



Mitteilungsblatt der
Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

KZV aktuell

September/Oktober 2017
Mit Rundschreiben 7/17

Titelthema

**Erfolgsfaktor Mitarbeiter:
Wertschätzend führen**

MITARBEITER

FÖRDERN

FÜHREN

FORDERN

Telematik

eGK: Praxisausweise
nun bestellbar

Abrechnung

Präprothetische
Chirurgie

Fortbildung

Bruxismus und
festsitzender Zahnersatz

Position

Was geschehen muss 3

Telematik

Elektronische Gesundheitskarte:
Praxisausweise nun bestellbar 4

Titelthema

Praxiserfolg heute: Der Mitarbeiter im
Fokus 6

„Ein guter Chef fordert und fördert“ 8

Erfolgreiche Mitarbeiterführung –
Miteinander im Gespräch bleiben 10

Buchrezension: „Streitgespräche
auflösen“ von Xavier Amador 13

Rundschreiben

Wichtige Informationen für
Kollegenschaft und Praxen 15

Fortbildung

Bruxismus und festsitzender
Zahnersatz 23

Praxisführung

Praxisführung wirtschaftlich betrachtet:
Betriebliches Rechnungswesen 31

Abrechnung aktuell

Präprothetische Chirurgie:
Operationen richtig abrechnen 34

KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV)
Rheinland-Pfalz K. d. ö. R.

Anschrift der Redaktion

KZV Rheinland-Pfalz
Eppichmauergasse 1 · 55116 Mainz
Tel.: 06131-8927108 · Fax: 06131-892729053
E-Mail: redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

Redaktion

Dr. Peter Matovinovic (V. i. S. d. P.)
Dr. Stefan Hannen (sh)
Katrin Becker M. A. (kb)

Redaktionsassistentz

Stephanie Schweikhard
Alexandra Scheler

KZV aktuell Anzeigenservice

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz
Tel.: 0261-973865-0 · Fax: 0261-973865-10

Grafik und Produktion

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz

Bildnachweise

Titelfoto: Zahnartpraxen, die dauerhaft erfolgreich sein wollen, brauchen loyale und motivierte Mitarbeiter. Eine anerkennende Führungskultur verstärkt die Bindung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.
Foto: © Petr Vaclavek / Fotolia

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

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

In diesem Dokument wird bei der Angabe von Personenbezeichnungen überwiegend die männliche Form verwendet. Dies ist einzig dem Ziel einer besseren Lesbarkeit geschuldet. Somit handelt es sich um eine rein sprachliche Beschränkung. Die zentrale Rolle von Geschlecht als wissenschaftliche Kategorie bleibt davon unberührt.

Mit dieser Ausgabe erhalten Sie das 4x jährlich erscheinende Patientenmagazin „Lückenlos“, das über zahnmedizinische Themen aus Patientensicht berichtet. Die KZV Rheinland-Pfalz gehört zu den Herausgebern dieser Zeitschrift.



Was geschehen muss

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach der Bundestagswahl ist vor den Koalitionsverhandlungen. Als Folge der Absage der SPD an eine Große Koalition spricht vieles dafür, dass die Gespräche über ein „Jamaika“-Bündnis aus CDU/CSU, FDP und Bündnis90/Die Grünen langwierig werden.

Das entlässt die Parteispitzen jedoch nicht aus ihrer Verantwortung, eine tragfähige Regierung zu bilden, die den Herausforderungen unserer Zeit entgegenzutreten kann. Demografie, Digitalisierung und Datenschutz sind die „drei großen D“, die die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung als die zentralen Handlungsfelder der nächsten Jahre identifiziert hat – und die auf die gesundheitspolitische Agenda der neuen Bundesregierung gehören. Die Politik muss sich dabei im Klaren sein, dass diese Herausforderungen nur im Dialog mit einer handlungsfähigen Selbstverwaltung zu bewältigen sind. Ein „Von oben herab“ kann nicht funktionieren! Zu vielfältig und heterogen sind die Rahmenbedingungen vor Ort in den Ländern bis hinein in die Kommunen.

Jede Regierung sollte ein vitales Interesse an einer Selbstverwaltung haben, die ihre Aufgaben zum Wohl der Patienten sachgerecht, wirkungs- und verantwortungsvoll erfüllt. An einer Selbstverwaltung wie die der Zahnärzteschaft, die im Schulterschluss mit den Krankenkassen entscheidend dazu beigetragen hat, dass die Mundgesundheit der Bevölkerung besser denn je und die Versorgung wohnortnah und qualitätsgesichert organisiert ist. Die Neustrukturierung des BEMA, wengleich schon wieder novellierungsbedürftig, und die Einführung der Festzuschüsse, die den Bürgern eine sozial ausgewogene prothetische Versorgung und die Teil-

haben an Innovationen ermöglichen, sind zwei Beispiele. Die Stärkung der aufsuchenden Versorgung von Pflegebedürftigen ist ein anderes. Sie sind Belege dafür, dass die zahnärztliche Selbstverwaltung funktioniert, sie sich den Anforderungen der Zeit stellt und konstruktiv einbringt. Demokratisch legitimiert und mit Rückendeckung der Kollegenschaft ist sie in der Lage, Gesundheitsversorgung praxisnäher und effektiver zu gestalten, als es die Politik jemals könnte. Und trotz alledem: Der Gesetzgeber hat in der vergangenen Legislatur ohne Not den Handlungsspielraum der Selbstverwaltung beschnitten. Mit dem Ziel, den eigenen Einfluss auszuweiten, hat er ihr notwendige Freiheiten genommen und bewährte Strukturen zurückgedrängt. Höhepunkt war zweifelsohne das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz, das das Gegenteil dessen beinhaltet, was der Name verspricht.

„Ein ‚Von oben herab‘ kann nicht funktionieren!“

Die neue Bundesregierung, gleich welcher Couleur, fordern wir deshalb auf, Worten Taten folgen zu lassen und die Selbstverwaltung tatsächlich zu stärken. Wir müssen zu einem Miteinander von Politik und Selbstverwaltung zurückkehren, das auf Vertrauen und Respekt beruht. Nur dann wird es uns weiterhin gelingen, die Gesundheitsversorgung sicherzustellen und weiterzuentwickeln – im Interesse und zum Wohl aller Bürger.

Ihr

Marcus Koller

stv. Vorsitzender des Vorstandes

Elektronische Gesundheitskarte: Praxisausweise nun bestellbar

Mit der Bundesdruckerei ist der erste Anbieter elektronischer Praxisausweise (SMC-B) von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zugelassen worden. Zahnarztpraxen können die Ausweise nun über ihre Kassenzahnärztliche Vereinigung beantragen. Wozu die SMC-B dient und wie sie bestellt wird – KZV aktuell gibt Auskunft.

Was ist eine SMC-B?

Die SMC-B (Security Module Card Typ B) ist ein elektronischer Praxisausweis, der zur Authentifizierung der Praxis gegenüber der Telematikinfrastruktur (TI) und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) benötigt wird. Sie ist für Praxen der Schlüssel, um sicheren Zugriff auf die Patientendaten der eGK zu bekommen. Die SMC-B wird in das eHealth-Kartenterminal gesteckt.

Wer braucht einen Praxisausweis?

Jede Praxis benötigt einen Ausweis, da der Gesetzgeber das Versichertenstammdatenmanagement zum 1. Juli 2018 verpflichtend einführt. (Diese Frist wird höchstwahrscheinlich auf Ende Dezember 2018 verlängert.) Neben dem Konnektor und dem eHealth-Kartenterminal ist die SMC-B eine wichtige neue Komponente, die eine Praxis für die Online-Prüfung und -Aktualisierung anschaffen muss.

Wie viele Praxisausweise benötigt eine Praxis?

Jede an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Praxis benötigt mindestens einen Ausweis. Bei mehreren Praxisstandorten werden gegebenenfalls mehrere Ausweise benötigt. Mobile Kartenterminals werden ebenfalls eine SMC-B brauchen. Da es diese Terminals voraussichtlich erst im Laufe des Jahres 2018 geben wird, kann die Bestellung dieser SMC-B zurückgestellt werden.

Von wem erhält die Praxis die SMC-B?

Die Praxis bestellt den Ausweis **online** über ihre jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung bei von der KZBV zugelassenen Anbietern. Hierfür stellt die KZV Rheinland-Pfalz ihren Mitgliedern im geschützten Portal zur Online-Einreichung der Abrechnung Informationen zur Verfügung. Ebenso finden sich dort Links zu den Antragsportalen der Ausweisanbieter.

Das ist bislang nur die Bundesdruckerei. Nachdem die Praxis einen Antrag gestellt hat, bestätigt die KZV gegenüber dem Anbieter, dass der Antrag von einem zugelassenen Vertragszahnarzt stammt. Danach wird der Ausweis produziert und an die Praxis geschickt.

Wer beantragt die SMC-B?

Grundsätzlich kann jeder Vertragszahnarzt einen Antrag stellen. In einer Einzelpraxis ist es der Praxisinhaber, bei Praxen mit mehreren Teilhabern ist jeder Partner dazu berechtigt. Es empfiehlt sich jedoch die Bestellung durch den Teilhaber, der voraussichtlich am längsten in der Praxis tätig sein wird. Inhaber der SMC-B ist immer der Antragsteller. Die Inhaberschaft ist nicht auf andere Personen übertragbar. Scheidet der Ausweisinhaber aus einer BAG aus, nimmt er den Ausweis mit und ein anderer Teilhaber muss eine neue SMC-B beantragen.

Wann sollte der Ausweis bestellt werden?

Die SMC-B muss der Praxis zu dem Zeitpunkt vorliegen und auch freigeschaltet sein, wenn die Praxis an die TI angebunden wird, das heißt wenn der Konnektor und das eHealth-Kartenterminal installiert werden sollen. Die Zeit zwischen Antrag und Auslieferung des Ausweises kann mehrere Wochen dauern. Daher sollte der Ausweis zeitnah nach Abschluss des Vertrages mit einem Gesamtdienstleister, über den der Konnektor oder das Kartenterminal bezogen wird, beantragt werden. Liegt der Praxisausweis vor, kann der Installationstermin für die TI-Anbindung mit dem Gesamtdienstleister vereinbart werden.

Wie wird die SMC-B in Betrieb genommen?

Damit die SMC-B genutzt werden kann, muss sie nach Erhalt zunächst durch den Antragsteller freigeschaltet werden. Das geschieht, indem er dem Ausweisanbieter den Empfang der SMC-B in dessen Antragsportal bestätigt. Wichtig: Nur wenn der Ausweis freigeschaltet ist, können der Konnektor und das eHealth-Kartenterminal installiert werden.

Wenige Tage nach Erhalt des Ausweises bekommt der Antragsteller zwei Sicherheitsschlüssel – eine PIN und einen PUK. Die PIN (Persönliche Identifikationsnummer) ist ein

Code, der die SMC-B vor unbefugter Nutzung durch Dritte schützt. Sie muss erstmalig bei der Installation des Kartenterminals sowie bei jedem Einschalten des Lesegerätes eingegeben werden. Die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme (PVS) integrieren eine Funktion zum PIN-Management, sodass die Aktivierung („erstmaliges Setzen der PIN“) der SMC-B und nachfolgende PIN-Änderungen aus dem PVS heraus erfolgen können. Wenn die PIN vergessen wird oder die SMC-B nach dreimaliger Falscheingabe der PIN gesperrt wird, kann der Ausweis durch Eingabe des PUK (Personal Unblocking Key, Persönlicher Entsperrungsschlüssel) entsperrt werden.

Welche Laufzeit hat eine SMC-B?

Eine SMC-B hat eine Laufzeit von maximal fünf Jahren. Das PVS soll vor Ablauf der Karte eine entsprechende Meldung anzeigen, sodass rechtzeitig ein neuer Ausweis bestellt werden kann. Zusätzlich wird der Ausweisanbieter den Inhaber der SMC-B informieren.

Was ist zu tun, wenn die SMC-B abläuft?

Für einen unterbrechungsfreien Praxisbetrieb ist es unerlässlich, rechtzeitig vor Ablauf einen neuen Ausweis zu beantragen. Dies kann analog des Antragsverfahrens der ersten SMC-B geschehen.

Welche Regeln gelten für die Nutzung der SMC-B?

Für die zweckentsprechende Nutzung der SMC-B ist stets der Inhaber verantwortlich. Er muss die notwendigen Vorsichtsmaßnahmen treffen, um einen unbefugten Einsatz der SMC-B zu verhindern. Die Nutzung der SMC-B ist auf die sich aus der Zulassung (bzw. Teilzulassung oder Ermächtigung) ergebenden Praxen beschränkt. Verfügt der Inhaber über mehrere SMC-B, muss er den Einsatzort dokumentieren. Gleiches gilt, wenn ein Ausweis an mehreren Praxisstandorten eingesetzt wird. Den Verlust einer SMC-B muss der Ausweisinhaber seiner zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung anzeigen und den Ausweis von seinem Anbieter sperren lassen bzw. die KZV mit der Sperrung beauftragen.

Wer darf meine SMC-B nutzen?

Der Inhaber der SMC-B kann weiteren Personen (Praxispartner, angestellter Zahnarzt, Assistenzpersonal) das Nutzungsrecht einräumen. Verantwortlich für die Nutzung bleibt aber immer der Inhaber. Die Freischaltung der SMC-B für den Ge-

brauch im Praxisbetrieb liegt ebenfalls in der Verantwortung des Inhabers, kann aber an Praxismitarbeiter delegiert werden.

