

Schwerpunktthema

Implantologie und Chirurgie

Zahngesundheit wählen – so geht's!
Wo sich zahnärztliche Belange
in den Wahlprogrammen wiederfinden

Komposit statt Amalgam?
Wie man Mehrkosten rechtssicher vereinbart

Vorteile der digitalen Prozesskette nutzen
Stackable Guides bei der Sofortversorgung



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





Dr. Dr. Frank Wohl
Präsident der Bayerischen
Landeszahnärztekammer

Elektronische Patientenakte und Lauterbach: Zurück auf Los!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn es im Gesundheitswesen doch nur auch so eine Karte gäbe wie bei Monopoly: „Gehen Sie zurück auf Los!“ Ich würde sie direkt an den Bundesgesundheitsminister adressieren – mit dem Betreff „ePA“.

Leider befinden wir uns nicht auf einem bunten Spielfeld, sondern im finsternen Behörden-Dschungel: Gleich zweimal in kürzester Zeit haben Staatsunternehmen beim Datenschutz kläglich versagt. Bereits Ende Dezember 2024 demonstrierte der „Chaos Computer Club“, dass Unberechtigte über die elektronische Patientenakte (ePA) auf die sensibelsten Daten von 70 Millionen Versicherten zugreifen könnten. Verantwortlich für die ePA ist bekanntlich die gematik, an der das Bundesgesundheitsministerium die Mehrheit hält. Im Januar offenbarte dann die D-Trust GmbH, ein Unternehmen der Bundesdruckerei, dass auch das Antragsportal für den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) sowie für Praxisausweise (SMC-B) gehackt wurde. Die jeweils betroffenen Zahnärztinnen und Zahnärzte wurden von BLZK und KZVB persönlich darüber informiert.

Wenngleich laut D-Trust „nur“ personenbezogene Daten entwendet wurden und keine PINs oder Zahlungsinformationen betroffen sein sollen: Die BLZK warnt alle Zahnärzte, die einen eHBA von D-Trust besitzen, vor Phishing-Mails und Anrufen, in denen persönliche Informationen abgefragt werden.

Der „Chaos Computer Club“ schreibt Angriffe auf das Antragsportal von D-Trust einem „anonymen Sicherheitsforscher“ zu. Dieser will die Daten zwischen dem 3. und 6. Januar entwendet und im Nachgang gelöscht haben. Das Problem ist nicht

dieser mutmaßliche „White-Hat-Hack“, sondern, dass unsere Daten bei einem staatseigenen „Vertrauensdiensteanbieter“ nicht in sicheren Händen waren. D-Trust stellte den Datenklau nach eigenen Angaben am 13. Januar fest. Trotzdem hat Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach zwei Tage später, am 15. Januar, weder den Start der ePA-Pilotphase noch die massenweise Befüllung von Patientenakten mit den Abrechnungsdaten von Millionen Versicherten gestoppt.

Lauterbach hat damit seine Glaubwürdigkeit endgültig verspielt und das Vertrauen in die Datensicherheit im Gesundheitswesen zutiefst erschüttert. Stünde die Bundestagswahl nicht ohnehin unmittelbar bevor, wäre das ein Fall für seinen Rücktritt!

Ich fordere: Schluss mit dem Relativieren und Schönreden eklatanter Datenschutzmängel im Gesundheitswesen. Mit der Wahl muss auch die ePA zurück auf Los. Ein Neustart muss mit der Garantie verknüpft sein, dass sich unsere Patienten auf höchste Sicherheitsstandards verlassen können. Auch brauchen sie echte Souveränität über ihre Daten – das wiederum kann nur eine Opt-in-Lösung leisten. Die entscheidende Voraussetzung aber ist, dass die Akte in der Praxis überhaupt einen Mehrwert bietet. Solange sie nicht einmal über eine Volltextsuche verfügt, ist sie praktisch nutzlos. In der jetzigen Form gehört die ePA in den Papierkorb, von mir aus auch in den elektronischen!

Ihr



Welche Konsequenzen hat der Ausgang der Bundestagswahl 2025 für die Zahnärzteschaft? Die BLZK hat die Wahlprogramme der Bundestagsparteien dahingehend durchleuchtet.



Im Interview erläutert der KZVB-Vorstand, was sich nach der Bundestagswahl in der Gesundheitspolitik ändern muss.



Für ihr jahrzehntelanges Engagement in der LAGZ erhält Dr. Brigitte Hermann die renommierte Tholuck-Medaille.

politik

- 6 **Zahngesundheit wählen – so geht’s!**
Wo sich zahnärztliche Belange in den Wahlprogrammen wiederfinden
- 8 **„Diese Wahl entscheidet über die Zukunft der ambulanten Versorgung“**
KZVB hat klare Forderungen an die neue Bundesregierung
- 11 **Tholuck-Medaille für Dr. Brigitte Hermann**
Renommierte Auszeichnung geht erneut nach Bayern
- 12 **Pionier und Wegbereiter der Prophylaxe**
Zum Tod von Dr. Werner G. Habersack M.mel.
- 13 **„Was muss noch passieren?“**
KZVB fordert Konsequenzen nach Datenleck bei D-Trust
- 14 **Gemeinsame Visionen für Zahnmedizin in Europa**
Internationaler Zahnärzte-Kongress in Prag
- 15 **„Es ist ein gutes Gefühl, Pflegebedürftigen zu helfen“**
Christian Berger über die Arbeit der LAGP
- 16 **„Wir wollen keine englischen Verhältnisse“**
Kieferorthopäden fordern politischen Kurswechsel – Teichmann bleibt Landesvorsitzende
- 18 **„Wo war Lauterbach?“**
KZVB erneuert nach EuGH-Urteil Forderung nach iMVZ-Gesetz
- 19 **Der GKV-Beitrag könnte auf 20 Prozent steigen**
Was Krankenkassen von der neuen Bundesregierung erwarten
- 20 **Budgetierung führt zu Rationierung**
Massiver Rückgang bei PAR-Behandlungen
- 21 **Nachrichten aus Brüssel**
- 22 **Journal**

praxis

- 23 **GOZ aktuell**
Implantologie
- 30 **Adipositas, Asthma, Karies**
Wie sich der Sozialstatus auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirkt
- 32 **Neuregelung: E-Rechnung ist Pflicht**
Was Zahnärzte bei der Rechnungsstellung beachten müssen
- 33 **Globale Präsenz auf der IDS 2025**
In Köln werden 2000 Aussteller und über 100000 Besucher erwartet
- 34 **Komposit statt Amalgam?**
Wie man Mehrkosten rechtssicher vereinbart
- 36 **Das Wichtigste auf einen Blick**
BLZK-Patienteninfo zu Implantaten jetzt im praktischen Kleinformat
- 38 **Kann nur noch Harry Potter helfen?**
Preisexplosion im britischen Gesundheitswesen – Bedürftige greifen zur Beißzange

- 40 GKV oder PKV – was ist sinnvoller?
Vergleich von gesetzlicher und privater Krankenversicherung
- 42 Online-News der BLZK

wissenschaft und fortbildung

- 43 Vorteile der digitalen Prozesskette nutzen
Stackable Guides bei der Sofortversorgung von Zahnimplantaten
- 48 Weichgewebsharmonisierung in der ästhetischen Zone
am Einzelzahnimplantat
- 52 Zahngesundheit von 8- bis 10-jährigen Kindern in Bayern 2023
Eine epidemiologische Studie mit Fokus auf die
Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH)

reise und kultur

- 58 Der Urmensch in uns
Neandertaler-Gen bestimmt heutige Zahnform

markt und innovationen

- 60 Produktinformationen

termine und amtliche mitteilungen

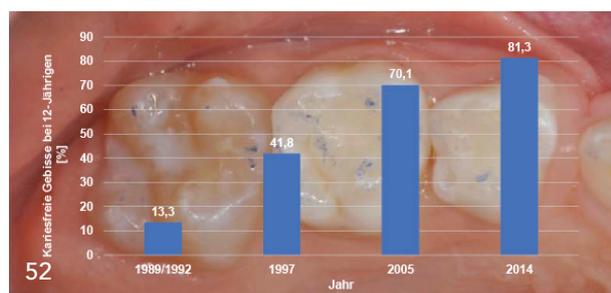
- 63 eazf Fortbildungen
- 65 Betriebswirtschaft und Abrechnung für Zahnarzt/-innen
- 66 Niederlassungs- und Praxisabgabeseinare 2025
- 67 Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen
für Praxispersonal
- 69 Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2025/2026
- 70 Beschlüsse Ordentliche Vollversammlung der BLZK
- 76 Satzung zur Änderung der Gebührensatzung
der Bayerischen Landeszahnärztekammer
- 77 Satzung zur Änderung der Entschädigungsregelung für ehrenamtliche
Tätigkeiten nach dem Berufsbildungsgesetz sowie für
organisatorische Tätigkeiten zur Absicherung von Prüfungen für
Zahnmedizinische Fachangestellte nach dem Berufsbildungsgesetz
- 78 Bedarfsplan für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern
– Stand 31.12.2024 –/ Übersicht der gespeicherten Sozialdaten
nach § 286 SGB V der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns
- 80 Kassenänderungen
- 81 Kleinanzeigen
- 82 Impressum



Im Interview mit dem BZB erläutert Dr. Laura Castiglioni den Zusammenhang zwischen sozialem Status und der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.



Im neuen Pocket „Implantate“ finden Patienten wichtige Informationen zum Thema.



In einer epidemiologischen Studie untersuchte ein Team unter der Leitung von Prof. Norbert Krämer (Gießen) die Zahngesundheit von acht bis zehnjährigen Kindern in Bayern.

Die Herausgeber sind nicht für den Inhalt von Beilagen verantwortlich.

Das BZB 3/2025 mit dem Schwerpunktthema „Zahnerhaltung | Moderne Füllungstherapie“ erscheint am 17. März 2025.

Zahngesundheit wählen – so geht's!

Wo sich zahnärztliche Belange in den Wahlprogrammen wiederfinden

Fachkräfte sichern, Bürokratie abbauen, Honorare anpassen – diese und weitere Forderungen hat die Bayerische Landeszahnärztekammer an Politiker gerichtet und im Internet unter www.blzk.de/bundestagswahl veröffentlicht. Doch welche Konsequenzen hat die Bundestagswahl am 23. Februar je nach Ausgang für die Zahnarztpraxen? Darauf hat die BLZK die Wahlprogramme der im Bundestag vertretenen Parteien abgeklopft.

Die BLZK warnt vor einem Praxissterben, besonders im ländlichen Raum. Zu den Gründen zählen der Fachkräftemangel, die überbordende Bürokratie, die Budgetierung und der seit 1988 stagnierende GOZ-Punktwert. Allerdings richten nur wenige Parteien ihren Blick auf die Honorare der medizinischen Berufe: Die SPD will die Budgetierung der Hausärzte ab-

schaffen. Die FDP erklärt: „Zu einer Stärkung der flächendeckenden ambulanten Versorgung gehört für uns auch, dass die ungekürzte Vergütung aller Gesundheitsberufe leistungsgerecht erfolgen muss.“ Dies betreffe folglich auch Zahnärzte. Zur Gebührenordnung positioniert sich keine der im Bundestag vertretenen Parteien in ihrem Wahlprogramm.

Impulse zur Fachkräftegewinnung

Auf die Möglichkeiten von Zahnärzten als Arbeitgeber und Arbeitnehmer wirken sich die Wahlprogramme sehr unterschiedlich aus: CDU/CSU und FDP wollen das Arbeitszeitgesetz reformieren und die tägliche durch eine wöchentliche Höchst-arbeitszeit ersetzen. Um Fachkräfte zu gewinnen und richtig einzusetzen, plädieren alle Parteien außer der AfD* und dem BSW für eine beschleunigte Anerkennung im Ausland erworbener Abschlüsse. Gleichzeitig sprechen sich die im Bundestag vertretenen Parteien mehr oder weniger deutlich für eine bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf aus. CDU/CSU und FDP wollen dazu auch die steuerliche Absetzbarkeit von Kinderbetreuungskosten erhöhen. Zudem streben die meisten Parteien bessere Bedingungen an, damit Menschen über das Renteneintrittsalter hinaus arbeiten. Lediglich beim BSW und der Linken ist diese Forderung nicht zu finden.



BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl (r.) und der gesundheitspolitische Sprecher der CSU-Landesgruppe im Deutschen Bundestag, Dr. Stephan Pilsinger, MdB, tauschten sich im Münchner Wahlkreisbüro des Abgeordneten und Arztes über aktuelle Herausforderungen für Zahnarztpraxen aus. Wohls Anliegen waren Fachkräftegewinnung, faire Bedingungen gegen Investoren, Bürokratieabbau und eine inflationsgerechte Anhebung des GOZ-Punktwertes. Pilsinger resümierte abschließend: „Ich werde die Freiberuflichkeit und die Selbstverwaltung der Ärzte und Zahnärzte konsequent gegen Übergriffe verteidigen.“

Weniger Bürokratie – mehr Zeit für Patienten

Bürokratieabbau ist notwendig – das scheint quer durch die Parteienlandschaft unstrittig zu sein. Im Fokus steht dieser Punkt vor allem in den Programmen von CDU/CSU und FDP. Die Union schlägt vor, neue Regelungen nach dem Motto „One

in, two out“ zu reduzieren, die FDP möchte eine Bürokratiebremse im Grundgesetz verankern. Etwas verhaltener geht die SPD in ihrem Programm das Thema an: „Beim Bürokratieabbau achten wir darauf, dass Arbeitnehmerrechte, Verbraucherrechte und Ziele des ökologischen Wandels nicht gefährdet werden.“ Ähnlich die Grünen*: Sie wollen Bürokratie reduzieren, „ohne soziale oder ökologische Schutzstandards abzubauen“.

Freiberuflichkeit unter Beschuss?

Während die BLZK die Ausbreitung investorengeführter Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ) als einen der Gründe für das drohende Praxissterben auf dem Land anführt, halten sich fast alle Parteien zu diesem Thema in ihren Programmen zurück. Das einzige Programm in diesem Vergleich, das iMVZ thematisiert, ist das der Linken: Privaten Kapitalgesellschaften, die in MVZ investieren, sie „auf Profit trimmen und teurer weiterverkaufen“, sagt die Linke den Kampf an. So weit, so gut, doch zielt die Linke dabei in Richtung Deprivatisierung des Gesundheitswesens. Freiberufler will sie in die Gewerbesteuer einbeziehen, wobei die Lektüre des Programmes die Frage aufwirft, ob es nach Vorstellung der Linken überhaupt noch freiberufliche Zahnärzte geben soll. Schließlich wären kommunale Gesundheitszentren nach Vorstellung der Linken nicht nur eine Notlösung in unterversorgten Gebieten, sondern das „Rückgrat der wohnortnahen Gesundheitsversorgung“. Privatversicherte wollen sie der gesetzlichen Krankenversicherung zuführen und dabei ähnlich wie Grüne und BSW auch auf Kapitaleinkünfte zugreifen (siehe BZBplus 1+2/2025, Seite 8).



Bei einem Neujahrsempfang in München ergriff Dr. Dr. Frank Wohl die Gelegenheit zum Dialog mit dem stellvertretenden Vorsitzenden der FDP-Bundestagsfraktion, Konstantin Kuhle. Der BLZK-Präsident richtete die zentralen gesundheitspolitischen Forderungen der Zahnärzte an den Politiker. Kuhle machte Vorschläge zum Bürokratieabbau und akzentuierte die Bedeutung der Freien Heilberufe: „Mit der leistungsfeindlichen Budgetierung muss endlich Schluss sein. Dafür wollen wir Freien Demokraten die Wahlfreiheiten der Versicherten ebenso stärken wie die Eigenverantwortung der Patienten.“

Ein „Bekenntnis zum Grundsatz der Freiberuflichkeit“ legt die Union in ihrem Wahlprogramm ab. Auch die FDP will die Freien Berufe im Gesundheitswesen stärken: „Diese müssen in medizinischen Fragen autonom und frei von Weisungen Dritter entscheiden können. Die Therapiefreiheit der Behandlung ohne Budgetierungszwang kommt den Patientinnen und Patienten zugute.“

Elektronische Patientenakte: Mehr Euphorie als Skepsis

In der elektronischen Patientenakte (ePA) sieht die Union große Potenziale, die sie im Einklang mit dem Datenschutz weiter ausschöpfen will. Sie werde die Digitalisierung in der ambulanten Versorgung

unterstützen und die freiwillige Weitergabe persönlicher Gesundheitsdaten für klinische Studienzwecke voranbringen. Die SPD formuliert ihren Anspruch, die ePA zu einem „persönlichen Gesundheitsberater für die Versicherten“ weiterzuentwickeln. Die Grünen wollen Daten für Forschung und Versorgung nutzen. Auch die FDP will die Digitalisierung weiter vorantreiben.

Was wird aus den berufsständischen Versorgungswerken?

Die im Bundestag vertretenen Parteien positionieren sich in ihren Wahlprogrammen nicht explizit zu berufsständischen Versorgungswerken. Abgesehen von BSW und Linke herrscht aber weitgehend Konsens darüber, dass die gesetzliche Rente wirksam durch betriebliche und private Vorsorge ergänzt werden sollte. SPD und Union planen auch eine verbindliche Altersvorsorge für Selbstständige – die SPD will dafür aber mehr Erwerbstätige in die gesetzliche Rentenversicherung einbeziehen. Die Freien Demokraten hingegen räumen Selbstständigen bei der Altersvorsorge Wahlfreiheit ein.

AKTUELLE WAHL-INFOS IM NETZ

* Die Grünen hatten ihr Bundestags-Wahlprogramm bei Redaktionsschluss nur als Entwurf veröffentlicht. Von der AfD war lediglich ein Leitantrag zum Parteitag auffindbar.

Die nicht im Bundestag, aber im Bayerischen Landtag vertretenen Freien Wähler wollten ihr Wahlprogramm laut Medienberichten nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe am 25. Januar verabschieden.

Auf ihrer Website hält die BLZK die bayerischen Zahnarztpraxen über relevante bundespolitische Entwicklungen auf dem Laufenden: www.blzk.de/bundestagswahl



Redaktion

„Diese Wahl entscheidet über die Zukunft der ambulanten Versorgung“

KZVB hat klare Forderungen an die neue Bundesregierung

„Karl Lauterbach entwickelte sich innerhalb kurzer Zeit vom Gesundheitsminister der Herzen zum Minister der Schmerzen.“ So lautete bereits 2023 das Urteil des KZVB-Vorsitzenden Dr. Rüdiger Schott über den Professor, der seine Fliege längst abgelegt hat. Wir sprachen mit Schott und seinen beiden Vorstandskollegen Dr. Marion Teichmann und Dr. Jens Kober darüber, was sich in der Gesundheitspolitik nach dem 23. Februar ändern muss.

BZB: Was haben Sie gedacht, als sie vom Ende der Ampelkoalition erfahren haben?

Teichmann: Wir waren gerade bei der Vertreterversammlung der KZBV in Bonn, als die Bombe platzte. Trump war am gleichen Tag zum Präsidenten der USA gewählt worden. Die Nachricht, dass Olaf Scholz Christian Lindner als Bundesfinanzminister entlassen und damit die Koalition faktisch beendet hat, wurde von den Delegierten überwiegend mit Erleichterung aufgenommen. Auch ich war froh, dass das Hängen und Würgen ein Ende hatte. Was nicht zusammenpasst, passt nicht zusammen.

Kober: Auch ich habe Erleichterung darüber gespürt, dass die Hängepartie in Berlin ein Ende hatte. Die Ampel war keine Liebeshe. Am Ende überwogen die Gegensätze den kleinen Vorrat an Gemeinsamkeiten.

BZB: Denken Sie, dass auch Differenzen in der Gesundheitspolitik hier eine Rolle spielten?

Schott: Die Gesundheitspolitik hat leider seit Jahrzehnten nicht den Stellenwert,

den sie eigentlich haben sollte. Die Medizin ist nicht nur der mit Abstand größte Wirtschaftszweig in Deutschland. Sie ist Teil der Daseinsfürsorge und sogar ein Standortfaktor. Dort, wo keine ausreichende ambulante und stationäre Versorgung zur Verfügung steht, werden sich internationale Konzerne nicht niederlassen. Weil sich zu wenig Parlamentarier für die komplexen Zusammenhänge in der Gesundheitspolitik interessieren, konnte Karl Lauterbach relativ unbeschadet agieren.

BZB: Hat er denn überhaupt agiert? Sie werfen ihm zum Beispiel Untätigkeit in Sachen iMVZ vor ...

Schott: Er war sicher nicht der Fleißigste im Kabinett Scholz. Es wird sich noch bitter rächen, dass er dem Vormarsch der Finanz-Heuschrecken in der ambulanten Versorgung tatenlos zugeschaut hat. Der Markt ist jetzt weitgehend aufgeteilt. Die investorenfinanzierten MVZ haben Bestandsschutz. Wir können das Rad also nicht mehr komplett zurückdrehen. Die iMVZ in Bayern wirken aber wie ein Brandbeschleuniger für das Praxissterben, weil sie junge Kolleginnen und Kollegen an

sich binden, die uns als Gründer oder Übernehmer fehlen. Dennoch kann ein neuer Bundesgesundheitsminister einen noch stärkeren Konzentrationsprozess verhindern. Ein Beispiel: Wir haben in Bayern eine neue Formel für die Wirtschaftlichkeitsprüfung entwickelt, von der Einzelpraxen und kleinere Gemeinschaftspraxen profitieren. Große iMVZ können sich jetzt nicht mehr hinter ihren hohen Fallzahlen verstecken. Das ist keine Ungleichbehandlung, sondern ein Beitrag für mehr Gerechtigkeit und einen fairen Wettbewerb zwischen verschiedenen Berufsausübungsformen.

BZB: Hat die Einzelpraxis überhaupt noch eine Zukunft?

Teichmann: Sie ist und bleibt zusammen mit kleinen Gemeinschaftspraxen das Rückgrat der Versorgung im ländlichen Raum. Und sie steht an erster Stelle, wenn man den Nachwuchs befragt. Sein eigener Chef zu sein, alleine und selbstbestimmt entscheiden, das ist auch für die Generationen Y/Z attraktiv. Aber die Rahmenbedingungen müssen stimmen, und da besteht massiver Handlungsbedarf.

BZB: Womit wir bei den Forderungen der KZVB wären. Wer fängt an?

Schott: Ich schlage vor, dass Dr. Kober beginnt, weil er für die Abrechnung zuständig ist. Und da hat Lauterbach am meisten Schaden angerichtet.

Kober: Dr. Schott spielt sicher auf die Wiedereinführung der Budgetierung an. Das war tatsächlich eine eiskalte Dusche. Ich hätte nicht gedacht, dass dieses planwirtschaftliche Steuerungsinstrument aus den 1990er-Jahren noch einmal aus der politischen Mottenkiste geholt wird. Die Mittel für die Patientenversorgung einfach per Federstrich begrenzen und den Zahnärzten noch nicht einmal die Grundlohnsummensteigerung zugestehen – dazu gehört Chuzpe. Oder eine sozialistische Grundeinstellung.

BZB: In Bayern hat sich die Budgetierung aber kaum ausgewirkt ...

Kober: Glück gehabt, könnte ich sagen. Aber es ist dem Zusammentreffen vieler Faktoren zu verdanken, dass wir unseren Mitgliedern bislang keinen Euro kürzen mussten. Ich danke explizit auch unseren Vertragspartnern, die kompromissbereit waren, und den bayerischen Zahnärzten, die das Wirtschaftlichkeitsgebot konsequent beachtet haben. Dazu hat sicher auch eine Roadshow beigetragen, wo wir in stundenlangen Diskussionen aufgezeigt haben, wie man wirtschaftlichen Schaden von der Praxis abwenden und den Sicherstellungsauftrag dennoch erfüllen kann. Unser Budgetradar war hierbei ein ganz wichtiges Instrument. Es hat die Zahnärzte durch den Budget-Dschungel gelotst und ihnen Handlungsspielräume gelassen. Der aktuelle Honorarverteilungsmaßstab hat seinen Stresstest bestanden.

BZB: Dann kann die Budgetierung ja eigentlich bleiben ...



„Der Ausgang der Bundestagswahl entscheidet über die Zukunft der ambulanten Versorgung“, meint der dreiköpfige Vorstand der KZVB.

Teichmann: Wenn Sie wollen, dass versorgungstechnisch nach und nach die Lichter ausgehen, ja! Im Ernst: Die Budgetierung ist psychologisch ein verheerendes Signal. Zeigen Sie mir eine Berufsgruppe, die sich dem Risiko Selbstständigkeit aussetzt, ohne zu wissen, wie viel man durch seine Arbeit verdient. Ein präziser Businessplan ist elementar für diese Lebensentscheidung. Und welchen Punktwert soll ich da bitte eintragen? Grundlohnsumme minus eins, zwei oder drei Prozent? So bekommen Sie nicht einmal einen Kredit, den aber fast jeder Gründer braucht. Die Budgetierung muss weg – sonst sind wir bald alle weg.

BZB: Übertreiben Sie nicht etwas?

Teichmann: Die demografischen Fakten sind eindeutig. Bis 2028 erreicht fast ein Viertel der bayerischen Vertragszahnärzte das Ruhestandsalter. Wer soll diese Praxen übernehmen, wenn sich politisch nichts ändert? Deshalb entscheidet der Ausgang der Bundestagswahl über die Zukunft der ambulanten Versorgung. So-

bald der oder die Neue im Bundesgesundheitsministerium ist, erhält diese Person einen Brandbrief mit unseren Forderungen. Wenns sein muss, starten wir auch wieder eine Unterschriftenaktion wie schon 2022 oder hängen neue Plakate in unseren Wartezimmern auf.

BZB: Können Sie uns kurz die weiteren Forderungen nennen?

Schott: Auch wenn es fast keiner mehr hören kann: Bürokratieabbau! Ich habe Zahnmedizin studiert, nicht Verwaltungswissenschaften. Es heißt oft: Mit der Digitalisierung wird alles einfacher, aber im BMG-kontrollierten Gesundheitsbereich ist leider das Gegenteil der Fall. Telematik-Infrastruktur (TI) – das ist ein Reizwort für fast alle Kolleginnen und Kollegen.

Teichmann: Auch ich sehe in der schlecht gemachten und gesetzlich erzwungenen Digitalisierung eine der Ursachen für den Rückgang der Niederlassungsbereitschaft. Zudem hören viele ältere Kollegen früher auf, weil sie schlicht genervt sind von stän-



**Wählen Sie
GESUNDHEIT**

Bundestagswahl
23. Februar 2025

- ☛ Bis 2028 geht ein Viertel der bayerischen Zahnärzte in den Ruhestand.
- ☛ Unter den aktuellen Rahmenbedingungen lassen sich immer weniger junge Zahnärzte nieder.
- ☛ Es droht ein Praxissterben im ländlichen Raum.

Bitte denken Sie bei Ihrer Wahlentscheidung auch an die Zukunft Ihrer medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung!

Kassenärztliche
Vereinigung Bayerns

Weitere Infos:
www.kzv.de/bundestagswahl

Um die Patienten auf die Zusammenhänge zwischen politischen Entscheidungen und den Erhalt der Praxislandschaft hinzuweisen, hat die KZVB die Kampagne „Wählen Sie Gesundheit“ initiiert. Die wichtigsten Forderungen finden Sie auf kzv.de/bundestagswahl.

überlegen, wie diese bei der 25-jährigen Vorbereitungsassistentin ankommt, die mit sich ringt, ob sie die Ausbildungspraxis übernimmt. Jede Vorschrift, die wegfällt, ist ein Niederlassungsanreiz, jede die neu hinzukommt, schreckt ab. Und ich erwarte mehr Unterstützung bei der Gewinnung von Praxispersonal. Der ZFA-Mangel wird immer mehr zum limitierenden Faktor bei der Behandlungskapazität. Dieses Problem lösen wir auch nicht durch mehr Studienplätze für Zahnmedizin.

BZB: Macht Standespolitik unter den derzeitigen Gegebenheiten überhaupt noch Spaß?

Schott: Wir haben weniger Spielräume als früher, aber die verbleibenden nutzen wir konsequent zum Vorteil der Kollegen. Und wer soll unseren Job denn übernehmen? Die Krankenkassen? Die Kommunen? Oder gleich die Politik? Keines dieser Szenarien möchte ich mir auch nur ansatzweise vorstellen und deshalb bin ich nach wie vor hoch motiviert.

Teichmann: Ich bin erst gute zwei Jahre im Vorstand der KZVB und versuche auch, vor allem das Positive zu sehen. Wir konnten Honorarkürzungen vermeiden und haben noch keine zahnmedizinisch unterversorgten Gebiete. Außerhalb Bayerns sieht das ganz anders aus. Es lohnt sich also schon, sich zu engagieren. Und jetzt schauen wir mal, mit wem wir es nach dem 23. Februar zu tun haben.

Kober: Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ist ein hohes Gut, um das wir zu Recht von anderen Berufsgruppen beneidet werden. Deshalb: Ja, es macht auch unter schwierigen Rahmenbedingungen Spaß, sich für die Kollegen einzusetzen. Mein Sohn macht gerade sein Staatsexamen in Zahnmedizin. Ich will, dass er diese Entscheidung nicht bereut und engagiere mich für ihn und alle anderen, die sich durch dieses anspruchsvolle Studium gekämpft haben. Als Münchner bin ich natürlich auch ein Fan vom Monaco Franze und der sagte bekanntlich: „A bisserl was geht immer.“ Das gilt auch für die zahnärztliche Standespolitik.

BZB Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.

digen Ausfällen und Störungen bei der TI. Deshalb: TI-Reset und ein Neuanfang unter Einbeziehung der Betroffenen sowie der Selbstverwaltung.

Kober: Generell brauchen wir nicht weniger, sondern mehr Selbstverwaltung. Gerade bei der TI hat sich doch gezeigt, dass es der Staat nicht besser kann. Wenn der neue Bundesgesundheitsminister intelligentere Lösungen für die Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung sucht als den Rasenmäher, kann er sich gerne unserer Expertise bedienen. Ein gutes Beispiel sind die befundorientierten Festzuschüsse bei Zahnersatz, die aus der Zahnärzteschaft kamen und sich seit 20 Jahren bewähren. Sie stärken die Eigenverantwortung und entlasten die Krankenkassen. Die kann man auf andere Leistungsbereiche wie die PAR ausdehnen. Die neue PAR-Behandlungstrecke ist offensichtlich nicht finanzierbar. Dann muss man das aber den Patienten auch ehrlich sagen. Es ist sehr erfreulich, dass mittlerweile fast 20 Millionen Patienten eine private Zahnzusatzversicherung ha-

ben. Dazu haben wir durch unsere Aufklärungsarbeit mit beigetragen. Und wir sind Spitzenreiter bei Prävention und Prophylaxe. Wenn wir Übergewicht und Bluthochdruck nur ansatzweise so zurückdrängen könnten wie Karies, wären die Finanzprobleme der GKV vermutlich die nächsten zehn Jahre gelöst.

Schott: Mir ist der Erhalt der Freiberuflichkeit noch ein sehr großes Anliegen. Nur mit Angestellten werden wir den Sicherstellungsauftrag nicht erfüllen können. Der freiberuflich tätige Zahnarzt ist der beste Garant einer wohnortnahen, qualitativ hochwertigen Versorgung, in deren Mittelpunkt der Patient steht und nicht Private Equity.

Teichmann: Ich darf noch den Nachwuchs ergänzen! Wir tun enorm viel, um jungen Kolleginnen und Kollegen die Freude an der Freiberuflichkeit zu vermitteln. Aber was nützt das, wenn uns die Politik immer wieder Knüppel zwischen die Beine wirft. Ein Bundesgesundheitsminister sollte sich bei jeder Entscheidung

Tholuck-Medaille für Dr. Brigitte Hermann

Renommierte Auszeichnung geht erneut nach Bayern

Die „Tholuck-Medaille“ des Vereines für Zahnhygiene geht zum zweiten Mal in Folge nach Bayern: Nach Prof. Dr. Johannes Einwag wurde 2024 Dr. Brigitte Hermann mit der renommierten Auszeichnung geehrt. Die Jury, bestehend aus ehemaligen Preisträgern, wählte in einem unabhängigen Auswahlverfahren Dr. Hermann zur neuen Preisträgerin.



Die Auszeichnung würdigt herausragende Persönlichkeiten, die sich mit ihrem persönlichen Einsatz und Engagement in besonderer Weise um die Mundgesundheit verdient gemacht haben. Dr. Hermann verkörpert all diese Werte und hat durch ihren unermüdlichen Einsatz die Zahngesundheit in Bayern nachhaltig geprägt.

Dr. Hermann begann ihre zahnmedizinische Laufbahn 1979 mit dem Staatsexamen an der Ludwig-Maximilians-Universität München, gefolgt von einer Promotion im Jahr 1980. Ihre Tätigkeit an der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der LMU München legte den Grundstein für ihr lebenslanges Engagement in der Prävention, insbesondere in der Kinderbehandlung und der Behandlung von Menschen mit Beeinträchtigungen. Bereits hier zeigte sich ihre Leidenschaft für die Gruppenprophylaxe, die ihren beruflichen Fokus maßgeblich bestimmte.

Nach der Gründung ihrer eigenen Praxis in Höhenkammer im Jahr 1986 engagierte sich Dr. Hermann ab 1990 intensiv im bayerischen Patenzahnarztmodell, um Kindern und Jugendlichen frühzeitig die Bedeutung der Zahngesundheit nahezubringen. Ihre Arbeit in der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit (LAGZ), wo sie in verschiedenen Funktionen tätig war, spiegelt ihre visionäre Herangehensweise und ihren strategischen Weitblick wider. Besonders hervorzuheben ist ihre Zeit als Vorsitzende der LAGZ Bayern von 2015 bis 2023, in der sie innovative Programme zur Förderung der Mundgesundheit initiierte und maßgeblich weiterentwickelte. Seit 2024 setzt sie diese Arbeit als Geschäftsführerin der LAGZ Bayern fort, wobei sie Flexibilität und Voraussicht in die Gruppenprophylaxe einbringt.

Innovative Wege

Zu ihren herausragenden Leistungen zählt die Entwicklung neuer Konzepte zur Gruppenprophylaxe, die bundesweit Anerkennung fanden, wie der Gewinn des „Wrigley Prophylaxe-Preises“ mit dem Material- und Medienausschuss 2014 eindrucksvoll zeigt. Ihre Fähigkeit, komplexe Herausforderungen wie die Zunahme frühkindlicher Karies oder die Auswirkungen der Pandemie auf die Zahngesundheit anzupacken, hat sie zu einer unverzichtbaren Stimme in der zahnmedizinischen Prävention gemacht. Ihre Initiative, wie zum Beispiel das Projekt „Zahn-Challenge Charly“, zeigt ihren Mut, innovative Wege zu gehen und neue Ziel-

gruppen zu erreichen. Neben ihrer Arbeit auf Landesebene war Dr. Hermann langjähriges Mitglied der „Aktion Zahnfreundlich“ sowie der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege.

„Unermüdlicher Einsatz“

Wolfgang Dezor, Vorstandsvorsitzender des Vereines für Zahnhygiene, würdigt ihre Verdienste: „Dr. Brigitte Hermann hat mit ihrem unermüdlichen Einsatz und ihrer visionären Kraft die Gruppenprophylaxe in Bayern auf ein neues Niveau gehoben. Mit der Verleihung der Tholuck-Medaille würdigen wir nicht nur ihre fachliche Expertise und ihre beeindruckenden Verdienste, sondern auch ihre Leidenschaft und ihren unermüdlichen Einsatz, mit dem sie das Bewusstsein für Zahnhygiene auf vielen Ebenen gestärkt hat.“

Dr. Christian Rath, Geschäftsführer des Vereines für Zahnhygiene, ergänzt: „Die Innovationskraft und das Engagement von Dr. Hermann haben maßgeblich dazu beigetragen, die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu verbessern, ihr Engagement für die Prophylaxe reicht weit über die Grenzen Bayerns hinaus und inspiriert Kolleginnen und Kollegen im gesamten Bundesgebiet.“

Redaktion



Seit den 1990er-Jahren engagiert sich Dr. Brigitte Hermann in der LAGZ und prägt die Gruppenprophylaxe maßgeblich mit.

Pionier und Wegbereiter der Prophylaxe

Zum Tod von Dr. Werner G. Habersack M.mel.

Er war Zahnarzt mit Leib und Seele, ein Menschenfreund und gehörte zu jener Gruppe von Vordenkern, die zu Beginn der frühen 1980er-Jahre den Wechsel von der damals favorisierten restaurativen Zahnheilkunde zur präventiven Zahnmedizin propagierten: Dr. Werner Habersack. Am 1. Dezember 2024, zwei Tage nach seinem 81. Geburtstag, verstarb der von seinen Kollegen überaus geschätzte Standesvertreter.



Dr. Werner Habersack erhielt 2013 die Ehrenmedaille der LAGZ Bayern für besondere Verdienste um die Zahngesundheit bayerischer Kinder und Jugendlicher.

Durch seine Reisen zu internationalen Kongressen verschaffte sich Dr. Werner Habersack frühzeitig Kenntnisse über nachweislich funktionierende Präventionskonzepte der Gruppenprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen in Skandinavien und in der Schweiz. Als im Jahr 1983 die LAGZ Bayern aus der Taufe gehoben wurde, gehörte er zu den Gründungsmitgliedern. Als Zahnarzt, Pilot und Segler war er es zeitlebens gewohnt, mit neuen Aufgaben und deren Organisation umzugehen. Somit konnte er den jungen Verein über viele Jahre mit großer Kompetenz durch die Leitung des Material- und Medienausschusses unterstützen.

