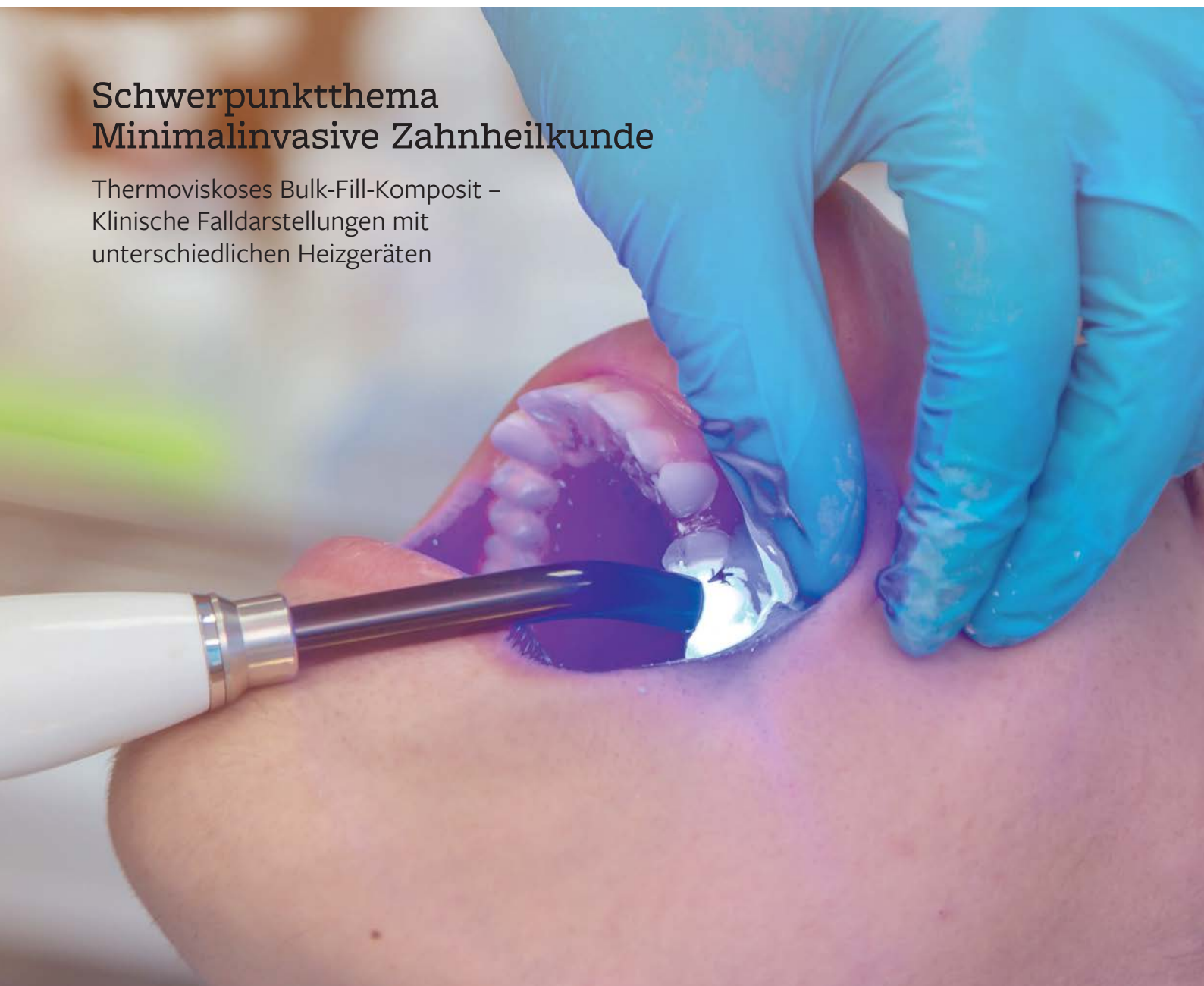


12/2020

Bayerisches Zahnärzteblatt

Schwerpunktthema Minimalinvasive Zahnheilkunde

Thermoviskoses Bulk-Fill-Komposit –
Klinische Falldarstellungen mit
unterschiedlichen Heizgeräten



Zahnmediziner setzen auf Qualität

Neuer Bericht der Bundeszahnärztekammer erschienen

Neue Normalität in der KZVB

Selbstverwaltung funktioniert auch unter Pandemiebedingungen

München, 21. bis 23. Oktober 2021
The Westin Grand München

62. Bayerischer Zahnärztetag



Bayerische
LandesZahnärzte
Kammer



Österreichische Gesellschaft für
Parodontologie

www.blzk.de | www.eazf.de | www.kzyb.de | www.dgparo.de | www.oegp.at
www.bayerischer-zahnaerztetag.de | www.twitter.com/BayZaet



Parodontologie 2021

Informationen: OEMUS MEDIA AG
Telefon: 0341 48474-308 · Fax: 0341 48474-290
E-Mail: zaet2021@oemus-media.de · www.bayerischer-zahnaerztetag.de



Christian Berger
Präsident der Bayerischen
Landeszahnärztekammer

Mit Rat und Tat durch die Krise

Liebe Kolleginnen
und Kollegen,

in diesem Jahr ist pandemiebedingt vieles anders: Das erleben Sie in Ihren Praxen und das erleben wir in der zahnärztlichen Selbstverwaltung. Unverändert gleich geblieben ist unser medizinisches Ethos, indem wir Zahnärzte uns auch während der Pandemie den Herausforderungen stellen und die Versorgung unserer Patienten sicherstellen.

Ja, wir Zahnärzte sind systemrelevant. Das hat uns das bayerische Gesundheitsministerium bestätigt. Und noch etwas hat sich bestätigt: In der Zahnarztpraxis besteht nachweislich kein erhöhtes Infektionsrisiko. Wir können Hygiene! Die zahnärztlichen Körperschaften in Bayern sehen schon seit Ende April keine Gründe mehr, einen notwendigen Zahnarztbesuch aufzuschieben. Denn Karies kennt keine Corona-Pause.

Wir wissen heute mehr über das Virus als im Frühjahr. Auch damals, zu Beginn der Pandemie, haben wir die richtigen Entscheidungen getroffen. Wir sind der Empfehlung der Staatsregierung gefolgt, die Zahl der Sozialkontakte zu reduzieren, indem wir den Praxisbetrieb auf das notwendige Maß heruntergefahren haben. Das war naturgemäß mit erheblichen finanziellen Einbußen verbunden, auch weil uns – anders als Ärzten oder Krankenhäusern – keine echten Liquiditätshilfen zugestanden wurden. Jetzt sind wir mitten in der zweiten Welle, aber der Rückgang der Patientenzahlen ist deutlich geringer als im Frühjahr.

Erneut sollen Sozialkontakte reduziert werden. Erstmals in seiner Geschichte war der Bayerische Zahnärztetag auf das zahnärztliche wissenschaftliche Programm reduziert. Das Gesundheitsministerium hat uns geraten, die Vollversammlung der

BLZK nicht wie vorgesehen in Präsenz abzuhalten.

Die politische Diskussion in der BLZK wollen und müssen wir aber so bald wie möglich wie gewohnt führen. Den Zahnärzten muss es gelingen, die über Jahre aufgebauten Präventionserfolge nicht zu gefährden und gleichzeitig die politischen Forderungen des Berufsstandes laut zu artikulieren. Leistungsgerechte Honorierung ist gerade in einer Pandemie unerlässlich. In Richtung Politik setzen wir außerdem auf die konsequente Umsetzung unserer Vorschläge zum Bürokratieabbau. Von den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Krankenversicherungen fordern wir, dass sie sich an den deutlich gestiegenen Kosten für das Hygienemanagement beteiligen.

Aktuelle Meldungen über Erfolge bei der Entwicklung eines Impfstoffs lassen uns alle hoffen. Auf Nachfrage haben wir dem Ministerium signalisiert, dass wir durch die örtlichen Voraussetzungen in der Zahnarztpraxis und aufgrund unserer medizinischen Kompetenzen in der Lage sind, unsere ärztlichen Kollegen im Bedarfsfall bei der Verabreichung von Impfungen zu entlasten. Dennoch ist diese Pandemie noch lange nicht vorbei. Die Arbeit von BLZK und KZVB wird sich weiter darauf konzentrieren, Sie und Ihre Patienten in dieser herausfordernden Zeit bestmöglich mit Rat und Tat zu unterstützen.

Ich wünsche Ihnen erholsame Feiertage und einen guten Start ins Jahr 2021. Bleiben Sie gesund!

Ihr

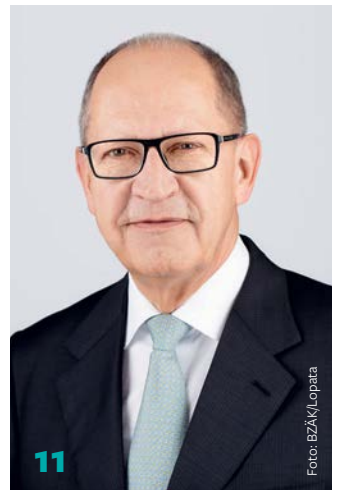
inhalt

politik

- 6 Stich ins Wespennest**
Offener Brief von Jens Spahn spaltet den Berufsstand
- 10 Vollversammlung BLZK auf 2021 verschoben**
Abstimmung über Haushalt 2021 im Schriftverfahren
- 11 Präsidialer Appell**
Gemeinsamer Aufruf der Zahnärztekammern
- 12 Neue Normalität in der KZVB**
Selbstverwaltung funktioniert auch unter Pandemiebedingungen
- 14 Pandemie verursacht Milliardendefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung**
- 16 Zahnmediziner setzen auf Qualität**
Neuer Bericht der Bundeszahnärztekammer erschienen
- 17 PKV schließt sich der Telematik-Infrastruktur an**
- 18 Einnahmen aus Privatliquidationen brechen ein**
- 19 Der Ton macht die Musik**
2020 ist kein leichtes Jahr für den FVDZ
- 20 „Investoren konzentrieren sich auf die Großstädte“**
Gutachten belegen negative Auswirkungen von MVZ
- 22 Nachrichten aus Brüssel**
- 23 Journal**
- 24 Peter Friemelt (UPD) fordert stärkere Berücksichtigung regionaler Patientenberatungsangebote**

praxis

- 26 Gesundheitsdaten locken Kriminelle an**
Jeder fünfte Computer von Hackerattacken betroffen
- 27 GOZ aktuell**
Tarife und Erstattung
- 30 Dienst tut Not**
Ein humoristischer Blick auf ein ernstes Thema
- 31 Notdienst ist Pflicht und keine Kür**
- 32 Richtig aufbereiten**
Warum Medizinprodukte in Risikogruppen eingestuft werden müssen
- 33 Umweltbundesamt sieht keine Notwendigkeit für Luftreiniger**
- 34 Patienteninfos im Kleinform**
- 36 Volles Programm vor gelichteten Reihen**
LAGZ setzt Corona-konformes Konzept der Fortbildungswochenenden um
- 38 Online-News der BLZK**
- 40 Seriös, kompetent und unabhängig**
Versicherungs- und Vorsorgeberatung der eazf Consult GmbH



Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer, wendet sich mit einem Appell an die deutschen Zahnärzte.

11

Foto: BZÄK/lopata



Die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung geht weiter auseinander – nicht nur wegen der Corona-Pandemie.

14

Foto: Maren Winter/stockadobe.com



„Die Mundgesundheit als Infektionsbarriere propagieren“, riet Dr. Brigitte Hermann bei der Fortbildungsveranstaltung der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheits (LAGZ).

36



Anhand einiger Fallbeispielen demonstriert Prof. Dr. Manhart die Anwendung von thermoviskosem Bulk-Fill-Komposit unter Einsatz verschiedener Heizgeräte.



Wie sehr Mund, Lippen, Zunge und auch Zähne im Fokus der Kunst- und Kulturgeschichte stehen, erleben Besucher der großen Themenausstellung „In aller Munde“.

Titelbild: vitec40/stock.adobe.com

Die Herausgeber sind nicht für den Inhalt von Beilagen verantwortlich.

Das BZB 1-2/2021 mit dem Schwerpunkt Implantologie/Chirurgie erscheint am 15. Februar 2021.

wissenschaft und fortbildung

- 42 **Vor jeder Therapie steht die (frühe) Diagnose**
Aktuelles Verständnis von Karies und Optionen in der Kariesdiagnostik
- 50 **Thermoviskoses Bulk-Fill-Komposit**
Klinische Falldarstellungen mit unterschiedlichen Heizgeräten
- 58 **Implantologie 2020**
61. Bayerischer Zahnärztetag in München

markt und innovationen

- 66 **Produktneuheiten**

reise und kultur

- 68 **Von Pieter Bruegel bis Cindy Sherman**
Ausstellung im Kunstmuseum Wolfsburg
- 69 **In aller Munde: Das Orale in Kunst und Kultur**
Rezension

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
- 79 Ungültigkeit von Zahnarztweisen
- 79 Geschäftsbericht der Bayerischen Ärzteversorgung 2019
- 79 Ordentliche Vertreterversammlung der KZVB
- 80 Kassenänderungen
- 80 Überweisungstermine 2021
- 81 Rubrikanzeigen
- 82 Impressum

Stich ins Wespennest

Offener Brief von Jens Spahn spaltet den Berufsstand

Zum „Corona-Kanzler“ hat bild.de Bundesgesundheitsminister Jens Spahn unlängst gekürt. Über sein Krisenmanagement kann man durchaus geteilter Meinung sein. Doch das Spiel mit den Medien beherrscht der Minister wie kaum ein Zweiter. Und so überrascht es überhaupt nicht, dass ein offener Brief Spahns an die zahnärztliche Selbstverwaltung für kontroverse Diskussionen sorgte.

Über eine Seite lobt der Minister darin die Verdienste der Zahnärzteschaft in den verschiedensten Bereichen – von der Verbesserung der Mundgesundheit bis zur Sicherstellung der Versorgung unter den erschwerten Bedingungen einer Pandemie.

Für Empörung sorgten jedoch seine Aussagen zu den sogenannten Liquiditätshilfen für die Zahnärzte. Bekanntlich können niedergelassene Zahnärzte anders als die Ärzte und Krankenhäuser lediglich Darlehen beantragen, die sie 2021 und 2022 zurückzahlen müssen. Die Kritik an dieser Regelung nehme er „aufmerksam wahr“. Er selbst hätte die Regelung zur Rückerstattung gerne anders ausgestaltet. Aber die „enormen Belastungen der öffentlichen Haushalte und der Sozialversicherung“ hätten das nicht zugelassen.

Zynismus statt Verständnis?

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) konnte und wollte das nicht unkommentiert stehen lassen. Die Zahnärzte seien in der Zeit der Pandemie „vollkom-



Die Zahnärzteschaft leistet „einen unverzichtbaren Beitrag zur Daseinsvorsorge“, lobt Jens Spahn. Dennoch ruft sein Dankschreiben große Empörung hervor.

men auf sich allein gestellt“, heißt es in der Replik auf Spahns Brief. Am Rettungsschirm lässt der FVDZ kein gutes Haar: „Die Regelung hilft vielleicht über einen Liquiditätsengpass in diesem Jahr, aber sie ist keinesfalls geeignet, in einer Zeit ‚nach der Pandemie‘ – wann auch immer das sein mag – existenzielle Sorgen zu nehmen. Im Gegenteil greift die Regelung zur Rückzahlung genau dann, wenn etwaige finanzielle Engpässe sich niederschlagen werden: im nächsten und übernächsten Jahr.“ Statt Verständnis für seine Situation oder Aufnahme unter den Schutzschirm schlage dem Berufsstand gar „Zynismus“ entgegen. „Welche sachliche Begründung gibt es aus Ihrer Sicht dafür, dass Zahnärzte in der Frage der Sicherung von Versorgungsstrukturen vollkommen anders

behandelt werden als Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe?“, fragt der FVDZ den Minister.

Auch in Sachen Öffentlichkeitsarbeit wünscht sich der Berufsverband mehr Unterstützung durch die Politik. „Wir klären die Patienten direkt mit Ansprache und Plakaten und indirekt über die Medien darüber auf, dass sie in den Praxen keine Infektion riskieren. In Zahnarztpraxen gelten die höchsten Hygienestandards. Es wäre hilfreich, wenn sich ein Bundesgesundheitsminister dieser Botschaft anschließen würde, wenn das BMG auf seiner Website einen Hinweis hinterließe, dass Zahnbehandlungen ebenso notwendig wie sicher sind – auch in Krisenzeiten. Es wäre eine Kleinigkeit mit großer Wirkung. Es wäre ein Signal.“

Der FVDZ befürchtet durch die Pandemie auch fatale Folgen für die Zukunft des Berufsstandes. „Viele Praxen, gerade von älteren Kollegen werden vorzeitig geschlossen – ohne eine Nachfolgeregelung. Viele niederlassungswillige Kolleginnen und Kollegen haben ihre Pläne ad acta gelegt. Praxisübernahmen platzen reihenweise, Praxisgründungen werden storniert. Das Netz der ambulanten Praxen dünnt zusehends aus. Die Entwicklung war und ist eine absehbare, allerdings wirkt die Corona-Pandemie hier wie ein Brandbeschleuniger, der die ambulante zahnärztliche Versorgungsstruktur nicht nur gefährdet, sondern zerstört.“

Respektlos und unangemessen?

Die harsche Kritik des FVDZ ging den Bundesorganisationen dann doch zu weit. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundeszahnärztekammer und die DGZMK kritisierten die Wortwahl als „respektlos“ und „unangemessen“. Der politische Diskurs müsse auch in Krisenzeiten von einem Mindestmaß an Respekt geprägt bleiben. Die Situation dürfe nicht dazu führen, dass Emotionalität und Respektlosigkeit die Oberhand gewinnen, heißt es in einem gemeinsamen Statement.

Das Fazit: Spahns Stich ins Wespennest war erfolgreich. Es ist ihm gelungen, einen Keil in den Berufsstand zu treiben. Wenn sich der größte zahnärztliche Berufsverband in Deutschland und die von seinen Mitgliedern geführten Organisationen öffentlich widersprechen, wirft das kein gutes Licht auf die Zahnärzteschaft.

Damit sich die BZB-Leser selbst ein Bild von Spahns Aussagen machen können, veröffentlichen wir seinen offenen Brief in voller Länge.

Leo Hofmeier

„EINFACH NUR DREIST“ – FDP-POLITIKER KRITISIERT ZAHNÄRZTLICHEN BERICHTERSTATTER

Dietrich Monstadt (CDU) gehört seit 2009 dem Deutschen Bundestag an und ist Berichterstatter für die Zahnärzte im Gesundheitsausschuss. In einem Interview mit den „zm“ (Ausgabe 20/2020) zeigte der Jurist jedoch wenig Verständnis für die Sorgen und Nöte, die der zahnärztliche Berufsstand während der Corona-Pandemie hat. Das konnte der FDP-Abgeordnete Dr. Wieland Schinnenburg (FDP) nicht unkommentiert stehen lassen. Schinnenburg, der sowohl Zahnarzt als auch Rechtsanwalt ist, veröffentlichte folgende Stellungnahme: „Direkt nach der Lektüre des Interviews mit dem ‚zahnärztlichen Berichterstatter‘ musste ich erstmal nach Luft schnappen. Ich hätte nie gedacht, dass ein Bundestagsabgeordneter der Union sich so äußert. Schon die Überschrift ‚Bei mir sind keine Beschwerden von Zahnärzten eingegangen‘ ist bezeichnend: Für einen ‚zahnärztlichen Berichterstatter‘ war es in den letzten Monaten unmöglich, von Beschwerden von Zahnärzten nichts mitzubekommen. Es waren auch nicht nur Beschwerden, es waren Hilferufe – nicht nur wegen Umsatzeinbrüchen, sondern auch weil es mangels Schutzausrüstung kaum noch möglich war, Patienten zu behandeln, also das zu tun, weswegen man studiert hat. Zu behaupten, davon habe man nichts gehört, ist – dreist. Dann wird Olaf Scholz verantwortlich gemacht, dass die Zahnärzte (übrigens auch die Physiotherapeuten etc.) so viel schlechter behandelt werden als die Humanmediziner. Natürlich hat Herr Scholz da blockiert. Aber Herr Monstadt und seine Fraktion waren es, die einem Gesetz zugestimmt haben, in dem die Zahnärzte nicht berücksichtigt wurden. Nur so kam Herr Scholz in die Lage, die spätere Verordnung zu blockieren. Die Wahrheit kommt zwei Spalten später ans Licht: Herr Monstadt teilt mit, dass eine Ausdehnung des Schutzschirms auf Zahnärzte ‚im Augenblick ... nach meiner Wahrnehmung nicht erforderlich‘ ist. Kurz: Herr Monstadt sieht gar kein Bedürfnis, die Zahnärzte gleich zu behandeln. Und wie steht er zu den Folgen? ‚Zahnärzte mit einer langjährig laufenden Praxis‘ sollen an ihre Ersparnisse gehen, junge Zahnärzte sollen sich an die KZV wenden. Er erkennt also die existentielle Gefahr für junge Praxen und damit für die Versorgung der Patienten – aber regeln soll das die Selbstverwaltung, deren Argumente nicht gehört wurden. Herr Monstadt schafft es auf zwei Seiten, einer schlechten Regelung eine katastrophale Kommentierung hinterher zu schieben.“



Bundesministerium
für Gesundheit



Bundesministerium für Gesundheit, 53107 Bonn

An die niedergelassenen
Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland

Jens Spahn

Bundesminister
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn

TEL +49 (0)228 99 441-1003

FAX +49 (0)228 99 441-4907

E-MAIL poststelle@bmg.bund.de

Bonn, 30. Oktober 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den letzten Jahrzehnten hat sich die Mundgesundheit in Deutschland in allen Altersgruppen entscheidend verbessert. Die vom Institut der Deutschen Zahnärzte durchgeführte Deutsche Mundgesundheitsstudie zeigt, dass Deutschland im internationalen Vergleich bei der Vermeidung von Karies und völliger Zahnlosigkeit Spitzenwerte erreicht. Dies ist nicht zuletzt Ihnen zu verdanken. Die deutsche Zahnärzteschaft kann stolz auf ihre Leistungen sein.

Diese hohe Leistungsfähigkeit und große Einsatzbereitschaft haben Sie auch in den letzten Monaten im Zuge der Corona-Pandemie gezeigt. Diese stellt Deutschland und unser Gesundheitswesen vor selten dagewesene Herausforderungen. Schon jetzt lässt sich feststellen, dass keine Virusinfektion in den letzten 100 Jahren ähnliche gesundheitliche, gesellschaftliche und wirtschaftliche Folgen hatte. Unser Gesundheitswesen erlebt im ambulanten und im stationären Bereich eine harte Belastungsprobe. Sie haben großen Anteil daran, dass wir gemeinsam diese Probe bisher so gut bestanden haben.

Auch unter den erschwerten Bedingungen der Pandemie stellen Sie die zahnärztliche Versorgung Ihrer Patientinnen und Patienten sicher. Innerhalb kürzester Zeit ist es der Zahnärzteschaft gelungen, ein flächendeckendes Netz von Schwerpunktpraxen zur Behandlung von infizierten und unter Quarantäne gestellten Patientinnen und Patienten aufzubauen. Bundeszahnärztekammer, Zahnärztekammern, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen) sorgen mit Informationen und Handlungsempfehlungen zum Umgang mit dem Coronavirus in den Praxen dafür, dass auch die Versorgung der anderen Patientinnen und Patienten aufrechterhalten werden kann. Damit leistet die Zahnärzteschaft einen unverzichtbaren Beitrag zur Daseinsvorsorge. Dafür bin ich Ihnen sehr dankbar.

Seite 2 von 2

In diesen Dank schließe ich Ihre Praxisteamer ausdrücklich mit ein. Ohne die engagierte Arbeit der Zahnmedizinischen Fachangestellten wäre die Betreuung und Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht aufrechtzuerhalten. Die Einhaltung der gestiegenen Hygieneanforderungen wird wesentlich von ihnen geleistet.

Um Sie, die Zahnärztinnen und Zahnärzte, sowie Ihre Praxisteamer vor Infektionen zu schützen, haben das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die KZBV bei der Ausstattung der Schwerpunktzentren mit persönlicher Schutzausrüstung eng zusammengearbeitet. Von den von der Bundesregierung zentral beschafften Schutzausrüstungen, wie Mund-Nasen-Schutz, FFP-Masken und Einmalhandschuhen, wurden mehrere hunderttausend Stück an die KZBV geliefert, um von dort aus an die KZVen für die Schwerpunktpraxen weiter verteilt zu werden.

Um die Fallzahlrückgänge in den Praxen und damit verbundene Einnahmenschwünge zu überbrücken, hat das BMG im April 2020 eine Verordnung erlassen. Diese ermöglichte den KZVen, sich bis zum 2. Juni 2020 für die Auszahlung von 90 Prozent der für das Jahr 2019 mit den Krankenkassen vereinbarten Gesamtvergütungen zu entscheiden. Damit wird verhindert, dass Zahnarztpraxen infolge des pandemiebedingten Rückgangs der Fallzahlen in existenzbedrohende Liquiditätsschwierigkeiten geraten. Die Verordnung ist in Teilen der Zahnärzteschaft auf Kritik gestoßen. Insbesondere die Regelung, dass Überzahlungen über die in 2020 tatsächlich abgerechneten Leistungen hinaus in den Jahren 2021 und 2022 vollständig an die Kassen zurückzuerstatten sind, hat zu Vorwürfen geführt, dass es sich um keinen echten Rettungsschirm handle.

Ich kann Ihnen versichern, dass ich diese Kritik aufmerksam wahrnehme. Gerne hätte ich die Regelung zur Rückerstattung anders ausgestaltet. Ich bitte Sie aber zu bedenken, dass die Pandemie zu enormen Belastungen für die öffentlichen Haushalte und die Sozialversicherungen führt. Der Bund und die Länder haben im letzten halben Jahr erhebliche Handlungsfähigkeit bewiesen. Diese muss auch für den weiteren Verlauf der Pandemie erhalten bleiben, um rechtzeitig eingreifen zu können, wenn wirtschaftliche Schiefslagen eintreten, die Existenzen und Versorgungsstrukturen unmittelbar gefährden. Voraussetzung dafür ist aber, dass wir bei der Ausgestaltung der einzelnen Hilfsmaßnahmen an ihre Finanzierbarkeit auch über kurze Zeiträume hinaus denken.

Ich danke Ihnen für Ihren in den letzten Monaten gezeigten Einsatz und bitte Sie um Ihre weitere Mithilfe. Sie können sich darauf verlassen, dass ich alles unternehmen werde, um eines der weltweit besten zahnärztlichen Versorgungssysteme zu erhalten.

Mit freundlichen Grüßen



Vollversammlung der BLZK auf 2021 verschoben

Abstimmung über Haushalt 2021 im Schriftverfahren

Schon im Sommer war vorhersehbar, dass die Vollversammlung der Bayerischen Landeszahnärztekammer pandemiebedingt nicht in der gewohnten Atmosphäre des Zahnärztheuses in München stattfinden können würde. Also wurde ein geeigneter großer Raum in einem Münchner Hotel gefunden, die Vorbereitungen zum Ablauf bis ins letzte technische Detail festgelegt. Auch das Hygienekonzept, das erfolgreich beim Bayerischen Zahnärztetag implementiert war, hätte in angepasster Form eingesetzt werden können. Allein die staatlichen Vorgaben wegen der Dynamik der zweiten Corona-Welle im November ließen den Verantwortlichen letztlich keine andere Wahl, als die Vollversammlung der BLZK ins kommende Jahr zu verschieben.

In Anbetracht des rasant gestiegenen Infektionsgeschehens und des seit 2. November bundesweit geltenden Lockdowns hielt es das Gesundheitsministerium nicht für verantwortbar, die für den 27. November 2020 terminierte Vollversammlung der Bayerischen Landeszahnärztekammer als Präsenzveranstaltung durchzuführen. Der Kammervorstand fasste einen entsprechenden Beschluss. Die Delegierten der Vollversammlung wurden in einem gemeinsamen Schreiben von BLZK-Präsident Christian Berger, dem Vorsitzenden der Vollversammlung, Dr. Horst Dieter Wendel, und dem BLZK-Hauptgeschäftsführer Sven Tschoepe darüber informiert, dass die ordentliche Vollversammlung ins Jahr 2021 verlegt wird. Zu diesen Schritten war im Vorfeld das für die Rechtsaufsicht der Kammer zuständige Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege konsultiert worden. Die Vollver-

sammlung als Präsenzveranstaltung soll „so zeitnah wie möglich und verantwortbar zu Beginn des kommenden Jahres“ durchgeführt werden. Darüber sind sich die Kammerspitze und der Vorsitzende der Vollversammlung einig. BLZK-Präsident Christian Berger: „Selbstverwaltung lebt wie die Demokratie von den Debatten und Entscheidungen der Parlamente. Wir wollen politisch diskutieren und beschließen und werden unsere Vollversammlung so schnell wie möglich nachholen.“

Abstimmung erfolgt ausschließlich per Post

Allerdings ist zur geregelten Arbeit der Kammer im kommenden Jahr ein von der Vollversammlung verabschiedeter Haushaltsplan unabdingbar. Der einzig mögliche und zulässige Weg für eine Beschlussfassung ist eine schriftliche Abstimmung über die Finanzen durch das Parlament der bayerischen Zahnärzte im Dezember. Ebenfalls in schriftlicher Abstimmung ist über die Entlastung des Vorstands für 2019 zu entscheiden. Den Delegierten wurden mit einer Aussendung am 20. November die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. Diese beinhalteten den Jahresabschluss 2019 und den Haushalts- und Stellenplan für das Jahr 2021, über den ebenfalls schriftlich abgestimmt werden soll. Zur Information über die Kammer-Aktivitäten des abgelaufenen Berichtsjahrs enthielt die Aussendung auch den Tätigkeitsbericht der BLZK 2019/2020 sowie einen ergänzenden Bericht für 2020, der bis in den November reicht. Sie finden diese Unterlagen über die Startseite von www.blzk.de.

Selbstverständlich sollten sich die Delegierten auch ohne Präsenzveranstaltung

beraten und Fragen zum Haushaltsplan stellen können. Darin waren sich die Kammerspitze und der Vorsitzende der Vollversammlung einig. Die Delegierten erhielten bis zum 4. Dezember Zeit, ihre Fragen per Post oder E-Mail bei der BLZK einzureichen. Diese wurden bis 11. Dezember beantwortet, damit noch genügend Zeit für das schriftliche Abstimmungsverfahren per Post bleibt, das bis zum 18. Dezember läuft. Selbstverständlich haben die Delegierten auch die Möglichkeit, einer schriftlichen Abstimmung zu widersprechen. „Sofern ein Fünftel der Mitglieder dieser Form der Abstimmung widerspricht, ist über die Angelegenheit in der nächsten Sitzung der Vollversammlung zu beraten und abzustimmen“, das schreibt die Geschäftsordnung für die Vollversammlung aus dem Jahr 2014 vor. Nach dieser sind auch die Beschlüsse der schriftlichen Abstimmung nur mit einer Zwei-Drittel-Mehrheit der Stimmberechtigten gültig.

Sofern die schriftliche Abstimmung über den Haushalts- und Stellenplan für das Jahr 2021 nicht erfolgen sollte, hätte dies erhebliche Konsequenzen. Die Kammer dürfte dann – analog zu den Regelungen der Bayerischen Gemeindeordnung – im Rahmen einer vorläufigen Haushaltsführung „nur finanzielle Leistungen erbringen, zu denen sie rechtlich verpflichtet ist oder die für die Weiterführung notwendiger Aufgaben unaufschiebbar sind“. BLZK-Präsident Christian Berger: „Wenn diese Ausgabe des Bayerischen Zahnärzteblatts Mitte Dezember erscheint, läuft die Abstimmung noch. Es ist zu hoffen, dass die für die Kammerarbeit des nächsten Jahres essenziellen Beschlüsse im schriftlichen Verfahren gefasst werden können.“

Isolde M. Th. Kohl

Präsidialer Appell

Gemeinsamer Aufruf der Zahnärztekammern

Die zweite Corona-Welle hat inzwischen ganz Deutschland erfasst. Der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, und seine Amtskollegen auf Länderebene wenden sich deshalb mit einem Aufruf an alle deutschen Zahnärzte, den das BZB nachfolgend in voller Länge abdruckt.



Foto: BZÄK/Lopata

Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer, wendet sich mit einem Appell an die deutschen Zahnärzte.

„Die Corona-Situation verschärft sich in Deutschland, Bund und Länder haben gemeinsam strenge Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie beschlossen. Die Bundeszahnärztekammer nimmt dies zum Anlass, Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, die zwei wichtigsten Botschaften für Ihre Patienten, Ihre Beschäftigten, für die politischen Verantwortlichen und die breite Öffentlichkeit zu übermitteln:

1. Weder für die Teams in unseren Praxen noch für unsere Patienten bestehen beachtenswerte Infektionsrisiken, wenn die veröffentlichten Regeln* beachtet werden.

2. Die gesamte wissenschaftlich begründete Zahnmedizin ist essenzielle Heilbehandlung und damit elementarer Bestandteil der Medizin.

Die Bundeszahnärztekammer hat intensiv die tatsächliche Infektionslage im Umfeld zahnärztlicher Praxen (inter)national analysiert. Seit Ausbruch der Pandemie hat es keine nennenswerten Infektionszahlen im Umfeld zahnärztlicher Praxen und Kliniken gegeben – nicht unter den Patienten, nicht in den zahnärztlichen Teams. Dies bestätigt sich in allen Ländern, zu denen es belastbare Zahlen gibt: in Deutschland

und Italien, in Südkorea und China. Der Präsident der American Dental Association, Dr. Chad Gehani, hat es unmissverständlich auf den Punkt gebracht: ‚Dentistry is essential health care ... Millions of patients have safely visited their dentists in the past few months for the full range of dental services.‘

Wir bitten Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, sich streng an den genannten Regeln zu orientieren. Dann bleibt die Zahnmedizin weiterhin einer der sichersten Arbeitsplätze in der Corona-Krise.

Diese Krise wird wirtschaftliche Folgen haben. Wir versprechen Ihnen, dass wir alles in unserer Macht Stehende tun, um Ihnen zu helfen, die Auswirkungen dieser Pandemie zu begrenzen.“

Redaktion

* DAHZ:



DGZMK:



Anzeige



DENTALES ERBE

500.000
EXPONATE
AUS 5.000
JAHREN



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.





Neue Normalität in der KZVB

Selbstverwaltung funktioniert auch unter Pandemiebedingungen

Dass die KZVB ihre Aufgaben trotz erschwelter Bedingungen erfüllt, merken die bayerischen Vertragszahnärzte spätestens dann, wenn die Honorarzahlung auf ihrem Konto eingeht. Aber nicht nur der Geschäftsbereich „Abrechnung und Honorarverteilung“ hat sich an die „neue Normalität“ angepasst. Auch in allen anderen Bereichen läuft der Betrieb im Zahnärztehaus weiter – wenn auch etwas anders als vor Beginn der Pandemie.

„Die Kantine ist derzeit nur für Mitarbeiter der KZVB zugänglich“ – das ist eines der Hinweisschilder, das am Zahnärztehaus in der Münchner Fallstraße hängt. „Besucher dürfen das Haus nur betreten, wenn sie weder grippeähnliche Symptome noch Kontakt zu Infizierten hatten. Sie müssen sich unter Angabe ihrer Kontaktdaten am Empfang anmelden und bereits beim Betreten des Gebäudes einen Mund-Nasen-Schutz (MNS) tragen“, heißt es auf einem anderen Aushang. Und auch für alle Mitarbeiter herrscht seit Oktober Maskenpflicht – es sei denn, sie arbeiten in einem Einzel-



Außergewöhnliche Vertreterversammlung in außergewöhnlichen Zeiten: Ende Mai konnte die ao-VV nur mit Mund-Nasen-Schutz stattfinden.

büro. Aber auch dort muss die Maske aufgesetzt werden, sobald eine weitere Person das Büro betritt. Sitzungen und Besprechungen wurden auf das absolut notwendige Mindestmaß reduziert und finden selbstverständlich mit den vorgeschriebenen Sicherheitsabständen und ebenfalls mit Mundschutz statt. All das ist Teil des KZVB-internen

Schutz- und Hygienekonzepts, das kontinuierlich an die Infektionslage angepasst wird.

Gremien arbeiten weiter

Doch Selbstverwaltung heißt auch, dass die Zahnärzte ihre Angelegenheiten eigenverantwortlich regeln. Und dafür

braucht es eine Vielzahl an Gremien, die regelmäßig tagen. Kein leichtes Unterfangen in dieser Zeit! Bei der KZVB setzt man auf einen Mix aus Präsenzveranstaltungen und Videokonferenzen. Unverzichtbar sind trotz der Pandemie die regelmäßigen Vorstandssitzungen, an denen neben den drei hauptamtlichen Vorstandsmitgliedern Christian Berger, Dr. Rüdiger Schott und Dr. Manfred Kinner auch die beiden Vorsitzenden der Vertreterversammlung Dr. Reiner Zajitschek und Dr. Christian Öttl, die Geschäftsführer sowie alle Geschäftsbereichsleiter teilnehmen. Die Sitzungen finden seit Beginn der Pandemie in einem größeren Raum mit entsprechenden Abständen statt, der selbstverständlich regelmäßig desinfiziert und gelüftet wird. Auch hier gilt MNS-Pflicht. Doch auch die Prüfteams, der Prothetikausschuss, die Widerspruchsstellen, die Zulassungsausschüsse, die Gutachter, die Prüfungsstelle, der Beschwerdeausschuss, der Finanzausschuss, der Anlageausschuss und diverse weitere Gremien müssen ihre Arbeit trotz Corona fortsetzen. In jedem Einzelfall wird entschieden, ob die Zahnärzte und – sofern vorgeschrieben – die Vertreter der Krankenkassen persönlich zusammentreffen müssen oder ob die Sitzung virtuell stattfinden kann.

