

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

OKTOBER

11

Wahlschlusstag

TERMIN MERKEN

Fokus

Ihre Stimme zählt: Wahl zur KZV-Vertreterversammlung

Praxis

Ab 1. Juli:
Behandlungen papierlos beantragen

Abrechnung

Die Unterkieferprotrusionsschiene neu im BEMA:
Fragen und Antworten

Fortbildung

Obstruktive Schlafapnoe:
Herausforderungen und Fallstricke der Schienentherapie

Position

- 3 Kurswechsel

Praxis

- 4 Ab 1. Juli: Behandlungen papierlos beantragen

Fortbildung

- 7 Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Einsteigerkurs „Zahnersatz/Festzuschüsse“

Fokus

- 8 Wahl zur Vertreterversammlung: Wählen Sie die Vertreter Ihrer Interessen!
- 9 Fahrplan zur neuen Vertreterversammlung
- 10 Sie haben die Wahl! Fragen und Antworten zur Wahl der Vertreterversammlung

KZV Rheinland-Pfalz

- 13 Konferenz der VV-Vorsitzenden: Erfahrungsaustausch der Selbstverwaltung

Aktuell

- 13 Freie Stelle zu besetzen? BFB startet Jobportal

Abrechnung

- 14 Die Unterkieferprotrusionsschiene neu im BEMA: Sie fragen, wir antworten

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Fortbildung

- 18 Obstruktive Schlafapnoe - Herausforderungen und Fallstricke der Schienentherapie
- 25 „KZV live“ am 12. Juli: Im Dialog mit dem Vorstand

KZV Rheinland-Pfalz

- 26 Reform des Notdienstes: Vertreterversammlung beschließt Notdienststornung

Aktuell

- 27 Corona-Bonus: Bis zu 4.500 Euro steuerfrei
- 28 Ein Jahr nach der Flut: „Die Hoffnung ist da, dass das Leben zurückkommt“
- 30 Zahnärzte besuchen den „Kleinen Horrorladen“

Fortbildung

- 30 Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Kommunikation und Körpersprache in der Zahnarztpraxis

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
Heike Imhof

Grafik und Produktion

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

Bildnachweis

Titelfoto: © fotogestoeber/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:
22.08.2022

Kurswechsel

Gut gedacht, schlecht gemacht. Das ist das ernüchternde und, ja, auch bittere Fazit nach rund vier Jahren Telematikinfrastruktur (TI): fehleranfällige, technisch nicht ausgereifte Anwendungen mit unrealistischen Einführungsfristen, Technikabstürze und -ausfälle, nicht verfügbare Softwareupdates und fehlende Erstattungspauschalen, Strafzahlungen, Nichterreichbarkeit des IT-Supports. Und als wäre dies nicht genug: Nun müssen die Konnektoren wegen auslaufender Sicherheitszertifikate ausgetauscht werden, weil die von der gematik versprochene TI 2.0 mit digitalen Lösungen noch längst nicht in Sicht ist. Anwendungen, die Zahnarztpraxen einen echten Mehrwert bringen, gibt es bisher ebenfalls nicht. Immerhin ein Lichtblick: Ab dem 1. Juli soll das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren starten. Testpraxen aus Rheinland-Pfalz berichten hierüber Positives: Der digitale Genehmigungsprozess spart Zeit und Papier.

Zu Recht sitzen Ärger und Frust bei Ihnen in den Zahnarztpraxen tief. Die TI verlangt uns allen viel ab. Sie kostet Zeit, Energie und Geld. Statt zu entlasten, belastet sie. Sie haben darauf vertraut, dass die Anbindung Ihrer Praxis an die TI die Gesundheitsversorgung verbessert. Doch dieses Vertrauen hat die TI erst einmal verspielt. Lassen Sie es mich ganz klar sagen: Wir alle in den Praxen haben es satt, dass wir die Probleme und Fehler einer völlig überhasteten (Zwangs-)Digitalisierungspolitik ausbaden müssen!

Fakt ist jedoch: Ein Zurück kann und wird es nicht geben. Die TI ist dafür schon zu weit vorangeschritten und zu eng mit den Praxisstrukturen verwoben. Daher braucht es Erste-Hilfe-Maßnahmen und grundsätzliche Kurskorrekturen, um

die TI gangbar zu machen. Das heißt: Kurzfristig muss der Konnektortausch für die Praxen ohne organisatorischen oder finanziellen Aufwand gewährleistet werden. Wir erwarten, dass die Krankenkassen die Kosten vollständig erstatten, ebenso wie wir fordern, dass Hard- und Softwarehersteller fristgerecht ihre Updates und Produkte installieren. Zudem bedarf es eines erreichbaren IT-Supports. Mozarts Kleine Nachtmusik in der Warteschleife löst keine TI-Probleme. Wenn der Konnektor streikt, brauchen wir qualifizierte Ad-hoc-Unterstützung.

Vor allem aber braucht es ein grundlegendes Umsteuern der Politik: Digitalisierung um der Digitalisierung willen ist zum Scheitern verurteilt. Stattdessen muss sich die Politik auf das Ziel der Digitalisierung konzentrieren: den Mehrwert für die Versorgung. Wir brauchen praktikable Anwendungen, von denen die Zahnarztpraxen und die Patienten profitieren, die von Bürokratie entlasten und zugleich Behandlungsabläufe optimieren. Diese Anwendungen müssen vorab ausführlich in und von den Praxen getestet werden – ohne starre Fristen und irrationale Sanktionen.

Wir wollen die Digitalisierung nicht aus unseren Praxen aussperren, denn wir sehen das Potenzial. Doch Digitalisierung ist kein Selbstläufer. Nur wenn die Technik durchdacht ist, wenn sie anwenderorientiert und versorgungszentriert ist, bringt sie den erhofften Fortschritt.

Ihr



Marcus Koller

Vorsitzender des Vorstandes



„Wir haben es satt, dass die Praxen die Probleme und Fehler ausbaden müssen!“

Ab 1. Juli: Behandlungen papierlos beantragen

Die „Zettelwirtschaft“ bei der Genehmigung von Behandlungsplänen soll der Vergangenheit angehören. Am 1. Juli 2022 startet das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren Zahnärzte (EBZ). Sukzessive werden die Zahnarztpraxen daran angebunden.

Text: KZBV, KZV Rheinland-Pfalz

Mit dem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für Behandlungen in den Leistungsbereichen Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen, Kieferorthopädie, Parodontalerkrankungen und Zahnersatz wird das herkömmliche Papierverfahren abgelöst. Künftig sind für diese Leistungsbereiche alle Anträge und offiziellen Mitteilungen der Praxen elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln. Die Kassen werden ihre Genehmigungen bzw. Ablehnungen der Behandlungspläne ebenfalls nur noch auf elektronischem Wege an die Praxen senden. Seit dem 1. Januar 2022 läuft die Pilotphase mit einzelnen Praxen. Sie testen das elektronische Verfahren ausgiebig mit echten Antragsfällen.

Wann startet das EBZ in den Echtbetrieb?

Als Termin für den Start des Echtbetriebs ist der 1. Juli 2022 vorgesehen. Zu diesem Zeitpunkt sollen alle Krankenkassen und alle Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) „EBZ-ready“ sein; für die Zahnarztpraxen müssen die EBZ-Module KG/KB, KFO und ZE bestell- und installierbar sein. Das elektronische Verfahren beginnt mit den Leistungsbereichen Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen, Kieferorthopädie und Zahnersatz. Die Umstellung im Bereich der Parodontalerkrankungen soll aufgrund der neuen PAR-Richtlinie später folgen; bis dahin kommt hier noch das alte Papierverfahren zur Anwendung. Vom 1. Juli bis zum 31. Dezember 2022 wird das EBZ in einem organisierten Ausrollverfahren sukzessive in den Zahnarztpraxen etabliert.

Was heißt organisiertes Ausrollverfahren?

Es ist vorgesehen, in monatlichen Stufen die Anzahl der ans EBZ anzubindenden Zahnarztpraxen bundesweit sukzessive zu erhöhen. Die PVS-Hersteller übernehmen die Organisation insoweit, als sie die Praxen, die EBZ-Module bei ihnen bestellen, nach und nach damit ausstatten werden. Das organisierte Ausrollverfahren soll dazu beitragen, dass PVS-Hersteller den Zahnarztpraxen nach Bestellung der notwendigen Module individuelle Betreuung- und Schulungsmöglichkeiten anbieten können. Jeder Praxis soll es ermöglicht werden, die neuen Module und Abläufe mit dem erforderlichen Support in die Praxisabläufe zu integrieren. Bis zum Jahresende kann jede Praxis dann im eigenen Tempo die Verfahrensweise ausprobieren. Ab dem 1. Januar 2023 sollen alle Zahnarztpraxen das EBZ in den Leistungsbereichen Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen, Kieferorthopädie und Zahnersatz verpflichtend anwenden, verbunden mit einer einjährigen Einführungsphase.

Was bedeutet Einführungsphase?

Besonders im ersten Jahr der Umstellung können technische Probleme (zum Beispiel lokale Probleme bei der KIM-Erstinstallation, verspätete Installation eines PVS-Updates) nicht völlig ausgeschlossen werden. Deshalb darf bei Störfällen in diesem Zeitraum auf das papiergebundene Verfahren (Versand des ausgedruckten elektronischen Antrags) zurückgegriffen werden. Die Anwendung des Papierverfahrens ist im Bemerkungsfeld des entsprechenden Vordrucks zu begründen.

Für wen ist die Teilnahme am EBZ Pflicht?

Die Teilnahme am EBZ ist für alle vertragszahnärztlichen Praxen verbindlich. Die Pflicht ergibt sich aus den Vorgaben des Gesetzgebers im Sozialgesetzbuch (§ 87 Abs. 1 Satz 8 SGB V) und aus den daraus resultierenden Anpassungen des Bundesmantelvertrages – Zahnärzte (BMV-Z) durch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und den GKV-Spitzenverband (Anlagen 15 und 15b BMV-Z).

Welche technische Ausstattung wird benötigt?

Ein Großteil der benötigten Ausstattung dürfte in den Praxen bereits durch den Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) vorhanden sein. Für die Teilnahme am EBZ ist zudem ein entsprechendes Update des Praxisverwaltungssystems erforderlich. Hier eine Übersicht der erforderlichen Ausstattung:

Technik	Anmerkung
KIM-Clientmodul/KIM-Adresse	<p>KIM ist ein sicherer und verschlüsselter E-Mail-ähnlicher Dienst, der nahezu unbemerkt im Hintergrund läuft. Über den Dienst erfolgen der Versand von Anträgen aus der Praxis zur Krankenkasse sowie der Rückversand der Genehmigung zur Praxis. Das KIM-Clientmodul sorgt dafür, dass Anträge direkt aus dem PVS versendet bzw. genehmigte Anträge wieder im PVS verarbeitet werden.</p> <p>Die KIM-Adresse gleicht einer E-Mail-Adresse und kann individuell (zum Beispiel praxisname@kim.telematik) festgelegt werden. Die Adresse ist beim gewählten KIM-Anbieter erhältlich. Die für das EBZ genutzte KIM-Adresse sollte für eine einfachere Verwendung mit der SMC-B-Karte verknüpft sein.</p> <p>Eine Übersicht der Anbieter findet sich unter https://fachportal.gematik.de/zulassungs-bestaetigungsuebersichten</p> <p>Sofern KIM noch nicht bestellt wurde, sollte dies schnellstmöglich nachgeholt werden. Wichtig: Es gibt Wartezeiten bis zur Auslieferung!</p>
EBZ-Module/Updates des PVS-Herstellers	Die PVS-Hersteller bieten für jeden Leistungsbereich ein Modul bzw. Update für das EBZ an. Die Module bzw. Updates werden nicht automatisch geliefert, sondern müssen bestellt werden.
eHealth-Konnektor (ab Konnektorversion PTV3 oder höher)	Ältere Konnektoren benötigen ein Update zur Unterstützung von KIM und anderer TI-Funktionen. Die Version PTV4 sollte inzwischen Standard in den Praxen sein. Auskunft hierzu erteilen die Konnektorlieferanten oder IT-Dienstleister.
Stationäres eHealth-Karten-terminal	Das Terminal ist bei allen Praxen, die an die TI angebunden sind, bereits vorhanden.
Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA)	Der eHBA wird für das Signieren elektronischer Anträge benötigt. Der Ausweis ist bei der Landes Zahnärztekammer bestellbar.
Elektronischer Praxisausweis (SMC-B)	Alle Praxen, die an die TI angebunden sind, haben bereits einen Ausweis. Mit ihm darf nur in Ausnahmefällen, wenn der eHBA nicht funktionieren sollte, signiert werden.

Wer bezahlt die technische Ausstattung?

Die Finanzierung der Erstausrüstungskosten, die mit der Anbindung der Praxis an die Telematikinfrastruktur entstehen, ist in den Anlagen 11 und 11a zum BMV-Z geregelt. Speziell für das EBZ entstehen Kosten durch die von den PVS-Herstellern bereitgestellten Module bzw. Updates. Die KZBV konnte sich mit dem GKV-Spitzenverband auf eine zeitlich begrenzte Kostenbeteiligung verständigen. Über die Details wird derzeit noch verhandelt.

Wie funktioniert das EBZ?

In der Anlage 15b BMV-Z werden die Anforderungen an das neue Verfahren beschrieben. Das betrifft sowohl das Standardverfahren bei der Antragstellung als auch Standardereignisse nach der Genehmigung. Die Anlage 15b und eine Broschüre mit den wesentlichen Aspekten sind abrufbar unter www.kzvrlp.de - Webcode 0431.

Was ist sonst noch wichtig?

Mit dem digitalen Heil- und Kostenplan (HKP) für prothetische Versorgung gehen geänderte Befund- und Therapiekürzel einher. Die Änderungen sind nicht kompliziert und betreffen abgesehen von „bw“, „pkw“ und „t2w“ vorrangig Suprakonstruktionen. Deren Kürzel sind jetzt strukturierter, aber die Praxen müssen sich umgewöhnen. Im Leistungsbereich Kieferorthopädie bringt das EBZ ebenfalls Neuerungen. Das bisherige Papierformular sieht viele Freitextfelder vor. An ihre Stelle treten im digitalen Antrag zunächst Felder mit hinterlegten Auswahllisten, zum Beispiel für Diagnose, Therapie und Geräte, aus denen das Zutreffende auszuwählen ist. Erst wenn das Gesuchte nicht in einer Auswahlliste zu finden ist, werden Angaben im Freitextfeld gemacht. Auf www.kzvrlp.de - Webcode 0431 sind die neuen HKP-Kürzel und KFO-Auswahllisten abrufbar.