Ein großes Anliegen war es ihm stets, durch die Vernetzung mit ähnlichen internationalen Organisationen in Sachen Prävention auf dem neuesten Stand zu sein. So hielt er über Jahrzehnte Kontakt zu Professoren renommierter Universitäten,

deren Fokus auf der zahnmedizinischen Prävention lag. Die LAGZ hatte so die Möglichkeit, ihre Gruppenprophylaxe entsprechend aktuell gestalten zu können.

Humanitäre Hilfsprojekte begleitet

Eine weitere herausragende Eigenschaft war sein Engagement für humanitäre Hilfsprojekte zum Beispiel in Kiew, wo ab 1992 bei Kindern aus Tschernobyl Prophylaxe durchgeführt und die Schulzahnärztinnen in Präventionsmaßnahmen fortgebildet wurden. Es folgten weitere Projekte in St. Petersburg bei hand- und armamputierten Kindern, bei denen vor allem die Verbesserung der Mundhygiene im Fokus stand.

Sein Beruf und seine humanitäre Einstellung erfüllten einen großen Teil seines Lebens und so wunderte es niemanden, dass

er in späteren Jahren (2010) ein Masterstudium an der Universität Halle-Wittenberg mit dem Titel „Master of medicine, ethics and law“ abschloss. Im Anschluss daran betreute er einige Jahre das Referat „Ethik in der Zahnmedizin“ beim ZBV Oberbayern.

Große Erfahrung in der Standespolitik

Abseits der Passion für die Gruppenprophylaxe war Dr. Werner Habersack in der Standespolitik ein allseits geschätzter Kollege mit großer Erfahrung, innovativen Ideen und Kompromissbereitschaft. Er war 24 Jahre lang Obmann in den Landkreisen Starnberg und Weilheim-Schongau, daneben Vorstandsmitglied des ZBV Oberbayern, Delegierter von BLZK, BZÄK, KZVB und KZBV sowie Geschäftsführer des FVDZ Bayern.

Darüber hinaus war Dr. Werner Habersack Gründungsmitglied des Vereins Prophylaxe 2000, heute Zukunft Prophylaxe e.V., und Mitglied sowie später Präsident (2012) der Internationalen Gesellschaft für Präventivmedizin.

2013 erhielt er im Kloster Seeon die Ehrenmedaille der LAGZ Bayern für besondere Verdienste um die Zahngesundheit bayerischer Kinder und Jugendlicher. Durch sein Wirken hat er seinen Kolleginnen und Kollegen innovative Wege aufgezeigt und dabei Fußstapfen hinterlassen, denen es sich lohnt, zu folgen.

Danke, Werner Habersack!

Dr. Brigitte Hermann
Geschäftsführerin der LAGZ Bayern



„Was muss noch passieren?“

KZVB fordert Konsequenzen nach Datenleck bei D-Trust

Die Firma „D-Trust“ kannten bis zum 16. Januar nur Insider. Nach der Entwendung personenbezogener Daten erlangte das Tochterunternehmen der Bundesdruckerei größere Bekanntheit und wird im Netz nun hämisch „Don't Trust“ genannt. Auch wenn es sich vermutlich nicht um kriminelle Täter handelt, der Schaden bleibt. Da auch die Daten bayerischer Zahnärzte entwendet wurden, reagierte die KZVB mit einer Pressemitteilung. Zudem wurden alle Betroffenen persönlich per E-Mail kontaktiert.

D-Trust stellt im Auftrag der Bundesdruckerei elektronische Heilberufsausweise sowie die SMC-B für den Zugang zur Telematik-Infrastruktur (TI) aus. Dafür mussten Zahnärzte personenbezogene Daten wie Praxisadresse oder das Geburtsdatum zur Verfügung stellen. Von dem „Datenschutzvorfall“ sind in Bayern über 1000 Zahnärzte betroffen. Nicht entwendet wurden nach Angaben von D-Trust Passwörter. Auch die Funktion und die Sicherheit der Praxisausweise sei nicht gefährdet.

Aus Sicht des KZVB-Vorsitzenden Dr. Rüdiger Schott hat D-Trust durch die erfolgreiche Hackerattacke dennoch enorm an Vertrauen eingebüßt. Der Vorfall werfe viele Fragen zur Sicherheit der TI und insbesondere auch zur elektronischen Patientenakte (ePA) auf.

„Was muss denn noch passieren, bis man im Bundesgesundheitsministerium die Sicherheitslücken der TI erkennt? Wenn D-Trust die Daten von rund 11 000 bayerischen Vertragszahnärzten nicht schützen kann, wie sollen dann die Daten von über 70 Millionen gesetzlich versicherten Patienten sicher sein“, so Schott. Der KZVB-Vorsitzende plädiert erneut dafür, den Starttermin der „ePA für alle“ auf unbestimmte Zeit zu verschieben: „Die Entscheidung, ob und wie es mit diesem

Großprojekt weitergeht, sollte nicht mehr Karl Lauterbach treffen. Nach der Bundestagswahl am 23. Februar und der Bildung einer neuen Bundesregierung muss das Thema ePA erneut auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Bevor man unsere Praxen verpflichtet, Patientendaten in die ePA einzustellen, muss der Vorfall bei D-Trust vollumfänglich aufgeklärt werden.“

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Bewertung des Chaos Computer Clubs (CCC). Der unbefugte Zugriff auf die Daten sei durch eine Kombination aus Versehen, Inkompetenz und mangelnder Sorgfalt möglich gewesen. Die Daten des bundeseigenen Unternehmens seien gar nicht „abgerufen“ worden, sie standen „ohne angemessenen Schutz“ zugänglich im Netz.

Wie die KZVB fordert auch der CCC, Konsequenzen aus dem Vorfall zu ziehen. D-Trust sollte anerkennen, dass die „unentschuldbare, peinliche und durch nichts zu rechtfertigende Sicherheitslücke“ allein in der Verantwortung des selbsternannten „Vorreiters für sichere digitale Identitäten“ liege. Und D-Trust solle nicht „in Cyber-Augenwischerei“ investieren, sondern „alle Energie in das Erreichen von Sicherheitsstandards des aktuellen Jahrhunderts“ stecken.

Inwieweit diese Standards bei der ePA erreicht sind, bleibt abzuwarten. Noch ist der bundesweite Rollout nicht erfolgt. Erst wenn die Befüllung für alle Ärzte und Zahnärzte verpflichtend wird, wird auch das Interesse von Cyberkriminellen an diesem gigantischen Datenschatz wachsen.

Leo Hofmeier



Nach einem Datenleck bei einem Tochterunternehmen der Bundesdruckerei fordert der KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott Konsequenzen. Der Start der „ePA für alle“ müsse auf unbestimmte Zeit verschoben werden.



© privat

In seinem Grußwort zur Eröffnungszeremonie der „Prague Dental Days“ betonte BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl, wie Zahnärzte und Patienten vom grenzüberschreitenden Austausch profitieren können.

Gemeinsame Visionen für Zahnmedizin in Europa

Internationaler Zahnärzte-Kongress in Prag

Ganz im Zeichen des internationalen Austausches standen die „Prague Dental Days“. Vor rund 1 000 Gästen in der tschechischen Hauptstadt beleuchtete BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl in seinem Grußwort die Perspektiven grenzüberschreitender Zusammenarbeit in der Zahnmedizin. Im Rahmen dieses internationalen Kongresses traf sich in Prag auch „The Central European Round Table of the Leaders of Dentistry“ zum Austausch. Themen waren die Umsetzung der neuen EU-Quecksilberverordnung in den Mitgliedsstaaten und die Bildungsarbeit zur Zahngesundheit.

Bei der Eröffnungsfeier dankte der bayerische Kammerpräsident seinem tschechischen Kollegen doc. MUDr. Roman Šmucler für die Gelegenheit zum Dialog mit angesehenen Fachleuten, die sich gemeinsam für Spitzenleistungen in der Zahnmedizin einsetzen: „In unserer sich rasch entwickelnden Welt ist es unerlässlich,

dass wir zusammenarbeiten, um eine hochwertige moderne Zahnmedizin auf internationaler Ebene zu fördern“, erklärte Wohl in seinem englischsprachigen Grußwort. „Die Verbindungen, die wir während dieses Kongresses knüpfen, können zu innovativen Lösungen und gemeinsamen Visionen führen, die unseren Patienten und unseren Berufen gleichermaßen zugutekommen.“

dass hierüber vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient zu treffen ist.

Anschließend stand das Thema Erziehungs- und Bildungsarbeit auf der Agenda. Mit einer PowerPoint-Präsentation führte der BLZK-Präsident vor Augen, was die bayerischen Zahnärzte in der Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit (LAGZ) leisten. Von solchen Best-Practice-Beispielen können alle Länder profitieren, die mit ihren Kammerpräsidenten bei der Veranstaltung vertreten waren.

Die Teilnehmer waren sich einig: Dieser internationale Austausch sollte einen Grundstein für dauerhafte Beziehungen legen – im Interesse der Zahnärzte und der zahnmedizinischen Versorgung der Menschen in Europa.

Redaktion

Bavarian State working Group for Dental Health (LAGZ)

- non-profit association run by
 - Bavarian State Chamber of Dentists (BLZK)
 - Bavarian Association of Statutory Health Insurance Dentists (KZVB)
 - all statutory health insurance companies in Bavaria
- + supported by ministries and sponsoring organizations of the daycare centers and from school authorities.



Dr. Dr. Wohl präsentierte die Arbeit der LAGZ als Best-Practice-Beispiel für Bildungs- und Erziehungsarbeit rund um die Mundgesundheit.

LAGZ als Best-Practice-Beispiel

Am runden Tisch mit den Präsidenten aus Bayern, der Tschechischen Republik, der Slowakei, Kroatien, Österreich und aus dem Freistaat Sachsen beteiligte sich Wohl zunächst mit einem Statement zum Umgang mit Füllungen nach dem Amalgamverbot. Er erklärte, welche Füllungen nun im Katalog der GKV abgebildet sind, in welchen Fällen gesetzlich versicherte Patienten die Mehrkosten selbst tragen und

„Es ist ein gutes Gefühl, Pflegebedürftigen zu helfen“

Christian Berger über die Arbeit der LAGP

Die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege (LAGP) hat sich zum Ziel gesetzt, die Mundgesundheit von unterstützungsbedürftigen Menschen in Bayern zu verbessern. Christian Berger wurde vor Kurzem erneut zum Vorsitzenden gewählt. Wir sprachen mit ihm über seine Ziele.



BZB: Warum braucht es die LAGP?

Berger: Ärzte, Pflegepersonal und Zahnärzte haben und brauchen ein kleines Helfersyndrom, damit ihnen der Beruf Spaß macht. Nun zeigt der Blick auf die demografische Entwicklung: Die Zahl der Pflegebedürftigen wird sich in Deutschland in den kommenden Jahren massiv erhöhen. Ich halte es für eine ethische Verpflichtung, dass wir unsere Patienten im Alter nicht im Stich lassen. Der Transport in eine Zahnarztpraxis ist für einen Pflegebedürftigen mit viel Stress verbunden – und er verursacht erhebliche Kosten, die weit über den Behandlungskosten liegen. Die aufsuchende Betreuung ist in den meisten Fällen die bessere Alternative. Wir haben in den vergangenen Jahren große Fortschritte erzielt. Aber es gibt noch immer Pflegeheime ohne Kooperationszahnarzt oder Kooperationsvertrag. Wichtig ist auch, dass wir das Bewusstsein der Pflegekräfte für das Thema Mundgesundheit weiter schärfen.

Welche Ziele wollen Sie in Ihrer zweiten Amtszeit erreichen?

Berger: Man muss das Unmögliche versuchen, um das Mögliche zu erreichen. Unser Ziel sollte sein, dass jedes Pflegeheim in Bayern einen Kooperationszahnarzt mit Vertrag hat, der die aufsuchende Betreuung durchführt und den Bewohnern den Zugang zum Hauszahnarzt oder zum Kooperationszahnarzt ermöglicht. Und in jeder Einrichtung sollte zumindest ein Teil des Personals eine Schulung zur Mundgesundheit durchlaufen haben. Ich denke, dass wir mit vergleichsweise wenig Aufwand die Versorgung in der letzten Lebensphase erheblich verbessern können.

BZB: Die Praxislandschaft dünnt sich aus – gefährdet das nicht auch die aufsuchende Betreuung?

Berger: Die Ausdünnung der Versorgungslandschaft wird sich in vielen Bereichen negativ auswirken. Schon jetzt werden zum Beispiel Notdienstbezirke zusammengelegt. Aber natürlich sind immobile Patienten besonders stark davon betroffen, wenn die Praxis vor Ort schließt. Die verbleibenden Praxen müssen mehr Patienten versorgen und haben weniger Zeit, sich in der LAGP oder der LAGZ zu engagieren. Um dem Praxissterben entgegenzuwirken, braucht es eine Verbesserung der Rahmenbedingungen, wie sie die Zahnärzteschaft seit Langem fordert.

BZB: Halten Sie die aufsuchende Betreuung für ausreichend gegenfinanziert?

Berger: Die Einführung neuer BEMA-Positionen war ein wichtiges Signal: Die Politik hat erkannt, dass die aufsuchende Betreuung für alle Beteiligten Vorteile mit sich bringt. Prävention beugt kostspieligen Behandlungen vor. Aber klar ist auch: Ohne intrinsische Motivation funktioniert es nicht. Das heißt: Der Zahnarzt oder die Zahnärztin, der oder die die Patienten am Pflegebett versorgt, braucht viel Geduld und Empathie. Reich wird man davon nicht. Aber man geht mit dem Gefühl nach Hause, Menschen geholfen und ihnen auch ein Stück ihrer Würde zurückgegeben zu haben. Die allermeisten von uns werden eines Tages selbst auf Hilfe angewiesen sein. Daran sollte man denken, wenn man einem Pflegebedürftigen die Prothese unterfüttert. Ich danke allen Kolleginnen und Kollegen, die sich der Herausforderung „aufsuchende Betreuung“ stellen.

„Wichtig ist, dass wir das Bewusstsein der Pflegekräfte für das Thema Mundgesundheit weiter schärfen“, sagt der LAGP-Vorsitzende Christian Berger.

BZB: Wie weit kann die Versorgung am Pflegebett Ihrer Ansicht nach gehen? Sprich: Wann muss der Patient doch in eine Praxis gebracht werden?

Berger: Mit einer mobilen Dentaleinheit können Sie heute am Pflegebett oder in einem geeigneten Raum des Pflegeheims annähernd das gleiche Behandlungsspektrum anbieten wie in einer Praxis. Die Frage ist, ob das immer sinnvoll ist und ob der Patient kooperieren kann. Mehr Pflegebedürftige bedeuten mehr Probleme, denn immer mehr dieser Patienten haben noch viele eigene Zähne oder Zahnersatz, der gepflegt werden muss. Mundgesundheit verhindert Abmagerung und vermehrt Lebensqualität. So werden auch weniger Transporte in die Praxen notwendig. Klar ist aber auch: Chirurgische Behandlungen müssen in der Regel weiterhin in der Praxis durchgeführt werden. Die LAGP ist dabei eine wichtige Plattform für aufsuchende Betreuung, für Koordination von Behandlung und für die Vertretung der Interessen der betroffenen Pflegebedürftigen, der pflegenden Angehörigen, der Pflegekräfte, der Krankenkassen und der Zahnärzte. Pflege geht uns alle an!

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.

„Wir wollen keine englischen Verhältnisse“

Kieferorthopäden fordern politischen Kurswechsel – Teichmann bleibt Landesvorsitzende

Die Landesmitgliederversammlung des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden Bayerns (BDK) war selten so gut besucht wie dieses Jahr. Anfang Januar trafen sich fast 80 der rund 500 in Bayern niedergelassenen Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden im Zahnärztehaus München. Der wichtigste Tagesordnungspunkt „Neuwahl des Vorstands“ war schnell erledigt. Dr. Marion Teichmann und nahezu der gesamte Landesvorstand wurden im Amt bestätigt.



Gut besucht: Rund 80 Kieferorthopäden kamen zur BDK-Landesversammlung ins Zahnärztehaus München.

Aber so wie nahezu alle Heilberufe fordern auch die Kieferorthopäden einen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik. Sonst lasse sich die flächendeckende Versorgung nicht aufrechterhalten und es drohen „englische Verhältnisse“. Da Dr. Marion Teichmann aus persönlichen Gründen nicht an der Versammlung teilnehmen konnte, oblag es Dr. Jean-Oliver Westphal die wichtigsten Forderungen der Kieferorthopäden an die künftige Bundesregierung zusammenzufassen.

Die verfehlte Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre mache sich nun bemerkbar. Das Praxissterben habe vor allem im ländlichen Raum längst begonnen. So habe die KZVB in mehreren bayerischen Landkreisen eine KFO-Unterversorgung festgestellt. „Budgetierung, Bürokratie, Fachkräftemangel – all das erschwert uns die Berufsausübung“, so Westphal.

Westphal verwies darauf, dass die Punkt- und Budgeterhöhungen in der ge-

setzlichen Krankenversicherung deutlich niedriger ausfielen als die Steigerung der Grundlohnsumme. Verantwortlich dafür sei das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz der Ampelkoalition. Immerhin sei es der KZVB gelungen, Budgetüberschreitungen bei allen großen Kassen zu vermeiden. Ein weiteres Problem sei der seit 1988 unveränderte GOZ-Punktwert. Westphal erinnerte in diesem Zusammenhang an die GOZ-Petition, die der KZVB-Vorstandsvorsitzende Dr. Rüdiger Schott zusammen mit



Dr. Jochen Waurig begrüßte in Vertretung von Dr. Marion Teichmann die Teilnehmer der BDK-Landesversammlung.



Dr. Jean-Oliver Westphal forderte einen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik.

Dr. Claus Durlak im Deutschen Bundestag eingebracht hatte. Sie sei vom zuständigen Ausschuss mit den Stimmen von SPD, Grünen und FDP abgewehrt worden.

Dennoch dürfe man nicht den Fehler machen, in Schwarzmalerei zu verfallen. Kieferorthopäde sei nach wie vor ein toller Beruf, allerdings müssten sich die Rahmenbedingungen ändern. Nur so könne man wieder mehr junge Kolleginnen und Kollegen für die Niederlassung begeistern.

Und den Nachwuchs brauche man dringend. Denn knapp ein Viertel der Zahn-

ärzte in Bayern sei über 60 und werde in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen. Gleichzeitig seien mittlerweile zwei Drittel der Zahnärzte unter 40 als Angestellte tätig.

Dem BDK sei es wichtig, auf Fehlentwicklungen hinzuweisen. „Die Politik muss wissen, was passiert, wenn jetzt nichts passiert. Wir wollen eben keine englischen Verhältnisse, wo man den Sozialstatus am Gebiss erkennt. Ausgeprägte Zahnfehlstellungen sind eine Erkrankung, die behandelt werden muss. Aber dafür muss die Politik auch die nötigen Mittel

bereitstellen.“ Deshalb unterstützt der BDK auch die Kampagne der KZVB „Wählen Sie Gesundheit“, die den Zusammenhang zwischen dem Ausgang der Bundestagswahl und dem Erhalt der ambulanten Versorgung thematisiert.

Neben der politischen Diskussion stand die fachliche Fortbildung im Mittelpunkt der Landesmitgliederversammlung. Durch mehrere Vorträge konnten die Kieferorthopäden ihr Wissen auf den neuesten Stand bringen.

Redaktion

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 Muldentail
 Sonderkonto Dentales Erbe
 IBAN DE06 8605 0200 1041 0472 46

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





„Wo war Lauterbach?“

KZVB erneuert nach EuGH-Urteil Forderung nach iMVZ-Gesetz

Ende Januar hat es der Europäische Gerichtshof (EuGH) für zulässig erklärt, Rechtsanwaltsgesellschaften dem Zugriff internationaler Finanzinvestoren zu entziehen. Das sogenannte „Fremdbesitzverbot“ ist demnach mit EU-Recht vereinbar. Für die KZVB liefert der EuGH damit die „Blaupause für ein iMVZ-Gesetz“.

Seit 2015 gibt es die Möglichkeit, sogenannte fachgruppengleiche MVZ zu gründen. Träger können auch Krankenhäuser sein. Internationale Investoren nutzen dieses Schlupfloch und investieren im großen Stil in die ambulante, zahnmedizinische Versorgung. Bayern gilt als „MVZ-Hochburg“, weil hier zuzahlungswillige Patienten

locken. Da sich investorenfinanzierte MVZ nahezu ausschließlich in Großstädten ansiedeln, verschärfen sie den Zahnarztmangel im ländlichen Raum. So arbeiten von den Zahnärzten unter 40 mittlerweile zwei Drittel als Angestellte – viele davon in einem MVZ. Gleichzeitig suchen viele Landpraxen händeringend einen Nachfolger. Für Dr. Rüdiger Schott ist klar, dass nur eine stärkere Regulierung von iMVZ das sich abzeichnende Praxissterben stoppen kann. „Internationale Investoren haben Zahnarztpraxen als lukratives Betätigungsfeld entdeckt. Der Ausverkauf der Praxislandschaft ist in vollem Gang. Aber Zahnmedizin ist keine Ware, Patienten sind keine Kunden. Wir fordern deshalb seit Langem, dass die Gründung und der Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) ausschließlich Ärzten beziehungsweise Zahnärzten gestattet sein soll. Das strikte Fremdbesitzverbot für Anwaltskanzleien könnte man problemlos auf Arzt- und Zahnarztpraxen übertragen. In beiden Fällen geht es um den Erhalt der Freiberuflichkeit. So wie Anwälte sollen auch Ärzte und Zahnärzte ihren Beruf unabhängig von den Interessen internationaler Finanzinvestoren ausüben. Im Mittelpunkt muss der Patient stehen und nicht das Private Equity.“

Schott erinnert in diesem Zusammenhang daran, dass der amtierende Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach bereits im Dezember 2022 angekündigt hatte, gesetzlich gegen die „Heuschrecken in der Medizin“ vorzugehen. Passiert sei seitdem genau nichts. Auch einen Entschließungsantrag, den Bayern in den Bundesrat eingebracht hat, ließ Lauterbach einfach liegen. „Ich kann verstehen, dass dem Bundesgesundheitsminister wenige Wochen vor der Bundestagswahl am 23. Februar der Elan abhandengekommen ist. Aber er hatte über zwei Jahre Zeit, seinen Worten Taten folgen zu lassen. Da stellt sich schon die Frage: Wo war Lauterbach, während eine Handvoll Hedgefonds ganze Medizinbereiche in Wildwestmanier unter sich aufgeteilt haben? In vielen Regionen gibt es nur noch einen einzigen Anbieter für bestimmte medizinische Leistungen. Leidtragende dieser Entwicklung sind zuallererst die Patienten, denen man dadurch das Recht auf freie Arztwahl faktisch entzogen hat. Auch wenn es fast schon zu spät ist: Wir erwarten nach der Bundestagswahl unverzüglich ein Gesetz, das den Konzentrationsprozess stoppt.“

Leo Hofmeier



© KZVB

Der KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott fordert, dass die Gründung und der Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) ausschließlich Ärzten beziehungsweise Zahnärzten gestattet sein soll.

Der GKV-Beitrag könnte auf 20 Prozent steigen

Was Krankenkassen von der neuen Bundesregierung erwarten

Nicht nur Ärzte und Zahnärzte positionieren sich im Vorfeld der Bundestagswahl am 23. Februar. Auch die Krankenkassen sehen akuten Reformbedarf. Wir haben uns die Forderungen des AOK-Bundesverbands, der TK und der DAK Gesundheit angeschaut. Die zahnmedizinische Versorgung wird in den verschiedenen Positionspapieren so gut wie nicht erwähnt – was vermutlich auch besser ist.

Bei der Diagnose sind sich die Kassen einig: So wie bisher kann es nicht weitergehen. Denn während die Beiträge ein Rekordhoch erreicht haben, kommt es bei der Versorgung zunehmend zu Engpässen. Versicherte müssten erleben, „dass Qualität und Zugang zu Gesundheits- und Pflegeangeboten unzureichend sind“, gibt der AOK-Bundesverband offen zu. Die „begrenzten Ressourcen“ müssten deshalb gezielter eingesetzt werden. Dabei hat die AOK vor allem den stationären Sektor im Visier – Stichwort Krankenhausreform. In der ambulanten medizinischen Versorgung sieht die AOK in einer hausarztzentrierten Versorgung Potenzial für mehr Effizienz. Durch die Primärversorgung würden Abläufe für Patienten weniger komplex, die Versorgung hochwertiger. Mit „digitalen Lösungen“ sollen Prozesse optimiert werden. Hier setzt die AOK explizit auf die „ePA für alle“. Gefordert wird auch mehr Preiswettbewerb in der Arznei- und Hilfsmittelversorgung. Insbesondere mit Blick auf die Preisbildung bei patentgeschützten Arzneimitteln müssten Wirtschaftsreserven genutzt werden. Einsparun-

gen erhofft sich die AOK auch von mehr Prävention. „Wir brauchen endlich eine umfassende Public-Health-Strategie, um die Gesunderhaltung der Bevölkerung, auch mit Blick auf eine nachhaltige Pflegepolitik, zu verbessern.“

TK kritisiert versicherungsfremde Leistungen

Die TK legt den Finger in die Wunde „versicherungsfremde Leistungen“. So habe der Staat zur Bewältigung der Corona-Pandemie sechs Milliarden Euro aus den Rücklagen der Pflegekasse entnommen und bis heute nicht zurückgezahlt. Auch die viel zu niedrigen Zahlungen des Staates für Bürgergeldempfänger prangert die TK an. Sie beziffert den monatlichen Beitrag auf 108 Euro (andere Berechnungen kommen auf 119 bis 133 Euro), was deutlich unter den tatsächlichen Ausgaben liege. Für Privatversicherte zahle der Staat dagegen bis zu 422 Euro im Monat. Generell fühlt sich die TK gegenüber der PKV benachteiligt. So beteilige sich die private Konkurrenz beispielsweise nicht am

Krankenhaus-Transformationsfonds, in den die GKV jährlich 2,5 Milliarden Euro einzahlen müsse.

DAK fordert höheren Steuerzuschuss

Die DAK Gesundheit, deren Versicherte älter sind als der Durchschnitt, warnt schon länger vor einer „Beitragsexplosion“. Ohne Strukturreformen werde der GKV-Beitrag in den kommenden zehn Jahren auf 20 Prozent steigen. Der Gesamtbeitrag für die gesetzlichen Sozialversicherungen (mit Renten- und Arbeitslosenversicherung) könne dann sogar bei fast 50 Prozent liegen. DAK-Chef Andreas Storm fordert deshalb ein Sofortprogramm von der neuen Bundesregierung. Die Beteiligung der Kassen am Krankenhaus-Transformationsfonds hält er für verfassungswidrig. Für die auch von der TK monierten versicherungsfremden Leistungen fordert Storm eine Erhöhung des Bundeszuschusses um sieben auf 21,5 Milliarden Euro. Die Beitragszahler dürften nicht für Dinge aufkommen, die Sache der Steuerzahler sind. Langfristig könne man die Kassenbeiträge nur stabilisieren, wenn sich die Ausgaben an den Einnahmen orientieren. „Dies ist insbesondere durch eine konsequente Steuerung der Patientenversorgung durch die Ärzteschaft möglich, wie diese kürzlich von der Bundesärztekammer vorgeschlagen wurde“, so Storm.

Leo Hofmeier

GKV-AUSGABEN

Im Jahr 2023 hat die GKV rund 306 Milliarden Euro und damit gut 110 Milliarden mehr als noch 2013 ausgegeben. Besonders stark gestiegen sind die Kosten für Krankenhausbehandlungen (von 65 auf rund 94 Milliarden Euro), Arzneimittel (von 30 auf rund 50 Milliarden Euro) und ärztliche Behandlungen von 32 auf 47 Milliarden Euro). Der Anteil der zahnärztlichen Leistungen geht dagegen seit Jahren zurück. 2023 wurden dafür 17,6 Milliarden Euro ausgegeben, was einem Anteil von 5,7 Prozent entspricht.

Budgetierung führt zu Rationierung

Massiver Rückgang bei PAR-Behandlungen

Die Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke 2021 galt als Meilenstein für eine weitere Verbesserung der Mundgesundheit. Allerdings stellte sich schnell heraus, dass die Politik den Zahnärzten und den Patienten einen ungedeckten Scheck ausgestellt hatte. Denn entgegen anderslautenden Zusagen seines Vorgängers Jens Spahn (CDU) budgetierte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) die Mittel für die PAR-Behandlung. Und für begrenzte Mittel kann es nur begrenzte Leistungen geben, wie sich nun in aller Deutlichkeit zeigt.

„Die Gesundheitspolitik von Minister Lauterbach hat massive Spuren hinterlassen, vor allem im Teilbereich Parodontalbehandlungen“, kritisiert der Vorsitzende des Vorstands der Bundes-KZV Martin Hendges. Die Praxen seien gezwungen, sich organisatorisch auf die Mittelbegrenzung einzustellen. Und dies hätte Einfluss auf die Patientenversorgung.

Weniger Neubehandlungsfälle

Wegen des GKV-FinStG geht die durchschnittliche Zahl neuer PAR-Behandlungen kontinuierlich zurück: Im Jahr 2022 lag die Anzahl noch bei etwa 120 000 pro Monat, 2023 brach der Monatsdurchschnitt auf etwa 94 000 Neubehandlungen ein – also ein knappes Viertel weniger. Bis Ende September 2024 sank die Zahl im Durchschnitt sogar auf etwa 79 000. Dieser Abwärtstrend lasse sich nur durch einen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik stoppen, meint die KZBV.

Parodontitistherapie ist eine zentrale Präventionsleistung

Seit Juli 2021 ist die präventionsorientierte Parodontitistherapie, die sich über einen Zeitraum von bis zu drei Jahren erstreckt, eine zentrale Präventionsleistung für die Mund- und Allgemeingesundheit. „Der unlängst vom Bundesgesundheitsministerium kommunizierte ‚überdurchschnittlich starke Anstieg‘ der GKV-Ausgaben im Teilbereich Parodontalbehandlungen bedeutet keineswegs, dass sich die Parodontitisversorgung in Deutschland verbessert hat. Im Gegenteil: Diese Ausgaben lassen sich allein durch Folgeleistungen der

Behandlungsfälle aus den letzten zwei Jahren erklären. Ganze 64 Prozent der Leistungen entfallen während der zweijährigen Nachsorgephase auf die Folgeleistungen im Rahmen der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT)“, stellt Hendges klar.

Einfluss auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Parodontitis ist eine komplexe Entzündungserkrankung, an der jeder zweite Erwachsene leidet. Bleibt sie unbehandelt, kann dies auch zur koronaren Herzkrankheit und zum Herzinfarkt führen. Zudem treten vermehrt Bakterien in die Blutbahn ein – selbst bei alltäglichen Aktionen wie dem Kauen und Zähneputzen. Bei Patientinnen und Patienten mit entsprechender Veranlagung kann dies zu einer Herzzinnenhautentzündung führen.

Hohe Folgekosten

Unbehandelte Zahnfleischerkrankungen können zu hohen Folgekosten führen, die allein im zahnärztlichen Bereich bei rund 200 Millionen Euro jährlich liegen. Hinzu kommen indirekte Krankheitskosten, die eine international vergleichende Studie für Deutschland auf rund 35 Milliarden Euro beziffert. „Daher müssen die Leistungen für die präventionsorientierte Parodontitistherapie als Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen anerkannt und wieder vollumfänglich vergütet werden“, fordert Hendges. Auf gut Deutsch: Die PAR darf nicht länger budgetiert werden!

Redaktion

Nachrichten aus Brüssel

@greens87 – stock.adobe.com

Várhelyi neuer EU-Gesundheitskommissar

Die EU-Kommission unter der Führung von Ursula von der Leyen hat am 1. Dezember 2024 ihre Arbeit aufgenommen. Das Europäische Parlament bestätigte nach kontroversen Anhörungen Ende November die neue Kommission. Umstritten blieb bis zuletzt der Ungar Olivér Várhelyi, der neuer EU-Gesundheitskommissar ist.

Várhelyi wurden neben Orbán-Nähe mangelnde Fachkenntnisse und ein problematischer menschlicher Umgang vorgeworfen. Bei den Anhörungen nannte er als Prioritäten für seine ersten 100 Tage im Amt die Fortführung der Beratungen über den „Critical Medicines Act“, ein Aktionsplan zur Verbesserung der Cybersicherheit von Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen, sowie die EU-Medizinprodukteverordnung (MDR). Er betonte, dass er kurzfristig Maßnahmen zur Vereinfachung der MDR-Regularien erlassen möchte.

Eigenständiger Gesundheitsausschuss

Mitte Dezember beschlossen die zuständigen Organe des Europäischen Parlaments einen neuen Zuschnitt der Parlamentsausschüsse. Demnach wird es künftig im Europaparlament einen vollkommen eigenständigen Gesundheitsausschuss mit dem Namen SANT geben. Damit möchte das Europäische Parlament der wachsenden Bedeutung der Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene Rechnung tragen und die Arbeitslast des Ausschusses für Umwelt und Volksgesundheit, der bislang die Gesundheitsthemen verantwortet hatte, reduzieren.

CED-Vollversammlung in Brüssel

Am 22. November fand in Brüssel die Herbstvollversammlung des europäischen Dachverbandes der Zahnärzteschaft, des Council of European Dentists (CED), statt. Die Delegierten positionierten sich zu Dentalketten und deren Auswirkungen auf den zahnärztlichen Berufsstand sowie zur EU-Medizinprodukteverordnung (MDR).

In einer weiteren Stellungnahme rief der CED junge Zahnärztinnen und Zahnärzte auf, sich für die Niederlassung in eigener

Praxis zu entscheiden. Wer hingegen eine berufliche Karriere in einer Dentalkette wähle, solle versuchen, sich solchen Zahnarztketten anzuschließen, in denen zumindest die klinische Leitung und Entscheidungsfindung in den Händen von Zahnärzten liege.

Bei den CED-Wahlen wurde die Vizepräsidentin der Bundeszahnärztekammer, Dr. Romy Ermler, mit großer Mehrheit neu in den Vorstand des CED gewählt. D.M.D./Univ. of Florida Henner Bunke schied nach zwei Amtszeiten satzungsgemäß aus dem CED-Vorstand aus.

Gesundheitsausgaben im EU-Vergleich

Im November wurde die jüngste Ausgabe des Berichts „Health at a Glance“ veröffentlicht, der von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Europäischen Kommission in regelmäßigen Abständen erstellt wird, um die Gesundheitssysteme der europäischen Staaten zu vergleichen.

Dem Bericht zufolge wurden 2022 in der EU im Durchschnitt jährlich 3.685 Euro pro Einwohner für Gesundheitsleistungen ausgegeben. Die höchsten durchschnittlichen Ausgaben gab es in Luxemburg (6.590 Euro) und Dänemark (6.110 Euro). Am anderen Ende der Skala liegen Rumänien mit 858 Euro, Bulgarien mit 990 Euro und Polen mit 1.137 Euro. Der Wert für Deutschland beträgt 5.832 Euro.

Das drängendste Problem ist der sich zuspitzende Mangel an Fachpersonal im Gesundheitswesen. 20 EU-Länder meldeten in den Jahren 2022 und 2023 einen Ärzte-Mangel und 15 darüber hinaus einen Mangel an Pflegekräften. Laut Bericht fehlten in den EU-Ländern 2022 schätzungsweise rund 1,2 Millionen Ärzte, Pflegekräfte und Hebammen. Da mehr als ein Drittel der Ärzte und ein Viertel der Pflegenden in Europa über 55 Jahre alt sind und in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen, wird sich die Situation weiter dramatisch verschärfen.

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

Vor der Bundestagswahl: Reinhardt fordert „mutige Reformen“

Um Ärztinnen und Ärzten mehr Zeit für die eigentliche Patientenversorgung zu geben, hat der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, eine Bürokratie-Taskforce von Politik und Selbstverwaltung vorgeschlagen. Das Gremium soll bereits vorliegende Einzelvorschläge zum Bürokratieabbau aufgreifen, um die Bürokratiebelastung im Gesundheitswesen um mindestens zehn Prozent pro Jahr zu senken. „Wenn wir am Ende der nächsten Legislaturperiode ein Drittel weniger unnötige Bürokratie zu bewältigen haben, ist für die Patientenversorgung viel erreicht“, sagte Reinhardt bei einer Pressekonferenz im Vorfeld der Bundestagswahl.

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland stehe vor massiven Herausforderungen, die mutige Reformen in allen Leistungsbereichen des Gesundheitssystems erfordern. „Prävention, Versorgungssteuerung, Entbürokratisierung und die nachhaltige Sicherung der Finanzierung unseres Gesundheitswesens gehören in den Fokus der neuen Bundesregierung“, so Reinhardt weiter.

Mit Blick auf die steigenden Krankenkassenbeiträge trat der Bundesärztekammer-Präsident dafür ein, versicherungsfremde Leistungen über Steuern zu finanzieren. Nötig sei auch eine Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel wie bei Tierarzneimitteln von jetzt 19 auf 7 Prozent. „Durch eine solche Absenkung würden die Krankenkassen etwa sechs Milliarden Euro jährlich einsparen“, so Reinhardt.