Virtuelle Vertreterversammlungen

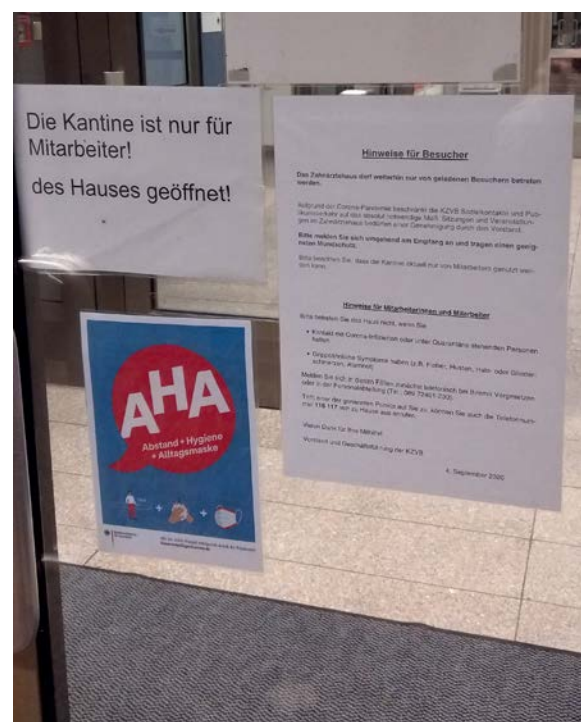
Diese Frage beschäftigt auch die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen (VV) auf Landes- und Bundesebene. Während eine außerordentliche VV der KZVB im Mai mit massiven Einschränkungen noch als Präsenzveranstaltung durchgeführt werden konnte, wurde die Herbst-VV auf Januar verschoben. Die Bundes-KZV hat bereits zwei Vertreterversammlungen in digitaler Form durchgeführt. Das erspart den Delegierten zwar einerseits eine oft weite Anreise und risikobehaftete Sozialkontakte, andererseits ist das oft stundenlange Mitverfolgen einer Sitzung per Webcam und Headset auch ganz schön anstrengend, wie uns ein bayerischer Delegierter sagt.

Erfolgreiche Vergütungsverhandlungen

Auf den persönlichen Kontakt konnten und wollten die Vertragspartner auch bei den Vergütungsverhandlungen für das Jahr 2020 nicht verzichten. Die KZVB musste schließlich darlegen, dass Corona zu einem erheblichen Anstieg der Kosten in den Praxen führt und hatte damit offensichtlich Erfolg. So steigen die Punktwerte bei der größten in Bayern tätigen Krankenkasse deutlich stärker als die Inflationsrate. Die Erhöhung orientiert sich an der gesetzlich zulässigen Obergrenze, die die Grundlohnsummensteigerung vorgibt.

Innovationsbereite Mitarbeiter

Doch nicht nur die Ehrenamtsträger mussten sich umstellen. Auch die KZVB-Mitarbeiter haben im Corona-Jahr 2020 Innovationsbereitschaft gezeigt. So wurden Schichtmodelle und Teamlösungen getestet, um die Zahl der Kontakte zwischen den Beschäftigten zu reduzieren. Und auch die Möglichkeit des mobilen Arbeitens wurde mit hohem Tempo ausgebaut. Selbst innerhalb eines Geschäftsbereichs finden mittlerweile Besprechungen als Videokonferenzen statt. Ein Pilotversuch soll zeigen, inwieweit beispielsweise Teile der Abrechnung im Homeoffice durchgeführt werden können. Allerdings muss dabei der Schutz sensibler Sozialdaten vollumfänglich gewährleistet bleiben. Geschützt werden selbstverständlich auch die Mitarbeiter, die weiterhin ins Büro kommen müssen. Da, wo sich mehrere Kollegen ein Großraumbüro teilen müssen, wurden Plexiglaswände montiert. Auch die Essensausgabe in der KZVB-Kantine gleicht mittlerweile eher einem Bankschalter, der mit Panzerglas gesichert ist. Doch das ist allemal besser als die mehrwöchige Unterbrechung des Kantinenbetriebs im Frühjahr 2020, während der die warme Leberkäsemmel vom Metzger, Mikrowellenmenüs und Tütensuppen zum Grundnahrungsmittel der Mitarbeiter avancierten.



Die Hygiene-Regeln werden in den Zahnärzthäusern München und Nürnberg strikt eingehalten.

Katalysator für die Digitalisierung

Generell wirkt die Corona-Pandemie als Katalysator für die Digitalisierung – nicht nur innerhalb der KZVB. Der Einbruch bei Dienst- und Geschäftsreisen dürfte dauerhaft sein, sind sich Luftfahrtexperten einig. Viele Unternehmen und Organisationen haben durch die Krise erkannt, dass man auch ohne den direkten persönlichen Kontakt erfolgreiche Verhandlungen führen kann. Und spätestens der CDU-Parteitag wird zeigen, ob auch die politischen Parteien im Digitalzeitalter angekommen sind. Die Wahl des Parteivorsitzenden darf allerdings noch nicht online erfolgen. Einzige Möglichkeit: die Briefwahl – möglicherweise mit mehreren Wahlgängen, falls eine Stichwahl erforderlich ist.

Angesichts des Schubs, den Online-Lösungen derzeit erleben, ist zumindest eines für die Zahnärzte beruhigend: Karies und Zahnstein werden sich auch in Zukunft nicht per Webcam entfernen lassen.

Leo Hofmeier



Die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung geht weiter auseinander – nicht nur wegen der Corona-Pandemie.

„Jahre des Sparens“

Pandemie verursacht Milliardendefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Corona-Pandemie verschärft die ohnehin angespannte finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) massiv. Vor allem die vielen „versicherungsfremden Leistungen“ verärgern die Kassenchefs. Doch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zeigt sich davon unbeeindruckt.

Seit Beginn seiner Amtszeit hat Spahn den Krankenkassen viele neue Leistungen aufs Auge gedrückt. Fast jedes seiner vielen Gesetze brachte Kostensteigerungen für die GKV mit sich. Die „FAZ“ zitiert aus einer Berechnung der Krankenkassen, derzufolge Spahns Vorhaben bis 2022 Zusatzbelastungen von 33 Milliarden Euro verursachen werden. Die gute Konjunktur und sprudelnde Beitragseinnahmen machten es möglich. Doch das rächt sich nun. Denn die Pandemie führt bei den Kassen nicht nur zu deutlich höheren Ausgaben, sondern auch zu sinkenden Einnahmen. Deutschland kommt zwar wirtschaftlich bislang besser durch die Krise als die meisten anderen EU-Länder, dennoch ist auch hierzulande die europaweite Rezession spürbar. Spätestens mit dem zweiten

Lockdown im November sind die Hoffnungen auf eine rasche wirtschaftliche Belebung geschwunden. Während Bundeswirtschaftsminister Peter Altmaier noch auf ein Miniwachstum von 0,4 Prozent im vierten Quartal hofft, geht das Kieler Institut für Weltwirtschaft allenfalls von einer Stagnation aus. Die Rückkehr zum Vorkrisenniveau von 2019 werde sich entsprechend verzögern.

2021 fehlen 16 Milliarden

Seinem Kurs, den GKV-Leistungskatalog auszudehnen, blieb Spahn auch in der Pandemie treu. Kostenlose Tests für Reiserückkehrer, Prämien für Pflegekräfte, Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser, die Schaffung zusätzlicher Intensivbetten – all das müssen die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren, übrigens auch für Privatversicherte. Insgesamt beziffern sie die Mehrausgaben für die Pandemie auf rund zehn Milliarden Euro. Für das laufende Jahr erwartet der GKV-Spitzenverband trotz der Erhöhung des Bundeszuschusses ein Defizit von mindestens drei Milliarden Euro. 2021 wird sich der Fehlbetrag Schätzungen zufolge auf über 16 Milliarden Euro erhöhen.

Griff in die Rücklagen

Darüber, wie diese Lücke geschlossen werden kann, ist längst ein politischer Streit entbrannt. Mit dem „Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege“ (GPVG) hat Jens Spahn seinen Vorschlag auf den Tisch gelegt: Fünf Milliarden zusätzlich steuert der Bund bei. Acht Milliarden sollen aus den Rücklagen der Krankenkassen entnommen, der Rest durch die Erhöhung der Zusatzbeiträge finanziert werden. Damit soll vor allem die sogenannte Sozialgarantie eingehalten werden, derzufolge der Gesamtbeitrag für alle Sozialversicherungen 2021 trotz der Pandemie die 40 Prozentmarke nicht überschreiten darf.

Kassen fordern Korrekturen

In einer Anhörung des Gesundheitsausschusses forderten die Kassenvertreter Korrekturen am GPVG. Der Bundeszuschuss sei mit fünf Milliarden viel zu niedrig, um die Folgen der Corona-Pandemie zu kompensieren. Der Vorsitzende des IKK-Bundesverbandes Jürgen Hohl sprach gar von einem „Konstruktionsfehler“. Wegen eines falsch gewählten

Stichtages stelle sich die Finanzsituation der Kassen bereits aktuell deutlich schlechter dar als vom BMG angenommen. So betrage die Finanzierungslücke der GKV im kommenden Jahr nicht 16,6 sondern mindestens 18,3 Milliarden Euro, realistisch seien sogar 20 Milliarden. Von einem „offenen Streit“ zwischen den Kassen und dem BMG in der Sitzung spricht das „Ärztblatt“. Von einem Eingriff in die Haushaltsautonomie der Kassen und einer Entmündigung der Selbstverwaltung sprach demnach der AOK-Bundesverband. Auch der GKV-Spitzenverband unterstützte die Forderungen, dass es eine höhere Beteiligung des Bundes an den Kosten der Pandemie geben müsse.

TK erwartet höhere Zusatzbeiträge

Der Vorstandsvorsitzende der Techniker Krankenkasse, Dr. Jens Baas, rechnet zudem mit weiteren Erhöhungen des

Zusatzbeitrags. Für 2022, das Jahr nach der Bundestagswahl, befürchtet er Anhebungen von über einem Prozentpunkt, selbst dann, wenn die Corona-Pandemie überwunden sein sollte. Es reiche das Fortschreiben der sonstigen Ausgaben. „Die Frage, wie wir das finanzieren, brennt uns auf der Seele.“ Für Baas ist klar, dass dem Gesundheitswesen jetzt wieder Jahre des Sparens bevorstehen. Während die Kassen zu Beginn der aktuellen Legislaturperiode gut gefüllt waren, werden sie am Ende der Legislatur leer sein. „Die Einnahmen gehen nach unten durch Corona, die Ausgaben haben sich aber steil entwickelt“, zitiert die „Ärzte-Zeitung“ den TK-Chef.

Zweckoptimismus im BMG

Spahns Parlamentarische Staatssekretärin Sabine Weiss verbreitet trotz der schlechten Nachrichten Zweckoptimismus: „Wenn wir es konstruktiv anfassen,

glaube ich, dass wir das alles gut hinkriegen.“ Wie in allen anderen Bereichen werde man nach dem Ende der Pandemie auch im Gesundheitswesen Kassensturz machen müssen und prüfen, was getan werden muss, sagte sie bei einer TK-Veranstaltung. Die Erhöhung des Beitragssatzes könne eine Möglichkeit sein, räumte Weiss ein. „Aber wir haben im Koalitionsvertrag vereinbart, dass die Sozialabgaben unter 40 Prozent insgesamt liegen sollen, und da wollen wir auch bleiben.“

Die AOK betonte dagegen erneut, dass ein Großteil der Ausgabensteigerungen nicht durch die Pandemie, sondern durch Gesetze verursacht worden sei.

Spätestens nach der Bundestagswahl 2021 wird das Thema GKV-Finzen also wieder auf der Tagesordnung stehen. Bis dahin wird die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben wohl weiter auseinandergehen.

Leo Hofmeier

Anzeige





SCHWAN ALIGNER

by Interadent

Die innovative **Zahnkorrektur** für einfach gerade Zähne.

- ✓ schnelle sichtbare Erfolge
- ✓ höchster passgenauer Tragekomfort
- ✓ transparentes und unauffälliges Design
- ✓ gefertigt nach höchsten Qualitätsstandards

 schwan-aligner.de
 **FREECALL: 0800 - 468 37 23**

Wir bringen das **schönste Lächeln** nach Bayern

Die Experten für Zahnersatz & Zahnästhetik

Interadent

München

+49 (0) 89 65 30 82 40

Nürnberg

+49 (0) 911 20 82 61

Wir sind gerne für Sie da



Robert Hellhammer
Außendienst
Gebiet 80-83 / 85-89
+49 (0)151 61 54 28 79
r.hellhammer@interadent.de



Melanie Albrecht
Außendienst
Gebiet 90-97 / 84
+49 (0) 151 63 43 90 69
m.albrecht@interadent.de





Zahnmediziner setzen auf Qualität

Neuer Bericht der Bundeszahnärztekammer erschienen

Abbildung: fotogestoeber/stock.adobe.com

Gerade in einer Pandemie zeigt sich, welcher hohen Stellenwert die Qualität bei der Gesundheitsversorgung hat. In der Zahnmedizin sind Qualitätsinitiativen zum Nutzen der Patienten fest etabliert – ob bei der Gestaltung des Qualitätsmanagements in der Praxis, beim fachlichen Austausch in Qualitätszirkeln, in der zahnärztlichen Patientenberatung oder bei der Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung. Dieses Fazit zieht die Bundeszahnärztekammer in ihrem jetzt veröffentlichten „Qualitätsreport III“.

Messbar ist die Qualität der zahnärztlichen Versorgung anhand vieler Zahlen. So hat sich zum Beispiel der Anteil der 65- bis 74-Jährigen mit einer schweren Parodontitis innerhalb von zehn Jahren mehr als halbiert. Lag der Anteil 2005 noch bei 44,1 Prozent, so sank er bis 2014 laut der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) auf einen Stand von 19,8 Prozent. Positiv entwickelt hat sich auch die Karieserfahrung in der Altersgruppe der Zwölfjährigen: Mit einem Wert von 0,5 beim DMFT-Index belegt Deutschland im internationalen Vergleich momentan Platz zwei.

Im Mittelpunkt aller Qualitätsbemühungen steht unverändert das zahnärzt-

liche Qualitätsmanagement. Es umfasst sämtliche Maßnahmen, mit denen Qualität nachhaltig verbessert werden kann. „Es geht uns beim QM nicht darum, Zertifikate und Siegel in die Praxis zu hängen. Wir konzentrieren uns darauf, unsere QM-Systeme für die direkte Verbesserung der zahnmedizinischen Versorgung und den unmittelbaren Nutzen für die Patientinnen und Patienten immer weiter zu entwickeln und zu leben“, betont deshalb der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel.

Patientenberatung löst Probleme

Einen mittlerweile gut etablierten Service für Ratsuchende, die Fragen rund um zahnärztliche Behandlungen haben, bieten die Beratungsstellen der (Landes-) Zahnärztekammern und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Dieses Beratungsangebot richtet sich sowohl an gesetzlich als auch an privat versicherte Patienten. Mit bundesweit rund 33 500 Beratungskontakten im Jahr leisten die dort tätigen Fachexperten einen wichtigen Beitrag zu einer patientenorientierten und qualitativ hochwertigen Versorgung in Deutschland. 76 Prozent der Gespräche verlaufen sogar „unmittelbar problemlösend“.

Voneinander lernen können Zahnmediziner bei „CIRS dent – Jeder Zahn zählt!“,

dem gemeinsamen Berichts- und Lernsystem von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung.

Feedback von Fachexperten

Nach Angaben der beiden Bundesorganisationen beteiligen sich inzwischen 5900 Berufsträger an der Online-Plattform www.cirsdent-jzz.de. Dort können sie anonym über kritische Vorkommnisse berichten, das Feedback von Fachexperten und anderen Kollegen einholen oder konkrete Verbesserungsmaßnahmen aus der eigenen Praxis vorstellen.

Redaktion

DER QUALITÄTSREPORT III IM NETZ

Die Veröffentlichung unter dem Titel „Das kann sich sehen lassen – Qualitätsreport III der Bundeszahnärztekammer 2020“ können Sie im Internet herunterladen: www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/q-report.pdf





Die PKV macht Nägel mit Köpfen und steigt in die Telematik-Infrastruktur ein.

Foto: Zenbar/stock.adobe.com

Keine konnektorfreien Zonen mehr

PKV schließt sich der Telematik-Infrastruktur an

Wenn am 1. Januar 2021 die elektronische Patientenakte (ePA) eingeführt wird, bleiben rund zehn Prozent aller Krankenversicherten in Deutschland erstmalig außen vor: die Privatversicherten. Doch die Private Krankenversicherung (PKV) hat bereits Maßnahmen ergriffen, damit auch ihre Versicherten die neuen Anwendungen nutzen können. Konnektorfreie Zonen dürfte es damit bald keine mehr geben.

Wenn die PKV nicht mitmacht, könnte sie in den Augen ihrer Versicherten womöglich an Attraktivität verlieren. Denn die Zustimmung zur Digitalisierung des Gesundheitswesens in der Bevölkerung ist nach wie vor hoch – vor allem bei den Jüngeren, die für die PKV besonders willkommen sind. Elektronisches Rezept oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, jederzeit verfügbarer Abruf der eigenen Krankengeschichte, digitale Notfalldaten – das will die PKV ebenfalls anbieten. Den rund 73 Millionen gesetzlich Versicherten soll dies nun Schritt für Schritt zur Verfügung stehen.

Doch ohne Anbindung an die Telematik-Infrastruktur (TI) läuft hier nichts. Sie ist das Eintrittstor für ePA und E-Rezept. Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) hatte seit Langem für „alle Versicherten einen diskriminierungsfreien Zugang zu diesen neuen Technologien“ gefordert. Im Sommer wurden Nägel mit Köpfen gemacht und Anteile an der mit der TI-Umsetzung beauftragten gematik erworben. „Die PKV will in die Digitalisierung des Gesundheitswesens auf dem neuesten Stand einsteigen“, sagte damals der gematik-Chef Markus Leyck Dieken in einem Interview mit dem „Tagesspiegel“.

„Wettbewerb der Systeme“

Inzwischen seien bereits verschiedene private Krankenversicherer wie die Signal Iduna, Debeka oder Axa dabei, eigene elektronische Patientenakten für ihre Kunden zu entwickeln, weiß die „Ärzte-Zeitung“. Doch eine ePA ohne elektronische Gesundheitskarte (eGK) macht keinen Sinn. Das Blatt beruft sich dazu auf Derek Proff, Associate Partner bei IBM und als solcher dort verantwortlich für die Einführung der ePA für die privaten Krankenversicherer. Der IT-Riese selbst ist Technologiepartner der gematik. Wer also die ePA noch vor 2024 oder 2025 einführen wolle, so Proff, der müsse erst einmal auf die bestehende eGK setzen. So lange könne es nämlich durchaus dauern, bis die gematik auch für die Privaten Krankenkassen die Spezifikationen für den ePA-Zugriff ohne eGK verfügbar hätte. „Die privaten Krankenversicherer sollten die Zeit nutzen und die Voraussetzungen für die ePA schaffen, um im Wettbewerb der Systeme nicht zu spät dran zu sein“, unterstreicht Ronald Fritz, Partner bei IBM, in der „Ärzte-Zeitung“.

Bis die GKV-Patienten die elektronische Akte in vollem Umfang nutzen können, vergeht noch einige Zeit. Zum Startschuss ist erst einmal das Grundgerüst verfügbar und die Versicherten entscheiden selbst, ob sie die Akte mit ihren Krankendaten befüllen lassen. Viele werden vermutlich abwarten, bis klar definierte Lese- und Zugriffsrechte für ihre Behandler vergeben werden können. Bis dahin ist erstmal alles für alle einsehbar. Mitte 2021 soll jedenfalls als Erstes das E-Rezept mit der ePA verknüpft werden. An den vielen anderen vorgesehenen Inhalten ist die gematik noch dran.

Anschlussgrad über 90 Prozent

Wenige Wochen vor Jahresende waren immerhin bereits über 90 Prozent der Arzt- und Zahnarztpraxen in Deutschland an die TI angebunden. Mit den Erstattungspauschalen der Krankenkassen für die Hard- und Software sowie den laufenden Betrieb kamen allerdings viele Praxen nicht aus. Wiederkehrende Ausfälle der TI und Konnektorenprobleme verursachten Extraausgaben, die erst einmal selbst zu tragen waren. Eine entsprechende Klage auf volle Kostendeckung vor dem Sozialgericht Stuttgart wurde abgewiesen. Wie „ZM Online“ berichtet, wurde argumentiert, dass die im Rahmen der TI-Finanzierungsvereinbarung vorgesehenen Pauschalen verbindlich seien und Kostenanpassungen in den Fällen der Kläger noch im Rahmen lägen.

Zahnärzte bleiben skeptisch

Auch die bayerischen Vertragszahnärzte stehen der Telematik-Infrastruktur nach wie vor kritisch gegenüber. Bei der Vertreterversammlung im Sommer forderten die Delegierten den Bundesgesundheitsminister auf, für eine jederzeit funktionsfähige TI zu sorgen, auf Sanktionen bei Nichtanbindung zu verzichten und die vollständige Finanzierung aller Kosten sicherzustellen. Sie verwiesen auch darauf, dass ungeklärte Fragen beim Datenschutz und zur Haftung für erhebliche Verunsicherung in den Praxen sorgen würden. Mit der Einführung der ePA würde sich diese noch erhöhen. Auf eine Antwort von Jens Spahn wartet die KZVB bis heute.

Ingrid Scholz



Foto: Elmgjortstockphoto.com

Deutliches Minus

Einnahmen aus Privatliquidationen brechen ein

Die Covid-19-Pandemie hat deutschen Zahnarztpraxen erhebliche Einnahmeausfälle auf dem Privatsektor beschert. Das beklagt die Bundeszahnärztekammer und appelliert zugleich an die Politik, die Umsatzsituation des Berufsstandes im Blick zu behalten. Konkret geht es um die Frage, wie die Praxen bei starkem Leistungsrückgang wirtschaftlich gestützt werden können.

Im Vergleich zum Vorjahresniveau sanken die privaten Liquidationen, die rund die Hälfte aller Praxiseinnahmen ausmachen, allein in den Monaten April und Mai um mehr als 50 Prozent, so die Bundeszahnärztekammer. Sie befürchtet nun, dass es durch die Leistungszurückhaltung von Privatversicherten wegen der zunehmenden Infektionszahlen im Herbst und Winter einen erneuten Einbruch geben könnte. Denn das Prämiensystem der privaten Voll- und Zusatzversicherungen honoriert sogar die Nichtinanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen während eines Kalenderjahres und bietet den Patienten damit Anreize, Behandlungen auf das nächste Jahr zu verschieben.

„Beides ist der Gesundheit der Patienten nicht dienlich und würde die Praxen erheblich belasten. Nachholeffekte sind unter diesen Bedingungen keinesfalls möglich“, warnt die Bundeszahnorganisation. Sie ruft die Politik daher auf, die Umsatzsituation der Zahnarztpraxen in den nächsten Monaten genau zu beobachten. Außerdem müssten Überlegungen angestellt werden, wie die wirtschaftliche Situation der Zahnarztpraxen bei starkem Leistungsrückgang gestützt werden kann. Angesichts des hohen Anteils an privaten Liquidationen seien Maßnahmen zur Sicherstellung der GKV-Finanzierung allein nicht ausreichend.

Hohe Investitionskosten

„Zahnarztpraxen spüren Umsatzminderungen besonders, da die Zahnmedizin sehr ausstattungs- und personalintensiv ist“, verdeutlicht die Bundeszahnärztekammer in ihrer Analyse. So fallen bei der Neugründung einer Einzelpraxis durchschnittlich 493.000 Euro an Investitionskosten an. Diese Summe haben das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und die Deutsche Apotheker- und Ärztekbank

(apoBank) in ihrem neu erschienenen „InvestMonitor Zahnarztpraxis“ ermittelt. Hinzu kommen hohe monatliche Kosten. Nach Angaben des IDZ beschäftigt ein niedergelassener Zahnarzt im Durchschnitt mehr als sechs Mitarbeiter. Detaillierte Zahlen zu den Honorareinbußen durch die Corona-Krise will die Bundesorganisation in ihrem Statistischen Jahrbuch 2019/2020 veröffentlichen.

Kampagnen auf allen Kanälen

Als Reaktion auf die sinkenden Patientenzahlen während der Coronavirus-Pandemie startete die Bundeszahnärztekammer im Herbst eine Kommunikationsoffensive in den sozialen Medien und auf der Website www.gesund-ab-mund.de. Auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns und die Bayerische Landes Zahnärztekammer wollen ihre breit angelegte Informationskampagne unter dem Motto „Karies kennt kein Corona – Jetzt zum Zahnarzt gehen“ bis zum Ende dieses Jahres fortsetzen, um den wirtschaftlichen Schaden in Grenzen zu halten.

Thomas A. Seehuber

Der Ton macht die Musik

2020 ist kein leichtes Jahr für den FVDZ

Gewollt oder ungewollt eckt derzeit der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) an: bei Politik und Regierung, bei zahnärztlichen Körperschaften wie der Bundeszahnärztekammer, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Selbst im eigenen Lager gibt es Kritik. Liegt es daran, dass dem debattierfreudigen Bundesverband 2020 das Podium für die Auseinandersetzung fehlt? Die Hauptversammlung fand wegen der Corona-Krise online statt.

Bereits im Vorfeld wurde Kritik aus einigen Landesverbänden laut, die dem Bundesvorstand wegen eines Haushaltsdefizits von 900.000 Euro die Entlastung zu verweigern drohten. Das konnte der Bundesvorstand während der Online-Hauptversammlung – auch mithilfe eines Versprechens klären. „Diese Kritik haben wir aufgenommen und für 2021 einen Sparhaushalt vorgelegt“, sagte der stellvertretende Bundesvorsitzende Dr. Peter Bührens. Am Ende wurde der Bundesvorstand von den rund 140 Delegierten mehrheitlich entlastet.

Fünf-Punkte-Papier des Vorstands

Gewohnt forsch adressierte der Freie Verband seine Leitanträge zum Erhalt

eines freiberuflichen Arbeitsumfeldes an die politischen Entscheidungsträger. Die Hauptforderung: mehr Gestaltungsspielräume für den zahnärztlichen Berufsstand. Dazu hatte der Bundesvorstand ein Fünf-Punkte-Papier „für eine zukunftsweisende Gesundheitspolitik“ vorgelegt, das im Vorfeld zu Irritationen in einigen Landesverbänden und zahnärztlichen Körperschaften geführt hatte. Deren Kritik entzündete sich am Punkt „Selbstverwaltung funktioniert nicht“. Bei der schriftlichen Stimmabgabe segnete die Hauptversammlung das Papier dennoch mehrheitlich ab.

Digitalisierung: Sanktionen ad acta legen

Im Zentrum der Diskussion stand die Telemedizin-Infrastruktur (TI). Die Delegierten forderten den Gesetzgeber auf, alle Sanktionen zur Umsetzung der Digitalisierung im Gesundheitswesen zurückzunehmen und künftig auf derartige Maßnahmen zu verzichten. Darüber hinaus wurde die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung aufgefordert, mit den Krankenkassen die vollständige Übernahme aller „einmalig und fortlaufend anfallenden Kosten für die Umsetzung der IT-Sicherheitsrichtlinie“ auszuhandeln. „Die Zustimmung der Delegierten zu den TI-Anträgen zeigt vor allen Dingen eines: die große Geschlossenheit des Verbandes in wichtigen politischen Fragen“, resümierte der Bundesvorsitzende Harald Schrader.

Offener Brief in der Kritik

Jetzt hagelt es wieder Kritik. Das Dankschreiben von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn für die Einsatz- und Leistungsbereitschaft der Zahnärzte während der Pandemie (siehe S. 8 f.), beantwortete der FVDZ mit einem offenen Brief, der einen Strauß an Vorwürfen enthält – angefangen beim fehlenden Rettungsschirm über die Ignoranz hinsichtlich der zusätzlichen Belastung von Praxen bis hin zu fehlender Wertschätzung. Bundeszahnärztekammer, KZBV und DGZMK distanzieren sich von dem Schreiben und kritisierten Ton und Inhalte. Auch einzelne FVDZ-Landesverbände übten Kritik. Der Ton macht bekanntlich die Musik.

Anita Wuttke
München

INFORMATIONEN IM NETZ

Die Beschlüsse der Hauptversammlung, das Fünf-Punkte-Papier und der offene Brief des FVDZ an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn sind im Internet zu finden: www.fvdz.de



„Investoren konzentrieren sich auf die Großstädte“

Gutachten belegen negative Auswirkungen von MVZ – Handelsblatt greift Thema auf

Das Thema „investorengetragene Medizinische Versorgungszentren“ (iMVZ) beschäftigt weiterhin den Berufsstand. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZVB) stellte im November zwei Studien vor, die die negativen Auswirkungen auf die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland belegen. Die KZVB bezog kurz darauf im „Handelsblatt“ klar Stellung.



Christian Berger,
Vorsitzender des
Vorstands der
KZVB

Das versorgungspolitische Gutachten des IGES-Instituts sowie das Rechtsgutachten von Prof. Helge Sodan von der Freien Universität Berlin zeigen eine weiterhin dynamische Ausbreitung von iMVZ auf und kommen zu dem Schluss, dass politischer Handlungsbedarf besteht. Beauftragt wurden die Gutachten von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZVB: „Die Gutachten zeigen klar und nachvollziehbar, dass die von iMVZ ausgehenden Gefahren für die vertragszahnärztliche Versorgung trotz der Regelung im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) fortbestehen. Der Anteil der iMVZ an der Versorgung beläuft sich inzwischen auf mehr als 20 Prozent an allen MVZ im zahnärztlichen Bereich. Dabei leisten iMVZ kaum einen Beitrag zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung und lassen sich gerade nicht in strukturschwachen und ländlichen Regionen nieder. Stattdessen belegen die Gutachten, dass iMVZ sich vornehmlich in Großstädten und Ballungsräumen ansiedeln, also an Orten mit einer überdurchschnittlich einkommensstarken, jüngeren Bevölkerungsstruktur. iMVZ beteiligen sich auch nicht nennenswert an der Versorgung vulnerabler Gruppen, insbesondere von pflegebedürftigen Menschen und Kindern. Die Gutachten

bestätigen darüber hinaus unsere Sorge, dass in iMVZ zahnmedizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen überlagert werden.“ Eßer forderte, dass die mit dem TSVG eingeführte Regelung passgenau fortentwickelt werden muss. Konkret soll vor allem die Konzentration von iMVZ in urbanen, bereits gut bis überversorgten Regionen beschränkt werden. Zudem sei es zwingend notwendig, mehr Transparenz über die Eigentümer- und Beteiligungsstrukturen von iMVZ zu schaffen. „Dazu sollte ein verpflichtendes MVZ-Register geschaffen und in die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte spezifisch auf MVZ zugeschnittene Eignungskriterien aufgenommen werden. Angaben von gesellschaftsrechtlichen Eigentümerstrukturen auf Praxisschild und Website von MVZ müssen verpflichtend werden. Hierfür benötigen wir dringend entsprechende Rechtsgrundlagen. Ein ‚weiter so‘ auf dem Weg zu mehr Vergewerblichung und Industrialisierung darf es nicht geben.“

„Missbräuchlicher Kauf von Kliniken“

Christian Berger, Vorsitzender des Vorstands der KZVB, konnte im „Handelsblatt“ klarmachen, dass sich iMVZ auch

in Bayern vor allem auf die städtischen Ballungsräume konzentrieren. Über 80 Prozent hätten ihren Sitz in Orten mit mehr als 10 000 Einwohnern. Sie leisteten also in der Zahnmedizin keinen Beitrag zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung. „Man missbraucht den Kauf einer unwirtschaftlichen Klinik auf dem Land, um Zahnarztpraxen in der Stadt betreiben zu können“, fasste Berger das Geschäftsmodell iMVZ zusammen. Auch aus Patientensicht sei der Konzentrationsprozess in der Zahnmedizin der falsche Weg. Die Patienten seien daran interessiert, immer vom selben Zahnarzt behandelt zu werden. „Da gibt es ein Vertrauensverhältnis.“ Der Zahnarzt, der seinen Patienten seit Jahren kenne, wisse am besten, wann bei diesem eine Behandlung notwendig sei.

Die Begrenzung der Marktanteile von iMVZ hält Berger zwar für richtig, aber nicht ausreichend. Dennoch drohten Deutschland keine Verhältnisse wie in anderen europäischen Ländern, wo einige wenige Zahnarztketten enorme Marktanteile haben: Das Investorenmodell werde eine Nische bleiben. „Das ist etwas anderes, als wenn ich im Internet ein Buch bestelle.“ Für junge Patienten in den Städten, die spontan an einem Zahnarzttermin in der Fußgängerzone interessiert seien, könnten die Ketten etwas sein, nicht aber für die breite Masse der Patienten. Mit Blick auf Spanien warnte der KZVB-Vorsitzende vor einer weiteren „Vergewerblichung der Zahnmedizin: „In Spanien gab es eine Kette, die das Gebiet von der Größe eines Bundeslands bediente. Wenn so eine Kette pleitegeht, sind die Patienten die Gelackmeierten. Diese Kette war zudem für einen Großteil der Patientenbeschwerden verantwortlich.“

Leo Hofmeier

Bestseller im Sparpaket

von Dr. Jan Hajt6

Anteriores Band 1

Theorie, Praxis und Gestaltungsregeln

Dr. Jan Hajt6 beleuchtet in seinem Bestseller verschiedene theoretische Aspekte von Sch6nheit, Z6hnen und deren Beziehung zum l6chelnden Gesicht. Diese werden ebenso thematisiert wie die Gestaltungsregeln zum Erzielen einer sch6nen Frontzahnreihe. Das Buch erkundet das Spannungsfeld zwischen bestehenden Gestaltungsregeln und dem nat6rlichen individuellen Formenreichtum.

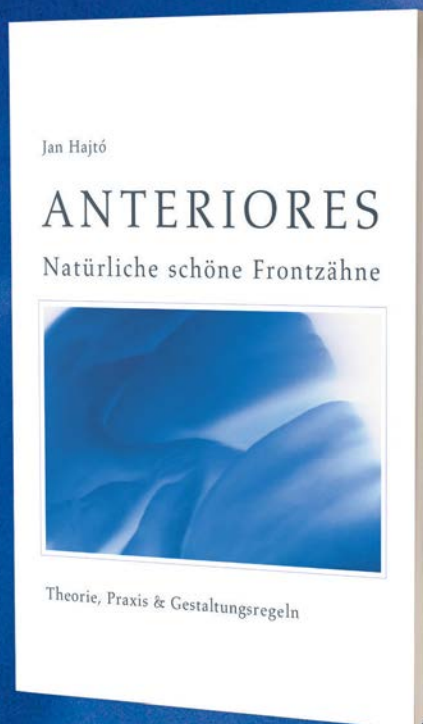
Softcover, Neuauflage, ca. 272 Seiten,
ca. 503 Abbildungen

Anteriores Band 2

Picture Gallery

Erg6nzend zu Band 1 „Theorie, Praxis und Gestaltungsregeln“ widmet sich Band 2 der Anschauung und Inspiration. Eine gro6artige Auswahl an nat6rlich sch6nen Frontzahnsituationen wird in Form eines Farbatlasses dargestellt. Die ausgew6hlten F6lle sind sinnvoll anhand Geschlecht und Regelm66igkeit der Zahnstellung systematisiert. Eine exzellente Sammlung zur Planung und Herstellung von Front Zahnversorgungen und eine optimale Kommunikationshilfe zwischen Zahnarzt, Zahntechniker und Patient.

Softcover, 270 Seiten, 950 glanzlackierte Farbdrucke,
englischsprachig



im Paket nur
€249,-

> auch einzeln
erh6ltlich

www.dental-bookshop.com

service@teamwork-media.de
Fon +49 8243 9692-16
Fax +49 8243 9692-22

 **teamwork
media**

Nachrichten aus Brüssel

Impfstrategie gegen Covid-19

Ein Strategiepapier für eine europaweite Impfung gegen Covid-19 hat die Europäische Kommission vorgestellt. Angesichts der Unstimmigkeiten zwischen den EU-Mitgliedsstaaten bei Ausbruch der Pandemie möchte die EU möglichen weiteren Differenzen schon im Vorfeld begegnen. Bereits im Sommer hatte die EU-Kommission eine Reihe von Verträgen mit unterschiedlichen Pharmaunternehmen zur gemeinsamen europäischen Beschaffung von Impfstoffen gegen Covid-19 abgeschlossen.

Dem Strategiepapier zufolge werden alle Mitgliedsländer gleichzeitig auf diese beschafften Impfstoffe zugreifen können. Jeder EU-Staat soll dabei einen Anteil erhalten, der dem bevölkerungsbezogenen Verteilungsschlüssel entspricht. Zur Sicherung einer erfolgreichen Bereitstellung und ausreichenden Akzeptanz der Impfstoffe sollen die Mitgliedstaaten eine ausreichende Personal- und Sachausstattung für diejenigen Stellen gewährleisten, die die Impfungen durchführen werden.

In der Mitteilung benennt die Kommission zudem die Bevölkerungsgruppen, die in der Anfangsphase, solange die Produktionskapazitäten begrenzt sind, den Impfstoff vorrangig erhalten sollen. Hierzu gehören insbesondere Beschäftigte im Gesundheitswesen und in anderen systemrelevanten Bereichen, über 60-Jährige sowie Angehörige von Risikogruppen.

Gesundheitsthemen im Blickfeld

Die Europäische Kommission hat ihr Arbeitsprogramm für 2021 vorgestellt. Es trägt den programmatischen Titel „Eine vitale Union in einer fragilen Welt“. Das neue Arbeitsprogramm listet für die kommenden Monate 44 neue EU-Initiativen, 41 Initiativen zur Evaluierung oder Überarbeitung bestehender EU-Vorschriften sowie darüber hinaus 14 alte Vorschläge, die zurückgenommen werden sollen, auf. Mit dem neuen Arbeitsprogramm setzt die Kommission den politischen Kurs der Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen inhaltlich um. Das Arbeitsprogramm ist dabei deutlich „grüner“ und sozialer als die Vorgängerprogramme. Neben einer ambitionierten Klimaschutzpolitik spielt die Gestaltung

der Digitalisierung mit dem Unterbereich künstliche Intelligenz eine herausgehobene Rolle.

Anders als in früheren Jahren ist Gesundheit wieder ein Thema auf europäischer Ebene, was zweifellos eine Folge der Covid-19-Pandemie ist. Im Arbeitsprogramm wird sogar ausdrücklich die Notwendigkeit einer stärkeren europäischen Gesundheitsunion betont. Konkret kündigt die Kommission im Gesundheitsbereich für das vierte Quartal 2021 einen Legislativvorschlag zur Einrichtung einer neuen europäischen Agentur für fortgeschrittene biomedizinische Forschung und Entwicklung an. Außerdem soll ein Legislativvorschlag zur Einrichtung eines europäischen Raums für Gesundheitsdaten vorgelegt werden. Schließlich wird eine Evaluierung der sogenannten Patientenrichtlinie in Aussicht gestellt. Zehn Jahre nach deren Verabschiedung soll dabei untersucht werden, inwiefern das Ziel, den Zugang zu sicherer und qualitativ hochwertiger grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung in einem anderen Mitgliedstaat zu erleichtern, erreicht wurde, wie die Richtlinie die Patientenrechte und die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten verändert hat und welche Hindernisse es für Patienten gibt, die eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen wollen.