Welche Informationen erhält der Patient künftig bei einer Zahnersatz-Versorgung?

Bei einer Versorgung mit Zahnersatz händigt der Zahnarzt dem Patienten in Zukunft nicht

mehr den herkömmlichen und für Laien komplexen Heil- und Kostenplan aus, sondern eine Patienteninformation mit allen für ihn relevanten Inhalten (Vordrucke 3c, 3d und 3e der Anlage 14a BMV-Z). Sie enthält auch 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.

Welche Vorteile bietet das EBZ?

Mit dem EBZ bringt die Telematikinfrastruktur einen ganz konkreten Nutzen für die Zahnarztpraxen. Durch die Digitalisierung des nicht mehr zeitgemäßen und ressourcenverbrauchenden Papierverfahrens wird der gesamte Beantragungsprozess vom Antrag über die Genehmigung bis zum Beginn der Behandlung erheblich beschleunigt. Die Erfahrungen aus der Pilotphase sind vielversprechend: Mit einem Mausklick wird eine Behandlungsplanung verschickt und, bei einem Standardantrag, umgehend von der Krankenkasse digital genehmigt. Das Verfahren ist so aufgesetzt, dass Zahnarztpraxen einen elektronischen Antragsdatensatz direkt und sicher über den KIM-Dienst an die Krankenkasse übermitteln. Diese spielt einen ebenfalls elektronischen Antwortdatensatz via KIM zurück an die Praxis. Das PVS verarbeitet die Daten automatisch und Änderungen werden direkt übernommen.

Warum sollte eine Praxis zeitnah auf das EBZ umstellen?

Die frühzeitige Teilnahme - noch bevor das EBZ ab dem 1. Januar 2023 bundesweit verpflichtend wird - bietet Praxen die Chance, sich in Ruhe mit dem neuen Verfahren zu beschäftigen, sich einzuarbeiten und die neuen HKP-Kürzel und KFO-Auswahllisten kennenzulernen. Es bietet sich an, mit einfachen Standardanträgen zu beginnen und kompliziertere Behandlungsanträge erst dann digital zu erstellen, wenn die zuständigen Personen in der Anwendung geübt sind. Übrigens: Jeder schon jetzt digital gestellte Antrag ist ein echter Fall aus der Praxis. Es ist kein zusätzlicher Papierantrag erforderlich. Ebenso

können Probleme und Fragen mit dem PVS-Hersteller in Ruhe geklärt werden. Nach Bestellung der EBZ-Module steht er mit unterstützenden Tutorials und Schulungsmaterial zur Seite und vereinbart mit der Praxis einen Termin zum Anschluss an das Verfahren. Zudem haben die Krankenkassen angekündigt, für Nachfragen Ansprechpartner zu benennen. ■

Checkliste: Nächste Schritte für die Praxis

- » Prüfung: Welche technischen Komponenten zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur fehlen noch?
- » Sofern nicht schon geschehen: Bestellung und Installation der TI-Komponenten wie KIM, KIM-Adresse etc.
- » Bestellung der benötigten Antragsmodule beim PVS-Hersteller
- » Anschluss ans EBZ nach Rücksprache mit dem PVS-Hersteller

Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Einsteigerkurs „Zahnersatz/Festzuschüsse“

Der zweiteilige Kurs richtet sich an Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Praxismitarbeitende, die mit den Zahnersatz-Positionen aus dem BEMA vertraut sind. Schritt für Schritt lernen Sie die Abrechnung der Festzuschüsse und erlangen Kenntnisse der Richtlinien.

Inhalte Kursteil 1

- » Befundbezogene Festzuschüsse
- » Leistungsanspruch und Festsetzung der Regelversorgung
- » Festzuschuss- und Zahnersatzrichtlinien
- » Befundklassen 1 bis 5
- » Abrechnung von Begleitleistungen
- » Fallbeispiele

Inhalte Kursteil 2

- » Befundbezogene Festzuschüsse
- » Leistungsanspruch und Festsetzung der Regelversorgung
- » Festzuschuss- und Zahnersatzrichtlinien
- » Befundklassen 6 bis 8 (Grundkenntnisse)
- » Fallbeispiele

Beide Kursteile bauen inhaltlich aufeinander auf und können nur zusammen gebucht werden.

Kursnummer: 1-2022

Referentinnen: Sabrina Gessner (ZFA) und Suzi Paula de Jesus Rodrigues (ZMF/ZMV), KZV Rheinland-Pfalz

Termine:

Kursteil 1: Mittwoch, 14.09.2022, 13:30-17:00 Uhr

Kursteil 2: Freitag, 16.09.2022, 13:30-17:00 Uhr

Ort: KZV Rheinland-Pfalz, Isaac-Fulda-Allee 2, 55124 Mainz

Zielgruppe: Zahnärztinnen/Zahnärzte und Praxispersonal

Fortbildungspunkte: 4 Punkte je Kursteil

Gebühr: 149 EUR pro Person für beide Kursteile (inkl. Imbiss und Seminarunterlagen)

Anmeldung: Die Anmeldung erfolgt über unser Fortbildungsportal unter www.kzvrplp.de - Webcode 0111. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Es können daher maximal zwei Personen je Praxis teilnehmen. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt.

Selbstorganisation Delegierte Sozialgesetzbuch
Vorstandswahl Satzung Ausschüsse
Mitbestimmung Verantwortung
Vertreterversammlung Ehrenamt Haushalt Demokratie
SELBSTVERWALTUNG
Freiberuflichkeit Parlament Mitgestaltung
Finanzen Berufsvertretung Kompetenz Engagement

Wahl zur Vertreterversammlung: Wählen Sie die Vertreter Ihrer Interessen!

Die aktuelle, inzwischen dritte Legislaturperiode der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz geht dieses Jahr zu Ende. In den nächsten Monaten sind die Zahnärztinnen und Zahnärzte im Land aufgerufen, eine neue Vertreterversammlung zu wählen. Was verbirgt sich hinter diesem Gremium?

Text: Katrin Becker

Die Vertreterversammlung ist das oberste Selbstverwaltungsorgan der KZV Rheinland-Pfalz. Sie ist das wichtigste Entscheidungsgremium der Vertragszahnärzteschaft im Land.

Der Name sagt es schon: Die Delegierten der Vertreterversammlung vertreten die rund 2.900 in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen Zahnärzte und Zahnärztinnen in Rheinland-Pfalz. Die Vertreterversammlung ist also deren Parlament. 40 Delegierte sind es insgesamt, die für die Dauer von sechs Kalenderjahren gewählt werden. Sie üben ihr Amt ehrenamtlich aus.

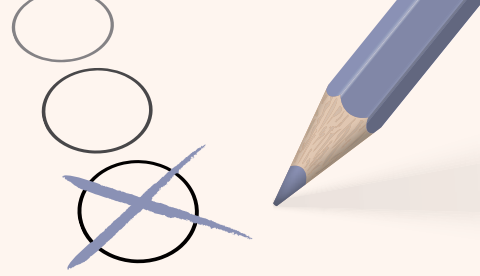
Die KZV Rheinland-Pfalz lebt von diesem ehrenamtlichen Engagement; es verleiht ihr eine besondere demokratische Legitimation. Entscheidungen werden nicht über die Köpfe der Mitglieder hinweg getroffen, sondern von und mit ihnen.

Die Vertreterversammlung bestimmt den Kurs der KZV Rheinland-Pfalz mit. Als Organ der

Selbstverwaltung kann sie die Rahmenbedingungen für die vertragszahnärztliche Berufsausübung mitgestalten. Dafür weist ihr das Sozialgesetzbuch V (SGB V) wichtige Aufgaben und Rechte zu. Alle Grundsatzentscheidungen der KZV Rheinland-Pfalz werden in der Vertreterversammlung diskutiert und getroffen. Die Delegierten fassen Beschlüsse zur Satzung und zur Geschäftsordnung. Sie wählen und kontrollieren den Vorstand der KZV Rheinland-Pfalz, beraten und begleiten ihn konstruktiv. Auch wählen sie Mitglieder wichtiger, in Teilen per Gesetz vorgegebener Ausschüsse. Sie verabschieden jährlich den Haushalt der KZV und legen die Verwaltungskostenbeiträge fest.

Die neu gewählten Delegierten kommen am 19. November 2022 zur konstituierenden Sitzung der Vertreterversammlung in Mainz zusammen. Die Amtsperiode der dann vierten Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz beginnt am 1. Januar 2023 und endet am 31. Dezember 2028. ■

Fahrplan zur neuen Vertreterversammlung



17. November 2021



Konstituierende Sitzung des Wahlausschusses

- » Wahl des Vorsitzenden und seines Stellvertreters
- » Aufstellung des Wahlkalenders

22. Juli 2022



Versand des ersten Wahlrundschiebens durch den Wahlausschuss

Bekanntgabe des Zeitplans zur Wahl der Vertreterversammlung und insbesondere zum Wahlschlusstag und zur Auslage des Wählerverzeichnisses

1. August 2022



Aufstellung der Liste der Wahlberechtigten („Wählerverzeichnis“)

2. bis 9. August 2022



Auslage des Wählerverzeichnisses in der KZV Rheinland-Pfalz

16. August 2022



Ablauf der Frist für Einsprüche und Anträge zur Berichtigung des Wählerverzeichnisses

24. August 2022



Schließung des Wählerverzeichnisses

**30. August bis
11. September 2022, 18:00 Uhr**



Abgabe der Wahlvorschläge; anschließend Prüfung und Entscheidung über die Zulassung der Wahlvorschläge durch den Wahlausschuss

27. September 2022



Versand der Wahlunterlagen an die Mitglieder der KZV Rheinland-Pfalz

**11. Oktober 2022, 18:00 Uhr,
KZV Rheinland-Pfalz**



Wahlschlusstag: Ablauf der Frist zur Einsendung der Stimmzettel

12. Oktober 2022



Auszählung der Stimmzettel und Feststellung des Wahlergebnisses durch den Wahlausschuss

13. Oktober 2022



Bekanntgabe des Wahlergebnisses

19. November 2022



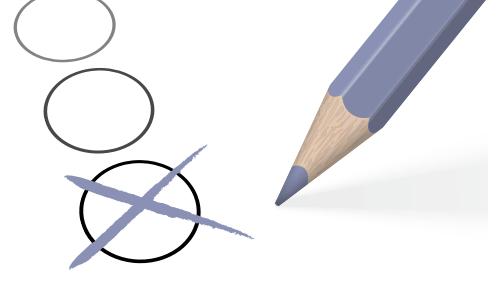
Konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung

Wahl des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz

1. Januar 2023



Beginn der neuen Legislaturperiode der KZV Rheinland-Pfalz



Sie haben die Wahl!

Fragen und Antworten zur Wahl der Vertreterversammlung

Wer darf bei der Wahl der Vertreterversammlung abstimmen? Wer wird gewählt? Und vor allem: Wie wird gewählt? Diese und viele weitere Fragen rund um die Wahl der Vertreterversammlung beantworten wir auf diesen Seiten.

Text: Katrin Becker

Warum ist es wichtig, dass Sie sich an der Wahl zur Vertreterversammlung beteiligen?

Mitmachen, mitgestalten und mitbestimmen – das alles heißt Selbstverwaltung. Bei der Wahl zur Vertreterversammlung haben Sie dazu die Chance. Sie wählen die Vertreter Ihrer Interessen und gestalten dadurch die Politik der KZV Rheinland-Pfalz für die kommenden sechs Jahre mit. Durch Ihr Kreuz entscheiden Sie mit über Dinge, die Ihren Praxisalltag betreffen.

Die Wahl zur Vertreterversammlung legt das Fundament für die Arbeit der KZV Rheinland-Pfalz. Sie steht für die Legitimation und Unterstützung, die die KZV Rheinland-Pfalz benötigt, um als Sachwalter Ihrer Interessen zu agieren – gegenüber den Krankenkassen, der Politik und der Öffentlichkeit. Setzen Sie Ihr Kreuz. Sie haben die Wahl!

Wer darf wählen?

Das regelt die Wahlordnung der KZV Rheinland-Pfalz. Wahlberechtigt sind alle Mitglieder der KZV Rheinland-Pfalz. Dazu zählen zugelassene und ermächtigte Vertragszahnärzte sowie bei

Vertragszahnärzten und in Medizinischen Versorgungszentren angestellte Zahnärzte, die mindestens zehn Wochenstunden tätig sind.

Vom 2. bis zum 9. August 2022 liegt in der

KZV Rheinland-Pfalz	
Isaac-Fulda-Allee 2, 55124 Mainz	
Montag bis Donnerstag	8:30-16.30 Uhr
Freitag	8:30-12.00 Uhr



Foto: KZV RLP

das Wählerverzeichnis zur Einsicht aus. Diese Liste enthält die Namen aller wahlberechtigten Zahnärzte. Bitte fragen Sie nach, wenn Sie unsicher sind, ob Sie wahlberechtigt sind, oder Ihren Namen nicht im Wählerverzeichnis finden.

Wie wählen Sie?

Die Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz wird unmittelbar und geheim per Briefwahl gewählt. Es ist eine Verhältniswahl mit Listen- und Einzelvorschlägen.

Gewählt wird in den Bezirken Koblenz-Trier, Pfalz und Rheinhessen. Das heißt, dass Zahnärzte aus der Region Koblenz-Trier nur Kandidaten aus ihrer Region wählen können. Pfälzer Zahnärzte legen sich ausschließlich auf Kollegen aus der Pfalz fest. Dasselbe gilt für Rheinhessen.

Fachgruppen (Zahnarzt, Kieferorthopäde, Oral- oder Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurg), Geschlecht oder Niederlassungsform (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Angestelltentätigkeit) spielen bei der Zusammensetzung der Vertreterversammlung und somit bei der Wahl keine Rolle.

