

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

Fokus

Organspende: Entscheidung fürs Leben

Praxis

Fragen und Antworten
zum EBZ

Fortbildung

Dentale Implantation
bei Risikopatienten

Politik

Protest gegen GKV-Finanzreform:
großes Engagement der Zahnärzteschaft

Position

- 3 Ihre Wahl

Praxis

- 4 Fragen und Antworten zum EBZ

Politik

- 8 Protest gegen GKV-Finanzreform: Großes Engagement der rheinland-pfälzischen Zahnärzteschaft

Recht

- 9 Geändertes Nachweisgesetz: Mehr Informationen in Arbeitsverträgen

Fokus

- 10 Organspende: Entscheidung fürs Leben

Recht

- 16 Ab Oktober: Zwölf Euro Mindestlohn

- 16 EuGH: Urlaub verfällt nicht automatisch

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteam

Personalie

- 17 Ehrung: Dr. Rainer Lehnen ist Sanitätsrat

- 17 Wechsel an der Spitze der LAGZ

Fortbildung

- 18 Dentale Implantation bei Risikopatienten: Zuversichtlich und vorhersehbar?

Praxis

- 23 Leitlinien der DGZMK: Orientierungshilfe für Zahnarztpraxen

Aktuell

- 25 Gesundheits-Apps auf Rezept: Sind DiGA ihr Geld wert?

- 27 Weiterbildung: Onlineportal bietet Kursüberblick für ganz Rheinland-Pfalz

Praxis

- 28 Neue Runde für ZäPP: Stabile Datenbasis für Vertragsverhandlungen

- 29 Destatis-Erhebung: Praxen haben Auskunftspflicht

Aktuell

- 30 Deutsche Mundgesundheitsstudie: Fast jedes zweite Kind hat „schiefe Zähne“

KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Anschrift der Redaktion

KZV Rheinland-Pfalz
Isaac-Fulda-Allee 2 · 55124 Mainz
T 06131/89270 · F 06131/8927222
redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

Redaktion

Marcus Koller (V. i. S. d. P.)
Dr. Stefan Hannen
Katrin Becker M. A.

Redaktionsassistentz

Michaela Merz

Grafik und Produktion

Köllen Druck+Verlag GmbH · 53117 Bonn
www.koellen.de

Bildnachweis

Titelfoto: © SewCream/Shutterstock.com

Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte in Rheinland-Pfalz erhalten diese Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft bei der KZV Rheinland-Pfalz. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte und Leserbriefe sinnwährend zu bearbeiten.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir in einigen Texten bei Personenbezeichnungen oder personenbezogenen Hauptwörtern die männliche Form. Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter und enthalten unsererseits keine Wertung. Für den Nachdruck von Texten und Grafiken ist das schriftliche Einverständnis der KZV Rheinland-Pfalz Voraussetzung.

Erscheinungstermin der nächsten Ausgabe:
12.12.2022

Ihre Wahl

Sie haben Ihre Wahl getroffen. Die Mitglieder der Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz für die Jahre 2023 bis 2028 stehen fest. Das Ergebnis können Sie über das Wahlrundscheiben 4/22 auf unserer Internetseite abrufen.

Mit rund 42 Prozent liegt die Wahlbeteiligung noch unter dem Niveau von vor sechs Jahren. Wir danken jedem KZV-Mitglied, das die Chance zur Stimmabgabe genutzt hat, machen aber keinen Hehl hieraus: Gewünscht hätten wir uns eine deutlich höhere Wahlbeteiligung. Die Motive der Nichtwählerinnen und -wähler sind zu analysieren. Fehlen das Interesse an der Selbstverwaltung? Ein Gefühl der Zwecklosigkeit des Wählens? Eine grundsätzliche Politikverdrossenheit? Oder mit drei beruflichen Wahlen schlicht eine zu hohe Wahlfrequenz in diesem Jahr?

Gute Zeichen sind hingegen, dass es neue, junge Gesichter und wiederum einige Zahnärztinnen in die Vertreterversammlung geschafft haben. Frauen sind in der zahnärztlichen Selbstverwaltung insgesamt unterrepräsentiert, obwohl ihr Anteil in der Zahnmedizin in Deutschland inzwischen bei nahezu 50 Prozent liegt. Die KZV Rheinland-Pfalz braucht deren Perspektive ebenso wie die Sichtweise der jüngeren Kolleginnen und Kollegen – geht es doch vor allem um ihre berufliche Zukunft, die in der Vertreterversammlung und in den vielfältigen Ausschüssen mitentschieden wird.

In die Vertreterversammlung sind engagierte und fähige Personen gewählt worden, die eine hohe Verantwortung tragen. Sie werden in der nächsten Legislaturperiode ein starkes Sprachrohr der Vertragszahnärzteschaft und bedeutender Im-

pulsgeber sein müssen. In den kommenden Jahren sind Antworten auf weitreichende, ja, wegweisende Fragen zu finden. Wie kompensieren wir in der Versorgung den Abgang der Babyboomer? Wie gewinnen wir junge Zahnärztinnen und Zahnärzte für die Niederlassung? Wie gehen wir mit der sich verändernden Praxislandschaft und der Verbreitung investorenfinanzierter MVZ um? Welche Auswirkungen hat das Milliardenloch bei den gesetzlichen Krankenkassen und damit verbunden das Finanzierungsstabilisierungsgesetz und die Budgetierung? Und wie ist auf die Energiekrise und Inflation zu reagieren? Auch die Digitalisierung wird die Vertreterversammlung beschäftigen; gilt es doch, die Geschäftsprozesse der KZV Rheinland-Pfalz weiter zu digitalisieren. Dies hat nicht nur ökonomische und ökologische Vorteile, sondern trägt auch zu einer schnelleren und flexibleren Kommunikation mit den Zahnarztpraxen bei.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Vertreterversammlung ist ein Ort der Debatte – und sie ist ein Ort der Entscheidung. Begleiten Sie Ihre Vertreter beim Ringen um Entscheidungen – wohlwollend, aber kritisch. Suchen Sie auch in Zukunft den Kontakt zu „Ihrem“ Vertreter oder „Ihrer“ Vertreterin. Hören Sie hin, fragen Sie nach, bringen Sie Ihre Meinungen mit ein. Denn auf einer breiten Basis trifft man bessere Entscheidungen.



Ihr Marcus Koller
Vorsitzender des Vorstandes



„In den kommenden Jahren sind
Antworten auf wegweisende
Fragen zu finden.“

Fragen und Antworten zum EBZ

Das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren ist die erste Telematikanwendung mit Mehrwert für die Zahnarztpraxen. Ihre häufigsten Fragen zum „EBZ“ beantworten wir an dieser Stelle.

Text: KZV Rheinland-Pfalz

Grundsätzliches

Was ist das EBZ?	EBZ steht für „elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Zahnärzte“. Es bedeutet, dass die Behandlungspläne in den Leistungsbereichen ZE, KBR, KFO und PAR elektronisch zwischen der Zahnarztpraxis und der Krankenkasse ausgetauscht werden. Der zeitaufwendige Versand der Heil- und Kostenpläne per Post entfällt somit.
Ist der Einsatz des EBZ verbindlich?	Seit dem 1. Juli 2022 können sich die Praxen an das EBZ anbinden lassen. Die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) müssen seit diesem Zeitpunkt in der Lage sein, die entsprechenden EBZ-Updates bzw. -Module anzubieten und zu installieren. Ab 1. Januar 2023 wird das EBZ verpflichtend sein. Dann müssen alle Zahnarztpraxen in den Leistungsbereichen Zahnersatz, Kieferbruch und Kieferorthopädie das elektronische Verfahren anwenden. Aufgrund der neuen PAR-Richtlinie wird der Bereich Parodontologie erst zu einem späteren Zeitpunkt im EBZ verfügbar sein. Nur in Ausnahmefällen bei technischen Störungen darf dann noch für ein Jahr auf das Papierverfahren ausgewichen werden.
Was hat das EBZ mit der Telematikinfrastuktur (TI) zu tun?	Das EBZ ist keine Anwendung der TI im engeren Sinne. Für den Austausch der elektronischen Anträge zwischen der Zahnarztpraxis und der Krankenkasse wird jedoch der TI-Dienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) benötigt. Das EBZ wurde von der Vertragszahnärzteschaft, konkret der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, initiiert, um die Digitalisierung in den Praxen sinnvoll zu nutzen und Praxisabläufe zu vereinfachen.
Welchen Mehrwert bringt das EBZ der Praxis?	Der große Vorteil ist, dass das EBZ den Antragsprozess erheblich beschleunigt und vereinfacht und zudem Ressourcen schont. Eine Genehmigung liegt schneller vor, eine Behandlung kann somit zügiger starten.

Ausstattung und Finanzierung

Welche Technik braucht eine Praxis zur Nutzung des EBZ?	Zur Nutzung des EBZ braucht eine Praxis <ol style="list-style-type: none">1. Anschluss an die Telematikinfrastuktur (eHealth-Konnektor und -Kartenterminal, elektronischer Praxisausweis (SMC-B))2. Kommunikationsdienst KIM mit mindestens einer KIM-Mail-Adresse → Empfehlung: über PVS-Hersteller3. elektronischen Heilberufsausweis/Zahnarzttausweis → über LZK Rheinland-Pfalz4. PVS-Module/-Updates → über PVS-Hersteller
--	--

Ausstattung und Finanzierung

Wie viele PVS-Module gibt es?	Es gibt für jeden Leistungsbereich ein Modul: ZE, KBR und KFO. Das PAR-Modul ist derzeit noch nicht verfügbar.
Was kosten die Module und werden sie refinanziert?	Die einzelnen Module kosten zwischen 350 und 700 EUR. Hinzu kommen monatliche Gebühren zur Pflege der Software. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband verhandeln derzeit über eine Kostenbeteiligung der Krankenkassen. Über die Details informieren wir Sie in einem gesonderten Rundschreiben.
Braucht die Praxis ein KBR-Modul? Behandlungen sind meist nicht mehr genehmigungspflichtig.	Der Genehmigungsverzicht bei der Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen bleibt vom EBZ unberührt. Die Behandlungspläne werden wie bisher im PVS nur aufgestellt, aber nicht via KIM an die Krankenkassen übermittelt. Echte Kieferbruchfälle müssen über das EBZ angezeigt werden. Das heißt: Erbringen Praxen KBR-Leistungen, benötigen sie ein KBR-Modul.

Antragstellung

Unterscheiden sich die elektronischen Pläne von dem Heil- und Kostenplan (HKP) auf Papier?	Die elektronischen Formulare gleichen im Aufbau den bekannten Papiervordrucken. Die Benutzer-/Bedienoberflächen des EBZ variieren je nach PVS-Hersteller.
Sind die Befund- und Therapiekürzel im EBZ hinterlegt?	Es wurden zwei Listen zulässiger Kürzel festgelegt, welche die auf dem HKP-Papiervordruck aufgeführten Kürzel ablösen. Hier gibt es einige Neuerungen, vor allem bei Suprakonstruktionen. Die neuen Kürzel sind im EBZ hinterlegt und abrufbar unter www.kzvrlp.de - Webcode 0431. Verwenden Sie nur die zugelassenen Kürzel, da abweichende Abkürzungen zu Ablehnungen durch die Krankenkassen führen. Wichtig ist auch: Freie Kombinationen von Kürzeln sind nicht mehr möglich.
Wie werden digitale Behandlungspläne unterschrieben?	Die Pläne werden mit dem elektronischen Heilberufs-/Zahnarzteausweis qualifiziert elektronisch signiert.
Wie lange dauert die Genehmigung durch die Krankenkasse?	Eine Genehmigung durch die Krankenkasse wird zügig erteilt, insbesondere bei Standardanträgen mit unkomplizierten Versorgung. In der Regel liegt sie spätestens nach ein bis zwei Tagen vor. Für die Genehmigung von Härtefallanträgen brauchen die Krankenkassen meist etwas mehr Zeit, da sie den Anspruch des Patienten zunächst prüfen müssen.
Wie wird die Genehmigung durch die Krankenkasse übermittelt?	Die Rückmeldung der Krankenkasse (Genehmigung oder auch Ablehnung eines Planes) erfolgt digital mit KIM. Die Antwortdatensätze können mit einem Mausklick ins PVS importiert werden, sodass beispielsweise auch das Datum der Genehmigung, die Höhe des Festzuschusses und Härtefallansprüche unkompliziert ins PVS bzw. in den Plan übernommen werden. Möglich wird das durch die Antragsnummer (siehe nächste Frage), mit der ein Antwortdatensatz direkt einem Plan bzw. Patienten zugeordnet wird.
Was ist eine Antragsnummer?	Für jeden übermittelten Behandlungsplan generiert das PVS eine Antragsnummer, anhand derer die Praxis und die Krankenkasse den Plan identifizieren können. Mittels der Antragsnummer kann die Praxis zum Beispiel Rückmeldungen der Kasse gezielt abrufen und ins PVS importieren.

