

ZAHNÄRZTEBLATT

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und



der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

03
2022



**SOLIDARITÄT MIT DER UKRAINE
NEIN ZUM KRIEG!**

INHALT



Herausgeber:

Kassenzahnärztliche Vereinigung und Zahnärztekammer Schleswig-Holstein

Redaktion:

Zahnärztekammer:
Dr. Claudia Stange (verantw.)
Christopher Voges
www.zaek-sh.de
Kassenzahnärztliche Vereinigung:
Peter Oleownik (verantw.)
Kirsten Behrendt
www.kzv-sh.de

verantwortlich für diese Ausgabe:

Peter Oleownik

Verlag:

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Westring 496 · 24106 Kiel
Tel. 0431 260926-13
Fax 0431 260926-15
E-Mail: central@zaek-sh.de
www.zaek-sh.de

Design / Layout:

Stamp Media GmbH · Kiel
Agentur für Kommunikation & Design

Druck:

Schmidt & Klaunig · Kiel
Druckerei & Verlag seit 1869

Bildnachweise:

Titelseite: senadesign/stock.adobe.com
Seite 4: eshkin/stock.adobe.com
Seite 8: shintartanya/stock.adobe.com
Seite 13: DOC RABE Media/stock.adobe.com
Seite 15: vpanteon/stock.adobe.com
Seite 18: marina_larina/stock.adobe.com
Seite 19: mikitea/stock.adobe.com
Seite 24: RioPatuca Images /stock.adobe.com
Seite 30: denisismagilov/stock.adobe.com

Namentlich gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Herausgeber oder der Redaktion wieder. Das Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein erscheint 11-mal jährlich; darunter eine Doppelausgabe; Auflage 3.750; Preis d. Einzelhefts: 4 EUR; der Bezugspreis ist in den Körperschaftsbeiträgen enthalten. Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier.

EDITORIAL	3
ELEKTROSTATISCHE AUFLADUNG NEUE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTEN LEGEN EHEALTH-TERMINALS LAHM	4
GEMEINSAME PM DER KZBV UND DER KZVEN SOLIDARITÄT MIT DER UKRAINE - NEIN ZUM KRIEG!	7
FAKTENBASIERT, VERSTÄNDLICH, ZIELGRUPPENORIENTIERT: CORONARAT FORDERT VERBESSERUNGEN BEI GESUNDHEITSKOMMUNIKATION	8
ELEKTRONISCHES REZEPT QUALITÄTSKRITERIEN FÜR WEITERE TESTUNGEN DEFINIERT	9
TAGUNG DER ZE-, PAR- UND IMPLANTOLOGISCHEN GUTACHTER 2022	10
40 JAHRE BEI DER KZV SCHLESWIG-HOLSTEIN JUBILÄUM IM DOPPELPAK	14
29. SCHLESWIG-HOLSTEINISCHER ZAHNÄRZTETAG AM 18. UND 19. MÄRZ 2022 „MODERNE ENDODONTIE“ ONLINE	16
UMWELTSCHUTZ NACHHALTIGE ZAHNHEILKUNDE - ÖKOTIPPS FÜR JEDEN ARBEITSTAG	18
GEBÜHRENRECHTLICHE EINORDNUNG DER S3-LEITLINIE, TEIL 2 DIE BEHANDLUNG VON PARODONTITIS STADIUM I - III	20
AUS UNSEREM VERSORGUNGSWERK NEUES MITGLIED DES VERWALTUNGSAUSSCHUSSES	22
BEKANNTMACHUNGEN	23
RECHT WERBUNG FÜR „PERFEKTE ZÄHNE“ - UNZULÄSSIGES ERFOLGSVERSPRECHEN	24
FACHSPRACHPRÜFUNG KOMMUNIKATION ALS ECKPFEILER	26
FORTBILDUNG VERANSTALTUNGEN IM HHI UND ONLINE	28
EXPERTINNENRAT DER BUNDESREGIERUNG ZU COVID-19 „EKLATANTES DEFIZIT“ BEI DER DIGITALISIERUNG	30
TELEFONVERZEICHNIS DER KZV SCHLESWIG-HOLSTEIN	32

WIE GEHT ES DENN NUN WEITER?

Die Pandemie scheint überwunden – überall sind Lockerungen vorgesehen, ob in der Schule oder beim Shoppen, in Bars oder Restaurants, im Freien sowieso – und ab Ostern fallen dann auch die Masken und Normalität soll wieder einkehren.

Vorrangiges und offenbar einziges Ziel des Bundesgesundheitsministers war und ist die Beendigung der Pandemie. Der Staat hat viel Geld ausgegeben. Der Schuldenstand Deutschlands ist dabei in astronomische Höhen geklettert. Die coronabedingten wirtschaftlichen Verluste belaufen sich mittlerweile auf 330 Mrd. Euro. 40% der Betriebe hatten aufgrund von Coronainfektionen, Quarantänezeiten, Elternbetreuung aufgrund geschlossener Kindertagesstätten Arbeitsausfälle zu verzeichnen und die Wirtschaftshilfen werden noch weiter bis Juni 2022 verlängert.

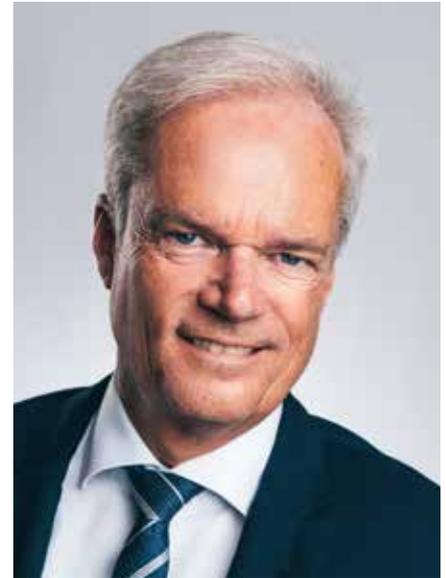
Auch die Krankenkassen haben riesige Defizite angehäuft. Nur aufgrund der gesetzlich angeordneten Vermögensabgabe der Krankenkassen und weiterer Zuschüsse aus Steuermitteln blieben diese im Rahmen. Das Ärgerliche ist nur, dass nun alles auf die Corona-Pandemie geschoben wird. Die hohen Ausgaben haben ihre Ursache aber vor allem in den sehr kostenintensiven Gesetzen, allen voran dem Terminservice- und Versorgungsgesetz. Versicherte sollten damit schneller Termine z. B. bei Fachärzten erhalten. Die finanziellen Anreize bei der Versorgung von Neupatienten kosteten natürlich Geld.

Die neue Bundesregierung und auch der Gesundheitsminister hatten vorerst Leistungskürzungen ausgeschlossen und auch die Beitragszahler

sollten nicht weiter belastet werden. Damit bleibt dem Gesetzgeber nichts anderes übrig, als den Steuerzuschuss dauerhaft hoch zu halten, und das Gesundheitswesen hängt weiterhin direkt am Tropf der Gesamtwirtschaft. Das Risiko neuer Kostendämpfungsgesetze zu Lasten der Leistungserbringer ist hoch.

Wir Zahnärzte sind nicht die Kostentreiber im System. Seit Jahren sinkt der Anteil der zahnmedizinischen Leistungen an den Gesamtausgaben der GKV. In den Praxen erwarten wir in diesem und auch im nächsten Jahr einen gewissen Nachholbedarf. Patienten werden vermehrt in unsere Praxen kommen und sich die Leistungen holen, auf die sie Anspruch haben und die sie in Pandemiezeiten nicht abgerufen hatten. Und darüber hinaus gibt es neue Leistungen: Seit letztem Sommer die neue PAR-Richtlinie mit einer Vielzahl neuer Leistungen und einer mindestens 2-jährigen Verlaufskontrolle und seit diesem Jahr die Unterkieferprotrusionsschiene zur Behandlung der Schlafapnoe.

Auch darauf haben die Versicherten, unsere Patienten, einen Anspruch. Das alles wird viel Geld kosten – Millionen von Euro. Diese zusätzlichen Vergütungen fließen uns aber nicht einfach zu. Sie sind auf dem Verhandlungswege mit den Vertragspartnern zu vereinbaren, ggf. zu erstreiten. Denn eines ist klar: Es kann nicht angehen, dass die Zahnärztinnen und Zahnärzte die neuen Leistungen aus der bisherigen Gesamtvergütung selbst bezahlen. Schließlich hat der gemeinsame Bundesausschuss die Notwendigkeit und Wirksamkeit dieser Behandlungsmethoden anerkannt.



Die KZV S-H hatte schon vor einiger Zeit die Bereiche Schienen und Parodontose budgetfrei gestellt, um alle Versorgungsbedarfe erfüllen zu können. Wir wollen hoffen, dass uns dies auch zukünftig möglich sein wird und wir mit allen Kostenträgern faire Verträge abschließen können. Ein erster Anfang ist dazu mit der AOK Nordwest gemacht und auch die IKK Innovationskasse – früher als IKK Nord bekannt – sendet uns erfreuliche Signale.

Bleiben wir zuversichtlich

// Dr. Michael Diercks
Vorstandsvorsitzender der KZV
Schleswig-Holstein

NEUE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTEN LEGEN EHEALTH-TERMINALS LAHM



Elektronische Gesundheitskarten der Generation 2.1 - zu erkennen an einem kleinen W-LAN-ähnlichen Symbol oder dem Generationskennzeichen G 2.1 - verursachen seit dem letzten Sommer und verstärkt seit dem IV. Quartal 2021 in vielen Zahnarzt- und Arztpraxen Probleme. Die Near-Field-Communication-fähigen, das heißt kontaktlos einsetzbaren Karten führen in Verbindung mit dem weit verbreiteten Kartenterminal „ORGA 6141 online“ der Firma Worldline Healthcare GmbH (vormals Ingenico Healthcare GmbH) zu verschiedenen „Fehlerbildern“. Dazu gehört, dass sich das Kartenterminal beim Stecken der eGK „aufhängt“.

Als Ursache für die Störung hat die gematik eine elektrostatische Aufladung der elektronischen Gesundheitskarte G 2.1 identifiziert. „Diverse Tests“ des Herstellers und der gematik selbst sowie Berichte von Nutzern in der „gemcommunity“, einem Kommunikationsportal der gematik, stützten die „ESD-Hypothese“ (ESD = electrostatic discharge), berichtet die Betriebsgesellschaft in einer Zusammenfassung der Problematik. Die Stärke des Entladeimpulses beim Stecken einer eGK in ein Kartenterminal stehe dabei nicht nur im Zusammenhang

mit der Art der eGK, sondern auch mit der Umgebung, etwa der Art des Fußbodenbelags in der Praxis. Auch Witterungsverhältnisse könnten das Fehlerbild beeinflussen.

„Träger“ der elektrostatischen Aufladung sei in der Regel der Versicherte, stellt die gematik weiter fest: „Vor den Corona-Hygienemaßnahmen wurde die notwendige Entladung häufig durch die Übergabe der eGK an die Mitarbeiter in der Anmeldung erreicht.“ Seitdem der Versicherte die eGK jedoch selbständig ins Karten-

terminal stecke, finde die Entladung im Kartenterminal statt. Praxen, in denen der Steckvorgang vom Praxispersonal vorgenommen werde, berichteten „nicht oder sehr wenig“ über die beschriebenen Probleme, so die gematik. Sie gesteht jedoch zu, dass der Vorschlag, die Karte durch Praxismitarbeiter stecken zu lassen, in Pandemiezeiten nicht in jedem Fall praktikabel sei.

Um eine elektrostatische Aufladung der eGK zu vermeiden, sollte geprüft werden, ob die eGK vor dem Steckvorgang außerhalb des Kartenterminals entladen werden kann und ob in der Praxis die „Umgebungsbedingungen“ angepasst werden können, die eine elektrostatische Aufladung der Versicherten oder auch der Mitarbeiter begünstigen, schreibt die gematik. Ob nun allerdings betroffene Praxen aufgrund der beschriebenen Problematik tatsächlich ihren Bodenbelag austauschen möchten, ist doch eher fraglich. Hinzu kommt, dass Lesegeräte anderer Hersteller scheinbar nicht betroffen sind.

SOFTWARE-UPDATE
REICHT NICHT

Auch wenn die gematik die „ESD-Hypothese“ mittlerweile offenbar für gesichert hält, weist sie dennoch auf „zahlreiche“ Nutzer-Darstellungen hin, die dieser Theorie entgegenstehen. Vor allem wirkten die Lösungsvorschläge nicht in allen Praxis-Umfeldern auf die gleiche Weise, stellt sie fest. Der Fehler sei „äußerst abhängig von individuellen Konstellationen bzw. der Umgebung in der Praxis“, erläutert auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die die gematik bereits im Sommer 2021 aufgefordert hatte, Maßnahmen zur Lösung des Problems zu entwickeln. Weitere

„Fehlerbilder“ wie eine nicht lesbare eGK oder Verschleiß technischer Geräte hätten die Nachstellung des Fehlers und die Entwicklung „gesicherter Maßnahmen“ erschwert, so die KZBV.

Um diese „Unsicherheit“ zu eliminieren, sei es notwendig, zunächst die ESD-Problematik zu beheben, schließt die gematik. Nach aktueller Erkenntnis sei dies nicht durch ein Software-Update möglich. So hat auch eine Aktualisierung des betroffenen Kartenterminals auf die Firmware-Version 3.8.1 keine Auswirkungen auf die elektrostatische Entladung. Vielmehr führt das Gerät durch das Update lediglich einen automatischen Neustart durch, wenn dies vom Terminal als erforderlich „erkannt“ wird. Grundsätzlich empfiehlt die gematik aber, Kartenterminals und alle anderen an die TI angeschlossenen Hardware-Komponenten stets auf dem neuesten Stand zu halten.

KREATIVE LÖSUNGEN AUS DER „GEMMUNITY“

Während die gematik und die Herstellerfirma Worldline Healthcare nach eigenen Angaben „mit Hochdruck“ an einer Lösung des Problems arbeiten, sind die Praxen selbst auf zum Teil äußerst kreative Möglichkeiten zur Entladung der eGK gestoßen. So empfiehlt eine Praxis in der

„gemmunity“, zunächst den Daumen auf den Chip der Karte zu legen, mit der anderen Hand einen metallischen Gegenstand – der magnetisch, aber nicht lackiert sein sollte – zu berühren und erst dann die eGK in das Lesegerät zu stecken. Auch über ähnliche Entladungs-Versuche mit anderen Metallgegenständen, zum Beispiel einem Otoskop, wird in der Community berichtet. Maßnahmen, die zum Entladen der eGK oder der Person, die sie in das Kartenterminal steckt, führen (zum Beispiel auch durch ESD-Matten oder -Armbänder), seien „in der Regel“ hilfreich, kommentiert die gematik. Rückmeldungen der Nutzer zeigten jedoch, dass dies nicht in jedem Fall funktioniere und von der „konkreten Handhabung“ abhänge.

Nicht von Erfolg gekrönt war nach einem weiteren Nutzerbericht dagegen der Versuch, die eGK in Alufolie einzuwickeln und an einem geerdeten Heizungsrohr zu entladen. Alufolie und Klebeband sind auch bei einer „DIY-Anleitung“ für die elektrostatische Entladung der Karte über den USB-Port des Kartenterminals involviert, die auf YouTube kursiert. Zwar zeigen die Rückmeldungen der Nutzer für diese Maßnahme tatsächlich einen hohen Wirkungsgrad. Worldline Healthcare allerdings empfiehlt die Lösung ausdrücklich nicht, da sie gege-

benenfalls durch die Gewährleistung für das Lesegerät nicht abgedeckt sei. Das gilt auch für die Vorab-Entladung der eGK durch einen PC/SC-Leser, der an die USB-Schnittstelle des Kartenterminals angeschlossen wird. Vom Einsetzen eines dünnen Blechrahmens in den Kartenleseschlitz, der die Entladung ableitet – ein weiterer Vorschlag aus der „gemmunity“ – rät die gematik aufgrund der möglichen Beschädigung des Geräts, Verletzungsgefahr und grundsätzlichen Sicherheitsbedenken ebenfalls ab.

Erfolgversprechend – und unbedenklich – sei eine Vorab-Entladung der eGK in einem anderen Kartenterminal, in einem an der USB-Schnittstelle angeschlossenen BSC-Kartenterminal oder in einem mobilen Kartenterminal, listet die gematik auf. Abhilfe könne unter Umständen auch ein Luftbefeuchter schaffen, da trockene Luft die elektrostatische Aufladung begünstige: Bereits ab einer relativen Luftfeuchtigkeit von ca. 50 – 55 Prozent werde die elektrische Ladung teilweise an die Raumluft abgegeben und damit an der Materialoberfläche reduziert. Dass der von manchen Nutzern empfohlene Wechsel auf den unteren Kartenslot zum Einlesen der eGK positive Auswirkungen hat, ist nach Angaben der gematik dagegen „vermutlich eine subjektive Wahrnehmung“ und „vom lokalen Umfeld abhängig“. Nach Labortests sei gerade der untere Slot empfindlicher gegen elektrostatische Entladung – was das Problem eher verschärfen würde.

LÖSUNG IN SICHT?

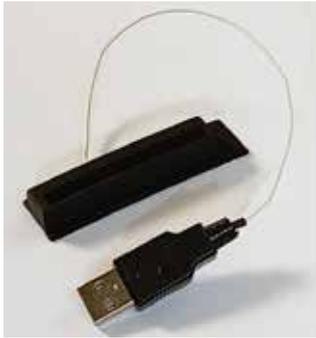
Die Firma Worldline Healthcare hat zwischenzeitlich ein „Zubehörprodukt“ angekündigt, das – unter anderem – vor der „möglicherweise besonders im Winter auftretenden“ elektrostatischen Entladung von elektronischen Gesundheitskarten der neuesten Generation in das Kartenterminal schützt: Voraussichtlich ab April (14. KW) werde ein Aufsatz für den oberen Kartenslot zur Verfügung



Voraussichtlich ab April soll ein Aufsatz-Kit zur Verfügung stehen

ELEKTROSTATISCHE AUFLADUNG

Fotos: Worldline Healthcare



Der Aufsatz "ORGA Protect" für den oberen Kartenslot des "ORGA 6141 online" zeige "in Labor- und Feldtests eine sehr hohe Wirksamkeit"



Der Aufsatz wird über den USB-Anschluss mit dem Gerät verbunden.



Vor der Verklebung erfolgt die exakte Positionierung mithilfe einer eingesteckten Chipkarte.

stehen, der elektrostatische Aufladungen beim Steckvorgang aufnehmen könne. Auf der Homepage der Firma (<https://www.ingenico-shop.de/shop/zubehör/>) wird der Preis mit 26,06 € inkl. MwSt, zzgl. Versandkosten angegeben. Die KZBV bemüht sich in den Gremien der gematik jedoch darum, dass „die Kostenübernahme zeitnah im Sinne der Zahnarztpraxen geklärt wird.“

„NACHGELAGERTE FEHLERBILDER“ MÖGLICH

Oft bleibt es nicht dabei, dass sich das Kartenterminal „aufhängt“. Das Fehlverhalten des Terminals könne zu „nachgelagerten Fehlerbildern“ am Primärsystem oder am Konnektor führen, stellt die gematik in ihrer Zusammenfassung fest. Dazu gehörten die Fehlermeldungen „Fehler bei der Card2Card-Authentisierung“ und „Keine freigeschaltete SMC-B“.

Durch den Neustart des Kartenterminals werde die Verbindung zwischen Konnektor und Kartenterminal unterbrochen; die SMC-B müsse daher durch die PIN-Eingabe erneut aktiviert werden, erläutert die gematik die entsprechende Fehlermeldung. Wenn ein Kartenterminal empfindlich auf elektrostatische Entladungen reagiere, solle die SMC-B daher nach Möglichkeit in einem separaten Kartenterminal, in dem keine eGK-Steckvorgänge statt-

finden, verwendet werden, rät sie. So entfalle beim Neustart des Kartenterminals die erneute Eingabe der PIN für die SMC-B.

Wenn kein separates Kartenterminal verfügbar sei, könne am Konnektor eine Einstellung vorgenommen werden, durch die die SMC-B-Freischaltung automatisch angesteuert werde. So könne die PIN-Eingabe für die SMC-B direkt am Kartenterminal erfolgen und müsse nicht über die Praxisverwaltungssoftware angestoßen werden. Hilfreich sei auch die Herabsetzung des „Service Discovery Intervalls“ im Konnektor: Der Konnektor sucht in regelmäßigen Abständen nach Kartenterminals im lokalen Netz. Dieser Zeitraum ist konfigurierbar. Der Standard-Wert liegt bei zehn Minuten, sollte in diesem Fall jedoch auf eine Minute gesetzt werden, damit der Konnektor das Kartenterminal schnell wieder verbindet.

Durch den Neustart kann nach Angaben der gematik außerdem möglicherweise die Kommunikation zwischen Konnektor und Primärsystem gestört sein. In diesem Fall hilft gemäß Feedback aus der „gemunity“ nur ein Neustart des Primärsystems.

NEUERLICHES DESASTER

Ähnlich wie die KZBV dringt auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung

(KBV) auf eine Lösung des ESD-Problems. Ein Neustart des Kartenterminals jedes Mal, wenn eine eGK der Generation 2.1 gesteckt wird, koste „extrem Zeit, legt den eng getakteten Praxisbetrieb lahm und gefährdet im schlimmsten Fall die Versorgung der Patienten“, erläutert KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel. Von den teils kreativen Lösungsvorschlägen hält er indes wenig: „Die MFA soll also den Patienten bitten, seine Karte an den Heizkörper zu halten, um die Karte zu erden. Das kann doch nicht ernst gemeint sein“, fasst er zusammen. Nach seinen Angaben sind 90 Prozent der Arztpraxen von der „Kombination aus Winterwetter, Wollpulli und eGK“ betroffen.

Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, mahnt unterdessen, dass es nicht die Ärzte sein dürften, „die das von ihnen nicht zu verantwortende Problem lösen sollen, etwa durch zusätzliche Arbeitsschritte.“ Die Ärzte müssten sich auf „Zulassungen und Bestätigungen der gematik“ verlassen können, verlangt er. „Dieses Grundvertrauen ist nun zum wiederholten Mal stark erschüttert worden.“ Das „neuerliche Desaster“ zeige, wie wichtig es sei, Komponenten vor der Einführung ausreichend zu testen, ergänzt KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister.

// Kirsten Behrendt



WEITERE INFORMATIONEN:

Eine Zusammenfassung der gematik zum derzeitigen Kenntnisstand inklusive Hinweisen zum Umgang mit dem Fehler findet sich im Fachportal der gematik unter <https://fachportal.gematik.de/ti-status#c4697>. Einen Link dazu gibt es auch auf der Homepage der KZV Schleswig-Holstein (<https://www.kzv-sh.de/fuer-die-praxis/telematik/news-ticker/>).

GEMEINSAME PRESSEMITTEILUNG



SOLIDARITÄT MIT DER UKRAINE - NEIN ZUM KRIEG!

KZBV UND KZVEN UNTERSTÜTZEN SPENDENAKTION DES HDZ

Berlin, 2. März 2022 – Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) erklären sich im Namen der gesamten Vertragszahnärzteschaft in Deutschland solidarisch mit allen Bürgerinnen und Bürgern der Ukraine. Dies gilt nicht zuletzt auch für Heil- und Pflegeberufe, die derzeit vor Ort häufig unter Einsatz des eigenen Lebens den Opfern des russischen Angriffskriegs helfen und Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglichen.

Zugleich bekennt sich der Berufsstand einmal mehr ausdrücklich zu Werten wie Freiheit, Demokratie, Rechtsstaatlichkeit und Menschlichkeit und verurteilt den Krieg in der Ukraine auf das Schärfste. Die schrecklichen Bilder aus dem Kriegsgebiet erschüttern uns und machen uns tief betroffen. Präsident Putin und die russische Staatsführung sind aufgerufen, den völkerrechtswidrigen Angriffskrieg sofort zu stoppen.

Die Kampfhandlungen verursachen unvorstellbar großes Leid und zer-

stören auf Jahre die Lebensgrundlage der Menschen in der Ukraine. Viele benötigen jetzt dringend Unterstützung und medizinische Versorgung, Hunderttausende sind bereits auf der Flucht in die Nachbarländer und auch nach Deutschland. Das ukrainische Gesundheitssystem gerät mit jedem Tag, den dieser Krieg andauert, an seine Belastungsgrenzen.

Um möglichst schnell und zielgerichtet Hilfsgüter aller Art und sichere Unterkünfte bereit zu stellen sowie humanitäre Hilfe zu leisten, hat das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) zu einer Spendenaktion aufgerufen. **KZBV und die KZVen unterstützen diesen Aufruf und bitten alle Zahnärztinnen, Zahnärzte und die Praxisteams darum, mit einer solchen Spende den Menschen in der Ukraine zu helfen.**

Auch der VDDS als Vertreter der Hersteller von Dentalsoftware in Deutschland schließt sich diesem Aufruf an – Slava Ukrainy! („Ehre der Ukraine“)

Gespendet werden kann an das **Hilfswerk Deutscher Zahnärzte Deutsche Apotheker- und ärztebank**
IBAN: DE28 3006 0601 0004 4440 00
BIC: DAAEDED3
Stichwort: Ukraine

Eine Spendenbescheinigung wird bei genauer Adressangabe ausgestellt. Für eine Steuerbegünstigung bis zu 300,- Euro kann als vereinfachter Zuwendungsnachweis nach § 50 Abs. 2 EStDV der Kontoauszug vorgelegt werden.

Neben dem HDZ kümmern sich auch zahlreiche weitere nationale und internationale Hilfsorganisationen um Nothilfe und medizinische Versorgung.

PRESSEKONTAKT:

Kai Fortelka
Pressesprecher
Leiter Abt. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
Tel.: 030 - 280 179 27
E-Mail: presse@kzbv.de

CORONARAT FORDERT VERBESSERUNGEN BEI GESUNDHEITSKOMMUNIKATION

Die Bundesregierung kommuniziere „relativ unverständlich“ über die Corona-Pandemie und diesbezügliche Schutzmaßnahmen: Das hatten Kommunikationswissenschaftler der Universität Hohenheim bereits in den ersten beiden Coronajahren festgestellt (s. Zahnärzteblatt 9/2021, S. 14 f.) Nun fordert auch der ExpertInnenrat der Bundesregierung zu COVID-19 Verbesserungen in der Risiko- und Gesundheitskommunikation.



„Ein Mangel an Übereinstimmung von verfügbaren Informationen, ihrer Bewertungen und den resultierenden Empfehlungen trägt zu Verunsicherung der Bevölkerung bei, bietet Angriffsfläche für Falsch- und Desinformation, untergräbt das Vertrauen in staatliches Handeln und gefährdet den Erfolg von wichtigen Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit“, stellt das Gremium in seiner Stellungnahme vom 30. Januar fest. Beispiele dafür nennen die Experten nicht – sie liegen jedoch auf der Hand: Chaos um den Genesenstatus, Diskussionen um die „richtige“ Teststrategie oder um die Bewertung der aktuellen Coronalage, in Ministerpräsidentenkonferenzen gemeinsam beschlossene Regelungen, die im eigenen Bundesland dann doch nicht umgesetzt werden – Transparenz in der Coronapolitik sieht tatsächlich anders aus.

Um das Individuum und die Gesellschaft „in ihrer Selbstwirksamkeit und risikokompetentem Verhalten“ zu unterstützen, sei eine reaktionsschnelle, evidenzbasierte, zielgruppen- und nutzerspezifische Risiko- und Gesundheitskommunikation unabdingbar, fordert der ExpertInnenrat. Wissenschaftliche Evidenz müsse einfach erklärt und in Handlungsempfehlungen übersetzt werden. All das klappt aus Sicht der Experten derzeit nur

bedingt: Behörden und Ministerien realisierten zwar „Teile davon“, eine Institution, die eine „koordinierte Risiko- und Gesundheitskommunikation“ umsetzen würde, fehle jedoch.

Aus Sicht des Rates muss sich eine „fachlich fundierte und evidenzbasierte Gesundheitskommunikation“ aus vier Bausteinen zusammensetzen, die eng ineinandergreifen:

- Generierung des besten verfügbaren Wissens
- Übersetzung der relevanten Daten, Statistiken und Kennzahlen in nutzerzentrierte und zielgruppenspezifische, verständliche, entscheidungs- und handlungsrelevante Informationsformate. Die Inhalte sollten an unterschiedliche Bildungsvoraussetzungen sowie an kulturelle, sprachliche und altersabhängige Unterschiede angepasst sein.
- Verbreitung der kommunikativen Inhalte über die „multiplen Kanäle“ einer modernen Informationsgesellschaft: Von zentraler Bedeutung sei es, die Verbreitungskanäle zielgruppenspezifisch zu wählen. Es müsse berücksichtigt werden, dass „manche Zielgruppen“ wie Kinder und Jugendliche, Menschen mit Migrationshintergrund oder bildungsferne Personen über die „klassischen oder modernen Medienrepertoires“ unterschiedlich gut erreichbar sind.

Daher sollten auch Multiplikatoren wie Ärzte, Sozialarbeiter, Lehrer und Pflegekräfte einbezogen werden.

- Evaluation der erzielten Effekte und – falls notwendig – Anpassung der Strategie

Der ExpertInnenrat schlägt vor, nach diesen Prinzipien schnell eine „nachhaltige“ Infrastruktur für Risiko- und Gesundheitskommunikation aufzubauen: „Dafür sollten die bestehenden Kompetenzen gebündelt und fehlende ergänzt werden“. Die „multidisziplinär ausgerichtete Infrastruktur“ solle fachlich unabhängig sein, raten die Experten zudem.

Regierungssprecher Steffen Hebestreit kündigte an, dass die Ampelkoalition die Vorschläge prüfen werde. Es sei jedoch „nicht ganz einfach, dass eine unabhängige Institution, die dennoch staatsnah sein soll, über alle evidenzbasierten Informationen verfügt“, gab er zu bedenken. In einer „pluralistischen Gesellschaft mit unterschiedlichen Meinungen sei es womöglich ein „frommer Wunsch, eine einheitliche Kommunikation hinzubekommen“: „Neben evidenzbasierter Kommunikation gibt es viele gefühlte Wahrheiten in dieser Pandemie. Auch dies müssen wir zur Kenntnis nehmen“, sagte er.

// Kirsten Behrendt

QUALITÄTSKRITERIEN FÜR WEITERE TESTUNGEN DEFINIERT

Nachdem das Bundesgesundheitsministerium (BMG) den ursprünglich für den 1. Januar 2022 geplanten Start des elektronischen Rezepts kurzfristig verschoben hatte, einigten sich die Gesellschafter der gematik Ende Januar einstimmig auf das weitere Vorgehen. Vor allem definierten sie Qualitätskriterien für die Testphase, die nun erst einmal weiterläuft.

So sollen nun zunächst mindestens 30.000 E-Rezepte erfolgreich abgerechnet werden. Bisher – Stand 10.03.22 – sind es 3.999. Anders als in der Vergangenheit gibt es dieses Mal keinen Zeitplan: An die Stelle einer Frist tritt nun vielmehr die Erfüllung der Qualitätskriterien.

Inzwischen können laut Angaben des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen alle 97 gesetzlichen Kassen elektronische Rezepte annehmen und abrechnen. Die Krankenkassen sicherten laut einer Pressemitteilung der gematik eine enge Zusammenarbeit mit den Apotheken zu, damit technische Fehler bei der Abrechnung nicht zu einer Retaxierung, also zu einer Verweigerung der Zuschläge bzw. der Erstattung von Arzneimitteln, die durch den Apotheker bereits abgegeben wurden, führen. Beschlossen wurde außerdem, dass alle Beteiligten regelmäßig aktuelle Daten zu „Lage, Ausstattungsgrad und Einsatzbereitschaft“ liefern. Die gematik wird die Testphase weiterhin „eng“ begleiten. Dabei werde „ein Schwerpunkt auf der Evaluierung der Nutzererlebnisse liegen“, teilt die Gesellschaft mit.

An die Testphase wird sich die flächendeckende Einführung anschließen. Die weitere Planung dafür wollen die Gesellschafter in Zusammenarbeit mit der gematik abstimmen.

Die Zahl der bisher verarbeiteten E-Rezepte kann inzwischen nahezu in Echtzeit verfolgt werden. Dazu dient das gematik-„Dashboard“, das täglich kurz nach Mitternacht aktualisiert wird. Neben den E-Rezept-Zahlen werden dort auch weitere relevante Daten zu Anwendungen der Telematikinfrastruktur aufgelistet. Dazu gehören die Zahlen der seit dem „Produktivstart“ an die Krankenkassen gesendeten elektronischen Arztbriefe (399.532) sowie der versendeten KIM-Nachrichten (5.099.280) und eAUs (3.715.882), außerdem Angaben zur Anzahl der aktiven elektronischen Patientenakten (407.452). Mit dem neuen TI-Dashboard werde ein kompakter Einblick in den Status der Digitalisierung des Gesundheitswesens im Kontext der Telematikinfrastruktur gegeben, erläutert die gematik. Grundlage sind die von allen Beteiligten gelieferten Daten.

LIVE-TI-LAGEBILD

Bereits seit Anfang Dezember 2021 stellt die gematik überdies ein „Live-TI-Lagebild“ zur Verfügung. Es zeigt im Fünf-Minutentakt den aktuellen Status der Erreichbarkeit für die wichtigsten TI-Komponenten. Für den Fall, dass nicht alle Dienste erreichbar sind, werde im Monitoring „mit einer Warnmeldung in roter Schrift“ darauf hingewiesen, beschreibt Oliver Klein, Leiter des Service Information Ma-

agements bei der gematik. Ein Klick auf eine der farbigen Statusanzeigen oder die entsprechenden Meldungen führe zu detaillierteren Informationen.

Die Aussagekraft des TI-Lagebilds ist allerdings begrenzt. So müssten einige TI-Dienste zur Verwaltung von Gesundheitsdaten, zum Beispiel die elektronische Patientenakte, das elektronische Rezept und der sogenannte Identity Provider (IDP), der die Teilnehmer identifiziert und den Zugriff auf das E-Rezept ermöglicht, simuliert werden, da der Zugriff auf personenbezogene Daten bzw. Gesundheitsdaten in der Telematikinfrastruktur reglementiert sei, teilt die gematik in den Erläuterungen zum TI-Status mit. Dadurch seien Aussagen zur Verfügbarkeit gegebenenfalls unvollständig: Ein Dienst könne trotz Erreichbarkeit im Monitoring eine eingeschränkte Funktionalität haben.

Überdies könne auch keine Aussage über die Erreichbarkeit der TI über die VPN-Zugangsdienste – beispielsweise die Konnektoren – getroffen werden. Die Nutzbarkeit bei den Zahnärzten, Ärzten, in den Apotheken oder anderen medizinischen Einrichtungen könne daher auch dann eingeschränkt sein, wenn alle Dienste im Monitoring erreichbar scheinen.

// Kirsten Behrendt



DASHBOARD UND TI-STATUS BEI DER GEMATIK

Das Dashboard kann unter <https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/ti-dashboard> eingesehen werden.

Der TI-Status findet im Fachportal der gematik unter <https://fachportal.gematik.de/ti-status>

TAGUNG DER ZE-, PAR- UND IMPLANTOLOGISCHEN GUTACHTER 2022

Nun schon zum zweiten Mal fand am 22. Januar 2022 die jährliche Tagung der ZE-, PAR- und implantologischen Gutachter der KZV Schleswig-Holstein als Videokonferenz statt. Zu ungewiss war die Pandemiesituation, als im Herbst die Planungen für die Veranstaltung festgezurrert werden mussten und Stornierungsfristen abliefen. Dass die Entscheidung richtig war, zeigten die Infektionszahlen, die am 22. Januar noch steil nach oben gingen. Also trafen sich die 89 Vertragsgutachterinnen und -gutachter wieder virtuell - jeweils vor dem eigenen heimischen PC-Bildschirm.

Röntgenaufnahmen spielen bei der gutachterlichen Beurteilung und Entscheidungsfindung eine große Rolle. Gemäß ZE-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die für Vertragszahnärzte wie -gutachter für die Planung und Eingliederung von Zahnersatz verbindlich ist, ergibt sich die Indikation einer prothetischen Versorgung in der Regel aus dem klinischen und dem röntgenologischen Befund. Der Ausschluss pathologischer Prozesse an Pfeilerzähnen und am Kiefer gehört zu den typischen (rechtfertigenden) Indikationen bei der Planung von Zahnersatz. Ebenso sind bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen gemäß PAR-Richtlinie aktuelle Röntgenaufnahmen erforderlich, um den Knochenabbau bewerten sowie Schweregrad und Progression der Erkrankung ermitteln zu können.

Da lag es nahe, das Thema Röntgen auf die Tagesordnung einer Gutachtertagung zu setzen und von kompetenter Stelle beleuchten zu lassen. Eingeladen hatte der für das Gutachterwesen zuständige erste stellvertretende Vorstandsvorsitzende Peter Oleownik dafür Prof. Dr. med. dent. Ralf Schulze, der seit September 2021 Abteilungsleiter der Röntgenabteilung (Oral Diagnostic Sciences) der Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern/Schweiz ist. In den Jahren zuvor leitete Schulze, der „von Hause aus“ Oralchirurg ist, die

zahnärztliche Röntgenabteilung der Universitätsmedizin Mainz. Schulze ist zudem durch seine langjährige Expertentätigkeit in den zahnärztlichen Röntgenausschüssen des Deutschen Institutes für Normung (DIN) bekannt. Von 2011 bis 2020 war er Herausgeber der wissenschaftlichen Fachzeitschrift „DentoMaxilloFacial Radiology“. Überdies war er Koordinator und Erstautor der S1-Leitlinie „Digitale Volumetomographie“ sowie der S2k-Leitlinie „Dentale digitale Volumetomographie“. Außerdem ist Schulze Autor des Open-Access-Lehrbuchs „Zahnärztliches Röntgen: Grundlagen, Technik, Anwendung – Hintergrundinformationen“, das von jedem Interessierten kostenfrei im Internet heruntergeladen werden kann (<https://openscience.ub.uni-mainz.de/handle/20.500.12030/188>).

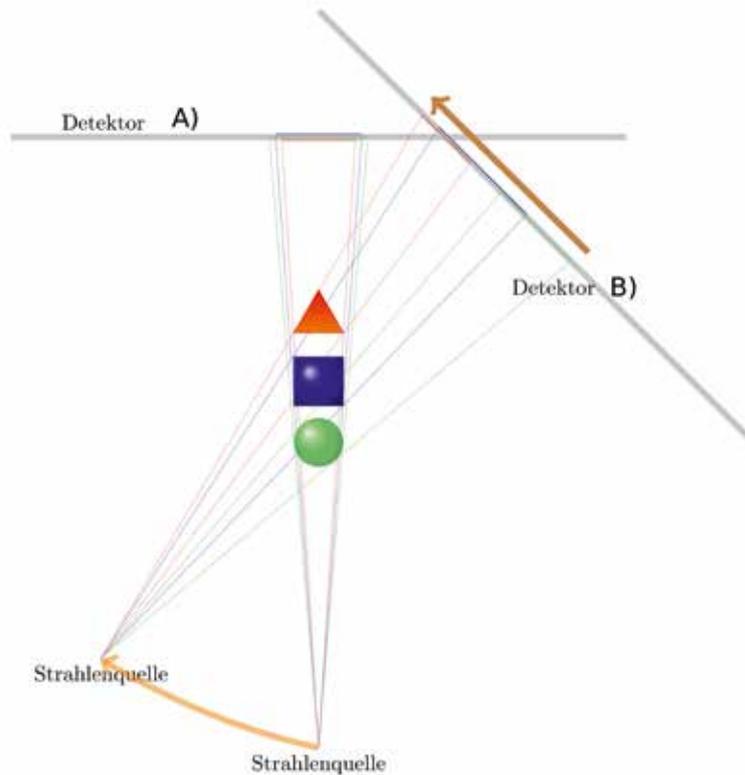
In seinem Vortrag ging Schulze zunächst der Frage nach, was Röntgen als bildgebendes Verfahren überhaupt leisten kann. Eine grundsätzliche Limitation ergebe sich bei zweidimensionalen Projektionsröntgenaufnahmen schon daraus, dass ein dreidimensionales Objekt auf einer lediglich zweidimensionalen Ebene abgebildet werde. „Eine 2D-Aufnahme ist immer ein Summationsbild, das heißt unendlich viele Objektpunkte werden auf nur einem Bildpunkt (Pixel) abgebildet“, so Schulze. An Beispielaufnahmen zeigte er auf, wie es zu Täuschungen kommen kann, wenn die dritte Ebene nicht zur Verfügung steht.

Im zweiten Teil ging Schulze mit den Gutachtern den strukturierten Röntgenbefund durch. Auch wenn der Röntgenbefund in erster Linie auf die Beantwortung einer konkreten Fragestellung fokussiert sei, so dürften wesentliche Pathologien und Auffälligkeiten außerhalb dieser Fragestellung nicht übersehen werden und unbesprochen bleiben!

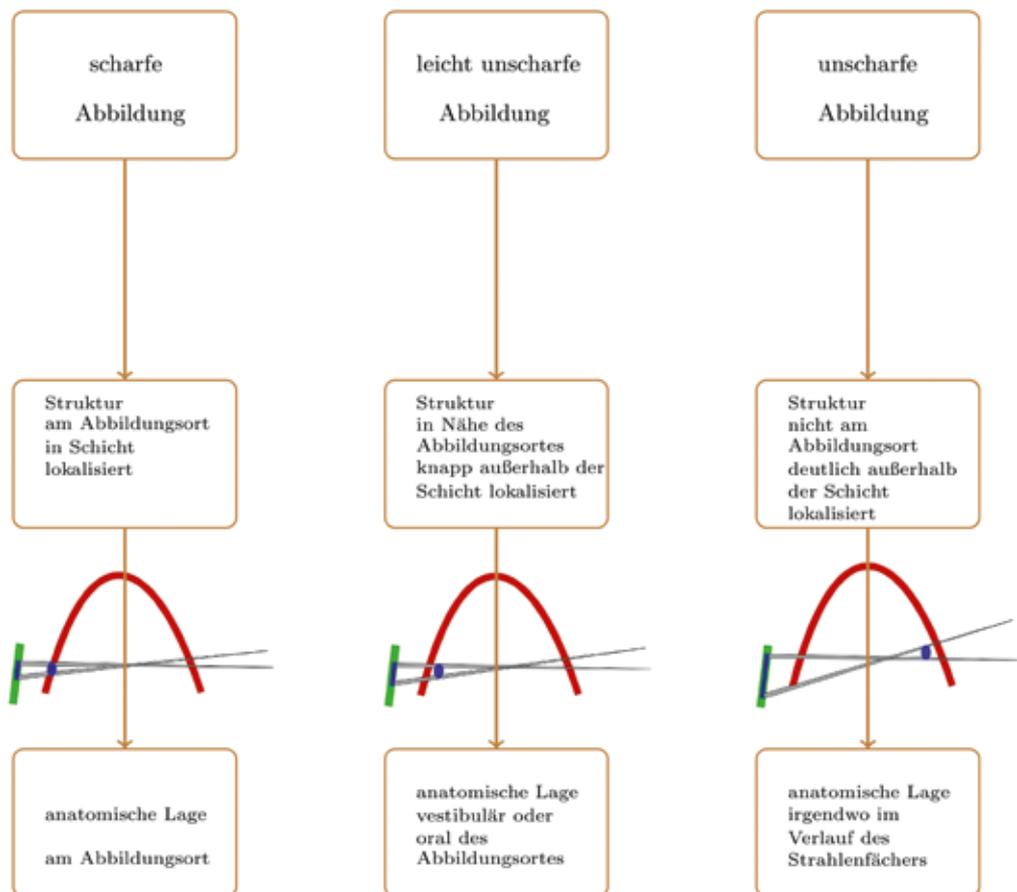
In Teil 3 bearbeitete der Referent die spezifischen Besonderheiten von Intraoral-, Panoramaschicht- und Fernröntgenaufnahmen. Die intraorale Tubusaufnahme habe bekanntermaßen die höchste Ortsauflösung von mehr als 10 Linienpaaren pro Millimeter, was kleinste Details erkennbar werden lasse. Kritisch zu sehen seien die völlig unbekannte Projektionsgeometrie, die ohne Referenzobjekt keine Vermessung möglich mache, sowie nicht selten auftretende Verzerrungen, vor allem im Oberkiefer durch die Biegung von Film bzw. Speicherfolie oder Winkel des Röntgentubus‘.

Bei orthoradialer Projektion sei zu beachten, dass man zwei transversal hintereinander liegende Wurzeln nicht einzeln beurteilen könne – hier seien exzentrische Aufnahmetechniken unerlässlich, etwa bei der Beurteilung von Wurzelfüllungen an mehrwurzeligen Zähnen. (Abbildung: Parallaxische Verschiebung)

An zahlreichen Beispielbildern zeigte Schulze die wesentliche Abbildungscharakteristika der Panoramaschichtaufnahme, die sich fundamental von denen einer normalen Projektionsröntgenaufnahme unterscheiden. „Horizontale und vertikale Vergrößerung unterscheiden sich je nach Lage des abgebildeten Objektes sehr deutlich voneinander, so dass vor allem Strukturen, die sich außer-



Zur Darstellung aller drei hintereinander liegenden Objekte ist eine exzentrische Aufnahme erforderlich



Flussdiagramm zur Ausnutzung der Abbildungsschärfe bei Panoramaschichtaufnahmen

Quelle: Schulze R: „Lehrbuch Zahnärztliches Röntgen: Grundlagen, Technik, Anwendung – Hintergrundinformationen“, Verlag Johannes Gutenberg-Universität Mainz (OpenAccess), ISBN-13: 9783000634468, 2019.

Gegenstand der Begutachtung durch einen Vertragsgutachter ist.

Im letzten Block beantwortete Oleownik einige Fragen der Gutachter. Nach Inkrafttreten der neuen PAR-Richtlinie zum 1. Juli 2021 waren von den PAR-Gutachtern beispielsweise Behandlungspläne zu begutachten, bei denen zwar Sondierungstiefen von vier oder fünf Millimetern zugrunde lagen, die klinische Untersuchung des Patienten jedoch lediglich eine belagbedingte Gingivitis mit Pseudotaschen ergab. Hier verwies Oleownik auf § 4 der neuen PAR-Richtlinie, wonach die systematische Behandlung einer Parodontitis angezeigt ist, wenn eine der drei genannten Diagnosen (Par-

odontitis, Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen oder andere das Parodont betreffende Zustände: Generalisierte gingivale Vergrößerungen) gestellt wird **und** dabei eine Sondierungstiefe von vier Millimetern oder mehr vorliegt. „Kann der Gutachter die vom Zahnarzt gestellte Diagnose nicht bestätigen, kann die geplante PAR-Behandlung nicht befürwortet werden“, so das Fazit.

Zum Schluss dankte Oleownik den Gutachterinnen und Gutachtern für ihre verantwortungsvolle und nicht immer leichte Tätigkeit. Die diesjährige Gutachtertagung war die letzte in der laufenden Legislatur- und damit auch Gutachterperiode der KZV

Schleswig-Holstein. Im kommenden Sommer werden alle Kreisvereine angeschrieben, dass 2023 die Neuberufung der Gutachter stattfindet. Bis Dezember sollten die Neu- oder Wiedervorschläge bei der KZV eingegangen sein. (Siehe auch Kasten: Gutachterwesen!) Die Neuberufung ist dann Aufgabe des neuen Vorstandsvoraussichtlich im Frühsommer 2023. Bis dahin bleiben alle berufenen Gutachter im Amt!

// Peter Oleownik

GUTACHTERWESEN

Die Bestellung der Vertragsgutachter ist bundesmantelvertraglich festgelegt. Demnach können sowohl die KZVen als auch die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen Vertragszahnärzte als Gutachter für die Durchführung von vertraglich vereinbarten Gutachten vorschlagen. Die Bestellung der Gutachter und ZE-Obergutachter erfolgt einvernehmlich zwischen KZV und Kassen jeweils für vier Jahre und ist in Schleswig-Holstein an die Legislaturperiode der KZV-Vertreterversammlung gekoppelt. Die Obergutachter für kieferorthopädische und parodontologische Behandlungsfälle sowie Gutachter und Obergutachter für implantologische Leistungen bestellt die KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband.

Die Gutachter sollen über eine zum Bestellungszeitpunkt mindestens seit vier Jahren ununterbrochen bestehende vertragszahnärztliche Zulassung verfügen. Sie sollen in dem Leistungsbereich, für den sie bestellt werden, über eine ausreichende Erfahrung verfügen und eine angemessene Anzahl an Behandlungsfällen vorweisen können. Gutachter und Obergutachter für Kieferorthopädie sollen die Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen. Die Gutachter sind verpflichtet, an den Gutachter- bzw. Obergutachtertugungen der sie bestellenden KZV/KZBV teilzunehmen und gegenüber dieser jährlich die Teilnahme an fachbezogenen Fortbildungsmaßnahmen in dem jeweiligen Leistungsbereich nachzuweisen. Im ersten Jahr der Tä-

tigkeit als Gutachter werden die erstellten Gutachten der KZV bzw. dem von ihr bestellten Fachberater zur Beratung hinsichtlich einer kontinuierlichen Qualitätssicherung vorgelegt.

Durch das Obergutachterverfahren steht eine weitere Instanz zur Qualitätssicherung zur Verfügung. Erteilt eine Krankenkasse einen Begutachtungsauftrag an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, ist zum selben Behandlungsfall, auch im Fall des Widerspruchs, ein späterer Begutachtungsauftrag an einen Vertragsgutachter oder -Obergutachter ausgeschlossen.



JUBILÄUM IM DOPPELPAK

Im Januar 2022 feierten Angelika Gottwald und Astrid Groth ihr 40jähriges Dienstjubiläum bei der KZV Schleswig-Holstein. Ehren- und hauptamtliche Vorstände, mehrere Abteilungsleiter, Umstrukturierungen, Gesetzesänderungen, technische Neuerungen wie die Einführung - und die Quasi-Abschaffung - der Diskettenabrechnung oder die Online-Einreichung: Ihr persönlicher Rückblick auf 40 Jahre Tätigkeit bei der KZV ist gespickt mit Anekdoten, wirft aber auch Schlaglichter auf die großen Veränderungen, die die KZV Schleswig-Holstein in dieser Zeit durchlaufen hat.

Beworben hatten Gottwald und Groth sich im Herbst 1981 noch in der Kieker Wrangelstraße, wo sich damals der Sitz der KZV-Verwaltung befand. Die Mitarbeiter der KZV Schleswig-Holstein waren noch nicht unter einem Dach vereint, sondern arbeiteten verteilt auf mehrere Orte. Ein Zahnärztheaus, in dem alle Abteilungen gemeinsam Platz finden sollten, befand sich im Bau. Der Umzug in das neue Gebäude am Westring 498 erfolgte im Dezember 1981, so dass Groth und Gottwald am 2. Januar 1982 auch gleich hier ihre neuen Arbeitsstellen antraten. „Innen war das Haus fertig, außen war es noch Baustelle“, erinnern sich die beiden an ihre erste Zeit bei der KZV.

Eingestellt wurden Gottwald und Groth als Datentypistinnen. Damit gehörten sie zu denjenigen, die bereits am PC arbeiteten - im Jahr 1982 noch nicht überall eine Selbstverständlichkeit. „Als ausgebildete Bürokauffrau hatte ich schon PC-Erfahrung“, berichtet Groth. „Röhrenbildschirme waren damals der Standard, und als Datenträger benutzte man Lochkarten!“

Groth und Gottwald gehörten zur Abteilung „Datenerfassung“, die zum damaligen Zeitpunkt rund 20 Personen umfasste, inzwischen jedoch schon längst in der Abrechnungsabteilung aufgegangen ist. Grund für ihre Einstellung war vor allem, dass das Erfassungsvolumen im Bereich Zahnersatz deutlich gestiegen war. „Die Einträge

auf den einzelnen Heil- und Kostenplänen mussten nun genauer erfasst werden - bis dahin war es immer nur um die Endsummen gegangen“, erläutern Groth und Gottwald. Das Honorar für Zahnersatz wurde auch nach dem Kostendämpfungsgesetz aus dem Jahr 1982 nach wie vor zu 100 Prozent über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet. Benutzt wurden Krankenscheine, auf deren Rückseite der Zahnarzt seine Behandlungen dokumentierte - die Krankenversicherungskarte wurde erst 1995 eingeführt.

„Es gab Berge an Papier“, beschreibt Groth die damalige Situation. „Das alles hätte nicht in die Schränke eines einzigen Raumes gepasst, sondern musste auf mehrere Räume verteilt werden.“ Das Ausmaß lässt sich allein schon an der Anzahl der gesetzlichen Krankenkassen ablesen: 1.319 waren es im früheren Bundesgebiet im Jahr 1980, 1985 immerhin noch 1.215 (zum Vergleich: aktuell gibt es in Deutschland noch 97 gesetzliche Krankenkassen). Die Zahnärzte mussten ihre Krankenscheine nach Krankenkassen sortiert bei der KZV einreichen. Die vorgeschriebene Reihenfolge ist Groth und Gottwald noch heute geläufig: „Fremdkassen, VdAK-Kassen (heute vdek), Primärkassen.“ Gearbeitet wurde in Zweier-Teams: „Eine hat eingegeben, die andere hat geprüft“, so Gottwald.



Die erfassten Abrechnungsdaten wurden auf einem „riesengroßen“ Computer bei der KZV gespeichert, dann jedoch auf Datenträger in Form von Bändern überspielt und mit einem Taxi zur Weiterverarbeitung nach Hamburg gebracht - stets begleitet von einem Mitarbeiter der KZV Schleswig-Holstein, erklären die beiden. Dieses aus heutiger Sicht äußerst umständliche Verfahren wurde mit der Einführung des Bremer Modells (heute: Bremer System) 1992 beendet: Seitdem werden die im Haus erfassten Daten auch hier verarbeitet.

Einen großen Einschnitt gab es für Groth 1993: Während Gottwald in der Datenerfassungs-Abteilung blieb, wechselte sie mit der Einführung der Diskettenabrechnung - zunächst für den konservierend-chirurgischen Bereich - in die dafür geschaffene Abteilung. Dazu musste sie sich sowohl mit einer neuen Technik als auch mit einem neuen Abrechnungsbereich auseinandersetzen. „Die Abrechnung per Diskette ist ganz langsam zunächst mit einigen Probepaxen angelaufen“, erinnert sie sich. Eine Arbeitserleichterung war die Diskettenabrechnung zu Anfang nicht, denn parallel mussten immer noch die zugehörigen Krankenscheine erfasst werden: „Die Diskette war ein Experiment, der Schein die Abrechnungsgrundlage“, veranschaulicht sie.

Neue gesetzliche Vorgaben und vertragliche Regelungen hatten stets auch Auswirkungen auf die Arbeit in der Datenerfassung. Da die zahnärztlichen Leistungen für die Abrechnung immer detaillierter aufgeschlüsselt werden mussten, gab es bei der Erfassung „immer mehr Arbeit pro Schein“, schildert Gottwald. Als Beispiel führt sie den Bereich Kieferorthopädie an: Musste zunächst nur ein Formular pro Fall erfasst werden, waren es später vier: „Eine richtig große Erfassung“, sagt sie rückblickend.

Einen Umbruch für die Datenerfassung bedeutete nicht nur die Öffnung



der Diskettenabrechnung für weitere Abrechnungsbereiche. Für Unruhe in der Abteilung sorgte 1998 auch die Einführung der Direktabrechnung zwischen Zahnarzt und Patient für Zahnersatz und Kieferorthopädie. Bereits im Folgejahr machte eine neue Regierungskoalition diese Regelung dann allerdings wieder rückgängig.

Vor allem die Einführung der Online-Abrechnung ab 2007 hatte dann aber doch zur Folge, dass die Notwendigkeit, Abrechnungsdaten in der KZV zu erfassen, immer weiter abnahm. Im Jahr 2019 arbeiteten in diesem Bereich nach Schätzung von Groth noch fünf Personen; aktuell sind nur noch sie und Gottwald hier tätig. Sie betreuen heute in erster Linie Praxen, deren Inhaber vor ihrem Ruhestand nicht mehr auf die Online-Abrechnung umstellen möchten.

In der Anfangszeit ging es bei der KZV Schleswig-Holstein noch „familiärer“ zu als heute, blicken Gottwald und Groth zurück. In guter Erinnerung haben sie beispielsweise Feiern nach Feierabend und Ausflüge zum Eisladen in der Mittagspause, wo „20 Eisbecher geordert wurden - durchnummeriert, damit wir die Bestellungen zuordnen konnten“. „Es war eine

andere Zeit damals, es gab andere Vorgaben und andere Anforderungen. Die Abteilungen waren kleiner und stärker untergliedert.“ Schon immer habe es jedoch „stressigere und ruhigere“ Phasen gegeben. Ihre Arbeit haben die beiden „teilweise als Herausforderung“, immer aber als interessant empfunden. „Wir haben uns innerhalb des Hauses weiterentwickelt und neue Aufgaben übernommen“, resümieren sie. Oft seien da Flexibilität und Eigeninitiative gefragt gewesen. Der KZV Schleswig-Holstein als Arbeitgeber stellen sie nach 40 Jahren ein gutes Zeugnis aus: „Unsere Erfahrung mit der KZV ist, dass sich für alles eine Lösung finden lässt“, heben sie hervor.

Zu ihrem Jubiläum erhielten Gottwald und Groth - neben zahlreichen Glückwünschen vom Vorstand, der Geschäftsführung und Kollegen - einen Tag Sonderurlaub und eine Gratifikation. Beides nutzten sie, um gemeinsam ein Wellness-Wochenende auf dem Darß zu verbringen. „Zum 40jährigen Dienstjubiläum wollten wir uns etwas Besonderes gönnen“, waren sie sich einig.

// Kirsten Behrendt

„MODERNE ENDODONTIE“ ONLINE

Die Vorbereitungen für den 29. Schleswig-Holsteinischen Zahnärztetag am 18. und 19. März sind in den letzten Zügen. Während Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der IT-Abteilung der KZV den Hörsaal und einen Besprechungsraum im Kieler Westring 498 in professionelle „Zoom-Studios“ verwandeln, bereiten sich die Mitglieder des Fortbildungsausschusses auf die Moderation vor der Kamera vor.

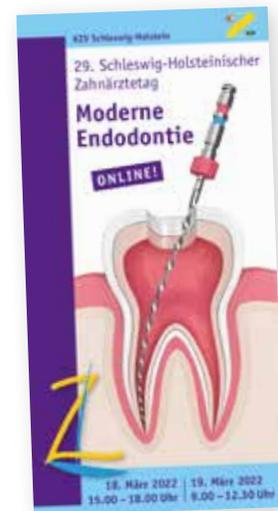
In diesem Zahnärzteblatt beschließen wir die Kurzvorstellung der Referentinnen und Referenten des diesjährigen Zahnärztetages und ihrer Themen. Den Auftakt macht Dr. Heike Steffen, die in zwei Vorträgen das Management von Problemen bei der Endo und von endodontischen Notfällen bearbeitet.

WARUM WIR "JA" SAGEN, OBWOHL WIR "NEIN" MEINEN, UND WIE WIR DEN MUT ZUM "NEIN" FINDEN.

MA "Nein" sagen fällt uns häufig schwer. Daher sagen wir viel zu oft "Ja", obwohl wir eigentlich lieber "Nein" gesagt hätten. Woran das liegt und wie es uns zukünftig gelingt, auch wirklich "Nein" zu sagen, wenn wir "Nein" meinen, verrät Ihnen die Referentin in ihrem Impulsvortrag.

Leider erreichte uns kürzlich die krankheitsbedingte Absage von Frau Stefanie Wagner, der wir an dieser Stelle gute Besserung wünschen. Glücklicherweise hat der Fortbildungsausschuss kurzfristig zwei kompetente Ersatzreferenten gewinnen können. Dr. Susanne Woitzik ist u.a. Expertin für betriebswirtschaftliche Praxisführung und Trainerin für „Achtsame Kommunikation“ und dem einen oder anderen noch vom Zahnärztetag 2016 in bester Erinnerung. Sie eröffnet das Mitarbeiterinnenprogramm am Freitag mit einem Plädoyer für das „Nein-Sagen“.

Und auch Jens-Christian Katzschner ist auf dem Zahnärztetag ein „alter Bekannter“. Er ist Ergonomie-Experte und begeisterte zuletzt 2017 mit



seiner Live-Demonstration einer effizienten 4-Hand- und Alleinbehandlung - direkt am Behandlungsstuhl auf der Bühne. Am Samstagmittag wird er live aus seiner Praxis übertragen. Seien Sie gespannt!

Dr. Susanne Woitzik

Studium der Wirtschaftswissenschaften in Hagen und im Folgenden dort wissenschaftliche Mitarbeiterin in Forschung und Lehre am Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Bank- und Finanzwirtschaft; Promotion zum Dr. rer. pol.; Von 2004 bis 2006 leitende Mitarbeiterin des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V., zuständig für den Bereich „Praxismanagement im FVDZ“; Seit 2006 leitende Mitarbeiterin der ZA - Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG; Seit Januar 2007 Chefredakteurin des Newsletters „ZA - Praxismanagement aktuell“; Seit Januar 2009 Mitglied der Geschäftsleitung der ZA - Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG; Gastrednerin und Repräsentantin auf zahnärztlichen Veranstaltungen; Expertin für Betriebswirtschaftliche Praxisführung; Zahlreiche Referate und Seminare/Workshops zu Themen rund um das Management von Zahnarztpraxen und für Zahnärzte betriebswirtschaftlich relevante Fragestellungen (u. a. für viele zahnärztliche Verbände, die health care akademie von apoBank und AWP/DGZMK, einige KZVen und ZÄKs); Regelmäßige Veröffentlichungen in der „Chance Praxis“, „Der Freie Zahnarzt“ und weiteren Fachmagazinen; Autorisierte Prozessberaterin im Rahmen des Programms unternehmensWert:Mensch (uWM); Autorisierte Beraterin/Dozentin Offensive Mittelstand; Trainerin für Achtsame Kommunikation



UND JETZT ENTSPANNT ZURÜCKLEHNEN

MA Erleben Sie live aus der Praxis die Umsetzung ergonomischer Grundprinzipien bei der Wurzelbehandlung! Belastungsarm, präzise und effizient

- Was ist gute Körperhaltung und wie behält man diese während der Behandlung unterschiedlicher Zähne bei?
- Wie lagert man den Patienten für eine gute Sicht?
- Wie bestimmt man den individuellen Arbeitsabstand?
- Der Einfluss von Ausrüstung und Einrichtung auf die Behandlung
- Auswahl und Einfluss von vergrößernden Sehhilfen
- Interaktion von Patientenlagerung, Teamposition, Ausrüstung und perfekter Halte- und Absaugtechnik
- Effiziente Instrumentenwechsel - Das richtige Instrument zur richtigen Zeit
- Ideale Ausleuchtung des Arbeitsfeldes
- Direkte und indirekte Sicht, richtige Spiegelhandhabung
- Prinzipien der 4-Hand Technik
- Gute Materialorganisation spart Zeit und Energie

SCHON WIEDER EIN SCHMERZPATIENT! DER ENDODONTISCHE NOTFALL IM PRAXISALLTAG

MA Schmerzpatienten können einem das termingerechte Behandeln in der täglichen Praxis schon schwer machen: Sie kommen unangemeldet, leiden wirklich und wünschen eine sofortige Schmerzfreiheit. Dabei sind die Probleme oftmals vorhersehbar und die Schmerzen schon eine gewisse Zeit vorhanden. Es werden Tipps gegeben, wie man echte Notfälle erkennt, um zu kanalisieren, welcher höchste Priorität hat. Muss der Patient in den aktuellen Tagesablauf der Praxis eingetaktet werden, sollte nach gründlicher, möglichst standardisierter Diagnostik eine schnelle und effiziente Therapie eingeleitet werden, um zu einem späteren Zeitpunkt die eigentliche Behandlung geplant fortzusetzen.

REVISION ENDODONTISCHER BEHANDLUNGEN UND TROUBLESHOOTING

ZA Die Hauptursache für den Misserfolg einer primären endodontischen Behandlung ist die bakterielle Infektion im Wurzelkanalsystem. Kann diese beseitigt werden, ist bei richtiger Indikationsstellung die Prognose der Revision günstig. Der Weg dahin kann jedoch mit vielen Problemen verbunden sein, beginnend bei der Diagnostik bis hin zum Entfernen von z. B. Verblockungen, Fragmenten oder Stiften. Anhand von klinischen Beispielen werden Tipps für das effiziente Management dieser Probleme gegeben.



**Jens-Christian
Katzschner**

Studium der Zahnmedizin, Assistenzzahnarzt in Hamburg, Seit 1992 niedergelassen in kassenzahnärztlicher Praxis in Hamburg, Schwerpunkte: mikroskopunterstützte Behandlung, CMD, umfangreiche Weiterbildung in den Bereichen Funktionsdiagnostik und -therapie und Zahnärztliche Ergonomie (gesunde und effiziente Arbeitsweise); Seit 1995 Tätigkeit als Referent und Praxiscoach im In- und Ausland, Mitbegründer des Ergonomieforums www.zahnarzt-ergonomieforum.de



**Dr. Heike
Steffen**

Studium der Zahnheilkunde in Greifswald, seit 2000 OÄ in der Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie, Endodontologie und Präventive Zahnheilkunde der Universitätsmedizin Greifswald. 2005 Spezialistin für Endontologie der DGZ/DGET. 2004 - 2006 International Programm am Endodontic Department der Universität Philadelphia, PA, USA. Seit 2005 spezialisierte Endodontie-Überweiserpraxis in Karlsburg. 2012 Zertifiziertes Mitglied der Europäischen Gesellschaft für Endodontie (ESE). Hauptarbeitsgebiete: Endodontologie und endodontische Mikrochirurgie, Goldhämmerfüllung.



NACHHALTIGE ZAHNHEILKUNDE - ÖKOTIPPS FÜR JEDEN ARBEITSTAG

ÖKOTIPP 3: PLASTIK REDUZIEREN

Die zunehmende Nutzung und der damit steigende Verbrauch von Kunststoffen führt zu größeren Mengen an Plastikabfällen, die in die Umwelt gelangen können. Da der Abbau von Plastik sehr langsam – über mehrere Jahrzehnte – vonstattengeht, verweilen diese Abfallstoffe sehr lange in Wasser, Boden und Luft. Insbesondere in den Meeren und an den Küsten können dadurch Ökosysteme und Lebewesen geschädigt werden. Beim Abbau von Kunststoffen können toxische Zusatzstoffe freigesetzt werden und den schädigenden Effekt für die Umwelt verstärken.

Werden die Abbauprodukte des Plastiks (Mikroplastik) von Tieren, zum Beispiel Meerestieren, aufgenommen, kann dies für diese lebensbedrohlich sein.* Zudem kann Plastik auch in die Nahrungskette gelangen und den Menschen direkt belasten.

In der Zahnarztpraxis fallen aufgrund der Hygieneforderungen bei den zahnmedizinischen Behandlungen von Patienten täglich große Mengen von Plastikmaterialien an, die später als Müll entsorgt werden müssen: Plastik-Mundspülbecher, Einweg-Untersuchungshandschuhe, Einweg-Instrumente, Einweg-Saugkanülen, Folienverpackungen für Sterilgut und vieles mehr.

Auf den ersten Blick scheint es wenig Möglichkeiten zu geben, die größtenteils eingesetzten Einmalartikel aus Plastik zu ersetzen, um das Aufkommen von Plastik zu reduzieren und damit die Umwelt zu schützen.

* **Umweltbundesamt:** Bei einem Pilotmonitoring von Plastikpartikeln in den Magen- und Darmtrakten von 258 im Freiwasser und 132 am Meeresboden lebenden Fischen in Nord- und Ostsee wurden in 69 Prozent der untersuchten Fischproben Mikroplastik nachgewiesen (untersuchte Arten waren Heringe, Sprotten, Fludern, Klieschen und Schollen).

Die Zahnärztekammer gibt Hinweise, welchen Beitrag die Zahnarztpraxis leisten kann:

MEHRWEG STATT EINWEG

• Instrumente

Gerade in der Zeit der Coronapandemie sind nach Beobachtung der Bundeszahnärztekammer viele Zahnarztpraxen auf die Verwendung von Einmal-Instrumenten übergegangen. Um Verpackungsmüll und damit Plastik einzusparen, sollte – wo immer es möglich ist – auf den Einsatz von Einmal-Instrumenten verzichtet werden. Medizinprodukten, die aufbereitet werden können, ist der Vorzug zu geben.



• Verpackungssysteme

Weiterer Plastikmüll lässt sich vermeiden, wenn für Sterilgut anstelle von Einmal-Folienverpackungen Sterilgutlager-Container eingesetzt werden. Dies empfiehlt sich vor allem für OP- und PA-Sets. Wenn sich Einmal-Folienverpackungen nicht vermeiden lassen, können diese nach der Benutzung in Plastik und Papier getrennt und über die gelbe Tonne beziehungsweise den gelben Sack dem Recycling zugeführt werden.

• Spritzen

Bei der Lokalanästhesie sind die in der Zahnmedizin gängigen Carpulensysteme anstelle von Ein-



malspritzen ein wichtiger Bestandteil zur Vermeidung von Plastikabfällen.

MUNDSPÜLBECHER

Mundspülbecher lassen sich einsparen, indem sie nur bei Bedarf eingesetzt werden. Bei Zahnvorsorge- oder Kontrolluntersuchungen ist beispielsweise die Bereitstellung von Mundspülwasser für den Patienten grundsätzlich nicht erforderlich.

Als Alternative zu den herkömmlichen Plastikbechern werden aus Gründen des Umweltschutzes, Mundspülbecher aus Glas, Edelstahl oder Porzellan empfohlen. Hierbei muss jedoch in der Ökobilanz berücksichtigt werden, dass die Mundspülbecher als Medizinprodukte in die Risikogruppe „semikritisch A“ einzustufen sind und nach der Benutzung eine Reinigung und Desinfektion – maschinell oder manuell – erforderlich ist. Bei der maschinellen Aufbereitung würden neben dem höheren Wasser- und Energieverbrauch die höheren Betriebsstunden des Aufbereitungsgerätes und das daraus resultierende zeitlich kürzere Intervall für die Wartung und die erneute Leistungsbeurteilung (Revalidierung) zu Buche schlagen. Bei der manuellen Aufbereitung wären Desinfektionsmittel, Wasser sowie die Arbeitszeit für die Aufbereitung einzukalkulieren.

Pappbecher aus nachhaltiger Waldbewirtschaftung, PEFC-zertifiziert (Programme for Endorsement of Forest Certification), mit wasserbasierten Beschichtungen (z. B. Monoart Natura) stellen eine andere Möglichkeit dar, Plastikbecher zu vermeiden. Die Anbieter dieser Becher werben damit, dass diese kompostierbar seien beziehungsweise als Altpapier recycelt werden könnten. Das klingt zunächst positiv. Beide Entsorgungswege kommen für den zahnmedizinischen Bereich jedoch nicht in Betracht. Nach den rechtlichen Vorgaben müssen Mundspülbecher, die



aus der Behandlung von Patienten stammen – unabhängig davon, ob sie aus Pappe oder Plastik bestehen – über den Restmüll entsorgt werden. Dort werden sie ausnahmslos der Müllverbrennung zugeführt oder im Müllheizkraftwerk zur Energieerzeugung genutzt.

VERPACKUNGEN

Verpackungen machen derzeit den aktuell größten Einsatzbereich für Kunststoffe aus. Hier lässt sich durch eine vorausschauende Lagerhaltung der Verbrauchsmaterialien und eine bedarfsgerechte Bestellung in Form von Großgebinden Plastikmüll reduzieren. Als Nebeneffekt können zusätzlich die Bestellhäufigkeit vermindert und damit Versandkosten eingespart werden.

Die Lieferanten, zum Beispiel die Dentaldepots, können durch Nachfragen ermutigt werden, nachhaltiger zu werden und umweltfreundlichere Verpackungen zu verwenden.

FAZIT

Für eine nachhaltige Zahnheilkunde sollte eine konsequente Mülltrennung vorgenommen und möglichst auf Plastikartikel verzichtet werden. Dazu ist es empfehlenswert, die Mengen des in der Praxis verwendeten Plastiks zu

prüfen und das Einsparpotenzial auszuloten.

Wenn dieses Vorhaben beispielsweise im Rahmen eines Qualitätsmanagement-Projekts unter Einbeziehung des gesamten Teams erfolgt, kann dies die Umsetzung in der Praxis fördern und verstärken. Gemäß dem Motto „Tue Gutes und rede darüber“ kann es zudem motivierend wirken, wenn auch die Patientinnen und Patienten über das Projekt und die Erfolge informiert werden.

Zum Thema „Weniger Plastik im Alltag“ haben das Bundesministerium für Umwelt und Verbraucherschutz sowie namhafte Umweltorganisationen wie BUND (www.bund.net – Plastikfasten-Tipps – Best of), WWF (www.wwf.de – Plastik vermeiden), Greenpeace (www.greenpeace.de – 10 Tipps für weniger Plastik) Hinweise und Tipps veröffentlicht.

Die Artikelserie „Nachhaltige Zahnheilkunde – Ökotipps für jeden Arbeitstag“ wird alsbald fortgesetzt.

// Dipl.-Biol. Rosemarie Griebel

BEI FRAGEN:

Dipl.-Biol. Rosemarie Griebel
Qualitätsmanagement
Tel. 0431 260926-92



DIE BEHANDLUNG VON PARODONTITIS STADIUM I - III

Die erste Therapiestufe beinhaltet die Kontrolle des supragingivalen Biofilms und das Feststellen aller parodontologisch relevanten Risikofaktoren. Sie sollte unabhängig vom Erkrankungsstadium bei allen parodontal erkrankten Patienten erfolgen und innerhalb der Therapiestrecke evaluiert werden.

PARODONTALER SCREENING INDEX (PSI)

Mit einem Screeningtest (Parodontaler Screening-Index - PSI) kann die Notwendigkeit einer behandlungsbedürftigen Parodontitis festgestellt werden. Er ist keine Voraussetzung für die nachfolgende systematische Parodontaltherapie.

Der PSI ist mit der GOZ-Nr. 4005 beschrieben und umfasst die „Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z. B. des Parodontalen Screening-Index PSI)“.

In der Abrechnungsbestimmung zur GOZ-Nr. 4005 wird festgelegt, dass diese Leistung innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig ist. Relevant ist dabei nicht das jeweilige Kalenderjahr. Die Leistung ist erneut an dem Tag zweimal jährlich berechenbar, der zahlenmäßig mit dem Tag des Vorjahres identisch ist, an dem die Leistung erstmalig erbracht wurde (§ 188 BGB). Weitere Indexstellungen sind innerhalb des Jahreszeitraums möglich und können nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden (Kommentar der BZÄK, Stand 01/2021). Besondere Umstände, die zu einer Anhebung des Steigerungsfaktors nach § 5 Abs. 2 GOZ führen können, sind die Erhebung mehrerer Indizes oder die Erhebung besonders aufwendiger Indizes, wie beispielsweise des Papillenblutungsindex (PBI), des Sulcusblutungsindex (SBI) oder besonders behutsames Sondieren bei akut entzündlicher schmerzhafter Gingiva.

Die Dokumentation und Auswertung des PSI gehören zum Leistungsinhalt der GOZ 4005.

Falls dem Patienten eine schriftliche Information über das Ergebnis des PSI-Befunds ausgehändigt wird, kann hierfür die GOÄ-Nr. 70 („Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“) berechnet werden.

PARODONTALSTATUS

Jede Parodontaltherapie setzt eine Diagnose voraus und beginnt mit der allgemeinen Anamnese sowie der Feststellung parodontitisspezifischer Risikofaktoren. Die Anamneseerhebung ist Teil des Parodontalstatus. Der Parodontalstatus ist die Grundlage für die Indikationsstellung einer systematischen Parodontaltherapie. Die Erhebung und Dokumentation ist keine zwingende Voraussetzung

Parodontitis-Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schweregrad	interdentaler CAL an Stellen mit höchstem Verlust	1 - 2 mm	3 - 4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	KA	< 15 %	15 - 33 %	> 33 %	
	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	kein Zahnverlust	≤ 4 Zähne	≥ 5 Zähne	
Komplexität	lokal	<ul style="list-style-type: none"> • ST ≤ 4 mm • vorwiegend horizontaler KA 	<ul style="list-style-type: none"> • ST 5 mm • vorwiegend horizontaler KA 	zusätzlich zu Stadium II: <ul style="list-style-type: none"> • ST ≥ 6 mm • vertikaler KA ≥ 3mm • FB Grad II oder III 	zusätzlich zu Stadium III: komplexe Rehabilitation erforderlich aufgrund von: <ul style="list-style-type: none"> • mastikatorischer Dysfunktion • sekundärem okklusalen Trauma (Zahnbeweglichkeit ≥ Grad 2) • Zahnwanderung • ausgeprägtem Kammdefekt • Bisshöhenverlust • < 20 Restzähnen (10 okkludierende Paare)
Ausmaß und Verteilung	wird zur genaueren Beschreibung des Staging verwendet	für jedes Stadium Ausmaß als lokalisiert (< 30 % der Zähne betroffen), generalisiert oder Molaren-Inzisivi-Muster beschreiben			

Tabellen in Anlehnung an DG PARO

für eine Parodontalbehandlung. Der Parodontalstatus ist wichtig bei hoher Restzahnzahl und dem Vorliegen verschiedener Einzelbefunde. Gerade bei dem komplexen Geschehen einer Parodontitis ermöglicht er eine systematische Therapieabfolge und Verlaufskontrolle. Er ist im Verlauf der Behandlungsabfolge, um beispielsweise festzustellen, ob eine chirurgische Therapieergänzung notwendig wird, aber auch zur Dokumentation der Stabilität des Behandlungserfolgs in der Nachsorgephase und bei unterstützender Parodontaltherapie (UPT) mehrfach indiziert. Das Risiko der Exazerbation einer parodontalen Erkrankung ist sehr hoch. Die regelmäßige Kontrolle der Parodontalbefunde ermöglicht eine frühzeitige Therapieanpassung.

Die GOZ schreibt kein parodontologisches Befundformblatt vor. Es sind keine zu erhebenden Befundparameter festgelegt. Die Leistungsbeschreibung und die Bewertung des Erhebens des Parodontalstatus wurde seit dem Inkrafttreten der GOZ 1988 nicht verändert. Im Jahr 2020 wurde, aufbauend auf einer neuen Klassifikation parodontaler Erkrankungen, von der European Federation Periodontology (EFP) eine auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Leitlinie zur Parodontitistherapie der Stadien I - III

entwickelt. Dieses wissenschaftliche Konzept kann und wird nicht durch die Leistungsbeschreibung der GOZ-Nr. 4000, die sich an 1988 gültigen Leitlinien orientierte, („Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus,“) erfasst und muss nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden.

Die neue wissenschaftliche Leitlinie der EFP legt fest, welche Befunde auf einem Formblatt zu Beginn einer systematischen Parodontaltherapie erfasst werden müssen:

- Sondierungstiefen und Sondierungsblutungen (Je mehr Stellen an einem Zahn beurteilt werden, desto besser lässt sich der Therapieaufwand im individuellen Patientenfall bestimmen.)
- Zahnlockerungen (Grad I - III)
- Furkationsbefall/-beteiligung (Grad I - III)
- Parodontitisbedingter Zahnausfall

Begleitend zum klinischen Befund des Parodontalstatus sind Röntgenaufnahmen (Röntgenbefunde) und ggf. die Anfertigung und Auswertung von Modellen nach der GOZ beziehungsweise GOÄ berechenbar.

DIAGNOSE

In der Auswertung der erhobenen Befunde muss die Parodontitis über das Stadium (Staging) und den Grad

(Grading) der parodontalen Erkrankung weiter charakterisiert werden. Zwischen den Stadien I / II und III / IV des Stadiums der Parodontalerkrankung gibt es Unterschiede in der Reaktion auf den oralen Biofilm und die Immunantwort. Das hat therapeutische Konsequenzen.

Der Grad der Parodontalerkrankung ergänzt die Diagnose und basiert darauf, dass Schweregrad und Verlauf durch Risikofaktoren individuell verschieden sind. Das bedingt wiederum einen intensiveren Therapieaufwand (Anzahl der Termine für die Unterstützende Parodontaltherapie). Siehe dazu die Tabellen Staging und Grading.

Es ist erkennbar, dass dieser Umfang der Befunderhebung und Diagnosenstellung nicht von der derzeit geltenden GOZ beschrieben sein kann.

Die Leistung ist analog nach § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen und muss in der Liquidation als analog gekennzeichnet und entsprechend benannt werden („Erstellung eines Parodontalstatus gemäß S3-Leitlinie entsprechend (§ 6 Abs. 1 GOZ) Leistungstext der als gleichwertig eingestuften Leistung“).

// Dr. Roland Kaden

Parodontitis GRADING			GRAD A: langsame Progressionsrate	GRAD B: moderate Progressionsrate	GRAD C: rasche Progressionsrate
Primäre Kriterien	direkte Evidenz für Progression	Longitudinale Daten für KA oder CAL	kein Verlust	< 2 mm über 5 Jahre	≥ 2 mm über 5 Jahre
	indirekte Evidenz für Progression	KA (%)/Alter	< 0,25	0,25 - 1,0	> 1,0
Phänotyp			<ul style="list-style-type: none"> • erheblicher Biofilm mit geringer parodontaler Destruktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Zerstörung proportional zum Biofilm 	<ul style="list-style-type: none"> • Zerstörung unproportional zum Biofilm • Episoden rapider Zerstörung • früher Erkrankungsbeginn (z. B. Molaren-Inzisivi-Muster oder behandlungsresistente Erkrankung)
Modifikatoren	Risikofaktoren	Rauchen	Nichtraucher		
		Diabetes	kein Diabetiker, normoglykämisch	HbA1c < 7,0 % bei Patienten mit Diabetes	HbA1c ≥ 7,0 % bei Patienten mit Diabetes

Tabellen in Anlehnung an DG PARO

NEUES MITGLIED DES VERWALTUNGSAUSSCHUSSES

Im Januar bestellte der Vorstand unserer Zahnärztekammer Norbert Kistermann zum Mitglied des Verwaltungsausschusses. Gerne möchten wir Ihnen Herrn Kistermann vorstellen. Dr. Thomas Kriens, Vorsitzender des Aufsichtsausschusses, und Dr. Kay Christensen, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses, sprachen mit ihm.



Norbert Kistermann ist seit Januar neues Mitglied des Verwaltungsausschusses.

Dr. Kriens: Lieber Herr Kistermann, wollen Sie sich den Lesern unseres Zahnärzteblattes einmal kurz vorstellen?

Kistermann: Gerne. Ich bin 58 Jahre alt, verheiratet und lebe mit meiner Frau in Hamburg, wo auch unser Sohn arbeitet. Zudem haben wir noch einen Bezug zur Bankenstadt Frankfurt, und mithin noch einen Wohnsitz im Vordertaunus. Ich bin gelernter Banker, Dipl. Bankbetriebswirt und seit mehr als 35 Jahren in der Finanzindustrie tätig. Treasury, Kreditrisikomanagement, die Firmenkundenberatung und Corporate Finance waren meine Arbeitsfelder, und sukzessive übernahm ich Führungsaufgaben. Bis Herbst letzten Jahres war ich Vorstand einer auf spezielle Produkte ausgerichteten Privatbank. Aktuell berate ich mittel-

ständische Unternehmen primär auf der Finanzierungsseite.

Dr. Kriens: Was führte Sie zu unserer Zahnärztekammer und hier speziell zum Versorgungswerk?

Kistermann: Neben meiner eigentlichen beruflichen Tätigkeit bin ich seit vielen Jahren auch in Aufsichts- und Beiräten von Unternehmen tätig. Hieraus ergaben sich Berührungen mit dem Versorgungswerk und es entwickelte sich die Idee, dass mein Mitwirken in unserem Verwaltungsausschuss seine Reichweite und Expertise noch ergänzen könnte. Und mit dem 1. Januar hat diese Umsetzung dann funktioniert.

Dr. Christensen: Was meinen Sie konkret mit Reichweite und Expertise? Was ist der greifbare Vorteil für unser Versorgungswerk?

Kistermann: Gute Frage, denn nichts wirkt überzeugender als konkrete Ergebnisse. Direkt zuordenbar wird mein Wirken aber kaum sein können, denn der Verwaltungsausschuss entscheidet – richtigerweise – ja immer im Konsens. Es ist aus meiner Sicht aber wichtig, möglichst unterschiedliche Disziplinen und Erfahrungen in ein Gremium einzubinden; Diversität wirkt hier qualitätserhöhend. Konkret kann ich mit meiner beruflichen Erfahrung und meinem persönlichen Netzwerk das bisherige Potential sicher noch etwas erweitern. Und es wäre natürlich schön, wenn sich hieraus dann auch zusätzliche Geschäftsmöglichkeiten entwickelten.

Dr. Christensen: Haben Sie denn bereits eine Idee, wo diese Geschäftsmöglichkeiten liegen könnten? Die bisherigen Erfolge des Versorgungswerkes stimmten uns gerade auch im

Vergleich mit anderen Versorgungskassen bislang eigentlich sehr zufrieden. Was ist da zukünftig zu tun?

Kistermann: Da kann ich Ihnen nur beipflichten. Die Anlageerfolge unseres Versorgungswerkes sind bemerkenswert gut und es ist eine Herausforderung, diese konstant zu wiederholen. Unternehmerisches, zukunftsorientiertes Handeln war der ganz wichtige Erfolgsfaktor in der Vergangenheit, und ohne diesen werden wir auch zukünftig nicht erfolgreich sein. Es ist zu vermuten, dass sich die allgemeine „Großwetterlage“ deutlich verändert. Das Ende einer über dreißigjährigen Zinssenkungsphase scheint eingeläutet und die internationale Geopolitik skizziert erste größere Konflikte. Beide Szenarien bergen immenses Verwerfungspotential. Hier müssen wir sehr wachsam sein und bestmöglich analysieren. Wo die nächsten Geschäftsmöglichkeiten liegen, werden wir erst dann sehen, und hoffentlich erneut gute Entscheidungen treffen.

Dr. Kriens: Das hört sich spannend und arbeitsreich an.

Kistermann: Das stimmt. Es ist aber auch erfüllend, sich bei dieser Aufgabenstellung einzubringen. In jedem Falle freue ich mich auf die weitere Arbeit mit meinen Kollegen.

Dr. Kriens: Das ist die beste Voraussetzung für ein gutes Gelingen. Wir danken Ihnen für das Gespräch und wünschen Ihnen und dem Verwaltungsausschuss, neben der Freude am Tun, insbesondere auch den verdienten Erfolg und weiterhin alles Gute!

// Das Gespräch mit Norbert Kistermann führten Dr. Thomas Kriens & Dr. Kay Christensen.

KAMMERVERSAMMLUNG DER ZAHNÄRZTEKAMMER SH



14. MAI 2022 UM 14:00 UHR
Zahnärztekammer, Westring 496, Kiel

VORLÄUFIGE TAGESORDNUNG

1. **Eröffnung und Regularien**
2. **Berichte**
Vorstand zum Geschäftsjahr 2021 und Anträge
3. **Kammerrecht**
 - 3.1 Änderung der Gebührensatzung Weiterbildungsordnung
 - 3.2 Änderung der Hauptsatzung
4. **Verschiedenes**

ZFA-PRÜFUNGSTERMINE ABSCHLUSSPRÜFUNG SOMMER 2022

Vorschau auf die Termine der Sommerprüfung in allen Prüfungsbezirken.

Zentrale schriftliche Abschlussprüfung für alle Prüfungsbezirke: Mittwoch, 11. Mai 2022

Zeitlicher Ablauf der zentralen schriftlichen Abschlussprüfung:

- 08.00 - 08.15 Uhr Prüfungseröffnung
- 08.15 - 09.45 Uhr Behandlungsassistenz
- 09.45 - 10.00 Uhr Pause
- 10.00 - 11.30 Uhr Abrechnungswesen
- 11.30 - 12.00 Uhr Pause
- 12.00 - 12.45 Uhr Praxisorganisation u. -verwaltung
- 12.45 - 13.00 Uhr Pause
- 13.00 - 13.45 Uhr Wirtschafts- u. Sozialkunde

WEITERE, DEZENTRALE PRÜFUNGSTERMINE

- Prüfungsbezirk Stormarn (BS Bad Oldesloe):** mündlich / praktisch: 14. u. 15.06.2022
- Prüfungsbezirk Segeberg:** mündl.: 22.06.2022; prakt.: 21. u. 22.06.2022
- Prüfungsbezirk Schleswig-Flensburg (BS Flensburg):** mündl. / prakt.: 20. u. 21.06.2022
- Prüfungsbezirk Dithmarschen (BS Heide):** mündl. / prakt.: 15. u. 16.06.2022
- Prüfungsbezirk Steinburg (BS Itzehoe):** mündl. / prakt.: 14. u. 15.06.2022
- Prüfungsbezirk Kiel:** mündl.: 16.06.2022; prakt.: 16. - 18.06.2022
- Prüfungsbezirk Lübeck:** mündl. / prakt.: 15. - 17.06.2022
- Prüfungsbezirk Hzgt. Lauenburg (BS Mölln):** mündl. / prakt.: 20. u. 21.06.2022
- Prüfungsbezirk Neumünster:** mündl.: 23.06.2022; prakt.: 23. u. 24.06.2022
- Prüfungsbezirk Nordfriesland (BS Niebüll):** mündl. / prakt.: 23. u. 24.06.2022
- Prüfungsbezirk Ostholstein (BS Neustadt):** mündl. / prakt.: 14. u. 15.06.2022
- Prüfungsbezirk Pinneberg:** mündl. / prakt.: 10. - 20.06.2022
- Prüfungsbezirk Rendsburg-Eckernförde (BS Rendsburg):** mündl.: 22.06.2022; prakt. 22. - 24.06.2022

WERBUNG FÜR „PERFEKTE ZÄHNE“ – UNZULÄSSIGES ERFOLGSVERSPRECHEN

Viele Zahnärzte stellen auf ihren Praxiswebsites ihr Leistungsspektrum positiv dar. Das ist in aller Regel unproblematisch, wenn es sich in berufs- beziehungsweise wettbewerbsrechtlich konformen „Bahnen“ bewegt, die Ankündigung also beispielsweise nicht als irreführend oder anpreisend zu qualifizieren ist.* Werden diese „Bahnen“ hingegen verlassen, kann dies zu rechtlichen Auseinandersetzungen führen, wie der vorliegende Fall anschaulich zeigt, der vom Oberlandesgericht Frankfurt zu entscheiden war (Urteil vom 27.02.2020, Az.: 6 U 219/19).



DER FALL

Eine Zahnärztin und Kieferorthopädin hatte auf ihrer Praxiswebsite für ein Zahnschienen-System mit folgenden Aussagen geworben:

„x ist eine kostengünstige individuelle Zahnspange für Leute, die wenig Zeit haben und trotzdem perfekte Zähne haben möchten. Sie sehen sofort beim x Termin, welche Ergebnisse sie innerhalb von xx Monaten erreichen können.“

„... man (erhält) xx Schienen für jeden Kiefer, die man jeweils xx Wochen trägt, jede Schiene ist anders und unverändert ihre Zähne Schritt für Schritt ... Und bald werden Sie auf Fotos deutlich schöner Lächeln [sic].“

Hiergegen wandte sich ein Kollege und beantragte, der Kieferorthopädin diese Werbung zu verbieten.

ERSTINSTANZLICHE ENTSCHEIDUNG

Das Landgericht Frankfurt als erste Instanz gab der Zahnärztin/Kieferorthopädin Recht und führte zur Begründung aus, dass ein Verstoß – hier das Heilmittelwerbegesetz (HWG) – nicht vorliege.

Die Vorschrift (§ 3 Satz 1 Nr. 2 a HWG), um die es ging, lautete:

„Unzulässig ist eine irreführende Werbung. Eine Irreführung liegt insbesondere dann vor, ...

... wenn fälschlich der Eindruck erweckt wird, daß

... ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann, ...“

Die Zahnärztin/Kieferorthopädin habe, so das Gericht, durch die erste Aussage nicht fälschlich den Eindruck erweckt, dass ein Erfolg – perfekte Zähne – mit Sicherheit erwartet werden könne. Es handele sich nicht

um eine „objektive Tatsachenbehauptung“, sondern um ein Werturteil; im Übrigen liege erkennbar eine „reklamehafte Übertreibung“ vor. Gleiches gelte für die Aussage zu „schöner Lächeln [sic]“.

ZWEITINSTANZLICHE ENTSCHEIDUNG

Gegen dieses Urteil wehrte sich der Kollege und legte Berufung vor dem Oberlandesgericht Frankfurt ein. Die Berufung hatte Erfolg und das Gericht untersagte der Zahnärztin/Kieferorthopädin, mit den besagten Aussagen zu werben.

GRUNDSÄTZE

Hinter der Regelung im Heilmittelwerbegesetz stehe laut Oberlandesgericht der Gedanke, dass es „aufgrund individueller Dispositionen beim einzelnen Patienten und variierenden Erscheinungsformen von Krankheiten stets zu einem Therapieversagen“ kommen könne, mit dem eine Erfolgsgarantie unvereinbar sei.

Nach dem Gesetzeswortlaut sei an sich nicht das Versprechen eines Erfolgs, sondern das Hervorrufen des Eindrucks, der Erfolg sei sicher, unzulässig. Ob ein solcher Eindruck erweckt werde, hänge vom Verständnis eines durchschnittlichen Werbeadressaten ab und erfordere keine ausdrückliche Garantie. Dagegen werde bei allgemein gehaltenen Anpreisungen ein Verstoß gegen das Heilmittelwerbegesetz verneint.

Das Oberlandesgericht hob hervor, dass es für die Beurteilung einer Werbeaussage maßgebend sei, wie der Werbeadressat die Werbung verstehe. Hierbei sei von dem Wortsinn der Aussage auszugehen.

* Das Vorhalten einer Praxiswebsite ist auch mit dem hiesigen Ehrenkodex (sofern gezeichnet) vereinbar. Es heißt dort auszugsweise wörtlich:

„Zurückhaltung bei Werbung

Ich betreibe grundsätzlich keine externe Werbung

... Unter den Begriff der „externen Werbung“ im Sinne dieses Ehrenkodex fallen insbesondere nicht die Verwendung von Praxisschildern und/oder das Unterhalten von Praxishomepages und/oder die Bereitstellung und/oder Verteilung von Visitenkarten und/oder Flyern innerhalb von Praxen.“

Bei Anpreisungen, die inhaltlich zwar objektiv nachprüfbar seien, die der Werbeadressat aber als reklamehafte Übertreibungen werte, fehle es an einer Irreführung, falls der Werbeadressat die Angaben als Tatsachenbehauptung nicht ernst nehme. Dies komme insbesondere dann in Betracht, wenn subjektive Einschätzungen und Wertungen die Werbeaussage erkennbar prägen würden, so zum Beispiel im Fall eines Fremdsprachenfernkurses bei der Aussage: „Bester Powerkurs aller Zeiten“.

KONKRETE ANWENDUNG

Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe hat nach Auffassung des Oberlandesgerichts die Zahnärztin/Kieferorthopädin durch die Werbung mit „perfekten Zähnen“ einen Behandlungserfolg versprochen.

Die erste gerichtliche Instanz sei zu Unrecht davon ausgegangen, es handle sich bei der Angabe „perfekte Zähne“ um ein rein subjektives Werturteil. Da es hier um die Korrektur von Zahnfehlstellungen gehe, lasse sich der Umstand, ob Zähne gerade seien oder nicht, vom Standpunkt eines objektiven Betrachters beurteilen. Das sei in der Werbung auch fotografisch dargestellt worden.

Damit enthalte die Werbeangabe, „x ist eine kostengünstige individuelle Zahnspange für Leute, die wenig Zeit haben und trotzdem perfekte Zähne haben möchten“, einen objektiven Tatsachenkern, der zugleich ein Erfolgsversprechen beinhalte.

Entgegen der Ansicht des Landgerichts verstehe der Werbeadressat das Werbeversprechen der Perfektion hier auch nicht als bloße reklamehafte Übertreibung.

Dies gelte vorliegend insbesondere deshalb, weil es um den Werbeauftritt einer Ärztin gehe. Bei Werbemaßnahmen und Internetauftritten von Ärzten bestehe eine andere Erwartung des Verbrauchers als bei Werbemaßnahmen „normaler“ Unternehmer. Der Verbraucher bringe Ärzten aufgrund ihres Heilauftrags ein besonderes Vertrauen entgegen und gehe daher von einer gewissen Objektivität und Zurückhaltung bei Werbeangaben aus. Er messe ihren Angaben eine gewisse Autorität zu und sei daher weniger geneigt, von einer bloßen reklamehaften Übertreibung auszugehen. Er nehme die Angaben im Zweifel ernst. Davon sei auch vorliegend auszugehen.

Ein Erfolgsversprechen liege auch in der Angabe „... jede Schiene ist anders und verändert Ihre Zähne Schritt für Schritt ... Und bald werden Sie auf Fotos deutlich schöner Lächeln [sic]“.

Zwar mag es sein, dass ein schönes Lächeln von subjektiven Vorstellungen abhängt. Hier beziehe sich die Angabe aus Sicht des Werbeadressaten jedoch auf eine gerade Zahnstellung, die als sicherer Erfolg versprochen werde.

BEWERTUNG UND HINWEIS

Der Fall zeigt eindringlich, welche Gefahren bei dieser Form von anpreisen-

den Werbeaussagen beziehungsweise Werbung mit Superlativen lauern. Gerade auch, wenn sie von (Zahn-)Ärzten und nicht von „normalen“ Unternehmern vorgenommen werden. Weiter wird in besonderer Weise deutlich, welches Vertrauen werblichen Aussagen von (Zahn-)Ärzten zukommt.

Der vorliegende Verstoß gegen das Heilmittelwerbegesetz dürfte zugleich auch einen Verstoß gegen die hiesige Berufsordnung zur Folge haben. Die entsprechende Vorschrift (§ 21 Abs. 3) lautet:

„(3) Berufswidrige Werbung ist der Zahnärztin oder dem Zahnarzt untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende, herabsetzende oder vergleichende Werbung. Die Zahnärztin oder der Zahnarzt darf eine berufswidrige Werbung durch Dritte weder veranlassen noch dulden und hat dem entgegenzuwirken.“

„(4) Als berufswidrige Werbung nach Absatz 3 gelten beispielsweise alle im Heilmittelwerbegesetz und im Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb aufgezählten Sachverhalte, die ausschließliche Hervorhebung der positiven Seiten einer Behandlung, die Verwendung von Superlativen oder die Behauptung einer Alleinstellung im Zusammenhang mit der eigenen Person, eigenen Praxis oder eigenen Behandlungen.“

// Christopher Kamps

Quellen:

Oberlandesgericht Frankfurt, Urteil vom 27.02.2020, Az.: 6 U 219/19
Oberlandesgericht Frankfurt, Pressemitteilung Nr. 26/2020



BEI FRAGEN:

Christopher Kamps,
Juristischer Geschäftsführer,
Tel.: 0431 260926-14

KOMMUNIKATION ALS ECKPFEILER

Auf der konstituierenden Kammerversammlung im Frühjahr 2018 wurde erstmalig der Ausschuss Fachsprachprüfung gewählt. Die Prüfungskommission für den Fachsprachttest gehört zum Ressort Fort- und Weiterbildung der Kammer. Neben Zahnärztinnen und Zahnärzten ist auch mindestens ein Sprachwissenschaftler im Prüfungsgremium vertreten, um dem Verfahren Rechtssicherheit zu geben. Die zahnärztlichen Prüfer müssen über eine in Deutschland erteilte Approbation und mehrjährige Berufserfahrung hierzulande verfügen, so der Gesetzestext.

Im Ausschuss arbeiten die Kollegen Dr. Michael Buechler, Dr. Rita Mahrt, Dr. Yasmin Mokhtari, Dr. Andreas Sporbeck, Dr. Katja Wolf sowie die Sprachwissenschaftler aus dem Lehrstuhl Deutsch als Fremdsprache der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel Martin Lange und Svenja Schilling. Die Prüfung wird von zwei Prüferinnen und Prüfern – aus jeder Fachqualifikation je einer – abgenommen.

In den einschlägigen Berufsgesetzen ist bestimmt, dass Personen, die die Erteilung einer Approbation in einem akademischen Heilberuf beantragt haben, über die für die Berufsausbildung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen müssen. Das gilt auch für die Erteilung der Berufserlaubnis nach § 13 des Zahnheilkun-

degesetzes (ZHG). Die Gesundheitsministerkonferenz hat daher 2014 festgelegt, dass Ärzte und Zahnärzte auf der nachgewiesenen Grundlage eines B2 Umgangssprachttests über Fachsprachkenntnisse im berufsspezifischen Kontext orientiert am Sprachniveau C1 verfügen müssen:

Die Antragstellenden „müssen ihre Patientinnen und Patienten inhaltlich ohne wesentliche Rückfragen verstehen und sich insbesondere so spontan und so fließend verständigen können, dass sie in der Lage sind, sorgfältig die Anamnese zu erheben, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige über erhobene Befunde sowie eine festgestellte Erkrankung zu informieren, die verschiedenen Aspekte des weiteren Verlaufs darzu-

stellen und Vor- und Nachteile einer geplanten Maßnahme sowie alternativer Behandlungsmöglichkeiten erklären zu können, ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen. In der Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen sowie Angehörigen anderer Berufe müssen sie sich so klar und detailliert ausdrücken können, dass bei Patientenvorstellungen sowie ärztlichen oder zahnärztlichen Anordnungen und Weisungen Missverständnisse sowie hierauf beruhende Fehldiagnosen, falsche Therapieentscheidungen und Therapiefehler ausgeschlossen sind. Darüber hinaus müssen sie die deutsche Sprache auch schriftlich angemessen beherrschen, um Krankenunterlagen ordnungsgemäß führen und ärztliche oder zahnärztliche Bescheinigungen ausstellen zu können.“

Der mindestens einstündige Fachsprachttest umfasst

1. Teil: Zahnarzt-Patienten-Gespräch

2. Teil: Wiedergabe des Gespräches in Schriftform

3. Teil: Kollegiales Zahnarzt-Zahnarzt-Fachgespräch.

Jeder Prüfungsteil dauert 20 Minuten.

Das Fachwissen des Prüflings darf nicht geprüft werden, sondern nur das Hörverstehen sowie die mündliche und schriftliche Ausdrucksfähigkeit. Die Bewertung erfolgt mittels eines standardisierten Bewertungssystems, bei dem 36 Punkte möglich sind. Der Prüfling hat bestanden, wenn er mindestens 18 Punkte erreicht hat. Die Prüfung wird anhand eines realen Patientenfalles mit echtem Anamnesebogen und echten Orthopan-



Zahnärztin Dr. Rita Mahrt (r.) mit ihrem Ausschusskollegen Martin Lange und Kammermitarbeiterin Imke Bergmann.

tomogramms (OPG) durchgeführt. Kammermitarbeiterin Imke Bergmann spielt die Patientin.

Im Jahr 2020 wurden 27 Fachsprachprüfungen und im Jahr 2021 18 Fachsprachprüfungen durchgeführt. Davon wurden circa 70 Prozent der Prüfungen bestanden, circa 30 Prozent nicht. Die Prüflinge stammten aus Brasilien, Bulgarien, China, Irak, Iran, Jemen, Kroatien, Libyen, Pakistan, Russland, Saudi-Arabien, Syrien, Ukraine, Venezuela und Westjordanland.

Während es bei der Kenntnisprüfung der Zahnärztekammer Hamburg einen großen Rückstau beim Prüfungsverfahren gibt, haben wir bei der Fachsprachprüfung an unserer Kammer keinen Überhang. Auf der letzten Kammerversammlung im Herbst 2021 berichtete Dr. Andreas Sporbeck aus dem Vorstand von „einem routinierten Verfahren mit einer hervorragenden Struktur, von der sich auch die aufsichtführende Landesbehörde (Landesamt für soziale Dienste) während eines Besuchs der Prüfung überzeugen konnte.“

Wird der Sprachtest wiederholt, muss er als Ganzes wiederholt werden. Die Anzahl der Wiederholungsmöglichkeiten ist nicht begrenzt. Der Sprachtest kostet 480 Euro. Für 2022 sind fünf Termine geplant.

MEIN PERSÖNLICHES FAZIT:

Es handelt sich um eine sehr interessante und verantwortungsvolle Aufgabe. Man lernt Kolleginnen und Kollegen aus unterschiedlichen Regionen und Kulturen kennen – von ganz jungen Berufsanfängern bis zu erfahrenen Zahnärztinnen und Zahnärzten mit langjähriger Tätigkeit im Heimatland, manchmal in leitenden Positionen. Einige können beeindruckende wissenschaftliche Publikationen vorweisen. Auch eine Fußballspielerin der Nationalmannschaft eines arabischen Landes war unter den Prüflingen, viele



Geflüchtete aus Kriegsgebieten aber auch Promotionsstudentinnen und -studenten sowie Doktorandinnen und Doktoranden an der Kieler Christian-Albrecht-Universität.

Mir fällt auf, dass junge Kolleginnen und Kollegen in der Regel bessere Prüfungsergebnisse erreichen. Vor den Über-50-Jährigen habe ich besonderen Respekt, weil ich mir vorstellen würde, wie schwer es mir fallen würde, plötzlich in einer fremden Sprache mit vielleicht fremden Schriftzeichen praktizieren zu müssen. Das hat mich zum einen motiviert, meine vorhandenen Fremdsprachkenntnisse aufzufrischen und eine weitere Sprache zu erlernen. Zum anderen empfinde ich Dankbarkeit und Demut, dass ich hier in Deutschland friedlich arbeiten kann und mir auch um den beruflichen Weg meiner Kinder wenig Sorgen machen muss. Ich hoffe, dass wir niemals auf Grund von Krieg oder Klimakatastrophe unsere Heimat verlassen müssen.

Auch wenn man aus dem Lebenslauf der Antragstellerinnen und Antragsteller das persönliche Schicksal erfährt, würde man keinem Prüfling einen Gefallen tun, ein Auge zuzudrücken, quasi die Prüfung zu „schenken“. Der Misserfolg in der Arbeit am Patienten und die Kündigung des Arbeitsverhältnisses wären vorprogrammiert. Und letztendlich geht es

ja um die Sicherheit und Qualität der zahnärztlichen Behandlung.

Am Ende jeder Prüfung geben wir Tipps zur Sprachverbesserung wie Praktika in Praxen, das Ausüben einer ehrenamtlichen Tätigkeit, das Eintreten in einen Sportverein, die Betreuung bei den Schulaufgaben der Kinder. Wichtig ist es, viel Deutsch zu sprechen! Mir sind einige Kollegen aufgefallen, die ein kulturelles Problem mit Frauen haben, was in Ansprache und Blickkontakt zum Ausdruck kam. In der Regel kamen sie aus muslimisch ausgerichteten Kulturkreisen. Auch so etwas sprechen wir gegenüber dem Prüfling an, weil es für die Kommunikation mit Patientinnen und Kolleginnen relevant ist.

Zusammenfassend möchte ich sagen, dass ich die Tätigkeit im Ausschuss Fachsprachprüfung als sehr sinnstiftend empfinde. Durch den demografischen Wandel ist es jetzt schon für einige Praxisinhaber schwierig, einen Nachfolger für die Praxis zu finden – besonders in strukturschwachen Gebieten. Deshalb ist es wichtig, Kolleginnen und Kollegen, die aus dem Ausland zu uns kommen, für die Patientenversorgung vorzubereiten und einzubeziehen.

// Dr. Rita Mahrt

FORTBILDUNG

VERANSTALTUNGEN IM HHI UND ONLINE

ZAHNFARBENE DENTALMATERIALIEN IM FOKUS

Zahnfarbene Materialien spielen eine entscheidende Rolle zur Sicherstellung des langfristigen klinischen Erfolgs einer ästhetischen Versorgung. Materialgruppen wie Keramiken, Zirkonoxide und polymerbasierte Werkstoffe unterscheiden sich deutlich in ihren Eigenschaften und daher auch in ihren Indikationen und den klinischen Möglichkeiten. Bereits innerhalb einer Materialgruppe zeigen sich enorme Unterschiede in den Eigenschaften. Die Kombination von Digitalisierung und innovativer CAD/

CAM-Fertigung ermöglicht zudem effizientere Arbeitsabläufe. Allerdings kann sich auch die Verarbeitung der Werkstoffe auf die Eigenschaften der Restauration auswirken. Daher sind Kenntnis, Differenzierung, Indikation, Anwendung und Fertigungsoptionen der Werkstoffe für den erfolgreichen Einsatz ausschlaggebend.

Kurs-Nr.: 22-01-014

Kategorie: Prothetik

Prof. Dr. Martin Rosentritt

Samstag, 23.04.2022
09:00 Uhr - 16:00 Uhr

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Heinrich-Hammer-Institut
Westring 496
24106 Kiel

285 € für Zahnärztinnen u. Zahnärzte

7 FORTBILDUNGS-
PUNKTE

KOMMUNIKATION MIT SCHWERHÖRIGEN UND GEHÖRLOSEN PATIENTEN

Die Teilnehmer erlernen den Umgang und die Kommunikation mit hörbehinderten Patienten, um in der Praxis mit diesem Handicap souverän und erfolgreich umgehen zu können. Anhand von wichtigen Basisinformationen und praktischen Tipps wissen Sie, worauf Sie bei der Behandlung von Schwerhörigen, CI-Trägern (Träger eines Cochleaimplantats - Hörprothese für Gehörlose) und Gehörlosen besonders achten müssen.

Kurs-Nr.: 22-01-016

Kategorie: Auch wissenswert!

Judit Nothdurft, Röthenbach

Freitag, 29.04.2022
15:00 Uhr - 18:30 Uhr

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Heinrich-Hammer-Institut
Westring 496
24106 Kiel

120 € für Zahnärztinnen u. Zahnärzte
120 € für ZFA, Mitarbeiter(in)

4 FORTBILDUNGS-
PUNKTE

Die genauen Kursinhalte finden Sie unter der jeweiligen Kursnummer auf <https://heinrich-hammer-institut.zahnaerzte-sh.de>.

KLARE WORTE - ÜBERZEUGENDE ARGUMENTATIONSTECHNIK

Sie wollen die Gesprächsführung mit Patienten und im Team aktiv steuern und Ihre Interessen charmant durchsetzen? Für den Umgang mit aufgebracht oder gestressten Patienten wünschen Sie sich mehr Handlungsmöglichkeiten? In diesem Onlinekurs lernen Sie die wichtigsten Argumentationstechniken, Verhandlungs- und Gesprächstaktiken kennen und Sie

erfahren, was es mit der „NOA-Technik“ auf sich hat, mit der Sie privat sogar unliebsame Hausputzaktivitäten delegieren können. Durch klarere Kommunikation stärken Sie Ihr Gesprächsverhalten, Missverständnisse werden seltener und Sie sind in der Lage, Ihre Interessen und Argumente präzise und noch überzeugender zu formulieren.

Kurs-Nr.: 22-01-093

Kategorie: Onlineveranstaltung

Birgit Stülten, Kiel

Mittwoch, 04.05.2022
14:00 Uhr - 18:00 Uhr

Onlineveranstaltung

115 € für ZFA, Mitarbeiter(in)

DIE PROPHYLAXE-SPRECHSTUNDE IN DER ZAHNARZTPRAXIS ERFOLGREICH INTEGRIEREN - EIN TEAMKONZEPT AUS DER PRAXIS FÜR DIE PRAXIS

In diesem Kurs werden checklistenartig die Möglichkeiten, Prophylaxemaßnahmen in der Praxis anzubieten und durchzuführen, erarbeitet. Ausgehend von den anatomischen Gegebenheiten wird besprochen, welche Leistungen an ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter delegierbar und welche Arbeits- und Hilfsmittel sowie hygienischen Grundvorausset-

zungen nötig sind. Ebenso erfolgt die gemeinsame Erarbeitung, wie diese prophylaktischen Leistungen in der Kommunikation mit dem Patienten nutzbringend dargestellt werden können. Abschließend werden auch die Berechnungsmöglichkeiten prophylaktischer Leistungen, auch unter Berücksichtigung der neuen PAR-Richtlinien, dargestellt.

Kurs-Nr.: 22-01-103

Kategorie: Auch wissenschaftlich!

Dr. Christian Bittner, Salzgitter

Freitag, 06.05.2022
14:00 Uhr - 19:00 Uhr

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Heinrich-Hammer-Institut
Westring 496
24106 Kiel

175 € für Zahnärztinnen u. Zahnärzte
175 € für ZFA, Mitarbeiter(in)

5 FORTBILDUNGS-
PUNKTE

GESICHTER LESEN - PHYSIOGNOMIK ALS TEIL DER WICHTIGEN KÖRPERSPRACHE

Wir möchten unsere Patienten, Kollegen, Mitmenschen gerne schnell und richtig einschätzen. Unsere non-verbale Kommunikation beginnt bereits in den Lebenslinien, Merkmalen unserer Persönlichkeit, in unserem Gesicht. Wenn wir Körpermerkmale und Signale erkennen und deuten, reagieren und agieren wir auch in unserer Kommunikation angemessen

und rhetorisch geschickter. Lassen Sie sich überraschen, was alles in uns und anderen steckt und wie einfach wir hinter „Fassaden“ schauen können. Erreichen Sie Ihre Ziele leichter, gerade auch im Umgang mit „speziellen“ Patienten. Mit viel Humor und Offenheit erleben Sie einen besonderen Seminartag mit vielen praktischen Übungen und Aha-Momenten.

Kurs-Nr.: 22-01-083

Kategorie: Onlineveranstaltung

Corinna Bäck, Strande

Mittwoch, 18.05.2022
14:00 Uhr - 17:00 Uhr

Onlineveranstaltung

75 € für Zahnärztinnen u. Zahnärzte
75 € für ZFA, Mitarbeiter(in)

3 FORTBILDUNGS-
PUNKTE

EINSEITIGEN VISUELLEN BELASTUNGEN VORBEUGEN! NEUE WEGE ZUM GESUNDEN SEHEN FÜR ZAHNÄRZTE - VISUALTRAINING

Zahnärzte sind täglich über Stunden hochkonzentriert am Patienten tätig. Dies bedeutet einen visuellen Marathon für die Augen. Die Augen müssen ständig auf die Zähne des Patienten ausgerichtet sein, selbst kleinste Details dürfen Ihren Augen nicht entgehen. Dies erfordert neben einer ausgeprägten Akkommodationsfähigkeit auch ständige Nahkonvergenz - Hochleistungssport für unsere 14 Augenmuskeln.

Kann das visuelle System den Anforderungen nicht mehr gerecht werden,

sind Beschwerden wie Kopfschmerzen und/oder Schulter-/Nackenprobleme die Folge. Ab dem 45ten Lebensjahr - mit einsetzender Presbyopie - wird das Arbeiten am Patienten in der Nähe dann ohne optische Korrektur häufig noch herausfordernder. Sollte bei der Tätigkeit Lupen zum Einsatz kommen, kann die sogenannte Altersweitsichtigkeit ggf. schon früher einsetzen.

Unser Trainingskonzept hilft durch gezielte Verhaltensprävention die visuelle Leistungsfähigkeit am Patienten und in der Freizeit zu steigern.

Kurs-Nr.: 22-01-015

Kategorie: Auch wissenschaftlich!

Sven Munderloh, Großhansdorf

Samstag, 21.05.2022
09:00 Uhr - 15:00 Uhr

Onlineveranstaltung

165 € für Zahnärztinnen u. Zahnärzte

6 FORTBILDUNGS-
PUNKTE

„EKLATANTES DEFIZIT“ BEI DER DIGITALISIERUNG

Auch zwei Jahre nach Beginn der Pandemie stünden wichtige Versorgungsdaten aus dem deutschen Gesundheitswesen „entweder gar nicht, unvollständig, oder nur mit erheblichem Zeitverzug für wissenschaftliche Auswertungen maschinenlesbar zur Verfügung“ kritisieren die 19 Mitglieder des „ExpertInnenrats der Bundesregierung zu COVID-19“, zu denen unter anderem die Virologen Prof. Dr. Melanie Brinkmann, Prof. Dr. Christian Drosten und Prof. Dr. Hendrick Streeck, die Vorsitzende des Deutschen Ethikrates Prof. Dr. Alena Buyx sowie der Präsident des Robert-Koch-Instituts Prof. Dr. Lothar Wieler gehören. Dabei seien diese Informationen für ein „effektives Pandemiemanagement und als Grundlage für politische Entscheidungen“ essentiell. Daher mahnen die Experten in einer Stellungnahme nun „dringende Maßnahmen für eine verbesserte Datenerhebung und Digitalisierung“ an.

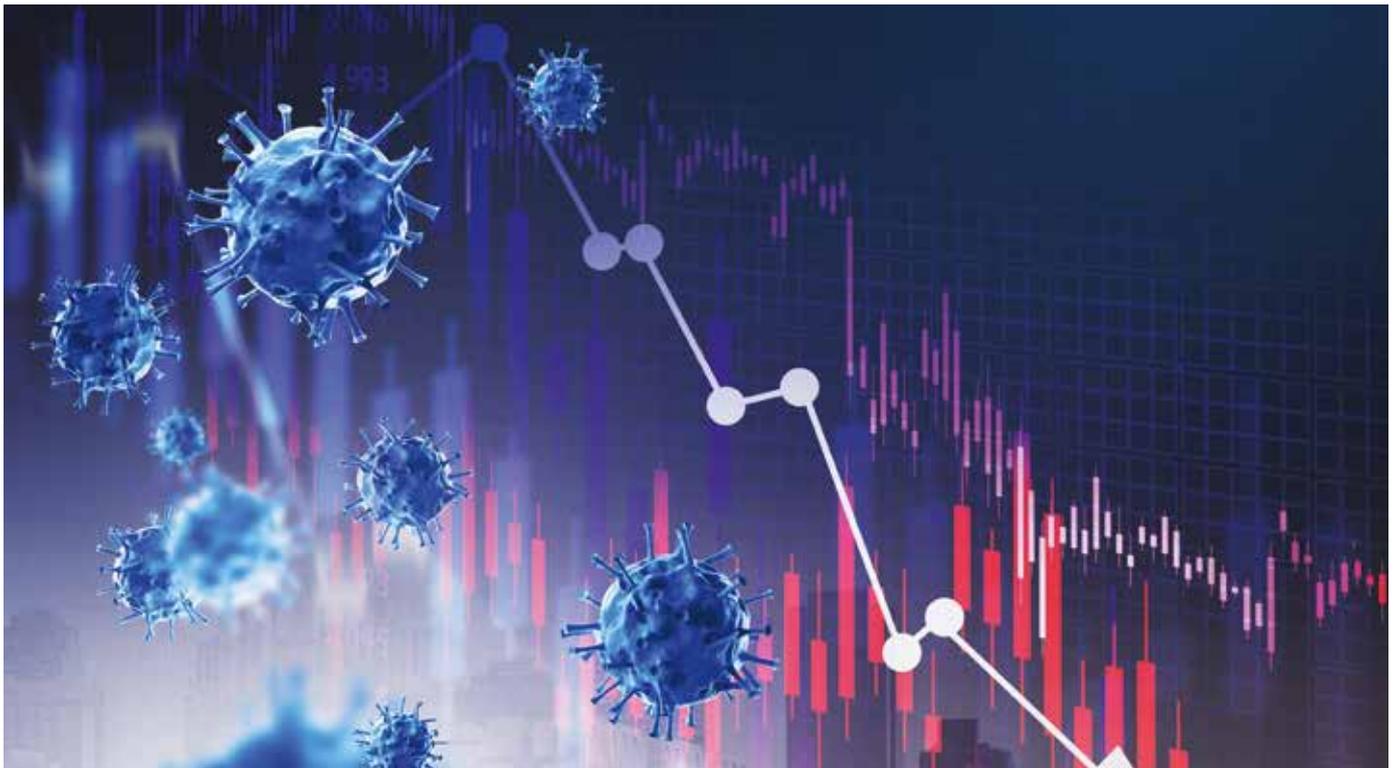
„Gravierend“ wirke sich gerade in der Omikron-Welle aus, dass in Deutschland bisher keine „patientenindividuelle Datenerfassung und anonymisierte Auswertung durch eine elektronische Patientenakte“ stattfinde. „Dringend benötigt“ zur Bewertung der Lage und „zur Evidenzbildung für daraus resultierende Entscheidungen über Gegenmaßnahmen“ werde insbesondere die aktuelle Hospitalisierungsrate in allen Altersgruppen. Gerade bei der

Hospitalisierung zeige sich jedoch das „eklatante Defizit“ der Verfügbarkeit zeitnaher Daten – sowohl bundesweit als auch regional. Das betreffe vor allem auch die fehlende Datengrundlage bezüglich der täglich verfügbaren und belegten Krankenhausbetten.

Im Moment bediene sich Deutschland zur Einschätzung der Omikron-Variante vorrangig ausländischer Untersuchungen, zum Beispiel aus

Großbritannien, Dänemark und den USA, so der ExepterInnenrat. Diese Daten seien zwar von hohem Wert, aufgrund verschiedener Faktoren wie der Impfquote, der Seroprävalenz, der Altersstruktur, Unterschieden in den Gesundheitssystemen und der aktuell geltenden Maßnahmen könnten sie jedoch nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen werden – was unter Umständen zu Fehleinschätzungen führen könne.

Deutschland benötige eine „umfassende Digitalisierung des Gesundheitswesens mit Ausleitung, Auswertung und Veröffentlichung von anonymisierten Gesundheitsdaten in Echtzeit“, fasst der ExpertInnenrat zusammen. Die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) sollte „mit höchster Priorität“ umgesetzt werden, befindet er. Dabei verweist er auf das Gutachten „Digitalisierung für Gesundheit“, das der Sachverständi-



genrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Frühjahr 2021 zu diesem Thema vorgestellt hatte. Der Sachverständigenrat hatte empfohlen, für jede Person bei ihrer Geburt eine ePA anzulegen – mit der Möglichkeit zum Opt-Out. Um die in der Akte gespeicherten Daten zu Forschungszwecken nutzen zu können, sollte geprüft werden, ob für Versorgungsdaten eine gesetzliche „Befugnisnorm zur Verarbeitung ohne Zustimmungserfordernis“ geschaffen werden könnte, schlugen die Ratsmitglieder damals vor. Bisher erfolgt die Anlage einer elektronischen Patientenakte auf Wunsch des Patienten; Daten aus der ePA können freiwillig zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt werden (s. Zahnärzteblatt 9/2021, S. 10f.).

Eine weitere Verzögerung der 2003 beschlossenen und gesetzlich verankerten elektronischen Patientenakte sei nicht mehr mit „einem modernen Gesundheitswesen und Pandemiemanagement“ vereinbar, unterstreicht der ExpertInnenrat. Gesundheitsdaten sollten „zeitnah einzelfallbasiert und vollständig in Form einer elektronischen Patientenakte vorliegen und neben dem Zweck der verbesserten Patientenversorgung auch für die anonymisierte wissenschaftliche Auswertung zugänglich sein“, fasst er in seiner Stellungnahme zusammen.

Daten zu Krankenhausressourcen und -belegung – insbesondere mit Blick auf an COVID-19 erkrankte Patienten – müssten tagesaktuell, maschinenlesbar und transparent zur Verfügung gestellt werden, fordert der Rat. Zugleich

plädieren die Experten dafür, auch die Digitalisierung des Öffentlichen Gesundheitswesens voranzubringen.

Weitere Digitalisierungsschritte und Maßnahmen „für eine offene Zugänglichkeit und zeitgemäße wissenschaftliche Analyse Pandemie-relevanter Daten und Aspekte sind darüber hinaus dringend, insbesondere auch zur Vorbereitung auf den Herbst/Winter 2022/23 notwendig“, schließen sie. Die Ministerpräsidentenrunde unterstrich in ihrem Beschluss vom 24. Januar die Dringlichkeit der Vorschläge und bat die Gesundheitsministerkonferenz, sich „zeitnah“ mit den Empfehlungen des ExpertInnenrats zur Digitalisierung zu befassen.

// Kirsten Behrendt

VERTRETERVERSAMMLUNG DER KZV SCHLESWIG-HOLSTEIN



Der Vorsitzende der Vertreterversammlung beruft gemäß § 8 Absatz 6 der Satzung der KZV Schleswig-Holstein in Absprache mit dem Vorstand eine ordentliche Vertreterversammlung ein

FÜR MITTWOCH, DEN 04. MAI 2022, 14:00 UHR,
im Haus der KZV S-H - Hörsaal -

und gibt nachstehende Tagesordnung bekannt:

1. **Eröffnung und Feststellung der Beschlussfähigkeit durch den Vorsitzenden der VV**
2. **Bericht des VV-Vorsitzenden**
3. **Beantwortung schriftlich gestellter Fragen (ohne Aussprache)**
4. **Bericht des Vorstandes**
5. **Beschlussfassung über Anträge (soweit nicht unter TOP 4 behandelt)**
6. **Satzungsänderung**
7. **Wahlen**
8. **Verschiedenes**



TELEFONVERZEICHNIS DER KZV SCHLESWIG-HOLSTEIN



Abteilung / Dienst	Ansprechpartner/in	Durchwahl	Abteilung / Dienst	Ansprechpartner/in	Durchwahl
Zentrale Telefon 0431/38 97 - 0 Telefax 0431/38 97 - 100 E-Mail info@kzv-sh.de	Fr. Wester Fr. Gösse		ZE-, Schienen-/KBR-, PAR-Regresse	Fr. Lenz Fr. Fischer Fr. Mahler	193 192 141
Vorsitzender des Vorstandes Sekretariat	Hr. Dr. Diercks Fr. Steinweg	126	Kons.-chir. Regresse	Fr. Collin Fr. Klindt	170 190
1. stellvertretender Vorsitzen- der des Vorstandes Sekretariat	Hr. ZA Oleownik Fr. Steinweg	126	KFO-Regresse	Fr. Kuhlmann Fr. Schuster Fr. Strauß	148 133 139
2. stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes Sekretariat	Fr. Dr. Mokhtari Fr. Steinweg	126	Kostenerstattung/ QM-Berichtsbogen	Fr. Dinkela	195
Kaufmännischer Geschäftsführer	Hr. Dipl.-Volkswirt Steinmetz		Fortbildungspunkte	Fr. Boeck	179
Sekretariat/Personalsach- bearbeitung	Fr. Rahlf	123	Arzneimittelverordnung/ Heilmittelverordnung/ Krankentransport	Fr. Krahl	199
Büro der Selbstverwaltung/ Assistentin des Vorstandes Sekretariat	Fr. Dr. Hennig Fr. Steinweg	126	Prothetik-Einigungsausschuss/ Prothetik-Widerspruchsaus- schuss/Gutachterwesen/ Elektronische Patientenakte	Fr. Bölke Fr. Neitzel	197 178
Juristische Abteilung Sekretariat	Hr. Ass. Bohnsack Fr. Jaich Fr. Semund Fr. Hackel	172 177 159 171	Fortbildung	Fr. Lenz	193
Kooperationsverträge/ Coronatest-Abrechnung			Rechnungslegungsabteilung	Hr. Meyer (Leitung)	180
Abrechnungsabteilung	Fr. Jäger (Leitung) Fr. Wendler	131 135	Hotline Service-Portal/ Hotline TI-Team	Hr. Schmedemann Hr. Gerth	181
KCH-Abrechnung/ KBR-Abrechnung	Fr. Wischmann Fr. Vespermann Fr. Fehr Fr. Witt	137 143 144 501	Bundeskassenverzeichnis	Hr. Baasch	186
PAR-Abrechnung/ Zwischenstaatliche Abkommen	Fr. Collin Fr. Klindt	170 190	HVM/Statistik	Fr. Kranold Fr. Böhmer Fr. Wibrow	188 189 187
KFO-Abrechnung/ PAR-Abrechnung	Fr. Kuhlmann Fr. Schuster Fr. Strauß	148 133 139	Finanzabteilung	Hr. Eggers (Leitung)	160
ZE-Abteilung	Fr. Schwertfeger Fr. Carstens Fr. Matysik Fr. Frandsen Fr. Ammen-Schrade Fr. Rüter Fr. Halemba Fr. Jörs-Lange Fr. Nittler Fr. Böhmer Fr. Grümmert Fr. Boeck Fr. Havemeister Fr. Lemke	149 146 146 145 117 136 295 157 153 140 142 179 198 196	Honorarverkehr	Fr. Tedt	162
Anmeldung von Abrechnungs- software	Fr. Witt	501	Sach- und Krankenkassenkonten	Fr. Scheumann	164
			Kreditoren und andere KZVen	Fr. Rottgardt	165
			Presse- und Öffentlichkeitsarbeit	Fr. Behrendt	129
			Zulassungswesen/Assisten- ten/Mitgliederverwaltung	Fr. Griesbach	174
			AIHV	Fr. Stellmach	173
			Patientenberatungsstelle	Fr. Kiencke	0431/38 97 255
			Gemeinsame Prüfungsstelle für den Bereich Schleswig- Holstein - Zahnärzte -	Hr. Bothmann (Leitung) Fr. Joosten Fr. Kock Fr. Ungermann Telefax	0431/38 97 314 402 403 404 400