Digitale Vollversammlung des CED

Die Covid-19-Pandemie zwingt auch den europäischen Dachverband der Zahnärzte, den Council of European Dentists (CED), zu neuen Wegen. Erstmals fand in diesem Jahr eine CED-Vollversammlung in einem reinen digitalen Format statt. Die hohen Infektionszahlen in Belgien machten eine Präsenzveranstaltung unmöglich. Auf der Tagesordnung standen eine Reihe von Entschlüssen, so zur Sicherheit der zahnmedizinischen Versorgung während der Covid-19-Pandemie und zum Zahnmedizinstudium unter Pandemie-Vorzeichen.

Dr. Alfred Büttner
Leiter des Brüsseler Büros der BZÄK

Streit um Härtefallfonds

Acht Jahre nach der Verabschiedung des Patientenrechtegesetzes ist erneut eine Diskussion um die Einführung eines Härtefallfonds entbrannt. Während sich die Bundestagsfraktionen von Bündnis 90/Die Grünen und Linken für einen solchen Fonds stark machen, halten die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung nichts von diesen Plänen.

Die Bundesärztekammer kritisierte in ihrer Stellungnahme vor dem Gesundheitsausschuss, dass der Antrag der Linken auf eine Abkehr vom Verschuldensprinzip und auf „eine grundlegende Umgestaltung des Arzthaftungsrechts“ abziele. Dies sei nicht sachgerecht. Auch bei der Finanzierung sieht die Kammer Probleme: So schlagen die Linken vor, den Fonds sowohl aus Steuermitteln als auch aus Beiträgen der Ärzte sowie der Pharma- und Medizinprodukteindustrie zu speisen. „Damit ist offenbar eine Sonderabgabe der Leistungserbringer und Industrieunternehmen angedacht, der allerdings Verfassungsrecht entgegenstehen dürfte“, kritisiert die Organisation.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hält das Patientenrechtegesetz mit seinen Regelungen zur Arzthaftung für ausreichend. Ein Entschädigungsfonds widerspreche dem deutschen Haftungssystem, das eine individuelle Haftung des Schädigers vorsieht.

tas/Quelle: Deutscher Bundestag

Kritik von drei Seiten

Mit ihrer nationalen Reduktionsstrategie will die Bundesregierung bis 2025 eine allmähliche Senkung des Zucker-, Fett- und Salzgehalts in Fertiggerichten erreichen. Die Zwischenergebnisse fallen allerdings ernüchternd aus, finden der AOK-Bundesverband, der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). Beim 3. Deutschen Zuckerreduktionsgipfel forderten sie daher weitergehende Maßnahmen, um den hohen Zuckerkonsum in Deutschland in den Griff zu bekommen.

Konsens herrscht vor allem darüber, dass der vom Bundesernährungsministerium bisher favorisierte Kurs

freiwilliger Vereinbarungen mit Industrie und Handel nicht ausreicht. „Wenn wir die gesundheitlich bedenklich hohen Zuckerzusätze senken wollen, kommen wir mit Appellen nicht mehr weiter. Seit Langem fordern wir schon ein Werbeverbot für ungesunde Kinderlebensmittel. Jetzt braucht es weitere verbindliche Instrumente. Eine Herstellerabgabe auf zuckergesüßte Erfrischungsgetränke würde das leisten“, betonte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

Alarm schlug auch der BVKJ. „Kinder und Jugendliche trinken im Durchschnitt bis zu einem halben Liter zuckergesüßte Erfrischungsgetränke pro Tag. Das ist erschreckend, vor allem, wenn man die gesundheitlichen Folgen sieht, mit denen wir in unseren Praxen konfrontiert sind“, sagte Dr. Sigrid Peter, Vizepräsidentin des BVKJ.

Die Präsidentin der DDG, Prof. Dr. med. Monika Kellerer, fühlte sich in ihrer Meinung bestätigt: „Es wird deutlich, dass die freiwilligen Verpflichtungen der Lebensmittelindustrie leider unzureichend sind, um eine messbare und zielführende Zuckerreduktion zu erreichen. Diese Befürchtung haben wir bereits zu Beginn des Prozesses vor zwei Jahren geäußert.“

tas/Quelle: AOK-Bundesverband

Hufeland-Preis verliehen

Der „Hufeland-Preis“ geht in diesem Jahr an Prof. Dr. Gwendolyne Gramer, MBA, und Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. mult. (RCH) Georg F. Hoffmann vom Universitätsklinikum Heidelberg für die Arbeit „Neugeborenen Screening auf Vitamin B12-Mangel in Deutschland – Strategien, Ergebnisse und Bedeutung für das Gesundheitswesen“.

Die Auszeichnung gilt als bedeutendster Preis der Präventivmedizin. Er wird seit 1960 von der Hufeland-Stiftung ausgeschrieben, in der Bundeszahnärztekammer, Bundesärztekammer und die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung neben der stiftenden Deutschen Ärzteversicherung vertreten sind.

tas/Quelle: Deutsche Ärzteversicherung

„Die UPD muss wirklich unabhängig sein“

Peter Friemelt fordert stärkere Berücksichtigung regionaler Patientenberatungsangebote

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wurde 2015 neu vergeben. Den Zuschlag bekam damals die Sanvartis GmbH. Regionale Angebote wie der Gesundheitsladen München blieben außen vor. Dennoch hat die gemeinnützige Einrichtung, die schon seit 1980 Anlaufstelle für ratsuchende Patienten ist, überlebt. Wir sprachen mit Peter Friemelt aus dem Leitungsteam des Patientenladens darüber, was eine gute Patientenberatung ausmacht, und warum die kommerzielle UPD die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllt.

BZB: Herr Friemelt, wie wird man eigentlich Patientenberater und welche Fähigkeiten muss man für diese Tätigkeit mitbringen?

Friemelt: Es gibt keine formale Ausbildung zum Patientenberater, aber folgende Anforderungen gilt es zu erfüllen: Studium in einem Beratungs-, Pflege-, Gesundheitsberuf oder im rechtlichen Umfeld. Beratungserfahrung ist das Einmaleins für diese Arbeit. Dazu kommt noch ein Verstehen des Gesundheitssystems, Kenntnis der relevanten Sozial- und anderer Gesetzbücher, Einfühlungsvermögen, Balance finden zwischen Parteilichkeit für die Anliegen der Ratsuchenden und Neutralität gegenüber allen Angeboten und Akteuren des Gesundheitswesens und vieles mehr. Ich persönlich bin Sozialpädagoge und habe viele Fortbildungen im Gesundheitsbereich absolviert. Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen sind wichtig für die Qualifizierung.

BZB: Sanvartis hat den Zuschlag für die UPD 2015 erhalten. Warum hat es so lange gedauert, bis sich der Bayerische

Landtag für eine Neuausrichtung der Patientenberatung ausgesprochen hat?

Friemelt: Teile des Bayerischen Landtags haben die Vergabe an die Sanvartis GmbH anfangs lautstark kritisiert, sich dann aber für die Beobachterrolle entschieden. So richtig glücklich waren nur wenige in Bayern mit dieser Entscheidung des Kassen-Spitzenverbands. Aber als man die UPD 2018 ohne öffentliche Diskussion an den Pharmadienleister Careforce GmbH verkauft hatte, wurde das Grummeln wieder lauter. Auch auf der Bundesebene. Letztlich hat wohl ein diesen Sommer veröffentlichter Bericht des Bundesrechnungshofs dazu geführt, dass der Landtag so entschieden hat.

BZB: Welche sind die Hauptkritikpunkte an der Sanvartis-UPD?

Friemelt: Unsere Kritikpunkte sind die zu große Nähe zu den Krankenkassen und jetzt zur Pharmaindustrie, schlechte Präsenz in der Fläche, kaum Kontakte zur Politik und zu den Akteuren auf der Landesebene. Der Bundesrechnungshof bemängelte einerseits die Beratungszahlen, die weit hinter dem Versprochenen zurückbleiben. Andererseits den Fakt, dass ein Teil der bezuschussten Mittel über Umwege von der UPD zur Mutterfirma geflossen sind: „Für den Rechnungshof nähren die wirtschaftlichen Verflechtungen zwischen Sanvartis und der UPD Zweifel an einem optimalen Einsatz der Fördermittel“ (tagesschau.de vom 16.6.20).

Wir sind der Meinung, alle Einnahmen der jetzigen und künftigen UPD dürfen nur in die Patientenberatung fließen.

BZB: Wie müsste eine UPD aussehen, bei der der Patient im Mittelpunkt steht?

Friemelt: Sie muss für alle Patienten leicht erreichbar sein auf allen Kanälen: telefonisch, schriftlich, datengesichert auch online. Aber vor allem muss sie auch persönlich ansprechbar sein für die Ratsuchenden. Der Gesundheitsladen hat gerade damit begonnen, mit seinen Beratungen in die Stadtteile zu gehen. Das kommt gut an! Weiter muss die künftige UPD gemeinnützig und wirklich unabhängig sein und eng mit den Patientenorganisationen zusammenarbeiten. Sie muss sowohl auf der Bundes-, aber auch auf der Landesebene als wichtiger unumstrittener Akteur in Erscheinung treten, für die Patienten da sein und Probleme im Gesundheitswesen thematisieren. Es braucht also eine Patientenberatung, die stark regional verankert ist. Mit gut qualifizierten und engagierten Beratern, die die komplexen psychosozialen, rechtlichen und medizinischen Fragestellungen mit den Ratsuchenden klären können.

BZB: Welche Rolle spielt die Patientenberatung heute und in Zukunft für die Ratsuchenden und für die Versorgung?

Friemelt: Das Gesundheitswesen wird immer komplizierter, es gibt immer wieder neue Gesetze. Der Beratungsbedarf wird nicht weniger werden. Künftig sollte sie unserer Meinung nach über ihren Bericht an den Bundestag und die Landtage auch beteiligt sein an den Themen Patientensicherheit, Qualitätssicherung, Digitalisierung und Weiterentwicklungsbedarf im Gesundheitswesen. Jede Menge Arbeit also für unabhängige Beratungsstellen.

BZB: Können Sie uns kurz schildern, in welchen Bereichen der Beratungsbedarf am höchsten ist?

Friemelt: Bei uns im Gesundheitsladen ist immer schon der Bereich der zahnärztlichen Versorgung ein Schwerpunktthema. Hier geht es oft um Heil- und Kostenpläne. Nachdem wir sehr viele Ratsuchende mit geringem Einkommen betreuen, steht da die Frage nach kostengünstigem Zahnersatz im Mittelpunkt. Viele Nachfragen gibt es zum Thema Krankengeld, Igel, Behandlungsfehler, Krankenkassenleistungen und rund ums Thema Vorsorge-Dokumente, wie zum Beispiel die Patientenverfügung. Aber auch Digitalisierung und Datenschutz im Gesundheitswesen sind wichtige Themen. Derzeit gibt es auch viele Anfragen rund um Corona.

BZB: Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit der zahnärztlichen Patientenberatung in Bayern?

Friemelt: Wir arbeiten gut zusammen und tauschen uns aus. Dadurch können wir die Möglichkeiten der zahnärztlichen Patientenberatung gut einschätzen. Das führt dazu, dass wir in geeigneten Fällen auf dieses Angebot der Zahnärzteschaft qualifiziert verweisen können.

BZB: Der Landtag hat sich für eine stärkere Einbindung regionaler Beratungsangebote in die künftige UPD ausgesprochen. Wie kann das konkret funktionieren?

Friemelt: Hierzu stehen wir erst am Anfang der Diskussion mit den Landtagsparteien und dem Gesundheitsministerium. Wir werden jedenfalls darauf drängen, dass nicht wieder nur Satelliten einer Zentrale in Berlin zum Zuge kommen. Bewährte unabhängige Angebote müssen Berücksichtigung finden. Wir hätten am liebsten, dass das Land sich auch an der Finanzierung beteiligt, insbesondere bei Themen, wo das Land direkt profitiert.

Hierfür ein Beispiel: Uns schwebt ein jährlicher Monitoring-Bericht über die vorgebrachten Problemlagen der Patienten an den Landtag vor. Er soll im Parlament öffentlich diskutiert werden. Dieses Monitoring sollte in Kooperation mit dem Patientenbeauftragten entstehen und die statistischen Auswertungen



Nach der Entscheidung des Bayerischen Landtags zur Neuausrichtung der Patientenberatung traf sich Christian Berger (r.) mit Peter Friemelt vom Gesundheitsladen München zu einem Gedankenaustausch.

des Patientenbeauftragten, der UPD, der Patientenförsprecher in den bayerischen Krankenhäusern und anderer Beratungsangebote darstellen und gegebenenfalls dazu beitragen, Schwachstellen im Gesundheitswesen auszumerken.

BZB: Der Gesundheitsladen München hat seine Arbeit auch nach der Vergabe der UPD an Sanvartis fortgesetzt. Ist die Nachfrage seitdem zurückgegangen?

Friemelt: Nein, keineswegs. Im Bereich der persönlichen Beratung haben wir sogar einen Anstieg zu verzeichnen. Die Patientenberatungen in vier Stadtteilen Münchens und beim Seniorenbeirat sind ebenfalls gut nachgefragte Angebote der persönlichen Beratung. Aber auch die telefonische Beratung und das datengeschützte Online-Angebot wird rege genutzt.

Übrigens: Die Patientenberatung im Gesundheitsladen München e.V. gibt es schon seit 1981. Wir waren also schon lange vor der UPD aktiv und sind über einen städtischen Zuschuss und Eigenmittel finanziert. An der UPD waren wir 2006 bis 2015 über ein Angebot beteiligt, das die Region Oberbayern außerhalb von

München abdeckte. Für den Stadtbereich waren wir Kooperationspartner der UPD. Ein derartiges Zusammenspiel schwebt uns für die neue UPD auch wieder vor.

BZB: Wie sieht es in anderen Regionen Bayerns mit Beratungsangeboten jenseits der UPD aus?

Friemelt: In Nürnberg und Augsburg gibt es ähnliche, thematisch breit aufgestellte Angebote, die Teil unserer Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen (BAGP) sind. Die Stelle in Augsburg für die Region Schwaben ist ein Kooperationsangebot des Gesundheitsladens mit dem VdK und wird bezuschusst vom bayerischen Gesundheitsministerium. Im Bereich der Selbsthilfe und für Probleme mit der psychiatrischen Versorgung gibt es viele Beratungsstellen in ganz Bayern. Auch unsere Kooperationspartner aus der früheren UPD bis 2015, die Verbraucherzentrale und der Sozialverband VdK, haben Angebote, die viele Ratsuchende nutzen.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.

Im Gegensatz zum unberechenbaren Coronavirus erfüllen Computerviren einen klar definierten Zweck. Ihre Verbreiter wollen mit den gewonnenen Daten Kasse machen.

Gesundheitsdaten locken Kriminelle an

Jeder fünfte Computer von Hackerattacken betroffen

Einrichtungen im Gesundheitswesen sind immer wieder Zielscheibe von Cyberkriminellen. So zum Beispiel in Finnland, wo im Herbst rund 40 000 Patienten mit der Veröffentlichung ihrer Gesundheitsdaten erpresst wurden. Sogar das Robert Koch-Institut (RKI) musste sich mitten in der Corona-Pandemie eines Angriffs erwehren.

Kein Unternehmen, keine Einrichtung, absolut niemand möchte in irgendeiner Form Ziel oder Opfer eines cyberkriminellen Angriffs werden. Der Gegner ist nicht sichtbar, wenn überhaupt können nur sehr versierte Profis den virtuellen Spuren folgen. Neben dem Lahmlegen ganzer Systeme und Organisationen haben sich Cyberbanden vor allem auf den Datenklau spezialisiert. „Von Cyber-Angriffen betroffen sind Unternehmen und Institutionen aller Größen und Branchen“, bestätigt das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) in seinem aktuellen Bericht zur Lage der IT-Sicherheit in Deutschland. Zwar würden überwiegend finanzstarke Ziele ins Visier genommen, doch auch viele öffentliche Verwaltungen und kommunale Einrichtungen, Hochschulen und medizinische Institutionen seien vermehrt zur Zielscheibe geworden. Bemerkenswert sei die Bedrohung durch Daten-Leaks. Neben Diebstahl zählt dazu auch das unbeabsichtigte Offenlegen personenbezogener Datensätze, weiß das BSI. Das Geschäft mit sensiblen Patientendaten scheint jedenfalls zu florieren.

Albtraum Datenklau

Besonders perfide ist es, wenn es Patienten direkt trifft. Dieser Albtraum ereignete sich Ende Oktober, als Patientenakten des finnischen Zentrums für Psychotherapie Vastamo in kriminelle Hände gerieten. Nachdem das Zentrum auf die Schweigegeld-Forderung in Höhe von 450.000 Euro nicht einging, fanden sich kurz darauf Protokolle von Therapie-sitzungen zusammen mit allen relevanten Patientenangaben im sogenannten Darknet wieder. An die rund 40 000 betroffenen Patienten ergingen dazu direkte Droh-E-Mails mit Geldforderungen. „Die IT-Sicherheitslage bleibt angespannt“, sagt das BSI. Auch die Corona-Pandemie würde von Angreifern mittlerweile ausgenutzt werden.

Angriff aufs RKI

Dem RKI erging es jedenfalls so. Bereits vergangenes Frühjahr hatten sich Unberechtigte einen Zugang zum Twitter-Account des Instituts verschafft. Ende Oktober kam es allerdings noch massiver: Nach einem gezielten Angriff auf das Datensystem waren die Informationsseiten des RKI zum Coronavirus für etliche Stunden blockiert. Laut einer Rückfrage des „Spiegel“ beim zuständigen Dienstleister ITZB sei dies das Resultat einer gezielten Netzüberlastung gewesen, verursacht durch eine DDoS-Attacke (Distributed Denial of Service). Daten wären

jedoch nicht abgefließen und auch keine infrastrukturellen Schäden verursacht worden, heißt es.

Kliniken im Fokus

Jeder fünfte Computer einer medizinischen Einrichtung sei 2019 Opfer einer Hackerattacke gewesen, berichtete der „Ärztlichendienst“. Allein im vergangenen Jahr wurden in Deutschland reihenweise Kliniken und medizinische Praxen durch Schadsoftware lahmgelegt, so das BSI. In einem Fall seien von Juli bis September 2019 etwa 15 000 Patientendatensätze mit mehreren Millionen medizinischen Bildern öffentlich ohne Passwortschutz zugänglich im Netz gewesen. Die Informationen lagen auf sogenannten PACS-Servern (Picture Archiving and Communication Systems), die im Gesundheitswesen zur Bildarchivierung genutzt werden.

Einer der jüngsten Vorfälle ereignete sich aber in den USA, wo nach Informationen von „heise online“ ebenfalls eine Reihe von Kliniken gehackt wurden. Das FBI warnte in diesem Zusammenhang vor Attacken des Erpressungstrojaners „Ryuk“, der ganze Systeme verschlüsselt, um auf diese Weise Lösegeld zu erpressen. In einer Zeit, in der der Bundesgesundheitsminister die Digitalisierung unseres Gesundheitswesens zur Chefsache erklärt hat, ist dies von besonderer Brisanz.

Ingrid Scholz

GOZ aktuell

Tarife und Erstattung

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.

Vereinbarungen im privatzahnärztlichen Bereich

Obwohl es schon mehrfach Veröffentlichungen zu diesem Thema gab, wird in den Praxen bei privaten Vereinbarungen vieles falsch gemacht. Solche Fehler führen dazu, dass Vereinbarungen rechtlich nicht durchsetzbar sind und in der Folge kein Honorar fließt.

Folgende Fehler treten immer wieder auf:

- Kombination mehrerer Vereinbarungen auf einem gemeinsamen Blatt Papier. Damit ist keine einzige dieser Vereinbarungen gültig.
- Die Vereinbarung wird erst am Tag der Behandlung geschlossen. Dem Patienten muss vor der Unterschrift ausreichend Zeit gegeben werden, sich die Sache zu überlegen. Unwirksam sind Vereinbarungen, die auf dem Behandlungsstuhl abgeschlossen oder nach der Behandlung unterschrieben werden.
- Es werden Pauschalen oder „Pakete“ vereinbart.
- Es wird eine Vereinbarung getroffen, die für alle folgenden (ähnlichen) Behandlungen gelten soll (z.B. Mehrkostenvereinbarung bei Füllungen).
- Die Vereinbarung wird nur mündlich getroffen, zum Beispiel für Privatleistungen bei Kassenpatienten.
- Die Vereinbarung ist nicht von beiden Vertragspartnern (Zahnarzt und Patient) unterschrieben.
- Gebührensatznummern oder Paragraphen der GOZ werden unvollständig oder falsch angegeben. Oft wird nur die Nummer eines Paragraphen genannt, aber nicht, wo er steht (z.B. GOZ, SGB V etc.).

Aktualisieren Sie deshalb Ihre Formulare bitte in regelmäßigen Abständen! Um Ihnen einen Leitfaden an die Hand zu geben, hat das Referat Honorierungssysteme der Bayerischen Landes Zahnärztekammer nachfolgend die unterschiedlichen Vereinbarungen für Sie zusammen-

gestellt. Die entsprechenden Musterformulare finden Sie auf den Internetseiten der BLZK (www.blzk.de) oder der KZVB (www.kzvb.de).

1. Vereinbarung von privaten Leistungen nach §2 GOZ

Nach §2 GOZ gibt es zwei vollkommen unterschiedliche Arten der Vereinbarung:

- **Honorarvereinbarung** (= Abweichung vom Gebührenrahmen) nach §2 Abs.1 und 2 GOZ
Die Gebührenordnung sieht zunächst einen Gebührenrahmen vom 1,0- bis 3,5-fachen der einfachen Gebührensätze vor. Nach §2 Abs.1 und 2 GOZ besteht jedoch auch die Möglichkeit, eine von der GOZ abweichende Höhe der Vergütung zu vereinbaren. Eine solche Honorarvereinbarung muss bereits vor Beginn der Behandlung schriftlich getroffen werden. Sie muss die betroffenen Gebührennummern, die Höhe des jeweiligen Honorars (Steigerungssatz und Euro-Betrag, eventuell den höchstsatzüberschreitenden Betrag) sowie die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen. Die alleinige Ausstellung eines Heil- und Kostenplans mit den entsprechenden Faktoren ist nicht ausreichend!

Bei Honorarvereinbarungen gibt es oberhalb des 3,5-fachen Faktors keine Begründungspflicht. Es gehört aber gemäß §§241, 242 BGB zu den Nebenpflichten des Behandlungsvertrags, dass der Zahnarzt seinem Patienten behilflich ist, eine größtmögliche Erstattung der tariflichen Leistungen zu erhalten. Die Angabe einer Begründung auch bei Honorarvereinbarungen ist somit erforderlich, damit der Patient zumindest bis zum 3,5-fachen Faktor eine Erstattung erreichen kann. >>

Foto: Thomas Francois/stock.adobe.com



- Leistung auf Verlangen (Wunschleistung) nach §2 Abs.3 GOZ

Beispiel einer Vereinbarung „Wunschleistung“

Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ
Verlangensleistungen

zwischen

.....
Patient/Zahlungspflichtiger

und

.....
Zahnarzt

Nach eingehender Aufklärung über die Behandlung, die damit verbundenen Kosten sowie über Art der Leistung (zahnmedizinisch nicht notwendige Leistungen) verlangt der o.g. Patient/Zahlungspflichtige im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ nachfolgende Leistungen.

Zahn	Anzahl	Geb.-Nr.	Leistung	Faktor	Betrag
voraussichtliche Gesamtkosten					

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht gewährleistet.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Zahlungspflichtigen

.....
Unterschrift des Zahnarztes

 **BLZK**
Bayerische
LandesZahnärztl.
Kammer

Muster einer Vereinbarung „Wunschleistung“

Für Wunschleistungen liegt keine medizinische Notwendigkeit vor. Hierzu gehören beispielsweise das Aufkleben eines Schmucksteins oder das Bleichen mehrerer Zähne ohne Verfärbungen. Wird ein verfärbter Zahn gebleicht, handelt es sich nicht um eine Verlangensleistung, weil damit in der Regel eine Überkronung vermieden werden kann. Entscheidet sich ein Patient für eine von mehreren Behandlungsalternativen, wird aus der Maßnahme keine Wunschleistung! Vor Beginn einer Wunschbehandlung ist ein schriftlicher Heil- und Kostenplan zu erstellen. Er muss die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. In der Liquidation sind die entsprechenden Leistungen als Wunschleistungen zu kennzeichnen (vgl. §10 Abs.3 GOZ). Gibt es für die Leistung keine Gebührennummer in der Gebührenordnung, ist sie analog zu berechnen. Pauschalberechnungen sind seit Einführung der GOZ 2012 nicht zulässig.

2. Vereinbarung einer Privatbehandlung bei GKV-versicherten Patienten

Im Rahmen der Aufklärungspflicht muss der Zahnarzt auch über Kosten aufklären. Besonders gesetzlich versicherte Patienten müssen über Zusatzkosten informiert werden, die nicht durch die Krankenkasse abgedeckt sind.

Patienten berufen sich immer öfter darauf, nichts von privatärztlichen Leistungen gewusst zu haben. Oftmals ist dann die Folge, dass der Zahnarzt zwar eine gute Arbeit erbracht hat, sie aber im Streitfall nicht vergütet bekommt, weil er die Aufklärung des Patienten nicht nachweisen kann.

3. Mehrkostenvereinbarung bei GKV-versicherten Patienten nach §28 SGB V

Mehrkostenvereinbarung für Füllungsalternativen
gemäß § 28 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

zwischen _____

Patient/Zahlungspflichtiger bzw. gesetzl. Vertreter _____

PLZ _____ Ort _____ Straße/Hausnr. _____

und _____

Zahnarzt _____

Die nachstehend aufgeführten zahnärztlichen Leistungen gehen über eine gemäß § 12 SGB V ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Form der Versorgung bei Füllungsverfahren hinaus. Ich wünsche eine Versorgung unter Zugrundelegung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ 2012)

☐ Kompositrestauration in Adhäsivtechnik

☐ Inlay

Zahn	Geb.-Nr.	Anzahl	Leistungsbeschreibung	Faktor	Betrag
			Abzüglich der Kassenleistung BEMA		
Mehrkosten gesamt:					

Eine verbindliche Festsetzung der Steigerungsfaktoren ist erst bei Rechnungslegung nach den Bemessungskriterien des § 5 GOZ möglich.

Datum _____ Unterschrift des Zahlungspflichtigen
bzw. des gesetzlichen Vertreters _____

Datum _____ Unterschrift des Zahnarztes _____

BLZ Bayerische Landes-Zahnärztekammer

Muster einer Mehrkostenvereinbarung

Nach den Bestimmungen des SGB V (Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch) müssen gesetzlich versicherte Patienten die Mehrkosten selbst tragen, wenn sie bei Zahnfüllungen eine bessere Versorgung wünschen. In diesen Fällen muss

vor der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung mit dem Patienten getroffen werden. Der Patient erhält nach Abschluss der Behandlung eine Privatrechnung mit der entsprechenden Position (z.B. Inlay), von der der Betrag für die Kassenversorgung (z.B. Füllung) abgezogen wurde. Sämtliche Leistungen, die auch im Zusammenhang mit einer Kassenleistung angefallen wären, werden ebenso wie die Vertragsleistung selbst über die Versichertenkarte abgerechnet. Leistungen, die ausschließlich mit der besseren Versorgung in Zusammenhang stehen, werden privat in Rechnung gestellt.

Beispiel:

In der Präparationssitzung eines Inlays wird eine Anästhesie gesetzt, die über die Versicherungskarte abgerechnet wird. Sie wäre auch bei einer reinen Kassenversorgung (Füllung) angefallen. Wird in der Eingliederungssitzung erneut eingespritzt, ist diese Leistung privat zu berechnen, weil sie bei der Kassenleistung (Füllung) nicht angefallen wäre, denn die zweite Sitzung ergibt sich aus der Versorgung mit einem Inlay.

4. Materialkosten bei KFO

Beispiel einer Materialkostenvereinbarung bei KFO

Materialkostenvereinbarung
Kieferorthopädische Behandlung

zwischen _____

Patient/Zahlungspflichtigem bzw. gesetzlichem Vertreter _____

und _____

Zahnarzt _____

In einem persönlichen Gespräch bin ich von dem Behandler darüber informiert worden, dass bei _____

eine kieferorthopädische Behandlung mit einer feststehenden Behandlungsapparatur durchgeführt wird, die Berechnung erfolgt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ).

Mir ist bekannt, dass die Material- und Laborkosten für Standardmaterialien (z.B. unprogrammierte Edelstahlbrackets, unprogrammierte Attachments, Edelstahlbögen) mit den Gebührennummern 6100, 6120, 6140 und 6150 GOZ abgegolten sind.

Selbststigerende Brackets und hochelastische Bögen sind keine Standardmaterialien und gehen über den Umfang der mit den Gebühren abgegolten Mehrkosten hinaus.

Beschreibung	Preis €	Anzahl	Gesamt*	Differenz = zu zahlender Betrag
Mehrkosten Material				

Ine Erstattung der Material- und Laborkosten durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Datum

Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger

Unterschrift Zahnarzt



Bayerische
Landeszahnärzte
Kammer

Muster einer Materialkostenvereinbarung bei KFO

Mit den GOZ-Leistungen 6100, 6120, 6140 und 6150 sind die Kosten für Standardmaterialien abgegolten. Werden darüber hinausgehende Materialien verwendet (z.B. besondere Brackets), können die Mehrkosten gesondert berechnet werden.

In den Allgemeinen Bestimmungen des Kapitels G (Kieferorthopädische Leistungen) der GOZ ist beschrieben, wie man dabei vorgehen sollte: Nach persönlicher Aufklärung ist vor der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Die Vereinbarung muss Angaben über die voraussichtliche Höhe der einzelnen Material- und Laborkosten und die Kosten für die in Abzug zu bringenden Standardmaterialien enthalten. Außerdem muss in der Vereinbarung darauf hingewiesen werden, dass die „Erstattung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht im vollen Umfang gewährleistet ist“. Eine „Kompensation“ der höheren Materialkosten durch einen erhöhten Steigerungsfaktor ist nicht korrekt und widerspricht den Bestimmungen der Gebührenordnung!

Tipps für rechtsgültige Vereinbarungen

- ! Schließen Sie Vereinbarungen immer schriftlich
- ! Beide Vertragspartner (Zahnarzt und Patient) müssen unterschreiben.
- ! Eine Vereinbarung, gleich welcher Art, sollte nicht unmittelbar vor der Behandlung geschlossen werden. Zahlreiche Gerichtsentscheidungen weisen darauf hin, dass insbesondere Schmerzpatienten allem zustimmen würden, was sie von ihren Schmerzen befreien würde. Der Patient muss daher die Gelegenheit haben, in Ruhe das Für und Wider abzuwägen, um dann eine Entscheidung treffen zu können. Eine getroffene Vereinbarung ist leicht anfechtbar, wenn sie in einer Ausnahmesituation für den Patienten getroffen wurde (z.B. starke Zahnschmerzen).
- ! Unterschiedliche Vereinbarungen dürfen nicht auf einem Formular miteinander kombiniert werden.
- ! Für jeden Behandlungsfall sind neue Vereinbarungen zu treffen!
- ! Verwenden Sie nur aktuelle Formulare beziehungsweise Vereinbarungen!



Christian Berger
Präsident und
Referent Honorierungssysteme der BLZK



Dienst tut Not

Ein humoristischer Blick auf ein ernstes Thema

*Wir wissen – Buschens Wilhelm reimt es –
der Zahnschmerz ist was Abgefeimtes.
Neigt anfangs, weil die Seel' sich sammelt,
wenn innerlich das Zähnlein gammelt,
so mancher noch zum Meditieren,
kriecht bald er schon auf allen Vieren.
Und ist erst der Entschluss gefasst,
dass raus muss, was man nur noch hasst,
weil's unkommod geworden ist,
hilft zweifelsfrei nur der Dentist.
Unter der Woche: Kein Problem!
Doch wohin wochenendtags gehn?*

*Es hilft ein Blick auf zahn.de:
Dort findet man zum Heil der Schwellung,
wer nächstenorts noch hält die Stellung,
wenn im Erholungsmodus sind,
der Mann, die Frau, der Hund, das Kind.
Schnell hingefahren, raus das Ding –
für beide Seiten ein Gewinn.
Die eine, weil das Leiden endet,
die andre, weil sie Hilfe spendet,
und da war, als man sie drum bat.
Und nebenbei – sie drückt sich nicht –
erfüllt hat eine strenge Pflicht.
Dem Eid getreu und kollegial,
für nah'zu alle ganz normal!
Dank und Respekt sei diesen Praxen,
die Notdienst schieben ohne Faxen.
Ein Dienst, auch dieses sei einmal betont,
der menschlich ist und dadurch lohnt.*

*Für ganz, ganz Wenige(!) jedoch,
ist Notdienst ein perfides Joch,
das knechtet mehrmals sie im Jahr.
Und die Bezahlung? – Nicht mal bar!
Und ohne Zuschlag von Gewicht,
nein, KZV, so geht das nicht!*

*So ungebührlich strapaziert
wird der Bescheid erst ignoriert*

*der einteilt zu der grausen Pflicht.
Notdienst? Am Siebten? Ich doch nicht!
Da hab' ich doch das Tennismatch!
Und außerdem, bedenkt man's ehrlich,
bin ich doch eigentlich entbehrlich,
war ich doch letztens schon mal dran,
und überhaupt: Ob ich noch kann?
Bin alt doch schon, morsch und gebrechlich,
gut: werktags geht es mir noch prächtig.
Doch auch bloß, weil ich viel raste,
nicht schwer hebe und nicht haste,*



Foto: acrogame/stock.adobe.com

*mir Ruhe gönne feiertags,
und nicht, wie man es von mir möchte,
an Ostern und zum Weihnachtsfeste,
mich über den Patienten beuge,
mir Kavitäten dort beäuge,
mit Feile, Bohrer und Skalpelle
die Mußestunden mir vergälle,
und das auf Zuruf, auf die Schnelle!
In solche unbequemen Lagen*

*soll'n sich andre lieber wagen.
Machen wir es knapp:
für diesmal sag ich ab.
Bedrängt man mich mit Nachgefrage,
ob ein Kollege, den ich kenne,
versehen könnt an meiner Stelle,
nicht diesen Dienst voll Last und Pein,
so fällt mir leider keiner ein.
Ob ich denn nicht Kontakte pflege,
Zahnarztfreundschaften nicht hege,
ob ich nicht wen dazu könnt bringen,
statt meiner in die Bresch' zu springen?
Alles was recht ist, aber nein,
wo die Entfernung eh so klein,
bis in die nächste große Stadt,
wo sicherlich was offen hat.*

*Wenn man mich weiter drangsaliert,
tu schriftlich ich ganz resigniert,
sag Ja und Amen zu der Sache,
doch was ich heimlich wirklich mache:
Ich kleb' 'nen Zettel an mein Schild,*

**LEIDEN SIE SCHMERZ? IST'S WIRKLICH WILD?
GERN GEB' ICH IHNEN INSTRUKTIONEN,
FAHRN SIE EIN STÜCK,
ES WIRD SICH LOHNEN!**

*Bitt' um Verständnis, Herr Patient,
doch was formal sich Notdienst nennt,
ist Warten häufig nur auf einen
– und im Extremfall manchmal keinen –
Patienten, der mich wirklich bräuchte,
da braucht's nun wirklich keine Leuchte,
um ohne Mühe drauf zu stoßen,
dass es Verschwendung von Ressourcen,
wenn ich hier rumhängen und warten,
die Praxis lüft- und heizen muss ...
Ich sag' es Ihnen, nur Verdruss!
Die suchen für den Notdienst einen?
Verzeihen Sie, doch danke nein.*

Notdienst ist Pflicht und keine Kür

Grundpfeiler der zahnärztlichen Versorgung

Eines zur Klarstellung vorweggeschickt: Die weit überwiegende Mehrheit der bayerischen Vertragszahnärzte versieht den Notdienst in absolut mustergültiger Weise.

Leider häufen sich jedoch die Fälle, in denen die Einteilung zum Notdienst nicht ernst genommen wird. Dieses Verhalten ist nicht nur unkollegial und fügt dem Ansehen der Zahnärzteschaft erheblichen Schaden zu, es zieht auch empfindliche Konsequenzen nach sich. Wer seinen Notdienst unentschuldigt nicht oder nicht vollständig versieht oder nicht rechtzeitig für ordnungsgemäße Vertretung sorgt, muss sich disziplinarrechtlich verantworten.

In der Regel werden für Verstöße gegen die vertragszahnärztliche Pflicht zur Teilnahme am Notdienst Geldbußen verhängt, deren Höhe bis zu 50.000,- Euro betragen kann (§1 der Disziplinarordnung der KZVB i.V.m. §81 Abs.5 SGB V).

Wer muss ran?

An der Teilnahme am zahnärztlichen Notdienst sind grundsätzlich alle Vertragszahnärzte, ohne Begrenzung auf ein bestimmtes Lebensalter sowie Medizinische Versorgungszentren verpflichtet (Ziffer I.2 der Notdienstordnung der KZVB). Hohes Alter oder schwere Krankheit sind per se kein Grund für eine Befreiung. Wer sich für die Teilnahme am Notdienst zu alt oder zu schwach fühlt, muss sich die generelle Frage nach der Eignung zur Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit gefallen lassen. Sofern tatsächlich eine Unfähigkeit zur Teilnahme an der Versorgung aus gesundheitlichen Gründen im Raum steht, ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Zulassung weiter vorliegen oder ein Zulassungsentziehungsverfahren auf Basis des §21 ZÄ-ZV einzuleiten ist.

Eine kategorische Sonderstellung beim Thema Notdienst nehmen allein die

MKG-Chirurgen mit ärztlich-zahnärztlicher Doppelzulassung ein. Sie können wählen, ob sie am ärztlichen oder zahnärztlichen Notdienst teilnehmen. Sofern sich ein MKG-Chirurg vom zahnärztlichen Notdienst befreien lassen möchte, muss er seinem Antrag eine Urkunde beifügen, aus der sich die Einteilung zum ärztlichen Notdienst zweifelsfrei und rechtssicher ergibt.

