vertreter der KZV Niedersachsen in die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) an. Neben den zwei „geborenen“ Mitgliedern (KZVN-Vorstandsvorsitzender und stellv. Vorsitzender) werden Henner Bunke D.M.D./Univ. of Florida und Dr. Stefan Liepe erneut die niedersächsischen Interessen in dem Bundesgremium vertreten.

Es folgte die Wahl der Mitglieder für die Ausschüsse der Vertreterversammlung. In den Finanz- und Verwaltungs-



Dr. Uwe Herz (l.) schlug die Kandidatinnen und Kandidaten für den FVDZ und Henner Bunke D.M.D./Univ. of Florida für ZfN vor.



Dr. Michael Sereny und Prof. Dr. Kokemüller



Dr. Carsten Vollmer, unverkennbar neuer Stellv. Vorsitzender der KZVN



*Dr. Frank Ross, Dr. Hartmut Bleß,
Dr. Gabriel Magnucki*



*Dr. Lutz Glusa, Dr. Wolfhard Ross, Dr.
Gabriel Magnucki, Dr. Maja Graeser,
Anke van Bentheim, Dr. Bernd Bremer*



*Henner Bunke D.M.D./Univ. of Florida, Dr. Tim Hörn-
schemeyer, Dr. Christian Rölleke, Dr. Julia Schmilewski,
Dr. Maximilian Jamil, Dr. Josef Kühling-Thees*

ausschuss wurden Henner Bunke D.M.D./Univ. of Florida und Dr. Tim Hörschemeyer sowie Dr. Christian Rölleke gewählt. Im Vertragsausschuss werden Dr. Wolfhard Ross und Dr. Lutz Glusa sowie Dr. Gabriel Magnucki tätig sein. Dem Satzungsausschuss gehören in der neuen Legislaturperiode Dr. Tilli Hanßen und Dr. Igor Besovic sowie Dr. Michael Sereny an.

Schlusswort des Vorstandsvorsitzenden

Als neuer Vorstandsvorsitzender dankte Dr. Hadenfeldt den gewählten Vertreterinnen und Vertretern im Namen des neuen Vorstandes für das Vertrauen. Die neue Legislatur und das neue Jahr starte bei ungünstigen Rahmenbedingungen wie Inflation, Fachkräftemangel, einer nachlassenden Bereitschaft zur Niederlassung und einer Rückwärtsrolle der Politik mit Wiedereinführung der strikten Budgetierung. Um diese Aufgaben werde man sich im Zusammenspiel mit den Ausschüssen, der Vertreterversammlung und den Abteilungsleitungen sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KZVN kümmern. Der VW käme dabei eine besondere Aufgabe zu, so Dr. Hadenfeldt: „Von einer namhaften Anzahl von Kolleginnen und Kollegen in Ihrer Verwaltungsstelle sind Sie in diese VW gewählt worden bei einer Wahlbeteiligung von über 50%. Statistisch gesehen repräsentiert jede und jeder von Ihnen 60 Praxisstandorte oder anders dargestellt 120 Kolleginnen und Kollegen“. Zum Stil des vorausgegangenen „Wahlkampfes“ äußerte sich Dr. Hadenfeldt positiv. Im Vergleich zu vorangegangenen Wahlen habe er deutliche Veränderungen wahrgenommen. Es habe keine persönlichen Angriffe gegeben, und es sei ein neuer Stil des

Umgangs miteinander auf den Weg gebracht worden. Die Delegierten ermunterte er dazu, sich in der VW mit Anträgen, Resolutionen, Redebeiträgen, Kritik und auch Lob einzubringen, um unterschiedliche Positionen zusammenzuführen. Insbesondere legte Dr. Hadenfeldt den neuen Mitgliedern der VW nahe, Punkte einzubringen, die an sie herangetragen werden oder die sie selbst als wichtig für die Kollegenschaft ansehen. Ausführliche Diskussionen und das Formulieren von Forderungen trügen letztlich zur Meinungsbildung und Positionierung bei. Diese Positionierung benötige man auch, um mit vier Delegierten der VW in der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung an der „großen Vertragspolitik“ mitwirken zu können. Dort werde die Ausrichtung der vertragszahnärztlichen Versorgung definiert. Nicht zuletzt werde dort auch entschieden, ob es weitere Leistungsausweitungen im BEMA geben werde, oder andere Register gezogen werden müssen, wie beispielsweise die Mehrkostenfähigkeit, Festzuschüsse o.ä.. Die Wiedereinführung der strikten Budgetierung aufgrund der fehlenden Gegenfinanzierung habe der Zahnärzteschaft deutlich vor Augen geführt, welche Fehlentwicklungen möglich seien.

Über die Ausrichtung der zukünftigen Vorstandsarbeit, auch im Hinblick auf die politische Positionierung, werde er auf der Frühjahrs-VW berichten, kündigte Dr. Hadenfeldt an. Zum Abschluss der VW dankte der neue Vorstandsvorsitzende den Delegierten für die Geduld und das Durchhaltevermögen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Verwaltung für die Vorbereitung und reibungslose Durchführung der Versammlung. ■ _____/loe



*Dr. Tilli Hanßen, Dr. Michael Sereny,
Dr. Igor Besovic, Dr. Alina Schröder,
Dr. Arthur Buscot, Thomas Kindler*



*Dr. Gabriel Magnucki, Anke van
Bentheim, Dr. Alina Schröder, Luise
Jürgensen, Dr. Sarah Zimmermann,
Dr. Maja Graeser, Vanessa Scharrelmann,
Dr. Arthur Buscot*



*Dr. Carsten Vollmer, Dr. Jürgen Hadenfeldt,
Henner Bunke D.M.D./Univ. of Florida,
Dr. Stefan Liepe, Thomas Koch, Dr. Gabriel
Magnucki*



Originalillustration: shutterstock.com - nuvolanevicata

Negative Auswirkungen der Ordinarien-Herrlichkeit: Der Frust nimmt überall zu

Der 20. Deutsche Bundestag debattierte Ende 2022 über den Bundeshaushalt 2023. Da bleibt fast kein zeitlicher Platz, um andere Gesetzesvorhaben der „Ampel“ durchzuboxen. Nur in den Hinterzimmern der Macht kungeln die Mitglieder des elitären wie gemeinsamen Vermittlungsausschusses von Parlament und Bundesrat um die Details des umstrittenen „Bürgergeldes“. Das dürfte der „Chaos-Minister“ Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach MdB (59) ausgiebig nutzen, seine per se schon überlasteten Beamten im Bundesgesundheitsministerium (BMG) zu einer noch höheren Produktivität zu animieren. Angesichts der vielfachen politischen Volten des SPD-Ressortchefs erfreut der „Output“ aus der Friedrichstraße oft genug weder die Mitglieder des zuständigen Bundestagsausschusses für Gesundheit noch die Akteure im Gesundheitswesen. Der mittlerweile angestaute Frust scheint überall zuzunehmen.

Der schon vor Wochen geäußerte Stoßseufzer eines BMG-Beamten „Du kannst nur noch die Hände in den Taschen zusammenballen“ erfolgte noch hinter vorgehaltener Hand. Es blieb dem Hamburger Magazin „DER SPIEGEL“ am 17. November 2022 vorbehalten, das zunehmende laute Rumoren innerhalb der BMG-Belegschaft öffentlich zu machen. Der Frust soll auf einer Personalversammlung kulminiert sein. Nicht nur in der Berliner Friedrichstraße, sondern wohl auch in der Bonner Rochusstraße stößt man sich offenbar an der Art von „Führungskultur“, die der SPD-Politiker an den Tag legt. Wobei anscheinend beide Wortbestandteile negativ ausgelegt werden müssen. Lauterbach scheint sich weder um eine moderne Anforderungen gerechte „Führung“ zu scheren, noch um eine positive „Kultur“ und „Stil“ derselben. Ihn lassen offenbar die Klagen aus der Mitarbeiterschaft völlig ungerührt. Eher kann man seine Art, das „Haus“ zu lenken, mit der

Ordinarien-Herrlichkeit früherer Jahrhunderte vergleichen. Menschliche Arbeits-Aspekte dürften an ihm abprallen. Emotionslos, so die dfg-Informationen, reagiert er auf Klagen und Beschwerden seiner Untergebenen. Ungerührt pflegt er halt eine Non-Kommunikations-Kultur, geht wohl über jede zwischenmenschliche Befindlichkeit hinweg. Lauterbach kennt nur „seine“ Ziele und seine Auffassungen – alles andere hat sich unterzuordnen. Was sich die Ordinarien des 19. und frühen 20. Jahrhunderts „leisten“ konnten, das kommt im 21. Jahrhundert bei den so „Betroffenen“ nicht mehr gut an. Andererseits: Aus seiner Sicht ist das Vorgehen verständlich. Für das Erklimmen des Ministerstuhles hat er viel Privates hintan gestellt oder gar – wie ein geordnetes Familienleben – geopfert. Arbeitsrechtliche „Überbelastungsanzeigen“, dafür sind andere im BMG zuständig. Aber nicht er.

Wer jedoch nicht mehr nach innen kommuniziert, sondern nur via Wortspenden in den Medien, TV Shows und Fest-Auftritten, wer die vielen Akteure im Gesundheitswesen außen vor der Tür lässt, sich nicht mit ihnen trifft sowie nicht auf deren Argumente hört, der darf sich nicht wundern, wenn Entscheidungen getroffen werden, die der allgemeinen Meinung widersprechen. Als „Corona-Minister“ scheint Lauterbach mittlerweile weitgehend isoliert. Die Aufgabe der Isolationspflicht in mindestens vier Bundesländern zeigt es. Wiederholt eckte er mit seiner stringenten Risiko-Analyse an. Musste auch zum Auslaufen der einrichtungsbezogenen Impfpflicht gezwungen werden. Landauf, landab baut man die Impf- und Testzentren ab. An Lauterbach scheinen solche Meldungen vorbei zu gehen.

Andererseits: Noch steht er treu zu manchen seiner Strategien und Pläne bzw. zur Umsetzung der Buchstaben des „Ampel“-Koalitionsvertrages. Es mutet schon irgendwie kurios an, wenn seine Planungen z.B. zur Unabhängigen Patientenberatung (UPD) unisono auf die Kritik von Verbraucherverbänden auf der einen Seite und den Payern – wie dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und dem PKV-Verband – auf der anderen Seite führen. Alle wollen eine Staatsfinanzierung der UPD. Nur Lauterbach nicht. Befeuert wird die Kritik der „Betroffenen“ von einem aktuellen Gutachten des Bonner Sozialrechtlers Prof. Dr. jur. Gregor Thüsing (51). Das ehemalige Mitglied des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen erhebt darin schwere verfassungsrechtliche Bedenken. Einen approbierten Mediziner und damit Nicht-Juristen ficht das im Auftrag des PKV-Verbandes erstellte Oeuvre nicht an. Besonneneren gibt es aber zu denken. Die Idee einer UPD kann es sich eigentlich nicht leisten von den Karlsruher Verfassungsrichtern auseinander genommen zu werden.

Überbelastungsanzeigen müssten eigentlich längst auch die Mitarbeiter der Abteilung 2 „Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung“ des BMG abgegeben haben. Der Produktion der zahlreichen Änderungsanträge zum Gesetzes-Omnibus KHPfIEG haftet nicht nur eine Kurzatmigkeit an, ihnen fehlt auch die notwendige Sorgfalt. Gleiches gilt für die aus der Abteilung 5 „Digitalisierung und Innovation“. Eines der letzten „Produkte“ aus der Friedrichstraße erobert aktuell nicht nur die Führungen der Kassenärztlichen wie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBV/KZBV). Denn künftig sollen den Heilberuflern nicht mehr einzelne Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) vergütet werden. Aus der bisherigen Einzelleistungsvergütung soll eine monatliche TI-Pauschale werden. Das findet man nicht nur an der vertrags(zahn-)ärztlichen Basis wenig erfreulich.

KZBV-Vorstandsvize Dr. med. dent. Karl-Georg Pochhammer (68) polterte denn auch am 22. November 2022 unmissverständlich. Dem Berliner Zahnarzt stieß vor allem auf, dass der vorliegende Änderungsantrag aus dem BMG wieder einmal „im Alleingang“ und ohne Abstimmung mit den Betroffenen erfolgt sei. Dieser Vorwurf ist nicht neu. Er kennzeichnet nur die mangelnde Kommunikations- und Führungskultur des BMG. Überhaupt die Digitalisierung. Der approbierte Mediziner an der Spitze des BMG hat mit den Details wenig am Hute. Also lässt er seine anscheinend mit der Aufgabe völlig überforderte Neo-Abteilungsleiterin Dr. rer. medic. Susanne Ozegowski (39) schalten und walten. Deren Arbeits-„Output“ gehört nicht zu den positiven des BMG. Sie konnte weder die Kabalen um das elektronische Rezept verhindern, noch legte sie bisher einen überzeugenden Arbeitsplan vor. Z.B. zur Umgestaltung der Berliner gematik GmbH zu einer nationalen Gesundheits-IT-Behörde. Beim eRezept – auf das die Apothekerschaft seit langem wartet und in dessen Umsetzung sie große Summen in die Hand nahm – konnte die Neo-Beamtin nicht verhindern, dass die Monita von Datenschützern immer mehr zunahmen. Deren Bedenken waren so heftig, dass nach der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) am 3. November 2022 auch die KV-Schwester in Dortmund (KVWL) als „Muster-KV“ aus dem Roll-Out ausstieg. Jetzt sucht man händeringend nach Lösungen. Diese dürften genauso kurzatmig und wenig durchdacht sein, wie die bisherigen IT-Details aus dem BMG. Mit einer sorgfältigen Ressort-Führung hat das alles nichts mehr zu tun. ■

_____ Dienst für Gesellschaftspolitik – dfg Nr. 47/2022

Lauterbach: Trotz Turbulenzen ist das Maß im Bundeskanzleramt noch nicht voll

In der über 60-jährigen Geschichte des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) führten bislang 17 Frauen und Männer aus fünf Parteien das Ressort. Mal überzeugend, mal nicht. Auf die kürzeste Amtszeit von knapp einem halben Jahr konnte 1982 die SPD-Politikerin Anke Fuchs (†) zurückblicken als ein negatives Wahlergebnis sie aus der Funktion fegte, weil ihre Partei in die Opposition wechseln musste. Das Schicksal teilte sie mit einigen anderen. Zwei andere Frauen waren hingegen sichtlich überfordert. Sie wurden daraufhin vom jeweiligen Bundeskanzleramt (BK Amt) zum „Abschuss“ freigegeben und müssen weichen. Die CSU-Politikerin Gerda Hasselfeldt (72) trat – nach knapp eineinhalb BMG-Jahren – 1992 daraufhin freiwillig zurück. Ihre bündnisgrüne Nach-Nachfolgerin Andrea Fischer (62) wechselte man 2001 nach 17 Monaten aus. Der aktuelle Ressortchef Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach MdB (59) ist genau ein Jahr im Amt. Über seine chaotisch wirkende wie thematisch verbissene Amtsführung und seine strategischen Zielrichtungen samt „Ergebnissen“ schütteln viele der führenden Akteure im Gesundheitswesen mittlerweile nur noch den Kopf, viele sind vergrätzt. Aber auch in der „Ampel“-Koalition scheint das Maß des Erträglichen langsam erreicht zu sein. Nur mit großen politischen „Erfolgen“ dürfte er sich im Amt halten.

Zum „Sprecher“ der Unzufriedenen machte sich bisher FDP-Bundestagsvizepräsident Wolfgang Kubicki MdB (70). Am 4. Dezember 2022 legte der Rechtsanwalt aus Strande bei Kiel noch einmal verbal nach – und einen drauf. In einem gemeinsamen Interview mit den „Stuttgarter Nachrichten“ und der „Stuttgarter Zeitung“ zog er „vom Leder“ und ließ – wohl bewusst – seinem Frust freien Lauf. Wenn man ehrlich ist, dann forderte der Parteivize der Liberalen indirekt SPD-Bundeskanzler Olaf Scholz MdB (64) auf, Lauterbach aus dem Amt zu entfernen. Wenn es dem Minister jedoch gelingen sollte, die Vorschläge seiner „Krankenhaus-Kommission“ weitgehend in ein Gesetz zu gießen und vollständig über die parlamentarischen Hürden zu hieven, dann dürfte das Unterfangen schwer gelingen. Kubickis Tiraden angesichts der mangelnden Führungskompetenz des aktuellen BMG-Ressortchefs hatten es in sich. Vorausschauend stellte er fest: „Ich gehe nicht davon



Foto: BMG/Thomas Ecke

aus, dass Karl Lauterbach die ganze Legislaturperiode im Amt bleibt.“ Wann das Maß für die SPD-Oberen jedoch voll ist, das vermochte auch Kubicki nicht zu sagen. Aber er wusste zu berichten: „Die SPD ist doch selbst komplett genervt von Lauterbach.“ Wen er dabei persönlich meinte, das blieb offen. Vermutlich muss man erst auf dem linken Flügel der Sozialdemokratie den Daumen senken, um die Hoffnungen im Gesundheitswesen bzw. beim Liberalen Kubicki zu erfüllen. Dass die beiden von Anfang an keine „dicken Freunde“ waren und sind, das ist schließlich sattsam bekannt. Andererseits: Auf dem Weg in eine bundesdeutsche „Staatsmedizin“ läuft eigentlich strategisch – aus Sicht der Parteilinken – alles bestens. Da darf es dann auch schon mal „wg. Lauterbach“ in der „Ampel“ knirschen.

Dass der Minister inzwischen bei dem Gros seiner Mitarbeiterschar nicht gut angesehen ist, weiß man, seit im Hamburger Magazin „DER SPIEGEL“ Details aus einer Personalversammlung durchsickerten. So etwas passiert in der Regel nur, wenn die Loyalität der Beamten und Angestellten drastisch abnimmt. Bei Kubicki lautete die Diagnose: „Wenn sie sich bei Mitarbeitern seines Hauses umhören, ist die Frustration nicht mehr zu toppen. Die Leute fragen, welchen Twitterkanal sie denn nutzen müssen, um zu wissen, was der Minister will.“ Dass dann verunsicherte Führungskräfte nur noch „Eckpunkte“ fabrizieren, deren Inhalte wie lyrische „Allgemeinplätzchen“ wirken, darf nicht verwundern. Doch Kubickis Diagnose war intensiver, er fügte an: „Lauterbach verzettelt sich. Er kann das Haus nicht führen.“ Klarer kann man anscheinend nicht argumentieren, wenn man den Koalitionsfrieden in etwa noch bewahren möchte. Und es scheint nicht nur bei den Liberalen so zu sein. Auch bei den BündnisGRÜNEN, und nicht nur bei ihren Landesgesundheitsministern, scheint die „Solidarität“ mit dem „Corona-Minister“ längst aufgebraucht zu sein. Man erträgt seinen näselnden, besserwisserischen Ordinarien-Ton nicht mehr. Lauterbach stört das wenig. Er wird sich und sein Verhalten nicht ändern. Aber vielleicht ändert jemand anderes mit durchgreifender Hand etwas. Und wenn der Krankenhaus-Wurf gelingt, dann hat er fast „Narrenfreiheit“. ■

_____ Dienst für Gesellschaftspolitik – dfg Nr. 49/2022

Dr. Andreas Philippi ist neuer Sozialminister in Niedersachsen



Foto: msa/ml

Niedersachsen hat einen neuen Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung. Dr. Andreas Philippi ist am 25.01.2023 von Ministerpräsident Stephan Weil ernannt worden.

Er folgt auf Daniela Behrens, die ab sofort das Amt der Niedersächsischen Innenministerin innehat.

„Die aktuellen und kommenden Herausforderungen in der Sozial- und Gesundheitspolitik sind vielfältig und groß. Ich habe Respekt vor der Aufgabe und freue mich gleichermaßen darauf, sie anzugehen“, so Dr. Andreas Philippi.

„Die Corona-Pandemie hat uns die Probleme der heutigen Zeit schonungslos offenbart und Handlungsbedarfe noch einmal verstärkt. Sei es in der Kinder- und Jugendarbeit, auf dem Arbeitsmarkt, in Fragen der Geschlechtergerechtigkeit oder im Bereich des Gesundheitswesens und der Pflege. Eins aber haben uns die vergangenen drei Jahre besonders gezeigt: eine gute Gesundheit ist das Wichtigste und die Basis, auf die alles andere aufbaut. Als Arzt weiß ich um die großen Aufgaben, die es mit sich bringt, gute Rahmenbedingungen im Gesundheitsbereich für Menschen jedes Alters, als Patient und Patientin oder als Beschäftigte, ob auf dem Land oder in der Stadt lebend, zu schaffen. Meine Vorgängerin Daniela Behrens hat in dieser Legislatur bereits wichtige Prozesse und Veränderungen auf den Weg gebracht. Hierfür danke ich ihr sehr. Die Reform des Krankenhauswesens zählt, ebenso wie eine gute und verlässliche medizinische Versorgung im stationären und auch ambulanten Bereich sowie in der Pflege, zu den drängendsten Themen unserer Zeit, die ich mit großem Tatendrang voranbringen und intensivieren werde. Die Themen meines Hauses sind facettenreich, ebenso wie die Aufgaben, die mich erwarten. Und ich freue mich sehr, sie mit dem engagierten und kompetenten Team des Sozialministeriums anzugehen.“ ■

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung/Pressestelle

→ Vita

DR. ANDREAS PHILIPPI

- ▶ Andreas Philippi wurde am 4. Juli 1965 in Wehrda (jetzt Marburg) geboren. Er hat zwei Kinder.
- ▶ Seit dem 25. Januar 2023 ist Dr. Philippi Niedersächsischer Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.
- ▶ Seit 2022 Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit im SPD-Bezirk Hannover
- ▶ Seit 2021 Mitglied des Deutschen Bundestages
- ▶ Facharzt für Chirurgie am Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) Herzberg Klinik
- ▶ Vorsitzender des SPD Unterbezirks Göttingen.
- ▶ Seit 2019 Vorstand der Gesundheitsregion Göttingen/Süd-niedersachsen
- ▶ Seit 10/2017 1. Vorsitzender des Präsidiums des Kreisverbandes des Deutschen Roten Kreuzes Osterode
- ▶ 2016 bis 2021 Stellvertretender Landrat
- ▶ Vorsitzender des Ausschusses für Soziales, Gleichstellung und Integration im Landkreis Göttingen
- ▶ Mitglied des Aufsichtsrates der Kreiswohnbau Osterode am Harz/ Göttingen GmbH
- ▶ Seit 2011 Mitglied des Kreistages des Landkreises Göttingen (vorher Osterode)
- ▶ 2009 bis 2021 Ärztlicher Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) Herzberg Klinik
- ▶ 2009 Niederlassung als Facharzt für Chirurgie
- ▶ 2006 Promotion „Entwicklung und Diagnostik in Therapie des primären Hyperparathyreoidismus“
- ▶ Seit 2006 Stadtrat und Mitglied des Verwaltungsausschusses sowie des Ausschusses für Schule und Sport der Stadt Herzberg am Harz
- ▶ Seit 2001 Facharzt für Chirurgie
- ▶ 1984 Abitur in Bad Zwesten-Oberuff, CJD – Christophorusschule
- ▶ 1982 Eintritt in die SPD



Foto: shutterstock.com - SOMKID THONGDEE

„Die Nicht-Nutzung von Daten kann Menschenleben kosten“

Von einem digitalen Gesundheitswesen ist Deutschland nach Ansicht des Wissenschaftsrats noch weit entfernt. Das interdisziplinär besetzte Beratungsgremium mahnt in seinem Positionspapier „Digitalisierung und Datennutzung für Gesundheitsforschung und Versorgung“ daher nun eine „rasche und konsequente“ digitale Transformation an.