Darf die SMC-B samt PIN und PUK weitergegeben werden?

Die Weitergabe der PIN ist ausschließlich an berechtigte Nutzer erlaubt. Hingegen ist die Weitergabe des PUK aus Sicherheitsgründen untersagt. Er muss unzugänglich für Dritte vom Ausweisinhaber aufbewahrt werden. Sollte der Verdacht oder das Wissen bestehen, dass eine nicht berechtigte Person die PIN kennt, muss die Nummer geändert werden, um eine widerrechtliche Nutzung zu verhindern.

Was kostet die SMC-B?

Je nach Anbieter kann die Höhe und Fälligkeit der Kosten variieren. Kosten können einmalig in einer Gesamtsumme zu Beginn der Laufzeit der SMC-B anfallen oder gleichmäßig über die Laufzeit verteilt sein.

Wie werden die Kosten der SMC-B erstattet?

Der Praxis werden die Kosten einer SMC-B je Praxisstandort in Form einer Betriebskostenpauschale über die zuständige KZV refinanziert. Gemäß Pauschalvereinbarung zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband vom Juli 2017 beträgt die Pauschale je Ausweis acht Euro monatlich für fünf Jahre. Die Auszahlung durch die KZV Rheinland-Pfalz erfolgt dann, wenn die Praxis an die TI angeschlossen ist und die Inbetriebnahme der KZV gemeldet wurde.

Stefan Roth
stv. Geschäftsbereichsleiter EDV
der KZV Rheinland-Pfalz

Weitere Informationen

Die verbindlichen Regelungen zur Nutzung der SMC-B finden Sie in den Antrags-, Nutzungs- und Sperrregeln der KZV Rheinland-Pfalz. Sie finden sie im Internetportal zur Online-Einreichung der Abrechnung unter „Praxisausweis“ / „Downloads“. Dort ist auch die „Schrittliste zur Beschaffung eines Praxisausweises (SMC-B)“ hinterlegt.

Mit Fragen zur SMC-B können Sie sich ebenfalls an die eGK-Hotline unter der Telefonnummer 06131 / 89 27-333 wenden.

Praxiserfolg heute: Der Mitarbeiter im Fokus

Nichts ist so beständig wie die Veränderung. Was uns heute noch unmöglich erscheint, kann morgen bereits die Norm sein. Wirtschaft und Gesellschaft befinden sich im rasanten Wandel. Kein Wunder, dass zahlreiche Menschen, auch Führungskräfte, von diesen Umwälzungen überdurchschnittlich gefordert sind. Fast täglich stehen wir vor neuen Realitäten. Das Führungsverhalten und die Managementmethoden jedoch sind vielerorts noch dieselben wie vor zig Jahren.

Eine erfolgreiche Zukunft kann angesichts dieses rasanten Wandels nicht in der Wiederholung der Vergangenheit liegen. Im Gegenteil. Wer in den Märkten von morgen mitmachen will, braucht heute außergewöhnliche Orientierungs- und Führungsinstrumente.

Ist gute Führung in Zukunft ein wirtschaftliches Muss?

Der Arbeitsmarkt hat sich in einen Arbeitnehmermarkt verändert. Arbeitnehmer haben immer mehr die Wahl und suchen sich Arbeitgeber mit einem guten Image am Markt. Zudem müssen die Arbeitsbedingungen gut mit den Vorstellungen des Arbeitnehmers vereinbar sein.

Die Basis guter Unternehmensführung ist immer eine klare und transparente Organisation. Wer macht was? Oder vielleicht noch wichtiger: Wer darf was? Überprüfen und optimieren Sie regelmäßig Ihre Abläufe für bessere Ergebnisse. Darauf baut sich die persönliche Frage auf: Was führt mich? Wie gestalten Sie Ihre Führungsaufgaben, wie das Planen von Tätigkeiten bis zur Kontrolle und die erforderlichen Anpassungen? Im Rahmen der Mitarbeiterführung hat die Etablierung einer Kultur anerkennenden und sachlichen Feedbacks höchste Priorität. Sie ist die Basis für ein gutes Miteinander und macht Teamarbeit erst möglich.

Führen und Entwickeln von Mitarbeitern dient dem wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens. Mitarbeiter sind die wichtigste Säule. Zur Erreichung der Unternehmensaufgaben benötigen Sie Unterstützer sowie klar messbare und definierte Ziele. Achten Sie dabei auf eine gemeinsam getragene Unternehmenskultur. Mitarbeiter wollen stolz auf ihr Unternehmen und ihre Vorgesetzten sein. Helfen Sie also Ihren Mitarbeitern, sich für ein Ziel zu begeistern, das sie mit Stolz erfüllt. Unternehmerisches Denken wird unterstützt durch Zielvereinbarungen und regelmäßige Gespräche.



Wechseln Sie von der Beurteilung zur Förderung und helfen somit den Mitarbeitern, den „Mitunternehmern“, sich so oft wie möglich auszuzeichnen. Lob ist Nahrung für die Seele. Das spornt an. Unterstützen Sie Ihre Mitarbeiter, aus Fehlern zu lernen, um nicht bei der Rechtfertigung stehen zu bleiben. Sie als Führungskraft sorgen dafür, dass die Unternehmensziele nicht bloß auf dem Papier stehen, sondern auch in den Köpfen und Herzen Ihrer Mitarbeiter lebendig sind.

Kluge Führungskräfte übersehen keinen Anlass zum Loben

Echte Mitarbeiter im Sinne von Mitunternehmern wissen, dass Sie ein Recht haben, Fehler zu machen. Und auch die Pflicht daraus zu lernen. Daher ist eine gute Fehlerkultur, neben der Kommunikationskultur, Grundvoraussetzung. Keine Angst vor Fehlern zu haben ist die beste Voraussetzung für Weiterentwicklung. Bei Fehlverhalten wird Tadel genauso erwartet wie Lob bei guten Leistungen. Bleiben diese aus, wird das als Führungsschwäche ausgelegt. Die eigentliche Herausforderung liegt in der Wertschätzung. Hart in der Sache und weich zum Menschen. Beachten wir den wertschätzenden Ablauf im Kritikgespräch, so sehen wir die Per-

son als ganzen Menschen und nicht nur seine einzelnen Verhaltensweisen. Nehmen wir dabei Verärgerung bei uns selbst wahr, so verarbeiten wir dennoch das Ergebnis persönlich im Sinne von „Ja“ zur vereinbarten Lösung.

Reine Fördergespräche sind ebenfalls die jährlichen individuellen Zielvereinbarungen. Geben Sie Ihren Mitarbeitern die Möglichkeit, sich angemessen darauf vorzubereiten und laden Sie förmlich dazu ein. Ideal ist es, wenn sich beide Seiten zu folgenden Themen vorbereiten: Aufgabenstellung, Ziele, Ergebnisse, Weiterentwicklung und Zusammenarbeit.

Hauptzweck von Führungsgesprächen ist die Motivation (zu neuen Zielen), weniger die (Weiter-)Qualifizierung. Zufriedene und motivierte Mitarbeiter führen zu weniger Fluktuation und zu einem positiven Image. Gute Kommunikation und Zusammenarbeit motivieren, die persönlichen Ziele mit denen der Praxis zu verbinden und umzusetzen.

Alles Gelingen hat sein Geheimnis. Alles Misslingen seine Gründe. Leben wir eine wertschätzende Unternehmenskultur mit dem Fokus auf pragmatischen Lösungen. Richten wir dafür unsere Aktivitäten konsequent auf die Bedürfnisse unserer Mitarbeiter und Kunden bzw. Patienten aus. Die persönliche Anteilnahme wirkt höchst verbindlich und steigert langfristig den Erfolg und die Freude in der Praxis.

Michaela Lückenotto

Anzeige



Info und Anmeldung unter
www.ivoclarvivadent.de/
Fortbildung
oder telefonisch unter
Tel. 07961 889 193

Dentale Fortbildung für Zahnärzte und Zahntechniker: Erfolgreiche Therapiekonzepte für die eigene Praxis kennen lernen

„Competence Fortbildungsevents“ von Ivoclar Vivadent umfassen Experten-Symposien und Intensiv-Seminare und bieten Zahnärzten und Zahntechnikern die Gelegenheit, von namhaften Referenten erfolgreiche Therapiekonzepte kennen zu lernen. Bearbeitet werden die Trendthemen „Adhäsive Zahnmedizin - Composite und Keramik in der Zahnerhaltung“, „Vollkeramische Restaurationen und Befestigung“, „Rekonstruktion und Bruxismus“ sowie „Vollkeramik und Implantatprothetik“.

Erfahrene und renommierte Referenten aus Hochschule, Praxis und Labor zeigen eigene Studienergebnisse sowie wissen-

schaftliche Übersichten und berichten über Ihre klinischen Erfahrungen. Die Referenten wägen den Einsatz unterschiedlicher Materialien sowie Applikationstechniken ab und zeigen die Zusammenhänge zu Indikationen und Vorgehensweisen auf. An Fallbeispielen werden klinisch bewährte Therapiekonzepte aufgezeigt. Im Mittelpunkt stehen das Erreichen von Langzeitstabilität und Ästhetik sowie die Steigerung der Effizienz.

**Der Termin in Ihrer Nähe:
Darmstadt, 15. November 2017 von 14:00 bis 20:30 Uhr.**



Foto: © Vyacheslav Iakobchuk / 123rf.com

„Ein guter Chef fordert und fördert“

Ein Chef kann seine Mitarbeiter mit Geld motivieren. Besser, weil nachhaltiger sind jedoch gemeinsame Ziele, ein gutes Arbeitsklima und Weiterbildungschancen, sagt Businesscoach Michaela Lückenotto.

KZV aktuell: Frau Lückenotto, womit können Chefs ihre Mitarbeiter richtig demotivieren?

Lückenotto: Viele Jobs sind sicher, doch eine Vielzahl der Arbeitnehmer geht nicht gern zur Arbeit. Teils sind es unangemessene oder zu hohe Erwartungen und ganz besonders mangelnde Wertschätzung, die Mitarbeiter vermissen. Auch Fairness ist ein häufiges Thema sowie schlechtes Arbeitsklima und viele Überstunden.



Foto: privat

Michaela Lückenotto

Business- und Management-Coach

- › qualifizierter Business- und zertifizierter Management-Coach
- › Agility Leader (360°-Feedback für Führungskräfte)
- › Fachwirtin im Gesundheitswesen (IHK)
- › registrierte Beraterin der KfW
- › Lizenztrainerin (Beljean Seminare AG)
- › zurzeit in Weiterbildung zum Konfliktcoach und Mediator
- › Arbeitsschwerpunkte: Seminare und Trainings zu den Themen Mitarbeiterführung und Motivation, Konfliktmanagement; Kompetenz-/Karriere-Coaching; Praxisstandortanalysen, Begleitung und Moderation von Strategieworkshops

KZV aktuell: Warum?

Lückenotto: Häufig ist der Terminkalender gut gefüllt, dann fällt noch eine Kollegin aus und es bleibt keine Zeit für Austausch und Abstimmung. Auf Dauer führt ständiger Termindruck zu emotionalem Stress. Der Mitarbeiter fühlt sich wie eine Maschine, die nur funktionieren soll.

KZV aktuell: Können Arbeitgeber ihre Mitarbeiter überhaupt motivieren? Oder können diese das nur selbst?

Lückenotto: Grundsätzlich kann sich jeder eher selbst motivieren. Ein sehr wichtiger Beitrag des Arbeitgebers ist jedoch ein motivierendes Umfeld. Wie ist die interne Kommunikation, die gemeinsame Kultur und Ziele? Verbinden die Mitarbeiter ihre persönlichen Ziele mit den Zielen der Praxis, dann entsteht eine emotionale Bindung, die sich sehr positiv auf die Zusammenarbeit, Belastbarkeit und Ergebnisse der Praxis auswirkt.

KZV aktuell: Welche Haltung eines Chefs wirkt sich besonders vorteilhaft auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter aus?

Lückenotto: Ein situativer Führungsstil, der den momentanen Bedürfnissen der einzelnen Mitarbeiter entgegenkommt, ist sehr vorteilhaft. Ebenso regelmäßige Gespräche und eine offene Fehlerkultur.

KZV aktuell: Welche Rolle spielt Geld für die Motivation?

Lückenotto: Eine wettbewerbsfähige Vergütung (je nach Region und Standort) ist immer von Vorteil. Die jüngere Generation hat häufig noch den Wunsch auf persönliche Entwicklung und eine ausgeglichene Work-Life-Balance sowie ein gutes Praxisklima. Das gute Image der Praxis ist ein klarer Vorteil bei der Gewinnung neuer Mitarbeiter.

KZV aktuell: Neben Geld gibt es noch andere materielle Zuwendungen wie Dienstwagen. Was halten Sie davon?

Lückenotto: Zukünftig werden flexible Arbeitszeiten noch wichtiger. Richten Sie die Praxis darauf aus und honorieren besondere Leistungen. Wenn der Mitarbeiter nur auf die Vergütung schaut, dann ist er ständig auf dem Sprung. Auch Qualifizierungen und Entwicklungschancen sind bei guten Mitarbeitern hoch im Kurs.

KZV aktuell: Wie wirkt sich Verantwortung und Freiraum auf die Motivation der Mitarbeiter aus?