Freiverantwortliche Selbstverwaltung muss funktionieren

Die Notdiensterteilung durch die KZVB stand im Fokus der letzten Prüfung durch das Bayerische Landesprüfungsamt für Sozialversicherung nach §274 SGB V.

Im Zuge dieser wurde die KZVB nachdrücklich auf ihre Verpflichtung hingewiesen, die vertragszahnärztliche Versorgung als Notdienst „zu den sprechstundenfreien Zeiten“ sicherzustellen, wie es sich zum einen aus §75 Abs.1b Satz 1 SGB V, zum anderen aus §5 Abs.1 Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) ergibt.

Die KZVB verlangt ihren Mitgliedern derzeit nur ein Mindestmaß an Anwesenheit und Rufbereitschaft ab: Lediglich von 10.00 bis 12.00 Uhr und von 18.00 bis 19.00 Uhr muss der für den Notdienst eingeteilte Zahnarzt in seiner Praxis anwesend sein. In der übrigen Zeit muss Behandlungsbereitschaft bestehen.

Dies ist gegenüber dem Landesprüfungsamt wie auch den übrigen Akteuren im Gesundheitswesen nur solange zu rechtfertigen, wie der zahnärztliche Notdienst reibungslos funktioniert. Häufen sich nachhaltig Patientenbeschwerden, ist dies nicht länger haltbar. Die Einrichtung eines flächendeckenden Notdienstes zu sämtlichen sprechstundenfreien Zeiten wird die Folge sein: Versorgungsauftrag an sieben Tagen die Woche, rund um die Uhr, an jedem Tag im Kalender.

Es wird viel getan, um den Zahnärzten die Ableistung des Notdienstes so erträglich wie möglich zu gestalten. Die für die Einteilung zum Notdienst zuständigen Stellen reagieren äußerst großzügig auf Termin- und Vertretungswünsche. Ein ausgeklügeltes System, das die Belastung mit Diensten an mehr oder weniger einschneidenden Terminen (an Weihnachten oder an den Wochenenden) gleichmäßig verteilt, sorgt dabei für maximale Gerechtigkeit.

Die KZVB bittet eindringlich, die Einteilung zum Notdienst ernst zu nehmen, diesen zuverlässig zu versehen und bei Fragen oder eventuellen Schwierigkeiten unverzüglich mit der zuständigen Bezirksstelle in Kontakt zu treten, um gemeinsam eine Lösung zu finden, die die flächendeckende Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten lückenlos gewährleistet.

Nur so kann selbstbestimmte Selbstverwaltung auf Dauer funktionieren.

Maximilian Schwarz
Rechtsanwalt
(Syndikusrechtsanwalt)



Foto: Fotomanufaktur JL/stock.adobe.com

Richtig aufbereiten

Warum Medizinprodukte in Risikogruppen eingestuft werden müssen

Grundvoraussetzung für eine sachgemäße Aufbereitung von Medizinprodukten ist deren korrekte Einstufung in Risikogruppen. Darauf weist das Referat Praxisführung und Medizinprodukte der BLZK hin.

Die Einstufung von Medizinprodukten richtet sich nach der bestimmungsgemäßen Anwendung und dem sich daraus ergebenden Risiko (siehe Tabelle unten). Daneben sind unbedingt die Herstellerhinweise zu berücksichtigen – und zwar sowohl im Hinblick auf die Materialbeschaffenheit als auch auf die Materialverträglichkeit.

Die Risikobewertung ist immer von der verantwortlichen Zahnärztin beziehungsweise dem verantwortlichen Zahnarzt vorzunehmen. Erfasst werden die Instrumente dabei im Formular „Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten“, wobei die Einteilung in die Kategorien „unkritisch“, „semikritisch A/B“ und „kritisch A/B“ erfolgen muss.

Musterformular im QM Online

Ein entsprechendes Musterformular gibt es im Kapitel Co2bo5 des QM Online der BLZK (<https://qm.blzk.de> – mit Login).

Bitte beachten Sie: Dieses Formular muss an die individuellen Verhältnisse der Praxis angepasst werden. Nur ein individualisiertes Formular ist gültig!

Die „Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten“ ist übrigens nicht zu verwechseln mit dem „Bestandsverzeichnis“ und dem „Medizinproduktebuch“. Diese Formulare finden Sie ebenfalls im QM Online:

- Bestandsverzeichnis: Do4bo3
- Medizinproduktebuch: Do4bo4

Lidija Jonic
Referat Praxisführung und
Medizinprodukte der BLZK

Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten

lediglich Kontakt mit intakter Haut	Kontakt mit Schleimhaut oder krankhaft veränderter Haut		Durchdringung von Gewebe, Haut oder Schleimhaut	
↓	↓	↓	↓	↓
unkritische Medizinprodukte	semikritische Medizinprodukte		kritische Medizinprodukte	
↓	↓	↓	↓	↓
unkritisch	semikritisch A	semikritisch B	kritisch A	kritisch B
↓	↓	↓	↓	↓
z. B. Zement- oder Anmischspatel	ohne besondere Anforderungen an die Aufbereitung	mit besonderen Anforderungen an die Aufbereitung	ohne besondere Anforderungen an die Aufbereitung	mit besonderen Anforderungen an die Aufbereitung
	Handinstrumente für allgemeine, präventive, restaurative oder kieferorthopädische (nicht invasive) Maßnahmen z. B. Spiegelsonde, Abformlöffel	Rotierende oder oszillierende Instrumente für allgemeine, präventive, restaurative oder kieferorthopädische (nicht-invasive) Maßnahmen z. B. Polierer, Bürstchen	Instrumente und Hilfsmittel für chirurgische, parodontologische oder endodontische (invasive) Maßnahmen z. B. Nadelhalter, Küretten	Rotierende oder oszillierende Instrumente für chirurgische, parodontologische oder endodontische Maßnahmen z. B. Knochenfräse, Wurzelkanalinstrumente
	Zusatzgeräte ohne Austritt von Flüssigkeiten und/oder Luft oder Partikeln z. B. Polymerisationslampe	Übertragungsinstrumente für allgemeine, restaurative oder kieferorthopädische Behandlung Zusatzgeräte mit Austritt von Flüssigkeiten und/oder Luft oder Partikeln z. B. Pulverstrahlgerät		Übertragungsinstrumente für chirurgische, parodontologische oder endodontische Behandlung

„Nur im Ausnahmefall sinnvoll“

Umweltbundesamt sieht keine Notwendigkeit für Luftreiniger

Viele Zahnarztpraxen haben in den vergangenen Wochen Angebote für Luftreiniger bekommen. Laut Herstellerangaben lässt sich damit die Anzahl virushaltiger Partikel in Innenräumen senken. Ob diese Minderungen ausreichen, eine Infektionsgefahr hinreichend abzuwenden, ist nach jetzigem Stand unklar.

Das Umweltbundesamt empfiehlt daher weiter auch in der kalten Jahreszeit die Fensterlüftung als prioritäre Maßnahme und steht einem generellen Einsatz mobi-

ler Luftreinigungsgeräte kritisch gegenüber. Lediglich in Ausnahmefällen seien Luftreiniger als zusätzliche Maßnahme gerechtfertigt. Auf seiner Internetseite schreibt das Umweltbundesamt: „Die Wirksamkeit der mobilen Luftreinigungsgeräte in Hinblick auf die Reduzierung von Sars-CoV-2-Viren ist in vielen Fällen bislang nicht eindeutig nachgewiesen. Zudem beseitigen mobile Luftreiniger nicht die in Unterrichtsräumen übliche Anreicherung von Kohlendioxid (CO₂), Luftfeuchte und diversen chemischen, teils geruchsaktiven Substanzen. Sofern

sich Fenster nicht genügend öffnen lassen, sollte laut Umweltbundesamt geprüft werden, ob durch den Einbau einfacher, ventilatorgestützter Zu- und Abluftsysteme (z.B. in Fensteröffnungen) eine ausreichende Außenluftzufuhr erreicht werden kann.

Sollte sich ein Zahnarzt dennoch für den Kauf eines Luftreinigers entscheiden, gibt es auf der Internetseite www.umweltbundesamt.de Hinweise für die Auswahl geeigneter Geräte.

Redaktion

Anzeige

Der rote Faden

Dentalchirurgische Nahttechniken

Von Dr. Stephan Beuer und Dr. Martin Stangl



Direktlink zum
Videointerview mit
Dr. Stephan Beuer

jetzt nur
€ 49,-

Ein suffizienter Wundverschluss ist einer der wichtigsten Schritte jedes operativen Eingriffs. Dieses praktische Buch vermittelt das wertige Nähen in der zahnärztlichen Chirurgie. Schritt für Schritt veranschaulichen die Autoren die wichtigsten Basisnahttechniken am Modell und am Tierpräparat.

Softcover | 72 Seiten | circa 220 Abbildungen
ISBN: 978-3-932599-42-2



www.dental-bookshop.com

service@teamwork-media.de
Fon +49 8243 9692-16
Fax +49 8243 9692-22

 **teamwork
media**

Patienteninfos im Kleinformat

BLZK startet neue Pocket-Reihe

Die Bayerische Landeszahnärztekammer bringt eine neue Reihe mit Patienteninformationen heraus – entwickelt vom Referat Patienten und Versorgungsforschung. Die neuen „Pockets“ im quadratischen Format (zwölf mal zwölf Zentimeter) sind kompakt und dadurch besonders praktisch – sie passen in fast jede Hand- und Hosentasche.

Die Idee dahinter: Patienten finden in den Pockets nur das Wichtigste zu einem be-

stimmten Thema – übersichtlich gestaltet, kompakt zusammengefasst und einfach erklärt. So können sie sich schnell einen ersten Überblick über das jeweils behandelte Thema verschaffen. Wer sich genauer informieren möchte, wird per Kurzlink und QR-Code im Pocket direkt zum entsprechenden Kapitel auf www.zahn.de, der Patienten-Website der Bayerischen Landeszahnärztekammer, geführt.

Der Vorteil gegenüber herkömmlichen Broschüren: Die Informationen auf www.zahn.de können zeitnah aktua-

liert werden und sind so stets auf dem aktuellen Stand. Zudem lernen Patienten auf diesem Weg die BLZK-Patientenseite im Internet kennen und können sich dort auch über andere Themen rund um die Mundgesundheit informieren. So finden sie dort zum Beispiel leicht verständliche Informationen zu Themen wie Zahnzwischenraumreinigung, zahngesunde Ernährung oder Zahnwechsel bei Kindern. Die Patienten-Website www.zahn.de wird laufend um neue Inhalte erweitert.

Gesund im Mund

Die BLZK informiert - Ihr Zahnarzt berät

Mundhygiene zu Hause Besuch beim Zahnarzt Erkrankungen Zahnbehandlung Beratung Zahnwissen

Mundgesund älter werden

Gesunde Zähne und ein gesunder Mund sorgen ein Leben lang für Vitalität und Lebensfreude. Gute Mundhygiene und eine individuell zugeschnittene, regelmäßigen Prophylaxe tragen viel dazu bei.

Patiententelefon
089 230 211 230

Mailen Sie uns!
berater@blzk.de

FAQ
Mundgesundheit

Telefonsprechstunde
01805 211366

Neu auf zahn.de

Telefonsprechstunde: Zahnpflege für Berufstätige

Zahnärzte beraten im Rahmen der Telefonsprechstunde der BLZK zu regelmäßig wechselnden Themen.

Parodontitis vorbeugen

Was Sie tun können und wie Sie bestimmte Risikofaktoren vermeiden.

Wussten Sie schon...

... wie viele Tuben Zahnpasta die Deutschen jährlich verbrauchen?

Mythen und Märchen der Zahngesundheit

„Der Zahnwurm ist schuld an Karies.“ Erfahren Sie hier mehr über diesen Mythos.

www.zahn.de ist die Patienten-Website der Bayerischen Landeszahnärztekammer.

Das sind die ersten beiden Veröffentlichungen aus der neuen Pocket-Reihe der BLZK.



Abbildung: BLZK

DIE POCKETS IM BLZK-SHOP

Zahnarztpraxen können die Pockets im Online-Shop der Bayerischen Landeszahnärztekammer unter <https://shop.blzk.de> bestellen. 50 Stück kosten 9 Euro (inklusive Versand). Im Paket gibt es die Pockets „Professionelle Zahnreinigung – PZR“ und „Kreidezähne“ für 14 Euro inklusive Versandkosten – enthalten sind jeweils 50 Exemplare der beiden Publikationen. Im Online-Shop stehen Ansichtsexemplare der Patienteninfos zum kostenlosen Download zur Verfügung.



Die neuen Pockets für die Praxis

Die ersten beiden Patienteninformationen im Kleinformat sind bereits erschienen: zu den Themen „Professionelle Zahnreinigung – PZR“ und „Kreidezähne“. Auch das dritte Pocket unter dem Titel „Mundgesund älter werden“ wird demnächst

verfügbar sein. Weitere Pockets sind in Planung. Die kompakten Patienteninfos eignen sich gut, um sie im Wartezimmer auszulegen oder den Patienten persönlich mit nach Hause zu geben.

Nina Prell
Referat Patienten und
Versorgungsforschung der BLZK

Anzeige

Seitenzähne von A-Z

Grundlagen auch für das digitale Zeitalter von Gunther Seubert

In diesem Lehrbuch werden die Grundlagen der funktionellen Aufwachstechnik neu aufgerollt. Der Autor geht dabei detailliert auf die Modellherstellung, die Wichtigkeit und Funktion eines Split-Casts, die Stumpfvorbereitung sowie die adäquaten Materialien und Instrumente ein. Eine Darstellung der zu beachtenden Schritte beim eventuellen Einschleifen von den aus Wachs in Keramik umgesetzten Restaurationen vervollständigt die Gesamtbetrachtung.

Gunther Seubert zeigt anschaulich, dass es nicht um die exakte und lehrbuchartige Reproduktion aller Stopps geht, sondern die Natur und die damit vorgegebene Situation die Maßgaben für den anzufertigenden Zahnersatz sind. Dieses Buch verdeutlicht den Gesamtzusammenhang und soll klarmachen, dass der eine oder andere voll-digitale Workflow so nicht funktionieren kann.

Softcover, 134 Seiten, ca. 510 Abbildungen, ISBN: 978-3-932599-41-5



jetzt nur
€ 49,-

Volles Programm vor gelichteten Reihen

LAGZ setzt Corona-konformes Konzept der Fortbildungswochenenden um

„Die Mundgesundheit als Infektionsbarriere propagieren“, riet Dr. Brigitte Hermann bei der Fortbildungsveranstaltung der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Zahn-gesundheit (LAGZ). Wegen der Pandemie konnte sich in diesem Jahr nur etwa ein Drittel der Teilnehmer über Methodik, Inhalte und Erfolge der Gruppenprophylaxe für Kita- und Schulkinder informieren. An den zwei Veranstaltungswochenenden galten im „Haus der Bayerischen Landwirtschaft“ in Herrsching strenge Hygiene- und Abstandsregeln. Vollgepackt war nur eines: das Programm.

Covid-19 zwingt die LAGZ zu neuen Konzepten für die Gruppenprophylaxe. Die LAGZ-Vorsitzende Dr. Brigitte Hermann betonte in ihrer Eingangsrede, dass die Mundhygiene in Pandemiezeiten Teil der Erziehung zu einem intensiveren Hygienebewusstsein sein müsse. Schließlich sei der Mund neben der Nase eine „Eingangspforte für das Virus“.

Trockenübungen zur Zahnpflege

Um trotz der kompletten Kita- und Schulschließungen beim ersten Lockdown den Kontakt zu den Einrichtungen zu halten, gab es für die LAGZ-Zahnärzte von Mai bis Juli die Möglichkeit, sogenannte Reminder-Pakete mit Bürsten und Pasten in den Einrichtungen abzugeben. Das habe zu einer „erstaunlich hohen Nachfrage für Betreuungstermine Anfang September“ gesorgt, berichtete Hermann. Sie riet dazu, sich vor dem Besuch intensiv mit dem Träger abzusprechen. Als Tipps, wie man trotz Corona mit den Kindern das Zähneputzen üben kann, nannte Hermann Trockenübungen mit der Zahnbürste im Freien, pantomimisches Zähneputzen oder mit „Goldie“ und „Dentulus“ als Modell im Frontalunterricht.

Wenn Karies auftritt, dann massiv

Wie wichtig es ist, Kinder und ihre Eltern für das Thema Mundgesundheit

zu sensibilisieren, legte Dr. Nelly Schulz-Weidner von der Poliklinik für Kinderzahnheilkunde in Gießen dar. Untersuchungen zeigten, dass die Entwicklung der Karieserfahrung sowohl bei 6- bis 7-Jährigen als auch bei 12-Jährigen seit 1994/95 rückläufig sei, aber zwei Phänomene ließen dennoch aufhorchen: Die Prävalenz der frühkindlichen Karies und die Tatsache, dass es immer noch schwere Karies-Fälle gebe. Zahlreiche Bilder von betroffenen Kindergebissen belegten auch die Schwere des Befalls. Die Milchzähne seien oft völlig zerstört, berichtete Schulz-Weidner aus ihrem Klinikalltag, eine Behandlung sei wegen starker Entzündungen oft nur unter Vollnarkose möglich. Der vorzeitige Verlust der Milchzähne hat laut der Expertin zum Teil nachhaltige Folgen: Unter anderem können die zweiten Zähne nicht richtig durchbrechen, weil sich der Kieferknochen bereits wieder geschlossen hat, zudem kann es zu Kieferentwicklungs-, Sprach- sowie Kau- und Schluckstörungen kommen.

Fotos: Kapfer



So mancher Teilnehmer erinnerte sich an die Abiturprüfung zurück: Wegen der Abstands- und Hygienevorschriften gab es bei den LAGZ-Fortbildungswochenenden diesmal keine Arbeitskreise, sondern Vorträge mit eigenem Tisch für jeden Zuhörer.



„Weil sie mit viel Herzblut dabei waren“, beschenkten Dr. Brigitte Hermann und Dr. Annette Muschler die LAGZ-Zahnärzte und Leonie Spitzauer-Peintner mit Lebkuchenherzen.



„Dentulus“ hat auch jetzt viel zu tun: Dr. Brigitte Hermann mahnte die Bedeutung der Gruppenprophylaxe in Pandemiezeiten an.

Sicherheit, Verlässlichkeit, Vertrauen

Die Fachärztin für Kinderzahnheilkunde warb für die Mund- und Zahnpflege ab dem dritten bis sechsten Lebensmonat des Kindes. Beginnend mit dem Massieren des Alveolarkamms bis hin zum Zähneputzen mit der ersten Kinderzahnbürste laute das wichtigste Motto bei der frühkindlichen Mundhygiene: Eltern putzen Kinderzähne. Deshalb stufte Schulz-Weidner den Kontakt mit den Erziehungsberechtigten sowie die altersgerechte Ansprache des Kleinkindes als Türöffner für die Prophylaxe ein. „Das funktioniert zum Beispiel mit einem Motivationssystem wie beim LAGZ-Aktionsprogramm ‚Seelöwe‘ sehr gut“, sagte sie. Für den Zahnarztbesuch gab sie den Zuhörern die Grundwerte in der Kinderbehandlung an die Hand: Sicherheit, Verlässlichkeit und Vertrauen. „Kinder und Eltern sollten sich sicher fühlen, damit sie wiederkommen“, so die Zahnärztin.

Pralle Materialsammlung im Grundschulwerk

Um die kindgerechte Ansprache ging es auch im ersten Kurs, in dem die Zahnärztin Marisa Berkesch aus Hallbergmoos das neue Grundschulwerk der LAGZ vorstellte. Die Zusammenstellung verschiedener Unterrichtsmaterialien verbindet digitale Darstellungsformen wie

Power-Point-Präsentationen oder Filme mit Kopiervorlagen sowie Anleitungen für neue Projektionstechniken und eignet sich so auch hervorragend für den Unterricht in Pandemie-Zeiten. Die Themen sind nach Grundschulklassen sortiert und geben Richtwerte für die altersgerechte Ansprache vor. In ihrem Vortrag ging Berkesch auch auf die Möglichkeit ein, verschiedene Präsentationsformen je nach Bedarf miteinander zu kombinieren. LAGZ-Zahnärzte können das neue Grundschulwerk über den Zahnärzte-Login auf der LAGZ-Website mit dem Bestellformular anfordern.

Nein zu Cola, Quetschies und Zuckeralternativen

Dr. Christiane Brunner, wissenschaftliche Beraterin im Bayerischen Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, belegte in ihrem Vortrag mit dem Titel „Zahngesunde Ernährung und Gruppenprophylaxe – ein starkes Team“ die negativen gesundheitlichen Auswirkungen süßer Getränke wie Cola („der pH-Wert liegt bei dem von Magensäure“) oder Quetschies („der Plastikverschluss animiert zum Dauernuckeln“). Während Obst, wenn es in seiner Ursprungsform genossen wird, eine relativ geringe Säurebelastung aufweise, sei sie bei gepresstem oder püriertem Obst, wie es auch in den Quetschies abgefüllt sei, sehr hoch. Ihr Urteil über vermeintlich gesunde Zuckeralternativen wie Agavendicksaft fiel ernüchternd aus: „Sie bereichern den Speiseplan, sind aber nicht gesünder.“ Sie riet dazu, lieber den normalen Zucker zu reduzieren.

Teenies aus der Komfortzone locken

Einen Einblick in ihre Arbeit im Dentropia Zahnzentrum für Kinder und Jugendliche in Rottweil gewährte am zweiten Tag der Fortbildung Gesundheitspädagogin Sybille van Os-Fingberg. Dort gehen die jungen Patienten vor der Untersuchung in ein angegliedertes und in jugendlichem Design gestaltetes Beratungszentrum, wo

sie alters- und wissensgerecht über die Mundgesundheit aufgeklärt werden. Um Teenager zu erreichen, sei es wichtig, das soziale Umfeld der Jugendlichen einzubeziehen. „Dazu gehören neben den Eltern auch die Großeltern, Freunde und Erzieher“, so die Gesundheitspädagogin. Und: „Teenager sind sorglos. Man muss sie aus ihrer Komfortzone locken.“

Singen und tanzen mit den Kleinen

Der Kemptener Zahnarzt Dr. Jochen Pelczer packte in seinem Vortrag „Aus der Theorie in die Praxis“ nicht nur die Seelöwen-Dame „Goldie“ und den Zahnlöwen „Dentulus“ aus, sondern auch jede Menge Tipps, wie man das Interesse der Kinder vom Kita-Alter bis zur sechsten Klasse etwa fürs Zähneputzen oder das gesunde Pausenbrot gewinnt. Er animierte seine Kollegen, dabei auch über den eigenen Schatten zu springen: „Ich singe und tanze gerne mit den Kindern“, erzählte er. Außerdem zeigte er eine Bilder Geschichte aus der Sammlung des LAGZ-Erzählkinos, in der ein Hund die Hauptrolle spielt. Jeder müsse hier seinen eigenen Weg finden, riet er. Wichtig sei es in jedem Fall, authentisch zu bleiben.

Kinoabend mit „Dentulus“

Das Abendprogramm zwischen den beiden Veranstaltungstagen bot in diesem Jahr buchstäblich großes Kino: Alle Anwesenden schauten sich gemeinsam auf der großen Leinwand den LAGZ-Film „Dentulus auf den Spuren der Zahngesundheit“ an, der mittlerweile fast 2700 Mal auf YouTube aufgerufen wurde. Im Anschluss daran bedankten sich am zweiten Wochenende LAGZ-Vorsitzende Dr. Brigitte Hermann und LAGZ-Geschäftsführerin Dr. Annette Muschler bei den Zahnärzten, die im Film ihr schauspielerisches Talent unter Beweis gestellt hatten. Ein Dank ging auch an das Filmteam für den engagierten Einsatz im Zeichen der Mundgesundheit.

Katharina Kapfer
Pressereferentin der LAGZ

Online-News der BLZK

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



BLZK.de



Gut informiert über eHBA

Die Bayerische Landeszahnärztekammer hat das Informationsschreiben „Ihr elektronischer Heilberufsausweis (eHBA)“ aktualisiert. Abrufbar ist das vierseitige Dokument auf der entsprechenden Themenseite der BLZK:

› www.blzk.de/ehba



QM Online



Corona: Neues im QM Online

Arbeitsanweisung, Arbeitnehmerunterweisung und Gefährdungsbeurteilung – neue und überarbeitete Dokumente für den Arbeitsschutz in der Zahnarztpraxis während der Corona-Pandemie:

› https://qm.blzk.de/blzk/web.nsf/id/li_corona_neue_dokumente.html

BLZK-compact.de



Patientenkommunikation

Die BLZK unterstützt Zahnärzte bei der Patientenkommunikation durch Fachwissen, Handreichungen und eine eigene Patientenseite. Die Übersicht der Hilfsmittel wurde aktualisiert.

› www.blzk-compact.de/blzk/site.nsf/id/pa_patientenkommunikation.html

zahn.de



Kreidezähne

Was sind Kreidezähne und wie entstehen sie? Unter dem folgenden Weblink erfahren Patienten mehr zum Zahnschmelzdefekt und wie er in der Zahnarztpraxis behandelt werden kann:

› www.zahn.de/zahn/web.nsf/id/pa_kreidezahne.html

CIRS dent



Jeder Zahn zählt

CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

Das **Online Berichts- und Lernsystem** von Zahnärzten für Zahnärzte. Ein wichtiger Baustein für Ihr Praxis-QM mit mehr als 5600 Mitgliedern und ca. 150 Erfahrungsberichten im System.

Jetzt mitmachen!

Berichtsdatenbank

- Alle Berichte zu kritischen Ereignissen anonymisiert einsehbar
- Gezielte Suche nach einzelnen Berichten möglich

Anonym berichten

- Sichere, vollständig anonyme Berichtsfunktion
- Verschlüsselte Datenübertragung und -speicherung
- Unabhängig von Interessen Dritter

Feedback-Funktion

- Anonyme Veröffentlichung besonders praxisrelevanter kritischer Ereignisse
- Nutzerkommentare
- Diskussionsforum

www.cirsdent-jzz.de





Foto: Tobias Machhaus/stock.adobe.com

Seriös, kompetent und unabhängig

Versicherungs- und Vorsorgeberatung der eazf Consult GmbH

Gerade in den letzten Monaten des Jahres gibt es wieder Rundschreiben und Werbemaßnahmen von Versicherungsvermittlern und Agenturen, die Zahnärzten bessere Versicherungsleistungen oder renditestarke Finanzanlagen versprechen. Nicht immer ist die Beratung jedoch kundenorientiert oder auf die Bedürfnisse des Berufsstandes ausgerichtet.

Vor diesem Hintergrund hat die Bayerische Landeszahnärztekammer bereits Mitte der 1990er-Jahre die VVG Versicherungsvermittlungsgesellschaft ins Leben gerufen. Ihr Ziel war von Anfang an, den bayerischen Zahnärzten eine unabhängige Beratung anzubieten – frei von Provisionsinteressen einzelner Versicherungsmakler. Inzwischen ist die VVG eine Marke der eazf Consult GmbH, einer Tochtergesellschaft der eazf.

Durchblick im „Versicherungs-Dschungel“

Der Markt für Versicherungen und Finanzprodukte ist für Kunden oft wenig transparent und durchschaubar. Versicherungen gehören meist zu den ungeliebten Themen, weshalb viele ohne jegliche Überprüfung an ihren Verträgen festhalten. Bei Existenzgründern ist die Unsicherheit angesichts einer Vielzahl an Angeboten oft noch größer. Gerade in dieser Gruppe orientieren sich Bera-

tungen eher an Provisionsinteressen als an den eigentlichen Bedürfnissen. Denn in Zeiten von Niedrigzinsen versuchen Versicherungen und Banken, durch den Verkauf zusätzlicher Produkte ihre mageren Zinserträge aus dem Kredit- und Anlagegeschäft aufzubessern.

Dagegen legt die eazf Consult als Unternehmen der Zahnärzteschaft größten Wert auf eine unabhängige und sachgerechte Analyse sowie eine ausführliche Erstinformation. Die Beratung ist kein „Verkaufsgespräch“, sondern konzentriert sich auf eine Analyse der Ist-Situation, auf deren Basis dann Möglichkeiten der Optimierung aufgezeigt werden, sofern es diese gibt. Auf diese Weise erhält der Versicherte auch eine Bestätigung für den Fall, dass der bestehende Versicherungsschutz unverändert bleiben kann.

Sofern vom Kunden gewünscht, kümmert sich die eazf Consult danach um die Abwicklung, Betreuung und Vermittlung der notwendigen Absicherung beziehungsweise die Optimierung und Anpassung bestehender Verträge. Ein wichtiger Service ist zudem eine umfassende Unterstützung im Schadensfall, um berechtigte Ansprüche beim Versicherer geltend zu machen und durchzusetzen. Die Betreuungskosten sind stets transparent. Das Erstgespräch und die Versicherungsanalyse sind für bayerische Zahnmediziner und deren Mitarbeiter ohnehin kostenfrei. Sofern die Betreuung bestehender oder die Vermittlung neuer Verträge gewünscht wird, ist auch dies

nicht mit Zusatzkosten oder höheren Prämien verbunden, da Vergütungen immer direkt durch die Versicherer gezahlt werden. Diese werden transparent dargelegt.

Sonderkonditionen nutzen

Über die BLZK oder die eazf Consult wurden für bayerische Zahnärzte Sonderkonditionen ausgehandelt, die so nicht im Internet oder bei anderen Beratern zu finden sind. Dies gilt für die derzeit sehr gefragte Praxisausfallversicherung genauso wie für Berufsunfähigkeits-, Kranken-, Inventar- und Rechtsschutzversicherungen oder die obligatorische Berufshaftpflichtversicherung. Eine unverbindliche Versicherungsanalyse über die eazf Consult lohnt sich also fast immer!

Dipl.-Volkswirt Stephan Grüner
Geschäftsführer der eazf Consult GmbH

KONTAKT

Bei Interesse an einer Beratung, einer Versicherungsanalyse oder einer Betreuung Ihrer Verträge durch die eazf Consult senden Sie bitte den Coupon auf Seite 41 an die Faxnummer 089 230211-488. Mit dem Versicherungs- und Vorsorgeberater der eazf Consult, Michael Weber, können Sie auch direkt Kontakt aufnehmen:
Telefon: 089 230211-492
E-Mail: mweber@eazf.de

eazf Consult GmbH
Fallstraße 34
81369 München

Per Fax: 089 230211-488

Praxisstempel/-anschrift

Informationen unverbindlich und kostenfrei anfordern

Ich bin ☐ Zahnarzt/-ärztin ☐ Assistent/-in ☐ 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-Reputation
- ☐ 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 | ☐ Kfz-Versicherung |
| ☐ Berufshaftpflichtversicherung | ☐ Pflegezusatzversicherung | ☐ Unfallversicherung |
| ☐ Praxisausfallversicherung | ☐ Kranken(zusatz)versicherung, Tagegeld | ☐ Lebens- und Rentenversicherungen |
| ☐ Praxisinventar-/Elektronikversicherung | ☐ Wohngebäude-/Hausratversicherung | ☐ Betriebliche Altersversorgung |
| ☐ Zahnarzt-Rechtsschutz-Paket | ☐ 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:



Vor jeder Therapie steht die (frühe) Diagnose

Aktuelles Verständnis von Karies und Optionen in der Kariesdiagnostik

Ein Beitrag von OA Dr. Julian Schmoeckel, OÄ Dr. Ruth M. Santamaría, Priv.-Doz. Dr. Mohammad Alkilzy und Prof. Dr. Christian H. Splieth, Greifswald

Eine frühzeitige Diagnostik des Kariesrisikos beziehungsweise von (Initial-)Karies und die Einschätzung des Aktivitätsgrades sind essenziell für eine langfristige Zahngesundheit und orale Lebensqualität. Mithilfe der aktuellen Klassifikation von Karies nach ICDAS (International Caries Detection and Assessment System) beziehungsweise ICCMS (International Caries Classification and Management System) können kariöse Läsionen sehr präzise beschrieben werden, was insbesondere für spätere Therapieempfehlungen enorm hilfreich ist. Dabei sollte der Aktivitätsgrad der Läsionen (+/-) miterfasst werden. Das Kariesrisiko sollte auf Patientenebene (Bildungsstand, Alter, Karieserfahrung) und auf Läsionsebene beurteilt werden. Neben offensichtlichen, flächig kariösen Defekten wie bei der frühkindlichen Karies tritt Karies im Milchgebiss auch verdeckter zwischen dem ersten und zweiten Milchmolaren approximal auf. Im permanenten Gebiss dominiert zuerst die Karies auf den Kauflächen der durchbrechenden ersten und zweiten Molaren. Im juvenil-permanenten Gebiss gewinnt die Approximalkariesdiagnostik (u.a. FOTI und Röntgen) wieder an Bedeutung. Bei einer Approximalkaries sollte zudem eine weitergehende Pulpadiagnostik, meist einschließlich einer röntgenologischen Untersuchung erfolgen.

Das primäre Ziel der Zahnheilkunde ist eine hohe Lebensqualität für die Patienten durch eine gute langfristige Mundgesundheit und durch ein positives Vertrauensverhältnis zum Zahnarzt. Dafür sind eine frühzeitige Diagnostik von Karies innerhalb eines effektiven Praxis-konzepts in der Individualprophylaxe und ein modernes Kariesmanagement sehr wichtig. Der vorliegende Beitrag betrachtet im Schwerpunkt die Kinderzahnheilkunde, wobei die beschriebenen aktuellen Konzepte im Bereich der Untersuchung von Karies und der kariesspezifischen Risikoeinschätzung, also insbesondere der Diagnostik nicht nur für „Kinderzähne“ gelten. Das Verständnis von der Erkrankung „Karies“ und dem Wissen zu verschiedenen Optionen in der Kariesdiagnostik bildet die Basis für die korrekte Diagnose und folglich auch für das „moderne“ Kariesmanagement.

Aktuelle Definition von Karies

Karies wird heute als Prozess eines chronischen Ungleichgewichts zwischen demineralisierenden und remineralisierenden Faktoren begriffen, bei dem die kariöse Kavität eine Folge der Erkrankung darstellt [10,23]. Der pathogene Biofilm, also die reife circa 48 Stunden alte dentale Plaque, verstoffwechselt unter anderem Kohlenhydrate zu Säure, die die Demineralisation der unter der Plaque liegenden Zahnhartsubstanzen (zunächst Zahnschmelz, später Dentin) bewirken [14]. Das „Loch im Zahn“ – als Karies bezeichnet – ist also ein Symptom der Erkrankung, die ebenfalls im deutschen Sprachgebrauch als Karies bezeichnet wird. Der Begriff der „Kariesentfernung“ ist daher etwas irreführend, weil zwar kariös veränderte Zahnhartsubstanz entfernt werden kann, jedoch die Erkrankung „Karies“, also die Ursache des kariösen Prozesses, davon unberührt bleibt. Auch wenn diese Unterscheidung eher semantisch erscheint, sind die Folgen für Kariesprävention und -therapie revolutionär: Die Entfernung kariös veränderter Zahnhartsubstanz dient primär dazu, den Zahn für die spätere Versorgung durch beispielsweise eine Füllung



Abb. 1 Die Frühkindliche Karies (früher „Nuckelflaschenkaries“ genannt) ist durch ein Auftreten flächiger kariöser Läsionen, die meist zunächst die Oberkieferschneidezähne betreffen, gekennzeichnet. Hauptursachen von ECC sind eine mangelhafte Zahnpflege beim Kleinkind in Kombination mit einem hochfrequenten Konsum zuckerhaltiger Getränke zwischendurch und/oder nachts.

Abb. 2 Die Beurteilung der Mundhygiene vor allem auf Kariesrisikoflächen, wie hier bei den Kauflächen der durchbrechenden ersten permanenten Molaren, ist wichtig um frühzeitig präventiv beziehungsweise therapeutisch einzugreifen. Ein Querputzen bietet sich hier primär an. Zudem sollte hier unter anderem über die Applikation einer Fissurenversiegelungen nachgedacht werden, da der Patient neben dem flächenspezifischen Risiko bereits Karieserfahrung im Milchgebiss und somit ein erhöhtes Kariesrisiko auf Patientenebene aufweist.

vorzubereiten, damit diese langfristig hält, und stellt primär keine ursächliche Kariestherapie dar [10,23].

Kariesepidemiologie in Deutschland

Laut der fünften deutschen Mundgesundheitsstudie haben 81,3 Prozent der zwölfjährigen Kinder in Deutschland sogenannte „kariesfreie Gebisse“. Die durchschnittliche Karieserfahrung beträgt in dieser Altersgruppe nur noch 0,5 DMFT [9]. Dies bedeutet zugleich, dass Karies hochgradig polarisiert auftritt und die anderen circa 20 Prozent dieser zwölfjährigen Kinder im Schnitt zwei bis drei Zähne mit Karieserfahrung aufweisen. Im Milchgebiss ist die Karieserfahrung insgesamt deutlich höher und schneller progredient: Bereits 10 bis 15 Prozent der Dreijährigen haben Karieserfahrung auf Defektniveau und sogar knapp die Hälfte aller Kinder in Deutschland erkrankt bis zur Einschulung an Milchzahnkaries [24]. Zudem ist ein Großteil dieser kariösen Milchzähne insbesondere bei den Kindergartenkindern gar nicht restaurativ versorgt [24].

Bei den Erwachsenen und Senioren in Deutschland hat sich die Zahngesundheit ebenfalls deutlich verbessert. So ist beispielsweise bei den 35- bis 44-Jährigen die Karieserfahrung in den letzten 20 Jahren um circa 30 Prozent auf im Schnitt nun 11,2 DMFT gesunken. Bei den 65- bis 74-Jährigen sank im selben Zeitraum die Karieserfahrung um etwa sechs Zähne auf nun 17,7 DMFT. Bei den jüngeren Erwach-

senen ist dabei insbesondere der Anteil der gefüllten Zähne zurückgegangen und bei den Senioren der Anteil der fehlenden beziehungsweise extrahierten Zähne.

Dennoch zeigen die Zahlen, dass Karies weiterhin eine epidemiologisch bedeutsame Erkrankung bleibt.