Sie haben auf Ihrem Stimmzettel so viele Stimmen zur Verfügung, wie Vertreter in Ihrem Wahlbezirk zu wählen sind. Die Zahl der Vertreter richtet sich nach der Zahl der Mitglieder der KZV Rheinland-Pfalz im jeweiligen Wahlbezirk. Die Regionen werden demnach proportional in der Vertreterversammlung repräsentiert. Wie viele Delegierte die Wahlbezirke Koblenz-Trier, Pfalz und Rheinhessen jeweils stellen werden, steht Ende August fest. Dann wird das Wählerverzeichnis geschlossen.

Sie geben Ihre Stimme durch Ankreuzen der Bewerber ab. Sie können, müssen aber nicht alle Ihnen zur Verfügung stehenden Stimmen vergeben. Für die Stimmabgabe haben Sie verschiedene Möglichkeiten:

- » Sie vergeben alle Stimmen an verschiedene Bewerber in verschiedenen Wahlvorschlägen („Listen“). Damit geben Sie gezielt bestimmten Personen eine Stimme (panaschieren). Beachten Sie in diesem Zusammenhang, dass es in Ihrem Wahlbezirk gegebenenfalls auch nur eine Liste geben kann.
- » Wenn Sie nicht alle Stimmen einzeln vergeben möchten oder Stimmen übrig haben, dann können Sie zusätzlich einen Wahlvorschlag ankreuzen. Das hat zur Folge, dass den

Bewerbern auf dieser Liste in der Reihenfolge ihrer Benennung so lange eine Stimme zugerechnet wird, bis alle Ihre Stimmen vergeben sind.

- » Zudem ist es möglich, dass Sie nur einen Wahlvorschlag ankreuzen, ohne Stimmen an einzelne Bewerber zu vergeben. Dann werden all Ihre Stimmen auf die Bewerber dieses Wahlvorschlages in der Reihenfolge ihrer Benennung verteilt.

Ein fiktives Beispiel:

Wähler Dr. Max Mustermann kann bis zu acht Stimmen vergeben. Er kreuzt den Wahlvorschlag A an. Das heißt, alle sieben Bewerber auf dieser Liste erhalten seine Stimme. In der Liste B vergibt er eine Stimme an einen Bewerber. Dr. Max Mustermann hat demnach sein Stimmenkontingent von acht Stimmen vollständig genutzt.

Liste A	⊗	Liste B	○
⊗ Bewerber 1		○ Bewerber 1	
⊗ Bewerber 2		○ Bewerber 2	
⊗ Bewerber 3		⊗ Bewerber 3	
⊗ Bewerber 4		○ Bewerber 3	
⊗ Bewerber 5			
⊗ Bewerber 6			
⊗ Bewerber 7			

Wann wählen Sie?

Sie können vom 28. September bis zum 11. Oktober 2022, 18:00 Uhr für Ihre Kandidaten stimmen. Alle dazu nötigen Wahlunterlagen (Wahlbriefumschlag, Wahlumschlag, Stimmzettel und eidesstattliche Versicherung) bekommen Sie rechtzeitig mit der Post zugeschickt. Bitte beachten Sie, dass nur die Stimmen gezählt werden, die fristgerecht in der KZV Rheinland-Pfalz in Mainz eingegangen sind – auf dem Postweg oder durch persönliche Abgabe.

Wer darf gewählt werden?

Für ein Mandat in der Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz kann jedes Mitglied der KZV Rheinland-Pfalz kandidieren. Das sind alle zugelassenen und ermächtigten Zahnärzte sowie bei Vertragszahnärzten und in Medizinischen Versorgungszentren angestellte Zahnärzte, die mindestens zehn Wochenstunden tätig sind.

Wahl zur Vertreter- versammlung der KZV Rheinland-Pfalz



KZVRLP

Zuteilung nach dem
d'Hondt-
Verfahren

Verteilung der Sitze je Wahlbezirk erfolgt im Verhältnis zur Anzahl der Wahlberechtigten je Wahlbezirk

Wahlbezirk 1:
Koblenz-Trier

Wahlbezirk 2:
Rheinhessen

Wahlbezirk 3:
Pfalz

Ich möchte kandidieren oder möchte einen Bewerber für die Wahl vorschlagen. Wie gehe ich vor?

Bis spätestens zum 11. September 2022, 18:00 Uhr können Sie Ihre eigene Kandidatur oder andere Bewerber anmelden. Dazu müssen Sie bei der

Geschäftsstelle des Wahlausschusses
KZV Rheinland-Pfalz
Isaac-Fulda-Allee 2, 55124 Mainz

einen schriftlichen Wahlvorschlag einreichen. Bei jedem Wahlvorschlag sind Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Praxisanschrift und die Reihenfolge der Bewerber anzugeben.

Ihrem Wahlvorschlag muss eine unterschriebene Erklärung jedes Bewerbers beiliegen, dass er der Aufnahme in den Wahlvorschlag zustimmt.

Außerdem benötigen Sie Unterstützerstimmen. Ihr Wahlvorschlag muss von mindestens zehn anderen wahlberechtigten Mitgliedern Ihres Wahlbezirkes unterschrieben sein. Wichtig: Vorgeschlagene Bewerber können nicht gleichzeitig Unterstützer sein. Eine Unterstützung kann nur für einen Wahlvorschlag abgegeben werden.

Wann wird das Wahlergebnis veröffentlicht?

Die Stimmen zur Wahl der Vertreterversammlung werden am 12. Oktober 2022 im Hause der KZV Rheinland-Pfalz ausgezählt. Das Wahlergebnis wird am 13. Oktober 2022 per Wahlrundschriften bekannt gegeben. Zudem wird es im Mitgliederbereich der Internetseite der KZV Rheinland-Pfalz unter www.kzvrlp.de veröffentlicht.

Wo kann ich die Satzung samt Wahlordnung der KZV Rheinland-Pfalz einsehen?

Die Satzung und Wahlordnung, die Details zur Wahl der Vertreterversammlung festlegen, finden Sie im Mitgliederbereich der Internetseite der KZV Rheinland-Pfalz unter www.kzvrlp.de - Webcode 0014.



Wen können Sie bei Fragen zur Wahl ansprechen?

Bitte wenden Sie sich an die

Geschäftsstelle des Wahlausschusses
KZV Rheinland-Pfalz
Isaac-Fulda-Allee 2, 55124 Mainz

Lena Fleuchaus | Monika Kunz
Telefon: 06131/89 27 107 | Fax: 06131/89 27 29 107
E-Mail: Wahl2022@kzvrlp.de ■

Konferenz der VV-Vorsitzenden: Erfahrungsaustausch der Selbstverwaltung

Die Pandemie hatte sie mehrfach ausgebremst. Doch das moderate Infektionsgeschehen machte ein Treffen der Vorsitzenden der Vertreterversammlungen (VV) der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) nun wieder möglich. Ende April kamen sie in Dessau zusammen.

Text: Katrin Becker

Die Sitzung der VV-Vorsitzenden dient dem regelmäßigen Erfahrungs- und Meinungsaustausch über aktuelle Themen der zahnärztlichen Standespolitik sowie dem Erhalt und der Stärkung des Ehrenamtes in der Selbstverwaltung. Zudem soll sie den Teilnehmenden Impulse für die Arbeit in ihren Gremien geben.

Rege und konstruktiv diskutiert wurden beispielsweise der Stand der Vertragsverhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen, die Organisation der bevorstehenden KZV-Wahlen und der Zustrom von Finanzinvestoren in die zahnärztliche Versorgung. Die VV-Vorsitzenden widmeten sich zudem ausführlich der Telematikinfrastruktur (TI) und den Problemen, zu denen die neuen Anwendungen in vielen Praxen führen, sowie dem bevor-

stehenden Austausch der Konnektoren. Die VV-Vorsitzenden waren sich einig, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen wichtig sei, die Belange der zahnärztlichen Praxis beim Auf- und Ausbau der TI jedoch zu kurz kämen. Die Betroffenen müssten stärker beteiligt werden.

Für die KZV Rheinland-Pfalz nahm der Vorsitzende ihrer Vertreterversammlung, San.-Rat Prof. Dr. Günter Dhom, teil. Für ihn ist es unerlässlich, dass sich die ehrenamtlich tätigen VV-Vorsitzenden auf Bundesebene austauschen. „Wir diskutieren und finden gemeinsame Linien und einheitliche Positionen, die uns im Diskurs mit den Aufsichtsbehörden stärken.“ Seit geraumer Zeit beobachtet er, dass die Länderministerien den Zahnärztinnen und Zahnärzten gegenüber nicht nur immer restriktiver werden, sondern in ihren Entscheidungen bundesweit einheitlich agieren. „Der regelmäßige Austausch ermöglicht es uns, für die Zahnärzteschaft ein Gegengewicht zu schaffen“, so Dhom. ■

Freie Stelle zu besetzen? BFB startet Jobportal

Der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) hat ein Jobportal eingerichtet. Es richtet sich vor allem an Geflüchtete aus der Ukraine, soll aber mittelfristig offen für alle Jobsuchenden in Deutschland sein.

Text: Katrin Becker

Ziel des BFB ist es, den Ukrainerinnen und Ukrainern den Berufseinstieg in Deutschland zu erleichtern und dem Fachkräftemangel in den freien Berufen, darunter die Heilberufe, entgegenzuwirken. Das Portal richtet sich sowohl an Berufsanfänger, die einen Praktikums- oder Ausbildungsplatz suchen, als auch an Berufserfahrene.

Unter www.freieberufe-jobportal.de können Zahnärztinnen und Zahnärzte Stellenanzeigen kostenfrei veröffentlichen. Nach Angaben des BFB werden alle Angebote vor ihrer Veröffentlichung geprüft, sodass keine unerwünschten Angebote

auf der Plattform veröffentlicht werden. Praxisinhaberinnen und -inhaber, die eine Anzeige schalten möchten, füllen eine Eingabemaske aus und teilen dort Details zu dem Stellenangebot und zu Einstellungskriterien mit. Zudem können sie Angaben zur Praxis machen und optional weitere Informationen in einem Freitextfeld mitteilen. Alle Angaben bis auf das Freitextfeld werden automatisch ins Englische und Ukrainische übersetzt. ■

BFB-Jobportal

Die Online-Jobbörse ist zu erreichen unter www.freieberufe-jobportal.de oder über nebenstehenden QR-Code



Die Unterkieferprotrusionsschiene neu im BEMA: Sie fragen, wir antworten

Seit dem 1. Januar 2022 ist die Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS) eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Vertragszahnärzte können sie nach ärztlicher Indikationsstellung und Überweisung herstellen und anpassen. Was gilt für die Abrechnung?

Text: Albert Strasburger und Michaela Meißner, KZV Rheinland-Pfalz

Fragen	Antworten
Sind die Kosten für konfektionierte Protrusionselemente berechenbar?	Ja, siehe § 2 Nr. 4 Satz 7 der einleitenden Bestimmungen zum BEL II: Protrusionssystem-Sets und Konfektionsfertigteile wie Protrusionselemente sind abrechenbar.
Sind Materialkosten für die individuelle Herstellung eines Befestigungselementes für ein Protrusionselement oder für die individuelle Herstellung eines Elements zur Begrenzung der Mundöffnung abrechenbar?	Nein, siehe § 2 Nr. 4 Satz 7 der einleitenden Bestimmungen zum BEL II: Hiernach sind nur konfektionierte Fertigteile und Sonderkunststoffe abrechenbar.
Können Materialkosten für das Individualisieren eines konfektionierten Löffels abgerechnet werden?	Ja, die Materialkosten für das Individualisieren eines konfektionierten Löffels können abgerechnet werden.
Ist L-Nr. 501 O BEL II auch bei gefrästen Basen abrechenbar?	Ja, da keine Einschränkungen hinsichtlich der Herstellungsart im BEL II vorhanden sind.
Wie können gescannte Modelle oder gefräste Schienen abgerechnet werden?	Das Scannen oder die CAM-Herstellung von Modellen können nicht nach L-Nr. 001 5 BEL II abgerechnet werden, da die Erläuterungen zum Leistungsinhalt auch das Material bestimmen: Hartgips oder Superhartgips. Hingegen werden für die Herstellung der Basen einer UKPS keine materialtechnischen Einschränkungen im BEL II benannt. Insofern die Basen nach einem Scan hergestellt werden, können diese nach L-Nr. 501 O BEL II abgerechnet werden.
Müssen die L-Nrn. 510 O und 511 O BEL II immer zusammen berechnet werden oder ist eine Berechnung auch einzeln möglich?	Bei der Neuanfertigung einer UKPS müssen die Leistungen nach L-Nrn. 510 O und 511 O BEL II aus Plausibilitätsgründen zusammen abgerechnet werden. Bei Wiederherstellungen erfolgt die Abrechnung entsprechend der jeweiligen Wiederherstellungsmaßnahme.
Sind die L-Nrn. 808 5 und 851 3 BEL II an derselben Stelle der UKPS abrechenbar?	Die Erläuterung zur Abrechnung der L-Nr. 851 3 BEL II bestimmt, dass diese Leistung nur berechnet werden kann, wenn an derselben Stelle keine andere Leistung erbracht wird. Sofern eine Teilunterfütterung nach L-Nr. 808 5 BEL II an anderer Stelle notwendig ist, ist diese zusätzlich abrechenbar.
Ist eine vollständige Unterfütterung bei einer UKPS abrechenbar?	Nein, eine vollständige Unterfütterung wurde aus fachlichen Gründen ausgeschlossen. Lediglich Teilunterfütterungen sind im direkten/indirekten Verfahren abrechenbar.
Wie werden die verbrauchten Materialien abgerechnet?	Materialien, die im KBR-Bereich keiner Mat-KAT zugehörig sind, müssen unter der Nummer 5999 mit genauer Bezeichnung abgerechnet werden. Für Abform- und Registriermaterial sind keine Pauschalen, sondern die tatsächlich entstandenen Kosten abrechenbar.

