

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ



Fokus

Ab 1. Juli 2021: Neue PAR-Behandlungstrecke

KZV Rheinland-Pfalz

KZV-Vertreterversammlung:
Zukunft des Notfalldienstes

Fortbildung

Therapie von Frontzahntraumata:
Zahnfrakturen

Praxis

Fortbildungspflicht:
Nachweisfrist endet

Position

- 3 Großer Schritt

KZV Rheinland-Pfalz

- 4 Wohin im Schmerzfall?
Vertreterversammlung diskutiert Notdienst

Aktuell

- 7 Kindeswohlgefährdung: Zahnärzte können das Jugendamt informieren
- 8 Kariesprophylaxe: Fluoridempfehlung für Säuglinge und Kleinkinder

Fokus

- 10 Neue Richtlinie: Systematische PAR-Behandlung ab 1. Juli 2021

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Fokus

- 17 Neue Richtlinie: Systematische PAR-Behandlung ab 1. Juli 2021 (Fortsetzung)

Politik

- 20 Pfälzischer Zahnärztetag: Zukunft gestalten

Fortbildung

- 22 Die Therapie von Frontzahntraumata | Teil 1 – Zahnfrakturen

Praxis

- 28 Fortbildungspflicht: Nachweisfrist endet am 30. Juni 2021

Politik

- 31 Gesundheitsversorgung: Landesregierung setzt auf Vernetzung

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.
Kathrin Kromeier

Redaktionsassistentz

Heike Imhof

Grafik und Produktion

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz

Bildnachweis

Titelfoto: © KZV Rheinland-Pfalz

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 wird in einigen Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein. Für den Nachdruck von Texten und Grafiken ist das schriftliche Einverständnis der KZV Rheinland-Pfalz Voraussetzung.

Erscheinungstermin der nächsten Ausgabe:
23.08.2021

Großer Schritt

Dranbleiben und durchhalten. Auf kein anderes Feld der Zahnmedizin trifft das mehr zu als auf die Parodontologie. Eine Parodontitis ist eine Langzeitaufgabe für den Zahnarzt und für seinen Patienten, sie begleitet ihn ein Leben lang. Nur wer die Ausdauer und Motivation hat, schafft es, die Parodontitis im Griff zu halten.

Drangeblieben ist und durchgehalten hat auch die Zahnärzteschaft. Viele Jahre setzte sich die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) im Schulterschluss mit der Wissenschaft und der Bundeszahnärztekammer dafür ein, die Behandlung von Parodontitis in der vertragszahnärztlichen Versorgung an den Stand der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen. Die bis dato geltenden Regelungen der Behandlungsrichtlinie sind längst veraltet, die Vergütung derzeitiger Leistungen ist nicht angemessen, eine ausreichende Therapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung somit kaum möglich.

Dies wird sich nun ändern: Zum 1. Juli 2021 werden die neue PAR-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und die neu oder verändert in den BEMA aufgenommenen Leistungen in Kraft treten. Lange und sehr intensive Verhandlungen der KZBV mit den Krankenkassen gingen diesem Beschluss voraus. Künftig werden unsere gesetzlich versicherten Patienten von einer zeitgemäßen, systematischen und bedarfsorientierten Parodontistherapie profitieren. Hierfür berücksichtigt die Richtlinie die aktuelle Klassifikation parodontaler Erkrankungen aus dem Jahr 2018. Zur neuen Behandlungsstrecke gehören unter anderem eine Mundhygieneunterweisung sowie ein Aufklärungs- und Therapiegespräch. Die „spre-

chende Zahnmedizin“ findet somit erstmals Eingang in die vertragszahnärztliche Versorgung. Einen zentralen Stellenwert zur Sicherung des Behandlungserfolges hat die unterstützende Parodontistherapie. Patienten können künftig zwei Jahre nach Abschluss der aktiven Behandlungsphase diese strukturierte Nachsorge in Anspruch nehmen. Besonders freut es mich, dass es darüber hinaus gelungen ist, auch Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen den Zugang zur Parodontitisbehandlung zu ermöglichen und hierfür bürokratische Hürden abzubauen.

Ganz klar: Es stellt uns in den Praxen vor eine anspruchsvolle Aufgabe, die Regelungen in den Behandlungsalltag zu implementieren. Um Ihrem Informationsbedarf zu begegnen, haben wir Ihnen und Ihren Praxisteams im Vorgriff auf die neuen Leistungen bereits Seminare angeboten. Wir werden Sie auch weiterhin umfassend informieren, um Sie für den Neustart der vertragszahnärztlichen PAR-Therapie gut auszustatten.

Das Dranbleiben und Durchhalten hat sich gelohnt. Die neue Richtlinie ist ein großer Schritt im Kampf gegen die Volkskrankheit Parodontitis. Und sie ist ein weiterer Mosaikstein in der Versorgungsstrategie der Zahnärzteschaft. Sie hat das Ziel, alle Bürger von klein auf bis ins hohe Alter so zu betreuen, dass sie auch bei steigender Lebenserwartung ihre natürlichen Zähne bis zum Lebensende behalten und gesund erhalten können.

Ihr



Marcus Koller
Vorsitzender des Vorstandes



„Die Richtlinie ist ein großer Schritt im Kampf gegen die Volkskrankheit Parodontitis.“



Wohin im Schmerzfall? Vertreterversammlung diskutiert Notdienst

Wie soll der zahnärztliche Notdienst in Rheinland-Pfalz künftig organisiert werden? Diese Frage beriet nun erstmals die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz.

Text: Katrin Becker

In der vertragszahnärztlichen Versorgung tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte sind verpflichtet, am Notdienst teilzunehmen. Außerhalb der regulären Praxiszeiten stehen sie auf Abruf für Schmerzpatientinnen und -patienten bereit – Freitag-, manchmal auch Mittwochnachmittag, an Wochenenden und Feiertagen. Derzeit organisieren die Bezirkszahnärztekammern (BZK) Koblenz, Pfalz, Rheinhessen und Trier den Notdienst im Auftrag der KZV Rheinland-Pfalz. Rund 26.100 Schmerzfälle wurden 2019 im zahnärztlichen Notdienst versorgt.

Reform soll Niederlassungsbereitschaft fördern

Um die bisherige gute Notfallversorgung in der Fläche aufrechtzuerhalten, sehen die zahnärztlichen Organisationen Reformbedarf. „Sie wird mit den derzeitigen Organisationsstrukturen nicht zu

halten sein“, befand Joachim Stöbener, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz, auf der Vertreterversammlung, die im Mai in Mainz stattfand. Der Vorsitzende des Vorstandes Marcus Koller ergänzte, es sei Ziel der KZV, gemeinsam mit den Zahnärztekammern ein tragfähiges Konzept auch für die Kollegenschaft zu entwickeln. So müsse die künftige Organisation des Notdienstes zum Beispiel den kontinuierlich wachsenden Anteil an Zahnärztinnen berücksichtigen. Über 40 Prozent der Zahnmediziner in der vertragszahnärztlichen Versorgung in Rheinland-Pfalz sind inzwischen weiblich. Unter den Studierenden liegt der Anteil der Frauen laut Bundeszahnärztekammer bundesweit bei über 66 Prozent. Die Sorge vieler niedergelassener und angestellter Zahnärztinnen vor Übergriffen während einer Nachtschicht sei dringend und stärker Rechnung zu tragen.

Im zweiten Pandemiejahr tagte die Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz erneut außer Haus, um die geforderten Abstandsregeln der Corona-Landesverordnung einhalten zu können. | Fotos: KZV Rheinland-Pfalz

Eine Reform ist laut dem Vorstand auch deshalb angezeigt, um Zahnarztpraxen auf dem Land für den Nachwuchs attraktiv zu halten. Dadurch, dass die Frequenz an Notdiensten dort in der Regel deutlich höher sei als in sehr gut versorgten Städten, schreckten viele junge Zahnärztinnen und Zahnärzte davor zurück, sich in ländlichen Regionen niederzulassen. Mit der Notdienstreform wolle man eine Hürde für die Existenzgründung auf dem Land abbauen. In einem Flächenland wie Rheinland-Pfalz sei dies für die Sicherstellung der Versorgung von großer Bedeutung. Handlungsdruck bestehe zudem deshalb, weil die Vertreterversammlung der BZK Trier die Notdienstvereinbarung mit der KZV zum Jahresende gekündigt hat, erläuterte Koller.

Favorisiert: Zentrenmodell

Für den Vorstand sind zwei Organisationsmodelle denkbar. Option A: Die KZV Rheinland-Pfalz organisiert künftig wieder flächendeckend den Notdienst. Jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt muss dann wie bisher Dienste übernehmen. Option B: Die KZV errichtet regionale Notdienstzentren, die die Akut- und Schmerzversorgung außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten übernehmen. Zahnärztinnen und Zahnärzte melden sich freiwillig für den Dienst und werden hierfür vergütet. Finanziert werden die Zentren aus dem erwirtschafteten Honorar. Bei fehlender Kostendeckung zahlen Zahnärztinnen und Zahnärzte zusätzlich eine Umlage. Dafür entfällt für sie jedoch der Notdienst. Sind Notdienstzentren flächendeckend errichtet, wird die Umlage auf alle Zahnärztinnen und Zahnärzte im Land aufgeteilt, um Standortnachteile auszugleichen. Denn Notdienstzentren in der Stadt mit hohem Patientenaufkommen dürften sich eher refinanzieren als Zentren auf dem Land mit weniger Zulauf. Die Dienstzeiten in den Zentren bewegen sich im Rahmen der bisherigen BZK-Dienstordnungen.



Der stetig wachsende Anteil von Zahnärztinnen ist für Marcus Koller wesentlicher Grund einer Notdienstreform.

Die Entfernung, die Bevölkerungsdichte und das reale Notfallaufkommen sind laut Vorstand bei der Planung von Notdienstzentren, deren genauen Anzahl und Standorte zu berücksichtigen. Die bisherigen Kammergrenzen würden hierbei keine Rolle mehr spielen. Errichtet werden könnten sie in bereits vorhandenen Strukturen wie zum Beispiel in Krankenhäusern oder in Praxen, die aus Altersgründen abgegeben werden sollen. „Länderübergreifende Einrichtungen in Kooperation mit anderen KZVen fließen in die Überlegungen ein“, so Stöbener. Als Vorbild könnte das Notdienstzentrum Ludwigshafen/Mannheim dienen. Die BZK Pfalz und die KZV Rheinland-Pfalz organisieren bereits seit einigen Jahren gemeinschaftlich mit der KZV Baden-Württemberg den Notdienst für die Städte Ludwigshafen und Mannheim.



Für eine Reform des Notdienstes braucht es den Schulter-schluss von KZV und Kammern, so Joachim Stöbener.



Kollegialer Austausch unter den Delegierten: Dr. Michael Herget, Dr. Franz Werner Krieger und Dr. Rainer Lehnen (v.l.)

Die Delegierten diskutierten eine Neuorganisation des Notdienstes rege und kamen zu dem Schluss, dass Notdienstzentren insgesamt und insbesondere für Kolleginnen und Kollegen auf dem Land eine Erleichterung wären. Sie beauftragten den Vorstand, bis zur nächsten Vertreterversammlung im November eine Notdienstordnung zu erarbeiten und Details zur Bildung von Notdienstzentren zu klären. Dazu zählt die Frage der Organisationsform (Eigeneinrichtung der KZV vs. selbstständige Einrichtung). Darüber hinaus soll der Vorstand die rechtlichen und organisatorischen Maßnahmen für zwei Pileteinrichtungen vorbereiten.

Pilotprojekte in Trier-Saarburg und Mainz

Das Zentrenmodell soll infolge der Kündigung durch die BZK zunächst in Trier für die Region Trier-Saarburg getestet werden. Ein zweites Pilotprojekt soll für die Stadt Mainz mit der Zahnklinik der Universitätsmedizin Mainz als Partner angestoßen werden. Die Klinik soll das Projekt wissenschaftlich begleiten, um Rückschlüsse für den Aufbau der weiteren Notdienstzentren ziehen zu können. Evaluiert werden sollen zum Beispiel die Behandlungsfrequenz, die Art der Behandlungen und das Einzugsgebiet der Patientinnen und Patienten. ■

Splitter zur Vertreterversammlung

- » Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband haben sich auf einen „Pandemiezuschlag“ in Höhe von insgesamt 275 Millionen EUR verständigt. Der Zuschlag soll den Zahnarztpraxen als Entschädigung für den erhöhten Aufwand bei der Behandlung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten während der Corona-Pandemie dienen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erhalten von der KZBV Pauschalen unabhängig von der Gesamtvergütung und verteilen diese in zwei Tranchen an ihre Mitglieder. Die erste Zahlung erhalten die Praxen im Juli, die zweite im Oktober.
- » Seinen aufrichtigen Dank richtete der Vorstand an die Zahnärztinnen, Zahnärzte und das zahnärztliche Personal in den 18 Corona-Schwerpunktpraxen. Seit über einem Jahr gewährleisten sie die Notfallversorgung von Corona-Patienten. Seit April 2020 haben

sie über 200 Schmerzpatientinnen und -patienten versorgt. Die KZV Rheinland-Pfalz war die erste Kassenzahnärztliche Vereinigung, die flächendeckend einen Notdienst für die Schmerzbehandlung von Corona-Patienten eingerichtet hatte.

- » Rechtzeitig vor der Bundestagswahl wird die KZBV eine neue „Agenda Mundgesundheit“ vorlegen. Dies ist das Positionspapier, in dem die Forderungen an die Politik für die neue Legislaturperiode gebündelt werden. *KZV aktuell* wird hierüber berichten.
- » Die nächste Vertreterversammlung findet statt am 20. November 2021.

