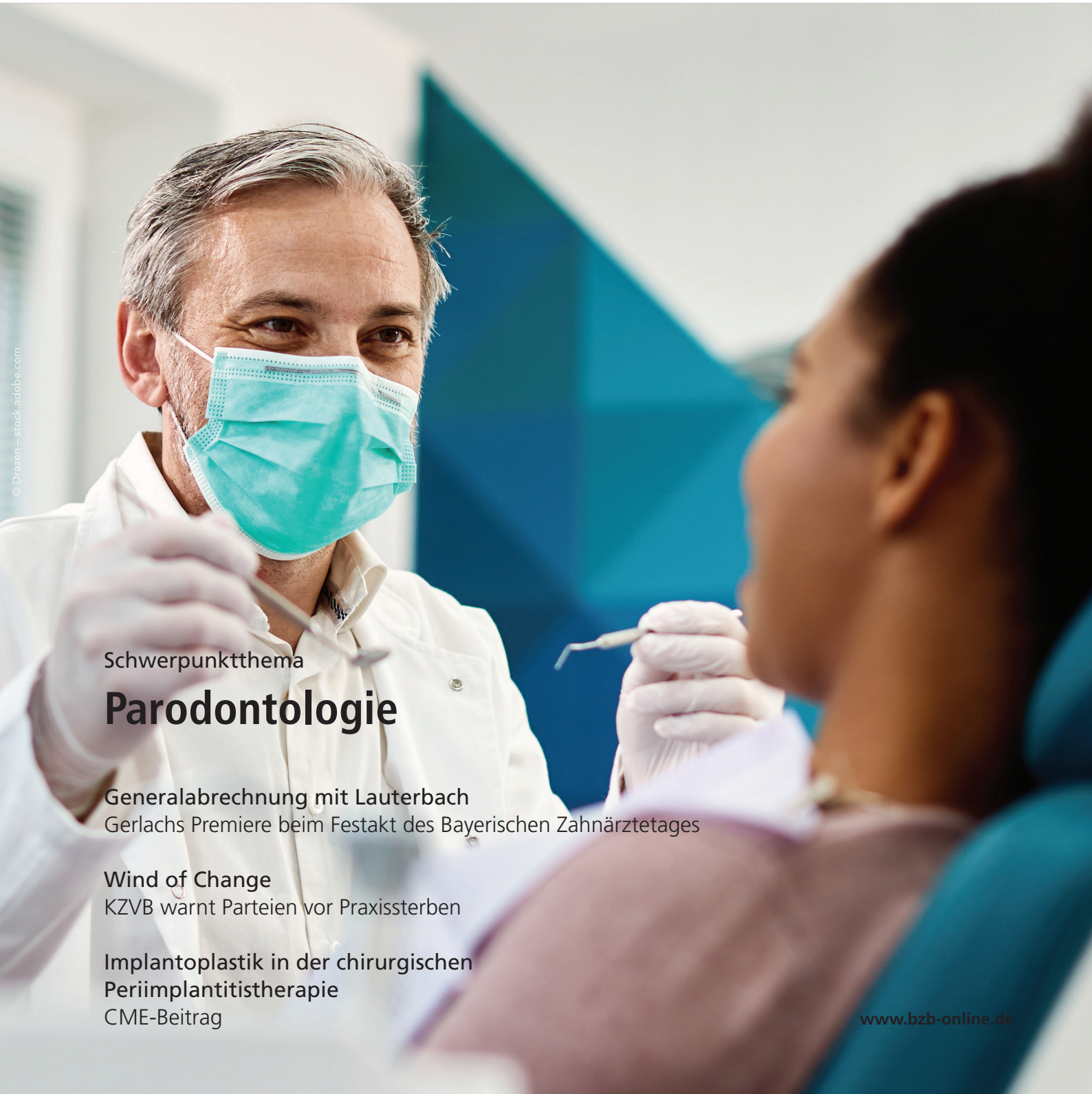


61. Jahrgang

BZB

Bayerisches Zahnärzteblatt

11/2024



Schwerpunktthema

Parodontologie

Generalabrechnung mit Lauterbach
Gerlachs Premiere beim Festakt des Bayerischen Zahnärztetages

Wind of Change
KZVB warnt Parteien vor Praxissterben

Implantoplastik in der chirurgischen
Periimplantitistherapie
CME-Beitrag

www.bzb-online.de



DENTALLEGIERUNGEN
SCHNELLE ABRECHNUNG
IHRER WERTE



FÜR DENTALSCHIEDGÜTER
AUS LABOR UND PRAXIS



UMFORMUNG - DER GÜNSTIGE
WEG ZUM FEINGOLD
ZUR KAPITALANLAGE

DIREKT ZUR SCHEIDEANSTALT



Verschenken Sie keine Werte an Goldankäufer

Aus unseren täglichen Gesprächen mit Ihren Kollegen wissen wir genau, was Sie erwarten. Deshalb können wir Ihnen optimale Lösungen beim Verkauf, beim Ankauf oder für die Umformung von Edelmetallen anbieten.

Die Wertschöpfungskette durch industrielles Recycling, genaue Analysen und börsenkorrelierte Preise liefert Ihnen Vorteile gegenüber den pauschalen Verkäufen beim Goldankauf.

Als zweitgrößter Edelmetallerzeuger in unserer Metropolregion neben der Aurubis bieten wir Ihnen einen **kostenfreien Ankauf gesammelter Dental-legierungen** mit Schmelze, 4fach Analyse und hervorragender Vergütung für die Edelmetalle Gold, Silber, Platin und Palladium. Verzichten Sie darauf nicht, denn gerade der Palladiumpreis ist enorm gestiegen. Auf Wunsch beauftragen Sie die Scheidung und Umformung in Feinmetalle, die Ihnen die kostengünstigste Variante ermöglicht, um Gold und Silber als Kapitalanlagemetalle zu erhalten.

Auch für
Kleinmengen von
Patienten geeignet:

Kostenfreie
Auszahlung der
Edelmetall-Gehalte
nach Schmelze und
Analytik für

Gold
Platin
Palladium
Silber

Norddeutsche Edelmetall Scheideanstalt GmbH

Scheideanstalt: 22844 Norderstedt – Oststraße 128 – Telefon: +49 (0)40 609 26 89-0
Servicebüro: 20354 Hamburg – Neuer Wall 80 – Telefon: +49 (0)40 609 26 89-11
kontakt@norddeutsche-es.de – <https://norddeutsche-edelmetall.de>



Dr. Dr. Frank Wohl
Präsident der Bayerischen
Landeszahnärztekammer

ePA: Die große Entmündigung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der CDU-Politiker und langjährige Bundesarbeitsminister Norbert Blüm bestritt einen großen Teil seiner politischen Karriere mit dem Satz „Die Rente ist sicher!“. Wer ihm da widersprach, der konnte sich warm anziehen, und die für viele Menschen bitteren Folgen seines Wirkens erlebt Blüm, der vor vier Jahren verstorben ist, nicht mehr mit.

Unsere derzeit amtierenden Politiker belassen es nicht bei sprachlich so schlichten Statements, sondern setzen rhetorisch gerne noch einen drauf. Deshalb bekommen wir von Gesundheitsminister Karl Lauterbach nicht nur ein triviales „Die ePA ist sicher!“ zu hören, sondern er verkündet, sie sei „von der Sicherheit her besonders sicher“.

Das ist nicht nur sprachlich eine sehr gewagte Äußerung.

Es ist mehr als nur eine Spekulation, dass dem früheren Bundesdatenschutzbeauftragten Ulrich Kelber auch deshalb die zweite Amtszeit verweigert wurde, weil er die unzureichende Sicherheitsarchitektur der elektronischen Patientenakte mehrfach deutlich kritisiert hat.

In der Tat ist die Ende 2023 für die ePA beschlossene Widerspruchslösung („Opt-out“) ein Signal des Misstrauens an die Bürger. Der Patient ist nicht auf Augenhöhe mit denen, die über seine Daten verfügen.

Hinzu kommt eine nachgerade dilettantische Umsetzung einer an sich bestehenden Idee: Die ePA ist derzeit nichts anderes als ein großer digitaler Schuhkarton, in den wahllos, unvollständig und unstrukturiert Befunde, Berichte, Briefe, Medikationspläne und Bildgebungsergebnisse gestopft werden und in dem dann

der jeweilige Behandler – digital – herumstochern muss, um für ihn relevante Informationen aus dem Konglomerat zu fischen.

Das straf- und zivilrechtliche Haftungsrisiko kann für den Arzt sogar steigen, nämlich dann, wenn er im digitalen Heuhaufen gerade nicht die eine Information findet, auf die es im konkreten Fall ankommt, und dadurch ein Behandlungsfehler passiert.

Pikant ist auch, dass ein Gutachten des Fraunhofer-Institutes für Sichere Informationstechnologie (SIT), dessen Abschlussbericht bereits am 9. August dieses Jahres erstellt wurde, erst am 10. Oktober von der gematik veröffentlicht wurde.

Die Analyse der Fraunhofer-Experten ergab insgesamt 21 Schwachstellen im gematik-Konzept, davon vier mit „hohem Schweregrad“. Auch wir Zahnärzte sind von dem Gutachten betroffen, weil strengere Sicherheitsanforderungen für unsere Praxisverwaltungssoftware verlangt werden. Minister Lauterbach hat bereits angekündigt, dass Softwaresysteme, die sich nicht an die Vorgaben der gematik halten, die Zulassung verlieren könnten.

Wir Zahnärzte sind schon von Berufs wegen besonders technikaffin. Niemand von uns hat etwas gegen eine ePA, die sicher ist, funktioniert und nützt. Solange das nicht der Fall ist, solange unsere Patienten und wir durch diesen „digitalen Schuhkarton voller Zettel“ entmündigt werden, darf Herr Lauterbach sie gerne behalten. Wir brauchen sie nicht!

Ihr



Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach feierte ihre Premiere beim Festakt des 65. Bayerischen Zahnärztetages in München.



Neue Kultur der Organspende – das Bündnis Organspende verabschiedet Resolution, die eine Neuregelung der Organspende zum Ziel hat.



Dr. Martin Schubert (4. v. l.), langjähriger Referent Soziales Engagement der BLZK, wurde mit dem Ehrenpreis des Verbandes Freier Berufe in Bayern ausgezeichnet.

politik

- 6 **Generalabrechnung mit Lauterbach**
Gerlachs Premiere beim Festakt des Bayerischen Zahnärztetages
- 9 **Volles Haus beim 65. Bayerischen Zahnärztetag**
Herausforderungen optimal meistern – vom Frontzahntrauma bis zum Praxisalltag
- 10 **Hin zu einer Kultur der Organspende**
Rund 70 Institutionen für Widerspruchslösung im Transplantationsrecht
- 12 **Frische Infos für Spitzenpolitiker**
Gemeinsamer Stand von BZÄK und BLZK beim Parteitag der CSU in Augsburg
- 14 **Wind of Change**
KZVB bei Parteitagen von CSU und Grünen
- 18 **Den Frosch Gesundheitswesen wachküssen!**
23. Europäischer Gesundheitskongress in München
- 20 **Ehrenpreis für herausragende Persönlichkeiten des Zeitgeschehens**
Dr. Martin Schubert vom Verband Freier Berufe in Bayern ausgezeichnet
- 22 **„Wir Freiberufler verlassen uns nicht auf den Staat“**
Auszüge aus der Laudatio für Dr. Martin Schubert
- 24 **Wenn das Jobcenter das Gehalt übernimmt**
Zahnarztpraxen können von Förderprogrammen profitieren
- 26 **Der Sozialstaat stößt an seine Grenzen**
Beitrags-Beben durch Politik der Ampelkoalition – Krankenkassen fordern Sofortmaßnahmen
- 28 **„Niederschwellig zu einer Einigung finden“**
Dr. Michael Tewes über das Schlichtungsverfahren der BLZK
- 30 **Den Finger in die Wunde legen**
Hauptversammlung des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte (FVDZ)
- 32 **Der Mangel wird sichtbar**
Spiegel berichtet über Unterversorgung im ländlichen Raum
- 34 **Rahmenbedingungen erschweren die Nachwuchsgewinnung**
VV-Vorsitzende tagen in Münster – Kritik an Bürokratie und Budgetierung
- 35 **Nachrichten aus Brüssel**
- 36 **Journal**

praxis

- 37 **GOZ aktuell**
Parodontologie
- 44 **Kostenlos, kompetent und unabhängig**
Zahnarzt-Zweitmeinung stärkt das Vertrauen der Patienten

- 46 Die verbindende Kraft des gesunden Lächelns
Gesundheitsministerin Judith Gerlach und LAGZ-Vorsitzende
Dr. Barbara Mattner beim Tag der Zahngesundheit
- 49 Fachaustausch zu QM-Themen
- 50 Zielscheibe Zahnarzt
KZVB-Umfrage liefert alarmierende Ergebnisse
- 52 PKV-Beiträge steigen deutlich
Welche Möglichkeiten zur Prämienenkung gibt es?
- 54 Online-News der BLZK



46

Rund 1200 Kinder feierten auf Einladung der LAGZ den Tag der Zahngesundheit im Kulturhaus Milbertshofen.

wissenschaft und fortbildung

- 55 Orale Piercings – ein unterschätzter Risikofaktor
für die parodontale Gesundheit
- 62 Wann macht Implantoplastik in der chirurgischen
Periimplantitistherapie Sinn?
- 68 Gingivale Rezessionen
Ätiologie und Therapie
- 75 Nichtchirurgische Behandlung eines entzündeten
periimplären Defektes
unterstützt mit einem Hypochlorit-Reinigungsgel
und vernetzter Hyaluronsäure (Clean&Seal)



50

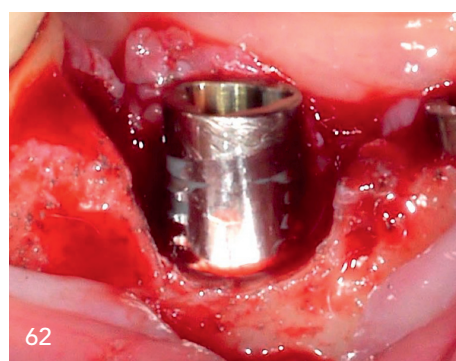
Eine Onlineumfrage der KZVB liefert alarmierende Ergebnisse – Fälle aggressiver oder sogar gewalttätiger Patienten nehmen zu.

markt und innovationen

- 78 Produktinformationen

termine und amtliche mitteilungen

- 81 eazf Fortbildungen
- 83 Betriebswirtschaft und Abrechnung für Zahnärzt/-innen
- 84 Niederlassungs- und Praxisabgabeseinare 2024
- 85 Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen
für Praxispersonal
- 87 Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2025/2026
- 88 Kassenänderungen/Kleinanzeigen
- 90 Impressum



62

In ihrem CME-Beitrag erläutert Priv.-Doz. Dr. Kristina Bertl Technik und Indikation der Implantoplastik.

Die Herausgeber sind nicht für den Inhalt von Beilagen verantwortlich.

Das BZB 12/2024 mit dem Schwerpunktthema „Digitale Zahnheilkunde“ erscheint am 16. Dezember 2024.



© BLZK/Wolfram Murr

Generalabrechnung mit Lauterbach

Gerlachs Premiere beim Festakt des Bayerischen Zahnärztetages

Er stand zwar nicht auf der Gästeliste, dennoch war Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD) bei der Eröffnung des 65. Bayerischen Zahnärztetages in München allgegenwärtig. Von mehreren Seiten gab es teils harsche Kritik an seiner – nach Ansicht der meisten Redner verfehlten – Gesundheitspolitik der letzten Jahre, die auch die Berufsausübung von Zahnmedizinern deutlich erschwert habe. Dagegen feierte die seit einem Jahr amtierende Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention, Judith Gerlach (CSU), eine gelungene Premiere beim traditionellen Festakt, der wie der gesamte Fortbildungskongress von der Bayerischen Landes Zahnärztekammer organisiert und von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns unterstützt wird.



Dr. Dr. Frank Wohl wandte sich mit einem Appell an Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach.

Dr. Dr. Frank Wohl, Präsident der BLZK, wandte sich in seiner Eröffnungsrede vor etwa 300 Ehrengästen aus Politik, Standespolitik, Wissenschaft und Gesundheitswesen mit einem flammenden Appell an den Bundesgesundheitsminister und promovierten Epidemiologen: „Lassen Sie die Zahnmedizin nicht ausbluten. Sie sind ein Verfechter des Impfens und Boosterns: Geben Sie ihr eine Booster-Spritze! Damit unsere Patienten im ländlichen Raum auch morgen noch einen Zahnarzt finden.“

„Volle Power für die Freiberuflichkeit“

Wissenschaftlicher Fortschritt, politische Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Veränderungen würden sich aktuell in einer nie dagewesenen Dynamik entwickeln, so Wohl. „Deshalb sind wir mehr denn je gefordert, kluge und zukunftsorientierte Entscheidungen zu treffen.“ Dies gelte vorrangig für existenzielle Entscheidungen, etwa zwischen einer Anstellung oder einer Niederlassung.

Dem zahnärztlichen Berufsstand empfahl er „volle Power für die Freiberuflichkeit und für faire Bedingungen, damit Sie sich auch morgen noch hoffnungsvoll niederlassen können“. Denn, so der BLZK-Präsident weiter, der Schritt in die eigene Praxis biete nicht nur die Chance, die eigene berufliche Vision autonom zu ver-

wirklichen. „Wer sich als Zahnarzt für die Niederlassung entscheidet, übernimmt auch Verantwortung, die zahnmedizinische Versorgung aktiv mitzugestalten und zu verbessern.“

Damit die Niederlassung in eigener Praxis wieder an Attraktivität gewinne, brauche der Berufsstand allerdings eine faire Vergütung, die der wissenschaftlichen Entwicklung und den wirtschaftlichen Notwendigkeiten gerecht werde. Der Kammerpräsident dazu: „Wir wollen und müssen unsere Zahnmedizinischen Fachangestellten fair bezahlen. Da ist es völlig inakzeptabel, dass die zahnärztliche Gebührenordnung seit 1988 nicht angepasst wurde!“

An die Politik gerichtet, sagte Wohl: „Entscheiden Sie bitte so, dass eine Niederlassung als Zahnarzt wieder attraktiv wird. Unsere Praxen müssen sich auf die Behandlung der Patienten konzentrieren können. Helfen Sie uns und räumen Sie dazu bitte die Steine der Bürokratie aus dem Weg!“ Entbürokratisierung bedeute freilich nicht, „Papier in PDF-Dateien umzuwandeln“, so der BLZK-Präsident weiter. Gleiches gelte für die elektronische Patientenakte (ePA) – für Wohl „derzeit ein Schuhkarton, in dem ein Sammelurium an unsortierten und unstrukturierten Zetteln drin ist“. Damit sei jedoch niemandem geholfen.



Judith Gerlach sicherte den bayerischen Zahnärztinnen und Zahnärzten ihre Unterstützung bei mehreren Problemfeldern zu.

Judith Gerlach, Bayerische Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention, bescheinigte den Zahnärzten, „ein existenzieller Teil unserer Gesundheitsversorgung“ zu sein – in einer Zeit, in der insbesondere der Gesundheitsbereich vor großen Herausforderungen stehe. Nicht zuletzt deshalb wolle sie sich für bessere Rahmenbedingungen einsetzen, damit der Zahnarztberuf attraktiv bleibt. „Dazu gehört selbstverständlich auch eine Erhöhung des GOZ-Punktwertes. Der Bund sollte hier endlich handeln, sonst verstößt er gegen die gesetzliche Auflage aus dem Zahnheilkundengesetz, den berechtigten Interessen der Zahnärzte Rechnung zu tragen“, so die Staatsministerin. Eine GOZ-Anpassung würde überdies Spielraum schaffen, um die Praxisangestellten angemessen zu entlohnen und den ZFA-Beruf attraktiver zu machen.

Auch in Sachen Entbürokratisierung müsse der Bund „endlich liefern und seinen angekündigten Gesetzentwurf zum Bürokratieabbau vorlegen“. Dagegen habe Bayern die Dringlichkeit längst erkannt. „Mit aktiver Beteiligung von BLZK, KZVB und weiteren Akteuren der ambulanten Versorgung haben wir Vorschläge zum Abbau von Bürokratie auf Landes- und Bundesebene erarbeitet“, betonte Gerlach. Die CSU-Politikerin versicherte den bayerischen Zahnärzten darüber hinaus, in puncto Regulierung von iMVZ „fest an ihrer Seite“ zu stehen. Deren Konzentration auf die Ballungsräume gefährde die flächendeckende ambulante Versorgung.

Lauterbachs toxischer Cocktail

Dr. Rüdiger Schott, Vorsitzender des Vorstands der KZVB, äußerte scharfe Kritik an der Gesundheitspolitik der Ampelkoalition: „Seitdem das Bundesgesundheitsministerium von Karl Lauterbach geleitet wird, wissen wir, welchen Schaden eine Fehlbesetzung in einem der wichtigsten Ressorts anrichten kann. Mich erinnert der Gastprofessor aus Harvard an einen Grundschüler, der zu Weihnachten einen Chemiebaukasten bekommen hat. Und genau dazu ist unser Gesundheitswesen geworden.“ Anhand eines mitgebrachten Reagenzglasständers mit sechs verschiedenfarbigen Reagenzgläsern erläuterte er, wie derzeit bei den Zahnärz-

ten „herumexperimentiert wird“. Symbolisch standen die Reagenzgläser für folgende Problemfelder: Budgetierung, Digitalisierung, GOZ, Bürokratie, Personalmangel und investorenfinanzierte MVZ, Letztere von Schott als „Heuschrecken“ bezeichnet. Sein Fazit: „Lauterbach hat uns einen toxischen Cocktail gebraut, der vielen die Freude an der Niederlassung vermiest.“ Allerdings wüssten die Zahnärzte aus ihrem Studium, „dass es für fast jedes Gift ein Gegenmittel gibt“. Eines davon trage den Namen „Selbstverwaltung“ und habe den Zahnärztinnen und Zahnärzten in Bayern bis dato Budgetüberschreitungen erspart.

Tobias Gotthardt, Staatssekretär im Bayerischen Staatsministerium für Wirtschaft, Landesentwicklung und Energie, hob die wirtschaftliche Bedeutung der Zahnärzte hervor. „Die bayerischen Zahnärzte leisten einen wichtigen Beitrag für die exzellente Gesundheitsversorgung. Sie sind auch ein wichtiger Wirtschaftsfaktor, und das soll in Zukunft so bleiben“, sagte der Landtagsabgeordnete der Freien Wähler. „Wir setzen uns dafür ein, dass der Zahnarztberuf wieder an Attraktivität gewinnt. Unnötige Bürokratie muss abgebaut werden, damit die Zahnärzte wieder mehr Zeit für ihre Patienten haben. Die Digitalisierung muss sich am Alltag der Zahnärzte orientieren und ihre Berufsausübung erleichtern. Die Zahnärzteschaft und die Politik stehen vor großen Herausforderungen, aber als Staatssekretär bin ich zuversichtlich, dass wir mit ‚Bavarian Mut‘ den kleinen, aber feinen Unterschied ausmachen können. Bayerns Anspruch ist es, sich vom politischen Frontzahntrauma und der daraus resultierenden Schockstarre abzusetzen – für eine Gesundheitspolitik, die flächendeckend funktioniert.“

„Kipppunkt des Sozialsystems verhindern“

Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bundeszahnärztekammer, sah die deutsche Zahnmedizin auf einem guten Weg, auch wenn das finanziell angeschlagene Gesundheitswesen und insbesondere die soziale Pflegeversicherung aktuell für viele Negativschlagzeilen Sorge. Ein drohender Kipppunkt des Sozialsystems, der wegen der demografischen Entwicklung



Dr. Rüdiger Schott veranschaulichte seine Kritik an der Ampelkoalition durch einen mitgebrachten Reagenzglasständer mit sechs verschiedenfarbigen Reagenzgläsern.



Der ehemalige bayerische Gesundheitsminister und jetzige CSU-Fraktionsvorsitzende Klaus Holetschek (2. v. r.) nahm auch in diesem Jahr am Festakt teil. Das Foto zeigt ihn zusammen mit dem KZVB-Vorstandsvorsitzenden Dr. Rüdiger Schott, BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl, seiner Nachfolgerin im Ministerium, Judith Gerlach, und BLZK-Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner (v. l.).



Tobias Gotthardt bezeichnete die Zahnärztinnen und Zahnärzte als wichtigen Faktor für den Wirtschaftsstandort Bayern.



Prof. Dr. Christoph Benz hob in seinem Grußwort die positiven Seiten des Zahnarztberufes und deren Privilegien hervor.



Prof. Dr. Johannes Einwag führte in das Leitthema des 65. Bayerischen Zahnärztetages ein.



Die bayerische Gesundheitsministerin Judith Gerlach mit BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl (links) und dem KZVB-Vorstandsvorsitzenden Dr. Rüdiger Schott am Stand der bayerischen Zahnärzte.

bereits von einigen Experten vorhergesagt werde, müsse „unbedingt verhindert werden“. Benz warb in seinem Grußwort für eine positivere Denkweise innerhalb der Zahnärzteschaft: „Wir üben einen der schönsten Berufe auf dieser Erde aus und sollten ihn daher nicht schlechtreden, sondern vielmehr seine Vorzüge hervorheben.“ Diese Botschaft gelte es, jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten zu vermitteln. Zudem genieße der Berufsstand das „große Privileg der Selbstverwaltung“, so Benz.

Prof. Dr. Johannes Einwag, Referent Fortbildung der BLZK und Wissenschaftlicher Leiter des Bayerischen Zahnärztetages, moderierte die Eröffnungsveranstaltung. Mit dem Leitthema „Das Frontzahntrauma – was nun, was tun?“ habe die BLZK in diesem Jahr eine der „Königsdisziplinen der Zahnmedizin“ ausgewählt, sagte er. In der Praxis gehe es dabei im Grunde um Notfallmedizin, die wiederum „schnelle, aber auch nachhaltige Lösungen“ voraussetzt.

Thomas A. Seehuber

AUF DER SUCHE NACH DER PERFEKTEN STRATEGIE



Prof. Dr. Axel Ockenfels sprach in der Festrede über Fortschritte bei der Entschlüsselung menschlichen Verhaltens.

In die Welt der Taktiken, Strategien und Entscheidungen entführte der Festredner Prof. Dr. Axel Ockenfels die Gäste des Festaktes. In welche Ecke soll der Elfmeterschütze schießen? Wann ist es für einen Bieter ratsam, aus einer Auktion auszusteigen? Wie kann das Verhalten in Märkten gesteuert werden? Der Wirtschaftswissenschaftler von der Universität zu Köln kennt Antworten auf solche Fragen – und nutzt sie gezielt, um verfeinerte Vorhersagen zu treffen, die wiederum erfolgreichere Strategien zur Bewältigung etlicher gesellschaftlicher Herausforderungen nach sich ziehen sollen.

Ockenfels, der zugleich Direktor des Max-Planck-Institutes zur Erforschung von Gemeinschaftsgütern in Bonn ist, gilt als einer der führenden Vertreter einer modernen, empirisch ausgerichteten Volkswirtschaftslehre und als Experte auf dem Gebiet der Spieltheorie. Dieser Denkansatz versucht, in Modellen zu analysieren, wie sich Menschen in Konfliktsituationen entscheiden. Bekannt wurde Ockenfels durch seine Arbeit im Bereich der experimentellen Wirtschaftsforschung. Heute wird seine Expertise weltweit von Regierungen, Ministerien und Unternehmen nachgefragt.

Sein Credo: Spieltheorie, Psychologie und künstliche Intelligenz ermöglichen enorme Fortschritte bei der Entschlüsselung menschlichen Verhaltens. Anhand von Beispielen aus Praxis und Forschung zeigte Ockenfels auf, wie die moderne ökonomische Verhaltensforschung helfen kann, die Rationalität und Irrationalität des Menschen zu „vermessen“. Im Festvortrag ging er auch der Frage nach, ob es ein Mittel gegen irrationales Verhalten im Gesundheitsbereich gibt. Sein Rezept: Um das Verhalten in die richtige Richtung zu lenken, brauche es „eine Entscheidungsarchitektur, die berücksichtigt, was dem Menschen guttut“. Ockenfels weiter: „Der Schlüssel für die richtige Strategie ist es, zu verstehen, wie die anderen ticken.“

tas

Volles Haus beim 65. Bayerischen Zahnärztetag

Herausforderungen optimal meistern – vom Frontzahntrauma bis zum Praxisalltag

Moderne, praxisrelevante Zahnmedizin und der kollegiale Austausch vor Ort: Das sind die Markenzeichen des Bayerischen Zahnärztetages. Auch die 65. Auflage des in Kooperation von BLZK und KZVB organisierten Fortbildungskongresses wurde vom 24. bis 26. Oktober seinen hohen Ansprüchen mehr als gerecht. Über 1500 Besucher erlebten über das gesamte Wochenende mit ausverkauften Kongresstagen am Freitag und Samstag eine Fortbildungsveranstaltung voller Wissen und neuer Impulse.

Die vielen Facetten der Frontzahntraumata

Das Thema Frontzahntrauma ermöglicht es, die gesamte Bandbreite der modernen Zahnheilkunde fokussiert abzubilden: von der Prävention über die Zahnerhaltung, die Endodontie, die Prothetik bis hin zur Chirurgie und Implantologie. Dementsprechend vielfältig war das Spektrum der Vorträge beim Kongress Zahnärzte am 25. und 26. Oktober.

Der Bogen spannte sich von der Erstversorgung und Vitalerhaltung bis hin zur Nachsorge und dem Umgang mit Komplikationen. Unterschiedliche Therapieansätze und Spezialfälle wie das Milchzahntrauma wurden ebenso besprochen wie komplizierte interdisziplinäre Lösungen. Der vertragszahnärztliche Teil befasste sich mit der Abrechnung einfacher und komplexer Frontzahnverletzungen, mit Cyberkriminalität und Datensicherheit in der zahnärztlichen Praxis sowie mit dem Budget- und dem Abrechnungsradar der KZVB. Auch die Aktualisierung der Röntgenfachkunde für Zahnärzte war wieder möglich.

Moderne Lösungen für Patienten und Praxisteam

Beim Kongress Zahnärztliches Personal am 25. Oktober standen „Herausforderungen im Praxisalltag – moderne Lösungen“ im Fokus. Hier ging es um Karies, Mundgeruch, Arbeitssicherheit und Hygienemanagement. Sehübungen, Rückentraining und die Erfahrungen einer Zahnärztin und einer Dentalhygienikerin bei der Ver-

wirklichung ihrer beruflichen Träume rundeten das Programm ab.

Parallel zu den Vorträgen wurden die besten Absolventinnen und Absolventen der Aufstiegsfortbildungen Zahnmedizinische Prophylaxeassistenz (ZMP), Dentalhygiene (DH) und Zahnmedizinische Verwaltungsassistenz (ZMV) mit dem Meisterpreis der Bayerischen Staatsregierung ausgezeichnet.

„Prof. Dieter Schlegel Wissenschaftspreis“ mit vier Preisträgern

Für herausragende zahnmedizinische Dissertationen an bayerischen Hochschulen vergibt der Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde in Bayern e.V. (VFwZ) den „Prof. Dieter Schlegel Wissenschaftspreis“ – auch 2024 wieder innerhalb des Kongresses Zahnärzte am Freitag. Die diesjährigen Preisträger kamen von der Ludwig-Maximilians-Universität München, der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und der Universität Regensburg.

Redaktion



Der große Saal des Tagungshotels Westin Grand war bei den Vorträgen des Kongresses für Zahnärzte sehr gut gefüllt.



Auch der Kongress Zahnärztliches Personal am Freitag war hervorragend besucht und begeisterte die Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

FOTOS UND BERICHTE IM NETZ

Weitere Fotos von der Eröffnung des 65. Bayerischen Zahnärztetages und den beiden anschließenden Fortbildungstagen finden Sie auf der Website der Bayerischen Landeszahnärztekammer: www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa_bayerischer_zahnaerztetag_2024.html

Ausführliche Beiträge über den wissenschaftlichen Kongress für Zahnärzte und den Kongress für das Praxispersonal lesen Sie in der nächsten Ausgabe des BZB und ab 15. Dezember im Internet: www.bzb-online.de



Hin zu einer Kultur der Organspende

Rund 70 Institutionen für Widerspruchslösung im Transplantationsrecht

Die bayerische Gesundheitsministerin Judith Gerlach (CSU) will die Zahl der Organspender im Freistaat erhöhen (siehe BZB 10/2024). Sie knüpft damit an die Arbeit ihrer Amtsvorgänger an. Denn bereits seit 2016 gibt es das „Bündnis Organspende“, dem auch die KZVB angehört. Die rund 70 Institutionen des Bündnisses haben nun eine Resolution für eine Neuregelung der Organspende verabschiedet, die wir gerne veröffentlichen.

Die aktuelle Situation der Organspende ist trotz aller Aufklärungskampagnen und organisatorischen Verbesserungsmaßnahmen nach wie vor von signifikantem Organmangel gekennzeichnet. In den letzten Jahren gab es in Deutschland jeweils deutlich unter 1 000 Organspender im Jahr (2020: 913, 2021: 933, 2022: 869; 2023:

965). Demgegenüber standen jedoch zum 31.12.2023 deutschlandweit 8 385 Patienten auf der Warteliste. Allein im Jahr 2023 sind 667 Menschen in Deutschland auf der Warteliste verstorben.

Das Bündnis Organspende Bayern als gesamtgesellschaftlicher Zusammenschluss

mit seinen rund 70 Mitgliedern aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft hält daher eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die Organspende für dringend erforderlich, da sich die aktuell geltende, sogenannte „Erweiterte Zustimmungslösung“ in der Praxis nicht bewährt hat. Mit der Einführung einer Widerspruchslösung würde eine signifikante Wende für die vielen Tausend Wartelistenpatienten eingeleitet, ein Paradigmenwechsel hin zu einer „Kultur der Organspende“ erreicht. Denn die Organspende wäre dann der Normalfall: Jeder und jede wäre im Todesfall entsprechend der gesetzlichen Rechtsfolge Organspender, sofern er/sie nicht zu Lebzeiten widersprochen hat. Dies würde allen Bürgerinnen



Dr. Jens Kober, Dr. Marion Teichmann und Dr. Rüdiger Schott stellen der bayerischen Gesundheitsministerin Judith Gerlach (2. v. l.) ein Praxisplakat zur Organspende vor.



© Sk Elena – stock.adobe.com

und Bürgern Anlass bieten, sich zumindest einmal im Leben mit der Thematik auseinanderzusetzen und eine Entscheidung zu treffen. Das wäre auch eine Entlastung für die Angehörigen, denen dann nicht mehr – wie bisher – zugemutet wird, in der belastenden Situation am Lebensende eine derart schwere Entscheidung zu treffen. Zudem würde damit die bestehende Organspendebereitschaft der Bevölkerung (Umfragen zufolge sind seit Jahren stabil 80 Prozent der Bevölkerung pro Organspende) besser widerspiegelt und vor allem die tatsächlichen Organspenden würden voraussichtlich deutlich erhöht.

Deshalb fordern wir die Einführung der Widerspruchslösung im Transplantationsrecht.

Alle bisher gesetzlich ergriffenen Maßnahmen haben nicht dazu geführt, die Anzahl der Organspenden nachhaltig zu erhöhen. Die Widerspruchslösung würde zu einem Paradigmenwechsel in der Organspende führen und die Zahl der tatsächlichen Organspenden voraussichtlich deutlich erhöhen. Die Bundesrepublik Deutschland würde mit der Einführung der Widerspruchslösung eine wesentliche Grundlage dafür legen, zu den in der Organspende erfolgreichen Ländern in Europa aufzuschließen und die Versorgung der Bevölkerung entscheidend zu verbessern.

Die Widerspruchslösung wahrt das Recht jedes Einzelnen, über seinen Körper zu bestimmen. Wer keine Organspende wünscht, hat die Möglichkeit, dies jeder-

zeit einfach und unbürokratisch festzulegen. Es ist dem Einzelnen angesichts vieler Tausend Patienten auf der Warteliste für ein lebensrettendes Organ zumutbar, sich mit seiner Organspendebereitschaft auseinanderzusetzen, da die Möglichkeit besteht, Mitmenschen in extremen Notlagen zu helfen bzw. Menschenleben zu retten. Die Organspende ist ein Akt der Solidarität. Die Widerspruchslösung ermöglicht es, dass mehr Menschenleben gerettet werden können, ohne die Rechte des Einzelnen zu beeinträchtigen. Diese Regelung entspricht daher der aus den Grundrechten abgeleiteten objektiven Schutzpflicht des Staates für Leben und Gesundheit der Bürger.

Redaktion

UNTERSTÜTZUNG DURCH DIE ZAHNÄRZTE

Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach wirbt gemeinsam mit den Zahnärztinnen und Zahnärzten im Freistaat für mehr Organspenden. Die Ministerin betonte Mitte Oktober zum Start einer entsprechenden Plakataktion mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB): „Es bedrückt mich sehr, dass so viele Menschen in Deutschland auf ein lebenswichtiges Spenderorgan warten müssen – allein in Bayern sind das derzeit rund 1 200! Ich freue mich deshalb sehr, dass wir gemeinsam mit der KZVB ein Plakat gestaltet haben, das die Menschen auf das Thema aufmerksam macht.“

Die KZVB hat bereits an ihre rund 11 000 Mitglieder das Praxisplakat mit dem Slogan „Organspende – schon entschieden?“ verschickt. Die Patienten sollen angeregt werden, sich mit diesem wichtigen Thema auseinanderzusetzen. Das Motiv stammt aus einem Schülerwettbewerb an bayerischen Gymnasien.

Dr. Rüdiger Schott, Vorsitzender des Vorstands der KZVB: „Es gibt einen engen Zusammenhang zwischen der Allgemein- und der Mundgesundheit. So haben etwa Patienten unter Dialyse einen stark reduzierten Speichelfluss und meist ein geschwächtes Immunsystem. Dadurch können Zahnfleischentzündungen und Karies entstehen. Eine Nierentransplantation verbessert nicht nur die Lebensqualität, sie wirkt sich auch positiv auf die Mundgesundheit aus. So wie die bayerische Gesundheitsministerin Judith Gerlach wünschen wir uns, dass sich mehr Menschen zu Lebzeiten mit dem Thema Organspende auseinandersetzen. Zahnärzte genießen bei ihren Patienten hohes Vertrauen. Zudem sind wir mit rund 16 Millionen Patientenkontakten im Jahr ein wichtiger Multiplikator im Gesundheitswesen. Ich hoffe, dass möglichst viele Kolleginnen und Kollegen unser Plakat im Wartezimmer aushängen.“

ORGANSPENDE
schon entschieden?

Jetzt online eintragen im neuen
Organspende-Register!
organspende-register.de

Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit, Pflege und Prävention

Kassenzahnärztliche
Vereinigung Bayerns

Die KZVB unterstützt die Bemühungen der bayerischen Gesundheitsministerin Judith Gerlach, die Zahl der Organspender zu erhöhen, mit einem Praxisplakat.

Frische Infos für Spitzenpolitiker

Gemeinsamer Stand von BZÄK und BLZK beim Parteitag der CSU in Augsburg

An einem gemeinsamen Messestand präsentierten sich Bundeszahnärztekammer und Bayerische Landes Zahnärztekammer beim Parteitag der CSU am 11. und 12. Oktober in Augsburg. Mit knackigen Äpfeln und frischen Informationsmaterialien machte die BLZK Appetit auf einen fruchtbaren Austausch.

Die BLZK hatte ihre Flyer neu aufgelegt, in denen erklärt wird, warum die GOZ endlich angepasst werden muss und wie investorengeführte MVZ das drohende Praxissterben beschleunigen. Aber auch Bürokratie und Fachkräftemangel waren Themen in den zahlreichen Gesprächen, die BZÄK-Präsident Prof. Christoph Benz, BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl und BLZK-Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner sowie am Samstag auch die schwäbische Zahnärztin Dr. Margot Proeller und die für Politik und Strategie zuständigen Mitarbeiter beider Kammern mit vielen Bundes- und Landespolitikern führten.

Bürokratie und GOZ im Visier

Höhepunkte des Parteitages waren die Reden des Parteivorsitzenden und Bayerischen Ministerpräsidenten Markus Söder, MdL, sowie des CDU-Bundesvorsitzenden und Kanzlerkandidaten Friedrich Merz, MdB. Bei seinem anschließenden Messe-rundgang traf Merz auch BLZK-Präsident Dr. Dr. Wohl, der skizzierte, vor welchen Herausforderungen die Zahnärzteschaft steht. Aus der Bundespolitik kam auch Alexander Dobrindt, MdB, Vorsitzender der CSU im Bundestag, an den Stand der Zahnärztekammern, ebenso Dr. Carsten

Linnemann, MdB, CDU-Generalsekretär. Die Bundespolitiker informierten sich unter anderem über die Auswirkungen von Bürokratie und fehlender GOZ-Anpassung auf die Zukunft der zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung. Bürokratieabbau war auch eines der Themen des Leitantes „Wohlstand erhalten, Aufstiegsversprechen erneuern“, den die Delegierten beim Parteitag verabschiedeten. Und auf die GOZ kam Dr. Dr. Wohl im Austausch mit Bayerns Staatsminister für Finanzen Albert Füracker, MdL, einmal mehr zu sprechen – mit ihm auch unter dem Aspekt der Notwendigkeit einer GOZ-



Friedrich Merz, MdB, Bundesvorsitzender der CDU sowie Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion (rechts) im Austausch mit BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl.



Zeit für Patienten gewinnen durch weniger Bürokratie und mehr Fachkräfte – Bayerns Sozialministerin Ulrike Scharf, MdL (2. v. l.), mit Zahnärztin Dr. Margot Proeller, Bundeszahnärztekammer-Präsident Prof. Christoph Benz und seinem bayerischen Kollegen Dr. Dr. Frank Wohl.



Ein strahlendes Lächeln für die Zahnärzte: CDU-Generalsekretär Dr. Carsten Linnemann, MdB, umrahmt von BLZK-Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner und dem Präsidenten Dr. Dr. Frank Wohl.

Knackige Äpfel, frische Infos und fruchtbare Dialoge gab es am gemeinsamen Stand von BZÄK und BLZK beim CSU-Parteitag in Augsburg. Viele Politiker bissen an.



© BLZK

haushalt und Finanzfragen des Bayerischen Landtages, Josef Zellmeier, MdL, dem Generalsekretär der CSU, Martin Huber, MdL, und seiner Stellvertreterin Tanja Schorer-Dremel, MdL. An viele dieser Gespräche wird die BLZK anknüpfen.

Julika Sandt
Leiterin der Stabsstelle Politik der BLZK

Erhöhung trotz Auswirkungen auf die Beihilfe.

Dialog wird fortgesetzt

Selbstverständlich besuchten auch Protagonisten der bayerischen Gesundheitspolitik den Stand, mit denen die BLZK seit Langem in engem Austausch steht, wie die Bayerische Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention, Judith Gerlach, MdL, und ihr Vorgänger als Gesundheitsminister Klaus Holetschek, MdL. In seiner aktuellen Funktion als Vorsitzender der CSU-Fraktion im Bayerischen Landtag tauschte sich Dr. Mattner mit ihm über die aktuellen parlamentarischen Initiativen seiner Fraktion zur zahnärztlichen Versorgung aus. Aber auch mit Ministern anderer Ressorts führten die Spitzenvertreter der Zahnärzte wertvolle Dialoge am Stand, etwa mit Ulrike Scharf, MdL, die als Bayerische Staatsministerin für Fa-

milie, Arbeit und Soziales federführend für die Fachkräftegewinnung zuständig ist. Ihre Amtsvorgängerin Carolina Trautner, MdL, ist in dieser Legislaturperiode Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bayerischen Landtages und verriet, sie habe keine Berührungsängste bei Zahnärzten, schließlich habe sie vor ihrem Pharmaziestudium ein Jahr in der väterlichen Zahnarztpraxis gearbeitet. Weitere anregende Diskussionen, besonders über die Zukunft der zahnmedizinischen Versorgung in den ländlichen Räumen Bayerns, über notwendigen Bürokratieabbau und Strategien gegen den Fachkräftemangel ergaben sich am Stand unter anderem mit dem Leiter der Bayerischen Staatskanzlei und Staatsminister für Bundesangelegenheiten, Dr. Florian Herrmann, MdL, dem Bayerischen Staatsminister für Justiz, Georg Eisenreich, MdL, der Präsidentin des Bayerischen Landtages, Ilse Aigner, MdL, dem Vorsitzenden des Ausschusses für Staats-



© BLZK

Dr. Dr. Frank Wohl und Josef Zellmeier, MdL, Vorsitzender des Ausschusses für Staatshaushalt und Finanzfragen des Bayerischen Landtages, wollen den Dialog fortsetzen, etwa über Förderprogramme für technische Innovationen und Fachkräftegewinnung im Freistaat.



© BLZK

Mit zahnärztlichen Themen bestens vertraut ist Carolina Trautner, MdL (2. v. l.), ehemalige Bayerische Sozialministerin und inzwischen Mitglied im Gesundheitsausschuss des Bayerischen Landtages – hier mit Dr. Dr. Wohl, Dr. Proeller und Prof. Benz.



© BLZK

Nicht nur Politiker, auch Vertreter anderer Organisationen aus Medien, Wirtschaft und öffentlichem Sektor trafen sich am Stand der Zahnärztekammern. So gab der Grandseigneur der Politikwissenschaft, Prof. Dr. Heinrich Oberreuter, dem Kammerpräsidenten Dr. Dr. Wohl Impulse für eine starke Rolle der Zahnärzte im Politikbetrieb.



Der CSU-Parteitag in Augsburg war ein Großevent mit über 1 000 Teilnehmern. So sah die Messehalle kurz vor dem Beginn aus.

© KZVB

Wind of Change

KZVB bei Parteitag von CSU und Grünen

Die Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Berufsausübung hängen ganz wesentlich von Entscheidungen des Gesetzgebers ab. Und der ist gelinde gesagt gerade etwas „neben der Spur“.

Grund genug für die KZVB, in diesem Jahr möglichst viele Parteitage zu besuchen! Denn das Praxissterben hat längst begonnen. Und das werden schon bald auch

die Patienten zu spüren bekommen – vor allem im ländlichen Raum. Altersspraxen schließen mangels Nachfolger. Die jungen Kolleginnen und Kollegen stimmen mit

den Füßen ab und machen um die Selbstständigkeit einen großen Bogen. Hinzu kommen investorenfinanzierte MVZ, die mittlerweile Hunderte von angestellten



© KZVB

Der Löwe Dentulus, eines der Maskottchen der LAGZ, war ein Publikumsmagnet, dem sich auch Ministerpräsident Markus Söder nicht entziehen konnte.



© KZVB

Wichtige Gesprächspartner: Die bayerische Gesundheitsministerin Judith Gerlach (2. v. l.) setzt sich für den Erhalt der flächendeckenden Versorgung ein. Finanzminister Albert Füracker (rechts) ist für die Beihilfe zuständig. Dr. Jens Kober und Dr. Marion Teichmann baten beide um mehr Unterstützung für die Zahnärzte.



© KZVB

Auch Staatskanzleichef Florian Herrmann nahm von Dentulus gerne eine Zahnbürste entgegen.

Dentale Schreib- talente gesucht!



Judith Gerlach war gleich zwei Mal am KZVB-Stand. Am Samstag sprach sie mit Dr. Rüdiger Schott über die Versorgungssituation im Freistaat.