Kariesrisikoeinschätzung

Das Kariesrisiko bei Kindern kann primär auf Patientenebene anhand der Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e.V. [4], die auf der bisherigen Karieserfahrung (dmft/DMFT) beruhen, erfolgen (Tab. 1). Dies ist abrechnungstechnisch relevant; dabei wird jedoch nicht berücksichtigt, dass bei einem Patienten die gegenwärtige Kariesaktivität auch je nach Zahn und Zahnfläche variieren kann. Somit sollten der Präventions- und Therapieplan individuell angepasst werden. Es ist bekannt, dass Kinder mit erhöhter Karieserfahrung im Milchgebiss, aber auch, wenn Sie aus bildungsferneren Familien stammen, ein deutlich erhöhtes Risiko für Kariesentwicklung im bleibendem Gebiss tragen [22]. Somit stellen Karieserfahrung und Sozialstatus wichtige Kariesrisikofaktoren dar. Beim Kleinkind spielt primär die frühkindliche Karies eine Rolle, die initial meist durch kariöse Läsionen an den Oberkieferfrontzähnen gekennzeichnet ist (Abb. 1). Zudem unterliegen im permanenten Gebiss die Kauflächen der durchbrechenden ersten und zweiten Molaren insbesondere in der circa 1,5 Jahre dau-

ernden Durchbruchphase einem erhöhten Kariesrisiko. Ein besonderes Augenmerk sollte auch auf die Beurteilung der Mundhygiene wie dem Vorhandensein kariogener Plaque auf Kariesrisikoflächen (Abb. 2) und Kariesaktivität während fest-

Altersgruppe	Hohes Kariesrisiko
Bis 3 Jahre	dmf(t) > 0, nicht kariesfrei
Bis 4 Jahre	dmf(t) > 2
Bis 5 Jahre	dmf(t) > 4
6 bis 7 Jahre	dmf/DMF(t/T) > 5 oder D(T) > 0
8 bis 9 Jahre	dmf/DMF(t/T) > 7 oder D(T) > 2
10 bis 12 Jahre	DMF(S) an Approximal-/Glattflächen > 0
Der mittlere dmft-Wert gibt den Anteil kariöser (d), fehlender (m) und gefüllter (f) Milchzähne (t), also die Karieserfahrung einer untersuchten Gruppe an. Für das bleibende Gebiss wird analog der DMFT erfasst. Initialkaries (vgl. ICDAS) wird mit dem dmft/DMFT-Index gar nicht erfasst.	

Tab. 1: Kariesrisikoeinschätzung anhand der Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e.V. [4]



Abb. 3 Aktive kariöse (Initial)Läsionen an allen hier abgebildeten Zähnen bei einem Patienten in KFO-Therapie nach Entfernung der festsitzenden Multiband-Apparatur. Zudem ist eine deutliche Gingivitis sichtbar.

sitzender kieferorthopädischer Maßnahmen gelegt werden, um frühzeitig präventiv einzugreifen und klinische Bilder mit kariösen Läsionen an fast allen Zähnen möglichst zu vermeiden (Abb. 3).

Bei Erwachsenen bietet sich zur Risikoeinschätzung neben dem Sozialstatus/ Bildungsstand ebenfalls die Karieserfahrung als Marker an. So lässt sich bei einem 35- bis 44-Jährigen mit >11,2 DMFT beziehungsweise bei einem 65- bis 74-Jährigen mit >17,7 DMFT von einem überdurchschnittlichen Kariesrisiko sprechen [9].

Kariesdiagnostik

Aus der Kariesepidemiologie ist bekannt, dass Karies in den verschiedenen Altersgruppen verschiedene Befallsmuster aufweist und meist mit dem Bildungsstand korrelierend stark polarisiert auftritt

[9,24]. Diese Muster zu kennen und zu berücksichtigen, ist für eine fokussierte Diagnostik hilfreich (Tab. 2).

Neben der gängigen visuell-taktilen Inspektion und der röntgenologischen Untersuchung sind zur Kariesdiagnostik noch weitere Optionen wie die faseroptische Transillumination (FOTI), die lasergestützte Kariesdiagnostik und andere Kariesdetektoren verfügbar, die im folgenden Abschnitt dargestellt werden.

Klinische Untersuchung

Erstaunlicherweise sind nicht nur in der Therapie von Karies Fortschritte zu verzeichnen, sondern auch in der Kariesklassifikation und -diagnostik. Dies sollte vergleichbar mit der neuen Klassifikation parodontaler Erkrankungen – einen elementaren Baustein für jeden praktisch tätigen Zahnarzt darstellen, denn eine regelmäßige, visuell-taktile Untersuchung des Mundes und der Zähne gehören zum Standardrepertoire eines jeden Zahnarztes (Bema-Nr. 01 oder GOZ-Nr. 0010). Aktive Initialkaries kann klinisch jedoch erst nach Entfernen der dentalen Plaque und Trocknung der Zähne unter Anwendung einer sehr guten Lichtquelle befundet werden. Wichtig ist, dass bei der Untersuchung von Initialläsionen keine Kraft mit einer spitzen Sonde aufgebracht wird, da so die intakte Oberfläche zerstört werden kann und damit die Chance auf eine defektfreie Remineralisation ge-

nommen wird. Eine neuere Klassifikation nach dem International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) bietet eine sehr genaue Diagnosestellung der verschiedenen kariösen Stadien von 0 (gesund) bis 6 (tief kariös; Tab. 3). Nach dem klinischen Kariesbewertungssystem ICDAS wird vorhandene Karies qualitativ und nicht mehr nur nach dem wohl vielerorts üblichen „Ja-Nein-Prinzip“ diagnostiziert. Die Einteilung hilft auch dabei, das Fortschreiten der Läsionen und den kariösen Prozess insgesamt besser zu verstehen. Der Aktivitätsgrad der Läsion („+“ für aktiv; „-“ für inaktiv) kann dabei einfach ergänzt werden (siehe nächster Abschnitt).

Im Praxisalltag sollte es jedoch in der Regel reichen, bei der Befundung von kariösen Läsionen zwischen Initialläsionen, moderaten Läsionen und kavierten Defekten sowie zusätzlich deren Aktivitätsgrad zu unterscheiden, was eine recht präzise Therapieentscheidung ermöglicht [8,19,20]. Daher wurde mittlerweile durch ein großes internationales Expertenteam das „International Caries Classification and Management System“ (ICCMS) entwickelt. Es verwendet eine einfache Form des ICDAS-Kariesklassifikationsmodells. Dabei werden bei der Untersuchung jeweils zwei Stadien der Karies zusammengefasst: ICDAS Codes 1 und 2 (early stage decay), 3 und 4 (moderate decay), sowie 5 und 6 (established decay). Zudem wird neben dem Kariesrisiko auf Patientenebene die Läsionsakti-

Altersgruppe	Hauptlokalisation von kariösen Läsionen	Klinisches Bild
Kleinkind (1–3 Jahre)	Glattflächen der OK-Frontzähne (ECC)	Abb. 1 und Abb. 6
Kindergartenkind (3+ Jahre)	Approximallflächen der Milchmolaren	Vgl. auch Abb. ICDAS 5 in Tab. 3 und Röntgenbild Abb. 8b
Grundschulkind (6–8 Jahre)	Okklusallfläche durchbrechender 1. Molar	Abb. 2
Kinder im Mittelstufenalter (11–14 Jahre)	Okklusallfläche durchbrechender 2. Molar	
Jugendliche und junge Erwachsene	Approximallflächen der permanenten Zähne und bei festsitzender KFO auf freien Glattflächen	Vgl. auch Abb. 3 und Abb. ICDAS 5 in Tab. 3, Röntgenbild Abb. 8a
Erwachsene	Approximalkaries und „Sekundärkaries“	Vgl. auch Abb. 7 und Abb. ICDAS 4 Tab. 3, Röntgenbild Abb. 8a
Senioren	Wurzelkaries und „Sekundärkaries“	

Tab. 2 Altersspezifische Hauptlokalisation von kariösen Läsionen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen

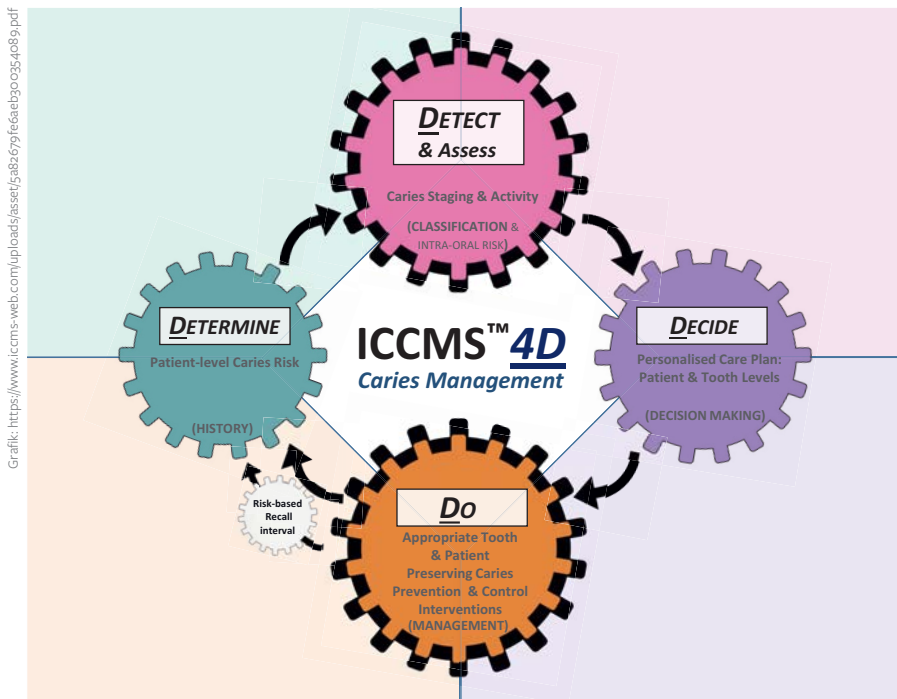


Abb. 4: Übersicht zu wesentlichen Aspekten des Kariesmanagementprozesses („Determine“, „Detect“, „Decide“, „Do“) im Rahmen des „International Caries Classification and Management System“ (ICCMS)

vität bewertet, um einen angemessenen, personalisierten, präventiv basierten, risikoadjustierten und zahnerhaltenden Kariesmanagementplan abzuleiten und anschließend auch durchzuführen [8]. Details dazu finden sich hauptsächlich auf Englisch, aber auch „E-Learning“-Module auf Deutsch sind auf der Internetseite www.iccms-web.com verfügbar (kostenfreier Login erforderlich). Zudem kann eine gute grafische Übersicht zu wesentlichen Aspekten des Kariesmanagementprozesses im Rahmen des ICCMS kostenfrei eingesehen werden (Abb. 4). So wie in diesem Schema dargestellt, kommt zuerst die Kariesrisikoeinschätzung (determine), danach die Kariesuntersuchung (detect and assess), um basierend auf der daraus folgenden Diagnose eine (minimalinvasive) Therapieempfehlung (decide) zu geben und diese dann durchzuführen (do).

ICDAS-Code	Kurzerklärung	Klinisches Erscheinungsbild
0	Gesund	
1	Erste klinische Veränderungen im Schmelz (aktive kariöse Läsion nach Plaqueentfernung nur bei Lufttrocknung sichtbar)	
2	Deutliche klinische Veränderungen im Schmelz (deutliche Initialkaries bereits ohne Lufttrocknung sichtbar)	
3	Kariöse Läsion mit lokalisierten Schmelzeinbrüchen (Mikrokavitationen)	
4	Unterminierender Dentinschatten (siehe Pfeil) (diese Läsionen sind meistens aktiv)	
5	Eindeutige Kavität mit klinisch erkennbarem bzw. sondierbarem Dentin	
6	Große Kavität mit klinisch erkennbarem Dentin, meist pulpenah, also caries profunda (a: +/aktiv, b: -/inaktiv)	

Tab. 3 Neuere präzisere Klassifikation von kariösen Läsionen nach dem International Caries Detection and Assessment System (ICDAS)

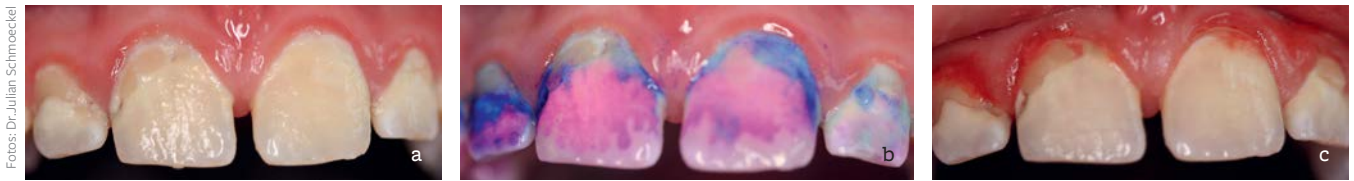


Abb. 5: Frontale Ansicht der Schneidezähne im Oberkiefer: Plaquebedeckung vor (a) und nach dem Anfärben (b) sowie nach der Reinigung (c). Die aktiven kariösen Läsionen sind erst auf gereinigten Zahnflächen zu diagnostizieren, und die Gingivitis wird durch die auftretende Blutung bei der Reinigung auch für den Patienten deutlicher.

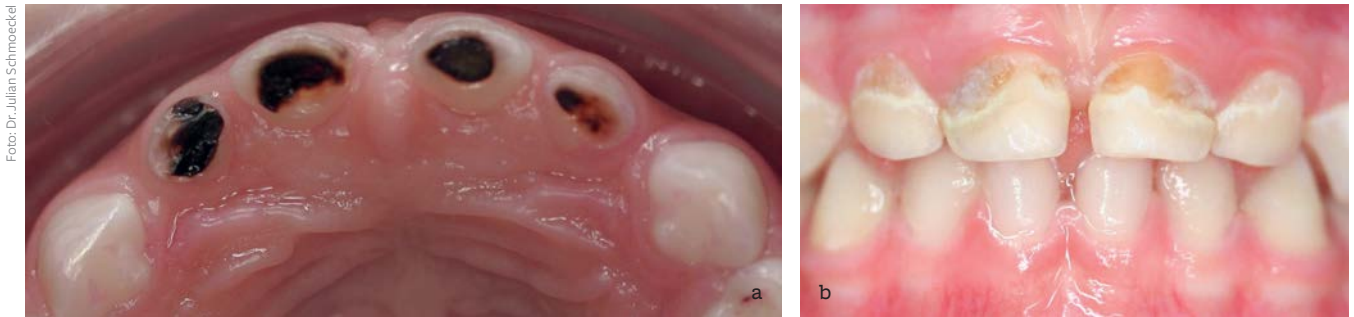


Abb. 6 Inaktive und aktive Dentinkaries in der Gegenüberstellung am Beispiel der ECC: Inaktive kariöse Dentinläsionen (a) in der Oberkiefer-Front: Die Läsionen sind sondenhart, eher glatt und dunkelbraun bis schwarz. Deutliche aktive kariöse Dentinläsionen an den oberen Schneidezähnen (b): Die Läsionen sind von Plaque bedeckt, das Dentin erweicht, die Farbe und Beschaffenheit ist eher hellbräunlich und die Schmelzbereiche um die Dentinläsion herum sind kreidig weiß.

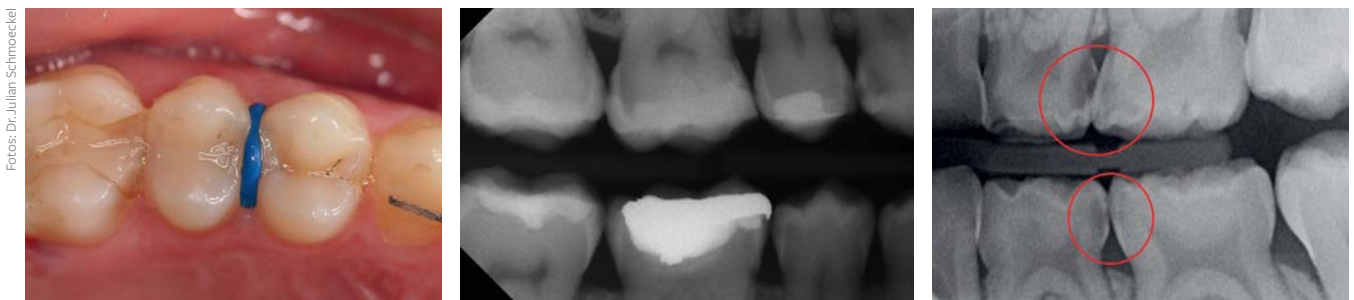


Abb. 7 Die Zahnseparation mit einem orthodontischen Separiergummi ermöglicht eine direkte klinische Untersuchung der Approximallflächen nach dessen Entfernung.

Abb. 8a Der Befund in der Bissflügelaufnahme eines jungen Erwachsenen mit multiplen (approximalen) Füllungen bestätigt den klinischen Verdacht auf Approximalkaries. Dies ist die röntgenologische Untersuchung zu den in Abb. 7 dargestellten Zähnen im ersten Quadranten. Im Gegensatz zum klinischen Bild (siehe Abb. 7) ist röntgenologisch eindeutig beispielsweise an Zahn 14 distal eine Dentinkaries zu befunden.

Abb. 8b Bissflügelaufnahme: Approximalkaries an Milchmolaren (rot umrandet) kann oftmals erst in einem Röntgenbild identifiziert werden. Auch das Risiko einer möglichen Beteiligung der Pulpa kann deutlich besser abgeschätzt werden.

Kariesaktivität

Der Aktivitätsgrad (+/-; also aktiv/inaktiv) einer Initialläsion (**Tab. 4**) kann nur auf sauberen und getrockneten Zähnen ermittelt werden (**Abb. 5**). In jedem Stadium von der initialen Schmelzläsion bis zur tiefen Dentinkaries ist eine Inaktivierung möglich (**Abb. 6**) [20]. Dies geschieht durch die Störung des dentalen Biofilms (z.B. durch Zähneputzen) sowie durch Beeinflussung der De- und Remi-

neralisationsprozesse (z.B. mit Fluoriden). **Tabelle 5** gibt einen Überblick über gängige und neue diagnostische Methoden.

Direkte klinische Untersuchung bei Approximalkaries

Klinisch stellt sich die Diagnostik im Approximalbereich insbesondere von Läsionen in den Stadien ICDAS₁ bis 4 als sehr schwierig dar. Durch die Zahnseparation

mit einem KFO-Separiergummi (**Abb. 7**) und nach dessen Entfernung etwa ein bis drei Tage später ist klinisch jedoch eine direkte visuell-taktile Untersuchung der Approximallfläche möglich. Nachteilig ist jedoch die Notwendigkeit eines zweiten Termins. Mitunter kann dies durch geübte Untersucher umgangen werden, denn nach etwa einer Stunde Wartezeit nach Applikation ist eine sehr kurze direkte Untersuchung direkt nach Entfernung des Gummis möglich.

Eigenschaften	aktive Glattflächenläsion	inaktive Glattflächenläsion
Farbe	Kreidig weiß	Weißlich, gelblich, bräunlich
Oberfläche nach Trocknung	Matt	Glänzend
Lage	Direkt am Gingivarand	Oft minimal (1–2 mm) über Gingiva
Belag	Meist mit Plaque	Oft ohne Plaque
Gingiva	Meist Gingivitis mit Blutungsneigung	Gesunde Gingiva ohne Blutungsneigung

Tab. 4 Unterscheidung von aktiver und inaktiver Initialkaries an Glattflächen

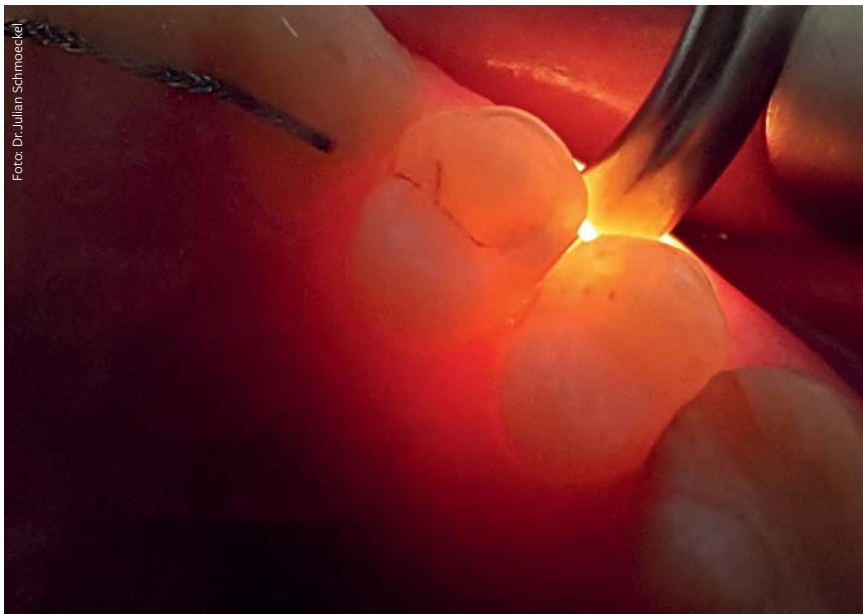


Abb. 9 Approximalkariesdiagnostik mit FOTI: Eine Opazität („Schatten“) ist distal an Zahn 24 zu erkennen.

Röntgendiagnostik

Bei einem Verdacht auf oder bei bereits bestehender Approximalkaries ist stets eine röntgenologische Untersuchung in Betracht zu ziehen, da eine Approximalkaries selten isoliert auftritt (**Abb. 8a**). Besonders im Milchgebiss sollte aufgrund der vergleichsweise dünnen Schmelz-Dentin-Schicht die Nähe vom Defekt zur Pulpa abgeklärt werden (**Abb. 8b**). Für diesen Zweck bietet sich die Bissflügelaufnahme an [1], die approximal als Goldstandard in der Kariesdiagnostik gilt. Zudem ist hier die Tiefe der Läsion (Nähe zur Pulpa) gut abschätzbar.

Bei der Indikationsstellung für ein Röntgenbild ist immer die zwar geringe, aber dennoch vorhandene Strahlenbelastung zu berücksichtigen [15].

Faseroptische Transillumination (FOTI)

Die Kaltlichtsonde bietet sich insbesondere für die erste Untersuchung „scheinbar gesunder“ Approximalfächen an [7], vor allem dann, wenn bereits an einem anderem Zahn eine proximale Läsion oder Füllung detektiert wurde. Mit faseroptischer Transillumination (Kaltlicht) ist eine Dentinläsion anhand einer Opazität zu erkennen, denn die Lichtbrechung der Karies ist aufgrund vergrößerter Poren in der kariösen Zahnhartsubstanz im Vergleich zur gesunden Zahnhartsubstanz verändert und erscheint daher als „Schatten“ (**Abb. 9**). FOTI hat jedoch eher eine geringe Sensitivität speziell bei Schmelzläsionen und stellt eine qualitative Diagnosemethode dar (es sind also keine quantitativen Ergebnisse ermittelbar).

Die großen Vorteile im Gegensatz zur Röntgendiagnostik liegen darin, dass keine Strahlenbelastung entsteht und die Geräte vergleichsweise günstig sind. Zudem ist die Anwendung einfach, so dass eine Untersuchung mit FOTI auch routinemäßig erfolgen kann beziehungsweise sollte.

Auch bei der Diagnostik in der dentalen Traumatologie kann eine Untersuchung mit FOTI hilfreich sein. So können beispielsweise Infrakturen, die ansonsten klinisch womöglich übersehen würden (**Abb. 10a**), als „Zufallsbefund“ (**Abb. 10b**) in Erscheinung treten.

Neuere Kariesdiagnostikssysteme

Seit einigen Jahren sind weitere neue technikbasierte Kariesdiagnostikssysteme wie DIFOTI und QLF auf dem Markt erhältlich, mit der Zielstellung objektivierbare Ergebnisse in der Kariesdiagnose zu liefern. Die neuen Systeme bieten interessante/innovative Ansätze sind jedoch derzeit eher für wissenschaftliche Zwecke geeignet, da oft ein erhöhter Zeitbedarf zur Kariesdiagnose nötig ist und die Geräte vergleichsweise kostenintensiv sind.

Intensitätsbasiertes Verfahren

Bei DIFOTI (Digital Imaging Fiber Optic Transillumination/Diagnocam) kann zum Beispiel zusätzlich zur FOTI der Befund durch eine eingebaute Digitalkamera aufgezeichnet werden. Bei der Anwendung einer Diagnocam (KaVo Dental GmbH, Biberach, **Abb. 11a**) werden die lichteoptischen Eigenschaften des Zahns genutzt (**Abb. 11b**). Dadurch können für den Approximalraum Befunde detektiert werden, die mit röntgenologischen Untersuchungen vergleichbar sein sollen, da dabei kariöse Läsionen bereits in frühen Stadien darstellbar sind. Vorteilhaft ist zudem, dass die Untersuchung als Bild gespeichert (**Abb. 11c**) werden kann, um die Entwicklung der Läsionen im Laufe der Zeit vergleichen zu können. Im Milchgebiss sollen die Ergebnisse jedoch nicht so valide sein wie für das bleibende Gebiss.

Methode	Vorteile	Nachteile
Visuell-taktile Untersuchung	– Routine – Kostengünstig – Einfach durchführbar – Kosten von der Krankenkasse getragen	– Frühe Approximalraumdiagnostik schwierig – Saubere Zahnflächen notwendig
Applikation eines orthodontischen Separiergummis	– Kostengünstig – Einfach durchführbar (siehe Abb. 7) – Als Ergänzung zur konventionellen visuell-taktilen Untersuchung im Approximalbereich	– I.d.R. ist ein zweiter Termin für die Diagnosestellung nötig
Röntgen	– Routine – Goldstandard vor allem bei Approximalkaries – Tiefe der kariösen Läsion, bzw. die Nähe zur Pulpa abschätzbar (siehe Abb. 8) – Kosten von der Krankenkasse getragen – Je nach Röntgenbild weitere wichtige Nebenfunde wie Zahnanlage, Aufhellungen, etc. möglich	– Strahlenbelastung – Fachkunde im Strahlenschutz notwendig – Aufwand für die Verwaltung (Konstanzprüfungen, Aktualisierungskurse, etc.)
FOTI	– Einfache Anwendung (für Routineuntersuchung nutzbar) – Relativ preiswertes Gerät – Keine Strahlenbelastung (siehe Abb. 9) – Nicht nur für die Kariesdiagnostik sondern auch zum Erkennen von Infrakturen hilfreich (siehe Abb. 10)	– Geringe Sensitivität speziell bei Schmelzläsionen – Qualitative Diagnosemethode (keine quantitativen Ergebnisse ermittelbar)
DIFOTI	– Wie bei FOTI (s.o.) – Zusätzlich Bildspeicherung möglich (siehe Abb. 11), so dass eine objektive Kontrolle im zeitlichen Verlauf möglich ist (Kariesprogression)	– Wie bei FOTI (s.o.) – Kostenintensiveres Gerät
Laserfluoreszenz mit z. B. DIAGNOdent	– Keine Strahlenbelastung – Quantitative Diagnosemethode – Longitudinale Beobachtung einer kariösen Läsion (Kariesprogression) – Relativ einfache Anwendung	– Kostenintensives Gerät – Niedrige Validität im Vergleich zu visuell-taktilen Methoden
Quantitative lichtinduzierte Fluoreszenz (QLF)	– Objektive Methode zur Kariesdiagnostik – Longitudinale Beobachtung einer kariösen Läsion (Kariesprogression) – Keine Strahlenbelastung	– Erhöhte Zeitbedarf zur Kariesdiagnose – Kostenintensives Gerät – Zur Zeit eher für wissenschaftliche Untersuchungen geeignet
Biolumineszenz z.B. Calcivis	– Objektivere Darstellung der Aktivität der Läsion möglich – Longitudinale Beobachtung einer kariösen Läsion (Kariesprogression)	– Kostenintensives Gerät

Tab.5 Vor- und Nachteile verschiedener gängiger und neuer Methoden der Kariesdiagnostik

Fluoreszenzverfahren

Die Kariesdiagnostik kann auch mit Geräten zur Messung der Fluoreszenz farbiger organischer Abbauprodukte von Bakterien, welche in kariösen Läsionen vorkommen [11], unterstützt werden. Das Gerät misst darüber hinaus auch Schwankungen der Fluoreszenz in Abhängigkeit der Läsionsaktivität, wobei höhere Fluoreszenzmesswerte auf aktive Läsionen und niedrigere Fluoreszenzmesswerte

auf inaktive Läsionen hinweisen [2]. Die Messung sollte stets nach gründlicher Plaqueentfernung erfolgen [17].

Neben der Laserfluoreszenz kann auch die quantitative lichtinduzierte Fluoreszenz (QLF – Inspektor Research Systems BV/Amsterdam, Niederlande) eingesetzt werden, die in einem Bild Informationen über die Läsionsfläche und -tiefe sowie die Bakterienaktivität liefern. Bei Beleuchtung des Zahns mit blauem Licht

fluoresziert die gesunde Zahnoberfläche gelb-grün, Demineralisationen erscheinen grau und die Bakterienaktivität rot [16].

Biolumineszenzverfahren

Ein weiteres neuartiges Produkt mit dem Namen Calcivis (Caries Activity and Demineralisation Imaging System) nutzt ein spezifisches Fotoprotein, das blaues Licht proportional zum freien Kalzium abgibt, welches dann über die integrierte



Abb. 10 Das Ausmaß der Schmelzinzfraktur an Zahn 11 (a) wird erst durch die klinische Untersuchung der Oberkieferfrontzähne mithilfe einer Kaltlichtsonde deutlich (b).

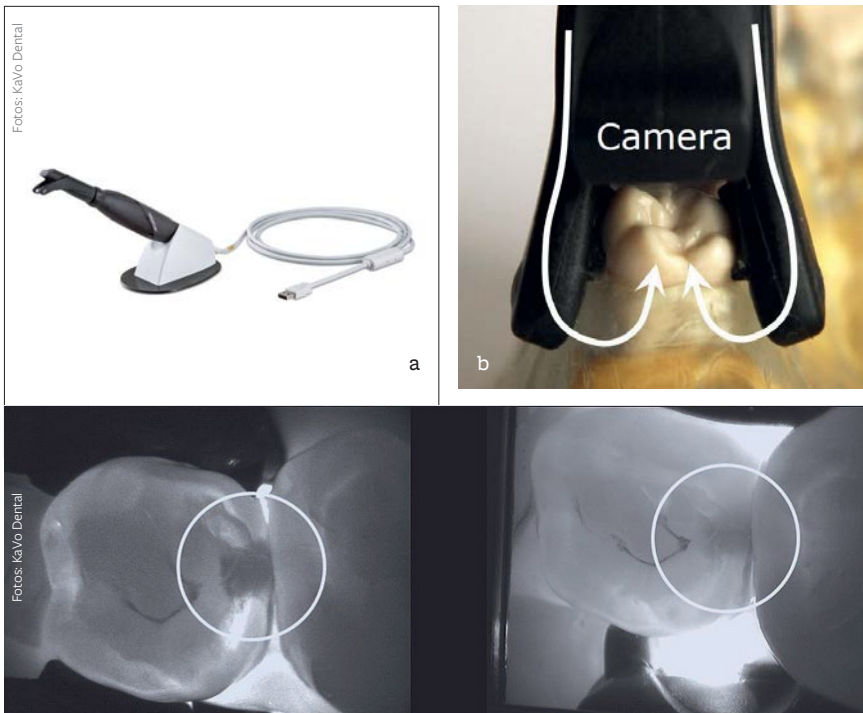


Abb. 11

(a) DIAGNOcam (KaVo Dental GmbH, Biberach)
 (b) Mit der DIAGNOcam werden die lichtoptischen Eigenschaften des Zahns genutzt.
 (c) Approximalkaries kann mit der DIAGNOcam in frühen Stadien dargestellt und die Untersuchung als Bild gespeichert werden um z.B. die Entwicklung der Läsionen im Laufe der Zeit vergleichen zu können. Hier ist die gleiche kariöse Läsion bei verschiedenen Wellenlängen (780 vs. 670 nm) in einer vergleichenden Untersuchung dargestellt.

- Der kariöse Prozess kann in jedem Stadium, egal ob bei einer initialen Läsion (ICDAS 1 oder 2) oder bereits manifester, sonderbarer Dentinkaries (ICDAS 5 und 6), inaktiviert werden.
- Die Durchführung der „4 Ds“ („Determine“, „Detect“, „Decide“, „Do“) sind ein guter Leitfaden, wobei für den Praktiker eine Einteilung von kariösen Läsionen nach dem ICCMS in drei Grade: early stage decay (ICDAS 1 und 2), moderate decay (ICDAS 3 und 4) sowie established decay (ICDAS 5 und 6) ausreicht, sofern sie um den Aktivitätsgrad (+/-) der Läsionen ergänzt wird.
- Die Kenntnis über die alterstypischen Lokalisationen spielt für die Kariesdiagnostik eine wichtige Rolle, sodass bei (Verdacht auf) Approximalkaries neben einer routinemäßigen Untersuchung mit (DI)FOTI meist eine röntgenologische Untersuchung sehr hilfreich ist, aber auch eine direkte klinische Untersuchung nach Zahnseparation mittels orthodontischer Gummis in Betracht gezogen werden sollte.

Kamera für den Untersucher visualisiert wird [3], das heißt, eine integrierte Kamera visualisiert die Menge an freien Kalziumionen auf der Läsion, welche bei aktiven kariösen Läsionen vorliegen, als Lichtsignal und „beurteilt“ somit die Aktivität der Kariesläsion [13]. Die Übereinstimmung mit der klinischen Einschätzung sei jedoch auch hier bei bleibenden Zähnen besser als bei Milchzähnen [12]. Nähere Informationen zur Funktionsweise dieses Produkts in der Kariesdiagnostik sind auf der Internetseite <https://calcivis.com> zu finden.

Fazit

- Die Erkrankung „Karies“ bezeichnet im eigentlichen Sinne nicht das „Loch im Zahn“, sondern einen Prozess mit chronischem Ungleichgewicht von De- und Remineralisation, bei der die kariöse Kavität eine Folge, also ein spätes Symptom, der Karies darstellt.
- Entkalkungen des kristallinen Zahnschmelzes werden durch Säuren verursacht, die aus Zucker im bakteriellen Zahnbelag gebildet werden.

Korrespondenzadresse
 OA Dr. Julian Schmoeckel
 Abteilung für Präventive Zahnmedizin &
 Kinderzahnheilkunde
 Walther-Rathenau-Straße 42
 17475 Greifswald
 Telefon: 03834 867136
julian.schmoeckel@uni-greifswald.de

Literatur bei den Verfassern

Thermoviskoses Bulk-Fill-Komposit

Klinische Falldarstellungen mit unterschiedlichen Heizgeräten

Ein Beitrag von Prof. Dr. Manhart, München

Bulk-Fill-Komposite mit gesteigerten Durchhärtungstiefen haben sich mittlerweile bei vielen Behandlern als Alternative zur klassischen Inkrementtechnik für die Restauration von Defekten im Seitenzahnbereich durchgesetzt. Sie erlauben die Applikation einer Füllung in weniger Schichten und vereinfachen dadurch das klinische Prozedere. Eine neue Entwicklung in dieser Materialklasse stellt ein Komposit mit thermisch gesteuertem Viskositätsverhalten dar. Das Material kann – neben der Erwärmung in einem Kompositofen – auch in einem innovativen heizbaren Kapseldispenser auf die vorgesehene Temperatur gebracht und damit direkt in die Kavität eingebracht werden.

Direkte Kompositrestaurationen haben sich zu einem unverzichtbaren integralen Bestandteil im Therapiespektrum der modernen konservierend-restaurativen Zahnheilkunde entwickelt [1]. Sie werden unter anderem wegen des breiten Anwendungsspektrums, der Schonung der Zahnhartsubstanz durch eine defektorientierte Kavitätengestaltung, der adhäsiven Stabilisierung geschwächter Zahnstrukturen sowie des im Vergleich zu indirekten Restaurationsalternativen (Inlays, Teilkronen, Kronen) preiswerteren und zeitsparenderen Verfahrens eingesetzt [2–4]. Kompositrestaurationen sind außerdem bei Bedarf auch einfach in der Mundhöhle zu reparieren [5–7]. **Abbildung 1** stellt eine Übersicht der unterschiedlichen Möglichkeiten der Klassifizierung von in der restaurativen Zahnheilkunde gebräuchlichen Kompositwerkstoffen dar.

Ein Trend in der Kompositentwicklung der letzten Jahre besteht darin, die Anwendung der Komposite im Seitenzahnbereich zu vereinfachen und gleichzeitig sicherer zu machen [8–16]. Üblicherweise werden lichthärtende Komposite aufgrund ihrer Polymerisationseigenschaften und der limitierten Durchhärtungstiefe in einer Schichttechnik mit Einzelinkrementen von maximal 2 mm Dicke verarbeitet. Die einzelnen Inkremente werden jeweils separat mit Belichtungszeiten von 10 bis 40 s polymerisiert, je nach Lichtintensität der Lampe, der Farbe beziehungsweise dem Transluzenzgrad der entsprechenden Kompositpaste und der Art und Konzentration des in der Kompositpaste enthaltenen Fotoinitiators [17]. Dickere Inkrementeschichten führten mit den bis vor Kurzem verfügbaren Materialien zu einer ungenügenden Polymerisation des Kompositwerkstoffs und somit zu schlechteren mechanischen und biologischen Eigenschaften [18–20]. Mit der inkrementellen Schichttechnik lässt sich zudem durch eine günstige Ausformung der Einzelinkremente in der Kavität ein niedrigerer C-Faktor (Configuration factor = Verhältnis der gebondeten zu freien Kompositoberflächen) realisieren. Somit können durch möglichst viel freischrumpfende Kompositoberflächen auch der materialimmanente polymeri-

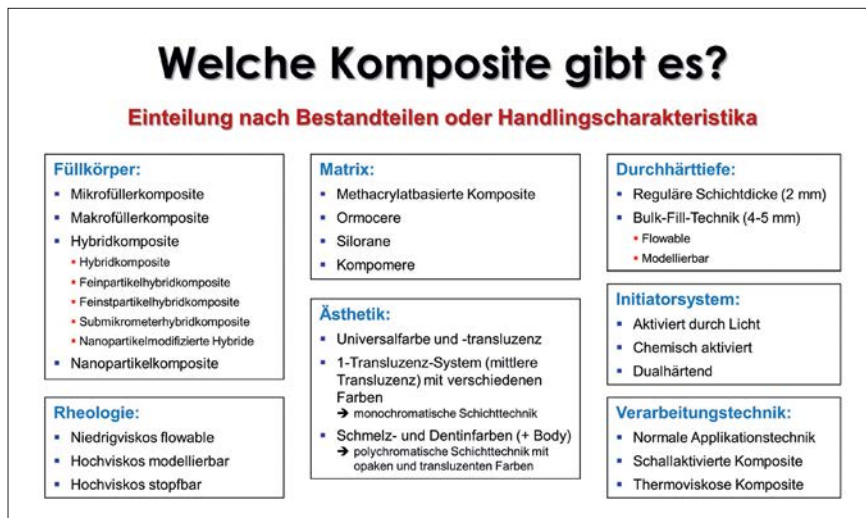


Abb. 1 Unterschiedliche Möglichkeiten der Klassifizierung von in der restaurativen Zahnheilkunde gebräuchlichen Kompositwerkstoffen

sationsbedingte Schrumpfstress und dessen negative Auswirkungen auf die Restauration – wie Ablösung des Komposits von den Kavitätenwänden, Randspaltbildung, Randverfärbungen, Sekundärkaries, Schmelzfrakturen, Höckerdeflexionen, Rissbildung in den Zahnhöckern und Hypersensibilitäten – minimiert werden [18,21].