Daneben forderte er mehr Koordination in der Patientenversorgung. „In Deutschland werden die Patientinnen und Patienten viel zu oft mit der Organisation und Koordination ihrer Versorgung allein gelassen. Die Folge ist ein ungeordnetes Nebeneinander in der Versorgung. In bestimmten Regionen hat jeder Zweite im Schnitt zwei Hausärzte. So etwas können wir uns bei zunehmender Personalnot und knappen Kassen nicht mehr leisten“, warnte Reinhardt. Es sollte zum Normalfall werden, dass sich Patientinnen und Patienten bei einer Hausarztpraxis einschreiben, die dann die Weiterbehandlung koordiniert.

tas/Quelle: Bundesärztekammer

Vergleichbarer Anstieg für Kassenpatienten und Privatversicherte

Sowohl Versicherte der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherung mussten in den vergangenen zehn Jahren kontinuierliche Beitragserhöhungen hinnehmen. Dabei sind die Beiträge in beiden Versicherungssystemen in ähnlichem Maße gestiegen. Das geht aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Gruppe Die Linke hervor. In der GKV erhöhten sich die Beitragseinnahmen pro Mitglied von 2014 bis 2023 um 34,6 Prozent (inklusive Zusatzbeitrag). Um 31,8 Prozent wuchs in diesem Zeitraum der durchschnittliche Jahresbeitrag von PKV-Versicherten ab einem Alter von 35 Jahren. In Deutschland waren 2023 insgesamt 8,7 Millionen Menschen privat versichert, 74,3 Millionen gehörten der gesetzlichen Krankenversicherung an.

tas/Quelle: Deutscher Bundestag

Hochschulpreis für Prof. Dr. Matthias Widbill

Für seine Übersichtsarbeit zu neuen regenerativen Ansätzen in der Zahnmedizin hat Prof. Dr. Matthias Widbill, Geschäftsführender Oberarzt der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie des Universitätsklinikums Regensburg (UKR), den Hochschulpreis der Zeitschrift „Endodontie“ erhalten. Der Preis ist mit 2.250 Euro dotiert.

Widbiller befasst sich bei seiner Forschungsarbeit mit neuen Ansätzen in der Endodontie, um abgestorbene Zahnnerven biologisch zu ersetzen. Ziel der Übersichtsarbeit war es, die Wirksamkeit von Tissue-Engineering-Methoden mit Wurzelkanalbehandlungen und Apexifikationen zu vergleichen. Tissue-Engineering-Methoden zielen auf eine Regeneration des Pulpagewebes ab. In klinischen Studien konnte gezeigt werden, dass Zähne, die mit diesen Methoden behandelt wurden, nach einem Jahr nicht nur vollständig erhalten blieben, sondern auch wieder auf Reize wie Kälte reagierten. Damit eröffnet sich eine vielversprechende Alternative zu konventionellen Wurzelkanalbehandlungen.

tas/Quelle: DGET

GOZ aktuell

Implantologie

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.

Allein in Deutschland werden jährlich mehr als eine Million Zahnimplantate gesetzt – mit steigender Tendenz. Implantate bieten sowohl in funktioneller als auch in ästhetischer Hinsicht eine optimale Lösung bei verloren gegangenen Zähnen. Mithilfe von Zahnimplantaten können nicht nur einzelne Zahnlücken geschlossen werden, beim Verlust mehrerer Zähne dienen sie auch als Basis für eine Zahnprothese. Dank technologischer Innovationen und der ständigen Weiterentwicklung von Behandlungsmethoden können somit ausgezeichnete Ergebnisse erzielt werden. Gegenüber herkömmlichen Brücken und herausnehmbaren Prothesen profitieren Patienten von den Vorteilen der Implantatversorgung, da gesunde Zahnschubstanz erhalten und umliegende Gewebe geschont werden können. Die weitreichenden Behandlungsmöglichkeiten der Implantologie werden in der Gebührenordnung für Zahnärzte leider nur unzureichend abgebildet. Nicht selten müssen deshalb Zahnärztinnen und Zahnärzte bei der Berechnung ihrer Leistungen auf die Analogie zurückgreifen. Das Referat Honorierungssysteme der Bayerischen Landes Zahnärztekammer informiert in diesem Artikel über die Optionen bei der Berechnung von implantologischen Maßnahmen.

Gebührenordnung für Zahnärzte – Allgemeine Bestimmungen

Kapitel K – Implantologische Leistungen

1. Die primäre Wundversorgung (z. B. Reinigen der Wunde, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls einschließlich Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt K und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Die bei den Leistungen nach Abschnitt K verwendeten Implantate, Implantatteile und nur einmal verwendbare Implantatfräsen sind gesondert berechnungsfähig. Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z. B. Membranen), zur Fixierung von Membranen, zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z. B. Nerven) er-

forderlich ist, sowie atraumatisches Nahtmaterial oder nur einmal verwendbare Explantationsfräsen, sind gesondert berechnungsfähig.

GOZ 9000

Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes, des Kieferkörpers und der angrenzenden knöchernen Strukturen sowie der Schleimhaut, einschließlich metrischer Auswertung von radiologischen Befundunterlagen, Modellen und Fotos zur Feststellung der Implantatposition, ggf. mithilfe einer individuellen Schablone zur Diagnostik, einschließlich Implantatauswahl, je Kiefer

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	49,72	114,35	174,01

- Die Verwendung einer individuellen Röntgenmessschablone zur diagnostischen Vorbereitung der Implantatposition ist mit der Leistung abgegolten.
- Die Herstellung der Röntgenmessschablone ist nicht Leistungsbestandteil und daher zuzüglich der Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig. Die Abrechnungsbestimmung stellt ab auf die „Verwendung“ der Schablone, bei der begrifflich keine Material- und Laborkosten entstehen.
- Die Leistung ist auch berechnungsfähig, wenn keine Implantatinsertion nachfolgt.
- Die Leistung ist vor und nach augmentativen Maßnahmen abrechenbar.
- Die Gebühr kann zweimal berechnet werden, wenn sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer implantiert wird.
- Bei Verwendung verschiedener Systeme ist die Gebühr nur einmal je Kiefer ansetzbar.
- Die Gebühr zielt lediglich auf die implantologische Planung ab – die Kostenplanung ist separat berechnungsfähig.

GOZ 9003

Verwenden einer Orientierungsschablone/Positionierungsschablone zur Implantation, je Kiefer

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	5,62	12,94	19,68

- Im Gegensatz zur diagnostischen Schablone (Röntgenmessschablone) wird die Orientierungs- bzw. Positionierungsschablone als interoperative Schablone (Bohrschablone) verwendet.
- Die Leistung ist je Kiefer und OP-Sitzung berechenbar.
- Die Gebühr kann bei einer zeitlich getrennten Implantation in einem Kiefer ein weiteres Mal berechnet werden.
- Die Gebühr kann auch angesetzt werden, wenn der Eingriff ohne erfolgte Insertion abgebrochen wurde.
- Material- und Laborkosten sind zusätzlich berechnungsfähig.

GOZ 9005

Verwenden einer auf dreidimensionale Daten gestützten Navigationsschablone/chirurgischen Führungsschablone zur Implantation, ggf. einschließlich Fixierung, je Kiefer

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	16,87	38,81	59,05

- Die Berechnung dieser Gebühr setzt eine Navigationsschablone voraus, die auf eine Erhebung dreidimensionaler Daten gestützt ist und im Sinne einer Bohrschablone dient.
- Die Leistung ist je Kiefer und OP-Sitzung berechenbar.
- Die Gebühr kann bei einer zeitlich getrennten Implantation in einem Kiefer ein weiteres Mal berechnet werden.
- Die Gebühr kann auch angesetzt werden, wenn der Eingriff ohne erfolgte Insertion abgebrochen wurde.
- Material- und Laborkosten sind zusätzlich berechnungsfähig.

Analogberechnung gemäß §6 Abs. 1 GOZ

Zahnärztlicher Aufwand im Zusammenhang mit der Herstellung der Schablone nach GOZ-Nr. 9003/9005

- Die Leistung umfasst Planung, Abformung, Kontrolle und Anpassung.
- Der Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 9003 beschreibt lediglich das Verwenden einer Schablone. Der Begriff „Verwenden“ inkludiert nicht notwendig das „Erstellen“ einer Schablone (AG Köln, Az. 146 C 113/14, 24.11.2015).

GOZ 9010

**Implantatinsertion, je Implantat
Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat, Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität (z.B. Tiefenlehre), ggf. einschließlich Knochenkondensation, Knochenglättung im Bereich des Implantates, Einbringen eines enossalen Implantates einschließlich Verschlusschraube und ggf. Einbringen von Aufbauelementen bei offener Einheilung sowie Wundverschluss**

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	86,89	199,86	304,13

- Leistungsinhalte sind die Schaffung eines formkongruenten Implantatbettes für die Einbringung des ausgewählten Implantates entsprechend dem Implantatdesign, dem Durchmesser und der Länge, ferner die intraoperativen Prüfschritte zur Feststellung der erforderlichen enossalen Bohrungstiefe sowie das Einbringen beziehungsweise Einschrauben oder Verbolzen des Implantates.
- Eine möglicherweise erforderliche Knochenkondensation sowie die Glättung des Kieferknochens sind Inhalt der Leistungsbeschreibung, können sich jedoch aufgrund des Mehraufwandes gegenüber der Durchschnittsleistung in der Wahl des Gebührenfaktors niederschlagen.
- Die Berechnung der Gebühr erfolgt je Implantat.
- Bei dieser Leistung fällt zusätzlich der OP-Zuschlag nach der GOZ-Nummer 0530 an, sofern es sich um die höchste zuschlagsfähige Leistung am Operationstag handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ zur Berechnung kommt.

Analogberechnung gemäß §6 Abs. 1 GOZ

Virtuelle Implantation mittels DVT

- Die dreidimensionale implantologische Planung erfolgt ausschließlich durch die Übernahme von DVT-Daten auf spezielle Planungsprogramme. Dabei können Knochenangebot, Nervenverläufe und umliegendes Weichgewebe exakt dargestellt werden, um Implantatposition, Länge, Durchmesser und Neigung virtuell zu planen.
- Die Maßnahme ist weder Befundung noch Diagnostik zuzuordnen und stellt eine selbstständige Leistung dar, die in der GOZ nicht enthalten ist.

Analogberechnung gemäß §6 Abs. 1 GOZ

Stabilitätsmessung an Implantaten

- Die Beurteilung der Stabilität von Implantaten kann mit elektrischen oder magnetischen Impulsen oder auch mit der hochpräzisen Resonanzfrequenzanalyse erfolgen.
- Die Messung ist sowohl nach der Insertion als auch in der Einheilphase und zu späteren Zeitpunkten möglich.

Analogberechnung gemäß §6 Abs. 1 GOZ

Neurolyse

- Die chirurgische Auslösung eines Nervs aus seiner vorbestehenden Umgebung kann im Zusammenhang mit einer Implantateinbringung notwendig werden.
- Für Zahnärztinnen und Zahnärzte ist der Zugriff auf GOÄ 2583 (Neurolyse, als selbstständige Leistung) und GOÄ 2584 (Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung) jedoch ausgeschlossen. Deshalb wird diese selbstständige Leistung analog berechnet.

GOZ 9020

Insertion eines Implantates zum temporären Verbleib, auch orthodontisches Implantat

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	28,96	66,62	101,38

- Die Insertion eines Implantates zum temporären Verbleib dient der übergangsweisen Stabilisierung einer abnehmbaren prothetischen Versorgung. Die Leistung erfolgt in der Regel im Vorfeld einer definitiven implantatgetragenen prothetischen Rehabilitation.
- Im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung werden Implantate zum temporären Verbleib als Verankerungselement für orthodontische Hilfsmittel benutzt.
- Die Leistung wird je gesetztem Implantat berechnet.
- Bei dieser Leistung fällt zusätzlich der OP-Zuschlag nach der GOZ-Nummer 0510 an, sofern es sich um die höchste zuschlagsfähige Leistung am Operationstag handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ zur Berechnung kommt.



GOZ 9040

Freilegen eines Implantates und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente (z. B. eines Gingivaformers) bei einem zweiphasigen Implantatsystem

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	35,21	80,98	123,23

- Voraussetzung für die Berechnung der Gebühr ist, dass zu einem früheren Zeitpunkt eine enossale Implantation eines zweiphasigen Systems durchgeführt wurde.
- Die Leistung ist einmal je Implantat berechenbar.
- Ist in seltenen Fällen, beispielsweise infolge einer längeren Erkrankung der Patienten, eine erneute Freilegung des Implantates notwendig, kann die Gebühr wiederholt berechnet werden.
- Die GOZ-Position 9050 (Entfernen, Wiedereinsetzen sowie Auswechseln von Aufbauelementen) ist daneben nicht abrechenbar.
- Die Maßnahme ist unabhängig vom technischen Verfahren (z. B. Stanzen, Skalpell, Laser, Elektrotom) berechenbar.
- Die Leistung beinhaltet neben dem Freilegen des Implantates auch das Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente (z. B. Gingivaformer) bei einem zweiphasigen Implantatsystem.
- Sind neben der Freilegung weitere Maßnahmen, wie zum Beispiel eine Gingivaextensionsplastik oder eine Schleimhautlappenplastik notwendig, können diese Maßnahmen zusätzlich in Rechnung gestellt werden.

GOZ 9050

Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	17,60	40,49	61,61

- Die Berechnung erfolgt je Implantat, unabhängig von der Anzahl der Aufbauelemente.
- Innerhalb der rekonstruktiven Phase ist diese Leistung insgesamt je Implantat allerdings höchstens dreimal – unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Wechselvorgänge – berechenbar.
- Die Gebühr ist nicht neben GOZ 9010 (Implantatinsertion) und GOZ 9040 (Freilegen eines Implantates) berechenbar.
- Bei der Versorgung einteiliger Implantate ist die Gebühr nicht abrechenbar.

Aufbauelemente

Unter Aufbauelementen sind neben dem zur definitiven Versorgung zählenden Abutment bzw. Abutmentteilen auch Gingivaformer und Abdruckpfosten zu verstehen.

Rekonstruktive Phase

Die rekonstruktive Phase beginnt mit den Behandlungsschritten zur prothetischen Versorgung der verloren gegangenen Zähne und endet mit der definitiven Eingliederung des endgültigen Zahnersatzes. Die abschließende Eingliederung zählt dabei zur rekonstruktiven Phase.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Maßnahmen zur Verbesserung des Emergenzprofils vor der definitiven rekonstruktiven Phase

Werden Gingivaformer zur Optimierung des Emergenzprofils (trichterförmige Ausformung der den Implantatpfosten umgebenden Schleimhautmanschette) mehrfach aufgebaut oder umgeformt und dabei entfernt und wiedereingesetzt, so fallen diese Maßnahmen des Aus- und Einschraubens nicht in der rekonstruktiven Phase an.

In dieser Phase der langsamen, gegebenenfalls um periimplantäre weichteilchirurgische Maßnahmen ergänzten Weichgewebsadaptation wird noch kein Zahnersatz oder Suprakonstruktion erstellt.

GOZ 9060

Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	17,60	40,49	61,61

- Die Leistung ist für ein Implantat höchstens einmal je Sitzung berechenbar, unabhängig von der Anzahl der Aufbauelemente.
- Die Leistung kann ausschließlich im Reparaturfall berechnet werden.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Abnahme und Wiederbefestigen von Aufbauelementen zum Zweck der Reinigung nach rekonstruktiver Phase

Die Berechnung von GOZ 9060 (Auswechseln von Aufbauelementen im Reparaturfall) ist nicht möglich, da diese Gebühr ein Auswechseln im Reparaturfall beinhaltet. Das Reinigen oder Säubern von Aufbauelementen ist nicht Leistungsinhalt.

GOZ 9090

Knochengewinnung (z. B. Knochenkollektor oder Knochen-schaber), Knochenaufbereitung und -implantation, auch zur Weichteilunterfütterung

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	22,50	51,74	78,74

- Die Berechnung der Gebühr stellt ausschließlich auf die Transplantation autologen Knochens ab.
- Die Verwendung von Knochenersatzmaterial ist separat zu berechnen.
- Die zusätzliche Entnahme von Knochen aus einem getrennten Operationsgebiet berechtigt zum Ansatz der GOZ-Nr. 9140 (Intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaugesbietes).
- Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder -schabers sind gesondert berechnungsfähig.
- Die Gebühr ist nicht neben der GOZ-Nr. 9100 (Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation) in derselben Kieferhälfte oder demselben Frontzahnbereich berechnungsfähig.
- Bei dieser Leistung fällt zusätzlich der OP-Zuschlag nach der GOZ-Nummer 0500 an, sofern es sich um die höchste zuschlagsfähige Leistung am Operationstag handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ zur Berechnung kommt.



GOZ-Nr. 9090 im Ausnahmefall neben GOZ-Nummern 9110/9120 (Beschluss Nr. 14 des Beratungsforums):

Neben der GOZ-Nr. 9100 (Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation) ist die GOZ-Nr. 9090 nicht berechnungsfähig.

Neben den GOZ-Nrn. 9110 (Interner Sinuslift), 9120 (Externer Sinuslift) ist die GOZ-Nr. 9090 dann berechnungsfähig, wenn die Knochentransplantation im Operationsgebiet nicht der Auffüllung des durch die Anhebung der Kieferhöhlenschleimhaut entstandenen Hohlraumes dient.

Dies ist bei der Auffüllung von Knochendefiziten mit Eigenknochen im Bereich der Implantatschulter bei zeitgleicher Implantation oder beim Ausgleich von Knochendefiziten des Alveolarbisses mit Eigenknochen getrennt vom Bereich des Sinuslifts der Fall.

Wird neben den GOZ-Nrn. 9110, 9120 die GOZ-Nr. 9100 in Ansatz gebracht, ist eine Berechnung der GOZ-Nr. 9090 in derselben Kieferhälfte nicht möglich.

GOZ 9100

Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Mit der Leistung nach der Nummer 9100 sind folgende Leistungen abgegolten:

Lagerbildung, Glättung des Alveolarfortsatzes, ggf. Entnahme von Knochen innerhalb des Aufbaubereiches, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) und Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung, ggf. einschließlich Einbringung und Fixierung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	151,52	348,49	530,31

- Die Leistung nach der Nummer 9100 ist für die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbettes nicht berechnungsfähig.
- Das Augmentationsgebiet kann sowohl den zahnlosen Kieferbereich als auch den Bereich von Zähnen und/oder Implantaten betreffen.
- Neben der Leistung nach der Nummer 9100 sind die Leistungen nach der Nummer 9130 (Bone Splitting) nicht berechnungsfähig.
- Das Gewinnen von autologem Augmentationsmaterial, zum Beispiel durch Knochenkollektor, Knochenschaber oder Knochenkernbohrungen außerhalb des Aufbaubereiches, ist gesondert berechnungsfähig.
- Zusätzliche stabilisierende Maßnahmen, zum Beispiel osteosynthetische Leistungen durch Pins, Schrauben und Platten, sind gesondert berechnungsfähig.
- Die Entfernung von nicht resorbierbarem Barriere-/Osteosynthesematerial kann gesondert berechnet werden.

- Wird die Leistung nach der Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach der Nummer 9110 (Interner Sinuslift) erbracht, ist die Hälfte der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.
- Wird die Leistung nach der Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach der Nummer 9120 (Externer Sinuslift) erbracht, ist ein Drittel der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.
- Da die Gebühr den Aufbau des Alveolarfortsatzes mit Knochen und/oder Knochenersatzmaterial ohne einschränkende Indikation beschreibt, ist GOÄ 2442 (Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung) für eine Weichteilunterfütterung in derselben Kieferhälfte/demselben Frontzahnbereich nur dann berechnungsfähig, wenn hierbei nicht Knochenersatzmaterial, sondern ein Collagen Patch verwendet wird.
- Weichteilchirurgische Maßnahmen, die nicht der Schleimhautabdeckung des augmentierten Gebietes dienen, sondern aufgrund eigenständiger Indikation erbracht werden, sind gesondert berechnungsfähig.
- Bei dieser Leistung fällt zusätzlich der OP-Zuschlag nach der GOZ-Nummer 0530 an, sofern es sich um die höchste zuschlagsfähige Leistung am Operationstag handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ zur Berechnung kommt.
- Auch GOZ-Zuschlag 0110 für das Operationsmikroskop ist berechenbar.

GOZ 9110

Geschlossene Sinusbodenelevation vom Kieferkamm aus (Interner Sinuslift)

Mit einer Leistung nach der Nummer 9110 sind folgende Leistungen abgegolten:

Schaffung des Zuganges durch die Alveole oder das Implantatfach, Anhebung des Kieferhöhlenbodens durch knochenverdrängende oder knochenverdichtende Maßnahmen und der Kieferhöhlenmembran, Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaubereiches des Implantatfaches und Einbringen von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial)

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	84,36	194,04	295,27

- Die Leistung ist für dieselbe Implantatkavität nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9120 (Externer Sinuslift) und 9130 (Bone Splitting) berechnungsfähig.
- Die Berechnung erfolgt je Liftstelle.
- Augmentative Maßnahmen am Alveolarfortsatz in derselben Kieferhälfte nach Nummer 9100 sind gesondert, jedoch nur zur Hälfte berechnungsfähig.
- Das Gewinnen von autologem Augmentationsmaterial, zum Beispiel durch Knochenkollektor, Knochenschaber oder Knochenkernbohrungen außerhalb der Alveole oder des Implantatfaches, kann gesondert berechnet werden.
- Plastische Maßnahmen über den primären Wundverschluss hinaus sind gesondert zu berechnen.
- Bei dieser Leistung fällt zusätzlich der OP-Zuschlag nach der GOZ-Nummer 0530 an, sofern es sich um die höchste zuschlagsfähige Leistung am Operationstag handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ zur Berechnung kommt.
- Auch GOZ-Zuschlag 0110 für das Operationsmikroskop ist berechenbar.



GOZ 9120

Sinusbodenelevation durch externe Knochenfensterung (Externer Sinuslift), je Kieferhälfte. Mit einer Leistung nach der Nummer 9120 sind folgende Leistungen abgegolten: Schaffung des Zuganges zur Kieferhöhle durch Knochenfensterung (auch Knochendeckel), Präparation der Kieferhöhlenmembran, Anhebung des Kieferhöhlenbodens und der Kieferhöhlenmembran, Lagerbildung, ggf. Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaugesbietes, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial), ggf. Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren – einschließlich Fixierung –, ggf. Reposition des Knochendeckels, Verschluss der Kieferhöhle und Wundverschluss

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	168,73	388,07	590,54

- Die Leistung nach Nummer 9110 (Interner Sinuslift) ist für dieselbe Implantatkavität nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9120 und 9130 (Bone Splitting) berechnungsfähig.
- Wird die Leistung nach Nummer 9100 (Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation) in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 9120 erbracht, ist ein Drittel der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.
- Das Gewinnen von autologem Augmentationsmaterial, zum Beispiel durch Knochenkollektor, Knochenschaber oder Knochenkernbohrungen außerhalb des Aufbaugesbietes, kann gesondert berechnet werden.
- Plastische Maßnahmen, die über einen primären Wundverschluss hinausgehen, sind gesondert zu berechnen.
- Die Entfernung des Barriere-/Osteosynthesematerials kann ebenfalls gesondert berechnet werden.
- Bei dieser Leistung fällt zusätzlich der OP-Zuschlag nach der GOZ-Nummer 0530 an, sofern es sich um die höchste zuschlagsfähige Leistung am Operationstag handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ zur Berechnung kommt.
- Auch GOZ-Zuschlag 0110 für das Operationsmikroskop ist berechenbar.

GOZ 9130

Spaltung und Spreizung von Knochensegmenten (Bone Splitting), ggf. mit Auffüllung der Spalträume mittels Knochen oder Knochenersatzmaterial, ggf. einschließlich zusätzlicher Osteosynthesemaßnahmen, ggf. einschließlich Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren und deren Fixierung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, oder vertikale Distraction des Alveolarfortsatzes einschließlich Fixierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	86,61	199,21	303,14

- Neben dieser Leistung ist GOZ 9100 (Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation) in derselben Kieferhälfte nicht berechnungsfähig.
- Die Anwendung von wiederverwendbaren Spreiz- und/oder Distractionsvorrichtungen ist nicht gesondert berechnungsfähig.
- Die Entfernung des Barriere-/Osteosynthesematerials kann gesondert berechnet werden.
- Das Gewinnen von autologem Augmentationsmaterial, zum Beispiel durch Knochenkollektor, Knochenschaber oder Knochenkernbohrungen, kann gesondert berechnet werden.

- Plastische Maßnahmen, die über den primären Wundverschluss hinausgehen, sind gesondert zu berechnen.
- Bei dieser Leistung fällt zusätzlich der OP-Zuschlag nach der GOZ-Nummer 0530 an, sofern es sich um die höchste zuschlagsfähige Leistung am Operationstag handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ zur Berechnung kommt.
- Auch GOZ-Zuschlag 0110 für das Operationsmikroskop ist berechenbar.

GOZ 9140

Intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaugesbietes ggf. einschließlich Aufbereitung des Knochenmaterials und/oder der Aufnahme-region, einschließlich der notwendigen Versorgung der Entnahmestelle, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	36,56	84,08	127,95

- Bei Entnahme von einem oder mehreren Knochenblöcken ist das Doppelte der Gebühr nach der Nummer 9140 berechnungsfähig. Von einem Knochenblock im Sinne dieser Abrechnungsbestimmung ist auszugehen, wenn dieser bei der Implantation eigenständig fixiert werden muss.
- Das Auffüllen von Spalträumen mit Knochenersatzmaterial, zusätzliche Maßnahmen zur Osteosynthese und/oder das Einbringen resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren einschließlich Fixierungsmaßnahmen sind gesondert berechnungsfähig.
- Die Entfernung des Barriere-/Osteosynthesematerials kann ebenfalls gesondert berechnet werden.
- Plastische Maßnahmen, die über den primären Wundverschluss hinausgehen, sind gesondert zu berechnen.
- Bei dieser Leistung fällt zusätzlich der OP-Zuschlag nach der GOZ-Nummer 0510 an, sofern es sich um die höchste zuschlagsfähige Leistung am Operationstag handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ zur Berechnung kommt.

GOZ 9150

Fixation oder Stabilisierung des Augmentates durch Osteosynthesemaßnahmen (z. B. Schrauben- oder Plattenosteosynthese oder Titanetze), zusätzlich zu der Leistung nach der Nummer 9100, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	37,96	87,32	132,87

- Die Materialien zur Geweberegeneration bei Osteosynthese sind gesondert berechnungsfähig.
- Osteosynthesematerialien und zu Stabilisierungszwecken implantierte Materialien sind zusätzlich berechenbar.
- Die Entfernung des Osteosynthesematerials kann ebenfalls gesondert berechnet werden.
- Im Zusammenhang mit anderen augmentativen Leistungen ist diese Nummer nicht ansatzfähig.
- Bei dieser Leistung fällt zusätzlich der OP-Zuschlag nach der GOZ-Nummer 0510 an, sofern es sich um die höchste zuschlagsfähige Leistung am Operationstag handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ zur Berechnung kommt.



GOZ 9160

Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien (z. B. Barrieren – einschließlich Fixierung –, Osteosynthesematerial), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	18,56	42,69	64,96

- Die Entfernung anderer unter der Schleimhaut liegender Fremdkörper wird nach den GOÄ-Nummern 2009 (Entfernung oberflächlicher Fremdkörper) beziehungsweise 2010 (Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers) berechnet.
- Bei dieser Leistung fällt zusätzlich der OP-Zuschlag nach der GOZ-Nummer 0500 an, sofern es sich um die höchste zuschlagsfähige Leistung am Operationstag handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ zur Berechnung kommt.
- Auch GOZ-Zuschlag 0120 für die Verwendung des Lasers ist berechenbar.

GOZ 9170

Entfernung im Knochen liegender Materialien durch Osteotomie (z. B. Osteosynthesematerial, Knochenschrauben) oder Entfernung eines subperiostalen Gerüstimplantates, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Faktor	1,0	2,3	3,5
Euro	28,12	64,68	98,42

- Die Entfernung eines Implantates ist mit der Gebühr für die Leistungen nach den Nummern 3000 (Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantates) und 3030 (Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantates durch Osteotomie) abgegolten.
- Die Gebühr ist ebenfalls berechnungsfähig für die Entfernung eines subperiostalen Gerüstimplantates und ist je nach Ausdehnung der Materialien oder des Gerüstimplantates auch zweimal je Kiefer berechnungsfähig.
- Plastische Wunddeckungsmaßnahmen sind gesondert berechnungsfähig.
- Bei dieser Leistung fällt zusätzlich der OP-Zuschlag nach der Nummer 0510 an, sofern es sich um die höchste zuschlagsfähige Leistung am Operationstag handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ zur Berechnung kommt.
- Auch GOZ-Zuschlag 0110 für das Operationsmikroskop ist berechenbar.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Anwendung von wachstumsfaktorenreichem Plasma zur Regeneration

- PRP (Platelet Rich Plasma), PRF (Platelet Rich Fibrin) und PRGF (Plasma Rich in Growth Factors) sind fortschrittliche Ansätze in der zahnärztlichen Behandlung, die auf der Verwendung von körpereigenem Blut basieren, um die Regeneration und Heilung von Gewebe zu fördern.
- Die PRP-/PRGF-/PRF-Verfahren werden von vielen Kostenerstatern nicht übernommen. Aus deren Sicht handelt es sich um nicht wissenschaftlich allgemein anerkannte Heilmethoden.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Wiedereingliedern oder Festziehen eines gelösten Gingivaformers

- Es kommt vor, dass sich Gingivaformer durch Gewebegegen- druck lösen.
- Diese Maßnahme wird nicht durch den Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 9060 (Auswechseln von Aufbauelementen im Reparaturfall) abgebildet.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Maßnahmen zur Therapie der Periimplantitis

Die Periimplantitis ist eine durch bakterielle Biofilme verursachte Entzündung rund um das Zahnimplantatbett. Diese Entzündung baut den Knochen ab, der das Implantat hält.

Periimplantitisbehandlung im offenen Verfahren (Beschluss Nr. 19 des Beratungsforums):

Eine Periimplantitisbehandlung im offenen Verfahren stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr je nach Lokalisation die GOZ-Nr. 4090 bzw. die GOZ-Nr. 4100 für angemessen.

Adjuvante Photodynamische Therapie bei Periimplantitisbehandlung (Beschluss Nr. 46 des Beratungsforums):

Die Durchführung der adjuvanten aPDT (antimikrobielle Photodynamische Therapie) Debridement im Rahmen einer nicht-chirurgischen Behandlung der Periimplantitis im Einklang mit der S3-Leitlinie „Die Behandlung periimplantärer Infektionen an Zahnimplantaten“ stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der GOZ beschrieben ist. Die Berechnung der analogen GOZ-Leistung ist neben der nichtchirurgischen Therapie am Implantat zulässig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 4110 für angemessen.

Nichtchirurgische subgingivale Belagsentfernung am Implantat bei Periimplantitis (Beschluss Nr. 60 des Beratungsforums):

Die nichtchirurgische subgingivale Belagsentfernung an einem Implantat zur Therapie einer Periimplantitis ist in der GOZ nicht beschrieben und daher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen. Die Geb.-Nr. 4070 GOZ ist daneben nicht berechnungsfähig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Geb.-Nr. 3010a GOZ für angemessen. Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: „Nichtchirurgische Therapie einer Periimplantitis“.



Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Abdeckung des Schraubenschachtes bei verschraubten Implantatkronen

Die okklusale Verschraubung und Abdeckung des technisch notwendigen Schraubenschachtes bei verschraubten Implantatkronen mit Füllungsmaterial ist Leistungsbestandteil der GOZ-Nr. 2200 (Versorgung eines Zahnes oder Implantates durch eine Vollkrone – Tangentialpräparation). Nach den Berechnungsbestimmungen der GOZ-Nr. 2200 sind sowohl die axiale direkte Verschraubung von Implantat und Suprakonstruktion sowie der Verschluss dieses Schraubenschachtes mit Füllungsmaterial Leistungsbestandteil und bei der Eingliederung nicht gesondert berechnungsfähig. Der Verschluss des Schraubenschachtes kann somit weder mit einer Füllungsgebühr noch mit einer zahntechnischen Leistung gemäß § 9 GOZ berechnet werden.

Wird der Schraubenschacht jedoch bei einer Wiedereingliederung, zum Beispiel nach Reparatur oder Lockerung eines definitiven Zahnersatzes, wieder verschlossen, so erfüllt dies den Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 2320 (Wiederherstellung einer Krone, einer Teilkrone, eines Veneers, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder einer Verblendung an feststehendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung und Abformung).

Wird der Schraubenschacht bei der Eingliederung nicht mit Füllungsmaterial, sondern mit einem speziell abgestimmten Silikonmatrix-Wirkstoffkomplex versiegelt, um durch das Abdichten der Hohlräume ein Eindringen von Bakterien zu verhindern, so stellt dies eine selbstständige Leistung dar, die analog gemäß § 6 Abs. 1 GOZ berechenbar ist.

Kostenerstatter betrachten die Leistung grundsätzlich als nicht berechenbar.

Fazit

Das Einbringen von Implantaten ist ein sehr komplexer Vorgang, der große Erfahrung und umfangreiches Know-how voraussetzt. Die Behandlungen werden mit hoher Präzision und modernster Technik durchgeführt. Um die Leistungen betriebswirtschaftlich auskömmlich erbringen zu können, wird zweifelsfrei Faktor 3,5 nicht ausreichend sein. Die Bayerische Landes Zahnärztekammer empfiehlt, mit den Patienten eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ zu treffen. Hierbei muss darauf hingewiesen werden, dass eine vollständige Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist.



MANUELA KUNZE
Referat Honorierungssysteme der BLZK



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

ANZEIGE



ZWP ONLINE
www.zwp-online.info



SCHLICHT. STARK.
INFORMATIV. DAS
NEUE ZWP ONLINE.

Ab März '25.

Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Deutschland
Tel.: +49 341 48474-0 info@oemus-media.de

OEMUS MEDIA AG

ANZEIGE



DIE DB PRAXISBÖRSE –
IHR SCHLÜSSEL FÜR EINE
ERFOLGREICHE PRAXISSUCHE



Adipositas, Asthma, Karies

Wie sich der Sozialstatus auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirkt

Die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen hat sich in den vergangenen 20 Jahren erheblich verbessert. Dennoch gibt es noch immer einen engen Zusammenhang zwischen Karies und Sozialstatus. Dr. Laura Castiglioni ist am Deutschen Jugendinstitut in München für das Themenfeld Familie im sozioökonomischen Kontext zuständig. Wir sprachen mit ihr über Ursachen und Lösungsansätze für die „Sozialkaries“.

BZB: Es scheint einen engen Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus von Kindern und Jugendlichen sowie der körperlichen und seelischen Gesundheit zu geben. Können Sie das bestätigen?

Castiglioni: Ein Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheitszustand und -verhalten, aber auch bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung ist empirisch belegt. Wenn wir von Kindern mit niedrigem Sozialstatus sprechen, dann meinen wir Kinder, die in Haushalten aufwachsen, die über wenig Ressourcen verfügen, also wenig Geld haben, und in denen die Eltern weniger gut ausgebildet sind. Häufig kommen weitere belastende Umstände hinzu: Arbeitslosigkeit, Krankheit oder Trennung, aber auch Flucht oder

Migration. Diese Bedingungen sind auch für die Kinder belastend und nicht förderlich für eine gesunde Entwicklung. Für diese Familien kann es schwierig sein, vollwertige Mahlzeiten zuzubereiten oder den Kindern ausreichend Bewegungsangebote zu machen, weil diese Dinge Geld kosten oder Wissen erfordern. Auch die Suche nach Informationen und geeigneten Hilfen ist für Menschen, die selbst unter großer Belastung stehen, nicht immer einfach: Es gilt, viel Stress und Frustration auszuhalten und Schamgefühle zu überwinden.

BZB: Gibt es Krankheiten, bei denen dieser Zusammenhang besonders ausgeprägt ist? Wie sieht es bei der Mundgesundheit aus?

Castiglioni: Die Daten zeigen einen Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen, Übergewicht und Adipositas sowie Asthma. Studien im Bereich der Frühen Hilfen zeigen, dass das Risiko für Entwicklungsverzögerungen bei armutsgefährdeten Kindern signifikant erhöht ist. Auch im Bereich der psychischen Gesundheit zeigen sich gravierende Unterschiede: Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Familien sind häufiger von psychischen Auffälligkeiten wie Depressionen und Angststörungen betroffen als Gleichaltrige aus mittleren und hohen Einkommensgruppen. Darüber hinaus treiben Kinder mit niedrigem sozioökonomischem Status seltener Sport und konsumieren häufiger Tabak, Alkohol und Drogen als Kinder mit hohem sozioökonomischem Status.

Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen ist in Deutschland zwar sehr hoch, aber auch hier zeigt sich eine etwas geringere Inanspruchnahme

bei Kindern aus benachteiligten Familien. In Bezug auf die Zahn- und Mundhygiene ist belegt, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status sowie mit Migrationshintergrund ein höheres Risiko für ein unzureichendes Mundgesundheitsverhalten aufweisen.

BZB: Sie sagen: Prävention hat ihren Ursprung in der Familie. Warum?