Antragstellung

Gibt es eine Zustellbestätigung?	Ja, mit dem Versand des Planes bzw. des Datensatzes wird eine Empfangsbestätigung an die Praxis gesendet.
Kann ein Antrag gelöscht werden?	Ein Antrag kann nur gelöscht werden, wenn er noch nicht versendet wurde.
Kann ein elektronischer HKP zu einem späteren Zeitpunkt versendet werden?	Ja, alle Pläne können auch gebündelt, zum Beispiel am Abend, versendet werden.
Was ist eine EBZ-Historie?	In der Historie können Informationen zu allen erstellten Plänen bzw. Anträgen eingesehen werden (Erstellung, Signierung, Versand, aktueller Status).
Welchen Zweck hat das Feld „Bemerkungen“?	In das Feld können Bemerkungen, Begründungen und Klarstellungen zur Planung hinterlegt werden, die aus dem Befund und der Therapieplanung nicht hervorgehen. Dazu steht eine Auswahlliste mit häufig vorkommenden Bemerkungen zur Verfügung. Sollte die Auswahlliste die gewünschte Bemerkung nicht enthalten, kann ein Freitext in das Feld „Zusätzliche Erläuterungen“ eingetragen werden. Freitexte sollten sparsam eingesetzt werden, da deren Prüfung zu Verzögerungen in der Bearbeitung führen kann. Das Feld sollte nur genutzt werden, wenn die Information nicht an anderer Stelle übermittelt werden kann.
Wie werden Härtefälle beantragt?	Auch bei Härtefällen wird ein elektronischer HKP erstellt. Das Feld „Es liegt voraussichtlich ein Härtefall vor“ ist zu markieren. Nach der Antragstellung prüft die Krankenkasse die notwendigen Voraussetzungen beim Patienten. Die (Teil-)Genehmigung erteilt die Kasse anschließend über KIM.
Was ist zu tun bei Plänen, die begutachtet werden sollen?	Wird ein elektronischer HKP begutachtet, teilt das die Krankenkasse weiterhin telefonisch oder per Post mit. Die notwendigen Unterlagen (Röntgenbilder, Fotos, Modelle etc.) sendet die Praxis dem Gutachter in gewohnter Form. Das Ergebnis der Begutachtung wird allerdings elektronisch mittels KIM von der Krankenkasse an die Praxis übermittelt. Perspektivisch soll das Gutachterverfahren ins EBZ einbezogen werden.
Muss bei Wiederherstellungen ein Befund angegeben werden?	Um Nachfragen der Krankenkassen zu vermeiden, empfiehlt es sich, den Befund sowie die Angabe zur Wiederherstellung im Bemerkungsfeld anzugeben. Bei Wiederherstellungen oder Erweiterungen ist die Art der Leistungen, die für Festzuschüsse in den Befundklassen 6 und 7 anzusetzen sind, verpflichtend anzugeben.
Sind Pläne für Reparaturen bzw. nicht genehmigungspflichtige Fälle, zum Beispiel Schienen, auch an die Krankenkasse zu übermitteln?	Die Behandlungspläne werden wie bisher im PVS zur Dokumentation erstellt, aber nicht via KIM an die Krankenkassen übermittelt.
Was passiert mit Anträgen, die eine Fehlermeldung hervorrufen?	Eine Krankenkasse übermittelt eine Fehlermeldung, wenn ein Pflichtfeld (zum Beispiel der Herstellungsort) nicht ausgefüllt wurde. Die Fehlermeldung enthält eine Begründung, warum der Datensatz nicht angenommen wurde. Der Fehler muss behoben und der Antrag erneut an die Krankenkasse gesendet werden. Eine Fehlermeldung erfolgt auch, wenn ein Patient bei der Krankenkasse nicht bekannt ist oder wenn sein Versicherungsverhältnis ungeklärt ist.
Wie werden die Daten bei einer technischen Störung übermittelt?	In diesem Ausnahmefall darf der elektronische Datensatz aus dem PVS in Form von Stylesheets auf Papier ausgedruckt und der Kasse zugesendet werden. Die Verwendung alter Formulare ist nicht mehr möglich.

Verlängerungen/Korrekturen/Kassenwechsel

Wie wird im EBZ mit Verlängerungsanträgen umgegangen?	Ein Antrag zur Verlängerung eines bereits genehmigten HKP wird direkt im EBZ erstellt und elektronisch an die Krankenkasse gesendet. Der Verlängerungsantrag bekommt eine eigene Auftragsnummer; die Nummer des Ursprungsplanes bleibt bestehen. Über das konkrete Vorgehen werden Sie von Ihrem PVS-Anbieter informiert.
Kann ein Plan nach der Genehmigung nochmals geändert werden?	Es gibt die Möglichkeit, einen bereits genehmigten Plan im EBZ zu ändern und der Krankenkasse die Änderung mitzuteilen. Informationen über das konkrete Vorgehen erhalten Sie von Ihrem PVS-Anbieter.
Wie ist vorzugehen, wenn ein bereits genehmigter Plan vorliegt und der Patient die Krankenkasse wechselt?	Aus dem EBZ heraus kann die Praxis den von der Vorkasse genehmigten Plan an die neue Krankenkasse senden. Voraussetzung dafür, dass der Kassenwechsel anerkannt wird, ist, dass ein aktueller Versichertennachweis vorliegt und ein Versichertennachweis zur ursprünglichen Planerstellung vorgelegen hat. Die Antragsnummer des Planes ändert sich nicht. Details erläutert Ihr PVS-Anbieter.
Wie ist bei einem Behandlerwechsel vorzugehen?	Bei einem Zahnarztwechsel ist anzugeben, ob eine Neuplanung erfolgt oder in die ursprüngliche Behandlungsplanung eingestiegen wird. Hierfür gibt es im EBZ entsprechende Kennzeichen.

Patienten

Welche Vorteile haben Patienten durch das EBZ?	Auch die Patienten profitieren von einer schnelleren Genehmigung. Zudem entfällt für sie der Gang zur Geschäftsstelle ihrer Krankenkasse oder zum Briefkasten.
Welche Unterlagen bekommt der Patient?	Bei einer Versorgung mit Zahnersatz händigt der Zahnarzt dem Patienten nicht mehr den HKP aus, sondern eine leichter verständliche Patienteninformation mit allen für ihn relevanten Inhalten (Vordrucke 3c oder 3d der Anlage 14a BMV-Z). Diese Patienteninformation enthält die erforderlichen Erklärungen des Patienten zu Aufklärung und Einverständnis mit der geplanten Behandlung. Die Behandlung sollte bei der Krankenkasse erst beantragt werden, wenn der Patient diese Information unterschrieben hat. Die Vordrucke werden aus dem PVS heraus gedruckt. In Ergänzung zur direkten Genehmigung bei der Praxis werden Patienten wie bisher schriftlich von ihrer Krankenkasse über die Genehmigung der geplanten Behandlung benachrichtigt.
Kann die Patienteninformation auch digital unterzeichnet werden?	Es ist ratsam, die Patienteninformation auszudrucken. Rechtssicher ist derzeit allein die Unterschrift des Patienten auf dem Papier.

Sonstiges

Nehmen sonstige Kostenträger (Heilfürsorge, Unfallversicherung, Sozialämter etc.) am EBZ teil?	Sonstige Kostenträger nehmen nicht am EBZ teil; es bleibt beim bisherigen analogen Verfahren (Vordrucke 3a und 3b, Anlage 14 BMV-Z).
Bonushefte werden nicht über KIM übermittelt. Wer kontrolliert, ob der prozentuale Bonus korrekt ist?	Im elektronischen HKP geben die Praxen in einem dafür vorgesehenen Feld die Höhe des voraussichtlichen Bonus anhand der vorliegenden Unterlagen bzw. Informationen im PVS an. Die korrekte Höhe des Bonus übermittelt die Krankenkasse bei der Genehmigung des Planes. Wichtig: Es ist nicht Aufgabe der Praxen, mögliche Unstimmigkeiten beim Bonus zu klären. Patienten sollten zur Klärung an ihre Krankenkasse verwiesen werden.

Protest gegen GKV-Finanzreform: Großes Engagement der rheinland-pfälzischen Zahnärzteschaft

Mehr als 1.500 Zahnärztinnen und Zahnärzte in Rheinland-Pfalz haben den offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach unterzeichnet - und damit ihren Protest gegen das geplante GKV-Finanzstabilisierungsgesetz kundgetan.

Text: Katrin Becker

Die Briefe wurden dem Bundesgesundheitsminister Anfang September zugestellt. „Unserem Aufruf, sich an dem Protest zu beteiligen, sind mehr als die Hälfte der Mitglieder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz gefolgt. Für Ihre immense Unterstützung danken wir Ihnen sehr“, sagt der Vorstand der KZV Rheinland-Pfalz, Marcus Koller und Joachim Stöbener.

Hintergrund des Protests: Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz sieht deutliche Einsparungen in der zahnärztlichen Versorgung vor. In den kommenden beiden Jahren sollen die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen - und damit die zahnärztlichen Honorare - gedeckelt werden. Der Gesetzesentwurf geht von Minderausgaben für die zahnärztliche Versorgung von rund 460 Millionen Euro in den Jahren 2023 und 2024 aus.

Finanzmittel für Parodontitistherapie auf der Kippe

„Das Geld wird in der Versorgung der Patienten fehlen. Negative Folgen sind vor allem für neue und innovative Leistungen wie die Parodontitistherapie zu befürchten“, meint Marcus Koller. Die Behandlungstrecke wurde erst 2021 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen eingeführt. Sie ist langfristig auf mindestens zwei Jahre angelegt. „Werden die geplanten Regelungen Realität, stehen hierfür nicht mehr genügend Finanzmittel zur Verfügung. Das würde das Aus der neuen und so wichtigen Therapiestrecke bedeuten“, bekräftigt Koller. „Verlierer wären die Patienten.“

Zahnärzte sind keine Kostentreiber

Joachim Stöbener erinnert daran, dass der Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für zahnärztliche Leistungen seit dem Jahr 2000 von rund neun Prozent auf mittlerweile fast sechs Prozent gesunken ist. „Die Zahnärzteschaft leistet seit Jahren einen Beitrag zur Stabilisierung der Krankenkassenfinanzen. Umso verständlicher ist die vom Bundesgesundheitsminister auferlegte Kostendämpfungsmaßnahme. Die geplanten Kürzungen sind we-



Foto: zlikovec/shutterstock.com

der sachgerecht noch verhältnismäßig und gehen zulasten der Mundgesundheit unserer Patienten“, so Stöbener. Er appelliert an die Politik, die Regelungen im Gesetzgebungsverfahren zu streichen. „Kostendämpfungspolitik ist eine rückwärtsgewandte Politik, die die Versorgung verschlechtert und Innovationen blockiert.“

Länder stimmen Zahnärzteschaft zu

Einen ersten Erfolg hat der Protest der Zahnärzteschaft bereits erzielt: Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Gesetzesentwurf gefordert, die neue Parodontitis-Behandlungstrecke aus der geplanten zahnärztlichen Budgetierung herauszunehmen und die Parodontitisbehandlung somit weiter zu ermöglichen. Koller: „Unser gemeinsamer Einsatz für unsere Patienten hat sich in einem ersten Schritt ausgezahlt. Jetzt kommt es darauf an, dass auch der Bundestag dem Votum der Länder folgt.“ Das Gesetz wird voraussichtlich Ende Oktober vom Parlament verabschiedet. ■



Foto: Gajus/shutterstock.com

Geändertes Nachweisgesetz: Mehr Informationen in Arbeitsverträgen

Arbeitsverträge müssen seit dem 1. August 2022 mehr Informationen enthalten als bisher. Hintergrund ist eine EU-Richtlinie über transparente und verlässliche Arbeitsbedingungen.

Text: Katrin Becker

Der Bundestag hat das Nachweisgesetz den EU-Vorgaben angepasst. Schon in der Vergangenheit hat das Gesetz festgelegt, welche Eckpunkte ein Arbeitsvertrag enthalten muss. Seit dem 1. August 2022 sind die Informationspflichten noch weitreichender.

Jeder Arbeitsvertrag bzw. die Niederschrift über den Vertrag muss nun zusätzlich folgende Pflichtangaben enthalten:

- » bei befristeten Arbeitsverhältnissen: das Enddatum oder die vorhersehbare Dauer des Arbeitsverhältnisses,
- » gegebenenfalls die freie Wahl des Arbeitsorts durch den Arbeitnehmer,
- » die Dauer einer gegebenenfalls vereinbarten Probezeit,
- » die Voraussetzungen für und die Vergütung von Überstunden; Angaben zu Zuschlägen, Prämien und Sonderzahlungen sowie anderen Bestandteilen des Arbeitsentgelts und deren Fälligkeit sowie der Art der Auszahlung,
- » die vereinbarte Arbeitszeit, vereinbarte Ruhepausen und Ruhezeiten sowie bei vereinbarter Schichtarbeit das Schichtsystem, den Schichtrhythmus und die Voraussetzungen für Schichtänderungen,
- » den etwaigen Anspruch auf vom Arbeitgeber bereitgestellte Fortbildung,

- » Informationen zu einer betrieblichen Altersversorgung, sofern nicht der Versorgungsträger darüber informieren muss,
- » das bei der Kündigung des Arbeitsverhältnisses einzuhaltende Verfahren, mindestens das Schriftformerfordernis und die Fristen für die Kündigung des Arbeitsverhältnisses sowie die Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage.

Der Arbeitsvertrag bzw. der diesbezügliche Nachweis bedürfen der Schriftform; die elektronische Form reicht nicht aus.

Praxischefs sollten prüfen, ob die Arbeitsverträge ihrer Beschäftigten – angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie zahnmedizinisches Fachpersonal – die vom Gesetz geforderten Angaben enthalten. Die neuen Informationspflichten gelten bei Neueinstellungen seit dem 1. August 2022. Beschäftigte, die vor dem 1. August 2022 eingestellt wurden, müssen nur schriftlich über ihre wesentlichen Arbeitsbedingungen innerhalb einer Frist von sieben Tagen unterrichtet werden, wenn sie den Arbeitgeber dazu auffordern. Verstößen Praxischefs gegen das Gesetz, drohen Geldbußen bis zu 2.000 Euro. Bitte wenden Sie sich mit Fragen an einen Fachanwalt für Arbeitsrecht. ■

Organspende: Entscheidung fürs Leben

Organspende – ja oder nein? In Deutschland wird jeder Einzelne dazu aufgerufen, diese Frage zu Lebzeiten für sich zu beantworten. Doch es beschäftigen sich zu wenige Menschen mit diesem sensiblen Thema. Ein Überblick über den Status quo der Organspende in Deutschland.

Text: Katrin Becker

Der Einbruch bei den Organspendezahlen kam unerwartet – und er fiel dramatisch aus. Von Januar bis März dieses Jahres spendeten bundesweit nur 176 Menschen Organe. Das waren 29 Prozent weniger als im Vorjahreszeitraum. Gleichzeitig ging die Anzahl der entnommenen Organe im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 28 Prozent auf 562 Organe zurück. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) vermutet, dass die Arbeitsüberlastung in den Krankenhäusern durch die Coronapandemie ein Grund sein könnte. In den ersten Monaten dieses Jahres verzeichneten die Kliniken hohe coronabedingte Personalausfälle. Wahrscheinlich konnten hierdurch weniger Spenden realisiert werden, als unter normalen Umständen möglich gewesen wären. Auch hätten Angehörige eines potenziellen Spenders häufiger eine Organentnahme abgelehnt. Mit den zunehmenden Inzidenzen sei zudem die Zahl der Verstorbenen gestiegen, die wegen einer Corona-Infektion als Organspender nicht infrage kamen; inzwischen ist ein positiver SARS-CoV-2-Test per se kein Ausschlusskriterium mehr.