Lückenotto: Nicht jeder Mitarbeiter trägt gerne Verantwortung. Es gilt diese zu identifizieren und zu fördern. Unterforderung ist ebenso wie Überforderung eine Belastung für die Mitarbeiter.

KZV aktuell: Wie wichtig ist Lob?

Lückenotto: Leider wird noch zu wenig gelobt. Lob ist Balsam für die Seele. Wer individuell und angemessen lobt, der hat auch eher eine gute Chance, kritische Punkte anzusprechen. Auch hier ist eine gute Balance von Vorteil.

KZV aktuell: Was können Arbeitgeber sonst noch tun, damit Mitarbeiter gerne zur Arbeit kommen?

Lückenotto: Gute Strukturen und klare Zielvorgaben geben eine gute Orientierung. Der Mitarbeiter kann sich darauf einstellen und seine Arbeitskraft ausrichten.

KZV aktuell: Und wie motiviere ich mich als Chef selbst?

Lückenotto: Ist die Führungsaufgabe gewollt und keine lästige Pflicht im Praxisalltag, dann macht es viel Freude, Mitarbeiter zu fordern und zu fördern. Daher ist es wichtig,

im Vorfeld die Rolle gut zu klären. Eventuell kann eine weitere Führungsebene eingefügt werden oder eine Person damit bevollmächtigt werden. Mitarbeiter wollen stolz sein auf ihren Chef und die Praxis, sonst orientieren sie sich auf Dauer um. Der aktuelle Arbeitsmarkt bietet dafür vielfältige Möglichkeiten.

KZV aktuell: Motivieren deutsche Chefs genug?

Lückenotto: Nicht immer wird die Arbeit an der Praxis und den Mitarbeitern wichtig genug eingeschätzt. Die Fluktuation gibt dazu eine gute Rückmeldung.

KZV aktuell: Welche Maßnahme hat den stärksten Effekt? Also: Womit anfangen?

Lückenotto: Vertrauen wächst aus guter Kommunikation. Eine gute Gesprächs- und Fehlerkultur ist die Basis für gute Zusammenarbeit. Richten Sie Aktivitäten auf die Förderung der Mitarbeiter aus. Aktive Führung wirkt höchst imagesteigernd und steigert langfristig den Ertrag.

KZV aktuell: Was zeichnet einen guten bzw. führungsstarken Chef sonst noch aus?

Lückenotto: Ein guter Chef fordert und fördert. Er stellt Fragen, teilt Verantwortung und gibt Feedback. Er wirkt inspirierend und setzt klare und realistische Ziele. Er ist außerdem offen und hat keine Schwierigkeiten damit, Fehler zuzugeben. Er verkörpert Werte und versucht, Vorbild für seine Mitarbeiter zu sein.

KZV aktuell: Vielen Dank für das Gespräch.



Foto: © stylephotographs / 123rf.com

Erfolgreiche Mitarbeiterführung – Miteinander im Gespräch bleiben

Dein Mitarbeiter, das unbekannte Wesen? Das muss nicht so sein, denn miteinander reden hilft. Am besten regelmäßig und strukturiert. Das turnusmäßige Mitarbeitergespräch (MAG) hat sich bereits in vielen Praxen als Instrument der Personalführung etabliert, da es für alle Seiten Vorteile bringt.

Wer seine Mitarbeiter motivieren und binden will, sollte um deren Zufriedenheit bemüht sein. Zufriedene Mitarbeiter sind engagierter und bleiben der Praxis länger treu. Mangel an gegenseitigem Feedback, an Führungspräsenz, an freundlicher Zuwendung oder das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden sind typische Motivationskiller, die zu Resignation und innerer Kündigung führen. Wenn man aber miteinander im Gespräch bleibt, wird Vertrauen aufgebaut, negative Entwicklungen können frühzeitig erkannt und Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

Ziele

Jährliche MAG bieten bei überschaubarem Aufwand eine gute Gelegenheit, sich im offenen Dialog zu begegnen, was im durchgetakteten Praxisalltag schlicht unmöglich ist. Wechselseitiges Feedback klärt Positionen, bereichert und gibt Orientierung. Was sind die Ziele der Praxis? Was sind die Ziele des Mitarbeiters? Allein dieser Austausch, freundlich und offen geführt, ist schon ein Zeichen gegenseitiger Wertschätzung. Das Verständnis für die Sicht des anderen wird erhöht. Der Mitarbeiter fühlt sich ernst genommen und ihm wird vermittelt: Du bist wichtig.

Vorbereitung

Organisatorisch empfiehlt es sich, turnusmäßige MAG zunächst allgemein – etwa in der Teambesprechung – anzukündigen. Wenn dort außerdem Grund, Inhalt und Nutzen der Gespräche freundlich erläutert werden, kann man möglicher Verunsicherung auf Mitarbeiterseite gut vorbeugen. Mit dem Einzelnen werden dann konkrete Gesprächstermine von definierter Dauer vereinbart. Die Gespräche sollten in Ruhe, konzentriert und ohne jede Störung verlaufen können.

Auch inhaltlich erfordern MAG eine gewissenhafte Vorbereitung. Wie plane ich den Gesprächsverlauf? Was möchte ich vermitteln, was möchte ich erfahren? Es könnten zum Beispiel die Felder Arbeitsleistung, Verhalten und Potenziale reflektiert werden. Welche Tätigkeit liegt dem Mitarbeiter besonders? Was würde ihm die Arbeit erleichtern? Fühlt er sich wohl im Team und auf seiner Position? Was sind seine beruflichen Ziele fürs nächste Jahr? Was möchte er gerne neu dazulernen? Für das Gespräch und die Dokumentation empfiehlt sich ein an die Bedingungen der Praxis angepasster standardisierter Fragebogen, der später der Personalakte hinzugefügt wird.

Gesprächsführung

Das jährliche MAG sollte für beide Seiten positiv sein. Sorgen Sie daher für eine entspannte Atmosphäre und eröffnen Sie mit einem kleinen Überblick über Gesprächsgrund und geplanten Verlauf. Lassen Sie einander ausreden. Offene „W-Fragen“ fördern den Dialog, weil solche Fragen, die mit was, wie, warum oder ähnlich beginnen, nicht einsilbig mit ja oder nein beantwortet werden können. Hören Sie aktiv und interessiert zu. Seien Sie selbst in Ihren Ausführungen möglichst konkret und formulieren Sie in der Ich-Form („Ich habe den Eindruck, dass ...“). Fragen Sie nach, wenn der Mitarbeiter nur allgemeine Äußerungen macht. Wiederholen Sie Wünsche des Mitarbeiters mit eigenen Worten („Verstehe ich Sie richtig, dass ...“, „Sie schlagen also vor, dass ...“). Verschiedene Meinungen darf es geben und müssen nicht ausdiskutiert werden. Bei aufgeworfenen Problemen wird gemeinsam analysiert und nach Lösungen ge-



Aufbau eines Mitarbeitergesprächs

sucht. Finden sich Maßnahmen, die Abhilfe versprechen, werden diese konkret vereinbart.

Besonderes Fingerspitzengefühl ist beim Thema Feedback erforderlich. Dem Mitarbeiter eine orientierende Rückmeldung zu geben, ist wichtig, doch sollte das Feedback beim turnusmäßigen MAG in erster Linie positiv formuliert werden. Bei negativen Kritikpunkten oder Fehlverhalten sucht man besser anlassbezogen das Gespräch. Grundsätzlich ist zu empfehlen, sich allgemein anerkannte Feedback-Regeln in der Gesprächsvorbereitung nochmals bewusst zu machen: das Reden in Ich-Botschaften, Sachverhalte konkret benennen, Werturteile vermeiden und anderes mehr. Das jährliche MAG ist übrigens eine wunderbare Gelegenheit, selbst Feedback von den Mitarbeitern einzuholen, wie Sie als Chef wahrgenommen werden und wie Ihr Führungsverhalten eingeschätzt wird.

Nachbereitung

Bitte Sie Ihren Gesprächspartner abschließend um Rückmeldung, wie er das Gespräch empfunden hat, ob er ausreichend zu Wort kam, wie es ihm zurzeit geht. Bedanken Sie sich bei ihm für seine Offenheit und seine Beiträge. Reflektieren Sie auch selbst für sich, ob es Dinge gab, die Sie beim nächsten Mal anders machen möchten. Die Ergebnisse des MAG werden protokolliert und auch der Mitarbeiter erhält zeitnah ein Exemplar. Wichtig ist, dass vereinbarte Maßnahmen tatsächlich in Angriff genommen und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden.

Strukturierte, regelmäßige Mitarbeitergespräche bedeuten einen gewissen Aufwand. Andererseits haben Sie viel intensiver die Hand am Puls Ihrer Praxis, als dies im Tagesgeschäft möglich ist. Mitarbeiter sind meist sehr dankbar, wenn ihre Meinung gefragt ist, wenn man echtes Interesse zeigt und sich Zeit für sie nimmt. Der Praxisnutzen besteht in verbesserter Mitarbeiterbindung, also weniger Kosten für Personalakquise und Einarbeitung, höherer Identifikation mit den Zielen der Praxis sowie einem besseren Miteinander im Arbeitsalltag. sh

*Begrüßung und
Gesprächseröffnung*

*Überblick über
Gesprächsziel, -dauer
und -ablauf*

*Darstellung der momentanen
Praxissituation und der
angestrebten Entwicklung*

*Wertschätzendes Feedback zur
Tätigkeit des Mitarbeiters*

*Fragen zur derzeitigen
Situation des Mitarbeiters
und zu seinen beruflichen
Entwicklungswünschen*

(siehe Musterfragebogen auf Seite 12)

*Rückmeldung zum
Gespräch einholen, Dank,
Zusammenfassung*

Verabschiedung

Mitarbeiterjahresgespräch

am: _____

Dauer: _____

Teilnehmer: _____ / _____

Was möchte ich mitteilen zu

- › Praxissituation und Ausblick?
 - › Wo sehe ich die Stärken des Mitarbeiters?
-

Fragen an den Mitarbeiter:

- › Welcher Teil Ihrer Tätigkeit gefällt Ihnen besonders gut? Wo liegen Ihre Stärken?

 - › Was kann ich tun, um Ihnen die Arbeit leichter zu machen? (organisatorisch, Hilfsmittel/Ausstattung)

 - › Wie passen die derzeitigen Arbeitszeiten zu Ihrer privaten Situation? (Beanspruchung durch Familie, Freizeit, Verkehrsanbindung)

 - › Wie würden Sie Ihre Stellung und Rolle im Praxisteam beschreiben?

 - › Welche Fortbildungen würden Sie gerne besuchen?

 - › Wie beurteilen Sie mich als Chef? Was kann ich als Chef besser machen?

 - › Was wünschen Sie sich für Ihre Zukunft hier in dieser Praxis (Verantwortungsbereich, Spezialisierung, Arbeitszeit)?
-

Notizen:

Buchrezension: „Streitgespräche auflösen“ von Xavier Amador

Zu einer erfolgreichen Mitarbeiterführung zählt eine konstruktive Konflikt- und Streitkultur. Doch wie lassen sich selbst scheinbar ausweglose Diskussionen in zielorientierte Gespräche umwandeln? Ein Buchtipp.

Der Psychologe, Berater und international tätige Konfliktforscher Dr. Xavier Amador erläutert in seinem 2015 im Thieme-Verlag erschienenen Buch „Streitgespräche auflösen – Wie Sie gemeinsam zum Ziel kommen“ mit „LEAP“ eine scheinbar einfache Strategie für den Konfliktfall und bei Rechthaberei, um gute Lösungen für beide Seiten zu erhalten. Die Formel hinter „LEAP“: Lauschen, Empathie, Abstimmen und partnerschaftlich Handeln.

Der Ratgeber umfasst 320 Seiten, ist von Bella Wohl aus dem Amerikanischen übersetzt worden und kostet 19,99 EUR. In den ersten Kapiteln erörtert Xavier Amador die Grundhaltungen und die einzelnen Schritte von LEAP. Im Hauptteil beschäftigt er sich, angereichert durch viele Beispielsituationen, mit den zusätzlich notwendigen Strategien, um gemeinsam ans Ziel zu gelangen. Abschließend schreibt Amador, wie ausweglose Streitfälle im Arbeitsleben, in der Partnerschaft, in der Familie oder in der Nachbarschaft durch zielorientierte Gespräche mit einem positiven Ergebnis zufriedenstellend beendet werden können.

Um eine gute Beziehung zum Gesprächspartner herstellen zu können, erfordert es nach dem „LEAP“-Konzept eines stetigen Trainings der eigenen Kommunikationsfähigkeiten und Selbstdisziplin. So können aus Gegnern schließlich Partner werden, die sich empathisch und freundlich zuhörend begegnen.