Castiglioni: Kinder lernen eine gesunde Lebensweise und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit in erster Linie in der Familie. Zum einen schauen sich Kinder viel von ihren Eltern ab und verinnerlichen deren Lebensstil, Umgang mit Problemen oder Bewältigungsmechanismen. Unsere Eltern (oder Erziehungsberechtigten) sind die Menschen, die wir in unserer Kindheit am besten kennen, und wir neigen dazu, ihren Lebensstil als normal anzusehen. Eltern sind aber auch diejenigen, die Entscheidungen für ihre Kinder treffen. Wenn wir wollen, dass Kinder an Präventionsmaßnahmen teilnehmen, müssen wir vor allem ihre Familien davon überzeugen, dass dies sinnvoll ist.

BZB: Die bayerischen Zahnärzte haben große Erfolge bei der Verbesserung der Mundgesundheit erzielt. Ein Baustein dafür ist die LAGZ, die Aufklärungsarbeit in Kindergärten und Schulen leistet. Ist das der richtige Ansatz?

Castiglioni: Je nach Problemlage brauchen wir unterschiedliche Ansätze, aber die Aufklärungsarbeit der LAGZ ist hier wichtig und effektiv. Kinder können ihre Zahnhygiene schon sehr früh beeinflussen, wenn sie wissen, wie man richtig putzt. Es ist sinnvoll, sie direkt anzusprechen und zu informieren. So können Kinder befähigt werden, ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen.



„Ein Zusammenhang zwischen Sozialstatus und Gesundheitszustand und -verhalten, aber auch mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung ist empirisch belegt“, bestätigt Dr. Laura Castiglioni.

BZB: Stimmen Sie zu, dass es eine „Sozialkaries“ gibt?

Castiglioni: Der Begriff ist mir neu, aber ich glaube, er ist richtig. Es wäre eine logische Folge von Unterschieden im Gesundheitsverhalten. Wenn Kinder mit niedrigem sozioökonomischen Status tendenziell eine schlechtere Mundhygiene haben und seltener zu Vorsorgeuntersuchungen gehen, kann das zu mehr Karies führen.

BZB: Wie kann man dem außer durch die schon erwähnte Präventionsarbeit entgegenwirken? Wie erreicht man die sogenannten bildungsfernen Schichten?

Castiglioni: Wichtig ist eine niedrigschwellige Information über Beratungs- und Unterstützungsangebote über viele Kanäle. Dabei muss darauf geachtet werden, Scham abzubauen. Viele Themen rund um Armut und Gesundheit sind schambesetzt, was viele Menschen davon abhält, sich Hilfe zu holen.

BZB: Welche Rolle spielen Social Media bei der Sozialisation von Kindern und Jugendlichen?

Castiglioni: Laut der kürzlich veröffentlichten Shell-Studie nutzen 82 Prozent der Jugendlichen soziale Medien – die Exposition ist also sehr hoch. Etwas mehr als die Hälfte der Jugendlichen sucht Informationen online. Die Studie zeigt aber auch, dass nur eine Minderheit der Jugendlichen Online-Quellen für vertrauenswürdig hält:

36 Prozent halten TikTok oder Instagram für (sehr) vertrauenswürdig, bei Kommunikationsplattformen wie X sind es nur 29 Prozent. Neun von zehn Jugendlichen finden, dass der Umgang mit digitalen Medien und das Erkennen von Fake News auf den Lehrplan gehören. Dass Social Media einen gewissen Einfluss auf Kinder und Jugendliche haben, ist sicher richtig, aber ich vermute, dass es mit dem sozioökonomischen Hintergrund zusammenhängt, wie viel und wofür sie diese nutzen und wie kritisch sie damit umgehen. Man kann Kinder und Jugendliche über soziale Medien informieren, aber wahrscheinlich erreicht man damit nicht alle sozialen Schichten gut. Erfolg versprechend wären Werbekampagnen mit kind- und jugendgerechten Botschaften und der Beteiligung geeigneter Prominenter.

BZB: Was raten Sie Ärzten und Zahnärzten, wenn sie Verwahrlosung oder sogar Spuren häuslicher Gewalt bei Kindern und Jugendlichen feststellen?

Castiglioni: Der Fall ist durch § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz geregelt. Wenn Ärzte oder Zahnärzte Hinweise auf eine Gefährdung des Kindeswohles wahrnehmen, sollen sie die Eltern darauf ansprechen und sie dazu bewegen, Unterstützungsangebote der Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen. Es gibt zahlreiche Beratungsstellen (zum Beispiel der Erziehungsberatung), an die sich Eltern wenden können. Zur



„Die Aufklärungsarbeit der LAGZ ist wichtig und effektiv“, sagt Castiglioni. Das freut den Löwen Dentulus, eines der Maskottchen der LAGZ, der sogar dem bayerischen Ministerpräsidenten Markus Söder schon eine Zahnbürste überreicht hat.

Unterstützung bei der Beurteilung der Gefährdung des Kindeswohles stehen den (Zahn-)Ärzten „insofern erfahrene Fachkräfte“ zur Verfügung. Mit ihnen können die (Zahn-)Ärzte den Fall anonym besprechen, um die Situation besser einzuschätzen und eine angemessene Vorgehensweise zu finden. Sollte die Ansprache der Eltern keinen Erfolg versprechen oder keine Verbesserungen bewirken, sollen Ärzte und Zahnärzte das Jugendamt informieren. In der Regel sollten die Eltern darüber informiert werden; bei akuter oder erheblicher Gefährdung kann jedoch auf diese Information verzichtet werden. Wenn Ärzte und Zahnärzte so vorgehen, riskieren sie keine strafrechtliche Konsequenz wegen einer Verletzung von Privatgeheimnissen. Zu diesem schwierigen Thema gibt es aber hilfreiche Fortbildungen.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.

KINDERSCHUTZ KLAPPT NUR IN KOOPERATION

Das Kindeswohl besitzt einen hohen gesamtgesellschaftlichen Stellenwert. Bei Anzeichen von Vernachlässigung, Verletzungen oder Missbrauch gibt es in Bayern eine Reihe von Anlaufstellen.

Ein schematischer Handlungsablauf für Ärztinnen und Ärzte gibt genaue Handlungsempfehlungen (www.kinderschutz.bayern.de).

Die Bayerische Kinderschutzambulanz am Institut für Rechtsmedizin der LMU München ist rund um die Uhr erreichbar unter Telefon: 089 2180-73011.

E-Learning-Angebote zum Thema Kinderschutz findet man unter www.fortbildungsakademie-im-netz.de/fortbildungen/kinderschutz.

Damit Verletzungen dokumentiert werden können, hat die KZVB auf ihrer Website einen „Untersuchungsbogen Forensische Zahnmedizin“ zum Download bereitgestellt. Viele weitere Informationen findet man auch unter www.stmas.bayern.de/kinderschutz.



Neuregelung: E-Rechnung ist Pflicht

Was Zahnärzte bei der Rechnungsstellung beachten müssen

Seit Anfang dieses Jahres sind inländische Unternehmen im Geschäftsverkehr untereinander grundsätzlich dazu verpflichtet, Rechnungen in strukturiert elektronischer Form (E-Rechnungen) zu stellen und zu empfangen. Auch Zahnärztinnen und Zahnärzte betrifft diese Regelung, wenn sie im Geschäftsverkehr als Unternehmer auftreten. Dies ist beispielsweise im Geschäftsverkehr mit Laboren der Fall. Hier muss der Zahnarzt seit dem Stichtag 1. Januar 2025 in der Lage sein, E-Rechnungen zu empfangen. Von der Neuregelung nicht betroffen sind Rechnungen, die der Zahnarzt seinen Patienten stellt. Falls noch nicht geschehen, lassen Sie sich von Ihrem Steuerberater informieren, inwieweit Sie von der E-Rechnungspflicht betroffen sind.



© alexhdz – stock.adobe.com

Aufgrund einer Neuregelung des Umsatzsteuerrechtes im Rahmen des Wachstumschancengesetzes vom 27. März 2024 (BGBl 2024 I Nr. 108) sind alle inländischen Unternehmen untereinander dazu verpflichtet, ihre Rechnungen in strukturiert elektronischer Form auszustellen und zu empfangen. Eine Einwilligung in den Erhalt einer elektronischen Rechnung ist dann nicht mehr erforderlich. Diese Regelungen finden keine Anwendung bei Geschäften zwischen Unternehmern und Verbrauchern, sodass die Rechnungen, die Sie Ihren Patienten stellen, hiervon ausgenommen sind.

Wie bin ich als Zahnarzt betroffen?

Als Zahnarzt fallen Sie unter die Regelung, wenn Sie selbst im Geschäftsverkehr mit Unternehmen als Unternehmer auftreten. Dies ist beispielsweise bei der Beauftragung eines Labors der Fall. Seit 1. Januar dieses Jahres müssen Sie daher in der Lage sein, Rechnungen in strukturiert elektronischer Form zu empfangen und zu verarbeiten. Dies gilt nicht für Rechnungen, die Sie Ihren Patienten stellen.

Was ist eine E-Rechnung?

Seit Anfang des Jahres gelten nur noch Rechnungen in einem strukturiert elektronischen Format als elektronische Rechnungen im Sinne des Umsatzsteuerrechtes (E-Rechnungen). E-Rechnungen sind Rech-

nungen, die in einem strukturiert elektronischen Format ausgestellt, übermittelt und empfangen werden und eine elektronische Verarbeitung ermöglichen. Zur Einhaltung dieser Kriterien muss das Rechnungsformat der europäischen Norm für die elektronische Rechnungsstellung (CEN-Norm EN 1693) entsprechen.

Wie kann ich E-Rechnungen empfangen und verarbeiten?

E-Rechnungen können unter anderem per E-Mail versandt und empfangen werden. Es reicht daher aus, wenn sie zum Empfang von E-Rechnungen ein E-Mail-Postfach zur Verfügung stellen. Es ist nicht erforderlich, dass dieses E-Mail-Postfach nur für den Empfang von E-Rechnungen genutzt wird.

Bei der Verarbeitung von E-Rechnungen ist zu beachten, dass diese in einem Format (z. B. XML) ausgestellt werden, das zwar leicht von Maschinen ausgewertet, aber vom Menschen in der Regel nicht gelesen werden kann. Auch gibt es hybride E-Rechnungsformate, die einen maschinenlesbaren Datenteil (z. B. im XML-Format) und einen menschenlesbaren Datenteil (z. B. im PDF-Format) enthalten. Es ist aber nicht garantiert, dass Ihre Lieferanten auch ein solches benutzen.

Da Sie in der Lage sein müssen, Ihren Patienten die Rechnung eines Labors in menschenlesbarer Form zukommen zu

lassen, empfiehlt sich die Anschaffung einer Software, die strukturiert elektronische Rechnungsformate entsprechend umwandeln kann.

Was ist, wenn ich als Zahnarzt einem Unternehmen eine Rechnung stelle?

Sollte ein Zahnarzt selbst einem inländischen Unternehmen eine Rechnung stellen müssen, so ist dies aufgrund der geltenden Übergangsvorschriften nicht sofort in Form einer E-Rechnung erforderlich.

Bis zum 31. Dezember 2026 dürfen im Jahr 2025 und 2026 ausgeführte Umsätze weiter in Papierform oder in der „einfachen“ elektronischen Form (z. B. als PDF-Datei) übermittelt werden. Für Unternehmen mit einem Vorjahresgesamtumsatz von maximal 800.000 Euro gilt die Übergangsfrist noch ein weiteres Jahr, also bis 31. Dezember 2027. Erst ab 2028 sind die neuen Anforderungen bezüglich der E-Rechnung für alle Unternehmer zwingend einzuhalten.

Generell ist es für Zahnärztinnen und Zahnärzte ratsam, sich zeitnah bei ihrem Steuerberater zu informieren, inwiefern sie betroffen sind und welche Vorkehrungen sie treffen müssen.

Ass. jur. Charlotte Laabs
Justitiariat der BLZK



Zur IDS 2023 kamen rund 420 000 Besucher aus 122 Ländern.
Ein ähnlicher Besucheransturm wird auch in diesem Jahr erwartet.

Globale Präsenz auf der IDS 2025

In Köln werden 2 000 Aussteller und über 100 000 Besucher erwartet

Die Internationale Dental-Schau (IDS) will 2025 ihre Position als weltweit führende Messe der Dentalbranche bestätigen. Für die 41. Ausgabe, die vom 25. bis 29. März in Köln stattfindet, haben sich bereits knapp 1 500 Aussteller, darunter alle wichtigen Akteure der Branche, angemeldet. Daneben werden etwa 500 Teilnehmer aus allen Kontinenten der Erde in sogenannten Länderpavillons erwartet.

Die Messe wird erneut das gesamte Spektrum der Dentalwelt abdecken – von der Zahnmedizin und Zahntechnik über den Infektionsschutz und die Wartung bis hin zu Dienstleistungen sowie Informations-, Kommunikations- und Organisationssystemen. Durch diese Gesamtheit und die präsentierte Innovationsdichte will die IDS ihrer Bedeutung als zukunftsweisender Taktgeber der Branche gerecht werden.

IDS erleichtert Messevorbereitungen

Angesichts der globalen Reichweite der IDS erwartet die Koelnmesse erneut einen starken Besucherzuspruch. Deshalb empfiehlt die Messegesellschaft allen Besuchern, frühzeitig mit der Planung ihres Besuches anzufangen. Bereits Ende letzten Jahres ging der Ticket-Shop online. Alle Tickets zur IDS 2025 sind ausschließlich online buchbar und werden personalisiert ausgestellt. Besucher profitieren dabei von einer flexiblen, auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittenen Ticketverwaltung. So kann das Ticket über die offizielle IDS-App verwaltet, in das

Smartphone-Wallet geladen oder klassisch ausgedruckt werden.

Darüber hinaus werden weitere Services angeboten, die den Besuchern ihre Teilnahme an der fünftägigen Veranstaltung so angenehm wie möglich gestalten. Die IDS versteht sich dabei nicht nur als führende Plattform der Dentalbranche, sondern auch als Gastgeber für die gesamte internationale Dental-Community. In Verbindung mit der Eintrittskarte stehen beispielsweise ein VRS/VRR-Ticket für die Anreise zur Verfügung. Über das Hotelbuchungsportal der Koelnmesse können Aussteller und Besucher zudem bis zu fünf Zimmer gleichzeitig online buchen und von Sonderkonditionen profitieren.

Möglichkeiten zur Vernetzung nutzen

Die messebegleitende Onlineplattform IDSconnect bietet ab Anfang März 2025 erweiterte Möglichkeiten zur Vorbereitung und Vernetzung mit Ausstellern, Kollegen und potenziellen Geschäftspartnern. Von Learning-Sessions über Online-

Seminare bis hin zu Unternehmens- und Produktpräsentationen stellt das Tool vielfältige Möglichkeiten bereit, die IDS-Atmosphäre vor, während und nach der Messe über die Messehallen hinaus zu erleben.

Die IDS findet alle zwei Jahre in Köln statt und wird veranstaltet von der GFDI Gesellschaft zur Förderung der Dental-Industrie mbH, dem Wirtschaftsunternehmen des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie e.V. (VDDI). Zu den Ausstellern gehört traditionell auch die Bundeszahnärztekammer. Mit dabei sind ferner der Bundesverband der Zahnmedizinischen Studierenden und der Bundesverband der zahnmedizinischen Alumni in Deutschland.

Redaktion

DIE IDS IM NETZ

Weitere Informationen über die Leitmesse der Dentalbranche gibt es im Internet: www.ids-cologne.de.



Komposit statt Amalgam?

Wie man Mehrkosten rechtssicher vereinbart

Die Verwendung von Dentalamalgam bei der zahnärztlichen Behandlung ist seit dem 1. Januar 2025 grundsätzlich verboten. Wenn sich ein Patient für eine Kompositfüllung mit privater Zuzahlung entscheidet, behält er dennoch den Sachleistungsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse. Worauf bei der Vereinbarung von Mehrkosten zu achten ist, erklärt dieser Artikel.

Das Amalgamverbot hat eine Neufassung und Neubewertung der Bema-Nr. 13 mit sich gebracht. So sind seit dem 1. Januar 2025 im Seitenzahnbereich selbstadhäsive Füllungsmaterialien Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs. Die bisher für Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich geltenden Ausnahmeregelungen in den Bema-Nrn. 13e–h sind entfallen. Soweit eine Versorgung im Seitenzahnbereich nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst nicht unter Verwendung selbstadhäsiver Materialien möglich ist, sind auch Bulk-Fill-Komposite Bestandteil der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Patient hat für diese Art der Versorgung keine Zuzahlung zu leisten.

Im Frontzahnbereich sind weiterhin adhäsive Füllmaterialien Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs.

Mehrkostenvereinbarungen

Nicht vom Amalgamverbot berührt wird die Möglichkeit, mit seinen Patienten, Mehrkostenvereinbarungen zu treffen. § 28 Abs. 2 S. 2 und S. 4 SGB V sehen insoweit vor, dass Versicherte eine über die Sachleistung hinausgehende, aufwendigere Versorgung wählen können. Die anfallenden Mehrkosten sind in diesem Fall von dem Patienten zu tragen. Unter Mehrkosten in diesem Sinne sind die Kosten zu verstehen, die über die Vergütung der ver-

tragszahnärztlich geschuldeten Sachleistung gemäß der Bema-Nr. 13 hinausgehen.

Vereinfacht dargestellt bedeutet dies:

Vereinbarte Mehrkosten = Kosten GOZ-Füllung – Sachleistungvergütung Bema-Füllung

(1) Mehrkostenfähige Kompositfüllungen

Eine solche Mehrkostenvereinbarung kann für alle Füllungen getroffen werden, die nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sind. Dies sind unter anderem Kompositfüllungen im Frontzahnbereich unter Anwendung der Mehrfarbtechnik zur ästhetischen Optimierung, Aufbaufüllungen aus Komposit sowie Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich, soweit keine Ausnahmeindikation im Sinne der Bema-Nr. 13 (Bulkfill) gegeben ist.

Nicht mehrkostenfähig ist dagegen der medizinisch nicht notwendige Austausch intakter Amalgamfüllungen durch Kompositfüllungen. Bei diesen Leistungen handelt es sich um Privatleistungen, deren Kosten der Patient in Gänze zu tragen hat.

(2) Abschluss einer wirksamen Mehrkostenvereinbarung

Um eine wirksame Mehrkostenvereinbarung mit gesetzlich versicherten Patienten abzuschließen, sind die Anforderungen des § 28 Abs. 2 S. 4 SGB V zu beachten. Danach ist in den Fällen, in denen Patienten eine über die Sachleistung hinausgehende Versorgung wählen, **vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung** zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen.



Eine aufwendigere Kompositfüllung ist in der Regel mit einer privaten Zuzahlung verbunden. Für die rechtssichere Vereinbarung stellt die KZVB den Praxen auf abrechnungsmappe.kzvb.de ein Muster zur Verfügung.



Vereinbarung gem. § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V* (Mehrkosten bei Füllungen)

zwischen

Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r

und

Zahnärztin/Zahnarzt

für

Patient (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

Region	Geb.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Faktor	Anzahl	Betrag EUR
Geschätzte Material- und Laborkosten					
Abzüglich der Kosten gem. BEMA-Pos. 13					
Voraussichtliche Mehrkosten					

Erklärung des Versicherten

Ich bin von meiner Zahnärztin / meinem Zahnarzt über die nach den gesetzlichen Bestimmungen (§ 28 Abs. 2 SGB V) und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnfüllungen unterrichtet worden. Ich wünsche eine darüber hinausgehende Versorgung auf Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und verpflichte mich, die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

*§ 28 Abs. 2 Satz 1 – 5 Sozialgesetzbuch, fünftes Buch (SGB V):
„Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden.“



tern, stellt die KZVB ein entsprechendes Formular auf abrechnungsmappe.kzvb.de zur Verfügung.

Die Vereinbarung muss zudem **vor Beginn der Behandlung** geschlossen werden. Die nachträgliche Zustimmung zu der überobligatorischen Behandlung genügt nicht.

Wie vor jeder Behandlung ist der Patient über alle für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Betreffend die Füllungstherapie ist Inhalt der **Aufklärung** insbesondere die Notwendigkeit sowie Art und Umfang der Behandlung, deren Folgen und Risiken. Die Aufklärung hat zudem den Inhalt und Umfang der GKV-Leistung und mögliche Behandlungsalternativen zum Gegenstand. Dem Vertragszahnarzt obliegt nach § 630c Abs. 3 BGB auch eine wirtschaftliche Informationspflicht. Der Patient ist vor dem Hintergrund der Mehrkostenvereinbarung vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung zu informieren.

Nach Unterzeichnung der Mehrkostenvereinbarung erhält der Patient eine Ausfertigung. Die Aushändigung lässt sich durch Aufnahme eines entsprechenden Vermerkes in der Dokumentation nachweisen.

Nun kann die Behandlung wie vereinbart durchgeführt werden.

(3) Rechnungsstellung

Nach Behandlungsabschluss wird der spezifische Mehrkostenanteil dem Patienten unter Zugrundelegung der Gebührenordnung für Zahnärzte in Rechnung gestellt.

Die Kosten für die vertragszahnärztliche Füllungsleistung sind wie gewohnt als Sachleistung über die KZVB abzurechnen. Begleitleistungen, die auch bei einer reinen Kassenbehandlung angefallen wären, sind ebenfalls als Sachleistung abrechenbar.

Janine Lange
Rechtsanwältin (Syndikusrechtsanwältin)

Dr. Christian Öttl
Vorsitzender der Bezirksstelle München
Stadt und Land

Die Einhaltung der Schriftform ist Wirksamkeitsvoraussetzung für die Mehrkostenvereinbarung. Soweit es an einer schriftlichen Vereinbarung fehlt, ist die Mehrkostenvereinbarung nach § 125 S. 1 BGB nichtig. **Achtung:** Schriftform bedeutet, dass die Vereinbarung von dem Patienten und Ihnen eigenhändig unterschrieben werden muss! Genügt die Vereinbarung dieser Form nicht, können Sie dem Patienten in diesem Fall keine Mehrkosten in Rechnung stellen, obwohl Sie die Leistung in dem vereinbarten Umfang und mit erhöhtem Zeit- und Materialaufwand erbracht haben.

Die Verwendung eines bestimmten Vordrucks ist dagegen nicht vorgeschrieben. Damit der Patient jedoch erkennt, in welche Behandlung er einwilligt und welche

Kosten dabei auf ihn zukommen, muss die Vereinbarung die wesentlichen Punkte enthalten. Dazu gehören der Name des Patienten sowie der des Zahnarztes, die Leistungsbeschreibung unter Angabe des behandelten Zahnes und der Gebührennummer, die geschätzten Material- und Laborkosten und die sich daraus ergebenden voraussichtlichen Mehrkosten.

Die Vereinbarung hat auch eine Erklärung des Patienten zu enthalten, über seinen Anspruch auf die Sachleistung als ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung aufgeklärt worden zu sein und eine darüber hinausgehende, überobligatorische Versorgung auf Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu wünschen. Um den Abschluss von Mehrkostenvereinbarungen zu erleich-

Das Wichtigste auf einen Blick

BLZK-Patienteninfo zu Implantaten jetzt im praktischen Kleinformat

Damit Implantate optimal einheilen können und möglichst lange halten, kommt es auch auf die Kooperation der Patientinnen und Patienten an. Umso wichtiger ist es, sie gut und vor allem verständlich über diese Form des Zahnersatzes zu informieren. Die Bayerische Landes Zahnärztekammer unterstützt Zahnarztpraxen dabei mit verschiedenen Patienteninformationen zum Thema. Die Printbroschüre im DIN A5-Format wurde nun durch das neue Pocket „Implantate“ im praktischen Kleinformat ersetzt.

Im Pocket „Implantate“ lesen Patientinnen und Patienten, was ein Zahnimplantat ist und wie die Implantation abläuft. Außerdem erfahren sie, was sie nach dem Ein-

griff beachten sollten und wie sie ihre Implantate richtig pflegen. Die wichtigsten Informationen zum Thema sind in der Patienteninfo kompakt und leicht verständlich zusammengefasst. QR-Codes oder Kurzlinks leiten die Patienten zu weiterführenden Informationen auf der BLZK-Patientenwebsite www.zahn.de, wenn sie sich noch ausführlicher informieren möchten. Zahnarztpraxen können das Pocket „Implantate“ im Onlineshop der BLZK bestellen – 50 Exemplare erhalten sie für 9 Euro inklusive Versand. Derzeit ist im Shop auch noch die größere Broschüre „Implantate“ im DIN A5-Format

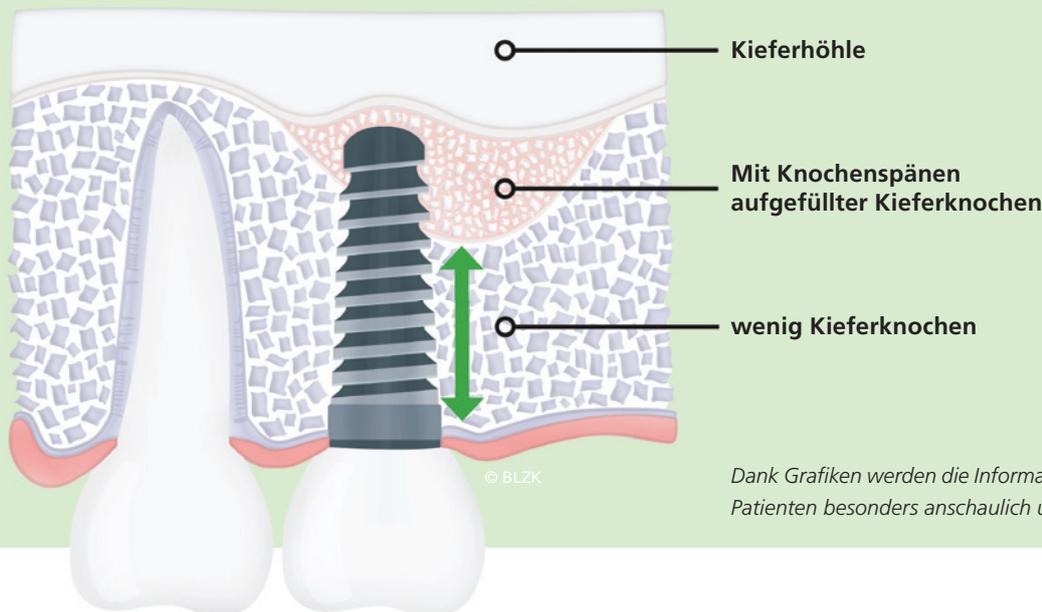
erhältlich. Sie wird jedoch nach Ende der aktuellen Auflage durch das Pocket im kompakteren Format ersetzt und nicht mehr neu aufgelegt.

Ausführliche Informationen auf www.zahn.de

Auch online stellt die Kammer viele Informationen zu Implantaten für Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Sie erfahren auf der BLZK-Patientenwebsite www.zahn.de zum Beispiel, was Zahnimplantate sind, für wen sie geeignet sind, welche Möglichkeiten Implantate bieten, wie eine Implantation abläuft und was danach zu beachten ist. Besonders anschaulich und verständlich werden die Informationen durch zahlreiche Grafiken – zum Beispiel zum Knochenaufbau oder zum Aufbau eines Implantates.



Im Pocket „Implantate“ finden Patienten die wichtigsten Informationen zum Thema – kompakt zusammengefasst und einfach erklärt.



Dank Grafiken werden die Informationen auf www.zahn.de für Patienten besonders anschaulich und verständlich.

Filme zu Implantaten in der Mediathek

Auf der BLZK-Patientenwebsite sind auch verschiedene Filme zu Implantaten zu finden. Der Film „Implantate“ informiert darüber, was ein Implantat ist und wie eine Implantation abläuft. Im Video „Implantatgetragene Brücke“ wird der implantatgetragene Zahnersatz als Alternative zur herkömmlichen Vollprothese vorgestellt.

Der Film „Tipps zur Zahn-OP“ klärt darüber auf, was vor und vor allem nach dem Setzen eines Implantates zu beachten ist. Besonders interessant für Implantatträger ist das Video „Pflegetipps für Zahnersatz“: Sie erfahren darin, wie sie ihr Implantat richtig reinigen und welche Hilfsmittel sie dafür verwenden können. Zeigen Sie die Filme gerne beim Beratungsgespräch auf dem Tablet oder PC – oder machen Sie Ihre Patienten darauf aufmerksam, dass sie sich diese zu Hause in Ruhe in der Mediathek ansehen können.

Nina Prell
Referat Patienten und Versorgungsforschung
der BLZK



Der Film „Pflegetipps für Zahnersatz“ zeigt, warum gründliche Hygiene bei Implantaten so wichtig ist, und erklärt, wie sie richtig geht.

PATIENTENINFOS ZU IMPLANTATEN IM NETZ

Auf zahn.de informiert die BLZK unter folgendem Link über das Thema Implantate: https://www.zahn.de/zahn/web.nsf/id/pa_zahnimplantate.html

Das Pocket „Implantate“ können Sie im Onlineshop bestellen: https://shop.blzk.de/blzk/site.nsf/id/li_implantate_pocket.html

Alle Filme rund um das Thema Implantate finden Sie in der Mediathek unter: https://www.zahn.de/zahn/web.nsf/id/pa_video.html



Kann nur noch Harry Potter helfen?

Preisexplosion im britischen Gesundheitswesen – Bedürftige greifen zur Weißzange

Eine Reform des National Health Service (NHS) hat so ziemlich jeder britische Premierminister versprochen. Keir Starmer, der seit dem Sommer 2024 in der Downing Street residiert, stellt hier keine Ausnahme dar. Am 6. Januar kündigte er seinen Plan an, mit dem er Wartezeiten verkürzen, neue Technologien etablieren und das Personal entlasten will. Angesichts der Realitäten in britischen Kliniken und Arztpraxen bräuchte es wahrscheinlich einen Harry Potter, um die Probleme wegzuzaubern.

Während Millionen von Briten auf einen kostenlosen Arzt- oder Zahnarzttermin im NHS warten, explodieren parallel dazu die Preise im „zweiten Gesundheitsmarkt“. Den Befürwortern einer Bürgerversicherung hierzulande sollte das eine deutliche Warnung sein.

Wie marode die zahnmedizinische Versorgung im Vereinigten Königreich seit Jahren ist, das wissen auch deutsche Mallorca-Urlauber. Die Briten erkennt man – und zwar an den Zähnen. Doch während es früher eher ästhetische Defizite waren, geht es nun ans Eingemachte. Auch Schmerzpatienten bekommen kaum noch Termine. Längst gibt es deshalb in britischen Drogeriemärkten und im Onlinehandel „Dental First Aid Kits“. Sie enthalten in der Regel fertig angerührtes Füllungsmaterial, einen

Applikator und Eugenol. Klingt absurd? Es geht noch krasser. Denn im Internet kursieren auch Anleitungen, wie man mit Materialien aus dem Baumarkt einen Zahn provisorisch reparieren kann. Während wir in Deutschland über „Glasionomerzement oder Komposit“ diskutieren, lautet die Frage in Großbritannien eher „Zahnarzt oder Moltofill?“ Und da Letzteres für die Füllungstherapie eher ungeeignet zu sein scheint, wird von London bis Glasgow auch fleißig selbst extrahiert.

Die Vergütung durch den zu 100 Prozent steuerfinanzierten NHS ist für britische Zahnärzte so unattraktiv, dass sich immer mehr weigern, überhaupt noch NHS-Patienten zu versorgen. Die verbleibenden NHS-Praxen werden so überrannt, dass die Wartezeit auch bei Notfällen mehrere Monate betragen kann. Wie in fast allen sozialistischen Systemen hat sich parallel zum NHS ein privater Sektor etabliert, der aber gerade heiß läuft. Die Preise, die Privat Zahnärzte in Großbritannien aufrufen, lassen ihre deutschen Kollegen sicher vor Neid erblassen. Laut dem „Guardian“ kostet eine „zahnfarbene“ Füllung mittlerweile bis zu 325 Pfund (Material wird nicht genannt), eine Extraktion 435 Pfund und eine Wurzelbehandlung 775 Pfund. 40 Prozent der Briten geben an, aus Kostengründen nicht zum Zahnarzt zu gehen. Und einen festen Behandler hat ohnehin kaum noch jemand. Dieser Anspruch wurde bereits 2006 gestrichen. „Manche gehen jahrelang nicht zum Zahnarzt oder

leben unter Qualen mit unbehandelten Schmerzen. Einige versuchen es sogar mit selbstgemachter Zahnmedizin. Der dramatische Anstieg der Kosten für eine private Behandlung könnte mehr Briten in die gleiche Gefahr bringen“, schreibt der Guardian. Zahlen des „Health Insight Institutes“ belegen dies. Demnach hat nicht einmal die Hälfte der britischen Bevölkerung (47,9 Prozent) Zugang zur zahnärztlichen Versorgung des NHS. Rund 34 Prozent der Patienten lassen sich deshalb bereits privat behandeln.

Dass eigentlich nur noch Zauberei die Probleme des NHS lösen kann, zeigt der Blick auf die Vorgängerregierung von Rishi Sunak. Die wollte eine Flotte von Zahnarzt-Mobilen durchs Land schicken und versprach eine Landzahnarztprämie von 20.000 Pfund. Beide Projekte verliefen im Sande beziehungsweise blieben wirkungslos.

Die traurige Erkenntnis aus dem NHS-Desaster: Wenn man die Arbeit der Zahnärzte nicht ordentlich vergütet, leiden darunter zuerst die sozial schwachen Patienten. Und Knappheit führt zu Mondpreisen, die auch die obere Mittelschicht nicht mehr aufbringen kann. Das sollte die künftige Bundesregierung im Hinterkopf haben, wenn sie ihre gesundheitspolitische Agenda aufstellt.

Ingrid Scholz
Leo Hofmeier





2N Intensiv Fortbildungen

Buchen Sie unsere **Intensiv-Kursreihe Ästhetik, Funktion und Praxiserfolg** und profitieren Sie von einem **Sonderpreis** und einem kostenfreien **Exklusiv-Event bei Buchung aller vier Kurse!**

Inhalte

A-Kurs:

Weißer Ästhetik

04./05. April 2025

B-Kurs:

Rote Ästhetik

04./05. Juli 2025

C-Kurs:

Funktion

10./11. Oktober 2025

D-Kurs:

7 Säulen des Praxiserfolges

14./15. November 2025

Exklusiv-Event:

Dentalfotografie und Aligner

05./06. Dezember 2025

Normalpreis: 990,-€ zzgl. MwSt.
(inklusive Verpflegung und
Abendveranstaltung)

**Kostenfrei bei Buchung der
gesamten Kursreihe!**



Anmeldung und Termine
über unsere Homepage
www.2nkurse.de

Ihre Vorteile:

- Praxisnahe Fortbildung auf dem neusten Stand der Wissenschaft
- Netzwerkevent und Abendveranstaltung mit Kollegen
- Live Behandlungen und OP's
- Hands-on Elemente zur praxisnahen Umsetzung in Ihrem Arbeitsalltag
- kostenfreies Exklusiv-Event

**60 Fortbildungspunkte nach
Konsensus BZÄK und DGZMK**

Kurszeiten:

Freitag: 14.00-19.00 Uhr

Samstag: 09.00-16.30 Uhr

Ihre Investition für die gesamte Kursreihe:

5.490,-€ (statt 7.590,-€) zzgl. MwSt. (inklusive
Verpflegung und Abendveranstaltungen)

Kurse auch einzeln buchbar.

**Weitere Infos und Einzelpreise auf unserer
Homepage.**

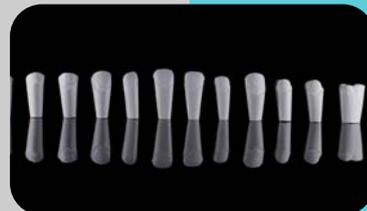
Ihre Referenten:

Spezialisten für Ästhetik und Funktion (DGÄZ)

- Dr. Thomas Schwenk
- Dr. Marcus Striegel
- Dr. Florian Göttfert

Master of Science Orthodontics

- Dr. Johanna Herzog M.Sc.





GKV oder PKV – was ist sinnvoller?

Vergleich von gesetzlicher und privater Krankenversicherung

Zum Jahreswechsel häuften sich Medienberichte, in denen über stark steigende Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) berichtet wurde: Zusatzbeiträge von bis zu drei Prozent, Beitragssteigerungen auf über 1.100 Euro monatlich – inklusive der Pflegepflichtversicherung. Grund genug, sich mit diesem Thema zu beschäftigen und darüber nachzudenken, ob ein Wechsel in eine private Krankenversicherung (PKV) nicht doch die bessere Wahl wäre.

Gerade für jüngere Berufstätige kann die PKV oft ein günstigeres Angebot unterbreiten. Aber bleibt das dann auch so? Macht die PKV somit für jeden Zahnarzt Sinn? Ein Wechsel in die PKV kann in jungen Jahren durchaus interessant sein. Beiträge für einen soliden Krankenversicherungstarif inklusive Pflegeversicherung und Krankentagegeld (ohne Zahnschutz) in Höhe von rund 700 Euro monatlich sind für einen 35-jährigen Zahnarzt realistisch. Natürlich geht es noch günstiger – alles eine Frage der Tarifkombination und der Selbstbeteiligung. Im Vergleich zur GKV lassen sich so 300 bis 400 Euro monatlich sparen – und dies bei teilweise besseren Leistungen.

Prämienhöhe nicht einziges Kriterium

Die Höhe der Beiträge sollte jedoch nicht das einzige Kriterium sein. Zu bedenken sind auch andere Aspekte: Wie sieht es mit der Familienplanung aus? Gibt es Kinder, die mitversichert werden müssen? Wie sieht es mit dem Einkommen im Alter aus? Ist die voraussichtliche Rente eher gering, da nur in Teilzeit gearbeitet wird, oder wird man neben einer guten Rente auch von zusätzlichen Einnahmen wie Mieten, Kapitaleinkünften etc. profitieren können?

Die GKV berechnet die Beiträge immer nach dem aktuellen Einkommen. Ist dies recht hoch, sind auch sehr hohe Beiträge zu erwarten. Sinken die Einkünfte, sinken auch die Beiträge zur GKV. Allerdings bildet die GKV keine Reserven für das Alter – was angesichts der demografischen Entwicklung in Deutschland Befürchtungen nahelegt, dass die Beiträge in Zukunft noch deutlicher steigen oder Leistungen ganz oder teilweise gestrichen werden.

Die PKV kalkuliert anders. Hier spielen die Einkünfte bei der Beitragskalkulation keine Rolle. Wichtiger sind die durchschnittlichen Leistungsausgaben im Tarif für das Kollektiv, die voraussichtliche Lebenserwartung der Altersgruppe und mögliche Zinserträge. Im Gegensatz zur GKV bildet die PKV Reserven für höhere Ausgaben im Alter. Dennoch reichen diese nicht immer aus und es kommt zu Beitragsanpassungen. Das kann an gestiegenen Leis-

tungsausgaben, einer höheren Lebenserwartung oder an niedrigeren Zinseinnahmen aus den gebildeten Reserven liegen. Im Durchschnitt sollten PKV-Versicherte in jedem Fall mit Beitragssteigerungen von mindestens drei bis fünf Prozent pro Jahr rechnen.

Sofern man sich für einen Wechsel in die PKV entscheidet, sollte zumindest ein Teil der durch den Wechsel erzielten Ersparnis angespart werden. Denkbar wäre es auch, etwas mehr in die PKV zu investieren und einen sogenannten Beitragsentlastungstarif abzuschließen. Hier zahlt der Kunde etwas mehr, dafür sagt der Versicherer eine Beitragsreduzierung im Alter zu. Ein sinnvolles Modell, da die zusätzlichen Beiträge auch bei der steuerlichen Absetzbarkeit Berücksichtigung finden. Allerdings ist das Geld bei einem Gesellschaftswechsel oder im Todesfall verloren.

Unabhängige und kostenfreie Beratung

Die BLZK bietet in Zusammenarbeit mit der eazf Consult eine kostenfreie und unabhängige Beratung an, um die Versicherungsgrundlagen individuell zu bewerten und eine Entscheidung zwischen GKV und PKV zu unterstützen. Im Rahmen der Beratung werden Ihnen auch verschiedene Möglichkeiten in der Tarifgestaltung aufgezeigt. Die Beratung ist für bayerische Zahnarztpraxen und deren Angehörige kostenfrei.

Michael Weber
Geschäftsführer eazf Consult

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 auch 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 Februar beantwortet diese Frage.



BLZK.de



Weiterbildungsstipendium für Berufseinsteiger

Der Höchstsatz für das ZFA-Weiterbildungsstipendium ist zum 1. Januar gestiegen. Wie hoch und wie lange gefördert wird und wie das Bewerbungsverfahren abläuft, erfahren Sie hier.

> www.blzk.de/weiterbildungsstipendium

QM Online



Anzeige für Röntengeräte verkürzt

Mehrere Dokumente im Kapitel D06 wurden angepasst, da die beabsichtigte Inbetriebnahme einer zahnmedizinischen Röntgeneinrichtung nur noch zwei Wochen anstatt bislang vier Wochen vorher angezeigt werden muss.

> https://qm.blzk.de/blzk/web.nsf/id/pa_zuletzt_geaenderte_dokumente.html

BLZKcompact.de



Praxisübergabe gemeinsam gestalten

Die Interessen des Praxisabgebers treffen auf die des Praxisübernehmers. Wird der Übergabeprozess kollegial gestaltet, kann der Vertragsabschluss beiden Parteien zugutekommen.

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

zahn.de



Aktualisierte Videos

In der Mediathek auf zahn.de finden Patienten jetzt aktualisierte Videos zu den Themen „Intraoralscan“, „Komposit-Füllungen“, „Implantatgetragene Brücke“ und „PZR“:

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

Vorteile der digitalen Prozesskette nutzen

Stackable Guides bei der Sofortversorgung von Zahnimplantaten

Ein Beitrag von Dr. Steffen Kistler, Siegfried Weis, Dr. Frank Kistler und Prof. Dr. Jörg Neugebauer

Mit sogenannten Stackable Guides, mehrteiligen Implantatschablonen, können die Vorteile der digitalen Prozesskette genutzt werden, um effizient und reproduzierbar Implantate auch in komplexen Fällen, zum Beispiel bei der Sofortimplantation mit Sofortversorgung, einzusetzen.

Die Anwendung der geführten Implantatinsertion in Kombination mit der 3D-Diagnostik und der Überlagerung von intraoralen Scandaten hat in den letzten Jahrzehnten bedeutende Fortschritte gemacht.^{4,8} Während es in der Anfangszeit der Anwendung der Bohrschablonen darum ging, eine bessere Implantatposition für die spätere prothetische Versorgung zu erreichen, konnten in den letzten Jahren

minimalinvasivere Operationstechniken entwickelt und die zahntechnischen Abläufe bei der Sofortversorgung optimiert werden.^{5,16} Eine innovative Methode, die dabei zunehmend an Bedeutung gewinnt, ist die Verwendung von „Stackable Guides“ (mehnteiligen Schablonen) bei der Sofortversorgung, bei der nicht nur die Implantate geführt eingebracht, sondern auch die vorbereitete prothetische Versorgung

mit Referenzen genau fixiert werden kann.⁶ Durch die verschiedenen Schablonen kann eine Fixierung der Schablonen auch bei der Sofortversorgung gesichert werden, da diese sonst nach der Zahnentfernung aufgrund der Veränderung der klinischen Befunde nicht immer gegeben ist.¹ Diese Technik bietet zahlreiche Vorteile in Bezug auf Präzision, Effizienz und Patientenkomfort.

Präoperative Diagnostik

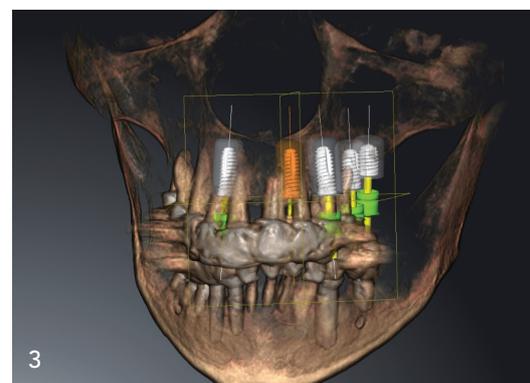
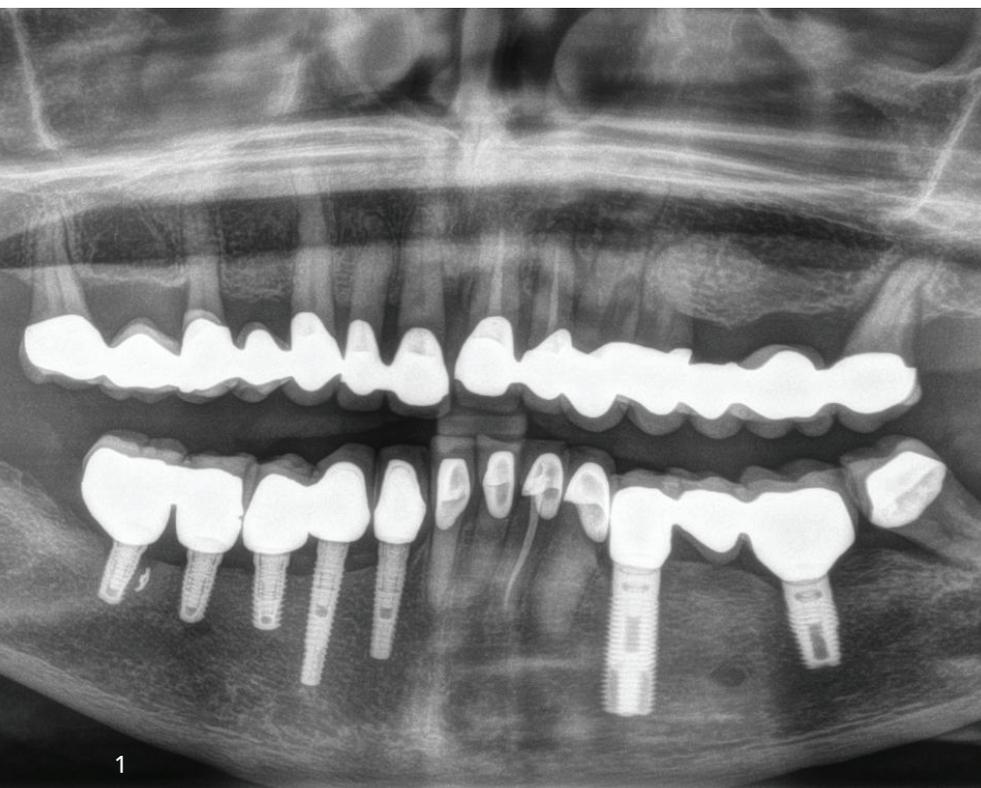


Abb. 1: Ausgangsdiagnostik mit OPG (Orthopanos, Dentsply Sirona) bei Lockerung der Brücke von 21 nach 27. – **Abb. 2:** Intraoralscan (Itero, Align Technology) nach Entfernung des Zahnes 27. – **Abb. 3:** DVT mit initialer Implantatplanung (SICAT 2.3, SICAT).

Was sind Stackable Guides?

Stackable Guides sind speziell angefertigte, mehrteilige Schablonen, die für eine geführte Implantatinsertion auf Basis eines radiologischen dreidimensionalen Datensatzes und eines digitalen Scans des Kiefers sowie der digitalen Rekonstruktion der angestrebten prothetischen Versorgung erstellt werden. Die einzelnen Teile der Schablone werden übereinander gestapelt, daher der Name „Stackable Guides“.⁶ Jeder Teil der Schablone erfüllt eine spezifische Funktion während verschiedener Phasen des Eingriffes.

Vorgehen bei der Verwendung von Stackable Guides

Da die Konstruktion eines Stackable Guides relativ aufwendig ist, sollte die prinzipielle Abschätzung der Implantatplanung zunächst anhand der genauen Analyse des vorhandenen Knochenangebotes und der angestrebten prothetischen Versorgung erfolgen. Sind die anatomischen und prothetischen Voraussetzungen für eine Sofortversorgung gegeben, erfolgt ein Export der Röntgendaten im DICOM-Format und des Intraoralscans sowie der Prothetikrekonstruktion aus dem CAD/CAM-System im STL-Format, damit diese im Planungsprogramm eingelesen werden können.

Dazu erfolgt neben der genauen Positionierung der Implantate nach den anatomischen und prothetischen Aspekten die Festlegung des Designs für die basale Führungsschiene, die später mit Fixationschrauben, sogenannten Anchor Pins, am Kieferkamm fixiert wird.^{7,13} Die basale Führungsschiene muss so definiert werden, dass es bei der Extraktion der Zähne zu keinen Kollisionen der Instrumente mit der Schablone kommt. Die basale Schiene erhält mindestens drei Zapfen, um die weiteren Schienen lagegenau aufnehmen zu können. Damit die basale Schiene genau positioniert werden kann, wird eine weitere Schiene konstruiert, die auf den zu extrahierenden Zähnen aufsitzt. Damit ist die Grundlage für die exakte Positionierung der weiteren Schiene und der Fixierung des Provisoriums gelegt. Entsprechend der Planung der Implantate wird dann die Bohrschablone mit den

Planung und Konstruktion Stackable Guide

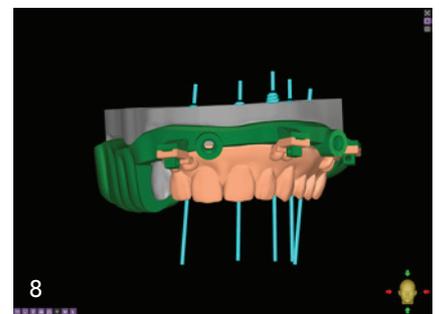
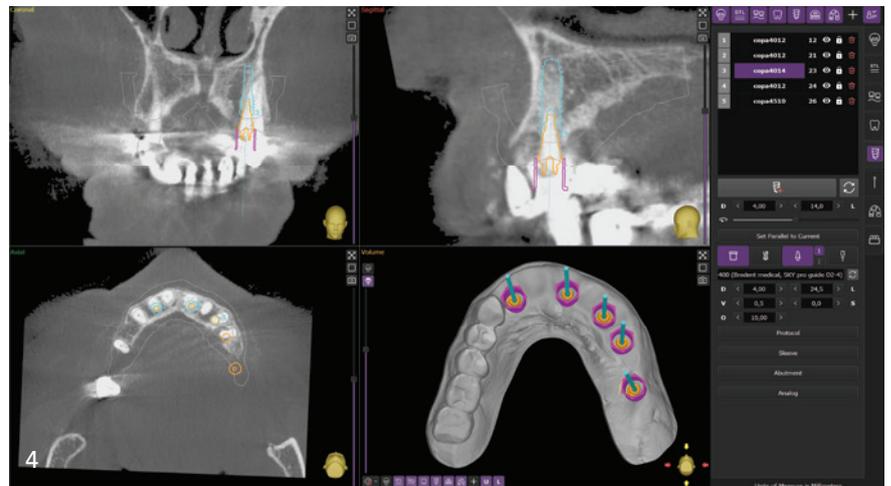


Abb. 4: Definitive Implantatplanung nach Entscheidung der Anwendung eines Stackable Guides. – **Abb. 5:** Konstruktion der basalen Schablonen nach Definition der Implantatpositionen (ImplaStation, ProDigiDent). – **Abb. 6:** Konstruktion der Fixierungsschablone zur Positionierung der basalen Schablone. – **Abb. 7:** Konstruktion der Führungsschablone für Aufnahme der Masterhülsen. – **Abb. 8:** Konstruktion des Provisoriums mit Fixierung an basaler Schablone.

Führungen für die basale Schiene und die genaue Position der Bohrhülsen konstruiert. Dabei müssen die Positionen der Fixationsschrauben überprüft werden, damit es zu keiner Kollision der Implantate kommt. Als letzter Schritt werden der STL-Datensatz der Konstruktion der prothetischen Versorgung überlagert und die Führungselemente ergänzt. Somit besteht der Stackable Guide aus drei Schablonen

und einem Provisorium für die Sofortversorgung. Diese vier Datensätze werden aus dem Planungsprogramm als STL-Daten exportiert und können je nach Materialauswahl gedruckt oder gefräst werden.

Bei der Verwendung der Stackable Guides ist die festgelegte Reihenfolge der Anwendung genau zu berücksichtigen.⁷ Da

Herstellung des Stackable Guides

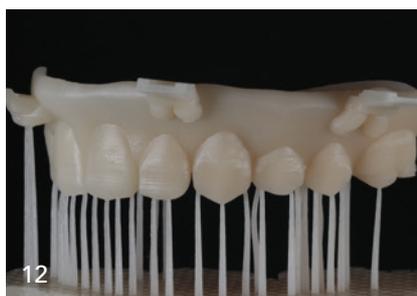


Abb. 9: Aus PMMA gefräste basale Schablone mit Bohrhülsen für Fixierungspins (SKY pro guide, bredent medical). – **Abb. 10:** Fixierungsschablone mit Öffnungen zur Positionskontrolle auf den zu entfernenden Zähnen. – **Abb. 11:** Navigationsschablone mit fixierten Masterhülsen (SKY pro guide, bredent medical) für das ausgewählte Implantatsystem. – **Abb. 12:** Gedrucktes Provisorium vor Entfernung der Stützstrukturen.

in der Regel noch Zähne entfernt werden müssen, können zunächst nur die basale und die Positionierungsschiene einprobiert werden. Sofern sich die Positionierungsschiene exakt platzieren lässt, kann die basale Schiene mit den Fixationsschrauben fixiert werden. Im Anschluss wird die Positionierungsschiene abgenommen und die Entfernung der Zähne oder des Zahnersatzes kann erfolgen. Im weiteren Verlauf werden dann die eigentliche statische Navigationsschablone eingesetzt und das für das jeweilige Implantatsystem konzipierte Instrumentenset für die Implantatbettaufrbereitung verwendet. Nach der exakten Positionierung der Implantate werden die Navigationsschablone wieder abgenommen und die Sekundärteile für die Aufnahme der vorbereiteten prothetischen Versorgung eingesetzt. Dann können das Provisorium auf der basalen Schablone eingesetzt und die Titanzylinder verklebt werden. Als letzter Schritt werden die Fixationsschrauben der basalen Schiene entfernt und die Halteschrauben der Titanzylinder gelöst, damit das Provisorium definitiv ausgearbeitet wer-

Klinische Anwendung



den kann. Nach Erreichen der Osseointegration kann dann die definitive prothetische Versorgung erfolgen.

Vorteile von Stackable Guides

Durch die Verwendung von Stackable Guides werden die Erfahrungen der geführten Implantatinsertion mit einer präzisen Insertion der Implantate unter prothetischen Aspekten konsequent genutzt.⁴ Dies reduziert das Risiko von Fehlpositionierungen und Komplikationen, besonders bei der definitiven prothetischen Versorgung.^{11,12} Durch die frühe Belastung der Implantate kommt es zu einem intensiveren und frühen Remodelling, das die Qualität der Osseointegration verbessert.¹⁰ Da die Implantate nach den prothetischen Anforderungen gesetzt wurden, sind auch

die Sekundärteile exakt präoperativ ausgewählt. Somit vereinfacht sich die intraoperative Logistik, und die Abutments müssen später nicht mehr ausgetauscht werden. Somit kann der Vorteil des One-Abutment-One-Time-Konzeptes ideal genutzt werden, um ein langzeitstabiles Knochenniveau zu erhalten.¹⁵

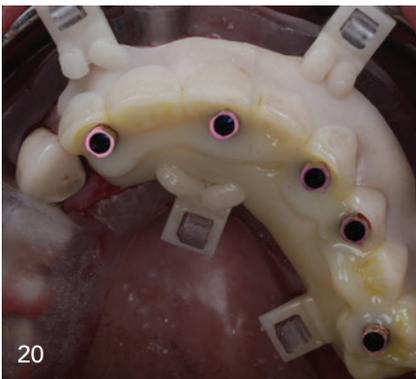
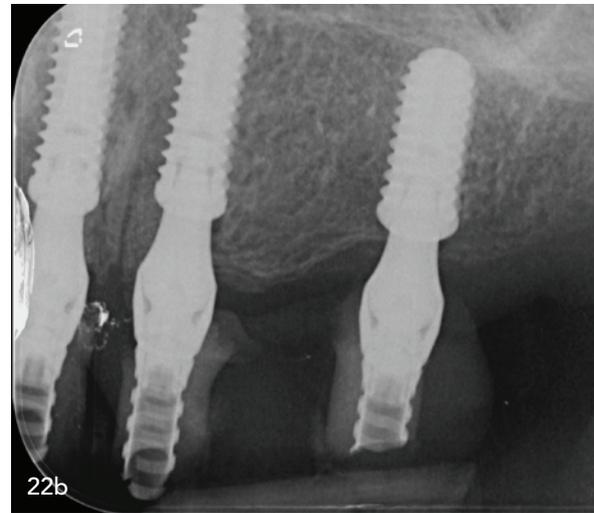
Da die Position der Implantate im Voraus geplant und durch die Schablonen genau festgelegt wird, kann die Operationszeit erheblich verkürzt werden, da keine intraoperativen Anpassungen notwendig sind.¹⁴ Dies trifft besonders auf das Anpassen des Provisoriums zu, das ohne Stackable Guides oftmals nur mit groben anatomischen Landmarken eingepasst werden konnte. Besonders entfallen durch die Stackable Guides die Korrekturen der Biss-

lage, da das Provisorium ohne Abweichungen eingegliedert werden kann. Dies reduziert die Belastung für den Patienten und das medizinische Personal durch eventuell längere zahntechnische Anpassungen am Ende der Operation. Somit kann eine Versorgung mit einem ästhetisch und funktionell idealen Ergebnis unmittelbar nach der Operation erreicht werden.¹⁶

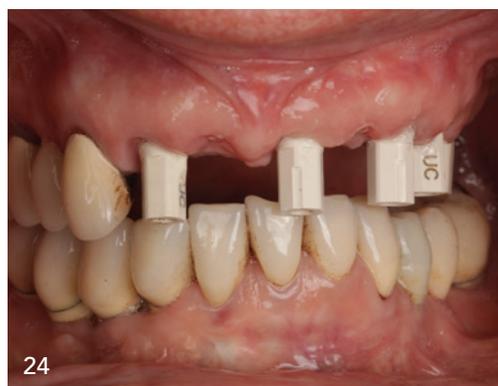
Nachteile und Herausforderungen

Bei der Betrachtung der Vorteile des Verfahrens muss auch der Aufwand für die Planung und Herstellung von Stackable Guides berücksichtigt werden. Dies erfordert den Einsatz spezifischer Software, bei deren Anwendung die individuelle

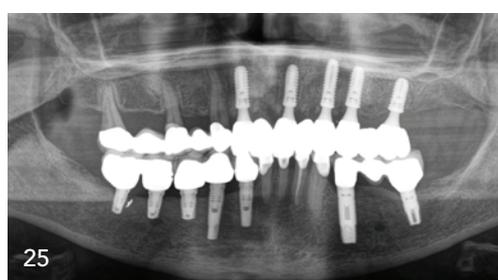
Abb. 13: Ausgangsbefund von nicht erhaltungswürdiger Versorgung von 12 nach 25. – **Abb. 14:** Positionierung der Fixationsschablone mit der basalen Schablone. – **Abb. 15:** Basale Schablone mit Fixationspins nach der Zahnentfernung. – **Abb. 16:** Fixierte Navigationsschablone zur geführten Implantation (SKY pro guide, bredent medical). – **Abb. 17:** Geführte Implantatinsertion über Navigationsschablone (copaSKY, bredent medical). – **Abb. 18:** Eingesetzte Abutments mit Titanzylinder zur Aufnahme des Provisoriums. – **Abb. 19:** Positionsgenau fixiertes Provisorium vor Einkleben der Titanzylinder. – **Abb. 20:** Mit der basalen Schablone eingeklebtes Provisorium. – **Abb. 21:** Ausgearbeitetes Provisorium am Ende der Operation nach Entfernung der basalen Schablone. – **Abb. 22a+b:** Röntgenkontrolle der subkrestal gesetzten Implantate mit den Brückenabutments (copaSKY, bredent medical). – **Abb. 23:** Kontrolle der Versorgung am ersten postoperativen Tag mit geringer Schwellung des Weichgewebes.



Definitive prothetische Versorgung



24



25



26

Abb. 24: Vorbereitung des finalen intraoralen Scans mit Scanbodies auf Abutment-niveau. – **Abb. 25:** Röntgenkontrolle des Mock-ups während der prothetischen Phase. – **Abb. 26:** Definitive Versorgung mit zahnaloger Ausformung des Weichgewebes und der Brückenpontics.

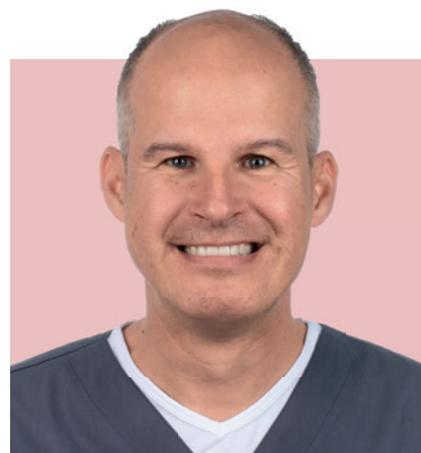
Lernkurve nicht unterschätzt werden darf.⁹ Je nach Struktur der Praxis können diese Arbeitsschritte an spezialisierte Labors ausgelagert werden. Auch bedeutet die Anwendung der verschiedenen Schablonen ein genau vorgegebenes Vorgehen, damit die Vorteile vollständig genutzt werden können. Bei der Auswahl des Materials und der Verankerung der Schablonen zueinander werden neben Kunststoffzapfen auch Magnete oder eine basale Schablone aus Metall empfohlen.^{2,3}

Hier hat sich aber gezeigt, dass Magnete eine gerade intraoperativ geringe Fixierung erlauben und es leicht zum Lösen der weiteren Schablonen kommen kann. Die Herstellung einer basalen Schiene aus Metall ist sehr aufwendig, und bei behutsamem Vorgehen ist die Stabilität einer gedruckten basalen Schablone ausreichend.

Schlussfolgerung

Stackable Guides stellen eine bedeutende Innovation in der Sofortimplantation mit Sofortversorgung dar. Sie bieten zahlreiche Vorteile hinsichtlich Präzision, Effizienz und Patientenkomfort, bringen jedoch auch Herausforderungen mit sich, insbe-

sondere in Bezug auf Kosten und technologische Anforderungen. Die Stackable Guides sind inzwischen in den ersten 3D-Planungsprogrammen integriert, wodurch die Anwendung vereinfacht und der Planungsaufwand reduziert wird. Auch darf man die Lernkurve bei der Anwendung der Stackable Guides nicht vernachlässigen. Da sich durch die ideale Vorbereitung die Behandlungszeit besonders für das Anpassen des Provisoriums bei einer Full-Arch-Sofortversorgung deutlich reduziert, wird dieses Protokoll nun favorisiert.



DR. STEFFEN KISTLER

Freie Universität, Berlin
Ludwig-Maximilians-Universität,
München

Praxis Dr. Bayer & Kollegen

Gründungsmitglied der Deutschen
Gesellschaft für Orale Implantologie
(DGOI)

Nationale und internationale Lehr-
und Referententätigkeit

info@implantate-landsberg.de
www.implantate-landsberg.de

Literatur



Steffen Kistler



Jörg Neugebauer



Siegfried Weis



Frank Kistler



PROF. DR. JÖRG NEUGEBAUER
SIEGFRIED WEIS
DR. FRANK KISTLER

Praxis Dr. Bayer und Kollegen
Landsberg am Lech

Weichgewebsharmonisierung in der ästhetischen Zone am Einzelzahnimplantat

Ein Beitrag von Dr. Florian Göttfert, Dr. Dominik Sporrer, Dr. Andrea Savo MSC und Dr. Marcus Striegel

Die ästhetische Rehabilitation der Zähne ist ein komplexer Prozess, bei dem sowohl die weiße als auch die rote Ästhetik berücksichtigt werden müssen, um ein harmonisches und natürlich wirkendes Ergebnis zu erzielen. Insbesondere bei Patienten mit einer hohen Lachlinie, bei der große Teile des Zahnfleisches sichtbar sind, stellt die Weichgewebssästhetik eine zentrale Herausforderung dar. Die sorgfältige Planung der sogenannten Rot-Weiß-Ästhetik ist unerlässlich, um funktionelle und ästhetische Ergebnisse zu erzielen, die den Ansprüchen des Patienten gerecht werden. Ziel dieser Planung ist es, das individuelle Lächeln des Patienten zu optimieren und eine harmonische Integration des Zahnersatzes in das natürliche Umfeld zu gewährleisten.

Die Bedeutung der Displayplanung

Die Displayplanung bildet den Ausgangspunkt jeder ästhetischen Behandlung. Hierbei wird definiert, wie viel von den Zähnen und dem Zahnfleisch beim Sprechen oder Lächeln sichtbar ist. Diese Beobachtung dient als „Bilderrahmen“ für die spätere Behandlung und ermöglicht es, das Lächeln patientenindividuell zu planen und zu gestalten.

Ein wesentlicher Parameter hierbei ist die sogenannte Lachlinie. Tjan et al. (1984) unterteilen die Lachlinie in drei Kategorien¹:

1. Niedrige Lachlinie: Es sind maximal 75 Prozent der oberen Schneidezähne sichtbar.
2. Mittelhohe Lachlinie: Hier werden 75–100 Prozent der oberen Frontzähne sowie die Interdentalpapillen sichtbar.
3. Hohe Lachlinie: Die Zähne sowie die darüberliegende Gingiva sind vollständig sichtbar.

Die hohe Lachlinie ist unter ästhetischen Gesichtspunkten besonders relevant, da sie das Risiko eines sogenannten „Gummy Smile“ birgt. Dieses Erscheinungsbild, bei dem zu viel Zahnfleisch sichtbar wird, wird von vielen Patienten als unästhetisch empfunden und stellt eine Herausforderung für die ästhetische Zahnheilkunde dar. Ein

harmonisches Lächeln wird erzielt, wenn ca. 1 mm Gingiva sichtbar ist. Die genaue Analyse des Displays des Patienten ermöglicht es, die notwendigen Behandlungsschritte zu planen – von einer möglichen Gingivakorrektur über eine Rezessionsdeckung bis hin zur definitiven Versorgung mit Zahnersatz.

Gingivale Gesundheit als Basis für ästhetische Ergebnisse

Die Grundlage jeder ästhetischen Behandlung ist eine gesunde Gingiva. Eine entzündete Gingiva mit Rötungen, Schwellungen und Blutungsneigung erlaubt keine objektive Beurteilung der Ästhetik.

Die parodontale Gesundheit ist somit eine unabdingbare Voraussetzung für die ästhetische Planung und spätere Versorgung.

Anatomische Merkmale einer gesunden Gingiva sind:

- Blassrosa Farbe oder bräunliche Pigmentierung bei dunkelhäutigen Patienten.
- Keratinisierte Oberfläche mit orangenähnlicher Stippelung.
- Eine vollständig ausgefüllte Interdentalpapille, die den Raum zwischen den Zähnen optimal schließt und so das Auftreten von „schwarzen Dreiecken“ verhindert.

Das Fehlen von Papillen führt zu ästhetischen Defiziten, insbesondere im Oberkieferfrontbereich, der beim Lächeln am stärksten sichtbar ist.

Tarnow et al. (1992) konnten zeigen, dass bei einer Distanz von weniger als 5 mm zwischen Kontaktpunkt und Knochenkamm die Interdentalpapille zu fast 100 Prozent vorhanden ist.² Dies ist ein entscheidender Faktor, der bei der Planung von Zahnersatz berücksichtigt werden muss.

Der harmonische Verlauf der Gingiva

Ein weiteres zentrales Element der Rot-Weiß-Ästhetik ist der Verlauf der Gingiva. Der sogenannte Zenit der Gingiva, der am weitesten apikal gelegene Punkt des Zahnfleischrandes, liegt an den mittleren Schneidezähnen leicht nach distal versetzt und befindet sich an der Stelle der größten bukkalen Konvexität des Zahnes. Dieser Verlauf variiert individuell je nach Zahnform und -position.

Im Oberkiefer sollte der Zahnfleischverlauf im Bereich der seitlichen Schneidezähne ca. 1 mm weiter koronal liegen als bei den mittleren Schneide- und Eckzähnen. Im Unterkiefer hingegen liegt der Verlauf an den Eckzähnen etwas apikal im Vergleich zu den Schneidezähnen. Diese feinen Unterschiede im Gingivaverlauf tragen maßgeblich zu einem ästhetischen

Gesamtergebnis bei und müssen bei der Planung berücksichtigt werden.

Die Rolle der Lachlinie in der Planung

Die ästhetische Analyse der Lachlinie ist entscheidend, um den Umfang und die Notwendigkeit einer Gingivakorrektur zu bestimmen. Patienten mit einer hohen oder mittelhohen Lachlinie profitieren am meisten von einer Optimierung des Weichgewebes. Hierbei spielt neben dem Ausmaß der Rezessionen oder Gingivafizite auch die Lokalisation der Problemstellen eine Rolle. Besonders im Bereich der sechs Frontzähne ist eine harmonische Zahnfleischkontur von größter Bedeutung.

Ein negativer Verlauf des Zahnfleisches im bukkalen Korridor, der beim breiten Lächeln sichtbar wird, kann ebenfalls zu ästhetischen Einschränkungen führen. Die korrekte Planung umfasst daher sowohl die Frontzähne als auch die Prämolaren und gegebenenfalls die ersten Molaren.

Ästhetische Parameter und Tools zur Planung

Bei der ästhetischen Planung kommen verschiedene Parameter und Tools zum Einsatz, um ein optimales Ergebnis zu erreichen:

4. Schneidekantenposition:
Diese wird funktionell durch den idealen Overbite und Overjet bestimmt.
5. Längen-Breiten-Verhältnis:
Ein ideales Verhältnis von 0,8 bei den oberen mittleren Schneidezähnen dient als Maßstab.
6. Digitale Tools:
Softwarelösungen wie SmileCloud ermöglichen es, dem Patienten bereits vor Beginn der Behandlung ein realistisches Bild des geplanten Ergebnisses zu vermitteln.

Harmonisierung des Weichgewebes

Eine perfekte Zahnfleischharmonie erfordert nicht nur eine chirurgische Korrektur, sondern auch eine präzise Anpassung während der prothetischen Versorgung.

Eine mögliche Gingivektomie oder die Harmonisierung des Girlandenverlaufs mithilfe eines Elektrotoms stellt sicher, dass die marginale Gingiva eine symmetrische und natürliche Kontur erhält. Dies ist besonders wichtig, um ästhetische Übergänge zwischen Zahnfleisch und Restauration zu schaffen.

Fallbericht

Die Patientin stellte sich im März 2023 erstmalig in unserer Praxis mit dem Wunsch der Verbesserung der Situation an Zahn 21 vor.

Zahn 21 wurde alio loco implantiert und mit einer zementierten Vollkeramikkrone versorgt, mit der die Patientin vor allem aufgrund des Zahnfleischverlaufs nicht zufrieden war.

Im Display zeigt sich ein Gummy Smile an allen natürlichen Zähnen mit Ausnahme der Implantatkrone an 21.

Zu diagnostischen Zwecken wurde ein DVT angefertigt, auf dem sich zeigte, dass die klinisch sichtbare Krone an den natürlichen Zähnen kürzer war, als die am DVT gemessene Länge von der Inzisalkante bis zur Schmelz-Zement-Grenze. Der Alveolarknochen lag mit nur einem Abstand von 1 mm zu nah an der Schmelz-Zement-Grenze der natürlichen Zähne. Somit war eine reine Gingivektomie kontraindiziert.

Zusammen mit der Patientin entschlossen wir uns zu einer offenen Kronenverlängerung an 13-23 und simultaner Rezessionsdeckung mittels Bindegewebstransplan-



Abb. 1: Display der Patientin. – Abb. 2: Situ am OP-Tag.



The esthetic biological contour concept for implant restoration emergence profile design

ZONE	Function	Design	Tissue	Histology	Length
ZONE E	Esthetic conditioning	Convex to provide support to gingival margin	Sulcular epithelium	Stratified squamous epithelium	1 mm
ZONE B	Biologic boundary area	Dependent on implant position and soft tissue thickness	Junctional epithelium	Non-keratinized epithelium	1-2 mm
ZONE C	Crestal bone stability	Straight	Connective tissue	Connective tissue	1-1.5 mm

Gonzalez-Meda R, Esquivel J, Blatz MB. The esthetic biological contour concept for implant restoration emergence profile design. J Esthet Restor Dent. 2021 Jan;33(1):173-184. doi: 10.1111/jerd.12714. Epub 2021 Jan 20. PMID: 33470998.

Abb. 3: Schnittführung. – **Abb. 4:** Entepithelisiertes Bindegewebsstransplantat mit Periostnaht. – **Abb. 5:** Zwei Monate post OP. – **Abb. 6:** EBC-Konzept.

tat am Implantat 21, um einen harmonischen Girlandenverlauf zu erzielen.

In der ersten Sitzung wurde der Schraubenkanal der Implantatkrone eröffnet und die Krone apikal ausgedünnt, um den Druck auf das umliegende Gewebe zu reduzieren, und die alte Krone als LZPV wieder eingeschraubt. Hier zeigte sich am Tag der OP, einen Monat nach der Anpassung der Krone, schon eine leichte Regeneration am Gewebe.

Es erfolgte eine Schnittführung nach Zuchelli und Exzision des zu viel vorhandenen Weichgewebes bei ausreichend keratinisierter Gingiva. Der neue Girlandenverlauf folgt der Schmelz-Zement-Grenze der Zähne 13-23. Es zeigt sich ein durchschnittlicher Abstand der Schmelz-Zement-Grenze zum Knochen von 1 mm. Um den dentogingivalen Komplex, der im Mittel bukkal 3 mm beträgt, wiederherzustellen und somit einem Rezidiv vorzubeugen, muss im gleichen Ausmaß, in dem Weichgewebe exzidiert wird, auch zahntragender Knochen entfernt werden. Es erfolgte eine Spaltlappenpräparation von 13-23 ohne vertikale Entlastung. Mit einem kugelförmigen Diamanten wird der Knochen der zu verlängernden Bereichen ausgedünnt und parodontale Fasern von der Wurzeloberfläche bis zum Knochniveau manuell entfernt.

Ein BGT wurde Regio 14–17 entnommen, entepithelisiert und mittels zwei Einzelknopfnähten am Periost am Implantat Regio 21 vernäht.