Die Stiftung wurde von dem Einbruch überrascht, da Deutschland im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern seit Beginn der Pandemie keine größeren Einbußen hatte hinnehmen müssen. „Vor dem Hintergrund, dass jedes einzelne Organ zählt und Leben retten kann, stehen wir vor einer dramatischen Entwicklung für die Patienten auf den Wartelisten“, äußerte sich Dr. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der DSO, besorgt.

Postmortale vs. Lebendspende

Organ- und Gewebespende bedeutet, dass funktionstüchtige Organe oder Gewebe einer Person auf einen schwer kranken oder beeinträchtigten Menschen übertragen werden. Es ist zwischen postmortaler Organ- und Gewebespende und Lebendorganspende zu unterscheiden: Die postmortale Organspende hat Vorrang vor der Lebendorganspende, das heißt, eine Lebendorganspende darf nur durchgeführt werden, wenn kein postmortales Spenderorgan zur Verfügung steht.

Deutschland setzt auf Freiwilligkeit

Die Corona-Krise hat ein Problem verschärft, mit dem Deutschland seit vielen Jahren kämpft. Die Zahl der Organspenden deckt bei Weitem nicht den „Bedarf“: 2021 wurde insgesamt 2.853 schwer kranken Patienten durch ein oder mehrere Organe ein Weiterleben ermöglicht. Gleichzeitig standen aber noch 8.448 Menschen auf der Warteliste für ein Organ. Ferner zählte die DSO im vergangenen Jahr elf Spender pro eine Million Einwohner. Zum Vergleich: Beim „Spendenspitzenreiter“ Spanien sind es 38 Spender auf eine Million Einwohner. Einer der Gründe für die deutliche Diskrepanz ist die



in Spanien geltende Widerspruchslösung, wonach jeder Bürger ein möglicher Organspender ist, solange er zu Lebzeiten eine Spende nicht ausdrücklich abgelehnt hat. In Deutschland hingegen gilt die Entscheidungslösung: Jeder Bürger kann sich zu Lebzeiten freiwillig zur Organspende bereit erklären oder diese ablehnen. Liegt keine Entscheidung vor, werden die Angehörigen gefragt, ob ihnen der Wille mündlich mitgeteilt wurde. Sie können anderenfalls nach dem vermuteten Willen oder nach eigenen Wertvorstellungen entscheiden. Diese Situation kann für die Angehörigen sehr belastend sein. Daher ist die eigene Entscheidung zur Organspende zu Lebzeiten so wichtig.

Regelungen der Organ- und Gewebespende

Wann und unter welchen Umständen dürfen Organe oder Gewebe einer verstorbenen Person entnommen werden? In Europa gibt es unterschiedliche gesetzliche Regelungen.

Zustimmungslösung: Bei der Zustimmungslösung können nur dann Organe und Gewebe entnommen werden, wenn die verstorbene Person zu Lebzeiten einer Spende zugestimmt hat. Eine Variante ist die erweiterte Zustimmungslösung: Ist die Entscheidung der verstorbenen Person nicht dokumentiert, werden die nächsten Angehörigen gebeten, in deren Sinne zu entscheiden. Die erweiterte Zustimmungslösung gilt in Dänemark oder in Irland.

Entscheidungslösung: Sie ist eine Abwandlung der erweiterten Zustimmungslösung. Hier erhalten die Bürger regelmäßig neutrale Informationen, um eine sichere Entscheidung für oder gegen eine Spende treffen zu können. Diese Lösung gilt ausschließlich in Deutschland.

Widerspruchslösung: In Spanien, Belgien, Italien oder den Niederlanden gilt die Widerspruchslösung. Das heißt: Hat die verstorbene Person einer Organspende zu Lebzeiten nicht widersprochen, können Organe zur Transplantation entnommen werden. In einigen Ländern haben die Angehörigen das Recht, einer Organentnahme zu widersprechen, sollte keine Entscheidung der verstorbenen Person vorliegen.

Zahlen zur Organspende in Deutschland

933

Organspender im Jahr 2021

2.905

entnommene und transplantierte Organe (nach einer postmortalen Organspende)

3,1

Organe pro Spender wurden im Jahr 2021 durchschnittlich entnommen

Quelle: DSO

Diese Freiwilligkeit, so wertvoll sie für eine selbstbestimmte Entscheidung ist, führt dazu, dass das sensible Thema der Organspende häufig ausgeblendet wird. Zu viele Menschen treffen keine aktive Entscheidung für oder gegen eine Organspende - und sie dokumentieren ihren Willen nicht. Regelmäßig offenbaren Befragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung das Dilemma: Im Jahr 2022 gaben 84 Prozent der Befragten an, positiv gegenüber Organ- und Gewebespenden eingestellt zu sein. Jedoch nur 61 Prozent hatten sich entschieden, wie im Todesfall mit ihren Organen verfahren werden soll. Deutlich weniger Menschen (44 Prozent) hatten ihren Entschluss dann auch in einem Organspendeausweis oder einer Patientenverfügung hinterlegt.

Gesetzliche Grundlage einer Organspende

Seit vielen Jahren bemüht sich die Politik, die Organspendezahlen nachhaltig zu erhöhen. Verschiedene Gesetzesinitiativen zielten darauf, zum einen die Strukturen und Prozesse in Krankenhäusern für Organspenden zu verbessern und zum anderen mehr Menschen dazu zu bewegen, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Gesetzliche Grundlage für Organspenden ist das Transplantationsgesetz (TPG). Seit 1. Dezember 1997 regelt es die rechtlichen Voraussetzungen und Abläufe einer postmortalen oder Lebendorganspende. 2007 kamen die Gewebespenden hinzu. Weiterhin schreibt das TPG Kontrollinstanzen und -maßnahmen vor, um Fehlanreize und Missbrauch zu verhindern. So sind zum Beispiel die Organentnahme, die Organvermittlung und die Organtransplantation personell und organisatorisch getrennt. Den Handel von Organen stellt das TPG unter Strafe. Darüber hinaus schafft es Rechtssicherheit: Die Rechte und Aufgaben aller an einer Transplantation Beteiligten sind genau benannt. Außerdem sorgt das Gesetz für Chancengleichheit unter Organempfängern, indem gespendete Organe streng nach bundesweit einheitlichen Richtlinien verteilt werden.

§ 1 Abs. 1 Transplantationsgesetz

„Ziel des Gesetzes ist es, die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland zu fördern. Hierzu soll jede Bürgerin und jeder Bürger regelmäßig im Leben in die Lage versetzt werden, sich mit der Frage seiner eigenen Spendebereitschaft ernsthaft zu befassen und aufgefordert werden, die jeweilige Erklärung auch zu dokumentieren. Um eine informierte und unabhängige Entscheidung jedes Einzelnen zu ermöglichen, sieht dieses Gesetz eine breite Aufklärung der Bevölkerung zu den Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende vor.“

Die Richtlinien werden von der Bundesärztekammer erarbeitet. Sie bilden den Stand der medizinischen Wissenschaft ab:

- » Feststellung des Todes bzw. des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls,
- » Wartelistenführung,
- » Spendererkennung,
- » Organvermittlung,
- » Empfängerschutz (Untersuchung des Spenders und seiner Organe sowie deren Konservierung, Aufbereitung, Aufbewahrung und Beförderung) und
- » Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Seit seinem Bestehen wurde das TPG einige Male geändert. In einer umfassenden Reform im Jahr 2012 wurde die bis dahin geltende erweiterte Zustimmungslösung zur Organspende durch die bis heute geltende Entscheidungslösung ersetzt. Um Menschen bei ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen, erhalten seitdem alle Bürger ab 16 Jahren regelmäßig Informationen zur Organspende und einen Spendeausweis von ihrer Krankenversicherung. Ebenso sind Pass- und Meldeämter zur Aushändigung von Ausweisen verpflichtet. Übrigens: Minderjährige dürfen mit Vollendung des 16. Lebensjahres einer Spende einwilligen – auch ohne Einverständnis der Erziehungsberechtigten. Einer Organspende widersprechen dürfen Jugendliche bereits mit Vollendung des 14. Lebensjahres. Und: Mit dem Ausfüllen des Ausweises legt man sich nicht für immer fest. Die Entscheidung kann jederzeit revidiert werden. Zudem wurde mit der Gesetzesnovelle 2012 die Benennung von Transplantationsbeauftragten in Entnahmekliniken verpflichtend vorgeschrieben. Sie sind dafür verantwortlich, die Möglichkeiten für Organspenden zu erkennen und den Kontakt zur DSO als Koordinierungsstelle für die postmortale Organspende aufzunehmen.

2012 erschütterten Organspendeskandale die Transplantationsmedizin. In einigen deutschen Kliniken wurden Laborwerte von Patienten so manipuliert, dass diese auf den Wartelisten für eine Organspende nach oben rückten – und dadurch ein Organ erhielten, das ein anderer Patient hätte bekommen müssen. Die Skandale führten zu einem drastischen Einbruch der Spenden – und zu weiteren Änderungen des TPG. Schärfere Kontrollen des Transplantationswesens und härtere Strafen bei Manipulationen stehen nun im Gesetz.



Der Organspendeausweis ist ein rechtlich verbindliches Dokument. Bereits seit rund 50 Jahren steht er für den selbstbestimmten, zu Lebzeiten getroffenen Entschluss zur Organspende, der Klarheit schafft und Angehörige im Todesfall entlastet. Ändert sich die Einstellung zur Organspende, kann der Organspendeausweis vernichtet und ein neuer ausgefüllt werden. Gesetzliche Grundlage für den Ausweis ist die Entscheidungslösung, die seit 1. November 2012 in Deutschland gilt.

Onlineregister soll kommen

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende wurde Anfang 2020 eine weitere bedeutende Änderung des TPG beschlossen. Das Gesetz soll den Mangel an Spenderorganen in Deutschland weiter lindern, indem die Spendebereitschaft der Bevölkerung regelmäßiger erfragt wird. Es sieht vor, dass Hausärzte Patienten auf Wunsch ergebnisoffen beraten. Grundwissen zur Organspende soll zudem in den Erste-Hilfe-Kursen vor Führerscheinprüfungen vermittelt werden. Das Herzstück des Gesetzes ist jedoch die Einrichtung eines Onlineregisters beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Hierin können alle Bürger Erklärungen zu ihrer Spendebereitschaft abgeben. Entnahmekrankenhäuser wiederum sollen einsehen können, ob ein Verstorbener eine Erklärung hinterlegt hat. Das Register sollte am 1. März 2022 starten, doch die Aufnahme des Betriebs verzögert sich bis mindestens nächstes Jahr, wie das Bundesgesundheitsministerium auf Anfrage der Deutschen Presse Agentur mitteilte. Hintergrund seien die hohen Belastungen der Kliniken durch die Corona-Pandemie. Zusätzlicher Aufwand durch technisch-organisatorische Vorarbeiten, die mit der Anbindung an das Register einhergehen, sollte derzeit vermieden werden. Zugang zum Onlineregister soll künftig auch in Ausweisstellen und Passämtern gewährleistet sein. Es wird allerdings weiterhin möglich sein, den Spendewillen im Organspendeausweis, in einer Patientenverfügung oder auf der elektronischen Gesundheitskarte festzuhalten.

Allgemeine Voraussetzungen für eine Organspende

Organ- und Gewebespenden kann fast jeder werden, egal welchen Alters. Nicht das tatsächliche Alter des Spenders ist ausschlaggebend, sondern sein allgemeiner Gesundheitszustand beziehungsweise das „biologische Alter“ seiner Organe und Gewebe. Derzeit ist eine Organentnahme nur von vornherein ausgeschlossen, wenn der Organspender an einer akuten Krebserkrankung leidet oder HIV-positiv ist. Alle anderen, auch chronische Erkrankungen sind per se kein Ausschlusskriterium. Ob gespendete Organe und Gewebe für eine Transplantation geeignet sind, wird im Einzelfall einer Spende medizinisch untersucht. Auch ein positiver SARS-CoV-2-Test spricht prinzipiell nicht gegen eine Organspende. Laut aktuellen Empfehlungen der Bundesärztekammer ist bei sorgfältiger Spender- und Empfängerwahl eine Transplantation durchführbar, wobei in jedem Fall eine individuelle Nutzen-und-Risiko-Abwägung durch die Transplantationszentren vorausgehen muss und der Empfänger darüber aufzuklären ist. Lediglich bei Befall der Lungen kommen diese nicht für eine Transplantation infrage.

Voraussetzung für eine postmortale Spende

Erst wenn bei einem Patienten keine intensivmedizinischen Maßnahmen mehr eine Lebensrettung ermöglichen und der unumkehrbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms („Hirntod“) festgestellt wurde, wird die Frage nach einer Organ- und Gewebespende relevant. Die Feststellung erfolgt nach der Richtlinie der Bundesärztekammer

durch zwei dafür qualifizierte Ärzte unabhängig voneinander. Diese Ärzte dürfen weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe des Spenders beteiligt sein, zudem dürfen sie nicht der Weisung eines beteiligten Arztes unterstehen. Als weitere Voraussetzung für eine postmortale Spende gilt, wie erwähnt, die Zustimmung der verstorbenen Person zu Lebzeiten durch schriftliche Dokumentation der Entscheidung oder durch Mitteilung des Entschlusses an die Angehörigen. Liegt vonseiten einer verstorbenen Person weder eine schriftliche noch eine mündliche Entscheidung zu einer Spende vor, müssen die nächsten Angehörigen nach dem mutmaßlichen Willen der verstorbenen Person entscheiden. Ist dieser nicht feststellbar, müssen die Angehörigen nach ihrem Willen entscheiden.