Kindeswohlgefährdung: Zahnärzte können das Jugendamt informieren

Sehen Zahnärztinnen und Zahnärzte das Wohl eines Kindes in Gefahr, dürfen sie das Jugendamt einschalten. Eine Gesetzesänderung räumt ihnen das Recht hierzu ein.

Text: Kathrin Kromeier

Hämatome und Verletzungen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich bei Kindern, die anamnestisch unklar sind, können Folge häuslicher Gewalt sein. Schon eine dauerhaft vernachlässigte Mundhygiene kann auf eine Kindeswohlgefährdung hinweisen. Da Zahnarztpraxen die erste Anlaufstelle bei Schäden im Mundraum sind, können sie wichtige Hinweisgeber sein. Folgerichtig sind sie nun befugt, entsprechende Anhaltspunkte an das Jugendamt weiterzugeben. Grundlage hierfür ist das überarbeitete Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG).

Zahnmediziner sind Berufsheimnis-träger

Das Gesetz nimmt Zahnärztinnen und Zahnärzte ausdrücklich in den Katalog der Berufsheimnisträger auf. Somit haben sie das Recht, das Jugendamt zu informieren und die notwendigen Daten zu übermitteln, wenn sie in ihrer zahnärztlichen Berufsausübung Hinweise auf Kindeswohlgefährdung erhalten. Bei einer aus ihrer Sicht dringenden Gefahr sollen Zahnärztinnen und Zahnärzte unverzüglich das Jugendamt in Kenntnis setzen, wenn sie dessen Tätigwerden zur Abwendung der Gefahr für erforderlich halten. Darüber hinaus sollen Zahnärztinnen und Zahnärzte, die dem Jugendamt Daten übermittelt haben, an der Gefährdungseinschätzung beteiligt werden.



Kinderschutzhotline

In Verdachtsfällen können sich Zahnärztinnen und Zahnärzte auch unter der Nummer 0800/192 1000 an die Medizinische Kinderschutzhotline wenden. Die Hotline ist bundesweit kostenfrei und 24 Stunden erreichbar. Auf der Website der Bundeszahnärztekammer (<https://www.bzaek.de/recht/haeusliche-gewalt.html>) finden Praxen neben Informationen zum Umgang mit Opfern häuslicher Gewalt verschiedene Unterlagen zur Dokumentation und zur juristischen Einordnung. ■

Kariesprophylaxe: Fluoridempfehlung für Säuglinge und Kleinkinder

Über Jahre diskutierten Kinderärzte und Zahnärzte über die geeignete Fluoridversorgung von Säuglingen und Kleinkindern. Nun haben sie sich auf eine einheitliche Empfehlung geeinigt.

Text: Kathrin Kromeier

Die Kindermedizin empfahl bereits für die Reifephase der Zähne und für die ersten Lebensjahre die Einnahme von Fluoridtabletten. Die Kinderzahnheilkunde sprach sich für die äußere Anwendung in Form von fluoridhaltiger Zahnpasta vom Durchbruch des ersten Zahnes an aus. Diese unterschiedlichen Empfehlungen führten zu Unsicherheiten bei der Beratung durch Hebammen und Pädiater sowie bei Eltern zu einer geringeren Akzeptanz und Umsetzung. Fachgesellschaften, Berufsverbände und Beratungskräfte forderten daher seit Jahren einheitliche Empfehlungen zur Kariesprävention mittels Fluorid. Diese Empfehlungen wurden nun im Rahmen des Netzwerks „Gesund ins Leben“ von allen relevanten Fachgesellschaften und -gruppen unter der wissenschaftlichen Bewertung von Nutzen und Risiken verabschiedet. Um die tolerierbare Höchstgrenze nicht zu überschreiten, wurden beim Berechnen der täglichen Zahnpastamenge die Fluoridaufnahme über die Nahrung, das Verschlucken von Zahnpasta und das zusätzliche Zähneputzen in der Gruppenprophylaxe berücksichtigt.

Empfehlung des Netzwerks „Gesund ins Leben“

Bereits ab der Geburt des Kindes wird die Gabe einer Fluoridtablette in Kombination mit Vitamin D empfohlen. Ab Durchbruch des ersten Zahns bis zum Ende des ersten Lebensjahres gibt es für die Fluoridanwendung zwei unterschiedliche Optionen, die individuell bei der ersten zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung besprochen werden können: Die Eltern geben entweder Fluorid und Vitamin D weiter in Tablettenform und beginnen das Zähneputzen mit einer fluoridfreien Zahnpasta oder ganz ohne Zahnpasta. Alternativ putzen sie die Zähne ihres Kindes mit einer reiskorngroßen Menge fluoridhaltiger Zahnpasta bis zu zweimal täglich und geben zusätzlich Vitamin D als Tablette.



Foto: C. Liepe, © BLE

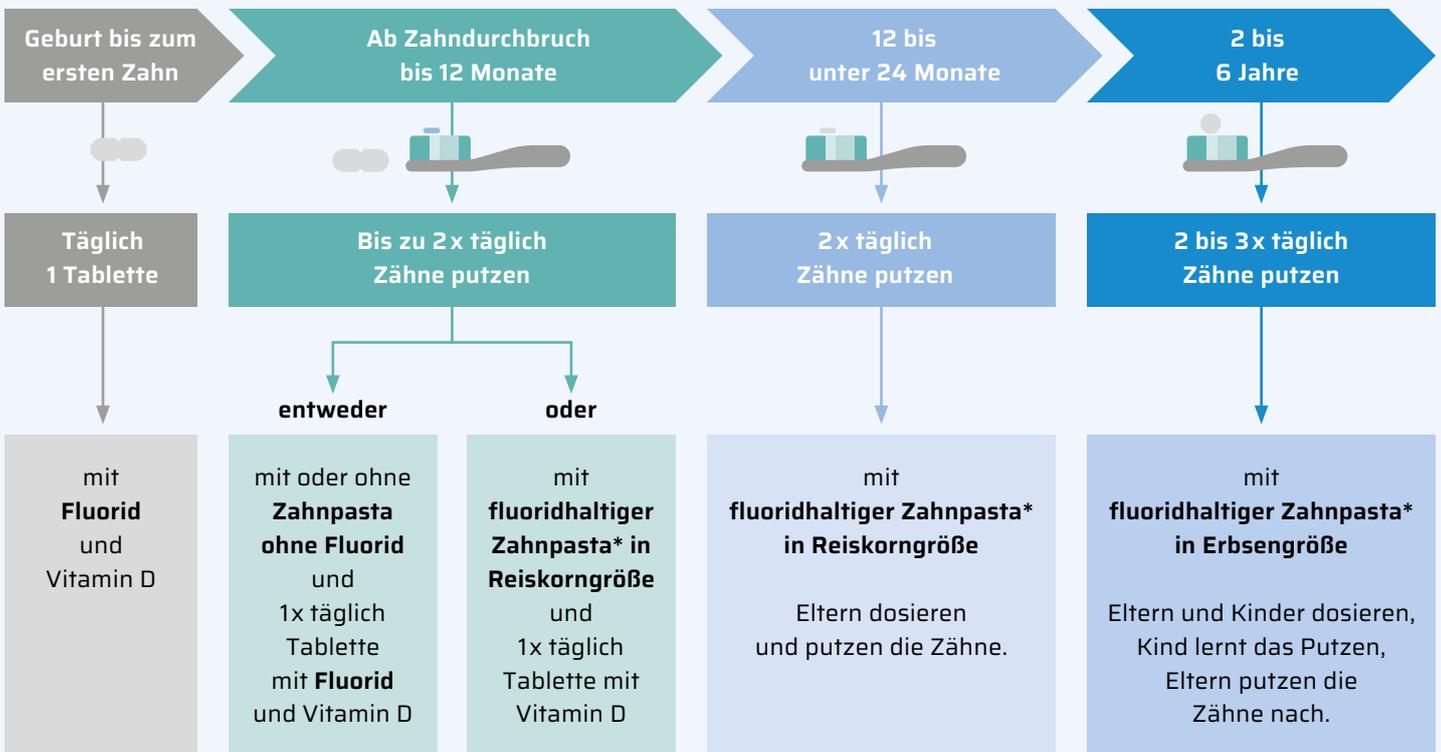
Ab dem ersten Geburtstag gilt einheitlich: Zweimal täglich Zähneputzen mit einer reiskorngroßen Menge fluoridhaltiger Zahnpasta. Um eine Überdosierung zu vermeiden, soll Eltern im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung die Bedeutung der richtigen Dosierung erläutert werden. Empfohlen werden Zahnpasten aus Tuben mit kleinerer Öffnung, neutraler Farbe und neutralem Geschmack mit 1.000 ppm Fluorid. Spezielle Kinderzahncremes mit reduziertem Fluoridgehalt sind damit nicht mehr indiziert.

Zu Beginn des zweiten Lebensjahres soll das Kind das Zähneputzen nun selbst erlernen – mit einer erbsengroßen Menge Zahnpasta. Zunächst sollten Eltern noch nachputzen. Ergänzend kann ein drittes Zähneputzen über die Gruppenprophylaxe in Kindergarten und Kitas hinzukommen. ■



Foto: C. Liepe, © BLE

Kariesprävention mit Fluorid im Säuglings- und frühen Kindesalter



*fluoridhaltige Zahnpasta mit 1.000 ppm Fluorid

Quelle: © BLE 2021 | www.gesund-ins-leben.de

Neue Richtlinie: Systematische PAR-Behandlung ab 1. Juli 2021

Am 1. Juli 2021 tritt die neue Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur systematischen Behandlung von Parodontitis (PAR) in Kraft und ersetzt damit weitgehend die veraltete Behandlungsrichtlinie.

Text: Dr. Christine Ehrhardt, PAR-Referentin der KZV Rheinland-Pfalz

Mit der neuen PAR-Richtlinie wird das vertragszahnärztliche Leistungsangebot erweitert und an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst. Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten mit Parodontalerkrankungen können künftig von einer erweiterten Diagnostik und Behandlung profitieren. Vorneweg: Dieser Artikel reißt die Neuerungen lediglich an. Details finden sich auf der Internetseite www.kzvrlp.de und insbesondere im Skript zu den Fortbildungen der KZV Rheinland-Pfalz.

Ausgangssituation

Parodontitis ist neben Karies die epidemiologisch und versorgungsbezogen häufigste Erkrankung in der Zahnmedizin. Mehr als die Hälfte der Erwachsenen im Alter von 35 bis 44 Jahren ist von einer moderaten oder schweren Form von Parodontitis betroffen. Bei Seniorinnen und Senioren von 65 bis 74 Jahren sind es bereits zwei Drittel. Bei den 75- bis 100-Jährigen weisen 90 Prozent eine moderate oder schwere Parodontitis auf. Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie prognostiziert einen weiter steigenden Behandlungsbedarf aufgrund der demografischen Entwicklung.

Zugleich hat sich die Lücke zwischen einer „State of the Art“-Versorgung von Parodontitispatientinnen und -patienten und dem vertragszahnärztlichen Leistungsrecht immer weiter vergrößert. Die noch gültige Behandlungsrichtlinie ist längst überholt und ihre Defizite vielfältig: Angefangen von der im BEMA nicht abgebildeten Vorbehandlung bis hin zur fehlenden Nachsorge.

Ziel der zahnärztlichen Wissenschaft und der Berufsorganisationen war es deshalb, eine neue PAR-Richtlinie zu etablieren, die das aktuelle zahnärztliche Wissen und Können in der vertragszahnärztlichen Versorgung abbildet. Formuliert wurde dieser Ansatz im Jahr 2017 von KZBV, BZÄK und der DG PARO im „PAR-Versorgungskonzept“. Zwei ihrer Kernforderungen: Ein parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch soll als eigener Therapieschritt verankert werden, um das Verständnis über die Auswirkungen der Erkrankung zu schaffen und das Mitwir-

Download der S3-Leitlinie



„Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ unter www.awmf.org/leitlinien/detail/II/083-043.html

Download der Richtlinie

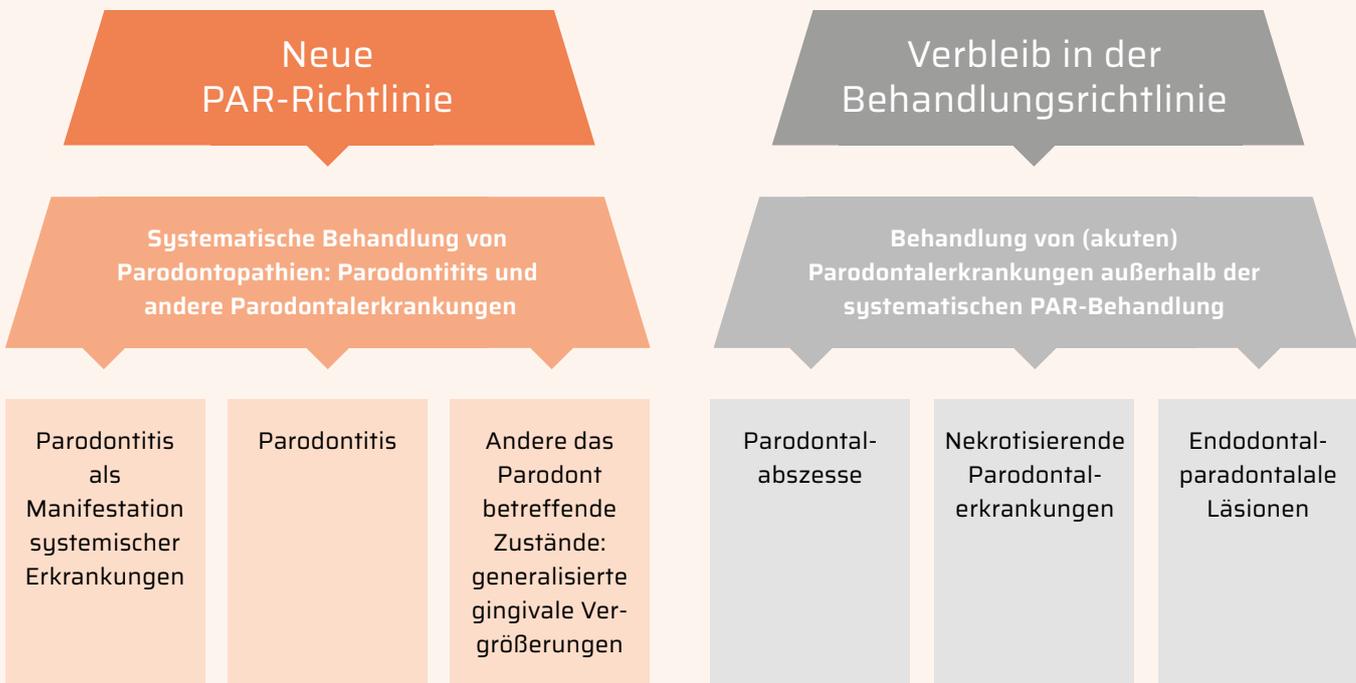


für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) unter www.g-ba.de/richtlinien/32/

Informationen für Zahnarztpraxen

Auf unserer Internetseite www.kzvrlp.de - Webcode 0424 finden Sie das Skript zu den Seminaren „Neue PAR-Richtlinie 2021“, einen Fragen-Antworten-Katalog sowie den Richtlinien-text und den Beschluss des Bewertungsausschusses zu den neuen BEMA-Gebühren.