Hinter „LEAP“ verstecken sich vier einfache Regeln:

LAUSCHEN	EMPATHIE	ABSTIMMEN	PARTNERSCHAFTLICH HANDELN
„Damit ich deine Ansichten wirklich verstehe, bitte ich dich, noch mehr zu deinem Standpunkt zu sagen. Ich werde deine Aussagen wiederholen, um sicherzugehen, dass ich alles richtig verstanden habe.“	„Ich kann verstehen, dass die Situation ... für dich ist/wie du dich fühlst. Deshalb ist mir unser Gespräch wichtig, damit wir eine Lösung finden können.“	Es tut mir leid, wenn es dich verletzt/ärgert/nervt, wenn ich eine andere Meinung habe. Ich hoffe, wir können unterschiedliche Standpunkte haben und trotzdem eine gute Lösung finden.“	„Ich will dich gar nicht von meiner Sichtweise überzeugen, vielleicht ist sie auch falsch. Lass uns bitte gemeinsam überlegen, was für uns die beste Lösung ist.“

Amador liefert eine angemessene Menge an Informationen, Beispielen und praktischen Handlungsanweisungen, die gut nachvollziehbar sind. Zu Beginn lässt er sich an manchen Stellen sehr zu mechanistischen Anleitungen und strategischen Vorgehensweisen verleiten. Erst später wird seine sehr empathische Haltung spürbar. Das Buch geht sehr ins Detail. Durch viele Wiederholungen sind insbesondere die ersten 100 Seiten recht langatmig.

„Streitgespräche auflösen – Wie Sie gemeinsam zum Ziel kommen“ richtet sich an alle, die sich mit dem eigenen Konfliktverhalten auseinandersetzen möchten und mehr Aufmerksamkeit in Gesprächen wünschen. Für Führungskräfte sind im letzten Kapitel einige Beispiele aus der Arbeitswelt aufgeführt. Dabei macht Amador sehr deutlich, wie die empathische Gestaltung von Beziehungen zu mehr Respekt, Interesse, Offenheit und Vertrauen führen kann. Jeder Lesende wird hin und wieder über sich selbst schmunzeln können, weil viele Wiedererkennungsmomente vorhanden sind.

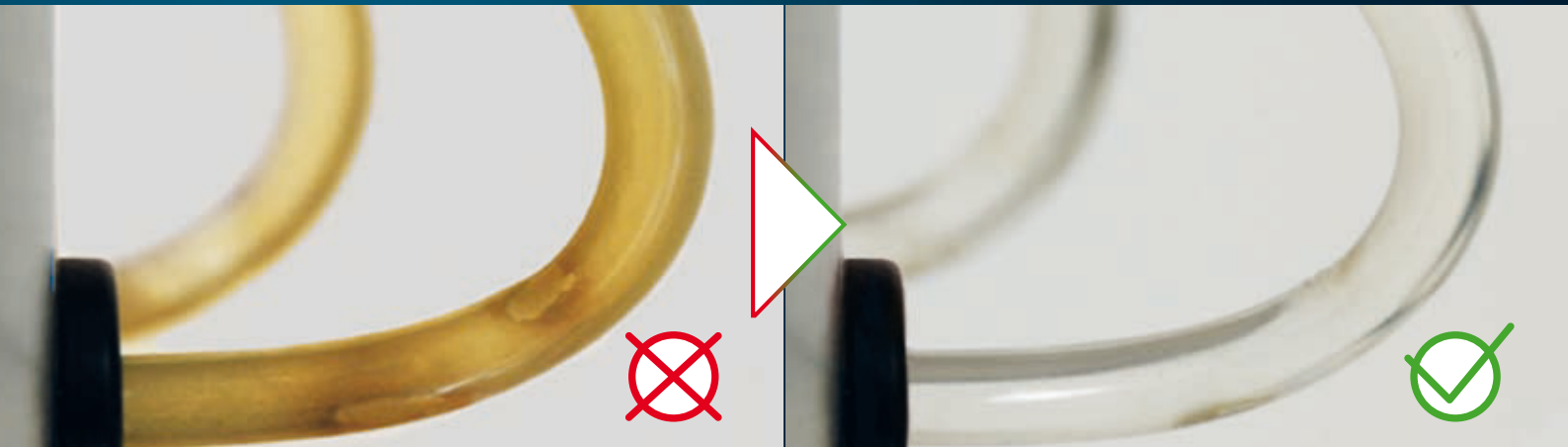
Siglinde Czenkusch
Trainerin für Kommunikation und Sprachförderung

„LEAP ist ein Weg zur Gestaltung des zwischenmenschlichen Miteinanders, der naturgemäß zufrieden macht und grundsätzlich positive Ergebnisse erzielt. Letztlich kann ein positives Ergebnis, auch wenn das Überwinden der Sackgasse gescheitert ist, darin liegen, ein gutes Gefühl für sich selbst zu spüren. Ein gutes Gefühl, weil man nicht die Fassung verloren hat – ein Gefühl, dass man sich nicht hat provozieren und in einen Streit verwickeln lassen.“

Dr. Xavier Amador
in „Streitgespräche auflösen –
Wie Sie gemeinsam zum Ziel kommen“

Und wie steht es um die Wasserhygiene Ihrer Dentaleinheit?

Blick auf wasserführenden Schlauch in einer Dentaleinheit



Trotz Entkeimung: Biofilm vorhanden

Biofilm-Entfernung nach 9 Wochen

Mit der SAFEWATER Technologie befreien Sie Ihre Dentaleinheit in 9 Wochen von Biofilm.

SAFEWATER entfernt Bakterien und Biofilm.

➡ Mit Ergebnisgarantie.

Nutzen Sie auf der ID Frankfurt unsere Wasserexperten-Beratung am

Stand
A 20

An unserem Stand wartet Ihre Tasse* „Bester Chef“ – „Beste Chefin“ – „Beste ZFA“ auf Sie



Fon 00800 88 55 22 88
www.bluesafety.com/Termin



BLUE SAFETY
Die Wasserexperten

Bruxismus und festsitzender Zahnersatz

Bruxismus, das heißt das Zähneknirschen und -pressen, kommt in der Bevölkerung recht häufig vor. In einer aktuellen Studie, bei der die kaumuskuläre Aktivität der Teilnehmer über fünf Nächte im häuslichen Umfeld mit einem portablen Elektromyographie-Gerät aufgezeichnet wurde, konnte eine Prävalenz für nächtlichen Bruxismus von ca. 14 Prozent bei Probanden ohne kranio-mandibuläre Dysfunktion (CMD) und von ca. 70 Prozent bei Patienten mit CMD ermittelt werden¹⁷. Eine andere Studie, die im Schlaflabor (= Goldstandard bei der Diagnose von Schlafbruxismus) durchgeführt wurde, gibt eine Prävalenz zwischen sechs und zwölf Prozent an¹⁰, wobei hier aus Kostengründen nur eine Nacht aufgezeichnet und nicht zwischen Patienten mit und ohne CMD unterschieden wurde. Somit kann man ziemlich sicher davon ausgehen, dass mindestens jeder zehnte Patient, der zur zahnärztlichen Behandlung kommt, unter nächtlichem Bruxismus leidet. Hierbei ist es möglich, dass der Betroffene jede Nacht oder aber nur gelegentlich knirscht und/oder presst. Hinzu kommen Patienten, die tagsüber mit den Zähnen knirschen und/oder pressen. Die Datenlage zum Bruxismus während der Wachphasen ist zwar noch nicht zufriedenstellend, aber die Prävalenz dürfte deutlich über zehn Prozent liegen¹⁴. Es besteht also eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass Patienten, die neuen Zahnersatz benötigen, auch unter Bruxismus leiden. Da somit klar ist, dass Zahnärzte im Behandlungsalltag regelmäßig mit (unerkannten) Bruxismus-Patienten zu tun haben, erscheint es zielführend, das Phänomen Bruxismus etwas genauer zu betrachten.

Bruxismus

Unter Bruxismus versteht man das wiederholte Zähneknirschen und/oder -pressen, das tagsüber (Wachbruxismus) oder nachts (Schlafbruxismus) auftreten kann. Schlaf- und Wachbruxismus werden aus neurobiologischen, ätiologischen und klinischen Gründen voneinander unterschieden.

Abb. 1: Verblendfraktur bei einer Verbundkrone (Metallgerüst, händisch mit unverstärkter Glaskeramik verblendet)



Die beim Bruxismus auf die Dentition (natürliche Zähne, Restaurationen, Implantate) treffenden Kräfte können beachtlich sein und insbesondere auch exzentrisch auf den Zahn bzw. die Restauration einwirken. Bei prothetisch versorgten Zähnen wird dementsprechend das Restorationsmaterial sehr stark belastet (Abb. 1).

Weiterhin kann zwischen primärem Bruxismus (ideopathischer Bruxismus) und sekundärem Bruxismus (hervorgerufen durch Drogen, Medikamente, systemische Erkrankungen etc.) unterschieden werden. Die Ursachen, die zum primären Bruxismus führen, sind nach wie vor nicht vollständig geklärt, können aber sicherlich als multifaktoriell angenommen werden. Die Internationale Klassifikation der Schlafstörungen (ICSD) interpretiert Schlafbruxismus als eine schlafbezogene Bewegungsstörung (engl. „sleep-related movement disorder“¹), vergleichbar mit dem sogenannten Syndrom der unruhigen Beine (engl. „restless legs syndrome“).

Bruxismus ist vielgestaltig: Er kann einerseits durch eine dysfunktionelle Störung mit Schmerzen (im Kiefer und Gesichtsbereich), einer extremen Abnutzung der Zähne (Abrasionsgebiss) und sogar einem negativen Einfluss auf die Lebensqualität gekennzeichnet sein, sich aber andererseits lediglich durch eine Aktivität der Kaumuskulatur bemerkbar machen. Dies erklärt auch, weshalb viele Patienten zwar nachts mit den Zähnen knirschen und/oder pressen, davon jedoch weder etwas wissen noch entsprechende klinische Anzeichen zeigen³.

Wie kann man Schlafbruxismus zuverlässig diagnostizieren?

Grundsätzlich orientiert sich die Diagnose von Schlafbruxismus an subjektiven und objektiven Befunden.

Subjektive Befunde alleine (Angaben zu nächtlichem Knirschen und/oder Pressen) sind sehr unsicher, da der Patient während des Schlafes nicht feststellen kann, ob er mit den Zähnen knirscht und/oder presst. Deshalb ist man auf Berichte des Schlafpartners angewiesen, doch auch diese Angaben sind – falls überhaupt verfügbar – unzuverlässig, da zum Beispiel das Zähnepressen keine Geräusche verursacht.

Leider konnte in vielen Studien gezeigt werden, dass auch objektive Befunde (Schliffacetten etc.) nicht zuverlässig sind. Bei der Bewertung von Schliffacetten stellt sich beispiels-



weise die Frage, ob es sich um aktive oder bereits (mehrere Jahre) alte Schliiffacetten handelt. Erschwerend kommt hinzu, dass bei der Analyse von Schliiffacetten das Alter des Patienten (Abb. 2), seine Gewohnheiten und sein Lebensumfeld berücksichtigt werden müssen, wofür es allerdings kaum Normwerte gibt. Bei Patienten, die mit den Zähnen pressen, ist ohnehin nicht mit einem erhöhten Verschleiß zu rechnen.

Eine Möglichkeit, Schlafbruxismus zu erfassen, bieten spezielle intraorale Kraftmesser im Sinne von Okklusionsschienen (zum Beispiel Bruxcore Bruxism Monitoring Device, Fa. Bruxcore, Boston, USA und SensoBite, Fa. Sense Inside, München). Hierbei muss jedoch bedacht werden, dass allein durch die Inkorporation solcher Messschienen die muskuläre Aktivität verändert wird und somit die Ergebnisse nicht verlässlich interpretiert werden können¹³. Zusätzlich funktionieren einige dieser Schienen nicht, wenn der Patient nur presst und nicht knirscht, so dass ihre Verwendung sehr kontrovers diskutiert wird.

Da es beim Schlafbruxismus immer auch zu einer Aktivierung der Kaumuskelatur kommt – und zwar sowohl beim Knirschen als auch bei Pressen –, besteht eine weitere Möglichkeit zur instrumentellen Diagnostik in der Ableitung der Muskelaktivität, gegebenenfalls in Kombination mit anderen Aufzeichnungen. Hierbei wird nicht in die Okklusion eingegriffen, wodurch iatrogene Artefakte bei der Diagnostik vermieden werden können. Als Goldstandard bei der Diagnose von Schlafbruxismus gilt die Aufzeichnung verschiedener Parameter im Schlaflabor. Dieses Verfahren ist jedoch sehr aufwendig und für die Routinediagnostik in der zahnärztlichen Praxis natürlich nicht geeignet.

Die beschriebenen multiplen Schwierigkeiten bei der Diagnostik von Schlafbruxismus im zahnärztlichen Umfeld (Unzuverlässigkeit anamnestischer und klinischer Befunde, aufwendige Erfassung im Schlaflabor) führten dazu, dass 2013 eine internationale Expertenkommission folgende Regelung zur Diagnostik vorgeschlagen hat⁸:

- > möglicher Schlafbruxismus (Patient berichtet über Schlafbruxismus),
- > wahrscheinlicher Schlafbruxismus (es existieren zusätzlich objektive klinische Befunde) und
- > sicherer Schlafbruxismus (im Schlaflabor bestätigt).

Abb. 3: Neue Version des GrindCare-Gerätes zur datenbasierten Diagnostik von Schlafbruxismus. Das Gerät kann im häuslichen Umfeld auch mehrere Nächte getragen werden. Eine zusätzliche Feedback-Funktion erlaubt die Therapie von Schlafbruxismus.



Abb. 2: Gebisszustand eines 93-jährigen Patienten. Aufgrund fehlender Normdaten stellt sich hier sicherlich die Frage, ob der Verschleiß noch altersgerecht ist oder nicht.