Auch wenn es sich bei „Gesundheit“ um einen „besonders sensiblen Bereich“ handle – eine „gewisse Zurückhaltung“ also plausibel sei – werden aus Sicht der Ratsmitglieder die Risiken von Digitalisierung und Gesundheitsdatennutzung gegenüber den Chancen, die daraus entstehen, überbetont. Die „erheblichen Potenziale“ für die Gesellschaft und das Individuum seien weithin unbekannt; ein gesellschaftlicher Konsens zur Nutzung und zum Teilen von Gesundheitsdaten sei nicht erkennbar. Aber: „Die Nicht-Nutzung von Daten kann Menschenleben kosten“, ist Prof. Dr. Dorothea Wagner, Informatikerin und Vorsitzende des Wissenschaftsrats, überzeugt. Jedoch nicht nur für den einzelnen Menschen, sondern auch „für Wohlstand,

Unabhängigkeit und Innovationskraft des Standorts Deutschland“ sei die Digitalisierung von Gesundheitsforschung und Versorgung wichtig. Deutschland befinde sich bei der Digitalisierung im Vergleich mit anderen Industriestaaten gegenwärtig in einem „dringend notwendigen Aufholprozess“. Neben dem Gesundheitswesen betreffe das im Übrigen auch andere Bereiche, konstatiert der Wissenschaftsrat. Dabei betont er „nachdrücklich“, dass die digitale Transformation „rasch und konsequent“ erfolgen müsse. „Weiteres Zuwarten schwächt den Standort Deutschland in inakzeptabler Weise und führt zu Abhängigkeiten, die dringend zu vermeiden sind“, warnt der Rat in seinem Positionspapier. Die bessere Nutzung von Daten und die „geeignete Anwendung der Werkzeuge“, die Digitalisierung und Künstliche Intelligenz (KI) für Gesundheitsforschung und Versorgung böten, seien „im Interesse der individuellen wie der öffentlichen Gesundheit nicht verhandelbar und überdies wesentliche Faktoren für Innovationskraft, Unabhängigkeit und Wohlstand des Standorts Deutschland“. Der Staat habe eine Verantwortung gegenüber der Bevölkerung, dafür die Grundlagen zu schaffen.

Der Mensch muss im Zentrum stehen

Ein digitalisiertes Gesundheitssystem verspreche Erleichterungen für das „Gesundheitspersonal“ sowie Patientinnen und Patienten; darüber hinaus sei es aber auch eine wesentliche Voraussetzung für eine datenintensive Gesundheitsforschung, die wiederum neue und hochwertige Versorgungsmöglichkeiten biete (Stichwort: personalisierte Medizin). Einen gewissen Schub habe es durch die COVID-19-Pandemie gegeben, die eine „missing data-Krise“ offengelegt und der Bevölkerung die Vorteile digitaler Gesundheitsangebote vor Augen geführt habe. Die Abhängigkeit von anderen Ländern, die über eine bessere Datenlage verfügten – die allerdings nicht ohne weiteres auf die Situation in Deutschland übertragbar sei –, sei in der Pandemie auch einer breiteren Öffentlichkeit deutlich geworden. Als Beispiel führt der Wissenschaftsrat an, dass selbst in der vierten Welle der Pandemie noch Meldungen per Fax vorgenommen worden seien und damit nur erheblich verzögert weiter genutzt werden konnten. Bei seinen Überlegungen lässt sich der Rat von zwei Prämissen leiten: So müsse bei der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung der Mensch im Zentrum stehen: Für ihn müssten digitalisierte Forschung und Versorgung einen „erkennbaren Mehrwert“ haben. Und: Die Digitalisierung dürfe kein Selbstzweck sein; sie sei vielmehr ein „wertvolles Werkzeug bzw. ein Werkzeugkasten“. Sie müsse zu „spürbaren Verbesserungen“ für den Menschen führen. So sollten die durch Digitalisierung gewonnenen Spielräume auch dazu genutzt werden, Patientinnen und Patienten „mehr Zeit und Zuwendung“ zukommen zu lassen, erklären die Wissenschaftler. „Werkzeuge der Digitalisierung“ könnten die persönliche Interaktion zwischen „Gesundheitspersonal“ und Patienten lediglich unterstützen, jedoch nicht ersetzen, stellen die Ratsmitglieder zugleich klar. Das gelte ebenso mit Blick auf die persönliche Verantwortung des Arztes für Diagnose und Therapie.

„Nationales Gesundheitsdatenportal“ soll Forscher unterstützen

Als übergeordnetes strategisches Ziel für die Realisierung der Potenziale der Digitalisierung und der Datennutzung für Gesundheitsforschung und Versorgung empfiehlt der Wissenschaftsrat eine datenbasierte Vernetzung von relevanten Akteuren, Einrichtungen und Datenstrukturen des Gesundheits- und Wissenschaftssystems – auch über Sektorengrenzen hinweg. Gangbar werden soll das durch eine dezentrale, mit Forschung kompatible, vernetzte Gesundheitsdateninfrastruktur, die den „reibungslosen Austausch und die Zusammenführung von Gesundheitsdaten für die Forschung ermöglicht bzw. erleichtert“. Dafür müssten zunächst eine einheitliche „Datensprache“ und interoperable IT-Systeme implementiert werden. Ein nationales Gesundheitsdatenportal solle sodann Informationen über

die dezentralen Datenbestände vermitteln und Forschende beim Zugang unterstützen. Vor allem die Universitätsmedizin müsse in die Lage versetzt werden, die Potenziale der Digitalisierung zu heben, so der Rat: Ihr komme an der Schnittstelle von Forschung und Versorgung eine besondere Innovationsfunktion zu. Zugleich raten die Wissenschaftler zu einem „breiten Aufbau digitaler Kompetenzen“ in Form von Aus-, Fort- und Weiterbildung für sämtliche Gesundheitsberufe. Die digitale Transformation verändere den beruflichen Alltag in „so fundamentaler Weise“, dass „im Grunde genommen alle im Gesundheitssystem tätigen Personen zusätzliche Kompetenzen erwerben müssen“, stellt der Wissenschaftsrat fest. Gleichzeitig müsse auch die Bevölkerung durch Information und Aufklärung in die Lage versetzt werden, „selbstbestimmt“ mit den Optionen des digitalisierten Gesundheitssystems umzugehen.

Risiken und Nebenwirkungen

Zwar gebe es „zweifelsohne“ auch Risiken und Probleme bei der Digitalisierung und Datennutzung, gestehen die Wissenschaftler zu – und diese müssten ebenso offen kommuniziert werden wie die Chancen und der Nutzen. Dabei zeigt das Positionspapier nicht nur die Risiken auf, sondern liefert mögliche Gegenmaßnahmen gleich mit: Zu den Risiken zählt der Wissenschaftsrat die bewusste Zweckentfremdung sensibler Daten: Dies könnte mit „empfindlichen Strafen“ bewehrt werden. Gegen die falsche bzw. inkompetente Verwendung der Daten – mit entsprechenden Folgeschäden – könne vor allem der Aufbau von Kompetenzen im Umgang mit den Möglichkeiten der Digitalisierung und Datennutzung helfen. Eine zu sehr an den Erfordernissen der Digitalisierung ausgerichtete Versorgungspraxis, die an den Bedürfnissen der Patienten vorbeigeht, müsse durch die Berücksichtigung der Belange der Patienten verhindert werden. Die Digitalisierung im Versorgungsalltag „mit weitreichenden Veränderungen der Abläufe“ könne zudem zu einer zusätzlichen Belastung des „Gesundheitspersonals“ führen. Dies könne wiederum durch die Einbeziehung des Gesundheitspersonals bei der Entwicklung der Abläufe vermieden werden. Außerdem könne es beim Einsatz digitaler Technologien zu einer Entfremdung von „Gesundheitspersonal“ und Patienten führen. Hier komme es auf „gut gestaltete und implementierte Abläufe“ an, die das „Gesundheitspersonal“ unterstützen und entlasten – so dass tendenziell sogar mehr Zeit für die Patienten zur Verfügung stehe.

„Datenschutzkonforme Erleichterung des Datenzugangs“

Beim Umgang mit sensiblen personenbezogenen Daten müssten „Schutzansprüche und Sicherheitsanforderungen“ mit den berechtigten öffentlichen (und individuellen) Interessen an der Nutzung dieser Daten in Einklang gebracht werden, erläutert der Wissenschaftsrat. Dabei spricht er ►►



Foto: shutterstock.com - MaximP

► sich in seinem Positionspapier „dezidiert“ nicht für eine Deregulierung oder Verringerung der Schutzstandards für Gesundheitsdaten aus, befürwortet aber eine „prozedurale Vereinfachung“ überall dort, wo es „möglich und nötig“ ist. Die Nutzung von Daten werde in Deutschland vergleichsweise restriktiv gehandhabt, stellen die Ratsmitglieder fest. Die Möglichkeiten, den Datenschutz durch „geeignete Maßnahmen der Pseudonymisierung“ zu gewährleisten, würden nicht ausreichend berücksichtigt. Zudem setze Deutschland gegenwärtig bevorzugt auf einwilligungs-basierte Modelle (zum Beispiel das Opt-In-Verfahren bei der elektronischen Patientenakte). „Dabei ist zu bedenken, dass es in einigen Fällen ethisch durchaus problematisch sein kann, Daten nicht zu nutzen, insbesondere im Kontext von seltenen Erkrankungen“, kommentieren die Wissenschaftler. Daher solle der Gesetzgeber sogar erwägen, Bürgerinnen und Bürgern eine rechtliche Handhabe zu geben, um die Datennutzung unter bestimmten Bedingungen einfordern zu können. Generell schränke die gegenwärtige Praxis die Nutzung der Chancen der Digitalisierung im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung in „unangemessener Weise“ ein. Der Wissenschaftsrat plädiert für eine datenschutzrechtskonforme Erleichterung des Datenzugangs für Forschungszwecke im Interesse des Gemeinwohls – verbunden mit hohen Anforderungen an den Datenschutz. Die rechtlichen Möglichkeiten der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zur Nutzung auch von sensiblen Gesundheitsdaten für Forschungszwecke sollten ausgeschöpft werden, so der Rat. Die Bundesregierung solle auch Opt-Out-Optionen für die Datenfreigabe prüfen, denn so sei die für viele relevante Forschungsfragen erforderliche breite Datenbasis am besten zu gewährleisten. Nicht zu vernachlässigen ist nach Ansicht des Wissenschaftsrats die Sicherung einer hohen Qualität der Daten: Sie müssten aktuell, korrekt und vollständig sein: „Nur qualitativ hochwertige Daten dienen der Forschung, qualitativ schlechte

Daten sind in der ethischen Risiko-/Nutzen-Abwägung in der Nutzung sensibler Daten sehr kritisch zu sehen.“ Wichtig sei auch das Prinzip der Datensparsamkeit: Auf personenbezogene oder -beziehbare (dies umfasst auch pseudonymisierte) Daten solle stets sparsam zurückgegriffen werden. So weit wie möglich sollten anonymisierte Daten genutzt werden.

„Enorme Finanzierungsbedarfe“

Der „gewaltige Nachholbedarf“ bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems stellt nach Einschätzung des Wissenschaftsrats eine „Herausforderung bundesweiter Tragweite“ dar – und ist unter anderem auch mit einem hohen Finanzbedarf verbunden. Die „dezentrale, mit Forschung kompatible Gesundheitsdateninfrastruktur“ sollte ebenso wie das „Gesundheitsforschungsdatenportal“ staatlich finanziert und getragen werden, heißt es im Positionspapier. Bezüglich der Digitalisierung der Universitätsmedizin empfehlen die Ratsmitglieder dem Bund und den Ländern, eine „Verständigung“ über die finanzielle Lastenverteilung herbeizuführen. Zur Bewältigung der „enormen Finanzierungsbedarfe“ seien zudem auch Kooperationen mit der Industrie zu erwägen – der unter bestimmten Voraussetzungen auch die Datennutzung ermöglicht werden soll. Zwar vertritt der Wissenschaftsrat grundsätzlich die Ansicht, dass der Nutzung sensibler Gesundheitsdaten eine Gemeinwohlorientierung zugrunde liegen sollte. Das schließe jedoch eine Nutzung durch die Gesundheitswirtschaft nicht prinzipiell aus: Deren Interesse an einer kommerziellen Nutzung widerspreche grundsätzlich nicht einem gesellschaftlichen Nutzen. Für die Nutzung von in staatlicher Hand gesammelten Daten durch private Unternehmen seien entsprechende „Bezahlmodelle“ zu implementieren. Zudem müsse sichergestellt werden, dass die betreffenden Unternehmen dem europäischen Rechtsrahmen unterfallen. ■

_____ *Kirsten Behrendt, KZV Schleswig-Holstein,
Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein Nr. 10/2022*

Info



Der 1957 gegründete Wissenschaftsrat hat die Aufgabe, Empfehlungen zur inhaltlichen und strukturellen Entwicklung von Hochschulen, der Wissenschaft und der Forschung zu erarbeiten und Bund und Länder in diesen Fragen zu beraten. Die Empfehlungen und Stellungnahmen des Wissenschaftsrats – auch das Positionspapier „Digitalisierung und Datennutzung für Gesundheitsforschung und Versorgung“ können auf der Homepage des Gremiums unter www.wissenschaftsrat.de eingesehen werden.

EBZ: So geht gute Digitalisierung ...

VORZEIGEPROJEKT IN DER VERSORGUNG ANGEKOMMEN – BEREITS ETWA 900.000 ANTRÄGE DIGITAL BESCHIEDEN

Seit 1. Januar 2023 ist das Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren – Zahnärzte (EBZ) flächendeckend in der zahnärztlichen Versorgung angekommen. Das Verfahren – vom Antrag über die Genehmigung bis zum Beginn der Behandlung – wird damit schneller, sicherer und verlässlicher. So entfällt etwa der Ausdruck des Heil- und Kostenplans, Patientinnen und Patienten müssen den HKP auch nicht mehr bei ihrer Krankenkasse vorlegen. Im Gegensatz zu anderen Digitalanwendungen haben die Bundesmantelvertragspartner für das von ihnen selbst entwickelte elektronische Antragsverfahren von Beginn an auf ein hinreichendes Testverfahren einschließlich einer ausführlichen Pilotierung gesetzt. Martin Hendges, stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZBV: „Unser Vorgehen war genau richtig und hat sich bewährt, wie die erfolgreiche Einführung des EBZ zeigt. Wir haben hier ein gelungenes Beispiel dafür, wie gute Digitalisierung jenseits der herkömmlichen Telematikinfrastruktur geht. Das EBZ bietet viele Vorteile, sowohl für den Berufsstand als auch für Patienten und Kassen. Zu den konkreten Benefits zählen Zeitersparnis, eine schnellere Genehmigung, die weitgehende Vermeidung von Medienbrüchen, eine sichere Datenübertragung und -verarbeitung sowie eine optimierte Terminplanung. Das Verfahren wurde in Eigeninitiative der Zahnärzteschaft gemeinsam mit den Kassen aufgesetzt und ist damit eine unmittelbar aus der Versorgung heraus konzipierte Anwendung – zielgenau zugeschnitten auf die besonderen Anforderungen von Zahnarztpraxen.“

Hendges betonte, dass alle Beteiligten besonderen Wert daraufgelegt hätten, möglichst sämtliche Anwendungsfälle in der Praxis zu berücksichtigen und zugleich die technische Umsetzbarkeit zu gewährleisten. „Daher wurden von KZBV und GKV-SV die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme von Beginn an in das Projekt umfassend mit einbezogen. Auch Ärzte und das Bundesgesundheitsministerium beobachten die bisherige Umsetzung durch die Zahnärzteschaft genau – in einem positiven Sinn“.

Viele Praxen konnten in den vergangenen Monaten vielfältige Erfahrungen mit der Anwendung sammeln und haben



Martin Hendges, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes

aufgrund der Schnelligkeit und Einfachheit vollständig auf das EBZ umgestellt. Bisher wurden bereits etwa 900.000 Anträge elektronisch versendet und von den Kostenträgern beschieden. Seit 1. Januar ist der Einsatz des EBZ – auf gesetzlicher Grundlage – für alle Zahnarztpraxen Pflicht. Auf Grundlage des im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte verankerten Ersatzverfahrens kann in begründeten Ausnahmen (bei längeren technischen Störungen) der elektronische Antrag über das jeweilige Antragsmodul aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) heraus ausgedruckt und per Post verschickt werden. Eine Ausnahme, nicht am EBZ teilzunehmen und das bisherige Papierverfahren befristet bis zum 30. Juni 2023 zu verwenden, besteht nur für solche Praxen, die ihre vertragszahnärztliche Versorgung bis zu diesem Datum beenden.

Das EBZ-Verfahren ist so aufgesetzt, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte einen elektronischen Antragsdatensatz über das sichere Mail-Verfahren „Kommunikation im Medizinwesen (KIM)“ an den jeweiligen Kostenträger übermitteln. Dieser spielt einen Antwortdatensatz via KIM zurück an die Praxis. Das PVS verarbeitet die Daten automatisch und ordnet diese der entsprechenden Patientenkartei zu. Änderungen werden direkt berücksichtigt.

Hintergrund: Das Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren

Bei dem digitalen Verfahren werden Behandlungspläne für die Leistungsbereiche Zahnersatz (ZE), Kiefergelenkserkrankungen/Kieferbruch (KG/KB), Kieferorthopädie (KFO) und ab 1. Juli 2023 verpflichtend auch Parodontalerkrankungen (PAR), die bislang per Papier genehmigt wurden, in das EBZ überführt. Patienten wird künftig nicht mehr der herkömmliche und für Laien sehr komplexe Heil- und Kostenplan ausgehändigt. Vielmehr erhalten sie eine Ausfertigung mit allen relevanten Inhalten in allgemeinverständlicher Form. Diese beinhaltet die erforderlichen Erklärungen des Versicherten bezüglich Aufklärung und Einverständnis mit der geplanten Behandlung.

Zum 1. Juli 2024 steht die Anbindung der Zahntechniker an die TI an. Das ermöglicht die elektronische Abbildung des gesamten Informationsaustausches zwischen Praxis und zahntechnischen Laboren.

Das EBZ ist ein komplexes und lebendiges Verfahren, basierend auf echten Erfahrungen im Praxisalltag. Kleinere Anpassungen sind bereits in Planung. Als Teil des EBZ wird perspektivisch auch das Gutachterwesen elektronisch abgewickelt. ■

_____ KZBV

Vertikaler Zahnhartsubstanzverlust – eine narrative Übersichtsarbeit

TEIL II: THERAPIE UND NACHSORGE

Dr. Anuschka Josephine Roesner, PD Dr. Angelika Rauch M.Sc.,
Prof. Dr. Michael Behr, PD Dr. M. Oliver Ahlers, Prof. Dr. Sebastian Hahnel



Einführung

Zahnhartsubstanzverlust ist ein physiologischer Prozess, der multifaktoriell bedingt ist und lebenslang fortschreitet. Je nach Ausmaß und Progression des Zahnhartsubstanzverlusts kann es notwendig werden, in individueller Abstimmung mit dem betroffenen Patienten präventive und/oder therapeutische zahnärztliche Maßnahmen einzuleiten.

Methoden

Anhand einer Literaturrecherche wurden im ersten Teil dieser narrativen Übersichtsarbeit verschiedene Studien, die bis zum Februar 2020 bei PubMed sowie in der S3-Leitlinie Bruxismus erschienen sind, evaluiert. Vor diesem Hintergrund soll im vorliegenden zweiten Teil darauf eingegangen werden, wann prärestaurative Behandlungen indiziert sind, wann eine Bisshebung erfolgen soll, wie diese umgesetzt werden kann und inwieweit diese limitiert ist. Darüber hinaus werden die verschiedenen präprothetischen und restaurativen Versorgungsmöglichkeiten erläutert. Zudem wird im Besonderen auf die unterschiedlichen zahnärztlichen Werkstoffe eingegangen sowie ihre Vor-/Nachteile in Bezug auf Ästhetik, Funktion sowie deren anhand von Studien beschriebenen Langzeitergebnisse.

Ergebnisse

Während physiologischer, altersgemäßer Zahnhartsubstanzverlust nur in Ausnahmefällen eine Indikation zur Behandlung darstellt, muss ausgedehnter, alle Stützzonen betreffender oder bis weit ins Dentin reichender Zahnhartsubstanzverlust in aller Regel therapiert werden. Dabei kann es notwendig sein, betreffende Zähne prothetisch zu versorgen, um die okklusale und vertikale Kieferrelation wiederherzustellen und langfristig zu sichern. Am häufigsten wird extendierter Zahnhartsubstanzverlust mit indirekten Restaurationen aus Metall sowie Keramik versorgt. Allgemein kann der extendierte zirkuläre Verlust der Zahnhartsubstanz bei Kronen- und Brückenversorgungen als nachteilig betrachtet werden. Zahnfarbene minimalinvasive Restaurationen können, je nach finanziellen Voraussetzungen des Patienten, als gute Alternative in Betracht gezogen werden.

Schlussfolgerung

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt existiert kein universell geeignetes restauratives Therapiekonzept für Patienten mit Zahnhartsubstanzverlust – vielmehr muss bei jedem Patienten eine sehr individuelle Behandlungsentscheidung getroffen werden, bei der sowohl ästhetische als auch funktionelle Parameter in den Entscheidungsprozess einfließen.

1. Einleitung

Gemäß den Erhebungen der fünften deutschen Mundgesundheitsstudie geht die Zahl an kariösen Läsionen in Deutschland immer weiter zurück. Zeitgleich weisen jüngere Senioren mehr eigene Zähne auf als noch während der Erhebungen im Rahmen der dritten oder vierten deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III: 10,4 Zähne, DMS V 16,9 Zähne) [22]. Parallel dazu scheint jedoch die Prävalenz des nicht kariogen bedingten Zahnhartsubstanzverlusts stetig größer zu werden [9].

Zahnhartsubstanzverlust ist ein physiologischer Prozess, der multifaktoriell bedingt ist und lebenslang fortschreitet [5]. Je nach Ausmaß und Progression des Zahnhartsubstanzverlusts (ZHV), besonders unter Berücksichtigung des individuellen Alters des Betroffenen, kann dieser pathologisch sein, und es obliegt dem zahnärztlichen Behandler, in individueller Abstimmung mit dem betroffenen Patienten präventive oder therapeutische Maßnahmen einzuleiten (Abb. 1 und 2) [49]. In Teil I des vorliegenden narrativen Übersichtsartikels (siehe NZB 01/2023, Seite 18ff) wurden die Ursachen von nicht kariogen bedingtem Zahnhartsubstanzverlust beleuchtet, diagnostische Möglichkeiten dargestellt und mithilfe eines zusammenfassenden Entscheidungsbaums gezeigt, wann welche Therapieoptionen indiziert sein können. Dafür wurden im Rahmen einer Literaturrecherche anhand themenbezogener Suchbegriffe verschiedene Studien, die bis zum Februar 2020 bei PubMed sowie in der S3-Leitlinie Bruxismus erschienen sind, evaluiert, und zusätzlich wurde eine Handsuche in den jeweiligen Literaturverzeichnissen vorgenommen. Vor diesem Hintergrund möchte der zweite Teil detaillierter auf die möglichen Behandlungsoptionen mit dem Schwerpunkt auf präprothetische sowie restaurative Maßnahmen eingehen.

2. Vorbehandlung

2.1 Bisshebung – wann und wie?

Bei der Mehrzahl der Patienten geht ein Zahnhartsubstanzverlust (ZHV) mit einer dentoalveolären Kompensation einher [5]. Diese physiologische Kompensation sorgt dafür, dass antagonistischer Zahnkontakt bestehen bleibt und der Patient trotz ZHV die Effizienz seines Kauystems aufrechterhält [5]. Gleichzeitig bedingt dieser Vorgang aber auch einen fehlenden interokklusalen Raum und stellt den zahnärztlichen Behandler vor ein Dilemma, besonders bei lokalisiertem ZHV. Eine Möglichkeit besteht darin, die betroffenen Zähne noch weiter okklusal zu reduzieren. Neben dem zusätzlichen ZHV resultiert dieses Vorgehen jedoch regelmäßig in einer stark reduzierten axialen Höhe des Zahnstumpfs und bedingt verminderte Retentions- und Widerstandskräfte für weitere prothetische Versorgungen [42]. Eine chirurgische Kronenverlängerung kann diesem Problem unter Umständen entgegenwirken, birgt aber die Gefahr von Komplikationen durch den chirurgischen Eingriff [42] und bedingt immer eine Verringerung des parodontalen Attachments.

Eine Bisshebung sollte dann durchgeführt werden, wenn aus medizinischen und/oder ästhetischen Gründen zahnärztlicher Handlungsbedarf besteht. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn umfassende, die gesamte Dentition betreffende Defekte mit erheblichem Verlust an vertikaler Kronenhöhe sowie ästhetischen Einbußen vorliegen (Abb. 1 und 2), diese nicht mehr mit direkten oder indirekten Maßnahmen punktuell zu restaurieren sind und Alternativen zur Platzbeschaffung, wie eine chirurgische Kronenverlängerung, nicht geeignet sind [21, 25, 45]. Während physiologische altersgemäße Abrasionen/Attritionen nur in Ausnahmefällen eine Indikation zur Behandlung darstellen, kann parafunktionell bedingter ZHV häufig nur symptomatisch behandelt werden. Bei massivem, alle Stützzonen betreffendem oder weit ins Dentin reichendem ZHV kann es notwendig werden, betreffende Zähne prothetisch zu versorgen, um die okklusale und vertikale Kieferrelation wiederherzustellen und langfristig zu sichern [8, 13]. Vor einer Anhebung der vertikalen Kieferrelation mit definitiven Versorgungen ist, je nach Ausmaß der gewünschten Veränderung, eine vorausgegangene simulierte Erprobungsphase mit reversiblen Maßnahmen zu erwägen [9]. Zuvor sollten jedoch – nicht zuletzt aus forensischen Gründen – funktionelle Erkrankungen ausgeschlossen werden; die prärestaurativen sollten dann ggf. zusammen mit funktionstherapeutischen Maßnahmen umgesetzt werden.

2.2 Festlegung der vertikalen Kieferrelation

Bei allen definitiven restaurativen Therapieoptionen – unabhängig davon, ob diese noninvasiv, minimalinvasiv, invasiv oder additiv sind – muss die geplante vertikale



Abb. 1: Ausgangssituation vor Behandlungsbeginn, extraoral



Abb. 2: Ausgangssituation vor Behandlungsbeginn, intraoral: Der 67-jährige Patient stellte sich mit dem Wunsch nach prothetischer Rehabilitation bei ausgeprägtem nicht kariogenem Zahnhartsubstanzverlust sowie anamnestisch starkem Bruxismus vor. Klinisch zeigten sich weiche Beläge und Zahnstein, verbunden mit einer generalisierten Gingivitis; bei der klinischen Funktionsanalyse bestätigten sich die anamnestisch angegebenen Parafunktionen, jedoch waren diese symptomlos. Darüber hinaus imponierten unversorgte Schalllücken in regio der fehlenden Zähne 014 und 046. Die Schneidezähne im Oberkiefer waren unterschiedlich stark verkürzt; dabei zeigte sich klinisch freiliegendes Dentin.



Abb. 3: Basierend auf einer dentofazialen sowie einer Modell-Analyse wurde eine Erhöhung der mittleren Schneidezähne im Oberkiefer auf 10,5 mm und der mittleren Schneidezähne im Unterkiefer auf 7,5 mm geplant und eine Hebung der vertikalen Kieferrelation um 4 mm angestrebt. Mittels Schienentherapie wurde die neue Kieferrelation für einen Zeitraum von 3 Monaten simuliert; zeitgleich fanden umfangreiche Mundhygiene- und Prophylaxemaßnahmen statt.

Kieferrelation im Vorfeld bestimmt werden. Im Bereich der Seitenzähne sollte genügend Platz für die spätere Versorgung und die dafür benötigte Mindestmaterialstärke geschaffen werden, wobei gleichzeitig ein Kronen-Wurzel-Verhältnis von 1:2 nicht überschritten werden sollte. Ferner sollte im Rahmen der Erhöhung oder Veränderung der vertikalen Kieferrelation eine Front-Eckzahnführung in der Dynamik angestrebt werden, und die Spee'sche sowie die ►►

Direkte Kompositrestaurationen	
Vorteile	Nachteile
Geringe Kosten bei einem akzeptablen ästhetischen Ergebnis	Polymerisationsschrumpfung bedingt Randspaltbildungen und Wärmeentwicklung
Nichtinvasives Vorgehen – Zahnschubstanz und Pulpa schonend	Schnellerer Verschleiß (im Vergleich zu prothetischen Restaurationen aus Metall/Keramik)
Anwendbar zu diagnostischen Zwecken	Geringe Bruchfestigkeit
Minimal abrasiv gegenüber den Antagonisten	Ästhetische Einbußen durch Verfärbungen
Einfache Reparatur- und Erweiterbarkeit	Techniksensitiv (gute Trockenlegung obligat)
	Ergebnis und Langzeitstabilität abhängig von Quantität und Qualität des Schmelzes
	Reduzierte Möglichkeit, die Approximalkontakte zu gestalten (im Vergleich zu Kronen)
	Bei großen Restaurationen mit Veränderung der vertikalen Dimension nur schwer optimale Umsetzung erzielbar

Tab. 1: Vor- und Nachteile direkter Kompositrestaurationen [31]

Indirekte Kompositrestaurationen	
Vorteile	Nachteile
Verbesserte Möglichkeit, das okkusele Relief und die Approximalkontakte zu gestalten	Im Vergleich zu Metall-/Keramikrestaurationen reduzierte Randpassung
Verbesserte Möglichkeit, bei großen Restaurationen die vertikale Dimension adäquat zu vergrößern	Mehrere Behandlungen notwendig (im Vergleich zu direkten Kompositrestaurationen)
Ästhetik (vgl. mit Metallrestaurationen)	Zusätzliche Laborkosten
Reduzierte Behandlungszeit für den Behandler bei gleichzeitig einfacher Möglichkeit, intraorale Umgestaltungen vorzunehmen	Mögliche Unterschüsse der Zahnhartsubstanz müssen korrigiert werden – zusätzlicher Zahnhartsubstanzverlust
Minimal abrasiv gegenüber den Antagonisten	Techniksensitiv (gute Trockenlegung obligat)
Im Vergleich zu direkten Kunststofffüllungen gesteigerte Bruchfestigkeit bei verlängerter Langlebigkeit	Geringere Langzeitstabilität im Vergleich zu Keramik-/Metallrestaurationen
Keine/reduzierte Polymerisationsschrumpfung intraoral	

Tab. 2: Vor- und Nachteile indirekter Kompositrestaurationen [31]

►► Wilson-Kurve sollten eingehalten werden. Häufig müssen in einem Abrasionsgebiss beide Kiefer aufgrund starker Abnutzungen des okklusalen Reliefs angepasst werden. Gerade im Frontzahngelbiet spielen zudem nicht zuletzt ästhetische Gesichtspunkte eine entscheidende Rolle bei der Festlegung der vertikalen Kieferrelation. Daher empfiehlt es sich, das Behandlungsergebnis mithilfe eines Mock-ups zu simulieren (Abb. 4).

2.3 Prärestaurative Möglichkeiten zur Simulation des Behandlungsergebnisses

Insgesamt existieren gegenwärtig nur wenige wissenschaftliche Arbeiten, die sich mit dem Einfluss von Änderungen der vertikalen Kieferrelation auf die Genese von craniomandibulären Dysfunktionen befassen. Verschiedene Autoren gehen in systematischen Übersichtsarbeiten jedoch davon aus, dass Erhöhungen der vertikalen Kieferrelation

im Rahmen einer Bisshebung um bis zu 5 mm unkritisch sind; in aller Regel würden sich die Patienten gut an die neue Kieferrelation adaptieren, und es würden – wenn überhaupt – nur leichte und temporäre Beschwerden auftreten [1, 2, 37]. Prinzipiell sollte jedoch darauf geachtet werden, dass nach Änderung der vertikalen Kieferrelation noch eine Ruhelage vorhanden ist; große Änderungen sollten stufenweise durchgeführt werden [36]. Nach aktueller Rechtsprechung sowie Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und Therapie (DGFD) ist vor rekonstruktiven Maßnahmen eine funktionelle Untersuchung des kranio-mandibulären Systems im Rahmen einer klinischen Funktionsanalyse zur Aufdeckung ggf. latent vorhandener funktioneller Probleme und zur Behandlungsplanung indiziert. Aus forensischer Sicht hat das Oberlandesgericht München im Jahr 2017 (Aktenzeichen 3U 5039/13) entschieden, dass ein Screening zur Abklärung einer verdeckten craniomandibulären Dysfunktion (CMD) vor einer prothetischen Therapie ein ärztlicher Standard ist und das Unterlassen des gebotenen Screenings vor Beginn einer prothetischen Versorgung einen Befunderhebungsfehler darstellt.

Eine regelmäßig Anwendung findende prärestaurative Vorbehandlung, die im Rahmen von komplexen Rehabilitationen bei Patienten mit nicht kariogen bedingtem Zahnhartsubstanzverlust durchgeführt wird, ist die Schienentherapie (Abb. 3). Aufgrund ihrer Reversibilität besitzen Schienen ein breites Indikationsspektrum und dienen als zahnärztliche Standardmaßnahme in der präprothetischen Therapie. Gerade bei Patienten mit Parafunktionen können Okklusionsschienen wie etwa Äquilibrationsschienen (Synonyme: Michigan-Schiene, Stabilisierungsschiene, Relaxationsschiene u. a.) okklusale Interferenzen ausschalten oder parafunktionelle Aktivitäten reduzieren [39]. Mittels Okklusionsschienen können mögliche Veränderungen der vertikalen und ggf. auch horizontalen Kieferrelation simuliert und so die neue geplante Bisslage über einen definierten Zeitraum in aller Regel reversibel getestet werden [13]. Während nach Kenntnis der Autoren keine belastbare Evidenz zu der Frage existiert, wie lange in derartigen Situationen eine Schienentherapie zur Testung einer neuen Bisslage erfolgen sollte, haben sich in der Behandlung der Autoren – je nach klinischer Situation – Zeiträume zwischen 3 und 12 Monaten bewährt. Im Rahmen der Behandlungsplanung ist eine im Allgemeinen verminderte Compliance des Patienten bei prolongierter Tragedauer zu berücksichtigen. Derartige Maßnahmen ermöglichen es dem Patienten, sich an die neue vertikale – und möglicherweise auch horizontale – Kieferrelation zu adaptieren; zudem können auch nachträglich Adjustierungen vorgenommen werden. Zeigen sich auf der Schiene ausgeprägte Schliffacetten, die auf eine parafunktionelle Aktivität hindeuten, ist nach den Erfahrungen der Autoren eine Umsetzung der Bisshebung



Abb. 4: Nach Anfertigung eines klassischen Wax-ups im Ober- und Unterkiefer wurden die Modelle doubliert und Formteile für ein intraorales Mock-up hergestellt. Klinisch wurden die Formteile mit zahnfarbenem Komposit-basiertem Provisorienmaterial unterfüllt, und über die bestehende Zahnhartsubstanz gesetzt. Auf diese Weise ist eine unkomplizierte und zügige Visualisierung des späteren Behandlungsergebnisses möglich.



Abb. 5: Wo notwendig, erfolgten im Anschluss direkte Restaurationen der Zähne mit adhäsiven Aufbaufüllungen zur Herstellung einer Retentionsform und schließlich die Präparation der Pfeilerzähne.



Abb. 6: Die Präparation wurde mithilfe eines diagnostischen Wax-ups hinsichtlich des erforderlichen Substanzabtrages kontrolliert; mithilfe des Wax-ups und in der Folge gefertigten Formteilen konnten im Chairside-Verfahren auf kostengünstige Art und Weise provisorische Kronen und Brücken hergestellt werden, die für einen Zeitraum von 3 Monaten zur Kontrolle der Adaptation getragen wurden. Die Frontzähne im Unterkiefer konnten mittels direkter Füllungen aus Komposit an die gewünschte Kieferrelation angepasst werden.

mit dem Risiko der Nonadaptation verbunden [36]. Neue digitale Technologien im Bereich der computergestützten Konstruktion und Fertigung (Computer-Aided Design, Computer-Aided Manufacturing kurz CAD/CAM) ermöglichen zudem die Herstellung von zahnfarbenen und flexiblen Polycarbonatschienen, die eine nicht invasive, abnehmbare und somit reversible funktionale und ästhetische Lösung im Gegensatz zu herkömmlichen transparenten Schienen oder festen Langzeitprovisorien darstellen (Abb. 9) [12, 13]. Dadurch kann das ästhetische Erscheinungsbild schon ►►

Metallrestaurationen	
Vorteile	Nachteile
Schon in sehr geringer Schichtstärke produzierbar (0,5 mm)	Ästhetische Einbußen – begrenzter Einsatz im Frontzahngelände/ im sichtbaren Bereich
Sehr gute Randpassung	Intraorale Umgestaltung nur begrenzt möglich
Gering abrasiv gegenüber den Antagonisten	Zusätzliche Laborkosten (im Vergleich zu direkten Restaurationen)
Guter langzeitstabiler Schutz gegenüber der Restzahnsubstanz	Enge proximale Kontakte mit benachbarten Zähnen zwischen den Seitenzähnen können ein Problem bei der Anwendung von Onlay-Restaurationen darstellen (YAP et al.)
Besonders bei Seitenzahnrestaurationen bei Patienten mit Parafunktionen geeignet	Zusätzlicher Abtrag von Zahnhartsubstanz im Vergleich zu adhäsiven Kompositrestaurationen
Geringere Präparation und zusätzlicher Abtrag von Zahnhartsubstanz im Vergleich zu Keramikkrone	

Tab. 3: Vor- und Nachteile von Metallrestaurationen aus Gold sowie Co-Cr [31]

Keramikrestaurationen	
Vorteile	Nachteile
Sehr gute ästhetische Ergebnisse	Gute Politur notwendig, ansonsten starke Abrasion gegenüber Antagonisten
Hohe Biegefestigkeit und Bruchzähigkeit von keramischen Restaurationen aus Zirkoniumdioxid	Kostenintensiv (im Vergleich zu direkten Restaurationen)
Verschiedene keramische Materialien für verschiedene Ansprüche	Silikatkeramiken sind techniksensitiv
Schon in sehr geringer Schichtstärke produzierbar (0,5 mm Zirkoniumdioxid)	
Sehr gute Randpassung	
Guter langzeitstabiler Schutz gegenüber der Restzahnsubstanz	
Unterschiedliche Präparationsmöglichkeiten (Teilkronen, Kronen; Onlays) durch adhäsive Befestigung, auch minimalinvasive Präparation möglich	

Tab. 4: Vor- und Nachteile von Keramikrestaurationen [31]

►► zum Zeitpunkt einer frühen Behandlungsphase deutlich verbessert werden; darüber hinaus sind CAD/CAM-gefräste Schienen form- und farb stabil, verfügen über eine bessere Biokompatibilität und zeigen geringere Abnutzungserscheinungen bei verbesserter Passgenauigkeit im Vergleich zu den konventionellen Schienen aus Polymethylmethacrylat [12, 13]. Bei massivem Zahnhartsubstanzverlust kann die vertikale Dimension vergrößert werden, indem für jeden Kiefer eine eigene Polycarbonatschiene hergestellt wird. Einen alternativen Ansatz bietet das Dahl-Konzept. Dieses beschreibt eine axiale Zahnbewegung, die durch Eingliederung einer in Supraokklusion befindlichen Apparatur eingebracht wird. Zähne, die nicht durch den Aufbiss abge-

stützt werden, elongieren dabei in vertikaler Richtung [8]. Ursprünglich wurde von Dahl eine herausnehmbare Apparatur aus Kobalt-Chrom beschrieben [8, 42], mittlerweile finden jedoch die unterschiedlichsten Materialien, wie beispielsweise direkte oder indirekte Kompositaufbauten oder CAD/CAM gefräste Plateaus, Anwendung. Die Dicke der Apparatur entspricht dem später gewünschten okklusalen/inzisalen Platzgewinn [42]. Der Effekt wird durch eine Kombination aus Intrusion (40%) sowie Extrusion (60%) der nicht in Kontakt stehenden Zähne erzielt [7]. Wissenschaftliche Studien belegen eine hohe Erfolgswahrscheinlichkeit von 94–100%, die unabhängig vom Alter und Geschlecht des Patienten zu sein scheint [7, 19, 20]. Ferner

konnte gezeigt werden, dass auf diese Weise eine Erhöhung der vertikalen Dimension um bis zu 5 mm erzielt werden kann, wobei das Ergebnis durchschnittlich nach 6 Monaten erreicht wurde. In Abhängigkeit vom benötigten Platzangebot wurden allerdings auch Zeiträume zwischen 18 und 24 Monaten beschrieben [20, 46]. Darüber hinaus besteht natürlich auch die Option, den interokklusalen Raum mit anderen kieferorthopädischen Maßnahmen zu vergrößern [15].

Jede definitive zahnärztliche Rehabilitation bei Patienten mit nicht kariogenem Zahnhartsubstanzverlust sollte ausreichend okklusal erprobt werden, um mögliche Probleme in einer frühen und unter Umständen reversiblen Phase festzustellen und weitere Feinjustierungen schnell und einfach vornehmen zu können. In aller Regel kommen in dieser Phase Langzeitprovisorien zum Einsatz [39].

Diese sind vor definitiven prothetischen Versorgungen bei therapeutischen Veränderungen der vertikalen und/oder horizontalen Kieferrelation indiziert, um die veränderte Lage möglichst risikoarm zu erproben [18]. Die prothetischen Anforderungen an Langzeitprovisorien sind im weitesten Sinne mit denen von definitivem Zahnersatz gleichzusetzen. Klassische laborgefertigte Langzeitprovisorien werden aus nichtedlen Legierungen, die je nach Bedarf mit Komposit verblendet werden, hergestellt; nicht zuletzt mit Etablierung der CAD/CAM-Technik sind diese jedoch weithin durch vorpolymerisiertes Polymethylmethacrylat in Rondenform sowie indirekte Komposite ersetzt worden. Je nach klinischem Befund und Prognose sollten Langzeitprovisorien für einen Zeitraum von etwa einem halben Jahr getragen werden [39]. Gerade bei komplexen Fällen mit craniomaxillofazialen Anomalien, die eine interdisziplinäre prothetisch-chirurgische Behandlung erfordern, können solche digitalen präprothetischen Vorbehandlungen einen wichtigen Baustein darstellen [12]. In einigen Behandlungssituationen besteht auch die Möglichkeit, mit direkt hergestellten provisorischen Versorgungen eine temporäre Versorgung anzufertigen, etwa unter Verwendung der Folientechnik, um die Behandlungsergebnisse für einige Monate zu simulieren. Ein derartiges Vorgehen ist erheblich preiswerter als laborgefertigte Varianten. Beide Varianten haben jedoch den Nachteil, dass in aller Regel schon umfangreiche und invasive Maßnahmen notwendig sind, um derartige temporäre Versorgungen eingliedern zu können.

Im Gegensatz dazu besteht in manchen Fällen die Möglichkeit, im Chairside-Verfahren hergestellte oder laborgefertigte Veneers oder Table-Tops – etwa aus Polymethylmethacrylat sowie PMMA-basierten Polymeren, die mit verschiedenen CAD/CAM-Systemen gefräst werden können (beispielsweise Telio CAD, Ivoclar Vivadent; CAD-Temp, Vita Zahnfabrik) – als Non-prep-Variante auf den zu verändernden Zahnarealen zu fixieren; dabei finden in der Regel selbstadhäsive Befestigungskomposite Anwendung [10].



Abb. 7: Aufgrund der in finanzieller Hinsicht eingeschränkten Möglichkeiten des Patienten und des Wunsches nach einer langfristigen Versorgung bei bekannten Parafunktionen wurden Kronen und Brücken aus Nichtedelmetall im Sinterverfahren (Sintron, Amann Girschbach, Koblach, Österreich) hergestellt und innerhalb der Verblendgrenzen vestibulär mit Keramik verblendet (Zahntechnik: Poljakow und Müller, Regensburg). Das Sinterverfahren wurde im vorliegenden Fall aufgrund der umfangreichen Versorgung mit nicht edlen Legierungen und der Möglichkeit, mit diesem Verfahren besonders homogene Restaurationen lunkerfrei im CAD/CAM-Verfahren herzustellen, gewählt.



Abb. 8: Nach erfolgreicher Einprobe wurden die Restaurationen konventionell unter Verwendung von Zinkoxid-Phosphat-Zement befestigt (Abb. 6) und der Patient wurde in ein Recallsystem mit engmaschigen Kontrollen aufgenommen.



Abb. 9: Zahnfarbene Schiene aus Polyoxymethylen im Unterkiefer

Die Grundvoraussetzung für die Überführung der temporär neudefinierten in eine definitive Kieferrelation ist die funktionelle Beschwerdefreiheit des Patienten [4]. Nicht zuletzt aus forensischen Gründen ist es deshalb empfehlenswert, funktionelle Erst-, ggf. Zwischen- und Endbefunde in einem standardisierten Erhebungsbogen (beispielsweise Klinischer Funktionsstatus der DGFD oder inhaltlich vergleichbare ►►

► Formulare) zu dokumentieren. Für die sich anschließenden restaurativen Maßnahmen ist eine an die klinischen Bedürfnisse und die Situation adaptierte Werkstoffauswahl elementar; in dieser Wahl spiegeln sich auch die benötigte Zahnpräparation, die zahntechnische Herstellungsmethode und die vorgesehene Befestigung der definitiven Versorgung wider [4].

3. Definitive restaurative Phase

3.1 Das richtige Material für die definitive Versorgung

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt existiert nicht das eine restaurative Therapiekonzept für Patienten mit Zahnhartsubstanzverlust – vielmehr muss bei jedem Patienten eine überaus individuelle Behandlungsentscheidung getroffen werden. Um ein zielführendes Therapiekonzept und damit zusammenhängend das richtige Material wählen zu können, sollten verschiedene Parameter in den Entscheidungsprozess einfließen; dazu gehören die Ausdehnung des Zahnhartsubstanzverlusts, der durch eine Präparation zusätzlich zu erwartende Substanzverlust, der funktionelle Abschlussbefund, das angestrebte Okklusionskonzept sowie die ästhetischen Erwartungen an die Versorgung. Je nach Beschaffenheit der Antagonisten, der geforderten Mindestschichtdicke und der werkstoffabhängigen Befestigungstechnik muss zwischen verschiedenen zur Verfügung stehenden Materialien differenziert werden [4]. Darüber hinaus spielt es etwa bei Patienten mit Bruxismus eine Rolle, welches Material verwendet wird, da sehr viele Materialien seitens der Hersteller Bruxismus als Kontraindikation aufführen. Eine retrospektive klinische Studie verfolgte 1335 Vollkeramik-Restaurationen und stellte fest, dass das Risiko des werkstofflich bedingten Versagens bei Patienten mit Bruxismus um das 2,3-Fache erhöht ist [33]. Eine allgemeingültige Regel gibt es derzeit nicht. Es ist aber zu erwägen, bei Patienten mit ausgeprägtem Zahnhartsubstanzverlust und zusätzlichen Parafunktionen die Behandlungsoptionen möglichst einfach zu halten und unverblendete Restaurationen vorzuziehen.

3.1.1 Komposite

Minimalinvasive und gleichzeitig ästhetische Ergebnisse können, gerade bei geringerem Zahnhartsubstanzverlust, durch direkte Restaurationen aus Komposit erzielt werden [9], die eine rein defektorientierte Vorgehensweise ohne zusätzliche Präparationsmaßnahmen ermöglichen (Tab. 1). Häufig setzt dieses Verfahren jedoch Vorarbeiten im indirekten Verfahren voraus – so beispielsweise dann, wenn eine neue Kieferrelation unter Verwendung eines Wax-ups/ Mock-ups eingestellt werden soll. Unter Verwendung von Nanofüllerkompositen sowie Nanohybridkompositen können auch extendierte okklusale Zahnhartsubstanzverluste mit Höckerersatz mittels direkter Restaurationen aus

Komposit versorgt werden [9]. Dieses Vorgehen stellt eine substanzschonende und preisgünstige Therapieform für den Patienten dar und bewirkt ein gutes ästhetisches Ergebnis bei langfristig minimalem okklusalem Verschleiß [9]. Zudem können direkte Restaurationen aus Komposit z. B. bei diagnostischen Vorbehandlungen im Rahmen einer Rekonstruktion der Bisshöhe Anwendung finden und sind deutlich leichter reparaturfähig als indirekte Restaurationen aus Keramik oder Metall (Tab. 1). Eine Fall-Kontroll-Studie belegte, dass Rekonstruktionen der vertikalen Kieferrelation mit direkten Restaurationen aus Komposit auch nach mehr als 5 Jahren klinisch suffizient sind; allerdings zeigen sich auch negative Veränderungen wie Randspalte, Abnutzungserscheinungen und Verfärbungen [3]. Auf der Grundlage des Radboud Tooth Wear Project zeigte eine Studie von Loomans et al., dass die klinische Evidenz für direkte Kompositrestaurationen zur Erhöhung der vertikalen Dimension bei Patienten mit schwerem Zahnhartsubstanzverlust bislang überwiegend auf ein Follow-up von 5 Jahren beschränkt ist [27]. So zeigte eine Studie, bei der 34 Patienten mit pathologischem Zahnhartsubstanzverlust mithilfe von 1256 direkten Kompositrestaurationen versorgt wurden (687 Versorgungen in der Front, 324 Versorgungen an Prämolaren und 245 Versorgungen an Molaren), dass die Überlebensrate der direkten Versorgungen davon abhängt, an welchem Zahn eine solche Versorgung angebracht wird. Molaren wiesen dabei die schlechteste Prognose auf [28]. Bei Patienten mit Parafunktionen wie etwa Bruxismus schreitet der Zahnhartsubstanzverlust häufig schneller voran als bei Patienten ohne zusätzliche Parafunktionen. Außerdem müssen die verwendeten Materialien zusätzlichen parafunktionellen Aktivitäten standhalten. Dies ist der Grund, warum der Anwendungsbereich von direkten Restaurationen aus Komposit bei Patienten mit Parafunktionen häufig limitiert ist. Weitere Nachteile sind die Polymerisationsschrumpfung, die zu möglichen Spaltbildungen am Füllungsrand führen kann, Verfärbungen sowie die hohe Techniksensitivität (Trockenlegung, Sicherstellung von Schmelzhaftung) [24, 32]. Finden direkte Restaurationen aus Komposit im Rahmen einer Rekonstruktion der vertikalen Kieferrelation Anwendung, werden häufig der hohe Zeitaufwand und die Schwierigkeit, die okklusale Morphologie exakt nachzubilden, bemängelt [4]. Klinische Lösungsansätze bieten hier Übertragungsschienen oder Silikonstempel [3,53]. In Arealen mit großer okklusaler Belastung sollte das Material zudem eine Mindestschichtstärke von 1,5–2 mm aufweisen [42]. Indirekte Restaurationen aus Komposit werden im klinischen Alltag momentan eher selten verwendet, haben jedoch einige Vorteile gegenüber direkten Restaurationen; dazu gehört beispielsweise eine reduzierte Polymerisationsschrumpfung, da die Polymerisation bei CAD/CAMKompositen schon im Rahmen der Herstellung erfolgt ist. Somit

Überlebensdaten unterschiedlicher Versorgungen				
Studie	Versorgung	Werkstoff	Beobach- tungs- zeitraum (Jahre)	Überlebens- rate
Pjetursson und Lang 2008 [40]	Kronen/Brücken (N = 2088/1218)	Nicht näher spezifiziert	5/10	93,8%/89,2%
	Extensionsbrücken (N = 432/239)	Nicht näher spezifiziert	5/10	91,4%/80,3%
	Implantatgetragener ZE (N = 1384/219)	Nicht näher spezifiziert	5/10	95,2%/86,7%
	Implantatzahngetragener ZE (N = 199/72)	Nicht näher spezifiziert	5/10	95,5%/77,8%
	Implantatgetragene Kronen (N = 465/69)	Nicht näher spezifiziert	5/10	94,5%/89,4%
	Klebebrücken (N = 1374/51)	Nicht näher spezifiziert	5/10	87,0%/65,0%
Sailer et al. 2015 [48]	Einzelkronen (N = 4663)	Metallkeramik	5	94,7%
	Einzelkronen (N = 9434)	Vollkeramik – Lithiumdisilikat – glasinfiltriertes Aluminiumoxid – dicht gesintertes Aluminium und Zirkoniumdioxid	5	96,6% 94,6% 96,0%
Pjetursson et al. 2015 [41]	Zahngetragener ZE (N = 1796)	Metallkeramik	5	94,4%
	Zahngetragener ZE (N = 1110)	Vollkeramik – Glaskeramik – glasinfiltriertes Aluminiumoxid – Zirkoniumdioxid	5	89,1% 86,2% 90,4%
Rinke et al. 2018 [47]	Veneers (N = 101)	Gepresste Glaskeramik	7	93,6%
	Extendierte Veneers (N = 101)	Gepresste Glaskeramik	7	95,0% im OK 91,2% im UK
	Veneers bei weniger als 50% exponiertem Dentin	Gepresste Glaskeramik	7	94,3%
	Veneers bei mehr als 50% exponiertem Dentin	Gepresste Glaskeramik	7	71,8%
Edelhoff et al. 2019 [11]	Onlays (N = 103)	Lithiumdisilikatkeramik	11	100,0%

Tab. 5: Zusammenfassung einiger wissenschaftlicher Studien mit Überlebensdaten zu verschiedenen prothetischen

entfällt der negative Effekt einer klinischen Polymerisations-schrumpfung, wie sie bei direkten Kompositen auftritt. Dazu kommen die Zeitersparnis am Behandlungsstuhl, einfache Umgestaltungsmöglichkeiten im Patientenmund sowie eine geringere Abrasivität gegenüber den Antagonisten verglichen mit Restaurationen aus Keramik [32]. Als Nachteile lassen sich die reduzierte Randpassung im Vergleich zu Versorgungen aus Metall oder Keramik nennen sowie der größere Kostenaufwand im Vergleich zu direkten Versorgungen (Tab. 2).

3.1.2 Indirekte Restaurationen aus Metall und Keramik

Nach wie vor am häufigsten wird extendierter Zahnhartsubstanzenverlust mit indirekten Restaurationen aus Metall sowie Keramik versorgt (Abb. 5–8). Dabei ist zu beachten,

dass bis dato wenige wissenschaftliche Daten zur Bewahrung von Versorgungen im Kontext einer Bisshebung vorliegen [11].

Prinzipiell zeigen Kronen- und Brückenversorgungen aus Metall sehr gute Langzeitergebnisse (Tab. 5) [40]. Restaurationen aus metallischen Werkstoffen weisen eine hohe Elastizität und Zugfestigkeit sowie eine gute Passgenauigkeit bei geringerer Präparation der zu versorgenden Zähne im Vergleich zu Restaurationen aus Keramik auf. Unter ästhetischen Gesichtspunkten müssen jedoch die gräulich/silberne Farbe und der metallische Glanz bemängelt werden, weshalb diese Versorgungen im sichtbaren Bereich in aller Regel zusätzlich mit einem keramischen Werkstoff verblendet werden (Tab. 3). Keramische Restaurationen spiegeln die initial geforderten Materialeigenschaften am breitesten ►►

► wider (Tab. 4). Keramiken, insbesondere Glaskeramiken, zeigen langfristig eine stabilere Erhaltung der physiologischen Okklusion im Vergleich zu Restaurationen aus Komposit, wenngleich auch bei ihnen im Seitenzahnggebiet häufigere Verluste als im Frontzahnbereich beschrieben sind [40]. Um die bewährten klassischen Restaurationen mit weniger invasiven Präparationsformen zu kombinieren, wurden minimalinvasive keramische Restauration wie Table-Tops entwickelt [9]. Dabei endet die Präparationsgrenze weit supragingival und in aller Regel auf Höhe des prothetischen Äquators. Silikatkeramiken liefern dabei die besten ästhetischen Ergebnisse und können im Frontzahnbereich in Form von Veneers sowie im Seitenzahnbereich als kleinere Restaurationsformen zum Einsatz kommen [17, 29, 54]. Bei einer Langzeitstudie wurden 34 Patienten mit 96 silikatkeramischen Inlays sowie Onlays versorgt. Nach einem Beobachtungszeitraum von 12 Jahren lag die Überlebensrate bei 84 %, und es zeigte sich, dass Versorgungen, die mit dualhärtenden Befestigungskompositen zementiert wurden, eine bessere Überlebensrate aufwiesen als mit lighthärtenden Befestigungskompositen eingegliederte Restaurationen [17]. Lithiumdisilikatkeramiken weisen im Vergleich zu den klassischen Silikatkeramiken eine höhere Biegefestigkeit auf und können daher mitunter auch als Material für 3-gliedrige Endpfilerbrücken (bis zum 2. Prämolaren) verwendet werden. Für den Einsatz von weiter posterior zu ersetzenden Seitenzähnen liegen nach heutigem Stand keine Herstellerfreigaben vor [6, 14, 23, 30, 40, 43, 50]. In einer prospektiven und nicht randomisierten klinischen Studie wurden 7 Patienten mit insgesamt 103 adhäsiv befestigten okklusalen Onlays aus Lithiumdisilikatkeramik (IPS e.max Press, Ivoclar Vivadent) versorgt. Nach 11 Jahren zeigte sich eine Überlebensrate von 100 % (Tab. 5), wobei 4 Restaurationen bei einem Patienten leichte Verfärbungen am Restaurationsrand und eine Restauration nach 10 Jahren eine marginale Rissbildung aufwiesen; es konnten jedoch keine biologischen Komplikationen, Dezementierungen oder kariösen Läsionen am Kronenrand nachgewiesen werden [11]. Anzumerken bleibt, dass die Studie insgesamt nur 7 Patienten umfasste, bei denen keine parodontalen Erkrankungen existierten und bei denen eine optimale Mundhygiene vorlag. Zudem verfügen Lithiumdisilikatkeramiken über eine höhere Biegefestigkeit und Risszähigkeit als klassische Silikatkeramiken, was in der Konsequenz eine minimalinvasivere Präparation ermöglicht [16]. Versorgungen aus Zirkoniumdioxidkeramik werden sowohl für Kronen- als auch für Brückenrestaurationen der Front- und Seitenzähne verwendet [44]. Zirkoniumdioxid zeichnet sich durch seine hohe Festigkeit und Bruchzähigkeit, geringe minimale Schichtstärken, guten Randschluss sowie gute Ästhetik bei akzeptabler Lichtdurchlässigkeit und gleichzeitiger Möglichkeit, verfärbte Zähne zu maskieren, aus. Seit Einführung der CAD/CAM-Technologie konnten die

Produktion vereinfacht und die Herstellungskosten erheblich gesenkt werden [38]. Auch dem früher häufig bekannten Problem des Chippings bei verblendeten Restaurationen aus Zirkoniumdioxid [26, 52] konnte durch Adaptation der Brennparameter und Etablierung einer anatoformen Gerüstgestaltung weitgehend entgegengewirkt werden [38]. Zudem besteht heute aufgrund einer Weiterentwicklung der Zusammensetzung der Zirkoniumdioxidkeramik die Möglichkeit, auch monolithische Varianten für Patienten mit ästhetischem Anspruch herzustellen. Allgemein zeigten Studien für dreigliedrige Brücken aus Zirkoniumdioxid innerhalb eines Beobachtungszeitraums von mindestens 5 Jahren eine Überlebenswahrscheinlichkeit von 90,0–96,8 % (Tab. 5) [6, 14, 23, 30, 40, 43, 50]. Gemäß der S3-Leitlinie liegt für vollkeramische zwei- oder mehrspannige Brücken keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz vor [35]. Metallkeramiken vereinen die positiven Eigenschaften von Metallen und Keramiken (Abb. 7 und 8). Ihre Vorteile liegen in der hohen Elastizität, bedingt durch das metallische Gerüst, sowie Zugfestigkeit und guter Passgenauigkeit bei gleichzeitig guter Ästhetik und Mundbeständigkeit dank der keramische Verblendung [51].

Materialunabhängig ist bei klassischen Kronen- und Brückenversorgungen der extendierte zirkuläre Verlust an Zahnhartsubstanz nachteilig. So konnte gezeigt werden, dass für eine konventionelle Krone bis zu 70 % der Zahnhartsubstanz abgetragen werden müssen; dies kann durch die Präparation von Table-Tops, Teilkronen und Onlays deutlich reduziert werden [9]. Bei endodontisch behandelten Zähnen kann die Entscheidung für eine Teilkrone anstelle einer Krone einen Erhalt von bis zu 45 % der Zahnhartsubstanz bedeuten [9]. Aufgrund des hohen Chippingrisikos sollte die Verblendung lediglich vestibulär ausgedehnt sein oder auf eine Verblendung ganz verzichtet werden. Die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenkassen sieht bei extendiertem Verlust an Zahnhartsubstanz eine Kronenrestauration aus Nichtedelmetall – innerhalb der Verblendgrenzen mit vestibulärer Verblendung – vor. Darüber hinaus belegte eine prospektive Studie, dass sich die jährliche Versagensrate direkter und indirekter Kompositrestaurationen auf 6,9–26,3 % beläuft. Bei den aufgeführten und von den Autoren als nicht akzeptable Verlustraten genannten 26,3 % handelt es sich jedoch um Ergebnisse einer einzelnen Studie zu mikrogefüllten Kompositen. Zusammenfassend bleibt jedoch festzuhalten, dass es keine eindeutigen Hinweise darauf gibt, dass ein Material besser ist als ein anderes [34].

4. Fazit

Während physiologischer, altersgemäßer Zahnhartsubstanzverlust nur in Ausnahmefällen eine Indikation zur Behandlung darstellt, muss ausgedehnter, alle Stützzone betreffender oder bis weit ins Dentin reichender Zahnhartsubstanzverlust

in aller Regel therapiert werden. Dabei kann es notwendig sein, betreffende Zähne prothetisch zu versorgen, um die okklusale und vertikale Kieferrelation wiederherzustellen und langfristig zu sichern. Für eine Erhöhung der vertikalen Kieferrelation stehen unterschiedliche Behandlungsoptionen wie die Schienentherapie, temporäre Versorgungen oder das Dahl-Konzept zur Verfügung. Grundvoraussetzung für die Überführung der in der prärestaurativen Phase definierten Kieferrelation ist die funktionelle Beschwerdefreiheit des Patienten. Bei der sich anschließenden definitiven Restauration können unterschiedliche Versorgungen sowie Werkstoffe eingesetzt werden. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt existiert kein universell geeignetes restauratives Therapiekonzept für Patienten mit Zahnhartsubstanzenverlust – vielmehr muss bei jedem Patienten eine sehr individuelle Behandlungsentscheidung getroffen werden, in die sowohl ästhetische als auch funktionelle Parameter einfließen. Am häufigsten wird extendierter Zahnhartsubstanzenverlust mit indirekten Restaurationen aus Metall sowie Keramik versorgt. Dennoch belegten Studien auf der Grundlage des Radboud Tooth Wear Project, dass selbst bei Patienten mit schwerem Zahnhartsubstanzenverlust nicht immer eine restaurative Behandlung indiziert ist. Falls die Patienten keine Beschwerden oder ästhetische Anliegen haben, sind engmaschige Kontrolle und Nachsorge ebenfalls denkbare Optionen. Allgemein kann der extendierte zirkuläre Verlust der Zahnhartsubstanz bei Kronen- und Brückenversorgungen als nachteilig betrachtet werden. Zahnfarbene minimalinvasive Restaurationen können, je nach finanziellen Voraussetzungen des Patienten, als gute Alternative in Betracht gezogen werden. Restaurationen, einschließlich solcher, die als definitiv gelten, können bei Patienten mit starkem Zahnverschleiß aufgrund von Bruxismus und Erosion eine begrenzte Lebensdauer aufweisen. Eine ausführliche Aufklärung über die möglichen Behandlungsoptionen sowie die möglichen zu erwartenden Komplikationen sollte in der Einverständniserklärung enthalten sein.

5. Anerkennungen

Die Autoren bedanken sich für die freundliche Überlassung der Abbildung 9 bei PD. Dr. Oliver Schierz, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Universität Leipzig.

Interessenkonflikt

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



Foto: Dr. A. Roesner

Dr. Anuschka Josephine Roesner

Universitätsklinikum Freiburg,
Department für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde,
Klinik für Zahnärztliche Prothetik
Hugstetterstr. 55, 79106 Freiburg im Breisgau
E-Mail: anuschka.roesner@uniklinik-freiburg.de

Universitätsklinikum Freiburg, Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Medizinische Fakultät, Freiburg: Dr. Anuschka Josephine Roesner

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Universität Leipzig: Dr. Anuschka Josephine Roesner, PD Dr. Angelika Rauch M.Sc.; Prof. Dr. Sebastian Hahnel

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Fakultät für Medizin, Universität Regensburg: PD Dr. Angelika Rauch M.Sc.; Prof. Dr. Michael Behr, Prof. Dr. Sebastian Hahnel

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Zentrum für Zahn- Mund und Kieferheilkunde, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, sowie CMD-Centrum Hamburg-Eppendorf: PD Dr. M. Oliver Ahlers

Teil 1 lesen Sie im vorherigen NZB

Die Literaturliste kann unter <https://www.kzvn.de/nzb/literaturlisten.html> heruntergeladen werden.

Quelle: Mit freundlicher Genehmigung

© Deutscher Ärzteverlag | DZZ | Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift | 2022; 77: 187-198 und 199-211

Schneidezahn-Replantation unter erschwerteren Bedingungen

EINE KASUISTIK MIT EINEM VERLAUF ÜBER 8 JAHRE

Dr. Dr. med. Axel Koch, Dr. Dr. med. Axel Nitsch, Christian Krepler, Cornelia Kämpfer, Kay Sonnemann

Einleitung

Der traumatische Verlust eines Schneidezahnes im Kindes- und Jugendlichenalter wirft hinsichtlich eines Zahnersatzes in der Altersgruppe Probleme auf. Soweit der avulierte Zahn vorhanden ist, kann eine Replantation versucht werden, deren Erfolg auch von der Zeitspanne zwischen Verlust und Replantation und von der Lagerung des Zahnes beim Transport abhängig ist (1, 2, 5). In der folgenden Kasuistik berichten wir über einen solchen Fall unter erschwerteren Bedingungen.

Anamnese

Am 15.9.2010 erschien der damals 8 Jahre alte Patient N.F. zusammen mit seinem Vater in unserer Sprechstunde. Am Tag zuvor, einem Sonntag, war bei einem Sturz mit dem Fahrrad der Zahn 11 verloren gegangen. Wegen einer initialen Bewusstlosigkeit erfolgte der notfallmäßige Transport in die Harzkliniken Goslar mit stationärer Aufnahme, die durchgeführte Diagnostik ergab keinen therapiebedürftigen Befund. Aus nachvollziehbaren Gründen wurde dem verlorenen Schneidezahn zu diesem Zeitpunkt keine besondere Bedeutung beigemessen.

Nach Erstuntersuchung und Beratung der Eltern über die Möglichkeiten einer Zahnreplantation fuhr der Vater zurück zum Unfallort, suchte und fand den Zahn, der zu diesem Zeitpunkt fast 24 Stunden im feuchten Milieu einer Skaterbahn gelegen hatte, und brachte ihn in einem Taschentuch eingewickelt in unsere Ambulanz.

Therapie

Nach Reinigung des Zahnes und des leeren Zahnfaches erfolgte daraufhin am gleichen Tag in ITN die Replantation des Zahnes 11 mit üblicher Schienung an den Nachbarzähnen. Wegen des noch weit offenen Apex wurde auf eine Wurzelfüllung verzichtet. Bei der Kontrolle am Folgetag zur Entlassung aus der stationären Behandlung zeigte sich ein reizloser Befund, der Patient war beschwerdefrei, die begonnene Therapie mit Isocillen Saft wurde für 5 Tage fortgesetzt.

Verlauf

Der weitere Verlauf gestaltete sich komplikationsfrei. Die dentale Schienung wurde nach 4 Wochen entfernt, der Zahn war klinisch fest und beschwerdefrei. Zu weiteren



Abb. 1 a + b: Klinisch und radiologisch 1 Jahr nach Replantation



Abb. 2 a + b: Klinisch und radiologisch 6 Jahre nach Replantation

Kontrollen erschien der Patient in jährlichem Abstand, der replantierte Zahn blieb klinisch fest, beschwerdefrei, ohne Entzündungszeichen und ohne Verfärbung (Abb. 1 a + b, 1 Jahr nach Replantation). Über die Zeit wurde jedoch deutlich, dass der Zahn und der Alveolarfortsatz im vertikalen Wachstum zurückblieben, was mutmaßlich wohl auf eine Ankylose der Zahnwurzel zurückzuführen war. Abb. 2 a + b zeigen die Situation 6 Jahre nach Replantation, nennenswerte Resorptionen konnten radiologisch nicht nachgewiesen werden.

Im Zuge einer kieferorthopädischen Behandlung wurden wegen eines deutlichen dentalen Engstandes die 4 vorderen Prämolaren entfernt. Nach Abschluss der Kieferorthopädie mit Lückenschluss nach etwa 2 Jahr, der Patient war zu diesem Zeitpunkt 16 Jahre alt, wurde der Zahn 11 dann aus funktionellen Gründen und auf Wunsch des Patienten auch aus ästhetischen Gründen entfernt und ein herausnehmbares Provisorium eingegliedert. Der Zahn war zu diesem Zeitpunkt klinisch fest und beschwerdefrei, wegen seiner klinischen Position jedoch ohne Funktion. Nach Abschluss des Knochenwachstum ausweislich einer Handröntgenaufnahme aus der kieferorthopädischen Therapie erfolgte 1 Jahr später die Insertion eines Implantates und nach Einheilung die endgültige Kronenversorgung (Abb. 3 a + b). Der Zahn 12 war, vermutlich wegen einer mangelnden Abstützung durch den mittleren Schneidezahn, in seiner Achse anguliert, was bei der Insertion des Implantates zu beachten war. Trotz der ehemaligen Infraposition des entfernten Zahnes 11 und der zeitverzögerten Insertion des Implantates konnte ein zufriedenstellendes Emergenzprofil erreicht werden.

Diskussion

Der traumatische Verlust eines bleibenden Schneidezahnes macht eine schnelle Behandlung erforderlich. Im Gegensatz zu Milchzähnen, deren Verlust akzeptiert wird, steht beim Verlust von bleibenden Zähnen soweit möglich

die Replantation als Therapie der ersten Wahl im Vordergrund (1,3). Dies gilt insbesondere bei Patienten im Kindesalter, da in dieser Altersgruppe der prothetische Ersatz problematisch ist. Es ist wünschenswert, die Zeitspanne zwischen Verlust und Replantation möglichst kurz zu halten und den Zahn in dieser Zeit in einem Nährmedium, nach Möglichkeit in einer Zahnrettungsbox, zu lagern. Beide Faktoren spielen für die Prognose der Replantation eine wichtige Rolle (2, 4). Bei längerer extrakorporaler Lagerung steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das Desmodont zu Grunde geht und es nach erfolgter Replantation zu einer Ankylose statt zu einer parodontalen Einheilung kommt, die längerfristig zur Resorption der Zahnwurzel führen kann (8, 9).

Bei unserem Patienten konnten diese beiden Forderungen durch die Begleitumstände nicht eingehalten werden. Dies wird wohl auch der Grund gewesen sein, warum der lokale Alveolarfortsatz im Wachstum zurückgeblieben und es kontinuierlich zu einer Infraposition gekommen ist. Durch die unglückliche Ausgangssituation war die Prognose ex ante reduziert, das Ziel, einen physiologischen Platzhalter bis zum Ende des Kieferwachstums zu haben, konnte aber erreicht werden. Unter der Vorstellung, dem jungen Patienten das jahrelange Tragen einer provisorischen Zahnprothese zu ersparen, gab es therapeutisch in der Situation keine echte Alternative. KORN et al. beschreiben eine Kasuistik von 3 verschluckten Schneidezähnen, die nach endoskopischer Bergung aus dem Magen trotz sehr ungünstiger Ausgangslage erfolgreich replantiert werden konnten (7).

Nach erfolgter Replantation ist in der Regel eine Fixierung des Zahnes erforderlich. Dies kann mit Komposit in Säure-Ätz-Technik an den Nachbarzähnen erfolgen, die zusätzliche Verstärkung mit einer TTS-Schiene (titanium trauma splint) ist möglich (6). Diese Technik erhält durch eine leichte Flexibilität die physiologische Resilienz des Zahnes und wirkt damit einer Ankylosierung entgegen. Je ►►



Abb. 3 a + b: Klinisch und radiologisch nach Implantatversorgung 9 Jahre nach Replantation

► nach Ausmaß des Traumas mit Frakturen der Alveolenwand kann auch eine Drahtbogen-Kunststoffschiene sinnvoll sein (10). In Abhängigkeit vom Lokalbefund sollte die

Schienung zwischen 2 und 6 Wochen verbleiben (1). Die mögliche Endodontie orientiert sich am Alter des Patienten und am Wachstumszustand des Zahnes in Analogie zur Vorgehensweise bei Zahntransplantationen. Eine Wurzelkanalbehandlung kann vor Replantation extrakorporal retrograd erfolgen (5) oder nach Replantation orthograd (1). Wenn mit Resorption der Wurzel zu rechnen ist, wären bioresorbierbare Materialien geeignet. Eine begleitende Antibiose wird empfohlen, die Kontrolle und ggf. Auffrischung einer ausreichenden Tetanus-Immunsierung ist obligat.

Fazit

Die Zahnreplantation ist ein erfolgversprechendes Verfahren, um Zahnersatz zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Auch unter per se ungünstigen Voraussetzungen, wie in unserer Kasuistik, sollte eine Replantation versucht werden, auch wenn eine parodontale Einheilung nicht gelingt. Bei relativ geringem Behandlungsaufwand kann ein replantierter Zahn jahrelang als Platzhalter dienen. ■

Dr. Dr. med. Axel Koch
Dr. Dr. med. Axel Nitsch
MKG Chirurgie Goslar, Claustorwall 40, 38640 Goslar

Christian Krepler
Cornelia Kämpfer
Kay Sonnemann
Praxis für Zahnheilkunde, Insterburger Str. 1, 38640 Goslar

Die Literaturliste kann unter <https://www.kzvn.de/nzb/literaturlisten.html> heruntergeladen werden.

89: 89 Prozent der Menschen in Deutschland sind laut Umfragen offen für neue digitale Angebote. Die Zahnärzteschaft reagiert auf diesen positiven Befund ebenso eindeutig: Wir stellen den Menschen diese digitalen Angebote in den Praxen zur Verfügung. Kein anderer Versorgungssektor ist in der sicheren Vernetzung des Gesundheitswesens so weit wie die Zahnärzteschaft. Das zeigt zum Beispiel das Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren – Zahnärzte (EBZ). Das bisherige Verfahren vom Antrag über die Genehmigung bis zum Beginn der Behandlung wird damit erheblich beschleunigt und vereinfacht. Das EBZ ist weiterhin DAS Zugpferd digitaler Anwendungen und ein Vorzeigeprojekt des gesamten Berufsstandes für eine Digitalisierung, die funktioniert und überzeugt. Weitere Informationen unter www.kzbv.de/ebz.

(Quelle: KZBV)

89

Vertragszahn- ärztliche Zahl des Monats

Staubsauger gegen das Corona-Virus

Irreführung, intransparente Werbung und fehlende oder fehlerhafte Erfüllung gesetzlicher Informationspflichten waren auch im Jahr 2021 die häufigsten Gründe für Anfragen und Beschwerden bei der Wettbewerbszentrale in Bad Homburg. Das ergibt sich aus dem Jahresbericht 2021, der seit Ende Juni vorliegt.

Falsche Werbeversprechen betrafen unter anderem auch Krankenkassen. So warb laut Bericht zum Beispiel eine Kasse damit, „den günstigsten Beitrag von allen Krankenkassen“ zu haben. Im Vergleich mit den beiden aufgeführten Kassen sei das durchaus richtig gewesen – nicht aber im Vergleich mit allen Krankenkassen, stellte die Wettbewerbszentrale klar. Zudem habe die betreffende Kasse in einem Flyer pauschal damit geworben, viele Sonderleistungen anzubieten, die andere Kassen nicht bezahlten. Auch das sei nicht zutreffend gewesen.

In der Werbung einer Betriebskrankenkasse seien die durch eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes anfallenden monatlichen Mehrkosten „geschönt“ worden, indem sie geringer dargestellt wurden. In einem weiteren Fall habe eine Krankenkasse mit einem Zuschuss von bis zu 500 Euro für den Besuch im Fitnessstudio geworben. Laut Satzung erhielten Versicherte allerdings nur einen Zuschuss zu Teilnahmegebühren oder Beiträgen für Fitnessstudios von maximal 250 Euro. In allen Fällen verpflichteten sich die Krankenkassen nach Angaben der Wettbewerbszentrale zur Unterlassung.

Kassen nutzten außerdem immer wieder Testsiegel, die ihnen gute Leistungen bescheinigen, als Werbeinstrument, heißt es in dem Bericht weiter. Gegen ein Unternehmen, das solche Tests durchführt bzw. Testergebnisse lizenziert, erhob die Wettbewerbszentrale im letzten Jahr Klage.

Dabei will sie klären lassen, ob die den Testergebnissen zugrundeliegende Methodik die Testergebnisse rechtfertigt und die den Verbrauchern zur Verfügung gestellten Informationen zu den Testergebnissen ausreichend sind: Das Unternehmen kürte drei Krankenkassen zu Testsiegern – wobei nach Auffassung der Wettbewerbszentrale „vollkommen offen“ bleibt, wie dieses Ergebnis zustande kam. Die Wettbewerbszentrale vermutet daher einen Verstoß gegen das Verbot der Irreführung durch Unterlassung.

Thema des Jahres: Werbung mit Corona-Bezug

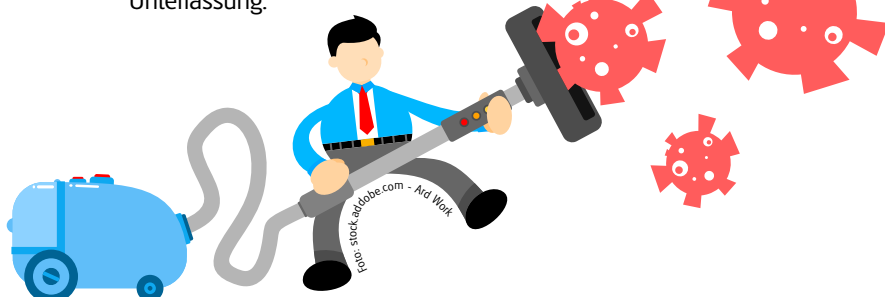
Zu einem der beiden „Themen des Jahres“ deklarierte die Wettbewerbszentrale Werbung mit Corona-Bezug. Dabei ging es beispielsweise um Werbeaktionen von Apothekern bei der Abgabe von Schutzmasken gemäß Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung. Manche Apotheker hätten mit der Erstattung des Eigenanteils von zwei Euro geworben, so die Wettbewerbszentrale. Dabei sei unklar gewesen, ob dies zulässig war. Erst am letzten Tag der Maskenausgabe gegen Vorlage eines Berechtigungsscheins konnte die Wettbewerbszentrale in diesem Punkt eine gerichtliche Klärung „für die Branche“ erreichen. Die Gebühr musste nicht erhoben werden.

Zum Einschreiten veranlasst sah sich die Wettbewerbszentrale angesichts eines „Impfmarathons“, für den ein Apotheker einem Arzt sein zugelassenes Testzentrum zur Verfügung stellte, dabei aber suggerierte, man müsse sich vor der Impfung einem Test (in seinem Impfzentrum) unterziehen. In einem anderen Fall untersagte die Wettbewerbszentrale einem Unternehmen, Antigen-Laientests zur Eigenanwendung bei Bürgertests anzubieten – denn die durften dort laut Testverordnung ausdrücklich nicht zum Einsatz kommen.

Kaugummi zur Virusreduktion

Das Landgericht Stuttgart habe einem Unternehmen die Verwendung verschiedener Aussagen verboten, mit denen ein Staubsauger als wirksames Mittel gegen das Corona-Virus deklariert wurde, berichtet die Wettbewerbszentrale überdies. Geändert wurde auf Betreiben der Kontrollinstitution auch die nach ihrer Auffassung irreführende Werbung für ein Kaugummi, das „klinisch nachgewiesen“ die Viren der Corona-Familie in der Mundhöhle bis zu 99,99 Prozent beseitigen könne. Die Werbung für eine Mund-Nasen-Bedeckung „neuester Generation“, die angeblich bis zu 99,9 Prozent der SARS-CoV-2-Viren inaktiviere, wurde ebenfalls eingestellt: Die Wettbewerbszentrale hatte dem Unternehmen vorgehalten, dass es sich dabei offensichtlich um ein Biozid-Produkt handele, das daher nach den Vorgaben der Biozid-Verordnung beworben werden müsse. ■

— Kirsten Behrendt, KZV Schleswig-Holstein,
Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein
Nr. 10/2022





In einer Umfrage gaben mehr als 60 Prozent der Zahnärztinnen und Zahnärzte an, ihren Beruf als „überdurchschnittlich stressig“ zu empfinden, während 13,6 Prozent bereits an einem Burn-out litten [Wissel et al., 2012].

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ZAHN-, MUND- UND KIEFERHEILKUNDE

Burn-out: Darum sind Zahnärzte besonders häufig betroffen

Wie entsteht ein Burn-out-Syndrom? Welche Persönlichkeitsmerkmale machen insbesondere Ärzte und Zahnärzte anfälliger dafür und wie kann Musik helfen?

Bei einem Burn-out liegt laut Prof. Dr. Ulrich T. Egle eine Dysbalance zwischen Verausgabung und Belohnung vor. Äußere Faktoren, wie hohe Arbeitsanforderungen im Job, und Persönlichkeitsfaktoren, wie das Vorliegen einer Bereitschaft, sich zu verausgaben, wirken dabei zusammen. Dabei mangelt es gleichzeitig an „Belohnungen“ in Form von Lob, angemessenem Gehalt oder Aufstiegsmöglichkeiten, sagte der Facharzt für Psychosomatische Medizin und

Psychotherapie und Spezielle Schmerztherapie aus Freiburg. Am 9. und 10. Dezember fanden die Online-Tage der DGZMK-Arbeitskreise und -Arbeitsgemeinschaften statt. Prof. Dr. Ulrich T. Egle (Freiburg), Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Spezielle Schmerztherapie, berichtete in seinem Vortrag über die Pathogenese und Prophylaxe von Burn-out. Darüber hinaus standen Themen wie die Evaluation der ersten Z2-Prüfung nach neuer ZApprO, künstliche Intelligenz sowie ethische Aspekte mobiler Radiologie auf der Tagesordnung. Die Folge sei eine Dysbalance zwischen psychologischen Grundbedürfnissen. Dabei werden die Bedürfnisse nach

Bindung und Lustgewinn beziehungsweise Unlustvermeidung zugunsten von Orientierung, Kontrolle und Selbstwerterhöhung vernachlässigt. Ungünstige frühe Umweltbedingungen in der Kindheit können eine Prägung zugunsten dieser Dysbalance fördern.

Eine Dysbalance von Bedürfnissen

Einige Symptome eines Burn-outs überschneiden sich mit denen einer Depression. Deshalb müsse genau zwischen Burn-out und Depression abgegrenzt werden. Während bei einem Burn-out Erschöpfung, Leistungsminderung, zynische Einstellung zur Arbeit im Vordergrund stehen, sind Hauptsymptome einer depressiven Störung anhaltend schlechte Stimmung, hohe Erschöpfbarkeit und Anhedonie.

Persönlichkeitsmerkmale sind ein Risikofaktor

Studienergebnisse und Umfragen belegen, dass Ärzte und Zahnärzte überdurchschnittlich oft von Burn-out betroffen sind. Egle erläuterte, dass bei ihnen häufig bestimmte Persönlichkeitsmerkmale vorliegen, die es ihnen ermöglichen, in ihrem Job erfolgreich zu sein.

Dazu zähle, sich selbst viel abzuverlangen und ein sehr hohes Maß an Verantwortung für ihre Patienten zu verspüren, während es ihnen gleichzeitig schwerfällt, abzuschalten. Eine Extremform dessen sei die Anankastische Persönlichkeitsstörung (ICD 10 – F60.5), die vor allem von Perfektionismus, Kontrolle, ausgeprägter Leistungsorientierung und übertriebener Gewissenhaftigkeit geprägt ist.

Prävention im Praxisalltag

Was können Betroffene tun, um nicht vollkommen auszubrennen? Egle zeigte in seinem Vortrag sowohl im privaten als auch im beruflichen Kontext Möglichkeiten auf, die präventiv wirksam sein können.

Im beruflichen Alltag hilft präventiv: seine kommunikativen Fähigkeiten zu verbessern, sich häufig mit KollegInnen, auszutauschen, eine gute Praxisorganisation, sich Zeiten für die Behandlung von zahnärztlichen Notfällen freizuhalten, wenn nötig ein Aufnahmestopp von neuen PatientInnen, Mithilfe in der Aus- und Weiterbildung, mit dem Berichtswesen ökonomisch umzugehen, eine angemessene Arbeitsdauer und sich in regelmäßigen und nicht zu weiten Zeitabständen ganze Tage freizunehmen.

Sport senkt Cortisolspiegel

Sport und Bewegung sind ebenfalls effektive Maßnahmen zur Burn-out-Prävention. Egle zufolge sollte man aber im aeroben Bereich verbleiben und eine Herzfrequenz von 120 Schlägen pro Minute nicht überschreiten – sich also nicht überanstrengen. Dies senke die Cortisol- und Noradrenalin-Ausschüttung, während gleichzeitig eine Balance zwischen der Ausschüttung von pro- und antiinflammatorischen Zytokinen gefördert werde.

Egle empfiehlt auch angenehm empfundene Musik zu hören, weil dies fördere die Dopaminausschüttung, aktiviere über endogene Opiate das „Belohnungssystem“ im Frontalhirn den Thalamus und anterioren Gyrus cinguli, was Wachheit und Aufmerksamkeit und somit auch das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit fördert.

Auch mithilfe von Psychotherapie könne man Einfluss auf die inneren Faktoren nehmen – während Coaching für die Einflussnahme auf äußere Faktoren hilfreich sein könnte. In der Therapie werde versucht, ein Gleichgewicht der Grundbedürfnisse herzustellen und Fähigkeiten zu fördern, die den Betroffenen helfen, belastende Situationen besser zu meistern. Egle nannte hier die Fähigkeit zu einem Perspektivwechsel, Empathie, Wahrnehmung und Akzeptanz der eigenen Emotionen sowie Humor. Auch das Erlernen von Konfliktbewältigungsstrategien gehöre dazu. ■

_____ Dr. Nikola Alexandra Lippe, zm-online, 14.12.2022



Foto: Sam - stock.adobe.com

Burn-out-Definition der ICD 11 (QD85)



„Burn-out ist ein Syndrom, das durch chronischen Stress am Arbeitsplatz entsteht, der nicht erfolgreich bewältigt wurde. Es ist durch drei Dimensionen gekennzeichnet:

1. Gefühle von Energiemangel oder Erschöpfung;
2. zunehmende mentale Distanz zur eigenen Arbeit oder Gefühle von Negativismus oder Zynismus in Bezug auf die eigene Arbeit; und
3. ein Gefühl von Ineffizienz und mangelnder Leistung. Burn-out bezieht sich speziell auf Phänomene im beruflichen Kontext und sollte nicht zur Beschreibung von Erfahrungen in anderen Lebensbereichen verwendet werden.“

Cobalt in Dentallegierungen



Foto: shutterstock.com - R3HPhotos

Hersteller sehen die weitere Verwendung unter den Anforderungen der Europäischen Verordnung über Medizinprodukte (MDR) als gerechtfertigt an. Entsprechend der Europäischen Chemikalienverordnung REACH (Registration, Evaluation, Authorisation of Chemicals) ist Cobalt in der EU als Stoff registriert. Gemäß der CLP-Verordnung (Classification, Labelling and Packaging of Substances and Mixtures) wird Cobalt als „CMR-Stoff“ bewertet, konkret gilt für Cobalt die harmonisierte Einstufung als carcinogen cat. 1B, mutagen cat. 2, reproduktionstoxisch cat. 1B.

Anforderungen der MDR

Cobalt ist Bestandteil von Medizinprodukten und wird in dentalen Produkten u.a. in Legierungen (Cobalt-Chrom) verwendet. Die MDR, die seit dem 26.05.2021 anzuwenden ist, sieht für die Verwendung von CMR-Stoffen Beschränkungen vor. Gemäß Anhang I Nr. 10.4.1 der MDR dürfen CMR-Stoffe der Kategorie 1A & 1B in Medizinprodukten nur dann in einer Konzentration von mehr als 0,1% Massenanteil enthalten sein, wenn für das Vorhandensein dieser Stoffe eine besondere Rechtfertigung vorliegt. Diese Rechtfertigung muss sich gemäß Anhang I Nr. 10.4.2 der MDR insbesondere aus einer Analyse der potenziellen Exposition von Patienten oder Anwendern gegenüber dem Stoff, einer Analyse möglicher alternativer Stoffe unter Einbeziehung unabhängiger wissenschaftlicher Untersuchungen und einer Begründung, warum mögliche Substitute im

Hinblick auf Funktionalität, Leistung und Nutzen-Risiko-Verhältnis des Produkts unangebracht sind, ergeben.

Ausgangslage

Mehrere Hersteller haben die Gründe für die weitere Verwendung von Cobalt in Dentallegierungen erarbeitet und in einer gemeinsamen ausführlichen Stellungnahme zusammengefasst. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass Cobalt in Dentallegierungen auch unter den strengen Anforderungen der MDR weiterverwendet werden darf. Diese Rechtfertigungsgründe werden von folgenden Erwägungen getragen: Hochkorrosionsresistente Cobalt-Chrom Legierungen werden zur Herstellung von Zahnersatz, wie z.B. unverblendeten Kronen oder Brücken, Prothesengerüsten oder Implantat-Abutments eingesetzt. Cobalt ist für die Festigkeit und Duktilität verantwortlich, um auftretenden Kaukräften zu widerstehen und eine hohe Elastizität zu erzielen.

Bewertung von Alternativstoffen

Mögliche Alternativstoffe zu Cobalt haben erhebliche Nachteile: Nickel-Chrom Legierungen oder berylliumhaltige Legierungen haben ein deutlich höheres allergisches Potenzial. Edelmetalllegierungen weisen geringere mechanische Eigenschaften auf.

Titan und Titanlegierungen sind hinsichtlich ihres Elastizitätsmoduls deutlich unterlegen. Andere Metalle wie Rhodium oder Iridium sind in ihren Eigenschaften nicht mit Cobalt-Chrom vergleichbar. Eisen und Kupfer würden die Korrosion erhöhen.

Bei klinischen Indikationen zeigen Substitutionsstoffe ebenfalls Nachteile auf: Bei Modellgussprothesen und Klammern gibt es zu Cobalt-Chrom Legierungen aufgrund deren außergewöhnlichen mechanischen Eigenschaften (federhart, biegsam, Korrosionsbeständigkeit, Biegefestigkeit) keine vergleichbaren Alternativen.

Bei Brücken kommen als Alternative hochgoldhaltige Legierungen, Titan bzw. Titanlegierungen oder zirkondioxidbasierte Keramiken prinzipiell in Frage. Hochgoldhaltige Legierungen zeigen jedoch nicht die Festigkeiten wie die entsprechenden Cobalt-Chrom-Legierungen.

Im Falle ihrer Verwendung müssten Wandstärken und Ausdehnungen der Verbinder stärker gestaltet werden. Dasselbe gilt für Titan und Titanlegierungen. Zusätzlich würde sich bei den titanbasierten Werkstoffen die keramische Verblendbarkeit für Zahntechniker problematischer gestalten. Ergänzend dazu sollten die deutlich höheren Kosten für Edelmetalllegierungen im Auge behalten werden.

Cobaltaufnahme

Cobalt wird vom Menschen durch die Nahrung aufgenommen. Die Angaben zur täglichen Cobaltaufnahme schwanken stark, die empfohlenen Werte der wissenschaftlichen Literatur liegen zwischen 5 µg und 82 µg pro Tag. Cobalt-Chrom Legierungen können aufgrund von Korrosion, die zur Bildung von Ionen führt, Cobalt an den Körper abgeben.

Die ISO 22674 fordert hierzu einen statischen Immersionstest zum Nachweis der Korrosionsresistenz. Der Grenzwert der Ionenabgabe liegt bei 200 µg/cm² in 7 Tagen. Dieser Wert wird von Cobalt-Chrom Legierungen bei weitem unterschritten. Die Gesamtionenabgabe liegt zwischen 0,5 und 20 µg/cm² in 7 Tagen.

Aufgrund von Kaubewegungen kann Cobalt durch Abrieb in den menschlichen Körper abgegeben werden. Untersuchungen hierzu haben ergeben, dass der Abriebwert von einer Cobalt-Chrom Legierung durchschnittlich bei 0,034 µg/d liegt.

Durch Stäube, Aerosole und Gase können Zahntechniker einer erhöhten Aufnahme von Cobalt ausgesetzt sein, insbesondere aufgrund von Fräs- oder Schleiftätigkeiten. Arbeitsschutzmaßnahmen, wie Absauganlagen und Gesichtsmasken und zusätzlich Hinweise in Gebrauchsanweisungen der jeweiligen Werkstoffe können die Aufnahme jedoch vermeiden.

Expositionsabschätzung

Anhand von Berechnungen beläuft sich die Exposition durch Abrieb und Korrosion aufgrund einer „worst-case“ Betrachtung (zahntechnische Sonderanfertigung mit einer Fläche von 45 cm²) auf einen Wert zwischen 0,59 und 4,97 µg pro kg Körpergewicht pro Tag. Bei der Überkronung eines einzelnen Zahns läge die Exposition nur noch bei einem Wert von 0,00053 bis 0,136 µg pro kg Körpergewicht pro Tag.

Demgegenüber liegen die Werte, die die EFSA und AFSSA (Europäische bzw. französische Agentur für Lebensmittelsicherheit) als duldbare tägliche Aufnahmemenge angeben, deutlich höher. Die EFSA bzw. das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) geben diesen Wert mit 10 bzw. 1,6 µg pro kg Körpergewicht pro Tag an.

Fazit

Die Verwendung von Cobalt-Basis-Legierungen stellt ein wertvolles und derzeit nicht zu ersetzendes Therapiemittel in der Zahnheilkunde dar. Die von diesen Legierungen freigesetzten Mengen an Cobalt sind sehr gering und damit vertretbar. Im Vergleich zu täglich duldbaren Aufnahmemengen sind sie unbedenklich. ■

_____ VDDI – Verband der Deutschen Dental-Industrie e. V.

Nachhaltigkeit in der Zahnmedizin

Nachhaltigkeit in der Zahnmedizin hat aus ökologischen und ökonomischen Gründen einen hohen Stellenwert in den Zahnarztpraxen.

2019 beteiligte sich die Bundeszahnärztekammer an dem Projekt „Ressourcenschonung im Gesundheitssektor“ des Fraunhofer Instituts.

Der Ausschuss Nachhaltigkeit der Bundeszahnärztekammer befasst sich mit dem Thema, um auch in der Zahnmedizin einen Beitrag zu Klimaschutz und Nachhaltigkeit zu leisten.

In der Publikation „Nachhaltige Zahnmedizin“ finden Sie Tipps, Checklisten und detaillierte Informationen. ■

_____ BZÄK

Zur Broschüre

→ https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/nz/Nachhaltige_Zahnmedizin.pdf





Foto: shutterstock.com - AB Visual Arts

Stellungnahme des CED zur Umsetzung der Medizinprodukteverordnung



Einleitung

Der Council of European Dentists (CED) vertritt als nicht gewinnorientierter Dachverband 33 nationale Zahnarztverbände und -kammern mit über 340.000 praktizierenden Zahnärztinnen und Zahnärzten in 31 europäischen Ländern. Er wurde 1961 gegründet, um die Europäische Kommission bei Angelegenheiten, die den zahnärztlichen Berufsstand betreffen, zu beraten und setzt sich für die Förderung eines hohen Niveaus der Zahn- und Mundgesundheit und eine effektive, auf die Patientensicherheit ausgerichtete berufliche Praxis in Europa ein.

Verordnung über Medizinprodukte – Bedenken des CED

Die Verordnung über Medizinprodukte (MDR) 2017/745 ist ein wesentlicher Rechtsakt zur Gewährleistung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und ein Eckpfeiler der Patientensicherheit in ganz Europa. Sie gilt seit dem 26. Mai 2021 in allen EU-Mitgliedstaaten und wurde u.a. mit dem Ziel initiiert, die Patientensicherheit in der gesamten EU zu verbessern. Der CED befürwortet die mit der neuen Verordnung eingeführten Verbesserungen des Systems, bringt jedoch auch seine großen Bedenken hinsichtlich der Umsetzung der MDR zum Ausdruck.

Im Rahmen der Umsetzung der neuen MDT müssen alle auf dem Markt befindlichen Medizinprodukte bis spätestens Mai 2024 rezertifiziert werden. Ohne eine solche Rezertifizierung dürfen diese nach diesem Zeitpunkt nicht mehr in Verkehr gebracht werden, auch wenn es sich um sichere und bewährte Medizinprodukte handelt. Bis heute sind nur etwa 15% dieser Bestandsprodukte in das neue System überführt worden. Grund für die langsame Umsetzung ist der eklatante Mangel an Benannten Stellen, die für die Zertifizierung zuständig sind. Da die Dauer der Zertifizierung rund 18 Monate beträgt, ist bereits jetzt absehbar, dass eine große Zahl der Bestandsprodukte ab Mai 2024 nicht mehr unter den derzeitigen Bedingungen in Verkehr gebracht werden kann. Darüber hinaus darf nicht außer Acht gelassen werden, dass es gerade in der Dentalbranche eine Vielzahl von kleinen und mittleren Unternehmen gibt, die den massiv gestiegenen Anforderungen nicht mehr gewachsen sind. Ein immens gesteigener Aufwand durch hohe bürokratische Belastungen und der Anstieg der Zertifizierungskosten um etwa das Dreifache führen dazu, dass diese Unternehmen auf die weitere Produktion bestimmter Produkte oder Produktgruppen verzichten und diese entsprechend vom

Markt nehmen. Laut Erhebungen aus der Dentalindustrie könnten zumindest bei einzelnen Unternehmen bis zu 35 % ihres Sortiments an Dentalprodukten vom Markt genommen werden. Somit gibt es ernstzunehmende Hinweise aus der Branche, dass die Auswirkungen nicht ohne Folgen für den Dentalmarkt bleiben werden.

Insofern steht außer Frage, dass die Versorgungssituation mit zahnmedizinischen Produkten ab Mai 2024 gefährdet sein wird und Patienten nicht mehr in der bewährten Form zahnmedizinisch versorgt werden können, wenn der Gesetzgeber nicht dringend notwendige Korrekturen vornimmt.

Cobalt – Bedenken des CED

Cobalt (Metall / CAS-Nr. 7440-48-4) wurde mit der Delegierten Verordnung (EU) 2020/217 vom 4. Oktober 2019 als „karzinogen 1B, mutagen 2, reproduktionstoxisch 1B“ eingestuft, mit einem Eintrag in „Tabelle 3: Liste der harmonisierten Einstufung und Kennzeichnung gefährlicher Stoffe“ in Anhang VI Teil 3 der Verordnung (EG) Nr. 1272/2008. Diese Einstufung tritt am 1. Oktober 2021 in Kraft und basiert auf dem Bericht des Ausschusses für Risikobewertung (RAC) vom 22. September 2017. Die Experten schlugen die Einstufung von Cobalt als karzinogen, Kategorie 1B, vor und stützten sich dabei auf zwei Inhalationsstudien, die für den Stoff vorliegen, eine an Ratten und eine an Mäusen. Aufgrund der gleichzeitigen Exposition gegenüber anderen Karzinogenen wurden epidemiologische Studien am Menschen nicht als ausreichender Beweis für die Karzinogenität von Cobalt beim Menschen angesehen. Die Sachverständigen waren zudem der Ansicht, dass die Kriterien für die Angabe des Expositionswegs nicht erfüllt sind, und Cobalt wird als karzinogen der Kategorie 1B ohne Angabe des Expositionswegs eingestuft.

Die Hersteller von Dentallegierungen im Verband der Deutschen Dental-Industrie (VDDI) und andere wissenschaftliche Studien sind zu dem Schluss gekommen, dass Cobalt-Basis-Legierungen ein wertvolles und derzeit nicht zu ersetzendes Therapiemittel in der Zahnheilkunde darstellen. Außerdem sind die von diesen Legierungen freigesetzten Mengen an Cobalt sehr gering und damit im Verhältnis zu den täglich duldbaren Aufnahmemengen akzeptabel und unbedenklich. Die Verwendung von cobalthaltigen Legierungen ist heute ein unverzichtbares Element für Zahnärzte, um Patienten mit hochwertigem Zahnersatz zu versorgen. Cobalt-Basis-Legierungen weisen eine hohe mechanische Festigkeit und Korrosionsbeständigkeit auf und sind für die oben genannten spezifischen Indikationen technisch nicht zu ersetzen. Darüber hinaus erleichtern sie aufgrund ihrer geringen Kosten vielen Menschen den Zugang zur zahnärztlichen Versorgung.

Stellungnahmen

Der CED fordert daher die Europäische Kommission und die zuständigen nationalen Gesundheitsministerien auf, sich für pragmatische Maßnahmen einzusetzen, um die künftige Versorgung von Patienten in der EU mit Medizinprodukten sicherzustellen:

- ▶ Der Prozess der Benennungsverfahren für Benannte Stellen muss kurzfristig erheblich beschleunigt werden, um die Zahl der zugelassenen Benannten Stellen deutlich zu erhöhen.
- ▶ Für bewährte Bestandsprodukte, die seit vielen Jahren ohne Risiken oder Zwischenfälle auf dem Markt sind, ist ein pragmatischer Umgang mit den Anforderungen an die klinischen Daten erforderlich. Viele dieser klinischen Daten sind häufig gar nicht vorhanden, und entsprechende Studien sind oft gar nicht durchführbar. Die hohe Anzahl von Zertifikaten, die 2023/2024 auslaufen, macht es unter den derzeitigen Umständen unmöglich, diese Produkte vollständig und rechtzeitig in die MDR zu überführen. Insofern müssen Maßnahmen ergriffen werden, um diese Produkte auf dem Markt zu halten. Dies kann durch eine Verlängerung der Laufzeit der Richtlinien-Zertifikate erreicht werden. Für Produkte, die seit Jahren ohne Beanstandungen auf dem Markt sind und somit als sicher und zuverlässig gelten, sollten die Zertifikate dauerhaft und uneingeschränkt gültig sein, darunter solche auf der Basis von Cobalt, bis gleichwertige therapeutische Alternativen (mechanische Eigenschaften zu ähnlichen Kosten) gefunden sind.
- ▶ Eine andere Möglichkeit wäre die Anpassung der in der MDR festgelegten Übergangsfristen (Art. 120 (2) MDR), die bis mindestens zum 27. Mai 2026 verlängert werden müssten. Dementsprechend müsste dann auch eine Verlängerung der Abverkaufsfrist nach Art. 120(4) MDR bis mindestens zum 27. Mai 2027 folgen. ■

_____ CED November 2022, CED-DOC-2022-051-D



Aktuelle Entwicklungen in der Endodontologie

ABSTRACT VON EMAD YOUSSEF UND DR. HOLGER JUNGBLUTH, UNIVERSITÄT BONN

Beim Herbstsymposium 2022 der Bezirks- und Verwaltungsstellen Köln am 6. Oktober 2022 hielt Emad Youssef, Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und präventive Zahnheilkunde der Universität Bonn, einen Fachvortrag, den er im Anschluss zusammengefasst hat.

In der Endodontie hat es in den letzten Jahren viele Entwicklungen gegeben, die unsere Aufbereitungsinstrumente, Materialien, aber auch Behandlungskonzepte betreffen. So etablierten sich neben den vollrotierend eingesetzten maschinellen Wurzelkanalaufbereitungsinstrumenten reziprozierend arbeitende Instrumente, die sich seither großer Beliebtheit erfreuen. Sie bieten dem Anwender ein hohes Maß an Sicherheit vor Instrumentenfrakturen. Auf der Materialebene ermöglichte die Einführung von Martensit-Phasen-Legierungen gleichzeitig flexiblere Instrumente, die starke Krümmungen sicherer aufbereiten können. Mineral-Trioxid-Aggregat (MTA) und andere hydraulische Kalziumsilikatzemente werden seit ihrer Einführung nun auch immer breiter eingesetzt. So gibt es bereits eine große Auswahl verschiedener Produkte für verschiedenste Anwendungsbereiche, und die Zahl der Zahnärzte, die mit diesen Materialien arbeiten, wächst ebenfalls. Sie können für retrograde Füllungen, Perforationsdeckungen, Apexifikationen und Pulpaüberkappungen verwendet werden. Außerdem dienen sie mitunter auch als alleinige Wurzelfüllmaterialien oder zumindest als Basis für entsprechende Sealer-Pasten. Ihr Vorteil gegenüber anderen Materialien für die o.g. Indikationen beruht im Allgemeinen auf ihrer Biokompatibilität, ihren antimikrobiellen und bioaktiven Eigenschaften und darauf, dass sie in Präsenz von Feuchtigkeit aushärten können.

Auch das Konzept der Behandlung von tiefer Karies wurde diskutiert und überarbeitet, und neue Behandlungsempfehlungen für vitale Pulpathapien wurden von der Europä-

ischen Gesellschaft für Endodontologie (ESE) im Jahr 2019 veröffentlicht. In ihrer Stellungnahme empfiehlt die ESE die Behandlung von tiefer und extrem tiefer Karies mit einem minimalinvasiven Ansatz, bei dem die Pulpa in den meisten Fällen intakt bleibt (Pulpaüberkappung) oder ein Teil der Pulpa entfernt wird (partielle Pulpotomie). Allerdings sind die vorherige pulpale Diagnostik, die minutiöse Verhütung von Pulpainfektionen während der Kariesexkavation und die Desinfektion des Arbeitsfeldes entscheidend für den Erfolg dieser Therapieoptionen.

Vitale Pulpathapien können auch eine praktikable Lösung für die Behandlung von bereits erfolgten Pulpaexpositionen sein, die z. B. infolge von Karies oder bei traumatischen Zahnverletzungen entstanden sind. Traumatische Zahnverletzungen treten besonders häufig bei Kindern auf, bei denen die Wurzelwachstumsphase vielfach noch nicht abgeschlossen ist. Eine Behandlung, bei der die physiologische Funktion der Pulpa erhalten werden kann (partielle oder zervikale/vollständige Pulpotomie), sorgt für eine Fortsetzung der Wurzelentwicklung und ermöglicht somit oft eine gute Langzeitprognose des geschädigten Zahns. Eine weitere Möglichkeit der vitalerhaltenden Therapie besteht bei Zähnen mit parodontalem Knochenverlust, bei denen eine Wurzelamputation erfolgen soll (z. B. bei oberen Molaren mit Furkationsbeteiligung). Damit kann die Pulpa in den verbleibenden Wurzeln oft vital erhalten werden. Dies ist durch den Einsatz der oben beschriebenen hydraulischen Kalziumsilikatzemente möglich. Die mit hohem Aufwand verbundene konventionelle Wurzelkanaltherapie der verbleibenden Wurzeln kann so häufig umgangen werden. ■

Emad Youssef

Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und präventive Zahnheilkunde der Universität Bonn

Rheinisches Zahnärzteblatt Nr. 12, 01.12.2022

„Die Vitale Pulpathapie kann einen minimalinvasiven Behandlungsansatz darstellen, sollte aber nur nach sorgfältigem Stellen einer pulpalen Diagnose in Betracht gezogen werden.“

Emad Youssef



Foto: © Overhoff

Emad Youssef

Poliklinik für Parodontologie,
Zahnerhaltung und präventive
Zahnheilkunde der Universität Bonn



SIE HABEN FRAGEN, ANREGUNGEN RUND UM DIE GOZ UND DEREN ANWENDUNG?

Nehmen Sie Kontakt auf unter → rechtsabteilung@zkn.de.

ZKN-Relevante Rechtsprechung

Die Auffüllung des knöchernen Defektes nach einer Zystektomie kann sowohl mit autologem Knochen als auch mit Knochenersatzmaterial erfolgen. Nach Extraktion eines Zahnes und Zystektomie einer etwa zahngroßen Zyste hatte ein Zahnarzt das verbleibende **Knochenlumen mit Knochenersatzmaterial aufgefüllt** und die vestibuläre Knochenlamelle rekonstruiert. Dafür wurde die Geb.-Nr. 9100 GQZ als Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation berechnet. Die Beihilfestelle akzeptierte diese Gebührennummer nicht und gewährte Beihilfe zu der Geb.-Nr. 9090 GOZ für eine Knochengewinnung, -aufbereitung und -einbringung sowie zu der Geb.-Nr. 4138 GOZ für die Verwendung einer Membran.

Das **VG Würzburg (Az.: W 1 K 19.1618 vom 05.05.2020)** entschied, dass weder die Geb.-Nr. 9100 GOZ noch die Geb.-Nr. 9090 GQZ zutreffend sei. Die Geb.-Nr. 9100 GOZ beschreibe die Volumenvermehrung und Veränderung der Außenkontur des Alveolarfortsatzes in größerem Umfang. Im in Rede stehenden Fall sei jedoch lediglich ein kleiner knöcherner Defekt aufgefüllt worden. Die Geb.-Nr. 9090 GOZ wiederum umfasse ausschließlich die Verwendung autologen Knochens, nicht jedoch die Einbringung von Knochenersatzmaterial.

Das Verwaltungsgericht urteilte, dass gemäß § 6 Abs. 1 GQZ eine **analoge Berechnung** der in Rede stehenden Leistung zu erfolgen habe. Angemessen erschien dem Gericht die Berechnung der Geb.-Nr. 9090 GOZ im Wege der Analogie.

Die Rekonstruktion der vestibulären Lamelle könne gemäß § 5 Abs. 2 GOZ durch einen erhöhten Steigerungssatz Berücksichtigung finden. Die zusätzliche Verwendung einer Membran berechtige dann noch zum Ansatz der Geb.-Nr. 4138 GOZ. ■

ZKN-Berechnungsempfehlung

Die Geb.-Nr. 1030 GOZ beschreibt die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder Initialen Kariesbehandlung in einem Kiefer mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger. **Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen zur Herstellung einer solchen individuellen Schiene sind nicht Leistungsbestandteil der Geb.-Nr. 1030 GOZ.**

Die zahnärztliche Leistung zur Herstellung des Medikamententrägers (Abformung/en, Anpassung, Eingliederung) ist analog zu berechnen. Hinsichtlich der Kosten für zahntechnische Leistungen besteht Anspruch auf Auslagenersatz.

Geb.-Nr. 1030 GOZ Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder Initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer 1. (nachgelagerte Abrechnungsbestimmung) Die Herstellung einer individuell angefertigten Schiene als Medikamententräger (z.B. Tiefziehschiene) ist gesondert berechnungsfähig.

Geb. -Nr. XXXXa GOZ Herstellung und Eingliederung eines Medikamententrägers gem. § 6 Abs. 1 GOZ entsprechend (Leistungsbezeichnung der zur analogen Berechnung herangezogenen Gebührennummer).

_____ *Dr. Michael Striebe,*
ZKN-Vorstandsbeauftragter für privates Gebührenrecht

Kein Sex mit Patientinnen und Patienten

VERSTOß GEGEN DAS BERUFSRECHTLICHE VERTRAUENSGEBOT

Ein Arzt, der sexuelle Kontakte zu einem Patienten unterhält, verstößt gegen seine Berufspflichten. So lautet eine Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs Hessen (VGH) vom 26.08.2020 (Az. 25A 2252/18.B).

Die Situation

Im zugrundeliegenden Fall ging es um einen promovierten Facharzt für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Diabetologie. Dieser hatte wiederholt Sex mit einem seiner Patienten, der wiederum drogenabhängig war. Die entsprechenden Treffen, bei denen Geschlechtsverkehr praktiziert wurde, fanden jedoch nicht in den Praxisräumen des Arztes, sondern in dessen Privatwohnung statt, die er dem Patienten vorübergehend überlassen hatte, um dessen gesundheitliche und finanzielle Notlage zu lindern. Bei diesen Treffen versorgte er den Patienten mit den für eine Entgiftungstherapie notwendigen Medikamenten, aber ebenso mit Nahrungsmitteln, Geld und Mobiltelefon. In der Folgezeit entwickelten sich teils sehr intensive persönliche Kontakte zwischen den beiden.

Das Strafverfahren

Gegen den Arzt wurde ein Strafverfahren wegen sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses (§ 174c Strafgesetzbuch – StGB) eingeleitet, das aber in zweiter Instanz nach der Entscheidungsregel „Im

Zweifel für den Angeklagten“ mit einem Freispruch endete. Nach Auffassung des Gerichts habe sich der Arzt nicht des sexuellen Missbrauchs unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses gem. § 174c StGB schuldig gemacht, weil es an der Missbrauchskomponente fehlte.

Die berufsrechtliche Verfolgung

Die Landesärztekammer Hessen leitete daraufhin eigene Ermittlungen und ein berufsgerichtliches Verfahren ein. Das Berufsgericht für die Heilberufe beim Verwaltungsgericht Hessen verurteilte den Arzt wegen Verstoßes gegen seine Berufspflichten zu einer Geldbuße in Höhe von 3.000,00 €. Es sah in der Tatsache, dass der Arzt trotz der entgegenstehenden Regelung in der geltenden Berufsordnung sexuelle Kontakte zu einem Patienten aufgenommen hatte, einen Verstoß gegen diese Norm und stellte ebenfalls fest, dass der Arzt dem Vertrauensgebot zuwidergehandelt habe. Es führte in seiner Urteilsbegründung aus, dass sich der Patient darauf verlassen können müsse, dass der Arzt im Behandlungsverhältnis nur von medizinischen Gesichtspunkten geleitet werde. Das müsse nach außen durch eine strikte Trennung von Sexualkontakten und dem Behandlungsverhältnis erfolgen, damit das Ansehen der Ärzteschaft und das Vertrauen in die allein vom Bestreben der Heilung und Leidensminderung getragene ärztliche Behandlung geschützt werde.

Die Berufung gegen das Urteil

Die gegen dieses Urteil eingelegte Berufung hat der VGH Hessen verworfen. Dem Einwand, die sexuellen Kontakte hätten jeweils außerhalb der Praxis und nur auf rein privater Basis stattgefunden, begegnete der VGH dergestalt, dass es unerheblich sei, in welchen Räumlichkeiten diese stattfinden und in welchem Zusammenhang. Auch sexuelle Kontakte außerhalb einer eigentlichen Behandlungssituation seien untersagt. Der Zweck bestehe offensichtlich darin, dass die Behandlungstätigkeit des Arztes oder der Ärztin unbeeinträchtigt bleiben soll, was durch sexuelle Kontakte erschwert werden könne. Zu schützen sei das Ansehen der Ärzteschaft insgesamt in der Öffentlichkeit, denn das Vertrauen der Öffentlichkeit in die sorgfältige und korrekte Durchführung der ärztlichen Tätigkeit sei grundlegend für die Erzielung von Behandlungserfolgen. Die Objektivität der Ärztin oder des Arztes müsse gewahrt und es müsse sichergestellt werden, dass die Ärztin oder der Arzt nicht aus Zuneigung Behandlungen vornimmt, die eigentlich nicht indiziert sind.

Auch dem Einwand, dem Arzt seien die in der Berufsordnung enthaltenen Regelungen nicht bekannt gewesen, trat der VGH entgegen. Die Berufsordnung verpflichte den Arzt dazu, sich über die für seine Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten.

(Anm.: Eine vergleichbare Norm existiert auch für die niedersächsischen Zahnärztinnen und Zahnärzte. Hier greift dann tatsächlich die allgemein bekannte Weisheit „Ignorantia legis non excusat“ – Unwissenheit schützt vor Strafe nicht.“).

Der VGH stellt mit seiner Entscheidung unmissverständlich klar, dass Ärztinnen und Ärzte keine sexuellen Kontakte zu Patientinnen und Patienten unterhalten dürfen. Das gilt im Rahmen einer Behandlungssituation, ebenso wie auf rein privater Basis. Es werde empfohlen, im Falle eines sexuellen Interesses die Behandlung von einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt vornehmen zu lassen.

Das Fazit

Aus berufsrechtlicher Sicht ist diese Entscheidung nachvollziehbar und auch für die niedersächsische Zahnärzteschaft maßgeblich. Eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt muss jederzeit über jeglichen Fehl und Tadel erhaben sein. Das fordert auch die Norm in § 2 Abs. 2 Buchst. c der Berufsordnung der Zahnärztekammer Niedersachsen (BO), wonach die Zahnärztin oder der Zahnarzt dem ihr oder ihm aufgrund seines Berufes entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen hat. Die früheren Berufsordnungen enthielten seinerzeit im Rahmen des Vertrauensgebotes noch die präzisiertere Formulierung, dass eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt alles zu vermeiden habe, was Ehre, Ansehen oder Integrität des zahnärztlichen Standes Schaden zufügen könnte.

Berufliche und private Kontakte sollten also getrennt werden. Wenn das Interesse insbesondere an sexuellen Kontakten gegeben ist, sollte die Behandlung besser von einer Kollegin oder einem Kollegen durchgeführt werden. ■

_____Rechtsabteilung ZKN



SEMINARPROGRAMMZahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 HannoverAnsprechpartnerin: Melanie Milnikel
Tel.: 0511 83391-311 · Fax: 0511 83391-306
E-Mail: mmilnikel@zkn.de**→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte****01.03.2023** **Z/F 2306** **7 Fortbildungspunkte****Risikopatient: Diabetiker Einführung der Diabetes-Sprechstunde** **Online-Seminar**

Optimal und professionell in der Zahnarztpraxis betreuen

Sona Alkozei, Bruchhausen-Vilsen
01.03.2023 von 09:00 bis 14:00 Uhr
Kursgebühr:bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 83,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 88,- €**10.03.2023** **S 2302** **3 Fortbildungspunkte****Werfen wir einen Blick auf die Kiefergelenke bei Kindern und Jugendlichen – es lohnt sich**Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke, Hamburg
10.03.2023 von 19:00 bis 21:30 Uhr
Kursgebühr:bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 55,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 60,- €**11.03.2023** **Z 2328** **5 Fortbildungspunkte****Der non-dentale Gesichtsschmerz**

Eine praktikable Empfehlung zur klinischen Einordnung des chronischen Gesichtsschmerzes in der zahnärztlichen Praxis

Prof. Dr. Dr. Elmar Esser, Osnabrück
11.03.2023 von 09:00 bis 13:00 Uhr
Kursgebühr:bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 166,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 171,- €**15.03.2023** **Z/F 2305** **7 Fortbildungspunkte****Kleiner Fingerdruck – große Wirkung Akupressur für die Praxis**Andrea Aberle, Delmenhorst
15.03.2023 von 14:00 bis 18:30 Uhr
Kursgebühr:bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 179,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 184,- €**25.03.2023** **Z/F 2310** **9 Fortbildungspunkte****Dem Stress aktiv begegnen – Burnout vermeiden**Manfred Just, Forchheim
25.03.2023 von 09:00 bis 16:30 Uhr
Kursgebühr:bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 418,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 423,- €**Expert – 2023****Das echte Experten-Seminar****Was Sie schon immer wissen wollten...****Für Profis (Abrechnungserfahrung notwendig)****Zielgruppe:**

Zahnärzte, Mitarbeiterinnen, Zahntechnikermeister, (Praxis-)Zahntechniker



Foto: Privat

Stefan Sander

Themen:

- ▶ BEB 97 – Positionen im Detail erklärt
- ▶ Welche BEB-Leistungen entstehen eigentlich im Labor und auf der Abrechnung?
- ▶ Wir können nicht alles abrechnen! Möglichkeiten und Ideen hierzu...
- ▶ Wie können Sie sich mit Ihrer Zahntechnik von der Konkurrenz abheben?
- ▶ BEB 97 CAD-CAM und 3-D Druck – Abrechnung für Profis.
- ▶ die BEL II 2014 – Änderungen und Neuigkeiten
- ▶ Regelversorgung, gleichartige und andersartige Versorgungen
- ▶ zahntechnische Abrechnung 2014 nach der gültigen BEL, BEB 97
- ▶ Werden wirklich alle Möglichkeiten konsequent genutzt?
- ▶ Wie können wir die Patienten für uns begeistern? Wie ihr Vertrauen gewinnen?
- ▶ Wie können wir im Team für mehr Umsatz sorgen?
- ▶ der Fokus liegt auf der BEB 97

Inhalte:

- ▶ die aktuelle Gesetzeslage (zusammengefasst)
- ▶ mdr
- ▶ die BEL/BEB 97 im Vergleich
- ▶ über 60 Abrechnungsbeispiele für BEL und BEB 97
- ▶ Wichtiges zur BEL/BEB 97
- ▶ „elegante“ Rechnungsgestaltung bei teuren Arbeiten
- ▶ Wo endet Handwerk – wo beginnt Verkauf? Welche Arbeitsschritte erzeugen welche Leistungsposition?
- ▶ Beispiele, Übungen und Vergleiche: Schienen, Kombinationsarbeiten, Brücken & Kronen, Reparaturen
- ▶ optimale Abrechnung mit Implantatpositionen, CAD-CAM-Leistungen und 3-D-Druck
- ▶ Rechnungen, Technikerzettel sicher, vollständig und vorteilhaft gestalten

Wir konzentrieren uns in diesem Seminar auf wirklich anwendbares Wissen, das Sie sofort zur Steigerung Ihrer Umsätze einsetzen können.

Medien:

Alle Teilnehmer bekommen ein umfangreiches Kursskript sowie eine komplett kalkulierte BEB 97-Preisliste.

Referent: Stefan Sander, Hannover

Mittwoch, 22.03.2023 von 13:00 – 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 152,- €
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 157,- €

Kurs-Nr.: Z/F 2309

7 Fortbildungspunkte nach BZÄK

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

Die UPT-Spezialisten ein praktischer Arbeitskurs

Mit den neuen PAR-Richtlinien haben wir endlich den Fokus auf der unterstützenden parodontalen Therapie. Hierbei wird der Behandlungserfolg stabilisiert und Neuinfektionen können verhindert werden. Der langfristige Erfolg ist abhängig von der regelmäßigen Nachsorge und diese muss befundabhängig und bedarfsorientiert erfolgen. Die Mitarbeit und Compliance des Patienten ist dabei unerlässlich.

In diesem Kurs werden alle Inhalte der UPT theoretisch und praktisch vermittelt. Die Abrechnung und die Organisation in der Praxis werden besprochen.

Kursinhalte:

- ▶ Instrumentenkunde
- ▶ Griff- und Abstütztechnik
- ▶ Ergonomie, rückschonendes Arbeiten
- ▶ Manuelle Bearbeitung von Zahn- und Wurzeloberflächen sowie Furkationen
- ▶ Maschinelle Bearbeitung mit Schall- und Ultraschall sowie mit Pulver-Wasser-Strahl-Gerät
- ▶ Anamnese
- ▶ Mundhygienebefunde, Mundhygienekontrolle
- ▶ Mundhygieneunterweisung/Beratung
- ▶ Erfassen aller parodontalen Befunde sowie PSI, BOP
- ▶ Durchführung einer therapeutischen UPT, supragingivale und gingivale Reinigung, Biofilmbearbeitung einschließlich Politur und Fluoridierung
- ▶ Abrechnung der UPT

Materialliste:

- ▶ Grundbesteck, PAR Sonde (WHO, mit Kugel)
- ▶ Furkationssonde (Nabers)
- ▶ Scaler H6/H7, 204S oder 204SD
- ▶ Reduzierter Gracey-Kürettensatz 5/6, 7/8, 11/12, 13/14
- ▶ evtl. zusätzlich sonstige Küretten aus der Praxis
- ▶ grünes Winkelstück (passend für KaVo)
- ▶ Polierpasten (unterschiedliche Abrasivität)
- ▶ Fluoridierungsmaterial
- ▶ Arbeitskleidung, Handschuhe, FFP2-Maske, Schutzbrille/Visier

Referentin: Sabine Sandvoß, Hannover

Termine je:

F 2318: Mittwoch, 01.03.2023 von 09:00 – 18:00 Uhr

F 2319: Freitag, 10.03.2023 von 09:00 – 18:00 Uhr

F 2321: Samstag, 18.03.2023 von 09:00 – 18:00 Uhr

Weitere Termine finden Sie auf unserer Webseite

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 363,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 368,- €

Jeweils Max. 10 Teilnehmer



Sabine
Sandvoß

Foto: Privat

08.03.2023 F 2327

Fissurenversiegelung von kariesfreien Zähnen

Solveyg Hesse, Selent

08.03.2023 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 287,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 316,- €

08.03.2023 F 2328

Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten

Ute Wurmstich, Wedemark

08.03.2023 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 107,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 112,- €

11.03.2023 F 2329

Der Wandel von der parodontalen Vorbehandlung zur Therapiestufe 1

Simone Klein, Berlin

11.03.2023 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 286,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 291,- €

17.03.2023 F 2330

Qualitätsmanagement – Einführung und Training für Mitarbeiter/innen

Brigitte Kühn, Tutzing

17.03.2023 von 09:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 259,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 264,- €

12.04.2023 F 2335

Aufschleifen von Handinstrumenten

Elisabeth Meyer, Greifswald

12.04.2023 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 198,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 203,- €

Termine



31.03.-01.04.2023 ONLINE!

30. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag

„Skalpelli bittel“ Zahnärztliche Chirurgie

www.kzv-sh.de



17.-25.06.2023 Berlin

Special Olympics World Games

www.berlin2023.org

Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE HANNOVER

Ort: Vorerst ausschließlich Online

Fortbildungsreferent: Dr. Philip L. Keeve, M.Sc., Süntelstr. 10-12, 31785 Hameln,

Tel.: 0511 83391-311, E-Mail: bezirksstellenfortbildung@zkn.de

Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: mmilnikel@zkn.de

TERMIN

24.05.2023,
18:00 – 20:00 Uhr

THEMA/REFERENT

Online-Seminar
Endodontie – Ein Update für die Praxis, Dr. Thomas Lang, Essen

BEZIRKSSTELLE HILDESHEIM

Ort: Stiftung Universität Hildesheim, Universitätsplatz 1, 31141 Hildesheim

Fortbildungsreferent: Dr. Ulrich Niemann, Almsstr. 1, 31134 Hildesheim, Tel. 05121 37676, E-Mail: zahnarzt@dr-niemann-hildesheim.de

TERMIN

08.03.2023,
16:00 – 19:00 Uhr

THEMA/REFERENT

Präsenz-Seminar
Biomedizinische Aspekte neuer und bewährter Füllungsmaterialien – Konsequenzen für die Indikation, Prof. Dr. Georg Meyer, Greifswald
Hörsaal 3

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: Carl v. Ossietzky Universität, Gebäude A7, Hörsaal G, Ammerländer Heerstr. 114, 26122 Oldenburg

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

TERMIN

21.02.2023 (Teil1) und
28.02.2023 (Teil2),
19:00 – 21:00 Uhr

THEMA/REFERENT

Online-Seminar
In aller Munde: Restaurative Tricks mit Teflonband,
Prof. Dr. Anne-Katrin Lührs, Hannover

15.03.2023,
18:00 – 21:00 Uhr

Präsenz-Seminar
Praxiskommunikation – Gesprächsstrategien für den Zahnmedizinischen Alltag,
Cornelia Schubach-Zimmermann, Grumbach

26.04.2023,
19:00 – 22:00 Uhr

Online-Seminar
MIH 2.0, Mohamed-Salim Doueiri, Berlin

BEZIRKSSTELLE VERDEN

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

Fortbildungsreferent: Gabriel Magnucki, Bahnhofstr. 18, 27211 Bassum, Tel. 04241 5808, E-Mail: fortbildung@zz-bassum.de

TERMIN

15.03.2023,
18:00 Uhr – ca. 21:00 Uhr

THEMA/REFERENT

Präsenz-Seminar
Wurzelfüllung – Neues und Bewährtes, Maythem Al-Fartousi, M.Sc., Karlsruhe

12.04.2023,
19:00 – 21:00 Uhr

Online-Seminar
Neue Fluorid-Leitlinie, Prof. Dr. Norbert Krämer, Gießen

Bei Onlineveranstaltungen werden die Zugangsdaten automatisch an die Mitglieder der jeweiligen Bezirksstelle versandt. Sollten Sie Interesse an einer Veranstaltung einer anderen Bezirksstelle haben, melden Sie sich bitte bis spätestens einen Tag vor Veranstaltungsbeginn bei Melanie Milnikel (mmilnikel@zkn.de), um die Zugangsdaten noch zu erhalten.

GOZ-Informationsveranstaltungen in den Kreisstellen der ZKN im Zeitraum von Februar bis Juni 2023

VORLÄUFIGE TERMINÜBERSICHT*

Termin	Beteiligte Kreisstellen
Montag, 20.02.2023 19:30 – 21:30 Uhr Traditionshaus Taphorn Auf dem Hook 1, 49661 Cloppenburg	Cloppenburg, Delmenhorst, Vechta
Mittwoch, 22.02.2023 19:30 – 21:30 Uhr Hotel Zum dicken Heinrich Am Hülsenbrink 10-11, 31702 Lüdersfeld	Neustadt, Schaumburg
Montag, 27.02.2023 19:30 – 21:30 Uhr Park Inn Göttingen Kasseler Landstraße 25c, 37081 Göttingen	Duderstadt, Göttingen, Hann. Münden, Osterode
Donnerstag, 02.03.2023 19:30 – 21:30 Uhr Hotel Panorama Mozartstraße 2-6, 37574 Einbeck	Bad Gandersheim, Einbeck, Holzminden, Northeim
Montag, 06.03.2023 19:30 – 21:30 Uhr Zahnärztekammer Niedersachsen Zeissstr. 11 a, 30519 Hannover	Hannover
Donnerstag, 09.03.2023 19:30 – 21:30 Uhr Stillers Restaurant in Marmite Egestorfer Straße 36 A 30890 Barsinghausen	Barsinghausen/Springe, Hameln/Pymont
Montag, 13.03.2023 19:30 – 21:30 Uhr Frida am See Springhorstsee 1, 30938 Burgwedel	Burgdorf, Celle
Donnerstag, 16.03.2023 19:30 – 21:30 Uhr Bergström Hotel Lüneburg Bei der Lüner Mühle, 21135 Lüneburg	Harburg, Lüneburg
Montag, 20.03.2023 19:30 – 21:30 Uhr Van der Valk Hotel Hildesheim Markt 4, 31134 Hildesheim	Hildesheim
Mittwoch, 22.03.2023 19:30 – 21:30 Uhr Hotel Kastanienhof Am Stadtbahnhof 11 31848 Bad Münder am Deister	Barsinghausen/Springe, Hameln/Pymont
Montag, 27.03.2023 19:30 – 21:30 Uhr Akzent Hotel Deutsche Eiche Soltauer Straße 14, 29525 Uelzen	Lüchow-Dannenberg, Uelzen
Mittwoch, 19.04.2023 19:30 – 21:30 Uhr Restaurant Fidelio Bahnhofstr. 30, 27711 Osterholz-Schambeck	Bremervörde, Osterholz

Termin	Beteiligte Kreisstellen
Donnerstag, 20.04.2023 20:00 – 22:00 Uhr Hotel Friesenhof Neumarktpl. 4-6, 26316 Varel	Friesland, Wesermarsch, Wilhelmshaven
Montag, 08.05.2023 19:30 – 21:30 Uhr Landhaus Meinkingsburg Meinkingsburg Nr. 1, 31636 Linsburg	Nienburg
Mittwoch, 10.05.2023 19:30 – 21:30 Uhr Gasthaus Meding Poststraße 10, 29683 Dorfmark	Rotenburg (Wümme), Soltau-Fallingbostal, Verden
Montag, 15.05.2023 19:30 – 21:30 Uhr STADEUM Kultur- und Tagungszentrum Schiffertorstraße 6, 21682 Stade	Stade
Dienstag, 16.05.2023 19:30 – 21:30 Uhr Strandhotel Duhnen Duhner Sandstraße 5-9 27476 Cuxhaven-Duhnen	Cuxhaven
Mittwoch, 31.05.2023 19:30 – 21:30 Uhr Gasthaus Freye Osterbinde 6, 27211 Bassum	Diepholz
Donnerstag, 08.06.2023 19:30 – 21:30 Uhr Seminarhotel Aurich Grüner Weg 2, 26605 Aurich	Aurich, Emden, Wittmund,
Montag, 12.06.2023 19:30 – 21:30 Uhr Arkadenhaus Papenburg Hauptkanal links 68-72 26871 Papenburg	Aschendorf-Hümmling, Leer
Montag, 19.06.2023 20:00 – 22:00 Uhr NINO Hochbau NINO Allee 11, 48529 Nordhorn	Grafschaft Bentheim, Lingen, Meppen
Montag, 26.06.2023 19:30 – 21:30 Uhr Haus Rahenkamp Meller Landstraße 106, 49086 Osnabrück	Osnabrück-Land, Osnabrück-Stadt,

* s. aktuellste Terminübersicht unter
<https://zkn.de/praxis-team/gebuehrenordnung.html>





Foto: Riefensahl/ZKN

HERZLICHE GRATULATION: DR. JÖRG THOMAS NACHTRÄGLICH ZUM 75STEN GEBURTSTAG

Am 5. Februar konnte Kollege und standespolitischer Weggefährte Jörg Thomas aus Braunschweig seinen 75sten Geburtstag feiern. Dazu gratuliere ich nachträglich an dieser Stelle auch im Namen der Vorstände von Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und Kassenzahnärztlicher Vereinigung Niedersachsen (KZVN).

Jörg Thomas wurde in 1948 in Braunschweig geboren, approbierte 1972 in Hannover und promovierte 1974 in Göttingen. Im Herbst 1979 ließ er sich in eigener Praxis in Wolfenbüttel nieder, wo er bis 2007 als niedergelassener Zahnarzt tätig war. Noch heute ist er am Behandlungsstuhl tätig zur Freude seiner langjährigen Patientinnen und Patienten.

Seit mehr als 40 Jahren ist er in der Standespolitik aktiv. Seit 1986 ist er ununterbrochen Vorsitzender der Bezirksstelle Braunschweig. Und auch in den „Parlamenten“ von ZKN und KZVN vertritt er noch heute als Mitglied der Kammerversammlung und ebenfalls ununterbrochen seit 1989 als Mitglied der Vertreterversammlung die Interessen der Kolleginnen und Kollegen. Für seine Verdienste wurde ihm 2004 die Ehrengabe der ZKN und 10 Jahre später die Ehrennadel der deutschen Zahnärzteschaft in Silber verliehen. ■

Weiterhin standespolitischen Elan, Gesundheit und Zufriedenheit wünscht

*Dr. Thomas Nels
ehemaliger Vorstandsvorsitzender der KZVN*

DR. WILHELM BOMFLEUR 75 JAHRE JUNG

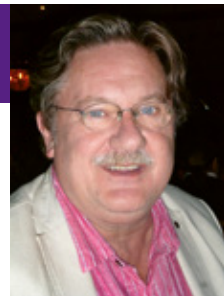


Foto: Phant

Geboren wurde Wilhelm Bomfleur am 07. Februar 1948 in Schüttorf, Grafschaft Bentheim. Nach seiner Approbation 1974 (Düsseldorf) und Promotion 1976 (Münster) ließ er sich an seinem Geburtsort in eigener Praxis nieder, die er über 30 Jahre weiterführte.

Schon bald entwickelte Kollege Bomfleur Interesse an der Berufspolitik. 1981 wurde er Kreisstellenvorsitzender der Grafschaft. 1986 wurde er als Delegierter in die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und im gleichen Jahr in den ZKN-Vorstand gewählt, wo er bis 2005 für die Kollegenschaft wirkte. In dieser Zeit kümmerte er sich um das Finanz- und Haushaltswesen. Sein größtes Augenmerk richtete er auf die Mundgesundheit und Versorgung von jungen wie alten Menschen, insbesondere von denen mit Beeinträchtigungen und Unterstützungsbedarf. So war Kollege Bomfleur lange Jahre das Gesicht der Landesarbeitsgemeinschaft und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.. Als Gründungsmitglied der Zahnärzte für Niedersachsen (ZfN) wirkte er auch vereinsübergreifend bei der Entwicklung der Alterszahnheilkunde mit, was sein am Gemeinwohl orientiertes Wirken und seine fundierten Kenntnisse um die Versorgung von vulnerablen Menschen spiegelt. Langjährig tätig war er bis zum Jahr 2022 als Vorsitzender der Zahnärztlichen Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e.V. und wirkte zum Wohle des Berufsstandes, indem er unterschiedliche Facharztgruppen in die Arbeitsgruppe und deren Fortbildungen sinnstiftend mit einbezog.

Für sein umfangreiches Wirken wurde Wilhelm Bomfleur mit der Verdienstmedaille der niedersächsischen Zahnärzteschaft und der silbernen Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft bedacht. Für die Zukunft wünsche ich ihm alles Gute, Gesundheit und Freude im Unruhestand! ■

Henner Bunke

*Doctor of Dental Medicine/Univ. of Florida/USA
Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen*



Foto: Schirbort-photography

DR. KARL HORST SCHIRBORT IST IM ALTER VON 85 JAHREN GESTORBEN

Der langjährige Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung verstarb am 9. Januar

Mit dem Ableben von Dr. Karl Horst Schirbort verliert die Standespolitik einen unermüdlchen Verfechter der Freiberuflichkeit, einen Streiter für die unabhängige Berufsausübung mit freier Therapiewahl als Grundvoraussetzung für die bestmögliche zahnmedizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten. Unvergessen auch sein Credo: „Mit begrenzten Mitteln gibt es keine unbegrenzten Leistungen“.

Dr. Karl Horst Schirbort widmete sein Leben der Standespolitik. Schon kurz nach seiner Niederlassung im Jahr 1964 begann er, sich in der zahnärztlichen Selbstverwaltung von KZVN und ZKN zu engagieren, bekleidete diverse Ämter, leitete eine Vielzahl von Ausschüssen, hatte von 2005 bis 2014 den Vorsitz des Leitenden Ausschusses des Altersversorgungswerkes der ZKN inne und war bis zu seinem Tode Mitglied der Kammerversammlung der ZKN.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen führte er 15 Jahre (1989 bis 2004) als Vorstandsvorsitzender durch standespolitisch bewegte Zeiten (Stichwort „Staatskommissar“ im Jahr 1995). Und auch als Chef der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) von 1994 bis 2004 stand der Kampf gegen das zahnärztliche Honorarbudget an oberster Stelle seiner Agenda.

Die standespolitische Vita von Dr. Karl Horst Schirbort ist mehr als beeindruckend. Deshalb wurden ihm für seinen unermüdlchen Einsatz auch zahlreiche Auszeichnungen wie die goldene Ehrennadel der Zahnärzteschaft verliehen. Dass er mit Leib und Seele auch Zahnarzt war, versteht sich von selbst.

Am 9. Januar verstarb Kollege Schirbort in Burgdorf. Die niedersächsische Zahnärzteschaft wird ihm ein ehrendes Gedenken bewahren. ■

_____ Die Vorstände von KZVN und ZKN



Foto: © stockwerk/fotolia.com

Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

- 17.01.2023 Dr. Heinrich Rasing (75), Lingen
- 18.01.2023 Dr. Jürgen Bonke (70), Stuhr
- 21.01.2023 Dr. Eckard Jacobi (88), Syke
- 22.01.2023 Dr. Hartmut Bockmann (75), Hannover
- 23.01.2023 Dr. Jens-Otto Lahrmann (90), Reppenstedt
- 28.01.2023 Manfred Bähr (70), Braunschweig
- 05.02.2023 Dr. Dr. Klaus Riehm (88), Hannover
- 05.02.2023 Dr. Jörg Thomas (75), Wolfenbüttel
- 07.02.2023 Dr. Wilhelm Bomfleur (75), Schüttorf
- 07.02.2023 Dr. Raimund Renner (75), Minden
- 09.02.2023 Dr. Hubertus Grau (70), Hannover
- 12.02.2023 Dr. Wolfgang Frey (80), Göttingen
- 13.02.2023 Dr. Hans-Jürgen Klatt (91), Adelheidsdorf
- 15.02.2023 Dr. Alexander Schiedewitz (75), Bad Zwischenahn



Foto: © lly/fotolia.com

Wir trauern um unsere Kollegin und unsere Kollegen

Uvo Adolf Hölscher
geboren am 12.02.1944, verstorben am 11.12.2022

Hannelore Jeutter
geboren am 12.02.1943, verstorben am 26.12.2022

Ralf Juchtmans
geboren am 30.06.1967, verstorben am 27.12.2022

Dr. Karl Horst Schirbort
geboren am 12.04.1937, verstorben am 09.01.2023

Die Vorstände
der Zahnärztekammer Niedersachsen und der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Mitteilungen des Zulassungsausschusses

Anträge und zulassungsrechtliche Fragen richten Sie an

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

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

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

Zulassung einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

Gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Zum Abgabetermin ist einzureichen bei:

Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

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

Folgende Regelungen müssen u.a. getroffen sein:

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

Fortführung einer bereits bestehenden

Berufsausübungsgemeinschaft

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

Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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

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

Verlegungen

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

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

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



© diego cervo / iStockphoto.com

Sitzungen des Zulassungsausschusses Niedersachsen

Abgabe bis	08.02.2023
für die Sitzung am	08.03.2023
Abgabe bis	14.03.2023
für die Sitzung am	19.04.2023
Abgabe bis	27.04.2023
für die Sitzung am	31.05.2023
Abgabe bis	13.06.2023
für die Sitzung am	12.07.2023
Abgabe bis	08.08.2023
für die Sitzung am	06.09.2023
Abgabe bis	28.09.2023
für die Sitzung am	01.11.2023
Abgabe bis	07.11.2023
für die Sitzung am	06.12.2023

Hinweise auf Praxisorte für Niederlassungen

Vertragszahnärzte/-ärztinnen

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- Mittelbereich Emden: Unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines Nordsee-Kurbades besteht auf den Inseln Baltrum, Norderney und Borkum vertragszahnärztlicher Versorgungsbedarf.

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

_____Stand: 17.01.2023

ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Bescheid zur sachlich-rechnerischen Berichtigung von KCH-Leistungen für das Quartal Q01/2021 vom 14.12.2022 für den Zahnarzt

Dr. Martin Gerlach,
Pappelallee 9, 26160 Bad Zwischenahn

kann nicht zugestellt werden, da sein derzeitiger Aufenthaltsort nicht bekannt ist. Ermittlungen über den aktuellen Aufenthaltsort verliefen ergebnislos. Der Bescheid wird daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZVN öffentlich zugestellt.

Der Bescheid kann bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, ZeiBstraße 11, 30519 Hannover gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter abgeholt oder im Rahmen der Öffnungszeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, vom **16.02.2023 bis 02.03.2023**, bei Frau Popp (Abt. Abrechnung) eingesehen werden.

Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB X i.V.m. § 10 Abs. 2, VwZG gilt der Bescheid als zugestellt, wenn seit dem Tag der Bekanntmachung im Niedersächsischen Zahnärzteblatt zwei Wochen vergangen sind.

Mit der Zustellung durch öffentliche Bekanntmachung werden Fristen in Gang gesetzt, nach deren Ablauf Rechtsverluste drohen können oder durch Terminversäumnisse Rechtsnachteile zu befürchten sind.

ÖFFENTLICHE ZUSTELLUNG

Der Bescheid zur sachlich-rechnerischen Berichtigung Zahnersatz für Monat 11/2021 vom 05.01.2023 für den Zahnarzt

Dr. Martin Gerlach,
Pappelallee 9, 26160 Bad Zwischenahn

kann nicht zugestellt werden, da sein derzeitiger Aufenthaltsort nicht bekannt ist. Ermittlungen über den aktuellen Aufenthaltsort verliefen ergebnislos. Der Bescheid wird daher im Niedersächsischen Zahnärzteblatt und am Schwarzen Brett der KZVN öffentlich zugestellt.

Der Bescheid kann bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, ZeiBstraße 11, 30519 Hannover gegen Vorlage eines gültigen Lichtbildausweises oder durch einen bevollmächtigten Vertreter abgeholt oder im Rahmen der Öffnungszeiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen, vom **16.02.2023 bis 02.03.2023**, bei Frau Popp (Abt. Abrechnung) eingesehen werden.

Gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB X i.V.m. § 10 Abs. 2, VwZG gilt der Bescheid als zugestellt, wenn seit dem Tag der Bekanntmachung im Niedersächsischen Zahnärzteblatt zwei Wochen vergangen sind.

Mit der Zustellung durch öffentliche Bekanntmachung werden Fristen in Gang gesetzt, nach deren Ablauf Rechtsverluste drohen können oder durch Terminversäumnisse Rechtsnachteile zu befürchten sind.

Mitteilung des AVW

Die Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen hat am 12.11.2022 gem. § 25 Nr. 1i HKG mit der erforderlichen qualifizierten Mehrheit eine Änderung der Satzung für die Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenensicherung des Altersversorgungswerkes der Zahnärztekammer Niedersachsen (ABH) beschlossen. Sie wurde mit Bereitstellungsdatum vom 16.01.2023 auf der Homepage der ZKN unter der Internetadresse

→ <https://www.zkn.de/publikationen/gesetzliche-grundlagen.html>

in der Rubrik „Publikationen“ unter dem Stichwort „Gesetzliche Grundlagen“ veröffentlicht und bereitgestellt, worauf hiermit nach der Veröffentlichung im Internet nachrichtlich hingewiesen wird. ■

UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

Der Ausweis

Dr. Daniel Korden.....	Nr. 9748	vom 22.01.2019
Dr. Wolfgang Hofer.....	Nr. 7185	vom 17.05.2011
Dr. Heinrich Meyer.....	Nr. 9595	vom 23.07.2018
Dr. Jörg Strate.....	Nr. 9220	vom 05.05.2017
Valentin Parusel.....	Nr. 9076	vom 16.12.2016
Dr. Michael Bialek.....	Nr. 10455	vom 11.01.2021
David Rieforth.....	Nr. 8223	vom 09.05.2014
Catharina Mischke.....	Nr. 6795	vom 16.03.2010
Gerd Salzmänn.....	Nr. 1932	vom 02.02.1987

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

_____ZKN



Ihre Daten für die Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung!

Das **Zahnärzte Praxis-Panel** – kurz **ZäPP** – ist eine bundesweite Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation und zu den Rahmenbedingungen in Zahnarztpraxen. Über 34.000 Praxen haben dafür die Zugangsdaten zur Befragung erhalten.

Sie haben auch Post bekommen? – Dann machen Sie mit!

- **Für den Berufsstand!** Das ZäPP dient Ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) als Datenbasis für Verhandlungen mit Krankenkassen.
- **Vorteil für Sie!** Finanzielle Anerkennung für Ihre Mitarbeit.
- **Vorteil für Sie!** Kostenloses Online-Berichtportal mit interessanten Kennzahlen und vielfältigen Vergleichsmöglichkeiten für Ihre Praxis.
- Wir garantieren **Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten!**

Sie haben Fragen zum ZäPP?

Weitere Informationen im Internet unter www.kzvn.de · www.kzbv.de/zaepp · www.zaep.de
Oder einfach QR-Code mit dem Smartphone scannen.



**Abgabefrist verlängert bis
28. Februar 2023**



Für Rückfragen bei Ihrer KZV:
Arend Baumfalk 0511 8405-242
Barbara Hertrampf 0511 8405-280
E-Mail panel@kzvn.de

Ansonsten erreichen Sie bei Bedarf die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** unter der Rufnummer 0800 4005-2444 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 16 Uhr. Oder E-Mail an kontakt@zi-ths.de

Unterstützen Sie das ZäPP – In Ihrem eigenen Interesse!

Aktualisierungshinweise Vertragsmappe

01/2023



Fach-Nr.	Inhalt	Stand/Hinweis
	Inhaltsverzeichnis Ordner A	01/2023*)
	Inhaltsverzeichnis Ordner B	01/2023*)
1.1.	Sozialgesetzbuch V (SGB V)	20.12.2022*)
2.4.	Richtlinie der KZBV zur Vergabe der Zahnarztnummern im vertragszahnärztlichen Bereich	08.12.2021*)
3.2.	Honorarverteilungsmaßstab (HVM)	02.12.2022*)
4.1.1.	Vereinbarung über eine Zahnarztnummernvergabe (Vereinbarung ZANRV)	07.02.2022*)
4.1.2.	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA)	01.01.2023*)
4.3.	Bundemantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z)	01.01.2023*)

*) Die aktuelle Fassung der Vertragsmappe ist unter www.kzvn.de im Mitgliederportal unter dem Menüpunkt „Verträge/Vertragsmappe“ eingestellt. Die neuen oder geänderten Regelwerke können auf Anforderung im Einzelfall in Papierform zur Verfügung gestellt werden.

→ Hinweis zu Fach 2.4. (Neuaufnahme):

Die Richtlinie nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nr. 1 SGB V wurde vom Vorstand der KZBV am 08.12.2021 beschlossen

→ Hinweis zu Fach 4.1.1. (Neuaufnahme):

Die „Vereinbarung über eine Zahnarztnummernvergabe“ gemäß § 293 Absatz 4 SGB V (Vereinbarung ZANRV) zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), K.d.ö.R., in Berlin und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), K.d.ö.R., in Köln ist zum 01.01.2022 in Kraft getreten.

→ Hinweise zu Fach 4.3.

Geändert durch 13. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z vom 31.01.2020 / 24. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z vom 25.01.2021 / 32. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z vom 07.02.2022. Zuletzt geändert durch 37. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z vom 10.10.2022.

Änderungen:

- Einführung einer Zahnarztnummer (ZANR) und Folgeanpassungen
- Änderung der Anlage 1 BMV-Z, hier: Wegfall der Ordnungs-Nr. 646 (ePA)
- Änderung der Anlage 8a BMV-Z, hier: Angabe ZANR des zahnärztlichen Leiters eines MVZ



Auskünfte erteilt: Servicehotline für Vertragsfragen, Tel.: 0511 8405-206

KZVN

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

**JETZT NOCH
ANMELDEN!**
Bis 02.04.2023
Mediathek
nutzen

70. WINTER FORTBILDUNGS KONGRESS

2. – 4. FEBRUAR 2023

Zahnmedizin für Jung und Alt

**ONLINE-KONGRESS FÜR ZAHNÄRZTE/INNEN
UND DEREN FACHPERSONAL**