Bulk-Fill-Komposite

Vor allem bei großvolumigen Seitenzahnkavitäten kann das Einbringen des Komposits in 2 mm dicken Schichten ein sehr zeitintensives und techniksensitives Vorgehen sein [22]. Deshalb besteht bei vielen Zahnärzten der Wunsch nach einer Alternative zu dieser komplexen Mehrschichttechnik, um Composite zeitsparender und somit wirtschaftlicher und gleichzeitig mit größerer Anwendungssicherheit verarbeiten zu können [11,14,23,24]. Hierfür wurden in den letzten Jahren die Bulk-Fill-Komposite entwickelt, die bei entsprechend hoher Lichtintensität der Polymerisationslampe in einer vereinfachten Applikationstechnik in Schichten von 4 bis 5 mm Dicke mit kurzen Inkrementhärtungszeiten von 10 bis 20 s schneller in der Kavität platziert werden können [11,17,25–28].

Die ersten beiden Bulk-Fill-Komposite (QuiXfil, Dentsply; x-tra fil, Voco)

wurden in hochviskoser, modellierbarer Konsistenz angeboten. Sie sind mittlerweile bereits seit mehr als 15 Jahren auf dem Markt verfügbar (Markteinführung QuiXfil im Jahr 2003), ihnen blieb aber trotz der optimierten Durchhärnungstiefe der große Markterfolg zuerst versagt [18]. Erst mit der Einführung des ersten fließfähigen Bulk-Fill-Komposits (SDR, Dentsply) im Jahr 2009, das über eine hervorragende Benetzungsfähigkeit ein gutes Anfließverhalten des Materials an die Wände und Innenwinkel der Kavitäten garantiert, stieg die Nachfrage nach den Bulk-Fill-Kompositen insgesamt rasant an. Hierdurch wurde der Markt für die Einführung weiterer Konkurrenzprodukte, sowohl in hochviskoser als auch in fließfähiger Konsistenz, vorbereitet.

Die Bulk-Fill-Komposite werden üblicherweise in zwei Varianten angeboten, die eine unterschiedliche Anwendungstechnik erfordern:

1. Niedrigviskose, fließfähige Bulk-Fill-Komposite, die gut an den Kavitätenboden und die Kavitätenwände anfließen und die Innenwinkel und -kanten der Präparationen optimal benetzen. Diese fließfähigen Bulk-Fill-Komposite müssen an der okklusalen Oberfläche von einer zusätzlichen Deckschicht (2 mm Dicke) aus einem seitenzahn-tauglichen, herkömmlichen Hybridkomposit geschützt werden [22,29,30],

da ihr reduzierter Füllkörperanteil und die vergleichsweise großen Füllkörper für einen geringen Polymerisationsstress optimiert sind. Dies resultiert allerdings – im Vergleich zu traditionellen Hybridkompositen – in schlechteren mechanischen und ästhetischen Eigenschaften, wie einem geringeren E-Modul, einer höheren Abrasionsanfälligkeit, einer größeren Oberflächenrauigkeit sowie einer schlechteren Polierbarkeit [17,31–35]. Darüber hinaus dient die Deckschicht zur Ausgestaltung einer funktionellen okklusalen Konturierung, die mit einer fließfähigen Konsistenz kaum oder nur sehr schwierig zu gestalten wäre.

2. Normal- bis hochviskose, standfeste, modellierbare Bulk-Fill-Komposite, die bis an die okklusale Oberfläche reichen können und keine schützende Deckschicht und somit kein zusätzliches Kompositmaterial benötigen.

Bulk-Fill-Komposite in beiden Viskositätsvarianten erlauben aufgrund optimierter Durchhärnungstiefen Schichtstärken von 4 bis 5 mm. Dies bedeutet, dass die hochviskosen Vertreter in einer Kavitätentiefe, die maximal der Durchhärnungstiefe des Materials entspricht, in einer Einschichttechnik eingesetzt werden können. Liegen tiefere Defekte vor oder werden die fließfähigen Varianten eingesetzt, so erfordert dies immer ein zweiphasiges Vorgehen mit einer zusätzlichen Kompositschicht.

Thermoviskoses Bulk-Fill-Komposit

Ein neuer Ansatz wird durch ein thermoviskoses Bulk-Fill-Komposit verfolgt (VisCalor bulk, Voco). Hierbei handelt es sich um ein bei Raum- und Körpertemperatur hochviskoses Kompositmaterial, das durch Erwärmung in einem Kompositofen oder einem speziellen Dispenser mit Aufheizfunktion auf die Temperatur von 65 bis 68 °C in eine fließfähige Konsistenz überführt wird (Thermo-viscous-technology). Das Material fließt in der erwärm-



Abb. 2 Ausgangssituation: Alte insuffiziente Amalgamfüllung in Zahn 16 (Foto über Intraoralspiegel)



Abb. 3 Situation nach der Entfernung der alten Restauration



Abb. 4 Nach der Exkavation kariöser Zahnanteile wurde die Kavität finiert.

ten Phase optimal an die Kavitätenwände an, auch in engen und unter sich gehenden Bereichen, und erleichtert somit die Applikation des Füllungswerkstoffs in den Zahndefekt. Das erwärmte thermoviskose Komposit kühlt durch den Kontakt mit der Zahnhartsubstanz durch Wärmeleitung (Konduktion) sehr schnell auf Mundtemperatur ab und geht somit innerhalb weniger Sekunden wieder in den hochviskosen, modellierbaren Zustand über. Durch die hohe Wärmekapazität der Zähne, die relativ geringe Menge erwärmten Kompositmaterials und die Möglichkeit der schnellen zusätzlichen Wärmeableitung in die Mundhöhle besteht bei Anwendung dieser Technik keine Gefahr einer thermischen Pulpaschädigung der zu restaurierenden Zähne.

Das Material vereint somit die Fließfähigkeit eines „flowable“ Komposits während der Applikation mit der Modellierbarkeit eines stopfbaren Komposits. Da die gesamte Kavität mit demselben Material gefüllt werden kann, ergibt sich auch eine Zeitersparnis gegenüber kombinierten Systemen aus fließfähigen und modellierbaren Kompositmaterialien. Die Erwärmung des thermoviskosen Bulk-Fill-Komposits kann alternativ zur Verwendung eines „Caps Warmer“-Kompositofens – bei dem eine Vorwärmzeit von 20 min und eine Aufwärmzeit der Kapseln von 3 min mit nachfolgender limitierter Verarbeitungszeit der erwärmten Kapseln von 20 s berücksichtigt werden muss – auch direkt in einem innovativen heizbaren Kapseldispenser (VisCalor Dispenser, Voco), dessen Temperaturfunktion auf der Nah-Infrarot-Technologie

basiert, erfolgen. Dieser bietet gegenüber dem Kompositofen mehrere Vorteile: die Erwärmung von Dispenser und Kompositkapsel verläuft parallel und dauert insgesamt nur 30 s, der Dispenser wird neben der Erwärmung gleichzeitig auch als Applikationsgerät verwendet und steigert den Komfort, da somit ein Wechsel vom Aufheizgerät in eine extra Kompositpistole erspart bleibt, und desweiteren bietet der neuartige Dispenser eine verlängerte Verarbeitungs- beziehungsweise Warmhaltezeit der Kompositkapseln bis zu 2,5 min.

Klinische Fälle

Erwärmung des thermoviskosen Komposits in einem Vorwärmofen

Eine 59-jährige Patientin erschien zum Austausch der Amalgamfüllung in Zahn 16 (Abb. 2). Der Zahn reagierte auf den Kältetest ohne Verzögerung sensibel und zeigte auf den Perkussionstest ebenfalls keine Auffälligkeiten. Nach der Aufklärung über mögliche Behandlungsalternativen und deren Kosten entschied sich die Patientin für eine plastische Füllung mit einem thermoviskosen Bulk-Fill-Komposit (VisCalor bulk, Voco).

Zu Beginn der Behandlung wurde der betreffende Zahn mit fluoridfreier Prophylaxepaste und einem Gummikelch gründlich von externen Auflagerungen gesäubert. Anschließend wurde die passende Kompositfarbe am noch feuchten Zahn ermittelt. Das alte Füllungsmaterial wurde nach der Verabreichung von Lokalanästhesie vorsichtig aus dem Zahn entfernt (Abb. 3). Nach dem Exkavieren

von kariösen Zahnanteilen wurde die Präparation mit Feinkorndiamanten finiert (Abb. 4). Nachfolgend wurde das Behandlungsareal durch das Anlegen von Kofferdam isoliert (Abb. 5) und im Anschluss die Kavität mit einer Teilmatrize eingegrenzt (Abb. 6).

Für die adhäsive Vorbehandlung der Zahnhartsubstanzen wurde ein modernes Einflaschen-Universaladhäsiv ausgewählt, das mit allen gebräuchlichen Konditionierungstechniken und sämtlichen derzeit angewendeten Adhäsivstrategien kompatibel ist („Multi-mode“-Adhäsiv): der phosphorsäurefreien Self-Etch-Technik und beiden phosphorsäurebasierten Etch-and-Rinse-Konditionierungstechniken (selektive Schmelzätzung bzw. komplette Total-Etch-Vorbehandlung von Schmelz und Dentin mit Phosphorsäure). Auch bei diesen Universaladhäsiven resultiert die vorangehende Phosphorsäurekonditionierung des Zahnschmelzes (selektive Schmelzätzung) in einer besseren Haftvermittlung [36–38]. Im Gegensatz zu den klassischen Self-Etch-Adhäsiven verhalten sich die neuen Universaladhäsive unempfindlich gegenüber einer Phosphorsäureätzung des Dentins [39–43]. Die Möglichkeit, bei Verwendung dieser Universaladhäsive das Applikationsprotokoll in Abhängigkeit von intraoralen Notwendigkeiten ohne Wechsel des Haftvermittlers jederzeit kurzfristig variieren zu können, reduziert die Techniksensitivität und gibt dem Behandler die nötige Freiheit, auf unterschiedliche klinische Situationen (z.B. pulpanahes Dentin, Blutungsgefahr der angrenzenden Gingiva, etc.) flexibel reagieren zu können.



Abb. 5 Isolation des Behandlungsgebiets mit Kofferdam



Abb. 6 Abgrenzung des Zahndefekts mit einer Teilmatrize aus Metall

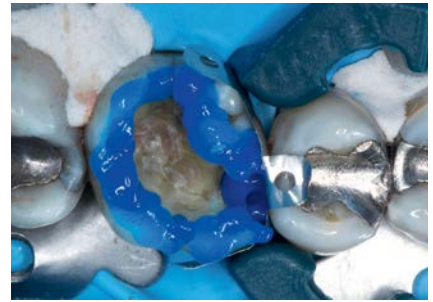


Abb. 7 Applikation von Phosphorsäuregel auf den Zahnschmelz



Abb. 8 Nach 15 s wird die Phosphorsäure zusätzlich auf das Dentin appliziert und wirkt dort für weitere 15 s ein.



Abb. 9 Vorsichtige Trocknung der Kavität nach dem Absprühen der Phosphorsäure



Abb. 10 Applikation des Haftvermittlers mit einem Minibürstchen auf Schmelz und Dentin



Abb. 11 Sorgfältiges Verblasen des Lösungsmittels aus dem Adhäsivsystem mit Druckluft



Abb. 12 Lichtpolymerisation des Haftvermittlers für 10 s



Abb. 13 Nach dem Auftragen des Adhäsivs zeigt die versiegelte Kavität in allen Bereichen eine glänzende Oberfläche.

Im vorliegenden Fall wurde die Total-Etch-Vorbehandlung von Schmelz und Dentin mit Phosphorsäure eingesetzt. Hierzu wurde Phosphorsäure zuerst zirkulär entlang der Schmelzränder aufgetragen und wirkte dort für 15 s ein (**Abb. 7**). Danach wurde zusätzlich das gesamte Dentin der Kavität mit Ätzelgel bedeckt (total etch) (**Abb. 8**). Nach weiteren 15 s Einwirkzeit wurden die Säure und die damit aus der Zahnhartsubstanz herausgelösten Bestandteile gründlich mit dem Druckluft-Wasser-Spray für 20 s abgesprüht und anschließend überschüssiges Wasser vorsichtig mit Druckluft aus der Kavität verblasen (**Abb. 9**). **Abbildung 10** zeigt die Applikation einer reichlichen

Menge des Universalhaftvermittlers auf Schmelz und Dentin mit einem Microbrush. Das Adhäsiv wurde für 20 s mit dem Applikator sorgfältig in die Zahnhartsubstanzen einmassiert. Nachfolgend wurde das Lösungsmittel mit trockener, ölfreier Druckluft vorsichtig verblasen (**Abb. 11**) und der Haftvermittler danach mit einer Polymerisationslampe für 10 s ausgehärtet (**Abb. 12**). Es resultierte eine glänzende und überall gleichmäßig von Adhäsiv benetzte Kavitätenoberfläche (**Abb. 13**). Dies sollte vor dem Einbringen des Restaurationsmaterials sorgfältig kontrolliert werden, da matt erscheinende Kavitätenareale ein Indiz dafür sind, dass nicht ausreichend Adhäsiv auf diese Stellen

aufgetragen wurde. Im schlimmsten Fall könnte sich dies in einer verminderten Haftung der Füllung an diesen Bereichen auswirken. Parallel dazu einhergehend wäre auch eine optimale Versiegelung betroffener Dentinareale gefährdet. Eine mangelhafte Versiegelung einzelner Dentinabschnitte kann bei vitalen Zähnen zu persistierenden postoperativen Hypersensibilitäten führen. Diese Komplikation, die oft den Austausch einer neu angefertigten Restauration bedingt, lässt sich aber in den meisten Fällen durch ein sorgfältiges Adhäsivprotokoll vermeiden. Werden daher bei der visuellen Kontrolle derartige, nicht von Adhäsiv abgedeckte, matt aussehende Areale entdeckt, so wird



Abb. 14 Das thermoviskose Komposit wird in einem Kompositofen (Caps Warmer) auf 68 °C erwärmt.



Abb. 15 Im ersten Schritt wird die Kavität bis circa zur Hälfte der Defekthöhe mit dem Restaurationsmaterial gefüllt.



Abb. 16 Durch die niedrigviskose Konsistenz im erwärmten Zustand ergibt sich ein hervorragendes Anfließverhalten an die Kavitätenwände.



Abb. 17 Polymerisation der ersten Schicht des Füllungsmaterials



Abb. 18 Mit dem zweiten Inkrement des thermoviskosen Bulk-Fill-Komposits wird das komplette Restvolumen der Kavität gefüllt.



Abb. 19 Polymerisation der zweiten Schicht des Füllungsmaterials



Abb. 20 Nach Entfernung der Metallmatrize wird die Restauration auf Imperfektionen kontrolliert.



Abb. 21 Zusätzliche Lichtpolymerisation des Füllungsmaterials für 10 s von palatinal-approximal



Abb. 22 Zusätzliche Lichtpolymerisation des Füllungsmaterials für 10 s von bukkal-approximal

dort korrigierend selektiv nochmals Haftvermittler aufgetragen, um die Adhäsivschicht zu optimieren.

Das thermoviskose Komposit wurde in einem Kompositofen auf 68 °C erwärmt (Abb. 14). Die Kavität wurde mit dem ersten Inkrement circa bis zur Hälfte der Defekthöhe aufgefüllt. Durch die niedrigviskose Konsistenz im erwärmten Zustand resultiert ein hervorragendes Anfließverhalten an die Kavitätenwände (Abb. 15 und 16). Die erste Kompositschicht wurde für 20 s mit einer Polymerisationslampe (Lichtintensität $\geq 1000 \text{ mW/cm}^2$) ausgehärtet (Abb. 17). Nachfolgend wurde mit dem nächsten Inkrement des thermo-

viskosen Komposits das restliche Kavitätensvolumen (maximale Schichtstärke 4 mm) komplett in der Bulk-Fill-Technik aufgefüllt (Abb. 18). Diese zweite Schicht wurde wiederum für 20 s mit Licht polymerisiert (Abb. 19). Nach Entfernung der Metallmatrize wurde die Restauration auf Imperfektionen kontrolliert (Abb. 20) und anschließend noch zusätzlich im Approximalraum für jeweils 10 s von mesio-palatinal (Abb. 21) und mesio-bukkal (Abb. 22) nachbelichtet.

Nach Abnahme des Kofferdams wurde die direkte Bulk-Fill-Kompositrestauration sorgfältig mit rotierenden Instrumenten (okklusal) und abrasiven Scheibchen

(approximal) ausgearbeitet, die statische und dynamische Okklusion adjustiert und abschließend hochglanzpoliert. **Abbildung 23** zeigt die fertige direkte Kompositrestauration, welche die ursprüngliche Zahnform mit anatomisch funktioneller Kaufläche, physiologisch gestaltetem Approximalkontakt und ästhetisch akzeptabler Erscheinung wiederherstellt. Zum Abschluss wurde mit einem Schaumstoffpellet Fluoridlack auf die Zähne appliziert.

Erwärmung des thermoviskosen Komposits in einem speziellen Dispenser

Ein 36-jähriger Patient erschien zum Austausch der insuffizienten Amalgamfüllung



Abb. 23 Endsituation: Fertig ausgearbeitete und hochglanzpolierte Bulk-Fill-Kompositrestauration. Die Funktion und Ästhetik des Zahns ist wiederhergestellt.



Abb. 24 Ausgangssituation: Alte insuffiziente Amalgamfüllung in Zahn 16 (Foto über Intraoralspiegel)



Abb. 25 Situation nach der Entfernung der alten Restauration



Abb. 26 Nach der Exkavation kariöser Zahnanteile wurde die Kavität finiert.



Abb. 27 Isolation des Behandlungsgebiets mit Kofferdam und Abgrenzung des Zahndefekts mit einer Teilmatrize aus Metall

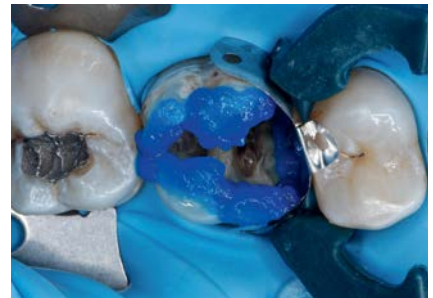


Abb. 28 Applikation von Phosphorsäuregel auf den Zahnschmelz



Abb. 29 Nach 15 s wird die Phosphorsäure zusätzlich auf das Dentin appliziert und wirkt dort für weitere 15 s ein.



Abb. 30 Absprühen der Phosphorsäure mit dem Druckluft-Wasser-Spray



Abb. 31 Applikation des Haftvermittlers mit einem Minibürstchen auf Schmelz und Dentin

in Zahn 16 (**Abb. 24**). Der Zahn reagierte auf den Kältetest ohne Verzögerung sensibel und zeigte auf den Perkussionstest ebenfalls keine Auffälligkeiten. Nach der Aufklärung über mögliche Behandlungsalternativen und deren Kosten entschied sich die Patientin für eine plastische Füllung mit einem thermoviskosen Bulk-Fill-Komposit (VisCalor bulk, Voco).

Zu Beginn der Behandlung wurde der betreffende Zahn mit fluoridfreier Prophylaxepaste und einem Gummikelch gründlich von externen Auflagerungen gesäubert. Anschließend wurde die passende Kompositfarbe am noch feuchten Zahn ermittelt. Das alte Füllungsmaterial

wurde nach der Verabreichung von Lokalanästhesie vorsichtig aus dem Zahn entfernt (**Abb. 25**). Nach dem Exkavieren von kariösen Zahnanteilen wurde die Präparation mit Feinkorndiamanten finiert (**Abb. 26**). Nachfolgend wurde das Behandlungsareal durch das Anlegen von Kofferdam isoliert und im Anschluss die Kavität mit einer Teilmatrize eingegrenzt (**Abb. 27**).

Für die adhäsive Vorbehandlung der Zahnhartsubstanzen wurde ein Universaladhäsiv ausgewählt. Es wurde die Total-Etch-Vorbehandlung von Schmelz und Dentin mit Phosphorsäure eingesetzt. Hierzu wurde Phosphorsäure zu-

erst zirkulär entlang der Schmelzränder aufgetragen und wirkte dort für 15 s ein (**Abb. 28**). Danach wurde zusätzlich das gesamte Dentin der Kavität mit Ätzel bedeckt (total etch) (**Abb. 29**). Nach weiteren 15 s Einwirkzeit wurden die Säure und die damit aus der Zahnhartsubstanz herausgelösten Bestandteile gründlich mit dem Druckluft-Wasser-Spray für 20 s abgesprüht und anschließend überschüssiges Wasser vorsichtig mit Druckluft aus der Kavität verblasen (**Abb. 30**). Nachfolgend wurde eine reichliche Menge des Universalhaftvermittlers mit einem Microbrush auf Schmelz und Dentin appliziert (**Abb. 31**). Das Adhäsiv wurde für



Abb. 32 Lichtpolymerisation des Haftvermittlers für 10 s

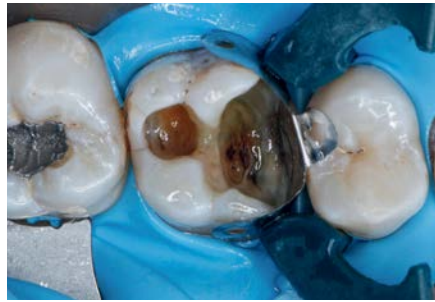


Abb. 33 Nach dem Auftragen des Adhäsivs zeigt die versiegelte Kavität in allen Bereichen eine glänzende Oberfläche.



Abb. 34 Heizbarer Kapseldispenser (VisCalor Dispenser, VOCO), dessen Temperaturfunktion auf der Nah-Infrarot-Technologie basiert



Abb. 35 Das thermoviskose Komposit wird im VisCalor Dispenser auf 65 °C erwärmt und dann direkt aus dem Dispenser in die Kavität appliziert.



Abb. 36 Im ersten Schritt wird die Kavität bis circa zur Hälfte der Defekthöhe mit VisCalor bulk gefüllt.

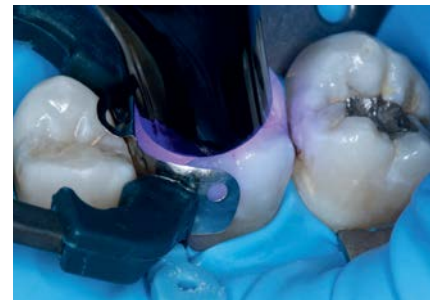


Abb. 37 Polymerisation der ersten Schicht des Füllungsmaterials

20 s mit dem Applikator sorgfältig in die Zahnhartsubstanzen einmassiert. Nachfolgend wurde das Lösungsmittel mit trockener, ölfreier Druckluft vorsichtig verblasen und der Haftvermittler danach mit einer Polymerisationslampe für 10 s ausgehärtet (**Abb.32**). Es resultierte eine glänzende und überall gleichmäßig von Adhäsiv benetzte Kavitätenoberfläche (**Abb.33**).

Das thermoviskose Komposit wurde in einem heizbaren Kapseldispenser (VisCalor Dispenser, Voco), dessen Temperaturfunktion auf der Nah-Infrarot-Technologie basiert, auf 65 °C erwärmt und in die Kavität appliziert (**Abb.34 und 35**). Die Kavität wurde mit dem ersten Inkrement circa bis zur Hälfte der Defekthöhe aufgefüllt. Durch die niedrigviskose Konsistenz im erwärmten Zustand resultiert ein hervorragendes Anfließverhalten an die Kavitätenwände (**Abb.36**). Die erste Kompositschicht wurde für 20 s mit einer Polymerisationslampe (Lichtintensität $\geq 1000 \text{ mW/cm}^2$) ausgehärtet (**Abb.37**). Nachfolgend wurde mit dem nächsten Kompositinkrement das restliche Kavi-

tätenvolumen (maximale Schichtstärke 4 mm) komplett in der Bulk-Fill-Technik aufgefüllt (**Abb.38**). Das thermoviskose Komposit kühlt innerhalb weniger Momente nach Kontakt mit dem Zahn durch Wärmeleitung (Konduktion) schnell wieder auf Mundhöhlentemperatur ab und nimmt somit wieder eine hochviskose Konsistenz an (**Abb.39**). Diese zweite Schicht wurde wiederum für 20 s mit Licht polymerisiert (**Abb.40**). Nach Entfernung der Metallmatrize wurde die Restauration auf Imperfektionen kontrolliert (**Abb.41**) und anschließend noch zusätzlich im Approximalraum für jeweils 10 s von mesiobukkal (**Abb.42**) und mesiopalatinal (**Abb.43**) nachbelichtet.

Nach Abnahme des Kofferdams wurde die direkte Bulk-Fill-Kompositrestauration sorgfältig ausgearbeitet und poliert. **Abbildung 44** zeigt die fertige direkte Kompositrestauration, welche die ursprüngliche Zahnform mit anatomisch funktioneller Kaufläche, physiologisch gestaltetem Approximalkontakt und ästhetisch akzeptabler Erscheinung wiederherstellt. Zum Abschluss wurde mit

einem Schaumstoffpellet Fluoridlack auf die Zähne appliziert.

Schlussbemerkungen

Die Bedeutung direkter Füllungsmaterialien auf Kompositbasis wird in der Zukunft weiter zunehmen. Es handelt sich hierbei um wissenschaftlich abgesicherte und durch die Literatur in ihrer Verlässlichkeit dokumentierte, hochwertige permanente Versorgung für den kaubelasteten Seitenzahnbereich [44–51]. Gemäß der aktuellen S1-Leitlinie der DGZ und der DGZMK zu Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich aus dem Jahr 2016 (AWMF-Registernummer: 083–028) können diese Restaurationen nach der aktuellen Datengrundlage zur Versorgung von Klasse-I- und -II-Kavitäten erfolgreich im Seitenzahnbereich eingesetzt werden [22].

Die Ergebnisse einer umfangreichen Übersichtsarbeit haben gezeigt, dass die jährliche Verlustquote von Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich (2,2%) statistisch nicht unterschiedlich zu der von Amalgamfüllungen (3,0%) ist [46]. Der



Abb. 38 Mit dem zweiten Inkrement wird das komplette Restvolumen der Kavität gefüllt.



Abb. 39 Das thermoviskose Komposit kühlt innerhalb weniger Momente nach Kontakt mit dem Zahn durch Wärmeleitung (Konduktion) schnell wieder auf Mundhöhlentemperatur ab und nimmt somit wieder eine hochviskose Konsistenz an.

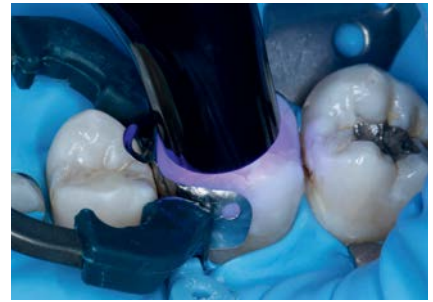


Abb. 40 Polymerisation der zweiten Schicht des Füllungsmaterials



Abb. 41 Nach Entfernung der Metallmatrize wird die Restauration auf Imperfektionen kontrolliert.



Abb. 42 Zusätzliche Lichtpolymerisation des Füllungsmaterials für 10 s von mesio-bukkal



Abb. 43 Zusätzliche Lichtpolymerisation des Füllungsmaterials für 10 s von mesio-palatal



Abb. 44 Endsituation: Fertig ausgearbeitete und hochglanzpolierte Bulk-Fill-Kompositrestauration. Die Funktion und Ästhetik des Zahns ist wiederhergestellt.

traditionellen Hybridkompositen, wirtschaftlicheren Prozedur klinisch und ästhetisch akzeptable Seitenzahnfüllungen legen kann [52,53]. Neben den normalen Bulk-Fill-Kompositen steht dem Behandlungsteam im Bereich der plastischen Adhäsivmaterialien mit großer Durchhärtungstiefe nun auch noch eine Materialvariante mit thermisch gesteuertem Viskositätsverhalten zur Verfügung.

zunehmende wirtschaftliche Druck im Gesundheitssystem erfordert für den Seitenzahnbereich neben den zeitaufwändigen High-End-Restaurationen auch eine einfachere, schneller zu erbringende und somit

kostengünstigere Basisversorgung. Hierfür sind seit einiger Zeit Bulk-Fill-Komposite mit optimierten Durchhärtungstiefen auf dem Markt, mit denen man in einer, im Vergleich zur 2 mm-Schichttechnik mit

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Jürgen Manhart
Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
Klinikum der Universität München
Goethestraße 70, 80336 München
manhart@manhart.com

Literatur bei der Redaktion

Implantologie 2020

61. Bayerischer Zahnärztetag in München –
Ein Kongressbericht von Dr. Lars Helfrich, München



In diesem Jahr fand der Bayerische Zahnärztetag unter Coronavirus-bedingten Einschränkungen statt und verdeutlichte dabei einmal mehr, dass Zahnärzte in puncto Hygiene ihr Handwerk verstehen. Unter dem Motto „Implantologie 2020“ präsentierten hochkarätige Referenten – vor Ort oder online zugeschaltet – aktuelle implantologische Themen. Als Kooperationspartner für das wissenschaftliche Programm konnten die Bayerische Landes Zahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns bereits zum dritten Mal den Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) gewinnen. Trotz Maskenpflicht und Abstandsregeln war die Begeisterung der Teilnehmer ungebremsst.

Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Wiesbaden, eröffnete den Bayerischen Zahnärztetag mit seinem Vortrag „Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose (BP-ONJ): Prophylaxe, Therapie, Leitlinien“ – ein Thema, das zwar nicht rein implantologisch ist, das aber im Laufe der letzten Jahre stark an Bedeutung gewonnen hat. Als Leitlinienkoordinator befasst sich Grötz seit Langem intensiv mit der Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrose. Dabei handelt es sich um eine Komplikation, die bei der Anwendung von Bisphosphonaten und Denosumab auftritt. Diese Substanzen werden sehr häufig bei gutartigen Knochenstoffwechselstörungen sowie bei malignen Grunderkrankungen verordnet. Die wichtigsten Osteonekrose-Auslöser sind Zahnentfernungen ohne Sicherheitskautele, Prothesendruckstellen und Parodontitis. Das Leitsymptom ist freiliegender Knochen. Schmerz stellt dagegen

kein Leitsymptom dar. Eine perioperative, systemische, antiinfektive Prophylaxe mit Antibiotika ist dringend empfohlen. Hierbei ist Amoxicillin das Mittel erster Wahl. Clindamycin sollte nur bei bekannter Penicillinallergie verordnet werden. Zusätzlich muss auf eine atraumatische Operation beziehungsweise Zahnentfernung geachtet werden. Notwendig sind auch eine modellierende Osteotomie, um scharfe Kanten zu vermeiden, sowie eine sorgfältige plastische Deckung und verlängerte klinische und röntgenologische Kontrollen. Nach neuesten Erkenntnissen können klinisch unauffällige, wurzelgefüllte Zähne bei symptomlosen apikalen Befunden belassen werden. Auch von einer Wurzelspitzenresektion sollte eher abgesehen werden. Sofortimplantationen, Sofortversorgungen und -belastungen sind bei Kiefernekrose-Patienten obsolet. Auch die Notwendigkeit von Augmentationen sollte sorgfältig abgewogen werden. Grötz empfahl, Augmentationen im Sinus maxillaris nur mit resorbierbaren Knochenersatzmaterialien durchzu-



Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz informierte über die Prävention und Therapie von Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrosen.

führen. Nach einer Implantatversorgung sei die Vermeidung von periimplantären Infektionen oberstes Ziel. Falls dies nicht funktioniert, sollten Implantate bei therapierefraktären Periimplantitiden rechtzeitig entfernt werden.

Hartgewebsaugmentation des Kieferknochens

Um langzeitstabile Ergebnisse bei der Rekonstruktion von intraoralen Knochendefekten im Rahmen von implantologischen Verfahren zu erzielen, kommt im vorgestellten Behandlungskonzept von Dr. Frank Zastrow, M.Sc., Wiesloch, fast ausschließlich autologer Knochen zum Einsatz. Dieser ist nach wie vor Goldstandard, weil nur autologer Knochen osteogenetisches Potenzial besitzt. Die von Prof. Dr. Fouad Khoury, Olsberg, beschriebene „Bone Splitting“-Methode ist seiner Meinung nach immer noch nicht weit genug verbreitet. Im Detail demonstrierte er anhand von Foto- und Videomaterial dieses Verfahren der Knochenentnahme sowie die Schalenteknik, mit der auch ausgeprägte Defekte rekonstruiert werden können. Die systemische, antibiotische Therapie würden seine Patienten bei Augmentationen einen Tag vor der OP starten. Sie würde dann bis zum zehnten postoperativen Tag fortgeführt. Der Knochen sollte aus dem retromolaren Bereich im Unterkiefer und nicht aus dem Ramusbereich gewonnen werden. Entscheidend sei die Geduld beim Gewinnen der Knochenspäne von den Blöcken mit dem Knochenschaber beziehungsweise Safescraper. Die Knochenschale sollte extraoral modifiziert werden, wobei auf eine sorgfältige Glättung der



Dr. Frank Zastrow, M.Sc., stellte aktuelle Konzepte zur Hartgewebsaugmentation des Kieferknochens vor.

Kanten geachtet werden sollte. Auf eine intraorale Bearbeitung der Schalen sollte dagegen verzichtet werden, um den stabilen Sitz der Schale nicht zu gefährden. Die Spalträume werden mit den gewonnenen Knochen-Chips aufgefüllt und diese gut kondensiert. Auf eine Abdeckung mit einer Membran kann verzichtet werden. Die spannungsarme, plastische Deckung der Wunde ist entscheidend, betonte Zastrow. Hier könne im Oberkiefer gut mit palatinal gestielten Verschiebelappen gearbeitet werden.

Neue Prüfvereinbarung: Was war, was ist, was bleibt?

Vertretend für Dr. Kristin Büttner brachte Rechtsanwalt Nikolai Schediwy, Leiter des Geschäftsbereichs Qualität der KZVB, München, das Wichtigste zur neuen Prüfverordnung auf den Punkt. Er begann mit einem Überblick über die Wirtschaftlichkeitsprüfung und deren Rechtsgrundlage. So besagt §12 SGB V, dass Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen (wobei „ausreichend“ hier „Facharztstandard“ bedeutet). Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wurde im Jahr 2019 durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz reformiert und ist ab 1.3.2021 gültig. Auf Antrag einer Kasse, eines Krankenkassenverbands oder der KZVB können die konservierend-chirurgischen Leistungen, KFO, die Verordnungstätigkeit und

Aufbissbehelfe in Prüfungsstellen der Kammer geprüft werden. Grundsätzlich gibt es zwei Prüffarten: die Durchschnitts- (Auffälligkeitsprüfung) und die Fallprüfung, die mit Gültigkeitsbeginn der neuen Vereinbarung eingeführt wird. Die Zufälligkeitsprüfung wurde abgeschafft. Die Fallprüfung wird nur auf begründeten Antrag durchgeführt und umfasst die Überprüfung der Fehlindikation, der Ineffektivität, von Qualitätsmängeln sowie des Verdachts auf Unangemessenheit der Kosten im Hinblick auf die durchgeführten Leistungen oder des Verdachts der Unvereinbarkeit erbrachter Leistungen mit dem Heil- und Kostenplan. Diese Art der Prüfung ist aber in ihrer Häufigkeit pro Abrechnungsquartal auf höchstens zehn Abrechnungseinheiten beschränkt. Die Bandbreite der Konsequenzen, die sich aus der Prüfung ergeben können, reicht von Hinweisen bis hin zu sachlich-rechnerischen Berichtigungen, also Rückzahlungen. Nach Mitteilung des Ergebnisses der Prüfungsstelle rät der Referent zur Wahrnehmung des Widerspruchrechts, da es eine aufschiebende Wirkung hat (man kann den gegebenenfalls fälligen Betrag auf diese Weise ansparen). Anschließendes Klageverfahren würden bei den Sozialgerichten verhandelt. Hier würde geprüft, ob der Sachverhalt richtig erfasst wurde und ob allgemeine Verfahrensgrundsätze, Wertungsmaßstäbe und Ermessungsgrundsätze eingehalten wurden. Bisher war das Stellen von Prüfanträgen bis zu vier Jahre nach Bekanntgabe des Abrechnungsvolumens möglich. Für bayerische Vertragszahnärzte besteht nun mehr Rechtssicherheit, da neun Monate nach Einreichung der KCH-Abrechnung kein Prüfantrag mehr gestellt werden darf. Dies, so Schediwy, sei ein großer Erfolg, da das Verfahren verkürzt und die Zeitfenster der Ungewissheit sogar deutlich verringert wurden.

Erfahrungen und Lehren aus der Corona-Pandemie

Dr. Michael Rottner, Regensburg, begann seinen Vortrag mit einer Chronik des Pandemiegeschehens der vergangenen



Dr. Michael Rottner fasste zusammen, worauf es in der Corona-Krise in der zahnärztlichen Praxis zu achten gilt.

Monate und veranschaulichte, auf wie viele neue Umstände sich der Berufsstand der Zahnärzte einstellen musste. Zunächst präsentierte er Zahlen und Fakten zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Krise: Von den circa 42 000 Zahnarztpraxen in Deutschland hätten zeitweise über 31 000 Praxen Kurzarbeitergeld für rund 190 000 Mitarbeiter beantragt. Eine Studie fand heraus, dass in der Zeit vom 1. März bis zum 21. Juli 2020 mehr als 22 Prozent der vereinbarten Termine in den Zahnarztpraxen verschoben wurden. Covid-19-bedingte Todesfälle in der Gruppe der Zahnärzte wurden überwiegend in China erfasst. Die Zahnklinik in Wuhan meldete den Tod von drei Zahnärzten und sechs zahnärztlichen Mitarbeitern, in Italien waren es acht Zahnärzte – allerdings ohne Hinweis darauf, dass die Infektion während einer Behandlung erfolgt war. Rottner zeigte auch Zahlen der gemeldeten Versicherungsfälle der BGW (Stand 9.10.2020): Im zahnmedizinischen Bereich wurden 78 Fälle gemeldet, 18 davon waren anerkannte Berufserkrankungen. Es resultierten keine Todesfälle. Bisher gibt es auch keinen Nachweis einer Infektion bei Patienten im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung. Die im September 2020 veröffentlichte S1-Leitlinie „Umgang mit zahnmedizinischen Patienten bei Belastung mit Aerosol-übertragbaren Erregern“ ist eine wichtige Hilfestellung. Rottner empfahl mit Nachdruck, sich diese Leitlinie zu Herzen zu nehmen und ihre Inhalte umzusetzen. Man könne der-

zeit annehmen, dass der bei der Behandlung entstehende Spraynebel-Rückprall zwar potenziell infektiös ist, aber durch Kühlmedien stark verdünnt wird, und das Infektionsrisiko durch eine korrekte Absaugtechnik sowie die konsequente Einhaltung der Schutzmaßnahmen (Mund-Nasen-Schutz und Basishygiene) stark minimiert wird. Für die zahnärztliche Behandlung von Patienten, bei welchen kein Verdacht auf eine Sars-CoV-2- oder Tuberkulose-Infektion besteht, ist das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes Pflicht. Bei Patienten mit festgestellter oder begründetem Verdacht auf eine Sars-CoV-2-Infektion wird das Tragen einer FFP2-, FFP3- oder N95-Maske empfohlen. Mit der korrekten Händedesinfektion, Greifdisziplin (was nicht kontaminiert ist, muss nicht desinfiziert werden) und dem Tragen der gewohnten Schutzausrüstung (Handschuhe, Brille) kann schon viel erreicht werden, so Rottner. Krankheitsanzeichen sollten im Vorfeld abgefragt und die Terminorganisation so gestaltet werden, dass es möglich ist, die Abstandsregeln in der Praxis und im Wartezimmer einzuhalten. Zudem scheinen Spüllösungen vor der Behandlung die Viruslast zumindest kurzfristig zu senken. Auch regelmäßiges Lüften der Praxisräume ist angeraten.

Einfluss von allgemeinen Risikofaktoren und Allgemeinerkrankungen auf das Periimplantitis-Risiko

Ergebnissen zufolge, die Prof. Dr. Dr. Christian Walter, Mainz, präsentierte, weisen 43 Prozent aller Implantatpatienten eine periimplantäre Mukositis und 22 Prozent eine Periimplantitis auf. Unter anderem zählte der Referent den Diabetes mellitus als Risikofaktor für das Periimplantitis-Risiko auf und verwies auf die zugehörige S3-Leitlinie „Zahnimplantate bei Diabetes mellitus“. Da ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus die Osseointegration verzögere, sei eine gute Einstellung des Diabetes die wichtigste Voraussetzung für eine erfolgreiche Implantatversorgung. Zudem steige das Periimplantitis-Risiko mit fortschreitendem Alter, weshalb ein risikoadaptiertes Recall notwendig sei. Bei



Prof. Dr. Dr. Christian Walter referierte über relevante Risikofaktoren für die Entwicklung einer Periimplantitis.



Prof. Dr. Dr. h.c. Anton Sculean, M.S., stellte sein Konzept der Parodontaltherapie vor.

Patienten mit Osteoporose empfiehlt der Referent eine Modifikation des Bohrprotokolls mit unterdimensioniertem Aufbereiten, Bone Condensing und gegebenenfalls Linkslauf des Bohrers. Auch das Spektrum rheumatologischer Erkrankungen werde als potenzieller Risikofaktor diskutiert. Die Inhomogenität dieser Patientengruppe mache zuverlässige Datenerhebungen allerdings sehr schwierig. Wichtig ist, dass antiresorptive Substanzen die Gefahr einer Osteonekrose mit sich bringen. Eine genaue Anamnese, die Beseitigung von Infektionsherden und eine perioperative Antibiose seien notwendige Schritte, um das Risiko einer Periimplantitis zu minimieren. Zudem können Protonenpumpeninhibitoren und selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer mit einer höheren Implantatverlustrate einhergehen. Bei Patienten nach Strah-

lentherapie sind in der Literatur Implantatüberlebensraten von 78 bis 96 Prozent nach fünf bis zehn Jahren beschrieben. Eine Strahlendosis von 50 Gy wird dabei als Schwellenwert angesehen. Allgemein gilt, dass die Implantatprognosen im Oberkiefer ungünstiger ausfallen als im Unterkiefer. Auch auf den Risikofaktor Rauchen kam Walter zu sprechen. Wie ein aktuelles systematisches Review erneut bestätigt, sinkt die Rate des Implantatüberlebens signifikant mit der Menge an gerauchten Zigaretten.

Der Blick über die Grenze: das Behandlungskonzept der Berner Parodontologie

Die Prävention ist für eine erfolgreiche Parodontaltherapie entscheidend – das verdeutlichte Prof. Dr. Dr. h.c. Anton Sculean, M.S., Bern, eindrucksvoll mit Daten einer Studie der Lindhe-Gruppe aus 2004, bei der die teilnehmenden Patienten über 30 Jahre lang nachverfolgt wurden. Anschließend stellte der Referent das Behandlungskonzept der Universität Bern vor. Die Basis bildet dabei die Einordnung der prätherapeutischen Einzelzahnprognose und der daraus resultierenden therapeutischen Konsequenzen in die Kategorien „sicher“ (Prophylaxe oder einfache Therapie), „zweifelhaft“ (Therapie bis Zahn sicher) oder „nicht erhaltungswürdig“ (Extraktion in der Hygienephase). In der Hygienephase sollen die häusliche Mundhygiene der Patienten optimiert, die Patienten motiviert und deren Compliance gesichert werden. Nach der supragingivalen Plaquekontrolle erfolgen das Scaling und die Wurzelglättung. Diese geschlossene Vorgehensweise kann nach der Reevaluation bei noch vorhandenen Resttaschen auch wiederholt werden, bevor eine chirurgische Therapie begonnen wird. Die vor Jahren publizierte Methode der „strategischen Zahnextraktion“, die einem weiteren Knochenverlust vorbeugen sollte, um mehr Knochen für das Implantat zu erhalten, ist aus Sicht von Sculean nicht durch Evidenz gestützt. Eine Extraktion hält er nur dann für sinnvoll, wenn ein Zahnerhalt nicht möglich oder

nicht realistisch ist. Aus seiner Sicht sollten Implantate lediglich dazu verwendet werden, fehlende Zähne zu ersetzen. Im Falle einer Implantatversorgung gelte es, periimplantären Infektionen möglichst frühzeitig auf die Schliche zu kommen. Das Sondieren der Implantate sei hier das effektivste und einfachste Mittel und die Dekontamination der Implantatoberflächen der wichtigste Schritt in der erfolgreichen Periimplantitis-Therapie. Die Ergebnisse der photodynamischen Therapie seien dabei vergleichbar mit der Anwendung lokaler Antibiotika. Abschließend zeigte Sculean, dass in einigen gut selektierten Fällen auch an Implantaten mit kleinen Defekten eine Rezessionsdeckung möglich ist.

3-D-gestützte, minimalinvasive Augmentation in der Implantologie

Prof. Dr. Hans Joachim Nickenig, M.Sc., Köln, präsentierte seine Untersuchung zur Perforation der lingualen Kompakta in der UK-7er-Region im Rahmen der Implantatbett-aufbereitung. Im Ergebnis konnte mithilfe von 3-D-Diagnostik gezeigt werden, dass die Unterschnitte mit einer tiefen Lage des Nervenkanals korrelierten. Klinisch sind diese Unterschnitte wegen des meist hohen Mundbodens allerdings nicht tastbar. Mit diesem Beispiel machte der Referent deutlich, wie man mit einer präzisen Diagnostik exakte Kenntnisse der individuellen Morphologie des Patienten erlangen kann, um die Invasivität der Behandlung zu minimieren. Ziel einer sorgfältigen 3-D-Planung sei die chirurgische und prothetische Komplikationsminimierung. Um große Augmentationen durchzuführen, sei der Einsatz individuell gestalteter 3-D-Titangitter ein probates Mittel. Das Gitter sorgt für die Formstabilität des Augmentats, das aus 50 Prozent Eigenknochen und 50 Prozent Knochenersatzmaterial bestehen sollte. Um eine zu starke Verwachsung des Weichgewebes mit dem Gitter zu vermeiden, wird dieses mit einer Membran abgedeckt. Nach sechsmonatiger Einheilzeit kann das Gitter wieder entfernt werden, was



Prof. Dr. Hans Joachim Nickenig, M.Sc., ging auf den Stellenwert der 3-D-gestützten, minimalinvasiven Augmentation ein.

trotz Sollbruchstellen manchmal nur sehr mühsam gelingt. Nickenig riet bei der Implantation daher zu einem zweizeitigen Verfahren und zur Einhaltung der klassischen Einheilzeiten. Im Anschluss präsentierte er sein 3-D-basiertes Konzept des modifizierten „Bone Splittings“. CAD/CAM-hergestellte Bohr- und Führungsschablonen erleichtern dabei das Festlegen und die Einhaltung der Spaltrichtung beziehungsweise des Splittingvektors. Mit dem sukzessiven Einsatz von OP-Schablonen in aufeinander aufbauenden Therapieschritten könne außerdem auf vertikale Entlastungsinzisionen verzichtet werden. Dieses Verfahren mit osteogenetischer Potenz steht nach Nickenig dem Einsatz invasiver, zweizeitiger Transplantate in nichts nach.

Implantologisches Weichgewebemanagement in der ästhetischen Zone

Priv.-Doz. Dr. Arndt Happe, Münster, widmete sich dem implantologischen Weichgewebemanagement in der ästhetischen Zone, das aus seiner Sicht den Behandler vor eine besonders große Herausforderung stellt. Dabei ging er ausführlich auf die wichtige Rolle des periimplantär-restaurativen Interfaces und auf die Wechselwirkung zwischen Hart- und Weichgewebe ein. Entscheidend für die Ausgestaltung des Emergenzprofils sei die Insertionstiefe des Implantats. Mit mehreren Studien belegte der Referent außer-



Priv.-Doz. Dr. Arndt Happe gab Tipps zum implantologischen Weichgewebemanagement in der ästhetischen Zone.

dem den großen Einfluss des Abutment-Designs auf das Knochen-Remodelling und die biologische Breite. Um gemeinsam mit seinen Patienten das Behandlungsziel zu definieren und umzusetzen, setze er sowohl professionelle Fotografien, Scans und bildgebende 3-D-Diagnostik als auch analoge Wax-ups, Mock-ups und prothetische Schablonen ein. Des Weiteren hob Happe hervor, dass allein eine Vermehrung von Weichgewebe nicht immer zum gewünschten Ergebnis führe – vielmehr sei es die kluge Kombination aus Knochen- und Weichgewebsaugmentation sowie der prothetischen Ausformung. Um den Patienten eine zweite OP-Stelle zu ersparen, könne auch auf Ersatzmaterialien zurückgegriffen werden. In diesem Zusammenhang stellte Happe die Ergebnisse seiner Arbeitsgruppe zu dermalen azellulären Matrices vor, die er in seiner Praxis als Alternative zu autologen Bindegewebstransplantaten einsetzt, um die periimplantäre Mukosa zu verdicken.

Guided Surgery bei der Implantatinserterion

Dr. Kai Zwanzig, Bielefeld, eröffnete den zweiten Kongresstag und stellte gleich zu Beginn seines Vortrags „Guided Surgery bei der Implantatinserterion“ sein Praxiskonzept vor. Er betonte, dass man sich immer wieder in Erinnerung rufen müsse, dass Patienten schlicht und einfach Zähne wollten, nicht Knochenaufbau, nicht Implantate, nicht hohe Kosten und

auch keine jahrelang dauernden Behandlungen. Anhand eines Fallbeispiels hielt er ein Plädoyer für die „Flapless Guided Surgery“. Er wies aber auch darauf hin, dass die anatomischen Verhältnisse ausreichend dimensioniert sein müssen, um diese Methode erfolgreich einsetzen zu können. Schritt für Schritt zeigte der Referent, wie man gewebeschonend und „full guided“ bis zur definitiven prothetischen Versorgung gelangt. Als begeisterter Anwender der „Socket Shield“-Technik, bei der die bukkale Knochenlamelle durch eine dünne Zahnscheibe geschützt und gestützt wird, empfahl er, bei diesem Verfahren den verbleibenden Zahnanteil immer auf Knochenniveau zu kürzen, um eine Spontanexposition zu verhindern. Wie der Referent hervorhob, ist die Guided Surgery ein wertvolles Werkzeug, das die Präzision der Behandlung verbessern kann. Dies legitimiere aber nicht dazu, am Limit zu arbeiten und das Verfahren als Ersatz für augmentative Maßnahmen zu verstehen. Der Schlüssel zum Langzeiterfolg liegt laut Zwanzig in der Stabilität der Weichgewebe, die gegebenenfalls zu optimieren ist.

Digitaler Workflow in der Implantologie

Infolge der Corona-bedingten Reise-restriktionen war Dr. Frederic Hermann, M.Sc., Zug, online zugeschaltet. Ihm zufolge können grundsätzlich drei verschiedene digitalisierte Behandlungsabläufe skizziert werden:

1. Analog intern nach digital extern im zahntechnischen Labor
2. Digital intern nach digital extern im zahntechnischen Labor
3. Vollintegrierter digitaler Chairside-workflow in der Praxis

Der Referent gab im Weiteren Einblicke in sein eigenes Praxiskonzept. Ein wichtiger Baustein ist die Anfertigung eines Primärschans bei allen Patienten während der Erstuntersuchung. Denn damit kann der Therapieverlauf kontrolliert und über die Zeit dokumentiert werden. Im Falle eines dentalen Traumas können die



Rechtsanwalt Nikolai Schediwy erklärte die neue Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte.

Zähne außerdem nach ihrer Originalform „biokopiert“ werden. Wie Hermann betonte, erweisen sich digitale Modellwelten auch bei der Kommunikation mit dem Patienten als sehr hilfreich. Anhand einer Implantatversorgung nach seinem „Konzept 3“ (in drei Terminen zur finalen Rekonstruktion) veranschaulichte er, wie ein digitaler Workflow die Effizienz der Therapie steigern kann. Eine große Rolle spielt dabei die Bohrschablone, die nach dem Zusammenführen der DVT- und Scandaten erstellt wird. Die Vorteile – eine kürzere OP-Zeit und die erhöhte OP-Sicherheit – seien bei parodontal abgestützten Schablonen signifikant. In der digitalen Welt verschmolzen die Grundregeln der zahnmedizinischen Teildisziplinen, so Hermann; diese gingen dabei aber nicht verloren, sondern hätten weiterhin Bestand. Das analoge Hintergrundwissen des Behandlers und des Zahntechnikers blieben nach wie vor unersetzlich.

Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte

Die Verordnung von Heilmitteln durch Zahnärzte unterliegt komplexen Vorgaben. Im Mai 2020 wurde die Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte (HeilM-RL-ZÄ) an das Terminservice- und Versorgungsgesetz angepasst. Rechtsanwalt Nikolai Schediwy, Leiter des Geschäftsbereichs Qualität der KZVB, München, fasste das Wesentliche der neuen Verordnung zusammen: Wie bisher beinhaltet die Richtlinie zwei Teile: den allgemeinen Teil und den Heilmittel-

katalog. Verordnungsfähige Maßnahmen sind die Physiotherapie sowie die Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. Die Heilmittel müssen der Behandlung krankheitsbedingter struktureller und/oder funktioneller Schädigungen des MKG-Bereichs dienen. Wichtig ist, dass die Ursachen der Schädigungen dabei im MKG-Bereich liegen müssen. Eine Verordnung ist nur geboten, wenn die Störung nicht durch zahnärztliche Maßnahmen zu beseitigen ist. Im Rahmen eines Verordnungsfalles können mehrere Verordnungen getätigt werden. Ein neuer Verordnungsfall tritt ein, wenn seit der letzten Verordnung mindestens sechs Monate vergangen sind. Der Zahnarzt hat die medizinische Verantwortung für die in der Verordnung zum Ausdruck kommenden Therapieentscheidungen zu tragen. Die Heilmittelerbringer haben ihrerseits die Pflicht, die Verordnung auf Richtigkeit und Vollständigkeit zu prüfen und gegebenenfalls Kontakt zum Zahnarzt aufzunehmen. Konnte das angestrebte Therapieziel mit der orientierenden Behandlungsmenge nicht erreicht werden, sind weitere darüber hinausgehende Verordnungen möglich, die demselben Verordnungsfall zugeordnet werden. Hier ist auf eine sorgfältige Dokumentation in der Patientenakte des Zahnarztes zu achten. In Kraft treten soll die neue Verordnung am 1.1.2021. Bei Fragen hilft die Praxisberatung der KZVB gerne weiter.

Chirurgische Therapie der Periimplantitis

Prof. Dr. Fouad Houry, Olsberg, konstatierte, dass die chirurgische Therapie der Periimplantitis bis heute nur eine symptomatische Behandlung ist und sich noch auf dem gleichen Niveau wie vor 20 Jahren befindet. Als Ursachen für einen frühen Knochenverlust nannte er ein initiales chirurgisches Trauma (Überhitzung des Knochens), eine schlechte Vaskularisation des Knochens sowie eine schlechte Oberflächenstruktur der Implantate, die eine Anlagerung von Knochenzellen erschwere. Ein später Knochenverlust resultiere aus einer Infektion (durch Kontami-



Prof. Dr. Fouad Khoury subsumierte die wichtigsten Aspekte der chirurgischen Therapie der Periimplantitis.

nation der rauen Implantatoberflächen), selten auch aus einem Okklusionstrauma. Als primäre Ziele der Periimplantitis-Therapie listete der Referent die antiinfektiöse Behandlung, den Erhalt des periimplantären Knochens, gegebenenfalls die Regeneration von Knochendefekten sowie die Verbesserung der periimplantären Weichgewebe auf. Je nach Defektmorphologie muss die Entscheidung zwischen einem resektiven oder regenerativen Therapieansatz getroffen werden. Beim resektiven Verfahren – ein offenes Vorgehen mit Implantoplastik unter sorgfältiger Kühlung und Schutz der umliegenden Gewebe – kann die anschließende Reinigung und Dekontamination der Implantatoberfläche unter Zuhilfenahme von lokalen Antibiotika erfolgen. Ein apikal repositionierter Lappen ermöglicht dabei eine bessere Hygienefähigkeit. Bei der regenerativen Behandlung wird zunächst die Suprakonstruktion entfernt; es folgt eine offene Oberflächendekontamination und vier Wochen später eine erneute Dekontamination mithilfe von Wasserstoffperoxid (3%), Zitronensäure (3%) und photodynamischer Therapie. Unter siebentägiger Antibiose erfolgt dann die Augmentation mit gedeckter Einheilung. Dabei muss das Regenerat der Infektion standhalten. Da allogenes oder bovines Material nicht die gleiche Durchblutung erreichen kann, empfiehlt Khoury ausdrücklich die Verwendung autogenen Materials in der augmentativen Periimplantitis-Therapie. Um eine ausreichend breite keratinisierte



Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller präsentierte chirurgische Konzepte für die erfolgreiche Implantation im atrophierten Kiefer.

Gingiva um die Implantate zu erzielen, könne eine Verbreiterung mit einem freien Schleimhauttransplantat angelegt werden. Im Falle einer notwendigen Explantation sei es ratsam, den Defekt zuerst zu dekontaminieren und in einem zweiten Schritt dreidimensional zu rekonstruieren.

Aktuelle chirurgische Konzepte für die Implantation im atrophierten Kiefer

Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, Köln, stellte in seinem Vortrag verschiedene moderne Implantationskonzepte im atrophierten Kiefer vor. Zunächst erläuterte er die anatomischen Voraussetzungen sowie die Defektklassifikationen und veranschaulichte die Notwendigkeit der atraumatischen Zahnextraktion, um ein noch größeres Knochendefizit zu vermeiden. Als mögliche



Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer zeigte, wie sich die Kooperation von Chirurg und Prothetiker optimieren lässt.

Alternative zur Knochenaugmentation ging er auf die Verwendung von kurzen, durchmesserreduzierten oder angulierten Implantaten ein. Bei ungenügendem Knochenvolumen in der Höhe und/oder Breite sei eine Knochenaugmentation aber unausweichlich. Die biologische Wertigkeit der Augmentate stehe dabei diametral zum Infektionsrisiko. Als „Vater“ der Distraktionsosteogenese in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie führte Zöller anhand einiger beeindruckender Patientenfälle durch alle gängigen Verfahren der Knochenaugmentation und hob die Wichtigkeit und Vorteile autologen Materials hervor. Die Restbreite der Knochenbasis beschrieb er als den für diese Technik limitierenden Faktor. Den großen Vorteil der Knochenspan-Augmentation sieht er in der technisch einfachen und risikoarmen Spansammlung während der Implantatbettpräparation. Dabei wird autologes, vitales Material gewonnen, das ein – im Vergleich zu allogenen Knochenersatzmaterialien – niedrigeres Infektionsrisiko aufweist. Die Knochenaugmentation sollte entsprechend der Defektgeometrie, des Transplantatlagers und unter Berücksichtigung des individuellen Patientenrisikos angewendet werden.

Diagnostik und Kooperation zwischen Chirurg und Prothetiker

Wie ein gemeinsamer digitaler Workflow die Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Chirurg beflügeln kann, erklärte Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer, Landsberg am Lech. Die erfolgreiche Planung und Umsetzung einer Implantatversorgung erfordere eine detaillierte und abgestimmte Diagnostik sowie einen guten Austausch zwischen Chirurg und Prothetiker. Neben zwei- und dreidimensionalen röntgenologischen Techniken ermögliche ein digitaler Arbeitsablauf auch die Überlagerung von CAD/CAM-Daten. Zur sicheren Übertragung von Röntgenunterlagen (auch DVTs und Scans) empfiehlt Neugebauer einen mittels „Cryptshare“ abgesicherten Datentransfer (auch für größere Datenmengen), da dies auch

DSGVO-konform ist. Nach einer ausführlichen Anamnese und dem gemeinsamen Festlegen von Therapieplan und Implantatpositionen sowie der Erstellung der jeweiligen Kostenvoranschläge sollte auch die Verantwortung für die jeweilige provisorische Versorgung gemeinsam definiert werden. Ist eine Augmentation notwendig, sollte der Zahntechniker auf eine bearbeitbare Prothesenbasis hingewiesen werden. Mithilfe der Resonanzfrequenzanalyse, die den Widerstand von lateralen Mikrobewegungen des Implantats misst, kann der sowohl für den Chirurgen als auch für den Prothetiker geeignete Zeitpunkt der prothetischen Belastung bestimmt werden. Das Verfahren eignet sich auch für eine leichtere Zusammenarbeit im Rahmen der Verlaufskontrolle.

Erfordernisse an die zahnärztliche Dokumentation für GKV- und PKV-Patienten

In einem „Pas de deux“ erläuterten Petra Roth und Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel, München, die Erfordernisse an die zahnärztliche Dokumentation für GKV- und PKV-Patienten. Die Dokumentation diene nicht nur als Gedächtnisstütze, sondern auch als Information für den Patienten und den Mit- und Nachbehandler. Sie fungiert als Abrechnungsnachweis, hat beweisrechtlichen Nutzen, sichert den Honoraranspruch, schützt vor Kürzungen und/oder Regressen und belegt die Qualität der Versorgung. An sich ist die Verletzung der Dokumentationspflichten per se kein Behandlungsfehler. Wird jedoch eine dokumentationspflichtige Maßnahme nicht in den Behandlungsunterlagen vermerkt oder auf sonstige geeignete Weise dokumentiert, kann es zulasten des behandelnden Zahnarztes zu einer Beweislastumkehr kommen. Die Erhebung und Dokumentation von Ausgangsbefunden sei daher von erheblicher Bedeutung. Die Dokumentation (in Papierform oder elektronisch) sollte immer in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Konsultation erfolgen. Änderungen oder Berichtigungen müssen erkennbar

sein. Auch die Befunde von Röntgenaufnahmen, seien es selbst angefertigte oder Fremdaufnahmen, müssen dokumentiert werden. Der Dokumentationsumfang von PKV- und GKV-Patienten ist nahezu identisch. Die Qualität in der vertragszahnärztlichen Behandlung wird bei der Überprüfung oftmals anhand der Dokumentation beurteilt. Geprüft wird häufig nur die Prozessqualität der Dokumentation (Anamnese, Befund und Therapie) und nicht das tatsächliche Behandlungsergebnis. Der Zahnarzt hat die Pflicht zur „schonend schonungslosen“ Aufklärung. Sprachbarrieren bei der Aufklärung müssen mithilfe eines Dolmetschers überwunden werden. Dabei hat der Arzt die Überprüfungspflicht. Zur Unterstützung kann das Piktogrammheft von der Homepage www.bzaek.de heruntergeladen werden. Soweit hinreichende Hinweise vorliegen, dass eine vollständige Übernahme der Kosten nicht gesichert ist, müssen die Informationen über die Behandlungskosten vor Beginn der Behandlung in Textform dokumentiert werden. Aktuell sollte der Anamnesebogen um die Covid-19-Abfragen erweitert werden, oder es sollte ein zusätzliches Formular zu diesem Zweck erstellt werden.

Implantate im parodontal vorgeschädigten Gebiss?

Zum Abschluss des wissenschaftlichen Programms spannte Prof. Dr. Stefan Fickl, Würzburg, den Bogen zum Bayerischen Zahnärztetag 2021, bei dem die Parodontologie im Fokus stehen wird. Eine definitive Therapie für Patienten mit schwerer Parodontitis festzulegen, ist sehr schwierig, da sie konstant veränderlich ist und ihre Entwicklung von zahlreichen Faktoren abhängt. Fickl plädierte für einen ganzheitlichen Therapieansatz, der zusätzlich zur lokalen und systemischen antiinfektiösen Therapie auch die Möglichkeiten einer Ernährungsumstellung und den Einsatz von Probiotika beinhaltet. Eine sorgfältige Diagnose, die parodontale Vorbehandlung und eine gute Mitarbeit der Patienten in der Erhaltungsphase seien wichtige Grundvoraussetzungen für



Gemeinsam mit Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel erläuterte Petra Roth das A und O der erfolgreichen Dokumentation.

eine erfolgreiche Implantattherapie. Da die Gefahr von Komplikationen, zum Beispiel in Form von Periimplantitis, bei Patienten mit schweren Parodontitiden um ein Vielfaches erhöht ist, solle man den Ersatz eines Zahnes durch ein Implantat bei diesen Patienten hinauszögern. Falls eine Implantattherapie jedoch unausweichlich ist, müsse auf ein ausreichend dimensioniertes, knöchernes und weichgewebiges (2 bis 4 mm) Implantatlager geachtet werden, um die Langzeitstabilität der Versorgung zu gewährleisten. Fickl rät in diesen Fällen zu einem zweizeitigen Vorgehen, da eine Implantation simultan zu einer Augmentation bei Parodontitis-Patienten ein erhöhtes Risiko für einen Augmentatverlust birgt. Für die prothetische Versorgung präferiert er direkt verschraubte Implantatrekonstruktionen. Die sorgfältige Politur von individuell gefrästen Zirkonoxid-Abutments sei nur ein kleiner prothetischer Mehraufwand, der aber eine große Auswirkung auf die langfristige Stabilität der periimplantären Weichgewebe habe. Bei schweren Fällen von Parodontitis gilt es, zwischen Zahnerhalt und Zahnextraktion mit einer eventuell nachfolgenden Implantation sorgfältig abzuwägen. Denn dem erhöhten Risiko für biologische Komplikationen wie Periimplantitis stehen die Risiken gegenüber, die mit invasiven prothetischen Maßnahmen einhergehen.

Dr. Lars Helfrich

Gemeinsam mehr bewegen

Die Bayerische Landeszahnärztekammer (BLZK) unterstützt seit vielen Jahren mehrere soziale Projekte – und setzt sich für die Schwächeren in unserer Gesellschaft ein. Drei der Projekte werden hier vorgestellt.



Das Hilfswerk Zahnmedizin Bayern e.V. (HZB) bietet Zahnbehandlungen für Menschen ohne Krankenversicherung in Bayern – anonym und kostenfrei. HZB wurde 2011 unter der Schirmherrschaft der BLZK gegründet und erhielt bereits mehrere Auszeichnungen.

hilfswerk-zahnmedizin-bayern.de



**Zahnärztliches
Hilfsprojekt
Brasilien e.V.**

Das Zahnärztliche Hilfsprojekt Brasilien e.V. (ZHB) kümmert sich um Straßen- und Armenkinder aus den Favelas der Millionenstadt Recife im Nordosten Brasiliens. ZHB ist eine private Initiative deutscher Zahnmediziner und steht unter der Schirmherrschaft der BLZK.

zhb-online.de

Special Olympics
Special Smiles®



MARS WRIGLEY
Foundation

SIZ | STIFTUNG
INNOVATIVE ZAHNHEILUNGEN

Special Olympics ist die weltweit größte Sportbewegung für Menschen mit geistiger Behinderung und Mehrfachbehinderung. Bei den Nationalen Winter- und Sommerspielen in Bayern unterstützt die BLZK das zahnärztliche Gesundheitsprogramm „Special Smiles“.

blzk.de/special-olympics

Machen Sie mit!

Sie sind Zahnärztin oder Zahnarzt und wollen sich ehrenamtlich engagieren? Sie möchten als Privatperson oder Firma mit Geld- oder Sachspenden helfen? Auch als zahnmedizinische Assistenz, Dolmetscher, Fördermitglied und Pate sind Sie herzlich willkommen.

Unterstützung braucht viele helfende Hände – wir freuen uns auf Sie.

Ausführliche Informationen unter
blzk.de/soziales-engagement
Referat Soziales Engagement
Tel.: +49 89 230211-364
Fax: +49 89 230211-365
E-Mail: soziales-engagement@blzk.de

Hat den Dreh raus: Neues Vollmatrizensystem Palodent 360

Enge Kontaktpunkte und anatomisch korrekte Konturen herzustellen, gehört bei einer Klasse-II-Füllung zu den anspruchsvollsten Aufgaben. Mit Palodent 360 von Dentsply Sirona steht Zahnärzten seit diesem Frühjahr ein Vollmatrizensystem zur Verfügung, mit dem sich diese Herausforderung leichter meistern lässt.

45 Prozent aller direkten Restaurationen sind Klasse-II-Füllungen. Die Herstellung der Kontaktpunkte ist dabei besonders komplex: 70 Prozent aller Zahnärzte geben an, dass es sich dabei um den herausforderndsten Part einer Klasse-II-Restauration handelt [1].



Matrizensysteme erleichtern diesen Arbeitsschritt maßgeblich. Oft wird noch auf Tofflemire-Matrizen zurückgegriffen. Diese Technologie wurde 1946 für Amalgamfüllungen entwickelt und kann bei der Verwendung heutiger Komposite zu klinischem Versagen führen [2]. Einfacher und verlässlicher sind moderne Systeme wie das neue Palodent 360: Es verfügt über ein innovatives Design, das die anatomisch korrekte Gestaltung der Kontaktpunkte ohne störende Halter oder Applikatoren ermöglicht. Ein in Palodent 360 integrierter Spanner und ein praktisches Daumenrad sorgen für die Platzierung und Retention der Matriz. Behandler haben einen besseren Zugang und eine bessere Sicht auf den Arbeitsbereich, und die Patienten profitieren von mehr Komfort.

Besonders vorteilhaft ist das Vollmatrizensystem Palodent 360, wenn der Nachbarzahn fehlt, eine starke Fehlstellung

vorliegt oder die Präparation angrenzende Höcker miteinbezieht. Darüber hinaus eignet es sich auch dazu, einen Zahn für einen Stumpfaufbau zu isolieren. Palodent 360 ist in den Größen 4,5 mm, 5,5 mm sowie 6,5 mm erhältlich und deckt zusammen mit dem bewährten Teilmatrizensystem Palodent V3 alle Klasse-II-Fälle ab. Palodent 360 und Palodent V3 sind in einem attraktiven Komplettsystem verfügbar.

[1] DentalTown (2012). Restorative Dentistry. Monthly Poll: What is the most challenging part of Class II Restoration?

[2] Owens BM, Phebus JG, An evidence-based review of dental matrix systems, General Dentistry September/October 2016

Weitere Informationen

Dentsply Sirona Deutschland GmbH
Fabrikstraße 31, 64625 Bensheim
www.dentsplysirona.com

Praxis-Wachstumschancen durch den digitalen ICX-Workflow

Mit ICX-Magellan X wurde die bekannte ICX-Magellan Software deutlich weiterentwickelt. Unter anderem ist ICX-Magellan X nun cloudbasiert und beeindruckt mit einer neuen Oberfläche, einer App-basierten Kommunikationsplattform und der Möglichkeit zur eigenen Schablonenproduktion. Finden Sie die ideale Implantatposition unter Berücksichtigung der Knochenquantität und -qualität, anatomischer Strukturen sowie der prothetischen Anforderungen. Mit ICX-Magellan X verschaffen Sie sich einen kompletten dia-

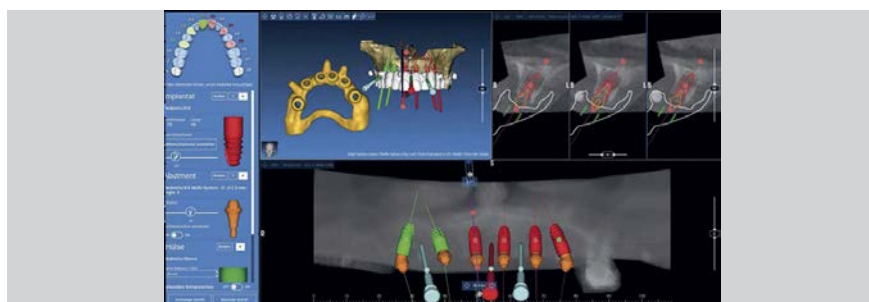
gnostischen Überblick und planen Ihren Implantateingriff im Hinblick auf das prothetische Endergebnis. Der intuitive und anwenderfreundliche Arbeitsablauf machen die Anwendung einfach. Ein integrierter Assistent hilft durch den gesamten Planungsprozess.

Vermeiden Sie Überraschungen, erzielen Sie ein vorhersagbares Ergebnis und verkürzen Sie so Ihren Behandlungsablauf! Beziehen Sie dabei Ihr gesamtes Behandlungsteam, bestehend aus Chirurg, Radiologe, Prothetiker und Zahntechniker

in den Behandlungsablauf mit ein. Ihr Team kennt, bereits vor der Behandlung, alle wichtigen Aspekte des Patienten. Steigern Sie durch ICX-Magellan X außerdem Ihre Behandlungskompetenz und kommunizieren Sie erfolgreich mit Ihren Patienten.

Die Vorteile mit ICX-Magellan X:

- Kompatibel mit allen CT- und DVT-Bildern im DICOM 3.0-Format ohne Röntgenschablonen
- Einfach geführte Software, durch vier verschiedene Ansichten wie zum Beispiel Knochen, X-Ray, etc.
- Sofortige Bestellung einer ICX-Magellan-Bohrschablone, nach Freigabe durch den Behandler



Weitere Informationen

medentis medical GmbH
Walporzheimer Str. 48-52,
53474 Neuenahr-Ahrweiler
info@medentis.de
www.medentis.de

Dentin-Hypersensibilität: Stimmen aus der Prophylaxe-Praxis

In einer kürzlich durchgeführten Anwendungsstudie [1] bestätigten neun von zehn Zahnarztpatienten, dass sie mit der Wirkung von elmex Sensitive Professional Repair & Prevent zufrieden sind. Anja König, Dentalhygienikerin der Praxis



Anja König, Praxis Dr. Karin Schneider, Neuler

Dr. Karin Schneider in Neuler, und Marina Hammele, Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP) von wellanddent in Aalen, haben neben 157 weiteren Praxen in Deutschland an der Studie teilgenommen. Wie auch durch Studien belegt, stellen beide eine zunehmende Anzahl von Patienten mit Dentin-Hypersensibilität (DHS) in ihren Praxen fest. In Europa sind 42 Prozent der jungen Erwachsenen davon betroffen [2].

Häufige Auslöser einer DHS sind nach den Erfahrungen der beiden Prophylaxe-Spezialistinnen ein falsches Putzverhalten zu Hause, falsche Zahnbürsten, ein vermehrtes Zähneknirschen (Bruxismus),



Marina Hammele, Praxis wellanddent, Aalen

Erosionen oder eine Parodontitis. Für Marina Hammele war in diesen Fällen bisher die Empfehlung einer elektrischen Zahnbürste mit Sensitivkopf sowie einer Sensitivzahn-pasta die Lösung. Anja König, die auch Prophylaxe-Patienten in der Praxis Dr. Martin Ruf, Neresheim, betreut, versucht zunächst in Gesprächen der Ursache der DHS auf den Grund zu gehen, um dann eine für die Patienten optimale Empfeh-

lung auszusprechen. Beide kennen elmex Sensitive Professional Repair & Prevent schon länger und nutzen die Zahnpasta auch selbst. Durch die Ergebnisse der Anwendungsstudie hat sich bei beiden der positive Eindruck bestätigt.

Auch die Rückmeldungen der Patienten waren überzeugend: „Die erfreulichste Rückmeldung war, dass der schmerzlin-dernde Effekt von elmex Sensitive Profes-sional Repair & Prevent sehr schnell ein-gesetzt hat. „Ich habe bei schweren Fällen von Bruxismus, beispielsweise ausgelöst durch Stress, die Anwendung als Kur emp-fohlen. Die Patienten haben die Zahnpasta dann auf die empfindlichen Stellen aufge-tragen und über Nacht ohne auszuspülen wirken lassen. In einer halben bis zu einer Woche hatten wir die DHS im Griff“, so Marina Hammele.