Fragen	Antworten
Ist für die Basis der Schiene nur Kunststoff zulässig oder können beispielsweise Metallverstärkungen oder -bügel zusätzlich berechnet werden?	Nein, für die UKPS sind in der vertragszahnärztlichen Versorgung Kunststoffbasen vorgesehen. Bei der Anfertigung in anderer Form handelt es sich nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung; die UKPS muss dann insgesamt auf der Grundlage einer Vereinbarung von Privatleistungen erbracht werden.
Welche Leistung kann für das Verarbeiten bei einer medizinischen Indikationsstellung von Sonderkunststoff abgerechnet werden?	Da nur zahntechnische Leistungen, die im neuen Teil 5 des BEL II verzeichnet oder gesondert gekennzeichnet sind, abgerechnet werden dürfen und keine BEL II-Nr. für das Verarbeiten von Sonderkunststoff bei „UKPS“ aufgenommen wurde, sind nach § 2 Nr. 4 Satz 7 der einleitenden Bestimmungen des BEL II nur Materialkosten abrechenbar.
Können thermoplastische, konfektionierte UKPS als Kassenleistung abgerechnet werden?	Nein, im Hinblick auf die Richtlinien und die Leistungsbeschreibungen können thermoplastische, konfektionierte UKPS nicht im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung abgerechnet werden.
Können in eine UKPS Zähne eingearbeitet werden?	Nein, zahnlose Kieferabschnitte werden zwar konstruktiv in der Regel einbezogen, die Verwendung von Konfektionszähnen ist jedoch unwirtschaftlich und nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.
Wann ist Leistung Nr. 851 4 BEL II abrechenbar?	Das Einarbeiten von Halte- und Stützelementen nach L-Nr. 851 4 BEL II ist nur im Rahmen einer Wiederherstellung einer UKPS in Verbindung mit der Grundeinheit nach L-Nr. 850 0 BEL II abrechenbar.
Kann auch bei der UKPS eine Bissnahme mit Bisswall und Bissplatte abgerechnet werden?	Da nur zahntechnische Leistungen, die im neuen Teil 5 des BEL II verzeichnet oder gesondert gekennzeichnet sind, abgerechnet werden dürfen und keine BEL II-Nr. für Bissnahme mit Bisswall und Bissplatte bei „UKPS“ aufgenommen wurde, sind diese nicht abrechenbar.
Können bei der UKPS BEB-Leistungen anfallen?	Nein, für die UKPS sind derzeit keine Mehrkosten- oder Zuzahlungsverfahren vereinbart. Daher müssen abweichende Ausführungen insgesamt als Privatleistung vereinbart werden.
Wie können die Wiederbefestigung von Protrusions- bzw. Befestigungselementen oder Elementen zur Mundöffnungsbegrenzung abgerechnet werden?	Für die Wiederbefestigung von Protrusions- bzw. Befestigungselementen existieren im Gegensatz zur Herstellung dieser Elemente keine eindeutigen Leistungsbeschreibungen im BEL II. Derzeit wird empfohlen, die Wiederbefestigung mit der L-Nr. 851 4 in Verbindung mit L-Nr. 850 0 BEL II abzurechnen.
Kann eine UKPS auch über herausnehmbaren Zahnersatz angefertigt werden?	Soweit der herausnehmbare Zahnersatz über eine ausreichende Retention verfügt, ist dies möglich.
Welche der Leistungen nach BEMA-Nrn. UP6 a-e sind miteinander kombinierbar und in einer Sitzung zusammen abrechenbar?	Für eine Wiederherstellung der Funktion einer UKPS bei einem einzeitigen Vorgehen kann nur eine der BEMA-Nrn. UP6 a, UP6 b und UP6 c abgerechnet werden. Die BEMA-Nrn. UP6 d und UP6 e sind mit der BEMA-Nr. UP6 a - soweit keine Abformung notwendig ist - oder mit den BEMA-Nrn. UP6 b oder UP6 c kombinierbar.
Bei welchen Wiederherstellungsmaßnahmen kann Doublieren abgerechnet werden?	Das Doublieren von Modellen kann bei einer Neuanfertigung und im Wiederherstellungsfall beispielsweise bei der Erneuerung einer oder beider Basen abgerechnet werden.
Aus welchem Material können vestibuläre Protrusionsgleitflächen bestehen?	Vestibuläre Protrusionsgleitflächen werden aus Kunststoff hergestellt.
Wie häufig ist L-Nr. 851 3 BEL II abrechenbar?	Die L-Nr. 851 3 BEL II kann pro zusammenhängendem Gebiet einmal abgerechnet werden.
Sind die BEMA-Nrn. UP5 a-c nur direkt am Patienten durchführbar?	Die Leistungen nach BEMA-Nrn. UP5 a und b sind nur direkt am Patienten durchführbar. Die BEMA-Nr. UP5 c kann auch in Verbindung mit zahntechnischen Leistungen abgerechnet werden. Im Labor sind die Leistungen nach Nrn. 851 3 in Verbindung mit L-Nr. 850 0 BEL II oder die Leistung nach L-Nr. 502 0 BEL II abrechenbar.

Fragen	Antworten
Sind die BEMA-Nrn. UP6 und UP5 kombinierbar?	Die Leistungen nach BEMA-Nrn. UP5 a-c sind mit Leistungen nach den BEMA-Nrn. UP6 a-e kombinierbar, insoweit die zahnärztliche Leistung einen anderen Sachverhalt betrifft als die zahntechnische Wiederherstellung. Die Wiedereingliederung einer wiederhergestellten UKPS inklusive dabei notwendiger Anpassungen ist mit den BEMA-Nrn. UP6 a-e abgegolten und nicht gesondert nach BEMA-Nr. UP5 a abrechenbar.
Wie erfolgt die Abrechnung bei unvollendeter Behandlung?	Es werden alle vollständig erbrachten BEMA-Leistungen sowie die bis zu diesem Zeitpunkt angefallenen Material- und Laborkosten abgerechnet. Teilleistungen sind für die BEMA-Nr. UP3 nicht vorgesehen. Die BEMA-Nr. UP3 ist somit nicht abrechenbar, wenn die UKPS nicht eingegliedert wurde.
Gibt es bei der UKPS eine Gewährleistung?	Nein, bei der UKPS gibt es bislang kein „Mängelverfahren“. Gegebenenfalls folgt eine diesbezügliche bundesmantelvertragliche Vereinbarung.
Die UKPS kann laut Beschluss nur auf Veranlassung durch einen Vertragsarzt erfolgen. Heißt „Veranlassung“ in diesem Fall „Überweisung“?	Die „Veranlassung“ ist als „zeitlich ungebundene Überweisung zur Mitbehandlung“ zu verstehen. Der Vertragszahnarzt führt im Rahmen seiner fachlichen Verantwortung die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durch. Die Veranlassung muss schriftlich erfolgen und ist nicht formgebunden. Eine Empfehlung ist nicht ausreichend.
Kann die BEMA-Nr. 2 im Rahmen der Versorgung mit einer UKPS abgerechnet werden?	Nein, die BEMA-Nr. 2 kann im Rahmen einer Versorgung mit einer UKPS nicht abgerechnet werden, da die Unterkieferprotrusionsschiene nicht genehmigungspflichtig ist.
Welche Bissgabeln sind abrechenbar?	Es sind nur Kosten für Einmalbissgabeln unter der Mat.-Kat. 5999 abrechenbar.
In welchen Fällen kann L-Nr. 020 5 BEL II (Vorbereiten Bissgabel) abgerechnet werden?	Die Leistungsnummer kann abgerechnet werden, wenn im Eigen- oder Fremdlabor weitere Registrierhilfen (beispielsweise „Bisswall“) der Bissgabel zur Protrusionsbestimmung hinzugefügt werden.
Kann das Bissregistriermaterial, das im direkten Verfahren auf die Bissgabel aufgetragen wird, abgerechnet werden?	Ja, das Material ist unter der Kategorienummer 5999 abrechenbar.
Sind lediglich vestibuläre Protrusionsgleitflächen mit L-Nr. 502-0 BEL II abrechenbar?	Ja, laut Erläuterung zur Leistung handelt es sich um das Einarbeiten zweier vestibulärer Protrusionsgleitflächen im Seitenzahngebiet mit parallelen Gleitflächen im Ober- und Unterkiefer. Für das Einarbeiten horizontaler Protrusionsgleitflächen ist die Leistung nicht abrechenbar.
Ist für die UKPS ein Behandlungsplan zu erstellen?	Nein, ein Behandlungsplan muss nicht erstellt werden.
Welche zahntechnischen Voraussetzungen muss die UKPS als GKV-Leistung erfüllen?	Es muss sich um eine zweiteilige, bimaxillär verankerte Unterkieferprotrusionsschiene mit individuell reproduzierbarer Adjustierung sowie der Möglichkeit einer individuellen Nachjustierung mindestens in Millimeterschritten sowie der Einstellung des Protrusionsgrades ausgehend von regelhaft mindestens 50 Prozent der maximal möglichen aktiven Unterkieferprotrusion handeln.
Welche Voraussetzungen für die Anfertigung und Abrechnung einer UKPS müssen vorhanden sein?	Damit der Vertragszahnarzt eine UKPS eingliedern und abrechnen kann, bedarf es einer schriftlichen Veranlassung durch einen Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“/Polysomnographie oder einer entsprechenden fachlichen Befähigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen. Die Veranlassung kann erfolgen, nachdem anhand der Stufendiagnostik eine behandlungsbedürftige obstruktive Schlafapnoe festgestellt wurde und ein Ausschluss einer erfolgreichen Durchführbarkeit mit der Überdrucktherapie vorliegt. Die Prüfung der Zulässigkeit der ärztlichen Veranlassung beschränkt sich auf eine cursorische Prüfung der gegebenenfalls auf dem Stempel/Briefkopf angegebenen Qualifikationen des Vertragsarztes, im Zweifelsfall kann eine Rücksprache mit der ärztlichen Praxis erfolgen.

Fragen	Antworten
Wann kann ein „Befestigungselement Mundöffnungsbegrenzung UKPS“ (520 0 BEL II) abgerechnet werden?	Das ist nur bei Schienen, bei denen nicht schon durch das Schienensystem (zum Beispiel TAP oder Flossenschiene) eine Mundöffnungsbegrenzung vorgegeben ist, möglich.
Wie häufig kann L-Nr. 510 0 BEL II (Befestigungselement Protrusionselement UKPS) und L-Nr. 511 0 BEL II (Montage Protrusionselement) abgerechnet werden?	<p>Die Anzahl der L-Nr. 510 0 BEL II (Befestigungselement Protrusionselement UKPS) und L-Nr. 511 0 BEL II (Montage Protrusionselement) richtet sich nach dem Schientyp und kann in folgenden Kombinationen erfolgen:</p> <p>TAP-System: 1 x L-Nr. 510 0 BEL II (Befestigungselement Protrusionselement UKPS) 1 x L-Nr. 511 0 BEL II (Montage Protrusionselement) oder 2 x L-Nr. 510 0 BEL II (Befestigungselement Protrusionselement UKPS) 1 x L-Nr. 511 0 BEL II (Montage Protrusionselement)</p> <p>Flossensystem: 2 x L-Nr. 510 0 BEL II (Befestigungselement Protrusionselement UKPS) 2 x L-Nr. 511 0 BEL II (Montage Protrusionselement)</p> <p>IST-System (Silensor): 4 x L-Nr. 510 0 BEL II (Befestigungselement Protrusionselement UKPS) 2 x L-Nr. 511 0 BEL II (Montage Protrusionselement)</p>
Muss immer die L-Nr. 020 5 BEL II (Vorbereiten Bissgabel) zur Festlegung der Protrusion abgerechnet werden?	Nein, nur wenn diese zahntechnische Leistung zur Erbringung der Leistung nach BEMA-Nr. UP2 erforderlich ist. Die zahntechnische Vorbereitung der Bissgabel nach L-Nr. 020 5 BEL II wird in der überwiegenden Zahl der UKPS-Fälle erforderlich sein. Eine obligatorische Verknüpfung dieser L-Nr. mit der BEMA-Nr. UP2 existiert jedoch nicht.
Wie werden Kontrollen oder Wiederherstellungsmaßnahmen an einer UKPS abgerechnet, die vor dem 01.01.2022 hergestellt wurde?	Sie werden grundsätzlich nach der Vereinbarung privatärztlicher Leistungen nach Maßgabe der GOZ abgerechnet.
Welche Einschränkungen sind in der Kombination der Abrechenbarkeit der L-Nrn. 850 0 (Grundeinheit), 851 4 (Einarbeiten Halte- und Stützvorrichtung) und 851 2 BEL II (Bruch) zu beachten?	Nach § 1 Abs. 2 der einleitenden Bestimmungen des BEL II gilt: „Die zahntechnischen Einzelleistungen der einzelnen Gruppen des BEL II sind miteinander kompatibel und nach tatsächlich erbrachter Menge abrechnungsfähig, soweit nicht in den Erläuterungen zu den Leistungspositionen etwas Anderes geregelt ist. Bei der Herstellung und Instandsetzung/Erweiterung von Unterkieferprotrusionsschienen sind nur die mit UKPS gekennzeichneten Leistungen abrechenbar.“ Daher können die hinterfragten Leistungen je nach tatsächlicher Wiederherstellungsmaßnahme abgerechnet werden. Weitere Einschränkungen wurden nicht vereinbart.
Ist der Vertragszahnarzt verpflichtet zu überprüfen, ob der veranlassende Vertragsarzt die laut Richtlinie vorgegebene Qualifikation besitzt, um eine UKPS zu veranlassen?	Die Prüfung der Zulässigkeit der ärztlichen Veranlassung beschränkt sich auf eine einfache logische Prüfung der auf dem Stempel/Briefkopf angegebenen Qualifikationen des Vertragsarztes. Im Zweifelsfall sollte eine Rücksprache mit der ärztlichen Praxis erfolgen.
Können die Leistungen nach BEMA-Nrn. UP4, UP5 und UP6 in derselben Sitzung neben BEMA-Nr. UP3 abgerechnet werden?	Nein, laut Leistungsbeschreibung handelt es sich um Leistungen, die der Eingliederung der UKPS (BEMA-Nr. UP3) nachgelagert sind.
Muss von sonstigen Kostenträgern eine Genehmigung vorliegen?	Von sonstigen Kostenträgern muss keine Genehmigung vorliegen. Ausnahme: Bundeswehr. Von dieser bedarf es einer Genehmigung.

Obstruktive Schlafapnoe – Herausforderungen und Fallstricke der Schienentherapie

Mit der Aufnahme der Unterkieferprotrusionsschiene (UPS) in den gesetzlichen Leistungskatalog sind die Vertragszahnärzte in die Versorgung der obstruktiven Schlafapnoe (OSA) eingebunden. Dieser Beitrag skizziert die Diagnostik und Therapie einer OSA und rückt die leitliniengerechte Schienentherapie als Alternative zum Positivdrucktherapieverfahren in den Vordergrund.

