

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

Fokus

Endspurt: Bundestagswahl 2021

Praxis

Digital krankschreiben:
Ausfüllhilfe für die eAU

Fortbildung

Therapie von Frontzahntraumata:
Dislokationsverletzungen

Abrechnung

Frontzahntraumata:
Die wichtigsten Abrechnungspositionen

Position

- 3 Freiberufliche Solidarität

Praxis

- 4 Digital krankschreiben:
Ausfüllhilfe für die eAU

Fortbildung

- 7 Aktuelle Fortbildung:
Die IT-Sicherheitsrichtlinie nach
§ 75b SGB V

Fokus

- 8 Bundestagswahl 2021:
Was die Parteien vorhaben
- 14 Interview zur Wahl: „Die Praxen
brauchen mehr Kontinuität.“

Rundschreiben

Wichtige Informationen für
Zahnärzte und Praxisteams

Fokus

- 15 Interview zur Wahl: „Die Praxen
brauchen mehr Kontinuität.“
(Fortsetzung)
- 16 Agenda Mundgesundheit: KZBV
legt den politischen Kurs fest

Fortbildung

- 19 Die Therapie von Frontzahn-
traumata | Teil 2 – Dislokations-
verletzungen

Abrechnung

- 26 Behandlung von Frontzahn-
traumata: Das gilt für die
Abrechnung

KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rund-
schreiben 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

Heike Imhof

Grafik und Produktion

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz

Bildnachweis

Titelfoto: @sportpoint – stock.adobe.com

Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte in Rheinland-
Pfalz erhalten diese Zeitschrift im Rahmen ihrer
Mitgliedschaft bei der KZV Rheinland-Pfalz. Der Be-
zugspreis 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 männ-
liche Form schließt die weibliche mit ein. Für den
Nachdruck von Texten und Grafiken ist das schrift-
liche Einverständnis der KZV Rheinland-Pfalz
Voraussetzung.

Erscheinungstermin der nächsten Ausgabe:
25.10.2021

Freiberufliche Solidarität

Es sind verstörende, surreale Bilder, die auch sechs Wochen nach der verheerenden Flutnacht in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen nachhallen und betroffen machen. Menschen, die von Dächern gerettet werden müssen, eingefallene Gebäude, unter Schlamm begrabene Landstriche. Das Leid in den betroffenen Regionen können diese Bilder allerdings nur ansatzweise andeuten. Viele Menschen sind ertrunken, Familien wurden auseinandergerissen, persönliche und berufliche Existenzen zerstört.

Auch Heilberufler und zahnärztliche Kolleginnen und Kollegen erlitten tragische Verluste. Dies beginnt bei der teilweisen oder vollständigen Zerstörung von Praxen und Wohnungen und geht bis zur Verletzung oder im schlimmsten Fall zum Tod von Verwandten oder Freunden. Auch unser berufliches Umfeld ist betroffen. So ist die Berufsschule in Bad Neuenahr-Ahrweiler der Flut zum Opfer gefallen, Lehrer haben ihr Leben lassen müssen.

Von Minute eins der Flutkatastrophe an war jedoch auch ein überwältigendes Maß an kollegialer Hilfe festzustellen – sei es Manpower beim Aufräumen, die Überlassung von Behandlungsräumen und unkomplizierte Praxisvertretungen oder auch Sach- und finanzielle Spenden. Jeder einzelnen helfenden Hand möchten wir an dieser Stelle zutiefst danken. Ihre kollegiale, freiberufliche Solidarität ist von unschätzbarem Wert – in diesen herausfordernden Zeiten mehr denn je.

Mit Blick auf die Flutkatastrophen an Oder und Elbe ist davon auszugehen, dass die Bewältigung der Folgen einen langen Zeitraum benötigen wird – menschlich, baulich und rechtlich. Nach den ersten Schritten des Rettens und Aufräumens kommt die zähe Phase des Wiederaufbaus. Hierbei muss die Politik ebenso schnelle und unkomplizierte Hilfe leisten, wie Kammern und KZV dies in den ersten Tagen nach der Flut getan haben. Die unbürokratische Erhöhung von Abschlagszahlungen oder die Beschaffung von Ersatz für die zerstörte Telematikinfrastruktur waren unmittelbare Reaktionen auf die ersten Hilferufe und Bedarfsmeldungen der betroffenen Praxen.

Die Bilder der Hochwasserkatastrophe werden verblassen, sie werden sich angesichts der Dramatik und Tragik aber nie ganz auslöschen lassen. Deshalb hoffen und wünschen wir, dass der Akt der kollegialen Solidarität gegenüber den Betroffenen andauern wird. Auch dann, wenn die Flut aus der medialen Berichterstattung verschwunden ist. Wir als KZV Rheinland-Pfalz versichern ihnen, dass wir sie bei der Bewältigung der Folgen weiterhin nach Kräften unterstützen werden.

Ihr



Marcus Koller

Vorsitzender des Vorstandes



„Ihre kollegiale,
freiberufliche Solidarität ist
von unschätzbarem Wert.“

Digital krankschreiben: Ausfüllhilfe für die eAU

Ab 1. Oktober 2021 sind die Zahnarztpraxen verpflichtet, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen elektronisch an die Krankenkassen zu senden und Diagnosen nach ICD-10 zu kodieren (vgl. beiliegendes Rundschreiben 4/21). Hierfür gibt es einen neuen Vordruck.

Text: Katrin Becker

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich auf die Umsetzung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) verständigt und die Anlage 14b des Bundesmantelvertrages um den Vordruck e01 ergänzt. Er ersetzt ab Oktober das bisherige Muster 1 und wird im Praxis-

verwaltungssystem erstellt. Während die Krankenkasse die Bescheinigung elektronisch bekommt, erhält der Patient eine Ausfertigung für sich selbst und für den Arbeitgeber weiter ausgedruckt auf Papier. Erst ab 1. Juli 2022 müssen auch die Krankenkassen die Daten digital an die Arbeitgeber weiterleiten.

Beim Ausfüllen der eAU sind folgende Hinweise zu beachten:

Anwendung der ICD-10 bei der eAU

Fallbeispiel 1

Patientin kommt zur geplanten Weisheitszahnentfernung in die Praxis. Nach der OP klagt die Patientin über akute Kreislaufbeschwerden.

Behandlungsablauf: Osteotomie der retinierten Zähne 28 und 38

Befund post op: Zustand nach Weisheitszahnentfernung, akute Kreislaufschwäche

Bisher häufig verwendete Freitextdiagnose: Zustand nach OP/Weisheitszahnentfernung und Kreislaufschwäche

Möglicher Diagnosecode nach ICD-10: K01.0 (Retinierte Zähne), I99 (Kreislaufschwäche)

Fallbeispiel 2

Patient berichtet über starke Schmerzen und Schwellung im Seitenzahnbereich oben rechts. Nach Diagnostik wird ein Abszess ausgehend vom pulpentoten Zahn 15 festgestellt.

Behandlungsablauf: Trepanation, Wurzelkanalaufbereitung und medizinische Einlage an Zahn 15; Inzision Abszess regio 14 - 16

Befund post op: Zustand nach Inzision bzw. WKB, akuter Schmerz

Bisher häufig verwendete Freitextdiagnose: Zustand nach Abszess/nach Inzision/nach WKB; akute Schmerzen

Möglicher Diagnosecode nach ICD-10: K04.7 (Periapikaler Abszess ohne Fistel), R52.0 (Akuter Schmerz)

Quelle: KZBV

| | | | |
|--------------------------------|------------------|---------|---|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | | Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung 1 |
| Name, Vorname des Versicherten | | geb. am | |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status | <input type="checkbox"/> 1 Erstbescheinigung |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum | <input type="checkbox"/> 1 Folgebescheinigung |

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 2 Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit arbeitsunfähig seit _____ voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit festgestellt am _____ | <input type="checkbox"/> 2 dem Durchgangsarzt zugewiesen <input type="checkbox"/> 3 _____ <input type="checkbox"/> 4 _____ <input type="checkbox"/> 5 _____ |
|---|---|

Ausfertigung für Versicherte

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____ | <input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____ | <input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____ |
| <input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____ | <input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____ | <input type="checkbox"/> 6 ICD-10 - Code _____ |
| <input type="checkbox"/> 6 _____ | | |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 7 sonstiger Unfall, Unfallfolgen | <input type="checkbox"/> 8 Versorgungsleiden (z. B. BVG) |
|---|--|

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 9 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation | <input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung |
| <input type="checkbox"/> 9 Sonstige _____ | |

Im Krankengeldfall

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 10 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall | <input type="checkbox"/> 11 Endbescheinigung |
|---|---|

Hinweis für Versicherte zum Kranken- und Verletztengeld
Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf eine lückenlose ärztliche Feststellung, da sonst ein Krankengeldverlust droht. Hierfür ist es erforderlich, dass Sie sich spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin die fortbestehende Arbeitsunfähigkeit bestätigen lassen. Legen Sie immer ihre **aktuell gültige** Versichertenkarte vor, um Probleme bei der Zahlung von Kranken- oder Verletztengeld zu vermeiden. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Dokumentenversion: _____ PRFNR. _____
 Dokumententyp: _____

1 Erst-/Folgebescheinigung

Die Bescheinigung muss erkennen lassen, ob es sich um eine Erst- oder Folgebescheinigung handelt. Das Kästchen „Erstbescheinigung“ ist von dem Vertragszahnarzt anzukreuzen, der die AU erstmalig festgestellt hat, ansonsten ist das Kästchen „Folgebescheinigung“ (auch bei Mit-/Weiterbehandlung) anzukreuzen. Tritt eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, auch kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, ist „Erstbescheinigung“ anzukreuzen. Das gilt auch dann, wenn eine neue Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit beginnt.

2 Arbeitsunfall, -folgen, Berufskrankheit/ dem Durchgangsarzt zugewiesen

Ist ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit Grund der AU, ist das Kreuz bei „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ zu setzen.

3 arbeitsunfähig seit

Hier wird erfasst, von welchem Tag an nach dem vom Vertragszahnarzt erhobenen Befund eine AU besteht. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist nur ausnahmsweise und nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu drei Tagen zulässig. Bei erstmaliger Ausstellung einer Bescheinigung ist die Zeile „arbeitsunfähig seit“ und die Zeile „festgestellt am“ auszufüllen – auch dann, wenn die Daten übereinstimmen. Handelt es sich um eine Folgebescheinigung, bleibt die Zeile „arbeitsunfähig seit“ leer.

4 voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit

In diesen Kästen ist das Datum einzusetzen, bis zu welchem Tag aufgrund des Befundes voraussichtlich Arbeitsunfähigkeit bestehen wird. Sie soll nicht für einen mehr als zwei Wochen im Voraus liegenden Zeitraum bescheinigt werden. Ist es aufgrund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs jedoch sachgerecht, kann die Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von einem Monat bescheinigt werden. Besteht an arbeitsfreien Tagen Arbeitsunfähigkeit (zum Beispiel Samstag, Sonntag, Feiertag, Urlaubstag), ist sie auch für diese Tage zu bescheinigen. Liegt ein potenzieller Krankengeldfall vor und der Vertragszahnarzt kann bereits bei der Feststellung einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist zusätzlich zur Angabe des letzten Tages der Arbeitsunfähigkeit das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen. Bei dieser Angabe ist besondere Sorgfalt walten zu lassen, weil das bescheinigte Datum für die Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers, die Leistungsfortzahlung der Agentur für Arbeit und die Krankengeldzahlung wichtig ist.