Foto: CP GABA

[1] Ipsos, Patient Experience Program mit elmex Sensitive Professional Repair & Prevent Zahn-pasta, 2-wöchiger Produkttest, 175 Teilnehmer, Deutschland 2019

[2] West et al. 2013. J Dent 41: 841-851

elmex Sensitive Professional
Repair & Prevent
Muster-Dispenser zu bestellen unter
CSDentalDE@CPgaba.com

Weitere Informationen

Colgate-Palmolive
Services CEW GmbH
Beim Strohause 17, 20097 Hamburg
CSDentalDE@CPgaba.com
www.cpgabaprofessional.de

Deutsche Bank

Mehr Praxispotenzial entfalten.

Möglich mit unserem HeilberufePortal, dem gebündelten Finanzwissen für Mediziner.

#PositiverBeitrag

Max Drexler
Leitung Heilberufe, Koordinator Region Süd
Promenadeplatz 15, 80333 München
max.drexler@db.com
Telefon (089) 2390-3316

Nutzen Sie mit dem HeilberufePortal der Deutschen Bank jederzeit eine verlässliche Entscheidungshilfe, wenn es um Gründung, Investitionen oder Praxisübergabe geht.

deutsche-bank.de/heilberufe



Anzeige

In aller Munde – Von Pieter Bruegel bis Cindy Sherman

Ausstellung im Kunstmuseum Wolfsburg

Wie sehr Mund, Lippen, Zunge und auch Zähne im Fokus der Kunst- und Kulturgeschichte stehen, erleben Besucher der großen Themenausstellung „In aller Munde“. Mehr als 250 Exponate aus über zweieinhalb Jahrtausenden gibt es noch bis Anfang April 2021 im Kunstmuseum Wolfsburg zu sehen.

Albrecht Dürer, Pablo Picasso, Max Klinger, Marina Abramović, Andy Warhol, Louise Bourgeois, Edvard Munch sind nur einige der rund 160 namhaften Künstlerinnen und Künstler, deren Bilder, Grafiken und Zeichnungen, Fotografien, Skulpturen und Installationen zu bestaunen sind. Dass die Wolfsburger Ausstellung ausgerechnet zu einer Zeit eröffnet wurde, in der der Mund als virale Gefahrenzone gilt und zum Schutz für sich selbst und vor anderen mit einer Maske verdeckt werden muss, ist purer Zufall. Geplant und daran gearbeitet hatte die Kuratorin Uta Ruhkamp zusammen mit dem Kulturwissenschaftler Hartmut Böhme und der Zahnärztin Beate Slominski schon länger. Heraus kam eine Themenausstellung, die das ganze Spektrum des Oralen in der Kunst in den Blick rückt.

Was wäre der Mensch ohne den Mund? Weder könnte er sprechen, beißen noch kauen. Der Mund dient Elementarem wie der Nahrungsaufnahme, der

Kommunikation mit anderen und dazu, seinen Befindlichkeiten unmittelbar Ausdruck zu verleihen. Nicht ohne Grund besitzen rot geschminkte Lippen eine sehr sinnliche Komponente. Der Mund ist ein zentrales Körperteil – von außen, wie auch von innen betrachtet.

So haben sich nicht nur seit jeher Naturwissenschaft und Medizin mit der Erkundung der Mundhöhle beschäftigt, sondern auch die Kunst- und Kulturgeschichte – von der Antike bis zur Gegen-

wart. Ein Teil des Ausstellungsparcours widmet sich daher auch dem Thema „Zahn und Zierde“. Hier rücken Zähne und Gebiss mit ihrem dekorativen, religiösen und ökonomischen Wert in den unterschiedlichen Kulturen ins Blickfeld. Die neuseeländische Künstlerin Ane Tonga beschäftigt sich beispielsweise mit Traditionen rund um den goldenen Zahnschmuck in ihrer tongaischen Familie während das Londoner Künstlerpaar Fantich & Young ganze Masken und Outfits aus Zähnen



Kemang Wa Lehlere, ONCE BITTEN, TWICE SHY (DETAIL), 2016
Schulbänke, Zahnprothesen, mit Blattgold überzogene Bücher, Stahl, 5-teilig, Gesamtmaß variabel
© Kemang Wa Lehlere, Courtesy Stevenson, Cape Town/Johannesburg

Den Mund aufmachen, ihn zu voll nehmen oder ihn einfach zu halten, ihn wässrig machen, ihn sich verbrennen oder kein Blatt davor nehmen – allein diese gängigen Redewendungen machen deutlich, was für ein zentrales Körperteil er ist.



entwirft. Weiter geht es vom Zahnbrecher bei Jan Steen bis hin zu Warhols Darstellung der Apollonia, der Schutzheiligen der Zahnärzte. Zähne sind jedoch nicht nur Dekor, sondern auch Waffe und werden in den Themenblöcken „Schlund und Schlingen“ oder „Kuss und Vampirismus“ zum Tötungsinstrument: Der Werwolf bei Lucas Cranach verschlingt Menschen, Saturn versext bei Alfred Kubin seine Kinder, der Liebesbiss des Vampirs wird bei Edvard Munch zum Todeskuss.

Für die Ausstellung wurden unter anderem Leihgaben aus dem Centre Pompidou in Paris, der Londoner Tate Gallery, den Münchner Pinakotheken, dem Städel

Museum in Frankfurt und dem Kunsthistorischen Museum in Wien zusammengetragen. Die zwölf Ausstellungskapitel widmen sich den Themen Expeditionen in den Weltinnenraum, Rund um den Mund, Zähne zeigen, Zahnschmerz & Kommerz, Zahn & Zierde, Auf der Zunge, Lecken & Schmecken, Schlund & Schlingen, Kuss & Vampirismus, Schreien & Speien, Luft & Laute sowie Zahn der Zeit.

Die Ausstellung soll noch bis zum 5. April 2021 im Kunstmuseum Wolfsburg zu sehen sein.

(www.kunstmuseum-wolfsburg.de).

Ingrid Scholz

In aller Munde: Das Orale in Kunst und Kultur

Rezension

Die Mundhöhle ist für den Zahnarzt der tägliche Arbeitsbereich. Für die Kunst- und Kulturgeschichte ist sie seit der Antike eine im wahrsten Sinne des Wortes äußerst reizvolle Körperzone. Künstler finden ihre Themen und Motive im Spektrum von Mund, Lippen, Zunge und Zähnen. Sie beschäftigen sich mit Essen, Schlingen, Speien und Spucken, sie gestalten die Lust und Leidenschaft rund um den Mund.

Das Kunstmuseum Wolfsburg eröffnete Ende Oktober eine Ausstellung unter dem Titel „In aller Munde. Von Pieter Bruegel bis Cindy Sherman“ (siehe Beitrag oben). Diese musste Corona-bedingt bereits nach zwei Tagen erstmal schließen. Ein begleitend erschienener Bildband überbrückt nicht nur die Zeit bis zur Live-Schau. Er geht mit einem breitgefächerten kunstgeschichtlichen Überblick weit über die Ausstellung hinaus. Schon allein die schiere Fülle herausragender Abbildungen begeistert: von den alten Meistern, über Popart bis hin zum deutschen Allrounder Jonathan Meese.

Die ungewöhnliche Mixtur wird mit thematisch vertiefenden Essays ideenreich ausgestaltet. Sie widmen sich dem Mund in der Filmgeschichte, Ethnologie, Literaturwissenschaft und Architektur. Zwei Zahnärzte sind mit dabei: Der Ethno(zahn)mediziner Roland Garve beschäftigt sich mit der oralen Ästhetik indigener Völker. Die Berliner Zahnärztin Beate Slominski – wesentlich am Entstehen der Ausstellung beteiligt – steuert eine beeindruckende Bildstrecke „Von Mund zu Mund“ bei, die durch ihre Mundpropaganda in Berliner Künstlerkreisen entstanden ist.

Für jeden, der Freude an Kunst hat

Die Publikation ist jedem zu empfehlen, der Freude an einer ungewöhnlichen Aufbereitung des Oralen durch die kulturelle und künstlerische Brille hat. So lässt sich auch der motivgeschichtliche Teil unter dem Titel „Zahnschmerz & -kommerz“ gut verschmerzen.

Isolde M. Th. Kohl



Ruhkamp, Uta (Hrsg.),
In aller Munde:
Das Orale in Kunst und Kultur,
Verlag Hatje Cantz, 2020,
352 Seiten,
Preis: 48 Euro,
ISBN 978-3-7757-4799-8

Mit uns werden Sie sichtbar

www.praxismatch.de

**Schalten Sie Stellenanzeigen
für Ihr Praxispersonal direkt
bei Google!**

-  In wenigen Minuten online
-  Zielgruppe sucht direkt bei Google
-  Keine Streuverluste
-  Der Erfolg ist messbar
-  Stellenanzeigen beim Marktführer

eazf Tipp

Update 2021
für Praxismanager/-innen und
Zahnmedizinische Verwaltungsassistenten/-innen



Irmgard Marischler



Marina Nörr-Müller

Kurstermin:

Samstag, 6. Februar 2021, 9.30–16.30 Uhr

Kursort:

eazf Seminarzentrum, München

Dozentinnen:

Irmgard Marischler
Marina Nörr-Müller

Kursgebühr:

125 Euro

Kursnummer:

81760

Fortbildungspunkte: 7

Ihre Fortbildung zur/zum Zahnmedizinischen Verwaltungsassistenten/-in oder Praxismanager/-in liegt schon eine Weile zurück? Das „ZMV/PM-Update 2021“ der eazf ist ganz auf Ihre Tätigkeit als ZMV und PM ausgerichtet und sollte auf keinen Fall in Ihrem Fortbildungskalender fehlen.

Die orale Implantologie nimmt einen immer größeren Stellenwert in der zahnärztlichen Praxis ein. Unabhängig davon, ob die/der behandelnde Zahnärztin/Zahnarzt den implantatchirurgischen Eingriff selbst vornimmt oder in Zusammenarbeit mit einer chirurgischen Praxis „nur“ den prothetischen Part leistet, ist eine optimale Planung und Durchführung der Vorbehandlung und Suprakonstruktion ein wichtiger Praxisbestandteil. In diesem Kurs werden die rechtlichen Grundlagen der GKV und PKV, die einzelnen

Gebührenpositionen nach Bema und GOZ sowie die Möglichkeit freier Vereinbarungen in der GKV mittels der entsprechenden Formulare erläutert und anhand konkreter Fallbeispiele systematisch dargestellt.

Corona hat uns gezeigt, dass die Umsetzung einer gezielten und korrekten Hygiene in erster Linie mit einer guten Organisation zu tun hat. Zeiträume müssen geschaffen, Patienten genau instruiert und das Praxisteam zu den aktuellen Vorgaben informiert und eingewiesen werden. Dazu braucht es seitens des Praxismanagements „Krisenmanager/-innen“, die Ruhe bewahren und Ruhe ausstrahlen, die mit gutem Beispiel vorangehen, motivierend agieren und vorausschauend Risiken erkennen und minimieren. Zu diesen Herausforderungen erhalten Sie aktuelle Informationen und viele Tipps zur gezielten Umsetzung.

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

Anmeldung

Hiermit melde ich mich/melden wir uns verbindlich zum „Update 2021 für Praxismanager/-innen und Zahnmedizinische Verwaltungsassistenten/-innen“ in München am 6.2.2021 an.

Name/Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Telefax: _____ E-Mail: _____

☐ Praxisanschrift

☐ Privatanschrift

Die Geschäftsbedingungen der eazf GmbH (im Programmheft abgedruckt oder über www.eazf.de einsehbar) sind mir/uns bekannt, mit ihrer Geltung bin ich/sind wir einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift/Praxisstempel: _____

eazf Fortbildungen

Kurs-Nr.	Thema	Dozent	Datum, Uhrzeit, Ort	Kursgebühr	Zielgruppe
X61025	Datenschutzbeauftragte/-r in der Zahnarztpraxis	Regina Kraus	Fr., 15. und Sa., 16.1.2021, 9.00 Uhr, München	450,00 €	ZA, ZMV, PM, QMB
X61033	Auswirkungen von gesunder Ernährung auf den Zahnhalteapparat	Dr. Eva Meierhöfer	Mi., 20.1.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMF, ZMP, DH
X61716-1	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Christian Öttl	Mi., 20.1.2021, 10.00 Uhr, München	95,00 €	ZAH/ZFA
X71035	Chirurgie und Implantologie für Zahnärztinnen – Basiskurs	Dr. Nina Psenicka	Fr., 22.1.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	495,00 €	ZÄ
X61035	Bisshebung im Abrasions- und Erosionsgebiss	Prof. Dr. Jürgen Manhart	Fr., 22. und Sa., 23.1.2021, 14.00 Uhr, München	875,00 €	ZA
X71038	Chirurgie und Implantologie für Zahnärztinnen – Aufbaukurs	Dr. Nina Psenicka	Sa., 23.1.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	495,00 €	ZÄ
X61718	Grundlagen der Mikrobiologie und des Hygienemanagements	Marina Nörr-Müller	Di., 26.1.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH, QMB
X61719	Hygiene-Update – Ist ihr Hygienemanagement auf dem aktuellen Stand?	Marina Nörr-Müller	Mi., 27.1.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH, QMB
X71043-1	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz	Dr. Moritz Kipping	Mi., 27.1.2021, 10.00 Uhr, Nürnberg	95,00 €	ZA
X61043	Präventionskonzept Arbeitsschutz: Erstschtung BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 27.1.2021, 14.00 Uhr, München	300,00 €	ZA
X81740	6. Bayerischer Zahnärzte-Unternehmer-Tag	verschiedene Dozenten	Sa., 30.1.2021, 9.30 Uhr, München	95,00 €	ZA, PM, Ä
X71053	Diagnostik von Veränderungen an Zunge, Mundschleimhaut und Gesicht	Dr. Eva Meierhöfer	Mi., 3.2.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMF, ZMP, DH
X61053	Entspannung des Kausystems in der Zahnarztpraxis – Basiskurs	Simonetta Ballabeni	Mi., 3.2.2021, 9.00 Uhr, München	375,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMF, ZMP, DH
X61053b	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mi., 3.2.2021, 10.00 Uhr, München	95,00 €	ZA
X71682	Qualitätsmanagement-beauftragte/r eazf	verschiedene Dozenten	Do., 4. bis Fr., 12.2.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	850,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, QMB
X81760	Update 2021 für Zahnmedizinische Verwaltungsassistenten/-innen und Praxismanager/-innen	Irmgard Marischler, Marina Nörr-Müller	Sa., 6.2.2021, 9.30 Uhr, München	125,00 €	ZMV, PM, QMB
X71063	Moderne Implantatprothetik – Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung	Dr. Friedemann Petschelt	Mi., 10.2.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	495,00 €	ZA
X71723-1	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Moritz Kipping	Mi., 10.2.2021, 10.00 Uhr, Nürnberg	95,00 €	ZAH/ZFA
X61063	Aktualisierung der Kenntnisse im Arbeitsschutz der BLZK – BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 10.2.2021, 14.00 Uhr, München	175,00 €	ZA



Kurs-Nr.	Thema	Dozent	Datum, Uhrzeit, Ort	Kursgebühr	Zielgruppe
X51721	Abrechnung Compact – Modul 1: Kons./Chirurgie (KCH)	Irmgard Marischler	Fr., 12.2.2021, 9.00 Uhr, Regensburg	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM
X61068	Craniomandibulären Dysfunktionen: Interdisziplinäre diagnostische und therapeutische Strategien	Gert Groot Landeweer	Sa., 13.2.2021, 9.00 Uhr, München	495,00 €	ZA
X71725	Praktische Umsetzung der PZR Einsteigerkurs	Sabine Deutsch, Karin Schwengsbier	Mi., 17.2.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	375,00 €	ZAH/ZFA
X71726	ZMF/DH News	Sabine Deutsch	Do., 18.2.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZMF, ZMP
X71727	Grundlagen der Mikrobiologie und des Hygienemanagements	Marina Nörr-Müller	Di., 23.2.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH, QMB
X61726	ZMP Update – Deep Scaling	Tatjana Bejta, Natascha Stang	Mi., 24.2.2021, 9.00 Uhr, München	375,00 €	ZMP
X61727	ZMF/DH News	Sabine Deutsch	Mi., 24.2.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZMF, ZMP
X61728	Kieferorthopädische Abrechnung Basiskurs	Helga Jantzen	Mi., 24.2.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM
X71728	Hygiene-Update – Ist ihr Hygienemanagement auf dem aktuellen Stand?	Marina Nörr-Müller	Mi., 24.2.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH, QMB
X61729	Kieferorthopädische Abrechnung Aufbaukurs	Helga Jantzen	Do., 25.2.2021, 9.00 Uhr, München	255,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM
X71087	Datenschutzbeauftragte/-r in der Zahnarztpraxis	Regina Kraus	Fr., 26. und Sa., 27.2.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	450,00 €	ZA, ZMV, PM, QMB
X71085	Chirurgie und Implantologie Basiskurs	Priv.-Doz. Dr. Rainer Buchmann	Fr., 26.2.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	495,00 €	ZA
X61088	Parodontalchirurgie – Indikation, Methoden, Ergebnisse	Prof. Dr. Dr. Matthias Folwaczny	Fr., 26.2.2021, 9.00 Uhr, München	495,00 €	ZA
X71088	Chirurgie und Implantologie Aufbaukurs	Priv.-Doz. Dr. Rainer Buchmann	Sa., 27.2.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	495,00 €	ZA
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	Dental English – Fit in der Betreuung englisch-sprechender 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
X61731	Abrechnung Compact – Modul 2: Implantologische Leistungen	Irmgard Marischler	Do., 4.3.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM

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 Wöhrle)
- 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	Karrierewege nach der Berufsausbildung	
Dentale/-r Ernährungsberater/-in eazf	Weiterqualifizierung PM – Praxismanager/-in eazf Empfehlung: 2 Jahre Berufserfahrung im Bereich Verwaltung 6 Monate berufsbegleitend Prüfung eazf GmbH	Aufstiegsfortbildung DH – Dentalhygieniker/-in Voraussetzung: 1 Jahr Berufserfahrung als ZMP/ZMF, Nachweis RöV, Erste-Hilfe-Kurs 16 Monate berufsbegleitend Prüfung BLZK
Qualitätsmanagementbeauftragte/-r eazf		
Datenschutzbeauftragte/-r eazf		
Betriebswirtschaft für Praxispersonal	Aufstiegsfortbildung ZMV – Zahnmedizinische/-r Verwaltungsassistent/-in Voraussetzung: 1 Jahr Berufserfahrung als ZFA, Erste-Hilfe-Kurs 12 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
Die Praxismanagerin als Führungskraft		
Abrechnung Compact		
Chirurgische Assistenz		
Hygiene in der Zahnarztpraxis		
	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 Therapievorschlügen, PZR im sichtbaren und klinisch sichtbaren subgingivalen Bereich, Beratung, Motivation, Fissurenversiegelung, Ernährungslehre, Abdrucknahme und Provisorienherstellung, 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	· Betriebswirtschaft für Zahnmediziner · Kostenmanagement aus Sicht des Zahnarztes – Praxisbericht
6. März 2021 15. Mai 2021	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	Kurs B	· Grundsätzliche Gedanken und Ausblicke zur Niederlassung · Praxisfinanzierung, Businessplan und Fördermöglichkeiten · Versicherungen und Vorsorge · Das Zulassungsverfahren · Wissenswertes aus dem Steuerrecht
8. Mai 2021 26. Juni 2021	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	Kurs C	· Wichtige Verträge und Tipps zur Vertragsgestaltung · Rechte und Pflichten in der Berufsausübung · Praxisformen und Kooperationsmöglichkeiten
3. Juli 2021 24. Juli 2021	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	Kurs D	· Unternehmerische Steuerungsinstrumente · Spannungsfeld Umsatz, Rentabilität, Liquidität · Praxismarketing oder berufswidrige Werbung? · Wie mache ich meine Praxis zur Marke?
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 Kursreihe: 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
Januar			
28. bis 30.1.2021	Kitzbühel/ Österreich	9. Winterfortbildung des Vereins zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde in Bayern	VFwZ e. V. Goethestraße 70, 80336 München Internet: www.vfwz.de
Februar			
6.2.2021	München	Update 2021 für Dentalhygieniker/innen mit PD Dr. Gregor Petersilka	eazf GmbH Fallstraße 34, 81369 München Internet: www.eazf.de
6.2.2021	München	Update 2021 für ZMV und Praxismanager/innen mit Irmgard Marischler und Marina Nörr-Müller	eazf GmbH Fallstraße 34, 81369 München Internet: www.eazf.de
März			
19.3.2021	München	16. Frühjahrskongress für Praxispersonal	eazf GmbH Fallstraße 34, 81369 München Internet: www.eazf.de

Niederlassungsseminare 2021



Datum, Uhrzeit, Ort	Themen
Samstag, 24. April 2021 9.00–17.00 Uhr Regensburg Weitere Niederlassungsseminare: 26. Juni 2021, München 16. Oktober 2021, Nürnberg Hinweis: Niederlassungsseminare und Praxisübergabeseminare finden jeweils am selben Tag und Ort statt. Im Rahmen eines Praxisforums können Praxisabgeber ihre Praxen präsentieren und mit Existenzgründern ins Gespräch kommen.	Betriebswirtschaftliche, rechtliche und steuerliche Aspekte · Grundsätzliche Gedanken zur Niederlassung, Praxisbewertung, Praxisformen · Wichtige Verträge für die Praxis, Wissenswertes aus dem Steuerrecht Praxisfinanzierung und Businessplan · Kapitalbedarf und Finanzierungsmittel, staatliche Fördermöglichkeiten · Erstellung eines Businessplans Versicherungen und Vorsorge · Wichtige und zwingend notwendige (Praxis-)Versicherungen, Existenzschutz · Gesetzliche oder private Krankenversicherung? · VVG – Beratung und Gruppenverträge Praxisgründung mit System – Ein Leitfaden · 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: 089 230211-422, Fax: 089 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 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.	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 Praxisbewertung · Preisgestaltung und Wertbildung · Bewertungsanlässe, -verfahren und -kriterien · Das modifizierte Ertragswertverfahren? Rechtliche Aspekte · Mietvertrag, Betriebsübergang, Arbeitsverhältnisse · Übergangs-Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisübergabevertrag Steuerliche Aspekte · Sind Investitionen noch sinnvoll? · Freibeträge und Steuervergünstigungen, Besteuerung von Rentnern · Nachfolgestaltung mit Angehörigen: Schenken oder verkaufen?

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

Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2021/2022

Bitte beachten Sie die Hinweise zum Prüfungsort¹

	Voraussichtlicher Prüfungstermin	Anmeldeschluss inkl. vollständiger Zulassungsunterlagen
ZMP Schriftliche Prüfung	17.03.2021	04.02.2021
ZMP Praktische Prüfung	23.03.–27.03.2021	04.02.2021
ZMP Schriftliche Prüfung	09.09.2021	30.07.2021
ZMP Praktische Prüfung	15.09.–18.09.2021	30.07.2021
ZMP Schriftliche Prüfung	17.03.2022	04.02.2022
ZMP Praktische Prüfung	22.03.–26.03.2022	04.02.2022
ZMP Schriftliche Prüfung	06.09.2022	30.07.2022
ZMP Praktische Prüfung	13.09.–17.09.2022	30.07.2022
DH Praktische Prüfung	28.08.–01.09.2021	30.07.2021
DH Schriftliche Prüfung	02.09.2021	30.07.2021
DH Mündliche Prüfung	03.09.–04.09.2021	30.07.2021
DH Schriftliche Prüfung	05.09.2022	30.07.2022
DH Praktische Prüfung	07.09.–10.09.2022	30.07.2022
DH Mündliche Prüfung	12.09.–13.09.2022	30.07.2022
ZMV Schriftliche Prüfung	09.03.–10.03.2021	04.02.2021
ZMV Mündliche Prüfung	11.03.–13.03.2021	04.02.2021
ZMV Schriftliche Prüfung	07.09.–08.09.2021	30.07.2021
ZMV Mündliche Prüfung	09.09.–11.09.2021	30.07.2021
ZMV Schriftliche Prüfung	07.03.–08.03.2022	04.02.2022
ZMV Mündliche Prüfung	09.03.–12.03.2022	04.02.2022
ZMV Schriftliche Prüfung	30.08.–31.08.2022	30.07.2022
ZMV Mündliche Prüfung	01.09.–03.09.2022	30.07.2022

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

¹Der verbindliche Prüfungsort für o.g. Termine kann dem Prüfungsteilnehmer erst mit dem Zulassungsschreiben circa zwei Wochen vor dem Prüfungstermin mitgeteilt werden.

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 Landes-zahnärztekammer, Flößergasse 1, 81369 München, Telefon 089 230211-330 oder -332, zahnaerztliches-personal@blzk.de.

Ungültigkeit von Zahnarztausweisen



Die Zahnarztausweise von Constanze Maria Kirschbauer, geboren am 25.10.1988, Ausweis-Nr. 41505, Andreas Podgurski, geboren am 18.4.1981, Ausweis-Nr. 72517, Dr. Wolf-Rainer Schlaegel, geboren am 26.4.1971, Ausweis-Nr. 31144, und Dr. Annegret Weinmann, geboren am 28.6.1975,

Ausweis-Nr. 41047, werden für ungültig erklärt.
(Zahnarztausweise werden bei Verlust oder Kammerwechsel für ungültig erklärt.)

Geschäftsbericht 2019 der Bayerischen Ärzteversorgung



Der für die Bayerische Ärzteversorgung aufgestellte Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2019 und der Lagebericht wurden nach Prüfung durch die Deloitte GmbH, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, vom Landesausschuss des Versorgungswerks gebilligt. Der Jahresabschluss ist damit festgestellt.

Der Blick auf die wirtschaftliche Entwicklung im Jahre 2019 verdeutlicht, dass die Bayerische Ärzteversorgung mit einer Nettoverzinsung in Höhe von 3,72% (Vorjahr 3,62%) gut aufgestellt ist und damit den derzeitigen Marktturbulenzen aus einer Position der Stärke begegnet.

Der Geschäftsbericht 2019 steht unter dem Motto „Neues schaffen, Bewährtes erhalten.“

Ein Exemplar kann unter Angabe der Mitgliedsnummer angefordert werden. Die elektronische Fassung steht im Online-Portal BÄV24 zur Verfügung (www.baev24.de).

Kontakt:

Bayerische Ärzteversorgung
V 120 Frau Kohl
81919 München
Telefon: 089 9235-8446, Fax: 089 9235-8767
E-Mail: info@bayerische-aerzteversorgung.de

Bayerische Ärzteversorgung
München

Ordentliche Vertreterversammlung



Bekanntmachung über Termin und Tagesordnung der ordentlichen Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB)

Hiermit wird bekannt gegeben, dass die für den 28.11.2020 einberufene nächste ordentliche Vertreterversammlung der KZVB auf

Samstag, 16. Januar 2021, 9:00 Uhr

verschoben wird und im Zahnärzterhaus München, Fallstraße 34, 81369 München, Vortragssaal im 1. Stock, stattfindet.

Tagesordnung

- A) Begrüßung und Regularien
- B) Fragestunde
- C) Tagesordnung

1. Bericht des Vorsitzenden der Vertreterversammlung
2. Bericht des Vorstands
3. Bericht des VV-Ausschusses
4. Berichte der Referenten, der Geschäftsführer, aus den Geschäftsbereichen und den Bezirksstellen
5. Bericht des Datenausschusses

6. Bericht des Finanzausschusses
7. Beschlussfassung über die Aufwandsentschädigungsordnungen I und Ia und die Reisekostenordnungen I, Ia und II
8. Bericht des Sonderausschusses Steuer und Haftung
9. Widerspruchsstellen
10. Bauvorhaben der KZVB
11. Abschlussergebnis 2019:
 - 11.1. Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung
 - 11.2. Prüfbericht
 - 11.3. Entlastung des Vorstands
12. Finanzangelegenheiten:
 - 12.1. Beschlussfassung über Verwaltungskostenbeiträge
 - 12.2. Beratung und Genehmigung des Haushalts- und Investitionsplanes 2021
13. Sonstiges

Dr. Reiner Zajitschek
Vorsitzender der Vertreterversammlung



Kassenänderungen

Anschriftenänderungen von Krankenkassen – ab sofort –

a) Gemeins. BKK d. Gesellschaften der -textilgruppe hof-, Fabrikzeile 21,
95028 Hof oder Postfach 1151, 95010 Hof, Tel.: 09281 49-361,
Fax: 09281 49-516 (**KA-Nr. 111863290000**).

b) energie-BKK, Oldenburger Allee 24, 30659 Hannover,
Tel.: 0511 91110-0, Fax: 0511 91110-233 (**KA-Nr. 111212993004**).



Überweisungstermine 2021

Monat	Abbuchung vom Konto der KZVB	Wochentag	Arbeitstage bis Monatsende
Januar	25.01.2021	Montag	4
Februar	23.02.2021	Dienstag	3
März	25.03.2021	Donnerstag	4
April	26.04.2021	Montag	4
Mai	25.05.2021	Dienstag	4
Juni	25.06.2021	Freitag	3
Juli	26.07.2021	Montag	4
August	25.08.2021	Mittwoch	4
September	24.09.2021	Freitag	4
Oktober	25.10.2021	Montag	4
November	25.11.2021	Donnerstag	3
Dezember	22.12.2021	Mittwoch	5

Anzeige

Satt ist gut. Saatgut ist besser.

Helfen Sie den Menschen in Kenia und vielen anderen Ländern,
lebenswichtige Nahrungspflanzen aus eigenem Saatgut anzubauen.

Wer sich selbst versorgen kann, führt ein Leben in Würde.

brot-fuer-die-welt.de/saatgut

Mitglied der **actalliance**



Würde für den Menschen.

Implantat-Chirurgie in Ihrer Praxis

Versierter MKG-Chirurg mit > 20 J. Erfahrung
bietet Kooperation an.
Kontakt: implantat-service@gmx.de

KFO – Weiterbildung Ulm

Für unsere moderne weiterbildungsberechtigte Fachpraxis mit vollem Spektrum suchen wir ab sofort einen engagierten Weiterbildungsassistenten (m/w/d) mit KFO-Vorkenntnissen.
bewerbung@dr-czech.de

Für unsere Zahnarztpraxis in Mondsee (Österreich) suche ich eine zuverlässige/n Kollege/n zur Unterstützung und Vertretung für 1–2 Tage/Woche.
Wir sind eine allgemein zahnärztlich arbeitende Praxis.
Kontakt bitte per Mail: info@mondsee-zahnarzt.at

sozietät
HGA

Kompetenz im Zahnarztrecht

Praxisübernahmen · Kooperationen · Haftung
Arbeitsrecht · Mietrecht · Wirtschaftlichkeits-
prüfungen · Regressverfahren · Berufsrecht

Hartmannsgruber Gemke Argyakis & 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

World Vision
ZUKUNFT FÜR KINDER



**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
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 Zahn-
heilkunde

Druck:

Gotteswinter und Aumaier GmbH
Joseph-Dollinger-Bogen 22, 80807 München
Telefon: 089 3237070

Verlag:

teamwork media GmbH
Hauptstraße 1, 86925 Fuchstal
Telefon: 08243 9692-0, Fax: 08243 9692-22
E-Mail: service@teamwork-media.de
Internet: www.teamwork-media.de
Geschäftsführung: Uwe Gösling

Anzeigen:

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

Anzeigendisposition:

teamwork media GmbH
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
abgegolten.

Adressänderungen:

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, insbe-
sondere Titel-, Namens- und Nutzungsrechte
etc., stehen ausschließlich den Herausgebern
zu. Mit Annahme des Manuskripts zur Publi-
kation erwerben die Herausgeber das aus-
schließliche Nutzungsrecht, das die Erstel-
lung von Fort- und Sonderdrucken, auch für
Auftraggeber aus der Industrie, das Einstellen
des BZB ins Internet, die Übersetzung in
andere Sprachen, die Erteilung von Abdruck-
genehmigungen für Teile, Abbildungen oder
die gesamte Arbeit an andere Verlage sowie
Nachdrucke in Medien der Herausgeber, die
fotomechanische sowie elektronische Ver-
vielfältigung und die Wiederverwendung von
Abbildungen umfasst. Dabei ist die Quelle
anzugeben. Änderungen und Hinzufügungen
zu Originalpublikationen bedürfen der Zu-
stimmung des Autors und der Herausgeber.

Erscheinungstermin:

Dienstag, 15. Dezember 2020
ISSN 1618-3584

CAD/CAM in der digitalen Zahnheilkunde

von Josef Schweiger und Annett Kieschnick

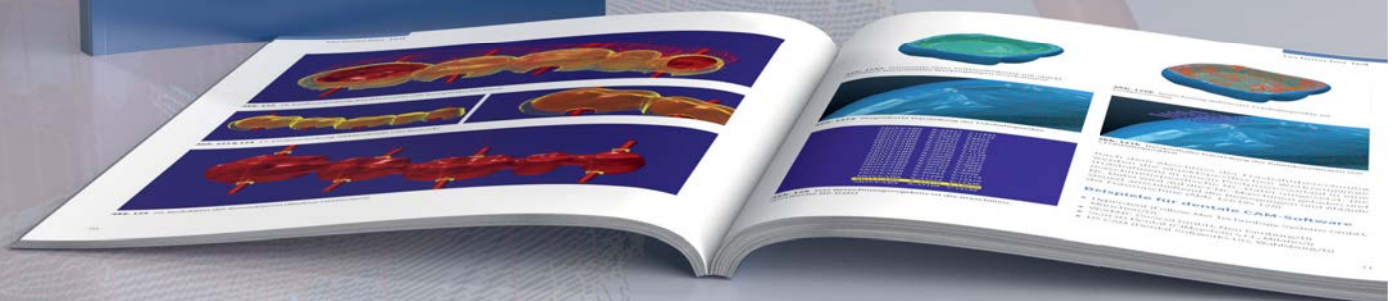
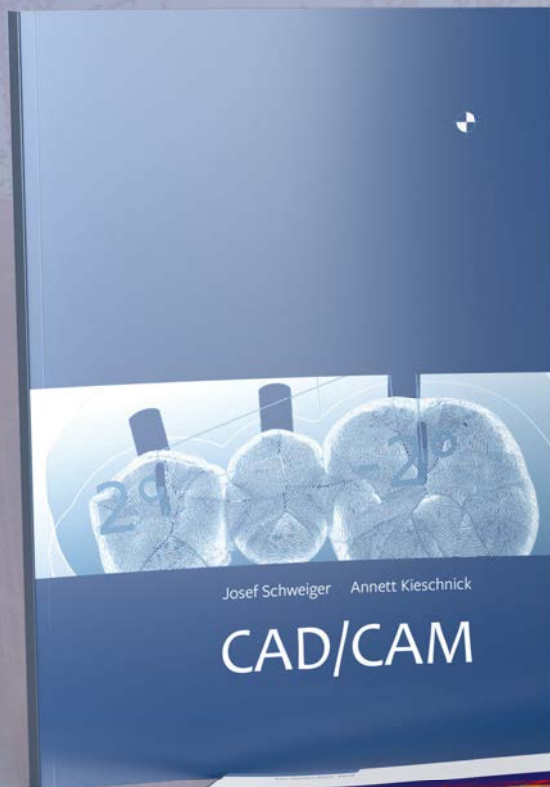
Mit der Neuerscheinung des Buches „CAD/CAM in der digitalen Zahnheilkunde“ wird eine bisher vorhandene Lücke in der dentalen Fachliteratur geschlossen.

Die enorme Entwicklungsgeschwindigkeit in der digitalen Zahnheilkunde bedarf fundierter Kenntnisse in den verschiedenen Bereichen des digitalen Arbeitsablaufes. So wird mit dem Buch ein roter Faden gelegt, der sich von der Datenerfassung über die Datenbearbeitung bis zur Ausgabe mittels digitaler Fertigungstechniken zieht.

Die Zielgruppe sind dabei sowohl Zahntechniker als auch Zahnärzte, Auszubildende und Studenten sowie Teilnehmer postgradualer Fortbildungskurse.

Softcover, 188 Seiten
ISBN 978-3-932599-40-8

jetzt nur
€ 49,-



www.dental-bookshop.com

service@teamwork-media.de
Fon +49 8243 9692-16
Fax +49 8243 9692-22

 **teamwork
media**

„Münchner Runde“

Online-Diskussion des VFwZ e.V.



Bildnachweis: © Adobe Stock, Künstler: viperagg

Auch 2021 wollen mit unseren Mitgliedern in Kontakt bleiben. Wir werden Sie regelmäßig „Online“ über wichtige Themen informieren und mit Ihnen diskutieren. SARS-CoV-2 stellt uns alle vor große Herausforderungen. Thema unserer **Online-Diskussionsrunde**:

„Covid 19 in der Zahnarztpraxis – Was müssen wir für 2021 beachten“

Termin: 13. Januar 2021, 19.00 – 20.30 Uhr

Referenten: Prof. Dr. med. Oliver T. Keppler, MD

Vorstand der Virologie am Max von Pettenkofer-Institut der LMU München, Medizinische Fakultät

Dr. Jens Kober

Vorsitzender der KZVB Bezirksstelle München Stadt und Land, niedergelassener Zahnarzt in München

Dr. Michael Rottner

Mitglied im Vorstand und Referent Praxisführung und Medizinprodukte der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK), Mitglied im Ausschuss Hygiene der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), niedergelassener Zahnarzt in Regensburg

Dr. Dr. Markus Tröltzsch

Vorsitzender der Akademie für Praxis und Wissenschaft (APW), Federführender Autor der Leitlinie „Implantologische Indikationen für die Anwendung von Knochenersatzmaterialien“, Mitautor der Leitlinie „Umgang mit zahnmedizinischen Patienten bei Belastung mit Aerosol-übertragbaren Erregern“, niedergelassener Kieferchirurg in Ansbach

Moderation: Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel

Vorsitzender des Vereins zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde (VfWZ), Referent Gutachterwesen der BLZK und KZVB, niedergelassener Kieferchirurg in München

Anmeldung: anmeldung_onlineseminar@vfwz.de

Melden Sie sich bereits heute zur **VFwZ Online-Diskussionsrunde** an. Für die Teilnahme an der Online-Diskussionsrunde werden nach den Richtlinien der BZÄK/KZBV/DGZMK **2 Fortbildungspunkte** vergeben.

Für **Mitglieder des VFwZ** ist die Teilnahme an den Online-Seminaren **kostenfrei**. Für **Nichtmitglieder** wird eine **Gebühr von 50,00 €** erhoben.