Text: Dr. Lorena Kielmann, Dr. Hannah Finke und Prof. Dr. Bernd Koos, Universitätsklinikum Tübingen

Die obstruktive Schlafapnoe ist die häufigste schlafbezogene Atmungsstörung und zeichnet sich durch Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen und unerholsamen Schlaf aus⁴⁵. Patienten beschreiben im gleichen Zuge oft das akustische Phänomen des „Schnarchens“, welches das eigentliche Ausmaß der Erkrankung nur unzureichend beschreibt und nicht als Indikator für den Schweregrad betrachtet werden darf. Hauptsächlich ist die OSA auf den repetitiven Kollaps der oberen Atemwege – mit gehäuften Apnoen/Hypopnoen und zyklischem Absinken der Sauerstoffsättigung im arteriellen Blut²⁴ – zurückzuführen. Die OSA als Krankheit und damit ihre kardiovaskulären Langzeitfolgen²⁷ sollten immer von dem Phänomen „Schnarchen“ durch fachärztliche schlafmedizinische Expertise abgegrenzt werden. Bei beiden Diagnosen kann die Zahnmedizin mittels Unterkieferprotrusionsschiene die schlafmedizinischen Therapieoptionen leitliniengerecht erweitern.

Definitionen

Die Schlafmedizin unterteilt die schlafbezogenen Atmungsstörungen (SBAS) in vier Hauptgruppen⁵³. Die Atmungsstörungen mit Obstruktion sind von denen ohne Obstruktion der oberen Atemwege abzugrenzen. Bei den schlafbezogenen Atmungsstörungen ohne Obstruktion unterscheidet man zwischen dem zentralen Schlafapnoe-Syndrom und den schlafbezogenen Hypoventilations- und Hypoxämie-Störungen⁵⁴. Diese Erkrankungen sind nicht mittels UPS therapierbar. Die OSA ist

hauptsächlich auf eine Enge im oberen Atemweg zurückzuführen und wird laut internationalem Klassifikationssystem für Schlafstörungen und Normvarianten („International classification of sleep disorders – Third edition“, ICSD-3¹) der American Academy of Sleep Medicine (AASM) durch folgende Diagnosen definiert:

1. 15 oder mehr vorwiegend obstruktive respiratorische Ereignisse pro Stunde Schlaf oder
2. mindestens fünf respiratorische Ereignisse pro Stunde Schlaf in Kombination mit einem weiteren Symptom.

In diesem Zusammenhang werden folgende klinisch relevante Symptome genannt:

1. Schläfrigkeit,
2. Erwachen mit Atemnot,
3. lautes Schnarchen/Atempausen (fremdbeobachtet),
4. vorhandenes Krankheitsbild der Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Herzerkrankung.

Die genaue Diagnosestellung mittels Polysomnographie (PSG) oder ambulanter Methoden sollte immer durch eine fachärztliche Abklärung erfolgen. Ebenso liegt die Evaluation des Schweregrades der OSA in der Hand der Schlafmediziner und ist nicht Gegenstand dieser Veröffentlichung. Die AASM gibt hinsichtlich des Schweregrades der OSA für Erwachsene folgende Abstufungen – für Kinder gelten geringere Grenzwerte – bezogen auf die Anzahl von Apnoe- und Hypopnoe-Ereignissen pro Stunde Schlaf (Apnoe-Hypopnoe-Index, AHI) an⁵⁴:

- » leichte OSA: AHI 5-15/Std.
- » moderate OSA: AHI 15-30/Std.
- » schwere OSA: AHI \geq 30/Std.

Prävalenz und klinisches Bild der OSA

Die Gesamtprävalenz der OSA in der Bevölkerung der westlichen Industrieländer liegt laut aktueller Literatur zwischen 6 und 14 %^{17,24}. Die Studien zeigen ein heterogenes Bild auf, da die Schlafapnoe bei Erwachsenen oft nicht frühzeitig diagnostiziert wird⁶⁰.

In der erwachsenen Bevölkerung sind Frauen insgesamt seltener betroffen als Männer. Ebenso steigt die OSA-Prävalenz mit zunehmendem Alter und Body-Mass-Index (BMI) an^{41,50}.

Die betroffenen Patienten klagen über lautes Schnarchen, exzessive Tagesmüdigkeit, Hypersomnie und Leistungsverluste. Die beschriebenen Symptome sind primär auf die Schlaffragmentierung zurückzuführen. Der nächtliche Kollaps der oberen Atemwege führt zur Verringerung oder Unterbrechung des Luftstroms zur Lunge und damit zu Weckreaktionen des Körpers³³. Das anatomische Problem der Einengung der Atemwege wird von weiteren „nicht-anatomischen“ pathogenetischen Faktoren verstärkt. Hierzu zählen beispielsweise Veränderungen der kortikalen Erregungsschwelle, der sogenannten Arousal¹³, oder eine instabile Atemkontrolle, der „Loop-Gain“^{45,8}.

Die im klinischen Bild oft fremdbeobachteten Symptome sind wiederum differenzialdiagnostisch von depressiven Störungen oder der Insomnie abzugrenzen. Die unbehandelte schwere OSA kann eine Vielzahl von Begleiterkrankungen und ein relevant erhöhtes kardiovaskuläres Mortalitätsrisiko zur Folge haben⁵⁹. Aus diesem Grund ist bei einer Verdachtsdiagnose die entsprechende Abklärung durch einen Schlafmediziner erforderlich. Auch bei leichten oder moderaten Schweregraden kann es im Zuge der OSA zu kardiovaskulären, neurologischen oder metabolischen Folgeerkrankungen kommen²⁹.

Auch im Kindesalter ist die OSA die häufigste SBAS und liegt unabhängig vom Geschlecht bei Häufigkeiten von bis zu 5 %^{7,26,39,51}. Die Literatur beschreibt das kindliche Schnarchen als Vorstufe der OSA. Das klinische Bild der Kinder mit OSA zeigt Hinweise wie eine Unterkieferrücklage, einen dolichofazialen Gesichtstyp, eine transversale Enge der Maxilla, eine dorsokaudale Zungenlage und eine erhöhte

Schläfrigkeit³⁶. Die erhöhte Tagesschläfrigkeit kann zu kognitiven Verhaltensstörungen und daraus resultierenden schlechten Schulleistungen führen^{28,56}. Als Folge kann die OSA soziale Auswirkungen auf das betroffene Kind haben. Der Zusammenhang zwischen Adipositas und atembedingten Schlafstörungen im pädiatrischen Alter ist seit Langem bekannt und in der Literatur beschrieben³⁰.

Ebenso korrelieren kraniofaziale Wachstumsveränderungen mit der Atemwegseinengung¹⁶. Diverse syndromale Erkrankungen wie Trisomie 21 und Pierre-Robin-Sequenz haben ein erhöhtes Risiko für das Schlafapnoesyndrom, wobei die Pathomechanismen meist unterschiedlich und multifaktoriell bedingt sind⁵⁵.

Im kindlichen Schädelaufbau kann das Vorhandensein eines schmalen harten Gaumens, eines kleinen und/oder retropositionierten Unterkiefers, einer adenotonsillären Hyperplasie oder einer Kombination der oben genannten Befunde ursächlich für die Einengung der Atemwege sein. Diese stark prädisponierenden anatomischen Merkmale führen zusammen mit einer Fehlregulation neuromuskulärer Faktoren zur OSA. Auch kindlicher Bruxismus, welcher laut ICDS-3 zu den schlafbezogenen Bewegungsstörungen¹ gehört, wird damit in Zusammenhang gebracht und beeinflusst das nächtliche Schlafmuster¹⁵.

Die kindliche OSA kennt variable Manifestationen und Verdachtsfällen sollte frühzeitig nachgegangen werden. Die Behandlung der erkrankten Kinder erfolgt synergistisch durch die Kieferorthopädie, die Hals-Nasen-Ohren(HNO)-Heilkunde, die Logopädie und die Pädiatrie. Insbesondere durch die Funktionskieferorthopädie und die frühzeitige Korrektur transversaler skelettaler Einengungen sowie sagittaler Limitationen in den oberen Luftwegen („Posterior Airway Space“, PAS), etwa aufgrund einer mandibulären Retrognathie, können positive Einflüsse auf kausaler Ebene erzielt werden.

Diagnostisches Vorgehen

Der Goldstandard der Diagnostik ist die Messung des pharyngealen Drucks, ab dem die oberen Atemwege kollabieren. Dies erfolgt mithilfe einer Nasenmaske und eines „Positive Airway Pressure“(PAP)-Gerätes unter PSG-Bedingungen im Schlaflabor³³.

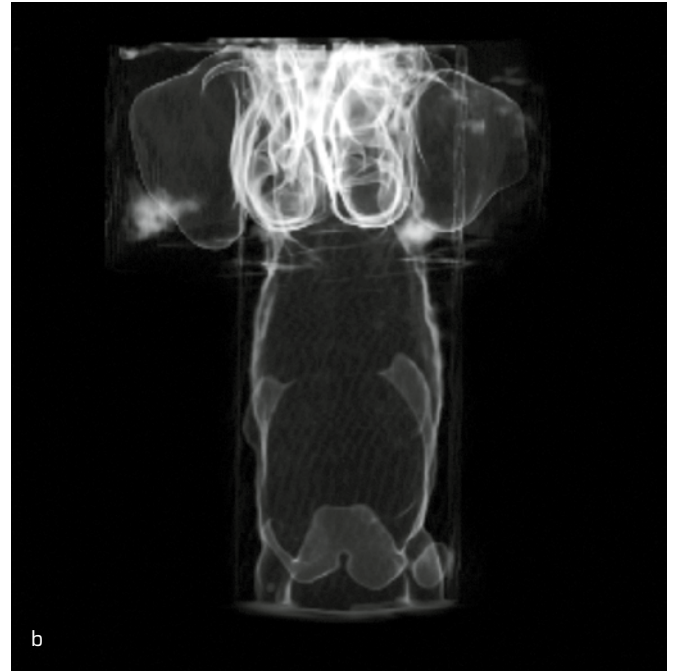


Abb. 1a und b: Darstellung eines Ausschnittes der oberen Luftwege („Posterior Airway Space“, PAS): PAS von lateral rechts (a) und dorsal (b) mit ausgewogenen Verhältnissen des Atemweges. Es zeigen sich die deutlichen Unterschiede zwischen der transversalen und sagittalen Dimension in den unterschiedlichen Höhen des PAS.

Die Teilaktualisierung der S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“ der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) weist ausdrücklich darauf hin, dass die klinische Untersuchung der anatomischen Veränderungen der oberen Atemwege und des Gesichtsschädels für eine ausreichende Diagnostik durchzuführen ist⁵² und durch einen qualifizierten Fachkollegen (HNO-Heilkundler, Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, Kieferorthopäden, spezialisierten Zahnarzt) erfolgen sollte.

Bei zutreffender Anamnese und klinischen Auffälligkeiten kann in der zahnärztlichen Praxis mittels geeigneter Fragebögen⁵ ein OSA-Screening erfolgen. Bei der extraoralen Untersuchung können Übergewicht, ein großer Halsumfang und nach hinten schiefe Gesichtsprofile auf die OSA hinweisen. Bei der intraoralen Untersuchung stehen enge Rachenverhältnisse, transversale Engstände und Distalbisslagen im Vordergrund. Hervorzuheben ist, dass die leitliniengerechte Diagnostik auch einen Zahnstatus und eine Einschätzung der muskulär und artikulär möglichen Unterkieferprotrusion beinhaltet⁵². Die Fernröntgenseitenaufnahme (FRS) zählt zu den standardisierten diagnostischen Mitteln der Kieferorthopädie und ermöglicht die zweidimensionale Beurteilung in der sagittalen Dimension des PAS der Patienten. Die dorsoventrale Querschnittsfläche des

Pharynx, welche bei OSA-Patienten im Durchschnitt meist kleiner ist als bei Gesunden, wird im FRS nur zweidimensional abgebildet, was eine Limitation des Verfahrens darstellt³⁸. Die Vermessung des PAS erfolgt z. B. auf Höhe des nach dorsal verlängerten Nasenbodens, der Zahnreihe, der Uvula und des Mandibularplanums. Da es sich um eine zweidimensionale Bildgebung handelt, kann keine Aussage über den gesamten dreidimensionalen Durchmesser des PAS gegeben werden⁴. Die dreidimensionale Darstellung des PAS mittels der digitalen Volumentomografie (DVT) unterliegt aufgrund der erhöhten Strahlendosis strengeren Indikationsstellungen und steht somit nicht als routinemäßige Bildgebung zur Verfügung (Abb. 1 und 2).

Therapie der OSA

Die Therapieindikation ist abhängig vom Schweregrad des Schlafapnoe-Syndroms (Sauerstoffsättigung, Apnoe-Dauer und -Anzahl) sowie von den Begleit- und Folgeerkrankungen⁴⁵. Gewichtsreduktion bei Adipositas, Schlafhygiene, oropharyngeale Übungen, Vermeidung der Rückenlage und Verzicht auf Alkohol gelten als allgemeine Verhaltensmaßnahmen³⁴.

Die nächtliche Positivdruckbeatmung („Continuous Positive Airway Pressure“, CPAP) gilt als



Abb. 2a und b: Darstellung eines Ausschnittes des PAS von lateral rechts (a) und dorsal (b) bei einem Patienten mit kraniofazialer Fehlbildung (Apert-Syndrom). Es zeigen sich im lateralen Bild die deutliche anterior-posteriore Einengung sowie in der dorsalen Darstellung die deutlichen Unterschiede in der transversalen Dimension in den unterschiedlichen Höhen des PAS. Diese transversalen Limitationen sind im Fernröntgenbild lateral nicht ersichtlich.

Standardverfahren in der Behandlung der OSA. Ab einem $AHI \geq 15/\text{Std.}$ (entsprechend einer moderaten OSA) oder einem $AHI 5-15/\text{Std.}$ (leichte OSA) und bei vorhandener Begleiterkrankung ist die Indikation für die Einleitung einer CPAP gegeben. Die Therapie der OSA ist als erfolgreich zu werten, wenn die Maske mehr als vier Stunden pro Nacht in mehr als 70 % der Nächte verwendet wird⁴⁹. Die Literatur beschreibt allerdings, dass 40 bis 60 % der Patienten die Behandlung mit CPAP abbrechen oder die Maske nicht ausreichend verwenden, um einen positiven Effekt für ihre Gesundheit zu erzielen⁵.

Diese Studienergebnisse zeigen die Schwierigkeiten in der CPAP-Compliance auf. Die Behandlung mittels CPAP ist mit einem umfangreichen Spektrum an Nebenwirkungen verbunden. Mundtrockenheit, Druckgeschwüre, Maskenverlagerungen, Luftleckage, chronische Sinusitis oder Aerophagie durch zu hohe Beatmungsdrucke limitieren die Therapieadhärenz^{2,40}. Ebenso kann die soziale Interaktion und schlussendlich der „häusliche Frieden“ unter dem nächtlichen Einsatz der Maske leiden²⁰. Langzeitstudien zeigen ebenfalls, dass die CPAP-Behandlung Auswirkungen auf die Okklusion hat und zu einer Verringerung des Overbite und Overjet führt⁵⁷. Diese Vielzahl

an Nebenerscheinungen kann bei den Patienten zu einer CPAP-Intoleranz führen.

Alternativtherapien sind Lagerungshilfen zur Verhinderung der Rückenlage, Hypoglossusnervstimulationen, invasive chirurgische Verfahren⁴⁸ oder die Therapie mittels UPS, die in der internationalen Literatur meist unter dem Begriff „Mandibular Advancement Device“ (MAD) beschrieben wird.

Nachdem der Patient durch einen qualifizierten Schlafmediziner die Diagnose der leichten bis mittelgradigen OSA mit einem $AHI < 30/\text{Std.}$ und einem $BMI < 30$ erhalten hat, kann die UPS als alternatives, leitliniengerechtes Behandlungsgerät eingesetzt werden^{34,45}. Vor Therapiebeginn sollten eine zahnärztliche Untersuchung sowie ein Funktionsbefund des Kiefergelenkes, der Kaumuskulatur und ein parodontaler Befund vorliegen. Die aktuelle Studienlage zeigt, dass die UPS nicht genauso effektiv wie die CPAP ist, aber gleichbedeutende therapeutische Vorteile bringen kann^{12,44}. Die Tages schläfrigkeit, Bluthochdruck und die neuropsychologischen Funktionen werden unter der UPS-Therapie verbessert²¹. Die Schienentherapie dient – wie auch die CPAP – der symptomatischen Behandlung der Erkrankung und trägt damit zur

langfristigen Lebensqualitätssteigerung des Patienten bei⁴². Die Schienen zeigen vielfältige Vorteile und sind verglichen mit CPAP nicht invasiv, geräuschlos, transportabel und gut tolerierbar. Bei schwerer OSA ist die UPS eine Alternative für Patienten, die andere Therapien ablehnen oder nicht vertragen^{32,35}. Die kardiovaskulären Risiken und die Tagesschläfrigkeit sollten nicht unbehandelt bleiben.

Der Unterkiefer wird mittels der UPS gegen den Oberkiefer funktionell nach ventral geführt und fixiert (meist etwa 75 % der maximalen Protrusion). Dadurch kommt es zu einer Verlagerung der Zunge nach anterior und der Pharynx öffnet sich. Durch die Erweiterung des pharyngealen Volumens auf Höhe des Velums bis zur Epiglottis verringert sich der Atemwegswiderstand. Ebenso erhöht sich die passive Muskelspannung in der Pharyngealwand und die Vibration der Weichteile und der turbulente Luftstrom werden verringert. Als Folge verringern sich die Atemaussetzer und das Schnarchen deutlich³⁵.

Bei noch vorhandenem Restwachstum liegt das kurative kausale Therapieziel in der Wachstumsförderung des retrognathen Unterkiefers – möglichst mit anteriorer („clockwise“) Rotation der Mandibula – oder in der transversalen Erweiterung des harten Gaumens und der skelettalen Oberkieferbasis. Die Behandlung mittels funktionskieferorthopädischen Geräten der skelettalen Klasse II wirkt anfangs wie eine UPS bei Erwachsenen. Der PAS vergrößert sich durch die Vorverlagerung des Unterkiefers. Als Therapieoptionen bei funktionskieferorthopädischen Maßnahmen zu nennen sind etwa Geräte wie die Vorschubdoppelplatte (VDP), der Aktivator oder die Herbst-Apparatur^{25,37} sowie deren Derivate. Bei wachsenden Patienten sind Zahn- und Knochenveränderungen bei Verwendung funktionseller Apparaturen gut dokumentiert. Die Art des verwendeten Gerätes ist weniger bedeutend als die Tragedauer und Compliance der Patienten. Durch eine umfassende kieferorthopädische Diagnostik lassen sich bei den jungen Patienten Zahn- und Skelettveränderungen planen, die zur Verbesserung der OSA beitragen und gleichzeitig auch weitere kieferorthopädische Behandlungsaufgaben lösen.

Zur Erweiterung des PAS sollte darüber hinaus – unter strenger Indikationsstellung – die Adenektomie/Tonsillektomie bzw. Adenotomie/Tonsillotomie

in Betracht kommen⁸. Der Vollständigkeit halber wird weiterführend auf die komplexe Thematik der kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Behandlung, die nach Wachstumsabschluss bei entsprechender kraniofazialer Konfiguration eine kausale Therapieoption zur dauerhaften Erweiterung des PAS darstellen kann, sowie auf weitere chirurgische Maßnahmen im Bereich der Zunge, des weichen Gaumens und der Pharynxwand verwiesen.

Herausforderungen in der Behandlung mit der UPS

Insbesondere bei CPAP-Unverträglichkeit ist die UPS eine adäquate Therapiealternative, die jedoch unerwünschte Nebenwirkungen und langfristige unerwünschte Folgen auslösen kann. Die meisten Komplikationen in der Behandlung mit UPS sind temporär und können bei regelmäßigen zahnärztlichen Kontrollen frühzeitig entdeckt und abgewendet werden.

Nach präziser Abformung der Zahnbögen sollte dem Patienten zur Verbesserung der OSA-Symptomatik eine individuell für den Patienten im zahn-technischen Labor hergestellte UPS eingesetzt werden. Laut der aktuellen S3-Leitlinie der DGSM sind bimaxillär verankerte und adjustier- bzw. titrierbare Geräte als medizinischer Standard anzusehen⁴⁵.

Diese minimieren unerwünschte Nebenwirkungen, erzielen bessere Ergebnisse als konfektionierte Geräte und sichern dadurch eine höhere Gerätetoleranz und -wirksamkeit¹⁸. Konfektionierte Schienen, bekannt als „Boil and bite“, sind nicht leitliniengerecht und als obsolet zu bewerten. Die Designs der UPS sind vielfältig und sollten Anpassungen in den vertikalen und sagittalen Parametern der Schienen ermöglichen. Die sagittale Aktivierung reicht im Spektrum von 3 bis 16 mm und sollte bei jedem Kontrolltermin evaluiert und ggf. angepasst werden. So kann bei persistierenden Apnoen der Unterkiefer noch im Nachhinein weiter nach vorn adjustiert werden.

Bei auftretenden Muskelverspannungen oder Kiefergelenkproblemen kann eine Reduzierung des eingestellten Unterkiefervorschubs oder der vertikalen Höhe Beschwerden reduzieren¹⁴. Die Studienlage beschreibt jedoch, dass für ein erfolgreiches Behandlungsergebnis die Abhängigkeit zwischen AHI-Ausgangswert und Unterkieferprot-

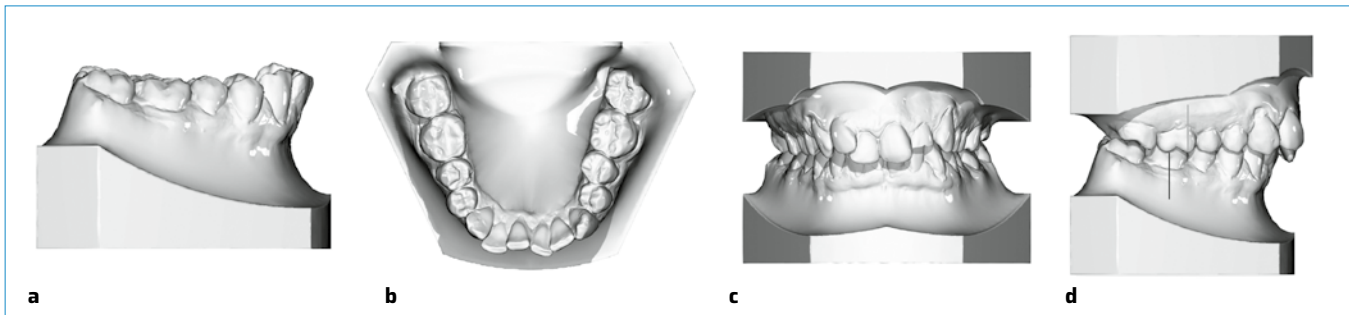


Abb. 3a bis d: Darstellung der dentobasalen Situation vor Behandlungsbeginn mit einem „Mandibular Advancement Device“ (MAD) bei einem ausgewachsenen Patienten

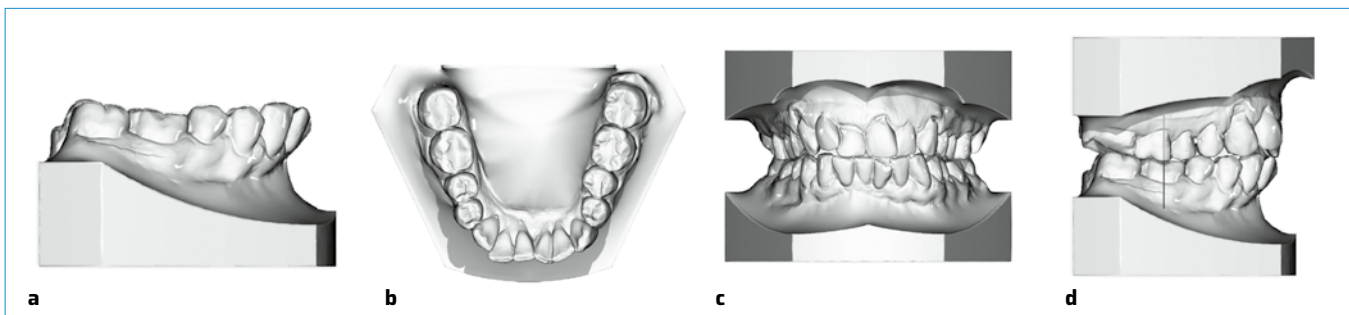


Abb. 4a bis d: Darstellung der dentobasalen Situation nach Behandlung mit einem MAD ohne körperliche Fassung aller Zähne (Doppelvorschubplatte). Es zeigt sich eine deutliche Protrusion der unteren Frontzähne sowie eine Mesialklippung der Zähne im Seitenzahnbereich als Ausdruck einer Nebenwirkung der Kraftauswirkung des MAD.

rusion beachtet werden muss⁴⁶. Diese Einschränkung im Tragekomfort für den Patienten ist ggf. nötig, um eine erfolgreiche Behandlung der OSA sicherzustellen^{22,47}.

Kurzzeitige Nebenwirkungen treten normalerweise während der Akklimation in den ersten Wochen der Therapie auf. Aufgrund der modifizierten protrudierten Bissstellung des Unterkiefers kommt es zu Veränderungen im dentoalveolären und funktionellen Bereich, die die Patienten auf unterschiedliche Art wahrnehmen können. Über Nebenwirkungen wie Hypersalivation, Mundtrockenheit, Zahnschmerzen, Zahnfleischreizungen, myofasziale Schmerzen und Beschwerden des Kiefergelenkes²² sollten Patienten zwingend aufgeklärt werden. Die individuell hergestellten UPS sind durch eine gute körperliche Retention im gesamten Zahnbogen gekennzeichnet und können vom Kieferorthopäden und Zahnarzt angepasst werden, um beispielsweise den Druck auf die Zähne oder das Zahnfleisch zu verringern. Längerfristige funktionelle Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke oder Kaumuskulatur können durch eine begleitende Physiotherapie und spezielle Gymnastikübungen reduziert oder vermieden werden⁹.

Der Behandler sollte darauf vorbereitet sein, dass die Wahrnehmung der Patienten normalerweise nicht mit objektiven Messungen korreliert. Berichten Patienten darüber, dass die Zähne am Morgen nach Entfernung der UPS nicht mehr aufeinanderpassen, normalisiert sich diese muskuläre Haltung des Unterkiefers meistens nach dem Kauen auf den Molaren wieder. Die Reduktion des Schnarchens, das Ausbleiben von Atemaussetzern, die Verringerung der Tagesschläfrigkeit und eine Verbesserung in den Ergebnissen des Screening-Fragebogens stellen – insbesondere bei Fremdbeobachtung – erste Therapieerfolge dar³⁰. Nach der Eingewöhnungsphase und der subjektiv optimalen Adjustierung der UPS sollte eine PSG mit eingesetzter UPS den Therapieerfolg überprüfen.

Langzeitnebenwirkungen sind hauptsächlich dentofasziale Veränderungen¹⁰. Signifikante Veränderungen der Gesichtshöhe und der Kieferbeziehung konnten durch Veränderungen in den FRS-Werten (S-N-Go-Gn, SNB) in einer Langzeitstudie über einen Zeitraum von 21 Jahren durch Hamoda et al. festgestellt werden. Verglichen mit den zeitgleich auftretenden Zahnveränderungen

sind diese aber vernachlässigbar²³. Andere Autoren fanden ebenfalls signifikante Veränderungen in den Zahnbeziehungen und in der Position oder Größe des Unterkiefers^{3,43}.

Dentale Nebenwirkungen betreffen die Abnahme von Overjet und Overbite sowie die Anteinklination der unteren und die Retroinklination der oberen Schneidezähne^{11,22}. Diese dentalen Auswirkungen können zu einer Verschlechterung der Ästhetik im Sinne von Zahnfleischrezessionen führen. Einige Patienten, die sich einer UPS-Therapie unterzogen, bemerkten ebenfalls okklusale Veränderungen der Seitenzähne im Sinne von Vorkontakten^{3,43}. Die Kontrolle und Anpassung der UPS sollte regelmäßig bei einem schlafmedizinisch weitergebildeten Zahnarzt oder Kieferorthopäden erfolgen, um Spätfolgen zu vermeiden. Der Patient sollte die Bissveränderungen, die allgemein als Vorwärtsbewegung der unteren Zähne und kleine Rückwärtsbewegung der oberen Zähne beschrieben werden, verstehen und akzeptieren. Eine neue Studie von Venema et al. hat die dentalen Effekte der UPS innerhalb eines Zehnjahreszeitraum erfasst. Nach zehn Jahren ist mit einer Verringerung des Overjets um 3,5 mm und einer Verringerung des Overbites um 2,9 mm zu rechnen⁵⁷ (Abb. 3 und 4).