Bernhard Seidenath (Mitte), Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Bayerischen Landtag, informierte über ein Antragspaket der CSU für den Erhalt der zahnmedizinischen Versorgung.



Zahnärzten beschäftigen. Jeder einzelne von ihnen fehlt als Gründer oder Übernehmer einer Praxis. Noch gibt es in Bayern zwar keine zahnmedizinisch unterversorgten Gebiete, aber immer mehr Gemeinden klagen bereits über einen Zahnarztmangel. Die Wartezeiten für Termine werden länger. Darüber informierten Dr. Rüdiger Schott, Dr. Marion Teichmann, Dr. Jens Kober, Dr. Christian Deffner und Pressesprecher Leo Hofmeier bei den Parteitagen von CSU und Bündnis 90/Die Grünen die politisch Verantwortlichen. Die wichtigsten Forderungen des Berufsstandes konnten sich die Delegierten auf einem Flyer mit nach Hause nehmen. Dessen klare Botschaft: „Es ist fünf vor zwölf!“

Mehr Absatz als die Inhalte fanden allerdings die KZVB-Badeenten, Klappergebisse zum Aufziehen und Zahnbürsten. Doch auch sie enthielten versteckte Botschaften: 1. Die Zahnmedizin darf nicht Baden gehen. 2. Klappergebisse sind die Versorgung à la Lauterbach. 3. Die Individualprophylaxe wird umso wichtiger, je mehr sich die Praxislandschaft ausdünn.

Aufbruchstimmung bei der CSU

Die derzeitige politische Stimmungslage spiegelte sich bei den Parteitagen deutlich wider. Während bei der CSU in Augsburg Aufbruchstimmung herrschte, waren die Grünen in Würzburg eher geknickt.

Vor allem der frisch gekürte Kanzlerkandidat der Union, Friedrich Merz, begeisterte die CSU-Basis. Da wehte schon ein „Wind of Change“ durch die Augsburger Messehalle. In seiner umjubelten Rede erteilte der CDU-Chef nicht nur einer Zusammenarbeit mit der AfD, sondern auch dem Bündnis Sahra Wagenknecht eine klare Absage. Aus der Union will er im Wahlkampf die neue Arbeiterpartei machen.

Anders als Markus Söder schloss er aber eine Zusammenarbeit mit den Grünen nicht kategorisch aus: „Mit diesen Grünen, so wie sie heute da sind, ist auch aus meiner Sicht eine Zusammenarbeit nicht denkbar und nicht möglich.“ Heißt übersetzt: Die Grünen müssten sich verändern, wenn sie mit der Union zusammenarbeiten wollen.



Sie können schreiben?
Kontaktieren Sie uns.



Dr. Christian Deffner (links), Vorsitzender der KZVB-Bezirksstelle Unterfranken, vertrat die Zahnärzteschaft beim Grünen-Parteitag in Würzburg. MdB Anton Hofreiter (Mitte) ist zwar für Verteidigungspolitik zuständig, versprach aber, die Anliegen der Zahnärzte an die Kollegen im Gesundheitsausschuss weiterzugeben.



Katharina Schulze, Fraktionsvorsitzende der Grünen im Bayerischen Landtag, sicherte Unterstützung beim Erhalt der flächendeckenden Versorgung zu, verwies aber auf die Zuständigkeit der Bundesebene.



Ludwig Hartmann (links) ist einer der Vizepräsidenten des Bayerischen Landtages.



In der Öffentlichkeit relativ unbekannt ist Gisela Sengl, Landesvorsitzende der Grünen in Bayern. Sie setzte sich Anfang des Jahres in einer Kampfabstimmung knapp gegen den damaligen Vorsitzenden Thomas von Sarnwoski durch. Sengl, die aus dem Landkreis Traunstein kommt, zeigte sich überrascht, dass sich auch im südlichen Oberbayern die Versorgungslandschaft zunehmend ausdünn.

Durchhalteparolen bei den Grünen

Diese Grünen trafen sich genau eine Woche später in Würzburg. Beim Landesparteitag wurde deutlich, dass die massive Kritik an der Politik der Grünen im Bund auch Spuren an der Basis hinterlässt. „Es ist aktuell nicht leicht, grün zu sein“, waren sich die Delegierten einig. Von einer politischen Neuausrichtung wollten sie allerdings dennoch nichts wissen. Vielmehr

gab es Durchhalteparolen und Standing Ovationen, als Claudia Roth sagte: „Seien wir grün, knallgrün – gerade jetzt.“ Auch bei den Gesprächen am KZVB-Stand wiesen die Grünen-Politiker darauf hin, dass sie nicht für alles verantwortlich seien, worunter das deutsche Gesundheitswesen leidet. Und den Bundesgesundheitsminister stelle schließlich die SPD.

Sowohl bei der CSU als auch bei den Grünen wurde deutlich, dass vielen Politi-

kern der Ernst der Lage immer noch nicht bewusst ist. Erst wenn in den kommenden Jahren im ländlichen Raum die Lichter ausgehen, wird es vermutlich ein bitteres Erwachen geben. Aber immerhin können die bayerischen Zahnärzte dann sagen, dass es an entsprechenden Warnungen nicht gefehlt hat. Vielleicht kramt dann auch jemand diesen Artikel heraus.

Leo Hofmeier



PLU°LINE

MEINE MARKE



KENNEN SIE SCHON UNSERE QUALITÄTSMARKE PLU°LINE FÜR IHREN TÄGLICHEN EINSATZ IN PRAXIS UND LABOR? EIN UMFANGREICHES PRODUKTPORTFOLIO MIT HOHEM QUALITÄTSANSPRUCH ZU EINEM HERAUSRAGENDEN PREIS-LEISTUNGS-VERHÄLTNIS JETZT AUF WWW.DENTALBAUER.DE/SHOP





© Phimak – stock.adobe.com

Den Frosch Gesundheitswesen wachküssen!

23. Europäischer Gesundheitskongress in München

„Umsetzungsrevolution im Gesundheitswesen – Eigeninitiative ist der Schlüssel zum Erfolg!“ – unter diesem Motto stand der 23. Europäische Gesundheitskongress am 10. und 11. Oktober in München. Die jährliche Tagung versteht sich auch als Plattform, um grenzüberschreitend Ideen zu entwickeln und gemeinsam die Zukunft zu gestalten. In 37 Sessions tauschten sich über 1000 Kongressteilnehmer über die Transformation im Gesundheitswesen aus.



© Klaus D. Wolf

Gesundheitsökonominnen, -juristen, -politiker, -journalisten und weitere Vertreter der gesamten Branche tauschten sich zwei Tage lang in München über Entwicklungen im Gesundheitswesen aus.

„Wir können es besser. Aber wir müssen jetzt handeln. Der Frosch Gesundheitswesen muss wachgeküsst werden“, appellierte Kongressleiterin Claudia Küng in ihrer Eröffnungsrede. Und Bayerns Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention, Judith Gerlach, MdL, berichtete in ihrer Keynote von ihren frischen Eindrücken aus Dänemark: Dort würden politische Entwicklungen überparteilich getragen. Sie wünsche sich auch hierzulande, dass etwa die Themen Pflege und Krankenhausreform auf breitere Füße gestellt werden, denn: „Alle Beteiligten sind sich einig, dass wir Reformen brauchen.“ Weitere große Herausforderungen, die man im Schulterschluss angehen müsse, sehe sie im Notfallreformgesetz, in der Landarztquote und in der Fachkräftegewinnung. Dass Reformbedarf besteht, führten auch zahlreiche Experten vor Augen, etwa der Vizepräsident des Leibniz-Institutes für Wirtschaftsforschung, Prof. Dr. Thomas Bauer, in seinem Vortrag „Wie schaut es um Deutschland, um Europa aus?“. Demnach hat Deutschland die höchsten Gesundheitsausgaben in der EU, gleichzeitig die niedrigsten Selbstzahlungen. Im Ergebnis sei dieses System mit hohen öffentlichen Gesundheitsausgaben bei niedriger Eigenverantwortung kaum effektiv: Bei der Lebenserwartung bleibe Deutschland immer weiter hinter den Nachbarländern zurück.

Anreize statt Sanktionen

„Niederlassungsfreiheit vs. Bedarfsplanung, Marktwirtschaft vs. Steuerung“ lautete das Thema eines Panels, in dem deutlich wurde, dass ein freierer Gesundheitsmarkt insbesondere im ärztlichen Bereich noch skeptisch gesehen wird. Für mehr Marktfreiheit plädierte hingegen der Hauptgeschäftsführer der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, Sven Tschoepe: „Die zahnmedizinische Versorgung funktioniert seit 2007 ohne Zulassungsbeschränkungen sehr gut.“ Doch auch in der Zahnmedizin höre man die Alarmglocken schrillen, denn die Gründer-Generation der Nachwendezeit gehe bald in den Ruhestand. Tschoepe plädierte daher für bessere politische Rahmenbedingungen – konkret Bürokratieabbau, faire Honorare und Fachkräftesicherung. Sein Fazit: „Nicht Sanktionen sollten das Instrument sein,

sondern Anreize.“ Aus Sicht von Martin Degenhardt, Geschäftsführer der Freien Allianz der Länder-KVen (FALK), kommt eine Aufhebung von Niederlassungssperren jedenfalls nur in einem vollständig unbudgetierten System infrage, dann erfolge die Steuerung über die Honorare.

Mehr Arzt-Ressourcen durch bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf?

Wie ungleich die ärztliche Versorgung in Ballungsregionen und ländlichen Räumen trotz der bestehenden Zulassungsbeschränkung verteilt ist, veranschaulichte Prof. Dr. Leonie Sundmacher vom Fachbereich Health Services Management der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die drohenden Versorgungslücken hängen eng damit zusammen, dass immer mehr Ärzte in Teilzeit arbeiten.

Auf die Publikumsfrage, ob eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf – insbesondere im ländlichen Raum – den Trend zur Teilzeit abmildern könne, erklärte die Wissenschaftlerin, genau dieses Thema sei in Deutschland völlig „unterbeforscht“. In Dänemark und Finnland sei



Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach, MdL, will Reformen auf breitere Füße stellen.

es, anders als hierzulande, kein Problem, mit Kindern in Vollzeit zu arbeiten. Sundmacher betonte, sie sehe in der Frage nach den Bedingungen und Präferenzen angehender Mediziner ein zentrales Feld für die Versorgungsforschung.

Julika Sandt
Leiterin der Stabsstelle Politik der BLZK



Mehr Marktwirtschaft oder mehr Steuerung? Das war die zentrale Frage auf dem Podium, an dem auch BLZK-Hauptgeschäftsführer Sven Tschoepe (links) teilnahm. Sein Standpunkt: „Nicht Sanktionen sollten das Instrument sein, sondern Anreize.“

Ehrenpreis für herausragende Persönlichkeiten des Zeitgeschehens

Dr. Martin Schubert vom Verband Freier Berufe in Bayern ausgezeichnet

Der langjährige Referent Soziales Engagement der Bayerischen Landes Zahnärztekammer und ehemalige Vorsitzende der Vollversammlung der BLZK, Dr. Martin Schubert, wurde am 16. Oktober im Literaturhaus in München mit dem diesjährigen Ehrenpreis des Verbandes Freier Berufe in Bayern (VFB) ausgezeichnet. Der Verband ehrt mit diesem Preis herausragende Persönlichkeiten des Zeitgeschehens, die in ihrer Arbeit und ihrem Wirken die Werte der Freien Berufe verkörpern und sich in besonderer Weise für das Gemeinwohl und die Gesellschaft einsetzen.



Das Präsidium des Verbandes Freier Berufe gratulierte dem Träger des Ehrenpreises, Dr. Martin Schubert (4. v. l.), im Münchner Literaturhaus.

VFB-Präsident Dr. Thomas Kuhn hob in seiner Begrüßung hervor, dass es sich bei allen bisherigen zehn Preisträgern um herausragende Persönlichkeiten gehandelt habe, bei denen ein Merkmal der Freiberuflichkeit ins Auge stach. Bei Dr. Martin Schubert sei es die Gemeinwohlorientierung: Er trete ehrenamtlich für das Recht aller Menschen ein, auch ohne Krankenversicherung eine gute zahnmedizinische Versorgung zu erhalten. Gemeinwohlorientierung gehöre zwar für sich genommen zum Berufsbild, sei aber bei Dr. Schubert besonders herausragend, weil sie weit über das normale Maß hinaus aufopfernd in der Freizeit geschehe.

Gründer des HZB

Dr. Schubert gründete 2011 mit seinen Kollegen Dr. Tilmann Haass und Dr. Maria Haass das Hilfswerk Zahnmedizin Bayern (HZB). Seitdem ist er 1. Vorsitzender des HZB, das im Haus der Malteser in München seine Praxis hat und von Beginn an unter der Schirmherrschaft der BLZK steht. Seit der Gründung konnten dort bereits über 5000 nicht versicherte Patienten kostenlos behandelt werden, unabhängig von deren Nationalität und Herkunft. Außerdem arbeitet Dr. Schubert eng mit dem Malteser-Sozialdienst zusammen, um diese Menschen in die Krankenkassen

einzugliedern und ihnen damit eine regelmäßige medizinische Versorgung zu sichern. Besonders hervorzuheben ist, dass alle in diesem Projekt Beteiligten ehrenamtlich arbeiten. Dr. Schubert war mehrere Jahre Referent Soziales Engagement der Bayerischen Landes Zahnärztekammer und Vorsitzender der Vollversammlung der BLZK. Außerhalb Bayerns engagierte er sich elf Jahre lang als Mitglied der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer.

Die bayerische Gesundheitsministerin Judith Gerlach übermittelte in einer Videobotschaft ihre persönlichen Glückwünsche und dankte Dr. Schubert für seinen langjährigen Einsatz. Die Auszeichnung mit dem Ehrenpreis sei nicht nur Anerkennung, sondern auch eine Inspiration und ein Anstoß für alle, selbst einen Beitrag zu leisten, um unsere Welt ein wenig besser zu machen. Laudator Dr. Rüdiger Schott, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, nannte Dr. Schubert in seiner Rede einen Menschen mit Herz und Seele, der geleitet von seinen christlichen Werten seine beruflichen Fähigkeiten in vorbildlicher Weise für das Wohlergehen der Schutzlosen einsetzt.

Der Preisträger Dr. Martin Schubert bedankte sich dafür, vom Präsidium des VFB für den Ehrenpreis ausgewählt worden zu sein. Die Würdigung sei nicht nur eine Ehre und Dank für das erbrachte Engagement, sondern bestärke ihn auch besonders in seinem Einsatz für die Schwächsten in der Gesellschaft – er und sein Team

sein für alle Menschen da. Damit werde auch ein deutliches Zeichen gegen Rassismus gesetzt. Dank gebühre zudem seinem Team im Malteser-Haus und dem Netzwerk aus denjenigen Praxen, die das Projekt unterstützen, weshalb er den Preis dem gesamten Team des HZB widmen wolle.

Der Träger des Ehrenpreises 2024 befindet sich in guter Gesellschaft. Seit 2006 sind bereits namhafte Architekten, Politiker, Ingenieure und Künstler ausgezeichnet worden. In den letzten Jahren waren dies unter anderem der Journalist Hans Leyendecker (2017), der Kabarettist, Liedermacher und Arzt Dr. Georg Ringsgwandl (2019) sowie Rechtsanwältin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Bundesjustizministerin a.D. (2022).

Redaktion/Quelle: VFB



BLZK-Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner (links), Dr. Dorothea Schmidt (2. v. l.), Präsident Dr. Dr. Frank Wohl (3. v. r.), Dr. Brunhilde Drew (2. v. r.) und Dr. Christopher Höglmüller (rechts) aus dem Vorstand der BLZK gratulierten Dr. Martin Schubert (neben seiner Ehefrau Ewa Spiel) beim Bayerischen Zahnärztetag zu seiner Ehrung.

ANZEIGE

Rundschreiben und Newsletter

Wollen Sie die Rundschreiben und Newsletter der Bayerischen LandesZahnärztekammer zukünftig digital erhalten?

Melden Sie sich hier an:

digital.blzk.de



ANMELDEN



**Bayerische
LandesZahnärzte
Kammer**

„Wir Freiberufler verlassen uns nicht auf den Staat“

Auszüge aus der Laudatio für Dr. Martin Schubert

Die Laudatio anlässlich der Verleihung des VFB-Ehrenpreises an Dr. Martin Schubert hielt der KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott. Er betonte, dass Schubert stellvertretend für die vielen Zahnärztinnen und Zahnärzte stehe, die sich sozial engagieren. Wir veröffentlichen die Rede in Auszügen.



Dr. Thomas Kuhn (links) und Dr. Rüdiger Schott gratulierten Dr. Martin Schubert (Mitte) zur Verleihung des Ehrenpreises des Verbandes Freier Berufe in Bayern e.V.

Dr. Martin Schubert unterstreicht mit seinem Lebenswerk eine besondere Facette der Freiberuflichkeit: Da zu sein, wenn Menschen unsere Hilfe brauchen. Dazu braucht es Professionalität, die wir durch unsere Ausbildung und Berufserfahrung mitbringen. Dazu braucht es aber auch eine innere Einstellung, die Grundlage für das besondere Vertrauensverhältnis zu unseren Patienten ist. Ich kann den Verband Freier Berufe in Bayern nur beglückwünschen, dass er mit Dr. Martin Schubert einen Kollegen auszeichnet, der dieses Ideal in besonderer Weise verkörpert.

2010 schlug die Geburtsstunde des Hilfswerkes Zahnmedizin Bayern – kurz HZB. Es war Martin Schubert, der die Bayerische Landes Zahnärztekammer dazu brachte, die Schirmherrschaft für dieses soziale Projekt zu übernehmen.

Das Angebot wird pro Jahr von rund 500 Patienten genutzt. Und die Zahl steigt kontinuierlich. Seit Gründung des HZB wurden von den ehrenamtlich tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzten bereits rund 4000 Personen behandelt, nicht nur kostenfrei, sondern auf Wunsch auch

anonym. Das Gros der Patienten in der Malteser-Praxis sind Menschen mit Migrationshintergrund. Saison- oder Schwarzarbeiter aus Osteuropa, nicht anerkannte Asylbewerber, Obdachlose – auch sie haben ein Recht auf Schmerzfreiheit.

Doch klar ist auch: Das HZB ist nicht die Leistung eines Einzelnen. Es ist eine Gemeinschaftsleistung und es ist nicht auf München beschränkt.

Wir Zahnärzte wissen um den Zusammenhang zwischen sozialen Verhältnissen und der Mundgesundheit. Stichwort: Sozialkaries. Leider ist es uns trotz massiver Anstrengungen bei Prävention und Prophylaxe bislang nicht gelungen, allen Menschen die Bedeutung einer guten Mundhygiene zu vermitteln. Daran werden wir weiter arbeiten. Denn Vorbeugen ist besser als Heilen, und Zahnerhalt kommt vor Zahnersatz. Das HZB und seine Projekte sind der Beleg dafür, dass wir Freiberufler uns nicht auf den Staat verlassen. Wenn es nötig ist, krempeln wir die Ärmel hoch und handeln. Ich darf in diesem Zusammenhang an die Bewältigung der Flüchtlingswelle 2015 und an die Aufrechterhaltung der Versorgung unter Pandemiebedingungen erinnern. Im Namen des gesamten Berufsstandes sage ich heute „Vergelt's Gott“ an Martin Schubert und „sein“ HZB. Danke Martin, danke allen, die sich seit Jahren für bedürftige Patienten engagieren. Und herzlichen Glückwunsch zum Ehrenpreis 2024 des Verbandes Freier Berufe in Bayern! Du hast ihn dir verdient.

Redaktion



Kassenzahnärztliche
Vereinigung Bayerns

Gib Hackern keine Chance

Zwei-Faktor-Authentifizierung auf [kzvb.de](https://www.kzvb.de)

Registrieren Sie sich jetzt und machen Sie Hackern das Leben schwerer!

Alle Infos auf [kzvb.de](https://www.kzvb.de)!



Arzt- und Zahnarztpraxen rücken zunehmend ins Visier von Cyber-Kriminellen.

Damit Ihr Abrechnungskonto noch **sicherer** wird, haben wir die **Zwei-Faktor-Authentifizierung** eingeführt.



Wenn das Jobcenter das Gehalt übernimmt

Zahnarztpraxen können von Förderprogrammen profitieren

Zahnmedizinische(r) Fachangestellte(r) – dieser Beruf steht auf Platz eins der Mangelliste. Fast jede Praxis sucht händelnd Personal. Was viele nicht wissen: Die Bundesagentur für Arbeit (BA) unterstützt sowohl beim Berufseinstieg als auch bei der Weiterqualifizierung. Von den Förderprogrammen können auch Zahnarztpraxen profitieren.

Dass man bei der Personalgewinnung neue Wege beschreiten muss, liegt vor allem am demografischen Wandel. Jedes Jahr scheiden mehr Menschen aus dem Arbeitsmarkt aus als nachkommen. Die Stellenausschreibung allein wird es deshalb in den meisten Fällen nicht mehr richten. Gerade zahnmedizinisches Fachpersonal kann sich seinen Arbeitgeber

aussuchen. Und dabei achten viele Mitarbeiter nicht nur aufs Gehalt. Auch „Soft-Facts“ wie das Arbeitsklima, die Zusammensetzung des Teams und die Wertschätzung spielen eine immer größere Rolle.

Der Vorstand der KZVB traf sich deshalb mit Vertretern der Bundesagentur für Ar-

beit (BA), um über neue Wege bei der Personalgewinnung zu diskutieren (siehe BZB 10/24). Da uns hierzu viele Anfragen erreichten, veröffentlichen wir die wichtigsten Tipps der Jobvermittler sowie die Fördermöglichkeiten in kompakter Form.

Redaktion

Praktikum

Ein naheliegender erster Schritt bei der Berufsorientierung ist ein Praktikum. Für Praktikanten bietet sich während der ein- bis mehrwöchigen Praktika eine einfache Möglichkeit, in ein neues Fachgebiet „hineinzuschnuppern“ – Praxen oder Betriebe wiederum können sich als attraktiver künftiger Arbeitgeber zeigen. Eine Win-win-Situation für beide! 61 Prozent der Unternehmen gewinnen ihre Auszubildenden über Praktika, so eine Statistik der BA. Praktika stehen allen offen, vom Schüler, einem potenziellen Azubi sowie jedem anderen Interessierten. Weitere Informationen gibt das Infoportal praktika-berufsorientierung.de.



Einstiegsqualifizierung (EQ) nach § 54a SGB III

Die betriebliche Einstiegsqualifizierung ist ein mehrmonatiges, sozialversicherungspflichtiges Praktikum, das einer betrieblichen Ausbildung vorgeschaltet sein kann. Es dient als Entscheidungshilfe für Ausbilder und Ausbildungsinteressenten, denn der Vorteil ist: Man kann den Betrieb und auch den Beruf im Alltagsbetrieb kennenlernen und gleichzeitig zeigen, was selbst in einem steckt. Ziel ist, sich nach Beendigung über diesen Weg für einen der möglicherweise seltenen Ausbildungsplätze qualifiziert zu haben. Die Mindestdauer wurde vor Kurzem auf vier Monate verkürzt. Teilzeit ist ebenfalls möglich. Auch Ausbildungsabbrecher kommen dafür infrage. Arbeitgeber können einen monatlichen Zuschuss durch die BA von bis zu 276 Euro erhalten. Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag ist auf 142 Euro pauschaliert. Näheres hierzu unter arbeitsagentur.de/unternehmen/ausbilden/einstiegsqualifizierung-arbeitgeber.



Berufsausbildung für Erwachsene

Viele Ausbildungsabbrecher bereuen ihre Entscheidung später. Wenn jemand seinen Berufsabschluss nachholen will, gibt es eine hohe Förderung durch die BA. Arbeitgeber bekommen bis zu 100 Prozent der Lohnkosten erstattet. Auch Lehrgangskosten werden voll übernommen. Bei Bedarf gibt es Kurse in Deutsch, Mathematik, IT etc. Zudem zahlt die BA Umschülern eine Weiterbildungsprämie von bis zu 2.500 Euro. Mehr hierüber unter: <https://www.arbeitsagentur.de/k/zukunftsstarter>.



Assistierte Ausbildung (AsA)

Wer heute ausbildet, sichert sich seine Fachkräfte von morgen. Für das richtige Match zwischen Ausbildungsstelle und Bewerber gibt die AsA viele verschiedene Hilfestellungen und orientiert sich hierbei an den individuellen Bedürfnissen beider – von der Einstiegsqualifizierung, der Begleitung im Betriebsalltag oder Ausbildungsmanagement bis hin zur Förderung der Auszubildenden bei fachtheoretischen Defiziten. Die Assistierte Ausbildung hat sich zu einer sehr zielführenden Fördermaßnahme entwickelt. 225 ZFA haben 2023 in Bayern über diesen Weg einen festen Job angetreten. Weitere Informationen hierzu findet man unter arbeitsagentur.de/bildung/ausbildung/assistierte-ausbildung-machen.



Anpassungsqualifizierung für Quereinsteiger oder Ungelernte

Viele Aufgaben, die in einer Arzt- oder Zahnarztpraxis anfallen, haben einen rein administrativen Charakter. Ein ideales Feld, um als Quereinsteiger oder auch ungelernete Kraft seine Interessen und Fähigkeiten zu erproben. Die Weiterbildung „Quereinsteiger in Arztpraxen mit dem Aufgabengebiet für Empfang und Verwaltung“ bereitet darauf vor, das medizinische Personal bei allen Verwaltungstätigkeiten zu unterstützen. Sie ist nicht gleichzusetzen mit dem Abschluss einer MFA oder ZFA, jedoch ein chancenreicher Einstieg in eine medizinische Berufsausbildung. Angeboten wird sie über zertifizierte Bildungsträger wie beispielsweise das Bildungswerk der bayerischen Wirtschaft. Es sind 121 Unterrichtseinheiten zu absolvieren. Arbeitgeber mit weniger als 50 Beschäftigten erhalten von der BA einen Zuschuss von 75 Prozent der Lohnkosten. Lehrgangskosten werden zu 100 Prozent übernommen. Informationen hierzu: bbw-seminare.de/kurs/cim-22347/anpassungsqualifizierung-fuer-quereinsteigerinnen-in-arztpraxen.



WEITERE INFORMATIONEN

Merkblätter und Flyer zu den genannten Förderservices sowie noch viele weitere nützliche Informationen der Bundesagentur für Arbeit finden sich zum Download im Internet auf arbeitsagentur.de/bildung/downloads-bildung.





Der Sozialstaat stößt an seine Grenzen

Beitrags-Beben durch Politik der Ampelkoalition – Krankenkassen fordern Sofortmaßnahmen

Eine insolvente Sozialversicherung – das hat es in Deutschland noch nicht gegeben. Doch die Ampelkoalition schafft auch das. Die gesetzliche Pflegeversicherung warnte davor, dass sie ihre Verpflichtungen nicht mehr erfüllen kann, wenn die Politik nicht handelt. Massive Beitragserhöhungen sollen nun das Milliardenloch stopfen. Auch die Renten- und Krankenkassenbeiträge steigen im nächsten Jahr. Aber reicht das?

Bereits kommenden Februar drohe der Pflegeversicherung Zahlungsunfähigkeit, sofern nicht sofort gehandelt werde, berichtete das „Redaktionsnetzwerk Deutschland“ Anfang Oktober unter Berufung auf Koalitionskreise. Konkret: Laut dem GKV-Spitzenverband könnte das Defizit bis Jahresende knapp 1,8 Milliarden Euro ausmachen. Die Ampelregierung sucht händeringend nach Lösungen, aber kann sie dies schaffen, ohne dass die Sozialversicherungsbeiträge ins Uferlose steigen und für viele Menschen nicht mehr stemmbar sind? Die Krankenkassen hatten schon vor einiger Zeit eine Beitragserhöhung von 0,2 Prozent ins Spiel gebracht, doch ist dies allen Expertenmeinungen nach viel zu gering, um die prekäre Lage in den Griff zu bekommen. Mindestens 0,25 Prozent müssten es sein, um die Zahlungsfähigkeit zu sichern, so die GKV-Vorstandsvorsitzende Doris Pfeiffer. Andere sprechen gar von 0,3 Prozent.

Seit Monaten werde bereits von allen Seiten vor dieser Entwicklung gewarnt. Höhere Beiträge heißt ja für Verbraucher, dass im Portemonnaie weniger hängen bleibt. Single-Haushalte und Kinderlose trifft es ganz besonders. Schon heute werden ihnen 3,4 bzw. 4 Prozent des Einkommens für die Pflegeversicherung abgezogen. Eine Beitragserhöhung in der Pflege käme noch zu dem in der Krankenversicherung erwarteten Plus von 0,7 Prozentpunkten hinzu. Damit könnten die Sozialbeiträge zum Jahresanfang 2025 so stark steigen wie seit über 20 Jahren nicht mehr.

Sofortmaßnahmen erforderlich

Pfeiffer nannte „zwei Sofortmaßnahmen zur kurzfristigen Stabilisierung der Pflegeversicherung“, um eine Beitragssatzanhebung abzuwenden. Es gehe hier um den finanziellen Ausgleich der rund 5,3 Milli-

arden Euro Sonderausgaben aus Corona-Zeiten, die die Pflegeversicherung belastet hatten. Außerdem um die Übernahme der Rentenbeiträge für pflegende Angehörige, die in diesem Jahr bei rund 4 Milliarden Euro, im kommenden Jahr schon bei 4,5 Milliarden Euro lägen. Bei beiden müsse der Bund einspringen. „Mit diesen rund 9 Milliarden Euro müssten wir nicht schon wieder über Beitragserhöhungen sprechen und es gäbe ein Zeitfenster, um die Pflegeversicherung solide zu reformieren“, so Pfeiffer.

Pfeiffers Argumentation wird durch ein aktuelles Rechtsgutachten flankiert. Die Juristin Prof. Dr. Dagmar Felix von der Universität Hamburg hat im Auftrag der DAK-Gesundheit nämlich genau diesen Punkt untersucht. Ihr Ergebnis: Milliardenbeträge, die während der Coronapandemie unter anderem für Tests und Boni für Beschäftigte in der Pflege aus



© Janjira – stock.adobe.com

den Pflegekassen gezahlt wurden, fehlen den Sozialkassen. Der Bund hatte die Pflegekassen 2020 gesetzlich verpflichtet, Zahlungen im Rahmen der Pandemiebewältigung an anspruchsberechtigte Pflegeeinrichtungen zu leisten. Finanziert werden mussten diese Maßnahmen vornehmlich aus dem Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung – und damit in erster Linie aus Sozialversicherungsbeiträgen. Diese unterliegen allerdings einer strengen Zweckbindung und dürfen ausschließlich eingesetzt werden, um den Versicherungsschutz der Beitragszahlenden zu gewährleisten. Demnach seien den Kassen „gesetzliche Zahlungsverpflichtungen auferlegt worden, die nicht der Finanzierung der Sozialversicherung, sondern der Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben dienen“, heißt es in dem Gutachten. Bei dieser Verwendung von Beitragsgeldern für pandemiebedingte Maßnahmen handle es sich um eine verfassungswidrige Zweckentfremdung. „Ein Zugriff auf Sozialversicherungsbeiträge ist verwehrt, weil ansonsten Sozialversicherungsbeiträge zur Finanzierung des allgemeinen Staatshaushaltes verwendet würden“, so die Juristin Felix. Dabei gehe es nicht um eine „gerechtere Finanzierung der Kosten der Pandemie“, sondern um eine Überschreitung der verfassungsrechtlichen Grenzen für deren Umgang. Die Tests in Pflegeheimen hätten das Ziel gehabt, eine Ausbreitung des Virus in der Gesamtbevölkerung zu verhindern. Mit dem speziellen Risiko der Pflegebedürft-

tigkeit habe die Testung nichts zu tun gehabt. Auch die Kosten der Pflege-Boni als Anerkennungsleistung für besonders belastete Pflegekräfte seien eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Rückzahlungen könnten Beitragserhöhungen bremsen

„Das Ergebnis unseres Rechtsgutachtens ist eindeutig“, sagt auch DAK-Vorstandschef Andreas Storm. In der Pandemie habe es einen Rückgriff auf Beitragsgelder gegeben, der angesichts der akuten Finanzprobleme zwingend korrigiert werden müsse. „Wenn die Rückzahlung nicht umgehend erfolgt, ist dies verfassungswidrig und hätte fatale Folgen. Der Pflegeversicherung droht in wenigen Monaten die Zahlungsunfähigkeit. Der zentrale Grund dafür ist, dass die Bundesregierung die rechtlich zwingend gebotene Rückzahlung der aus den Rücklagen der Pflegeversicherung getätigten Corona-Schutzausgaben bislang nicht geleistet hat. Wenn die erforderlichen Finanzmittel in Höhe von 6 Milliarden Euro noch in diesem Jahr bereitgestellt werden, kann für die Versicherten die drohende Beitragserhöhung zum Jahreswechsel vermieden werden.“ Denn damit können nicht nur der für 2025 drohende massive Beitragsanstieg in der Pflegeversicherung verhindert werden. Auch hätte man so den erforderlichen Spielraum zur Vorbe-

ereitung der von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach geplanten großen Pflegereform.

Im Koalitionsvertrag der Ampelregierung war eine Refinanzierung dieser pandemiebedingten Zusatzkosten aus Steuermitteln zugesichert worden. Geflossen ist bislang verteilt auf die Jahre 2020, 2021 und 2022 ein Bundeszuschuss in Gesamthöhe von 5,5 Milliarden Euro. Dieser sollte verhindern, dass im Ausgleichsfonds der Pflegekassen das gesetzliche Rücklagesoll unterschritten wird. Allerdings deckt diese Summe noch nicht einmal die Hälfte der Gesamtkosten ab, die den Kassen durch die Übernahme der pandemiebedingten Sonderbelastungen entstanden sind.

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach wiegelte indessen ab. Trotz des erwiesenen Betragsdruckes durch die steigende Anzahl Pflegebedürftiger, gestiegener Löhne und Zuschüsse an Pflegeheimbewohner drohe keineswegs eine Insolvenz der Pflegeversicherung. Ob das von ihm angekündigte Finanzkonzept die Pflegeversicherung tatsächlich wieder auf stabile Füße stellen kann, wird sich erst noch zeigen müssen. Klar ist: Auf die Bürger kommen harte Zeiten zu. Trotz oder gerade wegen der aktuellen Rezession.

Ingrid Scholz

WIR WOLLEN DIE PFLEGEZAHNMEDIZIN IN BAYERN FÖRDERN

... titelt eine kostenfreie Fortbildung am 2. Dezember 2024 für alle Zahnärzte der KZVB-Bezirksstellen München und Oberbayern. Referent Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bundeszahnärztekammer und Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin, wird hier Möglichkeiten aufzeigen, wie Praxen mit diesem sensiblen Bereich umgehen können. Gemeinsam mit der Bayerischen Zahnärztekammer hat sich die KZVB die intensive Förderung der zahnärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger in Bayern zum wichtigen Ziel gesetzt. Dazu wurde die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege (LAGP) gegründet. Ziel ist es, die flächendeckende präventive und therapeutische Versorgung durch niedergelassene Zahnärzte zu koordinieren und die Mundgesundheitskompetenz der Pflegenden und Pflegebedürftigen zu fördern.

Termin:

Montag, 2. Dezember 2024, 18:30 bis 20:00 Uhr
Zahnärztehaus München, Großer Vortragssaal (1.09)
Fallstraße 34, 81369 München
Anmeldungen unter <https://www.kzvb.de/praxisfuehrung/fortbildungstermine/veranstaltungsanmeldung/detail/wir-wollen-die-pflegezahnmedizin-in-bayern-foerdern>.





SCHLICHTUNG

© magele-picture – stock.adobe.com

„Niederschwellig zu einer Einigung finden“

Dr. Michael Tewes über das Schlichtungsverfahren der BLZK

Wenn es zum Streit zwischen Patienten und Zahnärzten kommt, nehmen die zahnärztlichen Beisitzer der Schlichtungsstelle der Bayerischen Landeszahnärztekammer häufig eine Schlüsselrolle bei der Konfliktlösung ein. Dr. Michael Tewes, langjähriger Beisitzer, hat mit dem BZB über seine Eindrücke und die Vorteile einer außergerichtlichen Streitschlichtung gesprochen.

BZB: Sie haben bereits bei einigen Schlichtungsverfahren mitgewirkt. Wo sehen Sie die Vorzüge eines solchen Verfahrens gegenüber einem gerichtlichen Verfahren?

Tewes: Die Schlichtung erspart beiden beteiligten Parteien die Kosten und den großen Zeitaufwand für ein Gerichtsverfahren. So können oft mehrere Gerichts-

instanzen sowie teure Gutachten und Gegengutachten vermieden werden.

BZB: Am Vermittlungsgespräch im Rahmen des Schlichtungsverfahrens nimmt ein zahnärztlicher Beisitzer teil. Welche Bedeutung hat diese Funktion nach Ihrer Meinung?

Tewes: Der zahnärztliche Beisitzer hilft dem Patienten, die fachlichen Hintergründe der Behandlungsentscheidungen zu verstehen und einzuordnen. Er kann Behandlern und Patienten eine unparteiische externe Perspektive anbieten und seine Erfahrungen aus der Praxis mit einbringen. Er sollte dazu beitragen, Verständnis für die Gegenseite zu wecken und im Idealfall eine respektvolle Kommunikation beider Parteien miteinander wieder zu ermöglichen.

BZB: Schlichtungsverfahren haben besonders in bestimmten Bereichen zugenommen. In der Kieferorthopädie ist ein Zuwachs der Streitigkeiten nach Aligner-Therapien und in der Chirurgie eine Zunahme der Auseinandersetzungen nach Behandlungen mit der All-on-Four-Methode auffallend. Warum ist das so?

Tewes: Als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie kann ich zur implantatprothetischen Versorgung (All-on-Four) keine Einschätzung abgeben.

Eine Zunahme der Schlichtungen im Bereich der Aligner-Therapie resultiert zum einen aus der wachsenden Popularität und Anzahl der durchgeführten Therapien. Zum anderen wurden durch intensives Marketing unrealistische Erwartungen an die Einfachheit der Therapie bei Patienten und Behandlern geweckt. Die Kenntnis der zugrunde liegenden Biomechanik, der Stärken und Schwächen der Aligner und umfangreiche Erfahrungen in der Anwendung sind Voraussetzungen für den erfolgreichen Einsatz. Nur dann hat der Behandler die Chance, den Patienten auch realistisch aufzuklären, um Enttäuschungen zu vermeiden. Sich auf die digitale Simulation und das Know-how des Aligner-Lieferanten zu verlassen, ist eine fachliche Standardunterschreitung. Nicht alle Zahnbewegungen lassen sich gleichermaßen gut mit Alignern durchführen. Eine hybride Planung auch unter Einsatz festsitzender Geräte ist komplex. Das steht im Widerspruch zur propagierten Einfachheit. Oft stehen einer umfassenderen Therapie



© privat

Dr. Michael Tewes ist zahnärztlicher Beisitzer bei der Schlichtungsstelle der BLZK.

die medial geweckten ästhetischen und finanziellen Interessen des Patienten entgegen. Ein möglicher Kompromiss beim Ergebnis sollte vorab ausreichend klar mit dem Patienten besprochen werden. Bei diesen Wahleingriffen sind Kommunikation und Dokumentation essenziell, um spätere Differenzen zu vermeiden.

BZB: In welchen Fällen würden Sie Ihren Kolleginnen und Kollegen zu einer Schlichtung raten?

Tewes: Ich würde den Kollegen in jedem Fall zur Schlichtung raten, wenn sie zu einem Kompromiss bereit sind. So können sie Zeit und Lebensqualität gewinnen. Nur wenn sie ihre Position und Dokumentation für absolut unangreifbar halten und eine gerichtliche Auseinandersetzung als sportliche Herausforderung zeitlich und finanziell annehmen wollen, sollten sie auf die Schlichtung verzichten.

BZB: Was würden Sie Zahnärztinnen und Zahnärzten mitteilen wollen, die dem Schlichtungsverfahren eher kritisch gegenüberstehen?

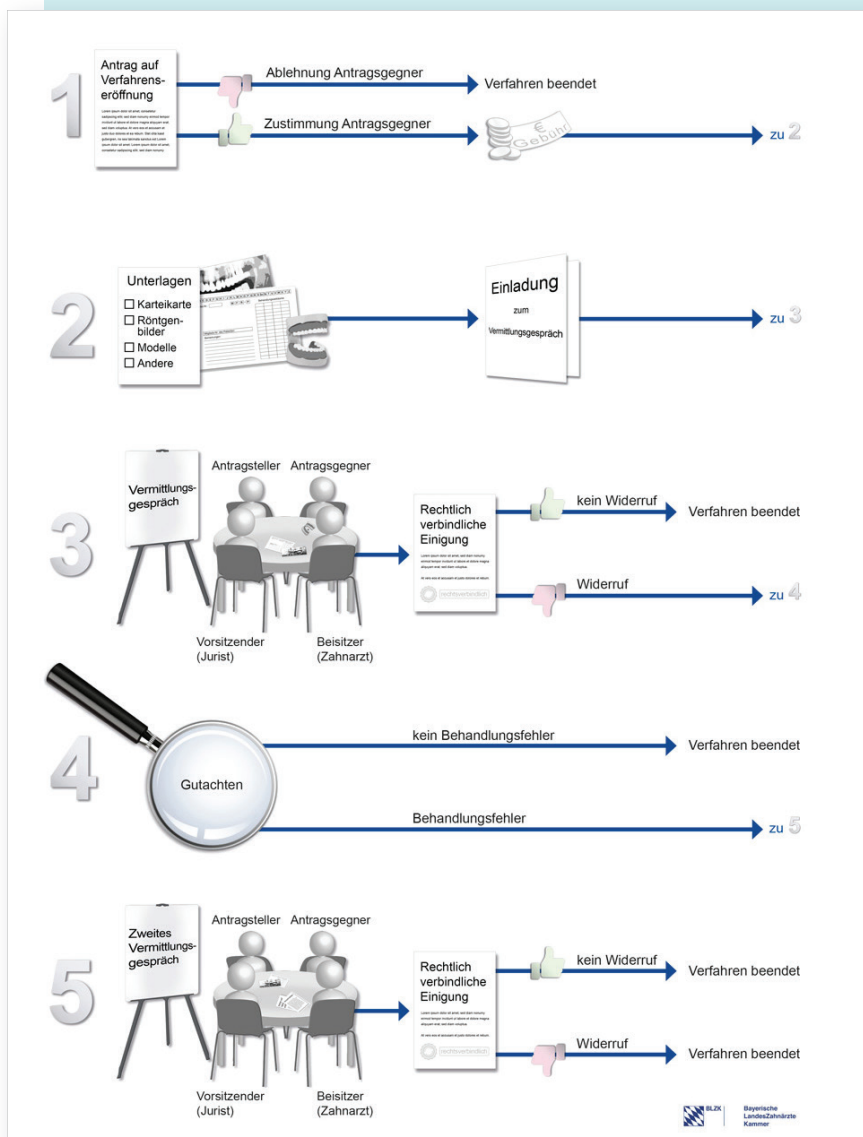
Tewes: Nur wenn beide Seiten dem Schlichtungsergebnis abschließend zustimmen, bleibt beiden Parteien der weitere Rechtsweg verschlossen. Somit bietet einzig und allein die Schlichtung eine zusätzliche Chance, niederschwellig zu einer Einigung zu finden. Das Risiko des Kollegen liegt allein in seiner investierten Zeit, sonst kann er ja ohnehin nichts verlieren.

BZB: Was sollte die Schlichtungsstelle der BLZK am Schlichtungsverfahren ändern, um es noch attraktiver zu machen?

Tewes: Wir könnten zum einen den Bekanntheitsgrad der Schlichtungsstelle steigern und den Zahnärzten zum anderen mögliche Erfolge vorstellen. Um vorhandene Bedenken der zahnärztlichen Kollegen aufzugreifen, kann vielleicht der Bayerische Zahnärztetag genutzt werden. Oder wir finden eine Möglichkeit, niederschwellig einen Kontakt zu Kollegen zu vermitteln, die bereits ein Schlichtungsverfahren durchlaufen haben. Die positiven Erfahrungen der in der Vergangenheit Betroffenen wären meines Erachtens die beste Empfehlung für die Schlichtungsstelle.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

So verläuft ein außergerichtliches Schlichtungsverfahren der BLZK:



ZITAT

„Die Schlichtung ist die außergerichtliche Beilegung von Streitigkeiten zwischen Zahnarzt und Patient. Dieses Verfahren ist deutlich schneller und weniger aufwendig und damit auch kostengünstiger als ein gerichtliches Verfahren. Gerade in der Zahnmedizin ist ein solches Schlichtungsverfahren sehr sinnvoll, da eine Nachbesserung häufig Beschwerden beseitigen kann. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass häufig Kommunikationsprobleme zwischen Zahnarzt und Patient der Auslöser für Streitigkeiten sind. Im Rahmen des Schlichtungsverfahrens wird beiden Parteien

eine Plattform geboten, um wieder miteinander reden zu können und bestenfalls eine Fortsetzung der Behandlung zu erreichen.“

Rechtsanwältin Susanne Ottmann-Kolbe
Vorsitzende der Schlichtungsstelle

Den Finger in die Wunde legen

Hauptversammlung des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte (FVDZ)

Nicht weniger als die Reform des Gesundheitswesens in zehn Punkten forderte der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) auf seiner Hauptversammlung in Kassel Anfang Oktober. Die Delegierten der 16 Landesverbände verabschiedeten ihre Resolution an die Bundesregierung einstimmig. Mit der zweitägigen Versammlung des FVDZ gibt der politische „Arm“ der Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland traditionell auch vor, welche Themen Bundes-KZV und Bundeszahnärztekammer auf ihren Herbstversammlungen aufgreifen werden.

Die Hauptversammlung des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte fordert die Bundesregierung in ihrer Resolution auf, die freiberuflich inhabergeführten Praxen als Rückgrat der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung anzuerkennen und zu fördern. Außerdem sollen Gesetze im Bereich der Gesundheitsversorgung nur noch nach dem Prinzip „one in – two out“ erlassen werden. Auch die Bürokratielast in den Praxen müsse nachhaltig abgebaut werden. Die Bundesregierung wird in der Resolution weiter dazu angehalten, end-

lich versorgungsfremde Investoren im Gesundheitswesen einzudämmen. Zudem müssten Gesundheitsdaten besonders geschützt werden und deren Speicherung und Auswertung dürfe nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten im jeweiligen Einzelfall zugelassen werden.

Überbordende Bürokratie, dysfunktionale Digitalisierung und staatliche Eingriffe in die Selbstverwaltung nannte die Hauptversammlung als besondere Bürden, von denen die Versorgung der Bevölkerung

mit zahnmedizinischen Leistungen gezeichnet sei und die der Zahnärzteschaft zu schaffen machten. Das Ergebnis seien zahnarztlose Landstriche, früh aus der Versorgung aussteigende Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner, fehlender und mutloser Nachwuchs. „Wir erwarten, dass die Bundesregierung ernsthafte Reformen liefert. Wir, der Freie Verband Deutscher Zahnärzte, haben die Verantwortung, den Finger in die Wunde zu legen und die Missstände anzuprangern. Nur wir können das. Wir dürfen das. Wir müssen das!“,



Die Bundesregierung müsse freiberuflich inhabergeführte Praxen endlich als Rückgrat der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung anerkennen, forderten die FVDZ-Delegierten auf ihrer HV.

stellte der Bundesvorsitzende Dr. Christian Öttl fest.