Voraussetzung für eine Lebendorganspende

Lebendorganspende bedeutet, dass ein Organ oder ein Teil eines Organs von einem lebenden Menschen übertragen wird. In Deutschland betrifft dies vor allem Nieren und Teile der Leber. Medizinisch möglich und gesetzlich erlaubt ist auch die Übertragung eines Teils der Lunge, des Dünndarms und der Bauchspeicheldrüse. Lebendorganspenden sind nur zwischen nahen Verwandten, Ehe- oder Lebenspartnern und sich nahestehenden Personen möglich. Die Voraussetzungen und die Freiwilligkeit der Spende werden durch die Lebendspendekommission der zuständigen Landesärztekammer geprüft.

DSO als Koordinierungsstelle

Organtransplantationen werden seit mehr als 50 Jahren durchgeführt und sind inzwischen ein bewährtes Verfahren der medizinischen Versorgung. Seit 1963 wurden rund 146.000 Organe in Deutschland transplantiert. Die vorausgehende Organspende ist jedoch für die meisten Krankenhäuser eine nicht alltägliche Aufgabe. Um die Kliniken bei dieser Herausforderung zu beraten und zu entlasten, wurde mit dem TPG eine bundesweite Koordinierungsstelle für Organspende eingerichtet. Seit 2000 unterstützt die DSO mehr als 1.200 Krankenhäuser, die über eine Intensivstati-

on mit Beatmungsplätzen verfügen, sowie die aktuell 45 Transplantationszentren bei allen Schritten im Organspendeprozess:

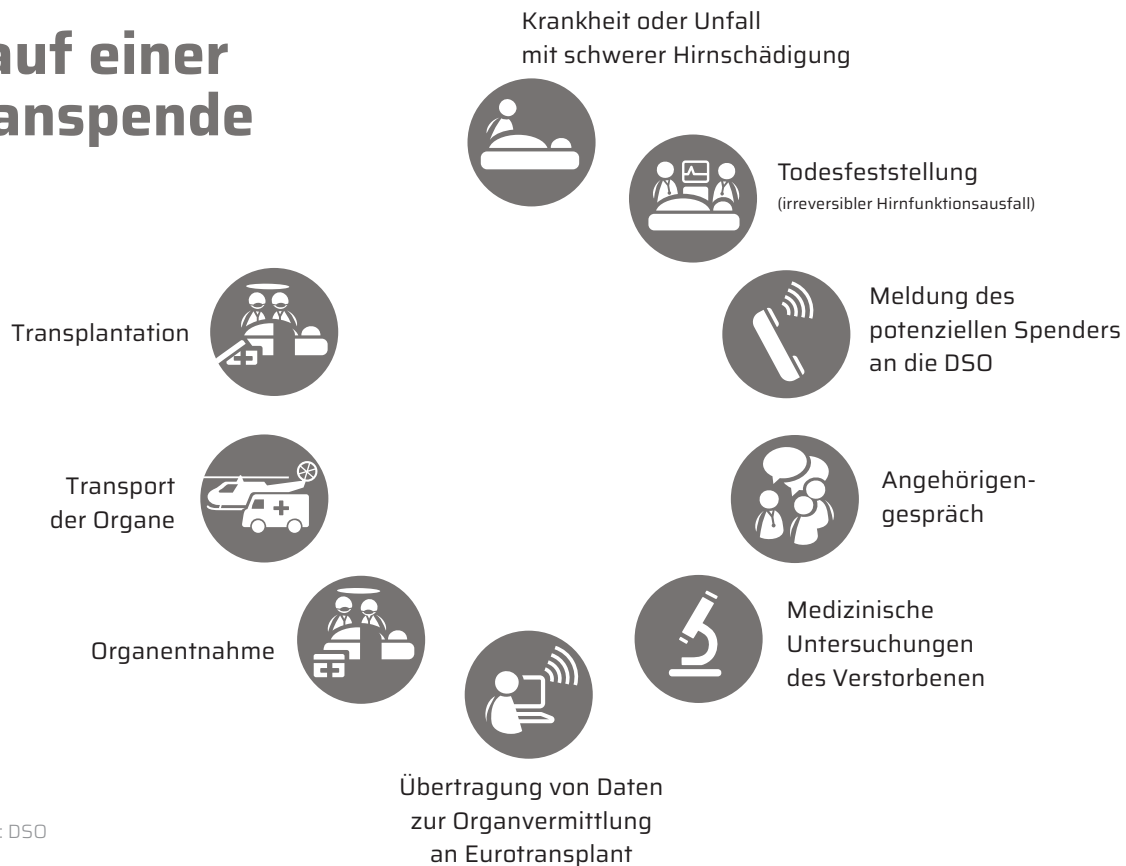
- » organisatorische Unterstützung zur Durchführung der Todesfeststellung,
- » intensivmedizinische Betreuung eines potenziellen Spenders,
- » Meldung eines möglichen Spenders an die Vermittlungsstelle Eurotransplant und
- » Organentnahme und -transport.

Das Bundesgebiet ist in sieben Regionen mit je einer Organisationszentrale unterteilt. Rheinland-Pfalz zählt zur Region Mitte. Die Krankenhausmitarbeiter können zu allen Fragen der Organspende Kontakt mit der zuständigen DSO-Region aufnehmen. Die Unterstützung reicht von der ersten telefonischen Beratung bis hin zur vollständigen Koordinierung und Begleitung einer Organspende. Insgesamt verzeichnete die DSO 2021 bundesweit 3.132 organspendebezogene Kontakte, aus denen 933 Organspender resultierten. Medizinische Kontraindikationen, die fehlende Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls oder das Nein der Angehörigen zur Spende führten dazu, dass eine Spende nicht zustande kam.

Ablauf einer Organspende

Wenn der irreversible Hirnfunktionsausfall festgestellt wurde und eine Zustimmung zur Spende vorliegt, veranlasst die DSO die Untersuchung des Spenders auf mögliche Erkrankungen und Infektionen. Dies dient dem Schutz der Organempfänger. Zudem leitet sie medizinische Daten wie die Blutgruppe und Gewebemerkmale des Spenders an die Vermittlungsstelle Eurotransplant weiter. Eurotransplant ermittelt daraufhin geeignete Empfänger, die auf der Warteliste für ein Organ stehen, und informiert die zuständigen Transplantationszentren. Die Zentren wiederum verständigen den oder die Organempfänger und klären mit der DSO alle weiteren medizinischen und organisatorischen Fragen, zum Beispiel den Transport der Organe. Die Spenderorgane werden nach festgelegten Kriterien an die Wartelistenpatienten vergeben. Die Vermittlungskriterien sind für die einzelnen Organe unterschiedlich. Im Vordergrund stehen Erfolgsaussicht und Dringlichkeit.

Ablauf einer Organspende



Quelle: DSO

Vermittlungsstelle Eurotransplant

Die gemeinnützige Stiftung Eurotransplant ist für die Vermittlung aller Spenderorgane zuständig, die in Belgien, Deutschland, Kroatien, Luxemburg, den Niederlanden, Österreich, Ungarn und Slowenien verstorbenen Personen zum Zweck der Transplantation entnommen werden. Bei Eurotransplant sind alle Patienten der Mitgliedsländer registriert, die auf ein oder mehrere Spenderorgane warten. Durch den Zusammenschluss dieser Länder haben Patienten größere Chancen, ein passendes Organ zu erhalten oder sich schneller einer Transplantation unterziehen zu können. Eurotransplant mit Sitz in Leiden/Niederlande ist die zentrale Vermittlungsstelle für Organtransplantation nach § 12 TPG. Sie ist finanziell und organisatorisch unabhängig.

Sie wollen etwas tun?

Sie möchten mit Ihrer Zahnarztpraxis dazu beitragen, dass mehr Menschen für das Thema der Organspende sensibilisiert und in die Lage versetzt werden, eine selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen eine Spende zu treffen? Unter www.organspende-info.de/organspendeausweis-download-und-bestellen.html können Sie Informationsmaterialien und Organspendeausweise zur Auslage im Wartezimmer oder auf dem Empfangstresen kostenfrei bestellen. Auf allen Materialien findet sich die Nummer des gebührenfreien Infotelefon Organspende, das für individuelle Fragen zur Organspende erreichbar ist. ■

Ab Oktober: Zwölf Euro Mindestlohn

Zum 1. Oktober 2022 ist der gesetzliche Mindestlohn auf zwölf Euro gestiegen. Die Erhöhung ist vor allem für Minijobber und deren Stundenkontingent relevant.

Text: Katrin Becker

Mit dem neuen Mindestlohn erhöht sich die Verdienstobergrenze bei Minijobs von 450 Euro auf 520 Euro. Minijobber dürfen somit nur noch 43 Stunden im Monat beziehungsweise zehn Stunden in der Woche arbeiten, um weiterhin von Steuerzahlungen und Sozialabgaben befreit zu sein. Ausnahme: In der Rentenversicherung besteht auch für Minijobber eine Versicherungspflicht. Zum 1. Oktober 2022 wurde außerdem die Entgeltgrenze für Beschäftigungen im Übergangsbereich („Midijobs“), in dem reduzierte Sozialversicherungsbeiträge gezahlt werden, auf 1.600 Euro angehoben.

Sind Mini- oder Midijobber in Zahnarztpraxen beschäftigt, sollten Praxisinhaber jedes Beschäfti-

gungsverhältnis genau prüfen. Welcher Arbeitnehmer überschreitet gegebenenfalls die Minijob-Verdienstgrenze? Wer wird durch die Anhebung der Verdienstgrenzen zum Midijobber? Kommt es zu Veränderungen, sind Meldungen an die Sozialversicherungsträger nötig. Möglicherweise werden Sozialversicherungsbeiträge erstmals fällig oder sie müssen neu berechnet werden.

Weitere Information

Arbeitshilfen wie einen Mindestlohn-Rechner, Hinweise zur Arbeitszeiterfassung bei Minijobbern oder Infomaterialien für Arbeitgeber gibt es auf der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de/mindestlohn. ■

EuGH: Urlaub verfällt nicht automatisch

Weisen Arbeitgeber nicht darauf hin, dass Urlaubstage aus dem Vorjahr noch genommen werden müssen, verfällt der Anspruch darauf nicht. Das entschied nun der Europäische Gerichtshof (EuGH).

Text: Katrin Becker

Grundsätzlich verfallen Urlaubstage, wenn sie nicht innerhalb eines Kalenderjahres genommen werden. Sie zu schieben, ist ausschließlich in Ausnahmefällen möglich. Doch mit dem Urteil ist nun klar: Dies gilt nur, wenn Arbeitgeber ihre Beschäftigten darüber informiert haben, dass noch Urlaubstage offen sind und dass diese Urlaubstage verfallen, wenn sie nicht genommen werden. Werden Angestellte also nicht explizit darauf hin-

gewiesen, ihre offenen Urlaubstage zu nehmen, verjähren diese auch nicht.

Das höchste europäische Gericht entschied in drei Fällen aus Deutschland. Zwei der Fälle drehten sich um den Urlaubsanspruch bei Krankheit. Im dritten Fall ging es um nicht genommene Urlaubstage wegen hohen Arbeitsaufkommens. ■

Ehrung: Dr. Rainer Lehnen ist Sanitätsrat

Ministerpräsidentin Malu Dreyer hat Dr. Rainer Lehnen zum Sanitätsrat ernannt. In der Mainzer Staatskanzlei wurde er für sein berufspolitisches Engagement geehrt.

Text: Katrin Becker

Den Titel Sanitätsrat erhalten (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte, die sich besonders um ihren Berufsstand und die Gesellschaft verdient gemacht haben. Lehnen ist Zahnarzt und Oralchirurg in Daun. Er war unter anderem 15 Jahre lang stellvertretender Vorsitzender der Bezirkszahnärztekammer Trier. Von 1992 bis 2012 gehörte er dem Vorstand der Landes Zahnärztekammer an. Dort wirkt er seit nunmehr 30 Jahren in mehreren Ausschüssen und Referaten mit. Er ist zudem seit vielen Jahren Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Darüber hinaus betreut er in seiner Region junge Kolleginnen und Kollegen beim Start ins Berufsleben und bei der Niederlassung.

Lehnen zählt zu zehn rheinland-pfälzischen Bürgern, denen in diesem Jahr ein berufsbezogener Titel – Justiz-, Ökonomie- oder Sanitätsrat – verliehen wurde. „Sie erhalten den Ehrentitel, weil Sie für Ihren Berufsstand besondere Verantwortung übernommen haben“, sagte die Ministerpräsidentin anlässlich der Feierstunde in der Staatskanzlei. „Jeder von Ihnen hat seinem Berufsstand große Ehre gemacht und sich zudem über Jahre – manch einer über Jahrzehnte – ehrenamtlich engagiert. Dies verdient höchste Wertschätzung.“ Die Geehrten zeigten, dass ein Beruf mehr sei als Arbeit. Dreyer: „Bei

Ihnen ist der Beruf ein Ort, an dem man sich für andere engagiert.“

Alle zwei Jahre erhalten verdiente Persönlichkeiten in Rheinland-Pfalz einen berufsbezogenen Titel auf Vorschlag der zuständigen Fachministerien. ■



Ministerpräsidentin Dreyer ehrt Dr. Rainer Lehnen.
Foto: Staatskanzlei RLP/Schäfer

Wechsel an der Spitze der LAGZ

Dr. Wilfried Woop ist neuer Vorsitzender des Vorstandes der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LAGZ) Rheinland-Pfalz. Sein Stellvertreter ist Martin Schneider, Leiter der vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland.

Text: Katrin Becker

Woop folgt auf Sanitätsrat Dr. Helmut Stein, der nach 25 Jahren als Vorsitzender der LAGZ Rheinland-Pfalz und nach 40 Jahren Vorsitz der Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (AGZ) Pirmasens-Zweibrücken aus Altersgründen ausschied. Damit endete eine Ära, denn Stein gilt als Wegbereiter der Gruppenprophylaxe in Rheinland-Pfalz. Gemeinsam mit Zahnärztinnen und Zahnärzten vor Ort, den gesetzlichen Krankenkassen, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, der Landesregie-

rung und vielen anderen Mitstreitern ist es der LAGZ gelungen, die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen dauerhaft zu verbessern.