Wenngleich dieser Konsensus zur wissenschaftlichen Dokumentation sehr sinnvoll erscheint, hilft er in der Praxis leider nur wenig, denn das Hauptproblem bleibt bestehen: Durchführbare Untersuchungen sind nicht zuverlässig, und die routinemäßige Aufzeichnung von Indikationsparametern für Schlafbruxismus im Schlaflabor ist nicht umsetzbar.

Für die Diagnostik von Schlafbruxismus in der Forschung wurden außerdem die „Sleep Bruxism Research Diagnostic Criteria“ (SB-RDC⁷) eingeführt, welche anamnestische, klinische und polysomnographische Befunde (aus dem Schlaflabor) kombinieren. Doch auch die SB-RDC sind in der Praxis nicht umsetzbar. Wie kann man dieses Dilemma lösen? Vor einigen Jahren wurden kleine und handliche Elektromyographie (EMG)-Geräte zur häuslichen Anwendung im Markt etabliert, mit denen die Probleme eventuell überwunden werden können (Abb. 3). Hier wird, vergleichbar mit einem mobilen EKG-Messsystem, die nächtliche Kaumuskelaktivität (und bei manchen Geräten zusätzlich die Herzfrequenz) im häuslichen Umfeld aufgezeichnet und somit gegebenenfalls Schlafbruxismus diagnostiziert. Diese Geräte haben diverse Vorteile: Es können mehrere Nächte erfasst werden, die Beeinflussung der Okklusion durch die Eingliederung von Schienen entfällt, und es lässt sich auch Zähnepressen registrieren. Auf dem Markt sind inzwischen verschiedenste EMG-Geräte zur Bruxismusdiagnostik verfügbar, wobei das Spektrum von kostengünstigen Einweggeräten bis hin zu aufwendigen EMG-Systemen mit mehreren Kanälen reicht (Tab. 1). Bei der Verwendung von Einweggeräten sollte aber bedacht werden, dass das Auftreten von Bruxismus von

Abb. 4: Das BruxOff-Gerät ermöglicht eine sehr zuverlässige Diagnostik des Schlafbruxismus, da sowohl die Aktivität des M. masseter als auch die Herzfrequenz aufgezeichnet werden. Auf diese Weise lassen sich Artefakte erkennen und eliminieren.

Tab. 1: Die gängigsten EMG-basierten Diagnosegeräte für die häusliche Anwendung

Hersteller	Gerätename	Einweg-/Mehrweggerät	Feedback-Funktion	Preiskategorie
Sunstar	GrindCare	Mehrweggerät	ja	< 300 €
Bioelettronica	BruXOff	Mehrweggerät	nein	> 2.000 €
Up2dent	BiteStrip	Einweggerät	nein	< 100 €
StatDDS	StatDDS	Mehrweggerät	nein	> 2.000 €
SleepGuard	SleepGuard	Mehrweggerät	ja	< 500 €

Nacht zu Nacht variieren kann. Doch auch EMG-Geräte kämpfen mit einem Problem: Es ist keine Unterscheidung zwischen Knirschen/Pressen und zum Beispiel nächtlichem Grimassieren möglich. Diese Schwierigkeit lässt sich jedoch recht einfach überwinden. Durch die Kombination von Kaumuskel- und Herzfrequenzaufzeichnungen (Abb. 4) kann Schlafbruxismus besonders zuverlässig diagnostiziert werden, da nächtliche Knirsch- und Pressereignisse stets mit einem teilweisen Erwachen (engl. „micro-arousal“) einhergehen, welches sich in der Änderung der Herzfrequenz niederschlägt⁴. Treten mehr als zwei Aktivitätsepisoden pro Stunde auf, so kann die Diagnose Schlafbruxismus gestellt werden¹⁶.

Welche Kräfte treten beim Schlafbruxismus auf?

Während des nächtlichen Knirschens und/oder Pressens können Kräfte auftreten, die höher sind als die normalen Belastungen der Zähne¹². Die durchschnittlichen Belastungen liegen jedoch nur bei ca. 50 Prozent der maximalen voluntären Kontraktionskraft. Von Bruxismus betroffene Personen, die auch als Bruxer bezeichnet werden, weisen aber wäh-

rend des Schlafes deutlich mehr Zahnkontakte auf als Nicht-Bruxer². Doch wie hoch sind die zu erwartenden mechanischen Belastungen im Seitenzahnggebiet beim „normalen“ Kauen und Beißen denn überhaupt? Hier gehen die Angaben in der Literatur etwas auseinander (zwischen 382 und 738 N), betragen im Schnitt jedoch ca. 500 N¹⁵. Dabei muss zusätzlich beachtet werden, dass diese Kräfte normalerweise beim Kauen nicht auf einem isolierten Kontaktpunkt auftreten, sondern auf mehrere Zähne verteilt werden. Bei parafunktionellen Aktivitäten wie zum Beispiel beim nächtlichen Bruxismus verteilen sich die Kräfte aber oftmals nicht auf mehrere Zähne, sondern kumulieren in Form von nonaxialen Belastungen auf einem Zahn.

Bruxismus und festsitzender Zahnersatz?

Folgende Fragestellung beschäftigt die Fachwelt schon seit Jahren: Welche Art von festsitzendem Zahnersatz kann bei Bruxern eingesetzt werden, ohne die Versagensquote drastisch zu erhöhen? Obgleich dies eine durchaus relevante Frage ist, finden sich in der Literatur nur spärlich Antworten bzw. Erklärungsversuche, und fundierte, prospektive, methodisch einwandfreie Studien gibt es dazu bisher leider nicht. Das betrifft sowohl den „klassischen“ metallbasierten Zahnersatz als auch zahnfarbene Versorgungen (Vollkeramik, Polymerwerkstoffe). Gerade diese Restaurationen bestehen aus Materialien, die aus werkstoffkundlicher Sicht, unter anderem aufgrund ihrer reduzierten Bruchzähigkeit, eine erhöhte Bruchanfälligkeit aufweisen.



Foto: Universitätsklinikum Würzburg

Prof. Dr. med. dent. Marc Schmitter

Studium der Zahnmedizin an der Universität Tübingen, anschließend Ausbildungsassistent bei einem niedergelassenen Zahnarzt in Neumünster

2001 – 2016 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Universität Heidelberg

2006 Habilitation

2007 Forschungsaufenthalt an der University of Washington

2008 außerplanmäßiger Professor

bis 09/2016 Leitender Oberarzt der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Universität Heidelberg und kommissarischer Leiter der Sektion Werkstoffkunde

2015 Ruf an die Universität Würzburg, Lehrstuhl für Zahnärztliche Prothetik

seit 10/2016 Ärztlicher Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Universität Würzburg

Spezialist für Zahnärztliche Prothetik der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde

Spezialist der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie, Quality Management Technician in Healthcare

Forschungsschwerpunkte: Diagnose und Therapie von craniomandibulären Dysfunktionen, zahnfarbene Restaurationen (vollkeramische Systeme, glasfaserverstärkte Stiftsysteme, Polymerwerkstoffe)

Vollkeramischer Zahnersatz gewinnt in der rekonstruktiven prothetischen Zahnmedizin zunehmend an Bedeutung. Neben seinen herausragenden ästhetischen Vorteilen befördern unter anderem auch die Fertigungsmöglichkeiten innerhalb des digitalen Arbeitsablaufes diesen Trend: Von der digitalen intraoralen Abformung bis hin zur Fertigung der (Einzelzahn-)Rekonstruktion können heute alle Arbeitsschritte computerbasiert erfolgen. Zusätzlich weisen industriell gefertigte und für die CAD/CAM-Anwendung vorgesehene Rohlinge ein deutlich homogeneres Gefüge auf, was die mechanischen Eigenschaften verbessert und zur Reduktion der Versagensfälle beiträgt. Diese Entwicklung wäre jedoch ohne die Einführung moderner vollkeramischer Werkstoffe wie Lithiumdisilikat- und Zirkonoxidkeramik nicht möglich gewesen.

Glaskeramische Werkstoffe ohne Verstärkung sind als Restaurationsmaterial in der Mundhöhle nur sehr beschränkt einsetzbar und zusätzlich äußerst versagensanfällig. Dies liegt an den werkstoffkundlichen Eigenschaften wie etwa der geringen Risszähigkeit. Daher lassen sich aus dem Material zum Beispiel keine Seitenzahnbrücken fertigen. Um diese Werkstoffe überhaupt verwenden zu können, ist ein erhöhter Zahnhartsubstanzabtrag unumgänglich, denn nur so kann die notwendige Schichtstärke des Materials eingehalten werden. Deshalb konnten sich vollkeramische Restaurationen aus unverstärkter Glaskeramik nicht am Markt behaupten. Interessanterweise werden jedoch Glaskeramiken mit all ihren Limitationen weiterhin sehr häufig als Verblendmaterialien eingesetzt. Die Folge: Es kommt auch hier zum Versagen der Verblendung in Form von Chipping und/oder Delamination, was insbesondere bei einer (hohen) exzentrischen Belastung der Verblendung der Fall ist.

Abb. 5: Nichtedelmetallkronen unverblendet auf den Molaren und nur bukkal verblendet auf den Prämolaren.



Welche Materialien können auch beim Bruxer eingesetzt werden?

Aus werkstoffkundlicher Sicht erscheinen hochfeste monolithische, das heißt nur aus einem Material gefertigte Versorgungsinstrumente sinnvoll. So sind etwa unverblendete Nichtedelmetalllegierungen (zum Beispiel Kobalt-Chrom-Molybdän-Legierungen) gut geeignet (Abb. 5). Die hohe Bruchzähigkeit, der günstige E-Modul und die mäßige Duktilität dieser Legierungen bieten gute Voraussetzungen für den Einsatz der Materialien bei Bruxern. Insbesondere die hohe Bruchzähigkeit (sie beschreibt, welchen Widerstand ein Material dem einsetzenden Risswachstum entgegensetzen kann) der Legierungen ist beeindruckend, denn sie weist Werte auf, die durchaus um mehr als das 50-Fache höher sein können als die keramischer Werkstoffe. Ästhetische Aspekte sprechen jedoch gegen den Einsatz, vor allem im sichtbaren Bereich. Sicherlich könnte die Verblendung der Restauration die ästhetischen Anforderungen der Patienten erfüllen, aber gerade bei Bruxern empfiehlt es sich, auf eine Verblendung im lasttragenden Bereich zu verzichten. Insbesondere sollte bei diesen Patienten von der Verwendung unverstärkter, händisch verarbeiteter glaskeramischer Werkstoffe Abstand genommen werden.

Der Konflikt zwischen ästhetischen Anforderungen und werkstoffkundlichen Erfordernissen lässt sich am ehesten lösen, wenn bei metallischen Versorgungsinstrumenten im sichtbaren Bereich lediglich die Labialflächen verblendet werden, wodurch das Chippingrisiko deutlich sinkt. Dennoch kommt auch bei dieser Versorgungsvariante ein Materialmix zum Einsatz, das heißt, es wird ein Verbundmaterial mit allen damit einhergehenden Nachteilen verwendet: Spannungen an den Grenzflächen, Notwendigkeit des Kombinierens verschiedener Herstellungsprozesse etc. Daher wäre es wünschenswert, adäquate Restaurationsmaterialien zur Verfügung zu haben, die sowohl monolithisch als auch zahnfarben sind. Grundsätzlich stehen hier verschiedene Materialklassen zur Verfügung: keramische, Polymer- und Hybridwerkstoffe.

Lithiumdisilikatkeramik und zirkonoxid-verstärkte Lithiumsilikatkeramik

E.max (Fa. Ivoclar Vivadent, Ellwangen) und Celtra (Fa. Dentsply Sirona/DeguDent)/Suprinity (Fa. Vita, Bad Säckingen) sind Vertreter dieser beiden keramischen Werkstoffe. Bei den zirkonoxidverstärkten Keramiken wird ca. 10 Gew.-% fein dispers verteiltes Zirkonoxid zugesetzt. Aus werkstoffkundlicher Sicht eignen sich diese Materialien für die monolithische Fertigung von Einzelzahnkronen (die Bruchfestig-

keit liegt um ca. 400 MPa, die Risszähigkeit bei ca. 2,0 bis 2,25 MPa x m^{1/2}). Beachtet werden müssen selbstverständlich die vom Hersteller angegebenen Mindestschichtstärken. In der recht aktuellen S3-Leitlinie „Vollkeramische Kronen und Brücken“¹¹ heißt es zur Verwendung von Seitenzahnkronen aus monolithischer Lithiumdisilikatkeramik: „Da monolithische Lithiumdisilikatkeramik höhere Festigkeiten aufweist als verblendete Lithiumdisilikatkeramik und erfolgreich für Seitenzahnbrücken verwendet wurde, wurde ein (starker) Expertenkonsens für ihre Empfehlung als Krone für den Seitenzahnbereich ausgesprochen.“

In derselben Leitlinie wird auf der Basis zweier Studien^{6,9} auch die Verwendung von dreigliedrigen Seitenzahnbrücken (nur zum Ersatz eines Prämolaren) empfohlen. Aussagen zur Anwendung dieser Materialien bei Bruxern sind leider nicht zu finden. Hierzu reicht die Datenlage nicht aus, denn in den meisten Untersuchungen wurden Bruxer ausgeschlossen (die Methode zur Identifikation von Bruxern war jedoch in der Mehrzahl der Studien unzureichend, weshalb angenom-

men werden kann, dass in ihnen auch Bruxer vertreten waren). Für zirkonoxidverstärkte Lithiumsilikatkeramik ist die Datenlage noch ungünstiger, da das Material erst seit recht kurzer Zeit zur Verfügung steht. Klinische Daten zur Anwendung monolithischer Restaurationmaterialien bei Bruxern fehlen somit weitestgehend. Derzeit läuft jedoch eine von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte Studie zu diesem Thema, in der gezielt bei Bruxern randomisiert monolithische Kronen aus Lithiumdisilikat- oder Zirkonoxidkeramik im Molarenbereich eingesetzt werden. Reliable Ergebnisse sind zwar erst in ca. einem Jahr zu erwarten, aber erste Trends lassen erkennen, dass beide Materialien für diese Indikation geeignet sein könnten.