Parodontale Erkrankungen und Zustände



ken der Patientinnen und Patienten und damit die dringend erforderliche Patientenadhärenz zu stärken. Zudem soll eine strukturierte Nachsorge eingeführt werden, um den Behandlungserfolg langfristig zu sichern.

Download des PAR-Versorgungskonzeptes



unter
[www.kzbv.de/
par-versorgungskonzept.1191.
de.html](http://www.kzbv.de/par-versorgungskonzept.1191.de.html)

Auftrieb erhielten die Bemühungen der Berufsorganisationen von den Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss, die eine Überprüfung der Methodik der systematischen Behandlung von Parodontopathien forderten, von einer grundlegend neuen Klassifikation der parodontalen und periimplantären Erkrankungen sowie von vier neuen S3-Leitlinien für die parodontologische Therapie. Diese Leitlinien sind inzwischen in einer neuen Leitlinie der European

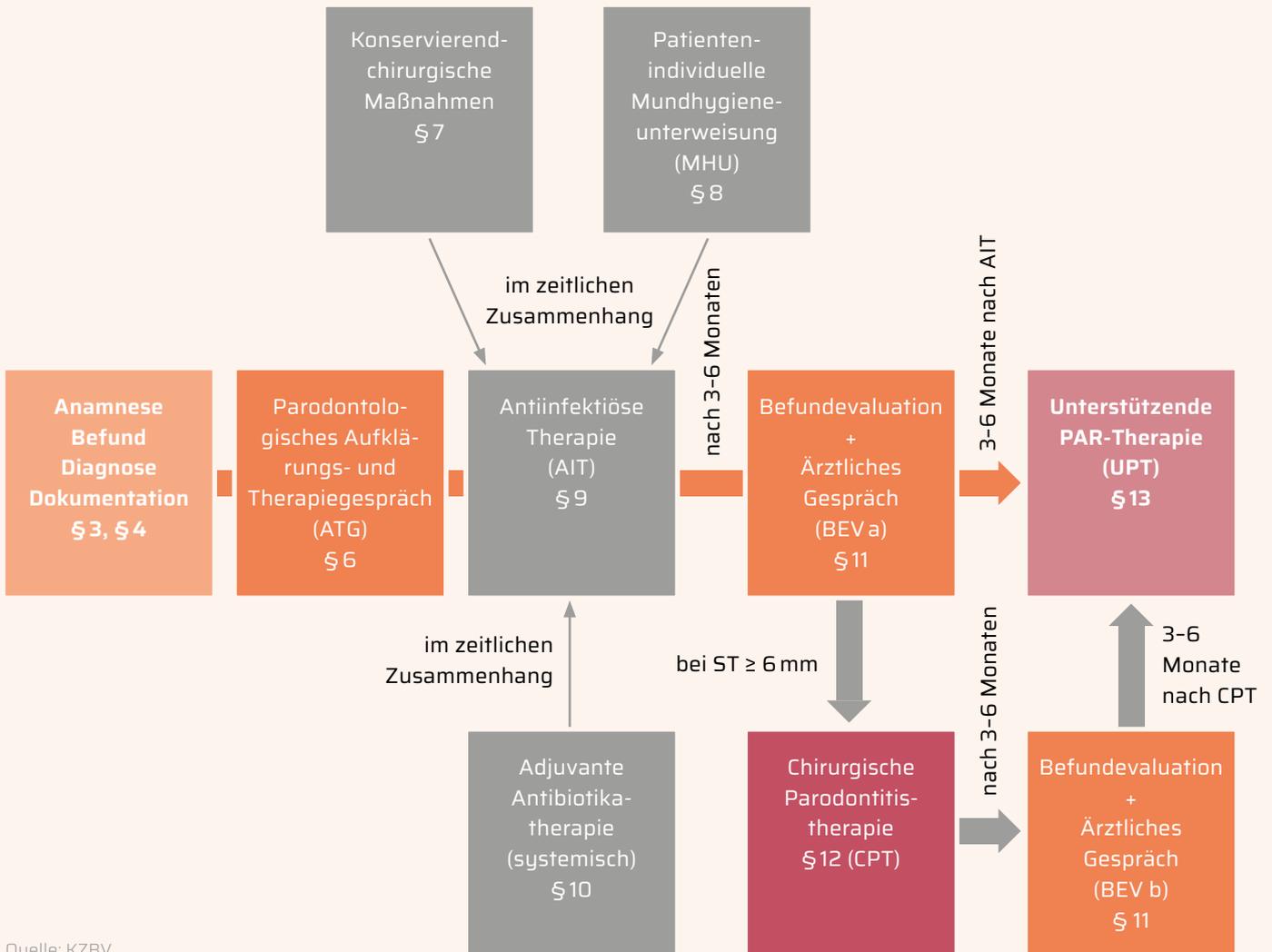
Federation of Periodontology (EFP) aufgegangen und an die Verhältnisse in Deutschland angepasst worden.

Mit der nun vorliegenden eigenständigen PAR-Richtlinie haben die Berufsorganisationen ihr Ziel einer modernen Parodontitistherapie in der vertragszahnärztlichen Versorgung erreicht. Hierbei gilt es zu beachten: Nur die systematische Behandlung von Parodontopathien wird in die neue, eigenständige PAR-Richtlinie überführt. Die vertragszahnärztliche Versorgung von parodontalen Erkrankungen, die nicht der systematischen Behandlung zuzuordnen sind, verbleibt in der bisherigen Behandlungsrichtlinie. Akutformen werden nicht nach der neuen Behandlungstrecke therapiert.

Die neue PAR-Therapiestrecke

Die neue Richtlinie regelt die Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Unter den neuen Rahmenbedingungen unterliegt die PAR-Behandlung weiterhin dem Wirtschaftlichkeitsgebot. So heißt es in § 1 der Richtlinie: „Die Richtlinie dient der Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschrittes.“

Die neue Therapiestrecke



Quelle: KZBV

§ 3 Anamnese, Befund, Diagnose und Dokumentation

Die Anforderungen an die Dokumentation wurden erweitert und in § 3 der Richtlinie wird sie neben Anamnese, Befund und Diagnose explizit als Grundlage der Therapie erwähnt. Neu auch: Risikofaktoren und Wechselwirkungen der Parodontitis mit anderen Erkrankungen und deren Bedeutung für die Therapie werden stärker gewürdigt. So zählt zur parodontitisspezifischen Anamnese künftig die Abfrage und Dokumentation des HbA1c-Wertes bei Patienten mit bekanntem Diabetes mellitus und des Rauchverhaltens.

BEMA-Nr. 4

Mit der Gebühren-Nr. 4 werden Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Dokumentation sowie die Beantragung der AIT abgerechnet. Der mit der neuen Leistung im Vergleich zur gegenwärtigen Leistungsposition verbundene höhere Aufwand wird durch eine Anhebung der Punktzahl von 39 auf 44 berücksichtigt.



Neue Rolle für den Parodontalen Screening-Index (PSI)

Die Bedeutung des PSI als Instrument zur Früherkennung wurde in der neuen Richtlinie gestärkt. Sind Anzeichen einer parodontalen Erkrankung festgestellt worden, erfolgt ein gezielter Verweis zur Diagnostik nach § 3 der PAR-Richtlinie. Ein Wert von 3 oder 4 dient als Einstieg in die neue Therapiestrecke. Der PSI gilt allerdings nicht als Eingangsvoraussetzung für eine systematische PAR-Behandlung. Neu: Der Patient ist über den PSI-Befund, Diagnosen und notwendige weitere Maßnahmen zu informieren. Die PSI-Erhebung wird auf einem Formblatt dokumentiert, eine Kopie erhält der Patient (Formblatt 11).

Aus medizinisch-wissenschaftlichen Erwägungen ist zukünftig die Erhebung des PSI für Patienten im Zusammenhang mit einer systematischen PAR-Behandlung ausgeschlossen worden. Er ist ein Screening-Instrument und dient nicht der Therapie.

Auch nach Ablauf der Wartezeit von zwei Jahren kann er nicht abgerechnet werden, wenn sich der Patient innerhalb der systematischen PAR-Therapiestrecke befindet. Dies wird ausdrücklich im BEMA ausgeschlossen. Der PSI bleibt weiterhin in der bisherigen Behandlungsrichtlinie verortet, siehe hierzu deshalb Abschnitt B.I. Nr. 2 Behandlungsrichtlinie.

Patienten außerhalb der systematischen PAR-Behandlung haben weiterhin einmal innerhalb von zwei Jahren Anspruch auf eine Erhebung.

Neue Vordrucke und PVS-Module ab 1. Juli 2021

Für die neue systematische Parodontitistherapie wird es vier neue Vordrucke geben, die in den Bundesmantelvertrag aufgenommen sind:

- 5a - Parodontalstatus Blatt 1
- 5b - Parodontalstatus Blatt 2
- 5c - Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)
- 11 - Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Nach Auskunft der KZBV können die neuen Vordrucke und PAR-Module nicht vollständig rechtzeitig zum 1. Juli in die Praxisverwaltungssysteme (PVS) integriert werden. Der neue Ablauf der PAR-Behandlung sowie die hiermit einhergehenden neuen Leistungen und das neue Abrechnungsverfahren erfordern einen umfangreichen und tiefgreifenden Eingriff in die Datenstrukturen der Systeme und somit einen enormen Entwicklungsaufwand sowie ausreichende Testzeiten für die PVS-

Hersteller. Die neuen PAR-Module und die im PVS integrierten Blanko-Formulare zum Ausdrucken sollen ab Oktober 2021 zur Verfügung stehen.

Als Übergangslösung arbeitet die KZBV gemeinsam mit den PVS-Herstellern daran, digital ausfüllbare PDF-Formulare für die Beantragung der PAR-Behandlung anzubieten, damit diese – soweit möglich – mithilfe des PVS ausgefüllt und ausgedruckt werden können. Zudem liegen jeweils zehn Exemplare der neuen Vordrucke dieser Ausgabe *KZV aktuell* bei. Weitere Exemplare sind bei uns erhältlich. Den entsprechend geänderten Bestellschein laden Sie bitte unter www.kzvrp.de – Webcode 0424 herunter.

Die Befunddokumentation umfasst Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, Zahnlockerung, Furkationsbefall sowie Zahnverlust durch Parodontitis. Der Röntgenbefund erfordert aktuelle (**laut Beschluss des G-BA (§ 3 Satz 4) in der Regel nicht älter als 12 Monate**) auswertbare aus-

wertbare Röntgenaufnahmen. Er umfasst den röntgenologischen Knochenabbau sowie dessen altersbezügliche Wichtung (Prozent/Alter).

§ 4 Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis

Die systematische Behandlung einer Parodontopathie ist nach der neuen Richtlinie angezeigt, wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondierungstiefe von vier 4 mm oder mehr vorliegt:

1. Parodontitis
2. Parodontitis als (direkte) Manifestation systemischer Erkrankungen
3. Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen

Die neue Richtlinie fußt auf der 2018 vorgestellten aktuellen Klassifikation der parodontalen Erkrankungen. Entsprechend muss jeder Fall einer Parodontitis nach Stadium (Staging) und Grad (Grading)

der Erkrankung individuell eingestuft werden. Das **Staging** unterscheidet vier Stadien. Die Zuordnung erfolgt zunächst über den Schweregrad der Erkrankung (Attachmentverlust/Knochenabbau). Die Komplexität des Krankheitsbildes kann aber zu einer höheren Einstufung führen.