Um sichtbare Übergänge zwischen Lappen und ortsständigem Gewebe zu vermeiden, werden die Papillen mittels einer mikrochirurgischen Schere entepithelisiert, damit diese sekundär heilen können.

Der Lappen wird reponiert und mittels vertikaler Matratzennähte fixiert.

Es zeigte sich zwei Monate post OP ein Zugewinn an Weichgewebe am Implan-

Dr. Dominik
Sporrer



Dr. Florian
Göttfert



Dr. Andrea Savo
MSC



Dr. Marcus
Striegel



DR. DOMINIK SPORRER
DR. FLORIAN GÖTTFERT
DR. ANDREA SAVO MSC
DR. MARCUS STRIEGEL

edel&weiss
Dres. Schwenk, Striegel,
Göttfert & Kollegen
Ludwigsplatz 1a
90403 Nürnberg

Tel.: +49 911 56836360
Fax: +49 911 2419854
striegel@edelweiss-praxis.de
<http://www.edelweiss-praxis.de>



7



8

Abb. 7: Nach distal an Regio 21 mittels Komposit angetragen. – **Abb. 8:** Finales Ergebnis mit neuer Vollkeramikkrone auf individuellem Abutment.

tat 21. Um den Zahnfleischverlauf auf die gleiche Höhe wie Zahn 11 zu bekommen, bedienen wir uns des EBC-Konzeptes von Gomez-Meda et al.³ Indem wir mit Flowable Komposit an der Zone E der Implantatkrone antragen, können wir kontrolliert Druck auf das Gewebe ausüben und das Emergenzprofil perfekt ausformen und nach apikal verdrängen. Nach einer Woche Kontrolle der neuen Position und

erneutes Antragen an der Implantatkrone. Die Abformung erfolgte mittels individualisiertem Abformpfosten, um das erarbeitete Emergenzprofil perfekt zu spiegeln.

Am 13.12.2023 wurde die neue Vollkeramikkrone auf individuellem Keramikabutment eingegliedert. Die noch fehlende Papille zwischen 11 und 21 wird sich in den nächsten Wochen noch schließen.

1. Tjan AH, Miller GD, The JG. Some esthetic factors in a smile. *J Prosthet Dent.* Januar 1984;51(1):24–8.
2. Tarnow DP, Magner AW, Fletcher P. The Effect of the Distance From the Contact Point to the Crest of Bone on the Presence or Absence of the Interproximal Dental Papilla. *J Periodontol.* 1992;63(12):995–6.
3. Gomez-Meda R, Esquivel J, Blatz MB. The esthetic biological contour concept for implant restoration emergence profile design. *J Esthet Restor Dent Off Publ Am Acad Esthet Dent Al.* Januar 2021;33(1):173–84.

Zahngesundheit von 8- bis 10-jährigen Kindern in Bayern 2023

Eine epidemiologische Studie mit Fokus auf die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH)

Ein Beitrag von Ramy Gaballah, Karl-Ferdinand Fresen, Stefanie Amend, Helen Schill, Jan Kühnisch und Norbert Krämer

Wandel in der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland deutlich verbessert. Seit den 1990er-Jahren ist ein stetiger Rückgang der Karieslast zu beobachten.^{5,12} Ein wichtiger Indikator zur Beurteilung die-

ser Entwicklung ist der sogenannte dmf-/DMF-Index (decayed, missing, filled).¹⁴ So waren bei der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) 81,3 Prozent der 12-Jährigen kariesfrei (Abb. 1). Verglichen mit einem Ausgangswert von 13,3 Prozent im Jahr 1989 stellt dies einen deutlichen Erfolg dar, der vor allem auf konsequente und langfristige Präven-

tionsmaßnahmen zurückzuführen ist.¹² Auch in Bayern war ein signifikanter Kariesrückgang messbar. Während 2009 nur 61 Prozent der 12-Jährigen kariesfrei waren, lag dieser Wert 2016 bei 72 Prozent.¹⁹

Parallel zu dieser positiven Entwicklung rückt in den letzten Jahrzehnten jedoch ein Phänomen zunehmend in den Fokus der Kinderzahnmedizin: die sogenannten „Kreidezähne“ (Abb. 2). Hinter dieser umgangssprachlichen Bezeichnung verbirgt sich die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH).

Die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH)

Die MIH wurde erstmals 2001 beschrieben und bezeichnet eine systemisch bedingte Hypomineralisation, die mindestens einen ersten bleibenden Molaren betrifft und häufig auch mit betroffenen Schneidezähnen assoziiert ist.²¹ Heute weiß man, dass auch andere Zähne betroffen sein können.¹³ Als Schlüsselzähne für die Diagnose MIH gelten die ersten bleibenden Molaren. Assoziiert sind die bleibenden Frontzähne und die zweiten Milchmolaren (Milchmolaren-Hypomineralisation [MMH]), da sie etwa zur selben Zeit mineralisiert werden.⁸

Die Diagnosekriterien für MIH wurden 2003 von der European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD) veröffentlicht.²⁰ Sie umfassen abgegrenzte Schmelzopazitäten, posteruptive Schmelzeinbrüche, atypische Restaurationen und sogar den Verlust der erkrankten Zähne (Extraktion wegen der schweren Form der MIH). Dabei stellt MIH nicht nur eine ästhetische, sondern für viele Kinder auch eine funk-

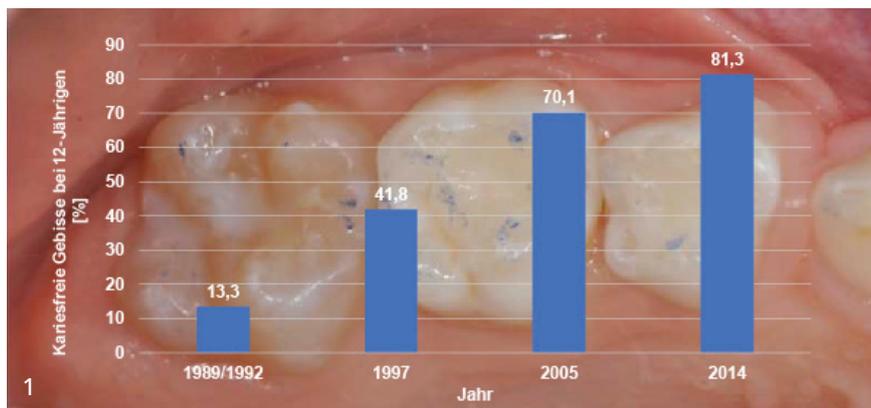


Abb. 1: Anteil kariesfreier Gebisse (DMFT=0) bei 12-Jährigen in der Bundesrepublik Deutschland (1989–2014). Ergebnisse der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V).¹² – **Abb. 2:** Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH). Der erste bleibende Molar zeigt eine weiche, poröse oder sogar käsige Struktur. Charakteristisch sind scharf begrenzte gelblich-braune Opazitäten, an einigen Stellen bereits mit substantiellen Schmelzdefekten.

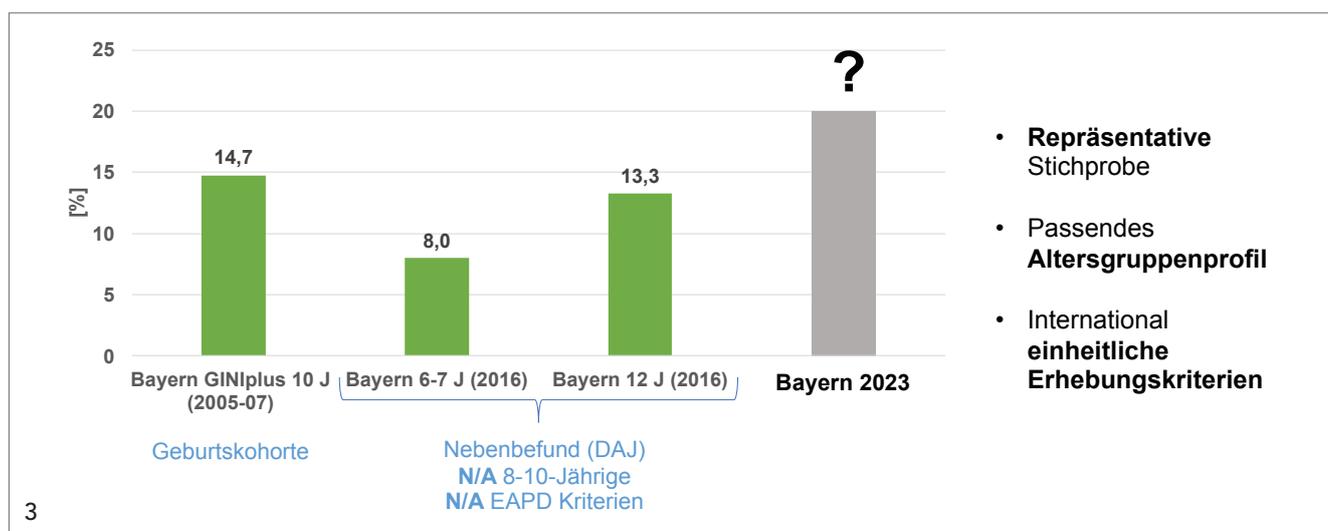


Abb. 3: Häufigkeitsangaben zur MIH aus früheren Studien in Bayern. Notwendigkeit eines epidemiologischen Studiendesigns mit repräsentativer Stichprobe, geeigneter Altersgruppenstruktur und international einheitlichen Erhebungskriterien.⁷

tionelle Beeinträchtigung dar, insbesondere dann, wenn Hypersensibilitäten (z. B. Heiß-Kalt-Empfindlichkeiten) hinzukommen.⁶ Diese erschweren mitunter das Zähneputzen, sodass es in einem Zusammenspiel von Hypomineralisation und eingeschränkter Mundhygiene zu einer raschen Kariesprogression und damit zu ungünstigen Folgen für die Zahn- und Mundgesundheit kommen kann.

Bis heute ist die Ätiologie der MIH nicht geklärt. Sicher ist, dass ein entscheidender Störfaktor die Schmelzbildung, die sogenannte Amelogenese, insbesondere in der Reifungsphase beeinflusst. Insgesamt geht man von einer multifaktoriellen Pathogenese mit möglichen genetischen und epigenetischen Einflüssen aus.¹⁰ Als besonders kritische Zeitspanne für die Entstehung solcher Schmelzdefekte gelten die Mineralisationsphasen der betroffenen Zähne, die je nach Zahn vom späten Stadium der Schwangerschaft bis zum vierten Lebensjahr reichen.¹

Studienlage und Ziele der Untersuchung in Bayern

In der Fachliteratur variieren die Angaben zur Häufigkeit von MIH erheblich und reichen von 2,4 bis 44 Prozent.¹¹ Zwei aktuelle systematische Übersichtsarbeiten fassen die globale MIH-Prävalenz jedoch auf etwa 13 bis 14 Prozent zusam-

men.^{18,22} Für den Freistaat Bayern lagen bisher kaum belastbare Daten vor. Eine Münchener Geburtskohortenstudie beziffert die MIH-Prävalenz auf 14,7 Prozent¹⁵, während andere, unveröffentlichte Datensätze aus Schuluntersuchungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ, 2016) keine wirklich repräsentative Datengrundlage bieten (Abb. 3).

Um diese Lücke zu schließen, wurde das hier vorgestellte Forschungsprojekt initiiert, das den Mundgesundheitszustand bayerischer Dritt- und Viertklässler sowie die MIH-Prävalenz und den damit verbundenen Behandlungsbedarf in verschiedenen Regionen erfassen sollte. Das Projekt wurde von der Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit in Bayern (LAGZ) in Kooperation mit der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) und der Justus-Liebig-Universität Gießen (JLU) realisiert. Die Untersuchungen wurden in zwei Regionen (Nord- und Südbayern) unterteilt

Studienaufbau

Da es in Bayern keinen flächendeckenden zahnärztlichen Gesundheitsdienst gibt, war die organisatorische Koordination weitaus komplexer als in Bundesländern mit einem schulzahnärztlichen Untersuchungswesen. Benötigt wurden unter an-

derem Genehmigungen des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus sowie des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention. Zusätzlich stellte das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) finanzielle Mittel für die Durchführung des Vorhabens bereit.

Ausgehend von bereits vorliegenden Daten aus Mittelhessen wurde eine MIH-Prävalenz von 13,4 Prozent angenommen.² Um im 95-Prozent-Konfidenzintervall eine Schätzgenauigkeit von unter 2 Prozent zu erreichen, plante man, 5000 Kinder zu untersuchen. Hierfür sollten anfangs 76 Grundschulen in Bayern ausgewählt werden, wobei man auf eine repräsentative Stadt-Land-Verteilung und die Bevölkerungsstruktur der Landkreise achtete. Um die 8- bis 10-jährigen Kinder zu erfassen, wurden Dritt- und Viertklässler erfasst, sodass alle Schlüsselzähne der MIH untersucht werden konnten.⁷

Untersuchungsablauf

Die Feldphase fand von März bis Juli 2023 statt. Vorab erhielten die Eltern detaillierte Informationen, unter anderem durch ausführliche Aufklärungsbögen und regelmäßig stattfindende Online-Elternabende, die von den Studienleitern angeboten wurden. Darüber hinaus richtete die LAGZ eine Rubrik zur Studie auf ihrer Website

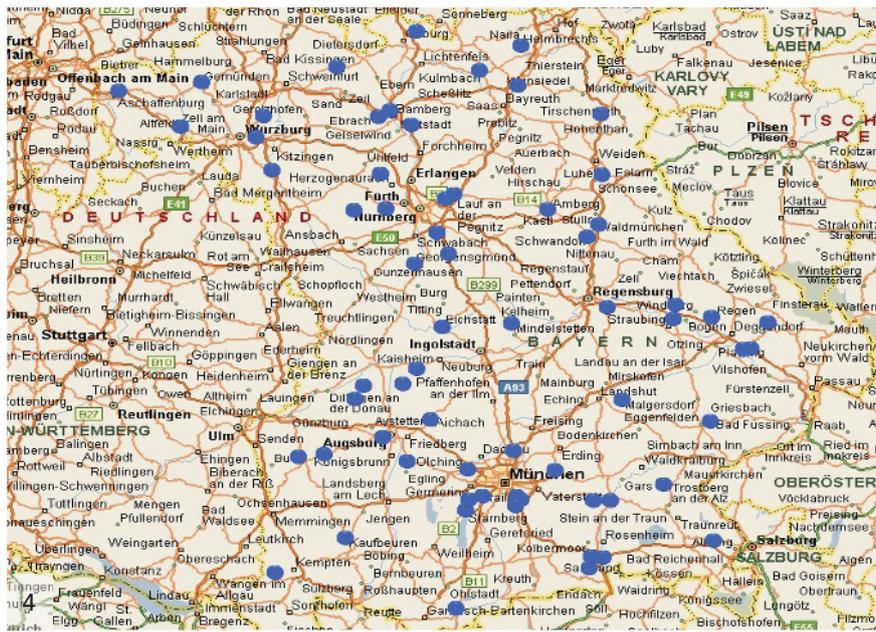


Abb. 4: Verteilung der 87 untersuchten Grundschulen in Bayern basierend auf einer repräsentativen Stichprobe. Erstellt mit Microsoft AutoRoute 2013 (Microsoft).

ein, über die ein Videostream sowie sämtliche Dokumente zum Download verfügbar waren. Nur Kinder, deren Eltern schriftlich eingewilligt hatten, nahmen an den Untersuchungen teil.

Vor Beginn der Untersuchung erhielten alle Kinder ein Zahnputz-Set, um ihre Zähne zu reinigen. Fünf kalibrierte Zahnärztinnen und Zahnärzte übernahmen anschließend die zahnärztliche Inspektion. Dabei kamen

eine Untersuchungsloge, stumpfe WHO-Sonden, Mundspiegel, Untersuchungsleuchten sowie Luftbläser und Watterollen zur Trockenlegung zum Einsatz.

Für jede Untersuchung wurden der Kariesstatus (dmf-/DMF-Index)¹⁷, Initialkaries nach dem International Caries Detection and Assessment System (ICDAS)⁴, vorhandene Fissuren- und Grübchenversiegelungen sowie mögliche Hypomineralisa-

tionen (MMH/MIH) gemäß dem EAPD-Standard erfasst.^{7,16,20} Zum Abschluss erhielt jedes Kind eine Elterninformationskarte mit dem individuellen Befund. Die Daten wurden nach vollständiger Anonymisierung ausgewertet; nur die Eltern besaßen einen persönlichen zehnstelligen Code, über den sie einzelne Datensätze löschen oder identifizieren lassen konnten.

Demografische Ergebnisse und Drop-out

Insgesamt konnten 5 418 Kindern (davon 30,9 Prozent in städtischen und 69,1 Prozent in ländlichen Regionen) an 87 Schulen untersucht werden (Abb. 4). Das Durchschnittsalter lag bei 9,8 Jahren. Der Anteil von Jungen und Mädchen war ausgeglichen. Die Drop-out-Quote lag bei 50,4 Prozent. Von den ursprünglich 116 eingeladenen Schulen lehnten 29 (25 Prozent) die Teilnahme gänzlich ab, sodass weitere Schulen einbezogen werden mussten. Die Gründe für die Nichtteilnahme wurden nicht erfragt.

Ergebnisse zur Karieserfahrung

Eines der Hauptziele der Studie bestand darin, die Kariesbelastung in dieser Altersgruppe zu erfassen. Im Milchgebiss waren 59,1 Prozent der Kinder kariesfrei, im bleibenden Gebiss 88,9 Prozent. Der durchschnittliche dmft-Wert betrug 1,4, während der DMFT bei 0,2 lag. Berück-

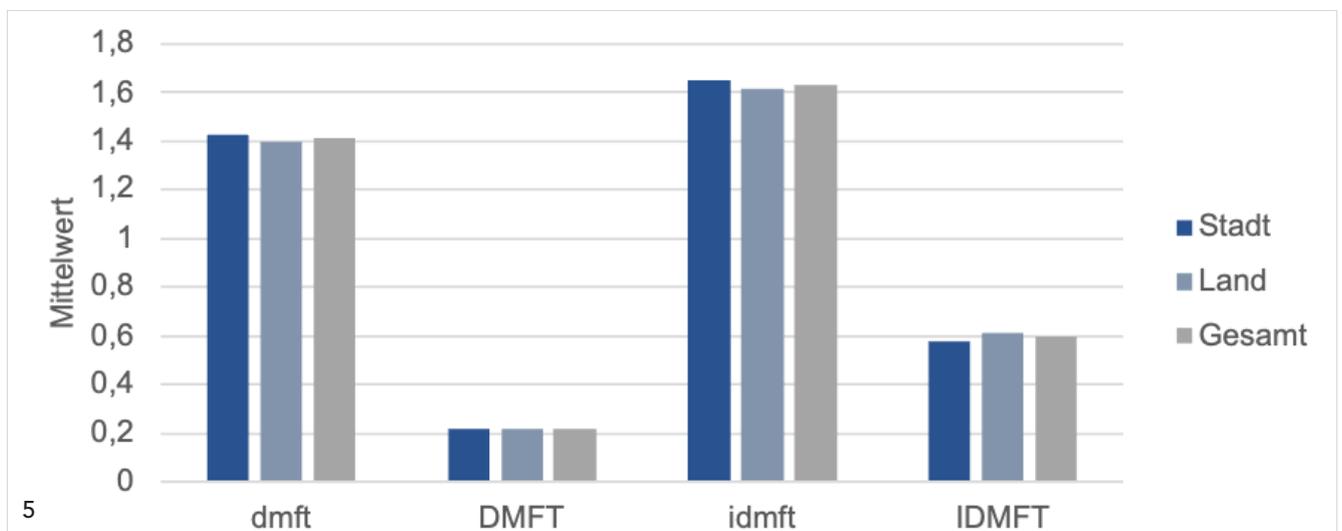


Abb. 5: Mittlere Karieserfahrung in der ersten und zweiten Dentition in Bayern 2023 nach Stadt/Land. d/D: decayed (kariös), m/M: missing (fehlend), f/F: filled (gefüllt), i/I: initial (Initialkaries). Kleinschreibung für das Milchgebiss, Großschreibung für das bleibende Gebiss.

sichtigte man auch Initialkaries, erhöhte sich der IDMFT in der bleibenden Dentition auf 0,6. Dies deutet auf eine bereits erhöhte Kariesanfälligkeit dieser Altersgruppe in Form von Kariesvorstufen hin (Abb. 5).

Die Daten bestätigen den rückläufigen Kariestrend. Innerhalb der Studienpopulation zeigte sich jedoch eine deutliche Ungleichverteilung der Karies (Polarisation). Etwa 10 Prozent der Kinder trugen die gesamte Karieslast der bleibenden Dentition.

Ergebnisse zu den Fissurenversiegelungen

Ein weiterer zentraler Punkt war die Erfassung von Fissurenversiegelungen. In dieser Studie hatten 59 Prozent der Kinder mindestens einen versiegelten bleibenden Molaren. Bei 80 Prozent dieser Molaren war die Versiegelung noch vollständig intakt oder nur minimal beschädigt. Eine weiterführende Analyse, die unterschiedliche Variablen berücksichtigte, ergab, dass Kinder mit Versiegelungen, je nach Erhaltungszustand, eine 27,9 bis 73,1 Prozent geringere Wahrscheinlichkeit für einen Kariesbefall (IDMFT > 0) aufwiesen.

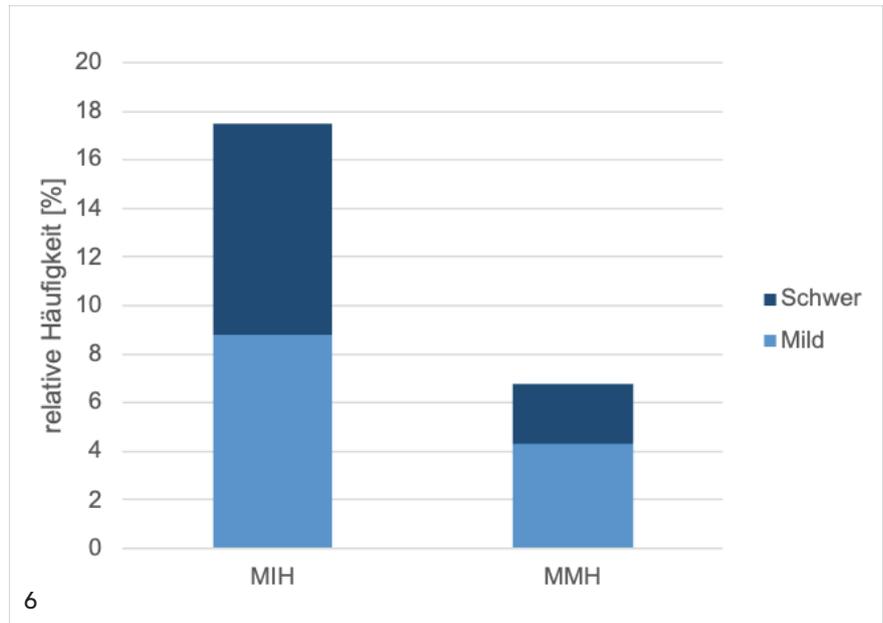


Abb. 6: MMH/MIH-Prävalenz in Bayern 2023, differenziert nach Schweregrad. Etwa zwei Drittel der Fälle waren schwer.

Ergebnisse zur MMH/MIH-Prävalenz

Die MMH-Prävalenz lag bei 6,8 Prozent und die MIH-Prävalenz bei 17,5 Prozent. Etwa die Hälfte der MIH-Fälle wies eine schwere Ausprägung auf, gekennzeich-

net durch Schmelzeinbrüche, Hypersensibilitäten oder bereits notwendige Restaurationen bzw. Extraktionen (Abb. 6).

Es zeigten sich weder geografische noch geschlechtsbezogene Unterschiede. Eine logistische Regressionsanalyse ergab je-

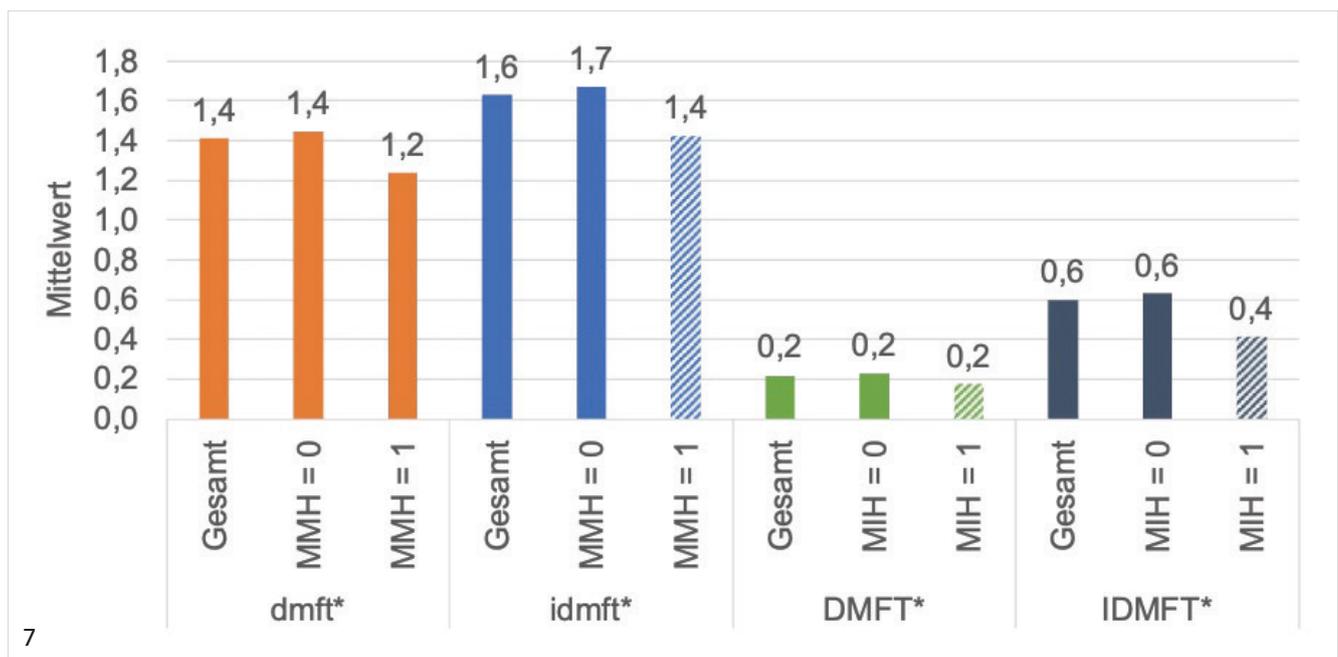


Abb. 7: Karieserfahrung in Abhängigkeit von MIH-Diagnose. Kinder mit MMH/MIH wiesen eine statistisch signifikant geringere Karieserfahrung auf als Kinder ohne. *t-Test (Satterthwaite), $p < 0,0001$. MMH/MIH=0: Keine Hypomineralisation, MMH/MIH=1: Vorhandene Hypomineralisation.

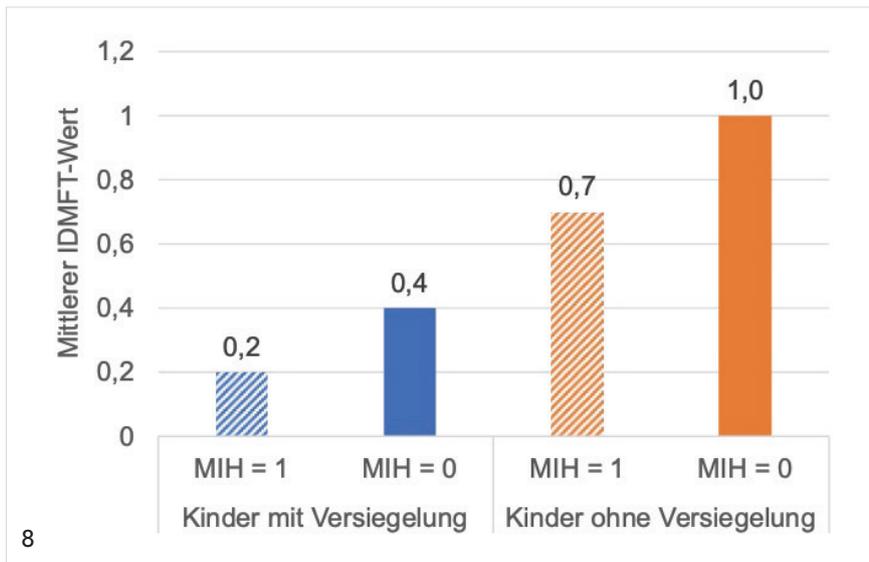


Abb. 8: Fissurenversiegelung im Zusammenhang mit MIH. Sowohl Kinder mit als auch ohne MIH wiesen mit Fissurenversiegelung eine zwei- bis dreifach geringere Karieserfahrung (IDMFT > 0) auf als Kinder ohne Versiegelung.

doch einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen MMH und MIH. Kinder mit MMH hatten eine um das Fünffache höhere Wahrscheinlichkeit, auch eine MIH zu haben.

Setzt man diese MIH-Prävalenz in den wissenschaftlichen Kontext, bewegen sich unsere Werte im Rahmen der international berichteten Angaben.^{18,22} Für Bayern fehlten bislang jedoch belastbare Vergleichsdaten.

Im Vergleich zu den Daten aus Mittelhessen aus dem Jahr 2015 (13,4 Prozent)² zeigt die ermittelte MIH-Prävalenz von 17,5 Prozent eine leichte Tendenz nach oben. Bemerkenswert ist insgesamt aber, dass in dieser Studie die durchschnittliche Anzahl MIH-betroffener Zähne pro Kind (0,6) dreimal so hoch ausfiel wie die mittlere Karieserfahrung der bleibenden Zähne (0,2).

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse

Eine interessante Erkenntnis bezieht sich auf das Kariesrisiko bei MIH.⁹ Überraschenderweise wiesen Kinder mit MIH eine statistisch signifikant geringere Karieserfahrung auf als Kinder ohne MIH (Abb. 7). Dieser Befund widerspricht vie-

len bisherigen Studien, die eher von einem erhöhten Kariesrisiko bei MIH ausgegangen sind.³ Eine mögliche Erklärung könnte in der strikten methodischen Trennung zwischen MIH-bedingten Schmelzdefekten und tatsächlicher Karies in dieser Untersuchung liegen. Dadurch wurde verhindert, dass hypomineralisationsbedingte Substanzverluste fälschlicherweise in die Kariesstatistiken einfließen und diese verzerrten.

Eine weitere Erkenntnis betrifft die Rolle von Fissurenversiegelungen im Zusammenhang mit MIH. Es konnte nachgewiesen werden, dass sowohl der Einsatz als auch die Qualität von Versiegelungen bei Kindern mit und ohne MIH weitgehend vergleichbar sind. Dies gilt ebenso für ihre kariespräventive Wirkung (Abb. 8). Das bedeutet, dass Fissurenversiegelungen auch für MIH-Patienten eine wirksame Präventionsmaßnahme darstellen. Allerdings war es in dieser Untersuchung nicht möglich, die genaue Lokalisation und Ausdehnung hypomineralisierter Schmelzareale im Detail zu erfassen. Daher lassen sich keine eindeutigen Rückschlüsse daraus ziehen, ob und in welchem Maße sich Hypomineralisationen auf die langfristige Retention von Fissurenversiegelungen auswirken. Da jedoch diskutiert wird, dass die Haftung von Versiege-

lungsmaterialien auf hypomineralisiertem Schmelz reduziert ist, sind weitere Studien erforderlich, um diese Fragestellung weiter zu untersuchen.²³

Fazit und Ausblick

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie lassen sich mehrere zentrale Schlussfolgerungen ableiten. Karies im Milchgebiss bleibt trotz umfangreicher Präventionsmaßnahmen eine Herausforderung, während die Karieserfahrung in der zweiten Dentition insgesamt gering, jedoch ungleich verteilt ist. Fissurenversiegelungen haben sich sowohl bei Kindern mit als auch ohne MIH als wirksame kariespräventive Maßnahme erwiesen und die Inanspruchnahme ist in Bayern bereits hoch. Gleichzeitig stellt MIH in dieser Altersgruppe ein nicht zu vernachlässigendes Phänomen dar, das die Karieserfahrung im bleibenden Gebiss sogar übertrifft.

Daraus ergeben sich mehrere zentrale Aufgaben für die Zukunft. Die Diagnostik muss weiterhin frühzeitig erfolgen, sowohl für Karies als auch für MIH. Unsere Daten belegen, dass eine Hypomineralisation im Milchgebiss (MMH) ein relevanter Prädiktor für eine Hypomineralisation im bleibenden Gebiss (MIH) sein kann. Daher ist es essenziell, betroffene Kinder frühzeitig zu identifizieren und engmaschig zu betreuen. Neben der Prävention möglicher Folgeschäden durch gezielte Prophylaxe und Remineralisation sollte die zügige Versorgung therapiebedürftiger Befunde im Mittelpunkt stehen.

Epidemiologische Studien ermöglichen eine aktuelle Positionsbestimmung und liefern Erkenntnisse über Trends und Risikogruppen. Darauf aufbauend können gezielte Präventionsstrategien entwickelt werden. Ihre Umsetzung hängt dann maßgeblich von den Zahnärztinnen und Zahnärzten in der Praxis ab.

Auf wissenschaftlicher Ebene besteht weiterhin ein erheblicher Forschungsbedarf, um die Ätiologie der MIH besser zu verstehen. Wünschenswert wären größere prospektive Studien, die Kinder über einen längeren Zeitraum begleiten, um mögliche Ursachen und Einflussfaktoren zu identifizieren.



RAMY GABALLAH



**DR. STEFANIE
AMEND, M.SC.**



**PROF. DR. DR.
NORBERT KRÄMER**



Poliklinik für Kinderzahnheilkunde, Medizinisches Zentrum für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde, Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM)
Standort Gießen, Justus-Liebig-Universität Gießen (JLU)



**KARL-FERDINAND
FRESEN**



DR. HELEN SCHILL



**PROF. DR. JAN
KÜHNISCH**



Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie/Sektion Kinderzahnheilkunde,
Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)

Zu den eFortbildungen
der KZVB:
[https://www.kzvb.de/
efortbildungen](https://www.kzvb.de/efortbildungen)



ANZEIGE

**Dentale
Schreibtalente
gesucht!**

Sie können schreiben?
Kontaktieren Sie uns.

dentalautoren.de

Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Deutschland
Tel.: +49 341 48474-0 · info@oemus-media.de

OEMUS MEDIA AG

Der Urmensch in uns

Neandertaler-Gen bestimmt heutige Zahnform

Zähne können viel über die Evolution des Menschen erzählen. Beispielsweise sind die Gebisse bei verschiedenen ethnischen Gruppen auch sehr unterschiedlich. Mit modernen Genforschungsmethoden lässt sich mittlerweile identifizieren, welche Gene bei der Genese einer ethnischen Gruppe zum Tragen kommen und damit auch für die Entwicklung der Zähne mitverantwortlich sind. Spannende Entdeckung: Diese Zahnunterschiede sind ganz offensichtlich auch vom Erbgut der Neandertaler beeinflusst.



© IRStone – stock.adobe.com

Diese Entdeckung gelang einem internationalen Wissenschaftlerteam des University College London (UCL), der Open University, der Fudan University (China), der Universität Aix-Marseille (Frankreich) und der Nationaluniversität La Plata in Argentinien. Grundlage war eine Datenauswertung von 882 Testpersonen in Kolumbien mit europäischen, indianischen und afrikanischen Vorfahren. Unter anderem wurden ihre Zahnkronen gemessen, die aus 3D-Scans von Zahngipsabdrücken abgeleitet wurden, und die die Forscher anschließend mit Geninformationen von Teilnehmern einer genomweiten Assoziationsstudie verglichen. Auf diese Weise ließen sich 18 Genomregionen identifizie-

ren, die die Größe und Form verschiedener Zahngruppen beeinflussen. 17 dieser Regionen waren zuvor nicht mit den Zahnmaßen in Verbindung gebracht worden.

Eine der neuen Verbindungen betraf ein Gen, das vermutlich von Neandertalern durch Kreuzung mit Urmenschen geerbt wurde. Diese genetische Variante, die zum biologischen Ablauf der Zahnentwicklung beiträgt, wurde nur bei Menschen europäischer Herkunft gefunden. Träger dieser Varianten haben dünnere Schneidezähne. Menschen europäischer Abstammung haben ohnehin kleinere Zähne. Co-Autor Dr. Kaustubh Adhikarivon (UCL Genetics, Evolution & Environment und

The Open University): „Zähne können uns viel über die Evolution des Menschen erzählen. Gut erhaltene alte Zähne sind für Archäologen besonders wichtig, da sie Aufschluss über Meilensteine geben, wie etwa den Übergang zu gekochter Nahrung und die Schrumpfung der menschlichen Zähne. Über die genetische Grundlage der Variationen in Zahngröße und -form innerhalb der modernen menschlichen Population ist jedoch wenig bekannt, was teilweise auf die Herausforderungen bei der Zahnmessung zurückzuführen ist.“

Die Wissenschaftler stellten außerdem fest, dass ein Gen namens EDAR in Verbindung mit der Zahngröße steht. Man wusste bereits, dass dieses Gen die Form der Schneidezähne bei Menschen in Ostasien beeinflusst. Die neue Studie ergab jedoch, dass das Gen auch die Breite aller Zähne bestimmt. „Wir hoffen, dass unsere Erkenntnisse medizinisch nützlich sein können, wenn Menschen mit bestimmten Zahnproblemen genetische Tests zur Diagnose durchlaufen oder einige Zahnanomalien eines Tages mit Gentherapien behandelt werden“, so der Erstautor Dr. Qing Li (Fudan University).

Ingrid Scholz

Verfahren für die Erhebung phänotypischer 3D-Daten

Die Abmessungen der Zahnkronen wurden für jeden Zahn nach der Segmentierung eines 3D-Bildes aus einer vollständigen Zahnreihe ermittelt.

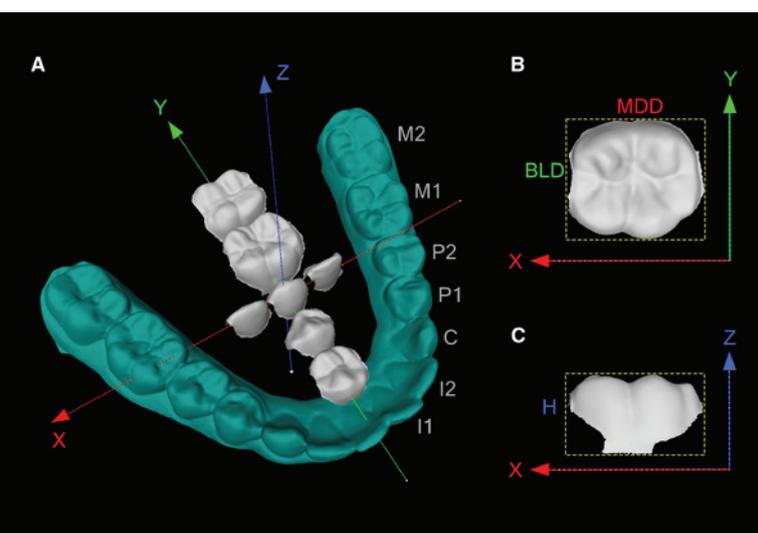


Abb. A zeigt 3D-Bilder eines Zahnabdruckes und segmentierter Zähne. In Türkis ist die unsegmentierte Zahnreihe eingefärbt. Identifiziert wurden die Zahnklassen Schneidezähne (I); Eckzähne (C); Prämolaren (P) und Molaren (M). In Weiß sind Beispiele einzelner Zähne dargestellt, die nach der Segmentierung der Zahnreihe erhalten wurden.

STUDIE

Qing Li et al., PITX2 expression and Neanderthal introgression in HS3ST3A1 contribute to variation in tooth dimensions in modern humans, Current Biology (2024). DOI: 10.1016/j.cub.2024.11.02

10. Bayerischer Unternehmertag für Heilberufe

Samstag, 5. April 2025, 09.00 – 16.30 Uhr

Zahnärztehaus München

Heilberuflerinnen und Heilberufler verfügen über eine hervorragende (zahn)medizinische Ausbildung, die zum Wohle der Patienten in regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft gehalten wird. Um mit der eigenen Praxis dauerhaft erfolgreich zu sein, ist jedoch auch unternehmerisches Wissen unerlässlich. Dies umso mehr, als die unternehmerischen Herausforderungen in Zeiten von veränderten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und Fachkräftemangel gestiegen sind.

Der **10. Bayerische Unternehmertag** für Heilberufe will hierzu ein Forum für neue Impulse bieten. Zum **10-jährigen Jubiläum** dieser Veranstaltung bieten wir Ihnen ein **vielseitiges und spannendes Programm** mit renommierten Referenten. Wohin entwickeln sich in politisch wirtschaftlich unruhigen Zeiten die **Märkte und Kapitalmärkte**? Das zeigt uns Dr. Philip Gisdakis, Chief Investment Officer der HypoVereinsbank, auf. Ein Update zu wichtigen **Entwicklungen am Gesundheitsmarkt** gibt uns der auf Heilberufe spezialisierte Sachverständige Prof. Dr. Wolfgang Merk.

Über **„Fettnäpfchen“ im Arbeitsrecht** informiert uns der Fachanwalt und Steuerberater Dr. Thomas Rothhammer. Iris Hartmann, Coach und Auditorin, gibt Tipps rund um **Teamarbeit und professionelle Kommunikation**. Wie Praxen **unternehmerische und organisatorische Potenziale nutzen und entwickeln** können, ist die „Mission“ von Dr. Ralf Erich Schauer.

Bei alledem darf aber auch der Blick auf die wichtigste Person nicht vergessen werden: Sie selbst als Praxisinhaberin und Praxisinhaber! Hierzu erhalten Sie von dem Kommunikationswissenschaftler und Coach Moritz Küffner **„Lebensproviant“ für Ihren beruflichen und privaten Alltag**.

Die Veranstaltung steht unter der Schirmherrschaft von BLZK, KZVB und – als zusätzliches „Zuckerl“ zum Jubiläum – erstmals auch der KVB. Wir versprechen Ihnen unterhaltsame und informative Vorträge und freuen uns, Sie in München begrüßen zu dürfen.

In Kooperation mit:



Schirmherrschaft



Kursnummer: 85740
Kursgebühr: 125,00 €
Fortbildungspunkte: 7



Anmeldung mit QR-Code
oder unter
[www.eazf.de/sites/
unternehmertag](http://www.eazf.de/sites/unternehmertag)

eazf GmbH

Fallstraße 34 Tel.: 089 230211400
81369 München Fax: 089 230211406
www.eazf.de E-Mail: info@eazf.de



Die perfekte Symbiose
aus Haltbarkeit und
Ästhetik.



DMG
Tel.: +49 40 84006-0
www.dmg-dental.com

Haltbarkeit und Ästhetik für Langzeitprovisorien

Extreme Stabilität, exzellente Ästhetik, einfaches Handling – und die komplette provisorische Zahnversorgung in nur einer Sitzung. Wenn Sie ein Material zur Erstellung von Langzeitprovisorien suchen, das in vielerlei Hinsicht neue Maßstäbe setzt und dabei wirtschaftlich überzeugt, dann sollte Luxatemp MaxProtect Ihre erste Wahl sein. Überbrücken Sie mit Luxatemp MaxProtect längere Ausheilungsphasen und profitieren Sie von der hohen Belastbarkeit und dem langzeitstabilen, in seinen mechanischen Eigenschaften optimierten Material. Patienten erhalten eine hochästhetische Versorgung und die Möglichkeit, die Zeit bis zur definitiven Versorgung kosteneffizient zu überbrücken. Die Haltbarkeit von einem Jahr ist klinisch bewiesen.*

*Quelle: Klinische Studie, Reg.-Nr. NCT03160950

Schwarz ist das neue Weiß

Entdecken Sie Mundoline, die neue dental bauer Eigenmarke für Ihre Praxis



Mit Mundoline bringt dental bauer einen neuen, modernen Style in die Zahnarztpraxis. Die neue Eigenmarke setzt auf ein minimalistisches Schwarz-Weiß-Design und eine durchdachte Produktauswahl für den Praxisalltag. Dabei kombiniert das Unternehmen Ästhetik mit einem optimalen Preis-Leistungs-Verhältnis. So wird der Arbeitsalltag nicht nur funktional unterstützt, sondern auch optisch

aufgewertet. Die klar strukturierte, reduzierte Verpackung sorgt für Übersichtlichkeit und passt perfekt in jede moderne Praxiseinrichtung – und das zu fairen Preisen, die Ihre Praxisbudgets schonen.

Aktuell startet die Linie mit den neuen Must-have-Basics im Dentalbereich. Dazu gehören Nitrilhandschuhe mit angehaften Fingerspitzen in Pearl White und Pearl Pink, die Mundoline Turbine Multiflex Eco mit 24 Monaten Garantie, die Mundoline Winkelstücke ECO in drei Ausführungen, das eigene Premium Service Öl, das speziell für die optimale Pflege der Geräte entwickelt wurde, sowie fertig getränkte Desinfektionstücher in Neutral und Lemon mit passender Spenderbox.

Und das ist erst der Anfang! Schon bald dürfen sich Praxen über weitere Produkte freuen, die gezielt auf die Anforderungen eines modernen Praxisbedarfs abgestimmt sind. Im Fokus stehen intelligente

Alltagshelfer – von verlässlichen Verbrauchsmaterialien bis hin zu hochwertigen Instrumenten.

Neugierig? Dann entdecken Sie die perfekte Ergänzung für Ihr Praxisteam: die neue Eigenmarke Mundoline – entwickelt von den dental bauer-Profis.

Das Tübinger Dentaldepot dental bauer stattet seit über 135 Jahren Zahnarztpraxen und Dentallabore aus. Heute ist das traditionell verwurzelte Unternehmen mit insgesamt 45 Standorten in sechs europäischen Ländern vertreten. Das Unternehmen bietet ein umfassendes Angebot, zu dem neben Verbrauchsmaterialien und dentalem Equipment auch technische Serviceleistungen und Beratung gehören.

DENTAL BAUER GMBH & CO. KG
Ernst-Simon-Straße 12
72072 Tübingen
www.dentalbauer.de

Zwei Geräte, eine Lösung: unbegrenzte Möglichkeiten

Das neue Ultraschall-Chirurgiesystem VarioSurg 4 setzt Maßstäbe in Präzision, Effizienz und Benutzerfreundlichkeit. Es unterstützt optimal bei anspruchsvollen oralchirurgischen Eingriffen. Die Synergie aus modernster Ultraschalltechnologie, präziser Hochleistung und einer breiten Auswahl an Ultraschall-Chirurgieaufsätzen ermöglicht eine schnelle, schonende und präzise Knochenentfernung und -formung für ein breites Spektrum an chirurgischen Verfahren. Das leistungsstarke VarioSurg 4-Handstück im superschlanken Design, ausgestattet mit zwei LEDs, verbessert den Zugang zum Behandlungsbereich erheblich. Die optimierte Balance und das ergonomische Design minimieren die Belastung der Hand des Anwenders und unterstützen ihn somit optimal bei anspruchsvollen chirurgischen Eingriffen. Die Bluetooth®-Konnektivität der Fußsteuerung ermög-

licht die kabellose Bedienung und sorgt für mehr Bewegungsfreiheit. Programmierbare Benutzereinstellungen, ein großes LCD-Display und intuitive Symboltasten tragen zu einer schnellen und effizienten Steuerung bei. Mit der integrierten Link-Funktion können der Implantatmotor Surgic Pro2 und VarioSurg 4 via Bluetooth® zu einem chirurgischen Center verbunden werden, wodurch beide Geräte bequem mit nur einer gemeinsamen, kabellosen Fußsteuerung bedient werden können.

NSK EUROPE GMBH
Tel.: +49 6196 77606-0
www.nsk-europe.de

Eine ausführliche Gerätedemonstration können Interessierte am NSK Nakanishi Messestand A010-C019 auf der IDS in Halle 11.1 erleben.



ANZEIGE



GIORNATE VERONESI

IMPLANTOLOGIE
UND ALLGEMEINE
ZAHNHEILKUNDE

27./28. JUNI 2025
VALPOLICELLA (ITALIEN)

**JEDERZEIT
ANMELDEN**

www.giornate-veronesi.info



OEMUS
EVENT
SELECTION

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

Neue Online-Serie
Buchung „on demand“
jederzeit möglich!



Europäische Akademie
für zahnärztliche
Fort- und Weiterbildung
der BLZK

Innovationen – oder alter Wein in neuen Schläuchen?!



iStock-ID: 529330051, Superhero™

Zahnheilkunde im Jahr der IDS 2025: **Personalisierte Zahnmedizin** ist in aller Munde, individuelle Lösungen sind gefragt! Selbst für Fortbildungsfreaks ist es durch Selbststudium kaum noch möglich, angesichts der **Vielfalt an diagnostischen, präventiven und therapeutischen Möglichkeiten** einen umfassenden Überblick über die Weiterentwicklung der Zahnheilkunde zu behalten. Eine **nachhaltige Orientierung** wird nicht zuletzt erschwert durch die **Flut an Innovationen**, die mit schöner Regelmäßigkeit ausgeschüttet wird.

Eine **besondere Herausforderung** bildet dabei alle zwei Jahre die IDS. Die Reaktionen auf die dort vorgestellten Innovationen und Entwicklungen reichen vom „Staunen über die Möglichkeiten moderner Technologie“ über die „Verwirrung angesichts der Vielzahl an Innovationen“ bis hin zur „Unsicherheit, den Nutzen für den Praxisalltag zu bewerten“. Unsere **Kursserie „Innovationen – oder alter Wein in neuen Schläuchen?!“** ist ganz darauf abgestimmt! Unsere Dozenten waren bei der IDS vor Ort und wollen uns mit ihren Vorträgen helfen, wesentliche Innovationen auf deren **Relevanz für den Praxisalltag** zu überprüfen und zu bewerten.

Die Live-Vorträge mit Diskussion laufen von März bis Juni 2025 jeweils am Mittwoch. Eine **Buchung der Serie** ist auch während und nach Abschluss der Serie bis zum 31.12.2025 möglich. Alle Vorträge sind für registrierte Teilnehmende **unbefristet „on demand“** im Portal der eazf Online Akademie abrufbar.

**Wir freuen uns, wenn Sie dabei sind!
Ihre eazf**

Die Ausgangssituation – DMS 6 Konsequenzen für den Berufsstand

Termin: 19. März 2025, 18.00 Uhr

Dozent: Prof. Dr. Dr. Christoph Benz,
München

Künstliche Intelligenz: Diagnostik, Therapieentscheid und Behandlungsdurchführung

Termin: 26. März 2025, 18.00 Uhr

Dozent: Prof. Dr. Falk Schwendicke,
München

Füllungstherapie 2025 ohne Amalgam: Was sind die Alternativen?

Termin: 2. April 2025, 18.00 Uhr

Dozent: Prof. Dr. Roland Frankenberger,
Marburg/Gießen

Digitale Prothetik heute: Möglich- keiten und Herausforderungen

Termin: 9. April 2025, 18.00 Uhr

Dozentin: Prof. Dr. Petra Gierthmühlen,
Düsseldorf

Erfolgreiche Endodontie – Von der Krone zum Apex

Termin: 30. April 2025, 18.00 Uhr

Dozent: Dr. Christoph Zirkel,
Köln

Professionelles Biofilmmangement in der Parodontologie – Lebenslange Gratwanderung zwischen Effizienz und Substanzschonung

Termin: 7. Mai 2025, 18.00 Uhr

Dozent: Prof. Dr. Philipp Sahrman,
Basel

Häusliches Biofilmmangement – Zentraler Baustein der präventiven Erhaltungstherapie

Termin: 14. Mai 2025, 18.00 Uhr

Dozentin: Prof. Dr. Cornelia Frese,
Heidelberg

Zahnärztliche Chirurgie/Implantolo- gie – Systemische Schmerzaus- schaltung und Sedierung

Termin: 21. Mai 2025, 18.00 Uhr

Dozent: Prof. Dr. Peer Kämmerer,
Mainz

Aktuelle Anforderungen an die Kinderzahnheilkunde – Von Kreide- zähnen und magischen Lösungen

Termin: 28. Mai 2025, 18.00 Uhr

Dozent: Prof. Dr. Norbert Krämer,
Gießen/Marburg

Hippes Upgrade oder echter Nutzen? Neuerungen in der Seniorenzahn- medizin auf dem Prüfstand

Termin: 4. Juni 2025, 18.00 Uhr

Dozentin: Prof. Dr. Dr. Greta Barbe,
Köln

Beginn: jeweils 18.00 Uhr

Kosten: EUR 695,00

Fortbildungspunkte: 20

INFORMATION UND BUCHUNG

Details und Registrierung unter:



online.eazf.de



eazf Fortbildungen

KURS-NR.	THEMA	DOZENT	DATEN	€	PKT	ZIELGRUPPE
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
B65302	Chirurgische Assistenz eazf	Marina Nörr-Müller, Brigitte Kenzel	Di., 25.02.2025, 09.00 Uhr München Akademie	995	0	PP
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
B75705	DH/ZMF-Update: PAR und was Du als DH sonst noch wissen solltest	Sabine Deutsch	Fr., 07.03.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	405	0	ZMF, DH, PP
B65750	Intensivierungstag für ZMP-Prüflinge	Kerstin Kaufmann	Fr., 07.03.2025, 09.00 Uhr München Akademie	275	0	PP
B65109	Grundregeln der Ästhetik und ihre Realisation mit Komposit – Intensivkurs	Prof. Dr. Bernd Kläiber	Fr., 07.03.2025, 14.00 Uhr München Akademie	895	17	ZA, ZÄ
B65110	Endodontische Maßnahmen im Milchgebiss und Versorgung mit verschiedenen Kronensystemen	Dr. Uta Salomon	Sa., 08.03.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	485	7	ZA, ZÄ
B35401	Prothetische Assistenz	ZÄ Manuela Gumbrecht	Mo., 10.03.2025, 09.00 Uhr München Akademie	750	0	PP
B75706	Aufbereitung von Medizinprodukten – Erwerb der Sachkenntnisse gem. MPBetreibV	Marina Nörr-Müller	Mo., 10.–12.03.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	815	0	PP
B55204	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz	Dr. Moritz Kipping	Mi., 12.03.2025, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	115	9	ZA, ZÄ
B75140	Präventionskonzept Arbeitsschutz: Ersts Schulung BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 12.03.2025, 14.00 Uhr Nürnberg Akademie	295	6	ZA, ZÄ
B55203	Patienten mit Special Needs in der zahnärztlichen Praxis	Prof. Dr. Andreas Filippi	Mi., 12.03.2025, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	295	4	ZA, ZÄ, ZMP, DH
B55108	3. Bayerisches Netzwerktreffen für Zahnärztinnen	Moderation: Dr. Cosima Rücker, Martina Werner	Sa., 15.03.2025, 09.00 Uhr Herrieden Landgasthof Bergwirt	175	7	ZÄ
B35302	Prophylaxe Basiskurs	Tatjana Herold, Nathalie Zircher, Alla Käufler, Tobias Feilmeier	Mo., 17.03.2025, 09.00 Uhr München Akademie	950	0	PP
B75682	Qualitätsmanagementbeauftragte/r eazf (QMB)	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Di., 18.03.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	850	32	PP
B65711	Ergonomie in Bewegung – So verhindern Sie chronische Rückenschmerzen	Dr. Pia Quaet-Faslem, Jutta Hillebrand	Mi., 19.03.2025, 09.00 Uhr München Akademie	425	11	ZA, PP
B65712	Dental English: Welcoming the Patient – Fit in der Betreuung englischsprachiger Patienten	Sabine Nemeč	Mi., 19.03.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	395	7	ZA, ZÄ, PP
B75707	Die professionelle Zahnreinigung – PZR-Intensivkurs	Sabine Deutsch, Karin Schwengsbier	Mi., 19.03.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	615	0	PP
B55256	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Christian Öttl	Mi., 19.03.2025, 13.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP
B55257	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Christian Öttl	Mi., 19.03.2025, 15.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP
B55901	Neue Online-Serie: Innovationen – oder alter Wein in neuen Schläuchen?!	Moderation: Prof. Dr. Johannes Einwag	Mi., 19.03.2025, 18.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	695	20	ZA, ZÄ
B75141	Chirurgie und Implantologie – Basiskurs	Dr. Nina Psenicka	Fr., 21.03.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	525	11	ZA, ZÄ
B75142	Chirurgie und Implantologie – Aufbaukurs	Dr. Nina Psenicka	Sa., 22.03.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	525	11	ZA, ZÄ

eazf Fortbildungen

KURS-NR.	THEMA	DOZENT	DATEN	€	PKT	ZIELGRUPPE
B65112	Update Parodontologie in der Praxis	Prof. Dr. Gregor Petersilka	Sa., 22.03.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	405	8	ZA, ZÄ, PP
B65111	Smart Endodontics – Alles Relevante für die Praxis	Dr. Ralf Krug, Dr. Alexander Winkler	Sa., 22.03.2025, 09.00 Uhr München VDW GmbH	595	10	ZA, ZÄ
B75143	CMD, Malokklusion und Atmung – Diagnose, Therapie und Rehabilitation	D.D.S./Syr. Dr. Aladin Sabbagh	Sa., 22.03.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	525	11	ZA, ZÄ
B65713	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mo., 24.03.2025, 09.00 Uhr München Akademie	485	0	PP
B75708	Abrechnung Compact – Modul 1: Kons./Chirurgie (KCH)	Irmgard Marischler	Di., 25.03.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	405	8	PP
B65113	Psychische Erkrankungen – Ein Überblick für das Praxisteam	Dr. Marc Hünten	Mi., 26.03.2025, 09.00 Uhr München Akademie	395	6	ZA, ZÄ
B75003-6	Kursserie Myodiagnostik: Craniomandibuläre Diagnostik	Rainer Wittmann, Dr. Eva Meierhöfer	Fr., 28.03.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	500	22	ZA
B65714	Weniger BEMA mehr GOZ – Abrechnen mit Köpfchen	Irmgard Marischler	Fr., 28.03.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	405	8	ZA, ZÄ, PP
B65114	Die Kompositfüllung von A bis Z	Prof. Dr. Roland Frankenberger	Sa., 29.03.2025, 09.00 Uhr München Akademie	525	11	ZA, ZÄ
B65115	Kinder – Die Zukunft unserer Praxis!	Dr. Uta Salomon	Sa., 29.03.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	395	7	ZA, ZÄ, PP
B35601	Kieferorthopädische Assistenz	Prof. Dr. Dr. Peter Proff, Dr. Helmut Hösl, Dr. Rebecca Klinke	Mo., 31.03.2025, 09.00 Uhr München Akademie	995	0	PP
B65683	Qualitätsmanagementbeauftragte/r eazf (QMB)	Brigitte Kenzel, Ria Röpl	Di., 01.04.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	850	32	PP
B95901-2	Prophylaxe Aufbaukurs	Tatjana Herold, Kerstin Kaufmann	Di., 01.04.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	950	0	ZAH/ZFA
B65716	Die Rezeption – Das Herz der Praxis	Brigitte Kühn	Mi., 02.04.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	405	8	ZA, ZÄ, PP
B65717	Die „First Class Praxis“ – Höchste Kompetenz bei Beratung und Patientenservice	Joachim Brandes	Mi., 02.04.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	405	8	ZA, ZÄ, PP
B65715	Parodontitis – Anti-entzündliche Nährstoffe als gesundheitsfördernde Begleitmaßnahme	Stefan Duschl	Mi., 02.04.2025, 09.00 Uhr München Akademie	405	8	ZA, ZÄ, PP
B55205	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mi., 02.04.2025, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	115	9	ZA, ZÄ
B65116	Craniomandibuläre Dysfunktionen: Interdisziplinäre diagnostische und therapeutische Strategien	Gert Groot Landeweer	Fr., 04.04.2025, 09.00 Uhr München Akademie	485	11	ZA, ZÄ
B55206	Update Notfallmanagement in der zahnärztlichen Praxis	Jürgen Krehle, Dennis Wölfle	Fr., 04.04.2025, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	200	3	ZA, ZÄ, PP
B75144	Digitale Volumetomographie für Zahnärzte (DVT)	Prof. Dr. Herbert Deppe, Prof. Dr. Jörg Neugebauer	Sa., 05.04.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	795	17	ZA, ZÄ
B85740	10. Bayerischer Unternehmertag für Heilberufe	Dr. Philip Gisdakis, Prof. Dr. Wolfgang Merk, Dr. Thomas Rothammer, Iris Hartmann, Dr. Ralf Schauer, Moritz Küffner	Sa., 05.04.2025, 09.00 Uhr München Akademie	125	7	ZA, ZÄ, PM, Ä
B75710	Das Schleifen von Handinstrumenten – nur "scharf" ist gut!	Tatjana Herold	Mo., 07.04.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	295	0	PP
B35101	Prothetische Assistenz	ZÄ Manuela Gumbrecht	Di., 08.04.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	750	0	PP
B65719	Zahnersatzabrechnung in BEMA und GOZ Kompaktseminar	Regina Kraus	Mi., 09.04.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	405	8	PP
B65718	Abrechnung Compact – Modul 2: Parodontologische Leistungen	Irmgard Marischler	Mi., 09.04.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	405	8	PP
B55260	Grundlagen des Hygienemanagements	Brigitte Kenzel	Mi., 09.04.2025, 09.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	395	0	PP
B55258	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Moritz Kipping	Mi., 09.04.2025, 13.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP

Betriebswirtschaft und Abrechnung für Zahnarzt/-innen



DATUM	ORT	UHRZEIT	KURS	BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE MODULE
8. März 2025	München	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	München	9.00–17.00 Uhr	BWL 3	Rechte und Pflichten in der Berufsausübung
5. April 2025	Nürnberg	9.00–17.00 Uhr		Wichtige Verträge und juristische Tipps zur Vertragsgestaltung Praxisformen und Kooperationsmöglichkeiten
24. Mai 2025	München	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
5. Juli 2025	Nürnberg	9.00–17.00 Uhr		
19. Juli 2025	München	9.00–16.00 Uhr	BWL 5	Workshop für Existenzgründer
26. Juni 2025	Nürnberg	9.00–19.00 Uhr	BWL 6A	Erfolgreiche Personalarbeit – Ein Praxiskonzept
9. Oktober 2025	München	9.00–19.00 Uhr		Ausbildungswesen
27. Juni 2025	Nürnberg	9.00–17.00 Uhr	BWL 6B	Erfolgreiche Personalarbeit – Ein Praxiskonzept
10. Oktober 2025	München	9.00–17.00 Uhr		Mitarbeiterführung Arbeitsrecht in der Zahnarztpraxis
20. September 2025	München	9.00–17.00 Uhr	BWL 7	Vertragszahnärztliche Abrechnung
18. Oktober 2025	Nürnberg	9.00–17.00 Uhr		Honorarverteilungsmaßstab (HVM) Ordnungsgemäße Dokumentation Patientenkommunikation

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

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:

9.00–16.30 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, Prophylaxe-Aufbaukurs, Chirurgische Assistenz, 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.

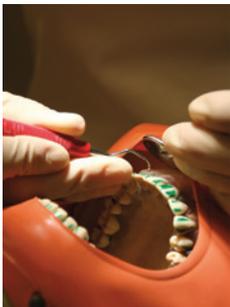
Für die eazf sprechen viele Gründe:

- Praxiserfahrene Dozentinnen und Dozenten
- Umfangreiche digitale Kursunterlagen und Unterstützung mit Materialien
- Praktischer Unterricht in Kleingruppen mit intensiver Betreuung durch Instruktor/-innen
- Praxisnahe Fortbildung mit Übungen

- 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.eazf.de/sites/karriereplanung 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: € 9.975 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 in München 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. In München ist Kursbeginn im Januar, in Nürnberg startet die Fortbildung im September.

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

Abschlussprüfung: Prüfungsausschuss der eazf, schriftliche Prüfung



PRAXISMANAGER/-IN EAZF (PM)

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

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.



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.



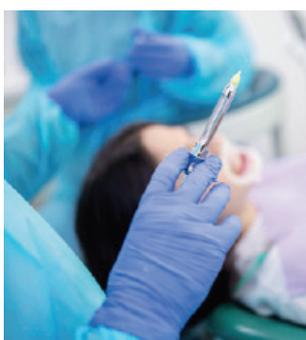
QUALITÄTSMANAGEMENTBEAUFTRAGTE/-R EAZF (QMB)

Kursinhalte: Bedeutung und Begriffe des QM, Anforderungen an ein QM-System für die Zahnarztpraxis, Aufbau und Weiterentwicklung eines QM-Handbuches, Arbeitsschutz und Hygienevorschriften, Medizinproduktegesetz (MPG), Anwendung des QM-Handbuches 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: Schutzausrüstung und arbeitsmedizinische Vorsorge, Aufbereitung von Medizinprodukten, Umgang mit Gefahrstoffen, Krankheitsbilder und operatives Vorgehen, OP-Vorbereitung, Aufklärung, Patientenbetreuung, Operatives Vorgehen, Instrumentenkunde, Chirurgische Materialien, Wundinfektionen, Spezielle Hygienemaßnahmen bei chirurgischen Eingriffen, Ergonomie, Praktische Übungen

Kursgebühr: € 995 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	2.9.2025	30.7.2025
ZMP Praktische Prüfung	9.9.–13.9.2025	30.7.2025
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	4.2.2026
ZMP Praktische Prüfung	20.3.–26.3.2026	4.2.2026
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.

Beschlüsse Ordentliche Vollversammlung der BLZK

vom 23.11.2024

Elektronische Patientenakte: Chance für den Neustart nutzen

Antragsteller:
Vorstand der BLZK

Wortlaut:

Die Vollversammlung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer (BLZK) stellt fest, dass das aktuelle Konzept der elektronischen Patientenakte (ePA) nicht ausgereift ist. Daher fordert die Vollversammlung der BLZK den Gesetzgeber auf, das derzeitige Moratorium auch vor dem Hintergrund einer voraussichtlich neuen Regierung ab Frühjahr 2025 zu nutzen, um die Digitalstrategie der Bundesregierung und das Konzept der ePA neu aufzusetzen. Dabei sind folgende Forderungen zu berücksichtigen:

- Die ärztliche Schweigepflicht muss zwingend gewahrt bleiben.
- Die Selektion von Patienten durch einen Algorithmus darf unter keinen Umständen möglich sein.
- Die Opt-in-Lösung ist notwendig, damit die Patienten auch in Zukunft souverän steuern können, wem sie welche Gesundheitsdaten anvertrauen.
- Die Daten in der ePA müssen standardisiert und mit einer Volltextsuche leicht auffindbar sein.
- Eine umfassende Test- und Übergangsphase unter realen Versorgungsbedingungen muss sicherstellen, dass alle Anwendungen in den Zahnarztpraxen funktionieren. Nur so kann die ePA von den Praxen und den Versicherten akzeptiert werden.
- In der Testphase sind die rechtlichen Folgen der Einführung der ePA zu evaluieren. Dies betrifft vor allem die Befüllungspflichten der Zahnarztpraxen, Haftungsfragen und die Ansprüche der Versicherten.
- Vor der flächendeckenden Einführung ist sicherzustellen, dass die ePA einen klaren Mehrwert für die Praxen in Form von Arbeitsentlastung und/oder Kostenersparnis bringt.

Begründung:

Gerade weil Zahnärztinnen und Zahnärzte äußerst technikaffin sind, muss die ePA so gestaltet werden, dass sie den Praxisalltag erleichtert. Nach dem derzeitigen Konzept muss jeder behandelnde (Zahn-)Arzt Befunde, Berichte, Briefe, Medikationspläne und Bildgebungsergebnisse berücksichtigen, die völlig unstrukturiert abgelegt sind. Somit ist die ePA derzeit nicht praxistauglich.

Es ist ethisch unzweifelhaft, dass die informationelle Selbstbestimmung der Patienten gewahrt bleiben muss. Das ist aus Sicht der VV nur mit dem Opt-in-Verfahren möglich. Die 2023 beschlossene Opt-out-Lösung war ein Signal des Misstrauens an die Bürger.

Abstimmungsergebnis:
Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

Leitantrag: Offensive gegen drohendes Praxissterben in ländlichen Regionen

Antragsteller:
Vorstand der BLZK

Wortlaut:

Um die zahnmedizinische Versorgung – besonders in ländlichen Regionen – patientennah und in gewohnt hoher Qualität zu erhalten, fordert die Vollversammlung (VV) der Bayerischen Landes Zahnärztekammer die Bundes- und Landespolitik auf, unsere inhabergeführten, freiberuflichen Praxisstrukturen zu sichern und zu stärken.

Der „Zahnarzt vor Ort“ ist unverzichtbar für den Erhalt der wohnortnahen zahnmedizinischen Versorgung in einem Flächenstaat wie Bayern, in dem 55 Prozent der Menschen in ländlichen Räumen leben. Ohne die „Zahnarztpraxis im Ort“ sinkt die Lebensqualität, leidet die Standortattraktivität und droht demografisches Ausbluten der Kommunen.

Die gesetzlichen Krankenkassen, die privaten Krankenversicherungen und der Staat als Träger der Beihilfe müssen die Zahnärzte so honorieren, dass Personalkostensteigerungen für Fachkräfte, Sachkosten und medizinisch-technische Innovationen refinanziert sind.

Auch brauchen unsere Teams wieder mehr Zeit für unsere Patienten statt für Bürokratie. Zahnärztinnen, Zahnärzte und Zahnmedizinische Fachangestellte sind zu jeder Zeit systemrelevant. Für Angehörige dieser Heilberufe ist sicherzustellen, dass die Erziehung von Kindern und die Pflege von Angehörigen mit dem Beruf, auch in Vollzeit, vereinbar ist.

Zudem sind Anreize zu setzen, damit auch ältere Zahnärzte oder Kolleginnen und Kollegen, die familiär stark beansprucht sind, in einem für sie machbaren Umfang arbeiten. Fachkräfte dürfen nicht länger von renditeorientierten Finanzinvestoren aus den ländlichen Räumen abgezogen werden.

Im Einzelnen fordert die VV folgende Maßnahmen:

- Die Budgetierung ist mit sofortiger Wirkung zu beenden.
- Der GOZ-Punktwert ist der Inflation seit 1988 anzupassen.
- Der GOZ-Punktwert ist gemäß dem Verbraucherpreisindex zu dynamisieren.
- Bürokratie ist konsequent abzubauen. Die Vorschläge der bayerischen zahnärztlichen Körperschaften liegen bei Landes- und Bundespolitikern auf dem Tisch.
- Für Patienten von Zahnärzten, die alters-, gesundheitsbedingt oder aus familiären Gründen in geringem Umfang tätig sind, ist Kostenerstattung durch die GKV auch ohne Kassenzulassung zu ermöglichen.

- Die Infrastruktur in ländlichen Regionen ist auszubauen – das gilt nicht nur für Straße, Schiene und Digitalisierung, sondern auch für Kinderbetreuung und Unterstützung bei der Pflege von Angehörigen. Angeregt wird dazu eine Studie, die ermittelt, ob und inwieweit die unterschiedliche Verfügbarkeit von Kinderbetreuung in den urbanen und ländlichen Räumen Bayerns die Bereitschaft zur Tätigkeit und insbesondere zur Niederlassung im ländlichen Raum beeinflusst.
- Finanzinvestoren dürfen nicht länger ohne fachlichen und räumlichen Bezug Praxen aufkaufen.

Begründung:

Zahnarztpraxen im ländlichen Raum, die noch vor wenigen Jahren mühelos nachbesetzt werden konnten, finden mittlerweile keinen Nachfolger mehr. Damit laufen wir in einen ähnlichen Versorgungsmangel wie bei den Hausärzten hinein. Gründe sind der Fachkräftemangel, die Budgetierung, der seit 1988 stagnierende GOZ-Punktwert, Hürden für zahnärztliche Aktivitäten in geringem Umfang und die überbordende Bürokratie. Verschärft wird die Situation, weil Private-Equity-Fonds fast nur in Ballungsräumen investieren.

Abstimmungsergebnis:

Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

Resolution: Sicherung der Patientenversorgung**Antragsteller:**

Christian Berger

Wortlaut:

Die Vollversammlung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer fordert die künftige Bundesregierung auf, Reformen im Gesundheitswesen endlich auf Basis folgender Grundsätze zu gestalten:

1. Erhalt freier Praxisstrukturen

Freiberuflich selbstständige Praxen sichern in eigenverantwortlichem Einsatz die zahnmedizinische Versorgung. Freie Arzt- und Therapiewahl sind hierbei die Grundvoraussetzungen.

2. Klares Bekenntnis zur Selbstverwaltung

Die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen zahnärztlicher Berufsausübung gehört vollumfänglich in die seit Jahrzehnten bewährten eigenverantwortlichen Hände des zahnärztlichen Berufsstandes.

3. Budgetierungen unverzüglich abschaffen

Die Budgetierung im vertragszahnärztlichen Bereich entbehrt jeder sachlichen Begründung. Der Anteil der vertragszahnärztlichen Leistungen an den GKV-Gesamtausgaben wurde seit dem Jahr 2000 durch konsequente Präventionsbemühungen um ein Drittel gesenkt. Fehlende Mittel führen unter anderem zu ausbleibender Prävention und somit zu hohen Folgekosten für die Solidargemeinschaft.

4. Bürokratieabbau jetzt

Sinnlose Vorgaben und Regulierungen kosten die Zeit, die von der Zahnärzteschaft und ihren Fachkräften für die Therapie der Patienten dringend benötigt wird. Sie behindern die Niederlassung der jüngeren Kollegenschaft. Dadurch ist die flächendeckende Versorgung der Patienten gefährdet.

5. Punktwerthöhung jetzt

Die Vollversammlung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer fordert die künftige Bundesregierung und den künftigen Gesundheitsminister mit allergrößtem Nachdruck dazu auf, den seit 36 Jahren unveränderten Punktwert der GOZ sofort im betriebswirtschaftlich erforderlichen Maß anzuheben und gleichzeitig eine Dynamisierung einzuführen.

Abstimmungsergebnis:

Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

Kurswechsel in der Gesundheitspolitik**Antragsteller:**

Christian Berger

Wortlaut:

Die Delegierten der Vollversammlung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer fordern die künftige Bundesregierung auf, einen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik einzuleiten, die Krise in der zahnärztlichen Versorgung zu stoppen und wieder zu einer Politik zurückzukehren, die eine präventionsorientierte zahnmedizinische Versorgung favorisiert, die die Niederlassung von Zahnärztinnen und Zahnärzten in eigener Praxis fördert und die Sicherung einer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung gewährleistet.

Die Politik muss sich endlich wieder zu ihrer Mitverantwortung für die Aufrechterhaltung der zahnmedizinischen Versorgung bekennen und entsprechend handeln.

Daher appellieren die Delegierten der Vollversammlung der BLZK an den Gesetzgeber,

- die strikte Budgetierung dauerhaft abzuschaffen und insbesondere die Leistungen der Parodontitistherapie von der Budgetierung des GKV-FinStG für 2024 und in Zukunft auszunehmen,
- investorengetragene Medizinische Versorgungszentren (iMVZ) endlich durch eine räumliche und fachliche Gründungsbeschränkung für Krankenhäuser einzudämmen,
- Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Niederlassung in eigener Praxis, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Räumen, nachhaltig fördern und finanzielle Planungssicherheit garantieren sowie
- Maßnahmen zum Abbau von Bürokratielasten auf den Weg zu bringen und eine praxistaugliche und nutzenstiftende Digitalisierung umzusetzen.

Begründung:

Als maßgebliches Gesetzgebungsverfahren für den ambulanten Versorgungsbereich bietet das Gesundheitsversorgungsgesetz (GVSG) der künftigen Bundesregierung die Chance, diese Punkte aufzugreifen, um die Krise in der zahnmedizinischen Versorgung zu stoppen und zu verhindern, dass diese sich weiter verschärft. Die Delegierten der Vollversammlung der BLZK rufen den Gesetzgeber daher zum Handeln im Gesetzgebungsverfahren des GVSG auf.

Abstimmungsergebnis:

Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

Heuschrecken stoppen: Schluss mit Konzernstrukturen in der Zahnmedizin!

Antragsteller:
Vorstand der BLZK

Wortlaut:
Die Vollversammlung (VV) der Bayerischen Landes Zahnärztekammer verurteilt, dass Solidarbeiträge der gesetzlichen Krankenversicherung, Versichertenbeiträge der privaten Krankenversicherung sowie Leistungen der Beihilfe zunehmend über investoren gesteuerte Medizinische Versorgungszentren (iMVZ) und deren Dachgesellschaften (vielfach Private-Equity-Fonds – vom ehemaligen SPD-Vorsitzenden Franz Müntefering als „Heuschrecken“ bezeichnet) in Steueroasen fließen.

Dazu fordert die Vollversammlung, dass

- die Gründung eines zahnärztlichen MVZ durch ein Krankenhaus nur mehr zulässig ist, wenn fachlich ein zahnmedizinischer Bezug besteht und sich das MVZ räumlich im Planungsbereich des Krankenhauses befindet
- ein zahnärztliches MVZ zu mindestens 51 Prozent in Zahnarzt hand sein muss.

Begründung:
Seit 2015 die Gründung von fachgruppengleichen MVZ erlaubt wurde – und verstärkt seit fünf Jahren – drängen zunehmend Finanzinvestoren mit dem Ziel einer kurzfristigen Gewinnmaximierung in die Zahnheilkunde.

Inzwischen ist fast jedes dritte zahnärztliche MVZ in Investorenhand (iMVZ) – Tendenz stark steigend. Zahlen der KZVen belegen, dass sich die iMVZ überproportional an den Budgets bedienen: In Bayern liegen ihre Fallwerte bei konservierenden und chirurgischen Leistungen im Schnitt mehr als 30 Prozent über den Fallwerten der Einzelpraxen.

Der hohe Umsatzdruck und die daraus resultierende Überbehandlung bedrohen die hohe Qualität der zahnmedizinischen Versorgung in Bayern. Bei den Investoren handelt es sich vielfach um Private-Equity-Fonds, die darauf ausgerichtet sind, konzernartige Zahnmedizin-Ketten aufzubauen, um sie später zum Verkauf anzubieten. Ihre Aktivitäten beschränken sich fast ausschließlich auf Ballungsräume. So blutet die zahnmedizinische Versorgung in ländlichen Regionen weiter aus. Auch bezüglich der Patienten betreiben sie Rosinenpickerei und beteiligen sich wenig an der Versorgung vulnerabler Gruppen.

Nach einer Studie der Hochschule Bochum versteuern gerade die großen Zahnmedizin-Ketten mit fast drei Viertel der Beschäftigten in sogenannten Offshore-Finanzzentren. Somit fließen Versichertengelder in Steueroasen wie die Cayman Islands, Jersey und Luxemburg.

Abstimmungsergebnis:
Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

Sicherung der wohnortnahen Versorgung durch wirksame Eindämmung der renditegetragenen MVZ

Antragsteller:
Christian Berger

Wortlaut:
Die Delegierten der Vollversammlung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer fordern den künftigen Bundesgesundheitsminister und die Bundestagsfraktionen auf, den vorliegenden Gesetzentwurf für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) im laufenden Gesetzgebungsverfahren wie folgt zu ergänzen, um den weiteren Einstieg dieser Investoren in die zahnärztliche Versorgung zu stoppen.

Dazu ist es dringend erforderlich, den mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) 2019 im SGB V beschrittenen Sonderweg für die vertragszahnärztliche Versorgung fortzusetzen und sowohl eine räumliche als auch eine fachliche iMVZ-Gründungsbeschränkung für Krankenhäuser gesetzlich zu verankern. Nur durch eine gleichzeitige gesetzliche Verankerung dieser beiden Gründungsvoraussetzungen kann eine Regelung im zahnärztlichen Bereich ihre gewünschte Wirkung zur Sicherung der wohnortnahen Versorgung entfalten.

Begründung:
Die aktuellen Zahlen der KZBV zu iMVZ verdeutlichen, dass die Einführung wirksamer Regelungen längst überfällig ist. Es gilt daher, keine Zeit mehr zu verlieren, jetzt zu handeln und damit auch der klaren Forderung des Bundesrates aus seiner Entschließung vom 16. Juni 2023 endlich nachzukommen. Trotz der 2022 erfolgten Ankündigung des Bundesgesundheitsministers Lauterbach, renditeorientierten Fremdinvestoren „einen Riegel“ vorzuschieben, liegt bis heute kein einziger Regelungsvorschlag aus dem BMG vor, um die anhaltende Ausbreitung investorengetragener MVZ (iMVZ) in der vertragszahnärztlichen Versorgung sowie die damit einhergehenden Gefahren für die Patientenversorgung einzudämmen.

Abstimmungsergebnis:
Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

GOZ-Novellierung nur mit vorgeschaltetem Inflationsausgleich

Antragsteller:
Vorstand der BLZK

Wortlaut:
Die Vollversammlung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer stellt fest:

Um die zahnmedizinischen Versorgungsstrukturen in Deutschland zu erhalten, ist eine inflationsgerechte Anpassung des Punktwerts zwingende Voraussetzung für jede weitere Novellierung der GOZ.

Daher hat vor jeder Überarbeitung des Gebührenteiles der GOZ eine Anpassung des in § 5 Abs.1 Satz 2 festgelegten Punktwertes zu erfolgen. Diese Anpassung hat einen Inflationsausgleich seit dem Jahr 1988 nach dem „Verbraucherpreisindex für Deutschland“ bzw. nach dem „Preisindex für die Lebenshaltung aller privaten Haushalte – Früheres Bundesgebiet (ab 1962)“ des Statistischen Bundesamtes sowie eine jährliche Dynamisierung nach dem „Verbraucherpreisindex für Deutschland“ des Statistischen Bundesamtes zu umfassen. Verhandlungen mit PKV, Beihilfe und Ordnungsgeber über eine Neugestaltung der GOZ sind nachrangig.

Begründung:

1. Die Nichtanpassung des Punktwertes der GOZ seit 1988 und über eine Novellierung 2012 hinweg stellt einen eklatanten Verstoß gegen § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde dar. Dort ist festgelegt, dass die Bundesregierung ermächtigt wird, „durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für zahnärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln“. Dabei hat die Bundesregierung „den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen“.

Es ist evident, dass ein über die Zeitspanne von 37 Jahren unveränderter Punktwert der Gebührenordnung „den berechtigten Interessen der Zahnärzte“ nicht mehr Rechnung trägt.

2. Deshalb ist eine allen weiteren Änderungen der GOZ vorgeschaltete inflationsgerechte Anpassung des Punktwertes als „Akutmaßnahme“ und zur Vertrauensbildung unverzichtbar zum Erhalt der zahnmedizinischen Versorgungsstrukturen in Deutschland.

3. Weitergehende Novellierungen der GOZ machen erst nach einer solchen Anpassung des Punktwertes Sinn, da sonst die Gefahr besteht, dass die Versorgungsstrukturen durch freiberufliche Praxen in Deutschland nachhaltig geschädigt werden, zumal die Bereitschaft zur Niederlassung in eigener Praxis aufgrund der sich stetig verschlechternden betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen immer mehr sinkt. Praxen, die aus finanziellen Gründen bzw. mangels Nachfolger geschlossen werden müssen, gehen für längere Zeit oder gar dauerhaft für die Versorgung der Bevölkerung verloren.

Abstimmungsergebnis:

Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

GOZ: Politikern auf den Zahn fühlen**Antragsteller:**

Vorstand der BLZK

Wortlaut:

Die Bayerische Landeszahnärztekammer möge vor der Bundestagswahl von den momentan im Bundestag in Fraktionsstärke vertretenen Parteien deren Positionierung zu einer Anhebung des seit 1988 nicht angepassten GOZ-Punktwertes mindestens in Höhe des Inflationsausgleiches sowie einer künftigen Dynamisierung einholen.

Begründung:

Die Kollegenschaft sollte darüber informiert werden, was sie nach der Wahl von den jeweiligen Parteien zu erwarten hat.

Auch können die Aussagen dazu dienen, die Politiker im Erfolgsfall an ihre Wahlversprechen zu erinnern.

Abstimmungsergebnis:

Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

GOZ schützen – Schluss mit dem Budgetdiktat aus Politik und PKV**Antragsteller:**

Christian Berger

Wortlaut:

Die Delegierten der Vollversammlung der Bayerischen Landeszahnärztekammer fordern den künftigen Bundesgesundheitsminister und die Bundestagsfraktionen auf, die betriebswirtschaftlich angemessene Einzelleistungsvergütung – wie in der Verordnung vorgegeben – zum Maßstab des dringend anzupassenden GOZ-Punktwertes zu machen.

Es ist unerträglich, dass der Ordnungsgeber mit Bezug auf ein geschätztes GOZ-Honorierungsvolumen jede Punktwertanpassung verweigert. Das Zahnheilkundengesetz gibt zwar einen Gebührenrahmen für die Bemessung des Honorars der einzelnen Leistung, nicht jedoch ein jährliches Gesamtvolumen für die privat Zahnärztliche Versorgung vor. Die bestehende Morbidität zahnmedizinischer Erkrankungen muss Anlass und Maßstab für das Honorarvolumen sein.

Dem Ordnungsgeber ist gesetzlich vorgegeben, die berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung Verpflichteten zu berücksichtigen. Rechnungsempfänger und Zahler sind die Patienten bzw. ihre Angehörigen und nicht kosten-erstattende Stellen.

Begründung:

Die Zementierung des Punktwertes auf Niveau der 80er-Jahre des letzten Jahrhunderts ist gesetzeswidrig. Der Punktwert der Gebührenordnung wurde seit dem 1.1.1988 nicht der Teuerung entsprechend angepasst, wie es im Zahnheilkundengesetz und in der Gebührenordnung vorgegeben ist. Die Auswirkung betrifft alle Einzelleistungsvergütungen. Beispielhaft sei dies an der GOZ-Nr. 0010 „umfassende Untersuchung“ verdeutlicht. In der privat Zahnärztlichen Gebührenordnung wird diese Position beim 2,3-fachen Steigerungssatz mit 12,94 Euro honoriert. Die GKV zahlt in 2024 etwa 22,82 Euro. Das zeigt, dass die berechtigten Interessen der Zahnärzte durch Untätigkeit des Ordnungsgebers seit Langem nicht mehr in der GOZ abgebildet werden.

Abstimmungsergebnis:

Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

Honorierung nach betriebswirtschaftlichen Erfordernissen**Antragsteller:**

Vorstand der BLZK

Wortlaut:

Da der GOZ-Punktwert seit 1988 nicht erhöht wurde, appelliert die Vollversammlung der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK) an die Zahnärztinnen und Zahnärzte, die Honorierung zahnärztlicher Tätigkeiten im betriebswirtschaftlich erforderlichen Maß primär mithilfe des § 2 Abs. 1 und 2 GOZ zu vereinbaren oder gegebenenfalls bei analoger Berechnungsmöglichkeit mittels des § 6 Abs. 1 zu gestalten.

Um die Zahnärzte hierbei zu unterstützen, wird die BLZK ihre Informationskampagne „GOZ ON TOUR“ im Jahr 2025 fortsetzen.

Begründung:

Mittlerweile werden rund zwei Drittel der mit dem BEMA vergleichbaren GOZ-Leistungen zum 2,3-fachen Steigerungssatz schlechter vergütet als im BEMA; davon sind mehr als die Hälfte sogar zum 3,5-fachen Steigerungssatz niedriger honoriert als die vergleichbare BEMA-Position.

Abweichende Vereinbarungen nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ sind die einzige verbleibende Möglichkeit, die Stagnation des GOZ-Punktwertes auszugleichen.

Abstimmungsergebnis:

Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

GOZ anwenden – Honorierung gestalten

Antragsteller:

Christian Berger

Wortlaut:

Die Delegierten der Vollversammlung der Bayerischen Landeszahnärztekammer fordern alle Zahnärztinnen, Zahnärzte und Praxen in Bayern auf, angesichts der seit 1988 ausgebliebenen Punktwertanpassung die Honorierung aller zahnärztlichen Tätigkeiten (insbesondere der in der GOZ schlechter als im BEMA bewerteten Leistungen) im betriebswirtschaftlich erforderlichen Maß mithilfe des § 2 Abs. 1 und 2 GOZ vertraglich zu vereinbaren sowie alle analogen Berechnungsmöglichkeiten bei neuen Leistungen mittels des § 6 Abs. 1 GOZ zu nutzen und so die Honorierung selbst zu aktualisieren und zu gestalten.

Abstimmungsergebnis:

Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

Keine starren Fristen bei der Leistungsbeurteilung zahnärztlicher Aufbereitungsgeräte.

Antragsteller:

Dr. Michael Rottner

Wortlaut:

Die Vollversammlung der Bayerischen Landeszahnärztekammer fordert den Gesetzgeber und das zuständige bayerische Ministerium auf, bei Kontrollen und Praxisbegehungen keine starren Fristen für die Leistungsbeurteilung zahnärztlicher Aufbereitungsgeräte wie Reinigungs- und Desinfektionsgeräten sowie bei Autoklaven zu fordern, sondern eine risikobasierte Einschätzung zuzulassen.

Begründung:

Die Forderung nach starren Fristen ist in der Folge des Medizinproduktegesetzes durch die Vorgabe der validierten Verfahren entstanden. Die validierten Verfahren wurden im Gesetz nicht konkretisiert. Deshalb wurde in den DIN-Normen 15883 und 17665 vor vielen Jahren ohne wissenschaftliche Evidenz ein sogenannter Stand der Technik festgelegt. Inzwischen haben die bayerischen Praxen und die BLZK 15 Jahre Erfahrung mit starren Fristen in Bezug auf die Leistungsbeurteilung von Kleinstgeräten.

Es gibt keine dokumentierten Ausfälle dieser Geräteklassen, die erst bei der Validierung festgestellt würden. Im Gegenteil gibt es Fehlermeldungen im laufenden Betrieb, die durch die Geräte selbst oder durch den routinemäßigen Einsatz im täglichen Betrieb ohnehin festgestellt werden.

Im Rahmen der Aufbereitung von Medizinprodukten kann es nicht sein, dass durch die juristische Forderung nach einem vollbeherrschbaren Risiko der Aufwand den Erfolg zu belegen ins Unermessliche getrieben wird – und dies ohne jede evidenzbasierte wissenschaftliche Begleitung und ohne jeglichen Beweis eines Mehrwertes.

Abstimmungsergebnis:

Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

Verzicht auf die Erstvalidierung von Prozessen bei fabrikneuen Reinigungs- und Desinfektionsgeräten sowie Sterilisationsgeräten

Antragsteller:

Dr. Frank Hummel

Wortlaut:

Die VV der BLZK fordert den Gesetzgeber auf, auf die Erstvalidierung von Prozessen (Installationsqualifikation, Betriebsqualifikation) bei fabrikneuen Reinigungs- und Desinfektionsgeräten sowie bei Sterilisationsgeräten zu verzichten.

Begründung:

Unabhängig davon, dass keine wissenschaftliche Evidenz für eine solche „Erstvalidierung“, geschweige denn eine dokumentierte Fehlfunktion, die die Geräte nicht anzeigen, vorliegen, bedeutet diese Erstvalidierung einen immensen wirtschaftlichen und personellen Aufwand, der so in keinster Weise gerechtfertigt ist.

Abstimmungsergebnis:

Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

Bürokratie in Zahnarztpraxen abbauen

Antragsteller:

Vorstand der BLZK

Wortlaut:

Die Vollversammlung (VV) der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK) stellt fest: Eine durchschnittliche Zahnarztpraxis kommt auf über 24 Stunden Bürokratieaufwand pro Woche. Das ist Zeit, die für die Versorgung der Patienten fehlt. Angesichts des Fachkräftemangels ist diese Entwicklung nicht nur zu stoppen, sondern umzukehren. Mit Blick auf ein von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angekündigtes Bürokratieabbau-Gesetz für das Gesundheitswesen hat die BLZK – flankierend zum Katalog von BZÄK und KZBV – konkrete Vorschläge zum Bürokratieabbau an die Ampelregierung gerichtet. Nachdem in dieser Legislaturperiode kein Gesetz zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen mehr zu erwarten ist, fordert die VV die künftige Bundesregierung auf, die Vorschläge der Zahnärzteschaft zum Bürokratieabbau zu berücksichtigen, insbesondere:

- verkürzte einheitliche Aufbewahrungsfrist von Röntgenaufnahmen für alle Altersgruppen
- deutliche Verlängerung der Intervalle bei der Aktualisierung für Fachkunde und der Kenntnisse im Strahlenschutz
- deutlich reduzierter Regulierungsansatz für Medizinprodukte.

Begründung:

Bürokratieabbau im Gesundheitswesen darf keine leere Wahlkampfphrase bleiben, sondern muss endlich konkret werden.

Abstimmungsergebnis:

Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

Praxen von Bürokratielasten befreien**Antragsteller:**

Christian Berger

Wortlaut:

Die Delegierten der Vollversammlung der Bayerischen Landes-zahnärztekammer fordern von der künftigen Bundesregierung und der bayerischen Landesregierung, sich vermehrt dafür einzusetzen, dass die zahnärztlichen Praxen schnell und pragmatisch von den ausufernden Bürokratielasten befreit werden, damit die Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihre Teams endlich wieder ausreichend Zeit für die Patientenbehandlung haben.

Die Zahnärzteschaft hat dazu einen konkreten Maßnahmenkatalog vorgelegt und fordert den Gesetzgeber auf, diese Vorschläge zeitnah in einem Bürokratieentlastungsgesetz zu berücksichtigen. Die Delegierten der Vollversammlung der BLZK fordern den Bundesgesetzgeber auf, den angekündigten Bürokratieabbau im Gesundheitswesen zeitnah umzusetzen und die zahnärztliche Versorgung mit zielgenauen Maßnahmen sowohl bei der Praxisgründung als auch im Versorgungsalltag zu entlasten. Auch auf Ebene der Körperschaften der Selbstverwaltung ist die Landespolitik weiterhin gefordert, durch staatliche Eingriffe verursachte Bürokratie im System abzubauen.

Abstimmungsergebnis:

Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

Ärztetag: Beschluss zu intravenöser Sedierung aufheben!**Antragsteller:**

Vorstand der BLZK

Wortlaut:

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 hat mit 93-prozentiger Mehrheit einen Beschluss gefasst, der feststellt, dass die intravenöse Gabe von Sedativa ausschließlich durch Ärztinnen und Ärzte und nicht durch (Zitat) „Nichtärzte – wie z. B. durch Zahnärztinnen und Zahnärzte – ohne Anwesenheit oder Aufsicht einer Ärztin oder eines Arztes“ durchgeführt werden kann. Inhaltlich ist der Beschluss des Ärztetages unbegründet und er gefährdet darüber hinaus die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten. Weder sind nennenswerte Zwischenfälle bei der intravenösen Sedierung durch Zahnärztinnen und Zahnärzte bekannt noch bestehen auch nur ansatzweise die Kapazitäten an verfügbaren Anästhesisten, um diesen wichtigen Teil der zahnärztlichen Versorgung durchzuführen. Die Vollversammlung der BLZK fordert den Deutschen Ärztetag dringend auf, diesen Beschluss bei seiner nächsten Sitzung aufzuheben, da er sachlich unbegründet, versorgungsgefährdend und in der Wahlwahl desavouierend für die gesamte Zahnärzteschaft ist.

Begründung:

Der Beschluss, den der 128. Deutsche Ärztetag 2024 mit großer Mehrheit gefasst hat, missbilligt unsere Profession in inakzeptabler Weise. Zudem gefährdet er die Versorgung unserer besonders vulnerablen Patientinnen und Patienten. Schließlich reichen die zur Verfügung stehenden Anästhesisten bei Weitem nicht aus, um die zur zahnärztlichen Versorgung notwendigen intravenösen Sedierungen durchzuführen. Sachlich ist der Beschluss ohnehin unbegründet: Weder in Bayern noch bundesweit ist auch nur ein einziger gravierender Zwischenfall bei der intravenösen Sedierung durch Zahnärzte bekannt.

Abstimmungsergebnis:

Bei 7 Gegenstimmen und 10 Enthaltungen angenommen

Null Toleranz bei Gewalt in der zahnärztlichen Versorgung**Antragsteller:**

Dr. Thomas Reinhold und acht weitere

Wortlaut:

Die Vollversammlung der Bayerischen Landes-zahnärztekammer fordert einen besseren Schutz des Gesetzgebers für Personen, die im zahnmedizinischen Bereich dem Gemeinwohl dienen.

Begründung:

Ein unter anderem von der Bundesärztekammer unterstützter Gesetzesentwurf zum besseren Schutz für Personen, die dem Gemeinwohl dienen, sieht unter anderem eine Klarstellung im Strafgesetzbuch vor, dass bei der Strafzumessung zu berücksichtigen ist, ob sich eine Tat eignet, „eine dem Gemeinwohl dienende Tätigkeit nicht nur unerheblich zu beeinträchtigen“.

Der Vorstand der Bayerischen Landes-zahnärztekammer möge sich dafür einsetzen, dass die in der Zahnmedizin Tätigen in diesem Gesetzesentwurf klar eingeschlossen werden, wie es insbesondere für Polizistinnen und Polizisten ausformuliert wurde.

Gewalt in verbaler oder physischer Form ist nicht hinnehmbar. Viele Praxen berichten zunehmend von bedrohlichen und einschüchternden Situationen. Es ist dringend notwendig, hiergegen ein Zeichen zu setzen.

Abstimmungsergebnis:

Einstimmig ohne Enthaltungen angenommen

Satzung zur Änderung der Gebührensatzung der Bayerischen Landeszahnärztekammer

vom 09.01.2025

Aufgrund von Art. 15 Abs. 3 i.V.m. Art. 46 Abs. 1 Satz 1 des Heilberufe-Kammergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 06. Februar 2002 (GVBl. S. 42), zuletzt geändert durch § 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2024 (GVBl. S. 632), erlässt die Bayerische Landeszahnärztekammer mit Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention vom 23.12.2024, Aktenzeichen G32c-G8507.31-2024/4-7, folgende Satzung:

Artikel 1

Die Gebührensatzung der Bayerischen Landeszahnärztekammer vom 01. Februar 1996 (BZB, Heft 3/1996, S. 90), zuletzt geändert durch Satzung vom 10. Januar 2024 (BZB, Heft 1-2/2024, S. 78), wird wie folgt geändert:

Das Gebührenverzeichnis (Anlage zur Gebührensatzung gemäß § 1 Abs. 2 der Gebührensatzung der Bayerischen Landeszahnärztekammer) wird wie folgt geändert:

- a) Nr. 5.5 wird zu Nr. 5.8.
- b) Nach Nr. 5.4 werden folgende Nummern 5.5 bis 5.7 eingefügt:

„5.5	Bearbeitung von Anträgen auf Durchführung eines Feststellungsverfahrens nach § 50b bis § 50d Berufsbildungsgesetz einschließlich Bescheid über Zulassung oder Nichtzulassung zum Verfahren ohne sich anschließendes weiteres Verfahren	50,- bis 100,-
5.6	Vorbereitung eines Feststellungsverfahrens nach § 50b bis § 50d Berufsbildungsgesetz ohne sich anschließendes weiteres Verfahren (Gebühr nach Nr. 5.5 fällt zusätzlich an)	200,- bis 300,-
5.7	Vorbereitung und Durchführung eines Feststellungsverfahrens nach § 50b bis § 50d Berufsbildungsgesetz (Gebühr nach Nr. 5.5 fällt zusätzlich an, Gebühr nach Nr. 5.6 entfällt)	300,- bis 900,-“

Artikel 2

Diese Satzung tritt am 01.03.2025 in Kraft.

München, den 09.01.2025

Dr. Dr. Frank Wohl
Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer



Satzung zur Änderung der Entschädigungsregelung für ehrenamtliche Tätigkeiten nach dem Berufsbildungsgesetz sowie für organisatorische Tätigkeiten zur Absicherung von Prüfungen für Zahnmedizinische Fachangestellte nach dem Berufsbildungsgesetz

vom 09.01.2025

Aufgrund von § 40 Abs. 6 Satz 2, § 56 Abs. 1 Satz 2 und § 77 Abs. 3 Satz 2, jeweils i. V. m. § 71 Abs. 6 des Berufsbildungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 04. Mai 2020 (BGBl. I S. 920), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 246) geändert worden ist, erlässt die Bayerische Landeszahnärztekammer mit Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention nach Art. 1 Abs. 1 i. V. m. Art. 2 Abs. 1 Buchst. b) AGBBiG sowie Art. 2 Abs. 2 AGBBiG vom 23.12.2024, Aktenzeichen G32c-G8507.31-2024/4-8, folgende Satzung:

Artikel 1

Die Entschädigungsregelung für ehrenamtliche Tätigkeiten nach dem Berufsbildungsgesetz sowie für organisatorische Tätigkeiten zur Absicherung von Prüfungen für Zahnmedizinische Fachangestellte nach dem Berufsbildungsgesetz vom 10.01.2024 (BZB, Heft 1-2/2024, S. 76 f.) wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Ziff. 2 werden in Satz 1 die Worte „am Prüfungstag“ gestrichen; vor der Angabe „von 2 bis 6 Stunden i.H.v. € 100,00“ wird die Angabe „ab 30 Minuten bis unter 2 Stunden i.H.v. € 50,00,“ eingefügt.
2. In § 3 Ziff. 1 Satz 5 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt; die Worte „gilt hierfür Satz 1“ werden durch die Worte „gelten hierfür die Sätze 1 bis 3“ ersetzt.

Artikel 2

Diese Satzung tritt am 01.03.2025 in Kraft.

München, den 09.01.2025

Dr. Dr. Frank Wohl
Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer

Bedarfsplan für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern – Stand 31.12.2024 –

Die KZVB hat gemäß § 99 Abs. 1 SGB V im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie im Benehmen mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege den Bedarfsplan für die ver-

tragszahnärztliche Versorgung mit Stand 31.12.2024 fortgeschrieben. Dieser Bedarfsplan liegt bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, Fallstraße 34, 81369 München, und bei allen KZVB-Bezirksstellen zur Einsichtnahme aus.

Übersicht der gespeicherten Sozialdaten nach § 286 SGB V der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns

Fallstraße 34, 81369 München
Stand November 2024

DATEIBEZEICHNUNG	BETROFFENER PERSONENKREIS	ART DER DATEN
Bedarfsplanung/Mitgliederwesen	<p>Im KZV-Bereich wohnhafte, tätige und ehemals tätige Vertragszahnärzte, ermächtigte Zahnärzte, angestellte Zahnärzte, Assistenten und Vertreter sowie MVZs</p> <p>Außerbayerische Vertragszahnärzte, ermächtigte Zahnärzte, angestellte Zahnärzte, Assistenten und MVZs bei Bestand einer KZV-übergreifenden BAG, sofern dies zur Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich ist</p> <p>Personenbezogene Daten von bevollmächtigten Angehörigen/Erben von ZÄ im Rahmen des „Witwenquartals“</p> <p>Personenbezogene Daten von Betreuern von unter Betreuung stehenden (ehemaligen) Mitgliedern; Personenbezogene Daten von Geschäftsführern/ Gesellschaftern (MVZ)</p>	Zahnarzt- und Praxisdaten; MVZ-Daten; eingesetzte Hard- und Software
Telematik	Im KZV-Bereich wohnhaft, tätige und ehemals tätige Vertragszahnärzte, angestellte Zahnärzte, Assistenten, MVZs	Zahnarzt- und Praxisdaten; Notwendige Daten zur Bearbeitung der Anbindung der Praxen an die Telematik-Infrastruktur
Zulassungswesen	<p>Zahnärzte/MVZs, deren personenbezogene Daten Gegenstand von Verfahren vor den Zulassungsausschüssen sind</p> <p>Personenbezogene Daten von Geschäftsführern/ Gesellschaftern (MVZ)</p>	Zahnarzt-/MVZ- und Praxisdaten
Abrechnung und Berichtigung	Abrechnende Vertragszahnärzte sowie behandelte Patienten	Zahnarzt- und Praxisdaten; Notwendige Daten zur Bearbeitung der Abrechnung und Berichtigungsanträge; Versicherten-/Krankenkassendaten; Art und Anzahl der abgerechneten Leistungen

Wirtschaftlichkeitsprüfung	Abrechnende Vertragszahnärzte, bei denen ein Prüfantrag gestellt wurde	Zahnarzt- und Praxisdaten; Notwendige Daten zur Abwicklung der Beschlüsse/Widersprüche; Patientendaten, soweit für Prüfung erforderlich
Vertragliche Ausschüsse Prothetikausschuss Nord- und Südbayern Prothetikeinigungsausschuss Schadensprüfungsausschuss Schadensbeschwerdeausschuss	Abrechnende Vertragszahnärzte, bei denen ein Antrag der Krankenkasse gestellt wurde	Zahnarzt- und Praxisdaten; Notwendige Daten zur Abwicklung der Beschlüsse/Widersprüche; Patientendaten, soweit für Prüfung erforderlich
Verwaltungsentscheidung Mängelrüge	Abrechnende Vertragszahnärzte, bei denen ein Antrag der Krankenkassen gestellt wurde	Zahnarzt- und Praxisdaten; Notwendige Daten zur Abwicklung der Beschlüsse/Widersprüche; Patientendaten, soweit für Prüfung erforderlich
Qualitätsgremien/Gutachterwesen	Einvernehmlich bestellte Gutachter	Zahnarzt- und Praxisdaten der Gutachter; Zahnarzt- und Praxisdaten der begutachteten Zahnärzte und Patienten (Obergutachterverfahren)
Qualitätsmanagement/Fortbildung (QM-Rili-Z)	Im KZV-Bereich tätige Vertragszahnärzte	Zahnarzt- und Praxisdaten
Qualitätssicherung (QP-Rili-Z und QBÜ-Rili-Z)	Abrechnende Vertragszahnärzte	Zahnarzt-, Praxis- und Patientendaten
HVM/Degression	Abrechnende Vertragszahnärzte	Zahnarzt- und Praxisdaten
Patientenberatung	Abrechnende Vertragszahnärzte und beratene Patienten sowie Krankenkassen	Patientendaten; Krankenkassendaten; Zahnarzt- und Praxisdaten; Abgerechnete Leistungen
Zahnarzt/Praxisberatung	Abrechnende Vertragszahnärzte und Krankenkassen sowie Abrechnungsbüros	Zahnarzt- und Praxisdaten; Patientendaten
Zahnarzt-Zweitmeinung und kieferorthopädische Zweitmeinung (ZZM)	Abrechnende Vertragszahnärzte und beratene Patienten sowie beratende Vertragszahnärzte	Zahnarzt- und Praxisdaten; Patientendaten; Krankenkassendaten
Onlineanmeldung zu Veranstaltungen (KZVB-Internetauftritt)	Vertragszahnärzte und Praxismitarbeiter, die sich über die KZVB-Website zu einer Fortbildungsveranstaltung anmelden	Vor- und Nachname des Teilnehmers einschließlich Anrede, Titel, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, zugehörige Berufsgruppe, ABE-Nummer und Praxisname
Finanzen	Abrechnende Vertragszahnärzte	Zahnarzt- und Praxisdaten; Summen/Salden auf den Honorarkonten; personenbezogene Daten von Insolvenzverwaltern
Personalwesen	Arbeitnehmer und Betriebsrentner ehemalige Arbeitnehmer und Bewerber	Daten der Personalwirtschaft, insbesondere für Entgeltverfahren, Zeitmanagement und Bewerberkommunikation
Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 81a SGB V	Von einem § 81a SGB V Fall betroffene, abrechnende Vertragszahnärzte	Zahnarzt-, Praxis- und Patientendaten

Kassenänderungen

1. Vereinigung von Krankenkassen – ab 1.1.2025 –

Es vereinigen sich:

Gemeins. BKK d. Gesellschaften der Textilgruppe Hof
(KA-Nr. 111863290000) mit der
aufnehmenden mhplus Betriebskrankenkasse in Ludwigsburg
(KA-Nr. 111803561200).

2. Namensänderung einer Krankenkasse – ab sofort –

WMF-Betriebskrankenkasse in WMF BKK

(KA-Nr. 111803644102).

3. Anschriftenänderung einer Krankenkasse – ab sofort –

Mercedes-Benz BKK Stuttgart Hauptverwaltung,
28178 Bremen,

Tel.: 0711 4909100, Fax: 0421 33072245

(KA-Nr. 111803077502).

4. Namens- und Anschriftenänderung einer Krankenkasse

– ab sofort –

Handelskrankenkasse (hkk) in hkk Krankenkasse,
Martinistraße 24–26, 28195 Bremen,

Tel.: 0421 3655-0, Fax: 0421 3655-3700

(KA-Nr. 211838680000).

5. Neuaufnahmen von Sonstigen Kostenträgern

– ab 1.1.2025 –

a) Amt für Kinder, Jugend und Familie Dachau, Weiherweg 16,
85221 Dachau, Tel.: 08131 74-1217, Fax: 08131 74-11717

(KA-Nr. 911007628900)

b) Landratsamt Vogtlandkreis, Ordnungs- und Ausländerbehörde,
Postplatz 5, 08523 Plauen

Tel.: 03741 300-1401

(KA-Nr. 956000687800)

ANZEIGE

DANKE

Für über 70 Jahre Engagement und
Vertrauen. Bitte helfen Sie uns
auch weiterhin notleidende Kinder
und Familien zu unterstützen.



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.

Einziges 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

sozietät
HGA

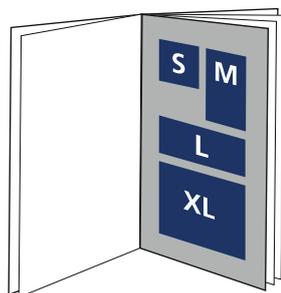
Kompetenz im Zahnartzrecht

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

Hartmannsgruber Gemke Argyrakis & Partner Rechtsanwälte

August-Exter-Straße 4 · 81245 München
Tel. 089 / 82 99 56 - 0 · info@med-recht.de

www.med-recht.de



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

Alle Preise sind
Nettopreise.

3 Wege zu Ihrer Kleinanzeige:



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.

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

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

Eine Buchung ist auch direkt online möglich:
<https://oemus.com/publication/bzb/mediadaten/>



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:

Montag, 17. Februar 2025

ISSN 1618-3584

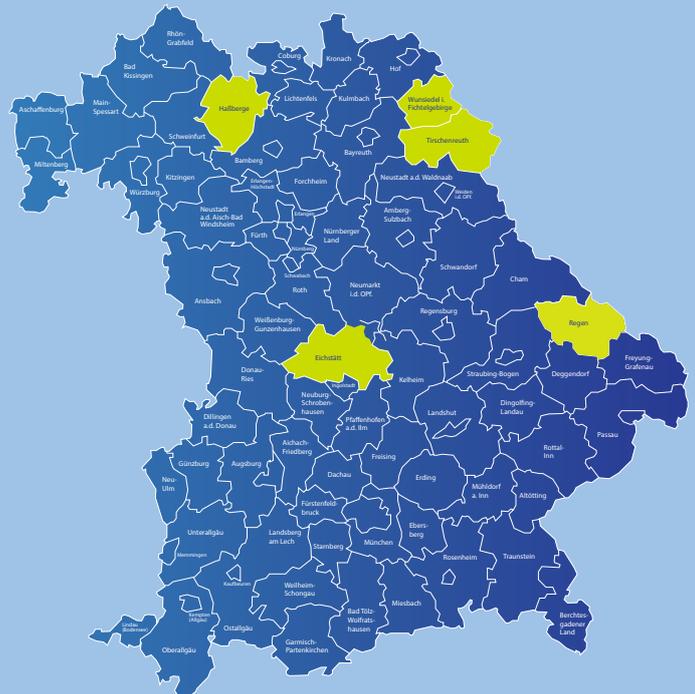


Haben Sie
Interesse sich
in einer dieser
Gegenden
niederzulassen?
Sprechen Sie
uns an!

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