Zusammengefasst ist es derzeit auf der Basis der verfügbaren Literatur unmöglich zu entscheiden, ob die genannten Materialien bei Bruxern eingesetzt werden können oder nicht. Hinzu kommt, dass die meisten Keramiken (beispielsweise E.max) bislang von den Herstellern nicht für den Einsatz bei Bruxern freigegeben wurden.

Anzeige

icmedical
hygiene for professionals



HD 450 – Thermodesinfektor

Erleben Sie auch unseren bewährten HD 450 Thermodesinfektor und profitieren Sie von attraktiven Messepreisen.

Tab-Technologie

Normkonform & validierbar

www.icmedical.de
Telefon: 07181 / 7060-0

TT+ 23 Sterilisator

Erleben Sie unseren B-Klasse Sterilisator live auf der id Frankfurt.



10. – 11. November

id infotage
dental

id Frankfurt

Halle 5.0 – Stand E13

Innovation zum
kleinen Preis

Einführungspreis:

3.999 €*

*Preise netto zzgl. 19% Mehrwertsteuer. Angebot/Preise gültig bis 12.11.2017. Irrtümer und Änderungen vorbehalten.

Hybridkeramik

Der Name Enamic (Fa. Vita) wird mit dieser Materialklasse verbunden. Es handelt sich um einen Werkstoff mit einer dualen Keramik-Polymer-Netzwerkstruktur, das heißt, in dem Material ist Keramik mit Kunststoff vermischt. Die Risszähigkeit liegt bei ca. $1,5 \text{ MPa} \times \text{m}^{1/2}$, und die Biegefestigkeit beträgt ungefähr 150 bis 160 MPa. In der bereits angeführten Leitlinie wird für diese Materialgruppe keine Aussage zur Anwendung als Krone oder Brücke gemacht, was seinen Grund darin hat, dass der Werkstoff erst seit Anfang 2013 verfügbar ist. Tatsächlich liegen dazu fast keine klinischen Studien und nur vereinzelte Fallberichte vor. Zusätzlich gibt der Hersteller den Einsatz bei Bruxern nicht frei (Kontraindikation), sodass das Material derzeit nicht für die Anwendung in diesem Personenkreis empfohlen werden kann.

Zirkonoxidkeramik

In den letzten Jahren sind immer mehr Restaurationen aus Zirkonoxidkeramiken eingesetzt worden. Aus werkstoffkundlicher Sicht bietet dieses Material die besten Voraussetzungen, auch bei Bruxern den intraoralen Belastungen zu widerstehen (Risszähigkeit 7 bis $10 \text{ MPa} \times \text{m}^{1/2}$, Biegefestigkeit ca. 1.200 MPa). In der bereits erwähnten Leitlinie wird zur monolithischen Verwendung dieses Materials keine Aussage getroffen. Es gibt jedoch Anbieter, die es explizit für den Einsatz bei Bruxern empfehlen (BruxZir monolithisch, Fa. Glidewell Europe, Frankfurt/M.), wenngleich die klinische Datenlage noch sehr schwach ist. Es liegt zwar eine klinische Studie mit inzwischen zweijähriger Beobachtungszeit vor¹⁸, bei welcher monolithische Zirkonoxidkeramikronen eingesetzt wurden – und zwar auch bei Bruxern –, ansonsten existieren aber nur Fallberichte. In der angeführten Studie versagte im

Beobachtungszeitraum von zwei Jahren lediglich eine Krone, und das bei einem Patienten ohne Bruxismus. Klinische Daten zu Brückenversorgungen liegen leider nicht vor. Letztere sind aus biomechanischer Sicht grundsätzlich höheren Anforderungen ausgesetzt als Einzelkronen. Vor allem der Verbinderquerschnitt in Kombination mit der Verbinderhöhe spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle.

Fasst man die vorliegenden Daten (Werkstoffeigenschaften, In-vitro-Studien und In-vivo-Studie) zusammen, so erscheint Zirkonoxidkeramik tatsächlich am vielversprechendsten für die Anwendung bei Bruxern, zumindest was die Herstellung von Einzelkronen angeht. Penibel ist in jedem Fall auf die Einhaltung der Mindestschichtstärken zu achten – bei Bruxern könnte es durchaus sinnvoll sein, über eine Erhöhung der Schichtstärken nachzudenken. Daten hierzu sind jedoch nicht verfügbar. Dennoch empfiehlt es sich, vor der Fertigung der Restauration sorgfältig den Substanzabtrag zu prüfen, was während der PC-gestützten Konstruktion problemlos möglich ist (Abb. 6). Zusätzlich sollten nachträgliche Manipulationen, insbesondere im Bereich der Verbinder bei Brücken, vermieden werden.

Im Zusammenhang mit der Verwendung monolithischer Zirkonoxidkeramikrestaurationen wurde in der Vergangenheit das antagonistische Abrasionsverhalten diskutiert. Sowohl In-vitro-Studien als auch klinische Daten belegen aber, dass bei gut polierten Zirkonoxidkeramikoberflächen im Vergleich zu herkömmlichen Verblendkeramiken kein erhöhter Verschleiß zu erwarten ist. Wird jedoch die Oberfläche unzureichend poliert, so steigt der antagonistische Verschleiß an. Ein weiterer Schwachpunkt monolithischer

Zirkonoxidkeramikrestaurationen war früher die unzureichende Ästhetik. Durch die Entwicklung neuer Zirkonoxidvarianten (zum Beispiel mit verbesserter Transparenz) sowie neuer Färbe- und Infiltrationstechniken konnten diese Limitationen aber weitestgehend eliminiert werden (Abb. 7). Ein letzter diskussionswürdiger Aspekt ist die Niedertemperatur-



Abb. 6: Kontrolle des Substanzabtrags: Die grünen Bereiche zeigen einen zu geringen Abtrag.

Abb. 7: Eingegliederte monolithische Molarenkronen (zahn- und implantatgetragen) aus Zirkonoxidkeramik bei einem Bruxer.

Degradation von Zirkonoxid. Hierzu sind jedoch lediglich In-vitro-Daten verfügbar, wohingegen klinische Ergebnisse noch nicht vorliegen.

Keramische Restaurationen auf Implantaten?

Da bei einigen Bruxern durchaus höhere intraorale Kräfte zu erwarten sind, muss die Anwendung von keramischen implantatgetragenen Versorgungsmöglichkeiten sicherlich kritisch diskutiert werden. Dass Bruxismus eine negative Auswirkung auf implantatgetragene Versorgungsmöglichkeiten und sogar die Implantate selbst haben kann, wird in einer aktuellen Übersichtsarbeit⁵ dargestellt: Sowohl die Implantatversagensrate als auch die technische Komplikationsrate der Restaurationen waren bei Bruxern signifikant erhöht. Andere Studien belegen, dass keramisch verblendete Restaurationen auf Implantaten (unabhängig von Bruxismus) generell deutlich häufiger von Chipping betroffen sind als zahngetragene Versorgungsmöglichkeiten (Abb. 8). In einer aktuellen Metaanalyse¹⁹ konnte überdies nachgewiesen werden, dass implantatgetragener Zahnersatz bei Bruxern generell häufiger versagt als bei Nicht-Bruxern. Dies zeigt eindrucksvoll, dass sich aufgrund der starren Verankerung der Implantate im Knochen die biomechanischen Eigenschaften des Implantat-Restauration-Komplexes deutlich von denen zahngetragener Restaurationen unterscheiden und Bruxismus demzufolge durchaus weitreichende negative Auswirkungen auf diese Art der Versorgungsmöglichkeit haben kann. Um solche Versagensfälle zu reduzieren, empfiehlt es sich, auch hier auf monolithische Versorgungsvarianten auszuweichen. Die Abbildungen 9a bis d zeigen einen Fall, bei dem die Rekonstruktion mittels vollanatomisch gefertigter Seitenzahnkronen aus Zirkonoxidkeramik erfolgte. Der Patient berichtete über nächtliches Zähnepressen. Die typische Oberflächenveränderung der Goldrestaurationen („Stippelung“), die durch Pressen erzeugt werden kann, ist an der Molarenkrone in Abbildung 9b gut zu erkennen.

Abb. 8: Multiple Versagensfälle bei implantatgetragenen Seitenzahnrestaurationen nach zwei Jahren Tragezeit. Es handelte sich um mit unverstärkter Glaskeramik (händisch) verblendete Kronen aus Zirkonoxidkeramik.



Abb. 9a: Ausgangssituation frontal. Man erkennt den Verschleiß der Zahnhartsubstanz.



Abb. 9b: Ausgangssituation im Unterkiefer. Der Verschleiß ist im Bereich der Prämolaren zu erkennen. Die Goldrestaurationen zeigen zum Teil die typischen Oberflächenveränderungen, die durch Pressen verursacht werden können. Der Patient wünschte eine Rekonstruktion mittels zahnfarbener Werkstoffe.

Abb. 9c: Eingesetzte monolithische Zirkonoxidkeramikrestaurationen im Molarenbereich – Situation direkt nach der Eingliederung. Die unteren Schneidezähne wurden mittels Komposit-schneidekantenaufbauten rekonstruiert.

Abb. 9d: Seitenansicht der Restauration nach drei Jahren Tragezeit. Bis zu diesem Zeitpunkt traten keine technischen Komplikationen auf.



Fazit

Grundsätzlich kann empfohlen werden, nach der Eingliederung von vollkeramischem Zahnersatz bei Bruxern eine Schiene einzusetzen, denn auf diese Weise lassen sich die keramischen Restaurationen insbesondere vor hohen exzentrischen Belastungen schützen. Außerdem sollten folgende Punkte beachtet werden:

- › Aus werkstoffkundlicher Sicht eignen sich monolithische Versorgungen am ehesten zum Einsatz bei Bruxern. Hier ist es ratsam, den Substanzabtrag etwas zu erhöhen, um die Keramik in einer ausreichenden Schichtstärke fertigen zu können (Mindestschichtstärke plus 30 Prozent). Tangentialpräparationen müssen dabei vermieden werden.
- › Lithiumdisilikatkeramik, zirkonoxidverstärkte Lithiumsilikatkeramik und Zirkonoxidkeramik erscheinen hier besonders geeignet. Klinische Daten zur Verwendung dieser Materialien bei Bruxern fehlen aber bisher.
- › Beim Einsatz monolithischer Zirkonoxidkeramiken muss auf die penible Politur der Restaurationsoberflächen geachtet werden, um einen übermäßigen antagonistischen Verschleiß zu verhindern.
- › Implantatgetragene, keramisch verblendete Versorgungen scheinen in besonderem Maße versagensanfällig zu sein.

Da klinische Langzeitergebnisse zum Thema „Zahnersatz bei Bruxern“ leider noch nicht in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen, sind diese Empfehlungen bis auf Weiteres sicherlich nur im unteren Drittel der Evidenzpyramide anzusiedeln.

Prof. Dr. Marc Schmitter

Mit freundlicher Nachdruckgenehmigung der Quintessenz Verlags-GmbH aus „Quintessenz 68 (2017), Nr. 1, Seite 23–33“

Abrechnung von Schienen außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung

Die vertragszahnärztliche Versorgung mit Aufbissbehelfen ist in den Behandlungsrichtlinien VI (Sonstige Behandlungsmaßnahmen) des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. Sie kann nur gemäß § 12 SGB V erbracht werden. Das bedeutet, sie muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Jegliche darüber hinausgehenden Versorgungen sind komplett privat zu vereinbaren, da hier keine Möglichkeit zur Mehrkostenvereinbarung besteht.

Zu „sonstige Schienen“, die nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören und folglich nicht über die BEMA-Nummern K1 bis K4 abrechenbar sind, zählen:

- › reine Schutzschienen (zum Beispiel zum Schutz vor Verblendungsfrakturen bei Neuversorgungen)
- › Medikamententräger-Schienen
- › Bleaching-Schienen
- › Sportschutz-Geräte
- › Schnarchtherapie-Geräte
- › konfektionierte Schienen
- › Röntgen- und Bohrschablonen (Implantologie)

Diese Schienen sind immer im Rahmen einer privaten Vereinbarung abzurechnen. Hier sind die Grundsätze der GOZ zu beachten. Für Bleaching-Schienen, Sportschutz- oder Schnarchtherapie-Geräte kommt eine Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 3 GOZ in Frage, soweit keine medizinische Indikation besteht.

Literaturverzeichnis

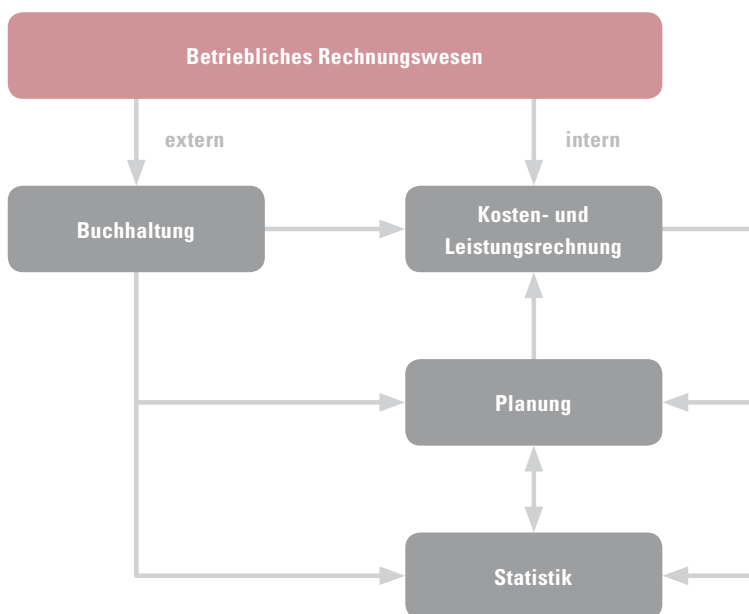
1. American Academy of Sleep Medicine (AASM). International classification of sleep disorders. 3. ed. Darien: AASM, 2014.
2. Baba K, Clark GT, Watanabe T, Ohyama T. Bruxism force detection by a piezoelectric film-based recording device in sleeping humans. *J Orofac Pain* 2003;17:58-64.
3. Castrolforio T, Bargellini A, Rossini G, Cugliari G, Deregibus A, Manfredini D. Agreement between clinical and portable EMG/ECG diagnosis of sleep bruxism. *J Oral Rehabil* 2015;42:759-764.
4. Castrolforio T, Deregibus A, Bargellini A, Debernardi C, Manfredini D. Detection of sleep bruxism: comparison between an electromyographic and electrocardiographic portable holster and polysomnography. *J Oral Rehabil* 2014;41:163-169.
5. Chrcanovic BR, Kisch J, Albrektsson T, Wennerberg A. Bruxism and dental implant treatment complications: a retrospective comparative study of 98 bruxer patients and a matched group. *Clin Oral Implants Res* 2016 Mar 23 [Epub ahead of print].
6. Kern M, Sasse M, Wolfart S. Ten-year outcome of three-unit fixed dental prostheses made from monolithic lithium disilicate ceramic. *J Am Dent Assoc* 2012; 143:234-240.
7. Lavigne GJ, Rompre PH, Montplaisir JY. Sleep bruxism: validity of clinical research diagnostic criteria in a controlled polysomnographic study. *J Dent Res* 1996;75: 546-552.
8. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. *J Oral Rehabil* 2013;40:2-4.
9. Makarouna M, Ullmann K, Lazarek K, Boening KW. Six-year clinical performance of lithium disilicate fixed partial dentures. *Int J Prosthodont* 2011;24:204-206.
10. Maluly M, Andersen ML, Dal-Fabbro C et al. Polysomnographic study of the prevalence of sleep bruxism in a population sample. *J Dent Res* 2013;92:97S-103S.
11. Meyer G, Ahsbahs S, Kern M. Vollkeramische Kronen und Brücken. S3-Leitlinie. AWMF-Registernummer: 083-012. Stand: 08/2014. Internet: www.dgzmk.de/uploads/tx_sdzgmkdocuments/083-012_S3_Vollkeram_K_und_B_2015-03-30.pdf. Abruf: 29.11.2016.
12. Nishigawa K, Bando E, Nakano M. Quantitative study of bite force during sleep associated bruxism. *J Oral Rehabil* 2001;28:485-491.
13. Pierce CJ, Gale EN. Methodological considerations concerning the use of Bruxcore Plates to evaluate nocturnal bruxism. *J Dent Res* 1989;68:1110-1114.
14. Quadri MF, Mahnashi A, Al Almutahhir A et al. Association of awake bruxism with khat, coffee, tobacco, and stress among Jazan university students. *Int J Dent* 2015;2015: 842096.
15. Regalo SC, Santos CM, Vitti M et al. Evaluation of molar and incisor bite force in indigenous compared with white population in Brazil. *Arch Oral Biol* 2008;53:282-286.
16. Rompre PH, Daigle-Landry D, Guitard F, Montplaisir JY, Lavigne GJ. Identification of a sleep bruxism subgroup with a higher risk of pain. *J Dent Res* 2007;86:837-842.
17. Schmitter M, Kares-Vrincianu A, Kares H, Bermejo J, Schindler H. Sleep-associated aspects of myofascial pain in the orofacial area among Temporomandibular Disorder patients and controls. *Sleep Med* 2015;16: 1056-1061.
18. Stober T, Bermejo JL, Schwindling FS, Schmitter M. Clinical assessment of enamel wear caused by monolithic zirconia crowns. *J Oral Rehabil* 2016;43:621-629.
19. Zhou Y, Gao J, Luo L, Wang Y. Does bruxism contribute to dental implant failure? A systematic review and meta-analysis. *Clin Implant Dent Relat Res* 2016;18:410-420.

Praxisführung wirtschaftlich betrachtet: Betriebliches Rechnungswesen

Essentiell notwendig, aber häufig wenig beliebt: Kein Unternehmen, keine Praxis kommt ohne ein betriebliches Rechnungswesen aus. Teil elf der Serie „Praxisführung wirtschaftlich betrachtet“ beleuchtet seine Aufgaben und Funktion.

Im betrieblichen Rechnungswesen unterscheidet man das interne vom externen Rechnungswesen. Während zum internen Rechnungswesen Kosten- und Leistungsrechnung, Planung und Statistik gehören, umfasst das externe Rechnungswesen lediglich die Buchhaltung. Alle Teile gemeinsam dokumentieren die Leistung des betrachteten Unternehmens. Die Auswertung von Daten aus allen vier Komponenten liefert wichtige Informationen – sowohl für die Praxisführung als auch für Außenstehende.

Das externe Rechnungswesen in Form der Buchhaltung erfüllt aufgrund der gesetzlichen Anforderungen die Dokumentationsaufgabe und liefert gemeinsam mit der Gewinn- und Verlustrechnung (beziehungsweise der Bilanz) die erforderlichen Informationen für Dritte wie Finanzbehörden, Kreditinstitute oder Geschäftspartner. Die drei Teile des internen Rechnungswesens sind jeweils eng mit der Buchhaltung verbunden und liefern sich gegenseitig untereinander benötigte Daten.



Buchhaltung

Aufgabe der Buchhaltung ist primär, die gesetzlichen Forderungen zu erfüllen. Darüber hinaus liefert sie durch exakte Aufzeichnung der Geschäftsvorfälle eine Übersicht über Vermögen und Schulden sowie über erzielte Gewinne und Verluste. Sie stellt damit nicht nur die Grundlage für die Ermittlung der abzuführenden Steuern dar, sondern gibt auch in Form der Betriebswirtschaftlichen Auswertung (BWA) wichtige Informationen über die aktuelle wirtschaftliche Situation einer Praxis.

Kosten- und Leistungsrechnung

Mit Hilfe der Kosten- und Leistungsrechnung werden nach bestimmten Methoden alle Kosten erfasst, die für ein bestimmtes Produkt oder eine Dienstleistung entstehen und dem durch sie erzielten Erfolg gegenübergestellt. Sie liefert wichtige Informationen zur Kostenermittlung und Kostenüberwachung und stellt eine Grundlage zur Preisermittlung für ein Produkt oder eine Dienstleistung dar.

Planung

Aufgabe der Planung ist es, durch die Auswertung von Istwerten Sollwerte für die zukünftige Praxisentwicklung zu gewinnen. Nach Ablauf der betreffenden zeitlichen Periode lässt sich dann rückblickend durch Vergleich der Istwerte mit den ursprünglich festgelegten Sollwerten feststellen, ob die geplanten Ziele erreicht werden konnten. Je nach Ergebnis ist es dann unter Umständen erforderlich, Änderungen in der Praxisstrategie vorzunehmen.

Statistik

Statistiken können beispielsweise erstellt werden für

- › das Personal (Bestand, Veränderungen, Krankenstand),
- › die Kostenentwicklung (Geräte, Material, Miete etc.) und/oder
- › die Ist- und Sollwerte.

Die so über einen längeren Betrachtungszeitraum erhaltenen Daten geben wertvolle Informationen zur Bewertung der Betriebsergebnisse.

Begriffe des Rechnungswesens

Vielleicht ist es Ihnen bei Gesprächen mit Ihren wirtschaftlichen Beratern schon einmal aufgefallen: Im Rechnungswesen, insbesondere in der Kosten- und Leistungsrechnung, werden viele Begriffe, die im allgemeinen Sprachgebrauch eher unscharf definiert sind, weitaus differenzierter verwendet. Ausdrücke wie beispielsweise Aufwand, Ausgaben oder Kosten bezeichnen sachlich verwandte, aber eben doch nicht identische Vorgänge. Nachfolgend werden die wichtigsten Begriffe kurz erklärt:

- › Einzahlungen und Auszahlungen,
- › Einnahmen und Ausgaben,
- › Aufwand und Ertrag sowie
- › Kosten und Leistungen.

Einzahlungen und Auszahlungen

Der gesamte Zahlungsverkehr Ihrer Praxis wird durch Ein- und Auszahlungen abgebildet. In der Finanzbuchhaltung werden diese akribisch erfasst und in der Finanz- und Investitionsrechnung weiter verwendet.

Aus finanzwirtschaftlicher Sicht hält ein Unternehmen **liquide Mittel** (= Zahlungsmittel). Dies sind Bargeld, jederzeit verfügbare Bankguthaben sowie Schecks. Durch eine **Einzahlung** erhöht sich der Bestand Ihrer liquiden Mittel.

Beispiele:

- › Ein Patient bezahlt seine Rechnung.
- › Sie verkaufen ein Auto oder Praxisgegenstände gegen bar.
- › Ein Praxispartner erbringt eine Privateinlage.
- › Ein Mitarbeiter zahlt einen Mitarbeiterkredit zurück.
- › Ein beantragtes Darlehen wird ausbezahlt. Die Überweisung auf Ihr Konto stellt eine Einzahlung dar.

Im Gegensatz dazu wird durch eine **Auszahlung** der Bestand an vorgenannten Zahlungsmitteln (= Liquidität) verringert. Auch hier wieder einige Beispiele:

- › Sie kaufen ein Auto und bezahlen bar.
- › Sie überweisen dem Dentaldepot oder dem Zahntechniker den Rechnungsbetrag für erhaltene Lieferungen/Leistungen.
- › Sie haben ein medizintechnisches Gerät erworben. Der Kaufpreis wird in drei Raten innerhalb der nächsten drei Jahre bezahlt. Sie tätigen also drei Auszahlungen in entsprechender Höhe in den nächsten drei Jahren.
- › Sie tätigen eine Barentnahme.
- › Sie bezahlen die Gehälter Ihrer Mitarbeiterinnen durch Überweisung.

Einzahlungen und Auszahlungen müssen zeitlich nicht abgegrenzt werden. Maßgeblich ist der Zeitpunkt, an dem die Ein- oder Auszahlung erfolgt ist.

Zum besseren Verständnis eine Übung. Die Auflösung gibt es in der nächsten Ausgabe von *KZV aktuell*. Bitte kreuzen Sie die entsprechende Spalte an:

Geschäftsvorfall	Ein-zahlung	Aus-zahlung
Sie verkaufen im Prophylaxeshop eine elektrische Zahnbürste gegen Bargeld.		
Ein Patient leistet eine Anzahlung auf die Laborkosten für eine größere prothetische Arbeit.		
Sie schließen mit Ihrem EDV-Systemhaus einen neuen Wartungsvertrag ab.		
Eine Leasingrate für ein medizintechnisches Gerät wird abgebucht.		
Sie bestellen Materialien im Wert von 1.500 EUR bei Ihrem Dentaldepot. Die Abbuchung erfolgt mit der nächsten Monatsrechnung.		
Sie tilgen einen Kredit durch Banküberweisung.		
Ihr Praxispartner entnimmt 15.000 EUR als ihm zustehenden Gewinn.		

Einnahmen und Ausgaben

Jetzt wird es etwas komplizierter. Neben den reinen Zahlungsvorgängen werden bei den Einnahmen und Ausgaben alle Kreditvorgänge mitgezählt. Dazu zählen alle Forderungen und Verbindlichkeiten. Unter rechtlichen Gesichtspunkten sind die Zahlungsmittel um Ansprüche gegenüber Dritten (= Forderungen) zu erhöhen und im Gegenzug um übernommene Zahlungsverpflichtungen (Verbindlichkeiten) zu reduzieren. Damit erhält man das **Geldvermögen**:

$$\begin{array}{r} \text{Zahlungsmittelbestand} \\ + \text{Forderungen} \\ - \text{Verbindlichkeiten} \\ \hline = \text{Geldvermögen} \end{array}$$

Unter einer **Einnahme** versteht man eine Erhöhung des Geldvermögens. Das Geldvermögen erhöht sich, wenn

- › sich der Zahlungsmittelbestand erhöht (Sie haben mehr Geld in der Kasse oder auf dem Konto),
- › Ihre Forderungen gegenüber Dritten steigen oder
- › die Verbindlichkeiten abnehmen.
- › Geht eine Einnahme mit einer gleichzeitigen Erhöhung der Zahlungsmittel einher, dann liegt zugleich eine Einzahlung vor.