Überfällig: Punktwertanhebung in der GOZ

Jahr für Jahr wiederkehrend beschloss die Hauptversammlung auch 2024, die politische Forderung auf Anhebung des GOZ-Punktwertes und jährlich adäquate Anpassung an den Verordnungsgeber zu adressieren. Die Ermahnung: „Der Verordnungsgeber steht laut § 15 Zahnheilkundengesetz in der Pflicht, den Punktwert regelmäßig anzupassen.“ Die Einzelleistung werde seit 1965 zum gleichen Honorar erbracht. Des Weiteren ruft der FVDZ die Zahnärztinnen und Zahnärzte angesichts ausbleibender Punktwertanpassungen auf, die Honorierung zahnärztlicher Tätigkeiten im erforderlichen Maß mithilfe des § 2 GOZ zu vereinbaren oder bei analoger Berechnungsmöglichkeit mittels § 6 GOZ zu gestalten. „Eine rechtskonforme Bepreisung unter Einberechnung betriebswirtschaftlich unvermeidlicher Kosten und selbstverständlicher

Teilhabe an der Einkommensentwicklung auch für die Zahnärzteschaft kann nur über die Kalkulation und Vereinbarung von Honoraren nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ erfolgen. In Fällen analoger Berechnungsmöglichkeit kann § 6 zusätzlich herangezogen werden“, heißt es in der Begründung.

Beschlüsse zu iMVZ und ePA

Der Ruf nach einem Regulierungsgesetz für investorengeführte Medizinische Versorgungszentren (iMVZ) stößt bei Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach weiterhin auf taube Ohren. Dabei hatte er im Dezember 2022 selbst eine strengere Regulierung der iMVZ angekündigt. Bislang ist nichts geschehen. Diverse FVDZ-Landesverbände – darunter der bayerische – bezogen im Jahresverlauf 2024 Stellung und forderten Lauterbach auf, zu seinem Wort zu stehen. Nun setzte die Hauptversammlung nach Lauterbach müsse nach seiner Ankündigung zur Eindämmung des Ausverkaufes der ambulanten Versorgung endlich Taten folgen

lassen und unverzüglich ein Regulierungsgesetz vorlegen, so der Beschluss. „Der Maßnahmenkatalog des Bundesratsbeschlusses vom 16.6.2023 (BR-Drucksache 211/23) enthält geeignete Regelungen, deren Umsetzung schon mehrmals versprochen/zugesagt wurde.“ In einem folgenden Beschluss wird der Gesetzgeber aufgefordert, „endlich“ die Gründungsbefugnisse für iMVZ im zahnärztlichen Bereich zu beschränken und damit deren Teilnahme an der zahnärztlichen Versorgung räumlich und fachlich am stationären Versorgungsauftrag des Gründungskrankenhauses zu fixieren.

Aktuell schlägt die elektronische Patientenakte (ePA) hohe Wellen in der zahnärztlichen Berufspolitik. Während der bayerische Landesverband eine eigene Aufklärungskampagne mit Praxisplakat und Landing Page zur Information für Zahnärzte und Patienten fährt, will die Hauptversammlung eine Verschiebung erreichen und fordert die zahnärztlichen Gremien, Bundesvorstand FVDZ, Bundes-KZV und Bundeszahnärztekammer auf, sich beim Bundesgesundheitsministerium dafür einzusetzen, bis die Voraussetzungen einer einfachen Befüllung und eine abschließende und erfolgreich getestete Interoperabilität und Strukturierung der eingestellten Datenformate vorliegen. Zudem müsse ein klarer Rechtsrahmen für den Umgang mit den eingestellten Daten festgelegt werden. „Bis dahin wird das BMG aufgefordert, die Frist zur Einführung der ePA auszusetzen.“ Grundsätzlich lehnt der FVDZ die Sanktions- und Fristenpolitik in der Digitalgesetzgebung durch das Bundesgesundheitsministerium ab.

Weitere Beschlüsse: Die präventionsorientierte Parodontitistherapie soll budgetfrei gestellt, der postulierte Bürokratieabbau endlich angepackt werden. In eigener Sache beschloss die Hauptversammlung die Beitragsreduzierung für Assistentinnen und Assistenten als Anreiz für eine Mitgliedschaft und eine engere Zusammenarbeit der Landesverbände mit dem Studierendenparlament des FVDZ. Die Beschlüsse können auf der Internetseite des FVDZ eingesehen werden.

Anita Wuttke
Freie Journalistin



„Der FVDZ zeigt seit Jahren den Weg aus der Misere auf und macht der Politik Vorschläge zur Gegenreaktion. Die Politik ist aber bis heute unwillig, Lösungen anzunehmen, die die Versorgungskrise abwenden könnten“, mahnt der Bundesvorsitzende des FVDZ, Dr. Christian Öttl.



Der Mangel wird sichtbar

Spiegel berichtet über Unterversorgung im ländlichen Raum

Die KZVB weist seit Langem auf den sich abzeichnenden Zahnarztmangel hin, der größtenteils politisch verursacht ist. Nun macht auch das Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ auf das Thema aufmerksam.

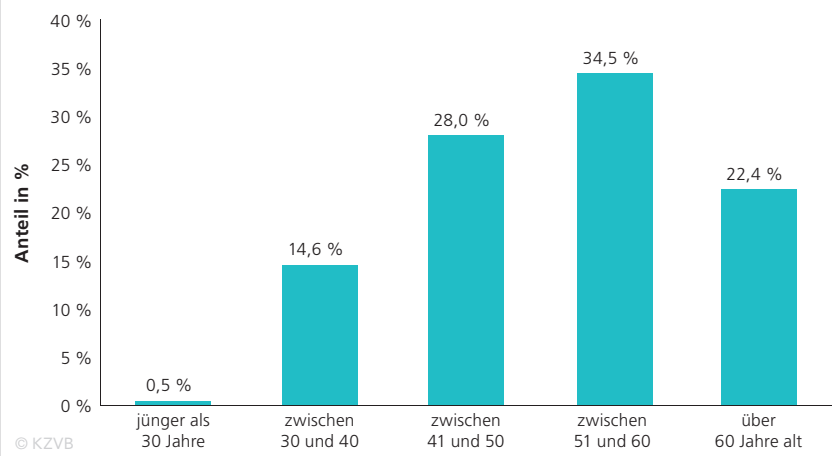
„Sie haben Zahnweh – Viel Glück!“, heißt es süffisant in der Überschrift des Artikels, der Ursachen und Folgen des Praxissterbens anschaulich schildert. Der Fokus liegt zwar auf Ostdeutschland, doch auch in Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Bayern sieht der „Spiegel“ die Gefahr einer Unterversorgung im ländlichen Raum. Denn: Die Generation der Boomer verabschiedet sich nach und nach in den Ruhestand und schon in wenigen Jahren, nämlich bis 2030, könnten in Deutschland etwa die Hälfte der heute noch behandelnden Zahnärzte nicht mehr im Dienst sein, berichtet das Nachrichtenmagazin. In Bayern ist die Lage nicht ganz so dramatisch, aber die Zahl der Niedergelassenen sinkt auch hierzulande kontinuierlich. Werden die verbleibenden Praxen dafür größer und mit mehr Personal bestückt?

Der Trend geht eindeutig dahin! Denn immer mehr junge Kollegen entscheiden sich für die Anstellung in einer großen Gemeinschaftspraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). Und dies betrifft west- wie ostdeutsche Bundesländer gleichermaßen. Der „Spiegel“ listet auf: „In Sachsen-Anhalt ist mehr als jeder zweite Zahnarzt 55 Jahre oder

älter, über ein Drittel ist über 60, jeder achte Praxisbesitzer älter als 65. Vier von zehn Zahnärzten, die in den Ruhestand gehen, finden [...] niemanden, der ihre Praxis übernimmt. In den vergangenen acht Jahren ist die Zahl der Praxen von 1 394 auf 1 103 gesunken.“ Demnach würde jeder vierte Einwohner in den kommenden sechs Jahren Probleme haben, einen Zahnarzt zu finden. Auch in Bran-

denburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen sei die Entwicklung besorgniserregend. Bereits heute schon hätten laut „Spiegel“ mindestens 100 000 Thüringer Schwierigkeiten, einen Zahnarzttermin zu bekommen. In Schleswig-Holstein, in der Eifel, in Teilen von Rheinland-Pfalz, dem Saarland und selbst in Bayern sei ebenfalls ein deutlicher Zahnartztschwund im ländlichen Raum ersichtlich.

ALTERSSTRUKTUR DER NIEDERGELASSENEN ZAHNÄRZTE



Ein knappes Viertel der Zahnärzte in Bayern ist 60+ und wird bald in den Ruhestand gehen.



© dflystock - stock.adobe.com

semester 2024 auch ohne Numerus clausus Zahnmedizin studieren. Die Universität Witten-Herdecke veranstaltet regelmäßig eine Art Job- oder Recruitingbörse, bei der Studierende und Absolventen zu niedergelassenen Zahnärzten Kontakte knüpfen und über Praktika oder konkrete Stellen verhandeln können. Manche Landkreise bezuschussen Studierende monatlich durch einen Geldbetrag, um sie nach Studienabschluss fest für sich zu verpflichten. Immer wieder geht es auch um das Thema der Landarztquote für Zahnärzte, die bereits auch in Bayern bei Hausärzten recht erfolgreich umgesetzt worden ist.

Die hohen Startkosten einer Niederlassung, Familienzeiten, der Wunsch nach Work-Life-Balance und guter Rundumversorgung sowie immer wieder die zunehmende Bürokratie schrecken auch den Zahnarznachwuchs vor dem Schritt in die Selbstständigkeit ab.

Hinzu kommt, dass die Frauenquote bei Zahnärzten fast doppelt so hoch ist wie die ihrer männlichen Kollegen, das Lebensmodell von Zahnärztinnen jedoch eher in Richtung Teilzeit, als in die Gründung einer eigenen Praxis gehe, zitiert der „Spiegel“ den Tübinger Versorgungsforscher Fabian Hütting. In Zahlen: Im Jahr 2022 zählte man 72 683 Zahnärztinnen und nur 38 165 Zahnärzte (Quelle: Statistisches Jahrbuch 2022/2023 der BZÄK). Frauen würden sich demnach wesentlich seltener (1:3) für

eine eigene Niederlassung entscheiden, als ihre männlichen Kollegen (2:3).

Um die Versorgungslücken zu schließen, gehen einzelne Bundesländer unterschiedliche, teils auch ungewöhnliche Wege. Die beginnen bereits mit dem Studium. Der „Spiegel“ hat einige Beispiele zusammengetragen: Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vergibt etwa zwölf Stipendien für ein Zahnmedizinstudium an der ungarischen Universität Pécs. Das Angebot richtet sich an Interessenten, die aufgrund ihrer Abiturnote an deutschen Universitäten kaum Aussicht auf einen Studienplatz hätten und sich im Gegenzug verpflichten, fünf Jahre lang auch in Sachsen-Anhalt zu praktizieren. An der privaten Medizinischen Hochschule Brandenburg kann man seit dem Sommer

All diese Maßnahmen greifen nicht von heute auf morgen. Den künftigen Zahnmedizinern muss die räumliche und wirtschaftliche Attraktivität einer regionalen Praxis ins Bewusstsein gehen. Die Landesvertretungen fördern dies durch eine kontinuierliche Informationspolitik, Beratungen, Fortbildungsveranstaltungen und ganz pragmatisch durch Startzahlungen für neu Niedergelassene.

Fazit: Wenn die Kernforderungen der Zahnärzte und ihrer Körperschaften nicht erfüllt werden, ist eine Unterversorgung im ländlichen Raum kaum mehr vermeidbar. Die Politik kann dann nicht sagen, man habe von nichts gewusst.

Leo Hofmeier
Ingrid Scholz

ANZEIGE



DENTALES ERBE

500.000
EXPONATE
AUS 5.000
JAHREN



Spenden Sie jetzt zum Erhalt und zur Archivierung unserer dentalhistorischen Sammlung!
www.zm-online.de/dentales-erbe

Sie können direkt auf folgendes Konto spenden:
Dentalhistorisches Museum
Sparkasse Muldental
Sonderkonto Dentales Erbe
IBAN DE06 8605 0200 1041 0472 46

Bei Angabe von Namen und E-Mail-Adresse wird eine Spendenquittung übersandt.



Rahmenbedingungen erschweren die Nachwuchsgewinnung

VV-Vorsitzende tagen in Münster – Kritik an Bürokratie und Budgetierung

Der Rückgang der Niederlassungsbereitschaft alarmiert auch die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen (VV) aller 17 Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Bei einer Tagung in Münster forderten sie eine Verbesserung der Rahmenbedingungen und eine Stärkung der Selbstverwaltung.



Die VV-Vorsitzenden kritisierten bei ihrer Tagung in Münster die Rahmenbedingungen für die Berufsausübung.

Gastgeberinnen waren Dr. Sabine Wagner, VV-Vorsitzende der KZV Westfalen-Lippe, und ihre Stellvertreterin Dr. Silke Henne.

Der Nachwuchs fehlt den KZVen nicht nur, wenn es um die Gründung oder Übernahme einer Praxis geht. Auch die Gremien der Selbstverwaltung tun sich zunehmend schwerer, jüngere Kolleginnen und Kollegen zu gewinnen. Das beste Rezept dagegen sei die persönliche Ansprache, waren sich die Teilnehmer einig. Eines der wichtigsten Argumente für ein Engagement in der Selbstverwaltung: Der kollegiale Austausch und ein Mehrwert an Wissen hat auch für die Tätigkeit in der Praxis Vorteile.

Einig waren sich die VV-Vorsitzenden auch darin, dass die aktuellen politischen

Rahmenbedingungen die eigene Praxis immer unattraktiver machen. Überbordender Bürokratismus, Fachkräftemangel, eine fehlgeleitete Digitalisierungsstrategie – all das fördere den Trend zur Anstellung.

In einigen KZVen versucht man bereits, dem durch Förderprogramme entgegenzuwirken. Der bayerische VV-Vorsitzende Dr. Jürgen Welsch glaubt jedoch, dass das Problem nur durch einen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik gelöst werden kann. „Es muss endlich wieder Spaß machen, sein eigener Chef zu sein. Das wird nur gelingen, wenn die Bürokratiebelastung reduziert wird und die Vergütung sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung an die allgemeinen Kostensteigerungen angepasst wird.“

Aktuell ist jedoch eher das Gegenteil der Fall: Die Einführung der elektronischen Patientenakte ab 2025, die Budgetierung in der GKV und der GOZ-Punktwert aus dem Jahr 1988 wirken demotivierend auf die jungen Kollegen. Die Protestaktionen in fast allen Bundesländern hätten kaum Wirkung gezeigt. Dennoch werde man im Wahljahr 2025 nachlegen. „Die Politik kann zumindest nicht sagen, wir hätten nicht vor dem Praxissterben gewarnt“, so Welsch.

Fazit: Politische Versäumnisse kann die Selbstverwaltung nur bedingt ausgleichen. Umso wichtiger ist der Austausch zwischen den KZVen. Das nächste Treffen findet am 4. und 5. April 2025 in Nordrhein statt.

Redaktion

Nachrichten aus Brüssel

@greens87 – stock.adobe.com

Ursula von der Leyen stellt designierte EU-Kommission vor

Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen hat Mitte September in Straßburg die designierten 26 Mitglieder der neuen EU-Kommission vorgestellt. Die künftige EU-Kommission soll mit elf Frauen und 16 Männern besetzt sein.

Bei der Vorstellung unterstrich sie, dass das gesamte Kommissionskollegium in erster Linie der Wettbewerbsfähigkeit verpflichtet sei. Mit den Personalvorschlägen wurden „Mission Letters“ vorgestellt, in denen von der Leyen die inhaltlichen Schwerpunkte und konkrete Zielsetzungen für die einzelnen Portfolios für die nun beginnende Amtszeit beschreibt. Für das Ressort Gesundheit soll der Ungar Olivér Várhelyi, bisheriger EU-Kommissar für Nachbarschaft und Erweiterung, zuständig sein.

Die Reaktionen auf die Vorstellung des neuen Kollegiums waren geteilt. Erhebliche Einzelkritik gab es am designierten Gesundheitskommissar Várhelyi, dem einerseits die Nähe zum umstrittenen ungarischen Ministerpräsidenten Viktor Orbán und andererseits Verfehlungen als bisheriger EU-Kommissar vorgeworfen werden. Darüber hinaus wird seine fehlende gesundheitspolitische Expertise als problematisch angesehen. In den kommenden Wochen müssen sich die 26 designierten Kommissarinnen und Kommissare den Anhörungen im Europäischen Parlament stellen. Ziel von der Leyens ist es, dass die neue EU-Kommission am 1. Dezember 2024 ihre Arbeit aufnehmen kann.

Draghi-Bericht zur Zukunft der europäischen Wettbewerbsfähigkeit

Der ehemalige italienische Ministerpräsident und frühere Chef der Europäischen Zentralbank, Mario Draghi, hat in Brüssel seinen Bericht über die Zukunft der europäischen Wettbewerbsfähigkeit vorgestellt. Der Bericht war vor einem Jahr von der EU-Kommission in Auftrag gegeben worden.

Aus Sicht des Italieners hat die EU im Vergleich mit den beiden weltweit stärksten Wettbewerbern, den USA und China, in den vergangenen Jahrzehnten massiv an Boden verloren. Hauptgründe

für das schlechte Abschneiden der EU sind laut Draghi vor allem fehlende öffentliche und private Investitionen, eine zu langsam voranschreitende Digitalisierung sowie ein lähmendes und vor allem komplexes regulatorisches System mit übermäßig starken bürokratischen Vorgaben. Verschärft wird die Situation durch einen wachsenden Fachkräftemangel und die gestiegenen Energiepreise infolge des russischen Angriffes auf die Ukraine. Insbesondere bei der Digitalisierung und den durch das Internet ausgelösten digitalen Entwicklungen, die ein besonderes Wachstumspotenzial haben, habe die EU im Vergleich zu den USA den Anschluss verpasst.

Um dieser negativen Entwicklung zu begegnen, empfiehlt Draghi Reformschritte in „historischem Ausmaß“. So sollen die EU-Industriepolitik viel besser koordiniert, die Entscheidungswege auf der EU-Ebene beschleunigt, Bürokratie abgebaut und zusätzliche Investitionen in Höhe von 750 bis 800 Milliarden Euro pro Jahr auf den Weg gebracht werden. Zudem soll die EU sich auf wesentliche Aufgaben und die dringendsten Probleme konzentrieren. Die alte und neue Präsidentin der EU-Kommission Ursula von der Leyen kündigte in einer ersten Reaktion auf den Bericht an, die Politik der EU in den kommenden Jahren entlang der Draghi-Empfehlungen auszurichten.

Medizinprodukte: Wo herrscht der Mangel?

Angesichts der massiven Kritik am geltenden EU-Rechtsrahmen für Medizinprodukte (MDR) hat die EU-Kommission eine Studie in Auftrag gegeben, um aufzuzeigen, in welchen Bereichen aktuell Mangel an Medizinprodukten herrscht und inwiefern dies auf die Vorgaben der MDR zurückzuführen ist, die 2017 verabschiedet wurde. Im Rahmen dieser Studie werden gezielt Angehörige der Gesundheitsberufe und Gesundheitseinrichtungen in den EU-Mitgliedsstaaten angesprochen, um zu ermitteln, in welchen Bereichen Medizinprodukte nicht mehr verfügbar sind. Von den Ergebnissen der Studie wird abhängen, ob die EU-Kommission den geltenden Rechtsrahmen überarbeiten wird oder nicht.

*Dr. Alfred Büttner
Leiter des Brüsseler Büros der BZÄK*

GOÄ-Entwurf kein Vorbild für mögliche GOZ-Novelle

Der zurzeit kontrovers diskutierte Entwurf der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) kann aus Sicht der Bundeszahnärztekammer keine Blaupause für eine mögliche Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sein. Das stellte die Vizepräsidentin der Bundesorganisation, Dr. Romy Ermler, gegenüber dem Onlineportal *zm online* klar.

Zwar sei eine neue GOÄ grundsätzlich ein Fortschritt. Der Gesetzgeber müsse aber seiner Verpflichtung zur regelmäßigen Anpassung der Gebührenordnungen bei allen Berufen gleichermaßen nachkommen und nicht willkürlich selektieren, so Ermler. „Grundlage für eine neue Gebührenordnung für Zahnärzte kann der kolportierte GOÄ-Entwurf nicht sein.“ Der aktuell diskutierte Vorschlag trage die Handschrift einer Erstattungsordnung. „Eine Abschaffung des bewährten Gebührenrahmens kommt für die Zahnärztinnen und Zahnärzte auf keinen Fall infrage“, betonte sie. Der Gebührenrahmen erlaube eine individuelle Bemessung nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand. Gerade das patientenindividuelle zahnärztliche Leistungsspektrum mit einer Vielzahl von Behandlungsalternativen lasse sich mit einer Festgebühr nicht transparent abbilden. Unabhängig von den Überlegungen der Bundesärztekammer sei eine GOZ-Novelle allerdings „mehr als überfällig“.

tas/Quelle: zm online

Preise für Medizinprodukte ziehen erneut an

Die Preise für medizinische Verbrauchsmaterialien, wie beispielsweise Desinfektionsmittel und Schutzkleidung, sind im dritten Quartal erneut gestiegen. Hauptgrund sind höhere Transport- und Betriebskosten, meldet der „Praxisdienst“, einer der größten deutschen Anbieter für medizinische Verbrauchsmaterialien.

Mit 1,25 Prozent beziehungsweise 1,27 Punkten übersteigt der Preisindex für das dritte Quartal den des vorherigen Vierteljahres. Dies sei gleichzeitig der höchste Zuwachs innerhalb eines Quartals seit Beginn der Auswertung. Besonders ins Gewicht fielen die Erhöhungen bei Desinfektionsmitteln (plus 6,74 Punkte),

sonstigem OP-Bedarf (plus 3,60 Punkte) sowie Schutzkleidung (plus 2,99 Punkte). Günstiger entwickelten sich dagegen die Preise für Einmalinstrumente (minus 2,11 Punkte), Verbandstoffe (minus 1,50 Punkte) sowie Infusions- und Injektionsmaterial (minus 1,12 Punkte). Der Bereich Laborprodukte blieb mit minus 0,19 Punkten nahezu unverändert.

tas/Quelle: zm online

Deutlicher Zuwachs bei Freien Berufen

Seit der deutschen Wiedervereinigung ist die Zahl der selbstständigen Freiberuflerinnen und Freiberufler um 178,6 Prozent gewachsen. Das teilte der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) zum Tag der Deutschen Einheit mit.

Die Entwicklung der Freien Berufe im wiedervereinigten Deutschland bezeichnete BFB-Hauptgeschäftsführer Peter Klotzki als herausragend: „Plus 269,7 Prozent – so stark sind die selbstständigen Freiberuflerinnen und Freiberufler in den neuen Bundesländern zwischen 1993 und 2024 gewachsen. In den alten Bundesländern betrug der Zuwachs 165,7 Prozent.“ Im gesamten Bundesgebiet nahm die Zahl der selbstständigen Freiberufler damit um 178,6 Prozent zu. Zum Vergleich: Im betrachteten Zeitraum sei die Zahl aller Selbstständigen in Deutschland über alle Sektoren hinweg lediglich um 5,8 Prozent gestiegen.

Der BFB wies auch auf die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Freiberufler-Teams hin. Hier sei in den ostdeutschen Bundesländern ein Plus von 146,2 Prozent und in den westdeutschen Bundesländern ein Zuwachs von 164,8 Prozent zu verzeichnen.

Die positiven Trends gilt es aus Sicht des BFB gegen „enorme Herausforderungen“ für Praxen, Kanzleien, Büros und Apotheken zu verteidigen. „Der Fachkräftemangel und auch die überbordende Bürokratie haben sich zu Dauerbaustellen ausgewachsen. Überdies wird die mangelnde Verlässlichkeit politischer Entscheidungen zu einer zentralen Belastung. Die Politik ist gefordert, hier gegenzusteuern“, so Klotzki.

tas/Quelle: BFB

GOZ aktuell

Parodontologie

@ kamiphotos – stock.adobe.com

In der Serie „GOZ aktuell“ veröffentlicht das Referat Honorierungssysteme der Bayerischen Landes Zahnärztekammer Berechnungsempfehlungen und Hinweise zur GOZ 2012. Zur Weitergabe innerhalb der Praxis und zum Abheften können die Beiträge aus dem Heft herausgetrennt werden. Sie sind auch auf www.bzb-online.de abrufbar.

Zahnärztinnen und Zahnärzte beschäftigt nach wie vor die Umsetzung der S3-Leitlinie zur PAR-Behandlung bei Privatpatienten. Im Jahr 2022 publizierte die Bayerische Landes Zahnärztekammer einen Vorschlag, in dem die gesamte Behandlungstrecke analogisiert wurde. Im gleichen Jahr veröffentlichte die Bundeszahnärztekammer ein Positionspapier zur gebührenrechtlichen Einordnung der S3-Leitlinie, in dem für die PAR-Leistungstrecke konkrete Analogziffern benannt wurden. Beides widerstrebt sowohl den privaten Krankenversicherungen als auch den Beihilfestellen und führte zu erheblichen Erstattungsproblemen. Zum Jahresende 2022 wurden im gemeinsamen „Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen von BZÄK, PKV und Beihilfe“ mit den Vertretern der privaten Krankenversicherung (PKV) und der Beihilfe eine Reihe von Beschlüssen zur Analogberechnung von Leistungen der Parodontaltherapie gefasst. Damit wurde die analoge Berechnungsfähigkeit für den überwiegenden Teil der PAR-Strecke anerkannt. Dennoch blieben sowohl Unklarheiten als auch Erstattungsschwierigkeiten, da infolge der verschiedenen Möglichkeiten auch die unterschiedlichsten Abrechnungswege genutzt wurden. Hilfestellung bietet nun eine von der Bundeszahnärztekammer im Februar 2024 herausgegebene Stellungnahme, in der originäre und analoge Leistungen zur PAR-Behandlungstrecke unter Berücksichtigung der S3-Leitlinie umfangreich dargestellt werden. Diese sollen eine konfliktfreie Erstattung gewährleisten.

GOZ 4005

Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z. B. des Parodontalen Screening-Index PSI)

10,35 Euro (Faktor 2,3)

Die Erhebung eines Gingival-/Parodontalindex geht über die rein visuelle Beurteilung des gingivalen bzw. parodontalen Zustandes hinaus und liefert eine graduelle Einstufung nach Art eines Screenings. Der Leistungsinhalt wird z. B. erfüllt durch den PSI (Parodontaler Screening-Index), den BOP (Bleeding on Probing) oder den SBI (Sulcus-Bleeding-Index).

- Die Leistung ist innerhalb eines Jahres zweimal berechnungsfähig, in einer Sitzung jedoch unabhängig von der Anzahl der erhobenen Indizes nur einmal.
- Neben GOZ 0010 (eingehende Untersuchung), GOZ 1000 (Mundhygienestatus), GOZ 1010 (Kontrolle des Übungserfolges) und GOZ 4000 (Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus) sowie der GOZ 8000a (PAR-Diagnostik, Staging/Grading, Dokumentation) für die Parodontale Diagnostik einschließlich Staging und Grading des Parodontitisfalles berechnungsfähig.
- Neben der mit der Geb.-Nr. 5070a GOZ berechneten Befundevaluation (BEV) ist die Geb.-Nr. 4005 GOZ nicht berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum).

GOZ 4005a

Erheben mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z. B. des Parodontalen Screening-Index PSI), mehr als zweimal innerhalb eines Jahres

10,35 Euro (Faktor 2,3)

Wird im Rahmen einer unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) der Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 4005 GOZ mehr als zweimal innerhalb eines Jahres erbracht, so sind diese Leistungen analog mit der Geb.-Nr. 4005a GOZ berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum).

- Unabhängig von der Anzahl der erhobenen Indizes ist die Leistung in einer Sitzung nur einmal berechnungsfähig.
- Neben GOZ 0010 (eingehende Untersuchung), GOZ 1000 (Mundhygienestatus), GOZ 1010 (Kontrolle des Übungserfolges) und GOZ 4000 (Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus) berechnungsfähig.
- Neben der mit der Geb.-Nr. 5070a GOZ berechneten Befundevaluation (BEV) ist die Geb.-Nr. 4005a GOZ mit vorstehendem Leistungsinhalt nicht berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum).

GOÄ 70

Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

5,36 Euro (Faktor 2,3)

Eine schriftliche, der Patientin oder dem Patienten ausgehändigte Information über die unter den Geb.-Nr. 4005 GOZ bzw. 4005a GOZ (Gingival- und/oder Parodontalindex) erhaltenen Untersuchungsergebnisse, den möglichen Behandlungsbedarf sowie über die Notwendigkeit, ggf. eine röntgenologische und klinische Diagnostik vorzunehmen, löst zusätzlich die Geb.-Nr. 70 GOÄ aus.

GOZ 4000

Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus

20,70 Euro (Faktor 2,3)

Der Umfang und die Art der unter dieser Nummer zu erhebenden parodontalen Befunde ist nicht vorgeschrieben, sondern richtet sich nach den individuellen Erfordernissen der Erkrankung, ebenso ist die Verwendung eines bestimmten Formblattes nicht Berechnungsvoraussetzung.

- Die Maßnahme ist innerhalb eines Jahres zweimal berechnungsfähig, auch neben Gingival-/Parodontalindizes nach den Geb.-Nrn. 4005 GOZ und 4005a GOZ.
- Neben GOZ 1000 (Mundhygienestatus) und GOZ 1010 (Kontrolle des Übungserfolges) berechnungsfähig, wenn die Leistungen unterschiedlichen Zwecken dienen. Dies ist in der Rechnung zu begründen.
- Neben der mit der Geb.-Nr. 8000a GOZ analog berechneten Parodontalen Diagnostik einschließlich Staging und Grading des Parodontitisfalles und der analog berechneten Befundevaluation – PAR nach der Geb.-Nr. 5070a GOZ ist die Nummer aufgrund von Leistungsüberschneidungen nicht berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum).

GOZ 8000a

PAR-Diagnostik, Staging/Grading, Dokumentation entsprechend Nr. 8000 Klinische Funktionsanalyse

64,68 Euro (Faktor 2,3)

Der Umfang und die Art der vorzunehmenden Diagnostik bestimmen sich nach der S3-Leitlinie „Die Behandlung der Parodontitis Stadium I bis III“ der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (Beschluss Beratungsforum).

Die Ergebnisse sind auf einem wissenschaftlich anerkannten Formblatt zu dokumentieren, z.B. auf den Vordrucken 5a und b der Anlage 14a des Bundesmantelvertrages für Zahnärzte (Beschluss Beratungsforum).

- Die Leistung ist einmal je Parodontitis-Behandlungsstrecke berechnungsfähig.
- GOZ 4005 (Gingival- und/oder Parodontalindex) ist zusätzlich daneben berechnungsfähig.
- Die Aushändigung einer Ausfertigung des Formblattes an den zur Zahlung Verpflichteten löst zusätzlich die Geb.-Nr. 4030a GOZ aus (Beschluss Beratungsforum).
- Neben der Geb.-Nr. 8000a GOZ ist die Geb.-Nr. 4000 GOZ (Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus) nicht berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum).

GOZ 4030a

Ausfertigung PAR-Formblatt entsprechend Nr. 4030 Beseitigung scharfer Kanten

4,53 Euro (Faktor 2,3)

Die Aushändigung einer Ausfertigung des nach der Geb.-Nr. 8000a GOZ zu erstellenden Formblattes an den zur Zahlung Verpflichteten löst zusätzlich zur Geb.-Nr. 8000a GOZ (PAR-Diagnostik, Staging/Grading, Dokumentation) die Geb.-Nr. 4030a GOZ aus (Beschluss Beratungsforum).

GOZ 0030

Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplanes nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen

25,87 Euro (Faktor 2,3)

Die schriftliche Niederlegung der geplanten Leistungen zur Parodontitisbehandlung unter Zusammenführung mit den hierdurch entstehenden Kosten löst die Geb.-Nr. 0030 GOZ aus. Eine Anforderung durch den Patienten/Zahlungspflichtigen ist nicht Berechnungsvoraussetzung.

GOZ 5070a

Befundevaluation – PAR entsprechend Nr. 5070 Versorgung eines Lückengebisses mit einer Brückenspanne, einem Prothesen- oder Freundsattel

51,74 Euro (Faktor 2,3)

Die Befundevaluation umfasst die erneute Dokumentation des klinischen Befundes einschließlich der Bestimmung der Sondierungstiefen und Sondierungsblutung, der Zahnlockerung, des Furkationsbefalles, des röntgenologischen Knochenabbaues sowie die Angabe des Knochenabbaues in Relation zum Patientenalter (%/Alter).

Sie dient der Bewertung der Maßnahmen der 2. und 3. Therapie-stufe sowie der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) durch Abgleich mit den bei der PAR-Diagnostik und dem Staging/Grading erhobenen Befunden und gestellten Diagnosen bzw. einer zuvor erfolgten Befundevaluation.

Die Nummer umfasst auch die Aufklärung über weitere geplante Interventionen (Beschluss Beratungsforum).

- Die Leistung ist innerhalb eines Jahres maximal dreimal berechnungsfähig.
- Neben der Gebühr sind die GOZ 4000 (Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus) und GOZ 4005a (Gingival- und/oder Parodontalindex) sowie weitere Gesprächs- und Beratungsleistungen nicht berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum).

GOZ 2110a

Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) entsprechend Nr. 2110 Präparation und Restauration einer Kavität mit plastischem Füllungsmaterial, mehr als dreiflächig

41,26 Euro (Faktor 2,3)

Das ATG umfasst die Aufklärung über Diagnose, Gründe der Erkrankung, Risikofaktoren, Therapiealternativen, Vor- und Nachteile der Behandlung sowie die Option, die Behandlung nicht durchzuführen, einschließlich der Erläuterung der geplanten Maßnahmen, der Notwendigkeit von Verhaltensänderungen und allgemeinmedizinischer Wechselwirkungen.

- Die Nummer ist einmal je Parodontitis-Behandlungsstrecke berechnungsfähig. Andere Gesprächs- und Beratungsleistungen sind neben dieser Nummer nicht berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum).



GOZ 6190

Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen

18,11 Euro (Faktor 2,3)

Das Gespräch zielt im Zusammenhang mit einer Parodontitis-therapie auf die Beseitigung Parodontitis-begünstigender Verhaltensweisen und Risikofaktoren ab.

- Die Häufigkeit der Leistungserbringung während einer Parodontitis-Behandlungsstrecke bestimmt sich nach der medizinischen Notwendigkeit.
- Aufgrund von Leistungsüberschneidungen ist GOZ 5070a (Befundevaluation) daneben nicht berechnungsfähig.

GOZ 1000

Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung von Karies und parodontalen Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten

25,87 Euro (Faktor 2,3)

Die Nummer umfasst die Erhebung von Mundhygieneindizes, wie z. B. des PI oder API, auch unter Anfärbung der Beläge, praktische Instruktionen zur individuellen Mundhygiene einschließlich praktischer Übungen und die Motivation des Patienten.

- Innerhalb eines Jahres einmal berechnungsfähig. Die vorgeschriebene Mindestdauer der Leistungserbringung ist auch auf mehrere Sitzungen verteilbar.
- An einem Behandlungstag mit GOZ 1010 (Kontrolle des Übungserfolges) berechnungsfähig, wenn die Patientin oder der Patient im Anschluss an die Leistungserbringung nach GOZ 1000 selbstständig die Umsetzung des Erlernten üben und erst danach eine Kontrolle und erforderliche weitere Unterweisung gemäß GOZ 1010 erfolgt.
- GOZ 0010 (eingehende Untersuchung), GOZ 4000 (Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus) und GOZ 8000 (klinische Funktionsanalyse) sowie Beratungen und Untersuchungen nach der Gebührenordnung für Ärzte sind daneben nur berechnungsfähig, wenn sie anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.

GOZ 1010

Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten

12,94 Euro (Faktor 2,3)

Der Inhalt der Nummer baut inhaltlich auf der Geb.-Nr. 1000 GOZ (Mundhygienestatus) auf und dient der Überprüfung des Übungserfolges einschließlich erforderlicher weiterer Instruktionen.

- An einem Behandlungstag mit der GOZ 1000 (Mundhygienestatus) berechnungsfähig, wenn die Patientin oder der Patient im Anschluss an die Leistungserbringung nach GOZ 1000 selbstständig die Umsetzung des Erlernten üben und erst im Anschluss eine Kontrolle und weitere Unterweisung nach GOZ 1010 erfolgt.
- GOZ 0010 (eingehende Untersuchung), GOZ 4000 (Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus) und GOZ 8000 (klinische Funktionsanalyse) sowie Beratungen und Untersuchungen nach der Gebührenordnung für Ärzte sind daneben nur berechnungsfähig, wenn sie anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.

GOZ 1040

Professionelle Zahnreinigung

3,62 Euro (Faktor 2,3)

Die PZR umfasst – abhängig von der individuellen Notwendigkeit – die supragingivale/gingivale Reinigung der Zahnoberflächen, der Zahnzwischenräume, die Entfernung des Biofilmes, die Oberflächenpolitur und ggf. die Fluoridierung der gereinigten Oberflächen.

Die Leistung kann mit Handinstrumenten und/oder mit mechanischer bzw. instrumenteller Unterstützung erbracht werden.

Die Nummer beinhaltet gemäß Leistungsbeschreibung explizit keine Reinigungsmaßnahmen im subgingivalen Bereich.

Durch die ergänzende Herstellung hygienischer Verhältnisse in der Mundhöhle kann sie jedoch weitere Leistungen der Parodontitis-therapie begünstigen.

- Die PZR ist je Zahn, Implantat oder Brückenglied berechnungsfähig.
- Die Leistung ist neben den subgingivalen Instrumentierungen – PAR (AIT) und UPT berechnungsfähig.
- Zahn- und sitzungsgleich nicht neben GOZ 4050 und GOZ 4055 (Entfernung harter und weicher Zahnbeläge), GOZ 4060 (Kontrolle/Nachreinigung nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge oder PZR), GOZ 4070 und GOZ 4075 (subgingivale Konkremententfernung) und GOZ 4090 bzw. GOZ 4100 (Lappenoperation) berechnungsfähig.

GOZ 4070

Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremete und Wurzelglättung) an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, geschlossenes Vorgehen

12,94 Euro (Faktor 2,3)

Die Gebührennummern beschreiben das geschlossene Vorgehen bei einer parodontalchirurgischen Therapie an einem ein- oder einem mehrwurzeligen Zahn.

Leistungsinhalt ist die Reinigung und Glättung der Wurzeloberfläche, dies umfasst die Entfernung subgingivaler Konkremete und ggf. endotoxinhaltiger Zementschichten.

Die begleitende Ausschälung des Taschenepithels und infiltrierten subepithelialen Bindegewebes ist Leistungsbestandteil und nicht gesondert berechnungsfähig.

- Der Ansatz der Geb.-Nrn. 4070 GOZ und 4075 GOZ bestimmt sich danach, ob es sich um einen ein- oder mehrwurzeligen Zahn handelt.
- GOZ 4080 (Gingivektomie, Gingivoplastik) ist daneben berechnungsfähig.
- Zahn- und sitzungsgleich nicht neben GOZ 1040 (professionelle Zahnreinigung) und GOZ 4090 bzw. GOZ 4100 (Lappenoperation) berechnungsfähig. Das gilt auch für GOZ 3010a und GOZ 4138a (subgingivale Instrumentierung – AIT) (Beschluss Beratungsforum).

GOZ 4075

Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremete und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen

16,82 Euro (Faktor 2,3)



GOZ 3010a	GOZ 4138a
Subgingivale Instrumentierung – PAR (AIT), einwurzeliger Zahn, entsprechend Nr. 3010 Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	Subgingivale Instrumentierung – PAR (AIT), mehrwurzeliger Zahn, entsprechend Nr. 4138 Verwendung einer Membran zur Versorgung eines Knochendefektes
14,23 Euro (Faktor 2,3)	28,46 Euro (Faktor 2,3)

Die subgingivale Instrumentierung – PAR (AIT) beschreibt die nicht-chirurgische Entfernung harter und weicher Beläge, also des mineralisierten und nicht mineralisierten Biofilmes aus dem subgingivalen Bereich. Die übermäßige Entfernung von Wurzelzement und die Ausschälung des Taschenepithels und infiltrierten subepithelialen Bindegewebes ist leitliniengemäß nicht Leistungsbestandteil.

- Die leitlinienbasierte Leistung der 2. Therapiestufe unterscheidet sich von den Geb.-Nrn. 4070 GOZ und 4075 GOZ (subgingivale Konkremententfernung) hinsichtlich Instrumentierung und Leistungsvornahme und ist analog zu berechnen (Beschluss Beratungsforum).
- Die Leistung ist je einwurzeligem/mehrwurzeligem Zahn berechnungsfähig.
- Leitliniengemäß kann die subgingivale Instrumentierung in der 2. und der 3. Therapiestufe (dann unter Verzicht auf ein offenes Vorgehen an diesem Zahn) erfolgen und ist daher im Verlauf einer PAR-Behandlungstrecke auch zweimal je Zahn berechnungsfähig.
- Neben der subgingivalen Instrumentierung nach den Geb.-Nrn. 3010a GOZ und 4138a GOZ sind die Geb.-Nrn. 1040 GOZ (professionelle Zahnreinigung) und 4080 GOZ (Gingivektomie, Gingivoplastik) berechnungsfähig (Beschlüsse Beratungsforum).
- Zahn- und sitzungsgleich sind die Geb.-Nrn. 4070 GOZ und 4075 GOZ (subgingivale Konkremententfernung) neben der subgingivalen Instrumentierung nicht berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum). Aufgrund von Leistungsüberschneidungen gilt das auch für die Geb.-Nrn. 4090 GOZ und 4100 GOZ (Lappenoperation).

GOZ 4080

Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium

5,82 Euro (Faktor 2,3)

Die Gingivektomie dient bei der Parodontitis der Beseitigung/ Reduzierung von Zahnfleischtaschen/Pseudotaschen durch Abtragen gingivalen Gewebes, die Gingivoplastik dem Modellieren der Zahnfleischoberfläche. Die Gingivektomie geht häufig mit einer Gingivoplastik einher, um eine günstige Morphologie der Zahnfleischoberfläche zu erzielen.

- Die Leistung ist je Parodontium, auch neben GOZ 4070 und GOZ 4075 (subgingivale Konkremententfernung), berechnungsfähig.
- Neben der subgingivalen Instrumentierung nach den Geb.-Nrn. 3010a GOZ, 4138a GOZ, 0090a GOZ und 2197a GOZ ist die Geb.-Nr. 4080 GOZ bei Vorliegen medizinischer Notwendigkeit und bei eigenständiger Indikation berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum).
- Die Anwendung eines Lasers berechtigt zum Ansatz der Geb.-Nr. 0120 GOZ, sofern am selben Behandlungstag nicht der entsprechende Zuschlag zu einer GOÄ-Leistung berechnet wird und es sich bei der Geb.-Nr. 4080 GOZ um die höchste zuschlagsberechtigzte GOZ-Leistung handelt, die unter Anwendung eines Lasers erbracht wurde.
- Neben den Geb.-Nrn. 4090 GOZ und 4100 GOZ (Lappenoperation) ist die Geb.-Nr. 4080 GOZ nicht berechnungsfähig.

GOZ 4090	GOZ 4100
Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium	Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium
23,28 Euro (Faktor 2,3)	35,57 Euro (Faktor 2,3)

Die Lappenoperation eröffnet den Zugang z. B. zu Knochentaschen, Bi- oder Trifurkationen, die einer geschlossenen subgingivalen Instrumentierung nicht oder nicht ausreichend zugänglich sind. Die Reinigung dieser Bereiche ist Leistungsbestandteil der Geb.-Nrn. 4090 GOZ und 4100 GOZ.

- Die Leistung kann isoliert oder im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes als Folgebehandlung nach GOZ 4070 und GOZ 4075 (subgingivale Konkremententfernung) oder der subgingivalen Instrumentierung berechnet werden.
- In derselben Sitzung, jedoch an unterschiedlichen Zähnen, sind die Geb.-Nrn. 4090 GOZ und 4100 GOZ neben den Geb.-Nrn. 4070 GOZ und 4075 GOZ (subgingivale Konkremententfernung), bzw. den Geb.-Nrn. 3010a GOZ und 4138a GOZ (subgingivale Instrumentierung – AIT) berechnungsfähig.
- Die Reposition des Zugangslappens in seine ursprüngliche Position ist als primäre Wundversorgung ebenso wie ein plastischer Wundverband neben den Nummern nicht gesondert berechnungsfähig.
- Wird der Schleimhautlappen beim Wundverschluss nicht in seine ursprüngliche Position reponiert, sondern koronal, apikal oder lateral verlegt, so berechtigt dies zum Ansatz der Geb.-Nr. 4120 GOZ (Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens).
- Das Anlegen einer Verbandplatte kann nach der Geb.-Nr. 2700 GOÄ gesondert berechnet werden.
- Ein plastischer Verband ist nach vollständiger Leistungserbringung der Geb.-Nrn. 4090 GOZ und 4100 GOZ in Folgesitzungen mit der Geb.-Nr. 200 GOÄ berechnungsfähig.
- Die Anwendung eines Operationsmikroskops berechtigt zum Ansatz der Geb.-Nr. 0110 GOZ, die Anwendung eines Lasers zum Ansatz der Geb.-Nr. 0120 GOZ, sofern am selben Behandlungstag nicht die entsprechenden Zuschläge zu GOÄ-Leistungen berechnet werden und es sich bei der Geb.-Nr. 4090 GOZ oder der 4100 GOZ um die höchste zuschlagsberechtigzte Leistung handelt, die unter Anwendung eines Lasers erbracht wurde.
- Zusätzlich fällt einmal je Behandlungstag der OP-Zuschlag nach der Geb.-Nr. 0500 GOZ an, wenn es sich bei einer Leistung nach der Geb.-Nr. 4090 GOZ oder 4100 GOZ um die höchste zuschlagsfähige Leistung der GOZ handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ angesetzt wird.
- Zahn- und sitzungsgleich sind Leistungen nach GOZ 1040 (professionelle Zahnreinigung), GOZ 4050 und GOZ 4055 (Entfernung harter und weicher Zahnbeläge), GOZ 4060 (Kontrolle/Nachreinigung nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge oder PZR), GOZ 4070 und GOZ 4075 (subgingivale Konkremententfernung) und GOZ 4080 (Gingivektomie, Gingivoplastik) nicht neben den Geb.-Nrn. 4090 GOZ und 4100 GOZ berechnungsfähig. In derselben Sitzung, jedoch an unterschiedlichen Zähnen, sind die Gebührennummern nebeneinander berechnungsfähig.

GOZ 0090a

Subgingivale Instrumentierung – UPT, einwurzeliger Zahn, entsprechend Nr. 0090 Intraorale Infiltrationsanästhesie

7,76 Euro (Faktor 2,3)

GOZ 2197a

Subgingivale Instrumentierung – UPT, mehrwurzeliger Zahn, entsprechend Nr. 2197 Adhäsive Befestigung

16,82 Euro (Faktor 2,3)



Die subgingivale Instrumentierung – UPT beschreibt die nicht-chirurgische subgingivale Belagsentfernung von Resttaschen im Rahmen der unterstützenden Parodontitistherapie (Beschluss Beratungsforum).

- Die Leistung ist im Verlauf der unterstützenden Parodontitistherapie mehrfach berechnungsfähig.
- Die supragingivale/gingivale Reinigung ist daneben gesondert mit der Geb.-Nr. 1040 GOZ (professionelle Zahnreinigung) berechnungsfähig.
- Neben der subgingivalen Instrumentierung – UPT ist die Geb.-Nr. 4080 GOZ (Gingivektomie, Gingivoplastik) bei Vorliegen medizinischer Notwendigkeit und aufgrund eigenständiger Indikation (Beschluss Beratungsforum) berechnungsfähig.

GOZ 4060

Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge oder professioneller Zahnreinigung nach der Nummer 1040 mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn, oder Implantat, auch Brückenglied

0,91 Euro (Faktor 2,3)

Die Leistung ist in einer oder mehreren Folgesitzungen nach vorangegangener professioneller Zahnreinigung nach der Geb.-Nr. 1040 GOZ oder der Entfernung harter und weicher Beläge berechnungsfähig.

Da subgingivale Instrumentierungen die Entfernung harter und weicher Beläge beinhalten, ist für die Kontrolle/Nachreinigung die Nummer ebenfalls zutreffend.

- Auch wenn in vorangegangener Sitzung sowohl eine professionelle supragingivale/gingivale Zahnreinigung als auch eine subgingivale Instrumentierung erfolgt, ist die Nummer dennoch nur einmal je Zahn, Implantat oder Brückenglied berechnungsfähig. Entstehender Mehraufwand ist in Anwendung des Steigerungssatzes berücksichtigungsfähig.
- Erfolgen an einem Zahn sowohl nichtchirurgische als auch chirurgische Leistungen zur Parodontitistherapie, ist die Geb.-Nr. 4060 GOZ neben der Geb.-Nr. 4150 GOZ (Kontrolle/Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen) berechnungsfähig.
- Sitzungs- und zahngleich ist die Geb.-Nr. 4060 GOZ nicht neben der Geb.-Nr. 1040 GOZ (professionelle Zahnreinigung) oder der subgingivalen Instrumentierung berechnungsfähig.

GOZ 4150

Kontrolle/Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen, je Zahn, Implantat oder Parodontium

0,91 Euro (Faktor 2,3)

Diese Leistung ist in getrennten Sitzungen nach parodontalchirurgischen Leistungen des Abschnitts E der GOZ je Zahn oder Parodontium berechnungsfähig. Die Geb.-Nr. 4150 GOZ umfasst die Wundkontrolle, ggf. auch die Wundreinigung und eine erforderliche Nahtentfernung.

- Erfolgen an einem Zahn sowohl chirurgische als auch nichtchirurgische Leistungen zur Parodontitistherapie, ist die Geb.-Nr. 4150 GOZ neben der Geb.-Nr. 4060 GOZ (Kontrolle/Nachreinigung nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge oder PZR) berechnungsfähig.

GOZ 4025

Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalanwendung, je Zahn

1,94 Euro (Faktor 2,3)

Die Leistung beschreibt die subgingivale Einbringung eines zum Verbleib bestimmten, lokal wirksamen Antibiotikums oder eines anderen antibakteriell wirksamen Präparates in unterschiedlichen Darreichungsformen.

- Die Leistung ist je Zahn und Sitzung berechnungsfähig.
- Die mechanische Spülung von Zahnfleischtaschen, auch unter Anwendung von antibakteriellen Lösungen, ist nach der Geb.-Nr. 4020 GOZ (Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen) zu berechnen. Gleiches gilt für die subgingivale Einbringung eines Kortisonpräparates, da dieses nicht antibakteriell, sondern antiphlogistisch wirkt.

GOZ 4110

Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbau- material (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, ggf. einschließlich Materialentnahme im Aufbaubereich, je Zahn oder Parodontium oder Implantat

23,28 Euro (Faktor 2,3)

Die Leistung stellt auf die Therapie knöcherner Defekte mit parodontaler Beteiligung ab. Beispielhaft ist das Auffüllen eines spalt-/schüsselförmigen Knochendefektes bei einer parodontalchirurgischen Behandlung mit autologem Knochen und/oder Knochenersatzmaterial zu nennen.

Auch das Einbringen regenerativer Proteine unterfällt dieser Gebührennummer.

- Die Maßnahme ist je Zahn oder Parodontium berechnungsfähig.
- Die Leistung ist zweimal berechnungsfähig, wenn in einem Approximalraum konfluierende Knochendefekte zweier Zähne/ Parodontien aufgefüllt werden.
- Die Entnahme von Knochen im Aufbaubereich ist Leistungsbestandteil. Die intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaubereiches löst zusätzlich die Geb.-Nr. 9140 GOZ aus.
- Verwendetes Knochenersatzmaterial und ein der Regeneration dienendes Proteinpräparat ist gesondert berechnungsfähig, ebenso ein mit einmaliger Anwendung verbrauchter Knochenkollektor oder -schaber.

GOZ 4120

Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

35,57 Euro (Faktor 2,3)

Diese Gebührennummer beschreibt lediglich das Verlegen eines bereits vorhandenen gestielten Schleimhautlappens, zutreffend im Zusammenhang mit Lappenoperationen nach den Geb.-Nrn. 4090 GOZ, 4100 GOZ, wenn der zunächst als Zugangslappen dienende Schleimhautlappen nicht im Sinne einer primären Wundversorgung in die ursprüngliche Position reponiert, sondern apikal, koronal oder lateral verlegt wird. Die Leistung dient u. a. der Deckung gingivaler Rezessionen oder der Beseitigung/ Reduktion von Zahnfleischtaschen/Pseudotaschen.



- Unabhängig vom Umfang der Lappenverlegung ist die Leistung nur einmal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechenbar.
- Zusätzlich fällt einmal je Behandlungstag der OP-Zuschlag nach der Geb.-Nr. 0500 GOZ an, wenn es sich bei der Geb.-Nr. 4120 GOZ um die höchste zuschlagsfähige Leistung der GOZ handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ angesetzt wird.
- Das Einkürzen oder Umschneiden eines Schleimhautlappens erfüllt nicht den Leistungsinhalt.
- Eine Periostschlitzung ist nicht zwingend Leistungsbestandteil.
- Vollständige Lappenplastiken unterfallen den Geb.-Nrn. 2381 GOZ (einfache Hautlappenplastik) oder 2382 GOÄ (schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation), Gingivaextensionsplastiken sind in Abhängigkeit von deren Umfang nach der Geb.-Nr. 3240 GOZ (Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik, kleineren Umfanges) oder der Geb.-Nr. 2675 GOÄ (partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik) zu berechnen.

GOZ 4130

Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Transplantat

23,28 Euro (Faktor 2,3)

Diese Gebührennummer beschreibt die Transplantation eines freien Schleimhauttransplantates (FST), d. h. die Entnahme und Einbringung einschließlich Fixierung.

- Die Wundversorgung der Entnahmestelle, z. B. durch einen plastischen Wundverband, ist mit der Gebühr abgegolten.
- Die anzahlmäßige Berechnung der Geb.-Nr. 4130 GOZ richtet sich nach der Anzahl der Transplantate. Werden z. B. von zwei Entnahmestellen zwei Transplantate an einen Zielort transplantiert, ist die Leistung zweimal zu berechnen. Gleiches gilt bei der Entnahme von zwei Transplantaten an einer Entnahmestelle und deren Verpflanzung an zwei Zielorte.
- Die Verbandplatte ist gesondert mit der Geb.-Nr. 2700 GOÄ zu berechnen.
- Die Anwendung eines Operationsmikroskops berechtigt zum Ansatz der Geb.-Nr. 0110 GOZ, die Anwendung eines Lasers zum Ansatz der Geb.-Nr. 0120 GOZ, sofern am selben Behandlungstag nicht die entsprechenden Zuschläge zu GOÄ-Leistungen berechnet werden und es sich bei der Geb.-Nr. 4130 GOZ um die höchste zuschlagsberechtigte GOZ-Leistung handelt, die unter Anwendung eines Lasers erbracht wurde.
- Zusätzlich fällt einmal je Behandlungstag der OP-Zuschlag nach der Geb.-Nr. 0500 GOZ an, wenn es sich bei der Leistung nach der Geb.-Nr. 4130 GOZ um die höchste zuschlagsfähige Leistung der GOZ handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ angesetzt wird.
- Die gebührenmäßige Bewertung und die Systematik des Abschnittes E gestatten nur die Auslegung, dass nur ein Schleimhauttransplantat bis zu einer Zahnbreite nach dieser Gebührennummer zu berechnen ist.
- Größere Schleimhauttransplantate entsprechen der Geb.-Nr. 2386 GOÄ.

GOZ 4133

Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Zahnzwischenraum

113,83 Euro (Faktor 2,3)

Diese Nummer umfasst die Transplantation von körpereigenem Bindegewebe, z. B. zur Rekonstruktion einer physiologisch geformten Interdentalpapille. Leistungsinhalt ist die Entnahme und Einbringung, ggf. einschließlich Fixierung des transplantierten Bindegewebes.

- Maßgeblich für die Berechnungsfähigkeit ist nicht die Anzahl der Transplantate, sondern die Anzahl der versorgten Approximalräume.
- Die primäre Wundversorgung der Entnahmestelle, ggf. einschließlich eines plastischen Wundverbandes, ist Leistungsbestandteil.
- Eine Verbandplatte ist zusätzlich mit der Geb.-Nr. 2700 GOZ berechnungsfähig.
- Die Anwendung eines Operationsmikroskops berechtigt zum Ansatz der Geb.-Nr. 0110 GOZ, die Anwendung eines Lasers zum Ansatz der Geb.-Nr. 0120 GOZ, sofern am selben Behandlungstag nicht die entsprechenden Zuschläge zu GOÄ-Leistungen berechnet werden und es sich bei der Geb.-Nr. 4133 GOZ um die höchste zuschlagsberechtigte GOZ-Leistung handelt, die unter Anwendung eines Lasers erbracht wurde.
- Zusätzlich ist der Operationszuschlag nach der Geb.-Nr. 0520 GOZ berechnungsfähig, wenn es sich um die höchste zuschlagsberechtigte GOZ-Leistung am Operationstag handelt und kein Operationszuschlag aus der GOÄ angesetzt wird.
- Die Implantation eines alloplastischen „collagen patch“ zur Weichteilunterfütterung entspricht nicht der Geb.-Nr. 4133 GOZ, sondern ist mit der Geb.-Nr. 2442 GOÄ zu berechnen.

GOZ 4136

Osteoplastik, auch Kronenverlängerung, Tunnelierung oder Ähnliches, je Zahn oder Parodontium, auch Implantat, als selbstständige Leistung

25,87 Euro (Faktor 2,3)

Die Gebührennummer beschreibt knochenmodellierende Maßnahmen an einem Zahn. Typischer Leistungsinhalt ist die Abtragung von interradikulären Septen zur Tunnelierung oder des Limbus alveolaris zur Kronenverlängerung.

- Knochenmodellierende Maßnahmen unter den Geb.-Nrn. 4090 GOZ und 4100 GOZ (Lappenoperation) erfüllen nicht den Leistungsinhalt dieser Gebührennummer, sondern sind mit Berechnung der Hauptleistung abgegolten.
- Der plastische Wundverband ist Leistungsbestandteil, das Anlegen einer Verbandplatte ist mit der Geb.-Nr. 2700 GOÄ berechnungsfähig.

GOZ 4138

Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochen-defektes einschließlich Fixierung, je Zahn, je Implantat

28,46 Euro (Faktor 2,3)

Diese Gebührennummer umfasst die Einbringung einer resorbierbaren oder nicht resorbierbaren Membran zwecks Barrierebildung zwischen Schleimhaut/Bindegewebe und Knochen/Knochenersatzmaterial. Das Anpassen und Fixieren der Membran ist Leistungsbestandteil.

- Das verwendete Material ist gesondert berechnungsfähig.



MANUELA KUNZE
Referat Honorierungssysteme der BLZK



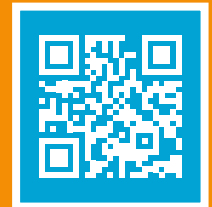
DR. DR. FRANK WOHL
Präsident und Referent Honorierungssysteme der BLZK



MTA *Fertig Spritzen*

Ready to use

NEU
Geniale
Verarbeitung



MTA New Products

NEU

Cumdente.
dental solutions

PulpCap

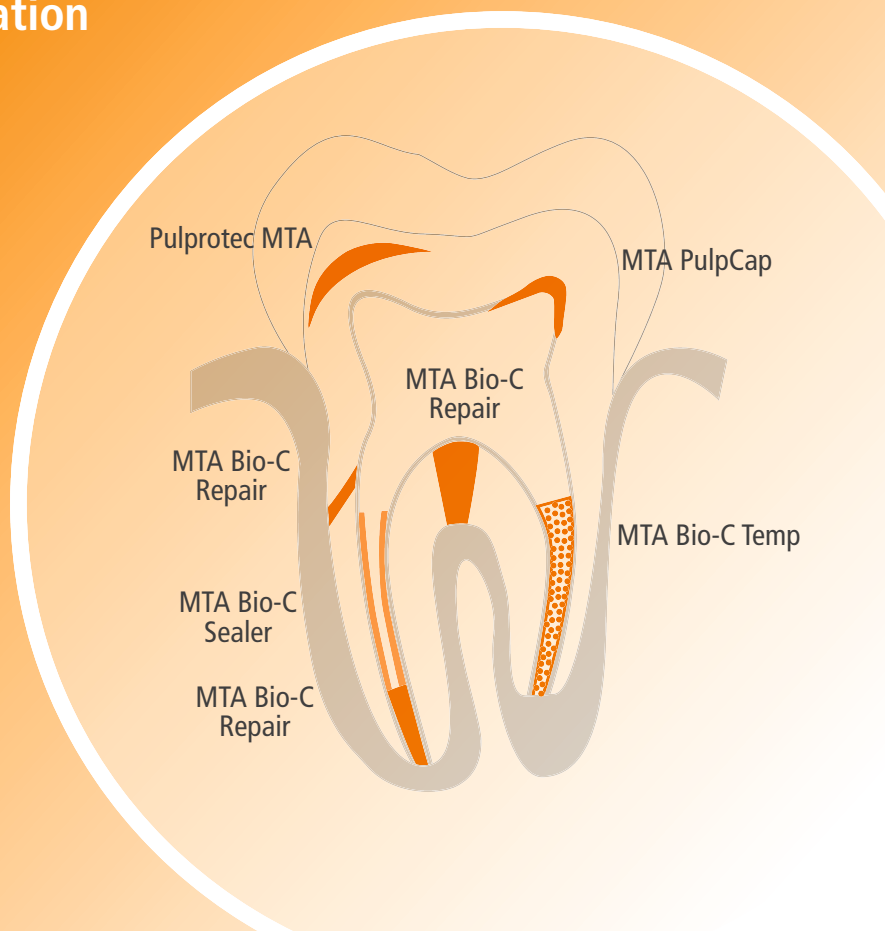
Repair

Sealer

Temp

MTA *Ready to use* endlich punktgenaue Applikation

- höchste Biokompatibilität
- sofortige bakteriendichte Obturation
- fördert die Weichgewebsregeneration
- verwächst mit dem Dentin
- anhaltend bakterizid





© alexdndz – stock.adobe.com

Kostenlos, kompetent und unabhängig

Zahnarzt-Zweitmeinung stärkt das Vertrauen der Patienten

Der Anteil der Zahnmedizin an den Gesamtausgaben der Krankenkassen geht kontinuierlich zurück. „Erkauft“ wird das durch steigende Eigenanteile der Patienten. Und das führt zu einem erhöhten Informationsbedarf. Die KZVB bietet deshalb seit fast 20 Jahren eine kostenlose Zahnarzt-Zweitmeinung an. Wir sprachen mit Dr. Jens Kober darüber, warum dieses Angebot wichtig ist.

BZB: Was ist das Besondere an der Zahnarzt-Zweitmeinung der KZVB?

Kober: Die Zweitmeinung für gesetzlich versicherte Patienten ist kostenlos, kompetent und unabhängig. Und sie findet in Präsenz statt! Wir haben in den Zahnärzthäusern München und Nürnberg Behandlungszimmer eingerichtet, in denen die Kollegen der Zweitmeinung den Patienten untersuchen. Sie schauen sich – sofern vorhanden – auch Röntgenbilder an und natürlich den Heil- und Kostenplan, den der Behandler erstellt hat. Wichtig ist auch, den Patienten zuzuhören. Viele Patienten, die zu uns kommen, sind sich

einfach unsicher, ob die Kosten für ihre Behandlung angemessen sind.

BZB: Welche Qualifikation bringen die Zahnärzte mit, die in der Zweitmeinung tätig sind?

Kober: Alle Kollegen, die wir ausgewählt haben, verfügen über langjährige Berufserfahrung. Die meisten waren auch schon als Gutachter tätig. Sie verpflichten sich zudem, den Rat suchenden Patienten nicht selbst zu behandeln. Ein „Abwerben“ ist dadurch ausgeschlossen.

BZB: Kehren die Patienten nach der Beratung zu ihrem Behandler zurück?

Kober: In über 90 Prozent der Fälle ja. Genau deshalb ist die Zweitmeinung ein Erfolgsmodell. Vertrauen ist eine wichtige Voraussetzung für den Behandlungserfolg. Die Zweitmeinung stärkt das Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient. Und sie ist auch eine seriöse Alternative zu diversen Internetportalen, wo versucht wird, Patienten durch günstigere Preise anzulocken.

BZB: Die Preise in den Heil- und Kostenplänen sind also meistens angemessen?

Kober: Ja! Wir unterliegen bekanntlich Gebührenordnungen, die es schwer ma-

chen, „Mondpreise“ aufzurufen. Was wir eher feststellen: Es wird manchmal nicht ausreichend über Alternativen zur geplanten Behandlung aufgeklärt. Wenn sich ein Patient keine vier Implantate leisten kann oder will, gibt es andere Möglichkeiten. Über deren Vor- und Nachteile sollte man offen sprechen, auch wenn das Zeit kostet. Unser Ziel ist der mündige Patient, der gemeinsam mit dem Zahnarzt eine Therapieentscheidung trifft.

BZB: Wie hat sich die Nachfrage seit der Gründung der Zweitmeinung entwickelt?

Kober: Sie ist relativ konstant. Seit dem Start der Zahnarzt-Zweitmeinung haben sich über 6000 Patienten beraten lassen. Das mag angesichts von rund 18 Millionen Patientenkontakten pro Jahr wenig sein, aber für das Ansehen der Zahnärzte leistet die Zweitmeinung enorm viel. Wenn ich Zweitmeinungs-Flyer in meiner Praxis auslege und den Patienten aktiv darauf hinweise, demonstriere ich damit: Ich bin transparent. Sie können meinen HKP gerne von einem Kollegen prüfen lassen.

BZB: Erfährt der Zahnarzt davon, dass ein Patient bei der KZVB war?

Kober: Von uns erfährt er es nicht. Ich vermute, dass auch die Patienten das lie-



© KZVB

ber für sich behalten. Aber letztlich profitieren beide Seiten davon, wenn Zweifel ausgeräumt werden.

BZB: Gibt es Unterschiede zwischen der Zweitmeinung zu Zahnersatz und zur Kieferorthopädie?

Kober: Die Nachfrage bei Zahnersatz ist leicht zurückgegangen. Das liegt vermutlich daran, dass sich die Patienten mittlerweile an das 2005 eingeführte Festzuschuss-System gewöhnt haben. Im Gegenzug nimmt die Nachfrage nach einer Kieferorthopädie-Zweitmeinung stetig zu.

BZB: Worauf führen Sie das zurück?

Kober: Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten für KFO-Behandlungen von Kindern und Jugendlichen bekanntlich erst ab KIG 3. Das verstehen nicht alle Eltern. Auch bei KIG 3 bis 5 gibt es Leistungen, die nicht von der Kasse übernommen werden, aber durchaus sinnvoll sein können. Und Eltern wollen natürlich sicher sein, dass sie die rich-

tige Entscheidung für ihr Kind treffen. Gerade bei privaten Zusatzleistungen kann die KFO-Zweitmeinung die Entscheidungsfindung erleichtern.

BZB: Wie erfahren Patienten von diesem Angebot?

Kober: Patienten, die zu uns kommen, wurden von ihrer Krankenkasse, von anderen Beratungsstellen oder von ihrem Zahnarzt auf dieses Angebot aufmerksam

gemacht. Ich kann nur an die Kolleginnen und Kollegen appellieren, unsere Flyer in der Praxis auszulegen. Das stärkt die Glaubwürdigkeit des Zahnarztes und des gesamten Berufsstandes. Wir haben nichts zu verbergen.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.

DIE ZAHNARZT-ZWEITMEINUNG UND KIEFERORTHOPÄDIE-ZWEITMEINUNG SIND WIE FOLGT ERREICHBAR:

Zahnärzthehaus München

Tel.: 089 230211-230
Montag bis Donnerstag von 9 bis 12 Uhr,
Freitag von 9 bis 11 Uhr
E-Mail: zahnarztzweitmeinung@kzvb.de

Zahnärzthehaus Nürnberg

Tel.: 0911 588883-27
Montag bis Donnerstag von 9 bis 12 Uhr
und von 13 bis 15 Uhr,
Freitag von 9 bis 12 Uhr

Flyer zur Zahnarzt-Zweitmeinung können über das Online-Formular oder per Fax unter Angabe der ABE-Nr. bestellt werden.

ANZEIGE



GIORNATE VERONESI IMPLANTOLOGIE UND ALLGEMEINE ZAHNHEILKUNDE

**27./28. JUNI 2025
VALPOLICELLA (ITALIEN)**



**OEMUS
EVENT
SELECTION**

Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Deutschland ·
Tel.: +49 341 48474-308 · event@oemus-media.de

Die verbindende Kraft des gesunden Lächelns

Gesundheitsministerin Judith Gerlach und LAGZ-Vorsitzende Dr. Barbara Mattner beim Tag der Zahngesundheit

Dentulus und Goldie kommen einfach bei allen Kindern gut an: Das zeigte sich beim großen Fest zum Tag der Zahngesundheit, das die Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit (LAGZ) in Bayern jedes Jahr in einer anderen Stadt ausrichtet. In diesem Jahr war die Landeshauptstadt an der Reihe. Rund 1200 Kinder aus Kitas und Schulen in München folgten der Einladung der LAGZ-Zahnärztin und Arbeitskreisvorsitzenden Dr. Melinda Erdey ins Kulturhaus Milbertshofen und erlebten dort ein kreatives, informatives Programm rund um die vier Säulen der Mundgesundheit.



Dentulus, das Maskottchen der Aktion Löwenzahn, ist beim Kinderfest immer in Lebensgröße dabei – sehr zur Begeisterung der kleinen (und auch der größeren) Besucher.

Gerlach lobt Arbeit der LAGZ

Mit ihrem Besuch im Kulturhaus Milbertshofen machte die Bayerische Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention, Judith Gerlach, deutlich, wie wichtig ihr das Thema Prävention ist. In ihrer Rede beim Festakt lobte sie die Gruppenprophylaxe als adäquates Modell, um Zahnproblemen wirksam und bereits im frühen Kindesalter vorzubeugen: „Heute haben viele von uns nur deshalb so ge-

sunde Zähne, weil wir früh lernen, gut darauf aufzupassen“, so die Ministerin. Bei der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung für die Null- bis Sechsjährigen sei zwar „noch Luft nach oben“, konstatierte Gerlach, die LAGZ aber sei ein „starker und bewährter Partner im Bündnis für Prävention“. Die Förderung, die ihr Ministerium dem Aktionsprogramm Seelöwe zukommen lässt, sei eine „gute Investition in die Gesundheit unserer Kinder“.

Laut Stefan Jagel, Stadtrat in München, leistet die Gruppenprophylaxe auch einen wichtigen Beitrag, damit Kinder die „Mundhygiene als etwas Positives erleben“. Außerdem werde die Angst vor dem Zahnarzt abgebaut. „Ich weiß, wie wichtig das ist, denn ich habe selbst Angst vor dem Zahnarztbesuch. Und das, obwohl ich einen sehr guten Zahnarzt habe“, gestand Jagel. Er ging in seiner Ansprache auch auf den Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Zahngesundheit ein. Er zitierte aus einer Statistik: 75-Jährige aus sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten hätten durchschnittlich acht gesunde Zähne weniger als Gleichaltrige, denen es finanziell gut geht. Die Gruppenprophylaxe sei hier ein Angebot, das gegensteuere und für alle zugänglich sei.

Putzt in der Kita die Zähne!

Auf einen anderen gesellschaftlichen Trend machte Dr. Barbara Mattner, erste Vorsitzende der LAGZ in Bayern, aufmerksam: „Kinder sind heutzutage oft bis zu acht Stunden in der Kita“, erklärte sie, „deshalb ist es extrem wichtig, sie dort auch praktisch zum Thema Mundhygiene zu schulen.“ Nach der Corona-Pandemie sei diese Praxis oft eingeschlafen. „Man muss die Einrichtungen zum täglichen Zähneputzen mit den Kindern motivieren“, forderte sie. Wie gut das funktionieren kann, erlebte Staatsministerin Gerlach im Juni im Kindergarten Storchennest in Glattbach. „Die Kinder haben richtig Spaß daran“, erinnerte sie sich. Bei ihrem Termin mit den

LAGZ-Zahnärzten im Kindergarten habe sie sich auch davon überzeugen können, wie gut die Kombination von Gruppenprophylaxe und der Aktion Seelöwe funktioniert. Diese bringt Kinder dazu, regelmäßig zum Zahnarzt zu gehen. Dass der Zahnarztbesuch alles andere als schlimm ist, vermittelte das Team des Katholischen Männerfürsorgevereins im elmex-Mobil, das vor dem Kulturhaus parkte.

Wie viel Spaß es machen kann, etwas über die Mundgesundheit zu lernen, erlebte die Ministerin auch bei ihrem Rundgang im Kulturhaus Milbertshofen. Auf zwei Ebenen waren Stände zur gesunden Ernährung, zur richtigen Zahnpflege, zur Mundhygiene von Schwangeren und Kleinkindern und zum Thema Zucker aufgebaut. Das bevorzugte Kariesfutter war am Stand der AOK sogar das zentrale Thema: Monika Nitschke und ihre Kolleginnen erklärten den Kindern, wie viel Zuckerwürfel zum Beispiel in einem Eistee, einer Pizza oder einer Tafel Schokolade stecken. Gegenüber machte Dr. Andrea Schmidt den kleinen Besuchern klar, dass Gemüse, Obst und Vollkornbrot eine bessere Pausenmahlzeit sind als Limonade, Nusscreme oder Quetschies.

Als langjähriger Kooperationspartner der LAGZ hatte sich der jugendzahnärztliche Dienst des Gesundheitsreferats der Stadt München mit kindgerechter Information und Mitmach-Angeboten eingebracht. An einer Magnetwand sollten die Kinder Lebensmittel den Kategorien „gut“ oder „weniger gut“ für Zähne zuordnen. Für einen köstlichen und doch gesunden Snack sorgten die Schülerinnen der Berufsschule, die vom frühen Morgen an Obst und Gemüse schnitten und auf Spieße steckten.

Von wegen „Zähneputzen ist doof“

Und wer glaubt, Kinder würden nicht gerne Zähne putzen, wurde am Zahnputzbrunnen im Innenhof eines Besseren belehrt: Nachdem ihnen in der Zahnputzdisco der Zahnbelag aus dem Spiegel entgegenleuchtete, machten sie sich flugs daran, ihn gleich abzuschrubben. Nach der KAI-Methode natürlich, die sie zum Beispiel auch von Julijana Richter vom



Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach (2. v. r.) informierte sich bei Dr. Elke Schroeder-Schichtl (rechts) über Mundhygiene für Kleinkinder. Dr. Melinda Erdey (links) und BLZK-Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner begleiteten die Ministerin durch den Zahngesundheits-Parcours.

Gesundheitsreferat der Stadt an einem Demo-Gebiss gelernt hatten. Zahnputz-utensilien steuerte die LAGZ bei, zusätz-

liche Zahnpasta konnten die Kinder an einem weiteren Stand in einer Blackbox ertasten. In einem Nebenraum tauchten



Dr. Andrea Schmidt, LAGZ-Zahnärztin aus Rosenheim, unterstützte beim Münchner Tag der Zahngesundheit mit einem Stand zum gesunden Pausenbrot.

die Kinder in die fantastische Welt der Zahnfee ein, während im großen Saal die Kinder-Rockband „Schlawindl“ den kleinen Besuchern einheizte. Gut zu tun hatten auch die Berufsschülerinnen und Berufsschüler, die den Kindern Tattoos auf die Haut pinselten – ein weiterer Publikumsmagnet beim Kinderfest.

Die Kinder feierten auch die Stars der Mundgesundheits-Szene: Dentulus und Goldie waren, wie immer beim Fest zum Tag der Zahngesundheit, in Lebensgröße vor Ort und legten sich für ihre Fans mächtig ins Zeug. Ein kleines Tänzchen hier, eine Umarmung dort, und für ein Foto legte sich Dentulus mit seinem mehrere Kilo schweren Kopf schon mal auf den Boden. Die Veranstaltung in Milbertshofen war ein Paradebeispiel für die verbindende Kraft der jahrzehntelangen Präventionsarbeit, denn so international wie in diesem Jahr war das Fest bisher selten. Die Kinder reisten mit ihren Betreuerinnen und Betreuern nicht nur aus ganz verschiedenen Ortsteilen an, sondern sorgten auch für ein buntes, multikulturelles Miteinander.



Nicht nur durch die Blume (v. l.): Dr. Barbara Mattner dankte der Organisatorin des Kinderfestes, Dr. Melinda Erdey, sowie Dr. Silke Pfüller vom Gesundheitsreferat der Stadt München für ihre Unterstützung.

Zurück zum Hauszahnarzt

Beim Festakt mit prominenten Vertretern aus Politik und Landespolitik begeisterten zwei verschiedene Kindergruppen die Gäste: Die Kinder der Bavarian International School in Haidhausen und aus dem Haus der Kinder in der Isoldenstraße interpretierten Zahnputzspaß auf Deutsch und Englisch. Sie sorgten für musikalische Auflockerung zwischen den Ansprachen der Festredner. Zu diesen gehörte auch Dr. Rüdiger Schott, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayern (KZVB) und Vorstandsmitglied der LAGZ, der vor allem die Bedeutung des Hauszahnarztes in der Praxis in den Mittelpunkt stellte und gegen den Trend zu Medizinischen Versorgungszentren wettete. „Ich glaube nicht, dass die angestellten Zahnärzte der MVZ die Lücke schließen werden“, die in den nächsten vier Jahren bei den ehrenamtlich tätigen LAGZ-Zahnärzten entsteht. Denn viele der LAGZ-Zahnärztinnen und -Zahnärzte stünden kurz vor dem Rentenalter und hätten Probleme, Nachfolger zu finden – auch für das Ehrenamt. Doch nur dieses Engagement macht einen Tag wie den in Milbertshofen möglich.

Je schwieriger der Anfang ...

Dass es in diesem Jahr ein etwas anderes Fest werden würde, zeigte sich schon bei den Vorbereitungen. Anders als auf dem Land sind die LAGZ-Zahnärztinnen und -Zahnärzte in München nicht so eng vernetzt, was auch an der unterschiedlich organisierten Gruppenprophylaxe liegt. Die teilt sich die LAGZ in der Landeshauptstadt mit dem Gesundheitsreferat der Stadt München, dessen fest angestellte Zahnärztinnen für die Reihenuntersuchungen in den Kitas und Grundschulen zuständig sind. Die LAGZ-Zahnärztinnen und -Zahnärzte klären in den Unterstufen der weiterführenden Schulen dann über zahngesundheitsrelevante Themen auf, die Kinder in einem Alter von zehn bis zwölf Jahren betreffen. Das Kinderfest war den meisten deshalb wohl thematisch zu weit entfernt, jedenfalls musste Dr. Erdey bei der Akquise der Helfer ungewöhnlichere Wege gehen als ihre Kolleginnen und Kollegen in Amberg, Deggendorf oder Rosenheim.



Julijana Richter vom Gesundheitsreferat der Stadt München zeigte den Kindern, wie man nach der KAI-Methode Zähne putzt.

Dr. Nicolas Pröbstl und seine Mutter Dr. Karina Pröbstl zum Beispiel sind gar keine LAGZ-Zahnärzte, hatten sich aber spontan bereit erklärt, zwei Stände im Kulturhaus Milbertshofen zu übernehmen. „Ich kann gar nicht verstehen, warum man so etwas nicht gerne macht“, so Dr. Nicolas Pröbstl, der den Kindern erklärt, warum ein halb mit elmex-Gel bestrichenes Ei im Essigglas auf der ungeschützten Seite sprudelt.

Dr. Schmidt reiste zum Tag der Zahngesundheit extra aus Rosenheim an. Sie und alle anderen Beteiligten sowie eine am Ende sichtlich erleichterte Dr. Melinda Erdey machten die Veranstaltung am Stadtrand der Großstadt München zu einer Sternstunde des fröhlichen Miteinanders – und das im Zeichen einer guten Sache.

Katharina Kapfer
Pressereferentin der LAGZ

Fachaustausch zu QM-Themen

Auf Einladung der Österreichischen Zahnärztekammer (ÖZAK) nahm die BLZK an einem fachlichen Austausch zu Fragen des Qualitätsmanagements in Zahnarztpraxen teil. Thematisiert wurde bei dem Treffen, in welchen Bereichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den QM-Strukturen bestehen und welche Aufgaben den beiden Kammern übertragen sind. Der wertvolle „Blick über den Tellerrand“ Bayerns hatte auch zum Ziel, die hohe Akzeptanz des bayerischen QM-Systems weiter auszubauen und neue Impulse aufzunehmen. Zugleich diente der Besuch dazu, die traditionell sehr guten Beziehungen zu den österreichischen Nachbarn zu festigen. Die Fachgespräche werden im Rahmen einer bereits ausgesprochenen Gegeneinladung fortgesetzt.



Sie beteiligten sich am bilateralen QM-Fachgespräch (v. l.): Mag. Kristine Rosner, Kammeramtsdirektor-Stellvertreterin, MR Dr. Günter Gottfried, Vizepräsident der ÖZÄK, Dr. Birgit Vetter-Scheidl, Präsidentin der ÖZÄK, Dr. Barbara Mattner, Vizepräsidentin und Referentin Qualitätsmanagement der BLZK, Rechtsanwalt Rudolph Spaan, LL.M., Leiter des Geschäftsbereichs Praxis und Recht der BLZK, und Christa Weinmar, Mitarbeiterin im Referat Qualitätsmanagement der BLZK.

ANZEIGE

BADISCHE FORUM FÜR INNOVATIVE ZAHNMEDIZIN

6./7. DEZEMBER 2024
BADEN-BADEN





© Yauhen – stock.adobe.com

Zielscheibe Zahnarzt

KZVB-Umfrage liefert alarmierende Ergebnisse

Der Ton in den Praxen wird rauer. Aggressive oder sogar gewalttätige Patienten sind keine Einzelfälle mehr. Darauf wies die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereits im August hin. Die KZVB wollte wissen, wie es in den bayerischen Zahnarztpraxen aussieht und führte dazu eine Online-Umfrage durch. Die Ergebnisse sind alarmierend.

Knapp 300 Zahnärzte und Praxismitarbeiter nahmen an der Befragung teil. 73 Prozent von ihnen wurden bereits beleidigt, bedroht oder sogar körperlich von einem Patienten angegriffen.

Unter die Haut gehen die Schilderungen, die die Befragten in das Freitextfeld eintragen konnten und die wir in Auszügen veröffentlichen.

Diagnose

„Gefühlt kommen seit Corona immer mehr Patienten schon ‚geladen‘ in die Praxis. Ausfällige und beleidigende Bemerkungen und ein ‚laut werden‘ gegenüber dem Praxispersonal werden immer mehr. Vor allem auch bei Themen, für die die Praxis nichts kann, wie beispielsweise die Maskenpflicht, Nicht- oder nur Teilzahlung von privaten Versicherungen oder Beihilfe, Bonushöhe.“

„Physische Gewalt kam in unserer Praxis zum Glück noch nicht vor, aber Drohungen, Beleidigungen, unfreundliches und respektloses Verhalten sind leider inzwischen alltäglich. Außerdem findet man

immer mehr mangelnde Wertschätzung für unseren teilweise sehr anstrengenden Beruf, obwohl wir tagtäglich unser Bestes geben.“

„Es gab zwar noch keine körperlichen Angriffe, sehr wohl aber Pöbeleien und Androhungen, Unterstellung von Betrug. Ebenso nehmen Betrugsversuche zu, die den Anschein machen, vorab geplant worden zu sein.“

„Mehrfach wurden ich oder mein Personal von Patienten beschimpft oder beleidigt. Ein Patient hatte mich auch bedroht und gesagt, ich solle die Rechnung än-

dern, sonst werde er andere Schritte einleiten. Dies wurde mit einem ‚aufmandeln‘ unterstrichen.“

„Die Forderungen einiger Patienten werden trotz extremer Freundlichkeit des Personals immer schwieriger zu händeln. Viele sehen nur sich selbst, haben kein Verständnis für die Gesamtsituation und werden bei Erklärungsversuchen laut oder unhöflich – auch dem Arzt gegenüber.“

„Latente Aggressivität (v. a. gegenüber weiblichen Mitarbeitern), Beleidigungen und bei Verweis der Praxis negative Google-Rezension.“

„Unverständnis der Patienten bezüglich Wartezeiten und immer häufigeren Zahlungen/weniger Übernahme der Krankenkassen.“

„Seit circa zwei Jahren kommt es vermehrt zu aggressivem Verhalten. Dies geht sowohl von Frauen als auch von Männern aus und es entwickelt sich eine übergriffige Anspruchshaltung seitens des Patienten oder der Begleitpersonen gegenüber unseren Mitarbeiterinnen und uns.“

„Patienten werden fordernder. Beschimpfungen, Drohungen sowohl am Telefon als auch vor Ort in der Praxis stehen leider mittlerweile auf der Tagesordnung.“

„Die Kommunikation einiger Krankenkassen mit den Patienten verschärft das Bild, dass Zahnärzte Patienten mit erforderten Leistungen das Geld aus der Tasche ziehen.“

„Manche Patienten benehmen sich unglaublich schlecht. Zudem drohen manche mit schlechten Bewertungen, schlech-

tem Leumund oder schreiben E-Mails, die in sehr drohendem Ton verfasst sind.“

„Der raue Ton der Patienten, die Respektlosigkeit gegenüber unserem Personal und gegenüber dem Behandler selbst wächst stetig und nimmt konkret seit circa einem Jahr zu. Zuvor waren es Einzelfälle.“

„Viele Patienten verstehen die derzeitige Gesundheitspolitik nicht. Sie zahlen monatlich horrend Beiträge [...] und bekommen trotzdem nur einen Teil der Behandlungskosten erstattet und müssen immer höhere Eigenanteile in Kauf nehmen. Viele Patienten können sich einfach keinen Zahnersatz mehr leisten. Wir in den Praxen müssen diese Misere der Gesundheitspolitik ausbaden, wir sind die Buhmänner, die Patienten lassen ihren Frust an uns aus.“

„Verbale Attacken in der Praxis nehmen zu. Die Verweigerung medizinisch notwendiger Behandlungen ist häufiger geworden, weil sich Patienten im Internet vorher informieren und dann als Experten und Besserwisser auftreten und diese Mei-

nung vehement vertreten, die jeglicher medizinischer Grundlage entbehrt.“

„Wir verzeichnen mehr Beschwerdeanrufe von Privatpatienten, mit der Weigerung, die von uns erbrachten Leistungen bezahlen zu wollen, weil die Privatkasse manche Leistungen nicht übernimmt.“

„Patienten, die ohne Termin erscheinen oder mehrere Behandlungen von mehreren Zähnen mit längerer Dauer auf einen kurzen Termin behandelt bekommen wollen, zeigen meistens kein Verständnis für eine Bestellpraxis. Sie werden laut in der Sprache und aggressiv. Genauso wie Flüchtlinge mit einem Zahnbehandlungsausweis, wenn man denen sagt, dass ihnen nur eine Schmerzbehandlung zusteht.“

„Es kommt immer häufiger zu Verständigungsproblemen, da Patienten weder Deutsch noch Englisch sprechen. Hierbei wäre eine Broschüre hilfreich, um dem Patienten in verschiedenen Sprachen erklären zu können, dass er zumindest mit einem Dolmetscher erscheinen muss.“

Therapievorschläge

„Wir bitten um Ausbildungskurse für das Praxisteam, um mit gewalttätigen Patienten besser umgehen zu können.“

„Patienten, die mit den Entscheidungen ihrer Krankenkasse nicht zufrieden sind, lassen ihren Frust oft am Praxispersonal oder dem Zahnarzt aus. Eine stärkere Unterstützung durch die Krankenkassen, klare Kommunikation und eine schnellere Klärung bei Unklarheiten könnte zur Deeskalation beitragen. Wenn vonseiten der Krankenkassen eine Reaktion oder irgend-

eine Form von ‚Strafe‘ käme, dann wäre uns bestimmt auch geholfen.“

„Schulungen könnten nicht nur helfen, Eskalationen im Vorfeld zu erkennen und zu deeskalieren, sondern auch das Selbstbewusstsein der Teams zu stärken. Mitarbeiter müssen lernen, wie sie in stressigen Situationen ruhig bleiben und potenzielle Gefahren vermeiden können.“

„Zahnärzte und ihre Teams brauchen mehr Unterstützung, um mit aggressivem Pa-

tientenverhalten umzugehen. Dies betrifft sowohl rechtliche als auch organisatorische Aspekte. Es sollten klare Richtlinien geschaffen werden, wie in solchen Fällen vorzugehen ist und welche rechtlichen Schritte eingeleitet werden können.“

„Neben den Krankenkassen und Berufsverbänden sollte vor allem auch die Politik stärker in den Schutz der Praxen eingebunden werden. Nur durch eine enge Zusammenarbeit kann eine Lösung für dieses Problem gefunden werden.“

Die KZVB

Die KZVB nimmt die Ergebnisse der Umfrage sehr ernst. Dr. Rüdiger Schott, Vorsitzender des Vorstands: „Wir werden dieses Thema an die Politik und an die Krankenkassen herantragen. Ich teile die Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach einer Verschärfung des Strafrechts. Ärzte, Zahnärzte und die

Praxisteam müssen den gleichen Schutz genießen wie Polizisten, Sanitäter oder Feuerwehrleute. Wer Menschen in Not hilft, darf nicht zum Opfer von Beleidigungen oder Angriffen werden. Die Krankenkassen sollten uns darin unterstützen, ihren Versicherten zu sagen, was nicht durch das Sachleistungsprinzip abgedeckt ist.

Die GKV ist keine Vollkaskoversicherung. Das überzogene Anspruchsdenken mancher Patienten ist eine der Ursachen dafür, dass der Ton in unseren Praxen rauer wird.“

Leo Hofmeier
Ingrid Scholz



PKV-Beiträge steigen deutlich

Welche Möglichkeiten zur Prämienenkung gibt es?

Die meisten Kunden der privaten Krankenversicherung (PKV) wurden bereits über eine anstehende Beitragsanpassung informiert. Leider betrifft diese Anpassung auch die Mitglieder im DKV-Gruppenversicherungsvertrag der Bayerischen Landes Zahnärztekammer. Es gibt jedoch Mittel und Wege, um die Anpassungen abzufedern und – insbesondere im Alter – die Prämiensteigerungen etwas günstiger zu gestalten.

Die angekündigten Beitragsanpassungen liegen teilweise im zweistelligen Prozentbereich. Wenig tröstlich ist dabei, dass auch gesetzlich Versicherte mit höheren Krankenkassenbeiträgen rechnen müssen. In der PKV sind die Prämien im Durchschnitt der letzten zehn Jahre um etwa drei bis vier Prozent pro Jahr gestiegen. Gründe dafür sind unter anderem die Kostenentwicklung im Gesundheits- und Pflegebereich, der medizinische Fortschritt, die steigende Zahl von Pflegebedürftigen, aber auch eine veränderte Lebenserwartung.

Beiträge steigen gleichermaßen

Dies kann zu starken Anpassungen führen, insbesondere dann, wenn Tarife längere Zeit nicht angepasst wurden. Vergleicht man die Erhöhungen in der PKV über die gesamte Laufzeit des Vertrages mit denen der GKV, so kann man feststellen, dass bei beiden Versicherungsformen die Beitragssteigerungen fast identisch sind. Zwar passt die GKV die Beitragssätze nicht jedes Jahr an, aber durch die jährliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze sind insbesondere Besserverdienende jährlich von einer Anhebung der Beiträge betroffen. Zum Vergleich: Wer mehr als 5.175 Euro im Monat verdient oder an beitragspflichtigen Einnahmen erzielt, zahlt heute in der GKV unter Umständen einen Beitrag von über 1.000 Euro monatlich.

Mit steigendem Alter blickt man als PKV-Versicherter sorgenvoll auf diese Beitragsentwicklung. Doch hier gibt es Wege, Prämien zu reduzieren oder anzupassen. Wichtig: Ein Wechsel des Ver-

sicherungsunternehmens ist keine Option! Gerade für langjährig Privatversicherte ist der Tarifwechsel innerhalb der Gesellschaft ein effektiver Weg, um die monatlichen Ausgaben (deutlich) zu reduzieren. Der Vorteil: Hierbei werden angesparte Altersrückstellungen vollständig im neuen Tarif angerechnet. Zusätzlich entfällt je nach persönlicher Tarifgestaltung häufig ganz oder teilweise die sonst übliche Gesundheitsprüfung – dies ist jedoch abhängig von bisherigem und neuem Tarif.

Angebote zum Tarifwechsel prüfen

Die privaten Krankenversicherer unterbreiten zusammen mit der Mitteilung über die Beitragsanpassung insbesondere den über 60-Jährigen Angebote für Tarifalternativen. Oftmals handelt es sich um Angebote, die den Standard- oder Basistarif als Alternative aufzeigen. Dies ist nur selten die beste Lösung.

Die BLZK bietet in Zusammenarbeit mit der eazf Consult GmbH eine kostenfreie und unabhängige Beratung für PKV-Versicherte an, zeigt Möglichkeiten in der Tarifgestaltung auf und berät Sie zu Ihrem Einsparpotenzial.

Unabhängige und kostenfreie Beratung

Um die entsprechenden Berechnungen zu erhalten, ist es notwendig, eine Vollmacht für den bestehenden Krankenversicherungsvertrag zu erteilen. Dieses Mandat dient der eazf Consult GmbH gegenüber dem Versicherer als Legitimation, um die entsprechenden Beitragsauskünfte einzuholen und Alternativangebote zu erstellen. Gesundheits- und Krankheitsdaten erhält der Berater dadurch nicht! Die Beratung ist für bayerische Zahnarztpraxen und deren Angehörige kostenfrei und unverbindlich. Erfahrungsgemäß können je nach persönlicher Situation deutliche Beitragseinsparungen erreicht werden – und das oft ohne große Leistungseinbußen.

Michael Weber
Geschäftsführer eazf Consult GmbH

KONTAKT

Weitere Informationen finden Sie unter www.zahnarzt-versichern.de. Bei Interesse an einer Analyse und Beratung zur Überprüfung Ihrer Versicherungsverträge oder der Betreuung Ihrer Versicherungen durch die eazf Consult können Sie auf dieser Website gleich eine Anfrage stellen. Nähere Auskünfte erhalten Sie auch unter der Telefonnummer +49 89 230211-492.





Zentrum für
Existenzgründer und
Praxisberatung der BLZK

■ Das Beratungskonzept des ZEP

Das ZEP bietet eine umfassende individuelle und kostenfreie **Erstberatung** zu Ihren Fragen rund um die geplante Niederlassung oder Praxisabgabe.

Planen Sie die Beratung idealerweise neun bis zwölf Monate vor der Existenzgründung oder Praxisabgabe ein – in jedem Fall **vor verbindlichen Entscheidungen** oder dem Abschluss von Verträgen.

■ Kontakt

ZEP Zentrum für Existenzgründer und
Praxisberatung der BLZK

Dipl.-Volkswirt Stephan Grüner
ZÄ Katrin Heitzmann
Michael Weber

Telefon 089 230211-412/-414
Fax 089 230211-488
zep@blzk.de



blzk.de/zep

■ Expertenwissen und Rüstzeug für Ihre Praxis

Das Beratungsgespräch bezieht **alle relevanten Bereiche** einer erfolgreichen Praxisgründung, -entwicklung oder -übergabe mit ein:

- Betriebswirtschaftliche Fragen
- Steuerliche und rechtliche Fragen
- Wahl der Rechtsform
- Einschätzung zur Praxisbewertung
- Businessplan und Praxisfinanzierung
- Überlegungen zum Personalkonzept
- Umfang des erforderlichen Versicherungsschutzes und Analyse bestehender Versicherungen
- Praxismarketing und Praxismarke
- Umsetzung von QM, Arbeitssicherheit und Hygienemanagement (BuS-Dienst der BLZK)
- Externe Abrechnung

Unsere Servicepartner



- Kostenfrei Überprüfung bestehender Verträge
- Beratung zum Versicherungsschutz
- Attraktive Gruppenversicherungsverträge für Praxen
- Kompetente Betreuung Ihrer Versicherungen

www.vvg.de
mweber@eazf.de



- Rechtssichere Abrechnung vertraglicher und außervertraglicher Leistungen
- Erstellung und Abrechnung von HKP und Kostenvoranschlägen
- Individuelle Betreuung durch geschulte Abrechnungsfachkräfte
- Kostensparende Online-Abrechnung ohne langfristige Vertragsbindung

www.premiumabrechnung.de
info@preab.info



- Erfolgreiche Prophylaxe – Individuelle PZR-Schulung für Ihr Team in Ihrer Praxis
- Notfallsituationen in der zahnärztlichen Praxis – Individuelles Teamtraining in Ihrer Praxis
- Business-Coaching: Chef-/Führungskräfte-Coaching, Umgang mit Stress, Einzelcoaching oder Team-Entwicklung
- Praxis-Check nach den Anforderungen der Gewerbeaufsicht (Hygienemanagement und Arbeitssicherheit)
- Datenschutz-Check – Externer Datenschutzbeauftragter auf Ihre Praxis
- Praxisdesign – Entwicklung einer Praxismarke, Praxismarketing
- TV-Wartezimmer – Multimediale Patientenkommunikation in Ihrem Wartezimmer

www.eazf-consult.de
info@eazf.de



Online-News der BLZK

Was ist neu auf den Websites der Bayerischen Landeszahnärztekammer?
Unsere aktuelle Übersicht für den Monat November beantwortet diese Frage.

 **BLZK.de**



ZFA-Praktikant/-in gesucht?

Nutzen Sie den Stellenmarkt der bayerischen Zahnärzte und bieten Sie unter der Kategorie „Praktikum ZFA“ kostenfrei Praktikumsplätze für Zahnmedizinische Fachangestellte an.

> https://jobs.blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa_jo_stellenanzeigen_aufgeben.html

 **QM Online**



Zahnarztsuche leicht gemacht

Unter diesem Link können Sie Ihr Profil um folgende Informationen erweitern: Praxis-Homepage, E-Mail-Adresse, Parkmöglichkeiten, Hausbesuche, Behandlungssprachen, barrierearmer Zugang und barrierefreie Praxis:

> <https://qm.blzk.de/zahnarztsuche-zusatzdaten>

BLZKcompact.de



Urlaub, Vertretung und Notdienst

Was zu beachten ist, wenn Ihre Zahnarztpraxis Urlaub macht, und wie der zahnärztliche Notdienst im Freistaat Bayern organisiert ist.

> www.blzk-compact.de/blzk/site.nsf/id/pa_urlaub_vertretung_notdienst.html

zahn.de



Wurzelbehandlung

Warum entzündet sich eine Zahnwurzel und was ist eine Wurzelkanalbehandlung? Das und mehr erfahren Patienten im neuen Pocket „Wurzelbehandlung“ in der Mediathek von zahn.de.

> www.zahn.de/zahn/web.nsf/id/pa_wurzelbehandlung_faltblatt.html

Orale Piercings – ein unterschätzter Risikofaktor für die parodontale Gesundheit

Ein Beitrag von Prof. Dr. med. dent. Clemens Walter und Priv.-Doz. Dr. med. dent. Julia C. Difloe-Geisert

Orale Piercings zeichnen sich durch eine große Varianz an Formen und Materialien aus. Sie erfreuen sich offenbar zunehmender Beliebtheit. Den Trägerinnen und Trägern ist aber oft nicht bewusst, welchen Risiken sie sich während des Eingriffes und der folgenden Piercing-Tragezeit tatsächlich aussetzen. Es sind mittlerweile zahlreiche Komplikationen in medizinischen wissenschaftlichen Datenbanken in Form eindrücklicher Fallbeschreibungen und auch systematischer Übersichten dokumentiert. Auch hinsichtlich der destruktiven Effekte oraler Piercings auf die parodontalen Strukturen existiert nun eine gute wissenschaftliche Beweislage. Demnach stellen insbesondere Zungenpiercings eine Gefahr für die sensiblen Strukturen des Zahnhalteapparates dar. Die Symptome reichen hier von einer Blutungsneigung, erhöhten lokalen Sondierungstiefen und gingivalen Rezessionen bis hin zu fortgeschrittenem Attachmentverlust. Die hier vorliegende Arbeit versteht sich als eine kurze Übersicht über die Problematik und soll der Sensibilisierung zahnärztlich tätiger Kolleginnen und Kollegen dienen. Die beste Therapie Piercing-assoziiierter Komplikationen besteht neben Aufklärung und Prävention in der Aufforderung, das orale Piercing zu entfernen.

Einleitung

Piercings sind keine neue Modeerscheinung – aber wie jeder Trend – Geschmacksache. Was für den einen chic, ist für die andere unzumutbar. Sie scheinen sich aber zunehmender Beliebtheit zu erfreuen und

sind mittlerweile – entgegen früherer Zeiten – auch in breiten (und höheren) Gesellschaftsschichten unterschiedlicher Kulturen und Ethnien anzutreffen. Es handelt sich hierbei um eine spezielle Form im weiten Feld der Körperkunst oder Körpermodifikationen, englisch body art/modi-

fications. Unter „Piercing“ versteht man das gezielte Durchstoßen bzw. Durchbrechen von Körperpartien, insbesondere von Haut, Schleimhaut, Fett- und Knorpelgewebe, zur Anbringung von Schmuck. Der Schmuck selbst wird dabei ebenfalls als „Piercing“ bezeichnet.³ Piercings werden in sicht- oder nicht ohne Weiteres sichtbaren Bereichen angebracht. Dazu zählen einerseits der Kopf- oder Rumpfbereich, aber auch die Mundhöhle oder die männlichen sowie auch die weiblichen Genitalien. Zahlreiche Materialien, wie die Edelmetalle Gold, Silber, Palladium, aber auch Plastik, Glas, Horn, Holz sowie Knochen, finden hierzu Verwendung. Diese wiederum zeichnen sich durch eine breite Palette unterschiedlicher Formen und/oder Verschlussvarianten aus. Die Gründe, sich ein Piercing stechen zu lassen, sind vielfältig und reichen von modischen, religiösen oder kulturellen bis hin zu sexuellen Aspekten. Hinweise aus psychologischen Studien legen darüber hinaus einen Zusammenhang zwischen bestimmten Lebensumständen, wie etwa Arbeitslosigkeit oder eingeschränkter mentaler Gesundheit, fehlender Zugehörigkeit zu einer Kirche oder der Suche nach Aufmerksamkeit und Risikoverhalten, nahe.^{6,22}

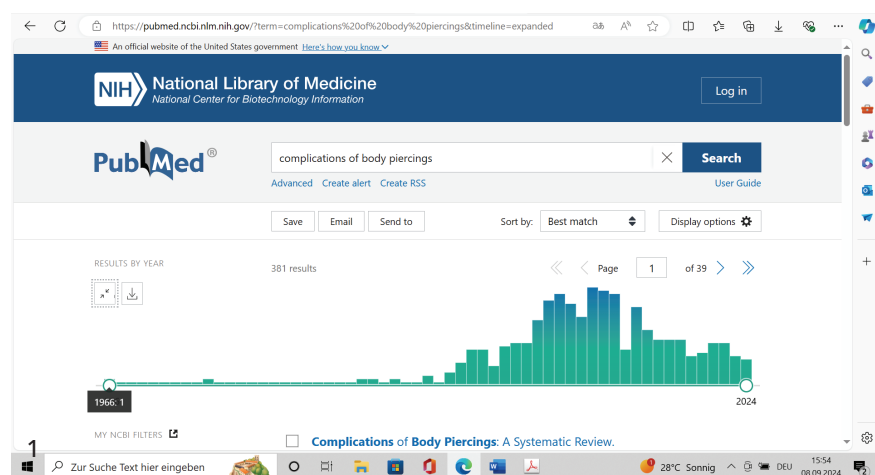


Abb. 1: Das Bildschirmfoto vom 8. September 2024 zeigt das Suchergebnis bei Eingabe der Schlagwörter „complications of body piercings“ in der Literaturdatenbank Pubmed. Deutlich wird das in den letzten Jahren gestiegene wissenschaftliche Interesse mit 381 Treffern. Mittlerweile sind mehrere Fallbeschreibungen und systematische Übersichtsarbeiten zur Thematik verfügbar. Dokumentiert wurden hier die zahlreichen medizinischen und zahnmedizinischen Komplikationen, hervorgerufen durch Piercings.

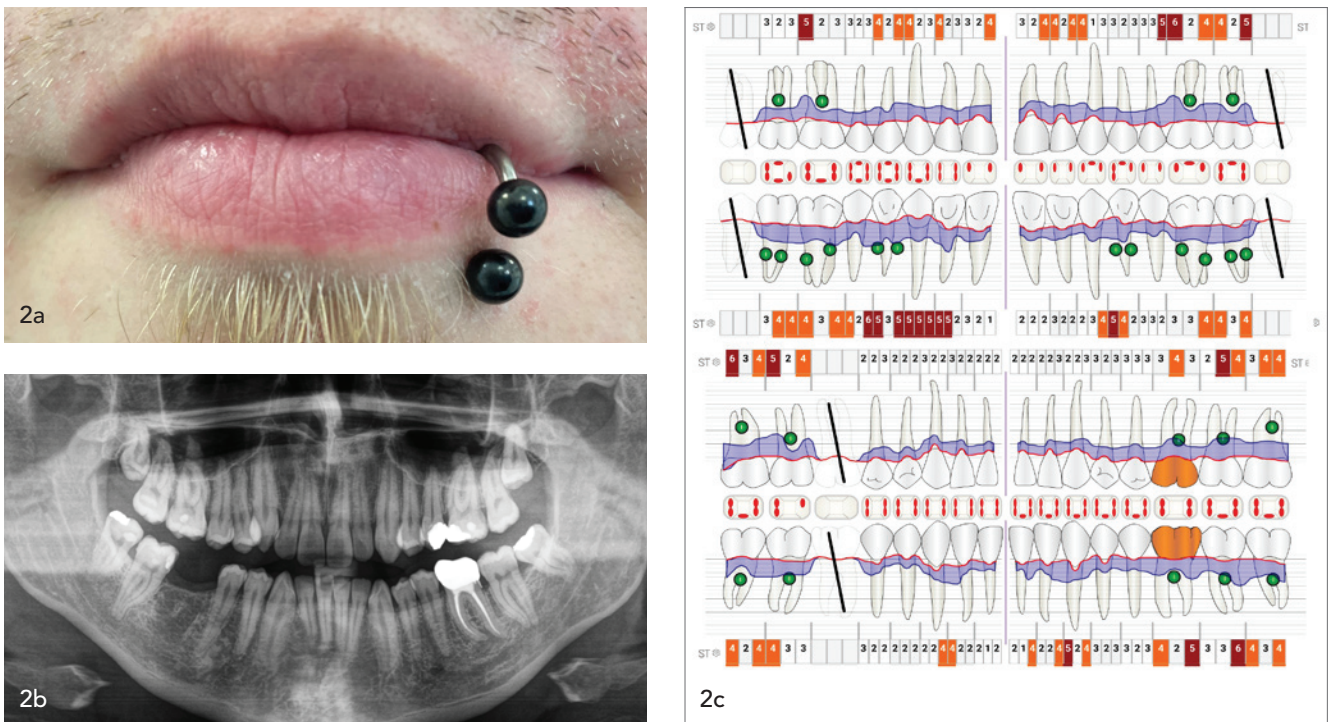


Abb. 2a–c: Extraorale Aufnahme und Panoramaschichtaufnahme eines 33-jährigen, multimorbiden Patienten mit einem lateralen Lippenpiercing. Der Patient geht keiner beruflichen Tätigkeit nach. Inwiefern das Piercing zur parodontalen Destruktion in Regio 32/33 beigetragen hat, ist aufgrund der Verbreitung der generalisierten Parodontitis Stadium 3, Grad B unklar bzw. nicht sicher bestimmbar. Der Patient ist über mögliche schädigende Auswirkungen des Piercings auf die oralen Strukturen eingehend aufgeklärt und aufgefordert, das Piercing zu entfernen.

Prävalenz

Zur Verbreitung in Deutschland liegen unterschiedliche epidemiologische Erhebungen vor. Eine Analyse aus der Universität Regensburg (2008) konnte die Fragebögen von 4 505 Probanden berücksichtigen.⁴ Hier zeigte sich, dass 389 (8,6 Prozent) Teilnehmer Piercings an anderen Körperregionen als den Ohrlöchern trugen.

Frauen wiesen dieser Untersuchung zufolge eine höhere Prävalenz (12,9 Prozent) als die befragten Männer (4,1 Prozent) auf. Daten aus Leipzig (2017) beschreiben demgegenüber andere Häufigkeiten bei 14- bis 34-jährigen Frauen (ca. 33 Prozent) und Männern (14,4 Prozent).⁵ Die Angaben basieren auf der Befragung von 2 505 Personen, welche zwischen 14 und 94 Jahre alt waren. Stirn und Mitarbeiter geben, basierend auf 2 043 analysierten Teilnehmern, eine Piercing-Prävalenz von 6,5 Prozent in der deutschen Bevölkerung an, wobei die Gruppe der 14- bis 24-Jährigen und hier insbesondere Frauen am häufigsten gepierct sind.⁶

Komplikationen

Das Anbringen von Piercings ist vorsichtig gesagt nicht ganz risikoarm.²² Bekannt ist, dass dieser Schmuck wohl eher selten von entsprechend medizinisch-chirurgisch vorgebildeten Fachärzten, wie etwa Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Urologen, Gynäkologen oder Hautärzten, unter OP-Bedingungen in speziell dafür ausgestatteten Räumlichkeiten angebracht wird. Da ist es dann auch wenig überraschend, dass der eine oder andere Piercing-Träger später trotzdem in medizinischen Datenbanken auftaucht. Es liegt eine ganze Reihe an Fallberichten und mittlerweile Übersichtsarbeiten zu mitunter schweren Komplikationen vor.²² Eine vorläufige Suche in der medizinischen Literaturliteraturdatenbank Pubmed vom 8. September 2024 zeigte bei Eingabe der Wortkombination „complications of body piercings“ die hohe Zahl von 381 Treffern (Abb. 1). Darunter finden sich Beschreibungen von Sofort- oder erst später auftretenden Komplikationen wie bakteriellen oder viralen Infektionen, Blutungen, Wundhei-

lungsstörungen, Nervverletzungen und Sensibilitätsstörungen, Narbenbildung, Traumata, Allergien oder auch Fremdkörperaspirationen und -ingestionen.^{7,8}

Die Therapie dieser Notfälle ist mitunter langwierig und kostenintensiv oder erfolgt gar unter stationären Bedingungen. Auch für Menschen, die mit medizinischer Fachliteratur nicht so vertraut sind, findet sich beispielsweise bei Nutzung der Suchmaschine Google und den Schlagworten *Piercing Komplikationen* eine Vielzahl relevanter Abbildungen oder warnender Literatur in verständlicher Sprache.⁹

Piercings im Kopf-Hals-Bereich

Im Kopfbereich befinden sich Piercings vornehmlich an den Ohren, aber auch an anderen Gesichtsregionen wie Nasenflügeln, Wangen oder Augenbrauen werden diese Accessoires getragen. Orale Piercings können sich an der Oberlippe, Unterlippe, Lippenfrenulum, Zunge, Zungenfrenulum und/oder der Uvula befinden.³ Die Prävalenz oraler Piercings ist global variabel

und schwankt je nach analysierter Bevölkerungsgruppe zwischen drei und 20 Prozent.¹ Sie reicht in einigen Regionen sogar bis zu 50 Prozent. Andere Daten zeigen, dass die Prävalenz oraler und perioraler Piercings bei jungen Erwachsenen zwischen 0,8 und 12 Prozent liegt.² Der größte Teil entfällt dabei auf Zungen- und Lippenpiercings (Abb. 2a–c).

Auswirkungen oraler Piercings auf parodontale Strukturen

Wir sind vor mittlerweile 17 Jahren erstmals mit der Frage etwaiger Auswirkungen oraler Piercings auf den Zahnhalteapparat konfrontiert worden.¹⁰ Eine damals 24-jährige Patientin stellte sich mit einem ungewöhnlichen Befund vor (Abb. 3a–d). Bei sonst parodontal unauffälligen Verhältnissen mit Sondierungstiefen zwischen 2 und 3 mm reichten die Sondierungstiefen an den Schneidezäh-

nen im Unterkiefer bis 12 mm. Zahn 41 schmerzte und wies eine erhöhte Lockerung von Grad 2 auf. Bukkal war zudem eine Fistel mit Pusentleerung zu detektieren. Die Patientin war allgemeinmedizinisch gesund, rauchte nicht und hatte auch keinen Diabetes mellitus. Eine familiäre Prädisposition für parodontale Erkrankungen ließ sich anamnestisch nicht konstruieren. Die Mundhygiene war zwar nicht perfekt, stand aber auch in keinem Verhältnis zu ihrem dramatischen lokalen parodontalen Befund. Im Rahmen der anamnestischen Befragung, fokussiert auf ungewöhnliche Habits, berichtete die Patientin, bis vor Kurzem ein Zungenpiercing getragen, dieses aber vor ca. sechs Monaten entfernt zu haben. Die Piercing-Tragedauer betrug etwa drei Jahre. In der Gesamtschau der zusammengetragenen Daten und unter Berücksichtigung der in medizinischen Datenbanken aufgefundenen einzelnen Fallbeschreibungen er-

schien uns die wahrscheinlichste Ursache für den vorliegenden Befund tatsächlich das Zungenpiercing zu sein.¹¹ Die parodontale nichtchirurgische wie auch die chirurgisch-regenerative Therapie waren nicht erfolgreich, und die Patientin verlor den stark kompromittierten Unterkieferfrontzahn. Seit dieser Zeit beschäftigen wir uns intensiver mit diesem Thema. So begannen wir mit der Sammlung und Erfassung der klinischen Parameter bei Patienten, die ein orales Piercing tragen oder einst trugen. Die Ergebnisse wurden zunächst im Rahmen einer Masterarbeit ausgewertet, als Posterbeitrag bei der EuroPerio9 in Amsterdam veröffentlicht und später dann als Manuskript publiziert.^{10, 12}

Retrospektive Basler Fall-Kontroll-Studie zu oralen Piercings

Wir konnten die klinischen und anamnestischen Daten von insgesamt 18 Patienten für diese kleine Studie auswerten. Die Patienten mussten das Piercing zum Zeitpunkt der klinischen Dokumentation noch tragen und es durften noch keine invasiven zahnärztlich-parodontologischen Behandlungen erfolgt sein. Die parodontalen klinischen Werte (Plaquesindex, Blutungsindex, Blutung auf Sondieren, Sondierungstiefe, Attachmentverlust, Rezession) der jeweiligen Messpunkte wurden innerhalb der Piercing-tragenden Patienten für die Gesamtdentition (alle Flächen) sowie für die in direktem Kontakt zum Piercing stehenden Zähne (alle Flächen sowie bukkale Flächen und orale Flächen getrennt) separat erfasst und anschließend zueinander ins Verhältnis gesetzt. Darüber hinaus wurden die üblichen soziodemografischen Daten dokumentiert. Die eingeschlossenen Patienten waren in der überwiegenden Mehrzahl Frauen (n=14) und zwischen 21 und 52 Jahre alt. Vier Patienten trugen ein Lippenpiercing, elf Patienten ein Zungenpiercing und drei Patienten sowohl ein Zungen- als auch ein Lippenpiercing. Das bedeutet, insgesamt wurden die Effekte von 14 Zungenpiercings und sieben Lippenpiercings analysiert. Die Piercing-Tragezeit reichte von zwei bis hin zu 19 Jahren. Über 50 Prozent der Patienten waren aktuelle Raucher. Als wesentliches Ergebnis für Patienten mit Zungenpiercings lässt sich



Abb. 3a–d: Klinische Dokumentation einer 24-jährigen Patientin mit einer weit fortgeschrittenen lokalen parodontalen Destruktion, die mit großer Wahrscheinlichkeit durch ein Zungenpiercing hervorgerufen wurde.¹⁰ Mit Ausnahme der Symptomatik im Unterkieferfrontzahnbereich wies die Patientin flache Sondierungstiefen und einzelne Regionen mit Gingivitis auf. Die Zähne reagierten positiv auf eine Sensibilitätsprobe mit Kältespray. Das Piercing war zum Zeitpunkt der Vorstellung in der Klinik bereits nicht mehr im Mund. Es wurde eine stufenweise systematische parodontale Therapie eingeleitet. Die verbliebenen und nahezu unveränderten erhöhten Sondierungstiefen wurden einem parodontalchirurgischen Eingriff mit zusätzlichen, die Regeneration fördernden Maßnahmen (Straumann Emdogain, Straumann) unterzogen. Es wurde die für diese Operationen empfohlene Schnittführung im Sinne eines Papillenerhaltungslappens angewendet. Der nach der Degranulierung mit Hand- und Ultraschallinstrumenten sichtbare knöcherne Defekt wies eine ungünstige Morphologie für die Regeneration auf. Ein primärer Wundverschluss wurde dennoch erzielt. Diese Ansätze blieben letztendlich erfolglos und der Zahn 41 ging verloren (parodontologische Therapie gemeinsam mit Dr. L. Büttel, Basel, Schweiz).

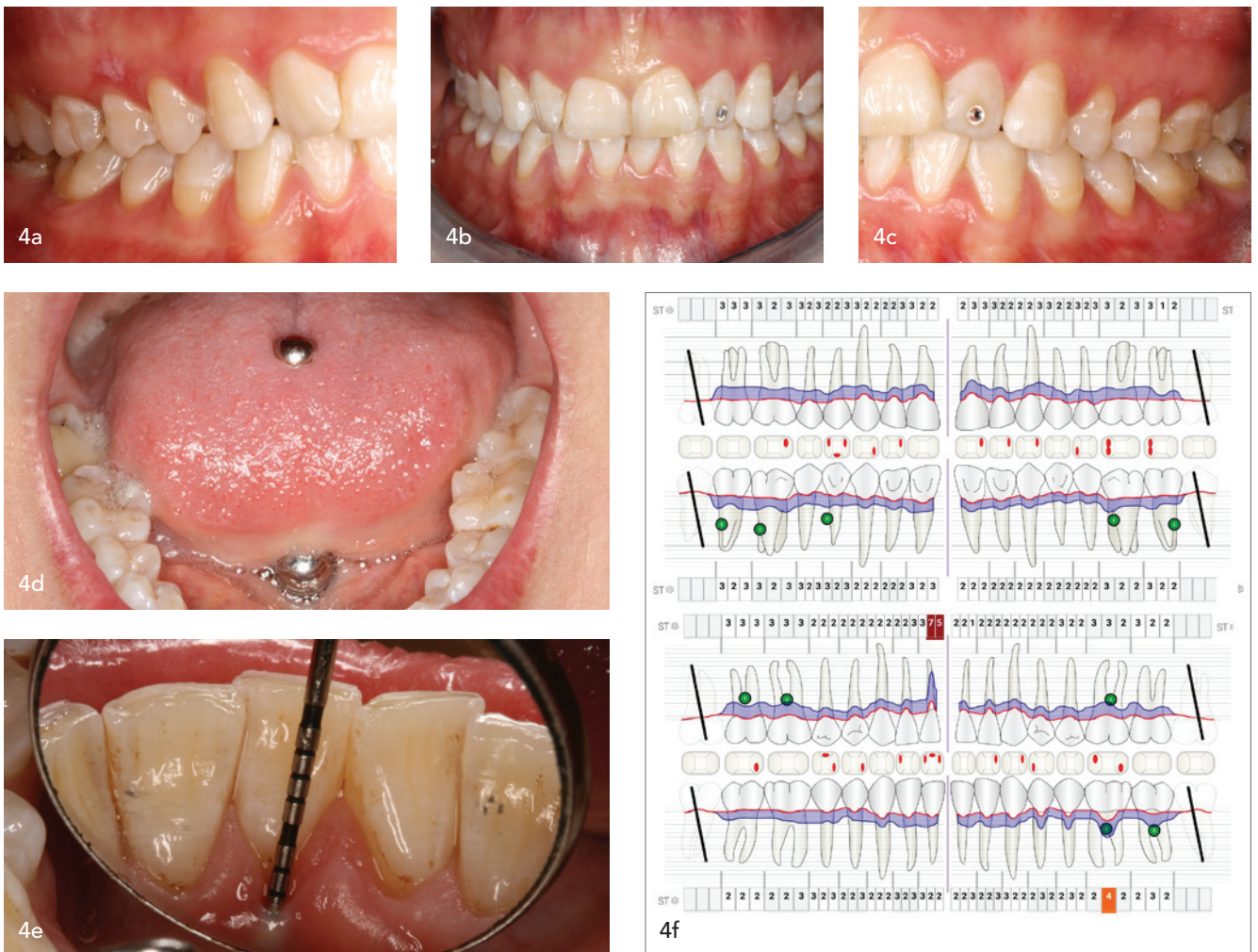
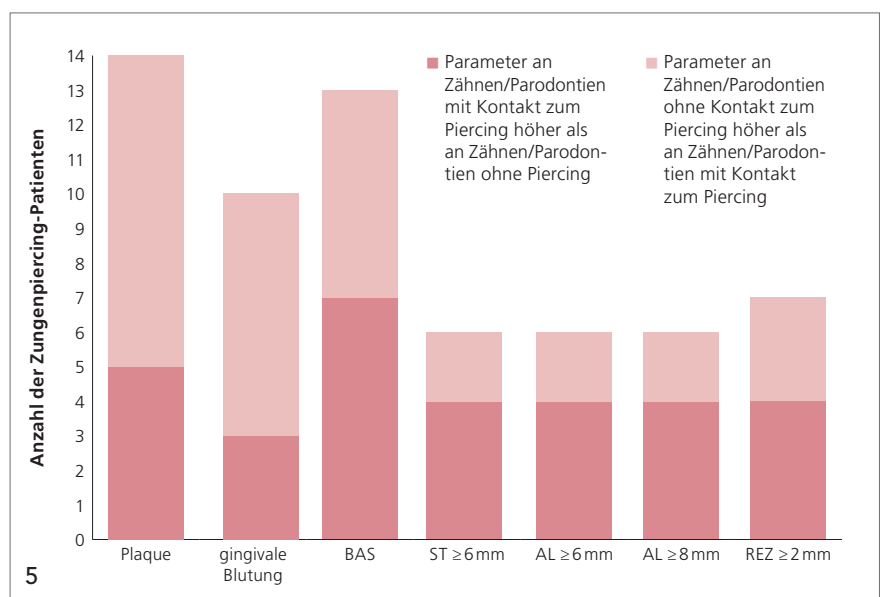


Abb. 4a–f: Klinische Dokumentation einer 30-jährigen Patientin. Die intraoralen Aufnahmen zeigten ein gepflegtes Gebiss. Eine Vorliebe für intraorale Accessoires ist durch den aufgeklebten Glitzerstein und ein Zungenpiercing sichtbar. Die fortgeschrittene parodontale Symptomatik an Zahn 41 wird erst durch eine gründliche parodontale Untersuchung deutlich. Es liegen hier lokal erhöhte Sondierungstiefen bis zu 7 mm und eine linguale gingivale Rezession vor. Die Patientin wurde über die Problematik aufgeklärt und instruiert, das Piercing zu entfernen. Die systematische parodontale Therapie wurde eingeleitet. – **Abb. 5:** Anzahl der Zungenpiercing-Patienten, die mehr Plaque, gingivale Blutung, Blutung auf Sondieren (BAS), Sondierungstiefen (ST) ≥ 6 mm, Attachmentverlust (AL) ≥ 6 mm und ≥ 8 mm und gingivale Rezessionen (Rez) ≥ 2 mm an Zähnen/Parodontien mit Kontakt zum Piercing im Vergleich zu Zähnen/Parodontien ohne Kontakt zum Piercing aufwiesen oder umgekehrt. Zum Beispiel hatten vier Patienten einen höheren Anteil an Stellen mit ST ≥ 6 mm an Zähnen mit Piercing-Kontakt im Vergleich zu Zähnen ohne Piercing-Kontakt, und zwei Patienten hatten einen höheren Anteil an Stellen mit ST ≥ 6 mm an Zähnen ohne Piercing-Kontakt im Vergleich zu Zähnen mit Piercing-Kontakt. Patienten ohne Unterschiede zwischen Zähnen mit und ohne Piercing-Kontakt sind in der Abbildung nicht erfasst.



Erstautor (Jahr) Land	Studien- design	Patientencharakteristika		n Piercings		
		Patienten- gruppe	n Patienten (n Frauen, n Männer) Durchschnittsalter ± SD n Raucher	n Lippenpiercings n Zungennpiercings n Lippen- und Zungennpiercings		
			Testgruppe	Kontrollgruppe		
Kapferer (2007) Österreich ²³	Querschnitts- studie	Studenten	50 Patienten (44, 6) 21,8±2,7 Jahre 41 Raucher	50 Patienten (44, 6) 21,7±2,7 Jahre 41 Raucher	50 0 0	
Pires (2010) Brasilien ¹	Querschnitts- studie	Studenten	60 Patienten (33, 27) 18,9±4,0 Jahre 47 Raucher	120 Patienten (77, 43) 17,8 ± 3,9 Jahre 94 Raucher	0 60 0	
Giuca (2012) Italien ²⁶	Querschnitts- studie	Patienten einer Zahnklinik	25 Patienten (14, 11) 23,4±3,6 Jahre k. A.	25 Patienten (14, 11) 24,6±3,9 Jahre k. A.	15 7 13 ^c	
Kapferer (2012) Österreich ²⁴	Querschnitts- studie, Split-Mouth- Studie	Studenten	47 Patienten (34, 13) 20,2±4,0 Jahre 33 Raucher	innerhalb der Testgruppe	47 0 0	
Plessas (2012) Schottland, Griechenland ¹⁹	Fallserie	Patienten aus örtlichen Piercing- studios	110 Patienten (58, 52) 21,3±3,6 Jahre k. A.	keine Kontrollgruppe	110 ^a 51 ^a 0	
Schmidt (2019) Schweiz ¹⁰	Fallserie	Patienten einer Zahnklinik	18 Patienten (14, 4) 28,3±7,7 Jahre 10 Raucher	innerhalb der Testgruppe	4 11 6 ^b	
Ziebolz (2020) Deutschland ¹⁴	Querschnitts- studie	Patienten aus Zahnarztpraxen	50 Patienten (40, 10) 28,3±7,1 Jahre 41 Raucher	50 Patienten (40, 10) 28,2±7,1 Jahre 41 Raucher	0 50 0	
Ibraheem (2022) Arabien ²⁵	Querschnitts- studie	Bevölkerung aus zwei Städten	48 Patienten (33, 15) 38,2±0,5 Jahre 0 Raucher	49 Patienten (30, 19) 37,5±0,2 Jahre 0 Raucher	0 48 0	

n, Anzahl; k.A., keine Angaben; SD, Standardabweichung; a, 78 Patienten hatten mehrere Piercings; b, 3 Zungennpiercings und 3 Lippenpiercings; c, 6 Zungennpiercings und 7 Lippenpiercings.

Tab. 1: In die systematische Übersichtsarbeit eingeschlossene Studien.

zusammenfassen, dass die Häufigkeiten von positivem Bluten auf Sondieren, Sondierungstiefen ≥ 6 mm, Attachmentverlust ≥ 6 mm und ≥ 8 mm sowie von gingivalen Rezessionen ≥ 2 mm bei Zähnen/Parodontien, welche in Kontakt zum Zungennpiercing standen, deutlich höher waren (Abb. 3 und 4). Als Vergleich dienten die klinischen Parameter von Zähnen/Parodontien, die keinen Kontakt zum Piercing hatten. Im Wesentlichen waren die oralen Flächen der Unterkieferfrontzähne von den Auswirkungen eines Piercings betroffen. Ähnlich eindrückliche Ergebnisse ließen sich für die Effekte von Lippenpiercings nicht dokumentieren. Einzig eine leicht erhöhte Häufigkeit für das Auftreten von gingivalen Rezessionen ≥ 2 mm bei Zähnen/Parodontien in Kontakt zum Lippenpiercing bestand in der untersuchten Population. In einem zweiten Schritt

vergleichen wir unsere Daten mit der zum Thema publizierten Literatur im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit.

Systematische Übersichtsarbeit

Die von uns konzipierte systematische Übersichtsarbeit berücksichtigt die aktuellen Qualitätsstandards und Checklisten. So wurde die publizierte Literatur entsprechend klarer Ein- und Ausschlusskriterien in drei elektronischen Datenbanken bis zum Stichtag 6. Juni 2023 durchsucht. Klinische Studien mit mindestens zehn Patienten und mit mindestens einem oralen Piercing/Patienten wurden eingeschlossen, sofern Daten zur primären Zielgröße Sondierungstiefe vorlagen. Als sekundäre Endpunkte dienten klinischer Attachmentlevel, gingivale Rezession, Bluten auf Sondieren oder ein Plaque-Score.

Die Daten wurden mittels einer einfachen Vote-Counting Methode zusammengefasst. Das bedeutet, die Ergebnisse der einzelnen Studien wurden als „positiv“, d. h. die Arbeit zeigt eine Assoziation zwischen einem oralen Piercing und entsprechenden parodontal-klinischen Messgrößen, bzw. „negativ“ bewertet, d. h. die Arbeit zeigt keine Assoziation zwischen einem oralen Piercing und den entsprechenden parodontal-klinischen Messgrößen. Von den 131 initial identifizierten Studien konnten schlussendlich acht Studien eingeschlossen werden (Tab. 1). Die Studien wurden zwischen den Jahren 2007 und 2022 publiziert. Gesamthaft repräsentieren diese Daten 236 Lippenpiercings und 236 Zungennpiercings bei 408 analysierten Patienten. Es handelte sich in der Mehrzahl um Metallpiercings. Im Vergleich zu Kontrollzähnen wiesen die

Autor (Jahr)	ST	AL	Rezession	BAS	PI
Lippenpiercing					
Kapferer (2007) ²³	–	–	+	–	–
Giuca (2012) ²⁶	–	–	+	n. a.	n. a.
Kapferer (2012) ²⁵	–	–	+	–	+
Plessas (2012) ¹⁹	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.
Schmidt (2019) ¹⁰	–	–	+	–	–
Anzahl (%) der positiven Wertungen	0 (0)	0 (0)	4 (100)	0 (0)	1 (33)
Zungenpiercing					
Pires (2010) ¹	–		+	–	n. a.
Giuca (2012) ²⁶	–	–	+	n. a.	n. a.
Plessas (2012) ¹⁹	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.
Schmidt (2019) ¹⁰	+	+	+	+	–
Ziebolz (2020) ¹⁴	+		+	+	n. a.
Ibraheem (2022) ²⁵	+	+	n. a.	n. a.	–
Anzahl (%) der positiven Wertungen	3 (60)	3 (75)	4 (100)	2 (67)	0 (0)

BAS, Bluten auf Sondieren; AL, Attachmentverlust; n. a., nicht anwendbar; PI, Plaqueindex; ST, Sondierungstiefe; +, positiv; –, negativ.

Tab. 2: Parodontal-klinische Messgrößen, zusammengefasst als „positiv“ (d.h. Werte für die jeweilige Messgröße waren höher in der Testgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe) oder „negativ“ (d.h. keine Unterschiede zwischen Test- und Kontrollgruppe).

Zähne nahe oder in Kontakt mit dem Piercing in der Mehrzahl der Studien erhöhte Sondierungstiefen (drei von fünf Studien), erhöhten Attachmentverlust (drei von vier Studien), mehr gingivale Rezessionen (vier von vier Studien) und mehr Bluten auf Sondieren (zwei von drei Studien) auf (Tab. 2). Bei Patienten mit einem Lippenpiercing konnten ausgeprägtere gingivale Rezessionen in drei von vier Studien nachgewiesen werden. Die Tragedauer des Piercings wurde in einigen Studien als Risikofaktor für lokale parodontale Symptomaten, oft an Unterkieferfrontzähnen, nachgewiesen (vier von sieben Studien).

Diskussion

Seit unserem ersten Kontakt mit der Problematik oraler Piercings sind mittlerweile einige Jahre vergangen und viel Forschung

ist zu dem Thema publiziert worden. War es damals noch eher eine Vermutung, dass Zungenpiercings zu lokalisierten parodontalen Symptomaten führen können, so lässt sich heute mit guter Evidenz, basierend auf hochwertigen systematischen Übersichtsarbeiten und tatsächlich eigener klinischer Erfahrung sagen: Ja, Piercings sind ein weiterer modifizierbarer Risikofaktor für unterschiedliche parodontale Krankheitsbilder. Die untersuchten Patienten wiesen überwiegend weitgehend blande parodontale Verhältnisse mit Sondierungstiefen von 2–3 mm und nahezu keinem Attachmentverlust auf. Erst die genaue klinische Untersuchung war in der Lage, die sehr lokalen Problemstellen überhaupt zu detektieren.

In einigen Studien zu den potenziellen Effekten oraler Piercings wurden Durch-

schnittswerte von Sondierungstiefen und Attachmentverlust errechnet.^{1, 10, 19, 23–25} Diese Methodik neigt dazu, dass lokale parodontale Symptomaten durch den „Verdünnungseffekt“ vieler flacher Sondierungstiefen in dem errechneten Wert sozusagen untergehen. Diese Erkenntnis führte zu einer relevanten praxisnahen Veränderung bezüglich der Darstellung der Ergebnisse klinischer Studien.²⁰ Als relevanter Endpunkt wird heute vielfach die Häufigkeit geschlossener Zahnfleischtaschen (ST ≤ 4 mm) oder die Häufigkeit der nach adäquater Therapie verbliebenen kritischen Sondierungstiefen (ST ≥ 6 mm) angegeben. Untersuchungen zu den parodontalen Effekten durch orale Piercings, welche die Anzahl der Sondierungstiefen über einem kritischen Wert, z. B. ST > 6 mm, angaben, zeigten regelmäßig, dass Zähne in Kontakt zum Piercing eine

höhere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, diese kritischen Sondierungstiefen aufzuweisen.^{10,17,18}

Die hier diskutierte Symptomatik lokaler parodontaler Destruktion ähnelt einem bekannten Krankheitsbild, zuletzt neu bezeichnet in der letzten Klassifikation parodontaler und periimplantärer Erkrankungen und Zustände.¹⁵ Konkret eine endoparodontale Läsion mit einer Beschädigung der Wurzel durch eine Fraktur oder einen Riss, eine Perforation oder eine externe Wurzelresorption. Eine lokal erhöhte Sondierungstiefe in einem sonst parodontal eher unauffälligen Gebiss dient hier als Alarmsignal für ein derartiges Krankheitsbild, welches weitere Diagnostik, wie z. B. eine Vitalitätsprobe oder radiologische Aufnahmen, nach sich zieht.

In vielen Fällen sind diese konservativen nichtinvasiven Techniken aber nicht in der Lage, eine Fraktur sicher auszuschließen. Oft ist dann ein explorativer parodontalchirurgischer Eingriff mit Darstellung und Anfärben der Wurzel zur Detektion etwaiger Frakturen/Risse das Mittel der Wahl. Eine Wurzelfraktur oder auch nur ein schmaler Riss, hervorgerufen durch das konstante, oft mehrjährige mechanische Trauma durch ein Zungenpiercing, könnte eine Erklärung für die lokale parodontale Destruktion an den grazilen Unterkieferfrontzähnen sein.

Eine aktuelle Studie aus Deutschland weist ebenfalls in diese Richtung und zeigt eine deutliche Assoziation von Zungenpiercings mit nicht kariösen Defekten wie Cracks, Chippings, Frakturen oder Schmelzfrakturen.¹⁴ Ist eine Längsfraktur einmal gesichert, so ist eine Zahnextraktion unumgänglich. Die genaue Pathogenese Piercing-assoziiierter parodontaler Läsionen ist derzeit noch weitgehend unbekannt und es verbleibt somit Raum für Spekulationen. Auffällig war in unserer Kohorte darüber hinaus, dass viele Patienten aktuelle oder ehemalige Raucher waren. Der Tabakkonsum ist neben der unzureichenden Mundhygiene heute der wichtigste modifizierbare Risikofaktor für eine Parodontitis.¹⁶ Es gibt allerdings nur unzureichende Hinweise für die Entstehung lokalisierter parodontaler Symptomaten durch das Rauchen von Zigaretten.

Inwiefern es hinsichtlich der Assoziation oraler Piercings mit parodontalen Symptomaten einen Zeit-Dosis-Effekt gibt, wird in der aktuellen Literatur nicht klar dokumentiert. Es zeigen einige Arbeiten einen Effekt der Tragedauer eines Piercings.^{19,21} Das heißt, je länger das Piercing im Mund des Patienten ist, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit für orale Komplikationen. Wir konnten demgegenüber einen solchen Effekt in der kleinen Basler Kohorte nicht nachweisen.

Ein anderer, kontrovers diskutierter Punkt betrifft das Piercing-Material. Die überwiegende Mehrzahl oraler Piercings ist aus Metall. Mindestens hier sind die negativen Auswirkungen eindeutig nachgewiesen. Ob Piercings aus anderen Materialien signifikant weniger Schädigungspotenzial haben, ist nicht klar herausgearbeitet.²⁵ Auf Basis der verfügbaren Daten ist eine Empfehlung zum Ersatz bzw. Austausch von Metall-Piercings gegen Piercings aus anderen Materialien nicht zu unterstützen.

Klinische Schlussfolgerungen und „Take-home message“

Die hier vorgestellten Daten aus eigenen Untersuchungen und einer systematischen Analyse der publizierten Literatur reflektieren auf über 400 Patienten.^{10,13}



PRIV.-DOZ. DR. MED. DENT. JULIA C. DIFLOE-GEISERT

Zahngesundheit am Tegernsee
MVZ GmbH
Adelhofstraße 1
83684 Tegernsee

Sie zeigen, dass an zu Zungen- und/oder Lippenpiercing benachbarten Zähnen parodontale Symptomaten wie erhöhte Sondierungstiefen, Attachmentverlust und Gingivarezessionen gehäuft und differenziert je nach Piercing-Lage vorliegen können. Das bedeutet, Piercings stellen einen modifizierbaren Risikofaktor für die parodontale Gesundheit dar. Daraus leitet sich die klinische Empfehlung ab, Patienten mit oralen Piercings im Rahmen der zahnärztlichen Kontrolle auch im Hinblick auf mögliche parodontale Schäden infolge des Piercings hin zu untersuchen. Der Zahnarzt sollte seine Patientinnen und Patienten über mögliche Risiken und Folgen oraler Piercings aufklären und idealerweise eine Empfehlung abgeben, orale Piercings zeitnah zu entfernen.

Prof. Dr. Clemens Walter



Priv.-Doz. Dr. Julia C. Difloe-Geisert



Literatur



PROF. DR. MED. DENT. CLEMENS WALTER

Zahnarztpraxis Asta Fritzsche,
Ernst-Thälmann-Ring 11–13,
17491 Greifswald
Abteilung für Parodontologie,
Oralchirurgie und Orale Medizin
CharitéCentrum für Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Aßmannshuserstraße 4–6
14197 Berlin
walter.clemens@yahoo.com

Wann macht Implantoplastik in der chirurgischen Periimplantitis-therapie Sinn?

Ein Beitrag von Priv.-Doz. Dr. Kristina Bertl und Prof. Dr. Andreas Stavropoulos

Unter Implantoplastik versteht man die mechanische Entfernung der Windungen und der modifizierten/rauen Oberfläche von dentalen Implantaten im Rahmen der chirurgischen Periimplantitistherapie. Dadurch soll die Implantatoberfläche möglichst effizient dekontaminiert und eine relativ glatte Oberfläche geschaffen werden. Letzteres wird als der wichtigste Vorteil von Implantoplastik angesehen, da die Oberfläche dadurch postoperativ weniger anfällig für Biofilmanlagerung ist und sowohl für den Patienten als auch für das zahnärztliche Fachpersonal leichter zu reinigen ist. Implantoplastik ist bei horizontalem Knochenverlust indiziert sowie bei kombinierten Defekten in jenen Bereichen, in denen das Potenzial für eine knöcherne Regeneration minimal ist; zum Beispiel bukkale und linguale Dehiscenzen. Somit stellt Implantoplastik sowohl zur nichtaugmentativen als auch zur augmentativen chirurgischen Periimplantitistherapie eine adjuvante Therapieform dar. Auf wissenschaftlicher Ebene wurden sowohl in mehreren Fallserien, aber auch vereinzelt in randomisierten klinischen Studien signifikante Verbesserungen der klinischen Parameter und ein stabiles marginales Knochenniveau – zusammengefasst erfolgreiche Behandlungsergebnisse – beschrieben. In diesem Bericht wird sowohl ein Überblick über den derzeitigen Wissensstand zu Implantoplastik gegeben als auch die Technik und Indikation im Detail anhand von zwei klinischen Fällen besprochen und illustriert.

Einleitung

Prävention und Behandlung von periimplantärer Mukositis und Periimplantitis sind Teil der täglichen klinischen Praxis geworden. Ihre Therapie ist jedoch im Vergleich zur Therapie von Gingivitis und Parodontitis weniger gut voraussagbar. Die derzeit verfügbare Evidenz zur Behandlung periimplantärer biologischer Komplikationen wurde auf dem 18. Europäischen Workshop für Parodontologie zusammengefasst (Herrera et al. 2023). Insbesondere bei einer ausgeprägten Periimplantitis kann in sehr vielen Fällen die Infektion mit einer nichtchirurgischen Therapie nicht kontrolliert werden und deswegen bleibt eine vollständige Ausheilung der Entzündung oft aus, sodass häufig eine chirurgische Periimplantitistherapie erforderlich ist. Eine chirurgische Periimplantitistherapie kann im Wesentlichen in drei Gruppen unterteilt werden; in nichtaugmentative, augmentative und kombinierte Verfahren. Die Entscheidung, welche Therapieart in welcher klinischen Situation am erfolgversprechendsten ist, ist abhängig von zahlreichen Faktoren wie der Defekt-

konfiguration, Implantatoberfläche, Position des Implantates, systemischen Faktoren, Raucherstatus und noch vielem mehr. Dieser Bericht konzentriert sich auf Implantoplastik, eine mögliche adjuvante Therapieform bei nichtaugmentativen und augmentativen Verfahren; werden augmentative Verfahren zusammen mit Implantoplastik durchgeführt, werden sie kombinierte Verfahren genannt.

Was ist Implantoplastik und was ist das Ziel dieser Technik?

Implantoplastik wurde vor mehr als 30 Jahren als ergänzende Maßnahme zur chirurgischen Periimplantitistherapie beschrieben (Lozada et al. 1990) und stellt die mechanische Abtragung der Windungen und der modifizierten Implantatoberfläche dar; dies kann beispielsweise mit Hartmetallbohrern erfolgen. Implantoplastik verfolgt im Wesentlichen zwei Ziele. Erstens stellt Implantoplastik eine äußerst effiziente Methode zur Oberflächen-dekontamination dar, da die modifizierte Oberfläche des Implantates samt dem darauf abgelagerten Biofilm abgetragen

wird. Zweitens, und das ist der wesentliche Vorteil an Implantoplastik, wird eine möglichst glatte Implantatoberfläche erstellt. Diese glatte Oberfläche ragt nach dem chirurgischen Eingriff aufgrund eines Rückganges/Rezession der Mukosa oft in die Mundhöhle oder liegt zumindest im periimplantären Sulkus frei. Es wird vermutet, dass diese glatte Oberfläche ohne Implantatwindungen und ohne modifizierte/raue Oberflächenaspekte weniger anfällig für eine erneute Anlagerung von Biofilm ist (Azzola et al. 2020). Darüber hinaus wird durch die glatte Oberfläche sowohl die häusliche als auch professionelle Reinigung der Implantatoberfläche erleichtert.

Welche Bohrer soll man für Implantoplastik verwenden?

In der ursprünglichen Publikation (Lozada et al. 1990) wurde Implantoplastik mit einem Diamantbohrer zur Abtragung der Windungen und einem Arkansasstein zum Polieren beschrieben. Die Wahl des Schleifkörpers wird jedoch seitdem kontrovers diskutiert. Prinzipiell wäre das Ziel,

nach Implantoplastik eine Implantatoberfläche mit einem durchschnittlichen Rauheitsgrad (Ra-Wert) von ca. $0,2\mu\text{m}$ zu erzielen. Dieser Wert wurde im Hinblick auf die mikrobielle Besiedlung als akzeptabel beschrieben, das heißt, dass es hier im Vergleich zu höheren Ra-Werten zu weniger Biofilmanlagerung kommen sollte (Quirynen et al. 1996; Bollen et al. 1997; Teughels et al. 2006). In einer systematischen Übersichtsarbeit (Burgueño-Barris et al. 2021) wurde die verfügbare Literatur zu dieser Thematik zusammengefasst und es zeigte sich, dass die Wahl des Bohrers die nach Implantoplastik erzielten Ra-Werte beeinflusst. Eine Kombination aus Hartmetallbohrern und Silikonpolierern erzielte die geringsten Ra-Werte und somit die glatteste Implantatoberfläche; jedoch lagen diese Ra-Werte über $0,3\mu\text{m}$. Eine kürzlich publizierte Laborstudie (Yildiz et al. 2022) zeigte aber, dass mit einer Kombination aus normalen und ultrafeinen Hartmetallbohrern Ra-Werte von ca. $0,2\mu\text{m}$ erzielt werden können, sogar ohne die Verwendung von Silikonpolierern. Dies hat den Vorteil, dass der zusätzliche Abrieb von den Silikonpolierern im Operationsbereich vermieden werden kann. Im Vergleich dazu war in dieser Laborstudie (Yildiz et al. 2022) bei der Verwendung von Diamantbohrern der zusätzliche Einsatz von Silikonpolierern notwendig, um annähernd vergleichbare Ra-Werte zu erzielen.

Was sind mögliche Risiken und Probleme bei Implantoplastik?

Implantoplastik wird trotz vielversprechender klinischer Ergebnisse nach wie vor kontrovers diskutiert. Dies liegt zum Teil an den vermuteten möglichen biologischen und mechanischen Komplikationen wie Überhitzung des umliegenden Knochengewebes, Ablagerung von Titanpartikeln in das umliegende Gewebe mit späterer entzündlicher Reaktion und/oder Erhöhung der Bruchgefahr des Implantates durch Reduktion des Implantatdurchmessers und der Wandstärke. Eine systematische Übersichtsarbeit (Stavropoulos et al. 2019) zu Laborstudien, präklinischen und klinischen Studien hat jedoch keine bemerkenswerten mechanischen oder biologischen Komplikationen nach Durchführung einer Implantoplastik feststellen

können. Zusammengefasst zeigte sich, dass Implantoplastik:

1. nicht zu einem Temperaturanstieg im umliegenden Knochengewebe führt, vorausgesetzt, sie wird mit angemessener Wasserkühlung durchgeführt,
2. die mechanische Widerstandsfähigkeit/Bruchgefahr von Implantaten mit einem Standarddurchmesser nicht unter ein klinisch relevantes Niveau verringert wird,
3. keine wesentlich erhöhte Rate an Implantatfrakturen verursacht (in keiner klinischen Studie wurde ein solches Ereignis berichtet) und
4. nicht zu einer titanpartikelbedingten Entzündungsreaktion führt.

Kürzlich publizierte Laborstudien (Bertl et al. 2021; Stavropoulos et al. 2023) deuten jedoch darauf hin, dass Implantatdesign, Implantatdurchmesser sowie Defektaus-

maß das Risiko für einen Implantatbruch nach Implantoplastik beeinflussen können. Es zeigte sich, dass insbesondere schmale Einzelzahnimplantate mit einem Knochenverlust von 50 Prozent nach Implantoplastik ein höheres Risiko für Frakturen unter Belastung aufweisen könnten. Aus klinischer Sicht spielen vor allem auch Faktoren eine Rolle, die die Präzision der Durchführung einer Implantoplastik beeinflussen können (Burgueño-Barris et al. 2023). So sollte, wann immer möglich, die prothetische Versorgung während des chirurgischen Eingriffes abgenommen werden, um eine optimale Positionierung der Bohrer zu ermöglichen; bei zementierten Versorgungen, die nicht abgenommen werden können, ist das Ergebnis einer Implantoplastik oft beeinträchtigt (Abb. 1). Aber auch die Position des Implantates im Mund und die Compliance des Patienten während des Eingriffes spielen eine wichtige Rolle (Abb. 2).

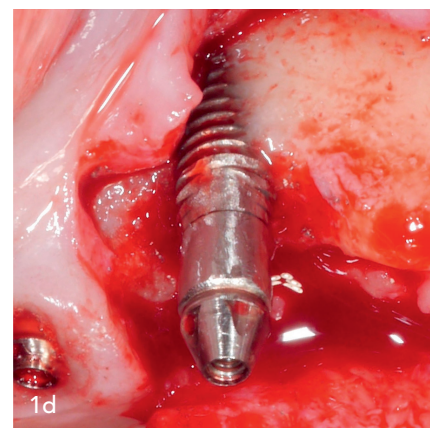
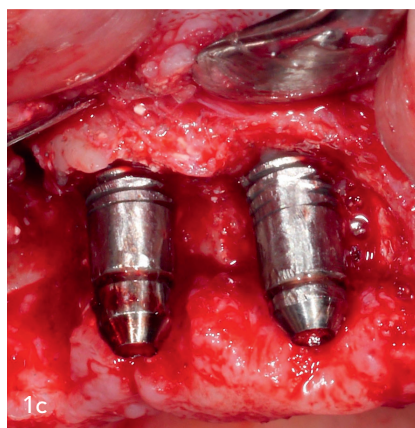
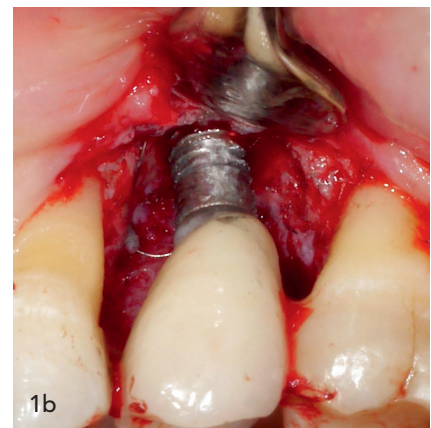


Abb. 1a–d: Bei zementierten Versorgungen, die während des chirurgischen Eingriffes nicht abgenommen werden können (a, b), ist das Ergebnis einer Implantoplastik zumeist schlechter, d. h. weniger glatt als bei verschraubten Versorgungen, die für den chirurgischen Eingriff abgenommen werden (c, d).

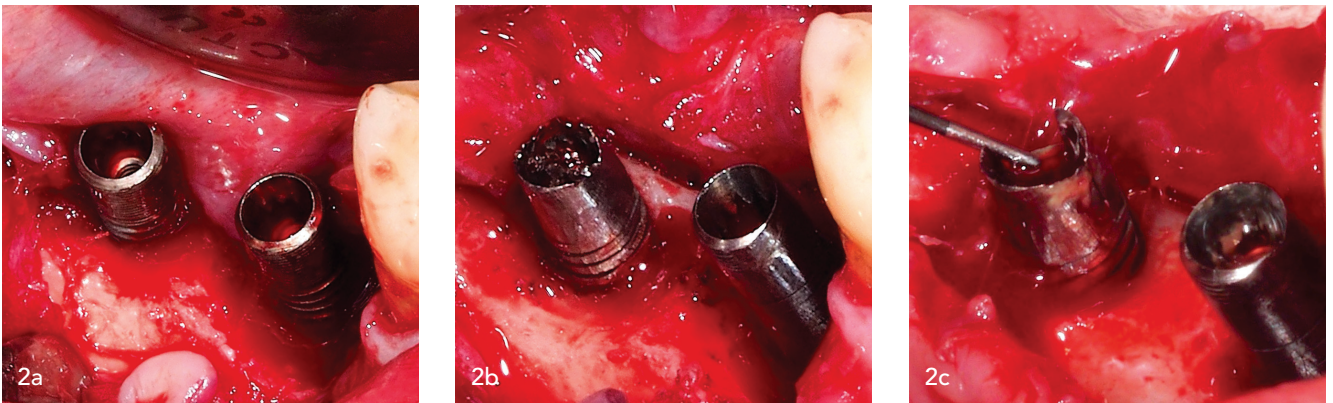


Abb. 2a–c: Eine Positionierung im Molarenbereich mit Nähe zum Mundboden (a) in Kombination mit einem intraoperativ unruhigen Patienten kann die Präzision bei der Durchführung einer Implantoplastik deutlich verringern und auch zu erhöhtem Materialabtrag führen (b); dies wiederum kann in weiterer Folge eine Implantatalsfraktur nach sich ziehen (c).

In welchen klinischen Situationen soll man Implantoplastik einsetzen?

Es wird empfohlen, Implantoplastik bei Implantaten mit einer modifizierten Oberfläche durchzuführen und an jenen Aspekten der freiliegenden Implantatoberfläche, an denen das Potenzial für eine knöcherne Regeneration gering ist.

Das betrifft Periimplantitisfälle:

1. mit einem primär horizontalen Knochenverlust,
2. mit sehr weiten intraossären Defekten mit zwei bis drei fehlenden Knochenwänden, bei denen eine nichtaugmentative Therapie indiziert ist, und
3. mit kombinierten Defekten, die ein augmentatives Vorgehen in einem Teil

des Defektes erlauben (hier soll keine Implantoplastik durchgeführt werden), während ein anderer Teil mit begrenztem Potenzial für knöcherne Regeneration einer Implantoplastik unterzogen werden sollte (Abb. 3).

Welche klinischen Ergebnisse kann man mit dem Einsatz von Implantoplastik erwarten?

Die klinische Wirksamkeit von Implantoplastik wurde bereits vor über 15 Jahren in einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie belegt (Romeo et al. 2005; Romeo et al. 2007). In dieser Studie zeigten Implantate, die mit einer nichtaugmentativen Technik inklusive Implantoplastik behandelt wurden, drei Jahre nach der chirurgischen Periimplantitistherapie eine Überlebensrate von 100 Prozent und

keinen weiteren marginalen Knochenverlust. Hingegen wiesen Implantate aus der Kontrollgruppe, die mit der gleichen nichtaugmentativen Technik behandelt wurden – jedoch ohne Implantoplastik –, bereits zwei Jahre nach dem chirurgischen Eingriff eine deutliche Progression des marginalen Knochenverlustes auf. Diese Ergebnisse werden durch die Ergebnisse von mehr rezenten klinischen Studien (Englezos et al. 2018; Bianchini et al. 2019; Dalago et al. 2019; Lasserre et al. 2020; Martins et al. 2022; Monje et al. 2022; Schwarz et al. 2023) einschließlich einer systematischen Übersichtsarbeit (Ramanaukaite et al. 2021) bestätigt. So zeigte sich beispielsweise in Fallserien mit einer Nachbeobachtungszeit von \geq zwei Jahren nach einem kombinierten Verfahren eine hohe Rate an Krankheitsauflösung (ca. 90 Prozent) und/oder ein stabiles margi-

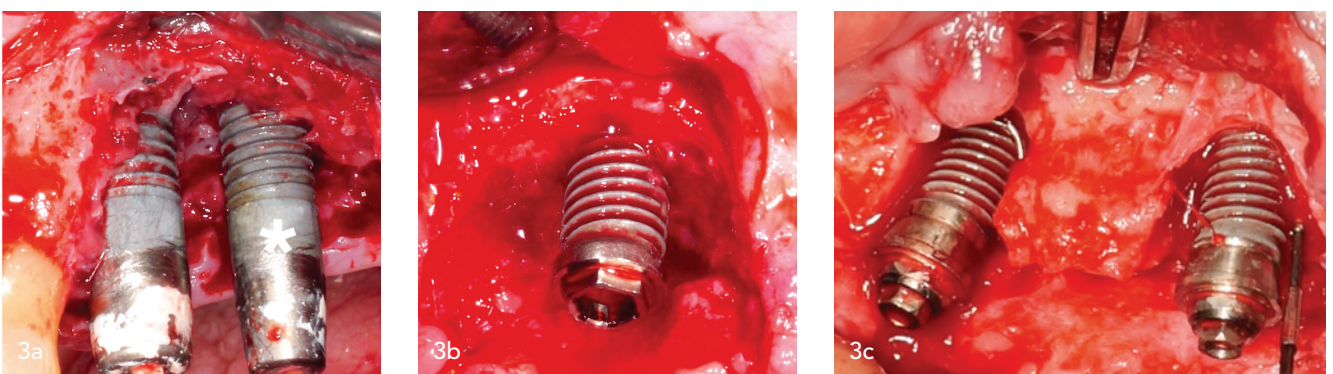


Abb. 3a–c: Primär horizontaler Knochenverlust bei dem mit einem Stern markierten Implantat (a); sehr weiter intraossärer Defekt mit zwei fehlenden Wänden (bukkal und lingual; b); und kombinierte Defekte mit intraossären Defekten, die ein augmentatives Vorgehen erlauben (mesial und distal), während die knöchernen Dehiszenzen bukkal und lingual ein begrenztes Potenzial für knöcherne Regeneration aufweisen (c).

nales Knochenniveau (Englezos et al. 2018; Bianchini et al. 2019). Es gibt aber auch widersprüchliche Ergebnisse. So zeigte, sich in einer retrospektiven Studie kein zusätzlicher Vorteil durch Implantoplastik im Rahmen einer nichtaugmentativen Periimplantitistherapie (Ravidà et al. 2020). Es sollte bei der Interpretation dieser Studie (Ravidà et al. 2020) jedoch berücksichtigt werden, dass der Anteil an Implantaten mit einem marginalen Knochenverlust von ≥ 25 Prozent in der Testgruppe, die zusätzlich mit Implantoplastik behandelt wurde, im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Implantoplastik deutlich größer war (70 beziehungsweise 40 Prozent der Implantate).

Fall 1 – Nichtaugmentative Periimplantitistherapie

Fallbeschreibung

Ein männlicher Patient, 55 Jahre alt, mit zwei Implantaten im vierten Quadranten in Position #45 und #46 wurde an die Klinik aufgrund von Periimplantitis am Implantat in Position #45 überwiesen. Beide Implantate wurden vor ca. zwölf Jahren installiert und waren bislang beschwerde- und komplikationsfrei. Der Patient raucht ca. zehn Zigaretten am Tag und nimmt täglich ein blutdrucksenkendes Medikament ein.

Die klinische und radiologische Untersuchung zeigte eine periimplantäre Mukositis am Implantat in Position #46 mit zwei freiliegenden Implantatwindungen an der mesialen Seite des Implantates; dieser Knochenverlust an der mesialen Seite könnte auf eine inzipiente Periimplantitis oder ein ausgeprägtes Remodeling hinweisen, was aufgrund von fehlenden früheren Röntgenbildern nicht eindeutig zu definieren war. Am Implantat in Position #46 zeigte sich hingegen ein deutlicher Knochenverlust mit vier beziehungsweise fünf freiliegenden Implantatwindungen auf der distalen und mesialen Seite des Implantates. In Zusammenhang mit den eindeutigen klinischen Anzeichen (erhöhte Sondierungstiefen, Blutung nach Sondieren) wurde die Diagnose Periimplantitis gestellt. Beide Implantate zeigten ein ausreichend breites Band an keratinisierter Mukosa. Nach einer Optimierung der häuslichen Mundhygiene, Abnahme der

verschraubten prothetischen Versorgung und Durchführung einer nichtchirurgischen Periimplantitistherapie mit einem Pulverstrahlgerät präsentierte sich nach ca. sechs Wochen das Implantat in Position #46 entzündungsfrei, jedoch das Implantat in Position #45 nach wie vor mit erhöhten Sondierungstiefen und Blutung nach Sondieren; dementsprechend wurde eine chirurgische Therapie geplant.

Operatives Vorgehen

Nachdem das Röntgenbild bei Erstvorstellung einen sehr weiten bis fast horizontalen Knochendefekt darstellte, wurde eine nichtaugmentative chirurgische Periimplantitistherapie geplant. Die prothetische Versorgung wurde für den operativen Eingriff – wie bereits zuvor für die nichtchirurgische Therapie – abgenommen, um den Zugang zum Implantat zu

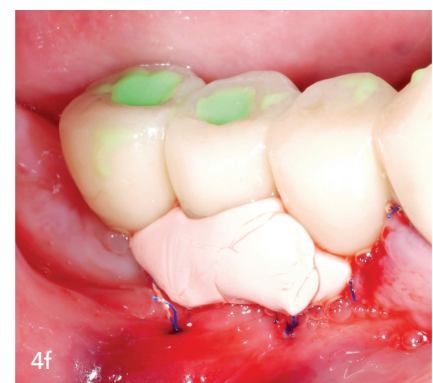
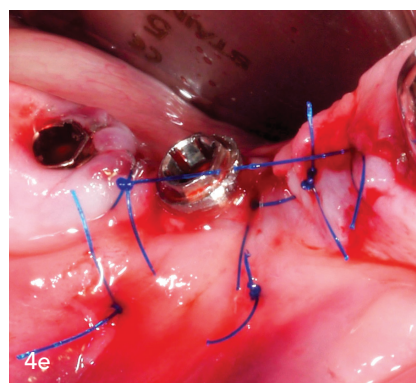
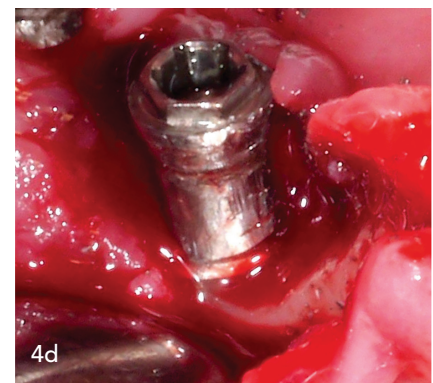
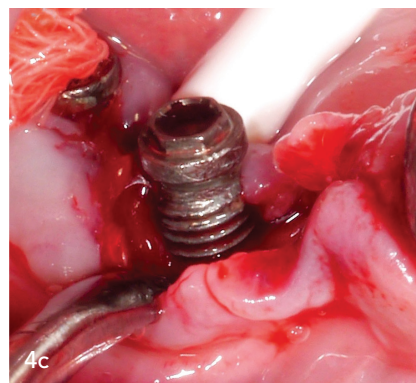
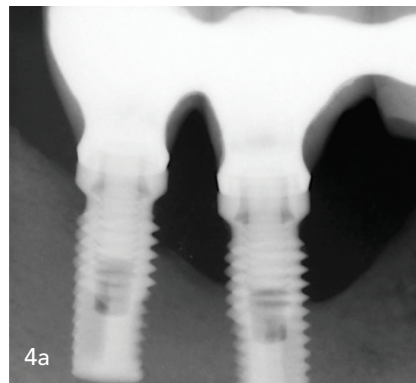


Abb. 4a–f: Das Ausgangsröntgenbild zeigte einen deutlichen Knochenverlust am Implantat in Position #45 und einen inzipienten Knochenverlust am Implantat #46 (a). Die klinische Untersuchung zeigte auch nach Optimierung der Mundhygiene und Durchführung der nichtchirurgischen Therapie erhöhte Sondierungstiefen am Implantat in Position #45 (b). Nach Lappenbildung zeigte sich eine modifizierte Implantatoberfläche mit Restkongrementen an der mesialen Seite (c). Implantoplastik wurde mit Hartmetallbohrern durchgeführt (d) und der Lappen in einer apikalen Position fixiert (e) sowie zusätzlich mit einem Zahnfleischverband in Position gehalten (f).

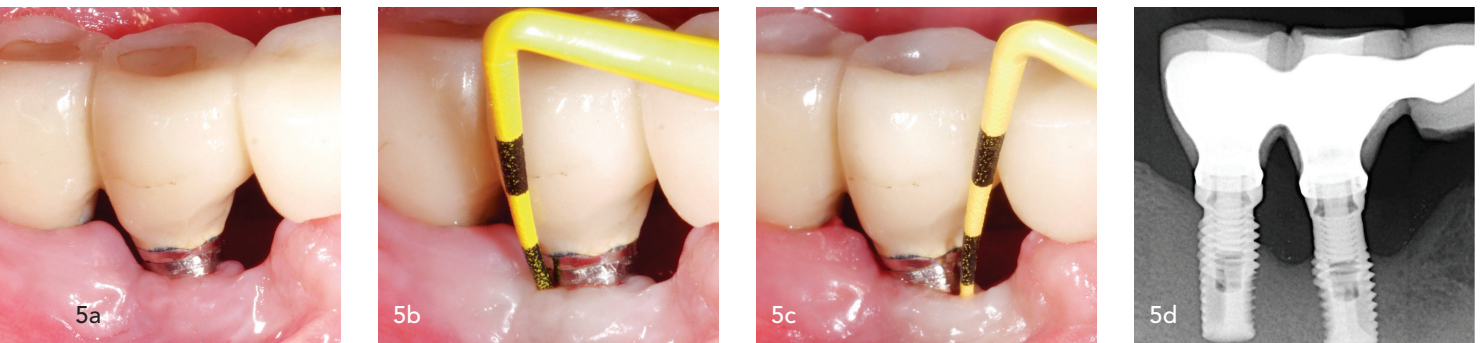


Abb. 5a–d: Drei Jahre nach dem chirurgischen Eingriff zeigten sich stabile klinische (a–c) und radiologische Verhältnisse ohne weiteren marginalen Knochenverlust (d).

verbessern. Nach Lappenbildung unter Bewahrung der keratinisierten Mukosa zeigte sich eine modifizierte Implantatoberfläche mit noch verbliebenen Konkrementen an der mesialen Seite. Wie radiologisch vermutet, war aufgrund des nahezu horizontalen Knochenverlustes eine nichtaugmentative Therapiemaßnahme die Therapie der Wahl. Aufgrund der modifizierten Implantatoberfläche wurde Implantoplastik eingesetzt und die Implantatoberfläche zusätzlich mit 3%igem Wasserstoff gereinigt. Im Anschluss wurde der Lappen in einer möglichst apikalen Position vernäht und nach Befestigung der prothetischen Versorgung zusätzlich mit einem Zahnfleischverband in einer apikalen Position gehalten (Abb. 4).

Ergebnis

Der Patient setzte postoperativ mit regelmäßiger unterstützender Implantattherapie fort; zu Beginn alle drei Monate für ca. ein Jahr und dann durch die Covid-19-Pandemie bedingt etwas unregelmäßiger (ca. zweimal pro Jahr).

Nichtsdestotrotz zeigten sich bei der Drei-Jahres-Kontrolle stabile klinische Verhältnisse mit einer entzündungsfreien periimplantären Mukosa, einem ausreichenden Band an keratinisierter und befestigter Mukosa, geringen Sondierungstiefen und keine Blutung oder Pusaustritt nach Sondierung. Auch radiologisch zeigte sich an beiden Implantaten ein stabiles Knocheniveau (Abb. 5).

Fall 2 – Kombinierte Periimplantitistherapie

Fallbeschreibung

Eine weibliche Patientin, 67 Jahre alt, mit zwei Implantaten im dritten Quadranten in Position #35 und #36 wurde an die Klinik aufgrund von Periimplantitis am Implantat in Position #35 überwiesen. Beide Implantate wurden vor ca. neun Jahren installiert und waren bislang beschwerde- und komplikationsfrei. Die Patientin ist Nichtraucherin und nimmt täglich ein blutdrucksenkendes Medikament ein. Die klinische und radiologische Untersuchung zeigte eine periimplantäre Mukositis am Implantat in Position #36 und eine Periimplantitis am Implantat in

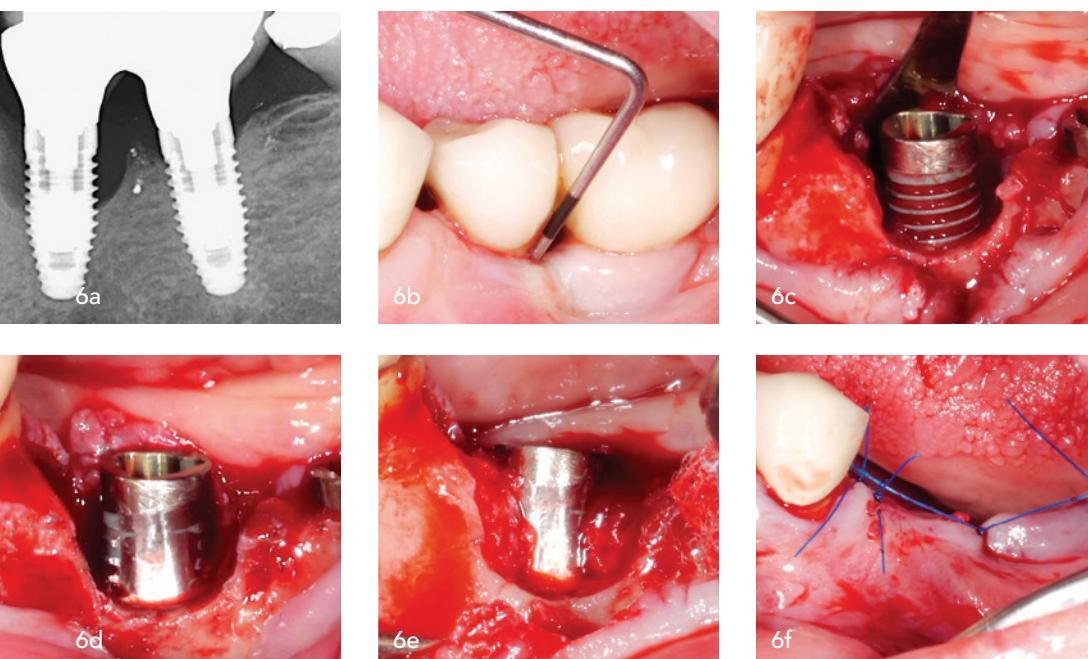


Abb. 6a–f: Das Ausgangsröntgenbild zeigte einen deutlichen Knochenverlust am Implantat in Position #35 (a). Die klinische Untersuchung zeigte auch nach Optimierung der Mundhygiene und Durchführung der nichtchirurgischen Therapie erhöhte Sondierungstiefen am Implantat in Position #35 (b). Nach Lappenbildung zeigte sich eine modifizierte Implantatoberfläche mit einem polierten Implantathals (c). Implantoplastik wurde mit Hartmetallbohrern im bukkalen Bereich durchgeführt (d) und die intraossären Defekte wurden mit autologem Knochen aufgefüllt (e) und der Wundverschluss erfolgte (f).

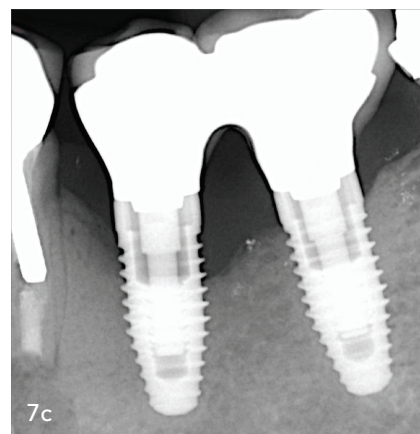


Abb. 7a–c: Vier Jahre nach dem chirurgischen Eingriff zeigten sich stabile klinische Verhältnisse (a und b) und radiologisch eine Verbesserung des Knochniveaus (c).

Position #35 mit ausgeprägtem Knochenverlust bis ca. zur Hälfte der Implantatlänge; klinisch zeigten sich erhöhte Sondierungstiefen, Blutung nach Sondieren und Pusaustritt. Beide Implantate zeigten ein ausreichend breites Band an keratinisierter Mukosa. Nach einer Optimierung der häuslichen Mundhygiene, Abnahme der verschraubten prothetischen Versorgung und Durchführung einer nichtchirurgischen Periimplantitistherapie mit einem Pulverstrahlgerät präsentierte sich nach ca. sechs Wochen das Implantat in Position #36 entzündungsfrei, jedoch das Implantat in Position #35 nach wie vor mit erhöhten Sondierungstiefen und Blutung nach Sondieren. Die Defektkonfiguration wies überwiegend auf einen intraossären Knochendefekt mit gutem Potenzial für eine knöcherne Regeneration hin, dementsprechend wurde eine augmentative chirurgische Therapie geplant.

Operatives Vorgehen

Die prothetische Versorgung wurde für den operativen Eingriff – wie bereits zuvor für die nichtchirurgische Therapie – abgenommen, um den Zugang zum Implantat zu verbessern. Nach Lappenbildung unter Bewahrung der keratinisierten Mukosa zeigte sich eine modifizierte Implantatoberfläche mit einem polierten Implantathals. Die Defektkonfiguration war ein dreiwandiger Defekt mit intraossären Komponenten mesial, lingual und distal, aber einer knöchernen Dehiszenz bukkal. Aufgrund des geringen Potenzials für knöcherne Regeneration im Bereich der bukkalen Dehiszenz wurde eine kombinierte Therapie gewählt. Nach Rei-

nigung der Implantatoberfläche mit einem Pulverstrahlgerät und 3%igem Wasserstoff wurde bukkal eine Implantoplastik durchgeführt. Die schmalen intraossären Defekte wurden mit lokal gesammeltem autologem Knochen aufgefüllt. Nach Wundverschluss wurde die prothetische Versorgung wieder befestigt (Abb. 6).

Ergebnis

Die Patientin setzte postoperativ mit regelmäßiger unterstützender Implantattherapie fort; zu Beginn alle drei Monate für ca. ein Jahr und danach zwei- bis dreimal pro Jahr beim überweisenden Kollegen. Bei der Schlusskontrolle vier Jahre postoperativ zeigten sich stabile klinische Verhältnisse mit einer entzündungsfreien periimplantären Mukosa, einem ausreichenden Band an keratinisierter und befestigter Mukosa, geringen Sondierungstiefen und keine Blutung oder Pusaustritt nach Sondierung. Auch radiologisch zeigte sich mesial eine deutliche Verbesserung des marginalen Knochniveaus und distal eine minimale Verbesserung (um ca. eine Implantatwindung; Abb. 7).

Schlussfolgerung

Implantoplastik stellt eine sinnvolle Ergänzung zur nichtaugmentativen und augmentativen chirurgischen Periimplantitistherapie dar. Implantoplastik zielt darauf ab, das Implantat möglichst effizient zu dekontaminieren und vor allem die postoperative Biofilmanlagerung zu minimieren und somit auch die häusliche und professionelle Reinigung zu erleichtern. Klinische und radiologische Daten, haupt-

sächlich basierend auf Fallserien, bestätigen größtenteils die Komplikationsfreiheit und eine hohe Effektivität in Bezug auf das Behandlungsergebnis. Der Implantattyp, Implantatdurchmesser und intraoperative Zugang sollten jedoch berücksichtigt werden, um das Risiko für eventuelle technische Komplikationen zu minimieren.

Kristina Bertl Andreas Stavropoulos Literatur

Zu den eFortbildungen der KZVB: <https://www.kzvb.de/efortbildungen>

PRIV.-DOZ. DR. KRISTINA BERTL, PHD, MBA, MSC

Abteilung für Parodontologie, Krankenhaus Blekinge, Karlskrona, Schweden
Abteilung für Parodontologie, Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, Freudplatz 3, 1020 Wien, Österreich
kristina.bertrl@med.sfu.ac.at

PROF. DR. ANDREAS STAVROPOULOS, PHD, ODONT. DR.

Abteilung für Parodontologie, Krankenhaus Blekinge, Karlskrona, Schweden
Parodontologie, Universität Malmö, Schweden
Fachbereich für Zahnheilkunde & Parodontologie, Universitätszahnklinik, Medizinische Universität Wien, Österreich
Abteilung für Parodontologie, Zahnmedizinische Kliniken, Universität Bern, Schweiz

Gingivale Rezessionen

Ätiologie und Therapie

Ein Beitrag von ZA Gregor Würfl, M.Sc. und Prof. Dr. Moritz Kebschull MBA

Gingivale Rezessionen stellen einen sehr häufigen Befund in der zahnärztlichen Praxis dar. Auch wenn nicht jede Zahnärztin oder jeder Zahnarzt selbst plastisch-parodontalchirurgische Eingriffe durchführt, sollten sie dennoch in der Lage sein, ihre Patienten bzgl. Prävention, Entstehung, Progression und Therapieoptionen aufzuklären. Dieser Artikel gibt einen Überblick über die Ätiologie und mögliche Therapien von gingivalen Rezessionen.

Ein gesundes Parodont zeichnet sich dadurch aus, dass die Gingiva die Schmelz-Zement-Grenze um ca. 1,5–2,0 mm überlagert, die Wurzeloberfläche gänzlich von Zahnhalteapparat bedeckt ist und die Interdentalpapillen den Interdentalraum vollständig ausfüllen.

Gingivale Rezessionen beschreiben den Rückgang der marginalen Gingiva meist im vestibulären oder oralen Bereich über die Schmelz-Zement-Grenze hinaus nach apikal.¹

Dabei kommt es zu einer Exposition der Wurzeloberfläche, welche unterschiedliche Pathologien zur Folge haben kann:

1. Hypersensibilitäten
2. ästhetische Beeinträchtigungen
3. Plaqueakkumulation und deren Folgen (Gingivitis, Parodontitis, Karies)
4. nicht kariös bedingte Zahnhalsdefekte (non carious cervical lesion NCCL)
5. endodontische Komplikationen

Im Folgenden wird näher auf die Ätiologie sowie auf die gängigsten Therapiekonzepte von gingivalen Rezessionen eingegangen. Dies soll dabei helfen, Ursachen zu erkennen und Therapieoptionen mit dem Patienten zu finden.

Ätiologie

Die Prävalenz gingivaler Rezessionen liegt weltweit bei 78–85 Prozent.^{2,3} Die Ursachen sind vielfältig und oft nicht ganz einfach zu erkennen. Klinisch können folgende Faktoren für die Entstehung von gingivalen Rezessionen relevant sein.^{3–5}

1. Zahnputztrauma, NCCL

Dazu gehören die Verwendung von zu harten Zahnbürsten, die falsche Putztechnik, die Anwendung von oszillierend-rotierenden Zahnbürsten auf freiliegenden Wurzeloberflächen sowie die fehlerhafte Anwendung von Zahnseide.⁶

Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Zähneputzen und nicht entzündungsbedingten gingivalen Rezessionen kann aber derzeit aufgrund heterogener Daten immer noch nicht endgültig nachgewiesen werden.⁷

2. Entzündungsbedingte Ursachen

Plaueakkumulation kann zu gingivalen und parodontalen Entzündungen führen, welche bei längerem Bestehen Entzündungen des parodontalen Gewebes auslösen und in deren Folge bzw. nach deren Therapie Rezessionen entstehen.^{3,8,9}

3. Anatomische Faktoren

Gingivale Rezessionen können von unterschiedlichen anatomischen Faktoren begünstigt werden. Dazu zählen beispielsweise Zahnfehlstellungen, die Breite der keratinisierten Gingiva und hoch ansetzende Frenula. Eine ausreichende Dicke der befestigten Gingiva scheint eine stabilere Situation zu gewährleisten und das Risiko für die Entstehung von Rezessionen zu reduzieren.^{4,10}

4. Kieferorthopädische Therapie

Hier stellen vor allem ausgedehnte vestibuläre Zahnbewegungen die häufigste Ursache für Rezessionen dar. Diese füh-

ren zu Knochendehiszenzen, welche wiederum für den Rückgang der vestibulären Gingiva ursächlich sind.¹¹

5. Iatrogene Faktoren

Überstehende Füllungs- oder Kronenränder erschweren eine ordentliche Plaquekontrolle und können sowohl Entzündungen als auch Sekundärkaries auslösen, in deren Folge Rezessionen entstehen können.

Ebenfalls problematisch sind Traumatisierungen des gingivalen Gewebes im Rahmen von Zahnpräparationen oder vorbereitenden Maßnahmen für die Abformung im Rahmen von Zahnersatzversorgungen.^{12,13}

6. Piercings

Lippenpiercings können die Entstehung vestibulärer Rezessionen begünstigen, wohingegen Zungenpiercings ursächlich sind für orale Rezessionen.^{14,15}

7. Rezession in Abhängigkeit zur Dicke der keratinisierten Gingiva

Ein ausreichend dickes und breites Band an befestigter Gingiva scheint eine stabilere Situation zu gewährleisten und das Risiko für die Entstehung von Rezessionen zu reduzieren.^{3,16}

8. Okklusales Trauma

Ein okklusales Trauma durch Frühkontakte oder Parafunktionen ist kein kausaler Faktor für Rezessionen!

Einzig ein tiefer Biss im Sinne einer KFO-Klasse II/2 kann durch den traumatischen Einbiss der Oberkieferfront-

zähne auf die bukkale Gingiva der Unterkieferfront zu gingivalen Rezessionen führen.

9. Mischformen:

In diesem Fall spielen mehrere Faktoren zusammen. Beispielsweise kann ein Putztrauma zu einem gingivalen Defekt führen, der Hypersensibilitäten auslöst und keiner adäquaten Plaquekontrolle mehr unterliegt. Die dadurch ausgelöste Entzündung des Gewebes kann im weiteren Verlauf eine Rezession verursachen.

Einteilung von Rezessionen

Gingivale Rezessionen wurden in der Literatur auf unterschiedlichste Weise eingeteilt. Die bekannteste und bis 2011 am häufigsten angewandte Klassifikation stammt aus dem Jahre 1985 von P.D. Miller. Bei der Einteilung werden vier Rezessionstypen (Miller Klasse I–IV) beschrieben, die sowohl den Schweregrad als auch die Erfolgsaussichten der plastischen Deckung berücksichtigen.¹⁷

Miller Klasse I: Der Defekt erreicht die mukogingivale Grenze nicht.

Miller Klasse II: Der Defekt geht über die Linea girlandiformis hinaus und erreicht die bewegliche Mukosa. Die Papillen sind noch vollständig erhalten.

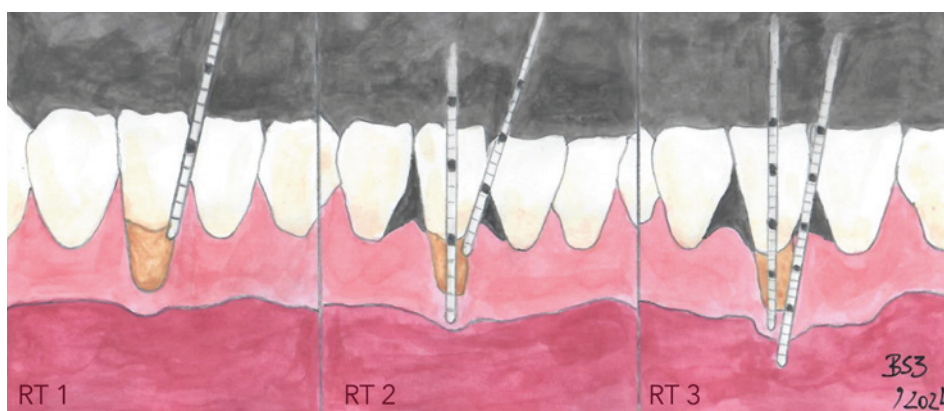
Miller Klasse III: Der Defekt geht über die Linea girlandiformis hinaus und erreicht die bewegliche Mukosa. Die interdentalen Papillen sind nicht mehr vollständig erhalten.

Miller Klasse IV: Zirkulärer Hart- und Weichgewebedefekt mit Verlust der Papillen.

Bei Klasse I- und II-Rezessionen ist eine vollständige Wurzeldeckung in den meisten Fällen vorhersagbar möglich. Bei Klasse III kann eine vollständige Deckung nicht mehr erreicht werden, allerdings ist im fazialen Bereich noch eine Verbesserung zu erzielen. Bei Klasse IV ist der Aufbau der verloren gegangenen Weichgewebe weitestgehend aussichtslos.



Klassifikation nach Miller.



Klassifikation nach Cairo.

Da die Klassifikation nach Miller den Verlust von klinischem Attachment nicht berücksichtigt, wurde sie 2011 von der aktuell gültigen Klassifikation nach Francesco Cairo abgelöst.¹⁸

Diese sieht eine Einteilung in drei Rezessionstypen (recession type 1–3) vor:

RT 1: Gingivale Rezession ohne Beteiligung der interdentalen Gewebe. Es wird nicht mehr unterschieden, ob die mukogingivale Grenze erreicht oder überschritten wird.

RT 2: Gingivale Rezession in Kombination mit Verlust von interdentalen Gewebe, welcher aber weniger oder maximal genau so groß ist wie der faziale Anteil.

RT 3: Der approximale Gewebeverlust ist stärker ausgeprägt als der faziale Anteil.

Therapiekonzepte

Im Laufe der Zeit wurden unterschiedliche chirurgische Techniken zur Behandlung gingivaler Rezessionen beschrieben. Entscheidend für den Erfolg sind weniger

die Technik als vielmehr die korrekte Diagnose, die Anzahl und Tiefe der Rezessionen, die Art und Beschaffenheit des umliegenden Weichgewebes sowie die chirurgischen Fähigkeiten des Operateurs.

Nachfolgend werden die gängigsten Methoden zur plastischen Deckung von Gingivarezessionen beschrieben.

Grundsätzlich lassen sich zwei Verfahrenstechniken unterscheiden:

1. Freies Schleimhauttransplantat
2. Gestielte Lappen
 - 2.2.1 Koronal verschobener Lappen (coronally advanced flap CAF)
 - 2.2 Lateral verschobener Lappen
 - 2.3 Envelope-Technik
 - 2.4 Tunneltechnik

Übersichtsarbeiten der letzten 20 Jahre zeigen, dass mit unterschiedlichen Techniken vorhersagbare und sehr gute Ergebnisse erzielt werden.^{19–22} Am häufigsten wurde der koronale Verschiebelappen entweder alleine oder in Kombination mit autologen oder xenogenen Materialien untersucht.

Freies Schleimhauttransplantat

Das freie Schleimhauttransplantat wurde bereits in den 1960er-Jahren beschrieben und stellt die älteste Technik zur Deckung von gingivalen Rezessionen dar.²³ Mittlerweile wird dieses Verfahren zur Rezessionsdeckung eher selten angewendet. Bei sehr dünnen Biotypen in Kombination mit inserierenden Schleimhautbändern im Unterkiefer kann das freie Schleimhauttransplantat immer noch eine gute Alternative sein. Neben der Verbesserung der Weichgewebedicke kann gleichzeitig eine apikale Verlagerung der inserierenden Bänder durchgeführt werden. Das ästhetische Ergebnis ist aufgrund der unterschiedlichen Farben und Texturen der Gewebe und der stärkeren Narbenbildung eingeschränkt. Daher sollte diese Technik im ästhetisch kritischen Bereich nicht angewendet werden (Abb. 1–4).

Der koronal verschobene Lappen (CAF)

Die koronale Verschiebung von Weichgewebe wurde ebenfalls schon früh zur Deckung gingivaler Rezessionen erwähnt.²⁴ Der Lappen kann sowohl für singuläre als auch für multiple Rezessionen

angewendet werden. Je nach parodontalem Phänotyp wird der Lappen alleine oder in Kombination mit autologen oder xenogenen Ersatzmaterialien kombiniert.

Ein dünner Phänotyp zeichnet sich durch eine Gewebedicke von < 1 mm aus. Die PA-Sonde scheint bei Einführung in den Sulkus durch das Gewebe durch. Im Gegensatz dazu wird beim dicken Phänotyp mit Gewebedicke ≥ 1 mm die PA-Sonde vollständig abgedeckt. Für einen koronalen Verschiebelappen sollte ein Band von mindestens 2 mm Breite an keratinisierter Gingiva vorhanden sein.⁵

Die Präparation des koronalen Verschiebelappens erfolgt entweder als reiner Spaltlappen oder als Kombination aus einem vollschichtigen und einem Spaltlappen. Ziel ist die Mobilisation des Gewebes soweit nach koronal, dass eine spannungsfreie Deckung der freiliegenden Wurzeloberfläche bis ca. 1 mm über die Schmelz-Zement-Grenze hinweg möglich ist. Dazu sind bei singulären Rezessionen auch vertikale Entlastungsschnitte erforderlich (Abb. 5–11).

Um ein optimales Ergebnis zu erreichen, sollte der Lappen bei einem dünnen Phänotyp mit einem subepithelialen Bindegewebsstransplantat aus dem Gaumen oder einem xenogenen Ersatzmaterial (z. B. einer dermalen Matrix) kombiniert werden.

Goldstandard ist immer noch das autologe Bindegewebsstransplantat (connective tissue graft), da es auch die Möglichkeit bietet, zumindest partiell ungedeckt einzuheilen. Xenogene Transplantate erfordern unbedingt eine vollständige Deckung, um eine Infektion und einen damit einhergehenden Misserfolg zu vermeiden. Auch wenn das freie Bindegewebsstransplantat den Goldstandard darstellt, muss dennoch berücksichtigt werden, dass die Morbidität der Patienten durch die Entnahmestelle am Gaumen deutlich höher ist als bei der Verwendung von Ersatzmaterialien.

Die Erfolgsaussichten einer vollständigen Deckung der Rezession werden bei Miller Klasse I und II bzw. bei Cairo RT1 in der Literatur mit 84–98 Prozent angegeben.²⁵

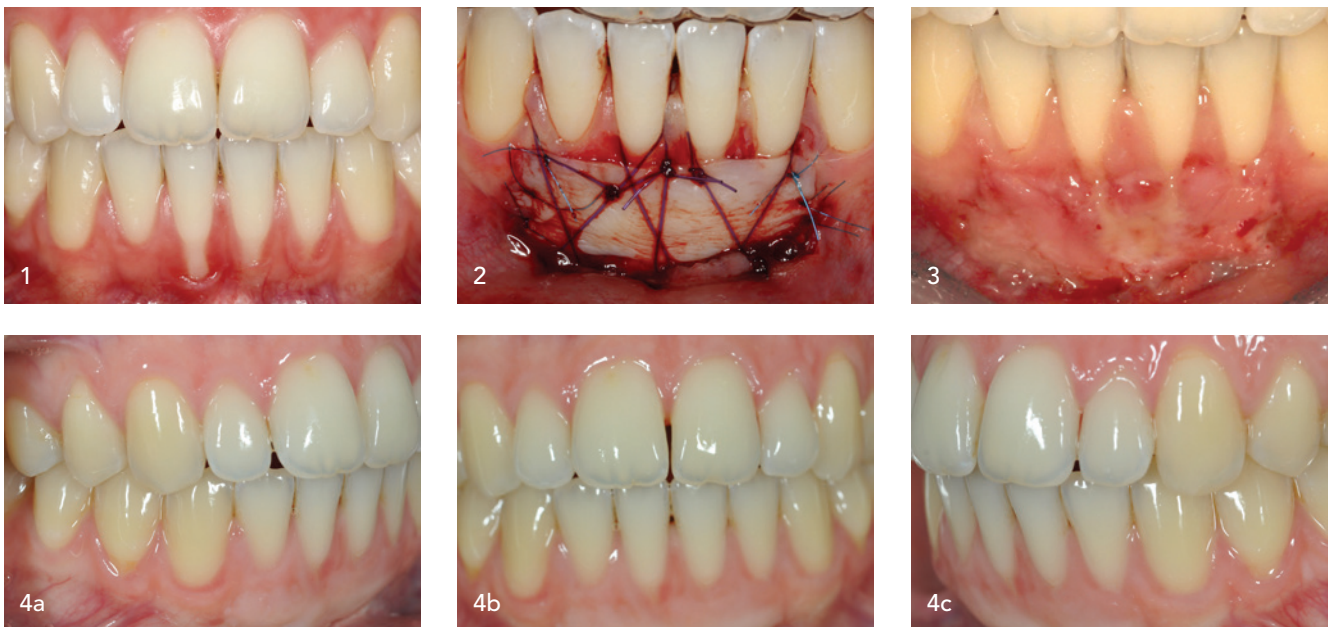


Abb. 1: Ausgangssituation mit Rezessionen RT 1 nach Cairo an den Zähnen 32–41. Flaches Vestibulum mit deutlich reduzierter keratinisierter Gingiva an Zahn 41. Zustand nach KFO. – **Abb. 2:** Vestibulumplastik mit eingebrachtem freiem Schleimhauttransplantat zur Verbreiterung der befestigten Gingiva und gleichzeitiger Korrektur der Rezessionen. In diesem Fall ist auf eine ausreichende Dimensionierung des Transplantates zu achten, um die eintretende Schrumpfung zu kompensieren. – **Abb. 3:** Kontrolle und Nahtentfernung zehn Tage postoperativ. Stabile Situation mit vollständig integriertem Transplantat. – **Abb. 4a–c:** Kontrolle alio loco sechs Jahre postoperativ. Stabile Weichgewebesituation mit vollständiger Deckung der Rezessionen an 32 und 31 und partieller Deckung Regio 41. Deutliche Verbesserung im Vergleich zur Ausgangssituation. Eine weitere Deckung Regio 41 wäre bei Bedarf jederzeit mit guter Prognose möglich.

Der lateral verschobene Lappen

Der lateral verschobene Lappen wird im Prinzip ähnlich präpariert wie der koronale Verschiebelappen, nur dass hier die Mobilisation und Verschiebung von lateral erfolgt.

Anwendung findet diese Technik, wenn beispielsweise im Bereich einer singulären Rezession keine befestigte Gingiva mehr vorhanden ist, an den Nachbarzähnen aber ein breites Band vorgefunden wird. Dadurch kann auf ein freies Schleimhauttransplantat verzichtet werden, was eine bessere Heilung erwarten lässt und langfristig ein ästhetisch schöneres Ergebnis liefert. Auch eine Kombination mit einem Bindegewebsstransplantat ist möglich.

Die Envelope-Technik

Die Envelope-Technik wurde erstmals von Raetzke 1985 beschrieben und stellt ein Verfahren zur Deckung singulärer oder nebeneinander liegender Rezessionen der Miller Klasse I–III dar.²⁶ Dabei muss ausreichend befestigte Gingiva in diesem Bereich vorhanden sein.

Bei der Envelope-Technik wird zuerst ein schmaler Streifen Gingiva im Bereich der Rezession krestal exzidiert, um eine Wundfläche zu schaffen, an der das Bindegewebe anheilen kann. Anschließend erfolgt supraparostal die Präparation einer Tasche zur Aufnahme des Bindegewebsstransplantates. In diese Tasche wird anschließend das aus dem Gaumen entnommene subepitheliale Bindegewebsstransplantat eingebracht. Eine Fixierung ist nicht zwingend notwendig, allerdings muss auf eine stabile Lage geachtet werden. Eine Schonung des Empfängerbereiches für zwei bis drei Wochen ist unbedingt erforderlich.

Auf eine Verschiebung des präparierten Gewebes nach koronal wird verzichtet. Die Deckung der Rezession wird erreicht, indem das Transplantat frei auf der Rezessionsfläche zu liegen kommt und diese abdeckt. Die Ernährung des Transplantates erfolgt durch den Anteil, der innerhalb des Envelopes liegt, weshalb auf eine ausreichende Dimensionierung zu achten ist.

Tunneltechnik

Die Tunneltechnik stellt eine Weiterentwicklung der Envelope-Technik dar und

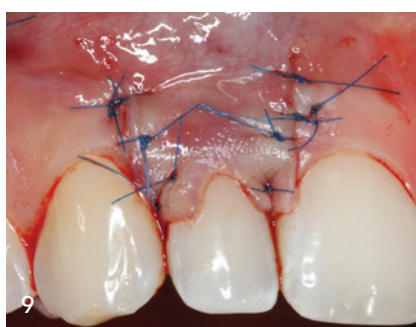
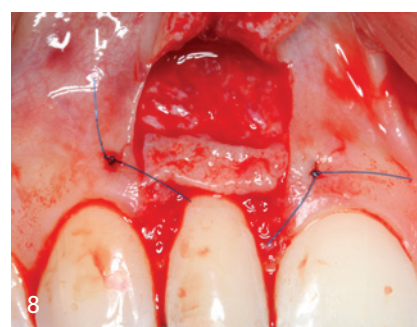


Abb. 5: Ausgangssituation mit singulärer Rezession RT 1 an Zahn 12. Klinisch liegt ein ausreichend breites Band an keratinisierter Gingiva vor. –

Abb. 6: Präparation des koronalen Verschiebelappens mit vertikalen Entlastungen und bereits entepithelialisierten Papillenspitzen. – **Abb. 7:** Kontrolle auf ausreichende Mobilisierung des Lappens. Das Gewebe muss spannungsfrei auf der Zahnoberfläche zu liegen kommen. – **Abb. 8:** Bindegewebsstransplantat in situ. Hier wurde ein entepithelialisiertes freies Schleimhauttransplantat verwendet. Dieses lässt sich optimal fixieren und hat eine Dicke von ca. 1 mm. Daher kann eine gute Deckung erreicht werden, ohne Spannung in den darüber liegenden Lappen zu bekommen. Die Positionierung erfolgt ca. 0,5–1 mm unterhalb der Schmelz-Zement-Grenze. – **Abb. 9:** Spannungsfreier Wundverschluss mit monofiler Naht der Stärke 6/0. – **Abb. 10:** Kontrolle und Nahtentfernung zwei Wochen postoperativ. Die primäre Heilung verlief komplikationslos. – **Abb. 11:** Erneute Kontrolle drei Monate postoperativ. Die Rezession konnte vollständig gedeckt werden. Es zeigt sich ein gut maturiertes Gewebe und eine stabile Situation



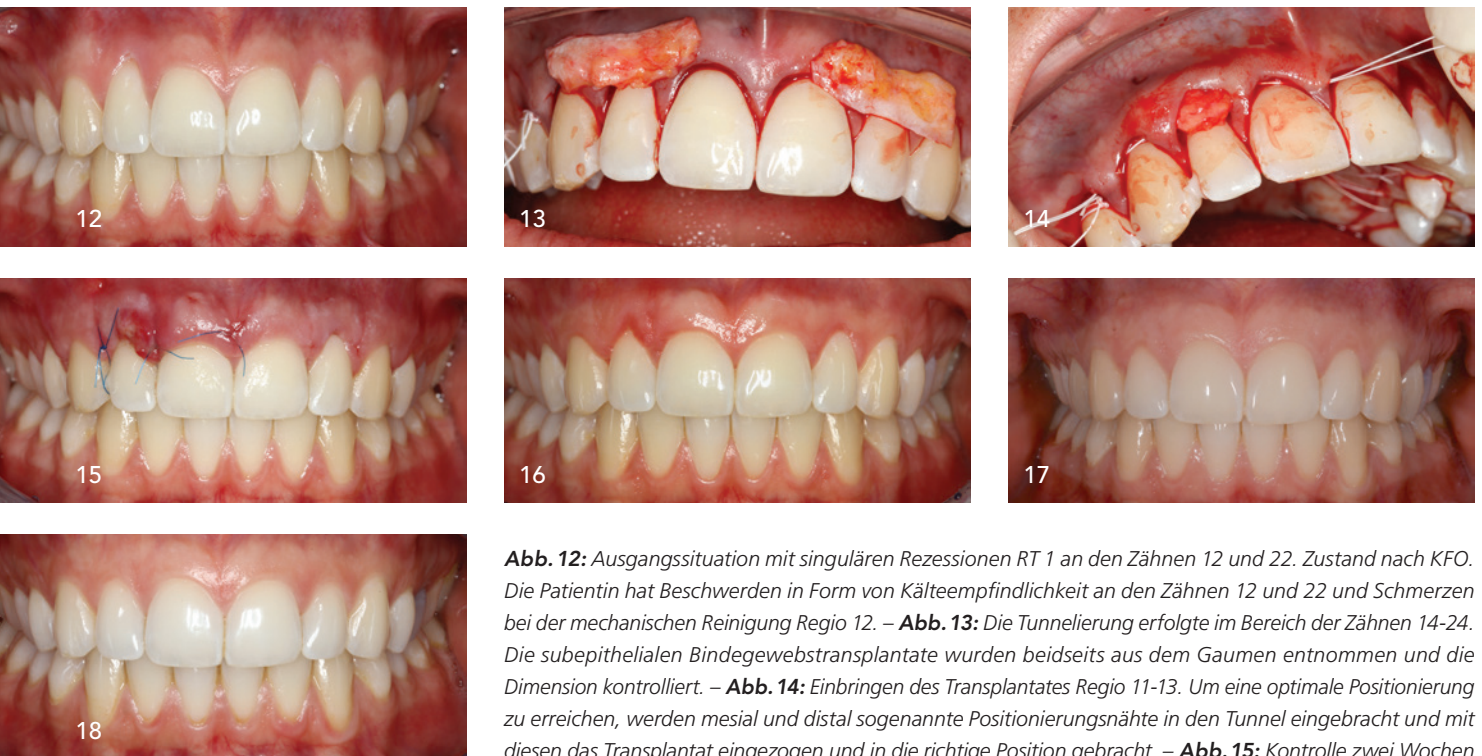


Abb. 12: Ausgangssituation mit singulären Rezessionen RT 1 an den Zähnen 12 und 22. Zustand nach KFO. Die Patientin hat Beschwerden in Form von Kälteempfindlichkeit an den Zähnen 12 und 22 und Schmerzen bei der mechanischen Reinigung Region 12. – **Abb. 13:** Die Tunnelierung erfolgte im Bereich der Zähne 14-24. Die subepithelialen Bindegewebstransplantate wurden beidseits aus dem Gaumen entnommen und die Dimension kontrolliert. – **Abb. 14:** Einbringen des Transplantates Region 11-13. Um eine optimale Positionierung zu erreichen, werden mesial und distal sogenannte Positionierungsnähte in den Tunnel eingebracht und mit diesen das Transplantat eingezogen und in die richtige Position gebracht. – **Abb. 15:** Kontrolle zwei Wochen postoperativ. Die Nähte Region 21-23 wurden bereits entfernt. Die Nähte Region 13-11 befinden sich noch in situ. Zur Fixierung der Transplantate und koronalen Positionierung des tunnelierten Gewebes wurde interdental Komposit oberhalb des Kontaktpunktes eingebracht und das Gewebe mit Umschlingungsnähten fixiert. – **Abb. 16:** Kontrolle sechs Wochen postoperativ. Region 12 zeigt sich noch eine leichte Rötung des Gingivaumes im Rahmen der sekundären Wundheilung. – **Abb. 17:** Kontrolle drei Jahre postoperativ. Das Gewebe ist entzündungsfrei und die Rezessionen sind vollständig gedeckt. – **Abb. 18:** Kontrolle sechs Jahre postoperativ ohne Veränderung der Situation.

wurde erstmals von Allen in den 1990er-Jahren beschrieben.²⁷ Mittlerweile erfolgten einige Modifikationen.^{28,29}

Die Tunneltechnik kann sowohl zur Deckung singulärer als auch bei multiplen Rezessionen eingesetzt werden. Durch das Einbringen des Bindegewebstransplantates in den präparierten Tunnel erzielt man eine optimale Blutversorgung und muss weniger Komplikationen in der Heilungsphase befürchten. Der Verzicht auf vertikale Inzisionen reduziert einerseits die Narbenbildung, erfordert aber andererseits eine Präparation bis weit über die mukogingivale Grenze hinaus, um eine ausreichende Mobilisierung des Lappens für die koronale Verschiebung zu erreichen.

Zur Verbreiterung der keratinisierten Gingiva kann ein Teil des autologen Transplantates zur freien Granulation etwas aus dem Tunnel herausragen.

Alternativ können auch xenogene Transplantate Anwendung finden, wobei in die-

sem Fall auf eine vollständige Abdeckung des Materials zu achten ist.

Die Präparation des Tunnels beginnt mit einer rein intrasulkulären Schnittführung. Die weitere Präparation sollte mit speziellen Tunnelinstrumenten durchgeführt werden, da diese das Risiko einer Perforation deutlich reduzieren. In der Regel wird der Lappen suprapariostal präpariert, wobei bei sehr dünner Gingiva auch eine subperiostale Präparation erwogen werden kann.

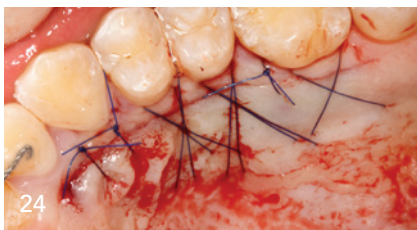
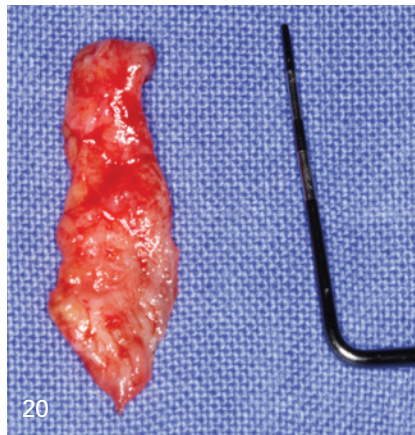
Die Mobilisierung der Papillen erfolgt ebenfalls unterminierend und muss mit äußerster Vorsicht durchgeführt werden. Einerseits besteht hier ein hohes Risiko, dass Papillen bei der Präparation rupturieren, andererseits kann der Lappen bei fehlender oder zu geringer Mobilisierung nicht ausreichend nach koronal verschoben werden (Abb. 12–18). Da die Papillen fixiert bleiben, ist bei der Tunneltechnik nur eine eingeschränkte koronale Verschiebung des Lappens möglich. Daher

eignet sich diese Technik eher für flache Rezessionen. Tiefe singuläre Rezessionen, hoch ansetzende Frenula oder ein flaches Vestibulum mit einem erhöhten Muskeltonus stellen mögliche Kontraindikationen für die klassische Tunneltechnik dar. Zur Behandlung tiefer singulärer Rezessionen wurde aber mittlerweile ebenfalls eine Modifizierung der Technik beschrieben (Abb. 19–28).^{30,31}

Adjuvanzen

Der koronale Verschiebelappen und die modifizierte Tunneltechnik in Kombination mit einem subepithelialen Bindegewebstransplantat stellen aktuell den Goldstandard der plastisch parodontalchirurgischen Therapie gingivaler Rezessionen dar.

Zusätzlich zu den beschriebenen Techniken wurden in den letzten Jahren Materialien bzw. Verfahren untersucht, um die Vorhersagbarkeit und Stabilität der Ergebnisse zu verbessern und die Patientenmorbidity zu senken.



Derzeit können folgende Adjuvanzen zusätzlich zu den chirurgischen Eingriffen erwogen werden:

1. Schmelz-Matrix-Proteine (Enamel Matrix Derivative EMD, Straumann®)
2. Hyaluronsäure
3. Platelet Rich Fibrin (PRF)

Schmelz-Matrix-Proteine (Emdogain®)

Schmelz-Matrix-Proteine werden seit ihrer Einführung 1997 in der Zahnmedizin verwendet, wobei das einzige derzeit verfügbare Produkt das Präparat Emdogain der Firma Straumann ist. Ursprünglich zur Behandlung von ossären Defekten in der Parodontitistherapie entwickelt, zeigte sich, dass auch die Anwendung bei der Deckung gingivaler Rezessionen Vorteile bringen kann. Grund dafür ist die verbesserte Wundheilung, die durch die xenogenen Proteine angeregt wird. Der Einfluss auf die Verbesserung des Endergebnisses wird in der Literatur heterogen beschrieben. Einzelne Studien zeigen Vorteile bei der Anwendung von EMD bei der Rezessionsdeckung.³² Andere klinische Studien und Übersichtsarbeiten können dies nicht bestätigen.^{33,34}

Hyaluronsäure

Hyaluronsäure hat als natürlicher Bestandteil des Bindegewebes die Eigenschaft, große Mengen an Flüssigkeit zu speichern, und ist am gesamten Wundheilungsprozess beteiligt.

Dabei spielt die Anregung zur Neoangiogenese in der frühen Wundheilung eine wichtige Rolle für einen schnelleren Wund-

Abb. 19: Ausgedehnte singuläre Rezession an Zahn 41. Zustand nach KFO. Es zeigt sich kaum keratinisiertes Gewebe apikal der Rezession. Zusätzlich stellt sich das Vestibulum sehr flach dar. Die Wurzel wurde im Rahmen der kieferorthopädischen Therapie nach bukkal aus dem Kieferkamm heraus bewegt, was zum Verlust des fazialen Knochens und zum Rückgang der Gingiva führte. – **Abb. 21:** Präparation des Tunnels von 33-43 sowie Entnahme eines subepithelialen Bindegewebstransplantates ausreichender Dimensionierung. Neben der Deckung der Rezession

mus auch eine ausreichende Verdickung des extrem dünnen Gewebes erreicht werden. – **Abb. 22:** Einbringen des Transplantates mit Positionierungsnähten. Aufgrund des extrem dünnen Gewebes kam es bei der Tunnelierung zu einer Perforation zwischen den Zähnen 31 und 41. Da diese im Bereich der beweglichen Gingiva liegt, kann sie gut beherrscht werden und dient zusätzlich zur Kontrolle und Positionierung des Transplantates. – **Abb. 23:** Wundverschluss mit Einzelknopfnähten und lingualen Umschlingungsnähten, um eine gute Adaptation der Wundränder und eine ausreichende Stabilisierung des Transplantates zu erhalten. – **Abb. 24:** Verschluss der Entnahmestelle am Gaumen mit überkreuzten Matratzennähten und Einzelknopfnähten. – **Abb. 25:** Kontrolle zwei Wochen postoperativ und Nahtentfernung. Es zeigen sich perfekte Wundverhältnisse. – **Abb. 26:** Kontrolle vier Monate nach Rezessionsdeckung. Es konnte eine nahezu vollständige Deckung der Rezession erreicht werden. (Handyfoto Patient) – **Abb. 27:** Kontrolle ein Jahr postoperativ (alio loco KFO). Es ist zu einem leichten Rezidiv der Rezession gekommen, was aber aufgrund der Ausgangssituation mit vollständiger Resorption der bukkalen Knochenlamelle zu erwarten war. – **Abb. 28:** Kontrolle zwei Jahre nach Rezessionsdeckung. Die Situation ist auf dem Niveau des Vorjahres stabil. (Handyfoto Patient)

verschluss, was auch zu einem reduzierten Schmerzempfinden bei den Patienten führt.^{35,36} Im Rahmen von Rezessionsdeckungen zeigt sich eine deutliche Reduktion der Patientenmorbidity durch weniger postoperative Schmerzen und weniger Schwellungen.³⁷

Bei der Entnahme freier Schleimhauttransplantate konnte eine signifikant beschleunigte Wundheilung mit einer doppelt so hohen Epithelialisierungsgeschwindigkeit festgestellt werden.³⁶ Zusätzlich hat Hyaluronsäure antimikrobielle und antiinflammatorische Effekte.³⁸⁻⁴¹

Die Herstellung von Hyaluronsäure erfolgt durch bakterielle Fermentation. Bakterielle Verunreinigungen werden nach der Herstellung entfernt, was sicherstellt, dass keine tierischen oder bakteriellen Bestandteile mehr enthalten sind.

Im Anschluss kann noch eine Vernetzung des Hyaluronsäureproduktes erfolgen. Dies hat Auswirkungen auf die Standzeit und auf die regenerative Wirkung. Erstere wird mit zunehmender Vernetzung verlängert, Letztere reduziert. Moderat vernetzte Präparate zeigen den besten Kompromiss zwischen verlängerter Standzeit und ausreichend positiven Einfluss auf die Wundheilung.

Platelet Rich Fibrin (PRF)

Blutkonzentrate finden in den letzten Jahren vermehrt Anwendung bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen und auch in der plastischen Parodontalchirurgie. Da diese ausschließlich aus Eigenblut der Patienten hergestellt werden, sind keine Komplikationen in Form von Fremdkörperreaktionen zu befürchten. Die Herstellung und Anwendung ist einfach und wenig kostenintensiv.

In aktuellen Reviews konnte gezeigt werden, dass ein koronaler Verschiebelappen in Kombination mit PRF zu besseren Ergebnissen sowohl bei der Deckung der Rezession als auch bei der Verbesserung des klinischen Attachmentlevels (CAL) führt als ein koronaler Verschiebelappen alleine. Im Gegensatz zum Goldstandard koronaler Verschiebelappen in Kombination mit einem freien Bindegewebstransplantat erreichte der koronale Verschiebe-

lappen mit PRF alleine keine vergleichbaren Ergebnisse. Auch im Hinblick auf die Verbreiterung der befestigten Gingiva bringt PRF keine Vorteile.^{42,43}

Andere Arbeiten zeigen gar keinen Nutzen in der Anwendung von PRF bei Rezessionsdeckungen.⁴⁴

Trotz der heterogenen Daten kann PRF eine Alternative in Verbindung mit einem koronalen Verschiebelappen ohne zusätzliches Transplantat sein, stellt aber derzeit keinen Ersatz für das subepitheliale Bindegewebstransplantat dar. Ein Benefit ergibt sich bei der Patientenmorbidity, da die Entnahmestelle am Gaumen entfällt.

Zusammenfassung

Gingivale Rezessionen sind im klinischen Alltag sehr häufig anzutreffen und können verschiedene Beschwerden verursachen. Plastisch-parodontalchirurgische Eingriffe bieten mit unterschiedlichen Techniken die Möglichkeit, je nach Ausprägung und Schwere der Rezession eine Verbesserung der Situation zu erreichen. Eine vollständige Deckung ist vorhersagbar derzeit nur bei Miller Klasse I und II bzw. bei Cairo RT 1 zu erreichen. Bei Rezessionen mit interdentalen Attachmentverlusten ist kritisch zu prüfen, ob ein solch invasiver Eingriff mit einer hohen Patientenbelastung gerechtfertigt ist. Derzeit gibt es für diese Fälle keine Operationstechnik, die zuverlässige und reproduzierbare Ergebnisse liefert.

Adjuvantien sind in der Lage, ein positives Operationsergebnis zu unterstützen und die Patientenmorbidity zu senken. Eine Alternative zum autologen Bindegewebstransplantat stellen sie derzeit allerdings nicht dar. In speziellen Situationen kann auf Bindegewebsersatzprodukte zurückgegriffen werden. Diese sind einerseits angenehmer für die Patienten, erhöhen andererseits aber auch das Risiko für einen Misserfolg.

Gregor Würfl



Prof. Dr. Moritz Keschull MBA



Literatur



ZA GREGOR WÜRFL, M.SC.

Mühlgasse 4
94110 Wegscheid
Tel.: +49 8592 236
Info@zahnarzt-wuerfl.de
www.zahnarzt-wuerfl.de



PROF. DR. MORITZ KESCHULL MBA

Chair of Restorative Dentistry
The School of Dentistry
University of Birmingham
5 Mill Pool Way
Edgbaston, Birmingham B5 7EG
England

Nichtchirurgische Behandlung eines entzündeten periimplären Defektes

unterstützt mit einem Hypochlorit-Reinigungsgel und vernetzter Hyaluronsäure (Clean&Seal)

Ein Beitrag von Dr. Alexander Müller-Busch

Die nichtchirurgische Behandlung von parodontalen und periimplantären Defekten durch mechanische Instrumentierung in Kombination mit einem Natriumhypochlorit-Reinigungsgel und der anschließenden Applikation einer vernetzten Hyaluronsäure in den gereinigten Wundraum stellt eine wenig invasive erste Therapieoption für schwere parodontale und periimplantäre Defekte im Allgemeinen dar.

Einleitung

Die Hauptursache für Parodontitis und für periimplantäre Erkrankungen ist die Akkumulation eines pathogenen Biofilmes in den Taschen um die Zähne bzw. die Implantate, was oft zu einer unkontrollierten Geweberesorption führt (Page 1997).

Der erste Schritt und zugleich Kernelement für eine erfolgreiche Entfernung des Biofilmes ist die subgingivale Instrumentierung der parodontalen bzw. periimplantären Tasche. In der klinischen Praxis können so bei leichten bis moderaten

PA-Defekten sehr vorhersagbare Ergebnisse erzielt werden. Bei schweren parodontalen und bei Periimplantitisdefekten im Allgemeinen ist der Behandlungserfolg deutlich geringer. Insbesondere die Implantatoberfläche weist im Gegensatz zur Zahnwurzel sowohl eine für Instrumente nur schwer zugängliche Gewindestruktur als auch eine mikrostrukturierte Oberfläche auf, die durch die klassischen Handinstrumente nicht gereinigt werden kann. Deshalb führen die weniger invasiven nichtchirurgischen Therapien leider in den meisten Fällen zu keiner dauerhaften Verbesserung der lokalen Entzündung (Renvert 2015).

Dies kann, wenn überhaupt, nur durch invasive chirurgische Vorgehen mit Lappenpräparation und Reinigung der Zahn- bzw. Implantatoberfläche erzielt werden (Schmidlin 2012, Renvert 2009, Almohandes 2019).

Neben der Auflösung der lokalen Entzündungen wünschen wir uns für einen Langzeiterfolg der Behandlung im Optimalfall eine Regeneration des Knochendefektes und eine Wiederherstellung des parodontalen Ligamentes bzw. eine Reossifikation des Implantates (Almohandes 2019).

Stand heute hat sich für die Behandlung von periimplantären Defekten kein Behandlungsstandard herauskristallisiert. Im Regelfall erfolgt die Periimplantistherapie durch eine mehrstufige Behandlungssequenz (Smeets 2014).

Reinigung und Dekontamination

In der erfolgreichen Entfernung des Biofilmes und des in der Tasche befindlichen infizierten Granulationsgewebes liegt das größte Problem. Bei einer nichtchirurgischen Vorgehensweise wird durch alleinige mechanische Instrumentierung keine vollständige Reinigung der Implantatoberfläche und des mit infiziertem Granulationsgewebe gefüllten periimplantären Defektes erzielt. Auch die Zugabe von chemischen Adjuvantien hat keinen signifikanten Einfluss (Koo 2019, Stavropoulos 2019, Mordini 2021).

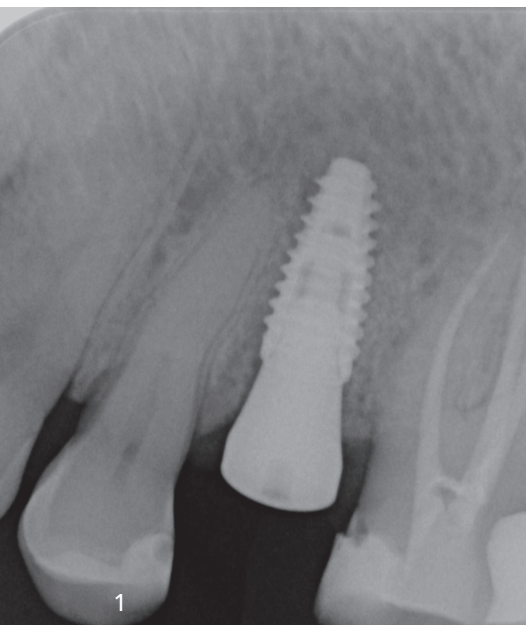


Abb. 1: Röntgenologisches Bild nach Implantation. – **Abb. 2:** Klinische Situation mit erhöhter TST.

Aus diesem Grund werden die besten Ergebnisse im Allgemeinen durch chirurgische Darstellung des Defektes und einer unter Sicht erfolgenden sorgfältigen, mehrstufigen Reinigung durch mechanische Instrumentierung realisiert (Heitz-Mayfield 2014, Schwarz 2015).

Wir verwenden adjuvant zur nichtchirurgischen Instrumentierung von parodontalen und periimplantären Defekten ein Reinigungsgel auf Basis von Natriumhypochlorit (NaOCl, PERISOLV, REGEDENT). Es besteht aus einer 0,95%igen NaOCl-Lösung, die vor Gebrauch mit einer Aminosäurelösung gepuffert wird.

Das Reinigungsgel entfernt effektiv Biofilm (Jurczyk 2015), sowohl auf Dentin- als auch auf den rauen Implantatoberflächen (Bach 2016).

Ein weiterer Vorteil des Gels ist seine degranulierende Eigenschaft. Dadurch wird die Reinigung der infizierten Tasche und vor allem der komplexen Implantatoberfläche verbessert (Bach 2016).

Durch die spezielle Zusammensetzung wirkt PERISOLV® spezifisch auf degenerierte infizierte Gewebestrukturen. Das Gel ist gut verträglich und hat keine gewebereizenden Eigenschaften mehr, wie es von Hypochlorit alleine bekannt ist.

Bei der Behandlung von parodontalen und periimplantären Knochendefekten empfiehlt sich eine mehrfache Applikation des Gels während der mechanischen Instrumentierung. So kann die Reinigung der infizierten Tasche und insbesondere der Implantatoberfläche verbessert werden.

In der Parodontitisbehandlung wird durch die adjuvante Anwendung des Reinigungsgels bei der nichtchirurgischen Behandlung von Parodontaltaschen eine statistisch signifikante Verbesserung sämtlicher Messparameter (TST, CAL, BAS) erzielt (Iorio-Siciliano 2021).

Gleiches gilt bei der geschlossenen Behandlung von periimplantärer Mukositis (Iorio-Siciliano 2020). Die Inzidenz von Sondierungsblutungen (BAS) war nach einem Monat um 70 Prozent reduziert (gegenüber 53 Prozent in der Kontroll-

gruppe ohne Gelapplikation). Leider konnte dieses vielversprechende Kurzzeitergebnis in beiden Gruppen nicht stabil gehalten werden. So zeigten sich nach sechs Monaten nur noch 45 Prozent der Implantate in der Gelgruppe und 32 Prozent in der Kontrollgruppe ohne Entzündungszeichen.

Um eine Reinfektion der Tasche zu vermeiden, setzen wir nach der Instrumentierung spezielle Biologics ein. Wir möchten so eine schnellere Heilung bewirken und die Tasche „versiegeln“, um eine erneute Kontamination mit Biofilm zu verhindern.

Unterstützung der Wund- und Weichgewebeheilung mit vernetzter Hyaluronsäure

Hyaluronsäure (HA) beschleunigt sämtliche Heilungsprozesse, was insbesondere in kompromittierten Situationen wie bei parodontalen und periimplantären Defekten ausschlaggebend für einen Behandlungserfolg sein kann. HA kann den Wundbereich stabilisieren, da sie durch ihren starken „Klebeffekt“ (1 g HA kann bis zu sechs Liter Wasser aufnehmen; Rajan 2013) nach Applikation sofort das Blut im Defektraum bindet. Insbesondere vernetzte Hyaluronsäure weist eine ausgeprägte bakteriostatische Wirkung auf und schützt so den Wundraum vor einer Rekolonialisierung durch Mikroorganismen (Carlson 2004, Zhu 2024).

Hyaluronsäure verbessert signifikant sämtliche Heilungsprozesse: Sie führt zu einer schnelleren Neoangiogenese post OP und verkürzt die Wundheilung (Yildirim 2017, King 1991). Darüber hinaus stimuliert HA eine echte parodontale Regeneration (Shirakata 2021) und beschleunigt sogar die Knochenregeneration (Alcantara 2018, Stiller 2014). Die Kombinationstherapie der adjuvanten Anwendung des Natriumhypochlorit-Reinigungsgels und der vernetzten Hyaluronsäure („CLEAN&SEAL“) zeigt überlegene Ergebnisse bei der Behandlung von parodontalen Taschen im Vergleich zur Instrumentierung alleine. Dies konnte sowohl beim Einsatz in der AIT (Ramanauskaite 2023) als auch in der UPT bei der Behandlung von tiefen residualen Parodontaltaschen gezeigt werden

(Benyei 2024). Damit liegt die Übertragung des Konzeptes auf die nichtchirurgische Behandlung von periimplantären Defekten nahe.

Fallbeispiel

Der Patient stellte sich in unserer Praxis bezüglich Implantation und dem Wunsch nach Lückenschluss Regio 24 vor. Die Zahnentfernung mit zeitgleicher Augmentation lag laut Patientenangabe circa zwölf Monate zurück. Die Knochenqualität während der Implantation war sehr gut und es konnte ein Implantat ohne weitere augmentative Verfahren primärstabil inseriert werden (Abb. 1). Wir entschieden uns für eine transgingivale Einheilung, um bereits zu diesem Zeitpunkt das Weichgewebe auszuformen und dem Patienten einen weiteren chirurgischen Eingriff zu ersparen. Die initiale Wundheilung erfolgte ohne Besonderheiten. Im Rahmen der Weiterbehandlung in Kombination mit der Rückmeldung des Patienten bemerkten wir nach drei Monaten sowohl klinische als auch röntgenologische Probleme. Der Patient gab einen schlechten Geschmack und einen geschwollenen Zahnfleischbereich an. Klinisch konnten wir erhöhte Taschensondierungstiefe (TST) und eine positive Blutung auf Sondierung (BAS) feststellen (Abb. 2).

Röntgenologisch imponierte ein starker Knochenabbau (Abb. 3). Gerade in der frühen Phase der Behandlung stellt uns dieser Befund vor große Probleme. Eine Möglichkeit wäre die Explantation mit erneutem Knochenaufbau, was für den Patienten wiederum weitere chirurgische Eingriffe, Zeit und womöglich weitere Kosten bedeutet. Eine andere Option ist es, das Implantat zu belassen und eine Augmentation des vorhandenen Defektes durchzuführen. Jedoch bedeutet auch dieser scheinbar „leichtere“ Weg für den Patienten einen weiteren chirurgischen Eingriff, und es besteht leider immer noch ein hohes Risiko, dass diese Augmentation in der entzündeten periimplantären Region scheitert.

Wir haben uns stattdessen für den oben beschriebenen minimalinvasiven und innovativen Behandlungsweg (CLEAN&SEAL) entschieden.

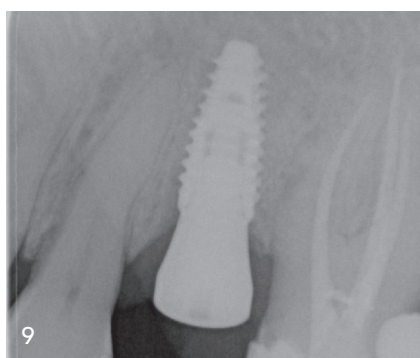
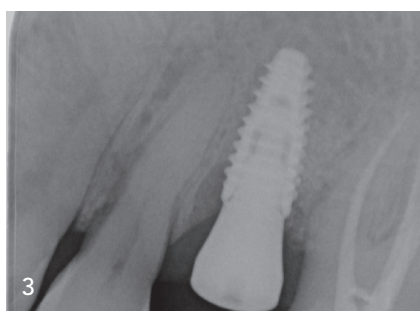


Abb. 3: Initialer periimplantärer Knochenabbau. – **Abb. 4:** Anwendung der Reinigungslösung PERISOLV anhand des CLEAN&SEAL Konzeptes. – **Abb. 5:** Klinisches Bild nach Applikation von PERISOLV/Auflösung und Ablösung des Granulationsgewebes. – **Abb. 6:** Klinische Situation nach Reinigung des Defektes und Entfernung des Granulationsgewebes. – **Abb. 7:** Applikation der Hyaluronsäure hyaDENT BG zur Stabilisation der periimplantären Gewebe. – **Abb. 8:** Wiedereinsetzen des Gingivaformers und erneute xHyA-Applikation. – **Abb. 9:** Röntgenologische Kontrolle nach vier Monaten/complete Ausheilung des periimplantären Defektes. – **Abb. 10 und 11:** Klinisch ausgeheilte und entzündungsfreie Situation/keine erhöhte TST.

Dr. Alexander Müller-Busch



In nur einer Behandlungssitzung wurde, nach Entfernung des Gingivaformers, die Reinigungslösung (PERISOLV) appliziert (Abb. 4). Die Einwirkzeit und Applikation erfolgte anhand unseres Reinigungskonzeptes. Abbildung 5 zeigt, wie sich das Granulationsgewebe ablöst und die entzündeten Bereiche gereinigt werden. Das Granulationsgewebe kann nach der Anwendung sehr einfach mechanisch entfernt werden. Nach einer mehrfachen Applikation und ausgiebigen Wiederholung der Instrumentierung fanden wir einen gereinigten periimplantären Bereich vor (Abb. 6). Der Wundraum wurde mit einer vernetzten Hyaluronsäure (hyaDENT BG, REGEDENT) aufgefüllt und anschließend

mit dem gereinigten Gingivaformer versiegelt (Abb. 7 und 8). Nach vier Monaten imponiert röntgenologisch ein komplett ausgeheilter Knochendefekt (Abb. 9). Klinisch zeigt sich eine ausgeheilte entzündungsfreie Weichgewebssituation samt reduzierten TST und Abwesenheit von BAS (Abb. 10).

Durch das minimalinvasive und innovative Behandlungskonzept konnten eine erneute chirurgische Intervention und die mögliche Explantation vermieden werden. Das Implantat konnte gerettet und das periimplantäre Knochenniveau durch eine nichtchirurgische Periimplantitistherapie wieder komplett hergestellt werden.



DR. ALEXANDER MÜLLER-BUSCH

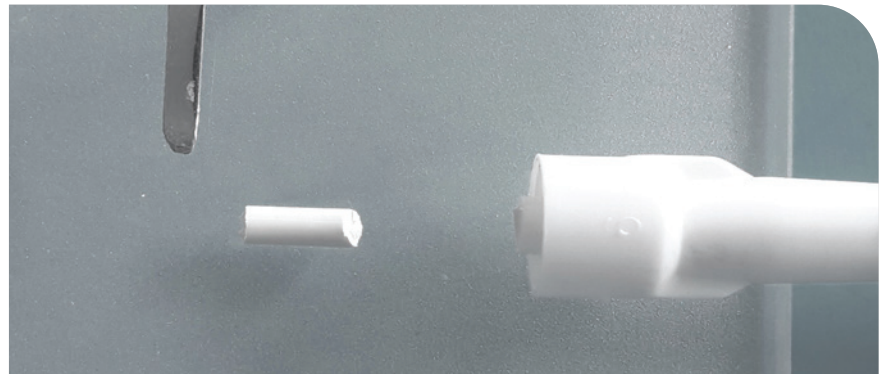
Dr. Müller-Busch & Kollegen
Nürnberger Straße 34
85055 Ingolstadt
a.mueller-busch@web.de
<https://www.dr-mueller-busch.de/>

Die neuen MTA Direkt-Applikationsmaterialien von Cumdente

Präzision und Effizienz neu definiert

Cumdente setzt neue Maßstäbe in der Wurzelkanalbehandlung mit der Einführung von drei revolutionären MTA Direkt-Applikationsmaterialien. Diese innovativen Produkte ermöglichen eine direkte Applikation aus der Spritze – das aufwendige Anmischen entfällt und die perfekte Konsistenz ist jederzeit gewährleistet. Durch die präzise Applikation lassen sich die Materialien gezielt in den Wurzelkanal einbringen, was die Behandlung effizienter und sicherer macht.

Das MTA Bio-C Repair ist ein neues, einkomponentiges Reparaturmaterial, das sich ideal für die Wurzelkanalreparatur eignet. Mit dem MTA Bio-C Sealer steht zudem ein ebenfalls einkomponentiger Sealer zur Verfügung, der sich problemlos direkt in den Wurzelkanal applizieren lässt. Für temporäre medikamentöse Ein-



lagen bietet das MTA Bio-C Temp eine reversible Lösung auf MTA-Basis – einfach in der Anwendung und rückstandslos zu entfernen.

Die neuen Materialien von Cumdente vereinen Komfort, Präzision und Verlässlichkeit und sind ab sofort verfügbar.

CUMDENTE GMBH

Paul-Ehrlich-Straße 11
72076 Tübingen
Tel.: +49 7071 9755721
info@cumdente.de
www.cumdente.de



Cumdente stellt drei neue Fertig-Applikationsmaterialien vor:

- Direktapplikation aus der Spritze.
- Ready to use.
- Anmischen entfällt.
- Immer die perfekte Konsistenz.
- Zielgenau in den Wurzelkanal applizierbar.

MTA Bio-C Repair: Das neue Ein-Komponenten-MTA Reparaturmaterial.

MTA Bio-C Sealer: Ein-Komponenten-Sealer. Direktapplikation in den Wurzelkanal.

MTA Bio-C Temp: Neue med. Einlage auf MTA-Basis. Reversibel. Direktapplikation in den Wurzelkanal.

fab2dent

Sinuslift Kurs

25. April 2025 / Wien

1-Tages Kurs am Anatomischen Institut in Wien

Reelle Übungssituation aufgrund **frischer** (nicht fixierter!)
Präparate - ca. 5h Hands-on Zeit!

Lateraler / transkrestaler Sinuslift / Implantation

Piezotechnik, rotierende Instrumente, Osteotome, Magnetic Mallet, etc.

Prof. DDr. Christian Ulm

Prof. Dr. Andreas Stavropoulos, PhD, dr. odont.

Priv. Doz. Dr. Kristina Bertl, PhD, MBA, MSc



Alle Informationen und
Anmeldungsmöglichkeiten finden sie unter:

[https://www.fab2dent.com/
scheduled-courses/](https://www.fab2dent.com/scheduled-courses/)

Mit Unterstützung durch

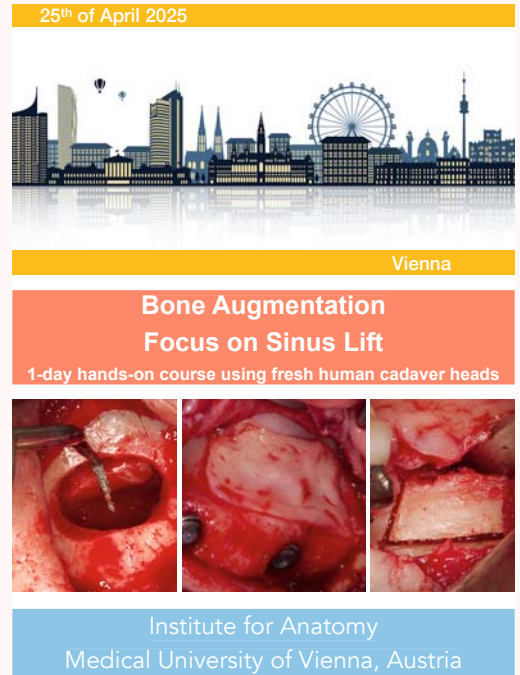


straumann

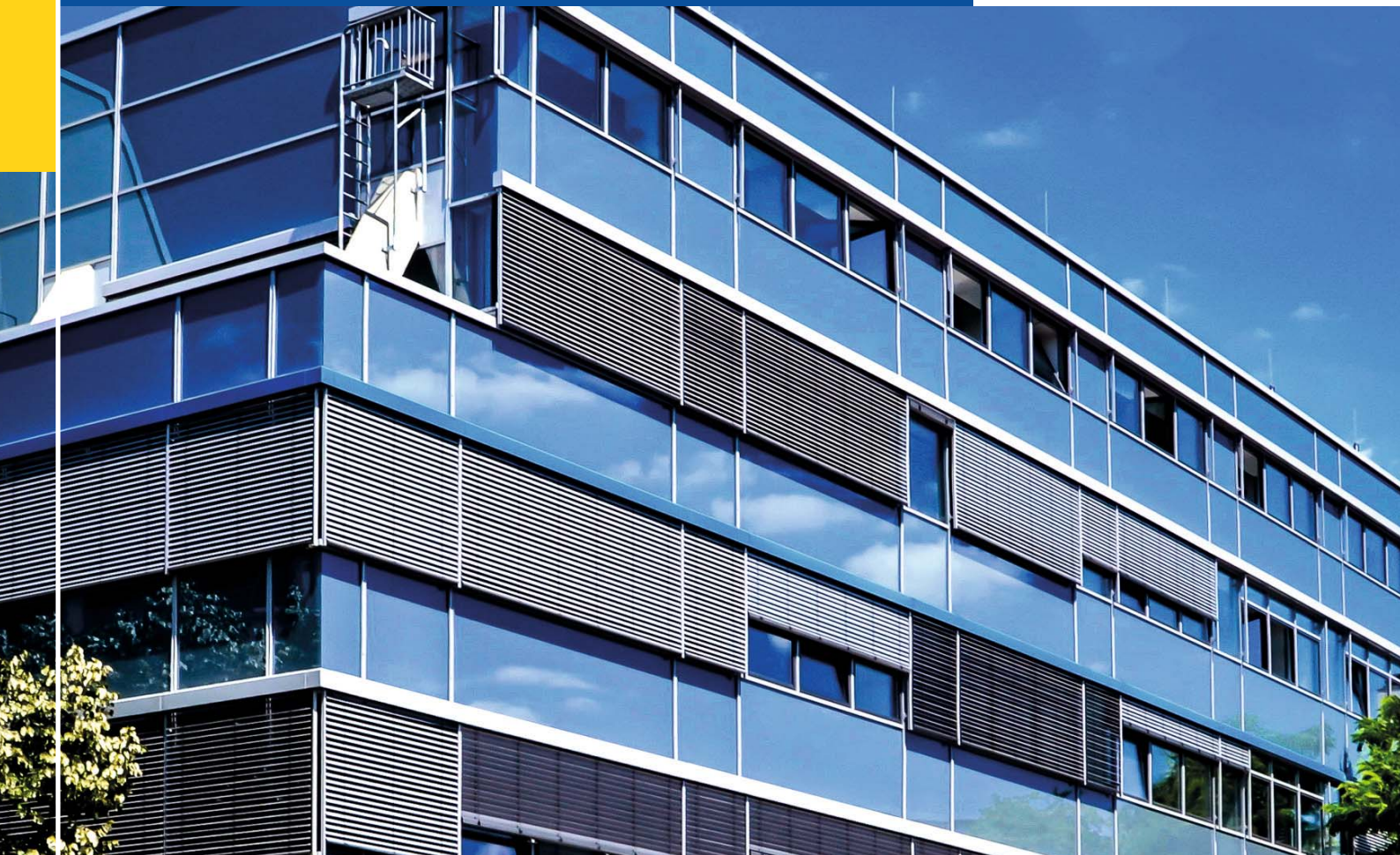
stoma
Aus Leidenschaft für Perfektion



zauchner
dental-produkte gmbh



29. Klinische Demonstration 2025



Knochen im Fokus

Universitätsklinikum Erlangen
Hörsäle Medizin, Hörsaalzentrum

Samstag, 18. Januar 2025
09.00 - 13.00 Uhr

Anmeldung unter



[www.eazf.de/sites/
klinische-demonstration](http://www.eazf.de/sites/klinische-demonstration)

In Kooperation mit

**Uniklinikum
Erlangen**



MKG-Chirurgischen Klinik des
Universitätsklinikums Erlangen



Kursgebühr: 75,00 €

Studenten/Assistenten: 25,00 €

Fortbildungspunkte: 5

eazf Fortbildungen

KURS-NR.	THEMA	DOZENT	DATEN	€	PKT	ZIELGRUPPE
A74174	Grundregeln der Ästhetik und ihre Realisation mit Komposit – Intensivkurs	Prof. Dr. Bernd Klaiber	Fr., 22.11.2024, 14.00 Uhr Nürnberg Akademie	895	17	ZA, ZÄ
A64125-1	Moderne Implantatprothetik – Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung	Dr. Friedemann Petschelt, Dr. Andreas Petschelt, Dr. Johannes Petschelt	Sa., 23.11.2024, 09.00 Uhr München Akademie	515	11	ZA, ZÄ
A34403	Prothetische Assistenz	ZÄ Manuela Gumbrecht	Mo., 25.11.2024, 09.00 Uhr München Akademie	750	0	PP
A54831	Social Media – Neue Wege der Patienten- und Mitarbeitergewinnung	Sabine Nemeč	Mi., 27.11.2024, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	295	4	ZA, PP
A14203	Online-Tagung: Schwäbisches Herbstsymposium 2024 für Zahnärzte	Prof. Dr. Christoph Benz, Prof. Dr. Jürgen Manhart	Sa., 30.11.2024, 09.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	225	8	ZA
A34306	Prophylaxe Basiskurs	Tatjana Herold, Nathalie Zircher, Alla Käufler, Tobias Feilmeier	Mo., 02.12.2024, 09.00 Uhr München Akademie	950	0	PP
A34204	Prophylaxe Basiskurs	Monika Hügerich, Kerstin Kaufmann, Daniela Brunhofer	Mo., 02.12.2024, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	950	0	PP
A64832	Die professionelle Zahnreinigung – PZR-Intensivkurs	Tatjana Bejta, Natascha Stang	Mo., 02.12.2024, 09.00 Uhr München Akademie	595	0	PP
A74695	Hygienebeauftragte/-r eazf	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Mi., 04.12.2024, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	675	24	PP
A74177	Die Kompositfüllung von A bis Z	Prof. Dr. Roland Frankenberger	Sa., 07.12.2024, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	515	11	ZA, ZÄ
A64131	State of the Art in der Implantatprothetik	Dr. Michael Hopp	Sa., 07.12.2024, 09.00 Uhr München Akademie	465	8	ZA, ZÄ
A74835	Praktische Umsetzung der PZR – Einsteigerkurs	Sabine Deutsch, Karin Schwengsbier	Mo., 09.12.2024, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	415	0	PP
A64132	Parodontalchirurgie – Indikation, Methoden, Ergebnisse	Prof. Dr. Dr. Matthias Folwaczny	Sa., 14.12.2024, 09.00 Uhr München Akademie	515	11	ZA, ZÄ
B75701	Die professionelle Zahnreinigung – PZR-Intensivkurs	Sabine Deutsch, Karin Schwengsbier	Fr., 10.01.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	615	0	PP
B55250	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Christian Öttl	Mi., 15.01.2025, 13.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP
B55251	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Christian Öttl	Mi., 15.01.2025, 15.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP
B75003-5	Kursserie Myodiagnostik: Manuelle Medizin 2	Rainer Wittmann, Dr. Eva Meierhöfer	Fr., 17.01.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	500	22	ZA
B65620-1	Betriebswirtschaft für Zahnmediziner	Dr. Rüdiger Schott, Stephan Grüner	Sa., 18.01.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	150	8	ZA, ZÄ, ASS, PM
B15502	29. Klinische Demonstration 2025 – Knochen im Fokus	Moderation: Prof. Dr. Dr. Marco R. Kesting, Prof. Dr. Dr. Rainer Lutz	Sa., 18.01.2025, 09.00 Uhr Erlangen Universitätsklinikum	75	5	ZA, ZÄ, ASS
B35201	Prophylaxe Basiskurs	Monika Hügerich, Kerstin Kaufmann, Daniela Brunhofer	Mo., 20.01.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	950	0	PP
B65701	Aufbereitung von Medizinprodukten – Erwerb der Sachkenntnisse gem. MPBetreibV	Marina Nörr-Müller	Mo., 20.01.2025, 09.00 Uhr München Akademie	815	0	PP
B65702	Basics & more – Reparaturen und Wiederherstellungen von Zahnersatz	Irmgard Marischler	Mi., 22.01.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	405	8	ZA, ZÄ, PP
B65621-1	Grundkenntnisse der GOZ-Abrechnung und Auszüge aus der GOÄ	Irmgard Marischler	Sa., 25.01.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	150	8	ZA, ZÄ, ASS, PP
B65101	Therapie der Periimplantitis	Prof. Dr. Dr. Matthias Folwaczny	Sa., 25.01.2025, 09.00 Uhr München Akademie	525	11	ZA, ZÄ
B65102	Digitale Volumetomografie für Zahnärzte (DVT)	Prof. Dr. Herbert Deppe, Prof. Dr. Jörg Neugebauer	Sa., 25.01.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	795	17	ZA, ZÄ

eazf Fortbildungen

KURS-NR.	THEMA	DOZENT	DATEN	€	PKT	ZIELGRUPPE
B35301	Prophylaxe Basiskurs	Tatjana Herold, Nathalie Zircher, Alla Käufler, Tobias Feilmeier	Mo., 27.01.2025, 09.00 Uhr München Akademie	950	0	PP
B65703	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mo., 27.01.2025, 09.00 Uhr München Akademie	485	0	PP
B75703	Basics & more – Reparaturen und Wiederherstellungen von Zahnersatz	Irmgard Marischler	Fr., 31.01.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	405	8	ZA, ZÄ, PP
B65681	Qualitätsmanagementbeauftragte/r eazf (QMB)	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Di., 05.02.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	850	32	PP
BUHL1	Schienenherstellung im Praxislabor	Konrad Uhl	Mi., 05.02.2025, 09.00 Uhr München Akademie	375	0	ZAH/ZFA
B55252	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Moritz Kipping	Mi., 05.02.2025, 13.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP
B65103	Präventionskonzept Arbeitsschutz: Erstschulung BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 05.02.2025, 14.00 Uhr München Akademie	295	6	ZA, ZÄ
B55253	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Moritz Kipping	Mi., 05.02.2025, 15.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP
B65104	Chirurgie und Implantologie – Basiskurs	Dr. Daniel Schulz	Fr., 07.02.2025, 09.00 Uhr München Akademie	525	11	ZA, ZÄ
B65105	Chirurgie und Implantologie – Aufbaukurs	Dr. Daniel Schulz	Sa., 08.02.2025, 09.00 Uhr München Akademie	525	11	ZA, ZÄ
B75620-1	Betriebswirtschaft für Zahnmediziner	Dr. Rüdiger Schott, Stephan Grüner	Sa., 08.02.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	150	8	ZA, ZÄ, ASS, PM
B65704	Intensiv-Kurs Verwaltung	Susanne Eßer	Mo., 10.02.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	495	0	PP
B75704	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Moritz Kipping	Mo., 10.02.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	485	0	PP
B65705	Die neue PAR-Richtlinie und deren richtige Umsetzung in der Praxis	Tatjana Herold	Mi., 12.02.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	405	8	ZA, ZÄ, PP
B65691	Hygienebeauftragte/-r eazf	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Mi., 12.02.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	675	24	PP
B55201	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mi., 12.02.2025, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	115	9	ZA, ZÄ
B65106	Endo Intensiv-Seminar 2025	Dr. Christoph Kaaden	Fr., 14.02.2025, 14.00 Uhr München Flößergasse	925	15	ZA, ZÄ
B65706	Die professionelle Zahnreinigung – PZR-Intensivkurs	Tatjana Bejta, Natascha Stang	Mo., 17.02.2025, 09.00 Uhr München Akademie	615	0	PP
B65107	Röntgenkurs für Zahnärztinnen und Zahnärzte zum Erwerb der Fachkunde	Dr. Stefan Gassenmeier	Mo., 17.02.2025, 09.00 Uhr München Akademie	495	24	ZA, ZÄ
B65707	Kinderprophylaxe 2.0 – Der Schlüssel zur Kariesprävention bei Kindern	Tania Eberle, Ulrike Stadler	Mi., 19.02.2025, 09.00 Uhr München Akademie	425	8	ZA, ZÄ, PP
B55254	Update-Workshop für QMB und Hygienebeauftragte	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Mi., 19.02.2025, 09.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	395	8	ZA, ZÄ, PP
B55255	Datenschutzbeauftragte/-r in der Zahnarztpraxis (DSB)	Regina Kraus	Fr., 21.02.2025, 09.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	395	7	ZA, PP
B65708	Abrechnung Compact – Modul 1: Kons./Chirurgie (KCH)	Irmgard Marischler	Fr., 21.02.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	405	8	PP
B75139	Präparationstechniken für vollkeramische Restaurationen – Der Schlüssel zum Erfolg	Prof. Dr. Lothar Pröbster	Fr., 21.02.2025, 14.00 Uhr Nürnberg Akademie	795	14	ZA, ZÄ
B55202	Update Notfallmanagement in der zahnärztlichen Praxis	Jürgen Krehle, Dennis Wölfle	Fr., 21.02.2025, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	200	3	ZA, ZÄ, PP
B65640	Der Weg zur erfolgreichen Praxisabgabe	Michael Weber, Dr. Ralf Schauer, Stephan Grüner, Hanna Pachowsky	Sa., 22.02.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	75	8	ZA, ZÄ
B65650	Niederlassungsseminar BLZK/KZVB für Existenzgründer	Dr. Ralf Schauer, Stephan Grüner, Michael Weber, Hanna Pachowsky	Sa., 22.02.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	75	8	ZA, ZÄ, ASS
B65108	Aktualisierung der Kenntnisse im Arbeitsschutz der BLZK – BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 26.02.2025, 14.00 Uhr München Akademie	175	6	ZA, ZÄ

Betriebswirtschaft und Abrechnung für Zahnarzt/-innen



DATUM	ORT	UHRZEIT	KURS	BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE MODULE
18. Januar 2025 8. Februar 2025	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	BWL 1	Betriebswirtschaft für Zahnmediziner Kostenmanagement aus der Sicht des Zahnarztes – Praxisbericht
15. Februar 2025 8. März 2025	Nürnberg München	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	BWL 2	Grundsätzliche Gedanken und Ausblicke zur Niederlassung Praxisfinanzierung, Businessplanung, Fördermöglichkeiten Versicherungen und Vorsorge, Zulassungsverfahren, Wissenswertes aus dem Steuerrecht
22. März 2025 5. April 2025	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	BWL 3	Rechte und Pflichten in der Berufsausübung Wichtige Verträge und juristische Tipps zur Vertragsgestaltung Praxisformen und Kooperationsmöglichkeiten
24. Mai 2025 5. Juli 2025	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	BWL 4	Wie mache ich meine Praxis zur Marke? Praxismarketing oder berufswidrige Werbung? Unternehmerische Steuerungs- instrumente Spannungsfeld Umsatz, Rentabilität, Liquidität
19. Juli 2025	München	09.00 – 16.00 Uhr	BWL 5	Workshop für Existenzgründer
26. Juni 2025 9. Oktober 2025	Nürnberg München	9.00–19.00 Uhr 9.00–19.00 Uhr	BWL 6A	Erfolgreiche Personalarbeit – Ein Praxiskonzept Ausbildungswesen
27. Juni 2025 10. Oktober 2025	Nürnberg München	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	BWL 6B	Erfolgreiche Personalarbeit – Ein Praxiskonzept Mitarbeiterführung Arbeitsrecht in der Zahnarztpraxis
20. September 2025 18. Oktober 2025	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	BWL 7	Vertragszahnärztliche Abrechnung Honorarverteilungsmaßstab (HVM) Ordnungsgemäße Dokumentation Patientenkommunikation

DATUM	ORT	UHRZEIT	KURS	ABRECHNUNGSMODULE
25. Januar 2025 18. Oktober 2025 8. November 2025	München München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	ABR 1	Grundkenntnisse der GOZ-Abrechnung und Auszüge aus der GOÄ – Einsteigerkurs
29. März 2025 15. November 2025 22. November 2025	München Nürnberg München	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	ABR 2	Abrechnung nach BEMA mit Fallbeispielen – Einsteigerkurs
5. April 2025 29. November 2025 6. Dezember 2025	München Nürnberg München	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	ABR 3	Grundkenntnisse der ZE-Abrechnung und befundorientierte Festzuschüsse – Einsteigerkurs

Kursgebühr für Zahnärzte: 150 Euro je Seminar

Kursgebühr für angestellte Zahnärzte und Assistenten: 125 Euro je Seminar

Veranstaltungsorte: eazf München, Flößergasse 1, 81369 München bzw. eazf Nürnberg, Laufertorgaben 10, 90489 Nürnberg

Anmeldung und Informationen: eazf GmbH, Fallstraße 34, 81369 München, Telefon: 089 230211-400,

Fax: 089 230211-406, E-Mail: info@eazf.de, www.eazf.de/sites/bwl-curriculum

Niederlassungs- und Praxisabgabeseminare 2025



NIEDERLASSUNGSSEMINAR

- 09.00 Uhr Praxisgründung mit System – Ein Leitfaden**
- Grundsätzliche Gedanken zur Niederlassung: Standort, Patientenstamm, Praxisform, Zeitplan
 - Überlegungen zum Raumkonzept
 - Arbeitssicherheit (BuS-Dienst), Hygiene, QM
 - Personalkonzept und Personalgewinnung
 - Entwicklung einer Praxismarke
 - Begleitung der Praxisgründung von A – Z

11.00 Uhr Kaffeepause und Praxisforum

- 11.30 Uhr Versicherungen und Vorsorgeplan**
- Welche Versicherungen sind zwingend nötig?
 - Existenzschutz bei Berufsunfähigkeit/Krankheit
 - Welche Fehler sollte man unbedingt vermeiden?
 - Gesetzliche oder private Krankenversicherung?
 - VVG – Beratung und Gruppenverträge

13.00 Uhr Mittagspause und Praxisforum

- 13.45 Uhr Praxisformen und wichtige Verträge**
- Welche Praxisformen gibt es?
 - Wichtige Verträge: Praxiskauf- bzw. -übergabevertrag, Berufsausübungsgemeinschaft, MVZ
 - Übergangs-Berufsausübungsgemeinschaft
 - Mietvertrag: Was ist zu beachten?
 - Arbeitsrechtliche Aspekte der Praxisübernahme

15.00 Uhr Kaffeepause und Praxisforum

- 15.15 Uhr Steuerliche Aspekte und Praxisfinanzierung**
- Organisation Rechnungswesen und Controlling
 - Die betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA)
 - Steuerarten, Liquiditätsfallen, Immobilien
 - Möglichkeiten der Lohnoptimierung
 - Verfahren und Kriterien zur Praxiswertermittlung
 - Kapitalbedarf, Finanzierung und Businessplan
 - Staatliche Fördermöglichkeiten

16.30 Uhr Seminarende

PRAXISABGABESEMINAR

- 09.00 Uhr Betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte**
- Sind Investitionen noch sinnvoll?
 - Freibeträge und Steuervergünstigungen
 - Verfahren und Kriterien zur Praxiswertermittlung
 - Nachfolgegestaltung mit Angehörigen: Schenken oder verkaufen?
 - Möglichkeiten zur Minderung der Schenkungs- bzw. Erbschaftssteuer
 - Besteuerung von Rentnern

11.00 Uhr Kaffeepause und Praxisforum

- 11.30 Uhr Praxisabgabe mit System – Ein Leitfaden**
- Rahmenbedingungen und Entwicklungen
 - Einflussfaktoren für die erfolgreiche Praxisabgabe
 - Wege, um Kaufinteressenten zu finden
 - Information der Patienten (wann sinnvoll?)
 - Nachhaftung Berufshaftpflichtversicherung
 - Abgabe der Zulassung und Meldeordnung
 - Wichtige Formalien der Praxisabgabe
 - Praxisschließung – Was ist zu beachten?

13.00 Uhr Mittagspause und Praxisforum

- 13.45 Uhr Planung der Altersvorsorge**
- Versorgungslücke im Alter: Reicht die berufsständische Versorgung aus?
 - Überprüfung der Krankenversicherung im Alter
 - Macht eine Pflegezusatzversicherung Sinn?

15.00 Uhr Kaffeepause und Praxisforum

- 15.15 Uhr Rechtliche Aspekte**
- Praxisabgabevertrag
 - Übergangs-Berufsausübungsgemeinschaft
 - Worauf ist beim Mietvertrag zu achten?
 - Aufbewahrungspflicht der Patientenkartei
 - Arbeitsrechtliche Aspekte der Praxis

16.30 Uhr Seminarende

Termine:

22. Februar 2025, München
 10. Mai 2025, Nürnberg
 12. Juli 2025, Regensburg
 11. Oktober 2025, München

Uhrzeit:

9.00–17.00 Uhr

Hinweis:

Niederlassungsseminare und Praxisabgabeseminare finden jeweils am selben Tag und Ort statt. Im Rahmen eines Praxisforums können Praxisabgeber ihre Praxen präsentieren und mit Existenzgründern ins Gespräch kommen.

Kursgebühr: 75 Euro (inklusive Mittagessen, Kaffeepausen und ausführlicher digitaler Kursunterlagen)

Veranstaltungsorte: eazf Seminarzentrum München, Flößergasse 1, 81369 München

eazf Nürnberg, Laufertorgraben 10, 90489 Nürnberg

eazf Seminarzentrum Regensburg, Prüfeninger Schloßstraße 2 a, 93051 Regensburg

Anmeldung: eazf GmbH, Fallstraße 34, 81369 München, Telefon: 089 230211-400, E-Mail: info@eazf.de, www.eazf.de

Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen für Praxispersonal



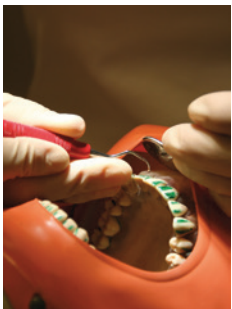
Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen zur fachlichen und beruflichen Entwicklung des zahnärztlichen Personals genießen bei der eazf schon immer einen hohen Stellenwert. Unsere langjährige Erfahrung bei der Durchführung von Fortbildungen garantiert eine konsequente und zielgerichtete Vorbereitung auf Abschlussprüfungen und das spätere Aufgabengebiet in der Praxis. In allen Fortbildungsgängen bietet die eazf zusätzliche, über die Anforderungen der Fortbildungsordnungen hinausgehende Unterrichtseinheiten zur Vertiefung der Lehrinhalte und zur Vorbereitung auf die Prüfungen an (z. B. Abrechnungstraining für ZMV, Instrumentierungstraining für ZMP/DH, Deep-Scaling-Kurs für ZMP). Neben den Aufstiegsfortbildungen mit Prüfung vor der BLZK gibt es auch Weiterqualifizierungen der eazf mit Abschlussprüfung durch die eazf.

Auch in diesen Lehrgängen (Praxismanager/-in, Abrechnungsmanager/-in, Zahnmedizinische Prophylaxefachkraft, Hygienebeauftragte/-r, Qualitätsmanagementbeauftragte/-r) wird auf einen hohen Praxisbezug geachtet. Mit Angeboten in München und Nürnberg ist die eazf regional vertreten und ermöglicht so eine berufsbegleitende Fortbildung, ohne dass Sie Ihre berufliche Praxis vollständig unterbrechen müssen.

Für die eazf sprechen viele Gründe:

- Gegenseitige Übungen und Patientenbehandlungen
- Moderne Simulationseinheiten (Phantomköpfe) mit hochwertiger technischer Ausstattung
- Kooperation mit der Universitätszahnklinik München
- Individuelle Beratung und Betreuung durch die eazf während des gesamten Lehrganges
- Intensive Vorbereitung auf die Prüfungen vor der BLZK bzw. der eazf
- Förderung nach Meister-BAföG (AFBG) und Meisterbonus (bei Aufstiegsfortbildungen)

Auf www.aufstiegsfortbildungen.info finden Sie ausführliche Informationen zu allen Lehrgängen. Auskünfte erhalten Sie bei den jeweiligen Koordinationen unter der Telefonnummer 089 230211-460 oder per Mail an info@eazf.de.



ZAHNMEDIZINISCHE/-R PROPHYLAXEASSISTENT/-IN (ZMP)

Kursinhalte: Plaque- und Blutungsindizes, Kariesrisikoeinschätzung, Erarbeiten von Therapievorschlügen, PZR im sichtbaren und im klinisch sichtbaren subgingivalen Bereich, Beratung und Motivation, Fissurenversiegelung, Ernährungslehre, Abdrucknahme und Provisorienherstellung, Behandlungsplanung, intensive praktische Übungen

Kursgebühr: € 4.950 inkl. Kursunterlagen in digitaler Form, Erfrischungsgetränke und Kaffee, Ratenzahlung möglich, zzgl. Prüfungsgebühr der BLZK, Meisterbonus

Kursdaten: Die Aufstiegsfortbildung zur/zum ZMP dauert etwa ein Jahr. Sie wird in München und Nürnberg angeboten.

Voraussetzungen: Bestandene Abschlussprüfung als ZFA, mindestens ein Jahr Tätigkeit als ZFA, Nachweis über den Besuch eines Erste-Hilfe-Kurses mit neun Unterrichtsstunden, Nachweis über Kenntnisse im Strahlenschutz.

Abschlussprüfung: Prüfungsausschuss der BLZK, schriftliche und praktische Prüfung.



DENTALHYGIENIKER/-IN (DH)

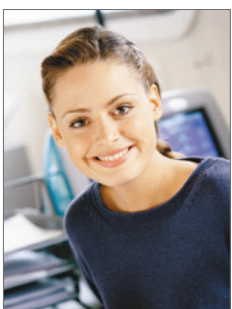
Kursinhalte: Anamnese, gesunde und erkrankte Strukturen der Mundhöhle, therapeutische Maßnahmen, Parodontitis-therapie, Beratung und Motivation der Patienten, Langzeitbetreuung von Patienten jeder Altersstufe, intensive praktische Übungen, Klinikpraktika

Kursgebühr: € 9.475 inkl. Kursunterlagen in digitaler Form, Erfrischungsgetränke und Kaffee, Ratenzahlung möglich, zzgl. Prüfungsgebühr der BLZK, Meisterbonus

Kursdaten: Die Aufstiegsfortbildung zur/zum DH dauert etwa 16 Monate. Sie wird in München und Nürnberg angeboten.

Voraussetzungen: Bestandene Abschlussprüfung als ZMP oder ZMF, mindestens ein Jahr Tätigkeit als ZMP oder ZMF, Nachweis über den Besuch eines Erste-Hilfe-Kurses mit neun Unterrichtsstunden, Nachweis über Kenntnisse im Strahlenschutz.

Abschlussprüfung: Prüfungsausschuss der BLZK, schriftliche und praktische Prüfung.



ZAHNMEDIZINISCHE/-R VERWALTUNGSASSISTENT/-IN (ZMV)

Kursinhalte: Abrechnungswesen, Praxismanagement, Marketing, Rechts- und Wirtschaftskunde, Informations- und Kommunikationstechnologie (EDV), Kommunikation, Rhetorik und Psychologie, Präsentationstechnik, Datenschutz, Personal- und Ausbildungswesen, Pädagogik, QM

Kursgebühr: € 4.950 inkl. Kursunterlagen in digitaler Form, Erfrischungsgetränke und Kaffee, Ratenzahlung möglich, zzgl. Prüfungsgebühr der BLZK, Meisterbonus

Kursdaten: Die Aufstiegsfortbildung zur/zum ZMV dauert etwa ein Jahr. Sie wird in München und Nürnberg angeboten. Die Fortbildung ist auch als halbjähriger Kompaktkurs buchbar.

Voraussetzungen: Bestandene Abschlussprüfung als ZFA, mindestens ein Jahr Tätigkeit als ZFA, Nachweis über den Besuch eines Erste-Hilfe-Kurses mit neun Unterrichtsstunden.

Abschlussprüfung: Prüfungsausschuss der BLZK, schriftliche und praktische Prüfung.



ABRECHNUNGSMANAGER/-IN EAZF

Kursinhalte: Aufgaben der Körperschaften, Gebührensysteme, BEMA und GOZ, Analogleistungen (ohne KFO), BEL II und BEB, Chairside-Leistungen, KCH, ZE, Implantologie, PAR/PZR, KBR, Gnathologie, Schnittstellen BEMA und GOZ, Dokumentation, Behandlungsvertrag, Kommunikation mit Patienten und Erstattungsstellen, Kalkulation von Leistungen, Factoring

Kursgebühr: € 1.800 inkl. Kursunterlagen in digitaler Form, Mittagessen, Erfrischungsgetränke und Kaffee, zzgl. Prüfungsgebühr der eazf

Kursdaten: Die Weiterqualifizierung zur/zum Abrechnungsmanger/-in eazf dauert insgesamt vier Monate. Kursbeginn ist in München und Nürnberg jeweils im Januar.

Voraussetzungen: Bestandene Abschlussprüfung als ZFA, Nachweis einer mindestens einjährigen beruflichen Tätigkeit als ZAH/ZFA.

Abschlussprüfung: Prüfungsausschuss der eazf, schriftliche Prüfung



PRAXISMANAGER/-IN EAZF (PM) INKL. QMB

Kursinhalte: Betriebswirtschaft in der Zahnarztpraxis, Rechnungs- und Finanzwesen, Personalmanagement und -führung, Ausbildungswesen, Materialwirtschaft, Marketing, QM, Arbeits- und Vertragsrecht, Kommunikation und Gesprächsführung

Kursgebühr: € 2.950 inkl. Kursunterlagen in digitaler Form, Erfrischungsgetränke und Kaffee, Ratenzahlung möglich, zzgl. Prüfungsgebühr der eazf

Kursdaten: Die Weiterqualifizierung zur/zum PM dauert etwa sechs Monate. In München ist Kursbeginn im Oktober, in Nürnberg startet die Fortbildung im Januar.

Voraussetzungen: Bestandene Abschlussprüfung als ZFA oder vergleichbare Qualifikation, zwei Jahre Tätigkeit im Bereich der Verwaltung einer Praxis empfohlen.

Abschlussprüfung: Prüfungsausschuss der eazf, schriftliche und mündliche Prüfung. Der Abschluss beinhaltet die Prüfung zum/zur QMB.



HYGIENEBEAUFTRAGTE/-R EAZF (HYG)

Kursinhalte: Gesetzliche Grundlagen, Infektionsprävention: Erreger, Übertragungswege und Prävention, Mikrobiologische Begriffe, Hygienemanagement: Anforderungen an Räume, Wasser führende Systeme, Flächendesinfektion, Aufbereitung von Medizinprodukten, Risikoeinstufung, Reinigungsverfahren, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, Verankerung im QM

Kursgebühr: € 675 inkl. Kursunterlagen, Mittagessen, Erfrischungsgetränke und Kaffee

Kursdaten: Die Weiterqualifizierung zur/zum Hygienebeauftragten eazf dauert drei Tage. Sie wird in München und Nürnberg ganzjährig zu verschiedenen Terminen angeboten.

Voraussetzung: Bestandene Abschlussprüfung als ZFA.

Update für HYG: Jährliche Update-Kurse, mit denen sich Praxen auf den aktuellen Stand bringen können. Außerdem bietet die eazf Consult eine Beratungsdienstleistung zur Überprüfung Ihres praxisinternen Hygienemanagements an.



QUALITÄTSMANAGEMENTBEAUFTRAGTE/-R EAZF (QMB)

Kursinhalte: Bedeutung und Begriffe des QM, Anforderungen an ein QM-System für die Zahnarztpraxis, Aufbau und Weiterentwicklung eines QM-Handbuchs, Arbeitsschutz und Hygienevorschriften, Medizinproduktegesetz (MPG), Anwendung des QM-Handbuchs der BLZK

Kursgebühr: € 850 inkl. Kursunterlagen, Mittagessen, Erfrischungsgetränke und Kaffee

Kursdaten: Die Weiterqualifizierung zur/zum QMB eazf dauert vier Tage. Sie wird in München und Nürnberg ganzjährig zu verschiedenen Terminen angeboten.

Update für QMB: Jährliche Update-Kurse, mit denen sich Praxen auf den aktuellen Stand bringen können. Außerdem bietet die eazf Consult eine Beratungsdienstleistung zur Überprüfung Ihres praxisinternen QM an.



CHIRURGISCHE ASSISTENZ EAZF

Kursinhalte: Krankheitsbilder und operatives Vorgehen in der Oral- bzw. der MKG-Chirurgie, OP-Vorbereitung, Patientenaufklärung und -betreuung, Assistenz in Chirurgie und Implantologie, Instrumentenkunde, chirurgische Materialien, OP-Workshop, Wundinfektionen (Ursachen und Bekämpfung), Hygienemaßnahmen, Ergonomie, praktische Übungen zur sterilen OP-Vorbereitung

Kursgebühr: € 975 inkl. Kursunterlagen in digitaler Form, Mittagessen, Erfrischungsgetränke und Kaffee

Kursdaten: Die Weiterqualifizierung zur Chirurgischen Assistenz eazf dauert vier Tage. Sie wird in München und Nürnberg ganzjährig zu verschiedenen Terminen angeboten.

Voraussetzung: Bestandene Abschlussprüfung als ZFA.

Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2025/2026



Bitte beachten Sie die Hinweise zum Prüfungsort¹

	VORAUSSICHTLICHER PRÜFUNGSSTERMIN	ANMELDESCHLUSS INKL. VOLLSTÄNDIGER ZULASSUNGSUNTERLAGEN
ZMP Schriftliche Prüfung	13.3.2025	4.2.2025
ZMP Praktische Prüfung	21.3.–22.3.2025 31.3.–4.4.2025	4.2.2025
ZMP Schriftliche Prüfung	2.9.2025	30.7.2025
ZMP Praktische Prüfung	9.9.–13.9.2025	30.7.2025
ZMV Schriftliche Prüfung	11.3.–12.3.2025	4.2.2025
ZMV Mündliche Prüfung	13.3.–17.3.2025	4.2.2025
ZMV Schriftliche Prüfung	27.8.–28.8.2025	30.7.2025
ZMV Mündliche Prüfung	3.9.–6.9.2025	30.7.2025
DH Schriftliche Prüfung	1.9.2025	30.7.2025
DH Praktische Prüfung	3.9.–6.9.2025	30.7.2025
DH Mündliche Prüfung	8.9.–9.9.2025	30.7.2025
ZMP Schriftliche Prüfung	17.3.2026	04.2.2026
ZMP Praktische Prüfung	20.3.–26.3.2026	04.2.2026
ZMP Schriftliche Prüfung	3.9.2026	30.7.2026
ZMP Praktische Prüfung	7.9.–12.9.2026	30.7.2026
DH Schriftliche Prüfung	2.9.2026	30.7.2026
DH Praktische Prüfung	3.9.–5.9.2026	30.7.2026
DH Mündliche Prüfung	10.9.–11.9.2026	30.7.2026
ZMV Schriftliche Prüfung	10.3.–11.3.2026	4.2.2026
ZMV Mündliche Prüfung	12.3.–14.3.2026	4.2.2026
ZMV Schriftliche Prüfung	8.9.–9.9.2026	30.7.2026
ZMV Mündliche Prüfung	16.9.–18.9.2026	30.7.2026

Terminänderungen im Vergleich zu bisher veröffentlichten Terminen werden rechtzeitig bekannt gegeben und sind farblich gekennzeichnet.

¹ Der verbindliche Prüfungsort für oben genannte Termine kann dem Prüfungsteilnehmer erst mit dem Zulassungsschreiben circa zwei Wochen vor dem Prüfungstermin mitgeteilt werden.

Prüfungsgebühren für Aufstiegsfortbildungen BLZK nach den Prüfungsvorschriften ab 1.1.2017:

ZMP	460 Euro
ZMV	450 Euro
DH	670 Euro

Die Prüfungsgebühren für Wiederholungsprüfungen beziehungsweise einzelne Prüfungs-

teile erfragen Sie bitte im Referat Zahnärztliches Personal der Bayerischen Landeszahnärztekammer. Der Anmeldeschluss bei der BLZK ist jeweils angegeben. Den Antrag auf Zulassung stellen Sie bitte rechtzeitig beim Referat Zahnärztliches Personal der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Flößergasse 1, 81369 München, Telefon 089 230211-330 oder -332, zahnaerztliches-personal@blzk.de.

Kassenänderungen

1. Anschriftenänderung einer Krankenkasse
– ab sofort –

BKK EWE, Donnerschweer Straße 20, 26123 Oldenburg
Tel.: 0441 803-5101, Fax: 0441 803-5195
(KA-Nr. 111242964804).

2. Anschriftenänderungen von Sonstigen Kostenträgern – ab sofort –
a) SOZ Kronach, Güterstraße 18, 96317 Kronach,

Tel.: 09261 6780, Fax: 09261 678211 (KA-Nr. 911007089300).

b) SOZ Kreisjugendamt Kronach, Güterstraße 18, 96317 Kronach,
Tel.: 09261 6780, Fax: 09261 678211 (KA-Nr. 911007589300).

kleinanzeigen

Wahlarztpraxis Raum Kitzbühel zu verkaufen.

Günstiges Mietobjekt,
barrierefreie 100 m²,
2x Planmeca compact i5
Einheiten (neuwertig),
DVT Planmeca (neuwertig),
EB digital mit Röntgen-
sowie Mundhygieneraum.

Kontakt unter Tel.: +43676/3592390

sozietät
HGA

Kompetenz im Zahnartzrecht

Praxisübernahmen · Kooperationen · Haftung
Arbeitsrecht · Mietrecht · Wirtschaftlichkeits-
prüfungen · Regressverfahren · Berufsrecht

Hartmannsgruber Gemke Argyrakis & Partner Rechtsanwälte

August-Exter-Straße 4 · 81245 München
Tel. 089 829956 - 0 · info@med-recht.de

www.med-recht.de

Erstbezug: Neue Praxisräume nahe der südlichen Stadtgrenze Münchens

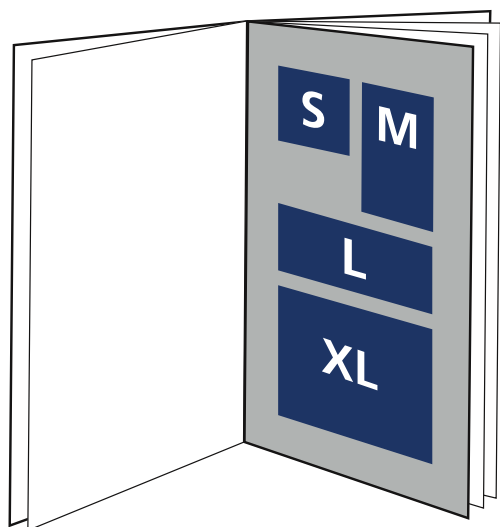
Praxis-/Gewerberäume mit gesamt 310 m², Anmietung von eigenständigen Teilflächen zu 200 m² und 110 m² möglich, Erdgeschoss, zentrale Lage an frequentierter Straße, neben Bushaltestelle des MVV, ausreichend Stellplätze vorhanden, Teilausbau vermierterseits grundsätzlich möglich.

Weitere Informationen unter 0172 8908570 oder stadtland@aol.com



**DIE DB PRAXISBÖRSE –
IHR SCHLÜSSEL FÜR EINE
ERFOLGREICHE PRAXISSUCHE**





Format S:
B×H=85×45 mm
Preis: 180 Euro

Format L:
B×H=175×45 mm
Preis: 340 Euro

Format M:
B×H=85×90 mm
Preis: 350 Euro

Format XL:
B×H=175×90 mm
Preis: 670 Euro

3 Wege zu Ihrer Kleinanzeige:



Alle Preise sind
Nettopreise.

Kontakt: **Stefan Thieme**
Tel.: 0341 48474-224
bzb-kleinanzeigen@oemus-media.de

Die Anzeigen können sowohl fertig gesetzt als PDF, PNG oder JPG als auch als reiner Text im Word-Format angeliefert werden.

Die Datenlieferung erfolgt bitte an:
dispo@oemus-media.de

Eine Buchung ist auch direkt online
möglich: [https://oemus.com/publication/
bzb/mediadaten/](https://oemus.com/publication/bzb/mediadaten/)



Praxisabgabe Aschaffenburg

Gut geführte Praxis, solide und ertragsstark, mit 3 BHZ, Labor, Techniker (hochwertiger ZE, Keramik, Metallkeramik), motiviertes & zuverlässiges Praxisteam, hoher Selbstzahleranteil. Option auf 4. BHZ – alle Anschlüsse vorhanden. Das Praxisteam arbeitet seit mehr als 20 Jahren gemeinsam zusammen.

Einzigste Praxis in einem Stadtteil mit 5.000 Einwohnern seit über 30 Jahren. Ein Allgemeinarzt ist im I. OG niedergelassen. Parkplätze und Bushaltestelle vor der Tür.

Langfristiger Mietvertrag oder Erwerb der Immobilie möglich. Behandlungsschwerpunkte: hochwertiger Zahnersatz und Prophylaxe. Patienten sind Zuzahlung gewohnt. Gern arbeitet der Praxisinhaber nach der Übergabe noch mit.

Kontakt: praxisaschaffenburg@web.de



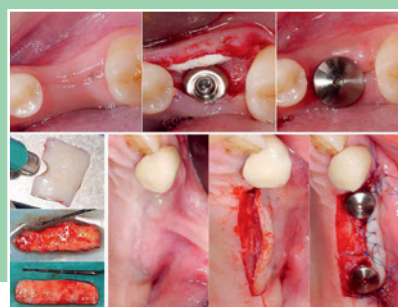
Weichgewebsmanagement an Implantaten

Ästhetik, Korrekturen & Prävention

**24. + 25.
Jänner 2025**

Vortragende

- Kristina Bertl
- Hady Haririan
- Andreas Stavropoulos



Hinweis:
Anrechenbar für das ÖGI-Curriculum (Modul 5).
Für diesen Kurs werden 11 Fortbildungspunkte vergeben.



Information & Anmeldung:
<https://fortbildung.zahnkliniksfu.at>

Email:
fortbildung@zahnkliniksfu.at

Impresum

Herausgeber:

Herausbergesellschaft
des Bayerischen Zahnärzteblatts (BZB)

Gesellschafter:

Bayerische Landeszahnärztekammer (BLZK)
Flößergasse 1, 81369 München;
Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns
(KZVB)
Fallstraße 34, 81369 München

Verantwortlich für den Inhalt (V.i.S.d.P.):

BLZK: Dr. Dr. Frank Wohl,
Präsident der BLZK;
KZVB: Dr. Rüdiger Schott,
Vorsitzender des Vorstands der KZVB

Leitender Redakteur BLZK:

Christian Henßel (che)

Leitender Redakteur KZVB:

Leo Hofmeier (lh)

Chef vom Dienst:

Stefan Thieme (st)

Redaktion:

Thomas A. Seehuber (tas)
Dagmar Loy (dl)
Ingrid Krieger (kri)
Ingrid Scholz (si)
Tobias Horner (ho)

Anschrift der Redaktion:

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Telefon: 0341 48474-224
Fax: 0341 48474-290
E-Mail: s.thieme@oemus-media.de
Internet: www.oemus.com

BLZK:

Thomas A. Seehuber
Flößergasse 1, 81369 München
Telefon: 089 230211-0
E-Mail: bzb@blzk.de

KZVB:

Ingrid Scholz
Fallstraße 34, 81369 München
Telefon: 089 72401-162
E-Mail: i.scholz@kzvb.de

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. Daniel Edelhoff,
Prothetik;
Prof. Dr. Gabriel Krastl,
Konservierende Zahnheilkunde
und Endodontie;
Prof. Dr. Gregor Petersilka,
Parodontologie;
Prof. Dr. Dr. Peter Proff,
Kieferorthopädie;
Prof. Dr. Elmar Reich,
Präventive Zahnheilkunde;
Prof. Dr. Dr. Florian Stelzle,
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Druck:

Silber Druck GmbH & Co. KG
Otto-Hahn-Straße 25, 34253 Lohfelden

Verlag:

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Telefon: 0341 48474-0
Fax: 0341 48474-290
E-Mail: info@oemus-media.de
Internet: www.oemus.com

Vorstand:

Ingolf Döbbecke, Dipl.-Betriebsw.
Lutz V. Hiller, Torsten R. Oemus

Anzeigen:

OEMUS MEDIA AG
Stefan Thieme
Telefon: 0341 48474-224
E-Mail: s.thieme@oemus-media.de

Anzeigendisposition:

OEMUS MEDIA AG
Lysann Reichardt
Telefon: 0341 48474-208
E-Mail: l.reichardt@oemus-media.de

Es gelten die Preise
der Mediadaten 2024.

Art Direction/Grafik:

Dipl.-Des. (FH) Alexander Jahn
Lisa Greulich, B.A.

Erscheinungsweise:

monatlich (Doppelnummern Januar/Februar
und Juli/August)

Druckauflage:

17.300 Exemplare

Bezugspreis:

Bestellungen an die Anschrift des Verlages.
Einzelheft: 12,50 Euro inkl. MwSt.
zzgl. Versandkosten,
Abonnement: 110,00 Euro inkl. MwSt.
zzgl. Versandkosten (Inland 13,80 Euro,
Ausland 27,10 Euro).
Mitglieder der BLZK und der KZVB erhalten
die Zeitschrift ohne gesonderte Berechnung.
Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbei-
trag abgegolten.

Adressänderungen:

Bitte teilen Sie Adressänderungen dem für
Sie zuständigen zahnärztlichen Bezirks-
verband mit.

Nutzungsrecht:

Alle Rechte an dem Druckerzeugnis, ins-
besondere Titel-, Namens- und Nutzungs-
rechte etc., stehen ausschließlich den
Herausgebern zu. Mit Annahme des Ma-
nuscripts zur Publikation erwerben die
Herausgeber das ausschließliche Nut-
zungsrecht, das die Erstellung von Fort-
und Sonderdrucken, auch für Auftrag-
geber aus der Industrie, das Einstellen des
BZB ins Internet, die Übersetzung in an-
dere Sprachen, die Erteilung von Abdruck-
genehmigungen für Teile, Abbildungen
oder die gesamte Arbeit an andere Verlage
sowie Nachdrucke in Medien der Heraus-
geber, die fotomechanische sowie elek-
tronische Vervielfältigung und die Wieder-
verwendung von Abbildungen umfasst.
Dabei ist die Quelle anzugeben. Änderun-
gen und Hinzufügungen zu Originalpubli-
kationen bedürfen der Zustimmung des
Autors und der Herausgeber.

Hinweis:

Die im Heft verwendeten Bezeichnungen
richten sich – unabhängig von der im
Einzelfall verwendeten Form – an alle
Geschlechter.

Erscheinungstermin:

Freitag, 15. November 2024

ISSN 1618-3584

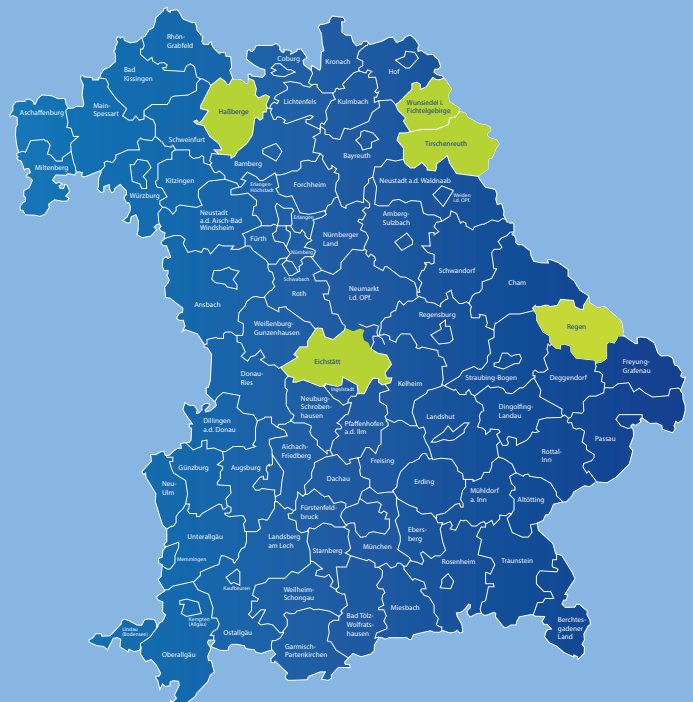


Haben Sie
Interesse sich
in einer dieser
Gegenden
niederzulassen?
Sprechen Sie
uns an!

Die Region freut sich auf Sie!

Als
**VERTRAGS-
ZAHNARZT**
FÜR **KFO** in den
Landkreisen:

- Eichstätt
- Haßberge
- Regen
- Tirschenreuth
- Wunsiedel



Ihr Kontakt für Rückfragen:
Katja Vogel (Bedarfsplanung/Mitgliederwesen)
Telefon: +49 89 72401-506 · E-Mail: k.vogel@kzvb.de

**BEHANDELN,
ABRECHNUNG EINREICHEN,
HONORAR ERHALTEN – FERTIG.**



www.abz-zr.de

ABZR | Zahnärztliches
Rechenzentrum
für Bayern

ABZ Zahnärztliches Rechenzentrum für Bayern GmbH | Oppelner Straße 3 | 82194 Gröbenzell