- Stadium I: initiale Parodontitis
- Stadium II: moderate Parodontitis
- Stadium III: schwere Parodontitis mit Potenzial für weiteren Zahnverlust
- Stadium IV: schwere Parodontitis mit Potenzial für Verlust der Dentition

Parodontitis Stadium (STAGING)		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schweregrad	Interdentaler CAL an der Stelle mit dem größten Verlust	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Röntgenologischer Knochenabbau KA	koronales Drittel (<15%)	koronales Drittel (15-33%)	mittleres bis apikales Drittel	mittleres bis apikales Drittel
	Zahnverlust aufgrund von PA	kein Zahnverlust aufgrund von Parodontitis		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von ≤ 4 Zähnen	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von ≥ 5 Zähnen
Komplexität	lokal	maximale Sondierungstiefe ≤ 4 mm vorwiegend horizontaler Knochenabbau	maximale Sondierungstiefe 4-5 mm vorwiegend horizontaler Knochenabbau	Zusätzlich zur Komplexität des Stadiums II: » Sondierungstiefe ≥ 6 mm » vertikaler Knochenabbau ≥ 3 mm » Furkationsbefall Grad II oder III moderater Kammdefekt	Zusätzlich zur Komplexität des Stadiums III: Notwendigkeit einer komplexen, interdisziplinären Rehabilitation aufgrund von: » mastikatorischer Dysfunktion mit sekundärem okklusalem Trauma » (Zahnbeweglichkeit ≥ Grad 2) » ausgeprägter Kammdefekt » Verlust der Bisshöhe, Zahnwanderungen, Auffächerung der Front weniger als 20 Restzähne mit 10 okkludierenden Paaren
Ausdehnung und Verteilung	wird zur genaueren Beschreibung des Stagings verwendet	für jedes Stadium Ausdehnung als lokalisiert (< 30% der Zähne), generalisiert oder als Molaren-/Inzisiven-Muster beschreiben			

Quelle: Papapanou, Sanz et al. Konsensusbericht 2018; Tonetti et al. 2018 Falldefinition 2018

Befundet wird an dem am schwersten betroffenen Zahnzwischenraum. Komplexitätsfaktoren sind Kriterien, die die Diagnose hin zu einem höheren Stadium verändern können. Faktoren wie Sondierungstiefen, Art des Knochenverlustes (vertikal und/oder horizontal), Furkationsbeteiligung, erhöhte Zahnmobilität, Bisskollaps und Verlust der Kaufunktion werden mit einbezogen.

Beim **Grading** werden die Evidenz und das Risiko der Progression eingeschätzt sowie die wahrscheinliche Reaktion auf die Therapie. Der korrekten Einstufung in Grad A, B oder C kommt eine besondere Bedeutung zu: Der Grad bestimmt die Anzahl der UPT-

Sitzungen, die der Patient in Anspruch nehmen kann.

Ausgehend von einem mittleren Progressionsrisiko (Grad B) kann eine Nachjustierung anhand individueller Risikofaktoren erfolgen. Einige sind in der Tabelle genannt. Ein Risiko für einen systemischen Einfluss kann sich neben dem erhöhten hsCRP-Wert an weiteren Faktoren zeigen, beispielsweise an einem frühen Erkrankungsbeginn, anderen Entzündungskrankheiten des Patienten

Parodontitis: Grad (GRADING)			Grad A langsame Progression	Grad B moderate Progression	Grad C schnelle Progression
Primäre Kriterien	direkte Evidenz für Progression	longitudinale Daten (CAL oder röntgenologischer Knochenverlust)	Evidenz für keinen Verlust in den letzten 5 Jahren	< 2 mm über 5 Jahre	≥ 2 mm über 5 Jahre
	indirekte Evidenz für Progression	% Knochenverlust/Alter	< 0,25	0,25–1,0	> 1,0
	Phänotyp des Falls:		viel Biofilm, wenig parodontaler Abbau	parodontaler Abbau entsprechend Biofilmmenge	parodontaler Abbau übersteigt Biofilmmenge, Perioden schneller Progression, früher Krankheitsbeginn, fehlendes Ansprechen auf Standardtherapie
Modifikatoren	Risikofaktoren	Raucher?	Nichtraucher	Raucher < 10 Zigaretten/Tag	Raucher > 10 Zigaretten/Tag
		Diabetes?	kein Diabetes, normoglykämisch	Diabetes; HbA1c < 7,0 %	Diabetes; HbA1c ≥ 7,0 %
Risiko für systemischen Einfluss	systemische Entzündungsbelastung	hsCRP (high sensity CRP)	< 1 mg/l	1–3 mg/l	> 3 mg/l

Quelle: Papapanou, Sanz et al. Konsensusbericht 2018; Tonetti et al. 2018 Falldefinition 2018

(rheumatoide Arthritis, COPD, M. Crohn etc.). Auch Hinweise für einen genetischen Einfluss (z. B. Parodontalerkrankungen in der Familie) sprechen für eine proentzündliche Reaktionsbereitschaft des Immunsystems.

Anamnese, Befundung und individualisierte Diagnose (§§ 3 und 4) werden auf den Vordrucken 5a und 5b dokumentiert und mit der Beantragung der AIT an die Krankenkassen übermittelt.

§ 6 Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG)

Essentielle Voraussetzung für den Beginn der Therapie ist die Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung. Im Anschluss an die Anamnese, Diagnose, Prognose und Therapieplanung findet daher neben der Information über Befund und Diagnose ein risikospezifisches parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch statt. Hierin werden Therapiealternativen, die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion von Risikofaktoren sowie Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen mit dem Patienten erörtert. Mit dem ATG findet erstmals die „sprechende Zahnmedizin“ Eingang in die vertragszahnärztliche Versorgung.

BEMA-Nr. ATG

Die Gebühren-Nr. ATG beinhaltet das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch nach § 6 PAR-RL. Die Leistung ist mit 28 Punkten bewertet. Da es sich um eine Leistung mit Gesprächs- und Beratungsinhalten handelt, kann die Leistung nach BEMA-Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.

§ 7 Konservierend-chirurgische Maßnahmen

Die Entfernung von Plaque, Zahnstein und fest haftenden Belägen ist keine Leistungsvoraussetzung mehr für die antiinfektiöse Therapie. Dieser Vorbehandlungsschritt ist in die Behandlungstrecke integriert und kann daher wie konservierend-chirurgische Maßnahmen einschließlich des Glättens überstehender Füllungsänder je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der AIT durchgeführt werden.

§ 8 Mundhygieneunterweisung (MHU)

Auch die Mundhygieneinstruktion ist nicht mehr verpflichtend vor Antragsstellung durchzuführen, sondern findet als eigener Therapieschritt in der Versorgungstrecke im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie statt. Sie soll den Patienten zur Mitarbeit motivieren und zur Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolgs beitragen.

Die neue Richtlinie vollzieht hier einen bemerkenswerten Paradigmenwechsel: Der Zugang zur PAR-Therapie ist nicht mehr vom individuellen Verhalten des Patienten abhängig. Eine gute Mundhygiene und Mitarbeit des Patienten werden zwar als Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie gewertet und sollen durch den Eingang der „sprechenden Zahnmedizin“ gefördert werden. Sie sind jedoch dessen ungeachtet nicht

mehr Voraussetzung für die Durchführung der antiinfektiösen Therapie. Die Mundhygieneunterweisung umfasst eine Mundhygieneaufklärung, die Bestimmung des Entzündungszustandes der Gingiva, das Anfärben von Plaque, eine individuelle Mundhygieneinstruktion sowie die praktische Anleitung mit Übungen zur risikospezifischen Mundhygiene.

BEMA-Nr. MHU

Über die Gebühren-Nr. MHU wird die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung nach § 8 PAR-RL abgerechnet. Sie ist mit 45 Punkten bewertet. Im Rahmen der Relationierung sind bestehende BEMA-Leistungen, die Aufklärungs- und Instruktionsleistungen enthalten, vergleichend herangezogen worden.

§ 9 Antiinfektiöse Therapie (AIT)

Die antiinfektiöse Therapie dient der Beseitigung der entzündlichen Prozesse, Blutung bzw. Suppuration auf Sondierung sollen weitestgehend eliminiert werden. Die AIT erfolgt im Rahmen des geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen abgeschlossen werden. Dabei werden bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm und mehr alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente) entfernt.

BEMA-Nr. AIT

Über die Gebühren-Nr. AIT wird die antiinfektiöse Therapie nach § 9 PAR-RL abgebildet. Sie ersetzt die BEMA-Nrn. P200 und P201 und differenziert entsprechend zwischen der Behandlung von einwurzeligen (AIT a) und mehrwurzeligen (AIT b) Zähnen. Die Leistungen sind mit 14 bzw. 26 Punkten bewertet.

§ 10 Adjuvante Antibiotikatherapie

Weiterhin gilt: Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, können systemisch wirkende Antibiotika im zeitlichen Zusammenhang mit der AIT verordnet werden. Eine mikrobiologische Diagnostik sowie eine lokale Antibiotikatherapie sind kein Bestandteil der vertragszahnärztlichen Behandlung.

§ 11 Befundevaluation (BEV)

Drei bis sechs Monate nach Beendigung der AIT findet eine erste Überprüfung der Ergebnisse der antiinfektiösen Therapie statt. Die Befundevaluation dient der Verlaufskontrolle sowie der Planung der weiteren Therapieschritte. Gegebenenfalls folgt eine zweite Evaluation der parodontalen Befunde im Anschluss an die chirurgische Therapie. Dementsprechend werden zwei getrennte Gebührennummern geschaffen; die BEMA-Nr. BEV a kommt nach Durchführung der AIT, die BEMA-Nr. BEV b nach Durchführung der chirurgische Therapie zum Tragen.

Die notwendige Dokumentation des klinischen Befundes umfasst Sondierungstiefen und Sondierungsblutung (an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal), Zahnlockerung, Furkationsbefall und Röntgenbefund. Der Vergleich mit den Befunddaten erlaubt die zielgenaue Planung des weiteren Vorgehens.

BEMA-Nr. BEV

Es werden zwei getrennte Gebühren-Nummern geschaffen. Die Nr. BEV a kommt nach Durchführung der AIT und die Nr. BEV b nach Durchführung der CPT zum Tragen. Beide sind identisch mit 32 Punkten bewertet.

§ 12 Chirurgische Therapie (CPT)

Nach der AIT ist zu prüfen, ob es notwendig ist, an einzelnen Parodontien zusätzlich ein offenes Vorgehen durchzuführen. Dies kann für Parodontien angezeigt sein, bei denen bei der Befundevaluation eine Sondierungstiefe von ≥ 6 mm gemessen wurde, wobei in der Front eine besonders enge Indikation für eine chirurgische Therapie gilt. Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt in Absprache mit dem Patienten. Im Unterschied zur aktuellen Rechtslage setzt die Durchführung der chirurgischen Therapie zwingend ein vorheriges geschlossenes Vorgehen nach der BEMA-Nr. AIT voraus. Die chirurgische Therapie muss künftig nicht mehr bei der Krankenkasse beantragt, sondern lediglich nach der Befundevaluation, aber vor der Abrechnung angezeigt werden (Formblatt 5c). Drei bis sechs Monate nach Beendigung der chirurgischen Therapie wird der Befund erneut gemäß § 11 evaluiert (BEV b).

BEMA-Nr. CPT

Die Gebühren-Nr. CPT a bzw. b regeln die Abrechnung der chirurgischen Therapie und differenzieren wie die bisherigen Gebühren-Nr. P202 und P203 zwischen der Behandlung einwurzeliger und mehrwurzeliger Zähne. Sie stimmen mit der bisherigen Bewertung überein (22 bzw. 34 Punkte).

Mit der Leistung nach BEMA-Nr. CPT sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den BEMA-Nrn. 105, 107 und 107a abgebildet.

BEMA-Nrn. 108 und 111

Diese Gebührennummern sind bei unveränderter Bewertung aus dem gegenwärtigen BEMA übernommen worden.

Eine Leistung nach BEMA-Nr. 108 kann nicht im Zusammenhang mit konservierenden, prothetischen und chirurgischen Leistungen abgerechnet werden. Leistungen nach BEMA-Nrn. 38 und 105 können nicht neben Leistungen nach BEMA-Nr. 111 abgerechnet werden, soweit Maßnahmen in derselben Sitzung an derselben Stelle erfolgen.

5. ab dem zweiten Jahr einmal im Kalenderjahr die Untersuchung des Parodontalzustands (UPT g)

Bei der Abrechnung der Messung von Sondierungstiefen wurde berücksichtigt, dass diese Parameter im ersten Jahr bei Patienten aller Erkrankungsgrade bereits bei der Befundevaluation gemessen werden. Zu Beginn des zweiten Jahres erfolgt dies im Rahmen der Untersuchung des Parodontalzustands (UPT g).

Nur bei Patienten mit Grad B und C kann die Messung von Sondierungstiefen weitere Male in anderen UPT-Sitzungen als **UPT d** abgerechnet werden (Grad B: bei zweiter und vierter UPT, Grad C: bei zweiter, dritter, fünfter und sechster UPT).

Zusätzliche UPT-Termine können mit dem Patienten privat vereinbart und durchgeführt werden.

§ 13 Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

Die Aufnahme der unterstützenden Parodontitistherapie in den BEMA ist eine zentrale Neuerung in der PAR-Behandlung. Die UPT ist ein wesentlicher Therapieschritt, um die Ergebnisse der antiinfektiösen und gegebenenfalls chirurgischen Therapie zu sichern, die Patientenmotivation zu fördern sowie Neu- und Reinfektionen frühzeitig zu erkennen.

Mit der UPT soll drei bis sechs Monate nach Abschluss der aktiven Behandlungsphase im Anschluss an die Befundevaluation begonnen werden. Die Einhaltung einer Frist zwischen Befundevaluation und erster UPT ist nicht erforderlich. Die UPT-Phase beginnt am Tag der Erbringung der ersten UPT-Leistung und läuft über zwei Jahre. Sie kann einmalig um sechs Monate verlängert werden. Die Frequenz der UPT richtet sich nach dem festgestellten Grad der Parodontalerkrankung (Grading) und liegt zwischen ein- und dreimal pro Jahr. Eine Änderung des Gradings bei der Befundevaluation führt nicht zu einem veränderten Leistungsanspruch der UPT-Frequenz.

Die UPT umfasst:

- 1. die Mundhygienekontrolle (UPT a)**
- 2. soweit erforderlich eine erneute Mundhygieneunterweisung (UPT b)**
- 3. die vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftendem Biofilm und Belägen (UPT c)**
- 4. bei Sondierungstiefen von ≥ 4 mm und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von ≥ 5 mm die subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen (UPT e: einwurzelige Zähne; UPT f: mehrwurzelige Zähne)**

BEMA-Nr. UPT

Die in § 13 Abs. 2 PAR-RL aufgeführten Leistungsbestandteile sind in jeweils eigenständigen Gebühren a bis g abgebildet.

