# BZB

1-2/2021

### Bayerisches Zahnärzteblatt



### **Expositionsrisiko und Aerosole**

Höchste Priorität für Zahnärzte und ZFA

### Erwartung vs. Realität

Ein Resümee zum Zahnmedizin-Studium

## 62. Bayerischer Zahnärztetag



Bayerische LandesZahnärzte Kammer











# Parodontologie 2021

Informationen: OEMUS MEDIA AG

www.blzk.de | www.eazf.de | www.kzvb.de | www.dgparo.de | www.oegp.at

www.bayerischer-zahnaerztetaq.de | www.twitter.com/BayZaet

Telefon: 0341 48474-308 · Fax: 0341 48474-290

E-Mail: zaet2021@oemus-media.de · www.bayerischer-zahnaerztetag.de



Dr. Rüdiger Schott Stv. Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baverns

### Späte Einsicht

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Corona-Pandemie war für den zahnärztlichen Berufsstand bislang eine Achterbahnfahrt - gerade mit Blick auf die politische Wertschätzung. In Bayern sind wir insgesamt noch recht gut gefahren. Das liegt vor allem am guten Verhältnis, das wir seitens der Körperschaften seit vielen Jahren zu unserem Gesundheitsministerium pflegen. Wir stehen im ständigen Austausch mit der Ministerin (seit dem 8. Januar mit dem Minister) und den für uns zuständigen Beamten. Wir waren uns von Beginn der Pandemie an einig, dass die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung trotz Katastrophenfall und Kontaktbeschränkungen aufrechterhalten werden muss.

Ganz anders war das im benachbarten Baden-Württemberg, wo im Frühjahr 2020 kurzzeitig de facto ein Berufsausübungsverbot galt. Die entsprechende Verordnung wurde zwar schnell zurückgezogen, dennoch bleibt ein mehr als schaler Nachgeschmack. Offensichtlich waren sich die Verantwortlichen der Systemrelevanz der Zahnmedizin nicht bewusst. Ähnliches haben wir zu Beginn der Pandemie in Bayern erlebt, als die Zahnärzte in einigen Landkreisen bei der Verteilung von zentral beschaffter Schutzausrüstung nachrangig behandelt wurden. Auch hier hat sich die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium bewährt. In einem Schreiben wurde schnell klargestellt, dass zahnärztliche Behandlungen medizinisch notwendig sind - auch in einer Pandemie.

Auf Bundesebene sorgte vor allem die Covid-19-Schutzmaßnahmenverordnung von Jens Spahn für Frust und Verärgerung. Während über Ärzte und Krankenhäuser

ein Rettungsschirm ausgespannt wurde, gab es für die Zahnärzte lediglich Darlehen. Wir mussten und müssen die wirtschaftlichen Folgen der Pandemie also aus eigener Kraft bewältigen. Umso wohltuender ist es, dass Bayern als eines der ersten Bundesländer den Zahnärzten die höchste Priorität bei der Vergabe von Impfterminen zugestanden hat. Die Einsicht, dass man unseren Berufsstand auch und gerade in der Pandemie braucht, kam spät, aber rechtzeitig. In seiner Begründung verweist das zuständige Gesundheitsministerium auf ein "enorm hohes Expositionsrisiko" und den Kontakt mit Aerosolen. Dafür danke ich dem neuen Minister Klaus Holetschek im Namen aller Kolleginnen und Kollegen.

Die Frage ist allerdings, wann zumindest für die Personen mit der höchsten Priorität ausreichend Impfstoff zur Verfügung steht. Natürlich hat Bayern wenig Einfluss auf die in Berlin und Brüssel organisierte Beschaffung. Doch Pressemitteilungen, dass jetzt genügend Spritzen und Kanülen zur Verfügung stehen, erinnern angesichts des Impfstoffmangels doch eher an eine Republik, die 1989 unterging.

In den kommenden Wochen und Monaten werden wir also weiterhin größtenteils auf uns selbst gestellt sein. Die konsequente Umsetzung unserer Schutz- und Hygienemaßnahmen bleibt die wichtigste Waffe im Kampf gegen das Virus. Darauf können sich unsere Patienten verlassen.

lhr

D. files

# inhalt

### politik

6 Digital mit reduzierter Tagesordnung Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer 2020

7 Beschlussfassung in Zeiten von Corona BLZK-Delegierte treffen zentrale Entscheidungen im schriftlichen Verfahren

8 Systemrelevanz ist der rote Faden in der Pandemie Vertreterversammlung fordert mehr Anerkennung für den Berufsstand

11 Nachrichten aus Brüssel

12 Bürokratieberg wächst weiter Mediziner machen sich für Abbau stark

**14 Brandbeschleuniger Brexit**Das staatliche britische Gesundheitssystem kämpft ums Überleben

16 Heilberufe fordern Neuausrichtung der UPD

17 Gesundheitsministerium sieht Zahnärzte und ZFA in höchster Priorität

**18 Erwartung vs. Realität**Ein Resümee zum Zahnmedizin-Studium

21 Wechsel im Gesundheitsministerium Holetschek löst Huml ab

22 Was kostet die Existenzgründung?

**23** Vater der Salzfluoridierung
Prof. Dr. Thomas M. Marthaler ist tot

**Schöne neue digitale Gesundheitswelt?**Holpriger Start der elektronischen Patientenakte

**26** Aus einer Position der Stärke durch unruhige Zeiten Jahresbericht der Bayerischen Ärzteversorgung

28 Umfrage zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie im ambulanten Sektor

29 Journal

30 Telematik-Infrastruktur Ausblick auf das Jahr 2021

32 "Bürokratiearme Lösung"
KZBV und KBV verabschieden IT-Sicherheitsrichtlinie

### praxis

33 GOZ aktuell Neues Urteil zu PKV-Schreiben

35 Alternativen zum einfachen Satz Wie Zahnärzte höhere Hygienekosten ausgleichen können Deutsche Zahnärzte müssen einen immensen Bürokratieaufwand betreiben, um die gesetzlichen Auflagen zu erfüllen. Der Präsident der BLZK, Christian Berger, will an seinen Forderungen für einen nachhaltigen Bürokratieabbau festhalten.





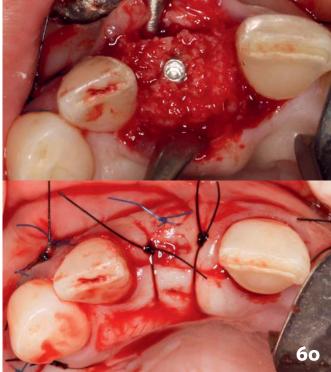
Wechsel an der Spitze des bayerischen Gesundheitsministeriums: Am 8. Januar löste Klaus Holetschek Melanie Huml ab.





Trotz der unverändert niedrigen "Corona-Hygienepauschale" können Zahnarztpraxen höhere Kosten für Hygiene-Schutzmaßnahmen bei der Behandlung von Privatversicherten geltend machen.





Dr. Hari Petsos informiert in seinem Beitrag über die Therapie einer fortgeschrittenen Parodontitis mit Stützzonenverlust.

Titelbild: sujit/stock.adobe.com

In dieser Ausgabe finden Sie die einmal pro Quartal erscheinende Information des Verbandes Freier Berufe in Bayern e.V.

Die Herausgeber sind nicht für den Inhalt von Beilagen verantwortlich.

Das BZB 3/2021 mit dem Schwerpunkt Zahnerhaltung erscheint am 15. März 2021.

- 36 LAGZ wirbt um Patenzahnärzte
- **38 Die neue europäische Medizinprodukte-Verordnung** FAQ für die Zahnarztpraxis Teil 1
- 43 Online-News der BLZK
- So vermeiden Sie Abhängigkeiten Professionelle Abrechnung mit "Premium Abrechnung Bayern"

### wissenschaft und fortbildung

- **46** Antiresoptiva-assoziierte Kiefernekrosen Prophylaxe, Therapie und Leitlinien
- 54 Die chirurgische Behandlung des periimplantären Entzündungsgeschehens
- **60 Implantate und Parodontitis**Therapie einer fortgeschrittenen Parodontitis
  mit Stützzonenverlust

### markt und innovationen

70 Produktneuheiten

### termine amtliche mitteilungen

- **71** eazf Tipp
- **72** eazf Fortbildungen
- **74** Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen für Praxispersonal
- **76** Betriebswirtschaftliches Curriculum
- **76** Veranstaltungskalender
- 77 Niederlassungsseminare 2021
- 77 Praxisübergabeseminare 2021
- 78 Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2021/2022
- 78 Ungültigkeit von Zahnarztausweisen
- **79** Übersicht der gespeicherten Sozialdaten nach § 286 SGBV
- **80** Bedarfsplan für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern
- **80** Ausschreibung von Vertragszahnarztsitzen nach § 15 ZÄ-ZV
- 80 Kassenänderungen
- 81 Rubrikanzeigen
- 82 Impressum

BZB Januar/Februar 2021 5

### Digital mit reduzierter Tagesordnung

### Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer 2020

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) musste aufgrund der Corona-Pandemie im Jahr 2020 von der Durchführung ihrer jährlichen Bundesversammlung mit Präsenz der Delegierten Abstand nehmen. Stattdessen fand am 19. Dezember eine Online-Veranstaltung statt – allerdings mit reduzierter Tagesordnung.

Die Delegierten der Landeszahnärztekammern folgten der Sitzung einzeln zugeschaltet oder nahmen gemeinsam in den Räumen ihrer Kammer teil. Über den sogenannten "Heißen Stuhl" in den Kammern bestand die Möglichkeit, sich mit Fragen und Wortbeiträgen an der Sitzung zu beteiligen. Die Positionierung der BZÄK-Führungsspitze in Zeiten der Corona-Pandemie war zentraler Berichts-Aussprachepunkt der Sitzung, im zweiten Teil wurde über die Finanzen abgestimmt.

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, ließ bei seiner Zusammenschau die Herausforderungen für die Zahnärzteschaft durch die Corona-Pandemie nochmals Revue passieren, so zum Beispiel den Mangel an Schutzkleidung vor allem im Frühjahr, die existenziellen Einnahmeeinbrüche und die notwendige Kurzarbeit in den Praxen. Er kritisierte erneut scharf die mangelnde Unterstützung der Zahnärzteschaft in der Corona-Krise durch die Politik. "Wenn für alle Ärzte ein Rettungsschirm aufgespannt wird, die Zahnärzte aber außen vor bleiben, dann kommt das einer kollektiven Kränkung unseres Berufsstandes gleich", so Engel. Gleichzeitig wies er aber darauf hin, dass man die Frage der leistungsgerechten Honorierung der zahnärztlichen Behandlung nicht aus dem Augen verlieren dürfe, aber in der Pandemie-Situation angemessen agieren müsse: "Niemand würde verstehen, wenn wir mitten in einer historischen Gesundheitskrise dem Bundesgesundheitsminister wegen des GOZ-Punktwerts auf den Füßen stehen. Aber aufgeschoben ist nicht aufgehoben, das Thema liegt auf Wiedervorlage. Eine Novellierung unseres privatzahnärztlichen Vergütungssystems bleibt notwendig, richtig und wichtig."

### Belastungen gut standgehalten

BZÄK-Vizepräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich zeigte auf, wie schnell die Pandemie existenzgefährdend werden könne. Die Zahlen für den Lockdown im Frühjahr seien erschreckend. Das Arbeitsaufkommen ist bundesweit um etwa die Hälfte zurückgegangen, die Sprechzeiten wurden um gut ein Drittel reduziert, so Oesterreich. Vor allem junge Zahnärztinnen und Zahnärzte, die noch in der Aufbauphase ihrer Praxen sind, seien finanziell besonders davon betroffen. Die Pandemie habe aber auch Auswirkungen auf das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis. Der Aufklärungsbedarf bei den Patienten sei stark gestiegen. Falschmeldungen erzeugen immer wieder unbegründete Ängste, die schnell und wirksam korrigiert werden müssen. "Wir sind allen, die sich unter diesen schwierigen Bedingungen um ihre Patienten kümmern, zu großem Dank verpflichtet", hob Oesterreich hervor. Auf die Zahnärztinnen und Zahnärzte und auf ihre Teams in den Praxen sei Verlass, auch unter schwierigsten Bedingungen.

Gerade in der derzeitigen Corona-Pandemie zeige sich, wie wichtig eine hohe Qualität in der Gesundheitsversorgung sei, so Prof. Dr.Christoph Benz, BZÄK-Vizepräsident, in seinem Statement: "In der Zahnmedizin sind Qualitätsinitiativen zum Wohle der Patienten fest etabliert, ob beim Qualitätsmanagement in der Praxis, im fachlichen Austausch in den Qualitäts-



Der Geschäftsführende Vorstand der Bundeszahnärztekammer bei der Online-Bundesversammlung: Vizepräsident Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Präsident Dr. Peter Engel und Vizepräsident Prof. Dr. Christoph Benz (v.l.)

Fotos: BZÄK



Zum ersten Mal fand die Bundesversammlung der BZÄK im Rahmen einer Video-Konferenz statt.

zirkeln oder in der zahnärztlichen Patientenberatung." Er wies darauf hin, dass die – bereits vor der Pandemie strengen und kostenintensiven – Hygieneaufwendungen

in Zahnarztpraxen sich als wirksam erwiesen haben. Das Thema Bürokratieabbau müsse während und nach der Pandemie höchste Priorität haben.

#### Abstimmung digital

Zur Abstimmung standen die Entlastung des Vorstands der Bundeszahnärztekammer und der Beschluss über den Haushaltsplan für 2021. Die Bundeszahnärztekammer als eingetragener Verein hat im Gegensatz zur Bayerischen Landeszahnärztekammer die Möglichkeit, darüber online zu beschließen. Das digitale Voting verlief problemlos. In beeindruckender Geschwindigkeit lag die Zustimmung über diese Tagesordnungspunkte vor. Die eigentlich anstehende Neuwahl des Geschäftsführenden Vorstands – also der drei Präsidenten – soll jedoch in einer Wahl-Bundesversammlung mit Präsenz stattfinden, sobald es das Infektionsgeschehen wieder zulässt.

Isolde M. Th. Kohl

### Beschlussfassung in Zeiten von Corona

### BLZK-Delegierte treffen zentrale Entscheidungen im schriftlichen Verfahren

Die Dynamik der zweiten Corona-Welle und die staatlichen Vorgaben in puncto Infektionsschutz hatte der Bayerischen Landeszahnärztekammer im November 2020 keine andere Wahl gelassen, als ihre ordentliche Vollversammlung ins Jahr 2021 zu verschieben.

In der Kammer brauchte es aber Beschlüsse der Vollversammlung über die Finanzen für die geregelte Arbeit im neuen Jahr. Der einzig mögliche und für die BLZK rechtlich zulässige Weg war eine schriftliche Abstimmung durch das Parlament der bayerischen Zahnärzte über den Haushalts- und Stellenplan für das Jahr 2021, den Jahresabschluss 2019 und die Entlastung des Vorstands. Die Delegierten der BLZK erhielten im November von der Kammer die dafür erforderlichen Unterlagen per Post und weitere Informationen in einem geschlossenen Online-Bereich (siehe BZB 12/2020, S.10).

Begleitend wurde auf der Website der BLZK unter www.blzk.de informiert. So hatten alle bayerischen Zahnärzte die Möglichkeit, Einblick in die Finanzplanung zu nehmen. Dafür sorgte darüber hinaus ein Video, in dem der Haushalt vorgestellt wurde. Über die Arbeit der Kammer im letzten Jahr konnte man mehr im Tätigkeitsbericht der BLZK erfahren, der noch um einen aktuellen Teil bis zum November 2020 ergänzt wurde.

#### Zustimmung für alle Anträge

Der Haushalt der BLZK war in den vergangenen Jahren immer mit großen Mehrheiten verabschiedet worden – so auch jetzt im schriftlichen Verfahren. Die hohen Hürden für schriftliche Abstimmungen wurden genommen. Denn die Geschäftsordnung der Vollversammlung aus dem Jahr 2014 – zu diesem Zeitpunkt konnte

sich niemand pandemiebedingte Kontaktbeschränkungen vorstellen – legt fest, dass Beschlüsse im Rahmen einer schriftlichen Abstimmung einer Zwei-Drittel-Mehrheit der Stimmberechtigten bedürfen. BLZK-Präsident Christian Berger: "Umso mehr freut es mich, dass fraktionsübergreifend der Vorstand einstimmig und die Delegierten mit großer Mehrheit für eine voll funktionsfähige Selbstverwaltung gestimmt haben. Die BLZK kann mit einem genehmigten Haushalt ins Jahr 2021 starten. Alle notwendigen Beschlüsse wurden gefasst."

Die Vollversammlung der BLZK soll zum frühestmöglichen Zeitpunkt in Präsenz nachgeholt werden. "Die Standespolitik braucht leidenschaftliche und streitbare Diskussion. Das ist ein Teil unserer standespolitischen Arbeit, die nicht digital zu ersetzen ist", so Berger.

Isolde M. Th. Kohl



# Systemrelevanz ist der rote Faden in der Pandemie

Vertreterversammlung fordert mehr Anerkennung für den Berufsstand

Bereits zum dritten Mal musste die Vertreterversammlung (VV) der KZVB unter Pandemiebedingungen stattfinden. Am 16. Januar trafen sich die Delegierten unter Einhaltung eines strengen Schutz- und Hygienekonzepts im Zahnärztehaus München und verabschiedeten unter anderem den KZVB-Haushalt für das Jahr 2021.

Den beiden VV-Vorsitzenden Dr. Reiner Zajitschek und Dr. Christian Öttl war es ein wichtiges Anliegen, dass die Versammlung trotz der geltenden Kontaktbeschränkungen als Präsenzveranstaltung durchgeführt werden konnte. Zajitschek zitierte in diesem Zusammenhang Bundestagsvizepräsident Wolfang Kubicki, der sagte: "Eine parlamentarische Demokratie lebt nicht nur von bloßen Abstimmungen, sondern von Rede und Gegenrede, von der Interaktion zwischen den gewählten Volksvertretern. Eine digitale Debatte kann niemals die direkte Auseinandersetzung ersetzen." Und so diskutierte auch das "Parlament" der bayerischen Vertragszahnärzte intensiv über die Corona-Pandemie und ihre Auswirkungen auf die Praxen. Der "rote



Die Vertreterversammlung der KZVB fand Mitte Januar erneut unter Pandemiebedingungen statt.

Faden" sei in diesem Zusammenhang die Systemrelevanz der Zahnärzte. Da waren sich alle Delegierten einig. Ein entsprechender Antrag wurde einstimmig verabschiedet. Darin heißt es: "Die flächendeckende zahnmedizinische Versorgung der bayerischen Bevölkerung wurde und wird uneingeschränkt sichergestellt. Es ist nicht hinnehmbar, dass systemrelevante

Berufe bei der Beschaffung von Schutzausrüstung kurzerhand als nachrangig eingestuft oder bei Schutzschirmen vollständig vergessen beziehungsweise bewusst ausgegrenzt werden". Den kompletten Wortlaut des Antrags finden Sie im Kasten auf Seite 9.

Auch der KZVB-Vorsitzende Christian Berger hob in seinem Bericht hervor, dass

8



Stimmkarte und FFP2-Maske: Die Delegierten hielten ein strenges Schutz- und Hygienekonzept ein.



Der neue bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek dankte den Zahnärzten in einer Videobotschaft für ihren Einsatz in der Corona-Krise.

die bayerischen Vertragszahnärzte ihren Sicherstellungsauftrag zu jeder Zeit erfüllt haben: "Wir haben in dieser seit fast einem Jahr andauernden Ausnahmesituation schnell die richtigen Entscheidungen getroffen. Praxen, die vorübergehend nicht mehr an der Versorgung teilnehmen konnten, mussten sich nicht selbst um eine Vertretung bemühen. Durch den Notdienst unter der Woche war die flächendeckende Patientenversorgung weiterhin sichergestellt.

Wir haben zudem in allen Regierungsbezirken Corona-Schwerpunktpraxen benannt, was sich gerade in der zweiten Welle als notwendig herausgestellt hat. Den Kolleginnen und Kollegen, die sich freiwillig dazu bereit erklärt haben, infizierte Patienten zu versorgen, spreche ich ausdrücklich Dank und Anerkennung aus. Und wir haben Schutzausrüstung beschafft, als sich herausstellte, dass der Staat seine Versprechungen nicht einhalten kann. Kritiker mögen sagen, das war nur ein Tropfen auf den heißen Stein, aber dieser Tropfen war notwendig." Mit Blick auf die wirtschaftlichen Auswirkungen der Pandemie betonte Berger, dass die Zahnärzte diese Krise aus eigener Kraft bewältigen müssten. Auf staatliche Hilfen sei kein Verlass. Deshalb sei es erfreulich, dass die KZVB

mit fast allen Krankenkassen Vergütungsvereinbarungen abschließen konnte mit Punktwerterhöhungen, die deutlich über der Inflationsrate liegen. Dadurch könne man gestiegene Hygienekosten zumindest teilweise ausgleichen. Dennoch halte die Zahnärzteschaft an ihrer Forderung nach einer Hygienepauschale in der gesetzlichen Krankenversicherung fest. Auch die Informationskampagne "Jetzt zum Zahnarzt gehen" habe gewirkt.

#### Informationskampagne wirkt

Die Patientenzahlen seien nach einem massiven Einbruch in den Monaten März

#### ZAHNÄRZTE SIND FÜR PATIENTEN DA – RESOLUTION DER VV ZUR SYSTEMRELEVANZ

Die bayerische Zahnärzteschaft hat in den schweren Zeiten der Covid-19-Pandemie eindrucksvoll bewiesen, dass auf uns freiberuflich tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte Verlass ist. Die flächendeckende zahnmedizinische Versorgung der bayerischen Bevölkerung wurde und wird uneingeschränkt sichergestellt. Wir sind für unsere Patienten da.

Die bayerischen Zahnärzte sind nachhaltig verärgert über den Umgang, der ihnen im Gegenzug von einigen Politikern zu Teil wurde. Es ist nicht hinnehmbar, dass systemrelevante Berufe etwa bei der Beschaffung von Schutzausrüstung kurzerhand als nachrangig eingestuft oder bei Schutzschirmen vollständig vergessen beziehungsweise bewusst ausgegrenzt werden. Um die funktionierende flächendeckende Versorgung auch in Zukunft aufrecht erhalten zu können, fordern wir nicht nur

eine finanzielle, sondern auch eine öffentliche Wertschätzung unserer Leistungen durch die Politik.

Die politisch Verantwortlichen werden aufgefordert

- den Zahnärzten in öffentlichen Äußerungen den Respekt zu zollen, den sie als systemrelevanter Beruf verdienen,
- die Freiberuflichkeit für den Berufsstand zu stärken, statt diese durch immer neue Regeln, Vorschriften und Sanktionsandrohungen ad absurdum zu führen,
- unserer Selbstverwaltung Spielräume zu lassen, anstatt in sie hineinzuregieren,
- den jahrzehntelangen Honorarstillstand bei der GOZ zu beenden.



Auch die Versammlungsleitung hielt sich an die FFP2-Maskenpflicht.

und April mittlerweile wieder annähernd auf dem Vorkrisenniveau. Aufgrund entsprechender Erhöhungen der Gesamtvergütung sei zudem die vollumfängliche Finanzierung aller von den bayerischen Vertragszahnärzten erbrachten Leistungen sichergestellt. Der Honorarverteilungsmaßstab komme nicht zur Anwendung. Berger konnte bei der VV auch verkünden, dass die Zahnärzte bei der Vergabe der Corona-Schutzimpfungen ab sofort die höchste Priorität hätten. Dies habe ihm das Gesundheitsministerium am Vortag mitgeteilt.

Der stellvertretende KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott begann seinen Bericht mit einem Zitat des Schriftstellers Max Frisch: "Eine Krise ist ein produktiver Zustand. Man muss ihr nur den Beigeschmack der Katastrophe nehmen." Das sei den bayerischen Zahnärzten bislang gelungen. Neben der Bewältigung der Pandemie laufe aber auch das Tagesgeschäft in der zahnärztlichen Selbstverwaltung weiter. Neue Vorgaben im Bereich QM/QS müssten umgesetzt werden. Dabei nutze man jeden Spielraum, um die Bürokratiebelastung für die Praxen so gering wie möglich zu halten. Schott erklärte noch einmal die Funktionsweise des ZÄPP (Zahnärztliches Praxispanel). Zwangsläufig musste er sich mit dem Antrag des Finanzausschusses zum Ausstieg aus dem ZÄPP befassen. Der Antrag des

Finanzausschusses wurde einstimmig angenommen. Entlastung für die Praxen erhofft sich Schott zudem durch die Verlängerung des Zeitraums für die Erfüllung der Fortbildungspflicht. Die Vertragszahnärzte haben nun ein Quartal länger Zeit, den entsprechenden Nachweis zu erbringen. Dies sei wichtig, weil es deutlich weniger Präsenzveranstaltungen gebe. Eine der wenigen Veranstaltungen, die die KZVB und die BLZK in der Pandemiezeit durchgeführt haben, sei die Kursreihe "Berufspolitische Bildung". Den Teilnehmern wurde dabei Hintergrundwissen für die Arbeit in der zahnärztlichen Selbstverwaltung vermittelt.

Auch Vorstandsmitglied Dr. Manfred Kinner ging auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie ein. Beim "Kerngeschäft" der KZVB, also der Abrechnung der von den bayerischen Vertragszahnärzten erbrachten Leistungen, sei es zu keinem Zeitpunkt zu Einschränkungen oder Verzögerungen gekommen – trotz eines temporären Notbetriebs in der Verwaltung. Durch immer neue gesetzliche Vorgaben sei insbesondere der Geschäftsbereich IT intensiv gefordert. "Wir unterstützen die Praxen bestmöglich bei der Umsetzung der Gesetze und Verordnungen aus dem Haus von Jens Spahn. Weit über 90 Prozent der bayerischen Vertragszahnärzte sind mittlerweile an die Telematik-Infrastruktur (TI)

angeschlossen. Wenn die gematik aber über Monate Störungen und Ausfälle nicht in den Griff bekommt, gefährdet das die Akzeptanz dieses Projekts ganz gewaltig", so Kinner. Einstimmig verabschiedeten die Delegierten deshalb einen Antrag, dass den betroffenen Praxen alle dadurch entstandenen Kosten zu erstatten seien. Außerdem forderten sie erneut die Rücknahme aller Sanktionen im Zusammenhang mit der TI. Kinner konnte auch berichten, dass die KZVB mittlerweile sehr erfolgreich Online-Fortbildungen anbiete, sogenannte Virtinare. Ziel sei es, das Abrechnungswissen trotz der Pandemie zu vertiefen: "Wer korrekt abrechnet, erleichtert uns die Arbeit und schützt sich vor nachträglichen Rückforderungen durch die Krankenkassen." KZVB-intern habe man mit dem "Flurfunk" ein neues Format kreiert. Die Mitarbeiter werden mit kurzen Videos über Neuerungen informiert, die sich auf die tägliche Arbeit auswirken.

Über den aktuellen Stand des Bauvorhabens der KZVB informierte Dirk Lörner, Leiter des Geschäftsbereichs Recht und Verträge. Trotz erneuter Verzögerungen und unzuverlässiger Firmen könnten die ersten Wohnungen fristgerecht an die Mieter übergeben werden. Leider müsse das Budget erneut um eine Million Euro erhöht werden. Gründe dafür seien neben den Verzögerungen Ausfallrisiken bei bestehenden Schadenersatzansprüchen und die Kündigung von Verträgen. Den Haushaltsplan der KZVB stellte Geschäftsführer Herbert Thiel vor. Dieser sieht Einnahmen und Ausgaben von rund 45 Millionen Euro vor. Der Verwaltungskostenbeitrag bleibt unverändert. Beide Anträge wurden ebenso wie der Jahresabschluss 2019 einstimmig verabschiedet.

Der neue bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek meldete sich per Videobotschaft zu Wort und dankte den bayerischen Zahnärzten für ihren Einsatz in der Pandemie. Er zeigte auch Verständnis für die Verärgerung über die Covid-19-Schutzmaßnahmenverodnung des Bundes.

Leo Hofmeier

### Nachrichten aus Brüssel

#### Kommt die Gesundheitsunion?

1 mm no mm

Als Reaktion auf die Corona-Pandemie hat die Europäische Kommission mehr Zuständigkeiten für die Europäische Union in der Gesundheitspolitik gefordert. In ihrer Mitteilung mit dem Titel "Schaffung einer europäischen Gesundheitsunion" kündigt die Brüsseler Behörde verschiedene Initiativen an. Konkret sollen die bereits bestehenden EU-Regeln zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren überarbeitet, eine Verordnung zur Stärkung des Mandats des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) vorgelegt sowie eine Verordnung zur Erweiterung des Mandats der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) präsentiert werden.

Mit den angekündigten Vorschlägen bewegt sich die Kommission im Rahmen der mit Blick auf die Gesundheitspolitik begrenzten Kompetenzen der EU-Verträge. Die Bezeichnung "Gesundheitsunion" ist bei genauerer Betrachtung daher hoch gegriffen, zumal die Struktur und Organisation der nationalen Gesundheitssysteme erhalten bleibt. Dies soll nach dem Willen der Kommission allerdings nicht auf Dauer so bleiben. In der Zusammenfassung der Mitteilung regt sie an, darüber nachzudenken, die gesundheitspolitischen Vorgaben der EU-Verträge im Rahmen einer kommenden Überarbeitung auszuweiten. Eine erste Möglichkeit besteht dabei in der geplanten Konferenz über die Zukunft Europas, die im nächsten Jahr stattfinden wird.

### Verdreifachung der EU-Mittel für Gesundheitsprojekte

Die Unterhändler von Europäischem Parlament und deutscher EU-Ratspräsidentschaft haben sich in Brüssel über den nächsten Mehrjährigen EU-Finanzrahmen (MFF) von 2021 bis 2027 sowie über das Konjunktur- und Investitionsprogramm "Next Generation EU", mit dem die Folgen der Corona-Pandemie bekämpft werden sollen, geeinigt. Das Paket aus MFF und "Next Generation EU" hat ein Gesamtvolumen von über 1,8 Billionen Euro. Den EU-Parlamentariern ist es in den langwierigen Verhandlungen gelungen, den von den EU-Staats- und Regierungschefs im Juli 2020

vereinbarten MFF-Finanzrahmen um 16 Milliarden Euro anzuheben.

Aus gesundheitspolitsicher Sicht ist bemerkenswert, dass das Europäische Parlament eine Verdreifachung der Mittel für das EU-Gesundheitsprogramm "EU4Health" durchsetzen konnte. Während der Rat im Sommer lediglich 1,7 Milliarden Euro für EU-Gesundheitsprojekte zur Verfügung stellen wollte, einigte man sich im Rahmen der Verhandlungen nun auf eine Summe von 5,1 Milliarden Euro. Damit stehen erheblich mehr Mittel zur Verfügung, um in den kommenden Jahren gesundheitspolitische EU-Initiativen zu fördern und europäische Gesundheitspolitik zu gestalten. Diese deutliche Erhöhung wäre ohne die Covid-19-Pandemie kaum denkbar gewesen. Der ursprüngliche Kommissionsvorschlag aus dem Jahr 2018 sah für das EU-Gesundheitsprogramm lediglich ein Finanzvolumen von 440 Millionen Euro vor.

### Zahnmedizinische Ausbildung anpassen

Online fand diesmal die Vollversammlung des Council of European Dentists (CED) statt. Die Delegierten nahmen dabei unter anderem vier Stellungnahmen mit großer Mehrheit an. So positionierte sich der Dachverband der europäischen Zahnärzte zu Fragen der Patientensicherheit bei zahnmedizinischen Behandlungen in der Pandemie, zur zahnmedizinischen Ausbildung während der Pandemie, zur Nutzung künstlicher Intelligenz in der Zahnmedizin sowie zu Implantationsausweisen für Zahnimplantate. Mit Blick auf die Ausbildung des zahnmedizinischen Nachwuchses warnt der CED vor Qualitätsverlusten aufgrund pandemiebedingter Unterrichtseinschränkungen. Vor diesem Hintergrund fordert der CED eine Anpassung des zahnmedizinischen Curriculums an die Herausforderungen der Pandemie. Zudem müsse stets ein Gleichgewicht zwischen Präsenzunterricht und Online-Unterricht sichergestellt werden.

> Dr. Alfred Büttner Leiter des Brüsseler Büros der BZÄK



Foto: JRC Stop Motion/stock.adobe.com

### Bürokratieberg wächst weiter

### Mediziner machen sich für Abbau stark

Dokumentieren, aufbewahren, Fristen einhalten: Deutsche Mediziner müssen immer noch einen immensen Bürokratieaufwand betreiben, um die gesetzlichen Auflagen zu erfüllen. Im Corona-Jahr 2020 errechnete die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen Anstieg von 1,3 Prozent beim "Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung" (BIX). Für die Berufsgruppe der Zahnärzte sieht es kaum besser aus. Der Präsident der BLZK, Christian Berger, will deshalb an seinen Forderungen für einen nachhaltigen Bürokratieabbau festhalten.

Jedes Jahr ermittelt die KBV zusammen mit der Fachhochschule des Mittelstands (FHM) die Bürokratiebelastung für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten. Das Ergebnis für 2020 fällt einmal mehr ernüchternd aus: Neben dem gestiegenen Aufwand belastet die Corona-Pandemie Vertragsärzte und -psychotherapeuten mit komplexen Regelungen und unklaren Zuständigkeiten.

"Unser erklärtes Ziel war und ist, den Bürokratieaufwand in den Praxen zu senken und so die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zu entlasten", sagte Dr. Thomas Kriedel, Vorstandsmitglied der KBV, bei der Vorstellung des Projektberichts. "Gerade für junge Ärztinnen und Ärzte ist der hohe Bürokratieaufwand ein großes Niederlassungshemmnis. 2020 müssen wir die Zahlen im Kontext der andauernden Pandemie betrachten: Mit Covid-19 sahen und sehen sich die Praxen einer nie dagewesenen Ausnahmesituation gegenübergestellt", beurteilte Kriedel die Ergebnisse.

### Ausnahmesituation durch Corona-Pandemie

In Fokusgruppeninterviews sprachen KBV und FHM mit Haus- und Fachärzten aus ganz Deutschland über die Erfahrungen der Praxen im Umgang mit Sars-CoV-2. Die Gespräche machten das große Engagement und den persönlichen Einsatz der Niedergelassenen in der Krise deutlich. Gleichzeitig sahen sich die Praxen jedoch mit komplexen, häufig schwer nachvollziehbaren Vorgaben und Zuständigkeiten konfrontiert. Kriedel: "Viele Praxen werden durch die aktuelle Situation bereits an den Rand ihrer Belastbarkeit gebracht." Aus diesem Grund sei die Einführung neuer Pflichtanwendungen der Telematik-Infrastruktur während der Corona-Krise schlichtweg "nicht leistbar".

### Erneutes Plus bei Netto-Arbeitsstunden

Insgesamt 55,8 Millionen Netto-Arbeitsstunden verursachten die durch die gemeinsame Selbstverwaltung begründeten Informationspflichten in diesem Jahr-das sind 715000 Stunden mehr als 2019. "Umgerechnet bedeutet das einen zusätzlichen Tag Mehraufwand pro Praxis und Jahr zusammengenommen also 61 Tage, die im Schnitt für Bürokratie aufgewendet werden", erklärte Prof. Dr. Volker Wittberg von der FHM. Er ist Leiter des Nationalen Zentrums für Bürokratiekostenabbau. Den größten Zuwachs verzeichnete dabei die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mit circa 561000 Nettostunden mehr als 2019.

Angesichts des weiterhin hohen bürokratischen Aufwands und der besonderen Herausforderungen durch die Corona-Pandemie äußert die KBV eine Reihe von Empfehlungen, wie Bürokratie für

Vertragsärzte und -psychotherapeuten abgebaut werden kann. Der Mehrwert der Digitalisierung müsse endlich auch in den Praxen spürbar werden. Zu häufig gehe mit der Anbindung an die Telematik-Infrastruktur noch eine Zunahme des bürokratischen Aufwands einher. Außerdem spricht sich die KBV dafür aus, die Notwendigkeit einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei leichten Erkrankungen mit einer Dauer von bis zu fünf Tagen entfallen zu lassen.

### Entlastungsvorschläge liegen auf dem Tisch

Christian Berger, Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer und Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, hat ebenfalls klare Vorstellungen, wie sich der Bürokratieberg in den Praxen abtragen lässt. Bereits im Jahr 2019 legten die bayerischen Zahnärzte der Staatsregierung und den zuständigen Ministerien im Freistaat ein umfassendes Konzeptpapier für einen nachhaltigen Bürokratieabbau vor. Kernpunkte sind die Bereiche Röntgen, Praxisführung und Datenschutz.

In ihrem gemeinsamen Forderungskatalog setzen sich BLZK und KZVB unter anderem für die Verlängerung der Frist zur Aktualisierung der StrahlenschutzFortbildungen ein. "Angesichts des geringen radiologischen Risikos in Zahnarztpraxen reicht es aus, die erste Aktualisierung nach fünf Jahren und alle folgenden im Abstand von zehn Jahren zu absolvieren", meint Berger. Weitere Vorschläge sind die Verkürzung von Aufbewahrungsfristen, die Abschaffung flächendeckender Praxisbegehungen durch die Behörden und eine Reduzierung von Dokumentationspflichten.

"Zahnärzte sind leider immer noch eine der am stärksten von Bürokratievorgaben betroffenen medizinischen Berufsgruppen. Ich erwarte deshalb, dass unsere Vorschläge spätestens nach dem Ende der Corona-Pandemie wieder auf die politische Agenda kommen und anschließend umgesetzt werden", betont Berger. Dabei baut er auch auf die Unterstützung durch den Verband Freier Berufe in Bayern. Die Organisation mit dem Zahnarzt Michael Schwarz an der Spitze gehört seit dem vergangenen Jahr dem "Pakt für Freiheit" an, einer Initiative des Freistaats Bayern und der bayerischen Wirtschaftsverbände. Deren gemeinsame Vereinbarung bündelt die Aktivitäten der Staatsregierung im Bereich der Wirtschaft und beinhaltet ein Zehn-Punkte-Programm für einen nachhaltigen Bürokratieabbau auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene. Wichtigstes Ziel des "Pakts für Freiheit" ist es,

gerade kleine Unternehmen und Selbstständige von unnötigen bürokratischen Auflagen und Pflichten zu entlasten und ihnen so wieder mehr Zeit für ihre eigentlichen Aufgaben zu geben.

Thomas A. Seehuber

### **BÜROKRATIEABBAU IM NETZ**

Weitere Informationen zum "Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung" finden Sie im Internet: www.kbv.de/media/sp/BIX2020\_ Projektbericht.pdf



Den Wortlaut des "Pakts für Freiheit" können Sie ebenfalls im Netz nachlesen:



MANCHER ZAHN WAR NICHT MEHR ZU ERHALTEN, ABER DURCH IHRE SPENDE KÖNNEN WIR UNSER DENTALES ERBE BEWAHREN.

Spenden Sie jetzt zum Erhalt und zur Archivierung unserer dentalhistorischen Sammlung! www.zm-online.de/dentales-erbe

Sie können direkt auf folgendes Konto spenden:

Dentalhistorisches Museum

Sparkasse Muldental

Sonderkonto Dentales Erbe IBAN DE06 8605 0200 1041 0472 46

Bei Angabe von Namen und E-Mail-Adresse

wird eine Spendenquittung übersandt.









### Brandbeschleuniger Brexit

### Das staatliche britische Gesundheitssystem kämpft ums Überleben

"Deal or No-Deal?" Für den National Health Service (NHS) macht das offensichtlich einen großen Unterschied. Das Coronavirus und die anhaltend hohen Infektionszahlen bringen das staatliche Gesundheitssystem des Vereinigten Königreichs endgültig zum kollabieren. Es herrscht akuter Notstand: bei Ärzten und Pflegepersonal, bei freien Klinikbetten und – siehe Brexit! – vielleicht bald auch beim Nachschub an Medikamenten. Premierminister Boris Johnson, oberster Krisen-Feuerwehrmann, muss derzeit viele Brandherde löschen.