Umgekehrt gilt:

Eine **Ausgabe** ist eine Verminderung des Zahlungsmittelbestands. Ausgaben entstehen durch

- › eine Senkung des Zahlungsmittelbestands,
- › eine Verminderung der Forderungen oder
- › eine Erhöhung der Verbindlichkeiten.

Ausgaben sind nur dann zugleich Auszahlungen, wenn sie auf einer Verminderung des Zahlungsmittelbestands beruhen.

Zur Verdeutlichung zwei Beispiele:

- 1) Ein Patient bezahlt Ihre Forderung durch Überweisung des Rechnungsbetrags in Höhe von 500 EUR:

$$\begin{array}{r} \text{Zahlungsmittel: } + 500 \text{ EUR} \\ + \text{Forderungen: } - 500 \text{ EUR} \\ - \text{Verbindlichkeiten: } -/- \\ \hline = \text{Geldvermögen: } +/- 0 \end{array}$$

Der Zahlungseingang kompensiert die ausstehende Forderung, daher handelt es sich hier zwar um eine Einzahlung, aber nicht um eine Einnahme.

2) Sie begleichen eine Schuld in Höhe von 650 EUR durch Barzahlung.

Zahlungsmittel: - 650 EUR
+ Forderungen: -/-
- Verbindlichkeiten: + 650 EUR
= Geldvermögen: +/- 0

Fazit: Die Zahlung war bereits als Verbindlichkeit gebucht. Es liegt eine Auszahlung, aber keine Ausgabe vor.

Zur Verdeutlichung auch hier zwei Übungsaufgaben (Auflösung folgt in der nächsten Ausgabe von *KZV aktuell*).

Handelt es sich um eine Einzahlung und/oder eine Einnahme? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Spalte an:

Geschäftsvorfall	Ein-zahlung	Ein-nahme
Sie versenden eine Rechnung für eine prothetische Versorgung über 5.000 EUR.		
Ein Patient kauft Gegenstände aus Ihrem Prophylaxeshop und zahlt bar.		
Eine Mitarbeiterin zahlt ein Mitarbeiterdarlehen zurück.		
Der Patient bezahlt seine Rechnung über die prothetische Versorgung durch Überweisung.		
Die Bank überweist Ihnen die beantragte Kreditsumme in Höhe von 10.000 EUR.		
Sie fordern Ihnen zustehende Fördermittel ein.		
Ihr Praxispartner erhöht seine Einlage.		
Eine Mitarbeiterin zahlt 45 EUR für Gegenstände aus dem Prophylaxeshop.		

Und gleich noch eine Übung zur Auszahlung:

Geschäftsvorfall	Aus-zahlung	Aus-gabe
Sie erhalten Materialien aus einer Bestellung bei Ihrem Depot und überweisen direkt den Rechnungsbetrag.		
Sie bezahlen bestehende Verbindlichkeiten über 2.000 EUR.		
Sie beziehen Waren von Ihrem Depot auf Ziel und bezahlen nach Erhalt der nächsten Monatsrechnung.		
Ein weiterer Lieferant stellt Ihnen eine Rechnung.		
Sie überweisen Ihrer Bank die fällige Kreditrate.		
Sie erlassen einem Patienten aus sozialen Gründen den fälligen Eigenanteil in Höhe von 30 EUR.		
Ihre Gemeinde fordert von Ihnen 1.600 EUR für Sondermüllentsorgung.		
Ihre Praxistelefonrechnung wird per Lastschriftinzug beglichen.		

Aufwand und Ertrag

Kommen wir nun noch zu zwei im betrieblichen Rechnungswesen wichtigen Begriffen: Aufwand und Ertrag. Dazu muss zunächst der Begriff des „Reinvermögens“ definiert werden: Rechnen wir zum Geldvermögen das Sachvermögen hinzu, dann ergibt sich daraus das Reinvermögen.

Man spricht von **Ertrag**, wenn ein Vorgang zu einer Erhöhung des Reinvermögens führt. Ein **Aufwand** liegt dagegen vor, wenn ein Vorgang zu einer Minderung des Reinvermögens führt. Kein Ertrag liegt vor, wenn beispielsweise Sachvermögen gegen Geldvermögen getauscht wird, was regelmäßig beim Wareneinkauf der Fall ist. Dagegen liegt ein Ertrag vor, wenn aus Dienstleistungen oder Verkäufen mehr Geldvermögen zufließt, als Sachvermögen abgeflossen ist. Durch die Gegenüberstellung von Ertrag und Aufwand erhält man den Unternehmenserfolg: **Ertrag minus Aufwand = Erfolg**.

So, genug für die diese Ausgabe. In der nächsten Folge von „Praxisführung wirtschaftlich betrachtet“ erfahren Sie, ob Sie die vorstehenden Aufgaben richtig gelöst haben. Außerdem werden wir uns mit den Begriffen „Kosten“ und „Leistungen“ befassen.

Dr. Günter Kau, M. Sc.

Terminhinweis: Existenzgründungsseminar „Perspektive Zahnarztpraxis“

Unter Mitwirkung der KZV Rheinland-Pfalz veranstaltet die LZK Rheinland-Pfalz das Existenzgründungsseminar „Perspektive Zahnarztpraxis – Beste Chancen und Risiken mit Nebenwirkungen?“ Angesprochen sind alle Zahnärzte, die den Weg in die Selbstständigkeit planen. Das Seminar behandelt alle relevanten Aspekte der Gründung einer Zahnarztpraxis – vom Berufsrecht über das Zivilrecht bis hin zur Finanzierung und Steuerberatung.

Das Seminar findet statt am
Samstag, den 09.12.2017, 10.00 – 17.00 Uhr,
Favorite Parkhotel, Karl-Weiser-Straße 1, 55131 Mainz

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die LZK Rheinland-Pfalz.

Präprothetische Chirurgie: Operationen richtig abrechnen

Nicht in jeden Kiefer lässt sich Zahnersatz ohne Vorbehandlung eingliedern. In Einzelfällen muss der Kiefer operativ verändert werden, damit eine Prothese „richtig“ sitzen kann. Wie präprothetisch-chirurgische Leistungen korrekt abgerechnet werden, lesen Sie hier.

BEMA-Nr. 57	Beseitigen störender Schleimhautbänder, Muskelansätze oder eines Schlotterkammes im Frontzahn- bereich oder in einer Kieferhälfte, je Sitzung	SMS	48 Punkte
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	------------------

Abrechnungsfähig für:

- › Beseitigen störender Schleimhautbänder
- › Beseitigen störender Muskelansätze
- › Beseitigen eines Schlotterkammes
- › Durchtrennen des Lippenbändchens (Frenektomie)
- › Operative Entfernung des Zungenbändchens

Nicht abrechnungsfähig:

- › neben BEMA-Nr. 59 (Mundboden- oder Vestibulumplastik an derselben Stelle und in derselben Sitzung
- › neben systematischer PAR-Behandlung, wenn nicht zusätzlich **ortsgetrennter** chirurgischer Eingriff
- › für die Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema
- › bei **mukogingival-chirurgischer Indikation**
Nach Abschnitt B V der Allgemeinen Behandlungsrichtlinien gehört die Behandlung von Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut im Rahmen der **Parodontalbehandlung** nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Diese Leistungen können daher nicht als BEMA-Nr. 59 abgerechnet werden.

Hinweise:

- › BEMA-Nr. 57 (Beseitigen störender Schleimhautbänder, Muskelansätze oder eines Schlotterkammes) ist als **präprothetisch-chirurgische** Maßnahme ansatzfähig.
- › BEMA-Nr. 61 ist bei einem echtem Diastema mediale (nur im Bereich von 11, 21) abzurechnen.
- › Voraussetzung der BEMA-Nr. 36 (Nbl 1) neben der BEMA-Nr. 57 ist die Stillung einer **übermäßigen** Blutung. (Zeitaufwand dokumentieren)
- › Voraussetzung der BEMA-Nr. 37 (Nbl 2) neben der BEMA-Nr. 57 ist die Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden, Umstechen oder Knochenbolzung (Maßnahme dokumentieren).
- › Zusätzlich zur BEMA-Nr. 57 können unter anderem folgende Leistungen anfallen:
GOÄ-Nr. 2700 Verband- oder Verschlussplatte
GOÄ-Nr. 2381 einfache Hautlappenplastik
- › Das Sitzungsdatum und die Zahnangabe sind bei der Abrechnung erforderlich.

BEMA-Nr. 58	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte als selbstständige Leistung, je Sitzung	KnR	48 Punkte
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	------------------

Abrechnungsfähig für:

- › Knochenresektion am Alveolarfortsatz
- › am ausgeheilten Kiefer
- › als selbstständige Leistung

Nicht abrechnungsfähig:

- › im zeitlichen Zusammenhang mit dem Entfernen von Zähnen
- › im zeitlichen Zusammenhang mit einer Osteotomie
- › neben chirurgischer Wundrevision (BEMA-Nr. 46)
- › für Knochenresektion am Alveolarfortsatz am nicht ausgeheilten Kiefer (BEMA-Nr. 62)
- › für das Beseitigen eines Schlotterkammes oder störender Muskelansätze (BEMA-Nr. 57)

Hinweise:

- › BEMA-Nr. 58 (Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers) stellt eine präprothetisch-chirurgische Maßnahme dar und dient der Verbesserung des Prothesenlagers. Dies ermöglicht die Eingliederung eines funktionell verbesserten Zahnersatzes.
- › Laut Bestimmungen zu BEMA-Nr. 58 kann die Knochenresektion nur abgerechnet werden, wenn sie nicht zeitgleich in derselben Sitzung und in derselben Kieferhälfte oder Frontzahnbereich mit dem Entfernen von Zähnen oder einer Osteotomie erbracht wurde.
- › Zusätzlich zur BEMA-Nr. 58 können unter anderem folgende Leistungen anfallen:
GOÄ-Nr. 2702 Umarbeiten der Prothese zur Verbandsplatte
GOÄ-Nr. 2700 Verbandsplatte
BEMA-Nr. 59 und 60 Sulkusplastiken
- › Das Sitzungsdatum und die Zahnangabe sind bei der Abrechnung erforderlich.



BEMA-Nr. 59	Mundboden oder Vestibulumplastik im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte	Pla2	120 Punkte
-------------	---------------------------------------------------------------------------------	------	------------

Abrechnungsfähig für:

- › Mundbodenplastik
- › Vestibulumplastik

Nicht abrechnungsfähig:

- › bei mukogingival-chirurgischer Indikation
- › Nach Abschnitt B V der Allgemeinen Behandlungsrichtlinien gehört die Behandlung von Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut im Rahmen der Parodontalbehandlung nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Diese Leistungen können daher nicht als BEMA-Nr. 59 abgerechnet werden.

Hinweise:

- › Die Mundboden- oder Vestibulumplastik stellt eine präprothetisch-chirurgische Maßnahme dar. Sie dient der Verbesserung des Prothesenlagers.
- › Zusätzliche ortsgetrennte chirurgische Eingriffe nach den BEMA-Nrn. 57 und 59, die nicht im Zusammenhang mit einer systematischen Parodontalbehandlung stehen, können neben Leistungen nach den BEMA-Nrn. P200 bis P203 abgerechnet werden.
- › Zusätzlich zur BEMA-Nr. 59 können unter anderem folgende Leistungen anfallen:
GOÄ-Nr. 2702 Umarbeiten der Prothese zur Verbandsplatte
GOÄ-Nr. 2700 Verbandsplatte
BEMA-Nr. 58 Knochenresektion
GOÄ-Nrn. 2380, 2382, 2386 Schleimhauttransplantate
- › Das Sitzungsdatum und die Zahnangabe sind bei der Abrechnung erforderlich. (Es wird nur ein Zahn angegeben.)

BEMA-Nr. 60	Tuberplastik, einseitig	Pla3	80 Punkte
-------------	-------------------------	------	-----------

Abrechnungsfähig:

- › je Tuberplastik

Nicht abrechnungsfähig:

- › für Mundboden- oder Vestibulumplastik (BEMA-Nr. 59)
- › für modellierende Knochenresektion am Tuber (BEMA-Nr. 58)
- › für Entfernung eines Schlotterkamms am Tuber (BEMA-Nr. 57)
- › für Entfernung von Prothesenreizfibrom am Tuber (BEMA-Nr. 50)

Hinweise:

- › Die Leistung nach BEMA-Nr. 60 stellt eine **präprothetische** Maßnahme dar und dient der Verbesserung des Prothesenlagers.
- › Zusätzlich zur BEMA-Nr. 60 können folgende Leistungen unter anderem anfallen:
GOÄ-Nr. 2702 Umarbeiten der Prothese zur Verbandsplatte
GOÄ-Nr. 2700 Verbandsplatte
GOÄ-Nrn. 2380, 2382, 2386 Schleimhauttransplantate
- › Das Sitzungsdatum und die Zahnangabe sind bei der Abrechnung erforderlich. (Es wird nur ein Zahn angegeben.)

Marita Gablonsky
Geschäftsbereichsleiterin Abrechnung
der KZV Rheinland-Pfalz

Ausgezeichnete Leistungen für Ihr Vermögen.

Unsere Vermögensverwaltung.

**NEU: ab
50.000 Euro*.**

Mehr unter [apobank.de/
vermoegen-smart](http://apobank.de/vermoegen-smart)

Weil uns mehr verbindet.

 deutsche apotheker-
und ärztebank



*Wir informieren Sie gern über dieses neue Produkt!