Woop und Schneider sind der Jugendzahnpflege eng verbunden. Woop, zugleich Präsident der Landes Zahnärztekammer, war an der Gründung der AGZ Mittelhaardt beteiligt und deren langjähriger Vorsitzender sowie zuletzt Vorsitzender der LAGZ-Mitgliederversammlung. Martin Schneider war bereits in der letzten Legislaturperiode stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der LAGZ. ■

Dentale Implantation bei Risikopatienten: Zuversichtlich und vorhersehbar?

Bei Patienten mit systemischen Allgemeinerkrankungen und Risikofaktoren wird die Indikation für dentale Implantate wegen ungünstiger Prognose kontrovers diskutiert. Nachfolgend ist eine Übersicht über die deutschen Leitlinien zur dentalen Implantation bei medizinisch kompromittierten Patienten aufgeführt.

Text: Solomiya Kyyak, Dr. Sebahat Kaya und Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas, Universitätsmedizin Mainz

Etwa zwölf Prozent der Patienten, die sich in der Praxis für Zahnmedizin vorstellen, haben mindestens einen zusätzlichen relevanten Risikofaktor^[1,2]. Neben dem Risiko eines Versagens dentaler Implantate sollte den möglichen Komplikationen aufgrund der zugrunde liegenden Erkrankung eine hohe Bedeutung beigemessen werden.

Diabetes mellitus

Die prothetische Rehabilitation mit dentalen Implantaten bei Patienten mit Diabetes mellitus wird kontrovers diskutiert. In der Tat wurden systematische Übersichtsarbeiten bei Patienten mit Diabetes mellitus und dentalen Implantaten mit unterschiedlichen Schlussfolgerungen sowohl für die Osseointegration als auch für das langfristige Überleben von Implantaten durchgeführt^[3-6]. Bei Patienten mit Diabetes mellitus führen chronisch hohe Glukosespiegel im Blutkreislauf zu schwerwiegenden Komplikationen, die zahlreiche Organsysteme einschließlich der Mundhöhle betreffen können^[7, 8]. Folglich sind diese Patienten anfälliger für sowohl systemische als auch lokalisierte Infektionen^[9]. Aktuelle Studien zeigen bei Patienten mit Diabetes mellitus ähnliche Überlebensraten für dentale Implantate wie bei gesunden Patienten. In der S3-Leitlinie „Zahnimplantate bei Diabetes mellitus“ wurde zusammengefasst, dass die dentale Rehabilitation mit Implantaten bei Patienten mit Diabetes mellitus ein sicheres und vorhersehbares Verfahren darstellt. Allerdings wird empfohlen, dass vor Behandlungsbeginn ein gut eingestellter Diabetes mellitus vorliegen sollte^[10]. Da mit einer verzöger-

ten Osseointegration zu rechnen ist, sollte nach Maßgabe der S3-Leitlinie die Indikation für Konzepte mit Sofortimplantation oder Sofortbelastung kritisch gestellt werden^[10, 11]. Weiterhin werden die präoperative prophylaktische Single-Shot-Gabe eines Antibiotikums und die Anwendung einer chlorhexidinhaltigen Mundspülung empfohlen^[10]. Da Patienten mit Diabetes mellitus anfälliger für periimplantäre Entzündungen sind, sollte nach der Implantation eine risikoadaptierte Nachsorge erfolgen^[10, 12].

Kardiovaskuläre Erkrankungen

In keiner der bisherigen Studien konnte eine kardiovaskuläre Erkrankung als ein möglicher Risikofaktor für das Versagen der Osseointegration gezeigt werden^[13]. Allerdings sollten bei der Planung dentaler Implantate weitere Aspekte berücksichtigt werden. Hierzu gehört die nach der Leitlinie empfohlene Prophylaxe der Endokarditis vor zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen^[14]. Bei der zahnärztlich-chirurgischen Behandlung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen sollte die Therapie mit oralen Antikoagulantien und/oder Thrombozytenaggregationshemmern und damit verbunden das Risiko einer peri- und postoperativen Blutungskomplikation berücksichtigt werden^[15]. Tabelle 1 bietet einen Überblick über die Vorgehensweise bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen der S3-Leitlinie „Zahnärztliche Chirurgie unter oraler Antikoagulation/Thrombozytenaggregationshemmung“^[16]. Insbesondere bei Patienten unter dualer Thrombozytenaggregationshemmung und Tripletherapie besteht ein erhöhtes Risiko einer Blutungskomplikation nach chirurgischen Eingriffen. Folglich sollen in Anbetracht der Konsensusempfehlung der S3-Leitlinie elektive zahnärztlich-chirurgische Eingriffe erst nach Beendigung der dualen Thrombozytenaggregationshemmung und Tripletherapie stattfinden^[16]. Zur Beurteilung des perioperativen kardiovaskulären Risikos bei kardial vorerkrankten Patienten kann die Belastbarkeit herangezogen werden; anzustreben ist eine möglichst stressfreie Behandlung^[17, 18].

Tab. 1: Empfohlene Vorgehensweise bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen mit geringem und hohem Blutungsrisiko unter Antikoagulation/Thrombozytenaggregationshemmung

Substanz	Handelsname	Geringes Blutungsrisiko im komprimierbaren Bereich	Hohes Blutungsrisiko
Indirekte orale Antikoagulanzen			
Phenprocoumon Warfarin	Marcumar® Falithron® Coumadin®	Therapie mit Cumarinen kann fortgeführt werden	Eingriff sollte durch Spezialisten/ Fachkliniken ggf. auch stationär erfolgen
		24-28 h vor dem Eingriff Bestimmung des INR-Wertes ¹⁾	
Direkte orale Antikoagulanzen (NOAK)			
Dabigatran	Pradaxa®	Einnahme kann fortgeführt oder für einen Tag unterbrochen werden	Elektiv: Eingriff sollte nicht früher als 12-24 h nach der letzten Einnahme erfolgen
Rivaroxaban Apixaban Edoxaban	Xarelto® Eliquis® Lixiana®	Einnahme sollte fortgeführt werden	Dringlich: Eingriffe früher als 12-24 h nach der letzten Einnahme sollten ²⁾ a) verschoben oder b) durch Spezialisten/Fachkliniken durchgeführt werden
Orale Thrombozytenaggregationshemmer			
Acetylsalicylsäure	Aspirin®, ASS®	Monotherapie mit ASS sollte fortgeführt werden	
Thienopyridine	Clopidogrel®	Monotherapie sollte fortgeführt werden	Eingriff sollte durch Spezialisten/ Fachkliniken erfolgen
Thienopyridine	Prasugrel®		
P2Y12-Antagonisten	Ticagrelor®		

¹⁾ International Normalized Ratio (INR).

²⁾ Bei Niereninsuffizienz sollte bei der Einnahme von Dabigatran ein längerer Zeitabstand eingehalten werden.

Radio(chemo)therapie

Die Osseointegration kann nach einer Chemotherapie beeinträchtigt sein. Eine spezifische Empfehlung einiger Autoren lautet, dass dentale Implantation frühestens zehn Monate nach der letzten Applikation einer Chemotherapie und bei einem Mindestwert für Leukozyten von $4,0 \times 10^3$ (Normalwert: $4,5-11 \times 10^3$) erfolgen sollte^[19, 20]. Da sicherlich die spezielle Medikation und Co-Medikation, die onkologische Grunderkrankung und die onkologische Prognose eine Rolle für die Therapie spielen, wird eine Konsultation mit der be-


handelnden Onkologie unbedingt empfohlen. Bei Patienten nach einer Strahlentherapie, bei der das Feld die Mundhöhle/den Kiefer umfasst, kann der Erfolg einer dentalen Implantation beeinträchtigt sein^[21]. Weiterhin können bei einer Strahlendosis von über 50 Gy dauerhafte Weichteilfibrosen (Strahlenfibrose) die Chirurgie und Mundhygiene erschweren^[2]. Zusätzlich können Narben nach chirurgischen Eingriffen und Gewebedefekte die Situation kompromittieren. Die gefürchtete Komplikation einer infizierten Osteoradionekrose bedarf einer Prophylaxe vor, während und nach der Strahlenbehandlung^[22].

Bei allen Patienten mit einer zugrunde liegenden onkologischen Erkrankung sollte eine ausführliche Anamnese und die Prognose quoad vitam berücksichtigt werden. Bei der Planung dentaler Implantate sollte einkalkuliert werden, dass auch Druckstellen von Prothesen als lokale Auslöser einer infizierten Osteonekrose beschrieben sind. Augmentationen im Rahmen einer Therapie mit dentalen Implantaten, Sofortimplantation oder Sofort- und Frühbelastung sind zu vermeiden. Eine submuköse Einheilung der dentalen Implantate sollte bevorzugt werden^[2, 22].

Antiresorptiva-assoziierte Osteonekrose

Den antiresorptiven Medikamenten werden die Gruppe der Bisphosphonate und Denosumab zugeordnet^[22]. Die Indikation für diese Therapie stellen das Multiple Myelom, das Mammakarzinom, Knochenmetastasen solider Tumore, Osteoporose und Morbus Paget dar. Patienten, die mit dieser Gruppe von Medikamenten therapiert werden, haben in der Regel ein vermindertes Knochenremodelling und ein erhöhtes Risiko einer Osteonekrose des Kiefers. Um die Bewertung des individuellen Risikos vornehmen zu können, ist die Kenntnis der Grunderkrankung von Bedeutung. Bei onkologischer Indikation werden Antiresorptiva meist höher dosiert mit einem höheren Risiko von Osteonekrosen (Prävalenz ca. zehn Prozent), während bei Osteoporose meist eine niedrige Dosierung mit deutlich niedrigerem Risiko einer Kiefernekrose eingesetzt wird (Prävalenz ca. 0,01 bis 0,1 Prozent). Um die Bewertung des individuellen Risikos einer Kiefernekrose zu erleichtern, wurde ein spezielles Formular „Laufzettel der DGI“ (Abb. 1) entwickelt, das zum Download zur Verfügung steht^[23]. Hier ist in erster Linie die Implantation als Maßnahme zur Verbesserung der Lebensqualität zu erwähnen. Die Vermeidung von Prothesendruckstellen sollte auch als Indikation in Betracht gezogen werden^[24]. Niedrig dosierte orale Bisphosphonate bergen ein geringeres Risiko des Auftretens einer Kiefernekrose und beeinträchtigen in der Folge nicht die Therapie mit dentalen Implantaten. Das Risikoprofil ändert sich allerdings für Patienten unter hoch dosierter antiresorptiver Therapie und langfristiger Therapie mit Bisphosphonaten. Patienten dieser Gruppe werden als Hochrisikopatienten für eine antiresorptive medikamentenassoziierte Osteonekrose des Kiefers klassifiziert und haben folglich ein hohes Risiko eines Implantatversagens. Aufgrund fehlender Studien kann keine klare Empfehlung zur Unterbrechung der antiresorptiven Therapie mit Bisphosphonaten vor einer Implantation

gegeben werden. Die Heilung des Weichgewebes und das Knochenremodelling nach vorangegangenen Eingriffen, beispielsweise einer Zahnextraktion, sollten kritisch bewertet werden. Sorgfältige Entfernung scharfer Knochenkanten, atraumatisch chirurgisches Vorgehen, lokale plastische Deckung, spannungsfreie Naht sowie weich-flüssige Kost bis zum Abschluss der Wundheilung werden dringend empfohlen. Eine risikoadaptierte Nachsorge und eine dauerhafte Intensivierung der Mundhygiene sind nach Insertion dentaler Implantate unerlässlich^[25].



Deutsche Gesellschaft
Für Implantologie

Deutsche Gesellschaft für Implantologie
im Zahn-, Mund- und Kieferbereich e.V.
www.dgi-ev.de

Laufzettel Risiko-Evaluation bei antiresorptiver Therapie vor Implantation (Bisphosphonat- / Denosumab-Medikation)

Patientendaten.....

Grunderkrankung und Indikation der antiresorptiven Therapie:

- primäre Osteoporose
- sekundäre / therapieinduzierte Osteoporose
- solider Tumor (Mamma-, Prostata- Ca. o.a.) ohne ossäre Metastasen
- solider Tumor (Mamma-, Prostata- Ca. o.a.) mit ossärer Metastasierung
- Multiples Myelom / Plasmocytom

Medikation

Bisphosphonat: Präparat.....

- Non-Amino-Bisphosphonat (z.B. Clodronat)
- Amino-Bisphosphonat (z.B. Zoledronat, Ibandronat, Alendronat)

Applikationsart: ● oral

- i.v. Intervall ca. alle 12 Mo.
- i.v. Intervall ca. alle 6 Mo.
- i.v. Intervall ca. alle 4 Wo.

Denosumab:

Applikationsart: ● s.c. 60 mg ca. alle 6 Mo. (Prolia®)

- s.c. 120 mg ca. alle 4 Wo. (XGeva®)

Zeitliche Dynamik

antiresorptive Therapie läuft seit wann? ● <3J ● 3-6J ● >6J.

Weitere (ggf. onkologische) Therapie

- Hormontherapie (z.B. bei Mamma- oder Prostata-Ca.)
- Cortison (langzeit)behandlung
- Immun- oder Antikörpertherapie
- Chemotherapie (Zytostatikatherapie)
- Antiangiogenetische Therapie, insbesondere Bevacizumab (Avastin®)
- !! Kopf-Hals-Strahlentherapie

Lokale Knochenneubildungsrate / knöcherne Situation

- Radiologisch keine persistierende Alveole nach Zahntfernung (erfolgte Ossifikation) und klinisch keine persistierenden scharfen Knochenkanten
- Radiologisch langfristig zurückliegender Zahnverlust (erfolgte Ossifikation, aber Kompromittierung der Knochenneubildung nicht beurteilbar)
- Radiologisch persistierende Alveole nach Zahntfernung (fehlende Ossifikation) oder klinisch persistierende scharfe Knochenkanten
- !! Z.n. Kiefernekrose (ONJ)

Stempel

Datum _____ Unterschrift _____

Autoren: K.A. Grötz, Wiesbaden · B. Al-Nawas, Mainz

Abb. 1: DGI-Laufzettel: Das Risiko einer Kiefernekrose (ONJ) bei Patienten mit antiresorptiver Therapie

Immunsuppression

Für alle Patienten mit einer zugrunde liegenden immunologischen Erkrankung sollten eine ausführliche Anamnese und die Prognose quoad vitam berücksichtigt werden. Eine Rücksprache mit dem behandelnden Facharzt über den Zustand des Patienten und die notwendigen Vorsichtsmaßnahmen vor, während oder nach der Behandlung mit dentalen Implantaten sollte stattfinden. Vor einer

Therapie mit dentalen Implantaten sollten bestehende lokale Infektionsherde als zusätzliche potenzielle lokale Risikofaktoren beseitigt werden. Entscheidend ist die systemische Gabe von Antibiotika ab dem Tag vor dem chirurgischen Eingriff bis zum Abklingen der klinischen Zeichen einer bakteriellen Kontamination (i. v. Ampicillin/Sulbactam 1/0,5 g 1-1-1; oral: Sultamicillin 375 mg 1-0-1, Amoxicillin 1 g 1-1-1 oder Clindamycin 0,6 g 1-1-1). Es sollten prothetische Konzepte mit suffizienter Möglichkeit der Hygiene geplant werden^[24].