Sie sind wie folgt bewertet:

UPT a: 18 Punkte

UPT b: 24 Punkte

UPT c: 3 Punkte/Zahn

UPT d: 15 Punkte

UPT e: 5 Punkte/Zahn

UPT f: 12 Punkte/Zahn

UPT g: 32 Punkte

**Zuordnung
des Patienten
gemäß § 4 Nr. 1
Buchstabe b**

Grad A

**1 x im Kalender-
jahr mit einem
Mindestabstand
von 10 Monaten**

Grad B

**1 x im Kalender-
halbjahr mit einem
Mindestabstand
von 5 Monaten**

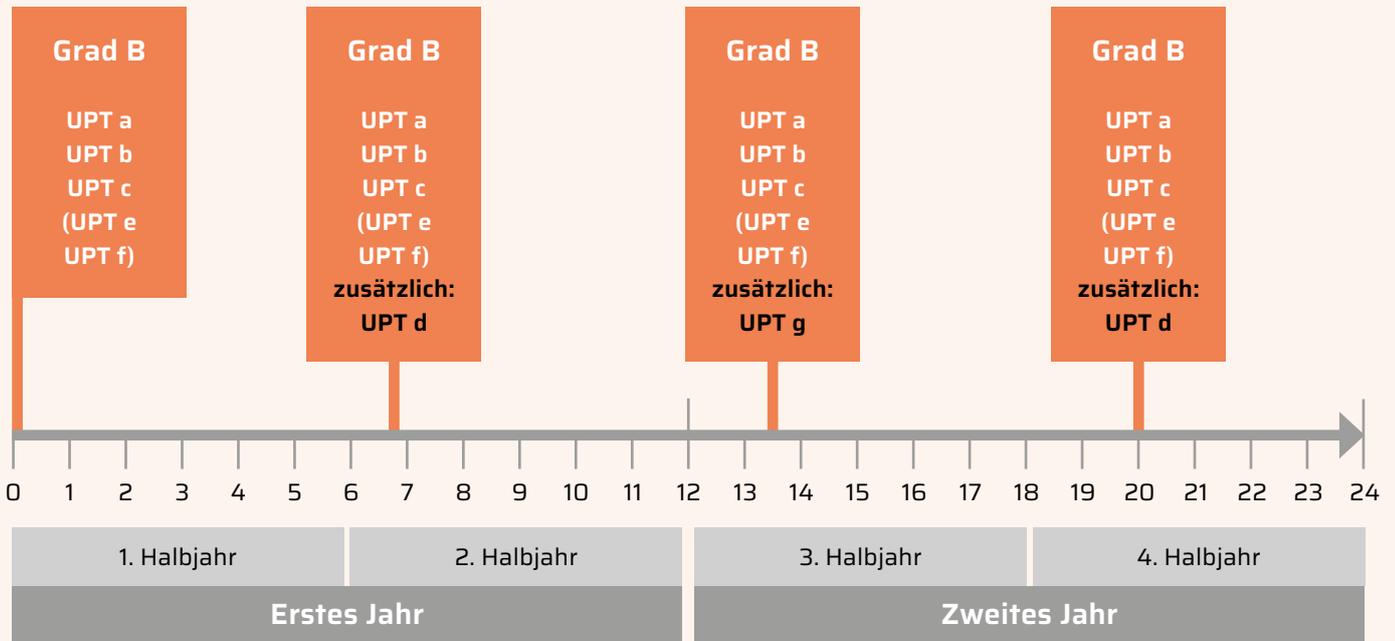
Grad C

**1 x im Kalender-
tertial mit einem
Mindestabstand
von 3 Monaten**

BEMA-Positionen, Recall-Intervalle und Inhalte der UPT bei Grad B

Grad B: einmal im Kalenderhalbjahr mit einem Mindestabstand von fünf Monaten

Beginn bei allen Graden zwischen 3 und 6 Monaten nach Ende AIT/CPT



Ende der UPT - und dann?

Eine UPT ist nach maximal 30 Monaten beendet. Danach kann sie nur als Privatleistung fortgeführt werden. Im Fall eines Rezidivs und der Notwendigkeit, wieder in die Therapiephase einzutreten, kann der gesamte Zyklus neu begonnen werden. Ein Wiedereinstieg in die Therapiephase ist vor Ende der UPT-Phase nicht möglich.

§ 5 Begutachtung und Genehmigung

Die systematische Parodontitistherapie und eine Verlängerung der UPT bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Der Antrag wird der Krankenkasse mittels eines noch zwischen den KZBV und GKV-Spitzenverband zu vereinbarenden Datensatzes übermittelt. Die Krankenkasse kann vor der Entscheidung über die Kostenübernahme die diagnostischen Unterlagen und die Patienten begutachten lassen. Hierbei gilt: Vor der Leistungszusage der Krankenkasse bzw. der Befürwortung der antiinfektiösen Therapie durch den Gutachter sollte nicht mit der Behandlung begonnen werden.

Im Rahmen eines AIT-Antrags werden der Patient sowie die diagnostischen Unterlagen begutachtet: Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Parodontopathie nach § 4 der PAR-Richtlinie, klinische Befunde, Röntgenbefunde (Aktualität, Auswertbarkeit, Befund Knochenabbau, Dokumentation zu Staging und Grading, Wirtschaftlichkeit der Behandlung).

Im Rahmen eines Antrags zur Verlängerung der UPT wird begutachtet: Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Parodontopathie, Diagnose (Staging, Grading), Röntgenbefunde, Abschluss der im zeitlichen Zusammenhang zu erbringenden Leistungen nach §§ 7 und 8 der PAR-Richtlinie sowie medizinische Notwendigkeit der Verlängerung.

Derzeit wird der Leitfaden für PAR-Gutachter von der KZBV überarbeitet und an die neue Richtlinie adaptiert.

Parodontitistherapie bei vulnerablen Patientengruppen

Pflegebedürftige oder Menschen mit Beeinträchtigungen, bei denen die systematische Behandlung gemäß PAR-Richtlinie nicht in vollem Umfang durchgeführt werden kann, haben ab Juli Anspruch auf eine modifizierte und speziell auf die Bedürfnisse dieser Patientengruppe zugeschnittene Behandlung ohne Antrags- und Genehmigungsverfahren. Eine Behandlung ist der Krankenkasse lediglich anzuzeigen. Die Behandlungsrichtlinie wurde entsprechend geändert. Die Leistungen umfassen neben Anamnese, Befund und Diagnose die Messung der Sondierungstiefen, eine antiinfektiöse und gegebenenfalls chirurgische Therapie sowie die Reinigung aller Zähne einmal im Kalenderhalbjahr über einen Zeitraum von zwei Jahren. ■



Download der
Behandlungsrichtlinie
unter
www.g-ba.de/richtlinien/32/

Gibt es für PAR-Altfälle eine Übergangsregelung?

PAR-Behandlungen, die ab dem 01.07.2021 begonnen werden, sind gemäß den ab dem 01.07.2021 geltenden Regelungen durchzuführen und abzurechnen.

Werden ab dem 01.07.2021 noch PAR-Pläne gemäß den bis zum 30.06.2021 geltenden Regelungen bei der Krankenkasse eingereicht, wird der Zahnarzt aufgefordert, einen PAR-Plan gemäß den neuen Regelungen zu erstellen. Eine Gebühr für die Erstellung des alten PAR-Planes kann in diesem Fall nicht abgerechnet werden.

PAR-Behandlungen, die bis zum 30.06.2021 begonnen werden (maßgebend ist die erste therapeutische Maßnahme P200-P203), sind gemäß den bis zum 30.06.2021 geltenden Regelungen durchzuführen und abzurechnen.

Was gilt für die Abrechnung?

Die erbrachten PAR-Leistungen werden nicht mehr am Ende der Behandlung abgerechnet. **Die erste Abrechnung erfolgt frühestens nach Abschluss der AIT über die Monatsabrechnung. Ab diesem Zeitpunkt ist jede weitere Leistung monatlich abrechenbar.** Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben.





Pfälzischer Zahnärztetag: Zukunft gestalten

Vom Hambacher Schloss geht seit jeher Aufbruchsstimmung aus. Einst demonstrierte am Schlossberg das Bürgertum für Freiheit, Gleichheit und Gerechtigkeit. Heute formuliert dort die Zahnärzteschaft ihre politischen Positionen.

Text: Katrin Becker

Mit den Erfahrungen aus der Corona-Krise im Rücken und der Bundestagswahl vor der Brust schlug die Zahnärzteschaft beim diesjährigen Pfälzischen Zahnärztetag selbstbewusste Töne an. „Der zahnärztliche Sektor ist systemrelevant. Er steht für herausragende Innovationen und für ein hohes volkswirtschaftliches Potenzial“, betonte Dr. Holger Kerbeck, Vorsitzender der Bezirkszahnärztekammer (BZK) Pfalz. Dies könne und müsse der Berufsstand stärker hervorheben – im Vorfeld der Bundestagswahl und darüber hinaus.

Wegen der Pandemieauflagen fand der Zahnärztetag virtuell statt. Die Gastgeber, die BZK Pfalz und die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz, übertrugen ihr Programm unter dem Leitmotiv „Gestärkt in die Zukunft“ aus dem Festsaal des Hambacher Schlosses. Das Motto griff Kerbeck wiederholt auf und er richtete dabei auch kritische Worte in den Berufsstand hinein. So wie die ganze Gesellschaft im Wandel sei, veränderten sich auch die Freien Berufe und die Freiberuflichkeit. „Wer versucht, dies aufzuhalten, wer an alten Strukturen verträumt festhält, der wird nicht gestärkt in die Zukunft gehen“, mahnte er und nahm den Berufs-

tand in die Pflicht, geschlossen zukunftsorientiert zu handeln. Explizit nannte er die Notwendigkeit, die junge Zahnärztegeneration und deren Lebensplanung besser zu adressieren. Er forderte, alternative freiberufliche Berufsausübungsformen neben der klassischen Einzel- und Gemeinschaftspraxis zu fördern. „Beständiges Jammern über Bürokratie, Einkommensverluste und Restriktionen und das betriebswirtschaftliche Risiko einer Niederlassung helfen hier nicht weiter. Gestalten, nicht verhindern. Das muss das Ziel der Selbstverwaltung sein“, so Kerbecks Fazit.

Freiberuflichkeit muss gelebt werden

„Die Freiberuflichkeit ist kein Selbstläufer“, bestätigte Florian Lemor, Hauptgeschäftsführer der Bundeszahnärztekammer. Er sieht in der Bundestagswahl eine Richtungswahl für die Freiberuflichkeit. Das von einigen Parteien verfolgte Konzept

Die Organisatoren und Referenten des Zahnärztertages (v.l.): Joachim Stöbener, Prof. Dr. Frauke Müller, Dr. Holger Kerbeck, Marcus Koller, Prof. Dr. Andreas Dengel, Dr. Michael Orth. Im Bild fehlt Florian Lemor.
Foto: BZK Pfalz

einer Einheitsversicherung erschüttere ihr Fundament. Doch nicht nur die deutsche, auch die europäische Politik fremdelt mit der Freiberuflichkeit, erläuterte Lemor. Insbesondere die Vorgaben für den einheitlichen Wirtschaftsmarkt tangieren die Heilberufe und schränken sie in ihrer freiberuflichen Tätigkeit ein. Sinnvolle nationale Berufsreglementierungen werden zugunsten von Wettbewerb und Mobilität innerhalb der EU aufgeweicht. Will die Freiberuflichkeit in Zukunft bestehen, müsse sie glaubhaft und nachweisbar gelebt werden. Lemor: „Dafür braucht es Vorbilder, die die zwei Seiten der Medaille leben: die Rechte und die Pflichten der Freiberuflichkeit.“ Die Rechte der Freiberuflichkeit entstünden dabei stets aus deren Pflichten.

Marcus Koller, Vorstandsvorsitzender der KZV Rheinland-Pfalz, kritisierte die hohe Schlagzahl an Gesetzen, die den Praxisalltag strapazieren und zu Lasten der Patientenbehandlung gehen. „Höher, schneller, weiter, am besten bis gestern – die Gesetzgebung ist auf der Überholspur.“ Exemplarisch wandte er sich dem Zukunftsthema Digitalisierung und der Telematikinfrastruktur (TI) zu. Als technikaffiner Berufsstand sei die Zahnärzteschaft bereit, ihre Praxen an die TI anzubinden. „Doch der Ärger sitzt bei vielen tief“, befand er. Fehleranfällige, technisch nicht ausgereifte Lösungen und gesetzlich aufgebürdete Sanktionen mit unrealistischen Einführungsfristen bremsten die TI aus. Für mehr Akzeptanz brauche es zuverlässige, praxisnahe Anwendungen mit Benefit für Praxen und Patienten. Sanktionsbewährte Fristen müssten abgeschafft werden. Mit Blick auf die Bundestagswahl forderte er die Politik zum steten Dialog auf und unterstrich den Gestaltungswillen der Zahnärzteschaft. „Es ist unser Anspruch, Patientenversorgung zu gestalten statt zu verwalten. Unser Anspruch ist es, uns nicht fremdbestimmen zu lassen, sondern konstruktiv-kritisch mitzuwirken.“ ■

Prof. Dr. Andreas Dengel: „KI ist eine Werkbank mit Techniken, die kognitive Leistung des Menschen zu ergänzen“

Der Pfälzische Zahnärztertäg hat viele Traditionen. Zum einen findet er alle zwei Jahre auf dem Hambacher Schloss statt, zum anderen verfolgt er ein unverwechselbares Konzept: ein Dreiklang aus berufspolitischem und wissenschaftlichem Vortrag sowie einem Festvortrag mit gesellschaftlichem Bezug. Festredner in diesem Jahr war Prof. Dr. Andreas Dengel vom Deutschen Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz. In seinem Vortrag entführte er die Gäste in die Welt der Künstlichen Intelligenz (KI), deren Höhenflug mit der stetig wachsenden Datenmenge, höherer Rechnerleistungen und dem Maschinellen Lernen zusammenhänge. Er zeigte verschiedene Einsatzfelder der Technologie auf, darunter die medizinische Diagnostik. KI beurteile zum Beispiel Bilder von Hautläsionen so genau wie Dermatologen. Einsetzbar sei sie zudem in der zahnärztlichen Röntgendiagnostik. Dengel wollte vor allem auch Bedenken nehmen. KI habe nichts mit ganzheitlichem Denken zu tun. Ihr fehle es an Bewusstsein, Dinge einzuordnen. Sein Fazit: „KI ist keine Technologie, um den Menschen nachzubauen, sondern sie dient als intellektueller Leistungsverstärker, der den menschlichen Verstand erweitert“.

Prof. Dr. Frauke Müller: „Die Gerodontologie gewinnt an Bedeutung“

Den wissenschaftlichen Vortrag „Von der Prothetik zur Gerodontologie“ hielt Prof. Dr. Frauke Müller von den Universitätskliniken Genf. Älter werdende, multimorbide Patienten, die immer mehr natürliche Zähne lange erhalten, hätten die Prothetik in den vergangenen 30 Jahren signifikant verändert und der Gerodontologie den Boden bereitet, erläuterte sie. Als besonders kritisch empfindet sie den Übergang vom fitten Senior zum Pflegebedürftigen. Zahnärzte sollten diesen Zeitpunkt nicht verpassen und ihre Patienten engmaschig begleiten, da parodontale Strukturen schnell zusammenbrechen würden. Eine altersgerechte prothetische Versorgung sollte die Therapie- und Mundhygienefähigkeit sowie die Eigenverantwortlichkeit des Patienten berücksichtigen: leicht einzusetzen und herauszunehmen, sehr hygienefähig, glatt poliert und mit einem patientengerechten Erscheinungsbild. Wichtig sei es darüber hinaus, die Eigenständigkeit des Patienten so lange wie möglich zu bewahren. „Autonomie ist das höchste Gut und Lebensqualität“, sagte sie. Angesichts der steigenden Lebenserwartung und Multimorbidität hält sie zudem eine holistische Betrachtung der Patienten für notwendig. Müller: „Wir müssen uns als Teil der Medizin verstehen und den Austausch mit Haus- und Fachärzten suchen.“

Die Therapie von Frontzahntraumata

Teil 1 - Zahnfrakturen

Dentale Traumata betreffen verschiedene Gewebe- und Kieferstrukturen und häufig ist eine interdisziplinäre Therapie notwendig. Anhand klinischer Fallbeispiele sollen in zwei Teilen typische Verletzungsmuster von Zahnfrakturen sowie Dislokationsverletzungen vorgestellt und die primäre und sekundäre Versorgung sowie die Nachsorgesystematik erläutert werden.

Text: Dr. med. dent. Mario Schulze, Dresden

Die Inzidenz von Verletzungen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich mit Beteiligung der Zähne nimmt seit Jahren zu. Die Schwierigkeiten der Behandlung dieser Traumata resultieren aus ihrer Seltenheit im Verhältnis zur Gesamtbehandlungszahl, der Unvorhersehbarkeit für den Zahnarzt, der Komplexität der Verletzungsmuster und nicht zuletzt aus dem oft jungen Lebensalter der Patienten mit unter Umständen begrenzter Mitarbeit (Abb. 1 bis 3) und stellen den erstbehandelnden Zahnarzt häufig vor große Herausforderungen.

Klinische Diagnostik

Falls der Zahnarzt die erste Anlaufstelle nach dem Trauma ist, müssen zunächst weitere Verletzungen wie Schädel-Hirn-Traumata, innere Verletzungen, schwere Knochen- und Weichteilverlet-

zungen ausgeschlossen und die Patientin/der Patient ggf. einer Klinik zugeführt werden.

Bei jedem Trauma der Zähne können mit Schmelz, Dentin und Pulpa alle Strukturen des Zahnes beteiligt sein. Außerdem muss im Rahmen der Erstuntersuchung auf die benachbarten Strukturen Parodont, Kieferknochen und die umgebenden Weichteile geachtet werden. Die klinische und paraklinische Diagnostik zielen auf die Erkennung des gesamten Umfangs der Verletzung und der dementsprechend indizierten Therapie, der Einschätzung der Prognose sowie der Festlegung der Recallzeiträume. Bei allen Verletzungen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich muss die allgemeine Anamnese erfragt und dokumentiert werden. Dabei ist im Speziellen auf Gerinnungsstörungen und Tetanusschutz zu achten. Weiter sind Angaben zum Unfallort, Unfallzeitpunkt so-



Abb. 1 | Zustand nach Fahrradsturz ohne Helm, multiple Riss-Quetschwunden über das gesamte Gesicht verteilt



Abb. 2 | Zustand nach Sturz mit Inlineskates mit Helm, multiple Riss-Quetschwunden im Bereich vom Kinn bis zur Nase



Abb. 3 | Zustand nach Sturz mit dem Roller, Einbissverletzung in Unterlippe

wie Unfallhergang zu dokumentieren. Dies ist nicht zuletzt bei nachfolgender Kommunikation mit staatlichen wie privaten Kostenerstatern, Rechtsbeiständen und Gerichten wichtig.

Aus der Darstellung des Unfallverlaufs ergeben sich unter Umständen Hinweise auf die zu erwartenden Verletzungen (Wurzelfrakturen, Kiefergelenkfrakturen).

Zahnärztliche Diagnostik

Zur zahnmedizinischen Diagnostik haben sich folgende Instrumente, Materialien und Hilfsmittel bewährt:

1. Zahnärztliches Grundbesteck
2. Fracfinder® (Abb. 4)
3. Kältespray/Pulpatester



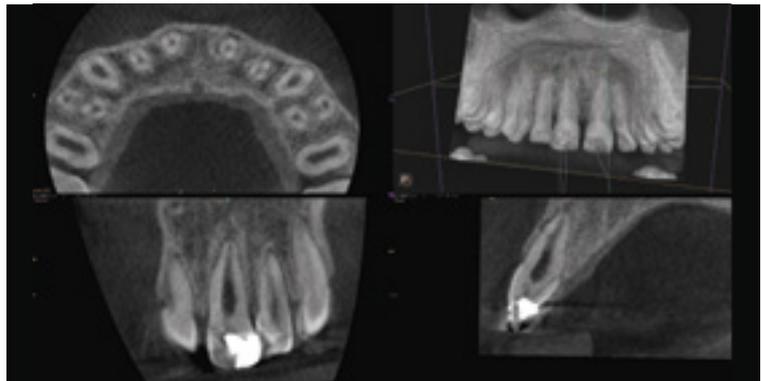
Abb. 4 | Fracfinder® - Hilfsmittel zur Detektion symptomatischer Zähne und/oder beweglicher Höcker bei Vorliegen von Dentinracks oder Frakturen

Röntgendiagnostik

Um Zahn- oder/und Knochenfrakturen auszuschließen, sollten alle Zähne im Bereich der Verletzung mithilfe von Einzelzahnaufnahmen orthograd und exzentrisch untersucht werden. Kieferfrakturen können mithilfe von Panoramaschichtaufnahmen (OPG) gut detektiert werden. Vor allem nach Stürzen auf das Kinn ist mit Kiefergelenkfrakturen zu rechnen, die durch entsprechende Aufnahmen sicher diagnostiziert werden können. Die Dentale Volumentomografie (DVT) hat sich zur Diagnostik nach Traumata bewährt. Alle im zweidimensionalen Bild hintereinander liegenden Strukturen können mithilfe dieser Aufnahmetechnik separat dargestellt und so verdeckte Verletzungsmuster (z.B. Frakturen der bukkalen Knochenlamelle, Kronen-Wurzelfrakturen, Wurzelquerfrakturen) erkannt werden (Abb. 5 und 6). Bei Bedarf können zusätzliche Röntgenaufnahmen, wie Aufbissaufnahmen, Kiefergelenkaufnahmen, OPG- oder NNH-Aufnahmen, indiziert sein.



Abb. 5 und 6 | Zustand nach Kronenwurzelfraktur: In der Röntgenaufnahme ist die Fraktur nicht zu sehen, erst das DVT demonstriert den bis subkrestal verlaufenden Frakturspalt.



Bei systematischem Vorgehen von außen nach innen erfolgt nach extraoraler Untersuchung und Dokumentation der Verletzungen die intraorale Diagnostik. Dabei werden Strukturschäden der betroffenen Weichgewebe und Zähne, Lockerungsgrade, Sondierungstiefen sowie Perkussion und Sensibilität der Zähne erhoben und dokumentiert. Für die Prüfung der Sensibilität der Pulpa hat sich der Kältereiz mit Kohlendioxid durchgesetzt. Daneben kann die Sensibilität der Pulpa elektrisch getestet werden, wobei gerade bei unvollständigem Wurzelwachstum die Antwort auf diesen Reiz nur eingeschränkt messbar sein kann⁽¹⁾. Aufgrund falsch positiver oder auch falsch negativer Sensibilitätstests nach Trauma ist dieses Kriterium nie allein zu betrachten, wenn es um die Entscheidung geht, eine endodontische Behandlung einzuleiten (Tabelle 1). Weiterhin sind nicht nur die augenscheinlich betroffenen Zähne zu untersuchen.

	Zeitpunkt der Diagnostik einer Pulpanekrose ⁽³⁾						
	Tage	Wochen	Monate				
	6-21	3-4	1-2	2-3	3-4	4-8	8-30
Neg. Vit. + Verfärbung	24	9	7	4			1
Neg. Vit. + Parod. ap.		12	8	12	4	3	6
Neg. Vit. + ext. Res.		6	12	4	5		
Neg. Vit. + weiteres WW				1		3	
Neg. Vit.	2	2	2		1	1	
Pos. Vit. + Parod. ap.			1		1		2

Tab. 1 | Zeitpunkt der Diagnostik einer Pulpanekrose⁽³⁾

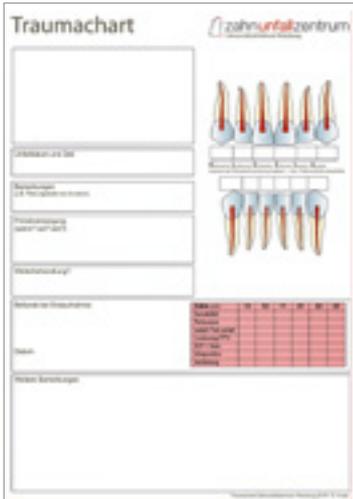


Abb. 7 | Traumachart Zahnunfallzentrum Würzburg



Abb. 8 - Frontzahntraumabogen der DGZMK

chen, sondern auch Nachbarzähne sowie alle benachbarten Strukturen zu testen, um Kollateralschäden und Unterschiede in den jeweiligen Reizantworten zu detektieren. Einen möglichen Leitfaden gibt die ZEPAG-Klassifikation vor⁽²⁾. Hierbei werden alle Verletzungen aller beteiligten Gewebe (Zähne, Endodont, Parodont, Alveolarknochen, Gingiva) der dento-alveolären Einheit geordnet und dokumentiert. Die Dokumentation aller Verletzungen kann mithilfe der Praxismanagementsoftware oder spezieller Trauma-Dokumentationsbögen erfolgen (Abb. 7 und 8). Hilfreich und empfehlenswert ist es, zusätzlich zur schriftlichen Dokumentation alle sichtbaren Befunde im Foto festzuhalten.

1. Zahnfrakturen

Zahnfrakturen werden in Schmelzrisse, Kronenfrakturen mit und ohne Pulpaexposition, Kronen-Wurzelfrakturen und Wurzelquer- und -längsfrakturen klassifiziert. Wichtig für die Therapie und Nachsorge ist die Abgrenzung zu den Luxationsverletzungen. Sollte ein kombiniertes Verletzungsmuster vorliegen, sind die Recallempfehlungen von Luxationsverletzungen anzuwenden.

Für die Behandlung der meisten Frakturverletzungen werden folgende Materialien benötigt:

1. Ätzel, Adhäsiv, Komposit (Flow und Kapsel)
2. Hydraulischer Silikatzement (z. B. Biodentine, MTA)
3. Kalziumhydroxid/Glasionomerzement



Abb. 9 und 10 | Ausgeprägte Schmelzrisse an den Zähnen 11 und 21, kombiniert mit Kronenfraktur und Dislokation des Zahnes 21, Zustand nach Fahrradsturz

1.1 Schmelzriss

Befunde: Klinisch imponieren ein oder mehrere Risse im Bereich des Zahnschmelzes, die bis in das Dentin reichen können (Abb. 9 und 10). Radiologisch sind diese Risse nicht verifizierbar. Das beste diagnostische Hilfsmittel zur Detektion stellt die Transillumination dar. Diese kann u. a. mit der Polymerisationslampe erfolgen, ggf. mit speziellen Filteraufsätzen. Für den Fall einer später auftretenden Pulpanekrose sind diese Risse in Länge und Verlauf gut zu dokumentieren. Dies gelingt durch Fotodokumentation zuverlässig und reproduzierbar. Bei älteren Patienten ist aber nicht immer eindeutig zu diagnostizieren, ob es ältere oder traumabedingte Risse sind. Ältere Risse und Sprünge weisen häufig bereits durch Eindringen von Farbpigmenten verursachte Verfärbungen auf.

Therapie: Im Regelfall ist keine Therapie erforderlich. Bei ausgeprägten Rissen mit Beschwerden kann eine Versiegelung mithilfe der Schmelz-Ätz-Technik sinnvoll sein. Wichtig ist ein Ausschluss weiterer Verletzungen, z. B. Fraktur oder ggf. Dislokationsverletzung des Zahnes.

1.2 Kronenfraktur ohne Pulpaexposition

Befunde: Am verletzten Zahn liegt eine Schmelz- oder Schmelz-Dentinfaktur vor. Radiologisch fehlt der frakturierte Teil der klinischen Krone. Sollten gleichzeitig Weichteilverletzungen der Lippen vorliegen, ist an Fremdkörper, ggf. Zahnfragmente in der Wunde, zu denken. Nach Platzierung des Röntgenfilms/Röntgensensors in der Umschlagfalte kann durch eine Röntgenaufnahme das Vorliegen von Zahnfragmenten in der Lippe überprüft werden (Abb. 11). Abhängig von

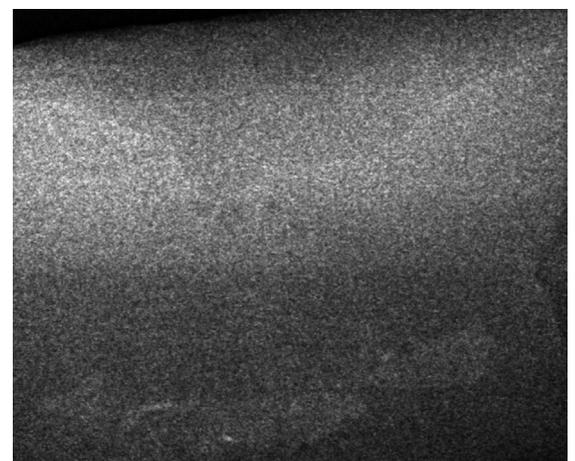


Abb. 11 | Einzelzahnfilmaufnahme der Oberlippe zum Ausschluss impaktierter Zahnfragmente

Richtung und Größe der Krafteinwirkung sind Wurzelfrakturen sowie eine Luxationsverletzung auszuschließen.

Therapie: Bei reinen Schmelzaussprengungen kann das Glätten der scharfen Kanten als Primär-Therapie genügen. Bei Dentinbeteiligung ist die Dentinwunde aufgrund der Größe der Dentinkanälchen im Rahmen der Notfallversorgung stets unbedingt abzudecken. Bei unversorgter Dentinwunde steigt das Risiko einer Pulpanekrose erheblich⁽⁴⁾. Sollte am Unfalltag keine ausgedehnte Behandlung möglich sein, ist die Dentinwunde mit einem Kalziumhydroxidzement abzudecken. Bei vorhandenem Fragment sollten keine stark haftenden Zemente oder Komposite zur Abdeckung verwendet werden, da diese nur schwer restlos zu entfernen sind und die Adaptation des Fragments erschweren. Sollte das Zahnfragment vorhanden sein, gelingt die Wiederherstellung der Krone am einfachsten und schnellsten durch adhäsive Befestigung des Fragments (Abb. 12 und 13). Je nach Zustand und Lagerung des Fragments ist es vor der Befestigung zu reinigen und zu wässern. Sollte das Fragment nicht mehr auffindbar oder zerstört sein, ist die direkte Restauration mit Komposit angezeigt. Bei Erwachsenen mit ausgedehnten Defekten kann die Wiederherstellung der klinischen Krone auch indirekt durch eine laborgefertigte Restauration erfolgen.



Abb. 12 | Kronenfraktur Zahn 21 nach Ellbogenstoß beim Handball



Abb. 13 | Nach Wiederbefestigung des vorhandenen Zahnfragmentes

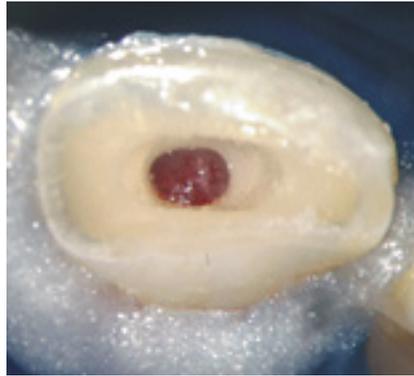


Abb. 14 | Zustand nach Fahrradsturz, Zahn 11 nach Trockenlegung, Darstellung und hohe Amputation des Pulpagewebes sowie Blutstillung (Fall M. Arnold, Dresden)

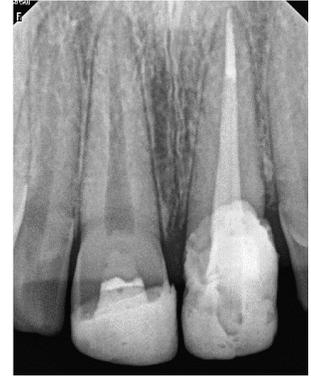


Abb. 15 | Röntgenkontrolle 6 Monate nach Behandlungsabschluss: Vitalamputation Zahn 11 und Wurzelfüllung Zahn 21 (Fall M. Arnold, Dresden)

1.3 Kronenfraktur mit Pulpaexposition

Befunde: Klinisch zeigt sich das Pulpakavum eröffnet (Abb. 14).

Therapie: Ziel aller Behandlungsmaßnahmen ist die Vitalerhaltung der Pulpa. Dies gelingt mithilfe einer Vitalamputation bis zu sieben Tage nach dem Unfallgeschehen zuverlässig⁽⁵⁾. Hierbei wird das koronale Pulpagewebe hochtourig rotierend mit diamantierten Instrumenten sauber abgetrennt. Rosenbohrer sollten keine Anwendung finden, da beim Abtrennen des Pulpagewebes Riss-Quetschungen entstehen^(6,7), die eine schlechtere Wundheilung zeigen. Zur Blutstillung kommen wahlweise Kochsalzlösung oder Natriumhypochloritlösung infrage. Zur Abdeckung der Pulpawunde sind hydraulische Silikatzemente (MTA) zu bevorzugen. Außer Zahnverfärbungen sind keine negativen Wirkungen bekannt⁽⁸⁾. Alternativ ist die Abdeckung mit Kalziumhydroxid und nachfolgend Glasionomerzement möglich. Die Nachteile des Kalziumhydroxids bestehen in ihrer Resorption und der nachfolgenden Hohlräumbildung^(7,9). Die Rekonstruktion der klinischen Krone erfolgt wie unter 1.2 beschrieben. Die Prognose für die Vitalerhaltung der Pulpa beträgt ca. 90 Prozent. Die indirekte Überkappung rückt bei diesem Verlet-



Abb. 16 | Klinische Situation 8 Monate nach Sturz: Kronenfraktur mit Pulpaexposition und direkter Überkappung – Pulpanekrose Zahn 11, Externe Resorption Zahn 21, Fistelbildungen



Abb. 17 | Radiologischer Befund

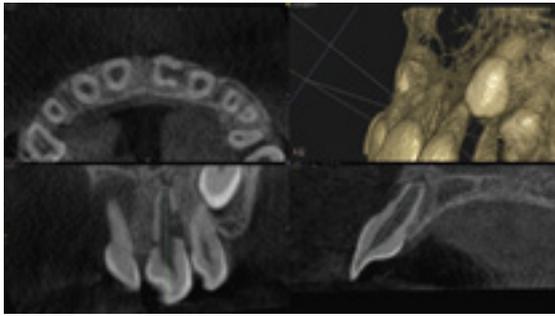


Abb. 18 | DVT-Ausschnittsvergrößerung

zungsmuster nicht zuletzt wegen der schwieriger durchzuführenden Pulpadiagnostik sowie der mit 80 Prozent deutlich schlechteren Prognose gegenüber der Vitalamputation in den Hintergrund. Im Rahmen der Nachsorge ist zu beachten, dass die Sensibilität durch die ggf. tiefe Amputation verzögert positiv oder auch negativ sein kann. Daher sind radiologische Nachkontrollen nach 3, 6 und 12 Monaten unabdingbar, um die Pulpanekrose als mögliche Komplikation zeitnah erkennen und therapieren zu können (Abb. 16 und 17). Sollte zudem eine unerkannte Luxationsverletzung vorgelegen haben, sind radiologische Nachkontrollen die einzige Möglichkeit, die schwerwiegende Komplikation der externen Resorption zu erkennen (Abb. 18). Aufgrund deren häufig foudroyanten Verlaufs müssen resorptive Veränderungen so früh wie möglich erkannt und therapiert werden.

1.4 Kronen-Wurzel-Fraktur mit und ohne Pulpaexposition

Befunde: Klinisch imponiert eine meist palatinal bis 1–3 mm unterhalb des Knochenniveaus reichende Fraktur der klinischen Krone. Das mobile Zahnfragment ist meist noch an der Gingiva befestigt. Um das Ausmaß der Verletzungen einschätzen zu können, muss das Zahnfragment inklusive abgesprengter Kleinstfragmente entfernt werden. Radiologisch ist diese Art der Fraktur nur eingeschränkt verifizierbar, da der Frakturspalt aufgrund der geringen Fragmentdislokation oft zu klein ist. Wegen des Frakturverlaufs von labial nach palatinal kommt es häufig zur Eröffnung der Pulpakammer (Abb. 19–24).



Abb. 19 | Klinische Situation 1 Jahr nach diagnostizierter Kronenfraktur ohne Pulpaexposition



Abb. 20 | DVT-Ausschnittsvergrößerung: Pulpanekrose und Kronen-Wurzel-Fraktur an Zahn 21



Abb. 21 | Klinische Situation nach Fragmententfernung und Blutstillung



Abb. 22 und 23 | Klinische Situation nach endodontischer Therapie und Restauration der klinischen Krone mit Komposit, Ansicht von bukkal und palatinal



Abb. 24 | Radiologische Abschlusskontrolle

Therapie: Die Therapie der verletzten Pulpa sowie der Hartgewebsverletzung erfolgt wie unter 1.3 beschrieben. Bei weit subkrestal liegenden Frakturflächen stellen die kieferorthopädische Extrusion mit nachfolgender Restauration, die Magnetextrusion, eine chirurgische Extrusion (intentionelle Replantation) und Restauration sowie die Wurzelkanalbehandlung weitere Behandlungsoptionen dar. Die Wahl der optimalen Therapie hängt von mehreren Faktoren ab, v. a. vom Frakturverlauf. Als ggf. letzte Behandlungsoption steht noch die chirurgische Kronenverlängerung zur Verfügung. Die Prognose bei diesem Verletzungsmuster ist stark von der Defektgröße und der Frakturlokalisation abhängig.

1.5 Wurzelquerfraktur

Befunde: Die Diagnose einer Wurzelquerfraktur ist häufig ein röntgenologischer Zufallsbefund, da gerade bei intraalveolärem Frakturverlauf der Zahn klinisch fest ist. Die erhöhte Mobilität der Zahnkrone kann ein erster Hinweis sein. Bei Mobilität des gesamten Zahnes ist differenzialdiagnostisch an eine Alveolarfortsatzfraktur zu denken. Je nach Achsrichtung des Röntgenstrahls kann die Fraktur als eine Linie gut sichtbar sein oder doppelt in elliptischer Form erscheinen.

Therapie: Therapie und Prognose variieren je nach Frakturhöhe: Je weiter koronal die Fraktur liegt, desto schlechter ist die Prognose⁽⁴⁾. Es ist primär keine endodontische Behandlung indiziert. Die Therapie besteht bei Dislokation des koronalen Fragments in dessen Reposition und anschließender Schienung unter Einbeziehung der beiden Nachbarzähne. Für diese Schienung hat sich der Titan-Trauma-Splint (TTS) bewährt. Er ist leicht zu applizieren, gewährt den geschienten Strukturen minimale Belastung und lässt sich unkompliziert und substanzschonend entfernen (Abb. 25 bis 27). Die Schienungsdauer beträgt vier Wochen, bei starker Dislokation und/oder Lockerung acht bis zwölf Wochen. Bleibt die Pulpa vital, kommt es häufig zu Kalzifikationen des Wurzelkanals; bei endodontischen Problemen reicht oft die Behandlung des koronalen Fragments, da das apikale Fragment nicht disloziert und damit die Blut-Nerven-Versorgung nicht unterbrochen wurde. Eine chirurgische Entfernung des apikalen Fragments ist in der Regel nicht notwendig.



Abb. 25 | Radiologischer Befund nach Sturz durch Synkope



Abb. 26 | Klinische Ansicht nach Schienung

Schlussfolgerungen

Zahnfrakturen treten in aller Regel als Kombinationsverletzungen auf und stellen das zahnärztliche Team vor große Herausforderungen. Es müssen übergeordnete Verletzungen erkannt und der entsprechenden Therapie zugeführt werden. Im Rahmen der Diagnostik sind alle Zähne und benachbarten Strukturen auf Kollateralschäden zu prüfen. Aufgrund der Symptome und gestellten Diagnosen muss die Entscheidung getroffen werden, ob die Behandlung selbst durchgeführt oder der/die Verunfallte einer auf zahnärztliche Traumata spezialisierten Praxis zugeführt wird. Aufgrund der Ausnahmesituation für alle Beteiligten hat es sich bewährt, ausreichend Zeit und Ruhe zur Durchführung von Diagnostik und Therapie einzuplanen. Dafür kann es sinnvoll sein, regulär bestellte, wartende Patienten umzuplanen.

Für die Einordnung der Verletzungsmuster, Zuordnung der adäquaten Therapie und Nachsorge stehen verschiedene digitale Hilfsmittel zur Verfügung. Am bekanntesten sind die Trauma-App „AcciDent“, herausgegeben von den Zahnunfallzentren Basel und Würzburg und der Deutschen Gesellschaft für Endodontologie und Dentale Traumatologie (DGET) sowie der Dental Trauma Guide mit der ToothSOSApp, herausgegeben von der International Association of Dental Traumatology (IADT).

Im Quintessenzverlag erschien Anfang 2020 das Buch mit dem Titel „Zahntrauma“. Auf 160 Seiten werden mögliche Zahnverletzungen mit vielen Fallbeispielen bildlich dargestellt und Therapieoptionen für die Praxis erarbeitet, herausgegeben von G. Krastl, R. Weiger und A. Filippi unter Mitarbeit vieler Autoren⁽¹⁰⁾. ■

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

Dieser Beitrag ist erstmals im Zahnärzteblatt Sachsen 5+6/20 erschienen. Wir bedanken uns für die Nachdruckerlaubnis.



Abb. 27 | Verlaufskontrolle nach 3 Jahren

Fortbildungspflicht: Nachweisfrist endet am 30. Juni 2021

Bis zum 30. Juni müssen Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte ihre Fortbildungsnachweise einreichen. Dann endet die gesetzlich definierte Fünfjahresfrist, in der erfolgreich absolvierte Fortbildungen belegt werden müssen.

Text: Monika Kunz, Geschäftsbereich Recht

Rund 170 Zahnärztinnen und Zahnärzte haben Mitte April Post von der KZV Rheinland-Pfalz erhalten. Sie wurden aufgefordert zu bestätigen, dass sie ihrer gesetzlichen Pflicht zur fachlichen Fortbildung nachgekommen sind. Stichtag hierfür ist der 30. Juni 2021.

Angeschrieben wurden in diesem Jahr alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, die

- » in der Zeit vom 01.07.2015 bis 30.06.2016 zugelassen oder genehmigt angestellt und tätig waren oder
- » bereits 2011 und/oder 2016 abgefragt worden sind.

Voraussetzung für die vorgenannten Zeiten ist, dass die Zahnärztinnen und Zahnärzte durchgängig gearbeitet haben und keine Pausen durch ein Ruhen der Zulassung, der angestellten Ge-

nehmigung oder Leerzeiten durch einen Arbeitgeberwechsel verzeichnen. In diesem Fall würde sich die Abfrage entsprechend auf den 30.06. der Folgejahre verschieben. Grundlage für die Abfrage ist eine Gesamtzeit der Tätigkeit von fünf Jahren in Rheinland-Pfalz. Somit verschiebt ein lückenloser Arbeitgeberwechsel nicht den Abfragezeitpunkt.

Übrigens: Online können unbegrenzt Fortbildungspunkte erworben werden. Internetseiten für das sogenannte CME (Continuing Medical Education) sind unter anderem:

- » www.zm-online.de
- » www.iww.de
- » www.zwp-online.info
- » www.dental-online-college.com
- » www.quis.tv (Quintessence)



Vorschau: Stichtag 30. Juni 2022

Sie wurden in diesem Jahr nicht von der KZV Rheinland-Pfalz angeschrieben? Bitte prüfen Sie, ob dies im nächsten Jahr der Fall sein könnte, und bereiten Sie sich zeitig darauf vor. Abgefragt werden im Jahr 2022 alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, die

- » in der Zeit vom 01.07.2016 bis 30.06.2017 zugelassen oder genehmigt angestellt und tätig waren oder
- » bereits 2012 und/oder 2017 abgefragt worden sind.



@ whitedesk - stock.adobe.com

Gut zu wissen: Übersicht zur Fortbildungspflicht

Was bedeutet Fortbildungspflicht?

Nach § 95 d SGB V ist jeder Vertragszahnarzt „verpflichtet, sich in dem Umfang fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.“

Jeder Vertragszahnarzt hat alle fünf Jahre gegenüber seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu dokumentieren, dass er dieser Pflicht nachgekommen ist. Das heißt, er muss innerhalb eines Fünfjahreszeitraums mindestens 125 Fortbildungspunkte erreichen und schriftlich nachweisen. Der Nachweiszeitraum beginnt mit dem Zeitpunkt der Aufnahme der vertragszahnärztlichen Tätigkeit.

Wer ist nachweispflichtig?

Sowohl zugelassene und ermächtigte als auch angestellte Zahnärzte – ganz gleich, ob in Voll- oder Teilzeit tätig – müssen die 125 Fortbildungspunkte belegen. Weiterbildungs- und Entlastungsassistenten sind hingegen von der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V ausgenommen. Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgen, die in der Regel eine Doppelzulassung als Arzt und Zahnarzt haben, müssen gegenüber der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung den Fortbildungsnachweis erbringen.

Welche Fortbildungen werden anerkannt?

In den Fortbildungsnachweis können nur solche Fortbildungen aufgenommen werden, die den gemeinsamen Leitsätzen der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) entsprechen. Fortbildungen sol-

len demnach dazu geeignet sein, sowohl fachliche als auch interdisziplinäre Kenntnisse sowie klinisch-praktische Fähigkeiten zu aktualisieren und weiterzuentwickeln. Die Fortbildungsmaßnahmen umfassen zudem die Vermittlung kommunikativer und sozialer Kompetenzen, soweit sie auf Patientenführung und Praxismanagement bezogen sind. Ferner schließen sie die Vermittlung von gesetzlichen Angelegenheiten, vertraglichen und berufsrechtlichen Regelungen sowie betriebswirtschaftliche und rechtliche Inhalte der zahnärztlichen Berufsausübung ein. Eine reine produktbezogene Informationsveranstaltung eines Herstellers oder Dentaldepots gilt hingegen nicht als fachliche Fortbildung. Dies trifft auch auf Veranstaltungen zu nicht fachlichen Themen zu.



Leitsätze der BZÄK, der DGZMK und der KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung

oder abrufbar unter www.kzbv.de > Zahnärzte > Qualitätsförderung > Vertragszahnärztliche Fortbildung



Die Leitsätze schließen neben Online-Seminaren explizit das Eigenstudium ein. Maximal 50 der insgesamt 125 Punkte (sprich zehn Punkte pro Jahr) können für das Selbststudium von Fachliteratur eingereicht werden. Hierfür sind keine Belege erforderlich. Zahnärzte können zudem Punkte anerkennen lassen, die sie in Fortbildungen für Ärzte erworben haben.

Die Fortbildungen werden auf Grundlage des Punkteschemas der BZÄK und der DGZMK bewertet.



Punktbewertung von Fortbildungen nach BZÄK und DGZMK

oder abrufbar unter www.kzbv.de > Zahnärzte > Qualitätsförderung > Vertragszahnärztliche Fortbildung

Wie läuft der Nachweis ab?

Die KZV Rheinland-Pfalz möchte ihren Mitgliedern den Nachweis der Fortbildungspflicht so einfach wie möglich machen. Deshalb schreibt sie jedes Jahr im April / Mai zugelassene und angestellte Zahnärzte an, die in dem entsprechenden Jahr ihrer Nachweispflicht für die vergangenen fünf Jahre nachkommen müssen. Auf einem Formular bestätigt der Zahnarzt, seine Fortbildungspflicht erfüllt zu haben. Dieses Formular ist im Original spätestens bis zum 30.06. des Jahres an die KZV Rheinland-Pfalz zurückzusenden. Fortbildungsbelege und -zertifikate sind zunächst nicht beizufügen. Diese werden erst im Anschluss stichprobenweise überprüft. Die dafür ausgewählten Zahnärzte werden erneut angeschrieben und zur Vorlage ihrer Nachweise aufgefordert. In diesem Zusammenhang ist zu beachten: Fortbildungszertifikate oder Teilnahmebestätigungen sind mindestens ein Jahr nach Abschluss des Fünfjahreszeitraums aufzubewahren.

Welche Besonderheiten gelten für angestellte Zahnärzte?

Angestellte Zahnärzte unterliegen ebenfalls der Fortbildungspflicht und müssen alle fünf Jahre 125 Fortbildungspunkte erwerben. Dabei ist der Beschäftigungsumfang unerheblich. Nachweispflichtig ist jedoch nicht der angestellte Zahnarzt selbst, sondern der jeweilige Arbeitgeber. Er ist dafür verantwortlich, dass der Nachweis termingerecht bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eingereicht wird. Die KZV Rheinland-Pfalz informiert den Praxisinhaber rechtzeitig über die Frist zum Nachweis.

Was passiert, wenn der Nachweis nicht erbracht werden kann?

Erbringt ein Vertragszahnarzt den erforderlichen Nachweis nicht oder nicht vollständig, ist die Kassenzahnärztliche Vereinigung per Gesetz angehalten, dessen Honorar zu kürzen – für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um zehn Prozent, ab dem fünften Quartal um 25 Prozent. Fehlende Nachweise können innerhalb von zwei Jahren nachgereicht werden, die Honorarkürzung bleibt aber bis zum Ende des Quartals der Vorlage bestehen. Überschreitet der Zahnarzt auch die Zweijahresfrist, droht ihm der Entzug der Zulassung. Bei Berufsausübungsgemeinschaften wird grundsätzlich das Gesamthonorar der Praxis durch die Anzahl der an ihr beteiligten Vertragszahnärzte geteilt und der rechnerische Anteil des Vertragszahnarztes gekürzt, der den Nachweis nicht erbracht hat. Kommt ein angestellter Zahnarzt seiner Fortbildungsverpflichtung nicht nach, wird das Honorar des Praxisinhabers gekürzt. Kann der angestellte Zahnarzt den Nachweis nicht innerhalb von zwei Jahren nachreichen, kann ihm die Genehmigung zur Anstellung entzogen werden.

Sie haben Fragen?

Ihre Ansprechpartnerin bei der KZV Rheinland-Pfalz ist Monika Kunz. Sie erreichen sie telefonisch unter 06131 / 8927-107 oder per E-Mail an monika.kunz@kzvrlp.de. ■

Gesundheitsversorgung: Landesregierung setzt auf Vernetzung

Bis 2026 wird Rheinland-Pfalz weiter von einer „Ampel“ regiert. SPD, Grüne und FDP haben sich auf einen Koalitionsvertrag verständigt. Was steht darin zur medizinischen Versorgung?

Text: Katrin Becker

„Koalition des Aufbruchs und der Zukunftschancen“ heißt das knapp 190 Seiten starke Regierungsprogramm. Sechs Seiten widmet die Regierung dem Themenblock „Gesundheit“. Viel Neues findet sich darin allerdings nicht. Stattdessen soll der eingeschlagene Weg fortgesetzt werden: Ziel ist eine stärkere Vernetzung der Akteure, um eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung in der Fläche sicherzustellen. Die vertragszahnärztliche Versorgung wird bei alledem nicht explizit genannt.

Förderung kooperativer Strukturen

Die Koalitionäre planen, Gesundheitszentren und -netzwerke ergänzend zu niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zu etablieren. Insbesondere im ländlichen Raum sollen Gesundheitszentren angesiedelt sowie der ambulante und der stationäre Sektor besser miteinander verzahnt werden. Krankenhäuser sollen vermehrt ambulante Leistungen in unterversorgten Regionen erbringen können. Wenn nötig, will sich die Landesregierung hierfür im Bund starkmachen. Ferner plant sie, die Beratung von Kommunen zu verbessern, die Medizinische Versorgungszentren gründen möchten. An der Seite der Kassenärztlichen Vereinigung möchten sich die Koalitionäre dafür einsetzen, die Bedarfsplanung an die Versorgungsrealität anzupassen. Das Projekt „Zukunft Gesundheitsnetzwerke“ soll fortgesetzt werden. Hierin entwickelt das Land gemeinsam mit den Akteuren des Gesundheitswesens bzw. der Selbstverwaltung kooperative Modelle und Strukturen, um die Versorgung in einer Region sicherzustellen. Darüber hinaus soll die Landarzt-offensive mit der Landarztquote im Medizinstudium beibehalten werden. Ziel ist es, das Projekt der „Telemedizinischen Assistenz“, in dem Fachkräfte die Hausarztpraxen entlasten, landesweit auszurollen.

Mehr Geld für Kliniken

Die Landesregierung will die Investitionsmittel für die Krankenhäuser erhöhen und sich im Bund für eine grundlegende Reform des Fallpauschalensystems einsetzen. Die Schließung von Geburtsstationen soll gestoppt werden. Ein Konzept wird erarbeitet, um Kliniken ein Überleben der Geburtshilfe an den verbliebenen Standorten zu ermöglichen. Für verbreitete chronische Erkrankungen wie Krebs, Diabetes oder Rheuma sollen innovative Versorgungskonzepte entwickelt werden. Damit psychisch Kranke leichter und bessere Hilfe bekommen, ist ein „Aktionsplan seelische Gesundheit“ angekündigt. Die unabhängige Patientenberatung (UPD) soll von der privaten Trägerschaft wieder zurück in die Hände von gemeinnützigen Organisationen gelegt werden. Das Engagement in der Selbsthilfe, der psychoonkologischen Beratung und der Initiative Organspende wird fortgesetzt.

ÖGD auf dem Prüfstand

Zu wenig Personal, veraltete Technik – die Corona-Pandemie hat die strukturellen Defizite im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) offengelegt. Um ihn auf künftige Gesundheitslagen vorzubereiten, plant die Landesregierung, den ÖGD insgesamt auf den Prüfstand zu stellen. Eine Tätigkeit im ÖGD soll attraktiver werden. Bereits im Medizinstudium soll er eine stärkere Rolle spielen. ■

Neuer Gesundheitsminister: Clemens Hoch

Der Andernacher Clemens Hoch (SPD) ist neuer Gesundheits- und Wissenschaftsminister im Land. Der 43-jährige Jurist war zuvor Chef der Staatskanzlei. Seine Vorgängerin im Amt, Sabine Bätzing-Lichtenthäler, wurde zur SPD-Fraktionsvorsitzenden gewählt.



Foto: © Staatskanzlei
RLP/Sämmer



KZVRLP

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz