

zm

PRISCUS 2.0

Wirkstoffe aus der Medikationsliste, die für die zahnärztliche Verordnungspraxis eine besondere Bedeutung haben.

SEITE 14

EU-Medizinprodukteverordnung

Eine neue Studie zeigt, wie massiv die „Medical Device Regulation“ (MDR) auch die Zahnmedizin belastet.

SEITE 18

Die Kunst des Zuhörens

Wie Sie das Patientengespräch lenken können, um in kurzer Zeit die wirklich relevanten Informationen zu erhalten.

SEITE 56

KINDERZAHNARZTPRAXEN

„Können wir noch bleiben?“





zahneins

Liebe Zahnärztinnen und Zahnärzte, eins[®] ist klar:

Vorteile bei zahneins müssen Sie nicht mit der Lupe suchen.



Zahnärztlich geführt.

Bundesweit Zahnhelden gesucht!

Wir sind mit 2.400 Mitarbeitenden an 80 Standorten Deutschlands führendes Praxis-Netzwerk. Was unsere Zahnärztinnen und Zahnärzte überzeugt hat, bei zahneins in einer Partnerpraxis anzufangen? Attraktive Perspektiven, hochinteressante Weiterbildungsangebote – und das Hand in Hand mit ausreichend Zeit für Freunde und Familie. Denn: Bei zahneins sind Sie nicht irgendeine Nummer, sondern die Nummer eins!



Dr. Moritz Waldmann, Standort Frankfurt

„Durch **Kommunikationstrainings** und dem **Mentoringprogramm** habe ich bei Dentaloft in Frankfurt die Möglichkeit mich auch neben meiner zahnärztlichen Expertise zu **entwickeln und weiterzubilden**.“



MDDr. Tiffany Cantz, Standort München

„Mit **zahneins als starken Partner** kann ich mich auf meine Patienten konzentrieren und sehe den Weg zur zahnärztlichen Leitung als echte **Alternative zur Selbstständigkeit**.“



Monsi Ciko, Standort Ulm

„Schon in meiner Assistenzzeit habe ich eine eigene Assistenz: **zahneins!** Hier wird **Zusammenarbeit** durch meinen Mentor und **Austausch mit anderen** wirklich gelebt.“



Jennifer Weickgenannt, Standort Wiesbaden

„zahneins hat mich mit einer **betriebswirtschaftlichen Ausbildung**, Führungstrainings und Einblicken in die **verschiedensten Partnerpraxen** auf das nächste Level gebracht.“



Prof. Dr. Gerd Volland M.Sc., Standort Heilsbronn

„**Zusammen eins!** Als Experte für Laserpräventionsorientierte Zahnmedizin schätze ich den **Austausch** im zahneins Netzwerk und die Möglichkeit mich auf meine zahnärztliche Tätigkeit konzentrieren zu können.“



Wenn Sie auch bei eins anfangen wollen, bewerben Sie sich auf karriere.zahneins.com. Wir freuen uns auf Sie!

FRAGEN?
RUFEN SIE UNS AN!
☎ 0160 93110701

Blick auf das Positive

Deutschland im Januar 2024: Bauern legen mit ihren Traktoren den Verkehr lahm, die Lokführer-Gewerkschaft GDL ruft zum wiederholten Mal zum Streik auf und ein aufgedecktes Treffen von Rechtsextremen und Nazis treibt Hunderttausende Bürgerinnen und Bürger auf die Straße, um für die Wahrung der Demokratie zu demonstrieren. Vom weltweiten Geschehen braucht man gar nicht erst anzufangen. Wir leben in unruhigen Zeiten und es steht zu befürchten, dass dies erst der Anfang in diesem Jahr ist.

Wenn man wollte, könnte man den Blick nur auf Negatives und Konfliktbeladenes lenken – auch im zahnärztlichen Bereich. Das hebt die Laune aber nicht und verstellt vielleicht auch den Blick auf die vielen schönen Seiten des Berufs. Dazu gehört sicher auch die Behandlung von Kindern – wobei die kleinen Patienten auch ganz schön herausfordernd und anspruchsvoll sein können. Aber wenn man sich darauf einlässt, kann ihre Behandlung sehr erfüllend sein. Aber wer sich auf Kinder spezialisiert, hat einiges zu beachten. Eine moderne Kinderzahnarztpraxis geht auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der jungen Patienten ein, denn nicht jedes Kind ist gleich. Doch wenn es gut läuft, wollen die Kinder gar nicht mehr aus der Praxis weg. Dann heißt es schon mal „Können wir nicht noch bleiben?“. Wir stellen in unserer Titelgeschichte ausführlich vor, was es bei der Planung einer Kinderzahnarztpraxis zu beachten gibt. Gewisse Dinge zu berücksichtigen gibt es auch bei der Verwendung des Begriff Kinderzahnarztpraxis oder Kinderzahnärztin/Kinderzahnarzt. Wie so häufig kommt es auf Details an, wie ein Medizinrechtler erklärt. Wir hoffen, mit unserer Titelgeschichte einige Anregungen geben zu können.

Außerdem setzen wir in dieser Ausgabe unsere Fortbildung „Lösungen für klinische Herausforderungen“ fort. In der vergangenen Ausgabe hatten wir zwei Beiträge aus der klassischen Zahnerhaltung und der Parodontologie. In dieser Ausgabe beschäftigen wir uns mit den Wegen der modernen Weisheitszahnentfernung. Dabei geben wir eine klinisch orientierte Übersicht über die verschiedenen Techniken mit Blick auf die Indikationsstellung. Der zweite Beitrag befasst sich mit den Möglichkeiten der intraoralen Reparatur von Verblendkeramikfrakturen. Anhand von zwei Fallbeispielen zeigen wir effiziente Möglichkeiten der Behandlung auf.

Außerdem befassen wir uns in dieser Ausgabe mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG), genauer gesagt, mit der neu geschaffenen Möglichkeit, dass Kranken- und Pflegekassen die Daten ihrer Versicherten auswerten und diese bei Verdacht auf bestimmte Erkrankungen kontaktieren können. Experten – auch die KZBV und die BZÄK – warnen vor Missbrauch und Fehleinschätzungen.

Dann stellen wir die überarbeitete PRISCUS-Liste vor. Nach über zehn Jahren war eine Neufassung nötig. Die Medikamentenliste enthält jetzt 177 Wirkstoffe und Wirkstoffklassen, die bei älteren Menschen zu Problemen führen können (Stichwort Wechselwirkungen).

Daneben berichten wir in dieser Ausgabe von einem Hilfseinsatz in Gambia. Drei deutsche Zahnärzte waren vier Wochen im kleinsten afrikanischen Land unterwegs. Dabei im Gepäck waren 450 Kilo Hilfsgüter.

Nicht weniger interessant sind kürzlich gefundene Belege dafür, dass die Zahnmedizin der Wikinger – in unserer Vorstellung eher rustikale Gesellen – schon erstaunlich fortschrittlich war. Füllungen waren keine Seltenheit. Auch sonst gibt es einige neue Erkenntnisse über das Volk aus dem hohen Norden zu entdecken.

Lassen Sie sich nicht die Laune verderben und viel Spaß bei der Lektüre



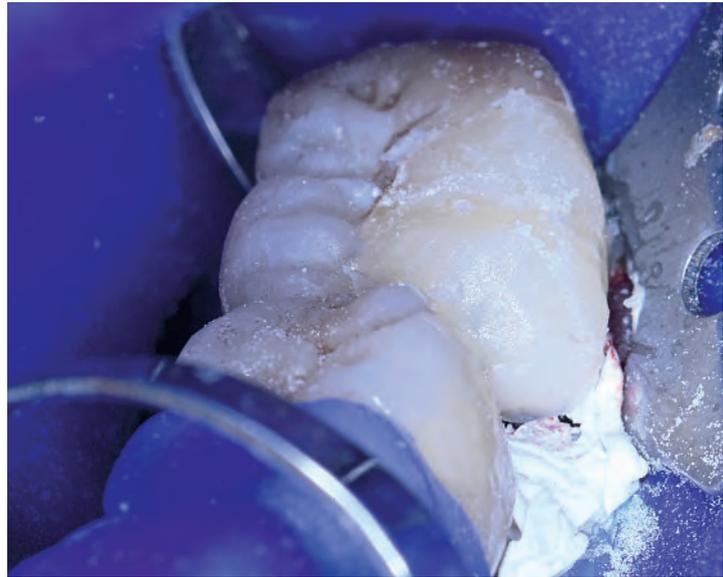
Sascha Rudat
Chefredakteur



20

Die Zähne der Wikinger

Berüchtigt sind sie wegen ihrer barbarischen Plünderungen, doch jetzt zeigt eine Studie, dass die Zahnheilkunde erstaunlich fortschrittlich war.



48

Möglichkeiten der intraoralen Reparatur von Verblendkeramikfrakturen

Teil 2 der Fortbildung
„Lösungen für klinische Herausforderungen“



Inhalt

MEINUNG

- 3 Editorial
- 6 Leitartikel

POLITIK

- 8 **Zum Start in den Zahnarztpraxen**
Mehr als jede zweite Verordnung ist bereits ein E-Rezept
- 18 **Umfrage zu den Folgen der EU-Medizinprodukteverordnung**
So massiv belastet die MDR auch die Zahnmedizin!
- 36 **Fahrplan des Bundesgesundheitsministeriums**
Diese Gesetze bestimmen 2024 die Gesundheitspolitik
- 54 **Erweiterte Befugnisse der Krankenkassen durch das GDNG**
Eine neue Form der Übergriffigkeit
- 68 **Digitale Gesundheitsanwendungen**
Viel Potenzial, aber nix dahinter?

ZAHNMEDIZIN

- 14 **Arzneimittelinteraktionen bei älteren Patienten**
PRICUS 2.0 für Zahnmediziner
- 38 **Fortbildung „Lösungen für klinische Herausforderungen“**
Moderne Wege bei der Weisheitszahnentfernung
- 48 **Fortbildung „Lösungen für klinische Herausforderungen“**
Möglichkeiten der intraoralen Reparatur von Verblendkeramikfrakturen
- 66 **Aus der Wissenschaft**
Führt eine Kariesprävention mit Fluoridlack bei Kleinkindern zu mehr Fluorose?

TITELSTORY

- Kinderzahnarztpraxen**
- 25 **Interview mit der Architektin Nathalie Dziobek-Bepler**
„Bei Kindern geht es viel mehr ums Erleben“
- 27 **Interview mit Dr. Christine Kirchmann**
„Freundlich und gemütlich sollte es werden“
- 28 **Interview mit Dr. Susann Özel**
„Oft heißt es: ‚Ich will doch noch spielen!‘“
- 30 **Komplettumbau und Neubau**
Architektur mit Wow-Effekt!
- 32 **Kein Kinderspiel**
Worauf man der Bezeichnung „Kinderzahnarztpraxis“ achten muss

TITELSTORY

24**Kinderzahnarztpraxen**

Wie es architektonisch gelingt,
die Praxis für Kinder zu
einem Wohlfühlort zu machen.

**76****Hilfeinsatz in Gambia**

Nach einer Alveolarfortsatzfraktur
Fixierung des Oberkiefers durch
einen Kupferdraht aus einem Stromkabel

PRAXIS

- 10 Bundesgerichtshof zur GOZ**
Praxislabore dürfen angemessenen Gewinn erzielen
- 22 GOZ**
Rechtsprechung erleichtert Abschluss einer Vergütungsvereinbarung
- 56 Gelungene Patientenkommunikation**
Von der Kunst des Zuhörens
- 74 Novellierung der Strahlenschutzverordnung**
Aufzeichnungspflicht der Expositionsparameter entfällt

GESELLSCHAFT

- 20 Studie der Universität Göteborg**
Die Zahnheilkunde der Wikinger war erstaunlich fortschrittlich

- 34 Wegen hohem Zucker- und Koffeingehalt**
Polen verbietet Energydrinks für Minderjährige
- 53 Beschluss des Oberlandesgerichts Frankfurt am Main**
Der behandelnde Arzt darf als Erbe eingesetzt werden
- 62 Widerstandskämpfer und „Staatsfeinde“ im „Dritten Reich“**
Rudolf Glass (1890–1966) – „Staatsfeind“ im „Dritten Reich“ und in der DDR
- 72 KI überzeugt bei Diagnosequalität und Empathie**
Passt ein guter Arzt bald in die Hosentasche?
- 76 Hilfeinsatz in Gambia**
„Nin ju maa lea kademe“ – Wo sind die Schmerzen?

MARKT

- 82 Neuheiten**

RUBRIKEN

- 12 Nachrichten**
- 59 Formular**
- 60 Termine**
- 75 Impressum**
- 80 Bekanntmachungen**
- 98 Zu guter Letzt**

Gut machen, nicht nur viel

Das Bundesgesundheitsministerium drückt bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen derzeit bekanntermaßen auf die Tube. Ziel soll es sein, im europäischen Vergleich aufzuholen und das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfest zu machen. Start des Prozesses war im März 2023 mit der Vorlage der Digitalisierungsstrategie. Seit Sommer vergangenen Jahres laufen die Gesetzgebungsverfahren für das Digital-Gesetz (DigiG) und das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG). Inkrafttreten sollen beide Gesetze im ersten Quartal 2024. Außerdem ist ein weiteres Gesetz zur künftigen Ausgestaltung der gematik als Digitalagentur geplant. Mit Volldampf in die digitale Zukunft also?

Ja, aber viel zu machen, bedeutet noch lange nicht, es auch gut zu machen. Neben einigen Lichtblicken – wie zum Beispiel der stärkeren Integration der elektronischen Patientenakte (ePA) und des E-Rezepts in den Versorgungsalltag oder dem Fokus auf einer besseren Interoperabilität sowie auf besseren und mehr Gesundheitsdaten für die medizinische Forschung – gibt es viel Schatten. Zunächst einmal werden wie in anderen Bereichen auch die Leistungserbringer, also diejenigen, die tagtäglich mit den digitalen Anwendungen arbeiten müssen, in der Planung und Umsetzung

möglichst weit außen vor gelassen. So hat bei der Entwicklung der Digitalisierungsstrategie keine wirkliche Beteiligung der Vertragszahnärzteschaft stattgefunden. Die KZBV hatte lediglich die Möglichkeit, an einem Online-Fragebogen teilzunehmen.

Besonders negativ ist, dass das noch in der Digitalisierungsstrategie hervorgehobene Ziel der Nutzerorientierung im Gesetzgebungsverfahren zu kurz kommt, weil es an den entsprechenden regulatorischen Vorschriften mangelt. Gute Ansätze laufen damit ins Leere.

Anstatt den Fokus auf praxistaugliche Anwendungen, auf Erprobungen und Tests zu legen, werden die Praxen mit Sanktionen und allerlei Pflichten gedrängt, die Anwendungen zu nutzen. Statt Nutzen entstehen für die Praxen so vor allem mehr Bürokratie und Aufwendungen für die Information ihrer Patienten.

Das Anliegen, den Patienten mit besseren Daten besser helfen zu können, wird ins Gegenteil verkehrt, wenn immer mehr Verwaltungsaufgaben auf die Praxen übertragen werden und das Vertrauensverhältnis zu den Patienten ins Wanken gerät, weil immer mehr Daten erhoben werden sollen. Ein gutes Beispiel für gut gemeinte, aber schlecht gemachte Politik ist auch der geplante Aufbau eines Forschungsdatenzentrums, um Gesundheitsdaten besser verknüpfen und nutzbar machen zu können. Das ist aus unserer Sicht ein Schritt in die richtige Richtung. Aber leider ist Vieles nicht geklärt. So gibt es keine eindeutigen regulatorischen Vorgaben, die eine Forschung aus kommerziellen Markt-

zwecken verlässlich ausschließen. Das muss nachgebessert werden, damit die Forschungsdaten ausschließlich für die Verbesserung der Versorgung genutzt werden. Auch die automatisierte Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch Kranken- und Pflegekassen zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes der Versicherten ist kritisch zu sehen, weil die zugrundeliegenden Methoden unklar sind und Versicherte in zweierlei Hinsicht verunsichert werden könnten.

Wir müssen leider festhalten, dass das allgemeine Misstrauen des BMG gegenüber der Selbstverwaltung in der Gesamtschau auch in den Digitalisierungsplänen zum Ausdruck kommt. Anstelle von Beteiligung stehen Bevormundung und – mit dem geplanten Umbau der gematik – der Ausschluss von der Planung der Prozesse. Man stellt sich immer wieder verwundert die Frage, warum die nicht zu knapp vorhandene digitale Kompetenz der Zahnärzteschaft seitens der Politik nicht schlaue genutzt wird, um wirklich praxisnahe Prozesse zu etablieren, die sich gut anwenden lassen und den Patienten einen wirklichen Nutzen bringen. Stattdessen wird versucht, Prozesse top-down durchzusetzen. Dabei bleibt leider viel innovatives Potenzial auf der Strecke, das wir für eine wirklich nachhaltige digitale Zukunftsfähigkeit dringend brauchen.

Dr. Karl-Georg Pochhammer
Stellvertretender Vorsitzender des
Vorstandes der Kassenzahnärztlichen
Bundesvereinigung

Lesen Sie mehr zum Thema E-Rezept
auf Seite 8.



#whdentalwerk
f @ in ▶
video.wh.com

W&H Deutschland GmbH
office.de@wh.com
wh.com



Stark und robust.

Die neue Synea Power Edition.



Jetzt
kostenlos testen!
Mehr Infos unter:



synea
POWER EDITION

Mehr Power für die härtesten Anforderungen.

Mehr Drehmoment, längere Nutzungsdauer, einfacheres Handling – mit der neuen Synea Power Edition präsentiert W&H die ideale Lösung für ein besonders herausforderndes Anwendungssegment: Die Bearbeitung von hochfesten Materialien wie Zirkon. Ob als Vision- oder Fusion-Modell, die modernen Hochleistungshandstücke machen Ihr Handstücksortiment komplett.

ZUM START IN DEN ZAHNARZTPRAXEN

Mehr als jede zweite Verordnung ist bereits ein E-Rezept

Wie läuft es mit dem E-Rezept, das seit dem 1. Januar 2024 verpflichtend ist? Verschreibungspflichtige Medikamente müssen seitdem weitestgehend elektronisch verordnet werden. Die Zahnarztpraxen waren insgesamt gut vorbereitet – es gab aber auch Startschwierigkeiten.

In den ersten drei Januarwochen wurden über 350.000 E-Rezepte in Zahnarztpraxen ausgestellt. Die Zahlen zeigen, dass die Zahnärzte die Umstellung erfolgreich gestemmt haben. Mehr als jede zweite Verordnung ist bereits ein E-Rezept. Auch die Gesamtzahlen entwickeln sich rasant. Insgesamt wurden in den ersten drei Wochen rund 25 Millionen E-Rezepte ausgestellt, 41 Millionen wurden insgesamt eingelöst (Stand 22.01.2024). Laut gematik wird das Gros der E-Rezepte mit der Gesundheitskarte (eGK) eingelöst, gefolgt vom Ausdruck und App.

Der sprunghafte Anstieg der Zahlen hat zu mehr Rückfragen geführt. Einige Praxisverwaltungssystemhersteller und einzelne Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) berichten von einem erhöhten Aufkommen in den Hotlines in den ersten Januartagen, weil Zahnarztpraxen Fragen zum Handling der Software, zum Umfang des E-Rezepts oder zur Umstellung der Praxisabläufe hatten. In der Gesamtschau ist der Umstieg auf das E-Rezept im vertragszahnärztlichen Bereich aber mit wenigen Ausnahmen ohne größere Behinderungen angelaufen. Wichtig ist, dass Zahnarztpraxen bei Freitextverordnungen die Hinweise beachten, die die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) gemeinsam mit den Apothekern erstellt hat: www.kzbv.de/e-rezept#faq_freitext oder über den QR.



Die Technik muss stabiler werden

Es gab aber auch technische Störungen zum Start. Betroffen waren zum einen die sektoralen Identity Provider (IDP) der Kassen, die die Versicherteniden-



In der Apotheke werden die E-Rezepte in erster Linie mit der eGK eingelöst.

titäten verwalten, was Auswirkungen auf die Nutzung der E-Rezept-App hatte. Zum anderen haben Probleme bei mehreren Internet-Providern dazu geführt, dass Apotheken kurzzeitig keine E-Rezepte vom Fachdienst abrufen konnten. Die Störungen führen allen Beteiligten erneut vor Augen, dass die technische Leistung aller beteiligten Systeme und Dienste stabiler werden muss – und nicht nur die Fachdienste betrachtet werden dürfen, die in der Tat bislang störungsfrei laufen.

Auch an Stellen, an denen das E-Rezept technisch läuft, hakt es noch, etwa beim Thema Berufsbezeichnung. Fehlt diese, darf die Apotheke sie nicht selbst im Freitext ergänzen. Stattdessen muss ein neues E-Rezept mit der Angabe der Berufsbezeichnung angefordert werden. Zahnarztpraxen sollten deshalb darauf achten, eine sinnvolle Berufsbezeichnung einzutragen. Probleme gibt es hier und da auch bei der Korrektur von E-Rezepten. Hier hilft das Dokument „E-Rezepte korrigieren: So funktioniert es“: <https://www.gematik.de/>

media/gematik/Medien/E-Rezept/Dokumente/gematik_eRezepte_korrigieren.pdf oder über den QR.



Um die Versorgung der Patienten mit ihren Medikamenten reibungslos zu gestalten, müssen Zahnarztpraxen zudem dafür Sorge tragen, dass das E-Rezept signiert ist, bevor der Patient in der Apotheke steht und seine eGK steckt. E-Rezepte sollten daher direkt und am besten mit der Komfortsignatur signiert werden.

Auf dem Weg zur Verordnungsroutine

Schließlich müssen die Ausnahmen für das E-Rezept beachtet werden. Die Pflicht zur Nutzung bezieht sich aktuell auf Arzneimittel, die verschreibungspflichtig sind und zulasten der GKV verordnet werden. Apothekenpflichtige Arzneimittel, die der Patient selbst bezahlen muss, können digital oder als Papierrezept ausgestellt werden. Möglich ist das E-Rezept zum Beispiel für blaue und grüne Rezepte sowie für OTC-Präparate. Bei technischen Störungen, Defekten der Soft- und Hardware oder Hausbesuchen muss das rosa Papierrezept genutzt werden. Weiterhin ausschließlich auf Papier dürfen unter anderem Monofluoridpräparate, Heil- und Hilfsmittel sowie Sprechstundenbedarf verordnet werden. Der Umfang des E-Rezepts wird in den nächsten Jahren Schritt für Schritt erweitert.

Weitere Informationen finden Zahnarztpraxen unter www.kzbv.de/e-rezept oder über den QR.



Christian Pfeifer,
Abteilung Telematik der KZBV

Bisher profitieren nur ca. 10 % der Kinder von elmex® gelée¹ – Sie können das ändern



1x WÖCHENTLICH



Bei Ausstellung einer Verschreibung bis zum 18. Lebensjahr zu 100 % erstattungsfähig*



¹ Durchschnittlicher jährlicher Abverkauf in Packungen von elmex® gelée 38g in deutschen Apotheken (IQVIA Eigenanalyse, Juli 2018 bis Aug 2021) vs. Anzahl der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 6 und 17 Jahren (Statista 2020). * Bitte „Individualprophylaxe nach § 22 SGB V“ auf Kassenrezept notieren.

elmex® gelée 1,25 % Dentalgel. Zusammensetzung: 100 g elmex® gelée enthalten: Aminfluoride Dectaflur 0,287 g, Olaflur 3,032 g, Natriumfluorid 2,210 g (Fluoridgehalt 1,25 %), gereinigtes Wasser, Propylenglycol, Hyetellose, Saccharin, Apfel-Aroma, Pfefferminz-Aroma, Krauseminzöl, Menthon-Aroma. Anwendungsgebiete: Zur Kariesprophylaxe; therapeutische Anwendung zur Unterstützung der Behandlung der Initialkaries und zur Behandlung überempfindlicher Zahnhälse. Gegenanzeigen: Nicht anwenden bei Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe, Abschilferungen der Mundschleimhaut, fehlender Kontrolle über den Schluckreflex, bei Kindern unter 3 Jahren und bei Knochen- und/oder Zahnfluorose. Nebenwirkungen: sehr selten: Exfoliation der Mundschleimhaut, Gingivitis, Stomatitis, Rötung, Brennen oder Pruritus im Mund, Gefühllosigkeit, Geschmacksstörungen, Mundtrockenheit, Schwellung, Ödem, oberflächliche Erosion an der Mundschleimhaut (Ulkus, Blasen), Übelkeit oder Erbrechen, Überempfindlichkeitsreaktionen. Dieses Arzneimittel enthält Aromen mit Allergenen. Bei entsprechend sensibilisierten Patienten können durch Pfefferminzaroma und Krauseminzöl Überempfindlichkeitsreaktionen (einschließlich Atemnot) ausgelöst werden. Nicht über 25 °C lagern. Packungsgrößen: 25 g Dentalgel (apothekenpflichtig); 38 g Dentalgel (verschreibungspflichtig); 215 g Klinikpackung (verschreibungspflichtig). CP GABA GmbH, 20097 Hamburg. Stand: April 2023.



Mehr erfahren

elmex®

PROFESSIONAL
— ORAL HEALTH —

BUNDESGERICHTSHOF ZUR GOZ

Praxislabore dürfen angemessenen Gewinn erzielen

Werner Blau, Manuela Weber

Im vergangenen Sommer hatte der Bundesgerichtshof die Inhaberinnen und Inhaber zahnärztlicher Praxislabore in ihrer Tätigkeit gestärkt und die Erzielung eines kalkulatorischen Gewinns bestätigt. Eine juristische Bewertung.



Foto: mmphoto - stock.adobe.com

Der Hersteller eines CAD/CAM-Systems zur Herstellung von Zahnersatz hatte damit geworben, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte bei der Abrechnung von in ihrem Praxislabor hergestelltem Zahnersatz nach § 9 Abs. 1 GOZ einen Gewinn erzielen könnten. Gegen diese Werbung klagte die Wettbewerbszentrale mit der Begründung, sie sei irreführend, denn nach § 9 Abs. 1 GOZ dürfe der Zahnarzt nur „die tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen als Auslagen“ berechnen, die Verwendung der Begriffe „Kosten“ und „Auslagen“ zeige aber, dass hier nicht noch ein Gewinnaufschlag vorgenommen werden könne.

Würde man § 9 Abs. 1 GOZ so eng auslegen, hätte dies wohl das weitgehende Ende der Praxislabore bedeutet, obwohl deren Zulässigkeit vom Bundesverwaltungsgericht ausdrücklich anerkannt worden und die Herstellung von Zahnersatz Teil der zahnärztlichen Berufsausbildung ist. Dürften Zahnärzte mit einem Praxislabor nur Verluste er-

zielen, aber keine Gewinne, so könnten sie Praxislabore angesichts der damit verbundenen wirtschaftlichen Risiken kaum weiter betreiben. Außerdem wäre es praktisch äußerst schwierig, den Zahnersatz aus dem Praxislabor über das Jahr hinweg gegenüber den Patienten genau so abzurechnen, dass zwar kein Gewinn, aber auch kein substantieller Verlust entsteht.

Das Landgericht Darmstadt und das Oberlandesgericht Frankfurt am Main hatten die Klage abgewiesen, der Bundesgerichtshof (BGH) beschloss, diesen wirtschaftlich bedeutsamen Fall zu entscheiden, obwohl ursprünglich die Revision zum Bundesgerichtshof gar nicht zugelassen worden war.



Dr. Werner Blau

Rechtsanwalt
Rechtsanwälte Arnecke Sibeth Dabelstein
(ASD-Law)



Manuela Weber

Rechtsanwältin
Rechtsanwälte Arnecke Sibeth Dabelstein
(ASD-Law)

Der BGH teilte Generalverdacht gegenüber Zahnärzten nicht

Der BGH betonte, es sei kein Grund ersichtlich, dass zwar ein externes Dentallabor bei der Herstellung von Zahnersatz einen Gewinn erzielen dürfe, ein Zahnarzt mit seinem Praxislabor aber nicht. Die Begriffe „Kosten“ und „Auslagen“ stünden dem nicht entgegen. Der Begriff „Auslagen“ diene nur zur Abgrenzung zu dem Begriff „Gebühren“. Entgegen der Ansicht der Wettbewerbszentrale sei eine Gewinnmarge des Praxislabors auch nicht deshalb unzulässig, weil der Zahnarzt dadurch verführt werde, seine Therapieentscheidung statt nach zahnmedizinischen Gesichtspunkten danach auszurichten, einen möglichst hohen Gewinn aus seinem Praxislabor zu erzielen. Einen solchen Generalverdacht gegenüber den Zahnärzten teilte der BGH nicht; § 9 Abs. 1 GOZ verfolge auch nicht den Zweck, einem solchen Missbrauch des Praxislabors vorzubeugen. Zudem dürfe der Zahnarzt nach § 1 Abs. 2 GOZ sowieso nur Leistungen abrechnen, die für eine zahnmedizinisch notwendige Versorgung erforderlich seien.

Hätte der BGH anders entschieden, hätte er vielen Patienten die Vorteile genommen, die in den Fällen der Herstellung von Zahnersatz im zahnärztlichen Praxislabor entstehen, wie etwa die Möglichkeit, die Zahl der Zahnarzttermine zu verringern und auf Provisorien zu verzichten. Daneben verbleiben weiterhin genügend Fälle, in denen künftig externe Dentallabore anstelle von Praxislaboren tätig werden, gerade auch unter Anwendung der CAD/CAM-Systeme. ■



Digitale Prothetik
EVO fusion



Implantologie
Alle Systeme



Kieferorthopädie
Alle Platten/Apparaturen

permadental[®]
Modern Dental Group

PERMADENTAL.DE
0 28 22 - 71330



Schnarchtherapie
Respire



Bleaching-System
Boutique Whitening



Kronen und Brücken
Alle Versorgungsarten

IHR VERLÄSSLICHER PARTNER FÜR **JEDE** **ZAHNTECHNISCHE** **LÖSUNG!**

WEIT MEHR ALS NUR KRONEN UND BRÜCKEN



Aligner-System
TrioClear™



Intra-Oral-Scanner*
3Shape und Medit

*Permamental verarbeitet die Daten
sämtlicher gängigen Scanner-Systeme.



KATALOGE:
Inspiration und Information



Fordern Sie kostenlos und unverbindlich Ihre
Wunschkataloge an: www.permadental.de/kataloge
02822-71330 22 | kundenservice@permadental.de

NEWS

BMG SETZT SANKTIONEN FÜR PRAXEN AUS

Keine Kürzung der TI-Pauschale bei vorherigen ePA-Versionen

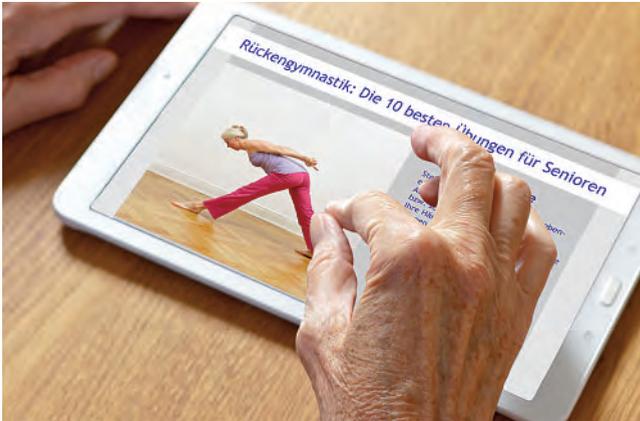


Foto: agenturfotografien_stock.adobe.com

Erst ab der Bereitstellung der ePA-Version 3.0, die für Januar 2025 geplant ist, müssen Zahnärzte, Ärzte und Psychotherapeuten diese nachweisen, damit ihre TI-Pauschale nicht gekürzt wird.

Praxen, die nicht die aktuelle Software-Version der elektronischen Patientenakte (ePA) vorhalten, drohen vorerst keine Sanktionen. Das teilte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit.

Das BMG schreibt in seiner Festlegung zur Finanzierung der Telematikinfrastruktur (TI) vor, dass Arzt- und Zahnarztpraxen die jeweils aktuelle Version bestimmter Anwendungen unterstützen und dies gegenüber ihrer KV und KZV nachweisen müssen. Sonst wird ihnen die monatliche Pauschale, die sie zur Erstattung ihrer TI-Kosten erhalten, gekürzt.

Wie die KBV jetzt mit Verweis auf eine Mitteilung des BMG meldet, wird diese Regelung für die ePA aber bis zur Bereitstellung der ePA-Version 3.0 ausgesetzt. Zahnärzten, Ärzten und Psychotherapeuten werde die TI-Pauschale nicht gekürzt, wenn sie keine Zwischenversion nachweisen. Für alle anderen Anwendungen wie die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und das elektronische Rezept werde jedoch weiterhin der Nachweis einer aktuellen Version verlangt. ck

Bei der Version 3.0 handelt es sich um eine funktionell erweiterte ePA, die alle gesetzlich Versicherten automatisch erhalten sollen, wenn sie nicht aktiv widersprechen (Opt-out-Verfahren). Die ePA soll dann von den Zahnärzten, Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren Gesundheitsberufen im Behandlungskontext mit befüllt werden.

AKTUELLES URTEIL DES BUNDESZOZIALGERICHTS

Ärzte und Zahnärzte nun definitiv für Übermittlung der AU-Bescheinigungen zuständig

Martin Wortmann

Für die Übermittlung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse sind seit Anfang 2021 nun definitiv die Vertragsärzte und -zahnärzte zuständig. Das hat in oberster Instanz nun auch das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel entschieden.

Danach können weder technische Störungen noch die früher fehlende Telematikinfrastruktur den Versicherten vorgehalten werden. Eine verspätete Übermittlung führt nicht mehr zum Verlust des Krankengeldanspruchs.

Mit der Klage war damit ein freiwillig bei einer Betriebskrankenkasse versicherter Arbeitnehmer aus dem Raum Köln erfolgreich. Er war vom 31. März bis zum 21. Juli 2021 krank. Nach dem Ende der Lohnfortzahlung zahlte seine Kasse unter Hinweis auf die fehlenden AU-Bescheinigungen kein Krankengeld. Erst nachträglich reichte der Mann die Bescheinigungen nach.

Wie nun das BSG entschied, muss die Krankenkasse das Krankengeld zahlen. Seit Anfang 2021 seien die Vertragsärzte, -zahnärzte und Krankenhäuser verpflichtet, die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Obliegenheit Versicherter zur Meldung einer vertragsärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit sei damit entfallen.



Foto: Thorsten Malinowski mpix-foto - adobe.stock.de

Weil die für die Übermittlung notwendige Telematikinfrastruktur noch nicht lief, hatten Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen die Einführung der eAU allerdings mehrfach verschoben. Doch dies könne die seit dem 1. Januar 2021 geltende gesetzliche Regelung nicht aushebeln und den Versicherten nicht zugerechnet werden, urteilte das BSG.

Gleiches würde nach dem Kasseler Urteil heute auch für technische Störungen gelten: Auch wenn Zahnärzte einem Patienten eine Bescheinigung in Papierform ausgehändigt haben, müssen danach die Versicherten diese nicht bei ihrer Krankenkasse einreichen. Solche „Einzelfallumstände“ seien „rechtlich nicht mehr von Belang“.

Entsprechend hatten in der Vorinstanz das Landessozialgericht Essen und in einem anderen Fall auch das Landessozialgericht Potsdam entschieden. Martin Wortmann

Bundessozialgericht, Az.: B 3 KR 23/22 R, Urteil vom 30. November 2023 [ohne mündliche Verhandlung, schriftlich veröffentlicht am 15. Januar 2024]



Herzlichen Glückwunsch!

Master of Science Orale Implantologie und Parodontologie

Die Deutsche Gesellschaft für Implantologie und die Steinbeis-Hochschule gratulieren den Kolleginnen und Kollegen, die den postgradualen Masterstudiengang Orale Implantologie und Parodontologie mit der Abschlussprüfung erfolgreich beendet haben.

Am 25. November 2023 erhielten in Berlin ihre Urkunde:

ZÄ Shirin Meredgylyjova · 960314 Frankfurt
Dr. Kata Korsos · A-4982 Obernberg /Inn
Dr. Adam Mark Nemeth · A-4982 Obernberg /Inn
Dr. Mathias Gabriel · 86356 Neusäß
Dr. Roland Schuster · A-4020 Linz
Dr. Dominic Schwarz · 71384 Weinstadt
ZA Stefan Talaga · 44649 Herne
Dr. Philip Cochardt · 82211 Herrsching
Dr. Maximilian Dieckmann · 59302 Oelde
ZA Marten Ebbers · 30559 Hannover
Dr. Nils Ecker · 23564 Lübeck
Dr. Christian Empt · 50389 Wesseling

Dr. Alexander Froß · 79331 Teningen
Dr. Gustav Gerstenkamp · 34346 Hann. Münden
Dr. Miriam Hallhuber · 94496 Ortenburg
Dr. Thomas Hauser · 41516 Grevenbroich
ZA Mohammad Khalass · 27568 Bremerhaven
Dr. Jana Kuenz · 78239 Rielasingen-Worblingen
Dr. Lukas Mätzler · A-6850 Dornbirn
ZA Marc Mertens · 29320 Hermannsburg
Dr. Andreas Nagy · 40470 Düsseldorf
ZA Muharem Salihovic · 68219 Mannheim
Dr. Arno Schlapschy · A-8750 Judenburg

Der staatlich anerkannte und akkreditierte erste deutsche Studiengang Orale Implantologie und Parodontologie mit dem Abschluss Master of Science erfüllt die internationalen Bologna-Kriterien. Wissenschaftsbasiert und praxisorientiert vermittelt er profunde Kenntnisse und Fähigkeiten nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft.

ARZNEIMITTELINTERAKTIONEN BEI ÄLTEREN PATIENTEN

PRISCUS 2.0 für Zahnmediziner

Frank Halling

Die PRISCUS-Liste wurde zur Erhöhung der Medikationssicherheit insbesondere bei älteren Patienten entwickelt und enthält aktuell 177 Wirkstoffe und Wirkstoffklassen, die als „potenziell inadäquate Medikation im Alter“ (PIM) eingestuft werden. Die Liste ist in erster Linie als Orientierungshilfe für Hausärzte und Allgemeinmediziner gedacht, enthält jedoch auch einige Wirkstoffgruppen, die zahnärztlich verordnet werden.

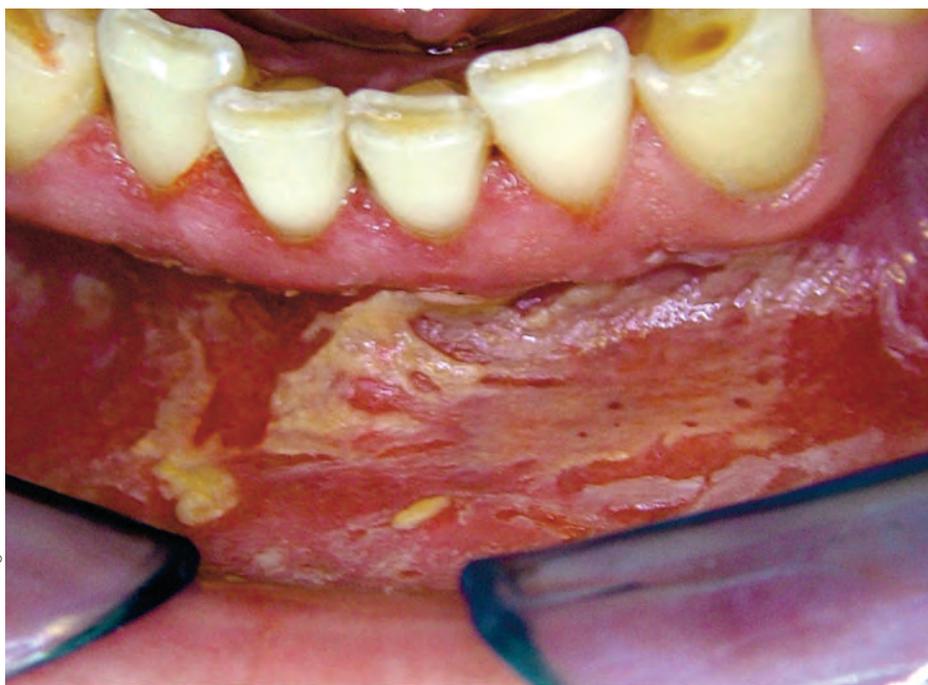


Foto: Frank Halling

„Aspirin-burn“ im Bereich des Unterkiefer-vestibulums durch direkte Einwirkung von Acetylsalicylsäure auf die Mundschleimhaut

Prozent nehmen sogar zehn und mehr Wirkstoffe dauerhaft ein [Thürmann et al., 2022]. Werden auch noch jene Medikamente berücksichtigt, die sich Patientinnen und Patienten ohne ärztliche Verordnung selbst in der Apotheke kaufen (OTC-Präparate), dann steigen diese Zahlen nochmals an.

Zwischen der Anzahl der eingenommenen Arzneimittel und dem Auftreten arzneimittelbezogener Probleme besteht eine linear positive Assoziation [Viktil et al., 2007; Nobili et al., 2009]. Die Zahl der therapeutischen Konflikte und der möglichen Wechselwirkungen nimmt deutlich zu [Markun et al., 2014; Ude und Ude, 2013]. Vor diesem Hintergrund kann eine Liste „potenziell ungünstiger Medikamente (PIM)“ in der täglichen Praxis hilfreich sein. Um Wirkstoffe, die für ältere Menschen möglicherweise ungeeignet sind und vermieden werden sollten, klarer zu definieren, wurde 2010 für den deutschen Arzneimittelmarkt die erste PRISCUS-Liste (priscus: lateinisch für alt, ehrwürdig) mit PIM für ältere Menschen veröffentlicht [Holt et al. 2010]. Die Liste fand mittlerweile Eingang in medizinische Lehrbücher und diverse Verordnungssoftware. Nach mehr als zehn Jahren bedurfte die erste PRISCUS-Liste dringend einer Aktualisierung. Die Arbeitsgruppe um Prof. Petra Thürmann (Witten/Herdecke) hat nun Ende 2022 die lang erwartete Überarbeitung präsentiert: PRISCUS 2.0 [Mann et al., 2023]. PRISCUS 2.0 stuft nun 177 Wirkstoffe/Wirkstoffklassen als PIM ein, wo-

Untersuchungen zeigen, dass die Zahl der Menschen in Deutschland, die 65 Jahre und älter sind, von 2021 bis 2060 von 22 Prozent auf 30 Prozent steigen wird. Dabei wird sich der Bevölkerungsanteil der Personen, die 80 Jahre und älter sind, von sieben Prozent auf elf Prozent erhöhen [Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2021].

Bei älteren Menschen ist bei zahlreichen Medikamenten das Risiko für Nebenwirkungen erhöht. Dies ist oft auf die verminderte hepatische Metabolisierung und/oder die verzögerte renale Elimination zurückzuführen. In der Folge kann sich die Wirkdauer verlängern und die Intensität der Arzneimittelwirkung steigern, so dass der Körper

insgesamt empfindlicher auf die Wirkstoffe reagiert [Delafuente, 2008; Maher et al., 2008].

Da bei vielen älteren Menschen eine Multimorbidität besteht, das heißt, es liegen drei und mehr behandlungsbedürftige Krankheiten vor, nimmt diese Patientengruppe häufig auch mehrere Medikamente gleichzeitig ein. Ab fünf Medikamenten spricht man von Polypharmazie, die ein besonderes medizinisches Risiko darstellt [Moßhammer et al., 2016; Masnoon et al., 2017].

Daten der AOK aus dem Jahr 2020 zeigen, dass 42,4 Prozent aller Menschen in Deutschland, die 65 Jahre und älter sind, regelmäßig fünf oder mehr Medikamente einnehmen. Knapp sieben

bei insgesamt 133 Wirkstoffe neu aufgenommen wurden. Damit ist PRISCUS 2.0 doppelt so umfangreich wie die vorherige Liste aus dem Jahr 2010.

Die Einstufung als PIM sollte ein wichtiger Faktor bei der Entscheidung über eine Medikamentenverordnung sein. Jedoch kann die Verordnung eines PIM im Einzelfall trotzdem sinnvoll und notwendig sein [Mühlbauer, 2023]. Immerhin 12,4 Prozent aller Medikamente, die ältere Menschen in Deutschland erhalten, sind PIM. Nahezu jede zweite ältere Person (65 Jahre und älter) hat im Jahr 2021 mindestens eine PIM-Verordnung erhalten (49,5 Prozent), wobei der Anteil unter den weiblichen GKV-Versicherten mit 52,3 Prozent höher war als unter den männlichen mit 45,6 Prozent [Thürmann et al., 2022].

Obwohl die Anzahl und Anteile verschiedener PIM aus der PRISCUS-2.0-Liste für ältere (> 65 Jahre) GKV-Versicherte im Arzneimittelkompass 2022 nach Facharztgruppen differenziert werden, sind die Zahnmediziner lediglich unter der Rubrik „Sonstige“ subsumiert [Thürmann et al., 2022]. In einer US-amerikanischen Studie, der die mit PRISCUS vergleichbare Beers-Liste zugrunde lag, wurde festgestellt, dass 56,9 Prozent der älteren Patienten zumindest ein problematisches Medikament beim Zahnarzt erhalten hatten, bei 28,3 Prozent waren es sogar zwei und mehr PIM [Skaar und O'Connor, 2017].

Im Folgenden soll speziell auf die Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen aus der PRISCUS-2.0-Liste eingegangen wer-



PD Dr. Dr. Frank Halling

Gesundheitszentrum Fulda,
Praxis für MKG-Chirurgie/
Plast. Operationen,
Gerloser Weg 23a, 36039 Fulda
und

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-
und plastische Gesichtschirurgie,
Universitätsklinikum Gießen und
Marburg, Standort Marburg
Baldingerstraße, 35043 Marburg

Foto: privat

den, die für die zahnärztliche Verordnungspraxis eine besondere Bedeutung haben.

Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika (NSAR)

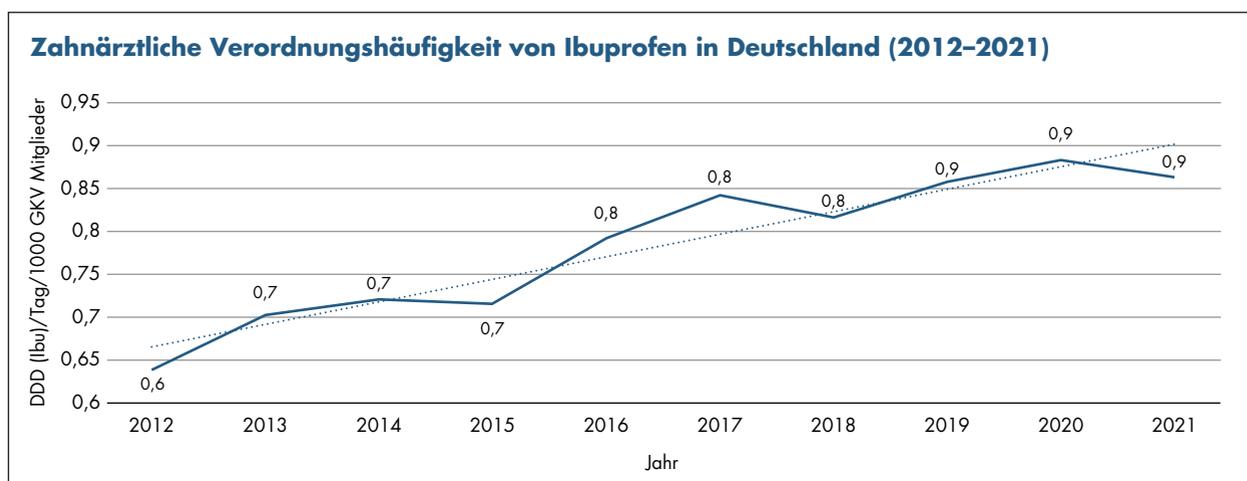
Diese Wirkstoffgruppe wird in der neuen PRISCUS-Liste sehr differenziert behandelt. Generell begünstigen bei älteren Patienten neben Antihypertensiva (36 Prozent) vor allem nichtsteroidale Analgetika/Antiphlogistika (17,8 Prozent) häufig unerwünschte Arzneimittelwirkungen [Onder et al., 2012]. Ketoprofen, Dexketoprofen oder Ibuprofen sind bei einer Einmalgabe unproblematisch [Gaskell et al., 2017]. Jedoch sollte bei älteren Patienten 3 x 400 mg Ibuprofen /Tag ohne Magenschutz maximal für eine Woche verordnet werden, bei längerer Einnahme ist zu-

sätzlich ein Protonenpumpenhemmer (PPI) erforderlich [Mann et al., 2023].

Das Risiko einer schwerwiegenden NSAR-induzierten gastrointestinalen Komplikation steigt mit zunehmendem Alter, der Schwere und der Art der Grunderkrankung, etwa Morbus Crohn, bei gleichzeitiger Einnahme von Kortikoiden oder Antikoagulantien, bei kardiovaskulärer Erkrankung sowie bei Ulkus oder gastrointestinaler Blutung in der Vorgeschichte [Wolfe et al., 1999; Hernandez-Diaz, 2000]. Besondere Vorsicht gilt in diesem Zusammenhang bei der Verordnung von Diclofenac und selektiven Cyclooxygenase-2-Inhibitoren (Coxiben) [Heimes und Kämmerer, 2023].

Nach bisherigem Kenntnisstand führen NSAR zu einer drei- bis fünffachen Erhöhung des Risikos für Komplikationen im oberen Gastrointestinaltrakt [Henry und McGettigan, 2003]. Aus diesem Grund ist die Verschreibung von NSAR bei Personen mit aktiver Gastritis oder einer Ulkusanamnese kontraindiziert. Erschwerend kommt einer Studie zufolge hinzu, dass die meisten Patienten vor Auftreten einer schweren NSAR-assoziierten gastrointestinalen Komplikation keinerlei Symptome aufweisen [Willen, 2023].

In der PRISCUS-Liste wird explizit auf die gastrointestinalen Nebenwirkungen der NSAR wie Ulzerationen und Blutungen hingewiesen. Diese Ulzerationen können bei unsachgemäßer Anwendung auch im oralen Bereich auftreten (Abbildung).



Grafik: Verordnungshäufigkeit (in Tagesdosen/1.000 GKV-Versicherte), [mod. nach Albrecht et al., 2024]

Thematisiert wird in der neuen PRISCUS-Liste auch das kardiovaskuläre Risikoprofil der NSAR, das in den vergangenen Jahren eine breite Diskussion über deren Nutzen-Risiko-Verhältnis ausgelöst hat. Klar ist, dass NSAR und Coxiben im Vergleich zu Placebo mit einem erhöhten Risiko kardiovaskulärer Komplikationen wie Herzinfarkt, Apoplex oder periphere arterielle Verschlüsse assoziiert sind [Moore et al., 2007; Trelle et al., 2011]. Eine 2017 publizierte Metaanalyse bestätigte diese Ergebnisse und fand sogar bei nur kurzzeitigem Gebrauch von NSAR Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für Myokardinfarkte [Bally et al., 2017].

Letztlich bleibt der Einsatz von NSAR bei kardiovaskulären Vorerkrankungen, die im Fall der Hypertonie und der ischämischen Herzkrankheiten zu den zehn häufigsten hausärztlichen Diagnosen zählen [KBV, 2017], immer problematisch. Registerdaten aus Dänemark mit Angaben von 28.947 Menschen in einem durchschnittlichen Alter von 70 Jahren zeigten, dass unter Ibuprofen oder Diclofenac das Risiko für einen plötzlichen Herztod um 31 beziehungsweise 50 Prozent anstieg [Sondergaard et al., 2017]. Besondere Vorsicht ist bei der Verschreibung von Diclofenac und Coxiben wie Etoricoxib geboten: Die Gabe ist bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen (Herzinsuffizienz NYHA II–IV, koronare Herzkrankheit, periphere arterielle Verschlusskrankheit, zerebrovaskuläre Erkrankungen) deshalb ebenfalls kontraindiziert [Heimes und Kämmerer, 2023].

In einer Übersichtsarbeit von Worm und Team [Worm et al., 2014] zu ADAC-Luftrettungseinsätzen aufgrund einer anaphylaktischen Reaktion zeigte sich, dass Schmerzmittel an erster Stelle bei den medikamenteninduzierten Auslösern zu finden sind. Hierbei belegen die NSAR Diclofenac, Acetylsalicylsäure und Ibuprofen die ersten drei Plätze! Vor diesem Hintergrund erscheint es besonders wichtig darauf hinzuweisen, dass Ibuprofen seit Langem das mit Abstand „beliebteste“ NSAR im zahnmedizinischen Bereich in Deutschland ist. Eine aktuelle Analyse zeigt, dass die Verordnungshäufigkeiten seit 2012 praktisch kontinuierlich zugenommen haben, so dass mittlerweile fast 80 Pro-

zent aller zahnärztlichen Analgetikaverordnungen für den Wirkstoff Ibuprofen ausgestellt werden [Albrecht et al., 2024] (Grafik).

Codein

Die „schwächer“ wirksamen Opioide, zu denen auch Codein gehört, werden hepatisch metabolisiert. Codein ist eine sogenannte „Prodrug“, es entfaltet seine analgetische Wirkung erst durch die Umwandlung in den aktiven Metaboliten Morphin, der zu etwa zehn Prozent durch Demethylierung unter Beteiligung des Enzyms CYP2D6 in der Leber entsteht. Insgesamt ist das Potenzial für Arzneimittelinteraktionen bei allen schwachen Opioiden besonders in der Polypharmakotherapie als erheblich anzusehen [Doan et al., 2013].

Ältere Menschen zeigen generell eine höhere Empfindlichkeit gegenüber den Effekten der Opioide. Codein wird in der Zahnmedizin am häufigsten als Inhaltsstoff in einem Kombinationspräparat (Dolomo TN[®]) verordnet. Das Präparat ist in der Zahnmedizin sehr beliebt, aber pharmakologisch kritisch zu sehen [Daubländer und Höcherl, 2021]. Neben der Obstipation durch die Verminderung der gastrointestinalen Peristaltik müssen auch Benommenheit und Schwindel als relevante Nebenwirkungen genannt werden, denn es besteht immer die Gefahr von Stürzen und den daraus resultierenden Einschränkungen der Mobilität bis hin zur Pflegebedürftigkeit [Kojda, 2014].

Bei älteren Patienten kann sich die starke Wirkung der Opioide auf das zentrale Nervensystem durch eine verringerte Atemfrequenz bis hin zur Atemdepression äußern [Kojda, 2016]. Insbesondere bei betagten Patienten (> 85 Jahre) mit Atemwegserkrankungen ist das Risiko einer Ateminsuffizienz durch Codein deutlich erhöht [Tchoe et al., 2020]. Codein und andere Opioide sollten daher bei Störungen der Atemfunktion und chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen wie COPD nicht verordnet werden.

Fluorchinolone (Breitbandantibiotika)

Obwohl Fluorchinolone (wie Moxifloxacin, Ciprofloxacin) im zahnmedizinischen Bereich eher selten eingesetzt werden [Sobottka et al., 2012; Slots,

2022], ist besonders bei älteren Patienten mit Komorbiditäten Vorsicht geboten. Regelmäßig ist eine geringe Verlängerung des QTc-Intervalls im EKG nachweisbar. Wenn gewisse weitere Risikofaktoren wie Elektrolytstörungen, kardiale Vorerkrankungen oder eine Therapie mit Antiarrhythmika hinzukommen, können schwerwiegende Rhythmusstörungen („Torsades de pointes“) auftreten. Außerdem sind die Wirkungen der Chinolone auf Strukturen des Bindegewebes zu berücksichtigen: Chinolone können zu Tendopathien (Tendinitis, Rupturen) führen, die sich offenbar auch noch Wochen und Monate nach einer Chinolontherapie – zum Beispiel in Form einer Achillessehnenruptur – klinisch manifestieren können [Stahlmann, 2017].

Fazit

Obwohl die PRISCUS-2.0-Liste im Wesentlichen eine Orientierung für Hausärzte und Allgemeinmediziner darstellt, sollte sie auch im zahnmedizinischen Bereich mehr Beachtung finden. Zwar sind es nur wenige Arzneimittelgruppen aus dieser Liste, die zahnärztlich häufiger verordnet werden, diese spielen aber besonders im Hinblick auf die NSAR eine durchaus relevante Rolle im Praxisalltag.

Der unüberlegte Einsatz von Ibuprofen und anderen NSAR kann bei älteren Patienten zahlreiche unerwünschte Arzneimittelreaktionen hervorrufen, die in seltenen Fällen auch lebensbedrohlich sein können. Generell sollte jeder Arzneimitteleinsatz bei Senioren gut überlegt sein, da durch die Veränderungen körperlicher Funktionen (verminderte Resorption, reduzierter Metabolismus, verzögerte Elimination) und umfangreiche Komedikationen Nebenwirkungen und Arzneimittelinteraktionen deutlich häufiger und intensiver auftreten können. ■



ZM-LESERSERVICE

Die Literaturliste kann auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

ICX-ALIGNER®

UNSIHTBARE ZAHNSCHIENEN FÜR ERWACHSENE

STARTEN SIE JETZT MIT ICX-ALIGNER®!

Registrieren Sie sich jetzt unter:
WWW.ICX-ALIGNER.DE

Einführungs-
preis

899,- €*

*Pro Patient -
Egal wieviele
Zahnschienen!



Hier direkt online
informieren!

*Preise zzgl. gestzt. MwSt. Der Einführungspreis gilt bis auf Widerruf

**EIN SCHÖNES LACHEN KANN
IHRE PATIENTEN GLÜCKLICHER MACHEN!**

*ICX makes
you smile!*



HAPPY SMILE WITH ICX-ALIGNER®!

medentis
medical

UMFRAGE ZU DEN FOLGEN DER EU-MEDIZINPRODUKTEVERORDNUNG

So massiv belastet die MDR auch die Zahnmedizin!

Explodierende Kosten, fehlende Medizinprodukte, schwindende Innovationskraft: Wie massiv die europäische Medizinprodukteverordnung deutsche Hersteller belastet, zeigt eine neue Studie. Besonders betroffen: die Zahnmedizin.

Eine aktuelle Befragung der Deutschen Industrie- und Handelskammer (DIHK), der MedicalMountains GmbH und des Industrieverbands Spectaris von fast 400 Unternehmen zu den Auswirkungen der „Medical Device Regulation“ (MDR) kommt zu einem fatalen Ergebnis: Die Verordnung führt dazu, dass bereits heute schon viele Medizinprodukte vom Markt genommen werden – und bis 2027 zahlreiche weitere zu verschwinden drohen.

In knapp 20 Prozent der Fälle sind die eingestellten Produkte den Herstellern zufolge alternativlos beziehungsweise

nicht mehr in gleichwertiger Qualität auf dem EU-Markt verfügbar. Weitere 45 Prozent sind nicht vollständig kompensierbar. Unterm Strich sind danach nur 36 Prozent der Produkte, die aufgrund der MDR auf dem EU-Markt eingestellt werden, vollständig durch Wettbewerber-Produkte ersetzbar und stehen der Patientenversorgung weiterhin zur Verfügung. Für Anwender und Patienten außerhalb der EU bleiben viele dieser Medizinprodukte allerdings weiterhin verfügbar. So vertreiben 58 Prozent der Unternehmen, die ihre Produkte in der EU einstellen, diese weiterhin in Ländern außerhalb der EU – vornehmlich in den USA.

Jedes fünfte Produkt ist ohne Alternative

Generell stelle die MDR nahezu alle befragten Unternehmen vor große Umsetzungsprobleme: Drei Viertel der Betriebe sehen demzufolge negative Folgen für die Innovationstätigkeit, mehr als jede zweite Firma nehme einzelne Produkte oder komplette Produktionen und Sortimente vom Markt – tangiert seien davon alle 21 abgefragten Anwendungsgebiete.

Die Produktgruppe mit den meisten eingestellten Artikeln sind laut Befragung chirurgische Instrumente wie Scheren, Nadelhalter und Pinzetten. Hier geben 70 Prozent der Hersteller an, mindestens einzelne Produkte vom EU-Markt zu nehmen. In der Zahnmedizin sind es 67 Prozent (Abbildung), darunter vor allem orthodontische Brackets und Drahtbögen. In Pneumologie und Schlafmedizin, Anästhesie und Intensivmedizin stoppen 63 Prozent der Betriebe die Produktion, zumeist von Beatmungsstativen, Notfallbeatmungsgeräten oder auch Schlafdiagnose-

15 PROZENT DER BETRIEBE STELLEN PRODUKTE AUS DER ZAHNMEDIZIN HER

Die für die Studie befragten Unternehmen sind in unterschiedlichen Produktbereichen und Anwendungsgebieten tätig, vielfach auch in mehreren Anwendungsgebieten oder Produktgruppen. Der Herstelleranteil von chirurgischen Instrumenten beträgt fast 30 Prozent. Knapp 26 Prozent sind im Bereich „Orthopädie, Rehabilitation, Rheumatologie“ tätig. Weitere Anwendungsgebiete und Produktgruppen sind: „Neurologie und Neurochirurgie“ (17 Prozent), Zahnmedizin, Nephrologie und Urologie (jeweils 15 Prozent), Traumatologie und Unfallchirurgie (13 Prozent). „Kreislaufsystem und Kardiologie“, Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Medizinische Software/Apps und Ophthalmologie (jeweils zwischen 11 und 13 Prozent).

segeräten. Bei der Thoraxchirurgie sind es 60 Prozent, in Traumatologie und Unfallchirurgie 58 Prozent und in der Radiologie 58 Prozent der Firmen.

Zwar wurden Ende 2022 die Übergangsfristen für Bestandsprodukte bis 2027/2028 verlängert, dies ändere jedoch nichts an den strukturellen Problemen, heißt es in der Studie. Im Gegenteil: „Es manifestiert sich sogar die Einschätzung aus der ersten gemeinsamen Erhebung im Frühjahr 2022, wonach die MDR nach wie vor nicht praxistauglich ist“, bilanzieren die Autoren.



Foto: Michael Tieck, stock.adobe.com

Ob chirurgische Instrumente, Herzkatheter für Neugeborene, Notfallbeatmungsgeräte oder eben auch Brackets: Zwei Jahre nach Einführung der europäischen „Medical Device Regulation“ (MDR) ziehen deutsche Hersteller eine ernüchternde Bilanz.

Allein die Dokumentationskosten steigen um 111 Prozent

Fast alle Betriebe (97 Prozent) haben nämlich nach wie vor Probleme bei der Umsetzung – insbesondere aufgrund der hohen Kosten- und Bürokratiebelastungen. Unter den Herausforderungen steht laut Umfrage mit 67 Prozent der Aufwand zur Anpassung der technischen Dokumentationen ganz oben. Hier seien die Kosten im Durchschnitt um 111 Prozent gestiegen.

Die für den Marktzugang erforderliche Zusammenarbeit mit „Benannten Stellen“ stoße ebenfalls auf erhebliche Hindernisse. Die Unternehmen verzeichnen an dieser Stelle laut Befragung durchschnittliche Kostensteigerungen von 124 Prozent.

Die Hersteller gaben an, dass in 91 Prozent der Fälle die kompletten Zertifizierungskosten den Ausschlag dafür geben, Medizinprodukte vom EU-Markt zu nehmen. Gerade Nischenprodukte mit kleinem Absatzmarkt könnten somit nicht mehr wirtschaftlich vermarktet werden. Auch die Dauer der Verfahren verlängere sich für viele Betriebe drastisch: Bei 37 Prozent der Unternehmen sei die Verfahrensdauer sogar 3-mal so lang wie vor der MDR, wodurch sich die Bereitstellung der Produkte massiv verzögere.

Deutschland und die EU drohen abgehängt zu werden

„Die Politik muss die Wettbewerbs- und Innovationskraft der mittelständisch geprägten Medizintechnik-Branche erhalten und stärker in den Blick nehmen – das wäre auch wichtig für die zuverlässige Gesundheitsversorgung

ANTEIL DER EINZELNEN ANWENDUNGSGEBIETE / PRODUKTGRUPPEN	
	Mind. teilweise Einstellung des Vertriebs
Chirurgische Instrumente	70 %
Zahnmedizin	67 %
Pneumologie und Schlafmedizin, Anästhesie, Intensivmedizin	63 %
Thoraxchirurgie	60 %
Traumatologie, Unfallchirurgie	58 %
Radiologie	58 %
Neurologie und Neurochirurgie	56 %
Geburtshilfe und Gynäkologie, einschließlich Reproduktionsmedizin	53 %
Orthopädie, Rehabilitation, Rheumatologie	52 %
Gastroenterologie und Hepatologie	52 %
Gefäßchirurgie	51 %
Kreislaufsystem, Kardiologie	50 %
Kinderheilkunde (Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Pädiatrie, u.w.)	47 %
Nephrologie und Urologie	47 %
Viszeralchirurgie	46 %
Ophthalmologie	40 %
Medizinische Software/Apps	30 %
Investitionsgüter (z.B. Betten, Sterilisatoren, Geräte)	30 %
Endokrinologie und Diabetes	25 %
Medizinische Hilfsmittel	25 %
Digitale Gesundheits- oder Pflegeanwendung (DIGA/DIPA)	11 %

Über alle 21 abgefragten Anwendungsgebiete und Produktgruppen hinweg erfolgt bei 53 Prozent aller Sortimente eine mindestens teilweise Einstellung des Vertriebs der Produkte in der EU. Die Zahnmedizin steht an zweiter Stelle.

in der EU“, fordert der stellvertretende DIHK-Hauptgeschäftsführer Achim Dercks angesichts dieser Trends. Die Entwicklung berge zugleich Zündstoff für weitere gesellschaftliche Debatten – auch, weil die EU damit nicht mehr unbestrittene Nummer eins bei Neuzulassungen sei: Mehr als jedes fünfte Unternehmen weicht der Studie zufol-

ge mit medizintechnischen Innovationen auf andere Märkte aus – meistens in die USA.

Gerade die Situation der vielen kleinen Unternehmen sei besorgniserregend, weil ihnen in der Regel weniger finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung stünden. Dercks: „Unter dem Dauerdruck droht die mittelständisch geprägte Branche von der Basis her zu erodieren.“ Somit fordern die Initiatoren: „Die Zahlen müssen Brüssel nun zum schnellen Handeln bringen und kurzfristig zu pragmatischen, grundlegenden Schritten führen.“ Aussitzen sei keine Option mehr. *ck*

„DIE MDR HAT ZU EINEM STERBEN VON MEDIZINPRODUKTEN GEFÜHRT!“

Die Ergebnisse der DIHK-Studie zu den Auswirkungen der MDR bestätigen leider das, wovon wir seit Jahren auf europäischer und nationaler Ebene warnen. Der EU-Gesetzgeber ist mit der MDR von 2017 über das Ziel hinaus geschossen. Die MDR hat nicht mehr Produktsicherheit gebracht, sondern zu einem bedenklichen „Sterben“ von Medizinprodukten geführt. Die EU-Kommission muss schnellstmöglich den Vorschlag für eine grundlegende Korrektur der MDR vorlegen. Erneute Verschiebungen bringen nichts.

Konstantin von Laffert, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer

Aktuelle Bilanz der Hersteller von Medizinprodukten zu den Auswirkungen der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR): Ungelöste Probleme schwächen die Gesundheits- und Innovationsstandorte Deutschland und EU. Ergebnisse einer bundesweiten Unternehmensumfrage der Deutschen Industrie- und Handelskammer (DIHK), der Clusterinitiative MedicalMountains und des Deutschen Industrieverbandes SPECTARIS, Dezember 2023

STUDIE DER UNIVERSITÄT GÖTEBORG

Die Zahnheilkunde der Wikinger war erstaunlich fortschrittlich



Karies und Zahnschmerzen waren bei den Wikingern stark verbreitet – aber auch einige zahnärztliche Eingriffe. Gefunden wurden Belege für komplexere Eingriffe, die über das Ziehen von schmerzenden Zähnen hinausgehen.

Für ihre Studie untersuchten die Forscherinnen und Forscher die Zähne von 171 Individuen, die in der späten Wikingerzeit vom 10. bis zum 12. Jahrhundert in der Gemeinde Varnhem, Västergötland, Schweden, gelebt hatten. Das mittlere Alter der 133 erfassten Erwachsenen betrug 35 Jahre, sie starben im Alter zwischen 14 und über 50 Jahren; 46 waren Frauen und 87 Männer. Die 38 Kinder erlitten den Tod im Alter von einem Jahr bis zwölf Jahren.

Neben der Prävalenz, der Verteilung und der Lage der Karies dokumentierte das Team die Zahnabnutzung, andere Zahnpathologien und anatomische Anomalien. Insgesamt wurden 3.293 Zähne im Voll- oder Teilgebiss analysiert, davon – siehe oben – 133 bleibende und 38 Milch- beziehungsweise Wechselgebisse. Zu den wichtigsten Auswahlkriterien gehörten das Vorhandensein kompletter oder fragmentierter Mandibulae und Maxillae. Die Gebisse wurden klinisch mithilfe einer

Zahnsonde unter starker Lichtquelle untersucht, von 18 wurden Röntgenaufnahmen gemacht, um die Befunde zu überprüfen und zu ergänzen.

Im Ergebnis hatten 62 Prozent der Erwachsenen mindestens eine kariöse Läsion, 38 Prozent keine Karies. Die Anzahl kariöser Zähne pro Person reichte von 0 bis 22. Der mittlere DMFT-Wert betrug 4,4. Rund 13 Prozent aller Erwachsenenzähne waren von Karies betroffen, dabei erwies sich die Wurzeloberfläche als am anfälligsten. Der am häufigsten von Karies befallene Zahn war der erste Unterkiefermolar. Alle Individuen mit Milch- oder Wechselgebiss waren dagegen komplett kariesfrei.

Alle Kinder und Jugendlichen waren kariesfrei

Bei den Erwachsenen war zudem Zahnverlust weitverbreitet. Die untersuchten Wikinger hatten im Laufe ihres Lebens durchschnittlich 6 Prozent ihrer Zähne verloren, Weisheitszähne ausgenommen. Das Risiko des Zahnverlusts nahm mit dem Alter zu. Insgesamt gingen 953 Zähne verloren, darunter 219 Weisheitszähne. Bei den 734 Nicht-Weisheitszähnen fielen 26 Prozent ante mortem und 74 Prozent post mortem aus.

Darüber hinaus wiesen vier Prozent der Zähne klinisch nachweisbare apikale Läsionen auf. Der durchschnittliche Zahnverschleiß betrug bei den

Ein gefeiltes Loch von der Zahnkrone in die Pulpa kannten auch die Wikinger als ein Verfahren, das Zahnschmerzen und Infektionen reduziert.



Foto: Carolina Berfällsson, Henrik Lund

Auf dem Röntgenbild sind Kariesläsionen an mehreren hinteren Molaren erkennbar.



Foto: Carolina Berfällsson

Molaren 3,0 und bei den Frontzähnen 2,8. Es gab auch einen Fall von gefeilten Frontzähnen.

Mit dem Zahnstocher gegen Approximalkaries

Das hohe Auftreten von Wurzelkaries in der untersuchten Wikingerpopulation könnte den Autoren zufolge mit einer Parodontalerkrankung zusammenhängen. Wahrscheinlich wurden außer der Reinigung mithilfe von Zahnstochern keine weiteren Mundhygienemaßnahmen durchgeführt, so dass der Biofilm über längere Zeit auf den Wurzeloberflächen verbleiben konnte.

Große kariöse Läsionen deuten für die Wissenschaftler darauf hin, dass diese untersuchten Wikinger unter heftigen Zahnschmerzen gelitten hatten, da die Karies bis in die Nähe der Pulpa vorgedrungen war. Wahrscheinlich blieben auch Speisereste in den offenen kariösen Stellen stecken, was zu Nahrungseinlagerungen und Beschwerden führte. Bei mehreren Individuen konnte allerdings ein Abrieb wie von Zahnstochern festgestellt werden, was zeigt, dass man versuchte, Speisereste aus den Zwischenzahnräumen zu entfernen.

„Es gibt mehrere Anzeichen dafür, dass die Wikinger ihre Zähne bearbeitet haben, darunter Hinweise auf die Verwendung von Zahnstochern, das Feilen der Vorderzähne und sogar die zahnärztliche Behandlung von Zähnen mit Infektionen“, bekräftigt Erstautorin Carolina Bertilsson. Ins Auge fielen den Forschern dabei vor allem Molaren mit gefeilten Löchern von der Zahnkrone bis zur Pulpa. Mit diesem Eingriff sollte offenbar der Druck verringert werden, um die starken Zahnschmerzen aufgrund der Infektion zu lindern.

„Dies sind interessante und wichtige Befunde, die darauf hindeuten, dass die Wikinger in dieser Population komplexere Eingriffe bei Zahnerkrankungen vornahmten als das bloße Ziehen von schmerzenden Zähnen“, schreiben die Autoren. Diese Zahnbehandlungen, die unseren heutigen Methoden „nicht unähnlich“ seien, deuten ihrer Ansicht darauf hin, dass die Wikinger

ESSEN UND TRINKEN BEI DEN WIKINGERN

Die meisten schwedischen Wikinger, auch die aus Varnhem, lebten in bäuerlichen Gemeinschaften. Ihre Ernährung war stark saisonabhängig und umfasste Fleisch wie Rind, Schwein und Hammel. Fisch wurde ebenso verzehrt wie Milchprodukte von den Nutztieren, Brot und Brei sowie Gemüse wie Hülsenfrüchte (graue Bohnen und Saubohnen), Kohl, Rüben und Lauch. Die Wikinger aßen auch Haselnüsse und Pilze. Fermentierbare Kohlenhydrate kamen nur aus drei natürlichen Quellen: Früchte/Beeren, Honig und Malz. Das wichtigste Getränk war Bier, das allen Gesellschaftsschichten zur Verfügung stand, aber man trank auch Milch und Met. Obwohl in der Wikingerzeit Brunnen genutzt wurden, taugte das Wasser ohne Aufbereitung nicht zum Trinken. Die Kohlenhydrate nahm man in Form von Gerste, Weizen, Hafer, Roggen und Erbsen zu sich, die zu Brot, Brei und Suppe verarbeitet wurden. Die Grobkörnigkeit der Nahrung trug zu den Abnutzungerscheinungen an den Zähnen bei. Der hohe Verzehr stärkehaltiger Nahrungsmittel in Verbindung mit mangelnder Zahnpflege und -hygiene erklären teilweise das Auftreten von Karies in dieser Bevölkerung. Den Forschern zufolge ist es allerdings unmöglich zu sagen, ob die Wikinger zusätzliche kariogene Nahrungsmittel, die für diese Zeit und diesen Ort ungewöhnlich sind, erworben und konsumiert haben. Aufgrund der multifaktoriellen Ätiologie der Krankheit sei es jedoch wichtig, den Zusammenhang mit Speichel, Mikroflora, Hygiene, Genetik, Kultur und Physiologie zu berücksichtigen. Auch Umweltfaktoren wie Fluorid im Trinkwasser könnten einen Einfluss auf die Kariesprävalenz haben.

ein größeres Wissen über Zähne besaßen als angenommen.

Ein kleiner Teil der Population wies des Weiteren außergewöhnlich viele kariöse Läsionen auf, während die Mehrheit kariesfrei war oder eine oder nur ein paar Läsionen besaß. „Diese

Polarisierung der Kariesprävalenz ist hochinteressant, da sie auch in modernen Populationen zu beobachten ist und darauf schließen lässt, dass einige Individuen eine größere Anfälligkeit für die Karieserkrankung haben“, betonen die Forscher. Die große Anzahl verlorener Zähne und die wenigen anfänglichen kariösen Läsionen geben für sie zugleich Aufschluss über das Wesen der Karieserkrankung, wenn sie unbehandelt bleibt.

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler nennen bezüglich der Studie einschränkend die große Zahl der verlorenen Zähne in dieser Population, insbesondere der postmortale Verlust, als Fehlerquelle bei der Bewertung der Kariesprävalenz: „Da dieses Problem in der zahnmedizinischen Anthropologie aber weithin anerkannt ist, wurde in der Literatur versucht, Modelle zur Korrektur der Verzerrung durch verlorene Zähne bei der Bewertung der Kariesprävalenz in archäologischen Populationen zu entwickeln.“ *ck*



Oben: Eine Zahnreihe mit deutlichen Anzeichen dafür, dass die Person Zahnstocher benutzt hat. An diesen Stellen wurden keine kariösen Läsionen gefunden. Unten: gefeilte Vorderzähne. Der Zweck des Akts ist unklar, möglicherweise handelt es sich um ein Identitätsmerkmal der Männer.

Foto: Carolina Bertilsson

Die Studie:
Bertilsson C, Vretemark M, Lund H, Lingström P (2023): Kariesprävalenz und andere zahnpathologische Erkrankungen bei Wikingern aus Varnhem, Schweden. PLoS ONE 18(12): e0295282. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295282>

GOZ

Rechtsprechung erleichtert Abschluss einer Vergütungsvereinbarung

Wieland Schinnenburg

In den zm 18/2023 wurde dazu aufgerufen, mehr Vergütungsvereinbarungen gemäß § 2 GOZ abzuschließen. Die Rechtsprechung hat die Anforderungen an solche Vereinbarungen inzwischen deutlich heruntergeschraubt.

Das Oberlandesgericht Düsseldorf (Az.: 4 U 112/17, Urteil vom 23. September 2022) befasste sich mit der Klage einer privat Versicherten gegen ihre Krankenversicherung. Die Abrechnung des Zahnarztes folgte einer Vergütungsvereinbarung, die vor der Behandlung abgeschlossen wurde, mit vereinbarten Steigerungssätzen von 3,6 bis 8,2. Die Rechnungen summierten sich zusammen auf 30.065,63 Euro, die die Versicherte erstattet bekommen wollte.

Die Krankenversicherung beglich aber nur einen Teil des Betrags, was sie damit begründete, dass die Vergütungsvereinbarung unwirksam sei und dass die berechnete Vergütung in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehe. Mit ihrer Klage forderte die Versicherte die vollständige Erstattung. Das Landgericht Düsseldorf folgte als erste Instanz jedoch der Argumentation der Versicherung und wies die Klage ab.

Die Versicherte ging in Berufung und das Oberlandesgericht vertrat eine andere Auffassung: Die Vergütungsvereinbarung sei wirksam und es liege kein auffälliges Missverhältnis vor. Mit dieser Bewertung folgt das Berufungsgericht der seit Langem herrschenden Rechtsprechung (siehe nur OLG Hamm am 6. Februar 2006, Az.: 3 U 26/00, OLG Köln am 14. Januar 2020, Az.: 9 U 39/19). Es ist daher zu erwarten, dass andere Gerichte auch so entscheiden werden.

Restriktive Urteile haben keinen Bestand

Früher war die Rechtsprechung viel weniger großzügig und hat wiederholt zahnärztliche Vergütungsvereinbarungen für unwirksam erklärt. Dies folgte aus der strengen Formulierung in § 2 GOZ. Dort wird verlangt, dass die Vereinbarung „nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung zu treffen“ ist. Daraus wurde geschlossen, dass Vergütungsvereinbarungen unwirksam sind, wenn ein Zahnarzt immer wieder fast identische Vergütungsvereinbarungen abschließt und nicht beweisen kann, dass die vereinbarte Vergütungshöhe ausgehandelt wurde.

Im Jahr 2004 hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) dann eingegriffen und eines solcher restriktiven Urteile aufgehoben (Az.: 1 BvR 1437/02, Urteil vom 5. Oktober 2004). Das BVerfG verwies darauf, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte im Regelfall nur eine „schmale Marge“ haben und



Foto: MC-illustrations - stock.adobe.com

deshalb eine abweichende Vereinbarung angezeigt ist. Weiter wies es darauf hin, dass die GOZ sehr genaue Vorgaben für die Gestaltung solcher Vorgaben macht. Deshalb seien diese unvermeidbar alle fast identisch. Insbesondere können keine Indizien für ein Aushandeln des Preises in die Vereinbarung aufgenommen werden. Deshalb könne vom Zahnarzt nicht verlangt werden, ein solches „Feilschen“ zu beweisen. Mehr noch, es sei nicht notwendig, dass „der Preis zur Verhandlungssache erklärt wird“. Dem Patienten stehe es schließlich frei, die Leistung bei einem anderen Zahnarzt „einzukaufen“.

Auf diese Bewertung stützt sich das OLG Düsseldorf in seiner Entscheidung. Es ergänzt, dass der Zahnarzt nicht darlegen muss, um wie viel die Behandlung durch die Vereinbarung teurer wird. Nach dieser mittlerweile gefestigten Rechtsprechung ist es leicht, Vergütungsvereinbarungen abzuschließen, die nicht an formalen Kriterien scheitern. Vorsichtshalber sollte dennoch in den Behandlungsunterlagen vermerkt werden, dass vor dem Abschluss über die Vereinbarung gesprochen wurde und der Patient keine Fragen mehr hatte.

Auch den zweiten Einwand der Krankenversicherung, es liege ein auffälliges Missverhältnis zwischen Leistung und Vergütung vor, wies das OLG trotz der hohen Steigerungssätze zurück. Allerdings gibt es diesbezüglich ein Problem: Ebenso wie das BVerfG verwies das OLG darauf, dass der in Anspruch genommene Zahnarzt nur Privatpatienten behandelt. Deshalb habe er eine andere Kostenkalkulation als ein Zahnarzt, der auch gesetzlich versicherte Patienten behandelt. Und deshalb dürften dessen Gebühren nur mit denen von Zahnärzten verglichen werden, die ebenfalls nur privat behandeln.



Dr. med. dent. Wieland Schinnenburg

Zahnarzt, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
und Mediator

Diese Argumentation überzeugt nicht. Dem Patienten ist doch egal, wie die Kostenkalkulation des Zahnarztes ist. Ihm kommt es nur darauf an, ob der Preis für die gewünschte Behandlung angemessen ist. Konsequenz ist in § 5 Absatz 2 GOZ bei den Begründungen für erhöhte Steigerungssätze von der „Kostenkalkulation des Zahnarztes“ nicht die Rede. Dort werden nur Zeitaufwand, Schwierigkeit der einzelnen Leistung, Umstände der Ausführung und Schwierigkeit des Krankheitsfalls genannt.

Die Kasse muss das Missverhältnis beweisen

Es sollten also viele Zahnärztinnen und Zahnärzte, die auch gesetzlich versicherte Patienten behandeln, Vergütungsvereinbarungen mit Steigerungssätzen über 3,5 abschließen, insbesondere dann, wenn sie sich bei der Behandlung viel Zeit lassen und so eine besondere Qualität gewährleisten können. Auf diese Weise erhalten hohe Gerichte die Möglichkeit, klarzustellen, dass die konkrete Leistung verglichen wird und es nicht auf den Status Privatzahnarzt/Vertragszahnarzt ankommt.

Dafür, dass solche Urteile zu erreichen sind, sprechen mehrere Gesichtspunkte: Zum einen erklärte schon das BVerfG: „Soweit Leistungen von außergewöhnlicher Qualität in Anspruch genommen werden“, seien Steigerungssätze über 3,5 nicht zu beanstanden. Hinzu kommt, dass die Krankenversicherung die Beweislast für das auffällige Missverhältnis von Leistung und verlangter Vergütung trägt. Im Zweifel liegt jenes also nicht vor. Schließlich muss das Missverhältnis auffällig sein, eine Gebührenüberhöhung, die im Rahmen bleibt, schadet also nicht. Es bestehen also auch für Zahnärzte, die nicht nur privat behandeln, gute Chancen, vor Gericht höhere Steigerungssätze als 3,5 durchzusetzen.

Allerdings sollten in jedem Fall die Vorgaben der GOZ eingehalten werden:

- Es dürfen nur die Steigerungssätze verändert werden, nicht der Punktwert oder die Punktzahl.
- Der Patient muss tatsächlich die Möglichkeit haben, sich für oder gegen den Abschluss zu entscheiden. Die Vergütungsvereinbarung sollte daher nicht zum Beispiel auf dem Behandlungsstuhl abgeschlossen werden.
- Notfall- und Schmerzbehandlungen dürfen nicht vom Abschluss der Vereinbarung abhängig gemacht werden. ■

1000 Farben Weiß

... alle in 1 Spritze!



Tokuyama Dental

OmniCHROMA

3 Viskositäten - unendliche Möglichkeiten

Die patentierte Smart Chromatic Technology in OMNICHROMA sorgt für stufenlose Farbanpassung von A1 bis D4 dank struktureller Farbe. Hinzu kommen 3 verschiedene Viskositäten für alle Vorlieben und Anwendungsbereiche. So bietet die Omnichroma-Familie dem Anwender alle erdenklichen Optionen mit einem Minimum an Materialien.

**OMNICHROMA - mehr braucht es nicht
für moderne Füllungstherapie.**



ohne künstliche Farbpigmente
passt sich „automatisch“ der Zahnfarbe an



Bis-GMA - freie Formulierung
für eine bessere Biokompatibilität



nachhaltige Bevorratung
nur 1 Farbe bestellen &
keine abgelaufenen
Sonderfarben

Mehr unter:



 **Tokuyama**



KINDER- ZAHNARZT- PRAKTIK



Fotos: Kirsten Bücher

*Kinder haben ihre
eigenen Bedürfnisse
im Warte- und im
Behandlungszimmer.*

INTERVIEW MIT DER ARCHITEKTIN NATHALIE DZIOBEK-BEPLER

„Bei Kindern geht es viel mehr ums Erleben“

Manche Kinder entwickeln vor Aufregung einen Bewegungsdrang, andere wollen sich lieber still beschäftigen oder zurückziehen. Darauf achten Architekten heute bei der Gestaltung einer Kinderzahnarztpraxis. Nathalie Dziobek-Bepler, Geschäftsführerin des Berliner Büros Baukind, verrät auch, was Eltern besonders schätzen.

Was sollte man bei der Gestaltung einer modernen Kinderzahnarztpraxis beachten?

Nathalie Dziobek-Bepler: Zwei wesentliche Aspekte stehen im Fokus bei der Gestaltung: Zum einen ist das die Funktionalität, angefangen mit dem Empfangstresen auf Höhe der Kinder, ebenso wie Garderobe und Toiletten, gefolgt vom Wartezimmer mit Spiel- und Rückzugsmöglichkeiten und den Behandlungsräumen, angepasst an die medizinische Versorgung der kleinen Patienten. Zum anderen ist der emotionale Rückhalt wichtig. Kinder müssen viel stärker auf der emotionalen und der sinnlichen Ebene verstanden und abgeholt werden. Dabei ist jedes Kind natürlich unterschiedlich und verhält sich somit anders beim Arztbesuch. Viele sind ängstlich oder machen sich Sorgen.

Eine entsprechende Aufmachung der Praxis kann dem ein Stück weit entgegenwirken. Die Raumgestaltung kann helfen, negative Emotionen abzuschwächen und positive zu verstärken. Ein gutes Beispiel dafür ist die Akustik. Wir arbeiten in der Regel immer mit Akustikdecken, die Schall abfangen und Lärmbildung mindern. Denn wer kennt das nicht: Lautstärke kann Stress fördern, umgekehrt kann eine gedämpfte Akustik ihn mindern. Das wirkt gegen Anspannung. Anspannung überträgt sich dabei auch durchaus von den Eltern auf die Kinder und umgekehrt.

Weitere Aspekte sind Licht und Farben. Da gehen wir auf die Wünsche der Praxisinhaber ein, schlagen aber bei der Konzeption auch vor, was günstig Einfluss nehmen könnte. Wir arbeiten gern mit warmen und zurückhaltenen Farben, in Teilbereichen aber auch gerne mit kräftigen Tönen. Wir setzen



Foto: Mathias Lüddecke

Die Architektin Nathalie Dziobek-Bepler

wohlüberlegte und dosierte Akzente. Die Farbwahl unterstützt ein harmonisches Gesamtbild der Räume und somit das kindliche Erleben der Praxis. Ob ein Raum rosa ist oder blau, ist den Kids übrigens völlig egal. Ordnen sie das als Mädchen- oder Jungenfarbe zu, dann ist das anerzogen. Farben und Beleuchtung helfen auch, die erwähnten Bewegungs- und Rückzugszonen abzugrenzen.

Man kann also Angst und Anspannung über die Raumgestaltung abfedern?

Ja, das geht sogar wirklich gut. Kindern, bei denen das Warten beispielsweise einen Bewegungsdrang erzeugt, kann Raum dafür geboten werden. Sie können klettern oder über einen kleinen Parcours laufen. Ruhigere Kinder können sich in entsprechend gestaltete Zonen und Nischen zurückziehen und Ruhe finden. Wenn sie malen, gibt es die Möglichkeit, die Bilder direkt an einer Magnetwand aufzuhängen. Sol-

chen Dingen einen Rahmen zu geben, ist sinnvoller als die Praxis kleinteilig, unaufgeräumt und damit chaotisch wirken zu lassen.

Mit der Pandemie ist zudem ein sogenannter „dezentraler Wartebereich“ beliebt geworden. Den konzipieren wir zusätzlich zum zentralen Wartezimmer – etwa direkt vor einem Behandlungsraum. Es unterstützt die Prozessoptimierung, wenn die kleinen Patienten nicht mehrfach durch die Räumlichkeiten irren müssen, und es entzerrt den großen Wartebereich, schafft eine privatere Wartesituation.

Was sind die Trends und was die Ansprüche der Kinder an eine moderne Raumgestaltung?

Das Kind ist in den Mittelpunkt der Gesellschaft gerückt, wird in seinen Bedürfnissen ernst genommen und man sollte ihm auf Augenhöhe begegnen. Das heißt seine Bedürfnisse kennen und darauf reagieren. In einer Kinder(zahn)arztpraxis geht es um das Kind und das sollte im Eingang schon erfahrbar sein – zum Beispiel mit einem Tresen auf seiner Höhe. Eine Praxis muss heutzutage nicht mehr wie eine Desinfektionsanstalt aussehen, im Bereich Praxen – und auch Krankenhausbau – ist allen inzwischen klar, dass das Wohlfühlen maßgeblich zum Genesungsprozess beiträgt. Das ist einer der tragenden Trends der Zeit, gleichzeitig ein Anspruch.

Was sind die Unterschiede zu Praxen für Erwachsene?

Das ist einerseits natürlich der angepasste Maßstab, der in die Planung einbezogen werden muss. Und dann geht es bei Kindern viel mehr ums Erleben. Ihre impulsiven Emotionen, die sie eher rauslassen und die oft völlig ungefiltert sind, sollen sie ausleben kön-

nen. Spielerische Elemente tragen dazu bei, dass sich die Kinder ernst genommen, weil wahrgenommen fühlen. Das meine ich mit „abholen“. Die Raumgestaltung ist also viel sinnlicher ausgerichtet als bei Erwachsenen und kann viel dazu beitragen, dass der Besuch beim Zahnarzt erfolgreich wird.

Worauf achten die Eltern? Was ist ihnen wichtig?

Dass sie gut teilhaben können und das Gefühl, dass ihr Kind gut aufgehoben ist. Neben der professionellen medizinischen Versorgung achten Eltern auf den Umgang mit ihrem Kind insgesamt und das emotionale Abholen vor und während der Behandlung. Aber auch die Akustik in den Räumen ist für Eltern wichtig, ebenso wie ein praktischer und bequemer Sitz, damit sie Platz finden und die Behandlung angemessen begleiten können. Das bedenken wir natürlich auch.

Wie gestalten Sie eine etwas in die Jahre gekommene Praxis um?

Das kommt ganz auf das Budget an. Mit einem kleinen Budget kann man mit der Farbgestaltung, der Umgestaltung einiger Oberflächen, Leuchten und der Neugestaltung des Warteraums schon eine Menge machen. Wer ein größeres Budget zur Verfügung hat, der gestaltet die Kinderzahnarztpraxis nach einem spielerischen Konzept komplett neu.

Wie sieht Ihre Arbeit von der Planung bis zur Übergabe einer Praxis aus?

Zuerst kommt die Entwurfsphase mit der Erstellung eines sinnlichen Gestaltungskonzepts. Gibt es zum Beispiel schon einen Namen für die Praxis? Falls ja, sollte sich dieser in der Raumgestaltung wiederfinden. Auch Logos, Icons oder Schriftzüge entwerfen wir mit, gerne auf Kinderhöhe. Oder auch ganz spezielle Orte, zum Beispiel ein Zauberbaum wie bei Pippi Langstrumpf, in dem ein kleines Geschenk im Anschluss der Behandlung auf sie wartet.

Nach dieser Phase beginnt die klassische Architektenarbeit mit der Grundrissplanung: Wie viele Behandlungsräume soll es geben, wo ist das Labor, wo ist am Eingang Platz für Kinderwagen, wo gibt es Wartebereiche, vielleicht sogar mehrere und so weiter. Dann kommt die Detailplanung, sprich

KINDERZAHNÄRZTE IN DEUTSCHLAND

Grundsätzlich kann jeder Zahnarzt und jede Zahnärztin neben erwachsenen Patienten auch Kinder behandeln. Wer sich spezialisieren will, hat die Möglichkeit, sich nach dem Studium im Bereich Kinder- und Jugendzahnheilkunde fortzubilden. Nach erfolgreichem Abschluss gibt es eine entsprechende Zertifizierung. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnmedizin (DGKiZ) verlangt dafür zum Beispiel entweder ein abgeschlossenes Curriculum an der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) oder ein Äquivalent mit mindestens 150 Fortbildungspunkten anhand zertifizierter Fälle. Fortbildungen bieten auch die Landeszahnärztekammern an, die Europäische Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung (eafz) oder das Philipp-Pfaff-Institut in Berlin und das Zahnmedizinische Fortbildungszentrum Stuttgart.

In Online- oder Präsenzs Schulungen und Curricula zur Kinderzahnmedizin wird gelehrt, auf die Bedürfnisse der kleinen Patienten einzugehen. Neben der kindgerechten Ausstattung der Praxen mit entsprechend angepasstem Mobiliar und Instrumenten, gelten Geduld und Empathie als die Schlüsselvoraussetzungen. Auch ZFA und Praxisteams können sich umfassend fortbilden.

Die DGKiZ hat aktuell 2.070 Mitglieder. Allerdings hat sich nicht jedes Mitglied zertifizieren lassen und nicht jedes zertifizierte Mitglied hat eine eigene Kinderzahnarztpraxis. Zum Teil sind die zertifizierten Kolleginnen und Kollegen in einer Familienpraxis, die nicht als reine Kinderpraxis auftritt, dort für die Kinderbehandlung zuständig.

In den Metropolen gibt es viele und auch große Kinderzahnarztpraxen mit zahlreichen angestellten Zahnärzten. Hier habe sich das Prinzip der MVZ ziemlich durchgesetzt, berichtet Dr. Isabell von Gymnich, Vizepräsidentin der DGKiZ. Auf dem Land hingegen sind diese spezialisierten Praxen eher noch unterrepräsentiert. 1999 waren in ganz Deutschland maximal fünf Kinderzahnarztpraxen zu finden (abseits der Lehrstühle für Kinderzahnmedizin an den Universitäten). Heute gibt es allein in Regensburg Stadt fünf Kinderzahnarztpraxen, so die DGKiZ.

Wo mit dem Begriff „Kinderzahnarzt“ oder „Kinderzahnarztpraxis“ geworben wird, muss auch tatsächlich ein Kinderzahnarzt mit seinen Fähigkeiten bereitstehen. Das haben verschiedene Urteile in den vergangenen Jahren klargestellt, andernfalls handelt es sich um Irreführung.

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) hatte 2012 eine bundesweite Befragungsstudie zum Thema „Erfahrungen, Probleme und Einschätzungen niedergelassener Zahnärzte bei der Behandlung jüngerer Kinder“ [Kettler, N., Splieth, C., IDZ, 2013] erstellt. Deutlich wurde, dass die Versorgung kleinerer Kinder eine besondere Herausforderung darstellt – vor allem wenn es um die Einbindung der Eltern und das geeignete gesundheitspädagogische Setting bei der Prophylaxeansprache geht. Die Zusammenarbeit mit Pädiatern, Lehrern und Kindergärtnerinnen werde von den Zahnärzten mehrheitlich gesucht und als sehr hilfreich empfunden.

die Bauzeichnungen, die Auswahl aller Materialien etwa mit Akustikdecke, Leuchten, Bodenbelag. Gegebenenfalls muss ein Bauantrag gestellt werden. Es folgt die Abstimmung mit der Firma, die die technischen Einbauten wie Behandlungsstühle liefert. Dann folgt die Ausschreibung der Bauleistungen und schließlich beginnt die Bauphase.

Was zeichnet Ihr „Lieblingsprojekt“ aus?

Wenn wir vertrauen von unseren Kunden entgegengebracht bekommen und

wir vom Logo bis zum Spielzeug im Wartezimmer alles vorschlagen und aussuchen dürfen, dann werden Projekte besonders stark und rund. In der Kinderzahnarztpraxis „Kinderlieb“ in Hamburg durften wir zum Beispiel eine Sound-Höhle bauen und den oben erwähnten Geschenkbaum. Das hat nicht nur den Kindern später, sondern auch uns richtig Spaß gemacht. ■

Das Gespräch führte Laura Langer.



INTERVIEW MIT DR. CHRISTINE KIRCHMANN

„Freundlich und gemütlich sollte es werden“

Als Dr. Christine Kirchmann nach zwanzig Jahren ihre eigene Praxis gründet, übernimmt sie eine alt eingesessene Zahnarztpraxis für Erwachsene in Frankfurt. Die Größe, der Schnitt und die Lage passen direkt sehr gut zu ihren Plänen. Gestalterisch gab es allerdings einiges zu tun, bis die Praxis für die kleinen Patienten angepasst war und den Sprung in die Moderne geschafft hat.



Dr. Christine Kirchmann
www.kinderzahn-kirchmann.de

Wie haben Sie die Praxis in kindgerecht verwandelt?

Christine Kirchmann: Die Grundvoraussetzungen haben ja glücklicherweise gut gepasst. Der Grundriss, die grobe Raumaufteilung mit drei Behandlungszimmern, die Lage in einer kinderreichen Wohngegend mit Kitas und die Barrierefreiheit. Aber es brauchte natürlich ein Make-Over für das neue Konzept. Die Praxis sollte neben kindgerecht vor allem hell, freundlich und gemütlich werden, das war mein Ziel.

Ich wollte eine Atmosphäre schaffen, in der – in der kindlichen Wahrnehmung – die zahnmedizinische Arbeit positiv besetzt wird und die Familien Transparenz und Offenheit zum einen und ein Sicherheitsgefühl zum anderen erleben. Dabei spielen, wie ich gelernt habe, die Beleuchtung, die Farben und eine angenehme Akustik eine Rolle. Ich hatte ziem-

lich klare Vorstellungen, wie ich es gerne hätte. Und die haben sich total gedeckt mit den Vorschlägen des Architektenbüros. Alles ging Hand in Hand.

Wir haben uns gemeinsam mit der Architektin unter anderem für einen neu gestalteten Eingangs- und Mittelbereich entschieden. Dieser wirkt jetzt offener, die Arbeitsabläufe können fließend umgesetzt werden und alles ist selbstverständlich an die Größe der kleinen Patienten angepasst. Auch die Waschräume ►►



VORHER

Behandlungszimmer vor dem Umbau

Fotos: Kristen Bücher

Entdecken Sie die weite Welt vollkeramischer Restaurationen.



Erfüllen Sie höchste Ansprüche – jetzt zum unschlagbaren Preis.

%



Keramik-Sets
zum vergünstigten
Preis von nur

65,- €*

* Nettofestpreis zzgl. ges. MwSt. Die Aktion ist bis zum 31.03.2024 gültig und nicht mit anderen Rabatten oder Aktionen kombinierbar. Die Aktion beschränkt sich auf die Sets 4686ST, 4665ST, 4573ST, 4562ST sowie dessen Bestandteile.

kometdental.de

► und die Behandlungseinheiten sind entsprechend der Bedürfnisse und Maße von Kindern. Die Kleinen im Wartebereich spielen, aber gestalten auch selbst mit. Zur Weihnachtszeit bemalen sie zum Beispiel die Fenster, ihre selbstgemalten Kunstwerke werden aufgehängt und der Schnullerbaum vor der Praxis wird ganzjährig dekoriert.

Was waren Ihre Dos and Don'ts?

Ich wollte auf keinen Fall, dass kindgerecht gleich kitschig und überladen bedeutet. Vielmehr wollte ich natürliche und warme Materialien integrieren: Der Boden ist aus Kautschuk, das Mobiliar aus Holz, dazu kommen ausgesuchte hängende Zimmerpflanzen. Die Akustikdecke spiegelt sich in einem Wandbild aus demselben Material wieder. Dazu wählten wir Bilder und Accessoires. Das Farbkonzept, bestehend aus vier Farben, und die Formen sind auch in unserem Logo wiederzufinden. Das habe ich übrigens gemeinsam mit meiner Tochter entworfen. Ein großer Spaß!

Außerdem sollte meine Praxis inklusiv sein. Jeder Patient ist willkommen und soll sich von Beginn an wohlfühlen. Auch Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischem Unterstützungsbedarf



NACHHER

Behandlungszimmer nach dem Umbau

werden von uns betreut. Draußen neben dem Eingang steht eine Bank, die in Corona-Zeiten der Entzerrung im Wartezimmer galt, nun aber nach wie vor genutzt wird und zum Plausch einlädt.

Gab es etwas, das Sie überrascht hat?

Wir haben mitten in der Pandemie mit der Planung und dem Umbau begonnen. Frau Bepler, die Architektin, war einmal bei mir vor Ort, alles Weitere haben wir telefonisch und digital mit Fotos abgesprochen und organisiert. Auch die Koordination mit den Handwerkern hat trotz räumlicher Distanz super funktioniert. Von dem

wunderbaren Endergebnis war ich begeistert.

Wie bewähren sich diese Aspekte im Praxisalltag?

Wirklich sehr gut. Sowohl bei meinen Mitarbeitern, die die durchdachte Praxisaufteilung schätzen, wie auch bei den Kindern und den Eltern, die sich hier gut aufgehoben fühlen. Die Resonanz ist durchweg positiv. Die Kinder sind abgelenkt und kommen entspannt zu mir ins Behandlungszimmer. Ich würde den Umbau jederzeit wieder so in Auftrag geben. ■

Das Gespräch führte Laura Langer.

Foto: Kristin Bucher



Foto: Özel

Dr. Susann Özel
www.zahnarztpraxis-kinderlieb.de

INTERVIEW MIT DR. SUSANN ÖZEL

„Oft heißt es: ‚Ich will doch noch spielen!‘“

Dr. Susann Özel ließ die Praxis „Kinderlieb“ in Hamburg so gestalten, dass Kinder sich hier nach Lust und Laune bewegen, ablenken oder entspannen können. Die Zahnarztwelt muss nämlich nicht direkt kalt und medizinisch sein. Die meisten kommen deshalb gerne wieder.

Was waren Ihre Wünsche, Vorstellungen und Ansprüche bei der Praxisgestaltung?

Dr. Susann Özel: Mein Wunsch war es, eine Kinderzahnarztpraxis entwerfen zu lassen, in der die Kinder sich

wohlfühlen, zur Ruhe kommen und sich gern an den Besuch erinnern. In meiner Vorstellung sollte die Praxis so etwas wie ein „Safe Space“ für die Kinder sein. Der Anspruch war, ein ähnliches Wohlgefühl bei den Kindern auszulösen, wie sie es empfinden, wenn sie beispielsweise in ihren bekannten Kindergarten gehen.

Was hat Ihnen das Architektenteam empfohlen?

Das Team von Baukind hat in erster Linie dazu geraten, die Praxis nach meinen persönlichen Vorstellungen ►►

►► bauen zu lassen. Das war für mich erst überraschend: Ich hatte mich ausführlich beispielsweise mit der Farbpsychologie beschäftigt und wollte, dass die Praxis in beruhigenden und entspannenden Farben gestaltet wird. Die Architektin bestand jedoch darauf, der Praxisinhaberin in den Räumen wiederfindet und die persönlichen Vorlieben des Menschen hinter der Praxis erfahren kann.

Wie bewährt sich das Konzept?

Ich bekomme sehr viel positiven Zuspruch. Mein Eindruck ist, dass ein Großteil der Kinder gerne wieder zu uns kommt, weil sie sich beinahe schon heimisch bei uns fühlen. Manchmal haben wir sogar Schwierigkeiten dabei, die Kinder aus dem Wartezimmer zu bekommen, wenn ihr Termin beginnt. „Ich will doch noch spielen“, heißt es dann oft. Das ist also gelungen! (lacht)

Was freut Sie am meisten?

Mich begeistert, wie wir alle Sinne der Kinder mit dem Praxiskonzept ansprechen: Durch die fünf Hauptfarben wird das Visuelle der Kinder aktiviert. Wir haben beruhigende Entspannungsmusik im Wartezimmer,



Behandlungszimmer

mer, sodass auch auditiv den Kindern etwas geboten wird. Wir bemühen uns mit kleinen Tricks, dass die Praxis nicht nach Zahnarzt riecht, so dass die Kinder sich auch olfaktorisch wohlfühlen können. Tatsächlich wurde in der Decke das Geruchskonzept verbaut.

Allgemein ist mir weiterhin der Geruch sehr wichtig. Wir lüften regelmäßig die Räume, haben in allen Räumen Duftsprays für ein Frischegefühl. Wenn es einmal nicht gut riecht, lie-

gen in allen Zimmern Streichhölzer aus, da bei der chemischen Reaktion des Verbrennens eines Streichholzes etwa typische „Windelgerüche“ beseitigt werden. Und wir haben Duftstecker für die Steckdosen, die für guten Geruch sorgen.

Durch die vielen verschiedenen Materialien und 3-D-Bauprojekte wird auch der taktile Sinn der Kinder angesprochen. Und last but not least dürfen die Kinder im Behandlungszimmer den Geschmack von Polierpaste und Fluoridierungsgel aussuchen, sodass sie gustatorisch das Gefühl bekommen, mitbestimmen zu dürfen.

Wie ist die Resonanz der Kinder und ihrer Eltern?

Von den meisten Kindern und auch den Eltern bekommen wir durchweg eine sehr positive Resonanz. Gerade Kinder, die nur typisch weiße, „clean“ und damit kühle Arztpraxen kennen, haben bei uns das Gefühl, in eine ganz andere und zwar nicht-medizinische Welt einzutauchen. Die Eltern freuen sich vor allem darüber, dass – wenn es überhaupt zu Wartezeiten kommt – diese sehr kurzweilig sind durch die kindgerechte Gestaltung des von uns „Spielzimmer“ genannten Wartezimmers. ■

Das Gespräch führte Laura Langer.



Wartezimmer

KOMPLETTUMBAU UND NEUBAU

Architektur mit Wow-Effekt!

Nathalie Dziobek-Beppler

Ganz egal, ob Neu- oder Umbau: Die Architektin Nathalie Dziobek-Beppler, Geschäftsführerin von Baukind, Berlin, zeigt, wie Farben, Formen und Materialien das Flair einer Praxis bestimmen und verändern.

1. Komplettumbau einer 80er-Jahre-Bestandpraxis

Als Ausgangslage hatten wir hier eine in die Jahre gekommene, alteingesessene Zahnarztpraxis. Der vorige Inhaber ist in den Ruhestand gegangen und hat seine Praxis an Dr. Christine Kirchmann übergeben. Die Räume und die Ausstattung aus den 1980er-Jahren haben wir komplett entkernt: Alles

wurde herausgerissen und nach unseren Entwürfen und den Vorstellungen der Übernehmerin neu gemacht.

Dafür haben wir nur leicht in die Raumaufteilung eingegriffen, die Grundstruktur blieb erhalten. Besonders anschaulich ist die Umgestaltung im Eingangsbereich. Den haben wir freundlich, hell und einladend gestaltet. Man kann sehen, was das ausmacht!

Acht bis zehn Baufirmen waren am Umbau beteiligt: Vom Handwerker mit dem Stemmeisen, der den groben Abbau vornahm, über die Bodenleger, Elektriker, Klempner, Schreiner, Maler, Trockenbauer und Fliesenleger. Nach der Renovierung wurde dann bis hin zu den letzten Details wie Leuchten und Vorhänge, Spielzeug, Scheibenbeklebung und Beschilderung der Praxis alles Hand in Hand fertiggestellt.



1



Fotos: Baukind, Kirsten Bucher



2



Fotos: Baukind, Philipp Langenheilm & Corina Schradendorf

2. Erstbezug im Neubau

Die Hamburger Praxis Kinderlieb war ein Neubau. Die Immobilie war quasi eine leere Hülle, die wir mit Leben gefüllt haben. Zum Vergleich, wie die Räume Gestalt angenommen haben, eignet sich der Blick in den Warteraum auf die Spielhöhle – vorher und nach-

her. Die grauen Trockenbauwände wurden mit Guckfenstern und Farbe gestaltet, sie laden jetzt zum Spielen ein.

Dasselbe gilt für die Fluransicht: Vormalig langweilig und kahl entstand hier ein Wohlfühlort – mit denselben Farben und Materialien. ■



Nathalie Dziobek-Beppler

Architektin
Geschäftsführerin des Berliner Büros Baukind
Foto: Mathias Lüdecke



Foto: michaelnero - stock.adobe.com

KEIN KINDERSPIEL

Worauf man bei der Bezeichnung „Kinderzahnarztpraxis“ achten muss

Bernd Halbe

Darf eine Zahnarztpraxis als Kinderzahnarztpraxis oder ein Zahnarzt als Kinderzahnarzt bezeichnet werden? Komische Fragen? Schauen wir auf die Rechtsprechung!

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat sich 2022 in gleich zwei Verfahren mit diesen Fragen befasst. Die Komplexität des Problems ergibt sich aus dem beschränkten Werberecht für Zahnärztinnen und Zahnärzte. Zudem kommt es – wie so oft – auf die Details an.

In dem ersten Urteil des BGH vom 7. April 2022 (Az.: I ZR 217/20) ging es darum, ob die Bezeichnung „Kinderzahnarztpraxis“ irreführend im Sinne der §§ 3 und 5 des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb (UWG) sei. Ob eine Werbung irreführend ist, also ein Verständnis erweckt, das nicht den tatsächlichen Verhältnissen entspricht, beurteilt sich nach der Perspektive eines durchschnittlich informierten, situationsadäquat aufmerksamen und verständigen Verbrauchers. In diesem Fall also aus der Perspektive der Eltern und, je nach Alter, der Kinder.

Nach Ansicht des BGH erweckt die Bezeichnung „Kinderzahnarztpraxis“ nicht den Eindruck, dass bei den behandelnden Zahnärzten eine besondere Qualifikation vorliegen würde, die über die allgemeine zahnärztliche Qualifikation hinausgeht. Es entstehe lediglich der Eindruck, dass die Zahnarztpraxis besonders kindgerecht gestaltet sei und die

dort tätigen Zahnärzte gegenüber Kindern besonders offen seien.

Daher erzeuge die Bezeichnung „Kinderzahnarztpraxis“ grundsätzlich keine irreführende Fehlvorstellung im Sinne des UWG.

Vorsicht im Zusammenhang mit weiteren Qualifikationen

In dem zweiten Urteil des BGH, ebenfalls vom 7. April 2022, (Az.: I ZR 5/21) ging es um die Bezeichnung einer Zahnärztin als „Kinderzahnärztin“. In der Vorinstanz hatte das Landgericht Düsseldorf entschieden, dass die Bezeichnung als „Kinderzahnärztin“ unzulässig sei, da ein solcher Fachzahnarzt schlichtweg nicht existiert. Die Bezeichnung kann aus Sicht der Richter, einen Patienten darüber täuschen und den Eindruck erwecken, die beworbene Person habe die zur Führung dieser in Wirklichkeit nicht vorgesehenen Facharztbezeichnung berechtigende besondere Qualifikation in dem von der Berufs- und Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Verfahren nachgewiesen (Az.: 37 O 82/18, Urteil vom 28. März 2019).



Prof. Dr. Bernd Halbe

Rechtsanwalt,
Fachanwalt für Medizinrecht
Rechtsanwälte
Prof. Dr. Halbe & Partner mbB

Foto: privat

Der BGH bestätigte diese Auffassung in diesem Fall. Jedoch betonte der Senat, dass hier konkret ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen den Bezeichnungen „Kinderzahnärztin“ und „Kieferorthopädin“ bestand. Dieser enge Zusammenhang zwischen den Bezeichnungen „Kinderzahnärztin“ und „Kieferorthopädin“ erweckte den Eindruck, es handle sich um eine offiziell vorgesehene Zusatzqualifikation, die tatsächlich aber nicht existiert. In dem Urteil vermied der Senat es leider, eine Beurteilung für den Fall zu treffen, in dem der Begriff „Kinderzahnärztin“ ohne einen solchen unmittelbaren Zusammenhang zu einer offiziellen Fachzahnarztbezeichnung steht.

Fazit

Im Ergebnis kommt es auf die Details an und es sollte stets sorgfältig geprüft werden, wie eine Aussage in ihrem Gesamtzusammenhang erscheint. Denn bei einem Verstoß gegen die Vorschriften des UWG droht gemäß § 8 ein Unterlassungsanspruch und nach § 20 können auch Geldbußen als Konsequenz folgen.

Pauschal lässt sich nicht immer sagen, was als irreführend im Sinne des UWG anzusehen ist. Als Tendenz lässt sich allerdings deutlich erkennen, dass die Bezeichnung einer Zahnarztpraxis als „Kinderzahnarztpraxis“ grundsätzlich unproblematisch ist. Eine solche Bezeichnung erweckt für Eltern und Kinder nach Auffassung des BGH nämlich nicht den Eindruck einer besonderen fachlichen Qualifikation, sondern nur von besonderen örtlichen Gegebenheiten und Ausstattungsmerkmalen der Praxis und einer gewissen Offenheit der Zahnärzte gegenüber Kindern.

Treten hingegen Zahnärzte als „Kinderzahnärzte“ auf, ist die Konzeption erheblich schwieriger. Besteht ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen einer Fachzahnarztbezeichnung und dem Begriff „Kinderzahnarzt“, ist dies grundsätzlich als irreführend im Sinne des UWG anzusehen. Allerdings sind auch Gestaltungsmöglichkeiten denkbar, bei denen ein solcher Zusammenhang nicht gesetzt wird. Es ist zudem auch möglich, den Begriff „Kinderzahnarzt“ explizit als Tätigkeitsschwerpunkt hervorzuheben und somit von einer Fachzahnarztbezeichnung abzugrenzen. Dann ist auf jeden Fall die Vorgabe der Berufsordnung zu beachten, wonach Tätigkeitsschwerpunkte nur personenbezogen, nicht praxisbezogen, ausgewiesen werden dürfen. ■



**CGM Z1.PRO -
Meine Zukunft.
Mein Weg.**

cgm-dentalsysteme.de

ZAHNARZTSOFTWARE

„Ich wünsche mir einen verlässlichen Ansprechpartner, der mich bei allen Herausforderungen unterstützt – ein Rundum-sorglos-Paket aus einer Hand. Und das bekomme ich bei CGM Z1.PRO.“



**CompuGroup
Medical**

WEGEN HOHEM ZUCKER- UND KOFFEINGEHALT

Polen verbietet Energydrinks für Minderjährige

Wegen ihrer potenziell gesundheitsschädlichen Wirkung hat Polen zum Jahresbeginn den Verkauf von Energydrinks an unter 18-Jährige verboten. Gleichlautende Forderungen gibt es in Deutschland schon länger – ohne Ergebnis.

Polen nimmt die eindringlichen Warnungen der Wissenschaft ernst und macht das einzig Richtige: Red Bull und Co. gibt's erst ab 18. In Deutschland hingegen dürfen die gefährlichen Wachmacher weiter uneingeschränkt an Kinder und Jugendliche verkauft werden“, kritisierte Luise Molling von foodwatch.

Die Verbraucherorganisation forderte Bundesernährungsminister Cem Özdemir (Bündnis 90/Die Grünen) auf, endlich auch in Deutschland einen Verkaufsstopp der Getränke an Minderjährige umzusetzen. Özdemir sieht aber offenbar keinen Handlungsdruck. Die Dosen seien mit ausreichend Warnhinweisen versehen, antwortete

sein Ministerium dem ARD-Morgenmagazin auf Anfrage.

Dabei sind die Polen nicht die ersten, die den Zugang zu Energydrinks reglementieren: Die EU-Mitgliedsstaaten Lettland und Litauen hatten schon vor Jahren eine Altersgrenze von 18 Jahren für die umstrittenen Getränke eingeführt (Litauen Ende 2014 und Lettland im Sommer 2016). Hierzulande sprechen sich neben foodwatch auch Ärzteverbände wie die Gesellschaft der Europäischen Kinderkardiologen sowie der Verbraucherzentrale Bundesverband seit Jahren für eine Altersgrenze aus, ebenso Expertinnen und Experten der Weltgesundheitsorganisation WHO.

Doch Energydrinks sind nicht nur zum Massenphänomen geworden, parallel steigt die Zahl der Intensivnutzer: Bereits 2017 berichtete das Bundeszentrum für Ernährung (BZfE), dass in Deutschland rund 17 Prozent der jugendlichen Konsumenten zu den „Hoch-Akut-Trinkern“ gehören. Das bedeutet, sie nehmen mehr als einen Liter bei einer Gelegenheit zu sich. Das Problem: Diese Jugendlichen überschreiten damit die unbedenkliche Koffeinmenge von drei Milligramm Koffein pro Kilogramm Körpergewicht deutlich.

Durch den süßen Geschmack und das Marketing über Social-Media-Influencer sind die Produkte gerade bei Kindern und Jugendlichen beliebt. Einer Untersu-

Nach Litauen (2014) und Lettland (2016) führt auch Polen eine Altersgrenze ab 18 Jahren für Red Bull, Monster & Co. ein – was polnische Ärztinnen und Ärzte in der Fachzeitschrift Lancet begrüßen.

Foto: monticallio - stock.adobe.com

BÜRGERRAT FORDERT ABGABE ERST AB 16 JAHREN

Der Bürgerrat mit dem Namen „Ernährung im Wandel“ hat Mitte Januar sein erstes Bürgergutachten erstellt und dem Bundestag übergeben. Die 160 per Los ausgewählten Bürgerinnen und Bürger erarbeiteten neun konkrete Handlungsempfehlungen für den Bereich Lebensmittel, unter anderem fordern sie ein verpflichtendes staatliches Lebensmittellabel, das auf einen Blick über Effekte für Klima, Tierwohl und Gesundheit informiert.

Außerdem soll Zucker – egal aus welcher Ursprungs- oder Herstellungsform – nicht mehr als Grundnahrungsmittel eingestuft werden, was zu einer Anhebung der Mehrwertsteuer auf Zucker von sieben auf 19 Prozent führt. Und das Gremium fordert eine stärkere Regulierung von Energydrinks: Diese sollen erst ab einem Mindestalter von 16 Jahren gekauft werden dürfen und außerdem deutliche Warnhinweise tragen, die auf die gesundheitlichen Risiken der Inhaltsstoffe hinweisen.



chung der Europäischen Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) zufolge griffen 2013 rund 68 Prozent von ihnen in der EU zu den Getränken. Laut EFSA verzehren sie dabei nachweislich gefährlich große Mengen: Jeder vierte junge Konsument trinkt drei oder mehr Dosen auf einmal und überschreitet damit sogar die für Erwachsene maximal empfohlene Koffeindosis von 200 Milligramm.

Palpitationen, unkontrolliertes Muskelzittern, heftige Übelkeit

Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) warnte bereits 2019, dass der übermäßige Konsum von Energydrinks ein Gesundheitsrisiko für Herz und Kreislauf von Kinder und Jugendlichen darstellt. Selbst bei jungen Erwachsenen seien zum Teil schwerwiegendere unerwünschte Wirkungen beobachtet worden: „Palpitationen,

Kurzatmigkeit, unkontrolliertes Muskelzittern, schwere Übelkeit, Angstzustände, Nervosität sowie auch Veränderungen im Elektrokardiogramm.“

Den Kritikern bleibt vorerst nur, darauf zu hoffen, dass die Ergebnisse der sogenannten EDKAR-Studie einen wichtigen Impuls für eine Regulierung

liefern. Die Datenerhebung untersucht den Energydrink-Konsum unter Jugendlichen in Berlin und soll dazu beitragen, dessen gesundheitliche Auswirkungen auf die Zielgruppe besser einschätzen zu können. Die Studie erfolgt unter Regie des BfR in Zusammenarbeit mit der Charité. Sie startete 2021. mg

ACHT ENERGYDRINKS WIRKEN „DEUTLICH EROSIV“

Nicht nur klassische Softdrinks und Sportgetränke, sondern auch Energydrinks weisen ein bedenklich hohes erosives Potenzial auf: Wie eine Schweizer Arbeitsgruppe um Prof. Adrian Lussi aus Bern 2023 zeigte, ist nicht nur deren zum Teil extrem hoher Zucker- und Koffeingehalt ein Problem. Von 19 untersuchten Sport- und Energydrinks wurden elf als „erosiv“ eingestuft, weil sie im Experiment nach zwei Minuten zu einem Härteverlust von bis zu 15 Prozent führten. Acht wurden als „deutlich erosiv“ klassifiziert. Hier betrug die Härteabnahme mehr als 15 Prozent nach zwei Minuten (siehe QR-Code).



odon ta thon

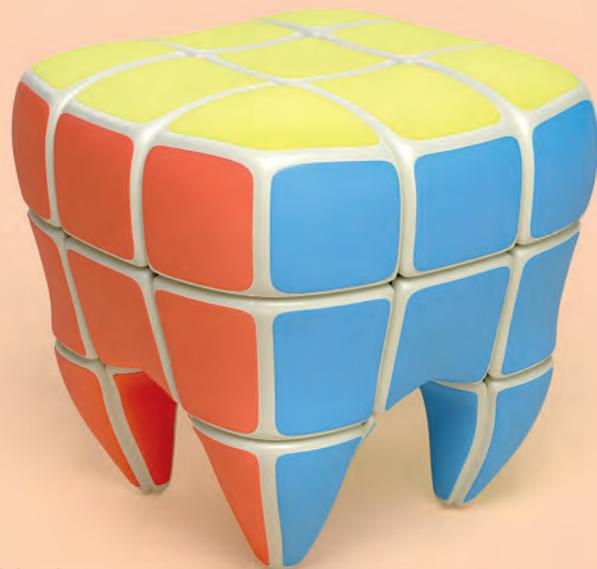
Exploring the dental future.

Termin:
26. – 28. April 2024

Location:
Signal Iduna Park,
Dortmund



Jetzt
anmelden!



Melde dich an und gestalte die Zukunft deiner Branche mit! Du hast die Dental-Expertise. Wir bringen die Tech-Expertise. Zusammen sind wir das Team für die Zukunft der Zahnmedizin.

FAHRPLAN DES BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUMS

Diese Gesetze bestimmen 2024 die Gesundheitspolitik

Versorgungsgesetz I und II, Krankenhausreform, Medizinforschungsgesetz: Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) will 2024 insgesamt 15 Gesetze entweder realisieren oder auf den Weg bringen – viele im sogenannten Omnibusverfahren.



Foto: Jo Panuwat D – stock.adobe.com

Versorgungsgesetz I

Los geht es mit einem der großen Sammelgesetze in dieser Legislaturperiode: dem lang erwarteten Versorgungsgesetz I. Damit sollen die geplanten Gesundheitskioske und Primärversorgungszentren etabliert und Gründungen Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) in den Kommunen vereinfacht werden. Investorengetragene MVZ (iMVZ) sollen dagegen strenger reguliert werden, kündigte das BMG an. Bei der Vergütung der hausärztlichen Versorgung ist die Aufhebung des Budgets sowie die Einführung von Pauschalzahlungen geplant, etwa für die Behandlung chronisch Kranker. Zudem soll die Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei verordneten Leistungen steigen, vermutlich auf 300 Euro.

Versorgungsgesetz II

Ein Schwerpunkt ist hier die Entbürokratisierung. Besteht das Verfahren zur Beantragung einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie aktuell aus zwei Stufen, soll das künftig in einem Schritt

möglich sein. Ziel ist die Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Das Gesetz soll auch den Direktzugang von Patientinnen und Patienten zu Heilmittelerbringern ohne vorherige ärztliche Verordnung regeln. Mit aufgenommen werden soll auch eine Direktabrechnung für Kinder und Jugendliche in der PKV.

Krankenhausreform

Sie soll für eine solide Finanzierung der Krankenhäuser sorgen, die Versorgungssicherheit gerade auch in ländlichen Regionen gewährleisten und Bürokratie abbauen. Ursprünglich sollte das Gesetz zur Umsetzung der geplanten Reform am 1. Januar 2024 in Kraft treten, bisher liegt aber noch kein Referentenentwurf vor.

Gesetz schafft zwei neue Behörden

Im Laufe des Jahres soll zum einen ein Gesetz zur Errichtung einer Digitalagentur auf den Weg gebracht werden, das die gematik zu einer Digitalagentur in 100-prozentiger Trägerschaft des

Bundes umwandelt. Das soll für eine engere Einbindung der Stakeholder im Gesundheitswesen sorgen, um praxisnahe Lösungen für die Telematikinfrastruktur zu entwickeln. Eine weitere Umstrukturierung ist im Bereich Public Health mit der Gründung des Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) geplant.

Weitere Projekte

In Arbeit befinden sich zurzeit neben einer Notfallreform und der Reform der Rettungsdienste auch ein Medizinforschungsgesetz, das bessere Rahmenbedingungen für die Pharmaforschung schaffen soll. Angekündigt hat das BMG auch ein Entbürokratisierungsgesetz, ein Pflegekompetenzgesetz und ein Apothekenreformgesetz. Geplant sind 2024 auch ein Gesetz für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen, ein Gesetz zur Verbesserung der Früherkennung und Versorgung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ein Patientenrechtegesetz und das bereits heiß diskutierte Cannabisgesetz.

sth

Fortbildung „Lösungen für klinische Herausforderungen“ – Teil 2

AB SEITE 38



Moderne Wege bei der Weisheitszahnentfernung

Die Entfernung der Weisheitszähne gehört weltweit zu den am häufigsten durchgeführten chirurgischen Eingriffen. Je nach Lage der Zähne ergibt sich eine individuelle Herausforderung mit unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden. Eine klinisch orientierte Übersicht über die verschiedenen Techniken im Hinblick auf die Indikationsstellung.

AutorInnen: Dr. Dr. Saskia-Vanessa Schröger, Univ.-Prof. Dr. Dr. Peer W. Kämmerer MA, FEBOMFS

AB SEITE 48



Möglichkeiten der intraoralen Reparatur von Verblendkeramikfrakturen

Die häufigste Komplikation in der festsitzenden Implantatprothetik und bei festsitzenden Restaurationen ist die Abplatzung von Teilen der keramischen Verblendung. Dabei entsteht durch das Chipping immer auch ein ästhetisches Problem. Wir zeigen anhand von zwei Fallbeispielen effiziente Möglichkeiten der intraoralen Reparatur.

Autoren: Dr. Stefano Pieralli, Univ.-Prof. Dr. Florian Beuer, MME

ALLE BEITRÄGE DER FORTBILDUNG

zm 1–2/2024

- Wurzelresorptionen frühzeitig erkennen und richtig behandeln
- Die Schienung von Zähnen im Rahmen der Parodontitistherapie

zm 3/2024

- Moderne Wege bei der Weisheitszahnentfernung
- Möglichkeiten der intraoralen Reparatur von Verblendkeramikfrakturen

AKUPUNKTUR IN DER ZAHNMEDIZIN

EINFÜHRUNGSKURSE IN DIE WISSENSCHAFTLICH EVIDENZBASIERTE AKUPUNKTUR

MIT LIVE-PATIENTENDEMONSTRATIONEN

Online 02./03. März 2024
 Leipzig 09./10. März 2024
 Frankfurt 16./17. März 2024
 Hamburg 13./14. April 2024
 Online 20./21. April 2024

Informationen
und Anmeldung



Deutsche Akademie für Akupunktur | DAA e.V.
Medizin auf den Punkt gebracht.

Telefon 089-814 52 52 · kontakt@akupunktur.de
 DAA e.V. · Lerchenfeldstraße 20 · 80538 München



Abb. 1: Panoramaschichtaufnahme eines 18-jährigen Patienten mit Risikomeerkmalen in den Regionen 38 und 48 sowie Verdacht auf Lageanomalien beziehungsweise Doppelanlagen in den Regionen 18 und 28

Foto: Universitätsmedizin Mainz

FORTBILDUNG „LÖSUNGEN FÜR KLINISCHE HERAUSFORDERUNGEN“

Moderne Wege bei der Weisheitszahnentfernung

Saskia-Vanessa Schröger, Peer W. Kämmerer

Die Entfernung der Weisheitszähne gehört weltweit zu den am häufigsten durchgeführten chirurgischen Eingriffen. Je nach Lage der Zähne ergibt sich für den Behandler eine individuelle Herausforderung mit unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden. Wir geben Ihnen hier eine klinisch orientierte Übersicht über die verschiedenen Techniken im Hinblick auf die Indikationsstellung.

Allgemein wird empfohlen, Weisheitszähne möglichst vor dem 25. Lebensjahr zu entfernen. Der Zeitpunkt zur operativen Entfernung sollte dabei im Hinblick auf das Entwicklungsstadium der Zahnwurzeln, deren erwartbare Lage zum Mandibularkanal sowie das Risiko einer potenziellen Resorption des zweiten Molaren, insbesondere bei mesialer und horizontaler Verlagerung, gewählt werden.

Außerdem sollten die parodontale Regeneration und das altersabhängige Operationsrisiko beachtet werden, denn mit höherem Alter steigen die Komplikationsrate und die Morbidität [DGMKG, 2019; Baensch et al., 2017].

Neben der ausführlichen Anamnese und der klinischen Untersuchung ist eine röntgenologische Untersuchung wichtig. Zur Übersicht kann eine zweidimensionale Panoramaschicht-

aufnahme angefertigt werden, um die Lage und Angulation der Weisheitszähne sowie deren Beziehung zu ihren anatomischen Nachbarstrukturen beurteilen zu können [ARö/DGZMK, 2022; DGMKG, 2019].

Präoperatives Assessment

Nach Rood und Shehab geben sieben röntgenologische Anzeichen einen Hinweis auf eine enge Lagebeziehung

der Wurzeln zum Canalis mandibularis, jedoch wurden davon nur drei validiert: die Divergenz des Kanals, die Unterbrechung seiner Kortikalis sowie eine Verdunkelung der Wurzeln. Das Vorhandensein einer dieser Merkmale kann mit einem erhöhten Verletzungsrisiko des N. alveolaris inferior von acht bis 22 Prozent bei der Weisheitszahnentfernung einhergehen [Rood und Nooraldeen Shehab, 1990; Steel et al., 2022].

Abbildung 1 zeigt ein Fallbeispiel einer Panoramaschichtaufnahme eines 18-jährigen Patienten mit den genannten röntgenologischen Anzeichen einer engen Lagebeziehung zum Nervkanal, zum einen in Regio 38, aber auch in Regio 48. Zudem befinden sich in Regio 18 und 28 unklare weitere zahnähnliche Strukturen.

Bei solch besonderen Risikosituationen kann gemäß den S2k-Leitlinien „Dentale digitale Volumentomographie“ und „Operative Entfernung von Weisheitszähnen“ eine dreidimensionale Bildgebung in Form einer digitalen Volumentomografie oder einer Computertomografie durchgeführt werden [ARö/DGZMK, 2022; DGMKG, 2019]. Mit der präziseren Visualisierung von Karies, Wurzelresorptionen, Wurzelpositionen und deren Morphologie sowie der Lagebeziehung zu den Nachbarstrukturen kann man die differentialtherapeutische Entscheidungsfindung, die detaillierte Risikoaufklärung des Patienten und die Operationsplanung verbessern. Außerdem kann die Bildgebung vom Behandler intraoperativ genutzt werden, um sich zu orientieren.



Univ.-Prof. Dr. Dr. Peer W. Kämmerer, MA, FEBOMFS

Leitender Oberarzt/
Stellvertr. Klinikdirektor
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie – Plastische Operationen, Universitätsmedizin Mainz
Augustusplatz 2, 55131 Mainz

Foto: Kämmerer

Liegen keine Hinweise auf eine Risikosituation vor, ist eine zweidimensionale Bildgebung ausreichend [ARö/DGZMK, 2022; DGMKG, 2019].

Ob die digitale Volumentomografie in Bezug auf das Risiko einer Nervverletzung ein besseres chirurgisches Ergebnis erbringt, wird kontrovers diskutiert. Einige Studien zeigen, dass eine dreidimensionale Bildgebung zur optimierten Risikostratifizierung geeignet ist, jedoch häufig auch erst zur Indikationsstellung der operativen Entfernung führt. Denn dabei werden insbesondere Resorptionen an den zweiten Molaren besser erkannt [Matzen et al., 2017; Wang et al., 2017]. Die aktuelle Datenlage lässt offen, ob die neu gewonnenen Informationen durch eine dreidimensionale Bildgebung das chirurgische Verfahren wirklich beeinflussen oder gar ändern und sich dies positiv auf mögliche Schäden am N. alveolaris inferior auswirken kann [ARö/DGZMK, 2022].



Dr. med. Dr. med. dent. Saskia-Vanessa Schröger

Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie – plastische Operationen der Universitätsmedizin Mainz
Augustusplatz 3, 55131 Mainz
Saskia.Schroeger@unimedizin-mainz.de

- **2012–2018:** Studium der Medizin an der Johannes-Gutenberg Universität in Mainz
- **2018–2022:** Studium der Zahnmedizin an der Johannes-Gutenberg Universität in Mainz
- **2020:** Promotion zum Dr. med.
- **2023:** Promotion zum Dr. med. dent.
- **seit 2020:** Assistenzärztin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie – plastische Operationen der Universitätsmedizin Mainz

Foto: Universitätsmedizin Mainz

Im vorliegenden Fallbeispiel wurde eine dreidimensionale Bildgebung durchgeführt, da sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer Risikohinweise bestanden. Zum einen lag eine unmittelbare Lagebeziehung zum N. alveolaris inferior und somit ein erhöhtes Risiko einer Nervschädigung vor, zum ande-



Abb. 2: Digitale Volumentomografie Regio 48 mit intraradikulärem Verlauf, Ansicht von links nach rechts in sagittal, axial und koronar

Fotos: Universitätsmedizin Mainz

ren bestanden Hinweise auf Lageanomalien und mögliche Doppelanlagen im Oberkiefer, die in der zweidimensionalen Bildgebung kaum beurteilt werden konnten. In der DVT zeigte sich in Regio 48 ein intraradikulärer Verlauf des N. alveolaris inferior durch die Wurzel des nach mesial gekippten und retinierten Zahnes 48 sowie eine perikoronare Aufhellung, die nah an die distale Wurzel des Zahnes 47 reicht (Abbildung 2).

Im Unterkiefer linksseitig zeigt sich der Canalis mandibularis lingual verlaufend, in enger Lagebeziehung zur Wurzel des retinierten und ebenfalls nach mesial gekippten Zahnes 38 (Abbildung 3).

Im Oberkiefer zeigte sich auf der linken Seite neben dem hoch verlagerten und retinierten Zahn 28 ein ebenfalls hoch verlagertes und retinierter Zahn 29 (Abbildung 4) mit enger Lagebeziehung

zur Kieferhöhle. Im rechten Oberkiefer erkennt man neben dem hoch verlagerten und retinierten Zahn 18 eine Doppelanlage des Zahnes 19 ebenso in enger Lagebeziehung zur Kieferhöhle (Abbildung 5).

Aus dem Fallbeispiel ergeben sich folgende Fragestellungen, die zur Risikotratifizierung und zur Operationsplanung, aber auch zur Aufklärung des Patienten notwendig sind:



Abb. 3: Digitale Volumentomografie Regio 38 mit enger Lagebeziehung der radices 38 zum N. alveolaris inferior und lingualer Lage, Ansicht von links nach rechts in sagittal, axial und koronar

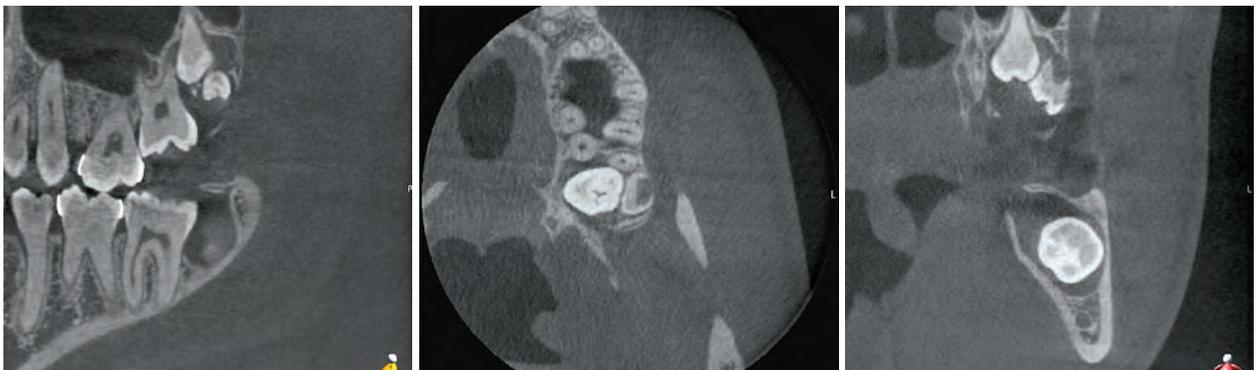


Abb. 4: Digitale Volumentomografie Regio 28 mit Zahn 28 und 29 sowie enger Lagebeziehung zur linken Kieferhöhle, Ansicht von links nach rechts in sagittal, axial und koronar

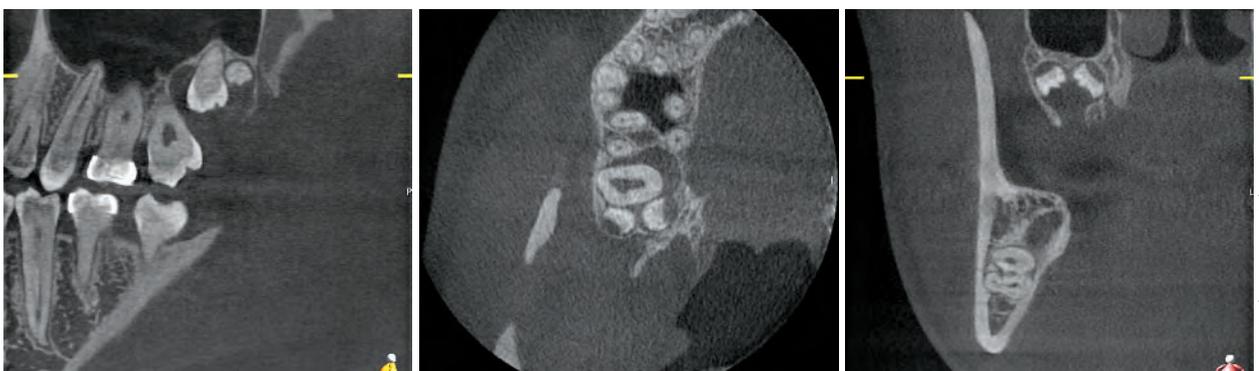


Abb. 5: Digitale Volumentomografie Regio 18 mit hoch verlagertem, retiniertem Zahn 18 sowie Doppelanlage 19 und enger Lagebeziehung zur Kieferhöhle, Ansicht von links nach rechts in sagittal, axial und koronar

Fotos: Saskia-Vanessa Schröger

- Besteht eine Indikation zur Entfernung der Weisheitszähne und der Doppelanlagen oder können diese belassen werden?
- Sollte die chirurgische Entfernung in Lokalanästhesie oder in Intubationsnarkose durchgeführt werden?
- Welche Alternativtherapien gibt es im Hinblick auf das erhöhte Risiko einer Nervschädigung?

Belassen oder intervenieren?

Indikationsstellung

Eine generelle Empfehlung zur operativen Entfernung der Weisheitszähne ist wissenschaftlich nicht belegt, allerdings hatten in der Literatur 20 bis 60 Prozent der Weisheitszähne röntgenologisch pathologische Veränderungen, die sich auch auf die Nachbarstrukturen auswirken können [Simşek-Kaya et al., 2011; Yildirim et al., 2008]. Die traditionelle Unterscheidung zwischen prophylaktischer und therapeutischer Entfernung der Weisheitszähne erscheint somit nicht mehr zeitgemäß.

Zudem sollte beachtet werden, dass das Risiko von Komplikationen im Hinblick auf infektiöse Geschehen zwischen 18 und 35 Jahren ein Maximum erreicht und danach abnimmt, wohingegen sich mit steigendem Alter vermehrt Komplikationen bei der operativen Entfernung ergeben [Baensch et al., 2017; Fernandes et al., 2010].

Zu den Indikationen der operativen Entfernung der Weisheitszähne zählen starke Schmerzen, ein Spannungsfühl im gesamtem Mund-Kiefer-Gesichtsbereich, eine Schwellung und akute oder chronische Infektionen,



Fotos: Saskia-Vanessa Schrüger

Abb. 6: Beispiel einer Oberflächenanästhesie mittels Watteträger im Oberkiefer vestibulär und im Bereich des Tubers Regio 28 sowie einer Leitungsanästhesie N. alveolaris inferior Regio 38

beispielsweise im Rahmen einer Dentitio difficilis und insbesondere bei Ausbreitungstendenz [DGMKG, 2019; Bailey et al., 2020]. Die Zähne sollten auch entfernt werden, wenn sie tief kariös zerstört oder parodontal stark geschädigt sind, stark elongiert oder gekippt und weder restaurierfähig noch erhaltungswürdig sind. Außerdem empfiehlt sich die Entfernung bei einer periapikalen Veränderung, bei zystischen oder tumorverdächtigen Raumforderungen und wenn die Zähne im Bruchspalt stehen und somit eine Frakturversorgung beeinträchtigen können.

Kann-Optionen stellen die Optimierung der kieferorthopädischen oder prothetischen Therapie dar, prophylaktische Entfernungen vor längeren Auslandsaufenthalten oder wenn bereits anderweitig eine Narkose durchgeführt wird und zur Entfernung der Weisheitszähne eine erneute Narkose notwendig wäre [DGMKG, 2019].

Dem gegenüber stehen die Indikationen zum Belassen der Weisheitszähne, beispielsweise wenn eine Einordnung des Zahnes kieferorthopädisch möglich oder die regelrechte Einstellung der Zähne in die Zahnreihe zu erwarten ist. Longitudinale Studien zeigen, dass bis zu 30 Prozent der Weisheitszähne, die um das 18. Lebensjahr zur Entfernung geplant waren, sich im Verlauf bis zum 30. Lebensjahr in die Zahnreihe einstellen ließen. Diese Erkenntnisse sprechen bei asymptomatischen Weisheitszähnen eher für das beobachtende, abwartende Verhalten als für eine prophylaktische Entfernung [Kruger et al., 2001].

Auch tief impaktierte und verlagerte, asymptomatische Zähne ohne pathologische Veränderungen bei gleichzeitig hohem Risiko intra- und postoperativer Komplikationen können belassen werden [DGMKG, 2019]. Laut einer Cochrane-Datenanalyse liegen keine



Fotos: Saskia-Vanessa Schrüger

Abb. 7: Ausgangssituation Regio 38, Auffinden des aufsteigenden Astes zu Beginn der Schnittführung

ausreichenden Daten vor, um die chirurgische Entfernung oder den Erhalt asymptomatischer, impaktierter Weisheitszähne zu unterstützen. Zwar gibt es Hinweise, dass das Belassen langfristig das Risiko einer Parodontitis bei den benachbarten zweiten Molaren erhöhen kann, aber diese sind von geringer Evidenz. Daher sollte individuell und im Konsens mit dem Patienten entschieden werden. Falls das Belassen der Zähne präferiert wird, sollten diese regelmäßig klinisch beurteilt werden, um Komplikationen zu vermeiden [Ghaemina et al., 2016].

Komplikationen

Komplikationen der operativen Weisheitszahnentfernung sind neben Schmerzen, Schwellungen, Blutungen, Nachblutungen, Wundheilungsstörungen, perioperativen und anästhesiologischen Komplikationen vor allem die Schädigung von Nachbarstrukturen: einerseits die Schädigung der zweiten Molaren, mögliche Kieferfrakturen, die Eröffnung des Sinus maxillaris sowie die Schädigung des N. alveolaris inferior [DGMKG, 2019; Lim et al., 2012; McGrath et al., 2003].

Bei nachgewiesener röntgenologisch enger Lagebeziehung der Wurzeln zum Canalis mandibularis kann es in bis zu 20 Prozent der Fälle zu temporären und in ein bis vier Prozent zu permanenten Sensibilitätsstörungen kommen [Renton, 2012]. Dabei sind besonders ältere Patienten mit impaktierten Weisheitszähnen und einer Exposition des Nervs gefährdet [Leung & Cheung, 2011]. Auch der N. lingualis kann verletzt werden (in 0,1 bis 22 Prozent der Fälle [Leung & Cheung, 2011]), insbesondere bei lingualem Lappenplastiken, lingualem Split-Techniken und sehr tief verlagerten Weisheitszähnen [Chuang et al., 2007; Leung & Cheung, 2011]. Die häufigste Komplikation stellt die postoperative Alveolitis/Wundinfektion dar, die in fünf bis zehn Prozent der Fälle auftritt [Blondeau & Daniel, 2007; Bui et al., 2003; Sisk et al., 1986; Voegelin et al., 2008].

Alternativen

Zur differenzialtherapeutischen Entscheidungsfinding bietet die Leitlinie zur operativen Entfernung von Weisheitszähnen neben der konventionellen Methode auch Alternativen.



Abb. 8: Bildung Mukoperiostlappen, Freilegung des Knochens sowie der Zahnkrone mittels Kugel-Fräse

Fotos: Saskia-Vanessa Schrüger

Einerseits kann bei enger Lagebeziehung zum Canalis mandibularis eine Koronektomie durchgeführt werden, andererseits kann mit Piezochirurgie gearbeitet werden.

Lokalanästhesie oder Intubationsnarkose?

Allgemein können Weisheitszähne ambulant in Lokalanästhesie entfernt werden. Im Hinblick auf die allgemeine und spezielle Anamnese, die Compliance des Patienten und nach präoperativer Risikostratifizierung empfiehlt sich jedoch nicht selten eine Intubationsnarkose. Diese kann entweder ambulant durchgeführt werden oder in individuellen Fällen bei anamnestisch vorerkrankten Patienten oder in besonderen Risikosituationen auch stationär [DGMKG, 2019]. Eine perioperative, antibiotische Prophylaxe kann erwogen werden, wird aber nicht in allen Fällen empfohlen und oft kontrovers diskutiert. Im Hinblick auf verminderte Wundinfektionen, Alveolitis und Osteitis zeigte sie jedoch positive Aspekte [Marcussen et al., 2016; Ramos et al., 2016]. Perioperativ sollten zur Schwellungsprophylaxe nichtsteroi-

dale Antirheumatika oder Glukokortikoide verwendet werden, die postoperativ zudem den Analgetikabedarf reduzieren [Gutwald et al., 2019].

Im vorliegenden Fallbeispiel sollten die unteren Weisheitszähne aufgrund der perikoronaren Aufhellung, der mesialen Kippung mit Risiko der Schädigung der zweiten Molaren und des Engstands entfernt werden. Eine kieferorthopädische Einstellung ist nicht möglich und eine regelrechte Einstellung in die Zahnreihe nicht zu erwarten. Im Oberkiefer besteht ebenfalls ein Engstand, der insbesondere durch die Doppelanlage 19 verschlechtert werden könnte. Zudem besteht auf beiden Seiten eine enge Lagebeziehung zur Wurzel der zweiten Molaren und dementsprechend ein Risiko der Resorption.

Die Indikation zur chirurgischen Entfernung in Intubationsnarkose wurde im Konsens mit dem Patienten und seinem Vater bei ausgedehntem Wundgebiet und der Gefahr der Verlagerung der Oberkiefer-Weisheitszähne in die Kieferhöhle sowie der Nervschädigung im Unterkiefer gestellt. Die verschiedenen Techniken wurden diskutiert und es wurde über die Alternativtechnik der Koronektomie im Fall des intraradikulären Nerv-Verlaufs Regio 48 aufgeklärt, wozu sich der Patient schließlich auch entschied. So wurden eine operative Entfernung der Zähne 18, 19a, 19b, 28, 29, 38 und eine Koronektomie 48 in Intubationsnarkose mit stationärem Aufenthalt bei ausgedehntem Wundgebiet, erwartbarer Eröffnung des Sinus maxillaris beidseits und einem Risiko des Nervschadens beidseits mit dem Patienten konsentiert und durchgeführt.

Durchführung der konventionellen Extraktion

Allgemein kann eine präemptive Analgesie in Form einer präoperativen Gabe von 400-600 mg Ibuprofen eine Stunde vor dem Eingriff verabreicht werden, was sich positiv auf das Schmerzempfinden und den Bedarf postoperativ auswirken kann [Gutwald et al., 2019]. Zu Beginn des Eingriffs kann eine Lokalanästhesie durchgeführt werden. Bei dieser kommen entweder eine Oberflächenanästhesie, eine Infiltrationsanästhesie, eine Lei-

tungsanästhesie (N. alveolaris inferior im Unterkiefer, N. palatinus major im Oberkiefer) oder eine intraligamentäre Anästhesie zum Einsatz (Abbildung 6) [Daubländer et al., 2016].

Da es aber in 20 bis 25 Prozent der Fälle zu Misserfolgen bei der Durchführung der Leitungsanästhesie des N. alveolaris inferior kommt, hat sich die sogenannte Gow-Gates-Technik als „hohe Leitung“ in den vergangenen Jahren mehr etabliert – deren Erfolgsrate liegt bei 95 Prozent. Dabei werden zusätzlich der N. lingualis, der N. mylohyoideus, der N. auriculotemporalis und der N. buccalis betäubt [Daubländer et al., 2016; Reed et al., 2012].

Zur Entfernung der unteren Weisheitszähne wird im Unterkiefer zunächst der aufsteigende Ast im Bereich der Linea obliqua palpirt. Verwendet man eine Pinzette zur Markierung (Abbildung 7), erfolgt die Schnittführung von dieser im senkrechten Winkel zum Knochen distal auf den zweiten Molaren zu, weiter im PA-Spalt bis mesial des zweiten Molaren. Liegt der Zahn tief verlagert oder anguliert, sollte man zur besseren Übersicht einen größeren Entlastungsschnitt unter Schutz des N. mentalis wählen.

Zur Bildung eines Mukoperiostlappens wird die Gingiva anschließend vorsichtig mithilfe eines Raspatoriums präpariert. Falls nötig kann eine kaustische Blutstillung durchgeführt werden. Neben Horizontallappen (Envelope-Lappen) können auch trianguläre beziehungsweise Dreiecklappen angelegt werden.

Nach Freilegung des Knochens kann ein Wundhaken nach Langenbeck eingesetzt werden sowie ein Bohr-Raspatorium zum Schutz des N. lingualis subperiostal lingual [Gutwald et al., 2019]. Unter Verwendung eines rotierenden Instruments (Kugel- und Lindemann-Fräse) oder Piezochirurgie wird der Knochen im Bereich der Zahnkrone abgetragen und diese freigelegt (Abbildung 8). Danach kann der Weisheitszahn vorsichtig mithilfe eines Bein'schen Hebels anluxiert oder, falls dies noch nicht gelingt, mittels einer Lindemann-Fräse geteilt werden. Dabei wird am größten Kronendurchmesser die Krone mit der Fräse abgetrennt und



Abb. 9: Weitere Freilegung mittels Lindemann-Fräse und Versuch des Anluxierens mithilfe eines Bein'schen Hebels



Abb. 10: Entfernung der Krone nach Abtrennen mittels Lindemann-Fräse, anschließend Luxieren und Entfernung der Wurzeln



Abb. 11: Prüfen der Vollständigkeit, sorgfältige Kürettage mit einem scharfen Löffel nach Lukas und Entfernung von Granulationsgewebe sowie scharfen Knochenkanten



Abb. 12: Leere Extraktionsalveole und anschließender Wundverschluss

Fotos: Saskia-Vanessa Schrüger

die Wurzel anschließend separat entfernt (Abbildungen 9 und 10) [Gutwald et al., 2019; Schwenger, 2019].

Anschließend erfolgt die sorgfältige Kürettage unter Schutz des am Boden der Extraktionsalveole liegenden Canalis mandibularis, die Entfernung von Granulationsgewebe sowie des Follikel epithels. Die Wurzelspitze sollte auf Vollständigkeit überprüft werden, um eine Wurzelfraktur auszuschließen (Abbildung 11).

Danach werden Knochentanten geglättet und das Wundgebiet wird per Spülung sorgfältig gereinigt. Die Blutstillung kann mittels Kaustik oder Kompression durchgeführt werden [Gutwald et al., 2019]; Um die Wundheilung zu verbessern, kann man sich die Einlage von Hämostyptika oder autologen Thrombozytenkonzentrat zuzunutzen machen [Vitenson et al., 2022].

Sollten bei der operativen Zahnentfernung Zahnanteile im Bereich des Nervens verblieben sein und deren Entfernung mit einem hohem Schä-

digungsrisiko des Nervs einhergehen, können diese laut Leitlinie in Einzelfällen – auch bei der regulären Zahnentfernung – zur Vermeidung schwerwiegender operationsbedingter Komplikationen (Nervläsionen oder unverhältnismäßige Knochendefekte) belassen werden [DGMKG, 2019].

Zur Entfernung der Weisheitszähne im Oberkiefer wird zunächst der Kopf des Patienten etwas überstreckt, um eine bessere Übersicht zu erlangen. Bei der Bildung des Mukoperiostlappens geht man ähnlich vor wie im Unterkiefer: Die Schnittführung erfolgt distal entlang des Tubers auf den zweiten Oberkiefermolaren zu, dann marginal weiter bis mesial des zweiten Oberkiefermolaren [Gutwald et al., 2019; Schwenger, 2019] (Abbildung 13).

Nach Darstellung des Knochens kann der Weisheitszahn meist schon mit dem Hebel anluxiert oder mittels rotierendem Instrument freigelegt werden. Dabei muss möglichst oberhalb des Zahnäquators angesetzt werden, sonst kann der Zahn in die Kieferhöhle oder in das umliegende Weichgewebe

luxieren. Anschließend erfolgen die Kürettage, die Entfernung des Zahnsäckchens, der Knochentanten und des Granulationsgewebes sowie die Prüfung einer Mund-Antrum-Verbindung (MAV) mittels Bowman-Sonde. Bei positiver Testung erfolgt die plastische Deckung mittels Mukoperiostlappen oder bei ausgedehnteren Defekten mittels Bichat-Fettpfropf (Abbildungen 14 und 15) [Gutwald et al., 2019; Schwenger, 2019].

Sowohl im Unter- als auch im Oberkiefer wird letztlich ein primärer, adaptierender Wundverschluss durchgeführt (Abbildungen 12 und 15) mit Einzelknopfnähten entlang der Schnittführung, mit Beginn an der mesialen Entlastung. Dabei wird das Nahtmaterial in monofil und polyfil, synthetisch und natürlich, resorbierbar und nicht-resorbierbar, beschichtet und unbeschichtet eingeteilt [Faris et al., 2022; Minozzi et al., 2009].

Zum Wundverschluss eignen sich nicht-resorbierbare, monofile, synthetische Nähte aus Polyglycolid sowie Polypropylen, da diese weniger Gewe-



Abb. 13: Ausgangssituation im Oberkiefer Regio 28 mit Schnittführung



Abb. 14: Freilegung Zahn 28, Entfernung und Prüfung der Vollständigkeit sowie Kürettage der Extraktionsalveole

CME AUF ZM-ONLINE

Moderne Wege bei der Weisheitszahnentfernung

Für eine erfolgreich gelöste Fortbildung erhalten Sie zwei CME-Punkte der BZÄK/DGZMK.



Fotos: SaskiaVanessa Schrüger

bereaktionen und mikrobielle Akkumulation hervorrufen und sich positiv auf die Wundheilung auswirken. Negativ wirken sich Seide-Fäden aus, da sie Entzündungsreaktionen auslösen und eine Affinität zur mikrobiellen Adhärenz zeigen [Dragovic et al., 2020; Faris et al., 2022].

Bei asymptomatischen, impaktierten Weisheitszähnen muss keine Drainage eingelegt werden. Bei teilretinierten Zähnen, bei denen auch nach der Entfernung ein Risiko der Wundinfektion besteht, kann jedoch eine Drainage zum Abfluss von Wundsekret eingelegt werden [Gutwald et al., 2019; Petronis et al., 2020].

Die Koronektomie als Alternative

Im röntgenologischen Fallbeispiel wurde die Koronektomie bereits als Alternativtherapie bei sehr enger Lagebeziehung zum N. alveolaris inferior erwähnt. Bei dem dargestellten intraradikulären Verlauf des Nervs in Regio 48 wächst die Gefahr einer Nervschädigung im Zuge der konventionellen Extraktion. Um dieses Risiko zu vermeiden, wurde im Konsens mit dem Patienten die Option der Koronektomie gewählt. Diese Technik bezeichnet die selektive Entfernung der Krone mit dem gesamten Schmelzanteil bei gleichzeitigem Belassen der Wurzeln in situ, ohne direkt oder indirekt den Nerv zu schädigen und dabei dauerhafte Sensibilitätsstörungen zu vermeiden.

Die Koronektomie wurde bereits 1989 als Alternativtherapie zur nervnahen Weisheitszahnentfernung durch Knutsson et al. beschrieben, geriet dann etwas in Vergessenheit und erlebt aktuell eine Art Renaissance [Knutsson et al., 1989; Wolf & Renton, 2016]. Sie stellt eine geeignete, von der Leitlinie zur operativen Weisheitszahnentfernung unterstützte Therapieoption zum Schutz des N. alveolaris inferior bei enger Lagebeziehung zu retinierten oder impaktierten Zähnen dar [DGMKG, 2019; Brauer et al., 2015].

Beachtet werden muss dabei, dass die Methodik nur in Ausnahmefällen – wie im vorgestellten Fallbeispiel – bei hohem Risiko einer Nervschädigung und



Abb. 15: Prüfung MAV mittels Bowman-Sonde und bei negativer Testung adaptierender Wundverschluss



Abb. 16: Beispiele für eine Koronektomie Regio 48, rechts klinisches Bild zum oben genannten Fallbeispiel

nur nach ausführlicher Aufklärung des Patienten angewandt werden sollte. Da die Koronektomie die klassische Weisheitszahnentfernung nicht ersetzen sollte, muss die Indikation streng gestellt werden. Denn langzeitige Folgen des zurückgelassenen Wurzelblocks im Hinblick auf eine mögliche spätere Bestrahlung, eine antiresorptive Behandlung oder eine therapeutische Immunsuppression über einen Zeitraum von fünf Jahren hinaus sind bislang nur unzureichend untersucht [DGMKG, 2019].

Kontraindikationen stellen tief kariös zerstörte Weisheitszähne, periapikale Pathologien, systemische Erkrankungen, Immunsuppression, eine Antiresorptiva-Therapie und eine horizontale Verlagerung dar [Hatano et al., 2009; Wolf & Renton, 2016]. Postoperative Komplikationen werden ähnlich zur klassischen Zahnextraktion eingeschätzt [Leung & Cheung, 2009]. Die Inzidenz von Alveolitis und Sensibilitätsstörungen wird nach einer Koronektomie jedoch als geringer als

nach der konventionellen Weisheitszahnentfernung bewertet [Cervera-Espert et al., 2016]. Eines der Hauptrisiken besteht in der Migration des Wurzelblocks, die in den ersten zwölf Monaten häufig ist und dessen Entfernung einen Zweiteingriff notwendig macht. Um die Migration rechtzeitig zu erkennen, eignen sich radiologische Verlaufskontrollen [Renton, 2012; Wolf & Renton, 2016].

Die Vorgehensweise ähnelt der konventionellen Weisheitszahnentfernung im Unterkiefer. Zunächst wird ein Mukoperiostlappen gebildet und die Zahnkrone freigelegt. An der größten Zirkumferenz wird diese mittels Lindemann-Fräse unter ständiger Wasserkühlung und anschließend mithilfe eines Bein'schen Hebels abgetrennt. Dabei sollte der Wurzelblock nicht anluxiert werden, da er sonst aufgrund eines erhöhten Infektionsrisikos entfernt werden muss. Alle Schmelzanteile werden entfernt, der verbleibende Wurzelblock und die Knochenkanten geglättet (Abbildung 16). Auf eine wei-

Fotos: Saskia-Yvonna Schrüger



Abb. 17: Postoperative Panoramaschichtaufnahme nach Entfernung der Zähne 18, 19a, 19b, 28, 29, 38 und Koronektomie 48

Foto: Universitätsmedizin Mainz

tere Behandlung der Wurzelpulpen kann verzichtet werden [Wolf & Renton, 2016].

Nach ausgiebiger Kürettage, der Entfernung von Granulationsgewebe und Spülung erfolgt der Wundverschluss wie bereits beschrieben. Zur Kontrolle kann eine postoperative zweidimensionale Bildgebung durchgeführt werden (Abbildung 17), auch um zu beurteilen, ob alle Schmelzanteile der Zahnkrone entfernt wurden.

Piezochirurgie

Eine weitere Option, die ebenfalls Eingang in die Leitlinie gefunden hat, ist die Piezo-Osteotomie. Sie wird bei gefährdeten Nachbarstrukturen oder als Ergänzung zur konventionellen Osteotomie angewandt. Dabei wird ein präziser und selektiver Schnitt gewährleistet und ein ähnlicher Knochenabtrag erzielt, ohne dabei das umliegende Weichgewebe zu verletzen. Die postoperative Schwellung und die Mundöffnungseinschränkung sowie der Bedarf an Analgesie zeigten sich im Vergleich zur konventionellen Technik

überlegen [DGMMKG, 2019; Gutwald et al., 2019; Hamza et al., 2023].

Nachsorgekonzept

Zur Blutstillung können postoperativ Tupfer eingelegt werden, um die Wunde zu komprimieren [DGZMK, 2019]. Als bedarfsgerechte Analgesie eignen sich Schmerzschema mit nicht-steroidalen Antiphlogistika (NSAR) wie Ibuprofen (max. 2.400 mg pro Tag) oder Paracetamol (max. 2.000 mg pro Tag). Kombinationen aus 200–600 mg Ibuprofen alle 6 h mit 500–1.000 Paracetamol alle 6 h sowie Ibuprofen mit Metamizol 0,5–1 g alle 6 h wirken sich positiv aus [Cho et al., 2017; Schneider et al., 2022].

Empfohlen werden weiche Kost, feucht-kalte Umschläge, körperliche Schonung, eine Kopf-Hochlagerung, Nikotin- und Alkoholkarenz sowie eine regelmäßige Mundhygiene [DGZMK, 2019]. Bei positiver Mund-Antrum-Verbindung (MAV) sollten die Patienten ein Schnäuzverbot einhalten, es wird zur Einnahme von abschwellenden

Nasentropfen geraten und in diesem Fall zur antibiotischen Abschirmung. Die Kontrolle und Vorstellung zur Fadenentfernung erfolgt zwischen dem siebten und dem zehnten postoperativen Tag [Schwenzer, 2019].

Fazit

Die operative Entfernung von Weisheitszähnen stellt für den Behandler eine individuelle Herausforderung mit unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden dar. Die verschiedenen Techniken von der Diagnostik über die Planung, die operative Durchführung bis zur Nachsorge müssen individuell auf den Patienten abgestimmt und gemeinsam mit ihm abgewogen werden. ■



ZM-LESERSERVICE

Die Literaturliste kann auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.



Zi Zentralinstitut
kassenärztliche
Versorgung

KZBV
» Kassenzahnärztliche
Bundesvereinigung

Das Zahnärzte-Praxis-Panel - Ihre Unterstützung ist gefragt!

Das **Zahnärzte-Praxis-Panel** – kurz **ZäPP** – ist eine bundesweite Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation und zu den Rahmenbedingungen in Zahnarztpraxen. Rund 34.000 Praxen haben dafür die Zugangsdaten zur Befragung erhalten.

Sie haben auch Post bekommen? – Dann machen Sie mit!

- **Für den Berufsstand!** Das ZäPP dient Ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) als Datenbasis für Verhandlungen mit Krankenkassen.
- **Vorteil für Sie!** Finanzielle Anerkennung für Ihre Mitarbeit.
- **Vorteil für Sie!** Kostenloses Online-Berichtsportal mit interessanten Kennzahlen und vielfältigen Vergleichsmöglichkeiten für Ihre Praxis.
- Wir garantieren **Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten!**

**Abgabefrist verlängert bis
29. Februar 2024**



Sie haben Fragen zum ZäPP?

Weitere Informationen im Internet unter

www.kzbv.de/zaepp · www.zaep.de

Oder einfach QR-Code mit dem Smartphone scannen.



Ansonsten erreichen Sie bei Bedarf die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** unter der Rufnummer 0800 4005 2444 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 16 Uhr. Oder E-Mail an kontakt@zi-ths.de

Unterstützen Sie das ZäPP – In Ihrem eigenen Interesse!



Abb. 1: frakturierte Labialfläche einer implantatgetragenen Krone an Position 12

Foto: Florian Beuer

FORTBILDUNG „LÖSUNGEN FÜR KLINISCHE HERAUSFORDERUNGEN“

Möglichkeiten der intraoralen Reparatur von Verblendkeramikfrakturen

Stefano Pieralli, Florian Beuer

Die häufigste Komplikation in der festsitzenden Implantatprothetik und bei festsitzenden Restaurationen ist die Abplatzung von Teilen der keramischen Verblendung. Dabei entsteht durch das Chipping immer auch ein ästhetisches Problem. Wir zeigen anhand von zwei Fallbeispielen effiziente Möglichkeiten der intraoralen Reparatur.

Speziell bei Zirkonoxidrestaurationen der ersten Generation war die Abplatzung von Verblendkeramik die Art von Misserfolg, die schließlich zur Weiterentwicklung hin zu den monolithischen Restaurationen führte. Denn die Misserfolgsraten betragen über zehn Prozent nach drei Jahren [Beuer et al., 2009; 2010] und 32 Prozent nach zehn Jahren [Sax et al., 2011]. Vor gut einem Jahrzehnt war

dies eines der bestimmenden Themen auf den prothetischen Kongressen und viele Forschergruppen weltweit befassten sich damit.

Durch Anpassung der Brandführung während der Verblendung und vor allem durch den Einsatz digital gefertigter Verblendungen aus Lithiumdisilikat verbesserte sich die klinische Bewährung signifikant [Cacaci et al.,

2017; Cantner et al., 2019]. Mit dem Erfahrungshorizont von gut anderthalb Jahrzehnten stellt sich aus heutiger Perspektive die Frage, ob eine Abplatzung von Keramik nun einen klinischen Misserfolg darstellt oder nicht.

Die Frage lässt sich nicht pauschal beantworten, denn in manchen Fällen ist die Abplatzung einer relativ kleinen Keramikscherbe durchaus ein absolu-

ter Misserfolg, der zu einer Neuanfertigung der prothetischen Restauration führt (Abbildung 1). In den meisten Situationen wird jedoch die Entfernung der entstandenen scharfen Kante, vor allem bei kleineren Frakturen im Seitenzahnbereich, ausreichend sein. Damit ist die Funktion jedoch nicht komplett wiederhergestellt.

Die Frakturmuster unterscheiden sich bei den verschiedenen Fertigungskonzepten. Während verblendete Gerüste aus Metalllegierungen und aus Zirkonoxid zu großflächigen Abplatzungen neigen, bei denen im Fall der Metallgerüste die Fraktur oft bis zum Gerüst reicht (Fallbeispiel 1), zeigen Restaurationen aus hochfesten Glaskeramiken häufig nur minimale Abfrakturen (Fallbeispiel 2).

In einer randomisierten klinischen Studie hatten mit Lithiumdisilikat verblendete Seitenzahnbrücken signifikant weniger Verblendungsfrakturen als klassisch verblendete Zirkonoxidgerüste, auch die Ausdehnungen der Fraktur unterschieden sich. Lithiumdisilikat zeigte kleine Splitterfrakturen, während die klassische Verblendkeramik großflächiger abplatzte [Grohmann et al., 2015].

Eine keramische Verblendung erhält ihre Eigenschaften durch eine Reihe von Arbeitsschritten, die jedoch immer die Verarbeitung im keramischen Ofen erfordern. Die vollständige Reparatur einer solchen Verblendung wäre deshalb folgerichtig nur außerhalb des Mundes im keramischen Ofen durch erneutes Anbrennen von Verblendkeramik möglich. Auf Zähnen ist dies kaum denkbar, da die Restauration ja fest eingesetzt ist und eine gewaltsame Entfernung eher noch mehr Schäden verursachen würde. Bei Implantaten wäre dies eventuell vor allem bei verschraubten Lösungen einfacher, doch auch hier ist die keramische Restauration meist mit einer Titanklebebasis verbunden, von der sie gelöst werden müsste.

Die Hauptschwierigkeit bei der Reparatur im keramischen Ofen dürfte aber die Wasseraufnahme der Verblendkeramik während ihrer Zeit im Mund sein. Durch die während des Verblendvorgangs entstandenen Einschlüsse und



Dr. Stefano Pieralli

Abteilung für Zahnärztliche Prothetik, Funktionslehre und Alterszahnmedizin, Centrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Aßmannshauer Str. 4–6, 14197 Berlin

Foto: privat

Poren nimmt die Verblendung auch eine gewisse Menge an Wasser durch die Feuchtigkeit in der Mundhöhle auf. Während des Aufheizvorgangs im Ofen, selbst wenn er langsam und vorsichtig durchgeführt wird, kommt es häufig vor, dass durch die Ausdehnung des Wassers bei der Temperaturerhöhung und beim Verdampfen die Verblendung großflächig abgesprengt wird. Selbst wenn es also möglich sein sollte, die verblendete Restauration extraoral neu zu bearbeiten, müsste diese vorab erst aufwendig und langwierig getrocknet werden – kein wirklich praktikabler Ansatz für die Reparatur.

Welche pragmatischen Alternativen gibt es also? Es bietet sich eine direkte Reparatur im Patientenmund mit Komposit an. Wenn man es schafft, zu den Oberflächen der Restauration eine adhäsive Verbindung herzustellen, ist die Vorgehensweise ähnlich dem Schichten einer Kompositfüllung [Proano et al., 2021].

Patientenfall 1

Anhand eines klinischen Beispiels soll die Vorgehensweise bei einer großflächigen Verblendfraktur kurz erklärt werden. Ein 85-jähriger Patient stellte sich mit einer großflächig frakturierten metallkeramischen Restauration am Zahn 37 vor.

Um ein sauberes und trockenes Arbeitsfeld zu haben, das für den erfolgreichen adhäsiven Verbund des Komposits zu den Restaurationsoberflächen entscheidend ist, wurde Kofferdamspanngummi angelegt (Abbildung 2a), die verbleibenden Spalten wurden mit Teflonband abgedichtet



Univ.-Prof. Dr. Florian Beuer, MME

Direktor der Abteilung für Zahnärztliche Prothetik, Funktionslehre und Alterszahnmedizin, Centrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Aßmannshauer Str. 4–6, 14197 Berlin
florian.beuer@charite.de

Foto: Florian Beuer

- **1994–1999:** Studium der Zahnheilkunde an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München
- **2000–2001:** Assistent in freier Praxis
- **2002–2015:** Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Funktionsoberarzt, Oberarzt und leitender Oberarzt an der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der LMU (Direktor: Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Gernet)
- **2007–2008:** Forschungsaufenthalt am Pacific Dental Institute in Portland/Oregon, USA (Direktor: John A. Sorensen DMD, PhD)
- **2015:** Direktor Zahnärztliche Prothetik, Alterszahnmedizin und Funktionslehre, Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- **2020:** Editor in Chief International Journal of Computerized Dentistry (Quintessence Publishing Group)
- **2021:** Präsident Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI)
- **2022:** Active Fellow American Academy of Prosthodontics



ZM-LESERSERVICE

Die Literaturliste kann auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

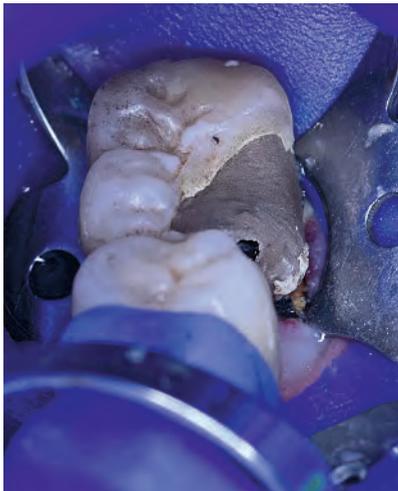


Abb. 2a: frakturierte Verblendung einer metallkeramischen Versorgung an Zahn 37 nach Anlegen des Kofferdamgummis

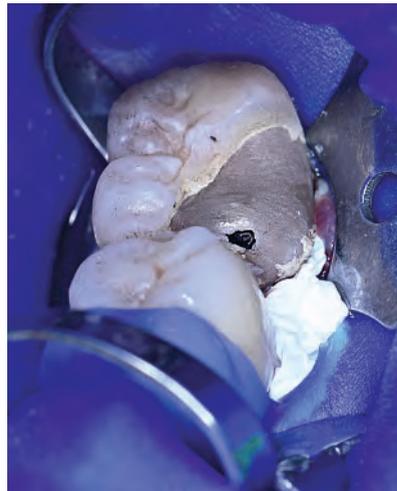


Abb. 2b: Abdichten des Arbeitsfeldes mit Teflonband



Abb. 3: abgestrahlte Oberfläche

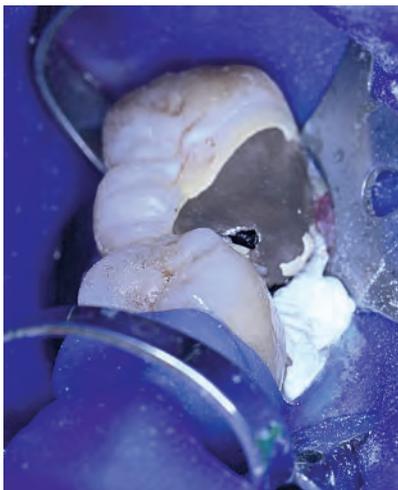


Abb. 4: aufgetragener Haftvermittler

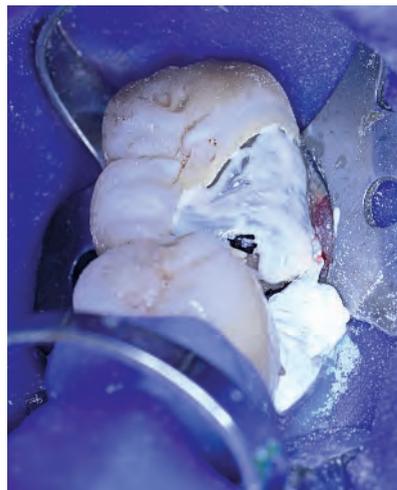


Abb. 5a: erste Schicht des aufgetragenen Opakers

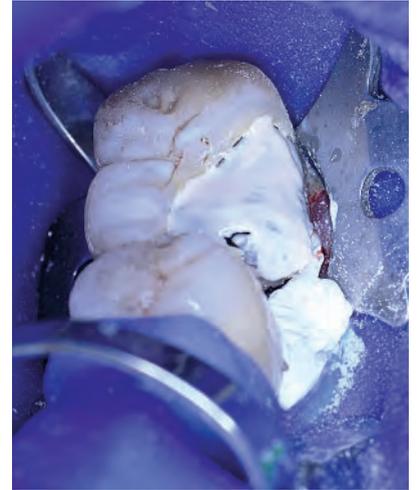


Abb. 5b: vollständige Abdeckung des Metallgerüsts nach dem Auftragen der zweiten Schicht Opaker

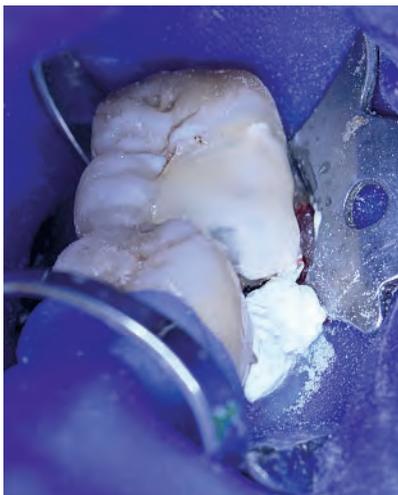


Abb. 6a: erste Schicht Komposit aufgetragen

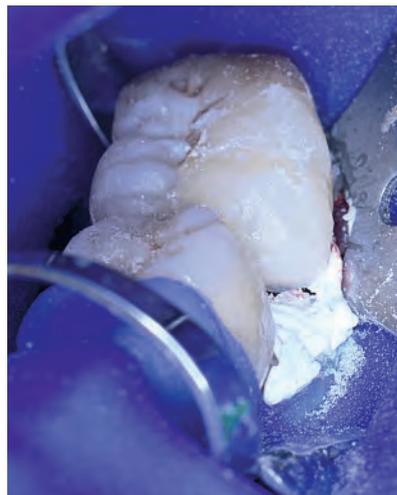


Abb. 6b: anatomische Form des Zahnes mittels Komposit wiederhergestellt



Abb. 7: Ausgearbeitet und poliert: die reparierte Restauration

Fotos: Florian Beuer

(Abbildung 2b). Als Nächstes wurde die Oberfläche mittels Abstrahlen (Cojet Sand 30 µm Körnung, 3M, Landsberg am Lech) gereinigt und angeraut (Abbildung 3). Zur Herstellung des adhäsiven Verbunds zum Metallgerüst und zur verbliebenen Verblendkeramik bietet sich die Verwendung eines Universaladhäsivs an (hier: Monobond Plus, Ivoclar, Schaan, Liechtenstein). Das Universaladhäsiv wurde in einer Schicht aufgetragen und anschließend wurden 60 Sekunden Trocknungszeit abgewartet (Abbildung 4).



Abb. 8: frakturierte mesiale Kante am Brückenpfeiler Zahn 11

Da das Metallgerüst exponiert war und das Füllungskomposit nicht in der Lage ist, das Metall vollständig abzudecken, ohne dass später ein grauer Schleier sichtbar ist, wurde ein Kompositopaker (SR Nexco Opaker, Ivoclar) in zwei Schichten deckend aufgetragen und photopolymerisiert (Abbildung 5). Anschließend wurde die anatomische Kontur des Zahnes mit einem Komposit in Schichttechnik wiederhergestellt (Abbildung 6). Nach Entfernung des Kofferdams wurde die Okklusion kontrolliert.

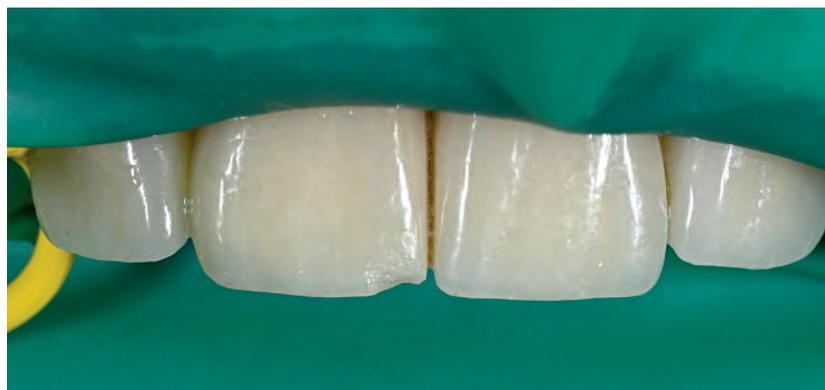


Abb. 9: isolierte Fraktur nach Anlegen des Kofferdamgummis

Auf der reparierten Oberfläche sollten sich vor allem keine Frühkontakte und Kontakte in der dynamischen Okklusion befinden. Schließlich erfolgte die Politur mit einem Kompositpoliersystem (Abbildung 7).

Patientenfall 2

Die 40-jährige Patientin stellte sich zweieinhalb Jahre nach Insertion einer dreigliedrigen Brücke aus Lithiumdisilikat mit Verblendung in den ästhetisch relevanten Bereichen mit einer Fraktur der mesialen Ecke der Krone des zentralen Schneidezahns vor (Abbildung 8).



Abb. 10: durch Teflonband geschützte intakte Verblendung

Eine reine Politur oder eine extraorale Reparatur kamen aus den oben genannten Gründen als Therapie nicht infrage. Daher wurde auch hier der Weg der direkten intraoralen Reparatur mit Komposit gewählt [Proano et al., 2021]. Um ein trockenes und sauberes Arbeitsumfeld zu haben, wurde Kofferdamspanngummi angelegt (Abbildung 9) und die intakte Keramikoberfläche mit Teflonband geschützt (Abbildung 10). Somit konnte sichergestellt werden, dass während des an-



Abb. 11: abgestrahlte Oberfläche

schließenden Abstrahlens nur die zu bearbeitende Fläche behandelt wurde (Abbildung 11).

Der Ablauf gleicht dem oben beschriebenen Vorgehen, auch hier muss nun durch den Haftvermittler (Monobond Plus) chemisch an die zu reparierende Oberfläche angekoppelt werden (Abbildung 12). Dann kann allerdings sofort mit Komposit die anatomische Form wiederhergestellt und auf Opaker verzichtet werden. Das Komposit wird im Überschuss aufgetragen (Abbildung 13), anschließend ausgearbeitet und poliert (Abbildung 14). Das Ergebnis ist sowohl funktionell als auch ästhetisch ansprechend und die Reparatur fügt sich harmonisch in die Restauration ein. Auf Sprechabstand ist sie nicht erkennbar.

Diskussion

Die intraorale Reparatur stellt eine pragmatische Wiederherstellung der anatomischen Form einer frakturierten keramisch verblendeten Oberfläche dar [Saravia-Rojas et al., 2023]. Das Verfahren eignet sich sicher nicht für jede klinische Situation, kann aber oft die Zeit bis zur neuen Versorgung funktionell überbrücken und damit die klinische Einsatzzeit der frakturierten Restauration entscheidend verlängern.

Einschränkend muss sicherlich angemerkt werden, dass es sich um im Mund geschichtetes Komposit handelt und dieses von seinen sämtlichen Eigenschaften – Ästhetik, Oberflächenqualität, anatomische Form – der Verblendkeramik aus dem Labor unterlegen ist. Neben der okklusalen Belastung entscheidet der adhäsive Verbund des Komposits zur Restauration über den klinischen Erfolg. Bei Beachtung der oben genannten Punkte lässt sich manche Fraktur auch für den mittelfristigen Einsatz wiederherstellen und dem Patienten bleiben somit aufwendigere Versorgungsarten erspart.

Auch wenn es keine echten Langzeitdaten aus klinischen Studien gibt, empfiehlt sich als akute Maßnahme immer zuerst die beschriebene Reparatur, bevor man die aufwendige und invasive Erneuerung der Restauration plant. ■



Abb. 12: aufgetragener Haftvermittler

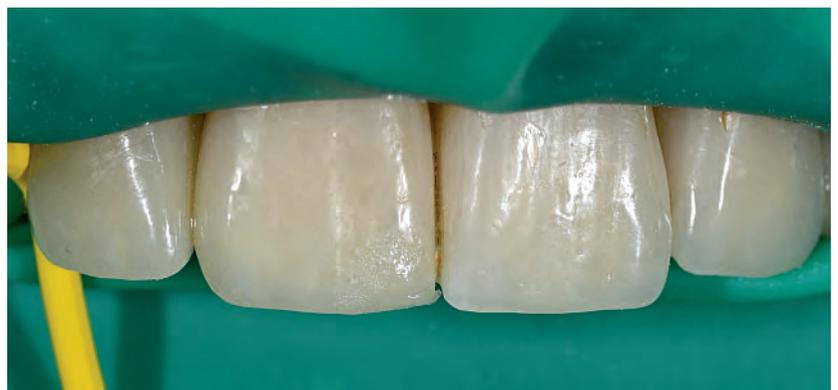


Abb. 13: Komposit im Überschuss aufgetragen



Abb. 14: Ausgearbeitet und poliert: die reparierte Restauration

Fotos: Stefano Pieralli



**CME AUF
ZM-ONLINE**

**Möglichkeiten der intraoralen Reparatur
von Verblendkeramikfrakturen**



Für eine erfolgreich
gelöste Fortbildung
erhalten Sie
zwei CME-Punkte
der BZÄK/DGZMK.

zm online

News ▾ CME ▾ Termine Archiv Inse



BESCHLUSS DES OBERLANDESGERICHTS FRANKFURT AM MAIN

Der behandelnde Arzt darf als Erbe eingesetzt werden

Die Erbeinsetzung eines behandelnden Arztes führt nicht zur Nichtigkeit eines Testaments, selbst wenn dieser selbst dem Patienten die Testierfähigkeit attestiert hat.



Foto: Zerbor – stock.adobe.com

Die Frau hatte ihren Arzt in mehreren Testamenten, zuletzt in einem Dokument aus dem Jahr 2021, neben Freunden und Verwandten zum Miterben eingesetzt. Dieses Testament hatte sie ihm vorgelegt und ihn um Bestätigung ihrer Testierfähigkeit gebeten. Der Arzt hatte einen entsprechenden Vermerk auf dem Testament angebracht. Nach dem Tod der Frau hatten der Mediziner und zwei weitere Miterben die Erteilung eines Erbscheins auf der Grundlage dieses Testaments beantragt.

Einer der Miterben hatte daraufhin das Testament mit der Begründung angefochten, es liege ein Verstoß gegen § 32 der Berufsordnung der hessischen Ärztekammer vor. Demnach ist es „Ärztinnen und Ärzten nicht gestattet, von Patientinnen und Patienten [...] Geschenke oder andere Vorteile [...] sich versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Ein-

druck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird“. Des Weiteren sei die herzkranken und pflegebedürftige Frau testierunfähig gewesen. Der Miterbe hatte seinerseits ebenfalls einen Erbscheinsantrag auf der Grundlage eines vorangegangenen Testaments gestellt.

Ein Verbot wäre ein unangemessener Eingriff in die Testierfreiheit

Das Nachlassgericht hatte beide Erbscheinsanträge zurückgewiesen. Das Testament aus dem Jahr 2021 sei wegen der Erbeinsetzung des behandelnden Arztes ein Verstoß gegen die Berufsordnung und daher teilweise nichtig, so dass keiner der beiden Erbscheinsanträge gültig sei.

Vor dem Oberlandesgericht Frankfurt am Main (OLG) hatte die dagegen eingereichte Beschwerde des behandelnden Arztes indes Erfolg: Der Arzt

Das Oberlandesgericht Frankfurt am Main (OLG) hat auf eine Beschwerde hin dem Erbscheinsantrag des behandelnden Arztes stattgegeben.

sei wirksam als Miterbe eingesetzt worden, stellte das Gericht fest. Die berufsständische Regelung in der Satzung der Landesärztekammer stelle zwar im Ausgangspunkt ein Verbotsgesetz im Sinne von § 134 des BGB dar. Eine verfassungskonforme Auslegung ergebe jedoch, dass ein etwaiger Verstoß des Arztes nicht zur Nichtigkeit der Testierung durch den Erblasser führt.

Anders als vergleichbare Verbotsgesetze für den Bereich der Pflege in Heimen, deren Schutzbereich auch den Testierenden erfasse, richte sich § 32 der ärztlichen Berufsordnung in erster Linie an den behandelnden Arzt als Mitglied der Ärztekammer und enthalte demnach kein Testierverbot. „Eine solche Auslegung würde einen unangemessenen Eingriff in die durch Art. 14 Abs. 1 GG geschützte Testierfreiheit darstellen“, begründeten die Richter ihre Entscheidung.

Konkrete Anhaltspunkte für eine Testierunfähigkeit der Erblasserin liegen demnach ebenso wenig vor.

Die Entscheidung ist anfechtbar. Weil es sich um eine bislang noch nicht höchstrichterlich entschiedene Frage handelt, hat das OLG die Rechtsbeschwerde zum Bundesgerichtshof zugelassen. *ck*

Oberlandesgericht Frankfurt am Main
Az.: 21 W 91/23
Beschluss vom 21. Dezember 2023

Amtsgericht Kassel
Az.: 790 VI 3008/22 S
Beschluss vom 24. Mai 2023

ERWEITERTE BEFUGNISSE DER KRANKENKASSEN DURCH DAS GDNG

Eine neue Form der Übergriffigkeit

Das kürzlich verabschiedete Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) enthält eine Neuerung: Kranken- und Pflegekassen werden berechtigt, die Daten ihrer Versicherten auszuwerten und diese bei Verdacht auf bestimmte Erkrankungen zu kontaktieren. Keine gute Idee, finden die Heilberufe. Den Kassen fehle dafür die medizinische Kompetenz. Verbraucher- und Datenschützer warnen vor Diskriminierung.

Konkret macht sich die Kritik am GDNG-Paragrafen 25b fest. Er trägt die Überschrift „Daten-gestützte Erkennung individueller Gesundheitsrisiken durch die Kranken- und Pflegekassen“ und soll den Gesundheitsschutz verbessern. Dahinter steckt die Idee, dass die Analyse von Versichertendaten Hinweise auf schwere Erkrankungen wie Krebs liefern kann oder aber auf Arzneimittel-unverträglichkeiten und Impflücken. In solchen Fällen sollen die Kassen ihre Versicherten künftig direkt ansprechen dürfen, um ihnen weitere Schritte zu empfehlen, zum Beispiel einen Besuch beim Arzt.

Vor der Verabschiedung des GDNG im Bundestag am 14. Dezember 2023 hatten Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) gefordert, Paragraf 25b ersatzlos zu streichen. Die Intention hinter der Regelung sei zwar anerkenntenswert, aber: „Da allein auf daten-gestützten Auswertungen ergehende Empfehlungen ohne medizinisches Korrektiv fehleranfällig sein können und wegen ihrer weitreichenden Wirkung möglicherweise die Versicherten verunsichern, müssen solche Auswertungen zwingend vor Aussprache einer Empfehlung durch einen approbierten (Zahn)Mediziner auf ihre Plausibilität überprüft werden.“

Aus Sicht der Berufsvertretungen ist zudem das Vertrauen der Patienten in ihre Zahnärztin oder ihren Zahnarzt

in Gefahr, wenn aus deren Sicht – der Empfehlung der Krankenkasse zum Trotz – kein Handlungsbedarf besteht. Die Leistungserbringer könnten sich in dem Dilemma wiederfinden, dass Patientinnen und Patienten die empfohlene Leistung dennoch einfordern. Dann würden „Leistungen zur Beruhigung der Versicherten und zur Vermeidung eines seitens der Versicherten in Aussicht gestellten Praxiswechsels bei Nichtbehandlung“ denkbar, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind.

Sind die Daten gut genug?

Auch die Bundesärztekammer (BÄK) hat Vorbehalte. Vor der Verabschiedung des Gesetzes gab sie zu bedenken, dass die Empfehlungen der Kranken- und Pflegekassen auf unbereinigten Abrechnungsdaten basieren und daher von der Qualität nicht ausreichend seien.

„Eine Ableitung der Morbidität eines Patienten ist mit Abrechnungsdaten nur unzureichend möglich. Das liegt daran, dass für Abrechnungszwecke oftmals Details einer mit ICD-10 kodierten Diagnose entfallen können, weil sie für die Verrechnung einer Leistung obsolet sind oder sich Krankheitsbilder nicht exakt und abgrenzungsfrei mit diesem Code-System beschreiben lassen“, erklärte die BÄK auf unsere Nachfrage. Auf eine ähnliche Problematik habe man auch schon im Zusammenhang mit der Einführung der

elektronischen Patientenakte (ePA) hingewiesen: „In die ePA eines Patienten können die Krankenkassen die ihnen vorliegenden Abrechnungsinformationen einspielen. Auch hier haben wir Rückmeldungen von ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, dass dies zur Verwirrung beziehungsweise Verunsicherung bei Patienten und ihren behandelnden Ärzten führt, weil die festgestellten ärztlichen Diagnosen nicht wortgleich erkennbar sind und Falschdiagnosen bis hin zu Abrechnungsbetrug vermutet wird. Ein vertrauensvolles Patienten-Arzt-Verhältnis wird dadurch aus unserer Sicht beeinträchtigt.“ Die BÄK hätte es sinnvoller gefunden, zunächst in Pilotprojekten zu evaluieren, ob automatisierte Datenauswertungen den Gesundheitsschutz tatsächlich, wie angedacht, verbessern können.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) weist die Kritik zurück. Paragraf 25b sehe keine medizinische Diagnosestellung durch die Kranken- und Pflegekassen vor, teilte eine Sprecherin des Ministeriums auf Anfrage der zm Anfang Dezember mit. Wenn sich auf Basis der Abrechnungsdaten jedoch Anzeichen für das mögliche Vorliegen einer seltenen Erkrankung oder einer schwerwiegenden Gesundheitsgefährdung ergeben, stehe den Kassen nun eine Erweiterung ihrer bereits gesetzlich geregelten Aufgabe, Versicherte zu beraten und gezielt zu informieren, zur Verfügung. „Die ärztliche Behandlungsfreiheit und die Wahlfreiheit des Versicherten wird nicht eingeschränkt. Auch die Kranken- und Pflegekassen haben kein Interesse daran, ihre Versicherten durch ungeeignete oder unbegründete Hinweise zu verunsichern und dadurch die Inanspruchnahme unnötiger Leistungen zu verursachen.“

Allein auf Datenanalysen gestützte Empfehlungen ohne medizinisches Korrektiv sind fehleranfällig.

Aus der Stellungnahme von KZBV und BZÄK zum GDNG

Das GDNG erlaubt Krankenkassen, die Abrechnungsdaten ihrer Versicherten auszuwerten und jene – gegebenenfalls auch ohne vorherige ärztliche Konsultation – zu kontaktieren.

Foto: pikselstock - stock.adobe.com



Auch Thomas Moormann vom Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) sieht Schwierigkeiten bei der Datenqualität. „Die Abrechnungsdaten sind häufig fehlerhaft, kodierte Diagnosen entsprechen oft nicht der Realität. So ist es doppelt problematisch, wenn aus Kodierfehlern zusätzlich ein Behandlungsbedarf abgeleitet wird. Und eine Benachrichtigung wird bei den Versicherten immer Ängste auslösen, nicht nur, wenn es sich um eine mögliche Krebserkrankung handelt.“ Den Nutzen der neuen Regelung zieht er auch aus dem Grund in Zweifel, dass für das Erkennen zum Beispiel unerwünschter Arzneimittelwirkungen oder fehlender Impfungen eigentlich eine funktionierende ePA ausreiche. „Das wäre die viel elegantere Lösung“, betont Moormann.

Gute Versicherte, schlechte Versicherte

Thomas Müller, Referatsleiter beim BfDI (Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit), hatte im Vorfeld der Verabschie-

dung des Gesetzes angemahnt, dass Paragraph 25b des SGB V-E aus seiner Sicht gegen das sozialdatenschutzrechtliche Trennungsgebot verstößt. Die Kassen würden durch das Gesetz ermächtigt, alle ihnen vorliegenden Sozialdaten sektorenübergreifend auszuwerten. „Dazu zählen neben Abrechnungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung auch personenbezogene Daten, die im Zusammenhang mit Arzneimittelversorgung, stationärer Versorgung und sonstigen Leistungserbringenden erhoben wurden“, führt er aus.

Müller leitet beim BfDI das Referat Kranken- und Pflegeversicherung. „Diese Zusammenführung und Auswertung von Datensätzen könnte es den Kassen ermöglichen, Gesundheitsprofile zu ihren Versicherten zu erstellen. Dies birgt ein erhebliches Diskriminierungspotenzial. Denn wenn die Kassen die Daten kennen, ist eine Risikoselektion möglich. Sie könnten dann zum Beispiel besonders kranke Versicherte aus der Versicherung drängen.“ Auch BZÄK und KZBV hatten in ihren Stellungnahmen

gefordert, dass die Erstellung von Risikoprofilen ausgeschlossen werden müsse.

Das BMG sieht diese Gefahr nicht gegeben, teilte die Sprecherin mit. Der Paragraph schließe explizit aus, dass Versicherte durch die Datenauswertungen und Hinweise bevorzugt oder benachteiligt werden dürfen. Das Gesetz stelle keine Erweiterung der technischen Möglichkeiten der Kranken- und Pflegekassen dar, unzulässige Datenauswertungen vorzunehmen. Zudem hätten die Versicherten die Möglichkeit, der Datenauswertung per Opt-out-Lösung gegenüber ihrer Krankenkasse zu widersprechen.

Aus Sicht des BfDI hätte man einen möglichen Datenmissbrauch ganz einfach umgehen können: „Eine Alternative wäre die Auswertung der Versichertendaten durch eine unabhängige Stelle gewesen, zum Beispiel durch den Medizinischen Dienst. Für die Versicherten bliebe der Nutzen der Maßnahme, aber ohne die Gefahr der Diskriminierung.“ *sth*



Foto: Svillana - adobe.stock.com

Damit eine Geschichte erzählt werden kann, braucht es zwei Protagonisten – einen, der erzählt, und einen, der zuhört.

GELUNGENE PATIENTENKOMMUNIKATION

Von der Kunst des Zuhörens

Sandra Campo

Wer die Kunst des Zuhörens beherrscht, ist – ja! – ein besserer Freund, Kollege und Zahnarzt. Was gutes Zuhören ausmacht und warum es ohne Aufgeschlossenheit, Herz und Willen nicht geht, erfahren Sie hier.

Ein Schmerzpatient kommt in die Sprechstunde, holt tief Luft und berichtet in epischer Breite von seinen Beschwerden. Nach den ersten Sekunden schalten Sie ab („Downloaden“, siehe unten), denn Sie wissen ja bereits die Lösung für sein Problem und Zeit haben Sie auch nicht. Noch bevor der Patient fertig ist, steht die Diagnose fest. Pochende Schmerzen, ältere Prothetik, keine Vitalität: ein endodontisches Problem. Der Zahn wird trepaniert.

Wenn Sie hier allerdings überhört haben, dass der Patient am Tage zuvor zwei Stunden Holz gehackt hat, sind Sie möglicherweise falsch abgelenkt.

Natürlich haben sich behandlungsspezifische Anamnesebögen bewährt, nicht nur bei CMD- und/oder Schmerzpatienten, und selbstverständlich nicht nur, um Zeit zu sparen. Je genauer Sie die Patientengeschichte vorab kennen,

desto gezielter können Sie nachfragen. So können Sie das Gespräch lenken und erhalten in kurzer Zeit die wirklich relevanten Informationen.

Gezielte Fragen können sein:

- Was genau wurde bereits unternommen, um das Problem oder die Schmerzen zu behandeln?
- Was hat zur Beseitigung beziehungsweise Linderung Ihrer Beschwerden beigetragen?
- Welche Erwartungen haben Sie an die bevorstehende Beratung/Behandlung?
- Wie stellen Sie sich Ihre neuen Zähne vor?
- Was genau soll nach der Korrektur anders sein?
- Zu welcher Behandlungsmethode tendieren Sie?
- Wären Sie bereit eine ... zu tragen, eine ... durchführen zu lassen?



Sandra Campo

Zahnärztin, M.Sc. für Kieferorthopädie
Zertif. Business-Coachin, Gründerin von TeamAligner
Praxiscoaching & Teamentwicklung
info@teamaligner.de
Foto: Sandra Wiering, Artphoto

Wenn Sie Fragen stellen und zusammenfassen, was der Patient im (Erst-)Gespräch erzählt hat, verhindern Sie, dass Sie aneinander vorbeireden. Das spart im weiteren Behandlungsverlauf zeit- und nervenaufreibende Nachkorrekturen. Denn wer sich nicht wahrgenommen und verstanden fühlt, wird versuchen, durch noch mehr Aktion die Aufmerksamkeit des Zuhörers zu erlangen. Durch aktives, empathisches Zuhören wird sich die Redezeit ihrer Patienten also von selbst verkürzen, denn sie fühlen sich schneller „erhört“.

Zuhören ist nicht gleich Zuhören

Der deutsche Ökonom und Wissenschaftler Dr. Claus Otto Scharmer, der am Massachusetts Institute of Technology (MIT) in Cambridge zum Thema Zuhören forscht, teilt das Zuhören in vier Ebenen ein [Scharmer, 2020]:

Das Downloading: Beim sogenannten Downloaden gleichen wir das, was wir hören, mit dem, was wir schon kennen, ab. Auf der Basis unseres vorhandenen Wissens bestätigen wir

WARUM UNS DAS ZUHÖREN SO SCHWERFÄLLT

Zum einen kann das menschliche Gehirn schneller denken, als jemand anderes reden kann. Wir können bis zu 180 Wörter pro Minute sprechen, unser Gehirn kann aber bis zu 1.000 Wörter pro Minute verarbeiten. Es ist beim Zuhören schnell unterfordert – und wir nutzen die verbleibende Hirnkapazität im besten Fall, um uns Lösungen zu überlegen. Und während wir abschweifen, über Alltägliches nachdenken oder uns eine Antwort zurechtlegen, sind wir mit unserer Aufmerksamkeit nicht mehr beim Sprecher. Genau da liegt die Gefahr, wichtige Information zu verpassen.

Zum anderen möchten wir gerne die Zuneigung unseres Gegenübers erfahren: Der Wunsch nach positiver Rückmeldung treibt uns voran, möglichst schnell eine Lösung für andere zu finden. Mediziner sind genau dafür ausgebildet. Es ist ihre Profession, zu helfen und Lösungen für medizinische Probleme zu generieren. Doch gerade diese edle Absicht steht ihnen beim Zuhören häufig im Weg.

MedTriX Group



Foto: Aldeca Productions – stock.adobe.com

NEU
jetzt
abonnieren!

DENTAL & WIRTSCHAFT

Deutschlands neues Wirtschaftsmagazin für Zahnärztinnen und Zahnärzte. 6x im Jahr finden Sie hier zum Preis von 40€ (inkl. MwSt. und Versand) News und Ratgeber-Beiträge rund um die Themenfelder:

- Abrechnung
- Praxisführung
- Finanzierung
- Recht und Steuern
- Vorsorge und Gesundheitspolitik
- Aktuelles aus der dental-medizinischen Forschung



Jetzt abonnieren! Entweder hier scannen oder abonnieren unter:
www.dental-wirtschaft.de/heft-abo/

unsere eigenen Erwartungen durch das Gehörte. Es kommen keine neuen Informationen dazu. Dieses Downloaden wenden wir unbewusst in Alltags- und Routinesituationen an, um uns vor einer Informationsüberflutung zu schützen. Dabei sind wir ganz auf unsere eigene Welt konzentriert. Zum Beispiel haben Sie in der Frühbesprechung festgelegt, welcher Patient in welches Behandlungszimmer gesetzt wird. Nun kommt Ihre Mitarbeiterin und sagt: „Patient XY sitzt in Zimmer 1!“ Sie laden die Information herunter, die Sie auch erwartet haben.

Das faktische Zuhören: Dabei gleichen wir unser Wissen mit neuen Informationen ab. Wir filtern die Unterschiede heraus zwischen dem, was wir hören, und dem, was wir bereits über das Thema wissen. Der Fokus liegt ganz auf den neuen Informationen. Faktisches Zuhören wenden wir etwa bei Fortbildungen an. Es ist Voraussetzung für jeglichen Wissenszuwachs. Die innere Bereitschaft dazulernen zu wollen, ein „open mind“, bildet die Basis für faktisches Zuhören.

Das aktive oder empathische Zuhören: Diese Form des Zuhörens geht auf den Psychologen und Psychotherapeuten Carl R. Rogers zurück [Rogers, 1985]. Ende der 1950er-Jahre entwickelte er in den USA sein „Klienten-zentriertes Zuhören“ mit dem Ziel, Vertrauen beim Patienten aufzubauen und ihn darin zu unterstützen, eigene Lösungen für seine Probleme zu finden. Beim aktiven Zuhören kommt dem Zuhörenden eine zentrale, aktive Rolle zu. Durch den Einsatz professioneller Gesprächstechniken – wie Reflektieren (Wiederholen des Gesagten), Paraphrasieren (Wiedergabe oder Zusammenfassen des Gesagten mit eigenen Worten), gezieltes Fragen und Senden von Aufmerksamkeitssignalen (zustimmendes Nicken und Laute wie Aha, hmm, ja etc.) – signalisieren wir unserem Gesprächspartner, dass wir mit unserer ganzen Aufmerksamkeit bei ihm sind und uns um Verständnis bemühen. Beim aktiven Zuhören bekommen wir Zugang zu den Erwartungen, Erfahrungen, Gefühlen und Meinungen unseres Gegenübers. Der Zuhörende erfährt mehr als die reine Sachinformation, er hört „zwischen den Zeilen“. Aktives Zuhören eignet sich besonders gut für Erstberatungen von Schmerzpatienten, für Patienten mit einem umfangreichen Behandlungswunsch, für Mitarbeitergespräche oder im Beschwerdemanagement. Damit aktives Zuhören gelingen kann, ist eine sehr offene und wertfreie innere Haltung, ein „open heart“ beim Zuhörer notwendig.

Das generative oder schöpferische Zuhören: Bei dieser Form des Zuhörens sollen beim Sprechenden neue Ideen und Gedanken entstehen. Damit das funktioniert, benötigt der Redner eine entspannte, offene Atmosphäre. Der Zuhörende nimmt sich vollständig zurück und gibt dem anderen möglichst viel Raum für seine Worte. Das generative Zuhören kann nur gelingen, wenn der Zuhörende seine eigenen Ideen und Lösungsansätze zurückstellt und dem Sprechenden wertfrei und aufmerksam begegnet. Scharmer beschreibt diese innere Haltung als „open will“, also als Wille, neue Ideen und Lösungsansätze zu fördern und zuzulassen. In der Praxis eignet sich diese Form des Zuhörens gut für Teambesprechungen und immer dann, wenn Lösungen und neue Ideen gefragt sind, oder auch für Fallbesprechungen unter Kollegen.



KLEINER „ZUHÖR-KNIGGE“

- Schauen Sie Ihren Gesprächspartner an.
- Nehmen Sie eine wertfreie innere Haltung ein.
- Passen Sie sich dem Rhythmus des Sprechenden an.
- Lassen Sie Pausen zu, für beide Seiten.
- Unterbrechen Sie nach Möglichkeit nicht. Wenn doch, dann durch gezielte Fragen.
- Schaffen Sie eine möglichst ruhige Atmosphäre.

Foto: dagreuz – stock.adobe.com

Der stille Zuhörer ist der heimliche Gewinner

Alle diese vier Kategorien des Zuhörens sind wichtig im Umgang mit Patienten und Mitarbeitenden. Um empathisch und generativ zuhören zu können, braucht man etwas Übung. Trainieren Sie diese Technik in privaten Unterhaltungen, Sie werden überrascht sein, was Sie alles zu hören bekommen.

Da wir hörend geboren werden, können wir „nicht nicht hören“, so wie wir auch „nicht nicht kommunizieren“ können“. Zuhören dagegen ist ein aktiver Prozess, der

das rein neurologische Hörvermögen voraussetzt. Es hat immer eines zum Ziel: ein Verständnis dessen zu erlangen, was gesagt wurde. Wer aufmerksam zuhört, bekommt neue Informationen und lernt von und vor allem etwas über den anderen. Zuhören hat bei uns keine Tradition und damit kein hohes Ansehen in der Gesellschaft. Dabei ist der stille Zuhörer der heimliche Gewinner. Der Redner gibt sein Wissen von sich, der Zuhörer sammelt es ein! ■



ZM-LESERSERVICE

Die Literaturliste kann auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.



Bericht über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)

An die Arzneimittelkommission Zahnärzte BZÄK/KZBV
Chausseestr. 13, 10115 Berlin
e-mail-Anschrift: m.rahn@bzaek.de
Telefax: 030 40005 169

auszufüllen von der Bundeszahnärztekammer:

Pat Init	Geburtsdatum	m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>
----------	--------------	----------------------------	----------------------------

Beobachtete unerwünschte Wirkungen (Symptome, evtl. Lokalisation) - bitte unbedingt ausfüllen!

aufgetreten am:	Dauer:	lebensbedrohlich: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
-----------------	--------	---

Arzneimittel: <small>(von ZA/ZÄ verordnet)</small>	Dosis, Menge:	Applikation:	Dauer der Anwendung: <small>bitte unbedingt ausfüllen!</small>	Indikation:
1.				
2.				

Vermuteter Zusammenhang mit: Arzneimittel	dieses früher gegeben: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	vertragen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	UAW bei Reexposition: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
--	---	---	--

sonstige Medikation bei Allgemeinerkrankungen	wegen (Diagnose):

vermuteter Zusammenhang mit UAW ja nein

Anamnesticke Besonderheit: Nikotin Alkohol Arzneim.Abusus Leber-/ Nierenfunktionsstörungen Schwangerschaft

Sonstiges:

Bekannte Allergien/Unverträglichkeiten
nein ja gegen:

Verlauf und Therapie der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

Ausgang der unerwünschten Arzneimittelwirkung:

wiederhergestellt wiederhergestellt mit Defekt noch nicht wiederhergestellt unbekannt: Exitus

(ggf. Befund beifügen) Todesursache:

Weitere Bemerkungen (z.B. Klinikeinweisung, Behandlung durch Hausarzt/Facharzt, Befundbericht, Allergietestung etc.)

Bericht erfolgte zusätzlich an: BfArM Hersteller Arzneimittelkommission Ärzte

sonstige: Beratungsbrief erbeten:

Name des Zahnarztes - bitte unbedingt angeben! <small>(ggf. Stempel)</small>	Datum:
Praxisname:	Bearbeiter:
Straße/Haus-Nr.	
PLZ/Ort:	Formular drucken
Telefon/Fax:	Formular per E-Mail senden
e-mail:	

Fortbildungen

BADEN- WÜRTTEMBERG

FFZ/Fortbildungsforum Zahnärzte

Merzhauser Str. 114-116
79100 Freiburg
Tel. 0761 4506-160 oder -161
Fax 0761 4506-460
info@ffz-fortbildung.de,
www.ffz-fortbildung.de

Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe

Lorenzstraße 7
76135 Karlsruhe
Tel. 0721 9181-200
Fax 0721 9181-222
fortbildung@za-karlsruhe.de
www.za-karlsruhe.de

Zahnmedizinisches Fortbildungs- zentrum Stuttgart (ZfZ)

Herdweg 50
70174 Stuttgart
Tel. 0711 22716-618
Fax 0711 22716-41
kurs@z fz-stuttgart.de
www.z fz-stuttgart.de

BAYERN

eazf GmbH

Fallstraße 34
81369 München
Tel. 089 230211-422
Fax 089 230211-406
info@eazf.de
www.eazf.de

Anzeige

praxiskom®
AGENTUR FÜR PRAXISMARKETING

G f i

**DIGITALES
MARKETING**

#wespeakdental

BERLIN

Philipp-Pfaff-Institut Fortbildungseinrichtung der Zahnärztekammer Berlin und Landeszahnärztekammer Brandenburg,

Aßmannshauser Str. 4-6
14197 Berlin
Tel. 030 4147250
Fax: 030 4148967
Mail: info@pfaff-berlin.de
www.pfaff-berlin.de/kursboerse/

BRANDENBURG

Landeszahnärztekammer Brandenburg

Parzellenstraße 94
03046 Cottbus
Tel. 0355 38148-0
Fax 0355 38148-48
info@lzkb.de
www.die-brandenburger-
zahnaerzte.de

BREMEN

Fortbildungsinstitut der Zahnärztekammer Bremen

Universitätsallee 25
28359 Bremen
Tel. 0421 33303-70
Fax 0421 33303-23
info@fizaek-hb.de oder
www.fizaek-hb.de

HAMBURG

Zahnärztekammer Hamburg Zahnärztliches Fortbildungszentrum

Weidestraße 122 b
22083 Hamburg
Tel.: 040 733 40 5-0
Fax: 040 733 40 5-76
fortbildung@zaek-hh.de
www.zahnaerzte-hh.de

HESSEN

Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH

Rhonestraße 4
60528 Frankfurt
Tel. 069 427275-0
Fax 069 427275-194
seminar@fazh.de
www.fazh.de

Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen Fortbildungsmanagement

Lyoner Str. 21
60528 Frankfurt am Main
Tel. 069 6607-0
Fax. 069 6607-388
fortbildung@kzv.de
www.kzv.de

MECKLENBURG- VORPOMMERN

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern Referat Fort- und Weiterbildung

Wismarsche Str. 304
19055 Schwerin
Tel. 0385 489306-83
Fax 0385 489306-99
info@zaekmv.de
www.zaekmv.de/fortbildung

NIEDERSACHSEN

ZÄK Niedersachsen Zahnmedizinische Akademie Niedersachsen, ZAN

Zeißstr. 11a
30519 Hannover
Tel. 0511 83391-311
Fax 0511 83391-306

info@zkn.de
www.zkn.de

NORDRHEIN- WESTFALEN

Karl-Häupl-Institut der Zahn- ärztekammer Nordrhein

Hammfelddamm 11
41460 Neuss
Tel. 02131 53119-202
Fax 02131 53119-401
khi@zaek-nr.de
www.zahnaerztekammer
nordrhein.de

ZÄK Westfalen-Lippe Akademie für Fortbildung,

Auf der Horst 31
48147 Münster
Tel. 0251 507-604
Fax 0251-507 570
Akademie-Zentral@
zahnaerzte-wl.de
www.zahnaerzte-wl.de

RHEINLAND-PFALZ**Institut Bildung und
Wissenschaft der
Landes Zahnärztekammer
Rheinland-Pfalz**Langenbeckstr. 2
55131 MainzTel. 06131-9613660
Fax 06131-9633689www.institut-lzk.de
institut@lzk.de**Bezirks Zahnärztekammer
Rhein Hessen**Wilhelm-Theodor-
Römheld-Str. 24
55130 MainzTel. 06131 49085-0
Fax 06131 49085-12fortbildung@bzkr.de
www.bzkr.de unter
„Fort- und Weiterbildung“**Bezirks Zahnärztekammer
Pfalz**Brunhildenstraße 1
67059 LudwigshafenTel. 0621 5929825211
Fax 0621 5929825156bzk@bzk-pfalz.de
www.bzk-pfalz.de**Bezirks Zahnärztekammer
Koblenz**Bubenheimer Bann 14
56070 KoblenzTel. 0261 – 36681
Fax 0261 – 309011fortbildung@bzkkko.de
www.bzk-koblenz.de**Bezirks Zahnärztekammer Trier**Loebstraße 18
54292 TrierTel.: 0651 999 858 0
Fax: 0651 999 858 99info@bzk-trier.de
www.bzk-trier.de**SAARLAND****Ärzttekammer des Saarlandes
Abteilung Zahnärzte**Puccinistr. 2
66119 SaarbrückenTel. 0681 586080
Fax 0681 5846153mail@zaek-saar.de
www.zaek-saar.de**SACHSEN****Fortbildungsakademie der
LZK Sachsen**Schützenhöhe 11
01099 DresdenTel. 0351 8066101
Fax 0351 8066106fortbildung@lzk-sachsen.de
www.zahnaerzte-in-sachsen.de**SACHSEN-ANHALT****ZÄK Sachsen-Anhalt**Postfach 3951
39104 MagdeburgTel. 0391 73939-14,
Fax 0391 73939-20info@zahnaerztekammer-sah.de
www.zaek-sa.de**SCHLESWIG-
HOLSTEIN****Heinrich-Hammer-Institut
ZÄK Schleswig-Holstein**Westring 496,
24106 KielTel. 0431 260926-80
Fax 0431 260926-15hhi@zaek-sh.de
www.zaek-sh.de**THÜRINGEN****Fortbildungsakademie
„Adolph Witzel“ der
Landes Zahnärztekammer
Thüringen**Barbarossahof 16
99092 ErfurtTel. 0361 7432-107 / -108
Fax 0361 7432-270fb@lzkth.de
www.fb.lzkth.de**Bei Nachfragen:**

MedTriX GmbH, zm-veranstaltungen@medtrix.group

Zu den Fortbildungsterminen und der
Registrierung als Veranstalter gelangen Sie unter:www.zm-online.de/termine

WIDERSTANDSKÄMPFER UND „STAATSFENDE“ IM „DRITTEN REICH“

Rudolf Glass (1890–1966) – „Staatsfeind“ im „Dritten Reich“ und in der DDR

Dominik Groß

Der Stuckateur und spätere Zahnarzt Rudolf Glass übte sowohl am NS-Staat als auch an der DDR politische Kritik – und musste hierfür in beiden Systemen mit langjährigen Haftstrafen bezahlen. Der vorliegende Beitrag liefert Hintergründe und Details zu einer singulären und zugleich sehr bedrückenden Biografie.

Albert Rudolf Glass (Rufname: Rudi) wurde am 5. Dezember 1890 im preußischen Königsberg (heute: Kaliningrad in Russland) geboren [Personenstandsregister R. Glass, 1890 und 1914]. Er war ein unehelicher Sohn der Plätterin (heutige Bezeichnung: Putz- und Waschfrau) Herta Glass. Rudi wurde evangelisch getauft, wuchs in sehr einfachen Verhältnissen auf und erlernte zunächst den Beruf des Stuckateurs und Bildhauers. Er wurde in Schönfließ im Kreis Königsberg wohnhaft und heiratete am 23. Oktober 1914 in Königsberg die Protestantin Luise Johanna Luise Johanna Frida Bernhardt (geb. 1895). Diese war die Tochter eines Baders und Barbiers und stammte aus Berlin. Zum Zeitpunkt der Heirat war die Mutter von Glass bereits verstorben. Das Ehepaar Glass bekam eine gemeinsame Tochter namens Irma Glass, von der lediglich bekannt ist, dass sie 1938 in Königsberg in der Fleischbänken Straße lebte [Arolsen Archives R. Glass, 1890]. In einer späteren Häftlings-Personalkarte ist die Zahl von Glass' Kindern mit „2“ angegeben (Abbildung 1) – hierzu liegen jedoch keine weiteren Informationen vor. Die Ehe von Rudolf und Luise Glass hielt knapp neun Jahre – sie wurde am 27. Juli 1923 rechtskräftig geschieden und Rudolf Glass ging nachfolgend



**Univ.-Prof. Dr. med. dent.
Dr. med. Dr. phil. Dominik Groß**

Direktor des Instituts für Geschichte,
Theorie und Ethik der Medizin
Vorsitzender des Klinischen
Ethik-Komitees des UK Aachen
Universitätsklinikum der
RWTH Aachen University
MTI 2, Wendlingweg 2, 52074 Aachen
Foto: UK Aachen

keine eheliche Bindung mehr ein [Personenstandsregister R. Glass, 1890 und 1914].

Bereits 1912 trat Glass der SPD bei. Von 1914 bis 1918 diente er als Soldat im Ersten Weltkrieg und wurde schlussendlich nach mehrmaliger Verwundung als dienstuntauglich entlassen. Aus dieser Zeit resultierte eine Schussnarbe an der rechten Schulter (Abbildung 1). Offenbar sammelte Glass in der Folgezeit einzelne fachliche Erfahrungen im Bereich der Zahntechnik oder Zahnheilkunde – womöglich bei seinem Schwiegervater –, ohne sich jedoch für die Tätigkeit als Zahnbehandler förmlich zu qualifizieren.

Frühzeitig positionierte er sich gegen die NS-Ideologie

Glass zog – wohl in den frühen 1920er-Jahren – nach Braunschweig und wurde im Stadtteil Querum ansässig. Dort wurde er noch in den 1930er-Jahren

mit dem Beruf Stuckateur (gelegentlich auch Bildhauer) geführt. Dokumentiert ist zudem, dass er in der Weimarer Republik in der Zeit von 1927 bis 1933 als Leiter der Geschäftsstelle Braunschweig des „Deutschen Freidenkerverbandes“ fungierte und zeitweilig zudem Stadtverordneter der SPD war [Personenstandsregister R. Glass, 1890 und 1914]. Mit den Mitgliedschaften in den besagten Organisationen positionierte er sich demokratisch und humanistisch klar gegen den Nationalsozialismus und die NS-Ideologie.

Mit dem Machtwechsel Ende Januar 1933 galt Glass dann aufgrund seiner politischen Orientierung als unliebsam. Die Nationalsozialisten gingen sowohl gegen die Sozialdemokraten als auch gegen die Freidenker vor. Die SPD erlitt am 22. Juni 1933 ein endgültiges Verbot. Aufgrund der Einordnung als „staats- und volksfeindliche“ Partei wurden ihren Mitgliedern sämtliche politischen Aktivitäten untersagt. Im selben Jahr wurden auch alle Freidenker-Vereinigungen in Deutschland aufgelöst und deren Vermögensbestände enteignet, womit Glass zugleich seine Anstellung als Geschäftsführer einbüßte.

Zudem wurde Glass im Jahr 1933 erstmals kurzzeitig in „Schutzhaft“ genommen, dann jedoch wieder entlassen. Anschließend hielt er sich mit fachfremden Hilfstätigkeiten über Wasser. Doch am 11. August 1934 wurde er erneut inhaftiert. Nun folgte eine insgesamt vierjährige Gefängnisstrafe, die er in Dresden, Berlin-Moabit und ab dem 28. Februar 1935 in Bremen absaß; am 12. Dezember 1935 wurde zudem seine



ZM-LESERSERVICE

Die Literaturliste kann auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

KL.: 5908 ✓ / Lagerstufe: rot Häftl.-Nr.: 2788
10117

Häftlings-Personal-Karte

Fam.-Name: <u>G l a s s</u>	Überstellt	Personen-Beschreibung:
Vorname: <u>Rudolf, Albert</u>	am: an KL.	Grösse: <u>1,70</u> cm
Geb. am: <u>5.12.90.</u> in <u>Königsberg/Pr.</u>		Gestalt: <u>schlank</u>
Stand: <u>geschieden</u> Kinder: <u>2</u>	am: an KL.	Gesicht: <u>oval/schmal</u>
Wohnort: <u>Braunschweig/Querum</u>		Augen: <u>graublau</u>
Strasse: <u>Malersbusch 2.</u>	am: an KL.	Nase: <u>groß</u>
Religion: <u>diss.</u> Staatsang.: <u>DR.</u>		Mund: <u>normal</u>
Wohnort d. Angehörigen:	am: an KL.	Ohren: <u>normal</u>
		Zähne: <u>lückenhaft</u>
	am: an KL.	Haare: <u>blond</u>
		Sprache: <u>deutsch</u>
Eingewiesen am: <u>13.10.38.</u>		
durch: <u>Stapo.-Braunschweig</u>	am: an KL.	Bes. Kennzeichen: <u>Schuhnarbe</u>
in KL.: <u>Bu</u>		<u>rechte Sh. ulter.</u>
Grund: <u>Politisch</u>	Entlassung:	Charak.-Eigenschaften:
Vorstrafen: <u>1 mal /siehe Akte/</u>	am: durch KL.:	
	mit Verfügung v.:	Sicherheit b. Einsatz:

Strafen im Lager:		
Grund:	Art:	Bemerkung:
.....
.....
.....

I.T.S. FOTO Nr. 19591

 Körperliche Verfassung:

folleritly erfafst
 Foto: Arolsen Archives

Abb. 1: Rudolf Glass – Häftlings-Personal-Karte im KZ Buchenwald (undatiert, nach 1938)

Wohnung in Braunschweig-Querum abgemeldet, das heißt, er war fortan wohnungslos.

In Buchenwald wurde er auf der Zahnstation eingesetzt

Glass kam bis zum Ende des „Dritten Reiches“ nicht wieder frei. Vielmehr wurde er am 13. September 1938 von Bremen aus in das Konzentrationslager Buchenwald bei Weimar überstellt. Dort erhielt er die Häftlingsnummer 2.788. In Buchenwald wurde er unter anderem als Schreiber der Zahnstation (1939–1941) und späterhin als zahnärztlicher Gehilfe (1941–1945) abgestellt – wohl aufgrund seiner handwerklichen Fähigkeiten als Stuckateur beziehungsweise aufgrund möglicher Vorerfahrungen im Bereich der Zahnheilkunde [Arolsen Archives R. Glass, 1890; Hackett, 2010].

Er überlebte das Konzentrationslager und kam mit dem Ende des Krieges frei. Seine Tätigkeit in der Zahnstation des KZ Buchenwald machte ihn in der Nachkriegszeit zumindest unter den Fachhistorikern bekannt, denn er fungierte nun als Zeitzeuge und gab den Al-

liierten detaillierte Informationen über die Verhältnisse auf besagter Zahnstation [Hackett, 2010; Riaud, 2015]. So führte er 1945 zu den KZ-Zahnbehandlern und zur Versorgung der Inhaftierten im KZ Buchenwald aus:

„Eine geordnete zahnärztliche Versorgung der Häftlinge bestand bis Mitte 1939 nicht. Instrumente und Medikamente dafür fehlten. Das ärztliche und Pflegepersonal, dem jede zahnärztliche Kenntnis fehlte, behandelte die Häftlinge nach Gutdünken. In der Regel wurde jeder schmerzende Zahn gezogen, soweit ihn der betreffende SS-Angehörige überhaupt fand. Es kam sehr oft vor, daß gesunde Zähne gezogen wurden. Kranke Zähne hätten bei geeigneter Behandlung meist erhalten werden können. [...] Da dem SS-Personal jede fachliche Fertigkeit fehlte, wurden die meisten Zähne nicht gezogen, sondern abgebrochen. Der Zahnrest blieb im Kiefer, und die Pfscharbeit wurde erst später entfernt. Im Juni 1939 wurde dann eine komplette Zahnstation für Häftlinge im Block 7 des Lagers eingerichtet, zwar völlig modern, aber es fehlte an fachlich geschultem Personal. Der erste SS-Zahnarzt war

der SS-Oberscharführer Coldewey. Er hatte praktisch überhaupt noch nicht gearbeitet und machte demnach seine ersten zahnärztlichen Gehversuche auf Kosten der Häftlingspatienten. Zu seiner Unfähigkeit kam noch seine sadistische Veranlagung. Jeder Behandlung ging ein Exerzieren mit den Häftlingspatienten voraus. Es wurden öfter Ohrfeigen und Fußtritte als zahnärztliche Behandlung verabfolgt. Dieser Mann liebte auch das Extrahieren ohne Injektion. Den Häftlingspatienten sagte er vorher, daß es nicht weh täte. Fast keiner seiner Extraktionsversuche gelang ihm, so daß später Komplikationen eintraten und größere Operationen notwendig waren [...]“ [Hackett, 2010].

Er wurde Zeuge dilettantischer, sadistischer Behandlungen

Glass nannte in seinen Ausführungen mehrere Zahnärzte, von denen ein Fachvertreter hier kurz näher vorgestellt werden soll: Georg Coldewey (1910–1994). Coldewey, zuletzt Sturm-bannführer der Waffen-SS, trat im KZ Buchenwald tatsächlich durch besonders brutale Aktionen und fachlich dilettantisch ausgeführte Behandlungen

MG/PS/G/14

MILITARY GOVERNMENT OF GERMANY
FRAGEBOGEN FÜR INSASSEN DER KONZENTRATIONSLAGER
CONCENTRATION CAMP INMATES QUESTIONNAIRE

2788

Buchenwald April 20, 1945.
Name des Konzentrationslagers Datum
Name of Concentration Camp Date

Weimar-Buchenwald
Ort
Location

Name des Lagerinsassen Glass Rudi
Name of Inmate Zuname First Vorname
Last Initial

Geschlecht male Geburtsdatum
Sex Date of Birth

Staatsangehörigkeit German Glaubensbekenntnis
Nationality Religion

Wohnungsanschrift Berlin-Köpenick, Funkelgang 6.
Home Address

Beruf clerk
Occupation

Datum der Verhaftung 11.8.34. Durch Wen
Date of Arrest By whom

Ort der Verhaftung Braunschweig
Place of Arrest

Grund für Verhaftung preparation of high treason
Reason for Arrest

Anklage erhoben yes
Charges Made

Erkennendes Gericht Volksgericht
Court Trying Case

Namen der Richter ?
Names of Judges

Urteil 3 1/2 years penal servitude
Sentence

Wo in Haft gewesen und wie lange 11.8.34. - 13.8.38. Braunschweig, Dresden, Berlin
Place of Detention Giving Dates and Bremen, than to Buchenwald until today.

Einzelheiten betreffend die Haft, im besonderen etwaige grausame Behandlung und Zeit derselben, Gründe hierfür und die Namen der Täter, falls bekannt:
Give particulars of confinement including any inhumane treatment with dates, reasons and names of perpetrators, if known:

cruel treatment during trial (Gestapo Dresden)

Stellungen, die Sie während der Haft hatten:
Positions held during confinement:

no

Haben Sie jemals der NSDAP, deren Gliederungen, angeschlossenen Verbänden oder betreuten Organisationen angehört?
Have you ever belonged to the Nazi Party or any of its affiliated or subordinate organizations?

no

Falls ja, geben Sie die Organisationen, die Zeit der Mitgliedschaft und die von Ihnen bekleideten Ämter an:
If so, list Organizations, dates of membership and positions held:

(Bitte wenden)
Please turn

Abb. 2: Rudolf Glass – Fragebogen der Militärregierung (1945)

maßnahmen hervor [Kogon, 1974, 140; ähnlich: Pukrop, 2015]. Dennoch entging er nach 1945 einer Verurteilung und konnte seine zahnärztliche Laufbahn in der Bundesrepublik fortsetzen: Mitte der 1950er-Jahre ließ er sich in eigener Praxis in Wilhelmshaven (Rheinstraße) nieder. Ebenda praktizierte er mindestens bis zum Jahr 1978 [Groß, 2024].

In seine von der Roten Armee besetzte preußische Heimat konnte Glass nach der Befreiung vom Nationalsozialismus nicht zurückkehren. Er verblieb vielmehr in der Region um Weimar in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) (Abbildung 2) und engagierte sich wieder im politischen Bereich – ähnlich wie Hermann Ley (1911–1990), der ebenfalls in dieser Reihe besprochen wurde [Groß/Wellens, 2023]. Bereits am 13. April 1945 trat er als Mitunterzeichner des „Buchenwalder Manifests der demokratischen Sozialisten“ hervor. Dort hieß es:

„Wir haben Gefängnis, Zuchthaus und Konzentrationslager ertragen, weil wir glaubten, auch unter der Diktatur für die Gedanken und Ziele des Sozialismus und für die Erhaltung des Friedens arbeiten zu müssen. Im Zuchthaus und Konzentrationslager setzten wir trotz täglicher Bedrohung mit einem elenden Tode unsere konspirative Tätigkeit fort. Durch diesen Kampf ist es uns vergönnt gewesen, menschliche, moralische und geistige Erfahrungen zu sammeln, wie sie in normalen Lebensformen unmöglich sind. Vor dem Schattengesicht der Blutzeugen unserer Weltanschauung, die durch die hitleristischen Henker gestorben sind, wie auch in der besonderen Verantwortung für die Zukunft unserer Kinder halten

wir uns deshalb für berechtigt und verpflichtet, dem deutschen Volke zu sagen, welche Maßnahmen notwendig sind, um Deutschland aus diesem geschichtlich beispiellosen Zusammenbruch zu retten und ihm wieder Achtung und Vertrauen im Rate der Nationen zu verschaffen. 1. Vernichtung des Faschismus [...], 2. Aufbau der Volksrepublik [...], 3. Befreiung der Arbeit [...], 4. Sozialisierung der Wirtschaft [...], 5. Friede und Recht [...], 6. Neue Humanität [...], 7. Sozialistische Einheit“ [Stiftung Gedenkstätten, 2024].

1949 – im Alter von 59 Jahren – erlangte er die Approbation

Glass trat nun dem „Bund demokratischer Sozialisten in Thüringen“ (der in der SPD aufging) bei und wurde 1946 Mitglied der „Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands“ (SED). Letztere war im April 1946 aus der Zwangsvereinigung von (Ost-)SPD und KPD entstanden. Auch beruflich orientierte er sich neu: Offenbar war durch seine Tätigkeit auf der Zahnstation in Buchenwald sein Interesse an der Zahnheilkunde geweckt worden. Jedenfalls bemühte er sich in diesen Jahren um eine (in ihrem Umfang nicht genau bekannte) Nachqualifikation in der Zahnmedizin und erlangte 1949 die zahnärztliche Approbation. Dabei kam ihm zugute, dass die SBZ beziehungsweise die DDR im Rahmen einer Übergangsregelung just 1949 die Aufnahme der nicht-approbierten Zahnbehandler – der sogenannten Dentisten – in den zahnärztlichen „Einheitsstand“ ermöglichte; dementsprechend waren die Hürden zur Aufnahme in die Zahnärzteschaft in jener Zeitphase für Nicht-Approbierte besonders niedrig [Groß, 2019 und 2023].

Von 1949 bis 1960 war Glass dann als Betriebszahnarzt im Mähdrescherwerk in Weimar tätig. Glass wohnte in jener Zeit in Weimar in der Kühnstraße [DZA, 1957]. Neben seiner zahnärztlichen Tätigkeit engagierte er sich in der Öffentlichkeits- und Erinnerungsarbeit: Er führte Besuchergruppen durch das ehemalige KZ Buchenwald, das in der DDR sukzessive zu einer Mahn- und Gedenkstätte umgestaltet wurde, und erzählte dort von seinen Erlebnissen und Erfahrungen. Zudem verfasste er Beurteilungen zu Nationalsozialisten, mit denen er im KZ zu tun hatte. So stellte er dem Zahnarzt Hanns Fischer (1901–1977) ein entlastendes Zeugnis aus. Fischer war im „Dritten Reich“ in der Waffen-SS aktiv und auch im KZ Buchenwald tätig gewesen und befand sich nach 1945 in US-amerikanischer Kriegsgefangenschaft; in dieser Situation bescheinigte ihm Glass einen menschenfreundlichen Umgang mit den Gefangenen [StadtA Gotha, 1.2./85].

Doch in den 1950er-Jahren geriet Glass auch zur DDR in einen zunehmenden Gegensatz [Röll, 2000; Koch/Wohlfeld, 2010]: Er äußerte – auch im Mähdrescherwerk – Kritik an der Politik der DDR-Regierung und trat 1953 aus der SED aus. 1960 spitzte sich die politische Situation zu: Glass wurde in jenem Jahr aus politischen Gründen verhaftet. Es folgten Verhöre durch die Staatssicherheit und die Beschlagnehmung sogenannter „DDR-feindlicher Schriften“ von Glass. Noch im selben Jahr wurde er wegen des Vorwurfs der Bildung einer „staatsfeindlichen Gruppe“ im Mähdrescherwerk zu acht Jahren Zuchthaus verurteilt. Ab 1960 saß Glass in der Strafanstalt Torgau ein, aus der er 1965 entlassen wurde. Doch die wiedererlangte Freiheit konnte er nur kurz genießen. Er verunglückte am 7. März 1966 bei einem Arbeitsunfall in seinem Fotolabor in Weimar im Alter von 75 Jahren.

Glass gehört aus heutiger Sicht zweifellos zu den tragischen Figuren der deutschen Zahnheilkunde des 20. Jahrhunderts. Er musste letztlich rund 16 Jahre seines Lebens in Haft zubringen und galt hierbei in zwei politisch konträren diktatorischen Systemen – dem NS-Staat und der DDR – als „Staatsfeind“.

ZU UNSERER REIHE

ZAHNÄRZTE ALS WIDERSTANDSKÄMPFER UND „STAATSFEINDE“ IM DRITTEN REICH

- | | |
|---|--|
| 1. zm 17 / 2023: Ulrich Boelsen | 6. zm 3 / 2024: Rudi Glass |
| 2. zm 19 / 2023: Hermann Ley | 7. zm 5 / 2024: Helmut Himpel |
| 3. zm 21 / 2023: Paul Rentsch | 8. zm 7 / 2024: Walter Rank |
| 4. zm 23–24 / 2023:
Helmut Ellbrechter | 9. zm 9 / 2024: Ewald Fabian |
| 5. zm 1-2 / 2024: Emanuel Berghoff | 10. zm 11 / 2024: Streiffälle
(Otto Berger & Karl Eisenreich) |

AUS DER WISSENSCHAFT

Führt eine Kariesprävention mit Fluoridlack bei Kleinkindern zu mehr Fluorose?

Elmar Hellwig

Obwohl die wissenschaftlichen Fachgesellschaften in der Zahnmedizin unisono die Verwendung fluoridhaltiger Zahnpasten zur Kariesprävention empfehlen, wird nach wie vor mit der Fluoridfreiheit als positiver Eigenschaft von Zahnpasten geworben. Drei Forscherinnen aus Schweden haben nun unter anderem untersucht, ob Kinder mit hohem Kariesrisiko, die zusätzlich zur Anwendung fluoridhaltiger Zahnpasta halbjährlich mit Fluoridlack behandelt wurden, Fluorosen entwickelt haben. Das Ergebnis ist wenig überraschend, kann aber für Patientengespräche hilfreich sein.

Fluoride sind nach wie vor ein wichtiger Baustein in der Kariesprävention. Glaubte man früher, dass systemisch gegebenes Fluorid im Zahnschmelz eingebaut werden muss, um einen maximalen protektiven Effekt zu erzielen, weiß man heute, dass die lokale Applikation von Fluoriden bedeutsam ist. Dabei werden die Demineralisationsprozesse an der Zahnoberfläche so beeinflusst, dass eine Karies verhindert oder zum Stillstand gebracht werden kann. Doch auch bei der Anwendung lokaler Fluoridierungsmaßnahmen wird unweigerlich Fluorid verschluckt. Dabei ist es wichtig, dass bestimmte toxikologisch definierte Grenzen nicht überschritten werden. Werden diese, zum Beispiel während der Zahnentwicklung (erste 15 bis 30 Lebensmonate) überschritten, so kann es zu fluorotischen Veränderungen der bleibenden Zähne kommen.

In Gebieten mit Trinkwasserfluoridierung (1 ppm) wird die Fluoroseprävalenz mit 48 Prozent angegeben, dabei sind aber nur 12,5 Prozent tatsächlich ästhetisch von Bedeutung [McDonagh et al., 2000]. Allerdings kann es auch in Gebieten ohne Trinkwasserfluoridie-



Abb. 1: Schwere, fluorotische bedingte Schmelzveränderung

rung zu fluorotischen Veränderungen an den bleibenden Zähnen kommen, wenn die tägliche Fluoriddosis zu hoch ist. Dies könnte zum Beispiel passieren, wenn fluoridhaltige Zahnpasten in zu hoher Dosierung beziehungsweise zu häufig bei Kleinkindern angewendet werden.

Leider wurden aber in den vergangenen Jahren mit dieser Begründung fluoridfreie Zahnpasten sehr stark beworben. Es stellt sich also die Frage, ob es durch die lokale Anwendung von

Fluoridpräparaten in der empfohlenen Dosis tatsächlich zur Entstehung von Fluorose kommt. Für Deutschland gibt es allerdings nur wenige aktuelle Daten zur Fluorosehäufigkeit aus klinischen Untersuchungen. Drei Wissenschaftlerinnen des Karolinska-Instituts in Stockholm haben nun in einer Nachbeobachtungsstudie untersucht, ob Kinder, die in den Jahren 2011 bis 2014 an einer Präventionsstudie mit Fluoridpräparaten teilgenommen hatten, in der Folgezeit vermehrt Fluorosen entwickelten.



ZM-LESERSERVICE

Die Literaturliste kann auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

Material und Methode

Die Präventionsstudie fand in Stockholm statt, wo der Trinkwasserfluoridgehalt kleiner als 0,2 ppm ist. Es wurden Kinder im Alter zwischen einem Jahr und drei Jahren mit einem hohen Kariesrisiko eingeladen, an einem zweijährigen Präventionsprogramm teilzunehmen. Ziel war dabei, die Entstehung von Karies durch frühe Interventionen zu verhindern beziehungsweise die Mundgesundheit der Kinder zu verbessern. Beim ersten Besuch wurden die Eltern angewiesen, die Zähne ihrer Kinder zweimal am Tag mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta (1.000 bis 1.450 ppm) zu putzen. Die Zahnpastamenge sollte der Größe des Fingernagels der kleinen Kinder entsprechen. Bei der Hälfte der Kinder wurde zusätzlich zweimal im Jahr ein Fluoridlack (Duraphat, 22,6 mg/ml Fluorid) aufgetragen.

Für die Nachbeobachtungsstudie wurde dann die Fluoroseprävalenz bei einer zufällig ausgewählten Stichprobe (774 Kinder im Alter von sieben bis neun Jahren) bestimmt, zusätzlich wurden Röntgenbilder und Fotos von den Zähnen angefertigt. Für die Diagnose wurde der TF-Index angewendet. Insgesamt 454 Kinder konnten letztlich vollständig untersucht werden.

Ergebnisse

Es zeigte sich, dass 29,7 Prozent der Kinder fluorotische Veränderungen der Zähne aufwiesen. 26,5 Prozent hatten einen TF-Indexwert von 1, das bedeutet eine sehr milde Fluorose ohne ästhetische Beeinträchtigung. Dabei entwickelten Kinder, die zusätzlich zur Verwendung von fluoridhaltiger Zahnpasta zweimal im Jahr eine Fluoridlack-Applikation erhielten, nicht mehr fluorotische Veränderungen der Zähne als die Kinder, deren Zähne nur mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta geputzt wurden. Gleichzeitig konnte man jedoch auch feststellen, dass Kindern, bei denen bereits im Alter von einem Jahr die Zähne mit der empfohlenen Zahnpasta geputzt wurden, mehr fluorotische Veränderungen entwickelten, als Kinder, bei denen erst später fluoridhaltige Zahnpaste zum Einsatz kam. Die Autoren kommen dabei zu dem Schluss,



Prof. Dr. Elmar Hellwig

Universitätsklinikum Freiburg,
Department für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde, Klinik für
Zahnerhaltungskunde und
Parodontologie
Hugstetter Str. 55, 79106 Freiburg

Foto: privat

dass es wichtig ist, sowohl das Alter der Kinder als auch den Fluoridgehalt der Zahnpasta beziehungsweise die Zahnpastamenge zu berücksichtigen, wenn man eine maximale Kariesprävention bei gleichzeitiger Minimierung der Fluoroseentstehung anstrebt. In diesem Zusammenhang wird auf eine andere Untersuchung hingewiesen, in der es zu einem wesentlich geringeren Fluoroserisiko kam, wenn den Kindern die Zähne nach einer Mahlzeit geputzt wurden.

Fazit für die Praxis

In Deutschland sollen Kinderzahnpasten einen Fluoridgehalt von 1.000 ppm nicht überschreiten. Dabei wird zunächst eine reiskorngroße Menge (bis zum zweiten Geburtstag) und anschließend eine erbsengroße Menge empfohlen. Berücksichtigt man die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, so kann davon ausgegangen werden, dass bei Befolgung dieser Empfehlungen kein toxikologisches Risiko besteht. Insofern gibt es keine Begründung für die Empfehlung einer

FLUORIDLACK KÜNFTIG UNABHÄNGIG VOM KARIESRISIKO KASSENLEISTUNG

Fluoridlack spielt eine wichtige Rolle in der Kariesprävention des Milchgebisses. Im Januar 2024 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss eine Ausweitung des Leistungsumfangs der GKV: War bislang für bestimmte Altersgruppen der Einsatz von Fluoridlack zulasten der GKV an das Kriterium des „hohen Kariesrisikos“ gekoppelt, so soll diese Voraussetzung jetzt entfallen. Künftig soll die Fluoridlackanwendung für alle Kinder bis zum sechsten Geburtstag Kassenleistung werden. Der Beschluss muss noch durch das Bundesministerium für Gesundheit bestätigt werden, ehe er in Kraft treten kann.

fluoridfreien Zahnpasta für die Kariesprävention bei kleinen Kindern. Gleichzeitig zeigt diese Untersuchung, dass die zusätzliche Applikation von Fluoridlack (2 x jährlich) bei kleinen Kindern das Fluoroserisiko nicht erhöht.

Eine Ausnahme besteht möglicherweise dann, wenn die Kinder Fluoridtabletten nehmen, aber das ist in den Fluoridempfehlungen in Deutschland berücksichtigt. ■

Die Studie:
Kassem et al.: Extended caries prevention programme with biannual application of fluoride varnish for toddlers: prevalence of dental fluorosis at ages 7-9 years and associated factors; Acta Odontol Scand 81:368-373 (2023)

AUS DER WISSENSCHAFT

In dieser Rubrik berichten die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats der zm regelmäßig über interessante wissenschaftliche Studien und aktuelle Fragestellungen aus der nationalen und internationalen Forschung.

Die wissenschaftliche Beirat der zm besteht aus folgenden Mitgliedern:
Univ.-Prof. Dr. Elmar Hellwig, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Univ.-Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen, Universität Bonn
Univ.-Prof. Dr. Florian Beuer, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Univ.-Prof. Dr. Dr. Peer W. Kämmerer, Universitätsmedizin Mainz

DIGITALE GESUNDHEITSANWENDUNGEN

Viel Potenzial, aber nix dahinter?

Zu teuer, zu laxen Zulassungsregeln: „Apps auf Rezept“ werden zwar zunehmend genutzt, ob sie sich positiv auf die Versorgung auswirken, ist zum Zeitpunkt ihrer Zulassung jedoch oftmals ungewiss. Zu diesem Ergebnis kommt der GKV-Spitzenverband in seinem dritten DiGA-Bericht, den er im Januar dem Bundestag vorlegte. Das Bundesgesundheitsministerium hingegen findet: Alles im grünen Bereich.

Als DiGA definiert der Bericht „Apps oder browserbasierte Programme, die dazu dienen, Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen zu erkennen, zu überwachen, zu behandeln, zu kompensieren oder zu lindern“. Als Medizinprodukte niedriger Risikoklasse ergänzen sie die ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung. Und das in ansehnlicher Zahl, wie die Analyse des GKV-SV zeigt: Über 374.000 DiGA wurden im Berichtszeitraum zwischen dem 1. September 2020 und dem 30. September 2023 in Anspruch genommen. Der Spitzenverband schlussfolgert daher, dass das Angebot zunehmend in der Versorgung ankommt. Trotzdem macht sich bei der Dachorganisation der gesetzlichen Krankenkassen mit Blick auf das Thema vor allem Ernüchterung breit. „Auch im dritten Jahr nach ihrer Einführung lösen die Gesundheits-Apps nicht ihr Versprechen ein, die gesundheitliche Versorgung grundlegend zu verbessern“, sagte Vorstandin Stefanie Stoff-Ahnis anlässlich der Veröffentlichung der Bilanz.

Als einen Grund führt der Evaluationsbericht die „unzureichenden Anforderungen“ des Zulassungsverfahrens an. Zum Hintergrund: Für die Prüfung einer DiGA ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zuständig. Hier wurde 2020 ein dreimonatiges sogenanntes Fast-

Track-Verfahren für die Aufnahme von DiGA in den GKV-Leistungskatalog eingerichtet. In diesem Zeitraum werden die Angaben des Herstellers zu den geforderten Produkteigenschaften, etwa in den Bereichen Datenschutz und Benutzerfreundlichkeit, geprüft. Gecheckt wird dabei auch, ob ein positiver Versorgungseffekt für die Versicherten vorliegt. Bei erfolgreicher Prüfung wird die App ins DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen. Zurzeit sind 49 Anwendungen für die Verordnung in der GKV zugelassen, darunter bisher keine mit zahnmedizinischem Schwerpunkt.

Die Kritik des GKV-SV am Prüfverfahren setzt beim Nutznachweis an. Hier gilt: Kann ein Hersteller zum Zeitpunkt des Antrags den Nutzen der Anwendung nicht mithilfe von Studien nachweisen, besteht die Möglichkeit einer vorläufigen Aufnahme der DiGA zur Erprobung. Voraussetzung ist, dass die übrigen Anforderungen, etwa beim Datenschutz, erfüllt werden und eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung den zu erwartenden Versorgungseffekt bestätigt. Danach bleiben den Herstellern zwölf Monate Zeit, den Beweis der Wirksamkeit ihres Produkts zu erbringen. Gelingt das nicht, wird die Anwendung aus dem DiGA-Verzeichnis gestrichen. Dieser Prüfmodus ist aus Sicht des GKV-SV nicht streng genug und findet außerdem zu häufig



Anwendung. „Von den seit Beginn des Fast-Track aufgenommenen 55 DiGA wurden lediglich zehn Anwendungen mit einem belegten Nutzen vom BfArM sofort dauerhaft in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen. 14 weitere DiGA konnten erst im Laufe ihres zweiten Erprobungsjahres dauerhaft in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen werden“, bilanziert Stoff-Ahnis. Sechs der unter Vorbehalt zugelassenen DiGA seien zudem gänzlich durchgefallen. „Damit ist festzuhalten, dass es auch nach über drei Jahren bei der Mehrzahl der DiGA nicht gelingt, einen positiven Versorgungseffekt nachzuweisen.“

Unerreichte Ansprüche ...

Der GKV-SV steht mit dieser Kritik nicht allein. Auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sieht Schwächen in der derzeitigen DiGA-Bewertung. Aus seiner Sicht reicht der derzeitige Nachweis positiver Versorgungseffekte zum Teil nicht an die Ansprüche heran,

Die Gesundheits-Apps lösen noch immer nicht das Versprechen ein, die gesundheitliche Versorgung grundlegend zu verbessern.

Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstandin GKV-Spitzenverband



HIER KOMMEN DIGA ZUM EINSATZ

Apps für die Versorgung von psychischen Erkrankungen machen den Großteil der für die Verordnung in der GKV zugelassenen DiGA aus. Zurzeit befassen sich laut GKV-SV 27 Apps mit dieser Indikation und haben zusammen über 121.000 Freischaltcodes ausgelöst. Die Codes erhalten Versicherte von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin, ähnlich wie andere Verschreibungen. Auf Stoffwechselerkrankungen mit insgesamt fünf Anwendungen entfielen 72.000 Freischaltcodes. Für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems gibt es sechs DiGA, die 66.000-mal verordnet wurden. Für die Gruppe Krankheiten des Nervensystems mit ebenfalls sechs DiGA wurden 25.000 Verordnungen registriert.

Foto: pikselstock - stock.adobe.com

die sonst an die Evidenzbasis für erstattungsfähige GKV-Leistungen gestellt würden: „So zeigen systematische Analysen der zu DiGA akzeptierten oder für die Erprobung geplanten klinischen Studien relevante Schwächen. Beispielsweise weisen die Studien oft nur sehr kurze Nachbeobachtungszeiten und hohe Datenunvollständigkeiten sowie teilweise irrelevante Endpunkte auf.“ Im Vergleich zu anderen Bewertungsprozessen im Gesundheitswesen sei die Nachvollziehbarkeit der DiGA-Bewertungen zudem deutlich schlechter. Zentrale Studienergebnisse seien oft nicht ausreichend verfügbar, da sie nur als Zusammenfassung veröffentlicht würden.

Das BfArM entgegnete auf Nachfrage zwar, dass es in seinem DiGA-Leitfaden explizit empfehle, das finale Studienprotokoll in einem Studienregister zu veröffentlichen, für das IQWiG scheint dies aber nicht ausreichend praktiziert zu werden. „Weder der Herstellerantrag inklusive einer ausführlichen Darstel-

lung der Studienergebnisse und -methodik noch der Bewertungsbericht werden veröffentlicht und liegen daher der (Fach-)Öffentlichkeit nicht vor“, heißt es in der Stellungnahme.

Eine Sprecherin des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) sieht hingegen kein Problem bei den Nachprüfungen vorläufig zugelassener DiGA. Die Ergebnisse seien dem BfArM in Form einer strukturierten Datenauswertung vorzulegen, teilte sie auf Nachfrage der zm mit. Somit würden Sicherheit und Qualität der Anwendung belegt, mit dem zusätzlichen Vorteil, dass die Generierung der Evidenz im Rahmen der Regelversorgung erfolge.

... und unangemessene Preise

Die GKV hat seit Aufnahme der DiGA als Kassenleistung etwa 113 Millionen Euro für deren Verordnung ausgegeben. Dabei ist laut dem Evaluationsbericht eine rasante Entwicklung zu beobachten: Während die Aufwendun-

gen für DiGA im ersten Jahr bei 13,5 Millionen Euro und im zweiten Jahr bei 32 Millionen Euro lagen, waren es im aktuellen Berichtsjahr (bis September 2023) 67,5 Millionen Euro. Das entspricht einer Wachstumsrate von 110 Prozent. Was den GKV-SV in diesem Zusammenhang besonders stört, sind die kontinuierlich gestiegenen Herstellerpreise.

Dazu muss kurz erklärt werden, wie ein DiGA-Preis festgelegt wird: Auf Herstellerseite fallen Entwicklungskosten für die Anwendung an. Wenn man mit seiner App ins DiGA-Verzeichnis aufgenommen werden will, muss zusätzlich Geld für den Nachweis der zahlreichen Qualitätsanforderungen investiert werden. Um trotzdem innovative Lösungen anzulocken, dürfen die Hersteller im ersten Jahr nach Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis den Preis für ihre Anwendung frei festlegen. Dieser kann allerdings gedeckelt werden, sobald DiGA hinzukommen, die sich mit demselben Gesundheitsbereich befassen und somit auch preislich vergleichbar sind. Nach Ablauf der Jahresfrist handeln GKV-SV und Hersteller schließlich einen Vergütungsbetrag aus, der ab dem 13. Monat der DiGA-Nutzung gilt.

Laut GKV-SV variieren die Herstellerpreise für DiGA im ersten Jahr stark und reichen von 119 bis 2.077 Euro pro Quartal. Dabei habe sich der durchschnittliche Herstellerpreis bei Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis kontinuierlich erhöht: „Lag er im ersten Berichtsjahr noch bei 407 Euro, so ist er im zweiten Berichtsjahr auf 557 Euro gestiegen und liegt im aktuellen Berichtsjahr bei 593 Euro.“ Mit durchschnittlich 221 Euro bewegten sich die ab dem zweiten Jahr geltenden Vergütungspreise dagegen deutlich unterhalb dieser Beträge. Aus Sicht des GKV-SV verstärken die Ergebnisse des aktuellen Berichts den Eindruck, dass die beliebige Preisfestlegung durch die DiGA-Hersteller im ersten Jahr der GKV-Zulassung, insbesondere bei Erprobungs-DiGA, zu einer enormen Unverhältnismäßigkeit und Unangemessenheit gegenüber der Vergütung anderer GKV-Leistungen und der Vergütung von DiGA mit einem nachgewiesenen Nutzen führt.

Was die Preisproblematik angeht, spielt das BMG den Ball zurück an die ►►

Krankenkassen. „Das SGB V weist die Aufgabe der Regulierung der tatsächlichen Herstellerpreise im ersten Jahr der Erstattung den Institutionen der Selbstverwaltung zu. Der GKV-SV ist aufgefordert, in einer Rahmenvereinbarung mit den Herstellerverbänden effektive Vorgaben für die Bemessung der tatsächlichen Herstellerpreise und die Festlegung von gruppenbezogenen Höchstbeträgen zu treffen“, so die Ministeriumssprecherin.

Wenn der GKV-SV die derzeitigen Regelungen der Rahmenvereinbarung

unzureichend findet, sei er im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben aufgefordert, mit den Herstellerverbänden in erneute Verhandlungen zu treten. „Für den Fall, dass keine Einigung erfolgt, kann eine Schiedsstelle weitergehende Regelungen zur Preisbegrenzung treffen“, ergänzt die Sprecherin. Sie weist außerdem auf das im Dezember 2023 verabschiedete Digi-G, das Regelungen zur Weiterentwicklung der DiGA enthält, darunter Bestimmungen für die begleitende Erfolgsmessung einer Anwendung und die Veröffentlichung der Ergebnisse. Auch die tech-

nische und prozessuale Integration von DiGA in die Versorgung werde gefördert.

Das Fazit des GKV-SV zu DiGA fällt dennoch gemischt aus. Stoff-Ahnis: „DiGA werden an Akzeptanz gewinnen, wenn sie frühzeitig ihren Nutzen belegen, sich ihre Preise in einem wirtschaftlichen und angemessenen Verhältnis zu den sonstigen GKV-Leistungen bewegen und sie die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Einbindung in etablierte Behandlungspfade spürbar verbessern.“ *sth*

REPRÄSENTATIVE UMFRAGE DER STIFTUNG GESUNDHEIT

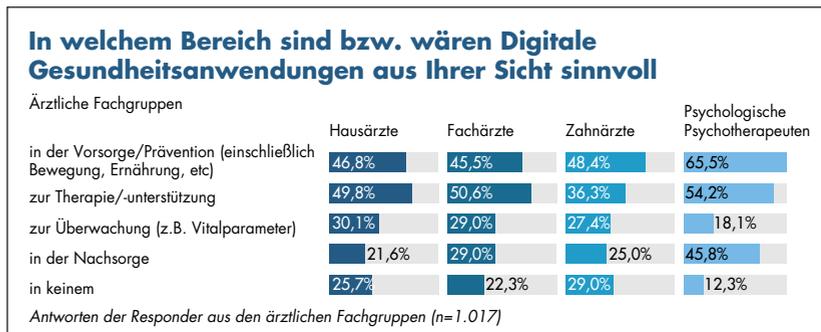
Am seltensten kommen Apps auf Rezept bei Zahnärzten zum Einsatz

Hausärzte verschreiben immer häufiger Apps auf Rezept, fast jeder zweite von ihnen verordnet digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) zumindest gelegentlich. Am seltensten kommen sie bei Zahnärzten zum Einsatz.

Insgesamt 44,6 Prozent der Hausärzte setzen die digitalen Helfer laut einer aktuellen Umfrage der Stiftung Gesundheit zumindest gelegentlich ein. Bei den Fachärzten und Psychologischen Psychotherapeuten sind es jeweils gut ein Drittel (34,5 und 35,3 Prozent). Am seltensten kommen Apps bei Zahnärzten zum Einsatz (31,4 Prozent). Der Grund für die geringe Quote ist aber keine grundsätzliche Ablehnung: Fast 50 Prozent der Zahnärzte geben an, es gebe keine sinnvollen Apps für ihren Fachbereich.

Hausärzte und Fachärzte sehen die Vorteile der Apps primär in der Therapie und in der Therapieunterstützung (49,8 und 50,6 Prozent), dicht gefolgt von der Vorsorge (46,8 und 45,5 Prozent). Zahnärzte finden dagegen, dass der größte Nutzen im Bereich der Vorsorge liegt (48,4 Prozent). Die umfangreichsten Einsatzmöglichkeiten sehen die Psychologischen Psychotherapeuten: 65,5 Prozent von ihnen halten Apps in der Prävention für sinnvoll, 54,2 Prozent zur Therapie/-unterstützung und 45,8 Prozent in der Nachsorge.

Auch bei den nichtärztlichen Heilberuflern ist das Interesse an Gesundheits-Apps groß, ebenso wie die derzeitige Nutzung: Mit Abstand am häufigsten setzen sie Logopäden ein (45,7 Prozent), gefolgt von Apothekern (33,3 Prozent). Bei den Hebammen und Ergotherapeuten sind es jeweils etwa ein Viertel, bei den Heilpraktikern ein Fünftel. Am seltensten kommen sie bei Physiotherapeuten zum Einsatz (15 Prozent). *ck*



Grafik: Stiftung Gesundheit, Ad-hoc-Befragung „Im Fokus“, 4. Quartal 2023

Für die repräsentative Erhebung erhielten 10.000 niedergelassene Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten sowie 10.000 nichtärztliche Heilberufler aus dem Strukturverzeichnis der Versorgung eine Einladung zur Befragung. Zusätzlich wurden 1.916 Ärzte und 1.665 Heilberufler angeschrieben, die regelmäßig an der Befragung teilnehmen. Die Befragung wurde vom 4. bis zum 11. Dezember 2023 mit einem Online-Fragebogen durchgeführt. Es kamen 1.913 valide Antworten zurück (Rücklaufquote 8,1 Prozent).

NEU
ab 2024!

recall

Newsletter



Ihr monatlicher Newsletter zu Karriere, Praxismanagement und Lifestyle:

- Tipps zu Abrechnung, Teamführung, Praxishygiene & Nachhaltigkeit
 - das Wichtigste rund um Fort- & Weiterbildung
 - Branchen-News, aktuelle Veranstaltungen & Produkttests
- + Lese-, Hör- & Erlebnisempfehlungen für den Feierabend**



**Mehr erfahren &
kostenfrei abonnieren**

recall-magazin.de

Das Praxisteam-Magazin

recall
[MTX]

KI ÜBERZEUGT BEI DIAGNOSEQUALITÄT UND EMPATHIE

Passt ein guter Arzt bald in die Hosentasche?

Im Mittelpunkt der Medizin steht der Arzt-Patienten-Dialog, in dem „eine sorgfältige Anamnese den Weg für eine genaue Diagnose, ein effektives Management und dauerhaftes Vertrauen ebnet“. Mit diesen Worten leiten die Autoren eine womöglich bahnbrechende Studie ein. 46 Seiten später ist klar: Ihr KI-System übertrifft in einem ersten Test echte Ärztinnen und Ärzte in Diagnosequalität und Empathie.

Das System AMIE (Articulate Medical Intelligence Explorer) verwendet eine neuartige, simulierte Umgebung mit automatisierten Feedbacks, um das Lernen über Krankheitszustände, Fachgebiete und Kontexte hinweg zu skalieren, erläutern die Forschenden in ihrem Preprint, über das auch das Wissenschaftsmagazin Nature berichtet. Das System wurde unter Verwendung vieler Datensätze aus der realen Welt entwickelt, darunter Multiple-Choice-Antworten auf medizinische Fragen, von Experten kuratierte medizinische Langform-Argumentationen, Zusammenfassungen von Notizen aus elektronischen Patientenakten und transkribierten Arzt-Patienten-Gesprächen.

Konkret wurde zum Training des „medizinischen Denkens“ der KI ein Satz aus 11.450 Multiple-Choice-Fragen des US-amerikanischen „Medical Licen-

ing Examination“-Systems mit vier oder fünf möglichen Antworten verwendet. Zum Erlernen ausführlicher Antworten wurde die KI auch mit einem Datensatz gespeist, der von 65 Ärzten verfasste Zusammenfassungen medizinischer Notizen sowie eine große, öffentlich zugängliche Datenbank mit Krankenakten von Patienten auf der Intensivstation enthielt. Der Datensatz umfasste etwa zwei Millionen Notizen aus 13 Bereichen, darunter Kardiologie, Pneumologie, Radiologie, Allgemeinmedizin, aber auch Entlass- und Fallmanagement, Beratung, Krankenpflege, Pharmazie, Ernährung, Rehabilitation und Sozialarbeit.

KI im Trainingslager für „medizinisches Denken“

Um die Dialogfähigkeiten der KI zu schulen, verwendeten die Forschenden einen anonymisierten US-Daten-

satz aus 98.919 Audiotranskripten von medizinischen Gesprächen während persönlicher Besuche bei mehr als 1.000 Klinikern. Die Daten bildeten einen Zeitraum von zehn Jahren ab und umfassten 51 medizinische Fachgebiete (etwa Primärversorgung, Rheumatologie, Hämatologie, Onkologie, Innere Medizin und Psychiatrie), 168 Erkrankungen und Besuchsgründe. Die Audiotranskripte enthielten Äußerungen von Ärzten, Patienten und Krankenschwestern.

Für jedes Gespräch gab es Metadaten über die Demografie des Patienten, den Grund für den Besuch (Nachsorge bei Vorerkrankungen, akute Bedürfnisse, jährliche Untersuchung und mehr) sowie die Art der Diagnose.

Um Limitationen der Rohdaten auszugleichen, schufen die Forschenden eine simulierte Lernumgebung für diagnostische medizinische Dialoge. „Wir nutzten diese Umgebung, um AMIE iterativ mit einem sich entwickelnden Satz simulierter Dialoge zu optimieren“, schreiben sie. So sei ein Skillset entstanden, das weit über den statischen Korpus aus medizinischen Frage-Antwort-, Argumentations-, Zusammenfassungs- und Dialogdaten hinausreicht.

Um die Qualität der Expertise in der Anamnese, einschließlich der Kommunikationsfähigkeiten in der Konsultation zu beschreiben, leiteten sie einen Bewertungsrahmen aus Standards ab und führten Interviews mit Klinikern und Prüfern in Großbritannien, Kanada, den USA und Indien. Der daraus resultierende Rahmen ermöglichte die Bewertung aus der Perspektive von Klinikern wie auch aus der von Patienten.

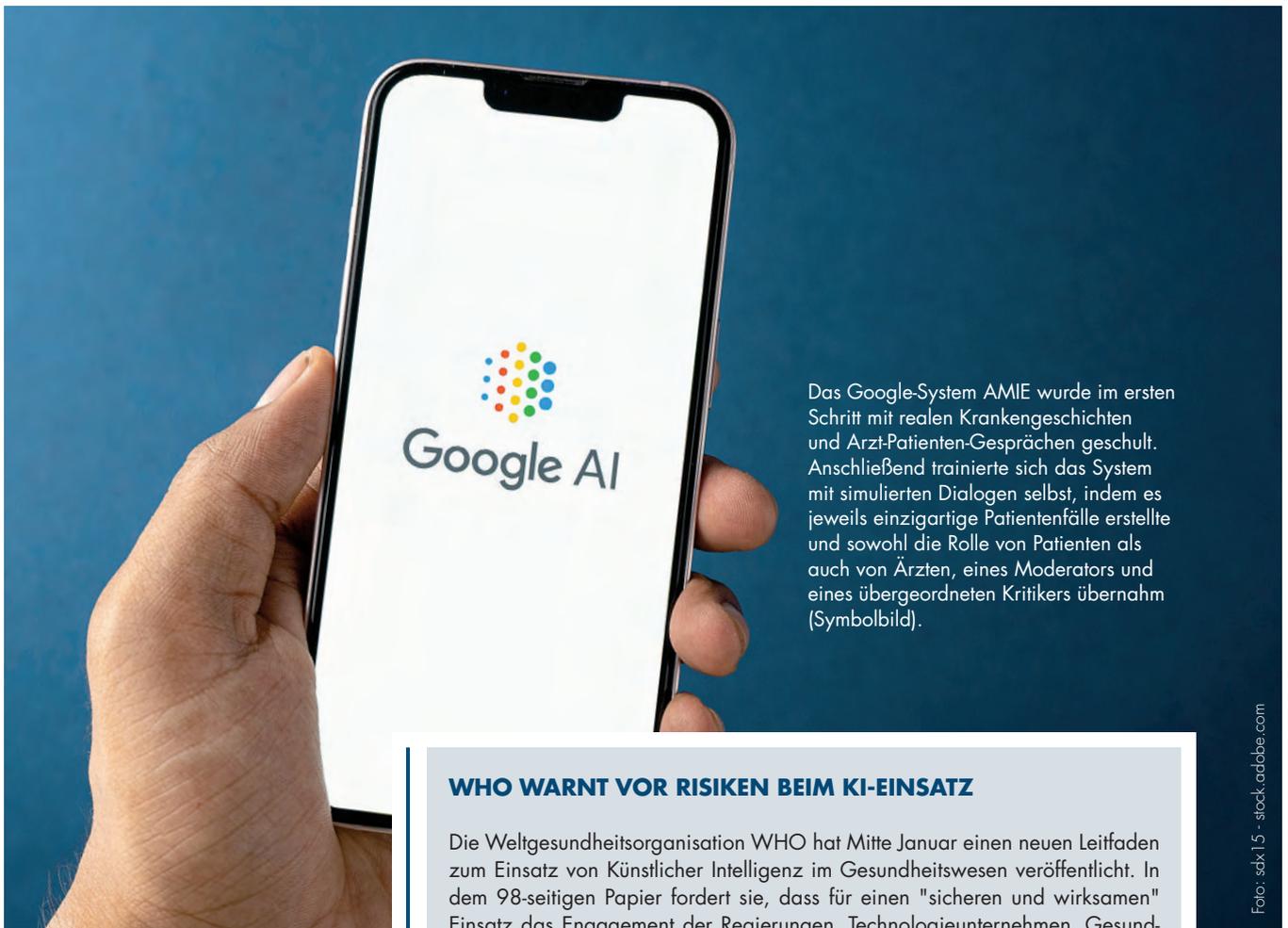
DIE KI WURDE IN KANADA, GROSSBRITANNIEN UND INDIEN GETESTET

Getestet wurde das System in 149 Fallszenarien von klinischen Anbietern in Kanada, Großbritannien und Indien. Dazu führten jeweils ein Hausarzt und AMIE in randomisierter Reihenfolge eine virtuelle objektive strukturierte klinische Untersuchung (OSCE) eines Schauspielers über einen synchronen Online-Text-Chat durch. Anschließend wurden die Chatverläufe und Dokumentationen von Fachärzten und die Konsultationen von den Patienten bewertet. Sowohl die Hausärzte als auch die



Simulationspatienten hatten vorab anhand von Beispielszenarien und Anweisungen die Möglichkeit, sich auf die Chat-Tools vorzubereiten.

Die Schauspieler-Patienten wurden nicht darüber informiert, mit wem sie in der Konsultation sprachen. Die Hausärzte wurden nach dem Zufallsprinzip auf der Grundlage der Verfügbarkeit ausgewählt. Die Schauspieler spielten das Szenario durch und wurden angewiesen, das Gespräch nach spätestens 20 Minuten zu beenden.



Das Google-System AMIE wurde im ersten Schritt mit realen Krankengeschichten und Arzt-Patienten-Gesprächen geschult. Anschließend trainierte sich das System mit simulierten Dialogen selbst, indem es jeweils einzigartige Patientenfälle erstellte und sowohl die Rolle von Patienten als auch von Ärzten, eines Moderators und eines übergeordneten Kritikers übernahm (Symbolbild).

Foto: sdx 15 - stock.adobe.com

KI stellt die bessere Diagnose – und ist empathischer

Ergebnis: Die KI zeigte nach Angaben von 23 prüfenden Fachärzten eine höhere diagnostische Genauigkeit und „überlegene Leistung“ bei 28 von 32 Bewertungskriterien, dazu gehörten die Genauigkeit, die Angemessenheit und die Vollständigkeit der Anamnese, die Erklärung relevanter klinischer Informationen und der Umgang mit Patientenbedenken. Die Patientinnen und Patienten bewerteten die KI in 24 von 26 Punkten höher. Dazu zählten Parameter wie Offenheit, Vertrauenswürdigkeit und Freundlichkeit des Gegenübers. Die Gesprächspartner der KI fühlten sich mehr wertgeschätzt und hatten ein größeres Vertrauen in die Diagnose und Therapieplanung.

Allerdings hat die Studie laut den Autoren entscheidende Einschränkungen, vor allem weil eine Text-Chat-

WHO WARNT VOR RISIKEN BEIM KI-EINSATZ

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat Mitte Januar einen neuen Leitfaden zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen veröffentlicht. In dem 98-seitigen Papier fordert sie, dass für einen "sicheren und wirksamen" Einsatz das Engagement der Regierungen, Technologieunternehmen, Gesundheitsdienstleister, Patienten und der Zivilgesellschaft nötig sei. Als Grund dafür sieht die WHO eine Vielzahl von Risiken, die mit dem KI-Einsatz verbunden sind. Dazu gehört eine Überschätzung der Vorteile während "Herausforderungen bei ihrer Verwendung, einschließlich ihrer Sicherheit, Wirksamkeit und Nützlichkeit, ignoriert oder heruntergespielt werden". Sie warnt zudem vor einer „digitalen Kluft“ zwischen solventen Leistungsanbietern und solchen, die sich die Nutzungsgebühren der KI-Anbieter nicht leisten können. Dieses Risiko gelte auch auf internationaler Ebene für Länder mit einem geringen Gesundheitsetat und entsprechend insuffizienten Gesundheitssystemen. Gleichzeitig könne die Verwendung immer größerer Datensätze kodierte Verzerrungen weiter verstärken, wenn diese anschließend im gesamten Gesundheitssystem automatisiert würden. Weitere Bedenken gelten dem möglichen Verlust von Arbeitsplätzen sowie Cybersicherheitsrisiken und mangelndem Datenschutz.

Schnittstelle verwendet wurde, die zwar eine potenziell groß angelegte Interaktion zwischen Patienten und der KI ermöglicht, den getesteten Ärzten für Fernkonsultationen aber wenig geläufig war. „Unsere Forschung sollte mit angemessener Vorsicht interpretiert werden. Die Kliniker waren auf einen ungewohnten synchronen Text-Chat beschränkt, der nicht repräsentativ für die übliche klinische Praxis

ist.“ Obwohl weitere Forschung erforderlich sei, bevor AMIE in reale Umgebungen übertragen werden kann, stellen die Ergebnisse trotzdem „einen Meilenstein auf dem Weg zu einer dialogdiagnostischen KI dar“. *mg*

Die Studie:
T Tu, A Palepu, M Schaeckermann et al., Towards Conversational Diagnostic AI, arXiv preprint, Submitted 11. Januar 2024, <https://arxiv.org/abs/2401.05654>

NOVELLIERUNG DER STRAHLENSCHUTZVERORDNUNG

Aufzeichnungspflicht der Expositionsparameter entfällt

Die Bundeszahnärztekammer informiert, dass für Tubus- und Panoramaschichtgeräte die Pflicht zur elektronischen Aufzeichnung und Übertragung der Expositionsparameter entfällt. Die Änderung gilt seit dem 16. Januar dieses Jahres.

Im November 2022 hatte die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) darüber informiert, dass ab dem 1. Januar 2023 neu in Verkehr gebrachte (zahnärztliche) Röntgeneinrichtungen nach § 114 der Strahlenschutzverordnung über eine Funktion verfügen müssen, die die Expositionsparameter elektronisch aufzeichnet und für die Qualitätssicherung elektronisch nutzbar macht.

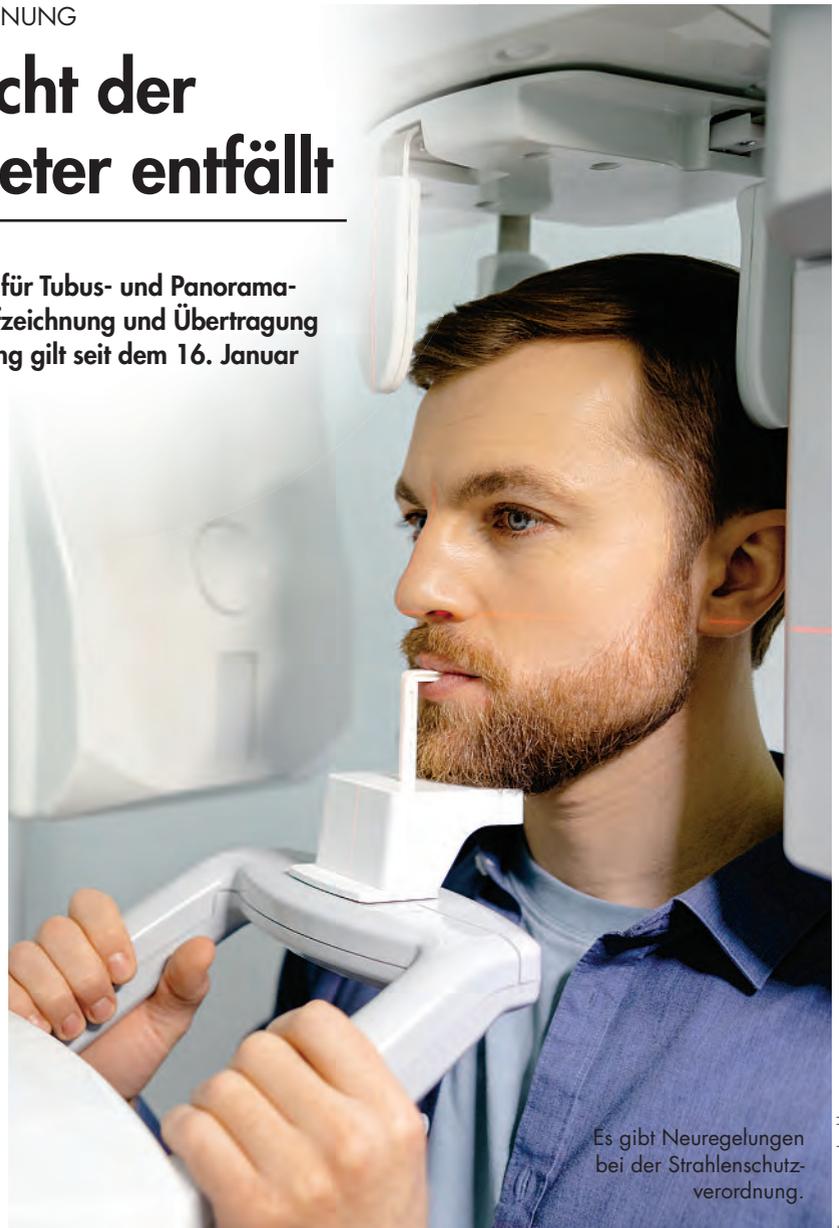
Langjährige Forderung wird umgesetzt

Wie die BZÄK informiert, wurde auf Antrag des Bundesrates bei der Novellierung der Strahlenschutzverordnung eine Ausnahmeregelung für Tubus- und für Panoramaschichtgeräte eingeführt. Hintergrund ist, dass mit der Forderung ein geringer Nutzen für die Qualitätssicherung einem erheblichen technischen wie auch finanziellen Aufwand gegenübersteht und damit weder dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit noch dem ALARA-Prinzip des Strahlenschutzes Rechnung getragen wird.

Mit dieser Änderung werde einer seit Jahren bestehenden Forderung der BZÄK Rechnung getragen, die von deren Vertretern in den Beratungen der staatlichen Gremien zum Gesetzgebungsverfahren wiederholt dringend angemahnt worden war, hieß es weiter.

Mängelbescheide können aufgehoben werden

Die BZÄK weist weiter darauf hin, dass die zuständigen Stellen Praxen, für die bei einer Neuinstallation eines Tubus- und/oder eines Panoramaschichtgeräts



Es gibt Neuregelungen bei der Strahlenschutzverordnung.

Foto: www.karkhut.com

im Jahr 2023 bei der Sachverständigenprüfung aufgrund der oben genannten gesetzlichen Regelung ein Mangel der Kategorie 3 festgestellt wurde, eine Frist von einem Jahr für die Mängelbeseitigung eingeräumt hatten. Die betroffenen Praxen sollten deshalb kurzfristig Kontakt zur zuständigen Stelle aufnehmen und den Mängelbescheid in diesem Punkt aufheben lassen.

Als weitere Änderungen wurden in die Strahlenschutzverordnung Ausnahmeregelungen für Fälle aufgenommen, in denen die Originalprüfkörper der Abnahmeprüfung nicht mehr verfügbar sind (§§ 115 und 116) und die ebenfalls

von der Zahnärzteschaft seit Langem geforderte Absenkung der Aufbewahrungsfrist für die Aufzeichnungen zur Konstanzprüfung (§ 117) von zehn Jahren auf fünf Jahre berücksichtigt.

Die Änderung trat mit der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt am 16. Januar in Kraft. *sr*



Vierte Verordnung zur Änderung der Strahlenschutzverordnung:
<https://www.recht.bund.de/bgbl/1/2024/8/VO>

ZM – ZAHNÄRZTLICHE MITTEILUNGEN

Herausgeber:

Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.

Anschrift der Redaktion:

Redaktion zm
Chausseestraße 13
D-10115 Berlin
Tel: +49 30 40005-300
Fax: +49 30 40005-319
E-Mail: zm@zm-online.de
www.zm-online.de

Redaktion:

Sascha Rudat, Chefredakteur, sr;
E-Mail: s.rudat@zm-online.de
Claudia Kluckhuhn, Chefin vom Dienst, ck;
E-Mail: c.kluckhuhn@zm-online.de
Gabriele Prchala, (Politik), pr;
E-Mail: g.prchala@zm-online.de
Markus Brunner (Schlussredaktion), mb;
E-Mail: m.brunner@zm-online.de
Marius Gießmann, (Online), mg;
E-Mail: m.giessmann@zm-online.de
Laura Langer (Wirtschaft, Praxis, Gemeinwohl), LL;
E-Mail: l.langer@zm-online.de
Navina Bengs (Politik, Praxis), nb;
E-Mail: n.bengs@zm-online.de
Susanne Theisen (Politik, Praxis), sth;
E-Mail: s.theisen@zm-online.de
Benn Roof, Leiter Redaktion Zahnmedizin & Wissenschaft, br;
E-Mail: b.roof@zm-online.de
Dr. Nikola Alexandra Lippe, Redaktion Zahnmedizin & Wissenschaft, nl;
E-Mail: n.lippe@zm-online.de

Layout:

Richard Hoppe, E-Mail: richard.hoppe@medtrix.group
Holger Göbel, E-Mail: holger.goebel@medtrix.group
Sabine Roach, E-Mail: sabine.roach@medtrix.group

Verantwortlich im Sinne des Presserechtes:

Sascha Rudat

Mit anderen als redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sonderteile liegen außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung sind vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung.

Bei Änderungen der Lieferanschrift (Umzug, Privatadresse) wenden Sie sich bitte an die Mitgliederverwaltung Ihrer zuständigen Landes Zahnärztekammer.

Die Zeitschrift erscheint mit 21 Ausgaben im Jahr. Der regelmäßige Erscheinungstermin ist jeweils der 01. und 16. des Monats. Die Ausgaben im Januar (Ausgabe 1/2), August (Ausgabe 15/16) und Dezember (Ausgabe 23/24) erscheinen als Doppelausgaben. Zahnärztlich tätige Mitglieder einer Zahnärztekammer erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Zeitungsbezugsgeld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 168,00 €, ermäßigter Preis jährlich 60,00 €. Einzelheft 10,00 €. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen. Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V.



Verlag:

MedTriX GmbH
Unter den Eichen 5
D-65195 Wiesbaden
Tel: +49 611 9746 0
www.medtrix.group

MedTriX Landsberg
Justus-von-Liebig-Str. 1
86899 Landsberg

Geschäftsführung der MedTriX GmbH:

Stephan Kröck, Markus Zobel

Media- und Vertriebsleitung:

Björn Lindenau
E-Mail: bjoern.lindenau@medtrix.group

Anzeigen Print:

Julia Paulus und Alexandra Ulbrich
E-Mail: zm-anzeigen@medtrix.group

Anzeigen Website und Newsletter:

Nicole Brandt und Sylvia Sirch
E-Mail: zm-online@medtrix.group

Abonnementservice:

Claudia Mahnke
Tel.: +49 611 9746 253
E-Mail: zm-leserservice@medtrix.group

Berater für Industrieanzeigen:

Verlagsrepräsentant Nord:

Götz Kneiseler
Uhlandstr 161, 10719 Berlin
Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874,
Mobil: +49 172 3103383, E-Mail: g.kneiseler@t-online.de

Verlagsrepräsentant Süd:

Ratko Gavran
Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden
Tel.: +49 7221 996412, Fax: +49 7221 996414
Mobil: +49 179 2413276, E-Mail: gavran@gavran.de

Key Account Managerin International:

Andrea Nikuta-Meerloo
Tel.: +49 611 9746 448
Mobil: +49 162 27 20 522
E-Mail: andrea.nikuta-meerloo@medtrix.group

Beraterin für Stellen- und Rubrikanzeigen:

Lara Klotzbücher
Tel.: +49 611 9746-237
E-Mail: zm-stellenmarkt@medtrix.group
E-Mail zm-rubrikenmarkt@medtrix.group

Gesamtherstellung:

L.N. Schaffrath Druck Medien
Marktweg 42-50
47608 Geldern

Konto:

HVB/UniCredit Bank AG
IBAN: DE12 7002 0270 0015 7644 62
BIC: HYVEDEMMXXX

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 66, gültig ab 1.1.2024.
Auflage IVW 1. Quartal 2022:

Druckauflage: 77.680 Ex.
Verbreitete Auflage: 77.256 Ex.
114. Jahrgang,
ISSN 0341-8995

HILFSEINSATZ IN GAMBIA

„Nin ju maa lea kademe“ – Wo sind die Schmerzen?

Elias Khoury, Djan Pelser, Fouad Khoury

Elias Khoury, Djan Pelser, Zahnärzte an der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Universitätsmedizin Mainz, und Prof. Dr. Fouad Khoury (Privatzahnklinik Schloss Schellenstein) haben einen vierwöchigen Hilfseinsatz in Gambia organisiert und durchgeführt. Hier berichten sie über ihre Erfahrungen.



Elias Khoury bei der Anästhesie eines OK-Seitenzahns zur Vorbereitung einer Füllung



Djan Pelser, Prof. Fouad Khoury und Elias Khoury mit 450 Kilogramm Spendengut aus Deutschland

Fotos: Elias Khoury

Gambia, der kleinste Staat in Afrika, ist ein Agrarland mit knappen Ressourcen. Die Lebensrealität der Menschen ist von Hitze, Trockenheit und heftigen Regenfällen geprägt, was zu erheblichen Herausforderungen führt. Die Arbeitsmöglichkeiten sind begrenzt, die Auswirkungen der Armut allgegenwärtig.

In dieser Umgebung ist eine akademisch unterlegte medizinische und zahnmedizinische Grundversorgung eine Rarität. Der Mangel an Ärzten und Zahnärzten zwingt die Bevölkerung dazu, sich auf lokale Heilkundige, Medizinmänner und -frauen, zu verlassen, die oft weder lesen noch schreiben

können. Deren Ansatz basiert auf dem Prinzip „learning by doing“. Unser Ziel war das Remis Health-Centre in Darsilami, wo wir den Menschen vor Ort medizinische Hilfe und Aufklärung bieten wollten. Das Zentrum ist von der Deutschen Stiftung „REMIS Health-Centre Köln-Darsilami in the Gambia e.V.“ gegründet worden.

450 Kilogramm Hilfsgüter mussten mit!

Die Vorbereitungen begannen lange im Voraus. Denn ein zahnärztlicher Hilfseinsatz in Gambia bedeutet nicht nur vier Wochen ehrenamtliche Arbeit, sondern auch eine strukturierte

Phase der Vorlauf- und Planungsarbeit. Diese umfasst die Mobilisierung von Spendengeldern, die systematische Beschaffung von benötigten Ressourcen sowie die Koordination aller logistischen Aspekte. Gemeinschaftlich erfolgte die Akquise von über 450 Kilogramm an humanitären Hilfsgütern, zu denen chirurgische Instrumente, Pharmazeutika, medizinische Ausrüstung, Füllstoffe und viele weitere Artikel gehörten. Der Großteil dieser Materialien wurde großzügigerweise von Unternehmen der Dentalindustrie und Dentaldepots bereitgestellt.

Am internationalen Flughafen in der Hauptstadt Banjul wurden wir vom

PATIENTENFALL 1

DECKUNG EINER MAV

Bei Patienten, die nur unregelmäßig Zugang zu adäquater zahnmedizinischer Versorgung haben, bleiben Probleme oft längere Zeit unbehandelt. So berichtete ein Patient von einem kontinuierlichen Wasserfluss aus der Nase beim Trinkvorgang, was auf eine signifikante Verbindung zwischen Mund und Kieferhöhle hindeutete. Die klinische Untersuchung bestätigte das Vorhandensein einer großen, chronischen Mund-Antrum-Verbindung, die wir plastisch decken konnten.



plastische Deckung der Mund-Antrum-Verbindung ohne vorhandene Absaugung



Verschluss der umfangreichen Mund-Antrum-Verbindung

PATIENTENFALL 2

ALVEOLARFORTSATZFRAKTUR: FIXIERUNG MIT KUPFERDRAHT AUS EINEM STROMKABEL

Wir behandelten auch Nofälle, darunter Frakturen und Abszesse. So erreichte uns ein junges Mädchen mit persistierenden Schmerzen im Oberkiefer – drei Tage zuvor hatte sie einen Unfall erlitten, der zu einer Fraktur des Alveolarfortsatzes geführt hatte. Aufgrund fehlender Materialien mussten wir bei der Schienung improvisieren. Zum Einsatz gelangte schließlich ein aus einem Stromkabel isolierter Kupferdraht. Nach erfolgreicher Repositionierung und Fixierung konnte die Patientin entlassen werden und unterzog sich in der Folge wöchentlichen Kontrolluntersuchungen.



Patientin mit einer drei Tage alten Oberkiefer-Alveolarfortsatzfraktur



Isolierung eines Kupferdrahts aus einem Stromkabel



Repositionierung des Oberkiefers, Adaption mithilfe von Nähten und Fixierung durch einen Kupferdraht an den Nachbarzähnen mithilfe von Komposit

PATIENTENFALL 3

BEHANDLUNG EINES AUSGEDEHNTEN ABSZESSES

Ein weiterer Fall zeigt eine Patientin mit einem ausgedehnten Mundboden- und Logenabszess. Es manifestierten sich bereits einige intraorale Fistelgänge. Nach chirurgischer Erweiterung der Fisteln wurde der Eiter täglich durch Anwendung von Druck abgeführt. Obwohl noch ergänzende intraorale Punktionen notwendig waren, konnte dennoch auf eine extraorale Eröffnung verzichtet werden. Unter Antibiotikagabe verbesserte sich die Situation, was zur Entlassung der Patientin nach einer Woche führte.



Patientin mit einem ausgedehnten Mundbodenabszess



Intraoral erkennbare Fistelgänge nach der chirurgischen Erweiterung



Die Patientin konnte circa eine Woche nach Behandlungsbeginn entlassen werden.

Fotos: Elias Khoury



Djan Pelser bei der Extraktion eines OK-Eckzahns



Fotos: Elias Khoury

Behandlungen in den Schulen mussten unter primitiven Bedingungen stattfinden.

leitenden Krankenpfleger des Remis Health-Centre und seinem engagierten Fahrer herzlich begrüßt. Dieses Duo sollte uns während unseres gesamten Aufenthalts begleiten und uns wertvolle Einblicke in die örtlichen Gegebenheiten geben.

In Darsilami angekommen begann sogleich die Arbeit. Tag für Tag strömten etwa 50 bis 70 Patienten zur Zahnstation des Gesundheitszentrums – bei der überwiegenden Mehrheit der Fälle handelte es sich um akute Probleme. Die einheimischen Mitarbeiter führten vorwiegend Zahnextraktionen durch, jedoch ohne angemessene Beachtung

hygienischer Maßnahmen wie Desinfektion und Sterilisation. Unsere erste Aufgabe bestand daher darin, die Medizinmänner und -frauen darin zu schulen. Außerdem konnten wir mithilfe der mitgebrachten Instrumente und Materialien konservierende Behandlungen zur Zahnerhaltung durchführen.

Bedauerlicherweise funktionierte in der zahnärztlichen Einrichtung lediglich das Licht, so dass wir gezwungen waren, externe Motoren zu verwenden, um Füllungstherapien durchzuführen. Zusätzlich erschwerten tägliche Stromausfälle die Arbeit.



Elias Khoury

Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde,
Universitätsmedizin Mainz
Augustusplatz 2, 55131 Mainz
Foto: Universitätsmedizin Mainz



Djan Pelser

Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde,
Universitätsmedizin Mainz
Augustusplatz 2, 55131 Mainz
Foto: Universitätsmedizin Mainz



Prof. Dr. Fouad Khoury

Privatzahnklinik Schloss Schellenstein
Am Schellenstein 1, 59939 Olsberg
und
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie der Universität Münster
Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
Foto: privat

Einsatz im Klassenzimmer

Neben unserer Arbeit in der Klinik besuchten wir lokale Schulen und Kindergärten in den umliegenden Dörfern. Dort klärten wir die Kinder über Mundhygiene auf, führten Untersuchungen durch und behandelten auch gleich vor Ort. Die Bedingungen waren arg limitiert, aber immerhin konnten wir vielen kleinen Patienten helfen. ■

Sie suchen Personal? Oder geht es um Ihre Praxis?

Dann schalten Sie Inserate, die wirken.
Die zm bieten Ihnen das passgenaue Umfeld.

zm

NEU!

Der Stellen- und Rubrikenmarkt der
„zm – Zahnärztliche Mitteilungen“ ab sofort unter:



zm-stellenmarkt.de
Tel.: 0611 9746-237



zm-rubrikenmarkt.de
Tel.: 0611 9746-237

Ab 2023 erscheinen
„zm – Zahnärztliche Mitteilungen“ und
zm-online.de in der MedTriX Group.

MedTriX Group
we care for media solutions

43. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), K. d. ö. R., Berlin

und der

Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), K. d. ö. R., Berlin

vereinbaren Folgendes:

Änderung der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 366 Absatz 1 SGB V (Anlage 16 BMV-Z) zuletzt geändert am 12.06.2023, mit Wirkung ab dem 01.01.2023

Artikel 1

- 1. In § 5 Anlage 16 BMV-Z wird Absatz 3 gestrichen. Die Nummerierung der nachfolgenden Absätze ändert sich entsprechend.
- 2. In § 5 Anlage 16 BMV-Z wird in Absatz 3 Satz 1 neu (vormals Absatz 4) die Angabe „31. Dezember 2023“ durch die Angabe „31. Dezember 2024“ ersetzt.
- 3. Im Anhang der Anlage 16 BMV-Z werden die Buchstaben a) und b) wie folgt gefasst:

a) Informationssicherheit:

- Ein Zertifikat einer gemäß der VO (EG) 765/2008 nach ISO/IEC 17065 für den Geltungsbereich der technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 oder § 366 Absatz 1 SGB V akkreditierten Zertifizierungsstelle.

Bezeichnung des Prüfobjekts gemäß Zertifikat der Prüfstelle:

Zertifizierende Stelle:

Laufzeit des Nachweises:

b) Datenschutz:

- Ein Zertifikat gemäß Artikel 42 DSGVO für den Geltungsbereich der technischen Bereitstellung von Videodiensten an Ärzte zur Durchführung von Videosprechstunden gemäß § 365 Absatz 1 oder § 366 Absatz 1 SGB V. Das Zertifikat wird erteilt von einer nach ISO/IEC 17065 akkreditierten Zertifizierungsstelle.

- Sonderregelung bis zum 31. Dezember 2024: Die das Zertifikat ausstellende Zertifizierungsstelle verfügt über eine Akkreditierung nach ISO/IEC 17065 und befindet sich im Akkreditierungsverfahren (einschließlich Programmprüfung) bzw. Befugniserteilungsverfahren nach § 39 BDSG.

Bezeichnung des Prüfobjekts gemäß Prüfnachweis/Zertifikat der Prüfstelle:

Zertifizierende Stelle:

Laufzeit des Nachweises:

Antragsnummer bei der Deutschen Akkreditierungsstelle (Zusatzangabe nur bei Sonderregelung gem. § 5 Absatz 3):

Artikel 2

Die 43. Änderungsvereinbarung tritt am Tag nach der Unterzeichnung in Kraft.

Berlin, 23.11.2023

Satzungsänderungen Versorgungsanstalt bei der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Satzung der Versorgungsanstalt bei der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz in der Fassung vom 01.01.2022 wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 1 wird Satz 3 („Sie besitzt keine eigene Rechtsfähigkeit“) gestrichen.

Begründung:

Mit der Änderung des HeilBG zum 15.12.2022 erhielt die Versorgungsanstalt in § 13 Abs. 1 S. 3 und 14 Abs. 1 HeilBG) Teilrechtsfähigkeit.

2. § 5 Abs. 1

§ 5 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Die Hauptversammlung befasst sich mit allen Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung. Sie beschließt insbesondere über

1. die Satzung,
2. den Haushaltsplan,
3. die Zustimmung zur Leistung über- und außerplanmäßiger Ausgaben,
4. die Jahresrechnung und die Entlastung des Vorstands,
5. die Wahl der Mitglieder des Vorstands,
6. eine angemessene Entschädigung der ehrenamtlich tätigen Präsidentin und Präsidenten und Vizepräsidentinnen und Vizepräsidenten sowie sonstiger Mitglieder des Verwaltungsrats,

Sie kann sich die Beschlussfassung über weitere Angelegenheiten vorbehalten.“

Begründung:

Der Wortlaut der Vorschrift wird an § 9 Abs. 2 HeilBG angepasst. In § 5 Ziff. 6 der Satzung wird die Möglichkeit vorgesehen, auch für andere Mitglieder des Verwaltungsrats als den Präsidenten oder Vizepräsidenten eine Entschädigung zu beschließen. Die bisherige Ziff. 4, die der Hauptversammlung die Entscheidung über den Erwerb oder die Veräußerung von Grundstücken vorsah, wird nicht übernommen, weil dies als Teil der Vermögensanlage Sache des Verwaltungsrats ist (§ 8 Abs. 2 Nr. 2 der Satzung).

3. § 8 Abs. 2 Nr. 2

In § 8 Abs. 2 Nr. 2 wird „Verordnung über die Anlage des gebundenen Vermögens von Versicherungsunternehmen (Anlageverordnung) vom 20.12.2001 (BGBl. I S. 3913)“ durch „Anlageverordnung vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 769)“ ersetzt.

Begründung:

§ 14 Abs. 2 HeilBG verweist auf diese Fassung der Anlageverordnung.

4. § 19 Abs. 1 S. 1

§ 19 Abs. 1 S. 1 der Satzung wird wie folgt gefasst:

„Altersruhegeld erhalten alle Teilnehmer, die keine Berufsunfähigkeitsrente beziehen, ab dem auf das Erreichen der Altersgrenze folgenden Monats an.“

Begründung:

In der Satzung soll klargestellt werden, dass Teilnehmer, die BU-Rente beziehen, mit Erreichen der Altersgrenze nicht eine anders berechnete Altersrente erhalten.

5. § 27

In § 27 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Die Versorgungsanstalt unterhält ein Mitgliederportal. Schreiben, die Teilnehmer über das Mitgliederportal unter Verwendung ihrer Zugangsdaten an die Versorgungsanstalt richten, erfüllen das Schriftformerfordernis nach dieser Satzung.“

Begründung:

Die Satzung verlangt an verschiedenen Stellen schriftliche Anträge von Teilnehmern (vgl. etwa § 20 Abs. 1 S. 2 der Satzung). Der Zugang zum Portal ist für die Teilnehmer nur über ein Passwort möglich. Bei Schreiben, die Teilnehmer über das Portal an die Versorgungsanstalt richten, ist daher sichergestellt, dass es sich um ein Schreiben des Teilnehmers handelt. Deshalb sollte ein solches Schreiben einem schriftlich gestellten Antrag gleichgestellt werden.

Die Satzungsänderungen treten zum 01.01.2024 in Kraft.

Mainz, den 08.01.2024

Versorgungsanstalt

bei der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz

Dr. Martin Spukti

-Präsident-

Mehr unter: www.varlp.de

ZAHNÄRZTEKAMMER NIEDERSACHSEN

Verlust von Mitgliedsausweisen

Folgende Ausweise wurden verloren, gestohlen beziehungsweise nicht zurückgegeben und werden für ungültig erklärt:

Nr. 9732	vom 09.01.2019	von Ruth Rosien
Nr. 9211	vom 26.04.2017	von Dietrich Emmert
Nr. 2262	vom 18.04.1989	von Dr. Uwe Bantelmann
Nr. 9341	vom 06.09.2017	von Dr. Wolf-Dietrich Ahlhelm
Nr. 6102	vom 27.11.2007	von Anke Grundmeyer

Hannover, den 03.01.2024



Deutsche Akademie für Akupunktur | **DAA e.V.**
Medizin auf den Punkt gebracht.

Foto: DAA e.V.

DEUTSCHE AKADEMIE FÜR AKUPUNKTUR

Ganzheitlicher Ansatz

In der Zahnheilkunde setzt sich immer mehr ein ganzheitlicher Ansatz durch, denn Zähne haben einen direkten Einfluss auf den gesamten Organismus. Umgekehrt haben Störungen und Krankheiten auch einen großen Einfluss auf die Zahn-, Mund- und Kiefergesundheit. In der Zahnmedizin kommt der Akupunktur in Diagnostik und Therapie eine herausragende Rolle zu. Akupunktur ist weltweit wissenschaftlich erforscht. Die täglichen Behandlungserfolge sprechen für sich. Akupunktur unterstützt die Heilung vieler Zahnerkrankungen. Sie erleichtert die zahnärztliche Behandlung. Das Wohlbefinden und die Zufriedenheit des Patienten steigen deutlich. Von dieser Technik profitieren ganz besonders Patienten, die aus Angst vor der Behandlung, den Schmerzen und einem eventuellen Würgereiz ihre Zahnarztbesuche vernachlässigt hatten. Die Akupunktur entspannt Patient und Zahnarzt gleichermaßen und unterstützt so die Behandlung. Der Einsatz von Schmerzmitteln, Beruhigungsmitteln und Antibiotika – inklusive deren Nebenwirkungen – kann deutlich vermindert werden. Die Deutsche Akademie für Akupunktur bietet im März und April Einführungskurse für Akupunktur in der Zahnmedizin an – online und als Präsenzveranstaltung. Termine, Informationen und Anmeldung unter www.akupunktur.de.

Deutsche Akademie für Akupunktur (DAA e.V.)
 Lerchenfeldstraße 20, 80538 München, Tel.: 089 814 52 52, kontakt@akupunktur.de, www.akupunktur.de

SUNSTAR

Neu: GUM BIO Mundspülung

Die neue GUM BIO Mundspülung eignet sich für die tägliche Zahn- und Zahnfleischpflege, fördert den frischen Atem und wird zudem jenen Ihrer Patient:innen gerecht, die Bio-Produkte favorisieren. Die GUM BIO Mundspülung trägt zur Plaquekontrolle, Remineralisierung des Zahnschmelzes und zum Schutz von Zahnfleisch und Mundschleimhaut bei. Die Mundspülung wurde als optimale Ergänzung zur GUM BIO Zahnpasta nach neuesten wissenschaftlichen Standards entwickelt. Beide Produkte enthalten 99 Prozent natürliche Inhaltsstoffe sowie Fluorid gemäß den Empfehlungen der Europäischen Föderation für Parodontologie (EFP). Die erfrischende Pfefferminze und die beruhigende Aloe Vera aus kontrolliert biologischem Anbau sind sanfte, wirksame Bestandteile bei der täglichen Mundhygiene und verleihen einen frischen Atem. Zusätzlich enthält die GUM BIO Mundspülung Kamille, die antiinflammatorische und antibakterielle Eigenschaften hat. Die GUM BIO Mundspülung und die GUM BIO Zahnpasta sind mit dem Cosmos Organic Siegel und dem V-Siegel (Vegan) ausgezeichnet. Sie enthalten keinen Alkohol, sodass sie sich auch für Kinder ab 7 Jahren eignen.



Foto: Sunstar

SUNSTAR Deutschland GmbH; Aiterfeld 1, 79677 Schönau
 Tel.: 076 73 885 1080, service@de.sunstar.com, www.professional.sunstargum.com

W&H

Synea Power Edition

Die neuen Schnellläuferwinkelstücke von W&H wurden speziell für die Bearbeitung und Entfernung von hochfesten keramischen Materialien wie Zirkon entwickelt. Die extrastarken Winkelstücke der Synea Power Edition sorgen mit einem veränderten Übersetzungsverhältnis für die optimale Bohrerzahl und liefern das zusätzliche Drehmoment, das zur effizienten Be-



Foto: W&H

arbeitung harter Materialien erforderlich ist. Aufgrund der besseren Abtragsleistung bei gleichem Anpressdruck wird der starke Verschleiß der Bohrer verhindert sowie das Risiko von thermischen Schäden an den Zähnen reduziert. Im Vergleich zu Standardübertragungsinstrumenten verlängert sich die Lebensdauer der Winkelstücke um mindestens 20 Prozent da sie weniger anfällig für mechanische Störungen sind. Dazu trägt auch das von W&H neu entwickelte, extrastabile Spannsystem bei. Mit der Steigerung der Spannkraft um 20 Prozent ist das innovative System wie geschaffen für die Anwendungen an hochfesten Materialien. Das neue Druckknopfdesign erleichtert den Bohrerwechsel zusätzlich durch eine bessere Kräfteverteilung. Hinzu kommt ein ergonomisches Kopfdesign für eine bessere Bohrerführung sowie einem Mehrfachspray mit hohem Wasserdurchfluss für die optimale Kühlung der Behandlungsstelle. Mit der speziellen Synea 900-Serie hat W&H drei leistungsstarke Schnellläufer entwickelt. Die Premium-Linie der Synea-Serie – die Synea Vision – wird durch das WK-900 LT ergänzt, das Synea Fusion-Portfolio durch das WG-900 A und das WG-900 LT.

W&H Deutschland GmbH
 Ludwigstraße 27, 83435 Bad Reichenhall
 Tel.: 08651 904 2440 0, office.de@wh.com
www.wh.com

Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

TEC2**Start: Curriculum Endodontie 2024**

Das Curriculum Endodontie der TEC2 in Zusammenarbeit mit der Universität Pennsylvania ist ein einzigartiges Fortbildungsangebot, das die Möglichkeit bietet, sich auf höchstem Niveau in der Endodontie zu qualifizieren. Das bedeutet: Von der wissenschaftlichen Expertise und der praktischen Erfahrung der besten Referenten der Welt profitieren, die die neuesten Erkenntnisse und Tipps aus der Endodontieforschung und -praxis vermitteln. Lernen, wie die Endodontie als integraler Bestandteil der restaurativen Zahnmedizin verstanden und angewendet wird. Der Erwerb des DVT-Scheins, der die Nutzung der digitalen Volumentomographie nicht nur in der Endodontie ermöglicht, ist eingeschlossen. Das Curriculum Endodontie der TEC2 besteht aus vier Präsenzwochenenden, zudem Internet-Vorlesungen, Homeworks, etc. Die Präsenzwochenenden beinhalten Theorie, konsekutiv aufeinander aufbauend. Die Teilnahme an sehr vielen Hands-on-Übungen ist eingeschlossen. Die Module sind thematisch aufeinander abgestimmt und decken alle Aspekte der Endodontie ab, von der Diagnostik über die Instrumentation und Obturation bis hin zur Revision und Traumatologie. Rund 200 Fortbildungspunkte nach DGZMK/BZÄK. Das Curriculum wird von der renommierten Universität Pennsylvania wissenschaftlich begleitet und kontrolliert. Das Curriculum Endodontie der TEC2 startet wieder am 1. Mai 2024. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Jetzt anmelden und einen Platz in diesem exklusiven Fortbildungsprogramm sichern.

TEC2 GmbH
Zangmeisterstraße 24
87700 Memmingen
Tel.: 08331 9809 06
info@tec2-endo.de
www.tec2-endo.de



Foto: TEC2

Foto: IFG - Internationale Fortbildungsgesellschaft mbH

**IFG - INTERNATIONALE FORTBILDUNGSGESELLSCHAFT****IFG Best Day 2024**

Der IFG Best Day hat sich als das Weiterbildungsereignis mit den Themenschwerpunkten Marketing und Management in medizinischen Berufen etabliert. Bereits zum 24. Mal wird der Best Day am Freitag, 23. und Samstag, 24. Februar 2024 Maritim Airport Hotel in Düsseldorf stattfinden. Die Referenten René Borbonus, Dr. Stefan Frädrieh, Marc Gassert, Betül Hanisch, Dr. Stefan Helka, Yvonne Kasperek, Jörg Löhr, Bianca Rieken, Stefan Verra und Johannes Warth füllen das Hauptprogramm mit dem Titel „Herausforderungen annehmen – anpassungsfähig statt träge!“ Die umfangreiche Ausstellung mit zuletzt 45 teilnehmenden Partnerfirmen ist von Freitag 10 Uhr bis Samstag 16 Uhr geöffnet. Das After Work Dinner, sowie die anschließende Party mit Livemusik am Freitag sind in der Kursgebühr inklusive. Mehr Info und Anmeldung unter www.ifg-bestday.de.

IFG - Internationale Fortbildungsges. mbH
Wohldstraße 22, 23669 Timmendorfer Strand, Tel.: 04503 779933, info@ifg-hl.de, www.ifg-hl.de

DACHZEILE**Schnelltest zur Prävention von Mundhöhlenkrebs**

Die Früherkennung spielt im Kampf gegen Mundhöhlenkrebs eine entscheidende Rolle. Eine rechtzeitige Diagnose kann die Chancen auf Heilung nahezu verdoppeln. Der BeVigilant OraFusion ist ein Schnelltest für die Früherkennung. Mit dem OraFusion Speicheltest in Kombination mit einer Software und Künstlicher Intelligenz (KI) wird das Vorhandensein bestimmter Biomarker für klinische Risikofaktoren bestimmt. Der Test basiert auf der Erkenntnis, dass Körperflüssigkeiten wie Speichel Veränderungen in der microRNA anzeigen, die mit Plattenepithelkarzinomen assoziiert sind. Die Krebsarten im Kopf- und Halsbereich sind zu 90 Prozent Plattenepithelkarzinome, die in der Schleimhaut von Mundhöhle und Oropharynx entstehen. Die Speicheltests und das OraFusion Mundhöhlenkrebs Früherkennung KI-Auswertungsgerät gibt es im Onlineshop von Zantomed derzeit im Angebot für 799 Euro (statt 999 Euro).



Foto: Mark Allen Bowers Jr

Vigilant Biosciences, 008 Ranch Road 620, Suite 620, Lakeway TX 78734 / USA
germany@vigilantbiosciences.com, www.vigilantbiosciences.com



Foto: Aera

AERA**AERA wird Pate von Dentista**

Die Zahnmedizin wird weiblicher: In den letzten Jahren legten mehr Frauen als Männer das Staatsexamen im Fach Zahnmedizin ab. Die Zahl wächst weiter und sie wird die Zahnmedizin verändern. Der Dentista e.V. verleiht der weiblichen Expertise in der Dentalwelt eine Stimme. Im Mittelpunkt des Verbandes steht die Vision, eine moderne zahnmedizinische Versorgung, gesunde Rahmenbedingungen und die Freude am Beruf zu fördern. Der Austausch mit Fachgesellschaften, Verbänden und Unternehmen ist dabei ein zentrales Element. Ab sofort unterstützt AERA-Online, Deutschlands größte Preisvergleichs- und Bestellplattform für Dentalprodukte den Dentista e.V. mit einer Verbandspatenschaft.

AERA EDV-Programm GmbH
Im Pfädele 2, 71665 Vaihingen, Tel.: 07042 3702 0, info@aera-gmbh.de, www.aera-online.de

MEDENTIS**Update Implantologie 2024**

Mittlerweile zum 7. Mal findet die Kursreihe Update Implantologie mit Dr. Stefan Reinhardt in 2024 statt. Diese Kursreihe stellt in kompakter Form die Möglichkeiten des Implantatsystems dar und gibt ein aktuelles Update über Augmentationsverfahren und prothetische Suprakonstruktionen. Der Bereich der Sofortimplantation ist in der Implantologie in den letzten Jahren wie kein anderer untersucht und weiterentwickelt worden, so dass wissenschaftlich fundiert vom zahnlosen Kiefer über Brückenversorgungen bis zu Einzelzahnücke im Frontzahngelände alles erfolgreich behandelt werden kann. Im

Kurs wird die 4-on-ICX-Versorgung mit der ICX-MAGELLAN-Planung und vor allem auch die modifizierte Operationstechnik bei Einzelzahnversorgungen im Frontzahnbereich mit simultaner Weichgewebsverdickung mit BGT oder kollagener Matrix gezeigt und mit eigenen Studienergebnissen unterlegt. Mehr Informationen und Anmeldung über den QR-Code oder unter [medentis.com/event/update-implantologie-2024-kurs-1/](https://www.medentis.com/event/update-implantologie-2024-kurs-1/)

medentis medical GmbH
Walporzheimer Str. 48-52
53474 Bad Neuenahr/Ahrweiler
Tel.: 02641 91100, info@medentis.de
www.medentis.de

Foto: medentis

**PERMADENTAL****Case Reports**

Viele Praxisteams sind daran interessiert zu erfahren, mit welcher Herangehensweise komplexe Patientenfälle in anderen europäischen Praxen gelöst werden. Für eben diese Praxen wird in Deutschland eine aktuelle Sammlung mit spannenden Case-Reports kostenlos und unverbindlich von Permadental angeboten: „Die Reports, mit den in Text und Bild detailliert dokumentierten Patientenfällen, können ein echter Ideengeber für zahnmedizinische Praxen sein. Sie ermöglichen es, erfahrenen Kolleginnen und Kollegen ‚über die Schulter zu schauen‘ und aus ihrem Know-how neue Impulse für den eigenen Pra-



Foto: McMillanStock - stock.adobe.com

xisalltag zu gewinnen“, betont Christian Musiol, Zahntechnikermeister und Sales-Manager bei Permadental, einem führenden Komplettanbieter für dentale Lösungen in Deutschland. „Egal, ob Teleskoptechnik oder Totalprothetik im rein digitalen Workflow, kombinierte Behandlungen mit Aligern und Composite, Implantatversorgungen oder der klinische Einsatz von Retraktoren von Professor Lo Russo, dokumentiert werden immer echte Patientenfälle, wie sie in jeder Praxis täglich erfolgreich behandelt werden“. Die Sammlung europäischer Case-Reports wird in loser Reihenfolge fortgesetzt. Fragen oder Anregungen zu den Reports leitet Permadental gerne an das jeweilige Behandlersteam weiter. Erfahren Sie noch heute, wie Praxisteams in anderen Ländern ihre Patienten erfolgreich versorgen. Über den QR-Code können Sie die Case-Reports kostenlos anfordern.

Permadental GmbH
Marie-Curie-Straße 1
46446 Emmerich
Tel.: 02822 7133 0
info@permadental.de
www.permadental.de



Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

CGM DENTALSYSTEME**Recall-System**

Für eine optimale Mundgesundheit ist die regelmäßige Prophylaxe – neben der gründlichen Zahnreinigung im Alltag – der wichtigste therapeutische Eckpfeiler. Für Zahnarztpraxen bieten PZR und PAR-Therapie als delegierbare Leistungen Potenziale zur Umsatzsteigerung – wenn die Auslastung ausgeschöpft wird. Um die dafür notwendige regelmäßige Einbestellung von Patienten zu gewährleisten und überdies den Workflow zu optimieren, ist ein Recall-System ein verlässlicher Partner. Das Modul CGM Z1.PRO Leistungsrecall ist als Feature innerhalb der bewährten Praxissoftware enthalten. Hier können Dentalteams bei dem Patienten individuell einstellen, ob der Patient regelmäßig an seine PZR-Termine erinnert werden möchte. Durch vielfältige Selektionsmöglichkeiten und durch das Erstellen von Vorlagen lassen sich sowohl Patientengruppen als auch spezifische Behandlungs- und Erfassungsdefizite identifizieren – und somit Honorareinbußen minimieren – oder auf einfache Weise erbrachte oder nicht erbrachte Leistungen ermitteln. Die Suche kann auf Selektionskennzeichen, Krankenkasse, Recall-Daten oder die Risikoanamnese ausgeweitet werden. Weitere Verknüpfungen mit den Patientenstammdaten, der Behandlungserfassung sowie die Verknüpfung bereits vorhandener Daten in den entsprechenden Feldern gewährleisten die komfortable und schnelle Erstellung von Recall-Serienbriefen, E-Mails, Faxen oder Listendruckern, was zu Kosteneinsparungen führt. Ein Knopfdruck genügt und die Erinnerungen werden z. B. per Mail oder per Post an die Patienten versendet. Durch gezielte und vereinfachte Arbeitsabläufe bleibt mehr Zeit für andere administrative Aufgaben.

CGM Dentalsysteme GmbH
Maria Trost 25, 56070 Koblenz
Tel.: 0261 8000 1900
info.cgm-dentalsysteme@compugroup.com
www.cgm-dentalsysteme.de



Foto: CGM Dentalsysteme

GRÜNDER CAMP
22. – 23. NOVEMBER 2024 MAINZ HALLE 45

WERDE AUCH DU
GRÜNDUNGS-DURCHSTARTER:IN

Foto: Henry Schein

HENRY SCHEIN**Countdown zum Gründer Camp 2024**

Die Henry Schein Dental Deutschland GmbH und das dent.talents.-Team freuen sich, das Datum für das Gründer Camp 2024 bekannt zu geben. Das Event für angehende Praxisinhaber:innen findet am 22. und 23. November in Mainz statt. Das Gründer Camp ist als Plattform für Austausch, Inspiration und Networking konzipiert. Durch sein interaktives Konzept, das den Fokus auf echte Erfahrungen, Wissenstransfer und Vernetzung legt, ist das Gründer Camp 2024 ein Muss für alle, die den Schritt in die Selbstständigkeit im dentalen Bereich planen. Mehr Informationen und Anmeldung über Website des Gründer Camp: www.denttalents.de/gruendercamp/

Henry Schein Dental Deutschland GmbH
Monzastraße 2a, 63225 Langen, Tel.: 0800 1400044, info@henryschein.de, www.henryschein.de

CARESTREAM**Das CS 9600**

Die kristallklaren Aufnahmen und die smarte Software des CS 9600 vereinfachen die Diagnostik, führen zu mehr Sicherheit während der Behandlung und schlussendlich zu erfolgreicheren Ergebnissen. Es ist perfekt geeignet für anspruchsvolle Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner, die für ihre Behandlungsplanung eine Diagnostik mit höchster Präzision erwarten. Das CS 9600 ist eine der intelligentesten Röntgengeräte-Baureihen seiner Zeit.

Das universell einsetzbare 5-in-1-System bietet ein neues Maß an Automatisierung, Präzision und Einfachheit für die dentale, maxillofaziale und HNO-Bildgebung. Zu den Top-Features des CS 9600 zählen die verschiedenen Assistenz-Systeme zur optimalen Patienten-Positionierung. Durch Innovationen wie einem Live-Positionierungs-Assistenten, Videokameras und künstlicher Intelligenz (KI) liefert das CS 9600 ab der ersten Aufnahme genauere Scans mit gleichbleibenden Ergebnissen. Das CS Face Scan liefert zudem realistische 3D-Gesichts-Scans und überlagert automatisch Oberflächenscans mit DVT-Bildern und 3D-Modellen.

Carestream Dental Germany GmbH, Hedelfinger Straße 60, 70327 Stuttgart
Tel.: 0711 49 06 74 20, deutschland@csdental.com, www.carestreamdental.de



Foto: Carestream Dental



Foto: Align

ALIGN**Invisalign Go**

Das Invisalign Go System bietet Zahnärzten ein vollständig digitales Erlebnis, das zur Effizienz und zum Wachstum der Praxis beiträgt. Die Invisalign Practice App beispielsweise, die vollständig in die Invisalign Doctor Site integriert ist, hilft ihnen, ihren Workflow zu straffen. Mit der App können sie Patientenprofile anlegen, Patientenfotos aufnehmen, Informationen über die Anwendbarkeit eines Falles erhalten und mit Patienten in Kontakt treten. Darüber hinaus ermöglicht es Invisalign Virtual Care AI dem Zahnarzt die virtuelle Überwachung von Patienten durch die Überprüfung der vom Patienten über die My Invisalign App eingereichten Fotos. Das KI-gestützte Tool optimiert die Fernüberwachung von Patienten und hilft bei der Priorisierung von Patienten, bei denen Handlungsbedarf besteht. Darüber hinaus unterstützen leistungsstarke Tools wie die Invisalign SmileView Simulation und die ClinCheck In-Face Visualisierung die Darstellung möglicher Behandlungsergebnisse.

Align Technology GmbH, Dürener Straße 40, 550858 Köln Tel.: 0800 25 24 990, www.invisalign.de

TEPE**Neu: Feuchtigkeitsspendende Serie**

Bei Mundtrockenheit besser beraten: TePe Feuchtigkeitsspendende Mundspülung und TePe Feuchtigkeitsspendendes Mundgel – beide sanft zu den Schleimhäuten – sind die ersten Produkte der neuen feuchtigkeitsspendenden Serie und ab sofort über alle Dentaldepots sowie über TePe direkt und den TePe Online-Shop erhältlich. Sie sind ohne Geschmacksstoffe für Menschen mit stark ausgeprägter Mundtrockenheit und Empfindlichkeit sowie mit milden Geschmacksstoffen für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Symptomatik erhältlich. Die Mundspülungen enthalten Fluorid, um die Zähne vor Karies zu schützen. Die hydratisierende Mundspülung mit Apfel-Minz-Geschmack regt zudem aktiv die Speichelbildung an. Mundspülung und Gel ergänzen sich gegenseitig und können deshalb gut miteinander kombiniert werden. Denn: Die Spülung ist ideal nach dem Zähneputzen vor dem Zubettgehen anwendbar und das praktische Gel immer dann, wenn es darüber hinaus gebraucht wird (am Tag und in der Nacht).



Foto: TePe

TePe D-A-CH GmbH
Langenhorner Chaussee 44 a, 22335 Hamburg
Tel.: 040 - 570 123 0, kontakt@tepe.com
www.tepe.com

BLUEDENTA**Zahnaufhellung mit fläsh**

fläsh, durch die Firma bluedenta seit 2016 auf dem deutschen Markt, hat sich kontinuierlich weiterentwickelt und definiert den deutschen Dentalmarkt mit modernster Zahnaufhellungstechnologie und einem umfassenden Rundum-Sorglos-Konzept. Das innovative Zahnaufhellungssystem ermöglicht strahlend weiße Zähne in nur 60 Minuten und minimiert das Risiko von Empfindlichkeiten während und nach der Behandlung. Die 100 Prozent deutsche Produktion des gesamten Systems garantiert höchste Qualität und Verlässlichkeit.



Foto: bluedenta GmbH

fläsh ist ein Komplettsystem aus Whitening Lamp und perfekt darauf abgestimmten Bleaching Material. Durch die Wirkstoffkombination von Wasserstoffperoxid, Chlorophyll und Lichtaktivierung werden die Zähne sichtbar aufgehellt. Das Bleachinggel ist mit sechs Prozent Wasserstoffperoxid für kosmetische Anwendungen oder mit 32 Prozent Wasserstoffperoxid für medizinische Indikationen erhältlich. fläsh-Praxen erhalten einen kostenlosen Eintrag auf www.flashmap.de, was interessierten Patienten:innen eine einfache Umkreissuche ermöglicht. Informationsmaterial ist weiterer Teil des umfassenden Unterstützungsangebotes. Das kompetente bluedenta Serviceteam steht fläsh-Praxen bei allen Fragen rund um fläsh – von der Nachbestellung bis zur Patientenaufklärung - nahbar und konsequent erreichbar zur Verfügung.

bluedenta GmbH
Eckernförder Straße 55, 24398 Karby
Tel.: 04644 958 9031, info@bluedenta.de
www.bluedenta.de

Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

zm-Rubrikanzeigenteil

Anzeigenschluss

für Heft 05 vom 01.03.2024 ist am Donnerstag, den 01.02.2024

für Heft 06 vom 16.03.2024 ist am Donnerstag, den 15.02.2024

für Heft 07 vom 01.04.2024 ist am Donnerstag, den 29.02.2024

für Heft 08 vom 16.04.2024 ist am Donnerstag, den 14.03.2024

IHREN ANZEIGENAUFTRAG SENDEN SIE BITTE PER E-MAIL AN:

zm-stellenmarkt@medtrix.group
zm-rubrikenmarkt@medtrix.group

SIE KÖNNEN IHRE ANZEIGE AUCH ONLINE AUFGEBEN UNTER:

zm-stellenmarkt.de
zm-rubrikenmarkt.de

ERREICHBAR SIND WIR UNTER:

Tel. 0611 97 46 237

MedTriX GmbH

Unter den Eichen
D-65195 Wiesbaden

IHRE CHIFFREZUSCHRIFT SENDEN SIE BITTE UNTER ANGABE DER CHIFFRE- NUMMER PER E-MAIL AN:

zm-chiffre@medtrix.group

ODER AN:

Chiffre-Nummer ZM
MedTriX GmbH
zm Chiffre-Service
Justus-von-Liebig-Str. 1
86899 Landsberg am Lech

RUBRIKENÜBERSICHT

STELLENMARKT

- 88 Stellenangebote Zahnärztinnen/Zahnärzte
- 93 Stellenangebote Ausland
- 93 Stellengesuche Ausland
- 93 Stellengesuche Teilzeit
- 93 Stellengesuche Zahnärztinnen/Zahnärzte
- 94 Vertretungsgesuche

RUBRIKENMARKT

- 94 Praxisabgabe
- 96 Praxisgesuche
- 96 Praxen Ausland
- 96 Immobilienmarkt
- 97 Praxisräume
- 97 Praxiseinrichtung/-bedarf
- 97 Freizeit/Ehe/Partnerschaften

STELLENANGEBOTE ZAHNÄRZTINNEN/ZAHNÄRZTE

KFO zw. K-D

Wir suchen zum baldmöglichsten Zeitpunkt einen/eine FZA/FZA oder MSc mit KFO-Erfahrung für unsere KFO-Abteilung in Teilzeit mit flexiblen Arbeitszeiten.
praxis@zahnarzt-grevenbroich.com
oder 015146733111

Zahnärzte/innen, Vollzeit/Teilzeit, super Konditionen mit Umsatzbeteiligung, breites Behandlungsspektrum, moderne Praxen, Entwicklungsmöglichkeiten, eigenen Patientenstamm

Kontakt: olga-youssef@gmx.de,
01741915500

RAUM BONN

Vorbereitungsassistent*in m/w/d
Bieten **4-Tage-Woche** bei **Vollzeitstelle**
Infos unter: www.drbleiel.de
Bewerbung an:
mail@drbleiel.de

Moderne, junge und qualitätsorientierte Praxis sucht Kollegen/in ab 2 Jahren Berufserfahrung in Teil-/Vollzeit für breites allgemein zahnärztliches Behandlungsspektrum. Bieten tolles Team und interessante Karrierechancen.
Bewerbung bitte unter info@ganzheitliche-zahnmedizin-neumann.de

KFO Wiesbaden/Mainz

Ihre Chance als **Kieferorthopäde/in** oder **MSc KFO** in einer innovativen Praxisgruppe in Voll- oder Teilzeit zu arbeiten!
karriere@smile-function.de

Moderne Zahnarztpraxis am westl. Bodensee sucht Unterstützung. Sehr nettes Team, DVT, Praxislabor, Implantologie (Keramik), Lachgas, umweltzahnmedizinischer Ansatz. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.
dr.athum@web.de
www.zahnarzt-dr-thum.de

KFO Raum A, UL

M. Sc. Kieferorthopädie (m/w/d) in moderner Fachzahnarztpraxis in TZ (3 Tage) gesucht; gerne auch Zahnarzt (m/w/d) zur berufs begleitenden Weiterbildung zum M. Sc. in VZ (4 Tage). Langfristige Perspektive. Deutsche Approbation erforderlich.
Kontakt:
bewerbung@appel-kfo.de

CONCURA  Info-Tel :
0621-43031350-0

Online-Stellenbörse für Zahnmediziner

www.concure.de


Colosseum Dental Schweiz

Colosseum Dental Schweiz ist die Ländergesellschaft der Colosseum Dental Group, dem Marktführer von zahnmedizinischen Kompetenzzentren in Europa. Qualitativ hochstehende Dienstleistungen machen uns zum bevorzugten Partner für Patienten und Zahnärzte. Durch die Expansionsstrategie wird die Gruppe in den nächsten Jahren stetig wachsen.

Für unsere beiden Praxen in **Luern** und **Zug** suchen wir nach Vereinbarung eine/n

Fachzahnarzt Kieferorthopädie (80 - 100%)

Nach der abgeschlossenen Ausbildung als Zahnarzt erlangten Sie einen Facharztstitel in der Kieferorthopädie und konnten bereits mind. 3 Jahre Berufserfahrung im Gebiet der Kieferorthopädie sammeln. Nun sind Sie auf der Suche nach einer längerfristigen Herausforderung, wollen Verantwortung übernehmen und die Weiterentwicklung der Praxis aktiv mitgestalten.

Um gut in die Funktion hineinzuwachsen, sind Sie eine aufgeweckte, freundliche Person mit einer guten Portion Ehrgeiz, fühlen sich wohl im Team und pflegen einen kooperativen Arbeits- und Führungsstil. Sie halten Ihr Wissen stets auf dem neusten Stand und stellen das Wohl des Patienten an erster Stelle. Werte wie Zuverlässigkeit, Selbstständigkeit und Genauigkeit sind Ihnen bei der Arbeit wichtig. Bestenfalls sind Sie in der Region verwurzelt und auf der Suche nach einer langfristigen Anstellung.

Wir bieten Ihnen viel Freiraum und Entwicklungsmöglichkeiten.

Interessiert?

Dann überzeugen Sie uns mit Ihren Bewerbungsunterlagen per E-Mail an bewerbungen@colosseumdental.ch.

Zahnarzt (m/w/d) in Heinsberg

Für unsere moderne Zahnarztpraxis in Heinsberg suchen wir eine/n angestellte/n ZA oder Vorb.assistent (m/w/d) mit 1 Jahr Berufserfahrung in VZ ab 02/24 - gerhards@zahnarzt-gerhards.de - 02452/3413

KFO Raum Stuttgart

Fachpraxis **Nähe Stuttgart** sucht ab sofort eine/n **M.Sc.** oder **ZÄ/ZA** mit Interesse an KFO in Teil- oder Vollzeit.

Es erwartet Sie ein freundliches, motiviertes Team mit hochwertigem Therapieniveau.

kfo2020@gmx.net

Spangenkönig sucht KFO-Kollegin oder -Kollege, gerne Zahnärztin oder Zahnarzt für Teil- oder Vollzeit.

Gerne für Aus- oder Weiterbildung oder für Master.

Wir sind ein junges, dynamisches Team und bieten bestes Arbeitsklima, voll digitalisiert und ISO zertifiziert, verkehrsgünstige und zentrale Lage zwischen Stuttgart und Karlsruhe.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung und auf ein nettes Gespräch zum Kennenlernen.

Dr. Thomas, König und Kollegen

75417 Mühlacker

mail@spangenkoenig.de

0172 71 04 916

Gesucht: Assistenz Zahnarzt (m/w/d)

Vollzeit / Teilzeit / Individuell

- **Moderne MKG-Praxis**
- **Zertifizierte Weiterbildung** durch Institut
- **Nebenberufliches MA Studium** unterstützt
- **Direkt am Hamburger Hauptbahnhof**

Praxis von Sternberg

Fachpraxis für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Dr. Dr. Norman von Sternberg
Spadenteich 11 20099 Hamburg
info@vonsternberg.eu

IGI INSTITUTE FOR GUIDED IMPLANTOLOGY

HAMBURG

KFO in Bonn

Ab Frühjahr 2024 suchen wir für unsere KFO Fachpraxis in Bonn eine/en nette/en FZA/A oder MSc KFO (m,w,d) für 2-4 Tage. Bewerbungen (PDF) an: illibonn@web.de

Kreis Unna / Märkischer Kreis

Engagierter Zahnarzt / Assistenz-zahnarzt (m/w/d) gesucht! Flexible Arbeitszeiten, breites Spektrum.
Praxis P. Gollan,
plus@zahnarzt-hennen.de

KFO Koblenz- Trier

Fortbildungsorientierte KFO- Fachpraxis sucht zur Verstärkung angestellte/n ZA/ZA oder KFO FZA/FZA in VZ oder flexibler TZ für langfristige Zusammenarbeit.
stelle_zahnarzt2020@gmx.de

KFO-Praxis Dortmund

Für unsere neuen Praxisräume suchen wir Unterstützung für unser familiäres und engagiertes Team gerne auch in Teilzeit.
Du bist KFO erfahren als ZA/FZA/MSc (m,w,d), motiviert, arbeitest gerne im Team und suchst eine Veränderung?
Dann melde Dich gerne bei uns:
info@kieferorthopaedie-dr-wolff.de

Senftenberg sucht Zahnarzt (m/w/d). Nettes junges Team einer modernen Zahnarzt- u. Prophylaxep Praxis sucht ab sofort Ihre Verstärkung. www.zahnjohn.de 03573/3697981 praxis@zahnjohn.de

HEIDELBERG

Vorbereitungsassistent Angestellter Zahnarzt (m/w/d) in Teil-/Vollzeit gesucht
www.dr-ebensberger.de
ebensberger@dr-ebensberger.de
0172-7449115

KFO Mainz

Wir suchen ab Frühling 2024 eine Schwangerschaftsvertretung, sehr gerne auch langfristig.
KFO.rhein.main@gmx.de

KFO macht Spaß

Raum Stuttgart

Gesucht in Sindelfingen

Angest. ZÄ/FA(m/w/d)

mit Leidenschaft für schöne KFO Langfristige Zusammenarbeit gewünscht bei attraktiven

Konditionen.

Melden Sie sich!

hph@kieferspezialist.de

ab SOFORT

Wir suchen für unsere Patienten schnellstmöglich eine Zahnärztin/einen Zahnarzt. Unsere Praxis besteht seit 1977, hat einen langjährigen Patientenstamm, ein sehr gutes Renommee und viele Überweiser vor allem im Bereich der Kinderzahnheilkunde. Die Praxis ist auf dem neuesten Stand, mit modernen Einheiten, Top QM und State of the Art Zahnheilkunde sind wir Fit für die Zukunft und betreuen Patienten aller Altersgruppen. Wir sind allen Spezialisierungen und Neuerungen aufgeschlossen, bieten Narkosesanierungen, Lachgasbehandlung und vieles mehr an, und legen vor allem Wert auf eine individuelle und empathische Betreuung unserer Patienten sowie der Prophylaxe. Wir brauchen erfahrene Unterstützung ab sofort! email: bewerbung@beckers-lingener.de, 01719306199

Vorbereitungsassistent/in wie auch angestellten Zahnarzt/in

Für unsere moderne Praxis in Leverkusen, suchen wir ab sofort eine/n Vorbereitungsassistent/in wie auch eine/n Angestellte/n Zahnarzt/in. Wir bieten familiären Umfeld, tolles Team und patientenorientierte ganzheitliche Zahnmedizin. a-ras@t-online.de

Wir freuen uns auf Sie in Ravensburg!

ZAHNARZT (w/M/D)**MODERNSTE ZAHNMEDIZIN MEETS WORK-LIFE-BALANCE****FOCUS**

EMPFEHLUNG

2023

IMPLANTOLOGE

LANDKREIS RAVENSBURG

- **Synoptisches Beh.konzept** mit Schwerpunkten: PA, Endodontie, Implantologie und Prothetik (Vollkeramik, Totalrehabilitation, ALL-on-X)
- **Modernste Ausstattung:** u.a. voll dig. Praxis, Mikroskop, DVT, Dentallabor mit CAD/CAM
- **Unterstützung Ihrer Fortbildung:** Besprechung komplexer Fälle, ext. Curricula
- **Spezialisten-Team** an Ihrer Seite
- **Keine Administration** /volle Konzentration auf das zahnärztliche Arbeiten
- Sehr gutes Gehalt und flexible Arbeitszeiten

Dämmer-schlafbeh. (intravenös) erlernen

Implantat-prothetik Sanierungs-fälle

Eigene Patienten behandeln: GK+PKV

Praxisklinik für ZahnmedizinDr. Emmerich² und Kollegen
Parkstraße 25 • 88212 Ravensburgbewerbung@emmerich-emmerich.de • www.zahnarzt-ravensburg-emmerich.deDR. MED. DENT.
EMMERICH
UND **KOLLEGEN**
ZAHNÄRZTE**Angestellter ZA (m/w/d) im Großraum Köln / Rhein-Erft-Kreis gesucht!**

Etablierte ZA Praxis westlich von Köln mit großem Patientenstamm & nettem Team sucht Unterstützung! Wir bieten ein breites Behandlungsspektrum (Kons, PA, Prothetik/CEREC & Chirurgie) sowie viel Freiraum & berufliche Entfaltung. Spätere Übernahme möglich. © 015154691551 oder E-Mail: bewerbung_za@web.de

Oralchirurg/in Köln Junkersdorf gesucht

Oralchirurg/in für oralchirurgische Überweiserpraxis mit hochwertigem Behandlungsspektrum und Überweiserstruktur in Köln-Junkersdorf (Stadtwaldviertel) gesucht. Voll- und Teilzeit möglich. DVT Fachkunde und Erfahrung mit intravenöser Sedierung erwünscht. www.oralchirurgieplus.de/0221-16834466/
guidokemp@oralchirurgieplus.de

zahnarztzentrum.ch**Schöne Aussichten bei der Nr. 1 in der Schweiz.**

zahnarztzentrum.ch ist mit 34 Standorten, 200 Zahnärzten und Spezialisten der mit Abstand grösste Anbieter zahnmedizinischer Leistungen in der Schweiz. Das Wohl unserer Patienten steht für uns an oberster Stelle, deshalb sind bei uns ausschliesslich Zahnärzte als Führungskräfte tätig. Zur Verstärkung unseres kieferorthopädischen Teams suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt

eine Kieferorthopädin / einen Kieferorthopäden**Ihre Qualifikation**

Sie haben eine Spezialisierung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie erfolgreich absolviert und Erfahrungen im selbstständigen Arbeiten gesammelt. Sie arbeiten an mehreren Standorten und sind als alleiniger Kieferorthopäde für die Versorgung der Patienten an Ihren Standorten verantwortlich. Sie betreuen Erwachsene und Kinder vom Erstgespräch bis Behandlungsabschluss selbstständig. Sie führen Alignerplanungen für Ihre zahnärztlichen Kollegen durch. Sie arbeiten eng mit dem lokalen Zahnärzte-Team zusammen und sind Ansprechpartner auch bei interdisziplinären Fragen.

Wir bieten

- Anstellung in Voll- oder Teilzeit sowie flexible Einteilung der Arbeitszeit
- Attraktiver, umsatzabhängiger Lohn mit hohem Garantieanteil
- So viele Ferien, wie Sie wollen
- Freie Wahl der Arbeitsmethodik und der bevorzugten Materialien
- Kollegiale Zusammenarbeit mit unseren Allgemeinzahnärzten
- digitalisierte Behandlungsabläufe
- Rücksprache mit kieferorthopädischen Kollegen bei komplexen Patientenfällen

Bewerbungen an: zahnarzt-stellen@zahnarztzentrum.ch
Mehr Informationen auf unserer Homepage, Wikipedia und Facebook.

praxisklinik riedenberg

zahngesundheits

für kinder & jugendliche

Der Klapperstorch hat zugeschlagen.
Wir suchen zum schnellstmöglichen Zeitpunkt...

Zahnarzt (w/m/d)
Assistenz Zahnarzt (w/m/d)

Wir sind eine moderne Kinderzahnarztpraxis in Stuttgart mit überregionalem Patientenstamm.

WIR BIETEN IHNEN:

- * **TOP-Gehalt mit Umsatzbeteiligung**
- * **Wunscharbeitszeiten, 4 Tage-Woche möglich**
- * **Fortbildung / Ausbildung im Bereich der Kinderzahnheilkunde auf Top-Niveau**

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann möchten wir Sie gerne kennenlernen und freuen uns auf Ihre Bewerbung mit Foto.

Bewerbungen bitte an:

Praxisklinik Riedenberg
z.Hd. Frau Dr. Brendel
Isolde-Kurz-Straße 51
70619 Stuttgart

Kontakt:

Tel.: 0711-342 116 33
E-Mail: drbrendel@praxisklinik-riedenberg.de
Web: www.praxisklinik-riedenberg.de

Top KFO Praxis

KFO interessierte ZÄ/Kieferorthopädin (m/f/d) im Angestelltenverhältnis alle Arbeitszeitmodelle denkbar. eichenberg@kfo-uhl.de

Zahnarztpraxis Rhein-Neckar Raum zur Übernahme Erfahrene Zahnärztin sucht Zahnarztpraxis im Rhein-Neckar-Raum/Bergstrasse zur Übernahme. Kontaktaufnahme gerne unter zahn1234@gmx.net

Strukturierte moderne Praxis mit hoher Kundenzufriedenheit in Bielefeld sucht angest. ZA/ZÄin (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit mit dt. Approbation.
Info@bielefeld-zahnarzt.de

KFO FZÄ/FZA oder M.Sc. KFO für KFO-Praxis in Limburg gesucht. bewerbung.kieferorthopaedie@gmx.de

ZA/ZÄ (m/w/d) in Vollzeit in Ratingen/Grenze Düsseldorf gesucht, info@zahnarzt-kloecker-noeh.de © 02102/470029

Stuttgart ZÄ/ZA

Junge, moderne Praxis mit derzeit 4 Behandlern sucht Unterstützung. OP Mikroskop, digitaler workflow, Umsatzbeteiligung, Schichtbetrieb, regelmäßige Fortbildungen. Mehr unter: www.dr-ellinger.de dr.ellinger@me.com 0163-7556006



120.000€ Jahresgehalt
Umsatzbedingt auch steigerbar
Allgäu/Oberstdorf
Leitender Zahnarzt (m/w/d) für Zweitpraxis gesucht.
info@dr-david-pfister.de
© 0171 9947415

Zahnarzt / Zahnärztin

Unsere moderne ländliche Praxis sucht für ihre treuen und netten Patienten eine freundliche ZA/ZA in TZ oder VZ Valeska.Guth@Zahnarztpraxis-Guth.de

Renchen - Ortenaukreis
Vorbereitungsassistentin
Angestellte Zahnärztin
(w/m/d) in KiZhk u./o. KFO
gesucht.

Wir bieten überdurchschnittliche Bezahlung, Voll-/Teilzeit möglich, Fort- u. Weiterbildungen im Bereich der Kinderzahnheilkunde und Kieferorthopädie.
www.littlesmile-kinderzahnarzt.de
karriere@zh-renchen.de



Neue Perspektiven bei der Nr. 1 in der Schweiz.

Sind Sie Allgemeinzahnarzt oder Spezialist? ■ Legen Sie Wert auf offene Kommunikation, ein kollegiales und entspanntes Team? ■ Möchten Sie Therapieentscheidungen für Ihre Patienten frei treffen können? ■ Sie schätzen es, anspruchsvolle Fälle interdisziplinär umzusetzen? ■ Haben Sie Interesse, die Zahnmedizin mit uns in die digitale Zukunft zu begleiten? ■ Möchten Sie eine Umsatzbeteiligung mit Lohngarantie? ■ Sie arbeiten immer nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand, minimalinvasiv und mit modernsten Behandlungsmitteln?

Dann bewerben Sie sich bei uns, dem mit Abstand größten Anbieter zahnmedizinischer Leistungen in der Schweiz. An unseren 35 Standorten mit über 300 Zahnärzten, Spezialisten und Dentalhygienikerinnen steht für uns das Wohl der Patienten immer an erster Stelle. Bei uns sind ausschließlich Zahnärzte als Führungskräfte tätig. Wir lieben die Zahnmedizin.

Mehr Informationen auf unserer Homepage, auf Wikipedia oder Facebook. Bewerbungen mit CV und Referenzen an: **zahnarzt-stellen@zahnarztzentrum.ch**

KFO Voralpenland

Möchten Sie (**Kieferorthopädin/e oder M.Sc.**) in einer idyllischen Stadt südlich von München nahe den Bergen und Seen ein oder zwei Tage wöchentlich tätig werden?
Wir sind ein junges engagiertes Team in einer alteingesessenen Praxis und bieten Ihnen sehr gute Bedingungen sowie die Möglichkeit einer späteren Partnerschaft.
Sind Sie ebenfalls engagiert und haben praktische Erfahrung?
Dann freuen wir uns schon heute auf Ihre Bewerbung unter: **kfoteilzeit@web.de**

Köln West

Zahnarzt m/w/d
Assistenzarzt m/w/d

Überdurchschnittlich freundliches Team!
Gehalt, gerne mit Umsatzbeteiligung.
Flexible Urlaubsgestaltung.

Wir bieten eine digitale hochmoderne Praxis mit sehr schönen Praxisräumlichkeiten, sowie einem Meisterlabor.

Cerec, Kinderabteilung, Endomikroskop und Vollnarkose...

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung. Wir warten auf Sie:))!

dr-behrends@onlinehome.de

**So sollte Ihre
Zuschrift auf eine
Chiffre-Anzeige
aussehen**

Die Kennziffer bitte deutlich auf den Umschlag schreiben!

Chiffre-Nummer ZM
MedTriX GmbH
zm Chiffre-Service
Justus-von-Liebig-Str. 1
86899 Landsberg am Lech

Moderne Digitale Praxis in Ravensburg nahe Bodensee: sucht Angestellter ZA m/w/d in Voll-/Teilzeit, Bewerbung an: praxis@dr-serry.de

KFO in Wiesbaden

FZA oder MSc (m, w, d) in TZ und WB-Assist. für digitale Praxis mit Schwerpunkt Invisalign ab 2/2024 gesucht.

Dr. Christian M. Ludwig,
info@KFO-Ludwig.de,
© 0611-300370

FZA für KFO

HAMBURG

FZA od Msc KFO in TZ od VZ
www.praxis-herre.de
jan.herre@kfo-herre.de

M.Sc. Kieferorthopädie

Wir suchen ab sofort zur Verstärkung unseres Teams eine Zahnärztin/Zahnarzt mit Interesse an Weiterbildung zur/zum M.Sc. für Kieferorthopädie.
schunck.laura@gmx.de

Wir sind für Sie da!

Anzeigen

Telefon + 49(0)611 9746 237

Vertrieb

zm-leserservice@medtrix.group

Anzeigenmanagement
Unter den Eichen 5
D-65195 Wiesbaden

zm-stellenmarkt@medtrix.group
zm-rubrikenmarkt@medtrix.group

MedTriX^{Group}

ZA/ZÄ in Teilzeit

Klimatisierte Digitalisierte Praxis in Wöllstadt sucht ZA/ZA in TZ 10-25 Std/Wo ab März oder flexibel
www.zahnteam-wetterau.de
Bewerbung: info@drpirooznia.de

KFO Münster

Moderne KFO-Fachpraxis sucht angestellten FZA/MSc (m/w/d) in VZ oder TZ mit langfristiger Perspektive. Wir bieten das komplette Behandlungsspektrum mit Invisalign, Lingualtechnik, TADs, Scan, 3D Druck. Fortbildungen werden gefördert. Parkplatz vorhanden.

Wir freuen uns über Ihre Bewerbung

Kieferorthopädische Fachpraxis
Dr. Weltermann + Kollegen
Aegidiimarkt 6 - 48143 Münster
weltermann@kfo-muenster.de

KFO Düsseldorf Weiterbildungsassistent/in

Für unsere etablierte und top moderne kieferorthopädische Fachpraxis suchen wir eine/n engagierte/n Kollegen/in mit Interesse an der Kieferorthopädie in Vollzeit. Wir bieten alle State of the Art Behandlungsmethoden an und zeigen Ihnen das gesamte Spektrum dieses Fachgebietes.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!
praxis@kieferorthopaedie-arndts.de
www.kieferorthopaedie-arndts.de

Colosseum Dental Schweiz

Colosseum Dental Schweiz ist die Ländergesellschaft der Colosseum Dental Group, dem Marktführer von zahnmedizinischen Kompetenzzentren in Europa. Qualitativ hochstehende Dienstleistungen machen uns zum bevorzugten Partner für Patienten und Zahnärzte. Durch die Expansionsstrategie wird die Gruppe in den nächsten Jahren stetig wachsen.

Für unsere Partnerpraxis in **Affoltern am Albis** suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung eine/n

Allgemein Zahnarzt | Zahnärztin (60 - 80%)

Nach Abschluss der Ausbildung als Zahnarzt konnten Sie schon einige Jahre Berufserfahrung sammeln und dadurch in verschiedene Bereiche der Zahnmedizin Einblick erlangen.

Nun sind Sie auf der Suche nach einer neuen Herausforderung?

Um gut in die Funktion hineinzuwachsen, sind sie eine aufgeweckte, freundliche Person mit einer guten Portion Ehrgeiz, fühlen sich wohl im Team und pflegen einen kooperativen Arbeits- und Führungsstil. Sie halten Ihr Wissen stets auf dem neusten Stand und stellen das Wohl des Patienten an erster Stelle. Werte wie Zuverlässigkeit, Selbstständigkeit und Genauigkeit sind Ihnen bei der Arbeit wichtig. Bestenfalls sind Sie in der Region verwurzelt und auf der Suche nach einer langfristigen Anstellung.

Wir bieten Ihnen viel Freiraum und Entwicklungsmöglichkeiten.

Interessiert?

Dann überzeugen Sie uns mit Ihren Bewerbungsunterlagen per E-Mail an bewerbungen@colosseumdental.ch.

Zahnarzt (m/w/d) in Bonn

Wir sind eine moderne, qualitätsorientierte und völdigitalisierte Praxis im Zentrum von Bonn mit breitem Therapiespektrum (Implantologie inkl. 3D-Planung, Parodontologie, Prophylaxe), ausgestattet mit Digitalröntgen / DVT und eigenem Praxislabor. Wir suchen zur Verstärkung unseres Teams für eine langfristige Zusammenarbeit einen freundlichen, engagierten und teamfähigen Zahnarzt (m/w/d) mit Berufserfahrung. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter: praxis@drzieger.de Dr. Horatiu Zieger, Obere Wilhelmstr. 1a, 53225 Bonn 0228-466223 www.mein-zahnarzt-bonn.de

Dortmund

wir suchen ein(e) MKG-Chirurg(in)/Oralchirurg(in) für eine moderne, vielseitige und leistungsfähige Praxis für MKG-Chirurgie in Dortmund. Gerne längerfristige Zusammenarbeit mit der Möglichkeit zur späteren Praxisübernahme. Bewerbungen bitte an: bewerbung@kiefer-gesichtschirurg.de

DR. KARLE

Zahnmedizin am Puls der Zeit!

Werden Sie Teil von uns: In unserem Team, das Ihnen eine berufliche Zukunft, ein herzliches Miteinander, innovative Arbeitsumfelder und hochklassige Zahnmedizin bietet.

- Angestellter Zahnarzt (m/w/d)
- Standortleitung (m/w/d)

Bequem online oder formlos auf Papier bewerben:

DR-KARLE.COM/KARRIERE



EHRlich. RICHTIG. GUT.

OBERARZT (M/W/D)

NEUE ZIELE – NEUE KARRIERE

Entwickeln und Gestalten ist Ihr Ding

Sie haben Lust auf Zahnmedizin der Zukunft: beste Technik, renommierte Materialien, moderne Behandlungsräume. An Ihrem Standort betreuen Sie ein Team aus Allroundern und Spezialisten, kümmern sich um Erstpatienten, planen komplexe Therapien und feilen stetig an der Qualität. Zahnmedizin der Zukunft? Sie sind mittendrin statt nur dabei. Bei uns starten Sie als Führungskraft durch.

Julia Dorfmeister
 Whatsapp
 0173 7099 275
 E-Mail
j.dorfmeister@alldent.de
 Web
www.alldent-karriere.de

Alldent

ZAHNZENTRUM

Genug Endo, Präp & Co? Komm zu uns mach KFO!

ZA/ZÄ, keine Vorkenntnisse nötig! VZ/TZ, 4-Tageswoche, Flexible Urlaubs- und Anstellungsregelungen! Pendelbar von Tü, Rt, Rw...! www.kfo-balingen.de

Zahnarzt/Vorbereitungsassistent



Komm ins Team Zahnmed³! Für unsere moderne Zahnarztpraxis in Neukirchen-Vluyn suchen wir ab sofort Verstärkung (m/w/d) in Festanstellung (Voll-/Teilzeit).
bewerbung@zahnmed3.de / ☎ 02845 3069



Colosseum Dental Schweiz

Colosseum Dental Schweiz ist die Ländergesellschaft der Colosseum Dental Group, dem Marktführer von zahnmedizinischen Kompetenzzentren in Europa.

Qualitativ hochstehende Dienstleistungen machen uns zum bevorzugten Partner für Patienten und Zahnärzte. Durch die Expansionsstrategie wird die Gruppe in den nächsten Jahren stetig wachsen.

Für unseren Standorte im Herzen von Zürich suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung eine/n

Allgemein Zahnarzt | Zahnärztin (60 - 100%)

Nach Abschluss der Ausbildung als Zahnarzt konnten Sie schon einige Jahre Berufserfahrung sammeln und dadurch in verschiedene Bereiche der Zahnmedizin Einblick erlangen.

Sind Sie auf der Suche nach einer neuen Herausforderung?

Sie sind eine freundliche und aufgeschlossene Person, Sie legen Wert auf eine schöne Zusammenarbeit im Team, bringen eine gute Portion Ehrgeiz mit und Verantwortung ist kein Fremdwort. Bestenfalls sind Sie in der Region verwurzelt und auf der Suche nach einer langfristigen Anstellung.

Wir bieten Ihnen viel Freiraum und Entwicklungsmöglichkeiten.

Interessiert?

Dann überzeugen Sie uns mit Ihren Bewerbungsunterlagen per E-Mail an bewerbungen@colosseumdental.ch.

KFO Konstanz

moderne KFO-Fachpraxis in Konstanz sucht zur Verstärkung ab 03/2024 FZA, MSC, ZA mit KFO-Erfahrung/TSP (m/w/d) in Vollzeit oder Teilzeit; mail: info@dr-schroff.de

Zahnärztin / Zahnarzt (m/w/d) in Vollzeit
Das neue ZMVZ im Herzen von Schwabmünchen bietet überdurchschnittliche Vergütung mit Umsatzbeteiligung. Deutsche Approbation wird vorausgesetzt, Spezialisierung auf hochwertige prothetische Versorgung wünschenswert. **Bitte senden Sie ihre Bewerbung an zmsmue@web.de**

HAMM / Westfalen
ANG. ZAHNARZT / ZAHNÄRZTIN zum 01.04.2024 oder früher gesucht.

Vorgabe: Bereitschaft zur langfristigen Mitarbeit, überwiegend Tagesdienst bei 4-Tage-Woche sowie gelegentliche Schichtdienste, deutsches Examen.

Angebot: Bei bestem Betriebsklima arbeiten Sie in einer modernst ausgestatteten Praxis (4 Behandlungszimmer, Digitales Röntgen, DVT, Implantatchirurgie, Endodontie mittels Dentalmikroskop, Digitaler Steri, Intraoral-Scanner, Prophylaxe, derzeit 2 Behandler, hohe Scheinzahl.)

Dr. Klaus Schäfer / Erwin Klassen, Molkereistr. 11, 59069 Hamm
www.zahnarztpraxis-dr-schaefer.de

KFO im Großraum Düsseldorf

Wir suchen ab sofort für unsere KFO-Praxis in Grevenbroich einen FZA für KFO (m,w,d) für 2-4 Tage/Woche. Bewerbungen an: mail@ismile-grevenbroich.de

KFO

Moderne KFO-Praxis mit jungem Team sucht Zahnarzt (m/w/d) mit Schwerpunkt KFO bzw. Interesse an KFO für Schwetzingen und Waghäusel. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an dralfkim@web.de
www.kfo-kimmich.de

Herzlich Willkommen!

Praxis in Oberbayern mit breitem Behandlungsspektrum (auch Implantologie) möchte ab dem 2. Quartal 2024 langfristig mit einer(em) zahnärztlichen(em) Kollegin(en) zusammenarbeiten.

Unser Standort befindet sich ca. 40km östlich von München und ist auf der A94 sehr gut zu erreichen. Es erwartet Sie ein tolles eingespieltes Team mit Herz und Verstand bei leistungsgerechter Bezahlung und sehr flexibler Arbeitszeitregelung.

Wir freuen uns auf ein feedback von Ihnen! ☎ ZM 101067



BelleVue
ZAHNÄRZTE

Wir suchen per sofort oder nach Vereinbarung eine/n

Allgemein Zahnarzt | Zahnärztin (60 - 100%)

Nach Ihrer abgeschlossenen Ausbildung als Zahnarzt konnten Sie bereits einige Jahre Berufserfahrung sammeln, erhielten Einblick in verschiedene Bereiche der Zahnmedizin und konnten sich ein breites Wissen aneignen.

Nun suchen Sie eine neue Herausforderung und können sich vorstellen zukünftig gemeinsam mit einem kompetenten Team die Praxis mitzugestalten?

IHR PROFIL

Sie verfügen über ein abgeschlossenes Studium der Zahnmedizin und bringen bereits einige Jahre Berufserfahrung in verschiedenen Bereichen der Zahnmedizin mit Sie sind ehrgeizig, wissenshungrig und zuverlässig ein angenehmer Umgang, sowie die Arbeit im Team bereiten Ihnen Freude

UNSER ANGEBOT

ein spannendes und dynamisches Umfeld, in dem Sie Ihr Talent entfalten können vielseitige Arbeit mit hoher Eigenverantwortung im Schichtbetrieb ein motiviertes Team aus anerkannten Experten das sich gegenseitig unterstützt einen topmodernen, digitalisierten und bestens mit den ÖV erreichbaren Arbeitsplatz im Herzen der Stadt Zürich

KONNTEN WIR IHR INTERESSE WECKEN?

Dann senden Sie uns Ihre Bewerbungsunterlagen per E-Mail an bewerbung@sos.ch.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Frankfurt am Main

Wir suchen ab sofort

Zahnärzte (m/w), Assistenz Zahnärzte (m/w) in Vollzeit/Teilzeit

in unseren MVZ

Dr. Boulaouin, Derin & Kollegen

Zeil 65

oder

Marktplatz 11

60313 Frankfurt am Main

63065 Offenbach am Main

E Mail: info@zahnarztteam-frankfurt.de

info@zahnarztteam-offenbach.de

Geben Sie Ihre Anzeige online auf
www.zm-stellenmarkt.de
www.zm-rubrikenmarkt.de

Dortmund Vorbereitungsassistent/in

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit zur qualitativ hochwertiger (Ein-) Arbeit auf allen Gebieten der ZHK, insbes. aber der Prothetik und der Implantologie.

Wir wünschen uns von Ihnen ein hohes Maß an Verantwortungsbewußtsein, gepflegtes Äußeres und einwandfreie Deutschkenntnisse, sowie ein deutsches Examen. Langfristig stehen wir allen

Kooperationsformen offen gegenüber.

Dr. Henning Freitag, M.Sc.

Wenkerstr. 31, 44141 Dortmund
info@dr-freitag.de

JULIA FASSNACHT Zahnärztin für Erwachsene und Kinder

Modern ausgestattete, digitalisierte Zahnarztpraxis in Ludwigsburg sucht einen angestellten **Zahnarzt / Zahnärztin (m/w/d)** mit Zulassungsberechtigung.

Gerne in Vollzeit, aber auch Teilzeit möglich.

Unser Leistungsspektrum umfasst sämtliche Disziplinen der modernen Zahnheilkunde inkl. Cerec (kein KFO).

Wir bieten Ihnen ein attraktives Gehalt und ggf. Umsatzbeteiligung nach Absprache.

Bewerbungen bitte per E-Mail an: account@julia-fassnacht.de

Garantiert gute Laune am Arbeitsplatz!



Zahnarzt & (m/w/d) Zahnärztliche Leitung

- ✓ Überdurchschnittliche Vergütung + **Umsatzbeteiligung**
- ✓ **Herzliches Team** mit gemeinsamen Zielen
- ✓ Moderne und helle Praxis mit **DVT & Eigenlabor**



Hier geht es zu unserer **Karriereseite!**

Sende deine Bewerbung an:
jobs@zahneins.com

DRQ MVZ GmbH
Giesenkirchener Str. 40
41238 Mönchengladbach

02166 - 10050
info@drquantius.de
www.drquantius.de



Ingolstadt

Wir sind eine moderne qualitätsorientierte Gemeinschaftspraxis und suchen eine angestellte/n ZA/ZA (m/w/d) in Teilzeit zur Verstärkung unseres Teams.
Berufserfahrung und langfristige Zusammenarbeit erwünscht.
Wir freuen uns auf Sie!
Bewerbung an: dr.mueller-busch@web.de



FEHLSTELLUNG?

**Fachzahnarzt/M.Sc. [m/w/d]
für Kieferorthopädie
in Voll- oder Teilzeit gesucht.**

Kieferorthopädische Praxis
Dr. Thorsten Maul

Hilpertstr. 23
91052 Erlangen
www.dr-maul.de



Bewerbungen an
info@dr-maul.de

Wir suchen für Tätigkeit im KFO-Bereich:

**Vorbereitungs-
assistent (m/w/d)**

**TISCHER
ODINTOV**
UND KOLLEGEN + KIEFERORTHOPÄDINEN

In Freising bei München | Voll- oder Teilzeit | nettes Team | innovative Fachpraxis

Praxis Dr. Tischer & Odintov
Kesselschmiedstraße 2
85354 Freising
Tel: 08161-53 88 88
praxis@schoener-lachen.com

Gerne finanzieren wir einem Zahnarzt (m/w/d) auch die Ausbildung zum Master of Science Kieferorthopädie.

Wir freuen uns auf Ihren Anruf oder Ihre Bewerbung (gerne per E-Mail). www.schoener-lachen.com

STELLENANGEBOTE AUSLAND

VIETNAM

deutschgeführte Zahnarztpraxis in SAIGON sucht zur Verstärkung ZA/ZA mit guten englischen Sprachkenntnissen, gerne auch Berufsanfänger. Wir sind ein engagiertes Team mit einem sehr erfahrenen dt. ZA als Mentor. Wir decken alle Sparten der mod. ZHK ab, incl. KfO. Es erwartet sie eine spannende fremde Kultur und ein interessantes internationales Patientenklentel.
Kontakttaufnahme:
f.helpap43@gmail.com

STELLENGESUCHE AUSLAND

FZA f. KFO, erf., Gen. vorh., GG, sucht in TZ i.d. CH: KFO-3@web.de

STELLENGESUCHE TEILZEIT

Konstanz

ZA, Dr, sucht nach Tätigkeit bei Dentherst (vorerst) TZ. Kons, Endo, PA, Proth. dr.med.dent@gmx.net

STELLENGESUCHE ZAHNÄRZTINNEN/ZAHNÄRZTE

KFO sucht Anstellung. Zulassung vorhanden. Okok3@gmail.com

**Biete Budget
Budget24@web.de**

**BIETE BUDGET
T. 01577 3167787**

KFO Münster

Moderne KFO-Fachpraxis sucht angestellten FZA/MSc (m/w/d) in VZ oder TZ mit langfristiger Perspektive. Wir bieten das komplette Behandlungsspektrum: Invisalign, Lingualtechnik, TADs, Scan, 3D Druck. Fortbildungen werden gefördert, Parkplatz vorhanden.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung

Kieferorthopädische Fachpraxis
Dr. Weltermann + Kollegen
Aegidiemarkt 6 - 48143 Münster
weltermann@kfo-muenster.de

FA für Implantologie

Dr med. Dent FA für Implantologie und Chirurgie und Kompetenz Zentrum für all on 4. Über 30 Jahre erfahren in allen Systemen und Techniken. Gerne können OPs in ihren Räumen stattfinden.
☎ 0173 2893628

MKG-Stelle/Praxiseinstieg/Übernahme K, BN, KO, MZ, FRA ☒ ZM 101066

ZA, 2 Jahre BE, dt. Ex&App., DVT-Schein, sucht WB OCH, Vorerfahrung vorhanden;
anzeige-zahnarzt@freenet.de

VERTRETUNGSGESUCHE

Bundesweit Vertr. + Notd.

auch kurzfristig, dt. + zuverl. + nett + behuts. + teamföh. ZA + langj. BE
 ☎ 0151/57544782 d.gulatz@web.de

Deutscher Zahnarzt vertritt Sie!
 dentalvertretung@web.de

Bundesweit Dt. Zahnarzt, über 30 Jahre Berufserfahrung, vertritt Sie Kompetent und Zuverlässig, Kontakt 015252137971 oder e-mail der-zahnarzt.j.l@gmx.de

FZA, erf., zuverl.: KFO-3@web.de

Vertretungen

und Notdienste. ZÄ. Dr. BE.
 praxisvertreterin@mailbox.org

Geben Sie Ihre Anzeige online auf
www.zm-stellenmarkt.de
www.zm-rubrikenmarkt.de

PRAXISABGABE

Zentrum Bremen

Langjährig gewinnstarke Zahnarztpraxis mit 4 BHZ und Eigenlabor, digitalem OPG, etabliertem Patientenstamm und sehr guter verkehrsföhlicher Anbindung abzugeben. Abgabetermin nach Vereinbarung und Überleitung durch Abgeber möglich. ☎ ZM 100959

Stuttgart

in Vorortgemeinde, langjährige etablierte moderne, gewinnstarke ZP, 110 qm, optional weitere 140 qm, barrierefrei, 3 BHZ, technisch aktuell, in Ärztehaus mit zahlreichen Parkplätzen und S-Bahnanschluss, aus Altersgründen zu sehr attraktiven Konditionen kurzfristig abzugeben. Kontakt Praxisinhaberin 0171-3722064

Gießen Nord

zentral gelegene Praxis mit gutem Patientenstamm abzugeben.
 ☎ 06406/71312.

Saarbrücken:

Etablierte, moderne, junge und voll digitalisierte Praxis ab sofort abzugeben. PC's neu 2023, digitales Röntgen, Kompressor neu, 2 BHZ (Kavo), 3's möglich, Gute Verkehrsanbindung, Parkplätze vorhanden, inkl. Patientenstamm.
 ☎ ZM 101062

Niederrhein

Etablierte Einzelpraxis aus Altersgründen zu sofort oder später abzugeben. Praxisübergabe flexibel gestaltbar. 150 qm, 3 BHZ, erweiterbar + 1 BHZ. Praxisvergrößerung um 50 qm möglich. 1. Etage, Aufzug, klimatisiert, langjährig bestehendes Team, ZMP eigenständig für PA und PZR. praxisabgabe46500@aol.com

Kreis Ludwigsburg

4 BHZ, 2 Behandler, 250 qm auf zwei Stockwerken, Top Lage und Einrichtung. ☎ ZM 101019

KFO Raum Düsseldorf: Etablierte, moderne Fachpraxis (z.B. IOS, TADs, 3D Druck) Topdesign, linksrheinisch, zentrale Lage, sucht qualifizierte Nachfolge ☎ ZM 101058

Gesucht f. 73061 Ebersbach/Fils

Zahnarzt/ärztin als Praxisbetreiber/in
 Preisgünstige Übernahme mögl.
 H. Roth 0171 8369787, f. KFO geeignet.

KFO-Praxis Kieferorthopädische Praxis in Bonn abzugeben
 ☎ ZM 101054

Frankfurt

3 BHZ, 197 m², zentrale Lage ab April 2024 aus gesundheitlichen Gründen im Mandantenauftrag abzugeben - gewerblich -
 0170-9785464

Bergische Metropole Wuppertal

Sind Sie ein(e) engagierte(r) Zahnarzt/Zahnärztin mit Wunsch nach Eigenständigkeit und beruflichen Gestaltungsmöglichkeiten? Möchten Sie diesen Wunsch kurzfristig und flexibel umsetzen?

Eine langjährig etablierte, qualitätsorientierte Allround-Zahnarztpraxis wartet dafür auf Sie.

Der solide Patientenstamm mit Ausbaupotenzial, die moderne Praxisausstattung und qualifiziertes/engagiertes Personal geben dabei Sicherheit und eine solide Basis. Die Übernahmemodalitäten können von Ihnen gestaltet werden - Leben und Wohnen können Sie in einem bezahlbaren und naturnahen Umfeld. Worauf warten Sie?
 Infos unter E-Mail
 za-rheinruhr@web.de

Raum Marburg/Gießen

KFO-Praxis modern, beliebt, umsatzstark, 3 Behandlungsstühle, Itero Scanner, super zuverlässiges und bestens eingearbeitetes Team aus privaten Gründen Ende 2024 abzugeben. Weitere Mitarbeit auf Angestelltenbasis als „sanfter Übergang für die Patienten“ möglich.
 Kfomitzukunft@gmx.de

MÜNCHEN LAND

Solide, gutgehende, moderne, gepflegte Praxis in Unterhaching (München Land) abzugeben. 2 BHZ (auf 3 erweiterbar) 160 m². Barrierefrei, voll digitalisiert, QM, TI, Hygiene-Konzept auf dem neuesten Stand.
 ☎ ZM 101006

Mainz Altstadt

2 BHZ, erweiterbar auf 3, 155 m², in Fußgängerzone, aus Altersgründen im Mandantenauftrag abzugeben - gewerblich - 0170-9785464

BODENSEE

Alterspraxis zum 2. Quartal 24 sehr günstig abzugeben. 2/3 BHZ 119 qm, barrierefrei. 8 km bis zum Bodensee ☎ ZM 101063

Rheinessen

3 BHZ, 4. Vorinstalliert, 160 m², solide Patienten & Umsatzzahlen aus persönlichen Gründen im Mandantenauftrag abzugeben - gewerblich - 0170-9785464

Köln

Langjährig etablierte Praxis aus Altersgr. abzugeben. Geschäftshaus in Wohnstadteil, linksrh. 190 qm, 4 BHZ. Steri RKL-konform, Labor, Klima. Digitales OPG., Gewinn überdurchschnittlich. Mit großem Potenzial auch für 2 Behandler.
www.praxiskaufen.de
T. 0211. 48 99 38

Rhein-Main-Gebiet

Jahrzehnte gut etablierte ZA Praxis mit Stammpersonal, in neuen eigenen Räumen auf 190 m², 4 BHZ, voll digitalisiert, OPG, barrierefrei, eigene Parkplätze, kein Investstau, aus Altersgründen abzugeben
 ☎ ZM 101053

Unser neuer Service für den Stellen- und Rubrikenmarkt

Ihre Anzeige vom PDF in HTML5 umwandeln

Die Umwandlung von PDF in HTML5 bietet eine Vielzahl von Vorteilen für Ihre Online-Inhalte.

Sie verbessert die Zugänglichkeit, optimiert Ihre Inhalte für Suchmaschinen, bietet Flexibilität bei der Anpassung und erleichtert die Aktualisierung und Bearbeitung.

Durch die Nutzung von HTML5 profitieren Sie von einer besseren Benutzererfahrung und einer erhöhten Sichtbarkeit Ihrer Inhalte im Internet.

Nehmen unseren Service in Anspruch Ihre PDF-Dateien in HTML umzuwandeln zu lassen und maximieren Sie das Potenzial Ihrer Online-Präsenz.

Anzeigenmanagement
 Unter den Eichen 5
 D-65195 Wiesbaden

zm-stellenmarkt@medtrix.group
 zm-rubrikenmarkt@medtrix.group

MedTriX Group

Mannheim

Moderne, langjährig etablierte ZA-Praxis in Top-Lage, ca. 200 m², 2 BHZ (Möglichkeit für 3./4. BHZ), klimatisiert, kompl. digitalisiert, Steri - RKL konform/validiert, kein Wartungs-/Investitionsstau. Gewinn-/umsatzstark, hoher Privatanteil. Übergabephase möglich.
za.praxis.ma@gmail.com

Kompetentes und freundliches Praxisteam sucht eine(n) neue(n) Chefin

zur Weiterführung einer Zahnarztpraxis im Raum **Esslingen**, zentral gelegen mit guten Parkmöglichkeiten.
 3 BHZ, neuwertige Behandlungseinheiten und Möblierung, ein kompetentes und freundliches Stammpersonal sowie ein treuer Patientenstamm (die Praxis wird in der 3. Generation geführt) ermöglichen einen optimalen Start ins Berufsleben. Die Praxis wird aus Altersgründen auf Ende 2024 abgegeben.
 ☑ ZM 101068

KFO nördlich des Ruhrgebiets

Fachpraxis. Umsatzstark, modern mit separaten BHZ. Voll digitalisiert, keine Nachinvestition. Aus familiären Gründen im Sommer 2024 abzugeben, auf Wunsch mit Überleitung.
www.praxiskaufen.de
T. 0211. 48 99 38

Raum Heidelberg - Heilbronn | hoher Privatanteil

Gut eingeführte moderne Praxis mit hohem Privatanteil, u.a. mit implantologischem Schwerpunkt, in sehr guter Lage, 3-4 BHZ, umfassendes Eigenlabor, top Team, langfristiger Mietvertrag, in Kreisstadt Sinsheim. Bei Interesse bitte per Email: sinsheimpraxis@gmail.com

Tiny-Praxis Stuttgart

Kleine, aber feine Praxis mit 2 Sprechzimmern östlich von Stuttgart abzugeben. Ideal für eingeschränkte Sprechzeiten zu Ihrer Work-Life-Balance oder Teilzeit-Niederlassung. Behandlungsstühle neu: Kavo E80 mit integrierter Endo, UV, Piezo. EDV/Orga: Z1 Pro mit allem: Konnektor, E-Rezept, E-PA, Kim etc. längstens integriert und in Funktion. Straffe Planungsstruktur ohne Wartezeiten, komplette Selbstabrechnung, auch GOZ. Hochwertige Prothetik mit gutem Ertrag und hohem GOZ-Anteil (52%) bei verlässlicher und solventer Patientenstruktur.
 Weitere Informationen: ps@mediparkplus.de

Bodenseekreis

Kleine, auf Funktionstherapie u. Prophylaxe ausgerichtete (Alters-) Praxis im Bodenseekreis (wenige Minuten vom B.-see), ca 130 qm, sucht ambitionierte/n Nachfolger/-in, für treue und motivierte Patienten.
 ☑ ZM 101059

ZA-Praxis mit KFO abzugeben, HN Zentrum Arztheaus ÜG-Soz. möglich
 Email: kissreile@gmail.com

Münster, NRW

Münster, NRW Nachfolger gesucht für moderne, voll digitalisierte, 2 BHZ Praxis im Geschäfts-/Arztelhaus, in zentraler Lage. Anschlüsse für ein 3.BHZ sind vorhanden.
 Abgabetermin nach Vereinbarung.
 Für weitere Informationen melden Sie sich Bitte per E-Mail unter esterrulev@gmail.com
 Preis auf Vereinbarungsbasis.

Insel Usedom

Praxisnachfolger für eine langjährig gut eingeführte, moderne, voll ausgestattete Praxis in einem Gesundheitszentrum an der Küste Usedom gesucht (146 m², Neubau 2012, Erstbezug, OG, Mietbasis). Fahrstuhl, 3 Behandlungszimmer, digit. Röntgen usw., großes Einzugsgebiet, sehr zuverlässiges Patientenkontingent, 50 Km bis zur Universität Greifswald, 30 km bis Swinemünde. Ort mit sehr hohem Freizeitwert und hervorragender Infrastruktur. Yachthafen, Sportstrand, Ärzte, Apotheke, alle Kindereinrichtungen, Schulen, Vereine etc. Alle Formen der Übernahme zu fairen Bedingungen möglich. Kontakt: arozina.schneider@gmail.com.

Die Experten für

Praxisvermittlung

- persönlich besichtigt
- wirtschaftlich geprüft
- umfassend aufbereitet
- aktiv betreut

www.concura.de

Tel.: 0621 4 30 31 35 00

Mail: kontakt@concura.de

CONCURA
 GmbH

Zahnarztpraxis abzugeben KZV Westfalen-Lippe

Zahnarztpraxis abzugeben KZV-Gebiet Westfalen-Lippe Zahnarztpraxis in westfälischer Großstadt abzugeben ab III. Quartal 2024. Praxisschwerpunkt Chirurgie/Implantologie/allgemeine Zahnheilkunde 3 Behandlungszimmer, DVT vorhanden Innenstadtrandlage, eigene Parkplätze vorhanden, ÖPNV-Verbindung in unmittelbarer Nähe, hochfrequentierte Discounter fußläufig gelegen
pluribusunum1@web.de

Nähe Mönchengladbach

Langjährig etabliert, modernisiert, u.a. KaVo E70, digitales OPG. Schöner Blick ins Grüne. 150 qm, 3 BHZ, 4. BHZ vorinstalliert.
 Extrem günstige Übernahme aus Altersgr.
www.praxiskaufen.de
T. 0211. 48 99 38

Mülheim an der Ruhr

Etablierte, umsatzstabile, 3BHZ, 110 qm Praxis aus Altersgründen abzugeben. Näheres unter www.mediparkplus.de ☎063229472421 / Praxisnr. 4612

Spitzengewinn in Ost-Westfalen

Modernisiert, 5 BHZ mit Sirona, KaVo. Voll digitalisiert, Carestream OPG, gr. Steri. Perfekte Orga, vollst., engagiertes Team.
www.praxiskaufen.de
T. 0211. 48 99 38

Nachfolge gesucht: Etablierte Praxis in Essen, Grundlage nahe Uni-Klinikum

Verkauf/Pacht: Langjährige Praxis mit starken Zahlen und vielen Stammpatienten. 4 moderne Behandlungszimmer, digitale Röntgengeräte. Immobilien optional, Einarbeitung möglich. Bei Interesse: elenahersonski@gmx.de

KREIS WARENDORF

**6247 EINWOHNER
 WARTEN AUF SIE.**

**ETABLIERTE
 ZAHNARZTPRAXIS**
 – NÄHE WARENDORF ABZUGEBEN –

2BHZ, EG, modern & auf Stand, 3 Stellplätze, MPG-Begehung, niedrige Betriebskosten, seit 30 Jahren treuer Patientenstamm, Bus und Bahn in unmittelbarer Nähe, Infrastruktur inkl. Kitas, Schulen & Vereinen im Ort.

Kontakt: geebax@t-online.de

**IHR PARTNER FÜR
 PRAXISABGABE
 UND EXISTENZ-
 GRÜNDUNG
 DIE ERBACHER®
 PRAXISBÖRSE**

ERBACHER® Wirtschaftsdienste
 für Zahnärzte und Ärzte AG

Hauptstraße 140 A | 63773 Goldbach
 T 06021 501860 | F 06021 5018622
hallo@erbacher.de | erbacher.de



PRAXISGESUCHE

EXISTKONZEPT^{db}GEHEN SIE
MIT UNS AUF ERFOLGSKURS!dental
bauerEXKLUSIVE
WEBINARREIHE FÜR
IHRE ERFOLGREICHE
PRAXISGRÜNDUNG

20.02.2024	Die richtige Praxissoftware und Patientenberatung
27.02.2024	Praxis EDV und Digitalisierung
05.03.2024	Standortanalyse
12.03.2024	Praxisplanung und Praxisgestaltung
19.03.2024	Praxisfinanzierung
26.03.2024	Einnahmequelle – Wann rechnet sich die eigene Praxis?
02.04.2024	Hygienekonzept – RKI – QM
09.04.2024	Kaufvertrag
16.04.2024	Gesellschaftsvertrag/Sozietät/MVZ
23.04.2024	Der richtige Praxismietvertrag
30.04.2024	Das richtige Praxiskonzept und Projekt
07.05.2024	Praxisversicherung und Inhaberabsicherung
14.05.2024	Unterschied zwischen Liquidität und Gewinn
21.05.2024	Gründer*innen-Talk – Erfahrungsbericht zweier Existenzgründerinnen
28.05.2024	GKV/PKV/Privatliquidation in der ZA-/KFO-MKG-Praxis leichtgemacht
04.06.2024	MKG-Spezial
11.06.2024	KFO-Spezial
18.06.2024	Praxismarketing
25.06.2024	Businessplan und Mindestumsatzkalkulation
02.07.2024	Planung/Kalkulation Praxisinvestitionen und Baukosten

Die Webinare finden jeweils von 19:30 Uhr bis 20:30 Uhr statt. Die Teilnahme ist kostenlos.

MELDEN SIE SICH NOCH HEUTE
ÜBER DEN QR-CODE AN!

Hotline: 0800 6644718

Anfragen per E-Mail an: praxisboerse@dentalbauer.de

Bayern/HessenGutgehende Praxis für 1 bis 3 ZÄ zur
Übernahme in 2024/2025 ges.
ERBACHER Wirtschaftsdienste AG**Peter Balonier**
☎ 0171-5159308Gutgehende Praxis sehr gerne mit
angestellten Zahnärzten für 1 o. 2
ZÄ in **BW, RPF, Hessen oder
NRW** dringend ges.
ERBACHER Wirtschaftsdienste AG
Peter Reinhard
☎ 06234-814656**Thüringen u.****PLZ-Bereich 04 bis 09**
gutgehende Praxis für 1 bis 3 ZÄ zur
Übernahme in 2024/2025 ges.
ERBACHER Wirtschaftsdienste AG
Nikolaus Brachmann
☎ 06021-980244**PRAXISGESUCHE SCHWEIZ**Junge ZÄ aus Deutschland sucht
PRAXISÜBERNAHME in BASEL.
Email: praxisx3@gmail.com**Bremen/Niedersachsen**Gutgehende Praxis für 1 oder 2 ZÄ
zur Übernahme in 2024/2025 ges.
ERBACHER Wirtschaftsdienste AG**Patrick Dahle**
☎ 0172-8372199**PLZ 01-03, 1, 20, 22-25**Gutgehende Praxis für 1 oder 2 ZÄ
zur Übernahme in 2024/2025 ges.
ERBACHER Wirtschaftsdienste AG**Dr. Ralf Stecklina**
☎ 030-78704623

PRAXEN AUSLAND

ZA Praxis in der SchweizBundeshauptstadt Bern, absolute City-Lage, 5 min vom Bhf.
Alteingesessene Praxis, technisch und optisch absolut perfekt!
Moderne helle Räume, langjähriges gut eingespieltes Team.
Abgabe nach Absprache. Kontakt: pw@medident.ch**Zahnarztpraxis CH**Zum Verkauf steht eine Allgemein-
zahnarztpraxis in der Ostschweiz.
Die Praxis verfügt über 2 Behand-
lungszimmer mit Sirona Stühlen,
digitales Röntgen, OPG etc. Lang-
jähriger Mietvertrag möglich mit
evtl. späterer Kaufoption. Einziger
Kollege am Ort mit ca. 4100 Ein-
wohnern. Keine Kassenzulassung
notwendig Abgabezeitpunkt flexi-
bel, Einarbeitung evtl. möglich. Info
per mail: ursusdentalis@bluewin.ch Preis 245000 € 220000
CHF

IMMOBILIENMARKT

NorderneyPlanen auch Sie eine Auszeit vom
Alltag. Wunderschöne Wohnung
auf Norderney zu verkaufen.
Strandnah. VB € 699.000.
☎ ZM 101064**Anzeigen-
schlussstermine****zm-Rubrikanzeigenteil**

Für Heft 5 vom 01.03.2023 am Donnerstag, den 01.02.2024

Für Heft 6 vom 16.03.2024 am Donnerstag, den 15.02.2024

Für Heft 7 vom 01.04.2024 am Donnerstag, den 29.02.2024

Bitte geben Sie Ihren Auftrag so rechtzeitig zur Post, dass
er möglichst noch vor dem Anzeigenschluss bei uns vor-
liegt. Der Anzeigenschlussstag ist der letzte Termin für die
Auftragserteilung und die Hereingabe des Anzeigentextes.
Auch Stornierungen und Änderungen in Anzeigen sind
nur bis zum Anzeigenschlussstag möglich. Schicken Sie
Ihre Auftrags- oder Änderungswünsche nur an:zm Zahnärztliche Mitteilungen
Anzeigendisposition
Unter den Eichen 5, D-65195 Wiesbaden
E-Mail: zm-stellenmarkt@medtrix.group
zm-rubrikenmarkt@medtrix.group
Tel.: +49 611 9746 237**MedTriX** Group

PRAXISRÄUME

Genehmigte Praxis- und Büroflächen im
"Medical Center Düsseldorf"

Moderne Praxis- und Büroflächen

- 80 - 4.600 m² Praxis- und Bürofläche anmietbar
- Eines der größten Ärzthäuser Europas
- 67 Ärzte mit 26 Fachbereichen im Gebäude
- Flexible Raumgestaltungsmöglichkeiten
- Ausbau durch den Vermieter möglich
- Spezialisierter individueller Ausbau für medizinische Nutzung
- Besetzter Empfang rund um die Uhr
- Zentrale Vermarktung über gemeinsame Homepage
- Tiefgarage für Mieter, Patienten und Personal vorhanden
- Bäcker, Apotheke und Sanitätshaus im Gebäude
- Glasfaseranschluss im Gebäude
- Optimale Erreichbarkeit mit Verkehrsmitteln und ÖPNV

SCAN ME



Homepage



Corealis Commercial Real Estate GmbH
Herr Christoph Mooren | 0211 522 88 470
Christoph.mooren@corealis.de

corealis
COMMERCIAL REAL ESTATE GMBH

Praxisräume Saarland samt großzügiger Laborräume, 158m² in Ärzthaus, Einrichtungsübernahme samt Dampssoft, Zahn32, Z1Pro möglich. zahnarzt60@mein.gmx

Anzeigenmanagement

Wir sind für Sie da!

Telefon + 49(0)611 9746 237
zm-stellenmarkt@medtrix.group
zm-rubrikenmarkt@medtrix.group

MedTriX^{Group}

PRAXISEINRICHTUNG/-BEDARF



Reparaturservice aller Art
Handstücke - Winkelstücke -
Turbinen

**Wartung luftgesteuerter
Geräte sowie Polsterung von
Dentalstühlen aller Art.**

06123 / 7401022
info@frankmeyer-dental.de

✦ An- und Verkauf
von Gebrauchsgütern
✦ Praxisauflösungen -
Praxis-Vermittlung
✦ Modernisierungsprogramme
www.Bohmed.de
Telefon 04402 83021

Polster - Dental - Service
Neubezug von
Behandlungsstuhlpolster
alle Hersteller, Bundesweit
Tele: 0551 797 481 33
info@polsterdentalservice.de

FREIZEIT/EHE/PARTNERSCHAFTEN

Christa Appelt® Kompetenz hat eine Adresse



„Wir sind eine traditionelle Partnervermittlung, die ihre Klienten handverlesen und persönlich seit über 30 Jahren erfolgreich glücklich vermittelt.“

+49172/804 87 78 • anfragen@christa-appelt.de • christa-appelt.de



Das Beste oder nichts!
Die Nr. 1* Partnervermittlung
für niveauvolle Kreise!

Gratisruf: 0800-222 89 89
Täglich 10 - 20 Uhr auch am WE

*Nr. 1 mit Werbung in akadem. Fachzeitschriften,
auch Nr. 1 mit positiven Kundenbewertungen (Google!)

Seit 1985 Partnervermittler www.pv-exklusiv.de



Vorsicht vor einer „gemischten Motivationslage“

Sie sind bereit, bei Bewerbungsgesprächen auch unkonventionelle Wege zu beschreiten? Gut, sehr gut. Ein dezenter Warnhinweis (siehe oben) sei an dieser Stelle aber erlaubt.

Ein Unterschenkelbruch ist eine schmerzhafteste Sache. Im Fall eines selbstständigen Versicherungsmaklers aus Baden-Württemberg brachte er aber immerhin die wertvolle Erkenntnis, worauf bei der Mitarbeiter-Akquise unbedingt zu achten ist. Der Mann war auf dem Rückweg von einer Radtour mit einem langjährigen Bekannten auf einem Feldweg gestürzt, einen Weinberg hinabgerutscht, hatte sich dabei überschlagen und seinen rechten Unterschenkel zertrümmert. Passiert jeden Tag, denken Sie. Aber Moment.

Denn anschließend wollte der Makler den Stunt zum Arbeitsunfall umwidmen. Die mehrstündige Ausfahrt samt Pause an einem Grillplatz sei eine Art Bewerbungsgespräch gewesen, argumentierte er vor Gericht. Weil „beide gern Sport machen“ und das Wetter schön gewesen sei, habe man sich

eben zu einer Radtour verabredet, um „nebenbei das Geschäftliche“ zu besprechen, erklärte er. Auch auf die Frage, warum er mit dem Bewerber die Fahrt für einen Besuch bei seinen Eltern unterbrochen habe, hatte der Mann eine Antwort: Das Kaffeekränzchen habe „der Demonstration eines Kundengesprächs gedient“.

Man muss kein Star-Jurist sein, um zu ahnen: Sowohl in erster Instanz als auch vor dem Landessozialgericht Baden-Württemberg blieb der Mann erfolglos (Az.: L 8 U 1620/22, Urteil vom 13. September 2023). Die Radtour habe den Richtern zufolge eine „Verrichtung mit gemischter Motivationslage“ dargestellt, da beide Männer gleichzeitig auch ihrem Freizeit- und Sportbedürfnis nachgekommen sind.

Was lernen wir daraus?

Vielleicht dies: Selbst in Zeiten grassierenden Fachkräftemangels sind nicht alle Recruiting-Maßnahmen erlaubt. Verrichten Sie, was Sie verrichten müssen. Aber verrichten Sie es in edler Gesinnung. Lupenrein motiviert. ■

Vorschau

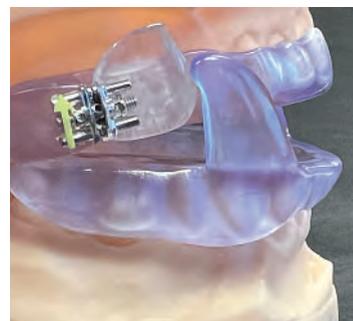
THEMEN IM NÄCHSTEN HEFT –
zm 4 ERSCHEINT AM
16. FEBRUAR 2024



POLITIK

Mundgesundheit im europäischen Vergleich

Wer liegt vorn?



ZAHNMEDIZIN

Obstruktive Schlafapnoe

GKV-konforme Therapie im standardisierten Workflow

zm Newsletter Ihr regelmäßiges Update.

Hier bekommen Sie jede Woche wichtige News aus Politik, Gesellschaft und Branche.

zm

Versand
wöchentlich
mittwochs

Mit aktuellen Informationen aus Wissenschaft und Industrie sowie zahnmedizinischen Fachbeiträgen.



Jetzt abonnieren
[https://www.zm-online.de/
newsletter/](https://www.zm-online.de/newsletter/)

MedTriX Group
we care for media solutions

Die Absaugung mit bis zu 75% weniger Energieverbrauch*

Nachhaltigkeit und Skalierbarkeit mit den Tyscor Saugsystemen



Radialverdichter reduziert **Energieverbrauch** um bis zu 75%.*

Monitoring und Fernwartung durch VistaSoft Monitor reduziert **CO₂-Emissionen**.



Wächst mit der Praxis mit: Von zwei **bis zwölf Behandler**, ohne Austausch der Maschine.



Nachhaltige Produkte von Dürr Dental.

Mit unseren Tyscor Saugsystemen gehen wir den nächsten Schritt in eine nachhaltige Zukunft. Damit machen wir nicht nur unsere Produktionskette nachhaltiger, sondern auch Ihre Praxis.

Mehr unter www.duerrdental.com

*gemessen an der Tyscor VS 4 und einem vergleichbaren Seitenkanalverdichter durch das Fraunhofer Institut