HIV-seropositive Patienten

Bei HIV-seropositiven Patienten mit einer CD4-Zellzahl > 200 Zellen/Mikroliter ist im Vergleich zu gesunden Patienten keine signifikant höhere Verlustrate dentaler Implantate nachzuweisen^[26-28]. Alle Patienten sollten sich in einer chronischen oder inaktiven Phase ihrer Grunderkrankung mit einer stabil eingestellten Medikation befinden^[24]. Insbesondere sollte die CAR-T-Zelltherapie berücksichtigt werden. Bei einer Behandlung mit CAR-T-Zellen kann es zu einer Überreaktion des Immunsystems bis hin zu einem Multiorganversagen kommen, das für die Implantation ein zurückhaltendes Verhalten indiziert^[29].

Autoimmunerkrankungen

Bei den systemischen Autoimmunerkrankungen (oraler Lichen planus, Pemphigus, mukokutane Epidermolysis bullosa, Sjögren-Syndrom, systemischer Lupus erythematodes, systemische Sklerodermie) werden vergleichbare Überlebensraten dentaler Implantate wie bei gesunden Patienten nachgewiesen^[30]. Weder das Vorliegen einer Autoimmunerkrankung noch die Einnahme von Prednisolon oder Derivaten von Glucocorticoiden zeigten einen signifikanten Einfluss auf das Überleben dentaler Implantate^[24]. Bei Patienten mit systemischer Sklerodermie sollte unter Berücksichtigung multipler Symptomkomplexe die Indikation individuell und kritisch gestellt werden. Insbesondere eine effektive Mundhygiene ist, aufgrund einer Beeinträchtigung der Mundöffnung, einer Xerostomie sowie einer eingeschränkten manuellen Fähigkeit, erschwert. Neben einer interdisziplinären Zusammenarbeit ist die hohe Motivation der Patienten essenziell für eine erfolgreiche Rehabilitation bei dentalen Implantaten^[31]. Für einen Langzeiterfolg dentaler Implantate sind sowohl eine hygienefähige implantatprothetische Rehabilitation als auch häufige Nachkontrollen zu empfehlen^[30]. Das

sehr seltene Auftreten periimplantärer Karzinome wird auffallend häufig bei Patienten mit oralem Lichen planus beobachtet^[24, 32].

Morbus Crohn

Eine Korrelation zwischen dem Verlust dentaler Implantate und Morbus Crohn konnte in Studien nachgewiesen werden^[33-35]. Die Gründe für die kumulative Inzidenz des frühen Versagens dentaler Implantate sind wissenschaftlich umstritten und bleiben ungeklärt^[24]. Im Allgemeinen stellt die Grunderkrankung Morbus Crohn keine Kontraindikation für dentale Implantate dar. Allerdings ist angesichts des variablen Krankheitsverlaufs und Behandlungserfolgs vor Beginn einer Therapie mit dentalen Implantaten eine Konsultation der behandelnden Gastroenterologie unabdingbar^[36].

Organtransplantation

Weder Steroide noch immunmodulierende Medikamente (mTOR-Antagonisten) wie Tacrolimus, Sirolimus, Cyclosporin und Mycophenolat erhöhen das Risiko eines Versagens dentaler Implantate. Derzeit liegen keine Studien zum Langzeitüberleben dentaler Implantate bei Patienten mit chronischer Graft-versus-Host-Disease (GvHD) vor, was auf einen äußerst kritischen Ansatz vor der Planung eines Zahnimplantats hinweist. Vor einer Therapie mit dentalen Implantaten sollten bestehende lokale Infektionsherde als zusätzliche potenzielle lokale Risikofaktoren beseitigt werden. Wenn bei dieser Patientengruppe letztlich eine Rehabilitation mit dentalen Implantaten in Erwägung gezogen wird, dann sollte diese unter sehr kritischer Betrachtungsweise und unter sehr strengen Auflagen sowie unter strikter Einhaltung aller Vorsichtsmaßnahmen der Empfehlung der S3-Leitlinie „Dentale Implantate bei Patienten mit Immundefizienz“ erfolgen^[24].

Andere Risikofaktoren

Weiterhin können bei der dentalen Implantation auch Risiken durch die folgenden Faktoren entstehen: Nikotinkonsum^[37], niedriger Vitamin-D-Spiegel^[38], Einnahme von Sildenafil^[39], Angiogenesehemmer (insbesondere Bevacizumab), Einnahme selektiver Serotoninwiederaufnahmehemmer und von Protonenpumpenhemmern^[40]. Das Alter der Patienten spielt keine Rolle^[41]. Bei Patienten mit Leberzirrhose, Osteoarthritis, Parkinsonkrankheit und Demenz konnte kein erhöhtes Risiko eines Verlusts dentaler Implantate^[42, 43] nachgewiesen werden.

Fazit

Bei Patienten nach Einzelzahnverlust oder mit zahnlosem Kiefer stellt die prothetische Rehabilitation mit dentalen Implantaten eine Erfolg versprechende und komfortable Therapie dar. Kompromittierte Patienten können auch von einer erfolgreichen Therapie mit dentalen Implantaten profitieren, wenn die Empfehlungen der deutschen Leitlinien für dentale Implantation im Detail berücksichtigt werden^[22, 44, 24, 45]. Generell sollte die Prognose des Restgebisses bei Patienten mit gesundheitlicher Einschränkung genauso eingeschätzt werden wie bei

gesunden Patienten. Dementsprechend sollte auch die Beurteilung der Indikation für dentale Implantate nach den gleichen Kriterien wie bei gesunden Patienten erfolgen. Vor einer geplanten Insertion dentaler Implantate sollten Patienten aber über individuelle krankheitsbedingte Risiken von Komplikationen bis hin zum Verlust des Implantats und Therapiealternativen aufgeklärt werden. Im Idealfall sollte das Einsetzen dentaler Implantate in hoch spezialisierten Zentren erfolgen, gegebenenfalls sogar unter stationären Bedingungen. Nach der chirurgischen Insertion dentaler Implantate sollten regelmäßige Nachkontrollen vom Zeitpunkt der Nahtentfernung bis zur vollständigen Heilung des Weichgewebes durchgeführt werden. Weiterhin sollte eine dringende Empfehlung für eine individuelle, risikoadaptierte und strukturierte Nachsorge (inklusive Information über die damit verbundenen Folgekosten) bis hin zu einer überdurchschnittlichen Mundhygiene nach der Implantation erläutert werden.

Die deutschen Leitlinien geben grünes Licht für die dentale Implantation bei Risikopatienten. Das dentale Implantationsverfahren erfordert ein tiefes Verständnis der Pathophysiologie der Grunderkrankung und der Pharmakokinetik der krankheitsspezifischen Medikamente mit Auswirkungen beispielsweise auf die Knochenheilung oder die Immunantwort auf eine Infektion. Tatsächlich ist das Risiko eines Verlusts dentaler Implantate oder einer lokalen Infektion infolge einer Implantation oder Periimplantitis nicht die größte Gefahr. Die Unwissenheit über die Grunderkrankung und die damit verbundenen Komplikationen stellen die größte Gefahr dar, die in seltenen Fällen auch tödliche Folgen haben.

Für eine bessere Lebensqualität ist die dentale Implantation ein wichtiger Bestandteil der prothetischen Rehabilitation. Unter Berücksichtigung aller erwähnten Kautelen sollte für die Entscheidungsfindung sowohl eine kritische Abwägung von Nutzen und Risiken erfolgen als auch die Entscheidung und Compliance des Patienten berücksichtigt werden. ■

Autoren



Solomiya Kyyak
Assistenz Zahnärztin
in Weiterbildung zur Oralchirurgin
Wissenschaftliche Mitarbeiterin



Dr. Sebahat Kaya
Assistenz Zahnärztin
in Weiterbildung zur Oralchirurgin
Wissenschaftliche Mitarbeiterin



Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas
Direktor der Klinik und Poliklinik
für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
Plastische Operationen,
Universitätsmedizin Mainz

Foto: Universitätsmedizin Mainz

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

Dieser Beitrag ist erstmals im „Zahnärzteblatt Baden-Württemberg, 7/2022“ erschienen. Wir danken für die Nachdruckerlaubnis.

Leitlinien der DGZMK: Orientierungshilfe für Zahnarztpraxen

Medizinische Leitlinien dienen Zahnärztinnen und Zahnärzten als Grundlage für Therapieentscheidungen. Wie kommen Leitlinien zustande und welche zahnärztlich relevanten Leitlinien gibt es derzeit?

Text: Katrin Becker

Vollkeramische Kronen und Brücken, Implantate, Bruxismus oder Parodontitis – regelmäßig veröffentlichen die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und ihre Fachgesellschaften Leitlinien zu verschiedenen zahnmedizinischen Indikationen.

Leitlinien helfen, das aktuelle medizinische Wissen zu ordnen, und geben einen Überblick über den Forschungsstand zum Nutzen und Schaden bestimmter Behandlungsmöglichkeiten. Auf dieser Grundlage sprechen Leitlinien Diagnose- und Therapieempfehlungen aus. Damit können sie helfen, die passende Untersuchung oder Behandlung auszuwählen. Sie bieten den Behandlern Orientierung, ermöglichen transparente Therapieentscheidungen in Absprache mit den Patienten und leisten einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung. Um wissenschaftlich stets up to date zu sein, müssen Leitlinien regelmäßig überprüft und gegebenenfalls überarbeitet werden. Dies ist in der Regel nach fünf Jahren der Fall.

Auf der Internetseite der DGZMK heißt es hierzu: „Leitlinien sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen.“

Klassifizierung von Leitlinien

Leitlinien entstehen durch ein strukturiertes, genau definiertes Verfahren der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Alle Leitlinienvorhaben werden vor der Anmeldung bei der AWMF in der „Task Force

Qualität“, bestehend aus Vertretern der DGZMK, der Bundeszahnärztekammer, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des Zentrums Zahnärztliche Qualität, zunächst auf ihre Relevanz für die Zahnärzteschaft überprüft. Erst dann wird eine Autorengruppe mit Vertretern relevanter Fachgesellschaften, Interessenverbände und mitunter Patientenvertretern gebildet, die zunächst eine Zielsetzung und ein methodisches Konzept festlegt und anschließend die Leitlinie entwickelt. Nach dem System der AWMF werden Leitlinien in vier Entwicklungsstufen eingeordnet, wobei S3 die höchste Qualitätsstufe ist: S1-Leitlinien sind Empfehlungen einer repräsentativ zusammengestellten Expertengruppe. S2-Leitlinien gliedern sich in S2k und S2e. Die S2k-Leitlinien werden durch eine formale Konsensusfindung erstellt, die S2e durch eine systematische Evidenzrecherche. In den S3-Leitlinien sind alle diese Elemente miteinander verknüpft.

Leitlinien geben Handlungskorridor vor

Auf der Internetseite der DGZMK heißt es, dass Leitlinien für Zahnärztinnen und Zahnärzte rechtlich nicht bindend sind. Sie hätten daher weder eine haftungsbegründende noch eine haftungsbefreiende Wirkung (vgl. Urteil des Bundesgerichtshofs am 15. April 2014, Aktenzeichen VI ZR 382/12). Das heißt, Zahnärztinnen und Zahnärzte können von der in einer Leitlinie empfohlenen Behandlung abweichen, wenn sie diese für einen Patienten als nicht geeignet ansehen. Abweichungen – ein Grund könnte zum Beispiel eine Begleiterkrankung sein – müssen jedoch begründet sein.

Leitlinien in der Pipeline

Die DGZMK listet auf ihrer Internetseite rund 30 unterschiedliche Leitlinien auf; nicht alle sind noch aktuell, sie werden zurzeit aktualisiert. Eine Übersicht über die gültigen Leitlinien bietet Tabelle 1. Allein bis Ende dieses Jahres sollen 18 Leitlinien überarbeitet oder neu entwickelt werden, so zum Beispiel Leitlinien zur Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne, zur zahnmedizinischen Betreuung des geriatrischen Patienten oder zu Zahnimplantaten bei Diabetes mellitus. In der Pipeline sind auch ein Update der Leitlinie zu Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe sowie eine neue Leitlinie zu Früherkennung und Management verlagerter und retinierter Eckzähne.

Darüber hinaus ist die DGZMK an der Erstellung von Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG), zum Beispiel zur Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms oder zur odontogenen Sinusitis maxillaris, beteiligt. Ferner wirkt sie mit an Leitlinien humanmedizinischer Fachorganisationen, die zahnärztlich relevant sein können. Dies sind zum Beispiel die Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Schnarchens des Erwachsenen, die

Leitlinie zur Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen oder die Kinderschutzleitlinie.

