

59. Jahrgang

BZB

Bayerisches Zahnärzteblatt

6/2022

Schwerpunktthema

Prophylaxe | Kinderzahnheilkunde

Wachstum ungebremst

Investoren drängen in die Zahnmedizin

Grünes Licht für PAR-Therapie

Bundesgesundheitsministerium bestätigt
Analogabrechnung bei Privatpatienten

Prävention und Mundhygiene
bei Kindern

Ein Fallbericht



www.bzb-online.de

Factoring-Lösungen aus Bayern.

In Ihrem Praxisalltag wird es garantiert nie langweilig - und das schon ohne die vielen administrativen Tätigkeiten und dem anhaltenden Fachkräftemangel.

Vielfältige Verwaltungs- und Abrechnungsthemen beanspruchen viel von Ihren Kapazitäten, welche Sie in die Behandlung Ihrer Patienten investieren könnten. Outsourcen ist in diesem Fall eine gute Lösung.

Als Marktführer in der zahnmedizinischen Privatliquidation in Bayern wissen wir genau welche Bedürfnisse Praxen haben. Und damit Sie sich auf die Behandlung konzentrieren können, halten wir Ihnen den Rücken frei.

Wir sind ein Abrechnungs- bzw. Factoringunternehmen für niedergelassene Zahnärzte/-innen, KFO-Praxen und andere dentale Facharztbereiche.

Kern unserer Leistung:

- » umfassende Verwaltungsentlastung
- » Honorarmanagement für Kassenanteile, Patientenanteile (EA), Privathonorare (GOZ) und außervertragliche Leistungen (AVL)
- » Absicherung gegen Forderungsausfälle
- » Bereitstellung planbarer Liquidität
- » Teilzahlungslösungen: pro Rechnung oder Behandlung

www.abz-zr.de



Zahnärztliches
Rechenzentrum
für Bayern



KLIMANEUTRALES
UNTERNEHMEN
certified by Fokus Zukunft



Dr. Wolfgang Heubisch, MdL
Vizepräsident des
Bayerischen Landtags

Selbstverwaltung ist ein hohes Gut

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die bayerischen Zahnärztinnen und Zahnärzte sind in diesem Jahr gleich zweimal aufgerufen, ihre Stimmen abzugeben: Ende Juni beginnt die Wahlfrist für die Vertreterversammlung der KZVB, im Herbst werden die Mitglieder der Vollversammlung der BLZK und die Vertreter in den Zahnärztlichen Bezirksverbänden gewählt. Nur wenige Berufsgruppen haben das Privileg, ihre Geschicke selbst zu gestalten. Deshalb lautet mein Appell gleich zu Beginn dieses Editorials: Bitte machen Sie von Ihrem Wahlrecht Gebrauch! Die Selbstverwaltung ist ein hohes Gut. Sie lebt aber davon, dass die Mitglieder der Körperschaften ihre Vertreter demokratisch legitimieren. Je höher die Wahlbeteiligung ist, desto wirksamer können die Gewählten Ihre Interessen gegenüber der Politik und den Krankenkassen vertreten. Und die standespolitische Agenda ist lang!

Internationale Investoren haben die Zahnmedizin als lukratives Betätigungsfeld entdeckt. Die Zahl fremdkapitalfinanzierter Medizinischer Versorgungszentren wächst – insbesondere in den städtischen Ballungsräumen. Gleichzeitig geht die Zahl der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zurück. Viele Praxisabgeber tun sich mittlerweile schwer, einen Nachfolger zu finden. Um die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung zu erhalten, müssen KZVB und BLZK den jungen Kollegen Mut zur Niederlassung machen. Es braucht aber auch die entsprechenden Rahmenbedingungen, damit die Selbstständigkeit attraktiv bleibt. Dazu gehören angemessene Vergütungen, Rechts- und Planungssicherheit und vor allem: weniger Bürokratie! Gerade die gesetzlich verordnete Digitalisierung unseres Gesundheitswesens sorgt für wachsenden Frust in den Praxen. Eine störungsanfällige Telematik-Infrastruktur (TI), Sanktionen bei Nichtanbindung, ungeklärte Fragen beim Datenschutz – all das trägt nicht zur Akzeptanz neuer Technologien

bei. Es steht außer Frage, dass wir eine stärkere Vernetzung im Gesundheitswesen brauchen. Als überzeugter Liberaler vermissem ich aber eine gesamtgesellschaftliche Diskussion darüber, wer auf welche Daten zugreifen kann und wo sie gespeichert werden.

Doch ungeachtet vieler Probleme steht für mich außer Frage, dass Zahnarzt ein sehr attraktiver Beruf ist und bleibt – gerade dann, wenn man ihn selbstbestimmt und freiberuflich ausübt. Das zeigt auch der ungebrochene Ansturm auf die Studienplätze im Fach Zahnmedizin.

Und die Selbstverwaltung konnte in den vergangenen Jahren durchaus Erfolge erzielen. Die KZVB hat mit den Krankenkassen gut verhandelt. Die Honorarzuwächse liegen über der Inflationsrate. Die neue PAR-Richtlinie und die Aufnahme der Unterkieferprotrusionsschiene in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bieten den Praxen neue wirtschaftliche Perspektiven und verbessern die Patientenversorgung. Auch die Coronapandemie hatte auf die Zahnärzteschaft deutlich geringere Auswirkungen als auf andere Berufsgruppen. Das Abrechnungsvolumen liegt mittlerweile wieder über dem Vorkrisenniveau. Wir Zahnärzte haben die Krise aus eigener Kraft und ohne staatliche Liquiditätshilfen bewältigt. Darauf dürfen wir stolz sein. Ich bin zuversichtlich, dass der Berufsstand auch die künftigen Herausforderungen wie die längst überfällige Anpassung der GOZ-Punktwerte bewältigen wird und der freiberuflich tätige Zahnarzt nicht zum Auslaufmodell wird – auch und gerade dank einer starken Selbstverwaltung.

Ihr

A handwritten signature in blue ink, which appears to read "W. Heubisch".



6

Immer mehr MVZ drängen auf den Markt.



9

Auf Grün steht jetzt die Ampel bei der PAR-Therapie für Privatpatienten.



22

Ab 1. August 2022 gilt eine neue Ausbildungsverordnung für ZFA.

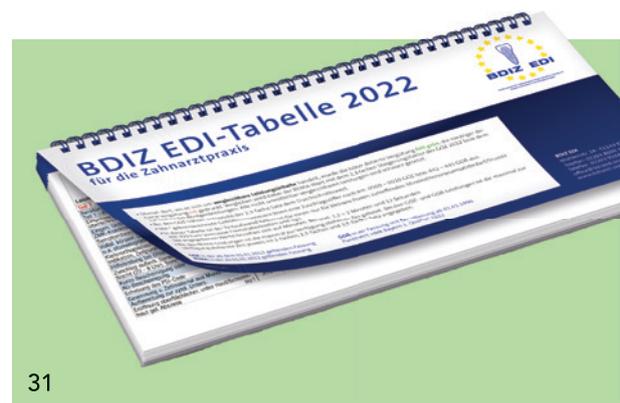
politik

- 6 **Wachstum ungebremst**
Investoren drängen in die Zahnmedizin – Kettenbildung schreitet voran
- 9 **Grünes Licht für PAR-Therapie**
Bundesgesundheitsministerium bestätigt Analogberechnung bei Privatpatienten
- 10 **Fit für die Standespolitik**
AS-Akademie macht in München Station
- 12 **Neue Strukturen im Studium**
Wie sich die neue Approbationsordnung auf die Ausbildung auswirkt
- 16 **Generationsübergreifende Alterssicherung**
Finanzierung der Versorgungsleistungen bei der Bayerischen Ärzteversorgung
- 18 **Wachsender Unmut wegen der TI**
VV-Vorsitzende tagten in Dessau
- 20 **Digitale Diaspora**
EU-Kommission macht Druck bei Digitalisierung des Gesundheitswesens
- 22 **Ausbildung neu geregelt**
Was sich durch die neue Ausbildungsverordnung ändert
- 24 **„Nicht ob, sondern wann“**
Cyberkriminelle haben es auch auf Praxen abgesehen
- 26 **Nachrichten aus Brüssel**
- 28 **Journal**

praxis

- 29 **GOZ aktuell**
Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe
- 31 **Alles zur PAR-Behandlung**
Die „BDIZ EDI-Tabelle 2022“ wurde ergänzt und neu gestaltet
- 32 **Von der Anamnese bis zur Evaluation**
Neue Abrechnungsbestimmungen bei der PAR-Richtlinie: Bema-Nr. 4 und ATG
- 34 **Corona hinterlässt Spuren**
Zufriedenheit der Heilberufler sinkt – Wunsch nach finanzieller Absicherung
- 38 **Mit Herz, Verstand – und Respekt**
Zehn Jahre Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung an der LMU München

- 40 Kostenintensive Fälle werden künftig in der Statistik berücksichtigt
Zahnärzte profitieren von Änderungen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung
- 42 „Wir dienen Deutschland“
Eine Woche beim Sanitätsdienst der Bundeswehr
- 45 Chance für die Praxis und die Patienten
Neue Online-Broschüre der KZVB zur Unterkieferprotrusionsschiene
- 46 Aktuelles zur Berufshaftpflicht
Neue Mindestversicherungssummen für den Haftpflichtschutz
- 48 Online News der BLZK



31

Die neue BDIZ EDI-Tabelle ist ein wichtiges Hilfsmittel für Zahnarztpraxen.

wissenschaft und fortbildung

- 50 Prävention und Mundhygiene bei Kindern
- 55 Inaktivierung frühkindlicher Karies mittels Silberdiaminfluorid
- 63 Orale Inspektion der Mundhöhle
Erkennen von Veränderungen während der PZR



42

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr ist für Ernstfälle gut ausgerüstet.

markt und innovationen

- 67 Produktinformationen

termine und amtliche mitteilungen

- 69 eazf Tipp
- 70 eazf Fortbildungen
- 71 Kursprogramm Betriebswirtschaft/Veranstaltungskalender
- 72 Niederlassungsseminare 2022/Praxisübergabeseminare 2022
- 73 Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen für Praxispersonal
- 74 Kursbeschreibungen
- 75 Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2022/2023
- 76 Versorgungsgrad
- 80 Ungültigkeit von Zahnarzteausweisen/Kassenänderungen/Bedarfsplan/Ordentliche Vertreterversammlung
- 81 Kleinanzeigen
- 82 Impressum



50

Beispielhafte Illustration der Knie-zu-Knie-Position.

Die Herausgeber sind nicht für den Inhalt von Beilagen verantwortlich.

Das BZB 7-8/2022 mit dem Schwerpunkt „Kieferorthopädie“ erscheint am 15. Juli 2022.



© Vera Kuttelvaserova – stock.adobe.com

Wachstum ungebremst

Investoren drängen in die Zahnmedizin – Kettenbildung schreitet voran

Ungeachtet der wachsenden Kritik an fremdkapitalfinanzierten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wächst deren Zahl kontinuierlich – auch in der Zahnmedizin. Das belegt die jüngste MVZ-Statistik der Bundes-KZV, die Ende April erschienen ist.

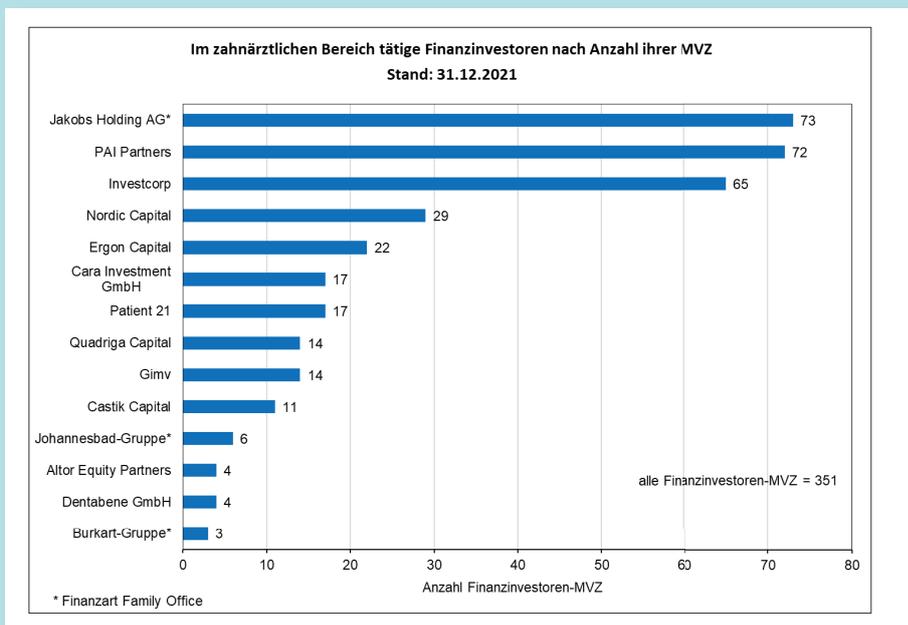
Demnach gab es Ende 2021 bundesweit 1289 zahnmedizinische MVZ – 17 Prozent mehr als im Vorjahr. 351 davon sind MVZ mit Investoren-Beteiligung, die restlichen 938 sind in der Hand von Zahnärzten. Mit 1191 MVZ liegt der Schwerpunkt im Gebiet der alten Bundesländer. Bayern ist mit 221 MVZ und einem Gesamtanteil von 17,1 Prozent weiterhin eine MVZ-Hochburg. In den fünf neuen Bundesländern gibt es dagegen insgesamt nur 98 MVZ, was einem Gesamtanteil von 7,6 Prozent entspricht.

Möglich wurde dieses Wachstum durch das 2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das fachgruppengleiche MVZ erlaubte. Davor gab es bundesweit nur 28 (!) MVZ. Innerhalb von sechs Jahren sind somit 1261 neue MVZ zugelassen worden, davon mit 1186 die überwiegende Mehrheit als fachgruppengleiche MVZ. Seit der Gesetzesänderung können neben Zahnärzten auch Krankenhäuser, gemeinnützige Träger oder Kommunen ein Zahnmedizinisches Versorgungszentrum gründen. Ein MVZ kann als Personengesellschaft, eingetragene Genossenschaft, GmbH oder in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform gegründet werden.

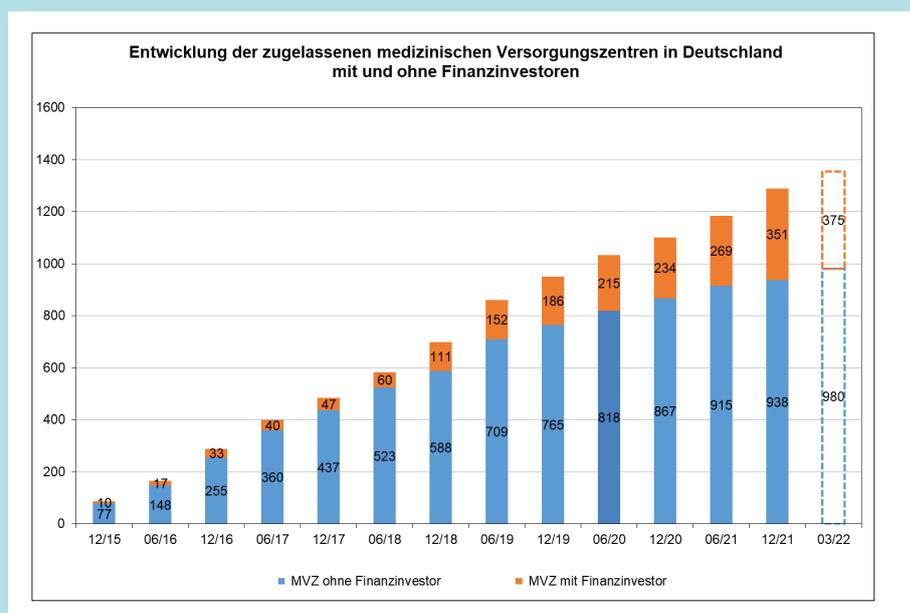
Seit 2017 nutzen Finanzinvestoren verstärkt die Möglichkeit, um mittels fachgruppengleicher MVZ in den Dentalmarkt zu investieren. Dafür müssen sie lediglich in den Besitz eines MVZ-Trägers kommen. In den meisten Fällen wird ein finanzschwaches Krankenhaus erworben, das weder fachlich noch räumlich einen Bezug zu den zu gründenden MVZ haben muss. Das Krankenhaus gründet dann eine Trägergesellschaft, meist in Form einer GmbH, die MVZ gründet oder Zahnarztpraxen aufkauft, die dann wiederum in MVZ umgewandelt werden. Die Investoren können mit nur einem Krankenhaus eine MVZ-Konzernstruktur aufbauen. Ende 2021 waren 14 Finanzinvestoren im deutschen Dentalmarkt tätig (Abbildung 1). 13 dieser Investoren verfügen bereits über mindestens ein als MVZ-Träger fungierendes Krankenhaus. Insgesamt gehörten diesen 13 Investoren zum 31.12.2021 334 zugelassene MVZ. Die den KZVen ebenfalls zum 31.12.2021 vorliegenden Neuanträge zeigen, dass die bekannten Finanzinvestoren weiter in den deutschen Dentalmarkt investieren wollen und weitere Finanzinvestoren ernsthafte Pläne haben, ebenfalls in Beteiligungen oder Übernahmen von MVZ zu investieren.

Die Steigerung des Anteils der MVZ mit Fremdkapitalbeteiligung von 23 auf 27 Prozent innerhalb eines Quartals ist im Wesentlichen auf die Übernahme zweier Ketten durch Finanzinvestoren zurückzuführen. So ist die MVZ-Kette Fair Doctors von Ergon Capital aus Luxemburg übernommen worden. Diese besteht aus aktuell 22 Standorten in Nordrhein und ist damit die drittgrößte MVZ-Kette in Deutschland. Bei der zweiten Übernahme durch einen Investor handelt es sich um das Unternehmen Patient 21, hinter dem mehrere Private-Equity-Fonds und Privatinvestoren stehen. Zudem hat die Jacobs Holding sämtliche Anteile an der Prophylaxis HoldCo vom Investor EQT übernommen und löst mit den laut aktuellem Stand 73 zahnärztlichen Versorgungszentren Investcorp (65 MVZ) als bisherigen Marktführer im Bereich der Investoren-MVZ ab. Zudem verfügt die Jacobs Holding künftig über zwei gründungsberechtigte Krankenhäuser. Somit darf sie in jedem Planungsbereich doppelt so viele Zahnarztstellen auf ihre MVZ vereinen wie zuvor. Eine weitere Übernahme betrifft die zahneins-Gruppe (Investor: PAI Partners). Diese hat die meisten zu KonfiDents gehörigen MVZ vom bisherigen Investor Altor übernommen. Zum 31.12.2021 verfügte zahneins über 72 MVZ und liegt damit knapp hinter der Jacobs Holding auf Platz 2.

Durch diese Übernahmen ist der Zuwachs der Investoren-MVZ 2021 (117) erstmals höher ausgefallen als der Zuwachs der Nicht-Investoren-MVZ (71). Nach Ausbruch der Corona-Pandemie stagnierte die Entwicklung bei den Investoren-MVZ kurzzeitig. Vermutlich wollten die Kapitalgeber die Entwicklung abwarten, bevor sie weitere Investitionen tätigen. Ab 2021 ließen sich bereits wieder Zuwächse in ähnlicher Höhe wie vor der Pandemie feststellen. Es ist anzunehmen, dass sich die dynamische Entwicklung in den kommenden Jahren auf dem bisherigen Niveau fortsetzen wird. Grundsätzlich lässt sich beobachten, dass Investoren derzeit verstärkt etablierte und bisher von Zahnärzten betriebene MVZ (oder Praxen) übernehmen, statt neue zu gründen. Bereits vor der Corona-Pandemie steckte die MVZ-Kette Dr. Z in finanziellen Schwierigkeiten. Anfang August 2020 wurde für die Dr. Z Medizinisches Versorgungszentrum GmbH das Insolvenzverfahren eröffnet. Daraufhin sind fünf Standorte von Dr. Z geschlossen worden, sodass insgesamt noch 17 Standorte übrig sind. Zwischenzeitlich war unklar, ob die gesamte Kette vor dem Aus stehen könnte. In den letzten



1



2

Quartalen fanden jedoch keine weiteren Schließungen mehr statt. Drei der fünf ehemaligen Standorte von Dr. Z wurden von einer anderen MVZ-Kette übernommen, die inzwischen ebenfalls einem Investor zuzurechnen ist (Patient 21).

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde eine Beschränkung der Marktanteile von Investoren-MVZ eingeführt. Dennoch ist auch nach Inkrafttreten des TSVG weiterhin ein starker Zuwachs zu beobachten. Aufgrund der meist verschachtelten, undurchsichtigen Eigentümer- und Beteiligungsstrukturen ist es schwierig, alle im deutschen Dentalmarkt tätigen Investoren und zugehörigen MVZ zu identifizieren. Es ist

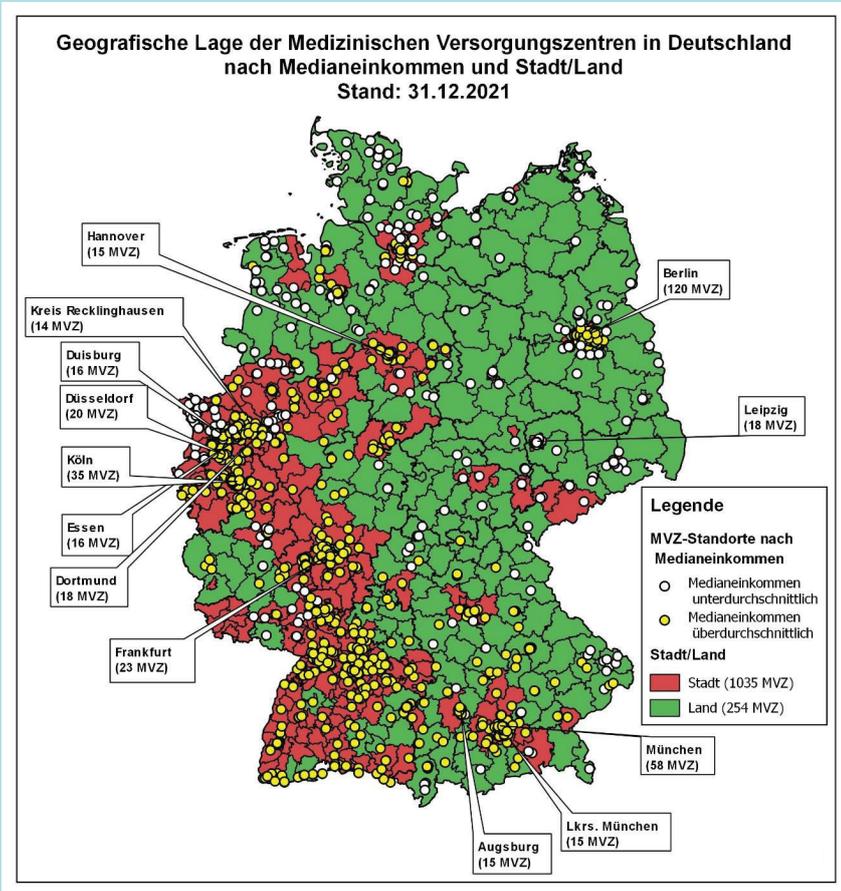
durchaus möglich, dass mehr Investoren in zahnärztliche MVZ investiert haben als bislang vermutet. Abbildung 2 zeigt die Vernetzung der fünf größten MVZ-Ketten in Deutschland. Alle übrigen 222 MVZ-Ketten haben maximal 14 Standorte. Mittlerweile gibt es drei große Ketten, die in mehreren KZV-Bereichen vertreten sind (Dr. Z in acht KZVen, Acura in zwölf KZVen und die MVZ von Dr. Duong in zehn KZVen). Eine weitere Kette (AllDent), die immerhin in sieben KZV-Bereichen vertreten ist, hat noch zu wenige Standorte, um zu den fünf größten Ketten zu gehören. Innerhalb von nur vier Quartalen hat sich Acura (Investcorp) hinsichtlich der Standortzahl zur größten MVZ-Kette in Deutschland entwickelt – Tendenz weiter steigend mit aktuell

65 MVZ! Die Zahl der MVZ von Dr. Z hingegen war zuletzt aufgrund des Insolvenzverfahrens rückläufig: Gab es im zweiten Quartal 2020 noch 22 MVZ-Standorte (und eine Praxis), so sind es jetzt nur noch 17 MVZ. Die mittlerweile 22 Standorte der Kette Fair Doctors liegen alle im Bereich der KZV Nordrhein. 15 MVZ-Standorte vereint die Kette Meindentist auf sich, davon liegen 14 in Berlin und einer in Brandenburg. Bei diesen beiden Ketten kommen weiterhin regelmäßig neue Standorte hinzu. Erst seit zwei Quartalen sind die MVZ von Dr. Doung in der Gruppe der fünf größten MVZ-Ketten vertreten. Die ersten Standorte wurden 2019 in Hessen und Baden-Württemberg gegründet. Weitere kamen kontinuierlich dazu, sodass Dr. Doung mittlerweile die zweitgrößte Kette in Deutschland ist. Die Kette ZTK Zahnärztliche Tageskliniken (ehemals Dr. Eichen-seer) befindet sich hingegen nicht mehr in der Gruppe der fünf größten MVZ-Ketten.

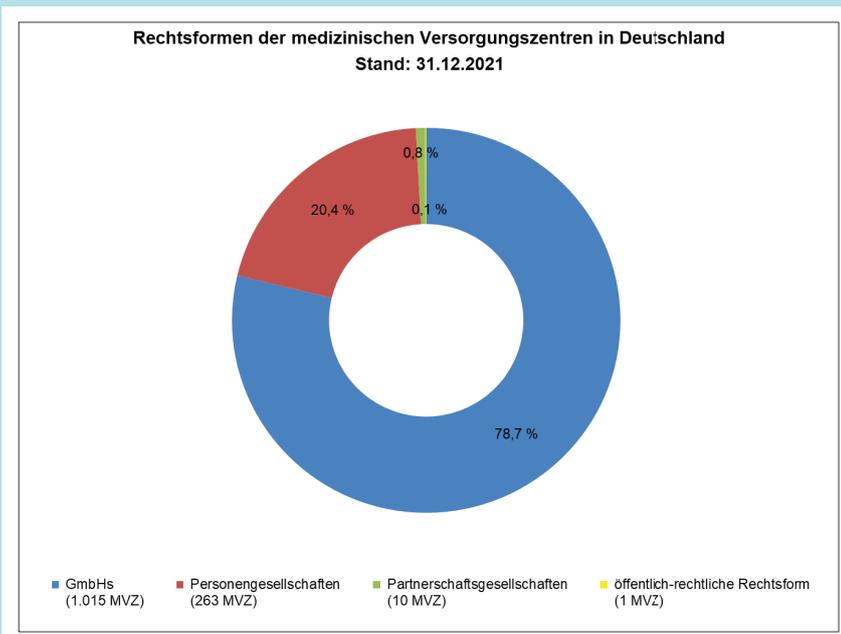
Ende 2021 waren in den 1289 MVZ insgesamt 713 Vertragszahnärzte, 4223 angestellte Zahnärzte und 871 Assistenz-zahnärzte tätig. Die überwiegende Anzahl der MVZ haben ihren Sitz in städtischen Gebieten. Dieser Anteil lag Ende 2021 mit 1035 MVZ bei rund 80 Prozent. Nur rund 20 Prozent befanden sich in ländlichen Gebieten. Wie aus Abbildung 3 ersichtlich, siedeln sich MVZ insbesondere in Großstädten wie Berlin, Köln und München, in den Ballungsräumen in Nordrhein-Westfalen und in den Groß-räumen Stuttgart und Frankfurt am Main an. In den neuen Bundesländern hin-gegen gibt es große Bereiche, in denen sich überhaupt keine MVZ befinden. Sie sind hier allenfalls in den größeren Städten wie Dresden oder Leipzig ver-treten.

Mit 1 015 MVZ hatten zum Jahresende 2021 rund 79 Prozent aller MVZ in Deutsch-land die Rechtsform einer GmbH, rund 20 Prozent waren Personengesell-schaften. Verschwindend gering sind dage-gegen Partnerschaftsgesellschaften sowie öffentlich-rechtliche Rechtsformen (Ab-bildung 4).

Redaktion



3



4

Grünes Licht für PAR-Therapie

Bundesgesundheitsministerium bestätigt Analogabrechnung bei Privatpatienten

Bereits in der letzten BZB-Ausgabe empfahl der Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Christian Berger, „die Analogisierung der gesamten PAR-Behandlungsstrecke“ bei der Parodontitis-Behandlung von Privatversicherten (siehe BZB 5/2022, S. 40 ff.). Schneller als erwartet folgte nun die offizielle Bestätigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

„Für die Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung ist eine Anpassung der GOZ nicht erforderlich, da nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ enthaltene Leistungen über den Weg der Analogabrechnung in Rechnung gestellt werden können“, schrieb das von Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) geführte Ministerium und beantwortete damit eine Anfrage des CSU-Bundestagsabgeordneten und Fachpolitischen Sprechers für Gesundheit, Stephan Pilsinger.

Pilsinger bringt Stein ins Rollen

In der Fragestunde des Deutschen Bundestages vom 11. Mai hatte sich der Münchner Bundestagsabgeordnete mit folgender Frage an das Bundesministerium für Gesundheit gewandt: „Aus welchen Gründen entwickelt das BMG die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) nicht analog zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) weiter, der seit Kurzem zum Beispiel eine neue Parodontitis-Strecke beinhaltet, obwohl dies im Sinne des Patientenschutzes und der Patientenversorgung nach Auffassung der einschlägigen zahnärztlichen und Patientenverbände dringend notwendig wäre?“

Das Ministerium verwies in seiner Antwort darauf, dass die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Einheitliche Bewertungsmaßstab (BEMA) voneinander unabhängige und hinsichtlich Rechtsgrundlage und Ausrichtung grundsätzlich unterschiedliche Vorgaben seien. „Daher ist eine ständige Anpassung der GOZ an den BEMA nicht zwingend erforderlich und im Hinblick auf den komplexen und langwierigen Novellierungsprozess der GOZ für einzelne Leistungen beziehungsweise Leistungskomplexe auch nicht sinnvoll“, so der Text im Wortlaut. Stattdessen machte das Ministerium auf den „Weg der Analogberechnung“ aufmerksam. Damit könnten Zahnärzte entsprechende Leistungen auch bei PKV-Patienten in Rechnung stellen, obwohl sie im Gebührenverzeichnis der GOZ fehlen. Die



Der CSU-Bundestagsabgeordnete Stephan Pilsinger ist Fachpolitischer Sprecher für Gesundheit.

Bundeszahnärztekammer habe dazu bereits Abrechnungsempfehlungen veröffentlicht. Diese betrafen auch die von Pilsinger angesprochene Parodontitis-Versorgung bei Privatversicherten.

Gewichtiges Argument

Der Präsident der BLZK, Christian Berger, bewertet die schriftliche Stellungnahme des Bundesgesundheitsministeriums als gewichtiges Argument in der Auseinandersetzung mit Kosten erstatern und als positives Signal für Zahnärzte und Privatpatienten. „Es ist erfreulich, dass das Ministerium mit seiner schriftlich vorliegenden Antwort die von der Zahnärzteschaft vorgeschlagene Übersetzung der PAR-Leitlinie in die GOZ quasi offiziell absegnet. Damit lässt sich eine wissenschaftlich fundierte Parodontitis-Therapie künftig auch für PKV-Patienten abbilden.“

Thomas A. Seehuber

Fit für die Standespolitik

AS-Akademie macht in München Station

Sie gilt als „Talentschmiede“ der zahnärztlichen Standespolitik: Seit über 20 Jahren können sich Zahnärztinnen und Zahnärzte bei der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement (AS-Akademie) das erforderliche Basiswissen für ein standespolitisches Engagement in zahnärztlichen Selbstverwaltungsgremien holen. Der 12. Studienjahrgang war Ende April in München zu Gast, um dort seinen zweiten Seminarblock zu absolvieren. Neben Fachvorträgen stand in der bayerischen Landeshauptstadt eine Podiumsdiskussion mit den Verantwortlichen der Bayerischen Landeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns auf dem Programm.

Das bayerische Modell einer personengleichen Besetzung der Spitzenämter bei BLZK und KZVB hat sich – trotz vereinzelter kritischer Stimmen in der Anfangsphase – bewährt und dazu geführt, dass die Zahnärzteschaft von der Politik besser wahrgenommen wird. Darin waren sich alle Teilnehmer der Veranstaltung im Zahnärzthehaus München einig. In der nun zu Ende gehenden Amtsperiode sei es gelungen, Synergien zu schaffen, Kräfte zu bündeln und die Gemeinsamkeiten der beiden Körperschaften herauszustellen, so der Tenor der Diskussion.

Positive Effekte durch Personalunion

„Die bayerischen Zahnärzte sprechen mit einer Stimme“, bilanzierte der Präsident der BLZK und Vorsitzende des Vorstands der KZVB, Christian Berger. Allerdings sei die Konstellation mit einer Doppelspitze „nicht auf Dauer angelegt“, denn, so Berger weiter: „Alles hat seine Zeit!“ Für die kommende Amtsperiode seien daher wieder unterschiedliche Besetzungen der Spitzenämter zu erwarten.

Dass es kein einfacher Weg sei, die standespolitische Arbeit mit der Praxistätigkeit unter einen Hut zu bringen, verdeutlichte Dr. Rüdiger Schott, Vizepräsident der BLZK und stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der KZVB. „Ohne Umstrukturierungen in der eigenen Praxis ist das kaum möglich“, betonte er. Ihm persönlich sei es stets wichtig gewesen, möglichst nah an der Basis zu sein, um die Probleme der Kolleginnen und Kollegen besser verstehen zu können.



Prof. Dr. Christoph Benz (stehend), Präsident der BZÄK und wissenschaftlicher Leiter der AS-Akademie, begrüßte die Teilnehmer der Podiumsrunde (von links): Sven Tschoepe, Christian Berger, Moderator Leo Hofmeier, Dr. Rüdiger Schott und Andreas Mayer.

Positive Auswirkungen hatte die bayerische Doppelspitze auch auf die Verwaltungsebene der beiden zahnärztlichen Spitzenorganisationen im Freistaat. „Die Abstimmung zwischen den Körperschaften ist deutlich einfacher geworden“, betonte der Hauptgeschäftsführer und Justitiar der KZVB, Andreas Mayer. Im Vergleich zu früheren Amtsperioden würden BLZK und KZVB heute „an einem Strang“ ziehen.

Diese Meinung bestätigte auch Mayers Amtskollege von der BLZK, Ass. jur. Sven Tschoepe, LL.M.: „In vielen Sachfragen waren gemeinsame Lösungen gewünscht –

und die haben wir auch immer gefunden. Jeder hat seinen Part beigesteuert, ohne auf etwaige Befindlichkeiten Rücksicht nehmen zu müssen.“ Generell habe die Kammer von der engen und vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen BLZK und KZVB profitiert, erklärte Tschoepe.

Plädoyer für die Niederlassung

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer und wissenschaftliche Leiter der AS-Akademie, Prof. Dr. Christoph Benz, äußerte sich kritisch gegenüber der zunehmenden Industrialisierung der Zahnmedizin durch investorengeführte MVZ.



Mit den Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems und dem Wesen der Freiberuflichkeit beschäftigte sich der 12. Studienjahrgang der AS-Akademie bei seinem Besuch in München. Rechtsanwalt Peter Knüpper (stehend) hielt einen Vortrag zum Thema „Recht der Heilberufe“.

In seinem Statement warb er für die Niederlassung in eigener Praxis: „Wir arbeiten in einem genialen Beruf, der uns die Möglichkeit eröffnet, relativ entspannt ein Start-up zu schaffen. Diese Option sollten wir nutzen.“ Dass sich die Kammer auch in puncto Praxisgründung als moderner und professioneller Dienstleister versteht, unterstrich der Hauptgeschäftsführer der BLZK, Sven Tschoepe. Die kostenfreie und neutrale Niederlassungsberatung durch das „Zentrum für Existenzgründer und Praxisberatung der BLZK“ (ZEP) sei für viele Zahnärztinnen und Zahnärzte ein wichtiger Baustein auf dem Weg zur eigenen Praxis.

Im Anschluss an die Podiumsrunde erwartete die 21 Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 12. Studienjahrganges ein interessantes Vortragsprogramm mit kompetenten Referenten. Zwei Tage lang beschäftigten sich die Studierenden bei

ihrem Besuch in der bayerischen Landeshauptstadt mit den Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems und dem Wesen der Freiberuflichkeit. Die Themen reichten dabei vom „Recht der Heilberufe“ über „Politische Institutionen und Entscheidungsverfahren“ und der „Rolle der Verbände im politischen Meinungsbildungsprozess“ bis zu den „Grundlagen der Gesundheitsökonomie“. Daneben ging es um das Konzept der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Mundpflege in der Pflege (LAGP), das Schlichtungsverfahren der BLZK sowie um fünf Thesen zur Gewinnung von Fachpersonal.

Mit der AS-Akademie bietet die Selbstverwaltung Zahnärztinnen und Zahnärzten, die Verantwortung in der Berufspolitik übernehmen und sich das erforderliche Know-how aneignen wollen, ein breit gefächertes berufsbegleitendes

Fortbildungsprogramm. Das Kompaktstudium erstreckt sich über einen Zeitraum von zwei Jahren und wird in Wochenend-Studienblöcken durchgeführt. Am aktuellen Studiengang nehmen drei Zahnärzte aus Bayern teil, die zuvor die von BLZK und KZVB gemeinsam angebotene Kursreihe zur berufspolitischen Bildung besucht haben.

BLZK war Gründungsmitglied

Träger der Fortbildungsplattform sind insgesamt 19 zahnärztliche Körperschaften, darunter auch die BLZK. Die Berufsvertretung der bayerischen Zahnärzte gehörte vor über 20 Jahren zu den Gründungsmitgliedern der AS-Akademie. Die Einrichtung steht unter der Schirmherrschaft der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.

Thomas A. Seehuber



© WavebreakmediaMicro – stock.adobe.com

Neue Strukturen im Studium

Wie sich die neue Approbationsordnung auf die Ausbildung auswirkt

Im Juni 2019 wurde sie vom Bundesrat beschlossen, seit dem Wintersemester 2021/2022 absolvieren Studierende des Faches Zahnmedizin ihre Ausbildung nun offiziell nach der neuen Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen (AO-Z). Damit wurde die über 60 Jahre alte AO-Z endgültig abgelöst. Das BZB fasst die wichtigsten Änderungen zusammen und spricht mit Studierenden der Universität Regensburg über ihre Erfahrungen mit den neuen Lerninhalten.

Die zahnärztliche Ausbildung soll sich stärker an den tatsächlichen Gegebenheiten im Praxisalltag orientieren: Mit diesem grundsätzlichen Ziel wurde die neue Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen 2019 formuliert. Der Bundestag schreibt in der Gesetzesbegründung, dass dem veränderten Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung, dem deutlichen Rückgang der Kariesprävalenz und der möglichen Zahnerhaltung bis ins hohe Alter in der Ausbildung Rechnung getragen werden müsse.

Insgesamt finde mit der neuen Approbationsordnung die fachliche Weiterentwicklung der Zahnmedizin hin zu Prävention, Therapie und Erhaltung aller oralen Strukturen einschließlich der Entwicklung neuer Behandlungstechniken Eingang in die zahnmedizinische Lehre. Die zahntechnischen Lehrinhalte sollten insgesamt auf die für Zahnarzt und Zahnärztin erforderlichen Arbeitsweisen konzentriert werden (Bundestag-Drucksache 592/17, S. 2).

Um die Lehre praxisnäher zu gestalten, sollte bereits im Studium fächerübergreifendes Denken in sogenannten Querschnittsbereichen gefördert und theoretisches mit klinischem Wissen so gut wie möglich miteinander verknüpft werden.

Zur Umsetzung der genannten Ziele wurden einige Neuerungen im Studienverlauf vorgenommen. Während die Studierendauer gleich bleibt, sind seit dem Inkrafttreten der neuen AO-Z eine Ausbildung in Erster Hilfe, ein einmonatiger Krankenpfordienst sowie vier Wochen Praxisfamulatur abzuleisten. Die Aufteilung in Vorklinik und Klinik entfällt – und damit auch die

naturwissenschaftliche und zahnärztliche Vorprüfung. Stattdessen wird das Studium in drei Abschnitte gegliedert, die jeweils mit einem Prüfungsteil abschließen.

Erster Abschnitt: Vier Semester „Vorklinik“ und erster Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung

Grundlagenfächer des viersemestrigen ersten Abschnittes stellen nach wie vor Physik, Chemie, Physiologie, Biochemie, mikro- und makroskopische Anatomie und medizinische Terminologie dar. Anstatt des zahntechniklastigen „Technisch-propädeutischen Kurses“ (TPK) der ehemaligen AO-Z werden zahnmedizinische Inhalte nun durch Praktika wie Berufsfelderkundung und zahnmedizinische Propädeutik mit Schwerpunkt dentale Technologie und präventive Zahnheilkunde vermittelt. Ein einmonatiges Praktikum im Pflegedienst sowie die Ausbildung in Erster Hilfe müssen in Eigenorganisation vor dem Studium oder in der vorlesungsfreien Zeit abgeleistet werden. Der erste Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung wird mit einer mündlichen Prüfung abgeschlossen. Sie ist Voraussetzung für den zweiten Abschnitt.

Zweiter Abschnitt: Zwei Semester „Phantomjahr“ und zweiter Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung

Im sogenannten „Phantomjahr“ liegt der Fokus auf praktischen Übungen am Phantomkopf in den Fächern Zahnerhaltungskunde und zahnärztliche Prothetik. Darüber hinaus werden Praktika in kieferorthopädischer Propädeutik und Prophylaxe sowie zahn-

ärztlich-chirurgischer Propädeutik und Notfallmedizin durchgeführt. Der zweite Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung wird mit einer mündlichen und einer praktischen Prüfung im Zeitraum von zwei Wochen abgeschlossen.

Dritter Abschnitt: Vier Semester „Klinik“ und dritter Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung („Staatsexamen“)

Im finalen Abschnitt geht es für die Studierenden schließlich an die Patienten. Neu ist dabei, dass die Kurse der Zahnerhaltung und Parodontologie sowie der zahnärztlichen Prothetik nicht mehr voneinander getrennt werden, wie es zuvor der Fall war. So finden vier integrierte Behandlungskurse statt, in denen jeweils drei Studierende von einem/einer Assistenzarzt/-ärztin betreut werden. Zur Verknüpfung von fächerübergreifendem Wissen sieht die neue Ordnung neben den bereits bestehenden Veranstaltungen sogenannte Querschnittsbereiche vor, wie zum Beispiel die Notfall- und Schmerzmedizin, Ethik, wissenschaftliches Arbeiten oder klinische Werkstoffkunde. Die Teilnahme an einem Wahlpflichtfach ist vor der Anmeldung zum dritten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung nachzuweisen.

Der dritte und letzte Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung setzt sich aus einem mündlich-praktischen Teil und einem

schriftlichen Teil zusammen. Der schriftliche Teil findet an einem bundeseinheitlichen Termin innerhalb von fünf Stunden statt. 200 Fragen aus fünf Fächern und neun Querschnittsfragen sind dabei zu beantworten. Der mündlich-praktische Teil ist vom Prüfungsumfang vergleichbar mit der alten Prüfungsordnung. Neu ist ein zusätzliches praktisches Prüfungselement in Kinderzahnheilkunde und Kieferorthopädie.

Verpflichtende Famulatur nach bestandenem erstem Abschnitt

Neu ist auch das verpflichtende Ableisten einer Famulatur von vier Wochen in der vorlesungsfreien Zeit. Sie darf nur unter Aufsicht und Leitung einer Person durchgeführt werden, die die Approbation als Zahnarzt oder als Zahnärztin besitzt und selbst an Patienten praktisch zahnärztlich tätig ist. Die Famulatur ist nach dem bestandenen ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung während der unterrichtsfreien Zeiten abzuleisten. Sie läuft ganztätig und dauert insgesamt vier Wochen, wobei mindestens zwei Wochen bei demselben Zahnarzt oder bei derselben Zahnärztin abzuleisten sind.

Redaktion

Drei Fragen an Studierende zur neuen AO-Z

BZB: Herr Lebeda, wie stehen Sie als Fachschaftsvorstand und gelernter Zahntechniker dazu, dass die Zahntechnik aus der Vorklinik herausgenommen wurde?

Lebeda: Ich kann mir vorstellen, dass es für Studierende dadurch schwieriger wird, herauszufinden, ob ihnen das feinmotorische Arbeiten liegt und Spaß macht. Sollten sie das im fünften und sechsten Semester für sich herausfinden, ist schon viel Zeit vergangen. Ein größeres Problem sehe ich aber in der Frage, ob Zahnärztinnen und Zahnärzte nach dem Studium dann überhaupt berechtigt sind, ein eigenes Zahntechniklabor zu führen. Das könnte die ein oder andere Praxisübergabe erschweren. Vielleicht wäre es sinnvoll, hierfür Zusatzausbildungen anzubieten.

BZB: Welchen Stellenwert hat die zahntechnische Lehre, wie sie bisher stattgefunden hat?

Lebeda: Zahntechniker ist ein eigenständiger Beruf, und sicherlich konnte man auch nach der alten AO-Z nicht erwarten, dass dieser Kenntnisstand durch das Zahnmedizinstudium erreicht wurde. Allerdings glaube ich, dass es Vorteile hatte, zu wissen, wie man mit bestimmten Materialien umgeht. Gerade wenn



Philipp Lebeda (27) studiert im achten Semester Zahnmedizin an der Universität Regensburg und ist als Fachschaftsvorstand aktiv. Vor dem Studium hat er dreieinhalb Jahre lang die Ausbildung zum Zahntechniker absolviert.



Moritz Boy (19) ist Zahnmedizinstudent und Semestersprecher im zweiten Semester an der Universität Regensburg.

kleinere Arbeiten wie zum Beispiel Bruchreparaturen anfallen, kann zahntechnisches Know-how für den Zahnarzt hilfreich sein. Außerdem bekam man durch die vorklinischen praktischen Arbeiten schon ein Gefühl für Zahnformen, Höcker und Fissuren – dieses Gefühl entwickelt sich jetzt erst ab dem fünften Semester durch die praktischen Abschnitte am Phantomkopf.

BZB: Welche Vorteile sehen Sie in der neuen Approbationsordnung?

Lebeda: Dadurch, dass der vorklinische Abschnitt bis zum Physikum um ein Semester verkürzt wurde, wird sich der Schwerpunkt früher auf die Fachrichtung Zahnmedizin verlagern. Die Studierenden sind sicherlich sehr gut auf die Patientenkurse vorbereitet, wenn das fachspezifische Wissen rund um Prothetik, Zahnerhaltung, MKG und KFO bereits ab dem fünften Semester gelehrt wird. Für mich ergeben sich viele Zusammenhänge aktuell im siebten Semester neben meinem ersten Patientenkurs – das macht es zu einem sehr spannenden, aber auch intensiven Semester. Vermutlich startet man zukünftig mit umfassenderem Wissen in die Patientenkurse, was sicherlich hilfreich sein kann.

BZB: Herr Boy, wie lief Ihr erstes Semester mit der neuen Approbationsordnung ab?

Boy: Wir hatten im ersten Semester Vorlesungen in Chemie, Physik, Biologie, Anatomie und Terminologie, das jetzt neuerdings jeder zu belegen hat – unabhängig vom erworbenen Latein in der Schule. Neu ist das Fach „Berufsfelderkundung“. Hier bekamen wir immer donnerstags in Form einer Ringvorlesung vormittags die ersten theoretischen Einblicke in die Fächer Zahnerhaltung, Prothetik, KFO und MKG. Nachmittags gab es dann begleitend praktische Übungen, wie zum Beispiel Klammernbiegen in KFO oder Zähnezeichnen in Prothetik.

BZB: Wie stehen Sie dazu, dass die Studierenden im Vergleich zum Studium nach der alten Approbationsordnung recht wenig praktisch arbeiten? Fehlen die Bezüge zum handwerklichen Beruf?

Boy: Ich habe mich mit Zahnmedizin bewusst für die Kombination aus Theorie und Praxis entschieden und hätte nichts dagegen, schon jetzt mehr handwerklich zu arbeiten. Da ich das Studium aktuell nicht anders kenne, ist es für mich in Ordnung, jetzt zu Beginn weniger praktisch zu arbeiten als Kommilitonen aus den höheren Semestern. Viele von ihnen haben erzählt, dass die zahntechnischen Kurse, wie zum Beispiel der TPK, mit sehr viel Zeit und Stress verbunden waren und recht wenig mit den Arbeiten zu tun hatten, die man später im Beruf ausübt. Wir konnten die Nachmittage gut nutzen, um für die theoretischen Fächer zu lernen, was unseren Studienstart recht angenehm gemacht hat. Ich kenne aber einige Kommilitoninnen und Kommilitonen, die gerne mehr Bezüge zum handwerklichen Arbeiten hätten, um schon jetzt herauszufinden, ob ihnen der Beruf liegt. Meines Wissens nach soll der praktische Anteil im Zuge der Berufsfelderkundung im Laufe der Zeit noch zunehmen – darüber haben wir aber noch keine sichere Information.

BZB: Sie und Ihre Kommilitonen sind als erste mit einer völlig neuen Approbationsordnung ins Studium gestartet. Normalerweise werden die Erstsemester gut durch die Fachschaft an die Hand genommen. Gab es ausreichend Orientierungshilfen zu Beginn des ersten Semesters?

Boy: Zu Beginn des Studiums war das kein Problem, da sich im ersten Semester – zumindest theoretisch – noch nicht sehr viel zur alten AO-Z unterschieden hat. Die Fachschaft konnte uns dadurch trotz der neuen AO-Z bei Fragen sehr gut zur Seite stehen. Bei Angelegenheiten rund um den weiteren Studienverlauf könnte es aufgrund der Neuerungen im Verlauf schwieriger werden, sich bei höheren Semestern zu erkundigen. Derzeit treten wir mit solchen Fragen an die Kursleiterinnen und Kursleiter heran. Grundsätzlich merkt man, dass es auch für sie eine neue Situation ist und die ein oder anderen Details noch nicht ganz feststehen – bisher fühlen wir uns aber sehr gut aufgehoben und fair behandelt.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch an Sie beide und weiterhin alles Gute!

Jetzt abonnieren: BLZK-Newsletter

Für Zahnärztinnen und Zahnärzte oder Praxispersonal



BLZK

Bayerische
LandesZahnärzte
Kammer



Newsletter für Zahnärzte in Bayern

Neues von den BLZK-Websites
für Ihre Zahnarztpraxis



Regelmäßiges Update exklusiv für Zahnärztinnen und Zahnärzte
in Bayern zu den Themen:

- Arbeitssicherheit
- Praxisführung
- Qualitätsmanagement
- Betriebswirtschaft und Recht

Melden Sie sich an unter:

<https://qm.blzk.de/newsletter>

ZFA in Bayern



BLZK

NEWSLETTER

Regelmäßiges Update für Azubis, ZFA, ZMP, ZMV und DH
in Bayern zu den Themen:

- Ausbildung und Fortbildung
- Prüfungen und Prüfungsvorbereitung
- Termine, Veranstaltungen und Kurse
- Fragen aus dem Praxisalltag



Melden Sie sich an unter:

www.blzk.de/newsletter

Beide Newsletter erscheinen in unregelmäßigen Abständen, je nach Themenlage.

Generationsübergreifende Alterssicherung

Finanzierung der Versorgungsleistungen bei der Bayerischen Ärzteversorgung

Zentrale Aufgabe der Bayerischen Ärzteversorgung (BÄV) ist die Sicherung einer über Generationen finanzierbaren Versorgung im Alter, bei Berufsunfähigkeit sowie die Absicherung der Hinterbliebenen im Todesfall. Dies gilt nicht nur für die aktuelle Rentnergeneration, sondern auch für die heutigen Beitragszahler und deren spätere Versorgungsleistungen. Bei jeder Dynamisierung von Anwartschaften und Ruhegeldern ist dies zu berücksichtigen, damit die Rechnung auch morgen und übermorgen noch für alle aufgeht.

Die Finanzierungsverfahren von Alterssicherungssystemen sind darauf ausgerichtet, die Zahlung der zugesagten Leistungen vom Beginn bis zum Ende eines Versorgungsfalles sicherzustellen. Ausgangspunkt der versicherungsmathematischen Betrachtung im berufsständischen Versorgungswerk ist das sogenannte offene Deckungsplanverfahren, bei dem die Gültigkeit einer kollektiven Äquivalenzgleichung wesentlich ist. Was heißt das? Für alle heutigen und künftigen Leistungsempfänger, auch für den künftigen Neuzugang, geht man am Bewertungsstichtag davon aus, dass es einen Ausgleich gibt zwischen allen vorhandenen und künftigen Leistungen einerseits und allen künftigen Beiträgen der aktiven Versicherten und des künftigen Neuzugangs zuzüglich des vorhandenen Kapitalvermögens und seiner Zinserträge andererseits. Damit ist das Versorgungswerk vereinfacht gesagt im Gleichgewicht.

Komplexes Zusammenspiel

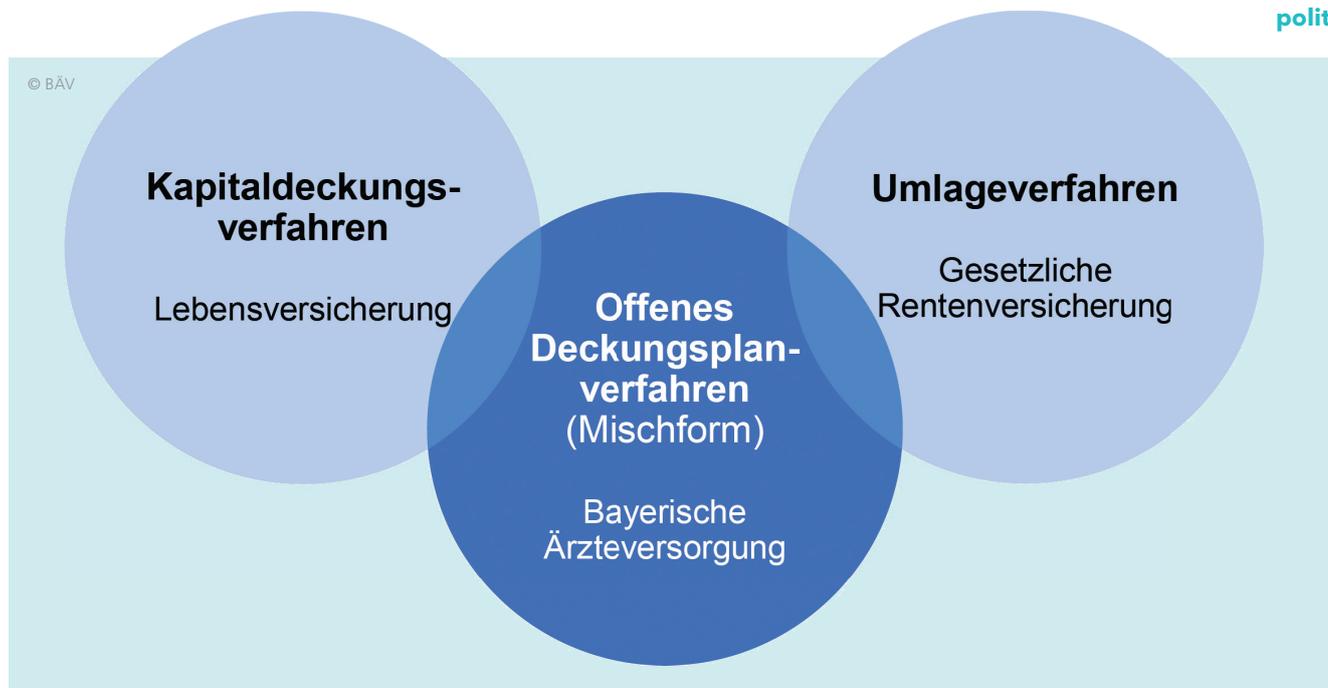
Gedanklich kann man das Finanzierungssystem zum besseren Verständnis in zwei Bausteine aufteilen: Dabei ist ein Teil der Leistungsverpflichtungen durch vorhandenes Kapital gedeckt, der andere Teil durch zukünftige Beiträge. Hier spricht man auch von der Umlagekomponente oder der offenen Komponente. Beide Teile ergänzen sich und können sich auch zu einem gewissen Grad ersetzen. Dies führt derzeit dazu, dass sich die Gesamtfinanzierung „automatisch“ anpasst. So kommt den Überschüssen aus der Umlagekomponente eine größere Bedeutung zu, wenn geringere Zinseinkünfte in der Vermögensanlage auszugleichen sind. Diese sinnvolle Reaktion des Systems gilt als großer Vorzug des offenen Deckungsplanverfahrens. Zur Beurteilung der langfristigen Entwicklung des Versorgungswerkes sind immer beide Elemente in ihrem komplexen Zusammenspiel zu betrachten.

In den Wert aller Anwartschaften, auf die jedes Mitglied zuzugungsgemäß Anspruch hat, werden bereits die künftigen Zinserträge in Höhe des Rechnungszinses eingerechnet. Diesen Zins von derzeit 3,25 Prozent muss das Versorgungswerk aber auch jedes Jahr erwirtschaften und konkret zur Erhöhung der bilanziellen Deckungsrückstellung verwenden. Die Anwart-

schaften und Ruhegelder enthalten also bereits eine jährliche Verzinsung. Diese unspektakuläre Art der Wertsteigerung bewirkt eine permanente „stille“ Rentenerhöhung von Beginn an, was auch in Krisenzeiten ein deutlicher Vorteil ist. Von dieser vergleichsweise hohen Ausgangsverrentung profitieren alle Mitglieder, heute und zukünftig, wenn sie in die Rente eintreten. Der berücksichtigte Rechnungszins führt zu einem hohen Grundniveau der Versorgungsleistungen, bedeutet aber letztlich auch, dass weitere Dynamisierungen erst möglich sind, wenn der Rechnungszins durch die Nettoverzinsung überschritten wird oder es zusätzliche Erträge aus der Umlagekomponente gibt. Auch zeitlich befristete höhere Rentenanpassungen in anderen Versorgungssystemen wiegen diesen Vorzug der Nachhaltigkeit über die gesamte Anwartschafts- und Rentenzeit nicht auf. Würde man umgekehrt eine geringere Verzinsung in die Anwartschaften einrechnen, wäre eine höhere jährliche Dynamisierung möglich – allerdings von einer geringeren Ausgangsbasis aus.

Fortwährende Untersuchung

Aber nicht nur die Kapitalerträge (Nettoverzinsung) allein haben Einfluss auf die mögliche Dynamisierung. Weitere bestimmende Faktoren für die Höhe von Überschüssen sind die Beiträge auf der Einnahmenseite sowie die Versorgungsleistungen auf der Ausgaben- beziehungsweise Aufwandsseite, die Verwaltungsaufwendungen und die Veränderung der Deckungsrückstellungen. Diese wiederum hängt ab von den für die Berechnung festgelegten versicherungsmathematischen Parametern, wie unter anderem Biometrie und Rechnungszins. Bei allem ist entscheidend, inwieweit die tatsächlichen Verhältnisse von den rechnungsmäßigen Annahmen abweichen. Diese fortwährende Untersuchung obliegt den Versicherungsmathematikern der Bayerischen Versorgungskammer. Alle Parameter zusammen sind entscheidend für die Höhe der Dynamik. Das Wachstum des Mitgliederbestandes und des Beitrages können allein keine höheren Dynamisierungsprozentsätze sichern, wenn der sogenannte Überzins, die Differenz zwischen Nettozins der Kapitalanlagen und Rechnungszins, nicht deutlich positiv ausfällt.



Das Finanzierungsverfahren der Bayerischen Ärzteversorgung setzt sich aus zwei Bausteinen zusammen.

Die moderaten Dynamisierungen in der Vergangenheit waren der Anpassung des Rechnungszinsniveaus sowie der biometrischen Rechnungsgrundlage geschuldet. Die Vorhersagen einer nachhaltig höheren Lebenserwartung von Freiberuflern mögen bei allen Mitgliedern Freude auslösen. Für das Versorgungswerk bedeuten diese Prognosen in erster Linie wachsende Verpflichtungen und damit zusätzliche versicherungsmathematische Rückstellungen, die aus den Überschüssen finanziert werden müssen. Vor allem das anhaltend niedrige Zinsniveau stellt auch unser Versorgungswerk weiterhin vor große Herausforderungen. Der Niedrigzinsphase begegnet die BÄV mit einer starken Diversifizierung der Kapitalanlagen und der Umstrukturierung des Portfolios. Dies erfordert zugleich den Aufbau von gesetzlich vorgeschriebenen Risikopuffern, um vorhandene Schwankungen der Kapitalanlage auszugleichen. Zugesagte Versorgungsleistungen dürfen selbst in schwierigen Marktsituationen nicht gefährdet sein.

Die Höhe der jeweils möglichen Dynamisierung von Anwartschaften und Ruhegeldern wird nach intensiven Beratungen, auf Basis versicherungsmathematischer Ausarbeitungen der Bayerischen Versorgungskammer und auf Grundlage der wirtschaftlichen Entwicklung des vorvergangenen Jahres von den Selbstverwaltungsgremien der BÄV bestimmt. Das heißt, die Dynamisierung zum 1. Januar 2022 wurde auf Grundlage der Ergebnisse des Geschäftsjahres 2020 vorgenommen. Das Leistungspotenzial folgt dabei den Finanzierungsgegebenheiten und nicht umgekehrt, denn die Dynamisierung der Leistungen geht nicht über das hinaus, was im System an Steigerungen erwirtschaftet wird. Diese Sorgfalt ist im Prinzip nichts anderes als das, was man auch von einem ordentlichen Kaufmann erwartet.

Generationsübergreifendes Erfolgsmodell

Derzeit ist viel von Nachhaltigkeit die Rede, auch im Sinne einer sozialökonomischen Generationengerechtigkeit. Mit unserem

berufsständischen Versorgungswerk haben wir es selbst in der Hand, uns adäquat zu verhalten. Die berufsständische Altersversorgung in Bayern, die aus der Not der Hyperinflation in den 1920er-Jahren entstanden ist, kann 2023 auf 100 Jahre zurückblicken: auf eine funktionierende solidarische Selbsthilfeeinrichtung, die von vielen politischen und gesellschaftlichen Akteuren teils bewundernd, teils neidvoll betrachtet wird. Es ist an uns, dieses generationenübergreifende Erfolgsmodell den jungen Kolleginnen und Kollegen in einem soliden Zustand zu übergeben.

Vorausschauendes Handeln

Mit realistischem Blick und vorausschauendem Handeln können wir dem übernommenen verantwortungsvollen Versorgungsauftrag dauerhaft gerecht werden. Immer wieder geprüfte und für richtig erkannte Prinzipien dürfen nicht vordergründigen oder gar zweckfremden Zielen geopfert werden.

DR. MICHAEL FÖRSTER

1. Stellvertretender Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der BÄV



DR. FLORIAN KINNER

Referent Bayerische Ärzteversorgung der BLZK



Wachsender Unmut wegen der TI

VV-Vorsitzende tagten in Dessau

Ende April konnten die Vorsitzenden der KZV-Vertreterversammlungen (VV) endlich wieder in Präsenz zusammenkommen, nachdem die Tagung pandemiebedingt zweimal abgesagt werden musste. Die KZVB war durch ihren VV-Vorsitzenden Dr. Jürgen Welsch vertreten.



Die VV-Vorsitzenden aller KZVen trafen sich Ende April zu einem Gedankenaustausch in Dessau.

Veranstalter war die KZV Sachsen-Anhalt, die die Bauhausstadt Dessau als Tagungsort ausgewählt hat. Gastgeber Dr. Hans-Jörg Willer ging zu Beginn auf die besonderen Herausforderungen ein, die die zahnmedizinische Versorgung in einem Flächenland wie Sachsen-Anhalt darstellt. Er stellte den Versorgungsatlas vor, aus dem sich herauslesen lässt, wie sich die Versorgungslandschaft bis zum Jahr 2030 entwickeln wird. Auch deshalb hat sich die KZV Sachsen-Anhalt für die Einrichtung eines Strukturfonds eingesetzt.

Die VV-Vorsitzenden beschäftigten sich auch mit den Ergebnissen einer Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden zu den Vergütungen der hauptamtlichen KZV-Vorstände. Die sogenannte Trendlinie wird für

die kommende Legislaturperiode relevant sein. Darüber referierte Dr. Nils Borchers, VV-Vorsitzender in Schleswig-Holstein.

Es folgten die „Berichte aus den KZV-Bereichen“. Sie enthielten wichtige Informationen über standespolitische Themen, wie den Stand der Vergütungsverhandlungen, die Organisation der bevorstehenden KZV-Wahlen und die Entwicklung investorenfinanzierter MVZ. Die Teilnehmer können daraus Schlussfolgerungen für die Arbeit in ihrem jeweiligen KZV-Bereich ziehen.

Über den wachsenden Unmut der Kollegen wegen der störanfälligen Telematik-Infrastruktur (TI) berichtete Dr. Dr. Alexander Raff, VV-Vorsitzender in Baden-Württemberg.

Der Austausch Tausender von Konnektoren sorgte für weitere Verärgerung in den betroffenen Praxen. Die Teilnehmer waren sich einig, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens zwar wichtig ist, die Belange der Praxen bei der TI in ihrer jetzigen Form jedoch zu kurz kommen. Die Politik müsse die Betroffenen beim weiteren Ausbau der TI künftig stärker beteiligen, um die Akzeptanz zu erhöhen.

Übereinstimmung bestand auch darin, dass diese Form des Informationsaustausches ein wichtiger Impulsgeber für die zahnärztliche Selbstverwaltung ist. Das nächste Treffen ist im September 2022 in Berlin geplant.

Redaktion



Die Anatomie einer Praxisgründung? Hab ich von meiner Bank gelernt.



HVB Heilberufespezialisten

Anmeldung unter +49 911 216 411 09 oder holger.scholz@unicredit.de

Wir unterstützen Sie bei der Planung und Finanzierung Ihrer Niederlassung.
Weitere Informationen erhalten Sie außerdem unter hvb.de/heilberufe

HVB Finanzierungs-
sprechstunde:

**IMMER
MITTWOCHS
16 – 20 UHR**





Digitale Diaspora

EU-Kommission macht Druck bei Digitalisierung des Gesundheitswesens

Bei der Digitalisierung seines Gesundheitswesens hinkt Deutschland im Vergleich zu anderen EU-Ländern weit hinterher. Das liegt auch an der Gematik, die eigentlich für eine funktionierende Telematik-Infrastruktur (TI) sorgen soll. Doch die Pannenserie reißt nicht ab und sorgt für wachsenden Frust in den Praxen. Jetzt schaltet sich auch die EU-Kommission in die Digitalisierungsdebatte ein. Am 3. Mai gab sie den Startschuss für den „Europäischen Raum für Gesundheitsdaten“ (European Health Data Space – kurz EHDS). Wie Deutschland mit seiner maroden TI hier den Anschluss schaffen soll, bleibt allerdings offen.

„Der EHDS wird dazu beitragen, dass die EU, was die Gesundheitsversorgung der Menschen in ganz Europa betrifft, einen Quantensprung nach vorne machen wird. Er wird es den Menschen in ihrem jeweiligen Heimatland oder in anderen Mitgliedstaaten ermöglichen, ihre Gesundheitsdaten zu kontrollieren und zu nutzen. Er fördert einen echten Binnenmarkt für digitale Gesundheitsdienste und -produkte. Und er schafft einen kohärenten, vertrauenswürdigen und effizienten Rahmen für die Nutzung

von Gesundheitsdaten für Forschung, Innovation, Politikgestaltung und Regulierungstätigkeiten, wobei er gleichzeitig die uneingeschränkte Einhaltung der hohen Datenschutzstandards der EU sicherstellt“, heißt es in einer Pressemitteilung der EU-Kommission. Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides spricht von einem „grundlegenden Umbruch im digitalen Wandel der Gesundheitsversorgung“. Er stelle die Bürgerinnen und Bürger in den Mittelpunkt und ermögliche ihnen die vollständige Kon-

trolle ihrer Daten mit dem Ziel, eine bessere Gesundheitsversorgung in der gesamten EU zu erreichen. Folgende Ziele verfolgt die EU:

- Kostenlosen und einfachen Zugang zu Gesundheitsdaten in elektronischer Form
- Austausch der Daten zwischen den Gesundheitsberufen und zwischen den Mitgliedstaaten
- Ein gemeinsames europäisches Format für Patientenkurzakte mit Medikation, Laborergebnissen, Röntgenbildern und Entlassungsberichten
- Interoperabilität der Systeme für elektronische Patientenakte
- Benennung digitaler Gesundheitsbehörden in allen Mitgliedstaaten, um die Rechte der Bürgerinnen und Bürger zu wahren

Doch während in Ländern wie Frankreich, Estland, Dänemark oder Schweden die elektronische Patientenakte längst Realität ist, bleibt Deutschland digitale Diaspora. Auch der Branchenverband Bitkom kritisiert die deutschen Defizite. „Wir müssen jetzt Tempo machen bei der Digitalisierung unseres Gesundheitswesens. Im Vergleich zu anderen Nationen sind wir digitale Spätzügler. Wir müssen daher den Ausbau der elektronischen Patientenakte (ePA), der digitalen Infrastruktur oder die Interoperabilität vorantreiben“, kommentiert der Verband die Beschlüsse der EU-Kommission.

Erwartungen nicht erfüllt

Doch ob die Gematik und die TI in ihrer jetzigen Form geeignet sind, um den deutschen Rückstand bei der Digitalisierung aufzuholen, darf bezweifelt werden. Weder das eRezept noch die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) haben bislang die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt. Derzeit wird beispielsweise nur jede vierte AU elektronisch ausgestellt. Die Gründe dafür liegen auf der Hand. So haben einer Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zufolge über 60 Prozent der Arztpraxen Probleme mit dem Versand der eAU. 34 Prozent gaben an, dass es zu Fehlermeldungen aufseiten der Krankenkassen kam. Dennoch soll die Papier-AU ab dem 1. Januar 2023 der Vergangenheit angehören.

Noch schlechter sieht es bei der ePA aus, die jede Krankenkasse ihren Versicherten bereits seit dem 1. Januar 2021 anbieten muss. Einer Studie der Körber-Stiftung zufolge nutzen gerade einmal fünf Prozent der Versicherten die ePA. Mehr als jeder fünfte Befragte gab an, die ePA auch in Zukunft nicht nutzen zu wollen. Als Gründe werden Bedenken beim Datenschutz und Unklarheiten darüber, wer welche Daten einsehen kann, genannt. Knapp jeder Vierte kennt die ePA noch gar nicht.

Die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens ist also eine zähe Angelegenheit – das kann jeder Vertragszahnarzt bestätigen. Zwar hatte der ehemalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) die TI zur Chefsache erklärt, wirkliche Erfolge hatte er aber am Ende seiner Amtszeit nicht vorzuweisen. Auch nach der Verstaatlichung der Gematik lief es alles andere als rund. Die ambitionierten Projekte verzögerten sich immer wie-

der und die TI ist störungsanfällig. Ständige Ausfälle frustrieren Praxen und Patienten. Zuletzt sorgte die Nachricht, dass Hunderttausende von Konnektoren ausgetauscht werden müssen, für enorme Verärgerung bei den Betroffenen.

Neue Digitalstrategie

Dessen ungeachtet kündigte Spahns Nachfolger Karl Lauterbach bei der DMEA, dem großen Digital Health Treffen in Berlin, eine neue, angepasste Digitalstrategie für den Herbst 2022 an. Das deutsche Gesundheitswesen sei ohne einen entsprechenden strategischen Ansatz nicht weiterentwickelbar, so Lauterbach. Neben der Digitalisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), für den 800 Millionen Euro aus dem ÖGD-Pakt nach wie vor bereitstünden, geht es hier um den zügigen Rollout des elektronischen Rezeptes (E-Rezept) sowie um die „Akzeptanz und Flächeneinführung der ePA“, die der Minister für die Kernanwendung der TI hält.

Die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens soll also in Kürze einen großen Schub nach vorne machen. Das verspricht zumindest Karl Lauterbach. Der Druck aus Brüssel dürfte dabei eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Möglichst schon bis 2025 sollen alle Versicherten digital Zugriff auf ihre Gesundheitsdaten haben. Und zwar über die eigenen Landesgrenzen hinweg. Der Datenaustausch in einem europäischen Gesundheitsdatenraum soll Standard werden.

Der von der Europäischen Kommission vorgelegte Vorschlag muss jetzt erstmal den Ministerrat und das Europäische Parlament passieren. Bundesgesundheitsminister Lauterbach hofft derweil auf das 30.000. eingelöste E-Rezept im kommenden Sommer, um die Testphase beenden zu können. Der Starttermin für diese zentrale TI-Anwendung soll möglichst nicht ein weiteres Mal verschoben werden.

KZVB fordert Reset

Dr. Manfred Kinner, der innerhalb des Vorstands der KZVB für den Bereich IT zuständig ist, hat erhebliche Zweifel, ob das gelingen kann. „Die TI in ihrer jetzigen Form kann die im Übrigen noch massiv zu hinterfragenden Anforderungen der EU nicht erfüllen. Karl Lauterbach wäre gut beraten, die verkorkste Digitalisierungspolitik seines Vorgängers nicht einfach fortzuführen. Es braucht einen kompletten Reset, wenn Deutschland bei der Digitalisierung zum Wohle der Patienten sinnvoll agieren will. Dabei darf es keine Denkverbote geben. Die staatliche Gematik ist mit ihrem Chef Markus Leyck Dieken offensichtlich nicht in der Lage, die technischen Voraussetzungen zu schaffen, die wir für einen störungsfreien und vor allem sicheren Austausch von Gesundheitsdaten brauchen. Ich vermisse auch eine gesamtgesellschaftliche Diskussion über den Schutz hochsensibler Patientendaten. Die mehrfach lautstark geäußerte Kritik des Bundesdatenschutzbeauftragten muss endlich zu entsprechenden Konsequenzen führen.“

Leo Hofmeier



© mangpor2004 – stock.adobe.com

Ausbildung neu geregelt

Was sich durch die neue Ausbildungsverordnung ändert

Zum 1. August 2022 tritt die neue Ausbildungsverordnung für die Ausbildung zum/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) in Kraft. Die ZFA-Ausbildung wurde nach über 20 Jahren inhaltlich überarbeitet und die Ausbildungsinhalte weiterentwickelt. Die Berufsbezeichnungen „Zahnmedizinische Fachangestellte“ beziehungsweise „Zahnmedizinischer Fachangestellter“ und die Struktur der dreijährigen Ausbildung bleiben erhalten. Strahlenschutz und Medizinproduktaufbereitung sind weiterhin Bestandteile der Ausbildung zur/zum ZFA.

Gliederung in berufsprofilgebende und integrativ zu vermittelnde Berufsbildpositionen

Die Ausbildung ist aufgegliedert in Berufsbildpositionen der berufsprofilgebenden Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten sowie Berufsbildpositionen der integrativ zu vermittelnden Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten. Zu den berufsprofilgebenden Berufsbildpositionen zählen die Patientenbetreuung, die Medizinproduktaufbereitung, die Vorbereitung und Assistenz bei zahnmedizinischen Behandlungen sowie die Abrechnung. Kenntnisse, die während der Ausbildung integrativ vermittelt werden sollen, sind arbeitsrechtliche Kenntnisse, Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, Umweltschutz und Nachhaltigkeit sowie Kommunikation.

Im Berufsschulunterricht sollen neben der Vermittlung von fundiertem Fachwissen für eine umfassende berufliche Handlungsfähigkeit auch kommunikative Fähigkeiten, Eigeninitiative und Teamfähigkeit gestärkt werden.

Ausbildungsrahmenplan

Der Ausbildungsverordnung angefügt ist der Ausbildungsrahmenplan. Gegenstand der Ausbildung sind mindestens die im Ausbildungsrahmenplan genannten Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten. Im Wortlaut findet sich die Regelung in § 3 Abs. 1 der Verordnung über die Berufsausbildung zum Zahnmedizinischen Fachangestellten/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZahnmedAusbV). Der Ausbildungsrahmenplan ordnet den Berufsbildpositionen einzeln aufgeschlüsselt bestimmte, während der Ausbildung zu vermittelnde Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten zu.

So gehört beispielsweise zur Berufsbildposition „Zahnärztliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen vorbereiten, dabei assistieren und nachbereiten“, dass Fachbegriffe der zahnärztlichen Terminologie und des Abrechnungswesens korrekt angewendet werden und der Arbeitsplatz für die Behandlung entsprechend vorbereitet wird. Die/der Auszubildende lernt

bei der Befundaufnahme, bei den diagnostischen Maßnahmen und bei den Behandlungsmaßnahmen zu assistieren. Dabei muss sie/er insbesondere Werkstoffe und Materialien vorbereiten und verarbeiten, Medizinprodukte und Geräte behandlungsspezifisch benutzen und die Behandlungsabläufe dokumentieren können. Die im Ausbildungsrahmenplan genannten Berufsbildpositionen werden weiterhin im dualen System sowohl theoretisch (im Unterricht an den Berufsschulen) als auch praktisch (in der Ausbildungspraxis) vermittelt. Auf Grundlage des Ausbildungsrahmenplanes der Ausbildungsverordnung muss wie bisher für jeden Auszubildenden durch den Ausbildenden ein individueller Ausbildungsplan erstellt werden, damit eine ordnungsgemäße Ausbildung gewährleistet ist. Um den Ausbildungsverlauf über die gesamte Ausbildungszeit nachvollziehbar zu dokumentieren, führt die/der Auszubildende einen schriftlichen oder elektronischen Ausbildungsnachweis, der vom Ausbilder zu kontrollieren und von Ausbilder und der/dem Auszubildenden unterschrieben werden muss.

Das System der gestreckten Abschlussprüfung

Eine wesentliche Änderung bringt die neue Ausbildungsverordnung im Prüfungswesen. Bisher haben die Auszubildenden an einer Zwischenprüfung zur Überprüfung ihres Kenntnisstandes teilgenommen und zum Ende ihrer Ausbildung eine Abschlussprüfung absolviert. Nun wird das System der „gestreckten Abschlussprüfung“ eingeführt. Dies bedeutet, dass die Abschlussprüfung in zwei zeitlich getrennten Teilen geschrieben wird. Die bisherige Zwischenprüfung entfällt damit.

Der erste Teil der Abschlussprüfung findet bereits im vierten Ausbildungshalbjahr statt. Die Prüfungsbereiche im ersten Teil der Abschlussprüfung sind „Durchführen von Hygienemaßnahmen und Aufbereiten von Medizinprodukten“ sowie „Empfangen und Aufnehmen von Patienten“. Es handelt sich dabei je Prüfungsbereich um eine schriftliche Prüfung von 60 Minuten.

Der zweite Teil der Abschlussprüfung findet zum Ende der Ausbildung statt. Hier wird in drei Prüfungsbereichen geprüft: „Assistieren bei und Dokumentieren von zahnärztlichen Maßnahmen“ als praktische Prüfung, „Organisieren der Verwaltungsprozesse und Abrechnen von Leistungen“ als schriftliche Prüfung von 120 Minuten und „Wirtschafts- und Sozialkunde“ als schriftliche Prüfung von 60 Minuten. Zur Bewertung der Prüfung werden die Ergebnisse der beiden Teile der gestreckten Abschlussprüfung nach genau geregelten Vorgaben in der Ausbildungsverordnung gewichtet.

Die Berufsschule

Die Bayerische Lehrplanrichtlinie stellt die Grundlage für den Unterricht an den Berufsschulen dar. Der Lehrplanrichtlinie liegt der Rahmenlehrplan für den Ausbildungsberuf zur/zum Zahnmedizinischen Fachangestellten, der durch Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 17. Dezember 2021 beschlossen wurde, und die Verordnung über die Berufsausbildung zur/zum ZFA zugrunde. Die Bayerische Lehrplanrichtlinie ist seit 3. Mai 2022

online auf der Website des Staatsinstituts für Schulqualität und Bildungsforschung München (ISB) abrufbar. In der Lehrplanrichtlinie ist eine Stundentafel vorgesehen, wonach in der 10. Jahrgangsstufe 13 Unterrichtsstunden pro Woche und in den Jahrgangsstufen 11 und 12 jeweils neun Unterrichtsstunden pro Woche vorgesehen sind. Eine Änderung zur bisherigen Verteilung zwischen Berufsschulunterricht und Ausbildung in der Praxis ergibt sich dadurch nicht.

Interessante Ausbildung mit Perspektive auf Weiterqualifizierung

Durch die Novellierung der Ausbildungsverordnung wird die Ausbildung zur/zum Zahnmedizinischen Fachangestellten weiterhin als umfassende Ausbildung mit großem Tätigkeitsfeld gestaltet. Der Beruf der ZFA soll durch die inhaltliche Überarbeitung der Ausbildung für junge Menschen weiterhin interessant bleiben und ein breites Spektrum an Entwicklungsmöglichkeiten bieten. Nach der Ausbildung bestehen verschiedene Optionen, sich im Rahmen von Anpassungs- oder Aufstiegsfortbildungen weiterzuqualifizieren.

Die qualifizierte Ausbildung zur ZFA ist die Eintrittskarte in eine Karriere mit vielen Perspektiven. Bereits nach dem erfolgreichen Abschluss zur ZFA bieten sich die Basiskurse Prophylaxe und Prothetische Assistenz zur Weiterqualifizierung an. Nach einem Jahr Berufserfahrung als ZFA stehen die Wege in die Fortbildung zur Zahnmedizinischen Prophylaxeassistenz (ZMP) und zur Zahnmedizinischen Verwaltungsassistenz (ZMV) offen. Unabhängig von ihrer schulischen Vorbildung erreichen die Absolventen bereits über diese Fortbildungsgänge den allgemeinen Hochschulzugang. Nach einem Jahr Tätigkeit als ZMP ist die Fortbildung zum/zur Dentalhygieniker/-in die nächste Option.

Die erfolgreichen Abschlüsse dieser Fortbildungsgänge zu ZMP, ZMV und DH werden mit dem Meisterbonus und Meisterpreis der Bayerischen Staatsregierung gefördert. ZFA ist mehr als eine Ausbildung – ZFA ist eine Perspektive mit Zukunft!

Referat Zahnärztliches Personal der BLZK

INFOS IM NETZ

Ausführliche Informationen finden Sie auf der Website der BLZK unter folgenden Links:

www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa_anpassungsfortbildung.html
www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa_aufstiegsfortbildung.html



„Nicht ob, sondern wann“

Cyberkriminelle haben es auch auf Praxen abgesehen

Auf 223 Milliarden Euro schätzen Experten die Schäden, die durch Cyberkriminelle 2021 verursacht wurden – Tendenz stark steigend. Auch Arzt- und Zahnarztpraxen rücken zunehmend ins Visier internationaler Hackerbanden. Ende April hielt der Präsident des Bayerischen Landeskriminalamts (BLKA) Harald Pickert einen spannenden Vortrag im Zahnärztheaus München, bei dem die Teilnehmer auch erfuhren, wie man sich vor Angriffen schützen kann.



Hoher Besuch im Zahnärztheaus München: Kriminalhauptkommissar Andreas Nath und BLKA-Präsident Harald Pickert (1. Reihe, Mitte) referierten über das Thema „Cybercrime – Wie gefährdet ist Deutschland?“. Begrüßt wurden die beiden von den Bezirksstellenvorsitzenden München und Oberbayern sowie vom Vorstand der KZVB.

„Die Frage ist nicht ob, sondern wann man zum Ziel einer Hackerattacke wird“, schrieb der BLKA-Präsident den Teilnehmern gleich zu Beginn ins Stammbuch. So gaben 88 Prozent der deutschen Unternehmen bei einer Bitkom-Studie an, dass sie im Jahr 2021 von Industriespionage oder Sabotage betroffen waren. Die restlichen zwölf Prozent vermuten es zumindest. Im Jahr 2017 waren dagegen nur 53 Prozent betroffen. Auch 47 Arzt- und fünf Zahnarztpraxen waren 2021 Opfer von Cybercrime. Dieser Begriff wird im Polizeijargon immer dann verwendet, wenn das Internet die „Tatwaffe“ ist. Die größte Gefahr geht derzeit von sogenannter Ransomware aus, also Schadsoftware, die in die Praxis-IT

eingeschleust wird und oft monatelang unbemerkt bleibt.

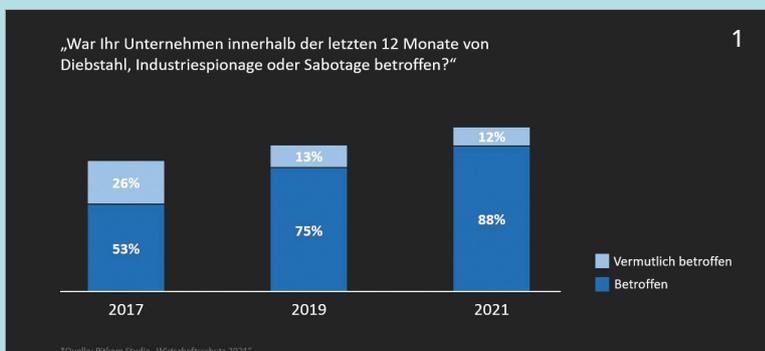
Daten werden verschlüsselt

Kriminalhauptkommissar Andreas Nath schilderte den Fall einer Arztpraxis, die eine Einladung zu einem „Teams“-Meeting bekam. Eine arglose Mitarbeiterin klickte auf den beigefügten Link und danach standen den Hackern buchstäblich alle Türen offen. Die Schadsoftware saugte nach und nach den gesamten Datenbestand der Praxis ab und verschlüsselte ihn. Kurz darauf erhielt der Arzt eine Lösegeldforderung. Folgende Faktoren erleichtern Nath zufolge den Kriminellen ihre Aktivitäten: organisatorische Mängel,

technische Mängel und vor allem auch menschliches Fehlverhalten. Der Kommissar riet den Zahnärzten dringend dazu, neben einem IT-Basischutz auch ein IT-Sicherheitskonzept zu entwickeln sowie bei den Mitarbeitern ein Bewusstsein für die Bedrohungen aus dem Netz zu schaffen. Wissenslücken, Neugierde, Autoritätsrespekt und unsichere Passwörter erleichterten Cyberkriminellen ihr Geschäft. Gerade das Gesundheitswesen sei für die Täter attraktiv. So würden Daten nicht nur verschlüsselt, sondern auch veröffentlicht. Der Imageschaden für die Betroffenen sei enorm. Dies erkläre auch die hohe Dunkelziffer bei derartigen Attacken. Viele Unternehmen würden aus Angst um ihren Ruf keine Anzeige erstatten. Doch das sei genau der falsche Weg. Das Landeskriminalamt sei in Bayern der richtige Ansprechpartner für Cybercrime-Delikte. „Wir unterstützen bei der Wiederherstellung der Daten und arbeiten mit Polizeibehörden im Ausland zusammen“, so Nath. Außerdem gebe es eine Zentralstelle Cybercrime bei der Generalstaatsanwaltschaft in Bamberg. Die Ermittlung der Täter sei zwar schwierig, gerade wenn sie sich im Ausland aufhielten, dennoch gebe es immer wieder Fahndungserfolge. „Je mehr Delikte zur Anzeige gebracht werden, desto mehr Täter können wir überführen“, meinte BLKA-Präsident Pickert.

TI schafft neue Risiken

Organisiert wurde die Veranstaltung von den KZVB-Bezirksstellen München und Oberbayern. Dr. Michael Gleau, Bezirksstellenvorsitzender in Oberbayern, nutzte die Gelegenheit, um auf die Risiken im Zusammenhang mit der Telematik-Infrastruktur (TI) hinzuweisen. „Auch im Ge-



2

9 von 10 Unternehmen waren 2020/2021 betroffen

Nicht „ob“ sondern „wann“!

Quelle: Bitkom Studie „Wirtschaftsschutz 2021“

3

Zentrale Ansprechstelle Cybercrime

ZAC

Telefon +49 89 1212 3300
zac@polizei.bayern.de

© Bayerisches Landeskriminalamt

sundheitswesen häufen sich die Angriffe internationaler Hackerbanden. In Singapur, Schweden und vielen anderen Ländern, die weiter digitalisiert sind als wir, wurden hochsensible Patientendaten im Internet veröffentlicht.

Ungeachtet dessen treibt der Gesetzgeber die Digitalisierung unseres Gesundheitswesens weiter voran – auch mit Zwangsmaßnahmen. Doch wie so oft, schießt die Politik über das Ziel hinaus. Die Vernetzung des gesamten deutschen Gesundheitswesens ist eine Herkulesaufgabe, an der man nur scheitern kann. Macht es wirklich Sinn, dass der Zahnarzt in München auf Befunde einer Klinik in Hamburg zugreifen kann? Genau das wäre aber das Wunschdenken der gematik. Alles soll für alle zugänglich sein; und damit natürlich auch für Unbefugte, wenn sie über ausreichend kriminelle Energie und die entsprechenden technischen Fähigkeiten verfügen. Die Zahnärzte sind nicht gegen die Digitalisierung. Wir setzen in unseren Praxen schon lange auf digitale Technik. Digitales Röntgen, eine elektronische Patientenakte, Intraoralkameras und die digitale Abdrucknahme – das setzen wir schon heute ein. Wir sind aber gegen eine Digitalisierung, die nur Selbstzweck ist und für uns Zahnärzte keinen Mehrwert mit sich bringt. Die elektronische Patientenakte ist für uns so wie die gesamte Telematik-Infrastruktur zuallererst mit zusätzlichem Aufwand ohne irgendeinen Nutzen verbunden“, so Gleau. Er warnte davor, die Gesundheitsdaten von über 70 Millionen gesetzlich versicherten Patienten zentral zu speichern. Die elektronische Patientenakte sei in ihrer jetzigen Form geradezu eine Einladung an die internationale Hackerszene. Auch Pharmaunternehmen seien sicher dankbar, wenn sie keine umfangreichen Studien zur Wirksamkeit von Medikamenten mehr bräuchten. Die elektronische Patientenakte (ePA) liefere die gewünschten Daten per Mausklick. „Ich vermissе eine gesamtgesellschaftliche Diskussion darüber, was wo gespeichert wird und wer darauf Zugriff hat. Gerade vor den zunehmenden Aktivitäten der internationalen Hackerszene muss die Politik Antworten auf diese Fragen geben“, so Gleau.

Leo Hofmeier

Abb 1: Cyberkriminalität nimmt von Jahr zu Jahr zu. – Abb 2: „Die Frage ist nicht ob, sondern wann man davon betroffen ist“, meinte der BLKA-Präsident. – Abb. 3: Zentrale Ansprechstelle: Betroffene sollten sich in Bayern an das Landeskriminalamt wenden, das ein eigenes Dezernat Cybercrime eingerichtet hat.

Nachrichten aus Brüssel

@greens87 - stock.adobe.com

Europäischer Gesundheitsdatenraum

Die Europäische Kommission hat ihren Vorschlag für einen europäischen Gesundheitsdatenraum, den „European Health Data Space“ – kurz EHDS, vorgelegt. Ziel des EHDS, der bis 2025/2026 einsatzbereit sein soll, ist es, die nationalen Gesundheitssysteme auf Grundlage interoperabler Austauschformate miteinander zu verbinden, um so einen sicheren und effizienten Transfer von Gesundheitsdaten zu ermöglichen. Der EHDS soll Aspekte der primären und sekundären Nutzung von Gesundheitsdaten in der EU regeln. Neben einer verbesserten Versorgung von Patientinnen und Patienten erhofft sich die Europäische Kommission vom EHDS einen Innovationsschub in den Bereichen Gesundheitsforschung, Gesundheitswesen und Biowissenschaften.

Der Entwurf sieht vor, dass die Versicherten mit Blick auf die primäre Datennutzung die Kontrolle über ihre Gesundheitsdaten erhalten und im Wege eines interoperablen EU-Formates auf verschiedene Datenmindestsätze zugreifen können. Dazu zählen Rezepte, Laborergebnisse, Röntgenbilder, Entlassungsberichte sowie Impfnachweise. Schließlich müssen die EU-Mitgliedsstaaten digitale Gesundheitsbehörden benennen. Diese sollen sicherstellen, dass die Rechte der Bürgerinnen und Bürger gewahrt bleiben und der Datenaustausch über die geplante grenzüberschreitende digitale Infrastruktur MyHealth@EU funktioniert.

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer Prof. Dr. Christoph Benz forderte, dass der EHDS stets das Interesse der Patientinnen und Patienten im Auge behalten müsse. Benz unterstrich auch, dass Gesundheitsdaten keine kommerziellen Waren werden dürfen und der Missbrauch von Gesundheitsdaten verhindert werden muss. Angesichts eines umfangreichen Kommissionsvorschlages und der Tatsache, dass der Kommissionsvorschlag die originäre Kompetenz der EU-Mitgliedsstaaten im Gesundheitsbereich berührt, ist nicht mit einem schnellen Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens zu rechnen.

Konferenz zur Zukunft Europas abgeschlossen

Am 9. Mai, dem Europatag, endete die seit einem Jahr laufende Konferenz zur Zukunft Europas in Straßburg. Die drei Präsidenten der EU-Institutionen, Roberta Metsola, Präsidentin des Europäischen Parlaments, EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der

Leyen und der französische Präsident Emmanuel Macron, nahmen den Abschlussbericht der Konferenzteilnehmerinnen und -teilnehmer entgegen.

Die Konferenz war zur Projektionsfläche höchst unterschiedlicher Forderungen geworden. Vor allem die proeuropäischen Kräfte erhofften sich einen neuen Aufbruch für die EU. Viele EU-Mitgliedsstaaten zeigten sich jedoch gegenüber institutionellen Reformen zurückhaltend. Ohne je wirklich große mediale Aufmerksamkeit erlangt zu haben, wurden im Rahmen der Konferenz zahlreiche, zum Teil sehr detaillierte Vorschläge erarbeitet, um die EU zukunftsfähiger zu machen. Durch die Erfahrungen mit der Corona-Pandemie waren Gesundheit und die Übertragung von mehr gesundheitspolitischen Kompetenzen auf die EU-Ebene ein herausgehobenes Thema. In Arbeitsgruppen wurden entsprechende Vorschläge erarbeitet, die auch Bezug zur zahnmedizinischen Versorgung haben. So findet sich im Abschlussbericht unter anderem die Forderung wieder, dass es in der EU künftig eine kostenlose zahnärztliche Versorgung für Kinder, einkommensschwache Gruppen und andere gefährdete Gruppen geben sollte. Diese Forderungen sind allerdings eher als Wunsch zu verstehen. Um sie umzusetzen, müssten in der Konsequenz die EU-Verträge einstimmig geändert werden. Dies ist derzeit politisch nicht durchsetzbar.

Überarbeitung der EU-Quecksilberverordnung

Anfang Mai endete eine öffentliche Konsultation der Europäischen Kommission zu der für Ende 2022 geplanten Revision der EU-Quecksilberverordnung. Ziel der Revision ist es, den Verbrauch von Quecksilber, etwa bei der Herstellung von Dentalamalgam oder anderen Produkten wie Leuchtmitteln und Messgeräten, aus Gründen des Umweltschutzes zu reduzieren.

Im Rahmen der Konsultation sprachen sich Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung gemeinsam für den Erhalt des bewährten und sicheren Werkstoffes Amalgam aus und verwiesen darauf, dass durch die europaweite Verpflichtung zum Betrieb von Amalgamabscheidern in Zahnarztpraxen bereits heute ein umweltgerechter Umgang mit dem Werkstoff sichergestellt ist.

Dr. Alfred Büttner
Leiter des Brüsseler Büros der BZÄK



Instrumenten-Reinigungssystem



Abnehmbare Griffe und Abdeckung



Saugschlauch-Reinigungssystem



Autoklavierbare Köchereinsätze

Journal

© Tierney – stock.adobe.com

Deutlicher Zuwachs bei Ausbildungszahlen

Von einer erfolgreichen Rekrutierungsstrategie spricht der Bundesverband der Freien Berufe (BFB). Bei den Kammern der Freien Berufe wurden zum 31. März dieses Jahres deutschlandweit 11 771 neue Ausbildungsverträge registriert – ein Plus von 5,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

„Diese Werte übertreffen beide Vorjahre, sie fallen aber um 2,7 Prozent geringer aus als im Vor-Corona-Jahr 2019“, erklärte BFB-Präsident Friedemann Schmidt zu den neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen. Im Wettbewerb um die besten Auszubildenden seien die Freien Berufe mit Blick auf das anstehende Ausbildungsjahr 2022/2023 frühzeitig aktiv. Überdies würden die Zahlen „die Attraktivität der Ausbildung bei einer Freiberuflerin oder einem Freiberufler belegen“, so Schmidt weiter. Dieser Zwischenstand sei angesichts des immer stärker spürbaren Fachkräftemangels eine Erfolgsmeldung und mache allen Mut – den Auszubildenden, den freiberuflichen Ausbilderinnen und Ausbildern sowie den Kammern und Verbänden der Freien Berufe.

tas/Quelle: BFB

apoBank mit höherer Gewinnbeteiligung

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) zahlt ihren Mitgliedern für das Geschäftsjahr 2021 eine Dividende von sieben Prozent aus. Das beschloss die Vertreterversammlung in Düsseldorf. Damit stimmten die Vertreterinnen und Vertreter dem Vorschlag von Vorstand und Aufsichtsrat zu.

„Wir haben der Ankündigung zur Gewinnbeteiligung unserer Mitglieder aus dem letzten Jahr Taten folgen lassen und beteiligen unsere Mitglieder nicht nur am Erfolg des Jahres 2021, sondern auch nachträglich am Überschuss des Jahres 2020. Gleichzeitig stärken wir unsere Rücklagen und damit unser Kapital – auch im Hinblick auf höhere Kapitalanforderungen in der Zukunft“, sagte der Vorstandsvorsitzende der apoBank, Matthias Schellenberg.

Auch für das Geschäftsjahr 2022 will die apoBank ihre Eigentümerinnen und Eigentümer angemessen am Geschäftserfolg beteiligen. Bei einem insgesamt stabilen Aufwand sollen die Erträge wachsen und damit sowohl das operative Ergebnis als

auch der Jahresüberschuss steigen. Jedoch erschweren Unwägbarkeiten angesichts des Ukraine-Krieges und dessen Auswirkungen auf die Finanz- und Kapitalmärkte die Genauigkeit der Prognosen. Die Folgen auf den Geschäftsverlauf sind daher derzeit noch nicht abschätzbar.

Im Anschluss an die Vertreterversammlung wählte der Aufsichtsrat bei seiner konstituierenden Sitzung Dr. Karl-Georg Pochhammer zum neuen Vorsitzenden. Pochhammer ist stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und gehört seit 2011 dem Aufsichtsrat der apoBank an. Er tritt die Nachfolge von Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery an, der nach fünf Jahren an der Spitze des Aufsichtsrates verabschiedet wurde.

tas/Quelle: apoBank

Neues Jobportal gestartet

Vor allem an Geflüchtete aus der Ukraine richtet sich ein neues Jobportal, das der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) eingerichtet hat. Unter der Domain www.freieberufe-jobportal.de bietet der BFB mit tatkräftiger Unterstützung seiner Mitgliedsverbände aktuelle Stellen, Ausbildungs- und Praktikumsplätze an. Das Jobportal informiert exklusiv über freie Stellen bei den Freien Berufen und ist auch offen für Menschen aus Deutschland, die sich für eine Stelle, eine Ausbildung oder ein Praktikum interessieren.

„Mit unserem neuen Jobportal möchten wir zur beruflichen und sozialen Integration geflüchteter Ukrainerinnen und Ukrainer beitragen. Integrationskraft und -wille liegen in der DNA der Freien Berufe ebenso wie große menschliche Hilfsbereitschaft, die sich in immer wieder neuen Initiativen der 58 Mitgliedsorganisationen zeigt, so der Präsident des BFB, Friedemann Schmidt. „Wir freuen uns sehr, dass sich viele unserer Mitgliedsorganisationen so engagiert an unserem Projekt beteiligen, sodass wir die Geflüchteten bei ihrem beruflichen Neustart unterstützen können und ihnen dadurch helfen, eine Lebensgrundlage entsprechend ihren Kompetenzen zu schaffen.“ Wichtig sei zudem die Verbindung zu wichtigen Schnittstellen wie der Ukrainischen Botschaft oder der „Alliance4Ukraine“, mit denen die Menschen aus der Ukraine erreicht werden können.

tas/Quelle: BFB

GOZ aktuell

Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe

@ kamiphotos – stock.adobe.com

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

Der erste Zahnarztbesuch sollte im ersten Lebensjahr eines Kindes erfolgen, da bereits die Milchzähne eine wichtige Funktion für die spätere Zahngesundheit haben. Engmaschige Kontrolluntersuchungen und ein individuelles Prophylaxekonzept bilden den Grundstein für einen gesunden Zahnhalteapparat. Das Referat Honorierungssysteme der Bayerischen Landes Zahnärztekammer informiert in diesem Beitrag, welche Möglichkeiten die Gebührenordnung für Zahnärzte bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen bietet

Spezielle Leistungen bei Kindern

GOÄ K1

Zuschlag zu Untersuchungen nach den Nummern 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr

| | |
|---|---|
| Nur mit dem einfachen Gebührensatz berechenbar. | Nicht abrechenbar im Zusammenhang mit GOZ 0010 (Eingehende Untersuchung). |
|---|---|

GOÄ 4

Erhebung der Fremdanamnese bzw. Führung und Unterweisung von Bezugspersonen

| | |
|---|---|
| Berechenbar bei besonders schwierigen und aufwendigen Fremdanamnesen und Besprechungen mit Bezugspersonen. | Nicht abrechenbar, wenn bei Kindern die Anamnese erhoben oder die Weiterbehandlung besprochen wird. |
|---|---|

Wird einer Bezugsperson beispielsweise die Handhabung und Kontrolle eines kieferorthopädischen Behandlungsmittels erklärt und gezeigt, so kann hierfür die Position GOÄ 4 verwendet werden.

Untersuchungen

GOZ 0010

Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes

| | |
|---|--|
| Berechenbar für jede eingehende Untersuchung – eine zeitliche Begrenzung gibt es nicht. | Nicht abrechenbar neben GOÄ 5 (Symptombezogene Untersuchung) und GOÄ 6 (Vollständige Untersuchung des stomatognathen Systems). |
|---|--|

GOÄ 5

Symptombezogene Untersuchung

| | |
|---|---|
| Beratungen nach GOÄ 1 (Beratung – auch mittels Fernsprecher) und GOÄ 3 (Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung auch mittels Fernsprecher) können zusätzlich berechnet werden. | Nicht abrechenbar neben GOZ 0010 (Eingehende Untersuchung). Nicht abrechenbar im Zusammenhang mit GOZ 1000 (Mundhygienestatus) und GOZ 1010 (Kontrolle des Übungserfolges) – außer, die Untersuchung dient anderen Zwecken. |
|---|---|

GOÄ 6

Vollständige körperliche Untersuchung des stomatognathen Systems

| | |
|---|--|
| Die Untersuchung beinhaltet die Inspektion der Mundhöhle, die Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie den vollständigen Zahnstatus. | Nicht abrechenbar neben GOÄ 5 (Symptombezogene Untersuchung) und neben GOZ 0010 (Eingehende Untersuchung). |
|---|--|

GOZ 6190

Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen

| | |
|--|---|
| Abrechenbar auch außerhalb des kieferorthopädischen Bereiches. | Nicht abrechenbar mit GOZ 0010 (Eingehende Untersuchung), GOZ 1000 (Mundhygienestatus) und GOZ 1010 (Kontrolle des Übungserfolges). |
|--|---|

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

Prophylaxe

GOZ 1000

Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung – Dauer mindestens 25 Minuten

GOZ 1010

(Kontrolle des Übungserfolges – Dauer mindestens 15 Minuten)

| | |
|---|---|
| Abrechenbar für die Erhebung von Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten. | Nicht abrechenbar mit GOZ 0010 (Eingehende Untersuchung) sowie Beratungen und Untersuchungen der GOÄ – außer, die Untersuchungen dienen anderen Zwecken. Auch die Leistungserbringung von unterschiedlichen Personen, z.B. Arzt und Dentalhygienikerin, rechtfertigt nicht die Nebeneinanderberechnung. |
|---|---|



| | |
|--|--|
| GOZ 1040 | |
| Professionelle Zahnreinigung | |
| Berechenbar je Zahn, Implantat oder Brückenglied. | Nicht abrechenbar neben GOZ 1020 (Fluoridierung), GOZ 4050/55 (Entfernung harter und weicher Zahnbeläge), GOZ 4060 (Kontrolle/Nachreinigung). |
| Die Position umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen. | |
| GOZ 4050 | |
| Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied | |
| GOZ 4055 | |
| Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn | |
| Für denselben Zahn innerhalb von 30 Tagen nur einmal berechnungsfähig. | Nicht abrechenbar am selben Zahn und in gleicher Sitzung neben GOZ 1040. |
| GOZ 4060 | |
| Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge | |
| Berechenbar je Zahn, Implantat oder Brückenglied. | Nicht abrechenbar für eine alleinige Kontrolle. |
| GOZ 1020 | |
| Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung | |
| Je Sitzung und innerhalb eines Jahres 4x berechenbar. | Nicht am selben Zahn und in gleicher Sitzung neben GOZ 1040 (Professionelle Zahnreinigung). |
| GOZ 2000 | |
| Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, auch Glattflächenversiegelung, pro Zahn | |
| Auch für die Glattflächenversiegelung im Rahmen einer KFO-Behandlung (Versiegelung des Bracketumfeldes) berechenbar. | GOZ 2030 (Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten) und GOZ 2197 (Adhäsive Befestigung) sind daneben nicht zusätzlich abrechenbar. |
| Die Position ist neben einer Füllung berechenbar, da der Leistungsinhalt auf „kariesfrei“ hinweist. Die sog. „erweiterte“ Fissurenversiegelung wird mit den GOZ-Nrn. 2050ff. abgerechnet. | |
| GOZ 1030 | |
| Die lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer | |
| Die Herstellung des Medikamententrägers (z. B. Tiefziehschiene) wird gesondert berechnet. | Die Kosten für das verwendete Medikament können nicht extra berechnet werden. |



Für die zahnärztliche Behandlung von Kindern muss die Einwilligung beider Elternteile vorliegen.

Spezielle Behandlungen

| |
|---|
| GOZ 2250 |
| Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde |
| Berechenbar bei Milchzähnen und bleibenden Zähnen bei noch nicht abgeschlossenem Kieferwachstum abrechenbar. Materialkosten werden gesondert in Rechnung gestellt. |
| Analoge Berechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ |
| Kariesdetektor |
| Das Anfärben von Restkaries ist eine sinnvolle Maßnahme, die zur Qualitätsverbesserung der Versorgung beiträgt. Nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer ist für die Erbringung dieser Maßnahme ein separater Arbeitsschritt notwendig. Die Leistung ist in der GOZ nicht enthalten. |

Zu beachten ist ferner, dass die Einwilligung der Eltern in die Behandlung vorliegen muss. Eine Überprüfung empfiehlt sich vor allem dann, wenn Kinder zu Folgeterminen allein erscheinen. Wenn möglich, sollte die Unterschrift beider Elternteile vorhanden sein, da oftmals nicht bekannt ist, wer das Sorgerecht hat.



CHRISTIAN BERGER

Präsident und Referent Honorierungssysteme der BLZK





Alles zur PAR-Behandlung

Die „BDIZ EDI-Tabelle 2022“ wurde ergänzt und neu gestaltet

Im Zeichen der neuen PAR-Leistungen steht in diesem Jahr die „BDIZ EDI-Tabelle“. Erschienen im neuen Design, ist das Nachschlagewerk für die Zahnarztpraxis deutlich nutzerfreundlicher gestaltet und enthält zudem sämtliche Leistungen der PAR-Behandlungsstrecke im BEMA. Erstmals aufgelistet sind auch Analogpositionen zur PAR-Behandlung.

Der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) hat den BEMA-Positionen der neuen parodontologischen Leistungen, die es seit Juli 2021 basierend auf der „Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen“ des Gemeinsamen Bundesausschusses gibt, entsprechende Analogpositionen für die Behandlung von Privatpatienten gegenübergestellt. Weil den neuen BEMA-Leistungen in der Parodontologie nur die „alten“ Leistungsziffern der GOZ aus den Jahren 2012 beziehungsweise 1988 gegenüberstehen, die nicht den aktuellen leitlinienbasierten Standard abbilden, liefert der BDIZ EDI konkrete Vorschläge für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die den Praxen gangbare Wege aus betriebswirtschaftlicher Sicht aufzeigen.

Für die Analogberechnung von PAR-Leistungen werden zwei Versionen unterbreitet:

- Version 1 (Tabellenseiten 18 und 19) zeigt den Vorschlag der Bundeszahnärztekammer, die die neuen, aktuellen leitlinienbasierten Leistungen überwiegend als Analogberechnung beschreibt.
- Version 2 (Tabellenseiten 20 und 22) bildet die Vorschläge von BDIZ EDI und Bayerischer Landeszahnärztekammer ab. Sie gehen in der Analogberechnung deutlich weiter als jene der Bundeszahnärztekammer.

Die Tabelle zeigt anschaulich, dass Zahnärzte bei vielen parodontologischen Leistungen den 3,5-fachen Steigerungssatz der GOZ 2012 verlangen oder sogar überschreiten müssen, um für vergleichbare Leistungen eine Vergütung zu erhalten, wie sie gesetzliche Krankenkassen aufgrund der neuen BEMA-Richtlinie bezahlen. Die Lösung des BDIZ EDI ist die analoge Berechnung mit bewusst niedrigen Steigerungsfaktoren, die die BEMA-Honorare nur geringfügig überschreiten, um den Nachweis zu liefern, dass GKV-Versicherte für die vergleichbare Leistung ein vergleichbares Honorar bezahlen.

Zahnmedizin nach „State-of-the-Art“

„Auf politischer Ebene werden wir Zahnärztinnen und Zahnärzte wenig bis nichts erreichen, das haben die vergangenen Jahrzehnte im Dialog beziehungsweise in der Auseinandersetzung mit der Politik gezeigt. Wir müssen uns andere Lösungen suchen und sie tatsächlich nutzen, um für das betriebswirtschaftliche Auskommen unserer Praxen zu sorgen“, meint der Präsident des BDIZ EDI, Christian Berger. Die neue Tabelle mache es möglich, Zahnmedizin nach „State-of-the-Art“ mit angemessenen Honoraren anzubieten. Für den Praxisalltag biete sie eine schnelle Orientierung im Leistungsdschungel von BEMA, GOZ und GOÄ. Mitgearbeitet an der Tabelle haben unter anderem der Justiziar des BDIZ EDI, Prof. Dr. Thomas Ratajczak, und die Abrechnungsexpertin Kerstin Salhoff.

Redaktion

INFOS UND BESTELLUNG

Die „BDIZ EDI-Tabelle 2022“ vergleicht die Punktwerte aller zahnärztlichen Leistungen in Euro-Beträgen und gibt zusätzlich Hinweise auf den maximal zur Verfügung stehenden Zeitaufwand jeder Leistung. Sie ist über den Onlineshop der Organisation zum Preis von 26 Euro (zuzüglich Versandgebühren) erhältlich: <https://bdizedi.org/shop>



Von der Anamnese bis zur Evaluation

Neue Abrechnungsbestimmungen bei der PAR-Richtlinie: Bema-Nr. 4 und ATG



Mit der Einführung der PAR-Richtlinie im Juli 2021 wurde die systematische Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen auf eine neue Grundlage gestellt. Der Bewertungsausschuss musste daher den Inhalt der abrechnungsfähigen PAR-Leistungen konkretisieren und neu bewerten. In diesem und in den folgenden Artikeln wird auf die neuen BEMA-Leistungen eingegangen. Hinweis: Dieser Artikel ist Teil der neuen eFortbildung der KZVB. Einen entsprechenden Fragebogen finden Sie im internen Bereich auf kzvb.de. Für die erfolgreiche Teilnahme an der eFortbildung erhalten Sie einen Fortbildungspunkt.

Bema-Nr. 4: Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus (44 Punkte)

Gemäß § 3 der PAR-Richtlinie ist die Grundlage für die Therapie die Anamnese, die Befundung, die Diagnose und die Dokumentation. Hierfür ist der Parodontalstatus Blatt 1 und Blatt 2 zu verwenden. Die Herstellung von Modellen ist im Rahmen der vertragszahnärztlichen PAR-Behandlung nicht abrechenbar. Modelle zur Dokumentation sind privat Zahnärztlich nach Maßgabe der GOZ zu berechnen.

Die Leistung nach Ziffer 0050 GOZ ist für die Herstellung eines Kiefermodells zur Auswertung berechnungsfähig. Die Leistung zu Dokumentationszwecken ist berechnungsfähig, sofern die Dokumentation der weiteren Planung und Diagnose dient. (Quelle: GOZ-Kommentar, Stand 25.4.2014, Hrsg. Bundeszahnärztekammer)

Häufig gestellte Fragen zur Bema-Nr. 4

- Darf die Bema-Nr. 4 (Befundung/Dokumentation etc.) abgerechnet werden, auch wenn der Patient sich während der Aufklärung entscheidet, die Therapie nicht durchzuführen?
Antwort: Ja. Kommt eine systematische Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen nicht zur Durchführung, so können die Kosten für die Erstellung eines Parodontalstatus unabhängig von der Genehmigung des Behandlungsplans abgerechnet werden (siehe § 23 BMV-Z).
- Wie lange ist ein genehmigter PAR-Plan gültig?
Antwort: Ein Ablaufdatum eines PAR-Plans ist bisher noch nicht bekannt/veröffentlicht. Der Behandlungsbeginn muss vor einer Befundveränderung liegen. (Quelle: Die neue PAR-Richtlinie – Abstract – Alles auf einen Blick, Stand 09.2021, Hrsg. KZVB)

Bema-Nr. ATG: Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (28 Punkte)

Abrechnungsbestimmungen:

1. Das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch umfasst die Information des Versicherten über den Befund und die Diagnose, die Erörterung von gegebenenfalls bestehenden Therapiealternativen und deren Bedeutung für eine gemeinsame Entscheidungsfindung über die nachfolgende Therapie einschließlich der unterstützenden Parodontitistherapie, die Information über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren sowie die Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen.
2. Neben der Leistung nach Nr. ATG kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.

Eine Beispiel-Checkliste zum parodontologischen Aufklärungsgespräch steht auf abrechnungsmappe.kzvb.de

Häufige Fragen zur Bema-Nr. ATG

- Kann das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) zeitgleich oder vor Aufstellung des Parodontalstatus erbracht werden?
Antwort: Nein, die Bema-Nr. ATG ist eine Leistung, die von der Krankenkasse genehmigt werden muss. Sie kann daher erst nach der Genehmigung des PAR-Planes durchgeführt und abgerechnet werden. Wir haben zur Abrechnungssicherheit der Zahnärzte bei den Krankenkassen (KK) in Bayern nachgefragt und folgende Auskunft erhalten: „Da das ATG Teil der Behandlungsstrecke ist, kann es nach Ansicht der bayerischen Krankenkassen sowie des Spitzenverbandes der KK auf Bundesebene nicht gleichzeitig mit der Bema-Nr. 4 (Erstellung des PAR-Planes) erbracht werden, da es sich sonst hierbei um einen vorzeitigen Behandlungsbeginn handeln würde.“ Zur eigenen Honorarsicherheit sollten die Zahnärzte die Leistung

ATG ebenso wie alle anderen Leistungen der Behandlungsstrecke in jedem Falle erst nach der Genehmigung durch die Krankenkasse erbringen, um Regresse und Honorarverluste rechtssicher zu vermeiden. (Quelle: Die neue PAR-Richtlinie – Abstract – Alles auf einen Blick, Stand 09.2021, Hrsg. KZVB)

- Muss über Therapiealternativen aufgeklärt werden?

Antwort: Nach den Vorgaben des Patientenrechtegesetzes sind GKV-Patienten über alle zahnmedizinisch sinnvollen Therapiealternativen aufzuklären. Dies beinhaltet je nach Indikation die Aufklärung über die unterschiedlichen GKV-Leistungen inklusive gegebenenfalls notwendiger Extraktionen bis hin zu außervertraglichen Maßnahmen wie Knochenaufbau mit Membrantechnik und so weiter. Eine nicht vollständige Aufklärung kann dazu führen, dass die Einwilligung des Patienten in die Behandlung unwirksam ist. Zum Beispiel können Lappenoperationen zu Gingivaretraktionen und insofern zu ästhetischen Beeinträchtigungen führen. Hierüber muss aufgeklärt werden. Eine Dokumentation der Inhalte der Aufklärung sowie der Einwilligung/Ablehnung des Patienten ist erforderlich. (Quelle: Die neue PAR-Richtlinie – Abstract Alles auf einen Blick, Stand 09.2021, Hrsg. KZVB)

- Was genau ist Inhalt des Aufklärungs- und Therapiegesprächs und zu welchem Zeitpunkt innerhalb der PAR-Behandlungsstrecke ist die Bema-Nr. ATG zu erbringen? Muss hierfür ein genehmigter PAR-Plan vorliegen?

Antwort: Das Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) ist nur auf der Grundlage eines von der Krankenkasse genehmigten PAR-Plans möglich und erfolgt nach erteilter Kostenübernahmeerklärung. Es baut gemäß § 6 PAR-RL auf der Durchführung von Anamnese, Diagnose, Prognose und der grundsätzlichen Therapieplanung auf. Entscheiden sich Versicherte bereits im Vorfeld der Antragstellung bei der Krankenkasse für eine Versorgung außerhalb der GKV, scheidet die weitere Therapieplanung nach BEMA und die Durchführung des Genehmigungsverfahrens selbstverständlich aus. Entscheiden sich Versicherte für die The-

rapiestrecke gemäß PAR-RL, wird das weitere Vorgehen im Rahmen des Aufklärungs- und Therapiegesprächs erörtert und erläutert. Es dient dazu, die Versicherten allgemein, aber auch risikospezifisch über Parodontitis aufzuklären und in ihrer Mundgesundheitskompetenz zu stärken, um sie von Beginn an aktiv in die Therapie einzubinden und die folgende Therapie gemäß den Bestimmungen des BEMA im Einzelnen zu besprechen. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf der Bedeutung der unterschiedlichen Therapieschritte, die in Abhängigkeit vom Ausgangsbefund und den späteren Befundevaluationen aufeinander aufbauen und abzustimmen sind. Bedeutung haben dabei auch und besonders die Leistungen der unterstützenden Parodontistherapie. Darüber hinaus erfolgt eine Information über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren sowie die Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen. Es ist sinnvoll, auf die beidseitig gewonnenen Erkenntnisse möglichst zeitnah die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung gemäß Bema-Nr. MHU aufzubauen. (Quelle: FAQ zur PAR-Richtlinie, Stand: 31. August 2021, Hrsg. Bundes-KZV)

- Welcher Zeitraum muss zwischen dem Aufklärungs- und Therapiegespräch (Bema-Nr. ATG) und der antiinfektiösen Therapie (Bema-Nr. AIT) liegen?

Antwort: Ein Mindest- oder Maximalabstand der beiden Leistungen ist nicht vorgegeben. Die optimale Zeit- und Terminplanung obliegt dem Zahnarzt/der Zahnärztin in Abstimmung mit den Versicherten. Die PAR-RL bestimmt lediglich für die Patienten individuelle Mundhygieneunterweisung (Bema-Nr. MHU) zur Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolgs, dass diese im zeitlichen Zusammenhang mit der Therapie im geschlossenen Vorgehen zu erfolgen hat. Das bedeutet auch, dass die Bema-Nr. MHU nicht zwingend zwischen Bema-Nrn. ATG und AIT geschaltet sein muss. (Quelle: FAQ zur PAR-Richtlinie, Stand: 31. August 2021, Hrsg. Bundes-KZV)

Barbara Zehetmeier

ANZEIGE

DENTALES ERBE

500.000 EXPONATE AUS 5.000 JAHREN

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

Sie können direkt auf folgendes Konto spenden:
 Dentalhistorisches Museum
 Sparkasse Muldentail
 Sonderkonto Dentales Erbe
 IBAN DE06 8605 0200 1041 0472 46

Bei Angabe von Namen und E-Mail-Adresse wird eine Spendenquittung übersandt.





© BillionPhotos.com – stock.adobe.com

Corona hinterlässt Spuren

Zufriedenheit der Heilberufler sinkt – Wunsch nach finanzieller Absicherung

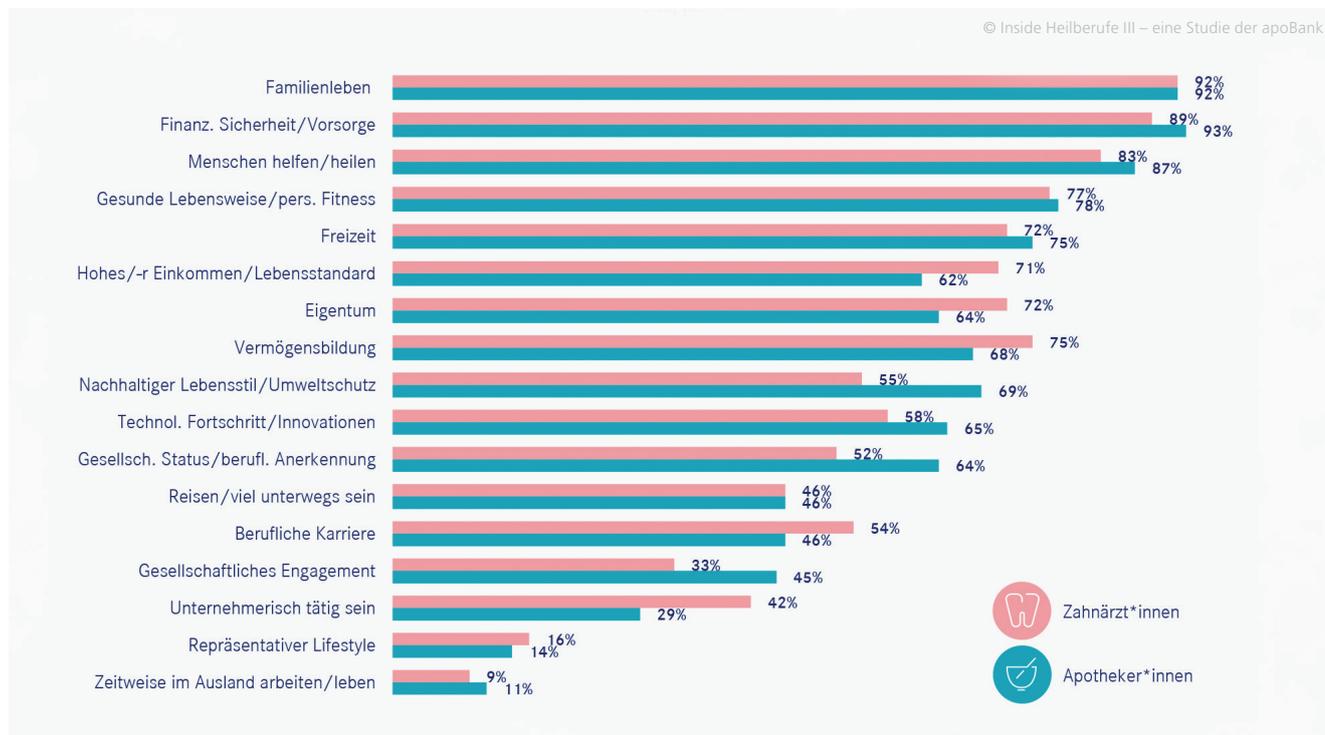
Durch die Corona-Pandemie geriet das Gesundheitswesen, ganz besonders der stationäre Bereich, mehrfach an seine Belastungsgrenzen. Druck erzeugt Unzufriedenheit und verschiebt die eigene Werteskala. Dies spiegelt sich auch in der aktuellen Erhebung „Inside Heilberufe“ der apoBank wider. Sie zeigt: Bei Heilberuflern steht die finanzielle Absicherung mit an oberster Stelle.

Ausfälle beim Personal, Kurzarbeit, Kündigungen und vorübergehende Praxisschließungen gehörten in Pandemiezeiten zur neuen Realität der Heilberufe. Das hat Konsequenzen. Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) hat für die dritte Ausgabe von „Inside Heilberufe“ rund 500 Ärzte, Zahnärzte, Pharmazeuten und Studierende der Gesundheitsberufe nach ihren Zielen, Werten und Wünschen befragt und erkennbare Veränderungen in der Zufriedenheit ausgemacht. Diese ist seit 2016 kontinuierlich gesunken auf nunmehr 51 Prozent

(es waren schon einmal 62 Prozent). Als rundum zufrieden bezeichnen sich nur noch sieben Prozent. Der berufliche, emotionale, aber auch der wirtschaftliche Druck scheinen bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe ganz allgemein gestiegen zu sein

Für Matthias Schellenberg, den Vorsitzenden des Vorstands der apoBank, kommt dies „angesichts der andauernden Pandemie, der strukturellen Veränderungen und des ökonomischen

Was ist wichtig im Leben?



Druckes im Gesundheitssystem“ nicht überraschend. Um eine qualitative und flächendeckende Gesundheitsversorgung zu sichern, brauche man motivierte, engagierte und gut qualifizierte Köpfe, die gerne als Arzt, Zahnarzt oder Apotheker tätig sind. Sorge bereitet ihm der erkennbare Stimmungswandel unter den Studierenden. Der anhaltende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen kommt noch obendrauf. „Mit unserer Studie spüren wir auf, welche Rahmenbedingungen für ein attraktives berufliches Umfeld nötig sind. Die Ergebnisse verstehen wir als Impuls für uns und all diejenigen, die an einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung mitwirken.“

Familienleben und finanzielle Absicherung auf Platz 1

Zu diesen Rahmenbedingungen zählt unangefochten das familiäre Umfeld, das für 92 Prozent der Befragten an oberster Stelle der Werteskala steht. Die finanzielle Sicherheit liegt nur einen Prozentpunkt darunter. Der Wunsch nach einem hohen Einkommen und dem entsprechenden Lebensstandard ist bei der Zahnärzteschaft mit Abstand am ausgeprägtesten (83 Prozent). Überhaupt haben insgesamt materielle Aspekte wie Eigentum und Vermögensbildung, ein hohes Einkommen und Lebensstandard deutlich an Relevanz gewonnen.

Corona wirkt sich aufs Private aus

Dass die finanzielle Absicherung immer wichtiger wird, liegt nach Ansicht der Analysten jedoch vermutlich nicht nur an der Corona-Krise. Diesen Zusammenhang nennen nämlich nur

14 Prozent der Befragten. Die Pandemie-Auswirkungen reichen vielmehr weit in den privaten Alltag hinein. Für über ein Drittel der Befragten beeinflusste die Pandemie weit negativer eine gesunde Lebensweise und die persönliche Fitness. Die Einschränkungen bei Reisen (82 Prozent) und in der Freizeit (60 Prozent), veränderte Situationen im Familienalltag (31 Prozent) wurden insgesamt als die stärksten Beeinträchtigungen empfunden. Die berufliche Karriere hingegen nannten in diesem Zusammenhang lediglich 9 Prozent.

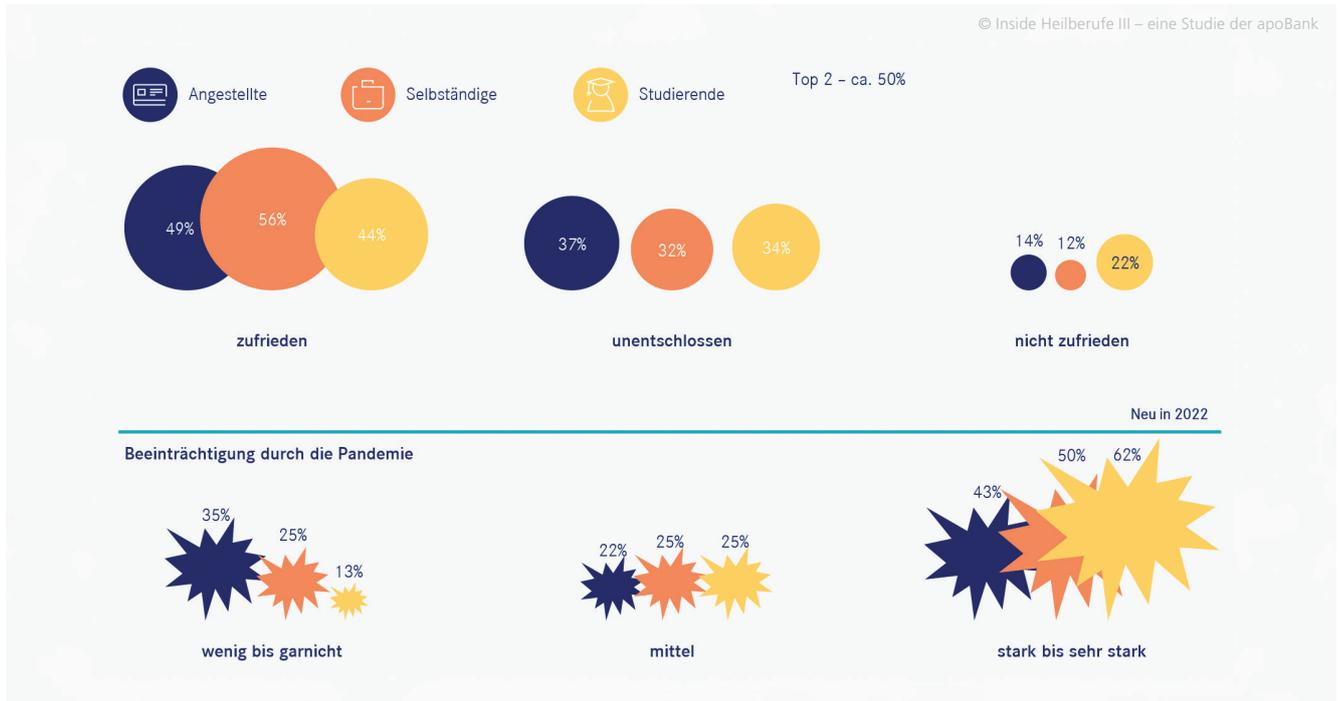
Frauen tendieren zur Anstellung

Nach den Plänen für die kommenden drei Jahre gefragt, wollen sich 22 Prozent der angestellten Heilberufler niederlassen oder selbstständig machen. 32 Prozent planen einen Karrieresprung, für ein Drittel steht auch Kindererziehung auf der Agenda. Während die Frauen sich dabei tendenziell eher für ein Anstellungsverhältnis entscheiden, ist das Ziel der männlichen Kollegen die Niederlassung. Alarmierend: Fast ein Drittel der selbstständigen Heilberufler will sich in den kommenden drei Jahren in den Ruhestand verabschieden.

Digitalisierung ja – Bürokratie nein

Der Blick auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist ambivalent. Ob jemand angestellt ist oder als Selbstständiger seinen Beruf ausübt, macht hier offensichtlich einen Unterschied. 38 Prozent der Niedergelassenen wünschen sich weniger digitales Datenmanagement und 29 Prozent hätten gerne mehr davon. Dokumentationspflichten und Verwaltungsarbeit bleiben

Zufriedenheit mit der beruflichen Situation

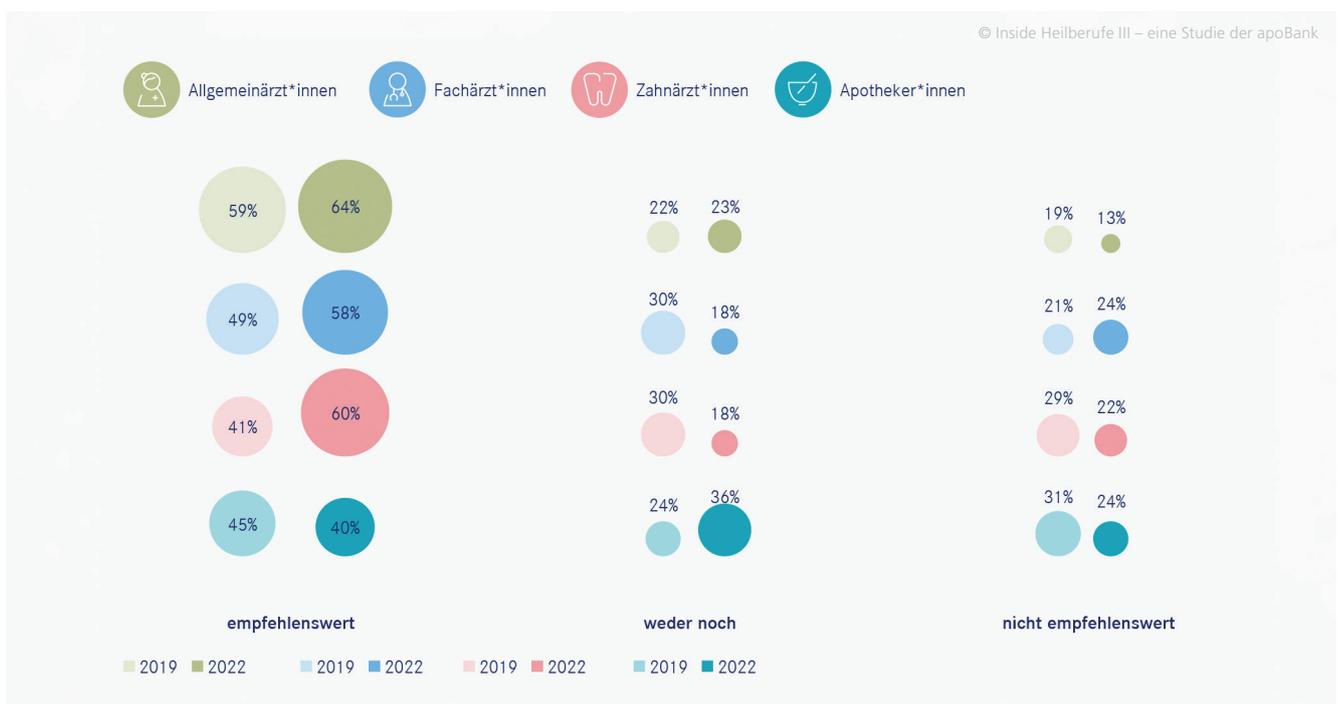


weiterhin ein lästiges Übel. Weniger Bürokratie ist und bleibt also ganz oben auf der Wunschliste, vor allem bei den Selbstständigen (91 Prozent). Dazu kommt auch der Wunsch nach mehr eigener berufliche Entscheidungsfreiheit und weniger staatlichen Regulierungen.

Pandemie hat Studienbedingungen verändert

Nach den Wünschen für die berufliche Zukunft gefragt, nennt der Großteil der Studierenden (75 Prozent), genügend Zeit für Patienten haben zu wollen. Stets up to date zu sein

Empfehlung des eigenen Berufes an junge Menschen



und sich weiterzubilden sowie eine flexiblere Arbeitszeitgestaltung folgen direkt danach. Während bei den etablierten Berufspraktikern das Einkommen einen sehr hohen Stellenwert einnimmt, ist dies zunächst nur für knapp die Hälfte der Studierenden (45 Prozent) ausschlaggebend. Mit ihrer Ausbildungssituation zeigen sich mittlerweile jedoch immer weniger Studierende zufrieden. 2016 waren es noch 71 Prozent, heute liegt der Wert nur noch bei 44 Prozent. Ein gutes Fünftel der Studierenden (22 Prozent) bezeichnet sich als ausdrücklich unzufrieden.

Die Gründe hierfür sind ganz offenkundig auf veränderte Studien- und Ausbildungsbedingungen während der Pandemiejahre zurückzuführen. Stichwort Online-Studium statt Präsenz-Studium! 62 Prozent haben sich entsprechend geäußert. Doch auch der Mangel an qualifizierten Fachkräften im Gesundheitswesen, der immer noch nicht in den Griff bekommen wurde, beunruhigt Studierende: 67 Prozent zählen dies zu den größten Herausforderungen. Zu viel Bürokratie (56 Prozent) und Finanzierung (34 Prozent) sind weitere wunde Punkte.

Positiv ist, dass Zahnärzte und Ärzte überwiegend mit Leidenschaft und Überzeugung ihrer Tätigkeit nachgehen. Ganze

60 Prozent der Zahnärzte – 19 Prozent mehr als noch vor drei Jahren – würden ihn jungen Menschen als Beruf ans Herz legen.

Ingrid Scholz

KARL-GEORG POCHHAMMER IST NEUER AUFSICHTSRATSCHEF DER APOBANK

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) ist der Finanzdienstleister für Angehörige des deutschen Gesundheitswesens. Die Kunden sind Angehörige der Heilberufe, ihre Standesorganisationen und Berufsverbände, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Unternehmen im Gesundheitsmarkt.

Bei den Aufsichtsratswahlen Ende April wurde Dr. Karl-Georg Pochhammer, stv. Vorstandsvorsitzender der Bundes-KZV, zum neuen Aufsichtsratsvorsitzenden gewählt. Er folgt damit Weltärztepräsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery nach, der seit 2017 dieses Amt bekleidete. Pochhammer gehört seit 2011 dem Aufsichtsrat der apoBank an. Weitere Informationen unter www.apobank.de

ANZEIGE



Alliance of Molar Incisor Hypomineralization Investigation and Treatment

30 Nov - 3 Dec 2022 | Munich, Germany

Unter der Federführung von Prof. Dr. Dr. Norbert Krämer, Direktor der Poliklinik für Kinderzahnheilkunde an der Justus-Liebig-Universität Gießen, findet vom 30. November bis 3. Dezember 2022 in München die internationale Fachkonferenz zum Thema Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation der „AMIT 2022“ –Kongress statt. Zur Unterstützung und Vorbereitung der Veranstaltung wurde ein nationales Expertenteam eingeladen. Wir freuen uns, Ihnen dieses lokale wissenschaftliche Komitee des AMIT 2022-Kongresses hier vorzustellen:



Prof. Roland Frankenberger
(Chair)



Prof. Reinhard Hickel



Dr. Nicola Meissner



Prof. Gottfried Schmalz

Informationen finden Sie im Internet:

www.amit-mih.org

Bitte kontaktieren sie uns unter email:

secretariat@amit-mih.org



Prof. Falk Schwendicke



Prof. Annette Wiegand



Prof. Diana Wolff

Mit Herz, Verstand – und Respekt

Zehn Jahre Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung an der LMU München

Mit der Eröffnung einer zahnärztlichen Einrichtung für erwachsene Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung im April 2012 konnte die Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie des Klinikums der Universität München (LMU) eine wichtige Versorgungslücke schließen. Die Initiative für diese deutschlandweit einmalige Einrichtung an einer staatlichen Universität ging von Prof. Dr. Reinhard Hickel, dem Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, aus.



Der „Compact Wheelchair Recliner“ erleichtert die Behandlung von Patienten mit schwerer Behinderung.

Auf über 250 Quadratmetern werden an der LMU Patienten, die auf eine spezielle zahnärztliche Versorgung angewiesen sind, von einem Team aus Zahnärzten und Zahnmedizinischen Fachangestellten zahnmedizinisch versorgt und betreut. Von Beginn an konnte die „Goethe 72“, deren Namensgebung auf ihrem Standort in der Goethestraße beruht, einen regen Zuwachs an Patienten verzeichnen.

Versorgungsanfragen aus anderen Bundesländern und das große Einzugsgebiet der Klinik zeigen, dass eine flächendeckende Versorgung für diese Patientengruppe nach wie vor nicht existiert. Ein Grund, warum der zahnärztliche Sanierungsbedarf bei Menschen mit Behinderung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung höher ist.

Heterogene Patientengruppe

Nicht nur hinsichtlich des Ausprägungsgrades der Behinderung handelt es sich bei Menschen mit Behinderung um eine sehr heterogene Gruppe. Die mit der Behinderung einhergehenden

Einschränkungen und Bedürfnisse sind sehr unterschiedlich und bedürfen einer individuellen und differenzierten Betrachtung. So ist beispielsweise der Umgang mit Menschen, bei denen eine geistige Behinderung vorliegt, ein anderer als mit jenen, bei denen die Behinderung rein körperlich ausgeprägt ist. Entsprechend muss auch das zahnärztliche Setting und Vorgehen individualspezifisch angepasst werden.

Die Ursachen für das Vorliegen einer Behinderung sind ebenfalls verschiedenartig. Viele Patienten haben eine angeborene Behinderung, bei einem Großteil der Patienten ist die Behinderung jedoch im Laufe des Lebens durch eine Krankheit eingetreten. Auch Unfälle können ursächlich sein und das Leben der Betroffenen und Angehörigen von einem auf den anderen Tag drastisch verändern. Die Studentin, die nach einem Sportunfall querschnittsgelähmt ist, der beim Motorradfahren verunglückte junge Mann mit schwerstem Schädel-Hirn-Trauma oder der Familienvater mit Amyotropher Lateralsklerose, bei dem eine verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist, weil die Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium bereits zum Sprachverlust

geführt hat – all das sind Beispiele für schwerwiegende Beeinträchtigungen im Alltag, die durch eine Behinderung hervorgerufen werden. Viele Betroffene leiden unter Schicksalsschlägen, die auch das zahnärztliche Behandlungsteam emotional immer wieder herausfordern und einen professionellen Umgang mit Nähe und Distanz erfordern. Ein geschultes und hochmotiviertes Team, das Einfühlungsvermögen zeigt, aber auch keine Berührungsängste hat, sich um die Bedürfnisse von Patienten mit schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit zu kümmern, trägt dazu bei, dass eine zahnärztliche Behandlung trotz aller Erschwernisse erfolgreich ablaufen kann.

Das zahnärztliche Behandlungsspektrum unterscheidet sich nicht wesentlich zu dem von Menschen ohne Behinderung. Ziel ist immer eine hochwertige zahnmedizinische Versorgung. Dabei muss sich die Therapie stets an den Bedürfnissen und vorhandenen Kapazitäten des Patienten orientieren. Toleriert der Patient eine längere Behandlungssitzung am Stuhl? Kann er eigenverantwortlich für seine Zahn- und Mundhygiene aufkommen oder benötigt er hierbei Unterstützung? Kann der Patient eigenständig in die Behandlung einwilligen oder muss dafür ein gesetzlicher Betreuer involviert werden? Fragen wie diese müssen bereits im Vorfeld einer Behandlung geklärt sein.

Zahnärztliches Zuhause

Viele Patienten suchen die „Goethe 72“ seit der Eröffnung vor zehn Jahren regelmäßig auf. Keine selbstverständliche Routine, wie es der Zahnarztbesuch bei Menschen ohne Behinderung ist. Da die Zuständigkeit des Kinderzahnarztes in der Regel mit Vollendung des 18. Lebensjahres endet, haben viele Patienten mit Behinderung im Erwachsenenalter Schwierigkeiten, ein neues zahnärztliches Zuhause zu finden. Neben den räumlichen Anforderungen, die einen barrierefreien oder zumindest einen barrierearmen Zugang für Patienten mit eingeschränkter Mobilität erfüllen müssen, gibt es weitere Voraussetzungen, an die eine Behandlung von Menschen mit Behinderung geknüpft ist. Ein großzügiges Zeitfenster muss für die Behandlung auf dem Zahnarztstuhl zur Verfügung stehen, um die vielfältigen Herausforderungen zu meistern. Diese können von Ängsten, fehlender Behandlungseinsicht, Kommunikationsbarrieren bis hin zu Schluckstörungen und starken Würgereflexen reichen. Eine schrittweise Adaption an eine Behandlung und die konsequente Anwendung verschiedener verbaler und nonverbaler Techniken aus der Verhaltensführung und Kommunikationsstrategien lassen in vielen Fällen eine Behandlung im Wachzustand zu. Die Kooperationsbereitschaft des Patienten ist kein statischer Zustand, sondern kann positiv beeinflusst und gefördert werden. Eine wichtige Erkenntnis, die sich nach zehn Jahren Erfahrung bei der Behandlung von Menschen mit Behinderung immer wieder bestätigt hat.

Seit letztem Jahr erleichtert ein „Compact Wheelchair Recliner“ die Behandlung von Patienten, bei denen ein Transfer auf die Behandlungsliege nur unter erschwerten Bedingungen oder gar nicht möglich ist. Mithilfe dieser speziellen Vorrichtung können Patienten direkt in ihrem Rollstuhl behandelt werden,



Die Kooperationsbereitschaft des Patienten ist ein entscheidender Faktor bei der Behandlung von Menschen mit Behinderung.

was den Komfort für die Patienten verbessert und gleichzeitig dem zahnärztlichen Behandlungsteam ein Arbeiten unter ergonomischen Aspekten ermöglicht.

Auch wenn sich mit Einführung von § 22a SGB V und der neuen PAR-Richtlinie der Anspruch von vulnerablen Patientengruppen auf eine gleichwertige zahnmedizinische Versorgung verbessert hat, ist der große zeitliche und personelle Mehraufwand bei einer zahnärztlichen Behandlung in der Praxis im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen nicht abgebildet. Hinzu kommt, dass das Studium der Zahnmedizin die Studierenden bisher nicht oder nur unzureichend auf die Behandlung dieser Patientengruppe vorbereitet hat. Berührungsängste, die auch aus einem Erfahrungsmangel resultieren, führen dazu, dass die Patienten häufiger in Vollnarkose behandelt werden, ohne dass Behandlungsversuche am Stuhl stattgefunden haben.

Neue Approbationsordnung macht Hoffnung

Mit der Einführung der neuen Approbationsordnung für Zahnärzte im vergangenen Jahr ist der Mensch mit besonderem Unterstützungsbedarf jetzt auch Lehrinhalt im Studium. Erste interne Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Studierenden ein großes Interesse für die Besonderheiten und Herausforderungen im Umgang mit vulnerablen Patientengruppen zeigen. Es bleibt zu hoffen, dass sich durch die verbesserten Ausbildungsbedingungen auf diesem Gebiet auch die Versorgungsqualität der betroffenen Patienten zukünftig verbessern wird.

DR. MARC AUERBACHER

Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der LMU München





© v.poth – stock.adobe.com

Kostenintensive Fälle werden künftig in der Statistik berücksichtigt

Zahnärzte profitieren von Änderungen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Leistungen, die über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abgerechnet werden, müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Dieses Gebot aus dem Sozialgesetzbuch kennt jeder Vertragszahnarzt. Die Überwachung der Leistung ist eine gemeinsame Aufgabe der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen. Dr. Joachim Voigt ist in der KZVB Referent für das Prüfwesen. Wir sprachen mit ihm darüber, warum die Statistiken für die Wirtschaftlichkeitsprüfung (WP) geändert wurden und inwiefern die Zahnärzte davon profitieren können.

BZB: In den Statistiken, die der Prüfungsstelle zur Wirtschaftlichkeitsprüfung dienen, haben Änderungen stattgefunden. Warum war dies notwendig?

Voigt: Die vom Gesetzgeber geforderte Wirtschaftlichkeit einer Praxis wird durch den Vergleich der Abrechnungswerte der Praxis, die in Statistiken erfasst werden, mit den statistischen Werten des Landesdurchschnittes aller Vertragszahnarztpraxen in Bayern dargestellt. Und mit diesem Vergleich funktioniert auch die Wirtschaftlichkeitsprüfung, die die Prüfungsstelle durchführt. Im Laufe der Zeit entwickelt sich natürlich das Prüfwesen – auch durch die Rechtsprechung – weiter, und so waren insgesamt drei Änderungen beziehungsweise Ergänzungen in den Tabellen der Statistiken nötig.

BZB: Welche Änderungen sind dies genau?

Voigt: Zunächst wurde in der Gesamtübersicht die Tabelle, in der die kostenintensiven Fälle aufgeführt werden, um die Spalte „Praxis pro 100 Fälle“ ergänzt. Dies erlaubt nun den direkten Vergleich der Anzahl der behandlungsintensiven Fälle in der Praxis mit dem Landesdurchschnitt – jeweils auf 100 Fälle gerechnet. Durch den Ansatz in jeweils 100 Fällen der Praxis und des Landesdurchschnittes erreicht man einen Vergleich, der unabhängig von der Praxisgröße ist.

BZB: Worin besteht hier der Mehrwert für die Praxis?

Voigt: Man erkennt nun auf einen Blick in konkreten Zahlen, ob die Praxis mehr kostenintensive Fälle im Vergleich zum Landes-

durchschnitt hat. Diese Fälle beeinflussen sehr stark die gesamte Statistik des Behandlers und können daher zusätzlich als entlastendes Argument bei einer Prüfung dienen.

BZB: Wie ist dies zu verstehen?

Voigt: Im Falle einer Prüfung könnte seitens der betroffenen Praxis argumentiert werden, dass die kostenintensiven Fälle die Statistik nach oben treiben. Wären diese Fälle nicht in der Praxis behandelt worden, wäre die Abrechnung vielleicht unauffällig. Bislang wurde von der Prüfungsstelle häufig argumentiert, dass man dies nicht als Besonderheit entlastend werten könne, da man ja den Anteil der behandlungsintensiven Fälle im Landesdurchschnitt nicht wisse und daher der Vergleich nicht möglich sei. Nun kann man dies auf einen Blick sehen, und damit wurde hier mehr Transparenz geschaffen. Aus Sicht der KZVB positiv zu bewerten ist, dass der betroffenen Praxis damit im Bedarfsfall eine weitere Argumentationshilfe geboten wird.

BZB: Welche Änderungen gab es sonst noch?

Voigt: In die Häufigkeitsstatistik wurde als letzte Zeile „Festzuschüsse 1.1 und 1.2“ eingefügt. Diese enthält die Summe der Werte der abgerechneten Festzuschüsse für die Voll- und Teilkronen der Praxis und des Landesdurchschnittes, jeweils wieder auf 100 Fälle gerechnet.

BZB: Aber die Festzuschüsse sind doch nicht Gegenstand der Prüfung?

Voigt: Das nicht, aber die nun veröffentlichten Werte können für die geprüfte Praxis ungemein hilfreich sein. Gegen den Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit kann man nämlich in geeigneten Fällen vorbringen, dass man kompensatorische Einsparung hat. Dies bedeutet, dass die Mehrabrechnung einer Leistung durch die Minderabrechnung einer anderen ausgeglichen werden kann. Allerdings muss dies konkret auch zutreffen und die Leistungen müssen in einem fachlichen Zusammenhang stehen. So könnte man zum Beispiel bei einer anscheinend überhöhten Abrechnung großer Füllungen – wie F3 oder F4 – argumentieren, dass man zum Ausgleich bei Einzelkronen einspart. Nicht selten hat man ja eine echte Wahl zwischen beiden Therapiemöglichkeiten. Nun bestand das Problem, dass seit Einführung der Festzuschüsse im Jahr 2005 von der Prüfungsstelle keine ZE-Abrechnungsstatistik mehr geführt wird, die auch Landesdurchschnitte ausweist. Damit fehlen die Vergleichszahlen, um die behaupteten kompensatorischen Einsparungen bei Einzelkronen argumentativ vorbringen und beweisen zu können. Mit der Ergänzung in der Statistik hat auch die Prüfungsstelle nun Werte, die ihr eine Beurteilung dieses Argumentes ermöglicht.

BZB: Sie erwähnten drei Änderungen. Welche war die dritte?

Voigt: Diese betrifft die statistische Darstellung der individualprophylaktischen Leistung IP5, also die Fissurenversiegelung. Hier sind bei einer Wirtschaftlichkeitsprüfung die unreflektierten rein statistischen Vergleiche zwischen Praxis und Landesdurchschnitt nicht allein ausschlaggebend. So werden beispielsweise Praxen, die nur ganz wenige Kinder in Behandlung haben, mit Kinderzahnarztpraxen verglichen. Daher hat man hier andere



„Gegen den Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit kann man in geeigneten Fällen vorbringen, dass man kompensatorische Einsparung hat“, erklärt Dr. Joachim Voigt, KZVB-Referent für das Prüfwesen.

Kriterien miteinzubeziehen, beispielsweise die Anzahl der IP1-Fälle. Wer viele IP1-Fälle hat, muss auch mehr Fissurenversiegelungen machen und abrechnen dürfen. Auch spielen eventuell vorhandene Einsparungen bei einflächigen Füllungen eine Rolle. Als weiteres Kriterium kann in die Beurteilung aber auch einfließen, wie viele Versiegelungen pro Fall durchgeführt werden. Dafür fehlten bislang die Vergleichswerte, weswegen man nun in die Häufigkeitsstatistik die Zeile „IP5-Leistungen/IP5-Fall“ mit den entsprechenden Werten für die Praxis und den Landesdurchschnitt eingefügt hat.

BZB: Wie bewerten Sie die beschriebenen Änderungen?

Voigt: Wie schon im Einzelnen ausgeführt, dienen die Änderungen und Ergänzungen in der Statistik der Prüfungsstelle zu einer etwas umfassenderen Beurteilung der Wirtschaftlichkeit. Denn es ist ständige Rechtsprechung der Sozialgerichte, dass die Prüfungsgremien im Rahmen ihrer Verpflichtung zu einer „Intellektuellen Prüfung“ die gesamte Tätigkeit der Vertragszahnarztpraxis in ihre Entscheidungen einzubeziehen haben. Zusätzlich sehe ich einen erheblichen Mehrwert für die von einer Prüfung betroffenen Praxis, die sich nun in einigen Bereichen leichter tun wird, ihre Abrechnung gegen den Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit zu verteidigen.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.

„Wir dienen Deutschland“

Eine Woche beim Sanitätsdienst der Bundeswehr

Die Bedeutung der Bundeswehr ist durch den Krieg in der Ukraine verstärkt ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Ist die Bundeswehr in der Lage, ihre Aufgaben zu erfüllen? Zumindest der Sanitätsdienst, in dem auch rund 400 Zahnärzte tätig sind, ist vergleichsweise gut aufgestellt. Leo Hofmeier, Leiter der Pressestelle der KZVB, verbrachte bereits 2018 im Rahmen einer Informationsveranstaltung eine Woche beim Sanitätslehrregiment im niederbayerischen Feldkirchen. Aus aktuellem Anlass drucken wir die Reportage, die damals entstand, erneut ab.

„Haben Sie gedient?“, fragte Anfang 2018 der stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der KZVB, Dr. Rüdiger Schott. „Selbstverständlich“, lautete meine Antwort. Der Hintergrund dieser Frage war mir zu diesem Zeitpunkt völlig unklar. Ich wusste zwar, dass sich mein Chef seit vielen Jahren als Reservist bei der Bundeswehr engagiert und den Rang eines Oberstarztes der Reserve hat. Dass ich ein paar Monate später einen „Einberufungsbescheid“ erhalten würde, hat mich dann aber völlig überrascht. „Vielen Dank für das bereits gezeigte Interesse an der Bundeswehr. Anbei erhalten Sie eine Einladung zu der Dienstlichen Veranstaltung zur Information des Sanitätsdienstes der Bundeswehr (InfoD-Vag SanDstBw 2018) von Herrn Generaloberstabsarzt Dr. Michael Tempel, ver-

bunden mit der Hoffnung, Sie dieses Jahr als Teilnehmer begrüßen zu dürfen“, hieß es in einer kurzen E-Mail. Wenige Tage später folgte mein „Dienstplan“. Ich war einer der 22 Teilnehmer der InfoD-Vag, Bezeichnungen und Abkürzungen, wie sie sich nur die Bundeswehr ausdenken kann. Die weiteren „Soldaten auf Zeit“ waren Führungskräfte und Multiplikatoren aus den Bereichen Gesundheitswesen, Industrie, Politik und Verwaltung. Die Bundeswehr macht keinen Hehl daraus, was sie mit den „InfoD-Vags“ erreichen will: „Ziel ist es, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die besonderen Aufgaben und die daraus resultierenden Herausforderungen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr als Servicedienstleister für die gesamte Bundeswehr nahezubringen. Unmittel-

bare Eindrücke durch persönliche Teilnahme an ausgewählten Teilen soldatischen Lebens sollen die gewonnenen Erkenntnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer abrunden, um so künftig im eigenen Einflussbereich als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für den Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr wirken zu können.“ Ich erwartete also eine „Show-Veranstaltung“, die wenig mit dem tatsächlichen Alltag der Bundeswehr und ihrer Soldaten zu tun hat. Doch ich sollte eines Besseren belehrt werden.

Am Sonntagmittag machte ich mich auf den Weg in meine Kaserne im niederbayerischen Feldkirchen bei Straubing. Am „Meldekopf“ begann das „Inprocessing“. Meine Personalien wurden überprüft und mir wurde meine Unterkunft zugeteilt. Danach folgte die Einkleidung. Schnell stellte ich fest, dass die Bundeswehr im Jahr 2018 nicht mehr viel mit der Truppe zu tun hat, in der ich 1993 bis 1994 meinen zwölfmonatigen Grundwehrdienst ableistete. Ich bezog ein komfortables Einzelzimmer – Verzeihung: Einzelstube – mit Flachbildfernseher und Kühlschrank. Hier war die Handschrift der damaligen Verteidigungsministerin Ursula von der Leyen spürbar. Schon kurz nach ihrem Amtsantritt hatte sie das Ziel ausgegeben, die Bundeswehr „zu einem der attraktivsten Arbeitgeber in Deutschland“ zu machen. Dabei ging es neben der Frage, wie die Truppe familienfreundlicher werden könnte, auch darum, die Wohnsituation der Soldaten zu verbessern. 13,5 Quadratmeter sollen künftig jedem Soldaten zustehen, der in einer Kaserne untergebracht ist. Doch dafür braucht es noch umfangreiche bauliche Veränderungen.



Generalarzt Dr. Andreas Hölscher (links), 2018 stv. Kommandeur des Kommandos Sanitätsdienstliche Einsatzunterstützung, und Dr. André Schilling (rechts), 2018 Kommandeur des Sanitätslehrregimentes „Niederbayern“, verliehen den Teilnehmern für die Zeit der InfoD-Vag den Rang eines Oberleutnants.

Fast 20 000 Soldatinnen und Soldaten gehören zum Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr (ZSanDstBw). Ihr Auftrag ist klar definiert: die Gesundheit der Soldaten schützen, erhalten und bei Bedarf wiederherstellen.

Auch der Ton hat sich verändert. Und zwar nicht nur gegenüber uns „VIPs“. Unser Spieß hatte nichts mehr gemein mit den griesgrämigen Haudegen, die ich als Wehrdienstleistender erlebt habe. Er sieht sich eher als Partner und Dienstleister der Soldaten in seiner Kompanie. Die Bemühungen der Bundeswehr um ihr Personal sind verständlich. Der Nachwuchsmangel hat sich seit der Abschaffung der Wehrpflicht extrem verschärft. Alleine bei Offizieren und Unteroffizieren sind dem aktuellen Bericht des Wehrbeauftragten des Deutschen Bundestages zufolge 21 000 Dienstposten nicht besetzt. Besonders groß ist der Personal-mangel in Verwendungen, die mit extremen körperlichen Anforderungen oder mit speziellen Fachtätigkeiten verbunden sind – zum Beispiel Piloten, Kampfschwimmer oder Minentaucher. Vergleichsweise gut sieht es dagegen noch beim Sanitätsdienst aus.

Meine Einheit war die 4. Kompanie des Sanitätslehrregiments „Niederbayern“, zu dem insgesamt sieben Kompanien gehören. Das Regiment ist der Ausbildungsverband des Sanitätsdienstes der Bundeswehr. Durchgeführt werden sowohl die Grundausbildung für angehende Offiziere



Übung unter realistischen Bedingungen: Diese Soldaten bergen einen Verwundeten.

und Unteroffiziere als auch die Einsatzausbildung. Darüber hinaus ist das Regiment Erprobungstruppenteil des Sanitätsdienstes und präsentiert sanitätsdienstliche Fähigkeiten im militärischen und zivilen Umfeld. Gewöhnungsbedürftig sind für Zivilisten nach wie vor die „Arbeitszeiten“ bei der Bundeswehr. Um sechs Uhr morgens wurde unser „Delta-Zug“ zum Frühstück geführt, um 6.45 Uhr hieß es antreten. Danach folgte ein dicht gedrängtes Programm, das einen sehr realistischen Einblick in den Alltag der Sanitätssoldaten gab und meist bis in die späten Abendstunden dauerte. Vorträge zu medizinischen Themen gehörten ebenso dazu wie die Ausbildung im Gelände und an der Waffe. Besonders

interessant war die Konvoi-Ausbildung, die Soldaten bekommen, bevor sie in den Auslandseinsatz gehen. Patrouillen sind ein wichtiger Bestandteil der Einsätze in Afghanistan, Mali und anderen Krisengebieten. In Feldkirchen wurden wir von Unteroffizieren geschult, die alle bereits mehrere Auslandseinsätze hinter sich gebracht haben. Es wurde klar, dass die Sicherheit der Soldaten an oberster Stelle steht. Und dafür braucht es klare Regeln und Disziplin – auch in der Bundeswehr des Jahres 2018.

Durchgängige Rettungskette

Im Mittelpunkt des Sanitätsdienstes steht jedoch die Versorgung verwundeter Soldaten unter Einsatzbedingungen. Die wird im Zentrum für Einsatzausbildung in Feldkirchen so realistisch wie möglich trainiert. Jeder Soldat, der in den Auslandseinsatz geht, verfügt über Grundkenntnisse in Erster Hilfe. Darüber hinaus gibt es Einsatzersthelfer mit verschiedenen Qualifikationsstufen (A–C). Je nach Qualifikation können die Einsatzersthelfer Blutungen stillen, einen Tubus legen oder schmerzstillende Medikamente verabreichen. Ziel ist es, einen Verwundeten innerhalb der ersten zehn Minuten notzuversorgen. Danach greift die Rettungskette, die uns während der InfoDVag ebenfalls anschaulich gezeigt wurde. In einer Rettungsstation in der Nähe des Einsatzortes werden die Verwundeten gesichtet und stabilisiert. Zu



Mit einem „Eagle“ wird der Verwundete zur Rettungsstation gebracht.



Ein Mediziner nimmt die Erstuntersuchung vor.

den Maßnahmen dort gehören die Schock- und Schmerzbekämpfung, die Stillung von Blutungen, das Freihalten der Atemwege und gegebenenfalls die künstliche Beatmung. Im Rettungszentrum können akute chirurgische Eingriffe durchgeführt werden. Die nächste Stufe bildet das Einsatzlazarett, das über ähnliche Fähigkeiten wie ein Kreis Krankenhaus verfügt. Falls notwendig, wird der Verwundete von dort nach Deutschland verlegt und in einem Bundeswehrkrankenhaus oder einer zivilen Klinik weiter versorgt. Beim Verwundetentransport kann die Bundeswehr auf den Airbus A310 MRTT zurückgreifen, der als fliegende Intensivstation Bekanntheit erlangte. Im Sanitätsdienst verfügt die Bundeswehr über Fähigkeiten wie weltweit



Auch eine Zahnstation gehört zu den Einsatzlazaretten der Bundeswehr. Als „Patientin“ stellte sich Dr. Marion Magdeburg zur Verfügung, die damalige Vizepräsidentin der Tierärztekammer des Saarlandes.



Im mobilen Rettungszentrum können chirurgische Eingriffe durchgeführt werden.

nur wenige andere Armeen. Das ist auch dem Anspruch geschuldet, den Soldatinnen und Soldaten eine Versorgung zu kommen zu lassen, die im Ergebnis mit derjenigen im Inland vergleichbar ist.

Defizite bei der Ausstattung

Doch wie eingangs erwähnt, wurde uns bei der InfoDVag kein geschöntes Bild von der Lage der Bundeswehr gezeigt. In vielen Gesprächen mit Soldatinnen und Soldaten wurden auch die Defizite bei der Ausstattung deutlich. Veraltete Technik, zu wenig Fahrzeuge, fehlende Ersatzteile – all das bekommt auch der Sanitätsdienst zu spüren. Auch den Sinn von Auslandseinsätzen stellten einige Soldaten in vertraulichen Gesprächen infrage. Dass sich die Bundeswehr nun wieder stärker auf ihre Kernkompetenzen, nämlich die Landes- und Bündnisverteidigung konzentrieren soll, wird überwiegend positiv gesehen.

Rund 400 Zahnärzte

Als sehr gut wird die medizinische und zahnmedizinische Versorgung im Inland bewertet. So kümmern sich alleine rund 400 Zahnärzte um die Mundgesundheit der Soldatinnen und Soldaten. Ihre Fort- und Weiterbildung erfolgt an der Sanitätsakademie in München, die wir ebenfalls besichtigen durften. Mein persönliches Fazit: Die Bundeswehr ist eine Armee im Umbruch. Ständige Strukturreformen und der Sparkurs der vergangenen Jahre haben ihre Spuren hinterlassen. Doch die Frauen und Männer, die dort ihren Dienst tun, sind hoch motiviert und qualifiziert. Trotz schwieriger Rahmenbedingungen leisten sie hervorragende Arbeit. Die größte Herausforderung der Zukunft wird es sein, wieder mehr junge Menschen zu finden, die bereit sind zum Dienst in den Streitkräften. Doch dazu braucht es mehr als Flachbildfernseher und Kühlschränke in den Stuben. Mein Dank gilt den Soldatinnen und Soldaten, die uns während der InfoDVag quasi rund um die Uhr betreut und uns einen ehrlichen Einblick in ihren Alltag ermöglicht haben.

Leo Hofmeier

Chance für die Praxis und die Patienten

Neue Online-Broschüre der KZVB zur Unterkieferprotrusionsschiene

Seit 1. Januar ist die Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS) zur Behandlung obstruktiver Schlafapnoe Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Verordnung und die Abrechnung sind aber an strenge Voraussetzungen geknüpft.

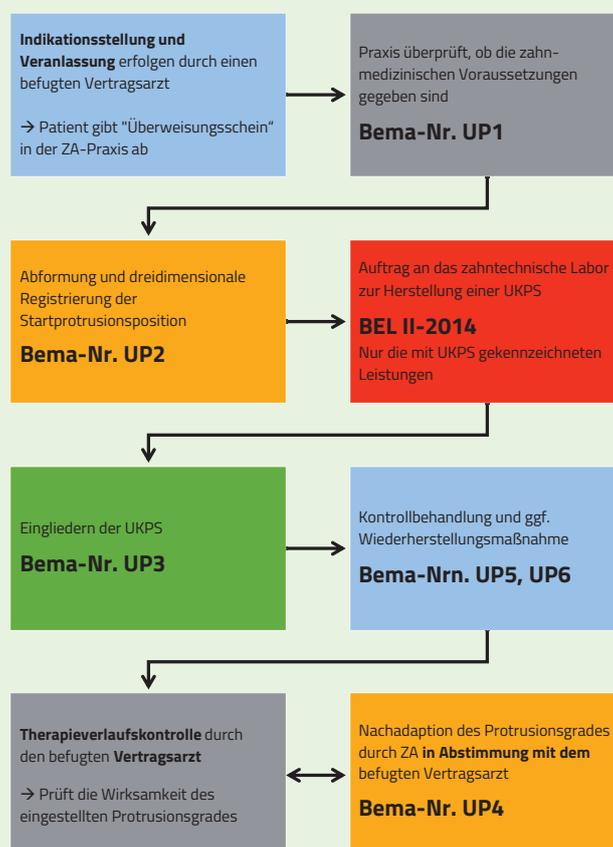
Die KZVB hat ihre Mitglieder darüber bereits umfassend mit Virtinaren®, Virti-Talks, Virti-Clips, Rundschreiben und Artikeln informiert. Mittlerweile sind auch die ersten Abrechnungen bei der KZVB eingegangen. Um den Zahnärzten die UKPS-Therapie und deren Abrechnung noch einfacher zu machen, hat die KZVB ein Abstract erstellt, in dem alle wichtigen Informationen zusammengefasst sind.

„Die Aufnahme der UKPS in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist nach der PAR-Richtlinie innerhalb kurzer Zeit die zweite weitreichende Änderung im BEMA. Bei beiden Therapien ist es von entscheidender Bedeutung, dass Sie sich exakt an die Abrechnungsbestimmungen halten. Nur so ist gewährleistet, dass Ihnen Ihre Leistungen von den Krankenkassen vollumfänglich vergütet werden. Fallstricke gibt es bei der UKPS leider zu Hauf. Das beginnt schon bei der Verordnung. Wir empfehlen Ihnen, genau darauf zu achten, dass der überweisende Kollege die Zusatzbezeichnung ‚Schlafmediziner‘ führt oder über die Berechtigung zur kardiorespiratorischen Polysomnografie verfügt. Dennoch sollten Sie sich von der GKV-Bürokratie nicht abschrecken lassen: Die UKPS ist eine Chance – sowohl für Ihre Praxis als auch für Ihre Patienten. Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) ist eine schwerwiegende Erkrankung, die bei den Betroffenen zu einem hohen Leidensdruck führt. Folgeerkrankungen können Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, Tagesschläfrigkeit und sogar Herzinfarkte sein. Dem können wir Zahnärzte aktiv entgegenwirken. Die UKPS-Therapie hat bei richtiger Indikationsstellung und Durchführung eine sehr hohe Erfolgsquote. Die Lebensqualität der Patienten verbessert sich spürbar. Gerade durch die Vermeidung oder Verringerung von Folgeerkrankungen werden auch die Krankenkassen finanziell entlastet. Deshalb ist das Geld für die UKPS gut investiert. Zudem bietet diese neue BEMA-Leistung den Zahnärzten die Chance, sich einmal mehr als Mediziner zu präsentieren, die den menschlichen Organismus als Ganzes im Blick haben und nicht auf die Mundhöhle reduziert sind“, schreibt Dr. Manfred Kinner im Vorwort der Broschüre, die den Behandlungsablauf bei der UKPS Schritt für Schritt erklärt.

So wird nicht nur jede einzelne BEMA-Position aufgezählt. Auch Fotos veranschaulichen die einzelnen Schritte. Eine umfangreiche FAQ-Liste rundet die Broschüre ab. Ein ausführliches Interview zur UKPS finden Sie auch im BZB 4/2022.

Redaktion

SCHEMA BEHANDLUNGSABLAUF UKPS



Es erfolgt **keine** Beantragung/Genehmigung der Unterkieferprotrusionsschiene. Mit Erhalt der „Veranlassung“ kann der Zahnarzt unmittelbar mit der Versorgung beginnen.

UKPS – ALLE INFORMATIONEN AUF EINEN BLICK

Die Broschüre steht online unter kzvb.de/abrechnung/abrechnungsmappe-tipps/ukps-schiene zur Verfügung. Dort findet man auch Virti-Clips zur UKPS sowie die dazugehörigen Skripte als PDF.



Aktuelles zur Berufshaftpflicht

Neue Mindestversicherungssummen für den Haftpflichtschutz

Seit der Einführung des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) am 20. Juli 2021 gelten für Vertragszahnärzte neue Mindestversicherungssummen für die Berufshaftpflichtversicherung. Die Änderungen spielen im Rahmen des Zulassungsverfahrens eine Rolle, haben aber auch Auswirkungen auf die Prämien.

Mit dem Gesetz wurden die Mindestversicherungssummen für Zahnarztpraxen festgelegt. Insbesondere für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Zahnärzten gelten neue Mindestdeckungen.

Die Mindestversicherungssummen im Überblick:

- **Zahnärzte ohne angestellte Zahnärzte:**
3 Millionen Euro Versicherungssumme – mindestens zweifach maximiert, das heißt, die Versicherungssumme steht für jeden Fall und maximal in Höhe des doppelten Betrages für alle Versicherungsfälle in einem Jahr zur Verfügung.
- **Zahnärzte mit angestellten Zahnärzten:**
5 Millionen Euro Versicherungssumme – mindestens dreifach maximiert.
- **Berufsausübungsgemeinschaften (BAG):**
3 Millionen Euro Versicherungssumme – mindestens zweifach maximiert. Die Versicherungssumme muss je Zahnärztin bzw. Zahnarzt zur Verfügung stehen. Unter Umständen ist eine Aufteilung der bestehenden Verträge nötig. Sofern einer der BAG-Mitglieder eine angestellte Zahnärztin oder einen angestellten Zahnarzt beschäftigt, muss dieses Mitglied eine Deckungssumme von mindestens 5 Millionen Euro – dreifach maximiert – nachweisen.

Assistenten können in der Regel kostenfrei mitversichert werden – eine Erhöhung der Deckungssumme ist in diesem Fall nicht notwendig.

Nachweis verpflichtend

Vertragszahnärzte müssen einen Versicherungsnachweis über den gesetzlich vorgeschriebenen Versicherungsschutz vorlegen, spätestens, wenn sie vom Zulassungsausschuss dazu aufgefordert werden. Die Zulassungsausschüsse überprüfen diese Mindestanforderungen. Der Nachweis wird erbracht durch Vorlage einer Original-Versicherungsbescheinigung, welche den Voraussetzungen des § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz entspricht. Dieser Nachweis ist bei jedem Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung sowie bei Beschäftigung von angestellten Zahnärzten zwingend zu erbringen. Ohne Nachweis über ausreichenden Versicherungsschutz dürfen keine Zulassungen und keine Anstellungsgenehmigungen

erteilt werden. Die Pflicht trifft den Antragsteller und gilt auch für ermächtigte Zahnärzte, BAG und MVZ.

Regelungen für Angestellte

Bei Angestellten hat der Versicherungsschutz des Arbeitgebers das von den Angestellten ausgehende Risiko zu umfassen. Ein eigener Versicherungsschutz der Angestellten ist nicht nachzuweisen, entbindet gleichzeitig jedoch Anstellende nicht von ihrer Pflicht, das gesamte von der Praxis ausgehende Risiko durch die ausgeübte zahnärztliche Tätigkeit als ausreichend versichert nachzuweisen.

Was tun bei Prämienanpassungen?

Die höheren Leistungen haben zusammen mit den regulären, ohnehin regelmäßig auf Basis der von treuhänderischen Gutachten berechneten Anpassungen bei vielen Versicherern zu Prämiensteigerungen geführt. Daher sollte Ihre Berufshaftpflichtversicherung überprüft und gegebenenfalls angepasst oder umgestellt werden. Für bayerische Zahnarztpraxen sind über die eazf Consult besondere Rahmenvertragskonditionen mit namhaften deutschen Versicherern vereinbart. Hier versicherte profitieren im Schadensfall zusätzlich von der Unterstützung durch Fachjuristen. Je nach Konstellation gewährt der Versicherer neben den Sonderkonditionen auch Sondernachlässe, zum Beispiel wenn alle Partner einer BAG sich beim gleichen Anbieter versichern. Gerne prüfen wir für Sie kostenfrei, ob Ihr Versicherungsschutz die gesetzlichen Vorgaben erfüllt, und erstellen im Bedarfsfall ein Alternativangebot.

Stephan Grüner
Geschäftsführer der eazf Consult

KONTAKT

Bei Interesse an einer Beratung zur Berufshaftpflicht, einer Überprüfung Ihrer bestehenden Berufshaftpflichtversicherung oder einer Betreuung Ihrer Verträge durch die eazf Consult senden Sie bitte den Coupon auf Seite 47 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

Praxisstempel/-anschrift

Per Fax: 089 230211-488

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
- Praxis-Check zu Praxisbegehungen der Gewerbeaufsicht
- Datenschutz-Check, Externer Datenschutzbeauftragter für Ihre Praxis
- Praxisedesign – Entwicklung einer Praxismarke, Praxismarketing
- PraxReviews – Bewertungsmanagement-Tool und Online-Reputation
- TV-Wartezimmer – Multimediale Patientenkommunikation in Ihrem Wartezimmer

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

- Praxisübergabe/-aufgabe Praxisübernahme/-gründung Allgemeine Praxisberatung

Versicherungsberatung und Gruppenversicherungen

Ich habe Interesse an Versicherungen im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen für Zahnärzte. Bitte informieren Sie mich unverbindlich über folgende Angebote (bitte ankreuzen):

- Versicherungspaket für Praxisgründer Berufsunfähigkeitsversicherung Kfz-Versicherung
- Berufshaftpflichtversicherung Pflegezusatzversicherung Unfallversicherung
- Pflegezusatzversicherung 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:



Online News der BLZK

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



BLZK.de



Anerkennung von Strahlenschutzkursen

Welche Angaben und Unterlagen gehören zum Antrag auf Anerkennung? Wohin müssen sie gesendet werden? Hier finden Sie das Antragsformular mit einer ausführlichen Anleitung.

> www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa_strahlenschutzkurse_erkennung.html



QM Online



Neues QM-Handbuch online

Das neue Kapitel 5 „QM-Handbuch“ ersetzt die CD-ROM „QMH 3.0“. Die Bayerische Landeszahnärztekammer geht mit dem QM-Handbuch einen neuen Weg – komplett online, ohne CD-ROM und kostenlos.

> <https://qm.blzk.de/qm/5-qm-handbuch>

BLZKcompact.de



Wenn die Praxis Urlaub macht

Eine geeignete Vertretung finden, den Urlaub mit dem Praxisteam koordinieren, die Praxis vor einem möglichen Einbruch schützen – was in der Urlaubszeit zu bedenken ist:

> www.blzk-compact.de/blzk/site.nsf/id/pa_wenn_die_praxis_urlaub_macht.html

zahn.de



Zahnunfall vermeiden

Zahnverletzungen passieren oft beim Sport. Das Risiko für einen Zahnunfall lässt sich durch das Tragen eines Mundschutzes reduzieren. Was Ihre Patienten dabei beachten sollten:

> www.zahn.de/zahn/web.nsf/id/pa_zahnunfall_risiko_senken.html

INTERNATIONAL BLOOD CONCENTRATE DAY

ONLINE-ANMELDUNG/
KONGRESSPROGRAMM



www.bc-day.info

16. September 2022
Frankfurt am Main – Radisson Blu Hotel

Jetzt
anmelden!

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Dr. Dr. Shahram Ghanaati/
Frankfurt am Main

OFFIZIELLER WISSENSCHAFTLICHER
PARTNER

SBCB

Society for Blood Concentrates and Biomaterials

Prävention und Mundhygiene bei Kindern

Dr. Antje Geiken, Dr. Louise Holtmann, Prof. Dr. Christian Graetz

Die frühkindliche Karies (ECC – Early Childhood Caries) ist keine Erkrankung der Vergangenheit, vielmehr stellt sie eine aktuell ungelöste Herausforderung dar. Auch in Deutschland sind die Zahlen der von einer ECC betroffenen Kinder als unbefriedigend anzusehen. Eine adäquate Prävention, sei es im häuslichen als auch im zahnärztlichen Setting, kann jedoch entscheidend dazu beitragen, die Entstehung einer Karies zu verhindern.

Zahnärztliche Prävention beginnt ab dem vollständigen Milchgebiss. So war zumindest bis vor wenigen Jahren die zahnmedizinische Empfehlung zur Vorstellung eines Kindes bei einem Zahnarzt formuliert. Allerdings war und ist das gerade für Risikogruppen zu spät. Untermauern lässt sich die Forderung nach frühzeitiger professioneller Prävention mit den aktuellen Daten der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege. Bei den Dreijährigen weist mit einer Prävalenz von 13,7 Prozent bereits jedes siebte Kind eine Karies bis zum Dentin auf.¹ Dabei leidet die Gruppe der Risikokinder unter einer deutlich höheren Karieslast. Dies betrifft auch die Daten der älteren Kinder. Bei den Sechs- bis Siebenjährigen zeigen 44 Prozent eine Karies. Im Durchschnitt haben die von einer Karies betroffenen Kinder bis zu vier kariöse Zähne. Verschärfend kommt hinzu, dass im Jahr 2016 im Vergleich zur

letzten Erhebung aus dem Jahr 2009 in einigen Bundesländern kein Kariesrückgang zu beobachten war. Es besteht also immer noch dringender Handlungsbedarf.

Die frühkindliche Karies

Die frühkindliche Karies (Early Childhood Caries – ECC) ist definiert als das Vorliegen mindestens einer oder mehrerer kariöser Läsionen (mit oder ohne Kavitation), eines aufgrund von Karies fehlenden Zahnes oder einer gefüllten Zahnfläche eines Milchzahnes bei einem Kind unter sechs Jahren (Abb. 2).²

Aufgrund der Milchzahnmorphologie unterscheidet sich die ECC deutlich von einer Karies im permanenten Gebiss. Sie schreitet schneller und aggressiver voran, beginnend an den Glattflächen der ersten durchbrechenden Milchzähne über

die Milchmolaren und Unterkiefermilchfrontzähne bis zum vollständigen Verlust der Zahnfunktion.^{3,4} Dabei zieht die ECC mannigfache Komplikationen nach sich: Die Kinder leiden unter chronischen Zahnschmerzen und bei Fortschreiten der Karies kann sich durch die Entzündung der Pulpa eine Fistel oder ein Abszess ausbilden.⁵ Ferner besteht die Gefahr der Schädigung der permanenten nachfolgenden Zähne (sog. „Turner-Zähne“), die Ausbildung eines Platzmangels durch die Entfernung nicht mehr erhaltungsfähiger Zähne sowie die Notwendigkeit späterer kieferorthopädischer Intervention.⁶ Aber es treten auch allgemeinmedizinische Einschränkungen auf. Die Kinder zeigen eine reduzierte Lebensqualität, Schlafstörungen, Minderwertigkeitsgefühle und Mängel in der Sprachentwicklung im Vergleich zu gesunden Kindern.⁷⁻⁹ Aufgrund des geringen Alters und der häufig nicht ausreichenden Mitarbeit müssen die Sanierungen in Intubationsnarkose durchgeführt werden, verbunden mit den einhergehenden Risiken und höheren Kosten für das Gesundheitssystem.¹⁰

Kariesprävention beim Kind – Welche Interventionen sind möglich?

Eine frühe zahnärztliche Prävention in Kombination mit einer adäquaten häuslichen Mundhygiene kann die Entstehung einer Karies verhindern, was seitens der gesetzlichen Krankenkassen seit 2019 im Sinne einer Kostenübernahme für Frühuntersuchungen (FU) ermöglicht wird. Eltern sollten sich mit ihrem

| ALTER | ZAHNÄRZTLICHE FRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNGEN |
|---------------------|--|
| 6.–9. Lebensmonat | FU 1a FU Pr* FLA** |
| 10.–20. Lebensmonat | FU 1b FU Pr* FLA** |
| 21.–33. Lebensmonat | FU 1c FU Pr* FLA** |

*FU Pr Praktische Anleitung der Betreuungsperson zur Mundhygiene am Kind
**FLA Zahnärztliche Fluoridlackanwendung, 2-mal halbjährlich

Tab. 1: Aktuelle Richtlinien zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung in der Altersgruppe 6. bis 33. Lebensmonat.



Abb. 1: Beispielhafte Illustration der Knie-zu-Knie-Position.

Kind ab dem ersten Milchzahn bzw. ab dem sechsten Lebensmonat zu einer FU (FU 1a, FU 1b, FU 1c) vorstellen. Tabelle 1 zeigt die aktuellen Richtlinien zur zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung vom sechsten bis 33. Lebensmonat.

Im Rahmen der FU soll eine altersgerechte Befundung der vorhandenen Zähne erfolgen. Bei Kleinkindern bietet sich ein ausreichender orientierender Blick in den kindlichen Mundraum durch die Knie-zu-Knie-Position (Abb. 1). Dabei können die Zähne mit einem Purzellanläppchen oder einer Watterolle getrocknet werden, während die Bezugsperson die Hände des Kindes leicht hält. Vorhandene weiche Beläge an den Oberkieferfrontzähnen sind oftmals ein verlässlicher Indikator eines erhöhten Kariesrisikos.¹¹ Vorhandene initial-kariöse Defekte zeigen bereits deutliche Versäumnisse der Eltern auf.¹² Derartige Läsionen können lokal mithilfe eines Pinsels oder Microbrush mit hoch dosiertem Fluoridlack (22 600 ppm) benetzt werden,^{13,14} jeweils im Rahmen der FU bis zu zweimal halbjährlich (FLA). Wenn eine dem Alter angepasste geringere Dosierung bei Kleinkindern gewählt wird, sind auch in dieser Altersgruppe keine unerwünschten Nebenwirkungen zu erwarten.¹⁵

Neben diesen professionellen Maßnahmen sollte im Rahmen eines aufklärenden Gespräches mit den Eltern auf eine zahngesunde Ernährung eingegangen werden und über Risikofaktoren, wie z. B. die Gabe von gesüßten Getränken in der Saugerflasche oder überlanges hochfrequentes nächtliches Stillen, Schnullergewohnheiten sowie über die häusliche Mundhygiene, ausführlich gesprochen werden. Deshalb sollten patienten- und familienindividuelle Hintergründe unbedingt

erfragt und tiefgehend erläutert werden. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf die Möglichkeit der praktischen Anleitung (FU Pr) der Eltern zur häuslichen Mundhygiene gelegt werden, denn eine alleinige Aufklärung der Eltern zeigt nur eine unzureichende Wirkung, um eine Verhaltensänderung herbeizuführen.¹⁶ Eltern können so gezielt instruiert und die Putzschwachstellen visualisiert werden. Auch die Demonstration einer Putztechnik, die alle individuellen Besonder-



Abb. 2: Early Childhood Caries bei einem vierjährigen Kind.



Abb. 3a: Patient mit vorhandener Plaque: nicht angefärbt. – **Abb. 3b:** Plaque angefärbt, Zähne bis zum Beginn der Lippe geputzt.

heiten der kleinen Patienten berücksichtigt, sowie der altersentsprechenden Menge an fluoridierter Zahnpasta (Erbsen-/Reiskorngröße) kann notwendig sein. Ziel muss es sein, die Eltern zum (Nach-)Putzen der Zähne zu motivieren und an die notwendige Eigenverantwortlichkeit zu appellieren. Zudem kann das Reinigen der Zähne durch die Eltern in der Praxis Hinweise liefern, wo Schwachstellen in der Umsetzung vorhanden sind. Denn ohne eine gut umgesetzte häusliche Mundhygiene kann die zahnärztliche Karies-

und Gingivitisprävention nicht erfolgreich sein.¹⁷

Die häusliche Kariesprävention

Ab dem Durchbruch der ersten Milchzähne bis zum dritten Lebensjahr sollte den Eltern das Zähneputzen zweimal täglich empfohlen werden, was als Routine und Bestandteil der Basishygiene wie das Händewaschen verstanden werden muss. Mit dem Älterwerden können die Kinder mehr Verantwortung über-

nehmen. Aufgrund der eingeschränkten manuellen Fertigkeit der Kinder bis zum Schulalter, gegebenenfalls hierüber hinaus, sollten aber je nach Geschicklichkeit des Kindes die Zähne nachgeputzt werden.¹⁸ Sinnvoll ist die Schulung des Kindes und der Eltern in einer einfach umsetzbaren, aber dennoch systematischen Zahnputztechnik. Die KAI-Technik (Kau[K]-Außen[A]-Innen[I]flächen) bietet sich hier an. Sie schult Eltern und Kinder in einer Systematik, lässt sich leicht erlernen und kann bis zum Grundschulalter umgesetzt werden. Über die KAI-Technik hinaus müssen den Eltern aber schwer erreichbare Zahnflächen gezeigt und wie diese zu reinigen sind, erklärt werden. Neben den oralen Flächen¹⁹ werden interessanterweise auch die zervikalen Bereiche der Zähne hierbei häufig von den Eltern nur unzureichend beachtet. Ein Grund mag die Überlagerung der kindlichen Lippe sein und die hierdurch erschwerte Erreichbarkeit. Ein für die Eltern einfach umsetzbarer Tipp ist die Zahnputztechnik „Lift the Lip“. Hierbei wird die Lippe durch den elterlichen Finger etwas abgehoben, um so den Zahnhalss reinigen zu können (Abb. 3a–c). Bei älteren Kindern und vorhandenen durchbrechenden Zähnen, wie dem Sechsjahrmolar, sollte die Zahnputztechnik ebenfalls angepasst werden. Die Eltern erreichen häufig nicht diesen noch unterhalb der Okklusalfäche der Nachbarzähnen stehenden durchbrechenden Molar und putzen über ihn hinweg (Abb. 4).



Abb. 3c: Patient mit vorhandener Plaque: Lippe abgehalten. Deutliche erkennbare Grenze zur entfernten Plaque.

Das Querstellen der Zahnbürste (Querputzen) und somit die Änderung der Zahnbürste um ca. 90 Grad stellt eine effektive und einfache Möglichkeit dar, die Zähne gut reinigen zu können. Wie aktuelle Studien zeigen, besteht aber noch ein dringender Bedarf, die Zahnputzleistung der Eltern zu verbessern, da diese weder in Bezug auf die Plaqueentfernung wirksam war noch, dass Eltern sich vollständig an die Zahnputzempfehlungen hielten.¹⁹

Eine gute Kariesprävention basiert auch auf der Verwendung von fluoridierter Zahnpasta. Die Wirkung basiert auf der Entstehung einer säureresistenten Calciumfluorid-Deckschicht an der Zahnoberfläche, der Ausbildung von Hydroxyl-/Fluoridapatit-Mischkristallen und einem erhöhten Widerstand gegen den pH-Abfall, bakteriostatischen Wirkungen sowie einer verbesserten Remineralisation und geringeren Demineralisation des Zahnes.²⁰ Die neuen gemeinsamen Fluoridempfehlungen der Kinder- und Jugendärzte und -zahnärzte haben nun die alten zuvor divergierenden Leitlinien vereinheitlicht. Sie sind in Abbildung 5 dargestellt.²¹ Es wird derzeit, neben weiteren Anpassungen in den Fluoridanwendungen, eine Zahnpasta mit einem erhöhten Fluoridgehalt von 1 000 ppm ab Zahndurch-

bruch empfohlen. Wie es bereits seit längerem international etabliert war, werden deshalb nun auch in Deutschland Zahnpasten mit einem Fluoridgehalt von 500 ppm nicht mehr empfohlen. Trotzdem muss auf die richtige Dosierung geachtet werden. Ab dem zwölften (optional sechsten) bis zum 24. Monat soll eine reiskorngroße Menge genutzt werden, ab zwei bis zu sechs Jahren eine erbsengroße Menge (Abb. 5). Somit ist ein erhöhtes Fluoroserisiko nicht zu erwarten.²¹ Zwingend sollte allerdings die kombinierte Gabe fluoridhaltiger Tabletten (Fluoretten) und die Verwendung einer fluoridhaltigen Zahnpasta vermieden werden.

Elektrische Zahnbürsten sind nach derzeitiger Evidenz Handzahnbürsten in der Plaqueentfernung überlegen,²² jedoch zeigt eine aktuelle Interventionsstudie, dass beispielsweise die Verwendung einer Schallzahnbürste nicht wirksamer im eingeschalteten Zustand war als im ausgeschalteten.²³ Auch fanden die Autoren keinen Hinweis darauf, dass die korrekte Verwendung der Schallzahnbürste (spezifische Hinweise) wirksamer war als die gewohnheitsmäßige Verwendung. Deshalb kann gut nachvollzogen werden, dass die Durchführung einer auf den Patienten individualisierten Putzsystematik

(alle Flächen sind zu erreichen) von herausragender Bedeutung ist, was eine ausreichende Putzdauer voraussetzt.²⁴ Hierfür kann die Verwendung eines Timers oder einer Sanduhr unterstützend genutzt werden, wobei auch neuere interaktive Hilfsmittel, wie z.B. Apps, helfen können, spielerisch eine individuelle Zahnputzsystematik zu erlernen.²⁵ Beachtenswert ist, dass auch eine elektrische Zahnbürste nur die Flächen reinigen kann, die sie auch erreicht. Deshalb muss den Eltern genauso wie den Kindern bewusst gemacht werden, dass jede Fläche des Zahnbogens zweimal täglich mit einer Zahnbürste zu reinigen ist.

Fazit

Die ECC ist ein immer noch ungelöstes Problem der oralen Erkrankungen im kindlichen Alter. Jedoch geben die neuen zahnärztlichen FUs nun die Möglichkeit, wesentlich früher mit einer zahnärztlichen Prävention zu beginnen. Dadurch können Risikogruppen schneller und besser identifiziert werden sowie nachfolgend mittels eines engmaschigen Recalls, die Entstehung einer Karies verhindert werden. Den Eltern muss ihre Pflicht zur Gesunderhaltung der Zähne ihrer Kinder aufgezeigt werden, weshalb zwingend eine (kinder-)zahnmedizini-



Abb. 4: Durchbrechender Zahn 46, die Kauebene ist noch nicht erreicht. Indikation für die Querputztechnik.

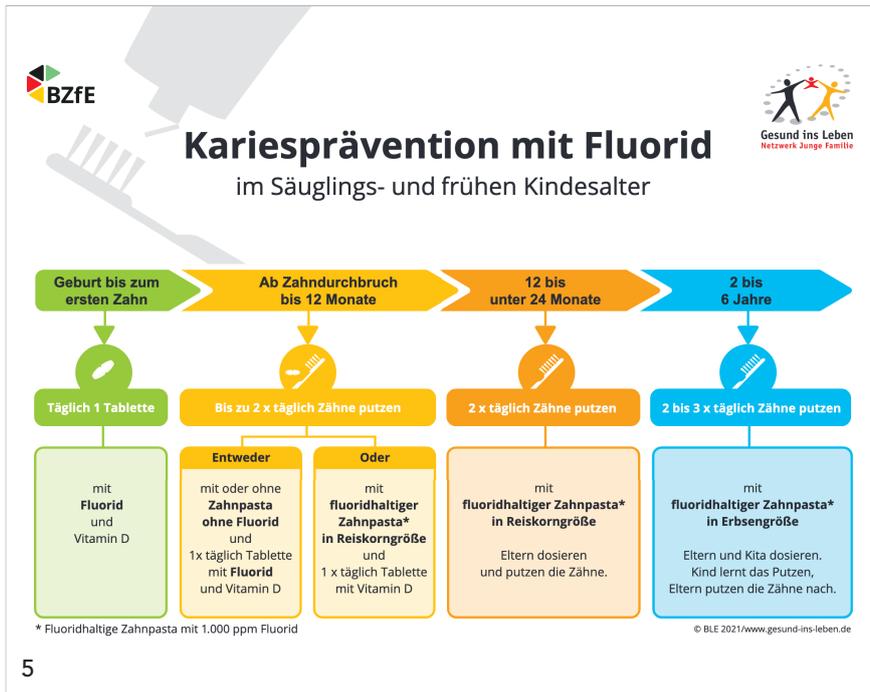


Abb. 5: Aktuelle Empfehlungen zur Anwendung von Kinderzahnpasten in Deutschland (2021).²¹

sche Aufklärung, Motivation und Unterstützung im Rahmen der Prävention in der Praxis notwendig ist.

Literatur

Literatur kann bei der Redaktion angefordert bzw. über den QR-Code abgerufen werden.



DR. ANTJE GEIKEN
DR. LOUISE HOLTSMANN
PROF. DR. CHRISTIAN GRAETZ

Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein-Campus Kiel, Arnold-Heller-Straße 3 (Haus 26) 24105 Kiel

ANZEIGE

KZVB digital

Virtinare, Virti-Talk, Virti-Clip und Virti-Tipps

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns

Damit Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte bei den sich ständig verändernden Rahmenbedingungen ihrer Berufsausübung nicht den Überblick verlieren, informiert die KZVB unter anderem in den sogenannten **Virtinaren**®. Das sind aktuelle Online-Fortbildungen rund um die Abrechnung. In unserem halbstündigen Livestream **Virti-Talk** sprechen wir über politische Themen, die für Ihren Praxisalltag relevant sind. Mit unserem Newsletter **Virti-Tipp** erhalten Sie im Voraus brandaktuelle Informationen zu speziellen Themen. **Virti-Clips**® sind kurze Erklärfilme, die Informationen zur Abrechnung vermitteln und komplexe Inhalte auf das Wesentliche herunterbrechen.

Dr. Manfred Kinner und Dr. Rüdiger Schott werden bei den virtuellen Angeboten der KZVB von wechselnden Referenten unterstützt.

Über neue Virtinare, Virti-Talks & Co. informieren wir Sie auf kzvb.de unter „Wichtig & Aktuell“

kzvb.de/wichtig-aktuell

Kariesinaktivierung mittels Silberdiaminfluorid (SDF): Ein Fallbericht zur Behandlung frühkindlicher Karies

ZÄ Manasi Khole, ZA Mhd Said Mourad, ZÄ Annina Vielhauer, Prof. Dr. Christian Splieth und OA Dr. Julian Schmoeckel

Frühkindliche Karies (ECC) ist eine der häufigsten Erkrankungen des Kindesalters und geht oft mit schweren Komorbiditäten einher, die die Kinder, ihre Familien, die Gesellschaft und das Gesundheitssystem betreffen (Casamassimo et al., 2009). Die große Zahl der betroffenen Kinder in Deutschland (je nach Altersgruppe ca. 10–50 %) (Santamaria et al., 2019), gepaart mit Zahnarztangst bzw. -phobie des Kindes, stellt die Kinderzahnärzte vor das Problem, kariöse Zähne effektiv zu behandeln und schließlich mitunter als letzten Ausweg eine Behandlung in Vollnarkose veranlassen zu müssen. Doch ist dies immer nötig? In diesem Beitrag wird ein Patientenfall vorgestellt, bei dem eingebettet in ein Gesamtkonzept eine Kariesinaktivierung über die Applikation von einem Silberfluoridprodukt erzielt wurde.

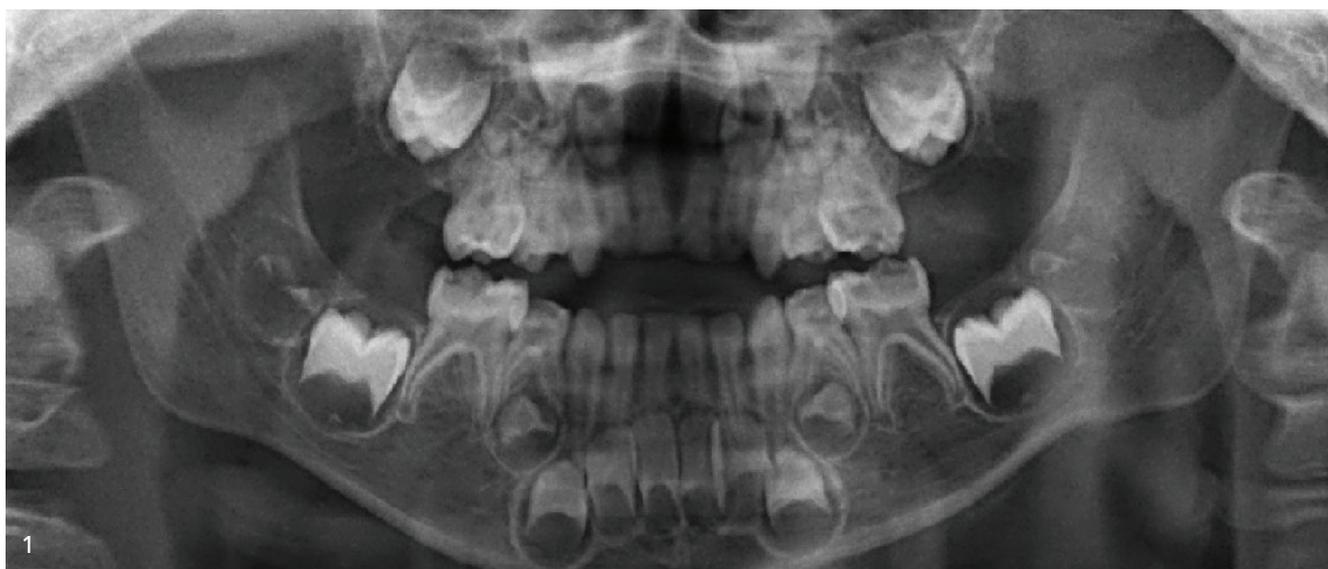


Abb. 1: Ausschnitt eines OPGs von überwiesenem vierjährigem Kind bei Erstbesuch. Das OPG zeigt die Anlage aller bleibenden Zähne mit Ausnahme der beiden unteren zweiten Prämolaren und der vier Weisheitszähne, die sich erst später im Leben entwickeln. Fast alle Milchzähne weisen auch röntgenologisch Karies auf, was das klassische Bild einer schweren ECC bietet. Entsprechend der negativen Schmerzanamnese waren keine apikalen oder interradikulären Ostitiden diagnostizierbar, und bei vielen kariösen Defekten war eine klare Regression der Pulpa erkennbar, sodass zwischen den tiefen Läsionen und der Pulpa ein deutliches Dentinband sichtbar war.

Das am häufigsten verwendete Silberfluoridprodukt ist Silberdiaminfluorid (SDF). Die SDF-Lösung besteht aus Silberdiamin-Ionen und Fluorid-Ionen, welche den Demineralisierungsprozess und den Abbau von Dentinkollagen verhindern und zusätzlich die Remineralisierung von kariösem, demineralisiertem Schmelz und Dentin fördern (Mei et al., 2013; Rosenblatt et al., 2009). In Deutschland wird das Produkt zurzeit durch SDI Dental Limited, Baywater, Victoria, Australien, als Riva Star® Silberdiaminfluorid (SDF)+Kaliumiodid (KI) und Riva Star® Aqua Silber-Fluorid (AgF)+

Kaliumiodid (KI) angeboten (Riva Star® SDF+KI im Patientenfall genutzt). Dieses Produkt wird allerdings in Europa im Unterschied zu Asien und Australien bis jetzt hauptsächlich als Desensibilisierungsmittel bei überempfindlichen Zähnen angewandt. Für die Kariestherapie ist die Nutzung dieses Produkts hierzulande ein „Off-Label“, aber nichtsdestotrotz sicher und effektiv (Crystal, Marghalani, et al., 2017; Crystal & Niederman, 2019; Gao et al., 2016; Mei et al., 2013; Rosenblatt et al., 2009). Selbst die American Dental Association (ADA) empfiehlt dies (Slayton et al., 2018) und hat SDF seit



Abb. 2a–c: Zähne in frontaler Ansicht (a), Zähne im Oberkiefer (b) und Unterkiefer (c) beim zweiten Besuch vor der Applikation von Riva Star®, SDI Dental Limited. Die Mundhygiene hatte sich im Vergleich zum Erstbesuch bereits erheblich verbessert. Zudem wiesen einige Läsionen bereits erste Anzeichen der Kariesinaktivierung auf. Nichtsdestoweniger waren viele Läsionen noch gelb-braun und weich bei Sondierung.

2020 als Karies-Inaktivierungsmittel zugelassen (Zaeneldin et al., 2022). Wie der folgende Fall zeigt, kann die Anwendung von SDF helfen, insbesondere bei ängstlichen Kindern Zeit zu gewinnen, um das Vertrauen für gegebenenfalls später notwendige oder erwünschte invasive/restaurative Zahnbehandlungen aufzubauen und eine Narkose zu vermeiden. Zudem stellt SDF in Zeiten von „Covid-19“ auch eine aerosolarme Therapieoption von Karies dar.

Fallbeschreibung: Erstbesuch

Ein vierjähriger Junge stellte sich mit seiner Mutter in der Abteilung für Kinderzahnheilkunde der Universitätsmedizin Greifswald mit einer Überweisung des Hauszahnarztes zur Behandlung multipler kariöser Läsionen in Sedierung oder Vollnarkose vor. Laut der Anamnese besteht bei dem Kind ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung). Zudem berichteten die Eltern, dass beim Hauszahnarzt aufgrund der geringen Kooperation ihres Kindes auf dem Zahnarztstuhl eine erfolgreiche Behandlung nicht möglich gewesen sei. Nach Angabe der Mutter erhält das Kind Essen, welches Karies begünstigt. Außerdem lutsche er zum Einschlafen/nachts stets noch an seinem Daumen. Zahnschmerzen habe das Kind laut der Mutter nie gehabt.

Bei der klinischen Untersuchung waren extraoral keine Auffälligkeiten vorhanden. Intraoral wurde die Diagnose frühkindliche Karies (ECC) gestellt. Zusätzlich wies er eine Gingivitis und einen frontal offenen Biss auf. Es wurde eine röntgenologische Untersuchung angeordnet, um u. a. die Zahnanlage, apikale Prozesse und die Tiefe der kariösen Läsionen besser abschätzen

und damit Rückschlüsse auf die Vitalität ziehen zu können. Mit Ausnahme der unteren Frontzähne waren alle Milchzähne von Karies betroffen (Abb. 1).

Nach vollständiger Untersuchung wurde wie für jede andere Neuaufnahme das routinemäßige Prophylaxeprogramm (IP)



Abb. 3: Vor der Applikation von Riva Star® sollten die silberne Kapsel mit der Silberdiaminfluorid-Komponente und ggf. auch die grüne Kapsel mit der Kaliumiodid-Komponente bereitgelegt werden. Zur Erleichterung der Applikation sind auch Applikatoren in den jeweiligen Farben vorgesehen.



Abb. 4a–c: Zähne des vierjährigen Jungen beim zweiten Besuch in frontaler Ansicht (a) sowie in okklusaler Ansicht von Oberkiefer (b) und Unterkiefer (c) während der Applikation der zweiten Komponente (grüne Kapsel mit Kaliumiodid) von Riva Star®.

durchgeführt. Dabei wurde zunächst die Plaque angefärbt und die Zähne durch das Kind und anschließend durch die Mutter geputzt. Um die Kooperation des Patienten bei der Nutzung von rotierenden zahnärztlichen Instrumenten besser beurteilen zu können, wurden die Zähne außerdem durch die Behandlerin mittels rotierendem Bürstchen als Aufsatz auf einem Winkelstück geputzt. Anhand dieser einfachen Maßnahme lässt sich bereits abschätzen, inwieweit das Kind im Wachzustand behandlungsfähig und ob wirklich eine Behandlung in Narkose indiziert ist. Wie die Eltern berichten, sei seine Mitarbeit dabei im Vergleich zu den früheren Zahnarztbesuchen überraschend gut gewesen.

Abschließend wurde mit dem Kind und seiner Mutter über Ernährungsgewohnheiten gesprochen und Empfehlungen zur zahnfreundlichen Ernährung gegeben (Naschen nur während bzw. in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang der Mahlzeiten, Getränke für zwischendurch: Wasser oder Tee anstelle von gesüßten Säften). Außerdem wurde die Verwendung fluoridhaltiger Kinderzahnpaste mit 1000 ppm gemäß den aktuellen Empfehlungen der zahnmedizinischen Fachgesellschaften (DGPZM 2019) zum Zähneputzen besprochen und die Bedeutung regelmäßiger zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen thematisiert.

Aufgrund der Hyperaktivität des Kindes, der geringen Geduld bei langen Zahnarztterminen und der hohen Anzahl aktiver kariöser Läsionen mit Kavitation schien zu diesem Zeitpunkt eine restaurative Behandlung in einem angemessenen Zeitraum ohne eine Narkose kaum umsetzbar. Der Patient habe jedoch wie bereits beschrieben laut Aussage der Mutter keine Zahnschmerzen gehabt und für einen Termin für eine Zahnbehandlung unter Narkose bestand zu diesem Zeitpunkt eine Wartezeit von mehreren Monaten, sodass empfohlen wurde, beim nächsten Besuch zunächst ein Silberdiaminfluorid-Produkt auf alle kariösen Zähne aufzutragen. So könne Zeit gewonnen werden für einen Kooperationsaufbau und eine zahnmedizinische restaurative Behandlung im Wachzustand (gegebenenfalls auch mithilfe von Lachgas-sedierung) oder zumindest das Risiko für weitere Kariesprogression und pulpale Symptomatik gesenkt werden. Die zu erwartende Schwarzfärbung der kariösen Läsionen wurde ebenfalls besprochen. Die Mutter und das Kind stimmten dieser Behandlungsempfehlung zu.

Zweiter Besuch

Beim zweiten Besuch hatte sich die Mundhygiene gemessen am Plaque-Index nach Anfärben der Zähne erheblich verbessert und die gingivale Blutung deutlich reduziert. Zudem wiesen einige Läsionen bereits erste Anzeichen der Kariesinaktivierung auf (Abb. 2a–c), was dies plausibel erscheinen ließ. Nichtsdestoweniger waren viele Läsionen noch gelb-braun und weich bei Sondierung (Zeichen von Kariesaktivität). Weiterhin zeigte keiner der Zähne Anzeichen von pulpaler oder periapikaler Beteiligung. Der Junge schien im Vergleich zum vorherigen Termin zudem ruhiger zu sein, was ebenfalls nahelegte, dass zu Hause nun nachgeputzt wurde und das Kind nun routinierter mit der Situation beim Zahnarzt umgehen konnte. Wir bereiteten das Kind kurz auf die Anwendung des „Zauberlacks“ und

die begleitende Fotodokumentation (Einverständnis der Mutter) vor. Dann wurde Riva Star®/SDI vorbereitet (Abb. 3) und appliziert (silberfarbene und grüne Kapsel). Die Fotos zeigen die intraorale Situation während der Applikation der zweiten Komponente (grüne Kapsel): Ein cremeweißes Präzipitat bildet sich, wenn die beiden Lösungen chemisch reagieren (Abb. 4a–c).

Follow-up-Termin

Beim Kontrolltermin nach der Silberfluorid-Applikation (ca. zwei Monate nach Erstbesuch) habe der Junge keinerlei Schmerz-



Abb. 5a–c: Zähne des vierjährigen Jungen mit ECC in frontaler Ansicht (a) sowie in okklusaler Ansicht von Oberkiefer (b) und Unterkiefer (c) beim dritten Besuch, etwa einen Monat nach Applikation von Riva Star®. Alle Zähne zeigten deutliche Zeichen von Kariesinaktivierung.

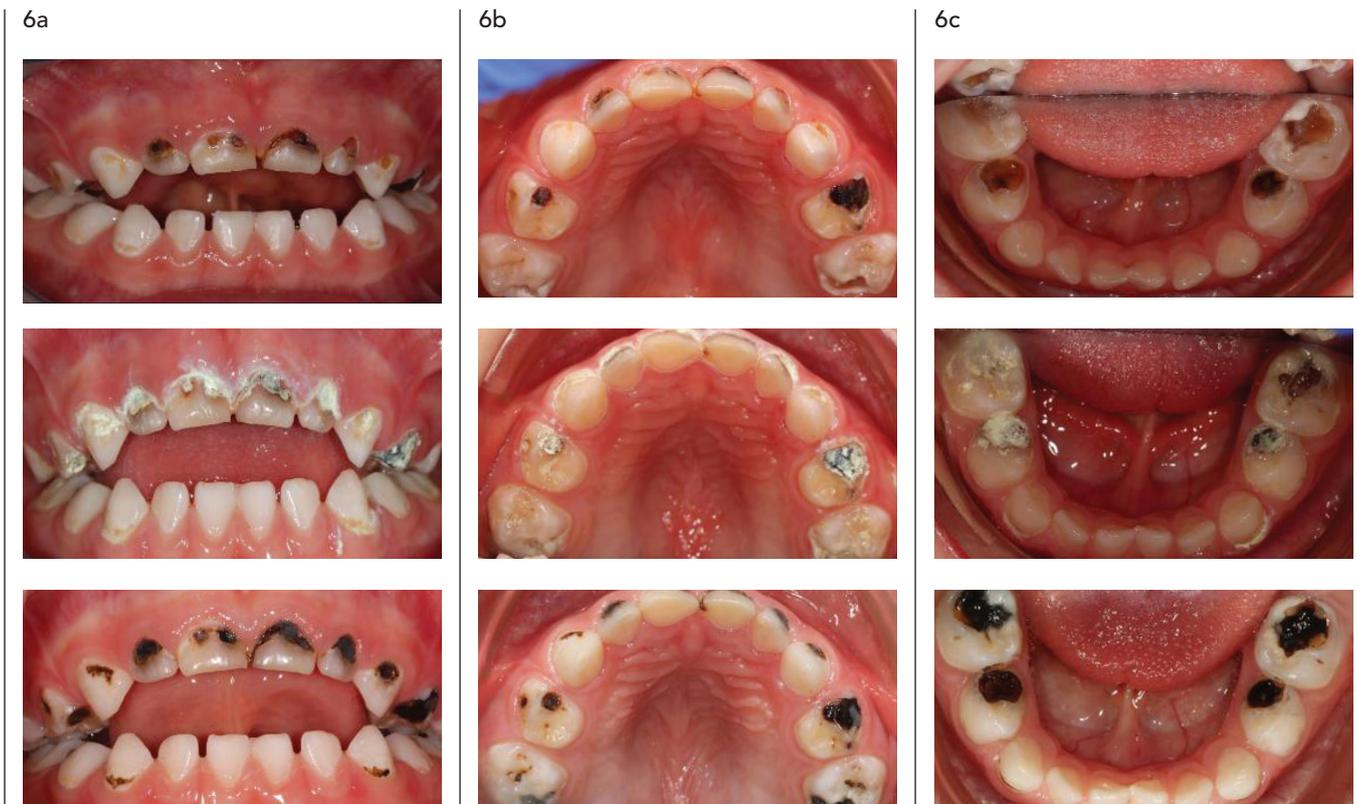


Abb. 6a–c: (von oben nach unten): Zusammenfassung der intraoralen Befunde bei dem vierjährigen Kind mit ECC im zeitlichen Verlauf der Kariesinaktivierung in frontaler Ansicht sowie in okklusaler Ansicht von Oberkiefer und Unterkiefer. Die obere Zeile zeigt die Befunde vor der Applikation von Riva Star® im zweiten Besuch, die mittlere Zeile die Befunde während der Applikation von Riva Star® im zweiten Besuch, die untere Zeile den Zustand etwa vier Wochen später. Die bereits sichtbare initiale Inaktivierung der kariösen Läsionen beim zweiten Besuch wurde durch die Applikation von Riva Star® im Vergleich zur häuslichen Kariesinaktivierungsmethode deutlich beschleunigt.

symptome gehabt. Die intraorale Situation hatte sich zu diesem Zeitpunkt klinisch deutlich verändert; alle Läsionen zeigten nun deutliche dunkle/schwarze Verfärbungen und waren relativ hart auf Sondierung, waren also klar auf dem Weg der Inaktivierung oder bereits inaktiviert (Abb. 5).

An dieser Stelle musste nun neu eruiert werden, inwiefern noch ein Therapiebedarf besteht (insbesondere aus ästhetischer Sicht) und ob Maßnahmen wie beispielsweise eine Behandlung unter Narkose noch gerechtfertigt sind. Aufgrund der verbesserten Mitarbeit und auch der besseren Mundhygiene wurde nun gemeinsam beschlossen, die kariösen Zähne schrittweise restaurativ zu behandeln: Dabei wurden mit informierter Zustimmung insbesondere die Hall-Technik (Innes et al., 2015; Midani et al., 2019; Santamaría & Innes, 2018) und die Technik der atraumatischen restaurativen Therapie (ART) (Dorri et al., 2017; Frencken et al., 2012) für die Molaren sowie für die Frontzähne ein Weiterführen der Kariesinaktivierungsstrategie durch häusliche Anwendung von fluoridierter Zahnpasta und bei Bedarf auch einer zweiten Anwendung von Silberfluorid favorisiert. Bei guter Kooperation und Wunsch des Kindes wurde eine ästhetische Versorgung mit Kompomer gegebenenfalls mithilfe von Strip-Kronen angeboten (Kupietzky et al., 2005).

Diskussion

Das Management und die Behandlung von kariösen Läsionen bei Kindern, bei denen ECC diagnostiziert wurde, kann auf verschiedene Arten erfolgen, stellt jedoch für Kinderzahnärzte eine große Herausforderung dar (Schmoeckel et al., 2020). Die zwei Hauptgründe dafür sind:

1. hohe Anzahl an kariösen Läsionen mit sofortigem Behandlungsbedarf
2. die mangelnde/geringe Kooperation des Kindes

Bei solchen Kindern kann eine einfache Applikation der Läsionen mit SDF hilfreich sein, um Karies schnell zu inaktivieren und Zeit zu gewinnen, in der eine positive Einstellung der Kinder zu Zahnärzten aufgebaut werden kann. Zahnärzte können dadurch ein schrittweises Vorgehen bei der zahnärztlichen Behandlung vornehmen und mitunter eine Behandlung unter Narkose vermeiden.

Silberverbindungen werden aufgrund ihrer antimikrobiellen Eigenschaften seit Langem nicht nur in der Medizin, sondern auch in der Zahnmedizin eingesetzt (Rosenblatt et al., 2009; Zhang et al., 2021; Zhao et al., 2018). Im Jahr 2014 genehmigte die FDA die Verwendung von SDF zur Behandlung von empfindlichen/hypersensiblen Zähnen. In Deutschland

ANWENDUNGSMETHODE SDF – SCHRITT FÜR SCHRITT ZUR PRAKTISCHEN UMSETZUNG

- **Aufklärung (Off-Label-Use und Verfärbungen):** Das Produkt ist in Deutschland für die Desensibilisierung zugelassen, die Anwendung zur Kariestherapie ist „Off-Label“. Bei der Applikation bildet sich ein cremeweißes Präzipitat sofern auch Kaliumiodid (grüne Kapsel) appliziert wird. Nach kurzer Zeit werden die Läsionen dunkel, und nach ein paar Tagen sind die kariösen Läsionen meist schwarz (bei „Lichthärten“ mit Polymerisationslampe oftmals sofort). Einige Patienten empfinden einen merkwürdigen Geruch oder Geschmack im Mund (seltener bei Riva Star® Aqua).
- **Reinigung:** Alle Zahnoberflächen werden professionell mit einem Gummikelch und einer fluoridfreien Zahnpasta gereinigt, sodass sich keine Speisereste oder Plaque auf der Oberfläche befinden und somit eine effektive Anwendung der Lösung im gewünschten Bereich gewährleistet ist.
- **Isolation:** Die Oberflächen werden mit Luft getrocknet, um eine Kontamination mit Speichel zu verhindern. Die Zähne werden mithilfe von Zahnfleischbarrieren oder Flüssigkeitsdamm aus dem Kit isoliert. Zusätzlich können Watterollen und Absaugung verwendet werden. Vaseline sollte auf Lippen und andere Oberflächen aufgetragen werden, die in Kontakt kommen können.
- **Applikation:** Die erste Kapsel, d. h. die Silberdiaminfluoridkapsel, wird perforiert und mithilfe des Applikators die Lösung auf die kariöse Läsion aufgetragen. Für eine schnellere Inaktivierung und erhöhte Präzipitation von Silber-Ionen im Dentin hilft die Anwendung der Polymerisationslampe nach Applikation (Toopchi et al., 2021). Danach wird, wenn gewünscht, ebenfalls die Lösung in der grünen Kapsel (Kaliumiodid) appliziert. Dies soll die dunklen Verfärbungen etwas verringern, kann aber die Inaktivierung ebenfalls reduzieren (Turton et al., 2021) und eine spätere Haftung zu Kunststofffüllungen einschränken (Fröhlich et al., 2022; Van Duker et al., 2019; Wu et al., 2016). Eine Kapsel ist i. d. R. ausreichend für die Anwendung an bis zu fünf Zähnen. Bei der Reaktion der Chemikalien entsteht ein cremeweißes Niederschlag, der trocken (mit einem Baumwollpellet) abgetupft werden kann. Vorsicht: Die Lösung verfärbt alles, also auch Kleidung, Zahnarztstühle etc.
- **Abschluss:** Zuletzt wird das gesamte verwendete Isolationsmaterial wieder entfernt und ein Kontrolltermin bzw. Behandlungstermin (für z.B. SMART-Füllung oder Hall-Technik) vereinbart.

wird SDF seit vielen Jahren als Desensibilisierungsmittel und zur Arretierung von Wurzelkaries bei Erwachsenen eingesetzt. Der Off-Label-Einsatz von SDF kann dazu beitragen, Karies bei Kindern, die ansonsten unter Vollnarkose behandelt werden müssten, zu arretieren und dadurch unter Umständen eine Narkose zu vermeiden. Die folgende Tabelle zeigt die Vor- und Nachteile von SDF (Tab. 1).

Indikationen und Kontraindikationen sind in einer Übersicht dargestellt (Tab. 2).

| VORTEILE | NACHTEILE |
|---|---|
| Einfache und schnelle Anwendung | Schwarzfärbung, daher eher unästhetisch |
| Keine umfangreiche Ausrüstung erforderlich | Akzeptanz der Eltern für die Nutzung des Produktes ist abhängig von der Zahnregion und Kooperation des Kindes |
| Schnelle Kariesinaktivierung | |
| Hohe Wirksamkeit, auf höchster Evidenzstufe wissenschaftlich belegt | |
| Kostengünstig | Kostenübernahme nicht durch Krankenversicherung abgedeckt |

Tab. 1: Wichtigste Vor- und Nachteile von Silberdiaminfluorid (SDF).

INDIKATIONEN

Zur Arretierung von Karies bei Patienten mit hohem Kariesrisiko mit aktiven kavitierten Läsionen

Kavitierte Läsionen bei verhaltensauffälligen oder auch Patienten mit allgemeinmedizinischen Erkrankungen

Patienten mit multiplen kavitierten kariösen Läsionen, die nicht in einer Sitzung behandelt werden können

Aufgrund der Lokalisation schwierig zu behandelnde kavitierte kariöse Läsionen

Patienten ohne Zugang oder mit Schwierigkeiten beim Zugang zur zahnärztlichen Versorgung

Aktive kavitierte kariöse Läsionen ohne klinische Anzeichen einer Beteiligung der Pulpa

Hypersensibilität

Wurzelkaries

KONTRAINDIKATIONEN

Zähne mit pulpaler und/oder periapikaler Pathologie und assoziierten Symptomen

Allergie gegen einen der Inhaltsstoffe

Patienten, die sich einer Schilddrüsen-therapie unterziehen (siehe Gebrauchsanweisung Riva Star®, SDI)

Ästhetische Bedenken

Wirtschaftliche Bedenken, da sie in Deutschland nicht von den Krankenkassen übernommen wird

Keine

Keine

Keine

Tab. 2: Zusammenstellung von Indikationen und Kontraindikationen für den Einsatz von Silberdiaminfluorid (SDF) auf Basis verschiedener Studien und Publikationen (Crystal, Marghalani et al., 2017; Hendre et al., 2017).

Karies ist nicht nur die häufigste chronische Krankheit (Benjamin, 2010; Heng, 2016), sondern stellt auch eine enorme wirtschaftliche Belastung für die Gesellschaft dar (Listl et al., 2015; Righolt et al., 2018). Auf Ebene der primären, sekundären und tertiären Kariesprävention wurden diverse Strategien umgesetzt, um die Gesamtbelastung der Bevölkerung und auch der Wirtschaft zu verringern. Dazu gehören ganz allgemein die Verwendung von fluoridhaltigen Zahnpasten, die Fluoridierung von Trinkwasser und Speisesalz, die Anwendung von fluoridhaltigen Lacken und Gelen, die Verwendung von Fluorid-Spülungen, Fissurenversiegelungen und auch die Nutzung von Zuckeraustauschstoffen wie Xylitol (Horst et al., 2018).

Bei einer Defektkaries kann zwischen einer aktiven kariösen Läsion und einer inaktiven/arretierten Läsion unterschieden werden (Tab. 3).

| AKTIVE KARIÖSE LÄSION | INAKTIVE KARIÖSE LÄSION |
|--|---|
| Zeigt aktive demineralisierende Aktivität von Biofilm an, meist reifer Zahnbelag vorhanden | Zeigt an, dass die mikrobielle Aktivität gehemmt wurde |
| Kann im Laufe der Zeit fortschreiten und sich verändern | Zeigt eine verlangsamte Entwicklung an, also kein Fortschreiten |
| Klinisch sichtbar weißlich/gelblich verfärbt (meist kreidig weiß) | Klinisch erscheint es mitunter je nach Tiefe der Läsion als weißlich, braun bis braunschwarz oder schwarz |
| Die Oberflächentextur der Läsion im Zahnschmelz ist matt, verliert an Glanz und wird bei sanfter Sondierung rau | Hart, glatt oder glänzend in der Textur |
| Kariös untermierter Zahnschmelz und kariös aufgeweichte Zahnhartsubstanz können mit der Sonde festgestellt werden. | Kein untermierter Zahnschmelz oder aufgeweichter Boden mit der Sonde nachweisbar |
| Erfordert Management/ Behandlung | Erfordert aus kariologischer Sicht i. d. R. kein Eingreifen, nur Kontrolle |
| Behandlung in Form von Restaurationen oder Methoden zur Karieshemmung durch SDF, Auftragen von Fluoridlack usw. | Beobachtung im Rahmen vorbeugender Maßnahmen und regelmäßiger Nachsorge |

Tab. 3: Zusammenstellung wichtiger Unterschiede zwischen einer aktiven und einer inaktiven kariösen Läsion auf Basis verschiedener Quellen (Nyvad et al., 1999; Nyvad & Baelum, 2018; Séllos & Soviero, 2011).

SDF ist eine wichtige Ergänzung der „Fluorid-Familie“ und wurde 1970 von den Doktoren Nishino und Yamaga erstmals in Japan eingeführt (Crystal & Niederman, 2019). Es kombinierte die antimikrobielle Aktivität von Silber und die remineralisierende Fähigkeit von Fluorid, um Zähne zu desensibilisieren und Karies zu hemmen. 38 % SDF ist eine farblose Flüssigkeit mit hohem

Fluoridgehalt, die etwa 5 % (Horst et al., 2018) oder 44800 ppm Fluorid (Crystal & Niederman, 2019; Gao et al., 2016), 25 % Gewicht/Volumen Silberionen und 8 % Ammoniak in Wasser enthält (Horst et al., 2018). Die Wirksamkeit von SDF zur Hemmung von Karies wurde in Form von verschiedenen systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen klinischer Studien zu SDF untersucht. Nach einer systematischen Übersichtsarbeit von Rosenblatt et al. aus dem Jahr 2009 (Rosenblatt et al., 2009) betrug die Wirkung von SDF bezüglich Karieshemmung und Kariesprävention nach jährlicher Anwendung an Oberkiefer-Frontzähnen im Milchgebiss über 30 Monate 96,1% (Chu et al., 2002) und nach jährlicher Anwendung an Milchmolaren oder ersten permanenten Molaren über 36 Monate 70,3% (Llodra et al., 2005). Der Kariesstillstand durch SDF, sei es allein zu verschiedenen Zeitpunkten (Gao et al., 2016) oder im Vergleich zu aktiven Materialien oder Placebo als Kontrolle, oder keine Behandlung, Placebo, Natriumfluoridlack und GIZ an primären und permanenten Zähnen war in den Studien, die in einer Metaanalyse von Gao et al., 2016, Chibinski et al., 2017 und Oliveira et al., 2019 (Chibinski et al., 2017; Gao et al., 2016; Oliveira et al., 2019) eingeschlossen wurden, konsistent. Horst et al. kamen 2016 in ihrer systematischen Übersicht zu dem Schluss, dass SDF bemerkenswerte kariespräventive und karieshemmende Fähigkeiten aufweist. Sie merkten auch an, dass, obwohl ein einziger Auftrag für nachhaltige Effekte nicht ausreichen mag, die jährliche Applikation einen signifikanten Erfolg zeigt und bei einer halbjährlichen Applikation noch eher zu beobachten ist (Horst et al., 2016). Es ist von einer fast dreimal schnelleren Inaktivierung und besseren Penetration von SDF ins Dentin durch die Anwendung der Polymerisationslampe direkt nach der SDF-Applikation auszugehen (Toopchi et al., 2021). Ein neues Produkt von der Firma SDI ist Riva Star® Aqua. Dieses Silberfluoridprodukt enthält genau wie Riva Star® 38 % Silberfluorid (AgF) als Hauptbestandteil zur Karieshem-



Abb. 7: Riva Star® Aqua Kapseln. Die silberfarbene Kapsel mit der blauen Kappe enthält Silberfluorid (AgF) und die grüne Kapsel enthält Kaliumiodid (KI).

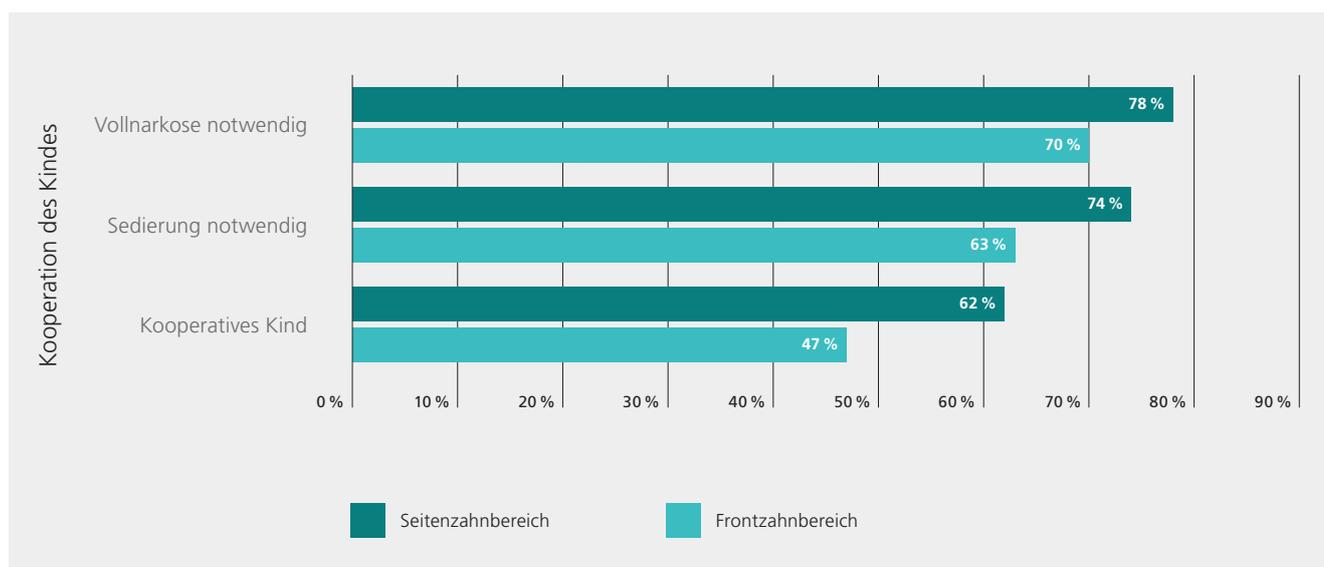


Abb. 8: Akzeptanz der Eltern der Zahnverfärbung durch SDF in Anhängigkeit von der Kooperation des Kindes und des Zahnbereichs. Quelle: (Crystal, Janal et al., 2017).

mung, jedoch ohne Ammoniak, sondern gelöst in Wasser. Dies ist insbesondere vorteilhaft bei Kindern mit Geschmacksempfindlichkeit. Die „grüne“ Kapsel mit Kaliumiodid ist bei Riva Star® Aqua die gleiche wie bei Riva Star® und soll gegen die Verfärbung (also für bessere Ästhetik) wirken. Es gibt einige In-vitro-Studien, die die Reduktion von Bakterien (*S. mutans*) nach alleiniger SDF-Applikation mit der Kombination SDF+KI vergleichen. Diese Studien zeigen, dass im Vergleich zu SDF+KI, SDF allein als eine 38 %-Lösung zu einer deutlich besseren Reduktion von Leitkeimen der Karies (*S. mutans*) führt (Takahashi et al., 2021; Vinson et al., 2018). Darüber hinaus gibt es auch keine klinischen Studien, die im Vergleich zu SDF einen signifikanten Unterschied bei der Reduktion der Verfärbung durch zusätzliches KI zeigen (Abdullah et al., 2020; Takahashi et al., 2021; Turton et al., 2021). Daher sollte sich der Behandler je nach Patientenbedarf genau überlegen, ob die Anwendung von SDF allein oder die Kombination SDF+KI sinnvoller ist. Die Abbildung 7 zeigt die beiden Riva Star® Aqua Kapseln.

Durch SDF ist es möglich, nicht nur bei Kindern Karies zu stoppen, sondern beispielsweise auch Wurzelkaries zu arretieren, tiefe okklusale Läsionen zu remineralisieren und Überempfindlichkeiten bei Erwachsenen zu reduzieren (Hendre et al., 2017). Eine andere systematische Übersichtsarbeit (Seifo et al., 2019) kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass es zwar noch nicht genügend randomisierte kontrollierte Studien für SDF gebe, aber klare Hinweise für die Wirksamkeit von SDF zur Hemmung koronaler kariöser Läsionen bei Kindern im Milchgebiss und zur Hemmung und Prävention von Wurzelkariesläsionen bei älteren Erwachsenen. Die wichtigste Nebenwirkung bei der Anwendung von SDF ist die dunkle Verfärbung des kariösen Zahngewebes. Eine Studie aus Hongkong, an der 799 Kinder in 37 Kindergärten teilnahmen (Duangthip et al., 2018) zeigte, dass, obwohl die Schwarzfärbung der kariösen Läsionen durch 38 %



Abb. 9a–c: Verfärbung an der Haut wegen Kontakt mit SDF. a) fünf Minuten nach der Anwendung; b) zwei Stunden nach der Anwendung und c) zwei Tage nach der Anwendung.



Abb. 10: Eine Isolation der Gingiva mittels flüssigen Kofferdams ist empfehlenswert, um eine Verfärbung dieser Bereiche zu vermeiden (Foto: ZA Mourad).

SDF-Lösung häufig auftrat (65 bis 76 %), die Zufriedenheit der Eltern mit dem Erscheinungsbild der Zähne ihrer Kinder nach 30 Monaten bei 62 bis 71 % lag. Eine webbasierte Umfrage in den USA, bei der Fotos von kariösen Zähnen vor und nach der SDF-Behandlung verwendet wurden, ergab, dass die Eltern die Verfärbung auf den Seitenzähnen für deutlich akzeptabler hielten als an den Frontzähnen. Doch selbst unter denjenigen, die Frontzahnfärbung als unansehnlich empfanden, würde eine signifikante Anzahl von Eltern eine SDF-Behandlung akzeptieren, um eine Behandlung unter Sedierung oder Vollnarkose zu vermeiden (Abb. 8).

SDF kann vorübergehend Haut und Gingiva verfärben, weshalb während der Anwendung der Kontakt mit diesen Geweben vermieden werden sollte (Abb. 9). Eine Isolation mit beispielsweise flüssigem Kofferdam ist dabei empfehlenswert (Abb. 10). Da oftmals die Kooperation der Kinder gering ist, sollten zumindest die Lippen vorher mit Vaseline eingecremt werden, um versehentliche extraorale Verfärbungen zu vermeiden.

Die Verwendung von Kaliumiodid, das nach der SDF-Anwendung zur Kontrolle oder Umkehrung der Verfärbung aufgetragen wird, wurde auch in vielen Studien vorgeschlagen. In einer der Studien mit Erwachsenen wurde jedoch berichtet, dass die Anwendung von Kaliumiodid keinen Einfluss auf die Verringerung der schwarzen Färbung bei Wurzelkaries hatte, insbesondere nicht auf lange Sicht (Li et al., 2016). Für diejenigen Kinder, deren Eltern ästhetische Bedenken haben, können also (anschließende) Restaurationen mit GIZ, Komposit oder zahnfarbenen Kronen zumindest in den ästhetisch relevanten Zonen als definitive Behandlungsoption in Betracht gezogen werden.

Wenn es um die Restauration von Zähnen mit zahnfarbenen Materialien geht, werden am häufigsten Kunststoffe und Glasionomerzemente verwendet (Greenwall-Cohen et al., 2020). Es wurden viele Studien durchgeführt, um die Auswirkungen der Anwendung von SDF-Lösungen auf die Haftung dieser Restaurationsmaterialien am Dentin zu untersuchen. Die Variation der Haftfestigkeit wurde in einer kürzlich veröffentlichten systematischen Übersicht gezeigt (Jiang et al., 2020). Die Haftfestigkeit von GIZ an mit SDF behandeltem Dentin wurde laut einer syste-

matischen Übersicht von Fröhlich et al., 2020 nicht beeinträchtigt. Hinsichtlich der Haftfestigkeit von Dentin nach SDF-Applikation wurde keine Beeinträchtigung der Haftkraft eines Universaladhäsivs, das mit Phosphorsäureätzung verwendet wird, festgestellt (Van Duker et al., 2019). Jedoch scheint die Nutzung von Kaliumiodid (zur Verringerung der Verfärbung) die Haftung zu reduzieren (Fröhlich et al., 2020; Wu et al., 2016; Zhao et al., 2019). Dies sollte berücksichtigt werden, wenn spätere Restaurationen mit Adhäsiven geplant sind. Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit zeigte, dass eine Vorbehandlung mit SDF zu keiner Beeinträchtigung der Haftung von Glasionomerzementen (GIZ) führte, jedoch die Haftfestigkeit bei anschließender adhäsiver Versorgung reduzierte. Ein zusätzlicher Schritt (Läsion nach SDF-Applikation gründlich mit Wasser spülen) soll bei der Versorgung im Adhäsivsystem diese jedoch wieder verbessern (Fröhlich et al., 2022).

Fazit

Wie dieser Patientenfall zeigt, sollte das Kariesmanagement bei einem kleinen und gering kooperativen Kind ein wirksames häusliches Nachputzen mit Fluoridzahnpaste sowie Ernährungsempfehlungen enthalten und indikationsgerecht durch die Applikation von Silberfluoridprodukten ergänzt werden. Anschließend können wenn gewünscht schrittweise restaurative Maßnahmen erfolgen. Dadurch kann mitunter eine risikoreichere, aufwendigere, zeit- und kostenintensive (invasive) Zahnsanierung in Narkose vermieden werden.

Interessenkonflikt

Die Abteilung Kinderzahnheilkunde hat das Produkt Riva Star® im Rahmen einer Studie kostenfrei zur Verfügung gestellt bekommen und wurde für die Durchführung einer Anwendungsbeobachtung von der Firma SDI finanziell unterstützt.

Literatur

Literatur kann bei der Redaktion angefordert bzw. über den QR-Code abgerufen werden.



ZÄ MANASI KHOLE
ZA MHD SAID MOURAD
ZÄ ANNINA VIELHAUER
PROF. DR. CHRISTIAN SPLIETH
OA DR. JULIAN SCHMOECKEL

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Universitätsmedizin Greifswald
Abteilung für Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde
Walther-Rathenau-Straße 42, 17475 Greifswald
Tel.: +49 3834 86-7136
julian.schmoeckel@uni-greifswald.de

Nota bene

Die neuen PAR-Richtlinien sind das „größte Ding der Zahnmedizin in den letzten 15 Jahren“, wie es Christoph Benz, der Präsident der Bundeszahnärztekammer, formulierte.

Die Kolleginnen und Kollegen sind konfrontiert mit neuen Begriffen wie „Behandlungsstrecke“ (durch Einführung eines Therapiekonzeptes über einen Zeitraum von 2–2,5 Jahren), „Nachhaltigkeit“ (durch Einführung der unterstützenden Parodontistherapie) sowie „sprechende Zahnmedizin“ (durch Integration des parodontologischen Aufklärungs- und Therapiegesprächs sowie der patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung).

Die mit der Umsetzung verbundenen Herausforderungen sind nur durch eine intensive teaminterne Kommunikation in einem qualifizierten Team zu lösen! Fragen wie z.B. „**Wer macht was, wann und wie oft?**“ bestimmten schnell einen Teil der Diskussion. Ein gutes Beispiel für die Notwendigkeit entsprechender Zusammenarbeit ist der (folgende) Beitrag von Birgit Schlee, die aus der Sicht einer Dentalhygienikerin die „Orale Inspektion der Mundhöhle–Erkennen von Veränderungen während der PZR“ beschreibt.



„Mithilfe bei der Befunderhebung“ als Unterstützung für die Diagnosefindung und weitere Therapieplanung durch die Zahnärztin/den Zahnarzt umfasst deutlich mehr als die Untersuchung der Zahnhartsubstanzen! Auch das Vestibulum, die Zunge, der Rachen, der Mundboden sowie die Lippen werden in die Inspektion miteinbezogen! Vier Augen sehen mehr als zwei – vor allem nach vorheriger Reinigung! Entscheidend aber bleibt: Die Festlegung von Befunden, Diagnosen und Therapieentscheidungen obliegt dem Zahnarzt, der anwesend sein muss und gerade unklare Befunde sofort angezeigt bekommt.

Prof. Dr. Johannes Einweg

Orale Inspektion der Mundhöhle

Erkennen von Veränderungen während der PZR

DH Birgit Schlee

Nur was wir sehen und erkennen, können wir auch behandeln. Wenn wir unsere Patienten also möglichst ganzheitlich betreuen wollen, sollten wir der oralen Inspektion während der professionellen Zahnreinigung (PZR) einen großen Stellenwert einräumen. Das Erkennen von Veränderungen oder Krankheitsbildern geht allerdings über das bloße Sehen hinaus. Für die Beurteilung und Auswertung sind neben dem klinischen Bild, das sich im Mundraum zeigt, noch viele weitere Faktoren wie Anamnese und Indizes, die Mundhygiene, Ernährung und der Beruf des Patienten ausschlaggebend. Diese einzelnen Parameter sollten wir deshalb zu einem großen Ganzen zusammenfügen.

Eine orale Inspektion umfasst das komplette Vestibulum, die Zunge, den Rachen und den Mundboden sowie die Lippen. Sie dient einerseits dazu, die Behandlung in der professionellen Zahnreinigung (PZR) auf die Bedürfnisse des Patienten individuell zuzuschneiden (bezüglich der Wahl des richtigen Materials und der Instrumente).

Andererseits können mithilfe einer Prüfung der Schleimhaut frühzeitig Veränderungen des Mundraumes festgestellt und so im besten Fall noch präventiv eingegriffen werden. Vor allem zur Früherkennung von Karzinomen leisten wir mit der oralen Inspektion einen wichtigen Beitrag. Denn eine beginnende Tumormprogression vollzieht sich an der

Mundschleimhaut typischerweise ohne subjektive Beschwerden des Patienten.

Natürlich deuten Veränderungen an der Mundschleimhaut nicht immer auf schwerwiegende Erkrankungen hin. Häufig gehen jedoch selbst harmlose Veränderungen mit starken Beschwerden und Schmerzen für den Patienten einher.

Liegen Veränderungen wie untypische Reizungen, Bläschenbildung, verstärkte Bildung von Aphthen, Herpes, Desquamation der Schleimhäute, trockene Lippen, Mundtrockenheit und allergische Reaktionen vor, sollten zunächst mögliche Verletzungen beim Essen und Trinken (harte Brotkrusten, heißer Käse oder Getränke) sowie die generellen Lebens- oder Essgewohnheiten (Energydrinks oder Esstrends) beim Patienten abgefragt werden. Gleichzeitig sollten emotionale Belastungen wie Stress oder veränderte Mundpflegeprodukte abgeklärt werden. Auch hier können Ursachen für Veränderungen in der Mundhöhle liegen.

Veränderungen durch Inhaltsstoffe konventioneller Zahnpflegeprodukte

Die in vielen Pflegeprodukten enthaltenen synthetischen Inhaltsstoffe wie Konservierungs- und antibakterielle Stoffe, Tenside sowie Schaumbildner (z. B. Natriumlaurylsulfat), Farbstoffe wie Titandioxid (CI 77891), Phosphate u. v. m. können sich teilweise aggressiv und stark reizend auf die Schleimhäute unserer Patienten auswirken. Sie können außerdem zur verstärkten Bildung von Zahnstein, Geschmacksbeeinträchtigungen, Farbanlagerungen und metallischem Geschmack im Mund führen. Als Gegen-

maßnahmen helfen hier oft schon die Umstellung auf Pflegeprodukte mit natürlichen Inhaltsstoffen, das Ölziehen sowie die Anwendung wirksamer Hausmittel z. B. auf Basis von Propolis, Aloe vera oder Natron. Stellt der Patient seine Pflegegewohnheiten um, beobachtet die Symptome jedoch weiterhin, meldet er sich gegebenenfalls erneut in der Praxis. Die Smartphone-Apps „ToxFox“ und „CodeCheck“ können ihm helfen, beim Produktkauf unerwünschte Inhaltsstoffe zu identifizieren und zu meiden.

Risikofaktoren für Schleimhautveränderungen

Die häufigsten Risikofaktoren für die Entstehung von Schleimhautveränderungen, präkanzerösen Schleimhautläsionen oder eines Plattenepithelkarzinomes der Mundhöhle sind immer noch Tabak, Drogen- und Alkoholkonsum. Laut Angaben des Robert Koch-Institutes zum Krebsgeschehen erkranken in Deutschland jährlich 10000 Menschen an bösartigen Tumoren der Mundschleimhaut und des Rachens. Gerade Tabak in inhalierter Form oder mit direktem Schleimhautkontakt, wie z. B. durch Snus, lässt das Erkrankungsrisiko bei Rauchern fünf- bis neunmal höher steigen als bei Nichtrauchern.

Die Überlebenswahrscheinlichkeit bzw. die Fünfjahresüberlebensrate hängt mit dem Tumorstadium zusammen, und die Metastasierung oder Bildung eines Rezidivs steigt mit der Größe des Tumors. Deshalb ist die Früherkennung eines Plattenepithelkarzinomes von enormer Bedeutung für den Patienten. Literaturangaben zeigen, dass etwa 70 Prozent der Karzinome erst mit einer Größe von über 3 cm diagnostiziert werden und oft an Stellen liegen (wie z. B. im Zungenboden), die vom Patienten nicht als störend empfunden werden. Auch Leukoplakien werden häufig erst dann wahrgenommen, wenn sie durch Spülungen und Eigenbehandlungen nicht abheilen.

Alkoholkonsum wird immer noch als zweitgrößter Risikofaktor angesehen. Dadurch, dass Alkohol die Permeabilität der Schleimhaut verändert, verstärken sich diese beiden Risikofaktoren bei kombiniertem Konsum und wirken synergis-



Abb. 1: Orale Inspektion zu Beginn der PZR.



Abb. 2: Verletzung am Gaumen durch harte und kantige Nahrung (Brotkruste). – **Abb. 3:** Inspektion des Zungenbodens durch Anheben der Zunge. – **Abb. 4:** Feststellung karziogener Veränderung an der Zunge bei der Zahnreinigung.

tisch. Weiterhin können Immunschwächen, Virusinfektionen (HPV), Candida-Infektionen im Darm, familiäre Faktoren, Nährstoffmangel z. B. von Vitamin D oder C, eine Chemotherapie oder Allgemeinerkrankungen, etwa Diabetes mellitus oder Bluthochdruck, Einfluss auf die Schleimhaut nehmen.

Vor jeder PZR sollte am Behandlungsstuhl deshalb erfragt werden, ob sich die Anamnese verändert hat. Daraus sind dann entsprechende Rückschlüsse zu ziehen. Gerade bei jüngeren Menschen sollte vor allem auch der Konsum von Shisha-Tabak oder Drogen hinterfragt und bei Schäden an Schleimhaut und Zahnschmelz in Betracht gezogen werden.

Lippen nicht vergessen

Auch die Lippen müssen bei der Inspektion der Mundhöhle berücksichtigt werden, denn sie bilden einen natürlichen Infektionsschutz. Sind sie verletzt, dienen sie hingegen Bakterien, Viren und Pilzen als Eintrittspforte in den Körper. Die Lippenhaut besitzt eine extrem dünne Hornhautschicht und einen reduzierten Hydrolipidfilm, d. h., hier sind nur wenig Talgdrüsen sowie keine Schweißdrüsen und Melanozyten vorhanden. Darum re-

agiert die Haut besonders empfindlich auf äußere Einflüsse wie kalte Temperaturen und Heizungsluft. Diese äußeren Einflüsse können zu Trockenheit, Rissen und Rhagaden führen. Dieselben Symptome können jedoch auch auf einen Nährstoffmangel (Eisen, Vitamin B12) hinweisen. Gerade bei Rauchern sollte auf Hautveränderungen an der Lippe geachtet werden, weil hier direkter Hautkontakt mit schädigenden Substanzen vorliegt.

Zungendiagnostik

Auch die Zunge gibt uns Aufschluss über den Gesundheitszustand des Patienten: Nicht nur färbende Nahrungs- und Genussmittel sowie verschiedene Medikamente beeinflussen die Zunge. Zungenbeläge sowie Veränderungen von Form und Farbe können auch auf verschiedene organische Störungen oder Allgemeinerkrankungen hinweisen. Unter Umständen sind sie sogar Anzeichen für ein Zungenkarzinom – denn bösartige Tumore treten besonders häufig an Zunge und Mundboden auf. Deshalb ist es wichtig, den Patienten bei jeder PZR die Zunge herausstrecken zu lassen, um auch den Mundboden gut einsehen zu können.

Durchführung der oralen Inspektion

Zur Durchführung einer oralen Inspektion empfiehlt sich ein Standardinstrumentarium aus Lupenbrille, Grundbesteck, PA-Sonde und Wattestäbchen. Auf diese Dinge sollten Sie bei der Inspektion achten:

- Infektionen an der Lippe
- White Spots, Kariesbildung, Erosionen
- Gingivitis, PA
- Mundtrockenheit, Mundgeruch
- Pilzinfektionen (*Candida albicans*)
- Blutungen der Schleimhäute in Verbindung mit Zahnersatz
- Scharfe Kanten
- Überstehende Füllungen
- Desquamationen
- Schleimhautveränderungen

Unklare Veränderungen müssen immer schriftlich dokumentiert, mit einem Bild festgehalten und mit dem Behandler abgeklärt werden. Nicht selten entpuppen sich scheinbar harmlose Auffälligkeiten, die zunächst nach einer homogenen Leukoplakie aussehen, nach histologischer Untersuchung als ein Plattenepithelkarzinom der Mundhöhle im frühen Stadium (Carcinoma in situ).



Abb. 5: Befunderhebung mit einer millimeterskalierten PA-Sonde der Indizes.

Generell sollten traumatische Läsionen und Entzündungen nach zehn bis 14 Tagen abgeheilt sein. Vereinbaren Sie deshalb nach dieser Zeitspanne einen Kontrolltermin mit dem Patienten, ohne ihn zu verunsichern. Dennoch sollte seine Aufmerksamkeit für die Schleimhautveränderung geschärft werden.

Erfahrungswerte wichtig

Es ist in der PZR nicht wichtig, genau zu erkennen, welche Veränderungen in der Mundhöhle vorliegen. Vielmehr sollte man ein Gespür dafür entwickeln, wenn etwas von der normalen Situation abweicht. Hierfür braucht es jedoch Wissen und Erfahrung. Die PZR sollte darum stets nur von qualifiziertem Personal durchgeführt werden. Außerdem ist es sinnvoll, dass Röntgenaufnahmen oder Kontrolluntersuchungen stets separat oder im Anschluss an die PZR terminiert werden, damit immer genügend Zeit für

die Inspektion und Zahnreinigung zur Verfügung steht.

Fazit: Inspektion ist gut für die Patientenbindung

Die individuelle PZR ist immer weit mehr als nur eine Reinigung der Zähne: Veränderungen zu erkennen, kann Ihre Patienten vor ernsthaften gesundheitlichen Folgen bewahren. Der Patient spürt zudem die intensive Betreuung und dass Sie sich Zeit für ihn nehmen. Dadurch fühlt er sich wertgeschätzt. Vertrauen und Zufriedenheit wachsen – und zufriedene Patienten sind letztendlich die beste Werbung für die Praxis.

Bilder: © DH Birgit Schlee

Literatur

Literatur kann bei der Redaktion angefordert bzw. über den QR-Code abgerufen werden.



BIRGIT SCHLEE

Schlee Dentalhygiene
Arndtstraße 23, 74074 Heilbronn
Tel.: +49 7131 4053593
info@schlee-dentalhygiene.de
www.schlee-dentalhygiene.de

BPA-freies Komposit mit exzellenter Festigkeit und Ästhetik

Das neue BPA-freie Universalkomposit von SDI bietet leichte Modellierbarkeit, nicht-klebrige Konsistenz, sehr hohe Röntgenopazität und verlässliche mechanische Eigenschaften. Über hundert Zahnärzte weltweit haben Luna 2 schon in einem speziellen „Prerelease“ klinisch genutzt und positiv bewertet. Zur Verbesserung der Farbtreue sorgt Luna 2 mit „Logical Shade Matching Technology“ und Chamäleon-Effekt für eine leichtere und exaktere Farbauswahl. Die Farben wurden mit Helligkeit als Priorität entwickelt und die Pigmente logisch ansteigend arrangiert; dies vereinfacht und beschleunigt die Abgleichung mit der VITA classical® Farbskala. Die Formulierung von Luna 2 überzeugt zudem durch lebensechte Transluzenz, Opaleszenz und Fluoreszenz. Den Patienten ermöglicht dies ästhetischere Füllungen, mit guter Politur und Verschleißfestigkeit für Langlebigkeit und hervorragende klinische Leistung. Darüber hinaus hat Luna 2 eine hohe Druckfestigkeit von 360 MPa, um auch starken Kaukräften standzuhalten, eine sehr hohe Biegefestigkeit von 130 MPa, um das Versagensrisiko in stark belasteten Bereichen zu verringern, und eine exzellente Röntgenopazität von 250 Prozent Al, um durch einen klaren Kontrast leicht und präzise erkennbar zu sein und so Diagnosen zu vereinfachen. Doch Luna 2 bietet nicht nur exzellente Festigkeit und Ästhetik, sondern ist auch BPA-frei – ein wichtiger Vorteil bei gesundheitsbewussten Patienten. Erhältlich ist Luna 2 in Spritzen und Complets (Einmaldosen), in zwölf Farben, inklusive einer inzisalen, zwei opaker und zwei Extra-Bleach-Farben. Luna 2 harmoniert gut mit Luna Flow – dem neuen fließfähigen Luna. Luna 2 ist eine australische Innovation von SDI.

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an SDI unter www.sdi.com.au

Infos zum Unternehmen



SDI GERMANY GMBH

Tel.: +49 2203 9255-0
www.sdi.com.au



InteraDent

Ihr klimaneutrales
Dentallabor für Zahnersatz
& Zahnästhetik

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.



Robert Hellhammer
Ihr Berater

+49 (0)151 61 54 28 79



Ich bin für Sie
in Bayern da!



RECYCELN SIE DAS ZAHNGOLD IHRER PATIENTEN.

DAS SCHÜTZT DEN REGENWALD.

www.kulzer.de/zahngold

PRAXIS-AKTIONS-PAKET
kostenlos anfordern

Zahngold-Recycling für mehr Nachhaltigkeit

Mit nur 0,5 Promille CO₂ hat recyceltes Zahngold eine deutlich bessere Umweltbilanz als Gold, das in Minen oder Bergwerken gewonnen wurde. Bereits heute verwendet Kulzer 70 Prozent recyceltes Gold aus Kronen und Brücken in seinen Legierungen. Gemeinsam mit Praxen und Patienten möchte Kulzer nun noch nachhaltiger werden und unterstützt Sie mit einem kostenlosen wie attraktiven Aktionspaket. Das beinhaltet Urkunden zum Umweltschutz für den Empfangsbereich, Aufsteller für das Wartezimmer, Patienteninformationen und eine sichere wie praktische Sammeldose. Ebenso stellt Kulzer den Praxen passgenaue Texte für die Homepage und Social-Media-Accounts zur Verfügung, um die Patienten thematisch abzuholen. Dabei garantiert Kulzer als Recycling-Experte reibungslose und nachvollziehbare Abläufe – von der Abholung des Zahngoldes über die Reinigung, Schmelze und Analyse bis hin zur Auszahlung nach tagesaktuellen Ankaufspreisen. Auch eine Spende vom Patienten, der Praxis oder beiden zusammen an eine gemeinnützige Organisation nach Wahl ist selbstverständlich möglich. Mehr Informationen unter: Tel.: 0800 4372522, Taste 3.

Quelle: Kulzer GmbH

Infos zum Unternehmen



KULZER GMBH
Tel.: 0800 4372522
www.kulzer.de



© sdecoret – stock.adobe.com

eazf Tipp

7. Bayerischer Unternehmer-Tag für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Termin:

Samstag, 2. Juli 2022
10.00–16.00 Uhr

Kursort:

HypoVereinsbank Nürnberg
Lorenzer Platz 21
Raum „Rom“ (UG), Eingang Pfarrgasse 11
90402 Nürnberg

Referenten:

Dr. Philip Gisdakis, Thomas Kroth, Ernst Wild, Bernhard Fuchs, Birthe Gerlach

Kongressgebühr:

125 Euro

Kursnummer:

82740

Zahnärztinnen und Zahnärzte sind heute nicht mehr nur Mediziner. Sie sind gleichermaßen zu unternehmerischem Denken und Handeln veranlasst. Dabei sind Ideen, Kreativität, strategisches Handeln und unternehmerische Entscheidungen gefragt.

Der 7. Bayerische Unternehmer-Tag möchte Sie auf dem Weg Ihrer unternehmerischen Entscheidungen mit Denkanstößen für eigene unternehmerische Strategien und Konzepte begleiten. Daneben bietet er ein Forum, mit den Referenten zu diskutieren und motivierende Impulse für Ihre Tätigkeit in der Praxis zu erhalten.

Nutzen Sie diesen Tag als willkommene und inspirierende Abwechslung zum Praxisalltag.

Wir versprechen Ihnen informative Vorträge und freuen uns, Sie in Nürnberg begrüßen zu dürfen!

Programm:

- Pandemie, Inflation, Geopolitik, Klima – Was bewegt Wirtschaft und Märkte, was bedeutet das für Finanzanlagen?
- Aktuelle Tipps zum Arbeitsrecht
- Aktuelle Entwicklungen am Markt für Wohnimmobilien in Bayern
- Wie komme ich sicher durch die Betriebsprüfung?
- Stress lass nach ... – Anti-Stressmanagement und Stressbewältigung

Fortbildungspunkte: 7



INFORMATION UND BUCHUNG

Details und Registrierung unter:
www.eazf.de/sites/zahnaerzte-unternehmertag



eazf Fortbildungen

| KURS-NR. | THEMA | DOZENT | DATEN | € | PKT | ZIELGRUPPE |
|----------|--|---|--|-----|-----|--|
| Y72764 | Intensiv-Kurs Verwaltung | Susanne Eßer | Mo., 20.06.2022 09.00 Uhr, Nürnberg Akademie | 450 | 0 | ZAH/ZFA, WE |
| Y52767 | Abrechnung Compact – Modul 3: Prothetische Leistungen | Irmgard Marischler | Di., 21.06.2022 09.00 Uhr, Regensburg | 365 | 0 | ZAH/ZFA, ZMV, PM |
| Y72766 | Einführung in das Qualitätsmanagement: Basisseminar | Brigitte Kühn | Mi., 22.06.2022 09.00 Uhr, Nürnberg Akademie | 365 | 0 | ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH, QMB |
| Y62765 | OP-Workshop für die chirurgische und implantologische Assistenz | Marina Nörr-Müller | Fr., 24.06.2022 09.00 Uhr, München Akademie | 365 | 0 | ZAH/ZFA |
| Y72767 | Schienenherstellung im Praxislabor | Konrad Uhl | Sa., 25.06.2022 09.00 Uhr, München Akademie | 375 | 0 | ZAH/ZFA |
| Y62766 | Betriebswirtschaft für Praxispersonal: Lohnbuchhaltung – Grundlagen und Optimierungsansätze | Dr. Marc Elstner | Sa., 25.06.2022 09.00 Uhr, München Flößergasse | 365 | 0 | ZMV, PM |
| Y62767 | Aufbereitung von Medizinprodukten – Erwerb der Sachkenntnisse gem. MPBetreibV | Marina Nörr-Müller | Mo., 27.06.2022 09.00 Uhr, München Akademie | 795 | 0 | ZAH/ZFA |
| Y62264 | Die Angst vergeht – der Zauber bleibt! Zauberhaft leichter Umgang mit ängstlichen Kindern und Eltern | Annalisa Neumeyer | Mi., 29.06.2022 09.00 Uhr, München Flößergasse | 365 | 7 | ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH |
| Y62768 | Festzuschüsse mit Berechnung zahntechnischer Leistungen beim GKV-Patienten | Evelin Steigenberger | Mi., 29.06.2022 09.00 Uhr, München Flößergasse | 365 | 0 | ZAH/ZFA, ZMV, PM |
| Y72769 | Arbeitsschutz und -sicherheit auf Basis des BLZK-Präventionskonzepts (BuS-Dienst) | Dora M. von Bülow | Mi., 29.06.2022 09.00 Uhr, Nürnberg Akademie | 365 | 0 | ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH, QMB |
| Y62700 | Gute Arbeit braucht Methode – Qualitätsmanagement im Team umsetzen | Brigitte Kühn | Mi., 29.06.2022 09.00 Uhr, München Flößergasse | 365 | 0 | ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH, QMB, WE |
| Y62263 | Social Media – Neue Wege der Patienten- und Mitarbeitergewinnung | Sabine Nemeč | Mi., 29.06.2022 14.00 Uhr, München Flößergasse | 255 | 4 | ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH |
| Y62769 | Abrechnung Compact – Modul 3: Prothetische Leistungen | Irmgard Marischler | Do., 30.06.2022 09.00 Uhr, München Flößergasse | 365 | 0 | ZAH/ZFA, ZMV, PM |
| Y62268 | Online-Seminar: Update Notfallmanagement in der zahnärztlichen Praxis | Jürgen Krehle, Dennis Wölfle | Fr., 01.07.2022 14.00 Uhr, ONLINE-Fortbildung | 250 | 5 | ZA, ZAH/ZFA, TEAM, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH |
| Y62269 | Einfach besser SEHEN! Sehtraining zur Förderung der Gesundheit | Doris Lederer | Sa., 02.07.2022 09.00 Uhr, München Flößergasse | 365 | 11 | ZA, ZAH/ZFA, ZMV, PM, ZMF, ZMP, DH |
| Y72268 | Craniomandibuläre Dysfunktion/ CMD – Das AquaSplint Konzept | D.D.S./Syr. Dr. Aladin Sabbagh | Sa., 02.07.2022 09.00 Uhr, Nürnberg Akademie | 445 | 11 | ZA |
| Y62620-4 | BWL – Steuerungsinstrumente, Umsatz und Liquidität, Controlling, Marketing | Dr. Ralf Schauer, Rudolph Spaan, Dr. Ralf Peiler | Sa., 02.07.2022 09.00 Uhr, München Flößergasse | 125 | 8 | ZA, ASS |
| Y82740 | 7. Bayerischer Unternehmer-Tag für Zahnärztinnen und Zahnärzte | Dr. Philip Gisdakis, Thomas Kroth, Ernst Wild, Bernhard Fuchs, Birthe Gerlach | Sa., 02.07.2022 10.00 Uhr, HypoVereinsbank Nürnberg | 125 | 7 | ZA, ZÄ, PM |
| Y62773 | Die qualifizierte Assistenz in der Chirurgie und Implantologie | Marina Nörr-Müller | Mi., 06.07.2022 09.00 Uhr, München Akademie | 365 | 0 | ZAH/ZFA |
| Y72274 | Präventionskonzept Arbeitsschutz: Erstschtulung BuS-Dienst | Matthias Hajek | Mi., 06.07.2022 14.00 Uhr, Nürnberg Akademie | 300 | 6 | ZA |
| Y72686 | Qualitätsmanagementbeauftragte/eazf (QMB) | Marina Nörr-Müller, Dora M. von Bülow, Brigitte Kenzel, Ria Röpfl | Do., 07.07.2022 09.00 Uhr, Nürnberg Akademie | 850 | 32 | ZAH/ZFA, ZMV, PM, QMB |
| Y62276 | Datenschutzbeauftragte/-r in der Zahnarztpraxis (DSB) | Regina Kraus | Fr., 08.07.2022 09.00 Uhr, ONLINE-Fortbildung | 395 | 8 | ZA, ZMV, PM, QMB |

Kursprogramm Betriebswirtschaft



| DATUM | ORT | UHRZEIT | KURS | THEMEN |
|--|---------------------|------------------------------------|---------|--|
| 16. Juli 2022 | Nürnberg | 9.00–17.00 Uhr | Kurs C | <ul style="list-style-type: none"> – Wichtige Verträge und juristische Tipps zur Vertragsgestaltung – Rechte und Pflichten des Zahnarztes – Praxisformen und Kooperationsmöglichkeiten |
| 02. Juli 2022 30. Juli 2022 | München Nürnberg | 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr | Kurs D | <ul style="list-style-type: none"> – Unternehmerische Steuerungsinstrumente – Spannungsfeld Umsatz, Rentabilität, Liquidität – Praxismarketing oder berufswidrige Werbung? – Wie mache ich meine Praxis zur Marke? |
| 16. September 2022 07. Oktober 2022 | Nürnberg München | 14.00–18.30 Uhr 14.00–18.30 Uhr | Kurs E1 | <ul style="list-style-type: none"> – Erfolgreiche Personalarbeit – Ein Praxiskonzept – Wie strukturiere ich die Praxis sinnvoll? – Personalarbeit als Prozess im QM – 6 Stufen einer erfolgreichen Personalbeschaffung |
| 17. September 2022 08. Oktober 2022 | Nürnberg München | 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr | Kurs E2 | <ul style="list-style-type: none"> – Erfolgreiche Personalarbeit – Ausbildungswesen und Mitarbeiterführung – Arbeitsrecht in der Zahnarztpraxis |
| 05. November 2022 03. Dezember 2022 | München Nürnberg | 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr | Kurs F | <ul style="list-style-type: none"> – Grundkenntnisse der GOZ-Abrechnung und Auszüge aus der GOÄ |
| 19. November 2022 26. November 2022 | München Nürnberg | 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr | Kurs G | <ul style="list-style-type: none"> – Abrechnung nach BEMA mit Fallbeispielen |
| 10. Dezember 2022 17. Dezember 2022 | München Nürnberg | 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr | Kurs H | <ul style="list-style-type: none"> – Grundkenntnisse der ZE-Abrechnung, befundorientierte Festzuschüsse und Dokumentation |

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: eazf GmbH, Fallstraße 34, 81369 München, Telefon: 089 230211-422,

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

Veranstaltungskalender

| DATUM | ORT | THEMA | INFORMATION/ANMELDUNG |
|----------------|----------|---|---|
| Juli | | | |
| 02.07.2022 | Nürnberg | Bayerischer Unternehmer-Tag für Zahnärztinnen und Zahnärzte | eazf GmbH Fallstraße 34, 81369 München Internet: www.eazf.de |
| 09.07.2022 | München | Tag der Akademie: Parodontologie 2022 von A–Z | eazf GmbH Fallstraße 34, 81369 München Internet: www.eazf.de |
| 15.07.2022 | Fürth | Praxisbegehungen Update 2022 | eazf GmbH Fallstraße 34, 81369 München Internet: www.eazf.de |
| 15./16.07.2022 | Seeon | Sommerfortbildung des VFwZ: „Zahnärztliche Chirurgie im 21. Jahrhundert“ | eazf GmbH Fallstraße 34, 81369 München Internet: www.eazf.de |
| November | | | |
| 19.11.2022 | Nürnberg | Tag der Akademie: Parodontologie 2022 von A–Z | eazf GmbH Fallstraße 34, 81369 München Internet: www.eazf.de |

Niederlassungsseminare 2022



| DATUM, UHRZEIT, ORT | THEMEN |
|---|---|
| <p>Samstag, 9. Juli 2022 9.00–17.00 Uhr München</p> <p>Weiteres Niederlassungsseminar: 15. Oktober 2022, Nürnberg</p> <p>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.</p> | <p>Betriebswirtschaftliche, rechtliche und steuerliche Aspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grundsätzliche Gedanken zur Niederlassung, Praxisbewertung, Praxisformen – Wichtige Verträge für die Praxis, Wissenswertes aus dem Steuerrecht <p>Rechtliche Aspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> – Welche Praxisformen gibt es? – Wichtige Verträge für die Praxis – Arbeitsrechtliche Aspekte der Praxisübernahme <p>Praxisfinanzierung und Businessplan</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kapitalbedarf und Finanzierungsmittel, staatliche Fördermöglichkeiten – Erstellung eines Businessplans <p>Versicherungen und Vorsorge</p> <ul style="list-style-type: none"> – Wichtige und zwingend notwendige (Praxis-)Versicherungen, Existenzschutz – Gesetzliche oder private Krankenversicherung? – VVG – Beratung und Gruppenverträge <p>Praxisgründung mit System – Ein Leitfaden</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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: 62650, Kursgebühr: 50 Euro (inklusive ausführlicher digitaler Kursunterlagen)

Veranstaltungsort: eazf München, Flößergasse 1, 81369 München

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

Praxisübergabeseminare 2022



| DATUM, UHRZEIT, ORT | THEMEN |
|---|--|
| <p>Samstag, 9. Juli 2022 9.00–17.00 Uhr München</p> <p>Weiteres Praxisübergabeseminar: 15. Oktober 2022, Nürnberg</p> <p>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.</p> | <p>Praxisübergabe mit System – Ein Leitfaden</p> <ul style="list-style-type: none"> – Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Praxisübergabe – Das Praxisexposé als Verkaufsunterlage – Abgabe der Zulassung und Meldeordnung, Praxisschließung <p>Planung der Altersvorsorge</p> <ul style="list-style-type: none"> – Versorgungslücke im Alter: Reicht die berufsständische Versorgung? – Überprüfung der Kranken- und Pflegeversicherung im Alter <p>Praxisbewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Preisgestaltung und Wertbildung – Bewertungsanlässe, -verfahren und -kriterien – Das modifizierte Ertragswertverfahren? <p>Rechtliche Aspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mietvertrag, Betriebsübergang, Arbeitsverhältnisse – Übergangs-Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisübergabevertrag <p>Steuerliche Aspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sind Investitionen noch sinnvoll? – Freibeträge und Steuervergünstigungen, Besteuerung von Rentnern – Nachfolgegestaltung mit Angehörigen: Schenken oder verkaufen? |

Kursnummer: 62640, Kursgebühr: 50 Euro (inklusive ausführlicher digitaler Kursunterlagen)

Veranstaltungsort: eazf München, Flößergasse 1, 81369 München

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



Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen für Praxispersonal

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

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

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

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

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

Für die eazf sprechen viele Gründe:

- Praxiserfahrene und fachlich umfassend qualifizierte Dozenten
- Digitale Kursunterlagen und Unterstützung mit Materialien
- Praktischer Unterricht in Kleingruppen mit intensiver Betreuung durch Instruktor/-innen
- Praxisnahe Fortbildung mit Übungen an Behandlungsstühlen und Phantomkopf
- Gegenseitige Übungen und Patientenbehandlungen
- Moderne Simulationseinheiten (Phantomköpfe) mit hochwertiger technischer Ausstattung
- Kooperation mit der Universitätszahnklinik München (Prof. Dr. Reinhard Hickel, Dr. Peter Wöhrle)
- Beratung und Betreuung durch Mitarbeiter/-innen der eazf während des gesamten Lehrgangs
- Intensive Vorbereitung auf die Prüfungen vor der BLZK
- Förderung nach Meister-BAföG (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 StrlSchV, Erste-Hilfe-Kurs 16 Monate berufsbegleitend, Prüfung BLZK | |
| Qualitätsmanagementbeauftragte/-r eazf | | | |
| Datenschutzbeauftragte/-r eazf | 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 StrlSchV, Erste-Hilfe-Kurs 12 Monate berufsbegleitend, Prüfung BLZK | |
| Betriebswirtschaft für Praxispersonal | | | |
| Die Praxismanagerin als Führungskraft | | | |
| Abrechnung Compact | ANPASSUNGSFORTBILDUNGEN | | |
| Chirurgische Assistenz | Prophylaxe Basiskurs 60 Unterrichtsstunden Nachweis StrlSchV | Prothetische Assistenz 40 Unterrichtsstunden Nachweis StrlSchV | KFO-Assistenz 60 Unterrichtsstunden Nachweis StrlSchV |
| Hygiene in der Zahnarztpraxis | 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 | 2.950 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 |

Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2022/2023



Bitte beachten Sie die Hinweise zum Prüfungsort¹

| | VORAUSSICHTLICHER PRÜFUNGSSTERMIN | ANMELDESCHLUSS INKL. VOLLSTÄNDIGER ZULASSUNGSUNTERLAGEN |
|--------------------------|--------------------------------------|---|
| ZMP Schriftliche Prüfung | 6.9.2022 | 30.7.2022 |
| ZMP Praktische Prüfung | 13.9.–17.9.2022 | 30.7.2022 |
| ZMP Schriftliche Prüfung | 15.3.2023 | 4.2.2023 |
| ZMP Praktische Prüfung | 21.3.–25.3.2023 | 4.2.2023 |
| ZMP Schriftliche Prüfung | 7.9.2023 | 30.7.2023 |
| ZMP Praktische Prüfung | 11.9.–14.9.2023 22.9.–23.9.2023 | 30.7.2023 |
| | | |
| DH Schriftliche Prüfung | 5.9.2022 | 30.7.2022 |
| DH Praktische Prüfung | 7.9.–10.9.2022 | 30.7.2022 |
| DH Mündliche Prüfung | 12.9.–13.9.2022 | 30.7.2022 |
| DH Praktische Prüfung | 1.9.–2.9.2023 4.9.–5.9.2023 | 30.7.2023 |
| DH Schriftliche Prüfung | 6.9.2023 | 30.7.2023 |
| DH Mündliche Prüfung | 15.9.–16.9.2023 | 30.7.2023 |
| | | |
| ZMV Schriftliche Prüfung | 30.8.–31.8.2022 | 30.7.2022 |
| ZMV Mündliche Prüfung | 1.9.–3.9.2022 | 30.7.2022 |
| ZMV Schriftliche Prüfung | 7.3.–8.3.2023 | 4.2.2023 |
| ZMV Mündliche Prüfung | 9.3.–13.3.2023 | 4.2.2023 |
| ZMV Schriftliche Prüfung | 30.8.–31.8.2023 | 30.7.2023 |
| ZMV Mündliche Prüfung | 6.9.–9.9.2023 | 30.7.2023 |

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

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

Prüfungsgebühren für Aufstiegsfortbildungen BLZK nach den Prüfungsvorschriften ab 1.1.2017:

| | |
|-----|----------|
| ZMP | 460 Euro |
| ZMV | 450 Euro |
| DH | 670 Euro |

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

Veröffentlichung der Übersichten zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung gem. § 95 Abs. 1b Satz 6 SGB V

§ 95 Abs. 1b SGB V sieht für krankenhausgetragene MVZ eine eingeschränkte Gründungsbefugnis vor. Ob bzw. in welchem Umfang ein Krankenhaus in einem Planungsbereich noch ein zahnmedizinisches/ kieferorthopädisches MVZ gründen kann, orientiert sich am Versorgungsanteil, den das Krankenhaus im betroffenen Planungsbereich konkret einnehmen darf.

Die KZVB ist nach der vorgenannten gesetzlichen Bestimmung verpflichtet, die Übersichten zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung jährlich mit Stand zum 31. Dezember zu erstellen und diese bis zum 30. Juni des jeweils folgenden Jahres zu veröffentlichen. In Erfüllung dessen finden Sie nachfolgend die aktuelle Übersicht zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung in den einzelnen Planungsbereichen der KZVB. Darin sind

alle normal- und überversorgten Planungsbereiche nach den acht Bezirken sowohl für den zahnärztlichen als auch kieferorthopädischen Bereich aufgeführt. Drei Planungsbereiche lagen zum 31.12.2021 unter 50 Prozent. Hierbei handelt es sich um die kieferorthopädischen Planungsbereiche „Lkrs. Tirschenreuth“, „Lkrs. Kronach“ und „Lkrs. Haßberge“.

Zur Erläuterung der Übersichten:

- **Versorgungsgrad ab 110 Prozent:** zulässige Versorgungsanteil eines krankenhausgetragenen MVZs maximal 5 Prozent.
- **Versorgungsgrad von 50 bis 110 Prozent:** Versorgungsanteil eines krankenhausgetragenen MVZs maximal 10 Prozent, bei einem Versorgungsgrad zwischen 50 und 99,9 Prozent mindestens fünf Vollzeitäquivalente.
- **Versorgungsgrad unter 50 Prozent:** zulässige Versorgungsanteil eines krankenhausgetragenen MVZs maximal 20 Prozent.

Zahnärztliche Versorgung

| 1 | 2 | 3 |
|------------------------------------|--|--|
| Planungsbereich | allgemeiner bedarfsgerechter Versorgungsgrad | Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung in Prozent |
| München Stadt | 1 194,6 | 120,5 |
| Lkrs. München | 218,6 | 120,4 |
| Lkrs. Altötting | 66,6 | 113 |
| Lkrs. Bad Tölz-Wolfratshausen | 74,8 | 127,3 |
| Lkrs. Berchtesgadener Land | 63,3 | 119,7 |
| Lkrs. Dachau | 89,2 | 107,1 |
| Lkrs. Ebersberg | 83,6 | 112,7 |
| Lkrs. Eichstätt | 77,3 | 73,1 |
| Lkrs. Erding | 80,7 | 106,3 |
| Lkrs. Freising | 107,4 | 97,8 |
| Lkrs. Fürstenfeldbruck | 125,7 | 121,7 |
| Lkrs. Garmisch-Partenkirchen | 52,1 | 150,2 |
| Ingolstadt Stadt | 114,1 | 100,6 |
| Lkrs. Landsberg | 71,0 | 110,2 |
| Lkrs. Miesbach | 59,2 | 108,5 |
| Lkrs. Mühldorf | 68,5 | 108 |
| Lkrs. Neuburg-Schrobenhausen | 57,1 | 88,4 |
| Lkrs. Pfaffenhofen | 75,2 | 103,7 |
| Rosenheim Stadt u. Lkrs. Rosenheim | 192,7 | 117,9 |
| Lkrs. Starnberg | 81,5 | 146,9 |
| Lkrs. Traunstein | 105,4 | 113,1 |
| Lkrs. Weilheim-Schongau | 80,3 | 111,8 |
| Lkrs. Aichach-Friedberg | 78,1 | 86,7 |
| Augsburg Stadt | 253,2 | 107,8 |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| Planungsbereich | allgemeiner bedarfsgerechter Versorgungsgrad | Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung in Prozent |
| Lkrs. Augsburg | 149,0 | 88,4 |
| Lkrs. Dillingen | 56,9 | 87,9 |
| Lkrs. Donau-Ries | 80,4 | 99,5 |
| Lkrs. Günzburg | 75,4 | 87,2 |
| Kaufbeuren Stadt u. Lkrs. Ostallgäu | 110,1 | 115,8 |
| Kempten Stadt u. Lkrs. Oberallgäu | 134,1 | 118,2 |
| Lkrs. Lindau | 48,9 | 135,5 |
| Memmingen Stadt u. Lkrs. Unterallgäu | 113,7 | 102,7 |
| Lkrs. Neu-Ulm | 103,6 | 110,3 |
| Lkrs. Deggendorf | 71,2 | 106,0 |
| Lkrs. Dingolfing-Landau | 58,8 | 105,4 |
| Lkrs. Freyung-Grafenau | 45,9 | 72,4 |
| Lkrs. Kelheim | 71,9 | 113,0 |
| Landshut Stadt u. Lkrs. Landshut | 138,4 | 114,0 |
| Passau Stadt u. Lkrs. Passau | 146,9 | 118,8 |
| Lkrs. Regen | 45,6 | 109,6 |
| Lkrs. Rottal-Inn | 71,4 | 81,2 |
| Straubing Stadt u. Lkrs. Straubing-Bogen | 88,3 | 114,7 |
| Amberg Stadt u. Lkrs. Amberg-Weizsäckchen | 85,8 | 111,0 |
| Lkrs. Cham | 75,8 | 96,6 |
| Lkrs. Neumarkt | 79,6 | 112,1 |
| Regensburg Stadt | 128,2 | 123,8 |
| Lkrs. Regensburg | 111,4 | 98,5 |
| Lkrs. Schwandorf | 87,5 | 109,1 |
| Lkrs. Tirschenreuth | 42,2 | 90,6 |
| Weiden Stadt u. Lkrs. Neustadt a. d. Waldnaab | 81,9 | 120,3 |
| Ansbach Stadt u. Lkrs. Ansbach | 134,2 | 101,5 |
| Erlangen Stadt | 94,6 | 115,2 |
| Lkrs. Erlangen-Höchstädt | 81,4 | 110,9 |
| Fürth Stadt | 99,0 | 109,3 |
| Lkrs. Fürth | 67,8 | 110,3 |
| Lkrs. Neustadt/Aisch – Bad Windsheim | 59,2 | 92,5 |
| Nürnberg Stadt | 417,5 | 110,1 |
| Lkrs. Nürnberger Land | 99,9 | 112,6 |
| Schwabach Stadt u. Lkrs. Roth | 98,3 | 108,1 |
| Lkrs. Weißenburg-Gunzenhausen | 55,9 | 101,5 |
| Bamberg Stadt u. Lkrs. Bamberg | 133,4 | 119,9 |
| Bayreuth Stadt u. Lkrs. Bayreuth | 105,9 | 110,7 |
| Coburg Stadt u. Lkrs. Coburg | 76,7 | 105,9 |
| Lkrs. Forchheim | 67,2 | 122,0 |
| Hof Stadt u. Lkrs. Hof | 84,0 | 101,5 |
| Lkrs. Kronach | 39,1 | 96,5 |
| Lkrs. Kulmbach | 42,1 | 93,2 |
| Lkrs. Lichtenfels | 39,7 | 106,4 |
| Lkrs. Wunsiedel | 43,0 | 95,3 |
| Aschaffenburg Stadt u. Lkrs. Aschaffenburg | 145,8 | 123,5 |
| Lkrs. Bad Kissingen | 60,6 | 107,7 |
| Lkrs. Haßberge | 49,2 | 112,8 |
| Lkrs. Kitzingen | 53,9 | 107,6 |

| 1 | 2 | 3 |
|--|--|--|
| Planungsbereich | allgemeiner bedarfsgerechter Versorgungsgrad | Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung in Prozent |
| Lkrs. Main-Spessart | 74,1 | 100,5 |
| Lkrs. Miltenberg | 75,4 | 82,6 |
| Lkrs. Rhön-Grabfeld | 47,1 | 100,3 |
| Schweinfurt Stadt u. Lkrs. Schweinfurt | 101,8 | 94,1 |
| Würzburg Stadt | 105,2 | 137,8 |
| Lkrs. Würzburg | 93,6 | 82,8 |

Kieferorthopädische Versorgung

| 1 | 2 | 3 |
|--------------------------------------|--|--|
| Planungsbereich | allgemeiner bedarfsgerechter Versorgungsgrad | Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung in Prozent |
| München Stadt u. Lkrs. München | 75,5 | 193,7 |
| Lkrs. Altötting | 4,8 | 83,3 |
| Lkrs. Bad Tölz-Wolfratshausen | 5,5 | 140,9 |
| Lkrs. Berchtesgadener Land | 4,1 | 195,1 |
| Lkrs. Dachau | 6,9 | 144,9 |
| Lkrs. Ebersberg | 6,7 | 149,3 |
| Lkrs. Eichstätt | 6,3 | 63,5 |
| Lkrs. Erding | 6,2 | 133,1 |
| Lkrs. Freising | 7,9 | 139,2 |
| Lkrs. Fürstenfeldbruck | 9,7 | 139,2 |
| Lkrs. Garmisch-Partenkirchen | 3,4 | 161,8 |
| Ingolstadt Stadt | 5,9 | 190,7 |
| Lkrs. Landsberg | 5,3 | 150,9 |
| Lkrs. Miesbach | 4,2 | 95,2 |
| Lkrs. Mühldorf | 5,0 | 160,0 |
| Lkrs. Neuburg-Schrobenhausen | 4,4 | 113,6 |
| Lkrs. Pfaffenhofen | 5,7 | 114,0 |
| Rosenheim Stadt u. Lkrs. Rosenheim | 13,8 | 168,5 |
| Lkrs. Starnberg | 6,1 | 237,7 |
| Lkrs. Traunstein | 7,3 | 99,3 |
| Lkrs. Weilheim-Schongau | 5,9 | 178,0 |
| Lkrs. Aichach-Friedberg | 6,1 | 180,3 |
| Augsburg Stadt u. Lkrs. Augsburg | 22,8 | 100,9 |
| Lkrs. Dillingen | 4,2 | 95,2 |
| Lkrs. Donau-Ries | 5,8 | 86,2 |
| Lkrs. Günzburg | 5,5 | 127,3 |
| Kaufbeuren Stadt u. Lkrs. Ostallgäu | 8,1 | 117,3 |
| Kempten Stadt u. Lkrs. Oberallgäu | 9,1 | 109,9 |
| Lkrs. Lindau | 3,4 | 117,6 |
| Memmingen Stadt u. Lkrs. Unterallgäu | 8,2 | 97,6 |
| Lkrs. Neu-Ulm | 7,6 | 118,4 |
| Lkrs. Deggendorf | 4,7 | 74,5 |
| Lkrs. Dingolfing-Landau | 4,1 | 109,8 |
| Lkrs. Freyung-Grafenau | 3,0 | 383,3 |
| Lkrs. Kelheim | 5,5 | 140,9 |
| Landshut Stadt u. Lkrs. Landshut | 10,1 | 113,9 |
| Passau Stadt u. Lkrs. Passau | 9,4 | 117,0 |

| 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|
| Planungsbereich | allgemeiner bedarfsgerechter Versorgungsgrad | Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung in Prozent |
| Lkrs. Regen | 3,0 | 66,7 |
| Lkrs. Rottal-Inn | 4,9 | 204,1 |
| Straubing Stadt u. Lkrs. Straubing-Bogen | 6,2 | 129,0 |
| Amberg Stadt u. Lkrs. Amberg-Sulzbach | 5,7 | 131,6 |
| Lkrs. Cham | 5,1 | 78,4 |
| Lkrs. Neumarkt | 5,8 | 116,4 |
| Regensburg Stadt u. Lkrs. Regensburg | 14,0 | 160,7 |
| Lkrs. Schwandorf | 6,0 | 158,3 |
| Lkrs. Tirschenreuth | 2,7 | 37,0 |
| Weiden Stadt u. Lkrs. Neustadt a. d. Waldnaab | 5,5 | 127,3 |
| Ansbach Stadt u. Lkrs. Ansbach | 9,7 | 113,4 |
| Erlangen Stadt u. Lkrs. Erlangen-Höchstadt | 10,6 | 165,1 |
| Fürth Stadt u. Lkrs. Fürth | 10,2 | 120,1 |
| Lkrs. Neustadt/Aisch – Bad Windsheim | 4,3 | 75,6 |
| Nürnberg Stadt u. Lkrs. Nürnberger Land | 27,8 | 116,9 |
| Schwabach Stadt u. Lkrs. Roth | 7,1 | 98,6 |
| Lkrs. Weißenburg-Gunzenhausen | 4,0 | 143,8 |
| Bamberg Stadt u. Lkrs. Bamberg | 9,1 | 137,4 |
| Bayreuth Stadt u. Lkrs. Bayreuth | 6,5 | 157,7 |
| Coburg Stadt u. Lkrs. Coburg | 4,8 | 151,0 |
| Lkrs. Forchheim | 4,9 | 81,6 |
| Hof Stadt u. Lkrs. Hof | 5,2 | 110,6 |
| Lkrs. Kronach | 2,3 | 43,5 |
| Lkrs. Kulmbach | 2,6 | 76,9 |
| Lkrs. Lichtenfels | 2,6 | 115,4 |
| Lkrs. Wunsiedel | 2,6 | 57,7 |
| Aschaffenburg Stadt u. Lkrs. Aschaffenburg | 10,0 | 147,5 |
| Lkrs. Bad Kissingen | 4,0 | 68,8 |
| Lkrs. Haßberge | 3,5 | 28,6 |
| Lkrs. Kitzingen | 3,8 | 78,9 |
| Lkrs. Main-Spessart | 4,9 | 122,4 |
| Lkrs. Miltenberg | 5,3 | 75,5 |
| Lkrs. Rhön-Grabfeld | 3,3 | 166,7 |
| Schweinfurt Stadt u. Lkrs. Schweinfurt | 6,9 | 130,4 |
| Würzburg Stadt u. Lkrs. Würzburg | 10,9 | 195,0 |

Ungültigkeit von Zahnarztausweisen



Der Zahnarztausweis von Eva Mallinger, geboren am 14.5.1979, Ausweis-Nr. 72259, und Ana Timofejeva, geboren am 6.1.1984, Ausweis-Nr. 72779, werden für ungültig erklärt.

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

Kassenänderungen



1. Anschriftenänderung einer Krankenkasse – ab sofort –

a. WMF Betriebskrankenkasse, Fabrikstraße 48, 73312 Geislingen/Steige oder Postfach 14 12, 73304 Geislingen/Steige, Tel.: 07331 9334-614, Fax: 07331 9334-609 (KA-Nr. 111803644102).

b. DIE BERGISCHE KRANKENKASSE, Heresbachstraße 29, 42719 Solingen oder Großkundenanschrift 42715 Solingen, Tel.: 0212 2262-0, Fax: 0212 2262-403 (KA-Nr. 111492670213).

2. Vereinigung von Sonstigen Kostenträgern – zum 1.7.2022 –

Es vereinigen sich:

NLBV Aurich Ref. 33 – Heilfürsorge – Feuerwehr Stadt Hameln in Aurich (KA-Nr. 904000987600)

mit der neu aufgenommenen NLBV Aurich Ref. 33 – Heilfürsorge – Feuerwehr Stadt Hameln, Schloßplatz 6, 26603 Aurich,

Tel.: 04941 13-0, Fax: 04941 13-2700 (KA-Nr. 904360102500).

Bedarfsplan für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern – Stand 31.12.2021 –



Die KZVB hat gemäß §99 Abs. 1 SGB V im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie im Benehmen mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege den Bedarfsplan für die vertragszahnärztliche

Versorgung mit Stand 31.12.2021 fortgeschrieben. Dieser Bedarfsplan liegt bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, Fallstr. 34, 81369 München und bei allen KZVB-Bezirksstellen zur Einsichtnahme aus.

Ordentliche Vertreterversammlung



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

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

Samstag, 9. Juli 2022, 9.00 Uhr

im Zahnärztheaus München, Fallstraße 34, 81369 München, Vortragssaal im 1. Stock, stattfindet.

Tagesordnung

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

1. Bericht des Vorsitzenden der Vertreterversammlung
2. Bericht des Vorstands
3. Bericht der Geschäftsführung
4. Bericht des Finanzausschusses
5. Bauvorhaben der KZVB
6. Sonstiges

Dr. Jürgen Welsch

Vorsitzender der Vertreterversammlung der KZVB

Wir sind die deutsche Niederlassung eines erfolgreichen australischen Herstellers von Dentalprodukten. Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir für Süddeutschland (PLZ 7, 8, 90–97) einen

Gebietsverkaufsleiter – Vertriebsprofi (m/w/d)

Ihre Aufgaben:

- Betreuung, Beratung und Schulung unserer Kunden (Zahnärzte, Universitäten, Dental-Depots)
- Gewinnung von Neukunden (Zahnärzte, KOL, VIP's)
- Präsentation, Demonstration und Verkauf unserer hochwertigen Produkte
- Betreuung und Organisation von Messen, Workshops und Kongressen
- Umsatzverantwortung für das eigene Gebiet

Ihr Profil:

- Sie verfügen über eine kaufmännische oder dental-medizinische Ausbildung
- Idealerweise können Sie Erfolge im Vertrieb von Dentalprodukten vorweisen
- Sie besitzen Organisationstalent und haben Ehrgeiz und Interesse an erfolgreichem Vertrieb
- Sie haben Freude an Kundenbesuchen und sind reise-freudig (mehrtätig)
- Durch Ihre positive Ausstrahlung können Sie Menschen spontan begeistern und für sich gewinnen
- Hohe Leistungsbereitschaft

Wir bieten Ihnen:

- Ein anspruchsvolles und verantwortungsvolles Aufgabengebiet
- Ein umfangreiches Einarbeitungsprogramm, engagierte Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen
- Flexibilität und Dynamik eines international agierenden Unternehmens
- Ein dynamisches, innovatives und zukunfts-sicheres Arbeitsumfeld
- Kurze Wege, schnelle Entscheidungen, hochmotiviertes Team
- Eine leistungsgerechte Vergütung mit attraktiven Prämienmöglichkeiten
- Einen Pkw zur privaten Nutzung
- Moderne Kommunikationsmittel wie iPhone und iPad

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Senden Sie Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen mit Gehaltswunsch an:

SDI Germany GmbH · Hansestraße 85 · 51149 Köln ·
www.sdi.com.au oder per E-Mail an:
Beate.Hoehe@sdi.com.au



Tel.: 02203 / 92 55-0
Fax: 02203 / 92 55-200
www.sdi.com.au

sozietät
HGA

Kompetenz im Zahnartzrecht

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

Hartmannsgruber Gemke Argyrakis & Partner Rechtsanwälte

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

www.med-recht.de

3 Wege zu Ihrer Kleinanzeige:



Kontakt:

Stefan Thieme

Tel.: 0341 48474-224
bzb-kleinanzeigen@oemus-media.de

Format S:

B×H= 85×45 mm

Preis: 180 Euro

Format L:

B×H= 175×45 mm

Preis: 340 Euro

Format M:

B×H= 85×90 mm

Preis: 350 Euro

Format XL:

B×H= 175×90 mm

Preis: 670 Euro

Alle Preise sind Nettopreise.

Die Anzeigen können sowohl fertig gesetzt als PDF, PNG oder JPG als auch als reiner Text im Word-Format angeliefert werden.

Die Datenlieferung erfolgt bitte an:
dispo@oemus-media.de

Eine Buchung ist auch direkt online möglich:
<https://oemus.com/publication/bzb/mediadaten/>



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)

Chef vom Dienst:

Stefan Thieme (st)

Redaktion:

Thomas A. Seehuber (tas)
Dagmar Loy (dl)
Ingrid Scholz (si)
Tobias Horner (ho)

Anschrift der Redaktion:

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Telefon: 0341 48474-224
Fax: 0341 48474-290
E-Mail: s.thieme@oemus-media.de
Internet: www.oemus.com

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

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Daniel Edelhoff,
Prothetik;
Prof. Dr. Gabriel Krastl,
Konservierende Zahnheilkunde;
Prof. Dr. Dr. Peter Proff,
Kieferorthopädie;
Prof. Dr. Elmar Reich,
Präventive Zahnheilkunde;
Prof. Dr. Dr. Florian Stelzle,
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Druck:

Silber Druck oHG
Otto-Hahn-Straße 25
34253 Lohfelden

Verlag:

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Telefon: 0341 48474-0
Fax: 0341 48474-290
E-Mail: info@oemus-media.de
Internet: www.oemus.com

Vorstand: Ingolf Döbbecke (Vorsitzender),
Lutz V. Hiller

Anzeigen:

OEMUS MEDIA AG
Stefan Thieme
Telefon: 0341 48474-224
E-Mail: s.thieme@oemus-media.de

Anzeigendisposition:

OEMUS MEDIA AG
Lysann Reichardt
Telefon: 0341 48474-208
E-Mail: l.reichardt@oemus-media.de

Es gelten die Preise der Mediadaten 2022.

Art Direction/Grafik:

Dipl.-Des. (FH) Alexander Jahn
Dipl.-Des. (FH) Berit Frede

Erscheinungsweise:

monatlich (Doppelnummern Januar/Februar
und Juli/August)

Druckauflage:

16.200 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 Mitgliedsbei-
trag abgegolten.

Adressänderungen:

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

Nutzungsrecht:

Alle Rechte an dem Druckerzeugnis, ins-
besondere Titel-, Namens- und Nutzungs-
rechte etc., stehen ausschließlich den
Herausgebern zu. Mit Annahme des Ma-
nuscripts zur Publikation erwerben die
Herausgeber das ausschließliche Nut-
zungsrecht, das die Erstellung von Fort-
und Sonderdrucken, auch für Auftrag-
geber aus der Industrie, das Einstellen
des BZB ins Internet, die Übersetzung in
andere Sprachen, die Erteilung von Ab-
druckgenehmigungen für Teile, Abbil-
dungen oder die gesamte Arbeit an
andere Verlage sowie Nachdrucke in
Medien der Herausgeber, die fotome-
chanische sowie elektronische Vervielfäl-
tigung und die Wiederverwendung von
Abbildungen umfasst. Dabei ist die Quelle
anzugeben. Änderungen und Hinzufü-
gungen zu Originalpublikationen bedür-
fen der Zustimmung des Autors und der
Herausgeber.

Erscheinungstermin:

Mittwoch, 15. Juni 2022

ISSN 1618-3584

München, 20. bis 22. Oktober 2022
The Westin Grand München

63. Bayerischer Zahnärztetag



Bayerische
LandesZahnärzte
Kammer



DGFDT
Deutsche Gesellschaft für
Funktionsdiagnostik und -therapie
Die Funktionsgesellschaft

www.blzk.de | www.eazf.de | www.kzvb.de | www.dgfdt.de
www.bayerischer-zahnaerztaetag.de | www.twitter.com/BayZaet



Funktionsdiagnostik 2022

Informationen: OEMUS MEDIA AG
Telefon: 0341 48474-308 · Fax: 0341 48474-290
E-Mail: zaet2022@oemus-media.de · www.bayerischer-zahnaerztaetag.de



Kongressprogramm

PERFEKTE RETRAKTION

RetraXil®

Starter Pack
☞ Adstringierende Retraktionspaste
☞ Astringent retraction paste

 KULZER
MITSUI CHEMICALS GROUP

RetraXil®

Zuverlässige Frei- und Trockenlegung des Sulkus –
minimalinvasiv und komfortabel.

RetraXil® sorgt für einen sauber geöffneten Gingivasulkus und perfekt freigelegte, blutungsfreie Präparationsgrenzen.

- » Fadenähnliche Retraktionspaste in Spritzenform – kein Kräuseln, kein Abreißen, klebt nicht
- » Ökonomisches Arbeiten, effektive Wirkung, effizientes Weichgewebsmanagement
- » Einfache, schmerzarme und non-invasive Anwendung – dünnste Applikationskanüle am Markt

Jetzt kennenlernen und bestellen unter: kulzer.de/retraxil

Mundgesundheit in besten Händen.



KULZER
MITSUI CHEMICALS GROUP