5 festgestellt am

Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit darf weder vor- noch rückdatiert werden. Es ist der Tag einzusetzen, an dem die AU tatsächlich jeweils für den in der aktuellen Bescheinigung angegebenen Zeitraum festgestellt wurde. Das Feststellungsdatum ist wichtig für einen lückenlosen Nachweis des Fortbestehens einer Arbeitsunfähigkeit. Hierfür muss die weitere Arbeitsunfähigkeit spätestens an dem auf das bisher attestierte voraussichtliche Ende der Arbeitsunfähigkeit folgenden Werktag erneut festgestellt werden. Samstage gelten hierbei nicht als Werktage. Eine verspätete Feststellung der Arbeitsunfähigkeit führt zu einem lückenhaften Nachweis der Arbeitsunfähigkeit. Hierdurch droht ein Krankengeldverlust für den Versicherten.

6 AU-begründende Diagnose(n)

Hier sind alle Diagnosen, die die AU begründen, im Format ICD-10-GM5 anzugeben. Hält es der Vertragszahnarzt für erforderlich, kann er weitergehende Hinweise als Klartext/Freitext ergänzen. Eine solche Angabe ersetzt jedoch nicht die Kodierung nach ICD-10.

7 sonstiger Unfall, Unfallfolgen

Bei Vorliegen eines Unfalls oder Unfallfolgen ist dies anzukreuzen. Handelt es sich um einen Arbeitsunfall bzw. Folgen eines Arbeitsunfalls, wird das Kreuzchen bei „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ gesetzt.

8 Versorgungsleiden

Liegt ein Versorgungsleiden vor, ist dieses Feld zu markieren. Unter Versorgungsleiden werden alle Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen verstanden, die wegen einer öffentlich angeordneten Maßnahme oder als Folge einer Straftat entstanden und vom Versorgungsamt anerkannt worden sind. Hierunter fallen Ansprüche aus dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsschäden), dem Opferentschädigungsgesetz (zum Beispiel Opfer von Gewalttaten), dem Infektionsschutzgesetz (zum Beispiel Impfschäden) oder dem Soldatenversorgungsgesetz.

9 Einleitung folgender besonderer Maßnahmen

Dieser Abschnitt entfällt für den Vertragszahnarzt.

10 ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall

Sobald die durchgängige Dauer der AU mehr als sechs Wochen beträgt oder der Vertragszahnarzt über das Vorliegen eines sonstigen Krankengeldfalles (zum Beispiel wegen anrechenbaren Vorerkrankungen oder Arbeitsunfähigkeit während der ersten vier Wochen des Arbeitsverhältnisses) Kenntnis erlangt, ist in jeder dieser Arbeitsunfähigkeit folgenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung das Kästchen „ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall“ anzukreuzen. Bei der Angabe handelt es sich um einen Hinweis des Vertragszahnarztes für die Krankenkasse, dass die aktuelle Bescheinigung in einem potenziellen Krankengeldfall ausgestellt wurde. Der Vertragszahnarzt beurteilt durch die Angabe jedoch nicht, ob tatsächlich ein Anspruch auf Krankengeld gegeben ist.

11 Endbescheinigung

Liegt ein Krankengeldfall vor und der Vertragszahnarzt kann bei der AU-Feststellung einschätzen, dass die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen.“ ■

eAU und ICD-10

Informationen und Hinweise zur Einführung der eAU und der ICD-10-Kodierung können gebündelt abgerufen werden unter www.kzvrplp.de – Webcode 0427.



Aktuelle Fortbildung: Die IT-Sicherheitsrichtlinie nach § 75b SGB V

Ein veraltetes Virenschutzprogramm, eine unverschlüsselte E-Mail mit Behandlungsdaten oder ein laxer Umgang mit Passwörtern – es gibt einige Sicherheitslücken, die in Zahnarztpraxen auftreten können. Die neue IT-Sicherheitsrichtlinie soll dabei helfen, Datenlecks erst gar nicht entstehen zu lassen und dadurch hochsensible Patientendaten und IT-Systeme der Praxen noch besser schützen. Das Regelwerk ist am 2. Februar 2021 in Kraft getreten (vgl. *KZV aktuell 2/2021*) und gilt für Arzt- und Zahnarztpraxen. Der Gesetzgeber hatte zuvor die Kassenzahnärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung beauftragt, Anforderungen für die IT-Sicherheit in Praxen verbindlich in einer Richtlinie festzulegen. Sie umfasst insgesamt 70 Anforderungen, die mit der Größe einer Praxis und dem Grad ihrer Ausstattung zunehmen.

Was bedeutet die IT-Sicherheitsrichtlinie für meine Praxis? Welche Sicherheitsanforderungen erfülle ich bereits und an welcher Stelle muss ich nachjustieren? Auf vielfachen Wunsch hin bieten wir Ihnen das Seminar, das diese Fragen beantwortet, noch einmal an. Hierin werden Vorgaben der Richtlinie anhand praktischer Beispiele erläutert. Tipps und Handlungsempfehlungen sollen den Teilnehmern zudem helfen einzuschätzen, welche Anforderungen sie selbst umsetzen können und für welche sie auf IT-Dienstleister zurückgreifen sollten.

Kursnummer: **4-2021**
Referent: **Oliver Lobisch, Projektmanagement, KZV Rheinland-Pfalz**
Termin: **Mittwoch, 29.09.2021, 15:00-17:00 Uhr**
Fortbildungspunkte: **2**
Zielgruppe: **Zahnärztinnen/Zahnärzte**
Gebühr: **kostenfrei**

Teilnahmevoraussetzungen: Die Fortbildung wird als Online-Seminar mit der Videokonferenztechnik von Lifesize durchgeführt. Ein Programm hierfür ist nicht zu installieren. Für die Teilnahme wird 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.

Datenschutz und IT-Sicherheit: Praxis-Leitfaden neu aufgelegt

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die Bundeszahnärztekammer haben das Inkrafttreten der IT-Sicherheitsrichtlinie zum Anlass genommen, ihren Datenschutz- und Datensicherheitsleitfaden für die Zahnarztpraxis zu aktualisieren.

Die Neuauflage des Leitfadens berücksichtigt die Weiterentwicklung des Datenschutzrechtes und gibt zugleich einen erweiterten Überblick über die Anforderungen an die IT-Sicherheit. Er gibt Tipps, mit welchen Maßnahmen sie möglichst praxisnah und aufwandsarm umgesetzt werden können. Berücksichtigt werden auch der



Anschluss an die Telematikinfrastruktur sowie der Einsatz mobiler Anwendungen und Geräte wie Smartphones und Tablets. Um Anlass und Schwerpunkt des neu aufgelegten Leitfadens Rechnung zu tragen, wurde der Titel um den Untertitel „Hinweise/Empfehlungen zur Umsetzung der IT-Sicherheitsrichtlinie“ ergänzt. Der Leitfaden ist abrufbar unter www.kzvrlp.de – Webcode 0006 oder unter www.kzbv.de/it-sicherheitsrichtlinie.

Bundestagswahl 2021: Was die Parteien vorhaben

Die Gesundheitsversorgung steht „wegen Corona“ in diesem Wahljahr weit oben auf der Agenda der Politik. Was steht dazu in den Wahlprogrammen der derzeit im Bundestag vertretenen Parteien?*

Text: Katrin Becker



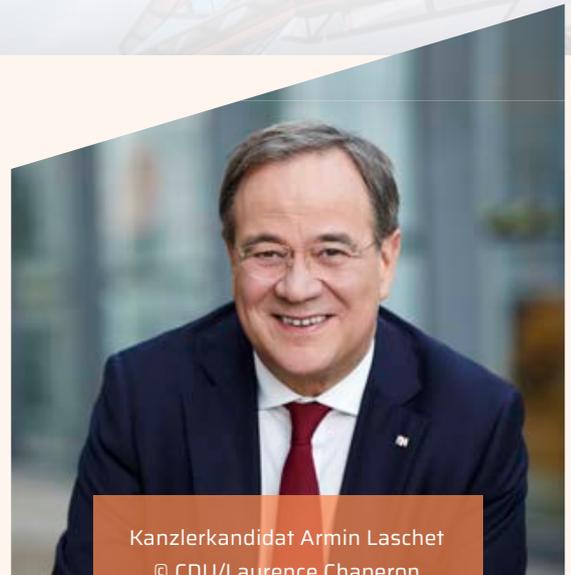
CDU/CSU: „Das Programm für Stabilität und Erneuerung. Gemeinsam für ein modernes Deutschland.“

In ihrem Wahlprogramm sprechen CDU und CSU davon, dass die Corona-Pandemie die Stärken, aber auch die Schwächen des deutschen Gesundheitssystems offenbart habe. Für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen will die Union die **Akteure stärker vernetzen** und das Potenzial der **Digitalisierung** besser nutzen. Sie setzt zudem weiterhin auf ein **duales System aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung**. Eine Einheitsversicherung lehnt sie explizit ab. Zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen sollen wie bisher einkommensabhängige paritätische Beiträge, Eigenbeteiligung und ein Steueranteil für versicherungsfremde Leistungen dienen. Die Union bekennt sich ferner zur **Selbstverwaltung und zur freien Arzt- und Therapiewahl**.

Mit der Einführung der elektronischen Patientenakte sieht die Union die Stagnation der **Digitalisierung im Gesundheitswesen** überwunden und kündigt konkrete Handlungsempfehlungen für die digitale Gesundheitsversorgung in einer ressortübergreifenden eHealth-Roadmap „Digitale Gesundheit 2030“ an. Großes Potenzial birgt für beide Parteien die **Künstliche Intelligenz (KI)**. Notwendig sei ein Wertesystem, das die Chancen der KI nutzt und zugleich Risiken minimiert.

Neben dem ambulanten Sektor bezeichnet die Union die **Krankenhäuser** als das Rückgrat des Gesundheitswesens. CDU und CSU wollen eine **bedarfsgerechte und flächendeckende Grund- und Regelversorgung** in der Krankenhausplanung und -finanzierung wesentlich stärker berücksichtigt wissen. Gleichzeitig sollen im Interesse der Patientensicherheit klinische Angebote für komplexere Behandlungen stärker gebündelt werden.

Eine unverzichtbare Säule des Gesundheitswesens ist für die Union der **Öffentliche Gesundheitsdienst**. Als Konsequenz aus der Corona-Pandemie sieht sie eine nachhaltige Stärkung dringend geboten. Für den „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“, den



Kanzlerkandidat Armin Laschet
© CDU/Laurence Chaperon

Bund und Länder zur Modernisierung des Dienstes geschlossen hatten, will die Union rechtzeitig die notwendigen Mittel bereitstellen. Das Robert-Koch-Institut soll zum Public-Health-Institut ausgebaut werden. Es soll stärker im Kampf gegen Epidemien/Pandemien aktiv werden und sich noch stärker mit Gesundheitsbehörden der Länder und Kommunen vernetzen. Dafür brauche es die notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen.

Die **Gesundheitsforschung** soll vorangetrieben werden. So sollen forschende Pharmaunternehmen die Möglichkeit bekommen, pseudonymisierte Versorgungsdaten zu erhalten. Neue Medikamente sollen schneller entwickelt werden, indem einheitliche Vorgaben zum Beispiel beim Datenschutz, bei Studien oder in klinischen Prüfungen geschaffen werden. **Arzneimittel und Impfstoffe** sollen Genehmigungsverfahren zügiger durchlaufen, die Erforschung von derzeit als unheilbar geltenden Krankheiten wie Demenz oder HIV unterstützt werden. Die Union will am Patentschutz festhalten.



SPD

SPD: „Aus Respekt vor Deiner Zukunft.“

Die SPD will dem **Gesundheitssektor ein „klares Leitbild“** für die nächsten Jahrzehnte geben und dessen Innovationskraft befördern. Sie fordert ein Gesundheitssystem, das in Krisensituationen die Produktion, Bereithaltung und Verteilung von Arzneimitteln und Medizinprodukten – auch in ärmeren Ländern – sicherstellt.

Die **Forschung zur personalisierten Medizin** soll stärker gefördert werden. Diese müsse zu erschwinglichen Preisen für alle zugänglich sein. Die **Prävention und Krankheitsfrüherkennung** soll diverser werden und Besonderheiten verschiedener Altersgruppen und Geschlechter berücksichtigen.

Für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung plant die SPD, **die Rolle zwischen ambulantem und stationärem Sektor neu zu ordnen und die Sektorengrenzen zu überwinden**. Es brauche eine stärkere Öffnung von Krankenhäusern für ambulante, interdisziplinäre Leistungen. Krankenhäusern schreibt die SPD für die Stärkung des Gemeinwohls eine zentrale Rolle zu. Sie will für deren bedarfsgerechte Grundfinanzierung sorgen. Das **Fallpauschalensystem** soll auf den Prüfstand gestellt und Pauschalen überarbeitet, ggf. abgeschafft werden. Insbesondere in ländlichen Regionen sollen integrierte Medizinische Versorgungszentren mithilfe der Kommunen ausgebaut werden. Die **Kommerzialisierung des Gesundheitswesens** möchte die SPD beenden.



Kanzlerkandidat Olaf Scholz
© Thomas Trutschel / Photothek

Keinen Strategiewechsel plant die Partei in der künftigen Ausgestaltung und Finanzierung des dualen Krankenversicherungssystems. In ihrem Wahlprogramm hält die SPD an der Einführung einer **Bürgerversicherung** fest. Diese ermögliche allen einen gleich guten Zugang zur medizinischen Versorgung, eine solidarische Finanzierung und hohe Qualität der Leistungen. Mit Steuerzuschüssen und Investitionsmitteln soll die Reform des Systems finanziert werden.

Eine bessere Ausstattung fordern die Genossen für den **Öffentlichen Gesundheitsdienst**. Darunter gehören für sie eine digitale Infrastruktur mit Hard- und Software sowie eine konkurrenzfähige Vergütung des Personals.

Die SPD sieht die Chancen der **Digitalisierung für die medizinische Versorgung**, ist sich aber bewusst, dass sie das Personal nicht wird ersetzen können. Die Weiterbildung aller Beteiligten sei unerlässlich, um die Digitalisierungsprozesse bewältigen zu können. Dem Schutz der Patientendaten will die Partei höchste Priorität einräumen.



Spitzenkandidaten Alice Weidel und Tino Chrupalla
© Alice Weidel | © Thomas Trutschel / Photothek

AfD: „Deutschland. Aber normal“

Die AfD sieht Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem, denen sie mit Reformvorschlägen entgegentreten will. Ziel sei eine am Menschen orientierte und wohnortnahe medizinische Versorgung. Die Effizienz des Systems soll neu bewertet, **Eigenverantwortlichkeit, natürliche Prävention und Therapiefreiheit** gefördert werden. Lobbyisten sollen strengere Grenzen gesetzt werden.

Als zurzeit dringlichste Aufgabe sieht die AfD die **Förderung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum**. Folgende Maßnahmen hierfür schlägt sie vor: Aufhebung der Kopfpauschalen-Vergütung und der Budgetierung der ärztlichen Honorierung, finanzielle und organisatorische Niederlassungshilfen sowie einen weiteren Ausbau von Praxen, Polikliniken und Medizinischen Versorgungszentren mit angestellten Ärzten auch unter der Trägerschaft der Kommunen. Zudem sollen Hürden bei der Anstellung von ärztlichem Personal fallen und Medizinstudenten gefördert werden, die sich für eine Tätigkeit in strukturschwachen Gebieten verpflichten. Die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen sollen den Sicherstellungsauftrag für eine flächendeckende Versorgung konsequent wahrnehmen.

Eine **leistungsgerechte Bezahlung von Ärzten** soll eine bedarfsorientierte Betreuung des einzelnen Patienten ermöglichen. Eine unverhältnismäßige Leistungsausweitung möchte die Partei zudem vermeiden durch einen weiterentwickelten Medizinischen Dienst im Gesundheitswesen und ein mehrstufiges Bonussystem für Beitragszahler, das von „leichtfertigen“ Arztbesuchen abhalten soll.

Für **Krankenhäuser** fordert die AfD die Einführung von **Individualbudgets**, auch um die Versorgung in ländlichen, strukturschwachen Regionen sicherzustellen. Mit Blick auf die **Trägervielfalt** soll der Anteil privater Träger von Kliniken auf maximal 60 Prozent begrenzt werden.

Geht es nach der AfD, werden die **soziale Pflegeversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung zusammengelegt**, um Schnittstellenprobleme bei der Versorgung von Pflegebedürftigen zu vermeiden. Zudem lehnt sie eine zentrale Datenbank zur Speicherung von Patientendaten ab. Die Umsatzsteuer für Medikamente soll auf sieben Prozent gesenkt werden. Arzneimittelhersteller müssten einen Vorrat von rezeptpflichtigen Medikamenten für mindestens zwei Monate gewährleisten. Inhabergeführte Apotheken müssten erhalten bleiben.

Die AfD fordert die Abschaffung „nicht nachvollziehbarer“ Corona-Maßnahmen. Eine Impfpflicht lehnt sie ab. Mithilfe eines Corona-Untersuchungsausschusses soll die Corona-Politik der Bundesregierung untersucht werden.



FDP: „Nie gab es mehr zu tun.“

Die Corona-Pandemie hat den Freien Demokraten die Bedeutung eines funktionierenden Gesundheitssystems aufgezeigt. Sie wollen allen Bürgern eine **wohnnah und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung** sichern. Zugleich sollen die Chancen des medizinischen und digitalen Fortschritts genutzt und das Gesundheitssystem an die demografische Entwicklung und mögliche zukünftige Pandemien angepasst werden.

Fundament des Gesundheitswesens sind für die FDP die **Freien Berufe**, die auch weiterhin weisungsfrei und autonom medizinische Entscheidungen treffen müssten. Die Partei will keinen Budgetierungszwang und betrachtet **Freiheit und Verantwortung als Basis der Arzt-Patienten-Beziehung**. Die Sektorengrenze zwischen „ambulant“ und „stationär“ soll abgebaut und die **Versorgungsebenen besser verzahnt** werden. Integrierte Gesundheitszentren sollen helfen, die regionale Grundversorgung zu sichern. Die Investitionsfinanzierung für maximalversorgende und kleinere spezialisierte Kliniken soll überdies nachhaltig verbessert, eine höhere Versorgungsqualität durch das Vergütungssystem belohnt werden. Fehlanreize für eine Überversorgung sowie ein Überangebot an stationären Leistungen müssten beseitigt werden. Für die FDP ist das **duale Gesundheitssystem** mit seiner Anbietervielfalt und Wahlfreiheit für Versicherte gesetzt. Der Wechsel zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung soll dabei vereinfacht werden. Mehr **Wettbewerb zwischen den Krankenkassen** ist ein weiteres Ziel: Dazu soll der Spielraum für Verträge



Spitzenkandidat Christian Lindner
© FDP

zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern größer und Versicherten finanzielle Anreize in Form von Selbstbeteiligungen, Bonuszahlungen oder Beitragsrückerstattungen angeboten werden.

Darüber hinaus planen die Freien Demokraten, das **Gesundheitswesen zu entbürokratisieren**. Dazu fordern sie eine „Bepreisung“ von Bürokratie- und Berichtspflichten, zu zahlen von der anfordernden Person. Das Präventionsgesetz soll reformiert werden. Hier setzt die FDP auf Überzeugung statt Bevormundung und Gesundheitsförderung ab dem Kita-Alter. Sie schreibt der **Digitalisierung** das Potenzial zu, den Arbeitsalltag aller Gesundheitsakteure zu erleichtern. Sie sei erforderlich für deren Vernetzung untereinander und mit den Patienten. Hierfür brauche es offene Standards, Interoperabilität und Datensicherheit.

Ferner besteht die FDP auf eine **beständige Versorgung mit Arzneimitteln und Impfstoffen**. Engpässe müssten vermieden und bekämpft werden. Dazu müsse die Produktion zurück nach Deutschland bzw. in die EU verlagert werden. Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie will die Partei das Robert-Koch-Institut nach dem Vorbild der Deutschen Bundesbank in eine politikunabhängige Institution umwandeln.

DIE LINKE.

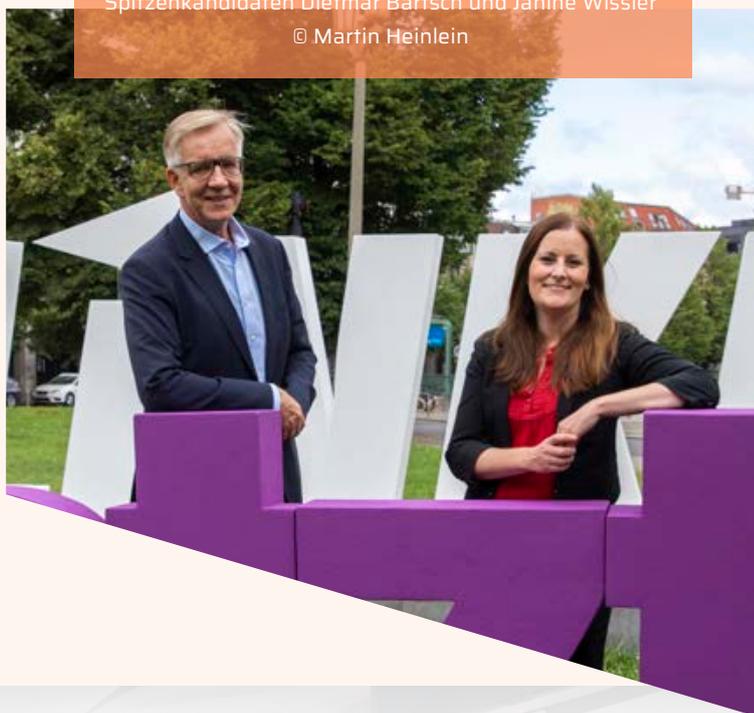
DIE LINKE: „Zeit zu handeln! Für soziale Sicherheit, Frieden und Klimagerechtigkeit“

Für DIE LINKE hat die Corona-Krise offengelegt, dass das **deutsche Gesundheitswesen falsch organisiert** ist. Sie verweist auf den Pflegenotstand, der schon vor der Pandemie geherrscht habe und der endlich gestoppt werden müsse: beispielsweise durch mehr Personal für Krankenhäuser und Pflegeheime samt gesetzlicher Personalbemessungsgrenze, mehr Gehalt für Pflegekräfte, die Rücknahme von Privatisierungen.

Für Krankenhäuser fordert sie die **Abschaffung der Fallpauschalen**. Die Betriebskosten müssten vollständig von den Krankenkassen finanziert werden. Darüber hinaus sollen Krankenhäuser in kommunale, öffentliche oder gemeinnützige Hand überführt werden. Gewinne dürften nicht in „die Tasche von Eigentümern und Aktionären“ fließen. Deshalb soll auch die **profitorientierte Entwicklung bei Medizinischen Versorgungszentren rückgängig gemacht** und der Einfluss von Pharmakonzernen zurückgedrängt werden. So sollen zum Beispiel Arzneimittelpreise per Gesetz begrenzt werden und die Arzneimittelforschung in öffentliche Hand gelegt werden.

Spitzenkandidaten Dietmar Bartsch und Janine Wissler

© Martin Heinlein



DIE LINKE tritt für eine „gute, flächendeckende, barrierefreie und bedarfsdeckende gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land“ ein. Kriterien sind ihr zufolge Wohnortnähe und Erreichbarkeit mit ÖPNV, kurze Wartezeiten auf einen Termin und eine gute Notfallversorgung, Barrierefreiheit und Altersgerechtigkeit. **Regionale Versorgungszentren** sollen mittelfristig zum Rückgrat der wohnortnahen Gesundheitsversorgung werden und eine interdisziplinäre Behandlung anbieten. Darüber hinaus will sie eine **sektorenübergreifende Bedarfsplanung** einführen. Gemeinsame Planungsgremien auf Landesebene unter Beteiligung von Patientenvertretern, Ländern und Kommunen, Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen sollen hierfür eingerichtet werden.

Zur Finanzierung des Gesundheitswesens will die Partei eine **Solidarische Gesundheitsversicherung** einführen, in die alle Bürger einzahlen. Die Beiträge werden auf alle Einkommen erhoben. Damit soll das duale System aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung abgeschafft werden. Die Grundversicherung soll „alle medizinisch notwendigen Leistungen, auch vollumfänglich Medikamente, Brillen, Zahnersatz oder Physiotherapie“, finanzieren.

DIE LINKE beobachtet, dass die „Schere zwischen Arm und Reich“ in Deutschland besonders schnell auseinandergehe, die Ungleichheit der Gesundheitschancen weiter ansteige. Um dies zu bekämpfen, beabsichtigt sie, die **Förderung der Gesundheitschancen** als Aufgabe auf alle Politikbereiche (zum Beispiel Bildung, Verkehr, Umwelt) auszuweiten. Jede gesetzliche Initiative soll von einer unabhängigen Stelle auf ihre Folgen für gesundheitliche Ungleichheit hin untersucht werden. Zudem soll keine Entscheidung zur Gesundheits- und Pflegeversorgung ohne aktives Mitwirken von Patientenvertretern gefällt werden dürfen. Die Partei fordert ebenfalls eine bessere Ausstattung des **Öffentlichen Gesundheitsdienstes**: personell, finanziell, materiell.



Kanzlerkandidatin Annalena Baerbock
© gruene.de



BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Deutschland. Alles ist drin.“

Die Corona-Pandemie habe „schonungslos die Stärken und Schwächen“ des Sozialstaates vor Augen geführt und bestehende Ungleichheiten verschärft. Ziel von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ist es deshalb, **gleichwertige Lebensverhältnisse für alle Menschen** in Deutschland zu schaffen – darunter auch eine gleichwertige Gesundheitsversorgung. Vorsorge soll dabei zum Leitprinzip werden. **Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitliche Versorgung** verortet die Partei als Querschnittsaufgabe in allen Politikbereichen.

Um das Gesundheitssystem für künftige Pandemien zu wappnen, will die Partei den **Öffentlichen Gesundheitsdienst** (ÖGD) stärken. Er soll personell, finanziell und technisch besser ausgestattet werden. Die Mittel für den ÖGD sollen auf mindestens ein Prozent der Gesundheitsausga-

ben steigen. Ziel sei es, im Zusammenspiel von Gesundheitsämtern, universitären Strukturen und einem neu zu gründenden Bundesinstitut für Gesundheit eine „starke Säule der öffentlichen Gesundheitsfürsorge“ zu schaffen.

Die GRÜNEN denken **sektorenübergreifend und interdisziplinär**. Ambulante und stationäre Angebote sollen zusammen geplant werden, perspektivisch soll es eine **gemeinsame Abrechnungssystematik** für ambulante und stationäre Leistungen geben. Die beiden Gebührenordnungen EBM und GOÄ sollen zusammengeführt werden. Das bedeutet auch, die gesetzliche und private Krankenversicherung in einer **Bürgerversicherung** aufgehen zu lassen. Die Beiträge sollen auf alle Einkommensarten erhoben werden. Die Partei will **regionale Gesundheitszentren** fördern, in denen die Gesundheitsberufe interdisziplinär zusammenarbeiten. Auch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe sollen mehr Tätigkeiten eigenverantwortlich übernehmen können. Darüber hinaus müsse die **vertragszahnärztliche Regelversorgung** regelmäßig an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst werden. Krankenhäuser sollen nicht mehr nach der Fallzahl, sondern nach ihrem „gesellschaftlichen Auftrag“ finanziert werden. Zudem brauche es eine **verbindlichere Landeskrankenhausplanung**, die die Versorgungsinteressen an Grund-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung definiert. Der Bund soll die Möglichkeit bekommen, bundesweit einheitliche Grundsätze festzulegen. Der Trend zur Privatisierung der Krankenhäuser müsse umgekehrt werden.

Die Partei will die **Patientenrechte stärken** und die Möglichkeiten von Patienten/Versicherten in den Gremien des Gesundheitswesens ausbauen. Sie fordert zum Beispiel ein eigenes Unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss. Die **Digitalisierung** – ob Robotik in der Pflege, Telemedizin oder elektronische Patientenakte – soll dazu dienen, das Gesundheitssystem zukunftsfest zu machen und die Versorgung zu verbessern. Die **ärztliche Schweigepflicht** und das Patientengeheimnis müssten auch bei digitalisierten Gesundheitsdaten jederzeit gewahrt werden.

* Reihenfolge der Vorstellung der Wahlprogramme nach der Sitzverteilung im derzeitigen Bundestag. Die KZV RLP ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts zur parteipolitischen Neutralität verpflichtet und macht sich in Wahlprogrammen getroffene Aussagen nicht zu eigen.

Interview zur Wahl: „Die Praxen brauchen mehr Kontinuität.“

Wie schaut die KZV Rheinland-Pfalz auf die Bundestagswahl? Marcus Koller, der Vorsitzende ihres Vorstandes, über den Stellenwert der Zahnärzteschaft, eine Gesetzgebung auf der Überholspur und TI-Müdigkeit.

Interview: Katrin Becker

Herr Koller, liest man die Wahlprogramme der großen Parteien, finden sich darin nur selten konkrete zahnärztliche Bezüge. Wie werten Sie das?

Die Parteien sehen Gesundheitspolitik immer in toto und differenzieren in ihren Überlegungen in der Regel nach ambulanter, stationärer und der Arzneimittelversorgung. Insofern überrascht es mich nicht, dass die Zahnärzteschaft kaum direkt adressiert wird. Entscheidend ist vielmehr, dass der Berufsstand seine Positionen und Forderungen in die praktische Politik tragen, dort durchsetzen und in die Versorgung überführen kann. Ein Beispiel ist die Punktwertdegression, die im Dialog mit dem Bundesgesundheitsministerium abgeschafft wurde. Dies fand sich in keinem Wahlprogramm. Auch die PAR-Richtlinie beruht nicht auf Plänen einer Partei, sondern sie ist aus der Zahnärzteschaft heraus initiiert worden. Es ist unser Anspruch, aus eigener Kraft und mit eigenen Ideen die Gesundheitsversorgung zu gestalten.

In der „Agenda Mundgesundheit“ (ab Seite 16) hat die Vertragszahnärzteschaft ihre politischen Forderungen formuliert. Sie haben sie in der KZBV-Vertreterversammlung mit verabschiedet. Welcher Aspekt ist Ihnen sehr wichtig?

Die Freiberuflichkeit ist neben der Selbstverwaltung das Fundament unserer Tätigkeit. Sie ist ein Leitbild, eine innere Haltung für ein vertrauensvolles Patienten-Zahnarzt-Verhältnis. Sie zu er-



Marcus Koller | @ KZV RLP

halten und zu stärken, muss unser Ziel sein. Aus diesem Grund fordere ich im Übrigen, den Fremdinvestoren in der zahnmedizinischen Versorgung klare Grenzen zu setzen. Deren Leitbild ist nicht die gute Patienten-Zahnarzt-Beziehung und das Wohl der Patienten, sondern einzig Vergewerlichung und Kommerz.

Fremdinvestoren muss aus Ihrer Sicht also Einhalt geboten werden. An welchen Stellen sehen Sie weiteren gesundheitspolitischen Handlungsbedarf einer neuen Regierung?

Grundsätzlich fordere ich vom Gesetzgeber, sabbat gesagt, auf die Bremse zu steigen. Die Gesetzgebung ist auf der Überholspur, die Schlagzahl an Gesetzen immens hoch. Höher, schneller, weiter, am besten bis gestern – das scheint das Motto der Politik zu sein. Dadurch bleibt allzu oft nicht nur die Qualität der Gesetze auf der Strecke. Je schneller sich das Rad der Neuerungen dreht, umso weniger Zeit bleibt für die Umsetzung und

gleichzeitig schwindet die Akzeptanz für eine solche Art von Politik. Unter dem Strich brauchen die Praxen wieder mehr Kontinuität.

Ein Beispiel?

Nehmen wir die Digitalisierung. Drei gesundheitspolitische Digitalisierungsgesetze hat die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode auf den Weg gebracht, um den Ausbau der Telematikinfrastruktur unter Hochdruck voranzutreiben. Doch zu was hat das geführt? Fehleranfällige, technisch nicht ausgereifte Lösungen und gesetzlich aufgebürdete Sanktionen mit unrealistischen Einführungsfristen bremsen die TI aus und behindern die Praxisorganisation. In diesen Tagen spricht man häufig von Pandemiemüdigkeit. In den Praxen gibt es sichtlich eine TI-Müdigkeit. Die Digitalisierung darf kein Selbstzweck sein. Sie muss zuverlässige, praxisnahe Anwendungen mit Benefit für Praxen und Patienten mit sich bringen. Sanktionsbewehrte Fristen müssen abgeschafft werden.

Die Sicherstellung der Versorgung muss sicher weiterhin politische Relevanz haben?

Natürlich, sie ist schließlich Kerngeschäft der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Daueraufgabe aller Gesundheitsakteure. Auf politischer Ebene ist nicht nur der Bund gefragt. Länder und Kommunen müssen ebenfalls mit anpacken, um die Versorgung flächendeckend zu gewährleisten. Derzeit befindet sich die zahnärztliche Versorgung in Deutschland und in Rheinland-Pfalz auf einem guten Niveau. Damit dies so bleibt, bedarf es einer attraktiven Infrastruktur. Dort, wo es keine Schule, Bank und keinen Bäcker oder Metzger mehr gibt, soll es noch einen Arzt und Zahnarzt geben? Das wird nicht funktionieren.

Zukunftsfeste Versorgungsstrukturen setzen zudem voraus, dass ausreichend Ausbildungskapazitäten für Zahnärztinnen und Zahnärzte erhalten bleiben werden. Auch die Fachkräftesicherung bei den zahnmedizinischen Fachangestellten ist für

die Praxen existenziell; zu überdenken wäre eine qualifizierte Einwanderung aus dem EU-Ausland. Ein gründungsfreundliches Umfeld lebt zudem von finanzieller Planungssicherheit und wenig Bürokratie. Es gibt also viele Anknüpfungspunkte für die Politik. Natürlich ist gleichzeitig die Selbstverwaltung gefragt: Das Thema Sicherstellung packt die KZV Rheinland-Pfalz im Rahmen einer Neuorganisation des Notdienstes an. Auf dem Land ist die Notdienstfrequenz in der Regel höher als in Städten. Das hemmt junge Zahnärztinnen und Zahnärzte, sich in ländlichen Regionen niederzulassen. Diese Hürde wollen wir mithilfe von Notdienstzentren abbauen.

Lassen Sie uns auf die Gesundheitspolitik der vergangenen vier Jahre blicken. Welche Bilanz ziehen Sie?

Die Gesundheitspolitik wurde in den vergangenen eineinhalb Jahren durch die Corona-Pandemie geprägt. Gerade zu Beginn der Krise lief nicht alles rund. Ich erinnere an die fehlende Schutzausrüstung oder an den verwehrtten Rettungsschirm für die Zahnarztpraxen und damit verbunden die Frage: Wie systemrelevant ist die Zahnärzteschaft? Hier muss die Politik Entscheidungen und Handlungen hinterfragen. Inzwischen hat sie zumindest nachjustiert und dem Berufsstand Maßnahmen gewährt, um die Pandemiefolgen abzufedern, zum Beispiel Ausgleichszahlungen für besonders existenzbedrohte Praxen oder eine verzerrungsfreie Fortschreibung der Gesamtvergütung.

Durch die Pandemie sind positive Entwicklungen für die Zahnärzteschaft in Vergessenheit geraten: Die Abschaffung der Punktwertdegression ist eine echte Errungenschaft, die dazu beiträgt, strukturschwache Regionen für den zahnärztlichen Nachwuchs attraktiver zu gestalten. Die Festzuschüsse wurden angehoben und die Mehrkostenregelung bei kieferorthopädischen Leistungen beschlossen.

Welchen Satz wünschen Sie sich in einem Koalitionsvertrag der neuen Regierung zu lesen?

Dürfen es auch zwei Sätze sein? Ich würde gerne lesen: „Die Freiberuflichkeit und die berufliche Selbstverwaltung haben sich bewährt auch in Krisenzeiten und sind nicht verhandelbar. Sie sind elementar für unser funktionierendes Gesundheitssystem und eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger.“

Vielen Dank für das Gespräch.



Agenda Mundgesundheits: KZBV legt den politischen Kurs fest

Rechtzeitig vor der Bundestagswahl hat sich die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) positioniert. In der „Agenda Mundgesundheit 2021-2025“ formuliert sie Forderungen an die Politik für die nächste Legislaturperiode.

Text: Katrin Becker

Die KZBV verfolgt in der „Agenda Mundgesundheit“ vier übergeordnete Ziele: Die Mundgesundheit der Bevölkerung soll weiter verbessert sowie eine wohnortnahe, flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung erhalten werden. Ferner sollen die Chancen der Digitalisierung für die Versorgung und zum Bürokratieabbau in den Praxen genutzt und – mit Blick auf die Corona-Pandemie – die Krisenreaktionsfähigkeit des vertragszahnärztlichen Versorgungssystems gestärkt werden (Details auf Seite 18).

Darüber hinaus verweist die Agenda auf die Bedeutung von Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung. Sie seien die Eckpfeiler des vertragszahnärztlichen Versorgungssystems und machten die

Stärke des Gesundheitswesens aus. Das sei gerade bei der Bewältigung der Corona-Pandemie deutlich geworden. „Wir haben in der Pandemie wie schon zuvor in der Flüchtlingskrise bewiesen, dass sich die Menschen in unserem Land genauso wie die Politik auf Zahnärztinnen und Zahnärzte auch in Krisenzeiten hundertprozentig verlassen können. Welchen größeren Beweis für die Bedeutung eines freiberuflichen Berufsstandes und einer leistungsfähigen Selbstverwaltung kann man erbringen als den, den wir mit unserem Krisenmanagement eindrucksvoll abgeliefert haben?“, so Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV, anlässlich der Verabschiedung der Agenda durch die Vertreterversammlung im Juli.

Nach zwei digitalen Formaten fand die Versammlung – pandemiebedingt unter strengen Hygieneauflagen – erstmals wieder in Präsenz, aber mit reduzierter Teilnehmerzahl statt. | Fotos: ©KZBV/Knoff

Bekanntnis zu Freiberuflichkeit gefordert

Eßer kritisierte, dass die Politik in der nun endenden Legislaturperiode nichts getan habe, um die Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung zu stärken. „Die meisten Gesetze haben den Geist von Misstrauen geatmet. Angriffe auf die Selbstverwaltung gehören inzwischen zum guten Ton und die Daumenschrauben werden immer fester angezogen.“ Anstelle von Gestaltungsspielräumen hätte es zu oft Einschränkungen, Sanktionen und Fristendruck gegeben. Dadurch setze Politik die Stärke des Gesundheitswesens aufs Spiel und gefährde die Zukunft des Berufsstandes. Eßer fürchtet, dass bei diesem politischen Klima die Niederlassung in Freiberuflichkeit und ein Engagement in der Selbstverwaltung immer unattraktiver werden. Auch die Aussichten für die Zeit nach der Bundestagswahl sieht der KZBV-Chef trüb: Lediglich die Union und die FDP betonten in ihren Wahlprogrammen die Freiberuflichkeit, die Selbstverwaltung und die freie Arzt- und Therapiewahl. „Die Erfahrungen aus der Flüchtlingskrise und aus der Corona-Pandemie sollten auch dem letzten Politiker unmissverständlich vor Augen geführt haben, dass die freiberuflichen Heilberufe und deren Selbstverwaltungen den Löwenanteil zur Bewältigung der Krisen beigetragen haben“, befand Eßer. Er forderte die neue Bundesregierung auf, ein klares Bekenntnis zur Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit abzugeben und zurückzukehren zu einer Politik, die dem Berufsstand Handlungs- und Gestaltungsspielräume zugesteht. Gleichwohl müsse die Zahnärzteschaft fortwährend unter Beweis stellen, wie leistungsfähig und auch innovativ ein selbstverwaltetes System ist. ■

Hielt ein starkes Plädoyer für Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung: KZBV-Vorstandschef Dr. Wolfgang Eßer



Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

„Bürgerversicherung ist keine Verhandlungsmasse“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) war der Vertreterversammlung per Video für ein Grußwort zugeschaltet. Darin bekannte er sich zum dualen System aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung. „Eine Bürgerversicherung ist für die Union nicht verhandelbar“, sagte er mit Blick auf mögliche Koalitionsverhandlungen. Er sei überzeugt von dem vielfältigen deutschen Gesundheitssystem, dessen Leistungsfähigkeit sich in der Corona-Pandemie gezeigt habe. Es sei gelungen, durch die Jahrhundertkrise zu kommen, ohne dass das Gesundheitswesen zu einem Zeitpunkt überlastet gewesen wäre. Er dankte der Zahnärzteschaft und den Praxisteams für ihren hohen Einsatz, der daran großen Anteil gehabt habe.

Agenda Mundgesundheits 2021-2025: Zentrale Erwartungen an die Politik

Die „Agenda Mundgesundheits 2021-2025 - Für die Weiterentwicklung einer wohnortnahen und präventionsorientierten Versorgung in Deutschland“ dient der KZBV als politische Richtschnur für die nächste Legislaturperiode und formuliert Forderungen an die Politik insbesondere mit Blick auf die Koalitionsverhandlungen und Gesundheitsreformen nach der Bundestagswahl. Sie kann auf der Internetseite der KZBV unter www.kzbv.de/agenda-auf-einen-blick.1501.de.html abgerufen werden. Hier ein Auszug:

Leitbild

Freie Arzt- und Zahnarztwahl, Freiberuflichkeit und Selbstverwaltung machen die Stärke unseres Gesundheitswesens aus. Sie tragen maßgeblich dazu bei, dass Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt hat. Dem Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Patientinnen und Patienten und ihren Zahnärztinnen und Zahnärzten kommt eine hohe Priorität zu. Diese Eckpfeiler gilt es zu festigen und weiter auszubauen. Sie müssen die Richtschnur politischen Handelns bilden.

Mundgesundheits über den gesamten Lebensbogen hinweg erhalten

- » Die Präventionserfolge und die Versorgung vulnerabler Gruppen sollten verstetigt und ausgebaut werden.
- » Qualitätsförderung sollte am Patientennutzen ausgerichtet werden. Dabei gilt es, Bürokratie abzubauen und sektorspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen.

Chancen der Digitalisierung nutzen

- » Die Praxen brauchen eine stabile, störungsfreie Telematikinfrastruktur. Es sollten versorgungsorientierte Lösungen entwickelt und dabei Verwaltungs- und Bürokratieaufwand reduziert werden. Die Kosten des digitalen Transformationsprozesses müssen refinanziert werden.
- » Um die Chancen der Telemedizin zu nutzen, sollte die Möglichkeit der zahnärztlichen Videosprechstunde auf alle Patientinnen und Patienten ausgeweitet werden.

Flächendeckende und wohnortnahe Versorgungsstrukturen sicherstellen und zukunftsfest gestalten, Vergewerblichung eindämmen

- » Um die Gefahren von investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) für die Patientenversorgung einzudämmen, gilt es, einer fortschreitenden Vergewerblichung der zahnärztlichen Versorgung zulasten freiberuflicher Versorgungsstrukturen Einhalt zu gebieten und die Transparenz zu stärken. Dazu sollten MVZ-Register geschaffen und die bestehenden TSVG-Regelungen passgenau fortentwickelt werden.
- » Um die Versorgungsstrukturen wohnortnah und flächendeckend zu erhalten, sollte die Niederlassung von Zahnärztinnen und Zahnärzten gefördert werden. Dies gilt insbesondere für ländliche und strukturschwache Räume.

Lehren aus der Corona-Pandemie ziehen

- » Wir setzen uns dafür ein, dass die Versorgungsstrukturen flächendeckend und wohnortnah erhalten bleiben und die Folgen der Corona-Pandemie für die Zahnarztpraxen abgefedert werden.
- » Mit Blick auf die Zukunft gilt es, die Krisenreaktionsfähigkeit des vertragszahnärztlichen Versorgungssystems zu stärken.



Die Therapie von Frontzahntraumata

Teil 2 – Dislokationsverletzungen

Dislokationsverletzungen treten je nach Richtung und Schwere der Krafteinwirkung in unterschiedlichem Ausmaß und unterschiedlicher Auswirkung auf. Dabei betrifft die Schädigung alle Bestandteile des Zahnhalteapparates. Je stärker die Wurzelspitze bei dieser Art von Trauma bewegt und/oder ausgelenkt wird, desto wahrscheinlicher sind auch Verletzungen der Pulpa bis hin zum Abriss des Gefäß-Nerven-Bündels. Oberste Ziele der Therapie sind der langfristige Zahnerhalt und die Vermeidung posttraumatischer Komplikationen.

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

Bei der Therapie stellen die Resorptionen aufgrund der Beteiligung des Wurzelzementes das größte Risiko dar. Je nach Schweregrad werden die Dislokationsverletzungen in Konkussion mit einer diskreten Traumatisierung des Parodontalligamentes, über Lockerung, laterale Dislokation, Extrusion und Intrusion bis hin zur Avulsion mit Abriss der Pulpa sowie des Parodontalligamentes, ggf. in Kombination mit weiteren Verletzungen des Alveolarknochens und/oder der Weichgewebe, eingeteilt⁽¹⁾.

Diagnostik

Anamnese, klinische und radiologische Diagnostik sowie Befunddokumentation decken sich mit denen der Zahnfrakturen (Teil 1, siehe *KZV aktuell 3/2021*). Zusätzlich sind bei den Dislokationsverletzungen die Art und der Umfang der Zahnauslenkung, daraus resultierend das Ausmaß der Wurzelzementverletzung sowie die Wahrscheinlichkeit der Schädigung des Pulpakomplexes zu beurteilen und ggf. zeitnah Behandlungsschritte einzuleiten. Bei dem Sonderfall der Avulsion sind zusätzlich Zeitraum und Art der extraalveolären Lagerung zu erheben, da dies Auswirkungen auf Therapie und Prognose hat. Um das Gesamtausmaß der Verletzung und alle betroffenen Zähne und Strukturen zu detektieren, kann neben den bekannten und konventionellen radiologischen Untersuchungsmethoden die Dentale Volumentomografie (DVT) zur erweiterten Diagnostik herangezogen werden. Insbesondere Frakturen des Alveolarknochens sind auf diesem Wege zuverlässiger zu diagnostizieren als in konventionellen Röntgenaufnahmen (Abb. 1 bis 3).

Für die Behandlung der Dislokationsverletzungen werden neben den Instrumenten und Materialien zur Therapie der Frakturverletzungen aus Teil 1 je nach Schweregrad zusätzlich benötigt:

1. Titan-Trauma-Splint® zur Schienung,
2. Lokalanästhetikum,
3. chirurgisches Instrumentarium zur Reposition des Zahnes, Säuberung der Alveole, Nahtmaterial.



Abb. 1 und 2 | Klinische Bilder eine Woche nach Fahrradsturz und Primärversorgung (kombinierte Extrusion und Dislokation des Zahnes 11 nach palatinal mit Fraktur des Alveolarfortsatzes, laterale Dislokation des Zahnes 21, weit offenes apikales Foramen)

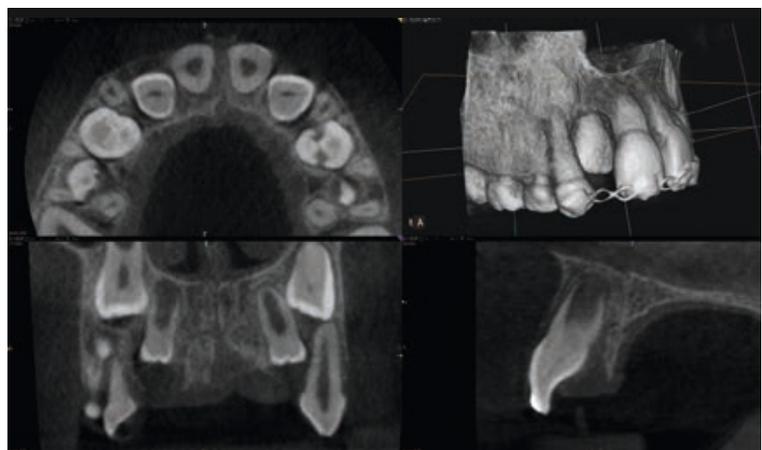


Abb. 3 | Radiologischer Befund (DVT-Ausschnitt mit Darstellung der Alveolarfortsatzfraktur und des weiten apikalen Foramens)

Dislokationen

1. Konkussion

Befunde:

Klinisch zeigen sich häufig eine diskrete Lockerung des Zahnes sowie ein Perkussionsschmerz. Die Sensibilität des Zahnes ist aufgrund der nur minimalen Verlagerung des Zahnes ohne gravierende Verletzung des Gefäß-Nerven-Bündels nicht beeinträchtigt. Radiologisch sind keine Veränderungen zu erkennen.

Therapie:

Im Regelfall ist keine Therapie erforderlich. Die Prognose hinsichtlich der Pulpavitalität und des Zahnerhaltes ist sehr gut. Bei ausgeprägter Perkussionsempfindlichkeit mit Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme kann die 1- bis 2-wöchige Schienung der verletzten Zähne an den jeweils benachbarten Zähnen sinnvoll sein. Die flexible Schienung gelingt mit dem Titan-Trauma-Splint® (Medartis AG, Basel, Schweiz) am einfachsten und lässt den Zähnen sowie dem Parodont einen Teil der physiologischen Belastung. Starre Schienungen mit Draht oder Komposit gelten heute als nicht mehr indiziert. Zum einen ist die Drahtschienung mit Ligaturen sehr zeitaufwendig, Komposit-schienungen sind fraktur anfällig; zum anderen verhindern beide eine physiologische Belastung des parodontalen Faserapparates.

Abb. 4 | Klinisches Bild nach Stoß von unten gegen das Kinn; Lockerung des Zahnes 31, Perkussion stark positiv, Sensibilität auf Kältereiz negativ. Bei Kraftereinwirkung von unten auf die Mandibula sind immer auch die Kiefergelenke auf Frakturen zu untersuchen.



2. Lockerung

Befunde:

Am verletzten Zahn/Parodont kommt es durch die stärkere Kraftereinwirkung zu einer Auslenkung des Zahnes mit Quetschung, ggf. Zerreißen und Einblutung in das Parodontalligament sowie daraus resultierend zu einer Dehnung der Alveole. Die Lockerung des Zahnes ist ausgeprägter als bei der Konkussion. Der betroffene Zahn kann in der Zahnstellung verändert sein. Die Sensibilität ist häufig initial negativ und nachfolgend sind aufgrund intrakoronarer Blutungen rötliche Diskolorationen des Zahnes möglich. Diese können reversibel sein und stellen allein keine Indikation zur endodontischen Therapie dar; geht die Verfärbung anschließend ins Gräuliche über, ist dies ein Hinweis auf eine Pulponekrose. Diese tritt, wie auch die Resorption, bei dieser Art der Verletzung selten auf⁽²⁾. Radiologisch imponiert oft eine Aufdehnung der Alveole (Abb. 4 bis 6). Im engmaschigen Recall mit klinischen und radiologischen Nachkontrollen nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten ist die Wiederkehr einer Reizantwort der Pulpa auf Temperatur zu beobachten.

Therapie:

Betroffene Zähne sind wegen der Perkussionsempfindlichkeit und der damit einhergehenden Behinderung der Nahrungsaufnahme schnellstmöglich zu schienen. Die flexible Schienung sollte für 1-3 Wochen belassen werden. Ob und inwieweit eine endodontische Therapie erfolgen muss, wird mit einem engmaschigen klinischen wie radiologischen Recall kontinuierlich kontrolliert. Am Unfalltag ist bei einer Lockerung keine endodontische Therapie durchzuführen.

Abb. 5 | Röntgenaufnahme der Unterkiefer-Front am Unfalltag vor flexibler Schienung mit dem Titan-Trauma-Splint® (TTS); sichtbare Aufweitung der Alveole von Zahn 31



Abb. 6 | Verlaufskontrolle 4 Wochen nach Trauma mit regulärem Verlauf des Parodontalspaltes am Zahn 31 bei Beschwerdefreiheit und Sensibilität auf Kältereiz



3. Laterale Dislokation

Befunde:

Durch die Stärke der Krafteinwirkung kommt es zusätzlich zur Fraktur von Teilen der Alveolenwand. Die bukkale Knochenlamelle ist anatomisch am dünnsten und somit am häufigsten betroffen. Klinisch zeigt sich eine deutliche Änderung der Zahnstellung und – je nach Richtung der Krafteinwirkung – eine Behinderung der Okklusion. Unter Umständen lässt sich die Fraktur durch Palpation des Knochens diagnostizieren, da sich der Knochen bei vorsichtiger Mobilitätsuntersuchung des Zahnes simultan mitbewegt. Der Zahn ist klinisch gelockert oder auch durch Verkantung in der geänderten Position blockiert. Der Sensibilitätstest fällt in aller Regel als Folge der Quetschung/Dehnung des Gefäß-Nerven-Stranges negativ aus. Radiologisch erscheint der Zahn in der Achsrichtung und/oder in der Länge verändert (Abb. 7 bis 10).

Therapie:

Der betroffene Zahn ist schnellstmöglich zu reponieren sowie zu schienen. Sollten der Zahn/die Zähne verkeilt sein, kann es erforderlich sein, diese Verkeilung in Lokalanästhesie zu lösen. Dies gelingt mit Fingerdruck, ggf. muss mit einer Extraktionszange der Zahn nach leichter Extrusion (zur Lösung der Blockade) wieder in die alte Position gebracht werden. Die meist bukkal frakturierte Knochenlamelle ist mit Fingerdruck wieder zu formen. Die flexible Schienung sollte für 2-4 Wochen belassen werden. Inwieweit eine endodontische Therapie erfolgen muss, zeigt sich in engmaschigem klinischen wie radiologischen Recall. Am Unfalltag ist bei einer lateralen Dislokation primär keine endodontische Behandlung durchzuführen. Wenn durch das erlittene Trauma die Pulpa am apikalen Foramen massiv gequetscht oder gedehnt wurde, kann eine Pulpanekrose die Folge sein. In der Literatur wird eine Auslenkung von mehr als 1mm als Grenzwert für das Überleben angegeben. Dieser Grenzwert ist im praktischen Alltag schwer einzuschätzen, sodass den Nachkontrollen eine große Bedeutung zukommt. Bei Zähnen mit abgeschlossenem Wurzelwachstum stellt die Pulpanekrose die häufigste Komplikation dar. Bei Zähnen mit offenem apikalen Foramen kommt es im weiteren Verlauf häufig zu Obliterationen des Wurzelkanals^(2,3). Diese führen in aller Regel zu einem negativen Sensibilitätstest, stellen aber bei fehlendem radiologischen Befund der apikalen Osteolyse und fehlenden Beschwerden keine Indikation zur endodontischen Behandlung dar (Abb. 11).

4. Extrusion

Befunde:

Der betroffene Zahn erscheint gelockert und verlängert. Röntgenologisch ist der Parodontalspalt apikal verbreitert. Die Perkussion ist schmerzhaft und der Klopfeschall dumpf.

Therapie:

Die Therapie erfolgt analog zur lateralen Dislokation. Die Reposition kann bei verspäteter Vorstellung erschwert sein, wenn die apikal eingetretene Blutung bereits zur Koagelbildung geführt hat.



Abb. 7 | Verlaufskontrolle 3 Jahre nach Trauma mit vollständiger Wurzelfüllung am Zahn 11 und regulärem Verlauf des Parodontalspaltes an den Zähnen 12 bis 21



Abb. 8 | Klinische Situation 2 Wochen nach Fahrradsturz mit Kronenfrakturen an den Zähnen 12 bis 21, lateraler Dislokation mit Verkeilung des Zahnes 11, Lockerung der Zähne 12 und 21: bei Erstversorgung erfolgten Reposition des Zahnes 11, flexible Schienung mit Titan-Trauma-Splint® und Abdeckung der Dentinwunden



Abb. 9 | Klinisches Bild 3 Jahre nach Trauma und Restauration der Kronenfrakturen an den Zähnen 12 bis 21 mittels Komposit



Abb. 10 | Nekrotisches Pulpagewebe aus Zahn 11 mit Dentikel 10 Tage nach Trauma



Abb. 11 | Radiologischer Befund 2 Jahre nach Fahrradsturz: Obliterationen als Spätfolge an den Zähnen 11, 21 ohne Therapiebedarf, chronische apikale Parodontitis am Zahn 22

5. Intrusion

Befunde:

Die intrusiv verletzten Zähne erscheinen klinisch verkürzt oder sind komplett in den Kieferknochen verlagert. Radiologisch ist kein Parodontalspalt zu erkennen. Typisch ist ein metallischer Klopfeschall, verursacht durch die Verkeilung des Zahnes im Knochen.

Therapie:

Bei der Intrusionsverletzung kommt es zu einer massiven Verletzung des Wurzelzementes. Dadurch können Toxine aus nekrotischem Pulpagewebe ungehindert zum Parodont gelangen. Damit einhergehend steigt das Risiko einer infektionsbedingten Resorption⁽⁴⁾, daher kommt der initialen Therapie eine große Bedeutung zu. Ab dem Unfalltag erfolgt die antibiotische Abschirmung für 7 Tage. Zähne mit abgeschlossenem Wurzelwachstum sind zeitnah endodontisch zu behandeln. Als erste medikamentöse Einlage hat sich eine kortikoidhaltige Paste zur Resorptionsprophylaxe bewährt. Die Einlage sollte nach 7 Tagen entfernt und durch Kalziumhydroxid zur Desinfektion ersetzt werden. Nach 1-2 Wochen kann dann die definitive Wurzelfüllung erfolgen.

Für die Durchführung der Wurzelkanalbehandlung kann es erforderlich sein, den betroffenen Zahn chirurgisch zu reponieren. Die Spontaneruption ist im engmaschigen klinischen und radiologischen Recall zu überwachen. Bei Milchzähnen und Zähnen mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum

und offenem Foramen apicale gelingt dies in aller Regel^(2,5). Bei abgeschlossenem Wurzelwachstum muss bei fehlender Spontaneruption an die Komplikation der Ankylose gedacht werden⁽⁶⁾.

Da bei ankylosierten Zähnen das Kieferwachstum gehemmt wird, müssen die betroffenen Zähne häufig entfernt werden⁽⁷⁾. Die Chance auf die Vitalerhaltung der Pulpa ist äußerst gering, eine Wurzelkanalbehandlung daher zeitnah einzuleiten. Bei weit offenem apikalen Foramen ist die Prognose etwas besser. Resorptionen treten in unterschiedlichem Ausmaß bei fast allen intrusionsverletzten Zähnen auf (Abb. 12 bis 17).

6. Avulsion

Befunde:

Bei der Avulsion kommt es zum kompletten Herauslösen des Zahnes aus der Alveole. Sollte ein Patient mit dieser Art von Dislokationsverletzung angekündigt werden, muss auf die Suche und anschließende adäquate Lagerung des Zahnes hingewiesen werden. Optimal ist die Lagerung in der Zahnrettungsbox DentoSafe[®] (Medice, Iserlohn, Deutschland) oder der SOS Zahnbox[®] (Hager und Werken, Duisburg, Deutschland), da die Inhaltsstoffe der Nährlösung das Überleben der Zellen bis zu 24 Stunden sichern und die Regeneration der geschädigten Zellen anregen⁽¹⁰⁾.

Steht eine solche Box nicht zur Verfügung, ist die Lagerung in Frischhaltefolie oder H-Milch möglich⁽¹¹⁾. Die Prognose des betroffenen Zahnes ist direkt von der Lagerung nach der Avulsion, der extralveolären Verweildauer sowie bei Zähnen mit abgeschlossenem Wurzelwachstum von der Qualität der endodontischen Therapie abhängig.

Klinisch fehlt der Zahn. Radiologisch müssen die Alveole und die betroffene Region untersucht werden, um Zahn- und Knochenfragmente sowie Fremdkörper in der Alveole auszuschließen. Diese könnten die Replantation in die ursprüngliche Position sowie den Heilungsverlauf verhindern.

Therapie:

Der avulsierte Zahn wird idealerweise bereits am Unfallort, spätestens aber mit Eintreffen in der Praxis in einer Zahnrettungsbox gesichert. Vor der Replantation sollte der Zahn 30 Minuten in der Nährlösung verbringen. Die Zugabe von Tetracyclin und Dexamethason in diese Nährlösung mit dem avulsierten Zahn wirkt sich positiv auf die Regeneration von Wurzelzement sowie die Vitalität der Pulpa bei Zähnen mit offenem apikalen Foramen aus⁽¹²⁾. Eine Kapsel No-Resorb[®] (Fa. Medcem, Weinfelden, Schweiz) enthält die exakte Dosierung für eine Zahnrettungsbox. Vor der Replantation ist der Zahn auf Frakturen, Risse und Beschädigungen durch den Unfall zu untersuchen.

Bei suboptimaler Rettungskette kann es sinnvoll sein, die Wurzeloberfläche mit Emdogain[®] (Straumann, Basel, Schweiz) vorzubereiten.



Abb. 12 | Klinisches Bild 7 Monate nach Intrusionsverletzung von Zahn 11 mit Spontaneruption und Fistelung regio 12/11



Abb. 14 | DVT-Ausschnitt seitlich mit Darstellung der Ausdehnung der Osteolyse in sagittaler Richtung



Abb. 16 | Verlaufskontrolle DVT-Ausschnitt seitlich nach 2 Jahren mit vollständiger Heilung der apikalen Osteolyse sowie Hartgewebsbildung apikal



Abb. 13 | DVT-Ausschnitt frontal mit infektiionsbedingten externen Resorptionen am Zahn 11 bei weit offenem apikalen Foramen



Abb. 15 | Radiologische Abschlusskontrolle nach regenerativer endodontischer Therapie^(8,9)



Abb. 17 | Verlaufskontrolle DVT-Ausschnitt frontal nach 2 Jahren mit Anzeichen für das Stagnieren der Resorption

handeln. So kann die Heilung kleinerer Wurzelzementdefekte unterstützt werden⁽¹³⁾. Dies sollte unter maximaler Schonung der Wurzeloberfläche erfolgen.

Nach Lokalanästhesie und Säuberung der Alveole (Spülung mit Kochsalzlösung) wird der Zahn in Position gebracht und replantiert. Anschließend erfolgen die flexible Schienung an den Nachbarzähne mithilfe eines Titan-Trauma-Splints® für 1-3 Wochen und die röntgenologische Kontrolle der regelrechten Position des replantierten Zahnes. Bei Patienten über 8 Jahren ist die systemische Antibiose mit Doxycyclin für 7 Tage einzuleiten. Sollte kein Tetanusschutz bestehen, ist der

Patient für die Aktivierung des Impfschutzes zum Hausarzt zu überweisen.

Bei abgeschlossenem Wurzelwachstum (Durchmesser des Foramen apicale < 2 mm) erfolgt idealerweise bereits am Unfalltag, spätestens am Folgetag die endodontische Behandlung des Zahnes. Diese sollte erst nach der Replantation durchgeführt werden, um die Wurzeloberfläche nicht mit Spüllösungen zu kompromittieren.

Wenn aufgrund der Rahmenbedingungen die Wurzelkanalbehandlung mehrzeitig erfolgen muss, wird in der ersten Behandlungssitzung eine kortikoidhaltige medikamentöse Einlage zur Resorptionsprophylaxe eingebracht⁽¹⁴⁾. Ein Medikamentenwechsel mit Kalziumhydroxid zur Desinfektion kann vor der Wurzelkanalfüllung erfolgen (Abb. 18 bis 23).



Abb. 18 | Klinisches Bild vor endodontischer Behandlung der Zähne 11 und 12, Kronenfraktur am Zahn 11



Abb. 20 | Klinisches Bild nach Abschluss der endodontischen Behandlung und Kompositrestauration



Abb. 22 | Klinisches Bild 2 Jahre nach Abschluss der endodontischen Behandlung: Patient befindet sich in aktiver kieferorthopädischer Behandlungsphase, Zahn 11 steht nicht mehr in Infraposition, keine Anzeichen für eine Ankylose der Zähne 11 und 12



Abb. 19 | Röntgenkontrolle nach Avulsions- und Replantation der Zähne 11 und 12 bei abgeschlossenem Wurzelwachstum



Abb. 21 | Kontrollaufnahme nach Abschluss der dreizeitigen endodontischen Behandlung: 1. Sitzung Wurzelkanalaufbereitung, Desinfektion, antiresorptive medikamentöse Einlage; 2. Sitzung Desinfektion, medikamentöse Einlage Kalziumhydroxid; 3. Sitzung Desinfektion, Ausformung des apikalen Foramens und Verschluss mit MTA, Wurzelfüllung, Kompositverschluss



Abb. 23 | Radiologische Verlaufskontrolle 2 Jahre nach Abschluss der endodontischen Behandlung: reguläre Knochenstrukturen im Bereich der Wurzelspitzen der Zähne 11 und 12; weitere Verlaufskontrollen sind wegen der transienten Resorption am Zahn 12 geplant

Bei weit offenem apikalen Foramen ($> 2\text{ mm}$) besteht eine geringe Chance auf Revaskularisation, sodass initial keine Wurzelkanalbehandlung durchgeführt wird (Abb. 24 bis 28). Hierbei ist insbesondere darauf zu achten, dass eine Pulpanekrose rechtzeitig erkannt wird, um infektionsbedingte Resorptinen zu vermeiden.

Klinische und radiologische Kontrollen erfolgen nach einer Avulsions- und Replantation engmaschig nach 4 Wochen, 3, 6 und 12 Monaten. Für weitere 4 Jahre erfolgen jährliche Verlaufskontrollen.

Schlussfolgerungen

- » Die Primärtherapie nach einem Frontzahntrauma entscheidet maßgeblich über die Vitalerhaltung der Pulpa und den langfristigen Zahnerhalt.
- » Die genaue extra- und intraorale, klinische und paraklinische Diagnostik sind für die Findung der Diagnose, die Ableitung der Therapie sowie die Einschätzung der Prognose unabdingbar.



Abb. 24 | Radiologischer Befund bei Avulsion: leere Alveole, Zahn 11 ist an wenigen Fasern noch befestigt



Abb. 25 | Klinisches Bild nach Replantation des Zahnes 11, flexibler Schienung und Wundversorgung

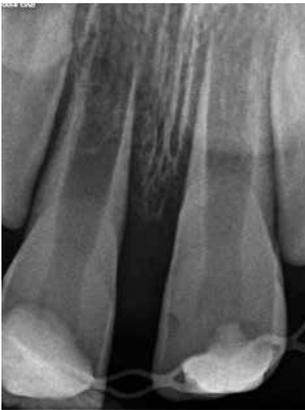


Abb. 26 | Zahnfilmaufnahme 12 Tage nach Trauma, Zahn unvollständig reponiert, Schienung mit Titan-Trauma-Splint®



Abb. 27 | Klinisches Bild 3 Jahre nach Avulsion: Zahn erscheint elongiert nach unvollständiger Reposition, klinisch keine Anzeichen für Ankylose



Abb. 28 | Verlaufskontrolle 3 Jahre nach Trauma: abgesprengte Anteile des apikalen Gewebes bilden Wurzelspitze aus, im Wurzelkanal Hartgewebsbildung

» Zeitgemäße digitale Nachschlagewerke, wie zum Beispiel die Trauma-App „AcciDent“⁽¹⁵⁾ sowie der Dental Trauma Guide⁽¹⁶⁾, helfen nach Abgleich der erhobenen Befunde vor Behandlungsbeginn, die richtige Diagnose und die empfohlene Therapie sowie Nachsorgeintervalle zu finden. Außerdem kann eine Abschätzung der Prognose hinsichtlich Vitalerhaltung und Zahnerhalt getroffen werden.

- » In der zahnärztlichen Praxis sollten alle für die Erstbehandlung nach Zahntrauma nötigen Instrumente, Medikamente und Hilfsmittel vorgehalten werden. Reicht die Ausstattung für einen komplexen Traumafall nicht aus, kann die Behandlung in einer auf zahnärztliche Traumatologie spezialisierten Praxis sinnvoll sein.
- » In jeder Zahnarztpraxis sollte eine Zahnrettungsbox vorgehalten werden. Selbst wenn die Primärversorgung nicht in der Praxis erfolgt, können avulierte Zähne darin optimal transportiert werden⁽¹⁷⁾.
- » Unfälle im Kieferbereich sind häufig Kombinationsverletzungen. Es können Zahn- und/oder Knochenfrakturen und/oder Weichteilverletzungen auftreten. Bei der Diagnostik ist an Kollateralschäden und übergeordnete Verletzungen des Schädels zu denken.
- » Klinische und radiologische Verlaufskontrollen nach einem Frontzahntrauma sind unabdingbar, um Komplikationen, wie Pulpanekrosen und Wurzelresorptionen, zeitnah zu erkennen und der adäquaten Therapie zuzuführen.
- » Durch Verlaufskontrollen müssen mögliche Komplikationen nach Frontzahntrauma frühzeitig detektiert und der adäquaten Therapie zugeführt werden. Die Prüfung der Sensibilität der betroffenen Zähne ist wichtig, muss aber radiologisch überprüft werden, da die Reizantworten nach Trauma ggf. eingeschränkt zu werten sind. Zusätzlich beinhaltet die klinische Verlaufskontrolle die Messung der Sondierungstiefen, die Suche nach Fistelöffnungen sowie Perkussionstests der betroffenen Zähne⁽¹⁷⁾.
- » Die Vermeidung von Zahn-Traumata sollte Teil des Prophylaxekonzeptes sein. So können beispielsweise in den entsprechenden Risikoaltersgruppen die Kinder und deren Eltern über Zahnschutz beim Sport, Tragen von Schutzhelmen gegebenenfalls auch mit Kinnschutz beim Fahrradfahren und Skaten im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung aufgeklärt werden. ■

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

Dieser Beitrag ist erstmals im Zahnärzteblatt Sachsen 7+8/20 erschienen. Wir bedanken uns für die Nachdruckerlaubnis.

Behandlung von Frontzahntraumata: Das gilt für die Abrechnung

Die Behandlung eines Frontzahntraumas hängt von der Art der Verletzung und dem betroffenen Zahn ab. Ein Überblick der wichtigsten Abrechnungspositionen.

Text: Michaela Meißner, stv. Geschäftsbereichsleiterin Abrechnung

| BEMA-Nr. | Leistung | Bewertungszahl |
|----------|---|----------------|
| K4 | Semipermanente Schienung unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum | 11 |

Leistungsinhalt

- » oberflächiges Anschleifen des Zahnschmelzes
- » Ätzung und Auftragen von Kunststoff, durch den die Zähne miteinander verblockt werden
- » zusätzlich abrechenbar sind die entstandenen Materialkosten für den Kunststoff

Abrechnungsbestimmungen

- » abrechenbar 1x je Interdentalraum unter Anwendung der Säure-Ätz-Technik mit Komposite (Zahnangabe erforderlich)
- » für eine Therapie zur Stabilisierung gelockerter, aber erhaltungswürdiger Zähne - zum Beispiel im Rahmen einer systematischen Parodontitisbehandlung - sowie bei prä- bzw. postchirurgischen Fixationsmaßnahmen

- » Für zusätzlich in die semipermanente Schienung eingearbeitete Drähte oder Netze kann kein zusätzliches Honorar berechnet werden. In diesen Fällen sind ausschließlich die Materialkosten abrechenbar. Ebenso kann dafür nicht die GOÄ-Nr. 2697 bzw. 2698 abgerechnet werden. Für die Entfernung der semipermanenten Schienung kann die GOÄ-Nr. 2702 über das Abrechnungsf formular für Kiefergelenkerkrankungen und Kieferbruch abgerechnet werden.
- » Kontrollbehandlungen zu BEMA-Nr. K4 sind ausschließlich nach BEMA-Nr. K7 abzurechnen.

| BEMA-Nr. | Leistung | Bewertungszahl |
|----------|--|----------------|
| 55 | Reimplantation eines Zahnes, ggf. einschließlich einfacher Fixation an den benachbarten Zähnen | 72 |

abrechenbar

- » je reimplantiertem Zahn mit positiver Prognose
- » einschließlich der einfachen Fixation an den benachbarten Zähnen zum Beispiel durch Kunststoff-Materialien

nicht abrechenbar

- » für die Reposition eines Zahnes
- » für die Transplantation eines Zahnes (außervertraglichen Leistung)
- » im Zusammenhang mit einer transdentalen Fixation

Hinweis: Ist eine einfache Fixierung nicht ausreichend, können ggf. die GOÄ-Nr. 2697 plus M+L oder die BEMA-Nr. K4 plus M+L anfallen. Falls erforderlich, kann die Verbandplatte nach GOÄ-Nr. 2700 und M+L abgerechnet werden.

| GOÄ-Nr. | Leistung | Bewertungszahl |
|---------|-------------------------|----------------|
| 2685 | Reposition eines Zahnes | 23 |

abrechenbar

- » je reponiertem traumatisch luxierten Zahn (anluxiert oder teilluxiert)
- » als selbstständige Leistung
- » im Zusammenhang mit der Reposition eines zahntragenden luxierten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes (GOÄ-Nr. 2686) nur, wenn die Reposition eines Zahnes als eigenständige Maßnahme erforderlich ist

nicht abrechenbar

- » bei vollständiger Lösung des Zahnes aus dem Parodont (→ BEMA-Nr. 55)
- » bei Reposition eines Zahnes mit seinem Alveolaranteil (→ GOÄ-Nr. 2686)

Hinweis: Zusätzlich können die GOÄ-Nr. 2697, die BEMA-Nr. K4 (als einfache Schienungsmaßnahme an den benachbarten Zähnen plus BEMA-Nr. K7) und die GOÄ-Nr. 2700 (Stützvorrichtung, Verbandplatte) anfallen.

| GOÄ-Nr. | Leistung | Bewertungszahl |
|---------|--|----------------|
| 2697 | Anlegen von Drahtligaturen, Drahhäkchen oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung | 39 |

abrechenbar

- » für Anlegen von Drahtligaturen/Drahhäkchen oder dergleichen
- » für Anlegen von Drahtligaturen in Verbindung mit mandibulo-maxillärer Schienung
- » für geklebte oder ligierte Außenbögen
- » für Fixierung subluzierter Zähne oder von zahntragenden Bruchstücken des Alveolarfortsatzes
- » für Befestigung einer Retention bei operativer Freilegung eines Zahnes zur Einstellung

- » für erneutes vollständiges Anlegen von Drahtligaturen, Drahhäkchen usw.

nicht abrechenbar

- » für Kunststoff-Schienung und Fixierung parodontal gelockerter Zähne in Ätz-Technik (→ BEMA-Nr. K4)
- » neben Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Kiefer

| GOÄ-Nr. | Leistung | Bewertungszahl |
|---------|--|----------------|
| 2700 | Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (zum Beispiel Verbandplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme | 39 |

abrechenbar

- » 1x je Kiefer
- » für die Eingliederung einer herausnehmbaren Verbandplatte

Hinweise:

- » **Herstellung einer Verbandplatte in Folge eines Traumas**
→ Abrechnung über BEMA Teil 2 (KBR)

- » **Herstellung von Verbandplatte in Verbindung mit chirurgischen Leistungen**
→ Abrechnung über BEMA Teil 1 (KCH)
- » **Herstellung von Verbandplatte ohne Einsetzen**
→ kein Honorar, nur Materialkosten ansatzfähig (Vermerk Feld „KZV intern“)
- » **Material- und Laborkosten**
Die Laborkosten werden in der Regel über BEL-Nr. 402 0 abgerechnet.

| GOÄ-Nr. | Leistung | Bewertungszahl |
|---------|--|----------------|
| 2702 | Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten - auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten - je Kiefer | 34 |



Ihre Daten für die Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung!

Das **Zahnärzte Praxis-Panel** – kurz **ZäPP** – ist eine bundesweite Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation und zu den Rahmenbedingungen in Zahnarztpraxen. Etwa 35.000 Praxen haben dafür einen Fragebogen erhalten.

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

- **Für den Berufsstand!** Das ZäPP dient Ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) als Datenbasis für Verhandlungen mit Krankenkassen.
- **Vorteil für Sie!** Finanzielle Anerkennung für Ihre Mitarbeit
- **Vorteil für Sie!** Kostenloser Praxisbericht für einen Vergleich Ihrer Praxis mit dem bundesdeutschen Durchschnitt
- **Vorteil für Sie!** Kostenlose Chefübersicht für Ihre Finanzplanung
- Wir garantieren **Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten!**

Sie haben Fragen zum ZäPP?

Weitere Informationen im Internet unter
www.kzvrlp.de · www.kzbv.de/zaepp · www.zaep.de
Oder einfach QR-Code mit dem Smartphone scannen.

Für Rückfragen bei Ihrer KZV:

Telefon: 06131 8927-133
E-Mail: kontakt@kzvrlp.de
Ansprechpartner: Jochen Kromeier



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

Unterstützen Sie das ZäPP – In Ihrem eigenen Interesse!