Immerhin konnte noch vor Beginn des harten dritten Lockdowns mit dem Impfen begonnen werden. Die Covid-19-Impfung ist auch dort einziger Hoffnungsträger, das Virus endlich in den Griff zu bekommen. Als erstes Land weltweit gaben die Briten bereits Anfang Dezember vergangenen Jahres grünes Licht für den vielversprechenden Impfstoff von Biontech und Pfizer, ein paar Wochen später erhielt auch das AstraZeneca-Vakzin eine Notfallzulassung. Denn klar ist: Der Notfall ist eingetreten! Mitte Januar waren die USA nach wie vor unangefochtener

Spitzenreiter im weltweiten Corona-Ranking, doch Großbritannien folgte bereits an fünfter Stelle und ist damit auch das Land mit den höchsten Fallzahlen in Europa – ein trauriger Spitzenplatz! "Die nächsten Wochen werden die bisher härtesten sein", erklärte Premier Johnson daher auch in seiner Fernsehansprache an die Nation.

### Gesundheitssystem am Anschlag

Laut britischen Medienberichten befinden sich die Kliniken am Rande ihrer Kapazitätsgrenzen. London sei hier ganz besonders heftig getroffen, so das "Handelsblatt". Der Nachrichtensender "ntv" zitiert den Vorsitzenden der intensivmedizinischen Fakultät, Allison Pittard, im "British Medical Journal": "Intensivstationen sind zum Teil zu 140 Prozent belegt. Sie betreuen also Patienten auch außerhalb der Station." Überfüllung, Staus an den Notaufnahmen, lange Wartezeiten auf ein Bett wirkten sich auch auf die Rettungswagen aus. Diese bildeten vor den Toren der Notaufnahmen Schlangen und Patienten mussten teils bereits hierin versorgt werden. Chris Hopson, Chef von NHS Providers, einem Dachverband des staatlichen Gesundheitsdienstes, warnte laut "dpa" in einem BBC-Interview: "Die Lage eskaliert schnell." Die Kliniken würden mittlerweile jede verfügbare Ecke dahingehend prüfen, ob noch zusätzliche Betten aufgestellt werden könnten. Eine Pflegekraft müsse sich um drei, bald wohl um vier Intensivpatienten kümmern, ergänzt der Intensivmediziner Rupert Pearse. Etwaige Lücken würde man daher mit Ärzten sowie mit ungeschultem Personal stopfen müssen.

### Finanzielles und personelles Desaster

Dass der National Health Service seit Langem finanziell mehr als nur angeschlagen ist und somit mancherlei den Sparzwängen zum Opfer fällt, ist kein Geheimnis. Schon vor der Pandemie habe es mehr als 100000 unbesetzte Stellen bei der komplett aus Staatsmitteln finanzierten Einrichtung gegeben, berichtet der Gesundheitsexperte Prof. Chris Ham vom Royal Free Hospital auf "tagesschau.de". Laut einer Statistik der britischen Regierung kämen mehr als 60000 Beschäftigte im Gesundheitswesen aus EU-Staaten, be-

richtete bereits vor gut eineinhalb Jahren auch der "Deutschlandfunk". Doch immer weniger medizinisches Fachpersonal aus der EU wagt den Schritt nach Großbritannien.

Welche konkreten Auswirkungen der Austritt aus der EU in praktischer Hinsicht haben wird, darüber herrsche in britischen Arztpraxen, Kliniken und auch bei Patienten zum Jahresbeginn eine große Unsicherheit, so die "ÄrzteZeitung". Sowohl die NHS Confederation - eine Mitglieder-Organisation für leitende NHS Entscheidungsträger und Organisatoren als auch Experten des auf Gesundheit spezialisierten Think Tanks "Nuffield Trust" hätten zu Jahresbeginn zum Beispiel vor drohenden Versorgungsengpässen bei Arzneimitteln, medizinischem Hilfsgerät und Verbrauchsmaterialien gewarnt. Auch habe man noch viel zu wenig Informationen über zukünftige Formalitäten beim Im- und Export.

Dem britischen Gesundheitssystem drohen schwerwiegende Brexit-Folgen. Die "ÄrzteZeitung" verweist hier auf eine aktuelle Studie des Nuffield Trust, derzufolge es wegen neuer Einwanderungsregeln große Probleme beim Pflegepersonal geben könne, auch der Transport von Medikamenten und Medizintechnik könne gefährdet sein. Die schwache Konjunktur sowie Hindernisse für Wissenschaftsinvestitionen träfen die Branche. Bereits wegen der Corona-Pandemie sei die Zuwanderung "dramatisch verlangsamt" worden. Im vierten Quartal 2019 hätten noch mehr als 190 000 Menschen aus der EU und Drittstaaten eine Versicherungsnummer beantragt, die vor allem für eine Arbeitserlaubnis notwendig ist. Im zweiten Quartal 2020 wären es nurmehr noch gut 55000 Anträge

Experten befürchten, dass der NHS nicht adäquat auf die Pandemie reagieren kann. "Wir brauchen dringend einen Deal, denn unser Gesundheitssystem kommt ohne unsere europäischen Nachbarn und Freunde kaum aus", zitierte die "ÄrzteZeitung" im vergangenen Juni einen NHS-Klinikarzt aus London. Er selbst kenne "Dutzende deutsche



"Wenn wir dieses Rennen für unsere Bevölkerung gewinnen wollen, müssen wir unserer Impf-Armee einen Vorsprung ermöglichen", sagte Premierminister Boris Johnson im Parlament laut "ntv". "Und deshalb müssen wir einmal mehr zu Hause bleiben, den NHS schützen und Leben retten."

und europäische Ärzte und Ärztinnen, die drauf und dran seien, das Land zu verlassen. "Ohne Zuwanderung von qualifiziertem Gesundheitspersonal aus der EU würden unsere Kliniken und Praxen gar nicht funktionieren", sagte ein Sprecher des größten britischen Ärzteverbandes, der British Medical Association (BMA). "Ein No-Deal wäre eine Katastrophe!" Der NHS könne der Nachfrage nach Leistungen und Behandlungen nicht mehr nachkommen, so auch Nigel Edwards, Chef der Nuffield Trust, in einem "ZDF"-Beitrag.

#### Einigung in letzter Sekunde

Bis kurz vor Weihnachten stand in Sachen Brexit noch alles auf der Kippe. EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen und der britische Premierminister Boris Johnson schienen sich nicht über die Austrittsmodalitäten einigen zu können. "Ein No-Deal-Brexit könnte die Möglichkeit des NHS überfordern" warnte der staatliche Gesundheitsdienst eindringlich und bat den Premier um einen wenigstens vierwöchigen Aufschub der Übergangsphase, um sich aus der "unmittelbaren Gefahrenzone" bringen zu können.

Nach mehr als vier Jahren Brexit-Drama ist es nun jedoch amtlich: Großbritannien hat sich von der EU gelöst und geht künftig eigene Wege. Nach langem Hin und Her, vielen Aufschüben und Verzögerungen konnte ein Partnerschaftsvertrag auf Basis eines Freihandelsabkommens gerade noch rechtzeitig vor dem letztmöglichen Stichtag abgeschlossen werden. Neben den Wirtschafts- und Handelsbeziehungen, dem Güterverkehr und überhaupt der Zusicherung eines fairen Wettbewerbs werden unter anderem auch eine enge Sicherheitspartnerschaft, Umwelt-, Energie- und Klimafragen, diverse Dienstleistungen sowie Bereiche aus Forschung und Entwicklung geregelt. Auch was den Austausch und Nachschub von Medikamenten, Schutzkleidung und Personal betrifft.

Das Partnerschaftsabkommen zwischen EU und Großbritannien zum 1. Januar 2021 ist allerdings vorläufig. Bis Ende Februar muss das Europäische Parlament hierfür seine Zusage erteilen.

Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) hat unabhängig davon bereits im März 2019 ihre Zelte in London abgebrochen, um seitdem von Amsterdam aus zu wirken.

Ingrid Scholz



Wie in einem Callcenter: Das Angebot von Sanvartis wird von vielen Menschen in Bayern als unpersönlich empfunden. Vertreter der Heilberufe plädieren deshalb für eine Neuausrichtung.

### Kritik reißt nicht ab

### Heilberufe fordern Neuausrichtung der UPD

Die Spitzenorganisationen der Heilberufe in Bayern begrüßen den fraktionsübergreifenden Vorstoß des Bayerischen Landtags für eine Neuvergabe und -organisation der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD). "Für die bayerischen Bürgerinnen und Bürger ist eine niedrigschwellige, individuelle Beratung in gesundheitlichen sowie in gesundheits- und medizinrechtlichen Fragen sehr wichtig", heißt es in einem gemeinsamen Schreiben vom 8. Dezember 2020 an das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.

Die Unterzeichner, darunter auch der Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer und Vorsitzende des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, Christian Berger, bezeichnen die Vergabe der UPD an das Unternehmen Sanvartis GmbH im Jahr 2015 als "Fehler, der sich nicht wiederholen sollte". Die Zahl der persönlichen Beratungen sei seitdem spürbar zurückgegangen; das

Patientenberatungsangebot finde nicht mehr im Umfeld der Ratsuchenden statt und sei in Bayern vor allem in der Fläche massiv ausgedünnt worden.

### Persönliche Beratung unverzichtbar

"In der aktuellen Diskussion um die Neuausrichtung der UPD setzen wir uns für eine unabhängige Trägerschaft und Finanzierung ein. Wie es im Antrag des Bayerischen Landtags deutlich wird, muss es zukünftig gelingen, das allgemeine Interesse nach verlässlichen, digitalen Patienteninformationen mit dem sehr individuellen Bedürfnis nach Patientenberatung vor Ort zusammenzuführen, um auf die Bedürfnisse der Ratsuchenden adäquat reagieren zu können. Hierzu halten wir die persönliche Beratung für unverzichtbar. Seit Jahren kooperieren die teils von den Körperschaften und teils in freier Trägerschaft getragenen Beratungsangebote in Bayern miteinander. Wir pflegen den Dialog und die Vernetzung zum Wohl der Ratsuchenden", so der Wortlaut des Schreibens.

#### Zukunftsfähige Lösung gesucht

Mit der Entscheidung über die Neuausrichtung der UPD müsse daher eine zukunftsfähige Lösung für die Bürger gefunden werden. Abschließend bieten die Heilberufsorganisationen dem bayerischen Gesundheitsministerium, damals noch unter der Leitung von Melanie Huml, ihre Unterstützung an, den Antrag des Landtags über ihre Dachorganisationen flankierend in die Diskussion auf Bundesebene einzubringen.

#### Konzentrierte Aktion

Unterschrieben wurde der Brief von den Verantwortlichen der Bayerischen Landeszahnärztekammer, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, der Bayerischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, der Bayerischen Vereinigung Bayerns, der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie des Gesundheitsladens München.

Redaktion



### "Hohes Expositionsrisiko und Aerosole"

### Gesundheitsministerium sieht Zahnärzte und ZFA in höchster Priorität

Deutschland ist ein föderaler Flickenteppich – das macht die Bewältigung der Corona-Pandemie nicht unbedingt einfacher. So wie Schul- und Kita-Schließungen, Ausgangssperren oder die Maskenpflicht regional unterschiedlich gehandhabt werden, verfahren die Bundesländer nun auch bei der Vergabe von Coronalmpfterminen in eigener Zuständigkeit. Die gute Nachricht: Bayern sieht Zahnärzte und ZFA in der höchsten Priorität.

Mitte Januar erhielten KZVB und BLZK eine E-Mail vom Amtschef des bayerischen Gesundheitsministeriums. "Die Corona-ImpfV legt auch fest, dass Personen, die in medizinischen Einrichtungen mit einem sehr hohen Expositionsrisiko in Bezug auf das Coronavirus Sars-CoV-2 tätig sind, zu den Personen gehören, die mit höchster Priorität Anspruch auf eine Schutzimpfung haben. Hierunter fallen Zahnärzte und zahnmedizinische Fachangestellte, da sie in einem Bereich tätig sind, in dem für eine Infektion mit dem Coronavirus Sars-CoV-2 relevante aerosolgenerierende Tätigkeiten durchgeführt werden", hieß es darin. Eine überraschende Aussage, da das Bundesgesundheitsministerium Zahnarztpraxen bis dahin lediglich die zweithöchste Priorität zugebilligt hatte! Doch Infektionsschutz ist Ländersache. Deshalb hat die Corona-Impfverordnung des Bundesgesundheitsministeriums nur empfehlenden Charakter. Die Landesregierungen können davon abweichen.



Die ersten Zahnärzte und ZFA sind geimpft. Ein Teil des Praxisteams der Elisenhof Zahnärzte in München bekam die erste Dosis des begehrten Vakzins am 16. Januar. Das MVZ ist eine der Covid-19-Schwerpunktpraxen in Bayern.

Und das ist nicht nur in Bayern passiert. Auch Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sehen die Zahnärzte in Prio 1. In den anderen Bundesländern folgte man bei Redaktionsschluss dieses Hefts weiterhin der STIKO-Empfehlung, sprich Prio 2.

Christian Berger, Vorsitzender des Vorstands der KZVB und Präsident der BLZK, hält die Entscheidung des bayerischen Gesundheitsministeriums angesichts hoher Inzidenzwerte in Bayern für vernünftig: "In einigen Landkreisen hatten wir im Januar an mehreren Tagen über 400 Neuinfektionen pro 100 000 Einwohner. Damit steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass positive Patienten in den Praxen aufschlagen. Wir haben zwar sehr gute Schutz- und Hygienemaßnahmen, aber ein Restrisiko bleibt. Wir haben dem Gesundheitsministerium vorgeschlagen, vorrangig die Covid-19-Schwerpunktpraxen,

Praxen mit einem Kooperationsvertrag und die Notdienst-Praxen zu impfen." Je nach Verfügbarkeit der Impfstoffe werden im Anschluss alle anderen Zahnärzte und ZFA geimpft.

Allerdings ist nach wie vor viel zu wenig Impfstoff vorhanden. Deshalb können derzeit auch nicht alle Personen mit der Priorität 1 geimpft werden. Die Situation dürfte sich erst in den kommenden Wochen entspannen, wenn neben Biontech/Pfizer und Moderna weitere Impfstoffe zur Verfügung stehen. Solange bitten KZVB und BLZK die Zahnärzte noch um Geduld sowie um die strikte Einhaltung aller Schutz- und Hygienemaßnahmen. Sofern noch nicht erfolgt, sollten sich Zahnärzte und ZFA umgehend auf dem Portal impfzentren.bayern anmelden.

Leo Hofmeier

### Erwartung vs. Realität

#### Ein Resümee zum Zahnmedizin-Studium

Mit welchen Erwartungen haben bayerische Zahnmedizin-Studierende ihr Studium begonnen – und wie sieht die Realität einige Semester später aus? Das wollte Eva-Maria Prey, selbst Zahnmedizin-Studentin im neunten Semester an der Universität Regensburg, von einigen Befragten wissen.

BZB: Wie würdest Du das Zahnmedizin-Studium in drei Worten beschreiben?

Jasmin Kurpiers, 10. Semester an der Universität Würzburg: Gipsschlacht. Spaß. Handwerk.

Michael Reinelt, 9. Semester an der Universität Regensburg: Teuer. Anstrengend. Macht Spaß.

Shiva Honarvar, 8. Semester an der Universität München: Fordernd. Nervenaufreibend. Schön.

Fabian Jaeckel, 9. Semester an der Universität Erlangen: Praktisch. Zeitintensiv. Spaßig.

### BZB: Wie bist Du zum Zahnmedizinstudium gekommen?

Kurpiers: Ursprünglich wollte ich Biochemie studieren, allerdings haben mir die beruflichen Aussichten nicht gefallen. Nach dem Abitur habe ich unter anderem bei meinem Papa in der Zahnarztpraxis ein Praktikum gemacht und schnell gemerkt, dass mir der Umgang mit Patienten und das Handwerk Spaß machen. Da ich nicht direkt einen Studienplatz bekam, habe ich mich erstmal für die ZFA-Ausbildung entschieden und diese abgeschlossen.

**Reinelt:** Ich habe erst mit 29 Jahren angefangen, Zahnmedizin zu studieren, nachdem ich lange Zeit beim Roten Kreuz als Rettungsassistent gearbeitet hatte. Anfangs wollte ich, wie damals die meisten meiner Kolleginnen und Kollegen, Human-



Eva-Maria Prey, selbst Zahnmedizin-Studentin an der Universität Regensburg, fragte Studierende der bayerischen Universitäten nach ihren Erfahrungen.

medizin studieren. Irgendwann hatte ich dann zwölf Wartesemester in der Tasche und zu damaliger Zeit selbst ein Frontzahntrauma erlitten. Während der Behandlung wurde mir bewusst, wie schön eigentlich der Zahnarztberuf ist: Ästhetik und Handwerk spielen eine Rolle und auch der medizinische Hintergrund. Ich war anfangs sehr auf das fixiert, was ich im Rettungsdienst gemacht habe. Mittlerweile bin ich froh, dass es das Fach Zahnmedizin geworden ist.

**Honarvar:** Ursprünglich wollte ich Medizin studieren und habe begonnen, als Rettungssanitäterin zu arbeiten. Bald habe ich aber gemerkt, dass mir die Arbeit im Krankenhaus nicht gefällt: der ständige Kontakt mit Schwerkranken und die teils grenzwertigen Arbeitszeiten haben mich abgeschreckt. Zahnmedizin lässt sich, gerade als Frau, besser in den Lebensalltag integrieren. Ich habe dann die ZFA-Ausbildung absolviert und anschließend zwei Semester Zahnmedizin in Budapest studiert. Seit dem dritten Semester studiere ich in München.

Jaeckel: Das war mehr oder weniger Zufall. Ich hatte in der zehnten Klasse ein Praktikum bei einem befreundeten Zahnarzt gemacht. Mein Vater stammt ursprünglich aus einem Handwerksberuf und hat uns Kindern schon früh

Fot

handwerkliche Dinge gezeigt. Mir lag das irgendwie schon immer und daher wollte ich auch ganz klar Zahn- und nicht Humanmedizin studieren.

### BZB: Welche Erwartungen hattest Du an das Zahnmedizinstudium?

Kurpiers: Durch die Erzählungen der Assistenzärzte in der Ausbildung habe ich mich schon darauf eingestellt, dass das Studium gerade in der Vorklinik die ein oder andere Hürde bereithält. Auf die Klinik und die ersten eigenen Patientenbehandlungen habe ich mich richtig gefreut.

Reinelt: Da meine Entscheidung kurz vor der Bewerbungsfrist fiel, habe ich mit relativ wenigen Erwartungen an das Studium einfach angefangen. Mir war allerdings durchaus bewusst, dass es ähnlich lernaufwendig sein würde wie Humanmedizin. Weil ich weiterhin zwölf Stunden pro Woche im Rettungsdienst arbeiten wollte, habe ich mir persönlich schon zu Studienbeginn statt den eigentlichen fünf vorklinischen Semestern sechs Semester vorgenommen und dadurch den Druck reduziert.

**Honarvar:** Ich habe mich durch die ZFA-Ausbildung von Anfang an sehr auf die Klinik gefreut.

Jaeckel: Ich habe mich über den Studienplatz gefreut, bin aber relativ blauäugig ins Studium gestartet. Erst im Studium selbst habe ich über Kommilitonen im höheren Semester erfahren, was uns alles erwartet.

### BZB: Inwiefern hat sich diese Erwartung bestätigt und was hat Dich überrascht?

Kurpiers: Die Vorklinik ließ sich erstaunlich gut meistern. Meine hohen Erwartungen an die Klinik haben sich auf jeden Fall bestätigt, denn dort hat es angefangen, richtig Spaß zu machen. Endlich durfte man auch mal selbst präparieren und das Gelernte auch am Patienten anwenden. Vor allem das positive Feedback der Patienten hält einen bei Laune. Genau das hat in der Vorklinik gefehlt, vor allem dann, wenn auch der zehnte Alginatabdruck am Phantomkopf partout nicht passen will. Obwohl man durch die



Shiva Honarvar setzt ihr Zahnmedizin-Studium in München fort.

Phantomkurse gut vorbereitet war, war ich anfangs schon aufgeregt. Mittlerweile ist man auf jeden Fall routinierter, aber natürlich immer noch zu langsam im Vergleich zur Praxisrealität. Überrascht hat mich zugegebenermaßen der Konkurrenzkampf unter den Studierenden. Das ist schade, da Zahnmedizin ein Studium ist, das eigentlich im Team sehr viel Spaß machen kann.

Reinelt: Anfangs war ich überrascht, wie hoch der zahntechnische Anteil ist. Aber mir lagen die technischen Arbeiten, sie waren eine Abwechslung zum Lernalltag. Das Physikum war der mit Abstand anstrengendste Teil des Studiums. Durch mein etwas fortgeschrittenes Alter war ich ein wenig aus der Lernroutine gekommen und Auswendiglernen war noch nie meine Kernkompetenz. Ab der Klinik hat mir das Studium definitiv mehr Spaß gemacht. Die erste Patientenbehandlung war spannend: Plötzlich sitzt da jemand, der sich bewegt, der vielleicht Rückenschmerzen bekommt, wenn er zwei Stunden bei mir auf dem Stuhl liegt und immer noch nicht mehr passiert ist als Zahnsteinkratzen. Aber grundsätzlich war Patientenkontakt auch nichts Neues für mich und ich finde, wir waren gut auf die Behandlungen vorbereitet und wurden gut betreut. Auch überrascht haben mich die hohen Kosten im Zahnmedizinstudium. Klar habe ich vorher gelesen, dass es teuer wird, aber man verdrängt das im Studium,



Jasmin Kurpiers studiert Zahnmedizin in Würzburg.

weil die Kosten nebenbei entstehen. Ich denke, dass dieser Punkt für viele Studierende ein Hindernis darstellt, sofern sie nicht von zu Hause unterstützt werden, BAföG erhalten oder neben dem Studium noch arbeiten.

Honarvar: Der Quereinstieg in die praktischen Kurse in Deutschland war schlimm, da wir in Budapest anfangs rein humanmedizinische Fächer hatten. Man musste sich überstürzt mit den Instrumentarien eindecken, sollte plötzlich Zähne schnitzen, Klammern biegen und Zähne präparieren – das waren wir aus Budapest nicht gewohnt. Es war erstmal schwierig, sich einzufinden und man hatte permanent das Gefühl, dass es nicht ausreicht, man einfach nicht gut genug ist und durchfällt. Ich hätte zuvor nie gedacht, dass ich mich einmal derart in Leistungsabnahmen hineinsteigern werde. Das Physikum hat mich richtig belastet. Ich war 14 Tage am Stück komplett unter Strom, habe gefühlt nichts gegessen und hatte ständig das Gefühl, dass es nicht klappen wird. Auf die Klinik habe ich mich dann so richtig gefreut. Durch meine Ausbildung wusste ich, dass ich am Patienten richtig bin. Leider kam dann Corona dazwischen und wir mussten den Kons-Kurs 1 wieder am Phantomkopf bestreiten. Das war wie ein Schlag ins Gesicht.

**Jaeckel:** Vor dem Studium kannte ich nicht mehr als den klassischen Zahnarzt oder Kieferorthopäden, daher war zum

Beispiel die Extraoralchirurgie für mich Neuland. Mittlerweile könnte ich mir vorstellen, später selbst im chirurgischen Bereich zu arbeiten. Der erste Patientenkontakt im siebten Semester war eine super Erfahrung, auch wenn der Kurs an sich extrem anstrengend war, weil man meist bis spät nachmittags behandelt hat und sich dann wieder eigenständig auf den nächsten Behandlungstag vorbereiten wollte. Aber die Erfolgserlebnisse im Kurs sind unvorstellbar - als ich meine erste Endo am 16 abgeschlossen und den Zahn fertig abgefüllt hatte, war ich glücklich. Der persönliche Kontakt zu Patienten macht auch viel Freude. Viele Patientinnen und Patienten kommen seit Jahren regelmäßig zu uns, teils sogar vorwiegend wegen des Studentenkontakts.

### BZB: Wo siehst Du Verbesserungsbedarf?

Kurpiers: Ich fände ein verpflichtendes Vorpraktikum vor Studienbeginn sinnvoll, da das Zahnmedizin-Studium auf ein sehr konkretes Berufsfeld hinleitet. Wir hatten eine sehr hohe Abbrecherquote von circa zehn Personen im ersten Semester. Gerade, weil ich so lange auf einen Studienplatz gewartet habe, war das traurig anzusehen. Verbesserungswürdig im Studium wäre hier und da der Umgangston mit den Studierenden. Vor allem Kommilitonen, die ohne technische Vorerfahrung ins Studium gestartet sind, haben teils harsche Kritik bekommen, obwohl sie sich wirklich bemüht haben, alles zügig auf die Reihe zu bekommen. Der Beruf macht so viel Freude - wären die Rahmenbedingungen etwas entspannter, würde sich diese Freude schon im Studium mehr zeigen.

Reinelt: Mir persönlich wäre es lieber, wenn der Schwerpunkt in der Klinik mehr auf Kons und Prothetik als auf anderen Fächern läge. Den zahntechnischen Teil finde ich zwar gut und wichtig, aber sehr umfangreich, weil man im späteren Beruf Dinge wie eine 28er-Prothese in der Regel nicht mehr selbst macht – den Zeitaufwand dafür könnte man für mehr Patientenbehandlung nutzen. Außerdem sollte man häufiger moderne Geräte wie Intra-



Michael Reinelt ist Studierender der Zahnmedizin in Regensburg.

oralscanner benutzen, da die Digitalisierung in der Zahnmedizin immer wichtiger wird. Wahrscheinlich sind wir da gerade in einer Zeit des Umbruchs. Ich verstehe aber, dass die Umstellung für die Unikliniken mit enormen Kosten verbunden ist.

Honarvar: Um später besser auf den Beruf vorbereitet zu sein, sollte man bereits in der Vorklinik mehrere Arbeiten machen, von denen man später wirklich profitiert. Vieles ist einfach zu verschult und bringt wenig für die Berufspraxis. Beim Zahnschnitzen habe ich beispielsweise den Lerneffekt für die Praxis vermisst. Außerdem präpariert man in der Vorklinik ausschließlich Goldkronen. In der Klinik wird man dann plötzlich mit Teilkronen und verschiedenen Präparationsformen konfrontiert - das sollte man schon früher in den Arbeitsplan integrieren. Generell wäre ein Kons-Anteil in der Vorklinik super.

Jaeckel: Ganz klares Manko ist der fehlende BWL-Anteil im Studium. Das Thema Abrechnung wird fast alle von uns später betreffen, da müsste es ab dem sechsten Semester mindestens einmal pro Woche eine Vorlesung geben. Es gibt zwar Workshops von externen Anbietern, allerdings sind die Inhalte dann meist firmengebunden und daher keine neutrale Informationsquelle.

### BZB: Würdest Du das Studium weiterempfehlen?

**Kurpiers:** Ich kann das Studium weiterempfehlen, allerdings würde ich jedem raten, vorher mindestens ein vierwöchiges Praktikum in einer Zahnarztpraxis zu machen. Erst dann sieht man den wahren Arbeitsalltag und kann einschätzen, ob einem das handwerkliche Arbeiten liegt und ob man sich jeden Tag mit Zähnen beschäftigen möchte. Wenn man weiß, worauf man hinarbeitet, verkraftet man auch Kritik und Rückschläge.

Reinelt: Zahnarzt ist nach wie vor mein Traumberuf und ich denke, die Strapazen werden sich am Ende lohnen. Trotzdem weiß ich nicht, ob ich es nochmal studieren würde, vor allem in meinem Alter. Gerade beim Thema Auswendiglernen fällt mir auf, dass ich Wochen vorher anfangen muss, in kleinen Portionen zu lernen, während andere das irgendwie über Nacht schaffen. Generell würde ich das Studium denjenigen weiterempfehlen, die Freude an der Arbeit mit Menschen haben. Das ist wirklich wichtig. Und genauso wichtig ist der Spaß an handwerklicher Arbeit, die stellenweise auch körperlich anstrengend ist.

Honarvar: Ich würde generell nicht vom Studium abraten. Man hat immer einen sicheren Job und als Frau lässt sich der Beruf normalerweise gut mit Familie kombinieren. Aber es passen nur bestimmte Persönlichkeiten in den Studiengang, da man eine enorme Ausdauer braucht. Auch Selbstbewusstsein ist ein wichtiges Thema, da das Studium ansonsten eher mal psychisch zusetzen kann. Da schadet es auch nicht, wenn man schon etwas älter ist und mit Kritik souveräner umgehen kann.

Jaeckel: Ich würde es auf jeden Fall weiterempfehlen, weil es mir persönlich sehr viel Spaß macht. Ich glaube, dass es denjenigen, die vorher gerne und viel handwerklich gearbeitet haben, leichter fällt, auch wenn es ohne Vorerfahrung sicherlich auch machbar ist. Und Fleiß sollte man ebenfalls zeigen – wahrscheinlich ist Fleiß sogar wichtiger als Intelligenz.

Die Fragen stellte Eva-Maria Prey.



### Wechsel im Gesundheitsministerium

### Holetschek löst Huml ab - Zahnärzte hoffen auf gute Zusammenarbeit

Das bayerische Gesundheitsministerium hat einen neuen Chef. Am 8. Januar stimmte der Landtag der Ernennung von Klaus Holetschek zum Staatsminister für Gesundheit und Pflege zu. Seine Vorgängerin Melanie Huml wechselt als Europaministerin in die Bayerische Staatskanzlei.

Die bayerischen Zahnärzte gratulierten dem 56-Jährigen, der bereits seit August 2020 Staatssekretär im Gesundheitsministerium war, zur Beförderung. "Als ehemaliger Vorsitzender des Bayerischen Heilbäder-Verbandes sowie als Bürgerbeauftragter der Bayerischen Staatsregierung wissen Sie, dass Gesundheit mehr als das "Freisein von Krankheit" bedeutet. Lebensqualität bis ins hohe Alter – das ist die große Herausforderung, vor der alle Akteure im Gesundheitswesen heute stehen. Gerade aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Altersmedizin weiter an Bedeutung gewinnen. Die bayerischen Zahnärzte leisten selbstverständlich ihren Beitrag, wenn es darum geht, die zahnmedizinische Versorgung aller Bevölkerungsschichten sicherzustellen. Das gilt auch und gerade in Zeiten der Corona-Pandemie. In den vergangenen Monaten haben wir stets konstruktiv und vertrauensvoll mit Ihrem Ministerium zusammengearbeitet. Davon haben sowohl die Zahnärzte als auch die Patienten in Bayern profitiert. Gemeinsam konnten wir die Patientenversorgung auch unter erschwerten Bedingungen jederzeit aufrechterhalten", schreiben Christian Berger und Dr. Rüdiger Schott im Namen von KZVB und BLZK. Sie danken dem neuen Minister auch dafür, dass die Zahnärzte bei der Vergabe von Impfterminen in Bayern seit Mitte Januar die höchste Priorität ha-





Wechsel an der Spitze des bayerischen Gesundheitsministeriums: Am 8. Januar löste Klaus Holetschek Melanie Huml ab, die als Europaministerin in die Staatskanzlei wechselt.

ben. Für die Zeit nach der Pandemie haben die beiden Körperschaften klare Erwartungen: "Spätestens dann, wenn Corona nicht mehr das alles beherrschende Thema ist, stehen wieder andere wichtige Entscheidungen auf der gesundheitspolitischen Agenda. In Jens Spahn haben Sie einen sehr rührigen Amtskollegen auf Bundesebene. Wir sind überzeugt, dass wir mit Ihnen einen Mitstreiter für den Erhalt föderaler Strukturen im Gesundheitswesen haben. Bayern hat eine über Jahrzehnte gewachsene Versorgungslandschaft, die sich erheblich von der in vielen anderen Bundesländern unterscheidet. Trotz sich verändernder Rahmenbedingungen bleibt die Einzelpraxis in Bayern die vorherrschende Form der Berufsausübung und das Rückgrat der flächendeckenden Patientenversorgung. Der freiberuflich tätige Zahnarzt ist das Ideal, an dem wir trotz des Trends zu größeren Organisationseinheiten festhalten."

Melanie Huml, die das Gesundheitsministerium seit 2013 leitete, dankten die

beiden zahnärztlichen Körperschaften in einem Brief für die geleistete Arbeit: "Ein besonderes Anliegen war Ihnen die Verbesserung der Versorgung von pflegebedürftigen und immobilen Patienten. Auch hier haben wir gemeinsam viel erreicht. Die Einführung neuer Abrechnungspositionen für die aufsuchende Betreuung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung geht maßgeblich auf bayerische Initiativen zurück. Wir danken Ihnen, dass Sie in dieser Frage immer auf unserer Seite standen. Auch Ihren Einsatz für den Erhalt gewachsener Versorgungsstrukturen wissen wir sehr zu schätzen. Sie waren immer eine Kämpferin für die Freiberuflichkeit der Ärzte und Zahnärzte. Als überzeugte Föderalistin hatten Sie den Mut, zunehmenden Zentralismus und Gleichmacherei anzuprangern. Ihre Forderung nach einem Regionalfaktor im Gesundheitsfonds hat bis heute nicht an Aktualität verloren."

Redaktion KZVB



### Was kostet die Existenzgründung?

### Kaufpreise stagnieren, Investitionen steigen

Wie haben sich die Kosten für die Praxisgründung im Jahr 2019 entwickelt? Zur Beantwortung dieser Frage hat die Deutsche Apothekerund Ärztebank (apoBank) gemeinsam mit dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) eine Stichprobe von rund 500 zahnärztlichen Existenzgründungen aus dem Jahr 2019 analysiert.

Grundsätzlich steigen die Kosten für die Gründung einer Einzelpraxis: Im Jahr 2019 investierten Zahnärzte mit 354.000 Euro durchschnittlich vier Prozent mehr als im Vorjahr. Treiber dieses Trends sind nicht etwa die Übernahmepreise – diese waren stabil bis sogar leicht rückläufig – sondern vor allem Investitionen in Umbau, Ausstattung und Modernisierung der Praxis. Mittlerweile investieren 20 Prozent der

Zahnärzte, die sich durch eine Übernahme in einer Einzelpraxis niederlassen, mehr als eine halbe Million Euro in die Existenzgründung.

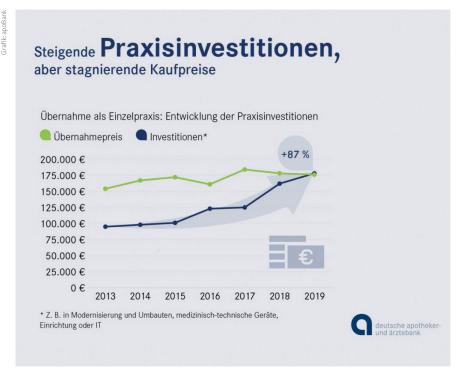
### So viel kosten verschiedene Gründungsoptionen

Die Ausgaben für die Neugründung einer Einzelpraxis beliefen sich im Jahr 2019 im Durchschnitt auf 493.000 Euro. 470.000 Euro mussten Zahnärzte für einen Praxisanteil in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) bezahlen.

Die geringsten Praxisinvestitionen fallen an, wenn auf vorhandene Strukturen aufgebaut wird. So haben 2019 zahnärztliche Existenzgründer beispielsweise durch die Übernahme einer kompletten Praxis für einen hälftigen Praxisanteil inklusive Übernahmepreis 288.000 Euro investiert. Zahnärzte, die in eine bereits bestehende BAG eingestiegen sind, zahlten für einen 35-prozentigen Praxisanteil im Schnitt einen Kaufpreis von 224.000 Euro, investierten durchschnittlich 68.000 Euro und kamen somit auf einen Gesamtbetrag von 292.000 Euro.

# auf einen Gesamtbetrag von 292.000 Euro Vorhandene Praxen bevorzugt

Bei der Existenzgründung greifen Zahnärztinnen und Zahnärzte nach wie vor gerne auf bereits vorhandene Praxen zurück. Entsprechend war die Übernahme



Der Aufwand für Investitionen ist über die Jahre stärker gestiegen als der Kaufpreis.

als Einzelpraxis mit 65 Prozent, aber auch die gemeinsame Praxisübernahme mit acht Prozent insgesamt wesentlich beliebter. Den Einstieg in bestehende BAG wählten 15 Prozent der Niederlassungswilligen.

Obwohl die Zahl der Zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentren (Z-MVZ) steigt, ist diese Option bei der Existenzgründung wenig verbreitet. Wenn sich Zahnärzte für ein Z-MVZ als Praxisform entscheiden, dann sind diese häufig bereits seit Langem niedergelassen. Der Wechsel erfolgt zum Beispiel durch Umfirmierung vorhandener Praxen oder durch Zusammenschlüsse von bestehenden Praxen.

Regina Levenshtein

### HILFE FÜR EXISTENZGRÜNDER: DER BERATUNGSSERVICE DES ZEP



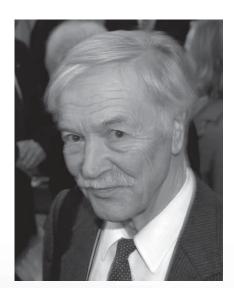
Das Zentrum für Existenzgründer und Praxisberatung der Bayerischen Landeszahnärztekammer (ZEP) bietet niederlassungswilligen Zahnärztinnen und Zahnärzten in Bayern kostenfrei eine unabhängige und individuelle Erstberatung an.

Terminvereinbarung für Onlineberatung unter folgenden Kontaktdaten: Zentrum für Existenzgründer und Praxisberatung der BLZK (ZEP)
Telefon: 089 230211-412, Fax 089 230211-488
E-Mail: zep@blzk.de

Weitere Informationen finden Sie auf der Website der BLZK: www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa\_zep.html

### Vater der Salzfluoridierung

Prof. Dr. Thomas M. Marthaler ist tot



Prof. Dr. Thomas M. Marthaler war ein international anerkannter Wissenschaftler mit hoher Reputation.

Zahnärzte in aller Welt trauern um Prof. Dr. Thomas M. Marthaler. Der Schweizer Zahnmediziner starb bereits am 13. November 2020 nach langer Vorerkrankung an Covid-19, wie die Deutsche Gesellschaft für Präventivzahnmedizin (DGPZM) mitteilte. Er wurde 91 Jahre alt.

Marthaler war einer der bedeutendsten Präventivzahnmediziner seiner Zeit. Sein Forschungsschwerpunkt lag auf der Gruppen- und Kollektivprophylaxe. Über Jahrzehnte war er der Antreiber bei der Salzfluoridierung in der Schweiz und brachte diese zusammen mit Dr. Hannes Hey im Jahr 1991 nach Deutschland. Ohne diese beiden Zahnmediziner würde es die Salzfluoridierung, von der immerhin fast 60 Prozent aller Deutschen profitieren, vermutlich bis heute nicht geben.

### Zum Musterland der Prävention aufgestiegen

Die von Prof. Marthaler zunächst im Kanton Zürich initiierten Präventionsprogramme trugen wesentlich dazu bei, dass sich die Mundgesundheit in der gesamten Schweiz so rasant verbesserte, dass das Land zum Musterland der Prävention und auch zum Vorbild für Deutschland wurde.

Auch menschlich war der Schweizer Zahnmediziner ein großes Vorbild. Obwohl er ein international anerkannter Wissenschaftler mit hoher Reputation war, blieb er stets bescheiden, war uneitel und ein exzellenter Zuhörer und Ratgeber. Die Leistung von Prof. Marthaler für die Präventivzahnmedizin kann nicht hoch genug bewertet werden. Er ebnete Wege in der Kollektiv- und Gruppenprophylaxe, die wir noch lange gehen werden.

Redaktion



### Schöne neue digitale Gesundheitswelt?

### Holpriger Start der elektronischen Patientenakte

Gesundheits-Apps gibt es bereits, Videosprechstunden auch. 2021 folgen nun ePA, eHBA, eRezept und eAU. Doch gerade der Start der elektronischen Patientenakte war holprig.

gematik-Geschäftsführer Dr. Markus Leyck Dieken bezeichnet sie als ein "Schlüsselelement"; für seinen Chef, Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, geht durch sie in Sachen Digitalisierung nun endlich etwas voran. Doch in den Augen des Bundesdatenschutzbeauftragten Ulrich Kelber ist sie ein rotes Tuch. So oder so: Die elektronische Patientenakte (ePA) sorgt für Zündstoff. Obwohl der Start für den 1. Januar 2021 versprochen war, weiß man schon seit einigen Monaten, dass eine tatsächlich funktionierende Patientenakte erst im Laufe dieses Jahres zur Verfügung stehen wird. Weitere relevante Funktionen und Inhalte, darunter auch die wichtige individuelle Rechtevergabe an Behandler für den Datenzugriff, kommen erst 2022.

"Die ersten Monate werden wie ein bundesweiter Feldtest", zitierte die "ÄrzteZeitung" Leyck Dieken. Der gematik-Chef gab sich aber realistisch: Es gehe darum, Erfahrungswerte zu sammeln und für Akzeptanz zu werben. "Wir werden nicht gleich doppelstellige Millionenzahlen bei den Usern sehen." Diese Meinung teilt auch Martin Litsch, Vorsitzender des

Bundesverbands der AOK. Wie er dem "Ärztenachrichtendienst" (aend) sagte, solle man sich vor großen Erwartungen für einen Digitalisierungs-Durchbruch besser hüten. Denn die Kernfunktion der Akte sei ja noch gar nicht aktiv. "Wenn dann die Ärzte auch Gesundheitsdaten einspielen können – das ist leider derzeit noch nicht der Fall – dann wird damit auch ein sehr großer Mehrwert erzeugt." Ein Mehrwert, den dann auch die Versicherten wahrnehmen würden, da sie dann ihre Gesundheitsdaten übersichtlich und zentral verwalten könnten.

### Digitale Gesundheitsangebote sind nicht für alle

Doch nicht jeder Versicherte ist von der schönen neuen digitalen Gesundheitswelt restlos begeistert, geschweige denn ist digital affin. Bestes Beispiel: die Corona Warn-App. Trotz der hohen Downloadzahl wird die App nach wie vor nur von einem Bruchteil der User regelmäßig genutzt. Von 200000 Meldungen positiver Testergebnisse, die hierüber bereits kommuniziert worden wären, war Anfang des Jahres die Rede. Doch bei inzwischen mehr als 25 Millionen Downloads und anhaltend hoher Infektionszahlen scheint hier noch ordentlich Luft nach oben zu sein.

Auch für die Dokumentenverwaltung seiner ePA braucht der Patient eine App,

die man von der jeweiligen Krankenkasse erhält. Wie sich schon bei der Corona-App zeigte, stellt dies insbesondere für ältere Menschen häufig eine Barriere dar. Bis auch ältere Patienten daran gewöhnt sind, mit modernen Technologien umzugehen, wird es wohl noch ein Weilchen dauern.

Die AOK befragte 8500 Versicherte im Alter von 18 bis 75 Jahren. Das Ergebnis: Mehr als jeder Zweite (52,4 Prozent) hat Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Gesundheitsangeboten. Knapp der Hälfte der Befragten (48,4 Prozent) fällt es schwer, zu beurteilen, ob die digitalen Informationsangebote überhaupt zuverlässig sind. Und 40 Prozent finden es mitunter sogar sehr schwierig herauszufinden, ob hinter den Gesundheitsinformationen nicht etwa kommerzielle Interessen stehen. Leicht zugänglich und verständlich müssten die digitalen Angebote sein, damit die Menschen davon auch profitieren könnten, so Litsch. Männer und Frauen selektierten unterschiedlich, auch der jeweilige Bildungsgrad oder die Höhe des Einkommens beeinflussen das Verständnis. Auch würden beispielsweise gesunde Menschen eine höhere digitale Gesundheitskompetenz aufweisen.

#### KZVB kritisiert Ausfälle der TI

Zutritt zur digitalen Gesundheitswelt ermöglicht die Telematik-Infrastruktur (TI) –

ein in sich geschlossenes System, das Arztpraxen, Kliniken, Apotheken und bald auch Pflegeheime miteinander vernetzt. ePA, eRezept, eAU, Videosprechstunden oder auch der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) laufen dann hierüber. Der schnelle Datenaustausch soll auch die Workflows erleichtern. Bis 30. Juni 2021 sind alle Arzt- und Zahnarztpraxen zum Nachweis einer entsprechenden, funktionierenden technischen Umgebung aufgefordert, ansonsten drohen Honorarkürzungen. Doch immer wieder ruckelt es hier, ganz besonders bei den für den laufenden Betrieb erforderlichen Konnektoren. Update-Probleme, fehlerhafte Geräte-Konfigurationen, ungenügender Passwortschutz, wochenlange Störungen. Die Vertreterversammlung der KZVB hat den Gesetzgeber und die gematik aufgefordert, den betroffenen Praxen alle dadurch entstandenen Mehrkosten zu erstatten und künftig für einen reibungslosen Betrieb der TI zu sorgen.

#### Cloud-Technologie auf dem Vormarsch

Dessen ungeachtet soll bald Cloud-Technologie Einzug ins Gesundheitswesen halten. IBM und Siemens Healthineers haben sich zusammengetan, um eine Gesundheitsplattform zu entwickeln, die breit genutzt werden soll. "Damit ermöglichen wir, dass Innovationen im Gesundheitswesen dort ankommen, wo sie direkten Nutzen stiften", zitiert das "Handelsblatt" den Siemens-Manager Thilo Mahr. Und Michael Burkhart, Leiter Gesundheitswirtschaft beim Beratungsunternehmen PricewaterhouseCoopers, ergänzt, dass ein Cloudeinsatz die vielen, vor allem fehleranfälligen Insellösungen mit häufigen Schnittstellenproblemen in den Griff bekommen und beenden könnte.

Praktisch ist es, dass IBM und die mit der ePA-Umsetzung beauftragte gematik sich ohnehin gut verstehen. IBM Deutschland ist Subunternehmer beim e-Rezept. Im Auftrag der gematik ist der IT-Riese mit der Entwicklung und dem späteren Betrieb eines zentralen digitalen Fachdienstes betraut, über den künftig alle Rezepte verschlüsselt abgelegt werden und von dem aus die Verordnungen in die e-Rezept-App und Apothekensysteme heruntergeladen werden. Und auch bei der ePA beweist IBM Kompetenz: als Technologiepartner der Techniker Krankenkasse geht die dortige Patientenakte auf sein Konto.

Fazit: Big data ist derzeit vor allem ein big business. Große Konzerne wittern ein Milliardengeschäft beim weiteren Ausbau der digitalen Infrastruktur. Solange mit Jens Spahn ein Politiker an der Spitze des Bundesgesundheitsministeriums steht, der vor allem die Chancen und nicht die Risiken der Digitalisierung im Blick hat, werden Bedenken von Datenschützern, Ärzten und Zahnärzten kaum Gehör finden.

Ingrid Scholz



### Aus einer Position der Stärke durch unruhige Zeiten

### Jahresbericht der Bayerischen Ärzteversorgung

Die Bayerische Ärzteversorgung (BÄV) hat die ökonomischen Herausforderungen der Corona-Krise bislang gut gemeistert. Vieles spricht dafür, dass dies auch für die möglicherweise noch kommenden Prüfungen gilt.

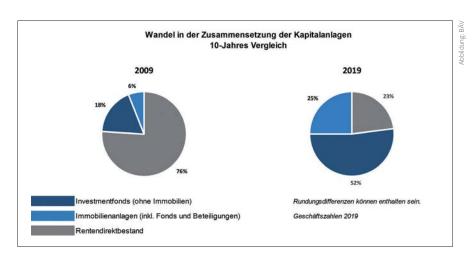
Die BÄV ist aus einer gestärkten Position in das Corona-Jahr 2020 gegangen, denn der Jahresabschluss 2019 war sehr zufriedenstellend. Das spiegelt sich in den Zahlen wider und verdeutlicht zugleich, dass das Versorgungswerk mit einer Nettoverzinsung von 3,72 Prozent (Vorjahr: 3,62 Prozent) gut aufgestellt ist. Die Kapitalanlagebestände erhöhten sich per Saldo um 6 Prozent auf 24,9 Milliarden Euro.

Zu diesem guten Ergebnis haben 2019 viele Anlageklassen beigetragen, wobei sich insbesondere Aktieninvestments sehr gut entwickelt haben. Der Bestand der aktiven Mitglieder erhöhte sich um 1,9 Prozent auf 96453. Das Beitragsaufkommen des Versorgungswerkes wuchs um 3,8 Prozent auf 1.367 Millionen Euro. Sichtbarer Ausdruck für das Vertrauen, das die Mitglieder ihrem Versorgungswerk entgegenbringen, ist die beachtliche Zunahme von 9,3 Prozent an freiwilligen Beitragszahlungen, die ein Volumen von 94 Millionen Euro erreichten. Die Zahl der Versorgungsempfänger stieg um 3,2 Prozent auf 38428. Zugleich haben sich die Versorgungsleistungen im Berichtsjahr um 4,5 Prozent auf 1.090 Millionen Euro erhöht. Dank des guten Geschäftsjahres war es möglich, die Rücklagen weiter deutlich auszubauen, um auch für außergewöhnliche Ereignisse gerüstet zu sein. Zugleich wurden Anwartschaften und Versorgungsleistungen um 1,5 Prozent (zum 1. Januar 2020) sowie 1 Prozent (zum 1. Januar 2021) dynamisiert. Dies bedeutet keine Schlechterstellung gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung, da sowohl die Ausgangsverrentung als auch die Gesamtverrentung des Versorgungswerkes systembedingt höher sind.

Als Finanzierungssystem wird das offene Deckungsplanverfahren angewendet. Die Verbindung von Umlageelementen mit einer Kapitaldeckung macht dieses Verfahren weniger abhängig von demografischen Veränderungen und Kapitalmarktschwankungen. Kapitalerträge tragen jedoch erheblich dazu bei, die zugesagten Leistungen an die heutigen und künftigen Versorgungsempfänger zu finanzieren. Die guten Ergebnisse des Jahres 2019 und die Tatsache, dass das Versorgungswerk in den vergangenen Jahren seine Hausaufgaben gemacht hat, kommen uns jetzt zugute. Durch die Streuung der Anlagen hat das Portfolio ein gesundes Verhältnis von Chance und Risiko.

Wir wissen nicht, wie sich die Welt entwickeln wird, deshalb sind die Diversifizierung und gezielte Steuerung der Kapitalanlage erfolgsentscheidend. Davon zeugt die Entwicklung unseres Kapitalanlageportfolios im letzten Jahrzehnt. Früher bestanden die Anlagen überwiegend aus festverzinslichen Wertpapieren – und die waren damals noch einigermaßen verzinst. Heute sieht die Welt anders aus. Der Anteil an festverzinslichen Wertpapieren ist auf unter 25 Prozent abgeschmolzen. Stattdessen wird vorwiegend in andere Segmente wie Immobilien und Wertpapierspezialfonds investiert und dabei regional sowie sektoral diversifiziert.

Auch der Bereich der alternativen Investments wurde in den vergangenen Jahren gezielt aufgebaut. Hier erfolgen Investitionen vor allem in Private Equity, Infrastruktur und Timber (nachhaltige Wald-Investments). Solche Engagements können nur über eine langfristige Perspektive erfolgreich sein. Dies ist für das Versorgungswerk genau der richtige Anlagehorizont, da sich die Mitgliedschaft meist über viele Jahrzehnte erstreckt. Ein weiterer Baustein, um für die derzeitigen Turbulenzen gerüstet zu sein, liegt im sukzessiven Aufbau von Sicherheitsmitteln. Diese Puffer erlauben uns, Krisensituationen auszuhalten und Kapitalanlage-Positionen



nicht zwangsweise aufgeben zu müssen. Sie eröffnen auch Handlungsspielräume, um bei günstigen Gelegenheiten – wie im Frühjahr 2020 – Wertpapiere zuzukaufen und das Portfolio weiter zu optimieren.

Das heißt jedoch nicht, dass der wirtschaftliche Stillstand keine Auswirkungen auf das Ergebnis im Geschäftsjahr 2020 haben wird, denn fast alle Anlagesegmente und alle Weltregionen sind betroffen. Auf Buchwertbasis sind per 30. November 2020 74 Prozent der Kapitalanlagen in Spezialfonds investiert. Hierbei handelt es sich um Aktienfonds, Anleihefonds, international investierende Immobilienfonds sowie Beteiligungen und andere alternative Investments. Lag der Wertrückgang in den Fonds zum 31. März 2020 noch bei minus 6,8 Prozent, so hat sich die Performance seit Anfang 2020 bis zum 30. November auf plus 2,78 Prozent verbessert. Im Hinblick auf die weltwirtschaftliche Entwicklung bestehen aber auch im Jahr 2021 zahlreiche Unsicherheiten, sodass an den Finanzmärkten weiterhin mit Schwankungen und Rückschlägen zu rechnen ist.

Seit mehr als einem Jahrzehnt bewegen sich die Kapitalmärkte in einer sich verschärfenden Niedrigzinsphase. Aufgrund der immensen neuen Staatsschulden in Verbindung mit den enormen zusätzlichen Liquiditätsbereitstellungen der Notenbanken ist der Weg für die nächsten Jahre vorgezeichnet. Mit einer Anhebung des Zinsniveaus ist auf absehbare Zeit kaum mehr zu rechnen. Denn nur wenn die Zinsen niedrig bleiben, wird es den Regierungen möglich sein, den Corona-bedingten Anstieg der Verschuldung haushaltsverträglich zu refinanzieren. Auf Dauer wird damit allerdings eine nicht nachhaltige Finanzpolitik begünstigt. Deshalb sollte man warnend die Hand heben, wenn mit Maßnahmenpaketen zur Bewältigung der Pandemie jede finanzielle Relation verloren zu gehen droht. Ohne eine klare Strategie für den Ausstieg aus dem abgestimmten Vorgehen von Geldund Fiskalpolitik besteht mittelfristig das Risiko unkontrollierter Defizite, gekoppelt mit einer übermäßigen Ausweitung der Geldmenge und damit letztendlich steigender Inflation.

Die rentierliche Neu- und Wiederanlage von Kapital wird dadurch auch für institutionelle Investoren zu einer immer größeren Herausforderung. Als Reaktion auf die andauernde Niedrigzinsphase sahen sich die Geschäftsführung sowie die Selbstverwaltungsgremien der BÄV gezwungen, den Rechnungszins zum 31. Dezember 2020 um 0,25 Prozentpunkte auf 3,25 Prozent abzusenken. Die Anpassung des Rechnungszinses hat keinen Einfluss auf die Höhe der Leistungen, da sie aus der Gewinnrücklage finanziert wird. Sie dient dem Ziel, die Leistungs- und Zukunftsfähigkeit des Versorgungswerks – unter den Vorzeichen eines fundamental veränderten Kapitalmarktumfelds – zu stärken. In einem berufsständischen Versorgungswerk ist der Rechnungszins nicht zu vergleichen mit dem Garantiezins in der Lebensversicherung, der derzeit noch 0,9 Prozent beträgt. Der Rechnungszins stellt lediglich eine Rechnungsgrundlage bei den versicherungsmathematischen Berechnungen dar und ist so festzulegen, dass die langfristige Funktionsfähigkeit des Versorgungswerks nicht beeinträchtigt wird. Das bedeutet, dass der Rechnungszins dauerhaft die langfristig erzielbare Rendite im Versorgungswerk nicht übersteigen soll. Wird in der Realität mehr Rendite erwirtschaftet. können mit dem Überschuss die Anwartschaften und Versorgungsleistungen entsprechend höher dynamisiert werden.

### Digitalisierung und Automatisierung von Geschäftsprozessen

Manches spricht dafür, dass sich 2020 als Jahr des endgültigen Übergangs vom analogen in das digitale Zeitalter etablieren wird, denn die Pandemie hat sich in Form eines ungewollten Stresstests zum Beschleuniger technologischer Neuerungen entwickelt. In den vergangenen Monaten hat sich ausgezahlt, dass die BÄV über eine leistungsfähige technische Infrastruktur verfügt. Hier knüpft die Verwaltung weiter an, um die Kommunikation mit den Mitgliedern Schritt für Schritt zu vereinfachen, und – soweit möglich – digital abzubilden. Das Online-Portal BÄV24 (www.baev24.de) wird derzeit dahingehend optimiert, dass

im Verlauf des Jahres hierüber eine wechselseitige Kommunikation mit den Mitgliedern erfolgen kann. Über die künftige App, die voraussichtlich ab dem Sommer 2021 zur Verfügung stehen wird, soll insbesondere das Fotografieren und Übermitteln von Dokumenten möglich sein. Sichtbar wird die Modernisierung bereits auf der Homepage des Versorgungswerks unter www.bayerische-aerzteversorgung.de. Neben einer frischen Optik erhielt die Homepage auch eine nutzerorientierte Strukturierung, bessere Bedienbarkeit und tiefergehende Informationen zu häufigen Fragestellungen. Bestandteil ist zudem ein Formularcenter sowie ein Kontaktformular mit Upload-Funktion.

#### Frühzeitig auf Neues einstellen

Wir erleben jetzt ganz unmittelbar, wie fragil der Zustand einer "gewohnten Normalität" plötzlich sein kann. Diese Krise ist eine Grenzerfahrung und führt vor Augen, was im Ernstfall funktioniert und was nicht. Die BÄV konnte in den vergangenen Monaten erneut unter Beweis stellen, dass sie auch in unruhigen Zeiten für Stabilität steht. Ganz wesentlich für den Erfolg ist die fortwährende Anpassung an wirtschaftliche und gesellschaftliche Veränderungsprozesse. Dabei gilt es, alle Generationen im Blick zu behalten. Auch wenn uns heute das Niedrigzinsumfeld vor große Herausforderungen stellt, haben die Selbstverwaltungsgremien die BÄV zukunftsfest positioniert. Und auch das zeichnet uns aus: Das Versorgungswerk dient nicht irgendwelchen anonymen Aktionären. Es ist für uns alle und von uns allen. Eine starke Gemeinschaft unter Kolleginnen und Kollegen. Das sind die besten Voraussetzungen, um auch in Zukunft schlagkräftig und eigenständig die Interessen des Berufsstandes in allen Belangen zu vertreten.



Dr. Florian Kinner Referent Ärzteversorgung der BLZK Mitglied des Verwaltungsausschusses der BÄV



### Zahnärzte fühlen sich gut vorbereitet

### Umfrage zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie im ambulanten Sektor

Neue Hygieneregeln, Patientenrückgang, Umsatzeinbußen und dazu die Sorge, man könnte sich trotz aller Umsicht infizieren: Die Corona-Pandemie hat im vergangenen Jahr die Abläufe in den Praxen erheblich beeinflusst. Wissenschaftler der Universität zu Köln untersuchen derzeit die Auswirkungen der Pandemie auf den ambulanten Sektor.

Keine Arzt- oder Zahnarztpraxis, in der nicht mindestens ein prominent platzierter Spender zur Desinfizierung der Hände aufrufen würde. Die Hygiene ist allerdings kein Problem. Sie ist Teil des Praxisalltags, wenngleich seit dem vergangenen Jahr noch weit mehr als üblich. Ein Forschungsprojekt der Kölner Universitätsmedizin untersucht die Covid-19-Krise aus Sicht des ambulanten Sektors, um in Zukunft für ähnlich einschneidende Ereignisse gewappnet zu sein. Start der ersten Umfrage-Runde war im vergangenen Sommer. Drei Befragungen werden es insgesamt sein, zu denen 18000 niedergelassene Ärzte eingeladen werden. Für eine wirklich breite Trendanalyse werden neben den Hausärzten auch verschiedene Facharztgruppen, so auch Zahnärzte befragt. Denn die jeweiligen Fachgebiete sind mit sehr unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert.

Ein erstes Fazit lautet: Zahnärzte fühlten sich besser vorbereitet auf die Auswirkungen der Pandemie als Ärzte anderer Fachrichtungen (84 Prozent). An der ersten Fragerunde im Zeitraum

Juni bis September beteiligten sich rund 300 Zahnärzte (dies entspricht etwa 15 Prozent der insgesamt Befragten). Dass in den ersten Corona-Monaten weniger Patiententermine stattgefunden haben, ist keine Überraschung. Teils gab es Termineinbrüche von mehr als 70 Prozent, nurmehr ein knappes Fünftel der Prophylaxe-Behandlungen wurde durchgeführt. Auf die Termineinbrüche folgte ein Umsatzrückgang, der im Durchschnitt bei knapp 55 Prozent erfasst wurde. Mehr als zwei Drittel der Praxen (77 Prozent) führten zudem Kurzarbeit ein.

Um sich nicht unnötigen Risiken auszusetzen, hatten alle zahnärztlichen Körperschaften in den ersten kritischen Monaten der Pandemie appelliert, nur noch unaufschiebbare Behandlungen durchzuführen. Als die Fallzahlen im Sommer wieder zurückgingen, wurde die Bevölkerung

ermuntert, nun wieder zum Zahnarzt zu gehen und insbesondere Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen. Die KZVB startete hierfür eine bayernweite Informationskampagne.

Die Sorge vor einer Infektion war bei den Zahnärzten jedoch deutlich höher als bei anderen Fachärzten. 59 Prozent befürchteten, sich selbst anzustecken, rund 73 Prozent hatten Sorge, ihre Angehörigen zu infizieren. So war die emotionale Belastung bei allen extrem hoch (knapp 96 Prozent).

Die Ergebnisse der zweiten Online-Befragung (Abschluss Anfang Januar) lagen bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch nicht vor. Nach Beendigung des Forschungsprojekts stellen wir das Gesamtergebnis aller drei Befragungsrunden vor.

Ingrid Scholz

#### **AMBULANTE VERSORGUNG IN CORONA-ZEITEN**

Das Forschungsprojekt "The Covid-19 Crisis and its impact on the German ambulatory sector – the physicians view" (Covid-GAMS) wird mit 149.000 Euro vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. In drei Online-Befragungsrunden werden organisatorische, ökonomische und interpersonelle Herausforderungen untersucht sowie die direkten Auswirkungen auf die Patientenversorgung aus Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Die Studie soll ein fundiertes Bild zur aktuellen Rolle der ambulanten Versorgung in Deutschland unter Covid-19 liefern und Hinweise auf veränderte Behandlungsoptionen auch für zukünftige Versorgungsszenarien geben.

### Digitale Gesundheitskompetenz: Jeder Zweite hat Probleme

Der Umgang mit gesundheitsbezogenen digitalen Angeboten und Informationen fällt gut jedem zweiten Bürger in Deutschland schwer. Das belegen bundesweit repräsentative Daten zur digitalen Gesundheitskompetenz, die von der AOK vorgestellt wurden. "Während die Digitalisierung immer weiter voranschreitet, wächst die Gefahr, dass die Bürger nicht mehr mitkommen. Deshalb brauchen sie verlässliche und leicht verständliche Informationsangebote im Netz", sagte der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, bei der Präsentation der Studie in Berlin.

Das Institut Skopos befragte bundesweit 8500 Frauen und Männer im Alter von 18 bis 75 Jahren, wie gut sie digitale Gesundheitsinformationen finden, verstehen, bewerten und letztendlich für sich nutzen können. Mehr als die Hälfte der Befragten (52,4 Prozent) verfügt demnach nur über eine eingeschränkte digitale Gesundheitskompetenz. Knapp der Hälfte (48,4 Prozent) fällt es schwer zu beurteilen, ob die Informationen zuverlässig sind oder nicht. 40,0 Prozent finden es zudem "schwierig" oder "sehr schwierig" herauszufinden, ob hinter den Gesundheitsinformationen kommerzielle Interessen stehen. Frauen sowie Personen mit höherem Einkommen und höherer Bildung zeigen tendenziell eine höhere digitale Kompetenz. Personen mit sehr gutem oder gutem Gesundheitszustand haben eine höhere digitale Gesundheitskompetenz als Personen mit mittelmäßigem bis sehr schlechtem Gesundheitszustand, so die weiteren Erkenntnisse der Studie.

tas/Quelle: AOK-Bundesverband

### Im Dienste der Mundgesundheit: "Wrigley Prophylaxe Preis 2021"

Der "Wrigley Prophylaxe Preis 2021" ist ausgeschrieben: Unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) als Schirmherrin werden zum 27. Mal herausragende Projekte rund um die Zahn- und Mundgesundheitsförderung in Wissenschaft und Praxis ausgezeichnet. Aufgerufen zur Bewerbung um den renommierten Preis sind Forschende und Praktizierende in der Zahnmedizin und anderen Fachrichtun-

gen. Auch der Sonderpreis "Niedergelassene Praxis und gesellschaftliches Engagement" ist erneut ausgeschrieben.

Gestiftet wird der Preis von der Gesundheitsinitiative "Wrigley Oral Healthcare Program" (WOHP), die sich seit 1989 für eine gute Zahn- und Mundgesundheit aller Bevölkerungsgruppen einsetzt. Die Gesamtprämie von 10.000 Euro kann unter bestimmten Umständen erhöht werden – zum Beispiel im Falle mehrerer durch die Jury gleichermaßen als exzellent bewerteter Einreichungen.

Mit dem zusätzlich ausgeschriebenen, bis zu 2.000 Euro dotierten Sonderpreis "Niedergelassene Praxis und gesellschaftliches Engagement" sollen praxisorientierte Projekte aus Zahnarztpraxen, Schulen, Kindergärten und anderen Institutionen gewürdigt werden. Um den Sonderpreis bewerben können sich Praxismitarbeiter sowie Lehrer, Erzieher und alle, die sich – auch ehrenamtlich – für eine bessere Mundgesundheit in der Bevölkerung engagieren. Verliehen werden die Preise im Rahmen der DGZ-Jahrestagung. Sie findet am 19. November in Göttingen statt.

Ausschreibungsflyer und Bewerbungsformulare sind im Internet abrufbar: www.wrigley-dental.de

tas/Quelle: WOHP

### Kampagne #GesundAbMund: Neuer Download-Bereich

Die Materialien der von der Bundeszahnärztekammer gestarteten Kommunikationsoffensive #GesundAbMund (siehe BZB 11/2020, S.19) können jetzt in einem eigenen Download-Bereich abgerufen und für Büroräume, Zahnarztpraxen und Social Media-Aktivitäten genutzt werden. Der Direktlink lautet:

https://download.gesund-ab-mund.de Der Download-Bereich ist auch direkt von der Website https://gesund-ab-mund.de erreichbar.

tas/Ouelle: BZÄK

BZB Januar/Februar 2021 29



2020 wird als Corona-Jahr weltweit in die Geschichtsbücher eingehen. Wir hoffen und wünschen uns ein besseres 2021. Die Bewältigung der Krise auf vielen Ebenen, die Test- und Impfstrategien, die unmittelbare Veröffentlichung von Infektionszahlen, Inzidenzwerten und vieles mehr haben der Bevölkerung vor Augen geführt, wie wichtig eine funktionierende Datenermittlung sowie schnelle und sichere Verarbeitungsvorgänge sind.

Die Digitalisierung hat in dieser Krise also einen neuen Stellenwert und eine neue Dynamik bekommen, nicht nur durch Homeoffice und Videokonferenzen. Das Bundesgesundheitsministerium, allen voran Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, hat in diesem Jahr mit hoher Geschwindigkeit und Stringenz die Weiterentwicklung der Telematik-Infrastruktur als Grundlage für digitale Anwendungen im Gesundheitswesen vorangetrieben. Den Überblick zu behalten ist selbst für Fachkreise nicht immer einfach. Diese Übersicht, die von der KZV Niedersachsen erstellt wurde, gibt kompakte Informationen zu den nächsten geplanten TI-Projekten:

### eHBA (elektronischer Heilberufsausweis)

Für die vollumfängliche Nutzung aller TI-Mehrwertdienste ist ein elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) notwendig. Gemäß der gesetzlichen Vorgabe im Patientendatenschutzgesetz (PDSG) darf der Zugriff auf vorhandene Notfalldaten oder auf einen Medikationsplan auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nur dann erfolgen, wenn Zahnärzte in der Praxis über einen eHBA verfügen. Für die Ausgabe des eHBA ist in Bayern die Landeszahnärztekammer zuständig, die auf ihrer Internetseite blzk.de ausführliche Informationen dazu bereit hält.

### KIM (Kommunikation im Medizinwesen)

Die TI-Anwendung Kommunikation im Medizinwesen (KIM) wird ab Anfang 2021 von mehreren Anbietern verfügbar sein und ist Grundvoraussetzung für den sicheren, digitalen Austausch von Patientendaten. KIM ist ein E-Mail-Dienst mit Verschlüsselung der Daten und der Möglichkeit der digitalen Signatur. Für zahlreiche Anwendungen innerhalb der TI sowie auch für den Übergang zum papierlosen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren ist KIM notwendig. KZBV und die BZÄK stehen den Bemühungen des Gesetzgebers, die Möglichkeiten von KIM noch auszuweiten und nutzbar zu machen, grundsätzlich positiv gegenüber.

### NFDM / eMP (Notfalldatenmanagement / elektronischer Medikationsplan)

Die Anwendungen Notfalldatenmanagement (NFDM) und der elektronische

Medikationsplan (eMP) wurden bereits eingeführt. Voraussetzung ist das Upgrade des VSDM-Konnektors zum sogenannten eHealth-Konnektor (PTV3) sowie ein entsprechendes Modul in Ihrem Praxisverwaltungsprogramm.

#### ePA (elektronische Patientenakte)

ePA steht für die patientengeführte elektronische Patientenakte, zu deren Bereitstellung die Krankenkassen ab 1. Januar 2021 verpflichtet sind. Zwar wird es zu Beginn des Jahres 2021 noch keine ePAfähigen Konnektoren geben, gleichwohl halten Bundesgesundheitsministerium und gematik daran fest, dass Krankenkassen ihren Versicherten im Lauf des Jahres 2021 eine ePA anbieten sollen.

#### eRezept (elektronisches Rezept)

Das eRezept führt zum Wechsel vom bisher papiergeführten Rezeptformular hin zu einer elektronischen Verordnung, die zum Beispiel mittels Smartphone in jeder Apotheke eingelöst werden kann. Die Einführung des eRezeptes soll am 1. Juli 2021 beginnen, die vollständige Umsetzung ist geplant für den 1. Januar 2022.

Für ePA und eRezept wurde die Grundsatzfinanzierungsvereinbarung (GFInV) bereits erweitert und neue Finanzierungspauschalen für Konnektoren, Updates und notwendige Anpassungen der Praxisverwaltungssysteme vereinbart.

### Telemedizin – Videosprechstunden

Bereits zum 1. Oktober 2020 wurden erste Gebührennummern zur Abrechnung dieser neuen Leistungen in den Bema aufgenommen. In einem Referentenentwurf zum 3. Digitalisierungsgesetz ist der weitere Ausbau der Telemedizin insbesondere der Videosprechstunden für Information, Beratung und Aufklärung geplant. Die Ausweitung der Videosprechstunden im vertragszahnärztlichen Bereich auf alle Versicherten erscheint nach Ansicht der KZBV auch angesichts der globalen Epidemielage und des Social Distancings geboten zu sein.

### eAU (elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung)

Die ursprünglich für den 1. Januar 2021 geplante Einführung wurde aufgrund fehlender technischer Komponenten, insbesondere bei den Krankenkassen, auf den 30. September 2021 verschoben. Ab diesem Zeitpunkt muss die eAU verpflichtend in jeder Praxis angewendet werden. Dafür ist ein KIM-E-Maildienst sowie der eHBA für die notwendige digitale Signatur erforderlich.

#### IT-Sicherheitsrichtlinie

Die ursprünglich sehr umfangreiche und schwer lesbare IT-Sicherheitsrichtlinie, die

zur Abstimmung der Vertreterversammlung der KZBV vorgelegt werden sollte, wurde auf Intervention der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe (AG KZVen) zurückgezogen und durch eine sehr viel übersichtlichere und praxistaugliche Fassung ersetzt

Die niedergelassenen Zahnärzte stehen vor großen Veränderungen im Praxisalltag. Die zahnärztlichen Körperschaften werden sie dabei bestmöglich unterstützen und über die weiteren Entwicklungen informieren.

Redaktion

#### **LEITFADEN ZUM HEILBERUFSAUSWEIS (EHBA)**

#### Was ist der eHBA und wozu brauche ich diesen?

Der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) ist ein Ausweis für Zahnärztinnen und Zahnärzte, mit dem eine rechtsverbindliche elektronische Signatur getätigt und elektronische Dokumente auf sichere Art und Weise verschlüsselt werden können.

Die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen sind gemäß TSVG, DVG und PDSG ab dem 1. Januar 2021 zur Übermittlung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und zur Unterstützung der elektronischen Patientenakte (ePA) verpflichtet. Da sowohl auf Seiten der Praxen als auch auf Seiten der Krankenkassen noch nicht alle Voraussetzungen für die eAU vorhanden sind, gibt es eine Übergangsfrist bis 30. September 2021. Für die Durchführung der eAU ist neben einem eHealth-Konnektor der Dienst Kommunikation im Medizinwesen (KIM) sowie eHBA zwingend erforderlich.

#### Wie bekomme ich den eHBA?

Der eHBA wird über die Bayerische Landeszahnärztekammer beantragt. Zunächst wurden Praxisinhaber in alphabetischer Reihenfolge angeschrieben, im Anschluss daran angestellte Zahnärzte und sonstige Berufstätige.

Derzeit zugelassene Vertrauensdiensteanbieter (VDA) sind: T-Systems International GmbH (Tochter Dt. Telekom AG) D-Trust GmbH (Tochter Bundesdruckerei GmbH)

#### Freischaltung und Aktivierung des eHBA

Nachdem Sie Ihren eHBA und Ihren PIN/PUK-Brief erhalten haben, müssen Sie diesen vor der Nutzung freischalten und (durch Initialisierung der PIN) aktivieren.

Eine Beschreibung zur Freischaltung und Aktivierung des elektronischen Heilberufsausweis finden Sie auf der Homepage Ihres Diensteanbieters.

### Registrierung des eHBA bei der KZVB

Der Nachweis, dass die Praxis über das Vorhandensein der erforderlichen Komponenten und Dienste (dazu gehört auch der eHBA) zum Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) verfügt, ist bis zum 30. Juni 2021 zu erbringen.

Der Nachweis ist über die Registrierung des eHBA auf kzvb.de geplant. Die dafür notwendigen webseitigen Anwendungen sind im Aufbau.

#### Refinanzierung des eHBA

Die Kostenerstattung in Höhe von 233 Euro wird durch den GKV-Spitzenverband aus Mitteln der Krankenkassenumlage finanziert.

#### Sanktionen

Wird der erforderliche Nachweis nicht bis zum 30. Juni 2021 erbracht, ist die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen pauschal um ein Prozent so lange zu kürzen, bis der Nachweis erbracht ist (vgl. § 291 Abs. 2c S.2 SGB V).



### "Bürokratiearme Lösung"

#### KZBV und KBV verabschieden IT-Sicherheitsrichtlinie

Das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) verpflichtet die ärztliche und zahnärztliche Selbstverwaltung eine IT-Sicherheitsrichtlinie zu erlassen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sind dieser Aufforderung nun nachgekommen. Die "Richtlinie zur IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung" gibt Arzt- und Zahnarztpraxen eine klare Handreichung für die Datensicherheit im Praxisalltag.

In Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) haben sich KZBV und KBV auf eine gemeinsame Vorgehensweise verständigt. Die IT-Sicherheitsrichtlinie gilt jeweils für ein Jahr und soll die Sicherheitsanforderungen in den Praxen überprüfen und festlegen. Dabei geht es unter anderem um Organisationsfragen und das interne Sicherheitsmanagement, den Personaleinsatz sowie die technische Ausstattung. Mittels klarer Vorgaben sollen Zahnärzte, Ärzte und Psychotherapeuten unterstützt werden, Gesundheitsdaten in den Praxen künftig noch besser zu schützen. Die Anforderungen werden gezielt auf die jeweilige Praxisgröße ausgerichtet und definieren besonders relevante sicherheitstechnische Voraussetzungen für Aufbau und Betrieb der Praxis-EDV. Berücksichtigt wird dabei auch der inzwischen obligatorische Anschluss an die Telematik-Infrastruktur sowie der Einsatz mobiler Anwendungen und Geräte wie Smartphones und Tablets.

"Mit der von der KZBV erarbeiteten und jetzt verabschiedeten Fassung der IT-Sicherheitsrichtlinie haben wir eine bürokratiearme Lösung gefunden, die mit dem normalen Praxisalltag gut vereinbar ist", so Dr. Karl-Georg Pochhammer, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KZBV. Mit wenigen gezielten Anforderungen sei es gelungen, ein adäquates Sicherheitsniveau für die Praxen festzulegen. Entgegen der Befürchtungen vieler Kolleginnen und Kollegen sollte es den Zahnarztpraxen ohne größeren Aufwand oder Vorgaben möglich sein, die Sicherheitsrichtlinie nun umzusetzen. Pochhammer: Sie "regelt weitestgehend das, was auf Grundlage bisheriger Bestimmungen der europäischen Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes ohnehin bereits vorgeschrieben ist und was in den meisten Praxen auch schon berücksichtigt wird. Ansonsten bleibt es dabei: Der messbare Aufwand zur Erfüllung der Anforderung der Richtlinie dürfte für Praxen, die bislang schon geltende Vorgaben beachten, vergleichsweise gering sein. Insbesondere auch diese Botschaft gilt es nun immer wieder in die Praxen zu kommunizieren."

Die KZBV hatte sich bei der Erstellung der Richtlinie über viele Monate dafür eingesetzt, dass die gesetzlichen Vorgaben für Zahnarztpraxen mit vernünftigem und vertretbarem Aufwand umsetzbar sind und die Anforderungen auf das tatsächlich notwendige Maß reduziert wurden. Für die Geltung der verschiedenen Anforderungen definiert die Richtlinie unterschiedliche Umsetzungszeiträume.

#### Adäquater finanzieller Ausgleich

Die Vertreterversammlung der KZVB forderte die Bundes-KZV bei ihrer Sitzung im Januar auf, die durch die Richtlinie anfallenden Kosten zu eruieren und sich für eine Erstattung einzusetzen. Ohne adäquaten finanziellen Ausgleich sei die zusätzliche Bürokratie "nicht mehr zu stemmen".

Redaktion

### WEITERE INFORMATIONEN

Die Inhalte der Richtlinie, ein FAQ-Katalog sowie ein zahnarztspezifischer Leitfaden werden nach Inkrafttreten auf kzvb.de abrufbar sein. Die Broschüre informiert kompakt über alle relevanten Aspekte der IT-Sicherheit. Zudem ermöglicht sie Zahnärztinnen und Zahnärzten in Eigenregie die Praxisinfrastruktur einem ersten "Check" zu unterziehen und unterstützt bei der Auswahl geeigneter Maßnahmen.

### GOZ aktuell

### Neues Urteil zu PKV-Schreiben

In der Serie "GOZ aktuell" veröffentlicht das BZB Berechnungsempfehlungen und Hinweise zur GOZ 2012. Zur Weitergabe innerhalb der Praxis und zum Abheften können die Beiträge aus dem Heft herausgetrennt werden. Sie sind auch auf www.bzb-online.de abrufbar.

Ein möglicherweise richtungsweisendes Urteil hat das Oberlandesgericht Dresden gefällt. Das Gericht entschied am 9. Oktober 2020 (Az.: 14 U 807/20), dass es nach §4 Nr.4 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) ein unlauteres Abfangen von Parteien darstellt und deren Recht auf freie Arztwahl berührt, wenn ein Versicherer, der über die Kostenübernahme bei einem Heil- und Kostenplan entscheidet, seine Schlüsselposition dazu nutzt, den Patienten zu einem Wechsel zu den mit dem Versicherer in einem Netzwerk verbundenen Zahnärzten zu bewegen, indem er ihm eine Vergünstigung in Aussicht stellt. Damit hat das Oberlandesgericht klargestellt, dass der Versuch von privaten Krankenversicherern, ihre Kunden durch finanzielle Anreize zu einem Arztwechsel zu bewegen, wettbewerbswidrig ist.

In dem entschiedenen Fall ging es um einen Patienten, der bei der Beklagten versichert war und dort einen Heil- und Kostenplan für eine Behandlung eingereicht hat. In einem Antwortschreiben forderte die Beklagte noch weitere Unterlagen an und schrieb unter anderem "[...] Möchten Sie unser Angebot nutzen und unseren Gesundheitspartner kennenlernen? Setzen Sie sich mit unserem Partner in Verbindung und reduzieren Sie Ihren Eigenanteil: [...] Entscheiden Sie sich für unseren Gesundheitspartner, erhöht sich sogar Ihr Erstattungsanspruch für zahntechnische Leistungen um 5 Prozent."

#### Gezielte Behinderung einer Zahnärztin

Die Klägerin, eine Zahnärztin aus Sachsen, machte geltend, dass sie durch dieses Verhalten der Versicherung als Mitbewerberin gezielt behindert würde. In früheren Verfahren hatte unter anderem auch der Bundesgerichtshof entschieden, wenn die Entscheidung über die Auswahl des Dienstleisters (hier Rechtsanwalt) beim Versicherungsnehmer liege und die Grenze des unzulässigen psychischen



Drucks nicht überschritten werde, eben gerade keine Einschränkung der freien Anwaltswahl vorliege. Abgestellt wurde also immer darauf, dass letztendlich der Patient beziehungsweise auch der Versicherungsnehmer doch selbst das Recht hätten, den Arzt beziehungsweise Anwalt auszuwählen und die Grenze unzulässigen psychischen Drucks nicht überschritten werde.

Das Oberlandesgericht Dresden zog die Grenze nicht so eng und stellte fest: "Noch bevor sie den Heil- und Kostenplan der Klägerin abschließend geprüft oder auch nur inhaltliche Defizite ausgemacht hat, regt sie als Versicherer gegenüber ihrem Vertragspartner einen Arztwechsel an. Der Versicherungsnehmer erstrebt mit der Vorlage des Heil- und Kostenplans eine Leistungsübernahme im vollen tariflichen Umfang und wendet sich allein deshalb und zwangsläufig an seinen Versicherer. In diesem Zusammenhang überrascht ihn aber die Beklagte mit der Möglichkeit des Arztwechsels. Als Versicherer ist sie dabei in der vom einreichenden Versicherungsnehmer als stärker empfundenen Position, über den Umfang der Kostenübernahme aufgrund des Heil- und Kostenplans der Klägerin zu entscheiden. Die Beklagte nutzt diese Position verfahrensfremd dazu, die Nachfrage auf ihre Gesundheitspartner umzulenken. Versicherungsnehmer sind geneigt, den Wünschen ihres Versicherungsunternehmens nachzukommen, um eine rasche, einfache und möglichst kostendeckende Leistungsübernahme zu erreichen."

#### Rechtliche Handhabe

Dank dieser Entscheidung haben Zahnärzte nunmehr eine Handhabe gegen entsprechende Schreiben von Versicherungen ihrer Patienten. Denn sie können in Zukunft argumentieren, dass die freie Arztwahl ein auch wettbewerbsrechtlich geschütztes Gut ist. Leider hat sich das Oberlandesgericht nicht abschließend dazu geäußert,



BZB Januar/Februar 2021 33

#### **KOMMENTAR**

#### Schutz für ein hohes Gut

Ohne jeden Zweifel: Das Recht auf freie Arztwahl ist ein hohes Gut. Die Tatsache, dass Patienten ihre Ärzte frei wählen und bei Bedarf auch wechseln können, wird vollkommen zu Recht als eine der wichtigsten Errungenschaften des deutschen Gesundheitswesens verstanden. Der Gesetzgeber hat die freie Arztwahl explizit in Paragraf 76 SGBV festgeschrieben. Patienten genießen auch hohen Schutz, wenn es um Aufklärung und Dokumentation bei der Behandlung geht – hier wird der Arzt oder Zahnarzt verpflichtet, sein korrektes Vorgehen nachzuweisen. Weniger Schutz genießen Patienten, wenn ihnen die Versicherung schreibt. Hier wird oft mit zweierlei Maß gemessen.

Umso befremdlicher wirkt auf die Zahnärzteschaft das immer wieder zu beobachtende Geschäftsgebaren einiger privater Krankenversicherungsunternehmen, die Versicherungsnehmer dazu ermuntern, die Behandlung bei einem anderen – vorzugsweise "günstiger" liquidierenden – Arzt oder Zahnarzt fortzusetzen. Der Versuch, Patienten durch finanzielle Anreize zu einem Arztwechsel zu bewegen, ist nämlich nicht nur ein fundamentaler Angriff auf das Prinzip der freien Arztwahl, sondern auch eine klare Wettbewerbswidrigkeit, wie nun das Oberlandesgericht Dresden festgestellt hat.

Es war höchste Zeit, dass die Gerichte solchen Geschäftspraktiken einen Riegel vorschieben. Mediziner, die derartige Versicherungsschreiben von ihren Patienten vorgelegt bekommen, müssen diese nun nicht mehr ohnmächtig hinnehmen. Sie können und sollten ihre Patienten in Zukunft aktiv darauf hinweisen, dass die freie Arztwahl auch aus wettbewerbsrechtlicher Sicht ein hohes Gut ist, das es zu schützen gilt.

Auf der anderen Seite bleibt zu hoffen, dass die "schwarzen Schafe" in der Versicherungsbranche ihre Geschäftspraktiken – nicht nur wegen drohender Abmahnkosten – endlich überdenken. Dies wäre ein klares Signal, dass die Heilberufe nicht auf den reinen Kostenfaktor reduziert werden dürfen!



Christian Berger Präsident und Referent Honorierungssysteme der BLZK

ob sich die Gesamtschau des Verhaltens der Beklagten als wettbewerbswidrig darstellt. Es wurde keine Unterscheidung zwischen der Reduzierung des Eigenanteils und der übertariflichen Zahlung von 5 Prozent der Laborkosten getroffen, sodass hier nicht geklärt ist, ob eines der beiden Angebote allein schon ausreichen würde, um ein wettbewerbswidriges Verhalten festzustellen.

Da es sich im vorliegenden Fall jedoch um eine wettbewerbsrechtliche Streitigkeit handelte und der Beklag-

ten für jeden Fall der Zuwiderhandlung die Festsetzung eines Ordnungsgeldes in Höhe von bis zu 250000 Euro angedroht wurde, ist davon auszugehen, dass private Krankenversicherer in Zukunft den Versand von Schreiben mit dem streitgegenständlichen Inhalt nochmals überdenken werden.

Rechtsanwältin Susanne Ottmann-Kolbe Leiterin Geschäftsbereich GOZ, Weiterbildung, Gutachterwesen der BLZK

### www.dental-bookshop.com

Inspiration und Wissensvorsprung



### Alternativen zum einfachen Satz

### Wie Zahnärzte höhere Hygienekosten ausgleichen können

Trotz der unverändert niedrigen "Corona-Hygienepauschale" können Zahnarztpraxen höhere Kosten für Hygiene-Schutzmaßnahmen bei der Behandlung von Privatversicherten geltend machen. Darauf weist die Bayerische Landeszahnärztekammer hin und gibt im folgenden Beitrag Tipps für alternative Berechnungsmöglichkeiten.

Seit 1. Oktober 2020 kann bei der Behandlung von Privatpatienten nur noch der einfache Satz der Corona-Hygienepauschale in Höhe von 6,19 Euro in Rechnung gestellt werden. Ein entsprechender Beschluss des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen, dem die Bundeszahnärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung sowie Vertreter der Beihilfe von Bund und Ländern angehören, wurde nun bis zum 31. März 2021 verlängert.

Der Präsident der BLZK, Christian Berger, hält diese auch für Arztpraxen geltende Regelung für ungenügend: "In der Corona-Pandemie sind die Ausgaben für Hygienemaßnahmen mit erhöhtem Aufwand für Schutzkleidung und Desinfektionsmittel, geänderte Abläufe am Empfang, Gespräche mit den Patienten, zusätzliche Schutzmaßnahmen für war-

tende Patienten und für den erhöhten Verwaltungsaufwand deutlich gestiegen", gibt er zu bedenken. Ein Betrag von 6,19 Euro pro Patient reiche daher nicht aus, um kostendeckend arbeiten zu können. Berger rät den Zahnarztpraxen stattdessen, eine der folgenden Alternativen in Anspruch zu nehmen:

### 1. Abschluss einer Vereinbarung mit dem Patienten nach §2 Abs.1 und 2 GOZ

Auf der sicheren Seite sind Zahnärzte mit der Berechnung gemäß §2 Abs.1 und 2 GOZ. Bei dieser Option muss vor der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung mit dem Patienten getroffen werden. Der Patient erhält dann zwar möglicherweise keine Erstattung, ist aber verpflichtet, die Summe, die der früheren Hygienepauschale von 14,23 Euro entspricht, in jedem Fall zu begleichen.

### 2. Berücksichtigung über den Steigerungssatz nach §5 GOZ

Diese Möglichkeit setzt voraus, dass der Steigerungsfaktor bis zum 3,5-fachen Satz nicht bereits durch andere Erfordernisse bei der Behandlung ausgeschöpft wurde. Ob eine Begründung gemäß §5 Abs.2 GOZ bei den Kostenerstattern Anerkennung findet, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorhersehbar. Um den Zahlungsanspruch durchzusetzen, können eventuell Nachbegründungen erforderlich werden.

Berger will die Zahnärzte in Bayern auch im Jahr 2021 dazu ermuntern, betriebswirtschaftlich zu denken: "Machen Sie Ihre Patienten immer wieder auf die gestiegenen Aufwendungen aufmerksam und nutzen Sie die derzeit verbleibenden Abrechnungsmöglichkeiten! Sie unterstützen damit Ihre Kammer im Einsatz für eine leistungsgerechte Honorierung."

Redaktion

### **INFORMATIONEN IM NETZ**

Ausführliche Informationen zur Corona-Hygienepauschale finden Zahnarztpraxen auf der Website der BLZK:

www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/ li\_corona\_hygiene\_pauschale\_ beschluss-nr-37.html



Die für einzelne Behandlungsleistungen zur Verfügung stehende Zeit können Zahnärzte in der "Bayerischen Tabelle 2020" einsehen: https://shop.blzk.de/blzk/site.nsf/id/li\_bayerische\_tabelle.html





### Im Auftrag der Mundgesundheit

### LAGZ wirbt um Patenzahnärzte

Die Gruppenprophylaxe der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit (LAGZ) ist für viele Kinder der erste Berührungspunkt mit einem Zahnarzt. Das macht die rund 2500 LAGZ-Zahnärzte in Bayern zu wichtigen Botschaftern der Mundgesundheit und zu Türöffnern für ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Zahnarzt und Patienten – von Anfang an. Um dem gesetzlichen Präventionsauftrag flächendeckend nachzukommen, braucht die LAGZ Zuwachs aus der engagierten Zahnärzteschaft.

Mission "Gesunde Kinderzähne"

Die Aufgabe eines LAGZ-Zahnarztes oder einer -Zahnärztin besteht darin, bei einem Besuch in einer Kindertagesstätte oder Schule den Kindern die vier Säulen der Zahngesundheit nahezubringen. Mit der richtigen Mundhygiene, einer zahngesunden Ernährung, dem zweimal jährlichen Kontrollbesuch in der Praxis und der Fluoridierung ist jedes Kindergebiss bestens gerüstet gegen Karies und Co. Die LAGZ-Zahnärzte sollen aber nicht nur Wissen vermitteln, sondern den Kindern die Angst vor dem Zahnarzt nehmen und ein Bewusstsein für die Bedeutung der Mundgesundheit schaffen.

Neben Krippen, Kindergärten und Schulen bietet die LAGZ die Gruppenprophylaxe auch für Fördereinrichtungen an. LAGZ-Zahnärzte und -Zahnärztinnen, die sich auf diesem Gebiet engagieren, gewährleisten eine intensiv-prophylaktische Betreuung. Anders als ihre Kollegen, die je nach Zeit und Möglichkeit auch nur einmal im Jahr eine Schule oder Kita besuchen, halten LAGZ-Zahnärzte und -Zahnärztinnen den Unterricht vor Kindern mit einem höheren Förderbedarf meist drei Mal jährlich. Aus gutem Grund: Das Kariesrisiko bei diesen Kindern liegt nachgewiesenermaßen deutlich höher als bei Kita-Kindern und Schülern in Regelschulen.

### Rundum-Sorglos-Paket der LAGZ

Die LAGZ stellt ihren Patenzahnärzten und -ärztinnen ein breites Spektrum an Hilfsmitteln zur Verfügung: von Zahnputzutensilien über digitale und analoge Unterrichtsmaterialien bis hin zu den beliebten Handpuppen Goldie und Dentulus, die als Eisbrecher, Zahnputz-Models oder einfach als plüschige Assistenten zum Einsatz kommen. In den jährlichen Fortbildungsveranstaltungen, die in der Regel in der beschaulichen Umgebung eines Klosters stattfinden, machen erfahrene Referenten die Zahnärzte und Zahnärztinnen fit

für den richtigen Umgang mit der jungen Zielgruppe.

### Kein Betreuungs-Stopp während der Pandemie

Die Corona-Pandemie hat die Gruppenprophylaxe schwieriger, aber nicht unmöglich gemacht. Gerade jetzt sei sie außerdem sehr wichtig, mahnt Dr. Brigitte Hermann, Vorsitzende der LAGZ Bayern. "Mundhygiene ist schließlich auch Infektionsschutz", sagt sie und verweist gleichzeitig darauf, dass vor allem Kinder aus sozial schwachen Bevölkerungsschichten auf das Betreuungsangebot "in hohem Maße" angewiesen seien. "Es ist oft ihr einziger Kontakt mit dem Thema Mundgesundheit", so die Zahnärztin. Gerade diese Kinder seien viel stärker von Karies betroffen, wie Studien gezeigt hätten.

#### Zahnärzte, bewerbt euch!

Hermann und ihre Kollegin Dr. Annette Muschler, Geschäftsführerin der LAGZ, hoffen auf viele Bewerbungen als LAGZ-Zahnarzt oder -Zahnärztin. Nur so könne auch weiterhin sichergestellt werden, dass ein Großteil der Kinder mit einem naturgesunden Gebiss ins Leben startet. Denn der Erfolg der Gruppenprophylaxe ist messbar: In den letzten drei Jahrzehnten sank der Kariesbefall zum Beispiel bei Grundschulkindern um 80 Prozent. Der Einsatz als LAGZ-Zahnarzt und -Zahnärztin sei aber auch für jeden ganz persönlich ein Gewinn: "Die Arbeit mit den Kindern ist sehr erfüllend und hilft einem auch im Praxisalltag dabei, einen besseren Zugang zu bekommen", so Muschler. Und: "Es macht einfach riesigen Spaß."



Dr. Annette
Muschler bei
einem Einsatz als
LAGZ-Zahnärztin
im Jahre 2017.
Der Gruppenprophylaxe-Unterricht hat sich in
Pandemie-Zeiten
zwar verändert,
ist aber wichtiger
denn je.

Katharina Kapfer



Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit e.V. (LAGZ Fallstraße 34 81369 München Tel. 089 7233981 info@lagz.de

# Neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Gruppenprophylaxe gesucht

Hallo, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit e.V. (LAGZ) hat sich der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen verschrieben. Mit Aktionen zur Gruppenprophylaxe in Kindertagesstätten und Schulen gelang es, den Kariesbefall bei Kindern in den letzten 20 Jahren deutlich zu reduzieren. Diese erfolgreiche Bilanz ist nur möglich, weil allein in Bayern rund 2.500 Zahnärztinnen und Zahnärzte die LAGZ durch Ihre Mitarbeit unterstützen.

Kommen Sie doch auch an Bord!

#### >> Wer kann LAGZ-Zahnärztin / Zahnarzt werden?

www.lagz.de

Jede approbierte Zahnärztin / jeder approbierte Zahnarzt, egal ob er oder sie gerade in Elternzeit ist, an der Dissertation schreibt, angestellt, selbstständig oder arbeitslos ist.

#### >> Was muss ich tun?

Sehen Sie sich dazu einfach unseren kleinen Film auf der LAGZ-Homepage **www.lagz.de** an. Sie finden den Link in der Rubrik "Zahnärzte" unter dem Menüpunkt "Was macht ein LAGZ-Zahnarzt?". Hier finden Sie auch weitere Informationen über die LAGZ und ihre Aktionen.

#### >> Wird die Arbeit honoriert?

Ja, Sie erhalten eine Aufwandsentschädigung. Die Abrechnung erfolgt direkt über die LAGZ.

#### >> Warum sollte ich mir zusätzliche Arbeit aufhalsen?

Vielleicht weil Sie Ihren Beruf einmal von einer anderen Seite kennenlernen wollen. Sie erfahren, wie Kinder ticken, und nehmen ihnen die Angst vor dem Zahnarzt. Dabei hält sich Ihre zusätzliche Arbeitsbelastung in Grenzen. Einmal im Jahr "Ihre" Kita oder Schule besuchen, gerne auch zusammen mit einer Mitarbeiterin, das war's.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns über Ihre Rückmeldung auf dem unteren Abschnitt dieses Schreibens

entweder per Mail an: info@lagz.de oder per Fax an: 089 7235701

Ich möchte bei der LAGZ mitarbeiten und eine oder mehrere Eir Fördereinrichtungen) gruppenprophylaktisch betreuen.	nrichtung/en (Schulen, Kindertagesstätten und
Ich kann in folgenden Bereichen tätig werden (Landkreise, kreis	freie Städte):
	<del></del>
Meine Kontaktdaten:	
Name	
Anschrift	
Allsollit	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse
Bitte stellen Sie für mich den Kontakt zur/m zuständigen LAGZ-	Arbeitskreisvorsitzenden her.
Datum und Unterschrift	

# Die neue europäische Medizinprodukte-Verordnung

#### FAQ für die Zahnarztpraxis - Teil 1

Nach einer ursprünglich geplanten Übergangszeit von drei Jahren und einer Corona-bedingten Verschiebung um ein Jahr tritt nun die neue "Medical Device Regulation" (MDR) voraussichtlich am 26. Mai 2021 in Kraft. Die MDR ist eine Neufassung der bisher geltenden Verordnung und bringt zahlreiche Neuerungen mit sich – auch für Zahnarztpraxen.

#### Warum eine neue Medizinprodukte-Verordnung?

Mit der MDR wird die Herstellung und Verarbeitung von Medizinprodukten geregelt. Hintergrund ist, dass der Gesetzgeber durch strengere Vorgaben den Standard von Medizinprodukten steigern möchte, um eine höchstmögliche Produktsicherheit zu gewährleisten und somit auch die Patientensicherheit zu erhöhen.

#### Was heißt das für meine Praxis?

Neben der Industrie, auf die diese Verordnung in erster Linie abzielt, betrifft die MDR auch nichtgewerbliche Praxislabore und somit auch Zahnärzte. In einer Zahnarztpraxis wird Zahnersatz jeglicher Art hergestellt und verarbeitet. Dazu gehören zum Beispiel Kronen, Brücken, Provisorien, aber auch kieferorthopädische Geräte und nicht zuletzt individuell angefertigte Aufbissschienen etc. Bei allen genannten Medizinprodukten handelt es sich um sogenannte Sonderanfertigungen. Ein Medizinprodukt gilt als Sonderanfertigung, wenn es eigens für einen namentlich genannten Patienten angefertigt wird. Auch CAD/CAM-gefertigte Produkte - angewendet wird diese Technik hauptsächlich zur Herstellung von Zahnkronen, Teilkronen, Inlays, Onlays und Veneers - fallen unter den Bereich Sonderanfertigungen.

Im Einzelnen betrifft die Umsetzung der MDR folgende Punkte:

- Die Aufbewahrungspflicht verlängert sich auf mindestens 10 Jahre, bei implantierbaren Produkten auf 15 Jahre;
- Die Praxis muss ein Risikomanagementsystem einführen und weiterentwickeln. Dies ist bereits in der G-BA-Richtlinie vom 15. September 2016 verankert und sollte in jeder Praxis vorhanden sein.
- Eine klinische Bewertung und Nachbeobachtung der in Verkehr gebrachten Medizinprodukte ist durchzuführen.
- Zu benennen ist eine verantwortliche Person, die das gesamte System von der Aufzeichnung über die Überwachung nach Inverkehrbringen bis zur Meldung von Vorkommnissen betreut.
- Eine Chargenrückverfolgbarkeit aller Medizinprodukte muss gewährleistet
- Die Konformitätserklärungen sind anzupassen.

#### Wie gehe ich am besten vor?

Zahnarztpraxen müssen die oben genannten Neuerungen bis zum 26. Mai 2021 umgesetzt haben. Hierfür werden derzeit alle notwendigen Informationen und Formulare vom Referat Qualitätsmanagement der Bayerischen Landeszahnärztekammer erarbeitet und sukzessive im QM Online-Bereich der BLZK hinterlegt. Sobald alle Unterlagen bereitstehen, wird das BZB in einem gesonderten Beitrag darüber berichten.

Abbildung: Aleksandra Gigowska/stockadobe.cc

Zahnkronen sind laut MDR Sonderanfertigungen und fallen unter die Medizinprodukteverordnung.

Christa Weinmar Referat Qualitätsmanagement der BLZK

Generalunternehmer gefährden freiberufliche Vielfalt VFB fordert weiter Beteiligung am »Digital-Bonus«

VERBAND FREIER BERUFE IN BAYERNEY.

# **Informationen**

#### **Editorial**

Nicht Bayern, nicht Deutschland und auch nicht die Welt waren vorbereitet auf diese Pandemie. Auch die Freien Berufe hat das Virus hart erwischt – sei es als Akteure in der Bekämpfung des Corona-Virus oder als solche, denen es an die Existenz geht. Ein Ausnahmezustand. Eine erdrückende Mehrheit der Bevölkerung hat die Einschränkung der Grundrechte mit Geduld und Verständnis solidarisch ertragen. Entscheidend aber ist, welche Veränderungen uns nach dieser Krise erwarten. Viele, auch wir als Verband Freier Berufe in Bayern, sehen Chancen für Veränderungen, für einen sensibleren Umgang mit unseren Ressourcen, für einen positiven Digitalisierungsschub. Manche Regierenden meinen aber mit »neuer Normalität« etwas ganz anderes: Wenn beim Blick in die nähere Zukunft mitschwingt, dass sich die Gesellschaft ja schon an den Verlust individueller Freiheit gewöhnt hat. Wenn Einschränkungen dauerhaft als politischer Zwang ausgelegt werden. Und wenn der Zustand eines übergriffigen Staats so auch nur ansatzweise bestehen bleibt, dann ist die Freiheit in Gefahr. Der allmächtige Staat, der in alles hineinregiert, muss die Ausnahme bleiben und bald der Vergangenheit angehören. Ich hoffe, dass insbesondere die Freien Berufe dafür ein klares Zeichen setzen werden: Freiheit und Demokratie stehen nicht zur Disposition.



Michael Schwarz, Präsident des Verbandes Freier Berufe in Bayern Virtuelle Delegiertenversammlung des VFB in der Corona-Pandemie

# Zwischen Hartz IV und Überbelastung

Die Freiberuflichkeit in der Angestelltentätigkeit sollte das Jahresthema 2020 des Verbandes Freier Berufe in Bayern (VFB) sein. Die Corona-Pandemie hat diese Pläne auf den Kopf gestellt. Der Verband, so wurde auf der virtuellen Delegiertenversammlung deutlich, dient in Zeiten der Pandemie vor allem als Informationsplattform und Sprachrohr in die Politik.

n der Situation der Pandemie sei der VFB in Zusammenarbeit mit seinen Mitgliedsorganisationen sozusagen zu einem »Umschlagplatz für Informationen« geworden, so VFB-Präsident Michael Schwarz in seiner Bilanz vor den Delegierten. Der VFB als Dachverband habe versucht, Informationen seiner Mitglieder, aber auch von Dritten wie der Industrie- und Handelskammer oder der Vereinigung der bayerischen Wirtschaft (vbw) zu bündeln und weiter zu verbreiten.

Die Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Freien Berufe sei in diesem Jahr besonders intensiviert worden, was ein Stück weit auch damit zusammenhänge, dass der neue Hauptgeschäftsführer Peter Klotzki, »einen zusätzlichen Spirit« hereingebracht habe. Das VFB-Präsidium habe sich in der Corona-Krise schon in einer frühen Phase zusammen mit der vbw in die Task Force-Sitzungen des Wirtschaftsministeriums eingeklinkt, die anfänglich in kurzen Abständen stattfanden. Der VFB habe Telefonate mit Ministerien, Landtagsabgeordneten und Parteien geführt. Der VFB habe in diesem Zusammenhang Stellungnahmen erstellt und sich an allen Stellen als kompetenter Partner in dieses System eingebracht.



Michael Schwarz sieht die Freien Berufe in der Corona-Situation in sehr unterschiedlichen Situationen. Auf der einen Seite habe man feststellen können, dass die Freien Berufe mit Pandemie-Situationen gut umgehen können. Freie Berufe konnten schnell Ressourcen zur Verfügung stellen, wie das zum

#### **Zitat**

»Der Mensch muss das Gute und das Große wollen, das Übrige hängt vom Schicksal ab.« Alexander von Humboldt, 1769–1859, deutscher Naturforscher und Geograph

Beispiel aktuell die Steuerberater bei der Abwicklung der finanziellen Hilfen können. Auf der anderen Seite gebe es natürlich auch in den Freien Berufen Berufsträger in einzelnen Gruppen, die gar nichts mehr zu tun haben und damit konfrontiert werden, dass solche Situationen in ihrem Leben und in ihrer Berufsentwicklung, in ihrer Lebensplanung überhaupt nicht vorgesehen waren. Teilweise sogar mit der Dramatik, dass Berufsträger vor der Entscheidung stehen, Hartz IV in Anspruch nehmen zu müssen. »Was in unserer Gesellschaft fälschlicherweise stigmatisiert ist«, so Schwarz. Gerade die vielen Kulturschaffenden, viele Solo-Selbstständige, haben mit der Inanspruchnahme dieses Netzes jedoch ein großes Problem.

»Die Zukunft wird und muss auch anders aussehen«, darüber sei man sich in der Verbandsspitze einig, so Schwarz. Deswegen habe der VFB auch ein eigenes Strukturpaket erarbeitet, an dem sich alle VFB-Mitglieder beteiligt haben. Das Papier sei Grundlage der Diskussionen für die nächste Zeit. Es sei nötig, sich zukünftig deutlich nachhaltiger aufzustellen und sich mehr Gedanken darüber zu machen, wie mit unseren Ressourcen in der Zukunft umgegangen

werde und verhindert werden könne, dass solche Pandemien uns so umfassend aus der Bahn werfen, und zwar weltweit.

Daran sollten sich auch die Freien Berufe im Kleinen beteiligen. Ziel sei es, die Kompetenz der Freien Berufe noch deutlicher in die Politik einzubringen und der Politik deutlich zu machen, dass die Freien Berufe in der Lage sind, noch wesentlich mehr Informationen und Kompetenzen in fachlicher Hinsicht zu Entscheidungen beizusteuern.

Neben der Problematik der Pandemie seien natürlich auch Themen gestanden, die den Verband und die Freien Berufe darüber hinaus berühren. Das VFB-Präsidium habe vorgehabt, sich in diesem Jahr deutlich mehr auf europäischer Ebene einzubringen und das Strukturelement der Freiberuflichkeit nach Europa zu tragen, um auch dort die Rahmenbedingungen für die Berufsausübung der Freien Berufe in Deutschland zu festigen.

Aber Themen wie der Brexit, Themen wie Green Deal, wie Solvency II, wie Taxonomie, Umsetzung der Richtlinie über eine Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen stünden weiterhin auf der Agenda,

da all diese Richtlinien, die auf EU-Ebene entwickelt werden, runtergebrochen werden auf deutsches Recht und letztendlich durch bayerische Ministerien umgesetzt werden. Bei der Umsetzung in Bundes- und Landesrecht werde oftmals noch etwas draufgesattelt, was neue Bürokratielasten entstehen lasse.

1. VFB-Vizepräsident Dr. Thomas Kuhn bilanziert die Gespräche mit politischen Mandatsträgern: Mit Bauministerin Kerstin Schreyer habe man sich neben allen fälligen technischen Themen, wie Verzögerungen von Baugenehmigungen, Arbeitsschutz auf den Baustellen, Flächensparen, auch zur Trennung von Planen und Bauen sowie zur Digitalisierung ausgetauscht. Beim Thema Kunst am Bau ging es um inhaltliche und quantitative Verbesserungen sowie Kooperationsmöglichkeiten. Mit Kultusminister Prof. Dr. Michael Piazolo ist die Berufsbildung Schwerpunkt des Gesprächs gewesen. In einer Videokonferenz mit Sozialministerin Carolina Trautner ging es auch um die Frage, ob man vom Honorar der Freien Berufe heute noch leben kann, und damit einhergehend die Frage, wie es sein kann, dass Freiberufler auf Hartz IV zurückgeworfen werden.

Verband Freier Berufe in Bayern fordert weiter Beteiligung am »Digital-Bonus«

# Freie Berufe sind Infrastruktur

Erneut hat sich der Verband Freier Berufe in Bayern (VFB) dagegen gewehrt, vom Förderprogramm Digitalbonus Bayern ausgeschlossen zu werden. VFB-Präsident Michael Schwarz: »Die Digitalisierung in den Freien Berufen ist Teil der Berufstätigkeit, aber gerade für kleinere Unternehmen ist die Anfangsfinanzierung ein großes Problem.« Um Digitalisierung voranzutreiben, müsse sowohl Hard- als auch Software auf aktuellem Stand sein und Mitarbeiter müssten geschult werden. »Dies ist für viele Freiberufler im Sinne einer Kosten-Nutzen Überlegung nur schwer zu stemmen.«

Freiberufler würden ohne sachlichen Grund vom Förderprogramm Digitalbonus Bayern ausgeschlossen. Als Ausschlusskriterium werde mit der Gewerbesteuer argumentiert, die Freiberufler nicht zu zahlen hätten. Dieses Argument verkennt aber nach Ansicht der Freiberufler die Rechtslage: »Freiberufler tragen erheblich über die Einkommen- und Umsatzsteuer zum Steueraufkommen bei. Wenn sie aber in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaft organisiert

sind, zahlen sie dennoch. Es ist auch richtig, dass Gewerbetreibende prinzipiell Gewerbesteuer zahlen. Wenn sie aber in der Rechtsform der Personengesellschaft organisiert sind, können Sie diese zu einem ganz erheblichen Teil oder gänzlich auf Ihre Einkommensteuerbelastung anrechnen, so dass sie also per Saldo keine oder nur eine geringe Gewerbesteuer zahlen.«

Wenn schon die Gewerbesteuer als Argument dafür herhalten müsse, dass Freien Berufen der Digitalbonus verwehrt werde, sollte man besser darüber nachdenken, den Digitalbonus an der Belastung mit Gewerbesteuer festzumachen. Schwarz: »Das wird aber kompliziert und wird der Intention, dass Freiberufler befreit sind in keiner Weise gerecht. Dies ist nämlich kein Privileg sondern hat seinen Sinn. Freiberufler nutzen nicht die Infrastruktur ihrer Gemeinde, sie sind (Teil der) Infrastruktur!«

# Kunden statt Patienten?

Der Trend, immer mehr Ärzte und Zahnärzte in fremdkapital- und investorenbetriebenen Medizinischen Versorgungszentren anzustellen und staatliche Bauprojekte verstärkt an Generalunternehmer zu vergeben, hat erneut den Widerstand freiberuflicher Verbände auf den Plan gerufen. Freiberufler sehen vor allem die kleinteiligen Strukturen in Gefahr, die in Bayern eine flächendeckende Versorgung sichern.

**S** o haben die Bayerische Architektenkammer und die Landesverbände, der Ingenieurekammer-Bau sowie der Bauinnungen in einem aktuellen Statement nachdrücklich auf die Risiken hingewiesen, die mit der Beauftragung von Generalunternehmern und Generalplanern verbunden sind. Grund war die Ankündigung der bayerischen Staatsregierung, vermehrt Generalunternehmer einzusetzen. In dem »Plädoyer für die Trennung von Planung und Ausführung« heißt es: »Eine zusammengefasste Vergabe von Planungs- und Bauleistungen an einen Auftragnehmer wird weder der Struktur noch den Kompetenzen der kleinteilig strukturierten Landschaft der Planungsbüros und der Betriebe des Bauhauptgewerbes gerecht.« Es sei empirisch nicht belegbar, dass eine solche Vergabepraxis zu einer Kostenreduzierung führe. Zudem erhöhe sich bei Vergabe an einen Generalunternehmer das Ausfallrisiko deutlich. Qualitätseinbußen seien zu befürchten und die Bayern prägende baukulturelle Vielfalt sei in Gefahr.

Karlheinz Beer, Vizepräsident der Bayerischen Architektenkammer sowie des Verbandes Freier Berufe in Bayern (VFB)betont: »Wir müssen bei öffentlichen Auftraggebern und der Politik faire und transparente Vergaben im Sinne der Qualität und Kostensicherheit noch aktiver einfordern. Dafür ist die Unabhängigkeit der Planung ebenso unabdingbar wie eine verlässliche Stärkung von freien Architekten und Ingenieuren im gesamten Planungs- und Bauablauf durch unsere politischen Entscheider.«

Alexander Lyssoudis, Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Ingenieurekammer-Bau und VFB-Vizepräsident



Karlheinz Beer, VFB-Vizepräsident

sieht einen weiteren Aspekt: »Erst eine gelebte Trennung von Planung und Bau garantiert Ideenreichtum und Entwicklungsdrang – das sind Grundzüge der freien Marktwirtschaft, die uns in der Vergangenheit gerade diese Vorteile garantierten. Wer Planung und Ausführung zu eng verknüpft und das überwachende Element eines unabhängigen Planers außen vor lässt, riskiert sehenden Auges steigende Preise, wenig Eigeninitiative bei der Lösung technischer Probleme und intransparente Abläufe. Sorgfalt, die durch die Trennung von Planung und Ausführung sichergestellt wird, muss immer vor Schnelligkeit gehen. Wir dürfen nicht zulassen, dass die Qualität am Bau sinkt!«

Eine ähnliche Entwicklung machen Ärzte und Zahnärzte schon länger mit Blick auf fremdkapitalfinanzierte und vor allem renditeorientierte medizinische Versorgungszentren aus. Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer warnte schon im November 2019: »Kapitalanlagegesellschaften haben ausschließlich die Rendite im Blick und nicht das Wohl von Patienten und Angestellten. Patienten werden wie am Fließband behandelt, von Termin zu Termin von wechselnden Ärzten. Sie erhalten also nicht die bewährte, qualitativ hochwertige Versorgung wie durch die freiberuflich tätige Zahnärzteschaft; die Patienten



Alexander Lyssoudis, VFB-Vizepräsident

mutieren zu Kunden. Sofern die zahnärztliche Leistung der Großpraxen dem bilanztechnischen Gewinnstreben unterliegt, werden die weniger lukrativen Bereiche in der Zahnmedizin vernachlässigt zugunsten einträglicher Leistungen wie beispielsweise Implantate – mit der Folge, dass die niedergelassenen Zahnärzte für die vernachlässigten Leistungen einspringen müssen.«

Dr. Rüdiger Schott, stellvertretender Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns warnt vor Konzentrationsprozessen: »Noch gibt es auf der zahnärztlichen Landkarte in Bayern keine weißen Flecken. Doch im ländlichen Raum wird die Praxisabgabe zunehmend schwieriger. Das liegt auch an der wachsenden Zahl angestellter Zahnärzte. Wir halten aber am Ideal der Freiberuflichkeit fest. Niedergelassene Ärzte und Zahnärzte bilden gerade in der Pandemie das Rückgrat der Versorgung.«

Genau darauf weist auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung hin: »Die rund 100.000 Praxen halten das Gesundheitssystem trotz, während und nach der Corona-Krise am Laufen. Jeden Tag versorgen sie 3,9 Millionen Patienten. Dieses ambulante System hat in der Krise den Unterschied gemacht. Der Vizepräsident des Bundesverbandes der Freien Berufe und Vorstandsvorsitzender der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung, *Dr. Andreas Gassen*, sagt: »Gesundheitsminister Jens Spahn bezeichnet die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu Recht als ersten Schutzwall unseres Gesundheitssystems.«

Für Michael Schwarz, VFB-Präsident, ist auch die Digitalisierung mit schuld an den Konzentrationsprozessen:

»Vor Jahren hätte man es sich nicht träumen lassen, dass es heute Programme gibt, mit denen ganze Bauten durchgeplant werden können.« So würden immer größere Player mit entsprechender Finanzkraft auf den Markt der Freien Berufe drängen. Schwarz konstatiert einen »Wandel von der medizinischen, zahnmedizinischen, physiotherapeutischen, psychologischen Einzelpraxis hin zu medizinischen Versorgungszentren, die nicht immer von Berufsträgern geführt würden, sondern von Dritten, die dem Fremdkapital verpflichtet sind.« Diese Situation werde verschärft durch Digitalisierungsprogramme, die die Landesregierung in diesem Zusammenhang gerade auch in Zeiten der Pandemie neu auflegt. Für Dr. Markus Beck, VFB-Vizepräsident und Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer, hat die individuelle Arzt-Patientenbeziehung eine besondere, herausgehobene Bedeutung: »Fast alle Regelungen des Berufsrechts beziehen sich auf die Beziehung zwischen zwei Menschen. Ärzte dürfen keine Interessen Dritter über das Wohl der Patienten stellen. Goldstandard für den Freien Beruf in seiner gesamtgesellschaftlichen Verantwortung muss weiterhin die selbstständige und kapitalunabhängige Einzel- und Gemeinschaftspraxis im Besitz der Berufsträger sein.«

## Kurz gemeldet

#### Ärztekammer-Vize Dr. Rechl verstorben

 Der langjährige Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), Dr. Wolfgang Rechl, ist im Dezember 2020 im Alter von 62 Jahren nach schwerer Krankheit verstorben. Kammer-Präsident Dr. Gerald Quitterer würdigte den Verstorbenen: »Seine Freundlichkeit und sein Charme, seine Einsatzbereitschaft, seine Kompetenz, seine Menschlichkeit – daran werden wir uns erinnern.« Rechl habe in unvergesslicher Weise als Vizepräsident gewirkt und das Arztsein verkörpert. »Er hat seine Arbeit geliebt. Mit Leib und Seele war er Vizepräsident«, so Quitterer. Der Oberpfälzer habe sich große Verdienste um die ärztliche Selbstverwaltung erworben. Seit 2013 hatte er das Amt des 2. BLÄK-Vizepräsidenten inne und engagierte sich hier insbesondere für die Themen Gutachterstelle, Patientenrechte, Berufsordnung, Transplantationsmedizin und die Ärztlichen Stellen. Seit 2005 war Rechl Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Weiden und Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberpfalz. Der hausärztlich tätige Internist war seit 2009 in einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis in Weiden niedergelassen.

# VFB diskutiert mit Trautner über Altersversorgung

Insbesondere zum Thema Altersversorgung bei den Freien Berufen tauschten sich Mitglieder des VFB-Präsidiums mit der Bayerischen Sozialministerin Carolina Trautner in einer Videokonferenz aus. VFB-Präsident Michael Schwarz berichtete der Staatsministerin, dass die beruflichen Versorgungswerke zwar sehr stabil agierten, die Alterssicherung allein aus beruflichen Versorgungswerken aber nicht mehr ausreiche. Lebensversicherungen und betriebliche Altersvorsorgekonzepte würden extrem unter den Zinsentwicklungen an den Finanzmärkten leiden. Ausreichende Honorare und gute Rahmenbedingungen für die Berufsausübung als wichtige

Voraussetzungen für eine ausreichende Versorgung im Alter müssten immer wieder neu ergänzt und justiert werden.

#### VFB: Corona verschärft Bürokratie

Im Gespräch mit Walter Nussel, Beauftragter für Bürokratieabbau der Bayerischen Staatsregierung, hat das Präsidium des Verbandes Freier Berufe in Bayern auf die Bürokratiebelastung der Freien Berufe insbesondere während der Coronakrise hingewiesen: »Schon in normalen Zeiten sind die Freien Berufe mit viel Bürokratie belastet, dies verschärft sich zum Teil unter Corona«, berichtet VFB-Präsident Michael Schwarz. Der Berufsalltag Freier Berufe sei durch zahlreiche Dokumentationspflichten überlagert. Als Beispiel nannte Schwarz die Umsetzung der Überbrückungshilfen und der Novemberhilfe. Damit eine Auszahlung der Hilfen durch die Staatsoberkasse erfolgen könne, benötige es einer kompetenten Vorarbeit durch Steuerberater, Wirtschaftsprüfer und Rechtsanwälte, die die Anträge stellen.

#### Weniger Ausbildung bei den Freien Berufen

»Die Corona-Krise darf nicht zu einer tiefgreifenden Ausbildungskrise werden.« Davor hat der Präsident des Bundesverbandes der Freien Berufe, Prof. Dr. Wolfgang Ewer, gewarnt. Man müsse alle Kräfte aufbieten, um möglichst vielen jungen Menschen ihren beruflichen Start durch eine Ausbildung zu ermöglichen. Auch bei den Freien Berufen seien die coronabedingten Folgen spürbar: Zum Stichtag 30. September 2020 wurden mehr als sechs Prozent Ausbildungsverträge weniger abgeschlossen als zum Vorjahreszeitpunkt. In absoluten Zahlen wurden bei den Kammern der Freien Berufe zum 30. September 2020 43.240 neue Ausbildungsverträge registriert, zum Vorjahreszeitpunkt waren es 46.326.

#### Lyssoudis: Bedeutung Freier Berufe wird weiter steigen

 In einem Beitrag für die Bayerische Staatszeitung hat VFB-Vizepräsident Alexander Lyssoudis die Bedeutung der Freien Berufe für die Wirtschaft in einer Krise wie der Corona-Pandemie herausgehoben. »In und während der Corona-Krise zeigt sich einmal mehr, dass der Freiberufler eigenverantwortlich handeln kann und so auch in der Krise schnell, flexibel und effektiv mit eigenen Maßnahmen handelt und auf die besonderen Risikosituationen reagiert.« Die Freien Berufe seien das Rückgrat und Infrastruktur unserer Gesellschaft. Mit ihrem Wertesystem und ihren Strukturen seien die Freien Berufe ein Garant für Stabilität und Zukunftsfähigkeit. Gerade in einem Flächenstaat wie Bayern sicherten sie mit ihrer Organisation in kleinen Einheiten die flächendeckende wohnortnahe Versorgung auch in den ländlichen Bereichen. Lyssoudis geht angesichts des weiterhin wachsenden Bedarfs an qualifizierten Dienstleistungen davon aus, dass die Bedeutung der Freien Berufe weiter steigt. Der Beitrag ist in voller Länge unter freieberufe-bayern.de im Januar-Newsletter 2021 zu finden.

# VFB im Gespräch mit SPD und FDP

Mit den Landtagsfraktionen der SPD und der FDP hat sich der Verband Freier Berufe in Bayern (VFB) zum virtuellen Gespräch getroffen. VFB-Präsident Michael Schwarz betonte, dass die Freien Berufe Krisensituationen, wie der aktuellen, mit großer Widerstandskraft begegnen könnten. Die Freien Berufe seien zwar belastbar und stabil, einige kämen jedoch an die Belastungsgrenze – auch durch bürokratische Einengung wie zahlreiche Dokumentationspflichten. Andere, wie die Kulturschaffenden oder Soloselbständige mit Honorarverträgen, seien in ihrer Existenz bedroht. Als alarmierendes Zeichen bezeichnete Schwarz den Rückgang bei den Ausbildungskapazitäten: »Gerade weil die Freien Berufe in den letzten Jahren ihre Ausbildungsmöglichkeiten konstant steigern konnten, ist das vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels ein alarmierendes Zeichen.«

## Tipp

● Unter freieberufe-bayern.de bietet der Verband Freier Berufe in Bayern einen umfassenden Service, wie sich Freiberufler einen Überblick in der Corona-Pandemie verschaffen können. Das Informationsangebot reicht von Arbeitsschutzstandards und Hygienevorschriften über finanzielle Hilfsmaßnahmen bis hin zu arbeitsrechtlichen Informationen und Mitgliederumfragen.

#### Impressum

Ausgabe 1, 22. Jahrgang
ISSN 1438-9320
Herausgeber:
Verband Freier Berufe
in Bayern e.V.
Türkenstraße 55,
80799 München
Telefon 089 2723-424,
Fax 089 2723-413
Gestaltungskonzept, Layout:
engelhardt
atelier für gestaltung
Mühldorf a. Inn
Erscheinungsweise:
vierteljährlich

# Online-News der BLZK

Was ist neu auf den Websites der Bayerischen Landeszahnärztekammer? Unsere aktuelle Übersicht für den Monat Februar beantwortet diese Frage.



#### **BLZK.de**

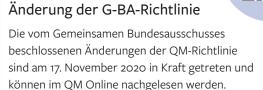


#### FAQ Corona-Impfung

Hier finden Sie Antworten auf Fragen zur Corona-Impfung: Gibt es eine Impfpflicht für Zahnärzte und Praxispersonal? Wie kann ich mir einen Impftermin sichern? Wo erhalte ich aktuelle Informationen?

> www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/ pa\_corona-impfung.html





> https://qm.blzk.de/qm/q-1-2-g-ba-richtlinievom-16-07-2020





#### Ihre Meinung zählt!

Die Bundeszahnärztekammer führt noch bis Mai eine anonyme Online-Zufriedenheitsbefragung unter Zahnmedizinern durch, die derzeit angestellt sind oder früher angestellt waren.

> www.blzk-compact.de/blzk/site.nsf/id/ li\_bzaek-umfrage-zufriedenheit.html

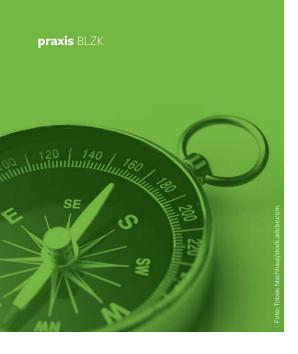
## zahn.de



#### So bleiben Kinderzähne gesund

Eine Bildergalerie zeigt, was für die Mundgesundheit von Kindern wichtig ist. Hier erfahren Eltern zum Beispiel, wann sie mit ihrem Nachwuchs erstmals zum Zahnarzt gehen sollten.

> www.zahn.de/zahn/web.nsf/id/ pa\_gesunde\_kinderzaehne\_bildergalerie.html



# So vermeiden Sie Abhängigkeiten

Professionelle Abrechnung mit "Premium Abrechnung Bayern"

Zahnarztpraxen sehen sich durch die Folgen der Coronavirus-Pandemie neben einem teilweise massiven Umsatzeinbruch oft zusätzlich mit dem Ausfall von Praxismitarbeitern konfrontiert. Gerade im Bereich der Leistungsabrechnung macht dies die Abhängigkeit von angestellten Abrechnungs- und Verwaltungskräften deutlich spürbar. Die aktuelle Situation kann also Anlass sein, das Personalkonzept der Praxis zu überdenken und gegebenenfalls neu auszurichten.

Während allgemeine Verwaltungsaufgaben in der Praxis erledigt werden müssen, kann die Leistungsabrechnung ganz oder teilweise an eine externe Abrechnungsstelle ausgelagert werden. Auf diese Weise lässt sich die Professionalisierung der Abrechnung mit der Unabhängigkeit von Unwägbarkeiten personeller Veränderungen verbinden.

#### Maßgeschneiderte Betreuung

Mit der Serviceleistung "Premium Abrechnung Bayern" bietet die eazf Consult GmbH bayerischen Zahnarztpraxen qualifizierte Unterstützung im Bereich Abrechnung an. Das bayernweite Netzwerk von inzwischen neun Abrechnungsbüros stellt eine persönliche Betreuung sicher. Fast 40 Praxen – von der Einzelpraxis bis zum Medizinischen Versorgungszentrumvertrauen auf den professionellen Service von "Premium Abrechnung Bayern".

Der Service ist individuell an die Erfordernisse von Zahnarztpraxen angepasst: Praxen können die gesamte Abrechnung oder nur ausgewählte Bereiche über "Premium Abrechnung Bayern" abwickeln. Viele der derzeitigen Kunden lassen zum Beispiel komplexe Kostenvoranschläge und Heil- und Kostenpläne extern erstellen und abrechnen, während auf der anderen Seite KCH-Leistungen oder PZR weiter in der Praxis bearbeitet werden. Selbstverständlich kümmert sich "Premium Abrechnung Bayern" auch um die Klärung von Fragen mit Kostenerstattern.

# Fachkundige und rechtssichere Abrechnung

Die freiberuflich tätigen Mitarbeiterinnen von "Premium Abrechnung Bayern" arbeiten per Online-Zugriff über VPN oder Teamviewer. Jede Praxis wird individuell von einem Büro betreut, anonyme Abrechnungskräfte im Hintergrund gibt es nicht. Die Abrechnungsmitarbeiterinnen haben langjährige Berufserfahrung, werden sorgfältig ausgewählt und regelmäßig durch die eazf, das Fortbildungsinstitut der Bayerischen Landeszahnärztekammer, geschult.

Zahnarztpraxen, die das Angebot nutzen, erhalten somit eine rechtssichere Abrechnung für vertragliche und außervertragliche Leistungen. Die Honorierung ist transparent: Die Abrechnungsdienstleistung wird ausschließlich nach Zeitaufwand abgerechnet. Grundgebühren oder

einen verpflichtenden Mindestumsatz gibt es bei "Premium Abrechnung Bayern" nicht. Auch eine Mindestvertragslaufzeit ist nicht vorgesehen, sodass die Zahnarztpraxen, die diese Dienstleistung der eazf Consult GmbH in Anspruch nehmen, flexibel bleiben.

In den ersten Monaten der Kooperation werden in Zusammenarbeit zwischen Praxis und Abrechnungsbüro der "Premium Abrechnung Bayern" alle Abrechnungsbereiche und die Dokumentation von Behandlungsleistungen, aber auch zugehörige Prozesse und Aufgaben gemeinsam analysiert und bei Bedarf weiterentwickelt. Auf diese Weise führt die Zusammenarbeit mit "Premium Abrechnung Bayern" je nach Ausgangssituation auch zu einer Verbesserung der Umsatzsituation.

Dipl.-Volkswirt Stephan Grüner Geschäftsführer der eazf Consult GmbH

#### **KONTAKT**

Bei Interesse an der externen
Abrechnung oder einer Praxisanalyse durch "Premium Abrechnung
Bayern" senden Sie bitte den auf
Seite 45 abgedruckten Coupon an die
Faxnummer 089 230211-488. Nähere
Auskünfte erhalten Sie bei Doreen
Mauermann unter der Telefonnummer 089 230211-416 oder unter
info@preab.de.

Praxisstempel/-anschrift

eazf Consult GmbH Fallstraße 34 8

81369 München	
Per Fax: 089 230211-488	
Informationen unverbindlich und kostenfrei an	ıfordern

Ich bin  $\ \square$  Zahnarzt/-ärztin  $\ \square$  Assistent/-in  $\ \square$  Angestellte/-r Zahnarzt/-ärztin

Praxisberatungen und -trainings
Ich habe Interesse an den Praxisberatungen, Praxistrainings und Serviceleistungen der eazf und bitte um Informationen bzw. unverbindliche Kontaktaufnahme zu folgenden Angeboten:    Erfolgreiche Prophylaxe – Individuelle PZR-Schulung für Ihr Team in Ihrer Praxis   Notfallsituationen in der zahnärztlichen Praxis – Individuelles Teamtraining in Ihrer Praxis   Premium Abrechnung Bayern – Professionelle Abrechnung für Ihre Praxis   QM-Check: Qualitätsmanagement, Arbeitssicherheit und Hygiene (inkl. QM-Handbuch und Implementierung einer QM-Ablagestruktur)   Praxis-Check zu den Praxisbegehungen   Datenschutz-Check, Externer Datenschutzbeauftragter für Ihre Praxis   Praxisdesign – Entwicklung einer Praxismarke, Praxismarketing   PraxReviews – Bewertungsmanagement-Tool und Online-Reputatio   TV-Wartezimmer – Multimediale Patientenkommunikation in Ihrem Wartezimmer
Ich bitte um Kontaktaufnahme für eine kostenfreie individuelle Erstberatung zu rechtlichen, steuerlichen und betriebswirtschaftlichen Fragen oder zur Praxisbewertung:  □ Praxisübergabe/-aufgabe □ Praxisübernahme/-gründung □ Allgemeine Praxisberatung  Versicherungsberatung und Gruppenversicherungen
Ich habe Interesse an Versicherungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen für Zahnärzte.  Bitte informieren Sie mich unverbindlich über folgende Angebote (bitte ankreuzen):  Versicherungspaket für Praxisgründer  Berufsunfähigkeitsversicherung  Pflegezusatzversicherung  Pflegezusatzversicherung  Kfz-Versicherung  Unfallversicherung  Praxisausfallversicherung  Kranken(zusatz)versicherung, Tagegeld  Praxisinventar-/Elektronikversicherung  Wohngebäude-/Hausratversicherung  Betriebliche Altersversorgung  Private Haftpflichtversicherung
☐ Ich bin bereits privat krankenversichert und wünsche eine individuelle Beratung zu meinem bestehenden Versicherungsschutz.  Vertragsnummer: Versicherungsunternehmen:
☐ Ich bitte um eine kostenfreie Versicherungsanalyse: Bitte nehmen Sie Kontakt mit mir auf, um die Konditionen bestehender Versicherungen im Hinblick auf Leistungsumfang und Einsparpotenziale zu prüfen und/oder mich zum erforderlichen Umfang meines Versicherungsbedarfs zu beraten.

Servicepartner für Zahnärzte:











# Antiresoptivaassoziierte Kiefernekrosen

Prophylaxe, Therapie und Leitlinien Ein Beitrag von Dr. Tim F. Wolff, M.Sc.¹, Philipp Bilobrk² und Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz³, ¹Karlstein am Main, ²₃Wiesbaden

Immer mehr Patienten nehmen aufgrund von Grunderkrankungen wie Osteoporose, Brust- oder Prostatakrebs antiresorptive Medikamente wie Bisphosphonate oder Denosumab ein, um dem pathologischen Knochenabbau entgegenzuwirken. Als Nebenwirkung entwickeln sich bei manchen Patienten jedoch substanzassoziierte Kiefernekrosen (AR-ONJ). Das Risiko, eine solche zu entwickeln, hängt unter anderem von der Grunderkrankung, der antiresorptiven Substanz sowie der Dauer und der Frequenz der Therapie ab. Zusätzlich kommen entzündliche Veränderungen in der Mundhöhle oder auch chirurgische Eingriffe wie Zahnentfernungen und Prothesendruckstellen als Trigger- oder Risikofaktoren hinzu. Dieser Umstand schreckt viele Behandler davon ab, betroffene Patienten in der eigenen Praxis zu betreuen. Unsicherheiten bestehen sowohl bezüglich der einfachen ONJ-Prophylaxe als auch bezüglich einer anstehenden zahnärztlichen, kaufunktionellen Rehabilitation. Bei einer prothetischen Rehabilitation gilt es, eine Versorgung zu wählen, die einerseits mit einem möglichst geringen Osteonekroserisiko einhergeht. Andererseits ist auch das allgemeinmedizinische Risiko eines eventuellen zahnärztlichen, chirurgischen Eingriffs zu bedenken, womit besondere Sicherheitskautelen bei Risikopatienten in den Vordergrund rücken.

Seit über 25 Jahren werden Bisphosphonate erfolgreich in der Medizin zur Behandlung der Osteoporose sowie der ossären Metastasierung solider Tumoren eingesetzt. Die Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose (Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw, BP-ONJ), deren Erstbeschreibung im Jahre 2003 erfolgte [1], stellt Ärzte und Zahnärzte vor spezielle Herausforderungen und Behandlungsproblematiken. Einerseits bewirken Bisphosphonate über eine effektive Hemmung der Osteoklastenaktivität eine positive Knochenbilanz und somit eine Reduktion der Knochenresorption, andererseits führen sie zu einer verminderten Knochenneubildungs- und -umbaurate ("bone remodeling"), was unter bestimmten Voraussetzungen zu einer Kiefernekrose führen kann. In den darauf folgenden Jahren wurden auch für das Medikament Denosumab (einen monoklonalen Antikörper) ähnliche Raten an Kiefernekrosen beschrieben wie für die klassische Gruppe der Bisphosphonate, sodass der Begriff der Antiresorptivaassoziierten Kiefernekrose (AR-ONJ) eingeführt wurde. Eine Übersicht der relevanten Medikamente ist in Tabelle 1 zusammengefasst. Da diesen Medikamenten antiresorptive Eigenschaften im Knochenmetabolismus gemeinsam sind beziehungsweise sie osteoprotektive Eigenschaften aufweisen, wurde der Begriff der Bisphosphonat-assoziierten Kiefernekrose durch den Terminus Antiresorptiva-assoziierte Kiefernekrose abgelöst. Die angloamerikamische Begrifflichkeit der medikamentenassoziierten Kiefernekrose beschreibt dabei dieselbe Entität und umfasst insbesondere neue Substanzgruppen wie zum Beispiel Bevacizumab (Avastin), die allerdingssehr viel seltener mit einer Kiefernekrose assoziiert sind als ältere Medikamente.

Jedoch herrscht häufig eine Unsicherheit im Umgang mit oder in der Beratung der Patienten. Wie sollte der Zahnstatus vor einer Behandlung mit Antiresorptiva aussehen? Müssen noch Zähne entfernt werden? Welche Art der zahnärztlichen prothetischen Versorgung ist die richtige? Sollte der Antiresorptiva-Patient besser

mit einer herausnehmbaren Prothese (Totalprothese, klammerverankerte Modellgussprothese, Teleskop-Prothese) versorgt werden? Wie verhält es sich hinsichtlich einer eventuellen Implantation? Können Implantate problemlos inseriert werden?

Der nachfolgende Beitrag beschäftigt sich mit den Grundlagen der Antiresoptiva, dem Umgang mit den damit therapierten Patienten sowie der Behandlung einer Kiefernekrose und berücksichtigt dabei die zugrunde liegenden aktuellen Leitlinien und Empfehlungen.

#### Grundlagen

Der physiologische Knochenstoffwechsel besteht aus einem aufeinander abgestimmten System von zellvermittelten Knochenab- und -aufbauprozessen (Osteoklasten und Osteoblasten). Die Knochensubstanz aufbauenden Osteoblasten, die abbauenden Osteoklasten, sowie die entstehenden Osteozyten werden untereinander durch verschiedene Regelsysteme sowohl innerhalb als auch außerhalb der Knochenmatrix reguliert. Eine Stimulation der Osteoblasten führt zu Knochenaufbau, die Stimulation der Osteoklasten wiederum zum Knochenabbau. "Im physiologischen Gleichgewicht (steady state) halten sich Ab- und Aufbau die Waage, was zu einer kontinuierlichen Erneuerung des vorhandenen Knochengewebes führt (bone remodeling)" [2].

Verschiedene Krankheiten können dieses Gleichgewicht des bone remodeling stören. Zu den häufigsten Krankheiten zählen die primäre oder sekundäre Osteoporose und verschiedene onkologische Erkrankungen (Mamma- und Prostatakarzinom) mit hohen Raten an Knochenmetastasen sowie der primär maligne Knochentumor Plasmozytom beziehungsweise Multiples Myelom. Die gemeinsame Problematik dieser verschieden Erkrankungen ist ein unphysiologischer und überschießender Knochenabbau, der zum Beispiel mit dem Risiko einer Spontanfraktur beziehungsweise pathologischen Fraktur oder mit ausgeprägten Knochenschmerzen verbunden ist.

Eine Behandlung dieser Krankheiten zielt deshalb darauf ab, genau in diesen Regelkreislauf einzugreifen und die Regulationsmechanismen wieder zum Knochenaufbau hin zu bewegen. Und genau dieser Eingriff in die Regulationsmechanismen des Knochenmetabolismus führt zu einer Verlangsamung des physiologischen Knochenumbaus und somit zu einer verminderten "bone remodeling"-Rate und Knochenneubildungsrate [3].

Als Hauptfaktor für die Entstehung einer Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrose werden die Koinzidenz von Bakterien-Einwanderung infolge lokaler Weichgewebsentzündung (Parodontitis) oder eine offene Weichteilknochenwunde (Extraktionsalveole, Prothesendruckstelle) einerseits und die Hemmung der Knochenresorption andererseits angesehen (Abb.1 und 2). Der physiologische Schutzmechanismus des Knochens gegen eine Infektion, die Knochenresorption, bleibt aus, und somit ist das Knochengewebe schutzlos der Entzündung ausgeliefert. Schon die einmalige Einnahme eines Antiresorptivums kann ursächlich für eine spätere Kiefernekrose sein. Es ist allerdings anzumerken, dass dies selten ist. In der Regel steigt das Kiefernekroserisiko langsam über die Zeit an.

Das Bisphosphonatmolekül selbst bindet sich relativ stabil an das Hydroxylapatit des Knochens. Die daraus resultierende unkalkulierbare lange Halbwertszeit des Medikaments verkompliziert das Management der Situation. Meist bedarf es einer kumulativen Dosis, sodass sich auch nach jahrelangen symptomlosen Mundschleimhautverhältnissen eine Kiefernekrose entwickeln kann.

Obwohl die Halbwertszeit bei Denosumab kürzer ist als bei anderen Antiresoptiva, zeigen sich klinisch keine relevanten Unterschiede bezüglich des individuellen Kiefernekroserisikos. Daher ist es auch bei mit Denosumab behandelten Patienten geboten, über die Dauer der Medikation hinaus Sicherheitskautelen walten zu lassen. Hinzu kommt der Hinweis der Arzneimittelkommision der Deutschen Ärzteschaft auf das Risiko eines überschießenden Knochenabbaus nach Absetzen von Denosumab, sodass ein Absetzten entweder unterlassen werden, die Knochendichte sehr engmaschig kontrolliert werden oder auf die althergebrachten Bisphosphonaten zurückgegriffen werden muss. Aus zahnärztlicher Sicht bietet Denosumab somit derzeit keine klinischen Vorteile gegenüber den traditionellen Bisphosphonaten.

Substanz	Handelsname	ОИЈ	Prävalenz
Pamidronat/ Pamidronsäure	Aredia	ja	++
Alendronat/ Alendronsäure	Fosamax, Fosavance	ja	+
Risedronat/ Risedronsäure	Actonel	ja	+
Ibandronat / Ibandronsäure	Bonviva	ja	6 mg (+), 50 mg -
Zoledronat/ Zoledronäure	Aclasta	ja	++
Denosumab	Prolia & Xgeva	ja	++
Bevacizumab	Avastin	ja	+
Sunitinib	Sutent	ja	?
Trastuzumab	Herceptin	ja	?
Aflibercept	Zaltrap	ja	?

Tab.1 Übersicht über die gängigsten Antiresorptiva-Medikamente mit Handelsnamen (ohne Generika) und Prävalenzeinteilung



Abb.1 Lingual im Unterkiefer ist die Kiefernekrose mit leichtem Pus-Belag erkennbar. Ebenfalls auffällig ist hier schon das hyperplastische, aufgeworfene Zahnfleisch an den Zähnen 36 und 35.



Abb.2 Die Parodontalsonde bestätigt hier die Vermutung einer tiefen entzündlichen Tasche. Darüber hinaus sind weiter kaudal kleine Fistel-/Abszessausgänge zu erkennen.

#### Definition und Inzidenz

Die Kriterien für das Vorliegen einer Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrose sind:

- ein exponierter nekrotischer oder sondierbarer Knochen für mehr als acht Wochen,
- eine laufende oder frühere Einnahme von osteoprotektiven (Bisphosphonate/Denosumab) oder antiangiogenetischen Medikamenten und
- keine stattgehabte Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich beziehungsweise keine Metastasierung.

Das Leitsymptom einer Antiresorptivaassoziierten Kiefernekrose ist der inspektorisch oder sondenpalpatorisch
freiliegende Knochen. Weitere klassische
Symptome sind Zahnlockerungen, Foetor
ex ore, Kieferkammfisteln mit oder ohne
Exsudation, Schwellungen oder spontane
Sensibilitätsstörungen in der Unterlippe
(Vincent-Symptom) (Abb.3 und 4). Ein
vorhandener oder "kommender und
gehender" Schmerz eines Patienten ist
nicht als Leitsymptom anzusehen. Dieser
ist eher Ausdruck der (Super-)Infektion
und häufig von zusätzlicher Pus-Exsudation gekennzeichnet.

Der monoklonale IgG2-anti-RANKL-Antikörper Denosumab (Handelsname: Prolia oder Xgeva) wird ebenfalls gesichert mit der Ausbildung von Kiefernekrosen in Verbdingung gebracht [4]. Denosumab greift in den Knochenmeta-

bolismus ein, indem es ein Protein inaktiviert, das normalerweise Osteoklasten aktiviert, sodass der Osteoklast in seiner Funktion gehemmt wird. Die Denosumab-Kiefernekrose zeigt laut aktueller Literatur mindestens gleich hohe Prävalenzraten wie bei onkologischen oder Osteoporose-Patienten unter Bisphosphonat-Therapie [5,6].

Zu den häufigsten Indikationen der Antiresorptiva gehören die Behandlung der primären und sekundären Osteoporose sowie die supportive Therapie onkologischer Erkrankungen. Dazu zählen:

- das multiple Myelom (oder auch Plasmozytom),
- die ossäre Metastasierung solider Tumoren, unter denen das Mammakarzinom und das Prostatakarzinom die Hauptindikation stellen,
- die primäre (meist postmenopausale)
   Osteoporose,
- die sekundäre (meist therapieinduzierte) Osteoporose,
- der Morbus Paget.

Die wahrscheinlich häufigste Indikation ist die primäre Osteoporose mit oraler Bisphosphonatmedikation oder einer intravenösen Dosis nur ein Mal pro Jahr. Bei sekundärer Osteoporose oder malignen Erkrankungen ohne Knochenmetastasen hingegen sind meistens i.v. Gaben in Frequenzen von zwei bis vier Mal pro Jahr indiziert [4]. Ossäre Metastasierungen und das multiple Myelom jedoch bringen eine Medikamentensteigerung zu einer intra-

venösen Therapie alle vier Wochen mit sich [7,8].

Neben den oben genannten Antiresorptiva wird mittlerweile auch eine Reihe weiterer Medikamente verdächtigt, eine Kiefernekrose auslösen zu können. Gesicherte Daten gibt es aber lediglich zur Prävalenz von Kiefernekrosen unter dem Angiogenesehemmer Bevacizumab, die (ohne begleitende Bisphosphonatmedikation) bei 0,3 bis 0,4 Prozent liegt [9]. Die Kombination eines Angiogenesehemmers wie Bevacizumab oder Sinitinib mit Bisphosphonaten führt zu einer Risikoeskalation mit einer Kiefernekroseprävalenz von 16 Prozent [10].

Weitere Fallberichte beschreiben Kiefernekrosen unter Einsatz der Medikamente Trastuzumab (Handelsname: Herceptin) sowie Aflibercept (Handelsname: Zaltrap) [11–13]. Eine Aussage über die mögliche Prävalenz dieser Medikamente kann zurzeit noch nicht getroffen werden.

Für die zahnärztliche Anamnese und Befunderhebung sind somit die Gruppe der Antiresorptiva und das Medikament Avastin wichtig. Diese sollten auch im Anamnesebogen berücksichtigt werden. Häufig zeigt sich, dass Patienten zwar wissen, dass sie Medikamente "gegen Osteoporose" einnehmen, jedoch ist ihnen das damit verbundene Risiko für eine Kiefernekrose nicht bewusst.

Die vorkommenden Kiefernekrose-Ereignisraten können drei typischen Patientenkollektiven zugeordnet werden:



Abb.3 Es zeigt sich eine "klassische" Kiefernekrose. Der Patient erhielt mehrfach eine i.v. Zolendronat-Therapie aufgrund eines Multiplen Myeloms. Es wurden alio loco dentale Implantate Regio 036, 034, 033 und 043 entfernt. Es erfolgten schon mehrfache Resektionen. Sichtbar ist eine Dehiszenz der Mundschleimhaut mit erkennbarem grau-grünlichem Knochen. Ein Pusabgang ist nicht erkennbar.

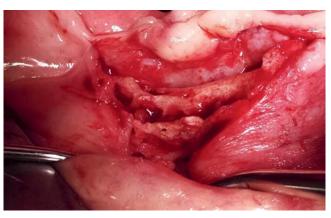


Abb. 4 Intraoperativ offenbart sich die reale Ausdehnung der Kiefernekrose. Ebenso sind die nicht ausgeheilten Alveolen deutlich erkennbar.

- 1. Niedriges Risikoprofil bei Patienten mit Osteoporose und BP-Medikation (oral oder i.v. in der jeweiligen Dosis) oder Denosumabmedikation (60 mg alle sechs Monate s.c.) Dabei liegt der vermutete Risikobereich einer Kiefernekrose zwischen 0,0 und 0,5 Prozent. Die Prävalenz bei Bisphosphonatmedikation liegt bei 0,0 - 0,5 Prozent (BP-Medikation >4 Jahre: 0,04% und <4 Jahre: 0,21%). Die Prävalenz der Denosumab-Medikation liegt bei 0,13 bis 0,21 Prozent. Die Bisphosphonatmedikation erfolgt oral (u.a. Alendronat, Ibandronat oder Risedronat), intravenös (Zoledronat 5 mg alle zwölf Monate, Ibandronat 3 mg/3 ml alle drei Monate) oder subkutan (Denosumab 60 mg alle sechs Monate).
- 2. Mittleres Risikoprofil bei Patienten mit zusätzlichen Risikofaktoren oder Therapie mit Antiresorptiva im Anwendungsgebiet, bei Prävention skelettbezogener Komplikationen im Kontext von Tumorerkrankungen und i.v. BP-Medikation sowie bei Patienten mit therapieinduzierter Osteoporose, sekundärer Osteoporose und Therapieindikationen zur Vermeidung von "Skeletal related events" (SRE) und bei Komedikation mit Immunmodulatoren (Rheumamedikamente, u.a. MTX).

- Dabei liegt der vermutete Risikobereich einer Kiefernekrose bei bis zu einem Prozent. Die Bisphosphonatmedikation erfolgt intravenös (z.B. mit Zoledronat 4 mg alle sechs Monate) oder oral in Kombination mit Immunmodulatoren und/oder mit wundheilungs- oder immunmodulierender Grunderkrankung.
- 3. Hohes Risikoprofil bei therapeutischen, onkologischen Indikationen (z.B. Knochenmetastasen, Multiples Myelom) und monatlicher i.v. BP-Medikation oder monatlicher s.c. Denosumabmedikation (120 mg). Dabei liegt der vermutete Risikobereich einer Kiefernekrose bei 1 bis 21 Prozent. Die Bisphosphonatmedikation erfolgt intravenös (z.B. Zoledronat 4 mg alle vier Wochen), die Denosumabmedikation subkutan (120 mg alle vier Wochen).

Wie bereits beschrieben existieren weitere Medikamente, die mit einer Kiefernekrose assoziiert sein können. Zusätzlich sollten neue Substanzen wie (mTOR-, VEGF-, TK-Inhibitoren) in Betracht gezogen werden. Bei ihnen kann aufgrund der vorliegenden Ereignisraten ein geringes Osteonekroserisiko angenommen werden. Bisher wurden nur in einer einzelnen Studie Prävalenzen von o bis 0,5% (Mittelwert 0,2%) genannt [4].

#### Prophylaxe vor Antiresorptiva-Therapie

Vor der Behandlung mit Antiresorptiva sollte der Patient über das Risiko einer Kiefernekrose (inklusive Einschätzung des Risikoprofils anhand Medikation und Begleitfaktoren) unterrichtet werden. Damit das individuelle Risiko auch korrekt eingeschätzt werden kann, braucht es mehrere Betrachtungsweisen:

1. Der Verordnende sollte den Hauszahnarzt über die für das Risikoprofil relevanten Behandlungsdaten des Patienten unterrichten. Zur Verbesserung und Vereinfachung der interdisziplinären Kommunikation dient zum Beispiel der konsentierte ASORS-Laufzettel. Um diese sehr komplexe Evaluation des individuellen Risikoprofils einerseits für den Zahnarzt zu erleichtern und andererseits die notwendige interdisziplinäre Kommunikation zwischen den Antiresorptivaverordnenden Ärzten zu verbessern, wurde ein sogenannter "Laufzettel" entwickelt, der auch in der S3-Leitlinie zu Anwendung empfohlen wird [14]. In diesem werden die Grunderkrankungen des Patienten, die Medikationsart sowie eventuell weitere onkologische Therapien (Chemotherapie, Strahlentherapie, Immun- oder Antikörpertherapie oder auch eine

- Kortisontherapie) bedacht und können individuell nachgehalten werden.
- 2. Von zahnärztlicher Seite sollten vor Beginn einer Therapie mit antiresorptiven Medikamenten eine Fokussuche und eine prothetische Anpassung und Sanierung von Infektionen und Bakterieneintrittspforten im Mund-Kiefer-Bereich eingeleitet werden. Eine prophylaktische Entfernung prognoselimitierter, aber erhaltungswürdiger Zähne sollte nicht erfolgen. Gleiches gilt für verlagerte Zähne ohne Hinweis auf Schlupfwinkelinfektionen sowie für die chirurgische Therapie apikaler Osteolysen ohne klinische Symptome einer Infektion. Insgesamt umfasst die Sanierung des Zahnstatus beziehungsweise der Mundhöhle Maßnahmen, die auch ohne die oben genannten Medikationen sinnvoll und notwendig sind, hier aber zur Risikominderung einer AR-ONJ dienen und deshalb von großer Bedeutung sind [4].

Dementsprechend sind die weiter aufgeführten Maßnahmen zur Prophylaxe keine Besonderheiten für Antiresorptiva-Patienten, sondern Teil der regulären zahnärztlichen Prophylaxe beziehungsweise Behandlung:

- Entfernung von nicht erhaltbaren sowie nicht erhaltungswürdigen Zähnen und Implantaten
- Sanierung von Schlupfwinkelinfektionen durch Beginn einer systematischen Parodontaltherapie an erhaltungswürdigen parodontal erkrankten Zähnen (dies kann auch parallel zum Beginn der BP-Therapie fortgesetzt werden)
- Beginn einer systematischen Periimplantitistherapie an erhaltungswürdigen Implantaten (dies kann auch parallel zum Beginn der BP-Therapie fortgesetzt werden)
- Entfernung von teilretinierten Zähnen mit chronischer Perikoronitis
- Entfernung von Zysten, Fremdkörpern und anderen enossalen chronischen Infektionsherden
- Wurzelspitzenresektionen nur bei klinisch symptomatischer apikaler Paro-

- dontitis (Cave: Allein der radiologische Befund einer apikalen Osteolyse ist wegen der verminderten Knochenneubildungsrate bei diesen Patienten keine WSR-Indikation!)
- Wurzelkanalbehandlung avitaler, nicht wurzelbehandelter Zähne
- Sanierung bestehender und Vermeidung zukünftiger Keimeintrittspforten durch Behandlung bestehender Druckstellen (Änderung des Zahnersatzes)
- Minderung des Druckstellenrisikos durch Anpassung der Prothesenbasis, Glätten scharfer Knochenkanten, Exostosen und Tori mit relevantem Risiko für zukünftige Mukosaperforationen
- Motivation und Instruktion zu überdurchschnittlicher Mundhygiene
- Eingliederung des Patienten in ein risikoadaptiertes Recall-Programm [15]

"Bei allen Empfehlungen sollte die vom Patienten leistbare Mundhygiene beachtet werden. Selbstverständlich sollten optimale Ergebnisse der häuslichen Mundhygiene ausgeschöpft werden und der Patient während der Behandlungsoder Kontrolltermine remotiviert werden. Jedoch müssen auch Limitierungen der Mundhygiene durch eventuelle Allgemeinerkrankungen (z.B. rheumatoide Arthritis, Morbus Parkinson oder Zustand nach Apoplex) in die Beurteilung der Erhaltungswürdigkeit parodontal vorerkrankter Zähne miteinbezogen werden. Wenn auch nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten eine adäquate Mundhygiene seitens des Patienten nicht stattfinden kann, sollte dieser als Hochrisikopatient für die Entstehung einer Kiefernekrose klassifiziert werden [15].

Aktuelle Studien unterstreichen die Relevanz der zahnärztlichen Prophylaxe bei onkologischen Patienten. In einer systematischen Literatur-Metaanalyse konnte mit n = 6 inkludierten Studien (n = 332 Patienten) bei onkologischen Patienten mit i.v. Bisphosphonat-Therapie die Kiefernekrose-Inzidenz mittels dentaler Prophylaxe- und Präventionsmaßnah-

men um 77,3 Prozent reduziert wurden (95%-KI 47,4–90,2%; p=0,001) [16].

#### Prävention unter und nach Antiresorptiva-Therapie

Wenn es bei Antiresorptiva-behandelten Patienten zu einer notwendigen Zahnentfernung kommt, so ist darauf zu achten, dass zum einen diese Therapie nicht zu lange hinausgezögert wird und zum anderen eine Reihe von definierten Sicherheitskautelen beachtet werden sollte.

Vor einer chirurgischen Intervention sollte der Patient eine (ggf. prolongierte) perioperative, systemische antibiotische Abschirmung mindestens ab dem Tag vor der Operation und bis zum Abklingen klinischer Zeichen einer Keimbelastung erhalten. Dazu haben sich Amoxicillin (1 g dreimal täglich) oder bei Penicillinallergie Clindamycin (600 mg dreimal täglich) bewährt. Die Operation sollte minimalinvasiv und atraumatisch erfolgen (Vermeidung von thermischen oder mechanischen Läsionen des knöchernen Gewebes). Falls augenscheinlich und/oder palpatorisch scharfe Knochenkanten erkennbar sind, sollten diese sorgfältig abgetragen beziehungsweise geglättet werden. Dies dient der Vermeidung sekundärer Mukosaperforationen, da die Knochenkanten nicht hinreichend durch spontanes bone remodelling "geglättet" werden. Zur atraumatischen Glättung der scharfen Knochenkanten hat sich die minimalinvasive Piezochirurgie bewährt. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass es auch bei einer "einfachen" Zahnentfernung einer "Aufklappung" beziehungsweise einer Lappenbildung bedarf. Der Lappen kann je nach Operationsgebiet mit oder ohne Entlastungen gebildet werden, sollte aber immer spannungsfrei adaptierbar sein, im Sinne einer primären plastischen Deckung.

In der Literatur und auch in internationalen Leitlinien oder Empfehlungen wird selten eindeutig zwischen den Zeitfenstern vor und unter/nach Antiresorptiva-Therapie unterschieden. Für die Patientenversorgung erscheint dieser Unterschied aber sehr relevant, da erst in



Abb.5 Eine typische Stelle einer Kiefernekrose ist im Unterkiefer zu erkennen. Nach erfolgter Zahnentfernung ohne plastische Deckung kam es nicht zu einer Verknöcherung der Alveole. Die Extraktionsalveole heilte nicht aus, und es ist typisch gelb-brauner Knochen nach lingual zu erkennen.



Abb.6 Nach chirurgischer Darstellung des betroffenen Areals wird auch nach mesial nekrotisierter Knochen offenbar.



Abb.7 Nach chirurgischer Entfernung des nekrotischen Anteils und Anfrischung des Knochens sowie Entfernung des Zahns 35 erscheint ein angefrischtes, gut vaskularisiertes Wundgebiet.

der zweiten Zeitspanne besondere Kautelen bei der chirurgischen Sanierung von Infektionseintrittspforten einzuhalten sind. Der höchste Empfehlungsgrad bezieht sich deshalb auf die Mundhöhlensanierung vor oder zu Beginn der AR-Therapie, damit das zusätzliche ONJ-Risiko, das durch die Therapiemaßnahme selbst ausgelöst wird, so gering wie möglich ist [17].

Die Frage, ob es zu einem Absetzten der Medikation, also zu einem "drug holiday" vor einer chirurgischen Maßnahme kommen sollte, wird kontrovers diskutiert. Zurückliegende Literatur zeigt für das niedrige Risikoprofil (primäre Osteoporose) ein kontinuierlich ansteigendes Kiefernekroserisiko, je länger die Medikamente verabreicht werden. Diese Patienten benötigen eine risikoadaptierte, angemessene zahnärztliche und/oder chirurgische Betreuung, die sich von der eines Patienten mit Hochrisikoprofil und auch von der eines gesunden Patienten unterscheidet [17]. Mit einem Blick in die aktuelle Leitlinie kann keine eindeutige Empfehlung für oder gegen eine Therapieunterbrechung vor chirurgischen Kiefereingriffen ausgesprochen werden [4]. Eine Rücksprache mit dem Hausarzt/ Onkologen/Internisten ist auf jeden Fall empfehlenswert.

#### Therapie einer Kiefernekrose

Bei einer manifesten Kiefernekrose, insbesondere bei verspäteter Diagnose und Behandlung, kann die Therapie sehr zeitintensiv ausfallen. Das operative Ausmaß reicht von einem nur kleinen nekrotischen Areal bis hin zu großflächigen Sequestern ganzer Kieferabschnitte. Sobald die Indikation einer chirurgischen Therapie gestellt wurde, erfolgen meistens eine umfassende Entfernung des nekrotischen Anteils, eine Anfrischung des Knochens und eine mehrschichtige plastische Deckung (Abb.4–6).

#### Implantate bei Patienten unter Antiresorptiva

Mit Antiresorptiva behandelte Patienten haben in vielen zahnmedizinischen Situationen den Wunsch nach einer implantatgetragenen prothetischen Versorgung. Um sowohl dem Patienten als auch dem behandelnden Arzt/Zahnarzt zu dieser Thematik eine Hilfestellung zu geben, er-

schien 2016 eine neue S3-Leitlinie unter dem Titel: "Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate)" [18].

Aus dem Verständnis der Knochenphysiologie (Heilung nach Extraktion, Osteogenese etc.) in Kombination mit antiresorptiven Medikamenten erklärt sich die Problematik einer eventuellen zahnärztlich-chirurgischen Maßnahme. Möglich wäre es, dass jeder operative Eingriff am Kiefer eines mit Antiresorptiva behandelten Patienten das Risiko einer späteren Kiefernekrose erhöht. Daher gilt es seriös abzuwägen, ob das Unterlassen eines Eingriffs (Zahnentfernung) bei relevanter dentaler Infektion gerechtfertigt ist. Meistens ist der gesicherten OP-Indikation dann mit der Abwägung entsprechender Kautelen zu folgen. Andererseits stellt eine Prothesendruckstelle einen weiteren Risikofaktor dar und kann ebenfalls die Entstehung einer Osteonekrose auslösen [19]. Zur Reduktion des Risikos einer Prothesendruckstelle ist die Insertion von Implantaten eine gute Möglichkeit, um tegumental getragenen Zahnersatz zu umgehen. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass aufgrund eines

verringerten bone remodeling und einer verringerten Knochenneubildungsrate das Implantat länger oder schlechter einheilen könnte. Andererseits muss das individuelle Risiko des Eingriffs abgeschätzt werden, da auch durch den Eingriff selbst oder durch eine eventuelle spätere Infektion (Periimplantitis) eine Kiefernekrose ausgelöst werden könnte.

Es trägt also nicht jeder Patient das gleiche Risiko in sich, eine Antiresorptivaassoziierte Kiefernekrose zu entwickeln. Daher ist noch vor der Planung der kaufunktionellen Rehabilitation eine individuelle Risikoevaluation dringend zu empfehlen. Um die Risikoeinschätzung für den behandelnden Zahnarzt, Oralchirurgen oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen zu erleichtern, wurde im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Implantologie, orientiert am Ampelschema der SAC-Klassifikation, ein Risiko-Evaluationsbogen entworfen. Die Einschätzung des Risikos erfolgt nach der Grunderkrankung und Indikation der antiresorptiven Therapie, nach der Medikation und ihrer zeitlichen Dynamik sowie nach weiteren gegebenenfalls onkologischen Therapien. Außerdem findet die lokale Knochenneubildungsrate beziehungsweise die knöcherne Situation Berücksichtigung. Dabei wird das ONJ-

Risiko in "niedrig = grün", "mittel = gelb" und "hoch = rot" eingestuft [20].

Doch wie findet man nun bei den Patienten die korrekte Implantatindikation? In der aktuellen Leitlinie sind die Vorund Nachteile einer Implantatindikation zusammengefasst (siehe Tab.2). Es ist sinnvoll, sich gemeinsam mit dem Patienten an den Kriterien in dieser Tabelle "entlangzuhangeln".

Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf der präoperativen Beachtung der Befunde liegen. Dabei ist dem radiologischen Befund der "persistierenden Alveole" eine sehr hohe Bedeutung beizumessen. Das bedeutet: Sollte auch noch sechs Monate nach einer durchgeführten Zahnentfernung in der Panoramaschichtaufnahme keine oder nur eine gering ausgeheilte Alveole erkennbar sein, kann von einer sehr geringen knöchernen Regeneration ausgegangen werden.[21]. Sollte dies der Fall sein, kann das als Indikationseinschränkung für eine Implantation angesehen werden. Der klinische und radiologische Heilungsverlauf der Alveolen sollte demnach in die Evaluation einer möglichen Implantation miteingehen [18].

Ebenso kann eine Augmentation das Risiko für einen Implantatmisserfolg erhöhen. Je umfangreicher das periimplantäre Lagergewebe durch augmentative Maßnahmen verbessert werden muss, desto größer ist das Risiko einer Wundheilungsstörung und eines eventuellen Misserfolgs, da bisher über die Erschließung eines Augmentats bei AR-Patienten sehr wenige gesicherte Daten vorliegen. Auch wenn Studien zeigen, dass auch bei Antiresorptiva-Therapie beziehungsweise bei Hochrisikopatienten eine Augmentation ohne Misserfolg gelingen kann, birgt ein größerer chirurgischer Umfang auch immer das höhrere Risiko einer eventuellen Dehiszenz und Infektion mit der Folge der Nichteinheilung des augmentierten Bereichs und somit einem eigenen Kiefernekroserisiko.

Im Großen und Ganzen ist die Implantatplanung nahezu gleichzusetzen mit der eines gesunden Patienten, in der Vor- und Nachteile, Risiken und Patientenwünsche gleichwertig betrachtet werden. Unter Berücksichtigung des Patientenwunsches steht die Aufklärung des Patienten für eine selbstbestimmte Therapieentscheidung in der präoperativen Phase eigentlich an oberster Stelle. Vor der geplanten operativen zahnärztlich-chirurgischen Leistung sollte der Patient über das individuelle Risiko einer Osteonekrose unterrichtet werden. Die Aufklärung sollte ebenfalls die Alternativen der Therapie mit allen Vor- und Nachteilen sowie die Aufklärung über die strukturierte Nachsorge, inklusive dem Hinweis über diesbezügliche Folgekosten, beinhalten.

Angesprochene Punkte sollten sein:

- das individuelle Risiko
- Vor- und Nachteile von prothetischen Versorgungen mit Einbezug implantologischer Lösungen
- Kosten und Folgekosten (Periimplantitis)
- Risiko einer Osteonekrose durch einen zahnärztlich-operativen Eingriff, also die Implantation selbst
- Risiko einer Periimplantitis
- Nachsorge, Prophylaxe
- Patientenprognose quo ad vitam
- Für die Implantation selbst: übliche chirurgische Risikoaufklärung, inklusive Lokalanästhesie, Nervschädigung etc.

Für ein Implantat sprechen	Gegen ein Implantat sprechen
Niedrigeres Osteonekroserisiko	Höheres Osteonekroserisiko
Keine Osteonekrose in Eigenanamnese	Bestehende/vorausgegangene Osteonekrose
Gute onkologische Prognose	Schlechte onkologische Prognose
Keine Infektionsherde	Bestehende Infektionsherde
Klinisch keine scharfen Knochenkanten, radiologisch keine persistierenden Alveolen	Klinisch und radiologisch schlechtes bone remodeling und schlechte Knochen- neubildungsrate
Gute Compliance	Schlechte Compliance
Gute Mundhygiene	Schlechte Mundhygiene
Vermeidung von Prothesendruckstellen	Keine Vermeidung von Prothesendruckstellen
Hohe Indikationsstärke	Fragliche Notwendigkeit eines Implantats bzw. gleichwertiger konventionell prothe- tischer Ersatz möglich
Keine Augmentation erforderlich	Notwendigkeit einer Augmentation

Tab. 2 Übersicht und Zusammenfassung zur Implantatindikation bei mit Antiresorptiva behandelten Patienten. Aus der S3-Leitlinie: "Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate)" [1]

 Erfolgsprognose beziehungsweise Gegenüberstellung von Implantatvorhaben bei Antiresorptiva-behandelten Patienten und Prognosen von "gesunden" Patienten [3]

Es kristallisieren sich folgende Fragen zur Überprüfung der Implantatindikation heraus:

- Kann durch eine Implantation eine eventuelle Prothesendruckstelle vermieden und somit das Risiko einer druckstelleninduzierten Kiefernekrose minimiert werden?
- Kann durch eine Implantatpfeilervermehrung die Prognose der Restbezahnung verbessert werden?
- Kann der chirurgische Eingriff mit Implantation am Ende der Behandlung die Lebensqualität und die Kaufunktion verbessern?

Bei korrekter Risikoeinschätzung des Patienten und Einhaltung der oben genannten Punkte ist eine Implantation häufig erfolgreich. Zurückliegende Studien und

Metaanalysen sowie Literaturauswertungen geben die Implantatüberlebensrate mit 95 bis 100 Prozent [22,23] beziehungsweise 86 Prozent [24] an. Auch wenn die meisten Studien Patienten mit einem eher niedrigen Risiko für eine Kiefernekrose einschließen (Patienten mit primärer und sekundärer Osteoporose sowie oraler Bisphosphonatmedikation), gibt es zwei systematische Reviews aus dem Jahr 2013 mit Patienten unter oraler oder intravenöser Bisphosphonattherapie, die keine Kontraindikation für eine Implantattherapie zeigen [25,26].

#### **Fazit**

Mit den beiden S3-Leitlinien "Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inkl. Bisphosphonate)" und "Antiresorptivaassoziierte Kiefernekrosen (AR-ONJ)" finden sowohl das Team der "Mundhöhlenbetreuenden" (vom Hauszahnarzt bis zum Spezialisten) als auch die verschiedenen

Antiresorptiva verordnenden Fachärzte eine gute Hilfestellung für den korrekten Umgang mit diesen Risikopatienten. Ob und wie es zu einer Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrose kommt, hängt stark von vielen Faktoren ab (Welches Medikament, wie lange, wie oft und in welcher Dosis dem Patienten schon verabreicht etc.). Die Insertion von Implantaten bei Antiresorptiva-therapierten Patienten kann unter bestimmten Voraussetzungen die kaufunktionelle Rehabilitation umfassen und somit wahrscheinlich das Risiko einer Osteonekroseentwicklung über die Vermeidung von Prothesendruckstellen reduzieren. Weitere Langzeitstudien sind jedoch notwendig, um die Erfolgswahrscheinlichkeit der implantologischprothetischen Lösung zu evaluieren.

> Korrespondenzadresse: Dr. Tim Wolff, M.Sc. Am Oberborn 2, 63791 Karlstein am Main Telefon: 06188 77177, Wolff.Tim@gmx.de

> > Literatur bei den Verfassern

Anzeige



# Periimplantitis

Die chirurgische Behandlung des periimplantären Entzündungsgeschehens Ein Beitrag von Prof. Dr. med. dent. Fouad Khoury<sup>1,2</sup> und Dr. Alexander Zastera<sup>1</sup>, <sup>1</sup>Olsberg, <sup>2</sup>Münster

Die Periimplantitis wird als Entzündung des periimplantären Weichgewebes mit fortschreitendem Knochenverlust definiert. Die Taschensondierungstiefen, die Blutung auf Sondierung und der radiologische Knochenabbau sind ausschlaggebend für die periimplantäre Diagnostik. Aufgrund der komplexen, nicht vollständig geklärten Ätiologie der Erkrankung gibt es keine einheitlichen Therapieprotokolle für die Behandlung der Periimplantitis. Diese Behandlung geschieht immer noch nicht kausal, sondern hauptsächlich symptomatisch. Allerdings sind chirurgische Interventionen der rein konservativen Therapie vorzuziehen, um Entzündungsfreiheit zu erzielen und gleichzeitig Rezidiven vorzubeugen.

Dentale Implantate stellen heute eine zuverlässige Therapieart für die orale Rehabilitation dar. Dabei erzielen dentale Implantate und implantatgetragener Zahnersatz Langzeitüberlebensraten von über 90 Prozent [1–4]. Trotzdem sind Implantate aufgrund mehrerer Faktoren anfällig für die Entstehung periimplantärer inflammatorischer Erkrankungen [5].

Die Periimplantitis wird als Entzündung des periimplantären Weichgewebes mit fortschreitendem Knochenverlust definiert, während es sich bei der Mukositis lediglich um eine Weichgewebsentzündung handelt [6]. Die Prävalenz der Periimplantitis liegt bei 22 Prozent, die der periimplantären Mukositis bei 43 Prozent [25]. Die Literatur in Bezug auf die Periimplantitis und ihre Behandlungsmöglichkeiten zeigt ein heterogenes Studiendesign, bei dem es unterschiedliche Therapieprotokolle gibt. Dazu gehören das mechanische Debridement, die Nutzung von Antiseptika sowie von lokalen oder systemischen Antibiotika und chirurgische Interventionen [7–9].

Der epitheliale periimplantäre Mukosakomplex ähnelt weitestgehend dem epithelialen Zahn-Mukosa-Komplex. Er besteht beim Implantat aus oralem Gingivaepithel, Sulkusepithel und Saumepithel [10,11]. Das den Implantatfaserkomplex umgebende Bindegewebe ist im Vergleich zum Zahnhalteapparat gefäßärmer und sorgt für eine verminderte Immunabwehr gegenüber der bakteriellen Flora der Mundhöhle [12]. Eine bakterielle Akkumulation in der periimplantären Mukosa kann schnell zu einer periimplantären Entzündungsreaktion führen [13]. Diese periimplantäre Läsion kann sich weiter nach apikal ausbreiten, ohne wie bei der Parodontitis von Kollagenfasern eingekapselt zu werden, und sich direkt bis zum periimplantären Knochen ausdehnen.

#### Diagnostik

Die aktuelle S3-Leitlinie, die in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Implantologie entwickelt wurde, definiert die

periimplantäre Taschentiefenmessung und den radiologischen, marginalen Knochenverlust als diagnostische Parameter zur Erkennung der Periimplantitis. Für die radiologische Diagnostik eignen sich Zahnfilme und das Orthopantomogramm [14]. Als Vergleichsdaten sollten - spätestens nach prothetischer Eingliederung - eine röntgenologische Diagnostik und eine Messung der Taschensondierungstiefen erhoben werden. Im direkten Vergleich zu den Ausgangswerten können pathologische Veränderungen erkannt und zu physiologischen Umbauprozessen abgegrenzt werden. Falls diese Ausgangsdaten nicht vorhanden sind, sollten eine erhöhte Blutung auf Sondierung und/oder Suppuration oder Taschensondierungstiefen von mindestens 6 mm vorliegen, um die Diagnose einer Periimplantitis stellen zu können [8]. Die mikrobiologische Flora der periimplantären Mukositis und der Periimplantitis ist unspezifisch, sodass man keinen pathogenen bakteriellen Leiterreger für die Diagnostik heranziehen kann [16-18].

#### Ätiologie

Bei der Periimplantitis und der Mukositis handelt es sich um eine plaqueassoziierte Erkrankung mit multifaktorieller Ätiologie, wobei als primäre Ursache ein bakterieller Biofilm zugrunde liegt. Der inflammatorische Prozess wird bei der periimplantären Läsion von Makrophagen und neutrophilen Granulozyten dominiert [22]. Lokale und systemische Faktoren können die Erkrankung und deren Progredienz begünstigen. Risikofaktoren sind unter anderem eine gesicherte parodontale Vorerkrankung, schlecht eingestellter Diabetes mellitus, eine insuffiziente Mundhygiene und Nikotinabusus [23,24]. Trotz der hohen Implantatüberlebensraten gibt es eingeschränkte Implantaterfolge bei Patienten mit parodontaler Vorerkrankung, die allerdings einen Großteil des implantologisch zu versorgenden Patientenkollektivs ausmachen [25-29]. Daher ist eine parodontale Vorbehandlung vor der implantologischen Rehabilitation obligat, um stabile Langzeitergebnisse erzielen zu können. Auch komplexe und umfangreiche Augmentationen haben – nach erfolgreicher systematischer Parodontaltherapie und individualisierter regelmäßiger parodontaler Nachsorge – sehr gute Langzeitergebnisse bei parodontal vorgeschädigten Patienten gezeigt [30].

#### Therapie der Periimplantitis

Die Behandlung der Periimplantitis geschieht immer noch nicht kausal, sondern hauptsächlich symptomatisch, weil eine klare therapierbare Ursache für ihre Entstehung bisher nicht gefunden ist. Sie orientiert sich an den bestehenden Behandlungskonzepten der Parodontitis. Im Rahmen der nichtchirurgischen und chirurgischen Therapie der Periimplantitis werden neben der mechanischen Reinigung häufig zusätzlich antiseptische Spülungen, photodynamische Dekontaminationen und lokale sowie systemische Antibiotika eingesetzt. Eine chirurgische Intervention sollte erfolgen, wenn trotz bereits durchgeführter geschlossener Parodontaltherapie klinische Entzündungszeichen wie Blutung auf Sondierung oder Suppuration erneut auftreten [35].

#### Dekontamination im Rahmen der chirurgischen Periimplantitistherapie

Zunächst sollten Plaque, Zement, bakterieller Biofilm und Granulationsgewebe vollständig entfernt werden. Dazu eignen sich Küretten, Schallinstrumente, diamantierte Bohrer, Hartmetallfräsen oder Pulverwasserstrahlgeräte (z.B. Air-Flow). Dekontaminierende Spüllösungen wie H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> (3%), CHX (0,2%) oder Kochsalzlösungen sowie eine photodynamische Dekontamination mittels Soft-Laserverfahren können unterstützend verwendet werden [35]. Allerdings gibt es zum jetzigen Zeitpunkt kein Behandlungsprotokoll, das evidenzbasiert einen klinischen und signifikanten Vorteil gegenüber einem anderen zeigt [36]. Bei der Periimplantitis wird die nichtchirurgische Therapiephase dazu genutzt, um bei der chirurgischen Intervention ein weitestgehend entzündungsfreies Interventionsgebiet zu erlangen.

#### Chirurgische Intervention bei Periimplantitis

Als Ziel einer chirurgischen Therapie werden eine Reduktion der Taschensondierungstiefen, eine Elimination klinischer Anzeichen der Infektion (Blutung und/oder Sekretion auf Sondierung) sowie eine Stabilisierung des Knochenniveaus um das Implantat definiert [38]. Bei einer chirurgischen Intervention empfiehlt es sich, zunächst die Suprakonstruktion zu entfernen, um eine genaue Diagnostik und einen besseren Zugang für die an-







Abb. 1

(a) Erheblicher Knochenverlust nach
Explantation im Frontzahngebiet
(b) Dreidimensionaler Knochenaufbau mit
der mandibulären Schalentechnik
(c) Nach der Implantation im augmentierten Bereich erfolgt später die definitive
Versorgung.

schließende chirurgische Intervention zu ermöglichen [35]. Sowohl resektive als auch regenerative chirurgische Eingriffe können für eine Reduktion der intraossären Defektmorphologie sorgen, was eine Verbesserung der klinischen Surrogatparameter zur Folge hat. Resektive Verfahren sind in der Regel bei mehrwandigen Verlusten des periimplantären Knochens indiziert, die oft mit einer Exposition der rauen Implantatoberfläche einhergehen. Durch den pathologischen Knochenabbau kommt es nach der Exposition in der keimbeladenen Mundhöhle zur Anlagerung von Plaque und zur Entstehung eines bakteriellen Biofilms. Da eine Wiederherstellung der knöchernen Strukturen wegen der sehr schwachen Regenerationseigenschaften des Implantatlagers äußerst kompromittiert ist, begnügt man sich in der Regel mit einer palliativen Therapie durch Entfernung der rauen und biofilmfreundlichen Oberfläche. Augmentative Verfahren sind in der Regel bei vertikalen intraossären Knocheneinbrüchen indiziert. Die Defektmorphologie beziehungsweise das Vorhandensein von Knochenwänden um den Defekt erleichtert die knöcherne Regeneration. Voraussetzung dafür ist eine ausreichende Dekontamination der Implantatoberfläche. Eine Explantation als Ultima Ratio wird erst ab einem periimplantären Knochenabbau von mehr als 50 Prozent (Taschensondierungstiefen über 8 mm) durchgeführt [39].

Die aktuelle Leitlinie empfiehlt die operative Entfernung eines nicht therapierbaren Implantats bei irreversiblen technischen Komplikationen, Implantatlockerungen oder Ausbreitung der Entzündung auf gesunde Nachbarstrukturen [14]. Oftmals entstehen anschließend komplexe Knochendefekte, deren Behandlung sehr anspruchsvoll sein kann (Abb.1a bis c).

#### Resektive Verfahren

Bei der Implantoplastik werden sowohl die Mikro- als auch die Makrostruktur der freiliegenden Implantatwindungen geglättet, die sich außerhalb der physiologischen Barriere für aktuelle Augmentationsver-

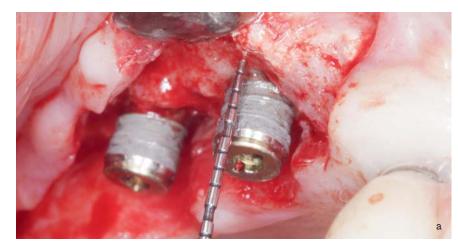








Abb. 2
(a) Mehrwandiger, periimplantärer Knochenverlust
(b) Nach Entfernung der rauen Implantatoberfläche und Politur, Spülung mit 3 % H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>- Lösung
(c) Photodynamische Dekontamination mit dem Helbo-Laser
(d) Apikaler Verschiebelappen nach Einbringen der Gingivaformer

fahren befinden [14,35]. Dabei stehen die Entfernung des Granulationsgewebes und die mechanische Reinigung der Implantatoberfläche im Vordergrund. In Kombination mit einer apikalen Verschiebung des periimplantären Weichgewebes können die Taschensondierungstiefen und Blutungspunkte nach Sondierung im Vergleich zur alleinigen mechanischen Reinigung signifikant reduziert werden (Abb.2a bis d). Bei der Implantoplastik wird zunächst mit Hand- und Schallinstrumenten die freiliegende Implantatoberfläche gereinigt. Anschließend wird die Oberflächenstruktur mit Hartmetallfräsen und/ oder diamantierten Schleifkörpern poliert, sodass eine verminderte Oberfläche für die Anheftung der bakteriellen Plaque erreicht wird. Die bearbeitete Oberfläche sollte mit Polierern unterschiedlicher Körnung finiert werden. Da unterhalb eines Rauigkeitswerts (Ra-Wertes) von 0,2 µm laut Studien keine Beeinflussung der Quantität und Zusammensetzung des Biofilms nachweisbar ist, sollte dieser Ra-Wert angestrebt werden [40]. Ra-Werte nach initialer Politur liegen zwischen 0,39 und 4,75 µm. Klinisch ist eine zusätzliche Oberflächenbehandlung mit Polierern notwendig, um einen Ra-Wert von unter 0,2 µm zu erzielen. Nach Beendigung der Politur wird das ganze Gebiet nochmal mit H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> und NaCl desinfizierend gespült, um alle verbleibenden Metallpartikel zu entfernen. Es folgt eine photodynamische Dekontamination sowie optional auch die Applikation eines lokalen Antibiotikums (z.B. Ligosan).







Abb. 3b Nach Reinigung der Implantatoberfläche und photodynamischer Dekontamination

Im Anschluss an die resektive Implantatchirurgie kann die Suprakonstruktion erneut inseriert werden. Für eine effiziente Erhaltungsphase kann die Suprakonstruktion so umgearbeitet werden, dass der Patient bei sehr guter Compliance eine bestmögliche Mundhygiene erzielen kann. Eine Implantoplastik sollte nur im nicht ästhetischen Bereich durchgeführt werden, da es durch die Eliminierung der tiefen Taschen zu weiteren Rezessionen am Implantat kommt.

#### Regenerativ-augmentative Verfahren

Voraussetzung für die regenerative Therapie ist eine genaue Analyse der Defektmorphologie - sowohl radiologisch als auch klinisch über die Sondierung des Defekts. Eine Augmentation erfolgt in der Regel im Bereich spezifischer intraossärer Defekte, wobei die zugehörigen Implantatoberflächen, die angrenzend an den zu augmentierenden Bereich liegen, nicht mit einer Implantoplastik vorbehandelt werden sollten. Der Defekt wird durch einen vollschichtigen Mukoperiostlappen und eine gründliche Degranulierung dargestellt und mittels mechanischer Reinigung der Implantatoberfläche vorbehandelt. Je nach Defektkonstellation kann eine regenerative Therapie an Implantaten mittels autologen Knochens und/oder Knochenersatzmaterialien angestrebt werden. Für augmentative Verfahren ist der autologe Knochen immer noch der Goldstandard.

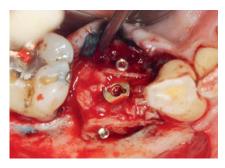


Abb. 3c Dreidimensionaler Aufbau mit autogenem Knochen nach der Schalentechnik

Ein geschlossenes Einheilen ist für den ungestörten physiologischen Heilungsprozess empfehlenswert [35,43].

In der täglichen Praxis empfehlen sich zunächst eine Abnahme der Suprakonstruktion und eine offene Kürettage zur Entfernung des Granulationsgewebes und des Biofilms. Im Anschluss erfolgen eine Spülung mit dreiprozentigem H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> sowie eine photodynamische Dekontamination (Helbo, bredent medical). Die Implantate sollten dabei mit Abdeckschrauben und nicht mit Gingivaformern verschlossen werden, um eine bessere periimplantäre Weichteilheilung zu erzielen [8]. Nach circa vier Wochen erfolgt die Weiterbehandlung durch die Augmentation der Knochendefekte unter antibiotischer Abschirmung. Die Antibiose sollte mit der Kombination aus Amoxicillin und Metronidazol erfolgen und 24 Stunden vor dem Eingriff begonnen werden. Anschließend sollte die antibiotische Therapie für eine Woche mit der täglichen Dosierung von 2 g Amoxicillin und 750 mg Metronidazol



Abb. 3d "Reentry" drei Monate postoperativ mit erheblicher Verbesserung der Ausgangsituation

fortgesetzt werden. Nach Bildung eines Mukoperiostlappens und Reinigung sowie Dekontamination der Implantatoberfläche mit H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-Spüllösungen und dem Helbo-Laser erfolgt die Augmentation des Knochendefekts. Die Autoren verwenden dafür als Material autologen Knochen, der als Knochenblock oder in Form von Knochenchips aus der unmittelbaren Nachbarschaft entnommen wird. Die Knochenblöcke werden dann wie bei der herkömmlichen Schalentechnik mithilfe von Microscrews um den Defekt herum stabilisiert. Die restlichen Hohlräume werden mit Knochenchips gefüllt (Abb.3a bis d). Eine frühere Studie hat gezeigt, dass die Verwendung von zusätzlichen Membranen bei Augmentationen mit Knochenblöcken nach dem "Split bone block"-Verfahren (Schalentechnik) nicht notwendig ist [8]. Nicht resorbierbare Membranen werden benutzt, wenn nur partikuliertes Knochenmaterial verwendet wird. Die Entscheidung, welche Methode angewendet wird, ist von der Defektmor-

#### wissenschaft und fortbildung

phologie abhängig. Es muss berücksichtigt werden, dass nicht resorbierbare Membranen aufgrund der geringeren Adhäsion an das umliegende Gewebe empfänglicher für frühzeitige Expositionen und somit für Kontaminationen sind [8]. Resorbierbare Membranen sollten aufgrund ihrer Instabilität nach Erfahrung der Autoren keine Anwendung finden. Der Wundverschluss sollte am besten zweischichtig erfolgen: Dies geschieht im Oberkiefer durch die zusätzliche Verwendung eines palatinal gestielten Bindegewebelappens. In der Unterkieferfront verwendet man zusätzlich einen vestibulär gestielten Bindegewebelappen und im posterioren Seitenzahngebiet einen gestielten Periost-Masseterlappen. Nach dreimonatiger Einheilung erfolgen die Implantatfreilegung und die Eingliederung der Suprakonstruktion. Augmentationen mit autologem Knochen zeigen stabile

Langzeitergebnisse, wobei der Patient über ein Restrisiko aufgeklärt werden sollte, da es sich generell um eine symptomatische und nicht kausale Therapie handelt.

#### Weichgewebsmanagement bei periimplantären Erkrankungen

Für eine langfristig entzündungsfreie periimplantäre Weichgewebssituation sind eine Dicke und Breite von mindestens 2 mm keratinisierter oder fixierter, nicht beweglicher Gingiva um das Implantat notwendig. Bei Patienten mit dünnem Weichgewebsbiotyp kann die Gingiva um das Implantat vor weiteren chirurgischen Interventionen mit Bindegewebe verdickt werden. Das autologe Weichgewebstransplantat in Form eines freien Schleimhauttransplantats oder freien Bindegewebstransplantats hat

sich als besonders erfolgreich erwiesen. Freie Schleimhauttransplantate werden verwendet, um stabile keratinisierte Gingiva ohne Muskelzüge im Rahmen einer Vestibulumplastik zu erzielen. Der so gewonnene, befestigte Schleimhautsaum ermöglicht eine gute Hygienefähigkeit, eine gute Ästhetik und bei Interventionsnotwendigkeit eine adäquate Wundheilung [35]. Die Weichgewebsaugmentation in Kombination mit resektiven und/oder regenerativen Therapieansätzen konnte periimplantäre Gewebe langfristig stabilisieren [49]. Autologe Transplantate aus dem Gaumen zeigen Vorteile verglichen mit Ersatzmaterialien unterschiedlichen Ursprungs. Resektive Weichgewebsverfahren, bei denen eine Ausdünnung des periimplantären Gewebes mit anschließender Apikalverschiebung erfolgt, eignen sich in ästhetisch nicht relevanten Bereichen zur Taschenreduktion und

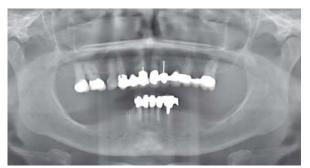


Abb. 4a Sanierungsbedürftiger Unterkiefer mit starker vertikaler Knochenatrophie im Seitenzahnbereich



Abb. 4b Postoperative Aufnahme nach Implantatinsertion im Frontzahnbereich sowie multiplen Knochenaugmentationen mit Knochenblocktransplantaten aus dem Retromolarenbereich des Unterkiefers



Abb. 4c Die klinische Situation nach oraler Rehabilitation zeigt eine entzündete periimplantäre Schleimhaut mit Rezessionen wegen fehlender fixierter und keratinisierter periimplantärer Mukosa.



Abb. 4d Supraperiostaler apikaler Verschiebelappen im Sinne einer offenen Vestibulumplastik



Abb. 4e Abdeckung des freien Periostes mit Gaumenschleimhauttransplantaten



Abb. 4f Klinische Situation zwei Jahre postoperativ mit reizlosen periimplantären Schleimhautverhältnissen

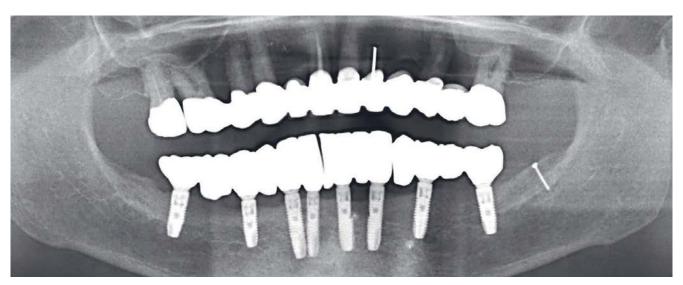


Abb. 4g Die Röntgenkontrolle sechs Jahre nach den Knochenaugmentationen dokumentiert das stabile Knochenniveau nicht nur im Front-, sondern auch im Seitenzahnbereich.

zur Verbesserung der Mundhygiene [35,50,51]. Die aktuelle Literatur zeigt, dass der apikale Verschiebelappen in Kombination mit einem freien Schleimhauttransplantat die besten Ergebnisse zur Verbreiterung der keratinisierten Gingiva erzielt (Abb. 4a bis g) und somit weniger Blutung auf Sondierung, bessere Plaqueindizes, weniger Rezessionen und ein langzeitstabiles periimplantäres Knochenniveau erreicht werden können.

#### Fazit

Aufgrund der komplexen, nicht vollständig geklärten Ätiologie der Erkrankung gibt es keine einheitlichen Therapieprotokolle für die Behandlung der Periimplantitis. Allerdings sind chirurgische Interventionen der rein konservativen Therapie vorzuziehen, um Entzündungsfreiheit zu erzielen und gleichzeitig Rezidiven vorzubeugen. Die Taschensondierungstiefen, die Blutung auf Sondierung und der radiologische Knochenabbau sind ausschlaggebend für die periimplantäre Diagnostik. Um einer Periimplantitis vorzubeugen, sollte initial auf suffiziente periimplantäre Knochenverhältnisse und fixierte Gingiva sowie eine gute Mundhygiene und Compliance des Patienten geachtet werden [52]. Die Periimplantitis kann je nach Defektmorphologie mit resektiven und/oder augmentativen Maßnahmen effizient behandelt werden. Regelmäßige Nachuntersuchungen mit Erhebung der Parodontalparameter und einmal jährlicher radiologischer Kontrolle im Rahmen der Erhaltungsphase sind für den Langzeiterfolg von großer Bedeutung.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. dent. Fouad Khoury
Privatklinik Schloss Schellenstein
Am Schellenstein 1, 59939 Olsberg
Telefon: +49 2962 971914
www.implantologieklinik.de
prof.khoury@t-online.de
und
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
der Universität Münster
Waldeyerstr. 30, 48149 Münster

Literatur bei den Verfassern.

# Implantate und Paro-dontitis

#### Therapie einer fortgeschrittenen Parodontitis mit Stützzonenverlust

Ein Beitrag von Dr. Hari Petsos, M.Sc., Frankfurt am Main

Eine 34-jährige Patientin mit einer Parodontitis (Stadium IV, Grad C) wies bei Erstvorstellung bereits eine Freiendsituation im ersten Quadranten und eine Schaltlücke in Regio 26 auf. Sie wünschte sich einen festsitzenden Ersatz der verloren gegangenen Zähne. Eine beidseitige Implantation mit Augmentation nach Herstellung entzündungsfreier parodontaler Verhältnisse führte nach einer zwischenzeitlichen Explantation und Neuimplantation eines Implantats zu einem langfristig zufriedenstellenden und stabilen Behandlungsergebnis.

#### Was verdeutlicht dieser Fall?

Die oberste Priorität in der Parodontologie hat der Zahnerhalt, im Optimalfall bei möglichst geschlossener Zahnreihe [1]. Dennoch sind Patienten, die bereits eine Lücken- beziehungsweise Freiendsituation aufweisen oder Zähne haben, deren Befund einen Erhalt ausschließt, keine Ausnahme. Auch dieser Ausgangssituation gilt es sich zu stellen und den am besten geeigneten Behandlungsansatz zu finden. Unter der Voraussetzung entzündungsfreier parodontaler Verhältnisse sind in diesen Fällen neben zahngetragenen Restaurationen auch implantatgetragene Restaurationen eine Option [2,3], insbesondere dann, wenn die benachbarten Zähne zwar erhaltungswürdig sind, aber den prothetischen Ansprüchen als Pfeilerzahn nicht genügen. Eine vorausgegangene Parodontitis wurde bereits in zahlreichen Studien als Risikofaktor für einen implantologischen Langzeiterfolg identifiziert [2-7]. Die Entscheidung für eine implantatgetragene Versorgung sollte immer, vor allem vor dem Hintergrund möglicher Extraktionen, unter Abwägung aller Risikofaktoren getroffen und im Vorfeld mit den Patienten diskutiert werden.

Der folgende Fall soll einen Überblick über die systematische Behandlung einer fortgeschrittenen Parodontitis mit anschließender implantologischer Weiterversorgung und dem Management von Komplikationen, wie sie auftreten können, geben. Er verdeutlicht, welche weitreichenden Konsequenzen eine Unterbrechung der Zahnreihe haben kann.

#### Diagnostik und Therapieplanung

#### Anamnese und Erwartungen

Die 34-jährige Patientin stellte sich erstmals 2014 auf Überweisung eines Kollegen vor. Sie war allgemein gesund, Nichtraucherin und berichtete über die Entfernung von insgesamt sechs Zähnen im vergangenen Jahr sowie von unregelmäßig durchgeführten Zahnreinigungen. Zuletzt fiel ihr eine zunehmende Lockerung mehrerer Zähne auf.









Abb.1 Fotostatus vom Ausgangsbefund (04/2014)

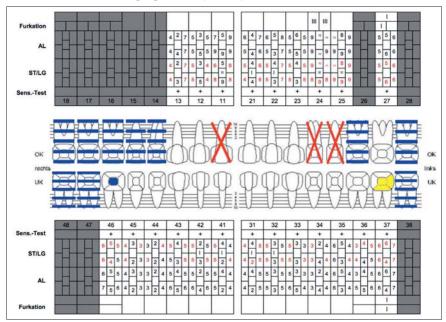


Abb.2 Befundschema vom Ausgangsbefund (04/2014)

Die Patientin hatte hohe ästhetische Ansprüche und war an einer umfassenden Therapie interessiert. Sie fühlte sich im beruflichen Alltag aufgrund der vielen fehlenden Zähne nicht wohl und gab an, sich beim Lächeln zu schämen. Mittelfristig wünschte sie sich einen festsitzenden Ersatz der verlorenen gegangenen Zähne.

Datum	MHT/UPT	GBI (%)	PCR (%)	BOP (%)
04/2014	MHT I	35	42	66
04/2014	MHT II	27	30	
08/2014	UPT I/Reevaluation	25	39	17
11/2014	UPT II	16	26	9
05/2015	UPT III	7	24	6
09/2015	UPT IV	6	27	6
10/2020	UPT V	5	56	6

Tab. 1 Auflistung der Werte für GBI, PCR und BOP zu den jeweiligen Terminen. MHT: Mundhygienetraining, UPT: Unterstützende Paradontitistherapie, GBI: Gingival bleeding index, PCR: Plaque control record, BOP: Bleeding on probing

#### Klinische Ausgangsbefunde

Der Ausgangsbefund ist den Abbildungen 1 und 2 zu entnehmen. Ein leichtes Diastema mediale im Oberkiefer lag auf Nachfrage bei der Patientin nicht immer vor. Es fanden sich weitestgehend approximal weiche, supragingivale Beläge (Plaque control record, PCR [8]: 42%), eine generalisierte Blutung im Bereich der marginalen Gingiva (Gingival bleeding index, GBI [9]: 35%) und eine generalisierte Blutung beim Sondieren (Bleeding on probing, BOP: 66%) (Tab.1). Auf eine erste Nachfrage, ob sie möglicherweise eine Schienung in der Oberkieferfront akzeptieren könne, reagierte sie ablehnend - sie wollte "keine weiteren Therapieversuche an den wackligen Zähnen".

#### Röntgenbilder

Die Patientin brachte zum ersten Termin eine im Jahr 2010 angefertigte Panoramaschichtaufnahme (PSA) mit (Abb.3). Zu diesem Zeitpunkt fiel auf, dass die Zahnreihe im Oberkiefer noch geschlossen war. Es zeigte sich bereits ein generalisierter horizontaler Knochenabbau bis ins mittlere, lokalisiert bis ins apikale Wurzeldrittel, insbesondere im Oberkiefer.

Im Vergleich zu einer aktuellen PSA aus 2014 fielen zum damaligen Zeitpunkt insbesondere die zwischenzeitlich verlorenen Zähne 17 bis 14, 26 und 47 auf. Der Knochenabbau lag zwischen 2 und 12 mm, gemessen als Distanz zwischen der Schmelz-Zement-Grenze und dem Limbus alveolaris abzüglich 2 mm: Parodontaler Knochenabbau liegt vor, wenn der Abstand von der Schmelz-Zement-Grenze um Limbus alveolaris ≥ 2 mm ist (Abb.4) [10].

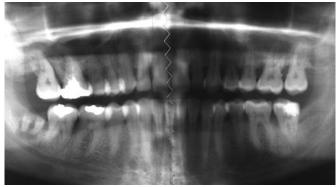






Abb.4 Panoramaschichtaufnahme vom Ausgangsbefund 04/2014)

#### Diagnosen

- Parodontitis Stadium IV, Grad C [11] (ehemals generalisierte aggressive Parodontitis [12])
- nicht erhaltungsfähige Zähne 11, 24 und 25 (insbesondere vor dem Hintergrund der abgelehnten Schienung und der prothetischen Wertigkeit für die weitere festsitzende Versorgung)
- Freiendsituation im ersten Quadranten und eine Schaltlücke in Regio 26 (vor Extraktion 24 und 25)

#### Prognose

Der langfristige Erhalt der Zähne 11, 24 und 25 wurde als hoffnungslos eingestuft, da sie einen bereits stark fortgeschrittenen Knochenabbau (>50% der Wurzellänge) bei gleichzeitiger Lockerung dritten Grades aufwiesen. Zahn 24 wies darüber hinaus eine Grad-III-Furkation auf. Die Prognose des Zahns 11 wurde, insbesondere auch, weil die Patientin eine Schienung ablehnte, herabgestuft. Die Zähne 12, 21 und 22 wurden zu Beginn der Therapie als fraglich beurteilt, da sie einen Knochenabbau von > 50 Prozent der Wurzellänge aufwiesen, was mit einem erhöhten Risiko für Zahnverlust korreliert [13].

#### Therapieplanung

- 1. Extraktion der Zähne 11, 24 und 25 und Anfertigung einer Interimsprothese
- Mundhygienetraining mit Motivation und Instruktion zu einer effektiven individuellen Plaquekontrolle und professionelle Zahnreinigung
- 3. Systematische antiinfektiöse Therapie mit adjuvanter Antibiose

- 4. Reevaluation
- 5. Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)
- 6. Implantation in den Regionen 16, 14,11, 24 und 26 mit zeitgleicher beidseitiger externer Sinusbodenelevation
- 7. Definitive prothetische Rehabilitation des Oberkiefers

# Aufklärung, Beratung, weiterführendes ärztliches Gespräch

Die Patientin wurde über die möglichen Konsequenzen bei unterlassener Behandlung aufgeklärt: mittelfristiger Verlust der Zähne mit fraglicher Prognose. Als Therapiealternativen wurden die geschlossene Therapie aller Zähne mit anschließender prognostischer Neubeurteilung und die daraus resultierende Extraktion der Zähne 12 bis 22 sowie 24 und 25 mit anschließender Coverdenture-Prothese im Oberkiefer beziehungsweise ein Verzicht auf die Implantation in Regio 11 bei permanenter Kompositschienung der Oberkieferfront diskutiert.

Die Patientin wurde im Vorfeld der Behandlung über die erhöhten Komplikationsraten bei einer Implantation im parodontal kompromittierten Gebiss aufgeklärt. Abschließend wurde die Notwendigkeit einer regelmäßigen UPT zur Sicherung des Therapieergebnisses besprochen [14–17].

#### Therapie

#### Zahnextraktionen

Im Mai 2014 erfolgte die Entfernung der Zähne 11, 24 und 25 mit anschließender Versorgung mit einer Interimsprothese. In Regio 11 wurde aufgrund der bereits im koronalen Drittel der Alveole resorbierten bukkalen Knochenlamelle Bio-Oss Collagen (Geistlich Biomaterials Vertriebsgesellschaft mbH, Baden-Baden, Deutschland) im Sinne einer "socket preservation" eingebracht [18].

# Mundhygienetraining und antiinfektiöse Therapie

Die antiinfektiöse Therapie erfolgte im April 2014. Zur Reinigung der Approximalräume wurde der Patientin die Anwendung von Interdentalraumbürsten empfohlen. In den ersten Sitzungen wurden Mundhygieneindizes (GBI [9], PCR [8]) zur Motivation und Erfolgskontrolle erhoben. Im Zuge der professionellen Zahnreinigung wurden harte und weiche supra- sowie erreichbare subgingivale Zahnbeläge entfernt.

Die subgingivale Instrumentierung aller pathologisch vertieften Taschen unter Lokalanästhesie erfolgte an zwei aufeinanderfolgenden Tagen nach dem Prinzip der Full-Mouth-Disinfection [19–21] mit begleitender adjuvanter Antibiose (Amoxicillin 500 mg und Metronidazol 400 mg 3 x täglich für eine Woche) [22].

Die Patientin wurde angewiesen, für die folgenden zwei Wochen morgens und abends etwa zwei Minuten lang mit einer 0,12-prozentigen Chlorhexidindigluconat-Lösung zu spülen und zu gurgeln. Zusätzlich putzte sie über diesen Zeitraum Zähne und Zunge mit einem einprozentigen Chlorhexidindigluconat-Gel.

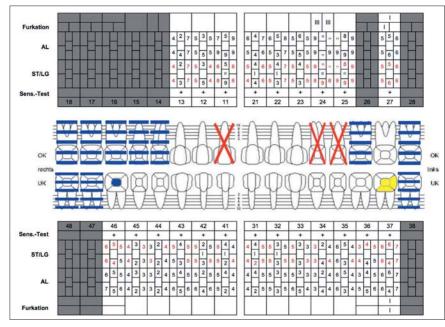


Abb. 5 Befund nach antiinfektiöser Therapie (08/2014)

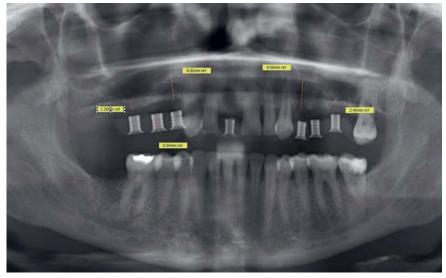


Abb.6 Panoramaschichtaufnahme mit Mess-/Orientierungsschablone (11/2014)

#### Reevaluation

Vier Monate nach der antiinfektiösen Therapie, im August 2014, erfolgte die Reevaluation (Abb.5). Die Interdentalbürsten wurden angepasst, und anschließend erfolgte die Reinigung sämtlicher Zahnflächen mittels Hand- und Schallinstrumenten mit nachfolgender Politur. Persistierende Taschen mit 4mm Sondierungstiefe und BOP sowie Taschen von ≥5mm wurden subgingival mit Hand- und Schallinstrumenten gereinigt und einprozentiges Chlorhexidindigluconat-Gel subgingival instilliert. Weiterführende paro-

dontalchirurgische Maßnahmen waren aufgrund des deutlichen Therapieerfolgs zunächst nicht indiziert [23].

Abschließend wurde die Patientin in die UPT überführt. Zur Parodontitisrisikobestimmung wurde das "Periodontal Risk Assessment" (PRA) verwendet [24–26], nach dem ihr Risiko als hoch eingestuft wurde und ihr folglich ein vierteljährliches UPT-Intervall zugewiesen wurde.

#### Unterstützende Parodontitistherapie

In regelmäßigen Abständen wurden orale Befunde sowie Zahn- und Parodontalstatus erhoben. Persistierende Taschen mit 4mm Sondierungstiefen und BOP sowie Taschen ≥ 5 mm wurden subgingival mit Handbeziehungsweise Schallinstrumenten gereinigt und einprozentiges Chlorhexidindigluconat-Gel subgingival appliziert. Die Praktikabilität und Effektivität der Interdentalraumbürsten wurde für jeden Zahnzwischenraum überprüft und gegebenenfalls angepasst. **Tabelle1** zeigt eine Auflistung der GBI-, PCR und BOP-Werte zu den jeweiligen MHT/UPT-Terminen.

Aufgrund der kontinuierlichen Befundverbesserung und der regelmäßigen Teilnahme der Patientin an der UPT bis November 2014 wurde mit der Planung der Implantattherapie im Oberkiefer begonnen.

#### **Implantologie**

Im November 2014 wurde eine PSA mit einer zuvor angefertigten Orientierungsschablone erstellt und anschließend vermessen (orange Linien; SidexisneXt Generation, Sirona Dental Systems GmbH, Bensheim) (Abb. 6). Es wurden mit Absicht in jeweils allen drei Regionen im Seitenzahnbereich Bohrhülsen platziert, damit intraoperativ die Flexibilität bestand, von einer geplanten Implantatposition abweichen zu können.

Im selben Monat erfolgte die Implantation in Regio 16, 14, 11, 24 und 26. Der Eingriff erfolgte ambulant in nasaler Intubationsnarkose. Es wurde beidseitig ein nach palatinal versetzter Kieferkammschnitt mit vertikalen Entlastungen angelegt und ein Mukoperiostlappen von 14/24 bis in Regio 17/27 präpariert. Anschließend wurde beidseits ein ovales knöchernes Fenster im Bereich des Sinus präpariert, ohne dabei die Schneider'sche Membran auf der Innenseite zu perforieren. Diese wurde danach vorsichtig bis nach palatinal vom Sinusboden gelöst und abpräpariert, bis ein ausreichend dimensionierter Hohlraum zur Aufnahme der geplanten Implantate, insbesondere in den Positionen 16 und 26, entstand. Dann wurde in den entsprechenden Regionen für die Implantate in nach Möglichkeit prothetisch optimaler Position das jeweilige Implantatbett präpariert. Vor Insertion wurde zunächst der

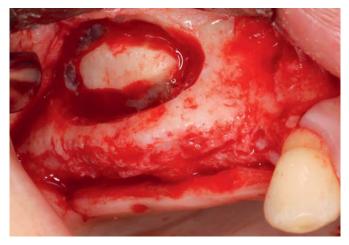




Abb. 7 Konventionelle Implantation mit externer Sinusbodenelevation (hier exemplarisch dargestellt: Regio 14–16). Links: laterale Aufsicht auf das oval präparierte Sinusfenster unter Erhalt der Schneider'schen Membran, rechts: Zustand nach Insertion der Implantate Regio 14 und 16 mit eingebrachten Abdeckschrauben und Augmentation des Sinus mit allogenem Material

palatinale Anteil des ehemaligen Sinus mit allogenem Knochenersatzmaterial (Puros Allograft, Zimmer Dental GmbH, Freiburg) gefüllt (Abb.7). Anschließend wurden die Implantate (Astra-Tech Osseospeed TXS, Durchmesser 5.0 x Länge 11 mm) primärstabil eingebracht, mit Abdeckschrauben verschlossen und der restliche Bereich des Sinus augmentiert. Ein spannungsfreier Wundverschluss in diesem Bereich wurde nach Reposition des Mukoperiostlappens über Einzelknopfnähte mit monofilen Nahtmaterialien verschiedener Stärke (SABApol 5-o und SABAfil 4-o, Sabana Medizinbedarf GmbH, Wiesbaden) erreicht. In Regio 11 wurde nach bukkal und palatinal jeweils ein vollschichtiger Lappen abpräpariert. Es folgte die Implantatbettaufbereitung, abschließend wurde das Implantat (Astra-Tech Osseospeed TX S, Durchmesser 5.0 x Länge 11 mm) primärstabil eingebracht und mit einer Abdeckschraube verschlossen. Augmentative Maßnahmen waren nur im oberen bukkalen Drittel notwendig. Dieser Bereich wurde ebenfalls mit allogenem Knochenersatzmaterial augmentiert, mit einer Kollagenmembran (Jason Membran, Straumann GmbH, Freiburg, Deutschland) bedeckt und spannungsfrei verschlossen (Abb.8).

Nach Abschluss der implantologischen Maßnahmen erfolgte eine Röntgenkontrollaufnahme **(Abb.9)**. Die Patientin spülte bis zwei Wochen nach der Implantation morgens und abends etwa zwei Minuten mit einer 0,12-prozentigen CHX-Lösung und applizierte mehrmals täglich nach der Mundhygiene ein einprozentiges CHX-Gel auf die Wunden [27]. Zusätzlich wurden ihr für fünf Tage ein Antibiotikum (Amoxicillin 1000 mg) zur dreimal täglichen Einnahme und ein Analgetikum (Ibuprofen 600 mg) als Bedarfsmedikation verschrieben.

#### Komplikationsmanagement

Im Februar 2015 stellte sich die Patientin noch innerhalb der vorgesehenen sechsmonatigen Einheilphase der Implantate mit einer Schleimhautdehiszenz über dem Implantat in Regio 26 vor, die zunächst über das Einbringen eines Gingivaformers versorgt wurde. Eine PSA ließ einen schüsselförmigen Defekt im Bereich des Mikrogewindes des Implantats 26 erkennen (Abb.10). Gemeinsam mit der Patientin wurde sich für eine Explantation mit zeitgleicher Neuimplantation entschieden. Eine verzögerte Implantation lehnte die Patientin ab, obwohl sie über das Risiko einer erneuten spontanen Freilegung und die fehlende Evidenz dieses Therapieverfahrens aufgeklärt wurde, da sie möglichst schnell versorgt werden wollte.

Im März 2015 wurde unter lokaler Anästhesie zunächst das Implantat 26 unter maximaler Schonung des umliegenden Knochens ausgedreht (Implant Removal Kit, Biomet3i, Barcelona, Spain). Anschließend wurde das kreisrunde vorherige Austrittsprofil des Gingivaformers mit einem Diamanten entepithelisiert und das schüsselförmig darunter liegende Granulationsgewebe scharf entfernt, ohne einen Lappen zu bilden. Daraufhin wurde ein neues, kürzeres Implantat (Astra-Tech Osseospeed TX, Durchmesser 5.0 x Länge 9 mm) so inseriert, dass die Implantatschulter auf dem Boden des schüsselförmigen Defekts zu liegen kam. Es wurde mit einer Abdeckschraube verschlossen und anschließend mit einem freien Schleimhauttransplantat mit bindegewebigen "Flügelchen" aus der Tuberregion 28 über dem Implantat bedeckt. Das Transplantat wurde in dem Empfängerbett mit Einzelknopfnähten (SABApol 6-o) fixiert (Abb.11). Nach Abschluss der erneuten Implantation erfolgte eine Röntgenkontrollaufnahme (Abb.12). Die Patientin befolgte das gleiche postoperative Protokoll wie nach der Implantation, jedoch ohne Antibiose.

#### Implantatfreilegung

Im Mai 2015 erfolgte die Freilegung aller Implantate [28]. Die entsprechenden Gingivaformer wurden handfest eingedreht. Die Interimsprothese wurde anschließend umgearbeitet, um weiterhin getragen werden zu können. Der weitere Verlauf gestaltete sich komplikationslos.

#### Implantatprothetische Versorgung

Die abschließende prothetische Versorgung der Implantate im Oberkiefer

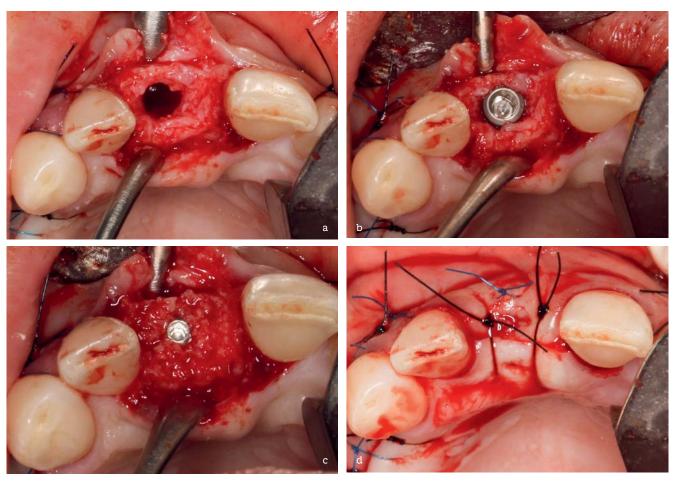


Abb.8 Konventionelle Implantation mit lateraler Augmentation in Regio 11: (a) koronale Aufsicht nach bukkaler und palatinaler Präparation eines Mukoperiostlappens und finaler Implantatbettbohrung, (b) Zustand nach Implantation Regio 11, (c) Zustand nach lateraler Augmentation mit allogenem Material, (d) Nahtverschluss mit einer horizontalen Matrazennaht und zwei Einzelknopfnähten





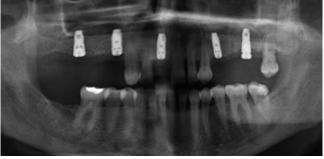


Abb.10 Panoramaschichtaufnahme mit eingebrachtem Gingivaformer Regio 26 (02/2015)

erfolgte durch den Überweiser mit zwei vollkeramischen Brücken in den Regionen 14 bis 16 und 24 bis 26. Zusätzlich wurde das Implantat in Regio 11 mit einer vollkeramischen Einzelkrone versorgt. Grundlage dafür waren individualisierte Titanabutments (Atlantis, Dentsply IH GmbH, Mannheim), die gewählt wurden, um den späteren Zementspalt weg vom Knochenniveau circa 1 mm unter die marginale Gin-

givamanschette zu legen. Im Zuge dessen wurde das Diastema mediale geschlossen (Abb.13).

# Befund ein Jahr und fünf Jahre nach Implantation

Ein Jahr nach Implantation zeigten sich parodontal entzündungsfreie Verhältnisse (Abb.13). Lediglich am Implantat 16 lag aufgrund eines BOPs eine periimplantäre

Mukositis [29] vor (Abb.14), die im Rahmen der regelmäßig stattfindenden UPT mittels Mundhygieneinstruktionen und professioneller mechanischer Plaqueentfernung therapiert wurde. Zahn 27 wurde zwischenzeitlich vom Überweiser entfernt. Die Extraktion, sofern man ihn nicht für den frühzeitigen Implantatverlust in Regio 26 verantwortlich macht, hätte aus rein parodontologischer Sicht











Abb. 11 Explantation und Neuimplantation in Regio 26: (a) koronale Aufsicht nach Entfernung des Gingivaformers, (b) Explantat am Implant-Remover, (c) koronale Aufsicht nach Neuimplantation Regio 26, (d) koronale Aufsicht nach Abdeckung des Implantats mit einem kombinierten freien Schleimhaut- und Bindegewebstransplantat, (e) koronale Aufsicht nach Transplantatfixierung mit Einzelknopfnähten

Abb.12 Panoramaschichtaufnahme (Halbseitenaufnahme links) nach Neuimplantation Regio 26 (03/2015)











Abb.13 Fotostatus vier Monate nach prothetischer Implantatversorgung beziehungsweise ein Jahr postoperativ (09/2015)

mit einem zuletzt allseitigen Furkationsgrad I und zirkumferenten Sondierungstiefen von 3 bis 4 mm nicht erfolgen müssen. Eine Einzelzahnaufnahme nach der Extraktion aus dem November 2015 zeigte einen verbliebenen Wurzelrest, der anschließend noch entfernt wurde, und stabile knöcherne Verhältnisse um das Implantat 26 (Abb.15).

Die aktuellen Diagnosen, fünf Jahre nach Implantation und prothetischer Implantatversorgung, in Bezug auf die parodontale und periimplantäre Situation (Befund aus Oktober 2020) der Patientin lauten **(Abb.16)**:

- stabile Parodontitispatientin (StadiumIV, Grad C) [30]
- periimplantäre Mukositis an Zahn 11
   (BOP + Rötung der Papille zwischen Zahn 11 und 12, Abb. 17) [29]

Die Patientin befand sich zwischenzeitlich in regelmäßigen Abständen in der UPT des Überweisers, wo auch Zahn 37 nach mehrfachem, großflächigem Füllungsverlust und misslungener endodontischer Therapie extrahiert wurde (Abb.18). Gegenüber dem Ausgangsbefund konnte die parodontale Situation in Form einer Reduktion der Sondierungstiefen auf überwiegend unauffällige Werte dennoch objektiv verbessert werden (Abb.16). Auf dem Weg dahin wurden allerdings initial als hoffnungslose (11,24,25) wie auch als sicher (27,37) eingestufte Zähne extrahiert. Zuletzt lag ein entzündungsfreier Zustand mit Sondierungstiefen bis 3 mm und Attachmentverlusten bis 4 mm vor (Abb.16).

#### Diskussion

Für die initial gestellte Diagnose "Parodontitis, Stadium IV, Grad C" spricht, dass die Patientin an 83 Prozent ihrer Zähne einen interdentalen Attachmentverlust von ≥5 mm aufwies und mehr als fünf Zähne aus mutmaßlich parodontalen Gründen

verloren hat, wenn man die PSA aus dem Jahr 2010 zugrunde legt **(Abb. 3)**. Darüber hinaus wies sie zu Therapiebeginn weniger als zehn okkludierende Zahnpaare auf, was ein zusätzlicher Komplexitätsfaktor im Stadium IV ist. Der Grad C (schnelle Progression) wurde aufgrund der indirekten Evidenz anhand des Knochenabbauindex (1,5) ermittelt und entspricht klinisch der bereits ausgeprägten parodontalen Destruktion und den stattgefundenen Zahnverlusten im Alter von 34 Jahren [11].

Bei der Reevaluation der klinischen Situation bestanden an den Zähnen 35 und 42 weiterhin erhöhte Sondierungstiefen von 5 mm. Sondierungstiefen ≥ 5 mm sind mit einem erhöhten Risiko für eine Progression der Parodontitis, das heißt weiteren Attachmentverlusten, assoziert [23]. Daher wurden Sondierungstiefen ≥ 4 mm + BOP oder ≥ 5 mm im Rahmen der UPT subgingival instrumentiert. Die eingangs besprochene Implantation wurde zunächst zurückgestellt, um den

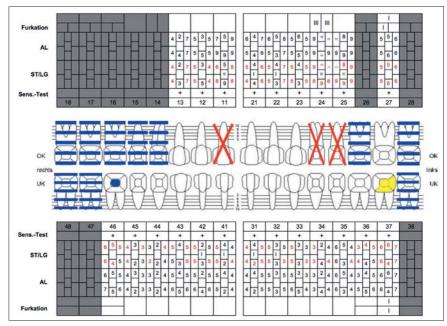


Abb.14 Befundschema vier Monate nach prothetischer Implantatversorgung beziehungsweise ein Jahr postoperativ (09/2015)

Effekt der antiinfektiösen Therapie auf die parodontale Situation weiter abzuwarten, diese zu verbessern und weiter zu stabilisieren [2–7].

Die Extraktion der Zähne 11, 24 und 25 ist aus parodontologischer Sicht mit Sicherheit kritisch zu bewerten und hätte bis zur Reevaluation zurückgestellt werden können, um deren Prognose anschließend neu zu beurteilen. Dieser

Fall verdeutlicht, wie wichtig der Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe, insbesondere bei parodontal erkrankten Patienten, ist. Wäre die Patientin bereits 2010 überwiesen worden (Abb.3), wäre wahrscheinlich ein vollkommen anderer Therapieansatz gewählt worden. Es wäre versucht worden, alle Zähne zu erhalten, um prothetisch nicht zwangsläufig aktiv werden zu müssen. Aufgrund des zur

Erstuntersuchung vorliegenden Befundes mit bereits existierender Schaltlücke und dem folglich bereits bestehenden prothetischen Handlungsbedarf, wurden die oben genannten Zähne extrahiert, da deren Wertigkeit als Pfeiler nicht mehr gegeben war. An Zahn 24 hätte auch nach antiinfektiöser Therapie eine durchgängige Furkation vorgelegen und selbst bei einem Attachmentgewinn an den Zähnen 24 und 25 wäre deren prothetische Wertigkeit weiterhin infrage zu stellen gewesen. Hätte die Patientin einer Schienung zugestimmt, wäre Zahn 11 nicht extrahiert worden [31]. Prinzipiell ist es im parodontal kompromittierten Gebiss vorteilhaft, eine Implantation möglichst hinauszuzögern, wenn der natürliche Zahn noch vorhanden ist [32]. Dafür muss man als Patient aber möglicherweise kompromissbereit hinsichtlich der Ästhetik sein, die beispielsweise durch die Ausbildung von Rezessionen und/oder sogenannten "black triangles" (Papillenverlust) begleitet werden kann. Beim Erhalt des Zahns hätte sich aufgrund der initial höheren Attachmentverluste und der Lockerung im Vergleich zu den Nachbarzähnen (Abb.2) vermutlich eine größere posttherapeutische Rezession ausgebildet. Zum Papillenverlust beziehungsweise zur nicht ausreichenden Papillenrekonstruktion ist

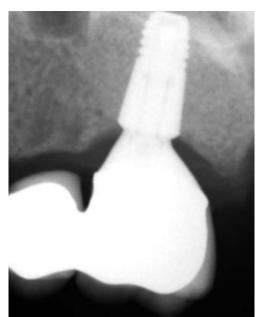


Abb.15 Einzelzahnaufnahme aus 11/2015 (alio loco angefertigt)

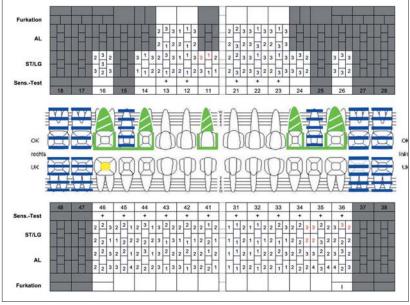


Abb.16 Befundschema fünf Jahre postoperativ (10/2020)

#### wissenschaft und fortbildung











Abb.17 Fotostatus fünf Jahre postoperativ (10/2020)

es in diesem Fall zwischen Zahn 11 und 21 dennoch gekommen (Abb.13), die auch nach fünf Jahren noch bestand (Abb.17), woran sich die Patientin nicht störte. Dies verdeutlicht, dass die ästhetische Wahrnehmung durch Fachpersonal und durch Laien differieren kann [33]. Keinesfalls wurde hier vor dem Hintergrund eines ästhetisch vorhersagbaren Endresultats implantiert, sondern aus der Überlegung heraus, dass die Patientin sich einen festsitzenden Zahnersatz gewünscht hat. Letztlich hängt die Wahl des therapeutischen Vorgehens auch vom Behandler und seinem Spezialisierungsgrad ab [34]. Das Risiko eines implantologischen Misserfolgs, insbesondere im Oberkieferfrontzahnbereich (ästhetische Zone), würde neben den bei Parodontitispatienten oftmals bereits bestehenden Hart- und Weichgewebsdefekten noch umfangreichere Rehabilitationsmaßnahmen nach sich ziehen.

Als Risikofaktoren für eine Implantation finden sich in der Literatur systemische Faktoren wie beispielsweise Diabetes mellitus, Bisphosphonattherapie, erfolgte Radiotherapie, eine Parodontitis-Vorgeschichte und Rauchen [46,35-39]. Des Weiteren werden lokale Risikofaktoren wie beispielsweise die Weichgewebsdicke und die Breite der keratinisierten Gingiva diskutiert [40-43]. Im vorliegenden Patientenfall lagen keine systemischen Risikofaktoren vor. Allerdings lag eine Parodontitis-Vorgeschichte vor. Diesbezüglich wurde die Patientin im Vorfeld darüber informiert, dass Implantate bei parodontal kompromittierten Patienten geringere Erfolgsquoten und mehr biologische Komplikationen aufweisen als bei nicht an einer Parodontitis erkrankten Patienten [37,39,44]. Metaanalysen aus 2014 und 2015 konnten für parodontal erkrankte Patienten eine um den Faktor 1,69 erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen Implantatverlust, eine um den Faktor 2,17 erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Periimplantitis und eine vierfach höhere Misserfolgsrate für generalisiert aggressive Parodontitiden nachweisen, denen die Patientin nach ehemals gültiger Klassifikation für Parodontalerkrankungen zugeteilt worden wäre [5,7]. Langzeitergebnisse über zehn Jahre aus 2007 und 2013 stützen diesen Nachweis mit einem durchschnittlich 2,4mm größeren Attachmentverlust, einem durchschnittlich 2,07 mm höheren periimplantären Knochenverlust im Falle einer generalisiert aggressiven Parodontitis und der Empfehlung eines regelmäßigen UPTs bei parodontaler Vorgeschichte [3,38].

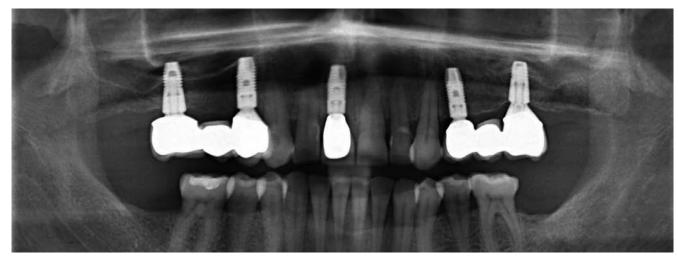


Abb.18 Panoramaschichtaufnahme fünf Jahre postoperativ (10/2020)

Insbesondere der Fall der fortgeschrittenen Parodontitis (Stadium IV, Grad C) [45], als womöglich "schwerwiegendste" Form der Parodontitis und vermeintliches Pendant zur ehemals generalisierten aggressiven Parodontitis [12], stellt nach derzeitiger Datenlage eine riskante Ausgangssituation für einen implantologischen Eingriff dar [7,38]. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass bei konsequenter und regelmäßiger UPT auch Patienten mit dieser Form der parodontalen Erkrankung erfolgreich mit Implantaten versorgt werden können [2–4, 7,35,38,46].

Dass es zu einem implantologischen Misserfolg in Regio 26 gekommen ist, könnte an der parodontalen Situation des Nachbarzahns 27 gelegen haben, wenngleich es keinerlei Evidenz dafür gibt, dass das Knochenniveau an Implantaten durch den Attachmentverlust an Nachbarzähnen in Mitleidenschaft gezogen werden kann [47]. Ein weiteres Erklärungsmodell für den frühzeitigen Implantatverlust könnte die fehlende Weichgewebsstärke über dem anfänglich inserierten Implantat in Regio 26 sein, weshalb die Neuimplantation in einer zum Weichgewebe relativ gesehen apikaleren Position erfolgte und mit Bindegewebe bedeckt wurde [40,41]. Die geringe Weichgewebsstärke kann in der PSA aus 2020 (Abb.18) auf der kontralateralen Seite in Regio 16 aufgrund der geringen Abutmenthöhe und des daraus resultierenden, fast rechtwinkligen Emergenzprofils der Implantatkrone ebenfalls erahnt werden, wo sie möglicherweise die stattgefundenen Remodellierungsprozesse des Knochens auf Höhe der Implantatschulter begünstigt hat [41,48].

Die Befunde der Zähne und der Implantate hängen langfristig weiterhin entscheidend von der Mitarbeit der Patientin und insbesondere ihrer regelmäßigen Teilnahme an der UPT ab [2,3,5,7,17,35,38, 49-51]. Ein weiterer Attachment- und Zahnverlust bei Recall-Patienten ist ein eher seltenes Ereignis [16,52,53], sodass es vertretbar erscheint zu versuchen, den erreichten Zustand möglichst lange zu konservieren. Die zuletzt aufgetretene periimplantäre Mukositis an Zahn 11 und der erhöhte PCR (Tab.1) stehen möglicherweise auch in Verbindung mit der kürzlich zurückliegenden Geburt von Zwillingen, die eine große Umstellung im Leben der Patientin nach sich gezogen hat. Die Situation lässt sich jedoch gut im Rahmen der UPT kontrollieren [29].

#### Fazit

Implantologie im parodontal kompromittierten Gebiss stellt keine Kontraindikation dar, sofern zuvor entzündungsfreie Verhältnisse hergestellt und nach Möglichkeit auch danach langfristig durch eine UPT etabliert werden können. Dennoch ist das Risiko für periimplantäre Erkrankungen zweifelsohne bei einer vorliegenden Parodontitishistorie erhöht. Dies stellt den Behandler im Vorfeld vor die Aufgabe, Risikofaktoren zu identifizieren, Risiken genau abzuwägen und gemeinsam mit dem Patienten zu entscheiden, ob man diese Risiken eingehen möchte. Sollte es zu Komplikationen kommen, sind auch diese beim parodontal kompromittierten Patienten zu managen, sofern nach wie vor entzündungsfreie Verhältnisse vorliegen. Die frühzeitige Sicherung einer geschlossenen Zahnreihe sollte dennoch höchste Priorität haben. Dies erspart komplexe Planungen im Wissen, dass dieses Vorhaben nicht bei jedem Patienten zu realisieren ist.

Korrespondenzadresse:
Dr. med. dent. Hari Petsos, M.Sc.
Poliklinik für Parodontologie, ZZMK (Carolinum),
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7 (Haus 29)
60596 Frankfurt am Main
Telefon: +49 69 63014732
petsos@med.uni-frankfurt.de

Literatur beim Verfasser.

ERSTKLASSIG - DIGITAL

ENDLICH DA!
WIR KÖNNEN SERVICE!

Www.f1-dentalsysteme.de
Zentrale Nort-West Tel: (02261) 8074-00 | E-Mail: Info@f1-dentalsysteme.de
Zentrale Süd-Ost Tel: (07231) 28018-01 | E-Mail: deutschland@f1-dentalsysteme.de

#### Schutz vor Zahlungsausfall bei Patienten aus der Schweiz

Das ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern (ABZ-ZR), Marktführer für zahnärztliche Privatliquidationen in Bayern, erweitert das Produktportfolio im Segment Auslandsfactoring auf die Schweiz. Kunden können ab 1. Januar 2021 auch Leistungen für Schweizer Patienten über das ABZ-ZR abrechnen, inklusive Ausfallschutz. Durch die kostenlose Ankaufsanfrage erhält die Praxis bereits vor der Behandlung Sicherheit für die spätere Abrechnung. Zahnarztpraxen sichern so ihre Liquidität und schützen sich vor Zahlungsausfall. Tassilo Richter,



Geschäftsführer und Leiter Marketing und Vertrieb bei der ABZ-ZR GmbH, erläutert: "Unsere Kunden berichten immer häufiger von Patienten aus der Schweiz, für die der weitere Anfahrtsweg gerade bei umfangreichen Behandlungen lohnend ist. Ein professioneller Ausfallschutz ist schon wegen der hohen einzelnen Behandlungssummen ein wichtiger Baustein." Martin Beer, Geschäftsführer und Leiter Operations bei der

ABZ-ZR GmbH, sagt: "Beim Auslandsfactoring für Patienten aus Österreich haben wir einen breiten Erfahrungsschatz aus über zehn Jahren. Mit der Erweiterung auf die Schweiz bieten wir Zahnarztpraxen in Bayern künftig Ausfallschutz und Liquidität für Patienten aus der gesamten DACH-Region."

#### Weitere Informationen

ABZ-ZR GmbH Oppelner Straße 3 82194 Gröbenzell info@abz-zr.de www.abz-zr.de

#### IDS 2021: Entdeckung aktueller Klassiker mit Zukunftspotenzial

Neben neuen Technologien gibt es lange bewährte Werkstoffe und Verfahren, die begeistern. Dazu gehören Farbbestimmungssysteme (VITA classical A1-D4-Farbring), Legierungen für den Guss, für die frästechnische Bearbeitung und für das Laserschmelzverfahren (z.B. remanium) sowie klassisches Artikulationspapier (z.B. BK 01 Artikulationspapier 20 micron) und die Transferierung der Okklusionsprüfung ins digitale Zeitalter. "In allen Bereichen spüre ich die Innovationskraft der Aussteller auf der Internationalen Dental-Schau

(IDS), und selbstverständlich reagieren auch gut eingeführte Produkte auf aktuelle Trends", so Mark Stephen Pace, Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie e.V. (VDDI). "Oft sind es die auf den ersten Blick kleinen Helfer, die sich im täglichen Gebrauch in Praxis und Labor als große und unverzichtbare Unterstützung erweisen. Schon deswegen halte ich persönlich einen Rundgang über die IDS für absolut lohnenswert." Besuchen können Sie die IDS vom 22. bis 25. September 2021 in Köln.



#### Weitere Informationen

GFDI Gesellschaft zur Förderung der Dental-Industrie mbH Aachener Straße 1053-1055, 50858 Köln sticklies@vddi.de www.ids-cologne.de

### Ivotion Denture System gewinnt Produkt-Innovationspreis 2020

Das Ivotion Denture System von Ivoclar Vivadent wurde anlässlich der jährlichen Awards-Ceremony des American College of Prosthodontics (ACP) mit dem Produkt-



Innovationspreis ausgezeichnet. Die zweifarbige, monolithische CAD/CAM-Scheibe Ivotion in Kombination mit dem PrograMill Frässystem erlaubt die Fertigung von Ober- und Unterkieferprothesen in einem einzigen Fräsvorgang. Ivotion verbindet bewährtes PMMA-Zahnmaterial mit hochwertigem Prothesenbasismaterial in einer einzigen Scheibe und sorgt so für die effiziente Fertigung von Prothesen ohne manuellen Klebeprozess. Im Inneren der Scheibe befindet sich die sogenannte "Shell Geometry" – eine dreidimensionale Zahnbogengeometrie, die den Übergang

zwischen Zahn- und Prothesenbasismaterial definiert und für ein hochfestes, homogenes Ergebnis sorgt. Das intuitive Ivotion CAD Design, das in die CAD Software des 3Shape Dental System 2020 integriert ist, ermöglicht eine Anpassung der abnehmbaren Prothesen an die individuellen Bedürfnisse des Patienten.

#### Weitere Informationen

Ivoclar Vivadent GmbH Dr. Adolf-Schneider-Str. 2, 73479 Ellwangen, Jagst info@ivoclarvivadent.de www.ivoclarvivadent.de

# eazf Tipp

16. Frühjahrskongress der eazf Fortbildung für zahnärztliches Personal



#### Termin:

Samstag, 19. März 2021, 9.30-16.30 Uhr

#### Veranstaltungsort:

eazf Fortbildungsakademie, München

#### Kongressgebühr:

135,00 Euro

#### Kursnummer:

81730

Der Frühjahrskongress 2021 bietet zahnärztlichem Personal bereits zum 16. Mal einen Einblick in das breite Spektrum der Aufgaben und Tätigkeiten, das dieses Berufsfeld auszeichnet. Vorträge zu aktuellen Themen rund um die Praxistätigkeit geben Impulse für den beruflichen Alltag und eröffnen so neue Perspektiven.

Für die persönliche berufliche Karriereplanung können sich die Kongressteilnehmer/innen während und am Rande des Kongresses über Anpassungs- und Aufstiegsfortbildungen, Kompendien für zahnärztliches Personal und Weiterqualifizierungen informieren. Zudem berät die eazf auch individuell zu verschiedenen Fortbildungsmöglichkeiten.

Auf einer begleitenden Dentalausstellung präsentieren verschiedene Hersteller ihre Produkte. Und natürlich bietet der Frühjahrskongress Gelegenheit, Kontakte aus den letzten Jahren und gemeinsamen Kurszeiten zu pflegen und zu erweitern. Der Kongress darf also im Fortbildungskalender auf keinen Fall fehlen!

Das Programm des Frühjahrskongress 2021 im Überblick:

- Ein Abrechnungsfall von A-Z in Wort und Bild (Irmgard Marischler)
- "Urlaub": Was Praxismitarbeiter/innen wissen müssen – Streifzug durch das Urlaubsrecht (RA Thomas Kroth)
- Wie verhalte ich mich bei aggressiven Patienten in der Zahnarztpraxis (Arno Helfrich)
- Notfall in der Zahnarztpraxis –
   Wie kann ich helfen? (Phillipp Sauerteig)



#### Kursanmeldung: Fax: 089 230211-406, E-Mail: info@eazf.de, www.eazf.de

Anmeldung	
Hiermit melde ich mich/melden wir uns verbindlich zum 16	<b>5. Frühjahrskongress der eazf</b> in München am 19. März 2021 an:
Name/Vorname:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon/Telefax:	_ E-Mail:
☐ Praxisanschrift ☐ Privatanschrift	
Die Geschäftsbedingungen der eazf GmbH (im Programm Geltung bin ich/sind wir einverstanden.	nheft abgedruckt oder über www.eazf.de einsehbar) sind mir/uns bekannt, mit ihrer
Datum:	Unterschrift/Praxisstempel:

# eazf Fortbildungen



Kurs-Nr.	Thema	Dozent	Datum, Uhrzeit, Ort	Kursgebühr	Zielgruppe
X61732	Kinderprophylaxe – Ein Pfeiler in Ihrer Praxis	Tania Eberle, Ulrike Stadler	Mi., 3.3.2021, 9.00 Uhr, München	375,00€	ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF
X61730	Schienenherstellung im Praxislabor	Konrad Uhl	Mi., 3.3.2021, 9.00 Uhr, München	375,00 €	ZAH/ZFA
X61093	Welcoming the Patient – Fit in der Betreuung englischsprechender Patienten	Sabine Nemec	Mi., 3.3.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH
X61094	Entspannter Kiefer – Entspannter Körper (Aufbaukurs)	Simonetta Ballabeni	Mi., 3.3.2021, 9.30 Uhr, München	375,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMF, ZMP, DH
X61043-1	Präventionskonzept Arbeitsschutz: Erstschulung BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 3.3.2021, 14.00 Uhr, München	300,00 €	ZA
X61731	Abrechnung Compact – Modul 2: Implantologische Leistungen	Irmgard Marischler	Do., 4.3.2021, 9.00 Uhr, München	365,00€	ZAH/ZFA, ZMV, PM
X61725	OP-Workshop für die chirurgische und implantologische Assistenz	Marina Nörr-Müller	Fr., 5.3.2021, 9.00 Uhr, München	375,00 €	ZAH/ZFA
X71098	Digitale Volumentomographie für Zahnärzte (DVT)	Prof. Dr. Herbert Deppe, Priv-Doz. Dr. Jörg Neugebauer	Sa., 6.3. bis Sa., 19.6.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	775,00 €	ZA
X61102	Reparaturen und Wieder- herstellungen von Zahnersatz (Befundklassen 6 und 7)	Irmgard Marischler	Di., 9.3.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM
X61734a	Einführung in das Qualitätsmanagement: Basisseminar	Brigitte Kühn	Mi., 10.3.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH, QMB
X71103	Präventionskonzept Arbeitsschutz: Erstschulung BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 10.3.2021, 14.00 Uhr, Nürnberg	300,00 €	ZA
X71734	Die qualifizierte Assistenz in der Chirurgie und Implantologie	Marina Nörr-Müller	Di., 16.3.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZAH/ZFA
X61735	Update-Workshop für QMB: QM – Arbeitssicherheit – Hygienemanagement	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Mi., 17.3.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZA, ZMV, PM, QMB
X71735	OP-Workshop für die chirurgische und implantologische Assistenz	Marina Nörr-Müller	Mi., 17.3.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	375,00 €	ZAH/ZFA
X51683	Qualitätsmanagement- beauftragte/r eazf	verschiedene Dozenten	Do., 18. bis Fr., 26.3.2021, 9.00 Uhr, Regensburg	850,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, QMB
X61116	Präparationstechniken für vollkeramische Restaurationen – Der Schlüssel zum Erfolg	Prof. Dr. Lothar Pröbster	Fr., 19. und Sa., 20.3.2021, 14.00 Uhr, München	875,00 €	ZA
X61118	Neue Trends in der Kinderzahnheilkunde	Dr. Uta Salomon	Sa., 20.3.2021, 9.00 Uhr, München	365,00€	ZA, ZAH/ZFA, ZMF, ZMP, DH
X71717-1	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Moritz Kipping	Mo., 22. bis Mi., 24.3.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	450,00€	ZAH/ZFA



Kurs-Nr.	Thema	Dozent	Datum, Uhrzeit, Ort	Kursgebühr	Zielgruppe
X71737	Abrechnung Compact – Modul 1: Kons./Chirurgie (KCH)	Irmgard Marischler	Di., 23.3.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00€	ZAH/ZFA, ZMV, PM
X61738	Arbeitsschutz und -sicherheit auf Basis des BLZK-Präventions- konzepts (BuS-Dienst)	Dora M. von Bülow	Mi., 24.3.2021, 9.00 Uhr, München	365,00€	ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH, QMB
X61123	Die Rezeption – Das Herz der Praxis	Brigitte Kühn	Mi., 24.3.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP
X71738	Schleifen von Handinstrumenten	Tatjana Herold	Mi., 24.3.2021, 14.00 Uhr, Nürnberg	265,00€	ZAH/ZFA, ZMF, ZMP, DH
X61740	Deep Scaling – Aufbaukurs für PZR-Profis (Therapiestufe PSI 3-4)	Sabine Deutsch, Kerstin Kaufmann	Mi., 7. bis Sa., 10.4.2021, 9.00 Uhr, München	975,00€	ZMP
X51718-1	Bema und GOZ – News von A bis Z	Kerstin Salhoff	Sa., 10.4.2021, 9.00 Uhr, Bindlach	220,00€	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM
X61741	Abrechnung Compact – Modul 1: Kons./Chirurgie (KCH)	Irmgard Marischler	Mo., 12.4.2021, 9.00 Uhr, München	365,00€	ZAH/ZFA, ZMV, PM
X61153	Entspannung des Kausystems in der Zahnarztpraxis (Basiskurs)	Simonetta Ballabeni	Mi., 14.4.2021, 9.00 Uhr, München	375,00€	ZA, ZAH/ZFA, ZMF, ZMP, DH
X61744	Das Provisorium – Eine wichtige Rolle im interdiszi- plinären Behandlungskonzept	Konrad Uhl	Mi., 14.4.2021, 9.00 Uhr, München	375,00€	ZAH/ZFA
X61754	Die qualifizierte Assistenz in der Chirurgie und Implantologie	Marina Nörr-Müller	Mi., 14.4.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZAH/ZFA
X71745	Update Datenschutz in der Zahnarztpraxis	Regina Kraus	Mi., 14.4.2021, 14.00 Uhr, Nürnberg	255,00€	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMP, DH, QMB
X61684	Qualitätsmanagement- beauftragte/r eazf	verschiedene Dozenten	Do., 15. bis Fr., 23.4.2021, 9.00 Uhr, München	850,00€	ZAH/ZFA, ZMV, PM, QMB
X61155	Chirurgie und Implantologie für Zahnärztinnen – Basiskurs	Dr. Nina Psenicka	Fr., 16.4.2021, 9.00 Uhr, München	495,00€	ZÄ
X61110	Scannen-Fräsen-Drucken: Update für Praktiker	Prof. Dr. Jan- Frederik Güth	Sa., 17.4.2021, 9.00 Uhr, München	365,00€	ZA
X61158	Strategien gegen Stress und Beschwerden am Arbeitsplatz	Manfred Just	Sa., 17.4.2021, 9.00 Uhr, München	375,00€	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH
X71747	Kleine Reparaturen von Zahnersatz, Herstellung von individuellen Löffeln und Registrierschablonen	Konrad Uhl	Sa., 17.4.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	375,00€	ZAH/ZFA
X61159	Parodontaltherapie – Ein minimal- invasives Behandlungskonzept	Dr. Dirk Vasel	Sa., 17.4.2021, 9.00 Uhr, München	365,00€	ZA, ZMF, DH
X61745	Finanzbuchhaltung – Grundlagen und Optimierungsansätze	Dr. Marc Elstner	Sa., 17.4.2021, 9.00 Uhr, München	365,00€	ZMV, PM
X61157	Chirurgie und Implantologie für Zahnärztinnen – Aufbaukurs	Dr. Nina Psenicka	Sa., 17.4.2021, 9.00 Uhr, München	495,00€	ZÄ

Information und Anmeldung: eazf GmbH, Fallstraße 34, 81369 München, Telefon: 089 230211-400 oder -424, Fax: 089 230211-406, E-Mail: info@eazf.de, www.eazf.de

Bereits ausgebuchte Fortbildungen werden in dieser Übersicht nicht mehr aufgeführt.

# Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen für Praxispersonal



Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen als Garant zur fachlichen und beruflichen Entwicklung des zahnärztlichen Personals genießen bei der eazf schon immer einen hohen Stellenwert.

Unsere langjährige Erfahrung bei der Durchführung von Aufstiegsfortbildungen, die Kooperation mit den bayerischen Hochschulen sowie die Zusammenarbeit mit praxiserfahrenen und fachlich umfassend qualifizierten Dozenten garantieren eine konsequente und zielgerichtete Vorbereitung auf die Prüfung vor der Bayerischen Landeszahnärztekammer und das spätere Aufgabengebiet in der Praxis.

In allen Fortbildungsgängen bietet die eazf zusätzliche, über die Anforderungen der Fortbildungsordnungen hinausgehende Unterrichtseinheiten zur Vertiefung der Lehrinhalte und zur Vorbereitung auf die Prüfungen an (z.B. Abrechnungstraining für ZMV, Instrumentierungstraining für ZMP/DH, Deep-Scaling-Kurs für ZMP).

In der unten stehenden Abbildung wird das System der Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen erläutert. Zusätzlich bietet die eazf verschiedene Kompendien zu ausgewählten Themen an.

Mit Angeboten in München, Nürnberg und Regensburg ist die eazf regional vertreten und ermöglicht so eine berufsbegleitende Fortbildung, ohne dass Sie Ihre berufliche Praxis vollständig unterbrechen müssen

#### Für die eazf sprechen viele Gründe:

- · Praxiserfahrene und fachlich umfassend qualifizierte Dozenten
- · Digitale Kursunterlagen und Unterstützung mit Materialien
- · Praktischer Unterricht in Kleingruppen mit intensiver Betreuung durch Instruktor/-innen
- · Praxisnahe Fortbildung mit Übungen an Behandlungsstühlen und Phantomkopf
- · Gegenseitige Übungen und Patientenbehandlungen
- · Moderne Simulationseinheiten (Phantomköpfe) mit hochwertiger technischer Ausstattung
- · Kooperation mit der Universitätszahnklinik München (Prof. Dr. Reinhard Hickel, Dr. Peter Wöhrl)
- · Beratung und Betreuung durch Mitarbeiter/-innen der eazf während des gesamten Lehrgangs
- · Intensive Vorbereitung auf die Prüfungen vor der BLZK
- · Förderung nach Meisterbafög (AFBG), Meisterbonus

Kurzbeschreibungen der Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen finden Sie auf der nächsten Seite. In unseren Infomappen und auf www.aufstiegsfortbildungen.info geben wir Ihnen ausführliche Informationen zu allen Lehrgängen. Auskünfte erhalten Sie auch bei unseren Mitarbeiterinnen unter der Telefonnummer 089 230211-460 oder per Mail an info@eazf.de. Informationen zu den Anpassungsfortbildungen bekommen Sie unter der Telefonnummer 089 230211-434 oder per Mail an info@eazf.de.

## System der Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen

Kompendien
Dentale/-r Ernährungsberater/-in eazf
Qualitätsmanagementbeauftragte/-r eazf
Datenschutzbeauftragte/-r eazf
Betriebswirtschaft für Praxispersonal
Die Praxismanagerin als Führungskraft
Abrechnung Compact
Chirurgische Assistenz
Hygiene in der Zahnarztpraxis

Karr	ierewege nac	h der	· Beruf	sausb	ildung

Weiterqualifizierung PM – Praxismanager/-in eazf

Empfehlung: 2 Jahre Berufserfahrung im Bereich Verwaltung

6 Monate berufsbegleitend Prüfung eazf GmbH

Aufstiegsfortbildung ZMV – Zahnmedizinische/-r Verwaltungsassistent/-in

Voraussetzung: 1 Jahr Berufserfahrung als ZFA, Erste-Hilfe-Kurs

12 Monate berufsbegleitend, Prüfung BLZK

Aufstiegsfortbildung DH – Dentalhygieniker/-in

Voraussetzung: 1 Jahr Berufserfahrung als ZMP/ZMF, Nachweis RöV, Erste-Hilfe-Kurs

16 Monate berufsbegleitend Prüfung BLZK

Aufstiegsfortbildung ZMP – Zahnmedizinische/-r Prophylaxeassistent/-in

Voraussetzung: 1 Jahr Berufserfahrung als ZFA, Nachweis RöV, Erste-Hilfe-Kurs 12 Monate berufsbegleitend, Prüfung BLZK

#### Anpassungsfortbildungen

Prophylaxe Basiskurs

60 Unterrichtsstunden

Nachweis RöV

Prothetische Assistenz 40 Unterrichtsstunden Nachweis RöV **KFO-Assistenz** 60 Unterrichtsstunden Nachweis RöV

**ZFA – Zahnmedizinische/-r Fachangestellte/-r**3 Jahre duale Berufsausbildung

#### Kursbeschreibungen

#### Zahnmedizinische/-r Verwaltungsassistent/-in (ZMV)

Kursinhalte Abrechnungswesen, Praxismanagement, Marketing, Rechts- und Wirtschaftskunde, Informations- und

Kommunikationstechnologie (EDV), Kommunikation, Rhetorik und Psychologie, Präsentationstechnik, Datenschutz,

Personal- und Ausbildungswesen, Pädagogik, QM

Kursgebühr 4.250 Euro inklusive Kursunterlagen in digitaler Form, Erfrischungsgetränke und Kaffee, Ratenzahlung möglich,

zuzüglich Prüfungsgebühr der BLZK, Meisterbonus, Förderung über BaföG möglich

Kursdaten Die Aufstiegsfortbildung zur/zum ZMV dauert etwa ein Jahr. In München und Regensburg ist Kursbeginn im März, in Nürnberg

startet die Fortbildung im September. In Regensburg wird die Fortbildung alle zwei Jahre angeboten. Die Fortbildung ist auch als

halbjähriger Kompaktkurs buchbar. Beginn des Kompaktkurses ist in München im Juni und in Nürnberg im Januar.

Voraussetzungen Bestandene Abschlussprüfung als ZFA, mindestens ein Jahr Tätigkeit als ZFA, Nachweis über den Besuch eines

Erste-Hilfe-Kurses mit mindestens neun Unterrichtsstunden

#### Praxismanager/-in eazf (PM) inkl. QMB-Abschluss

Kursinhalte Betriebswirtschaft in der Zahnarztpraxis, Rechnungs- und Finanzwesen, Personalmanagement und -führung,

Ausbildungswesen, QM (inkl. QMB-Abschluss), Arbeits- und Vertragsrecht, Kommunikation und Gesprächsführung,

Präsentationstechnik

Kursgebühr 2.750 Euro inklusive Kursunterlagen in digitaler Form, Erfrischungsgetränke und Kaffee, Ratenzahlung möglich,

zuzüglich Prüfungsgebühr der eazf

Kursdaten Die Weiterqualifizierung zur/zum PM dauert etwa sechs Monate. In München ist Kursbeginn im Oktober, in Nürnberg startet

die Fortbildung im Januar.

Voraussetzungen Bestandene Abschlussprüfung als ZFA oder kaufmännische Qualifikation, zwei Jahre Tätigkeit im Bereich der Verwaltung einer

Praxis empfohlen. Die Abschlussprüfung wird vor einem Prüfungsausschuss der eazf abgelegt!

#### Zahnmedizinische/-r Prophylaxeassistent/-in (ZMP)

**Kursinhalte** Plaque- und Blutungsindices, Kariesrisikoeinschätzung, Erarbeiten von Therapievorschlägen, PZR im sichtbaren und klinisch

sichtbaren subgingivalen Bereich, Beratung, Motivation, Fissurenversiegelung, Ernährungslehre, Abdrucknahme und Provisorien-

herstellung, Behandlungsplanung, praktische Übungen

Kursgebühr 4.250 Euro inklusive Kursunterlagen in digitaler Form, Erfrischungsgetränke und Kaffee, Ratenzahlung möglich,

zuzüglich Prüfungsgebühr der BLZK, Meisterbonus

Kursdaten Die Aufstiegsfortbildung zur/zum ZMP dauert etwa ein Jahr. In München und Nürnberg ist Kursbeginn im März und September.

Voraussetzungen Bestandene Abschlussprüfung als ZFA, mindestens ein Jahr Tätigkeit als ZFA, Nachweis über den Besuch eines Erste-Hilfe-

Kurses mit mindestens neun Unterrichtsstunden, Nachweis über Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß §18 Abs.3

#### Dentalhygieniker/-in (DH)

Kursinhalte Anamnese, gesunde und erkrankte Strukturen der Mundhöhle, therapeutische Maßnahmen, Parodontitistherapie,

Beratung und Motivation der Patienten, Langzeitbetreuung von Patienten jeder Altersstufe, intensive praktische Übungen,

Klinikpraktika

Kursgebühr 8.950 Euro inklusive Kursunterlagen in digitaler Form, Erfrischungsgetränke und Kaffee, Ratenzahlung möglich,

zuzüglich Prüfungsgebühr der BLZK, Meisterbonus, Förderung über BaföG möglich

Kursdaten Die Aufstiegsfortbildung zur/zum DH dauert etwa 16 Monate. Kursbeginn ist im Juni.

Voraussetzungen Bestandene Abschlussprüfung als ZMP oder ZMF, mindestens ein Jahr Tätigkeit als ZMP oder ZMF, Nachweis über den Besuch

eines Erste-Hilfe-Kurses mit mindestens neun Unterrichtsstunden, Nachweis über Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß §18 Abs.3

#### Qualitätsmanagementbeauftragte/-r eazf (QMB)

Kursinhalte Bedeutung und Begriffe des QM, Anforderungen an ein QM-System für die Zahnarztpraxis, Aufbau und Weiterentwicklung

eines QM-Handbuchs, Arbeitsschutz und Hygienevorschriften, Medizinprodukteaufbereitung und Medizinproduktegesetz

(MPG), Anwendung des QM-Handbuchs der BLZK

Kursgebühr 850 Euro inklusive Kursunterlagen, Erfrischungsgetränke und Kaffee

Kursdaten Die Weiterqualifizierung zur/zum QMB eazf dauert vier Tage und wird ganzjährig zu verschiedenen Terminen in München,

Nürnberg und Regensburg angeboten.

Voraussetzungen Bestandene Abschlussprüfung als ZFA, fachfremde Abschlüsse auf Anfrage

# Kursprogramm Betriebswirtschaft





Datum	Ort	Uhrzeit	Kurs	Themen
27. Februar 2021 27. März 2021	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	Kurs A	<ul> <li>Betriebswirtschaft für Zahnmediziner</li> <li>Kostenmanagement aus Sicht des Zahnarztes – Praxisbericht</li> </ul>
6. März 2021 15. Mai 2021	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	Kurs B	<ul> <li>Grundsätzliche Gedanken und Ausblicke zur Niederlassung</li> <li>Praxisfinanzierung, Businessplan und Fördermöglichkeiten</li> <li>Versicherungen und Vorsorge</li> <li>Das Zulassungsverfahren</li> <li>Wissenswertes aus dem Steuerrecht</li> </ul>
8. Mai 2021 26. Juni 2021	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	Kurs C	<ul> <li>Wichtige Verträge und Tipps zur Vertragsgestaltung</li> <li>Rechte und Pflichten in der Berufsausübung</li> <li>Praxisformen und Kooperationsmöglichkeiten</li> </ul>
3. Juli 2021 24. Juli 2021	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	Kurs D	<ul> <li>Unternehmerische Steuerungsinstrumente</li> <li>Spannungsfeld Umsatz, Rentabilität, Liquidität</li> <li>Praxismarketing oder berufswidrige Werbung?</li> <li>Wie mache ich meine Praxis zur Marke?</li> </ul>
17. September 2021 8. Oktober 2021	München Nürnberg	14.00–18.30 Uhr 14.00–18.30 Uhr	Kurs E1	· Erfolgreiche Personalarbeit – Ein Praxiskonzept

Kursgebühr für Zahnärzte: 125,- Euro je Seminar

Kursgebühr für angestellte Zahnärzte und Assistenten: 95,- Euro je Seminar

Moderation: Dr. Rüdiger Schott, Stephan Grüner

Veranstaltungsorte: eazf München, Flößergasse 1, 81369 München bzw. eazf Nürnberg, Laufertorgraben 10, 90489 Nürnberg

Anmeldung und Informationen zu den weiteren Teilen der Kursserie: eazf GmbH, Fallstraße 34, 81369 München, Telefon: 089 230 211-422,

Fax: 089 230211-406, E-Mail: info@eazf.de, www.eazf.de/praxismanagement

# Veranstaltungskalender

Datum	Ort	Thema	Information/Anmeldung
März			
19.3.2021	München	16. Frühjahrskongress für Praxispersonal	eazf GmbH Fallstraße 34, 81369 München Internet: www.eazf.de
April			
10.4.2021	Bindlach	Bema und GOZ – News von A bis Z mit Kerstin Salhoff	eazf GmbH Fallstraße 34, 81369 München Internet: www.eazf.de
17.4.2021	München	Kemptener TeamDay 2021	Zahnärztlicher Arbeitskreis Kempten e.V. Postfach 1527, 87435 Kempten Internet: www.zahn.org
23.4.2021	Kempten	Update 2021 für Dentalhygieniker/innen mit PD Dr. Gregor Petersilka	eazf GmbH Fallstraße 34, 81369 München Internet: www.eazf.de

# Niederlassungsseminare 2021





#### Datum, Uhrzeit, Ort **Themen** Samstag, 24. April 2021 Betriebswirtschaftliche, rechtliche und steuerliche Aspekte 9.00-17.00 Uhr Grundsätzliche Gedanken zur Niederlassung, Praxisbewertung, Praxisformen Regensburg Wichtige Verträge für die Praxis, Wissenswertes aus dem Steuerrecht Weitere Niederlassungsseminare: Praxisfinanzierung und Businessplan Kapitalbedarf und Finanzierungsmittel, staatliche Fördermöglichkeiten 26. Juni 2021, München 16. Oktober 2021, Nürnberg Erstellung eines Businessplans Hinweis: Versicherungen und Vorsorge Niederlassungsseminare und Praxisübergabe-· Wichtige und zwingend notwendige (Praxis-)Versicherungen, Existenzschutz seminare finden jeweils am selben Tag und Ort Gesetzliche oder private Krankenversicherung? statt. Im Rahmen eines Praxisforums können · VVG – Beratung und Gruppenverträge Praxisabgeber ihre Praxen präsentieren und mit Praxisgründung mit System - Ein Leitfaden Existenzgründern ins Gespräch kommen. Rahmenbedingungen und Entwicklungen Unternehmerische Aspekte der Niederlassung: Standortwahl, Praxisform, Zeitplan Tätigkeitsschwerpunkt - Ja oder nein? Arbeitssicherheit (BuS-Dienst), Hygiene, QM Personalkonzept und Personalgewinnung Entwicklung einer Praxismarke

Begleitung der Praxisgründung von A bis Z

Kursnummer: 50650, Kursgebühr: 50,– Euro (inklusive ausführlicher digitaler Kursunterlagen) Veranstaltungsort: Seminarzentrum Regensburg, Prüfeninger Schloßstr. 2a, 93051 Regensburg

Anmeldung: eazf GmbH, Fallstraße 34, 81369 München, Telefon: o89 230211-422, Fax: o89 230211-406, E-Mail: info@eazf.de, www.eazf.de

# Praxisübergabeseminare 2021





Datum, Uhrzeit, Ort	Themen	
Samstag, 24. April 2021 9.00–17.00 Uhr Regensburg Weitere Praxisübergabeseminare: 26. Juni 2021, München 16. Oktober 2021, Nürnberg	Praxisübergabe mit System – Ein Leitfaden  Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Praxisübergabe  Das Praxisexposé als Verkaufsunterlage  Abgabe der Zulassung und Meldeordnung, Praxisschließung  Planung der Altersvorsorge  Versorgungslücke im Alter: Reicht die berufsständische Versorgung?  Überprüfung der Kranken- und Pflegeversicherung im Alter	
Hinweis: Praxisübergabeseminare und Niederlassungsseminare finden jeweils am selben Tag und Ort statt. Im Rahmen eines Praxisforums können Praxisabgeber ihre Praxen präsentieren und mit Existenzgründern ins Gespräch kommen.	Praxisbewertung  Preisgestaltung und Wertbildung  Bewertungsanlässe, -verfahren und -kriterien  Das modifizierte Ertragswertverfahren?  Rechtliche Aspekte  Mietvertrag, Betriebsübergang, Arbeitsverhältnisse	
	<ul> <li>Übergangs-Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisübergabevertrag</li> <li>Steuerliche Aspekte</li> <li>Sind Investitionen noch sinnvoll?</li> <li>Freibeträge und Steuervergünstigungen, Besteuerung von Rentnern</li> <li>Nachfolgegestaltung mit Angehörigen: Schenken oder verkaufen?</li> </ul>	

Kursnummer: 50640, Kursgebühr: 50,- Euro (inklusive ausführlicher digitaler Kursunterlagen)

Veranstaltungsort: Seminarzentrum Regensburg, Prüfeninger Schloßstr. 2a, 93051 Regensburg

**Anmeldung:** eazf GmbH, Fallstraße 34, 81369 München, Telefon: 089 230211-422, Fax: 089 230211-406, E-Mail: info@eazf.de, www.eazf.de

# Ungültigkeit von Zahnarztausweisen



Der Zahnarztausweis von Dr. Helmut Hillebrand, geboren am 1.8.1948, Ausweis-Nr. 70303, wird für ungültig erklärt.

(Zahnarztausweise werden bei Verlust oder Kammerwechsel für ungültig erklärt.)

# Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2021/2022



Bitte beachten Sie die Hinweise zum Prüfungsort<sup>1</sup>

	Voraussichtlicher Prüfungstermin	Anmeldeschluss inkl. vollständiger Zulassungsunterlagen
ZMP Schriftliche Prüfung	09.09.2021	30.07.2021
ZMP Praktische Prüfung	15.0918.09.2021	30.07.2021
ZMP Schriftliche Prüfung	17.03.2022	04.02.2022
ZMP Praktische Prüfung	22.0326.03.2022	04.02.2022
ZMP Schriftliche Prüfung	06.09.2022	30.07.2022
ZMP Praktische Prüfung	13.0917.09.2022	30.07.2022
DH Praktische Prüfung	28.0801.09.2021	30.07.2021
DH Schriftliche Prüfung	02.09.2021	30.07.2021
DH Mündliche Prüfung	03.0904.09.2021	30.07.2021
DH Schriftliche Prüfung	05.09.2022	30.07.2022
DH Praktische Prüfung	07.0910.09.2022	30.07.2022
DH Mündliche Prüfung	12.0913.09.2022	30.07.2022
ZMV Schriftliche Prüfung	07.0908.09.2021	30.07.2021
ZMV Mündliche Prüfung	09.0911.09.2021	30.07.2021
ZMV Schriftliche Prüfung	07.0308.03.2022	04.02.2022
ZMV Mündliche Prüfung	09.0312.03.2022	04.02.2022
ZMV Schriftliche Prüfung	30.0831.08.2022	30.07.2022
ZMV Mündliche Prüfung	01.0903.09.2022	30.07.2022

Terminänderungen im Vergleich zu bisher veröffentlichten Terminen werden rechtzeitig bekannt gegeben und sind farblich gekennzeichnet.

Prüfungsgebühren für Aufstiegsfortbildungen BLZK nach den Prüfungsvorschriften ab 01.01.2017:

ZMP 460,00 € ZMV 450,00 € DH 670,00 € Die Prüfungsgebühren für Wiederholungsprüfungen beziehungsweise einzelne Prüfungsteile erfragen Sie bitte im Referat Zahnärztliches Personal der Bayerischen Landeszahnärztekammer. Der Anmeldeschluss bei der BLZK ist jeweils angegeben. Den Antrag auf Zulassung stellen Sie bitte rechtzeitig beim Referat Zahnärztliches Personal der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Flößergasse 1, 81369 München, Telefon 089 230211-330 oder -332, zahnaerztliches-personal@blzk.de.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup>Der verbindliche Prüfungsort für o.g. Termine kann dem Prüfungsteilnehmer erst mit dem Zulassungsschreiben circa zwei Wochen vor dem Prüfungstermin mitgeteilt werden.

# Übersicht der gespeicherten Sozialdaten nach §286 SGB V



der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, Fallstraße 34, 81369 München – Stand: Dezember 2020 –

Dateibezeichnung	Betroffener Personenkreis	Art der Daten
Zulassungswesen Bedarfsplanung/Mitgliederwesen	Alle im KZV-Bereich wohnhaften, tätigen und ehemals tätigen Zahnärzte	Zahnarzt- und Praxisdaten eingesetzte Hard- und Software
Abrechnung und Berichtigung	Alle abrechnenden Vertragszahnärzte sowie behandelte Patienten	Zahnarzt- und Praxisdaten Notwendige Daten zur Bearbeitung der Abrechnung und Berichtigungsanträge Versicherten- und Krankenkassendaten Art und Anzahl der abgerechneten Leistungen
Wirtschaftlichkeitsprüfung	Alle abrechnenden Vertragszahnärzte, bei denen ein Prüfantrag gestellt wurde	Zahnarzt- und Praxisdaten Notwendige Daten zur Abwicklung der Beschlüsse/ Widersprüche Patientendaten soweit für Prüfung erforderlich
Vertragliche Ausschüsse Prothetikausschuss Südbayern Prothetikeinigungsausschuss Schadensprüfungsausschuss Schadensbeschwerdeausschuss	Alle abrechnenden Vertragszahnärzte, bei denen Anträge der Krankenkassen gestellt wurden	Zahnarzt- und Praxisdaten Notwendige Daten zur Abwicklung der Beschlüsse/ Widersprüche Patientendaten soweit für Prüfung erforderlich
Qualitätsgremien/Gutachterwesen	Einvernehmlich bestellte Gutachter	Zahnarzt- und Praxisdaten der Gutachter Bei Obergutachterverfahren Zahnarzt- und Praxisdaten der begutachteten Zahnärzte
Finanzen	Alle abrechnenden Vertragszahnärzte	Zahnarzt- und Praxisdaten Summen/Salden auf den Honorarkonten
Qualitätsmanagement/Fortbildung	Alle im KZV-Bereich tätigen Zahnärzte	Zahnarzt- und Praxisdaten
Qualitätssicherung (QP und QBÜ Rili)	Alle abrechnenden Vertragszahnärzte	Zahnarzt-, Praxis- und Patientendaten
Verwaltungsentscheidung Mängelrüge	Alle abrechnenden Vertragszahnärzte, bei denen Anträge der Krankenkassen gestellt wurden	Zahnarzt- und Praxisdaten, notwendige Daten zur Abwicklung der Beschlüsse/Widersprüche Patientendaten soweit für Prüfung erforderlich
HVM/Degression	Alle abrechnenden Vertragszahnärzte	Zahnarzt- und Praxisdaten
Personalwesen	Alle Arbeitnehmer und Betriebsrentner ehemalige Arbeitnehmer und Bewerber	Daten der Personalwirtschaft, insbesondere für Entgeltabrechnungen und Arbeitszeitwirtschaft
Patientenberatung	Alle abrechnenden Zahnärzte Alle eingehenden Patientendaten Eingehende Krankenkassendaten	Versicherten- und Krankenkassendaten Abgerechnete Leistungen Zahnarzt- und Praxisdaten
Zahnarzt/Praxisberatung	Alle abrechnenden Zahnärzte Krankenkassen, Abrechnungsbüros	Zahnarzt- und Praxisdaten Versichertendaten der betroffenen Patienten
Zahnarzt-Zweitmeinung und kieferorthopädische Zweitmeinung	Alle abrechnenden Vertragszahnärzte sowie beratene Patienten Beratende Zahnärzte	Zahnarztdaten Patientendaten soweit für die Beratungen erforderlich Krankenkassendaten
Mietinteressenten Neubau	Interessenten für die Anmietung einer Wohneinheit	Adress-/Kontaktdaten
Mieter Neubau	Mieter	Adress-/Kontaktdaten, Geburtsdaten, Schufa-Auskunft B, Nachweis der Beschäftigung, Einkommensnachweis
Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach §81a SGB V	Alle von einem §81a SGB V Fall betroffenen abrechnenden Vertragszahnärzte	Zahnarzt-, Praxis- und Patientendaten

# Ausschreibung von Vertragszahnarztsitzen nach §15 ZÄ-ZV



Der nach dem Bedarfsplan rechnerisch ermittelte Bedarf an kieferorthopädischer Versorgung ist in folgenden Bereichen derzeit nicht gedeckt:

Landkreis Deggendorf (Niederbayern) Landkreis Haßberge (Unterfranken)
Landkreis Lichtenfels (Oberfranken) Landkreis Tirschenreuth (Oberpfalz)
Landkreis Wunsiedel (Oberfranken)

Die KZVB ruft zur Deckung des kieferorthopädischen Bedarfs durch Niederlassung in den jeweiligen Planungsbereichen auf. Für Fragen wenden Sie sich bitte an Frau Vogel (Bedarfsplanung/Mitgliederwesen) unter Telefon 089/72401-506 oder per E-Mail an k.vogel@kzvb.de.

# Bedarfsplan für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern



#### - Stand 31.12.2020 -

Die KZVB hat gemäß §99 Abs.1 SGB V im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie im Benehmen mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege den Bedarfsplan für die vertragszahnärztliche Versorgung mit Stand 31.12.2020 fortgeschrieben. Dieser Bedarfsplan liegt bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, Fallstr. 34, 81369 München und bei allen KZVB-Bezirksstellen zur Einsichtnahme aus.

# Kassenänderungen



- 1. Vereinigung von Krankenkassen ab 1.1.2021 Es vereinigten sich:
- a) actimonda krankenkasse in Aachen (KA-Nr. 113412769200)
   mit der aufnehmenden BIG direkt gesund in Dortmund
   (KA-Nr. 113350108030), die gleichzeitig ihren Kassensitz vom
   KZV-Bereich Nordrhein in den KZV-Bereich Berlin verlegt hat.
- b) watlas BKK ahlmann in Bremen (KA-Nr. 131312101300) mit der aufnehmenden Die Schwenninger Krankenkasse in Villingen-Schwenningen (KA-Nr. 131753626202), die gleichzeitig ihren Namen in vivida bkk geändert hat. Zusätzlich wird der Kassensitz vom KZV-Bereich Nordrhein in den KZV-Bereich Baden-Württemberg verlegt.
- 2. Anschriftenänderung eines Sonstigen Kostenträgersab sofort –

Bezirkskrankenhaus Günzburg, Lindenallee 2, 89312 Günzburg, Tel.: 08221 9600, Fax: 08221 962100 (KA-Nr. 911007014400).

- 3. Beendigungen von Sonstigen Kostenträgern ohne Rechtsnachfolger – zum 31.12.2020 –
- a) Jugendamt des Landkreises Dahme-Spreewald (KA-Nr. 953007075400).
- b) Stadtverwaltung Brandenburg Jugendamt (KA-Nr. 953007077000).

#### Betriebsbereites zahnärztliches Ordinationsgebäude,

errichtet 2001 auf 550 m² Grundfläche mit Parkplätzen in Wattens, Tirol (ca. 18 km östlich von Innsbruck) zu verkaufen. Infrastruktur und Patientenstock vorhanden. Informationen unter: martindrstainer@gmx.at

Wunderschöne, neuwertige Zahnarztpraxis, Einzugsgebiet Innsbruck aus gesundheitlichen Gründen abzugeben.
150m², 4 Behandlungseinheiten, Dvt, Komplettausstattung, freier Blick auf die Bergwelt, 1 Terrasse, 1 Balkon
Nettogewinn nach Einkommenssteuer
bei 25 Wochenstunden 140–170.000 Euro.
Kartei mit über 4000 Patienten. Verkaufspreis VB 450.000
Euro, begleitende Einschulung durch Arzt inkludiert.
(Abrechnung in Österreich etc)

Tel. 0043650/5310444 vivicorsi75@hotmail.com



#### Kompetenz im Zahnarztrecht

Praxisübernahmen · Kooperationen · Haftung Arbeitsrecht · Mietrecht · Wirtschaftlichkeitsprüfungen · Regressverfahren · Berufsrecht

#### Hartmannsgruber Gemke Argyrakis & Partner Rechtsanwälte

August-Exter-Straße 4 · 81245 München Tel. 089/82 99 56 - 0 · info@med-recht.de

#### www.med-recht.de

# Kleinanzeigenpreise BZB

Preis der Anzeige (ohne MwSt.): Pro mm Höhe: € 3,80 (85 mm breit), € 7,50 (175 mm breit)



Bitte senden Sie Ihren Anzeigentext oder Ihre Antwort auf eine Chiffreanzeige an:

BZB Bayerisches Zahnärzteblatt

teamwork media GmbH Katharina Schäferle Hauptstraße 1 · 86925 Fuchstal Tel. 08243 9692-16 · Fax 08243 9692-22 k.schaeferle@teamwork-media.de





Erlebe die Kraft der Patenschaft. Werde jetzt Pate auf worldvision.de



Das Deutsche Zentralinstitut für soziale Fragen (DZI) bescheinigt:

Geprüft + Empfohlen

## **Impressum**

#### Herausgeber:

Herausgebergesellschaft des Bayerischen Zahnärzteblatts (BZB)

#### Gesellschafter:

Bayerische Landeszahnärztekammer (BLZK) Flößergasse 1, 81369 München; Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB)

Fallstraße 34, 81369 München

#### Verantwortlich für den Inhalt (V.i.S.d.P.):

BLZK: Christian Berger, Präsident der BLZK; KZVB: Christian Berger, Vorsitzender des Vorstands der KZVB

#### Leitende Redakteurin BLZK:

Isolde M. Th. Kohl (ik)

#### Leitender Redakteur KZVB:

Leo Hofmeier (lh)

#### Chefin vom Dienst:

Olivia Brandt (ob)

#### Redaktion:

Thomas A. Seehuber (tas) Regina Levenshtein (rl) Ingrid Scholz (si) Tobias Horner (ho)

#### Anschrift der Redaktion:

teamwork media GmbH & Co. KG
Betriebsstätte Fuchstal
Hauptstraße 1, 86925 Fuchstal
Telefon: 08243 9692-34, Fax: 08243 9692-22
E-Mail: o.brandt@teamwork-media.de
Internet: www.teamwork-media.de

#### **BLZK:**

Thomas A. Seehuber Flößergasse 1, 81369 München Telefon: 089 230211-132 E-Mail: tseehuber@blzk.de

#### KZVB:

Ingrid Scholz Fallstraße 34, 81369 München Telefon: 089 72401-162 E-Mail: i.scholz@kzvb.de

# Koordination Wissenschaft und Fortbildung:

Prof. Dr. Wolfgang Gernet, München

#### Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Daniel Edelhoff, Prothetik; Prof. Dr. Gabriel Krastl, Konservierende Zahnheilkunde;

Prof. Dr. Jörg W. Kleinfelder, Parodontologie; Prof. Dr. Dr. Friedrich W. Neukam, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie; Prof. Dr. Dr. Peter Proff, Kieferorthopädie; Prof. Dr. Elmar Reich, Präventive Zahnheilkunde

#### Druck:

mgo360 GmbH & Co. KG Gutenbergstr. 1, 96050 Bamberg

#### Verlag:

teamwork media GmbH & Co. KG
Betriebsstätte Fuchstal
Hauptstraße 1, 86925 Fuchstal
Telefon: 08243 9692-0, Fax: 08243 9692-22
E-Mail: service@teamwork-media.de
Internet: www.teamwork-media.de
Geschäftsführung: Bernd Müller
Persönlich haftender Gesellschafter:
Mediengruppe Oberfranken –
Fachverlage Verwaltung GmbH
E.-C.-Baumann-Straße 5, 95326 Kulmbach

#### Anzeigen:

Katharina Schäferle Telefon: 08243 9692-16 E-Mail: k.schaeferle@teamwork-media.de

#### Anzeigendisposition:

teamwork media GmbH & Co. KG
Betriebsstätte Fuchstal
Katharina Schäferle
Telefon: 08243 9692-16, Fax: 08243 9692-22
E-Mail: k.schaeferle@teamwork-media.de
Es gilt die Preisliste der aktuellen Mediadaten.

#### Erscheinungsweise:

monatlich (Doppelnummern Januar/Februar und Juli/August)

#### Druckauflage:

16200 Exemplare

#### Bezugspreis:

Bestellungen an die Anschrift des Verlags. Einzelheft 12,50 Euro inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten, Abonnement: 110,00 Euro inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten (Inland 13,80 Euro, Ausland 27,10 Euro). Mitglieder der BLZK und der KZVB erhalten die Zeitschrift ohne gesonderte Berechnung. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag

#### Adressänderungen:

abgegolten.

Adressänderungen bitte per Fax oder E-Mail an die Mitgliederverwaltung der BLZK, Fax: 089 230211-196 E-Mail: mitglied@blzk.de

#### Nutzungsrecht:

Alle Rechte an dem Druckerzeugnis, insbesondere Titel-, Namens- und Nutzungsrechte etc., stehen ausschließlich den Herausgebern zu. Mit Annahme des Manuskripts zur Publikation erwerben die Herausgeber das ausschließliche Nutzungsrecht, das die Erstellung von Fort- und Sonderdrucken, auch für Auftraggeber aus der Industrie, das Einstellen des BZB ins Internet, die Übersetzung in andere Sprachen, die Erteilung von Abdruckgenehmigungen für Teile, Abbildungen oder die gesamte Arbeit an andere Verlage sowie Nachdrucke in Medien der Herausgeber, die fotomechanische sowie elektronische Vervielfältigung und die Wiederverwendung von Abbildungen umfasst. Dabei ist die Quelle anzugeben. Änderungen und Hinzufügungen zu Originalpublikationen bedürfen der Zustimmung des Autors und der Herausgeber.

#### Erscheinungstermin:

Montag, 15. Februar 2021 ISSN 1618-3584