Alle Leitlinien können unter www.dgzmk.de/zahnaerzte/wissenschaft-forschung/leitlinien.html oder www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html abgerufen werden. Angemeldete Leitlinienvorhaben sind einsehbar unter www.awmf.org/leitlinien/angemeldete-leitlinien.html. ■

Tab. 1: Aktuelle Leitlinien mit Federführung der DGZMK

Leitlinie	Klassifizierung	gültig bis
Ideale Behandlungszeitpunkte kieferorthopädischer Anomalie	S3	Dezember 2026
Vollkeramische Kronen und Brücken	S3	Februar 2026
Implantatprothetische Versorgung des zahnlosen Oberkiefers	S3	November 2025
Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III	S3	November 2025
Dentale Implantate bei Patienten mit Immundefizienz	S3	Juni 2024
Ersatz fehlender Zähne mit Verbundbrücken	S3	Juni 2024
Zahnbehandlungsangst beim Erwachsenen	S3	Oktober 2024
Subgingivale Instrumentierung	S3	Oktober 2024
Diagnostik und Behandlung des Bruxismus	S3	Mai 2024
Häusliches chemisches Biofilmmangement in der Prävention und Therapie der Gingivitis	S3	November 2023
Adjuvante systemische Antibiotikagabe bei subgingivaler Instrumentierung im Rahmen der systematischen Parodontitistherapie	S3	November 2023
Zahnärztliche Behandlungsempfehlungen von Kindern und Erwachsenen vor und nach einer Organtransplantation	S2k	Oktober 2026
Implantologische Indikationen für die Anwendung von Knochenersatzmaterialien	S2k	Juni 2025
Diagnostik und Management von Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	S2k	August 2024
Operative Entfernung von Weisheitszähnen	S2k	August 2024
Die Unterkieferprotrusionsschiene (UPS): Anwendung in der zahnärztlichen Schlafmedizin beim Erwachsenen	S1	November 2026
Umgang mit zahnmedizinischen Patienten bei Belastung mit aerosolübertragbaren Erregern	S1	März 2026
Okklusale Dysästhesie – Diagnostik und Management	S1	Juli 2024

Quelle: www.awmf.org, www.dgzmk.de

Gesundheits-Apps auf Rezept: Sind DiGA ihr Geld wert?

Sie heißen Kalmeda, somnio oder zanadio – Apps auf Rezept. Seit rund zwei Jahren können Ärzte digitale Gesundheitshelfer auf Kassenkosten verschreiben. Wie ist die Resonanz?

Text: Katrin Becker

Seit dem Herbst 2020 haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf eine Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen – kurz DiGA. Das sind Apps oder browserbasierte Anwendungen, die helfen sollen, Krankheiten zu erkennen, zu überwachen, zu behandeln oder zu lindern. Sie gelten als Medizinprodukte niedriger Risikoklassen.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) führt ein Verzeichnis, in dem diejenigen DiGA gelistet sind, die nach Prüfung des BfArM als erstattungsfähig anerkannt sind. Geprüft werden sie unter anderem auf eine CE-Zertifizierung, auf Datenschutz und Benutzerfreundlichkeit sowie auf positive Versorgungseffekte – Letzteres allerdings erst innerhalb von zwölf Monaten, mit besonderer Begründung innerhalb von 24 Monaten. Derzeit (Ende Septem-

ber 2022) listet das BfArM 32 DiGA. 13 Anwendungen sind dauerhaft in das Verzeichnis aufgenommen, 19 vorläufig. Bei den zunächst temporär anerkannten Apps stehen unabhängige Studien darüber aus, ob deren Einsatz den Gesundheitszustand von Patienten verbessert.

Viele DiGA beziehen sich auf Krankheitsbilder mit sehr hohen Prävalenzen und potenziellen Nutzerzahlen. Ein Schwerpunkt liegt auf psychischen Erkrankungen. Derzeit fallen 14 gelistete Apps in diesen Bereich. Fünf Anwendungen können bei hormonellen und Stoffwechselstörungen verordnet werden, vier bei Muskel- und Skeletterkrankungen. Weitere Apps adressieren beispielsweise Tinnitus, Erkrankungen des Nervensystems oder Krebs.

Verordnung auf Kassenrezept

Den Leistungsanspruch gesetzlich Versicherter auf Gesundheits-Apps hat der Gesetzgeber mit dem Digitale-Versorgungs-Gesetz (DVG) festgeschrieben. Eine DiGA kann von einem Arzt oder Psycho-

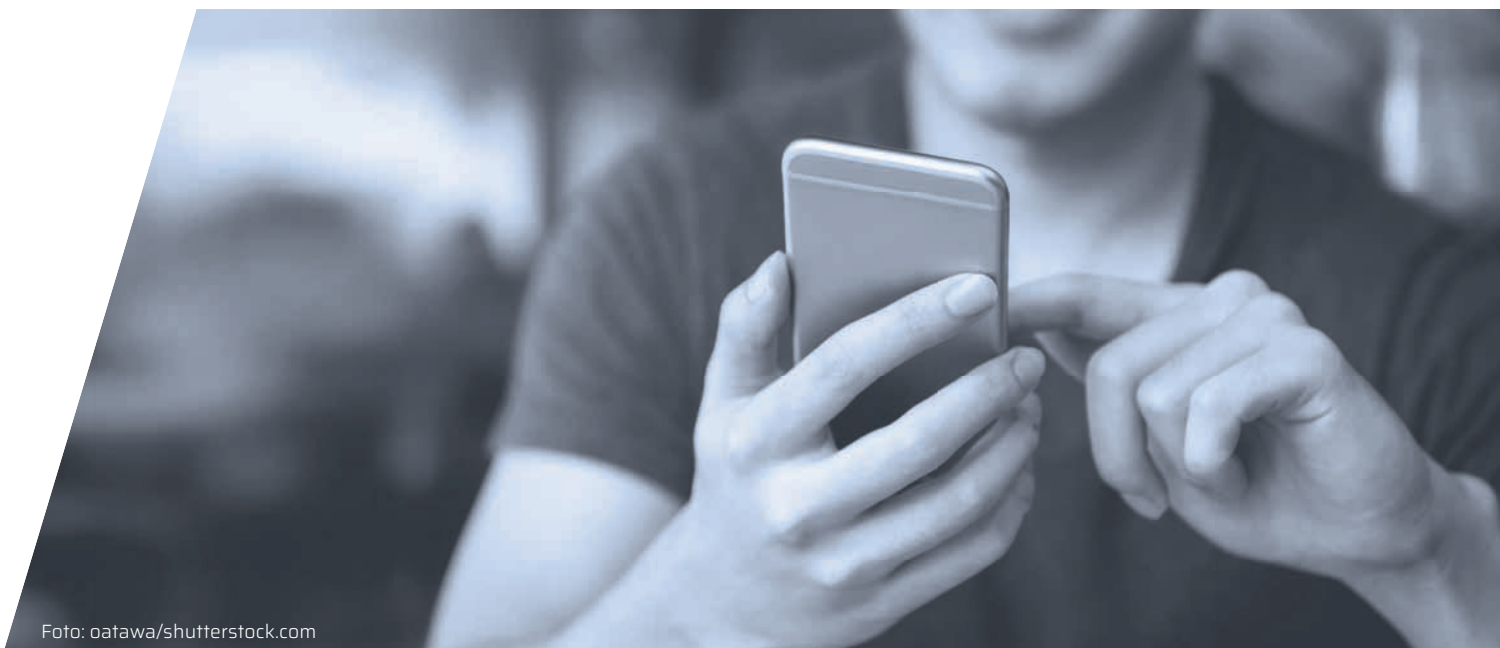


Foto: oafawa/shutterstock.com

therapeuten verordnet werden. Das Rezeptformular reicht der Patient bei der Krankenkasse ein. Ein Patient kann auch direkt einen Antrag auf Genehmigung bei seiner Krankenkasse stellen. Diese übernimmt die Kosten, wenn eine entsprechende Indikation nachgewiesen wird. In beiden Fällen erhält der Patient einen anonymisierten Rezept- bzw. Freischaltcode, um Zugang zur App für den verordneten Zeitraum zu bekommen. Folgeverordnungen sind möglich. Die Kosten rechnet der App-Hersteller direkt mit der Krankenkasse ab.

Laut dem ersten Bericht zur Entwicklung der Versorgung mit DiGA des GKV-Spitzenverbandes wurden im Zeitraum vom 1. September 2020 bis zum 30. September 2021 rund 50.000 digitale Gesundheitsanwendungen ärztlich verordnet oder von den Krankenkassen genehmigt. Davon wurden knapp 80 Prozent über den Freischaltcode aktiviert. Mit 79 Prozent aller Freischaltcodes wurden die meisten DiGA von Frauen in Anspruch genommen. Das durchschnittliche Alter der Nutzer lag bei 46 Jahren.

Mit fast 90 Prozent wurde die Mehrheit der DiGA ärztlich oder psychotherapeutisch verordnet, etwa zehn Prozent wurden nach Genehmigung durch die Krankenkasse genutzt. Für rund ein Drittel der Verordnungen waren Hausärzte und für ein Viertel Hals-Nasen-Ohren-Ärzte verantwortlich.

Die Top-3-Apps auf Rezept waren Kalmeda, Vivira und zanadio. Sie wurden nach ärztlicher Verordnung rund 22.700-mal genutzt. Kalmeda richtet sich an Tinnituspatienten, Vivira adressiert Patienten mit Rücken-, Knie- und Hüftschmerzen, zanadio soll Menschen mit Adipositas bei der Gewichtsabnahme unterstützen.

Für die gesetzliche Krankenversicherung bedeuteten diese Zahlen Ausgaben von knapp 13 Millionen Euro im genannten Zeitraum. Die Herstellerpreise reichten von 119 Euro bis zu 744 Euro für drei Monate. Der durchschnittliche Preis lag bei 411 Euro im Quartal.

Zu wenig Mehrwert, zu hohe Kosten?

Die Krankenkassen sehen in DiGA grundsätzlich das Potenzial, die Versorgung von Patienten zu ergänzen und zu verbessern. „Sie können Brücken schlagen zwischen Patientinnen und Patienten, deren Behandelnden, den Versorgungsbereichen und den unterschiedlichen Fach- und Berufsgruppen“, sagt Stefanie Stoff-Ahnis, Vor-

stand beim GKV-Spitzenverband. Allerdings legten Kassenanalysen nahe, dass DiGA „derzeit statt als funktionales Scharnier eher als Begleitung oder Coach ausgestaltet werden. Wenn eine DiGA bloß Leitlinieninhalte oder Selbsthilfe-Manuale digital abbildet, ist der Innovationscharakter begrenzt.“ Eine DiGA sollte eine echte Innovation mit einem belegten Mehrwert für die Versorgung sein.

Die Krankenkassen reiben sich zudem an der Preisbildung der DiGA-Hersteller. Im ersten Jahr nach der Aufnahme ins BfArM-Verzeichnis können diese den Preis frei festsetzen. Erst ab dem zweiten Jahr werden die Preise zwischen Herstellern und Krankenkassen verhandelt. „Wir sehen, dass die Apps in der GKV-Erstattung plötzlich deutlich mehr kosten als vorher“, moniert Jens Baas, Chef der Techniker Krankenkasse (TK). Damit DiGA sich dauerhaft etablieren können, brauche es faire Preise. „Es muss eine Verhältnismäßigkeit geben zwischen den Kosten für DiGA und den Kosten für analoge Behandlungen“, so Baas. Dass DiGA derzeit mehrheitlich die Kosten konventioneller Leistungen übersteigen, kritisiert auch der GKV-Spitzenverband. Hinzu komme laut Stoff-Ahnis, dass „bisher keine DiGA eine herkömmliche ‚analoge‘ Leistung ersetzt“. Um die langfristig in DiGA gesetzten Hoffnungen zu erfüllen, müsse das Missverhältnis zwischen vergleichsweise niedrigen Zugangsvoraussetzungen, fehlender Wirtschaftlichkeit und kaum vorhandener sinnstiftender Funktion konstruktiv weiterentwickelt werden, fordert die Kassenfunktionärin.

Geteilte Meinung bei Ärzten und Patienten

Und wie beurteilen Ärzte und Patienten digitale Gesundheitsanwendungen? Aus Sicht der Bundesärztekammer bergen digitale Anwendungen, sofern ein medizinischer Nutzen belegt ist, großes Potenzial, die ärztliche Versorgung zu unterstützen. Der Ansatz, digitale Anwendungen ohne nachgewiesene Evidenz in die Versorgung einzuführen, gefährde jedoch die Patientensicherheit. Richte sich der Fokus ausschließlich auf eine schnelle Markteinführung, handele es sich nicht um eine Verbesserung der Versorgung, sondern um Wirtschaftsförderung, finanziert aus Geldern der Solidargemeinschaft. Ins gleiche Horn stößt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Als im Herbst 2020 die ersten DiGA auf den Markt kamen, sagte der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen: „Die Krankenkassen werden für solche Apps künftig viel Geld ausgeben, obwohl der Nutzen nicht ausreichend belegt ist.“ Das Ausgabenpotenzial sei enorm. Gassen: „Die Krankenkassen müssen das bezahlen, egal ob der Versicherte die App wirklich nutzt oder nicht.“ Diese Zurückhaltung spiegelt auch eine Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK) wider. Demnach hatten von Oktober 2020 bis Dezember 2021 lediglich vier Prozent aller Ärzte eine digitale Anwendung verordnet.

Die TK hat zudem Versicherte, die eine App verschrieben bekommen hatten, befragt. Auch hier zeigt sich ein gemischtes Bild. 19 Prozent der Befragten gaben an, dass die App ihre Beschwerden gelindert hat. 43 Prozent stimmten eher zu, dass die App ihnen geholfen hat. 34 Prozent sagten jedoch, dass die DiGA ihnen nicht oder eher nicht geholfen hat. 84 Prozent der Befragten äußerten zudem, ihre DiGA mindestens einmal pro Woche zu nutzen, davon

37 Prozent täglich. Zehn Prozent bemerkten, sich nur wenige Male im Monat einzuloggen. Sechs Prozent nutzten die verordnete App gar nicht.

Hersteller weisen Kritik zurück

Der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung weist die Kassenkritik an Kosten und mangelnder Innovation zurück. „DiGA personalisieren leitliniengerechte Lebensstil-Therapien für Patienten und ergänzen sie um Elemente zur Stärkung der Adhärenz. Ärzte erhalten Berichte zur Verlaufskontrolle als wertvolle Entscheidungsgrundlage. Damit stellen DiGA eine neue Versor-

gungsform dar, die zuvor in den Leitlinien gewünscht, aber in der Praxis nicht verfügbar war“, heißt es in einer Pressemeldung des Verbandes. Die Kritik an den Verordnungspreisen berufe sich auf pauschale Vergleichsanker und lasse wichtige Parameter wie Effektivität und Versorgungskontext außer Acht. Die Nachfrage nach DiGA wachse stetig, sie müssten nun noch stärker in der Versorgung verankert werden. „Dazu braucht es einen einfachen, schlanken Prozess für das E-Rezept, einen engen Einbezug der Leistungserbringer und die Ausgestaltung nutzerfreundlicher Prozesse bei der Anbindung an die elektronische Patientenakte.“ ■

Weiterbildung: Onlineportal bietet Kursüberblick für ganz Rheinland-Pfalz

Sie haben Lust am Wissen und Spaß am Lernen? Auf Weiterbildung abseits von BEMA-Abrechnung oder Telematik? Das Weiterbildungsportal Rheinland-Pfalz bietet einen Überblick über Kursangebote im ganzen Land.

Text: Katrin Becker

Präsenz- oder Onlinekurse der örtlichen Volkshochschule, Fernstudiengänge verschiedener Fachbereiche, Angebote zu Schulabschlusskursen oder studienvorbereitende Seminare: Die zentrale Plattform www.weiterbildungportal.rlp.de bietet einen Überblick über Weiterbildungsangebote aus ganz Rheinland-Pfalz und erleichtert somit die Suche nach dem passenden Kurs am richtigen Ort.

Das Weiterbildungsportal wird ständig aktualisiert und mit neuen Kursen gefüllt. Aktuell sind dort mehr als 25.400 Angebote von über 640 Anbietern eingestellt. Sie sollen dabei helfen, alltagsbezogene Kenntnisse und Fähigkeiten zu erweitern oder berufliche Qualifikationen auszubauen. Neben dem Kursangebot finden sich dort auch Informationen zu Finanzierungsmöglichkeiten, Beratungsstellen sowie Qualitätsleitfäden,



die Interessenten helfen sollen, ihre persönliche Weiterbildung erfolgreich zu gestalten.

Das Portal wird vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung und vom Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau betrieben. ■

Neue Runde für ZäPP: Stabile Datenbasis für Vertragsverhandlungen

Sie haben in den vergangenen Wochen Post vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) bekommen? Dann sind Sie aufgerufen, sich an der Umfrage des Zahnärzter-Praxis-Panels (ZäPP) zu beteiligen. Warum Ihre Teilnahme wichtig ist.

Text: Katrin Becker

Ende September erhielten bundesweit rund 34.000 Zahnarztpraxen Zugang zu einem Onlinefragebogen, mit dem Auskünfte über ihre Kosten- und Leistungsstruktur abgefragt werden. Ziel der ZäPP-Erhebung ist es, eine aussagekräftige und belastbare Datengrundlage für die wirtschaftliche Entwicklung in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu erhalten. Erstmals erfolgt das Erhebungsverfahren vollständig online, um Druckkosten zu sparen und die Umwelt zu schonen. Das Onlineverfahren ermöglicht es dem Zahnarzt, den Fragebogen zeitgleich mit dem Steuerberater auszufüllen; dieser muss die Finanzangaben zur Praxis testieren. Darüber hinaus erleichtern die Erfassungshinweise und Eingabekontrollen das korrekte Ausfüllen.

Für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sind wissenschaftlich valide Daten inzwischen unverzichtbar: Um die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen erfolgreich zu führen, müssen sie ihre Positionen fundiert untermauern und Versorgungsnotwendigkeiten gut und nachvollziehbar begründen. Und das ist wichtiger denn je: Vor dem Hintergrund der geplanten Neuregelungen im GKV-Finanzierungsstabilisierungsgesetz – vorgesehen sind begrenzte Honorarsteigerungen in den nächsten beiden Jahren – sind belastbare Daten unverzichtbar. Außerdem ist es weiterhin wichtig, die Folgen der Corona-Pandemie für die Zahnarztpraxen abzubilden. Das ZäPP trägt also unmittelbar dazu bei, adäquate Arbeitsbedingungen für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte und deren Praxisteams durchzusetzen und eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten.

Jede Teilnahme erhöht die Qualität der Daten

Das ZäPP ist seit seinem Start im Jahr 2018 ein Erfolg. Die bundesweite Rücklaufquote von rund zehn Prozent belegt im Vergleich zu ähnlichen Untersuchungen eine sehr gute Resonanz und erlaubt aussagekräftige

Aussagen zur Kosten- und Leistungsstruktur in den vertragszahnärztlichen Praxen. Wirklich entscheidend für den Erfolg des ZäPP ist aber eine dauerhaft hohe Beteiligung: Daher sollten möglichst viele Teilnehmer in diesem, aber auch in den kommenden Jahren Auskunft über die wirtschaftlichen Kennzahlen ihrer Praxis geben. Kurzum: Je höher der Rücklauf über mehrere Jahre, desto höher sind die Validität und die Akzeptanz der Daten, die über das ZäPP gewonnen werden. Das gilt im Übrigen auch für Praxen, die nun zum ersten Mal angesprochen wurden. Ausschlaggebend für eine Teilnahme ist, dass eine Praxis in den Jahren 2020 und 2021 eine gleichbleibende Abrechnungsnummer hatte. Das Ausfüllen des Fragebogens wird auch in diesem Jahr mit einer finanziellen Anerkennung honoriert. Zudem erhalten die Praxen individuelle Feedbackberichte, in denen die eigenen Daten strukturiert und aussagekräftig aufbereitet werden.

Mit der Erhebung ist erneut das Zi beauftragt. Das Institut für angewandte Versorgungsforschung garantiert eine wissenschaftlich neutrale Datenerfassung und -verarbeitung nach methodisch anerkannten Standards unter Wahrung der Anonymität der teilnehmenden Praxen und strengsten Vorgaben für Datenschutz und -sicherheit.

Weitere Informationen zum ZäPP sind abrufbar unter www.kzvrlp.de – Webcode 0121, www.kzvbv.de/zaepp oder www.zaep.de. ■



Destatis-Erhebung: Praxen haben Auskunftspflicht

Das Statistische Bundesamt führt diesen Herbst eine repräsentative Untersuchung zur Kostenstruktur in Arzt- und Zahnarztpraxen durch. Angeschriebene Praxen sind auskunftspflichtig.

Text: Katrin Becker

Die Praxen werden für die Erhebung per Zufallsstichprobe ausgewählt. Um die Belastung möglichst gering zu halten, werden nach Angaben des Bundesamtes bundesweit höchstens sieben Prozent aller Praxen befragt. Anschließend wird das Ergebnis auf die Gesamtheit aller Praxen hochgerechnet. Die Abfrage bezieht sich auf das Jahr 2021. Die Zugangsdaten zum Onlinefragebogen werden im Oktober dieses Jahres versendet. Der Fragebogen ist dann innerhalb einer Frist von vier Wochen auszufüllen. Die Ergebnisse sollen im Sommer 2023 vorliegen.

Ziel der Erhebung ist es, die in den Praxen erzielten Einnahmen und die dafür erforderlichen Aufwendungen sowie deren Zusammensetzung darzustellen. Die Ergebnisse sollen unter anderem dazu dienen, die volkswirtschaftlichen Gesamtrechnun-

gen zu erstellen. Sie sollen aber auch den Praxen die Möglichkeit eröffnen, betriebswirtschaftliche Vergleiche durchzuführen und damit Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen zu erkennen.

Weitere Informationen

Informationen zur Methodik der Kostenstrukturerhebung einschließlich Direktlinks auf Ergebnisse der letzten Erhebung finden sich unter www.destatis.de/kme. Mit dem Erhebungsstart im Oktober werden Informationen zur aktuellen Umfrage und ein Fragen-Antworten-Katalog unter www.destatis.de/kme-portal veröffentlicht.

Die Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich von Destatis ist eine jährliche Statistik. Sie wird auf Grundlage des Gesetzes über Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG) durchgeführt. ■



Deutsche Mundgesundheitsstudie: Fast jedes zweite Kind hat „schiefe Zähne“

Zum ersten Mal seit 30 Jahren wurden Zahnfehlstellungen bei Kindern systematisch untersucht. Das Ergebnis: Fast jedes zweite Kind benötigt eine kieferorthopädische Behandlung.

Text: Katrin Becker

Bei etwa 40 Prozent der acht- und neunjährigen Kinder in Deutschland besteht ein kieferorthopädischer Behandlungsbedarf, dem aus medizinischen Gründen und nach den Richtlinien der vertragszahnärztlichen Versorgung nachgekommen werden sollte. 25,5 Prozent der Kinder haben stark ausgeprägte (KIG-Grad 4) und fünf Prozent extrem stark ausgeprägte Fehlstellungen (KIG-Grad 5). Zehn Prozent der Kinder weisen Fehlstellungen auf, die dem KIG-Grad 3 entsprechen.

Das sind zentrale Ergebnisse des ersten Moduls der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie. Für das kieferorthopädische Modul wurden Anfang 2021 mehr als 700 Kinder im Alter von acht und neun Jahren an 16 Orten in Deutschland untersucht. In diesem Umfang sind Zahnfehlstellungen und Kieferanomalien bei Kindern erstmals seit 30 Jahren flächendeckend ermittelt worden. Die Ergebnisse wurden nun von dem Institut der Deutschen Zahnärzte, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Bundeszahnärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie vorgestellt.

Studie: Antwort auf Kritik an Datenlage

In der Vergangenheit sei immer wieder Kritik an einem unklaren kieferorthopädischen Behandlungsbedarf laut geworden, führte Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV, aus. Insbesondere der Bundesrechnungshof habe eine transparente Datenlage angemahnt. Für Eßer belegt die Studie nun, „dass es, anders als behauptet, in der kieferorthopädischen Versorgung keine Überversorgung gibt“. Ein Vergleich

der Ergebnisse mit den Abrechnungsdaten zeige, dass sich der kieferorthopädische Behandlungsbedarf bei Kindern weitgehend mit der Versorgungsrealität decke.

Die Studie hat zudem ergeben, dass Kinder mit kieferorthopädischem Versorgungsbedarf häufiger an Karies leiden als Kinder mit „geraden Zähnen“. „Die Kieferorthopädie ist und bleibt daher essentieller Bestandteil einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die seit vielen Jahrzehnten konsequent von der Zahnärzteschaft umgesetzt wird“, betonte Eßer. Dieser Ansatz führe zu nachhaltig rückläufigen Morbiditäten bei der Mund- und Allgemeingesundheit, zu einem Rückgang der Anzahl an Folgeerkrankungen und letztendlich auch zu Kostenersparnis im Gesundheitswesen. ■

DMS 6 geht ins Feld

Den Deutschen wird nach acht Jahren wieder in den Mund geschaut. Am 4. Oktober 2022 fiel der Startschuss für die Sechste Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS 6) des Instituts der Deutschen Zahnärzte – ein zahnärztliches Großprojekt mit rund 5.000 Teilnehmenden an bundesweit 90 Untersuchungsstandorten. Wie steht es um die Mundgesundheit in Deutschland? Wie entwickeln sich Karies und Zahnbetterkrankungen? Welche Einflüsse haben soziale Faktoren? Darauf will die Studie Antworten finden. Seit über drei Jahrzehnten liefern die Mundgesundheitsstudien wichtige Erkenntnisse über die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Diese sind wesentlicher Teil der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und leisten einen konkreten Beitrag zur zahnmedizinischen Versorgungsplanung.

Das Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren kommt!

Sukzessives Ausrollverfahren

Der **Starttermin des EBZ-Echtbetriebs in Zahnarztpraxen** ist der **1. Juli 2022**. Ab diesem Zeitpunkt erfolgt die sukzessive Anbindung an das Verfahren bis spätestens Ende 2022. Praxen sollten daher bitte entsprechende Softwaremodule bei ihren PVS-Herstellern rechtzeitig bestellen! Um die Praxen adäquat bei der Etablierung des EBZ in die Praxisabläufe zu unterstützen, bieten die KZVen wichtige Informationen zum EBZ-Verfahren an, während die PVS-Hersteller Schulungen bereitstellen und mit den Praxen individuelle Termine zur Vorbereitung und Einweisung vereinbaren. Das stellt sicher, dass Zahnarztpraxen mit Software-Updates nicht auf sich allein gestellt sind. Danach besteht die Möglichkeit, bis zum Jahresende 2022 das EBZ im Praxisalltag kennenzulernen, bevor es dann **zum 1. Januar 2023 als Antragsverfahren für alle Zahnarztpraxen verpflichtend** sein wird.

Vorteile für Zahnarztpraxen

- Sicherer, schneller Versand direkt aus dem Praxisverwaltungssystem
- Unabhängig vom Postweg oder einem Botengang des Patienten
- Antwort kommt von der Kasse direkt in das PVS
- Genehmigung viel schneller möglich
- Frühe Planungssicherheit – vom Beginn bis Abschluss der Therapie

Technische Voraussetzungen

- Module bzw. Updates des PVS mit integrierter EBZ-Funktionalität
- Anschluss an die Telematikinfrastruktur
 - Elektronischer Zahnarzttausweis (ZOD-Karte, G0 oder G2-Karte)
 - ggf. Komfort- und Stapelsignatur
 - Anbindung an das sichere Mail-Verfahren „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM) mit mindestens einer KIM-Mail-Adresse der Praxis

Checkliste zum Start

- ✓ Technische Voraussetzungen für das EBZ schaffen
- ✓ Einrichten und testen von KIM: Senden Sie eine Nachricht an test@kzbv.kim.telematik
- ✓ Austausch mit dem jeweiligen Anbieter des PVS
- ✓ Anbindung an das EBZ und entsprechende Schulung

Warum Sie schon heute starten sollten

- Lernen Sie das EBZ in der Zeit kennen, die Sie dafür benötigen.
- Ihr PVS-Hersteller unterstützt Sie zum vereinbarten Termin.
- Eine digitale Anwendung mit echtem Mehrwert für Zahnarztpraxen!
- Akzeptanz und Vertrauen in das Verfahren stehen im Mittelpunkt!
- Profitieren Sie von der Mitfinanzierung!

Weitere Informationen und Unterlagen unter www.kzbv.de/ebz





KZVRLP

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz