



62. Bayerischer Zahnärztetag
21. bis 23. Oktober 2021

Parodontologie 2021

62. Bayerischer
Zahnärztetag

► Artikel von Referenten
im Heft

Schwerpunktthema Parodontologie

Die neue PAR-Richtlinie 2021

Mehr Liquidität für die Praxen

KZVB erhöht Sonderzahlungen

Bema versus GOZ: Parodontale Therapie

Ein Vergleich der Honorierung durch die BLZK

So erreichen Sie BLZK und eazf



BLZK



Bayerische Landes Zahnärztekammer (BLZK) · Flößergasse 1 · 81369 München

Zentrale: Telefon 089 230211-0 · E-Mail blzk@blzk.de · Internet www.blzk.de · www.blzk-compact.de · www.zahn.de

	Telefon	Fax	E-Mail
Präsidium	-122	-128	praesidium@blzk.de
Vorstand	-122	-128	vorstand@blzk.de
Hauptgeschäftsführung	-122	-128	hauptgf@blzk.de

Geschäftsbereiche und Referate

Arbeitssicherheit und Hygiene	-340/-342	-341/-343	arbeitssicherheit@blzk.de
Ärzteversorgung	-312	-320	aerzteversorgung@blzk.de
Bayerisches Zahnärzteblatt (BZB)/BZBplus	-132/-138	-108	bzb@blzk.de bzw. bzb-plus@blzk.de
Berufsbegleitende Beratung	-412	-488	berufsbegleitung@blzk.de
Berufspolitische Bildung	-412	-488	berufspolitische-bildung@blzk.de
Bestellung von Publikationen	-244	-196	shop@blzk.de
Datenschutzbeauftragter	-302	-320	datenschutz@blzk.de
Fortbildung	-412	-488	fortbildung-eazf@blzk.de
Gutachterwesen	-362	-363	gutachter@blzk.de
Honorierungssysteme	-360	-361	honorierungssysteme@blzk.de
Mitgliederverwaltung	-270/-272	-196	blzkmvg@blzk.de
Online-Redaktion	-142/-136/-140	-108	online@blzk.de
Praxisführung und Medizinprodukte	-340/-342	-341/-343	praxisfuehrung@blzk.de
Presse	-104	-108	presse@blzk.de
Prophylaxe/Patienten	-136	-137	prophylaxe@blzk.de
Qualitätsmanagement	-348	-349	qm@blzk.de
Soziales Engagement	-364	-365	soziales-engagement@blzk.de
Strahlenschutz	-344/-346	-345/-347	strahlenschutz@blzk.de
Weiterbildung (KFO/Oralchirurgie)	-310	-320	weiterbildung@blzk.de
Zahnärztliches Personal	-330/-332/-334	-331/-333/-335	zahnarztliches-personal@blzk.de

Soziale Einrichtungen

Dr. Fritz Linnert-Gedächtnis-Stiftung / Hilfsfonds / Unterstützungskasse	-364	-365	sozialeinrichtung@blzk.de
--	------	------	--

Schlichtungsstelle

	-364	-365	schlichtung@blzk.de
--	------	------	--

Die BLZK ist telefonisch erreichbar: Mo - Do 8.30 bis 11.30 Uhr und 12.30 bis 16.30 Uhr, Fr 8.30 bis 12.00 Uhr

eazf · Fallstraße 34 · 81369 München	-400	-404	info@eazf.de
eazf Consult GmbH/VVG	-490	-488	

Die eazf ist telefonisch erreichbar: Mo - Do 8.00 bis 11.30 Uhr und 12.30 bis 16.30 Uhr, Fr 8.00 bis 12.00 Uhr

Telefonsprechstunde der BLZK

Zahnmedizinisch-fachliche Beratung durch Gutachter der BLZK

Telefon 01805 211 366* · E-Mail patientenberatung@blzk.de · Mo 18.00 bis 20.00 Uhr (auch in den Schulferien, außer an Feiertagen)

*Die Beratung selbst ist kostenfrei. Es entstehen lediglich Telefonkosten (Festnetzpreis 14 ct/min, Mobilfunkpreise variieren je nach Anbieter).

Patiententelefon der bayerischen Zahnärzte

Beratungsangebot von BLZK und KZVB: Heil- und Kostenplan, Zweitmeinung, Bonusheft, Zahnarztrechnung, Rechtsfragen rund um die Zahnbehandlung, außergerichtliche Streitschlichtung

Telefon 089 230 211 230* · Mo - Do 9.00 bis 12.00 Uhr, Fr 9.00 bis 11.00 Uhr

*Die Beratung selbst ist kostenfrei. Es entstehen lediglich Telefonkosten (Ortsstarif deutsches Festnetz, Mobilfunkpreise variieren je nach Anbieter).

Röntgenstelle der Bayerischen Zahnärzte (RBZ)

Laufertorgraben 10 · 90489 Nürnberg · Telefon 0911 597259-1/-2 · Fax 0911 597259-9 · E-Mail rbz@blzk.de · blzk.de/rbz



Christian Berger
Vorsitzender des Vorstands
der KZVB

Personen statt Positionen?

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

am 26. September wird ein neuer Bundestag gewählt. Der Wahlkampf war gelinde gesagt unspektakulär. Ein Jahrhundert-Hochwasser, der Siegeszug der Taliban und die Corona-Pandemie überschatteten andere Themen. Lediglich die Frage nach dem oder der richtigen Kanzlerkandidaten/-kandidatin sorgte für Aufmerksamkeit. Laschet, Baerbock oder Scholz – Personen scheinen viele Bürger und Kommentatoren mehr zu beschäftigen als Positionen. Wichtige Zukunftsfragen wurden dagegen kaum öffentlich diskutiert. Das gilt auch und gerade für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens. Dabei sind in diesem Bereich die Unterschiede in den Wahlprogrammen offensichtlich. Während SPD, Grüne und Linke an der Idee der Bürgerversicherung festhalten, verteidigen CDU/CSU und FDP das duale System von GKV und PKV. Das haben auch die Interviews bestätigt, die wir mit den gesundheitspolitischen Sprechern aller derzeit im Deutschen Bundestag vertretenen Fraktionen geführt und im BZB veröffentlicht haben. Wir Zahnärzte wissen also, woran wir sind!

Offen sind dagegen der Wahlausgang und das anschließende politische Farbenspiel. Wir haben mehrfach erlebt, was dabei herauskommt, wenn scheinbar Unvereinbares in einer Koalition zusammengeführt werden muss: Kompromisse auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner. Dies war schon bei der aktuellen schwarz-roten Koalition der Fall. Bis heute tagt eine Arbeitsgruppe, die über die Zuführung der privaten und der gesetzlichen

Gebührenordnungen berät – bislang ohne konkrete Ergebnisse.

Welchen gesundheitspolitischen Cocktail uns eine schwarz-grüne, eine Ampel- oder gar eine Deutschlandkoalition kredenzen würden, darüber kann man nur spekulieren. Doch Fakt ist: Diese Wahl hat unmittelbare Auswirkungen auf die Rahmenbedingungen unserer Berufsausübung. Beispiele dafür sind die weitere Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Einfluss internationaler Investoren auf die Versorgungslandschaft.

Wir Zahnärzte haben klare Forderungen an die neue Bundesregierung. Dazu gehören unter anderem:

- der Erhalt der PKV und die Punktwertanhebung in der GOZ
- die angemessene Finanzierung von GKV-Leistungen
- das klare Bekenntnis zur Freiberuflichkeit
- eine Digitalisierung mit Augenmaß und ohne Repressionen
- ein echter Bürokratieabbau
- eine Stärkung der Selbstverwaltung

Nur durch alle diese Elemente können wir unsere über Jahrzehnte gewachsene Praxislandschaft erhalten und die flächendeckende, wohnortnahe Patientenversorgung weiterhin sicherstellen. Wer auch immer nach dem Wahltag die politische Verantwortung übernimmt, muss sich an diesen Forderungen messen lassen.

Ihr

politik

- 6 „Klare Regeln für MVZ“**
Christine Aschenberg-Dugnus über die gesundheitspolitische Agenda der FDP
- 8 Traurige Pflicht**
KZVB-Vertreterversammlung wählt neuen Vorsitzenden
- 9 Bewegender Abschied**
Dr.Reiner Zajitschek wurde in Schwarzenbach beigesetzt
- 10 Know-how für ein Engagement in der Selbstverwaltung**
Jetzt anmelden zum 12.Fortbildungsgang der AS-Akademie
- 12 Gutachter „light“?**
Dr.Manfred Albrecht über die Vorteile einer gemeinsamen Gutachtertagung
- 14 Nein zur Bürgerversicherung**
Landesversammlung des FVDZ Bayern richtet Forderungen an die Politik
- 16 Niedergelassene bilden das Rückgrat der Versorgung**
Digitaler Sommerempfang von KVB und KZVB
- 21 Schwarz bleibt Präsident**
Delegiertenversammlung wählt zwei Frauen ins Präsidium des VFB
- 22 Mehr Liquidität für die Praxen**
KZVB erhöht Sonderzahlungen
- 24 Wieder mit dabei sein**
Wissenswertes zum 62. Bayerischen Zahnärztetag
- 25 Nachrichten aus Brüssel**
- 26 Journal**
- 80 Kostenlos, kompetent, kollegial**
KZVB wiederholt Virtuarreihe zu Suprakonstruktionen

praxis

- 27 Parodontale Therapie**
Ein Vergleich der Honorierung durch die BLZK
- 32 Ausreichender Versicherungsschutz ist existenziell**
Nachweis ist nun Voraussetzung für die Zulassung
- 34 Auf die richtigen Berater vertrauen**
Existenzgründung scheitert häufig an kommerziellen Interessen
- 35 Kompaktes Wissen an einem Tag**
Fortbildung für das Praxispersonal beim 62.Bayerischen Zahnärztetag

14



Dr. Romana Krapf aus Weißenhorn stellte die Aktivitäten für Berufseinsteiger des FVDZ auf Bundesebene vor.

Fotos: Würtke



Bereits zum zweiten Mal verschafft der Vorstand der KZVB den Praxen mehr Liquidität.

22

36



Das Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) erfasst nun auch Zahnärzte als Berufsgeheimnisträger.

Abbildung: Chitrapornstockadobe.com



Die IDS findet in diesem Jahr unter strengen Hygienevorschriften statt.

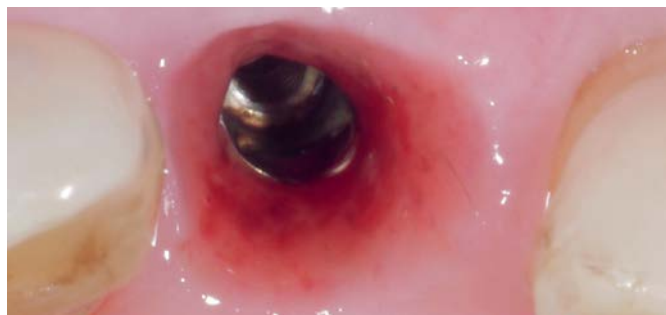
42

Foto: Koelnmesse/IDS Cologne



46

Prof. Dr. Bettina Dannewitz zeigt, welche Veränderungen sich durch die neuen PAR-Behandlungsrichtlinien im Praxisablauf ergeben.



62

Prävention statt Therapie: Wie man periimplantären Erkrankungen erfolgreich vorbeugen kann, demonstrieren Priv.-Doz. Dr. Kristina Bertl und Prof. Dr. Andreas Stavropoulos.

Titelbild: Christoph Hähnel/stock.adobe.com

Die Herausgeber sind nicht für den Inhalt von Beilagen verantwortlich.

Das BZB 10/2021 mit dem Schwerpunkt Minimalinvasive Zahnheilkunde erscheint am 15. Oktober 2021.

36 Stärkung der „Verantwortungsgemeinschaft“

Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) betrifft auch Zahnärzte

38 Verantwortungsvolle und nachhaltige Investitionen der BÄV

Teil 1: Grundidee, Entwicklung und Perspektive

40 Zündstoff im Mund

So informiert die BLZK Patienten über Parodontitis

42 Impulsgeber für die Dentalbranche

IDS öffnet ihre Tore vom 22. bis 25. September in Köln

43 Online-News der BLZK

44 Starkregen, Überschwemmung und Naturkatastrophen

Was man zum Versicherungsschutz wissen muss

wissenschaft und fortbildung

46 Frischer Wind in der Parodontologie

Von der Klassifikation bis zur PAR-Behandlungsrichtlinie

54 Die neue PAR-Richtlinie 2021

Eine Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen

62 Prävention statt Therapie

Periimplantären Erkrankungen erfolgreich vorbeugen!

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 2022/2023

80 Ungültigkeit von Zahnarztausweisen

80 Nachrücken eines Ersatzdelegierten im Wahlbezirk Oberfranken in das Amt des Delegierten zur Bayerischen Landes Zahnärztekammer

80 Kassenänderungen

81 Rubrikanzeigen

82 Impressum

„Klare Regeln für MVZ“

Christine Aschenberg-Dugnus über die gesundheitspolitische Agenda der FDP

Wie steht es um das deutsche Gesundheitswesen? Welche Entscheidungen müssen in der kommenden Legislaturperiode getroffen werden? Im Vorfeld der Bundestagswahl am 26. September 2021 stellten wir den gesundheitspolitischen Sprechern aller derzeit im Parlament vertretenen Fraktionen die gleichen Fragen. Wir beenden diese Interviewreihe mit Christine Aschenberg-Dugnus von der FDP.

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

Aschenberg-Dugnus: Wir Freie Demokraten setzen uns dafür ein, dass auch weiterhin die Freien Berufe im Gesundheitswesen gestärkt werden. Niedergelassene Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Heilmittelerbringer sowie Hebammen und Geburtshelfer müssen in medizinischen Fragen autonom und frei von Weisungen Dritter entscheiden können. Denn die Therapiefreiheit der Behandlung ohne Budgetierungszwang kommt den Patientinnen und Patienten zugute. Freiheit und Verantwortung sind die Basis der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient. Die Pandemie hat nicht nur die Schwächen, sondern auch die Stärken unseres Gesundheitssystems aufgezeigt: Diese liegen ganz klar in der Freiberuflichkeit. Obwohl in der öffentlichen Wahrnehmung immer die Kliniken im Vordergrund stehen, wurden in der Pandemie sechs von sieben Covid-19-Patienten ambulant behandelt. Die wahren

Helden der Pandemie sind also die niedergelassenen Gesundheitsakteure mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Das muss man immer wieder betonen.“

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

Aschenberg-Dugnus: Der Bürokratieabbau im Gesundheitswesen ist ein sehr wichtiges politisches Ziel. Aus einer Vielzahl von Gesprächen mit Akteuren im Gesundheitswesen weiß ich, dass die Bürokratie zu einer großen Arbeitsbelastung führt. Deswegen fordern wir eine „Bepreisung“ von Bürokratie- und Berichtspflichten. Bezahlen soll sie künftig die Person, die sie anfordert. Das schärft nicht nur den Fokus auf die Behandlung von Patientinnen sowie Patienten, sondern verhindert auch im Gegenzug kleinteilige Gesetze und Verordnungen. Seit Jahren klagen sämtliche Akteure im Gesundheitswesen über zunehmende bürokratische Auflagen, die nicht zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Das Gegenteil ist der Fall: Es bleibt weniger Zeit für die Patientinnen und Patienten. Deswegen ist es eine unserer dringlichsten Aufgaben, die Bürokratiepflichten nur auf das absolut Notwendige zu reduzieren. Diese wertvolle Zeit muss den Ärzten und Praxisangestellten wieder für die Behandlung von Patienten zur Verfügung stehen. Denn genau dafür haben sie ihren Beruf erlernt.“

BZB: Während die Praxiskosten von Jahr zu Jahr steigen, stagniert der

GOZ-Punktwert seit 1988. Wann können Zahnärzte mit einer Anhebung rechnen?

Aschenberg-Dugnus: Wir sind der Auffassung, dass wir eine zeitgemäße und moderne Honorarordnung benötigen, welche die zahnärztlichen Leistungen sachgerecht abbildet und angemessen vergütet. Wir werden deshalb Vorschläge der Ärzteschaft und der Kostenträgerseite für ein modernes Vergütungssystem prüfen.

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

Aschenberg-Dugnus: Die Pandemie hat gezeigt, dass wir auf eine solche Situation nicht gut vorbereitet waren. So fehlte es – wie bei allen Akteuren im Gesundheitswesen – massiv an Schutzkleidung und Schutzausrüstung. Der Mangel und die hohe Nachfrage haben auf dem Weltmarkt schließlich zu einer Explosion der Preise geführt. Dies verdeutlicht, wie wichtig es ist, dass wir die Produktion, auch für Arzneimittel, nach Deutschland und Europa zurückholen. Wir haben einen entsprechenden Antrag (s. BT-Drs. 19/18931) in den Deutschen Bundestag eingebracht, in dem wir die Bundesregierung aufgefordert haben, genau das zu tun. Eine weitere Baustelle, die die Pandemie verdeutlicht hat, ist nach wie vor die Digitalisierung. Wir können uns nicht länger gegen sie und somit auch gegen den Fortschritt verschließen. Vielmehr müssen wir daran arbeiten, dass wir alle Akteure gemeinsam

an einen Tisch setzen, um den größten Nutzen aus der Digitalisierung zu ziehen.

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

Aschenberg-Dugnus: Wir Freie Demokraten stehen für ein solidarisches und duales Gesundheitssystem, in dem die Wahlfreiheit der Versicherten durch Krankenkassen- und Krankenversicherungsvielfalt gewährleistet ist. Dazu gehört neben einer starken privaten auch eine freiheitliche gesetzliche Krankenversicherung. Diese soll Versicherten- und Patienteninteressen in den Mittelpunkt rücken und Möglichkeiten bieten, aus verschiedenen Modellen zu wählen. Eine Bürgerversicherung lehnen wir ab.

BZB: Bei den Zahnärzten sorgte die Covid-19-Schutzverordnung für Frust und Enttäuschung. Anders als Ärzte und Krankenhäuser erhalten sie keine echten Liquiditätshilfen, sondern nur Darlehen. Sehen Sie eine Möglichkeit, hier nachzubessern?

Aschenberg-Dugnus: Die Enttäuschung der Zahnärztinnen und Zahnärzte ist verständlich. Auch sie haben während dieser Krise tatkräftig angepackt. Es ist klar, dass zwischen den verschiedenen Fachrichtungen eine unterschiedliche Belastung und Nachfrage bestand. Aber trotzdem sollten bei den Liquiditätshilfen nicht so gravierende Unterschiede gemacht werden. Die Fraktion der Freien Demokraten im Deutschen Bundestag hat bereits am 21. April 2020 gefordert, dass Ärzte, Heilmittelerbringer, Zahnärzte und Hebammen während der Coronakrise gleichbehandelt werden müssen (s. BT-Drs. 19/18675). Es war für uns nicht nachvollziehbar, dass die Akteure hier ungleich behandelt werden.

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 z.B. eine Gründungsbefugnis ausschließlich für Zahnärzte?



Foto: Laurence Claperton

„Wir Freie Demokraten stehen für ein solidarisches und duales Gesundheitssystem, in dem die Wahlfreiheit der Versicherten durch Krankenkassen- und Krankenversicherungsvielfalt gewährleistet ist“, sagt Christine Aschenberg-Dugnus, gesundheitspolitische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion.

Aschenberg-Dugnus: Generell setzen wir Freie Demokraten uns für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung ein. Diese wird von den freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten deshalb besonders patientenorientiert erbracht, weil sie die Therapieentscheidungen allein auf medizinischer Grundlage treffen. An diesem Prinzip wollen wir auch in Zukunft festhalten. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Es bedarf jedoch klarer Regeln, die sicherstellen, dass die dort tätigen Ärzte bzw. Zahnärzte in medizinischen Fragen weisungsfrei handeln dürfen. Auch müssen die Wettbewerbsbedingungen zwischen niedergelassenen (Zahn-) Ärzten und MVZ fair gestaltet sein.

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?

Aschenberg-Dugnus: Wir Freie Demokraten wollen die Digitalisierung im Gesundheitswesen durch klare und transparente Rahmenbedingungen

voranbringen. Dazu benötigen wir offene Standards, Interoperabilität und Datensicherheit. Die Vernetzung zwischen allen Gesundheitsakteuren sowie Patientinnen und Patienten muss digital ausgestaltet sein. Nur so ist eine schnelle Verfügbarkeit der Patientinnen- und Patientendaten sicherzustellen. Die Digitalisierung ist kein Wert an sich, sondern sie hat das Potenzial den Arbeitsalltag von allen Gesundheitsakteuren zu erleichtern. Wir Freie Demokraten stehen für Innovationen. In der Telematik-Infrastruktur begrüßen wir Überlegungen zum besseren Datenschutz und die mobile Nutzbarkeit.

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

Aschenberg-Dugnus: Ich hätte nicht auf Honorarabzüge, sondern auf Anreize gesetzt. So dass diejenigen, die sich früh an die TI anbinden, gefördert werden. Ich persönlich bin davon überzeugt, dass wir so mehr erreicht hätten. Andere Länder können es ja auch - aber wir verkomplizieren immer alles. Ich bin eine Freundin von Pilot- und Modellprojekten. Der Vorteil ist, dass vermeintliche Kritiker hier gleich von Anfang an mit ins Boot geholt und aktiv mit eingebunden werden können. Es findet insofern von vornherein ein konstruktiver Austausch statt, was im Endeffekt zu einem besseren Ergebnis führt.

BZB: Die weitere Digitalisierung des Gesundheitswesens ist erklärtes Ziel der jetzigen Bundesregierung. In anderen Ländern kam es bereits zu schwerwiegenden Hackerangriffen. Halten Sie den Schutz hochsensibler Patientendaten für ausreichend?

Aschenberg-Dugnus: Gesundheitsdaten sind höchst sensible Daten, die in die Hand der Patientinnen und Patienten gehören. Die Datensicherheit muss an erster Stelle stehen. Dafür setzen wir uns ein. Experimente kann man sich hier nicht erlauben.

Die Fragen stellten Leo Hofmeier und Thomas A. Seehuber.

Traurige Pflicht

KZVB-Vertreterversammlung wählt neuen Vorsitzenden

Nach dem plötzlichen Tod von Dr. Reiner Zajitschek war das Amt des Vorsitzenden der Vertreterversammlung (VV) der KZVB vakant. Bei der ordentlichen VV am 10. Juli 2021 wurde deshalb ein neuer Vorsitzender gewählt. Die große Mehrheit der Delegierten sprach sich in geheimer Wahl für Dr. Jürgen Welsch (63) aus Hofheim aus. Der stellvertretende Vorsitzende musste nicht neu gewählt werden. Dr. Christian Öttl übt dieses Amt weiterhin aus.

Öttl oblag es auch, einen Nachruf auf Dr. Zajitschek zu sprechen, für den er sehr persönliche Worte fand: „Diese Lücke wird nur schwer zu schließen sein. Die ihm anvertraute Versammlung schätzte ihn als stets zielorientierten Versammlungsleiter. Er konnte hitzige Debatten bereichern, moderieren und entschärfen. Die Ge-

sprache mit ihm werden mir fehlen.“ Als Delegierter rückte Dr. Thomas Sommerer (Marktrechwitz) in die VV nach.

Alle Delegierten verabschiedeten sich in der VV mit einer Schweigeminute von Dr. Reiner Zajitschek. Zudem lag ein Kondolenzschreiben im Foyer aus, das die VV-Mitglieder unterzeichnen konnten.

Auch Christian Berger würdigte als Vorsitzender des Vorstands der KZVB die Verdienste Dr. Zajitscheks. „Auf die Frage nach dem Warum werden wir keine Antwort finden. Es bleibt nur der Appell an uns alle, achtsamer miteinander umzugehen und bei allen Kontroversen in der Standespolitik die Kollegialität nicht aus den Augen zu verlieren.“ Zajitschek habe sich für die Freiberuflichkeit und den Erhalt der zahnmedizinischen Versorgung im ländlichen Raum eingesetzt. Diesen roten Faden griff Berger auch in seinem Rechenschaftsbericht auf. Der Transformationsprozess bei der Berufsausübung

schreite weiter voran. 1157 Medizinische Versorgungszentren gebe es mittlerweile in Deutschland, 22 Prozent davon seien in Investorenhand. Jedes fünfte MVZ wiederum habe seinen Sitz in Bayern. „Entgegen allen anderslautenden Aussagen der MVZ-Lobby leisten diese Zentren in der Zahnmedizin keinen Beitrag für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung. Sie ballen sich in den Großstädten und tragen dazu bei, dass es immer schwieriger wird, junge Kolleginnen und Kollegen für die Gründung oder Übernahme einer Praxis im ländlichen Raum zu begeistern“, kritisierte Berger. Seine klare Forderung: „Die Gründung und der Betrieb eines zahnmedizinischen MVZ soll ausdrücklich Zahnärzten gestattet sein. Hedgefonds und Aktiengesellschaften haben in der Patientenversorgung nichts verloren!“ Die Standespolitik könne den Transformati-



Dr. Jürgen Welsch (obere Reihe Mitte) wurde bei der VV der KZVB zum Nachfolger des verstorbenen Dr. Reiner Zajitschek gewählt.

onsprozess nicht stoppen, aber die Rahmenbedingungen für die Berufsausübung verbessern. Dies sei dem KZVB-Vorstand unter anderem durch Vergütungsvereinbarungen mit angemessenen Punktwert erhöhungen gelungen. Auch der neue Honorarverteilungsmaßstab habe sich bewährt und sei seit seiner Einführung nicht zur Anwendung gekommen. Alle Leistungen seien vollumfänglich vergütet worden. Er appellierte an die Zahnärzteschaft, auch die Möglichkeiten zu nutzen, die die neue PAR-Richtlinie bietet. Sie ist aus Bergers Sicht die wichtigste Änderung im Bema seit der Einführung der befundorientierten Festzuschüsse 2005.

Dass sich die KZVB als Dienstleister der bayerischen Vertragszahnärzte sieht, machten Bergers Vorstandskollegen Dr. Rüdiger Schott und Dr. Manfred Kinner deutlich. Man könne neue gesetzliche Vorgaben aus Bayern heraus zwar nicht verhindern, die bayerischen Zahnärzte aber bestmöglich bei deren Umsetzung



Die Delegierten gedachten des verstorbenen Versammlungsleiters Dr. Reiner Zajitschek in einer Schweigeminute. Im Foyer lag ein Kondolenzschreiben aus.

unterstützen. Dies gelte sowohl für die Qualitätssicherung als auch die staatlich verordnete Digitalisierung des Gesundheitswesens. Kinner verwies darauf, dass

die PAR-Richtlinie für erheblichen Informationsbedarf in den Praxen Sorge. Dem komme die KZVB unter anderem durch Virtinare und VirtiClips nach. Er appellierte an die Zahnärzte, sich bei der PAR-Behandlung exakt an den Vorgaben der Richtlinie zu orientieren. Dadurch sei die vollumfängliche Honorierung der erbrachten Leistungen garantiert. Auch zu den Dokumentationspflichten des Zahnarztes bietet die KZVB ein Virtinar an (21. September, 19 Uhr, Anmeldung auf kzvb.de).

Einig war sich die Vertreterversammlung in zentralen politischen Forderungen auch und gerade im Vorfeld der Bundestagswahl. Die Delegierten sprachen sich gegen die Bürgerversicherung und für den Erhalt des dualen Systems von GKV und PKV aus und erteilten sowohl der zentralen Speicherung von Gesundheitsdaten als auch der Zwangsanbindung an die Telematik-Infrastruktur eine Absage.

Leo Hofmeier

Bewegender Abschied

Dr. Reiner Zajitschek wurde in Schwarzenbach beigesetzt

Mit erst 57 Jahren ist Dr. Reiner Zajitschek am 28. Juni plötzlich und unerwartet verstorben. Er erlitt bei einer Radtour einen Kreislaufzusammenbruch. Die Wiederbelebungsmaßnahmen waren erfolglos.

An der Trauerfeier in Schwarzenbach an der Saale nahmen neben Angehörigen, Freunden und Praxismitarbeitern auch Vertreter fast aller zahnärztlichen Körperschaften in Bayern teil. Im Namen von BLZK, KZVB, ZBV und FVDZ Bayern würdigte Christian Berger in der

St.-Gumbertus-Kirche die Verdienste des Verstorbenen. Zajitschek sei ein Mann der klaren Sprache mit einem ausgeprägten Bewusstsein für Verantwortung gewesen. In drei Jahrzehnten habe er in verschiedensten Bereichen Enormes für den Berufsstand geleistet – als Delegierter in der Bundeszahnärztekammer und der BLZK, als stellvertretender Vorsitzender des ZBV Oberfranken, als Vorsitzender des ZÄF Hochfranken, als Vorsitzender der Vertreterversammlung der KZVB, als stellvertretender Bundesvorsitzender und Landesvorsitzender des FVDZ.

„Der zahnärztliche Berufsstand verliert mit Dr. Zajitschek einen vorbildlichen Zahnarzt, der für unseren Berufsstand Ehre einlegte, egal wo er stand und wohin man ihn stellte. Gemeinsam mit seiner Ehefrau und seiner Schwester hat er die Versorgung der Patienten im ländlichen Raum gesichert. Für seine Mitarbeiterinnen und Freunde hatte er stets ein offenes Ohr. Wir alle sind aufgefordert, in seinem Sinne weiterzuarbeiten und werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren“, so Berger.

Know-how für ein Engagement in der Selbstverwaltung

Jetzt anmelden zum 12. Fortbildungsgang der AS-Akademie

Im März 2022 startet der 12. Fortbildungsgang der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement. Dieses berufsbegleitende Fortbildungsangebot richtet sich an Zahnärztinnen und Zahnärzte, die Interesse an der Übernahme von Verantwortung in Gremien der zahnärztlichen Berufspolitik und Selbstverwaltung haben. Die AS-Akademie liefert dafür das notwendige Know-how. Die Bewerbung für den Studiengang sollte spätestens bis zum 31. Oktober 2021 erfolgen.

Gut in den Berufsalltag zu integrieren

Am 10. März 2022 beginnt der neue Studiengang der AS Akademie. Er erstreckt sich über zwei Jahre und endet im Dezember 2023. Die Veranstaltungen finden an zwölf Wochenenden (jeweils von Donnerstagnachmittag bis Samstagmittag) in Form von Seminarblöcken statt. Es gibt fünf Termine in Berlin und vor Ort bei den Landes Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen der Trägerkörperschaften sowie zwei Online-Seminarblöcke. Die Lehrveranstaltungen werden als Vorlesungen, Workshops und Seminare abgehalten. Diskussionsforen zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen mit Entscheidungsträgern und Besuche bei politischen Institutionen in Berlin und Brüssel runden das interdisziplinäre Studienprogramm ab. Unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. Christoph Benz vermitteln hochkarätige Dozenten aus Politik, Wissenschaft und Praxis das Know-how für professionelles berufspolitisches Engagement. An den Kursen können sich rund 25 Teilnehmer beteiligen.

ERSTER EINSTIEG: BERUFSPOLITISCHE BILDUNG

Wer Interesse an der Berufspolitik hat, aber nicht gleich ein Studium bei der AS-Akademie aufnehmen möchte, kann mit der Kursreihe „Berufspolitische Bildung“ der Bayerischen Landes Zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns wertvolles Grundwissen erwerben. Für bereits berufspolitisch Engagierte bietet der Kurs auch schon konkretes Rüstzeug. Die neue Kursreihe startet im Jahr 2022.

Weiteres dazu in den nächsten Ausgaben von BZB und BZBplus sowie Vorinformationen im Internet: https://www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa_berufspolitische_bildung.html



Lehrinhalte der vier Semester

In den ersten beiden Semestern (Grundkurs) geht es um folgende Inhalte: Recht der Heilberufe, Grundlagen der Freiberuflichkeit, politische Entscheidungsverfahren sowie Grundzüge der Volkswirtschaftslehre. Des Weiteren stehen das Recht der GKV, Grundzüge der Gesundheits- und Sozialpolitik, zahnärztliche Selbstverwaltung, Meinungsbildung und Entscheidungsverfahren in der Berufspolitik sowie Grundzüge der Betriebswirtschaft auf dem Lehrplan. Den Aufbaukurs bilden anschließend das dritte und vierte Semester. Hier geht es um Praxis- und Qualitätsmanagement, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemforschung, Sozialmedizin, Epidemiologie, europäische Entwicklungen, Verbandsstrategien, Kommunikation sowie Öffentlichkeits- und Pressearbeit. Die Softskills und die Persönlichkeitsentwicklung werden ebenfalls fokussiert. Die Teilnehmer erhalten darüber hinaus auch das erforderliche Rüstzeug für das betriebswirtschaftliche Management in der eigenen Praxis. Das zweijährige Curriculum kostet 3.900 Euro

und wird gemäß den Leitsätzen von BZÄK/DGZMK/KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung mit Punkten bewertet.

Den Studiengang der Akademie gibt es seit über 20 Jahren. Ende dieses Jahres werden 28 zahnärztliche Kolleginnen und Kollegen mit dem Zertifikat „Manager in Health Care Systems“ abschließen. Die BLZK ist einer der Träger der Akademie. Deshalb findet auch ein Veranstaltungsblock in München statt.

Redaktion

INFOS UND ANMELDUNG

Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement
Chausseestraße 13, 10115 Berlin
Ansprechpartnerin: Birgit Seitz
Telefon: 030 40005-101
Fax: 030 40005-169
E-Mail: b.seitz@bzaek.de
www.zahnaerzte-akademie-as.de



Weltweit
erstes Composite
mit **Thermo-
Viscous-
Technology**
(TVT)

NEU



... erwärmen



... fließen



... modellieren

VEREINT FLIESSFÄHIGKEIT UND MODELLIERBARKEIT

- **Einzigartig und innovativ**
Durch Erwärmung ist das Material bei der Applikation fließfähig und wird anschließend sofort modellierbar (Thermo-Viscous-Technology)
- **Qualitativ hochwertige Verarbeitung**
Optimales Anfließen an Ränder und untersichgehende Bereiche
- **Zeitersparnis**
Effiziente Füllungen mit nur einem Material
- **Exzellentes Handling**
Luftblasenfreie Applikation mit einer schlanken Kanüle



Besuchen Sie uns in Köln!
22.-25.09.2021
Stand N10/O19 + N20/O21
Halle 10.2



VOCO

DIE DENTALISTEN



Foto: Андрей Яланский/stock.adobe.com

Gutachter „light“?

Dr. Manfred Albrecht über die Vorteile einer gemeinsamen Gutachtertagung

Eigentlich hätte am 17. April die gemeinsame Gutachtertagung der BLZK- und KZVB-Gutachter wie gewohnt als Ganztagesveranstaltung stattfinden sollen. Corona machte, wie bei so vielem, auch hier einen Strich durch die Rechnung. Erstmals wurde diese Jahrestagung nun online durchgeführt. Mit einem erstaunlich positiven Feedback!

Weshalb diese provokante Überschrift, wird im Laufe der Ausführungen noch deutlich werden. Die Rückmeldung der Teilnehmer auf die Online-Tagung war durchaus positiv. Lediglich von einigen wenigen wurde bemängelt, dass für die Kassen-Gutachter zu wenig spezifische Themen dabei waren und sie sich Vorträge anhören mussten, die für ihre Tätigkeit nicht relevant sind. Besonders wurde dies in der Vollversammlung der BLZK am 23. April von zwei Delegierten in einem Redebeitrag als ungünstig dargestellt und gefordert, künftig keine gemeinsame Tagung mehr durchzuführen. Wie früher sollte man wieder getrennte Veranstaltungen durchführen, damit man besser auf die Tätigkeiten der KZVB-Gutachter eingehen könne.



Foto: KZVB

Dr. Manfred Albrecht: „Die Premiere unserer Online-Tagung war sofort ein Erfolg.“

Doch warum diese Forderung? Eine gemeinsame Tagung war seitens der BLZK- und der KZVB-Führung ja gewünscht worden.

Die Neuorganisation gemeinsamer Tagungen hat neben einem hohen Informationswert für die Gutachter den bayerischen Zahnärzten seit Beginn der Legislaturpe-

riode enorme Kosten im höheren sechsstelligen Bereich gespart. Die Gutachtertagnungen sind Pflichtveranstaltungen und finden mittlerweile an Samstagen entweder als Präsenz- oder Onlineveranstaltung statt. Hierfür werden auch keine Tagungspauschalen oder Sitzungsgelder erstattet.

Da die Gutachter-Referate der BLZK und KZVB in Personalunion von Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel geführt werden, ist dies auch organisatorisch möglich. Die Planung und Durchführung ist und war dennoch keine leichte Aufgabe. Durch die guten, teils persönlichen, teils universitären Beziehungen von Prof. Dr. Dr. Schlegel gelang es ihm, hochkarätige Referenten zu gewinnen. Von Außenseitermethoden über Kieferorthopädie, KONS, Prothetik, Mundschleimhauterkrankungen und Implantologie spannte sich die Thematik. Zum Schluss referierten noch zwei Richter eines Landgerichtes über Gutachtenaufträge vor Gericht.

Ursprünglich waren noch zwei Vorträge aus dem vertragszahnärztlichen Bereich von Dr. Rottner und mir selbst geplant. Aufgrund der zeitlichen Begrenzung und weil die wissenschaftliche Fort- und Weiterbildung Priorität hat und auch

haben soll, werden diese an anderer Stelle abgehalten, beispielsweise im Rahmen von Workshops. Für manchen Teilnehmer der Online-Tagung war das eine oder andere Thema unter Umständen nicht so interessant. Da aber ein Gutachter, gleich ob Kammer oder KZVB, gleich für welches spezielle Fachgebiet er gutachterlich tätig ist, die gesamte Zahnheilkunde aktuell überblicken sollte, ist ein solch weitgespanntes Themenspektrum angebracht. Wenn man dies jedoch zugrunde legt und die wissenschaftliche Fort- und Weiterbildung der Gutachter fördern will, ist eine breitgefächerte gemeinsame Gutachter-Tagung durchaus sinnvoll und für beide Gutachter-Bereiche förderlich.

Doch blicken wir kurz zurück, wie war es in früheren Jahren?

Betrachten wir nur die Gutachter-Tagungen von ZE- und PAR-Gutachtern der KZVB, so standen etwa in 2007 allgemeine Themen auf der Agenda wie „Komplikation oder Regelverstoß? – das Problem der gutachterlichen Bewertung“, „Die Bedeutung des Gutachtens für die sozialgerichtliche Entscheidung“, „Das Problem: die verkürzte Zahnreihe“, „Das Schicksal endodontisch behandelter Zähne in der täglichen Praxis“. In 2014 gab es Vorträge zu „Double Blind in Dentistry – der Weg ins Zahnmedizinische Mängel- und Gerichtsgutachten“ sowie zur „Ausagefähigkeit von Röntgenbildern“. Dem allgemeinen Teil schloss sich dann meist ein spezieller rund zweistündiger Part mit „Komplexen Gutachterthemen“, „Stellungnahme zu einzelnen Gutachterthemen“ oder einer „Fragestunde der Gutachter“ an.

Da ich bereits die Tätigkeit von mittlerweile drei Gutachter-Referenten miterlebt habe, kann ich feststellen, das was der Einzelne als gut und für die tägliche Gutachtertätigkeit als brauchbar angesehen hat, häufig übernommen und sogar weiterentwickelt wurde. Dies geht von der Gestaltung von Formblättern bis hin zur Planung der Fortbildung. Ich finde, es ist kein Rückschritt, sondern ein Aufbauen auf das Vorgefundene zu erkennen. Natürlich setzt jeder Referent seine ihm wichtig erscheinenden Prioritäten. Alle

Themen der Gutachtertagung am 17. April 2021

Prof. Dr. Dr. Peter Proff Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie Universitätsklinikum Regensburg	„Festsitzende KFO-Apparaturen, Risikofaktor White-spot-Läsion und Wurzelresorption“ mit Diskussion im Livestream
Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde, Universitätsklinikum Heidelberg	„Außenseitermethoden und deren gutachterliche Beurteilung“ mit Diskussion im Livestream
Prof. Dr. Michael Behr, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Universitätsklinikum Regensburg	„Zirkoniumdioxid ist nicht gleich Zirkoniumdioxid“ mit Diskussion im Livestream
Prof. Dr. Wolfgang Buchalla Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Universitätsklinikum Regensburg	„Die selektive Kariesexkavation – der neue Standard oder Pfusch?“ mit Diskussion im Livestream
Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert Direktor der Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Regensburg	„Mundschleimhauterkrankungen und Implantologie – Indikationen und Kontraindikationen“ mit Diskussion im Livestream
Richter Dr. Rainer Fries und Richter Steffen Kaiser Vorsitzende Richter am Landgericht Saarbrücken	„Verfahrensweisen und Fallstricke im Rahmen eines gerichtlichen Gutachtensauftrages“ mit Diskussion im Livestream

Gutachter von KZVB und Kammer haben jetzt Zugang zu den deutschsprachigen Online-Journalen eines anerkannten zahnmedizinischen Verlages. Die fachlichen KZVB-Gutachterthemen werden, wie unter den ehemaligen Referenten schon etabliert und mit hochpreisigen Moderatorenschulungen begleitet, jetzt über die Moderatoren bei den regionalen Qualitätszirkeln weitergegeben. Dies ist zeitsparender, als es einmal im Jahr bei der Gutachtertagung zu präsentieren.

Da mit den Mitteln, die für Fort- und Weiterbildung der Gutachter im Rahmen der jährlichen Tagung bereitgestellt werden können, effektiv und wirtschaftlich umzugehen ist, wird es sicher wieder gemeinsame Tagungen geben. Ich bin überzeugt, dass sich der Gutachter-Referent, unterstützt vom gesamten Referat, darum bemüht, wichtige aktuelle Themen zu finden und die entsprechenden Referenten hierfür zu gewinnen.

Zusammenfassend würde ich sagen, dass wie bei allen bisherigen Gutachtertägungen die hohe wissenschaftliche Kompetenz der Vorträge und Referenten auch bei der Tagung im April im Vordergrund stand und die jetzt bemängelte fehlende spezielle Information der Kassen-Gutachter verschmerzt werden kann. Diese lässt

sich sicher auch anderweitig vermitteln. Aktuelles Beispiel hierzu ist die Einführung der KZVB-Gutachter in die neuen PAR-Richtlinien, unterstützt durch den Vorstand im Rahmen eines Online-Seminars. Da ich seit über 35 Jahren als Land-Zahnarzt niedergelassen bin, bin ich der Meinung, dass jeder Behandler über die aktuellen Möglichkeiten der Zahnmedizin informiert zu sein hat, um die Patienten beraten zu können. Auch wenn ein Kollege nicht selbst kieferorthopädisch oder implantologisch tätig ist, so muss er doch darüber gut informiert sein und dies weitergeben können. So halte ich es auch bei der von mir seit über 20 Jahren organisierten Fortbildung im Ansbacher Raum.

Was für die allgemeine Behandler-tätigkeit gilt, ist umso mehr für uns Gutachter zu fordern. Um auf die provokante Überschrift dieses Textes also zurückzukommen, so bin ich daher bei der Planung einer Gutachtertagung eher für mehr Wissenschaftlichkeit. Nur so lässt sich die hohe fachliche Kompetenz unserer Gutachter erhalten und stärken. Berufspolitische Querelen und Querschüsse sind hier fehl am Platz und sollten unterbleiben.

Dr. Manfred Albrecht
Referent für die Qualitätssicherung
der Prothetik- und PAR-Gutachten

Nein zur Bürgerversicherung

Landesversammlung des FVDZ Bayern richtet Forderungen an die Politik

Mit Blick auf die Bundestagswahl 2021 hat sich der FVDZ Bayern auf seiner Landesversammlung in Bayreuth-Bindlach klar gegen eine Bürgerversicherung ausgesprochen. Die Delegierten votierten einstimmig für die Weiterentwicklung des dualen Gesundheitssystems.



Die FVDZ Landesversammlung fand unter Einhaltung der Hygieneanforderungen und mit „Abstand“ in Bayreuth-Bindlach statt.

Die Landesversammlung fordert in ihrem Leitantrag die künftige Bundesregierung auf, die Förderung der freiberuflichen Berufsausübung zu priorisieren. Nur auf diese Weise sei die hochwertige flächen-deckende Versorgung aufrechtzuerhalten. Die konkreten Forderungen in der Resolution: mehr Zeit für Patienten und damit weniger Bürokratie in den Praxen, Freiwilligkeit bei der Digitalisierung, kontinuierliche Anpassung und Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie freie (Zahn-)Arztwahl für alle Versicherten.

33 Jahre Stillstand in der GOZ

Auch die weiteren Beschlüsse der Landesversammlung erfolgten einstimmig. Von großer Bedeutung für den FVDZ Bayern ist die klassische Forderung nach der Punktwert-Anhebung und einem Inflationsausgleich bei der GOZ mit der Begründung, dass sie ihrer Funktion, einen akzeptablen Gebührenrahmen vorzugeben, nach 33 Jahren des Stillstands nicht mehr gerecht wird. Einen Weg aus dem

Dilemma zeigt der FVDZ Bayern mit dem Beschluss zur Nutzung der GOZ auf: Die Zahnärztinnen und Zahnärzte in Bayern werden aufgerufen, die Möglichkeiten zu nutzen, die sich aus § 2 (abweichende Vereinbarung, Verlangensleistung), § 5 (Steigerungsfaktor) und § 6 (Analogie, Zugriff auf die GOÄ) der GOZ ergeben. In der Begründung heißt es: „Aufgrund der offensichtlichen, fortgesetzten Missachtung des Verordnungsgebers, seiner Verpflichtung zum Interessenausgleich zwischen Zahnarzt und den zur Zahlung verpflichteten Kostenträgern nachzukommen, die aus dem Zahnheilkundengesetz vorgegeben sind, ist der Berufsstand darauf angewiesen, sich selbst zu helfen.“

FVDZ BAYERN IST UMGEZOGEN

Die Landesgeschäftsstelle befindet sich seit Anfang August in neuen Räumen in München-Pasing und damit in unmittelbarer Nähe zur ABZ eG. Hintergrund des Umzugs sind die kürzeren Wege für Zahnärztinnen und Zahnärzte und die zentrale Lage am Pasinger Marienplatz mit S-Bahn-Anbindung. Außerdem spielte bei der Wahl der neuen Räume auch die Nähe zur Abrechnungs- und Beratungsgesellschaft für Zahnärzte ABZ eG eine Rolle. Der stellvertretende Landesvorsitzende Dr. Jens Kober arbeitet seit vielen Jahren ehrenamtlich im Aufsichtsrat der ABZ eG mit. Die neue Adresse:

FVDZ Bayern
Landesgeschäftsstelle
Kaflerstraße 4, 81241 München
Telefon: 089 7234290, Fax 089 7231907
E-Mail: info@fvdz-bayern.de

Nach dem plötzlichen und tragischen Tod des Landesvorsitzenden Dr. Reiner Zajitschek werden die beiden Stellvertreter, Dr. Thomas Sommerer aus Marktredwitz und Dr. Jens Kober aus München, den Landesverband kommissarisch führen.

PAR-Richtlinie diskutiert

Aus aktuellem Anlass – am 1. Juli trat die neue PAR-Richtlinie in Kraft – stellte die



Dr. Romana Krapf aus Weißenhorn stellte die Aktivitäten für Berufseinsteiger des FVDZ auf Bundesebene vor.

Fotos: Wurtke

Landesversammlung klar, dass der derzeit praktizierte Delegationsrahmen (§1 Abs.5 und 6 im Zahnheilkundengesetz) unverändert fortbesteht. Die neuen Bema-Leistungen würden den Delegationsrahmen nicht berühren.

Klassiker sind auch die Ablehnung der Zwangsanbindung an die Telematikinfrastruktur (TI), damit verbunden die Ablehnung von Sanktionsmaßnahmen sowie die Ablehnung der zentralen Speicherung von Patientendaten. Die Begründung: Jeder zentrale Server mit sensiblen Gesundheitsdaten kann, unabhängig von den ergriffenen Sicherheitsvorkehrungen, gehackt werden.

Schließlich beschäftigten sich die Delegierten mit der Diskussion um Amalgam und kamen einstimmig überein, dass sich Amalgam als langlebiger, sicherer und kostengünstiger Werkstoff in der Zahn-

heilkunde bewährt hat. Die Forderung an EU-Institutionen und Bundesregierung lautet entsprechend, Dentalamalgam als Werkstoff zu erhalten.

Abrechnungsbarometer von FVDZ und ABZ ZR

Der inzwischen verstorbene Landesvorsitzende Dr.Reiner Zajitschek hatte sich sehr zufrieden mit dem harmonischen und konstruktiven Verlauf der Landes-

versammlung gezeigt. In seinem Rechenschaftsbericht hatte er auf die Aktion „Abrechnungsbarometer“ des FVDZ Bayern hingewiesen. Gemeinsam mit der ABZ ZR wird das Abrechnungsverhalten der privaten Krankenversicherung und der Beihilfestellen in Bayern pro Quartal analysiert. Am Ende des Jahres wird der „goldene Kaktus“ an diejenige Versicherung verliehen, die die meisten Beanstandungen aufweist.

Anita Wuttke, München

DIE BESCHLÜSSE IM NETZ

Alle Beschlüsse der FVDZ-Landesversammlung sind online einsehbar: www.fvdz-bayern.de/politik/beschluesse-der-landesversammlung-liste/id-2021.html



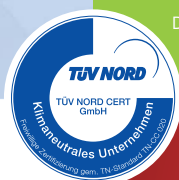
Anzeige



FÜR UNSERE UMWELT KLIMANEUTRALER ZAHNERSATZ

Wir übernehmen Verantwortung als klimaneutrales Unternehmen.

Durch den Erwerb von Zertifikaten gleicht InteraDent die unvermeidlichen CO2-Emissionen vollständig aus – dies wird vom TÜV Nord überwacht.



■ 5 Jahre Garantie auf unseren Zahnersatz

■ über 35 Jahre Erfahrung im Dentalbereich

■ flexible Zeit- und Preisgestaltung mit InteraDent WiFlexX

■ Labore deutscher Zahnersatz und philippinischer Zahnersatz

■ günstige Preise bei bester Qualität

■ neueste Technologien wie z.B. Lasermeltingverfahren/ eigenes Fräszentrum

■ Support in Ihrer Praxis durch unsere Zahntechniker/ Zahntechnikerinnen

■ Zertifiziert nach ISO 9001

Ihr klimaneutrales Dentallabor für
Zahnersatz & Zahnästhetik

InteraDent



Wir sind für Sie
in Bayern da!

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

Niedergelassene bilden das Rückgrat der Versorgung

Digitaler Sommerempfang von KVB und KZVB

Die Corona-Pandemie macht es erforderlich, bei Veranstaltungen neue Wege zu beschreiten. Nachdem der gesundheitspolitische Sommerempfang von Kassenärztlicher und Kassenzahnärztlicher Vereinigung Bayerns 2020 komplett ausfallen musste, fand er dieses Jahr in digitaler Form statt.

Dennoch oder gerade deshalb brachte die Veranstaltung interessante Erkennt-

nisse. Die gesundheitspolitischen Sprecher der Landtagsfraktionen von CSU, Bündnis 90/Die Grünen, SPD, Freie Wähler und FDP skizzierten in einer 90-minütigen Diskussionsrunde ihre Vorstellungen von der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Der KZVB-Vorsitzende Christian Berger und der KVB-Vorsitzende Dr. Wolfgang Krombholz stellten klare Forderungen an die Politik. Kaum ein heißes Eisen wurde ausgespart – von der Digitalisierung bis zum Vormarsch

investorenfinanzierter MVZ in der Versorgungslandschaft. Alle Interessierten konnten die Veranstaltung als Livestream verfolgen und per Chat Fragen stellen. Mit dem neuen Format wurden sogar mehr Teilnehmer erreicht als mit der Präsenzveranstaltung vor der Pandemie. Für alle, die nicht beim Livestream dabei sein konnten, haben wir die besten Zitate und die wichtigsten Aussagen beim Gesundheitspolitischen Sommerempfang zusammengefasst.

CHRISTIAN BERGER, VORSITZENDER DES VORSTANDS DER KZVB

Wir sind dieses Jahr getreu unserem Berufsethos beim Team Vorsicht.

Die Zusammenarbeit der ärztlichen und zahnärztlichen Selbstverwaltung hat uns und unseren Patienten sehr gut durch die Krise geholfen.

Wir konnten die zahnmedizinische Versorgung auch während der Pandemie jederzeit voll aufrechterhalten.

Wir konnten erreichen, dass die Zahnärzte bei der Versorgung mit Schutzausrüstung in gleicher Weise wie die Ärzte und Krankenhäuser ausgestattet worden sind.

Anders als die Ärzte und Krankenhäuser haben die Zahnärzte keine Liquiditätshilfe erhalten, aber Kurzarbeitergeld.

Die Anzahl der Behandlungen in 2020 war ähnlich hoch wie in 2019.

Zahnärzte und ihre Mitarbeiter haben bereits im Januar 2021 die höchste Priorität bekommen, was die Impftermine anging.

Die Infektionen in der Zahnmedizin bezieht die Berufsgenossenschaft Gesundheit und Wohlfahrtspflege als verschwindend gering.

Zahnärzte und ihr Personal sind seit vielen Jahren gewöhnt, mit Masken und Handschuhen zu arbeiten.

Deutschland ist insgesamt bislang besser durch die Pandemie gekommen, als viele unserer Nachbarländer. Und dies liegt meiner Meinung nach auch an unserem dualen Gesundheitssystem. Das Nebeneinander von ambulantem und stationärem Sektor, die Ergänzung von gesetzlicher Krankenkasse und privater Krankenversicherung, vor allem aber die Freiberuflichkeit der Ärzte und Zahnärzte hat sich als effektiv und überlegen erwiesen.

Nicht ohne Grund betonen wir seit vielen Jahren, wie wichtig das meist langjährige Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und dem Behandler für den effizienten Behandlungserfolg ist.

Investorenfinanzierte medizinische Versorgungszentren verändern die Versorgungslandschaft auch in Bayern. Und ich sage sehr deutlich: nicht zum Besseren. Wir wissen heute, dass sich fast alle MVZ in städtischen Ballungszentren ansiedeln. Sie tragen damit nicht zur Versorgung auf dem Land bei, sie verschärfen vielmehr das Problem. Denn jeder Arzt, jeder Zahnarzt, der dort angestellt ist, fehlt in der flächendeckenden Versorgung im ländlichen Raum.



Fotos: KZVB

DR. WOLFGANG KROMBHOLZ, VORSTANDSVORSITZENDER DER KVB

Im letzten Jahr ist durch die Pandemie der Zustand unserer Gesellschaft aufgezeigt worden, die guten Aspekte genauso wie die nicht so guten.

iMVZs nehmen auf eine Art und Weise Einfluss in der Medizin, dass alle Erfahrungen und Leitlinien, dass alles, was wir bisher umsetzen konnten, in Frage stellt. Das Geschäftsmodell heißt Private Equity, das nicht deshalb Kritik verdient, weil es das gibt, sondern weil es am Entscheidenden, nämlich am Patienten, vorbeigeht.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist die Basis unseres Tuns und deshalb ist es ausgesprochen schwierig, wenn es Fremde sind, die in unserem System nicht das vertreten müssen, was sie tun.

Wenn das Gesundheitssystem von Investoren als Markt gesehen wird, in dem lediglich die Möglichkeit der Abschöp-

fung maximierter Gewinnmargen, nicht aber die Versorgung der Patienten im Mittelpunkt steht, werden nicht nur die Praxen, sondern das gesamte Gesundheitssystem zum Spekulationsobjekt. Das betrifft auch die Nachwuchsforderung.

Wir sind der Meinung, dass profitorientierte Unternehmen in der ambulanten Versorgung nichts zu suchen haben.

Die niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen aus allen medizinischen Bereichen haben sich für einen Beruf entschieden, der durchaus mit dem Begriff der Berufung gleichzusetzen ist.

Ein Mensch, der zu einem von uns in die Praxis geht, kann darauf vertrauen, dass er sich heute und auch in Zukunft mit seinen medizinischen Problemen an uns wenden kann.

KLAUS HOLETSCHEK, BAYERISCHER STAATSMINISTER FÜR GESUNDHEIT UND PFLEGE

Die duale Versicherung ist aus meiner Sicht ein System, dass sich sehr bewährt hat und eine Vereinheitlichung ist nicht immer der richtige Weg.

Wir müssen uns gut aufstellen gegen eine Kapitalisierung der Versorgung – ein ganz wichtiges und zentrales Thema.

Mit Gesundheit und Versorgung sollte man nicht spekulieren.

Die Digitalisierung ist ein riesiger und wichtiger Bereich. Wir brauchen Entbürokratisierung, aber auch neue gemeinsame Wege in der Digitalisierung.

DR. DOMINIK SPITZER (FDP), MDL, GESUNDHEITSPOLITISCHER SPRECHER

Was hat uns Corona gezeigt?

Zu Beginn der Pandemie wussten wir alle nicht, was uns erwarten würde. Wir waren überrascht und unvorbereitet. Doch wir haben sehr viel gelernt und sind jetzt mittlerweile auf einem guten Stand.

Duales System oder Bürgerversicherung?

Ein Wechsel muss ja nicht immer ein Wechsel zum Guten sein. Wenn wir jetzt eine Bürgerversicherung auf den Weg bringen würden, hätte dies erhebliche Einschnitte. Mit den privaten Versicherungsgebern haben wir Riesenvorteile in unserem System, und dieses System funktioniert!

Niederlassung oder angestellt?

Eine Niederlassung ist kein Grund, sich sorgen zu müssen. Die Rahmenbedingungen hierfür sind gut, jeder kann aus-

kömmlich verdienen und eine Jobsicherheit gibt es ebenfalls. Doch man braucht auch Planungssicherheit. Zu den Rahmenbedingungen gehört jedoch auch eine attraktive Infrastruktur. Eine schöne Gegend alleine reicht eben nicht.

Wie steht's mit der Digitalisierung?

Die Digitalisierung bietet ungeheure Chancen um Prozesse zu reduzieren. Wir bürokratisieren und verwalten uns selbst, und dies wird immer mehr.

Auf der einen Seite werden immer wieder über die Köpfe der Ärzte hinweg Entscheidungen getroffen. Sie werden viel zu wenig eingebunden. Bei denjenigen, die am Ende ihrer beruflichen Laufbahn stehen, herrscht wiederum sehr häufig Unverständnis, wenn es um Digitalisierung

geht. Wir müssen jedoch alle Beteiligten bei diesem System mitnehmen.

Oberstes Ziel ist die Datensicherheit, meines Erachtens ist dies ein sehr kritischer Punkt. Bei den Zahnärzten liegt es etwas anders. Hier müsste man die Digitalisierung gar nicht

so forcieren, jedem sollte dies selbst überlassen bleiben. Der Mehrwert ist nicht unbedingt erkennbar. Die Patienten einer Zahnarztpraxis haben sehr überschaubare Probleme. Ein forschendes Vorgehen der Digitalisierung ist hier nicht angebracht.

BERNHARD SEIDENATH (CSU), MDL, VORSITZENDER DES GESUNDHEITSAUSSCHUSSES

Was hat uns Corona gezeigt?

Die niedergelassenen Hausärzte, Fachärzte, auch die Zahnärzte bilden das Rückgrat in der Versorgung. Meine große Sorge ist, dass das ambulante System die Versorgung langfristig nicht mehr schafft und kollabiert.

Ärzte können sich dem Thema Videosprechstunde nun besser und näher widmen. Sie haben den Weg dafür ja schon auf den Ärztetagen freigemacht.

Das Zusammenspiel von öffentlichem Gesundheitsdienst, den Gesundheitsämtern vor Ort und dem ärztlichen Bereitschaftsdienst war extrem wichtig. Es war auch die Grundlage und das Erfolgsrezept für das Nachverfolgen und Unterbrechen von Infektionsketten. Diese Erfahrungen werden eine Rolle spielen, wenn wir den öffentlichen Gesundheitsdienst weiterentwickeln.

Duales System oder Bürgerversicherung?

Die CSU hat ein klares Programm: Behalt der Dualität, keine Bürgerversicherung und keine Kopfpauschale. Das jetzige System aus GKV und PKV wird beibehalten – es hat sich ja auch gut bewährt.

Es bringt nichts, Rückstellungen, die die PKV als demografiefeste Institution angesammelt hat, kurzfristig in die GKV zu

transferieren. Nach einigen Jahren wären sie weg. Dies wäre hochgradig kurzsichtig. Wir haben hier ein demografiefestes System, was wir beibehalten wollen und werden.

Niederlassung oder angestellt?

Die Bürokratie ist nicht das Hauptthema bei der Frage Freiberuflichkeit oder Angestelltendasein. Es handelt sich vielmehr um die Sorge, Haftung zu übernehmen und Verantwortung zu tragen.

Der Freistaat Bayern setzt auf die Gesundheitsregionen Plus. Hier versuchen wir die Akteure vor Ort zusammenzubringen und dann zu sehen, wo es in der Versorgung gehapert hat uns wie wir Stabilität hineinbringen können. Das gilt auch für die zahnärztliche Versorgung.

Über die Gesundheitsregionen Plus, die vom Freistaat gefördert werden und die es in fast jedem Landkreis gibt, lässt sich hier viel tun (Public Medical Partnership).

Wir haben in Bayern im vergangenen Wintersemester erstmals 113 Studienplätze für Landärzte besetzt, die sich in unterversorgten Regionen ansiedeln wollen. Hierfür gab es 600 Bewerber, es war also fünffach überbucht und das zeigt doch, dass diese Strategie funktioniert.



SUSANNE ENDERS (FREIE WÄHLER), MDL, GESUNDHEITSPOLITISCHE SPRECHERIN

Was hat uns Corona gezeigt?

Für mich als über 30 Jahre im Gesundheitswesen tätig Gewesene hat die Inzidenz eine ganz andere Wertigkeit als für jemanden, der sich im Gesundheitswesen vielleicht nicht so gut auskennt.

Duales System oder Bürgerversicherung?

Für die Freien Wähler hat die private Krankenversicherung genauso ihre Berechtigung wie die gesetzliche Krankenversicherung. Das System funktioniert jetzt. Doch die Frage

ist, ob das System angesichts der finanziellen Last, die die Gesundheitsversorgung bei der ständig älter werdenden Gesellschaft fordert, auch in Zukunft funktioniert.

Für die Freien Wähler steht außer Frage, dass es weiterhin eine gesetzliche und private Krankenversicherung geben wird – aber eben gleichwertig. Jeder sollte die Möglichkeit haben, im Rahmen einer sozialen Gesundheitsversicherung selbst zu wählen, ob er in die PKV oder GKV geht.





Wie geht man mit MVZs und iMVZs um?

Kommunenbetriebe MVZ gibt es leider viel zu selten in Bayern.

Die nächste Koalition im Bund sollte klar darauf achten, dass man deutschlandweit Regelungen für eine Begrenzung findet und in einem gewissen Bereich auch nur eine gewisse Anzahl investorbetriebener MVZ zulässt.

Den Kommunen sollte die Möglichkeit gegeben werden, die MVZ auch in kommunaler Hand zu behalten. Dadurch könnte man dem meines Erachtens negativen Trend zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens wirklich Einhalt gebieten.

Niederlassung oder angestellt?

Viele junge Menschen gehen uns verloren, weil sie überhaupt keine Lust auf eine Niederlassung haben. Die Hausarztquote ist ein Schritt in die richtige Richtung. Man muss genau solche pragmatischen Lösungen finden! Wenn es weitergeht wie bisher, sehe ich die Freiberuflichkeit des Ärztestandes an sich in Gefahr.

Die etablierten Ärzte sollten aktiv auf den Nachwuchs zugehen und ihnen die Vorteile der Niederlassung darlegen. Man muss den jungen Leuten auch Mut machen, etwas zu wagen.

Die Zusammenarbeit mit den Kommunen ist an dieser Stelle sehr wichtig.

Wie steht's mit der Digitalisierung?

Es gibt keine digitalen Informationen, die man nicht auch knacken oder hacken könnte.

Es ist wichtig, dass Patienten über ihre Daten und vor allem darüber, welche sie an wen weitergeben, selbst entscheiden können.

Wichtig ist, dass wir von staatlicher Seite aus die wissenschaftliche und finanzielle Unterstützung dafür geben, dass unsere Daten so sicher wie möglich verarbeitet und aufbewahrt werden können.

Die Digitalisierung ist sehr wichtig, ihr gehört die Zukunft. Doch wir müssen uns gewahr sein, dass es hier weiterhin auch Schwachstellen geben wird.

RUTH WALDMANN (SPD), MDL, GESUNDHEITSPOLITISCHE SPRECHERIN



Was hat uns Corona gezeigt?

Die Pandemie hat mir gezeigt, wie sehr wir alle aufeinander angewiesen sind. Und dass es nur miteinander geht.

Der Begriff Systemrelevanz ist nicht ganz unproblematisch. Doch was bei allen angekommen sein dürfte, ist, dass das Gesundheitssystem sehr systemrelevant ist.

Was das Gesundheitswesen angeht, hat die Pandemie ein Brennglas auf die Probleme und Zukunftsherausforderungen gerichtet. Wie wollen wir unsere Gesundheitsversorgung hinkriegen, wie ist es mit der Verteilung der Ärzte und Krankenhäuser im ganzen Land und auch in den Ballungszentren? Diese Themen gab es auch schon vorher, doch sie sind jetzt noch sichtbarer geworden.

Das Thema Gesundheitspolitik hat an Relevanz gewonnen.

Früher gab es 80 Millionen Bundestrainer, nun jedoch haben wir 80 Millionen Pandemieexperten in Deutschland, die uns alle auf die Finger schauen. Alle wollen etwas beitragen.

Es stimmt, dass wir anfangs nicht auf die Pandemie vorbereitet waren. Jetzt sind wir aber nicht mehr am Anfang und somit durch einige Erfahrungen reicher. Ich würde mir

wünschen, dass anstehende Themen etwas gründlicher vorbereitet werden.

Duales System oder Bürgerversicherung?

Wenn daran gelegen ist, das duale System aufrechtzuerhalten, dann braucht man natürlich auch Risiko- und Strukturausgleiche wie GKV und PKV, um dies etwas stabiler zu halten.

Ein Projekt wie die Bürgerversicherung ist sinnvoll, sie ist jedoch eine langfristige Angelegenheit. Wir reden hier von einem Zeitraum von 20 bis 30 Jahren.

Jetzt erst einmal geht es darum, die Situation für alle zu stabilisieren. Wir brauchen mehr Geld im System, weil wir auch mehr Anforderungen bei Themen wie dem demografischen Wandel oder der Pflege haben.

Wie geht man mit MVZs und iMVZs um?

Ich würde deutlich unterscheiden zwischen MVZ, die kommunal oder gemeinnützig betrieben werden und solchen, bei



denen Investoren dahinterstehen. Das ist ein ganz entscheidender Unterschied, vor allem in den Versorgungsfragen.

Wir sollten uns nicht an den Marktanteilen, sondern am Patienten orientieren. Im Mittelpunkt muss stehen, welche Versorgung brauchen wir an welcher Stelle.

Wir müssen noch stärker auf Bedürfnisse und Bedarfe eingehen, die bisher vielleicht nicht so abgebildet sind. So weitermachen wie im bisherigen System, wird schwierig.

Niederlassung oder angestellt?

Beim Medizinstudium kommt es ganz besonders auf das praktische Jahr an. Hier werden sehr häufig die Weichen gestellt, wie es beruflich weitergeht. Die Ärzte werden hier allerdings viel zu sehr alleine gelassen und überfrachtet. Man muss sorgfältiger vorgehen, um junge Ärzte und Ärztinnen für bestimmte Versorgungsformen gewinnen zu können.

Die allgemeinen Lebensbedingungen spielen bei der Frage, wo man sich niederlässt, eine große Rolle. Das betrifft nicht nur die Region, sondern auch die Ballungsräume, in denen oftmals auch eine etwas unglückliche Verteilungssituation herrscht.

Wir müssen uns an dieser Stelle etwas mehr bewegen, um der Flucht in Systeme, die wir vielleicht gar nicht so haben möchten, nicht Vorschub zu leisten.

Die Landarztquote ist nicht alleine die Lösung des Problems. Wir müssen uns klarmachen, dass es 19-Jährige sind, die eine Entscheidung für einen Lebensweg treffen sollen.

Wie steht's mit der Digitalisierung?

Wir brauchen bei der Digitalisierung praktikable und aufeinander abgestimmte Systeme, damit sie tatsächlich eine Erleichterung darstellen. Im Moment sind diese eher eine Last, als eine echte Unterstützung werden sie nicht unbedingt empfunden.

Entscheidend ist, dass der Patient selbst mitbestimmen kann, welche Daten wer zu sehen bekommt. Es muss gewährleistet sein, dass relevante Informationen fließen können und kein Unbefugter Zugriff auf die Daten erhält.

Das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient ist und bleibt der zentrale Punkt. Die Digitalisierung ist zwar unsere Zukunft, doch sie dient letztlich nur der Unterstützung. Unsere Hausaufgabe muss es sein, auch an diejenigen Patienten zu denken, die ein geringeres digitales Verständnis haben oder technisch weniger gut ausgestattet sind. Ich denke hier vor allem an die Älteren.

CHRISTINA HAUBRICH (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN), MDL, GESUNDHEITSPOLITISCHE SPRECHERIN



Was hat uns Corona gezeigt?

Als ich damals frisch in den Landtag kam, war eines der ersten Dinge für mich, nach dem Pandemieplan zu fragen. Ich habe festgestellt, dass dieser damals nicht fertig war und ich hätte nicht gedacht, welche Relevanz dieses Thema einmal bekommen würde.

Viele Dinge sind nicht erst durch die Pandemie entstanden, die Probleme waren schon vorher da. Allerdings wurden sie nun wie durch ein Brennglas aufgezeigt.

Positiv ist, dass die Digitalisierung nun mehr in Schwung kam. Ich hoffe, dass sich dadurch einiges an Vorhaben beschleunigen wird.

Duales System oder Bürgerversicherung?

Vor allem sollte der Patient immer im Mittelpunkt stehen. Das System muss so gestaltet sein, dass es für den Bürger als Patient und Versicherungsnehmer am besten ist.

Niederlassung oder angestellt?

Bürokratie muss abgebaut werden. Wer sich für einen medizinischen Beruf entscheidet, möchte mit den Menschen, aber

auch am Menschen tätig sein und nicht nur noch Formulare ausfüllen.

Ein Großteil der (Zahn-) Medizinstudierenden ist heute weiblich. Hier geht es dann eher um die Familiengründung und nicht mehr darum, in Vollzeit zu arbeiten. Das Berufsbild muss so attraktiv gestaltet werden, dass es nicht mehr in Konkurrenz zu einer Anstellung steht. Die jeweiligen Anforderungen muss man auch stemmen können.

Die Gesundheitsregionen Plus sind ideal, um seitens der Kommunen die jungen Medizinstudenten einzubinden.

Die Kommunen sollten entsprechende Pläne entwickeln, wie man junge Menschen vor Ort halten könnte.

Wie steht's mit der Digitalisierung?

Die Pandemie hat die Digitalisierung noch einmal sehr angeschoben.

Datenschutz ist sehr wichtig, darf aber auch nicht als eine Bremse verwendet werden.

Wichtig ist auch, dass wir das Vertrauen in die digitalen Neuerungen steigern müssen. Wenn es uns nicht gelingt die Beteiligten mitzunehmen, wird es sehr schwierig.

Schwarz bleibt Präsident

Delegiertenversammlung wählt zwei Frauen ins Präsidium des VFB

Der Bernauer Zahnarzt Michael Schwarz geht in seine zweite Amtszeit als Präsident des Verbandes Freier Berufe in Bayern (VFB). Bei der Delegiertenversammlung am 14. Juli wurde er mit überwältigender Mehrheit im Amt bestätigt.

Damit führt der ehemalige Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer den Verband mit seinen insgesamt 34 Mitgliedsorganisationen für weitere vier Jahre. Der VFB vertritt die Interessen von fast einer Million selbstständigen und angestellten Freiberuflern im Freistaat Bayern. Wegen der Corona-Pandemie fand die Delegiertenversammlung mit Wahl des Präsidiums in diesem Jahr online statt.

Freie Berufe im Wandel

Als alter und neuer Präsident des VFB sieht Michael Schwarz den Wandel der Berufsstände nach wie vor als größte Herausforderung für den Verband – besonders in Zeiten, die vielen freiberuflich tätigen Berufsgruppen durch die Corona-Pandemie stark zugesetzt haben. Den 2016 angekündigten und eingeschlagenen Kurs, Frauen und die junge Generation für die Arbeit der Freien Berufe zu begeistern und einzubinden, setzte der Verband erfolgreich um. Gleich zwei Frauen wurden nun in das Präsidium gewählt: Eva Maria Reichart aus Schwabmünchen, die die Physiotherapeuten Bayerns vertritt und den langjährigen Landesvorsitzenden der Physiotherapeuten im VFB-Präsidium, Rüdiger von Eisebeck, ablöst, sowie die Pharmazeutin Franziska Scharpf aus Sonthofen, Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesapothekerkammer, die unter anderem als Referentin diverser



Michael Schwarz wurde bei der Delegiertenversammlung des VFB mit überwältigender Mehrheit in seinem Amt als Präsident bestätigt.

Formate und Expertin für den Seniorenratgeber im Wort & Bild Verlag aktiv ist.

Aus dem Präsidium ausgeschieden sind der Physiotherapeut Rüdiger von

Eisebeck und Josef Kammermeier vom Bayerischen Apothekerverband. Die beiden langjährigen Präsidiumsmitglieder hatten sich bei der diesjährigen Delegiertenversammlung nicht mehr zur Wahl gestellt.

Forderungen an die Politik

Mit Michael Schwarz hat der VFB seit Jahren einen ausgewiesenen Europa-Kenner an seiner Spitze, der seit 2004 Mitglied im EU-Arbeitskreis der Bundeszahnärztekammer ist und seit 2010 das Referat Freie Berufe, Mittelstand/Europa der BLZK leitet. Auch auf Bundesebene hat der VFB-Präsident klare Vorstellungen für die Politik der nächsten Jahre. Im Vorfeld der Bundestagswahl äußert er folgenden Wunsch: „Die Freien Berufe sind in der Mitte der Gesellschaft verankert, Politik sollte deshalb künftig die Expertise und Fachkompetenz der Freien Berufe noch stärker als bisher in Entscheidungsprozesse einbeziehen.“

Redaktion

DAS PRÄSIDIUM DES VFB

Das zehnköpfige Präsidium des Verbandes Freier Berufe in Bayern setzt sich nach den Neuwahlen bei der Delegiertenversammlung wie folgt zusammen:

Präsident

Michael Schwarz, Zahnarzt

1. Vizepräsident

Dr. Thomas Kuhn, Rechtsanwalt

2. Vizepräsident

Dr. Markus Beck, Arzt

Schatzmeister

Prof. Dr. Hartmut Schwab, Steuerberater

Schriftführer

Karlheinz Beer, Architekt

Präsidiumsmitglieder

Christian Schnurer, Künstler

Dr. Bruno Waldvogel, Psychotherapeut

Alexander Lyssoudis, Ingenieur

Franziska Scharpf, Pharmazeutin

Eva Maria Reichart, Physiotherapeutin

Mehr Liquidität für die Praxen

KZVB erhöht Sonderzahlungen

Ab 1. Oktober leistet die KZVB deutlich höhere Sonderzahlungen an ihre Mitglieder und verschafft den Praxen damit mehr Liquidität. Wir sprachen mit dem Vorstand über die Hintergründe.

BZB: Was ändert sich ab 1. Oktober?

Berger: Durch die Pandemie wurden wir alle auch finanziell belastet. Die KZVB hat noch einmal mit spitzem Bleistift gerechnet. Wir haben festgestellt, dass wir die 2019 eingeführte Sonderzahlung erhöhen können. Sie wird nun zwei Mal pro Quartal ausgeschüttet. Im ersten und im zweiten Monat erhalten die Zahnärzte zusätzlich zur Teilzahlung eine Sonderzahlung in Höhe von jeweils 35 Prozent der bisherigen Teilzahlung. Das sind 20 Prozent mehr als bisher. Trotzdem darf die KZVB kein Liquiditätsproblem bekommen und es soll auch nicht zu Überzahlungen an einzelne Zahnärzte führen.

BZB: Können Sie kurz erklären, wie die Honorierung der von den bayerischen Vertragszahnärzten erbrachten Leistungen abläuft?

Kinner: Nehmen wir als Beispiel die KCH-Abrechnung des Quartals 1.2021. Die Vertragszahnärzte übermitteln die erbrachten Leistungen elektronisch an unser Dateneingangscenter nach Abschluss des Quartals zu Beginn des darauffolgenden Monats, also im April 2021. Nach Eingang der Abrechnung beginnen unsere Bearbeitungsgruppen sofort mit der sachlichen und rechnerischen Überprüfung. Bei durchschnittlich rund vier Millionen Fällen mit rund 22 Millionen Einzelleistungen geschieht diese Überprüfung natürlich zum Großteil automatisiert mit einem bundeseinheitlichen Prüfmodul. Dennoch müssen pro Quartal rund 100.000 Einzelleistungen, bei denen unser Prüfmodul angeschlagen hat, manuell – oftmals in Rücksprache mit den Zahnarztpraxen – bearbeitet werden. Dafür benötigen wir circa acht Wochen, also bis Anfang Juni 2021. Im Anschluss an die Bearbeitung stellen wir den Krankenkassen dann die ent-

sprechenden Fälle in Rechnung. Mitte Juni versenden wir die Abrechnungsunterlagen an die Praxen und rund eine Woche später, am 25. Juni, verbuchen wir das Honorar auf die entsprechenden Konten und versenden den entsprechenden Kontoauszug und Honorarbescheid.

BZB: Ein Zahnarzt muss also schlimmstenfalls fast ein halbes Jahr auf das Geld für eine Leistung warten, die er im Januar erbracht hat?

Schott: Damit das nicht passiert, haben wir die Teilzahlungen. Die bayerischen Vertragszahnärzte erhalten bereits vor der finalen Abrechnung jeweils monatliche Teilzahlungen in Höhe von fünf Prozent der im Vorjahr ausbezahlten Vergütung für KCH und KFO. Da durch diese zwölf monatlichen Teilzahlungen jedoch nur 60 Prozent der zu erwartenden Honorierung abgegolten werden, haben wir als Vorstand der KZVB ja bereits 2019 beschlossen, zusätzliche Sonderzahlungen zu leisten. Seitdem erhalten unsere Mitglieder jeweils im zweiten Monat eines Quartals 50 Prozent der Teilzahlung als Sonderzahlung. Die Liquidität der Praxen hat sich dadurch erhöht, was gerade in der Corona-Pandemie ein Vorteil war. Bekanntlich sind im Frühjahr 2020 die Umsätze stark eingebrochen, die Zahlungen der KZVB flossen aber weiter.

BZB: Welche Gründe waren dafür ausschlaggebend?

Kinner: Kollege Schott hat bereits auf die Corona-Pandemie hingewiesen. Die Praxen konnten die Umsatzeinbußen zwar mittlerweile wieder ausgleichen, dennoch



Foto: KZVB

Bereits zum zweiten Mal verschafft der Vorstand der KZVB den Praxen mehr Liquidität.

RECHTSGRUNDLAGEN

Nach § 85 Abs. 4 SGB V verteilen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Gesamtvergütungen an die Vertragszahnärzte. Dabei sieht § 106d SGB V vor, dass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Abrechnung auch deren sachliche und rechnerische Richtigkeit überprüfen müssen. Diese Regelungen werden in den §§ 22 bis 24 sowie 26 des Bundesmantelvertrags Zahnärzte (BMV-Z), im Honorarverteilungsmaßstab der KZVB sowie der Beitrags- und Teilzahlungsordnung der KZVB weiter konkretisiert.

waren das im Frühjahr 2020 schwierige Monate. Die laufenden Kosten einer Praxis sind enorm. Staatliche Liquiditätshilfen wie andere Freiberufler und Selbstständige bekamen wir nicht. Viele Kollegen versuchten gegenzusteuern, indem sie von der Kurzarbeitsregelung Gebrauch machten. Umso wichtiger war es, dass die KZVB die monatlichen Zahlungen auch unter Pandemiebedingungen weiter leistete.

Schott: Natürlich spielt auch die Geldpolitik der Europäischen Zentralbank eine Rolle bei dieser Entscheidung. Die anhaltenden Null- und Negativzinsen führen dazu, dass die Krankenkassen ihre Zahlungen an die KZVB früher leisten, als das in der Vergangenheit der Fall war. Es macht keinen Sinn, dass wir dieses

Geld bunkern, während unsere Mitglieder die Mieten und Gehälter zahlen sowie Steuervorauszahlungen leisten müssen. Deshalb nutzen wir jeden Spielraum, den Praxen ihre Honorare so schnell wie möglich auszuzahlen.

BZB: Welche Rolle spielt derzeit der Honorarverteilungsmaßstab (HVM)?

Berger: Erfreulicherweise gar keine! Der HVM kam seit seiner Einführung nicht zur Anwendung und dabei wird es bis zum Ende der Amtszeit dieses Vorstandes bleiben. Das liegt zum einen daran, dass wir erfolgreich mit den Krankenkassen verhandelt haben und angemessene Punktwert- und Budgeterhöhungen erzielen konnten. Zum anderen hat der Gesetzgeber

bei der Budgetierung wegen der Corona-Pandemie bis 2022 ausgesetzt. Ich bin stolz darauf, dass wir seit unserem Amtsantritt bei keiner Kasse eine Budgetüberschreitung hatten und wirklich alle Leistungen vollumfänglich vergüten konnten. Der HVM bleibt ein Bremsfallschirm, den wir hoffentlich nicht auslösen müssen.

Kinner: Ich darf ergänzen, dass sich der neue HVM gerade im Krisenjahr 2020 bewährt hat, weil die Budgetbeträge quartalsübergreifend ausgleichsfähig sind. Nicht ausgeschöpfte Beträge im ersten und zweiten Quartal 2020 wurden automatisch mit den umsatzstärkeren Folgequartalen verrechnet.

BZB: Kann man den höheren Sonderzahlungen widersprechen?

Berger: Rein rechtlich ja! Wenn ein Zahnarzt kein Geld braucht, kann er eine Verzichtserklärung unterschreiben. Das haben aber bereits 2019 nur sehr wenige Kollegen getan. Ich gehe davon aus, dass auch diese Anpassung auf große Zustimmung stoßen wird.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.

Anzeige

Die neue Behandlungseinheit F1 Arcus.

Nutzen Sie unsere besonderen & einmaligen Einführungsbedingungen.

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

- 6-Wege-Funktionsspritze
- Lichtturbineneinrichtung
- NSK LED/KaVo Mikromotor
- NSK LED-ZEG
- OP-Lampe
- Hygienemodul
- Absaugelement
- hängende Schläuche optional

22.900,00 €*

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



F1
DENTALSISTEME

F1 ARCUS
ERSTKLASSIG - DIGITAL

www.f1-dentalsysteme.de

Tel.: (07231) 28018-0 | E-Mail: deutschland@f1-dentalsysteme.de

Wieder mit dabei sein

Wissenswertes zum 62. Bayerischen Zahnärztetag



„Parodontologie 2021“ – unter diesem Titel steht der 62. Bayerische Zahnärztetag vom 21. bis 23. Oktober in München. Letztes Jahr war er trotz Corona-bedingter Einschränkungen rundum gelungen. Warum es sich lohnt, heuer (wieder) mit dabei zu sein, beantwortet der folgende Beitrag. Ein Hinweis für Schnellentschlossene: Der Frühbucherrabatt gilt nur noch bis zum 20. September.

Was steht im Mittelpunkt des Programms?

Der Kongress für Zahnärzte bietet ein umfassendes Update zu vielen interessanten Facetten der modernen Parodontologie. Schwerpunkte sind Prävention, Therapie und Nachsorge der Parodontitis. Die neue PAR-Richtlinie wird unter verschiedenen Aspekten thematisiert. Es geht aber zum Beispiel auch um die Prävention und Therapie der Wurzelkaries, mukogingivale Chirurgie oder um Implantate bei Paropatienten. Informationen über Vorträge und Referenten sowie einen Anmeldecoupon finden Sie in dieser BZB-Ausgabe auf Seite 70.

Welche Fachgesellschaften sind 2021 Kooperationspartner?

Zwei Fachgesellschaften sind diesmal Kooperationspartner für das wissenschaftliche Programm: die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) und die Österreichische Gesellschaft für Parodontologie (ÖGP).

Gibt es auch wieder vertragszahnärztliche Themen?

Im vertragszahnärztlichen Teil geht es neben der Umsetzung der neuen PAR-Richt-

linie um Qualitätssicherung und Dokumentation. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß § 135b Abs. 2 SGB V die Qualität der in der vertragszahnärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen durch Stichproben. Gegenstand ist die indikationsgerechte Erbringung von Überkappungsmaßnahmen zur Vitalerhaltung der Pulpa zur Förderung einer langfristigen Erhaltung eines therapiebedürftigen Zahnes. Dieses Qualitätssicherungsverfahren ist eine reine Dokumentationsprüfung. Die Referenten der KZVB erklären den Ablauf und verdeutlichen, worauf es bei der Überprüfung und vor allem in der Dokumentation ankommt, um sämtliche Qualitätsanforderungen zu erfüllen.

Wie lange gilt der Frühbucherrabatt für Zahnärzte?

Der Frühbucherrabatt für den Kongress Zahnärzte gilt bis zum 20. September. Wer diesen Vorteil noch nutzen möchte, sollte sich schnell unter www.bayerischer-zahnaerztetag.de anmelden.

Wie viele Fortbildungspunkte gibt es für die Teilnahme?

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

Kann die Röntgenfachkunde für Zahnärzte aktualisiert werden?

Die Aktualisierung der Röntgenfachkunde für Zahnärzte ist möglich. Voraussetzungen sind die Teilnahme am Kongress Zahnärzte an beiden Tagen sowie der Besuch des Vortrags von Dr. Michael Rottner, Referent Praxisführung und Medizinproduk-

te der BLZK, am ersten Kongresstag. Die Anmeldung ist bis spätestens 5. Oktober 2021 notwendig. Die fällige Gebühr von 50 Euro ist nicht in der Kongressgebühr enthalten.

Gibt es auch eine Fortbildung für das Praxispersonal?

Das Programm für das Zahnärztliche Personal wird von der eazf, der Fortbildungsakademie der BLZK, gestaltet. Es findet im Haus der Bayerischen Zahnärzte in München statt. Nähere Informationen finden sie in dieser Ausgabe auf Seite 71 und im Internet: www.eazf.de/kongresse

Wo kann ich mich über Programmänderungen informieren?

Auch dieser Bayerische Zahnärztetag findet noch unter Corona-Vorzeichen statt. In diesem Jahr flossen die wertvollen Erfahrungen aus dem Vorjahr in die Planungen von Anfang an mit ein. Dennoch können sich infolge der Covid-19-Pandemie Programminhalte verändern. Den aktuellen Stand erfahren Sie unter www.bayerischer-zahnaerztetag.de und www.blzk.de

Isolde M. Th. Kohl

INFOS UND ANMELDUNG

Veranstalter ist die BLZK, unterstützt von der KZVB. Interessenten können sich im Internet informieren und anmelden: www.bayerischer-zahnaerztetag.de



Nachrichten aus Brüssel

Einigung über HTA-Verordnung

Nach einem mehr als dreieinhalb Jahre andauernden Gesetzgebungsprozess haben sich die Unterhändler des Europäischen Parlaments und der im Rat versammelten EU-Mitgliedsstaaten über den Verordnungsentwurf zur Schaffung eines europaweiten einheitlichen Systems der Nutzenbewertung neuer Medikamente und Medizinprodukte (englisch: Health Technology Assessment – HTA) geeinigt. Den entsprechenden Entwurf hatte die EU-Kommission bereits im Januar 2018 vorgelegt.

Die HTA-Verordnung sieht vor, dass die bislang auf freiwilliger Basis erfolgte lockere Zusammenarbeit der EU-Mitgliedsstaaten im Bereich der Nutzenbewertung verbessert und künftig institutionalisiert werden soll. Der neue Rahmen umfasst neben klinischen Bewertungen auch gemeinsame wissenschaftliche Konsultationen, das Aufspüren neuer Gesundheitstechnologien und Möglichkeiten für eine weitergehende Zusammenarbeit auf freiwilliger Ebene. Ausdrücklich nicht erfasst sind Entscheidungen zur Preisgestaltung sowie Kostenerstattung von Medikamenten und Medizinprodukten, da diese Punkte alleine in die Kompetenz der EU-Mitglieder fallen.

Studie zur zahnmedizinischen Ausbildung

Bei einem Online-Workshop wurden die ersten Ergebnisse einer Studie zum Stand der zahnmedizinischen Ausbildung in der EU vorgestellt, die die Generaldirektion Binnenmarkt der EU-Kommission im Sommer 2019 ausgeschrieben hatte. Mit der Studie soll untersucht werden, inwieweit die in der Berufsanererkennungsrichtlinie festgelegten Mindestvorgaben für die Ausbildung von Zahnärztinnen und Zahnärzten, die im Kern aus den 1970er-Jahren stammen und die Grundlage für eine automatische Anerkennung bilden, modernisierungsbedürftig sind.

Für die Studie wurden Befragungen an Universitäten und bei zahnärztlichen Verbänden in allen 27 EU-Mitgliedsstaaten durchgeführt. Die Autoren empfehlen, Implantologie, Alterszahnheilkunde, interprofessionelle kollaborative Versorgung, regenerative Medizin, öffentliche Zahngesundheit, Praxismanagement, Genetik und Immunologie, regenerative

Zahnmedizin sowie die bislang völlig in der Ausbildung vernachlässigte Digitalisierung der Zahnmedizin in die zahnmedizinische Fächerliste der Berufsanererkennungsrichtlinie neu aufzunehmen. Diese Fächer sind in der Mehrzahl der EU-Staaten bereits anerkannter Teil der Ausbildung. Welche Empfehlungen die EU-Kommission aufgreifen wird, ist noch offen.

Gesundheitsminister stärken EMA

Die EU-Gesundheitsminister haben den Vorschlag der EU-Kommission vom November 2020 im Grundsatz gebilligt, der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) bei der Bekämpfung von Gesundheitskrisen mehr Befugnisse einzuräumen. Der Verordnungsvorschlag über eine verstärkte Rolle der EMA bei Krisenvorsorge und Krisenmanagement ist Teil des umfassenden Pakets zur Schaffung einer Europäischen Gesundheitsunion.

Im Kern sehen die EMA-Vorschläge vor, dass ein harmonisiertes System zur Überwachung eines Mangels an Arzneimitteln und Medizinprodukten geschaffen wird. Um die Überwachung und Berichterstattung über potenzielle oder tatsächliche Engpässe bei Arzneimitteln und Medizinprodukten zu erleichtern, soll die EMA in die Lage versetzt werden, Informationen und Daten von den relevanten Akteuren einzuholen. Korrekturen nahmen die EU-Gesundheitsminister im Vergleich zum ursprünglichen Kommissionsvorschlag bei den Finanz- und Datenschutzbestimmungen vor. Weitere Änderungen betreffen die Zusammensetzung und die Arbeitsweise einer sogenannten Notfall-Taskforce, insbesondere ihre beratende Funktion bei der Entwicklung klinischer Studien für Arzneimittel, die zur Bewältigung einer Gesundheitskrise bestimmt sind. Die Taskforce soll auch global aktiv sein und sich aus Vertretern aller Nationalstaaten zusammensetzen. Die Verhandlungen mit dem EU-Parlament sollen in Kürze beginnen.

Dr. Alfred Büttner
Leiter des Brüsseler Büros der BZÄK

Spendenaktion erfolgreich angelaufen

Auch wenn der Spendenaufruf für die Flutopfer in Deutschland bislang alle Erwartungen übertroffen hat, bitten Bundeszahnärztekammer, Landes Zahnärztekammern, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepa- und Notgebiete (HDZ) die Bevölkerung weiterhin um Unterstützung.

Beim HDZ sind mittlerweile hunderte von Spenden für betroffene Zahnärzte in den Hochwasserregionen eingegangen. Doch der Bedarf sei größer als zunächst angenommen, berichtet der Stiftungsvorsteher Dr. Klaus-Achim Sürmann. Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bundeszahnärztekammer, zeigte sich erfreut über die kollegiale Solidarität: „Die schrecklichen Bilder aus den Flutgebieten haben uns schockiert und zutiefst betroffen gemacht. Auch Zahnärztinnen und Zahnärzte sind mit ihren Praxen von der Naturkatastrophe betroffen.“

Das Spendenkonto lautet wie folgt:

Hilfswerk Deutscher Zahnärzte
Deutsche Apotheker- und Ärztekbank
IBAN: DE28 300 60601 000 4444 000
BIC: DAAEDED3
Stichwort: Flutkatastrophe

Daneben vermittelt das HDZ auch Sachspenden. Nähere Informationen gibt es auf der Website der Organisation: www.stiftung-hdz.de

tas/Quelle: BZÄK und zm online

Dr. Marion Teichmann führt BDK Bayern

Dr. Marion Teichmann aus Markt Indersdorf ist die neue bayerische Landesvorsitzende des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden (BDK). Sie wurde bei der Landesversammlung einstimmig zur Nachfolgerin von Dr. Jochen Waurig aus Traunstein gewählt. Waurig stand seit 2015 an der Spitze des Landesverbandes und unterstützt auch weiterhin dessen Vorstand.

Teichmann war bereits in der letzten Amtsperiode aktives Vorstandsmitglied. Nach dem Studium in München absolvierte sie ihre Weiterbildung zur Fachzahnärztin für Kieferortho-

pädie im Rahmen des bayerischen Curriculums. 2013 legte sie die Fachzahnarztprüfung ab. Im Anschluss arbeitete sie von 2013 bis 2016 in der Praxis von Dr. Gerhard Kluge in München, ehe sie 2021 eine eigene Praxis gründete.

Die neu gewählte Landesvorsitzende will den Kurs ihres Vorgängers fortsetzen und sich für eine starke Vertretung der beruflichen Interessen von rund 400 bayerischen Kieferorthopäden einsetzen. Die enge Zusammenarbeit des BDK mit BLZK und KZVB sowie die Kooperationen mit den Universitätszahnkliniken und den qualifizierten Weiterbildungspraxen sollen dabei weiter ausgebaut werden. Außerdem setzt sich Teichmann für eine unvermindert hohe Qualität der Weiterbildung in der Kieferorthopädie ein. Das Drängen kommerzieller Anbieter auf den Gesundheitsmarkt mit vermeintlich günstigen Angeboten sieht die neue Landesvorsitzende als besorgniserregend an. Der Unterschreitung von medizinischen Standards müsse vehement begegnet werden, so Teichmann.

Dem neu gewählten BDK-Landesvorstand gehören ferner an: Dr. Jochen Waurig, Dr. Michael Tewes, Dr. Jean-Oliver Westphal, Dr. Christian Dumsky, Dr. Sandra Böttcher, Dr. Berthold Fourné, Dr. Gregor Stephan, Kassenvart Dr. Michael Dillig und Kassensprüfer Dr. Wolfgang Kaudewitz.

tas/Quelle: BDK Bayern

Plädoyer für Zuckersteuer

Verbraucherschützer haben sich für eine Extrasteuer auf Süßgetränke ausgesprochen. Die Herstellerabgabe müsse „proportional zum Zuckergehalt“ steigen und einen Anreiz zur „zügigen Zuckerreduktion“ setzen, erklärte der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) und verwies auf ein Positionspapier. Darin heißt es unter anderem, der Ersatz von Zucker durch Süßstoffe dürfe mit der Abgabe nicht befördert werden. Deshalb müssten Süßstoffe in die Abgabe einbezogen werden. Das Positionspapier gibt es zum Download im Internet:

[www.vzbv.de/sites/default/files/2021-08/August 2021-vzbv_ Süßgetränkeabgabe.pdf](http://www.vzbv.de/sites/default/files/2021-08/August%202021-vzbv_Su%C3%9Fgetr%C3%A4nkeabgabe.pdf)

tas/Quelle: vzbv

Bema versus GOZ

Parodontale Therapie

Ein Vergleich der Honorierung durch die BLZK

Parodontale Erkrankungen sind nach Karies die zweithäufigste Mund-erkrankung. In der Bundesrepublik Deutschland leiden etwa 11,5 Millionen Erwachsene an Parodontitis. Angesichts des demografischen Wandels wird der Behandlungsbedarf in diesem zahnärztlichen Bereich in den nächsten Jahren stetig steigen.

Die neue PAR-Richtlinie, die am 1. Juli 2021 in Kraft getreten ist, ist für die Umsetzung von parodontalen Behandlungen bei gesetzlich versicherten Patienten ein Meilenstein. Obgleich die Neuerungen noch für Umstellungen und damit verbundene Unsicherheiten in den Praxen sorgen können, ist der positive Effekt für Zahnärzte und Patienten gleichermaßen offensichtlich. Die

Umsetzung wissenschaftlicher Kenntnisse und ein individuell auf den Patienten angepasstes Behandlungsprogramm waren für die GKV längst überfällig und heben dort die PAR-Behandlung auf ein neues Niveau. Die Reform bedeutet auch eine Fortentwicklung der Honorierung im Bema, weil neue Leistungen aufgenommen und bestehende Positionen aufgewertet wurden.

Bestehende und neue Leistungen der parodontalen Behandlung				
Leistung	Bema (seit 1. Juli 2021)	Punktwert 1.1670	GOZ	Faktor 2,3
Erhebung Parodontaler Screening-Index	04	14,00 €	4005	10,35 €
Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus	4	51,35 €	4000	20,70 €
Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiesgespräch	ATG	32,68 €	Ä1 Ä3	10,72 € 20,10 €
Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung	MHU	52,52 €	1000 1010	25,87 € 12,94 €
Antinfektiöse Therapie	AIT a) einwurzeliger Zahn b) mehrwurzeliger Zahn	16,34 € 30,34 €	4050/70 ¹ 4055/75 ¹	14,23 € 18,50 €
Befundevaluation	BEV a) nach AIT b) nach CPT	37,34 € 37,34 €	4000 ² 4000 ²	20,70 € 20,70 €
Chirurgische Therapie	CPT a) einwurzeliger Zahn b) mehrwurzeliger Zahn	25,67 € 39,68 €	4090 + 0500 ³ 4100 + 0500 ³	45,78 € 58,07 €
Unterstützende Parodontitistherapie	UPT a) Mundhygienekontrolle b) MH-Unterweisung c) (supra-)/gingivale Reinigung d) Messung – Sondierung subgingivale Instrumentierung e) einwurzeliger Zahn f) mehrwurzeliger Zahn g) Untersuchung PAR-Zustand	21,01 € 28,01 € 3,50 € 17,51 € 5,84 € 14,01 € 37,34 €	1000 ⁴ 1000 ⁴ 1040 ⁵ 4005 4050/4070 ⁵ 4055/4075 ⁵ 4000/4005	25,87 € 25,87 € 3,62 € 10,35 € 1,29/12,94 € 1,68/16,82 € 20,70/10,35 €

¹ Bei Notwendigkeit einer Gingivektomie/Gingivoplastik ist zusätzlich die Ziffer 4080 GOZ berechenbar (zuzüglich 5,82 €, je Parodontium).

² Bei einem erhöhten Aufwand kann der Gebührensatz gem. § 2 GOZ vor Beginn der Behandlung dem Aufwand angemessen vereinbart werden. Bei zusätzlicher Erfüllung des Leistungsinhaltes ist außerdem die Ziffer 4005 GOZ (10,35 €) berechenbar.

³ Der Zuschlag nach 0500 GOZ in Höhe von 22,50 € ist nur einmal je Behandlungstag berechnungsfähig.

⁴ Die Leistung nach der Nummer 1000 GOZ ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 1010 GOZ innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig.

⁵ Neben der Leistung 1040 GOZ sind die Ziffern 4050, 4055, 4070, 4075 GOZ am selben Zahn nicht nebeneinander berechenbar. In getrennten Sitzungen ist die Berechnung dieser Ziffern bei vorliegender medizinischer Notwendigkeit (z.B. neue Beläge) auch an den selben Zähnen möglich.

Vergleich 1

Bema: Honorar einer AIT, 10 Zähne (14,16,24,26,33–43), Punktwert 1.1670

Bema	Bezeichnung	Anzahl	Euro
4	Parodontalstatus	1	51,35
ATG	Aufklärungsgespräch	1	32,68
MHU	Mundhygieneunterweisung	1	52,52
AITa	Therapie einwurzeliger Zahn	6	98,04
AITb	Therapie mehrwurzeliger Zahn	4	121,36
BEVa	Befundevaluation nach AIT	1	37,34
			393,29

GOZ: Honorar einer geschlossenen PAR, 10 Zähne (14,16,24,26,33–43), Faktor 2,3

Gebühr	Bezeichnung	Anzahl	Euro
4000	Parodontalstatus	1	20,70
Ä3	Aufklärungsgespräch	1	20,10
1000	Mundhygieneunterweisung	1	25,87
4050/70/80 *	Therapie einwurzeliger Zahn	6	120,30
4055/75/80 *	Therapie mehrwurzeliger Zahn	4	97,28
4000 + 4005	Befundung		31,05
			315,30

* Ziffer 4080 GOZ bei Notwendigkeit einer Gingivektomie/Gingivoplastik

Vergleich 2

Bema: Honorar einer CPT, 6 Zähne (14,16,25,26,37,46), Punktwert 1.1670

Bema	Bezeichnung	Anzahl	Euro
CPTa	Chirurgische Therapie, einwurzeliger Zahn	1	25,67
CPTb	Chirurgische Therapie, mehrwurzeliger Zahn	5	198,40
BEVb	Befundevaluation nach CPT	1	37,34
			261,41

GOZ: Honorar einer offenen PAR, 6 Zähne (14,16,25,26,37,46), Faktor 2,3

Gebühr	Bezeichnung	Anzahl	Euro
4090	Lappenoperation/offene Kürettage an einem Frontzahn	1	23,28
4100	Lappenoperation/offene Kürettage an einem Seitenzahn	5	177,85
0500	Zuschlag	1	22,50
4000 + 4005	Befundung		31,05
			254,68

So erfreulich die Entwicklung in der GKV ist – die Gebührenordnung für Zahnärzte hinkt wegen der jahrzehntelang ausgebliebenen Punktwertanhebung einmal mehr dem Bema hinterher. Vergleicht man die neuen Bema-Positionen mit denen, die in der GOZ für die Behandlung von Erkrankungen des Zahnhalteapparats zur Verfügung stehen, wird klar, wie unterbewertet diese privat Zahnärztlichen Maßnahmen heute sind. Unabhängig davon sind nicht alle Leistungen, die im Zusammenhang mit einer PAR-Therapie erbracht werden können, in der GOZ 2012 beschrieben. Damit eine betriebswirtschaftlich erfolgreiche Praxisführung auch bei der PAR-Therapie von Privatpatienten möglich wird, müssen vorhandene Abrechnungsmöglichkeiten ausgeschöpft und alle Potenziale der Praxis genutzt werden.

Das neue Behandlungskonzept aus der GKV kann auch bei privat versicherten Patienten ggf. durch Faktoranhhebung, Analogberechnung oder Honorarvereinbarung umgesetzt werden. Gewiss benötigt nicht jede beginnende Parodontitis sofort eine systematische PAR-Therapie, aber die Zahl der PAR-Fälle und damit auch der parodontalen Erhaltungs- oder Unterstützungstherapien wird steigen.

Zudem wird es notwendig sein, bei höherem Behandlungsaufkommen parodontologischer Erkrankungen dabei anfallende (Teil-)Leistungen entsprechend dem bestehenden Delegationsrahmen an dafür qualifizierte Mitarbeiter zu übertragen. Fachkräfte beziehen aufgrund ihrer Aus- und Fortbildung höhere Gehälter und sind somit für die Praxis kostenintensiver. Eine effiziente Nutzung der vorhandenen Behandlungszimmer durch Zahnärzte und deren Personal ist somit wichtiger denn je.

Bei der Therapie von Parodontal-Erkrankungen gibt es viele sinnvolle zusätzliche Leistungen, die auch mit dem gesetzlich versicherten Patienten vor Beginn der Behandlung privat vereinbart werden können. Näheres zu diesen Leistungen finden Sie im Artikel „Parodontale Therapie bei Privatpatienten“, der im BZBplus 9/2021 erschienen ist:

- PZR (1040)
- Mikrobiologische Testverfahren (GOÄ 298)

- Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation (GOZ 4025)
- Auffüllen von parodontalen Knochendefekten (GOZ 4110)
- Verwendung einer Membran (GOZ 4138)
- Keimreduktion der Zahnfleischtasche mittels Laser bei geschlossener PAR (Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung schreibt in ihrem Schnittstellen-Kommentar zur Behandlung bei GKV-Patienten: „Im Rahmen der Parodontistherapie ist bei Versicherten der GKV der Lasereinsatz zur Deepithelisierung, Entkeimung etc. als selbstständige Zusatzleistung möglich, ohne dass der Versicherte seinen Anspruch auf die vertragszahnärztliche Leistung verliert. Die Berechnung erfolgt jeweils gem. § 6 Abs. 1 GOZ und nicht nach Nr. 0120 GOZ. Eine Parodontistherapie allein mittels Laser ist keine vertragszahnärztliche Leistung und muss privat vereinbart werden.“)

Die unterstützende Parodontistherapie (UPT)

Im Vergleich zur Professionellen Zahnreinigung ist die UPT keine prophylaktische, sondern eine therapeutische Maßnahme. Sie hat einen bedeutsamen Stellenwert in der Parodontistherapie, da sie dauerhaft das Parodontium (gesund) erhalten soll. Das sogenannte Grading gibt Auskunft über die Progressionsrate (Risiko für das Voranschreiten der Erkrankung) und wird in A, B oder C eingeteilt. Dieser festgestellte Grad gibt Auskunft, wann und wie oft die UPT stattfinden soll.

Die unterstützende Parodontistherapie (UPT) ist Bestandteil des Versorgungskonzeptes für gesetzlich Versicherte. Die Maßnahmen sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erbracht werden. Eine Verlängerung von nicht mehr als sechs Monaten ist möglich.

Christian Berger
Präsident und Referent Honorierungssysteme der BLZK

Manuela Kunze
Referat Honorierungssysteme der BLZK

Vergleich

Bema-Beispiel einer UPT Grad C, 24 Zähne (16–26, 36–46), Punktwert 1.1670			
	UPTa	21,01 €	
	UPTb	28,01 €	
	UPTc	3,50 € × 24 Zähne	= 84,00 €
	UPTe	5,84 € × 18 Zähne	= 105,12 €
	UPTf	14,00 € × 6 Zähne	= 84,00 €
			322,14 €
4 Monate später	UPT a,b,c,e,f +d	322,14 € 16,75 €	
			338,71 €
4 Monate später	UPT a,b,c,e,f +d	322,14 € 16,75 €	
			338,71 €
4 Monate später	UPT a,b,c,e,f +g	322,14 € 37,34 €	
			359,48 €
4 Monate später	UPT a,b,c,e,f +d	322,14 € 16,75 €	
			338,71 €
4 Monate später	UPT a,b,c,e,f +d	322,14 € 16,75 €	
			338,71 €
			= 2.036,46 €

GOZ-Beispiel UPT (vergleichbar Grad C), 24 Zähne (16–26, 36–46), Faktor 2,3			
	GOZ 1000	25,87 €	
	GOZ 1040* (Zähne 14-24,33-43,35,45)	57,92 €	
	GOZ 4050/4070* (Zähne 15,25,34,44)	56,92 €	
	GOZ 4055/4075* (Zähne 16,26,36,46)	74,00 €	= 214,71 €
4 Monate später	GOZ 1010	12,94 €	
	GOZ 1040* (Zähne 14-24,33-43,35,45)	57,92 €	
	GOZ 4050/4070* (Zähne 15,25,34,44)	56,92 €	
	GOZ 4055/4075* (Zähne 16,26,36,46)	74,00 €	
	GOZ 4000	20,70 €	= 222,48 €
4 Monate später	GOZ 1010	12,94 €	
	GOZ 1040* (Zähne 14-24,33-43,35,45)	57,92 €	
	GOZ 4050/4070* (Zähne 15,25,34,44)	56,92 €	
	GOZ 4055/4075* (Zähne 16,26,36,46)	74,00 €	
	GOZ 4005	10,35 €	= 212,13 €
4 Monate später	GOZ 1010	12,94 €	
	GOZ 1040* (Zähne 14-24,33-43,35,45)	57,92 €	
	GOZ 4050/4070* (Zähne 15,25,34,44)	56,92 €	
	GOZ 4055/4075* (Zähne 16,26,36,46)	74,00 €	
	GOZ 4000	20,70 €	= 222,48 €
4 Monate später	GOZ 1000	25,87 €	
	GOZ 1040* (Zähne 14-24,33-43,35,45)	57,92 €	
	GOZ 4050/4070* (Zähne 15,25,34,44)	56,92 €	
	GOZ 4055/4075* (Zähne 16,26,36,46)	74,00 €	
	GOZ 4005	10,35 €	= 225,06 €
4 Monate später	GOZ 1010	12,94 €	
	GOZ 1040* (Zähne 14-24,33-43,35,45)	57,92 €	
	GOZ 4050/4070* (Zähne 15,25,34,44)	56,92 €	
	GOZ 4055/4075* (Zähne 16,26,36,46)	74,00 €	
	GOZ 4000	20,70 €	= 222,48 €
			= 1.319,34 €

* Zur besseren Übersicht haben wir beispielhaft an einigen Zähnen an allen Terminen eine Professionelle Zahnreinigung angesetzt. An weiteren Zähnen haben wir die Entfernung harter und weicher Beläge im Zusammenhang mit einer erneuten Kurettage gewählt. Selbstverständlich muss der Zahnarzt genau abwägen, welche Form der Nachbehandlung an den jeweiligen Zähnen notwendig ist. Neben der Leistung 1040 GOZ sind die Ziffern 4050, 4055, 4070, 4075 GOZ an den selben Zähnen nicht zusätzlich berechenbar.

Alles zur PAR

Fachliche Hintergründe zu Behandlung,
Richtlinien, Delegation und Abrechnung



Online-Fortbildungsserie der eazf

für Zahnärztinnen, Zahnärzte, Praxismitarbeiter/-innen und Teams

- Hintergründe und Umsetzung der PAR-Richtlinien im Praxisalltag
- Vermittlung des aktuellen fachlichen Know-How
(was mache ich wie und womit bei wem, wie sag ich's meinen Patienten?)
- Notwendige Infrastruktur, effiziente Behandlungsabläufe
- Möglichkeiten und Grenzen der Delegation
- Abrechnung der entsprechenden Leistungen (BEMA, GOZ, BEMA plus GOZ).

Termine: jeweils mittwochs 16.30 bis 18.00 Uhr für Praxismitarbeiter/-innen und
18.00 bis 19.30 Uhr für Zahnärztinnen/Zahnärzte und Teams (**3 Serien, jeweils 8 Termine**)

Kosten: EUR 575,00 Zahnärztinnen und Zahnärzte (16 Fortbildungspunkte, jeweils 2 pro Abend)
EUR 375,00 Praxismitarbeiter/-innen



Programm und Anmeldung:
www.eazf.de/par-online

Programm PAR-Online – Kurse

Serie 1

Zahnärzte/Zahnärztinnen

Zeit: jeweils 18.00 – 19.30 Uhr

FBP: jeweils 2 Fortbildungspunkte
für Zahnärzte pro Abend

- 27.10.2021 Ätiologie und Risikofaktoren parodontaler Entzündungen
Prof. Dr. Christof Dörfer, Kiel
- 03.11.2021 Klassifikation von parodontalen und periimplantären Erkrankungen und Zuständen
Prof. Dr. Søren Jepsen, Bonn
- 10.11.2021 Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG – was erzähle ich wem, wie und wie oft?)
Prof. Dr. Bettina Dannewitz, Weilburg
- 24.11.2021 Therapie nichtchirurgisch I (AIT – vom Handinstrument bis zum Pulver-Wasserstrahl)
PD Dr. Gregor Petersilka, Würzburg
- 01.12.2021 Therapie nichtchirurgisch II („Extras“ – vom Laser bis zum Antibiotikum)
PD Dr. Philipp Sahrmann, Zürich
- 08.12.2021 Therapie chirurgisch
Prof. Dr. Stefan Fickl, Würzburg/Nürnberg
- 15.12.2021 Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)
Dr. Steffen Rieger, Reutlingen
- 22.12.2021 Peri-implantäre Entzündungen
Prof. Dr. Frank Schwarz, Frankfurt

Serie 2

Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen

Zeit: jeweils 16.30 – 18.00 Uhr

- 27.10.2021 Befunderhebungen, Indices
DH Sabine Deutsch, Nürnberg
- 03.11.2021 Prophylaxe parodontaler Entzündungen 1: mechanisch häuslich
PD Dr. Christian Graetz, Kiel
- 10.11.2021 Prophylaxe parodontaler Entzündungen 2: mechanisch professionell supragingival/gingival (PZR)
Dr. Klaus-Dieter Bastendorf, Eislingen

- 24.11.2021 Prophylaxe/Therapie parodontaler Entzündungen 3: mechanisch subgingival (UPT)
Prof. Dr. Johannes Einwig, Würzburg
- 01.12.2021 Prophylaxe/Therapie parodontaler Entzündungen durch Ernährungslenkung I
PD Dr. Johan Wölber, Freiburg
- 08.12.2021 Prophylaxe/Therapie parodontaler Entzündungen durch Ernährungslenkung II
PD Dr. Johan Wölber, Freiburg
- 15.12.2021 Prophylaxe/Therapie parodontaler Entzündungen durch „Chemoprävention“
DH Karolin Staudt, Stuttgart
- 22.12.2021 Hygiene: Aufbereitung des PAR-Instrumentariums (Vom Handinstrument bis zum Pulverstrahlgerät)
DH Kerstin Kaufmann, Nürnberg

Serie 3

Teamveranstaltungen

Zeit: jeweils 18.00 – 19.30 Uhr

FBP: jeweils 2 Fortbildungspunkte
für Zahnärzte pro Abend

- 12.01.2022 Kommunikation I (Allgemeines/Grundlagen der Motivation)
Dipl.-Wirtsch.-Ing. Sabine Nemec, Langenselbold
- 19.01.2022 Kommunikation II (spezifische PAR/Raucherentwöhnung)
Prof. Dr. Christoph Ramseier, Bern
- 26.01.2022 Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU)
Dr. Franka Baranovic-Huber, Lamone
- 02.02.2022 Abrechnung I (BEMA)
Dr. Manfred Kinner, München
- 09.02.2022 Abrechnung II (GOZ)
Dr. Christian Öttl, München
- 16.02.2022 Probiotika
Prof. Dr. Ulrich Schlagenhaut, Würzburg
- 23.02.2022 Parodontitis und Allgemeingesundheit
Prof. Dr. James Deschner, Mainz
- 02.03.2022 Wer darf wann, was und bei wem? (Zur Delegation in der Parodontologie)
Christian Berger, Präsident BLZK, München



Ausreichender Versicherungsschutz ist existenziell

Nachweis ist nun Voraussetzung für die Zulassung

Eine Berufshaftpflichtversicherung, die alle theoretisch vorstellbaren Behandlungsfehler abdeckt, sollte jeder Zahnarzt zu Beginn seiner Tätigkeit abgeschlossen haben. In Bayern wachte darüber bislang die Bayerische Landeszahnärztekammer. Doch seit dem 20. Juli 2021 hat sich die Rechtslage geändert. Nun müssen auch die Zulassungsausschüsse der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Nachweis prüfen. Nicht alle Versicherungsunternehmen waren offensichtlich auf diese recht plötzliche erfolgte gesetzliche Änderung vorbereitet.

Zahnärztliche Behandlungsfehler können kostenintensive Konsequenzen nach sich ziehen. Geschädigte Patienten sollen im Falle eines Schadensersatzanspruches einem solventen Schuldner gegenüberstehen. Das Vorliegen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung ist deshalb eine Selbstverständlichkeit und in Bayern in Art. 18 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, Abs. 2 i. V. m. Art. 46 Abs. 1 Heilberufe-Kammergesetz sowie § 4 der Berufsordnung für die Bayerischen Zahnärzte geregelt. Bislang ist in Bayern kein einziger Fall bekannt geworden, in dem die Versicherungssumme eines Zahnarztes für dessen Tätigkeit nicht ausreichend gewesen wäre. Aber wie so oft herrscht hier ein föderaler Flickenteppich. In jedem Bundesland gelten andere Regeln für die zahnärztliche Berufshaftpflichtversicherung. Auch bei der Überprüfung haben die zuständigen Stellen einen weitgehenden Ermessensspielraum. Da das Berufsrecht der Gesetzgebungskompetenz der Länder unterliegt, hat der Bundesgesetzgeber keine Möglichkeit, unmittelbar auf die Rechtslage einzuwirken.

Aus dieser Not heraus wählte er den – zwar unpassenden, aber seiner Regelungsmacht unterliegenden – Ort des SGB V, um sich seinen Wunsch nach mehr Durchsetzbarkeit der Versicherungspflicht zu erfüllen. Keine ganz neue Vorgehensweise! So wurde bekanntlich auch die Pflicht zur Fortbildung im SGB V verankert. Bei Nichterfüllung drohen Honorarkürzungen. Auf die Frage der Gesetzkompetenz für die konkret geregelte Materie soll an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Sie dürfte durchaus unterschiedliche Antworten hervorrufen. Patienten, die sich in die Hände eines Vertragszahnarztes begeben, können darauf vertrauen, dass ihr Behandler über einen ausreichenden Versicherungsschutz verfügt. Für Zahnärzte ohne Kassenzulassung (Privatzahnärzte, Zahnärzte an Universitätskliniken) bleibt dagegen alles beim Alten.

Versicherungsnachweis ab sofort bei Zulassung und Anstellung notwendig

Wer sich neu zulassen oder angestellte Zahnärzte beschäftigen will, muss seit dem 20. Juli 2021 nachweisen, dass er über einen ausreichenden Versicherungsschutz hinsichtlich seiner Berufshaftpflicht verfügt. Wird der Nachweis nicht erbracht, darf der Zulassungsausschuss über den Antrag nicht entscheiden. Die Zulassungsausschüsse können den Nachweis sogar unabhängig von einem konkreten Antrag jederzeit anfordern. Ausreichend in diesem Sinne ist ein Versicherungsschutz für einen Vertragszahnarzt in Einzelpraxis ohne Angestellte nur dann, wenn

1. die Mindestversicherungssumme von drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall erreicht ist,

2. die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden nicht weiter als auf den zweifachen Betrag dieser Mindestversicherungssumme begrenzt sind und
3. auch das individuelle Haftungsrisiko des Zahnarztes versichert ist.

Verschärfungen für MVZ

Für Vertragszahnärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Zahnärzten sowie für MVZ gilt dagegen ein Haftpflichtversicherungsschutz als ausreichend, wenn

1. die Mindestversicherungssumme von fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall erreicht ist,
2. die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden nicht weiter als auf den dreifachen Betrag dieser Mindestversicherungssumme begrenzt sind und
3. das gesamte von der jeweiligen Praxis ausgehende zahnärztliche Haftungsrisiko versichert ist.

Bescheinigung des Versicherungsunternehmens

Der Nachweis über das Bestehen eines ausreichenden Versicherungsschutzes kann nur auf eine Weise erbracht werden: Durch Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die Bescheinigung darf nicht älter als sechs Monate sein und ist im Original vorzulegen.

Diese ab sofort notwendige Antragsunterlage muss nicht nur die tatsächliche Versicherungssumme enthalten, sondern muss auch den frisch ins Gesetz aufge-

nommenen § 95e SGB V explizit benennen, nach dem sich das Ausreichen des Versicherungsschutzes bemisst. Dies stellt aktuell viele Versicherungsunternehmen vor ein Problem, da sie den quasi nirgends nachzulesenden Paragraphen noch gar nicht kennen, geschweige denn in gebührender Weise prüfen können. In der Folge gelingt es bis dato nur wenigen Antragstellern, auf Anhieb ordnungsgemäß ausgestellte Versicherungsbescheinigungen vorzulegen. Die KZVB leistet den Versicherern jedoch Hilfestellung. Ein Checkliste der zu beachtenden Mindestinhalte sowie Ansichtsmuster für korrekt ausgestellte Versicherungsbescheinigungen finden sich auf <https://www.kzvb.de/berufsausuebung/zulassung/berufshaftpflicht>. Diese Hilfe wird bereits gerne in Anspruch genommen.

Prüfobliegenheit der Versicherer

Das bloße Erreichen der Mindestversicherungssumme bzw. der nötigen jährlichen Maximierung alleine führt dabei noch nicht zu einem Ausreichen des Versicherungsschutzes in diesem Sinne. Dem Versicherer obliegt vielmehr die Prüfung, ob das konkrete Haftpflichtrisiko der Praxis in ausreichendem Maße versichert ist. Das wird für eine Praxis mit einem Angestellten anders zu beurteilen sein, als für ein MVZ mit sieben Angestellten.

Beim MVZ genügt es deswegen nicht, dass seinem Träger ein Schutz in Höhe von fünf Millionen Euro pro Versicherungsfall (bzw. 15 Millionen Euro pro Jahr) für alle von diesem eventuell betriebenen MVZ bescheinigt wird. Nach der Gesetzesbegründung muss für jedes einzelne MVZ die gesamte von diesem als Zulassungssubjekt ausgehende zahnärztliche Tätigkeit versichert sein. Die Versicherung des jeweiligen Risikos hat folglich ggf. für jedes von einem Träger betriebene MVZ gesondert nachgewiesen zu werden.

Übrigens: Angestellte Zahnärzte trifft keine eigene Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung. Die von ihnen ausgehenden Risiken sind durch eine ausreichende Versicherung ihres Arbeitgebers abzudecken.

Konsequenzen bei fehlendem Nachweis

Kann kein ausreichender Versicherungsschutz nachgewiesen werden, darf der Zulassungsausschuss die begehrte Zulassung nicht aussprechen und die Anstellungsgenehmigung nicht erteilen. Sofern der Nachweis im Falle bereits bestehender Zulassung oder Anstellung nicht erbracht werden kann, hat der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung oder Anstellung mit sofortiger Wirkung zu beschließen. Dasselbe gilt für den Fall, dass der Zulassungsausschuss Kenntnis davon erlangt, dass kein oder kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht, und der Zahnarzt (das MVZ oder die BAG) seiner Aufforderung zu unverzüglicher Vorlage nicht nachkommt. Wird der Nachweis nicht binnen zwei Jahren erbracht, hat der Zulassungsausschuss die Entziehung der Zulassung zu beschließen. Dies gilt sinngemäß auch für Anstellungen. Die KZVB prüft derzeit, ob zumindest vorübergehend die Erteilung einer befristeten Zulassung möglich ist. Parallel dazu steht sie in Gesprächen mit den Versicherungsunternehmen, damit diese die entsprechenden Nachweise schnellstmöglich ausstellen. Zahnärzten, die einen Antrag an einen der beiden Zulassungsausschüsse richten, wird dringend empfohlen, von ihrer Versicherung die Bescheinigung mit entsprechendem Nachdruck zu verlangen. Sie haben Anspruch auf dieses Dokument.

Hoher Aufwand für Zulassungsausschüsse

Perspektivisch zeichnet sich auch für die Zulassungsausschüsse ein immenser Mehraufwand durch die Neuregelung ab. Dieser wird erheblich dadurch befeuert, dass § 95e Abs. 3 Satz 3 SGB V die Zulassungsausschüsse zu zuständigen Stellen im Sinne des § 117 Abs. 2 VVG erklärt. Die Konsequenz ist, dass die Haftpflichtversicherer bei Erlöschen des Versicherungsverhältnisses zur Abwendung einer Nachhaftung den Zulassungsausschüssen diesen Umstand anzeigen werden, was die

beschriebene Reaktion des Zulassungsausschusses gegenüber dem ehemals versicherten Zahnarzt erforderlich macht.

Die Zulassungsausschüsse können künftig zudem nicht nur antragsbezogen, sondern auch sonst jederzeit einen Nachweis über den Versicherungsschutz verlangen. Spätestens jedoch bis 20. Juli 2023 haben sie sämtliche bei ihnen zugelassenen Vertragszahnärzte, medizinischen Versorgungszentren, anstellenden Berufsausübungsgemeinschaften und ermächtigten Zahnärzte erstmalig dazu aufzufordern, das Bestehen eines ausreichenden Versicherungsschutzes nachzuweisen.

Fazit

Auch wenn hinter der gesetzlichen Änderung eine gute Absicht steckt, lässt die Umsetzung des erklärten Ziels einiges zu wünschen übrig. Über den Zufall, dass die Mehrzahl der Zahnärzte Vertragszahnärzte sind, erreicht man einen großen Teil der gesamten Zielgruppe. Ob der Zweck das Mittel heiligt, mag jeder für sich beurteilen. Neben der fragwürdigen Verortung der Neuregelung im Sozialrecht entspricht sie der für Gesetze jüngeren Datums kennzeichnende Typik: Sie ist gespickt mit sprachlichen Ungenauigkeiten und systematischen Inkonsistenzen, die sich nur durch aufwendige Auslegungsarbeit in den Griff bekommen lassen und die Anwendung für die Betroffenen zur Qual machen. Hiermit einher geht eine vollkommen unnötige Rechtsunsicherheit, die einen die im Kern gute Intention allzu leicht übersehen lässt. Auch über die Höhe des Versicherungsschutzes kann man diskutieren. Er scheint gerade für eine Einzelpraxis überdimensioniert.

Weitere Informationen:

<https://www.kzvb.de/berufsausuebung/zulassung/berufshaftpflicht>

Maximilian Schwarz
Rechtsanwalt (Syndikusrechtsanwalt)
stv. Leiter des Geschäftsbereichs Recht
und Verträge der KZVB



Auf die richtigen Berater vertrauen

Existenzgründung scheitert häufig an kommerziellen Interessen

Geschafft! Staatsexamen, Approbation, Vorbereitungszeit und Eintrag in das Zahnarztregister – spätestens wenn diese Stationen hinter Ihnen liegen, sollten Sie sich intensiv Gedanken darüber machen, wie der weitere Berufsweg als Zahnarzt aussehen soll. Um jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten die Entscheidungsfindung auf dem Weg in die Selbstständigkeit zu erleichtern, bietet die eazf das „Kursprogramm Betriebswirtschaft“ an. Zusätzlich können Existenzgründer individuelle Beratungstermine im ZEP – Zentrum für Existenzgründer und Praxisberatung der BLZK vereinbaren.

Leider findet ein großer Teil unserer jungen Kolleginnen und Kollegen weder den Weg in die Seminare noch die Zeit für eine kostenfreie und individuelle Beratung im ZEP. Das wiederum birgt die Gefahr, in die Fänge gnadenloser wirtschaftlicher Interessen zu geraten, wie das folgende Beispiel „aus dem richtigen Leben“ verdeutlicht.

So sollte es nicht laufen

Der freundliche Mitarbeiter eines bekannten Dental-Depots bot der gutgläubigen und unwissenden Kollegin ein „Rundumsorglos-Paket“ zur Praxisgründung beziehungsweise -übernahme an. Dieses Paket beinhaltete eine Pauschalsumme für die Praxiseinrichtung zum „Schnäppchenpreis“, die betriebswirtschaftliche Beratung, Finanzierung, Versicherungen und sonstige Dienstleistungen. Der „sensationell günstige“ Preis für diese Dienstleistungen betrug 1 Prozent der



Investitionssumme, mindestens jedoch 5.500 Euro zuzüglich Umsatzsteuer. Das Highlight der getroffenen Vereinbarung bestand darin, dass der „unabhängige“ Berater auch noch 1 Prozent Provision auf die Höhe der Kontokorrentsumme bekommen sollte. Zusätzliche Kosten wie Porto, Telefon oder Reisekosten wurden adäquat berechnet. Die Provisionen für die Vermittlung von Versicherungs- und Finanzierungsverträgen durften natürlich beim Dienstleister verbleiben.

Für den Auftraggeber, also die Zahnärztin, bestand selbstverständlich eine strikte Geheimhaltungspflicht über den Vertragsinhalt. Dafür sollte man auch Verständnis haben, denn schließlich will man ja unwissende potenzielle Kunden nicht verschrecken. Zurück ins richtige Leben: Der Frust bei der jungen Kollegin war am Ende groß, denn die versprochenen Leistungen erfüllten ihre Erwartungen keineswegs. Stattdessen vermochte es der Dienstleister sogar noch, einen Keil zwischen Praxisabgeber und Praxisübernehmerin zu treiben, sodass zwischen beiden absolute Krisenstimmung herrschte. Schließlich kam es zur Kündigung des Vertrags – und damit leider zu einem massiven Zeitverlust bei der Praxisgründung.

BLZK BIETET VIEL BERATUNG UND SERVICE

Die Bayerische Landes Zahnärztekammer gibt mit dem Faltblatt „Unsere Leistungen – Ihr Nutzen“ einen schnellen Überblick über ihre Dienstleistungen für Zahnärztinnen und Zahnärzte, Praxispersonal sowie Patienten. Schon die Überschriften zeigen das breite Spektrum des Angebots für Zahnärzte: von der Beratung zur Honorierung bis zum kammer-eigenen Qualitätsmanagement. Unter dem Titel „Zahnärztliches Personal“ sind die wichtigsten Infos für das Praxisteam kurz und knapp zusammengefasst. Der Fokus richtet sich ebenso auf die Patienten: die Aktivitäten im Bereich der Alters Zahnmedizin oder auch die Publikationen zur Unterstützung des Zahnarzt-Patienten-Gesprächs. Hingewiesen wird auf das ZEP – Zentrum für Existenzgründer und Praxisberatung sowie die Fortbildungen, Beratungen und Trainings der eazf, der kammer-eigenen Fortbildungsakademie. Das Faltblatt enthält eine Zusammenstellung von Referaten, Geschäftsbereichen und ausgewählten Einrichtungen der BLZK. So finden Sie immer die richtigen Ansprechpartner für Ihr persönliches Anliegen.

Das Faltblatt zu den Services und Leistungen der BLZK finden Sie zum Download im Internet: www.blzk.de/leistungen



So hätte es stattdessen laufen können

Der Ablauf über BLZK und KZVB, die zahnärztlichen Körperschaften in Bayern, hätte in diesem Fall wie folgt ausgesehen:

- Wissenstransfer im „Kursprogramm Betriebswirtschaft“ der eazf
- Individuelle und unabhängige Beratung im ZEP
- Individuelle Beratung durch die Körperschaften, zum Beispiel zur Bedarfsplanung
- Konsultation spezialisierter Kooperationspartner (Recht, Steuern, Versicherungen)

Anschließend wären Planung und Umsetzung des Existenzgründungsvorhabens auf Basis der vorab definierten finanziellen Ressourcen erfolgt.

Denn wie sagte schon der weltweit bekannte Börsen- und Finanzexperte André Kostolany: „Geld geht niemals verloren, im Zweifelsfall hat es ein anderer.“



Dr. Rüdiger Schott
Vizepräsident sowie
Referent Betriebswirtschaft und Praxismanagement der BLZK

MEHR ZUM ZEP

Ausführliche Informationen zum ZEP – Zentrum für Existenzgründer und Praxisberatung der Bayerischen Landeszahnärztekammer finden Sie in einem Flyer, der dieser BZB-Ausgabe beiliegt, sowie auf der Website der Bayerischen Landeszahnärztekammer: www.blzk.de/zep



Kompaktes Wissen an einem Tag

Fortbildung für das Praxispersonal beim 62. Bayerischen Zahnärztetag

Wissenswertes und Aktuelles zur Anwendung der neuen PAR-Richtlinie und zum Umgang mit dem Corona-Virus in der Praxis packen fünf Referenten in das Programm für das Zahnärztliche Personal beim 62. Bayerischen Zahnärztetag. Die Veranstaltung für das Praxisteam findet am Samstag, 23. Oktober, im Haus der Bayerischen Zahnärzte in München statt – organisiert von der eazf, der Fortbildungsakademie der Bayerischen Landeszahnärztekammer.

Die Fortbildung ist in diesem Jahr räumlich getrennt vom Kongress für Zahnärzte. Damit soll die Durchführung als Präsenzveranstaltung sichergestellt werden. Im letzten Jahr musste das Programm für das Praxispersonal kurzfristig abgesagt werden, da aufgrund der Corona-bedingten Auflagen die Raumkapazitäten im Tagungshotel des Bayerischen Zahnärztes nicht ausreichten.

Was bietet der Fortbildungstag?

Prof. Dr. Johannes Bogner, München vergleicht die Corona-Impfstoffe unter dem Motto „Mix and Match oder Boosterimpfung?“. Prof. Dr. Johannes Einwig, Würzburg, stellt die neuen Klassen der PAR 2.0 im Detail vor. Christian Berger, Präsident der BLZK, wägt ab zwischen den Chancen und Grenzen der Delegation. Irmgard Marischler, Bogen, stellt

das neue PAR-Konzept im Hinblick auf die Abrechnung vor. Mit ihrem Referat „Lehren aus dem Corona-Virus – Infektionsschutz und Risikomanagement in Zahnarztpraxen“ rundet Marina Nörr-Müller, München, die Veranstaltung ab. Das detaillierte Programm finden Sie auf Seite 71 in dieser Ausgabe des BZB.

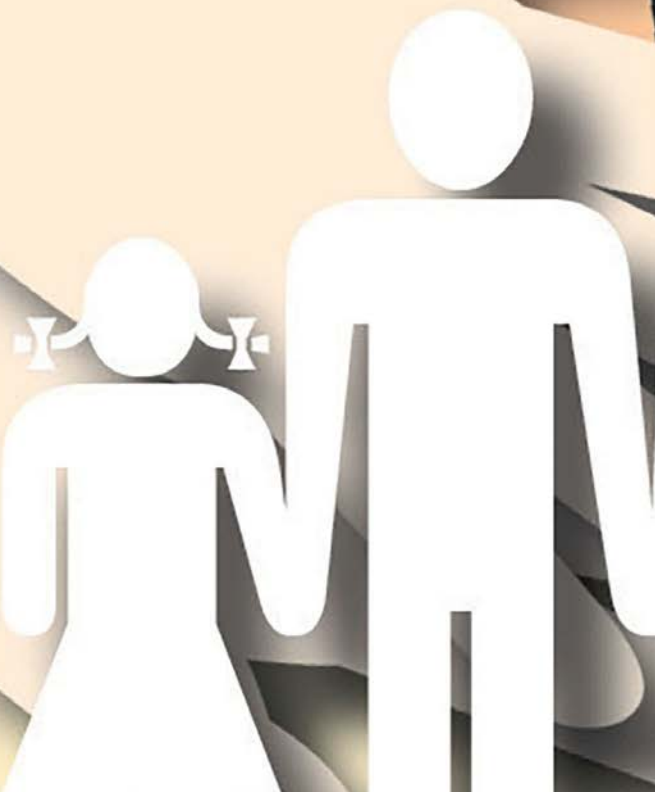
Isolde M. Th. Kohl

INFORMATIONEN UND ANMELDUNG

Der Kongress Zahnärztliches Personal findet statt am Samstag, 23. Oktober, im Seminarzentrum der eazf im Haus der Bayerischen Zahnärzte (Flößergasse 1, 81369 München).

Über die Möglichkeit einer Online-Teilnahme oder über eine Durchführung als Online-Kongress wird zu einem späteren Zeitpunkt entschieden. Alle Anmeldungen behalten in diesen Fällen ihre Gültigkeit. Aktuelle Informationen und Anmeldung: www.eazf.de/kongresse





Stärkung der „Verantwortungsgemeinschaft“

Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) betrifft auch Zahnärzte

Das am 9. Juni 2021 verkündete Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG) sieht unter anderem Änderungen des SGB V, SGB VIII, SGB IX, SGB X, JGG sowie des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) vor. Durch die neuen Regelungen sollen Kinder und Jugendliche in Heimen und Pflegefamilien oder in schwierigen Lebensverhältnissen besser geschützt und unterstützt werden.

Zum Hintergrund: Die Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, dem Gesundheitswesen, den Strafverfolgungsbehörden und den Familien- und Jugendgerichten soll verbessert werden. Der Gesetzgeber gibt an, ein wirksamer Schutz von Kindern und Jugendlichen könne nur durch eine starke „Verantwortungsgemeinschaft“ der beteiligten

Akteure erreicht werden. Dafür sei es unausweichlich, dass die Kinder- und Jugendhilfe besser mit den Angehörigen der Heilberufe zusammenarbeite. Das soll zum einen durch eine stärkere Einbindung des Gesundheitswesens in den Kinderschutz erfolgen. Zum anderen soll durch die Änderung des KKG explizit die Kooperation zwischen den Heilberufsangehörigen und den Jugendämtern verbessert werden.

Für die Berufsheimnisträger sind also insbesondere die am 10. Juni in Kraft getretenen Bestimmungen des KKG relevant. Hier die wesentlichen Vorschriften, die Zahnärzte betreffen.

Was im Grunde auch bisher galt und weiterhin gilt

Sofern Zahnärzten in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes/Jugendlichen bekannt wer-

den, sind sie gemäß §4 Abs.1 Satz 1 KKG befugt, das Jugendamt zu informieren und die erforderlichen Daten zu übermitteln. Zu beachten ist, dass gemäß §4 Abs.1 Satz 2 KKG grundsätzlich die Betroffenen hierauf vorab hinzuweisen sind. Der Hinweis darf nur dann unterbleiben, wenn zu befürchten ist, dass damit der wirksame Schutz des Kindes/Jugendlichen in Frage gestellt würde.

Im Vergleich zur alten Fassung des Gesetzes sind Zahnärzte nunmehr ausdrücklich im Katalog der Berufsheimnisträger im §4 Abs.1 S. 1 Nr. 1 KKG erfasst.

Da die Einschaltung des Jugendamts für die Betroffenen eine einschneidende Maßnahme darstellt, soll dieser Schritt erst erfolgen, sofern die Abwendung der Gefährdung durch eine andere Maßnahme nicht in Betracht kommt und der Zahnarzt ein Tätigwerden des Jugendamts für erforderlich hält, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes/Jugendlichen abzuwenden.



Abbildung: Chitrapornystock.adobe.com

Als eine solche alternative Maßnahme nennt §4 Abs.2 Satz 1 KKG die Möglichkeit, die Situation mit dem Kind/Jugendlichen beziehungsweise den Erziehungsberechtigten zu erörtern und, soweit erforderlich, bei den Erziehungsberechtigten darauf hinzuwirken, Hilfen von öffentlichen Stellen in Anspruch zu nehmen. Diese Maßnahme wird nur beispielhaft genannt und ist nicht abschließend. Zudem kommt sie nur dann vorrangig in Betracht, wenn hierdurch der wirksame Schutz des Kindes/Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

Im Hinblick auf die Einschätzung der Kindeswohlgefährdung steht Zahnärzten ein Anspruch auf Beratung durch eine erfahrene Fachkraft zu, siehe §4 Abs.3 Satz 1 KKG. Dabei dürfen der Fachkraft die für die Einschätzung der Kindeswohlgefährdung erforderlichen Daten übermittelt werden. Die entsprechenden Daten sind vor der Übermittlung selbstverständlich zu pseudonymisieren.

Neu: Sollvorschrift des §4 Abs.3 KKG

Neu hinzugekommen ist die Sollvorschrift des §4 Abs.3 S.3 KKG. Danach sollen Zahnärzte unverzüglich das Jugendamt informieren, wenn nach ihrer Einschätzung aufgrund einer dringenden Gefahr für das Wohl des Kindes/Jugendlichen das

Tätigwerden des Jugendamtes erforderlich ist. Unverzüglich wird im Gesetz nicht definiert, dürfte aber entsprechend den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs auch hier „ohne schuldhaftes Zögern“ bedeuten.

Neu: Rückmeldung des Jugendamts gem. §4 Abs.4 KKG

Ebenfalls neu ist, dass das Jugendamt dem jeweiligen Zahnarzt zeitnah eine Rückmeldung geben soll, ob es die seitens des Zahnarztes mitgeteilten gewichtigen Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls des Kindes/Jugendlichen bestätigt sieht und ob es zum Schutz des Betroffenen tätig geworden ist und noch tätig ist, §4 Abs.4 Satz 1 KKG.

Mehr Gewicht und Verantwortung für die Zahnmedizin

Die neuen gesetzlichen Regelungen, die die Rolle der Zahnmedizin deutlich herausstellen, sind zu begrüßen, denn der Berufsstand genießt eine entscheidende Rolle bei der Beurteilung, Erkennung und auch der Bekämpfung von häuslicher Gewalt. Verletzungen im Bereich von Mund, Kiefer und Gesicht gehören zu den häufigsten Folgen häuslicher Gewalt, so auch die Bundeszahnärztekammer. Danach sei auch die Vernachlässigung von Kindern

und Jugendlichen häufig im Mundbereich, zum Beispiel am Mundhygienezustand, erkennbar.

Unter welchen Voraussetzungen hingegen eine „dringende Gefahr“ im Sinne des neuen §4 Abs.3 Satz 3 KKG zu bejahen ist, wird im Gesetzestext leider nicht bestimmt. In der Beschlussempfehlung heißt es, es sei im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses geprüft worden, ob die Definition der Kindeswohlgefährdung erforderlich sei. Man habe sich schließlich für die Generalklausel und gegen eine Legaldefinition entschieden, um eine flexible Auslegung zuzulassen, die die Wahrnehmung der sich ändernden Bedürfnisse der Kinder/Jugendlichen ermöglicht.

Es bleibt zu hoffen, dass der Beratungsanspruch im Hinblick auf die Einschätzung der Gefährdungslage ebenso unverzüglich gewährt wird, wie die unverzügliche Pflicht des Zahnarztes, das Jugendamt zu informieren. Letztlich bleibt es in der Verantwortung des Zahnarztes unter Berücksichtigung der ihm bekannten Anhaltspunkte, die Gefährdungslage so gut es ihm möglich ist, einzuschätzen und die für die konkrete Situation erforderliche Einzelfallentscheidung zu treffen.

Margalara Nurzai
Assessorin Rechtsabteilung der KZVB

Verantwortungsvolle und nachhaltige Investitionen der BÄV

Teil 1: Grundidee, Entwicklung und Perspektive

Klimawandel, Lieferketten, Kreislaufwirtschaft: Nachhaltigkeit ist heutzutage ein omnipräsenter Begriff, der die aktuelle gesellschaftliche Debatte prägt. Auch am Kapitalmarkt als zentralem Intermediär einer Volkswirtschaft geht diese Entwicklung nicht vorüber. Eine Artikelserie im BZB greift die Thematik auf und nimmt die Bayerische Ärzteversorgung (BÄV) als Einrichtung der berufsständischen Altersversorgung in den Blick. Dabei wird die Implementierung von Nachhaltigkeitsaspekten in der Vermögensanlage beleuchtet und an einem konkreten Immobilienprojekt aufgezeigt, wie sich Nachhaltigkeit und Rendite erfolgreich verbinden lassen. Zunächst geht es aber um die Nachhaltigkeitsidee, deren Entwicklung und Perspektive.

Frühe Wurzeln der Nachhaltigkeit

Wo fangen wir an und wo hören wir auf, wenn wir uns mit dem Thema befassen? Historisch erschien der Begriff zum ersten Mal – mit ökologischem Bezug – im deutschsprachigen Europa des 18. Jahrhunderts. Als Hans Carl von Carlowitz, Oberberghauptmann und Forstwirtschaftsexperte aus Sachsen, im sächsischen Freiberg, den bedauernswerten Zustand der Wälder seiner Heimat sah, griff er zur Feder. In seinem wissenschaftlichen Werk „Sylvicultura oeconomica“ hat er ein Wort in die Welt gesetzt, das heute in aller Munde ist: Nachhaltigkeit.

Damals stand es schlecht um den deutschen Wald. Holz war Energiequelle und Rohstoff Nummer eins. Erzgruben und Schmelzhütten gingen ihm an die Substanz. Jahrhundertlang hatte man



Hans Carl von Carlowitz, Oberberghauptmann und Forstwirtschaftsexperte aus Sachsen, prägte bereits im 18. Jahrhundert den Begriff der Nachhaltigkeit.

die einheimischen Wälder als Ressourcen übernutzt, sodass die Umgebung der Bergbaustädte weitgehend kahlgeschlagen war. Der Holzmangel gefährdete zunehmend Arbeitsplätze und verringerte die Kaufkraft der Einkommen. Hieraus entwickelte von Carlowitz einen für die damalige Zeit revolutionären Ansatz: konsequente Aufforstung, effizientere Öfen und eine nachhaltige Nutzung der Wälder – es sollte nur so viel Holz entnommen werden, wie dank Aufforstung wieder nachwächst. In seinem Werk erwähnte er die Nachkommen und das Allgemeinwohl, mahnte zu vorausschauendem Handeln und definierte so die Eckpfeiler der Nachhaltigkeit: ein ökonomisches Auskommen unter Wahrung des ökologischen Gleichgewichts – all das beeinflusst auch die soziale Gerechtigkeit. Ein Gleichklang, der auch heute noch aktuell ist.

Es sollte lange dauern, bis der Nachhaltigkeitsbegriff über die Grenzen der

Forstwirtschaft hinaus bekannt wurde. Erst im 20. Jahrhundert rückte die Frage angesichts der Herausforderungen der Globalisierung ins Bewusstsein einer breiteren Öffentlichkeit. Den Gedanken der Dauerhaftigkeit nahm die Weltkommission für Umwelt und Entwicklung der Vereinten Nationen („Brundtland-Kommission“) 1987 in ihre Definition von Nachhaltigkeit auf: „Nachhaltige Entwicklung ist eine Entwicklung, die den Bedürfnissen der heutigen Generation entspricht, ohne die Möglichkeiten künftiger Generationen zu gefährden, ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen.“ Hierbei wird auch vielfach von intergenerativer Gerechtigkeit gesprochen. Darauf aufbauend entwickelte die Enquete-Kommission des Bundestages 1998 das Drei-Säulen-Modell der Nachhaltigkeit, nachdem zur nachhaltigen Entwicklung gleichwertig ökologische, ökonomische und soziale Aspekte berücksichtigt werden müssen.

Vernetztes nachhaltiges Investieren

Auf europäischer und nationaler Ebene werden zahlreiche Maßnahmen diskutiert, um das Finanzwesen so zu gestalten, dass es einen Beitrag zu einer nachhaltigen Entwicklung leisten kann. Der „Green Deal“ der Europäischen Kommission ist davon ebenso Ausdruck wie die Debatte um „grüne“ Geldpolitik der Europäischen Zentralbank, denn für den politisch angestrebten Übergang zu mehr Nachhaltigkeit sind erhebliche Investitionen erforderlich. In dem Maß, in dem nachhaltiges Investieren an Bedeutung gewinnt, ändern sich auch die Anforderungen der Investoren und der Blickwinkel, unter dem sie das Thema betrachten und in ihr Entscheidungskalkül einbeziehen.

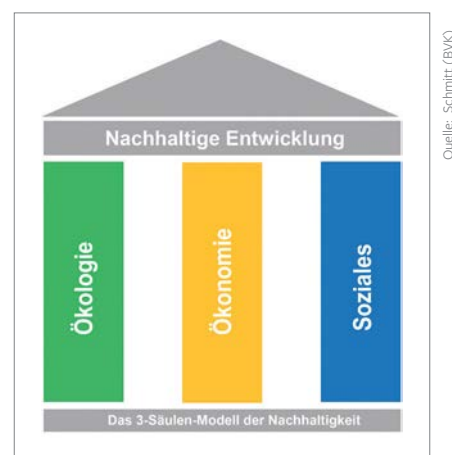
Die Zielsetzung der Bayerischen Ärzteversorgung impliziert ein auf Zukunftsfähigkeit ausgerichtetes Wirtschaften, denn die Alters- und Berufsunfähigkeitsabsicherung ist von der Ein- bis zur Auszahlung per se auf mehrere Jahrzehnte angelegt. Durch das Element der Hinterbliebenenversorgung werden sogar mehrere Generationen erreicht. Um den Versorgungsauftrag dauerhaft zu erfüllen, müssen die Beiträge der Mitglieder so angelegt sein, dass die Leistungen nicht nur morgen, sondern auch übermorgen zur Verfügung stehen. Die Kapitalanlagepolitik ist insofern schon immer geprägt von Sorgfalt, Umsicht und Weitsicht, kurzum: auf Nachhaltigkeit ausgerichtet. Von einem Versorgungswerk, das die Katastrophen des 20. Jahrhunderts überstanden hat, lässt sich gut behaupten: Es hat für herausfordernde Zeiten wirksame Vorsorge betrieben, auch in der Kapitalanlage.

Geschäftsführung und Selbstverwaltungsgremien sind daher seit jeher Nachhaltigkeitsgrundsätzen gefolgt, wenn auch ohne ein explizit definiertes Regelwerk und eine klar festgelegte Strategie. Seit dem Jahr 2010 hat sich Nachhaltigkeit in der Vermögensanlage aber nunmehr auch mit der verstärkten Erweiterung um soziale und ökologische Aspekte als eigenständiges Themenfeld entwickelt und ist inzwischen fest etabliert. Der Invest-

mentprozess wurde dahingehend zielgerichtet strukturell weiterentwickelt. Die ganzheitliche Verankerung von Nachhaltigkeitsprozessen in der Vermögensanlage wurde inzwischen mehrfach von Fachleuten gewürdigt, wie renommierte Auszeichnungen der vergangenen Jahre zeigen.

Unser Versorgungswerk geht den eingeschlagenen Nachhaltigkeitspfad unterdessen Schritt für Schritt weiter. Die Bayerische Ärzteversorgung ist durch den jüngst vollzogenen Beitritt zur „Net-Zero Asset Owner Alliance“ als erste berufsständische Altersversorgungseinrichtung Teil eines Netzwerks der weltweit größten Kapitalanleger, die die CO₂-Emissionen ihrer Anlageportfolios bis 2050 auf netto Null reduzieren wollen. Wichtige Meilensteine stellen bereits der Beitritt zur „Global Real Estate Sustainability Benchmark“ (GRESB), einem globalen Nachhaltigkeitsbenchmark für Immobilien, und die Unterzeichnung der „Prinzipien für verantwortungsvolles Investment“ (PRI) der Vereinten Nationen dar. Unsere – auch buchhalterische – Bilanz zeigt, dass sich Nachhaltigkeit und Rendite nicht ausschließen, sondern erfolgreich ergänzen. Mit zunehmenden Nachhaltigkeitsaktivitäten steigen verständlicherweise auch die Erwartungen unter Kolleginnen und Kollegen. In Zeiten zunehmender Komplexität sollten wir uns allerdings vor zu einfachen Lösungen in Acht nehmen. Eine einseitige Ausrichtung auf spezifische Risikofaktoren würde hier den Blick unzulässig verengen und die Diversifizierung einschränken.

Das moralische Anliegen, die natürlichen Lebensgrundlagen der Menschheit auch für zukünftige Generationen zu erhalten, ist so unstrittig, dass sich niemand ernsthaft dagegen ausspricht. Öffentlicher Streit entsteht erst, wenn man den Weg festlegen will, der zu einer nachhaltigen Entwicklung führen soll. Die gesellschaftlichen Meinungsverschiedenheiten betreffen also vornehmlich die einzusetzenden Mittel und nicht das anzustrebende Ziel. Darüber hinaus schwingen bei den Diskussionen oftmals auch persönliche Überzeugungen mit, die zu einer Emotionalisierung der Thematik führen. Und



Das Drei-Säulen-Modell der Nachhaltigkeit

nicht zuletzt ist die Auseinandersetzung mit Nachhaltigkeit gekennzeichnet durch Zielkonflikte, die alles andere als einfach aufzulösen sind. Das liegt an der Natur vielschichtiger Systeme, wie sie unsere Wirtschaft und Gesellschaft verkörpern.

Zusammenspiel von Marktwirtschaft und Staat

Eine Kernfrage der politischen Debatte ist: Wie viel Staat ist nötig, wie viel Markt ist möglich? Die Antwort ist trivial, denn nur beide, Staat und Markt, können die bevorstehende Aufgabe bewältigen. Der Staat ist gut darin, die Richtung vorzugeben, kann aber den Weg dahin – wie auch die Corona-Krise zeigt – oftmals nur mühsam umsetzen. Umgekehrt ist es beim Markt: Er reagiert schnell, koordiniert sich aber allein nur schlecht auf neue Ziele. Folglich kommt alles darauf an, die positiven Effekte der Marktwirtschaft – mitsamt Wettbewerb und Gewinnorientierung – für nachhaltiges Wirtschaften sinnvoll zu nutzen. Sie ist ein Mittel zum Ziel. Unternehmertum und Klimaschutz sind kein Widerspruch, sondern natürliche Verbündete.



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

Zündstoff im Mund

So informiert die BLZK Patienten über Parodontitis

Viele ältere, aber auch schon einige jüngere Menschen leiden unter Parodontitis. Aufklärung über die Erkrankung des Zahnhalteapparats ist deshalb in allen Altersgruppen notwendig und wichtig. Die Bayerische Landeszahnärztekammer stellt hierfür leicht verständliche Patienteninformationen zur Verfügung – sowohl online als auch im Printformat.

Das Thema Parodontitis auf www.zahn.de

Auf der BLZK-Patientenseite www.zahn.de können sich Patienten ausführlich über das Thema Parodontitis informieren. Sie erfahren zum Beispiel, wie die Erkrankung behandelt wird und was sie selbst tun können, um vorzubeugen. Außerdem werden die Zusammenhänge zwischen Parodontitis und anderen Krankheiten wie Osteoporose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Rheuma erklärt. Zahnärzte können ihre Patienten im Beratungsgespräch auf die Parodontitis-Informationen auf www.zahn.de aufmerksam machen, damit sie sie zu Hause in Ruhe lesen können.

Parodontitis-Infos im Hosentaschenformat

Auch ein Titel der neuen Pocket-Reihe widmet sich der Volkskrankheit Parodontitis. Die Patienteninfo im Hosentaschenformat gibt einen schnellen Überblick über das Thema – sie informiert zum Beispiel über Warnsignale, Vorbeugung und Behandlung. Für weiterführende Informationen werden Interessierte per Link und QR-Code zu den entsprechenden Inhalten auf www.zahn.de geleitet.



Das Pocket „Parodontitis“ ermöglicht einen schnellen Überblick über das Thema.

Abbildungen: BLZK

Erkrankungen

Parodontitis

- Was ist Parodontitis?
- Parodontitis vorbeugen
- Parodontitis behandeln
- ... und Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- ... und Dialyse, Organtransplantation
- ... und Osteoporose
- ... und Rheuma

Parodontitis

Was ist Parodontitis?

Bei einer Parodontitis ist nicht der Zahn krank, sondern das Gewebe, das ihn im Kieferknochen verankert und ernährt. Erfahren Sie, welche Auswirkungen die Entzündung des Zahnhalteapparats hat und wie es dazu kommt.

Parodontitis vorbeugen

Sie können selbst einiges dafür tun, um einer Parodontitis vorzubeugen – indem Sie auf eine gründliche Mundhygiene achten, regelmäßig zum Zahnarzt gehen und bestimmte Risikofaktoren vermeiden.

Parodontitis behandeln

Der Zahnarzt kann mithilfe einer Parodontalsonde feststellen, ob eine Parodontitis vorliegt. Mit einer systematischen Parodontitis-Therapie kann der Entzündung zu Leibe gerückt werden. Es gibt unterschiedliche Symptome, die auf Parodontitis hindeuten können.

Auf www.zahn.de finden Patienten zum Beispiel Infos zur Vorbeugung und Behandlung von Parodontitis

Die Pockets eignen sich gut, um sie im Wartezimmer auszulegen oder Patienten mit nach Hause zu geben. Zahnarztpraxen können das Pocket „Parodontitis“ für neun Euro inklusive Versandkosten im Online-Shop der BLZK unter shop.blzk.de bestellen. Dazu bietet die BLZK einen passenden Aufsteller für eine ansprechende Präsentation der Patienteninformationen in der Praxis an.

Nina Prell
Referat Patienten
und Versorgungsforschung der BLZK

„Blitzumfrage“

**Fax: 089 230211-488 oder
online: umfrage.eazf.de/zukunft**

Die Erfahrungen aus den vergangenen Monaten haben uns veranlasst, auch über neue Formate der Fortbildung nachzudenken. Hierzu wollen wir Sie heute bitten, an unserer „Blitzumfrage“ teilzunehmen. Bitte nehmen Sie sich Zeit, uns Ihre Einschätzung zu einigen wenigen Fragen kundzutun. Die Umfrage wird anonym ausgewertet!

Ich bin

- ☐ Zahnärztin/Zahnarzt in eigener Niederlassung
- ☐ Angestellte/-r Zahnärztin/Zahnarzt
- ☐ Mitarbeiter/-in einer Zahnarztpraxis
(ZFA, ZMV, PM, ZMP, DH)

Ich besuche Fortbildungen der eazf

- ☐ häufig/regelmäßig ☐ eher selten ☐ nie

Wie beurteilen Sie folgende Aussagen?

Ich nehme eher Online-Fortbildungsangebote wahr, da diese mit weniger Aufwand (Anfahrt, Kosten, Zeit) verbunden sind.

- ☐ stimme voll zu ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme nicht zu ☐ kann ich nicht beurteilen

Ich bevorzuge Präsenzfortbildungen, da ich dort das „Fortbildungserlebnis“ und den Austausch zu anderen Teilnehmer/-innen finde.

- ☐ stimme voll zu ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme nicht zu ☐ kann ich nicht beurteilen

Bei Fortbildungen ist mir ein hoher Praxisbezug mit praktischen Übungen (Hands-On) und interaktivem Arbeiten wichtig.

- ☐ stimme voll zu ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme nicht zu ☐ kann ich nicht beurteilen

Ich wünsche mir zusätzlich zum gedruckten Kursprogramm und zu www.eazf.de einen regelmäßigen Online-Newsletter (wenn ja, Anmeldung siehe unten).

- ☐ wöchentlich ☐ monatlich ☐ kein Newsletter

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme
Ihre eazf**

Anmeldung Newsletter

Bitte per Fax an: 089 230211-488

Zur Wahrung der Anonymität der Umfrage diese Anmeldung nicht zusammen mit dem Umfragebogen senden!

Hiermit bitte ich um Aufnahme in den Newsletter-Verteiler der eazf GmbH. Mit der nachfolgenden Angabe meiner E-Mail-Adresse erkläre ich mich einverstanden, dass die eazf GmbH, Fallstr. 34, 81369 München diese verwenden darf, um mich über neue bzw. aktuelle Kursangebote und Dienstleistungen zu informieren. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit einer Mitteilung in Textform gegenüber der eazf GmbH widerrufen kann.

Name, Vorname

Mail-Adresse

Ich bin

- ☐ Zahnärztin/Zahnarzt in eigener Niederlassung
- ☐ Angestellte/-r Zahnärztin/Zahnarzt
- ☐ Mitarbeiter/-in einer Zahnarztpraxis
 - ☐ ZFA ☐ ZMV ☐ PM ☐ ZMP ☐ DH

Datum

Unterschrift

Impulsgeber für die Dentalbranche

IDS öffnet ihre Tore vom 22. bis 25. September in Köln



Auch wenn die Corona-Pandemie weiterhin Einschränkungen erforderlich macht, behauptet die Internationale Dental-Schau (IDS) ihre Stellung als Weltleitmesse der Dentalbranche. Dafür sorgen in diesem Jahr 830 ausstellende Unternehmen aus insgesamt 56 Ländern. Ihre Tore öffnet die Fachmesse vom 22. bis 25. September in Köln – wegen der Corona-Krise ein halbes Jahr später als geplant.

Die 39. Auflage der Fachmesse steht ganz im Zeichen einer Positionsbestimmung für den internationale Dentalmarkt. Zugleich setzt die IDS auch konzeptionell Maßstäbe: Mit dem neuen Konzept „IDSconnect“ verknüpft die Ausstellung die Stärken einer Präsenzveranstaltung mit zukunftsweisenden digitalen Möglichkeiten. Der hybride Ansatz ermöglicht es Fachleuten aus der Dentalwelt, attraktive Messeauftritte und Produkte zu entdecken und über innovative Kanäle mit möglichen Ansprechpartnern in Kontakt zu treten.

Hoher Auslandsanteil

Wie bereits vor zwei Jahren kommen fast drei Viertel der Aussteller aus dem Ausland. Das unterstreicht die hohe Internationalität und die Bedeutung der IDS als wichtigste globale Branchenplattform für die Dentalwelt.

Die IDS belegt in diesem Jahr die Hallen 2, 3, 10 und 11 der Koelnmesse. Alle Messbereiche sind durch einen einfachen Rundlauf miteinander verbunden. Die vier Eingänge Süd, Ost, West und der Eingang Messeboulevard sollen für eine gleichmäßige Verteilung der Besucher auf die Messehallen sorgen. Zu den bestehenden Restaurant- und Ruhezonen in den



Unter strengen Hygienevorschriften findet in diesem Jahr die IDS statt.

Hallen, die mit zusätzlichen Flächen für einen abstandskonformen Ablauf erweitert werden, wird in Halle 4.1 ein neuer Gastronomiebereich eingerichtet.

Die Messeplanung gewährleistet alle erforderlichen Maßnahmen und behördlichen Vorgaben zum Schutz von Ausstellern und Besuchern. Mit dem Sicherheits- und Hygienekonzept „#B-SAFE4business“ hat die Koelnmesse zudem die erforderlichen Voraussetzungen für ein interessantes Messeerlebnis geschaffen.

Die IDS findet alle zwei Jahre in Köln statt und wird veranstaltet von der Gesellschaft zur Förderung der Dental-Industrie (GFDI) und dem Wirtschaftsunternehmen des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie (VDDI).

Redaktion

TICKETS UND INFOS FÜR DIE IDS

Eintrittskarten für die 39. Internationale Dental-Schau sind ausschließlich online – nach vorheriger Registrierung – über den Ticket-Shop buchbar. An den Kassen der Koelnmesse können keine Tickets erworben werden. Weitere Informationen zur Internationalen Dental-Schau finden Interessenten im Internet: www.ids-cologne.de



Online-News der BLZK

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


BLZK.de


Ausbilderhandbuch angepasst

Sie wollen ausbilden oder haben Auszubildende?
Das überarbeitete Handbuch enthält Infos vom Abschluss des Ausbildungsvertrages bis zur Ausstellung des Ausbildungszeugnisses – inklusive Musterausbildungsvertrag mit Erklärungen.
> www.blzk.de/ausbilderhandbuch


QM Online


EU-MDR im QM Online

Vom Inkrafttreten der neuen EU-Medizinprodukteverordnung sind auch Zahnarztpraxen betroffen. Was sich durch die neuen Bestimmungen geändert hat, können Sie hier nachlesen:
> <https://qm.blzk.de/qm/as-do4-ao3-europaeische-medizinprodukteverordnung-mdr>

BLZKcompact.de


Assistenzzeit

Für Vorbereitungs-, Weiterbildungs- und Entlastungsassistenten sowie angestellte Zahnärzte gelten jeweils spezifische rechtliche und berufsrechtliche Vorgaben. Ein Überblick:
> www.blzk-compact.de/blzk/site.nsf/id/pa_zahnaerztliche_mitarbeiter.html

zahn.de


Parodontitis vorbeugen

Passend zum diesjährigen Motto des Tags der Zahngesundheit „Gesund beginnt im Mund – Zündstoff!“ erfahren Patienten, was sie tun können, um eine Parodontitis zu vermeiden.
> www.zahn.de/zahn/web.nsf/id/pa_parodontitis_vorbeugen.html



Starkregen, Überschwemmung und Naturkatastrophen

Was man zum Versicherungsschutz wissen muss

Die Überschwemmungen an der Ahr, im Berchtesgadener Land oder im Aischgrund zeigen, dass die Natur unberechenbar ist. Selten zuvor hatten Starkregenereignisse in unserem Land solche Wucht. Die Schäden gehen vermutlich in die Milliarden.

Nach einer ersten Schätzung waren nur 30 bis 40 Prozent aller Gebäude gegen dieses Ereignis versichert, einige zwar gegen Gebäudeschäden, nicht jedoch gegen Schäden an der Einrichtung. Aber wann greift die Versicherung – und wann nicht?

Wasser ist nicht gleich Wasser

„Ich bin doch gegen Wasserschäden versichert“, lautet die Aussage vieler Kunden. Das ist jedoch nur teilweise korrekt. Fast alle Gebäude- und Hausratpolicen, aber auch Inventarversicherungen von Zahnarztpraxen sehen einen Versicherungsschutz gegen Leitungswasserschäden vor. Leitungswasser ist jedoch – wie der Name schon sagt – Wasser, das ungewollt aus einer Wasserleitung herausdringt und Schäden am Inventar oder im Gebäude verursacht, wie dies zum Beispiel bei einem Rohrbruch der Fall ist. Nicht versichert sind hingegen Wasserschäden durch Überschwemmung bei über die Ufer tretenden Flüssen oder Starkregen.

Jeder Versicherungsnehmer kann sich auch gegen solche Schäden schützen. Notwendig ist der Baustein „Elementarschäden“, der die Gebäude-, Hausrat-

oder Praxisinventarversicherung ergänzt. Der Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft definiert die Leistungen der Elementarversicherung wie folgt:

„Die erweiterte Naturgefahrenversicherung schützt Eigentümer und Mieter vor den finanziellen Folgen von Naturereignissen.“ Versichert sind – je nach Vertrag – das Gebäude und/oder das Eigentum bei Schäden durch:

- Starkregen/Überschwemmung/Rückstau
- Hochwasser
- Schneedruck
- Lawinen/Erdrutsch
- Erdsenkung
- Erdbeben
- Vulkanausbruch

Im Schadensfall trägt der Versicherte einen Teil der Kosten selbst, da meist eine Selbstbeteiligung vereinbart wird. Die Selbstbeteiligung liegt erfahrungsgemäß zwischen 500 und 2.500 Euro je Schadenereignis.

Leider können insbesondere Eigentümer von Gebäuden, die direkt an einen Fluss grenzen, oftmals gar keine Elementarschadenversicherung abschließen, da das Schadenrisiko für den Versicherer nicht kalkulierbar ist. Ausnahmen gibt es dann, wenn in den letzten zehn Jahren kein Schadensereignis aufgetreten ist und/oder der Kunde eine Selbstbeteiligung von etwa 50.000 Euro akzeptiert. Das klingt erstmal viel, aber manche Hochwasseropfer würden dieses Angebot aus heutiger Sicht mit „Kusshand“ unterschreiben.

Die Elementarschadenversicherung deckt allerdings nicht alle Schäden durch Wasser ab. Ein stark steigender Grundwasserspiegel, der den Keller durchfeuchtet, ist in (fast) allen Bedingungen ausgeschlossen. Gleiches gilt für Regenwasser, das durch das Dach eindringt. Tipp: Lesen Sie in den Bedingungen immer die Punkte „Was ist nicht versichert?“ und „Was ist versichert?“ genau durch. Dies gilt übrigens für alle Versicherungen.

Fazit: Prüfen Sie gewissenhaft, ob zum Beispiel durch die Topographie des Geländes bei einem Starkregen Wasser oder ein Erdbeben das Gebäude beziehungsweise die Praxis bedrohen können. Für Bayern kommen neben Starkregenereignissen auch Schäden durch Schneedruck in Betracht. Erdbeben sind nicht ganz ausschließbar, mit Vulkanausbrüchen muss in Bayern hingegen nicht gerechnet werden.

Michael Weber
Geschäftsführer der eazf Consult GmbH

KONTAKT

Bei Interesse an einer Beratung, einer Versicherungsanalyse oder einer Betreuung Ihrer Verträge durch die eazf Consult senden Sie bitte den Coupon auf Seite 45 an die Faxnummer 089 230211-488. Nähere Auskünfte erhalten Sie bei Michael Weber unter der Telefonnummer 089 230211-492 oder per E-Mail: mweber@eazf.de.

eazf Consult GmbH
Fallstraße 34
81369 München

Per Fax: 089 230211-488

Praxisstempel/-anschrift

Informationen unverbindlich und kostenfrei anfordern

Ich bin ☐ Zahnarzt/-ärztin ☐ Assistent/-in ☐ Angestellte/-r Zahnarzt/-ärztin

Praxisberatungen und -trainings

Ich habe Interesse an den Praxisberatungen, Praxistrainings und Serviceleistungen der eazf und bitte um Informationen bzw. unverbindliche Kontaktaufnahme zu folgenden Angeboten:

- ☐ Erfolgreiche Prophylaxe – Individuelle PZR-Schulung für Ihr Team in Ihrer Praxis
- ☐ Notfallsituationen in der zahnärztlichen Praxis – Individuelles Teamtraining in Ihrer Praxis
- ☐ Premium Abrechnung Bayern – Professionelle Abrechnung für Ihre Praxis
- ☐ QM-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:



PREMIUM
ABRECHNUNG
BAYERN



Frischer Wind in der Parodontologie

Von der Klassifikation bis zur PAR-Behandlungsrichtlinie

Ein Beitrag von Prof.Dr.Bettina Dannewitz, Weilburg

Parodontitis ist neben Karies die häufigste Erkrankung, auf die wir alltäglich im Mund unserer Patienten treffen. Seit dem 01.07.2021 regelt eine neue Richtlinie die systematische Therapie der Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Umsetzung der formalen Vorgaben dieser PAR-Richtlinie bedeutet einige Veränderungen für unseren Praxisablauf. Anhand eines Falls werden Änderungen der neuen Behandlungsstrecke vorgestellt. Die Behandlung der Patientin konnte im Juli 2021 begonnen werden und ist bis zur antiinfektiösen Therapie (AIT) dokumentiert.

Erstvorstellung und parodontitis-spezifische Anamnese

Die 31-jährige Patientin stellte sich erstmals im Mai 2021 in unserer Praxis zur Kontrolle vor. Sie war allgemeinmedizinisch gesund und gab an, nicht zu rauchen und auch niemals geraucht zu haben. Die Patientin hatte bisher selbst keine Anzeichen einer Parodontalerkrankung oder akute Beschwerden wahrgenommen. Eine systematische Parodontaltherapie war bisher nicht durchgeführt worden. Sie hatte ein naturgesundes Gebiss mit Versiegelung der Molaren, die 1. bzw. 2. Prämolaren im Ober- und Unterkiefer waren während der kieferorthopädischen Therapie und die 3. Molaren vor etwa zehn Jahren extrahiert worden. Die Gingiva war zumeist blassrosa, zeigte aber lokalisiert massive entzündliche Veränderungen mit deutlicher Schwellung und Rötung der Interdentalpapillen. An Zahn 41 war bukkal eine beginnende Stillmann-Spalte zu erkennen (**Abb. 1**).

Der Verlauf von Parodontitis ist zumeist langsam und schmerzlos, leichte und moderate Formen von Parodontitis zeigen daher über viele Jahre wenige oder nur milde Symptome. Veränderungen der Gingiva (Zahnfleischbluten, Rötung und Schwellung) sind oft die ersten und einzigen Anzeichen, die von den Patienten nicht wahrgenommen oder nicht richtig eingeordnet werden, bis es dann zu einer Lockerung der Zähne kommt [1]. Gingivitis und frühe Stadien der Parodontitis sind für Betroffene nicht zu unterscheiden. Bei einer telefonischen Befragung in Deutschland wurde zudem deutlich, dass in der Bevölkerung erhebliche Defizite beim Wissen darüber bestehen, was Parodontitis ist und welche Konsequenzen die Erkrankung haben kann, aber auch, welche Risikofaktoren mit der Erkrankung assoziiert sind und welche präventiven Maßnahmen effektiv sein können [2]. Das fehlende Bewusstsein für die eigene Erkrankung kann dazu führen, dass zahnärztliche Behandlung oft erst dann in Anspruch genommen wird, wenn es bereits zu massiven Gewebeverlusten gekommen ist und dadurch meist umfangreiche The-



Abb. 1 Klinische Situation zum Zeitpunkt der MHU. Lokalisiert zeigt die Gingiva deutliche Entzündungszeichen (z.B. mit Schwellung der Interdentalpapillen regio 31–32 und massiver Blutung der Gingiva beim Anpassen der Interdentalraumbürsten regio 17–16).

rapiemaßnahmen notwendig werden. Je frühzeitiger Parodontitis erkannt und behandelt wird, umso weniger aufwendig und invasiv ist die Behandlung. Die Langzeitprognose der betroffenen Zähne ist deutlich besser und die Folgeschäden und -kosten der Parodontitisbehandlung für den Patienten und das Gesundheitssystem können signifikant begrenzt werden.

Parodontaler Screening-Index (PSI)

Der PSI ermöglicht eine schnelle und ökonomische Untersuchung im zahnärztlichen Alltag und damit die Chance, das Vorliegen von Parodontalerkrankungen frühzeitig zu erkennen. Er basiert auf dem Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN), der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) offiziell als Basisuntersuchung für Studien zur oralen Gesundheit anerkannt wurde. Im Laufe der Zeit haben sich in verschiedenen Ländern auf Basis des CPITN parodontale Screeningverfahren etabliert und sich dabei leichte Variationen der Indizes entwickelt. Der in Deutschland etablierte Parodontale Screening-Index basiert weitgehend auf den Vorgaben des Periodontal Screening & Recording (PSR), der von der American Dental Association (ADA) und der American Academy of Periodontology (AAP) veröffentlicht wurde [3].

Der PSI ist seit 2004 Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung und kann im Rahmen der GKV alle zwei Jahre abgerechnet werden (BEMA-Position 04). Seit seiner Einführung kann ein jährlicher Anstieg um ca. 3 % beobachtet werden. Um beurteilen zu können, bei wie vielen GKV-Patienten der PSI erhoben wurde, ist es aufgrund der Abrechnungsvorgaben sinnvoll, einen Zeitraum von zwei Jahren zu betrachten. In den Jahren 2018 und 2019 wurde die BEMA-Position 04 in 34,6 Millionen Fällen und damit bei 48 % aller gesetzlich versicherten Patienten erhoben [4,5]. Im gleichen Zeitraum wurden aber nur etwa 2,2 Millionen systematische Parodontalbehandlungen durchgeführt [4,5]. Auch wenn sich der PSI zunehmend in den zahnärztlichen Praxen etabliert, bleibt daher die Frage, ob aus dem Screeningbefund tatsächlich die richtigen Schlussfolgerungen und therapeutischen Konsequenzen gezogen werden. In Hinblick auf diese Diskrepanz haben Patientenvertreter und der GKV-Spitzenverband im G-BA eine eingehende Aufklärung der Patienten über ihren PSI-Befund, den möglichen Behandlungsbedarf und ggf. die Notwendigkeit weiterführender diagnostischer Maßnahmen gefordert. Diese Informationen sollen mit dem Inkrafttreten der PAR-Richtlinie zum 01.07.2021 in einer für den Versicherten verständlichen Form auf dem Vordruck 11 der Anlage 14a zum BMV-Z dokumentiert und mitgegeben werden.

Der PSI ist allerdings weder zur umfassenden Beurteilung der abgelaufenen noch der aktuellen Erkrankung geeignet. Bei der vorgestellten Patientin hatten alle Sextanten einen Code 4, daher erfolgte in der gleichen Sitzung eine weiterführende klinische und röntgenologische Untersuchung der parodontalen Situation, auf deren Grundlage die Diagnose gestellt und schließlich die konkrete Therapie geplant werden konnte.

Klinische und röntgenologische Befunde

Der klinische Parodontalstatus zeigte bei 66,7 % der gemessenen Stellen Sondierungstiefen von 4–5 mm und bei 24,3 % von 6 mm und mehr, es blutete an 38 % der Stellen nach dem Sondieren (Bleeding on Probing, BOP) und an mehreren Stellen trat Pus aus dem Sulkus aus. Die Zähne 17, 16, 26, 27, 37 und 36 hatten eine Lockerung von Grad I. Bei keinem der mehrwurzeligen Zähne konnten horizontale Attachmentverluste im Furkationsbereich sondiert werden (**Abb. 2**). Nachfolgend wurde eine Panoramaschichtaufnahme angefertigt, auf der horizontaler und vertikaler Knochenabbau bis ins mittlere Wurzeldrittel zu erkennen war (**Abb. 3**).

Diagnose nach der aktuellen Klassifikation und Antragstellung

In den letzten 30 Jahren wurde die Klassifikation der Parodontalerkrankungen wiederholt verändert, um sie an neue Erkenntnisse anzupassen. Mit ihrer Anwendung zeigten sich die Schwächen der Klassifikation von 1999 vor allem in Hinblick auf die Trennung zwischen der aggressiven und chronischen Form von Parodontitis. Pathobiologisch fehlen aber eindeutige Hinweise dafür, dass es sich um eigenständige Krankheitsentitäten handelt und im Praxisalltag und der Falldefinition im Rahmen von wissenschaftlichen Fragestellungen kam es immer wieder zu Problemen in einer klaren Trennung zwischen den beiden Gruppen und damit zu Überschneidung von Diagnosen. Zudem wurde bemängelt, dass patientenspezifische Risikofaktoren und auch

PARODONTALSTATUS

Datum: 2021

Patient Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: xx.xx.1989

☒ Anfangsbefund ☐ Reevaluation

Behandler: Dannewitz

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Beweglichkeit		1	1	0			0	0					0	1	1	
Implantat																
Furkation																
Bluten auf Sondieren																
Plaque																
Margo Gingivae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sondierungstiefe	7	5	7	3	10	5	2	7	3	2	3	2	7	4	3	7

Bukkal

Palatinal

Margo Gingivae: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
 Sondierungstiefe: 7 4 7 2 5 5 3 7 4 3 3 2 4 6 5 3 3
 Plaque: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
 Bluten auf Sondieren: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
 Furkation: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
 Bemerkung: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

Durchschn. Sondierungstiefe = 4 mm Durchschn. Attachmentverlust = 20 % Plaque 38 % Bluten auf Sondieren

Lingual

Bukkal

Margo Gingivae: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
 Sondierungstiefe: 3 3 7 6 3 3 3 2 4 3 3 3 3 2 2 2 2 3
 Plaque: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
 Bluten auf Sondieren: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
 Furkation: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
 Implantat: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
 Beweglichkeit: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

www.parodontalstatus.ch Copyright © 2010 by Department of Periodontology, University of Bern, Switzerland

Abb. 2 Klinischer PA-Status. An 24,3 % der gemessenen Stellen lagen Sondierungstiefen von 6 mm und mehr vor, es blutete an 38 % der Stellen nach der Sondierung (Bleeding on Probing, BOP). Im Rahmen der MHU wurde ein Plaqueindex erhoben (Plaque Control Record, PCR), der bei 20 % lag.

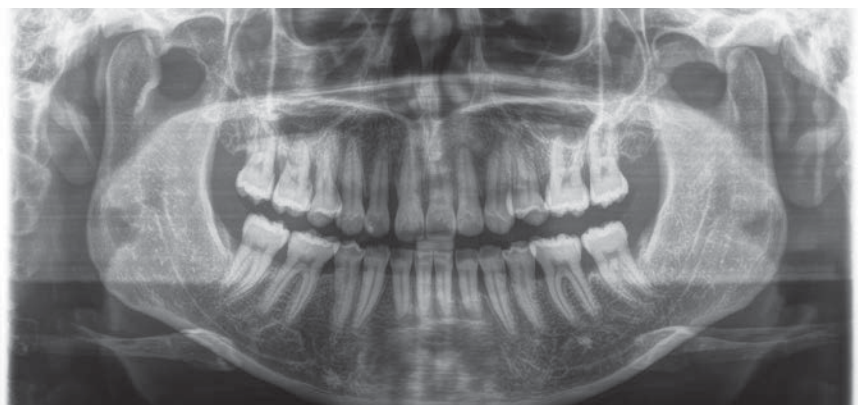


Abb. 3 Panoramaschichtaufnahme vom Mai 2021 zur Beurteilung des röntgenologischen Knochenabbaus. Im Unterschied zu den bisherigen Behandlungsrichtlinien ist in der neuen PAR-Richtlinie definiert, dass der Röntgenbefund aktuelle (in der Regel nicht älter als zwölf Monate) auswertbare Röntgenaufnahmen erfordert. Bisher sollten die Aufnahmen in der Regel nicht älter als sechs Monate sein.

die Behandlungskomplexität zu wenig in der Diagnose Berücksichtigung fanden. Im Jahr 2017 wurde auf Initiative der European Federation of Periodontology (EFP) und der American Academy of Periodontology die neue, aktuell gültige Klassifikation der parodontalen und periimplantären Erkrankungen erarbeitet und verabschiedet [6]. In Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissenstand zur Ätiologie und dem klinischen Krankheitsbild werden dort drei Formen von Parodontitis unterschieden: die chronische und aggressive Form wurden in der Kategorie (1) Parodontitis vereint, (2) nekrotisierende Parodontitis und (3) Parodontitis als direkte Manifestation von systemischen Erkrankungen [7]. Die Parodontitis wird über das Stadium und den Grad weiter charakterisiert.

In der aktuellen Klassifikation werden vier Stadien der Parodontitis unterschieden. Zwischen Stadium I/II und Stadium III/IV gibt es deutliche Unterschiede in Hinblick darauf, wie die Betroffenen auf den oralen Biofilm reagieren und ihr Immunsystem die bakterielle Herausforderung bewältigt. Patienten mit einem Stadium I oder II haben eine beginnende oder moderate Erkrankung, keine Zähne durch Parodontitis verloren und werden auf die nichtchirurgische Therapie, die auf die Reduktion des bakteriellen Biofilmes fokussiert, zumeist zuverlässig reagieren. Im Gegensatz dazu liegen bei einem Stadium III oder IV sehr wahrscheinlich endogene und/oder exogene Risikofaktoren vor, die die Immunantwort auf die bakterielle Infektion und damit die Fähigkeit, den Gewebeschaden zu begrenzen, negativ beeinflussen. Stadium III und IV Patienten sind komplexere Fälle, die spezifische Kenntnisse der Erkrankung und eine umfassendere klinische Kompetenz erfordern, um sie erfolgreich behandeln zu können [8]. Mit dem Grad wird die Diagnose um eine weitere Dimension ergänzt. Dabei stützt sich das Grading auf die grundlegenden Beobachtungen, dass nicht alle Individuen gleich empfänglich für Parodontitis sind, Schweregrad und Verlauf der Erkrankung durch den Einfluss verschiedener Risikofaktoren individuell sehr unterschiedlich sein können und

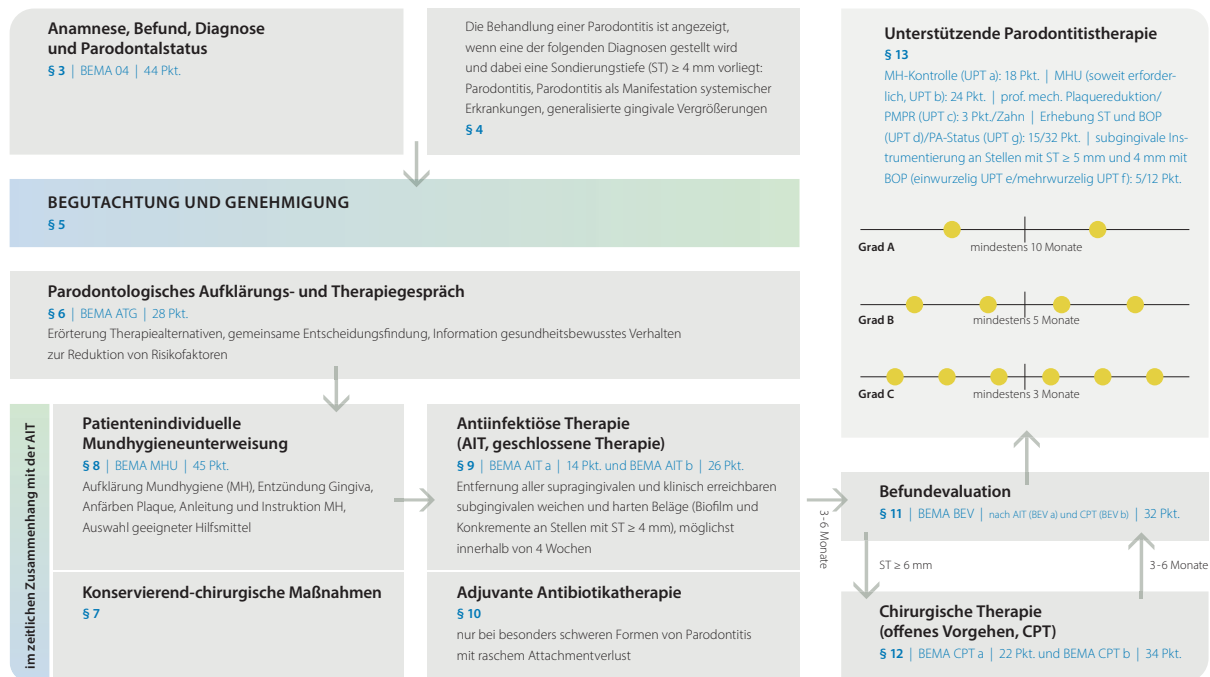


Abb. 4 PAR-Richtlinie. Seit dem 01.07.2021 regelt eine neue Richtlinie die systematische Therapie der Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

einige Fälle eine intensivere Betreuung benötigen, um die parodontale Situation stabilisieren zu können. Mit dem Inkrafttreten der neuen PAR-Richtlinie ergibt sich aus dem individuellen Grad ein Anspruch auf eine unterschiedliche Anzahl von UPT-Terminen pro Jahr (Abb. 4).

Formal wird das Stadium durch den Schweregrad der Parodontitis und Komplexitätsfaktoren (Faktoren, die die Behandlung des Falles anspruchsvoller machen) definiert [8,9]. Der Schweregrad kann über den röntgenologischen Knochenabbau oder alternativ den Attachmentverlust kategorisiert werden. Bei der Patientin ging der marginale Knochenabbau lokalisiert über das koronale Wurzel Drittel hinaus (siehe Abb. 3 und 5), was in der Zuordnung einem Stadium III oder IV entspricht. In dem vorliegenden Fall wurden bei der Messung des Parodontalstatus Sondierungstiefen ≥ 6 mm dokumentiert und dadurch bereits ein Komplexitätsfaktor für das Stadium III erreicht (siehe Abb. 2). Für die Differenzierung zwischen Stadium III und IV sind die

Anzahl von Zähnen relevant, die aufgrund von Parodontitis extrahiert wurden. Insgesamt fehlten acht Zähne. Der Verlust der Zähne ist aber nicht durch Parodontitis bedingt, sondern aufgrund einer kieferorthopädischen Indikation bzw. präventiv. Es ist allerdings nicht immer möglich, die Ursache für Zahnverlust eindeutig einzuschätzen und Grenzfälle sollten mit klinischer Erfahrung und möglichst pragmatisch abgewogen werden. Jeder Parodontitisfall wird durch das höchste Stadium charakterisiert, für den dann auch das Ausmaß bestimmt wird [8]. Dafür ist relevant, wie viele Zähne aufgrund des Knochenabbaus/Attachmentverlustes und aufgrund von Komplexitätsfaktoren diesem Stadium zugeordnet werden. Der Grad wird zumeist indirekt über den Knochenabbauindex (prozentualer Knochenabbau/Alter) bestimmt. Bei der Patientin betrug der Knochenabbau mesial an Zahn 12 40 %, dividiert durch das Lebensalter von 31 Jahren ergibt das einen Wert > 1 und damit einen Grad C (Abb. 5). Nikotinkonsum oder das Vorliegen von Dia-

betes mellitus, insbesondere in Hinblick auf den Langzeitblutzucker-Wert (HbA_{1c}) können zu einer Erhöhung des Grades führen [9]. Diese Modifikatoren lagen bei der Patientin nicht vor, sie wurde anhand des Knochenabbauindex zudem bereits im höchsten Grad eingeordnet. Auf Basis der Anamnese und der klinischen und röntgenologischen Befunde wurde bei der hier vorgestellten Patientin daher die Diagnose Parodontitis generalisiert Stadium III Grad C gestellt. Nach der Befunderhebung und Diagnosestellung wurde Anfang Juli 2021 die systematische Parodontaltherapie der Patientin beantragt und der Antrag zeitnah genehmigt.

Was ist aus der Vorbehandlung geworden?

In den Behandlungsrichtlinien von 2006 waren das Fehlen von Zahnstein sowie die Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene als regelmäßige Voraussetzungen für die Durchführung der Parodontaltherapie definiert [10] und damit



Abb. 5 Beurteilung des röntgenologischen Knochenabbaus für das Staging und Grading von Parodontitis. Der marginale Knochenabbau ging über das koronale Wurzel Drittel hinaus. Hier beispielhaft für Zahn 12 dargestellt (A). Der Knochenabbau wird prozentual in Bezug zur Gesamtwurzellänge (Distanz Schmelz-Zement-Grenze [SZG] und Wurzelspitze) bewertet (B). Bei Stadium I und II reicht der Knochenabbau bis ins koronale Wurzel Drittel, bei Stadium III und IV geht er über das koronale Wurzel Drittel hinaus (>33 %). Das Grading wird zumeist über die indirekte Beurteilung der Progressionsrate bestimmt. Dazu wird der prozentuale Knochenabbau an dem am stärksten betroffenen Zahn (D) und durch das Lebensalter dividiert (E).

immer wieder Thema von Prüfungsverfahren oder Beanstandungen seitens der Kassen. Während die Entfernung von Zahnstein (zumindest einmal pro Jahr) eine vertragszahnärztliche Leistung ist, gab es im BEMA bisher keine Position für die Mundhygieneunterweisung bei Erwachsenen (abgesehen von vulnerablen Patientengruppen). Damit wurde die privat vereinbarte Vorbehandlung mit professioneller Zahnreinigung (PZR) vor Antragstellung gelebte Realität in den Praxen und die Durchführung einer GKV-Therapie von der Inanspruchnahme privater Leistungen abhängig gemacht. Einer der deutlichsten Unterschiede zwischen den bisherigen und neuen Richtlinien ist der Wegfall von Voraussetzungen für die Durchführung der PAR-Therapie. Die Verwirrung in den Praxen ist groß und wiederholt kommt die kritische Frage, ob eine Parodontaltherapie ohne Vorbehandlung nachhaltig funktionieren kann. Oft wird dabei darauf hingewiesen, dass diese Behandlungsphase in der klinischen Leitlinie der EFP und DG Paro als Stufe 1 elementarer Bestandteil der Therapie aller Stadien der Parodontitis ist (Abb. 6) [11,12]. Diese Stufe umfasst nicht nur die Verbesserung der individuellen Mundhygiene, sondern zielt auch darauf ab, beeinflussbare lokale und systemische Risikofaktoren zu eliminieren bzw. abzumildern (Beseitigung plaquerelevanter Faktoren, Raucherentwöhnung, Verbesserung der metabolischen Kontrolle eines Diabetes). Verhalten nachhaltig

zu ändern ist schwierig und bedarf einer umfassenden Aufklärung der Betroffenen. Maßnahmen und Empfehlungen müssen individuell angepasst und die Patienten kontinuierlich instruiert und motiviert werden. Die neue PAR-Richtlinie hat mit dem parodontologischen Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) und der patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung (MHU) neue Leistungen in die Behandlungsstrecke aufgenommen (siehe Abb. 4), die in den bisherigen Behandlungsrichtlinien zwar beschrieben oder auch regelhaft vorausgesetzt wurden, aber eben nicht im BEMA abgebildet waren. Beim ATG und der MHU wird der Fokus auf die Kommunikation mit dem Patienten als Grundlage für die gemeinsame Entscheidungsfindung und nachhaltige Verhaltensänderung gelegt (sprechende Zahnmedizin). Vielen Kollegen fehlt hier aber noch die PZR, die zumeist Bestandteil der bisherigen Vorbehandlung war. Die supragingivale Reinigung erleichtert es den Patienten, ihre Zähne sauber zu halten; zudem kann sie den subgingivalen Therapiebedarf reduzieren. Die professionelle Reinigung der Zähne ist aber nicht das entscheidende Element, durch das sich das Verhalten unserer Patienten verändern wird, und der Nutzen dieser Maßnahmen ist zeitlich stark begrenzt. Zudem enthält die Leistungsbeschreibung der AIT a/b (so wie früher der P200/201) nicht nur die die Entfernung der klinisch erreichbaren, subgingivalen weichen und harten Beläge,

sondern eben auch die Beseitigung aller supragingivalen Beläge. Da die neue Behandlungsstrecke nicht die optimale, sondern nur eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung innerhalb des Solidarsystems abbilden kann, fehlt die supragingivale/gingivale Reinigung der Zähne an dieser Stelle, während sie in der UPT enthalten ist. Falls diese Leistung aber vom Patienten in dieser Therapiephase gewünscht wird, z.B. nach dem Anfärben der Plaque bei der MHU, kann dies weiterhin privat vereinbart werden. Adhärenz ist nach wie vor ein wesentlicher Faktor für den langfristigen Erfolg der Parodontaltherapie, auch wenn die Mitarbeit bzw. das Mitwirken der Patienten in den neuen PAR-Richtlinien nicht mehr thematisiert wird. Natürlich müssen Therapieziele und -maßnahmen weiterhin an die individuelle Situation und die Adhärenz der Patienten angepasst werden. Es ist aber auch medizinisch und ethisch kritisch, die Durchführung einer notwendigen Behandlung von Voraussetzungen (Mitwirkung) abhängig zu machen. Insbesondere da Parodontitis nicht nur lokale Schäden am Parodont verursacht, sondern auch Auswirkungen auf den gesamten Körper haben kann und in Zusammenhang mit einer Vielzahl von systemischen Erkrankungen steht [1].

Von ATG bis AIT

Es wird oft kritisch hinterfragt, warum das ATG erst nach Antragsgenehmigung

durchgeführt werden kann, obwohl die Patienten doch eigentlich bereits vor der Antragsstellung über die Befunde, die Diagnose, die Therapie und mögliche Alternativen aufgeklärt werden müssen. Eine Therapieplanung ohne umfassende Information ist nicht sinnvoll, sodass wir in der praktischen Umsetzung der Richtlinie in unserer Praxis das ATG in zwei Schwerpunkte aufgeteilt haben. Die erste, orientierende Aufklärung über Befund, Diagnose und Therapie erfolgt vor der Antragsstellung. Die Information über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren sowie über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen dann nach Antragsgenehmigung. Fragen zu der Erkrankung und der Therapiestrecke werden zu diesem Zeitpunkt noch einmal vertiefend geklärt. Bei der hier vorgestellten Patientin erfolgten ATG und MHU in einer gemeinsamen Sitzung. Bei der Mundhygieneunterweisung wurde die Patientin zu ihren bisherigen Zahnpflegegewohnheiten befragt. Sie nutze zur mechanischen Biofilmkontrolle zweimal täglich eine Handzahnbürste mit fluoridierte Zahnpasta und täglich Zahnseide. Die bakteriellen Beläge wurden angefärbt, der erhobene Plaqueindex (Plaque Control Record) lag bei 20 %, die Defizite in der Reinigung waren auf die Interdentalräume begrenzt (siehe Abb. 2). Daher wurden Interdentalraumbürsten in verschiedenen Größen angepasst, deren Anwendung demonstriert und mit der Pa-

tientin eingeübt. Da die Patientin jung war und bereits an einer schweren Parodontitis litt, obwohl keine exogenen Risikofaktoren erkennbar waren, hat sie vermutlich eine ausgeprägte, genetische Empfänglichkeit für überschießende Entzündungsreaktionen und damit auch ein hohes Risiko für andere chronische Erkrankungen im Körper. Die Patientin wurde eingehend über die Zusammenhänge aufgeklärt, in Hinblick auf ihr Alter insbesondere über die Wechselwirkungen von Parodontitis und Schwangerschaftskomplikationen. Nach der PAR-Richtlinie soll die MHU in zeitlichem Zusammenhang mit der AIT (antiinfektiösen Therapie) erfolgen, kann also auch nach der subgingivalen Instrumentierung durchgeführt werden. Dieser Freiraum ermöglicht die Umsetzung unterschiedlicher Therapiekonzepte oder auch, den Behandlungsablauf an den individuellen Fall (z.B. Patienten mit medikamentös induzierten Gingivawucherungen) anzupassen.

Die AIT in der PAR-Richtlinie entspricht der subgingivalen Instrumentierung der Stufe 2 in den Behandlungsleitlinie der EFP und DG Paro (Abb. 6). Der Leitlinie folgend wurde die Instrumentierung mit Hand- und maschinell betriebenen Instrumenten (Schallscaler) durchgeführt [11]. In dem individuellen Fall erfolgte die Instrumentierung an zwei aufeinanderfolgenden Tagen. Bei diesem Full-Mouth-Vorgehen gibt es Hinweise darauf, dass die subgingivale Instrumentierung auch systemische Auswirkun-

gen haben kann, z.B. akute systemische Entzündungsreaktionen. Daher sollte bei der Entscheidung zwischen einem quadrantenweisen oder Full-Mouth-Vorgehen immer der allgemeine Gesundheitszustand und das Risikoprofil des Patienten berücksichtigt werden [11]. Tatsächlich berichtete die Patientin über Schüttelfrost und Abgeschlagenheit nach der subgingivalen Instrumentierung.

Aufgrund der Schwere der Erkrankung und dem Alter der Patientin wurde die subgingivale Instrumentierung mit der systemischen Gabe von 500 mg Amoxicillin und 400 mg Metronidazol (jeweils dreimal täglich für sieben Tage) kombiniert. Systemische Antibiotika sollen nicht routinemäßig zusätzlich zur subgingivalen Instrumentierung eingesetzt werden, die adjuvante Anwendung kann aber für bestimmte Patientengruppen (schwere Krankheitsverläufe bei jungen Patienten, oft in Abwesenheit modifizierbarer Risikofaktoren) erwogen werden [11]. Der therapeutische Einsatz von Antibiotika in der PAR-Therapie richtet sich daher aktuell nach klinischen Kriterien. Die Auswahl der Antibiotika erfolgt nicht erregerspezifisch, sondern auf Basis der klinischen Evidenz. Die Kombination von Amoxicillin und Metronidazol zeigt dabei die beste Wirksamkeit, ist aber auch am häufigsten mit Nebenwirkungen verbunden [11].

Das Gewebe war lokalisiert so stark entzündlich verändert, dass es bei der Instrumentierung zu Verletzungen von Interdentalpapillen im Bereich der Zähne

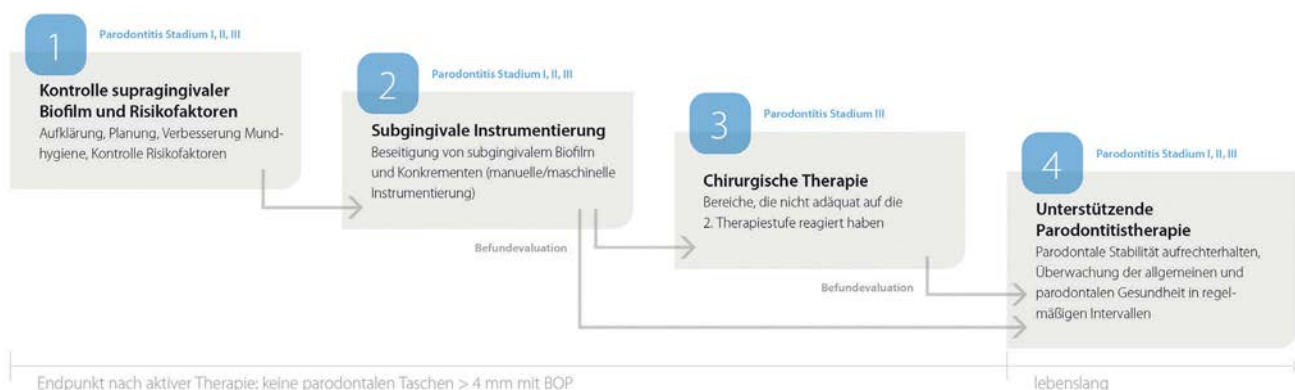


Abb. 6 Stufenschema der S3-Leitlinie der EFP und DG Paro zur Behandlung der Parodontitis Stadium I bis III. Nach der Diagnose sollten Patienten nach einem stufenweise ablaufenden, aufeinander aufbauenden Therapiekonzept behandelt werden. Dabei sind die Therapiestufen vom Schweregrad abhängig, und jedes Stadium bedarf unterschiedlicher Interventionen.

31–33 kam und diese zur besseren Heilung mit Einzelknopfnähten adaptiert wurden. Der Patientin wurde die Anwendung einer Chlorhexidin-Mundspüllösung (0,2 %) bis zur Entfernung der Nähte empfohlen, da sie in diesem Bereich nur eingeschränkt mechanisch reinigen konnte. Nach einer Woche wurden die Nähte bei reizloser Wundheilung entfernt (**Abb. 7**). Zu diesem Zeitpunkt hatte die Patientin noch eine geringfügige Aufbissempfindlichkeit, die häufig nach subgingivaler Instrumentierung beobachtet werden kann. Zwei Wochen nach AIT erfolgte eine weitere Nachkontrolle, bei der die Passung der Interdentalraumbürsten überprüft und die Größen angepasst wurden.

Wie geht es weiter?

Die Evaluation des parodontalen Befundes (BEV a) ist in dem individuellen Fall drei Monate nach der AIT geplant. Da die Patientin zu Beginn der Therapie lokalisiert sehr tiefe Taschen und einen vertikalen Knochendefekt an Zahn 12 hatte, sind ggf. weiterführende parodontalchirurgische Maßnahmen notwendig, um das Therapieziel zu erreichen. Die Patientin wurde bereits beim ATG über diese Möglichkeit orientierend aufgeklärt. Die chirurgische Parodontaltherapie (CPT, Stufe 3) zielt auf die Behandlung derjenigen Bereiche der Dentition ab, welche nicht adäquat auf die subgingivale Instrumentierung reagiert haben (persistierende parodontale Taschen ≥ 6 mm). Das Ziel ist es dabei, den Zugang für die subgingivale Instrumentierung zu verbessern oder die Läsionen, die zur Komplexität der Parodontitis und Parodontalbehandlung beigetragen haben, regenerativ oder resektiv zu therapieren [11]. Die Behandlungsleitlinie empfiehlt dabei klar, bei Patienten ohne adäquate Mundhygiene keine chirurgischen Interventionen durchzuführen. Falls die Indikation für eine chirurgische Weiterbehandlung bei der BEV a vorliegt, wird mit der Patientin daher ein Termin zur Kontrolle der Mundhygiene und falls notwendig professioneller Reinigung der Zähne außervertraglich vereinbart werden (die UPT hat dann noch nicht



Abb. 7 Klinische Situation eine Woche nach AIT vor Entfernung der Nähte. Die marginale Gingiva ist entzündungsfrei, die lokalisierte Schwellung der Gingiva ist zurückgegangen. Der Approximalraum von 31 und 32 wird nicht mehr vollständig durch die Gingiva ausgefüllt.

begonnen). Die individuelle Reaktion auf die dritte Therapiestufe/CPT muss dann nochmals beurteilt werden (BEV b).

Nach Abschluss der aktiven Therapie (AIT und ggf. CPT) wird die Patientin in die unterstützende Parodontaltherapie (UPT) eingegliedert. Die UPT zielt darauf ab, parodontale Stabilität langfristig aufrechtzuerhalten. Abhängig vom gingivalen und parodontalen Status werden dabei präventive und therapeutische Interventionen aus den Therapiestufen 1 und 2 kombiniert. Diese Betreuung sollte in regelmäßigen und den Bedürfnissen des Patienten angepassten Intervallen erfolgen. Bei jeder dieser UPT-Sitzungen kann erneut eine – in der Regel lokalisierte – subgingivale Instrumentierung nötig sein, wenn ein Wiederauftreten der Erkrankung erkannt wird [11]. Daher ist die regelmäßige Kontrolle der Befunde erforderlich. Die Bereitschaft zur Umsetzung des empfohlenen Mundhygieneregimes und die Förderung eines gesunden Lebensstils sind ebenfalls Ziele der UPT. Eine wesentliche Neuerung der PAR-Richtlinie ist, dass die UPT als relevanter Baustein zur Sicherung des Behandlungserfolgs in die GKV-Behandlungsstrecke aufgenommen wurde. Versicherte können, ausgerichtet am individuellen Bedarf, zwei Jahre nach Abschluss der aktiven Behandlungsphase UPT-Leistungen (UPT a-g) in Anspruch nehmen. Die Frequenz der UPT-Sitzungen wird dabei vom Grad der Parodontitis abhängig gemacht. Bei der hier vorgestellten Patientin lag ein Grad C vor, damit wurden sechs UPT-Sitzungen über den Zeitraum

von zwei Jahren beantragt.

Unterstützung bei der Umsetzung der neuen PAR-Richtlinie

Die DG Paro hat eine Webseite zu der neuen PAR-Richtlinie erstellt (www.par-richtlinie.de), auf der nicht nur die Elemente der neuen Behandlungsstrecke ausführlich dargestellt, sondern auch Tipps und Materialien für jeden Schritt der Therapie zur Verfügung gestellt werden. Zudem finden Sie hier auch Antworten zu den häufigsten Fragen unserer Mitglieder. Die Seite wird kontinuierlich aktualisiert.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Bettina Dannewitz
Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dres. Dannewitz & Glass
Langgasse 36–38
35781 Weilburg
bettina.dannewitz@t-online.de

Literatur bei der Verfasserin



HINWEIS

Prof. Dr. Bettina Dannewitz referiert beim 62. Bayerischen Zahnärztetag. Das ausführliche Programm finden Sie auf Seite 70.

Erscheint in Kürze!

Implantate und Zahnersatz

Ein Arbeitskript

von Christian Hammächer



€
49,-

Als Arbeitsheft aufgebaut, das sich an Student*Innen, implantologisch tätige Zahnärzt*Innen, Oralchirurg*Innen, Kieferchirurg*Innen sowie an interessierte Zahntechniker*Innen richtet, ist dieser Titel ein erschwingliches Buch zu den Behandlungsmöglichkeiten in der Implantatprothetik.

Es vermittelt einen praxisnahen fachlichen Überblick über die komplexe Thematik der Implantatprothetik und gibt Antworten auf die bei der täglichen praktischen Arbeit auftauchenden Fragen wie z. B. dem individuell passenden Therapiekonzept sowie der Wahl von Material, Technik und Ausführung. Zahlreiche klinische Fotos und Behandlungsfälle sowie die praktischen Tipps zum Komplikationsmanagement machen es zu einem anschaulichen Ratgeber für die tägliche Praxis.

Softcover | Circa 100 Seiten | 262 Abbildungen | ISBN: 978-3-00-069028-0

www.dental-bookshop.com

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

 **teamwork
media**

Die neue PAR-Richtlinie 2021

Eine Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen

Ein Beitrag von Dr. Georg Bach,
Freiburg im Breisgau

Die bisherige, bis zum 01.07.2021 geltende PAR-Richtlinie wurde schon seit geraumer Zeit nicht mehr dem gerecht, was in deutschen Zahnarztpraxen geleistet und durchgeführt wird. Mit der neuen PAR-Richtlinie wird nun Neuland beschritten – zahlreiche neue Elemente werden in der Behandlung GKV-Versicherter, bei denen eine Parodontalerkrankung vorliegt, integriert. Zudem wird erstmals in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses die seit Langem geäußerte Forderung der deutschen Zahnärzteschaft nach Berücksichtigung der „sprechenden Zahnmedizin“ berücksichtigt.

Mit dem Antrag der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss, der darauf abzielte, eine neue PAR-Richtlinie zu entwickeln, wurde ein Verhandlungs- und Entscheidungsprozess eingeleitet, der nahezu ein Jahrzehnt andauerte. Direkt nach der Verabschiedung der Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss begann Anfang 2021 die Tätigkeit des Bewertungsausschusses, die dann im Mai 2021 abgeschlossen wurde. Ein gemeinsamer Antrag von Zahnärzten und Krankenkassen schloß diese Arbeiten ab. In weiteren Verhandlungen wurden die Inhalte der neuen Richtlinie für die besonders schützenswerte und vulnerable Gruppe der Patienten mit Behinderungen und Pflegebedürftigkeit (§ 22a des SGB V) modifiziert.

Die bisherige PAR-Richtlinie (**Abb. 1**) war schon seit Längerem nicht mehr zeitgemäß. Es gab aber auch noch zahlreiche weitere Gründe, eine neue PAR-Richtlinie zu entwickeln. Zum einen ist es der deutschen Zahnärzteschaft auf dem Gebiet der Kariesprävention überaus erfolgreich gelungen, die Kariesprävalenz erheblich zu senken. Zum anderen besteht auf dem Gebiet der Parodontalerkrankungen ein hoher Handlungsbedarf, der momentan nicht vollumfänglich abgedeckt ist. Zahlreiche wissenschaftliche Erkenntnisse über den Zusammenhang von Parodontalerkrankungen und weiteren Erkrankungen beziehungsweise internistischen Befunden lieferten zusätzliche Gründe für die Entwicklung einer neuen PAR-Richtlinie (**Abb. 2**).

Enthielt die bisherige allgemeine Behandlungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Systematischen Behandlung von Parodontopathien (PAR-Behandlung) noch acht Paragraphen, so ist die neue PAR-Richtlinie auf 14 Paragraphen angewachsen. Komplett neu in der Richtlinie, die ab 1. Juli 2021 Gültigkeit hat, sind eine Definition der Grundlagen der Parodontalerkrankung (§ 2) sowie der Behandlungsziele, der Behandlungsbedürftigkeit (§ 4) und ein Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (§ 6), die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (§ 8), die Befundevaluation (§ 11)

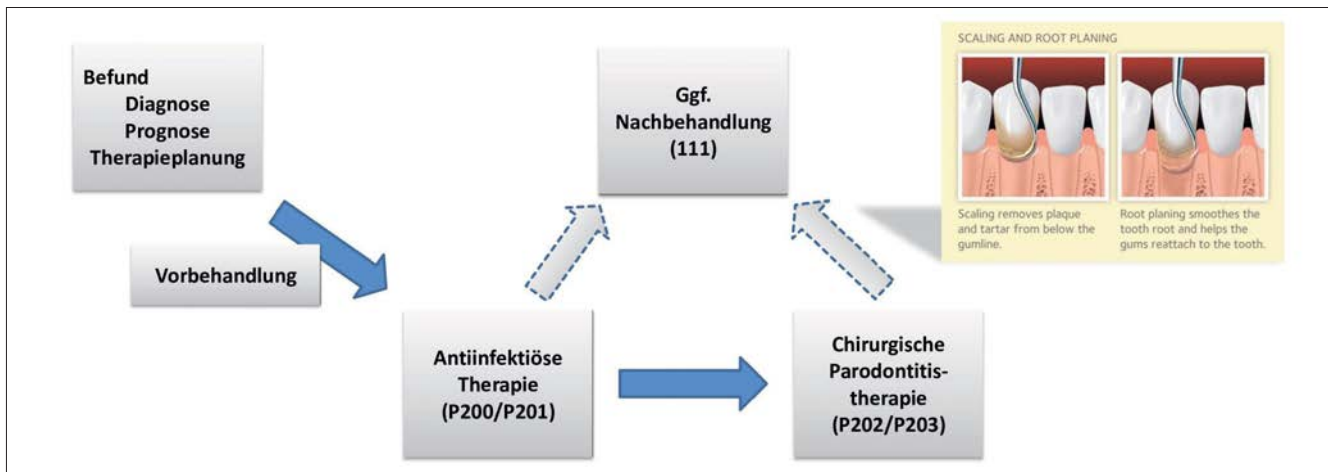


Abb.1 Behandlungsstrecke der bisherigen PAR-Richtlinie (bis 01.07.2021)

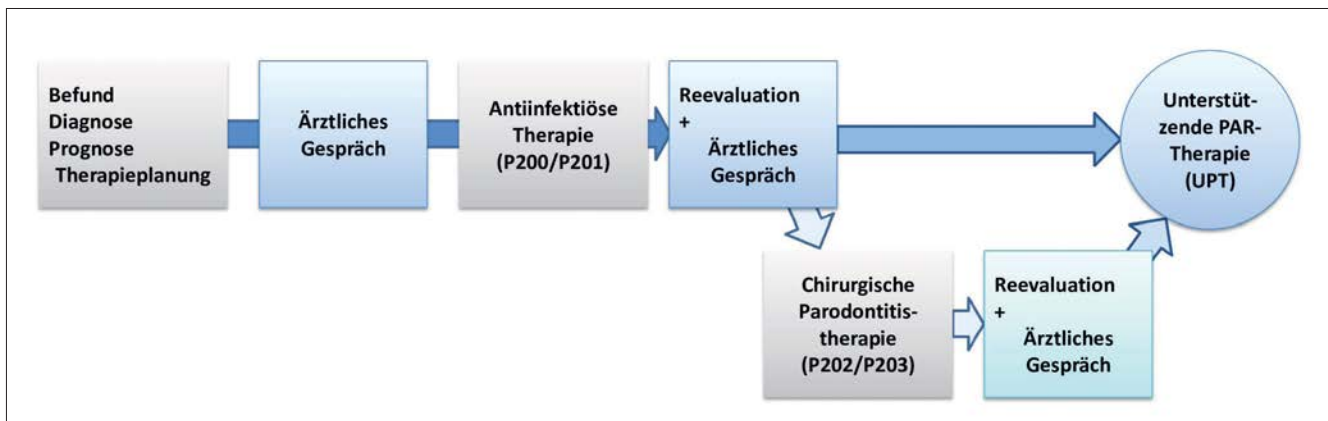


Abb.2 Behandlungsstrecke der neuen PAR-Richtlinie ab dem 01.07.2021

und die unterstützende Parodontaltherapie (§13).

Im Gegensatz zur alten, knapp gehaltenen Richtlinie gehen die Schwerpunkte der neuen Richtlinie bereits aus deren Gliederung hervor:

- Berücksichtigung der „sprechenden Zahnmedizin“ (Aufklärungs- und Instruktionsgespräche)
- die Betonung der Eigenverantwortung des Patienten (patientenindividuelle Aufklärung und Unterweisung/Übungen)
- das Schaffen einer Richtlinie auf der Höhe der Zeit (AIT/CPT/Evaluationen/systemische Antibiose/ UPT)

Antragstellung

Auch weiterhin wird eine Antragstellung erforderlich sein, denn in §5 der neuen PAR-Richtlinie ist definiert, dass für

die Durchführung einer systematischen Parodontistherapie (und für eine Verlängerung der UPT zu einem späteren Zeitpunkt der Behandlungsstrecke) eine Genehmigung durch die Krankenkasse vorausgesetzt wird. Der Antrag wird der Krankenkasse mittels eines zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Datensatzes übermittelt. Da dieses rein digitale Antragsverfahren zum Gültigkeitsbeginn der neuen PAR-Richtlinie noch nicht verfügbar ist, muss die Antragstellung vorübergehend noch wie bisher in Papierform erfolgen.

Das vertragszahnärztliche Gutachtenwesen

Ebenfalls in §5 der neuen PAR-Richtlinie ist aufgeführt, dass die Krankenkasse vor der Kostenübernahmeentscheidung die diagnostischen Unterlagen und die Ver-

sicherten begutachten lassen kann, wenn sie dieses für erforderlich und geboten hält.

Wesentliche Faktoren, die bei bisherigen Gutachten zur Empfehlung einer Nichtgenehmigung führten, sind in der neuen PAR-Richtlinie weggefallen, beispielsweise die Erfordernis einer vorherigen Entfernung von Zahnstein und Belägen vor der Begutachtung oder die Erfordernis einer guten Mitarbeit beziehungsweise Mundhygiene des Patienten. Nach der neuen Richtlinie hat nun jeder Versicherte einen grundsätzlichen Anspruch auf eine PAR-Behandlung, sodass sich die vertragszahnärztliche Gutachter-tätigkeit grundlegend verändert.

Sollte die Krankenkasse ein Gutachtenverfahren zum Zeitpunkt des Eingangs eines Antrags einleiten, so kann der beauftragte Gutachter zunächst lediglich die Wirtschaftlichkeit der geplanten

Maßnahmen überprüfen und ferner, ob Staging und Grading korrekt durchgeführt worden sind. Eine weitere Option für die Krankenkasse, ein Gutachtenverfahren einzuleiten, ist in der neuen PAR-Richtlinie zu dem Zeitpunkt möglich, wenn eine Verlängerung der UPT, die über einen Zweijahreszeitraum vorgesehen ist, für ein weiteres halbes Jahr beantragt wird.

Zu welchen Entwicklungen beim vertragszahnärztlichen Gutachtenwesen und zu welcher Beauftragungsfrequenz die neue PAR-Richtlinie führen wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch unklar.

Nomenklatur

In §3 der neuen PAR-Richtlinie ist festgelegt, dass Diagnosen von Parodontalerkrankungen gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (der DG Paro) anzugeben sind. Der aktuellen Nomenklatur folgend werden damit die Begriffe Staging und Grading (**Tab. 1 und 2**) für die Diagnosestellung relevant.

Staging

Das Staging beschreibt das Stadium der Parodontalerkrankung. Von Bedeutung sind dabei Schweregrad, Komplexität und Ausdehnung sowie Verteilung. Die Zuordnung der patientenindividuellen Gegebenheiten führt zu einer Einordnung in das entsprechende Stadium I bis IV.

Grading

Das Grading beschreibt den Krankheitsgrad. Relevant sind dabei primäre Kriterien mit direkter und indirekter Evidenz und Modifikatoren beziehungsweise Risikofaktoren. Die Zuordnung der patientenindividuellen Gegebenheiten führt zu einer Einordnung in den entsprechenden Grad A, B oder C (langsame, moderate und rasche Progressionsrate).

Auswirkungen der nunmehr relevanten PAR-Nomenklatur

Der aktuellen PAR-Nomenklatur der DG Paro kommt durchaus eine „Leitfunktion“ zu, da sie diagnostische und

therapeutische Relevanz besitzt. Es werden nicht nur das Stadium und der Schweregrad der jeweiligen Parodontalerkrankung beschrieben, aus den jeweiligen Zuordnungen geht unter anderem auch die erforderliche Frequenz der UPT-Sitzungen hervor. Diese ist bei einer langsamen Progressionsrate (Grad A) auf eine UPT-Sitzung pro Kalenderjahr festgelegt, bei einer moderaten Progressionsrate (Grad B) auf zwei pro Jahr und bei einer raschen Progressionsrate (Grad C) auf drei pro Jahr.

Da die Durchführung der UPT über einen Zweijahreszeitraum vorgesehen ist, ergibt sich somit eine Gesamtzahl bei Grad A von zwei UPT Sitzungen, bei Grad B von vier Sitzungen und bei Grad C von sechs Sitzungen.

Beispiel HbA_{1c}-Wert

Für ein korrektes Staging und Grading ist eine Beachtung zahlreicher Faktoren erforderlich. So soll neben dem Tabakkonsum der parodontalerkrankten Patienten erstmals bei Patienten mit einer Diabetes-Erkrankung auch nach dem HbA_{1c}-Wert gefragt werden. Der HbA_{1c}-Wert lässt auf den Blutzuckerlauf der letzten acht bis zwölf Wochen rückschließen. Bei gesunden Personen liegt der Wert bei rund 30 mmol/mol beziehungsweise rund fünf Prozent. Bei Patienten mit einer Diabeteserkrankung steigt der HbA_{1c}-Wert an. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft empfiehlt einen Zielkorridor unter 7,5 Prozent.

Ein HbA_{1c}-Wert über sieben Prozent beim diabetischen Patienten ist einer Parodontalerkrankung Grad C (rasche Progressionsrate) zuzuordnen.

Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch

In §6 der neuen Richtlinie wird das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch beschrieben: Im Anschluss an die Durchführung von Anamnese, Diagnose, Prognose und Therapieplanung wird der Patient im Rahmen eines vertragszahnärztlichen, risikospezifischen

parodontologischen Aufklärungs- und Therapiegesprächs über den vorliegenden Befund und die Diagnose informiert. Dabei soll dem Patient genau erläutert werden, welche Form einer Parodontalerkrankung bei ihm vorliegt, welcher Schweregrad festgestellt worden ist und welche Therapieoptionen bestehen.

Nach dem Prinzip der „sprechenden Zahnmedizin“ soll der Patient dabei nicht nur informiert, sondern aktiv in die Entscheidungsfindung eingebunden werden (§6, Absatz 1). Zusätzlich sollten im Rahmen des Aufklärungs- und Therapiegesprächs Informationen zur Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten (§6 Absatz 2), zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren (§6 Absatz 3) sowie zu Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen vermittelt werden.

Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung

Unter die Rubrik „sprechende Zahnmedizin“ fällt auch die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung, die im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie erfolgen und – ebenso wie die UPT – zur Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolges dienen soll (§8 der neuen PAR-Richtlinie). Dabei soll in Erfahrung gebracht werden, über welches Wissen zu parodontalen Erkrankungen der Versicherte verfügt, wie seine Zahnpflegegewohnheiten aussehen und welche Ziele er bezogen auf seine Zahngesundheit verfolgt.

Danach folgt eine Bestimmung des Entzündungszustandes der Gingiva, das Anfärben der Plaque, eine individuelle Mundhygieneinstruktion und eine praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene. Die individuell geeigneten Mundhygienemittel sollen bestimmt und deren Anwendung praktisch geübt werden. Die Unterweisung soll in einer „die jeweilige Versichertensituation berücksichtigenden Weise“ erfolgen. Der Versicherte soll die Informationen verstehen und die Unterweisungen umsetzen können. Im Rahmen der Durchführung der patientenindividuellen Mundhygiene-

Parodontitis Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schweregrad	Interdentaler CAL an der Stelle mit dem größten Verlust	1–2 mm	3–4 mm	≥5 mm	≥5 mm
	Röntgenologischer Knochenabbau	Koronales Drittel (<15 %)	Koronales Drittel (15–33 %)	Mittleres bis apikales Drittel	Mittleres bis apikales Drittel
	Zahnverlust	Kein Zahnverlust aufgrund von Parodontitis		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von ≤4 Zähnen	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von ≥5 Zähnen
Komplexität	Lokal	Maximale Sondierungstiefe ≤4 mm Vorwiegend horizontaler Knochenabbau	Maximale Sondierungstiefe 4–5 mm Vorwiegend horizontaler Knochenabbau	Zusätzlich zur Komplexität des Stadium II: Sondierungstiefe ≥6 mm Vertikaler Knochenabbau ≥3 mm Furkationsbefall Grad II oder III Moderater Kammdefekt	Zusätzlich zur Komplexität des Stadium III: Notwendigkeit einer komplexen, interdisziplinären Rehabilitation aufgrund von: Mastikatorischer Dysfunktion Sekundärem okklusalen Trauma (Zahnbeweglichkeit ≥Grad 2) Ausgeprägtem Kammdefekt Verlust der Bisshöhe, Zahnwänderungen, Auffächerung der Front Weniger als 20 Restzähne mit 10 okkludierenden Paaren
Ausdehnung und Verteilung	Wird zur genaueren Beschreibung des Staging verwendet	Für jedes Stadium Ausdehnung als lokalisiert (<30 % der Zähne), generalisiert oder als Molaren/Inzisiven Muster beschreiben			

Tab.1 PAR-Nomenklatur der DG Paro – Teil 1: Staging

Parodontitis GRADING			Grad A: langsame Progressionsrate	Grad B: moderate Progressionsrate	Grad C: rasche Progressionsrate
Primäre Kriterien	Direkte Evidenz	Longitudinale Daten (röntgenologischer Knochenabbau oder Parodontalstatus mit Angabe des CAL)	Kein Verlust	<2 mm über 5 Jahre	≥2 mm über 5 Jahre
	Indirekte Evidenz	Knochenabbau (%)/Alter	<0,25	0,25–1,00	>1,00
		Phänotyp	Erheblicher Biofilm	Zerstörung proportional zum Biofilm	Größere Zerstörung als Biofilmlagerungen erwarten lassen; das klinische Bild lässt Episoden rapider Zerstörung und/oder einer früh beginnenden Erkrankung (z.B. Molaren-Inzisiven-Muster oder behandlungsresistente Erkrankung)
Modifikatoren	Risikofaktoren	Rauchen	Nichtraucher	Raucher, <10 Zig./Tag	Raucher, ≥10 Zig./Tag
		Diabetes	Kein Diabetiker, normoglykämisch	HbA _{1c} <7,0 % bei Patienten mit Diabetes	HbA _{1c} ≥7,0 % bei Patienten mit Diabetes

Tab.2 PAR-Nomenklatur der DG Paro – Teil 2: Grading

unterweisung können zahlreiche delegierbare Leistungen erfolgen.

Antiinfektiöse Therapie (AIT)

In §9 der neuen PAR-Richtlinie wird die antiinfektiöse Therapie (AIT) beschrieben – dieser neue Begriff ersetzt das bisherige „geschlossene Verfahren“. Neben dem neuen Namen sind indes Ziel und Ablauf dieses ersten chirurgischen Abschnitts gleich geblieben: Die Antiinfektiöse Therapie (AIT) dient der Beseitigung entzündlicher Prozesse; Blutung beziehungsweise Supuration auf Sondierung sollen weitgehend eliminiert werden. Die antiinfektiöse Therapie erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen abgeschlossen werden. Dabei werden bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von vier Millimetern und alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkrement) entfernt.

Chirurgische Parodontitistherapie (CPT)

Bei vielen Patienten mit leichteren und mittelschweren Verlaufsformen einer Parodontalerkrankung werden nach Abschluß der antiinfektiösen Therapie und nach Durchführung der Befundevaluation drei bis sechs Monate später derart günstige Befunde erhoben, dass direkt in die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) übergegangen werden kann. Dieses Prozedere ist allerdings nicht bei allen Patienten möglich, vor allem nicht bei Patienten mit schweren Verlaufsformen der Parodontalerkrankung. Hier wird die Durchführung einer chirurgischen Parodontitistherapie (CPT) empfohlen.

Die chirurgische Parodontitistherapie (CPT) ist die neue Bezeichnung für das offene Vorgehen und wird dann durchgeführt, wenn nach Abschluss der AIT und der darauffolgenden Evaluation weiterer Handlungsbedarf besteht. Nach dem geschlossenen Vorgehen (AIT) ist also zu prüfen, ob die zahnmedizinische Notwen-

digkeit besteht, an einzelnen Parodontien ein offenes Vorgehen durchzuführen. Dies ist immer dann angezeigt, wenn im Rahmen der Evaluation bei Parodontien Sondierungstiefen von sechs Millimetern und mehr festgestellt werden.

Gemäß der neuen PAR-Richtlinie ist der Patient über den weiteren Handlungsbedarf in Kenntnis zu setzen. Darüber hinaus soll gemäß §12 der neuen Richtlinie der Vertragszahnarzt in „gemeinsamer Erörterung“ mit dem Versicherten die Entscheidung treffen, ob das offene Verfahren durchgeführt werden soll.

Wie in der bisherigen Richtlinie besteht weiterhin eine strenge Limitation für das offene Vorgehen im Oberkieferfrontzahnbereich. Anders als in der vorherigen Richtlinie ist es nach der neuen PAR-Richtlinie nicht mehr möglich, in Ausnahmefällen sofort mit dem offenen Verfahren zu beginnen. In jedem Fall muss vor Beginn einer offenen Parodontitistherapie der Abschluß der AIT (geschlossenes Vorgehen) erfolgen. Für Erleichterung im Praxisalltag dürfte die Regelung sorgen, dass die Entscheidung, dass ein offenes Vorgehen (CPT) durchgeführt werden muss, der Krankenkasse lediglich mitgeteilt, aber kein erneutes Antragsverfahren veranlasst werden muss.

Adjuvante Antibiotikatherapie

Die adjuvante Antibiotikatherapie hat wird in §10 der neuen PAR-Richtlinie aufgegriffen: Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, können systemisch wirkende Antibiotika im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie (AIT) verordnet werden. Wie bisher können indes eine mikrobielle Keimdiagnostik und die lokale Antibiotikatherapie nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

Befundevaluationen

Drei bis sechs Monate nach Beendigung der Antiinfektiösen Therapie (AIT) – und gegebenenfalls nach Beendigung der Chi-

rurgischen Parodontitistherapie (CPT) – soll eine Befundevaluation durchgeführt werden. Im Rahmen dieser Befundevaluation wird erneut ein umfangreicher klinischer Befund (Sondierungstiefen/ Sondierungsblutung/Zahnlockerung/Furkationsbefall) erhoben und auch dokumentiert. Die Erhebung und Dokumentation der parodontalen Befunddaten erfolgt hierbei analog zur Ersterhebung. Bei der Erhebung eines radiologischen Befundes sollten die Röntgenbilder, die bei der Antragstellung verwendet wurden, zugrunde gelegt werden – es sei denn, es sind aus anderen Gründen neuere Bilder erforderlich geworden und/oder verfügbar.

Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

Die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) dient der Sicherung der Ergebnisse der antiinfektiösen (AIT) und gegebenenfalls einer erfolgten chirurgischen Therapie (CPT). Mit der UPT soll drei bis sechs Monate nach Abschluss des geschlossenen Verfahrens begonnen werden. Die UPT umfasst eine ganze Reihe von Maßnahmen:

- eine Mundhygienekontrolle und gegebenenfalls eine erneute Mundhygieneunterweisung,
- die vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen,
- falls erforderlich bei Sondierungstiefen von vier Millimetern und mehr und Vorhandensein von Sondierungsbluten sowie bei Sondierungstiefen von fünf Millimetern und mehr die subgingivale Instrumentierung an diesen Zähnen und
- ab dem zweiten Jahr einmal im Kalenderjahr die Untersuchung des Parodontalzustandes.

Die UPT-Maßnahmen sollen über einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig durchgeführt werden (**Abb. 3 bis 6**). Die mögliche Frequenz der UPT-Sitzungen orientiert sich am Schweregrad der behandelten Erkrankung, bei Grad A einmal im Kalenderjahr (mit einem Mindestab-

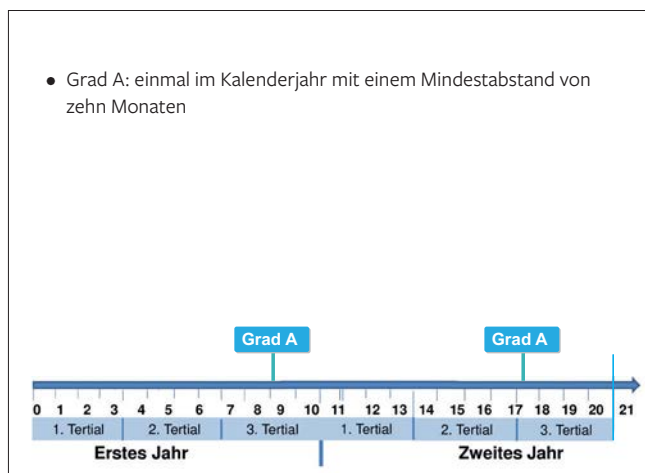


Abb.3 Die maximale Frequenz der UPT-Sitzung beträgt bei Patienten mit Grad-A-Paro-Erkrankung zwei Sitzungen im Zweijahreszeitraum.

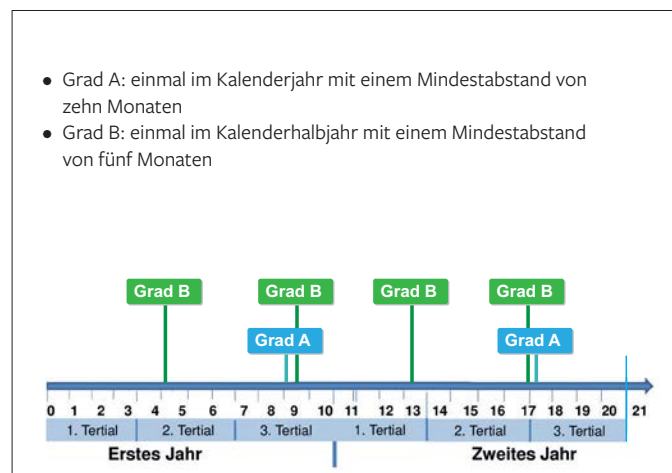


Abb.4 Die maximale Frequenz der UPT-Sitzung beträgt bei Patienten mit Grad-B-Paro-Erkrankung vier Sitzungen im Zweijahreszeitraum.

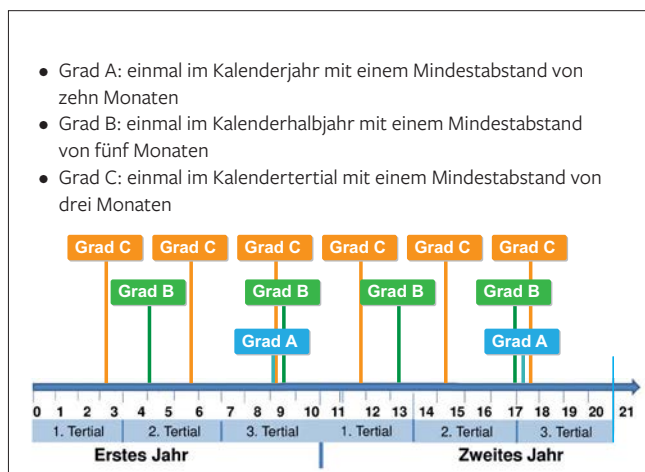


Abb.5 Die maximale Frequenz der UPT-Sitzung beträgt bei Patienten mit Grad-C-Paro-Erkrankung sechs Sitzungen im Zweijahreszeitraum.

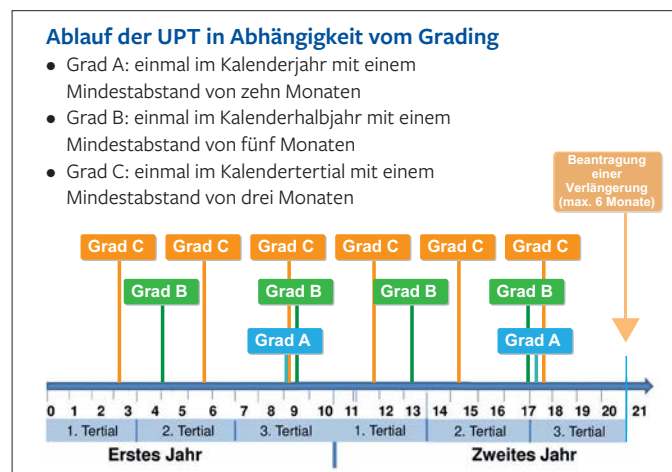


Abb.6 In begründeten Fällen kann eine Verlängerung des UPT-Intervalls für ein weiteres halbes Jahr bei der Krankenkasse beantragt werden.

stand von zehn Monaten), bei Grad B einmal im Kalenderhalbjahr (mit einem Mindestabstand von fünf Monaten) und bei Grad C einmal im Kalendertertil (mit einem Mindestabstand von drei Monaten). Bei einem Patienten mit einer progredienten Verlaufsform (Grad C) können somit in dem beschriebenen Zweijahreszeitraum maximal sechs UPT-Sitzungen abgerechnet werden.

In Fällen, in denen selbst nach Abschluss des zweijährigen UPT-Intervalls immer noch Befunde vorliegen, die weitere UPT-Maßnahmen sinnvoll erscheinen lassen, ist dann eine Verlängerung der UPT für weitere sechs Monate möglich, die allerdings bei der Krankenkasse beantragt werden muß. Letztere hätte bei

dieser Konstellation auch das Recht, ein Gutachtenverfahren einleiten zu lassen.

PZR und UPT – ein Streitfall?

Führt man sich auf dem Papier die aufgeführten Inhalte der UPT mit denen einer PZR vor Augen, könnten man von der Beschreibung einiger Inhalte durchaus auf die Idee kommen, dass hier Ähnlichkeiten vorliegen. Die Befürchtung, dass die UPT die PZR „kannibalisieren“ könne, ist allerdings unbegründet. Denn nur die wenigsten professionellen Zahnreinigungen werden bei Patienten durchgeführt, die sich gerade in einer Parodontalbehandlungsphase befinden. Vielmehr wird der überwiegende Großteil von Professionel-

len Zahnreinigungen bei Patienten durchgeführt, die lediglich eine prophylaktische Maßnahme zum Erhalt ihrer Zahngesundheit wünschen und keine parodontale Erkrankung aufweisen. Die PZR soll das Auftreten einer Erkrankung des Parodonts verhindern. Gemäß ihrer Definitionen sind die beiden Verfahren PZR und UPT eindeutig voneinander abzugrenzen: Die Professionelle Zahnreinigung ist ein wissenschaftlich anerkanntes, hochwirksames Instrument zum Erhalt der Zahngesundheit – eine Prophylaxemaßnahme. Eine UPT hingegen ist ein Instrument zur Sicherung des Langzeiterfolges der bisher bei einem an einer Parodontitis Erkrankten durchgeführten Maßnahme – eine klassische Therapiemaßnahme.

Honorar – Vergütung

Die neue PAR-Richtlinie wurde am 17.12.2020 verabschiedet. Der Bewertungsausschuss begann seine Tätigkeit allerdings erst zu Beginn des Jahres 2021. Die Inhalte der neuen Richtlinie wurden also vor Abschluß der Vergütungsverhandlungen festgelegt. Dieses Procedere ließ vereinzelt kritische Stimmen laut werden, die befürchteten, dass eine Richtlinie auf den Weg gebracht wurde, die mit einem nicht auskömmlichen Honorar vergesellschaftet ist. Als der Bewertungsausschuss im Mai 2021 die entsprechenden Ergebnisse (Abb. 7 bis 9) präsentierte, verstummten diese Stimmen nach einer Analyse der festgelegten Bewertungen rasch.

Die Frage der Delegierbarkeit

Auch im Rahmen einer Parodontalbehandlung, die gemäß den Vorgaben der neuen PAR-Behandlung durchgeführt wird, wird es delegierbare Leistungen geben. Natürlich gilt: Diese Leistungen müssen in Übereinstimmung mit den Vorgaben des Delegationsrahmens der BZÄK zu bringen sein. Wichtig ist in diesem Zusammenhang eine individuelle Betrachtung der Praxis, in der eine Delegation erfolgen soll. Nur die Praxisinhaberin/der Praxisinhaber selbst kennt die individuellen Gegebenheiten in ihrer/seiner Praxis, kann die Mitarbeite-

rinnen und ihre Fähigkeiten einschätzen und weiß, welche Kammerkurse absolviert wurden. Letztendlich trägt sie/er auch die entsprechende Verantwortung.

Allgemein lässt sich zusammenfassen: Alles was bisher in einer Praxis delegiert werden konnte, kann auch weiterhin (im Rahmen der neuen Richtlinie) delegiert werden!

Ist die neue PAR-Richtlinie „budgetschädlich“?

Der erweiterte Tätigkeitsinhalt der neuen PAR-Richtlinie wird zweifellos zu einem Anstieg der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für den Bereich Parodontalerkrankungen führen. Diese Einschätzung wurde seit Beginn der Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss von Zahnärzten, dem unabhängigen Vorsitzenden und auch den Krankenkassen geteilt. Ebenso war den Verhandlungspartnern klar, dass diese Leistungserweiterung nicht innerhalb der bestehenden Vergütungsobergrenzen erfolgen kann, sondern dass hierfür zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen sind. Ein einigendes Band zwischen den Vertragspartnern war hier die Erkenntnis, dass seit Jahren der tatsächliche Handlungsbedarf im Bereich Parodontalerkrankungen wesentlich über dem der tatsächlich durchgeführten Be-

handlungen auf diesem Gebiet liegt. Dies hat dazu geführt, dass zahlreiche Krankenkassen eine entsprechende Erhöhung der entsprechenden Ausgaben bereits in ihren Haushaltsplanungen für den Bereich PAR berücksichtigt hatten. Mit dem Aussetzen der Vergütungsobergrenzen durch den Gesundheitsminister Jens Spahn für die Jahre 2021 und 2022, der auf einen Ausgleich der pandemiebedingten Nachholeffekte abzielte, ist diese Diskussion für die kommenden zwei Jahre unerheblich geworden.

Freiheitsgrade und Optionen

Eine Stärke der neuen PAR-Richtlinie liegt auch in den klaren Definitionen und Abgrenzungen, welche Leistungen unter die Bestandteile einer vertragszahnärztlichen PAR-Behandlung fallen und welche nicht. So sind lokale Antibiose und mikrobielle Diagnostik sowie Maßnahmen zur Verbreiterung der keratinisierten Gingiva und solche zur Verbesserung der Situation bei verkürzter angewachsener Schleimhaut und die Behandlung von Rezessionen eindeutig als Leistungen in der Richtlinie berücksichtigt, die nicht zur vertragszahnärztlichen Behandlung von Parodontalerkrankungen gehören.

Für diese wichtigen Behandlungen besteht die Option der Mehrleistungsvereinbarung mit dem Patienten. Vor-

Bewertung – Honorar

PSI	12 Punkte
Aufklärungs-, Therapiegespräch	28 Punkte
Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung	45 Punkte
Antinfektiöse Therapie (geschlossen)	
– einwurzliger Zahn	14 Punkte
– mehrwurzliger Zahn	26 Punkte
Befundevaluation (nach AIT/CPT)	32 Punkte

Abb.7 Honorierung der Leistungen der neuen PAR-Richtlinie – Teil 1

UPT

– MHG-Kontrolle	18 Punkte
– MHG-Unterweisung	24 Punkte
– Reinigung je Zahn	3 Punkte
– Messung/Sondierung	15 Punkte
– subg. Instrumentierung (> 5 mm)	
je einwurzliger Zahn	5 Punkte
je mehrwurzliger Zahn	12 Punkte
– Untersuchung und Dokumentation	32 Punkte

Abb.8 Honorierung der Leistungen der neuen PAR-Richtlinie – Teil 2

Chirurgische Therapie

– einwurzliger Zahn	22 Punkte
– mehrwurzliger Zahn	34 Punkte
Einschleifmaßnahmen	6 Punkte
Nachbehandlung (je Sitzung)	10 Punkte
(im „ca.-Vergleich BEMA/GOZ“ entsprechen die BEMA-Leistungen etwa dem 2,4-fachen GOZ-Satz, mitunter darüber)	

Abb.9 Honorierung der Leistungen der neuen PAR-Richtlinie – Teil 3

aussetzung für eine solche ist, dass die Indikation für die geplante Maßnahme stimmt und zudem das Einverständnis und die Zustimmung des Patienten, der zudem über den Kostenrahmen vorgängig des Eingriffs aufgeklärt wurde, eingeholt wurde. Neben den zahlreichen in der neuen PAR-Richtlinie als Vertragsleistung ausgeschlossenen Leistungen gibt es zahlreiche weitere, die ebenfalls eine Mehrleistungsvereinbarung ermöglichen, so zum Beispiel der Bereich laserunterstützter Parodontalbehandlungsmaßnahmen.

Was bleibt wie bisher?

Obwohl sie viele neue Komponenten enthält sind in der neuen PAR-Richtlinie viele bekannte Elemente erhalten geblieben. Wie auch zuvor gibt es weiterhin einen „Grenz-Sondierungswert“, ab dem eine Antragstellung erfolgen kann. Dieser liegt nun – durch den Wegfall der 0,5-Sondierungswerte – bei vier Millimetern Sondierungstiefe. Ebenfalls geblieben ist eine verpflichtende Antragstellung des Vertragszahnarztes und auch die Option der Krankenkasse auf Einleitung eines Gutachtenverfahrens. Die Antragstellung ist in der neuen PAR-Richtlinie in der Form der Übermittlung eines digitalen Datensatzes an die Krankenkasse vorgesehen.

Sämtliche Maßnahmen erfolgen weiterhin unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, des Ausreichenden und des Zweckmäßigen. Dazu gehören unter anderem auch zahlreiche Maßnahmen wie die lokale Antibiose, das Durchführen mikrobieller Tests und viele chirurgische Maßnahmen wie die Rezessionsbehandlung. Weiterhin sind auch in der neuen PAR-Richtlinie zwei Sondierungspunkte (map/dap) als Minstdokumentation vorgesehen.

Nach wie vor gibt es in der Richtlinie eine Unterscheidung in geschlossenes und offenes Vorgehen, die nun aber mit neuen Bezeichnungen „geschlossenes Vorgehen = antiinfektiöse Therapie (AIT)“ und offenes Vorgehen = „chirurgische Parodontistherapie (CPT)“ versehen sind.

Was ist neu?

Konservierend-chirurgische Maßnahmen, die laut alter Richtlinie unbedingt vor der Antragstellung abgeschlossen werden mussten, können nun auch im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie durchgeführt werden. Im Rahmen der Forderung nach Berücksichtigung der „sprechenden Zahnmedizin“ fanden das zahnärztliche Gespräch und das patientenindividuelle Aufklärungs- und Unterweisungsgespräch (verbunden mit Instruktionen, Mundhygieneunterweisungen und -übungen) Einzug in die neue PAR-Richtlinie. Unmittelbar damit verbunden ist eine höhere Bedeutung und ein wesentlich höherer Umfang der Behandlungsdokumentation. Ein zentraler Punkt der neuen PAR-Richtlinie betrifft die Einbeziehung und Berücksichtigung der Eigenverantwortung des Patienten und die vollumfängliche Berücksichtigung seiner Krankengeschichte und Lebensstilfaktoren.

War es in der bisherigen PAR-Richtlinie im Ausnahmefall möglich, gleich mit dem offenen Vorgehen als erste chirurgische Maßnahme zu beginnen, ohne zuvor ein geschlossenes Vorgehen durchgeführt zu haben, so sieht die neue PAR-Richtlinie stets erst die Durchführung der AIT und dann – im Bedarfsfalle – die einer CPT vor. Eine Ausnahme hiervon ist nur bei Patienten mit Behinderung oder Pflegebedarf möglich.

Neu ist in der aktuellen PAR-Richtlinie auch der zeitliche Rahmen der Evaluation (nach AIT und gegebenenfalls nach CPT), die drei bis sechs Monate nach Abschluss des jeweiligen Verfahrens erfolgen soll. Die Frist, innerhalb derer die AIT abgeschlossen sein sollte, ist indes mit vier Wochen gleich geblieben.

Zur Feststellung des Schweregrades einer Parodontitis kommt im Rahmen der neuen PAR-Richtlinie den beiden Indizes SBI und PSI eine besondere Bedeutung zu, denn beide bieten eine gute Diagnostikoption, können aber auch sehr gut zur Motivation von Patienten benutzt werden. Der PSI ist nunmehr sogar Bestandteil der Behandlungsrichtlinie geworden.

Fazit

Die neue PAR-Richtlinie stellt zweifelsfrei einen Meilenstein in der Versorgung von GKV-Versicherten mit Parodontalerkrankungen dar. Im Rahmen der aufwändigen, langwierigen und durchaus kontrovers geführten Verhandlungen fanden wesentliche Forderungen der Zahnärzteschaft Einzug in die neue Richtlinie. Die Eigenverantwortung und Mitarbeit des Patienten sind in den Fokus gerückt, ebenso die für das Ziel eines nachhaltigen Behandlungserfolgs nötigen Behandlungsschritte. Mit der UPT wurde ein Instrument geschaffen, das eine Steigerung der Patientenadhärenz anstrebt.

Dass es den zahnärztlichen Verhandlungsführern gelungen ist, ein auskömmliches Honorar im Rahmen der Verhandlungen des Bewertungsausschusses zu erzielen, gehört ebenfalls zu den Positiva der neuen PAR-Richtlinie. Wesentliche Freiheitsgrade und Optionen für Mehrleistungsvereinbarungen sind erhalten geblieben.

Korrespondenzadresse:
Dr. Georg Bach
Facharzt für Oralchirurgie
Rathausgasse 36,
79098 Freiburg im Breisgau
doc.bach@t-online.de
Literatur beim Verfasser



HINWEIS

Dr. Georg Bach referiert beim 62. Bayerischen Zahnärztetag. Das ausführliche Programm finden Sie auf Seite 70.

Prävention statt Therapie

Periimplantären Erkrankungen erfolgreich vorbeugen

Ein Beitrag von Priv.-Doz. Dr. Kristina Bertl PhD MSc^{1,2} und Prof. Dr. Andreas Stavropoulos^{1,3}

¹Malmö/Schweden, ^{2,3}Wien/Österreich

Periimplantäre Erkrankungen, wie periimplantäre Mukositis und Periimplantitis, sind zu einem häufigen Erscheinungsbild im Rahmen der Praxisroutine geworden. Jedoch ist deren Therapie leider bis heute nicht so voraussagbar möglich wie bei einer Gingivitis und Parodontitis. In vielen Fällen – vor allem, wenn die Diagnose sehr spät gestellt wurde – bleibt oft nur noch die Explantation des Implantates als einziger Ausweg. Dem gilt es durch das Erkennen und Beheben von Risikofaktoren und eine gut geplante, unterstützende Implantattherapie erfolgreich vorzubeugen sowie erste Entzündungszeichen durch eine frühe Diagnostik und adäquate Behandlung erfolgreich zu kontrollieren und somit die Krankheitsprogression zu vermeiden. In diesem Beitrag werden die wichtigsten Risikofaktoren, sowie relevante Punkte von der Übergabe der prothetischen Versorgung bis zur unterstützenden Implantattherapie und Behandlung einer periimplantären Mukositis besprochen.

Einleitung

Dentale Implantate sind aus der modernen Zahnheilkunde nicht mehr wegzudenken. Die Möglichkeiten reichen von einem Einzelzahnersatz bis zu Full-Arch-Versorgungen; die ästhetischen Ansprüche der Patienten steigen stetig an mit dem Wunsch, keinen Unterschied zwischen der Implantatversorgung und den natürlichen Zähnen zu sehen. Dementsprechend hat sich auch die Dentalindustrie weiterentwickelt und das Angebot im implantatchirurgischen und -prothetischen Bereich ist kaum noch überschaubar. Die Implantatüberlebensraten liegen bei Einzelzahnversorgungen nach zehn Jahren bei rund 95 % [1] und bei Brückenversorgungen bei rund 93 % [2]. Jedoch sind sowohl technische als auch biologische Komplikationen nicht in jedem Fall zu vermeiden. Zu den biologischen Komplikationen zählen neben Weichgewebedefekten primär periimplantäre Erkrankungen wie periimplantäre Mukositis und Periimplantitis. In diesem Bericht sollen folgende Fragestellungen erörtert werden:

1. Wie häufig treten periimplantäre Erkrankungen auf?
2. Was sind relevante Risikofaktoren für das Auftreten von periimplantären Erkrankungen?
3. Welche Punkte sind nach Übergabe der prothetischen Versorgung wichtig?
4. Wie soll die unterstützende Implantattherapie gestaltet werden?
5. Was ist bei ersten Entzündungszeichen (periimplantärer Mukositis) zu tun?

Prävalenz periimplantärer Erkrankungen

Biologische Komplikationen und speziell periimplantäre Erkrankungen haben sich zu einem häufigen Problem in der täglichen Praxis entwickelt. Die Anzahl der Implantationen wird weltweit auf weit über zwölf Millionen pro Jahr geschätzt und nimmt stetig zu [3]. Parallel dazu steigt auch die Prävalenz an periimplantären Erkrankungen. Eine periimplantäre Mukositis, bei der sich die Entzündung auf die dem Implantat umliegende Mukosa

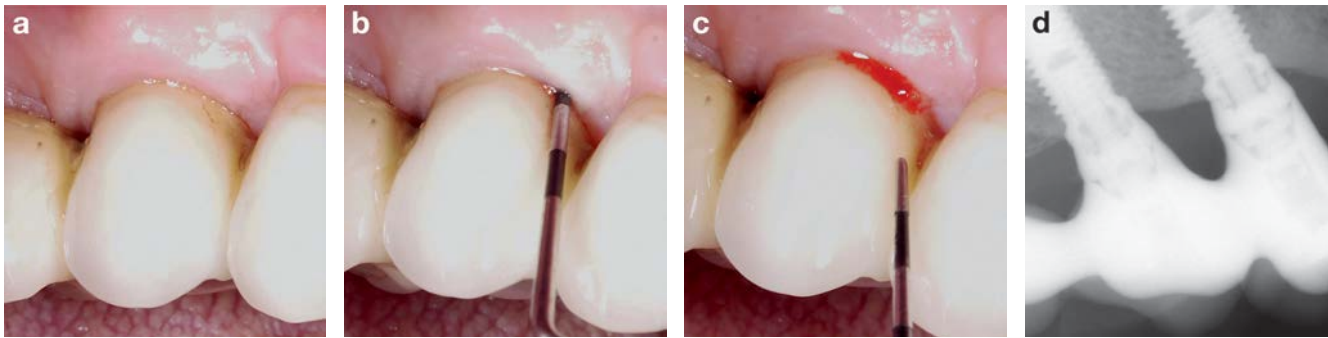


Abb.1a Patientenfall mit periimplantärer Mukositis ... | Abb.1b ... mit 5mm Sondierungstiefe ... | Abb.1c ... und mit deutlicher Blutung nach Sondierung ... | Abb.1d ... aber mit stabilem Knochniveau.



Abb.2a Patientenfall mit Periimplantitis ... | Abb.2b ... mit 10mm Sondierungstiefe und profuser Blutung nach Sondierung ... | Abb.2c ... sowie mit periimplantärem Knochenverlust (schwarze Pfeile).

beschränkt (**Abb. 1**), tritt bei fast jedem zweiten Patienten auf. Eine Periimplantitis, bei der die Entzündung bereits zu einem Verlust des implantattragenden Knochens geführt hat (**Abb. 2**), tritt bei fast jedem vierten Patienten auf [4].

Risikofaktoren erkennen

Als Risikofaktoren für eine periimplantäre Mukositis gelten primär eine mangelhafte Mundhygiene und, die daraus resultierende Plaqueanlagerung sowie ein positiver Raucherstatus. Desweiteren werden Zementüberschuss, die Implantatoberfläche, die Breite der keratinisierten Mukosa sowie gewisse systemische Erkrankungen (z.B. schlecht eingestellter Diabetes mellitus) diskutiert [5–7]. Die Risikofaktoren für eine Periimplantitis sind natürlich ähnlich, wobei wieder die Plaqueanlagerung und ein positiver Raucherstatus sowie eine positive Parodontisanamnese im Vordergrund stehen; die Implantatober-

fläche, Zementüberschüsse, systemische Erkrankungen, und unregelmäßige unterstützende Implantattherapie nach Übergabe der prothetischen Versorgung werden analog zu den Risikofaktoren für eine periimplantäre Mukositis diskutiert [8,9].

Tabakrauch enthält über 4000 Substanzen, von denen rund 250 giftig und knapp 100 krebserregend sind. Diese Substanzen, z.B. Nitrosamine, Nikotin, Kohlendioxid, Kohlenmonoxid etc., beeinflussen die Gewebsdurchblutung und den Knochenstoffwechsel negativ und schwächen das Immunsystem. Der Tabakkonsum ist ein unumstrittener Risikofaktor für das Auftreten und die Progression einer Parodontitis. Zusätzlich zeigt sich bei Rauchern ein schlechteres Ansprechen auf die parodontale Therapie und es gilt allgemein „mehr Rauchen, mehr Parodontitis“ [10]. Entsprechend liegt die Vermutung nahe, dass Ähnliches für das periimplantäre Gewebe sowie für das Auftreten und die Therapie von periimplantären Erkan-

kungen gilt. Die vorhandene Literatur zum Thema Rauchen und periimplantäre Erkrankungen ist natürlich noch weniger „dicht“ als zum Thema Rauchen und Parodontitis, wurde aber kürzlich in einer systematischen Übersichtsarbeit zusammengefasst [11]. Basierend auf den Ergebnissen von 19 Studien zeigte sich, dass die überwiegende Mehrheit der vorhandenen Studien Rauchen als Risikofaktor für das Entstehen einer Periimplantitis definieren. Im Detail gaben zehn von zwölf Studien an, dass bei Rauchern mit einer bis zu 25 % höheren Inzidenz an periimplantären Erkrankungen im Vergleich zu Nichtrauchern zu rechnen ist. Ob und ab wann ein Rauchstopp zu einer Reduktion des erhöhten Risikos für periimplantäre Erkrankungen führt, wurde noch kaum untersucht [12]. Aus der parodontologischen Forschung weiß man aber beispielsweise, dass es vermutlich rund zehn bis 15 Jahre dauert, bis ehemalige Raucher in puncto parodontal bedingter Zahnverluste wieder mit Nichtrauchern vergleichbar sind [13].

Parodontitis als Risikofaktor für periimplantäre Erkrankungen

Rund 750 Millionen Personen sind weltweit von einer Parodontitis unterschiedlichen Schweregrads betroffen. Damit wird Parodontitis als die sechsthäufigste Erkrankung angesehen und ist neben Karies die häufigste Ursache für Zahnverlust. Dementsprechend oft stellt sich bei Parodontitispatienten auch die Frage nach einem implantatgetragenen Zahnersatz. Wie bereits angeführt, zählt Parodontitis

sowohl als Risikofaktor für das Auftreten einer periimplantären Mukositis als auch einer Periimplantitis. Dies spiegelt sich entsprechend auch in der Implantatmisserfolgsrate wider. Zahlreiche Übersichtsarbeiten der letzten zehn bis 15 Jahre [8,14,15 u.v.m.] belegen bei Patienten mit parodontaler Grunderkrankung ein höheres Risiko eines Implantatmisserfolgs; beispielsweise wurde eine nahezu doppelt so hohe Implantatverlustrate bei parodontal kompromittierten Patienten im Vergleich zu parodontal gesunden Patienten beschrieben [8]. Hierzu stellen sich zwei wichtige Fragen:

- 1) *Wieviel höher ist die Prävalenz an periimplantären Erkrankungen, wenn man parodontal gesunde und parodontal erkrankte, aber erfolgreich therapierte Patienten vergleicht?*
- 2) *Was gilt als „erfolgreich parodontal therapiert“ und besteht bei der kompletten Abwesenheit von Restsondierungstiefen noch immer ein höheres Risiko im Vergleich zu parodontal gesunden Patienten?*

Zu beiden Fragen gibt es interessante klinische Langzeitstudien, die Unterschiede im Auftreten von biologischen Komplikationen zwischen parodontal gesunden und kompromittierten Implantatpatienten aufzeigen. Rocuzzo und Kollegen [16, 17] beobachteten über einen Zeitraum von zehn Jahren nach Implantation eine Patientengruppe von 112 Teilnehmern und registrierten klinische und radiologische Parameter. Die Teilnehmer wurden einer der folgenden drei Gruppen zugeteilt: (1) parodontal gesunde Patienten, (2) moderat und (3) schwer parodontal kompromittierte Patienten. Alle parodontal kompromittierten Patienten erhielten vor der Implantation eine adäquate Parodontaltherapie. Trotz der durchgeführten Parodontaltherapie kam es im Laufe des zehnjährigen Untersuchungszeitraums zu statistisch signifikanten, aber vor allem auch klinisch relevanten Unterschieden. Nur ungefähr jedes zehnte Implantat in der Gruppe der parodontal gesunden Patienten wies zu einem Zeitpunkt während der zehn Jahre eine Sondierungstiefe von 6 mm oder mehr auf. Diese Zahl fiel in der

Gruppe der parodontal kompromittierten Patienten deutlich höher aus; jedes dritte beziehungsweise zweite Implantat der moderat und schwer parodontal kompromittierten Patienten wies zumindest zu einem Zeitpunkt während der zehn Jahre eine erhöhte Sondierungstiefe auf. Trotz adäquater Therapie dieser ersten Anzeichen für periimplantäre Erkrankungen wiesen die parodontal kompromittierten Patienten am Studienende (zehn Jahre nach Implantation) noch immer signifikant mehr Implantate mit Sondierungstiefen von mindestens 6 mm auf. Dieser Unterschied in Bezug auf das Auftreten von periimplantären Erkrankungen zwischen parodontal gesunden und kompromittierten Patienten zeigte sich noch deutlicher, wenn die empfohlenen Intervalle für die unterstützende Implantattherapie nicht eingehalten wurden. Parodontal kompromittierte Patienten, die die vorgeschlagenen Termine nicht regelmäßig einhielten, zeigten im Vergleich zu parodontal kompromittierten Patienten mit einer guten Compliance drei- bis viermal häufiger erhöhte Sondierungstiefen an den Implantaten. Die erhöhten Sondierungstiefen gingen zum Teil auch mit einem periimplantären Knochenverlust einher und auch diesbezüglich zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den parodontal gesunden und kompromittierten Patienten; schwer parodontal kompromittierte Patienten wiesen ungefähr dreimal so häufig Implantate mit einem Knochenverlust von mindestens 3 mm auf. Über den gesamten Untersuchungszeitraum von zehn Jahren kam es letztendlich auch zu einer signifikant höheren Implantatverlustrate bei den parodontal kompromittierten Patienten. Bei den parodontal gesunden Patienten gingen lediglich zwei Implantate verloren, jedoch bei den schwer parodontal kompromittierten Patienten traten neun Verluste auf, und wiederum waren primär jene Patienten betroffen, die nicht regelmäßig zur unterstützenden Implantattherapie kamen. Diese Ergebnisse unterstreichen eindrucksvoll das höhere Risiko für periimplantäre Erkrankungen bei parodontal kompromittierten Patienten, aber auch

die Wichtigkeit einer regelmäßigen unterstützenden Implantattherapie.

Wie angeführt, wurden alle parodontal kompromittierten Patienten vor Implantation adäquat parodontal saniert. Jedoch stellt sich die Frage: Was gilt als „erfolgreich/adäquat parodontal“ therapiert? Im Rahmen des World Workshop 2017 zur Aktualisierung der Klassifikation für parodontale und periimplantäre Erkrankungen wurde eine neue Definition für einen erfolgreich therapierten und stabilen Parodontitispatienten festgelegt [18]. Ein parodontal kompromittierter, aber stabiler Patient weist klinischen und radiologischen Attachmentverlust aufgrund der vorangegangenen parodontalen Erkrankung auf, aber es liegen keine Sondierungstiefen von mehr als 4 mm vor, keine Sondierungstiefe mit 4 mm blutet nach Sondieren und insgesamt liegt der prozentuale Anteil an Stellen mit „Bluten nach Sondieren“ bei maximal 10 %. Ein derart optimales Therapieergebnis ist jedoch in vielen Fällen nur sehr schwer zu erreichen. Somit stellt sich zwangsläufig die Frage, ob das Risiko für periimplantäre Erkrankungen bei parodontal kompromittierten Patienten auch davon abhängt, ob einzelne Restsondierungstiefen nach der aktiven parodontalen Therapiephase noch verblieben sind. Dieser Fragestellung ging eine interessante klinische Langzeitstudie [19] mit insgesamt 60 parodontal gesunden und kompromittierten Patienten nach. Alle parodontal kompromittierten Patienten erhielten wiederum eine adäquate Parodontaltherapie vor Implantation. Bei den parodontal kompromittierten Patienten wurde dahingehend unterschieden, ob Restsondierungstiefen vorlagen oder nicht; eine Restsondierungstiefe wurde mit mindestens 6 mm definiert. Nach einem durchschnittlichen Untersuchungszeitraum von acht Jahren wiesen sowohl die parodontal gesunden Patienten als auch die parodontal kompromittierten Patienten ohne verbliebene Restsondierungstiefen ein relativ niedriges Risiko für periimplantäre Erkrankungen auf und es zeigte sich kein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Periimplantitisprävalenz. Im Gegensatz

dazu wiesen die parodontal kompromittierten Patienten mit einer oder mehreren verbliebenen Restsondierungstiefen am Ende der Studie eine etwa drei- bis vierfach höhere Periimplantitisprävalenz auf. Basierend auf diesen Ergebnissen kann man für den klinischen Alltag ableiten, dass parodontal kompromittierte, aber optimal vorbehandelte Patienten ein zu parodontal gesunden Patienten vergleichbares Risiko für das Auftreten einer periimplantären Erkrankung erzielen können. Jedoch können bereits einzelne verbliebene Restsondierungstiefen das Risiko für eine Periimplantitis ungefähr vier- bis fünffach erhöhen. Dennoch soll die Implantatbehandlung bei parodontal kompromittierten Patienten nicht zu negativ dargestellt werden. Anhand einer systematischen Übersichtsarbeit [20], die insgesamt zehn Studien inkludierte, zeigte sich für parodontal kompromittierte Patienten eine Zehnjahres-Implantatüberlebensrate von rund 92 %, die somit vergleichbar mit der allgemein zu erwartenden Implantatüberlebensrate ist.

Was ist nach Übergabe der implantatprothetischen Versorgung wichtig?

Um ein möglichst optimales Ergebnis über einen langen Zeitraum hinweg erzielen zu können, sowohl bei parodontal kompromittierten, aber natürlich auch bei parodontal gesunden Patienten, gilt es, einige Aspekte zu berücksichtigen:

- Status nach Übergabe der prothetischen Versorgung
- Mundhygieneschulung und Kontrolle der Pfl egbarkeit der Implantatsuprakonstruktion
- Unterstützende Implantattherapie
- Früherkennung und Behandlung von inzipienten periimplantären Erkrankungen

Status nach Übergabe der prothetischen Versorgung

Um bei Implantatpatienten eine optimale Verlaufskontrolle erzielen zu können, empfiehlt es sich, nach Übergabe der

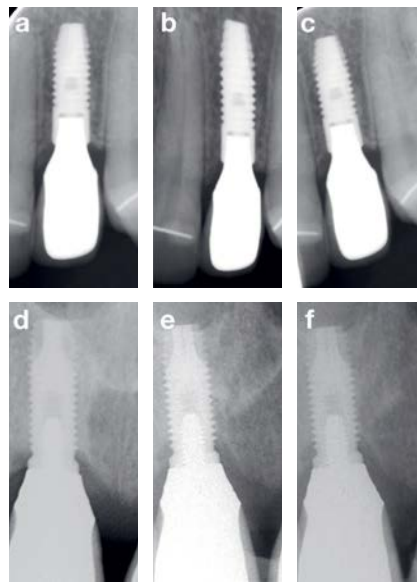


Abb.3 Zwei Patientenfälle mit periapikalen Röntgenaufnahmen nach Übergabe der prothetischen Versorgung (a, d), bei der Einjahres-Kontrolle (b, e) und nach fünf (c) beziehungsweise neun Jahren (f). Aufgrund der unterschiedlichen Implantat- und Verbindungstypen zeigte sich beim zweiten Fall (d-f) ein ausgeprägtes, nichtentzündungsbedingtes, knöchernes Remodeling (d versus e), das aber im weiteren Verlauf stabil blieb (e versus f).

prothetischen Versorgung – am besten im Rahmen einer kurzen Kontrolle zwei bis vier Wochen nach Übergabe – einen Parodontalstatus an dem/den Implantat(en) zu erheben und – sofern nicht bereits bei Übergabe geschehen – ein Röntgenbild anzufertigen. Letzteres sollte circa zwölf Monate später wiederholt werden, um das Ausmaß des nichtentzündungsbedingten, knöchernen Remodelings durch die okklusale Belastung abschätzen zu können. Dieses nichtentzündungsbedingte, knöcherne Remodeling kann in Abhängigkeit von ver-

schiedenen Faktoren (z.B. Implantat- und Verbindungstyp) stark variieren und wurde im Rahmen des World Workshop 2017 zur Aktualisierung der Klassifikation für parodontale und periimplantäre Erkrankungen mit maximal 2mm festgelegt [21]. Das Röntgen von der Einjahres-Kontrolle gilt in weiterer Folge als Ausgangssituation und als Vergleichspunkt für den weiteren Verlauf (Abb.3). Nach der 1-Jahres-Kontrolle ist primär eine klinische Untersuchung mit Erheben der Sondierungstiefen und der Kontrolle von möglichen Entzündungszeichen ausreichend; sollten Entzündungszeichen oder im Vergleich zur Ausgangslage erhöhte Sondierungstiefen auftreten, ist eine zusätzlich radiologische Kontrolle indiziert.

Das Erheben von Sondierungstiefen (nach Möglichkeit an sechs Stellen pro Implantat) nach Übergabe der prothetischen Versorgung ist relevant, da Sondierungstiefen an Implantaten nicht unmittelbar mit jenen an Zähnen vergleichbar sind. Bei Implantaten gibt es keinen eindeutigen Schwellenwert, von dem an man eine Pathologie vermuten sollte. Je nach Dicke/Höhe der periimplantären Mukosa und anatomischen Gegebenheiten können bei einem Implantat von Beginn an höhere Sondierungstiefen (z.B. 5, 6 oder 7mm) vorliegen, ohne dass es sich bereits um eine periimplantäre Erkrankung handelt (Abb.4). Erst wenn im Rahmen der unterstützenden Implantattherapie eine Zunahme der Sondierungstiefen im Vergleich zur Ausgangslage festgestellt wird, ist Vorsicht geboten und eine weiterführende Diagnostik notwendig [22].

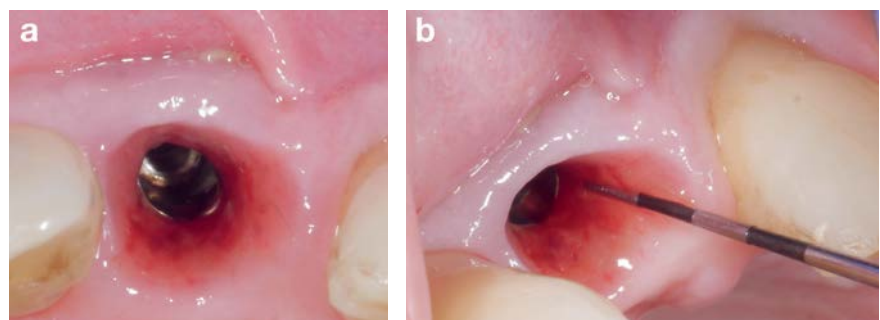


Abb.4a und b Je nach Dicke/Höhe der periimplantären Mukosa – im vorliegenden Fall rund 6mm – können bei einem Implantat von Beginn an höhere Sondierungstiefen vorliegen, ohne dass dies auf eine Pathologie hinweist.

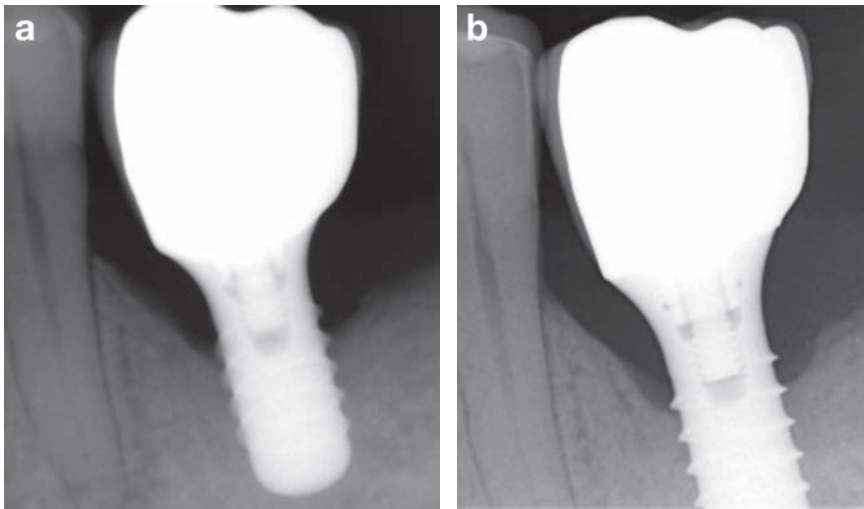


Abb.5 Periapikale Röntgenbilder von Implantaten können in ihrer Qualität stark variieren und die Implantatwindungen können sich von stark verschwommen (a) bis zu scharf (b) darstellen. Dies kann die Genauigkeit der Beurteilung des periimplantären Knochenniveaus stark beeinflussen.

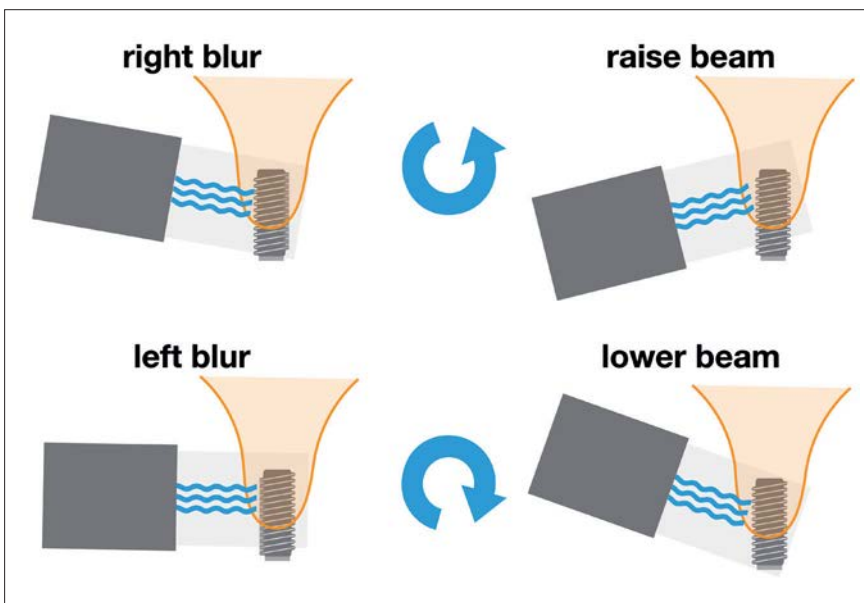


Abb.6 Um Implantatwindungen möglichst scharf abzubilden, empfiehlt sich folgende Hilfestellung: „Right blur, then raise the beam & left blur, then lower the beam.“

Periapikale Röntgenbilder von Implantaten können in ihrer Qualität stark variieren und die Implantatwindungen können sich unterschiedlich scharf beziehungsweise verschwommen darstellen (Abb.5). Dies kann einen Vergleich unterschiedlicher Aufnahmen und eine exakte Beurteilung erschweren. Es gibt eine sehr einfache Hilfestellung, um verschwommene Röntgenbilder von Implantaten zu korrigieren und die Implantatwindungen exakt und scharf darzustellen und so eine

genaue Beurteilung des Knochenniveaus zu ermöglichen. Unabhängig davon, in welchem Quadranten ein Röntgenbild von einem Implantat angefertigt wurde: Stellen sich die Implantatwindungen an der rechten Implantatseite unscharf dar, muss der Röntgenstrahlengang angehoben werden; stellt sich die linke Seite unscharf dar, muss der Röntgenstrahlengang abgesenkt werden („Right blur, then raise the beam & left blur, then lower the beam!“ bzw. „RB-RB/LB-LB“) [23] (Abb.6).

Mundhygieneschulung und Kontrolle der Pflegbarkeit der Implantatsuprakonstruktion

Nach Übergabe der implantatprothetischen Versorgung gilt es, die Patienten für ein gutes Langzeitergebnis zu motivieren und instruieren. Das beinhaltet vor Übergabe der Versorgung eine Kontrolle von deren Pflegbarkeit sowie danach eine individuelle, an die prothetische Versorgung angepasste Mundhygieneinstruktion; Situationen wie die abgebildete mit massiver Plaqueanlagerung gilt es möglichst zu vermeiden (Abb.7). Gerade für Implantatkonstruktionen gibt es zahlreiche Mundhygieneartikel, die die meisten Patienten aus der Pflege ihrer natürlichen Zähne nicht kennen und, dementsprechend bedarf es einer ausführlichen Mundhygieneschulung. Es klingt selbstverständlich, dass die Gestaltung der prothetischen Versorgung eine Pflege zulassen muss. Dennoch sieht man in der Praxis regelmäßig Implantatversorgungen, die es den Patienten erschweren, eine optimale Mundhygiene durchzuführen (Abb.8).

In einer rezenten klinischen Studie [24] wurde die Wichtigkeit der Pflegbarkeit von Implantatkonstruktionen belegt. 48 Patienten mit periimplantärer Mukositis an einem Implantat mit einer Implantatversorgung, die nur schwer zugänglich für die häusliche Mundhygiene war, wurden zufällig entweder der Kontroll- oder Testgruppe zugeteilt. Während in der Kontrollgruppe die Implantatversorgung unverändert blieb und nicht angepasst/adaptiert wurde, wurde in der Testgruppe die Pflegbarkeit durch Anpassung der prothetischen Versorgung optimiert. Beide Gruppen erhielten eine nichtchirurgische Therapie der periimplantären Mukositis sowie eine detaillierte Mundhygieneschulung. In der Testgruppe kam es zu einer signifikanten Verbesserung der klinischen Situation, die über den gesamten Studienzeitraum von sechs Monaten anhielt. In der Kontrollgruppe kam es temporär nach der nichtchirurgischen Therapie auch zu einer Verbesserung der klinischen Situation, jedoch stiegen die Blutungsindizes nach nur drei Monaten

wieder an und wiesen somit auf ein Rezidiv hin. Diese höhere Rezidivrate bei jenen Patienten, bei denen die Pflegbarkeit der implantat-prothetischen Versorgung nicht gegeben war, zeigt eindeutig, dass der Effekt der nichtchirurgischen Therapie einer periimplantären Mukositis nur dann langfristig anhalten kann, wenn die Implantatversorgung für die häusliche Mundhygiene optimiert ist.

Unterstützende Implantattherapie

Nach Erhebung der Ausgangssituation und individueller Mundhygieneschulung, sollten Implantatpatienten in eine regelmäßige Erhaltungstherapie (unterstützende Implantattherapie) – ebenfalls individuell an den Patienten angepasst – eingegliedert werden. Analog zum

„Periodontal Risk Assessment“ Tool (im deutschsprachigen Raum oft besser bekannt als „Berner Spinne“), die das individuelle Risikoprofil von Parodontitispatienten abschätzt [25], liegt seit letztem Jahr auch ein „Implant Disease Risk Assessment“ Tool vor [26] (online verfügbar unter: <http://www.ircohe.net/IDRA/>). Dieses Tool berücksichtigt in der Abschätzung des individuellen Risikos folgende Parameter: a) Frühere parodontale Erkrankung inklusive Diagnose, b) Ausmaß des knöchernen Attachmentverlustes an den Zähnen in Prozent und in Relation zum Alter des Patienten, c) Anzahl der Stellen mit Blutung nach Sondierung, d) Anzahl der Stellen mit erhöhter Sondierungstiefe (5mm und mehr), e) bisherige Compliance in Bezug auf die Erhaltungstherapie, und f) Passform und Putzbarkeit der Implantatversorgung. Basierend auf

diesen Parametern wird dem Patienten ein niedriges, mittleres oder hohes Risiko für eine periimplantäre Erkrankungen zugeordnet. Zugleich sieht man beim Ausfüllen des Formulars auch, bei welchen Punkten/Parametern man eventuell noch ansetzen kann, um das Risiko des Patienten zu verringern. Nachdem dieses Tool erst kürzlich publiziert wurde, bleibt dessen tatsächliche Validität noch abzuwarten.

Wie bereits anhand der Ergebnisse der klinischen Studie von Rocuzzo und Kollegen [16,17] gezeigt, beugt eine regelmäßige unterstützende Implantattherapie auf lange Sicht auch tatsächlich dem Auftreten periimplantärer Erkrankungen vor. In einer weiteren, kürzlich publizierten Studie [27] wurde dies erneut bestätigt. Implantatpatienten wurden über sieben Jahre hinweg nachverfolgt und in zwei Gruppen eingeteilt: Patienten, die regelmäßig zur unterstützenden Implantattherapie kamen, und Patienten, die nicht regelmäßig erschienen. Am Ende des Untersuchungszeitraumes zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den zwei Gruppen. Bei jenen Patienten, die nicht regelmäßig zur unterstützenden Implantattherapie erschienen, war die periimplantäre Mukositisrate mehr als doppelt so hoch und lag bei fast 70 %. Zusätzlich war der durchschnittliche marginale Knochenverlust um rund 50 % höher und die Periimplantitisrate mehr als vierfach höher. Jene Patienten mit einer guten Compliance wiesen zwar trotzdem eine periimplantäre Mukositisrate von rund 30 % auf; jedoch lag die Periimplantitisrate bei lediglich 4 %. In diesem Zusammenhang ist es natürlich interessant zu wissen, welche Patienten besonders viel Motivation und Information benötigen, um tatsächlich und vor allem regelmäßig zur unterstützenden Implantattherapie zu kommen. Hier scheint beispielsweise die Distanz zur Zahnarztpraxis ein Faktor zu sein und je weiter die Patienten entfernt wohnen, umso höher ist die Chance, dass sie nicht zu den empfohlenen Terminen erscheinen [28]. Bei guter Motivation und Information scheint jedoch zumindest in den ersten drei Jahren der prozentuale Anteil jener Patienten, die gar nicht mehr

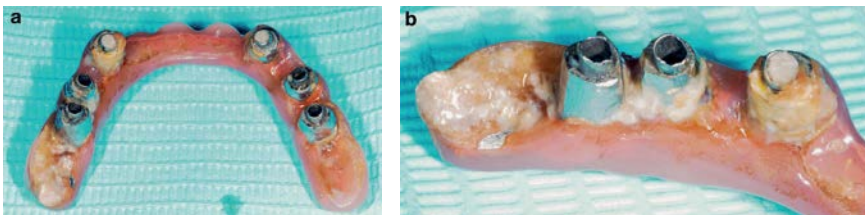


Abb. 7a und b Situationen wie die abgebildete, mit massiver Plaqueanlagerung aufgrund absolut unzureichender häuslicher Mundhygiene, gilt es möglichst zu vermeiden.

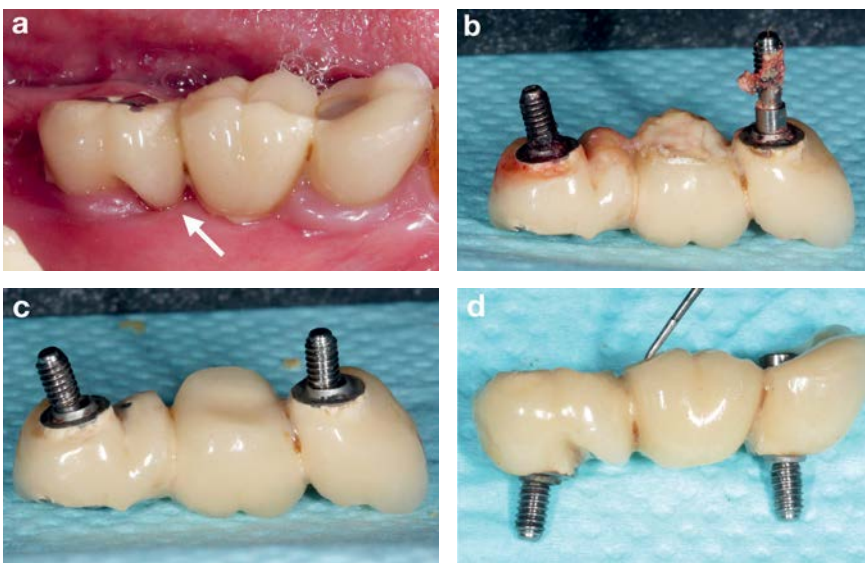


Abb. 8a Patientenfall mit dreigliedriger Implantatbrücke: Der mesiale Anteil der distalen Implantatkronen (weißer Pfeil) erlaubte es den Patienten nicht, mit Interdentalraumbürsten mesial des distalen Implantates zu reinigen. | Abb. 8b Nach Abnahme der Brücke zeigten sich massive Plaqueanlagerungen. | Abb. 8c und d Bereits eine geringfügige Adaption des mesialen Anteils bietet dem Patienten nun ausreichend Platz für Interdentalraumbürsten.

erscheinen, überschaubar zu sein (weniger als jeder zehnte Patient nach drei Jahren). Rund zwei Drittel der Patienten erschienen in dieser Studie zumindest zweimal jährlich [28].

Früherkennung und Behandlung von inzipienten periimplantären Erkrankungen

Wie die angeführte Studie von Frisch und Kollegen [27] zeigt, kann es trotz einer regelmäßig durchgeführten unterstützenden Implantattherapie zu periimplantären Erkrankungen kommen. Dementsprechend muss das mögliche Auftreten derselbigen regelmäßig kontrolliert und gegebenenfalls umgehend die entsprechende Therapie eingeleitet werden. Sollte bei Vorliegen einer periimplantären Mukositis eine entsprechende Therapie nicht durchgeführt werden oder der Patient nicht mehr erscheinen, kann sich diese rasch bei einem relativ großen Anteil der Patienten in eine Periimplantitis weiterentwickeln. Dies wurde eindrucksvoll von Costa und Kollegen anhand von 80 Patienten mit periimplantärer Mukositis belegt [29]. Alle Patienten wiesen zu Studienbeginn eine periimplantäre Mukositis auf und wurden über einen Zeitraum von fünf Jahren nachverfolgt. Während die Hälfte der Patienten regelmäßig zur unterstützenden Implantattherapie erschien und somit auch eine adäquate Therapie für die periimplantäre Mukositis erhielt, hielt die andere Hälfte der Patienten ihre Termine nicht ein. Nach fünf Jahren wurde bei keinem einzigen jener Patienten, die nicht zu den Terminen erschienen, periimplantäre Gesundheit festgestellt; rund 56 % wiesen nach wie vor eine periimplantäre Mukositis auf, während sich bei rund 44 % bereits periimplantärer Knochenverlust zeigte und dementsprechend eine Periimplantitis diagnostiziert wurde. Hingegen in jener Patientengruppe, die als compliant galt, stellte sich bei rund einem Drittel der Patienten periimplantäre Gesundheit ein. Im Umkehrschluss bedeutete das aber auch, dass rund 50 % noch immer eine periimplantäre Mukositis hatten und knapp 20 %

trotz der unterstützenden Implantattherapie eine Periimplantitis entwickelten. Andere Faktoren, die möglicherweise zur Entwicklung der Periimplantitis beitrugen, wurden in dieser Studie jedoch nicht kontrolliert.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, in der Behandlung einer periimplantären Mukositis zu wissen, dass die Therapieergebnisse nicht 1:1 mit einer Gingivitis vergleichbar sind. Im Speziellen gilt für die Therapie einer periimplantären Mukositis, dass sie zwar zumeist zu einer deutlichen Entzündungsreduktion führt, aber eine komplette Resolution der Erkrankung eindeutig seltener auftritt als bei der Therapie einer Gingivitis. Eine der wohl am häufigsten zitierten Studien in der Zahnheilkunde ist „Experimental gingivitis in man“ von Loe, Theilade & Jensen (Aarhus Universität, Dänemark) aus dem Jahre 1965 [30]. Diese Studie belegte mit ihrem experimentellen Studiendesign die Reversibilität einer Gingivitis. Eine Wiederholung des Studiendesigns bei Implantatpatienten erlaubte den Vergleich Gingivitis versus periimplantäre Mukositis [31]. Fünfzehn Studienteilnehmer mit gesunden parodontalen und periimplantären Verhältnissen stellten drei Wochen lang jegliche häusliche Mundhygiene ein, ehe sie drei Wochen lang wieder eine möglichst perfekte Mundhygiene aufnahmen. Die Auswertung der Daten zeigte, dass wie erwartet Plaque- und Blutungsindizes in den ersten drei Wochen signifikant anstiegen. Jedoch wiesen die Implantate sowohl eine höhere Zunahme des Blutungsindex als auch eine langsamere und teils unvollständige Abnahme desselbigen nach Wiederaufnahme der häuslichen Mundhygiene auf. Zusätzlich waren die Matrix-Metalloproteinasen in der Sulkusflüssigkeit acht Werte – als Marker für einen Bindegewebsabbau – bei den Implantatversorgungen signifikant höher im Vergleich zu den natürlichen Zähnen. Dies weist darauf hin, dass bei vergleichbarer bakterieller Belastung Implantate im Vergleich zu natürlichen Zähnen eine stärkere Entzündungsreaktion aufweisen, die auch langsamer abheilt. In einem ähnlichen Studiendesign wurde gezeigt,

dass dies unter Umständen von der Dicke/Höhe der periimplantären Mukosa abhängen könnte [32]. Im Detail zeigte sich, dass bei einer dicken/hohen periimplantären Mukosa ($\geq 3\text{ mm}$) im Vergleich zu einer dünnen/flachen periimplantären Mukosa ($\leq 1\text{ mm}$) die Entzündungsreaktion einer experimentell induzierten periimplantären Mukositis langsamer abheilt. Bei jenen Patienten mit einer dicken/hohen periimplantären Mukosa kam es sogar erst nach Abnahme der prothetischen Versorgung während der professionellen Reinigung wieder zu einer vollständigen Resolution der periimplantären Mukositis. Dies zeigt für den klinischen Alltag, dass mitunter bereits in der Behandlung einer periimplantären Mukositis die Abnahme einer verschraubten prothetischen Versorgung notwendig sein kann.

Im Allgemeinen sind Ablauf und Umfang der Therapie einer periimplantären Mukositis vergleichbar mit der Therapie einer Gingivitis. Diese umfasst die Optimierung der häuslichen Mundhygiene sowie die mechanische Reinigung des Implantates beziehungsweise der prothetischen Versorgung, um den bestehenden Biofilm zu entfernen und einer erneuten Biofilmmakulation möglichst vorzubeugen. Bei der professionellen Reinigung der Implantat- und/oder Abutmentoberfläche gilt es, die Oberfläche an sich so wenig wie möglich zu verändern bzw. zu beschädigen. Hierzu können zahlreiche Instrumente eingesetzt werden, z.B. Küretten, (Ultra)schallgeräte, Pulverstrahlgeräte, Laser, etc., mit oder ohne zusätzliche Applikation von entzündungshemmenden/antimikrobiellen Zusätzen. Bis heute hat sich jedoch keine dieser Behandlungsalternativen als tatsächlicher „Goldstandard“ durchgesetzt [33,34]; lediglich von dem Einsatz von systemischen Antibiotika wird in der Therapie einer periimplantären Mukositis eindeutig abgeraten [35]. Die Wahl der Instrumente hängt auch von der klinischen Situation ab (z.B. Zahnstein versus weiche Biofilmanlagerungen) sowie von der Gestaltung der prothetischen Versorgung. Während bei Zahnstein der Einsatz von (Ultra)schallgeräten und/oder Küretten notwendig ist (**Abb. 9**), kann bei

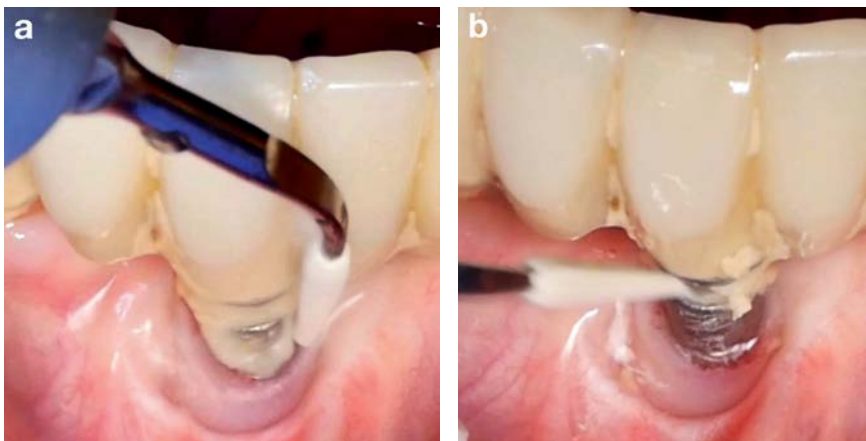


Abb. 9a und b Bei Vorliegen von Zahnstein ist der Einsatz von (Ultra)schallgeräten zielführend.

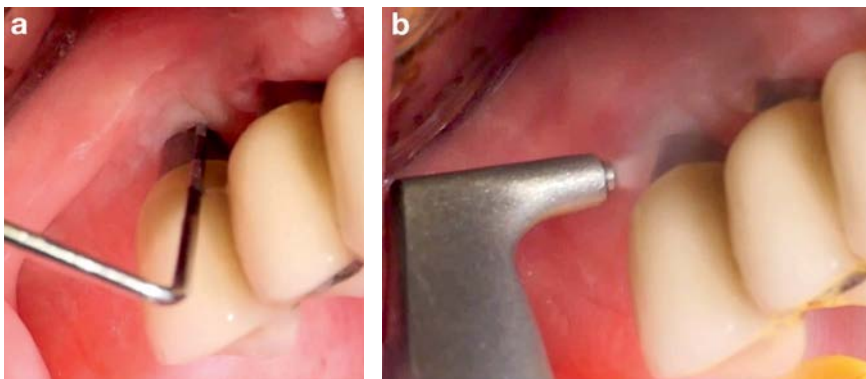


Abb. 10a und b Bei lediglich weichen Biofilmanlagerungen bietet ein Pulverstrahlgerät eine einfache und zielführende Therapie im Rahmen der unterstützenden Implantattherapie, ohne Risiko für eine Schädigung der Implantat-/Abutmentoberfläche.

weichen Biofilmanlagerungen ein Pulverstrahlgerät ausreichend sein (**Abb. 10**).

Schlussfolgerung

Periimplantäre Erkrankungen, wie periimplantäre Mukositis und Periimplantitis, sind zu einem regelmäßigen Erscheinungsbild im Rahmen der Praxisroutine geworden und das Ziel sollte sein, diesen erfolgreich vorzubeugen. Hierzu können folgende Punkte beitragen, um dieses Ziel zu erreichen:

1. Relevante Risikofaktoren, wie häusliche Mundhygiene, Rauchen, positive Parodontitisanamnese etc., sollten vor der Implantation mit dem Patienten ausführlich besprochen werden und soweit möglich reduziert werden.
2. Es gilt die Etablierung einer stabilen parodontalen Situation mit niedrigen Blutungs- und Plaquewerten bei Paro-

dontitispatienten möglichst ohne Restsondierungstiefen. Bereits einzelne verbliebene Sondierungstiefen können das Risiko für periimplantäre Erkrankungen zusätzlich erhöhen.

3. Jeder Patient sollte nach Übergabe der implantatprothetischen Versorgung individuell und an die prothetische Versorgung angepasst in der häuslichen Mundhygiene instruiert und in eine individuell angepasste, unterstützende Implantattherapie eingegliedert werden.
4. Nach Übergabe der prothetischen Versorgung sollte die Ausgangssituation klinisch und radiologisch dokumentiert werden. Dies sollte ein Jahr später wiederholt werden, um das nichtentzündungsbedingte, knöcherne Remodeling durch die okklusale Belastung im ersten Jahr abschätzen zu können. Der klinische Status nach Übergabe sowie das Röntgen bei der Einjahres-Kontrolle

gelten als Ausgangslage für die weiteren Verlaufskontrollen.

5. Die Patienten sollten wiederholt auf die Wichtigkeit der unterstützenden Implantattherapie hingewiesen und entsprechend motiviert werden.
6. Bei Auftreten einer periimplantären Mukositis sollte rasch eine adäquate Therapie eingeleitet werden. Bei Ausbleiben des gewünschten Therapieergebnisses kann auch bereits bei einer periimplantären Mukositis die Abnahme der prothetischen Versorgung zur adäquaten Durchführung der nichtchirurgischen Therapie notwendig sein.
7. Die Therapie einer periimplantären Mukositis ist vergleichbar mit der Therapie einer Gingivitis. Die Optimierung der häuslichen Mundhygiene sowie die mechanische Reinigung des Implantates beziehungsweise der prothetischen Versorgung stehen im Vordergrund. Jedoch ist eine komplette Resolution der Erkrankung seltener zu erwarten als bei der Therapie einer Gingivitis.

Korrespondenzadresse:
Priv.-Doz. Dr. Kristina Bertl PhD MSc
Abteilung für Parodontologie
Universität Malmö
Carl Gustafs väg 34
205 06 Malmö/Schweden
kristina.bertl@mau.se

Literatur bei den Verfassern



HINWEIS

Priv.-Doz. Dr. Kristina Bertl
referiert beim **62. Bayerischen Zahnärztetag**. Das ausführliche Programm finden Sie auf **Seite 70**.

62. Bayerischer Zahnärztetag

MIT BEWÄHRTEM
HYGIENEKONZEPT

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



Bayerische
LandesZahnärzte
Kammer



Kassenzahnärztliche
Vereinigung Bayerns



Österreichische Gesellschaft für
Parodontologie

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:
© Tef/Shutterstock.com

KONGRESS ZAHNÄRZTE

Dr. Georg Bach/Freiburg im Breisgau
Priv.-Doz. Dr. Kristina Bertl, PhD MBA
MSc/Wien
Dr. Corinna Bruckmann, MSc/Wien
Prof. Dr. Wolfgang Buchalla/Regensburg
Prof. Dr. Bettina Dannewitz/Weilburg
Dr. Josef Diemer/Meckenbeuren
DDr. Gerlinde Durstberger/Wien
Prof. Dr. Johannes Einwig/Würzburg
Univ.-Prof. PD Dr. Ines Kapferer-
Seebacher, M.Sc./Innsbruck

Univ.-Prof. Dr. Dr. Johann Müller/München
Dr. Michael Rottner/Regensburg
RA Nikolai Schediwy/München
Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf/Würzburg
Dr. Rüdiger Schott/München
Dr. Paul Schuh/München
Priv.-Doz. Dr. Johan Wölber/Freiburg im
Breisgau

KONGRESS ZAHNÄRZTLICHES PERSONAL

Das Programm für das Zahnärztliche Personal wird von der eazf gestaltet.
Es findet voraussichtlich im Haus der Bayerischen Zahnärzte in München statt.
Nähere Informationen unter www.eazf.de/kongresse

VERANSTALTER

BLZK – Bayerische LandesZahnärztekammer

In Kooperation mit:

KZVB – Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns

DG PARO – Deutsche Gesellschaft für Parodontologie

ÖGP – Österreichische Gesellschaft für Parodontologie

Parodontologie 2021

- Frischer Wind in der Parodontologie: Von der Klassifikation bis zur PAR-Behandlungstrecke
- Plaquekontrolle: Putzen oder spülen?
- Die neue PAR-Richtlinie in der GKV
- Parodontale Therapie: Mit Stahl, Strahl oder Tablette?
- Parodontitis: Kann man sich gesund essen?
- Prävention der Wurzelkaries – Die neue Herausforderung
- Therapie der Wurzelkaries (noninvasiv/invasiv)
- Aktualisierung der Röntgenfachkunde für Zahnärzte
- Chirurgie: Wird es besser mit dem Messer?
- Mukogingivale Chirurgie um den Zahn und ums Implantat: Think pink!
- Die Paro-Endo-Läsion in Diagnostik und Therapie
- Parodontologie und Funktion – Was ist klinisch zu beachten?
- Implantate beim Paropatienten: Prävention und Therapie von PI
- UPT: Warum und wie oft?
- Qualitätssicherung und Dokumentation – Beratung durch die KZVB

ORGANISATION/ANMELDUNG

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig

Tel.: +49 341 48474-308

Fax: +49 341 48474-290

zaet2021@oemus-media.de

www.bayerischer-zahnaerztetag.de

Die Veranstaltung wird nach den geltenden Hygienerichtlinien durchgeführt.



Kongressprogramm und Online-Anmeldung

PROGRAMMHINWEIS: Infolge der Corona-Pandemie können sich einzelne Programminhalte verändern.

Den aktuellen Stand erfahren Sie unter www.bayerischer-zahnaerztetag.de und www.blzk.de

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

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 Zahnärztetag** vom 21. bis 23. Oktober 2021 in München melde ich folgende Personen verbindlich an:

Name, Vorname, Tätigkeit	Mitglied	Kongress- teilnahme am	Kongress Zahnärztliches Personal	Name, Vorname, Tätigkeit	Mitglied	Kongress- teilnahme am	Kongress Zahnärztliches Personal
	☐ BLZK/KZVB	☐ Freitag			☐ BLZK/KZVB	☐ Freitag	
	☐ DG PARO/ÖGP	☐ Samstag			☐ DG PARO/ÖGP	☐ Samstag	
	☐ Nichtmitglied	☐ Röntgenfachkunde*	Informationen unter eazf.de/kongresse		☐ Nichtmitglied	☐ Röntgenfachkunde*	Informationen unter eazf.de/kongresse

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

Praxisstempel

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

Datum/Unterschrift

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

München, 23. Oktober 2021
eazf Seminarzentrum München, Flößergasse 1



62. Bayerischer Zahnärztetag

Programm für Praxispersonal

- 09.30 – 10.00 Uhr **Begrüßungskaffee und Begrüßung**
- 10.00 – 10.45 Uhr **Prof. Dr. Johannes Bogner, München**
Vergleich der Corona-Impfstoffe – Mix and Match oder Boosterimpfung?
- 11.00 – 11.45 Uhr **Prof. Dr. Johannes Einwag, Würzburg**
PAR 2.0 – Neue Klassen
- 12.00 – 12.30 Uhr **Pause/Besuch der DentaAusstellung**
- 12.30 – 13.15 Uhr **Christian Berger, Präsident der BLZK, Kempten**
Delegation – Chancen und Grenzen
- 13.30 – 14.15 Uhr **Mittagspause/Besuch der DentaAusstellung**
- 14.15 – 15.00 Uhr **Irmgard Marischler, Bogen**
Das neue PAR-Konzept in der Abrechnung
- 15.15 – 15.45 Uhr **Pause/Besuch der DentaAusstellung**
- 15.45 – 16.30 Uhr **Marina Nörr-Müller, München**
Lehren aus dem Corona-Virus – Infektionsschutz und Risikomanagement in Zahnarztpraxen
- 16.30 – 17.00 Uhr **Abschlussdiskussion**

Anmeldung unter www.eazf.de/kongresse

www.bayerischer-zahnaerztetag.de



BLZK

Bayerische
LandesZahnärzte
Kammer

Parodontologie 2021

eazf Tipp

Schwäbisches Herbstsymposium 2021:
„Im Team zum Erfolg“ – praxisnahe
Fortbildung für das gesamte Praxisteam



Prof. Dr.
Marc
Schmitter



Prof. Dr.
Ralph G.
Luthardt



Manfred
Just



Lisa
Dreischer

Termin:

Samstag, 13. November 2021, 9.00–16.00 Uhr

Kursort:

Online-Fortbildung

Referenten:

Prof. Dr. Marc Schmitter
Prof. Dr. Ralph G. Luthardt
Manfred Just
Lisa Dreischer

Kongressgebühr:

175,00 Euro (Zahnärzte/Zahnärztinnen)
125,00 Euro (ZAH/ZFA 1. Teilnehmerin)
95,00 Euro (jede weitere ZAH/ZFA)

Kursnummern:

11201 (zahnärztliches Programm)
11201-1 (Programm für Praxispersonal)

Fortbildungspunkte: 8



Was macht eine Praxis stark und erfolgreich, was fördert den Teamgeist? Gemeinsame Fortbildung als Praxisteam ist ein wesentliches Kriterium einer gut funktionierenden Praxis, weshalb das Schwäbische Herbstsymposium 2021 – dieses Jahr als Online-Kongress veranstaltet – unter dem Motto steht „Im Team zum Erfolg“. Wir haben uns für das „Online-Format“ entschieden, um einer möglichen erneuten coronabedingten Absage vorzubeugen.

Neues erfahren von Top-Referenten, um dann mit gestärkter Motivation wieder in den Praxisalltag zurückzukehren – das bleibt trotz der Online-Durchführung die Philosophie unseres Herbstsymposiums. Sie erleben die Referenten „live“, können Fragen stellen und diskutieren.

Programm Zahnärzte:

- Vollkeramischen Zahnersatz erfolgreich einsetzen
- „USB“: Von der Erstkonsultation zur prothetischen Planung

Programm Praxispersonal:

- Dem Stress aktiv begegnen – Burnout vermeiden
- Schlagfertigkeit in Konfliktsituationen

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

Anmeldung

Hiermit melde ich mich/melden wir uns verbindlich zum „Schwäbischen Herbstsymposium 2021: Im Team zum Erfolg“ an,
Teilnahme an: ☐ Programm Zahnärzte, ☐ Programm Praxispersonal

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
X51382	Reparaturen und Wiederherstellungen von Zahnersatz (Befundklassen 6 und 7)	Irmgard Marischler	Di., 21.9.2021, 9.00 Uhr, Regensburg	365,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM
X61797	Update-Workshop für QMB: QM - Arbeitssicherheit – Hygienemanagement	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Mi., 22.9.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZA, ZMV, PM, QMB
X51796	Einführung in das Qualitätsmanagement: Basisseminar	Brigitte Kühn	Mi., 22.9.2021, 9.00 Uhr, Regensburg	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, QMB
X71797	Abrechnung Compact – Modul 3: Prothetische Leistungen	Irmgard Marischler	Do., 23.9.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM
X71385	Präparationstechniken für vollkeramische Restaurationen	Prof. Dr. Lothar Pröbster	Fr., 24. und Sa., 25.9.2021, 14.00 Uhr, Nürnberg	875,00 €	ZA
X71388	Medizin-Update für Zahnmediziner	Dr. Marc Hüntten	Sa., 25.9.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZA
X71801	PZR-Plus – Erfolgskonzept für Praxis und Patient	Sabine Deutsch, Karin Schwengsbier	Mo., 27. und Di., 28.9.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	575,00 €	ZAH/ZFA, ZMP
X71799	Grundlagen der Mikrobiologie und des Hygienemanagements	Marina Nörr-Müller	Di., 28.9.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH, QMB
X61799	Der Risikopatient – Ernährungsbedingte Zivilisationserkrankungen	Tatjana Bejta	Mi., 29.9.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMF, ZMP, DH
X71800	Update – Ist Ihr Hygienemanagement auf dem aktuellen Stand?	Marina Nörr-Müller	Mi., 29.9.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH, QMB
X61185-1	Moderne Implantatprothetik – Grundlagen und praktische Umsetzung	Dr. Friedemann Petschelt	Mi., 29.9.2021, 9.00 Uhr, München	495,00 €	ZA
X61395	Ausbildung lohnt sich – Ausbildung der Ausbilder in der Zahnarztpraxis	Stephan Grüner, Thomas Kroth	Fr., 1.10.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZA, ZMV, PM, QMB
X71395	Notfallmanagement in der zahnärztlichen Praxis	Jürgen Krehle, Philipp Sauerteig	Fr., 1.10.2021, 14.00 Uhr, Nürnberg	255,00 €	ZA, ZAH/ZFA, TEAM, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH
X71398	Strategien gegen Stress und Beschwerden am Arbeitsplatz	Manfred Just	Sa., 2.10.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	375,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH
X71811	Das perfekte Zeit- und Terminmanagement	Joachim Brandes	Sa., 2.10.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH
X61802	Grundlagen der Mikrobiologie und des Hygienemanagements	Marina Nörr-Müller	Di., 5.10.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH, QMB
X71812-1	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Moritz Kipping	Di., 5.10.2021, 10.00 Uhr, Nürnberg	95,00 €	ZAH/ZFA
X71812	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Moritz Kipping	Di., 5.10.2021, 14.00 Uhr, Nürnberg	95,00 €	ZAH/ZFA
X71806	Kieferorthopädische Abrechnung – Basiskurs	Helga Jantzen	Mi., 6.10.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM
X51804	Arbeitsschutz und -sicherheit auf Basis des BLZK-Präventionskonzepts (BuS-Dienst)	Dora M. von Bülow	Mi., 6.10.2021, 9.00 Uhr, Regensburg	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, QMB

eazf Fortbildungen

Kurs-Nr.	Thema	Dozent	Datum, Uhrzeit, Ort	Kursgebühr	Zielgruppe
X71804	Willkommen am Telefon – Der erste Eindruck	Brigitte Kühn	Mi., 6.10.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH, WE
X61803	Update – Ist Ihr Hygienemanagement auf dem aktuellen Stand?	Marina Nörr-Müller	Mi., 6.10.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH, QMB
X71687	Qualitätsmanagement-beauftragte/r eazf	verschiedene Dozenten	Do., 7. bis Fr., 15.10.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	850,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM, QMB
X71807	Kieferorthopädische Abrechnung – Aufbaukurs	Helga Jantzen	Do., 7.10.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	255,00 €	ZAH/ZFA, ZMV, PM
X61405	Chirurgie und Implantologie – Basiskurs	Dr. Nina Psenicka	Fr., 8.10.2021, 9.00 Uhr, München	495,00 €	ZA
X61408	Chirurgie und Implantologie – Aufbaukurs	Dr. Nina Psenicka	Sa., 9.10.2021, 9.00 Uhr, München	495,00 €	ZA
X71805	Das Provisorium – Eine wichtige Rolle im interdisziplinären Behandlungskonzept	Konrad Uhl	Sa., 9.10.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	375,00 €	ZAH/ZFA
X61805a	Betriebswirtschaftliche Auswertungen verstehen und nutzen	Dr. Marc Elstner	Sa., 9.10.2021, 9.00 Uhr, München	365,00 €	ZMV, PM
X51408	Fachkunde 3 Strahlenschutz – Röntgendiagnostik mit Handaufnahmen zur Skelettwachstumsbestimmung	verschiedene Dozenten	Sa., 9.10.2021, 9.00 Uhr, Regensburg	495,00 €	ZA
X71802	Die qualifizierte Assistenz in der Chirurgie und Implantologie	Marina Nörr-Müller	Di., 12.10.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZAH/ZFA
X71414	3D-Obturation – Der Erfolgsfaktor für komplexe Wurzelkanalsysteme	Dr. Veronika Walter	Mi., 13.10.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	495,00 €	ZA
X71808	Update-Workshop für QMB: QM – Arbeitssicherheit – Hygienemanagement	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Mi., 13.10.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZA, ZMV, PM, QMB
X71413	Schlagfertigkeit in Konfliktsituationen	Lisa Dreischer	Mi., 13.10.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, QMB
X61805	Update Datenschutz in der Zahnarztpraxis	Regina Kraus	Mi., 13.10.2021, 14.00 Uhr, München	255,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, QMB
X71809	Betreuung des parodontal erkrankten Patienten	Sabine Deutsch	Mo., 18. und Di., 19.10.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	450,00 €	ZAH/ZFA, ZMF
X71423	Welcoming the Patient – Fit in der Betreuung englischsprachiger Patienten	Sabine Nemec	Mi., 20.10.2021, 9.00 Uhr, Nürnberg	365,00 €	ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH
X61428	Die Kompositfüllung von A bis Z	Prof. Dr. Roland Frankenberger	Sa., 23.10.2021, 9.00 Uhr, München	495,00 €	ZA
X61429	Therapie der Periimplantitis	Prof. Dr. Dr. Matthias Folwaczny	Sa., 23.10.2021, 9.00 Uhr, München	495,00 €	ZA

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
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 Einsteigerkurs
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
22. Januar 2022 9. April 2022	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	Kurs A	· Betriebswirtschaft für Zahnmediziner · Kostenmanagement aus Sicht des Zahnarztes – Praxisbericht
26. März 2022 21. Mai 2022	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	Kurs B	· Grundsätzliche Gedanken und Ausblicke zur Niederlassung · Praxisfinanzierung, Businessplan und Fördermöglichkeiten · Versicherungen und Vorsorge · Das Zulassungsverfahren · Wissenswertes aus dem Steuerrecht

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
Oktober			
21. bis 23.10.2021	München	62. Bayerischer Zahnärztetag	Oemus Media AG Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig Internet: www.bayerischer-zahnaerztetag.de
23.10.2021	München	62. Bayerischer Zahnärztetag für Zahn- ärztliches Personal	eazf GmbH Fallstraße 34, 81369 München Internet: www.eazf.de/sites/eazf-kongresse
November			
12. bis 13.11.2021	München	id infotage dental München	LDF GmbH Burgmayer 68, 50667 Köln Internet: www.infotage-dental.de
13.11.2021	Online-Kongress	Schwäbisches Herbstsymposium 2021	eazf GmbH Fallstraße 34, 81369 München Internet: www.eazf.de
25. bis 27.11.2021	Hamburg	35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Implantologie	DGI e.V. Rischkamp 37f, 30659 Hannover Internet: www.dgi-kongress.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	4.500 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 ist Kursbeginn im März, in Nürnberg startet die Fortbildung im September. 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	4.500 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, 16. Oktober 2021 9.00–17.00 Uhr Nürnberg Weitere Niederlassungsseminare: 14. Mai 2022, Regensburg 09. Juli 2022, München 15. Oktober 2022, 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: 71650, **Kursgebühr:** 50,- Euro (inklusive ausführlicher digitaler Kursunterlagen)

Veranstaltungsort: eazf Akademie Nürnberg, Laufertorgraben 10, 90489 Nürnberg

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, 16. Oktober 2021 9.00–17.00 Uhr Nürnberg Weitere Praxisübergabeseminare: 14. Mai 2022, Regensburg 09. Juli 2022, München 15. Oktober 2022, 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, Praxissschließung 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: 71640, **Kursgebühr:** 50,- Euro (inklusive ausführlicher digitaler Kursunterlagen)

Veranstaltungsort: eazf Akademie Nürnberg, Laufertorgraben 10, 90489 Nürnberg

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

Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2022/2023



Bitte beachten Sie die Hinweise zum Prüfungsort¹

	Voraussichtlicher Prüfungstermin	Anmeldeschluss inkl. vollständiger Zulassungsunterlagen
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
ZMP Schriftliche Prüfung	15.03.2023	04.02.2023
ZMP Praktische Prüfung	21.03.–25.03.2023	04.02.2023
ZMP Schriftliche Prüfung	07.09.2023	30.07.2023
ZMP Praktische Prüfung	11.09.–14.09.2023 22.09.–23.09.2023	30.07.2023
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
DH Praktische Prüfung	01.09.–02.09.2023 04.09.–05.09.2023	30.07.2023
DH Schriftliche Prüfung	06.09.2023	30.07.2023
DH Mündliche Prüfung	15.09.–16.09.2023	30.07.2023
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
ZMV Schriftliche Prüfung	07.03.–08.03.2023	04.02.2023
ZMV Mündliche Prüfung	09.03.–13.03.2023	04.02.2023
ZMV Schriftliche Prüfung	30.08.–31.08.2023	30.07.2023
ZMV Mündliche Prüfung	06.09.–09.09.2023	30.07.2023

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

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

Prüfungsgebühren für Aufstiegsfortbildungen BLZK nach den Prüfungsvorschriften ab 01.01.2017:

ZMP	460,00 €
ZMV	450,00 €
DH	670,00 €

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



Ungültigkeit von Zahnarztausweisen

Die Zahnarztausweise von Dr. Fabian Werner Fleischmann, geboren am 19.8.1990, Ausweis-Nr. 41368, Jean Gonzales Menezes, geboren am 7.5.1979, Ausweis-Nr. 73124, Dr. Stephan Rebele, geboren am 23.5.1981, Ausweis-Nr. 73108, Alexandra Staminski, geboren am 24.11.1993, Ausweis-

Nr. 61589, und Dr. (UMF Temeschburg) Roland Török, geboren am 29.8.1968, Ausweis-Nr. 71632, werden für ungültig erklärt. (Zahnarztausweise werden bei Verlust oder Kammerwechsel für ungültig erklärt.)



Nachrücken eines Ersatzdelegierten im Wahlbezirk Oberfranken in das Amt des Delegierten zur Bayerischen Landeszahnärztekammer

In das Amt des Delegierten zur BLZK ist im Wahlbezirk Oberfranken für Herrn Dr. Reiner Zajitschek Herr Dr. Alexander Mokosch, Walsdorf, am 28.06.2021 nachgerückt.

Christian Berger
Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer



Kassenänderungen

1. Anschriftenänderung einer Krankenkasse – ab sofort –
AOK Niedersachsen, 30142 Hannover, Tel.: 0800 0265637,
Fax: 0441 9612-13499 (KA Nr. 111211481904).

2. Anschriftenänderung eines Sonstigen Kostenträgers – ab sofort –
SOZ Weißenburg-Gunzenhausen, Bahnhofstraße 2, 91781 Weißenburg,
Tel.: 09141 9020, Fax: 09141 902108 (KA Nr. 911007194600).

3. Namens- und Anschriftenänderung eines Sonstigen Kostenträgers – ab sofort – SOZ Stadt Ingolstadt in Stadt Ingolstadt Amt für Soziales, Auf der Schanz 39, 85049 Ingolstadt, Tel.: 0841 3051663, Fax: 0841 3051669 (KA Nr. 911007074600).

Kostenlos, kompetent, kollegial

KZVB wiederholt Virtinarreihe zu Suprakonstruktionen

Die Virtinare der KZVB zur zahnärztlichen Abrechnung sind eine echte Erfolgsgeschichte. Informationen aus erster Hand, kostenlos, kompetent und kollegial – das kommt bei den Zahnärzten und ihren Praxisteams gut an.

Nachdem in den vergangenen Wochen die neue PAR-Richtlinie im Fokus stand, geht es im Herbst mit den Suprakonstruktionen weiter. Das Interesse an dieser Virtinarreihe war so groß, dass sie ab Oktober wiederholt wird. Die Termine sind:

Mittwoch, 13.10.2021, 18 bis 19 Uhr
Mittwoch, 20.10.2021, 18 bis 19 Uhr
Mittwoch, 27.10.2021, 18 bis 19 Uhr
Mittwoch, 03.11.2021, 18 bis 19 Uhr
Mittwoch, 10.11.2021, 18 bis 19 Uhr

Pro Termin gibt es einen Fortbildungspunkt. Anmeldung auf kzvb.de!



Passau – Stadt: seit 29 Jahren bestehende Zahnarztpraxis
ca. 82 m² – 2 BHZ in denkmalgeschütztem Haus,
aus gesundheitlichen Gründen **ab sofort abzugeben**;
Antwort bitte an Chiffre bzb921_01

sozietät
HGA

Kompetenz im Zahnartzrecht

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

Hartmannsgruber Gemke Argyakis & Partner Rechtsanwälte

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

www.med-recht.de

Kleinanzeigenpreise BZB

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



teamwork
media

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

Fachdozent (m/w/d)

Fachsprache Deutsch für internationale Zahnärzte (Online)

Die AkadRe GmbH ist ein spezialisiertes Bildungsunternehmen, das internationale Gesundheitsfachkräfte auf dem Weg zur Berufserlaubnis in Deutschland unterstützt. Als zertifizierte Spezialisten für Deutsch im Gesundheitswesen bereiten wir internationale Zahnärzte kompetent auf die Fachsprachprüfungen der Landes Zahnärztekammern vor, die sie zur beruflichen Anerkennung in Deutschland absolvieren müssen.

Für unser Fachdozenten-Team suchen wir Zahnärzte (m/w/d) auf Honorarbasis, die unsere Teilnehmer für die komplexen kommunikativen Anforderungen in Klinik oder Praxis qualifizieren (z.B. Anamnesen, Fallbesprechungen, Patientengespräche, Dokumentation).

Der Einsatz erfolgt nach Abstimmung
zu ca. 5-10 Unterrichtseinheiten im Monat.

Kontakt:

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an:
bewerbung@akadre.de

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:
0911 6006050



AkadRe GmbH

Vorbereitungsassistent/in/ angestellte/r Zahnarzt/in

in Hamburg gesucht

ZAP in Hamburg sucht ab sofort eine/n engagierte/n
Vorbereitungsassistenten/in, gerne auch eine/n Kollegen/in
im Angestelltenverhältnis, in Vollzeit.

Zahnärztin Corny Werner

Cuxhavener Straße 144

21149 Hamburg

info@zahnärztin-cornywerner.de

Praxisnachfolge in Nbg-Mögeldorf gesucht

Zahnarztpraxis aus Altersgründen zum Jahresende abzugeben.

Immobilie (Erbpachtrecht) ist mit zu übernehmen.

Gesamtpreis 380.000 VB. Zusendungen und
weitere Informationen: drjozei@t-online.de

Dr. Masur – Implantologie – Symposium 2021 - Herausforderungen für dentale Teams – Zukunfts-Chancen für alle?

Für Zahnärzte, Zahntechniker und ZFA's (m/w/d)

Referenten:

ZTM B. Wagner: Digitale Lösungen

Birgit Jäger: Angstfrei beim Zahnarzt

Dr. F. Krekel: Adhäsive Tricks

Dr. Ralf Masur: Bio-Implantologie 2022

Katja Masur: Digital+Aligner

Michael Ludwig: Zukunft Zahnmedizin

ZTM J. Stuck: orale Heimat der Patienten

Mittwoch, den 06. Oktober 2021

15.30 bis ca. 20.30 Uhr

In 87719 Mindelheim, Forum

Anmeldung ->

Fax: 08247 / 38833-#0

711,- € inkl. MwSt. | Getränke,

Wir suchen: (m,w,d)

• Zahnärzte, mit & ohne Berufserfahrung

Wir bieten Ausbildung Implantologie und KFO

Kempten, Marktoberdorf, Augsburg Bad Wörishofen, Ulm

Wir bieten besondere Leistung in allen Bereichen der Zahnmedizin

Bewerbung unter: bewerbung@masur-zahnarztpraxis.de



masurzahnärzte
masurkieferorthopädie
masurimplantatzentrum



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:

Natascha Brand (nb)

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 9692-36, Fax: 08243 9692-22
E-Mail: n.brand@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:

Mittwoch, 15. September 2021
ISSN 1618-3584

Der rote Faden

Dentalchirurgische Nahttechniken

Von Dr. Stephan Beuer und Dr. Martin Stangl



€49,-

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

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

www.dental-bookshop.com

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

 teamwork
media

kfo:

KFO-Factoring von ABZ-ZR

Ab sofort ist die ABZ-ZR in Gröbenzell *das* deutschlandweite Kompetenzzentrum für die KFO-Abrechnung des Deutschen Zahnärztlichen Rechenzentrums (DZR).

Ohne rosarote Brille, ohne sich grün zu ärgern – einfach gutes Factoring, seriös, sicher und ehrlich.

KFO-Factoring mit Komfortpaket

Mit dem ABZ-Komfortpaket erhalten Sie eine rechtssichere Lösung, wie Sie Ihren Patienten Eigenanteilsrechnungen und AVL-Vereinbarungen smart und einfach als Teilzahlung anbieten können – selbstverständlich mit 100% Ausfallschutz.

KFO-Factoring mit Ausfallschutz und Klimaschutz

Als Unternehmen mit einem vollständig klimaneutralen Fußabdruck haben wir die offizielle Auszeichnung „Klimaneutrales Unternehmen“ erhalten. Was wir tun, tun wir mit Konsequenz, Liebe und Leidenschaft. Und das spürt man.

www.abz-zr.de



**KLIMANEUTRALES
UNTERNEHMEN**
certified by Fokus Zukunft