

Tagungswochenende für Berufseinsteiger

S. 26 ff

8 Frühjahrsvertreter-
versammlung der KZVN



12 Aus Göttingen in die Welt –
30 Jahre Stiftung Hilfswerk
Deutscher Zahnärzte



16 Neue Adhäsive –
neue Möglichkeiten?



32 Interview mit
Krankenhaushygieniker
Prof. Dr. Lutz Jatzwauk,
Dresden



KZVN-Fortbildungen

➤ für die vertragszahnärztliche Praxis

Pilotveranstaltung

Aufbau einer Telematikinfrastuktur in der Zahnarztpraxis

➤ **Zielgruppe:** Zahnärzte/-ärztinnen und Praxispersonal

➤ **BZÄK-Punkte:** 2

Mit dem „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)“ wird die Einführung einer digitalen Infrastruktur im deutschen Gesundheitswesen vorgeschrieben.

Diese Einführung, beginnend mit dem sogenannten Online-Rollout, ist bereits für den **01.07.2017** vorgesehen. In der Stufe eins des Online-Rollouts werden die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) direkt in der Praxis abgeglichen.

Um Ihnen den Einstieg in die Telematik zu erleichtern, bieten wir flächendeckend kostenlose Informationsveranstaltungen an. Die Pilotveranstaltung ist am 30. August in Hannover. Dort erhalten Sie alle wichtigen Informationen für Ihre Praxis mit ersten Tipps für eine problemlose Abwicklung.

Seminarthemen

- Online-Rollout – Hintergrundinformationen
- Telematikinfrastuktur
- Ausstattung der Zahnarztpraxis
- Welche Kosten entstehen der Praxis?
- Auswirkungen in der Praxis
- Ausblick – die zweite Stufe
- Die häufigsten Fragen – und die Antworten

Haben Sie noch Fragen zu unseren Veranstaltungen?
Rufen Sie uns an, unser Fortbildungsteam hilft Ihnen gern weiter.
Telefon 05 11 84 05-2 33 und -2 12



➤ **Termin** > Mittwoch | 30.08.2017
15:00 bis 17:00 Uhr

Ort > KZVN | Zeißstraße 11 | 30519 Hannover

Referent > Dr. Jürgen Hadenfeldt,
Stellvertretender Vorsitzender der KZVN

Seminarnummer > 17301

Teilnahmegebühr > kostenlos

Teilnehmerzahl > max. 2 Teilnehmer je Praxis
(begrenzte Raumkapazitt)

Gemeinsame, partnerschaftliche Selbstverwaltung

Ein hochrangiger Vertreter der Krankenkassen-Verbände hat sich vor einiger Zeit auf einer Festrede „uneingeschränkt“ zu dem Prinzip der gemeinsamen, partnerschaftlichen Selbstverwaltung bekannt. In der täglichen Arbeit gerät man jedoch gelegentlich an die Grenzen eines partnerschaftlichen Verhältnisses, sind doch die Interessenlagen meist diametral entgegengesetzt.

Zum einen wollen die Kassen, rein materiell gesehen, unsere Leistungen naturgemäß mit möglichst geringem finanziellem Aufwand „einkaufen“, während wir für eine angemessene Honorierung unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung kämpfen.

Zum anderen versuchen beide Seiten, unklare Fragestellungen und unterschiedliche Sichtweisen aus den verschiedensten Verträgen letztlich vor den Gerichten in ihrem Sinne entscheiden zu lassen. Leider steht dort oft der Systemerhalt ganz oben auf der Werteskala, während andere Betrachtungen dahinter zurückstehen!

Und letztlich spielen auch gesundheitspolitische Grundüberzeugungen gelegentlich eine Rolle: So präferieren etliche Vertreter der Ärzte und Zahnärzte die transparente Kostenerstattung, während die Kassen dieser gesetzlich möglichen Form des Zahlungsflusses eher Steine in den Weg legen und dem Prinzip der anonymen Sachleistung anhängen, um anschließend Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchzuführen.

Bei allen diesen Gegensätzen funktioniert die gemeinsame Selbstverwaltung im Interesse aller Beteiligten – nicht zuletzt der Patienten – dann am besten, wenn die Meinungsverschiedenheiten in Gesprächen erörtert und nicht noch erhöht in die Öffentlichkeit getragen werden!

Nur im intensiven Gespräch können beide Seiten die Handlungsspielräume des Partners ausloten, aber auch Erkenntnisse über die Grenzen gewinnen und so die Möglichkeit von Kompromissen erkennen.



*Dr. Thomas Nels,
Vorsitzender des Vorstandes der KZVN*

Im Übrigen ist es hilfreich, wenn Klarheit über die Konsequenzen für den Fall besteht, dass es zu keiner Einigung kommen sollte.

Dabei ist bei manchen „dicken Brettern“ Geduld gefordert. Man nehme beispielhaft nur die langatmige Entscheidungsfindung im Gemeinsamen Bundesausschuss!

Für die wenig Interessierten entsteht so oft der Eindruck, die Interessenvertretung kämpfe nicht genug für die eigenen Interessen, weil der öffentliche Disput vermieden wird.

Der dabei aber hinzukommende Aspekt der Gesichtswahrung erschwert eher die Kompromissfindung, oder, wenn eine Seite sich durchsetzt, das partnerschaftliche Verhältnis für eine Weile zu Lasten aller Beteiligten!

Also lieber leise und ergebnisorientiert als laut und erfolglos! ■

*Dr. Thomas Nels
Vorsitzender des Vorstandes der KZVN*

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT – 52. Jahrgang
Monatszeitschrift niedersächsischer Zahnärztinnen und Zahnärzte mit amtlichen Mitteilungen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN), erscheint elfmal jährlich, jeweils zum 15. eines jeden Monats. Bezug nur für Mitglieder der ZKN und KZVN.

HERAUSGEBER

Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover,
Postfach 81 06 61, 30506 Hannover
Tel.: 0511 83391-0, Internet: www.zkn.de

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN)
Zeißstraße 11, 30519 Hannover;
Postfach 81 03 64, 30503 Hannover;
Tel.: 0511 8405-0, Internet: www.kzvn.de

REDAKTION

Redaktionsleitung

Gerd Eisentraut (et)
Waldfrieden 4, 22043 Hamburg
Tel.: 040 6571161, E-Mail: nzb-hh@gerd-eisentraut.de

ZKN

Dr. Lutz Riefenstahl (lr)
Breite Straße 2 B, 31028 Gronau
Tel.: 05182 921719; Fax: 05182 921792
E-Mail: l.riefenstahl@gmx.de

KZVN

Dr. Michael Loewener (loe)
Rabensberg 17, 30900 Wedemark
Tel.: 05130 953035; Fax: 05130 953036
E-Mail: m.loewener@gmx.de

Redaktionsassistent

Kirsten Eigner (ZKN), Melanie König (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBURO

ZKN

Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB),
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover;
Tel.: 0511 83391-301; Fax: 0511 83391-106
E-Mail: nzb-redaktion@zkn.de

KZVN

Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB),
Zeißstraße 11, 30519 Hannover;
Tel.: 0511 8405-207; Fax: 0511 8405-262;
E-Mail: nzb-redaktion@kzvn.de

GESAMTHERSTELLUNG

MARCO MarketingCommunication OHG
Steinbruchstraße 8c, 30629 Hannover
Tel.: 0511 95478-0; E-Mail: agentur@marco-werbung.de
Internet: www.marco-werbung.de

ZAHNÄRZTLICHE KLEINANZEIGEN

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN),
Postfach 81 03 64, 30503 Hannover
Barbara Podgorski, Tel.: 0511 8405-135
E-Mail: nzb-kleinanzeigen@kzvn.de

REDAKTIONSHINWEISE

Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Nachdrucke und fotomechanische Wiedergaben, auch auszugsweise, bedürfen einer vorherigen Genehmigung der NZB-Redaktion. Für unverlangte Fotos wird keine Gewähr übernommen. Die Redaktion behält sich bei allen Beiträgen das Recht auf Kürzungen vor. Der Leitartikel wird von den Autoren in Eigenverantwortung verfasst und unterliegt nicht der presserechtlichen Verantwortung der Redaktion. Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in den Texten der Einfachheit halber u. U. nur eine geschlechterspezifische Form verwendet. Das andere Geschlecht ist selbstverständlich jeweils mit eingeschlossen.

ISSN 1863-3145

ZKN

Zahnärztekammer
Niedersachsen

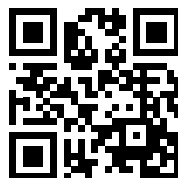
KZVN

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 09/17: 14. August 2017
Heft 10/17: 11. September 2017
Heft 11/17: 9. Oktober 2017

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



Dieser sog. QR-Code führt nach Einscannen mit z. B. einem Smartphone über ein geeignetes Programm/eine entsprechende App mit Internetanschluss direkt auf die Homepage des NZB: <http://www.nzb.de>

FSC



8



12



26

LEITARTIKEL

- 1 Dr. Thomas Nels:
Gemeinsame, partnerschaftliche
Selbstverwaltung

POLITISCHES

- 4 CDU-Wahlprogrammentwurf
Gesundheit
Einiges erwartbar und einiges auch
überraschend
- 6 Gesundheits- und Sozialpolitik:
Parteiprogramme IV:
Die FDP will es wissen
- 7 Gesundheits- und Sozialpolitik:
Serie der Parteiprogramme (Teil V):
Wenn LINKE mitregieren, könnte
es teuer werden
- 8 Vertreterversammlung der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Niedersachsen
- 12 Aus Göttingen in die Welt –
30 Jahre Stiftung
Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

FACHLICHES

- 16 Neue Adhäsive – neue Möglichkeiten?
Universaladhäsive unter der Lupe
- 26 65 Zahnärzte/Zahnärztinnen –
18 Vorträge – 14 Referenten
Das Tagungswochenende für
Berufseinsteiger in Niedersachsen
- 29 Und plötzlich ist der Azubi da ...
- 32 Interview mit Krankenhaushygieniker
Prof. Dr. Lutz Jatzwauk, Dresden,
zu Praxisbegehungen
- 37 Hygieneleitfaden und Hygieneplan –
Neuaufgaben erschienen

TERMINLICHES

- 38 Bezirksstellenfortbildung der ZKN
- 38 Termine
- 39 ZAN-Seminarprogramm

PERSÖNLICHES

- 41 Viel zu früh verstorben
- 41 Wir trauern um unsere
Kolleginnen und Kollegen
- 42 Herzliche Glückwünsche zum
Geburtstag!
- 42 Mitarbeiterjubiläum ZKN
- 42 Dienstjubiläum in der KZVN

AMTLICHES

- 43 Neuzulassungen
- 44 Niederlassungshinweise
- 46 Beschlüsse anlässlich der ordentlichen
Sitzung der Vertreterversammlung der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Niedersachsen am 13.05.2017

KLEINANZEIGEN

- 48 Kleinanzeigen



16



32



Wahljahr 2017

CDU-Wahlprogrammmentwurf Gesundheit

EINIGES ERWARTBAR UND EINIGES AUCH ÜBERRASCHEND

Der Wahlkampf im Vorfeld der Bundestagswahl am 24. September 2017 ist endgültig eingeläutet. Auf der Spitzenebene der Koalitionsparteien CDU/CSU und SPD wurden noch einige strittige Punkte geklärt, das von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe geplante und auch von der SPD – wie auch vom Bundesfinanzministerium – torpedierte Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gehörte nicht mehr dazu und führt schon zu gegenseitigen Schuldzuweisungen. Das geplante Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen gibt die Gelegenheit zu letzten dringlichen „Reparaturarbeiten“, wie etwa eine Regelung zur Verhinderung von Scheinmitgliedschaften im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA). Und das geplante Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten soll noch die von Bundesgesundheitsminister Gröhe schon avisierten Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus regeln. In den Parteizentralen werden derzeit die Parteiprogramme „gerührt und geschüttelt“ mit dem Ziel, die Positionen für den Urnengang aber auch schon für die daran anschließenden Koalitionsverhandlungen zu bestimmen. Noch einmal will sich die Union und hier näherhin die CDU, sollte sie an der Regierungsverantwortung beteiligt sein, offensichtlich nicht mehr so einfach wie vor den letzten Koalitionsverhandlungen von einem nächsten Koalitionspartner die Butter vom Brot nehmen lassen, denn die SPD hatte mit dezidierten Vorstellungen im Gesundheitsbereich



inhaltlich in den vergangenen Koalitionsverhandlungen in vielen Bereichen dominiert. Nicht zuletzt aus den genannten Gründen wurde den Positionspapieren des Fachausschusses Gesundheit und Pflege der CDU in der Fach-Öffentlichkeit schon besonderes Interesse zuteil. Selbstredend spielt hier zusätzlich eine Rolle, dass dieser Fachausschuss der CDU mit Jens Spahn nicht nur von einem erfahrenen Gesundheitspolitiker geleitet wird, sondern auch von demjenigen, der in den vergangenen Koalitionsverhandlungen den Bereich „Gesundheit und Pflege“ für den Koalitionsvertrag unionsseitig führend ausgehandelt hat und mittlerweile als Mitglied des Präsidiums der Partei und Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister der Finanzen über einen beträchtlichen Einfluss auf allen Ebenen der Partei verfügt. Ein offenbar von diesem Fachausschuss vorgelegtes und wohl auch beschlossenes Papier, das für das CDU-Parteiwahlprogramm für den Bereich Gesundheit und Pflege gedacht sein soll, kursiert in Berlin. „Eine staatliche Einheitsversicherung für alle lehnen wir ab“, diese Feststellung in dem Papier ist freilich keine Überraschung und dürfte als Kontrapunkt zu den Plänen der Konkurrenz in Sachen Bürgerversicherung schlicht unverzichtbar sein. Dies gilt auch für die Erklärung, dass der Anteil der Arbeitgeber am Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gesetzlich festgeschrieben bleiben soll. Das wirkt wie eine Absage an die Forderung

nach einer paritätischen GKV-Finanzierung. In einer genaueren Analyse zeigt sich hier aber im Detail noch reichlich Verhandlungsspielraum. So wird ausdrücklich dokumentiert, dass „der vom Arbeitnehmer alleine zu tragende Zusatzbeitrag nicht ins Unendliche“ steigen soll. Erwogen wird hier ein „Schwellenwert“ für den finanziellen Beitrag der Arbeitgeber zur GKV-Finanzierung von 40 Mrd. Euro. Um eine faire Verteilung der Lasten zu gewährleisten, sollte die Gesamtsumme aus dem steuerfinanzierten Bundeszuschuss und die über den Zusatzbeitrag alleine von den Beitragszahlern zu zahlende Summe diese Größenordnung nicht übersteigen. „Spätestens dann sind auch die Arbeitgeber wieder an den Steigerungen der Ausgaben der GKV zu beteiligen.“

Nichtsdestotrotz liegt in dem Papier eine nicht recht zu deutende Schwingung, denn es findet sich kein klares Bekenntnis zum dualen System, auch wenn der Systemwettbewerb von PKV und GKV an einer Stelle als innovationsfördernd erwähnt wird. Die Aussage: „Wir wollen die Transparenz und die Wahlfreiheit für die Versicherten ausbauen“, kann beliebig assoziiert werden, zum Beispiel in Richtung einer Öffnung der GKV für Beamte, einer Mitnahme von Alterungsrückstellungen, etc. Im Bereich der PKV will man das Thema sprunghafter Erhöhungen der PKV-Beiträge angehen und „extreme Ausschläge bei der Beitragsanpassung verhindern“. Einen diesbezüglichen Vorstoß der Union hatte die SPD in dieser Legislaturperiode verhindert. Gestaltungsspielraum vermittelt die Aussage, „dass die Möglichkeiten zur Zusammenarbeit von privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Krankenkassen weiter ausgebaut werden sollen, beispielsweise auch im Bereich der Digitalisierung“.

Wie schon seit längerem die SPD und die Opposition haben nun auch die Gesundheitsexperten der CDU das Thema der Selbstständigen mit geringem Einkommen entdeckt, für die der „zu zahlende Mindestbeitrag in der GKV zu hoch“ ist. Hier versprechen „sachgerechtere Beiträge“ Heilung in dem Papier.

Mutig ist die CDU in dem Bestreben, eine Impfpflicht für Kleinkinder einführen zu wollen. Dieses umfasst Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis, auch Hib, Hepatitis B, Keuchhusten (Pertussis), Pneumokokken, Rotaviren, Meningokokken C, Mumps, Masern, Röteln (MMR) und Windpocken (Varizellen). Der CDU-Fachausschuss setzt auf eine Erweiterung der Selektivverträge: „Die CDU setzt auch in Zukunft darauf, den Wettbewerb der Kassen um die Versicherten mit dem Wettbewerb der Leistungserbringer um Verträge mit den Krankenkassen in einem angemessenen Ordnungsrahmen zu verknüpfen. Dazu zählt die stete Verbesserung der Rahmenbedingungen für Selektivverträge und deren Ausbau. Ihre Stärkung und Weiterentwicklung ist ein Schlüssel, um unser Gesundheitswesen zukunftsfest und dauerhaft finanzierbar zu machen. Die Überführung von

gut funktionierenden Elementen aus Selektivverträgen in die Regelversorgung wollen wir verbessern.“ Dieser Passus ist unter „wettbewerblicher“ Betrachtung widersprüchlich, als die zuvor genannte Stärkung und der Ausbau von Selektivverträgen doch nur in Andersartigkeit zum Kollektivvertrag zu verstehen sein kann? Hier spiegelt sich der in der Politik häufig aufkeimende Widerspruch wider, der vor der angeblich erwünschten durch Wettbewerb angefachten Unterschiedlichkeit zurückschreckt. Offen bleibt auch, welche Entwicklungspotentiale bestehen, solange sich der Wettbewerb der Kassen in einem „Zusatzbeitragsatzvermeidungswettbewerb“ erschöpft und hinreichende Gestaltungsmöglichkeiten auf der Leistungsseite fehlen. „Die Digitalisierung eröffnet viele neue Möglichkeiten für eine bessere Versorgung der Patienten und für Fortschritte in der medizinischen Forschung. Die CDU wird die Digitalisierung des Gesundheitswesens entschlossen ausbauen und sieht hier einen besonderen Schwerpunkt für die kommende Legislaturperiode.“ In Deutschland tätigen Ärzten ist derzeit nur eingeschränkt gestattet, Patienten telemedizinisch zu behandeln, hier soll mit Experimentierklauseln und Abweichungsmöglichkeiten gegengesteuert werden. Ansonsten setzt der CDU-Fachausschuss auf das finanzielle Engagement der Beitragszahler in der GKV: „Zentral für den weiteren Erfolg der Digitalisierung im Gesundheitswesen sind bessere Abrechnungsmöglichkeiten für digitale Behandlungen.“ Nur wenn es sich finanziell lohne, komme der digitale Fortschritt auch rasch in der Versorgung bei den Patientinnen und Patienten an. Die CDU will prüfen, inwieweit digitale Anwendungen, Therapien und Behandlungsformen gesonderte Zulassungswege erfordern, die der Schnellebigkeit digitaler Entwicklungen Rechnung tragen.

„Die CDU bekennt sich zur Delegation ärztlicher Leistungen. Der Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, soll daher weiter ermöglicht und leistungsgerecht vergütet werden“, diese programmatische Aussage hat die Ärzte schon zu einem Zeitpunkt auf den Plan gerufen, zudem noch nicht endgültig klar ist, ob er tatsächlich Eingang in das Wahlprogramm der Partei finden wird. „Von Delegation sprechen, aber die Substitution voranbringen, das findet unseren aktiven Widerstand“, lässt der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa) schon vorsorglich wissen. „Durch derartige Vorhaben werden nicht nur der Beruf und die Kompetenz des Arztes grundsätzlich in Frage gestellt, es wird zudem das Patientenwohl gefährdet“, heißt es bei der Landesärztekammer Brandenburg schon vor dem Start der Diskussion.

In Deutschland werden im internationalen Vergleich immer noch zu viele Leistungen stationär erbracht. Der Bundesfachausschuss der CDU setzt sich für eine Erweiterung des Katalogs ambulanter Operationen ein. Außerdem soll es ►►

► an der Grenze von ambulanter und stationärer Versorgung eine einheitliche Vergütung geben. Hierzu sollen leistungsbezogene Behandlungspauschalen entwickelt werden. Bemerkenswert ist der Kurswechsel der CDU auf dem Felde des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA). Der Morbi-RSA sollte nach Meinung des Bundesfachausschusses „einfach ausgestaltet sein, in regelmäßigen Abständen überprüft werden und sich neben Alter und Geschlecht der Versicherten auf stationäre Behandlungsdaten und Arzneimittelkosten konzentrieren.“ Damit müssten die „manipulationsanfälligen ambulanten Diagnosen nicht mehr berücksichtigt“ werden, wie in dem Papier erläuternd ausgeführt wird. Wie würde sich das auf die ambulante Versorgung auswirken, wenn der Fokus künftig mehr auf die stationäre Versorgung gerichtet wäre? Dieser Vorschlag erinnert an Empfehlungen des Gutachtens von IGES/Lauterbach/Wasem aus 2004 (Titel „Klassifikati-

onsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich“, <https://goo.gl/r2jE42>). Dort heißt es: „Die Gutachter empfehlen, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der GKV ab 2007 auf der Basis des Modells RxGroups+ IPHCC durchzuführen. Ein Modell, das mit Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelinformationen arbeitet, weist sowohl auf der individuellen Ebene als auch auf der Ebene von Teilkollektiven von Versicherten statistisch bessere Eigenschaften auf als ein Modell, das mit Krankenhausdiagnosen und Diagnosen aus der vertragsärztlichen Versorgung arbeitet.“ Bekanntlich arbeitet auch der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesversicherungsamt (BVA) derzeit mit Hochdruck an seinem Sondergutachten zum Morbi-RSA – bemerkenswert, dass die Gesundheitsexperten aus der CDU trotzdem schon im Vorfeld auf diesem Minenfeld einen dezidierten Standpunkt beziehen. ■

Quelle: gid, Nr. 11 vom 10.05.2017

Gesundheits- und Sozialpolitik:

PARTEIPROGRAMME IV: DIE FDP WILL ES WISSEN



Fast vier Jahre lang mussten sich die Liberalen damit begnügen, die heiß begehrten Sitze im Plenum des Bundestages von außen oder auf Bildern zu betrachten. Bei den letzten Bundestagswahlen flog bekanntlich der frühere parlamentarische Mehrheitsbeschaffer FDP mit unbeachtlichen 4,8 Prozent aus dem Hohen Haus an der Spree. Und auch am 24. September 2017 dürfte der Wiedereinzug keine leichte Aufgabe sein. Die vom Bundesvorsitzenden Christian Lindner MdL (38) geführte Partei dümpelt in den Umfragen knapp über der 5 Prozent-Schallmauer herum, die Demoskopien sprechen ihr höchstens 6,5 Prozent zu. Doch Lindner & Co. wollen es wissen. Am 31. März 2017 präsentierte er einen 82-seitigen Programmwurf zur Bundestagswahl, der beim 68. Bundesparteitag vom 26. bis 28. April 2017 in Berlin von der Basis absegnet werden soll. Im Gegensatz zu anderen Parteien streuen die Liberalen an vielen Stellen ihres unter dem Titel „Schauen wir nicht länger zu“ dahinsiegelnden Programmes konkrete gesundheits- und sozialpolitische Forderungen ein (vgl. zuletzt dfg 12 - 17, S. 2ff.). Man muss stellenweise suchen, um sie zu lokalisieren. Die Schwerpunkte der liberalen Vorstellungen sind schnell

ausgemacht. Die FDP bleibt eine Partei der massiven Steuersenkungen und der Außenpolitik. Neu ist die Fokussierung auf die Bildungspolitik. Da man sich angesichts der neuen Mitglieder- und Führungsstruktur jedoch „jung“ und peppig gibt, ist es verständlich, dass die Partei die „Digitalisierung als Chance“ ansieht und das „Vorankommen durch Leistung“ in den Mittelpunkt rückt. Die wettbewerbliche Orientierung spiegelt sich im gesundheitspolitischen Teil wider, das dürfte bestimmte Teile der Gesetzlichen wie der Privaten Krankenversicherung (GKV/PKV) gehörig freuen. Dabei bleiben die Liberalen „Freunde der Apotheker“ wie des ambulanten Sektors des Gesundheitswesens – aber nicht um jeden Preis. Zum liberalen Denken gehören die Abschaffung der Budgetierung genauso wie die kontrollierte Freigabe von Cannabis und weniger Bürokratievorgaben. Dass man der „Bürgerversicherung“ eine klare Absage erteilt, das war zu erwarten. Trotz allem internen Dissens über mögliche Koalitionen in Berlin und anderswo, in dieser Frage bleibt die FDP sich treu. Allerdings: Man gibt die PKV-Altersrückstellungen frei, sie sollen von Wechslern künftig mitgenommen werden dürfen. ■

Quelle: dfg, 14+15-17 vom 06.04.2017

Gesundheits- und Sozialpolitik:

SERIE DER PARTEIPROGRAMME (TEIL V):

WENN LINKE MITREGIEREN, KÖNNTE ES TEUER WERDEN

Noch ist der Ausgang der Wahlen zum 19. Deutschen Bundestag am 24. September 2017 nicht klar vorher zu sagen. Glaubt man den Demoskopen, dann könnte es aktuell „noch“ knapp für eine rot-rot-grüne Koalition unter der Führung des SPD-Vorsitzenden und Kanzlerkandidaten Martin Schulz (61) reichen. Während die BündnisGRÜNEN mehr und mehr schwächeln und um ihren Wiedereinzug in das Hohe Haus an der Spree bangen müssen, pendelt sich der mögliche Mehrheitsbringer DIE LINKE in den Umfragen inzwischen bei stabilen acht bis 9,5 Prozent ein. Sollte die Partei DIE LINKE bei den dann anstehenden Koalitionsverhandlungen mit am Tisch sitzen, dann dürfte es spannend werden. Denn sozial- und gesundheitspolitisch verlangt die PDS-Nachfolgepartei ihren potentiellen Partnern einiges ab. Nicht alle ihre Maximal-Forderungen dürfte sie bei den Verhandlungen durchsetzen können. Aber was später so alles im Koalitionsvertrag stehen könnte, das entnimmt man dem über 100-seitigen Entwurf eines Leitantes für den kommenden Parteitag vom 9. bis zum 11. Juni 2017 in Hannover, den der Parteivorstand bereits am April 2017 beschloss. Folgt die Basis der Vorlage, so soll dieser Antrag in das an der Leine abzusehende Wahlprogramm münden. Wie schon die FDP (vgl. dfg 14+15 - 17, S. 5ff.) so streut auch DIE LINKE viele ihrer konkreten sozial- und gesund-

DIE LINKE.

heitspolitischen Passagen punktuell in das Konvolut mit ein. Man muss stellenweise suchen, um sie zu lokalisieren. Aber es darf nicht verwundern, wenn sich viele Details der Liberalen und der LINKEN diametral gegenüberstehen. Die Vorstellungen von DIE LINKE fasste die Parteiführung selbst unter dem Titel „Die Zukunft, für die wir kämpfen: Sozial. Gerecht. Für Alle.“ zusammen. Man versteht sich halt als das Sprachrohr der sozial Unterprivilegierten und macht Front gegen Konzerne und deren Interessen. Im Gesundheitswesen will man daher „Wettbewerb in allen Bereichen zurückdrängen“. Das ist als Parteigrundsatz legitim und so muss man auch das wichtige Kapitel IV interpretieren, in dem die wichtigsten gesundheitspolitischen Vorstellungen zusammengefasst wurden. Für neoliberale Ökonomen dürfte der Inhalt des Programmes ein Graus sein, für Bedürftige erscheint er als heilsbringende, von Sorgen befreiende Botschaft.

Wer diese Generalvorstellung verinnerlicht hat, der versteht auch Sätze wie „Gesundheit darf nicht weiter zu einem Markt verkommen, auf dem die Profite mehr zählen als die Menschen.“ Und die, dass DIE LINKE die Zwei-Klassen-Medizin genauso überwinden wie die PKV abschaffen will. Wer 100.000 Pflegefachkräfte mehr beschäftigen möchte, keine Privatisierungen von Kliniken mehr zulassen will und die notwendigen Krankenhausinvestitionen der Länder aus Steuermitteln des Bundes bezahlen möchte, der bedarf schon der Wieder-Einführung der Vermögenssteuer wie es der Antrag normiert. Noch mehr Staatseinfluss im bundesdeutschen Gesundheitswesen führt in logischer Konsequenz zu MVZ in öffentlicher Hand und sichert das Wiederaufleben von Polikliniken. Eine Pflegevollversicherung soll alle Aufwendungen abdecken. Pflege gehört nach Ansicht von DIE LINKE wieder in öffentliche Verantwortung und unter demokratische Kontrolle. Es brauche sofort mehr Personal und einen Ausbau professioneller Angebote. Um das zu finanzieren, wollen sie „den Pflegevorsorgefonds auflösen und in einen Pflegepersonalfonds umwandeln“. Das sind nur einige der Essentials des Leitantes. ■

Quelle: dfg, 18-17 vom 04.05.2017



Foto: kamaignis/fotolia.com

Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen

- ▶ ERFREULICHE PUNKTWERTENTWICKLUNG
- ▶ UNERFREULICHE TELEMATIKINFRASTRUKTUR



Fotos: NZB

Der Vorsitzende der **VV**, Dr. Ulrich Obermeyer, konnte 46 der insgesamt 50 Delegierten am 13.05.2017 in Hannover begrüßen. Als einer der Themenschwerpunkte dieser Frühjahrs-VV stand die vom Gesetzgeber geforderte Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) mit all ihren Erfordernissen und Kosten auf der Agenda. Ein weiterer und wesentlich erfreulicherer Tagesordnungspunkt ergab sich aus dem Bericht über die Entwicklung des HVM-Punktwertes.

Zunächst berichteten die drei Vorstandsmitglieder aus ihren Ressorts. Mit den Worten „Hier stehe ich nun als *‘Büttel des Staatsapparates’* und *‘Erfüllungsgehilfe der Ministerialbürokratie’*, und *müsste Ihnen in dieser Eigenschaft eigentlich die Eingriffe der Obrigkeit in die Selbstverwaltung schmackhaft zu machen versuchen! Das werde ich ebenso wenig tun, wie ich versprechen werde, in dieser Legislaturperiode die niedersächsischen Vertragszahnärzte entgegen SGB V und BSG-Rechtsprechung in die Freiheit zu führen*“, ließ Dr. Thomas Nels, Vorsitzender des Vorstandes der KZVN, in subtil ironischer Weise und

in Anspielung auf gelegentliche Einwände, keinen Zweifel an seiner Einschätzung der Realität. Vielmehr werde er, so Nels weiter, „eine realistische Analyse des Ist-Zustandes versuchen“.

Das Spiel der Politik

Dr. Nels wandte sich gegen das „Spiel der Politik“ und die von ihr durchgesetzte Hauptamtlichkeit der Vorstände. Trotzdem sei es für alle KZV-Vorstände, so betonte Nels, nach wie vor eine Ehre, für die Kolleginnen und Kollegen tätig zu sein.

Wie bereits im Seehoferschen GSG von 1992, so wolle wieder ein Unionspolitiker weitere Einschränkungen durchsetzen, die zudem die Rechtsstaatlichkeit in Frage stellten, fügte Nels mit Blick auf den gegenwärtigen Gesundheitsminister hinzu. Als Beispiel nannte er die Einführung einer namentlichen Abstimmung der Delegierten der GKV-Selbstverwaltung der KBV und der KZBV mit der Möglichkeit verschuldens-unabhängiger Sanktionierung bei haftungsrechtlichen Grundsatzfragen. Das gelte auch für Fremdverschulden, wenn beispielsweise die Industrie nicht liefern könne. Und in einem nächsten Schritt habe der Minister in einem Gesetzentwurf einen Absatz „versteckt“, nach dem zukünftig



Dr. Thomas Nels wandte sich gegen „das Spiel der Politik“.

Klagen gegen das BMG keine aufschiebende Wirkung mehr haben würden. Die Erklärung des Ministers, dieses Amt weiter ausüben zu wollen, kommentierte Nels mit der Bemerkung „Bitte nicht“. Und er fügte hinzu, dass es bereits erste Stimmen aus der CDU gebe, die der Bürgerversicherung positiv gegenüberstehen würden. Nels ging auf die diversen Versprechungen

der politischen Parteien unter der populistischen Überschrift „soziale Gerechtigkeit“ ein. So spreche beispielsweise die Linke davon, den Beitragssatz für die Krankenversicherung auf 5 % abzusenken. Die FDP fordere zwar die Abschaffung der Budgetierung, spreche sich aber für einen freien Wechsel ausgerechnet zum Basistarif aus. In diesem Zusammenhang plane die Arbeitsgemeinschaft der KZVen, zu der auch die KZVN gehört, einen internetbasierten Wahl-Check.

3,5 Prozent Punkterhöhung für 2016

Dr. Nels berichtete im Rahmen des „Tagesgeschäftes“ über die sehr erfreuliche Punkterentwicklung für 2016. Die ursprünglich vorgesehene Erhöhung des Punktwertes um 3,2 Prozent für 2016 konnte nach dem Jahresergebnis um weitere 0,3 auf insgesamt 3,5 Prozent angehoben werden.

Ganz aktuell berichtete der Vorstandsvorsitzende von einer Entscheidung zum Gutachterverfahren, genauer gesagt zur Einbindung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), das seit ca. 7 Jahren kontrovers mit den Krankenkassen verhandelt worden sei. Nunmehr befinde sich der Vertrag bereits im Unterschriftenverfahren.

Ärgernis Prüfanträge

Nels berichtete aber auch über ein besonderes Ärgernis. So stelle derzeit insbesondere die DAK eine unverhältnismäßige und bereits vierstellige Zahl an Prüfanträgen für abgerechnete zahnärztliche Leistungen, nachdem es durch die Gesetzeslage nunmehr möglich ist, Leistungsdaten aus verschiedenen Leistungsbereichen mit den Daten der Zahnärzte zusammenzuführen. Bei diesen fragwürdigen Prüfanträgen geht es beispielsweise um Fälle, in denen im Zahnersatz-Bereich mit der Arbeit begonnen wurde, bevor die Genehmigung der Krankenkasse vorlag. In vielen Fällen fordern die Krankenkassen nunmehr nicht nur das Honorar für die vor der Genehmigung erbrachten Leistungen



Annette Apel



Dr. Carsten Vollmer



Dr. Hadenfeldt referierte zur Telematikinfrastruktur und dem „Online-Rollout“.

zurück, sondern mit der Begründung eines „Richtlinienverstoßes“ sogar den gesamten Festzuschuss. Bereits das Fehlen von Röntgenaufnahmen innerhalb der letzten 6 Monate veranlasst die Kassen zu vollständigen Rückforderungen aus erbrachten

PA-Leistungen. Als Folge dieser Verhaltensweisen der Krankenkassen werde man die Kolleginnen und Kollegen auffordern, die Verträge „peinlich genau“ einzuhalten und keinesfalls mit der Behandlung vor Erhalt der Genehmigung zu beginnen. Das werde den Patienten im Ergebnis nicht gefallen können, sagte Nels, der auf die Solidarität der Kollegenschaft hofft.

Telematikinfrastruktur (TI) und ihre Rahmenbedingungen – Verwaltungstellentournee geplant

Der stellvertretende Vorsitzende der KZVN, Dr. Jürgen Hadenfeldt, beschäftigte sich in seinem umfangreichen Bericht mit der Neuausstattung der Verwaltungsstellen mit neuen und auf Datensicherheit und Datenschutz ausgelegten Rechnern für die interne Kommunikation. Die Erfordernisse und Problemfelder, die sich aus der Telematikinfrastruktur samt den Finanzierungsvereinbarungen des Online-Rollout ergeben, bildeten ein weiteres wichtiges Thema, gefolgt von Erläuterungen zur Qualitätssicherung.

Minister Gröhe habe sich auf die Fahnen geschrieben, die Telematik zum Erfolgsmodell zu machen, stellte Hadenfeldt fest. Es werde der Eindruck erweckt, als werde durch die digitale Infrastruktur die Gesundheitsversorgung verbessert. Dahinter stehe eine gesteuerte Öffentlichkeitsarbeit. Und nicht zuletzt erwarteten Industrie und Dienstleister gigantische Umsätze, vermutete Hadenfeldt.

Nach den gesetzlichen Grundlagen für den Online-Rollout und die TI sind die erforderlichen Maßnahmen bis zum 1. Juli 2018 umzusetzen; andernfalls drohe den Zahnärzten eine Kürzung der Vergütung in Höhe von einem Prozent über alle Leistungsbereiche, die über die KZVN zur Abrechnung kommen. Die zu schaffende Telematikinfrastruktur bedeute die Vernetzung aller „Akteure“ im Gesundheitssystem. Auf Seiten der „Leistungserbringer“ seien dies ca. 140.000 Arztpraxen, 50.000 Zahnarztpraxen und 10.000 Kliniken. Diese „Player“ bewegten sich demnächst mit ihren rund 200.000 Zugängen in einem Intranet der TI. Die erste Aufgabe für Zahnärzte werde es sein, die Stammdaten ihrer Patienten verpflichtend abzugleichen. Für diese Umsetzung sei das Zeitfenster vom 1. Juli 2017 bis zum 1. Juli 2018 vorgesehen. Als weitere Schritte würden die ►►



Dr. Julius Beischer



Dr. Tilli Hanßen



Der Vorsitzende der W, Dr. Ulrich Obermeyer, im Gespräch mit Dr. Michael Hinz, Leiter der Verwaltung der KZVN.

► Speicherung der Notfalldaten und des Medikationsplans folgen. Danach werde es noch umfangreicher! Dr. Hadenfeldt gab den Delegierten einen Einblick in das vorgegebene technische Procedere und die dadurch anfallenden Kosten für die z. Teil notwendige Erneuerung und Erweiterung der Praxis-Hardware. Während die Erstausrüstung von den Krankenkassen mit rund 4.000 Euro Installationskosten pro Praxis aus Versichertengeldern finanziert werde, seien Mehrkosten für die Schaffung einer Doppelstruktur mit physischer und damit sicherer Trennung durch „Highendprodukte deutscher Ingenieurskunst“ auf eigene Kosten zu finanzieren, stellte Hadenfeldt mit leicht ironischem Unterton fest.

Dr. Hadenfeldt kündigte eine niedersachsenweite Vortragsreihe zum komplexen Thema „Telematikinfrastruktur“ für Praxisbetreiber und Praxispersonal an. Die Auftaktveranstaltung findet am 30. August 2017 in Hannover statt.

Christian Neubarth, Mitglied im Vorstand der KZVN, gab einen Überblick über die Tätigkeit des Disziplinausschusses unter der Leitung von Klaus Wilcke, Vorsitzender Richter am Verwaltungsgericht a.D. Während im gesamten Jahr 2016 sechs Verfahren behandelt worden seien, bei denen Geldbußen zwischen viertausend und zehntausend Euro ausgesprochen wurden, liege bisher für 2017 erst ein Fall vor. Aus der „Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im



Christian Neubarth, Mitglied im Vorstand der KZVN

Gesundheitswesen“ seien für das Jahr 2016 insgesamt 13 Vorgänge mit einer Schadenssumme von bislang 435,68 Euro bekannt geworden, berichtete Neubarth. Bei den Vorwürfen ging es um den Verdacht des Abrechnungsbetruges, der sich bisher nur in zwei Fällen bestätigen ließ. Für das Jahr 2017 werde ähnlichen Vorwürfen in elf Fällen nachgegangen. Neubarth berichtete



V.l.n.r.: Ass. jur. Daniela Schneider (Leiterin der Abteilung „Recht und Zulassung“), Christian Neubarth (Mitglied im Vorstand), Marina Kamenz und Simone Blume (Vorstandssekretärinnen)

der W auch detailliert über die Zulassungssituation in Niedersachsen. Danach sind aktuell insgesamt 1.652 Zahnärztinnen und 3.104 Zahnärzte in 2.750 Einzelpraxen, 998 Berufsausübungsgemeinschaften, 60 Überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften und 27 Medizinischen Versorgungszentren tätig. Neben 101 Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie sind 125 Fachzahnärzte für KFO zugelassen. Die höchste Zahl der insgesamt 662 weiblichen und 376 männlichen angestellten Zahnärzte weisen die Verwaltungsstellen Hannover (271), Braunschweig (118), Oldenburg 104, Osnabrück (84) und Göttingen (78) auf. Den 159 Vorbereitungsassistentinnen stehen 86 Vorbereitungsassistenten gegenüber. Darüber hinaus sind in Niedersachsen 98 Entlastungsassistenten, 4 KFO-Assistenten und 27 Weiterbildungsassistenten zugelassen.

Erfreulich war auch bei dieser W, dass die eingebrachten Anträge, die wir auf den Seiten 46 - 48 im vollen Wortlaut wiedergeben, nach konstruktiver Diskussion in großer Übereinstimmung beschlossen wurden. Ausdrücklich bedankten sich der Vorsitzende der W, Dr. Ulrich Obermeyer sowie der KZVN-Vorsitzende Dr. Nels bei den Mitgliedern der W für die konstruktive Diskussion. ■

_____loe

KZBV-KOSTENSTRUKTURERHEBUNG FÜR 2016

KZBV
Erhebung der Praxiskosten 2016

A. Allgemeine Praxisdaten

1. In welcher Stadt/Region (in VHS) ist Ihre Praxis?
 Zahnärztliche Praxis Zahnärztliche Praxis Zahnärztliche Praxis Zahnärztliche Praxis

2. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

3. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

4. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

5. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

6. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

7. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

8. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

9. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

10. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

11. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

12. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

13. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

14. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

15. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

16. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

17. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

18. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

19. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

20. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

21. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

22. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

23. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

24. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

25. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

26. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

27. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

28. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

29. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

30. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

31. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

32. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

33. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

34. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

35. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

36. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

37. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

38. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

39. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

40. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

41. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

42. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

43. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

44. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

45. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

46. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

47. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

48. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

49. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

50. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

51. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

52. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

53. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

54. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

55. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

56. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

57. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

58. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

59. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

60. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

61. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

62. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

63. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

64. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

65. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

66. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

67. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

68. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

69. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

70. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

71. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

72. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

73. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

74. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

75. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

76. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

77. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

78. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

79. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

80. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

81. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

82. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

83. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

84. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

85. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

86. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

87. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

88. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

89. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

90. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

91. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

92. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

93. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

94. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

95. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

96. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

97. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

98. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

99. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

100. In welcher Stadt/Region ist Ihre Praxis?
 In der Stadt In der Stadt In der Stadt In der Stadt

BITTE NEHMEN SIE TEIL!

**ZEIT IST GELD – ODER:
WESHALB DIE BEARBEITUNG DES
KZBV-FRAGEBOGENS SINN MACHT!**

Die Sommerferien kommen näher. Ihre Patientinnen und Patienten wollen vor dem Start in den Urlaub gut versorgt sein und auch die Abrechnung muss rechtzeitig bei der KZVN eingereicht werden. Der Zeitrahmen wird enger.

Und dann ist Ihnen der Fragebogen „Erhebung der Praxiskosten 2016“ von der KZBV ins Haus geflattert. Zwei Seiten wollen sorgfältig beantwortet werden ... – und das zu Recht.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Vertragsgeschäft mit den Krankenkassen ist immer eine „Herausforderung“. Langwierige und kontrovers geführte Gespräche kennzeichnen die Verhandlungen. Wie hilfreich ist es da, wenn Sie uns über die KZBV mit belastbaren Daten versorgen lassen! Anstelle „gefühlter“ Kostensteigerungen können wir mit Ihrer Unterstützung die tatsächlichen Veränderungen in den niedersächsischen Praxen belegen. Besonders wichtig ist in dem Zusammenhang, dass sich die gestiegenen Anforderungen an die Hygiene in den betriebswirtschaftlichen Auswertungen wiederfinden sollten und wir nur mit der Kenntnis darüber in die Verhandlungen gehen können.

Helfen Sie mit, „Ihre“ Verhandlungsposition zu stärken. Nehmen Sie sich die Zeit, die Fragen sorgfältig zu beantworten – denn diese Zeit ist (Ihr) Geld.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Thomas Nels, Vorsitzender der KZVN

PS: Die Anonymität der im Rahmen der Kostenstrukturhebung der KZBV erhobenen Daten ist gesichert. Die Verwendung der regionalen bzw. bundesweiten Ergebnisse erfolgt ausschließlich für die dafür vorgesehenen Zwecke.

Sie möchten betriebswirtschaftliche Durchschnittsdaten zur zahnärztlichen Branche mit Ihren persönlichen Daten vergleichen? Über die KZBV-Homepage www.kzbv.de (Service – Statistische Basisdaten) können Sie kostenfrei Durchschnittsergebnisse aus Kostenstrukturhebungen herunterladen. Sie wünschen eine positive Gestaltung der Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Berufsausübung? Auch dafür ist die jährliche bundesweite Kostenstrukturhebung der KZBV als Grundlage alternativlos.

Bis Anfang Juni wurden die Fragebögen für die Erhebung der notwendigen Daten von der KZVN an die niedersächsischen Zahnarztpraxen verschickt. Natürlich ist die Teilnahme freiwillig, die KZBV ist aber auf die Mitarbeit der Praxen angewiesen: Nur ein starker Rücklauf an Fragebögen sichert eine repräsentative Datenbasis. Der Vorstand der KZBV bittet Sie daher, den Fragebogen auszufüllen und an die KZBV unfrankiert und ohne Absenderangabe zurückzusenden.



Gut 120 Gäste erlebten in Berlin die Festveranstaltung „30 Jahre HDZ“.

Aus Göttingen in die Welt – 30 Jahre Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

Fröhling in Berlin und im Herzen. Ein Festtag für die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ). Am Freitag, 12. Mai, lud das HDZ in die Diakonie in Berlin ein. Symbolischer Ort. Gelöste Stimmung. 120 Gäste. So gar nicht „Festveranstaltung“. Es wurde viel gelacht. Schecks wechselten den Besitzer. Afrikanische Livemusik schuf Stimmung. Und am Ende überrollte afrikanische Ehre zwei Zahnärzte.

Dabei war der Anlass alles andere als locker. Die Stiftung aus Göttingen versucht, Leid und Elend in der Welt zu lindern. Dass sich dies nicht immer „nur“ auf die Zähne beschränkt, liegt nahe. Das HDZ ging aus der 1987 gegründeten „Patenschaft Niedersächsischer Zahnärzte für Lepragebiete“ hervor. Der Göttinger Zahnarzt Carl Heinz Bartels reagierte damit auf seine schockierenden Erlebnisse in den Lepragebieten Südostasiens. In 30 Jahren hat die Stiftung inzwischen über 30 Millionen Euro investiert. Ausgangspunkt sind oft Altgoldspenden aus den Praxen. Die sind nach wie vor in Göttingen sehr willkommen. Angesichts der anhaltenden Notsituationen in vielen Teilen der Welt und des andauernden Krieges in Syrien wird die

Stiftung auch weiterhin wichtige Aufgaben in der Welt haben. Das wurde in den Reden deutlich. So berichtete Dr. Rudolf Seiters, Präsident des Deutschen Roten Kreuzes, in seinem Festvortrag, wie die Rote-Kreuz-Bewegung entstand und wie die HDZ in die internationalen Aufgaben eingebunden ist.

Der im Herbst ausscheidende HDZ-Vorsteher, Dr. Klaus Winter, erläuterte in seinem Statement, dass sich die Stiftung immer für die Menschen am Rande der Gesellschaft engagiert habe. Ob es die Folgen von Naturkatastrophen oder von Kriegen sei, die Stiftung bringt sich mit ihrer Soforthilfe ein. So drückte er auch seine Dankbarkeit gegenüber den Krankenkassen aus, die in früheren Jahren enorme Goldmengen zur Rekonstruktion von Zähnen bezahlt hätten. Das sei heute ein Stück weit die Grundlage der Stiftung, wenn Kolleginnen und Kollegen diesen Stoff als Spende ihrer Patienten an das HDZ schicken. Er kündigte abschließend an, im Herbst das Staffelholz an seinen Stellvertreter Dr. Klaus Sürmann weiterzugeben.

Die Veranstaltung bot zahlreiche Gelegenheiten für Worte des Dankes. Eines wurde dabei deutlich: Das HDZ kann im Lande wie auch in den Einsatzorten nur als Gemeinschafts-



Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, Präsident der ZKN und Christian Neubarth, KZVN-Vorstand, überreichten dem Vorsteher des HDZ, Dr. Klaus Winter (Mitte) einen Scheck in Höhe von 6.000 Euro für die weitere Arbeit.



Kammerpräsident Henner Bunke (links), ehrte Dr. Volker Langheim und Bernd Jüncke für ihren jahrzehntelangen Einsatz im Hilfswerk. Rechts der HDZ-Vorsteher Dr. Klaus Winter.

projekt erfolgreich sein. Angefangen bei den Ehefrauen und Familien der leitenden Personen in Niedersachsen über die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Göttingen, die Verbände und Unterstützerfirmen bis hin zu den Partnern vor Ort, die als Basis der Hilfe unabdingbar sind. So unterstützen auch die Zahnärzte in Niedersachsen von Beginn an direkt und über ihre Körperschaften die Stiftung. Die Bundeszahnärztekammer steht seit 2010 als Schirmherr hinter den Zielen der Stiftung. Der Präsident der

Kammer in Niedersachsen, Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, und der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, schilderten bei der Festveranstaltung, auf welche Weise sie die Stiftung unterstützen. Dr. Peter Engel: „Die Projekte des HDZ sind so vielfältig wie die Länder, in denen es hilft. Das HDZ ist schnell, bürokratiearm und hat in den 30 Jahren viel Not gelindert: Die Stiftung hat Soforthilfe nach der Tsunamikatastrophe geleistet oder langfristig Kliniken aufgebaut. Die Bundeszahnärztekammer dankt Dr. Klaus Winter, der seit 1996 bis heute als Vorsteher das Hilfswerk lenkte, allen Mitstreitern und in den Projekten selbst tätigen Zahnärzten für ihr soziales Engagement.“



Dr. Rudolf Seiters, Präsident des Deutschen Roten Kreuzes, erhielt von der Stiftung einen Scheck über 35.000 Euro für Hilfsprojekte in Kolumbien. Der Scheck wurde von Dr. Klaus Sürmann (stellv. HDZ-Vorsteher, links) und Dr. Klaus Winter (HDZ-Vorsteher) überreicht.

Für Niedersachsen betonte der Kammerpräsident Henner Bunke, dass die Projekte mit großer Sorgfalt ausgesucht würden. Dies geschehe meistens in Kooperation mit professionellen Trägerschaften, wie den Salesianern Don Bosco oder dem Lazarus-Orden, um den Ärmsten der Armen in einer globalisierten Welt Hilfe zur Selbsthilfe, Unterstützung und/oder rasche Soforthilfe nach Naturkatastrophen anzubieten. Dabei gehe die Hilfe über die zahnärztliche Hilfe oft weit hinaus, so würden Waisenhäuser, Schulen und Krankenstationen gefördert und vielen notleidenden Menschen nachhaltige Hilfe, Unterstützung und zum Teil auch Ausbildung angeboten. Bunke weiter: „Als Schirmherr und Patron des HDZ steht die Zahnärztekammer Niedersachsen gestern, heute und auch in Zukunft sehr gerne zu dieser Institution und den ehrenamtlich tätigen Menschen, die sich so segensreich für das HDZ einsetzen. Sie sind für die Zahnärzteschaft ein Leuchtturmprojekt, welches hoffentlich noch sehr lange erfolgreich Menschen in Not Hoffnung spenden wird!“ Bunke zeichnete dann mit Dr. Volker Langheim und Bernd Jüncke zwei aktive HDZ-Mitstreiter aus. Dr. Langheim ►►

Existenzgründer- und Praxisabgebortag

Termin

Samstag, 5. August 2017,
10:00 Uhr – 16:00 Uhr

Ort

KZVN, Zeißstraße 11, 30519 Hannover

Kosten

€ 25,00 pro Person

Hinweis

8 Fortbildungspunkte gemäß BZÄK/DGZMK

Referenten

Prof. Dr. Vlado Bicanski und Theo Sander
IWP-Institut für Wirtschaft und Praxis
Bicanski GmbH

Themenschwerpunkte

- Ablauf des bergabeverfahrens
- Steuerliche Aspekte der Praxisveruerung
- Praxisübergabe in der Berufsausübungsgemeinschaft
- Der materielle und der ideelle Praxiswert – Berechnungsbeispiele für die Kaufpreisfindung
- Kaufvertrag – was ist zu berücksichtigen?
- Die Praxisabgabe unter nahen Angehörigen – entgeltlich oder unentgeltlich?
- Aktuelle Rechtsprechung
- Voraussetzung für eine Niederlassung
- Was kommt, was bleibt?
Aktuelle Tendenzen im Gesundheitswesen
- Praxisübernahme vs. Praxisneugrndung



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen



deutsche apotheker-
und rztbank

Das Anmeldeformular erhalten Sie
auf telefonische Anforderung unter
0511 8405-420 oder auf unserer
Website unter www.kzvn.de.



Zu „ltesten von Kikuyu“ wurden Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnrzttekammer (links) und Henner Bunke, Präsident der Zahnrzttekammer Niedersachsen von Schwester Bernadette aus Kenia ernannt. Beide Herren erklärten, dass sie diese Ehre für ihre Kolleginnen und Kollegen gern entgegengenommen haben. Rechts gratuliert Dr. Klaus Winter, HDZ-Vorsteher.

» verarbeitet seit über zehn Jahren Altgold-Spenden, wiegt sie und bereitet die Spendenbescheinigungen vor. Der über 70-jährige KFZ-Meister Bernd Jncke ist auch jetzt noch weltweit in den Zielgebieten unterwegs. Hier bringt er sich unter anderem beim Aufbau von Zahnstationen ein. Der Präsident skizzierte dann als Beispiel für ein durch das HDZ unterstütztes Projekt den beeindruckenden Lebensweg von Francis van Hoi, dem als Boatpeople mit 23 Jahren die Flucht aus Vietnam gelingt, der dann in Deutschland vom Tellerwäscher zum Küchenchef wurde und der jetzt nach 37 Jahren wieder in die Heimat zog, wo er eine Ausbildungsstätte für Schwerstbehinderte aufbaute. Sein anderes Lebensprojekt ist eine Gastronomieschule in Vietnam, in der nach dem Vorbild des deutschen dualen Ausbildungssystems Kche und Gastro-Fachkräfte ausgebildet werden. Eine besondere Ehre erlebten abschließend Dr. Peter Engel und Henner Bunke. Schwester Bernadette, Verwalterin des St. Matia Mulumba Mission Hospitals aus Kenia, die via Film zugeschaltet war, ernannte sie zu „ltesten von Kikuyu“. Als Zeichen dieser Würde erhielten sie unter anderem Umhang, Speer, Schild, Stuhl, Hut und Sandalen. Dann setzte Musik aus Afrika ein. Die Welt war plötzlich ganz klein. Zum Abschluss ein Buffet, sponsert by apobank. Nur so geht es. Gemeinsam.

Weitere Infos und Spendenmglichkeiten:

<https://www.stiftung-hdz.de/> ■

_____et

Einreichungs- und Zahlungstermine

2017

Juni/Juli/August/September

Juni		Juli		August		September	
1 Do	22	1 Sa	26	1 Di	31	1 Fr	35
2 Fr		2 So		2 Mi		2 Sa	
3 Sa		3 Mo	27	3 Do		3 So	
4 So		4 Di		4 Fr		4 Mo	36
5 Mo	23	5 Mi		5 Sa		5 Di	
6 Di		6 Do		6 So		6 Mi	
7 Mi		7 Fr		7 Mo	32	7 Do	
8 Do		8 Sa		8 Di		8 Fr	
9 Fr		9 So		9 Mi		9 Sa	
10 Sa		10 Mo	28	10 Do		10 So	
11 So		11 Di		11 Fr		11 Mo	37
12 Mo	24	12 Mi		12 Sa		12 Di	
13 Di		13 Do		13 So		13 Mi	
14 Mi		14 Fr		14 Mo	33	14 Do	
15 Do		15 Sa		15 Di		15 Fr	
16 Fr		16 So		16 Mi		16 Sa	
17 Sa		17 Mo	29	17 Do		17 So	
18 So		18 Di		18 Fr		18 Mo	38
19 Mo	25	19 Mi		19 Sa		19 Di	
20 Di		20 Do		20 So		20 Mi	
21 Mi		21 Fr		21 Mo	34	21 Do	
22 Do		22 Sa		22 Di		22 Fr	
23 Fr		23 So		23 Mi		23 Sa	
24 Sa		24 Mo	30	24 Do		24 So	
25 So		25 Di		25 Fr		25 Mo	39
26 Mo	26	26 Mi		26 Sa		26 Di	
27 Di		27 Do		27 So		27 Mi	
28 Mi		28 Fr		28 Mo	35	28 Do	
29 Do		29 Sa		29 Di		29 Fr	
30 Fr		30 So		30 Mi		30 Sa	
		31 Mo	31	31 Do			

POLITISCHES

Neue Adhäsive – neue Möglichkeiten?

UNIVERSALADHÄSIVE UNTER DER LUPE



Die Adhäsivtechnik ist in der modernen restaurativen Zahnheilkunde unverzichtbar. Ihr Einsatz erstreckt sich von direkten Restaurationen im Front- und Seitenzahnbereich einschließlich der Reparatur defekter Restaurationen über Stumpfaufbauten bis zur Adhäsivbefestigung von indirekten Restaurationen und Wurzelkanalstiften.

Bislang werden für viele dieser Indikationen unterschiedliche Haftvermittler angeboten. Es kann allerdings für Verwirrung sorgen, wenn in einer Praxis mehrere

Bondingsysteme mit abweichenden Gebrauchsanweisungen, Lagerbedingungen und Verfallsdaten zum Einsatz kommen. Zusätzliche Vielfalt entsteht durch die verschiedenen Ätzstrategien (vgl. Abb. 1, 2 und 4): Etch-and-rinse (ER), Self-etching (SE) und Selective-etching (SeE). Angesichts dieser Variabilität klingt es verlockend, wenn nun Universaladhäsive angeboten werden, die in Aussicht stellen

- ▶ alle Ätzstrategien (ER, SE, SeE) zur Erzeugung einer effektiven Komposithaftung an Schmelz und Dentin (koronal, Wurzelkanal) abzudecken,

Produktname (Hersteller)	Adhese Universal (Ivoclar Vivadent)	All-Bond Universal (Bisco)	Clearfil Universal Bond (Kuraray)	Futurabond U (Voco)	G-Premio Bond (GC)
pH	2,5	3,2	2,3	2,3	1,5
Funktionelles Monomer (ionische Bindung an Apatit und Metalloxide)	10-MDP	10-MDP* (*in Sicherheitsdatenblatt nicht aufgelistet)	10-MDP	„Saures Adhäsivmonomer“ (lt. Sicherheitsdatenblatt)	4-MET, MDP
Kompatibilität mit selbsthärtenden Kompositen	Ja, aber ... für die Befestigung von Wurzelkanalstiften nicht zugelassen	Ja, aber ... Wurzelkanalstifte: LC des Adhäsivs vor Insertion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ohne Aktivator nur in Verbindung mit Clearfil DC Core Plus oder Panavia SA Cement (beide Kuraray) ▶ Wurzelkanalstifte: LC des Adhäsivs vor Insertion 	Ja	Keine Freigabe
Haftvermittlung zu alloplastischen Materialien	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nur für Komposit- und Kompomerreparatur freigegeben ▶ Für Glaskeramik wird ein Universalprimer empfohlen 	Für optimale Haftung an Glaskeramik oder Zirkonoxid wird ein entsprechender Spezialprimer empfohlen	Für optimale Haftung an Glaskeramik wird ein Silanprimer empfohlen	Keine Einschränkung	Für Glaskeramik wird ein Silanprimer empfohlen
Silan	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
Besonderheiten	Kein Hinweis zur Wirksamkeit als Haftvermittler an Zirkonoxid, Aluminiumoxid oder NEM	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Auftrag in zwei separaten Schichten ▶ Indirekte Restauration: LC des Adhäsivs erforderlich 	Kurze Applikationszeit (10s)	Begrenzte Verarbeitungszeit, da dualhärtend	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kompatibel mit dualhärtenden Kompositen, wenn diese lichtgehärtet werden ▶ Passive Applikation (10s)

Tab. 1: Charakterisierung aktuell verfügbarer Universaladhäsive (Auswahl)

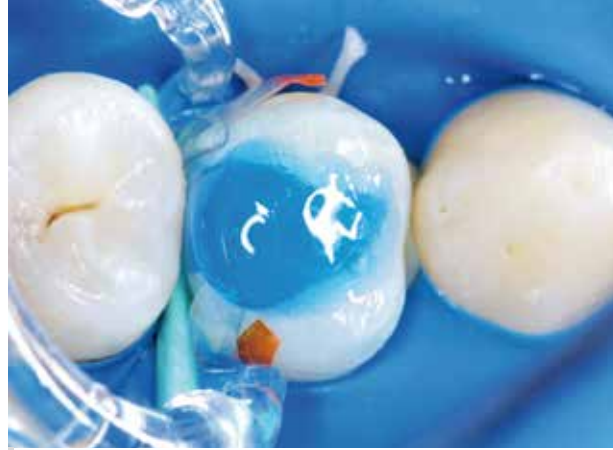
- ▶ mit allen Kompositen (licht-, selbst- und dualhärtend) kompatibel zu sein,
- ▶ sich sowohl für direkte als auch für indirekte Restaurationen zu eignen und
- ▶ an den verschiedensten metallischen und nicht metallischen Werkstoffen zu haften.

Ziel dieses Beitrags ist es, kritisch unter die Lupe zu nehmen, inwiefern heutige Universaladhäsive (Tab. 1) diese Ansprüche erfüllen.

Der Weg zu den Universaladhäsiven

Etch-and-rinse-Technik mit Phosphorsäure (Abb. 1)

Die Erzeugung einer Haftung an Schmelz und Dentin erfordert die Auflösung beziehungsweise Auflockerung der Schmierschicht und des darunterliegenden Apatits mithilfe eines sauren Konditionierungsmittels. Traditionell wird hierfür Phosphorsäure (PS) verwendet. Während es für die Etablierung einer Schmelzhaftung genügt, auf den mit PS geätzten Schmelz ein hydrophobes Adhäsiv aufzutragen,



Fotos: Prof. Dr. med. dent. B. Haller

Abb. 1: Bei der Etch-and-rinse-Technik werden Schmelz und Dentin mit Phosphorsäure konditioniert.

erfordert die Benetzung des feuchten Dentins mit dem hydrophoben Adhäsiv die Grundierung mit einem hydrophilen Primer. Auch aus anderen Gründen ist die Dentinätzung mit PS nicht unproblematisch: Durch die vollständige Entfernung der Schmierschichtprophen aus den Tubuli tritt vermehrt Dentinliquor aus, was bei einer unvollständigen Dentinversiegelung zu einer postoperativen Hypersensibilität führen kann. Die Auflösung der Apatithülle um die Kollagenfasern ▶▶

Produktname (Hersteller)	iBond (Heraeus Kulzer)	OptiBond XTR (Kerr)	Prime & Bond active (Dentsply Sirona)	Scotchbond Universal (3M Espe)	Xeno Select (Dentsply DeTrey)
pH	1,6–1,8	1,6	> 2,5	2,7	< 2
Funktionelles Monomer (ionische Bindung an Apatit und Metalloxide)	4-META, 10-MDP* (*in Sicherheitsdatenblatt nicht aufgelistet)	GPDM	MDP, PENTA	10-MDP	PENTA
Kompatibilität mit selbsthärtenden Kompositen	Ja	Ja	Ohne Aktivator nur in Verbindung mit Calibra Ceram (Dentsply Sirona)	▶ Ohne Aktivator nur in Verbindung mit RelyX Ultimate (3M Espe) ▶ Wurzelkanalstift: LC des Adhäsivs vor Insertion	Keine Freigabe
Haftvermittlung zu alloplastischen Materialien	Für Glaskeramik wird ein Silanprimer empfohlen	▶ Keine Einschränkung ▶ Nur OptiBond XTR Adhesive	▶ Freigabe für die Reparatur von Komposit, Keramik und Amalgam ▶ Für Glaskeramik wird ein Silanprimer empfohlen	Keine Einschränkung	Keine Freigabe
Silan	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein
Besonderheiten	▶ Indirekte Restauration: LC des Adhäsivs erforderlich ▶ Wurzelstift: kein Hinweis auf Anwendung	▶ Zwei Applikationsschritte ▶ Keine Anwendung mit Etch-and-rinse-Technik ▶ Indirekte Restauration: LC des Adhäsivs erforderlich, wenn als Befestigungskomposit nicht NX3 (Kerr) verwendet wird		Klinische Studien verfügbar	

Tab. 1: Charakterisierung aktuell verfügbarer Universaladhäsive (Auswahl)

► erschwert das „Wassermanagement“ in dem freigelegten Kollagengeflecht und ermöglicht die Freisetzung von kollagenabbauenden Metallomatrixproteinasen. Das erklärt, weshalb sowohl bei Zwei-Schritt- (2S)- als auch bei Drei-Schritt-(3S)-ER-Systemen nach mehrjähriger Wasserlagerung eine signifikante Herabsetzung der Dentinhaftung beobachtet wurde [1]. Nicht zuletzt führt der massive Entzug von Ca^{2+} -Ionen dazu, dass diese für eine Ionenbindung mit dem Primer und/oder Adhäsiv nicht mehr zur Verfügung stehen.

Selbstkonditionierung (Abb. 2)

Im Vergleich zur PS-Ätzung ist die Konditionierung des Dentins mit sauren Monomeren, die Phosphat-, Phosphonat- oder Carboxylatgruppen enthalten, deutlich weniger aggressiv. Besonderes Interesse gilt dem Monomer 10-Metacryloyl-oxydecyl-dihydrogenphosphat (10-MDP; Abb. 3), das mit den Ca^{2+} -Ionen des nicht vollständig aufgelösten Apatits wasserunlösliche Salze bilden kann [2]. Seit das Patent für 10-MDP 2003 ausgelaufen ist, verwenden zahlreiche Hersteller dieses funktionelle Monomer in ihren Adhäsiven.

Die Qualität der angesprochenen Ionenbindung scheint allerdings stark von der Reinheit des verwendeten 10-MDP abzuhängen und damit stark produktabhängig zu sein [3]. Auch bei den SE-Bondingsystemen unterscheidet man Zwei-Schritt-Systeme (SE-2S), bei denen sich der hydrophile Primer und das hydrophobe Adhäsiv in separaten Fläschchen befinden, sowie Ein-Schritt-Systeme (SE-1S), sogenannte All-in-one-Adhäsive, die alle drei Funktionen (Conditioner, Primer, Adhäsiv) in sich vereinigen. All-in-one-Adhäsive zeigen im Vergleich zu SE-2S-Systemen meist eine geringere initiale Haftfestigkeit und eine schlechtere Langzeitbeständigkeit [1, 4]. Die Ursache dafür liegt in der komplexen chemischen Zusammensetzung der All-in-one-Adhäsive, die dem Anspruch geschuldet ist, alle Funktionen eines Bondingsystems in einem Arbeitsschritt zusammenzufassen. Als Hauptursachen für die Tendenz zur hydrolytischen Degradation wurden der Wassergehalt der All-in-one-Adhäsive und die Wasseraufnahme in das hydrophile Polymer identifiziert.



Abb. 2: Die Self-etch-Technik verzichtet auf die Phosphorsäure-Ätzung. Die Selbstkonditionierung mit sauren, selbstkonditionierenden Monomeren erstreckt sich auf Dentin und Schmelz.



Abb. 4: Die Selektivätztechnik kombiniert die Vorzüge der Phosphorsäure-Ätzung des Schmelzes mit denen der milden Dentinkonditionierung mit sauren Monomeren.

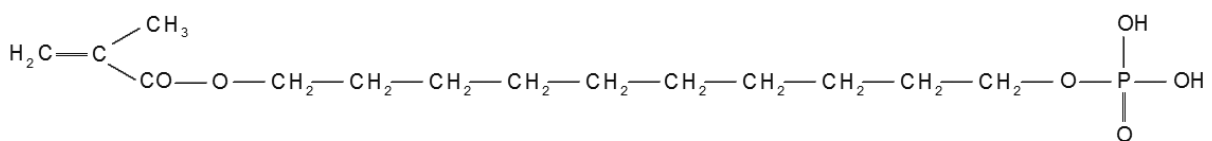


Abb. 3: Das saure Monomer 10-MDP zeichnet sich dadurch aus, dass es ionische Interaktionen mit Ca^{2+} -Ionen von Schmelz und Dentin sowie mit Metalloxiden (ZrO-Keramik, Nicht-Edelmetalle) eingehen kann.

Selektive Schmelzätzung als Königsweg? (Abb. 4)

Eine Schwachstelle der Selbstkonditionierung ist seit jeher die geringe Ätzwirkung im Schmelz. SE-Bondingsysteme erreichen nur 30 bis 65 Prozent der Schmelzhaftung bei PS-Ätzung [5]. Klinisch macht sich dies durch oberflächliche Randverfärbungen und kleine, sondierbare Randdefekte bemerkbar. Die beste Füllungsrandqualität im Schmelz wird nach wie vor durch Ätzung mit 37-prozentiger PS erzielt [6]. Es lag nun nahe, den positiven Effekt der Selbstkonditionierung auf die Dentinhaftung mit der guten Schmelzhaftung durch PS-Ätzung zu kombinieren und daraus die Empfehlung einer selektiven PS-Ätzung des Schmelzes, gefolgt von der Anwendung eines milden SE-2S-Systems auf dem Dentin, abzuleiten [7,8]. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass der Versuch einer selektiven Schmelzätzung in der Praxis nicht selten in der Kontamination des Dentins mit PS endet, will man nicht umgekehrt eine „Unterätzung“ des Schmelzes riskieren. Leider bewirkt die PS-Ätzung des Dentins bei den meisten SE-Systemen eine Herabsetzung der Dentinhaftung [9, 10] und eine Verschlechterung der Füllungsrandqualität [7].

Umgekehrt wird bei manchen SE-2S-Systemen die durch PS-Ätzung erzielte Schmelzhaftung massiv beeinträchtigt, wenn der geätzte Schmelz mit dem SE-Primer in Berührung kommt [5]. Eine selektive Applikation des SE-Primers auf das Dentin ohne Kontamination des Schmelzes ist aber noch utopischer als die selektive Ätzung des Schmelzes.

Inkompatibilität von sauren Monomeren und Selbsthärtungsmechanismus

Die Kompatibilität zwischen dual- beziehungsweise dunkelhärtenden Kompositen und sauren SE-Bondingsystemen ist unbefriedigend. Die Polymerisation selbsthärtender Komposite wird durch ein Redox-Initiatorsystem initiiert, welches tertiäre Amine enthält. Deren Kontakt mit sauren Monomeren, die auch nach Aushärtung der Adhäsivschicht vorhanden sind, setzt eine Säure-Base-Reaktion in Gang, die dem Initiatorsystem Amine entzieht. Die Reduktion der verfügbaren Amine führt zu einer Hemmung der Polymerisation im Bereich der Grenzflächen [11]. Ein weiterer Erklärungsansatz ist die verlängerte Polymerisationszeit des dunkelhärtenden ►

Monomere	Vernetzungsfähig (Bildung einer stabilen Polymermatrix; Copolymerisation mit verschiedenen Kompositen), multi-funktionell (Reaktion mit alloplastischen Materialien, z. B. Keramik, Metall)	
Hydrophil/hydrophob Ziel: ausgewogenes Verhältnis	Hydrophil: Benetzung des Dentins (22 Vol.-% Wasser)	Hydrophob: Vermeidung von Wasseraufnahme und hydrolytischer Zersetzung nach Polymerisation
Azidität/Ätzwirkung Ziel: mild (pH > 2) oder ultra-mild (pH > 2,5)	Ausreichend stark für die Selbstkonditionierung	Nicht so stark, dass die Polymerisation chemisch- bzw. dualhärtender Komposite gehemmt wird
Wassergehalt Ziel: so wenig wie möglich, so viel wie nötig	Ausreichend hoch für die Dissoziation der Säuregruppen in den SE-Monomeren	Zu hoher Wassergehalt: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Begünstigt die Zersetzung der Komponenten ▶ Reduziert die Haltbarkeit ▶ Begünstigt Phasentrennung zwischen hydrophilen und hydrophoben Monomeren ▶ Erschwert die Verdunstung ▶ Führt zu unvollständiger Polymerisation ▶ Begünstigt eine Hydrolyse des ausgehärteten Adhäsivs ▶ Beeinträchtigt die Qualität des adhäsiven Interface
Gehalt an 10-MDP Sehr vorteilhaft. Wichtig: hoher Reinheitsgrad	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Chemische Bindung mit Ca²⁺-Ionen des Apatits, Bildung stabiler MDP-Ca-Salze ▶ Amphiphile Eigenschaften: so hydrophil wie nötig, so hydrophob wie möglich ▶ Im ausgehärteten Zustand: geringe Wasseraufnahme, geringe Hydrolyseanfälligkeit 	
HEMA-Gehalt Ziel: so wenig wie möglich, so viel wie nötig	Vorteile von HEMA <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gute Löslichkeit in allen Lösungsmitteln einschließlich Wasser ▶ Hydrophil, sehr penetrationsfähig ▶ Gute Benetzung des Dentins ▶ Fördert die Monomerdiffusion in Dentin, begünstigt Hybridschichtbildung ▶ Verhindert Phasentrennung zwischen hydrophilen und hydrophoben Monomeren 	Nachteile von HEMA <ul style="list-style-type: none"> ▶ Absorbiert Wasser, fördert hydrolytische Zersetzung ▶ Erschwert die Verdunstung von Wasser beim Trockenblasen ▶ Setzt die mechanische Festigkeit des Polymers herab

Tab. 2: Die multimodalen Anforderungen von Universaladhäsiven bedingen eine komplexe chemische Zusammensetzung, die nicht frei von Widersprüchen ist (modifiziert nach [53]).

- Komposits, die dazu führt, dass Feuchtigkeit aus dem Dentin durch die stark hydrophile Adhäsivschicht der All-in-one-Adhäsive an die Oberfläche tritt und dort die Copolymerisation verhindert [12].

Universaladhäsive: Was ist neu?

Universaladhäsive oder „multi-modale Adhäsive“ sind als Weiterentwicklung der All-in-one-Adhäsive zu sehen. SE-2S-Systeme tragen nur selten die Bezeichnung Universaladhäsiv (z. B. OptiBond XTR). Die Abstammung der Universaladhäsive (UA) von den herkömmlichen All-in-one-Adhäsiven manifestiert sich auch in den Widersprüchen hinsichtlich der Vor- und Nachteile der verwendeten Komponenten (Tab. 2). Weitgehend durchgesetzt hat sich eine milde ($\text{pH} > 2$) bis ultra-milde ($\text{pH} > 2,5$) Ätzwirkung. Dadurch wird dem Dentin nur ein Teil des Apatits entzogen und es stehen noch Ca^{2+} -Ionen für chemische Interaktionen mit den Säuregruppen der Monomere zur Verfügung, wie sie speziell für das funktionelle Monomer 10-MDP nachgewiesen wurden, das heute in nahezu allen UA enthalten ist. Mit entsprechend modifizierten All-in-one-Adhäsiven gelang ein deutlicher



Abb. 5 und 6: Inwiefern Universaladhäsive für eine qualitativ hochwertige Versorgung von ausgedehnten Klasse-II-Kavitäten mit zervikalem Dentinrand – wie hier an Zahn 16 distal – geeignet sind, ist momentan noch ungewiss.

Rückgang der Retentionsverluste von Zahnhalsfüllungen [13]. Eine sehr milde Azidität wirkt sich zwar vorteilhaft auf die Beständigkeit der Dentinhaftung und auf die Kompatibilität mit selbst- beziehungsweise dualhärtenden Kompositen aus, um die Schmelzhaftung ist es damit aber endgültig schlecht bestellt. Die Option der Kombination mit der bewährten PS-Ätzung war somit unabdingbar, wobei eine (kaum zu vermeidende) Mit-Ätzung des Dentins keine negativen Folgen für den Dentinverbund haben durfte. Sobald dies sichergestellt war, sprach auch nichts mehr gegen die Freigabe der ER-Technik als dritten Ätzmodus.

Universaladhäsive in Verbindung mit lighthärtenden Kompositen

Dentinhaftung: Self-etch versus Etch-and-rinse

In einer Studie der Universität Erlangen zeigten die UA Futurabond U, All-Bond Universal und Scotchbond Universal im SE-Modus und im ER-Modus vergleichbare Dentinhaftwerte [14]. Auch Chen et al. [15] fanden bezüglich der Dentinhaftung keinen Unterschied zwischen SE- und ER-Modus. Andere Studien berichten über eine höhere Dentinhaftung [16] beziehungsweise über eine bessere Beständigkeit und weniger Nanoleakage [17] im SE-Modus. Eine umfangreiche Metaanalyse ergab für UA mit milder Ätzwirkung keine signifikanten Unterschiede zwischen SE- und ER-Modus in Bezug auf die Dentinhaftung [18]. Lediglich ein Produkt mit ultra-milder Ätzwirkung (All-Bond Universal) zeigte bei PS-Ätzung signifikant höhere Haftwerte als im SE-Modus. Eine aktive (reibende) Applikation kann sich bei mild-ätzenden UA günstig auf die Qualität der Dentinhybridschicht auswirken [19]. Eine damit einhergehende Steigerung der Dentinhaftwerte scheint stark produktabhängig zu sein.

Beständigkeit der Dentinhaftung

Vergleich mit Mehrschrittsystemen

Auch für UA scheint zu gelten, dass die Beständigkeit der Dentinhaftung bei Produkten mit 10-MDP besser ist als bei solchen ohne 10-MDP [20]. Wie bereits für All-in-one-Adhäsive gezeigt, lässt sich die Dentinhaftung von UA verbessern, indem zusätzlich ein hydrophobes Adhäsiv appliziert wird [16]. Dies entspricht dann aber dem aufwendigeren Prozedere bei SE-2S-Systemen. In einer eigenen Studie zeigten Scotchbond Universal und Xeno Select im SE-Modus ähnliche Haftwerte wie die Mehrschrittsysteme OptiBond FL und Clearfil SE Bond. Für Scotchbond Universal wurde trotz seines Gehalts an 10-MDP eine Herabsetzung der Dentinhaftwerte durch künstliche Alterung beobachtet [17; eigene Messungen]. Die Dentinhaftung war jedoch nach einer sechsmonatigen Wasserlagerung immer noch vergleichbar mit der von Mehrschrittsystemen, unabhängig vom Ätzmodus [21]. In einer eigenen, noch unveröffentlichten Studie zeigten alle untersuchten UA mit Ausnahme von Scotchbond Universal in Kombination mit Bulk-Fill-Kompositen

eine geringere Haftung an Rinderdentin als in Kombination mit herkömmlichen Mikrohybridkompositen. Dies bestätigt frühere Beobachtungen, wonach sich mehrfache Vereinfachungen der Restaurationstechnik (Bulk-Fill-Komposite in Kombination mit All-in-one-Adhäsiven) nachteilig auf den Randschluss und/oder die interne Adaptation auswirken können [22].

Füllungsrandschluss im Dentin

Obwohl die Spaltfreiheit von Füllungsändern ein wichtiges Kriterium für die Bewertung von Bondingsystemen darstellt, ist dazu die Datenlage für UA sehr dürftig. Blunck und Preissner [4] untersuchten bei Klasse-V-Füllungen den Anteil „perfekter Rand“ (PR) im Dentin nach Wasserlagerung für 21 Tage und vier Jahre. Der einzige Vertreter aus der Gruppe der UA (Scotchbond Universal) zeigte initial im ER-Modus eine perfekte Randadaptation (100 % PR) und im SE-Modus nur geringfügige Randimperfectionen (97,7 % PR). Nach vierjähriger Wasserlagerung wurde mit beiden Ätzmodi (jeweils ca. 93 % PR) keine signifikante Verschlechterung der Dentinrandqualität registriert. Damit verhielt sich dieses UA ähnlich zuverlässig wie bewährte Mehrschrittsysteme. Es wäre jedoch nicht zulässig, das gute Abschneiden einzelner UA auf die gesamte, sehr inhomogene Materialgruppe zu übertragen oder aus dem Abschneiden in Zahnhalskavitäten (Durchmesser in der Regel 3 mm) Rückschlüsse auf das Verhalten in kaubelasteten Klasse-II-Restaurationen mit zervikalen Dentinrändern (Abb. 5 und 6) zu ziehen.

Schmelzhaftung

Durch die Schmelzätzung mit Phosphorsäure wird die Schmelzhaftung von UA gegenüber dem SE-Modus signifikant verbessert [18, 23, 24]. Zwar lässt sich die Schmelzhaftung im SE-Modus durch eine Verdoppelung der Einwirkzeit oder eine aktive (reibende) Applikation steigern, erreicht aber nicht die Schmelzhaftung im ER-Modus [23, 25, 26].

Klinische Studien

Die klinische Performance von Bondingsystemen wird typischerweise an Kompositrestaurationen in nicht kariösen Zahnhalsläsionen untersucht. In einer Zwei-Jahres-Studie [27] schnitt Scotchbond Universal mit Retentionsraten von 94,9 Prozent im SE- und 100 Prozent im ER-Modus gleich beziehungsweise besser ab als das ER-3S-System Scotchbond Multipurpose mit einer Retentionsrate von 87,6 Prozent. In einer Drei-Jahres-Studie wurde das klinische Verhalten von Scotchbond Universal im SE- und im ER-Modus sowie mit selektiver Schmelzätzung verglichen, wobei in den ER-Gruppen zwischen Dry Bonding und Moist Bonding unterschieden wurde [28]. Die Häufigkeit von Randverfärbungen lag in der SE-Gruppe bei 17,5 Prozent, in den drei Gruppen mit PS-Ätzung zusammen nur bei 6,8 Prozent. In der SE-Gruppe gingen fünf Zahnhalsfüllungen verloren, in

den Gruppen mit PS-Ätzung gab es jeweils nur einen Füllungsverlust. Die Datenlage in Bezug auf klinische Studien ist damit momentan noch sehr dürftig. Und auch hier sei die Frage erlaubt, ob es zulässig ist, die Ergebnisse aus Klasse-V-Studien auf die Eignung von UA in okklusionstragenden Klasse-II-Restaurationen mit zervikalen Dentinrändern (s. Abb. 5 und 6) zu übertragen.

Universaladhäsive in Verbindung mit dual- oder selbsthärtenden Aufbaukompositen

Die Selbstkonditionierung ist für den Stumpfaufbau aus mehreren Gründen vorteilhaft (Abb. 7 und 8). Zum einen liegt, wenn ein Stumpfaufbau erforderlich ist, ein größerer Defekt mit einer entsprechend großflächigen Dentinwunde vor. Die Selbstkonditionierung ist hier schonender für das Pulpa-Dentin-System als die aggressivere Ätzung mit Phosphorsäure. Ein weiterer Vorteil ist die größere Beständigkeit des Dentinverbunds bei Verwendung geeigneter SE-Systeme im Vergleich zu ER-Systemen. Hinzu kommt, dass der Verzicht auf die PS-Ätzung mit dem erforderlichen Abspülen des Ätzgels in schwierigen Situationen „spielentscheidend“ ►►



Abb. 7 und 8: Der Self-etch-Modus hat bei Aufbaurestaurationen einige Vorteile. Die Kompatibilität zwischen Universaladhäsiven und selbst- beziehungsweise dualhärtenden Aufbaukompositen ist in einigen Fällen nur gegeben, wenn zusätzlich ein Dual-cure-Aktivator verwendet wird (s. Tab. 1).



Abb. 9 und 10: Vorsicht ist bei der Adhäsivbefestigung von Wurzelkanalstiften geboten. Die meisten Universaladhäsive sind für diese Indikation entweder nicht freigegeben oder sie benötigen in Verbindung mit dualhärtenden Befestigungskompositen eine separate Lichthärtung (!).

► sein kann. Wenn, wie bei SE-1S-Adhäsiven, noch auf einen weiteren Arbeitsschritt verzichtet werden könnte, wäre das besonders behandlerfreundlich.

Selbst- oder dualhärtende Komposite haben den Vorteil, dass sie in einer Portion appliziert werden können. Allerdings ist die ungenügende Copolymerisation zwischen selbsthärtenden Kompositen und einer Adhäsivschicht, die saure SE-Monomere enthält, von den All-in-one-Adhäsiven hinreichend bekannt [29-31]. Es gibt verschiedene Ansätze, wie dieser Inkompatibilität zwischen SE-Adhäsiven und autopolymerisierenden Kompositen begegnet werden kann. Eine Möglichkeit ist die Beimischung oder Inkorporation sogenannter Dual-cure-Aktivatoren. Diese enthalten Initiatoren und Katalysatoren, die die Aushärtung des autopolymerisierenden Komposit sicherstellen sollen. Eine Studie konnte jedoch zeigen, dass die Dentinhaftung eines dualhärtenden Aufbaukomposit durch die Verwendung eines Aktivators nicht verbessert wurde [32]. Des Weiteren führt die Beimischung von Aktivatoren zum Adhäsiv zu einer Verdünnung der haftvermittelnden Komponenten. Dies könnte die Wirksamkeit als Haftvermittler zur Zahnhartsubstanz kompromittieren. Es besteht auch ein Zusammenhang zwischen dem pH des Ein-Schritt-Adhäsivs und der Kompatibilität des dunkelhärtenden Komposit [33]. Je milder der pH, desto besser ist die Kompatibilität zwischen beiden Komponenten. In diesem Zusammenhang ist jedoch zu beachten, dass ein sehr milder pH die Ätzwirkung herabsetzen kann.

Es wird dringend empfohlen, vor der Verwendung dualhärtender Komposite in Verbindung mit UA einen genauen Blick in die Gebrauchsanweisungen zu werfen, da es zwischen den Produkten erhebliche Unterschiede gibt (s. Tab. 2).

Während einige UA mit allen gängigen selbst- und dualhärtenden Kompositen uneingeschränkt kompatibel sein sollen (Adhese Universal, All-Bond Universal, iBond Universal, OptiBond XTR), benötigen andere die Beimischung eines Aktivators bei nicht hauseigenen dualhärtenden Stumpf-

aufbaumaterialien (Clearfil Universal Bond, Scotchbond Universal) oder sind aufgrund ihres niedrigen pH überhaupt nicht für selbst- oder dualhärtende Komposite freigegeben (Xeno Select, G-Premio Bond).

Universaladhäsive in Verbindung mit dualhärtenden Befestigungskompositen

Adhäsivbefestigung zahnfarbener Restaurationen (Komposit, Silikatkeramik)

Beim Durchstrahlen von Restaurationen aus Silikatkeramik kommt es zu einem massiven Abfall der Lichtintensität [34]. Die Dentinhaftung des Befestigungskomposit wird dadurch beeinträchtigt [35]. Eine separate Lichthärtung des Adhäsivs kann bei ER-3S-Bondingsystemen nicht uneingeschränkt empfohlen werden, weil die Gefahr besteht, dass die Passung der Restauration darunter leidet. So gesehen könnte die Verwendung von UA von Vorteil sein, da bei diesen eine separate Lichthärtung (10–20 s) obligatorisch ist. Der positive Effekt einer separaten Lichthärtung von UA im Zusammenhang mit der Adhäsivbefestigung zahnfarbener Restaurationen wurde in vitro mehrfach bestätigt [36, 37]. Wird ein UA auch auf das vorbehandelte Werkstück aufgetragen, muss es dort ebenfalls separat lichtgehärtet werden. Damit die Passgenauigkeit nicht beeinträchtigt wird, ist eine Pfützenbildung sowohl am Zahn als auch auf dem Werkstück zu vermeiden. Einige UA (z. B. Clearfil Universal Bond) dürfen ohne Aktivator nur mit dem herstellereigenen Befestigungskomposit verwendet werden, während in Kombination mit dual- oder selbsthärtenden Befestigungskompositen anderer Hersteller ein Dual-cure-Aktivator vorgeschrieben ist.

Eine klinische Studie über 18 Monate untersuchte das Verhalten von Keramikteilkronen, die mit Scotchbond Universal/RelyX Ultimate adhäsiv befestigt wurden, wobei das UA sowohl im SE- als auch im SelE-Modus zum Einsatz kam [38]. Die Überlebensraten waren zwar mit 95,6 beziehungsweise

97,8 Prozent nicht verschieden, jedoch war bei Verzicht auf die PS-Ätzung eine signifikante Zunahme von Schmelzrandverfärbungen zu verzeichnen. Über den Einfluss von UA auf den Randschluss indirekter zahnfarbener Restaurationen an zervikalen Dentinrändern liegen weder klinische noch In-vitro-Daten vor, sodass für diese Indikation keine Empfehlung abgegeben werden kann.

Befestigung von Wurzelkanalstiften

Die adhäsive Stiftbefestigung (Abb. 9 und 10) gehört nicht bei allen UA zum Indikationsspektrum. Entscheidend sind die einschlägigen Angaben in der Gebrauchsanweisung. Während in manchen Fällen (All-Bond Universal, Clearfil Universal Bond) die Lichthärtung des Adhäsivs obligat ist, soll in anderen Fällen (Futurabond U) explizit darauf verzichtet werden. Wieder andere Produkte (Scotchbond Universal) können ohne oder mit Lichthärtung angewendet werden. Über die Eignung von UA für die adhäsive Stiftbefestigung liegen noch keine Daten vor. Frühere SE-Adhäsive zeigten bei der Stiftbefestigung eine weniger intensive Bildung von Kunststoff-Tags im Wurzelkandentin als ER-Systeme [39]. All-in-one-Adhäsive bewirkten eine reduzierte Stiftretention [40] und erwiesen sich als hydrolyseanfällig [41]. Ob beim Einsatz von UA im Wurzelkanal die Polymerisation selbst- und dualhärtender Komposite durch die sauren Monomere gehemmt wird, dürfte wiederum von ihrer Azidität (pH) abhängen und damit stark produktabhängig sein. Mögliche negative Effekte müssten dann sowohl im SE- als auch im ER-Modus auftreten. Bis dato gibt es keine überzeugenden Argumente für den Einsatz von UA zur Befestigung von Wurzelkanalstiften, zumal für diese Indikation gute Erfahrungen mit ER-2S-Adhäsiven in Verbindung mit Dual-cure-Aktivatoren oder mit selbstadhäsiven Zementen vorliegen.

Haftung von Universaladhäsiven an Werkstückoberflächen

Die meisten UA sollen auch als Primer für alloplastische Werkstoffe geeignet sein. Dadurch entstehen Einsatzgebiete im Bereich der zunehmend akzeptierten Reparatur beziehungsweise Korrektur defekter Restaurationen [42-44] sowie bei der adhäsiven Befestigung indirekter Restaurationen. Eine Grundvoraussetzung für eine gute Haftung ist die Erzeugung einer mikroretentiven Oberfläche, die eine hohe Benetzbarkeit für den konsekutiv aufgetragenen Haftvermittler bietet. Das Abstrahlen mit Aluminiumoxid oder die Ätzung mit Flusssäure stehen hierfür je nach Material zur Verfügung. Durch das Hinzufügen von Monomeren mit speziellen funktionellen Gruppen zum Adhäsiv kann zusätzlich eine chemische Haftung zwischen der Werkstückseite und dem methacrylatbasierten Komposit aufgebaut werden. Bezüglich der Wirksamkeit als Haftvermittler für alloplastische Werkstoffe müssen sich die UA mit den etablierten Universal- oder Spezialprimern messen [45].

Komposit

Als wichtigste Maßnahme bei der Kompositreparatur hat sich die Vergrößerung der Haftfläche durch Sandstrahlen mit Aluminiumoxid erwiesen [46,47]. Erste Studien haben gezeigt, dass UA für die Reparatur von Kompositrestaurationen geeignet sein können [48,49]. Allerdings ist die Datenlage im Vergleich zu bisherigen Bondingsystemen noch dünn, sodass weitere Untersuchungen zur Klärung dieser Frage wünschenswert erscheinen.

Silikatkeramik, Glaskeramik

Durch Ätzung mit Flusssäure lässt sich die Glasphase partiell herauslösen, was zur Erhöhung der retentiven ▶▶

→ Vita



PROF. DR. MED. DENT. BERND HALLER

- ▶ Geb. 1958 Geboren in Trossingen/ Baden-Württemberg
- ▶ 1977 bis 1982 Studium der Zahnmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg i.Br.
- ▶ 1983 bis 1987 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilung für Zahnerhaltung, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br. (Direktor: Prof. Dr. Dr. W. Götze)
- ▶ 1984 bis 1985 Stabsarzt
- ▶ 1987 bis 1995 Oberarzt, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Julius-Maximilians-Universität Würzburg (Direktor: Prof. Dr. B. Klaimer)
- ▶ Seit April 1995 Ordinarius für Zahnerhaltungskunde, Parodontologie und Kinderzahnheilkunde, Universität Ulm und Ärztlicher Direktor der Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Universitätsklinikum Ulm
- ▶ 1999 bis 2007 u. 2010 bis 2012 Geschäftsführender Ärztlicher Direktor des Department für Zahnheilkunde
- ▶ 2001 bis 2011 Studiendekan Zahnmedizin
- ▶ 2005 bis 2009 Sprecher des Beirats für Restaurative Zahnerhaltung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung e.V. (DGZ)
- ▶ 2005 bis 2011 Councillor in der Executive Commission der European Federation of Conservative Dentistry (EFCO)
- ▶ 2010 bis 2014 Sprecher der Hochschullehrer der Fächergruppe Zahnerhaltung
- ▶ Seit 2001 Fortbildungsreferent der Bezirkszahnärztekammer Tübingen

Hauptarbeitsgebiete

Schmelz- und Dentinhaftung, direkte Kompositrestaurationen mit Schwerpunkt auf der Seitenzahnversorgung, Adhäsivbefestigung indirekter Restaurationen, minimal-invasive Füllungstherapie, postendodontische Versorgung, Aufbaurestaurationen, Füllungsreparatur.

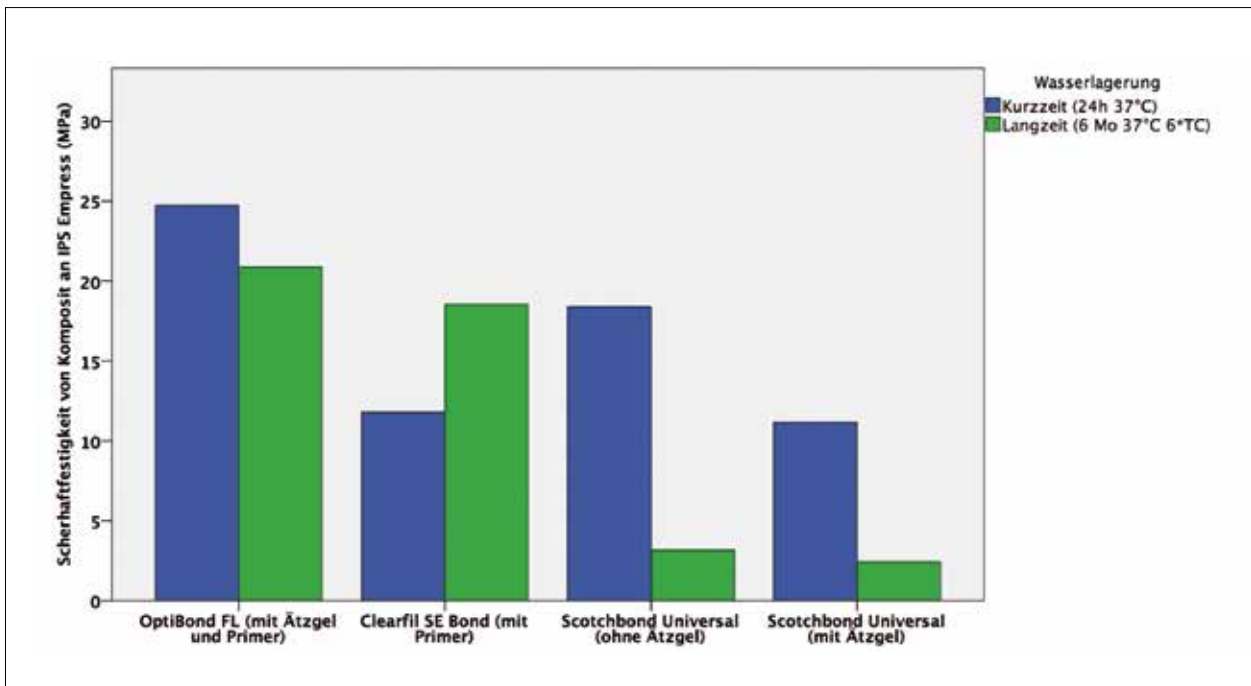


Abb. 11: Haftfestigkeit von Reparaturkomposit an Glaskeramik (IPS Empress CAD nach Silikatisierung mit Cojet; nach Samara und Haller [52]). Bei OptiBond FL und Clearfil SE Bond wurde ein Silanprimer (Monobond Plus) aufgetragen. Im Fall von Scotchbond Universal, das ein Silan enthält, wurde darauf verzichtet. Der so erzielte Verbund ist nicht beständig.

► Oberfläche führt [50]. Trialkoxysilan-Gruppen ermöglichen zusätzlich den Aufbau einer chemischen Bindung über Sauerstoffbrücken zwischen dem Befestigungskomposit und der Silikatoberfläche. Durch Inkorporation von Silan in bestimmte UA (z.B. Scotchbond Universal) soll deren Wirksamkeit als Haftvermittler zusätzlich gesteigert werden. Kern et al. konnten jedoch zeigen, dass die initialen Haftwerte nach Flusssäureätzung bei Verwendung von UA in Kombination mit dem hauseigenen Befestigungskomposit im besten Fall nur 50 Prozent des Haftwerts eines etablierten Universalprimers erreichen [51]. In Langzeitversuchen wurde mehrfach eine dramatische Verschlechterung der Haftwerte registriert (Abb. 11). Ein möglicher Erklärungsansatz für das schlechte Abschneiden silanhaltiger UA liegt in der Instabilität von Silanverbindungen im sauren Milieu [53]. Eine Studie konnte außerdem zeigen, dass die Wirksamkeit eines silanhaltigen Primers durch die Beimischung von Bis-GMA herabgesetzt wurde [54]. Für eine sichere und beständige Haftung an Glaskeramik sind daher herkömmliche Silane oder spezielle silanhaltige Universalprimer zu empfehlen [51, 55].

Zirkonoxid, Aluminiumoxid, Nicht-Edelmetalle

Die Schaffung einer mikroretentiven Oberfläche erfolgt hier durch Abstrahlen mit Aluminiumoxid [56-58]. Eine Besonderheit dieser Materialgruppen (Metalloxide) ist ihre hohe Affinität zu Phosphorsäure. Funktionelle Monomere mit Phosphorsäuregruppen, zum Beispiel 10-MDP, bilden sehr

stabile und hydrolysebeständige Phosphatverbindungen zur Materialoberfläche aus [59,60]. Aus diesem Grund muss dringend davon abgeraten werden, Werkstücke aus dieser Materialgruppe mit Phosphorsäure zu reinigen, weil diese sonst die Bindungsstellen für das 10-MDP blockiert.



Abb. 12: MDP-haltige Universaladhäsive eignen sich als Primer für die Reparatur von ZrO-Keramik, wie hier beim Verschluss einer endodontischen Zugangskavität in einer monolithischen Krone.

Den meisten UA wurde 10-MDP beigefügt, um als Primer für Zirkonoxid, Aluminiumoxid oder Nicht-Edelmetalle fungieren zu können. Die Wirkung der UA als Primer für Zirkonoxid (Abb. 12) ist in der Literatur am besten untersucht [56, 59, 60-63]. Dabei zeigte sich, dass 10-MDP-haltige UA als Primer auf einer zuvor sandgestrahlten Zirkonoxidfläche funktionieren können [64, 65]. Wird ein 10-MDP-haltiges Befestigungskomposit verwendet, bringt ein zuvor appliziertes UA keinen Vorteil [62].

Edelmetalle

Auch edelmetallhaltige Werkstücke werden zur Oberflächenvergrößerung sandgestrahlt. Die Eignung von UA als Haftvermittler zwischen Komposit und Edelmetalllegierungen ist bislang nicht unabhängig untersucht worden, sodass man sich in diesem Fall auf erprobte Spezial- oder Universalprimer verlassen sollte [45]. Universalprimer wie Monobond Plus, die funktionelle Monomere mit einer Sulfidgruppe enthalten (1,2-Dithiolan-4-methylmethacrylat), können zusätzlich zum mikromechanischen Verbund eine chemische Bindung zwischen der Goldlegierung und dem Komposit aufbauen.

Fazit

Die Dentinhaftung von Universaladhäsiven ist nach bisherigen Erkenntnissen durchaus vielversprechend und speziell bei Produkten, die einen milden pH aufweisen und das Monomer 10-MDP enthalten, beständiger als die von herkömmlichen All-in-one-Adhäsiven oder ER-2S-Systemen. Das Prinzip der Selbstkonditionierung ist für die restaurative Therapie eine wertvolle Bereicherung. Der Verzicht auf eine separate PS-Ätzung beschleunigt den Behandlungsablauf und erleichtert so die Kontaminationskontrolle. Speziell an schwer zugänglichen und unübersichtlichen Stellen sowie bei der Behandlung von Patienten mit eingeschränkter Belastbarkeit (Kinder, Ältere, Menschen mit Behinderung) kann dies sehr vorteilhaft sein. Wenn jedoch eine maximale

Schmelzhaftung und möglichst stabile und verfärbungsfreie Füllungsänder im Schmelz erreicht werden sollen, empfiehlt sich wie schon bei bisherigen SE-Systemen die Schmelzätzung mit Phosphorsäure.

Bei allseitig schmelzbegrenzten Kompositrestaurationen im Front- und Seitenzahnbereich sowie bei der Adhäsivbefestigung indirekter Restaurationen mit zirkulärem Schmelzrand bestehen keine Bedenken gegen die Verwendung eines UA. Dagegen ermuntert die momentane Datenlage nicht dazu, bei komplexen, aufwendigen Klasse-II-Restaurationen mit zervikalen Dentinrändern auf UA zurückzugreifen. Ein gangbarer Weg könnte hier darin bestehen, das UA mit einem nicht funktionellen hydrophoben Adhäsiv zu kombinieren. Vorsicht: Manche UA erleiden in Verbindung mit der Bulk-Fill-Technik erhebliche Leistungseinbußen! Auch die Kompatibilität mit selbst- beziehungsweise dualhärtenden Kompositen ist stark produktabhängig. Eine intensive Befassung mit der Gebrauchsanweisung ist (auch) unter diesem Aspekt unerlässlich. Universaladhäsive mit 10-MDP scheinen als Haftvermittler für ZrO-Keramiken geeignet zu sein. Bei anderen Werkstoffen wie Silikatkeramik oder Edelmetalllegierungen sind materialspezifische Spezialprimer vorzuziehen. ■

Prof. Dr. Bernd Haller und Dr. Alexander Merz, Ulm

Quelle: BZB Ausgabe 09/2016

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Bernd Haller
Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
Universitätsklinikum Ulm
Albert-Einstein-Allee 11, 89081 Ulm
bernd.haller@uniklinik-ulm.de

Literatur bei den Verfassern

Hilfe zum Helfen gesucht

DAS TEAM DES HANNOVERSCHEN ZAHNMOBILS BENÖTIGT VERSTÄRKUNG

Gesucht werden Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie ZFA und gleichwertig qualifiziertes Fachpersonal als „Springer“ für Urlaubs- und/oder Krankheitszeiten; halb- oder ganztätig. Für ZFA kann eine Aufwandsentschädigung gezahlt werden.

Kontakt:

Mobil: 0170 8145673,
Festnetz: 0511 451031
E-Mail: ingeburg@mannherz.com,
werner@mannherz.com

Spendenkonto des Diakonischen Werkes

IBAN: DE76 5206 0410 0200 6012 33,
BIC-Swift: GENODEF1EK1
Verwendungszweck: Zahnmobil



Fotos: NZB

65 Zahnärzte/Zahnärztinnen – 18 Vorträge – 14 Referenten

DAS TAGUNGSWOCHELENDE FÜR BERUFSEINSTEIGER IN NIEDERSACHSEN



VORSTELLUNG DER KÖRPERSCHAFTEN ZKN UND KZVN

Veranstaltungsleitung:

Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida (Präsident der ZKN) und
Dr. Jürgen Hadenfeldt (stellv. Vorstandsvorsitzender der KZVN)

Das Aprilwochenende nach Ostern stand auch in diesem Jahr wieder im Zeichen der zahnärztlichen Existenzgründung. Die beiden Körperschaften KZVN und ZKN öffneten von Freitag bis Samstag ihre Türen um die zahnärztlichen Berufseinsteiger zu informieren.

Unter dem Motto „Ihr Schlüssel zu Ihrer Niederlassung“ wurde das Tagungswochenende vom Präsidenten der ZKN, Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida und dem stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der KZVN, Dr. Jürgen Hadenfeldt, im Hörsaal der Zahnärztekammer Niedersachsen eröffnet. Mehr als 60 Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen hatten die Einladung angenommen und informierten sich bei den angebotenen Vorträgen und im direkten Gespräch mit den

Referenten. Die Teilnehmer/-innen pendelten munter zwischen dem Hörsaal der ZKN, dem Seminarraum der KZVN – und dem gut gefüllten Buffet in der Cafeteria der ZKN hin und her. Außerdem gab es an einer Pinnwand eine Kontaktbörse mit Adressen von Zahnärzten, die in der nächsten Zeit ihre Praxis abgeben möchten. Die Themen der einzelnen Vorträge waren vielfältig und konnten je nach Bedarf ausgewählt werden. Vom Zulassungsrecht über Patientenrechtgesetz und Ausbildung bis zu den Tipps zur Finanzierung war der Freitag bis 18:30 Uhr mit interessanten Themen gut ausgelastet. Bei dem anschließenden Get-together konnten die Teilnehmer bei belegten Brötchen und Käsehäppchen noch direkten Kontakt zu den einzelnen Referenten aufbauen oder vertiefen. ►►



ZULASSUNGSRECHT, KOOPERATIONSFORMEN

Referentin: Ass. jur. Daniela Schneider,
Leiterin der Abteilung Recht und Zulassung
der KZVN



ANGESTELLTE/SELBSTÄNDIGE ZAHNÄRZTE – CHANCEN UND RISIKEN

Referentin: Silke Lange,
Vorstandsmitglied der ZKN



BERUFSSTART ZAHNARZTPRAXIS – ZAHLEN UND FAKTEN ODER WAS LÄSST DIE ZUKUNFT ERWARTEN?

Referent: Christian Neubarth,
Vorstandsmitglied der KZVN



AUSBILDUNG UND ARBEITSVERTRÄGE FÜR MITARBEITER/-INNEN

Referent: Michael Behring, LL.M.,
Geschäftsführer der ZKN



DER HVM IN NIEDERSACHSEN – EIN ÜBERBLICK

Referent: Arend Baumfalk,
Referent Vorstandsinformation



TIPPS ZUR FINANZIERUNG EINER PRAXIS

Referentin: Sabrina Lappe,
Abteilungsleiterin der APO-Bank



NOTWENDIGE VERTRÄGE RUND UM DIE PRAXIS/MIETVERTRAG, GESELLSCHAFTERVERTRAG, EHEVERTRAG

Referentin: Dr. Mareike Piltz,
Rechtsanwältin für Medizinrecht in Hannover



BERUF, FAMILIE UND SCHWANGERSCHAFT

Referentin: FZÄ für Kieferorthopädie
Sabine Steding, Vorstandsmitglied der ZKN



DAS PRAXISTEAM ZU HOCHLEISTUNGEN MOTIVIEREN – TEAMENTWICKLUNG UND MITARBEITERFÜHRUNG IN DER ZAHNARZTPRAXIS

Referentin: Maike Klapdor, Geschäftsführerin von
Klapdor-Kollegen, Münster



DAS ANTIKORRUPTIONSGESETZ – TIPPS ZU STRAFBARKEITSRISIKEN IN DER PRAXIS

Referent: Dr. med. dent. Wieland Schinnenburg
Fachanwalt für Medizinrecht in Hamburg und
niedergelassener Zahnarzt



1. QM UND HYGIENE IN DER ZAHNARZTPRAXIS – WAS IST WICHTIG BEIM NEUSTART? SOWIE

2. MITARBEITERUNTERWEISUNG IN DER ZAHNARZTPRAXIS

Referent: Dr. Jürgen Hadenfeldt,
stellv. Vorstandsvorsitzender der KZVN



KAUFVERTRAG, KAUFPREIS – DER IDEELLE UND DER MATERIELLE WERT

Referent: Tino Koch, Steuerberater in Hannover



1. DAS PATIENTENRECHTEGESETZ – INFORMATIONSPFLICHTEN, AUFKLÄRUNG UND DOKUMENTATION SOWIE

2. TIPPS FÜR DIE VERTRAGSZAHNÄRZTLICHE ABRECHNUNG MIT DER KZVN

Referent: Dr. Henning Otte, Referent für
Abrechnung und Prüfung der KZVN



Immer um den reibungslosen Ablauf bemüht (v.l.n.r.): Yvonne Pradel; Annette Schubert; Monika Draht und Monika Popp.



Referentinnen und Referenten des ersten Tages (v.l.n.r.): Sabine Steding; Dr. Henning Otte; Dr. Jürgen Hadenfeldt; Michael Behring, LL.M.; Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida; Daniela Schneider, Christian Neubarth und Silke Lange. Nicht im Bild: Arend Baumfalk.



Das Referententeam des zweiten Tages (v.l.n.r.): Dr. Jürgen Hadenfeldt; Dr. med. dent. Wieland Schinnenburg; Silke Lange; Maike Klapdor; Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida; Dr. Henning Otte; Christian Neubarth und Sabine Steding. Nicht im Bild: Dipl.-Kauffrau Sabrina Lappe; Dr. Mareike Piltz und Tino Koch.

► Samstag früh, nach einem kurzen Frühstück, ging es weiter mit dem umfangreichen Themenprogramm: „Notwendige Verträge“, „Beruf, Familie und Schwangerschaft“, „Tipps für die Abrechnung“, „QM und Hygiene“, „Mitarbeiterführung“ und „Antikorruptionsgesetz“ standen auf dem Plan. Bei dem Schlussvortrag „Kaufpreis – der ideelle und der materielle Wert“ war der Hörsaal der ZKN noch einmal gut gefüllt und die Teilnehmer hörten immer noch geduldig und interessiert zu.

Der Präsident der ZKN, Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida und Christian Neubarth als Vorstandsmitglied der KZVN verabschiedeten die Teilnehmer mit den Worten „Sie haben viele Informationen von uns erhalten, nun sind Sie dran, etwas daraus zu machen. Sie haben sich den schönsten Beruf der Welt ausgesucht, wir wünschen Ihnen alles Gute.“

Als zusätzliche Hilfestellung erhielt jeder Teilnehmer einen dicken Ordner mit wichtigen Informationsmaterialien für die Praxis-Neugründung mit einer Liste von Ansprechpartner/-innen in den beiden zahnärztlichen Körperschaften.

Für die Mitarbeiterinnen der Fortbildungsorganisation der KZVN gab es nach diesem Wochenende nur noch ein Fazit – das war ein gelungenes Wochenende, ganz nach unserem Leitsatz „Am Ende jeder Veranstaltung zählt für uns nur das Optimum – begeisterte Teilnehmer und zufriedene Referenten“.

In diesem Sinne hoffen wir, dass es allen gefallen hat und freuen uns auf das nächste Tagungswochenende hier bei uns in Hannover. ■

Monika Popp
Leiterin Fortbildungsorganisation der KZVN

Und plötzlich ist der Azubi da ...

Wer ausbildet, kennt das folgende **Procedere: Man möchte gern in seiner Praxis den eigenen beruflichen Nachwuchs heranziehen, um seinen künftigen Personalbedarf zu decken und dem Fachkräftemangel zu begegnen. Man bekundet sein Ausbildungsinteresse durch eine Stellenausschreibung in Zeitung, Berufsschule oder Internet und erhält daraufhin Bewerbungen. Nach einigen Gesprächen schließt man schließlich mit einem/r der BewerberInnen einen Ausbildungsvertrag. Und ab jetzt läuft alles wie von selbst und seinen gewohnten Gang!?! Eher nicht ...**

Bereits vor der Durchführung des Bewerbungsgesprächs gilt es einige Dinge für den Ausbilder zu beachten. Die beste Anlaufstelle für alle vor dem Vertrag zu organisierenden Dinge, ist sicher die zuständige Bezirksstelle der Zahnärztekammer Niedersachsen. Hier erhält man Musterausbildungsverträge, das während der Ausbildung durch den Auszubildenden zu führende Berichtsheft, aber auch viele weitere wichtige Informationen:

- ▶ Welche Berufsschule ist für mich zuständig?
- ▶ Wann sind die verbindlichen Schultage in den einzelnen Ausbildungsjahren?
- ▶ Wie ist das Berichtsheft zu führen?
- ▶ Wie sind die zum Berichtsheft gehörenden Tätigkeitsberichte zu führen?
- ▶ Welche Prüfungen sind wann durch den Auszubildenden zu absolvieren und gibt es darüber hinaus verbindliche Termine innerhalb der Ausbildung?



Aber auch auf der Homepage der Zahnärztekammer Niedersachsen sind rund um die Uhr viele Infos abrufbar: <https://zkn.de/praxis-team/zan-beruf-und-bildung/ausbildung-zfa/infos-auszubildende-ausbilder.html>

Innerhalb des Bewerbungsgesprächs sollten sowohl die eigenen Erwartungen und Ausbildungsinhalte an den Auszubildenden in kurzer und übersichtlicher Form vermittelt, als auch Praxisgepflogenheiten und -besonderheiten benannt werden. Der Bewerber sollte die Möglichkeit

haben, die ihn interessierenden Fragen zu stellen und beantwortet zu bekommen. Neben dem klassischen Vorstellungsgespräch kann auch ein Probetag (Schnuppertag) eine gute Informationsquelle im Rahmen der Personalauswahl sein.

Vertragsschluss

Hat man sich nun für einen Bewerber entschieden, kann der Vertragsabschluss erfolgen. Minderjährige Auszubildende benötigen hierfür die Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters (im Regelfall die Eltern). Nach erfolgtem Vertragsabschluss müssen drei Ausfertigungen des unterschriebenen Ausbildungsvertrages an die zuständige Bezirksstelle gesendet werden. Diese trägt den Ausbildungsvertrag in ihr Verzeichnis ein und sendet der Praxis zwei Verträge mit Eintragungsvermerk zurück. Neben dem Vertragsmanagement müssen jedoch noch weitere Formalien beachtet werden. Außer der Anmeldung in der zuständigen Berufsschule müssen Auszubildende vor Ausbildungsbeginn auch untersucht werden. ▶▶



Foto: Photographie.eu/Fotolia.com

► Untersuchungen

Auszubildende, die am ersten Ausbildungstag noch minderjährig sind, müssen vor Ausbildungsbeginn eine ärztliche Untersuchung gemäß § 32 ArbSchG absolvieren.

Die Kosten für diese Untersuchung trägt das Land Niedersachsen. Antrags- bzw. Untersuchungsformulare können über die für die Auszubildende zuständige Kommune (z. B. im Bürgerbüro oder in der Gemeindeverwaltung) bezogen werden. Die Untersuchung selbst kann vom Hausarzt der/s Auszubildenden durchgeführt werden. Eine Beschäftigung von Minderjährigen darf nur erfolgen, wenn eine solche Untersuchungsbescheinigung vorliegt. Liegt die Bescheinigung am ersten Ausbildungstag nicht vor, ist der/die Auszubildende sofort zum Arzt zu schicken. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres der/s Auszubildenden hat der Ausbildungsbetrieb diese Bescheinigung aufzubewahren. Verlässt der/die Auszubildende die Praxis vorher, hat der Auszubildende die Bescheinigung auszuhändigen. Er sollte sich jedoch vorher eine Kopie für seine Unterlagen anfertigen.

Auch volljährige Auszubildende müssen vor Ausbildungsbeginn untersucht werden. Für sie gelten die gleichen Vorschriften zur arbeitsmedizinischen Vorsorge wie für ausgelernte Angestellte. Die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung hat vor Aufnahme der Tätigkeit zu erfolgen und ist von einem Facharzt für Arbeits-/Betriebsmedizin durchzuführen. Der Arbeitgeber hat diese Untersuchung zu veranlassen und die Kosten zu tragen, was auch die Kosten für eine ggf. erforderliche Hepatitis-Immunsierung einschließt.

Minderjährige Auszubildende müssen ebenfalls, wie ihre volljährigen Mitauszubildenden, arbeitsmedizinisch untersucht werden, auch wenn sie bereits nach den Vorgaben des Jugendarbeitsschutzgesetzes untersucht wurden.

Bevor der Azubi kommt ... praxisinterne Vorbereitungen

Auch in der Praxis selbst, müssen vor Ausbildungsbeginn Vorbereitungen getroffen werden.

Zunächst einmal sollten die Praxismitarbeiter informiert werden. Hier hat es sich als arbeitserleichternd und zielführend herauskristallisiert, dass eine Mitarbeiterin innerhalb des Teams als erste Ansprechpartnerin für den Auszubildenden benannt wird. Alle anderen Mitarbeiter sollten optimalerweise bei Nachfragen des Auszubildenden im weiteren Ablauf den Auszubildenden auch auf diesen Mitarbeiter verweisen. Hierdurch wird das Risiko von Doppel- und/oder Fehlinformation deutlich minimiert. Darüber hinaus sollten erste Anforderungen an den Auszubildenden im Team abgesteckt werden. Hier kann

beispielsweise festgelegt werden, welche Grundkenntnisse zur schnellen Einfeldung in den Praxisalltag als erstes zu vermitteln sind.

Fragestellungen wie

- Wie bereite ich morgens die Praxis zur Arbeit vor und abends nach?
- Welche Arbeiten sind zwischen Patienten im Behandlungszimmer durchzuführen?
- Wie stelle ich mich als Auszubildende bei Patienten vor?
- Wann ist ein guter Zeitpunkt für anfallende Fragen (innerhalb oder außerhalb der Behandlung)?
- Welche Spielregeln gelten allgemein in der Praxis?
- Welche vor Ausbildungsbeginn gesetzlich vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Untersuchungen sind vorzunehmen und wie sollten diese organisiert werden?

sollen hier nur beispielhaft angeführt werden und sind durch Praxisindividualitäten ergänzbar oder abwandelbar.

Ebenso sollte innerhalb des Teams eine gemeinsame Linie im Bezug auf die Nutzung solcher Führungsinstrumente wie positive und negative Kritik festgelegt werden. Dies zeigt dem Auszubildenden die Homogenität innerhalb des Teams und erleichtert ihm dadurch die schnelle Aufnahme in selbiges.

Mit dem als ersten Ansprechpartner benannten Mitarbeiter sollten darüber hinaus noch weitere ausbildungsrelevante Themen im Vorfeld des „ersten Tages“ besprochen sein.

- Wann ist das Berichtsheft zu führen?
- Wann und wem ist es vorzulegen (denn schließlich hat der Ausbilder das Recht und die Pflicht dieses regelmäßig zu kontrollieren)?
- Was sind Lernziele für den ersten Ausbildungsmonat?
- Welche organisatorischen Besonderheiten gibt es an den Berufsschultagen, z. B. muss der Auszubildende nach der Schule in die Praxis kommen?

Es hat sich bewährt, gerade im Bezug auf die Führung des Berichtsheftes (in Niedersachsen aus dem eigentlichen Berichtsheft und sechs Tätigkeitsberichten bestehend) als Ausbilder die Ziele klar und unmissverständlich zu formulieren. Eine regelmäßige Kontrolle des Lernfortschrittes ist eng an die Führung des Berichtsheftes gebunden und daher sollte diese optimalerweise mindestens monatlich überprüft werden. Als praktikabel hat sich die Einführung eines gleichbleibenden Abgabetermins, beispielsweise der erste Arbeitstag im Monat, beim Ausbilder bewährt. Dies erleichtert die Arbeitsroutine und sorgt auch für eine zeitnahe Möglichkeit der Einflussnahme über Lob und Kritik. Inwieweit und in welchem Umfang eine Vorüberprüfung



*Dr. Christian Bittner,
niedergelassener Zahnarzt
in Salzgitter*



*Michael Behring, LL.M.,
Geschäftsführer der ZKN*

des Leistungsstandes anhand der im Berichtsheft abgezeichneten Lehrinhalte durch die verantwortliche Mitarbeiterin erfolgt, sollte praxisindividuell festgelegt werden.

Der erste Tag ist da ...

Am ersten Ausbildungstag, der im Allgemeinen ja von einer gewissen Aufgeregtheit seitens des Auszubildenden begleitet wird, sollten ebenfalls einige die zukünftige Zusammenarbeit erleichternde Spielregeln befolgt werden.

Dem Auszubildenden sollten die Mitarbeiter mit ihren jeweiligen Verantwortlichkeiten vorgestellt werden. Darüber hinaus sollte der Auszubildende seinen ersten Ansprechpartner benannt und die praxisrelevanten Abläufe („Was darf ich, was nicht?“) abgesteckt werden. Ebenfalls sinnvoll ist das, eventuell erneute, Formulieren von Praxis-selbstverständlichkeiten und grundsätzlichen Erwartungen zum Umgang mit Vorgesetzten, Kollegen und Patienten. Letzteres vor allem vor dem Hintergrund, dass der Auszubildende sich ab jetzt in einer ihm in der Regel völlig unbekanntem Situation wiederfindet. Auch hier erleichtern klare Benennung und Rituale die Eingewöhnung des neuen Mitarbeiters.

Auch sollte man den ersten Tag nutzen, um erste kurzfristige Ziele innerhalb der Ausbildung bekannt zu machen.

Die Basis jeglicher Führung: Ziele!

Um die Ausbildung auch über einen längeren Zeitraum für alle Beteiligten planbarer und effizienter zu gestalten, ist die Festlegung von Zielen nicht nur ein probates Mittel, sondern unerlässlich.

Unterschieden wird motivationstechnisch nach kurz-, mittel- und langfristigen Zielen.

Kurzfristige Ziele innerhalb der Ausbildung sollten ständig an den derzeitigen Ausbildungs- und Leistungsstand des

Auszubildenden angepasst und optimalerweise innerhalb eines Zeitraumes von 4-6 Wochen erreichbar sein.

Beispiele:

- ▶ Vorbereitung von Behandlungszimmern
- ▶ Instrumentenvor- und -nachbereitung
- ▶ Erstellung von Checklisten für Arbeitsabläufe/ Behandlungen
- ▶ Kurzvorträge innerhalb von Teambesprechungen zu schul- oder praxisrelevanten und zeitnah erlebten Themen
- ▶ Berichtsheftführung

Als **mittelfristige Ziele** bezeichnet man solche, die über einen Zeitraum von ca. 6 Monaten erreichbar und überprüfbar sind.

Beispiele:

- ▶ Tätigkeitsberichte innerhalb der Berichtsheftführung
- ▶ Übernahme von Verantwortlichkeiten innerhalb des Teams an Leistungs- und Ausbildungsstand angepasst
- ▶ Schulische Notenentwicklung
- ▶ Vorträge zu komplexen Behandlungsabläufen in Teambesprechungen

Als **langfristige Ziele** sollten über die Jahre entwickelbare Fähigkeiten und Fertigkeiten definiert und festgeschrieben werden.

Beispiele:

- ▶ Vorbereitung auf Prüfungen im Ausbildungsablauf
- ▶ Planung von Weiterbeschäftigung nach der Ausbildungszeit
- ▶ Visionen für die weitere Berufsplanung

In dieser Art vorbereitet, stellt eine Ausbildung eine echte WIN-WIN-WIN-Situation dar, die mehr ist, als die Schaffung eines Arbeitsplatzes.

Der Chef gewinnt eine neue Mitarbeiterin, die er von Anfang an auf die eigenen Praxisforderungen einschwören kann.

Das Team gewinnt ein weiteres wertvolles Mitglied, das durch Mit- und Zusammenarbeit zur Zufriedenheit aller beiträgt. Und schließlich und schlussendlich gewinnt der Auszubildende Wissen, Selbstwert und Selbstvertrauen und die Möglichkeit auf ein autarkes, selbstbestimmtes Leben. Aber nicht zuletzt, macht das Ausbilden auch eine Menge Spaß! ■

Dr. Christian Bittner, Salzgitter

Michael Behring, LL.M., Geschäftsführer der ZKN

„Aufgabe ist die Senkung des Infektionsrisikos für Patienten und Praxisteams“

Treffen Zahnärzte in Niedersachsen aufeinander, dauert es nicht lange, und das Gespräch ist bei den Praxisbegehungen angekommen. Keine kollegialen Gespräche am Rande von Fortbildungen, kein Qualitätszirkel, Stammtischgespräche schon überhaupt nicht, kommen an dem Thema vorbei. Dabei prallen die unterschiedlichsten Sichtweisen auf Berichte von ebenso unterschiedlichen Begehungstiefen der Überwachungsbehörden aufeinander. Hier die Realitäten von Wünschen, Emotionen bis hin zu Willkürvorwürfen und Stiller-Post-Entwicklungen – und zudem in einem großen Flächenland wie Niedersachsen – zu trennen, fällt oftmals schwer.

Vor diesem Hintergrund kann es hilfreich sein, wenn sich zu den vielen, oft kontrovers diskutierten Fragen ein ausgewiesener Fachmann emotionslos, rein sachlich aus seinem Wissensfundus und seiner Erfahrung heraus äußert.

Die NZB-Redaktion hat in Anlehnung an ein Interview in „Der Freie Zahnarzt“, Ausgabe 01/2017, einige der Fragen, die die niedersächsische Kollegenschaft im Zusammenhang mit den flächendeckenden Praxisbegehungen der Behörden interessiert, mit Professor Dr. Lutz Jatzwauk diskutiert. Professor Jatzwauk ist Leiter des Zentralbereichs für Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Dresden und Vorsitzender des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnheilkunde (DAHZ) sowie des Arbeitskreises Dentalinstrumente (AKDI) der Bundeszahnärztekammer. Um es gleich vorwegzunehmen: Er hält Praxisbegehungen für sinnvoll und notwendig, denn an erster Stelle steht für ihn die Senkung des Infektionsrisikos für Patienten und Praxisteams.

NZB: Wieso gibt es überhaupt Gesetze und Normen für die Hygiene in Zahnarztpraxen? Ist nicht das (zahn)ärztliche Berufsethos ausreichender Garant dafür, dass nach bestem Wissen und Gewissen und Nutzung der jeweils aktuellen Kenntnisse und Techniken jeder Arzt in seiner Praxis mit Fokus auf Senkung des Infektionsrisikos für seine Patienten, seine Mitarbeiter und letztlich auch für sich handelt?

Prof. Jatzwauk: Natürlich gehört Hygiene – die Einhaltung von Regeln der Infektionsprävention und -bekämpfung – seit Jahrzehnten basierend auf Ausbildung und eigener Erfahrung zur zahnärztlichen Sorgfaltspflicht. In den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene (KRINKO) am Robert-Koch-Institut (RKI) und den Landesgesetzen zur Krankenhaus(Praxis)hygiene sind aber Mindeststandards festgelegt, deren Einhaltung durch Begehungen überprüft wird. Hier gibt es eben keinen Ermessensspielraum des einzelnen Zahnarztes.

NZB: Viele Kolleginnen und Kollegen halten den aktuell praktizierten Aufwand zur Aufrechterhaltung der Hygienebestimmungen in den Praxen für übertrieben. Dabei wird häufig angeführt, dass wir Zahnärzte, anders als unsere ärztlichen Kollegen, in einem per se infizierten Umfeld, der Mundhöhle, arbeiten. Außerdem sei bisher nie davon berichtet worden, dass bei einem zahnärztlichen Eingriff Infektionen übertragen worden seien. Gibt es denn konkrete Hinweise darauf, dass in Zahnarztpraxen ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht?

Prof. Jatzwauk: Fallberichte zur Übertragung von HBV-, HCV- sowie Legionella-Infektionen von Patienten nach zahnärztlichen Behandlungen wurden wiederholt publiziert. Dabei handelt es sich immer um exogene Infektionsquellen, die

in keinem Zusammenhang mit der mikrobiellen Besiedlung der Mundhöhle des Patienten stehen. Gemessen an den Millionen zahnärztlicher Behandlungen passiert das sicher nicht häufig. Das ist allerdings auch darauf zurückzuführen, dass die Infektionssurveillance¹ nicht ausgeprägt und flächendeckend praktiziert wird.

Wundinfektionen nach Zahnextraktionen oder Periimplantitis sind gar nicht so selten. Dabei handelt es sich überwiegend um endogene Infektionen, die durch die patienteneigenen Erreger der Mundflora hervorgerufen werden. Aber auch diese Infektionen zählen zu den nosokomialen Infektionen und damit in den Anwendungsbereich der zahnärztlichen Hygiene. Außerdem zählen Infektionskrankheiten bei Zahnärzten zu den häufigen und anerkannten Berufskrankheiten.

NZB: *Rechtfertigt dieses Risiko, dass auf unsere ambulant arbeitenden Praxen die gleichen Hygieneanforderungen heruntergebrochen werden, wie sie z. B. bei Operationen am offenen Herzen unter stationären Bedingungen gefordert sind und sie natürlich jeder, wenn er selbst betroffen ist, wünscht, dass sie dort auch eingehalten werden?*

Prof. Jatzwauk: Die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut zur Hygiene in der Operativen Medizin unterscheiden sich deutlich von denen zu Hygienemaßnahmen in der Zahnheilkunde. Unterschiede im Infektionsschutz zwischen stationär und ambulant behandelten Patienten sind ethisch nicht vertretbar. Allenfalls können sich hierbei Unterschiede aus der Immunkompetenz der stationär oder ambulant behandelten Patienten ergeben.

NZB: *Es liegt in der Natur der Sache, immer das maximal Mögliche zu fordern. Aber ist nicht jede Kette nur so stark wie ihr schwächstes Glied? Wenn ich da an z. B. Scharniere bei Extraktionszangen denke. Lassen sich diese überhaupt keimfrei machen?*

Prof. Jatzwauk: Die Erfordernis wissenschaftlicher Evidenz und Transparenz wird auch auf dem Gebiet der Hygiene heute durch eine abgestufte Kategorisierung verdeutlicht, die die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut bereits 1997 in ihre Empfehlungen eingeführt hat und die auch in der Richtlinie über die „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“ (2006) enthalten sind. Die Kategorisierung basiert auf der wissenschaftlich abgesicherten Beweiskraft der jeweiligen Aussagen oder deren nachvollziehbarer experimenteller Begründung. Sie soll die Anwendbarkeit bzw. Praktikabilität der Empfehlungen verbessern und deren ökonomischen Auswirkungen



Fotos: Privat/NZB

Professor Jatzwauk, Leiter des Zentralbereichs für Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Dresden und Vorsitzender des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnheilkunde (DAHZ) sowie des Arbeitskreises Dentalinstrumente (AKDI) der Bundeszahnärztekammer

berücksichtigen. Nachdrückliche Empfehlungen der Kategorien IA und IB werden dabei von eingeschränkten Empfehlungen oder ungelösten Fragen der Kategorien II oder III unterschieden. Zusätzlich werden gesetzliche Vorgaben, Verordnungen oder sonstiges verbindliches Recht in einer eigenen Kategorie (IV) berücksichtigt, ohne diese allerdings wissenschaftlich zu bewerten. Die Zahnmedizin ist, wie alle medizinischen Fächer, dazu aufgefordert, kosteneffizient zu arbeiten. Dies impliziert, sich vor allem auf diejenigen Hygienemaßnahmen zu konzentrieren, für die tatsächlich der Nachweis der Wirksamkeit (Kategorien IA und IB, II) hinreichend belegt werden konnte. Diese sollten dann allerdings konsequent realisiert werden. Leider wird bei den Empfehlungen zur Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten völlig auf eine Evidence-Basierung verzichtet.

NZB: *Damit kommen wir zur Risikoeinstufung der in unseren Praxen genutzten Instrumente bzw. Medizinprodukte. Diese Einteilung unterliegt dem Praxisbetreiber, wird aber bei Begehungen oft in Frage gestellt und pauschal ein bestimmtes Instrument einer Risikoklasse zugeordnet. Auch das schafft Unsicherheit seitens der Kollegenschaft. Warum gibt es keine „verordnete“ Risikoeinstufung für die unterschiedlichen Medizinprodukte, was für Klarheit sorgen könnte?*

Prof. Jatzwauk: Natürlich ist es nicht unproblematisch, die von der KRINKO benutzte „Spaulding-Klassifikation“ in unkritische, semikritische und kritische Medizinprodukte auf das Gebiet zahnärztlicher Behandlungen anzuwenden. Als kritische Instrumente sind solche definiert, „...die bestimmungsgemäß die Haut oder Schleimhaut durchdringen und dabei in Kontakt mit Blut ... kommen“. Das Infektionsrisiko ►

1 Erkennung, Erfassung und Bewertung von Infektionen



- eines bei der Implantation verwendeten (sterilen) Übertragungsinstrumentes kann man eben nicht mit einem bei restaurativen und prothetischen Behandlungen verwendeten (desinfizierten) Instrument vergleichen. Die Art der Klassifikation hängt eben nicht von einer Kontamination mit Blut nach dem Eingriff, sondern vom beabsichtigten Einsatzzweck ab. Und den definiert nur der betreffende Zahnarzt. Und so können gleiche Instrumente unterschiedlich klassifiziert sein und müssen einmal sterilisiert, das andere Mal nur desinfiziert werden. Verordnete Risikogruppen helfen dabei nicht. Hilfestellung bietet der DAHZ-Leitfaden.

NZB: Und es gibt ein weiteres Reizthema: Ist die maschinelle Aufbereitung der manuellen wirklich überlegen? Wo sehen Sie – rein fachlich gesehen – die Vor- und Nachteile der einen, wo die der anderen Aufbereitung?

Prof. Jatzwauk: Maschinelle Desinfektions- und Reinigungsverfahren von Medizinprodukten sparen Arbeitszeit der Praxismitarbeiter und minimieren die Verletzungsgefahr an spitzen oder scharfen Instrumenten. Wenn sich ein Mitarbeiter die Zeit nehmen würde (könnte), ein einzelnes Instrument 10 Minuten zu bürsten und zu spülen, wäre die Reinigungswirkung jedem maschinellen Reinigungsverfahren äquivalent, wenn nicht besser. Maschinelle Reinigungs- und Desinfektionsverfahren erfordern natürlich die Investition in ein entsprechendes RDG (einen Thermodesinfektor) und die laufenden Kosten für die Wartung.

NZB: Die als kritisch B eingestuft Instrumente darf man in keinem Fall manuell aufbereiten. Richtig?

Prof. Jatzwauk: Nach den Empfehlungen der KRINKO sind als kritisch B eingestufte Instrumente „grundsätzlich“ maschinell aufzubereiten. Die Abweichung von einer

grundsätzlichen Empfehlung ist nach den Aussagen von Juristen möglich, bedarf aber einer fachlichen, dokumentierten Risikobewertung des Zahnarztes. In diesem Fall erfordert dieses Vorgehen zwingend die Validierung des manuellen Reinigungs- und Desinfektionsverfahrens. Dann kann in keinem Fall ein erhöhtes Risiko angenommen werden. Das wird bisher nicht in allen Bundesländern gefordert.

Anders ist es bei der Notwendigkeit der Dampfsterilisation von thermostabilen und als kritisch B eingestuften Instrumenten. Hier lässt die KRINKO keine anderen Sterilisationsverfahren zu und verwendet nicht die Begriffe „bevorzugt“ oder „grundsätzlich“. In einigen Bundesländern wird das leider anders gesehen.

NZB: Für als semikritisch B eingestufte Übertragungsinstrumente bietet ein bekannter Hersteller ein Spraysystem mit entsprechenden Herstellerangaben zur Verlässlichkeit an, um diese manuell aufbereiten zu können. Manche Überwachungsbehörden stellen die Wirksamkeit in Abrede. Was raten Sie als Experte den mit dem Spraysystem arbeitenden Praxen?

Prof. Jatzwauk: Die Instrumente müssen gemäß den Angaben des Herstellers der Instrumente für das manuelle Aufbereitungsverfahren zugelassen sein. Wenn ein Hersteller in seiner Aufbereitungsanweisung bestimmte manuelle Aufbereitungsverfahren angibt, muss sich der Anwender (der Zahnarzt) darauf verlassen können. Stellen Überwachungsbehörden die Angaben der Hersteller in Frage, und/oder sind diese falsch, muss diese Tatsache durch die Überwachungsbehörde oder den Anwender als Beinahekomplikation beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf den im Internet erhältlichen Merkblättern gemeldet werden. Das BfArM prüft die der CE-Zulassung zu Grunde liegenden Gutachten und entzieht dem Hersteller der Instrumente ggf. das CE-Zeichen. Ein solcher Vorgang ist mir bisher nicht bekannt.

Geeignete Adapter sind eine unbedingte Voraussetzung für die manuelle Aufbereitung von Übertragungsinstrumenten. Nach Aussagen der VAH ist bei Einsatz von in der entsprechenden Liste enthaltenen Instrumentendesinfektionsmitteln keine Prüfung der Desinfektionsleistung notwendig. Es muss also nur die Reinigungswirkung überprüft werden.

Es existiert eine Leitlinie der DGSV und der DGKH zur Validierung manueller Aufbereitungsverfahren von Medizinprodukten. Eine weitere derartige Leitlinie ist unter Mitarbeit mehrerer wissenschaftlicher Fachgesellschaften für die Validierung der manuellen Aufbereitung flexibler Endoskope in Vorbereitung. Nach den Empfehlungen des DAHZ-Leitfadens sind manuell gereinigte und desinfizierte zahnärztliche Instrumente abschließend unverpackt einem Dampfsterilisationsverfahren zu unterziehen. Das bietet eine zusätzliche Sicherheit.

NZB: *Kommen wir zu einem weiteren Reizthema „Validierung der Aufbereitungsprozesse“. Gibt es Zahnarztpraxen in Deutschland, die ihre Aufbereitungsprozesse nicht validieren müssen? Welche Voraussetzungen müsste so eine Zahnarztpraxis mitbringen?*

Prof. Jatzwauk: Die Betreiberverordnung für Medizinprodukte fordert definitiv die Anwendung validierter Aufbereitungsverfahren. Es gibt keine Ausnahmen.

NZB: *Welche Aufbereitungsprozesse sind Ihrer Meinung nach am schwierigsten zu validieren und woran liegt das?*

Prof. Jatzwauk: Die Leistung thermischer Desinfektions- und Sterilisationsverfahren lässt sich durch thermoelektrische Messungen relativ einfach überprüfen. Die Investitions- und Validierungskosten der entsprechenden Messgeräte sind aber hoch. Schwieriger und zeitintensiver ist die Prüfung der Effizienz der Reinigungswirkung von Aufbereitungsverfahren durch Restproteinbestimmung. Die reproduzierbare Rückgewinnung von Restprotein bei Vor-Ort-Bestimmungen halte ich für problematisch. Die höchsten Anforderungen erfordert die Validierung von Niedrigtemperatur-Sterilisationsverfahren, beispielsweise der Ethylenoxidsterilisation. Diese sind aber in Zahnarztpraxen nicht üblich und nicht erforderlich.

NZB: *Welche Rolle spielt der „Faktor Mensch“ bei der Stabilität und damit auch für die Validierung von Aufbereitungsprozessen? Lässt sich ein Mensch als Teil einer Aufbereitungskette überhaupt verlässlich validieren?*

Prof. Jatzwauk: Es gibt in der Pharmazie seit Jahren validierte manuelle Verfahren bei der Herstellung von Arzneimitteln unter Reinraumbedingungen und Verfahren, wie man diese Validierung durchführt. Überwachungsbehörden kontrollieren und akzeptieren diese Verfahren in allen Bundesländern. Aus diesen Erfahrungen können wir

lernen und es gibt keinen Grund, daran zu zweifeln. Die Mehrzahl der Krankenhäuser verpackt seit Jahrzehnten routinemäßig zahlreiche OP-Sets chirurgischer Instrumente vor der Sterilisation manuell in Weichverpackungen (Sterilisierpapiere). Dafür gibt es DIN-/EN-Normen, die manuelle Verpackungstechniken wie Diagonal- oder Parallelverpackungen beschreiben. Hierbei handelt es sich um ein rein manuelles und allgemein akzeptiertes Verfahren. Wenn aber eine spezielle, ebenfalls als Sterilverpackung nach DIN-/EN-Norm in Verkehr gebrachte Papier/Folie-Tüte manuell verklebt und nicht gesiegelt wird, wird in einigen Bundesländern an der Validität der manuellen Tätigkeit gezweifelt. Das ist paradox, weil bei den manuell verschlossenen Tüten sogar Routinetests, wie beispielsweise der Tintentest, möglich ist. Das erfolgt bei Weichverpackungen nicht.

NZB: *Bei der Validierung werden immer Standardbeschmutzungen zur Überprüfung der Reinigungsleistung genutzt. In der Regel Crile-Klemmen, die mit Schafsblut angeschmutzt sind, das dort 48 Stunden anhaftet. Einmal abgesehen davon, dass es sich um für viele Menschen unsinnig benutztes Beschmutzungsmaterial von Lebewesen handelt, das sicherlich durch ein chemisches Äquivalent ersetzt werden könnte/sollte: Ist so ein vermutlich eher technischer Grenzwerttest denn überhaupt ein realitätsnaher Test für Zahnarztpraxen? Unsere realen Beschmutzungen dürfen doch überhaupt nicht so alt sein?*

Prof. Jatzwauk: Wenn man (fast) saubere Wäsche in eine Waschmaschine wirft und sich nachher darüber freut, dass die Wäsche sauber geworden ist, begreift jeder, dass das Prüfverfahren Unfug ist. Die Leistung eines Reinigungsverfahrens lässt sich nur vergleichend beurteilen, wenn Produkte einer definierten Verschmutzung behandelt werden. Arterienklemmen nach Crile haben sich in umfangreichen Ringversuchen als Keimträger bewährt und monitoren nach Kontamination mit gerinnendem Schafblut ausreichend die Wirksamkeit des Reinigungsverfahrens in RDG (Thermodesinfektoren). Nach Trocknung von einer Stunde müssen die kontaminierten Crile-Klemmen aufbereitet werden, sofern nicht durch hermetische Verpackung ein weiteres Antrocknen verhindert wird. Vergleichsuntersuchungen haben ergeben, dass die so verpackten Klemmen 14 Tage reproduzierbare Ergebnisse zeigen. Auch die zu erreichenden Richt- und Grenzwerte von 100 bzw. 200 Mikrogramm Restprotein sind Ergebnisse umfangreicher Vergleichsuntersuchungen. Ein klinisches Korrelat haben diese Werte nicht.

NZB: *Was halten Sie von Reinigungsindikatoren als Ersatz für die bisher genutzten mit Schafsblut angeschmutzten Crile-Klemmen? Und welche Vor- und Nachteile sehen Sie für die routinemäßige Nutzung solcher Reinigungsindikatoren? ►►*





► **Prof. Jatzwauk:** Der Einsatz von Reinigungsindikatoren in Thermodesinfektoren ist als Routinekontrolle möglich, vor allem auch dann, wenn die Praxisinstrumente plötzlich stärkere Restverschmutzungen nach der Aufbereitung zeigen. Sie ersetzen die Bestimmung des Restproteins in Deutschland gegenwärtig nicht.

NZB: Viele Kolleginnen und Kollegen stöhnen unter der Finanzierungslast teurer Geräte und deren Folgekosten für die Aufbereitung. Moderne Geräte kontrollieren und dokumentieren den Ablauf ihrer Prozessparameter und damit den Erfolg ihrer Aufbereitungsaufgaben am gesamten Aufbereitungsprozess selbst. Wenn nur irgendetwas nicht den Sollwertvorgaben entspricht, schalten sich die Geräte aus oder dokumentieren zumindest unübersehbar einen möglichen Fehler. Von den Herstellern vorgeschriebene Wartungen in ebenso vorgeschriebenen Abständen versetzen die Geräte wieder in einen funktionellen Zustand wie bei Erstauslieferung bzw. Erstvalidierung der Aufbereitungsprozesse.

Warum müssen überhaupt mit Computer- und sensibler Sensorentechnik hochgerüstete und teure Maschinen als Teile von Aufbereitungsketten mit validiert werden und geben sogar die Fristen für neue Validierungen vor?

Prof. Jatzwauk: Eine erstmalige Leistungsbeurteilung (Validierung) von Reinigungs- und Desinfektionsverfahren ist notwendig, da neben dem technischen Gerät selbst auch die Reinigungschemie, das verwendete Wasser und die Art der Beladung des Thermodesinfektors Einfluss auf das Reinigungsergebnis haben. Bei Sterilisatoren spielen ebenfalls die Wasserqualität, das verwendete Pflegeöl, die eingesetzten Sterilverpackungen und die Beladungsmuster eine Rolle. Die erneute Leistungsbeurteilung ist notwendig, wenn bestimmte Parameter trotz installierter Sensor-Technik instabil werden oder Änderungen am Verfahren vorgenommen

werden. Die technischen Gründe kann ich nur bedingt beurteilen und würde die Hersteller der Geräte befragen.

NZB: Kommen wir noch einmal zurück zu den Begehungen. Niedersachsen ist ein großes Flächenland, bei dem allein vier Gewerbeaufsichtsämter für die Überwachung der Umsetzung nach Medizinproduktegesetz & Co verantwortlich sind. Was für große Unsicherheit in der Kollegenschaft sorgt, sind die sehr unterschiedliche Tiefe und auch die unterschiedlichen Schwerpunkte im gesamten Bundesgebiet. Große Unterschiede bestehen aber auch insbesondere allein schon durch diese vier niedersächsischen Ämter und teilweise sogar durch die unterschiedlichen Mitarbeiter eines Amtes. Muss das so sein? Was könnte man Ihrer Ansicht da besser machen?

Prof. Jatzwauk: Die Prävention von Infektionskrankheiten ist verfassungsrechtlich Landesrecht und wird es wohl auch bleiben. Obwohl es ein einheitliches Infektionsschutzgesetz in Deutschland gibt. Das ist eine politische Entscheidung. Man könnte natürlich auch untersuchen, ob die unterschiedlichen Vorgehensweisen in den Bundesländern mittelfristig auch zu unterschiedlichen Infektionsraten definierter nosokomialer Infektionen führen. Wenn da nicht die zwischen den Bundesländern variierende Meldepflicht der Infektionskrankheiten wäre, die den Vergleich unmöglich macht. Damit sind wir wieder am Anfang der Frage.

NZB: Bei Betriebsprüfungen der Finanzämter wird immer schon kolportiert, dass die Beamten Vorgaben haben, immer etwas zu finden. Gibt es solche Vorgaben für die entsprechenden Behörden bei den Praxisbegehungen auch, denn immer wieder wird von doch skurrilen Begeherreklamationen wie überlagerten Papierspitzen berichtet?

Prof. Jatzwauk: Ich kenne solche Vorgaben nicht.

NZB: Was kann die Zahnärzteschaft Ihrer Meinung nach tun, um das Begehungsklima auf beiden Seiten – Praxisteam und begehende Behörde – zu entspannen?

Prof. Jatzwauk: Praxisbegehungen sind der Beruf der entsprechenden Mitarbeiter von Überwachungsbehörden, den die meisten sicher auch gern ausführen. Natürlich mit dem Ziel, die entsprechenden Landesregelungen umzusetzen. Notwendig sind der Dialog, die Akzeptanz der Meinung des Anderen und der Versuch, diese Meinung zu verstehen. Und das von beiden Seiten. Leider sind Praxisbegehungen zu selten, um das ausreichend zu trainieren.

NZB: Würden denn Ihrer Meinung nach nicht anlassbezogene Begehungen ausreichend für die Überwachung der gesetzlichen Vorgaben sein?

Prof. Jatzwauk: Weder beim TÜV noch bei der Feuerwehr sind lediglich anlassbezogene Kontrollen/Begehungen üblich. Dafür muss es Gründe geben.

NZB: Halten Sie es für möglich, dass unsere Zahnärztekammer, ähnlich dem Modell im Bereich der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, die Überwachung der gesetzlichen Vorgaben als Aufgabe der zahnärztlichen Selbstverwaltung – vielleicht als ergänzendes oder alternatives Begehungsmodell zu den flächendeckenden Behördenbegehungen – vom Land übertragen bekommen kann?

Prof. Jatzwauk: Natürlich, das hat sich in mehreren Bundesländern bewährt, darunter auch bei uns in Sachsen. Kontraproduktiv wären allerdings doppelte Begehungen. Eine Übergabe von behördlichen Begehungen in die zahnärztliche Selbstverwaltung erfordert allerdings eine enge Zusammenarbeit und gegenseitiges Vertrauen. Und das erscheint mir nicht überall gegeben.

NZB: Welchen Rat können Sie Praxen geben, die entweder nicht über die räumlichen Voraussetzungen für vollumfängliche maschinelle Aufbereitung von Medizinprodukten der Risikoeinstufungen bis einschließlich kritisch B verfügen, oder aber die finanziellen Belastungen zum Praxisumbau und/oder der Maschinenanschaffungen scheuen, weil sie ihre Praxen in absehbarer Zeit schließen wollen bzw. müssen, weil sie beispielsweise keine Käufer finden?

Prof. Jatzwauk: Wenn die Voraussetzungen für eine sichere Aufbereitung von Medizinprodukten (teilweise) nicht gegeben sind, muss man versuchen, diese (oder aber nur bestimmte Instrumente der Klasse kritisch B) in der Nachbarpraxis, im naheliegenden Krankenhaus oder bei Dienstleistern aufbereiten zu lassen. Wie bereits erwähnt, gehört eine zwingende maschinelle Aufbereitung von Übertragungsinstrumenten abschließend dampfsterilisierter Instrumente nicht dazu. Hier sind validierte manuelle Aufbereitungsverfahren möglich.

NZB: Vor wenigen Wochen schloss gerade die IDS als weltweite Leitmesse der Dentalbranche mit neuen Superlativen in Sachen Aussteller-, Technologieinnovationen und Besucherzahlen. Welche Entwicklungen sehen Sie vor diesem Hintergrund für die Zukunft der deutschen Zahnarztpraxen in puncto Infektionsschutz für Patienten und Praxisteam?

Prof. Jatzwauk: Ich konnte die IDS wegen Terminproblemen in diesem Jahr nicht besuchen.

NZB: Herr Professor Jatzwauk, wir danken herzlich für das informative und anregende Gespräch. ■

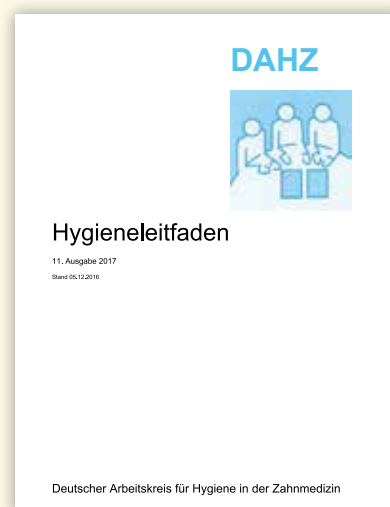
Hygieneleitfaden und Hygieneplan – Neuauflagen erschienen

Der Hygieneleitfaden des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) wurde überarbeitet und online gestellt. Ebenfalls neu ist der gemeinsam von BZÄK und DAHZ herausgegebene Rahmenhygieneplan, der am Bildschirm auf die individuellen Praxisgegebenheiten angepasst werden kann. Der 11. Hygieneleitfaden des DAHZ nimmt zu aktuellen Entwicklungen bei Hygiene und Medizinproduktaufbereitung in der Zahnmedizin Stellung. Wesentliche Anpassungen gab es in den Kapiteln „Händedesinfektion“, „Handschuhe“, „Wasserführende Systeme“, „Praxiswäsche“ und „Postexpositionsprophylaxe“. Ein ergänzendes Dokument macht alle Änderungen kenntlich. ■

→ Hygieneleitfaden: <http://dahz.org/hygieneleitfaden>

→ Rahmenhygieneplan: <http://dahz.org/rahmen-hygieneplan>

_____Praxisserviceteam der ZKN



Bezirksstellenfortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

Ort: Hochschule Ostfalia für angewandte Wissenschaften Salzdahlumer Straße 46, 38302 Wolfenbüttel
Fortbildungsreferent: NN.

TERMIN	THEMA/REFERENT
06.09.2017, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Arbeitstitel: Periimplantitis oder Socket-Preservation, Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets, Hamburg
18.10.2017, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Apicale Mikrochirurgie, Dr. Markus Lewitzki, Lampertheim
08.11.2017, 19:00 Uhr – ca. 21:30 Uhr	Aktuelle Aspekte bei modernem, vollkeramischem Zahnersatz, Dr. Philipp-Cornelius Pott, Hannover

BEZIRKSSTELLE GÖTTINGEN

Ort: Uni-Klinikum Göttingen, Hörsaal HS 552, Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen
Fortbildungsreferent: Dr. Dr. Lars Kühne, Weender Straße 75, 37073 Göttingen, Tel. 0551 47314

TERMIN	THEMA/REFERENT
06.09.2017, 17:00 Uhr – ca. 19:30 Uhr	Update Antikorruptionsgesetz und Medizinproduktegesetz/Verantwortung bei Nutzung und Veränderung von Medizinprodukten, Dr. Oliver Pramann, Hannover

BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: Universität Carl von Ossietzky, Ammerländer Heerstraße 114-118, 26129 Oldenburg
Fortbildungsreferent: Dr. Volker Schaper, Burgstraße 11, 27243 Harpstedt, Tel. 04244 1671

TERMIN	THEMA/REFERENT
19.08.2017, 9:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr	Mundhöhlenkarzinom – Diagnose und Therapie, Dr. Dr. Susanne Jung, Münster
28.10.2017, 9:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Gibt es eine optimale Kieferrelation?, Dr. Daniel Hellmann, Aalen

BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

Ort: Steigenberger Hotel Remarque, Natruer-Tor-Wall 1, 49076 Osnabrück
Fortbildungsreferent: Dr. Nicola Witte, Wittekindstraße 1, 49134 Wallenhorst, Tel. 05407 8575355

TERMIN	THEMA/REFERENT
09.09.2017, 9:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr	Morgens früh um sechs – Logopädische Interventionen im Rahmen von zahnärztlichen/kieferorthopädischen Behandlungen, Michael Winkler, Osnabrück

BEZIRKSSTELLE OSTFRIESLAND

Ort: Köhlers Forsthaus, Hoheberger Weg 192, 26605 Aurich
Fortbildungsreferent: Dr. Dr. Wolfgang Triebe, Rudolf-Eucken-Allee 17, 26603 Aurich, Tel. 04941 5752, E-Mail: dr.dr.w.triebe@t-online.de


TERMIN	THEMA/REFERENT
28.06.2017, 15:00 Uhr – ca. 19:00 Uhr	Beschwerdebilder craniomandibulärer Dysfunktionen – diagnostische und therapeutische Aspekte, Prof. Dr. Dr. h.c. Georg Meyer, Greifswald

BEZIRKSSTELLE VERDEN

Ort: Haags Hotel Niedersachsen, Lindhooper Straße 297, 27283 Verden
Fortbildungsreferent: Dr. Walter Schulze, Nordstraße 5, 27356 Rotenburg/W., Tel. 04261 3665

TERMIN	THEMA/REFERENT
23.09.2017, 10:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Abformung im Umbruch!? – Möglichkeiten und Grenzen konventioneller und digitaler Modellgewinnung, Dr. Katharina Anne Mausbach, Gießen, Holger Sebastian Kämpfe, Gießen
04.11.2017, 10:00 Uhr – ca. 13:00 Uhr	Adhäsivprothetik – festsitzend und herausnehmbar, Dr. Nicole Passia, Kiel

Termine

 **18.10.2017** Papenburg 15. Papenburger Symposium, Infos: www.papenburger-symposium.de

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

Ansprechpartnerin: Marlis Grothe
Tel.: 0511 83391-311 · Fax: 0511 83391-306
E-Mail: mgrothe@zkn.de



→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Ultraschallbehandlung in der Parodontologie – ein bewährtes Konzept

Die parodontologische Ultraschallbehandlung: Lange Zeit galt die Behandlung des entzündeten Parodonts mittels Ultraschall als nicht praktikabel. Doch durch eingehende Forschung in den neunziger Jahren wurde eine sehr wirkungsvolle Behandlung möglich. Auffallend ist das nahezu atraumatische Vorgehen in Bezug auf das Weichgewebe im Vergleich zu der bisherigen Handinstrumentierung. Basierend auf diesen Kenntnissen konnte ein Behandlungskonzept entwickelt werden, dass in den Ergebnissen der Kürettage weit überlegen ist.



Dr. Michael Maak

Kursprogramm:

Dieser Kurs soll Zahnärzten und Helferinnen mit neuen und wirksamen Techniken der subgingivalen Instrumentierung mittels Ultraschallinstrumenten vertraut machen. Hierbei sollen die Vorzüge in der Vorbehandlung, der PA-Therapie und im Recall deutlich werden, was auch eindrucksvoll mit Untersuchungen und Originaldias unterlegt wird, die dankenswerterweise von Mick Drago, D.D.S., M.S.D. zur Verfügung gestellt wurden. Es werden nützliche Tipps für den Einsatz der Instrumente gegeben, die am Nachmittag in Kleingruppen an Phantom-Modellen oder an Patienten praktisch geübt werden. (Der Kursablauf ist maßgeblich durch die mehrjährige Kursbegleitung von Mick Drago geprägt.)

Zielgruppe:

Zahnärzte, DH, ZMF, Prophylaxe-Helferinnen
Der Referent favorisiert eine Teamanmeldung von Behandler und Assistenz!

Referent: Dr. Michael Maak, Lemförde

Freitag, 13.10.2017 von 9:00 – 17:00 Uhr

Kursgebühr: 329,- €

Für Frühbucher bis zum 13.08.2017, 295,- €

Max. 20 Teilnehmer

Kurs-Nr.: Z/F 1544

10 Fortbildungspunkte nach BZÄK

20.10.2017 Z 1758 5 Fortbildungspunkte

Gnathologie und Zahnersatz

Prof. Dr. Ralf Bürgers, Göttingen
Freitag, 20.10.2017 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 126,- €
Für Frühbucher bis zum 20.08.2017, 115,- €

28.10.2017 Z 1760 9 Fortbildungspunkte

Chirurgische und implantologische Eingriffe – Basiskurs – Hands-On

Dr. Nina Psencka, Düsseldorf
Samstag, 28.10.2017 von 9:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 341,- €
Für Frühbucher bis zum 28.08.2017, 310,- €

04.11.2017 Z 1762 9 Fortbildungspunkte

Bruxismus – Diagnostik und Management in der täglichen Praxis

Prof. Dr. Olaf Bernhardt, Greifswald
Samstag, 04.11.2017 von 9:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 363,- €
Für Frühbucher bis zum 04.09.2017, 330,- €

15.11.2017 Z 1764 8 Fortbildungspunkte

Basiskurs Parodontalchirurgie – alle wichtigen Techniken an einem Nachmittag

Dr. Stefan Fickl, Würzburg
Mittwoch, 15.11.2017 von 15:00 bis 20:00 Uhr
Seminargebühr: 400,- €
Für Frühbucher bis zum 15.09.2017, 365,- €

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

19.08.2017 F 1752

Instrumentenaufbereitung in der Zahnarztpraxis

Ute Wurmstich, Wedemark
Samstag, 19.08.2017 von 10:00 bis 14:00 Uhr
Seminargebühr: 94,- €
Für Frühbucher bis zum 19.06.2017, 85,- €

02.09.2017 F 1754

Scaling plus – Bedarfsgerechte, befundabhängige Prophylaxe

Sabine Sandvoß, Hannover
Samstag, 02.09.2017 von 9:00 bis 18:00 Uhr
Seminargebühr: 335,- €
Für Frühbucher bis zum 02.07.2017, 305,- €

08.09.2017 F 1756

Qualitätsmanagement – Einführung und Training für Mitarbeiter/innen

Brigitte Kühn, Tutzing
Freitag, 08.09.2017 von 9:00 bis 17:00 Uhr
Seminargebühr: 231,- €
Für Frühbucher bis zum 08.07.2017, 210,- €



Foto: Luckyimages/Photoal.com

Anmeldeschluss
05. September 2017
bei der zuständigen
Bezirksstelle

Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf Zahnmedizinische Fachangestellte

- ▶ Alle Bezirksstellen

Termine der schriftlichen Abschlussprüfung:

→ **Mittwoch, 15.11.2017**

**Behandlungsassistenz/Praxisorganisation
und -verwaltung**

→ **Donnerstag, 16.11.2017**

Abrechnungswesen/Wirtschafts- und Sozialkunde

gez. Dr. K.-H. Düvelsdorf
Vorstandsreferent für das Zahnärztliche Fachpersonal

13.09.2017 F 1759

Intensivprophylaxe während der KFO-Therapie

Solveyg Hesse, Otter
Mittwoch, 13.09.2017 von 14:00 bis 18:30 Uhr
Seminargebühr: 108,- €
Für Frühbucher bis zum 13.07.2017, 99,- €

20.09.2017 F 1760

Prophylaxepower Special – ein Update

Solveyg Hesse, Otter
Mittwoch, 20.09.2017 von 14:00 bis 18:30 Uhr
Seminargebühr: 108,- €
Für Frühbucher bis zum 20.07.2017, 99,- €



Foto: ZON

Abrechnung chirurgischer Leistungen in der Implan- tologie – Basisseminar

Die Implantatversorgung – eine
Behandlungsmaßnahme die bereits in
vielen Praxen zum Alltag gehört.

Marion Borchers Wie werden Implantationen korrekt
abgerechnet? Welche operativen
Maßnahmen werden nach GOZ,
welche noch nach GOÄ abgerechnet?

**Aktuelles Abrechnungsseminar für implantologisch tätige
Zahnärzte/Zahnärztinnen und Ihre Mitarbeiterinnen
Grundlagenseminar zur Abrechnung von Implantatversor-
gungen**

Themeninhalt:

- ▶ Rechtliche Grundlagen in der Implantologie
- ▶ Implantologie bei gesetzlich versicherten Patienten
- ▶ GKV Richtlinien/Beihilferichtlinien
- ▶ Rechtlich einwandfreie Aufklärung des Patienten
- ▶ Notwendige Formulare bei Kassen- und Privatpatienten
- ▶ GOZ Positionen
- ▶ Augmentationen und Sinuslift-OP
- ▶ noch mögliche Umfeldpositionen aus der GOÄ
- ▶ OP – Zuschläge nach GOZ
- ▶ Material- und Laborkostenabrechnung
- ▶ Verordnung von Medikamenten
- ▶ Abrechnungsübungen

(kein Seminar für die Abrechnung des implantatgetragenen
Zahnersatzes)

Referentin: Marion Borchers, Rastede-Loy
Mittwoch, 27.09.2017 von 14:00 – 18:00 Uhr
Kursgebühr: 109,- €
Für Frühbucher bis zum 27.07.2017, 99,- €
Max. 30 Teilnehmer
Kurs-Nr.: Z/F 1749



Viel zu früh verstorben

Die Zahnärztekammer Niedersachsen trauert um ihre allseits beliebte langjährige Mitarbeiterin Heike Hengen. Sie verstarb wenige Monate vor ihrem 60. Geburtstag nach kurzer, schwerer Krankheit am 14. Mai 2017.

Frau Hengen hat ihre Tätigkeit am 15.09.1983 als Sachbearbeiterin in der Mitgliederverwaltung begonnen. Aufgrund ihres Engagements wurde sie am 15.03.1990 zur Abteilungsleiterin befördert. Hier war sie unter anderem für statistische Auswertungen, das Ausländerwesen, das Beitragswesen und die Weiterbildung zum Fachzahnarzt zuständig.

Durch die Einführung der elektronischen Datenverarbeitung in der Mitgliederverwaltung hat sie ihr besonderes Interesse

an der EDV entdeckt und sich in ihrer Freizeit durch den Besuch vieler Fortbildungskurse in diesem Bereich weitergebildet.

Sie hat jede Umstellung der Verwaltungsprogramme bis zum Schluss mit viel Herzblut und Ehrgeiz begleitet und vorangebracht.

Frau Hengens unermüdlicher Einsatz, verbunden mit enormer Sachkompetenz, brachten ihr hohe Anerkennung in der Zahnärzteschaft und unter ihren Kollegen ein.

Wir vermissen Frau Hengen sehr. ■

*Jörg Röver
stellvertretender Präsident und Personalreferent
im Vorstand der ZKN*

Wir trauern um unsere Kolleginnen und Kollegen



Dr. Jürgen Wildanger, Sarstedt

geboren am 28.04.1940, verstorben am 10.04.2017

Gert Fuchs, Seelze

geboren am 27.08.1948, verstorben am 13.04.2017

Dr. Karin Meyer, Hildesheim

geboren am 01.06.1944, verstorben am 26.04.2017

Dr. Ulrich Wenzel, Burgdorf

geboren am 18.01.1929, verstorben am 02.05.2017

Dr. Gerd Hilge, Bad Harzburg

geboren am 13.02.1939, verstorben am 04.05.2017

*Die Vorstände der Zahnärztekammer Niedersachsen
und der KZV Niedersachsen*



Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

- 18.05.2017** Jürgen Petersen (86), Soltau
- 18.05.2017** Axel Riederich (70), Laatzen
- 19.05.2017** Dr. Manfred Schellwald (87), Hannover
- 19.05.2017** Hans-Eberhard Kaufmann (70), Hage
- 21.05.2017** Dr. Heinz Bitter (70), Hameln
- 22.05.2017** Dr. Renate Morich (93), Peine
- 24.05.2017** Dr. Dorothee Schümmelfelder (88),
Osnabrück
- 29.05.2017** Dr. Ingrid Cochanski-Chelius (86), Munster
- 31.05.2017** Dr. Wolfgang Nordt (87), Salzgitter
- 02.06.2017** Hanni Homann (90), Einbeck
- 05.06.2017** Dr. Dieter Rusche (88), Braunschweig
- 05.06.2017** Miroslav Zoric (70), Detmold
- 06.06.2017** Dr. Walter Hils (93), Hildesheim
- 06.06.2017** Reinhard Schneider (88), Wolfenbüttel
- 08.06.2017** Klaus Buchbinder (91), Hannover
- 09.06.2017** Hans-Jürgen Rumen (70), Delmenhorst
- 10.06.2017** Helmut Timpe (86), Hannover
- 14.06.2017** Dr. Wilhelm Voges (88), Bad Pyrmont

Mitarbeiterjubiläum **ZKN**



Zusammen 120 Jahre im Dienst der ZKN (v.l.n.r.):
Gabriele König, Akademieverwaltung, (25 Jahre),
Ingrid Groskurth, Sekretariatsbüro, (40 Jahre),
Andrea Struck-Wehrhahn, Mitgliederverwaltung, (25 Jahre),
Christa Kohl, Mitgliederverwaltung, (30 Jahre).

Der Vorstand der ZKN gratuliert den Jubilarinnen ganz herzlich – auch im Namen der Mitglieder – für ihre geleistete Arbeit in den zurückliegenden Jahren und wünscht für die Zukunft Gesundheit sowie weiterhin Freude bei der Arbeit.

Dienstjubiläum



10-jähriges Jubiläum

► am 01.04.2017 Anke Mitschke (Abtl. Abrechnung)

Der Vorstand der KZVN gratuliert herzlich und dankt – auch im Namen der Mitglieder – für die geleistete Mitarbeit in den zurückliegenden Jahren.

Neuzulassungen

Vertragszahnärzte/-ärztinnen

Verwaltungsstelle Braunschweig

Braunschweig	Marua Hawi
Braunschweig	Sarah Scheller
Braunschweig	Steven Scheller
Braunschweig	Dr. Markus Zeck
Gifhorn	Alleen Friederichs
Meinersen	Dr. Frank Bögershausen

Verwaltungsstelle Göttingen

Göttingen	Till Wienecke
Northeim	Dr. Tobias Wrastil

Verwaltungsstelle Hannover

Bad Pyrmont	Dr. Annabelle Höhne
Hannover	Dr. Susanne Fischer
Hannover	Mohamed Salem
Langenhagen	Florian Krinitzky
Neustadt	Jan-Helge Meemken
Wunstorf	Dr. Felicia Bremer
Uetze	Henry Gottschalk
Emmerthal	Gesundheitseck Emmerthal-TK GmbH

Verwaltungsstelle Hildesheim

Sarstedt	Alina Schröder
----------	----------------

Verwaltungsstelle Lüneburg

Buchholz	Dunja Kranich
Uelzen	Mohammed Aldalsa

Verwaltungsstelle Oldenburg

Hatten	Nick Römann
Oldenburg	Hadi Noureddine

Verwaltungsstelle Osnabrück

Lingen	Tanja Helena Fischer
Meppen	Dr.-medic stom./UMF Bukarest Alexander Schuller
Nordhorn	Dr. Andreas Kölbach

Verwaltungsstelle Ostfriesland

Esens	MVZ „Die Zahnärzte Esens“ GmbH
Papenburg	Zahnhaus Papenburg MVZ GmbH
Westerholt	MVZ „Zahnärzte Ostfriesland“ GmbH
Wittmund	LisaDent GmbH Zahnmedizinisches Versorgungszentrum Wittmund

Verwaltungsstelle Stade

Osten	Hanna Sievers
Stade	Samer Alnajar
Stade	Frank Langhein

Verwaltungsstelle Verden

Sołtau	Dr. Dr. Dirk Möhle
--------	--------------------

Verwaltungsstelle Wilhelmshaven

Varel	Sebastian Scharfe
-------	-------------------

Fachzahnärzte/-ärztinnen für Kieferorthopädie

Verwaltungsstelle Hannover

Hemmingen	Dr. Bahar Fatameh Block
Hemmingen	Dr. Rebecca Metzner

Verwaltungsstelle Osnabrück

Osnabrück	Dr. Lukas Moritz Blase
-----------	------------------------

Wir heißen die Kolleginnen und Kollegen im Kreise der KZVN-Mitglieder herzlich willkommen und wünschen ihnen und ihren Praxisteams für die Zukunft viel Erfolg! *Der Vorstand der KZVN*



© diego cervo / iStockphoto.com

Niederlassungshinweise

AUSZUG AUS DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSZAHNÄRZTE (ZV-Z)

§ 18

- (1) Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. In dem Antrag ist anzugeben, für welchen Vertragszahnarztsitz und gegebenenfalls unter welcher Gebietsbezeichnung die Zulassung beantragt wird. Dem Antrag sind beizufügen
 - a) Ein Auszug aus dem Zahnarztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Zahnarztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung hervorgehen müssen,
 - b) Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten,
 - c) gegebenenfalls eine Erklärung nach § 19 a Abs. 2 Satz 1, mit der der aus der Zulassung folgende Versorgungsauftrag auf die Hälfte beschränkt wird.
- (2) Ferner sind beizufügen:
 1. ein Lebenslauf,
 2. ein polizeiliches Führungszeugnis,
 3. Bescheinigungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Zahnarzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,
 4. eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
 5. eine Erklärung des Zahnarztes, ob er drogen- oder alkoholabhängig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des zahnärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.
- (3) An Stelle von Urschriften können amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.
- (4) Können die in Absatz 1 Buchstabe b und in Absatz 2 Buchstabe c bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, so ist der nachzuweisende Sachverhalt glaubhaft zu machen.

Kolleginnen und Kollegen, die sich in Niedersachsen niederlassen möchten, wenden sich bitte an die

**Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen, Geschäftsstelle des
Zulassungsausschusses Niedersachsen,
Zeißstraße 11, 30519 Hannover,
Tel. 0511 8405-323/361,
E-Mail: info@kzvn.de**

Antragsformulare können entweder bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Niedersachsen angefordert oder unter www.kzvn.de als PDF-Dokument heruntergeladen werden. Bitte achten Sie darauf, bei der Einreichung der Anträge zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit sämtliche in § 18 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZV-Z) aufgeführten Unterlagen beizufügen.

GEMEINSAME AUSÜBUNG DER VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN TÄTIGKEIT (Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft)

Bei Anträgen auf Genehmigung der gemeinsamen Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich die Vorlage eines schriftlichen Gesellschaftsvertrages notwendig. Bitte achten Sie bei entsprechenden Anträgen darauf, den Gesellschaftsvertrag spätestens bis zum Abgabetermin bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

VERLEGUNGEN

Nach § 24 Abs. 7 ZV-Z ist im Falle einer Verlegung des Vertragszahnarztsitzes grundsätzlich ein entsprechender Antrag an den Zulassungsausschuss zu richten. Die Verlegung ist erst möglich, wenn der Zulassungsausschuss diesem Antrag stattgegeben hat.

SITZUNGEN DES ZULASSUNGS-AUSSCHUSSES NIEDERSACHSEN FÜR ZAHNÄRZTE

Abgabe bis	14.08.2017
Sitzungstermin	13.09.2017
Abgabe bis	16.10.2017
Sitzungstermin	15.11.2017

Alle Anträge an den Zulassungsausschuss Niedersachsen sind unter Beifügung sämtlicher erforderlicher Unterlagen rechtzeitig bis zum Abgabetermin bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Niedersachsen, Zeißstraße 11, 30519 Hannover, in Urschrift und eigenhändig unterschrieben einzureichen.

HINWEISE AUF PRAXISORTE FÜR NIEDERLASSUNGEN

a) Vertragszahnärzte

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- Planungsbereich Landkreis Aurich: Unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines Nordsee-Kurbades ist auf der Insel Norderney ein Vertragszahnarztsitz vakant.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Ostfriesland der KZVN, Vorsitzender: Dr. Dr. Wolfgang Triebe, Rudolf-Eucken-Allee 17, 26603 Aurich, Tel. 04941 5752, Fax 04941 2835, E-Mail: ostfriesland@kzvn.de

b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

Verwaltungsstelle Göttingen

- Planungsbereich Landkreis Holzminden: Der Planungsbereich Landkreis Holzminden mit 10.773 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 37,1 % versorgt.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Göttingen der KZVN, Vorsitzender: Dr. Jürgen Wenzel, Ludwig-Prandtl-Straße 28, 37077 Göttingen, Tel.: 0551 307140, Fax: 0551 3071420, E-Mail: goettingen@kzvn.de

Verwaltungsstelle Oldenburg

- Planungsbereich Landkreis Oldenburg: Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.598 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 35,4 % versorgt.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Oldenburg der KZVN, Vorsitzende: Zahnärztin Silke Lange, Bloher Landstraße 24, 26160 Bad Zwischenahn, Tel.: 0441 6990288, Fax: 0441 691650, E-Mail: oldenburg@kzvn.de

_____Stand 16.05.2017

ZKN AMTLICH

UNGÜLTIGER ZAHNARZTAUSWEIS

Der Ausweis von

Kerstin Schwämmle Nr. 4464

wurde verloren, gestohlen, beziehungsweise nicht zurückgegeben und wird für ungültig erklärt.

_____ZKN

Lassen Sie uns im Kontakt bleiben:

ABONNIEREN SIE IHREN ZKN-NEWSLETTER

Kennen und nutzen Sie schon den Newsletter Ihrer Zahnärztekammer Niedersachsen? Mit dem Newsletter bekommen Sie zeitnah die Informationen, die Ihnen in Ihrer Praxis nutzen. Und Ihre Zahnärztekammer hat damit die aktuell schnellste und zudem wirtschaftlichste Möglichkeit, um Sie und Ihre Praxisteams zu informieren.

Und zwar mit Informationen wie:

- Aktuelles aus Praxisbegehung & Co.
- Geldwerte Tipps und interessante Seiten im Internet
- Aktuelle Fortbildungs-/Schulungsangebote
- Aktuelle Rechtsprechung mit sofortiger Praxisrelevanz
- Wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen u.v.m.

Ihre Anmeldung zum Newsletter ist ruck-zuck erledigt: <https://zkn.de/publikationen/zkn-newsletter.html>

Wir sind gerne für Sie da und mit dem Newsletter so schnell wie möglich!

Beschlüsse anlässlich der ordentlichen Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen am 13.05.2017

Antrag 1 zu TOP 5

von ZÄ Lange, Dr. Besovic, Dr. Glusa, Dr. Jamil

Gesundheitspolitische Forderungen an die kommende Bundesregierung

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) fordert die im Wettbewerb um die Wählerstimmen zur kommenden Bundestagswahl stehenden politischen Parteien auf, die folgenden gesundheitspolitischen Eckpfeiler für den Fall einer Regierungsbeteiligung in der nächsten Legislaturperiode umzusetzen:

- ▶ Das u. a. für die Dynamisierung des medizinischen Fortschritts wichtige duale Krankenversicherungssystem aus GKV und PKV erhalten und fortentwickeln.
- ▶ Ein Bekenntnis zu für GKV und PKV unterschiedlichen Honorarsystemen mit periodisch erfolgender Dynamisierung der Honorare.
- ▶ Die Ablehnung der Normierung von Gesundheitsleistungen.
- ▶ Die Ablehnung der Substitution (zahn)ärztlicher Leistungen.
- ▶ Klares Bekenntnis zur Entbürokratisierung des Gesundheitssystems mit Rückentwicklung bestehender Forderungen wie z.B. Abkehr von grundsätzlicher Dokumentation aller Vorgänge hin zur Dokumentation von Vorgängen, die von der Norm abweichen.
- ▶ Die sofortige Novellierung der Approbationsordnung Zahnärzte unter Berücksichtigung der für die Umsetzung notwendigen Finanzierung und mit dem Ergebnis, auf allen Gebieten der Zahnheilkunde Berufsfähig- und -fertigkeit mit der Erteilung der Approbation zu garantieren.
- ▶ Digitalisierung des Gesundheitssystems nur bei synchron damit fortentwickeltem Daten- und Patientenschutz.
- ▶ Bekenntnis zum freiberuflich tätigen Heilberufler als Garant eines funktionierenden, qualitativ hochwertigen Gesundheitssystems mit wohnortnahen Versorgungsstrukturen.
- ▶ Die Ablehnung der Umsatz- und Gewerbebesteuerung/(zahn)ärztlich-kurativer Leistungen in freiberuflicher Berufsausübung.
- ▶ Bekenntnis zur berufsständischen Selbstverwaltung.
- ▶ Die Ablehnung staatlich dirigistischer Einflussmaßnahme in marktwirtschaftlich gesteuerte Entwicklungsprozesse des Gesundheitsmarkts, wie keine besonderen Bevorzugungen von bestimmten Versorgungsstrukturen/-zentren.
- ▶ Bekenntnis zum Praxislabor als wichtiges und besonderes Element der wohnortnahen Versorgung mit zahnmedizinischer Versorgung.
- ▶ Klare Ablehnung und damit das Ende von Budgetierungen und Degression im Gesundheitssystem.
- ▶ Das Bekenntnis zu einem pluralen Rentenversicherungssystem aus gesetzlicher und berufsständischer Altersversorgung.

Der Antrag wird mehrheitlich bei sieben Enthaltungen angenommen.

Antrag 2 zu TOP 5

von ZÄ Apel, Dr. Beischer, Dr. Bleß, Dr. Gebelein, Dr. Herz, Dr. Karstens, Dr. Liepe, Dr. U. Peters, Dr. Rölleke, ZA Röver, Dr. Schaper, Dr. Timmermann, Dr. Dr. Triebe, Dr. Urbach, Dr. Vietinghoff-Sereny, Dr. Worch

Bürgerversicherung gefährdet hochwertige Versorgung für den Patienten

Die Vertreterversammlung der KZVN lehnt die sogenannte Bürgerversicherung mit Einheitsgebührenordnung ab. Sie spricht sich für den Erhalt des dualen Versicherungssystems im Gesundheitswesen aus und fordert den weiteren Ausbau der Wahl- und Therapiefreiheit für die Patienten.

Begründung:

Therapiefreiheit und freier Zugang des Patienten zu allen zahnärztlichen Leistungen müssen weiterhin gewährleistet sein. Deshalb sind wir gegen alle Formen von Gesundheitspolitik, die dem entgegenstehen.

Der Antrag wird mehrheitlich bei einer Enthaltung angenommen.

Antrag 3 zu TOP 5

von ZÄ Apel, Dr. Beischer, Dr. Herz, Dr. Bleß, Dr. Liepe, Dr. Worch, Dr. Schaper, Dr. Vietinghoff-Sereny

Novellierung der Approbationsordnung Zahnärzte

Die Vertreterversammlung der KZVN fordert die Bundesregierung auf, eine dem heutigen wissenschaftlichen Fortschritt und Ausbildungsstand entsprechende Approbationsordnung für Zahnärzte zu beschließen und umgehend umzusetzen.

Begründung:

Die seit 1955 bestehende Approbationsordnung (Zahnärzte) wird nicht mehr den Anforderungen der modernen Zahnheilkunde gerecht. Daher ist eine Neubeschreibung der Ausbildungsinhalte dringend notwendig. Neben der Erlangung zahnmedizinischer Fertigkeiten müssen auch unbedingt zahntechnische und werkstofftechnische Abläufe im Studienbetrieb vermittelt und integriert bleiben.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 4 zu TOP 5

von Dr. Glusa, Dr. Besovic, Dr. Ross, Dr. Dr. Lodde, ZA Basilico

Prinzipien der Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit als Fundament des Gesundheitssystems erhalten

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) erklärt sich mit den Aussagen und Forderungen der Resolution der konstituierenden Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesversammlung (KZBV) vom 17. Februar 2017 unter dem Titel „Wiederherstellung von Selbstverwaltungsstrukturen“ solidarisch. Die VV der KZVN fordert den Gesetzgeber daher auf, im Interesse einer Erhaltung der seit Jahrzehnten bewährten Gemeinsamen Selbstverwaltung die sachwidrigen Bestimmungen zum Zustimmungserfordernis der Aufsichtsbehörden zu den Vorstandsdiensverträgen aus § 79 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 35a Abs. 6a SGB IV ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Das Verfahren zur Zustimmung der Aufsichtsbehörden führt insgesamt zu einer Anstellungsvertragsfassung, die es freiberuflich tätigen Zahnärzten insbesondere dann, wenn diese noch in ihrer Praxis zahnärztlich tätig sind, außerordentlich erschwert, wenn nicht unmöglich macht, noch im Vorstand der KZBV tätig zu sein. Durch die entsprechenden Regelungen im SGB V wird die sachgerechte Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben der KZBV und dabei insbesondere eine fachlich qualifizierte Einbringung zahnärztlichen Sachverständnisses und damit die Berücksichtigung der legitimen Interessen derjenigen, die von den Normen der Gemeinsamen Selbstverwaltung unmittelbar betroffen sind, ohne Not in Frage gestellt. Es wird damit eine Entwicklung gefördert, in der nicht mehr freiberuflich tätige Zahnärzte, sondern fachlich nicht qualifizierte und rein bürokratisch orientierte Mitglieder in den Entscheidungsgremien der KZBV tätig werden. Dadurch würde die Ausgestaltung der KZBV als Selbstverwaltungskörperschaft denaturiert. Durch das nunmehr erstmals erfolgte Verfahren einer Aufkrotyrierung der Inhalte der Dienstverträge wird der Gestaltungsspielraum der Vertreterversammlung der KZBV gerade in den Bereichen der Personal- und Finanzhoheit praktisch beseitigt, der ein wesentliches und unverzichtbares Charakteristikum der Selbstverwaltung und damit unseres Gesundheitssystems darstellt.

Der Antrag wird mehrheitlich bei einer Enthaltung angenommen.

Antrag 5 zu TOP 5

von Dr. Hanßen, Dr. Besovic, Dr. Wiesner, Dr. Riefenstahl, Dr. H. Peters

Digitalisierung des Gesundheitswesens muss sicher und bezahlbar sein

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) fordert den Gesetzgeber auf, Sorge dafür zu tragen, dass der von der Politik gewünschte rasche Fortschritt der Digitalisierung des Gesundheitswesens und damit einhergehend auch der Bedarf an effektiven und stets aktualisierten Datenschutzmaßnahmen für die Heilberufe wirtschaftlich realisierbar ist. Der Gesetzgeber wird von der VV der KZVN aufgefordert, zur gerechten Finanzierung der Digitalisierung des Gesundheitswesens umgehend in die gesetzlichen und privaten Honorarsysteme der Heilberufe entsprechende und ausreichend hohe Digitalisierungszuschläge mit jährlicher Dynamisierung zu integrieren.

Begründung:

Nur dadurch wird den Heilberufern ein nach dem jeweiligen Stand der Technik optimaler Auf-/Ausbau der IT-Technik einschließlich der erforderlichen Ersatzinvestitionen für Hard- und Software ermöglicht. Insbesondere fordert der Schutz der Patienten- und Praxisdaten einen hohen finanziellen Aufwand, zumal die IT- und die ihr zugehörige Sicherheitstechnik immanent kürzer werdende Halbwertszeiten besitzen. Im Hinblick auf die sehr sensiblen Daten der Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitssystems darf für diese Finanzierung nicht das Primat des geringsten Preises gelten.

Der Antrag wird mehrheitlich bei sechs Enthaltungen angenommen.

Antrag 6 zu TOP 5

von Dr. Wiesner, Dr. Besovic, Dr. Riefenstahl, ZA Basilico

Digitalisierung: Verantwortung für Datenmissbrauch durch Dritte liegt bei dem Gesetzgeber

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN) fordert den Gesetzgeber auf, die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine in technischer, sicherheitstechnischer und datenschutzrechtlicher Hinsicht optimale Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems zu schaffen. Es muss vom Gesetzgeber in dem Zusammenhang sichergestellt werden, dass für die Folgen jedes Datenmissbrauchs durch Dritte im Rahmen elektronischer Datenverarbeitungen auf Basis der Telematikinfrastruktur bis hinein in die Praxisverwaltungssysteme der Heilberufler denjenigen keine rechtlichen und finanziellen Konsequenzen drohen, denen durch das E-Health-Gesetz des Gesetzgebers eine vernetzte Digitalisierung ihrer Praxen aufgezwungen wurde. Die VV der KZVN fordert den Gesetzgeber auf, die Verantwortlichkeit für den Datenschutz und die Datensicherheit im Rahmen der Telematikinfrastruktur des deutschen Gesundheitssystems eindeutig und unmissverständlich denjenigen zuzuordnen, die die umfassende digitale Datenkommunikation beauftragt bzw. veranlasst haben.

Der Antrag wird mehrheitlich bei fünf Enthaltungen angenommen.

Antrag 8 zu TOP 5

von D.M.D./Univ. of Florida Bunke, Dr. Riefenstahl

Benennung der Verwaltungsstellenvorsitzenden der KZVN für die Legislaturperiode 2017 – 2022

Die Vertreterversammlung der KZV Niedersachsen billigt die Benennung der Verwaltungsstellenvorsitzenden für die Legislaturperiode 2017 – 2022 in der vom Vorstand vorgenommenen Form.

Der Antrag wird bei 25 Ja-Stimmen, 18 Nein-Stimmen und drei Enthaltungen angenommen.

Antrag 9 zu TOP 5

von Dr. Vietinghoff-Sereny, Dr. Sereny, Dr. Liepe, Dr. Worch, Dr. Rölleke, ZÄ Apel, Dr. Beischer, Dr. Karstens

Elf Forderungen an die Politik in Anlehnung an die Forderungen der bayerischen FVDZ-Kollegen vom 08. Mai 2017

Im Jahr der Bundestagswahl stellt die Vertreterversammlung der KZVN die Forderungen der bayerischen Zahnärzte an eine künftige Bundesregierung in den Mittelpunkt ihrer Debatte.

Die VV der KZVN bringt in ihrem Beschluss elf Wahlprüfsteine für die nahe Bundestagswahl auf den Weg. Ihre Forderungen an die politischen Parteien umfasst:

1. den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems und damit ein klares Nein zu einer möglichen Einheitsversicherung,
2. das Bekenntnis zur berufsständischen Selbstverwaltung,
3. die zügige Umsetzung der Approbationsordnung, verbunden mit der Forderung, alle Gebiete der Zahnheilkunde im Rahmen des Studiums zu unterrichten, um die Studierenden für die Berufsausübung zu qualifizieren,
4. die Ablehnung der Substitution zahnärztlicher Leistungen,
5. das Bekenntnis zum Praxislabor als tragfähiges Element der zahnärztlichen Behandlung,
6. die Ablehnung einer Normung von Gesundheitsdienstleistungen, wie sie die EU-Kommission plant,
7. die Digitalisierung nicht losgelöst von Datenschutz und Patientenschutz umzusetzen,
8. das Festhalten an den ärztlichen Versorgungswerken und damit die Ablehnung eines einheitlichen Rentensystems für Arbeitnehmer, Angestellte und Selbständige,

9. ein klares Nein zur Einbeziehung des zahnärztlichen und damit Freien Berufes in die Gewerbesteuer sowie die Umsatzsteuer, soweit originär zahnärztliche Leistungen erfasst werden,
10. die Entbürokratisierung insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung,
11. die Beendigung von Budgetierung und Degression.

Der Antrag wird mehrheitlich bei drei Enthaltungen angenommen.

Antrag 1 zu TOP 6

von D.M.D./Univ. of Florida Bunke

HVM Punktwert 2017

Der HVM-Punktwert für 2017 wird errechnet durch Erhöhung des HVM-Punktwertes 2016 in Höhe von 1,0179 € um 2,5%.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Antrag 2 zu TOP 6

vom Vorstand

Honorarverteilungsmaßstab 2017

Die Vertreterversammlung möge beschließen:

Der Honorarverteilungsmaßstab 2015 in Gestalt des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 25.11.2011, 23.11.2012, 25.05.2013, 21.11.2014 und 09.05.2015 wird mit Wirkung ab 01.01.2017 wie folgt geändert:

1. Die Überschrift vor § 1 lautet „Honorarverteilungsmaßstab 2017“.

Änderung von § 1

2. In § 1 (5) Satz 1 wird das Wort „Gerichtsverfahren“ durch das Wort „Rechtsstreitigkeiten“ ersetzt und nach den Worten „gesetzlicher Änderungen“ die Worte „oder auf uneinbringliche Forderungen“ eingefügt.

Änderung von § 2

3. In § 2 (2) Satz 2 wird nach den Worten „teilnehmenden Vertragszahnärzte“ der Satzteil „kaufmännisch gerundet auf volle hundert Euro,“ eingefügt.

Änderung von § 3

4. § 3 (2) Satz 3 entfällt.

Änderung von § 4

5. Nach § 4 (7) Satz 2 wird folgende Fußnote eingefügt:

„Die Regelung des § 4 (7) Satz 2 zweiter Halbsatz (entsprechende Geltung von § 3 (2) Satz 2 für angestellte Zahnärztinnen) entfällt mit dem 31.12.2017.“

Änderungen des § 5

6. In § 5 (1) Buchstabe a) und Buchstabe b) werden jeweils die Worte „am 31.12. des Vorjahres“ durch die Worte „nach dem Bedarfsplan zum Stand 15.12. des Jahres“ ersetzt.

7. In § 5 (1) Buchstabe b) entfallen die Worte „das 6, aber“.

Änderung des § 13

8. In § 13 (1) Satz 1 und Satz 2 wird jeweils die Jahreszahl „2015“ durch „2017“ ersetzt.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Kleinanzeigen

STELLENMARKT

Hameln/Nähe Zentrum

Kollege(in) mit Berufserfahrung für etablierte Praxis zur Verstärkung unseres Teams zu sofort gesucht für langfristig. Bewerbung an: dr.h.verdi@mail.com

Raum Göttingen

Nettes Team sucht eine/einen angestellte/n ZÄ/ZA. Spätere Übernahme nicht ausgeschl. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung: O. Rudolph, Vetterweg 6, 37176 Nörten-Hdbg. Tel.: 05503 3090

VERKAUF

Praxisabgabe Lkr. Göttingen

Etablierte Praxis sucht Nachfolger, 3 BHZ, OPG konventionell, DAG, RDG, Autoklav validiert. Abgabe 2017/18
Tel.: 05541 32764



Foto: Brian Jackson/Fotolia.com

Telefon- und E-Mail-Verzeichnis der Zahnärztekammer Niedersachsen

→ **Adresse**

ZAHNÄRZTEKAMMER
NIEDERSACHSEN
Zeißstraße 11a
30519 Hannover

→ **Postanschrift**

ZAHNÄRZTEKAMMER
NIEDERSACHSEN
Postfach 81 06 61
30506 Hannover

→ **Zentrale**

Annette Labendsch,
Christina Illhardt
Telefon: 0511 83391-0
Fax: 0511 83391-116
E-Mail: info@zkn.de

→ **Vorstand**

Präsident
Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida,
hbunke@zkn.de

Vizepräsident
Jörg Röver, jroever@zkn.de

→ **Vorstandssekretariat**

Christine Woltemath,
cwoltemath@zkn.de-102

→ **Geschäftsführung**

Hauptgeschäftsführer
Jürgen Schwarz

Sekretariat
Christine Balke, cbalke@zkn.de-109
Heike Nagel, hnagel@zkn.de-110

Geschäftsführer
Michael Behring-302

Sekretariat
Rena Umlandt, rumlandt@zkn.de ...-310

→ **GOZ**

**Honorar- und
Vermittlungsangelegenheiten**
Heike Fries, hfries@zkn.de-115
Birgit Weiß, bweiss@zkn.de-181

→ **Rechtsabteilung**

Heike Nagel, hnagel@zkn.de -110

→ **Pressestelle**

Kirsten Eigner, keigner@zkn.de-301
Melanie König, mkoenig@zkn.de ...-304

→ **Personalstelle**

Julia Meins, jmeins@zkn.de-176

→ **Mitgliederverwaltung**

stellv. Abteilungsleiterin
Weiterbildung zum FZA OC und Kfo,
Fachsprachprüfungen
Anne Hillmer,
ahillmer@zkn.de-193

→ **Zahnärzte A – G
ZFA-Ausbildung
Bezirksstelle Oldenburg**

Holdine Schattschneider,
hschattschneider@zkn.de-141

→ **Zahnärzte H – K
Fürsorgeausschuss**

Anita Henseler,
ahenseler@zkn.de-114

→ **Zahnärzte M – T
ZFA-Ausbildung
Bezirksstelle Braunschweig**

Christa Kohl, chkohl@zkn.de-145

→ **Zahnärzte U – Z
ZFA-Ausbildung
Bezirksstellen Göttingen, Hannover,
Hildesheim, Lüneburg**

Agnes Schuh, aschuh@zkn.de-142

→ **Zahnärzte L
ZFA-Ausbildung
Bezirksstellen Osnabrück,
Ostfriesland, Stade, Verden,
Wilhelmshaven
Defizit/Kenntnisprüfungen**

Sabine Koch, skoch@zkn.de-144

→ **Buchhaltung**

Abteilungsleiter
Roland Gutsche, rgutsche@zkn.de ...-121

→ **Zahnärztliche Stelle**

Hildegard Sniehotta,
hsniehotta@zkn.de,-117
Andrea Küssner,
akuessner@zkn.de-117
Dominic Hartwich,
dhartwich@zkn.de-118

→ **Ausbildung / Fortbildung,
Zahnärztliches Fachpersonal
Leitung**

Michael Behring, Geschäftsführer,
mbehring@zkn.de-302

Sekretariat

Rena Umlandt,
rumlandt@zkn.de-310

Ausbildung

Ansgar Zboron,
azboron@zkn.de-303

→ **ZAN – Zahnärztliche Akademie
Niedersachsen,
Seminarverwaltung (Referenten)
Strukturierte Fortbildung**

Gabriele König, gkoenig@zkn.de ...-313

→ **ZAN – Zahnärztliche Akademie
Niedersachsen
Seminarverwaltung (Teilnehmer)**

Marlis Grothe, mgrothe@zkn.de ...-313

→ **Dezentrale Weiterbildung,
Dezentrale Fortbildung der
Bezirksstellen,
Winterfortbildungskongress**

Ansgar Zboron, azboron@zkn.de ...-303

→ **ZMV – Zahnmedizinische
Verwaltungsassistentin**

Isabell Bohnert, ibohnert@zkn.de -331

→ **DH – Dentalhygienikerin**

Karen Schneider,
kschneider@zkn.de-332

→ **ZMP – Zahnmedizinische
Prophylaxeassistentin,
ZMP-Schule**

Karen Schneider,
kschneider@zkn.de-332
Isabell Bohnert, ibohnert@zkn.de -331

→ **Jugendzahnpflege,
Alterszahnmedizin**

Rena Umlandt, rumlandt@zkn.de -310

→ **RöV-Aktualisierung Helferinnen /
Begabtenförderung**

Isabell Bohnert, ibohnert@zkn.de -331

→ **Praxisführung/RÖV-Aktualisierung
Zahnärzte, ZQMS**

Christine Lange-Schönhoff,
clange@zkn.de-123
Christian Göhler,
cgoehler@zkn.de-315

