



Schwerpunktthema Prophylaxe/ Kinderzahnheilkunde

Alternativen zu Fluorid?
Prophylaxeprodukte mit
CCP-ACP, Hydroxylapatit oder Xylit

„Die PZR hat Zukunft“

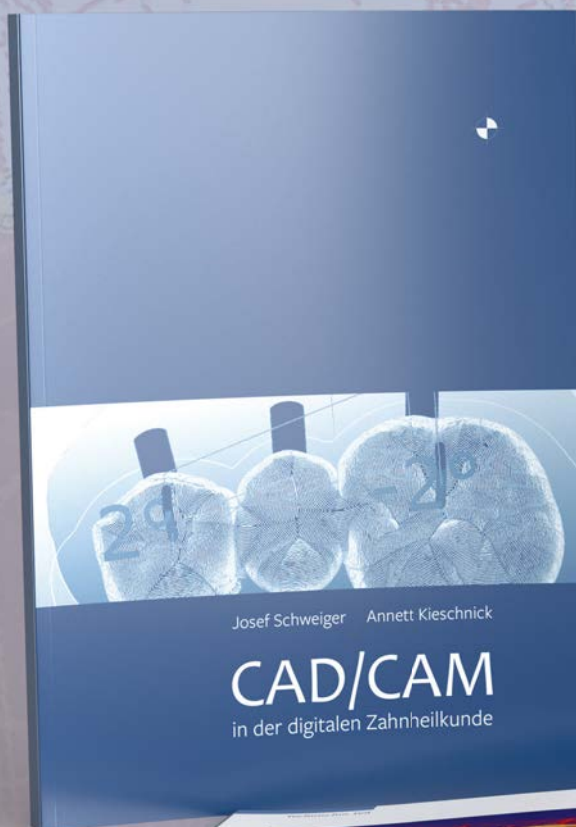
Neue PAR-Richtlinie tritt am 1. Juli in Kraft

Vorschau auf den Bayerischen Zahnärztetag

Interview mit den Präsidentinnen der DG PARO und ÖGP

CAD/CAM in der digitalen Zahnheilkunde

von Josef Schweiger und Annett Kieschnick



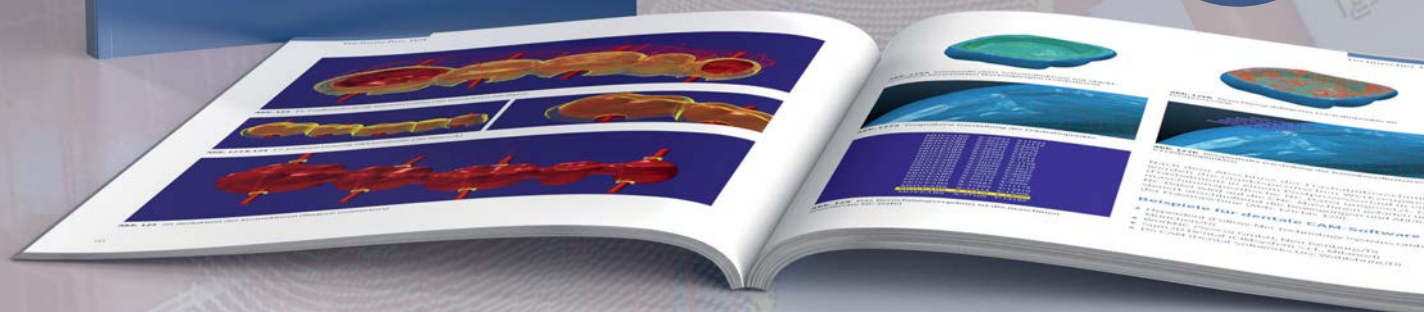
Mit der Erscheinung des Buches „CAD/CAM in der digitalen Zahnheilkunde“ wird eine bisher vorhandene Lücke in der dentalen Fachliteratur geschlossen.

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

€
49,-



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

www.dental-bookshop.com

 teamwork
media



Dr. Manfred Kinner
Mitglied des Vorstands der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Bayerns

Informieren, dokumen- tieren, evaluieren

Liebe Kolleginnen
und Kollegen,

die neue PAR-Richtlinie hat weitreichende Auswirkungen auf unsere tägliche Arbeit in der Praxis. Die KZV Bayerns hat unmittelbar nach der Verabschiedung im G-BA eine umfassende Informationskampagne gestartet und setzt dabei auf neue Medien. In VirtiClips und Virtinaren erfahren Sie alles über den Behandlungsablauf sowie die Beantragung und Abrechnung der neuen Leistungen. Auch dieses BZB fasst die für die tägliche Praxis wesentlichen Inhalte der PAR-Richtlinie kompakt Form zusammen. Obwohl die Richtlinie bereits am 1. Juli in Kraft tritt, sind aber immer noch einige Fragen offen. Diese werden nach und nach durch uns geklärt werden. Es lohnt sich also, regelmäßig einen Blick auf kzvb.de und dort vor allem auch in die digitale Abrechnungsmappe zu werfen. Mein dringender Appell: Orientieren Sie sich ausschließlich an gesicherten Informationen der KZVB. Es zeichnet sich jetzt schon ab, dass manche kommerzielle Anbieter mit „heißen Informationen“ zur PAR-Richtlinie den schnellen Euro machen wollen. Unsere Veranstaltungen, zu denen Sie sich auf kzvb.de anmelden können, sind dagegen nicht nur kostenlos, sie bieten den Praxen auch schnelle, umfassende und rechtssichere Informationen zu den neuen Regeln.

Auch technisch ist noch viel zu tun. Neue Bema-Positionen mit verzwickten Regeln müssen in die Praxisverwaltungssysteme integriert werden. Das werden wohl nicht alle Hersteller bis zum 1. Juli schaffen. Auch bei uns in der KZVB müssen neue Abrechnungsmodule von Grund auf programmiert werden, für die Behandlungstrecke müssen etliche neue Formulare eingepflegt

beziehungsweise verschickt werden. Daran arbeiten wir für Sie mit Hochdruck.

Noch wichtiger als diese organisatorischen Aspekte sind die Inhalte der PAR-Richtlinie und ihre Auswirkungen. Eine häufige Frage lautet: Welche Rolle spielt künftig noch die Professionelle Zahnreinigung (PZR)? Wird unser eingespieltes und für motivierte Patienten bestens bewährtes Prophylaxekonzept durch die neue UPT gestört oder gar obsolet? Ich denke, nein! Die PZR ist eine prophylaktische Leistung, die UPT eine therapeutische, die an enge Voraussetzungen geknüpft ist und die nur im Krankheitsfall zum Tragen kommt. Sowohl weit vor einer PAR-Behandlung – um diese zu verhindern – als auch nach ihr wird die PZR weiterhin existenzielle Bedeutung haben. Liegen die Gefahren eher in der künftigen Finanzierbarkeit unseres neuen Kampfes gegen die Volkskrankheit „Parodontitis“ durch ein multimorbid geschwächtes Gesundheitssystem? Wohl weit eher!

Wenn Sie aber die Empfehlungen der KZVB befolgen, bietet die PAR-Richtlinie – richtig angewandt – enormes Potenzial, sowohl wirtschaftlich auch als auch zahnmedizinisch. Lassen Sie uns die Chancen nutzen, die Gesundheit unserer Patienten zu bewahren und zu verbessern – und gleichzeitig dabei guten Gewissens gutes Geld durch gute zahnmedizinische Leistung zu verdienen.

Ihr

politik

- 6 Selbstverwaltung braucht die standespolitische Debatte**
Erste Vollversammlung der BLZK unter Pandemiebedingungen
- 8 „Die PZR hat Zukunft“**
Neue PAR-Richtlinie tritt am 1. Juli in Kraft
- 12 „Das Nebeneinander von GKV und PKV hat sich bewährt“**
CDU und CSU halten am dualen System fest
- 15 Bürgerversicherung würde die Zahnärzte Milliarden kosten**
- 16 Mehr EU-Kompetenzen im Gesundheitsbereich**
16. Europatag der Bundeszahnärztekammer diskutiert über europäische Gesundheitsunion
- 18 „Kompensation für zusätzlichen Aufwand“**
KZVB unterstützt Zahnärzte bei der Qualitätsprüfung
- 20 Nachrichten aus Brüssel**
- 21 Letzter Akt in Spahns Digitalisierungs-Drama**
Digitale-Versorgungs-Gesetz trotz massiver Kritik verabschiedet
- 22 Journal**
- 23 Unbürokratische Hilfe für Notleidende**
VfwZ spendet Referentenhonorare
- 24 Delegierbare Leistungen bei PZR und PAR-Behandlung**
- 26 Die nächste Regierung wird's schon richten**
Unabhängige Patientenberatung soll künftig als Stiftung agieren
- 27 Vorschau auf den Bayerischen Zahnärztetag**
Interview mit den Präsidentinnen der DG PARO und ÖGP

inhalt



Am 1. Juli tritt die neue Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-RL) in Kraft. Wir sprachen mit Dr. Manfred Kinner darüber, was das für die Zahnärzte und ihre Patienten bedeutet.

Foto: CandyBox Images/stockadobe.com



Zahnärztinnen und Zahnärzte haben die Möglichkeit, Tätigkeiten an dafür qualifizierte Mitarbeiter mit abgeschlossener Ausbildung zu delegieren. Das Referat Honorierungssysteme informiert über Grundsätze und juristische Grenzen.

praxis

- 30 Unwahre Tatsachenbehauptungen sind nicht zulässig**
Gericht untersagt rechtswidrige Google-Bewertung
- 31 GOZ aktuell**
Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe
- 33 Politikern auf den Zahn fühlen**
KZVB und KVB laden Gesundheitspolitiker ein – Basis kann mitdiskutieren
- 34 Unternehmen Zahnarztpraxis**
Teil 3: Unternehmerische Steuerungsinstrumente
- 38 Mehr Transparenz und Übersichtlichkeit**
KZVB führt vierteljährlichen Honorarbescheid ein

Foto: DG PARO



Kooperationspartner des diesjährigen Bayerischen Zahnärztertages sind die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie und die Österreichische Gesellschaft für Parodontologie. Deren Präsidentinnen Prof. Dr. Bettina Dannewitz (l.) und Dr. Corinna Bruckmann geben erste Einblicke in das Kongressprogramm.

Foto: MedUni Wien





KVB und KZVB organisieren eine digitale Talkrunde im Vorfeld der Bundestagswahl, an der alle Ärzte und Zahnärzte per Livestream teilnehmen können.



Dr. Zimmer erklärt, wie Parodontitis und systemische Erkrankungen interagieren und verdeutlicht den Stellenwert der unterstützenden Parodontaltherapie (UPT) vor allem bei älteren Patienten.

Titelbild: Andrey binao1/stock.adobe.com

Die Herausgeber sind nicht für den Inhalt von Beilagen verantwortlich.

Das BZB 7-8/2021 mit dem Schwerpunkt Kieferorthopädie erscheint am 15. Juli 2021.

- 40 **Mehr Aufklärung mit #GesundAbMund**
Kommunikationsoffensive der Bundeszahnärztekammer kommt gut an
- 41 **Online-News der BLZK**
- 42 **zahn.de – Mundgesundheit leicht gemacht**
Teil 1: Patientenwissen
- 46 **Tue Gutes und sprich darüber**
Warum Praxismarketing wichtig ist

wissenschaft und fortbildung

- 48 **Alternativen zu Fluorid?**
Prophylaxeprodukte mit CCP-ACP, Hydroxylapatit oder Xylit
- 52 **Zemente versus Komposite**
Langfristig sicher befestigen
- 58 **Implantologische Konzepte im Wandel**
Sofortimplantation und Sofortbelastung bei 74-jähriger Patientin
- 66 **Gesund beginnt im Mund**
Die unterstützende Parodontaltherapie (UPT) bei Patienten mit systemischen Erkrankungen

markt und innovationen

- 71 **Produktneuheiten**

termine

amtliche mitteilungen

- 72 eazf Tipp
- 73 eazf Fortbildungen
- 75 Betriebswirtschaftliches Curriculum
- 75 Veranstaltungskalender
- 76 Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen für Praxispersonal
- 78 Niederlassungsseminare 2021
- 78 Praxisübergabeseminare 2021
- 79 Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2021/2022
- 79 Ungültigkeit von Zahnarztweisen
- 80 Änderung der Reisekostenordnung I der BLZK (RKO I)
- 80 Ordentliche Vertreterversammlung der KZVB
- 81 Kassenänderungen
- 81 Rubrikanzeigen
- 82 Impressum

Selbstverwaltung braucht die standespolitische Debatte

Erste Vollversammlung der BLZK unter Pandemiebedingungen

Bereits Ende 2020 hatten die Delegierten zur Vollversammlung der Bayerischen Landeszahnärztekammer im schriftlichen Beschlussverfahren der Entlastung des Vorstands für das Geschäftsjahr 2019 und dem Haushalts- und Stellenplan für das Jahr 2021 zugestimmt. Damit stellte die Vollversammlung die Handlungsfähigkeit der BLZK auch unter Pandemiebedingungen unter Beweis. Am 23. April nutzten die Delegierten die nachgeholte Vollversammlung zur standespolitischen Aussprache und für weitere wichtige Beschlüsse zum Satzungsrecht der Kammer.

Einen Tag lang versammelten sich die Mitglieder des obersten Organs der BLZK im großen Ballsaal des Hotels Westin Grand München im Stadtteil Bogenhausen. Als langjähriger Partner für den Bayerischen Zahnärztetag war das Hotel der ideale Tagungsort, um die Versammlung sicher durchführen zu können. Die Delegierten saßen mit großzügigem Sicherheitsabstand an eigenen Tischen und trugen den ganzen Tag über mit großer Disziplin



Unter strengen Hygieneauflagen tagte in diesem Jahr die Vollversammlung der BLZK.

zur Einhaltung des Hygienekonzepts bei. Letzteres wurde zusammen mit dem Kongresspartner Oemus Media entwickelt, dessen Organisationstalent von vielen Zahnärztetagen erstmalig auch einer Vollversammlung zugutekam.

Kritik an Bundespolitik

Unter der routinierten Leitung von Dr. Horst-Dieter Wendel, Vorsitzender der

Vollversammlung, und dessen Stellvertreter Dr. Martin Schubert bedankte sich BLZK-Präsident Christian Berger bei den bayerischen Zahnärztinnen und Zahnärzten für ihren Einsatz im vergangenen Jahr. In seiner Eröffnungsansprache zog er eine Zwischenbilanz rund um die zentralen Aspekte der Pandemiebekämpfung unter den Schlagworten „Impfen“, „Testen“ und „Digitalisierung“ sowie die jeweiligen Auswirkungen auf die Zahnärzte. Im Hinblick auf pandemiebedingte Finanzhilfen stellte Berger wörtlich fest: „Offensichtlich sind Wertschöpfung sowie bescheinigte Systemrelevanz und Wertschätzung für die Bundespolitik zwei Paar Schuhe.“ Bei den Verantwortlichen im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege bedankte sich der Kammerpräsident hingegen ausdrücklich für die offene und wertschätzende Zusammenarbeit vor und während der Pandemie – insbesondere mit Blick auf die Entscheidung zur Impfpriorisierung der bayerischen Zahnärztinnen und Zahnärzte. Ferner appellierte er an die Vollversammlung, die Belange der



Christian Berger, Präsident der BLZK, am Rednerpult.

BLZK selbst zu gestalten, bevor im Zusammenhang mit der geplanten Novellierung des Heilberufe-Kammergesetzes möglicherweise über die Köpfe der Zahnärzteschaft hinweg entschieden werde.

Drei-Prozent-Hürde beschlossen

Auf der Tagesordnung stand auch die Aussprache und Beschlussfassung zu einem umfassenden Satzungsänderungs-Paket der Kammer, über dessen Für und Wider die Delegierten aller Fraktionen der Vollversammlung ausführlich diskutierten.

Als Ergebnis wurde eine Änderung der Wahlordnung mit einem Änderungsantrag auf Reduzierung des Quorums für die Unterstützerlisten von fünf auf drei Prozent einstimmig angenommen. Keine Mehrheit fand ein Antrag, dessen Ziel es war, die Wahl zum Präsidenten oder Vizepräsidenten auszuschließen, wenn gleichzeitig ein Amt im Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns oder in der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung besteht. Konsens gab es dahingehend, dass in der Reisekostenordnung Anreize für die Teilnahme an Online-Sitzungen geschaffen werden sollen. Auch eine Änderung der Berufsordnung wegen einer gesetzlichen Neuregelung zur Notdienstteilnahme wurde einstimmig angenommen.



Dr. Horst-Dieter Wendel, Vorsitzender der Vollversammlung, leitete die Zusammenkunft der Delegierten.

Entscheidung über Satzungsänderung vertagt

Kontrovers diskutierten die Delegierten die vom Vorstand vorgelegten Vorschläge zur Änderung der Satzung und der Geschäftsordnung der BLZK. Sie sollen dazu dienen, die Handlungsfähigkeit der BLZK im Katastrophenfall sicherzustellen, indem künftig einerseits Sitzungen und Beschlussfassungen des Vorstands in virtueller Form ermöglicht werden, andererseits ein Not-Geschäftsführungs- und -Entscheidungsrecht des Vorstands etabliert werden, wenn die Durchfüh-

rung der Vollversammlung aufgrund von Vorschriften höherrangigen Rechts unmöglich ist. Die vorgeschlagenen Satzungsänderungen wurden teils kritisiert, teils begrüßt. Schließlich einigten sich die Delegierten darauf, die Entscheidung auf die kommende Vollversammlung zu vertagen. Bis dahin soll eine Arbeitsgruppe aus je einem Vertreter der Fraktionen gemeinsam mit den Vorsitzenden der Vollversammlung und dem Justitiar der Kammer einen zustimmungsfähigen Entwurf zur Änderung von Satzung und Geschäftsordnung der BLZK erarbeiten. Für diese Änderungen ist eine Zwei-Drittel-Mehrheit erforderlich.

Im zweiten Teil der Vollversammlung bestand anhand des Tätigkeitsberichts der Kammerreferate traditionell ausführlich Gelegenheit zur standespolitischen Aussprache und Diskussion. Hierzu lagen den Delegierten verschiedene Anträge vor. Diskutiert wurden auch Vorschläge zur Unterstützung von Auszubildenden mit Migrationshintergrund bei Abschlussprüfungen sowie allgemeine Maßnahmen zur Vermeidung eines zukünftigen Fachkräftemangels in Zahnarztpraxen.

Die nächste Ordentliche Vollversammlung der BLZK soll am 2. Oktober wiederum im Hotel Westin Grand München stattfinden. Bis dahin gibt es für alle Beteiligten viel zu tun – vor allem hinter den Kulissen.

Sven Tschoepe
Hauptgeschäftsführer der BLZK



Die Delegierten der Vollversammlung stimmten über eine Reihe von Beschlussvorlagen ab.



„Die PZR hat Zukunft“

Neue PAR-Richtlinie tritt am 1. Juli in Kraft

Am 1. Juli tritt die neue Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-RL) in Kraft. Wir sprachen mit Dr. Manfred Kinner darüber, was das für die Zahnärzte und ihre Patienten bedeutet.

BZB: Warum braucht es eine neue Richtlinie für die Behandlung von parodontalen Erkrankungen?

Kinner: Wir wissen alle, dass Parodontitis eine Volkskrankheit ist. Fast jeder zweite Erwachsene ist betroffen, 12 Millionen Deutsche haben eine schwere parodontale Erkrankung. Die Gründe dafür sind vielfältig. Eine Hauptursache ist sicher die demografische Entwicklung. Deutschland hat eine im internationalen Vergleich hohe Lebenserwartung, die erfreulicherweise kontinuierlich steigt. Gleichzeitig haben wir Zahnärzte enorme Erfolge bei der Verbesserung der Mundgesundheit und beim Zahnerhalt erzielt. Immer mehr Hochbetagte haben anders als früher noch viele eigene Zähne. In der Vergangenheit lag der zahnmedizinische Fokus vielleicht zu stark auf den Zähnen und zu wenig auf dem Zahnhalteapparat. Das kann aber auch daran liegen, dass die PAR-Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausreichend vergütet wurde, der Leistungskatalog



Dr. Manfred Kinner: „Die neue PAR-Richtlinie hat weitreichende Auswirkungen auf unsere tägliche Arbeit.“

nicht den aktuellen Stand der Wissenschaft widerspiegelte und dadurch Teile der Bevölkerung zu geringen Zugang zu einer PAR-Therapie hatten.

BZB: Und das ändert sich nun?

Kinner: Ich hoffe, dass die neue Richtlinie die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt. Die Inhalte wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften erarbeitet. Erfreulicherweise haben sich auch die Krankenkassen ein großes Stück auf die Zahnärzteschaft und ihre Patienten zube-

wegt. Die Bewertung der neuen Leistungen erscheint mir angemessen.

BZB: Wie wird die Behandlungsbedürftigkeit festgestellt?

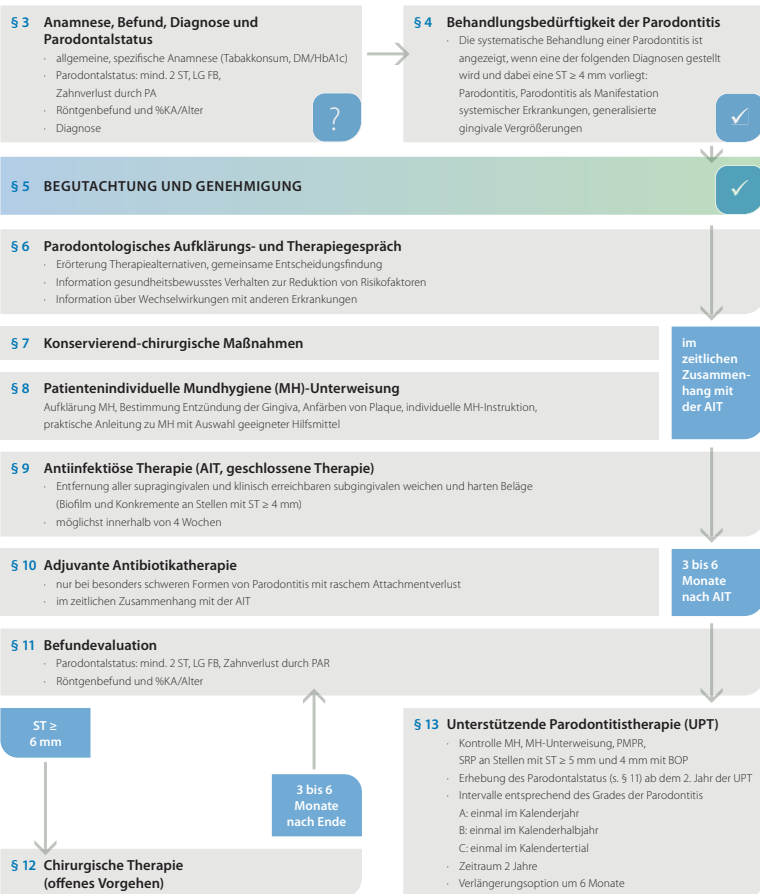
Kinner: Eine behandlungsbedürftige Parodontopathie liegt gemäß der neuen Richtlinie des G-BA dann vor, wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondiertiefe von 4 mm und mehr vorliegt:

- Parodontitis,
- Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen,
- andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerung.

Grundlage für die Therapie sind: allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese, der klinische Befund ergänzt durch Röntgenaufnahmen und Röntgenbefunde sowie die Diagnose und die entsprechende vertragszahnärztliche Dokumentation. Die parodontitisspezifische Anamnese umfasst: HbA1c-Wert (Diabetes) und Tabakkonsum. Die Dokumentation der klinischen Parameter umfasst: Furkationsbefall (Grad 0 – III), Zahnlockerung (Grad 0 – III), Zahnverlust aufgrund von Parodontitis und den Knochenabbauindex (röntgenologischer Knochenabbau in % pro Zahn im Verhältnis zum Alter).



RICHTLINIE ZUR SYSTEMATISCHEN BEHANDLUNG VON PARODONTITIS UND ANDERER PARODONTALERKRANKUNGEN (PAR-RICHTLINIE)



Grafik: Deutsche Gesellschaft für Parodontologie

ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern und einem weiteren Alveolarknochenverlust und damit Zahnverlust vorzubeugen. Auch aus den Ausführungen in der Richtlinie zur besonderen Bedeutung der aktiven Mitarbeit des Patienten und zur regelmäßigen Nachsorge für eine günstige Prognose erkennt man, dass es sich bei Parodontitis um eine chronische Erkrankung handelt, die der permanenten Betreuung bedarf und sich nicht durch eine einmalige oder kurzfristige Behandlung heilen lässt. Deshalb wurde aus der bisherigen „Compliance“ in der neuen Richtlinie auch die „Adhärenz“.

BZB: Und wie sieht der Behandlungsablauf ab dem 1. Juli aus?

Kinner: Die PAR-Behandlung beginnt in Zukunft direkt mit der Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit. Die bisherige Vorbehandlung wurde in die Behandlungsstrecke integriert und ist damit Bestandteil der Therapie. Die neuen Leistungen

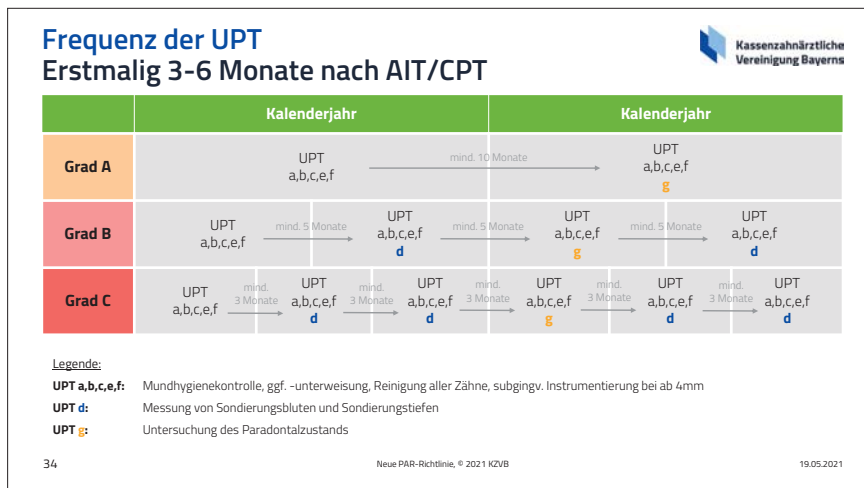
- parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG),
- die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU),
- die Befundevaluation (BEV)
- sowie die Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

wurden als neue zahnärztliche (und somit nicht delegierbare) Leistungen in den Katalog der GKV aufgenommen. Durch wiederholte Evaluation werden Richtungsentscheidungen (z.B. für eine offene chirurgische PAR-Therapie) im Ablauf der Behandlungsstrecke getroffen. Wesentliche Parameter werden durch „Staging“ und „Grading“ bestimmt.

Die PAR-Behandlung für gesetzlich Versicherte wurde mit Wirkung zum 1. Juli neu geregelt.

Zu der Tatsache, dass es sich bei Parodontitis um eine chronische Erkrankung beziehungsweise Manifestation einer Systemerkrankung handelt, wird in der G-BA-Richtlinie ausgeführt: Parodontitiden sind multifaktorielle Erkrankungen. Sie werden

durch parodontopathogene Mikroorganismen verursacht. Ihre Progredienz wird durch endogene und exogene Risikofaktoren beeinflusst. Das Ziel der Behandlung von Parodontitiden ist, entzündliche Erscheinungen zum Abklingen zu bringen,



Der Behandlungsablauf der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) ist klar geregelt und hängt vom Grad der Erkrankung ab.

- Die Stadieneinteilung basiert auf den Dimensionen von Schwere und Ausmaß der Parodontitis bei der Erstvorstellung, ergänzt durch die Komplexität des Behandlungsmanagements beziehungsweise der Therapie.
- Die Gradeinstufung gibt das zukünftige Risiko einer PAR-Progression an und liefert eine Abschätzung auf das wahrscheinliche Ansprechen auf die Standardtherapie.

Parodontale Erkrankungen können so künftig mit umfassenden, am individuellen Bedarf der Patienten ausgerichteten Maßnahmen bekämpft werden. Betroffene erhalten im Zusammenhang mit der eigentlichen antiinfektiösen Therapie künftig eine individuelle Mundhygieneunterweisung, die in einem eigenen Therapieschritt um ein parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch ergänzt wird. Das soll ein Verständnis für die Auswirkungen der Erkrankung schaffen und zugleich die Mitwirkung der Versicherten stärken. Die „sprechende Zahnmedizin“ findet damit erstmals Eingang in die GKV-Versorgung. Die Maßnahmen dienen dazu, die Mundhygienefähigkeit und Gesundheitskompetenz zu erhöhen und Patienten aktiv in die Therapie einzubinden. Neben dem verbesserten therapeutischen Ansatz misst die Richtlinie aber auch der Früherkennung besondere Aufmerksamkeit zu. So wurde der Parodontale Screening Index (PSI) als

echtes Screeninginstrument ausgestaltet und an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst. Die Zahnärzte bekommen somit ein wirksames Instrument der Früherkennung an die Hand. Die unterstützende Parodontitistherapie, kurz UPT, hat einen zentralen Stellenwert – nicht zuletzt im Hinblick auf die nachhaltige Sicherung des Behandlungserfolgs. Sie ist ein wesentlicher Therapieschritt, um die Ergebnisse der antiinfektiösen und gegebenenfalls chirurgischen Therapie zu sichern, die Patientent motivation und die Aufrechterhaltung der Mundhygiene zu fördern, zu erhalten und nicht befallenes Gewebe gesund zu halten. Neu- und Reinfektionen in behandelten Bereichen können erkannt und bestehende Erkrankungen eingedämmt werden.

BZB: Was gehört alles zur UPT?

Kinner: Die UPT umfasst Maßnahmen zur Mundhygienekontrolle, wenn erforderlich

- eine erneute Mundhygieneunterweisung,
- die vollständige Reinigung **aller** Zähne von Biofilmen und Belägen,
- je nach Grading erneute Messungen von
 - Sondierungstiefen der Zahnfleischtaschen
 - und Sondierungsbluten
- sowie gegebenenfalls erneute subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen

- und – ab dem zweiten Jahr – eine jährliche Untersuchung des Parodontaltzustandes.

Diese Maßnahmen sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erbracht werden. Die Häufigkeit richtet sich dabei nach dem festgestellten Grading im Rahmen der Ersterhebung zu Beginn der Therapie und liegt zwischen ein- und dreimal pro Jahr. Es besteht auch die Möglichkeit einer Verlängerung der UPT. Voraussetzung ist die Genehmigung der Kasse.

BZB: Ist die UPT eine „Konkurrenz“ für die Professionelle Zahnreinigung?

Kinner: Gesetzlich Versicherte haben mit der UPT künftig in einem Zeitraum von zwei Jahren nach Abschluss der aktiven Behandlungsphase einen verbindlichen Anspruch auf eine strukturierte, therapeutische Nachsorge, die bedarfsgerecht an das individuelle Patientenrisiko angepasst wird. Ihr geht dabei erstmals auch eine zielgerichtete Evaluation der Ergebnisse der aktiven Behandlungsphase voraus. Auf die Voraussetzungen, die für eine UPT vorliegen müssen, bin ich bereits eingegangen. Die Professionelle Zahnreinigung (PZR) hat demnach weiterhin einen hohen Stellenwert in der Prophylaxe. Sie trägt dazu bei, dass eine Parodontitis gar nicht erst entsteht oder zumindest nicht behandlungsbedürftig wird. Das Ende der PZR wird durch die neue PAR-Richtlinie nicht eingeläutet. Die prophylaktische PZR und die in die Behandlungstrecke integrierte UPT ergänzen sich. Der Zahnarzt muss beurteilen, wann welche Behandlung indiziert ist.

BZB: Stichwort Finanzierung: Die PAR-Richtlinie wird vermutlich zu erheblichen Mehrkosten in der GKV führen. Ist das durch die Budgets abgedeckt?

Kinner: Der Zeitpunkt für die Einführung der neuen PAR-RL ist günstig. Ihr ging ja eine jahrelange Informations- und Überzeugungsarbeit voraus. Die Budgetierung ist für 2021 und 2022 per Gesetz aufgehoben. Die KZBV konnte mit dem GKV-Spitzenverband aber auch vereinbaren, dass die durch die PAR-Richtlinie entstehenden Mehrkosten ab 2022 basiswirksam

sind. Das bedeutet, dass wir bei den Vergütungsverhandlungen für das Jahr 2023 auf den Werten des Jahres 2022 aufsetzen können. Die Budgets müssen dann entsprechend angepasst werden. Sonst wäre die PAR-RL eine echte Mogelpackung. Das kann weder im Sinne der Krankenkassen noch der Zahnärzte und vor allem nicht der GKV-versicherten Patienten sein.

BZB: Wie wurde der Verhandlungserfolg möglich?

Kinner: Es ist uns allen gemeinsam gelungen, den Krankenkassen auch im Bereich der Parodontitis den Stellenwert einer präventionsorientierten Zahnmedizin klarzumachen. Es ist für die GKV insgesamt einfach wirtschaftlicher, in die PAR-Therapie zu investieren als in Zahnersatz, der häufig die Folge nicht behandelter Parodontopathien ist. Die eigenen Zähne auch im höheren Alter noch zu besitzen, das hat aber vor allem etwas mit der Würde und Lebensqualität unserer Patienten zu tun.

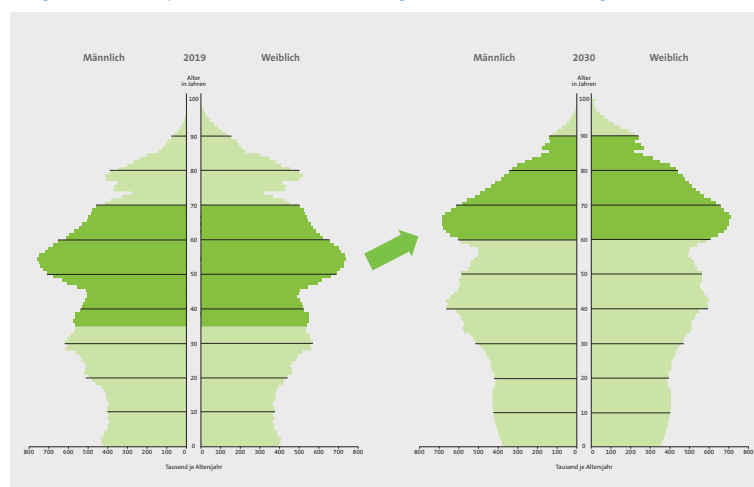
BZB: Wie weit reicht der Delegationsrahmen bei den neuen Leistungen?

Kinner: Die neuen PAR-Behandlungsleistungen in der GKV sind grundsätzlich nicht delegierbar. Sie sind als zahnärztliche Leistungen verhandelt, beschrieben und bewertet. Ausnahmen mag es bei einigen Teilschritten entsprechend dem Delegationsrahmen der Bundeszahnärztekammer und zum Beispiel bei der Dokumentation geben.

BZB: Es gibt auch Verbesserungen für Pflegebedürftige?

Kinner: Ja, auch besonders vulnerable Patientengruppen profitieren von einer verbesserten PAR-Behandlung. Dazu zählen Patienten, bei denen die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist, die einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen oder bei denen die Kooperationsfähigkeit nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist. Der Zugang zu den neuen Leistungen ist dabei unbürokratisch niedrigschwellig im Rahmen der Anzeigepflicht bei den Kassen ausgestaltet. Dafür gibt es eine eigene Richtlinie des G-BA.

Prognostizierter parodontaler Behandlungsbedarf durch demografischen Wandel



Grafik: KZVB

Die steigende Lebenserwartung führt zu einem erhöhten Behandlungsbedarf von Parodontopathien.

BZB: Wo finden Zahnärzte weitere Informationen zu den neuen Richtlinien?

Kinner: Ich kann den bayerischen Vertragszahnärzten nur dringend dazu raten, sich ausschließlich auf die Informationen und Abrechnungshinweise der KZVB zu verlassen. Es ist abzusehen, dass viele kommerzielle Anbieter auf den Fortbildungsmarkt drängen. Aber das ist allenfalls Wissen aus zweiter Hand und nicht immer so aktuell und rechtssicher, wie sich die Praxen das wünschen. Die neuen Richtlinien beinhalten viele Fallstricke. Wir informieren kontinuierlich in unseren Publikationen, im Rundschreiben und natürlich auf abrechnungsmappe.kzvb.de darüber, was bei einer korrekten Beantragung und Abrechnung der neuen Leistungen zu beachten ist.

BZB: Wie läuft die technische Umsetzung der PAR-RL?

Kinner: Der Start zum 1. Juli ist äußerst ambitioniert. Neue Bema-Leistungen und Abrechnungsregeln müssen im Praxisverwaltungssystem eingepflegt werden. Das kann bis in den Herbst dauern. Auch in der KZVB brauchen wir neue Software-Module. Daran arbeiten wir mit Hochdruck. Aufgrund der Fristen für die Beantragung und Genehmigung der neuen Leistungen rechnen wir aber erst Mitte des dritten Quartals mit den ersten Fällen in der Abrechnung.

Da die vorgesehene elektronische Genehmigung der neuen PAR-Pläne technisch noch undurchführbar ist, werden sie bis auf Weiteres in Papierform von der Praxis an die Krankenkassen zu übermitteln sein. Die KZVB erhält die neuen Formulare erst Mitte Juli. Wir schicken dann automatisch eine Erstaussstattung an jede Praxis. Mit einer Digitalisierung des Verfahrens rechnen wir nicht vor Ende 2022.

BZB: Wie sieht es mit PAR-Behandlungen aus, die vor dem 1. Juli genehmigt wurden?

Kinner: Die alten PAR-Behandlungen sollten gemäß den aktuellen Abrechnungsbestimmungen dann zu Ende geführt werden, wenn damit vor dem 30. Juni begonnen wurde. Wichtig: Wenn die Behandlung vor dem 30. Juni genehmigt, aber noch nicht begonnen wurde, ist dieser Plan an die Krankenkasse zurückzusenden. Es muss ein ganz neuer Plan gemäß der neuen Richtlinie erstellt werden. Die Kasse wird dann den Plan nach der neuen PAR-Richtlinien genehmigen, und die Behandlung kann nach dem 1. Juli begonnen werden. Ein Honorar für die Erstellung des alten Planes entfällt in diesem Fall.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.

„Das Nebeneinander von GKV und PKV hat sich bewährt“

CDU und CSU halten am dualen System fest

Wie steht es um das deutsche Gesundheitswesen? Welche Entscheidungen müssen in der kommenden Legislaturperiode getroffen werden? Im Vorfeld der Bundestagswahl am 26. September 2021 stellen wir den gesundheitspolitischen Sprechern aller derzeit im Parlament vertretenen Fraktionen die gleichen Fragen. Nach der AfD, Bündnis 90/Die Grünen und der LINKEN kommt nun die Union zu Wort. In den nächsten Ausgaben folgen noch FDP und SPD.

BZB: Selbstverwaltung, Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit – welchen Stellenwert haben diese Begriffe für Ihre Partei?

Maag: Den Kern unseres freiheitlichen Gesundheitswesens bilden die freie Zahnarzt-, Arzt- und Krankenhauswahl, die Therapiefreiheit und die Unabhängigkeit der freien Gesundheitsberufe. Dazu gehört aus unserer Sicht aber auch eine starke Selbstverwaltung. Daran werden wir festhalten.

BZB: Inhaber von Zahnarztpraxen sehen sich noch immer mit einer Fülle von bürokratischen Vorschriften konfrontiert. Wo gibt es nach Ihrer Meinung Abbaupotenzial?

Maag: Der Normenkontrollrat hat ja bereits 2015 entsprechende Vorschläge erarbeitet. Einzelne Körperschaften wie zum Beispiel die Ärztekammer Sachsen

haben auch eigene Vorschläge entwickelt. Ich sehe in der Bundesgesetzgebung dabei sicher nicht den Hauptverursacher von Bürokratie. Wenn uns jedoch einzelne Vorschriften benannt werden, diskutieren wir gerne über deren Entbehrlichkeit. Darüber hinaus sind wir in dieser Wahlperiode auch ein ganzes Stück weitergekommen: Die rechtlichen Vorgaben des SGB V, der Bundesmantelverträge Zahnärzte und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sehen in der vertragszahnärztlichen Versorgung für bestimmte Leistungsbereiche Antrags- und Genehmigungsverfahren zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung vor. § 87 Absatz 1 Satz 8 bis 12 SGB V ermöglicht ein elektronisches Antrags- und Genehmigungsverfahren für bewilligungspflichtige zahnärztliche Leistungen. Im Gesundheitswesen sind wir gerade im Bereich der Digitalisierung einen Riesenschritt weitergekommen. Das kommt auch den Zahnarztpraxen zugute.

BZB: Während die Praxiskosten von Jahr zu Jahr steigen, stagniert der GOZ-Punktwert seit 1988. Wann können Zahnärzte mit einer Anhebung rechnen?

Maag: Die GOZ wird genauso wie die GOÄ mit Zustimmung des Bundesrates als Rechtsverordnungen der Bundesregierung erlassen. Die GOZ wurde zuletzt mit Wirkung zum 1. Januar 2012 novelliert. Wir werden dies in den nächsten Koalitionsverhandlungen mitdenken.

BZB: Die Corona-Krise hat das Gesundheitssystem vor eine harte Belastungsprobe gestellt. Welche Lehren muss die Gesundheitspolitik aus der Corona-Pandemie ziehen?

Maag: Die Corona-Krise wird uns auch in den kommenden Monaten nicht loslassen. Dabei beziehe ich mich besonders darauf, dass wir die Pandemiebewältigung konsequent aufarbeiten, bewerten und entsprechende Lehren daraus ziehen müssen. Heute wissen wir vieles besser als zu Beginn der Pandemie. Ich will der wissenschaftlichen Aufarbeitung, die wir ja bereits gesetzlich in Auftrag gegeben haben, nicht vorgreifen, aber ich sehe schon, dass vor allem der Abstimmungsbedarf zwischen den verschiedenen Zuständigkeitsebenen lähmt.

So halte ich es aus der Erfahrung der letzten Monate für notwendig, dass der

Bund in der Bekämpfung der Corona-Pandemie insgesamt die Zuständigkeit für solche nationalen Notsituationen übernimmt. Wir haben aber nicht nur Abstimmungs-, sondern auch Umsetzungsdefizite. Bereits im letzten Jahr hat der Bund mehrere Milliarden in die Hand genommen, um die in Landeszuständigkeit stehenden Gesundheitsämter zu ertüchtigen oder den Krankenhäusern bei der Digitalisierung unter die Arme zu greifen – auch das originäre Landeszuständigkeit. Mit dem vierten Infektionsschutzgesetz haben wir hier eine wichtige Lücke schließen können.

Dennoch sind wir in Deutschland an vielen Stellen gut durch die Corona-Pandemie gekommen. Das haben wir nicht zuletzt der großartigen Arbeit der Beschäftigten in unserem Gesundheits- und Pflegewesen, einschließlich der Zahnärzteschaft und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, der öffentlichen Gesundheitsämter, des Robert Koch-Institutes und der Umsicht und dem verantwortungsvollen Verhalten der meisten Menschen in unserem Land zu verdanken. Ganz speziell danke ich den Zahnärzten und ihren Mitarbeitern, die in den Corona-Schwerpunktpraxen Verantwortung übernommen haben.

BZB: Dual oder einheitlich – wie sieht für Ihre Partei das Krankenversicherungssystem der Zukunft aus?

Maag: Das Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung und der damit einhergehende Systemwettbewerb haben sich im Hinblick auf die Qualität der Krankenversicherung in Deutschland bewährt. Daran wollen wir festhalten.

BZB: Bei den Zahnärzten sorgte die Covid-19-Schutzverordnung für Frust



Karin Maag, die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, gab uns das Interview kurz vor ihrem Wechsel in den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

und Enttäuschung. Anders als Ärzte und Krankenhäuser erhalten sie keine echten Liquiditätshilfen, sondern nur Darlehen. Sehen Sie eine Möglichkeit, hier nachzubessern?

Maag: Im Kontext der andauernden Corona-Pandemie war es für uns in der Unionsfraktion fortwährend ein zentrales Anliegen, dass die vertragszahnärztliche Versorgung der Bevölkerung wohnortnah, flächendeckend und qualitätsgesichert gewährleistet bleibt und dabei die Zahlungsfähigkeit der Zahnarztpraxen gesichert wird. Denn natürlich sehen sich viele Zahnarztpraxen seit Beginn der Pandemie im letzten Jahr und auch gegenwärtig mit großen Herausforderungen in Zusammenhang mit Covid 19 konfrontiert.

Deshalb haben wir uns grundsätzlich davon leiten lassen, die Zahlungsfähigkeit der Zahnarztpraxen zu sichern. Gleichzeitig steht hinter dieser Regelung auch die Annahme, dass gerade im zahnmedizinischen Bereich Leistungen, die verschiebbar sind und pandemiebedingt nicht durchgeführt werden, auch nach-

geholt werden können. Wir gehen also davon aus, dass im Anschluss an die Pandemie Nachholeffekte, insbesondere die Nachfrage nach Zahnersatz, stattfinden werden. Demzufolge halte ich die Ausgestaltung der Hilfen für Zahnärztinnen und Zahnärzte als rückzahlbare Überbrückungshilfen für vertretbar.

Ganz wichtig war uns dabei aber über einen Änderungsantrag sicherzustellen, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit erhalten, gerade junge Praxen, die durch die Folgen der Pandemie existenziell bedroht sind, unter angemessener Beteiligung der Krankenkassen finanziell zu unterstützen.

BZB: Fremdkapitalfinanzierte MVZ sind trotz der Begrenzung der Marktanteile im TSVG auf dem Vormarsch. Sie konzentrieren sich auf die städtischen Ballungsräume. Braucht es hier weitere Regelungen wie zum Beispiel eine Gründungsbefugnis ausschließlich für Zahnärzte?

Maag: Die Gutachtenlage gibt diese Einschränkung nicht her. Wir sind hierzu aber im ständigen Austausch mit den Vertreterinnen und Vertretern der Zahnärzteschaft. Auch in der nächsten Wahlperiode werden wir weitere Regelungen diskutieren und umsetzen, um den Einfluss der Zahnärztinnen und Zahnärzte zu stärken und den Einfluss von Großinvestoren einzuschränken.

BZB: Die elektronische Patientenakte macht in der Zahnmedizin wenig Sinn. Zahnärzte arbeiten selten interdisziplinär. Welche Vorteile haben Zahnarztpraxen von der Anbindung an die Telematik-Infrastruktur?

Maag: Vor allem geht es ja darum, für die Versicherten und die Patienten eine einheitliche Patientenakte zu erstellen. Aber auch zum Abbau von Bürokratie, der Vermeidung von Doppelbehandlungen und ganz besonders, um für die Patientinnen und Patienten aber auch die Zahnärztinnen und Zahnärzte einen Überblick etwa über wichtige Diagnose- und Behandlungsdaten zu ermöglichen, sind die Telematik-Infrastruktur (TI) und die



elektronische Patientenakte unabdingbar. Deshalb begrüße ich die Anbindung der Zahnarztpraxen an die Telematik-Infrastruktur sehr.

Hinzu kommen digitale Anwendungen, die schon bald umgesetzt werden sollen. So soll etwa das Zahnbonusheft ab dem Jahr 2022 in der elektronischen Patientenakte gespeichert und aktualisiert werden. Geplant sind zudem die Integration eines digitalen zahnärztlichen Implantatpasses und der zahnärztlichen Falldokumentation. Hinzu kommen die derzeit noch nicht vorhandenen, aber aus meiner Sicht dennoch sehr notwendigen Informationen anderer Akteure im Gesundheitsbereich, die sicherlich auch für die zahnärztliche Behandlung hilfreich sein können. Dabei halten wir uns an die hohen datenschutzrechtlichen Vorgaben und bleiben dabei: Die Anwendung der elektronischen Patientenakte ist und bleibt für jede Patientin und jeden Patienten freiwillig. Je mehr Anwendungen hier dazukommen, desto deutlicher werden die Vorteile der Telematik-Infrastruktur und der elektronischen Patientenakte.

Hiervon sind wir als Unionsfraktion überzeugt.

BZB: Halten Sie es für richtig, dass man Praxen, die sich nicht an die TI anbinden wollen, durch Honorarabzüge „bestraft“?

Maag: Nur ein einheitliches System ist langfristig effizient. Patientinnen und Patienten sollen digitale Angebote wie die elektronische Patientenakte möglichst bald und vor allem flächendeckend nutzen können. Ich denke, dass insbesondere die Pandemie gezeigt hat, wie wichtig das Fortschreiten der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung ist. Deshalb wird die Anbindung an die Telematik-Infrastruktur auch vollständig finanziert. Wir wollen weiterhin daran festhalten, dass diejenigen, die sich nicht an die TI anbinden wollen, Honorarabzüge zu erwarten haben.

BZB: Die weitere Digitalisierung des Gesundheitswesens ist erklärtes Ziel der jetzigen Bundesregierung. In anderen Ländern kam es bereits zu schwer-

wiegenden Hackerangriffen. Halten Sie den Schutz hochsensibler Patientendaten für ausreichend?

Maag: Kriminelles Handeln kann man nicht ausschließen. Um allen Datenschutzanforderungen gerecht zu werden und insbesondere die medizinischen Daten von Patienten zu schützen, wird in der Telematik-Infrastruktur aber auf starke Informationssicherheitsmechanismen gesetzt. Die sichere, verschlüsselte Kommunikation zwischen bekannten Kommunikationspartnern sowie der Schutz vor dem Zugriff auf sensible Informationen sind daher das Fundament der Telematik-Infrastruktur.

Damit die sichere Kommunikation und der Schutz von sensiblen Informationen in der Telematik-Infrastruktur langfristig gewährleistet sind, werden die verwendeten kryptographischen Verfahren durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) regelmäßig überprüft und an die neuesten Entwicklungen angepasst.

Die Fragen stellten Leo Hofmeier und Thomas A. Seehuber.

Anzeige

Der rote Faden

Dentalchirurgische Nahttechniken

Von Dr. Stephan Beuer und Dr. Martin Stangl

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



€ 49,-

Bürgerversicherung würde die Zahnärzte Milliarden kosten

Studie zur Abschaffung der PKV liefert eindeutige Ergebnisse

Die Bürgerversicherung könnte schneller als gedacht wieder auf der politischen Agenda stehen. Grüne, SPD und Linke halten in ihren Programmen für die Bundestagswahl im Herbst eisern daran fest. Für die Zahnärzte hätte die Abschaffung der PKV fatale Folgen, wie eine neue Studie belegt.

Das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung (WIP) hat ausgerechnet, wie hoch die finanziellen Einbußen in unterschiedlichen Bereichen der Medizin wären. So flossen 2019 37,52 Milliarden Euro durch Privatpatienten in das deutsche Gesundheitssystem. Wären diese gesetzlich versichert gewesen, heißt es dort, hätte man ein knappes Drittel der Einnahmen verloren. Privatversicherte brachten dem Gesundheitssystem in 2019 also rund 13 Milliarden Euro „on top“.

An diesem Mehrumsatz hatten Zahnärzte einen nicht unbeträchtlichen Anteil. Ein knappes Viertel dieser Summe, rund drei Milliarden Euro, fließt auf ihre Kon-

ten. Zahnmediziner sind damit auch die einzige medizinische Fachrichtung, die in der Studie explizit aufgeführt wird. Etwa 50 Prozent der PKV-Ausgaben fließen insgesamt in die ambulante Versorgung.

Im Jahr 2020 waren in Deutschland 8,73 Millionen Menschen bei einer PKV versichert, dem gegenüber stehen 72,36 Millionen gesetzlich Versicherte (Quelle: Statista). Auch wenn die Zahl der Privatversicherten sinkt, sind sie existenziell für das Überleben vieler Praxen. Laut der WIP-Studie würden die Mehreinnahmen durch sie dazu beitragen, dass Deutschland beim Gesundheitswesen auch im internationalen Vergleich sehr gut abschneidet. Das habe auch die Bewältigung der Corona-Pandemie erleichtert. Ein weiteres Argument: Privatversicherte tragen anders als oft behauptet auch zum Erhalt der flächendeckenden Versorgung bei. Im ländlichen Raum betrifft dies die Einkommen von Ärzten und Zahnärzten sogar überproportional.

Da die Behandlungskosten für Privatversicherte ohne Budgetgrenzen erstattet werden, zahlen sie für viele medizinische

Leistungen höhere Honorare als die GKV. Diese Mehrzahlungen ermöglichen es zum Beispiel Ärzten und Krankenhäusern in mehr Fachpersonal, modernere Infrastrukturen und Geräte zu investieren. In Bayern seien dies jährlich 2,2 Milliarden Euro. Durch eine Abschaffung der PKV würden die Arzt- und Zahnarztpraxen laut WIP jährlich 6,43 Milliarden Euro einbüßen. Das wären durchschnittlich rund 55.000 Euro pro Praxis.

In Bayern hat die PKV mit 12,7 Prozent einen relativ guten Marktanteil. Er liegt sogar etwas höher als der Bundesdurchschnitt von 10,6 Prozent. Die oberbayerischen Landkreise Starnberg (24,6 Prozent) und München (22,6 Prozent) weisen die höchsten PKV-Marktanteile auf. Die unterfränkische Stadt Schweinfurt liegt hingegen bei nur 7,9 Prozent – der niedrigste Wert.

Die Befürworter der Bürgerversicherung haben bislang noch keine Antwort auf die Frage gegeben, woher die Milliarden kommen sollen, die durch die Abschaffung der PKV verloren gehen.

Ingrid Scholz

Mehr EU-Kompetenzen im Gesundheitsbereich

16. Europatag der Bundeszahnärztekammer diskutiert über europäische Gesundheitsunion

Der 16. Europatag der Bundeszahnärztekammer, der am 14. April unter dem Titel „Schaffung einer Gesundheitsunion – Wunsch und Wirklichkeit“ im Online-Format stattfand, ging der Frage nach, ob die Europäische Union künftig mehr Kompetenzen im Gesundheitsbereich benötigt oder ob das bestehende Instrumentarium der EU-Verträge den Anforderungen genügt.

Für den diesjährigen Europatag konnten Redner aus dem Europäischen Parlament, dem Deutschen Bundestag, der Europäischen Kommission, der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der Europäischen Union sowie weitere Experten gewonnen werden.

Die Moderation des Europatages 2021 übernahm Arno Metzler, Rechtsanwalt und ehemaliger Vorsitzender der Gruppe Vielfalt des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses.

Lehren aus der Corona-Pandemie ziehen

Als Reaktion auf die anhaltende Corona-Pandemie häufen sich die politischen Forderungen nach mehr gemeinsamer europäischer Gesundheitspolitik. So verabschiedete das Europäische Parlament im vergangenen Jahr mit großer Mehrheit eine Entschließung, in der eine europäische Gesundheitsunion gefordert wird. Ende 2020 hat die Europäische Kommission mehrere Gesetzesinitiativen unter der Überschrift „Schaffung einer europäischen Gesundheitsunion“ auf den Weg gebracht, mit denen allerdings in erster Linie lediglich die Krisenreaktionsfähigkeit der EU verbessert werden soll.

In seiner Einleitung begrüßte der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, ausdrücklich, dass die EU ihre Reaktionsfähigkeit in Krisenzeiten stärken will. Die Erfahrungen der Pandemie haben aus seiner Sicht deutlich gezeigt, dass hier erheblicher Nachhol-

bedarf besteht. Angesichts höchst unterschiedlicher Gesundheitssysteme in den EU-Mitgliedsstaaten warnte Engel jedoch davor, voreilig weitere gesundheitspolitische Kompetenzen auf die europäische Ebene übertragen zu wollen. Er erinnerte daran, dass die Idee einer europäischen Gesundheitsgemeinschaft bereits in die 1950er-Jahre zurückreicht.

Vorschläge der EU-Kommission

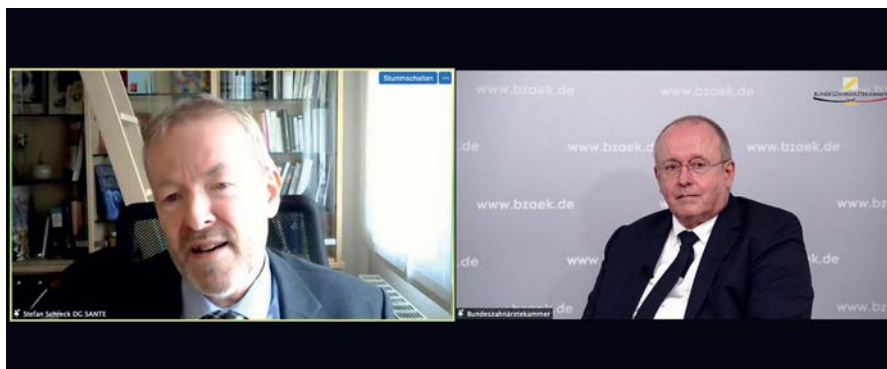
Als erster Diskussionsteilnehmer stellte Dr. Stefan Schreck von der Generaldirektion Gesundheit der Europäischen Kommission die drei Vorschläge seines Hauses vom November 2020 vor. Dabei handelt es sich um einen Verordnungsvorschlag zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren, die Ausweitung des Mandats des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten sowie des Mandats der Europäischen Arzneimittel-Agentur. Zudem plant die Europäische Kommission



Dr. Peter Engel (m.), Präsident der Bundeszahnärztekammer, und Dr. Michael Frank (r.), Präsident der European Regional Organization of the FDI World Dental Federation, mit dem Moderator der Veranstaltung, Arno Metzler.



Der FDP-Europaabgeordnete Andreas Glück sprach sich gegen eine enge Gesundheitsunion aus.



Dr. Stefan Schreck (l.) von der Generaldirektion Gesundheit der EU-Kommission stellte die Vorschläge seines Hauses vor. Rechts der Moderator des diesjährigen Europatages, Arno Metzler.

noch in diesem Jahr die Einrichtung einer neuen EU-Behörde für die Vorsorge und Reaktion in gesundheitlichen Notlagen vorzulegen, die im Krisenfall ein einheitliches grenzüberschreitendes Vorgehen gegen Gesundheitsgefahren sicherstellen soll. Schreck warb dafür, dass die EU-Mitgliedsstaaten künftig noch mehr im Gesundheitsbereich zusammenarbeiten und einen Erfahrungsaustausch betreiben.

Falsche Erwartungen geweckt?

Ortwin Schulte, Referatsleiter Gesundheit in der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der EU, begrüßte ebenfalls die Vorschläge der Europäischen Union, die noch unter der deutschen Ratspräsidentschaft Ende 2020 auf den Weg gebracht wurden. Schulte gab jedoch zu bedenken, dass der von der Europäischen Kommission gewählte Titel „Schaffung einer Gesundheitsunion“ von vielen Beteiligten als irritierend empfunden worden sei, da dies Erwartungen wecken würde, die die Vorschläge bei genauer Betrachtung nicht erfüllen. Schulte gab zu bedenken, dass man sich seitens der Bundesregierung stets gegen die Übertragung weiterer Kompetenzen im Gesundheitsbereich ausgesprochen habe.

Mehr Zusammenarbeit

Andreas Glück (FDP), Mitglied im Ausschuss für Umweltfragen, öffentliche Gesundheit und Lebensmittelsicherheit des

Europäischen Parlaments, erteilte einer engen Gesundheitsunion ebenfalls eine Absage. Allerdings sind aus seiner Sicht durchaus mehr Bereiche denkbar, in denen eine engere gesundheitspolitische Zusammenarbeit stattfinden könnte. Grundvoraussetzung sei, dass diese Bereiche vorab klar definiert sind. Glück wies auf die Konferenz über die Zukunft Europas hin, in deren Verlauf sicher eingehender über diese Thematik diskutiert werden wird.

Dr. Patrick Stockebrandt, Fachbereichsleiter Verbraucher & Gesundheit des Freiburger Centrums für Europäische Politik, unterstrich, dass die Diskussion über eine Gesundheitsunion derzeit auf zwei Ebenen geführt werde. Die erste Ebene seien die Vorschläge der Kommission vom November. In der zweiten Ebene werde die Frage aufgeworfen, in welchen Bereichen weitere gesundheitspolitische Kompetenzen auf die EU übertragen werden sollten. Aus seiner Sicht böten sich hierbei die gemeinsame Bewertung von Gesundheitstechnologien, grenzüberschreitende elektronische Gesundheitsdienste sowie die Bekämpfung von Pandemien an. Stockebrandt prognostizierte, dass Gesundheit weiter auf der EU-Tagesordnung bleibt und im Mittelpunkt der Diskussion der Konferenz über die Zukunft der EU stehen wird.

Dr. Georg Kippels (CDU), Mitglied im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages und Berichterstatter der CDU/CSU-Fraktion für europäische Gesundheitsfragen, brachte seine Skepsis über die Begrifflichkeit Gesundheitsunion

und die Idee, im Gesundheitsbereich weitere Kompetenzen auf die EU zu übertragen, vor. Er wies auf die Unterschiede der Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedsstaaten und deren Organisationsformen hin.

Mehr Zeit für die Diskussion nehmen

Dr. Michael Frank, Präsident der European Regional Organization of the FDI World Dental Federation und Präsident der Landes Zahnärztekammer Hessen, zog in seinem Schlusswort ein positives Fazit der Veranstaltung. Die Wortbeiträge hätten deutlich gemacht, dass es große Sympathien gäbe, die Krisenreaktionsfähigkeit der EU zu verbessern. Dies könne jedoch nicht als Gesundheitsunion bezeichnet werden. Der Begriff wecke sehr unterschiedliche Assoziationen. Gleichzeitig dürfe nicht vergessen werden, dass die Gesundheitssysteme der EU-Mitgliedstaaten höchst unterschiedlich organisiert sind. Vor diesem Hintergrund rief Frank dazu auf, sich für die Diskussion über eine Europäische Gesundheitsunion viel mehr Zeit zu nehmen und zu klären, welche Bereiche dafür in Frage kommen. Die Gretchenfrage wird dabei sein, auf welcher Rechtsgrundlage die EU künftig handeln darf. Aus seiner Sicht ist mehr Europa im Gesundheitsbereich nur sinnvoll, wo dies zu einem echten Mehrwert für Patientinnen und Patienten führt.

Dr. Alfred Büttner
Leiter des Brüsseler Büros der BZÄK

„Kompensation für zusätzlichen Aufwand“

KZVB unterstützt Zahnärzte bei der Qualitätsprüfung

Seit über einem halben Jahr ist die neue Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) in Kraft. Wir sprachen mit Dr. Rüdiger Schott und Nikolai Schediwy darüber, was das für die Zahnärzte bedeutet.

BZB: Was verändert sich durch die neue Qualitätsmanagement-Richtlinie für die Zahnärzte?

Schott: Wie jede neue Richtlinie sorgt auch die QM-RL für mehr Bürokratie in unseren Praxen. Der G-BA hat es geschafft, einen sage und schreibe elfseitigen Berichtsbogen zu entwerfen. Die KZVB hat erfolglos dagegen interveniert. Die bayerischen Zahnärzte haben das Qualitätsmanagement (QM) doch längst in ihren Praxisalltag integriert. Die Politik spricht ständig von Entbürokratisierung. Gleichzeitig werden die Verwaltungstätigkeiten ständig durch neue Vorgaben erweitert. Das geht auch zu Lasten der Behandlungszeit und der Therapiefreiheit. Jetzt müssen wir wieder einmal Schadensbegrenzung betreiben. Wir werden die betroffenen Praxen bestmöglich beim Ausfüllen des Fragebogens unterstützen. Es gibt aber auch sinnvolle Neuerungen wie die Sensibilisierung der Mitarbeiter für das Thema häusliche Gewalt, die nun Bestandteil des QM ist. Hier können die Zahnärzte einen wichtigen Beitrag für das Kindeswohl leisten.

BZB: Wie wirkt sich das auf die Zahnärzte aus?

Schediwy: Dr. Schott hat den neuen, umfangreicheren Berichtsbogen bereits erwähnt. Auch bei der Stichprobengröße und den Erhebungsintervallen gab es Änderungen. Bislang musste die KZVB jedes Jahr zwei Prozent der bayerischen Vertragszahnärzte einen QM-Berichtsbogen zukommen lassen. Diese Zahl wurde nun auf vier Prozent erhöht. Die Prüfung findet dafür aber nur noch alle zwei Jahre statt. Im Sommer 2021 wird die erste Stichprobe nach den neuen Vorgaben gezogen, 2023 die nächste. Die größten Veränderungen gab es aber zweifellos beim Berichtsbogen, dessen Umfang von zwei auf elf Seiten erweitert wurde. Darin müssen Zahnärzte den aktuellen Stand der Umsetzung und Weiterentwicklung ihres Qualitätsmanagements mit der Beantwortung von 28 Fragen und ergänzenden Angaben darlegen.

BZB: Wie ist es zu diesem umfangreichen Erhebungsbogen gekommen?

Schott: Seit dem Beginn der Erhebungen 2011 wurde die QM-Dokumentation der Praxen mit einem auf Bundesebene abgestimmten Berichtsbogen überprüft. Er wahrte aus meiner Sicht die Balance zwischen dem Informationsbedürfnis und der Bürokratiebelastung der Praxen. Seit 2015 hat der G-BA den in der Qualitätsprüfungs-

Richtlinie enthaltenen Auftrag umgesetzt, in Eigenregie das QM weiterzuentwickeln. Dabei hatte er die Ergebnisse des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu berücksichtigen. Herausgekommen war zunächst ein noch umfangreicherer QM-Berichtsbogen, der durch viel Überzeugungsarbeit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung auf den jetzigen Stand „reduziert“ worden ist. Glücklich bin ich mit dem Ergebnis aber nicht. Wir brauchen nicht mehr, sondern weniger Bürokratie in den Praxen!

BZB: Wie geht die KZVB nun damit um?

Schott: Also zunächst möchte ich betonen, dass QM grundsätzlich etwas Positives ist. Die bayerischen Praxen haben es vorbildlich umgesetzt. Als Standesvertretung halten wir den Umfang der Überprüfungen deshalb für nicht verhältnismäßig. Qualitätsmanagement und -sicherung leben eigentlich vom Prinzip der Freiwilligkeit und Eigenverantwortung. Die Zahnärzte sind auch ohne gesetzlichen Zwang bemüht, ihren Patienten eine Behandlung auf hohem Qualitätsstandard anzubieten. Wir können uns da auch im internationalen Vergleich sehen lassen. Es hätte diese Aufblähung der Kontrollen nicht gebraucht. Ich habe die Befürchtung, dass ein so umfangreicher Berichtsbogen sogar kontraproduktiv wirken kann. Da verliert man die Lust am QM.



„Die KZVB unterstützt die Zahnärzte beim Ausfüllen des QM-Berichtsbogens“, versprechen der stellvertretende KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott und Nikolai Schediwy (Geschäftsführer und Geschäftsbereichsleiter für Qualität).

BZB: Wie unterstützt die KZVB die Betroffenen?

Schediwy: Wir wollen hier mehrgeleisig vorgehen. Als erstes wird der Berichtsbogen digitalisiert. Die per Zufallsprinzip ausgewählten Praxen können ihn dann online ausfüllen. Aber unser Serviceangebot reicht noch weiter. Wir wollen die Zahnärzte auch inhaltlich unterstützen. Es wird Ausfüllhinweise und Empfehlungen für ein gutes und rechtssicheres Qualitätsmanagement geben. Das Ziel ist, dass der Zahnarzt vom Ausfüllen des Berichtsbogens einen Mehrwert hat. Man kann sein Wissen prüfen und dazulernen. Wir denken, dass dies eine sinnvolle Kompensation für den zusätzlichen Aufwand

ist. Das verstehen wir unter Service für unsere Mitglieder.

BZB: Sind weitere Maßnahmen im Bereich QM geplant?

Schediwy: Ja, die KZVB bietet auch Seminare zu den Dokumentationspflichten des Zahnarztes an. Dies ist zwar originär kein Bestandteil des QM. Da aktuell aber vor allem die korrekte Dokumentation aller Behandlungsschritte geprüft wird, leisten wir damit auch einen Beitrag zur Qualitätssicherung.

BZB: Sehen Sie die Gefahr, dass es mittelfristig zu einem Pay-for-Performance (P4P) kommt?

Schediwy: Qualitätsmanagement und -sicherung rücken immer stärker in den Fokus der Gesundheitspolitik. Immer wieder taucht die Forderung auf, die Vergütung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen vom Behandlungserfolg abhängig zu machen. Für manchen Politiker und auch Krankenkassenvertreter ist „Pay-for-Performance“, also eine erfolgsorientierte Vergütung, geradezu ein Allheilmittel. Wir brauchen nur einen Blick in die stationäre Versorgung zu werfen, wo Vergütungsbestandteile bereits heute an die Ergebnisqualität gekoppelt sind. Im zahnärztlichen Bereich ist das noch nicht der Fall.

Schott: Dagegen werden wir uns auch wehren. Es gibt eine Vielzahl von Gründen, die belegen, dass P4P sogar einer Qualitätsförderung entgegenläuft. Gerade in der Zahnheilkunde hängt der Behandlungserfolg zu einem Großteil vom Verhalten des Patienten ab. Ein Zahnarzt hat jedoch nur begrenzt Einfluss auf die Compliance beziehungsweise Adhärenz seines Patienten. Schlechte Mundhygiene führt nun einmal dazu, dass Füllungen nicht so lange halten. P4P könnte in allen Bereichen der Medizin zu einer Risikoselektion führen. Verlierer wären chronisch Kranke und Patienten mit einer schlechten Prognose. Das kann nicht im Sinne der Politik sein!

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.

Nachrichten aus Brüssel

Gesundheit wichtiges Thema

Am 9. Mai, dem Europatag, begann in Straßburg die Konferenz über die Zukunft Europas. Ziel der Initiative ist es, gemeinsam mit den EU-Institutionen, den EU-Mitgliedsstaaten und den Unionsbürgerinnen und -bürgern einen breiten Dialog darüber zu führen, wie die Zukunft der Europäischen Union aussehen soll. Im Mittelpunkt standen Fragen, wie die Institutionen reformiert, die EU handlungsfähiger gemacht und das bestehende Demokratiedefizit abgebaut werden könnte.

Die Konferenz ist seit Jahren der erste ernstzunehmende Versuch, die EU-Strukturen zu reformieren. Vor allem die pro-europäischen Kräfte wünschen sich einen neuen Aufbruch und eine handlungsfähigere EU. Die meisten Mitgliedsstaaten haben sich bislang jedoch gegenüber möglichen institutionellen Reformen zurückhaltend gezeigt. Gleichwohl könnte sich aus der Diskussion eine eigene politische Dynamik entwickeln. In ihrer Mitteilung zur Schaffung einer Gesundheitsunion vom November 2020 wies die EU-Kommission ausdrücklich darauf hin, dass die Konferenz die „optimale Plattform“ ist, um Diskussionen anzustoßen, die der künftigen Entwicklung der Rolle der EU im Gesundheitsbereich Impulse verleihen. In dieselbe Richtung argumentierte Bundeskanzlerin Angela Merkel bei einer Online-Diskussion der Europäischen Volkspartei. Auf die Frage nach möglichen Vertragsänderungen nannte sie ausdrücklich den Gesundheitsbereich als konkretes Beispiel für die Übertragung von mehr Kompetenzen auf die europäische Ebene, insbesondere bei der Bekämpfung von Pandemien.

Digitaler EU-Impfpass

Das EU-Parlament und die im Rat versammelten Mitgliedsstaaten beraten derzeit über die Einführung eines digitalen Impfpasses. Das sogenannte digitale grüne Zertifikat soll den sicheren und freien Reiseverkehr während der Corona-Pandemie erleichtern. Das Dokument, das im digitalen oder im Papierformat vorliegen kann, soll bescheinigen, dass eine Person entweder gegen das Coronavirus geimpft ist, alternativ ein aktuelles negatives Testergebnis vorweisen kann oder sich von der Infektion bereits erholt hat. Für das Abrufen

des Zertifikats sollen einheitlich QR-Codes verwendet werden. Zudem sind Sicherheitsmechanismen vorgesehen, um Fälschungen vorzubeugen.

Die Europaabgeordneten fordern, dass Inhaber des Zertifikats keinen zusätzlichen nationalen Reisebeschränkungen wie Quarantäne oder Tests unterworfen werden dürfen. Dies lehnen die EU-Mitgliedsstaaten bislang ab. Umstritten ist ferner, ob das Zertifikat auch für Impfstoffe gelten soll, die nicht die Zulassung der Europäischen Arzneimittelagentur haben, wie etwa der russische Impfstoff Sputnik V. Ziel ist, dass das Zertifikat bereits vor Beginn der Sommerferien einsatzfähig ist.

Freie Berufe 4.0

Der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss (EWSA) hat mit großer Mehrheit eine Initiativstellungnahme mit dem Titel „Freie Berufe 4.0“ verabschiedet, an der die Bundeszahnärztekammer mitgewirkt hat. Mit der Stellungnahme widmet sich der EWSA der Frage, welche Auswirkungen die Digitalisierung als gesamtgesellschaftlicher Transformationsprozess, verstärkt durch die Covid-19-Pandemie, auf die Freien Berufe hat. Aus Sicht des EWSA wird die Digitalisierung die Arbeitswelt der Freien Berufe in vielfältiger Weise verändern. Die Erbringung freiberuflicher Dienstleistungen wird dadurch auf eine Probe gestellt. Dies betrifft insbesondere das Vertrauensverhältnis zwischen den Angehörigen der Freien Berufe und ihren Mandanten, Klienten oder Patienten, das ein wesentliches Merkmal freiberuflicher Dienstleistungen ist. Gleichzeitig wird die Verfügbarkeit einer Vielzahl ungefilterter Informationsangebote die Notwendigkeit für unabhängige menschliche Beratungsleistungen wachsen lassen. Die Freien Berufe sind aufgefordert, den Digitalisierungsprozess aktiv zu gestalten.

Dr. Alfred Büttner
Leiter des Brüsseler Büros der BZÄK

Letzter Akt in Spahns Digitalisierungs-Drama

Digitale-Versorgungs-Gesetz trotz massiver Kritik verabschiedet



Foto: nisara/stock.adobe.com

Jens Spahns Digitalisierungs-Mehrteiler scheint fürs Erste komplett. Sein Digitale-Versorgungs-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) wird noch vor der Sommerpause in Kraft treten. Obwohl sich weite Teile der Ärzte- und Zahnärzteschaft vehement dagegen ausgesprochen haben. Ihre Kritik: Das Gesetz sei „zu überstürzt und ohne Beteiligung von Patienten und Ärzten“ umgesetzt.

Das Gesetz, das neben vielen digitalen Neuerungen im Pflegesektor auch eine Weiterentwicklung der Telematik-Infrastruktur (TI), den Ausbau telemedizinischer Angebote und die weitere Versorgung mit neuen medizinischen Gesundheitsanwendungen und Apps (DiGAS) regelt, stößt nicht nur bei Medizinerinnen auf Kritik. Auch der Branchenverband Bitkom fordert einen generellen „digitalen Neustart“. Das DVPMG brächte zwar vieles nach vorne, doch für ein modernes, digitales Gesundheitssystem reiche es bei weitem nicht aus: „Deutschlands Gesundheitssystem braucht nicht nur ein weiteres Update“, so Bitkom-Präsident Achim Berg, dem beispielsweise die Regelung, künftig lediglich 30 Prozent der Sprechstunden als Online-Sprechstunden abrechnen zu können, als zu halbherzig geraten ist. Berg fordert eine Gleichstellung mit dem Arztbesuch und mehr technische Möglichkeiten, Videotermine buchen zu können. Dies erlaube Ärzten und Patienten, immer die für sie beste Variante wählen zu können.

Die Realität scheint ihm Recht zu geben. Gerade Videosprechstunden haben durch die Corona-Pandemie einen regelrechten Boom erlebt – ebenso wie viele andere digitale Alltagshelfer, Apps und medizinische Anwendungen. Von März

bis Dezember 2020 gab es fast 2,5 Millionen virtuelle Arztbesuche, fast acht Mal mehr als im Vorjahreszeitraum. Seit dem Oktober letzten Jahres können auch Zahnärzte Online-Termine vergeben. Und das geschieht vor allem bei Pflegebedürftigen und Patienten mit Handicap oder eingeschränkter Mobilität, um via Smartphone-Kamera Erkrankungen zu erkennen oder die Mundgesundheit zu fördern. „Wir sind nicht gegen die Digitalisierung, doch sie darf kein Selbstzweck sein. Letztlich muss die Technik dem Menschen dienen und nicht umgekehrt. Und das ist nur bei wenigen der neuen Anwendungen der Fall“, kommentiert Dr. Manfred Kinner, der innerhalb des Vorstands der KZVB für den Bereich IT zuständig ist, diese Entwicklung.

Doch während den einen die Digitalisierung zu schleppend vorankommt, ist den anderen das Tempo zu hoch. So kritisiert die gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen, Maria Klein-Schmeink, dass viele Patienten der Digitalisierung nicht mehr folgen könnten. Daran würde auch das DVPMG nichts ändern. Zwar würde der Gesetzentwurf einige Lücken schließen, auf die schon vielfach hingewiesen worden sei. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn habe jedoch noch immer keine Strategie vorgelegt und es fehle die „Einbindung der Nutzer und Nutzerinnen und die flächendeckende Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz.“

Widerstand des Ärztetags

Auch der 124. Deutsche Ärztetag hat dem DVPMG eine klare Absage erteilt. Die Ärzte forderten den Deutschen Bundestag auf, das Gesetz nicht zu verabschieden. Vergeblich – es muss nur noch den Bundesrat passieren, um in Kraft zu treten. Einer

der zentralen Kritikpunkte sind die Pläne der Bundesregierung, die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Patientendaten über kurz oder lang als eigenständige Online-Anwendung innerhalb der TI bereitzustellen – also eine Cloud-Lösung zu schaffen. Versicherte können dann darauf über ihre elektronische Patientenakte zugreifen und Rezeptdaten oder Daten aus medizinischen Anwendungen einstellen. „Wir sehen hier einen tiefen Eingriff in unsere Beziehung zu den Patienten“, sagte Dr. Silke Lüder, Vizevorsitzende der Freien Ärzteschaft (FÄ). „Die Patienten vertrauen sich uns an, in dem berechtigten Glauben, dass wir ihre Daten schützen. Zentrale Online-Datenspeicher torpedieren unsere ärztliche Schweigepflicht.“

KZVB warnt vor zusätzlicher Bürokratie

Auch die Vertreterversammlung der KZVB hat sich mehrfach gegen die zentrale Speicherung von Patientendaten ausgesprochen. Sie gefährde das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung. Gerade in der Zahnmedizin habe eine elektronische Patientenakte keinen Mehrwert und bringe nur zusätzliche Bürokratie für die Praxisinhaber mit sich.

Ob Jens Spahn die Digitalisierung des Gesundheitswesens nach der Bundestagswahl im Herbst weiter vorantreiben kann, ist angesichts aktueller Umfragen offen. Doch komplett zurückdrehen wird wohl auch sein Nachfolger oder seine Nachfolgerin das Rad nicht mehr – das zeigt der Blick auf andere gesundheitspolitische Reformen der vergangenen Jahre und Jahrzehnte.

Ingrid Scholz
Leo Hofmeier

Deutlicher Anstieg bei PKV-Beiträgen

Steigende Kosten im Gesundheitswesen, spürbare Auswirkungen der Corona-Pandemie, niedrige Kapitalmarktzinsen: Die Gründe für eine Erhöhung der privaten Krankenversicherungsbeiträge können vielfältig sein. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilte, erhöhten sich die Beiträge in der privaten Krankenversicherung im März 2021 gegenüber dem Vorjahresmonat um 5,3 Prozent. Zum Vergleich: Die Veränderungsrate der Verbraucherpreise insgesamt lag im März 2021 bei 1,7 Prozent gegenüber dem Vorjahresmonat.

Damit fielen die Anpassungen dieses Jahr – vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie – deutlicher aus als in den letzten beiden Jahren. Die längerfristige Betrachtung zeigt ebenfalls einen deutlichen Anstieg. Von Januar 2015 bis März 2021 erhöhten sich die Krankenversicherungsbeiträge überdurchschnittlich um 24,7 Prozent. Zum Vergleich: Im gleichen Zeitraum stiegen die Verbraucherpreise insgesamt um 9,1 Prozent. 2019 waren rund 8,8 Millionen Personen privat krankenversichert. Das entspricht einem Anteil von 11,2 Prozent an der Bevölkerung.

tas/Quelle: Destatis

Abler wird Nachfolger von Dr. Ohm

Heinz Abler übernimmt am 1. Juli den Vorsitz der Abrechnungs- und Beratungsgesellschaft für Zahnärzte, eingetragene Genossenschaft (ABZ eG). Er tritt die Nachfolge von Dr. Hartmut Ohm an, der den Vorsitz 2012 übernommen hatte und zum 30. Juni dieses Jahres seinen Ruhestand antritt.

„Dr. Hartmut Ohm hat sein berufliches Engagement, um nicht zu sagen: sein Herzblut, in die Unterstützung der Praxen gelegt und insbesondere den Bereich der Praxisberatung erfolgreich ausgebaut“, betont Abler in einer Presseinformation.

„Ich freue mich, ein Unternehmen geleitet zu haben, dass mit viel Potenzial und Innovationskraft im Bereich der zahnärztlichen Abrechnung und insbesondere der Praxisberatung tätig ist. Meinem Nachfolger Heinz Abler wünsche ich auch weiterhin die gute Hand, die er als Vorstandsmitglied für die Genossenschaft bereits bewiesen hat“, sagt Dr. Ohm zu seinem bevorstehenden Abschied. Die offizielle

Verabschiedung ist anlässlich der Generalversammlung am 17. September geplant.

tas/Quelle: ABZ eG

Bessere Patientenkommunikation

Mit einer neuen Online-Fortbildung will die Bundeszahnärztekammer die „sprechende Zahnmedizin“ fördern und so die Patientenkommunikation nachhaltig verbessern. In dem Online-Tutorial, für das es insgesamt vier Fortbildungspunkte gibt, können Zahnärzte und Praxisteams die sogenannte „Teach-Back-Methode“ erlernen. Dahinter verbirgt sich eine aus der Pädagogik stammende Gesprächsführungstechnik, mit der sichergestellt werden soll, dass die wesentlichen Botschaften eines Patientengesprächs auch wirklich verstanden werden. So können Verständnisprobleme und Missverständnisse ausgeräumt werden.

Mit der neuen Fortbildung reagiert die Bundesorganisation auf die Evaluationsergebnisse der Patientenberatung der zahnärztlichen Körperschaften und auf die aktuelle empirische Befundlage zur Gesundheitskompetenz in Deutschland, nach der über die Hälfte der Bevölkerung Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen hat. Sie ist ein wesentlicher Beitrag des Berufsstandes im Rahmen der Allianz für Gesundheitskompetenz. Weitere Informationen zu dem neuen Fortbildungsangebot finden Sie unter folgendem Internetlink: www.bzaek-teach-back.de

tas/Quelle: BZÄK

Neuer MBO-Kommentar

In einer umfangreich überarbeiteten dritten Auflage ist jetzt der juristische Kommentar der Musterberufsordnung für Zahnärzte (MBO) erschienen. Der von der Bundeszahnärztekammer veröffentlichte Titel ist unter Zahnärzten, Kammern, Gerichten, Staatsanwaltschaften und Rechtsanwälten ein anerkanntes Werkzeug der Rechtsanwendung. An der Überarbeitung wirkte auch die Bayerische Landes Zahnärztekammer mit. Die neue Fassung gibt es zum Download im Internet: www.bzaek.de/recht/berufsrecht.html

tas/Quelle: BZÄK

Unbürokratische Hilfe für Notleidende

VfwZ spendet Referentenhonorare

Der Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde in Bayern (VfwZ) kümmert sich nicht nur um wissenschaftliche Aspekte, sondern hat auch ein Herz für Menschen, die unverschuldet in Not geraten sind. Einen Spendenscheck über 5.000 Euro übergab der Vorsitzende des Vereins, Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel, jetzt an die Verantwortlichen des Vereins „Münchner für Münchner“. Das Geld kam durch den Honorarverzicht sämtlicher Referenten bei einer zweitägigen Onlineveranstaltung zusammen.



Mit Corona-Sicherheitsabstand übergaben Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel (r.), 1. Vorsitzender des VfwZ, und Oliver Hüsken (l.), Geschäftsführer des Meisterlabors Isar-Dental, die Spende an die Gründerin und Vorsitzende des Vereins „Münchner für Münchner“, Natalie Schmid.

Unterstützung in der Corona-Krise

Der Verein „Münchner für Münchner“ wurde ins Leben gerufen, weil es auch in der wohlhabenden Landeshauptstadt Menschen gibt, die unverschuldet in finanzielle oder soziale Not geraten sind und deshalb schnelle, unbürokratische Hilfe brauchen. „Gerade die Corona-Krise hat jeden Einzelnen in unserer Gesellschaft vor nie dagewesene Herausforderungen gestellt. Daher freut es uns, dass wir dem Verein durch den Honorarverzicht unserer Referenten einen Betrag von 5.000 Euro überreichen können“, sagte Schlegel bei der Scheckübergabe.

Redaktion

Sommerfortbildung des VfwZ

16. – 17. Juli 2021

Kloster Seeon



Kongressthemen:

Zahnerhaltung –
das „vernachlässigte Kind“!
„40 Jahre VfwZ –
Was kann die Zahnmedizin
heute leisten“

Nähere Informationen unter
www.vfwz.de



Eine Veranstaltung des Vereins
zur Förderung der wissenschaftlichen
Zahnheilkunde in Bayern e.V.
in Kooperation mit eazf und APW

Fortbildungspunkte: 12 (Kongress)
6 (Workshop)

Delegierbare Leistungen bei PZR und PAR-Behandlung

Foto: Candybox Images/stock.adobe.com

Die Bayerische Landezahnärztekammer zu Grundsätzen und juristischen Grenzen

Zahnärztliche Leistungen heißen so, weil sie nicht von Berufsfremden erbracht und abgerechnet werden dürfen, sondern nur von Zahnärzten. Der Zahnarzt kann nicht jede Aufgabe in seiner Praxis selbst erledigen und hat deshalb die Möglichkeit, Tätigkeiten an dafür qualifizierte Mitarbeiter/-innen mit abgeschlossener Ausbildung wie Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA), Zahnmedizinische Prophylaxe-Assistent/-innen (ZMP) oder Dental-Hygieniker/-innen (DH) zu delegieren. Dieser Artikel informiert über Grundsätze und juristische Grenzen im Hinblick auf PZR und PAR.

Die zahnärztliche Berufsausübung hat sich in den vergangenen 30 Jahren gewandelt, die „Helferin“ von damals hat sich differenziert, strukturiert fortgebildet und steht heute international an der Spitze. Während dieser Zeit hat sich die Prophylaxe in allen Praxen etabliert und ist für die Patienten unverzichtbar. Die neue PAR-Richtlinie trägt dem in der GKV Rechnung. Die etablierte **Professionelle Zahnreinigung (PZR)** ist ein wissenschaftlich anerkanntes, hochwirksames Instrument zum Erhalt der Zahngesundheit – eine klassische Prophylaxeleistung! Die regelmäßige PZR soll Parodontitis verhindern. Die neue **Unterstützende Parodontaltherapie (UPT)** ist dagegen ein Instrument zur Sicherung

des Langzeiterfolges der Maßnahmen, die bereits bei einem an Parodontitis Erkrankten durchgeführt wurden, – eine klassische Therapiemaßnahme!

Sowohl bei PZR als auch bei PAR sind unter Beachtung der berufsrechtlichen Bestimmungen Teile von Leistungsinhalten an qualifiziertes Fachpersonal delegierbar. Die vollständige Leistungserbringung und damit die Berechnungsfähigkeit einer Gebührennummer der GOZ oder des Bema setzt jedoch ein persönliches Tätigwerden des Zahnarztes voraus. Der Umfang dieser zahnärztlichen Tätigkeit an der Leistung richtet sich nach der klinischen Situation.

Vereinzelte Befürchtungen geäußert, dass bei Parodontalbehandlungen, die nach dem 1. Juli 2021 nach der neuen PAR-Richtlinie durchgeführt werden, keine (Teil-)Leistungen mehr delegierbar sind. Eines vorab: Dem ist nicht so! Auch unter den Bedingungen der neuen PAR-Richtlinie wird es delegierbare Leistungen geben! Vereinfacht kann man formulieren: „Was vorher (unter den Bedingungen der bisherigen Richtlinie) delegierbar war, wird auch künftig (unter den Bedingungen der neuen Richtlinie) delegierbar sein!“

Was darf delegiert werden?

Im Zahnheilkundengesetz §1 Abs.5 werden die Leistungen, die approbierte Zahnärzte in den Bereichen Prophylaxe und Paro-

dontal-Behandlung insbesondere delegieren können, genau aufgelistet:

- Herstellung von Röntgenaufnahmen
- Entfernung von weichen und harten sowie klinisch erreichbaren subgingivalen Belägen
- Füllungsplastiken
- Legen und Entfernen provisorischer Verschlüsse
- Herstellung provisorischer Kronen und Brücken
- Herstellung von Situationsabdrücken
- Trockenlegen des Arbeitsfeldes relativ und absolut
- Erklärung der Ursache von Karies und Parodontopathien
- Hinweise zu zahngesunder Ernährung
- Hinweise zu häuslichen Fluoridierungsmaßnahmen
- Motivation zu zweckmäßiger Mundhygiene
- Demonstration und praktische Übungen zur Mundhygiene
- Remotivation
- Einfärben der Zähne
- Erstellen von Plaque-Indizes
- Erstellung von Blutungs-Indizes
- Kariesrisikobestimmung
- Lokale Fluoridierung zum Beispiel mit Lack oder Gel
- Versiegelung von kariesfreien Fissuren

In keinem Fall delegierbar sind zum Beispiel die Diagnosestellung, die Auf-

klärung über Prophylaxe-/Therapieoptionen und die Kontrolle des Ergebnisses. Das sind ureigene zahnärztliche Aufgaben, auch bei nichtinvasiven Eingriffen!

Es empfiehlt sich, den Patienten vor der Behandlung genau darüber aufzuklären, welche der Maßnahmen delegiert werden.

Worauf muss bei Delegation geachtet werden?

- Die Mitarbeiterin ist zur Erbringung der Leistung qualifiziert.
- Der Zahnarzt überzeugt sich persönlich von der Qualifikation der Mitarbeiterin.
- Der Zahnarzt ordnet die konkrete Leistung an (Anordnung).
- Der Zahnarzt erteilt die fachliche Weisung (Weisung).
- Der Zahnarzt überwacht und kontrolliert die Ausführung (Aufsicht).
- Dem Patienten ist bewusst, dass es sich um eine delegierte Leistung handelt.
- Der Zahnarzt ist für die delegierte Leistung in gleicher Weise persönlich verantwortlich und haftet für diese in gleicher Weise wie für eine persönlich erbrachte Leistung (Verantwortung).

Der Zahnarzt hat demnach den Einsatzrahmen für jede seiner Mitarbeiterinnen individuell festzulegen und dies möglichst schriftlich zu dokumentieren, wie auch Anordnungen für den konkreten Behandlungsfall zu treffen. Während des Einsatzes muss der Zahnarzt jederzeit für Rückfragen, Korrekturen oder bei Komplikationen zur Verfügung stehen. Im Rahmen seiner Aufsichtspflicht muss er überwachen, dass seine Mitarbeiterinnen seine Anordnungen und Weisungen beachten, den festgelegten Rahmen nicht überschreiten und die Tätigkeit insgesamt ordnungsgemäß durchführen. Bei Beendigung des Einsatzes kontrolliert der Zahnarzt im konkreten Einzelfall die Ordnungsmäßigkeit der Leistung und trifft alle weiteren Anordnungen. Insgesamt begleitet damit der Zahnarzt vom

Anfang der Anordnung bis zum Ende des Einsatzes das Tätigwerden seiner Mitarbeiterinnen. Die Einhaltung dieser Delegationsgrundsätze stellt zugleich eine Maßnahme wirksamer Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Praxis dar.

GOZ 4070 und 4075 bzw. Antiinfektiöse Therapie (AIT)

Die Leistungsbeschreibung der **GOZ-Positionen 4070 und 4075** lautet: „parodontal-chirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkreme und Wurzelglättung), geschlossenes Vorgehen“. Deshalb muss differenziert werden, ob es sich im konkreten Fall um eine chirurgische Maßnahme (z.B. Wurzelglättung) handelt (kann nicht delegiert werden) oder um das Entfernen von klinisch erreichbaren subgingivalen Konkrementen (kann, weil im Delegationsrahmen der Bundeszahnärztekammer erfasst, delegiert werden). Über die Entfernung klinisch erreichbarer Konkreme hinaus können dann chirurgische Maßnahmen nicht delegiert werden (Urteil des Landesozialgerichts Baden-Württemberg vom 1. September 2004, Az. L 5 KA 3947/03).

Die **Antiinfektiöse Therapie (AIT)** dient der Beseitigung entzündlicher Prozesse. Blutung, beziehungsweise Suppuration auf Sondierung sollen weitgehend eliminiert werden. Dabei werden im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von vier Millimetern und mehr alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkreme) entfernt.

Sind nach der nichtinvasiven Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge durch eine qualifizierte Mitarbeiterin bei der Kontrolle durch den Zahnarzt keine weiteren Maßnahmen notwendig, so ist die Leistung erbracht. Stellt der Zahnarzt jedoch fest, dass tiefer gelegene Konkreme chirurgisch entfernt werden müssen oder eine chirurgische Wurzelglättung erforderlich ist, muss er diese Teile der Leistungen selbst erbringen.

Faktor bei delegierten Leistungen

Die Berechnung von Gebühren ist klar in der GOZ unter §4 Abs.2 geregelt: „Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbstständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen)“. Somit sind auch delegierte Maßnahmen zahnärztliche Leistungen und können bemessen nach Zeitaufwand, Schwierigkeit und Umständen innerhalb des Gebührenrahmens (1- bis 3,5-fach) berechnet werden.

Haftung

Für Leistungen, die der Zahnarzt an seine Mitarbeiter delegiert, haftet er, als hätte er sie selbst erbracht. Ohne Anweisung des Zahnarztes dürfen zahnärztliche Leistungen nicht erbracht werden. Das Landgericht Stuttgart (09.08.2008 – 16 Os 49/08) verurteilte eine Firma, in der eine selbstständige Zahnkosmetikerin (ausgebildete ZFA) Zahnreinigungen durchführte. Das Gericht begründete den Beschluss damit, dass die Zahnreinigung mittels Pulverstrahlgerät Teil der Zahnheilkunde ist und von einem Zahnarzt überwacht werden muss. Diese Voraussetzung war in diesem Fall nicht gegeben.

Fazit

Werden delegierbare Maßnahmen von einer dafür qualifizierten Mitarbeiterin erbracht, muss der Zahnarzt während dieser Behandlung jederzeit für Rückfragen zur Verfügung stehen. Er muss seiner Aufsichtspflicht nachkommen und überprüfen, dass der Delegationsrahmen nicht überschritten und die Tätigkeit ordnungsgemäß durchgeführt wird. Ist die Behandlung beendet, kontrolliert der Zahnarzt das Ergebnis. Eine genaue Dokumentation der Behandlung ist zwingend notwendig.

Christian Berger
Präsident der BLZK

Die nächste Regierung wird's schon richten

Unabhängige Patientenberatung soll künftig als Stiftung agieren

In dieser Legislaturperiode hat man es nicht mehr geschafft, nun sollen sich die Nachfolger im Amt damit auseinandersetzen. Es geht um die Reformierung der Unabhängigen Patientenberatung (UPD), über die sich Experten seit Langem die Köpfe heiß reden. Ab 2024 soll die UPD nun unter dem Dach einer Stiftung weiterbestehen. Mit dieser institutionellen Neuausrichtung könnten wohl endlich auch die Zweifel an ihrer Neutralität ad acta gelegt werden.

Eine der immer wieder genannten, sehr plausiblen Alternativen ist es, die UPD künftig in Form einer Stiftung zu betreiben. Auch im Gutachten der beiden Rechtsprofessoren Ulrich Gassner und Ferdinand Wollenschläger von der Universität Augsburg, die im Auftrag der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Prof. Dr. Claudia Schmidke, zuletzt verschiedene Reformoptionen gegenüberstellt hatten, war dies eines der möglichen Szenarien (siehe unser Interview im BZB 4/2021).

UPD-Stiftung in Greifweite

Die künftige Stiftungsträgerschaft der UPD rückt jetzt näher. In einem gemeinsamen Antrag hat sich die derzeitige Koalitionsregierung nun explizit hierfür

ausgesprochen. „Einer möglichen institutionellen Neuausrichtung der UPD liegt ein tatsächlich, rechtlich und politisch komplexer Sachverhalt zu Grunde“, begründen es die Politiker. Um genügend Zeit für den damit einhergehenden „sorgfältigen Planungs- und Erarbeitungsprozess“ und für eine tragfähige Lösung zu erhalten, soll der Fördervertrag mit dem derzeitigen Träger Sanvartis GmbH um ein volles Jahr verlängert werden. „Die vor diesem Hintergrund notwendigen Prüfprozesse zur Trägerschaft, Finanzierung und Ausgestaltung einer solchen Stiftungslösung machen die zeitlich auf zwölf Monate begrenzte Aufgabenübertragung für die Durchführung einer unabhängigen Patientenberatung an die UPD gGmbH als Übergangslösung notwendig.“ Grundlage dieses Prozesses sei auch, dass von einer Ausschreibung abgesehen werde. So könnte die UPD im Januar 2024 als Stiftung neu durchstarten.

Das Hin und Her um die UPD zieht sich schon seit 2016. Davon war sie in den Händen einer gemeinnützigen GmbH, bis 2016 die Sanvartis GmbH im Rahmen einer Neuvergabe den Zuschlag der Trägerschaft für weitere sieben Jahre erhielt. Seitdem herrscht eine große Unruhe, die in den Zweifeln am soliden Einsatz ihrer Fördermittel gipfelte. Prof. Ulrich Gassner im BZB-Interview: „Die Debatte um die Frage der Unab-

hängigkeit erhielt einen neuen Schub, als die UPD gGmbH, die Sanvartis GmbH und die Sanvartis Group 2018 an die Careforce Sanvartis Holding verkauft wurden. Bundestagsabgeordnete mehrerer Fraktionen vermuteten eine zu große Nähe der Careforce Sanvartis Holding zur Pharmaindustrie und sahen hierin eine Gefahr für die Unabhängigkeit und Neutralität der Patientenberatung.“

Wieder mehr Vertrauen

Dies alles wird bald Vergangenheit sein. Mit dem Umwandeln in eine Stiftung wird die UPD mehr und mehr an Vertrauen zurückgewinnen, denn „das Stiftungsmodell kennzeichnet eine weitgehende Autonomie und Staatsferne, und zwar besonders dann, wenn es – anders als die bisherige UPD – außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung realisiert wird“, erläutert Prof. Ferdinand Wollenschläger.

Es bleibt der kommenden Regierung überlassen, über all dies zu befinden. Denn, wie es auch im aktuellen Antrag heißt: „Eine umfassende Regelung zur Neuausrichtung der UPD in der noch laufenden Legislaturperiode kann aufgrund der Corona-Pandemie und der damit verbundenen Arbeitsbelastung auf allen Seiten nicht mehr umgesetzt werden.“

Ingrid Scholz

Vorschau auf den Bayerischen Zahnärztetag

Interview mit den Präsidentinnen der DG PARO und ÖGP

„Parodontologie 2021“ – unter diesem Leitthema findet der diesjährige Bayerische Zahnärztetag statt. Kooperationspartner für das wissenschaftliche Programm sind die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie und die Österreichische Gesellschaft für Parodontologie. Deren Präsidentinnen Prof. Dr. Bettina Dannewitz und Dr. Corinna Bruckmann sprechen im Interview mit dem BZB über ihre Erfahrungen bei Fortbildungsveranstaltungen in Zeiten von Corona, über die aktuellen Herausforderungen in der Parodontologie und geben erste Einblicke in das Kongressprogramm.

BZB: Der letztjährige Bayerische Zahnärztetag verlief als Präsenzveranstaltung dank eines passgenauen Hygienekonzepts sehr erfolgreich. Welche Erfahrungen haben Sie mit Fortbildungsveranstaltungen unter Corona-Bedingungen gemacht?

Dannewitz: Wir haben in den letzten Monaten alle Varianten erlebt und organisiert. Von der Absage unserer Frühjahrstagung im März letzten Jahres, über die Jahrestagung 2020 als Hybridveranstaltung und dann die Frühjahrs- und Jahrestagung in diesem Jahr, die kurzfristig als reine Onlineveranstaltungen organisiert werden mussten. Mit Beginn der Pandemie war die DG PARO eine der ersten Fachgesellschaften, die regelmäßig Webinare für ihre Mitglieder angeboten hat. Diese haben wir auch in diesem Jahr erfolgreich fortgesetzt. Wir haben viele Erfahrungen gesammelt, teilen aber noch an dem zukünftigen Konzept für ein ausgewogenes und aufeinander abgestimmtes Angebot von Online- und Präsenzveranstaltungen.

Foto: DG PARO



Prof. Dr. Bettina Dannewitz

Online-Formate ermöglichen, sich sehr flexibel und in allen Lebenssituationen ohne großen zeitlichen und personellen Aufwand fortzubilden. Das ist ein toller Mehrwert für unsere Mitglieder, den wir auch zukünftig anbieten möchten.

Bruckmann: Unsere traditionelle Jahrestagung in Kitzbühel durfte trotz Hygienekonzepts leider nicht stattfinden, für eine Hybridveranstaltung fehlten uns aber die Mittel. Reine Onlineformate mit für Mitglieder kostenlosen Einzelvorträgen waren aber leicht umsetzbar und wurden gut angenommen. Und ein unter strengen Hygieneauflagen durchgeführter Workshop „Handinstrumente“ war in diesen aerosolfeindlichen Zeiten rasch ausgebucht. Insgesamt? Präsenzveranstaltungen fehlen uns vor allem bei praktischen Aspekten!

BZB: Welche aktuellen Entwicklungen Ihres Faches stehen für Sie derzeit im Vordergrund?

Bruckmann: In der Pandemie hat der Stellenwert fächerübergreifender Aspekte wie Motivation, Lebensstil, Multi-

Foto: MedUni Wien



Dr. Corinna Bruckmann

morbidity, Risikofaktoren und interdisziplinäre Zusammenarbeit nochmals mehr Bedeutung erlangt. Sehr erfreulich: Durch leitlinienkonformes Vorgehen kann ein Großteil der Parotherapie zügig und sehr gut voraussagbar in der Allgemeinpraxis durchgeführt werden.

Dannewitz: Im Moment werden viele Aspekte zum Zusammenhang von Covid-19 und Parodontitis untersucht und es ist eine Herausforderung, die PA-Behandlung unter Pandemie-Bedingungen sicher für Patient und Team umzusetzen. Zudem sind in diesem Jahr zwei Dinge auf den Weg gebracht worden, die die PA-Behandlung in der Praxis stark beeinflussen werden: die Leitlinien zur Parodontitistherapie und die PAR-Behandlungsrichtlinien zur Versorgung innerhalb der GKV. Das ist für die Parodontologie in Deutschland wichtig und ist relevant für die alltägliche Versorgung unserer Patienten.

BZB: Worin sehen Sie die Vorteile der Kooperation von wissenschaftlichen Gesellschaften für Veranstaltungen wie den Bayerischen Zahnärztetag?

Bruckmann: Angesichts mancher regulatorischer Eigenheiten eines Gesundheitssystems vergisst man manchmal, dass Biologie eigentlich überall gleich funktioniert. Denn diese richtet sich nicht nach Abrechnungspositionen. Mit den Augen der „Nachbarn“ auf therapeutische Abläufe zu schauen, erweitert den Blickwinkel. Aufgabe der Kooperation ist es aus meiner Sicht, die Wissenschaftlichkeit von

Vorgehensweisen trotz Unterschieden im System sicherzustellen und den Verantwortlichen zu kommunizieren.

Dannewitz: Der Blick über die eigene Grenze ist immer gut und wichtig, auch um das eigene System besser einordnen zu können. Zudem ist die Kooperation im Rahmen des Bayerischen Zahnärztetages eine tolle Gelegenheit, unsere Fachgesellschaft und das Angebot der DG PARO

über unser „Stammpublikum“ hinaus darstellen zu können.

BZB: Kooperieren Ihre beiden Fachgesellschaften auch bei anderen Gelegenheiten oder Veranstaltungen länderübergreifend?

Dannewitz: Ja, in etlichen Bereichen und schon seit vielen Jahren. Zum Beispiel bei der Umsetzung von zahlreichen

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PARODONTOLOGIE

Die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) nimmt wissenschaftliche und fachliche Aufgaben auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, insbesondere der Parodontologie, wahr.

Für ihre fast 5 000 Mitglieder sowie zahnärztliche Organisationen ist sie seit nahezu 100 Jahren beratend und unterstützend in parodontologischen Fragen tätig. Zu den Aufgaben der DG PARO gehört unter anderem die Förderung der Forschung auf dem Gebiet der Parodontologie sowie die Auswertung, Verbreitung und Vertretung der wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Wesentliche Tätigkeitsschwerpunkte neben der Durchführung von wissenschaftlichen Tagungen, sind die Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Parodontologie sowie die Ausrichtung entsprechender Veranstaltungen. Zudem vergibt die Gesellschaft jährlich Forschungsförderung und Wissenschaftspreise. Die DG PARO arbeitet, auch interdisziplinär, intensiv mit wissenschaftlichen Gesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und Institutionen des In- und Auslandes zusammen. Sie verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke.



ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR PARODONTOLOGIE

Die Österreichische Gesellschaft für Parodontologie (ÖGP) zählt derzeit rund 400 Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie 350 Assistentinnen zu ihren Mitgliedern und ist Teil der European Federation of Periodontology (EFP).

Als Aufgaben und Ziele sieht der Verein:

- Förderung der Mundgesundheit der Bevölkerung
- Förderung und Weiterentwicklung des Fachs Parodontologie in Österreich
- Fortbildungen und Spezialisierungsangebote für Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Prophylaxeassistentinnen
- Bereitstellung evidenzbasierter Leitlinien sowie Materialien für das zahnmedizinische Fachpersonal sowie Patientinnen und Patienten
- Förderung wissenschaftlicher Forschung auf dem Gebiet der Parodontologie
- Kooperation mit anderen zahnmedizinischen Fachgesellschaften
- Umsetzung von (EFP)-Kampagnen
- Ansprechpartner für Fachpersonal, Patientinnen und Patienten sowie Medien und Politik



Projekten der European Federation of Periodontology (EFP) auf nationaler Ebene, bei denen Inhalte übersetzt und an die lokalen Bedingungen angepasst werden müssen. Für den deutschsprachigen Raum schultern wir diese Aufgaben zumeist gemeinsam mit der ÖGP und der schweizerischen Fachgesellschaft für Parodontologie, der SSP. Zudem veröffentlichen wir gemeinsam Patientenratgeber und einen Selbsttest. Der Austausch mit der ÖGP und SSP, aber auch mit anderen europäischen Fachgesellschaften, ist für mich persönlich sehr wichtig und wirklich bereichernd.

Bruckmann: Seit Jahren und mittlerweile einigen „Vorstandsgenerationen“ sind die beiden Gesellschaften persönlich, freundschaftlich und immer wieder tätig verbunden. Sei es bei gemeinsam veranstalteten Tagungen, der Zusammenarbeit

der Gremien im Rahmen der EFP, der Gestaltung von Informationsbroschüren für Patientinnen und Patienten, der Übersetzung von Fachartikeln für die Mitglieder etc. Auch in Zukunft und manchmal ergänzt durch die deutschsprachigen Schweizer Parodontologen wird es wieder gemeinsame Projekte geben.

BZB: Das Kongressprogramm für den Bayerischen Zahnärztetag ist immer unter der Maßgabe gestaltet, dass die Vorträge sehr praxisnah orientiert sind. Welche Vorträge sind aus Ihrer Sicht im Programm besonders hervorzuheben?

Dannewitz: Für mich ist bei Fortbildungsveranstaltungen immer wichtig, dass ich zumindest eine Sache oder Information mit nach Hause nehmen kann, die ich vorher nicht hatte und meine Arbeit besser oder einfacher macht. Manchmal

ist das nur eine Kleinigkeit, aber dann hat es sich für mich persönlich gelohnt. Corinna Bruckmann und ich haben ein facettenreiches Programm rund um die Parodontologie mit einem guten Mix aus erfahrenen und jungen, neuen Referenten zusammengestellt. Ich bin sicher, dass so jeder Teilnehmer etwas für seinen Praxisalltag mitnehmen kann.

Bruckmann: Der von ÖGP und DG PARO gemeinsam gestaltete Programmblock ist genau auf die Bedürfnisse der Allgemeinpraxis zugeschnitten. Hier sollte für jede/-n etwas dabei sein und je nach Ausrichtung des Betätigungsfeldes unmittelbar umsetzbar sein.

BZB: Vielen Dank für die interessanten Ausführungen.

Das Interview führte Isolde M. Th. Kohl.

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 in
Deutschland oder wahlweise auch auf den **Philippinen**



Wir bringen das **schönste Lächeln** nach Bayern mit
schwan-aligner.de

Die Experten für
Zahnersatz & Zahnästhetik





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



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

München ☎ +49 (0) 89 65 30 82 40
Nürnberg ☎ +49 (0) 911 20 82 61
☎ 0800 - 468 37 23
🌐 interadent.de

Unwahre Tatsachenbehauptungen sind nicht zulässig

Gericht untersagt rechtswidrige Google-Bewertung

Negative Internet-Bewertungen sorgen immer wieder für Ärger in Arzt- und Zahnarztpraxen. Das Landgericht Heidelberg hat nun einem Zahnarzt Recht gegeben, der sich gegen unwahre Tatsachenbehauptungen einer Patientin zur Wehr gesetzt hat.

Wie die „zm“ berichten, wurde die Patientin in der Zahnarztpraxis vorstellig und verlangte eine Wurzelbehandlung, das Einsetzen einer Krone sowie eine Parodontitisbehandlung. Der Behandler entfernte für die Untersuchung Zahnstein, lehnte die geforderten Eingriffe allerdings ab, da er sie nicht für medizinisch indiziert hielt. Nach der Untersuchung kontaktierte er die Krankenkasse der Patientin und stellte die für die Beratung erforderlichen Untersuchungen, aber keine darüber hinausreichenden Behandlungen in Rechnung.

Daraufhin setzte die Patientin auf dem Google-My-Business-Profil des Zahnarztes eine abfällige Bewertung ab. Außerdem erweckte sie den Eindruck,

dass die Praxis schönheitschirurgische Behandlungen vorgenommen hätte. Der Zahnarzt ließ die Bewertung entfernen, zeigte den Sachverhalt an und die Staatsanwaltschaft stellte das Verfahren nach Zahlung von 600 Euro ein. Damit war der Fall allerdings noch nicht beendet, denn die Patientin stellte erneut eine negative Google-Bewertung ein. In dieser wurde behauptet, dass der Zahnarzt Behandlungen in Rechnung gestellt habe, die er eigenen Angaben zufolge jedoch nie vorgenommen hatte. Auch hiergegen erstattete der Zahnarzt Anzeige.

Aufgrund einer einstweiligen Verfügung ist es der Patientin nun verboten, den Zahnarzt weiterhin öffentlich des Abrechnungsbetrugs und der falschen Verdächtigung zu bezichtigen. Bei Verstoß droht ein Ordnungsgeld von bis zu 250.000 Euro oder sogar eine Haftstrafe. Die Entscheidung war bis Redaktionsschluss noch nicht rechtskräftig. (LG Heidelberg, Az.: 2 O 78/21, Beschluss vom 25. März 2021).

Agenturen bieten ihre Dienste an

Über Agenturen und Dienstleister, die Zahnärzten gegen Entgelt behilflich sind, ihre Bewertungen zu optimieren, berichteten wir bereits in der Mai-Ausgabe des BZB. Solche Angebote erhielt beispielsweise die Eichstätter Zahnärztin Dr. Andrea Albert, ebenso wie die KZVB selbst.

Vor diesem Hintergrund ist es erfreulich, dass Gerichte mittlerweile sensibler auf die auf den Internetportalen geposteten Aussagen reagieren. Nicht immer geht es bei einem Rechtsstreit um Falschaussagen, sondern auch um Wettbewerbsverzerrung. Wehren kann man sich mittlerweile auch gegen sogenannte Basisprofile, die ohne eigene Zustimmung im Internet angelegt werden. Einer vor Kurzem veröffentlichten Entscheidung des Oberlandesgerichts München zufolge können sich insbesondere auch Angehörige von Heilberufen nun dagegen verwahren. In diesen Profilen stehen meistens nur Name und Kontaktdaten, während man in den Profilen zahlender Premiumkunden weit mehr Information abrufen kann.

Was Produktkäufe im Internet angeht, rief das Bundeskartellamt im vergangenen Herbst entsprechende Plattformen und Händler dazu auf, offensiver gegen Fake-Bewertungen vorzugehen. Verkaufs-, Buchungs- und Bewertungsportale oder auch Suchmaschinen müssten mehr Verantwortung übernehmen und alle Möglichkeiten ausschöpfen, um diese durch technische Filter- und Analysemethoden aufzuspüren und zu löschen. Man kann nur hoffen, dass davon mittelfristig auch Arzt- und Zahnarztpraxen profitieren.



Foto: sk_com/stock.adobe.com

Redaktion

GOZ aktuell

Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe

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.

Präventionsmaßnahmen im Rahmen der Kinderzahnheilkunde sind von wesentlicher Bedeutung. Sie bilden bei Kindern und Jugendlichen den Grundstein für die spätere Zahngesundheit. Das Referat Honorierungssysteme der Bayerischen Landes Zahnärztekammer informiert in diesem Beitrag über Besonderheiten bei Prophylaxe-Leistungen in puncto GOZ-Abrechnung und Untersuchungen, die in Verbindung mit der Behandlung von Kindern stehen.

Vor Behandlungsbeginn

Wichtig ist das schriftliche Einverständnis der Eltern oder Erziehungsberechtigten vor der Behandlung. Wenn möglich, sollte die Unterschrift beider Elternteile vorhanden sein, da oftmals nicht bekannt ist, wer das Sorgerecht hat. Kommen Kinder zu den Folgeterminen allein, muss im Vorfeld geklärt sein, ob die Eltern der Behandlung zugestimmt haben.

Untersuchungen

GOZ 0010 (Eingehende Untersuchung)

Die erneute Befundung bei Kontrolluntersuchungen, die aus präventiven Gründen vorgenommen wird, ist berechenbar – eine zeitliche Begrenzung gibt es nicht.

GOÄ 5 (Symptombezogene Untersuchung)

Beratungen nach GOÄ-Nr. 1 und 3 können zusätzlich berechnet werden.

GOÄ 6 (Vollständige körperliche Untersuchung des stomatognathen Systems)

Das stomatognathe System umfasst die Inspektion der Mundhöhle, die Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie den vollständigen Zahnstatus.

- Da sich Kleinkinder nicht immer problemlos untersuchen lassen und/oder eine gezielte Anamnese und Angabe beispielsweise von Schmerzen in der Regel nicht möglich ist, steht zusätzlich zu den GOÄ-Nummern 5 und 6 der Zuschlag K1 zur Verfügung. Dieser Zuschlag unterliegt dem einfachen Gebührensatz und kann nicht im Zusammenhang mit der GOZ-Position 0010 berechnet werden.
- Die Leistungsbeschreibung der GOÄ-Nr. 4 (Erhebung der Fremdanamnese bzw. Führung und Unterweisung von Bezugspersonen) führt häufig zu konträren Auffassungen der Abrechenbarkeit. Durch diese Gebührennummer sollen besonders schwierige und aufwendige Fremdanamnesen und Besprechungen mit Bezugspersonen honoriert werden. Werden bei der Behandlung eines Kindes das Vorgehen besprochen oder die Anamnese erhoben, kann die Gebühr nicht angesetzt werden. Wird einer Bezugsperson jedoch beispielsweise die Handhabung und Kontrolle eines kieferorthopädischen Behandlungsmittels erklärt und gezeigt, so kann hierfür durchaus die Position GOÄ 4 verwendet werden.

GOZ 6190 (Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten)

Diese Position kann immer dann in Rechnung gestellt werden, wenn ein belehrendes beziehungsweise beratendes Gespräch über schädliche Gewohnheiten und Dysfunktionen stattgefunden hat. Dies gilt auch für nicht-kieferorthopädische Behandlungen.

- Im Zusammenhang mit einer Mundhygienebehandlung nach den Nummern 1000 bzw. 1010 ist die Position 6190 nicht ansetzbar.
- Die Ernährungsberatung ist im Bereich B der GOZ (Prophylaxe) nicht aufgeführt und auch nicht Inhalt der Leistungen. Sie wird nach GOÄ 3 in Rechnung gestellt. >>

Foto: Thomas Francois/stock.adobe.com



Prophylaxe

Die Positionen GOZ 1000 (Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung – Dauer mindestens 25 Minuten) und GOZ 1010 (Kontrolle des Übungserfolgs – Dauer mindestens 15 Minuten) umfassen die Erhebung von Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten.

- In den Abrechnungsbestimmungen heißt es, dass diese Gebührennummern im Zusammenhang mit GOZ 0010 sowie Beratungen und Untersuchungen der GOÄ nur dann berechnungsfähig sind, wenn diese Leistungen anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird. Die Problematik ergibt sich daraus, da sich Leistungsinhalte der GOZ 1000/1001 mit denen der Untersuchungen überschneiden. Auch die Leistungserbringung von unterschiedlichen Personen, zum Beispiel Arzt und Dentalhygienikerin rechtfertigt nicht die Nebeneinanderberechnung.
- Wenn allerdings die Beratung nach GOÄ 1 nicht im Zusammenhang mit dem Mundhygienestatus und der eingehenden Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontaler Erkrankungen steht, sondern einen anderen Inhalt hat, sind die beiden Gebührenpositionen nebeneinander abrechenbar.
- GOZ 1000 kann einmal pro Jahr (365 Tage) und GOZ 1010 dreimal pro Jahr (365 Tage) berechnet werden.

Die Professionelle Zahnreinigung (GOZ 1040) umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen.

Sie ist je Zahn, Implantat oder Brückenglied berechenbar, nicht aber neben den Leistungen 1020 (Fluoridierung), 4050/55 („Zahnstein“), 4060 (Kontrolle/Nachreinigung) berechenbar.

Die **Entfernung harter und weicher Zahnbeläge** (GOZ 4050/4055) ist für denselben Zahn innerhalb von 30 Tagen nur einmal berechnungsfähig

- Nicht am selben Zahn und in gleicher Sitzung neben GOZ 1040

Die **Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge (GOZ 4060)** erfolgt nach der Professionellen Zahnreinigung oder der Zahnsteinentfernung in separater Sitzung.

Behandlungen

Die **lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz (GOZ 1020)** ist zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel und je Sitzung berechenbar.

- Die Leistung ist innerhalb eines Jahres viermal berechnungsfähig.
- Nicht am selben Zahn und in gleicher Sitzung neben GOZ 1040

Die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren

(GOZ 2000) wird pro Zahn einmal berechnet. Sie ist neben einer Füllung berechenbar, da der Leistungsinhalt auf „kariesfrei“ hinweist. Auch die Glatflächenversiegelung im Rahmen einer KFO-Behandlung (Versiegelung des Bracketumfeldes) fällt unter diese Gebührennummer.

- Die Positionen GOZ 2030 (Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten) und GOZ 2197 (Adhäsive Befestigung) sind daneben nicht zusätzlich abrechenbar.
- Die sogenannte „erweiterte“ Fissurenversiegelung wird mit den GOZ-Nummern 2050 ff. abgerechnet.

Die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger (GOZ 1030) wird pro Kiefer berechnet. Die Herstellung des Medikamententrägers (z.B. Tiefziehschiene) wird gesondert berechnet. Die Kosten für das verwendete Medikament sind mit der Leistung abgegolten.

Das Anfärben von Restkaries mit **Kariesdetektor** ist eine sinnvolle Maßnahme, die zur Qualitätsverbesserung der Versorgung beiträgt. Nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer ist für die Erbringung dieser Maßnahme ein separater Arbeitsschritt notwendig. Diese Leistung ist in der GOZ nicht beschrieben und daher analog nach §6 Abs.1 GOZ berechenbar.

Das **Einsetzen einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde (GOZ 2250)** kann bei umfangreichem Verlust an Zahnhartsubstanz, unvollständiger Ausbildung eines Zahnes oder als Unfallfolge erforderlich werden.

- Die Leistung ist bei Milchzähnen und bleibenden Zähnen bei noch nicht abgeschlossenem Kieferwachstum abrechenbar.
- Materialkosten werden gesondert in Rechnung gestellt.



Christian Berger
Präsident und Referent Honorierungssysteme
der BLZK

Politikern auf den Zahn fühlen

KZVB und KVB laden Gesundheitspolitiker ein – Basis kann mitdiskutieren

Trotz sinkender Infektionszahlen sind Präsenzveranstaltungen weiterhin nur mit Einschränkungen möglich. Deshalb findet auch der politische Sommerempfang von Kassenärztlicher und Kassenzahnärztlicher Vereinigung (KVB und KZVB) am 13. Juli in digitaler Form statt. Der Vorteil: Alle Mitglieder der beiden Körperschaften können die Veranstaltung live im Internet verfolgen und via Chat Fragen stellen.

Der gemeinsame Sommerempfang war bis 2019 eine feste Größe im Kalender der bayerischen Gesundheitspolitiker. Auch Vertreter von Krankenkassen und anderen Institutionen nutzten die Gelegenheit zum informellen Austausch. 2020 musste die Veranstaltung erstmals wegen der Corona-Pandemie abgesagt werden. Auch dieses Jahr war den Verantwortlichen das Risiko einer persönlichen Begegnung noch zu groß. Um dennoch mit den politischen Entscheidungsträgern ins Gespräch zu kommen, findet der Sommerempfang deshalb in digitaler Form statt. Die gesundheitspolitischen Sprecher der im Bayerischen Landtag vertretenen Fraktionen diskutieren darüber, wie das hohe Niveau der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung der Patienten in Bayern auch in Zukunft erhalten werden kann. Angefragt wurde auch der bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek.

Damit auch die „Basis“ Gehör findet, sind sowohl kurze Videoeinspieler von praktizierenden Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten als auch die Möglichkeit eines Live-Chats geplant. Themen gibt es genug: Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht zuletzt aufgrund der Pandemie-



Lange ist es her: Eine Diskussion mit politischen Entscheidungsträgern vor großem Publikum ist auch 2021 nicht möglich. Als Alternative organisieren KVB und KZVB eine digitale Talkrunde im Vorfeld der Bundestagswahl, an der alle Ärzte und Zahnärzte per Livestream teilnehmen können.

bewältigung äußerst angespannt. Die Politik muss Milliardenlücken schließen. Die Zentralisierung und Industrialisierung der Medizin schreitet weiter voran. Dabei hat die Corona-Krise gezeigt, wie wichtig freiberuflich tätige Ärzte und Zahnärzte sowie wohnortnahe Versorgungsstrukturen sind. Erst seitdem die Hausärzte impfen, hat die Kampagne in Deutschland Fahrt aufgenommen. Von den angeblichen „Überkapazitäten“ in den Krankenhäusern ist keine Rede mehr, nachdem insbesondere bei den Intensivbetten nur knapp eine Überlastung vermieden werden konnte.

Auch die Digitalisierung des Gesundheitswesens sorgt für Diskussionsstoff. Die Defizite deckte die Pandemie schonungslos auf. Über die Datenübertragung an die Gesundheitsämter per Telefax wurde viel gespottet. Auch die Corona-Warn-App erfüllte die in sie gesetzten Erwartungen nur bedingt. Ehrgeizige Digitalisierungsprojekte wie das E-Rezept

oder die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung lassen auf sich warten. Gleichzeitig beklagen Praxisinhaber die Störungsanfälligkeit der Telematik-Infrastruktur.

Und auch in Sachen Bürokratieabbau ist man nicht wirklich weitergekommen. Sicher eine der Ursachen dafür, dass junge Zahn- und Humanmediziner zur Anstellung tendieren. Doch ihren gesetzlichen Sicherstellungsauftrag werden KVB und KZVB nur erfüllen können, wenn es gelingt, wieder mehr junge Mediziner für die Gründung oder Übernahme einer Praxis zu gewinnen.

Welche Konzepte die einzelnen Parteien haben, um dieses Ziel zu erreichen, darüber wird am 13. Juli intensiv gesprochen werden. Den Link zur Teilnahme an der Veranstaltung, die um 18 Uhr beginnt, finden interessierte Zahnärzte (und ihr Personal) zeitnah auf kzvb.de. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Leo Hofmeier



Abbildung: Andrey Popov/stock.adobe.com

Unternehmen Zahnarztpraxis

Teil 3: Unternehmerische Steuerungsinstrumente

Wer eine Zahnarztpraxis erfolgreich führen will, braucht mehr als nur zahnmedizinisches Fachwissen. Fast genauso wichtig ist betriebswirtschaftliches Know-how. Das BZB beleuchtet in der Serie „Unternehmen Zahnarztpraxis“ die wichtigsten betriebswirtschaftlichen Aspekte, auf die es bei der Gründung und Führung einer Praxis ankommt. Im dritten Teil geht es um unternehmerische Steuerungsinstrumente. Der folgende Beitrag von Benedikt Glück basiert auf einem Vortrag für das „Kursprogramm Betriebswirtschaft“ der eazf.

Golf von Bengalen 17.47 Uhr: Flug 531 von Colombo nach Hanoi befindet sich im freien Fall. Nach schweren Gewitter-Turbulenzen sind sämtliche Instrumente



Foto: Kanzlei Dr. Schauer

Benedikt Glück ist Dipl.-Wirtschaftsingenieur bei der Kanzlei Dr. Schauer.

im Cockpit ausgefallen. In der Passagierkabine folgt ein kurzer Moment absoluter Schwerelosigkeit. Dann nur noch Panik.

Auch die Pilotin ringt mit der Fassung. Der Blick nach draußen bietet keinerlei Orientierungsmöglichkeit. Fast scheint es ihr, als würde das Flugzeug durch leeren Raum trudeln. Schließlich durchbricht die Boeing 747 die Wolkendecke. Weit unter ihnen ist der aufgewühlte Ozean zu sehen. Und in der Ferne ein dünner, weißer Streifen: Land! Die Pilotin nimmt das Ruder und damit die Rettung aller 273 Passagiere in die Hand. Schließlich setzt die Maschine hart in einem Reisfeld direkt hinter der Küste auf, beginnt sich um die eigene Achse zu drehen und kommt nach einigen hundert Metern zum Stehen. Niemand wird ernsthaft verletzt. Beim Öffnen der Cockpittüre betrachtet die Pilotin nachdenklich ihre Hand. So fühlt sich also ein Flugzeugabsturz, ein absoluter Kontrollverlust an.

Oberbayern 12.46 Uhr: Dr. Mustermann betrachtet beim Abschließen der Eingangstür zu seiner Zahnarztpraxis nachdenklich seine linke Hand. Mit der anderen Hand hielt er noch immer den Brief der Bank fest umklammert. So ähnlich, denkt er sich, muss sich ein Flugzeugabsturz anfühlen. Wie konnte er nur die Kontrolle verlieren? Jahrelange harte Arbeit, die nie zum gewünschten Ergebnis führte, EDV-Umstellung, Scheidung, Schwierigkeiten mit dem Personal, Regress, Arbeitsgericht, Steuernachzahlungen, Kreditstundungen. Dabei ist er überzeugt, ein ausgezeichneter Zahnarzt zu sein. Seine Patienten, zumindest die meisten, mögen ihn und kommen zum Teil schon seit Generationen in seine Praxis. Ob er je wieder Land sehen wird? Und was hätte er nur anders machen können?

Den Blindflug vermeiden

Egal ob Steuerungsinstrumente ausfallen oder einfach schlichtweg nicht vorhanden sind, ihre Abwesenheit führt immer zu einem „Blindflug“. Nicht von ungefähr hat sich die Wirtschaft begrifflich an anderen Branchen orientiert. „Steuerungsinstrument“, „Controlling“ (steuern, lenken, regeln) und „Managementtools“ sind nur einige Beispiele. Denn schon früh wurde erkannt: „Management by Kontostand“ funktioniert vielleicht in manchen Fällen. In einer Zeit des zunehmenden Wettbewerbs, der Digitalisierung, ausufernder Bürokratie, fordernder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, rechtlicher Fallstricke etc. gibt es

nur zwei Möglichkeiten: Ein Flugzeug nach Hanoi nehmen, um (hoffentlich irgendwo) auszusteigen, oder sich vorstehende Herausforderungen zu Nutze zu machen. Das hört sich zwar etwas nach Esoterik-BWL à la „Mach Dir Deine Feinde zu nutzen“ an, jedoch haben Großunternehmen die Esoterik schon längst für sich entdeckt. Klassisches Beispiel: Was mache ich, wenn ich als Automobilhersteller mit dem Thema Klimaerwärmung konfrontiert werde? Ich stelle mich an die Spitze der Bewegung und präsentiere mich als Vorreiter beim Klimaschutz!

Die eigenen Schwächen kompensieren

Was bedeutet das für Ihre Zahnarztpraxis? Jeder hat Stärken und Schwächen. Eine Stärke wäre, die eigenen Schwächen zu kennen. Sie sind eine hervorragende Zahnärztin, aber eine schlechte Verkäuferin? Sie sind ein starker Kommunikator, aber wollen fachlich nicht immer die „Extrameile“ gehen? Sie arbeiten gerne, außer es geht um den „Papierkram“ am Abend? Das alles darf genauso sein, wie es ist. Und Sie müssen niemand werden, der Sie nicht sind. Allerdings sollten Sie Mittel und Wege finden, Ihre Schwächen zu kompensieren. Das erste Steuerungsinstrument ist also eine Stärken-Schwächen-Analyse oder – noch besser – eine Chancen-Risiken-Analyse. Um esoterisch abzuschließen: Nur wer weiß, wo seine Schwächen liegen, kann etwas verändern. Natürlich ist dieser Grundsatz auf die gesamte Praxis übertragbar.

Vergleichswerte sind unabdingbar

Fragen Sie sich, was Sie und Ihre Mitarbeiter gut machen und was nicht gut läuft. Um das zu beurteilen, benötigen Sie natürlich Vergleichswerte. Der ein oder andere Kollege greift hierbei zu radikalen Methoden, opfert sich selbst oder einen Freund/Bekannten als Mystery-Patient und besucht einfach mal eine andere („Top“-)Praxis. Oft geht es aber auch etwas einfacher: Ihr Steuerberater sollte Sie mit Branchenkennzahlen (Umsatz, Gewinn etc.) versorgen können. So wissen Sie genau, wie Sie im Vergleich zu Ihren Kolleginnen und Kollegen stehen. Wie sich Praxen und Mitbewerber nach außen präsentieren, verrät oftmals schon eine umfassend bebilderte Homepage.

Vergleiche zeigen Ihnen, wo Sie selbst stehen und „ob Luft nach oben ist“. Eine Anmerkung am Rande: Ein Rundumtalent in allen Bereich (Zahnheilkunde, Kommunikation, Auftreten, Unternehmensführung, Abrechnung, Zeitmanagement, gutaussehend mit gesunden Zähnen, noch dazu ein Familientyp mit moralischem Kompass etc.) werden Sie vergeblich suchen. Das Einhorn unter den Zahnärztinnen und Zahnärzten sozusagen. Klingt alles logisch? Ist es auch. Und somit ist bereits Punkt zwei der Steuerungsinstrumente erledigt: „Benchmarking“.

Von der Zielsetzung zur Veränderung

Jetzt wissen Sie also, was gut und was weniger gut läuft. Und nun? Definieren Sie,

KURSPROGRAMM BETRIEBSWIRTSCHAFT

Um Zahnärzte bei unternehmerischen Herausforderungen zu unterstützen, hat die eazf ein betriebswirtschaftliches Kursangebot für Assistenten, Angestellte und Praxisinhaber zusammengestellt, das speziell auf die Anforderungen des Unternehmens Zahnarztpraxis zugeschnitten wurde. Das Programm wird von der Bayerischen Landeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns im Rahmen ihrer Kooperation gemeinsam getragen. Das BZB berichtet in diesem Jahr über thematisch ausgewählte Vorträge einzelner Referenten und veröffentlicht im Rahmen der Serie „Unternehmen Zahnarztpraxis“ die wichtigsten betriebswirtschaftlichen Tipps für Zahnarztpraxen. Weitere Informationen zum Kursangebot finden Sie auf der Website der eazf: www.eazf.de/sites/zahnarzte-bwl-curricula



HILFE FÜR EXISTENZGRÜNDER: DER BERATUNGSSERVICE DES ZEP



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

Terminvereinbarung unter folgenden Kontaktdaten:

Zentrum für Existenzgründer und Praxisberatung der BLZK (ZEP)

Telefon: 089 230211-412, Fax 089 230211-488

E-Mail: zep@blzk.de

Weitere Informationen finden Sie auf der Website der BLZK:
www.blzk.de/zep



was Sie verändern und in welchem Umfang Sie es verändern möchten. Schreiben Sie Ziele auf, teilen Sie diese mit Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – und vor allem: Überlegen Sie, wie Sie an diese Ziele kommen. Von der „Zieldefinition“ geht es weiter zum sogenannten „Change Management“. Denn irgendwie muss Veränderung vonstatten gehen. Hier können, dürfen und (in manchen Fällen) sollten Sie sich Hilfe von außen holen. Hilfestellungen wie zum Beispiel eine Analyse der Abrechnung, ein Personalcoach oder eine spezialisierte Marketingfirma gibt es viele. Immer zu empfehlen ist ein Austausch unter Kolleginnen und Kollegen. Sie werden erstaunt sein, wie hilfsbereit Ihre Mitstreiter sind, wenn Sie nur fragen.

Wichtig ist: Veränderungen brauchen Zeit. Es dauert bis zu drei Monate, bis sich neue Gewohnheiten eingeschliffen haben (beispielsweise, dass die ZFA jeden Patienten im Zusammenhang mit einer professionellen Zahnreinigung ansprechen). Es dauert, bis eine neue Internetseite die Patientenakquise unterstützt, die Abrechnung perfektioniert ist und Sie es sich angewöhnt haben, die ein oder andere Leistung im Rahmen des Patientengesprächs „zu verkaufen“.

Lohnt sich der ganze Aufwand? Das sollten Sie unbedingt prüfen. Veränderungen sind an verschiedenen Stellen messbar. Eine moderne Buchhaltung

ermöglicht Ihnen einen sehr zeitnahen Einblick in Ihre Betriebskennzahlen. Ihre Praxissoftware ermöglicht Ihnen ebenfalls zahlreiche Auswertungen. Zudem geben die Auslastung, die Terminvergabe und die Anzahl an Neupatientinnen und -patienten Aufschluss über den Erfolg bestimmter Maßnahmen. Sie können die Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit abfragen und sich auch hier ein Feedback einholen. Wie vorstehend bereits beschrieben, sollte all das nicht ins Blaue hinein stattfinden, sondern bestimmte Ziele verfolgen. Diese Ziele können beispielsweise in einer Finanzplanung festgehalten und laufend mit der aktuellen Situation (z.B. Praxis-kennzahlen laut Buchhaltung) abgeglichen werden. Um nochmal ins Esoterische abzuschweifen: Wer den Hafen nicht kennt, in den er segeln will, für den ist kein Wind der richtige. Dabei gilt es, den Kurs laufend zu kontrollieren. Ein adäquates „Controlling“ ist somit elementar für die Erreichung Ihrer Ziele beziehungsweise die Anpassung von Maßnahmen.

Wissensmanagement für die Praxis

Alles, was Sie bis hierhin im Rahmen der Umsetzung gelernt haben, wird Ihren Blick auf zahlreiche Teilbereiche Ihres (beruflichen) Lebens mit Sicherheit verändern. Damit einhergehend können

auch zuvor definierte Ziele einem Wandel unterzogen sein und zuvor beschriebene Prozesse erneut durchlaufen werden. Idealerweise treten Sie in eine stetige Aufwärtsspirale ein. Teilen Sie dabei Ihr Wissen beispielsweise mit führenden Beschäftigten und binden Sie diese mit ein. „Wissensmanagement“ ist nicht nur in großen Konzernen wichtig, sondern auch in einer Zahnarztpraxis. Sorgen Sie ergänzend für einen Austausch zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Das schafft Redundanzen und sorgt dafür, dass beispielsweise bei einer Kündigung oder auch längerer Krankheit nicht von einem Tag auf den anderen eine große Wissenslücke entsteht.

Der Übergang zu einem weiteren Steuerungsinstrument, dem „Qualitätsmanagement“, ist dabei fließend. Nachdem Sie unterschiedliche Prozesse so gestaltet haben, dass diese Ihrer Zielvorgabe möglichst nahe kommen, sollten Sie diese „idealen“ Prozesse auch festhalten und laufend hinsichtlich Kunden-, Prozess-, Mitarbeiter- und Ergebnisorientierung prüfen. Ein erster Schritt in diese Richtung ist beispielsweise die auch im Rahmen einer ordnungsgemäßen Buchhaltung vorgeschriebene Verfahrensdokumentation.

Ein zentraler Punkt, der eigentlich an die erste und nicht an die letzte Stelle gehört, wird oftmals vernachlässigt: Ihr persönliches Erleben. Ihre tägliche Arbeit muss Ihnen, zumindest im Durchschnitt, Freude bereiten, denn Sie verbringen damit einen Großteil Ihrer Lebenszeit. Das individuelle Lebensglück sollte der zentrale Kompass sein, an dem sich alle anderen Steuerungsinstrumente orientieren. Und in manchen Fällen, wenn alle anderen Instrumente ausgefallen oder wirkungslos sind, zeigt der Kompass in Richtung Flughafen. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Flugzeug abstürzt, ist wesentlich niedriger als die Wahrscheinlichkeit, das Rentenalter ohne gesundheitliche Einschränkungen zu erreichen. Das hat übrigens nichts mit Esoterik zu tun, sondern mit Statistik.

Benedikt Glück
Murnau am Staffelsee

Bestseller im Sparpaket

von Dr. Jan Hajtó

Anteriores Band 1

Theorie, Praxis und Gestaltungsregeln

Dr. Jan Hajtó beleuchtet in seinem Bestseller verschiedene theoretische Aspekte von Schönheit, Zähnen und deren Beziehung zum lächelnden Gesicht. Diese werden ebenso thematisiert wie die Gestaltungsregeln zum Erzielen einer schönen Frontzahnreihe. Das Buch erkundet das Spannungsfeld zwischen bestehenden Gestaltungsregeln und dem natürlichen individuellen Formenreichtum.

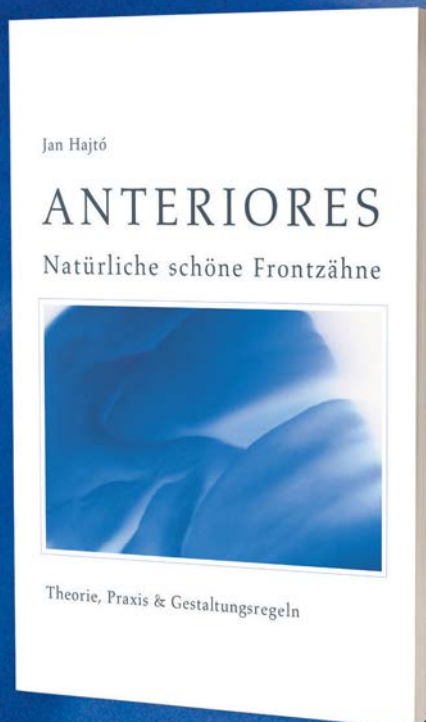
Softcover, Neuauflage, ca. 272 Seiten,
ca. 503 Abbildungen

Anteriores Band 2

Picture Gallery

Ergänzend zu Band 1 „Theorie, Praxis und Gestaltungsregeln“ widmet sich Band 2 der Anschauung und Inspiration. Eine großartige Auswahl an natürlich schönen Frontzahnsituationen wird in Form eines Farbatlasses dargestellt. Die ausgewählten Fälle sind sinnvoll anhand Geschlecht und Regelmäßigkeit der Zahnstellung systematisiert. Eine exzellente Sammlung zur Planung und Herstellung von Frontzahnversorgungen und eine optimale Kommunikationshilfe zwischen Zahnarzt, Zahntechniker und Patient.

Softcover, 270 Seiten, 950 glanzlackierte Farbdrucke,
englischsprachig



im Paket nur
€249,-

> auch einzeln
erhältlich

www.dental-bookshop.com

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

 **teamwork
media**



Mehr Transparenz und Übersichtlichkeit

KZVB führt vierteljährlichen Honorarbescheid ein

In der vertragsärztlichen Versorgung ist er längst zum Standard geworden – ab nun erhalten ihn auch die bayerischen Vertragszahnärzte regelmäßig: Der vierteljährliche Honorarbescheid bietet neben einer besseren Übersicht auch neue Fristsetzungen, von denen die Vertragszahnärzte ab sofort profitieren.

Wie sieht der Honorarbescheid aus?

Wie der Musterhonorarbescheid für das erste Quartal 2021 nebenan zeigt, werden künftig sämtliche Abrechnungen sehr transparent und übersichtlich zusammengefasst. Im ersten Honorarbescheid 1.2021 sind folgende Abrechnungen berücksichtigt:

- Quartalsabrechnung KCH 1.2021
- Quartalsabrechnung KFO 1.2021
- Monatsabrechnungen (KB/PAR/ZE) 01.2021
- Monatsabrechnungen (KB/PAR/ZE) 02.2021
- Monatsabrechnungen (KB/PAR/ZE) 03.2021

Ebenfalls aufgeführt werden eventuelle Nachberechnungen.

Wann kommt der Honorarbescheid?

Der neue Honorarbescheid wird erstmals für das Abrechnungsquartal 1.2021 erstellt. Verschiedet wird der Bescheid jeweils nach Abschluss aller Abrechnungen des entsprechenden Quartals. Dies bedeutet konkret: Der Honorarbescheid für das 1. Quartal wird immer im Juni versendet, für das 2. Quartal im September, für das 3. Quartal im Dezember sowie für das 4. Quartal im März des folgenden Jahres. Nachdem der Honorarbescheid sämtliche Vergütungen eines Quartals enthält, kann er auch immer erst nach Fertigstellung der Quartalsabrechnung zur Verfügung stehen. So erklärt sich auch die gewisse zeitliche Verzögerung bezüglich der Monatsabrechnungen.

An den Auszahlungsterminen ändert sich jedoch nichts. Zahlungen werden weiterhin immer direkt nach Abschluss der jeweiligen Abrechnungen gebucht. Zudem erhalten die Vertragszahnärzte weiterhin die monatlichen bzw. quartalsweisen Abrechnungsunterlagen.

Wieso kommt der Honorarbescheid?

Die Rechtsgrundlage für den Honorarbescheid findet sich im Bundesmantelver-

trag Zahnärzte (BMV-Z). Dort heißt es in §23 Abs.9 wörtlich: „Die KZV erteilt dem Vertragszahnarzt vierteljährlich einen Bescheid über seinen Honoraranspruch. Der Honorarbescheid steht unter dem Vorbehalt rechtswirksamer Prüfungen insbesondere auf Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Zahlungen der KZV an den Vertragszahnarzt aufrechnungsfähige und gegebenenfalls rückzahlungspflichtige Vorschüsse.“

Was ändert sich rechtlich?

Anders als bislang besitzen die Abrechnungsunterlagen nun keinen Bescheidcharakter mehr. Sie sind also kein Verwaltungsakt, gegen den Widerspruch eingelegt werden kann. Vielmehr dienen sie nur der Information.

Entsprechend kann ein Widerspruch nur noch gegen den zugesandten vierteljährlichen Honorarbescheid eingelegt werden. Hierdurch erhalten die bayerischen Vertragszahnärzte eine längere Widerspruchsfrist: Die einmonatige Widerspruchsfrist läuft erst mit der Bekanntgabe des Honorarbescheids an und nicht mehr, wie bisher, nach Zusendung der jeweiligen Abrechnungsunterlagen.

Dies hat auch für andere Verfahren Bedeutung. Durch das Terminservice- und



Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
Geschäftsbereich Abrechnung und Honorarverteilung

Postfach 70 10 68, 81310 München, Telefon 089/72401-0, Fax 089/72401-260



KZV Bayerns, Postfach 70 10 68, 81310 München
Persönlich 000xxx

Herrn Zahnarzt
xxx

Datum
18.06.2021

Bescheid-Nr.
2021-000xxx-1

Telefon
089/72401-183

Honorarbescheid für Quartal 1.2021

	Gutschrift EUR
Quartalsabrechnung	
KCH 1.2021 Regionalkassen	34.695,40
KCH 1.2021 Ersatzkassen	7.447,59
KCH 1.2021 Sonst. Kostenträger	1.691,45
KCH 1.2021 Fremdkassen	1.360,45
Sprechstundenbedarf 1.2021	5,17
Zwischensumme KCH	45.200,06
KFO 1.2021 Regionalkassen	2.353,00
KFO 1.2021 Ersatzkassen	1.068,57
Zwischensumme KFO	3.421,57
Monatsabrechnung	
KB Januar 2021	949,22
KB Februar 2021	1.125,23
KB März 2021	688,45
Zwischensumme KB	2.762,90
PAR Februar 2021	1.959,90
PAR März 2021	1.674,99
Zwischensumme PAR	3.634,89
ZE Januar 2021	2.348,35
ZE Februar 2021	3.044,06
ZE März 2021	8.136,79
Zwischensumme ZE	13.529,20
Gesamtsumme	68.548,62



Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG | IBAN DE41 3006 0601 0001 1261 72 | BIC DAAE3333
HypoVereinsbank | IBAN DE88 7032 0072 1200 1107 30 | BIC HYVDE333
Bayerische Landesbank | IBAN DE68 7005 0000 0000 0202 33 | BIC BYLADE33

K.d.B.R.
Zahnärzteshaus Bayern
Fahrradstraße 34
81369 München
www.kzvb.de

Seite 1 von 2

Versorgungsgesetz (TSVG) wurden für Kürzungsverfahren aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen und sachlich-rechnerische Berichtigungen kurze Fristen eingeführt, welche die KZVB begrüßt. Danach dürfen Kürzungen (Honorarberichtigungen) nur noch innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheids festgesetzt werden (§§106 Abs.3 Satz 3 und 106d Abs.5 Satz 3 SGB V). Die Einführung des im BMV-Z vorgesehenen vierteljährlichen Honorarbescheids ist deshalb auch aus diesem Grunde geboten gewesen.

Welche weiteren Vorteile gibt es?

Alle vertragszahnärztlichen Vergütungen des jeweiligen Abrechnungsquartals sind zusammengefasst und somit auf einen Blick ersichtlich. Dies dient der Transparenz und Übersichtlichkeit. Des Weiteren führt der vierteljährliche Honorarbescheid zu mehr Rechtsklarheit und Rechtssicherheit, da nunmehr eindeutig und für unterschiedliche Verfahren im Haus die Verjährungsfristen klar definiert werden.

Weitere Informationen

Aktuelle und umfangreiche Informationen zum neuen Honorarbescheid finden Sie auf kzvb.de unter Abrechnung und Verwaltung > Honorarbescheid.

Dr. Maximilian Wimmer
Leiter des Teilbereichs Strategie der KZVB

Mehr Aufklärung mit #GesundAbMund

Kommunikationsoffensive der Bundeszahnärztekammer kommt gut an

Wer seine Zähne und den Mundraum pflegt, schützt nicht nur seine Mundgesundheit. Denn ein gesunder Mund hilft dem ganzen Körper, gesund zu bleiben. Allgemein bekannt ist das nicht und deshalb hat die Bundeszahnärztekammer vor einem halben Jahr die Kommunikationsoffensive #GesundAbMund gestartet.

Die Kampagne informiert über Mundgesundheit und ihre Bedeutung für das allgemeine Wohlbefinden, über die Arbeit in den Zahnarztpraxen und klärt über die verschiedenen Facetten der Mundgesundheit auf. „Wegen Corona lag der Fokus der Kommunikationsoffensive bislang auf dem Thema Hygiene. Denn hier verfügen Zahnärztinnen und Zahnärzte über eine besondere Expertise, weil sie schon vor der Pandemie sehr hohe Hygienestandards hatten. In den kommenden Wochen und Monaten wollen wir die Themen Prävention und Parodontitis verstärkt in den Vordergrund rücken“, so die Initiatoren der Bundeszahnärztekammer.



Abbildung: BZÄK

Bei Zahnarztpraxen besonders gefragt ist das Maskenschild der Aktion #GesundAbMund.

Gefragtes Maskenschild

Auf der Webseite www.gesund-ab-mund.de erfahren Besucher unter dem Motto „Hätten Sie's gewusst?“ Wissenswertes und Überraschendes aus der Zahnmedizin und dem Praxisalltag. Gleichzeitig werden die Zahnärztinnen und Zahnärzte in die Kommunikation eingebunden. Kommunikationsmittel wie zum Beispiel Online-Banner oder Schilder, die auf die Maskenpflicht in den Zahnarztpraxen hinweisen, werden im Kampagnen-Look als Download zur Verfügung gestellt. Allein das Maskenpflicht-Schild wurde in den letzten drei Monaten über 6000 Mal heruntergeladen.

Auch die Zugriffszahlen der Webseite könnten sich sehen lassen: Zwischen September 2020 und März 2021 haben sich über 20000 Besucherinnen und Besucher auf der Webseite informiert.

Offensive geht in die Verlängerung

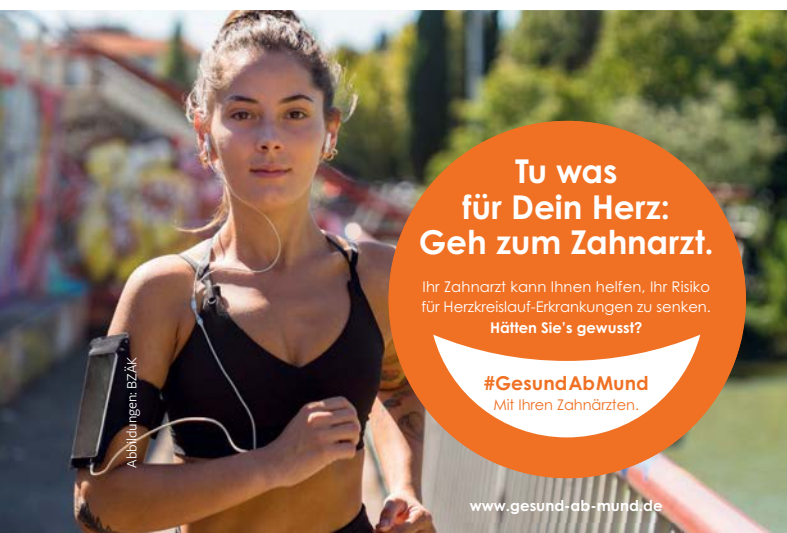
Die Kommunikationsoffensive wird über klassische Publikums- und Fachmedien sowie über die Social-Media-Kanäle verlängert. Auf Twitter konnte die Anzahl der Follower seit Beginn der Kommunikationsoffensive um 16 Prozent erhöht werden und die Interaktionsrate beträgt im Schnitt 2,7 Prozent – gemessen an vergleichbaren Institutionen ein überdurchschnittlicher Wert.

Im Fokus der Kommunikationsoffensive stehen Vertreter aus Politik und Medien, aber auch die Patienten. Denn in der Pandemie gab es Verunsicherung darüber, ob man Zahnarztpraxen meiden und nur in Notfällen aufsuchen sollte.

Mit der Kommunikationsoffensive soll über verschiedene Themen und Kommunikationsinstrumente das Image der Zahnmedizin nachjustiert werden. Es soll gezeigt werden, wie relevant, modern, sicher und verlässlich die Zahnmedizin im echten Leben ist – jenseits von alten Floskeln und Klischees, die in der Öffentlichkeit kursieren.

Redaktion

Mit Bannern und Postern wie diesen informiert die Bundeszahnärztekammer auf der Website www.gesund-ab-mund.de und in verschiedenen sozialen Netzwerken.



Online-News der BLZK

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


BLZK.de


Fachkundebescheinigung

Die Fachkunde-Anträge FK2, FK3, FK4-1 und FK4-2 wurden aktualisiert. Außerdem wurde die zugehörige Anleitung zur Beantragung überarbeitet und vereinfacht.

› www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa_fachkundebescheinigung_antrag.html


QM Online


Muster QM-Handbuch 3.0

Die gültige Fassung des QM-Handbuchs kann im QM Online heruntergeladen werden. Die bisher verfügbare CD „QMH 3.0“ wurde zum 31. März eingestellt.

› https://qm.blzk.de/blzk/web.nsf/id/li_qm_handbuch_3.html

BLZK-compact.de


Stimmung stabil

Während der ersten Corona-Welle stürzte der Medizinklimaindex der Stiftung Gesundheit auf ein Rekordtief. Doch wie ist die Stimmung genau ein Jahr später? Antworten finden Sie hier:

› www.blzk-compact.de/blzk/site.nsf/id/li_corona-themenseite-aktuell.html

zahn.de


Zahngesunder Zuckerersatz

Die meisten Patienten wissen, dass sie ihren Zähnen zuliebe zu viel Zucker vermeiden sollten, wollen aber nicht auf Süßes verzichten. Welche zahngesunden Alternativen es dann gibt:

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

zahn.de – Mundgesundheit leicht gemacht

Teil 1: Patientenwissen

Mit der Patientenseite www.zahn.de bietet die Bayerische Landes Zahn-ärztekammer leicht verständliche Informationen zum Thema Zahn- und Mundgesundheit. In einer dreiteiligen Serie stellt das BZB die verschiedenen Bereiche des Internetangebots vor. Im ersten Teil geht es um das Patientenwissen.

Für Patienten wird das Internet immer wichtiger als Informationsquelle für Gesundheitsthemen. Viele Gesundheitsinformationen im Netz sind allerdings von bestimmten Interessen beeinflusst oder sogar falsch und irreführend. Patienten können sich darauf verlassen, dass die Inhalte auf zahn.de von Experten geprüft, frei von Werbung und ohne kommerzielles Interesse sind.

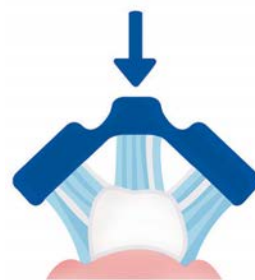
Die Patientenseite der Bayerischen Landes Zahn-ärztekammer unterstützt und ergänzt das persönliche Beratungsgespräch in der Praxis unter dem Leitsatz „Die BLZK informiert – Ihr Zahnarzt berät“. Die Angebote sollen den Zahnarztbesuch jedoch keinesfalls ersetzen.

Mundhygiene zu Hause

Einer der wichtigsten Bereiche auf zahn.de ist „Mundhygiene zu Hause“. Dort finden Patienten verschiedenste Informationen und Tipps rund um die Mundpflege – zum Beispiel:

- Zähneputzen nach der KAI-Technik
- Handzahnbürste oder elektrische Zahnbürste?
- Zahnseide richtig anwenden
- Zungenreinigung
- Pflegetipps für Zahnersatz
- Zahnsperre reinigen
- Fluorid

Putzen mit der Dreikopfzahnbürste – so geht's:



Schritt 1

Zahnbürste sanft aufsetzen

Den Mund öffnen.

Die Dreikopfzahnbürste mit sanftem Druck auf den hintersten Zahn aufsetzen.

Abbildungen: BLZK

Patienten werden Schritt für Schritt angeleitet, wie sie ihre Zähne mit einer Dreikopfzahnbürste richtig putzen.

Karies



Wie entsteht Karies?

Karies ist eine Zahnerkrankung, bei der die Zahnhartsubstanz zerstört wird. Lesen Sie hier, wie Karies entsteht, welche Symptome auftreten und was das Kariesrisiko erhöht.



Karies vorbeugen

Jeder kann selbst viel dafür tun, um Karies vorzubeugen. Das sind die wichtigsten Maßnahmen, um die Zahnerkrankung so gut wie möglich zu vermeiden.



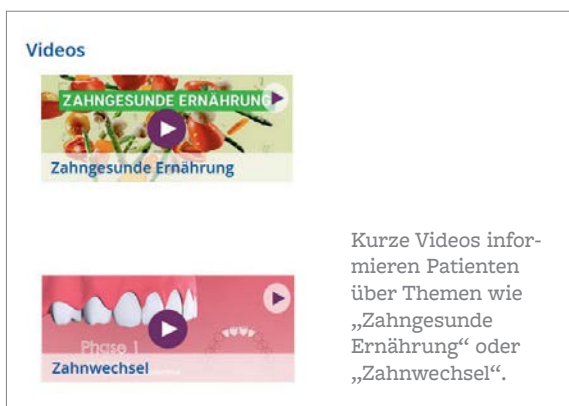
Wie wird Karies behandelt?

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Karies zu behandeln. Entscheidend für die Behandlung ist, wie weit die Erkrankung bereits fortgeschritten ist.

Zu vielen Zahnerkrankungen finden Patienten ausführliche Informationen – übersichtlich in Unterkapitel gegliedert.

Auf zahn.de werden Themen behandelt, die für Patienten in den unterschiedlichen Lebensphasen wichtig sind. So können Frauen nachlesen, worauf sie in

der Schwangerschaft bei der Mundpflege besonders achten sollten. Eltern finden zum Beispiel Informationen zum Thema Zahnwechsel und zur richtigen Pflege von



Kurze Videos informieren Patienten über Themen wie „Zahngesunde Ernährung“ oder „Zahnwechsel“.

Kinderzähnen. Senioren erfahren, warum Prophylaxe im Alter so wichtig ist, welche Hilfsmittel ihnen die Mundpflege erleichtern können und wie sie mit einer Dreikopfzahnbürste richtig putzen.

Erkrankungen und Zahnbehandlungen einfach erklärt

Auch wer Informationen zu bestimmten Munderkrankungen und Zahnbehandlungen sucht, ist auf der Patientenseite der BLZK richtig. Erkrankungen wie Karies, Parodontitis und Kreidezähne sowie Zahnbehandlungen wie Weisheitszahn-OP, Wurzelbehandlung und Professionelle Zahnreinigung werden übersichtlich in einzelnen Unterkapiteln dargestellt. Die Themen sind einfach erklärt und zusätzlich oft anschaulich bebildert.

zahn.de in der Praxis nutzen

Nutzen Sie zahn.de in Ihrer Praxis als Unterstützung im Beratungsgespräch – zum Beispiel können Sie Ihren Patienten auf dem Tablet oder Bildschirm zeigen, welche Versorgungsmöglichkeiten Implantate bieten oder welche Hilfsmittel es für die Zahnpflege im Alter gibt. Oder Sie spielen einfach eines der Videos aus der zahn.de-Mediathek ab.

Breite Themenvielfalt:

Von Karies bis zur zahngesunden Ernährung

Sie können Ihre Patienten auch auf ein bestimmtes Thema auf der Website aufmerksam machen, über das sie sich später zu Hause genauer informieren können – etwa darüber, wie sie Karies oder Parodontitis wirksam vorbeugen oder sich zahngesund ernähren können. Ein regelmäßiger Blick auf zahn.de lohnt sich – die Themen werden laufend aktualisiert und erweitert.

Nina Prell

Geschäftsbereich Kommunikation der BLZK

Das praktische Lehrbuch für Kompositrestaurationen

Zahnarzt **Ulf Krueger-Janson**, einer der weltweit renommiertesten Experten für funktionell-ästhetische Komposit-Chairside-Techniken, widmet sich in seinem außergewöhnlichen Lehrbuch der Schulung der Sinne, um Formen, Konturen, aber auch die Farbe einzelner Zähne bewusster wahrzunehmen. In einer praktischen Anleitung erklärt er den unkomplizierten Schichtaufbau und gibt Tipps für den richtigen Umgang mit Materialien und Geräten. Darüber hinaus bieten hochwertige Abbildungen ausgewählter Patientenfälle dem Praktiker ein fein strukturiertes Kompendium ästhetisch und funktionell perfekt gelöster Situationen. Ein hervorragendes Arbeitsbuch für die einfache und effektive Herstellung von ästhetischen Komposit-Restaurationen.

Hardcover, 264 Seiten, ca. 1300 Abbildungen
ISBN: 978-3-932599-29-3 – auch in englischer Sprache erhältlich



jetzt nur
€ 178,-

www.dental-bookshop.com

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

62. Bayerischer Zahnärztetag

MIT BEWÄHRTEM
HYGIENEKONZEPT

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



Bayerische
LandesZahnärzte
Kammer



Parodontologie 2021

www.blzk.de | www.eazf.de | www.kzvb.de | www.dgparo.de | www.oegp.at | www.bayerischer-zahnaerztetag.de | [www.twitter.com/BayZaet](https://twitter.com/BayZaet)

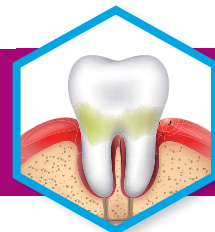


Foto:
© iStockphoto.com

FESTAKT ZUR ERÖFFNUNG

DONNERSTAG, 21. OKTOBER 2021

Beginn: 19.00 Uhr (Einlass und Einstimmung ab 18.30 Uhr)
Ende: ca. 22.00 Uhr

Begrüßung und Ansprachen aus Politik und Standespolitik

Festvortrag: Chinas Trauma – Chinas Stärke

Über die Zusammenhänge von Politik und Medizin

Prof. Dr. Paul U. Unschuld, MPH, Direktor des Instituts für Chinesische
Lebenswissenschaften der Charité – Universitätsmedizin Berlin

KONGRESS ZAHNÄRZTE

Parodontologie 2021

FREITAG, 22. OKTOBER 2021

09.00 – 09.15 Uhr	Christian Berger/BLZK Prof. Dr. Bettina Dannewitz/DG PARO Dr. Corinna Bruckmann/ÖGP Begrüßung
09.15 – 10.00 Uhr	Prof. Dr. Bettina Dannewitz/Weilburg Frischer Wind in der Parodontologie: Von der Klassifikation bis zur PAR-Behandlungstrecke
10.00 – 10.45 Uhr	Dr. Corinna Bruckmann, MSc/Wien Plauekontrolle: Putzen oder spülen?
10.45 – 11.00 Uhr	Diskussion
11.00 – 11.30 Uhr	Pause/Besuch der Dentalausstellung
11.30 – 13.00 Uhr	Dr. Georg Bach/Freiburg im Breisgau Die neue PAR-Richtlinie in der GKV
13.00 – 13.15 Uhr	Diskussion
13.15 – 14.00 Uhr	Mittagspause/Besuch der Dentalausstellung
14.00 – 14.45 Uhr	Univ.-Prof. Dr. Ines Kapferer-Seebacher, M.Sc./Innsbruck Parodontale Therapie: Mit Stahl, Strahl oder Tablette?
14.45 – 15.00 Uhr	Prof. Dieter Schlegel Wissenschaftspreis Dissertationspreis des VFwZ
15.00 – 15.45 Uhr	Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf/Würzburg Parodontitis: Kann man sich gesund essen?
15.45 – 16.00 Uhr	Diskussion
16.00 – 16.30 Uhr	Pause/Besuch der Dentalausstellung
16.30 – 17.15 Uhr	Prof. Dr. Johannes Einwag/Würzburg Prävention der Wurzelkaries – Die neue Herausforderung
17.15 – 18.00 Uhr	Prof. Dr. Wolfgang Buchalla/Regensburg Therapie der Wurzelkaries (noninvasiv/invasiv)
18.00 – 18.15 Uhr	Diskussion und Zusammenfassung

Nur für angemeldete Teilnehmer. Anmeldeschluss: 5. Oktober 2021

18.15 – 18.45 Uhr	Dr. Michael Rottner/Regensburg Aktualisierung der Röntgenfachkunde für Zahnärzte
-------------------	--

SAMSTAG, 23. OKTOBER 2021

09.00 – 09.15 Uhr	Christian Berger/BLZK Prof. Dr. Bettina Dannewitz/DG PARO Dr. Corinna Bruckmann/ÖGP Begrüßung
09.15 – 10.00 Uhr	DDR. Gerlinde Durstberger/Wien Chirurgie: Wird es besser mit dem Messer?
10.00 – 10.45 Uhr	Dr. Paul Schuh/München Mukogingivale Chirurgie um den Zahn und ums Implantat: Think pink!
10.45 – 11.00 Uhr	Diskussion
11.00 – 11.30 Uhr	Pause/Besuch der Dentalausstellung
11.30 – 12.15 Uhr	Dr. Josef Diemer/Meckenbeuren Die Paro-Endo-Läsion in Diagnostik und Therapie
12.15 – 13.00 Uhr	Prof. Dr. Dr. Johann Müller/München Parodontologie und Funktion – Was ist klinisch zu beachten?
13.00 – 13.15 Uhr	Diskussion
13.15 – 14.00 Uhr	Mittagspause/Besuch der Dentalausstellung
14.00 – 14.45 Uhr	Priv.-Doz. Dr. Kristina Bertl, PhD MBA MSc/Wien Implantate beim Paropatienten: Prävention und Therapie von PI
14.45 – 15.30 Uhr	Priv.-Doz. Dr. Johan Wölber/Freiburg im Breisgau UPT: Warum und wie oft?
15.30 – 15.45 Uhr	Diskussion
15.45 – 16.15 Uhr	Pause/Besuch der Dentalausstellung
16.15 – 17.45 Uhr	Dr. Rüdiger Schott/München RA Nikolai Schediwsky/München Qualitätssicherung und Dokumentation Beratung durch die KZVB als Service-Organisation
17.45 – 18.00 Uhr	Abschlussdiskussion

PROGRAMMHINWEIS

Infolge der Corona-Pandemie können sich einzelne Programminhalte verändern.
Den aktuellen Stand erfahren Sie unter www.bayerischer-zahnaerztetag.de
und www.blzk.de

KONGRESS ZAHNÄRZTLICHES PERSONAL

Das Programm für das zahnärztliche Personal wird zu einem späteren Zeitpunkt bekannt gegeben. Die Art und Weise der Durchführung ist abhängig von der Entwicklung der Corona-Pandemie.

ORGANISATORISCHES

VERANSTALTER

BLZK – Bayerische Landeszahnärztekammer

Christian Berger, Präsident
Flößergasse 1 | 81369 München
Tel.: +49 89 230211-104 | Fax: +49 89 230211-108
www.blzk.de



In Kooperation mit:

KZVB – Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns

Dr. Rüdiger Schott, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands
Fallstraße 34 | 81369 München
Tel.: +49 89 72401-121 | Fax: +49 89 72401-218
www.kzvb.de



DG PARO – Deutsche Gesellschaft für Parodontologie

Prof. Dr. Bettina Dannewitz, Präsidentin
Neufferstraße 1 | 93055 Regensburg
Tel.: +49 941 942799-0 | Fax: +49 941 942799-22
www.dgparo.de



ÖGP – Österreichische Gesellschaft für Parodontologie

Dr. Corinna Bruckmann, MSc, Präsidentin
Klosterstraße 37 | 1180 Wien
Tel.: +43 699 1952 8253 | Fax: +43 1 2533 033 8690
www.oegp.at



Online-Anmeldung



Die Organisation des Programms für Zahnärzte und für das Zahnärztliche Personal wurde unterstützt von der eazf.

Hinweis:

Nähere Informationen zum Programm, den Veranstaltern und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.bayerischer-zahnaerztetag.de

ORGANISATORISCHES

KONGRESSGEBÜHREN

	Buchung bis 20.09.2021	Buchung ab 21.09.2021
Teilnahme Freitag und Samstag		
Zahnarzt Mitglied (BLZK/KZVB/DG PARO/ÖGP)	290,-€	335,-€
Zahnarzt Nichtmitglied	360,-€	380,-€
Assistent, Student, Rentner (mit Nachweis)	155,-€	155,-€

Tageskarten

Zahnarzt Mitglied (BLZK/KZVB/DG PARO/ÖGP)	220,-€	245,-€
Zahnarzt Nichtmitglied	245,-€	270,-€
Assistent, Student, Rentner (mit Nachweis)		120,-€

Tagungspauschale* (inkl. MwSt.)

Freitag und Samstag	95,-€
Tageskarten	50,-€

Aktualisierung der Röntgenfachkunde für Zahnärzte

Gebühr (inkl. Skript, Anmeldung erforderlich bis 5. Oktober 2021)	50,-€
---	-------

* Die Tagungspauschale beinhaltet unter anderem Imbiss bzw. Mittagessen, Kaffeepausen, Tagungsgetränke und ist für jeden Teilnehmer zu entrichten.

Auf die Kongressgebühr wird keine MwSt. erhoben.

ORGANISATION/ANMELDUNG

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig
Tel.: +49 341 48474-308 | Fax: +49 341 48474-290
E-Mail: zaet2021@oemus-media.de
www.bayerischer-zahnaerztetag.de

Die Veranstaltung wird nach den geltenden Hygienerichtlinien durchgeführt.

FORTBILDUNGSBEWERTUNG

Der Bayerische Zahnärztag entspricht den Leitsätzen zur zahnärztlichen Fortbildung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und wird nach der Bewertungstabelle der BZÄK/DGZMK mit **16 Punkten** bewertet.

VERANSTALTUNGSORT

The Westin Grand München

Arabellastraße 6 | 81925 München
Tel.: +49 89 9264-0 | Fax: +49 89 9264-8699
www.westin.com/muenchen

HOTELBUCHUNG

PRIMECON

Tel.: +49 211 49767-20 | Fax: +49 211 49767-29
rennen@primecon.eu | wolters@primecon.eu
www.primecon.eu

Zimmerbuchungen im Veranstaltungshotel und in weiteren Hotels

Begrenzte Zimmerkontingente bis zum 22. September 2021. Danach Zimmer nach Verfügbarkeit und tagesaktuellen Raten. Informieren Sie sich bitte vor der Buchung über Sondertarife. Eventuell bieten Internet oder Reisebüros günstigere Konditionen.

Online-Anmeldung unter:
www.bayerischer-zahnaerztetag.de

Anmeldeformular per Fax an
+49 341 48474-290
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Deutschland

Für den **62. Bayerischen Zahnärztag** vom 21. bis 23. Oktober 2021 in München melde ich folgende Personen verbindlich an:

Name, Vorname, Tätigkeit	Mitglied ☐ BLZK/KZVB ☐ DG PARO/ÖGP ☐ Nichtmitglied	Kongress- teilnahme am ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Röntgenfachkunde*	Kongress Zahnärztliches Personal (Aktuell noch keine Anmeldung möglich.)	Name, Vorname, Tätigkeit	Mitglied ☐ BLZK/KZVB ☐ DG PARO/ÖGP ☐ Nichtmitglied	Kongress- teilnahme am ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Röntgenfachkunde*	Kongress Zahnärztliches Personal (Aktuell noch keine Anmeldung möglich.)
--------------------------	--	---	--	--------------------------	--	---	--

* Anmeldeschluss: 5. Oktober 2021. Voraussetzung ist die Kongressteilnahme am Freitag und Samstag.

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zum **62. Bayerischen Zahnärztag** erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail (Bitte angeben! Sie erhalten Rechnung und Zertifikat per E-Mail.)



Tue Gutes und sprich darüber

Warum Praxismarketing wichtig ist

Grundlage der Zahnarzt-Patienten-Beziehung und damit der Patientenbindung ist Vertrauen. Dennoch ist es für Zahnarztpraxen wichtig, regelmäßig Neupatienten zu gewinnen, um den Patientenstamm zu erweitern und zu erneuern. Dies gilt für bestehende Praxen und in besonderer Weise bei Praxisübernahmen oder Neugründungen. Gezieltes Praxismarketing ist daher ein wichtiges Instrument, dessen Bedeutung auf keinen Fall unterschätzt werden sollte.

Patienten verlassen sich heutzutage nicht mehr allein auf Empfehlungen durch Verwandte, Freunde oder Bekannte. Die Erstinformation über potenzielle zukünftige Behandler erfolgt fast immer auch über das Internet. Wer sich hier falsch oder unprofessionell präsentiert, dem droht im schlimmsten Fall der Verlust von (Neu-) Patienten. Doch vielen Zahnarztpraxen fehlt es an einem professionellen Erscheinungsbild. Oft sind Websites veraltet und werden deshalb von Suchmaschinen nicht gefunden.

Praxismarke entwickeln

Doch nicht allein die Website macht für eine Zahnarztpraxis ein gutes Erscheinungsbild aus. Die Entwicklung einer eigenen Praxismarke umfasst neben einem positiven Auftreten des Praxisteams und einer hervorragenden Be-

handlungsqualität auch ein consequentes Corporate Design.

Eine komplette Konzeption und Planung des Praxismarketings reicht von einer Ist-Analyse über ein aussagekräftiges Praxislogo und verschiedene Drucksachen bis zur professionell gestalteten Website und den Bereichen Fotografie und Imagefilm. Wichtig ist eine „Markenbotschaft“, die sich idealerweise in sämtlichen Marketingmaßnahmen widerspiegelt und in der die Philosophie der Zahnarztpraxis verankert ist. Zu einem erfolgreichen Praxismarketing gehören folgende Komponenten:

- Printdesign: Praxisflyer, Visitenkarten, Patienteninformationen, Briefpapier, Terminkarten und Anamnesebogen
- Webdesign: Planung, Konzeption und Erstellung einer Praxis-Website, Domainsicherung, Suchmaschinen-Optimierung und rechtssicheres Impressum
- Logoentwicklung und Praxisschild
- Professionelle Praxisfotografie und eventuell Imagefilm der Praxis

Häufige Fehler sind zum Beispiel Texte auf der Website, die von Agenturen ohne jeden zahnärztlichen Hintergrund fachlich unsauber formuliert wurden, oder Bilder, die vielleicht bei einer zahnmedizinischen Fortbildung punkten können, die Patienten aber eher abschrecken. Auch das Impressum und die Datenschutzerklärung bedürfen einer fachlichen Prüfung durch Praxisinhaber und -team.

Professionelle Unterstützung

Die eazf Consult, ein Tochterunternehmen des kammereigenen Fortbildungsinstituts eazf, bietet schon seit dem Jahr 2019 im Rahmen einer Kooperation Unterstützung beim Aufbau einer Praxismarke an. Bestehende Konzepte können dabei im Rahmen eines Praxis-Checks überprüft werden. Neben dieser Ist-Analyse werden aber auch alle anderen Marketingleistungen umgesetzt. Der Leistungsumfang wird individuell mit der Praxis abgestimmt. Bayerische Zahnarztpraxen erhalten bei Buchung über die eazf Consult einen Sondernachlass in Höhe von fünf Prozent auf alle Preise. Für Zahnärzte, die sich erst vor Kurzem selbstständig gemacht haben oder diesen Schritt in absehbarer Zeit planen, gibt es spezielle Existenzgründerpakete.

Dipl.-Volkswirt Stephan Grüner
Geschäftsführer der eazf Consult

KONTAKT

Bei Interesse senden Sie bitte den Coupon auf Seite 47 an die Fax-Nummer 089 230211-488. Weitere Informationen finden Sie im Internet: www.eazf.de/praxismarketing. Kooperationspartner für diese Dienstleistung ist die zahnärztlich spezialisierte Agentur praxisdesign Dr. Peiler in Bogen.

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-Beratung: Implementierung oder Überprüfung von Qualitäts- und Hygienemanagement, Arbeitssicherheit (inkl. digitaler Ablagestruktur und QM-Handbuch) – ☐ optional: QM-Workshop mit dem Praxisteam
- ☐ QM-Betreuung: Kontinuierliche Pflege und Aktualisierung des QM-Systems (monatliche Pauschale, jederzeit kündbar)
- ☐ Praxis-Check zu Praxisbegehungen der Gewerbeaufsicht
- ☐ Datenschutz-Check, Externer Datenschutzbeauftragter für Ihre Praxis
- ☐ **Praxisdesign** – Entwicklung einer Praxismarke, Praxismarketing
- ☐ PraxReviews – Bewertungsmanagement-Tool und Online-Reputatio
- ☐ TV-Wartezimmer – Multimediale Patientenkommunikation in Ihrem Wartezimmer

Ich bitte um Kontaktaufnahme für eine kostenfreie individuelle Erstberatung zu rechtlichen, steuerlichen und betriebswirtschaftlichen Fragen oder zur Praxisbewertung:

- ☐ Praxisübergabe/-aufgabe ☐ Praxisübernahme/-gründung ☐ Allgemeine Praxisberatung

Versicherungsberatung und Gruppenversicherungen

Ich habe Interesse an Versicherungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen für Zahnärzte.

Bitte informieren Sie mich unverbindlich über folgende Angebote (bitte ankreuzen):

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Versicherungspaket für Praxisgründer | ☐ Berufsunfähigkeitsversicherung | ☐ Kfz-Versicherung |
| ☐ Berufshaftpflichtversicherung | ☐ Pflegezusatzversicherung | ☐ Unfallversicherung |
| ☐ Praxisausfallversicherung | ☐ Kranken(zusatz)versicherung, Tagegeld | ☐ Lebens- und Rentenversicherungen |
| ☐ Praxisinventar-/Elektronikversicherung | ☐ Wohngebäude-/Hausratversicherung | ☐ Betriebliche Altersversorgung |
| ☐ Zahnarzt-Rechtsschutz-Paket | ☐ Private Haftpflichtversicherung | ☐ Betriebliche Krankenversicherung |

- ☐ 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:



Alternativen zu Fluorid?

Prophylaxeprodukte mit CCP-ACP, Hydroxylapatit oder Xylit

Ein Beitrag von Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Hamburg

Der Standard der Kariesprophylaxe mit Wirkstoffen ist Fluorid, das lokal auf die Zahnoberflächen in der Mundhöhle appliziert wird. Jeder andere Wirkstoff, der als Alternative zu Fluorid verwendet wird, muss daher unter Beweis stellen, dass er einen kariespräventiven Effekt hat, dass dieser Effekt dem Fluorideffekt zumindest ebenbürtig ist oder dass die Verwendung zusätzlich oder in Verbindung mit Fluorid additive kariespräventive Effekte mit sich bringt. Die folgenden Ausführungen sollen zunächst die kariespräventive Fluoridwirkung zusammenfassen, um anschließend für andere Wirkstoffe wie CCP-ACP, Hydroxylapatit oder Xylit die oben genannten Fragen zu beantworten. Die Betrachtung soll auf die Applikation der Wirkstoffe in Form von Zahnpasten fokussieren und in die Bewertungen sollen Aspekte der wissenschaftlichen Evidenz einfließen.

Kariesprävention mit Fluorid

Die Fluoridanwendung zur Kariesprävention zählt in den USA zu den zehn größten Errungenschaften im Gesundheitswesen des letzten Jahrhunderts [1]. Auch wenn sich diese Einschätzung formal auf die Trinkwasserfluoridierung bezieht, so wirft sie doch ein markantes Schlaglicht auf die Bedeutung der Fluoridanwendung. Dies gilt umso mehr, als dass nach heutigem Kenntnisstand die Auswirkungen der „systemischen Fluoridierungsmaßnahmen“ tatsächlich ein lokaler Effekt an den Zähnen sind [2,3]. Dieser Effekt ergibt sich dadurch, dass das eingenommene Fluorid im Mund in Kontakt zu den Zähnen kommt, die bereits in die Mundhöhle durchgebrochen sind. So kommen zahlreiche wissenschaftliche Studien, Reviews und Metaanalysen zu der Schlussfolgerung, dass der Kariesrückgang zu einem wesentlichen Teil auf die regelmäßige lokale Einwirkung von Fluoridpräparaten direkt auf die Zahnoberflächen in der Mundhöhle zurückzuführen ist [3,4]. In besonderem Maße wird in der breiten Verfügbarkeit von Fluorid in Zahnpasten ein ursächliches Element der verringerten Karieslast gesehen [5]. Der erhebliche Einfluss der regelmäßigen Fluoridapplikation durch Zahnpasten ist mit hohem wissenschaftlichen Evidenzgrad abgesichert [6,7]. Dabei liegt ein Zusammenhang zwischen der einwirkenden Fluoridkonzentration und dem Kariesrückgang vor: Höher konzentrierte Fluoridzahnpasten bewirken eine höhere Kariesreduktionen [6,8].

Die hinter diesem klinischen Effekt stehenden Wirkungsmechanismen sind die Bildung einer Fluoridspeicherschicht auf der Zahnoberfläche, aus der Fluorid bedarfsgerecht zur Verfügung gestellt werden kann [9,10], die Remineralisation initialer Defekte im Hydroxylapatit-Kristallgitter [3], die damit verbundene Fluoridaufnahme in den Zahnschmelz, welche ein Mineral mit gesteigerter Säureresistenz zur Folge hat [3,4] sowie Einwirkungen auf den bakteriellen Biofilm [4].

Auch wenn eine höhere Fluoridkonzentration eine bessere Kariesprävention bedeutet, so soll darauf hingewiesen

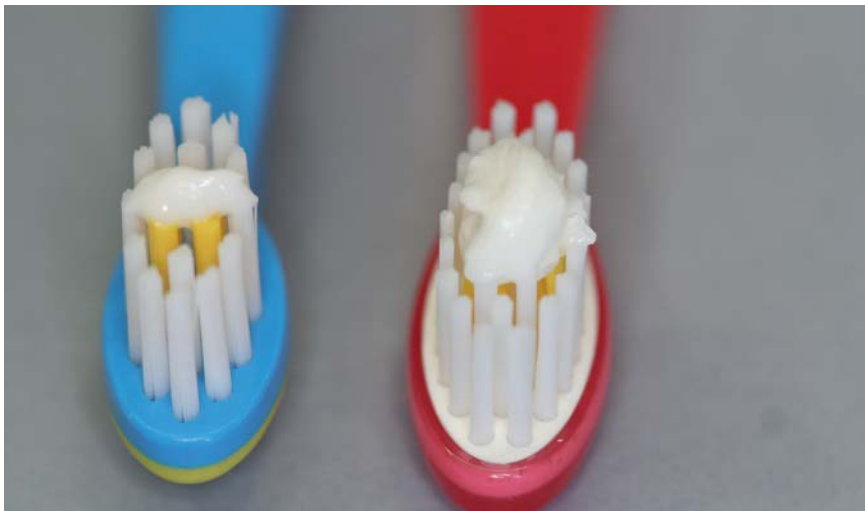


Abb.1 Bei der Anwendung fluoridhaltiger Zahnpasten soll die verwendete Menge bei Kindern bis zum Alter von zwei Jahren der Größe eines Reiskorns und im Alter von zwei bis sechs Jahren der Größe einer Erbse entsprechen.



Abb.2a Kinder sollen frühzeitig an das Zähneputzen herangeführt werden, ...



Abb.2b ... doch ist das Nachputzen durch die Eltern bis weit in das Grundschulalter erforderlich.

werden, dass die Menge der verwendeten Zahnpasta für Kinder zu begrenzen ist. Für Kinder bis zum Alter von zwei Jahren wird das Auftragen einer Zahnpastmenge auf die Zahnbürste in Größe eines Reiskorns empfohlen, im Alter von zwei bis sechs Jahren in Größe einer Erbse (**Abb.1**). Die Dosierung der Zahnpasta obliegt wie auch das Nachputzen den Eltern (**Abbildungen 2a und b**).

CCP-ACP

CCP-ACP steht für Casein-Phosphopeptid-amorphes Kalziumphosphat. Die Verbindung basiert ursprünglich auf dem Milchprotein Casein [11]. Durch seine Affinität zur Zahnoberfläche mit dem Pellicel, aber auch zu Bakterienoberflächen, werden Kalziumphosphatverbindungen an

der Zahnoberfläche fixiert und können dort remineralisierend wirken. Dabei haben sowohl das Casein als auch die Kalzium- und Phosphationen hemmende Effekte auf einzelne Faktoren der Kariesentstehung [12]. Als ein Mechanismus der Wirkung von CCP-ACP auf Zahnhartsubstanzen wird eine Zunahme der Größe von Hydroxylapatitkristallen im Zahnschmelz diskutiert [13]. Der Wirkstoff kann zudem in die Porositäten von demineralisierten Zahnhartsubstanzen eindringen und dort Kalzium- und Phosphationen freisetzen, wodurch es zur Remineralisierung kommt. Ansatzpunkt der CCP-ACP-Wirkung sind somit primär die Zahnoberflächen.

Viele Studien legen eine antikariöse Wirkung von CPP-ACP durch Förderung der Remineralisierung und Hemmung der Demineralisierung nahe [13,14]. Ein Groß-

teil der Studien zu CCP-ACP wurde als In-situ-Studie durchgeführt. In diesen Studien wurde überwiegend die Remineralisation von zuvor künstlich erzeugten Demineralisationen und damit die Anwendung im Rahmen der Sekundärprävention überprüft [11,12]. Die Studien haben das Potenzial von CCP-ACP im Vergleich zu Placebo demonstriert. Sobald Fluorid vorhanden ist, scheint der Effekt aber grenzwertig zu sein. Hierzu liegen widersprüchliche Studienergebnisse vor, die zudem mit methodischen Einschränkungen verbunden sind [13,15]. So hat CPP-ACP im Vergleich zum Placebo bei vorliegenden Initialdefekten zwar einen langfristigen remineralisierenden Effekt, der sich jedoch nicht signifikant von dem der Fluoride unterscheidet [14]. Lediglich in der Behandlung von White-spot-Läsionen nach kieferorthopädischer

Entbänderung deutet sich ein Nutzen der zusätzlichen Verwendung von CPP-ACP-Präparaten an [16].

In den meisten Studien wurde CCP-ACP in verschiedenen Formen, meist als Paste, zusätzlich zu fluoridhaltigen Zahnpasten angewendet. In einer Literaturübersicht über derartige Anwendungen wurden von neun identifizierten Studien nur drei gefunden, bei denen die Anwendung von CPP-ACP vorteilhaft war [17]. Bei zwei Studien mit Kleinkindern konnte kein kariesreduzierender Effekt der CPP-ACP-Zubereitungen ermittelt werden.

Die Entstehung von Initialkaries (Primärprävention) wird durch CPP-ACP zwar im Vergleich zu Placebo-Zubereitungen gehemmt, aber nicht verstärkt gehemmt, wenn Fluoridzahnpasta benutzt wird [14]. Eine weitere Übersichtsarbeit konstatiert, dass die Verwendung von CPP-ACP-Produkten keine signifikanten Vorteile gegenüber dem Putzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta zur Kariesprävention aufweist [16].

Noch schwieriger ist die Beurteilung, ob der Wirkstoff CPP-ACP anstelle von Fluorid eingesetzt werden kann. Hier ist die Studienlage auffällig dünn. Entsprechend wird die Durchführung qualitativ hochwertiger Studien mit Fluoridgruppen als Kontrolle angemahnt [13]. Die bisherigen Studien lassen in einer Übersicht mit Metaanalyse die Schlussfolgerung zu, dass CPP-ACP als Ergänzung zu Fluoriden, aber nicht als Alternative betrachtet werden kann [18].

Hydroxylapatit (HAP)

HAP ist ein Mineral, das als wichtige Hauptkomponenten Kalzium und Phosphat enthält. In den Zahnhartgeweben enthält es weitere Ionen. Synthetisches Hydroxylapatit ist in einigen Zahnpasten als Putzkörper enthalten [19]. Unterschiedlichen Varianten von künstlich hergestelltem Hydroxylapatitmineral wird darüber hinaus von Zahnpasten-Herstellern eine eigenständige Rolle in der Kariesprävention zugesprochen. So wird die Remineralisation demineralisierter Zahnproben sowie eine Hemmung

der bakteriellen Anlagerung an Zahnoberflächen beschrieben (Übersicht mit umfassender Bewertung der gesamten Studienlage zu HAP bei Hellwig [20]). Ansatzpunkte der HAP-Zubereitungen sind demnach primär die Zahnhartsubstanzen, aber auch die Bakterien.

Für Zahnpasten mit HAP beziehungsweise HAP-Modifikationen ist die Literaturlage bislang begrenzt, sodass für eine Bewertung neben wenigen klinischen Studien auch aktuelle In-vitro- und In-situ-Studien herangezogen werden sollen. Viele In-vitro-Studien zu Hydroxylapatit wurden mit demineralisiertem Zahnschmelz durchgeführt, der kontinuierlich dem Einfluss von HAP ausgesetzt wurde. Im Gegensatz zu diesen Studien, in denen eine Remineralisation mittels HAP gezeigt wurde, kommt eine die oralen Bedingungen deutlich adäquater simulierende Studie zu einem gegensätzlichen Ergebnis. Hier wurde unter wechselnden de- und remineralisierenden Bedingungen nachgewiesen, dass Nano-Hydroxylapatit-Zahnpaste keinen remineralisierenden Effekt hatte, während sämtliche fluoridhaltigen Vergleichspasten diesen Effekt aufweisen konnten [21]. Dieses Ergebnis wurde in einer weiteren In-vitro-Studie über die Remineralisation von künstlicher Initialkaries bestätigt, bei der eine Fluoridzahnpaste eine signifikante Remineralisation bewirkte, eine HAP-Paste hingegen keinen signifikanten Unterschied zur Kontrolle (künstlicher Speichel ohne Zahnpasta) erbrachte [22].

In einer In-situ-Studie wurde die Anlagerung von Hydroxylapatitpartikeln auf Schmelzoberflächen untersucht, um hieraus Schlussfolgerungen für die Bioadhäsion und die bakterielle Kolonisation der Zahnoberflächen ziehen zu können [23]. In dieser Studie konnte keine länger andauernde Anlagerung von HAP auf dem Zahnschmelz ermittelt werden, wodurch die Autoren eine antibakterielle Wirkung von HAP in Frage gestellt sehen.

Basierend auf dieser Studienlage folgte Hellwig 2018, dass eine kariespräventive Wirkung von HAP-Zahnpasten bis dato nicht belegt ist [20]. Insbesondere würden klinische Studien ausstehen. Eine

ältere japanische Studie [24] sei infolge der in ihr vorgefundenen geschlechtsbezogenen Effekte von Hydroxylapatit mit großen methodischen Zweifeln behaftet und könne daher nicht als klinischer Beleg für einen karieshemmenden HAP-Effekt anerkannt werden. In der Zwischenzeit sind jedoch zwei klinische Studien zu der Thematik veröffentlicht worden. So wurde zum einen eine Studie an Jugendlichen und jungen Erwachsenen zur Prävention von White spots bei Patienten mit festen kieferorthopädischen Apparaturen vorgestellt [25]. Am Ende der sechsmonatigen Studiendauer waren in beiden Probandengruppen, die entweder eine HAP-haltige fluoridfreie oder eine fluoridhaltige, HAP-freie Zahnpasta verwendet hatten, gleiche Ergebnisse bezüglich des Auftretens von White spots ermittelt worden. Diese Ergebnisse sind jedoch dadurch stark überlagert, dass in beiden Gruppen monatlich eine professionelle Zahnreinigung mit anschließender Applikation eines Chlorhexidin-Gels durchgeführt worden war. Infolge dieser nicht dem Anwendungsalltag entsprechenden Vorgehensweise steht die Verallgemeinerung der Ergebnisse unter großem Vorbehalt.

Die gleiche methodische Problematik ist bezüglich einer weiteren, aktuell publizierten Studie festzustellen, die mit einer Dauer von einem Jahr mit drei- bis siebenjährigen Kindern durchgeführt wurde [26]. Auch hier wurde in zwei Studiengruppen eine HAP-Zahnpasta einer fluoridhaltigen Kinderzahnpasta gegenübergestellt. Auch hier waren die Ergebnisse beider Gruppen zum Studienende gleich. Jedoch liegen auch bei dieser Studie erhebliche Verzerrungen vor, indem den Eltern elektrische Zahnbürsten zur Verfügung gestellt wurden, die Kinder zusätzlich unter Aufsicht ihre Zähne putzten, Putztagebücher geführt wurden und diese Modalitäten alle drei Monate kontrolliert wurden. Im Endeffekt ist daher auch diese Studie nicht für einen allgemeinen klinischen Beleg geeignet, dass HAP-Zahnpasten bezüglich des kariespräventiven Effektes der Wirkung von fluoridhaltigen Zahnpasten ebenbürtig seien. Hinzu kommt, dass in

der Fluoridgruppe eine Kinderzahnpaste mit 500 ppm Fluorid benutzt wurde. Diese Konzentration gilt heute als nicht ausreichend, um eine Kariesreduktion mit guter statistischer Evidenz zu erreichen. Aktuell wurden daher die Empfehlungen für Kinderzahnpasten auf die Verwendung von Pasten mit 1000 ppm verändert (27).

Xylit

Der Zuckeraustauschstoff Xylit wird zwar von oralen Bakterien aufgenommen, aber nicht verstoffwechselt. Daher benötigen die Bakterien viel Energie, um die Substanz wieder aus der Zelle hinauszuschleusen. Dieser Energiebedarf führt zu einer Reduktion kariesassoziierter Bakterien in Plaque und im Speichel. Zudem ist die Adhäsion von Bakterien an das Pellikel reduziert und die Säureproduktion aus Zuckern wird verringert. Der Ansatzpunkt für die Xylit-Wirkung ist also eine Beeinflussung der kariesrelevanten Bakterien in der Mundhöhle.

Ob diese Effekte aber ausreichen, um auch eine Kariesreduktion zu bewirken, wird kontrovers diskutiert [28,29], wobei neuere Übersichten die Karieshemmung zunehmend kritisch beurteilen [28]. Von Bedeutung ist hierbei auch die Art, in der Xylit in die Mundhöhle eingebracht wird. So findet die Leitlinie der DGZ, dass in der Literatur mehrere Studien einen karieshemmenden Effekt xylithaltiger Kaugummis aufzeigen [30]. Für Xylit, das auf andere Weisen wie zum Beispiel über Pastillen in die Mundhöhle eingebracht wird, ist hingegen kein durchgängiger karieshemmender Effekt vorhanden. Somit scheint der Effekt xylithaltiger Kaugummis mit dem Kauvorgang und der dadurch erhöhten Speichelfließrate, die als solche ebenfalls eine karieshemmende Wirkung hat, verknüpft zu sein.

Zudem ist die Menge täglich verabreichten Xylits für eine antikariogene Wirkung von Bedeutung. Dies gilt auch für die Kariesprävention im Milchgebiss. Nach einer Literaturübersicht ist eine Exposition von mindestens 4 g Xylit pro Tag notwendig, um klinische Wirksamkeit zu erreichen [13,31]. Niedrigere Xylitmengen

konnten der Karies im Milchgebiss nicht vorbeugen. Zudem muss das Kaugummi über lange Zeiträume gekaut werden, die sich über den Tag auf circa 60 Minuten addieren. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass hohe Xylitexpositionen als Nebenwirkung zu Durchfällen führen.

Xylit wird auch Zahnpasten zugesetzt. Übersichtsarbeiten kommen zu dem Ergebnis, dass Xylit als Zusatz zu fluoridhaltigen Zahnpasten eine weitere Kariesreduktion von zehn bis 15 Prozent bewirkt [17,29]. Die Übersichtsarbeit [17] stellt aber heraus, dass das Xylit damit zwar die Fluoridwirkung verstärken könne, dass Xylit jedoch keinesfalls als Ersatz des Fluorids in Frage kommt. Fluoridbasierte Strategien bleiben der Standard für die Kariesprävention. Auch ein Cochrane-Review findet bei geringer Evidenz zwar Anzeichen, dass Fluoridzahnpasten mit Xylit effektiver als entsprechende Pasten ohne Xylit der Karies im bleibenden Gebiss von Kindern vorbeugen können. Diese Aussage wird aber in der gleichen Arbeit mit dem Hinweis relativiert, dass die Interpretation wegen methodischer Limitation der zugrunde gelegten Studien nur mit Zurückhaltung erfolgen sollte [29].

Diskussion und Zusammenfassung

Fluorid stellt unverändert den Goldstandard der Kariesprävention mit Wirkstoffen dar. Sein kariostatisches Potenzial ist seit Jahrzehnten bekannt und in der Verwendungsform von Zahnpasten bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Evidenzgrad belegt. Neu entwickelte Wirkstoffe müssen daher mit dem Effekt von Fluorid verglichen werden. Als alleinig angewendete Wirkstoffe in Zahnpflegeprodukten sollten sie die Wirkung von Fluorid übertreffen oder bei geringerem Nebenwirkungspotenzial zumindest ebenso wirksam sein. Darüber hinaus gilt es zu überprüfen, ob alternative Wirkstoffe zusammen mit Fluorid eine gesteigerte kariespräventive Wirkung aufweisen. Auf Grundlage der geschilderten Literaturlage können die folgenden Schlussfolgerungen gezogen werden:

- CCP-ACP fördert die Remineralisation von Entmineralisierungen. In Gegenwart von Fluorid ist dieser Effekt aber durchweg nicht zusätzlich erkennbar. CCP-ACP kann daher fallbezogen als Ergänzung zu Fluorid gelten, jedoch nicht als Alternative.
- HAP wird als Alternative zu Fluorid angeboten. Die klinische Studienlage muss aufgrund der speziellen Studiendesigns jedoch weiterhin so gewertet werden, dass bislang kein belastbarer Beleg für die kariespräventive Wirkung von HAP-Zahnpasten erbracht worden ist. In-vitro- und In-situ-Vergleichsstudien zeigen für fluoridhaltige Anwendungen bessere Resultate.
- Xylit greift an den Bakterien in das Kariesgeschehen ein. Als Wirkstoff wird sein klinisch-karieshemmender Effekt widersprüchlich beurteilt. In der speziellen Darreichung als Kaugummi sind karieshemmende Effekte erst bei höheren Xylitgaben dokumentiert. Somit ist Xylit kein Ersatz für Fluorid. In Kombination mit Fluorid in Zahnpasten gibt es Hinweise auf eine gesteigerte kariespräventive Wirkung, deren Bedeutung aber unklar ist.

Fazit: Prophylaxeprodukte mit CCP-ACP, Hydroxylapatit oder Xylit können Fluorid nicht ersetzen. CCP-ACP oder Xylit können als Ergänzung zur Fluoridanwendung dienen. Fluorid bleibt unter den Wirkstoffen zur Kariesprävention jedoch unbestritten die erste Wahl.

Dieser Beitrag wurde als Verschriftlichung eines Vortrags für die Frühjahrstagung der DGKiZ 2021 verfasst, welche allerdings pandemiebedingt abgesagt wurde.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Ulrich Schiffner
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Poliklinik für Parodontologie,
Präventive Zahnmedizin und Zahnerhaltung
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
schiffner@uke.de

Literatur beim Verfasser

Zemente versus Komposite

Langfristig sicher befestigen

Ein Beitrag von Prof. Dr. Dipl.-Ing. (FH) Martin Rosentritt, Dr. Thomas Strasser und Prof. Dr. Michael Behr, Regensburg

Zementieren, selbstadhäsiv oder adhäsiv befestigen? Welcher Werkstoff und welche Versorgung müssen und können wie befestigt werden? Durch die zunehmende Materialvielfalt, insbesondere durch den Einsatz neuer Fertigungstechnologien, sind enorme Möglichkeiten für eine optimierte Materialauswahl und gleichzeitig hoch individualisierte Behandlungsmöglichkeiten entstanden. Das vorliegende Manuskript bietet einen komprimierten und praxisgerechten Überblick über die Vielfalt der Befestigungsoptionen von zahnfarbenen dentalen Materialien.

Erst durch die suffiziente Befestigung wird festsitzender Zahnersatz klinisch langfristig erfolgreich. Das Behandlungsergebnis hängt von der korrekten Indikationsstellung, vom Versorgungsmaterial und der bestmöglichen Verarbeitung über den gesamten Prozess der Behandlung hinweg ab. Es ist daher wichtig, bereits vor der Präparation ein Konzept für die Eingliederung der Versorgung zu erstellen [1]. Für eine optimale Befestigung sind entscheidend:

1. die Art und Form der Präparation,
2. die Art und Verarbeitung der verwendeten Materialien sowie deren Reinigung und Konditionierung
3. und die entsprechende Auswahl und Anwendung des Befestigungsmaterials [2–4].

Soll das Befestigungsmaterial schnell und wirtschaftlich eingesetzt werden, sind eine einfache und sichere Handhabung wichtig. Um die Befestigungsmaterialien richtig anzuwenden, muss man die einzelnen Materialgruppen – Zement, selbstadhäsives und adhäsives Befestigungskomposit – kennen und unterscheiden können. Diese werden im Folgenden zusammen mit einigen Grundlagen kurz dargestellt.

Worauf wird befestigt?

Eine enorme Bedeutung für die erfolgreiche Befestigung hat das Substrat, auf dem befestigt werden soll. Je nachdem, ob es sich um

- Zahnschmelz (Schmelz, Dentin, Wurzeldentin, Lage der Präparationsgrenze ...),
- Aufbaumaterial (GIZ, Komposit, GFK),
- Abutments (Titan, Oxidkeramik, dentale Glaskeramik),
- Stifte (Titan, Glasfaser) oder
- gemischte Varianten

handelt, muss ein entsprechendes Prozedere und ein geeignetes Befestigungssystem ausgewählt werden. Zudem sollten biomechanische Aspekte berücksichtigt werden, ob also die Versorgung im Seitenzahnbereich hohen Druckbelastungen oder im Frontzahnbereich vermehrt

Biege- und Torsionsbelastungen ausgesetzt ist (**Abb.1**). Die Geometrie des Pfeilers – großflächig unterstützt, kurze Stümpfe im Seitenzahnbereich oder spitz, kleinflächig und eventuell lange Zahnformen im Frontzahnbereich – ist bedeutsam für die Belastungssituation. Die Geometrie kann also mitentscheidend für die Auswahl und den Erfolg der Befestigung sein. Ist die Belastung höher und treten verstärkt Biege- und Torsionssituationen auf, sind adhäsive Systeme eventuell besser geeignet.

Erfolgsfaktor Präparation

Die Präparation hängt im Allgemeinen von verschiedenen Parametern, wie dem Material der Restauration oder dem Befestigungsmaterial, ab. Jedwede Restauration, ob Stift, Veneer, Inlay, Onlay, Teilkronen, Krone, Brücke oder mehrgliedrige Restauration, erfordert genauso wie die Materialgruppe eine angemessene Präparation. Soll zementiert werden, sind eine retentive Präparation mit einer Stumpfhöhe von mehr als vier Millimetern, ein Präparationswinkel von weniger als 8° sowie eine ausreichende Verbundfläche obligatorisch [5]. Um Zahnschubstanz zu schonen, kann und sollte defektorientiert präpariert werden. In besonderen Situationen kann sogar auf die Präparation verzichtet werden. Minimalinvasiv oder ohne Präparation – in diesen Fällen muss immer eine adhäsive Befestigung mit separater Konditionierung der Zahnhartsubstanz erfolgen [5]. Um den Verbund zwischen Restauration und Stumpf zu verbessern, ist in allen Fällen – auch bei adhäsiver oder selbstadhäsiver Befestigung – eine retentive Präparation hilfreich. Es ist zu beachten, dass die Präparation mit einem grobkörnigen Diamanten bei selbstkonditionierenden Adhäsiven zu einer Verschlechterung der Haftung führen kann. Passung und Oberflächenrauheit sind nicht nur für die Zementierung, bei der die Restauration mit dem Pfeiler verkeilt wird, wichtig.

Zu hohe oder zu niedrige Schichtstärken des Befestigungsmaterials können dessen Aushärtung beeinflussen oder

verhindern, sodass Fugen nicht vollständig befüllt werden oder aufgrund der Schrumpfung des Befestigungsmaterials undicht werden. Manche Zemente erreichen auch keine ausreichende Festigkeit, um hohe Schichtstärken zu gewährleisten oder können dann leichter ausgewaschen oder zum Beispiel mit der Zahnbürste abgerieben werden. Die effektiven Schichtstärken variieren über die Befestigungssysteme zwischen etwa 10 und 100 µm. Daher sollten Präparation, Passung des Zahnersatzes und Befestigungsmaterial entsprechend aufeinander abgestimmt werden [4].

Das Restaurationsmaterial

Welche Befestigung in der vorliegenden klinischen Situation ein optimales Ergebnis liefert, wird stark durch die Art und die Eigenschaften der verwendeten Materialien beeinflusst. Liegt die Biegefestigkeit des Materials über >350 MPa, ist sie prinzipiell ausreichend, um die Restauration provisorisch zu befestigen oder zu zementieren (**Abb.2**). Durch die hohe Eigenfestigkeit wird gewährleistet, dass Versorgung unter der Kaubelastung nicht beschädigt werden oder frakturieren. Materialien mit einer niedrigeren Festigkeit können erst durch die adhäsive Befestigung die für die klinische Anwendung nötige Stabilität erreichen und dürfen deshalb auch unter normalen Umständen nicht provisorisch befestigt werden. Daher ist zwischen der Befestigung von

- Legierungen (EM, NEM, Titan),
- dentalen Glaskeramiken (Leuzit, Lithium(X)silikat),
- Oxidkeramiken (3-, 4- oder 5-Y-TZP, Aluminiumoxid) und
- polymerbasierten Materialien (Komposit, PICN, PAEK) zu unterscheiden [6–10].

Um die Retention für den Verbund zu verbessern, sollten alle Restaurationen innenseiten vor der Befestigung durch eine schonende Bearbeitung der Oberflächen, wie Strahlen, Schleifen oder Ätzen, aufgeraut werden [11,12] (**Abb.3**). Das Aufrauen erzeugt dank eines mikroretentiven Musters die Vergrößerung der zu verbindenden Oberflächen und eine Reinigung. Die Oberflächenspannung wird verändert, sodass die Befestigungsmaterialien sowie Primer oder Bonder leichter an der Oberfläche heranfließen können. Die Oberflächenvorbehandlung ist immer materialspezifisch durchzuführen, da ein falsches Vorgehen nicht nur den Verbund negativ beeinflussen, sondern darüber hinaus das Material entscheidend schädigen kann [7,9,10]. Die Behandlung sollte sowohl für die Zementierung als auch für die beiden adhäsiven Befestigungsvarianten vorgenommen werden.

Konditionierung ja oder nein?

Während die Aufrauhung der Restauration für alle Befestigungsvarianten nötig ist, muss zur Zementierung im Allgemeinen

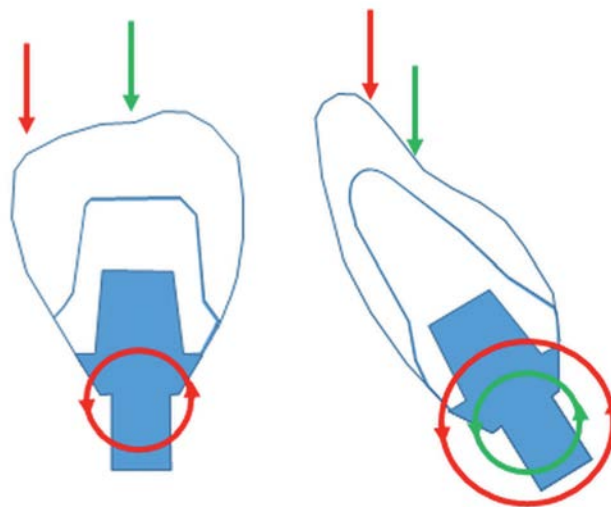


Abb.1
Unterschiedliche
Belastungen im
Front- und Seiten-
zahnbereich am
Beispiel einer
Implantatkrone

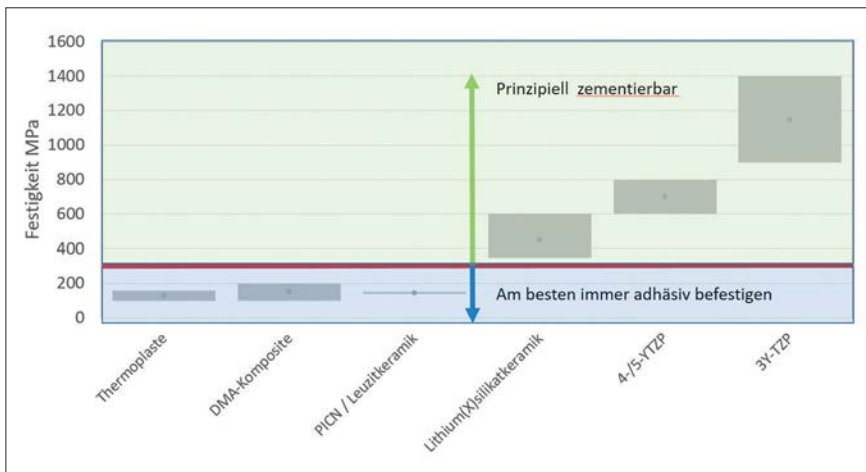


Abb. 2 Biegefestigkeit verschiedener Werkstoffe als Auswahlkriterium für die Befestigung

keine Konditionierung erfolgen. Um einen Haftverbund zwischen Befestigungskomposit und Materialoberfläche zu gewährleisten, muss diese meist zwingend konditioniert werden. Auch hier gilt, dass die Konditionierung mit Primer oder Bonding immer materialspezifisch durchzuführen ist, da ein unsachgemäßes Vorgehen den Verbund negativ beeinflussen kann [13,2] (**Abb. 4**). Die entsprechenden Verarbeitungsrichtlinien der Hersteller sollten unbedingt beachtet werden, denn einige Befestigungskomposite sind chemisch mit einem Konditionierungssystem ausgestattet, das einen Haftverbund zu bestimmten Oberflächen auch ohne Konditionierung gewährleisten kann. Restaurationsoberflächen können auch über Universaladhäsive (Multi-Adhäsive) aktiviert werden, die verschiedene Konditionierungsoptionen (Silane, MDP, Schwefelsäureverbindungen) gleichzeitig enthalten. Zudem können Ätzen und die Konditionierung für einige Anwendungen verknüpft werden (zum Beispiel Etch & Prime). Auch Primer und Bonder (zum Beispiel Prime & Bond) können als Einfaschensystem in einem Schritt aufgetragen werden. Die Konditionierung ist im Allgemeinen nur kurzzeitig stabil und sollte daher direkt vor der Befestigung aufgetragen werden! Tipp: Da sich die verschiedenen Komponenten eines Befestigungssystems gegenseitig in der Reaktion unterstützen können, sollten die einzelnen Komponenten eines Herstellersystems verwendet werden.

Temporär oder permanent?

Versorgungen können für kurze Zeit oder eine Übergangsperiode mit speziellen Befestigungsmaterialien provisorisch eingesetzt werden. Diese temporäre Befestigung muss zwingend einfach und rückstandlos lösbar sein. Die Restauration darf bei der Entfernung nicht beschädigt werden – für Glas- und Oxidkeramiken kann bereits ein nicht sichtbarer Riss für ein späteres Versagen entscheidend sein. Wird die Restauration definitiv befestigt, muss sichergestellt werden, dass die Verbindung permanent und unlösbar ist. Die definitive Befestigung kann mit Zementen erfolgen, die keine oder meist nur eine sehr geringe chemische Bindung zum Zahn erzielen. Bei der definitiven Befes-

tigung mit Befestigungskompositen (adhäsiv, selbstadhäsiv) entsteht ein je nach System mehr oder minder stark ausgeprägter adhäsiver Verbund zum Zahn.

Zementiert oder adhäsiv befestigt?

Unterschieden werden können Befestigungssysteme nach dem Typ in:

- Zemente (Glasionomerezement, Phosphatzement),
- selbstätzende (selbstadhäsive oder Universalbefestigungssysteme) und
- adhäsive Befestigungskomposite (mit Konditionierung der Zahnhartsubstanz).

Auch Kombinationen zwischen den einzelnen Gruppen sind möglich (Compomere, kunststoffmodifizierte Glasionomere) (**Abb. 5**).

Die Befestigungssysteme reagieren nach unterschiedlichen chemischen Reaktionen. Zemente härten in einer Säure-Base-Reaktion (Glasionomerezement, Phosphatzement), Phenolate in einer Chelat-Reaktion (Zinkoxideugenolzement) und Befestigungskomposite in einer radikalischen Polymerisationsreaktion (adhäsive/selbstadhäsive Systeme). Hierbei sind zudem Kombinationen aus Säure-Base-Reaktion und Polymerisation möglich, die je nach Anteil des Reaktionstyps zu Kompomeren oder kunststoff-modifizierten Glasionomerezementen führen.

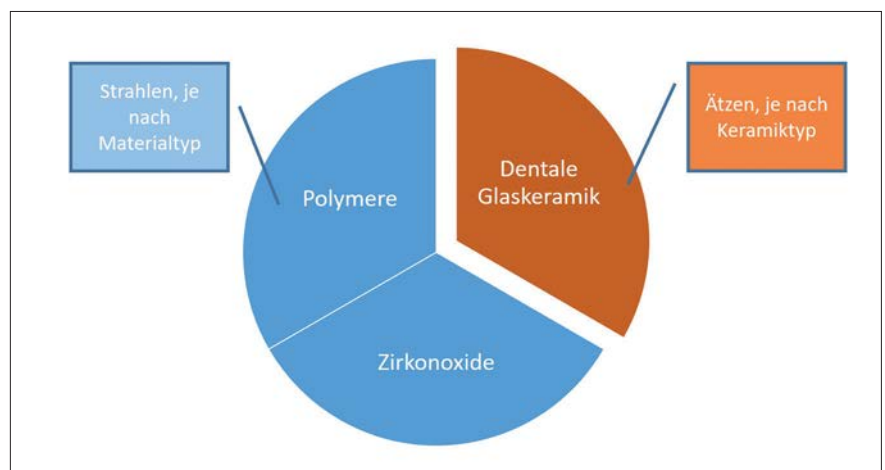


Abb. 3 Materialabhängige Bearbeitung der Oberflächen vor der Befestigung

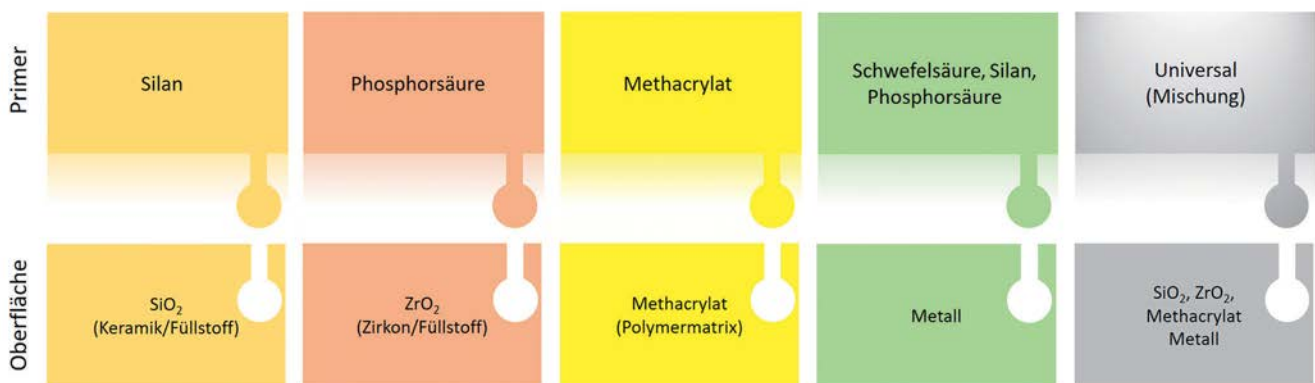


Abb.4 Materialspezifische Konditionierung vor der adhäsiven Befestigung

Ist bei der Abbindereaktion eine Polymerisationsreaktion beteiligt, so können die Systeme unterschiedlich, zum Beispiel mit Licht, chemisch oder mit beidem (dualhärtend) aktiviert werden. Gerade für stark lichtdurchlässige Versorgungen wie Keramikveneers eignen sich lichterhärtende Systeme sehr gut [14], da das Zeitfenster bis zum Reaktionsstart durch die Belichtung frei gewählt werden kann. Dies kann vorteilhaft sein, wenn man mehrere Restaurationen (zum Beispiel Inlays) gleichzeitig einsetzen möchte oder die Versorgung schwierig zu platzieren ist. Dabei ist zu beachten, dass bereits bei einer 1 mm dicken Versorgung aus einer dentalen Glaskeramik die Lichtintensität um circa 50 Prozent reduziert sein kann und damit auch die zur Polymerisation benötigte Lichtleistung am Befestigungsrand eventuell deutlich verringert ist. Die ein-

geschränkte Transmission sollte man auch beim Einsatz von opaken Befestigungsmaterialien berücksichtigen [14]. Folgerichtig sind für die meisten Indikationen chemisch- oder dualhärtende Systeme zu bevorzugen [15]. Wird mit Licht polymerisiert, ist unbedingt darauf zu achten, dass Polymerisationslampen eine ausreichende Lichtleistung besitzen und regelmäßigen Kontrollen unterzogen werden. Achten Sie darauf, dass Lichtlampe und Befestigungswerkstoffe (unterschiedliche Aktivierungssysteme) aufeinander abgestimmt sind [16,17].

Dosierung und Applikation

Die Befestigungssysteme werden als Pulver-Flüssigkeit, Paste-Paste mit Mischkanüle oder in Kapseln angeboten. Pulver-Flüssigkeitssysteme können frei dosiert

werden, ermöglichen durch die Adaption der Viskosität die Modifikation der Verarbeitungseigenschaften und erleichtern dadurch in manchen Fällen die klinische Arbeit. Im Fall von Falschdosierung bergen sie jedoch das Risiko, Eigenschaften wie Härte, Festigkeit oder den Säuregehalt (Überdosierung Säure) unkontrollierbar negativ zu beeinflussen [18,19]. Kapsel- oder Mischkanülensysteme können besonders in Kombination mit Applikationshilfen beim Einbringen des Materials helfen sowie Lufteinschlüsse und Materialanhäufungen reduzieren, und somit die Qualität der Befestigungsfuge deutlich verbessern. Sie sind daher trotz eines hohen Anteils an Abfall frei dosierbaren Systemen vorzuziehen.

Schmierschicht ja oder nein?

Für die Art der Befestigung auf dentinbegrenzten Präparationen spielt die Schmierschicht auf dem Zahn eine entscheidende Rolle. Die Befestigungssysteme lassen sich daher nach dem Verbleib der Schmierschicht einteilen. Für die Zementierung kann die Schmierschicht auf dem Zahn verbleiben (**Abb. 6**). Für eine optimale selbstadhäsive Befestigung muss die Schmierschicht sogar auf dem Zahn vorhanden sein. Ein selbstadhäsives oder besser selbstkonditionierendes Befestigungskomposit ätzt (daher auch der alternative Begriff selbstätzendes Befestigungsmaterial oder „self-etching“) die vorhandene Schmierschicht an und infiltriert sie. Mit und über diese Hybrid- oder

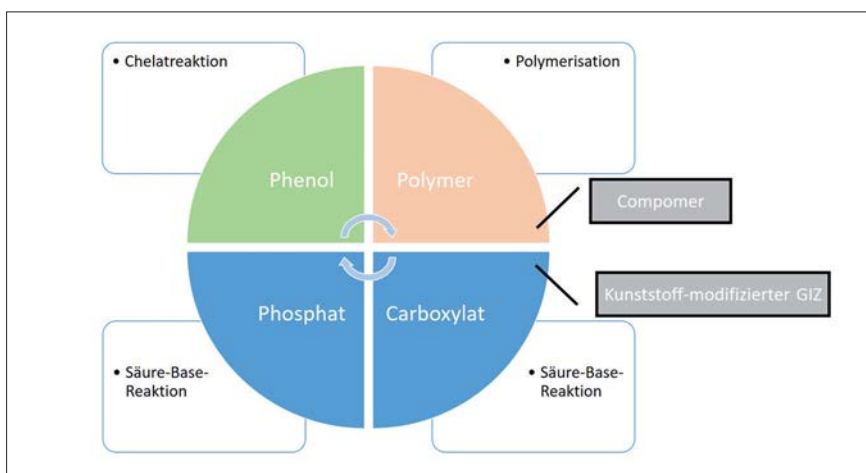


Abb.5 Einteilung der Befestigungssysteme nach unterschiedlichen chemischen Reaktionen

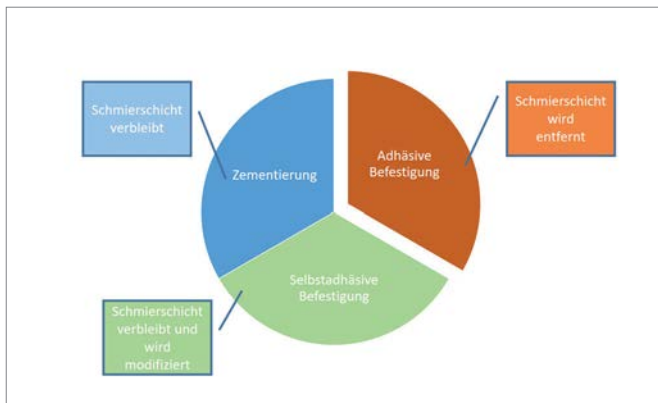


Abb.6 Einteilung der Befestigungssysteme nach dem Verbleib der Schmierschicht

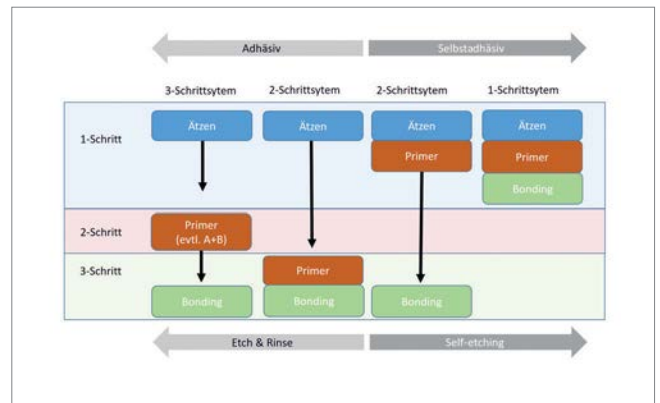


Abb.7 Übersicht über Ein- und Mehrschrittsysteme für die adhäsive Befestigung

Infiltrationsschicht entsteht der Verbund. Die Säure verbleibt und muss in der Reaktion des Befestigungsmaterials oder Adhäsivsystems neutralisiert werden. Die Ätzwirkung und damit die Auswirkung auf den Verbund ist dabei von Art und Grad der im selbstadhäsiven Befestigungsmaterial enthaltenen Komponenten und damit der Art und Dicke der entstandenen Schichten abhängig [13].

Bei einer rein adhäsiven Befestigung wird die Schmierschicht aktiv mit Säure oder entsprechenden Präparaten entfernt oder zumindest modifiziert. Die Säure wird abgespült („etch & rinse“). Durch die Ätzung liegen Dentinstrukturen wie Hydroxylapatit und Tubuli frei und es können sich sogenannte Kunststoffzapfen („resin tags“) ausbilden, die die mechanischen Verankerungen und damit den Verbund zum Zahn deutlich erhöhen. Bei der adhäsiven Befestigung stehen verschiedene Konzepte zur Auswahl. Je nach Art der Befestigung und Aufwand zur Befestigung ergeben sich somit unterschiedliche Verbundfestigkeiten zur Zahnhartsubstanz, wobei die mehrstufige adhäsive Befestigung meist die höchsten Werte erzielt (Abb.7).

Bekanntermaßen führt die Ätzung von Schmelz zu einem retentiven Muster, das bei schmelzbegrenzten Präparationen den Haftverbund deutlich verbessert. Da selbstadhäsive Systeme meist im Vergleich zur Phosphorsäure über schwächere Säuren verfügen, ist eine zusätzliche selektive Schmelzätzung hier oft sinnvoll, um

den Haftverbund weiter zu verbessern. Aus bereits genannten Gründen ist dabei darauf zu achten, dass das Dentin nicht versehentlich geätzt wird.

Trocken oder feucht?

Eine adhäsive Befestigung kann nur unter absolut trockenen Bedingungen erfolgreich sein. Kofferdam oder zumindest eine partielle Trockenlegung sind daher Grundvoraussetzung. Auf der Dentinseite wiederum ist eine gewisse Feuchtigkeit notwendig, da sonst die Dentinstrukturen kollabieren und deshalb nicht ausreichend benetzt und penetriert werden können. Hier ist gegebenenfalls eine erneute Benetzung mit Feuchtigkeit („rewetting“) erforderlich, um den Haftverbund zu ermöglichen [20].

Reinigung

Eine gute und langanhaltende Befestigung kann nur gelingen, wenn die zu verbindenden Oberflächen sauber und fettfrei sind [15]. Temporäre Zemente, Speichel oder Blut sollten sowohl auf der Restauration als auch am Stumpf vollständig entfernt werden [21]. Für die Einprobe sind wasserlösliche Stoffe auf Glyceringel- oder Hydrogelbasis zu verwenden [2,3].

Versäuberung

Die bestmögliche Versäuberung erhöht die Langlebigkeit der Versorgung

und reduziert mögliche Entzündungen des marginalen Parodonts [22]. Nicht allein die Verbundfestigkeit entscheidet über die Langlebigkeit der Versorgung. Fast wichtiger ist die Versiegelung der Zahnhartsubstanz. Überschüssiges Befestigungsmaterial kann bereits vor der Polymerisation mit einem Pellet entfernt und die Fuge vorab versäubert werden. Weiches Befestigungsmaterial darf dabei nicht aus der Fuge gewischt werden. Alternativ kann überschüssiges Befestigungsmaterial nach einer kurzen Belichtungsphase (2 bis 3 Sekunden Tack-cure oder Anblitzen) oder einer Abbindephase (2 bis 3 Minuten chemische Härtung) abgesprengt werden. Dabei darf bereits polymerisiertes Material nicht aus der Fuge herausgebrochen werden. Im Anschluss wird Sauerstoffinhibitions gel aufgetragen und bei autopolymerisierenden oder dualhärtenden Materialien die Aushärtung abgewartet [2]. Bei licht- und dualhärtenden Materialien kann die Polymerisation mittels Polymerisationslampe erfolgen. Nach dem Versäubern und dem vollständigen Aushärten des Befestigungsmaterials erfolgt die Politur möglichst senkrecht zur Fuge, damit das Befestigungsmaterial nicht aus der Fuge gewischt wird.

Nachsorge, Kontrolle und Wiederbefestigung

Auch unter optimalen Bedingungen befestigte Restaurationen können dezementieren oder bei adhäsiver oder selbstadhä-

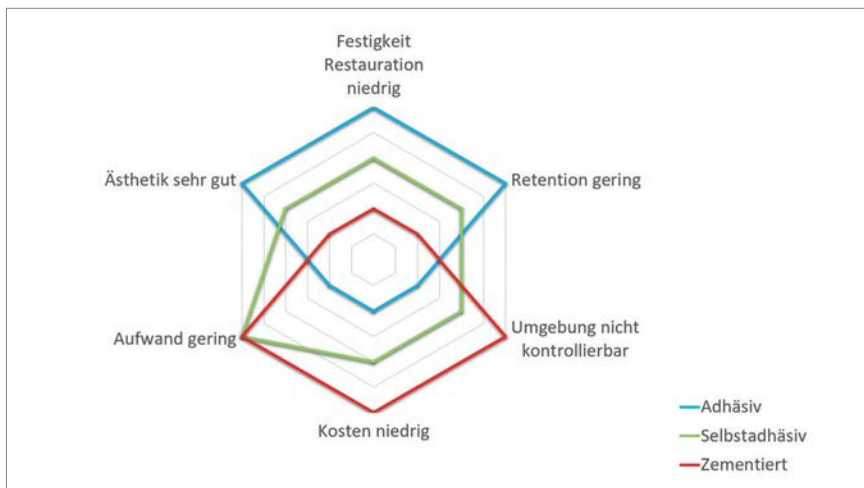


Abb. 8 Mögliches Einteilungsschema zur Auswahl eines Befestigungssystems

siver Befestigung debonden. Bestimmte Bereiche wie der distale Pfeilerzahn einer Brückenkonstruktion im Seitenzahnbereich sind prinzipiell stärker gefährdet. Daher sollten beispielsweise auch Zirkonoxid-Brücken, die prinzipiell zementiert werden könnten, besser adhäsiv befestigt werden. Ist gewährleistet, dass die Versorgung unversehrt ist, kann sie eventuell nach erneuter Reinigung, Aufrauung und Vorbehandlung der Material- und Pfeileroberflächen erneut befestigt werden. Vorab sollten allerdings die Fehlerursachen analysiert und bewertet werden sowie unter Umständen eine alternative adhäsive Befestigung in Betracht gezogen werden [4].

Welches Befestigungsmaterial soll ich verwenden?

Aufgrund der enormen Auswahl an Möglichkeiten muss sich diese Frage der einzelne Behandler selbst beantworten. Hierbei kann es helfen, sich die Entscheidungskriterien und Anforderungen zu notieren und eventuell in einem Diagramm zu visualisieren (Abb. 8). Sogenannte Befestigungsguides oder -kompass bieten darüber hinaus herstellerspezifische Entscheidungshilfen an.

Zusammenfassung

Ein langfristiger klinischer Erfolg kann nur unter Kenntnis und Unterscheidung

der verschiedenen Befestigungsoptionen erreicht werden. Entscheidende Aspekte sind dabei folgende:

- Bereits vor der Präparation ein Konzept für die Eingliederung erstellen.
- Verbundfestigkeiten sind von der Art der Befestigung abhängig. Höchste Werte werden mit einer rein adhäsiven Befestigung erzielt.
- Eine Zementierung (und idealerweise auch die selbstadhäsive Befestigung) erfordert eine retentive Präparation.
- Eine adhäsive Befestigung ermöglicht eine minimalinvasive Präparation.
- Unter einer Festigkeit der Restaurationsmaterialien von 300 MPa muss adhäsiv befestigt werden.
- Oberflächen müssen materialspezifisch und restaurationsschonend aufgeraut, gereinigt und bei adhäsiver Befestigung zusätzlich konditioniert werden.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Dipl.-Ing. (FH) Martin Rosentritt
Universitätsklinikum Regensburg
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg
martin.rosentritt@ukr.de

Literatur bei den Verfassern

Endlich da! Die neue Behandlungseinheit F1 Arcus.

Sie haben ab sofort die Möglichkeit, Ihren Intraoralscanner für die digitale Abformung direkt in die Behandlungseinheit zu integrieren.



NEU zum Einführungspreis

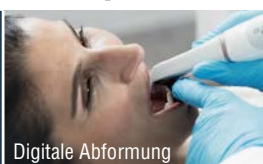
Alternativ mit hängenden Schläuchen

- ✓ inkl. Montage, inkl. 24 Monate Garantie
- ✓ Garantieverlängerung auf 5 Jahre möglich, nach Abschluss eines F1-Protect-Vertrages.

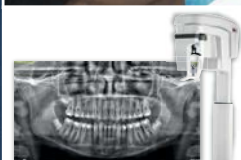
23.900,00 €*

*Alle Preise in Euro zzgl. MwSt., Leasing möglich, Angebote freibleibend, Irrtümer vorbehalten. Abbildungen sind Beispiele und können nachpreispflichtige Ausstattung enthalten.

Anzeige



Digitale Abformung



Digitales Röntgen



CAD/CAM



F1 Einheit



www.f1-dentalsysteme.de

Implantologische Konzepte im Wandel

Sofortimplantation und Sofortbelastung bei 74-jähriger Patientin

Ein Beitrag von Dr. Jörg Ruppin, Penzberg

Komplexe (implantat)prothetische Rehabilitationen erfordern eine präzise Planung nach klar definierten Kriterien, um die für den Patienten optimal passende Versorgung zu finden. Ist diese Zielvorgabe zusammen mit dem Patienten erarbeitet, liegt die Aufgabe des Chirurgen darin, die korrekten prothetischen Parameter chirurgisch präzise umzusetzen und somit die Basis für den prothetischen Erfolg zu schaffen. Je aufwendiger der Patientenfall ist, desto entscheidender ist ein gut funktionierendes Teamwork zwischen Prothetiker, Zahntechniker und Chirurg von Anfang an. Das gilt sowohl für eine umfangreiche Versorgung in klassischer mehrschrittiger Vorgehensweise als auch im dokumentierten Fall einer Sofortversorgung.

Behandlungskonzepte und daraus resultierende prothetische Versorgungen sind den Erkenntnissen einer dynamischen modernen Zahnheilkunde anzupassen. Gerade im Bereich der Implantologie und implantatprothetischen Restaurationen hat sich in den vergangenen Jahren viel bewegt. Dank neuer Implantatdesigns, weiterer Fortschritte in Diagnostik und Planung sowie der Weiterentwicklung minimalinvasiver Protokolle sind heute vielfach schmerzärmere Behandlungs- und Therapieoptionen, Sofortimplantation und -versorgungen möglich – auch in der Alterszahnheilkunde.

Beispielhaft sei hier der Fall einer 74-jährigen Patientin vorgestellt, die im Jahr 2013 im Oberkiefer implantologisch – mit Knochenaufbau und acht Implantaten – versorgt wurde und sich im Jahr 2020 die implantatprothetische Restauration des Unterkiefers wünschte. Beide Male wurde die Patientin in unsere oralchirurgische Praxis überwiesen.

Der Patientenfall

Im Jahr 2013 wurde die damals 66-jährige Patientin von ihrer Hauszahnärztin zur Implantation des Oberkiefers in unsere Praxis überwiesen. Eine vorhandene teleskopierende Teilprothese war nach Verlust wichtiger Pfeilerzähne insuffizient geworden.

Die Allgemeinanamnese war unauffällig; die Patientin war Nichtraucherin. Der intraorale Befund zeigte im Oberkiefer eine Restbezahnung mit fortgeschrittenen Lockerungsgraden, die aufgrund parodontaler, endodontischer und kariöser Probleme nicht erhaltungsfähig war (**Abb. 1 und 2**). In der Vertikalen zeigte sich ein gut erhaltener Kieferkammverlauf, während in der Aufsicht ein deutliches vestibuläres Defizit in regio 21 bis 24 erkennbar war (**Abb. 2 und 3**). Die Patientin äußerte den Wunsch nach einer gaumenfreien Versorgung mit gutem Komfort und Halt im Oberkiefer. Der Unterkiefer sollte zu einem späteren Zeitpunkt versorgt werden.



Abb. 1a und b Die Ausgangssituation zeigte im Oberkiefer eine Restbezahnung mit fortgeschrittenen Lockerungsgraden, die aufgrund parodontaler, endodontischer und kariöser Probleme nicht erhaltungsfähig war. Die Unterkiefer-Restbezahnung war zum Zeitpunkt der Erstkonsultation mit einer Modellguss-Teilprothese versorgt.

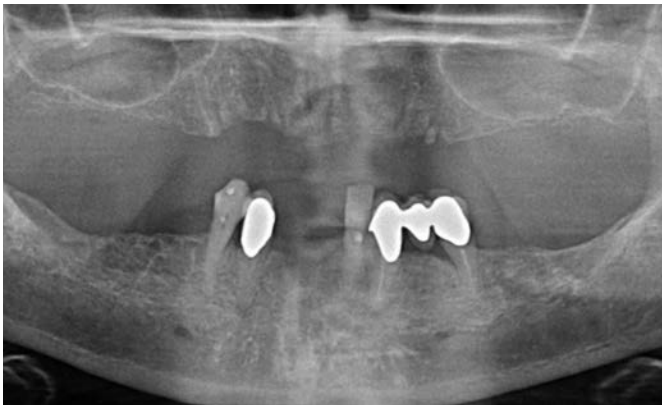


Abb. 2 Das OPG der Ausgangssituation



Abb. 3 Im Oberkiefer zeigte sich in der Vertikalen ein gut erhaltener Kammverlauf, in der Aufsicht jedoch imponiert ein deutliches vestibuläres Defizit in regio 21 bis 24.



Abb. 4a Zustand drei Monate nach Sinuslift und Blockaugmentation, zum Zeitpunkt der Implantation

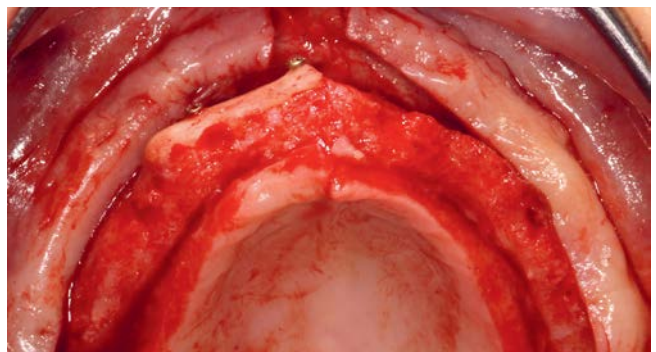


Abb. 4b Der Kieferkammverlauf ist rekonstruiert mit vollständig eingeeiltem Knochenaufbau.

Oberkieferrestauration: sieben Jahre in situ

Nach der Extraktion der nicht erhaltungswürdigen Zähne 11, 12, 13 und 17 wurde eine Interimstotalprothese eingegliedert, diese nach dreimonatiger Heilungsphase überprüft und aus den

Vorgaben eine Chirurgieschablone erstellt. Der Patientin sollte eine aufwendige und schmerzhaftige Knochenentnahme aus der Beckenregion erspart werden, deshalb wurde der Knochen aus der retromandibulären Region entnommen. Um das begrenzte Knochenangebot optimal einsetzen zu können,

kam die chirurgische Schablone bereits zur Augmentation zum Einsatz. Nach den Vorgaben der Schablone erfolgten eine autologe Blockaugmentation zur Rekonstruktion des Kieferkambogens und eine externe Sinusbodenelevation beidseits mit autologem Knochen und bovinem Ersatzmaterial (**Abb. 4**).

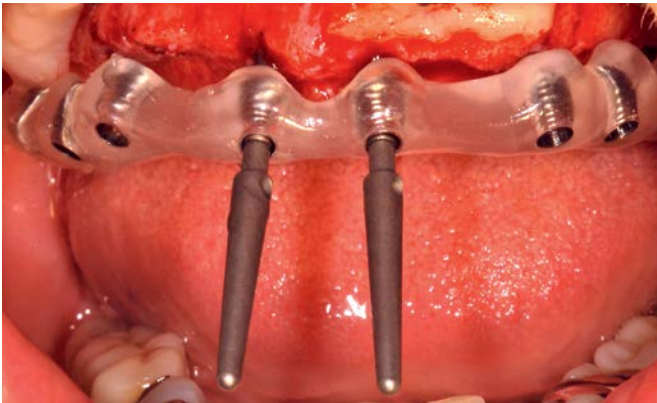


Abb. 5 Erste Pilotbohrung mit der Chirurgieschablone

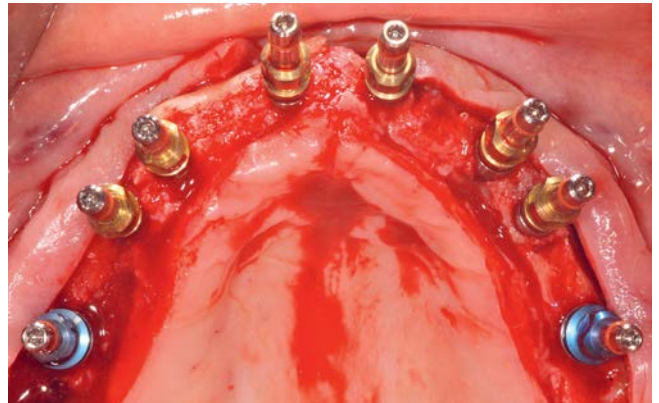


Abb. 6 Insetierte Implantate in regio 16, 14, 13, 11, 21, 23, 24 und 26



Abb. 7 Postoperatives OPG mit Medartis-Schrauben in situ

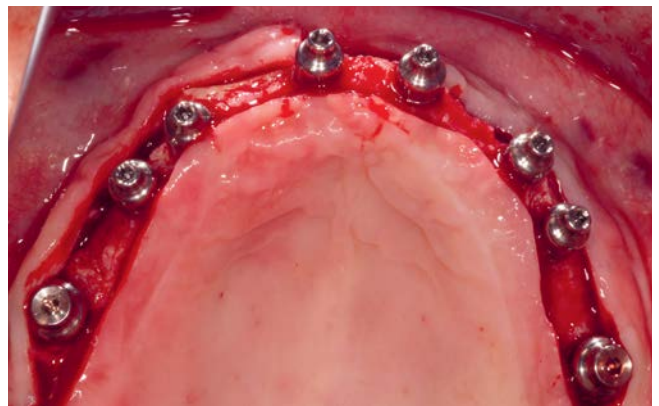


Abb. 8 Nach bukkal verschobene Lappenplastik zur Verbreiterung der keratinisierten Gingiva

Drei Monate später konnte in eine stabile Situation implantiert werden. Zunächst erfolgte die Pilotbohrung mittels einer konventionellen Bohrschablone (**Abb. 5**), die Achsen wurden mit den Camlog-Richtungsindikatoren überprüft. Die Implantate wurden in regio 16, 14, 13, 11, 21, 23, 24 und 26 inseriert (**Abb. 6**). Zur exakten Umsetzung der Implantatpositionen 14, 13 und 11 wurde bei der Implantation mit autologem Knochen lokal nachaugmentiert. Auf dem postoperativen OPG sind die verwendeten Medartis-Schrauben zu erkennen (**Abb. 7**). Nach dreimonatiger Einheilphase wurden die Implantate freigelegt und ein Verschiebelappen zur Verbreiterung der keratinisierten Gingiva präpariert (**Abb. 8**).

Zwei Wochen später erfolgte die Rücküberweisung an die Hauszahnärztin zur prothetischen Versorgung. Dank der Implantatpositionierung konnte die Patientin mit vier dreigliedrigen Brücken in regio 16–14, 13–11, 21–23, 24–26 versorgt

werden, was gegenüber eine Gesamtkonstruktion zahlreiche Vorteile mit sich bringt, zum Beispiel ein einfaches Handling beim Recall oder im Fall einer Reparatur. Im Verlauf der siebenjährigen Tragezeit zeigte sich die Patientin damit sehr zufrieden (**Abb. 9 und 10**).



Abb. 9 Das Kontroll-OPG zeigt vollständig osseointegrierte Implantate zum Zeitpunkt der Freilegung.

Unterkieferrestauration als Sofortversorgung

Ausgangssituation und Befund

Nachdem die Patientin vor sieben Jahren die implantologische Rehabilitation des Oberkiefers bei uns hatte durchführen

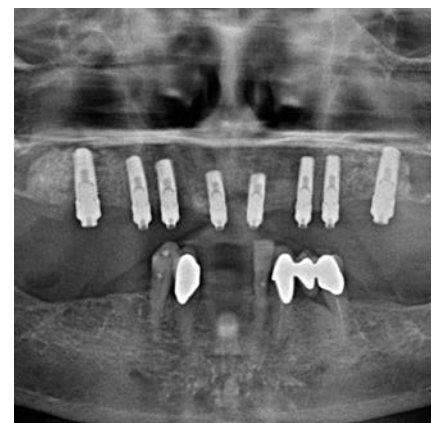


Abb. 10 Der definitive Zahnersatz gliedert sich harmonisch in das orale Umfeld ein.



Abb. 11 Ausgangssituation klinisch ...

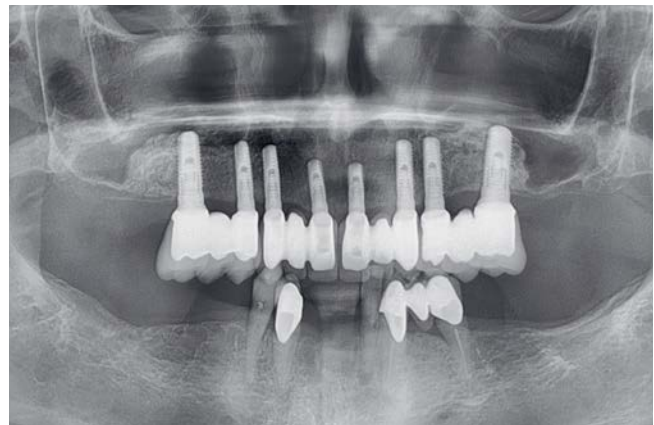


Abb. 12 ... und im OPG

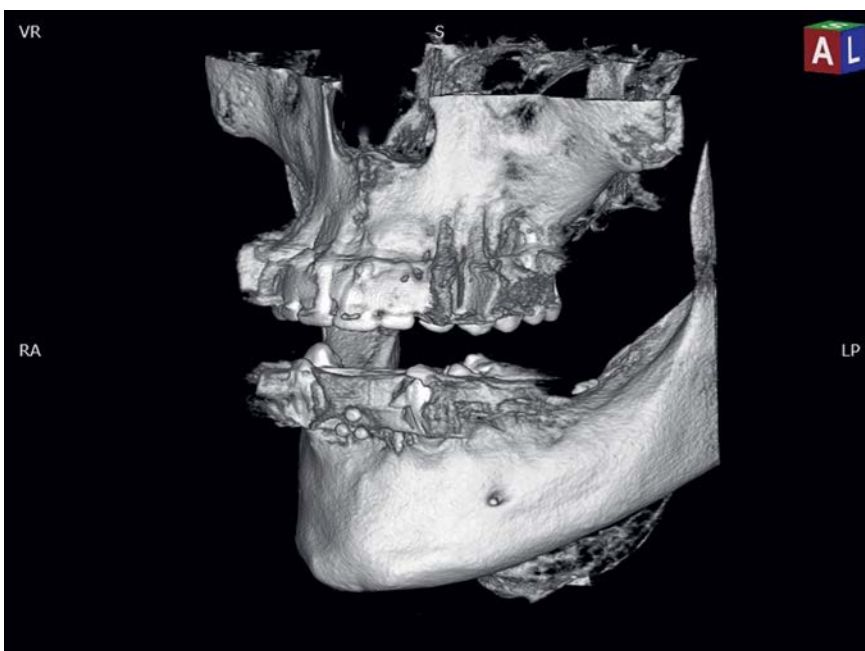


Abb. 13 DVT mit Unterkiefer-Röntgenschablone

Zahnersatz – mit oder ohne Implantate – ab. Des Weiteren wünschte sie eine möglichst schnelle Versorgung mit wenigen chirurgischen Eingriffen. Da die Patientin mit der Oberkieferversorgung sehr zufrieden war, war sie auch für ein umfangreicheres implantologisches Konzept offen, unter der Voraussetzung, dass sich ein möglichst schnelles und einzeitiges Verfahren realisieren ließ. Aufgrund dieser Parameter wurde gemeinsam mit der Patientin folgendes Vorgehen festgelegt: Extraktion aller Restzähne und Sofortimplantation von sechs Implantaten für eine Sofortbelastung mittels verschraubten Langzeitprovisoriums. Nach abgeschlossener Osseointegration sollte der definitive Zahnersatz bei der überweisenden Kollegin ausgeführt werden.

Material und Methode

Zunächst wurde ein diagnostisches Setup des Unterkiefers angefertigt und einprobiert, um Phonetik und Ästhetik der späteren Versorgung gemeinsam mit der Patientin überprüfen zu können. Um die geplante festsitzende Sofortversorgung umsetzen zu können, wurde mithilfe des Set-ups eine Röntgenschablone angefertigt und damit ein DVT durchgeführt (Abb. 13). Die Röntgenschablone wurde anschließend optisch eingescannt und mithilfe der radioopaken Referenzmarker ein Matching mit dem DVT-Datensatz durchgeführt. Gemeinsam mit dem zahntechnischen Labor (Fräsentrum Süd, Penzberg) wurden in einer

lassen, wurde sie erneut vorstellig mit dem Wunsch, auch den mit einer Modellgussprothese versehenen Unterkiefer neu zu versorgen (Abb. 11). Der Befund zeigte eine Parodontitis apicalis an Zahn 32 bei radiologisch obliteriertem Wurzelkanal. Zahn 43 wies eine tiefe Kronenrandkaries, die Zähne 33 und 35 wiesen eine Wurzelfüllung auf (Abb. 12). Alle Zähne hatten einen mäßigen Attachmentverlust bei Lockerungsgraden zwischen I und II. Der Zahn 32 wurde als nicht erhaltungsfähig eingestuft und initial extrahiert.

Zur Versorgung des Unterkiefers waren verschiedene Optionen denkbar:

- Teleskopkronen auf den Zähnen 44, 43, 33, 35 und gegebenenfalls zusätz-

liche Implantate zur strategischen Pfeilervermehrung

- Erhalt der Restzähne und Implantate an 36, 32, 42, 45 und 46 für festsitzende Kronen-Brücken-Versorgung; dazu wäre zumindest in regio 32 bis 42 ein zweizeitiger Knochenaufbau erforderlich, da in diesem Bereich die Knochenbreite absolut insuffizient war.
- Entfernung der Restzähne und Implantation in regio 36, 34, 33, 43, 44, 46 für eine festsitzende Brückenversorgung

Die Patientin hatte konkrete Vorstellungen zu dieser Entscheidungsfindung: Sie wünschte eine festsitzende Versorgung und lehnte jede Form von abnehmbarem

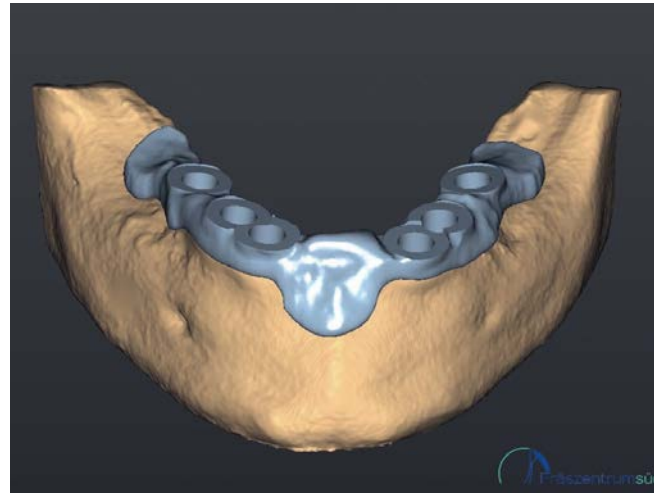
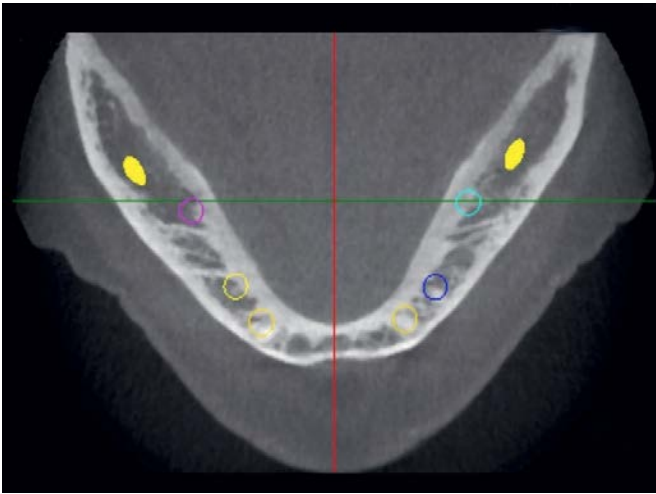


Abb. 14a und b Virtuelle Implantatplanung und Schablonendesign (Fräszentrum Süd/GL Dental, Penzberg)

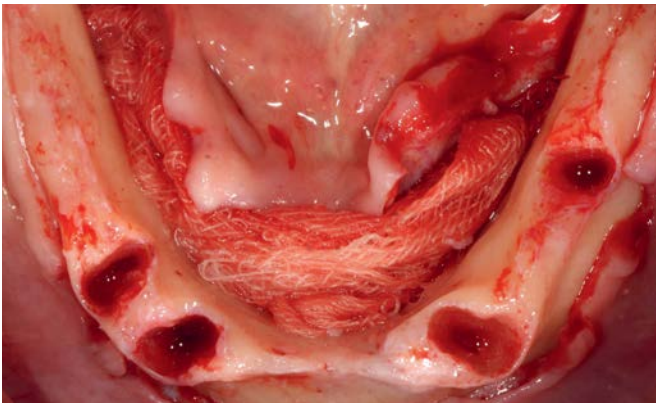


Abb. 15 Dargestellter Alveolarfortsatz

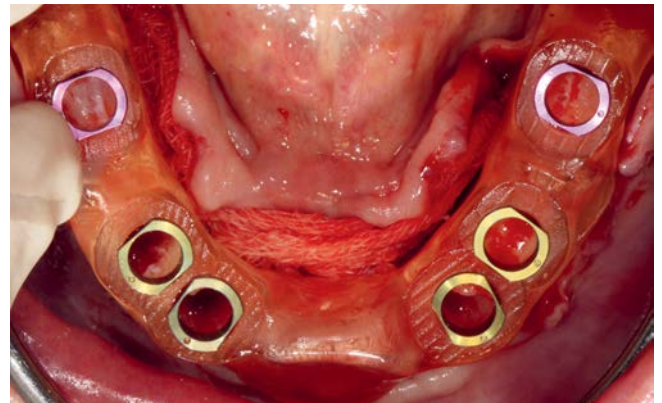


Abb. 16 Knochengetragene Schablone in situ

Computeraided Surgery-Planungssoftware (Organical Dental Implant, Organical CAD/CAM) die prospektiven Implantatpositionen und das dazu notwendige Schablonendesign festgelegt (**Abb. 14a und b**). Die Implantatpositionen wurden mithilfe des Camlog Guide-Systems (Camlog) in eine im 3-D-Druck hergestellte Bohrschablone übertragen. Bei Camlog Guide handelt es sich um ein sogenanntes „Full Guide“-System; das heißt, alle notwendigen Bohrschritte inklusive der Implantatinsertion werden durch die Schablone geführt. Im vorliegenden Fall musste von dieser Systematik jedoch insofern abgewichen werden, als die speziellen Guide-Bohrer für das Camlog Progressive-Line-System zum Zeitpunkt der Versorgung noch nicht erhältlich waren. Es kamen daher bis zum vorletzten Bohrschritt die Guide-Bohrer des Camlog Screw-Line-Systems zum Einsatz. Danach

wurde die Schablone entfernt, und der finale Aufbereitungsschritt sowie die Implantatauswahl und -insertion wurden manuell vorgenommen. Die Operation erfolgte in Lokalanästhesie mit oraler Sedierung. Zunächst wurden alle Restzähne schonend entfernt, anschließend erfolgten die krestale Schnittführung und die Darstellung des Alveolarbogens, um die knochengetragene Schablone sicher und überprüfbar positionieren zu können (**Abb. 15 und 16**). Danach wurden alle Implantatbetten mithilfe der Schablone vorpräpariert (**Abb. 17**) sowie die finale Aufbereitung und Insertion von sechs Progressive-Line-Implantaten (Camlog) manuell durchgeführt (**Abb. 18**).

Bei allen Implantaten, auch bei den in die frischen Extraktionsalveolen als Sofortimplantat inserierten, wurde eine Primärstabilität von mehr als 35 Ncm erreicht. Eine Sofortversorgung mittels verblockten

Langzeitprovisoriums erschien somit sicher möglich. Die verbliebenen Spalträume zwischen Sofortimplantaten und Extraktionsalveolen wurden mit autologen Knochenhäuten augmentiert, die aus den Bohrstollen gewonnen werden konnten.

Es folgten das Einschrauben von Abformpfosten für die geschlossene Abformtechnik und der sorgfältige mikrochirurgische Nahtverschluss mit resorbierbarem Nahtmaterial um die Pfosten (**Abb. 19**).

Das Langzeitprovisorium war anhand der virtuellen Vorplanung aus mikropfülltem PMMA-Kunststoff (Brecam.Multi-com, bredent group) einteilig gefräst worden. Bei einer „Fully-guided“-Vorgehensweise hätte es direkt postoperativ eingesetzt werden können. Aufgrund der zum Zeitpunkt der Behandlung noch nicht vorliegenden Progressive-Line guide drills und der daher notwendigen manuellen

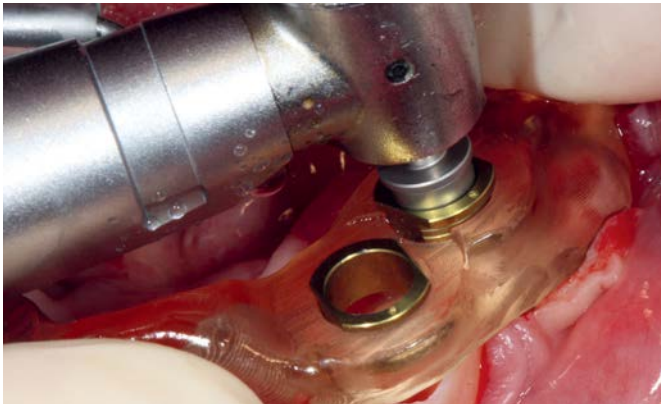


Abb. 17 Aufbereitung des Implantatbetts

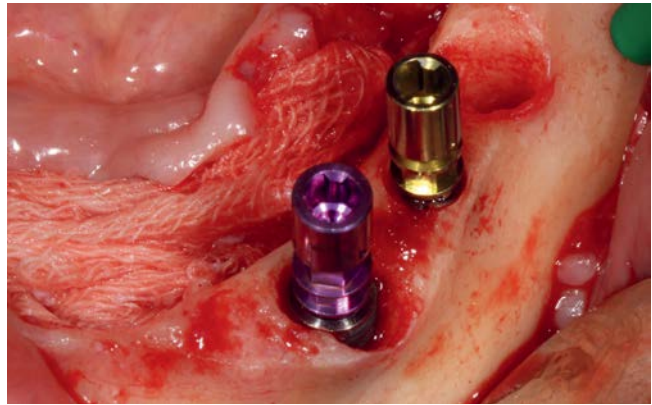


Abb. 18 Implantate in regio 33, 34 inseriert; 33 Sofortimplantat

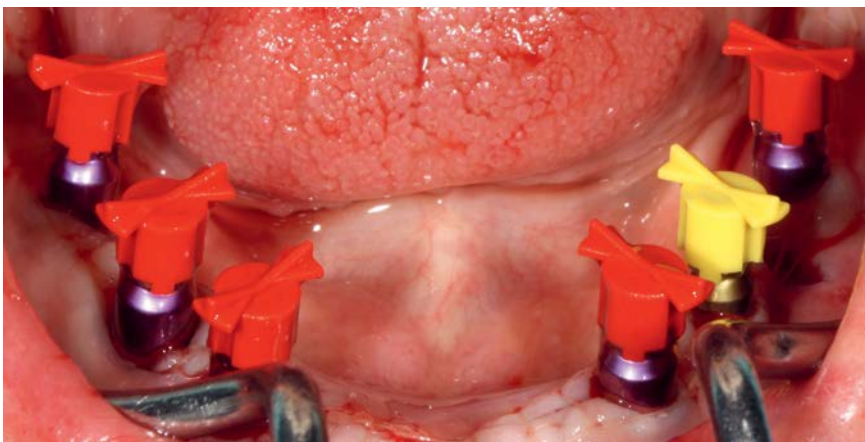


Abb. 19 Nahtverschluss; die Abformpfosten für die geschlossene Abformung sind vorbereitet.



Abb. 20 Im Labor fertig ausgearbeitetes Langzeitprovisorium (Zahntechnik: GL Dental, Penzberg)

Implantatauswahl und -insertion war klar, dass die Implantate nicht exakt der virtuellen Planung entsprechen konnten. Daher erfolgte die Abformung unmittelbar postoperativ, um das fertig gefräste Provisorium unter Laborbedingungen exakt auf die Klebebasen aufpassen und basal perfekt ausarbeiten zu können.

Ein Tag post op wurde das final ausgearbeitete, individualisierte und colorierte PMMA-Langzeitprovisorium (Abb. 20) ohne weitere Nacharbeiten okklusal verschraubt (Abb. 21); es zeigte sich dabei eine exzellente Passung. Die Schraubenkanäle wurden mit Teflonband und Flowable-Komposit verschlossen. Die Patientin

wurde instruiert, eine mechanische Reinigung des OP-Gebiets nach zehn Tagen wieder aufzunehmen und in den ersten Wochen weiche Kost zu sich zu nehmen. Da resorbierbares Nahtmaterial verwendet wurde, mussten die Fäden nicht entfernt werden.

Der postoperative Verlauf gestaltete sich völlig komplikationslos, bis auf 2x 600mg Ibuprofen in den ersten 24 Stunden postoperativ konnte auf eine Schmerzmedikation verzichtet werden.

Nach einer Einheilzeit von drei Monaten war die Osseointegration aller Implantate abgeschlossen. Es folgte eine klinische und radiologische Kontrolle der hart- und weichgewebigen Heilung, in deren Verlauf sich reizlose Verhältnisse und eine vollständige Osseointegration aller Implantate zeigten (Abb. 22 und 23). Die Patientin konnte somit, wie mit der überweisenden Zahnärztin vereinbart, zur Anfertigung des definitiven Zahnersatzes rücküberwiesen werden. Es wurden drei Brücken in regio 36–34, 33–43 und 44–46 angefertigt. Die Ausführung erfolgte als zementierte Brücken auf NEM-Gerüsten im CAD/CAM-Sinterverfahren (CeraMill Sintron, Amann Girrbach) auf individuellen Titanabutments. Als Verblendmaterial wurde ein Hochleistungsmikrohybrid-Komposit gewählt (Gradia, GC Europe) (Abb. 24 bis 26).

Diskussion

Um mit Sofortversorgungskonzepten erfolgreich zu sein, bedarf es einer konsequenten Planung im Sinne eines

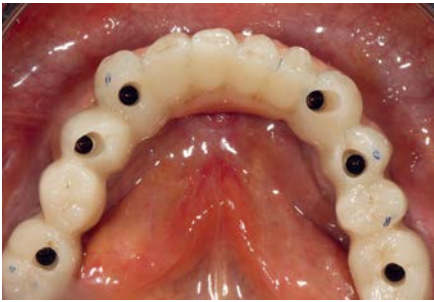


Abb. 21 Das Langzeitprovisorium okklusal verschraubt 24 Stunden nach dem Eingriff ...



Abb. 22 ... und nach drei Monaten in situ

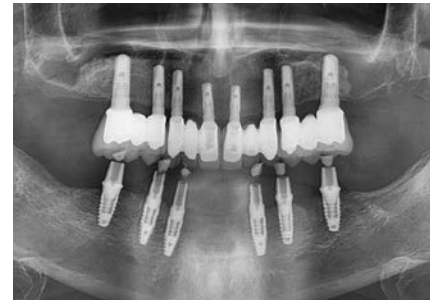


Abb. 23 Radiologische Kontrolle drei Monate postoperativ



Abb. 24 und 25 Definitiver Zahnersatz in situ (Biermann Zahntechnik, Oberamergau / Dr. Severin, Peissenberg)



Abb. 26 OPG der finalen Versorgung

„backward planning“ unter Einbeziehung aller Partner (Patient, Überweiser, Zahntechniker und Chirurg) von Anfang an. Um ein Langzeitprovisorium sinnvoll vorbereiten zu können, ist eine exakte Umsetzung der geplanten Implantatpositionen entscheidend. Dafür bietet sich die Technik der schablonengeführten „computer-guided surgery“ an. Solche Techniken sind techniksensitiv, und man muss sich über die Möglichkeiten und Grenzen des verwendeten Systems im Klaren sein. Fehlerquellen, die eine exakte Implantatpositionierung kompromittieren können, gibt es viele: Neben den technischen Fehlerquellen bei DVT, Matching und Planungssoftware ist vor allem eine sicher reproduzierbare Positionierung der Bohrschablone im Mund essenziell. Am einfachsten gelingt dies, wenn ausreichend Restzähne zur Fixierung der Schablone verwendet werden können. Sind nicht genug Restzähne für eine sichere Fixierung vorhanden, ist der Einsatz von Fixierungspins oder knochengetragenen Schablonen möglich. Die Genauigkeit von knochengetragenen Schablonen ist vergleichbar mit der anderer Techniken [5], sie erfordern aber die Präparation eines

Mukoperiostlappens zur vollständigen Darstellung der Knochenoberfläche.

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, mit einer Navigationsschablone zu arbeiten: zum einen die Führung eines Pilotbohrers beziehungsweise mehrere Aufbereitungsschritte bei manueller Implantatinsertion und zum anderen die sogenannte „Fully-guided“-Vorgehensweise, bei der alle Bohrschritte inklusive der Implantatinsertion durch die Schablone geführt werden. Die „Fully-guided“-Technik ermöglicht nachweislich signifikant höhere Genauigkeiten [1,4,5] und sollte daher, falls eine navigierte Bohrschablone in Erwägung gezogen wird, immer bevorzugt werden.

Grundsätzlich ist aber festzustellen, dass es immer Abweichungen zwischen geplanten und erreichten Implantatpositionen geben wird. Typische Fehler sind für marktübliche Systeme Achsenabweichungen zwischen 3 und 4 Grad und Positionsabweichungen am Implantatapex von circa 1 mm [1,4]. Im aktuellen ITI Consensus Statement wird das Einhalten eines Sicherheitsabstands von 2 mm zu gefährdeten anatomischen Strukturen empfohlen [3]. Unter Berücksichtigung

dieser Limitationen wird klar, dass ein Langzeitprovisorium immer im Sinne eines „passive fit“ im Mund angepasst werden muss. Dabei hat der Behandler zusätzlich für eine möglichst optimale Trockenlegung bei der intraoralen Passivierung zu sorgen, was unmittelbar postoperativ wegen Blut- und Speichelkontamination extrem schwierig sein kann.

Unter Berücksichtigung dieser Punkte wurde im vorgestellten Fall der Weg über eine postoperative Abformung gewählt, um das im CAD/CAM-Verfahren vorbereitete Provisorium unter Laborbedingungen optimal anpassen und finalisieren zu können. Die dabei erreichte Genauigkeit und Materialgüte wiegt den Nachteil des leicht verzögerten Einsetzens – im vorliegenden Fall am ersten postoperativen Tag – bei Weitem auf.

Im beschriebenen Fall wurden eine Sofortimplantation in die frischen Extraktionsalveolen und eine Implantation in vollständig ausgeheiltem Knochen durchgeführt. Es handelt sich also um eine Mischung aus Sofort- und Spätimplantation. An allen Implantaten wurde dabei ein Insertionsdrehmoment von mindestens 35 Ncm erreicht. Diese Werte wurden

sicher auch dank des Implantatdesign der neuen „Progressive-Line“-Implantate erzielt, die mit konischer Implantatspitze, Sägezahngehwinde mit guten selbstschneidenden Eigenschaften sowie krestalem Verankerungsgewinde für Sofortimplantation und -belastung geeignet ist. Dank des flexiblen Bohrprotokolls eignen sich die Implantate auch für die Spätimplantation und die Knochenklassen D1 und D2. Es ist also ein flexibel einsetzbares Implantatsystem, mit dem im beschriebenen Fall alle Indikationen abgedeckt werden konnten.

Das Langzeitprovisorium wurde als verblockte „Full arch“-Restauration ausgeführt. Dies ist einerseits im Hinblick auf die Verblockung der sofort belasteten Implantate und andererseits aufgrund des verwendeten PMMA-Materials sinnvoll. So konnte ein rein gefrästes Provisorium ohne aufwendige Metallverstärkungen eingesetzt werden, ohne dass es in der Tragezeit von circa 3,5 Monaten zu Brüchen oder Rissen kam. Der definitive Zahnersatz ist in drei einzelne Brücken geteilt, was nach vollständiger Osseointegration aller Implantate problemlos möglich ist und im Hinblick auf die Torsion des Unterkiefers bei Kaubewegungen zur Vermeidung von Spannungen im Material sehr empfehlenswert erscheint.

Fazit

Festsitzende implantologische Restaurationen gehören zu den anspruchsvollsten

Versorgungsformen. Fehler in der Planung führen häufig zu Misserfolgen aufgrund von Chipping, mangelnder Hygienefähigkeit sowie insuffizienter Phonetik und Ästhetik. Als Langzeitkomplikation kommen noch Implantatverluste aufgrund schlechter Reinigbarkeit und/oder biomechanischer Überlastung hinzu, zum Beispiel durch stark abgewinkelte Implantatachsen oder extraaxiale Belastungen auf die Implantate. Daher ist ein „team approach“ zwischen Prothetiker, Zahntechniker und Chirurg im Sinne eines vollumfänglichen „backward planning“ unerlässlich.

Im vorgestellten Fall wurde die Oberkieferversorgung im „backward planning“ mit konventionellen Modellen und Bohrschablonen durchgeführt. Im Unterkiefer kam dagegen ein digitaler Workflow zum Einsatz: Scan der Modelle, 3-D-Röntgen, Matching der Datensätze im virtuellen Artikulator und virtuelle Implantatplanung sowie eine „Fully-guided“-Bohrschablone, hergestellt im 3-D-Druckverfahren.

Das Vorgehen spiegelt den Paradigmenwechsel wider, der in der Zahntechnik in den letzten Jahren stattfindet: weg vom konventionellen und hin zum digitalen Workflow. Der digitale Weg bietet viele Vorteile hinsichtlich Zeitersparnis, Präzision, Planbarkeit und Fertigungstechnik.

Ebenso haben sich die Implantatdesigns weiterentwickelt. So entspricht das im präsentierten Fall verwendete „Progressive-Line“-Implantatdesign den Forderungen nach höherer und besser

vorhersagbarer Primärstabilität auch im kompromittierten Knochenlager. Daher können in vielen Fällen Sofortimplantations- und Sofortbelastungskonzepte realisiert werden, die für den Patienten eine erhebliche Zeitersparnis darstellen. Entsprechende Insertionsdrehmomente beziehungsweise ISQ-Werte vorausgesetzt, liegen die Erfolgsraten bei der Sofortbelastung in einem mit der verzögerten beziehungsweise Spätbelastung vergleichbaren Bereich [2].

Der Einsatz einer „Fully-guided“-Bohrschablone ermöglicht bei der Implantation eine größere Sicherheit, eine verbesserte Präzision und gegebenenfalls ein minimalinvasives Vorgehen.

Bei all diesen vielversprechenden Entwicklungen darf jedoch die Planung nie aus dem Fokus geraten.

Ein vollständiges „backward planning“ im Team ist eine *conditio sine qua non* bei komplexen Implantatversorgungen unabhängig davon, ob ein analoger, teil- oder volldigitaler Workflow gewählt wird.

Korrespondenzadresse:
Dr. Jörg Ruppig & Kollegen
Bichler Straße 17
82377 Penzberg
dr.ruppig@iz-ruppig.de
<https://www.iz-ruppig.de>

Literatur beim Verfasser

Anzeige



Ihr Ansprechpartner in sämtlichen
Abläufen der dentalen Abrechnung

Sie profitieren von praktischen Lösungen mit langjähriger Berufserfahrung und werden im Wettbewerb mit anderen Praxen noch besser bestehen können.

Wir bieten:

- ▶ Unterstützung bzw. Entlastung Ihrer Verwaltungsangestellten durch Outsourcing der Abrechnung teilweise oder vollständig bei Krankheit, Kündigung, Urlaub uvm.
- ▶ Optimierungsprozesse und Praxisanalysen
- ▶ Flexibilität in der Zeitplanung - mehr Zeit zur Patientenbindung für Sie
- ▶ Wettbewerbsstärkung durch leistungsorientierte Abrechnung
- ▶ Vermeiden von Honorarverlusten

Vorteile für Sie:

- ▶ keine Lohnnebenkosten (Urlaubs- oder Weihnachtsgeld, Krankengeld, Lohnsteuer u.v.m.)
- ▶ keinen Personalausfall bei Krankheit, Urlaub
- ▶ keine versäumte Abrechnung wegen geschlossener Praxis

Besuchen Sie uns unter: www.pasident.de

E-Mail: info@pasident.de oder rufen Sie an: 09181/5107995

Gesund beginnt im Mund

Die unterstützende Parodontaltherapie (UPT) bei Patienten mit systemischen Erkrankungen

Ein Beitrag von Dr. med. dent. Wolfgang M. Zimmer, M.S., M.Sc., München

Zwischen Parodontitis und systemischen Erkrankungen bestehen wichtige Wechselwirkungen. Die Mehrheit der älteren Patienten leidet an beidem. Diese Wirkungen zu kennen und bei der Behandlung zu berücksichtigen, ist ein Schlüssel für den bleibenden Erfolg der Behandlung älterer Parodontitispatienten.

Die Menschen in Deutschland leben immer länger. Aktuell beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland von Männern bei ihrer Geburt 78,9 Jahre und für Frauen sogar 83,6 Jahre. Im Jahr 2000 fiel die durchschnittliche Lebenserwartung dagegen mit 74,8 Jahren für Männer und 80,8 Jahren für Frauen geringer aus. Schätzungen zufolge wird die Lebenserwartung in den kommenden Jahrzehnten weiter steigen [1]. Parallel dazu nimmt der Anteil älterer Menschen an unserer Bevölkerung ständig zu. Nach amtlichen Schätzungen wird im Jahr 2050 jeder dritte Bundesbürger 65 Jahre oder älter sein. Viele ältere Menschen leiden an chronischen, systemischen Erkrankungen. Deshalb kommen immer mehr chronisch kranke Menschen in unsere Zahnarztpraxen.

„Volkskrankheit“ Parodontitis

Zu den häufig vorkommenden systemischen Erkrankungen – im Allgemeinen bezeichnet als „Volkskrankheiten“ – zählen Bluthochdruck und koronare Herzkrankheit (KHK), Diabetes mellitus Typ 2 und Osteoporose. Die Mehrzahl der systemisch erkrankten Patienten leidet auch an Parodontitis; außerdem können systemische Erkrankungen das Parodontitisrisiko erhöhen. Alle Parodontitispatienten benötigen nach ihrer Behandlung eine intensive parodontale Prophylaxe, die sogenannte unterstützende Parodontaltherapie (UPT). Die UPT bei Patienten mit systemischen Erkrankungen stellt besondere Anforderungen an das praktische Vorgehen. Die Behandlung dieser „Risikopatienten“ birgt auch Risiken für die Praxis.

Das Ziel dieses Beitrags ist es, Besonderheiten der UPT bei Patienten mit den oben genannten, häufig vorkommenden systemischen Erkrankungen darzustellen und das praktische Vorgehen zu skizzieren.

Bluthochdruck und KHK

An hohem Blutdruck leiden 44 Prozent aller Deutschen, vor allem ältere Menschen. So liegt bei 60 Prozent der Senio-



Abb.1 Mundtrockenheit begünstigt Gingivitis und Karies.



Abb.2 Gingivahyperplasie bei Nifedipinmedikation

ren im Alter zwischen 60 und 69 Jahren eine Hypertonie vor, bei Senioren im Alter zwischen 70 und 79 Jahren sogar bei 74 Prozent [2]. An koronarer Herzkrankheit leiden neun Prozent aller Deutschen im Alter zwischen 40 und 79 Jahren und fünf Prozent erleiden im Laufe ihres Lebens einen Herzinfarkt. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Betroffene von ihrer Erkrankung nichts wissen.

Eine Hypertonie besteht ab einem systolischen Blutdruck von 140 mmHg beziehungsweise einem diastolischen Druck ab 90 mmHg. Sie ist der bedeutsamste Risikofaktor für KHK und für Niereninsuffizienz [3]. Kardiovaskuläre Erkrankungen können einen Herzinfarkt, plötzlichen Herztod oder Apoplex verursachen. Im Jahr 2019 waren in Deutschland Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Ursache von 35 Prozent aller Todesfälle und damit die „Todesursache Nummer 1“ [4].

Zu den Ursachen von hohem Blutdruck zählen Übergewicht, Bewegungsmangel, Stress, zu hoher Salzkonsum, zu viel Alkohol und Rauchen. Aber auch Parodontitis stellt einen Risikofaktor für Hypertonie und kardiovaskuläre Erkrankungen dar. Denn bei Parodontitis gelangen Bakterien und bakterielle Endotoxine in den Blutkreislauf und lösen dort die Bildung proinflammatorischer Zytokine und eine systemische Entzündung aus. Dabei werden die Endothelien der Blutgefäße geschädigt und in den Gefäßwänden bil-

den sich Atherome. Die Folgen sind eine Verengung der Gefäßlumina und eine reduzierte Elastizität der Gefäße, was eine Erhöhung des Blutdrucks zur Folge hat [5].

UPT bei Bluthochdruck

Da die Mehrheit der älteren Patienten an Hypertonie leidet, sollte vor Beginn einer UPT-Sitzung eruiert werden, ob der Patient einen erhöhten Blutdruck hat und wie hoch er ist. Am besten ist es, den Blutdruck direkt zu messen. Bei der UPT bei Hypertonikern ist zu berücksichtigen, dass Anspannung oder Schmerz während der Behandlung zu einer Adrenalinausschüttung führen, was den Blutdruck weiter erhöht. Im schlimmsten Fall können eine hypertensive Krise oder ein hypertensiver Notfall die Folge sein. Deshalb sollte die Prophylaxesitzung von Bluthochdruckpatienten in einer besonders entspannten Atmosphäre stattfinden und so schonend und schmerzfrei wie möglich sein.

Üblicherweise nehmen Hypertoniepatienten und Patienten mit koronarer Herzkrankheit blutdrucksenkende Medikamente ein. Blutdrucksenkende Medikamente, darunter die Betablocker Metoprolol und Bisoprolol sowie die Kalziumantagonisten Nifedipin und Amlodipin, gehören zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln; sie werden in Deutschland millionenfach rezep-

tiert [6]. Als Nebenwirkung können Betablocker und Kalziumantagonisten den Speichelfluss reduzieren und die Kalzium-Phosphat-Sättigung des Speichels erhöhen. UPT-Patienten, die diese Medikamente einnehmen, neigen deshalb zu verstärkter Zahnsteinbildung und trockenem Mund. Mundtrockenheit führt wiederum zu vermehrter Plaque-Anlagerung, verstärkter Gingivitis und erhöhter Kariesanfälligkeit [7] (**Abb.1**). Kalziumantagonisten können außerdem Gingivahyperplasien verursachen. Studien stellten in mehr als 20 Prozent der Fälle von Nifedipinmedikation ausgeprägte medikamenten-assoziierte Gingivahyperplasien fest [8] (**Abb.2**). Bei der UPT von Patienten unter Blutdruckmedikation ist deshalb besonders auf Anzeichen von Mundtrockenheit zu achten. Diesen Patienten ist zu empfehlen, dass sie häufig und über den Tag verteilt Wasser in kleinen Schlucken trinken. Bei verstärkter Plaque-Anlagerung und Gingivitis sollten die Patienten auf den Zusammenhang mit ihrer Medikation aufmerksam gemacht werden. Wegen des erhöhten Parodontitis- und Kariesrisikos sind eine gute häusliche Mundpflege und eine regelmäßige parodontale Nachsorge in kurzen Intervallen wichtig. Bei starker Parodontitisanfälligkeit empfiehlt der Autor eine UPT alle drei bis maximal vier Monate. Da das Ausmaß einer Nifedipin-assoziierten Gingivahyperplasie neben

der Medikamentendosis ganz wesentlich auch von der vorhandenen Plaquemenge abhängt, ist bei diesen Patienten eine sehr gute Mundhygiene essentiell. Regelmäßige Instruktionen zur Mundhygiene, das Verwenden einer elektrischen Zahnbürste und von Zwischenraumbürsten sind empfehlenswert. Gewuchertes Zahnfleisch schränkt die Zugänglichkeit der Zähne für die häusliche Reinigung ein. Es verstärkt die Entzündung der Gingiva und bildet Pseudotaschen. Bei ausgeprägten Gingivahyperplasien ist deshalb ein chirurgisches Abtragen der gewucherten Gingiva indiziert.



Abb.3 Parodontitis und Gingivahyperplasie bei Diabetes Typ 2

Diabetes mellitus Typ 2

Diabetes mellitus (DM) ist eine Gruppe chronisch metabolischer Erkrankungen. Dabei führen ungenügende Insulinbildung (DM Typ 1) oder unzureichende Insulinwirkung (DM Typ 2) beziehungsweise eine Kombination aus beiden zu einem erhöhten Blutzuckerspiegel. Eine Hyperglykämie liegt vor, wenn der Nüchternblutzucker höher als 125 mg/dl ist oder wenn das glykilierte Hämoglobin HbA1c mehr als 6,4 Prozent beträgt. Normal dagegen sind ein Plasmaglukosespiegel nüchtern unter 100 mg/dl beziehungsweise ein glykiliertes Hämoglobin HbA1c von unter 5,7 Prozent. DM schädigt Gefäße, Nerven, Immunzellen und andere Körperstrukturen und kann zu schwerwiegenden Folgeerkrankungen an zahlreichen Organen führen – bis hin zum Tod. Diabetes mellitus kommt in Deutschland mit circa 8 Millionen diagnostizierten Fällen vor. Die Prävalenz ist stark steigend. Pro Jahr kommen 600 000 Erkrankte neu hinzu. Erschwerend wirkt, dass Diabetes häufig undiagnostiziert ist. Die Dunkelziffer geht von schätzungsweise 2 Millionen weiteren Erkrankten aus, die nichts von ihrem Diabetes wissen. In Deutschland leiden 95 Prozent der Betroffenen an DM Typ 2, der vermehrt im Alter auftritt. Nahezu jeder vierte deutsche Senior im Alter zwischen 70 und 79 Jahren ist an Diabetes erkrankt [9]. Die primäre Ursache von Diabetes Typ 2 ist Übergewicht aufgrund zu fett- und kohlenhydratreicher Ernährung.

Diabetes mellitus und Parodontitis

Da Diabetes Immunzellen schädigt und die Immunabwehr schwächt, erkranken Diabetiker sehr viel häufiger an Parodontitis als Nichtdiabetiker. Das Parodontitisrisiko von Diabetikern ist um das Dreifache erhöht. Studien belegen außerdem eine Korrelation zwischen dem Grad der Hyperglykämie und der Schwere der Parodontitis [10]. Diabetes verstärkt die Entzündung der parodontalen Gewebe, einschließlich einer verlängerten Entzündungsreaktion auf *Porphyromonas gingivalis* [11]. Die intensivierete Entzündungsreaktion stellt sich klinisch als sogenannte hyperinflammatorische Reaktion dar, bei der die Gingiva stark gerötet ist, selbst wenn keine sichtbare Plaque vorhanden ist. Die Wundheilung ist bei Diabetes reduziert und verzögert, das betrifft auch die Heilung nach einer Parodontitisbehandlung. Diabetiker leiden außerdem häufiger an Mundtrockenheit. Die Folgen sind vermehrte Plaquebildung, verstärkte Gingivitis und zuweilen Gingivahyperplasien (Abb.3). Die Mundtrockenheit führt auch vermehrt zu Candidiasis der Mundschleimhaut (Abb.4).

Zwischen Diabetes und Parodontitis besteht jedoch eine Zwei-Wege-Beziehung. Das bedeutet, dass eine bestehende Parodontitis ihrerseits die Hyperglykämie erhöht und einen manifesten Diabetes verstärkt. Die genauen Ursachen sind

nicht völlig geklärt. Ein Aspekt scheint jedoch zu sein, dass Parodontitis die systemische Entzündung steigert. Vermehrte systemische Entzündungsmarker im Blut von Diabetikern verursachen dort häufiger mikro- und makrovaskuläre Komplikationen. Studien belegen, dass schwere Parodontitis bei Diabetikern das Todesrisiko durch Herzinfarkt oder Nierenversagen gegenüber Diabetikern, die keine oder eine nur mittelschwere Parodontitis haben, um das Dreifache erhöht [12].

Eine gute Diabeteskontrolle reduziert das Risiko für Parodontitis und Periimplantitis dagegen wieder auf „Normalniveau“. Auch wurde in Studien festgestellt, dass eine effektive Parodontitisbehandlung das glykilierte Hämoglobin HbA1c um 0,4 Prozent reduziert [13]. Darüber hinaus wiesen in einer Studie finnische Diabetiker mit guter Mundhygiene nicht nur weniger Plaque, sondern auch geringere HbA1c-Werte auf als finnische Diabetiker mit schlechterer Mundhygiene [14].

UPT bei Diabetes

Diabetes kommt bei Senioren häufig vor, ist jedoch oftmals undiagnostiziert. Deswegen, und weil Diabetiker ein stark erhöhtes Parodontitisrisiko haben, sollte bei älteren UPT-Patienten stets mit der Möglichkeit eines erhöhten Plasmaglukosespiegels gerechnet werden. Wenn Patienten bekanntermaßen an Diabetes leiden, ist es wichtig, dass ihr Blutzucker „gut eingestellt“ ist.



Abb. 4 Candidiasis mit Mundwinkelrhagaden bei Mundtrockenheit

Eine gute glykämische Kontrolle besteht, wenn das glykilierte Hämoglobin HbA_{1c} unter sieben Prozent liegt. Bei Werten über sieben Prozent gilt die glykämische Kontrolle dagegen als schlecht. Viele Diabetiker messen ihren Blutglukosespiegel wiederholt während des Tages. Vor der UPT-Sitzung sollten Patienten mit Diabetes nach ihrem aktuellen Blutzuckerspiegel gefragt werden und auch danach, ob sie normal gegessen und ihre Blutzuckermedikamente eingenommen haben. Alternativ lässt sich der Blutzuckerspiegel in der Praxis rasch messen (**Abb. 5**).

Da ein schlecht kontrollierter Diabetes das Risiko einer erneuten Parodontitis oder Periimplantitis trotz UPT stark erhöht, ist eine gute glykämische Kontrolle eine wichtige Voraussetzung für eine langfristig erfolgreiche UPT. Stress und Schmerz führen zu einer Adrenalinausschüttung, die den Blutzuckerspiegel erhöht. Deshalb ist bei der Behandlung von Diabetikern eine entspannte, schmerzfreie UPT-Sitzung besonders wichtig.

Wenn die Diabeteskontrolle gut ist und wenn keine weiteren Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder KHK bestehen, ist bei Diabetikern eine normale UPT-Sitzung möglich. Bestehen dagegen Risikofaktoren, sollte die UPT-Sitzung möglichst früh am Tag erfolgen, da morgens der Blutzuckerspiegel zirkadian bedingt höher und das Risiko einer möglichen Hypoglykämie geringer. Denn bei Diabetikern ist der Blutglukosespiegel nicht nur erhöht, sondern

er schwankt auch stärker. Das Risiko, dass eine Hypoglykämie in einen hypoglykämischen Schock entgleist, ist sehr viel höher als dass sich aus einer Hyperglykämie ein hyperglykämischer Schock entwickelt. Als potenzielle Gegenmaßnahme bei Symptomen einer Hypoglykämie sollte Fruchtsaft (200 ml Apfel- oder Orangensaft) oder Traubenzucker parat gehalten werden.

Da ein Diabetes außerdem die Infektionsanfälligkeit erhöht und Diabetiker häufig unter Mundtrockenheit leiden, ist eine gute Mundhygiene essenziell. Bei Bedarf sollten weitere Mundpflegeinstruktionen erfolgen.

Eine auf den Diabetes abgestimmte, strikte Ernährung ist bei vielen Diabetikern wichtiger Teil ihrer Diabetesbehandlung. Deshalb muss gewährleistet sein, dass Diabetiker nach der UPT normal essen können. Eine starke Dentinsensitivität nach der Zahnreinigung, die die Nahrungsaufnahme beeinträchtigen könnte, ist unbedingt zu vermeiden.

Für Parodontitispatienten stellt der zusätzliche Diabetes einen schwerwiegenden Risikofaktor dar. Diese Patienten benötigen deshalb eine UPT in kurzen Intervallen. In den meisten Fällen sind Recallintervalle von drei Monaten indiziert.

Osteoporose und Bisphosphonat-Medikation:

In Deutschland leiden schätzungsweise 5,2 Millionen Frauen und 1,1 Millionen

Männer ab einem Alter von 50 Jahren an Osteoporose [15]. Die Therapie erfolgt primär medikamentös durch Gabe von Antiresorptiva. Am häufigsten werden Bisphosphonate verordnet, sowie der Angiogenesehemmer Denosumab (Prolia). In Deutschland werden circa 1,7 Millionen Osteoporosepatienten mit Antiresorptiva behandelt, außerdem zahlreiche Patienten mit Brust- oder Prostatakarzinom und sekundären Knochenmetastasen sowie Patienten mit multiplem Myelom [16]. Intravenös werden die Bisphosphonate Ibandronat (Bondronat, Bonviva), Pamidronat (Aredia) und Zoledronat (Zometa, Aclasta) verabreicht, oral Alendronat (Fosamax), Risedronat (Actonel), Clodronat (Ostac), Etidronat (Didronel) und Tiludronat (Skelid).

Wirkung und Nebenwirkungen von Bisphosphonaten

Bisphosphonate beeinflussen den Kalzium- und Knochenstoffwechsel, indem sie sich zunächst im Hydroxylapatit des Knochens anreichern. Im Rahmen des Knochenstoffwechsels werden die Bisphosphonate dann von Osteoklasten phagozytiert und wirken toxisch auf diese. Das Absterben der Osteoklasten hemmt den Knochenabbau, was die Knochenstabilität erhöht. Die Antiresorptiva reduzieren dadurch Knochenbrüche und Schmerzen bei Osteoporose- und Tumorphasen und verbessern deren Lebensqualität [17]. Bisphosphonate werden meist dauerhaft im Knochen eingelagert und akkumulieren sich dort. Sie werden zumeist gut vertragen. Im Laufe der Langzeitbehandlungen können jedoch gravierende Nebenwirkungen auftreten. Besonders schwerwiegend sind Osteonekrosen im Kieferbereich sowie atypische bilaterale Frakturen des Femurschafts. Beide Formen der Osteonekrose sind schwer therapierbar [18]. Osteonekrosen im Kieferbereich treten vor allem nach hochdosierter, intravenöser Bisphosphonatgabe bei Tumorphasen auf. Wissenschaftliche Studien stellten Osteonekrosen besonders häufig nach i.v. Gabe von Zoledronat oder Pamidronat fest, und zwar



Abb.5 Messung des Blutzuckerspiegels in der Praxis

bei bis zu 20 Prozent der Patienten. Bei Osteoporosepatienten, die Antiresorptiva in geringerer Dosierung und oftmals oral einnehmen, treten Osteonekrosen dagegen selten auf. Nekrosen werden vor allem im Zusammenhang mit Zahnextraktionen und anderen oralchirurgischen Eingriffen diagnostiziert, möglicherweise wenn bereits vorgeschädigter Knochen zusätzlich traumatisiert wird. Eine entzündete Gingiva erhöht das Nekrosesrisiko. Auch wenn Prothesensättel die Mundschleimhaut traumatisieren, begünstigt dies die Entstehung von Osteonekrosen. Kieferknochennekrosen können ausgeprägte Schmerzen verursachen und die Lebensqualität der Betroffenen stark reduzieren [17] (**Abb.6**).

UPT bei Bisphosphonatgabe

Studien zeigen, dass ältere Patienten, die unter Osteoporose leiden, ein erhöhtes Risiko für Parodontitis aufweisen. Bei unzureichender Mundhygiene ist das Parodontitisrisiko sogar stark erhöht. Osteoporosepatienten haben außerdem ein erhöhtes Risiko für eine verzögerte Wundheilung – zum Beispiel nach Zahnextraktionen [19]. Vor Beginn einer Bisphosphonattherapie benötigen Patienten eine eingehende zahnärztliche Untersuchung. Wenn eine Gingivitis oder Parodontitis festgestellt wird, sollte sie nach Möglichkeit vor der Bisphosphonateinnahme be-

handelt werden, gleiches gilt für kariöse Defekte. Da Antiresorptiva langfristig verabreicht werden und sehr lange Halbwertszeiten haben, benötigen Patienten zur Prävention Bisphosphonat-induzierter Kiefernekrosen dauerhaft ein zahnärztliches Recall [17]. Parodontitispatienten, die Bisphosphonate erhalten, benötigen insbesondere wenn zusätzliche Risikofaktoren wie Rauchen, Diabetes oder hohes Alter vorliegen – eine unterstützende Parodontaltherapie (UPT) in kurzen Intervallen von drei bis vier Monaten. Zu Beginn der UPT-Sitzung sollten die Patienten nach Schmerzen und Entzündungen im Mund befragt werden. Anschließend ist die Gingiva und Kieferschleimhaut eingehend auf Anzeichen von Knochennekrosen zu untersuchen. Besondere Aufmerksamkeit gilt dem Prämolaren- und Molarenbereich des Unterkiefers, da die meisten Kiefernekrosen dort auftreten [20]. Offensichtliche Anzeichen einer Kiefernekrose sind klinisch sichtbarer oder sondierbarer, freiliegender Knochen. Daneben können auch Mundgeruch, Rötung und Schwellung des Weichgewebes, intra- oder extraorale Fisteln, Abszesse oder Parästhesien oraler Nerven Symptome einer Kiefernekrose sein. Unzureichende Mundhygiene und Parodontitis sind Risikofaktoren für das Auftreten einer Bisphosphonat-induzierten Osteonekrose im Kieferbereich [21]. Gute Mundhygiene und eine entzündungsfreie Gingiva sind



Abb.6 Bisphosphonat-assoziierte Nekrose des Kieferknochens

für Patienten unter antiresorptiver Therapie besonders wichtig, um eine entzündungsbedingte Schwächung der Gingiva und der Kieferschleimhaut zu vermeiden. Patienten gezielt aufzuklären, wie wichtig eine gesunde Gingiva zur Vorbeugung von Kiefernekrosen ist, kann als zusätzlicher Motivator für gute Mundhygiene wirken. Viele Patienten verwenden zur Zahnreinigung Interdentälbürsten. Es empfiehlt sich, deren korrekte Handhabung besonders eingehend zu demonstrieren, damit Bisphosphonat-Patienten Verletzungen ihres Zahnfleisches bei der häuslichen Zahnpflege vermeiden. Die professionelle Zahnreinigung sollte gründlich, aber schonend erfolgen. Verletzungen der Gingiva bei der UPT sind unbedingt zu vermeiden.

Mit einer unterstützenden Parodontaltherapie, die auf die besonderen Bedürfnisse von Patienten mit Bluthochdruck, koronarer Herzkrankheit, Diabetes mellitus und Osteoporose mit Bisphosphonatmedikation abgestimmt ist, schützen wir zusätzlich die Gesundheit dieser besonders gefährdeten Patienten.

Korrespondenzadresse:
Dr. med. dent. Wolfgang M. Zimmer
Fachpraxis für Parodontologie
Nibelungenstraße 84
80639 München
wmz@dr-wm-zimmer.de

Literatur beim Verfasser

Fresco Ceramics für Gingiva und Schneide

Mit den neuen Keramikpasten können monolithische sowie leicht reduzierte Zirkonstruktoren im Zahnfleischbereich mit dem Fresco Gingiva und im Bereich der Schneide mit dem Fresco Enamel schnell und einfach verblendet werden. Im Bereich der Gingiva muss das Zirkongestüt nicht mit Malfarben grundiert werden, sondern die natürliche Zahnfleischnachbildung kann rein durch das Auftragen der Keramikpasten erzielt werden. Die Fresco Ceramics bleiben sehr lange feucht und können mehrere Stunden modelliert werden. Die Konsistenz kann

durch die Anmischflüssigkeiten Fresco Liquid und FrescoGel weiter individualisiert werden. Da die Pasten eine sehr geringe Schrumpfung aufweisen, reicht nach dem ersten Brand meist schon ein Brennvorgang (Frescobrand) aus, um die Zahnform und die Gingiva fertigzustellen. So können Zirkonstruktoren unterschiedlicher Größe zeitgleich gebrannt werden, es müssen nur Parameter wie Aufheiz- und Abkühlrate verändert werden. Sollte ein Korrekturbrand durchgeführt werden müssen, kann dieser mit gleichen Parametern vollzogen werden.



Weitere Informationen

Zirkonzahn GmbH
An der Ahr 7
39030 Gais - Südtirol/Italien
info@zirkonzahn.com
www.zirkonzahn.com

Luftreiniger für die Zahnarztpraxis

Laut der Gesellschaft für Aerosolforschung (GAeF) können Luftreiniger ein wirksames Instrument sein, um die Virenbelastungen in Innenräumen effektiv zu reduzieren. Der Luftreiniger VirBox richtet sich speziell an den Bedürfnissen in Zahnarztpraxen aus. Er verfügt über einen Hocheffizienzfilter HEPA H-14, der Viren und Bakterien mit einem Abscheidegrad von 99,995 Prozent aus der Luft filtert. Mit optionaler UV-C-Technologie zur Inaktivierung von Corona-, Influenza- und anderen Viren sorgt er für sichere und saubere Luft in Warteräumen,



Luftreiniger sorgen für einen permanenten Luftaustausch und senken so die Aerosolbelastung und damit das Infektionsrisiko.

Fluren und Behandlungszimmern. In Kombination mit regelmäßigem Stoßlüften wird so die Ansteckungsgefahr reduziert und die Frischluftverteilung beschleunigt. Das leise arbeitende Mobilgerät passt mit seinen kompakten Abmessungen auch in kleinere Räume.

Weitere Informationen

Esta Apparatebau GmbH & Co. KG
Gotenstraße 2-6, 89250 Senden
info@esta.com
www.virbox.de

Cention Forte: Neues Füllungsmaterial mit bioaktiver Ionenfreisetzung

Das neue quecksilberfreie bioaktive Basis-Füllungsmaterial Cention Forte ist der klassischen Amalgam-Anwendung in nahezu allen Bereichen überlegen und eignet sich optimal für permanente Restaurationen der Klassen I und II. Cention Forte liefert mit Festigkeiten von mehr als 100 MPa hervorragende Werte für eine sehr gute Biegefestigkeit im kaulastragenden Seitenzahnbereich. Optisch fügt sich Cention Forte in die umliegende natürliche Zahnstruktur ein. Es ist zahnfarben und besitzt eine hohe Lichtdurchlässigkeit von etwa 11 Prozent. Kommt es durch Bakte-

rienbesiedlung zu einer Absenkung des pH-Wertes, so kann Cention Forte durch die Freisetzung von Hydroxidionen den pH-Wert wieder ausgleichen und beugt so einer Demineralisierung des Zahns vor. Gleichzeitig können von Cention Forte freigesetzte Fluorid- und Kalziumionen die Remineralisierung unterstützen und so Sekundärkaries vorbeugen. Der Zweikomponenten-Primer Cention Primer wurde speziell für den Einsatz mit Cention Forte entwickelt. Der selbstätzende und selbsthärtende Primer bildet die perfekte Grundlage für die weitere Behandlung.



Weitere Informationen

Ivoclar Vivadent AG
Bendererstrasse 2
9494 Schaan/Liechtenstein
info@ivoclarvivadent.de
ivoclarvivadent.com

eazf Tipp

„Tag der Akademie“:
Zahntrauma von A bis Z



Prof. Dr. Gabriel Krastl

Kurstermine:

Samstag, 3. Juli 2021, 9.30–16.30 Uhr
Samstag, 9. Oktober 2021, 9.30–16.30 Uhr

Kursort:

München, Nürnberg

Dozent:

Prof. Dr. Gabriel Krastl

Kongressgebühr:

195,00 Euro

Kursnummern:

61268, 71408

Fortbildungspunkte: 7



Eine Verletzung im (sichtbaren) Mundbereich kann zum einschneidenden Erlebnis für den Patienten werden. Während in der Vergangenheit die Therapie nach Zahntraumata von restaurativen Aspekten geprägt war, fokussiert eine moderne, biologisch orientierte, evidenzbasierte Traumatologie auf die Förderung der Wundheilungsvorgänge in der Pulpa sowie im Parodont.

Zellphysiologische Lagerungsmedien, Tetracycline, Steroide, Schmelz-Matrix-Proteine, biokompatible sowie biomimetische Materialien sind einzelne Puzzleteilen, die sich zu neuen Therapiekonzepten ergänzen und in komplexen Fällen über Zahnerhalt oder -verlust entscheiden. Bei Kindern gilt es, negative Auswirkungen auf das Kieferwachstum zu vermeiden und der

noch hohen Lebenserwartung der Patienten Rechnung zu tragen.

Die Teilnehmer erhalten einen vertieften Einblick in das aktuelle klinische Behandlungskonzept des Zahnunfallzentrums Würzburg: Aktuell, prägnant, praxistauglich!

- Restaurative Versorgung frakturierter Zähne
- Vitalerhaltung bei Frakturen und Dislokationen
- Endodontie bei offenem Apex: MTA Apexifikation oder Revitalisation der Pulpa?
- Chirurgische Extrusion zum Erhalt von Zähnen mit tiefen subgingivalen Frakturen
- Aktuelle Therapie bei Dislokationsverletzungen
- Antiresorptiv-regenerative Therapiekonzepte
- Wurzelresorptionen und deren Behandlung

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

Anmeldung

Hiermit melde ich mich/melden wir uns verbindlich zum „Tag der Akademie“: Zahntrauma von A bis Z an, Teilnahme in: ☐ München am 3.7.2021 ☐ Nürnberg am 9.10.2021

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
X71003-6	Kursserie Myodiagnostik: Craniomandibuläre Diagnostik	Rainer Wittmann, Dr. Eva Meierhöfer	Fr., 18. und Sa., 19.6.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	500,00 €	ZA
X61248	Medizin-Update für Zahnmediziner	Dr. Marc Hüntten	Sa., 19.6.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZA
X71764	Schienenherstellung im Praxislabor	Konrad Uhl	Sa., 19.6.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	375,00 €	ZAH/ZFA
X61203-1	Entspannter Kiefer – Entspannter Körper (Aufbaukurs)	Simonetta Ballabeni	Sa., 19.6.2021, 9.30 Uhr, München	375,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMF, ZMP, DH
X61765	OP-Workshop für die chirurgische und implantologische Assistenz	Marina Nörr-Müller	Di., 22.6.2021, 9.00 Uhr, München	375,00 €	ZAH/ZFA
X71766	Arbeitsschutz und -sicherheit auf Basis des BLZK-Präventionskonzepts (BuS-Dienst)	Dora M. von Bülow	Mi., 23.6.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH, QMB
X61760	Die qualifizierte Assistenz in der Chirurgie und Implantologie	Marina Nörr-Müller	Mi., 23.6.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZAH/ZFA
X61768	Abrechnung Compact – Modul 3: Prothetische Leistungen	Irmgard Marischler	Do., 24.6.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM
X61769	Aufbereitung von Medizinprodukten – Erwerb der Sachkenntnisse gem. MPBetreibV	Marina Nörr-Müller	Mo., 28. bis Mi., 30.6.2021, 9.00 Uhr, München	795,00 €	ZAH/ZFA
X61770	Festzuschüsse mit Berechnung zahntechnischer Leistungen beim GKV-Patienten	Evelin Steigenberger	Mi., 30.6.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM
X71265	Craniomandibuläre Dysfunktion/ CMD – Das AquaSplint Konzept	D.D.S./Syr. Dr. Aladin Sabbagh	Fr., 2.7.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	445,00 €	ZA
X61263	Aktuelle Komposite: Möglichkeiten und Grenzen	Prof. Dr. Jürgen Manhart	Fr., 2. und Sa., 3.7.2021, 14.00 Uhr, München	875,00 €	ZA
X61264	Das 1 x 1 der modernen Implantologie	Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel, Prof. Dr. Dr. Heinz Kniha	Fr., 2. und Sa., 3.7.2021, 14.00 Uhr, München	875,00 €	ZA
X61772	Das perfekte Zeit- und Terminmanagement – So einfach funktioniert es!	Joachim Brandes	Sa., 3.7.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH
X71773	ZMF/DH News – Up to date	Sabine Deutsch	Mo., 5.7.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZMF, ZMP
X61758-1	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Di., 6. bis Do., 8.7.2021, 9.00 Uhr, München	450,00 €	ZAH/ZFA
X71273	Präventionskonzept Arbeitsschutz: Ersts Schulung BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 7.7.2021, 14.00 Uhr, Nürnberg	300,00 €	ZA
X61274	Einführung in die Zahnärztliche Hypnose	Uwe Rudol	Fr., 9. und Sa., 10.7.2021, 14.00 Uhr, München	495,00 €	ZA
X61278	Sehtraining zur Förderung der Gesundheit	Doris Lederer	Sa., 10.7.2021, 9.00 Uhr, München	375,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH
X61283	Auswirkungen von gesunder Ernährung auf den Zahnhalteapparat	Dr. Eva Meierhöfer	Mi., 14.7.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMF, ZMP, DH

Fortsetzung nächste Seite

eazf Fortbildungen

Kurs-Nr.	Thema	Dozent	Datum, Uhrzeit, Ort	Kursgebühr	Zielgruppe
X61775	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Christian Öttl	Mi., 14.7.2021, 10.00 Uhr, München	95,00 €	ZAH/ZFA
X71685	Qualitätsmanagement-beauftragte/r eazf	verschiedene Dozenten	Do., 15. bis Fr., 23.7.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	850,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, QMB
X71775	Abrechnung Compact – Modul 2: Implantologische Leistungen	Irmgard Marischler	Do., 15.7.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM
X71085-1	Chirurgie und Implantologie – Basiskurs	Priv.-Doz. Dr. Rainer Buchmann	Fr., 16.7.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	495,00 €	ZA
X71288	Die Kompositfüllung von A bis Z	Prof. Dr. Roland Frankenberger	Sa., 17.7.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	495,00 €	ZA
X61288	Digitale Volumetomographie für Zahnärzte (DVT)	Prof. Dr. Herbert Deppe, Priv.-Doz. Dr. Jörg Neugebauer	Sa., 17.7. bis Sa., 16.10.2021, 9.00 Uhr, München	775,00 €	ZA
X71088-1	Chirurgie und Implantologie – Aufbaukurs	Priv.-Doz. Dr. Rainer Buchmann	Sa., 17.7.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	495,00 €	ZA
X71752-1	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Moritz Kipping	Mo., 19. bis Mi., 21.7.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	450,00 €	ZAH/ZFA
X71293	Die Rezeption – Das Herz der Praxis	Brigitte Kühn	Mi., 21.7.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP
X71294	Entspannter Kiefer – Entspannter Körper (Aufbaukurs)	Simonetta Ballabeni	Mi., 21.7.2021, 9.30 Uhr, Nürnberg	375,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMF, ZMP, DH
X61184-1	Präventionskonzept Arbeitsschutz: Erstschtung BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 21.7.2021, 14.00 Uhr, München	300,00 €	ZA
X71295	Datenschutzbeauftragte/-r in der Zahnarztpraxis	Regina Kraus	Fr., 23. und Sa., 24.7.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	450,00 €	ZA, ZMV, PM, QMB
X61297	Extrusionstherapie	Dr. Stefan Neumeyer	Sa., 24.7.2021, 9.00 Uhr, München	495,00 €	ZA
X61298	Souveräner Umgang mit schwierigen Patienten- und Persönlichkeitstypen	Christine Rieder	Sa., 24.7.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH
X61778	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mo., 26. bis Mi., 28.7.2021, 9.00 Uhr, München	450,00 €	ZAH/ZFA
X61779	Schleifen von Handinstrumenten	Tatjana Herold	Mi., 28.7.2021, 14.00 Uhr, München	265,00 €	ZAH/ZFA, ZMF, ZMP, DH
X61300	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mi., 28.7.2021, 14.30 Uhr, München	95,00 €	ZA
X61016-2	Zentrik-Registrierung, Modellmontage im Artikulator und instrumentelle Okklusionsanalyse	Dr. Wolf-Dieter Seeher	Fr., 30. und Sa., 31.7.2021, 9.00 Uhr, München	875,00 €	ZA
X71717-3	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Moritz Kipping	Mo., 2. bis Mi., 4.8.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	450,00 €	ZAH/ZFA

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.

Kursprogramm Betriebswirtschaft



Datum	Ort	Uhrzeit	Kurs	Themen
26. Juni 2021	Nürnberg	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
18. September 2021 9. Oktober 2021	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	Kurs E2	· Erfolgreiche Personalarbeit – Ausbildungswesen · Erfolgreiche Personalarbeit – Mitarbeiterführung · Arbeitsrecht in der Zahnarztpraxis
20. November 2021 27. November 2021	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	Kurs F	· Grundkenntnisse der GOZ-Abrechnung und Auszüge aus der GOÄ
11. Dezember 2021 18. Dezember 2021	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	Kurs G	· Abrechnung nach Bema mit Fallbeispielen – Einsteigerkurs · Abrechnung mit Festzuschüssen – Einsteigerkurs

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: 089 230 211-406, E-Mail: info@eazf.de, www.eazf.de/praxismanagement

Veranstaltungskalender

Datum	Ort	Thema	Information/Anmeldung
Juni			
25. bis 26.6.2021	Online	34. Oberpfälzer Zahnärztetag	Zahnärztlicher Bezirksverband Oberpfalz Albertstraße 8, 93047 Regensburg Internet: www.zbv-opf.de
Juli			
3.7.2021	München	„Tag der Akademie“: Zahntrauma von A bis Z	eazf GmbH Fallstraße 34, 81369 München Internet: www.eazf.de
16. bis 17.7.2021	Kloster Seeon	8. Sommerfortbildung des Vereins zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde in Bayern	VFwZ e.V. Flößergasse 1, 81369 München Internet: www.vfwz.de
Oktober			
9.10.2021	Nürnberg	„Tag der Akademie“: Zahntrauma von A bis Z	eazf GmbH Fallstraße 34, 81369 München Internet: www.eazf.de

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	Anpassungsfortbildungen		
Hygiene in der Zahnarztpraxis			
	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

Niederlassungsseminare 2021



Datum, Uhrzeit, Ort	Themen
Samstag, 26. Juni 2021 9.00–17.00 Uhr München Weitere Niederlassungsseminare: 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: 61650, **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, 26. Juni 2021 9.00–17.00 Uhr München Weitere Praxisübergabeseminare: 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, Praxischließung 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: 61640, **Kursgebühr:** 50,- Euro (inklusive ausführlicher digitaler Kursunterlagen)

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

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

Ungültigkeit von Zahnarztausweisen



Die Zahnarztausweise von Dr. (UMF Temeschburg) Ioana-Maria Catalina, geboren am 14.8.1975, Ausweis-Nr. 71666, Marie-Luise Eiselt, geboren am 2.11.1980, Ausweis-Nr. 61192, und Sina Schröder, geboren am 28.6.1986,

Ausweis-Nr. 73122, werden für ungültig erklärt.
(Zahnarztausweise werden bei Verlust oder Kammerwechsel für ungültig erklärt.)

Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2021/2022



Bitte beachten Sie die Hinweise zum Prüfungsort¹

	Voraussichtlicher Prüfungstermin	Anmeldeschluss inkl. vollständiger Zulassungsunterlagen
ZMP Schriftliche Prüfung	09.09.2021	30.07.2021
ZMP Praktische Prüfung	10. – 11.09.2021 und 14. – 17.09.2021	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	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, zahnarztliches-personal@blzk.de.

Änderung der Reisekostenordnung I der Bayerischen Landeszahnärztekammer (RKO I)



vom 06.05.2021

Aufgrund von §12 Buchst. i), Doppelbuchst. cc) der Satzung der Bayerischen Landeszahnärztekammer vom 02. Februar 1994 (BZB, Heft 3/1994, S. 63), zuletzt geändert durch Änderungssatzungen vom 20. Januar 2014 (BZB, Heft 3/2014, S. 81 und 82), erlässt die Bayerische Landeszahnärztekammer folgende Satzung:

Artikel 1

Die Reisekostenordnung I der Bayerischen Landeszahnärztekammer (RKO I) vom 04.12.2014 (BZB, Heft 1-2/2015, S. 81), zuletzt geändert durch Satzung vom 13.12.2018 (BZB, Heft 1-2/2019, S. 78) wird wie folgt geändert:

In §7 Ziff. 1 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Soweit Teilnahmen an Sitzungen, Tagungen, sonstigen Veranstaltungen und Besprechungen sowie Vorbereitungs- und sonstige Tätigkeiten im Sinne des Satzes 3 telefonisch oder durch Bild- / Tonübertragung stattfinden und mindestens eine halbe Stunde dauern, wird je angefangene halbe Stunde eine Pauschale von € 69,00 gewährt.“

Artikel 2

Diese Satzung tritt am 01.07.2021 in Kraft.

München, den 06.05.2021

Christian Berger

Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer

Ordentliche Vertreterversammlung



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

Hiermit wird bekannt gegeben, dass die nächste ordentliche Vertreterversammlung der KZVB am

Samstag, 10. Juli 2021, 9:00 Uhr

im Zahnärztehaus 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 der Geschäftsführung
4. Bericht des Finanzausschusses
5. Bauvorhaben der KZVB
6. Sonstiges

Dr. Reiner Zajitschek
Vorsitzender der Vertreterversammlung



Kassenänderungen

Anschriftenänderung einer Krankenkasse – ab sofort –

IKK Südwest, 66098 Saarbrücken, Tel.: 0681 936960, Fax: 0681 93696-499
(KA-Nr. 111930330135).

sozietät
HGA

Kompetenz im Zahnartztrecht

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

World Vision
ZUKUNFT FÜR KINDER



**Erlebe die Kraft
der Patenschaft.
Werde jetzt Pate
auf worldvision.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 & Co.KG
Betriebsstätte Schwabmünchen
Sarah Krischik
Franz-Kleinhans-Straße 7
86830 Schwabmünchen
Tel. 08243 9692-13 · Fax 08243 9692-22
s.krischik@teamwork-media.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)
Ingrid Scholz (si)
Tobias Horner (ho)

Anschrift der Redaktion:

teamwork media GmbH & Co. KG
Betriebsstätte Schwabmünchen
Franz-Kleinhans-Straße 7
86830 Schwabmünchen
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:

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

Verlag:

teamwork media GmbH & Co. KG
Betriebsstätte Schwabmünchen
Franz-Kleinhans-Straße 7
86830 Schwabmünchen
Telefon: 08243 9692-0, Fax: 08243 9692-22
E-Mail: service@teamwork-media.de
Internet: www.teamwork-media.de
Geschäftsführung: Bernd Müller
Persönlich haftender Gesellschafter:
Mediengruppe Oberfranken –
Fachverlage Verwaltung GmbH
E.-C.-Baumann-Straße 5, 95326 Kulmbach

Anzeigen:

Sarah Krischik
Telefon: 08243 9692-13
E-Mail: s.krischik@teamwork-media.de

Anzeigendisposition:

teamwork media GmbH & Co. KG
Betriebsstätte Schwabmünchen
Sarah Krischik
Telefon: 08243 9692-13, Fax: 08243 9692-22
E-Mail: s.krischik@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. Juni 2021
ISSN 1618-3584

Das praktische Lehrbuch für Kompositrestaurationen



jetzt nur
€ 178,-

Zahnarzt **Ulf Krueger-Janson**, einer der weltweit renommiertesten Experten für funktionell-ästhetische Komposit-Chair-side-Techniken, widmet sich in seinem außergewöhnlichen Lehrbuch der Schulung der Sinne, um Formen, Konturen, aber auch die Farbe einzelner Zähne bewusster wahrzunehmen. In einer praktischen Anleitung erklärt er den unkomplizierten Schichtaufbau und gibt Tipps für den richtigen Umgang mit Materialien und Geräten. Darüber hinaus bieten hochwertige Abbildungen ausgewählter Patientenfälle dem Praktiker ein fein strukturiertes Kompendium ästhetisch und funktionell perfekt gelöster Situationen.

Ein hervorragendes Arbeitsbuch für die einfache und effektive Herstellung von ästhetischen Komposit-Restaurationen.

Hardcover, 264 Seiten, ca. 1300 Abbildungen
ISBN: 978-3-932599-29-3 – auch in englischer Sprache erhältlich

www.dental-bookshop.com

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

 **teamwork
media**

grün.

Das Blau täuscht – ABZ-ZR ist grün. Wir haben unser gesamtes Unternehmen gründlich auf Herz und Nieren und auf Nachhaltigkeit geprüft und klimaneutral umgestellt (Sie können uns glauben – als Factoringunternehmen wissen wir, was „gründlich“ heißt). Heute nutzen wir regenerative Energien, kaufen nachhaltig ein, versenden Briefe klimaneutral und vermeiden Emissionen – und was wir nicht vermeiden können, kompensieren wir durch Investitionen in nachhaltige, zertifizierte Klimaschutzprojekte. Damit sind wir eines der ersten Factoringunternehmen mit einem vollständig klimaneutralen Fußabdruck.

Dafür gab's die offizielle Auszeichnung „Klimaneutrales Unternehmen“.
Ein bisschen stolz macht uns das schon. www.abz-zr.de



Zahnärztliches
Rechenzentrum
für Bayern



KLIMANEUTRALES
UNTERNEHMEN
certified by Fokus Zukunft