

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

Fokus

Lippenkrebs – Was der Zahnarzt wissen muss

Abrechnung

KFO: Online abrechnen
per Erfassungsmaske

KZV Rheinland-Pfalz

Wenn Patienten wegbleiben:
Folgen der Corona-Krise

Praxis

Willkommen an Bord:
Neue Mitarbeiter erfolgreich integrieren

Position

- 3 Gute Botschaft

Abrechnung

- 4 KFO: Online abrechnen per Erfassungsmaske

Fokus

- 6 Lippenkrebs und Lippenrekonstruktion - Was muss der Zahnarzt wissen?

Praxis

- 14 Willkommen an Bord!
- 16 Dranbleiben!
Dritte Runde für ZäPP

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Politik

- 17 Sicherstellungsinstrumente nun auch für die Zahnärzte
- 18 Trotz Datenschutzbedenken: Länder winken ePA durch

KZV Rheinland-Pfalz

- 20 Wenn Patienten wegbleiben: Folgen der Corona-Krise in Zahnarztpraxen

Aktuell

- 22 Datenschutz: Mehr Datenpannen registriert

Aktuell

- 23 Gratulation zum 70. Geburtstag, Prof. Dhom!
- 23 Glückwunsch an Dr. Jürgen Braun-Himmerich
- 24 Zahnärztliches Patiententelefon: Kompetente Hilfe in über 1.000 Fällen

Fortbildung

- 26 Risikokinder profitieren von intensiver Prophylaxe

Aktuell

- 31 Zahnärztliche Leitlinie zum Coronavirus: Schutz vor dem Erreger

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
Eppichmauergasse 1 · 55116 Mainz
T 06131 / 8927108 · F 06131 / 892729053
redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

Redaktion

Joachim Stöbener (V. i. S. d. P.)
Dr. Stefan Hannen
Katrin Becker M. A.

Redaktionsassistentz

Stephanie Schweikhard
Alexandra Scheler

Grafik und Produktion

adhoc media gmbh
Obertal 24 d · 56077 Koblenz

Bildnachweis

Titelfoto: ©Martina Thanner - stock.adobe.com

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

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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen überwiegend 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:
14.12.2020

Gute Botschaft

Gründliches Händewaschen und ausreichend Abstand halten scheinen viele Deutsche sattzuhaben. Das legt eine kürzlich veröffentlichte Umfrage der Uni Hamburg zu den Corona-Schutzmaßnahmen nahe. Demnach wahren nur 45 Prozent der Bürgerinnen und Bürger Distanz zu anderen und lediglich 39 Prozent halten sich an die empfohlene Handhygiene. Diese Umfrage stützt, was sich auch im Alltag beobachten lässt: Die Menschen gehen lockerer mit den Corona-Regeln um, schütteln Hände, umarmen sich oder stehen dicht an dicht in der Schlange an der Supermarktkasse.

Wir laufen Gefahr, dass diese Sorglosigkeit – oder ist es Regelmüdigkeit? – unsere Bemühungen, das Infektionsgeschehen so gering wie möglich zu halten, zunichtemacht. Schon jetzt schießen die Infektionszahlen nach oben. Und wir müssen davon ausgehen, dass uns im kalten Herbst und Winter eine besonders schwierige Zeit in vielen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens bevorsteht. Gilt das auch für die Zahnarztpraxen?

Verglichen mit anderen Branchen ist der Berufsstand insgesamt bislang gut durch die Pandemie gekommen. So hatte der Lockdown im Frühjahr weniger gravierende wirtschaftliche Folgen für die Praxen als zunächst befürchtet. Im zweiten Quartal dieses Jahres fanden „nur“ knapp ein Fünftel weniger Behandlungen statt als im Vergleichsquarter 2019 – wohl wissend, dass die KZV Rheinland-Pfalz allein das vertragszahnärztliche Leistungsspektrum betrachten kann und es sicher einige Praxen gibt, die eine höhere Ausfallquote verzeichnen.

Auch haben nach derzeitiger Kenntnis zahnmedizinische Behandlungen weder bei Patienten noch beim Praxispersonal zu Infektionen geführt. Das ist eine gute Botschaft, um nun in die kalte Jahreszeit zu gehen.

Der Zahnärzteschaft hat in den vergangenen Monaten unter Beweis gestellt, Spezialisten in Sachen Infektionsschutz und Hygiene zu sein. Die Patienten können darauf vertrauen, dass die Maßnahmen in den Praxen greifen und ständig kontrolliert werden. Die hohen Infektionsschutz- und Hygienestandards sind mit Beginn der Krise weiter verstärkt und Regeln im Umgang mit (potenziell) infizierten Patienten aufgestellt worden. Wir haben gelernt, mit dem Virus im Praxisalltag umzugehen. Deshalb bin ich überzeugt, dass wir – trotz wachsender Sorglosigkeit in der Bevölkerung – die nächsten Monate gut überstehen werden und das Infektionsrisiko in den Praxen weiterhin klein halten können.

„Machen“ ist das Eine, „Kommunizieren“ das Andere, um die Patienten in den Praxen zu halten. Dazu zählt, die Infektionsschutzstandards für sie sichtbar zu machen, sie transparent über Hygienemaßnahmen zu informieren und über Bedeutung und Nutzen von Zahnarztbesuchen selbst während der Pandemie aufzuklären. Das baut Ängste ab und schafft Vertrauen in den einzelnen Zahnarzt ebenso wie in den Berufsstand insgesamt. Nicht nur in Zeiten von Corona ist das unerlässlich.

Ihr



Marcus Koller
stv. Vorsitzender des Vorstandes



„Wir haben gelernt, mit dem
Virus im Praxisalltag
umzugehen.“

KFO: Online abrechnen per Erfassungsmaske

Inzwischen ist es gang und gäbe: Die Zahnarztpraxen übertragen ihre Behandlungsdaten flexibel und bequem online an die KZV Rheinland-Pfalz. Doch was ist, wenn im Praxisverwaltungssystem keine Abrechnungsdatei erstellt werden kann?

Text: Geschäftsbereich Abrechnung

Für den Fall, dass Praxen für einen Leistungsbereich kein Abrechnungsmodul besitzen, weil sie nur sehr wenige Patienten behandeln, hat die KZV Rheinland-Pfalz Online-Erfassungsmasken eingerichtet. Hierüber werden vor allem kieferorthopädische Behandlungsfälle eingereicht.

So gelangen Sie zu den Masken:

1. Bitte nutzen Sie, wie bei der üblichen Abrechnung, Ihren KZV-Abrechnungsstick oder alternativ die ZOD-Karte.
2. Sie gelangen auf unsere Internetseite zur Unterseite „Online-Einreichung“.
3. Unter „Ihr Weg zur Einreichung“ folgen Sie anschließend dem grünen Link „Erfassungsmasken“.
4. Dann gehen Sie bitte auf den entsprechenden Leistungsbereich, in unserem Beispiel „Kieferorthopädie (KFO)“.
5. Bevor Sie beginnen, einen Fall zu erfassen, wählen Sie bitte oben auf der Seite das Abrechnungsjahr und das Quartal aus, für das Sie Ihre KFO-Fälle an die KZV schicken möchten. Dann klicken Sie auf „Neuer Fall“.
6. Die Erfassungsmaske wird angezeigt. Sie ist den Originalbelegen nachempfunden. Daher können Sie die Daten 1:1 übernehmen. **An vielen Stellen der Erfassungsmaske finden Sie kleine blaue Kreise mit einem „i“. Wenn Sie den Cursor darauf positionieren, erhalten Sie hilfreiche Informationen zum Ausfüllen des jeweiligen Feldes.**

Besonders wichtige Hinweise geben wir Ihnen in der Musterabrechnung auf der nächsten Seite.

Hilfestellung erhalten Sie zudem in einem Fragen-Antworten-Katalog und Erklärfilm, die Sie auf der Seite mit der Erfassungsmaske finden. Gibt es dort keine Antwort auf Ihre Frage, helfen Ihnen

Sabrina Gessner (06131/8927-274) und Uta Fiedler (06131/8927-265) gern weiter.

Drei weitere Hinweise zur Nutzung der Masken:

1. Speichern Sie den Fall während der Dateneingabe immer mal wieder. Bei längerer Inaktivität – rund 30 Minuten ohne Eingabe in die Maske – wird die Verbindung zum Server der KZV gekappt und nicht gespeicherte Daten gehen verloren.
2. Bitte erfassen Sie zunächst alle Fälle für einen Abrechnungszeitraum und übermitteln Sie diese gesammelt in einem Vorgang.
3. Der Datenversand an die KZV wird mit dem Button „Fälle jetzt an die KZV schicken“ gestartet. Das Feld erscheint jedoch erst, wenn keine Erfassungsfehler – fehlerhafte Stellen sind rot markiert – mehr vorliegen. ■

Abrechnung von KFO-Leistungen

Ganz gleich, ob mittels Abrechnungsdatei oder über die Erfassungsmaske – achten Sie darauf, dass Sie kieferorthopädische Leistungen über den **Leistungsbereich KFO** (nicht über KCH) und **quartalsweise** (nicht monatlich) abrechnen.



Kfo-Abrechnungsschein

Abrechnung für kieferorthopädische Behandlung

Rechnungs-Nr.	Datum	Lfd.Nr.
	7777	

Name der Kasse: Wohnort:

Name, Vorname des Versicherten: PLZ:

geb. am:

Kassen-Nr.: Versicherten-Nr.: Status:

Praxis: VK gültig bis, Art-VNW: Einlesedatum:

Nach Eingabe der Kassen-Nr. ermittelt sich der Name der Krankenkasse automatisch.

Kennzeichnung D für Einzelmaßnahmen außerhalb der Behandlung.

Kasse fehlt

Leistungsquartal	Abschlag Kenn+Nr.	Leerquartal	Behandlungsplan v.	Behandlungsplan Nr.	Verlängerung vom	Behandlungsbeginn	Behandlungsende
3/20	D						

Begleitleistungen und Kieferorthopädische Leistungen

TTMM	Zahn	Leistung	Geb.-Nr	Anz/Bemerk	Punkte	Anz x Pkt
0308	OK	[KFO] Kfo-Maßnahmen mit herausnehmbaren Geräten	123a	1	40	40

Es wird immer das Quartal des aktuellen Tagesdatums verwendet (dieses ggf. bitte abändern).

Nach Eingabe einer Geb.-Nr. bitte ENTER drücken, dann kann erst der aktuelle Punktwert (durch Anklicken **mittig** im Feld Punktwert) eingegeben werden.

Mehr Zeilen

Leistungsart	Punkte	Punktwert	Honorar
Kieferorthopädische Leistungen KFO	40	9761	39.04

Material- und Laborkosten

Material- und Laborkosten des Zahnarztlabors	BEL/Mat-Nr	Anzahl	Betrag
Pauschalbetrag f. Abformungen+Versand/Primärkassen	M5001	1	2.80
Modell	001-0	1	6.34
Basis für Einzelkiefergerät	701-0	1	46.01
Labialbogen modifiziert	731-0	1	23.43
Einarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	750-0	4	37.68
Mehrrarmiges Halte- oder Abstützelement, je Zahn	751-0	2	22.84

Die Beträge (Gesamtbetrag) müssen eingegeben werden.

Lieferdatum:

Mehr Zeilen

Kosten des Zahnarztlabors € 139.10

Im Feld Kassenanteil ist die jeweilige Prozentzahl (80 %, 90 %, 100 %) einzugeben.

Die Geb.-Nrn. 121-124 sind mit 100 % abzurechnen.

Gesamtbetrag Kostenerstattung + Material-, Laborkosten €	<input type="text" value="178.14"/>
= Kassenanteil %	<input type="text" value="100"/>
= Versichertenanteil %	<input type="text" value="0"/>
	178.14
	0.00

Mitteilung an die KZV:

Pflegeheim:

Speichern

Laden einer XML-Datei aus einem Labor:
(Z.B. für diesen Fall mögliche Auftragsnummer 771122-1234-KFO--6)

Durchsuchen...

Keine Datei ausgewählt.

(Durchsuchen, Datei für angezeigten Fall auswählen, öffnen und dann ganz links auf Speichern klicken)

Fremdlabor

Praxislabor

Eine XML-Datei für das mögliche Fremdlabor ist auswählbar.

Lippenkrebs und Lippenrekonstruktion – Was muss der Zahnarzt wissen?

Hautkrebs zählt zu den häufigsten Krebsarten. Das sonnenexponierte Gesicht und mit ihm die Lippe sind besonders stark betroffen. Zahnärzte können einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung und Therapie von Lippentumoren leisten.

Text: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Hendrik Terheyden

Lippenkrebs und seine Vorstufen liegen im Arbeitsfeld der Zahnärzte, die durch Überweisung an eine Praxis oder Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung oder Behandlung leisten können. Die meisten Fälle von Lippenkrebs sind Karzinome, die von der epithelialen Bedeckung der Lippen ausgehen. Histologisch handelt es sich in der Regel beim Unterlippenkarzinom um verhornende Plattenepithelkarzinome, die im Bereich der äußeren Haut auch Spinaliome genannt werden (Spina=Stachel, von der Stachelzellschicht des Plattenepithels ausgehende Tumoren). In der Oberlippe ist das Basalzellkarzinom relativ häufig. Lippenkrebs kann an beiden Lippen auftreten, entsteht jedoch meistens im besonders sonnenexponierten Mittelteil der Unterlippe. Bei der Bestrahlung mit ultraviolettem (UV) Licht spielt neben Sonnenbränden die chronische im Leben kumulierte UV-Dosis eine wichtige Rolle. Die wiederkehrende UV-Bestrahlung erzeugt eine aktinische Cheilitis als Präkanzerose. Diese Erkrankung ist anfangs durch spröde

rissige Lippen geprägt, später kommen fleckige atrophische rote Areale neben Leukoplakien abwechselnd mit fest anhaftenden keratotischen Plaques, die auch bluten können, vor (Abb. 1). Die aktinische Cheilitis wird in drei Schweregrade eingeteilt und bedeutet als Präkanzerose beziehungsweise Carcinoma in situ immer eine Behandlungsindikation. Insofern ist die Endung -itis bei Cheilitis eine Unterreibung beziehungsweise eine Fehlbezeichnung. Der Übergang zum etablierten Karzinom ist histologisch am Durchbruch der Basallamina und klinisch an der palpatorischen Krebs Härte und einem Ulkus mit erhebenden Randwällen erkennbar (Abb. 2).

Risikofaktoren und Vorbeugung

Chronisch sonnenexponierte Personen, insbesondere aus Berufen wie beispielsweise Dachdecker oder Seeleute, sind besonders gefährdet. Das Rauchen, speziell der direkte Kontakt der Lippen zur Zigarette, stellt unabhängig von der Gesamtmenge des Tabakkonsums einen nach-



Abb. 1 – Beim Abhalten der Lippen zeigt sich die Leukoplakie im Vergleich zur dahinter liegenden Mundschleimhaut. Diese Erkrankung ist als Präkanzerose dringend behandlungsbedürftig.



Abb. 2 – Übergang in ein Lippenkarzinom, das Ulkus tastet sich hart (Krebs Härte) und zeigt erhebende Randwälle.

gewiesenen Risikofaktor für das Lippenkarzinom dar. Das relative Risiko, an Lippenkrebs zu erkranken, ist für Patienten, die wegen einer Organtransplantation unter Immunsuppression stehen, nach einer aktuellen US-amerikanischen Studie um den Faktor 15,3 gegenüber der Normalbevölkerung erhöht. Papillomviren (HPV 16) sind für das Lippenkarzinom ebenfalls ein nachgewiesener Risikofaktor, spielen aber eine größere Rolle für die weiter hinten im Rachen gelegenen Tumoren. Die Verhornung der Lippen und von großen Teilen der vorderen Mundhöhle verhindert oft als Barriere das Vordringen der Viren in die Basalzellschicht, wo die Zellteilungen stattfinden.

Der wichtigste Aspekt der Vorbeugung des Lippenkarzinoms besteht in der Vermeidung von Akutereignissen wie Gletscherbrand beim Skilaufen und in der lebenslangen Verringerung der kumulativen UV-Dosis durch Sonnenschutz und Lippenpflegeprodukte mit physikalischen und chemischen UV-Filtern.

Inzidenz und Prognose

Lippenkrebs ist im klinischen Alltag relativ häufig. Allerdings ist es schwierig, exakte Zahlen zu nennen, denn weltweit werden meistens Inzidenzen für Lippen- und Mundhöhlenkrebs gemeinsam benannt. Die weltweite Inzidenz für Lippen- und Mundhöhlenkrebs beträgt 6,2 Männer und 3,6 Frauen auf 100.000 Einwohner pro Jahr. Die Todesrate beträgt 3,3 für Männer und 1,6 für Frauen, woraus man eine Mortalität von etwa 50 Prozent weltweit ablesen kann, der Lippen- und Mundhöhlenkrebs gehört also in die Gruppe der vergleichsweise malignen Krebsarten. Die deutschen Krebsregisterdaten, die vom Robert-Koch-Institut veröffentlicht werden, differenzieren nicht zwischen Mundhöhle, Rachen und Lippen. Diese drei Entitäten machen zusammen etwa 14.000 Neuerkrankungen in Deutschland pro Jahr aus, wobei die Inzidenz insgesamt bei 26/100.000 Menschen für Männer und 9/100.000 Menschen für Frauen liegt. Die Sterberaten liegen bei 10 für Männer und 3 für Frauen, was im Vergleich zu den weltweiten Zah-

len für eine etwas geringere Mortalität spricht. Beide Abweichungen von den weltweiten Zahlen können mit einer höheren Erkennungs-, speziell Früherkennungsrate, in Deutschland zusammenhängen. Überhaupt ist die Früherkennung entscheidend für die Prognose. Diese beträgt im Stadium I für das Lippenkarzinom bei korrekter Behandlung nahezu 100 Prozent.

Anatomische Aspekte

Die Lippen sind mit einem Ringmuskel ausgestattet, der jeweils an beiden Mundwinkeln im Modiolus geteilt beziehungsweise aufgehängt ist. Im Modiolus wird der Mundwinkel durch die mimischen Muskeln *Mm. risorii* und *zygomatci* nach hinten und oben gezogen. Durch diese Anordnung ist der Mund kein kreisrundes Loch, wie bei einem reinen Ringmuskel zu erwarten, sondern eine quer verlaufende Mundspalte. Die genannten Muskeln, zu denen noch der *M. buccinator* als Lippenbefestigung am Alveolarfortsatz hinzukommt, werden alle von der Seite aus der Tiefe kommend vom Nervus facialis innerviert. Diese Innervationsrichtung erleichtert die plastische Deckung von Defekten, denn Schnitte in der oberflächlichen Wangenhaut verletzen nicht die Nerven und erlauben einen Transport funktionell innervierter Muskelfasern von der Seite zur Mitte. Auf diese Weise können unter Ausnutzung der Lippenelastizität bis zu zwei Dritteln der Lippenlänge durch ortsständige Muskulatur und Haut ersetzt werden. Die Blutversorgung der Lippen erfolgt unter anderem durch ein konstantes, unter der Lippeninnenschleimhaut laufendes Ringgefäß, die Arteria labialis superior und inferior, was wiederum arterielle Schwenklappen aus der Gegenlippe ermöglicht (siehe unten).

Auf der Außenseite im Lippenweiß liegt ein verhorntes Epithel, wogegen die Lippeninnenseite von einer unverhornten Schleimhaut bedeckt wird. Im Lippenrot erfolgt kontinuierlich der Übergang zwischen beiden Epithelarten in Form einer nach innen abnehmenden Verhornung. Das Lippenrotepithel ist durch tiefe Reteleisten besonders stark im Korium verankert. Dort, wo die

Zwischenräume der Reteleisten weit nach oben treten, ist das Epithel sehr dünn und weitlumige Kapillaren verleihen den Lippen ihre rötliche Farbe. In diesen Bereichen ist das dünne Lippenrot epithel empfindlich gegenüber physikalischen und chemischen Einflüssen wie UV-Strahlen, Trockenheit und Kälte. Lippenkarzinome treten in allen drei Bereichen auf, im verhornenden Lippenweiß, im Übergang und in der Lippenschleimhaut.

Funktionelle und zahnmedizinische Aspekte

Eine wichtige Funktion der Lippen ist die Abdichtung der feuchten Mundhöhle gegen die Außenwelt. Eine Speichelinkontinenz der Lippen kann zum Beispiel durch Paresen, Muskelschwäche, starke Alveolarkammatrophy oder Defekte entstehen und ist eine schwere Beeinträchtigung der Lebensqualität. Folgezustände der Lippeninkontinenz sind nicht nur der Austritt von Speichel und Nahrung aus dem Mund, sondern häufig auch eine Candidiasis (Perlèche) oder periorale Ekzeme, denn die äußere Haut ist nicht für eine ständige Befeuchtung vorgesehen. Ein Behandlungsziel einer Lippenrekonstruktion ist neben der Gesichtsästhetik stets die Lippenkontinenz. Lippenkontinenz setzt eine korrekte Lippenposition, ausreichende Lippenlänge und Volumen, eine funktionelle Lippenmuskulatur und möglichst eine ungestörte Lippenfeinsensibilität voraus. Besonders für den ersten Punkt, die korrekte Lippenposition, kommt dem Zahnarzt Verantwortung zu, denn die Lippen funktionieren nur zuverlässig, wenn die Lippen von innen auf den Alveolarfortsätzen und den Zähnen abgestützt sind. Fehlt diese Abstützung, ist sie durch zahnärztlich prothetische Maßnahmen wiederherzustellen. Diese Maßnahmen können auch Zahnimplantate und die Augmentation des Alveolarfortsatzknochens involvieren.

Therapie des Lippenkarzinoms inklusive Lymphknotenbehandlung

Die aktinische Cheilitis kann wie andere aktinische Keratosen des Gesichts zunächst konservativ durch Sonnenschutz, Salben (topische Präparationen von Diclofenac/Hyaluronsäure, Fluoruracil oder Imiquimod) und photodynamisch

behandelt werden. Metaanalysen zeigten aber übereinstimmend, dass die chirurgische Resektion in Bezug auf primäre Remissionsraten (93 zu 66 Prozent) und des späteren Rezidivs der Cheilitis (8,4 zu 19,2 Prozent) den konservativen Verfahren überlegen ist. Die Empfehlung zur chirurgischen Resektion wird unterstützt von einer aktuellen Studie, in der von 93 resezierten Läsionen einer aktinischen Cheilitis 8 Fälle (21 Prozent) histopathologisch bereits als invasive Karzinome diagnostiziert wurden. Ähnliche Beobachtungen und Empfehlungen bestehen für die Leukoplakie der Mundschleimhaut, die aus onkologischen Gründen, wenn möglich, besser vollständig reseziert als beobachtet werden soll.

Die Therapie der ersten Wahl des etablierten Lippenkarzinoms beinhaltet eine radikale chirurgische Resektion mit Sicherheitsabstand und primärer plastischer Deckung, sofern die Gesundheit des Patienten den operativen Eingriff zulässt. Es existiert keine eigene Therapieleitlinie für das Lippenkarzinom, sondern es wird unter der S3-Leitlinie „Mundhöhlenkarzinom“ mitbehandelt.

Die Indikation zur Lymphknotenausräumung im Rahmen des Ersteingriffs besteht für das Lippen- und Mundhöhlenkarzinom in der Regel aufgrund der in 20 bis 40 Prozent vorliegenden okkulten Metastasierung, das heißt, dass bereits Lymphknotenmetastasen vorliegen, obwohl die Lymphknoten palpatorisch und in der Bildgebung unauffällig erschienen (NO nach TNM-System). Im Fall eines Lippenkarzinoms median oder paramedian in der Unterlippe bedeutet dies eine Therapieentscheidung für oder gegen eine primäre beidseitige suprahyoidale Neck Dissection. Eine kürzliche Metaanalyse zum Mundhöhlenkarzinom konnte bei einer durchschnittlichen okkulten Metastasierungsrate von 30,3 Prozent ein signifikantes, um den Faktor 0,52 reduziertes Risiko eines Lymphknotenrezidivs für die Gruppe der primären Neck Dissection zeigen. Für das T1N0-Mundhöhlenkarzinom besteht nach gegenwärtigen Daten und nach der oben genannten Leitlinie eine Indikation zur Neck Dissection.

Isolierte Daten für Lippenkarzinome bestehen nur auf niedrigerem Evidenzlevel als für das

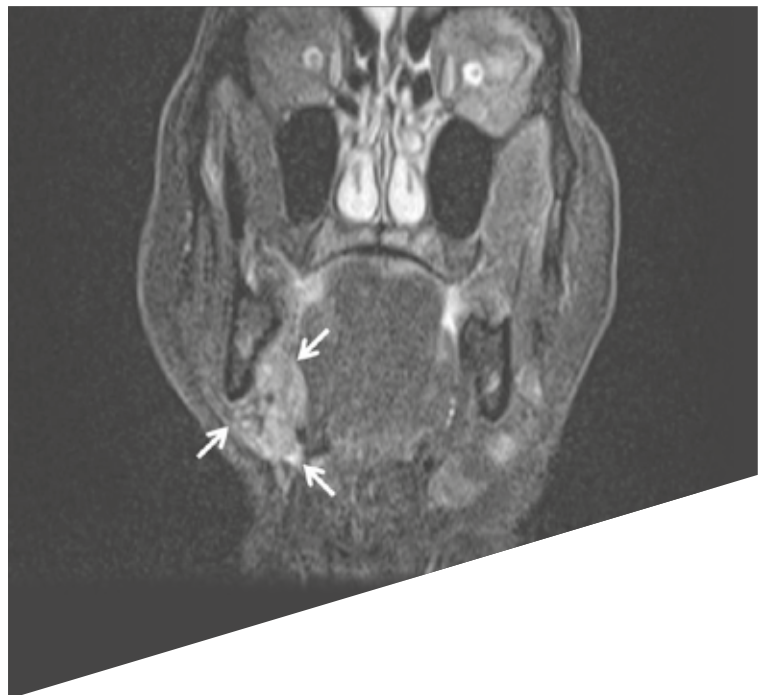
Mundhöhlenkarzinom. Eine retrospektive Analyse von 326 Patienten mit Lippenkarzinomen erbrachte 8 Prozent okkulte Metastasen. Solche Daten sind aber Mittelwerte eines Spektrums zwischen Haut- und Schleimhautkarzinomen. Analog zu dem Übergang des Ursprungsepithels von der Außenhaut zur Mundschleimhaut zeigt auch das Karzinom der Lippe ein Spektrum von niedrig maligne bis hoch maligne. Ein Karzinom der äußeren Haut (Spinaliom), das in erster Linie UV-assoziiert ist, hat eine relativ gute Prognose. Es wächst zwar lokal destruierend, aber eher langsam, metastasiert spät in die Lymphknoten (nach älteren Daten unter 5 Prozent der Fälle). Das tabakassoziierte Karzinom auf der Lippeninnenseite, das von der Mundschleimhaut ausgeht, metastasiert früh in die regionalen Lymphknoten mit Mittellinienüberschreitung und hat eine schlechtere Prognose, ähnlich wie das Mundhöhlenkarzinom.

Es ist dem Lippenkarzinom weder klinisch noch histologisch sicher anzusehen, welches Metastasierungsverhalten es zeigen wird. Daher besteht auch für kleine T1-Lippenkarzinome die Indikation zur exakten Lymphknotendiagnostik und Lymphknotenbeobachtung im späteren Verlauf. Für große Karzinome T2-4 ohnehin, im Zweifelsfall ist aber auch für kleine T1-Karzinome in Absprache mit den Patienten die Indikation zur selektiven Neck Dissection zu stellen, sei es auch nur als Diagnostikum. Nicht behandelte oder übersehene rezidivierende Lymphknotenmetastasen zeigen Monate später häufig ein extranodales Wachstum, verwachsen beispielsweise mit dem Unterkiefer und der Zunge und lösen große schwierige chirurgische Eingriffe mit fragwürdiger Prognose aus (Abb. 3). Die primäre Lymphknotenausräumung ist für die Patienten in der Regel wenig belastend, und die Neck Dissection mit histopathologischer Auswertung ist die Methode der höchsten diagnostischen Treffsicherheit für die Entdeckung einer Metastasierung.

Je genauer die Untersuchungstechnik, desto mehr okkulte Metastasen werden für Karzinome entdeckt. Eine kürzlich veröffentlichte Metaanalyse errechnete beispielsweise für das Hautkarzinom aus 23 Einzelstudien nach Sentinelbiopsie eine Lymphknotenmetastasierungsrate von 7,9 Pro-

zent der Fälle. Bei der Sentineltechnik wird ein Radionuklid, ein Farbstoff oder ein anderer Marker in den Tumor lokal eingespritzt. Der Lymphknoten, der dieses Material nach dem Weitertransport über die Lymphgefäße am stärksten anreichert, ist der Wächterlymphknoten. Für das Lippenkarzinom wird diskutiert, mithilfe der Sentineltechnik isoliert nur den Wächterlymphknoten zu biopsieren und so den Patienten den größeren Lymphknoteneingriff zu ersparen. Die Sentinelbiopsie ist in anderen Bereichen wie dem malignen Melanom oder bei Brustkrebs bereits therapeutischer Standard, für den nichtmelanotischen Hautkrebs und den Lippenkrebs ist sie Gegenstand der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion.

Abb. 3 - Magnetresonanztomogramm eines 86-jährigen Patienten. 17 Monate nach Resektion eines rechtsseitigen Unterlippenkarzinoms alio loco ohne Berücksichtigung des Lymphknotenstatus und ohne Neck Dissection. Rechts besteht eine zunächst alio loco als odontogener Abszess fehlgedeutete submandibuläre Schwellung. Palpatorisch und im Magnetresonanztomogramm dehnte sich die Läsion im Mundboden regio 43 bis 48 aus und war mit dem Unterkiefer verbacken. Es handelte sich um eine ausgedehnte Lymphknotenmetastase mit kapselüberschreitendem Wachstum. Die Behandlung bestand in einer ausgedehnten Weichteil- und Unterkieferkontinuitätsresektion gefolgt von einer Radiochemotherapie.



Lippenkarzinome sind strahlenempfindlich. Wegen der Folgezustände ist aber die primär kurativ intendierte Strahlentherapie wie auch die kombinierte Radiochemotherapie nur im Ausnahmefall zum Beispiel bei Rezidiven oder Inoperabilität aus allgemeinmedizinischen Gründen indiziert. Im Prinzip sind aufgrund der exponierten Lage der Lippen fern von vitalen Strukturen die meisten Lippenkarzinome lokal resektabel. Eine Strahlentherapie ist häufiger adjuvant zur Chirurgie indiziert, beispielsweise bei Lymphknotenmetastasen mit Kapseldurchbruch oder pathohistologischer R1-Situation (nicht resektabler Tumorrest im Schnitttrand).

Plastische Rekonstruktion der Lippen

Nach Karzinomresektion mit Sicherheitsabstand und Randkontrolle über intraoperative Schnellschnitte sollte die Lippenrekonstruktion möglichst sofort erfolgen; jedenfalls spricht aus onkologischer Sicht nichts dagegen. Ein zweizeitiges Vorgehen führt zu schwer beherrschbarer Speichelinkontinenz und die innerhalb weniger Tage bereits einsetzende Narbenkontraktur der Lippenstümpfe verschlechtert erheblich die rekonstruktiven Möglichkeiten. Die plastisch-chirurgischen Rekonstruktionsmethoden wurden zum überwiegenden Teil bereits von bedeutenden Ärzten des 19. Jahrhunderts entwickelt und sind heute ausgereift.

A) Lippenrotrekonstruktion bei Vermilionektomie

Wenn konservative Therapieversuche versagt haben, dann ist die Exzision des sonnenbestrahlten äußeren Anteils des Lippenrots der Unterlippe die Methode der Wahl. Dieser Eingriff nennt sich Vermilionektomie oder Lip shaving (Abb. 4). Die Rekonstruktion ist mit nur minimaler ästhetischer Beeinträchtigung sehr gut durch Vorrotation des inneren Lippenrots nach Johann Friedrich August von Esmarch möglich, wie unsere Arbeitsgruppe in einer Studie belegen konnte.



Abb. 4 - Wundverschluss durch Vorrotieren der Mundschleimhaut nach von Esmarch.

B) Lippenrekonstruktion durch Seitverschiebung ortsständiger Lippenmuskulatur

Aufgrund der guten Elastizität der Lippen kann bis zu einem Drittel (33 Prozent) der Lippen durch Keilexzision und Wiedervernähung entfernt werden. Wenn der Keil mit einer Z-Plastik kombiniert wird, streckt sich die Hautnarbe etwas in der Vertikalen, was einer Narbenkontraktur mit Pfeiflochdeformität entgegenwirkt. Aufgrund der Einstrahlung der Blutversorgung und der motorischen und sensiblen Nerven von der Seite aus können durch geschickte Mobilisation sogar bis zu zwei Drittel (66 Prozent) der Ober- oder Unterlippe aus ortsständiger funktionell innervierter Lippenmuskulatur rekonstruiert werden. Hier bedient man sich am besten der Treppenplastik nach Bengt Johanson. Unsere Arbeitsgruppe konnte in einer Studie an 63 Patienten mit Unterlippenkarzinomen belegen, dass diese Technik besser die ästhetischen Einheiten des Gesichts



Abb. 5 - a) Ersatz von 50 Prozent der medianen Unterlippe durch Stufenplastik nach Johanson. Die Stufen sind Ausgleichsexzisionen entlang der natürlichen Supramentalfalte. Zeitgleich Neck Dissection. b) Aufgrund der guten Lippenelastizität ist ein spannungsfreier Verschluss möglich. Aufgrund der günstigen Anatomie sind die Lippenstümpfe durchblutet und motorisch und sensibel innerviert. c) Funktionelles und ästhetisches Ergebnis vier Jahre später.

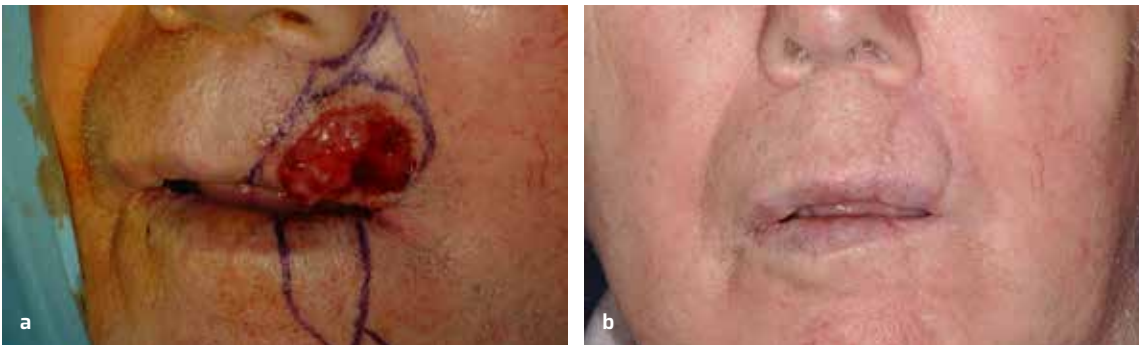


Abb. 6 - a) Chirurgische Planung der Resektion unter histografischer Schnellschnittkontrolle und Deckung durch einen Abbe-Lappen aus der Unterlippe. b) Funktionelles und ästhetisches Ergebnis zwei Jahre später.

bewahrt und daher harmonischere Ergebnisse in der Ästhetik erbrachte als die Methoden nach Bernard-Fries (siehe unten) beziehungsweise Webster (Abb. 5).

C) Lippenrekonstruktion durch Nahlappen

Die konstant rings um die Lippen laufenden Blutgefäße erlauben es, in der Gegenlippe einen Lappen bis auf die Blutgefäße zu skelettieren, sodass dieser um seinen Gefäßstiel in einen Lippendefekt von Ober- beziehungsweise Unterlippe geschwenkt werden kann (Abb. 6). Für die Entnahmelippe kann der Defekt von bis zu einem Drittel aufgrund der Elastizität wie bei der Keilresektion primär geschlossen werden (siehe oben). Im Defekt wird der Lappen zunächst über die Gefäßbrücke aus der Gegenlippe ernährt. Innerhalb von 3 bis 4 Wochen findet er aber bereits Anschluss an die Blutversorgung der Defektumgebung, sodass der verbleibende Gefäßstiel

wie bei einem Rundstiel-Wanderlappen durchtrennt werden kann, um wieder die volle Mundöffnung zu ermöglichen. Wenn die Schwenkung unter Mitnahme des Mundwinkels erfolgt, spricht man vom Estlander-Lappen nach Jakob August Estlander. Diese Methode erfordert aber eine sekundäre Mundwinkelerweiterungsplastik. Günstiger ist das Schwenken unter Erhaltung des Mundwinkels als Abbé-Lappen nach Robert Abbé. Die Methode kann bei großen Lippendefekten mit der Stufenplastik kombiniert werden (Abb. 7).

Fehlt die gesamte Unterlippe, dann kommen nach der Methode von Claude Bernard, modifiziert nach Roland Fries, die Wangenhaut und Wangenschleimhaut als Quelle für das Ersatzgewebe in Frage (Abb. 8). Diese Methode schafft es, unter Erhalt des Mundwinkels und Vermeidung einer Mikrostomie eine gesamte Lippe zu rekonstruieren, indem die Wangen über Ausgleichsdreiecke



Abb. 7 - a) T2-Lippenkarzinom. b) Funktionelles und ästhetisches Ergebnis zwei Jahre später ohne Mikrostomie.

mobilisiert werden. Die Modifikation durch Fries bezieht sich im Wesentlichen darauf, dass die Ausgleichsdreiecke lateral der Nasolabialfalten gelegt werden, sodass die resultierenden Narben später unauffällig in den Nasolabialfalten liegen, sowie auf die Höherlegung der intraoralen Schnittführung, sodass der resultierende Schleimhautüberstand zur Rekonstruktion des Unterlippenrots verwendet werden kann.

D) Lippenrekonstruktion durch Fernlappen und mikrochirurgisch anastomosierte Lappenplastiken

Die Verwendung von Fernlappen ist die Ausnahme bei der Lippenrekonstruktion. Diese Option

kommt bei über die Lippen hinausgehenden Defekten von verwilderten Karzinomen, Re-Operationen, Zuständen nach Bestrahlung oder Notwendigkeit einer gleichzeitigen Knochenresektion zur Anwendung. Der Nachteil von Fernlappen ist, dass sie keine innervierte Lippenmuskulatur enthalten und sich mehr oder weniger als passive Füllmasse im Defekt verhalten. Zudem stimmen die Farbe und die Textur von Fernlappen nicht mit der Gesichtshaut überein. Daher sind die funktionellen (Lippenkontinenz) und ästhetischen Ergebnisse mit dieser Methode in der Regel weniger zufriedenstellend als bei den erstgenannten Methoden (Abb. 9).



Abb. 8 - a) Großes Lokalrezidiv eines alio loco als Parodontitis marginalis der unteren Frontzähne behandelten Lippenkarzinoms. **b)** Erweiterter Totaldefekt der Unterlippe und der unteren Gingiva. **c)** Planung der Lippenrekonstruktion nach Bernard/Fries. Es ist sinnvoll, die geplanten Schnittführungen bereits präoperativ bei der Aufklärung zu demonstrieren, ansonsten wundern sich die Patienten, dass sie wegen eines Lippenproblems mit entfernten Wangenschnitten aus der Narkose aufwachen. **d)** Funktionelles und ästhetisches Ergebnis 7 Monate postoperativ.

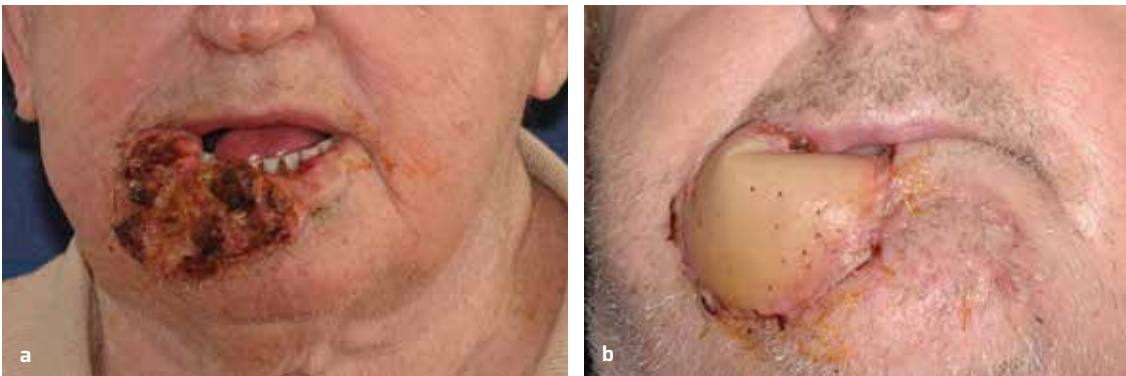


Abb. 9 - a) Großes T4-Lippenkarzinom, das über lange Zeit unbeachtet blieb. Derartige Defektgrößen, die auch Unterkieferresectionen erfordern, können am besten durch einen mikrochirurgisch anastomosierten Fernlappen behandelt werden. b) Ergebnis 3 Wochen nach Tumorresektion mit Neck Dissection und Anschluss eines Radialislappens an die Halsgefäße. Als funktionelles Ergebnis ist die Lippenkontinenz gegeben, allerdings lässt die Ästhetik aufgrund des unpassenden Hautkolorits und der Hauttextur des Unterarms zu wünschen übrig.

Fazit

- » Der Zahnarzt kann durch Überweisung von Verdachtsfällen an eine Praxis oder Klinik für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung oder Therapie leisten.
- » Das Lippenkarzinom entsteht auf dem Boden der aktinischen Cheilitis, die aufgrund ihrer Einstufung als Präkanzerose immer eine Therapie erfordert.
- » Risikofaktoren sind unter anderem UV-Bestrahlung, Tabakrauchen und HPV-Viren.
- » Das Lippenkarzinom ist ein relativ maligner Tumor, dessen Prognose zwischen Hautkarzinomen und Mundkrebs liegt.
- » Die Therapie der ersten Wahl ist die chirurgische Resektion mit Neck Dissection und simultaner plastischer Deckung.
- » Für die Defektdeckung ist Stützung der Lippen durch intakte Zahnreihen und Alveolarfortsätze wichtig, die mit zahnprothetischen Mitteln und ggf. Zahnimplantaten wiederherzustellen ist. ■

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

Kontakt zum Autor

Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden
 Chefarzt der Klinik für Mund-, Kiefer-
 und Gesichtschirurgie, DRK-Kliniken
 Nordhessen
 E-Mail: terheyden@drk-nh.de

Willkommen an Bord!

Das Anwerben neuer Mitarbeiter endet längst nicht mehr mit Unterzeichnung des Arbeitsvertrags. Erst in der Phase der Einarbeitung werden die Weichen gestellt, neue Kolleginnen und Kollegen erfolgreich ins Team zu integrieren und für die Praxis zu begeistern.

Text: Dr. Stefan Hannen

Ob Auszubildender oder zahnärztlicher Kollege, jeder Mitarbeiter trägt auf seine Weise zum Erscheinungsbild und zum Erfolg der Praxis bei. Bei Berufsanfängern kommt hinzu, dass sie sich ihrer Potentiale oft noch gar nicht bewusst sind, die erste Anstellung also auch ein Raum dynamischer persönlicher Entwicklung werden kann. Wer einen Bewerber für die Mitarbeit in seiner Praxis interessieren konnte, sollte die Einarbeitungszeit bzw. das umfassendere „Onboarding“ ernst nehmen, damit sich die Kosten und Mühen der Personalsuche auch rentieren. Onboarding ist ein Begriff aus dem Personalmanagement und bezeichnet den Aufnahmeprozess neuer Mitarbeiter durch ein Unternehmen, vor allem alle Maßnahmen, die die Eingliederung fördern.

Am ersten Arbeitstag eines neuen Teammitglieds prallen oft Welten aufeinander, so verschieden sind Vorstellungen und Erwartungen. Der Praxisinhaber wünscht sich vielleicht jemanden, der sich schnell und geräuschlos an die Gegebenheiten anpasst, das Team beäugt den Neuling zunächst oft abwartend, mal freundlich, mal skeptisch und der oder die Neue hat möglicherweise Erwartungen, die so gar nicht zur vorgefundenen Wirklichkeit passen – für hinreichend Irritationspotential ist also gesorgt. Eine Studie der Wynhurst Group zeigte, dass rund 20 Prozent der neuen Mitarbeiter ihren Arbeitgeber innerhalb

der ersten 45 Tage wieder verlassen. Diese Quote wird in deutschen Zahnarztpraxen hoffentlich geringer sein, aber es ist die Phase des Onboardings, die über die fachliche und soziale Integration sowie das langfristige Engagement des neuen Mitarbeiters entscheidet.

Vor Arbeitsantritt

Die Maßnahmen zur erfolgreichen Eingliederung neuer Mitarbeiter beginnen schon vor dessen erstem Arbeitstag. Eine Personalakte wird angelegt und es wird alles vorbereitet, was am ersten Tag gebraucht wird. Dies können sein Arbeitskleidung, Namensschild, Schließfach und anderes mehr, je nach zu besetzender Position. Ein Praxishandbuch bietet dem Neuling wertvolle Informationen zu Praxisleitbild und Behandlungsspektrum, zu internen Abläufen und konkreten Arbeitsprozessen. Er oder sie braucht außerdem Vorinformationen zu den Arbeitszeiten und deren Erfassung, über allgemeine Abläufe und Verhaltensregeln. Auch das Team muss informiert werden – sofern es nicht am Auswahlprozess beteiligt war – wer wann mit welchem Aufgabengebiet neu dazustoßen wird. Integration ist immer eine Teamaufgabe.

Zwischen Vertragsunterzeichnung und erstem Arbeitstag können mitunter mehrere Monate liegen, zum Beispiel bei Auszubildenden. Hier ist es ratsam, in der Zwischenzeit in Kontakt zu bleiben. Wenn Ausbildungspraxen berichten, dass Auszubildende kurzfristig absagen oder erst gar nicht zum Ausbildungsbeginn erscheinen, so ist das höchst ärgerlich. Ein Anruf, wie es in der Schule klappt, ein Whatsapp-Kontakt zur Praxisgruppe, eine Geburtstagskarte mit kleinem Gutschein vom Drogeriemarkt, dies alles trägt dazu bei, die Bindung zur Praxis und die Verbindlichkeit der Zusage zu festigen.

Checkliste „Onboarding“

Das Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung (KOFA) unterstützt kleine und mittlere Unternehmen bei der Fachkräftesicherung und der Gestaltung ihrer Personalarbeit. Eine Checkliste zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter bietet es an unter <https://www.kofa.de/fileadmin/Dateiliste/Publikationen/Checklisten/Onboarding.pdf>

Mentoring-Konzept

Ein strukturierter Eingliederungsprozess erfordert die Benennung eines Mentors, eines festen, ersten Ansprechpartners. Zentrale Erwartungen neuer Mitarbeiter an ihre Einarbeitung sind, dass sie sich sehr bald gut auskennen und dass sie sich wohlfühlen. Dabei hilft ein fachlich und menschlich einfühlsamer „Buddy“. Ein unterstützender Begleiter also, der Fragen und Missverständnisse klärt, bevor sie zu Problemen werden, der Hilfestellung leistet, wenn's mal hakt. Bei Auszubildenden kann diese Aufgabe an eine erfahrene Mitarbeiterin delegiert werden, was die Praxisführung entlastet. Bei zahnärztlichen Kollegen wird diese Aufgabe beim Praxisinhaber liegen. Ziel ist es, den neuen Mitarbeiter individuell zu begleiten und zu fördern.

Der erste Arbeitstag

Er wird gerne unterschätzt, der erste Arbeitstag, insbesondere in seiner Bedeutung für den oder die neue-n Mitarbeiter-in. Nimmt sich die Praxisleitung Zeit für eine persönliche Begrüßung? Versammelt sich das Praxisteam, um den Neuling ohne Zeitdruck und vielleicht sogar mit einem kleinen Geschenk willkommen zu heißen? Hat der Mentor Zeit für einen ausführlichen Praxisrundgang und Erläuterung der einzelnen Praxisbereiche? Erfolgt eine gründliche Einweisung in die ersten Aufgaben? Wird sich am Tagesende erkundigt, wie all das Neue auf ihn/sie gewirkt hat und welche Fragen noch zu klären sind? All dies wären Beispiele für Wertschätzung, die dem neuen Teammitglied dabei helfen, sich willkommen und wohlzufühlen, ihm/ihr das bestätigende Gefühl zu geben: „Hier bin ich richtig!“

Feedback - Orientierung und Anerkennung

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist ein Prozess, der einige Wochen, manchmal Monate dauert. Wichtig ist dabei, in Kontakt, das heißt regelmäßig im Gespräch zu bleiben. Das neue Teammitglied braucht immer wieder Rückmeldungen, Feedback, wie es seine Aufgaben erfüllt. So erhält es Orientierung, was von ihm erwartet wird, und Anerkennung seiner Fortschritte. In den Austauschterminen mit dem Mentor geht es zentral um dieses Feedback und die Frage, was der neue Mitarbeiter/die neue Mitarbeiterin braucht, um die Aufgaben einfacher oder besser erfüllen zu



können. Hier ist auch die Praxisführung gefordert und wöchentliche, später 14-tägige, feste Gesprächstermine begleiten die Einarbeitungszeit. Bei der Gelegenheit sollte man auch immer das Feedback des Mitarbeiters einfordern, wie er oder sie die Einarbeitung wahrnimmt.

Finden und Binden

Quer durch alle Branchen beklagt Deutschland den Mangel an Fachkräften. Auszubildende können zwischen mehreren Angeboten wählen, Bewerber mit Berufsabschluss und Zusatzqualifikationen verhandeln selbstbewusst ihre Verträge. Die Personalsuche gestaltet sich zunehmend aufwändig, Fluktuation ist teuer. Weiche Faktoren wie Betriebsklima, Fehler- und Feedbackkultur sowie das Sich-Wohlfühlen entscheiden neben angemessener Bezahlung zunehmend über den längerfristigen Verbleib der Mitarbeiter in der Praxis.

Die erste Zeit einer Anstellung oder Ausbildung ist auch eine Zeit des Kennenlernens („Probezeit“), in der beide(!) Seiten sich bewähren müssen, wenn man gemeinsam weiterkommen will. Für den Arbeitgeber heißt das, dass er Interesse zeigt an der Person des Mitarbeiters und an einer systematischen Einarbeitung, dass der/die Neue spürbar individuelle Unterstützung erfährt. So wird emotionale Bindung aufgebaut als Voraussetzung für echtes, dauerhaftes Engagement – ein Aufwand also, von dem alle profitieren. ■

Dranbleiben! Dritte Runde für ZäPP

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

Text: KZBV, Katrin Becker

Ende September erhielten bundesweit mehr als 35.500 Zahnarztpraxen einen Fragebogen, mit dem Auskünfte über ihre Kosten- und Leistungsstruktur abgefragt werden. Ziel dieser Erhebung ist es einmal mehr, eine aussagekräftige und belastbare Datengrundlage über die wirtschaftliche Entwicklung in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu erhalten.

Für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sind wissenschaftlich valide Daten inzwischen unverzichtbar: Um die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen erfolgreich zu führen, müssen sie ihre Positionen fundiert untermauern und Versorgungsnotwendigkeiten gut und nachvollziehbar begründen. Und das ist wichtiger denn je: Angesichts der Corona-Krise braucht es eine stabile Datenbasis, um die massiven Folgen der Pandemie für die Praxen in den kommenden Verhandlungsrunden möglichst realistisch abzubilden. Das ZäPP trägt also unmittelbar dazu bei, adäquate Arbeitsbedingungen für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte durchzusetzen und eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten.

Jede Teilnahme erhöht die Validität der Daten

Bereits die ersten beiden bundesweiten Erhebungswellen des ZäPP 2018 und 2019 stießen verglichen mit ähnlichen Untersuchungen auf positive Resonanz. Eine Rücklaufquote allein im vergangenen Jahr von fast zehn Prozent erlaubt substanzielle Aussagen zur Kosten- und Leistungsstruktur in den vertragszahnärztlichen Praxen. Wirklich entscheidend für den Erfolg des ZäPP ist aber eine dauerhaft hohe Beteiligung: Daher sollten möglichst viele Teilnehmer in diesem, aber auch in den kommenden Jahren Auskunft über die wirtschaftlichen Kennzahlen ihrer Praxis geben. Kurzum: Je höher der Rücklauf über mehrere Jahre, desto höher ist die Validität und Akzeptanz der Daten, die über das ZäPP gewonnen werden. Das gilt im Übrigen auch für Praxen, die nun zum ersten Mal angesprochen wurden. Ausschlaggebend für eine Teilnahme ist, dass eine



Praxis 2018 und 2019 eine gleichbleibende Abrechnungsnummer hatte. Die Rücksendung der ausgefüllten Unterlagen wird abermals mit einer finanziellen Anerkennung honoriert. Zudem erhalten die Praxen individuelle Feedbackberichte, in denen die eigenen Daten strukturiert und aussagekräftig aufbereitet werden.

Um das Meinungsbild der Zahnärztinnen und Zahnärzte vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie abzufragen, liegt dem Erhebungsbogen einmalig ein Blatt mit Fragen zu den Auswirkungen der Krise bei. Diese Fragen sind nicht Bestandteil der ZäPP-Erhebung, sondern sollen vielmehr ein realistisches Stimmungsbarometer des Berufsstandes abbilden.

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

Weitere Informationen zum ZäPP können unter www.kzvrlp.de – Webcode 0121, www.kzbv.de/zaepp oder www.zaep.de abgerufen werden. ■

Sicherstellungsinstrumente nun auch für die Zahnärzte

Mitte September hat der Bundesrat das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) gebilligt. Darin werden die Regelungen zu den Sicherstellungsinstrumenten nach § 105 SGB V auf die Zahnärzte ausgeweitet.

Text: Katrin Becker

Mit dem Beschluss stehen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen künftig Instrumente zur Sicherstellung der flächendeckenden vertragszahnärztlichen Versorgung zur Verfügung, die bisher dem vertragsärztlichen Bereich vorbehalten waren. Vorausgegangen waren intensive Diskussionen zwischen Politik und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) sowie erhebliche Widerstände beim GKV-Spitzenverband. Die KZBV hatte sich bereits seit dem Gesetzgebungsverfahren zum Terminservice- und Versorgungsgesetz für die Anwendbarkeit der Sicherstellungsinstrumente nach § 105 SGB V („Förderung der vertragsärztlichen Versorgung“) eingesetzt.

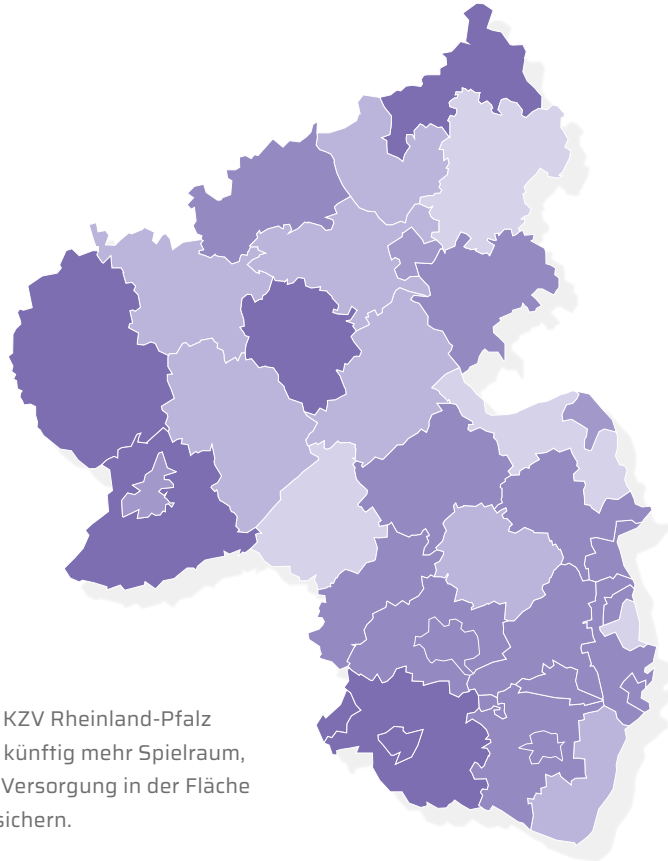
Folgende Maßnahmen können die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in Zukunft ergreifen:

Strukturfonds (§ 105 Abs. 1a SGB V)

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung einen Strukturfonds bilden, für den sie bis zu 0,2 Prozent der mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Gesamtvergütungen (nach § 85 SGB V) zur Verfügung stellen. In den Strukturfonds fließt der jeweils gleiche Betrag von den Krankenkassen. Anders als bei den Ärzten bzw. den Kassenärztlichen Vereinigungen handelt es sich hier allerdings um eine freiwillige Regelung.

Eigeneinrichtungen (§ 105 Abs. 1c SGB V)

Ebenfalls optional sollen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eigene Einrichtungen betreiben können. Für die Vergütung von in Eigenein-



Die KZV Rheinland-Pfalz hat künftig mehr Spielraum, die Versorgung in der Fläche zu sichern.

richtungen erbrachten zahnärztlichen Leistungen sind die Regelungen der §§ 57, 87, 87e SGB V anzuwenden.

Sicherstellungszuschläge (§ 105 Abs. 4 SGB V)

Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, Vertragszahnärzten Sicherstellungszuschläge zu zahlen, wenn sie in Regionen praktizieren, in denen der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung, eine drohende Unterversorgung oder einen lokalen Versorgungsbedarf (nach § 100 Abs. 1 oder Abs. 3 SGB V) festgestellt hat.

Die Regelungen zu den Sicherstellungsinstrumenten sollen am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft treten. Bereits Anfang Juli hatte der Bundestag das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz verabschiedet. Im Bundesrat war es nicht zustimmungspflichtig. ■

Trotz Datenschutzbedenken: Länder winken ePA durch

Der Bundesrat hat das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) gebilligt und damit den Weg frei gemacht für die elektronische Patientenakte (ePA). Ab Januar 2021 sollen alle gesetzlich Versicherten eine ePA freiwillig nutzen können – trotz massiver Kritik des Bundesdatenschutzbeauftragten.

Text: Katrin Becker

Prof. Ulrich Kelber, Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), meldete sich vor der Abstimmung der Länderkammer wiederholt kritisch zu Wort. Sein Urteil: Wegen Defiziten im Datenschutz verstoße das PDSG gegen die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und damit gegen europäisches Recht. Er habe „in seinen Stellungnahmen während des Gesetzgebungsverfahrens mehrfach darauf hingewiesen, dass Patienten bei Einführung der ePA die volle Hoheit über ihre Daten besitzen müssen.“ Das PDSG gewährleiste dies jedoch nicht.

„Alles oder nichts“-Prinzip ist rotes Tuch

Welche Punkte monierte er genau? Das ist zum Beispiel das Zugriffsrecht. Laut PDSG können Versicherte künftig selbst entscheiden, welche Gesundheitsdaten sie in die ePA einstellen und wer auf die einzelnen Dokumente zugreifen darf. Das ergibt Sinn. Der Zahnarzt beispielsweise muss nicht wissen, dass der Patient in psychologischer Behandlung ist. Dieses sogenannte feingranulare Rechtemanagement wird allerdings erst ab dem Jahr 2022 technisch möglich sein. Bis dahin können Versicherte lediglich die Akte insgesamt gegenüber Ärzten und anderen Leistungserbringern freigeben. Wer die ePA nutzen möchte, ist laut Kelber demnach zum einem „Alles oder nichts“ gezwungen. Ein rotes Tuch für den obersten Datenschützer im Land: „Digitalisierung kann niemals Selbstzweck sein. Der Schutz von Gesundheitsdaten muss immer im Vordergrund stehen.“

ePA: Für Patienten freiwillig, für Ärzte nicht

Die elektronische Patientenakte ist für Versicherte freiwillig, für die Krankenkassen und auch für die medizinischen Einrichtungen ist sie das nicht. Krankenhäuser ebenso wie niedergelassene Ärzte und Zahnärzte müssen ihre gesetzlich versicherten Patienten künftig nicht nur darüber informieren, dass sie Anspruch auf Übermittlung von Behandlungsinformationen in die ePA haben, sondern auf Wunsch der Patienten die entsprechenden Dokumente auch in der Akte speichern. Ab dem 1. Juli 2021 haben Kliniken und Praxen die notwendige technische Ausstattung wie einen E-Health-Konnektor und elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) vorzuhalten, um Daten in die ePA übertragen und auslesen zu können. Andernfalls droht gemäß gesetzlicher Vorgabe ein Honorarabzug von einem Prozent. Für das erste Befüllen und für die Pflege der Daten erhalten Ärzte und Zahnärzte eine Vergütung.

i



© lvector - stock.adobe.com

Ein weiterer Knackpunkt für den BfDI: Versicherte, die kein Smartphone oder Tablet haben, können nicht selbst ihre ePA einsehen und Zugriffe überprüfen. Erst ab 2022 sollen Krankenkassen für Versicherte ohne mobiles Endgerät ein Terminal in ihren Geschäftsstellen für die ePA-Verwaltung anbieten. Hierin sieht Kelber eine Ungleichbehandlung beim Grundrecht der Bürger auf informationelle Selbstbestimmung. Er befand: „Die ePA ist ein wichtiger Schritt zu weiteren Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung. Die dabei anfallenden Gesundheitsdaten benötigen ein Datenschutzniveau, wie es die DSGVO vorschreibt und wie es seit Jahren in Deutschland für die ePA fest vereinbart war. Das PDSG wird dem nicht ausreichend gerecht.“ Doch damit nicht genug: Darüber hinaus beanstandete Kelber den Authentifizierungsvorgang für die ePA. Das Anmeldeverfahren der Versicherten über ein Handy oder Tablet sei nicht sicher genug und es entspreche ebenfalls nicht den Vorgaben der DSGVO.

Das sieht Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) anders. Er ließ verlauten, das PDSG sei von Bundesjustiz- und Bundesinnenministerium auf die Vereinbarkeit mit dem nationalen und europäischen Datenschutzrecht geprüft worden. Zudem sei die ePA eine freiwillige Anwendung, über deren Funktionsweise die Krankenkassen ihre Versicherten vorab umfassend informieren müssten. Es stünde den Versicherten frei, sich auch erst für die ePA in der zweiten Umsetzungsstufe ab dem 1. Januar 2022 zu entscheiden.

Bundesrat verzichtet auf Veto

Im Gesetzgebungsverfahren war Kelber nicht allein mit seinen Bedenken. Auch der Bundesrat lehnte den stufenweisen Ausbau der Zugriffsrechte in einer ersten Stellungnahme ab. Die Länder unterließen es jedoch, in abschließender Lesung Mitte September den Vermittlungsausschuss anzurufen, um datenschutzrechtliche Nachbesserungen im – nicht zustimmungspflichtigen – Gesetz zu fordern. Bereits im Juli war das PDSG mit den Stimmen der Regierungsfractionen vom Bundestag beschlossen worden. Das Gesetz tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt in Kraft.

Datenschützer Kelber kündigte bereits an, die 65 unter seiner Aufsicht stehenden gesetzlichen Krankenkassen zu warnen, dass sie europarechtswidrig handeln, wenn sie die ePA nach den Vorgaben des PDSG einführen. In einem weiteren Schritt plant er, die Kassen zu einer DSGVO-konformen Ausgestaltung des Zugriffsmanagements zu verpflichten. Bis dahin sollen sie ihre Versicherten einen Warnhinweis zukommen lassen. ■

Wenn Patienten wegbleiben: Folgen der Corona-Krise in Zahnarztpraxen

März 2020. Von einem Tag auf den anderen herrschte Leere in Wartezimmern vieler Zahnarztpraxen. Wie wirkte sich der Corona-Lockdown auf die Patientenzahlen in Rheinland-Pfalz aus?

Text: Katrin Becker

Inzwischen hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz alle Abrechnungsdaten des zweiten Quartals verarbeitet und ausgewertet. Demnach sind die Fallzahlen von April bis Juni, den bisher schwierigsten Pandemie-Monaten, um 19 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum gesunken. Deutlich kleiner ist das Minus, wenn das komplette erste Kalenderhalbjahr betrachtet wird: Zahnärztinnen und Zahnärzte behandelten in dieser Zeit 12 Prozent weniger Patienten als im ersten halben Jahr 2019. Hier konnten vor allem die corona-freien und behandlungsintensiven Monate Januar und Februar Verluste wettmachen. Zur Erinnerung: Ab dem 16. März 2020 führten die Bundes- und die Landesregierungen weitreichende Kontaktverbote zur Eindämmung des Corona-Infektionsgeschehens ein. Damals begannen Patientinnen und Patienten, auch Zahnarztbesuche zu meiden.

Wie sieht es in den einzelnen Leistungsbereichen aus? Bei konservierend-chirurgischen Leistungen, die die große Mehrheit aller Behandlungsfälle ausmachen und somit statistisch am meisten ins Gewicht fallen, sank die Fallzahl im zweiten Quartal um ein Fünftel (19,55 Prozent) zum Vorjahr. Dieser Wert entspricht dem Ergebnis der KCH-Probeabrechnung, die die KZV Rheinland-Pfalz im Frühsommer mit Unterstützung der Zahnarztpraxen durchgeführt hatte. Im gesamten ersten Halbjahr weist die Statistik einen Rückgang der KCH-Behandlungsfälle um 13 Prozent aus.

Knapp ein Fünftel (19,44 Prozent) weniger Behandlungsfälle gab es im zweiten Quartal auch im Leistungsbereich Kieferbruch. Ausgeglichen durch hohe Behandlungszahlen zum Jahresanfang, lag das Minus für das gesamte erste Halbjahr im Vorjahresvergleich lediglich bei rund 4 Prozent.



Kurzarbeitergeld in den Zahnarztpraxen

Die Auswertung zum konjunkturellen Kurzarbeitergeld in Zahnarztpraxen durch die Bundesagentur für Arbeit (BfA) zeigt, dass von Januar bis Juli 2020 bundesweit rund 31.000 Zahnarztpraxen einen Antrag auf Kurzarbeit für ca. 190.000 Beschäftigte stellten. Das Gros – ca. 27.000 Anzeigen auf Kurzarbeit für ca. 150.000 Beschäftigte – entfiel auf die Monate März und April. Das meldete die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) in ihrem Informationsdienst Klartext 09/20. Die BZÄK

weist darauf hin, dass die Anzahl der Anzeigen ohne die tatsächliche Auszahlungssumme nur eingeschränkt als Indikator diene. Abzuwarten blieben die tatsächlichen Auszahlungssummen durch die BfA, die noch nicht vorlägen. Dennoch zeige sich, dass ohne Aufklärung und den Einsatz der BZÄK Anträge auf Kurzarbeitergeld von nahezu 31.000 Zahnarztpraxen pauschal abgelehnt worden wären.

Rückgang der Fallzahlen II/2019 zu II/2020



Quelle: KZV Rheinland-Pfalz

In der prothetischen Versorgung wirkte sich die Pandemie etwas stärker aus. Von April bis Juni 2020 suchten fast ein Viertel (23,59 Prozent) weniger Patienten die Praxen auf als im zweiten Quartal 2019. Im Vergleich der Kalenderhalbjahre reduzierte sich die Anzahl der Behandlungsfälle um 12 Prozent.

Am härtesten traf der Lockdown den Leistungsbereich Parodontologie. Im zweiten Quartal sind die Fallzahlen um ein Drittel (33,1 Prozent) im Vergleich zum Vorjahreszeitraum eingebrochen. Wird die komplette erste Jahreshälfte betrachtet, waren es knapp 18 Prozent weniger Fälle.

Kaum vom Lockdown betroffen waren Kieferorthopäden und kieferorthopädisch behandelnde Zahnärzte. In der Hochphase der Pandemie von April bis Juni behandelten sie rund 4 Prozent weniger Patienten als im Vorjahr. Das deckt sich mit der Halbjahresbilanz: In den ersten sechs Monaten suchten insgesamt 3,5 Prozent weniger Patienten eine Praxis auf.

„Arbeitszeit und Arbeitskraft sind begrenzt“

Im Mai dieses Jahres machten Meldungen in den Medien die Runde, dass Zahnärzte bis zu 80 Prozent weniger Behandlungsfälle verzeichneten. Die Bundeszahnärztekammer berichtete zwischenzeitlich von einem Minus von 50 Prozent. Angesichts dieser erschreckenden Zahlen und der tatsächlichen Entwicklung der Fallzahlen atmet der stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz, Marcus Koller, auf. „Unsere schlimmsten Befürchtungen, zumindest bei den für uns nachvollziehbaren vertragszahnärztlichen Leistungen, sind nicht eingetreten.“ Optimistisch stimmen ihn auch die ersten Einreichungen aus dem dritten Quartal. Seit Juli normalisiere sich die Lage. „Die Patienten kehren zurück in die Praxen und die Fallzahlen liegen zum Teil bereits wieder auf Vorjahresniveau.“ Er geht davon aus, dass sich die Fallzahlen bis Jahresende weiter erholen, ganz ausgleichen lasse sich der Behandlungsausfall allerdings nicht. „Nicht jede Behandlung können wir nachholen. Unsere Arbeitszeit und Arbeitskraft in den Praxen sind nun mal begrenzt“, so Koller. ■

Datenschutz: Mehr Datenpannen registriert

Klau von Kundendaten, Missbrauch von Corona-Adresslisten, vertauschte Personalien: Gut zwei Jahre nach Inkrafttreten der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) steigt die Zahl der Datenpannen in Rheinland-Pfalz.

Text: Katrin Becker

In den ersten acht Monaten dieses Jahres seien 388 Verstöße angezeigt worden, berichtete der Landesdatenschutzbeauftragte Prof. Dr. Dieter Kugelmann kürzlich in Mainz. Das sind deutlich mehr als in den beiden gesamten Vorjahren (105 im Jahr 2018, 319 im Jahr 2019). Einer der schwerwiegendsten Fälle ereignete sich bei den Technischen Werken Ludwigshafen. Bei einem Hackerangriff hätten Kriminelle die Daten von 150.000 Kunden und 1.300 Beschäftigten aus internen Systemen gestohlen. In einem anderen Fall unterließ es eine Rechtsanwaltskanzlei, Personalien genau zu prüfen, und schickte daher zu jemand völlig Unbeteiligten einen Gerichtsvollzieher. „Grobe Fahrlässigkeit“, urteilte der oberste Datenschützer des Landes. Auf hohem Niveau habe sich zudem die Zahl der Beschwerden über tatsächliche oder mutmaßliche Datenverstöße eingependelt. Seit Januar seien 772 Hinweise eingegangen, nach 1.005 im Jahr 2019 und 704 im Jahr 2018.

Kugelmann betonte, dass die vergangenen Monate auch in seinem Hause im Zeichen der Corona-Pandemie gestanden hätten. Im Fokus: die Kontakterfassung etwa in Restaurants, Kinos oder beim Friseur. Seit April seien rund 40 Beschwerden und Hinweise auf Datenschutzverstöße eingegangen sowie 55 Anfragen von Bürgern und kontakterfassenden Stellen, wie Daten korrekt zu erfassen seien. 30 Einrichtungen haben nach Angaben des Datenschutzbeauftragten hierzu mahnende Hinweise erhalten. In einem Miss-

brauchsfall wurde eine 16-Jährige, die ein Restaurant besuchte und am Eingang ihre Kontaktdaten angab, noch während des Restaurantbesuchs per Messenger-App angeschrieben, ob man sich nicht nach dem Restaurantbesuch treffen könne. Ein Verehrer hatte offenbar die Nummer der Jugendlichen von der einsehbaren Kontaktliste abgeschrieben. Ihre Beschwerde im Restaurant wurde abgetan mit der Aussage, beim nächsten Mal einfach falsche Daten anzugeben. Die Eltern der 16-jährigen Jugendlichen schalteten daraufhin den Landesdatenschutzbeauftragten ein.

Mit der DSGVO hat dieser weitreichende Befugnisse erhalten und kann Verstöße mit Verwarungen oder Bußgeldern sanktionieren. Dass Datenpannen eine teure Angelegenheit werden können und sensible Gesundheitsdaten ganz besonders schützenswert sind, zeigt das Beispiel der Universitätsmedizin Mainz. Wegen Defiziten beim Patientenmanagement musste sie 105.000 Euro zahlen. ■

AKTUELL



Datenpannen vermeiden: Basisschutz in der Zahnarztpraxis

- » **Physischer Schutz:** Die Aktenschränke und Serverräume sind stets verschlossen.
- » **Passwortschutz:** Alle Computer haben einen Passwortschutz. Innerhalb kürzester Zeit schalten sich Bildschirmschoner ein. Die Bildschirme sind so aufgestellt, dass Patienten Daten nicht einsehen können.
- » **Benutzerverwaltung:** Sie haben festgelegt, welcher Mitarbeiter wann auf welche Daten zugreifen darf.
- » **Datenschutzbeauftragter:** Sie beschäftigen zehn Mitarbeiter und mehr und haben einen Datenschutzbeauftragten benannt.
- » **Datenportabilität:** Patientendaten verlassen Ihre Praxis nur verschlüsselt.
- » **IT-Sicherheit:** Sie verwenden immer eine aktuelle Virenschutz-Software und eine Firewall.
- » **Dienstleister:** Ihre Dienstleister haben sich zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet.
- » **Mitarbeiter:** Ihre Mitarbeiter sind im Datenschutz geschult und dafür sensibilisiert, wie sie in der Kommunikation mit den Patienten die Vertraulichkeit wahren.

Gratulation zum 70. Geburtstag, Prof. Dhom!

Sanitätsrat Prof. Dr. Günter Dhom, der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz, feiert dieser Tage seinen 70. Geburtstag. Die Delegierten, der Vorstand und die Mitarbeiter der KZV gratulieren herzlich und senden all ihre guten Wünsche.

Text: Katrin Becker

Bereits seit der Gründung der KZV Rheinland-Pfalz im Jahr 2005 sitzt der Oralchirurg aus Ludwigshafen dem „Parlament“ der KZV vor. Seine berufspolitischen Sporen verdiente er sich ab Ende der 1980er Jahre in den Vertreterversammlungen der Bezirkszahnärztekammer Pfalz, der KZV Pfalz und der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz. Von 1993 bis 2004 rückte er in den Vorstand der KZV Pfalz auf.

Parallel zur Standespolitik setzt sich Prof. Dhom seit vielen Jahren für die kontinuierliche, wissenschaftlich abgesicherte Weiterbildung für die Kollegenschaft ein. Hervorzuheben ist sein Wirken als Fortbildungsreferent im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) von 1996 bis 2004. In dieser Funktion gründete und leitete er das Curriculum Implantologie. Von 2004 bis 2009 war Prof. Dhom zunächst Vizepräsident, dann Präsident der DGI. Während

seiner Präsidentschaft rief er den Studiengang „Master of Science in Oral Implantology“ in Kooperation mit der Steinbeis-Hochschule Berlin ins Leben. Noch heute leitet er den Studiengang. Für dieses außerordentliche Wirken wurde er 2019 zum Ehrenmitglied der DGI ernannt. Ferner war Prof. Dhom Vorsitzender des Direktoriums der Akademie Praxis und Wissenschaft und Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Trotz seines vielfältigen Engagements für den Berufsstand kam die Arbeit am Behandlungsstuhl nie zu kurz. Nach wissenschaftlicher Anstellung an der Poliklinik für zahnärztliche Chirurgie in Mainz und Assistenzzeit in Darmstadt ließ sich Prof. Dhom 1986 als Fachzahnarzt für Oralchirurgie in eigener Praxis in Ludwigshafen nieder. ■

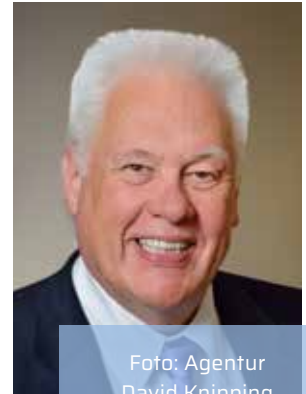


Foto: Agentur David Knipping

Glückwunsch an Dr. Jürgen Braun-Himmerich

Die KZV Rheinland-Pfalz gratuliert einem weiteren Jubilar: Ihr ehemaliger stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes, Dr. Jürgen Braun-Himmerich, vollendete nun sein 80. Lebensjahr.

Text: Katrin Becker

Dr. Braun-Himmerich bekleidete von 2005 bis 2010 das Amt des stellvertretenden Vorsitzenden und ist damit einer der „Gründerväter“ der KZV Rheinland-Pfalz. Zuvor war er zehn Jahre lang Vorsitzender der KZV Rheinhessen und wirkte mit im Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Auch international engagierte er sich für den Berufsstand. Er war Mitglied in der Weltorganisation der Zahnärzte FDI, deren europäischer Einheit ERO und im Council of European Dentists. Dr. Braun-Himmerich ist Träger der Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft, der Verdienstmedaille der Landes Zahnärztekammer sowie der Horst-Sebastian-Medaille für seine Verdienste für die

rheinhessischen Zahnärzte. Ferner ist er Ehrenvorsitzender des Landesverbandes Rheinland-Pfalz des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte. Von 1971 bis 2004 führte er seine eigene Praxis im rheinhessischen Nierstein.

Vorstand und Mitarbeiter der KZV Rheinland-Pfalz wünschen Dr. Braun-Himmerich alles erdenklich Gute - verbunden mit Gesundheit, Zufriedenheit und Lebensfreude als treue Begleiter im neuen Lebensjahrzehnt. ■

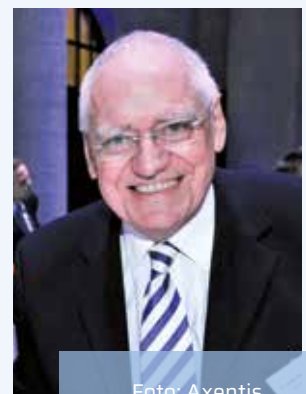


Foto: Axentis

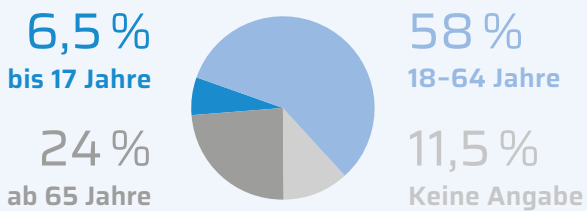
Zahnärztliches Patiententelefon: Kompetente Hilfe in über 1.000 Fällen

Das Patiententelefon der zahnärztlichen Organisationen in Rheinland-Pfalz ist ein niedrigschwelliges Informationsangebot für Patienten, das die Beratung in den Zahnarztpraxen ergänzt. 2019 leistete sie in über 1.000 Gesprächen individuelle Hilfe bei Fragen zur zahnärztlichen Versorgung. Einblicke in den Beratungsalltag.

Text: Katrin Becker

Demografische Merkmale der Ratsuchenden

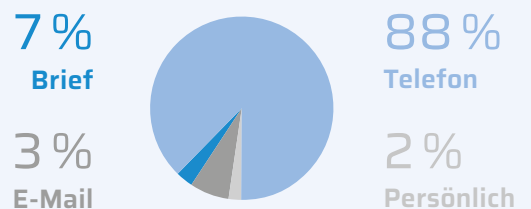
Altersgruppe



Geschlecht

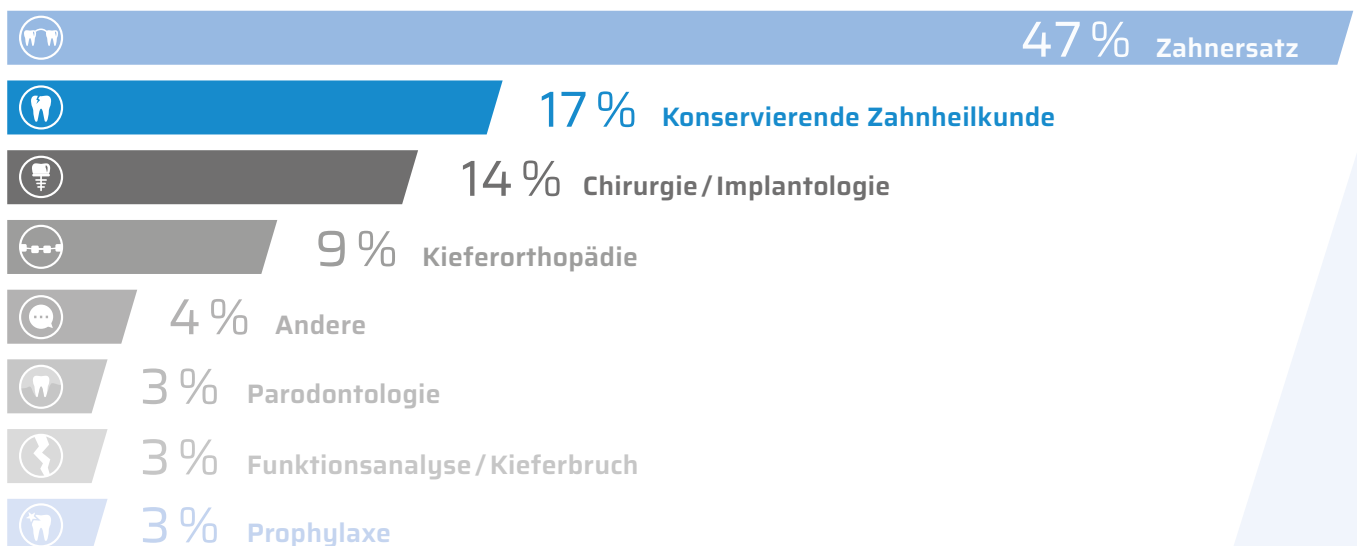


Form des Kontakts



1.033
Gespräche insgesamt

Anliegen der Ratsuchenden nach Leistungsbereichen

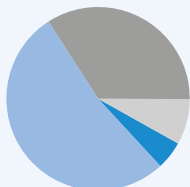


AKTUELL

Anlässe der Gespräche

34 %

Service-/Verbraucherinformationen
(Praxisadressen / Bonusheft)



8 %

Zahnmedizinische
Verfahren / Maßnahmen

5 %

Allgemeine grundlegende
gesundheitlich-medizinische
Informationen

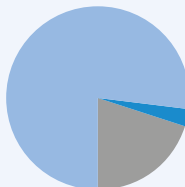
53 %

Kosten / Rechtsthemen
(Prüfung von Geldforderungen / Gutachten /
Patientenrechte / Berufspflichten)

Ergebnis der Gespräche

77 %

Unmittelbare Klärung des Anliegens
durch Wissensvermittlung



3 %

Klärung erforderte
zusätzliche Unterstützung

20 %

Weiterverweisung an andere
Ansprechpartner (Kammer, KZV,
Zahnarzt, Krankenkasse)



Hintergrund

Das Patiententelefon richtet sich an gesetzlich und privat versicherte Patienten. Das Angebot ist kostenfrei und umfasst alle Aspekte rund um Zähne und die zahnärztliche Versorgung, zum Beispiel allgemeine Informationen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zu Heil- und Kostenplänen. Informiert wird ferner zu Kosten und Gebühren sowie zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen und zu zahnärztli-

chen Rechnungen. Ratsuchende finden dort auch einen Ansprechpartner bei Problemen mit einer zahnärztlichen Behandlung. Die Auskünfte der Informationsstelle sind neutral, unabhängig und vertraulich. Das Patiententelefon wird gemeinsam von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung sowie der Landes Zahnärztekammer und den Bezirks Zahnärztekammern in Rheinland-Pfalz betrieben. Erreichbar ist es unter der Rufnummer 06131/8927-29040, montags bis donnerstags von 10:00 bis 12:00 Uhr und 14:00 bis 15:30 Uhr, oder auch per E-Mail: patienteninformationsstelle@kzvrlp.de. Weitere Informationen unter www.zahnarzt-patiententelefon-rlp.info.

Risikokinder profitieren von intensiver Prophylaxe

Weniger Plaque, weniger Gingivitis – die Mundgesundheit von Kindern mit hohem Kariesrisiko lässt sich mit zusätzlichen Präventionsmaßnahmen verbessern. Zu dem Schluss kommt eine Studie der Universität Greifswald, an der auch rheinland-pfälzische Zahnarztpraxen mitwirkten.

Text: Prof. Dr. Ch. H. Splieth, PD Dr. M. Alkilzy, R. Basner, Dr. J. Schmoeckel, Dr. Ch. Schwahn, Abteilung für Präventive Zahnmedizin & Kinderzahnheilkunde, Universitätsmedizin Greifswald

Zusammenfassung

Trotz des Kariesrückganges stellt (frühkindliche) Karies im Milchgebiss ein deutliches Problem dar. Im Gegensatz zur Leistungsübernahme für die restaurativ-chirurgische Therapie sowie die Narkose im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden die eigentlichen Ursachen der erhöhten Kariesaktivität in der Regelversorgung nur marginal adressiert. Ziel der multizentrischen Kooperationsstudie der Universität Greifswald und vier Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) war die Pilotierung von zwei zusätzlichen Intensivprophylaxesitzungen vor und nach einer zahnärztlich bedingten Narkose. Die Ergebnisse zeigen deutliche Verbesserungen der Mundhygieneparameter und eine Tendenz zu einer niedrigeren Karieszuwachsrate nach einem Jahr gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe. Eine Übernahme dieser Leistungen in die Regelversorgung erscheint daher sinnvoll.

Studienziel

In der bleibenden Dentition wurden bei Kindern und Jugendlichen in den vergangenen 30 Jahren Kariesreduktionen von über 80 Prozent erreicht (IDZ 2016, DAJ 2017), während im Milchgebiss weiterhin höhere Karieswerte vorherrschen. Aufgrund der hohen Karieswerte und geringer Kooperationsfähigkeit bei Kleinkindern bleibt häufig

nur die Behandlung unter Vollnarkose, was erhebliche Kosten verursacht. Aufgrund des traditionellen Ansatzes im GKV-System werden für diese Kinder zwar die restaurativen und chirurgischen Leistungen sowie die Narkose übernommen, aber die eigentlichen Ursachen der erhöhten Kariesaktivität werden kaum adressiert.

So liegt es nahe, diesen Kindern im Rahmen einer neuen Versorgungsform begleitend spezielle kariespräventive Maßnahmen wie Mundhygienetraining und Fluoridierungen zukommen zu lassen (Abb. 1).

Das Ziel der Studie, die aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert wurde, war es daher, mit zwei zusätzlichen Intensivprophylaxesitzungen vor der Narkose und einem zusätzlichen Nachsorgetermin die Mundgesundheit der betroffenen Kinder analog zu bestehenden Prophylaxeleistungen nachhaltig zu verbessern und diese ggf. in die Regelprävention zu überführen.

Studiendesign

Dafür wurden 408 Kinder (2 bis 5 Jahre, im Mittel 4,2 Jahre) mit geplanter zahnärztlicher Narkosesanierung zufällig auf eine Interventions- und Kontrollgruppe aufgeteilt. Die Kontrollgruppe erhielt die Regelversorgung aus den BEMA-



Abb. 1 - Bei der Prophylaxe am Kleinkind sind das Visualisieren von Plaque (oben) bzw. Gingivitis und die anschließende Putzinstruktion der Eltern (unten) von zentraler Bedeutung und sehr erfolgreich.

Fotos: „Praktischer Ratgeber für die zahnärztliche Praxis“ der KZBV und BZÄK, <https://www.kzbv.de/fruehkindliche-karies-vermeiden.1030.de.html>

Leistungen FU, O1 und IP4, die Interventionsgruppe vor und nach der Narkose zusätzlich Mundhygieneindizes (IP1), Beratung zur Verbesserung der Mundhygiene, Ernährung und häuslichen Fluoridnutzung (IP2) inklusive Mundhygienetraining (FUPr) und Lokalfluoridierungen (IP4/FLA). Neben der Rekrutierung in vier KZV-Bereichen (in Mecklenburg-Vorpommern und Berlin je vier Zahnarztpraxen, in Westfalen-Lippe sechs Praxen, in Rheinland-Pfalz drei Praxen) wurden zur Erhöhung der Fallzahlen noch Fachpraxen für Kinderzahnheilkunde in die Studie aufgenommen (je eine Fachpraxis in Beckum, Hamburg, Hannover, Jena und Wiesbaden). Die Daten wurden nach international etablierten Indizes bei der Ausgangsuntersuchung sowie den Halbjahres- und Jahresuntersuchungen erhoben (dmft/s inklusive kariöser Initialläsionen, API, SBI).

Ergebnisse

Plaqueswerte

Bei den Probanden der Interventions- und Kontrollgruppe konnte über den gesamten Untersuchungszeitraum eine kontinuierliche Verbesserung der Mundhygiene über den Plaqueindex API festgestellt werden (Abb. 2). In der Interventionsgruppe konnte dies schon bei den beiden zusätzlichen Präventionsimpulsen im Zusammenhang mit der Narkose beobachtet werden, die die Kontrollgruppe nicht erhielt. Die anfänglich hohen



Innovationsfonds des G-BA

Das Greifswalder Projekt „Unterstützende Intensivprophylaxe für Kinder mit zahnärztlicher Sanierung unter Narkose“ wurde aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert. Der G-BA hat seit dem 1. Januar 2016 den Auftrag, neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte zu unterstützen. Ziel des Innovationsfonds nach

§§ 92a und 92b SGB V ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Die zur Verfügung stehende Fördersumme betrug in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro jährlich. Hiervon waren 225 Millionen Euro für neue Versorgungsformen und 75 Millionen Euro für die Versorgungsforschung vorgesehen. Die Mittel für den Innovationsfonds stammen von den gesetzlichen Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds. Der Innovationsausschuss des G-BA legt Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung fest und entscheidet über eingegangene Anträge.

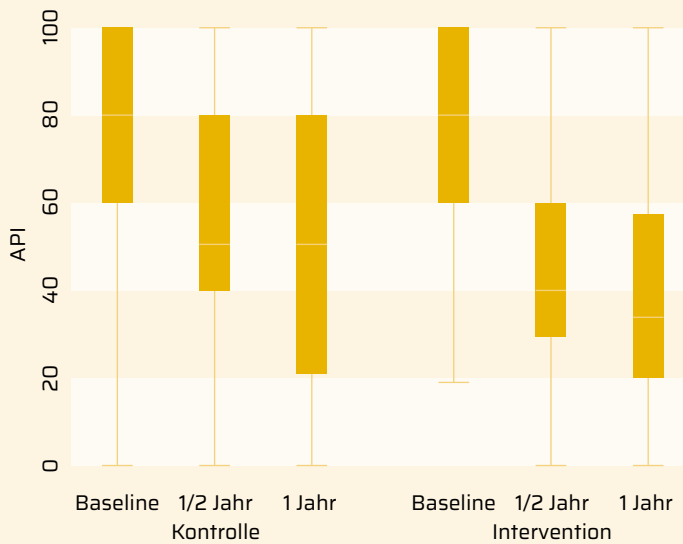


Abb. 2 - Entwicklung des Plaquebefalls (API) für Kontroll- und Interventionsgruppe von der Ausgangsuntersuchung über die Halbjahres- bis hin zur Jahreskontrolle

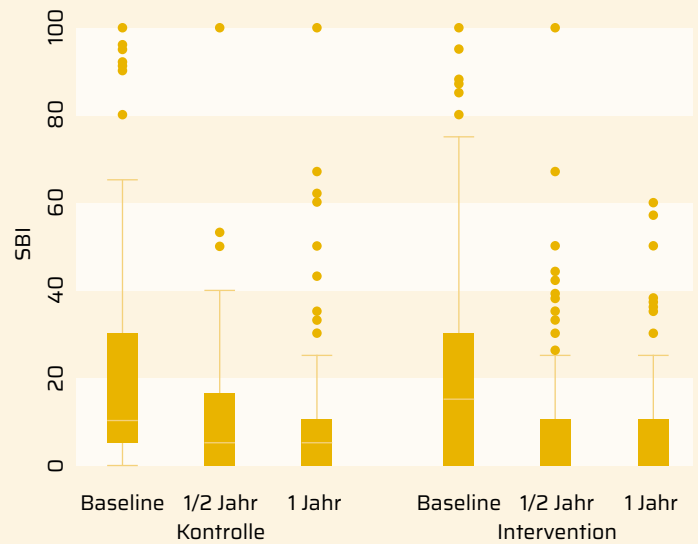


Abb. 3 - Entwicklung des Zahnfleischblutens/Gingivitis (SBI) in der Kontroll- und Interventionsgruppe von der Ausgangsuntersuchung über die Halbjahres- bis hin zur Jahreskontrolle

Plaqueswerte (Mittelwert 78 Prozent) halbierten sich annähernd für die Interventionsgruppe innerhalb des Untersuchungsjahres (42 Prozent). Die absolute, statistisch signifikante Reduktion zur Kontrollgruppe betrug -11,0 Prozentpunkte des API (241 Patienten mit 207 Beobachtungen nach einem halben Jahr und 236 Beobachtungen nach einem Jahr).

Insgesamt zeigte sich ein hoher, statistisch signifikanter Effekt der Intervention bei der Analyse mit dem Per-Protokoll-Set, also für Probanden mit regelhaften Teilnahmen (Odds Ratio 0,35; 95 Prozent VB: 0,20 - 0,61; $P < 0,001$). Die Maßnahme war damit hochwirksam bezüglich des Endpunktes Plaque.

Gingivitiswerte

Gingivitis stellt einen deutlich robusteren und damit langfristigeren Parameter bei der Beurteilung der Mundhygiene dar, weil sie im Gegensatz zur Plaque nicht durch einmaliges Zähneputzen vor dem Zahnarztbesuch beseitigt werden kann. Bei den Probanden der Interventions- und Kontrollgruppe konnte über den gesamten Untersuchungszeitraum eine kontinuierliche Verbesserung des mit Mundhygienedefiziten assoziierten Zahnfleischblutens (Gingivitis) über den Blutungsindex SBI festgestellt werden (Abb. 3).

Bei den Kindern der Interventionsgruppe konnte das schon während der beiden zusätzlichen Präventionsimpulse im Zusammenhang mit der Narkose beobachtet werden. Die initial hohen Gingivitiswerte (Mittelwert 23 Prozent) konnten für die Interventionsgruppe innerhalb des Untersuchungsjahres auf ein Drittel gesenkt werden (7 Prozent). Die absolute Reduktion in der Interventionsgruppe war klar statistisch signifikant und betrug -4,1 (95 Prozent Vertrauensbereich: -7,3 bis -0,9; $P = 0,011$, 241 Patienten mit 440 Beobachtungen nach einem halben bzw. einem Jahr). Auch hier konnte ein statistisch hochsignifikanter relativer Unterschied, also eine sehr hohe Effektstärke zugunsten der Interventionsgruppe, festgestellt werden (Per-Protokoll-Analyse, Odds Ratio 0,35; 95 Prozent VB: 0,18 bis 0,66; $P = 0,001$; 241 Patienten mit 440 Beobachtungen nach einem halben bzw. einem Jahr).

Karieswerte

Die extrem hohe Kariesaktivität mit ca. zwei neuen, kariösen Zähnen pro Jahr wurde im Studienjahr nach der Narkose auf ein Viertel dieses Wertes gesenkt (Mittel 0,5 dt). Nach der zahnärztlichen Narkosesanierung waren von den 20 Milchzähnen im Mittel knapp 10 Zähne durch Extraktionen, Füllungen oder Stahlkronen versorgt (Abb. 4). Mehrheitlich wurden sehr stabile

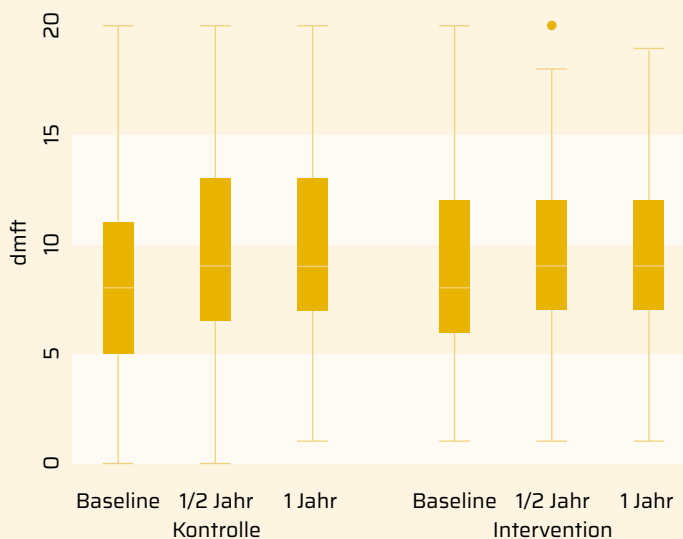


Abb. 4 – Kariesentwicklung (dmft: gefüllte, fehlende und kariöse Zähne) bei Kontroll- und Interventionsgruppe von der Ausgangsuntersuchung über die Halbjahres- bis hin zur Jahreskontrolle

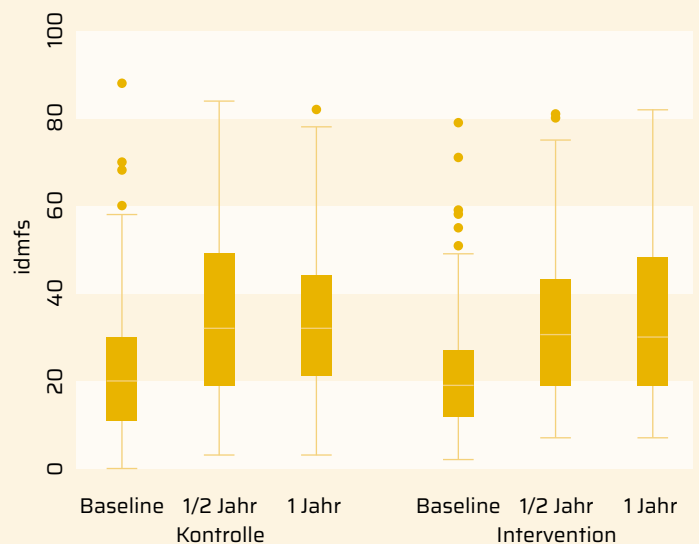


Abb. 5 – Kariesentwicklung (gefüllte, fehlende und kariöse Zahnflächen einschließlich initialkariöser Läsionen) bei Kontroll- und Interventionsgruppe von der Ausgangsuntersuchung über die Halbjahres- bis hin zur Jahreskontrolle

und sichere Versorgungen wie Stahlkronen und Extraktionen gewählt. Dies lag im Interesse der Patienten und deren Eltern, da Neuerkrankungen, also neue kariöse Zähne, bei diesen kleinen und gering kooperativen Kindern zu einer erneuten Narkose führen können. Zusammen mit den deutlichen Mundhygieneverbesserungen gab es dadurch einen wesentlich geringeren Zuwachs an kariösen Initialläsionen oder Defekten bei den Probanden der Interventions- und Kontrollgruppe. Die minimalen Karieszuwächse von rund einem halben Zahn bzw. einer Fläche mit kariösem Defekt und einem initialkariösen Zahn mit einer beteiligten Fläche bei der Abschlussuntersuchung nach einem Jahr fallen tendenziell günstiger für die Interventionsgruppe aus, verfehlten allerdings die statistische Signifikanz.

Die Hinzunahme von initialkariösen Läsionen (is) zu den kariösen Defekten, Füllungen oder fehlenden Zahnflächen (dmfs) ermöglicht ein differenzierteres Bild (Abb. 5): Der Unterschied beim idmfs zwischen den Gruppen betrug -1,0 Flächen zugunsten der Testgruppe (Per-Protokoll-Analyse, 95 Prozent VB: -3,3 bis 1,2; $P=0,363$), allerdings wird wieder die statistische Signifikanz verfehlt.

Zukünftige Perspektiven

Die vorliegende Studie zeigt, dass auch bei der sehr begrenzten Risikogruppe von kleinen Kindern mit sehr hohen Karieswerten, die einer Narkosesanierung bedürfen, deutliche Verbesserungen bei der Mundhygiene durch eine Intensivprophylaxe zu erzielen sind. Diese ist auch mittelfristig zu halten und kann positive Auswirkungen auf den zukünftigen Karieszuwachs und die Höhe der zahnärztlichen Restaurationskosten haben.

Die Intensivprophylaxe für Kinder in dieser Kariesrisikogruppe unterstützt die Wende von der restaurativen zur präventiven vertragszahnärztlichen Versorgung, die schon in der permanenten Dentition bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Deutschland erkennbar deutliche Kariesreduktionen bewirkt hat. Die Eltern der Kinder zeigten großes Interesse an der neuen Versorgungsform. Es gab kaum Nichteinwilligungen für die Studie, allerdings bestand manchmal eine Sprachbarriere bei Eltern ausländischer Herkunft. Die Übersetzungen der Patientenaufklärung und Einwilligung in Fremdsprachen wie Arabisch, Englisch und Kurdisch haben hier allerdings geholfen und können bei einer Verstärkung der Leistung genutzt werden.

Die teilnehmenden Zahnärztinnen und Zahnärzte in den Praxen empfanden die neue Versorgungsform für gut umsetzbar und von Vorteil für die Kariesrisikokinder. Die Implementation stellt daher kein Problem dar, da alle Leistungsinhalte in bestehenden Vertragsleistungen enthalten sind. Die Zusatzkosten von rund 50 Euro pro Kind (BEMA-Leistungen IP1 (Indizes) und FUPr (praktische Putzinstruktion) je zweimal) für das GKV-System liegen im Rahmen einer einzigen Füllung inklusive Begleitleistungen (Lokalanästhesie etc.), sodass selbst bei geringen Wirkstärken zügig eine ausgeglichene Kosten-Nutzen-Relation gegeben sein dürfte. Die Anpassungen in der bestehenden Früherkennungs-Richtlinie wären marginal, da sie nur einer Ausweitung bestehender Leistungen für eine kleine Hochrisikogruppe bedürfen.

Schlussfolgerungen

Auf Basis des vorliegenden Projekts zur begleitenden Intensivprophylaxe bei Kindern mit hohem Kariesbefall und einer anstehenden zahnärztlichen Sanierung unter Narkose können folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

- » Es bestand eine gute Akzeptanz zur Teilnahme an einer Studie zur Intensivprophylaxe bei Kindern mit hohem Kariesbefall und einer anstehenden zahnärztlichen Sanierung unter Narkose.

- » Die Gesamtgruppe der Probanden, die der Studie folgte, wies eine Mundhygieneverbesserung, weniger Plaque, weniger Gingivitis auf.
- » Mit großer und statistisch klar signifikanter Effektstärke lag eine stärkere Mundhygieneverbesserung in der Interventionsgruppe mit zusätzlicher Intensivprophylaxe im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Intensivprophylaxe vor.
- » Die Gruppe der Kinder, die aus der Studie herausfielen und Nachsorgetermine versäumten (Drop-out), zeigte bei der Ausgangsuntersuchung in allen Parametern wie Zahnbelag/Plaque, Zahnfleischbluten/Gingivitis, Karieserfahrung eine höhere orale Morbidität.
- » Ein geringer Karieszuwachs innerhalb eines Jahres mit leichter Tendenz zu weniger Karies(neuerkrankungen) in der Interventionsgruppe, die allerdings statistische Signifikanz verfehlt. Dies ist womöglich auf die robuste Sanierung in Narkose in beiden Gruppen zurückzuführen.
- » Das Intensivprophylaxeprogramm in den zahnärztlichen Praxen war einfach umsetzbar und wies eine hohe Akzeptanz auf. Eine Verstetigung in die GKV-Regelversorgung wäre sinnvoll und einfach umzusetzen, insbesondere, da ähnliche Leistungsbestandteile in der Basisprophylaxe oder bei älteren Kindern bestehen. ■

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

Danksagung

Die Autoren möchten den beteiligten Praxen und KZVen in Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Westfalen-Lippe sowie den Fachpraxen in Beckum, Hamburg, Hannover, Jena und Wiesbaden für die außerordentlich konstruktive Zusammenarbeit danken. Dank auch an die wissenschaftlichen Hilfskräfte Maria Abdin und Nithin Cordeiro. Es freut uns, dass sie alle zusammen gezeigt haben, dass die Zahnmedizin hochprofessionelle Versorgungsforschung im Netzwerk leisten kann:

ZA M. Eissa & ZA O. Shedeed, DentalPlus/Wiesbaden, Drs. S. & J. Rienhoff, Magic Dental/Hannover, Dr. A. Lauenstein, Milchzahnsafari/Beckum, ZÄ R. Otto, Zahnarztpraxis für Kinder/Jena, Dr. T. Roloff & ZÄ M. Quick, Zahnarztpraxis für Kinder/Hamburg, Dr. S. Goedecke, Kamilla/Mainz, Dr. W. Breuer, Zahndschungel/Soest, ZA A. Basta & ZA J. Thürkow, Kidsdent/Rostock, Dr. H. Ellerich, z-point, Dr. Prünke & Partner/Unna, ZÄ A. Heise/Berlin, ZÄ J. Ghobadian/Berlin, Dr. E. Wiedemann/Berlin, Dr. B. Pötter/Recklinghausen, Dr. J. Domin/Gladbeck, ZA A. Barthelmey/Hamm, ZÄ P. Ginis/Geseke, ZÄ L. Engel/Neustadt, Dr. A. Typolt/Löwenstark Kinderzähne/Rödersheim-Gronau und die Mitarbeiter der Abteilung für Präventive Zahnmedizin & Kinderzahnheilkunde, Universitätsmedizin Greifswald.

Zahnärztliche Leitlinie zum Coronavirus: Schutz vor dem Erreger

Personal und Patienten in Zahnarztpraxen sind permanent potentiell infektiösen Aerosolen ausgesetzt. Wie können sie vor einer SARS-CoV-2-Infektion geschützt werden, ohne dass die zahnmedizinische Versorgung der Patienten leidet? Eine neue S1-Leitlinie zeigt Maßnahmen zum Selbst- und Fremdschutz auf.

Text: Katrin Becker

Die Autoren fassen hierin nach den Regularien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zusammen. Sie entwickeln daraus Handlungsempfehlungen für Zahnärzte und zahnmedizinische Fachkräfte, wie sie sich selbst und Patienten vor Aerosol-übertragbaren Erregern schützen und gleichzeitig die zahnmedizinische Grundversorgung gewährleisten.

Die Leitlinie gibt Empfehlungen zum Erkennen potentiell erkrankter Patienten („Triage“) und zum Umgang mit Verdachtsfällen sowie zu Schutzmaßnahmen für das Personal (Abstand, Mund-Nasen-Schutz, Hygiene, Test auf Infektion). Die Autoren skizzieren dabei die Entstehung infektiöser Tröpfchen und Aerosole in Zahnarztpraxen und differenzieren die Schutzwirkung und den Einsatz der verschiedenen Maskentypen. Ferner geben sie Hinweise auf Mundspüllösungen, die vor einer zahnärztlichen Behandlung eine potentielle Viruskonzentration im Rachen- und Mundraum kurzfristig vermindern könnten.

Die S1-Leitlinie „Umgang mit zahnmedizinischen Patienten bei Belastung mit Aerosol-übertragbaren Erregern“ ist unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) und der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) sowie der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), dem Deutschen Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) entstanden. Die Leitlinie ist zunächst gültig bis März 2021 und unter anderem abrufbar auf der Internetseite der KZV Rheinland-Pfalz unter www.kzvrlp.de > Mitglieder > Coronavirus. ■

Themenverwandte Veröffentlichungen

- » S1-Leitlinie „Neues Coronavirus - Informationen für die hausärztliche Praxis“ (AWMF-Registernummer 053-054; abrufbar unter www.awmf.org)
- » S1-Leitlinie „Interdisziplinär abgestimmte Empfehlungen zum Personal- und Patientenschutz bei Durchführung planbarer Eingriffe zur Zeit der SARS-CoV-2-Pandemie“ (AWMF-Registernummer 017-080; abrufbar unter www.awmf.org)
- » Technische Regeln für biologische Arbeitsstoffe: „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ (TRBA 250; abrufbar unter www.kzvrlp.de)
- » System von Standardvorgehensweisen (SOP) für Zahnarztpraxen während der Coronavirus-Pandemie 2020 (Institut der Deutschen Zahnärzte; abrufbar unter www.kzvrlp.de)





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 35.500 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

Um Rücksendung der Unterlagen wird bis zum **30. November 2020** gebeten.

Ansonsten erreichen Sie bei Bedarf die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** unter der Rufnummer 030 4005-2444 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 16 Uhr. Oder E-Mail an kontakt@zi-treuhandstelle.de

Unterstützen Sie das ZäPP – In Ihrem eigenen Interesse!