Aus diesem Grund stellt die Therapie bei einem Patienten mit einer kompensierten Klasse III, bei der es nicht mehr zu einer Bisslageveränderung mit negativem Overjet kommen darf, eine besondere Herausforderung dar. Die Therapieoptionen sollten abgewogen werden, da eine angemessene Planung dieser Fälle eine Aufklärung des Patienten über eine mögliche kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung beinhaltet.

Durch eine regelmäßige Überwachung der UPS im Sinne einer halbjährlichen Verlaufskontrolle kann die Passgenauigkeit überprüft werden, so können dentale und myofunktionale Auswirkungen vermieden werden. Nebenwirkungen sind tolerierbar, wenn durch die UPS die OSA langfristig verbessert werden kann. Ebenso kann die Schienentherapie bei Patienten mit Kiefergelenksproblemen oder Rezessionen eingesetzt werden, wenn der Patient die auftretenden Begleitsymptome zur erfolgreichen Behandlung der OSA hinnimmt. Der behandelnde Kieferorthopäde/Zahnarzt sollte nicht zögern, schon beim

Einsetztermin Physiotherapie zu verschreiben, um Kiefergelenksbeschwerden vorzubeugen. Regelmäßige Kontrollen durch einen fachärztlichen Schlafmediziner sind ebenfalls Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Die Schlafmedizin sollte evaluieren, inwieweit die kurative zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung die Atemprobleme lösen und die damit verbundenen klinischen Konsequenzen vermeiden kann.

Weitere Fallstricke, die den aktuell noch zurückhaltenden Einsatz der UPS verglichen mit der CPAP erklären könnten, sind zum einen die Ausbildung der Schlafmediziner in Bezug auf die Wirksamkeit und die Möglichkeiten einer UPS/eines MAD. Zum anderen könnte eine Rolle spielen, dass die Erstattung der Kosten für die UPS durch die Krankenversicherungen bislang noch nicht problemlos erfolgte. Im Rahmen von Einzelfallentscheidungen haben die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten der Protrusionsschienen und ihrer Kontrollen bisher zum Teil übernommen, das Antragsverfahren war stets schwierig und mit Hürden verbunden. Aktuell wurde durch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) bekannt gegeben, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Berlin den Beschluss gefasst hat, die UPS in die vertragszahnärztliche Versorgung aufzunehmen. Die individuell hergestellte, adjustierbare UPS ist als Zweitlinientherapie bei leichter, mittelgradiger und schwerer Schlafapnoe einzusetzen¹⁹. Die privaten Krankenversicherungen und Beihilfen befürworten in der Regel die Therapie der OSA mittels UPS. (Anm. d. Red.: Die Unterkieferprotrusionsschiene zur Behandlung einer OSA wurde zum 1. Januar 2022 in die vertragszahnärztliche Versorgung aufgenommen; vgl. Seite 14 ff.)

Schlussfolgerungen

Das dargestellte Krankheitsbild der OSA und die Herausforderungen in der Therapie verdeutlichen, dass der umgangssprachliche Begriff des „Schnarchens“ nicht ausreicht, um die Problematik der Schlafapnoe zu beschreiben. Eine strikte Trennung des Symptoms des primären Schnarchens und des Schnarchens im Rahmen einer OSA ist klinisch nicht eindeutig möglich, da die Übergänge bei Veränderungen der oberen Atemwege fließend sind¹. Somit darf das Schnarchen nicht als hinreichendes klinisches Symptom zur Beurteilung einer möglichen OSA angesehen

werden. Die Therapie mittels UPS ist leitliniengerecht und bei leicht- und mittelgradiger OSA medizinisch indiziert.

Eine apparative und damit rein symptomatische Behandlung der multifaktoriellen Erkrankung der OSA im Erwachsenenalter kann nur erfolgen, wenn eine sorgfältige Indikationsstellung und der Ausschluss von Kontraindikationen erfolgt sind sowie die intensive Weiterbetreuung des Patienten möglich ist. Nebenwirkungen der UPS auf die Zähne, den Zahnhalteapparat und die Kiefergelenke müssen schnell erkannt und soweit möglich behandelt werden. Die langfristigen Auswirkungen der Schiene sollten patientenspezifisch bewertet werden, da die Behandlung mit UPS oft eine komfortable Alternative zur Positivdrucktherapie darstellt und die Patienten meist eine gute Compliance und hohe Akzeptanz zeigen. Auch bei Patienten mit schweren Symptomen und CPAP-Unverträglichkeit hat die UPS einen hohen therapeutischen Nutzen, wenn Alternativen wie die kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie abgelehnt werden. Die kausale Therapie ist im Wachstum noch durch funktionskieferorthopädische Apparaturen möglich und

verspricht langfristige präventive und möglicherweise auch protektive Effekte. ■

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

Dieser Beitrag ist erstmals in Quintessenz Zahnmedizin, Juni 2021, S. 686 ff. erschienen.

Kontakt zu den Autoren

Dr. med. dent.
Lorena Kiel-
mann

Dr. med. dent.
Hannah Finke

Prof. Dr. med. dent
Bernd Koos
E-Mail: Bernd.Koos@
med.uni-tuebingen.de

Poliklinik für Kieferorthopädie
Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Universitätsklinikum Tübingen
Osianderstraße 2-8
72076 Tübingen

„KZV live“ am 12. Juli: Im Dialog mit dem Vorstand

Welche Entwicklungen gibt es bei der Telematikinfrastruktur? Wie steht es um die Honorare und das vertragszahnärztliche Budget? Und wie läuft die Reform des Notdienstes?

Mit diesen drei Themen im Programm lädt Sie der Vorstand herzlich zum Digitalformat „KZV live“ der KZV Rheinland-Pfalz ein. Ziel ist es, in den direkten Austausch mit Ihnen zu treten. Rund zwei Stunden lang stehen Information und Austausch im Vordergrund. Stellen Sie dem Vorstand Ihre Fragen zu oben genannten Themen live am 12. Juli oder geben Sie Ihre Anmerkungen vorab über das Anmeldeformular weiter.

Kursnummer: 6-2022

Referenten: Marcus Koller und Joachim Stöberner, Vorstand der KZV Rheinland-Pfalz

Termin: Dienstag, 12.07.2022, 19:30–21:30 Uhr

Ort: online

Zielgruppe: Zahnärztinnen und Zahnärzte

Fortbildungspunkte: 2

Gebühr: kostenfrei

Teilnahme: Das Digitalformat wird mit der Videokonferenztechnik von Lifesize durchgeführt. Ein Programm hierfür ist nicht zu installieren. Für die Teilnahme werden eine stabile Internetverbindung und ein maximal fünf Jahre altes internetfähiges Endgerät (PC, Laptop, Tablet) mit Lautsprecher, Kopfhörer oder Headset benötigt. Für eine reibungslose Übertragung empfehlen wir die Browser Chrome oder Edge. Die Zugangsdaten zur Online-Sitzung erhalten Sie etwa zwei Tage vor der Veranstaltung per E-Mail.

Anmeldung: Die Anmeldung zum Seminar erfolgt über unser Fortbildungsportal unter www.kzvrlp.de – Webcode 0111.

Reform des Notdienstes: Vertreterversammlung beschließt Notdienstordnung

Die Reform des zahnärztlichen Notdienstes in Rheinland-Pfalz geht voran: Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) hat eine neue Notdienstordnung verabschiedet.

Text: Katrin Becker

Die neue Notdienstordnung gilt ausschließlich für Regionen, in denen die KZV künftig Notdienstzentren organisieren wird. Deren Aufbau soll sukzessive erfolgen. Solange gelten die bisherigen Notdienstordnungen der Bezirkszahnärztekammern (BZK) bzw. der KZV Rheinland-Pfalz für den Notdienst in den zahnärztlichen Praxen fort. Für die Zahnärztinnen und Zahnärzte ändert sich zunächst also nichts (vgl. Rundschreiben 3/22).

Die neue Notdienstordnung ist in Zusammenarbeit mit den Kammern entstanden. „Sie ist ein dynamisches, lebendes Werk“, betonte Marcus Koller, Vorsitzender des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz. Änderungen könnten beispielsweise durch Urteile des Bundessozialgerichtes notwendig werden. Ferner harmonisiere die Notdienstordnung mittelfristig die derzeit regional unterschiedlich ausgestalteten Notdienstregelungen und schaffe landesweit einheitliche Rahmenbedingungen für Zahnärztinnen bzw. Zahnärzte und Patienten, führte Koller weiter aus.

Notdienstzentrum an der Unimedizin?

Zur Erinnerung: Die Vertreterversammlung diskutierte erstmals im Frühjahr vergangenen Jahres (vgl. *KZV aktuell* 3/2021 und 6/2021) eine Organisationsreform des zahnärztlichen Notdienstes und sie beauftragte den Vorstand, den Betrieb von Notdienstzentren in Trier und Mainz als Pilotprojekte vorzubereiten. Perspektivisch soll der zahnärztliche Notdienst in ganz Rheinland-Pfalz aus den Praxen in Zentren, die bevorzugt an Krankenhäusern angesiedelt sind, verlagert werden. Grund

hierfür ist eine Gemengelage an gesellschaftlichen Entwicklungen – demografischer Wandel, Landflucht oder zunehmende Aggression gegenüber Helfenden –, die eine flächendeckende Sicherstellung des Notdienstes erschweren. Zudem sorgt die rückläufige Anzahl an Notfallpatienten dafür, dass Praxen den Notdienst nicht mehr wirtschaftlich betreiben können.

Der Aufbau des Notdienstzentrums in Trier wurde durch die Flutkatastrophe im Juli 2021 jedoch ausgebremst. Das als Kooperationspartner vorgesehene Klinikum Mutterhaus der Borromäerinnen wurde so stark von den Wassermassen getroffen, dass die Planungen zunächst ausgesetzt werden mussten. Inzwischen steht fest: Da durch die Flutschäden medizinische Abteilungen innerhalb des Klinikums verlegt werden mussten, stehen keine Räumlichkeiten mehr für ein Notdienstzentrum zur Verfügung. Auch eine erneute Prüfung möglicher Kapazitäten im März dieses Jahres lief ins Leere, erläuterte Koller. Die KZV werde nun gemeinsam mit der BZK Trier nach einem neuen Standort Ausschau halten.

Vielversprechender laufen hingegen die Planungen für Mainz. Die Unimedizin Mainz sei grundsätzlich bereit, das Notdienstzentrum zu übernehmen. Hier gehe man nun in die Detailplanung. Koller verwies darauf, dass derzeit auch Gespräche mit möglichen Kooperationspartnern in anderen Regionen geführt würden. Ziel des Vorstandes sei es, dass die Vertreterversammlung Anfang kommenden Jahres über die übrigen Standorte entscheidet. „Neben der Erreichbarkeit für die Patienten sind hierbei die wirtschaftliche



Die 40-köpfige Vertreterversammlung kam am 4. Mai 2022 zusammen. Auf ihrer Tagesordnung standen die Notdienstordnung und die Anlagenrichtlinie der KZV Rheinland-Pfalz.
Foto: KZV RLP

Tragfähigkeit und Finanzierbarkeit von Notdienstzentren zu berücksichtigen“, ergänzte Joachim Stöbener, stellvertretender Vorsitzender des KZV-Vorstandes.

Rahmen für Finanzanlagen

Um Finanzen ging es auch in einem weiteren Beschluss der Vertreterversammlung. Die Delegierten verabschiedeten eine Anlagerichtlinie, in der die Grundsätze festgelegt sind, wonach die KZV Rheinland-Pfalz künftig verfügbare Finanzmittel anlegen wird. Dadurch sollen Risiken und Fehlentwicklungen im Anlagemanagement minimiert beziehungsweise ausgeschlossen werden.

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts finanziert sich die KZV im Wesentlichen aus den Beiträgen ihrer Mitglieder. „Wir können mit dem Geld nicht tun und lassen, was wir wollen“, betonte Stöbener. „Wir müssen den Spagat schaffen, die Mittel sorgfältig anzulegen und zugleich die Auszahlungen an die Zahnarztpraxen jederzeit leis-

ten zu können.“ Angesichts der Bandbreite von Anlagemöglichkeiten und des schwierigen Marktumfeldes sei es wichtig, mit Plan und Strategie vorzugehen. Die Richtlinie stellt hierfür auf das „magische Dreieck“ aus Sicherheit, Rentabilität und Liquidität ab: Die Finanzmittel sind so anzulegen, dass möglichst große Sicherheit und Rentabilität bei jederzeitiger Liquidität erreicht wird. Die Sicherheit von Anlagen hat zudem Vorrang vor deren Gewinnchancen. Außerdem sieht die Richtlinie vor, dass Geldanlagen ausschließlich bei inländischen Kreditinstituten mit Einlagensicherung getätigt werden dürfen. Das Anlagerisiko muss durch Streuung einzelner Anlagen reduziert werden. Darüber hinaus sind Anlagen ökonomisch, ökologisch und sozial nachhaltig zu tätigen. Gleichzeitig werden Anlagegrenzen gesetzt und Anlageformen ausgeschlossen sowie KZV-interne Verantwortlichkeiten und Berichtspflichten festgelegt.

Die Grundlage der Anlagenrichtlinie findet sich im Sozialgesetzbuch (§§ 80 bis 85 SGB IV, § 78 SGB V). Ferner habe, so Stöbener, die Prüfstelle der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), welche die Finanzen der KZV jährlich prüft, eine Richtlinie gefordert. Bei deren Erstellung habe sich die KZV an einer Musterrichtlinie der KZBV orientiert und sich mit anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ausgetauscht. ■

Corona-Bonus: Bis zu 4.500 Euro steuerfrei

Arbeitgeber von Gesundheitseinrichtungen können ihren Mitarbeitern zusätzlich zum Lohn bis zu 4.500 Euro Prämie steuerfrei zahlen. Das gilt bis Ende dieses Jahres – und auch für Beschäftigte in Zahnarztpraxen.

Text: Katrin Becker

Der Bonus soll als Ausgleich für die zusätzlichen und erheblichen Belastungen während der Corona-Pandemie dienen. Der Bundestag und der Bundesrat haben die steuerfreie Prämie mit dem vierten Corona-Steuerhilfegesetz beschlossen. Ursprünglich waren bis zu 3.000 Euro vorgesehen. Kurz vor der Abstimmung wurde durch Änderungsanträge des Finanzausschusses der Betrag auf 4.500 Euro aufgestockt

und Beschäftigte in Zahnarztpraxen wurden in den Kreis potenziell Begünstigter aufgenommen.

Zudem wurde der im Gesetzentwurf zunächst enthaltene Passus, wonach die Steuerfreiheit nur gewährt wird, wenn die Zahlung aufgrund bundes- oder landesrechtlicher Regelungen erfolgt, gestrichen. Damit sind auch freiwillige Leistungen des Arbeitgebers begünstigt. ■

Ein Jahr nach der Flut: „Die Hoffnung ist da, dass das Leben zurückkommt“

Eine gigantische Flutwelle kostete im Juli 2021 viele Menschen im Ahrtal das Leben. Sie zerstörte komplette Orte, riss Häuser mit sich. Massive Schäden erlitten auch Zahnarztpraxen, darunter die Praxis von Silke Hersey in Ahrweiler. Die Zahnärztin über den Alltag im Ahrtal und die Herausforderungen des Neuanfangs.

Interview: Katrin Becker

Frau Hersey, die verheerende Flut jährt sich bald zum ersten Mal. Wie geht es Ihnen und Ihren Mitarbeiterinnen heute?

Es geht uns so weit gut. Jeder musste sich erst einmal neu sortieren und umstrukturieren. Die Kinder einer Mitarbeiterin hatten plötzlich keine Schulen mehr. Das führte zu langen Anfahrten zur Ersatzschule mit Unterricht am Nachmittag, dafür mussten die Kinder vormittags zu Hause betreut werden. Hobbys und Freunde treffen fielen aus. Plötzlich war der Alltag ein anderer. Eine andere Mitarbeiterin wohnt noch immer in einer Ferienwohnung in der Eifel. Ihre Wohnung in Ahrweiler wird erst im Dezember fertig. Eine weitere hat ihr Haus im Wiederaufbau, wohnte mit ihrer Familie in Bonn und hat nun bis zum Wiedereinzug ein Haus in Ahrweiler bezogen. Zwischen Tatendrang mischt sich heute noch immer Niedergeschlagenheit und Trauer über das, was verloren gegangen ist.



Startet bald in ihrer neuen Praxis durch:
Silke Hersey Foto:privat

Wie erleben Sie den Alltag im Ahrtal? Sofern man von einem Alltag sprechen kann.

Da ich 20 km vom Ahrtal entfernt wohne, ist die Flut in meinem Alltag nicht mehr allgegenwärtig. In meinem Wohnort gibt es nur noch wenige Geschäfte, die noch im Wiederaufbau sind. Die Straßen wurden repariert. Hier ist fast nichts mehr sichtbar. Darüber bin ich sehr froh, besonders für meine Kinder habe ich mir ei-

nen normalen Alltag gewünscht. Über zwei Jahre Corona, die Flut, Mama keine Praxis mehr, Oma und Opa in Bad Neuenahr kein Zuhause mehr, jetzt der Krieg in der Ukraine – das ist schon alles sehr belastend. Meine Eltern haben neuen Wohnraum in Bad Neuenahr gefunden und es sich wieder schön gemacht. Trotzdem ist es für alle noch ungewohnt. Die vertrauten Dinge fehlen einfach. Die Habseligkeiten eines ganzen Lebens, die gewohnten Geschäfte, Spazierwege, Sportstätten – alles ist weg.

Doch jedes Mal, wenn ich zur Praxis fahre, wird deutlich, wie viel insgesamt noch zu tun ist. In manchen Gegenden zeigt sich kein Fortschritt. Das Zentrum von Ahrweiler war so voller Leben mit Geschäften, Cafés, Restaurants. Es ist noch immer menschenleer, nur Baufahrzeuge und Handwerker sind unterwegs. Es ist deprimierend. Aber die Hoffnung ist da, dass mit jedem wiedereröffneten Laden das Leben zurückkommt.

Ihre Praxis im Herzen von Ahrweiler, die Sie wenige Jahre zuvor saniert hatten, wurde durch die Wassermassen völlig zerstört. Hatten Sie Zweifel, die Praxis neu zu errichten?

Nein, Zweifel hatte ich nicht. Wir hatten es so schön in der Praxis, dass nur der Gedanke existierte, sie wieder aufzubauen. Wenn ich aber gewusst hätte, wie schwierig der Wiederaufbau ist und wie lange er sich hinzieht, wäre meine Entscheidung vielleicht anders ausgefallen. Am Ende blieb nur die Wahl zwischen Standort und Patientenstamm behalten oder an einem anderen Ort

neu zu starten. In Ahrweiler selbst gibt es derzeit keine alternativen Räumlichkeiten. Dem Handwerkerproblem entkommt man nirgendwo im Ahrtal. Wir haben die neue Praxis sehr schön geplant mit einer komplett veränderten Raumplanung. Ich hoffe, das Arbeiten wird so schön wie früher. Und ich hoffe, dass das Wasser nie wieder bis zur Praxis kommt. Für eine weitere Sanierung hätte ich sicher keine Kraft mehr.

Woher nehmen Sie derzeit die Kraft?

Meine Kraft schöpfe ich zu Hause und durch meine Familie. Ich habe 22 Jahre als Zahnärztin gearbeitet und habe jetzt eine Zwangspause. In den letzten Monaten habe ich viele Fortbildungen besucht und ich versuche zu Hause - neben der Organisation des Wiederaufbaus - die Sorgen auszublenken und zu genießen, dass ich momentan mehr Zeit für meine Kinder habe. Auch die Aussicht auf verbesserte Arbeitsabläufe durch die neue Raumplanung in der Praxis gibt positive Energie.

Wie läuft der Wiederaufbau?

Der Wiederaufbau ist extrem kräftezehrend und verlangt mir alles ab. Bei der Praxisübernahme 2017 hatte ich mit dem Bauteam alles durchgeplant und getaktet. Es lief wie am Schnürchen. Jetzt gibt es einen akuten Mangel an Handwerkern, Materiallieferschwierigkeiten, Ausfälle wegen Corona etc. Zudem funktionieren die Absprachen zwischen den Gewerken nicht wie gewohnt. Alle Arbeiten, die derzeit laufen, sind noch mit dem Gebäude verbunden; hierfür ist meine Vermieterin verantwortlich. Außerdem sind verschiedene Versicherungen von mir und der Vermieterseite involviert. Ich verbringe daher sehr viel Zeit am Telefon, um zu lenken.

Die Praxis war nach den notwendigen Abrissarbeiten ein kompletter Rohbau. Jedes Kabel, jedes Rohr, jedes Fenster, alles musste raus. Am Ende standen nur noch die Außenwände. Das hatte komplett andere Dimensionen als die Übernahme. Es war eine Riesenplanung und ich bin froh, wenn ich wieder in Ruhe bohren kann - und zwar nicht auf einer Baustelle! Ich rate jeder Kollegin und jedem Kollegen, den Versicherungsschutz regelmäßig zu kontrollieren. Die Kosten laufen

beim Wiederaufbau aus dem Ruder. Da sind schnell die Maximalsummen erreicht.

In dieser Phase war und bin ich begeistert von der liebevollen Betreuung von Stefanie Protz von der KZV. Die Telefonate mit ihr waren immer sehr aufbauend und es ist schön zu wissen, mit diesem Schicksal nicht alleingelassen zu werden. Auch die kostenlose Erstattung der Telematikkomponenten von CGM hat mich positiv überrascht.

Haben Sie Sorge, mit Ihrer Praxis an den alten Standort zurückzukehren?

Die Flut war absolut traumatisch für alle. Von den Sorgen vor einer erneuten Katastrophe kann sich im Ahrtal sicher keiner freimachen. Es war das erste Mal, dass das Wasser bis zum Marktplatz gekommen ist, und ich hoffe, es wird nie wieder passieren. Die Praxisgeräte im Keller werden zukünftig höher gestellt, allein für den Fall von normalem Hochwasser.

Sie können für lange Zeit nicht in den eigenen vier Wänden praktizieren. Wo sind Ihre Patienten und Ihr Team untergekommen?

Wir sind mit unseren Patienten telefonisch in Kontakt und freuen uns zu hören, dass sie auf uns warten. Schmerzpatienten werden von zwei lieben Kolleginnen versorgt. Wir sind teilweise in verschiedene Praxen ausgewichen - letztlich aber nur, um Zahnersatz-Versorgungen zu beenden, für Kontrollen und Besprechungen. Ursprünglich wurde uns als Wiedereröffnungstermin Januar 2022 in Aussicht gestellt. Dass es sich so hinzieht, hatte ich nicht erwartet. Meine Mitarbeiterinnen sind zum Glück durch die Versicherung abgesichert und können ihr Leben nach der Flut wieder aufbauen, bis es auch in der Praxis losgeht.

Wann, denken Sie, können Sie Ihre Praxis wiedereröffnen?

Der geplante Eröffnungstermin liegt Mitte Juli, also tatsächlich um den Jahrestag herum. Aber es kam schon so oft zu Verschiebungen, dass ich noch skeptisch bin.

Wir wünschen Ihnen weiterhin viel Kraft und alles Gute für den Neustart. Vielen Dank für das Gespräch.

Zahnärzte besuchen den „Kleinen Horrorladen“

Seit vielen Jahren unterstützt die KZV Rheinland-Pfalz die Jugendarbeit in Koblenz mit einer Sondervorstellung des Jugendtheaters. Nach zweijähriger Corona-Zwangspause feierte das Engagement nun ein schaurig-komisches Comeback.

Text: Katrin Becker

Dieses Mal auf der Bühne der Koblenzer Kulturfabrik: Der kleine Horrorladen. Mit dem Gruselspaß um eine gefräßige Topfpflanze begeisterten die Darstellerinnen und Darsteller des Jugendtheaters das Publikum. Rund 160 Gäste aus Zahnarztpraxen, von den Krankenkassen und aus der Politik erlebten nach der langen Corona-Pause ein unterhaltsames, kurzweiliges Stück und einen heiteren, zwanglosen Abend.

Die Jugend- und Kulturarbeit war besonders hart von den Pandemie-Einschränkungen betroffen. „Für die KZV Rheinland-Pfalz ist es selbstverständlich, das Jugendtheater weiterhin zu unterstützen und jungen Menschen die Chance und den Raum zu geben, persönlich zu wachsen“, sagte der Vorstandsvorsitzende Marcus Koller im



Mit einem schaurig-komischen Gruselspaß um eine gefräßige Topfpflanze meldet sich das Koblenzer Jugendtheater nach der Corona-Zwangspause zurück. Foto: Kulturfabrik GmbH

Vorfeld der Aufführung. In diesen wechselhaften Zeiten sei es wichtiger denn je, Kindern und Jugendlichen einen festen Anker zu geben. ■

Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Kommunikation und Körpersprache in der Zahnarztpraxis

Die Welt ist sehr komplex geworden. Ihre Patienten suchen jetzt mehr denn je Menschen, denen sie vertrauen können. Die Kommunikation in der Zahnarztpraxis ist mehr als unverbindliche Konversation. Jeder Kontakt zum Patienten, Vorgesetzten und Kollegen beginnt mit einem einfachen Small Talk und entwickelt sich zu einem angenehmen Dialog, wenn Sie die Kniffe der Kommunikation beherrschen – und wissen, wo die Fettnäpfe lauern.

Hinzu kommt: Bevor das erste Wort fällt, haben Sie über Ihre Körpersprache bereits Bände gesprochen. Denn: Nonverbale Kommunikation beeinflusst einen Großteil der Wahrnehmung des Gegenübers. Das heißt, der erste Eindruck ist wichtig – und er bekommt keine zweite Chance. Diese Erkenntnis setzen Sie bewusst in Ihrer Praxis ein, um Patienten für sich zu gewinnen. Durch die Sensibilisierung für Ihre eigene Körpersprache werden Sie automatisch auch auf die Ihres Gegenübers aufmerksamer.

Folgende Inhalte sind geplant:

- » Wie schaffen Sie es, eine stabile, wertschätzende und vertrauensvolle Beziehung zum Patienten aufzubauen?
- » Die Rezeption als erster Eindruck von der Praxis
- » Der Patient auf dem Behandlungsstuhl
- » Die Wirkung der Körpersprache – effektiv eingesetzt und Sie gewinnen!

Kursnummer: 7-2022

Referentin: Betül Hanisch, Knigge-Schule FAST PERFECT

Termin: Mittwoch, 28.09.2022, 15:00-19:00 Uhr

Ort: KZV Rheinland-Pfalz, Isaac-Fulda-Allee 2, 55124 Mainz

Zielgruppe: Zahnärztinnen/Zahnärzte und Praxispersonal

Fortbildungspunkte: 4

Gebühr: 89 EUR

Anmeldung: Die Anmeldung zum Seminar erfolgt über unser Fortbildungsportal unter www.kzvrlp.de – Webcode 0111. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt.



CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

Das **Online Berichts- und Lernsystem** von Zahnärzten für Zahnärzte. Ein wichtiger Baustein für Ihr Praxis-QM mit mehr als 5600 Mitgliedern und ca. 150 Erfahrungsberichten im System.

Jetzt mitmachen!

Berichtsdatenbank

- Alle Berichte zu kritischen Ereignissen anonymisiert einsehbar
- Gezielte Suche nach einzelnen Berichten möglich

Anonym berichten

- Sichere, vollständig anonyme Berichtsfunktion
- Verschlüsselte Datenübertragung und -speicherung
- Unabhängig von Interessen Dritter

Feedback-Funktion

- Anonyme Veröffentlichung besonders praxisrelevanter kritischer Ereignisse
- Nutzerkommentare
- Diskussionsforum

www.cirsdent-jzz.de



OKTOBER

11

Wahlschlusstag

TERMIN MERKEN

KZVRLP

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz