

62. Jahrgang

BZB

Bayerisches Zahnärzteblatt

7-8/25



Schwerpunktthema

Kieferorthopädie

Wir sind Weltmeister!

Prof. Dr. Christoph Benz
zu den Ergebnissen der DMS 6

Vorbild Zahnmedizin

Prof. Dr. Andreas Beivers über die Zukunft
des Gesundheitssystems

**Kieferorthopädie als integraler Bestandteil
einer interdisziplinären Zusammenarbeit**
CME-Beitrag

www.bzb-online.de

DENTALDESIGN FÜR INDIVIDUALISTEN MADE BY DENTAL BAUER



INDIVIDUALITÄT UND EXKLUSIVITÄT

Wir unterstreichen das Einzigartige Ihrer Räume und schaffen eine unverwechselbare Atmosphäre, die Ihrer Praxis ein Alleinstellungsmerkmal verleiht.



ERLEBEN SIE
MASSGESCHNEIDERTE
PRAXISPLANUNG UND
AUSDRUCKSSTARKE
DESIGNKONZEPTE
JENSEITS DER STANDARDS.



DESIGN TRIFFT FUNKTION

Wir konzipieren für Sie Lösungen, die alle funktionalen Bedürfnisse der Dentalwelt erfüllen und zugleich den hohen Ansprüchen an ein wirkungsvolles, stilvolles Design gerecht werden.

LEBEN SIE IHREN STIL IN DEN RÄUMEN IHRER PRAXIS.



DENTALBAUER.GMBH



DENTALBAUER

Für eine persönliche Beratung kontaktieren Sie uns bitte per E-Mail unter: designkonzept@dentalbauer.de

DESIGNKONZEPT^{db}



Dr. Marion Teichmann
Stv. Vorsitzende des Vorstands
der KZVB

Ohne Frauen geht es nicht

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

noch ist unklar, was wir von der schwarz-roten Koalition in der Gesundheitspolitik zu erwarten haben. Klar ist: Die Herausforderungen sind riesig. Die gesetzliche Krankenversicherung steht finanziell mit dem Rücken zur Wand. Ohne echte Reformen werden sich die Probleme unseres Gesundheitswesens nicht dauerhaft lösen lassen, wie auch der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Andreas Beivers in diesem BZB feststellt. Die Akteure schauen deshalb gespannt auf das Bundesgesundheitsministerium, das erstmals seit 16 Jahren wieder von einer Frau geleitet wird. Die Ernennung von Nina Warken war eine echte Überraschung. Gesundheitspolitisch ist die 46-jährige Juristin bislang nicht in Erscheinung getreten. Aber das muss kein Nachteil sein. Immerhin gilt Warken als Krisenmanagerin. So ist sie seit zehn Jahren Präsidentin des Technischen Hilfswerks in ihrem Heimatland Baden-Württemberg. Was mir am besten an Warken gefällt: Sie will zuhören! In ihrer ersten Rede kündigte sie an, den Dialog mit den Praktikern führen zu wollen. Und damit unterscheidet sie sich ganz erheblich von ihrem Vorgänger Karl Lauterbach, der die gewählten Vertreter der Ärzte- und Zahnärzteschaft pauschal zu Lobbyisten erklärte. Selbst enge Mitarbeiter erkannten bei ihm „autistische Züge“, wenn er seine einsamen Entscheidungen via Social Media bekannt gab. Ich bin zuversichtlich, dass sich mit Frau Warken die Kommunikationskultur verändern wird.

Auch in Bayern haben wir mit unserer Gesundheitsministerin Judith Gerlach sehr gute Erfahrungen gemacht. Sie ist offen für Vorschläge aus der Selbstverwaltung und begegnet uns mit Wertschätzung – wobei dies – anders als in Berlin – auch bei ihren Vorgängerinnen und Vorgängern der Fall war.

Bundesweit sind mittlerweile 47,5 Prozent der Zahnärzte Frauen. Das muss sich endlich auch in der Standespolitik widerspiegeln. Vor diesem Hintergrund bedauere

ich es sehr, dass mit Dr. Ute Maier die erste Zahnärztin im Vorstand der Bundes-KZV ihren Rücktritt erklärt hat. Sie begründete dies unter anderem damit, dass sie als Frau nicht den Rückhalt erfahren habe, den sie sich gewünscht hätte. Von ihren männlichen Kollegen hätte sie sich im Umgang mit ihrer Person mehr Sachlichkeit und Empathie gewünscht. Ich hoffe, dass sich die Angesprochenen diesen Appell zu Herzen nehmen.

Für mich jedenfalls kann ich feststellen, dass ich mich als erste Frau im Vorstand der KZVB vom ersten Tag an ernst genommen fühlte. Meine beiden Vorstandskollegen, die beide weitaus länger im standespolitischen Geschäft sind als ich, machten mir den Einstieg leicht. Ich hatte genügend Zeit, mich in die komplexen Strukturen und Zusammenhänge im Gesundheitswesen einzuarbeiten. Innerhalb der KZVB haben wir ein klares Ressortprinzip, das auch gelebt wird. Wichtige Entscheidungen treffen wir gemeinsam. Auch deshalb waren wir als starkes Team bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen bislang erfolgreich.

Mein persönliches Fazit: Frauen können sich in der Selbstverwaltung nur dann durchsetzen, wenn ihnen die Männer mit Respekt und auf Augenhöhe begegnen. Ich hoffe, dass die Zeiten, in denen einige von uns als Quotenfrauen gesehen und behandelt werden, bald endgültig Geschichte sind. Denn ohne Frauen ließe sich die zahnmedizinische Versorgung schon seit Langem nicht mehr aufrechterhalten. Jetzt liegt es an uns, dass wir auch in der Standespolitik die Rolle einnehmen, die wir in der Versorgung schon heute spielen. Bereits nächstes Jahr finden in Bayern wichtige Wahlen statt. Mein Appell an die Kolleginnen: Kandidieren Sie! Und vor allem: Wählen Sie!

Ihre



Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bundeszahnärztekammer, ordnet für die Leser des BZB die Ergebnisse der DMS 6 ein.



Dr. Marion Teichmann setzt sich kritisch mit dem BARMER Zahnreport 2025 auseinander.



Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) in Köln erhofft sich von der neuen Bundesgesundheitsministerin Nina Warken einen echten Neuanfang.

politik

- 6 **Wir sind Weltmeister!**
Prof. Dr. Christoph Benz zu den Ergebnissen der DMS 6
- 12 **„Die Zahnmedizin ist Vorreiter bei der Prävention“**
Prof. Dr. Andreas Beivers über die Zukunft des GKV-Systems
- 16 **GOÄneu: Der Elefant im Raum**
Gastkommentar von Dr. Uwe Axel Richter
- 18 **Bemerkungen von Dr. Alexander Hartmann**
zum Kommentar von Dr. Uwe Axel Richter
- 19 **„Diese Veranstaltung hat Mut gemacht“**
KZVB-Startup-Tag will aus Angestellten Niedergelassene machen
- 20 **Ein Leben für den Berufsstand**
Standespolitik trauert um Dr. Thomas Sommerer
- 22 **Vertrauenskultur mit Leben füllen**
Kammern adressieren Sofortprogramm zum Bürokratieabbau an die Politik
- 23 **„Bevölkerung getäuscht“**
Zahnärztin Susanne Remlinger geht gegen irreführende Informationen zur ePA vor
- 24 **Zahnfüllungen halten immer länger**
Bayern bundesweit auf Platz vier – massives West-Ost-Gefälle
- 26 **Mit Vorsicht zu genießen**
Dr. Marion Teichmann über den BARMER Zahnreport
- 28 **Handlungsfähig im Krisenfall**
Gerlach beruft Expertenrat Gesundheitssicherheit
- 28 **Europas Zahnärzte von Bürokratie erdrückt**
Karlsbad: BLZK-Präsident Wohl fordert klare Lösungen
- 29 **Prävention entlastet das GKV-System**
Zahnärzteschaft hofft auf Neuanfang unter Nina Warken
- 30 **Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft**
Prof. Dr. Dr. Peter Proff zum 66. Bayerischen Zahnärztetag
- 32 **ZZB stellt Weichen für die Zukunft**
Vorstand einstimmig im Amt bestätigt
- 34 **Steri-Zentrum könnte die Praxen entlasten**
Generalversammlung der ABZ eG – Dr. Romana Krapf wiedergewählt
- 35 **KZV-übergreifender Austausch**
Erste Münchner Juristentagung war ein voller Erfolg
- 35 **„Wir arbeiten gemeinsam für die Zahnärzte“**
Warum die Münchner Juristentagung fortgeführt wird
- 37 **Nachrichten aus Brüssel**
- 38 **Journal**

praxis

- 39 **GOZ aktuell**
Kieferorthopädie
- 46 **„Einer trägt die Gesamtverantwortung“**
MVZ: Zahnärztliche Leiter haften für Fehler ihrer Kollegen

- 48 Muss die Praxiswebsite barrierefrei sein?
Neues Gesetz kann auch Zahnärzte betreffen
- 50 Neuer Film zur Kieferorthopädie
... und welche BLZK-Patienteninfos es noch zum Thema gibt
- 52 „Patienten nach State-of-the-Art versorgen“
Festakt zum Oberpfälzer Zahnärztetag
- 52 Fit für den Notfall
Oberpfälzer Zahnärztetag: Wissenschaftliches Programm
- 54 Sensible Abrechnungsdaten noch besser schützen
Zwei-Faktor-Authentifizierung wird verpflichtend
- 55 Online-News der BLZK
- 56 Fit im Hygienemanagement
Weiterqualifizierung Hygienebeauftragte/-r und Praxischeck



Zum Thema Zahn- und Kieferfehlstellungen finden bayerische Zahnärzte und Patienten zahlreiche Informationen auf der Patientenseite [zahn.de](#) sowie im Online-Shop der BLZK.

wissenschaft und fortbildung

- 58 Kieferorthopädie als integraler Bestandteil einer interdisziplinären Zusammenarbeit
Eine kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung im parodontal geschädigten Erwachsenengebiss
- 63 Funktionelle Kieferorthopädie und CMD – mehr als nur gerade Zähne
- 68 Management eines parodontologischen Desasters
Ein kieferorthopädischer Ansatz zur Rehabilitation
- 73 Lückenhalter im Milch- und Wechselgebiss



Ab 1. August 2025 wird die Zwei-Faktor-Authentifizierung bei allen Online-Services der KZVB verpflichtend.

markt und innovationen

- 77 Produktinformationen

termine und amtliche mitteilungen

- 81 eazf Fortbildungen
- 83 Betriebswirtschaft und Abrechnung für Zahnärzt/-innen
- 84 Niederlassungs- und Praxisabgabeseminare 2025
- 85 Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen für Praxispersonal
- 87 Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2025/2026/2027
- 88 Kassenänderungen
- 89 Kleinanzeigen
- 90 Impressum



Dr. Michael Visse erläutert in seinem Beitrag seinen ganzheitlichen Ansatz bei der Behandlung einer craniomandibulären Dysfunktion (CMD).



© tienan – stock.adobe.com

Wir sind Weltmeister!

Prof. Dr. Christoph Benz zu den Ergebnissen der DMS 6

Die Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS) ist eine Studienreihe, die 1989 startete und aktuell in der sechsten Phase vorliegt. Sie stellt die methodisch und wissenschaftlich weltweit umfassendste Studie zur Mundgesundheit der Bevölkerung eines Landes dar. Die DMS ist nach hohen Standards bevölkerungsrepräsentativ, sie baut auf kalibrierte klinische Untersuchungen auf und die untersuchten Altersgruppen decken weite Teile des Lebensbogens der Patienten ab. Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bundeszahnärztekammer und Referent Patienten und Versorgungsforschung der Bayerischen Landeszahnärztekammer, ordnet die Ergebnisse der sechsten Phase für das BZB ein.

Der sogenannte „Blüm-Bauch“ 1989 markiert das Ende der „Heavy-Metal“-Zeit in der Zahnmedizin. 15 Jahre lang waren restaurative Maßnahmen eine ungedeckelte Kassenleistung. Kein Wunder, dass damals der Eindruck entstand, Mundgesundheit braucht nur drei Dinge: „Bohrer“, Amalgam und viel Gold. Bald wurde klar, wie falsch diese Einschätzung war. Als 1989 die erste Deutsche Mundgesundheitsstudie abgeschlossen wurde, waren die Ergebnisse im internationalen Vergleich so niederschmetternd schlecht, dass es ernst zunehmende Stimmen gab, sie nicht zu veröffentlichen. Glücklicherweise hatte man den Mut, es doch zu tun, und das war dann die Initialzündung für die immer breitere Akzeptanz der Prävention in den zahnärztlichen Praxen Deutschlands.

Und wo stehen wir nun, 36 Jahre später? Heute richten immer mehr Gesundheitspolitiker ihre Augen erstaunt auf die Zahnmedizin. Warum? Weil wir der einzige Heilberuf sind, der die Prävention zur Erfolgsgeschichte gemacht hat – und das vollkommen aus eigener Kraft. Unser Anteil am GKV-Topf sinkt in dem Maße, wie die mechanische Zahnmedizin weniger wird. Gleichzeitig ist Deutschland Weltmeister in der Mundgesundheit. Der einzige Fleck auf unserer Präventionsweste ist nicht unsere Schuld: Das war Karl Lauterbach mit dem Paro-Deckel!

Ein Pilot, der nicht weiß, wo sein Flugzeug gerade fliegt, kann sein Ziel nicht erreichen. Die „Flugnavigation“ der deutschen Zahnmedizin ist die DMS-Reihe. Damit

wissen wir immer, was erreicht wurde und wohin wir noch müssen. Seien Sie daher gespannt auf die folgenden Ergebnisse der DMS 6!

Studieneinführung

Die DMS-Reihe erfüllte von Anfang an hohe wissenschaftliche Ansprüche. Für die DMS 6 wurden zunächst 90 Untersuchungsgemeinden auf der Grundlage einer nach Bundesländern und Ortsgrößenklassen geschichteten Flächenstichprobe zufällig ausgewählt – 31 größere Städte, 59 kleinere Gemeinden. Im zweiten Schritt wurden die Zielpersonen zufällig als Einwohnermeldeamtsstichprobe gezogen, die größer angelegt war, um mögliche Ausfälle zu kompensieren. Die Personen

erhielten dann ein Einladungsschreiben mit Terminvorschlägen für einen Besuch des regionalen Untersuchungsortes. Im Ergebnis wurden in drei WHO-Altersklassen 2 686 Probandinnen und Probanden von einem kalibrierten Team befragt und klinisch untersucht:

• Kinder (12-Jährige)	959
• Jüngere Erwachsene (35- bis 44-Jährige)	929
• Jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige)	798

Von Beginn an lag die Durchführung der DMS-Reihe in den Händen des Institutes der Deutschen Zahnärzte (IDZ), das seit 2013 von Rainer Jordan geleitet wird. Er verband mit der DMS 6 zwei besondere Anliegen. Zum einen sollte es leichter möglich sein, Gründe für die gefundenen Ergebnisse zu erkennen. Dazu wurde der ursprüngliche Ansatz als Querschnittsstudie hin zu einer Kohortenstudie erweitert. Zum anderen werden die Ergebnisse nun endlich international publiziert, damit die weltweite Wissenschaft Deutschland nicht weiter ignoriert, so wie es bisher leider der Fall war. Die Auswertung im Kohortenteil der DMS 6 wird noch dauern, sodass im Folgenden der bislang vorliegende Querschnittsteil dargestellt wird.

Migrationshintergrund

Im kleineren Rahmen konnten nationale und internationale Studien bereits einen eigenständigen Zusammenhang zwischen Migrationsgeschichte und Mundgesundheit jenseits von sozialem Status und Bildung nachweisen. Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund ist über die Jahre in Deutschland gewachsen und erreicht heute etwa 40 Prozent. In der Gesamtbevölkerung sind es 26 Prozent. Wenn die DMS 6 diesem Aspekt erstmals Rechnung trägt, ist sie gleichzeitig die bislang größte Studie, die dies tut. Eine Migrationsgeschichte lag vor, wenn der Proband selbst oder die Eltern nicht in Deutschland geboren wurden.

Die Studienresultate zur Mundgesundheit fallen mit Migrationshintergrund schlechter aus, die Unterschiede sind aber nicht gravierend und schon gar nicht unüberbrückbar. Mit der Verschiedenheit der

Herkunftsänder bestehen kulturelle Unterschiede und Sprachbarrieren, die manches erklären mögen. Eine häufige Gemeinsamkeit bei Migranten ist, dass sie die präventiven LAGZ- und Praxisangebote seltener wahrnehmen oder wahrnehmen konnten, unter anderem weil sie früher noch nicht in Deutschland lebten.

Karies und Zahnverlust

Es braucht rechnerisch zwei 12-Jährige, um noch einen Zahn zu finden, der schon mal etwas mit Karies zu tun hatte: aktive Karies, Füllung oder Extraktion wegen Karies. Dieser Wert von 0,5 Zähnen mit Karieserfahrung pro Kind hat sich gegenüber 2015 (DMS V: 0,47) leicht verschlechtert, aber eigentlich auch nicht, wenn man die Spreizung beachtet: 0,2 Zähne ohne Migrationshintergrund, 1,3 mit. Ähnliches gilt für die Anzahl der Kinder ohne jede Karieserfahrung. Diese Zahl ist zwar von 81,3 Prozent leicht auf 77,6 Prozent zurückgegangen, dies aber mit der Spreizung von 87,9 Prozent ohne Migrationshintergrund zu 52,3 Prozent mit. Ein höheres Kariesrisiko haben 3,3 Prozent der Kinder, einen aktuellen Behandlungsbedarf 8,4 Prozent.

Hatten jüngere Erwachsene 1989 (DMS I) noch 17,3 Zähne mit Karieserfahrung, sind es heute nur noch 8,3. Das ist ein Rückgang um 52 Prozent! 6,9 Prozent der DMS 6 hatten noch nie mit Karies zu tun. Fehlten dieser Altersgruppe 1997 (DMS III) durchschnittlich noch 4,2 Zähne, ist es heute nur noch einer. Die Spreizung reicht von 0,7 ohne Migrationserfahrung zu 1,6 mit. 39 Prozent der jüngeren Erwachsenen sind inzwischen sogar vollbezahnt!

Bei den jüngeren Senioren waren 2005 (DMS IV) noch 22,6 Prozent zahnlos, heute sind es nur noch 5 Prozent. Die 95 Prozent, die nicht zahnlos sind, haben auch noch mehr natürliche Zähne als 2005, nämlich 20,5. Auf die Zahnlosigkeit hat der Bildungsstatus einen größeren Einfluss als der Migrationshintergrund: 8,8 Prozent mit niedrigem Bildungsstatus sind zahnlos, aber nur 1,9 Prozent mit hohem. Insgesamt lässt sich sagen, dass die Zahnmedizin seit 2005 bei den jüngeren Senioren 44 Prozent mehr Zähne erhalten hat!

Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH)

Noch 2015 (DMS V) lag Deutschland mit einer Gesamthäufigkeit der unterschiedlichen MIH-Schweregrade von 30 Prozent bei den 12-Jährigen international im hinteren Bereich. Das hat sich nun mit nur noch 15,3 Prozent deutlich verbessert. Die Untersuchung zur MIH folgte den Kriterien der European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD), wobei sich diese Häufigkeitsverteilung ergab:

- abgegrenzte Opazität: 63,3 Prozent
- umschriebener Schmelzeinbruch: 8,4 Prozent
- größerer Schmelzeinbruch: 0,8 Prozent
- atypische Füllung: 26,6 Prozent
- Extraktion wegen MIH: 0,9 Prozent

Zu den interessanten Assoziationen gehört, dass die MIH häufiger bei Jungs (+ 23 Prozent), bei höherem Bildungsstatus (+ 25 Prozent), bei Kindern ohne Karieserfahrung (+ 111 Prozent) und bei Kindern ohne Migrationshintergrund (+ 78 Prozent) beobachtet wurde.

Die Wertung der mundgesundheitsassoziierten Lebensqualität (OHIP-Index) zeigte in der Gesamtgruppe keinen relevanten Unterschied zwischen Kindern mit und ohne MIH, wobei dies vermutlich auf die geringe Häufigkeit der problematischen Ausprägungen zurückzuführen sein dürfte.

Parodontitis

Bedenkt man, dass der DMFT-Index in den 1930er-Jahren entwickelt wurde und seit dieser Zeit den Vergleich der Karieserfahrung verschiedener Populationen auf einfache Weise ermöglicht, ist es schon erstaunlich – eigentlich ärgerlich –, dass auf Empfehlung der Wissenschaft in den nur 36 Jahren der DMS-Reihe bereits das dritte Schema zur Beurteilung der parodontalen Erkrankungen eingesetzt wurde. Im Ergebnis sind die verschiedenen Phasen der DMS kaum vergleichbar.

Mit dem aktuellen Index (European Federation of Periodontology und American Academy of Periodontology) gelang sogar das Kunststück, 95,1 Prozent der jüngeren Erwachsenen und 85,2 Prozent

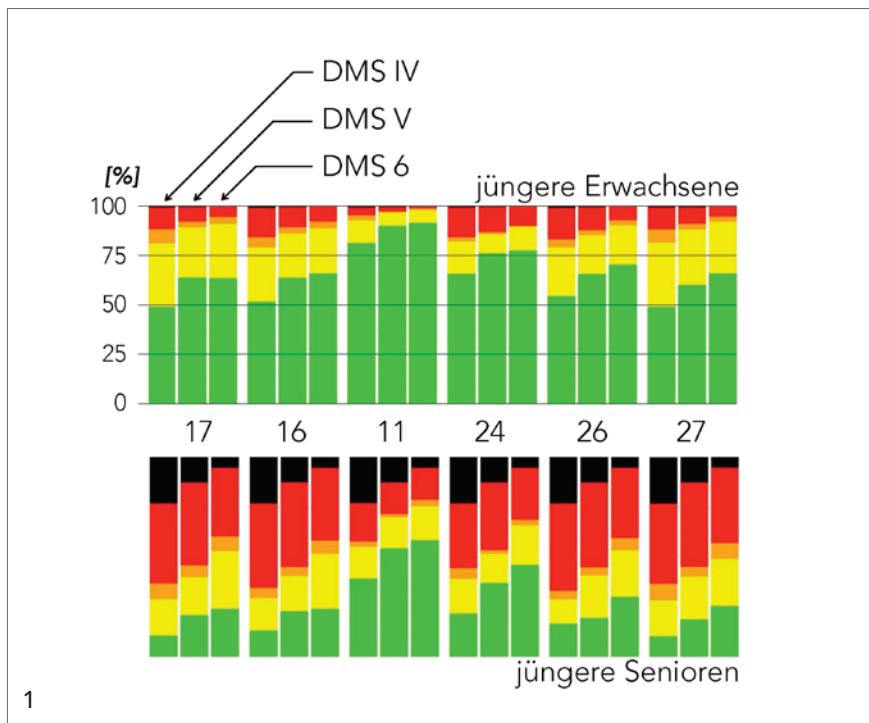


Abb. 1: Darstellung für den CPI (grün: 0–2; gelb: 3; orange: 4; rot und schwarz: fehlende Zähne) für 6 Zähne im Oberkiefer (17, 16, 11, 24, 26 und 27). In jedem Block ober- oder unterhalb einer Zahnnnummer stellt der jeweils linke Streifen die Ergebnisse der DMS IV (2005), der mittlere die der DMS V (2015) und der rechte die der DMS 6 dar. Die Blöcke oberhalb der Zahnnummern gelten für alle jüngeren Erwachsenen, unterhalb der Zahnnummern für alle jüngeren Senioren der jeweiligen DMS-Reihe.

der jüngeren Senioren als parodontal erkrankt einzustufen. Mit dieser hohen Häufigkeit müsste man die Parodontitis dann wohl eher als physiologischen Alterungsprozess verstehen.

Ein visueller Vergleich auf der Basis des ältesten Index (Community Periodontal Index; CPI) lässt immerhin eine kontinuierliche Abnahme der Erkrankungsschwere von der DMS IV (2005) bis zur DMS 6

erkennen (Abb. 1). Realistisch schätzen wir, dass es in Deutschland aktuell 14 Millionen Menschen mit einer behandlungsbedürftigen Parodontalerkrankung gibt.

Zahnersatz

Der Trend geht eindeutig hin zum feststehenden Zahnersatz, wobei sich die Häufigkeit von Implantaten gegenüber 2015 (DMS V) bei den jüngeren Erwachsenen deutlich von 3,4 Prozent auf 7 Prozent und bei den jüngeren Senioren von 8,1 Prozent auf 23 Prozent erhöht hat. Abbildung 2 zeigt die Verteilung auf die verschiedenen Versorgungsvarianten.

Präventives Verhalten

Der kontrollorientierte Zahnarztbesuch ist der beste Weg, um Problemen vorzubeugen. Abbildung 3 zeigt, wie sich die Häufigkeit in den drei Altersgruppen im Verlauf der Jahre verändert hat. Während die Kinder den aktuell besten Wert erreichen und sich auch die jüngeren Erwachsenen deutlich verbessert haben, gilt dies nicht für die jüngeren Senioren. Sie belegten 2015 (DMS V) noch den Spitzenplatz und liegen jetzt gerade noch auf dem Niveau der jüngeren Erwachsenen. Die Pfeile verdeutlichen die Spreizung mit und ohne Migrationshintergrund.

Abbildung 4 zeigt, wie häufig die PZR in den erwachsenen Altersgruppen durchgeführt wird. Bei den jüngeren Erwach-

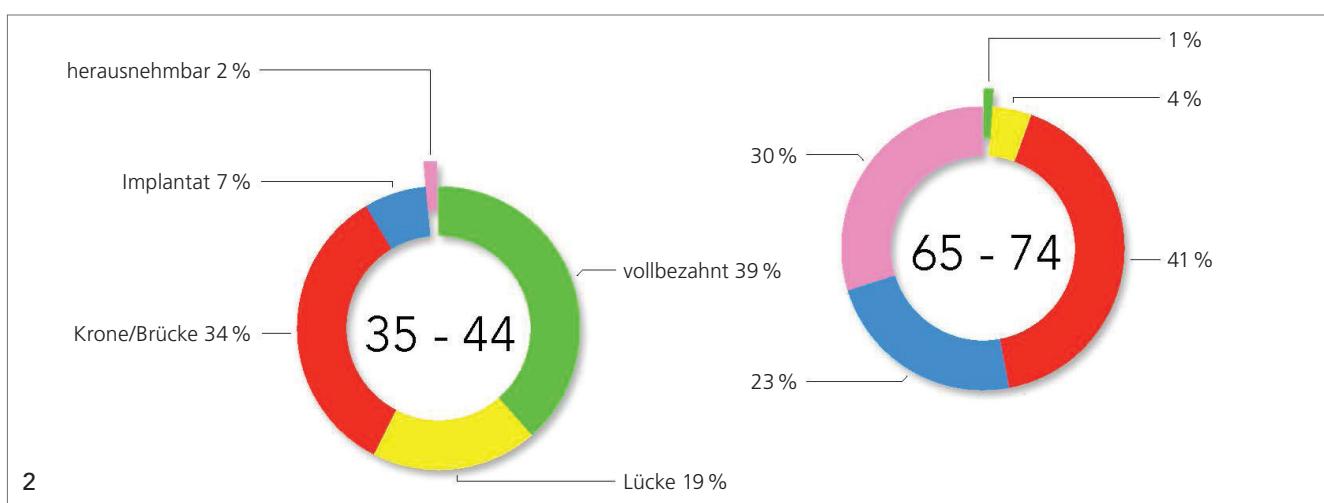


Abb. 2: Verteilung der verschiedenen Formen einer prosthetischen Versorgung. Links für die jüngeren Erwachsenen, rechts für die jüngeren Senioren. Die Farben der Segmente in der rechten Abbildung entsprechen der Segmentbeschreibung für die gleichen Farben in der linken Darstellung.

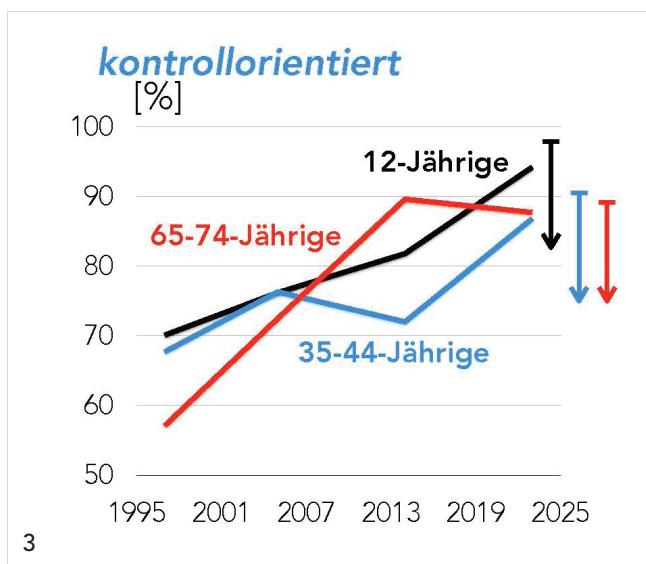


Abb. 3: Entwicklung der Häufigkeit eines kontrollorientierten Zahnarztbesuches in den drei Altersgruppen seit 1997 (DMS III). Die Pfeile zeigen die Migrationsspreizung für den DMS 6-Mittelwert der farbengleichen Kurven. Die Pfeilspitze zeigt auf den Wert mit Migrationserfahrung, der Endstrich auf den Wert ohne Migrationserfahrung. – **Abb. 4:** Häufigkeit, mit der eine PZR bei jüngeren Erwachsenen (oben) und jüngeren Senioren (unten) durchgeführt wird.

senen reicht die Spreizung für diejenigen, die keine PZR durchführen lassen, von 28,4 Prozent (mit Migrationshintergrund) bis 19,5 Prozent (ohne). Bei den jüngeren Senioren reicht sie von 29,1 Prozent (mit) bis ebenfalls 19,5 Prozent (ohne).

Weniger als zweimal täglich putzen ihre Zähne 28,6 Prozent der 12-Jährigen mit Migrationshintergrund und 11,3 Prozent ohne. Bei den jüngeren Erwachsenen sind es 26,1 Prozent respektive 14,9 Prozent und bei den jüngeren Senioren 18,8 Prozent respektive 16,2 Prozent.

Eine Zahnpaste ohne Fluorid nutzen nur 4,1 Prozent der 12-Jährigen und der jüngeren Erwachsenen. Bei den Senioren sind es 6,4 Prozent.

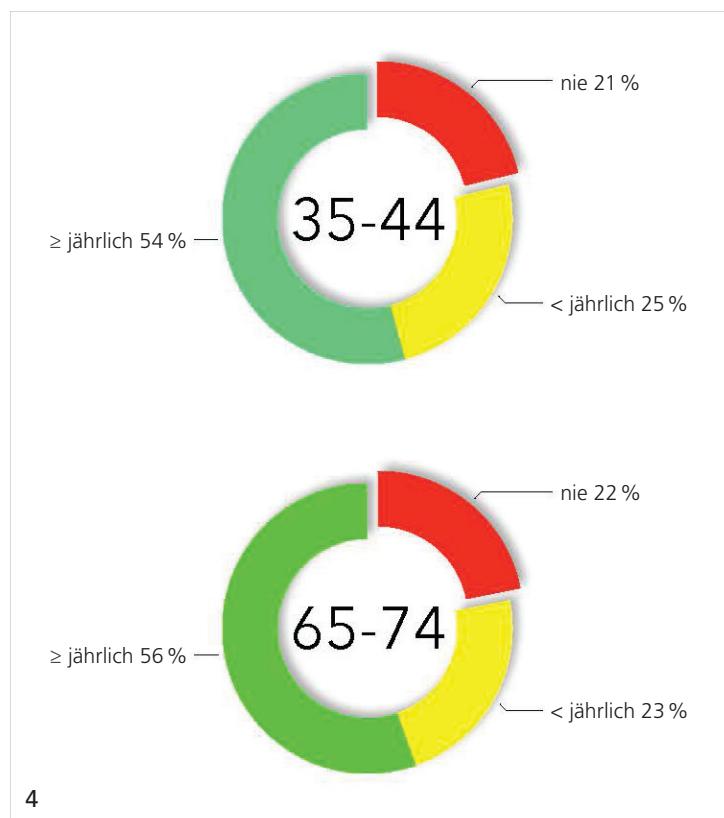
Impulse für die Praxis

Die Zahnmedizin ist auf einem wirklich guten Weg, dennoch gibt es einzelne Stellschrauben, an denen wir drehen sollten:

1. Menschen mit Migrationshintergrund putzen ihre Zähne seltener, besuchen uns seltener kontrollorientiert und neh-

men seltener eine PZR in Anspruch. Wenn sie dann auch die schlechtere Mundgesundheit aufweisen, ist das einerseits der Beweis für den Wert unserer Arbeit, andererseits aber auch der Anspruch, diese Gruppen mehr in den Fokus zu nehmen.

2. Die jüngeren Erwachsenen belegten noch 2015 den mit Abstand schlechtesten Platz beim kontrollorientierten Zahnarztbesuch. Das hat sich jetzt zwar deutlich verbessert, zeigt aber die Volatilität im Verhalten. Immer wieder auf die Notwendigkeit zum regelmäßigen Besuch hinzuweisen, mag redundant erscheinen, ist es aber nicht.
3. Die Gruppe der jüngeren Senioren beinhaltet so wie auch in der Gesellschaft nahezu keine Pflegebedürftigen. Wenn diese „fitten“ Senioren dann aber deutlich weniger kontrollorientiert zu uns kommen, müssen wir daran arbeiten.
4. Die PZR mit ihren Begleitleistungen ist der Kern unserer präventiven Arbeit. Hier stehen wir bereits sehr gut da, aber es gibt noch Luft nach oben, nicht nur bei Menschen mit Migrationshintergrund.



Prof. Dr. Christoph Benz
Präsident der Bundeszahnärztekammer

66. BAYERISCHER ZAHNÄRZTETAG

Fortschritte der Zahnheilkunde in Bayern

23.–25. Oktober 2025
The Westin Grand München



Bayerische LandesZahnärztekammer



Europäische Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung der BLZK



Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns

www.blzk.de | www.eazf.de | www.kzvb.de | www.bayerischer-zahnaerztetag.de

FESTAKT ZUR ERÖFFNUNG

DONNERSTAG, 23. OKTOBER 2025

Beginn: 19.00 Uhr (geladene Gäste, Einlass und Einstimmung ab 18.30 Uhr)
Ende: ca. 22.00 Uhr

Begrüßung und Ansprachen aus Politik und Standespolitik

Festvortrag: Prof. Josef Hecken,
Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
Zahnärztliche Versorgung als Blaupause für gelungene Gesundheitsprävention

KONGRESS ZAHNÄRZTE

Fortschritte der Zahnheilkunde in Bayern

FREITAG, 24. OKTOBER 2025

09.00 – 09.15 Uhr

Begrüßung

Dr. Dr. Frank Wohl/BLZK, Dr. Rüdiger Schott/KZVB,
Prof. Dr. Johannes Einwag/BLZK

09.15 – 10.15 Uhr

KÜNSTLICHE INTELLIGENZ

Moderation: Prof. Dr. Reinhart Hickel/München

KI – Was gibt es Neues seit ChatGPT?

Fachvortrag: Prof. Dr. Falk Schwendicke/München

Augmented Reality – Vision of the Future

Fallvorstellung: Dr. Elias Walter/München

10.15 – 11.15 Uhr

ZAHNERHALTUNG

Moderation: Prof. Dr. Bernd Klaiber/Würzburg

Restaurative Zahnerhaltung – Ästhetik ohne Kronen

Fachvortrag: Prof. Dr. Gabriel Krastl/Würzburg

Maximal minimalinvasiv: Vom Eckenaufbau bis hin zur Lückenversorgung

Fallvorstellung: Dr. Britta Hahn/Würzburg

11.15 – 11.45 Uhr

Pause/Besuch der Industrieausstellung

11.45 – 12.45 Uhr

ENDODONIE

Moderation: Prof. Dr. Gottfried Schmalz/Regensburg

Pulpadiagnostik: Wegweiser für Therapieentscheid und langfristigen Zahnerhalt

Fachvortrag: Prof. Dr. Kerstin Galler/Erlangen

Pulpadiagnostik: Möglichkeiten und Limitationen in Klinik und Wissenschaft

Fallvorstellung: Dr. Ella Ohlsson/Erlangen

12.45 – 13.45 Uhr

PROTHETIK

Moderation: Dr. Wolf-Dieter Seeher/München

Innovative Therapieoptionen bei CMD

Fachvortrag: Prof. Dr. Marc Schmitter/Würzburg

Der komplexe CMD-Fall – Wege zum Erfolg

Fallvorstellung: Melani Bister/Würzburg

13.45 – 14.30 Uhr

Pause/Besuch der Industrieausstellung

14.30 – 15.30 Uhr

CHIRURGIE

Moderation: Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner/Mainz

Die Weisheitszahnentfernung – Diagnostik, chirurgische Techniken und perioperatives Management

Fachvortrag: Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert/Regensburg

Indikation und Prognose der Weisheitszahntransplantation

Fallvorstellung: Dr. Sophia Lindner/Regensburg

15.30 – 15.50 Uhr

Prof. Dieter Schlegel Wissenschaftspris

Dissertationspreis des VFwZ

15.50 – 16.30 Uhr

Papier, Web und KI:

Die Evolution der KZVB-Abrechnungsmappe

Dr. Jens Kober/München,

Priv.-Doz. Dr. Maximilian Wimmer/München

16.30 – 17.00 Uhr

Pause/Besuch der Industrieausstellung

17.00 – 17.45 Uhr

Der besondere Vortrag

Was Sie auch im Zeitalter der volldigitalisierten Zahnheilkunde über die perfekte analoge Funktionsabformung für Totalprothesen unbedingt wissen müssen

Prof. Dr. Alexander Gutowski/Schwäbisch Gmünd

17.45 – 18.00 Uhr

Diskussion und Zusammenfassung

18.15 – 18.45 Uhr

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für Zahnärzte

Dr. Stefan Gassenmeier/Schwarzenbruck

(Nur für angemeldete Teilnehmer.

Anmeldeschluss: 30. September 2025)

SAMSTAG, 25. OKTOBER 2025

09.00 – 09.15 Uhr

Begrüßung

Prof. Dr. Johannes Einwag/BLZK

09.15 – 10.15 Uhr

KIEFERORTHOPÄDIE

Moderation: Prof. Dr. Ingrid Rudzki/München

Kieferorthopädie und Gesundheit

Fachvortrag: Prof. Dr. Dr. Peter Proff/Regensburg

Kieferorthopädie als Basis für die komplexe Rehabilitation

Fallvorstellung: Priv.-Doz. Dr. Eva Paddenberg-Schubert/Regensburg

KONGRESS ZAHNÄRZTE (Fortsetzung)

Fortschritte der Zahnheilkunde in Bayern

SAMSTAG, 25. OKTOBER 2025

10.15 – 11.15 Uhr

KINDERZAHNHEILKUNDE

Moderation: Prof. Dr. Johannes Einwag/Würzburg

Frühkindliche Karies & MIH – Lösungen für die Praxis

Fachvortrag: Prof. Dr. Jan Kühnisch/München

Early adult caries – Ein neues Phänomen

Fallvorstellung: Dr. Helen Schill/München

11.15 – 11.45 Uhr

Pause/Besuch der Industrieausstellung

11.45 – 12.45 Uhr

PARODONTOLOGIE

Moderation: Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf/Würzburg

Mehr als nur Zähneputzen – Parodontitis als systemisches Problem

Fachvortrag: Prof. Dr. Yvonne Jockel-Schneider/Würzburg

Parodontitis ganzheitlich gedacht: Vom Zahn zur Allgemeingesundheit – ein Praxisfall

Fallvorstellung: Dr. Elisa Huzurudin/Würzburg

12.45 – 13.45 Uhr

ALTERSZAHNHEILKUNDE

Moderation: Prof. Dr. Christoph Benz/München

Weniger ist manchmal mehr – Zahnmedizin für Hochbetagte

Fachvortrag: Dr. Cornelius Haffner/München

80 plus und mundgesund – Tipps und Tricks

Fachvortrag: Dr. Sebastian Hummel/München

13.45 – 14.30 Uhr Pause/Industrieausstellung

14.30 – 15.00 Uhr

Stadt, Land, Flucht:

Das Niederlassungsradar der KZVB

Dr. Marion Teichmann/Markt Indersdorf, Priv.-Doz. Dr. Maximilian Wimmer/München

15.00 – 15.30 Uhr

Zahnmedizinische Versorgung von Asylbewerbern und Kriegsflüchtlingen

Leo Hofmeier/München, Dirk Lörner/München

15.30 – 16.00 Uhr

Neues aus Berlin oder „Und täglich grüßt das Murmeltier“

Dr. Rüdiger Schott/Sparneck, RA Nikolai Schediwy/München

16.00 – 16.15 Uhr

Abschlussdiskussion und Verabschiedung

KONGRESS ZAHNÄRZTLICHES PERSONAL

Lebenslange Prophylaxe – So funktioniert's

FREITAG, 24. OKTOBER 2025

09.00 – 09.15 Uhr

Begrüßung

Dr. Brunhilde Drew/BLZK,
Dr. Dorothea Schmidt/BLZK

09.15 – 10.00 Uhr (danach Diskussion)

Prophylaxe in Schwangerschaft und Stillzeit

Prof. Dr. Petra Ratka-Krüger/Freiburg

10.15 – 11.00 Uhr (danach Diskussion)

Prophylaxe in Kita und Kindergarten

Sybille van Os-Fingberg/Tuttlingen

11.15 – 11.45 Uhr – Pause/Industrieausstellung

11.45 – 12.30 Uhr (danach Diskussion)

Zahngesund durchs Schulalter – Kariesprävention für Kinder und Jugendliche

Priv.-Doz. Dr. Katharina Bücher/München

12.45 – 13.30 Uhr (danach Diskussion)

Karies & Erosion im Erwachsenenalter – Konsequenzen für die Prävention

Prof. Dr. Jan Kühnisch/München

13.45 – 14.30 Uhr – Pause/Industrieausstellung

14.30 – 15.15 Uhr (danach Diskussion)

Hilfe! Das Zahnfleisch geht zurück! – Prophylaxe bei gingivalen Rezessionen

Prof. Dr. Ines Kapferer-Seebacher/
Innsbruck

15.30 – 16.15 Uhr (danach Diskussion)

Prophylaxe bei Senioren – Geht nicht gibt's nicht

Dr. Cornelius Haffner/München

16.30 – 17.00 Uhr – Pause/Industrieausstellung

17.00 – 17.45 Uhr

Der besondere Vortrag (im Ballsaal im Erdgeschoss)

Was Sie auch im Zeitalter der volldigitalisierten Zahnheilkunde über die perfekte analoge Funktionsabformung für Totalprothesen unbedingt wissen müssen

Prof. Dr. Alexander Gutowski/
Schwäbisch Gmünd

ORGANISATORISCHES

KONGRESSGEBÜHREN

Buchung
bis 17.09.2025

Buchung
ab 18.09.2025

Teilnahme Freitag und Samstag

Zahnarzt Mitglied (BLZK/KZVB)	290,- €	335,- €	Tagungspauschale* (inkl. MwSt.)	95,- €
Zahnarzt Nichtmitglied	360,- €	380,- €	Freitag und Samstag	50,- €
Assistent, Student, Rentner (mit Nachweis)	155,- €	155,- €	Tageskarten/Kongress Zahnärztliches Personal	

Tageskarten

Zahnarzt Mitglied (BLZK/KZVB)	220,- €	245,- €	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für Zahnärzte	50,- €
Zahnarzt Nichtmitglied	245,- €	270,- €	Gebühr (inkl. Skript, Anmeldung erforderlich bis 30. September 2025)	
Assistent, Student, Rentner (mit Nachweis)		120,- €		

Kongress Zahnärztliches Personal (Freitag)

* Die Tagungspauschale beinhaltet unter anderem Imbiss bzw. Mittagessen, Kaffeepausen, Tagungsgetränke und ist für jeden Teilnehmer zu entrichten.

Auf die Kongressgebühr wird keine MwSt. erhoben.

JETZT

DIE CHANCE NUTZEN
UND DIREKT ONLINE
ANMELDEN.



Inklusive
Kongress-
programm

FORTBILDUNGSBEWERTUNG

Entsprechend den Leitsätzen zur zahnärztlichen Fortbildung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wird die Teilnahme am Bayerischen Zahnärzttag mit 16 Punkten bewertet.

Hinweis: Nähere Informationen zu Programm, Veranstaltern und AGB finden Sie unter www.bayerischer-zahnärzttag.de



© Best – stock.adobe.com

„Die Zahnmedizin ist Vorreiter bei der Prävention“

Prof. Dr. Andreas Beivers über die Zukunft des GKV-Systems

Darüber, dass der Reformbedarf im deutschen Gesundheitssystem gewaltig ist, besteht Konsens zwischen Politik und Wissenschaft. Darüber, wie man das System zukunftssicher machen kann, wird allerdings heftig diskutiert. Wir sprachen mit dem Gesundheitsökonom Prof. Dr. Andreas Beivers über mögliche Lösungsansätze.

BZB: Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht finanziell mit dem Rücken zur Wand. Was würden Sie der neuen Bundesgesundheitsministerin Nina Warken raten, um die Liquidität der Krankenkassen zumindest kurzfristig zu sichern?

Beivers: Dass es um die Finanzlage der Kassen schlecht bestellt ist, kommt für alle Protagonisten nicht überraschend. Daher sieht auch der Koalitionsvertrag – sozusagen die Arbeitsagenda der neuen Ministerin – vor, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung langfristig zu stabilisieren. Jedoch haben sich die Koalitionäre scheinbar nicht auf eine grundlegende Reform der Finanzierung einigen können. Zu groß waren die Gräben zwischen Bürgerversicherung auf der einen und Beewahrung des Status quo auf der anderen Seite. Dies ist traurig, verpasst man damit

erneut die Chance, das System zukunfts-fest aufzustellen. Eine Kommission unter Beteiligung von Experten und Sozialpartnern soll es nun richten. Aber ohne eine mutige, fundamentale Neustellung, die sicherlich auch gesellschaftspolitischen Sprengstoff bereithält, kann dies nur schwer funktionieren. Aber zurück zur Frage: Was kann getan werden, um kurzfristig eine Lösung zu finden? Ad hoc können wohl bloß steuerfinanzierte Liquiditätsspritzen des Bundes in den Gesundheitsfonds helfen, um Defizite zu über-brücken – wie es ja auch schon in Teilen geschehen ist. Auch wird immer wieder von den Krankenkassen gefordert, die so-nannten „Versicherungsfremden Leis-tungen“ mit mehr Steuermitteln zu finanzieren. Ein wichtiger Punkt ist hierbei die Finanzierung der GKV-Beiträge für Bezieher von Bürgergeld (früher Arbeitslosen-

geld II), die auch als versicherungsfremde Leistung gelten. Das Sondervermögen gibt hier ein wenig Spielraum, denn insbeson-dere steigende Beitragssätze – und somit steigende Lohnnebenkosten – wird man sich in der derzeitigen konjunkturellen Lage kaum leisten können. Aber: Es steht nun auch die Befürchtung im Raum, dass vor allem über eine Art „Einnahmeori-entierte Ausgabenpolitik“ versucht wird, steigende Ausgaben und somit steigende Beitragssätze und Lohnnebenkosten in den Griff zu bekommen. Dies kann zwar kurzfristig wirken, hat aber mit einer struk-turellen Reform wenig zu tun. Vielmehr erhöht es den Druck im „Kessel des Sys-tems“, vergleichbar mit einem Schnell-kochtopf: Um energieintensives Verdampfen zu verhindern und eine Erhöhung des Siedepunktes zu ermöglichen, wird hier ein druckfester Deckel verwendet. Im Ge-

sundheitswesen wäre dieser Deckel dann, um in der Bildsprache zu bleiben, die Budgetierung. Ziel ist, im Topf – und somit im System – einen erhöhten Druck aufzubauen, der alles schneller mürbe macht. Bleibt also zu hoffen, dass auch strukturelle Reformen angegangen werden.

BZB: Und welche Reformen würden das Problem langfristig lösen?

Beivers: Hier ist eine ganze Reihe unterschiedlicher Maßnahmen zu nennen. Ein erster richtiger Ansatz ist dabei schon im Koalitionsvertrag zu finden – und wird bereits heftig diskutiert: Die Einführung eines Primärarztsystems. Es ist aus gesundheitsökonomischer Sicht richtig, die Nachfrage im System neu zu koordinieren und das so wichtige Thema der Patientensteuerung in den Mittelpunkt zu stellen. Gerade vor dem Hintergrund knapper werdender personeller Ressourcen in allen Bereichen des Versorgungssystems – in Kombination mit einer zu erwartenden, steigenden Nachfrage aufgrund des demografischen Wandels – muss alles unternommen werden, dass all diejenigen, die einen (schnellen) Zugang in die Versorgung benötigen, diesen auch erhalten und unnötiges Nachfrageverhalten verhindert wird. Hier auf Primärarztsysteme zurückzugreifen ist – betrachtet man unsere europäischen Nachbarn – sinnvoll und elaboriert. So zeigen sich positive Effekte wie eine bessere Koordination, die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, klare Behandlungswege, mehr Kosteneffizienz, längerfristige Arzt-Patienten-Beziehungen, mehr Fokus auf Prävention und Früherkennung sowie eine Entlastung des Facharztsystems. Jedoch ist allen bekannt, dass eines der größten Nadelöhre unserer Versorgungslandschaft die hausärztliche Versorgung darstellt. So braucht es ein ganzes Bündel an Maßnahmen, damit Patientensteuerung funktioniert. So wäre auch denkbar, die neuen sektorenübergreifenden Versorger gemäß KHVVG (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz) hier mit einzubinden, ebenso wie telefonische und digitale Unterstützungsangebote, am besten KI-unterstützt. Anknüpfend an die zuvor erwähnte Finanzierungsfrage: Es wäre durchaus sinnvoll, den durch das Primärarztsystem anvisierten Steuerungsgedanken so zu implementieren, dass er nicht nur Ressourcen lenkt,

sondern auch die (Eigen-)Verantwortung der Versicherten stärkt und sogar in die Versicherungsverträge integriert werden kann. Patienten, die sich steuern lassen, erhalten dann andere (günstigere) Tarife als diejenigen, die nach wie vor den freien Direktzugang wünschen. Jedoch ist hier bei der Ausgestaltung Vorsicht geboten, da in der GKV die Beitragssätze prozentual erhoben werden und es für all diejenigen, die mehr in das System einzahlen (... und das System letztlich maßgeblich finanzieren) ein Direktzugang besonders teuer werden würde, wohingegen für all diejenigen, die wenig bis nichts in das System einzahlen, die Möglichkeiten einer gänzlich freien Wahl quasi umsonst wären. Dies hätte verteilungspolitische wie auch gerechtigkeitsspezifische Probleme und kann den Solidargedanken gefährden. Daher könnte man hier auch über einen absoluten Euro-Betrag nachdenken. Und man kann dies sogar noch weiterdenken: Wie beispielsweise auch bei der Kfz-Versicherung könnten sich Versicherte für Verträge „mit und ohne Werkstattbindung“ entscheiden – natürlich zu jeweils unterschiedlichen Preisen. Im Optimalfall haben sie sogar eine Wahlfreiheit, ob sie sich diesen (Basis-)Versicherungsschutz bei einem gesetzlichen oder privaten Anbieter einkaufen, ähnlich wie in der Schweiz. Allerdings müssten hier weitreichende Änderungen erfolgen, um eine Risikoselek-

tion sowie soziale Verwerfungen zu vermeiden.

BZB: Wie steht es um die Regulierung von investorenfinanzierten Medizinischen Versorgungszentren? Gibt es gutes und böses Kapital?

Beivers: Nicht erst seit der Krankenhausprivatisierung in den 1990er-Jahren gibt es die Debatte, ob und wie viel privates Kapital von welcher Art von Investoren im Gesundheitswesen investiert werden soll und darf – und welche Renditen aus Gesundheit gesellschaftlich akzeptiert sind. Diese Diskussion ist nun wieder ganz oben auf der gesundheitspolitischen Agenda. Hier fallen die Einschätzungen sehr unterschiedlich aus, überwiegend bestehen jedoch eher Vorbehalte. Wieso ist dem so? Im Mittelpunkt steht die Angst, dass „marktfremde“ Investoren auf der Suche nach schneller Rendite in den Markt dringen, Rosinenpicken betreiben und durch eine Art „ruinösen Wettbewerb“ oligopolistische Marktkonstellationen etablieren, die dann ex post für alle negativ sind. Dergleichen Sorgen und Befürchtungen sollten ernst genommen werden. Sicherlich will niemand ein Heuschrecken-Investment in einem so sensiblen und solidarisch finanzierten Bereich wie dem Gesundheitswesen. Deswegen greift der Staat auch regulierend in den Markt ein. Es ist an uns, Spielregeln aufzustellen, die



„Andere Medizinbereiche können von der Zahnmedizin lernen“, meint der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Andreas Beivers.

wir uns für privates Kapital im Gesundheitswesen wünschen. Diese müssen so ausgestaltet sein, dass sie gesellschaftlich akzeptiert und pragmatisch umzusetzen sind, die Versorgung verbessern – aber dennoch für Investoren einen Anreiz bieten, mitzumachen. Sicherlich spielt hier auch der Zeithorizont eine bedeutende Rolle. Nachhaltiges Investment, welches nicht auf schnelle Renditen, sondern auf langfristige Gewinne setzt, hat a priori einen Anreiz, beispielsweise im Kontext von regionalen Gesundheitsbudgets in Prävention zu investieren. Hier ergeben sich Effekte oftmals erst mit einer längeren Laufzeit. Schon in der „Lauterbach-Ära“ wurde dies kontrovers diskutiert, und nun sieht der Koalitionsvertrag vor, ein „Gesetz zur Regulierung investorenbetriebener Medizinischer Versorgungszentren“ zu erlassen. Dies ist dem Grunde nach sinnvoll, jedoch darf dies nicht populistisch, sondern ordnungs- und versorgungspolitisch neutral diskutiert werden, denn ganz ohne privates Kapital wird es auch in der ambulanten Versorgung nicht gehen, zumal auch immer weniger junge (Zahn-)Ärzte sich für die Niederlassung entscheiden. Umso wichtiger ist es, sinnvolle Regulierungen zu erarbeiten, in denen die Spielregeln für privates Kapital festgelegt werden. Denkbar ist auch die Etablierung genossenschaftlicher MVZs, an

denen sich Investoren wie Ärzte beteiligen können.

BZB: Die Mundgesundheit der Deutschen hat sich durch gute Mundhygiene und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen erheblich verbessert. Brauchen wir auch in anderen Medizinbereichen eine stärkere Präventionsorientierung?

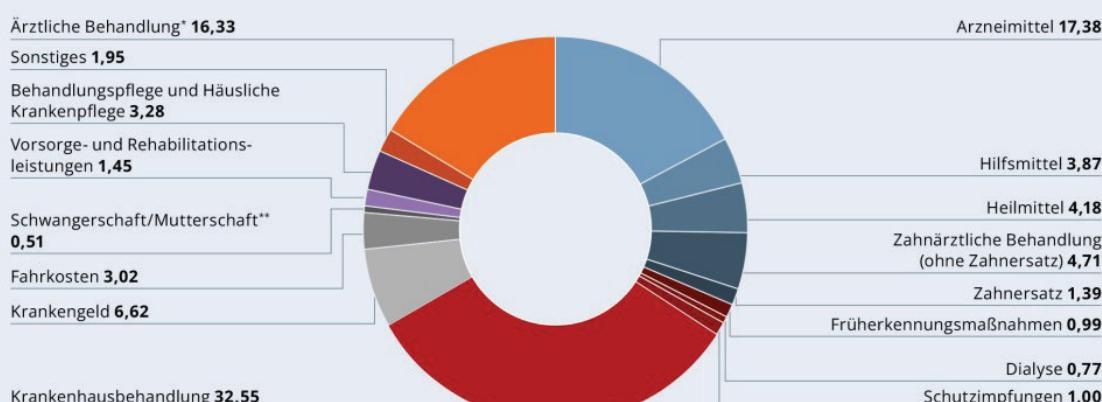
Beivers: Die Zahnmedizin ist in Deutschland unumstritten Vorreiter im Bereich der Prävention. Hier können buchstäblich nahezu alle Bereiche des deutschen Gesundheitswesens lernen. Dabei ist die Stärkung der Gesundheitskompetenzen der Bürger – bereits im Schulunterricht – ein ganz zentrales Thema. Dies ist vor allem auch eine bildungspolitische Aufgabe. Gesundheits- und versorgungspolitisch gilt es hingegen, das Augenmerk auf die Vermeidung von Chronizität durch Präventionsmaßnahmen ebenso wie auf eine effiziente Ressourcenverwendung zu lenken, basierend auf Patientensteuerung und neuen Anreizsystemen – auch im Versicherungsbereich. Aber auch adaptierte Kosten-Nutzen-Bewertungen von Innovationen (Stichwort: QALY-Bewertungsverfahren) sind wichtige Elemente einer neu ausgerichteten Gesundheitspolitik. Gerade neue, patentgeschützte Arzneimittel sind einer der großen Kosten-

treiber im System. Auch muss durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) nicht nur geprüft werden, welche neuen Arzneimittel und Verfahren zugelassen werden, sondern auch welche nicht mehr notwendigen Arzneimittel und Therapien, die überholt oder von zu geringer Wirksamkeit sind, nicht mehr erstattungsfähig sind. Eine Verbesserung der (digitalen) Gesundheitskompetenz – auch als Teil einer nachhaltigen Präventionsstrategie – komplettiert dies.

BZB: Einige Parteien fordern weiterhin eine Bürgerversicherung und die Abschaffung der PKV. Was halten Sie davon?

Beivers: Dass wir eine grundlegende Reform der sozialen Sicherungssysteme benötigen, ist glaube ich jedem klar. Das vom deutschen Kaiser via Otto von Bismarck eingeführte GKV-System im Jahre 1883 war zu seiner Zeit hoch innovativ und eine perfekte Lösung für die sozialen Probleme in Zeiten der industriellen Revolution 2.0. Doch das trägt nicht mehr in Zeiten der industriellen Revolution 4.0, in der industrielle Wertschöpfung zunehmend von künstlicher Intelligenz und Robotik – und nicht mehr primär von Menschen erbracht wird. Hinzu kommt der demografische Wandel, der das in dem deutschem Sozialstaatssystem verankerte Umlagever-

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2023 in Prozent



* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.

** ohne stationäre Entbindung

Summen können rundungsbedingt abweichen.

Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

Die Zahnärzte sind nicht die Kostentreiber im deutschen Gesundheitssystem.

© GKV-Spitzenverband

fahren aushöhlt. Ob es aber eine Bürgerversicherung sein muss, wage ich zu bezweifeln. Sicherlich ist die heutige Logik, wer sich privat oder gesetzlich versichern darf bzw. muss via einer politisch festgelegten Versicherungspflichtgrenze zu regeln, überholt. Sinnvoller wäre hier, allen Bürgern Wahlfreiheit zu geben. Dabei bräuchte man zwei Komponenten: eine Pflichtversicherung für eine zu definierende Basisversorgung, die man sich zu ähnlichen Konditionen entweder bei der GKV oder der PKV einkaufen kann, und dann einen zweiten Markt für Zusatzversicherungen. Das folgt dem Schweizer Modell. Sicherlich werden auch Themen wie die beitragsfreie Familienversicherung oder die Verwaltungskosten des Systems (Stichwort: Konzentration der Kostenträger) wichtige zu diskutierende Themen sein. Solidarität ist wichtig, darf aber in keinem Trittbrettfahrer-Problem in der Form enden, dass die Gemeinschaft ineffiziente Dinge mit ständig steigenden Beitragssätzen finanziert, die von Einzelnen lautstark gewünscht werden. Dies ist auch ein Beitrag zur Generationengerechtigkeit und zur Demokratisierung. Bleibt zu hoffen, dass die Politik den Mut hat, diese dicken Bretter zu bohren.

BZB: Eine der größten Herausforderungen für alle Sozialversicherungen ist der demografische Wandel. Wie sollte die Politik darauf reagieren?

Beivers: Den demografischen Wandel kann man nicht mehr „zurückholen“. Die Kinder, die vor dreißig Jahren nicht geboren wurden, lassen sich nur schwer ersetzen. Daher müssen wir verschiedene Lösungen suchen. Ressourcenschonende digitale Innovationen, die helfen „fehlende Fachkräfte“ zu ersetzen, sind dabei genauso ein Thema wie die gezielte Anwerbung von ausländischen Fachkräften in den Arbeitsmarkt. Aber das allein wird nicht ausreichen. Wir müssen zusätzlich dafür sorgen, die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in den nächsten Jahren – gerade auch im Bereich der Pflege – nicht so stark steigt wie in der Vergangenheit. Dazu braucht es zwei Komponenten: Eigenverantwortung und Prävention. Der Bereich Digital Health ermöglicht zudem im Kontext der Eigenverantwortung wichtige, auch politisch zu gestaltende Optionen, die es zu nutzen gilt.

BZB: Die Zahnmedizin unterscheidet sich auch durch höhere Zuzahlungen, etwa bei Zahnersatz, von der Humanmedizin. Wäre das ein Weg, um die GKV zu entlasten?

Beivers: Auf alle Fälle. Im Grunde geht es hier nicht nur um Zuzahlungen, sondern um viel mehr: um Eigenverantwortung in einem solidarischen System. Im Kontext der Eigenverantwortung sind auch solche Evergreens wie Kostenteilungen in Form von Selbstbeteiligungen (z.B. in Form von Praxisgebühren, höhere Zuzahlungen bei vermeidbaren Gesundheitsrisiken) nötig und ein Klassiker der Gesundheitsökonomie. Aus der Gesundheitspsychologie wissen wir jedoch, dass monetäre Anreize allein nicht genügen, um zu jenen Verhaltensänderungen und am Ende zu mehr Effizienz zu führen. Deswegen sind Prävention und Bildung nach wie vor vonnöten. Neben besserer Aufklärung gilt es, über erhöhte Steuern bei dem Konsum gesundheitskritischer Güter (Zucker, Alkohol etc.) sowie auch mit dem gesellschaftlichen Umgang darüber nachzudenken und gesamtgesellschaftlich zu diskutieren. Denkbar wäre hier längerfristig ein Gesundheits-Soli, beispielsweise mit einem Mix moderater Steuern auf Zucker und Alkohol. Dieser könnte jährlich rund drei Milliarden Euro zusätzlich für das Gesundheitswesen einbringen, und das ohne große Verzerrungswirkungen auf den jeweiligen Märkten. Dies könnte neben positiven gesundheitlichen Effekten auch helfen, die Finanzierung auf breitere, Demografie-feste Beine zu stellen. Denn:

Auch das nun ausgelobte Sondervermögen wird die Probleme Deutschlands auch in diesem Bereich nicht alleine lösen können. Vielmehr: Es wird geld- und finanzpolitische Nebenwirkungen haben. Es würde zu weit führen, diese im Detail zu erläutern, doch muss schon kurz- bis mittelfristig aus volkswirtschaftlicher Sicht mit höheren Zinsen, einem steigenden Preisniveau (sprich Inflation) und einer erhöhten Nachfrage – gerade im Bau-sektor – gerechnet werden. Mag das Vorhaben noch so sinnvoll sein – es darf nicht bei einem „Einmalfeuer“ bleiben. Die Finanzierung des strukturellen Umbaues der Versorgungslandschaft auf die zukünftigen Bedarfe ist eine Mammutaufgabe, die mehrere Jahre in Anspruch nehmen wird. Daher muss die Finanzierung dieses



Dr. Jens Kober (l.) und Prof. Dr. Andreas Beivers diskutierten bei einer Veranstaltung darüber, wie man das deutsche Gesundheitswesen zukunftsorientiert machen kann. Ein „Weiter so“ dürfe es nicht geben.

Unterfangen auch langfristig auf finanziell und ordnungspolitisch solide Beine gestellt werden. Ein Blick in das Ausland zeigt, dass dort die Politik bereits Maßnahmen ergriffen hat, die auch in Deutschland umsetzbar sind. So setzt die Schweiz beispielsweise auf Wahlfranchisen, in denen Versicherte ihre Franchise (Selbstbehalt) wählen. Wer eine höhere Franchise wählt, zahlt geringere Prämien. Dies fördert kostenbewusstes Verhalten, da Versicherte kleine Gesundheitsausgaben oft selbst tragen. Die in den USA etablierten Health Savings Accounts, gemäß denen die Arbeitnehmer und Arbeitgeber steuerbegünstigte Beiträge auf ein Konto einzahlen, das für medizinische Ausgaben genutzt werden kann, fördert einen bewussten Umgang mit Gesundheitsausgaben und spart langfristig Kosten. Mit einem Bonus für Prävention haben die Niederlande gute Erfahrungen gemacht, ebenso die Schweden mit sogenannten Co-Payment-Systemen, bei welchen die Versicherten moderate Zuzahlung für Gesundheitsleistungen leisten, wobei Obergrenzen für chronisch Kranke existieren.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.

GOÄneu: Der Elefant im Raum

Gastkommentar von Dr. Uwe Axel Richter

Wir schreiben das Jahr 2025: Ein großes Aufatmen geht durch das politische Berlin. Ebenso zeigen sich PKV- und GKV-Kassen und deren Verbände höchst zufrieden: Denn der 129. Deutsche Ärztetag löste dank der überwältigenden Zustimmung zur sogenannten GOÄneu die Terminproblematik in der ambulanten ärztlichen Versorgung! Und das quasi im Vorbeigehen. Endlich keine Vorteile mehr für Ärzte, wenn sie Privatpatienten behandeln. Einheitsversicherung voraus.

Positive Rückmeldungen gab es auch bei den beihilfeberechtigten Beamten. Nun dürfen sie auch wie die GKV-versicherte Mehrheit der Bevölkerung drei bis sechs Monate auf Termine beim Facharzt warten. Das stärkt die Gemeinschaft und den Zusammenhalt und ist ein großer Erfolg für unsere Demokratie, so der Präsident der Bundesärztekammer. Und die Ärzte? Die freuen sich, dass sie endlich nicht mehr steigern müssen, sondern nur noch gemäß ihrer gelernten EBM-Logik verfahren können. Ein großer Erfolg auch für die PKV, denn nun darf sie endlich in der EBM-Liga spielen.

Als Spaßbremse könnte sich jedoch das Bundesministerium für Gesundheit erweisen, wenn die neue Bundesgesundheitsministerin die jahrzehntelange Tradition ihrer Vorgänger im Amt fortführt und die GOÄneu mit der Begründung ablehnt,

dass die potenzielle Steigerung des zusätzlichen vereinbarten Erstattungsvolumens von bis zu 1,9 Milliarden Euro jährlich für die kommenden drei Jahre viel zu teuer sei.

Soweit die Ironie. Nun der Witz in der Geschichte: Damit würde die metaphorische ministerielle Spaßbremse (man erinnere sich nur an das angewiderte Gesicht von Karl Lauterbach und seine spitzen Finger bei der Übergabe des Entwurfes einer ärztlichen GOÄ beim Deutschen Ärztetag 2022) zur Retterin des letzten Restes der Freiberuflichkeit der deutschen Ärzteschaft. Und perspektivisch im Übrigen auch der Zahnärzteschaft.

„Überwältigende Zustimmung“ nach schwacher Debatte

Doch zuerst das Ergebnis der mit Spannung erwarteten Abstimmung zu der sogenannten GOÄneu: Mit 212 Ja- zu 19 Nein-Stimmen stimmte am 29. Mai 2025 der 129. Deutsche Ärztetag in Leipzig der neuen, gemeinsam mit dem PKV-Verband und der Beihilfe erstellten Gebührenordnung für Ärzte zu. Entsprechend gestaltete sich die rund einstündige Diskussion eher inhaltsleer, dafür umso phrasenreicher. 21 Redner sprachen sich für die Annahme aus, nur vier dagegen. Einen guten Überblick, auf welchem argumentativen Niveau man sich dabei bewegte, findet sich beim Deutschen Ärzteblatt. Als Zuschauer fühlte man sich an geschickte Parteidagschoreografie nach intensiver Vorbearbeitung (wen und was vertreten eigentlich die Delegierten?) erinnert, aber nicht an eine ernsthafte Diskussion um eine der wichtigsten Zukunftentscheidungen eines freien Berufsstandes.

Die deutsche Ärzteschaft macht sich zum Scheinriesen

Aber so ist das halt, wenn es das Wichtigste scheint, auch in Zukunft in der vermeintlichen großen Politik wichtig zu sein und mitspielen zu dürfen. Ob als Stürmer, Balljunge oder doch nur Kontrolleur der Eintrittskarten, wurde ja nicht thematisiert. Das Hauptargument des Bundesärztekammer-Präsidenten Dr. Klaus Reinhardt, dass im Falle einer Ablehnung des vorliegenden GOÄ-Entwurfes die politische Glaubwürdigkeit des ärztlichen Berufsstandes in Gefahr sei, hatte ja auch Charme. Politische Glaubwürdigkeit des Berufsstandes? Zumindest aus der Perspektive des obersten Arztes in Deutschland, niedergelassen als Hausarzt in Westfalen-Lippe und in Personalunion Vorsitzender des rund 70 000 Mitglieder starken Hartmannbundes, mag das ein wichtiges Argument sein. Aber für die deutsche Ärzteschaft?

Verräterische Argumentation des Ärzte-Präsidenten

Um was es der deutschen Ärzteschaft wirklich gehen muss, sagte der Präsident auch. Ich zitiere gemäß vorgenanntem Artikel des „Deutschen Ärzteblattes“: „Grundsätzlich gelte es, auch zu beachten, dass die Ärzteschaft einen ‚angemesenen Interessenausgleich‘ mit der PKV und der Beihilfe finden müsse. Zwischen den berechtigten Interessen der Ärztinnen und Ärzte und derjenigen, die zur Zahlung verpflichtet sind, brauche es eine Balance.“

Nur tauschte er leider die Adressaten aus. Weil es so wichtig ist, sei mir die Wiederholung erlaubt: Es geht um einen angemessenen Interessenausgleich! Doch die-



Dr. med. Uwe Axel Richter

ser hat nicht mit PKV und Beihilfe stattzufinden, sondern mit dem Vertragspartner – und das ist nun mal der Patient. Eine Gebührenordnung soll einen staatlich gesicherten Rahmen für einen freien Beruf geben und für diejenigen, die seine Leistungen in Anspruch nehmen, sodass keine Seite übervorteilt wird. Zur Zahlung verpflichtet sind die Patientinnen und Patienten. Die Erstattung durch Dritte ist davon zunächst unberührt. Es liegt nur im Interesse der Patienten, dass sich Ärzteschaft und Kostenerstatter über grundätzliche Fragen wie die Anerkennung von bestimmten Leistungen/neuen Behandlungsmethoden et cetera abstimmen.

Wenn der Staat seine Aufgaben verlagert

Was Reinhardt hier mit erheblichem Druck durchgezogen hat, ist die Vollendung des vor rund 14 Jahren vom damaligen Ärztepräsidenten Dr. Frank Ulrich Montgomery und dem damaligen FDP-Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr begonnenen Prozess zur Erstellung einer neuen GOÄ in der direkten Zusammenarbeit der Ärzteschaft mit den Versicherern, der PKV und der Beihilfe. Und alles nur, weil der Staat schon damals zu „faul“ (man verzeihe mir meine Wortwahl) war, seine ihm obliegenden (unangenehmen) Aufgaben zu erledigen? Oder weil man eine mangelnde Fach- und Sachkompetenz im BMG erkannt hatte? Das wäre dann Staatsver sagen. Eine Formulierung, die im Übrigen auch Prof. Dr. Jürgen Wasem 2024 anlässlich einer Anhörung zur Novellierung der GOÄneu im vergangenen Jahr adres siert hatte.

Mehr als „Spökenkiekerei“

Stimmt Bundesgesundheitsministerin Nina Warken der vom Deutschen Ärztetag verabschiedeten GOÄneu zu, dann hat die Ärzteschaft die EBM-isierung der GOÄ geschafft, die PKV endlich ein versicherungsmathematisches Äquivalent zu den Kassen-Budgets und die Politik eine faktische Einheitsversicherung, ohne nach außen hin das duale Versicherungssystem abgeschafft zu haben. Für die Versicherungswirtschaft eröffnet sich damit ein weiter wachsender Markt namens Zusatzversicherungen. Gerade letztere spielen

in der Zahnmedizin eine immer größere Rolle – ganz abgesehen davon, dass die Rolle der GOZ für die gesetzlich versicherten Patienten in der Zahnmedizin erheblich größer ist als die der GOÄ in der Medizin.

Sollte also Nina Warken den Entwurf der GOÄ absegnen und in eine Rechtsverordnung gießen, steht für die Zahnärzteschaft der sprichwörtliche Elefant im Raum: Folgt eine Vereinheitlichung der Systematik von GOZ und GOÄ aus politischer Opportunität, oder behält man eine eigenständige Rolle der Zahnärzteschaft? Die Antwort findet sich im Unterton in der Gratulation von Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bundeszahnärztekammer: „Wir gratulieren den Ärzten, dass sie einen für sie passenden Weg gefunden haben. Dennoch wird es notwendig sein, dass die Zahnmedizin ihren eigenen Weg geht“, so die Verlautbarung in der Pressemeldung vom 30. Mai 2025.

Bleibt die Frage, wohin der eigenständige Weg führen soll. Die derzeitige Fokussierung auf den Punktewert und dessen Erhöhung gilt es jedenfalls angesichts der Logik der GOÄneu zu überdenken. Denn eine Anhebung des Punktewertes und ein „robuster Einfachsatz“ sind keine gute Kombination.

Fundamentale Unterschiede zwischen Zahnmedizin und Medizin

Es wird daher entscheidend darauf ankommen, der Politik den Unterschied zwischen Medizin und Zahnmedizin erleb- und nachvollziehbar zu machen. In ihrem ersten Statement versucht es die BZÄK so: „Jedoch kann der GOÄ-Entwurf nicht die Grundlage für eine überarbeitete GOZ werden. Hier gibt es gravierende Unterschiede, die berücksichtigt werden müssen. So wird in der Zahnmedizin regelmäßig eine individuelle Bemessung nach Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand berechnet. Behandlungen müssen nach den spezifischen Bedürfnissen und der indivi-

uellen zahnmedizinischen Situation des Patienten berechnet werden können, nur so ist es für Patientenschaft und Behandelnde fair. Der sogenannte Steigerungsfaktor ist ein Multiplikator, der auf die Grundgebühr einer zahnärztlichen Leistung angewendet wird, um die tatsächlichen Kosten der Behandlung zu berechnen. Dieser Faktor ermöglicht es, die Gebühren an die individuellen Bedürfnisse und die Komplexität der Behandlung anzupassen.“ Was in der Konsequenz als Botschaft für die Politik bedeuten würde: „Finger weg vom Paragrafenteil und der Überarbeitung des Leistungskataloges.“ („Das machen wir selbst.“)

An die Erfahrungen mit der GOZ 2012 erinnern

Der zahnärztliche Berufsstand sollte aus der Vergangenheit rund um die GOZ 2012 lernen und die Möglichkeiten der GOZ auch jenseits des Steigerungsfaktors nutzen. Der vorhandene Paragrafenteil der GOZ bietet Möglichkeiten für eine gerechte Honorierung der zahnärztlichen Leistung. Nur muss die Zahnärztin/muss der Zahnarzt diesen Spielraum auch nutzen. Auch dies macht einen freien Beruf aus und ist der elementare Unterschied zwischen einer Gebührenordnung und einer Bepreisungsliste wie dem BEMA.

Was wäre gewesen, wenn ...?

Abschließend noch ein Gedanke: Was wäre eigentlich passiert, wenn die Delegierten des 129. Deutschen Ärztetages der GOÄneu nicht zugestimmt hätten? Wäre Dr. Klaus Reinhardt dann zurückgetreten?

Dr. Uwe Axel Richter
Fahrdorf

Quelle: „Quintessence News“ vom 2. Juni 2025
Zweitveröffentlichung mit freundlicher Genehmigung der Quintessenz Verlags GmbH und des Autors

DER KOMMENTAR IM NETZ

Die Erstveröffentlichung des Kommentars erfolgte unter folgendem Link:
www.quintessence-publishing.com/deu/de/news/nachrichten/politik/gibt-es-sie-noch-die-guten-nachrichten.





© Andrey Popov – stock.adobe.com



Bemerkungen von Dr. Alexander Hartmann

**zum Kommentar von Dr. Uwe Axel Richter:
GOÄneu – Der Elefant im Raum**

Noch ist die neue GOÄ nicht beschlossen, nix ist fix. Ist das vielleicht der Grund, warum der Präsident der Bundesärztekammer Dr. Reinhardt in den Organisationen immer noch Vertraulichkeit bzgl. des Entwurfes einfordert? Oder fürchtet er Druck von der ärztlichen Basis, wenn diese ungeschminkt und ungefiltert erfährt, mit welchen „Segnungen“ eine GOÄneu verbunden wäre?

Die BZÄK ist gut beraten, auf die zahnärztliche Basis zu hören. Eine zu kompromissreiche Vorarbeit brächte nämlich genau das Dilemma Reinhards mit sich: Am Ende muss man die große Kröte schlucken, um sich nicht in der Öffentlichkeit lächerlich zu machen.

Ich bin ein Freund von klaren Positionen: Als vertrauensbildende Maßnahme durch das BMG bedarf es vor Beratungen zu einer GOZneu einer Anpassung des Punktwertes an die Realitäten der Inflationsentwicklung seit 1988. Mit 11 Pfennigen in „Verhandlungen“ zu gehen, lässt für ein späteres Ergebnis nichts Gutes erwarten.

Aus meiner Sicht müssen auch Steigerungsfaktoren, Analogberechnungen und der §2 GOZ für unantastbar erklärt werden. Eine weitere unumstößliche Forderung muss eine automatische Dynamisierung des Punktwertes sein.

Aus der GOZ 2012 sollte man gelernt haben. Vielleicht ist es besser, mit einer alten GOZ weiterzuarbeiten, als mit einer neuen GOZ zu schlechteren Bedingungen.

Egal wie, die jetzige Situation wird wohl noch einige Jahre bestehen, der Prozess der GOÄneu hat über zehn Jahre gedauert. Bis dahin bleibt uns die Freiheit, unser Honorar nach § 2 GOZ selbst zu gestalten. Davon müssen wir (noch) mehr Gebrauch machen. Wie das geht, zeigt die GOZ ON TOUR.

Herzlichst Ihr
Dr. Alexander Hartmann
Mitglied des GOZ-Senats der BLZK

„Diese Veranstaltung hat Mut gemacht“

KZVB-Startup-Tag will aus Angestellten Niedergelassene machen

Rund 160 angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte trafen sich Ende Juni im Münchener Zahnärztekabinett beim ersten „Startup-Tag“, den die KZVB in Zusammenarbeit mit dem ZEP Zentrum für Existenzgründer und Praxisberatung der BLZK organisierte. Das erklärte Ziel der Veranstaltung: Begeisterung für die Gründung oder Übernahme einer Praxis wecken.

Der KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott stellte bereits in seiner Begrüßung fest, dass die Zeiten für den Schritt in die Selbstständigkeit selten besser waren als heute. Denn: In den kommenden fünf Jahren erreicht fast jeder vierte Vertragszahnarzt das Ruhestandsalter. Vor allem im ländlichen Raum werden Praxisnachfolger dringend gesucht.

Da Theorie bekanntlich grau ist, begann die Veranstaltung nicht mit Fachvorträgen. Stattdessen berichteten zwei Zahnärztin-

nen und ein Zahnarzt von ihrem Weg in die Niederlassung. Bereut hat die Entscheidung keiner von ihnen. Danach folgten Vorträge zu allen Themen, die für die erfolgreiche Praxisgründung wichtig sind – von der Finanzierung über das Steuerrecht bis hin zu Versicherungen und Kooperationsformen sowie Kommunikation und Motivation. Auch einige Abgeber waren gekommen, um für die Niederlassung zu werben und ihre Praxen vorzustellen. Zudem präsentierte die ABZ eG interessante Angebote aus ihrer Praxisbörse. Dass die



Freuten sich über den Erfolg des Startup-Tages (v. l.): Dr. Rüdiger Schott (KZVB), Stephan Grüner (ZEP der BLZK), Dr. Florian Kinner (KZVB) und Dr. Barbara Mattner (BLZK).

Veranstaltung bei den Teilnehmern den richtigen Nerv getroffen hat, zeigen diese Stimmen:



Leo Hofmeier

Aktuell bin ich an der LMU München als angestellte Zahnärztin tätig. Was das Thema Niederlassung angeht, war ich hin- und hergerissen. Der Startup-Tag gibt mir viel Inspiration und er macht Mut. Jetzt kann ich mir durchaus vorstellen, eine Praxis zu gründen oder zu übernehmen. Am liebsten wäre mir eine Berufsausübungsgemeinschaft und geografisch das Alpenvorland.

Dr. Marie Bräuer



Das war ein richtiger Motivations- schub. Bislang habe ich immer nur Negatives über die Niederlassung gehört. Jetzt weiß ich, dass das Insolvenzrisiko in der Zahnmedizin sehr gering ist. Als Selbstständiger hat man einfach mehr Freiheit und das gefällt mir. Ich kann mir jetzt durchaus vorstellen mich niederzulassen und auch gern im ländlichen Raum.

Noreddin Barno



Ich arbeite als angestellte Zahnärztin in Nürnberg. Die Veranstaltung hat mich wirklich motiviert, mich niederzulassen. Es gab viele wichtige Informationen, die einem die Entscheidung erleichtern.

Christina Sella



Ein Leben für den Berufsstand

Standespolitik trauert um Dr. Thomas Sommerer

Große Betroffenheit hat in der bayerischen Standespolitik der Tod von Dr. Thomas Sommerer ausgelöst. Der Zahnarzt aus Marktredwitz, der sich in zahlreichen Ehrenämtern engagierte, verstarb am 28. Mai 2025 nach kurzer, schwerer Krankheit im Alter von nur 67 Jahren.

Der seit 1986 in Marktredwitz niedergelassene Zahnarzt war der klassische Zahnarzt in Einzelpraxis. Er war verwurzelt in seiner oberfränkischen Heimat und beliebt bei Patientinnen und Patienten sowie den Kolleginnen und Kollegen. Seine Leidenschaft gehörte den beiden Katzen, den Reisen mit Gattin Sabine und dem FVDZ Bayern.

Thomas Sommerer hat sich zudem viele Jahrzehnte in der Standespolitik engagiert. Bereits im Jahr 1978 ist Sommerer in den Freien Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) eingetreten. Auch im Landes- und Bundesverband war er aktiv. Es folgten Ämter in der KZVB und der BLZK.

Die Liste seiner ehrenamtlichen Tätigkeiten ist lang. Seit 2000 war Sommerer Obmann im Bezirk Marktredwitz – Selb – Wunsiedel. Von 2003 bis 2013 unterstützte er als Schatzmeister den Verband ZÄF Hochfranken. Bereits 2006 wurde er in den Landesvorstand des FVDZ Bayern gewählt und war seither Delegierter der Landesversammlung und der Hauptversammlung. Seit 2002 arbeitete er auch im Zahnärztlichen Bezirksverband Oberfranken mit, wo er Vorstandsmitglied, später Fortbildungsreferent und seit 2022 stellvertretender Vorsitzender war.

2010 wurde er als Delegierter in die Vollversammlung der BLZK und als Delegierter in die Bundesversammlung der Bundeszahnärtekammer gewählt. 2014 bis 2018 fungierte er dann als Vorstandsmitglied der BLZK und hatte hier das Referat Berufskunde und Berufspolitische Bildung inne. Bei der KZVB übernahm Thomas Sommerer 2017 zunächst den Vorsitz der Widerspruchsstelle 1, 2017 bis 2018 war er Referent für Berufspolitische Bildung, seit 2019 einvernehmlich bestellter Gutachter,

seit 2020 dann Referent für Obleute der KZVB und seit 2021 war Sommerer Delegierter der Vertreterversammlung.

Der FVDZ jedoch war für Thomas Sommerer mehr als ein Verein – er war ein Stück Heimat. Der Zusammenhalt als standespolitischer Verband, der die Zahnarztpraxis im Fokus hatte, war immer ein bedeutsames Anliegen während seiner langjährigen ehrenamtlichen Tätigkeit für den Berufsstand. Seit 2012 war Thomas Sommerer ununterbrochen stellvertretender Landesvorsitzender.

2018 wurde er zum ehrenamtlichen Richter am Sozialgericht München berufen und 2022 erhielt er die Silberne Ehrennadel der deutschen Zahnärzte.

„Dr. Thomas Sommerer hat enorm viel für den zahnärztlichen Berufsstand geleistet. Er war ein Kämpfer für den Erhalt der Freiberuflichkeit. Wir werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren“, so der KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott.

„Wir sind tief betrübt über seinen frühen Tod. Tommy wird uns als engagierter Kollege und Freund in Erinnerung bleiben, dem bis zum Schluss das Wohl des FVDZ Bayern am Herzen lag. Unser Mitgefühl gilt seiner Gattin und seinen Angehörigen. Wir werden ihn nicht vergessen“, ergänzt der FVDZ-Landesvorsitzende Dr. Christian Deffner.

Redaktion



Die Bayerische Landeszahnärztekammer trauert
um ihr langjähriges Vorstandsmitglied

Dr. Thomas Sommerer

der am 28. Mai 2025 im Alter von nur 67 Jahren
verstorben ist.

Herr Dr. Thomas Sommerer hat sich als Vorstandsmitglied, Referent und Delegierter der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK) über viele Jahre unermüdlich für die Belange der bayerischen Zahnärzte eingesetzt.

Wir werden ihn stets in dankbarer Erinnerung behalten.

Im Namen des Vorstands der
Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK)

Dr. Dr. Frank Wohl Dr. Barbara Mattner
Präsident Vizepräsidentin

Vertrauenskultur mit Leben füllen

Kammern adressieren Sofortprogramm zum Bürokratieabbau an die Politik

Aufbereitung eines Mundspiegels



Für die Aufbereitung eines einfachen Mundspiegels müssen sieben Verordnungen, elf DIN-Normen, 14 Arbeitsanweisungen und neun Dokumentationsvorgaben beachtet werden.

Der Bürokratie-Dschungel wächst und wuchert: Allein das Volumen geltender Bundesgesetze ist in den vergangenen 15 Jahren um etwa 60 Prozent auf 39536 Normseiten gewachsen – Durchführungsverordnungen, Landesgesetze und die EU-Gesetzgebung noch nicht mitgezählt. Für Zahnarztpraxen bedeutet das: Sie müssen 962 Regelungen befolgen.

Zwar hat sich auch die neue Bundesregierung den Bürokratieabbau zur Aufgabe gemacht, doch mit dem Sofortprogramm Bürokratieabbau gibt ihr die Zahnärzteschaft sieben konkrete Handlungsempfehlungen aus der Praxis an die Hand – begleitet von Gesprächsangeboten.

Erstens fordern die Kammern die Rücknahme des von der Arbeitsgemeinschaft Medizinprodukte der Länder (AGMP), dem RKI und dem BfArM veröffentlichten Verbot der „abschließenden Wischdesinfektion“ von semikritischen Medizinprodukten beziehungsweise der Forderung nach deren „Validierung“.

25 Prozent der Behandlungszeit gehen durch überflüssige Bürokratie verloren. Zeit, die einerseits die wenigen Fachkräfte frustriert und andererseits für die Behandlung der Patienten fehlt. Bundes- und Landeszahnärztekammer schlagen Alarm und wenden sich mit einem Sofortprogramm zum Bürokratieabbau konzentriert an politische Entscheidungsträger in Berlin und München. Entwickelt wurde das Sofortprogramm im Ausschuss Bürokratieabbau der Bundeszahnärztekammer, in dem sich auch der Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Dr. Dr. Frank Wohl, engagiert: „Bürokratieabbau kostet den Staat keinen Cent, deshalb gibt es keine Ausrede, nicht sofort damit zu beginnen.“

Zweitens regt die BZÄK an, auf die Fremdvalidierung von Kleinsterilisatoren und Thermodesinfektoren zu verzichten. Schließlich würden integrierte Messinstrumente die Prozesse überwachen und bei registrierten Abweichungen Warnmeldungen ausgeben.

Drittens Ziel ist, bei der Aufbereitung von Medizinprodukten in Zahnarztpraxen in allen Bundesländern die Dokumentation einzelner fehlerfreier Abläufe durch eine Tagesabschlussdokumentation zu ersetzen. In Bayern konnte diese auf maßgebliche Initiative der Bayerischen Landeszahnärztekammer bereits vor langer Zeit etabliert werden und ist gängige Praxis.

Viertens solle die Grenze für die Notwendigkeit des „Beauftragten für Medizinprodukte“ sofort von 20 auf 50 Mitarbeiter erhöht werden. Dieser „Papiertiger“ mutet dem ohnehin bereits überforderten und knappen Personal weitere sinnlose Aufgaben zu.

Die fünfte Bürokratie-Hürde, die die BZÄK abbauen will, ist das Bestandsverzeichnis aller aktiven nicht implantierbaren Medizinprodukte in Zahnarztpraxen.

Forderung Nummer sechs ist eine Abschaffung der bestehenden Pflicht zur Teilnahme an Aktualisierungskursen im Strahlenschutz. Durch diese Kurse werde weder die Patientensicherheit erhöht noch die Röntgenbildqualität verbessert.

Siebtens appelliert die BZÄK an die politisch Verantwortlichen, den neuen §21, Absatz 1a Arbeitsschutzgesetz sofort zu streichen. Darin wurde eine Mindestbesichtigungsquote von fünf Prozent der Betriebe festgelegt. Völlig ausgebündet werde dabei, dass während der Pandemie die Zahl der anerkannten coronabedingten Berufserkrankungen in Kliniken einen von elf Mitarbeitern betraf, in Zahnarztpraxen hingegen nur einer von 286 Mitarbeitern betroffen war. „Statt wie angekündigt die Kontrollbürokratie abzubauen, werden hier ohne Grund und Anlass zusätzliche Kontrollen eingeführt.“ Die Regelung führe die im Koalitionsvertrag erwähnte „neue Vertrauenskultur“ ad absurdum und sei sofort zu streichen.

Julika Sandt
Leiterin der Stabsstelle Politik der BLZK

DAS SOFORTPROGRAMM IM NETZ

Nachlesen können Sie das Sofortprogramm zum Bürokratieabbau auf der Website der Bundeszahnärztekammer: <https://www.bzaek.de/service-positionen-statements/einzelansicht/bundeszahnärztekammer-fordert-sofortprogramm-bürokratieabbau.html>



„Bevölkerung getäuscht“

Zahnärztin Susanne Remlinger geht gegen irreführende Informationen zur ePA vor

Die Krankenkassen wurden per Gesetz verpflichtet, ihre Versicherten umfassend über die elektronische Patientenakte (ePA) zu informieren. Die Vorsitzende der Freien Zahnärzteschaft, Susanne Remlinger, hat das Bundesamt für Soziale Sicherung als Aufsichtsbehörde um Überprüfung der Rechtskonformität dieser Informationsschreiben gebeten. Hier einige Auszüge aus dem Schreiben:

„In den Informationsschreiben der Krankenkassen sowie in der Werbekampagne durch das Bundesgesundheitsministerium [...] wurde somit ein reines Wunschbild der ePA gezeichnet, das in keiner Weise der Realität entspricht. Folgende leere Versprechungen wurden kolportiert:

1. „Im Notfall kann der Notarzt sofort und überall auf Ihre Krankenakte zugreifen.“
2. „Der elektronische Medikationsplan wird jedes Jahr 65 000 Menschenleben retten.“
3. „Ihr Arzt/Ihre Ärztin erhält eine vollständige und übersichtliche Darstellung Ihrer Krankengeschichte. Das wird Ihre medizinische Versorgung entscheidend verbessern.“
4. „Sie können festlegen, welcher Arzt welche Dokumente einsehen kann.“
5. „Nur Sie selbst und das von Ihnen berechtigte medizinische Personal haben Zugriff auf die Daten.“
6. „Sie müssen keine Röntgenbilder mehr von Arzt zu Arzt tragen.“
7. „Sie müssen nie wieder Ihren Impfpass und Ihr Zahnbonusheft suchen.“
8. „Die Daten in Ihrer ePA sind sicher und geschützt.“

Nach über 20 Jahren Entwicklungsarbeit an der ePA trifft kein einziges der genannten Werbeversprechen zu [...]

1. Ein mobiler Zugriff auf die ePA durch den Notarzt ist bisher nicht möglich, da die ePA nur über stationäre Desktop-PCs mit Konnektor geöffnet werden kann. Erst im Krankenhaus ist die ePA einsehbar, nicht am Unfallort in Wald und Flur.
2. Der elektronische Medikationsplan (eMP) [...] wurde inzwischen auf frühestens Frühjahr/Sommer 2026 verschoben. [...]

3. Der Arzt findet in der ePA eine unübersichtliche Ansammlung an Dokumenten vor, da weder ein Ordnungssystem für die eingestellten Dokumente noch eine Volltextsuche vorhanden sind. [...]

4. Die Möglichkeit, einzelne Befunde für bestimmte Ärzte zu verbergen [...], wurde mit der aktuellen Version der ePA (Version 3.0) abgeschafft. Dokumente in der ePA sind entweder für alle Nutzer einsehbar oder sie sind für alle verborgen.

5. [...] Des Weiteren werden die Patientendaten in lediglich pseudonymisierter, nicht anonymisierter Form an das Forschungsdatenzentrum weitergeleitet und stehen dann kommerziellen Firmen zu Forschungszwecken zur Verfügung. [...] Statt einer persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung ist somit eine weltweite Nutzung der Patientendaten geplant.

6. Ob und wann die Speicherung von Röntgenbildern in der ePA möglich sein wird, steht noch in den Sternen, dabei wäre der Zugriff auf digitale Röntgenaufnahmen in Originalqualität und ohne Zeitverzögerung ein echter Benefit für Ärzte und Patienten. [...]

7. Für die Einführung der digitalen Versionen von Impfpass, Mutterpass, Kinder-U-Heft und Zahnbonusheft gibt es offenbar noch keinen Zeitplan [...]

8. Trotz wiederholter Beteuerungen des ausgeschiedenen Gesundheitsministers Lauterbach „Die ePA bringen wir erst dann, wenn alle Hackerangriffe, auch des CCC, technisch unmöglich gemacht worden sind“, konnte der CCC Anfang Mai nachweisen, dass Angriffe auf die ePA nur erschwert, nicht aber unmöglich gemacht worden waren. [...]"



Appell an den BAS-Präsidenten

Im Laufe des weiteren Schriftwechsels, in dem die Behörde anmerkt, die Staatsaufsicht diene allein dem öffentlichen Interesse, wendet sich Remlinger schließlich an den Präsidenten des BAS, Frank Plate: „Die irreführenden Informationsschreiben zur ePA wurden an ca. 73 Millionen gesetzlich Krankenversicherte verschickt. Mit übersteigerten Versprechungen über angebliche Leistungen der ePA und unterschlagenen Hinweisen auf die Risiken wurden somit fast 90 Prozent der Gesamtbevölkerung Deutschlands getäuscht. Ob diese Schreiben entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen nach § 343 SGB V verfasst sind, die die Krankenkassen zu präzisen und transparenten Informationen verpflichten, ist damit von hohem öffentlichem Interesse! [...] Ich bitte Sie, sich als Präsident des BAS dieses Themas anzunehmen. Es geht schließlich um nicht weniger als die persönlichsten und intimsten Daten der gesetzlich Krankenversicherten.“

Redaktion

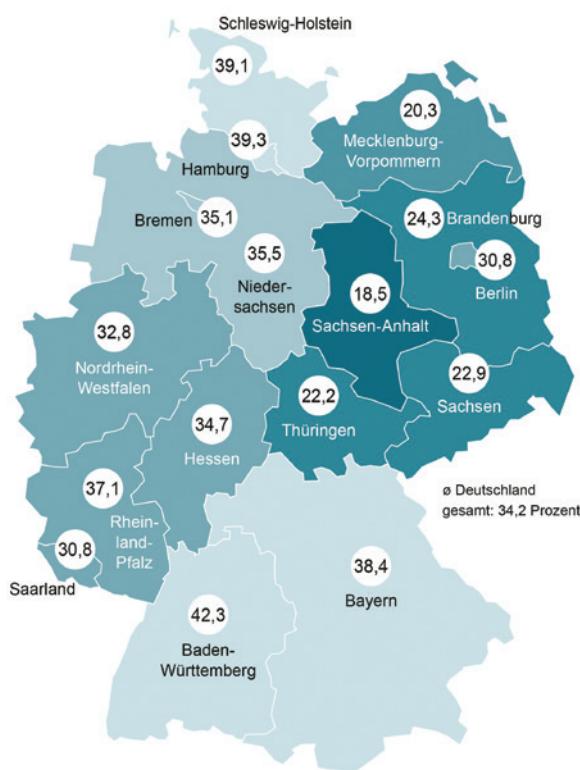


Zahnfüllungen halten immer länger

Bayern bundesweit auf Platz vier – massives West-Ost-Gefälle

Regionale Unterschiede bei der Haltbarkeit

Anteil großer Seitenzahnfüllungen, die nach zehn Jahren noch erhalten sind, Angaben in Prozent



Bei der Haltbarkeit von Zahnfüllungen gibt es erhebliche regionale Unterschiede – das behauptet zumindest der „BARMER Zahnreport 2025“. Erfreulich: Bayern liegt in der Auswertung auf dem vierten Platz – nach dem Primus Baden-Württemberg sowie Hamburg und Schleswig-Holstein. Deutlich schlechter schneiden die neuen Bundesländer ab.

Für die Analyse wurden die anonymisierten vertragszahnärztlichen Abrechnungsdaten der BARMER aus den Jahren 2010 bis 2023 herangezogen. Damit liegen den Ergebnissen des Zahnreports die Daten von etwa 10,7 Prozent der deutschen Bevölkerung und 12,3 Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten zugrunde.

Im Durchschnitt hielt die Hälfte der „großen“ Seitenzahnfüllungen aus dem Jahr 2010 mindestens 6,5 Jahre, während es bei den Füllungen aus dem Jahr 2015 bereits mindestens 7,2 Jahre waren. Dies deutet auf eine Verbesserung der Mundgesundheit hin, so Prof. Dr. med. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER. Straub hofft, dass diese Entwicklung durch das zu Jahresbeginn ausgesprochene Amalgamverbot nicht nega-

tiv beeinflusst wird. Das besonders haltbare Zahnamalgam, das über Jahrzehnte verarbeitet wurde, habe viele Vorteile gehabt. Bei den alternativen Füllungsmaterialien sollte daher auf maximale Transparenz gesetzt werden, wie gut sie sich als Ersatzmaterialien für Amalgam bewährten. Straub fordert daher eine Kennzeichnungspflicht für zuzahlungsfreie Füllungen, so wie sie eben früher für Amalgam gegolten hat.

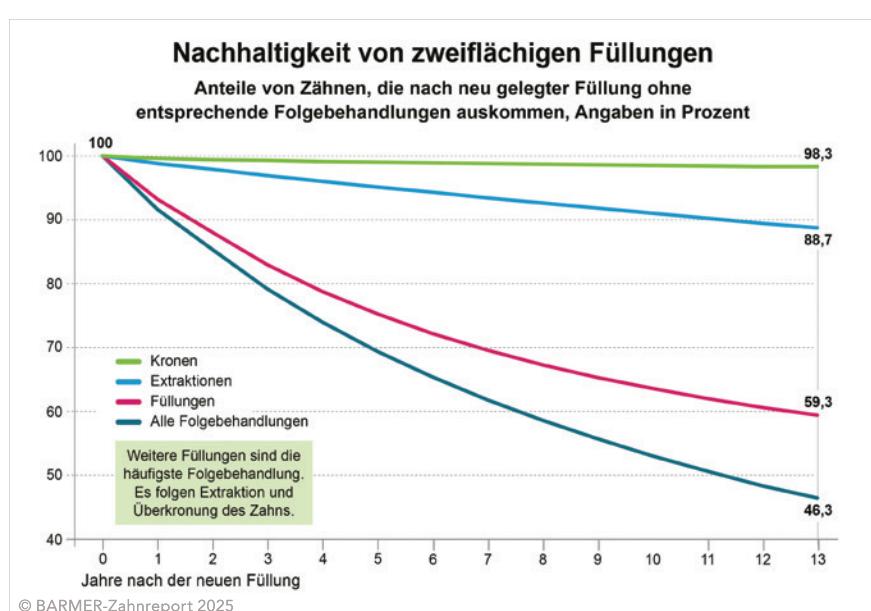
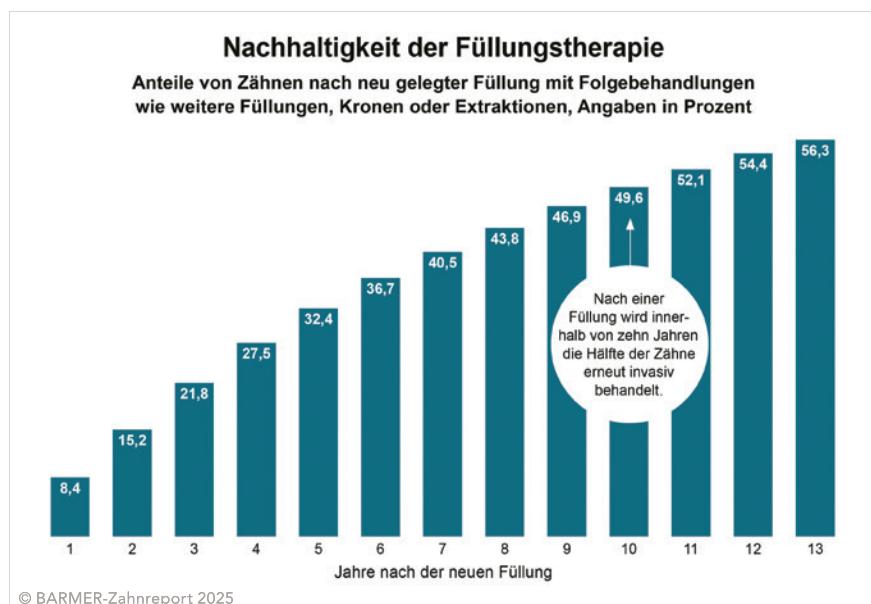
Regionale Unterschiede bei Liegedauer von Füllungen

Je nach Bundesland stellte die BARIMER erhebliche Unterschiede bei der Lebensdauer von Füllungen fest. So halten in Bayern rund 38 Prozent der großen Seitenzahnfüllungen länger als zehn Jahre. In Hamburg und Schleswig-Holstein sind es jeweils rund 39 Prozent, in Baden-Württemberg rund 42 Prozent. Der Bundessdurchschnitt liegt bei 34 Prozent.

Deutlich schlechter sind die Zahlen aus den neuen Bundesländern. In Sachsen-Anhalt „überleben“ nur 18,5 Prozent der Füllungen die ersten zehn Jahre, in Mecklenburg-Vorpommern 20,3 Prozent. Auch in Thüringen, Sachsen und Brandenburg hält weniger als ein Viertel der Füllungen länger als zehn Jahre.

Diese markanten regionalen Unterschiede bei der Haltbarkeit von Füllungen stehen laut dem Zahnreport vermutlich weniger mit der Behandlungsqualität, sondern vielmehr mit verschiedenen Therapieansätzen in Praxen sowie sozialen und finanziellen Faktoren in Verbindung. Auch bestehe ein Zusammenhang zwischen der kürzeren Haltbarkeit von Füllungen und sozialen Herausforderungen in einer Region. Schaut man auf Bayern und Baden-Württemberg – beide in der Spitzengruppe – weist die Bevölkerung hier einen hohen Bildungsgrad auf, die Beschäftigungs- und Einkommensverhältnisse liegen über dem Durchschnitt.

„Der Zahnreport zeigt, wie wichtig eine hochwertige Füllungstherapie (...) ist, insbesondere jedoch für sozial benachteiligte Gruppen“, so Prof. Dr. Michael Walter von der Technischen Universität Dresden und Autor des BARMER-Zahnreports. Im In-



teresse der Versicherten müsse eine hochwertige zuzahlungsfreie Füllungsversorgung weiterhin volumänglich gewährleistet sein.

BARMER-Chef Straub spricht sich dafür aus, die anstelle von Amalgam eingesetzten Alternativwerkstoffe durch weitere Studien wissenschaftlich optimal abzu-

sichern. Die Ästhetik der in der Regel zahnfarbenen Amalgalternativen werde immer besser, sodass in absehbarer Zeit auch eine größere Nachfrage nach diesen zuzahlungsfreien Füllungen zu erwarten sei.

Ingrid Scholz

Für den BARMER Zahnreport wurden Abrechnungsdaten von insgesamt 13,6 Millionen Versicherten über einen Zeitraum von bis zu 13 Jahren wissenschaftlich analysiert. Den vollständigen Zahnreport finden Sie im Internet unter <https://www.bifg.de/publikationen/zahnreport/2025-fuellungstherapie>.



Mit Vorsicht zu genießen

Dr. Marion Teichmann über den BARMER Zahnreport

„Die Statistik ist eine sehr gefällige Dame. Nähert man sich ihr mit entsprechender Höflichkeit, dann verweigert sie einem fast nie etwas.“ Dieses Zitat von Edouard Herriot, der von 1924 bis 1925 französischer Premierminister war, ist aus meiner Sicht auch heute noch gültig.

Der BARMER Krankenkasse gelingt es immer wieder, mit ihrem „Zahnreport“ Schlagzeilen zu machen. 2024 wurden die Kieferorthopäden wegen angeblicher „Übertherapie“ kritisiert. 2023 forderte die Barmer mehr Prävention für Risikogruppen. 2022 klagte die Krankenkasse, dass noch immer zu viele Füllungen benötigt werden. Dieses Jahr zog man wieder einmal die regionale Karte. „Guter Westen, schlechter Osten“ – das ist die Erkenntnis, die man aus den Abrechnungsdaten der BARMER ziehen könnte.

Für mich sind diese Statistiken mit höchster Vorsicht zu genießen. Denn erstens bestehen Zweifel an der wissenschaftlichen Methodik. Die Marktanteile der Krankenkassen unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland ganz erheblich. Insgesamt sind bundesweit rund 10,7 Prozent der Deutschen bei der BARMER versichert. Laut einer Statistik aus dem Jahr 2019 lag ihr Marktanteil in Baden-Württemberg und Bayern jedoch nur bei 7,2 Prozent beziehungsweise 9,3 Prozent, in Brandenburg dagegen bei 17,9 Prozent. Lassen sich die Abrechnungszahlen also ohne Weiteres miteinander vergleichen? Mein zweiter Kritikpunkt: Bei den Pressemitteilungen der BARMER schwingt immer eine latente Kritik an den Zahnärzten mit. Wir sollen die Prävention verbessern! Wir machen zu viel Zahnpfangen! Wir schaffen es nicht, regionale Unterschiede zu verringern!

Immerhin verweist der neueste Zahnreport auf „sozioökonomische Faktoren“. Richtig, liebe BARMER! In kaum einem anderen Medizinbereich ist die Mitwirkung des Patienten relevanter für den Behandlungserfolg als in der Zahnmedizin. Auf den Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus und der Mundgesundheit haben wir in den aus meiner Sicht deutlich verlässlicheren Deutschen Mundgesundheitsstudien immer wieder hingewiesen. Wir versuchen etwa durch unser Engagement in der Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit, auch Kinder aus prekären Verhältnissen zu erreichen. Aber vollständig kompensieren können wir das Desinteresse von Eltern an der Mundgesundheit ihrer Kinder nicht.

Dasselbe gilt für die angeblichen Unterschiede zwischen Ost und West. Ich bin überzeugt davon, dass die Kolleginnen und Kollegen zwischen dem Erzgebirge und der Ostsee keine schlechtere Arbeit leisten als die Zahnärzte in Westdeutschland. Wenn aber beispielsweise von den Patienten weniger professionelle Zahnräinigungen nachgefragt werden, wirkt sich das höchstwahrscheinlich auch auf die Haltbarkeit von Füllungen aus. Und natürlich spielt das Füllungsmaterial eine wichtige Rolle. Kompositfüllungen schneiden in allen Langzeitstudien besser ab als nichtadhäsive Materialien. Kann es vielleicht sein, dass in den ostdeutschen Bundesländern die Sachleistung häufiger

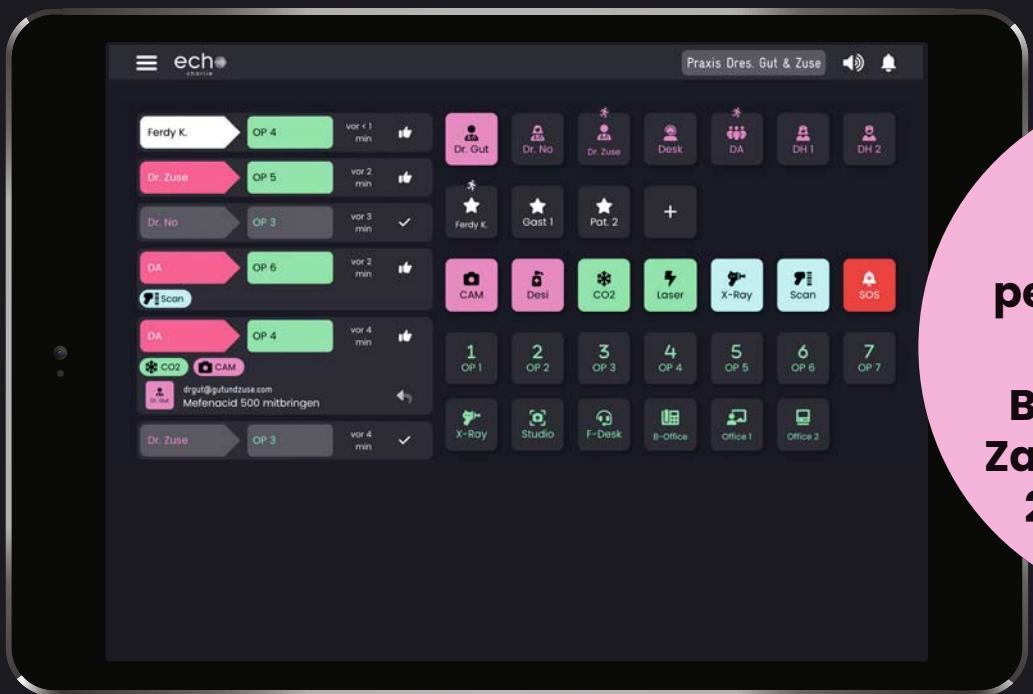
nachgefragt wird als die Varianten mit privater Zuzahlung? Aber auf diese und andere Fragen liefert der BARMER Zahnreport keine Antworten. Hierzu heißt es lapidar: „Da die verwendeten Materialien für die Füllungstherapie aus den hier verwendeten Versorgungsdaten nicht zu erschließen sind, sind sie nicht Gegenstand unserer Analysen.“ Wer Äpfel mit Birnen vergleicht, hat aus meiner Sicht die wissenschaftliche Reputation verloren. Die „regionalspezifische Betrachtung“ der BARMER ist für mich deshalb eine Mogelpackung. Die Zahnärzte leisten in Ost und West gleichermaßen hervorragende Arbeit. Wir haben allerdings nur bedingt Einfluss darauf, für welche Füllung sich die Patienten entscheiden und wie sie danach mit ihrer Füllung umgehen.





smart & sexy

Das elegante Rufsystem für digitale Kommunikation ohne Umwege



Live
Demo
per Videocall
oder am
Bayerischen
Zahnärztetag
23.-25.10.25



SIMPEL & INTUITIV

Mittels 3-Klick Ruf: Wer/Was/Wo



IMAGEBOOST

Demonstriert Fortschrittlichkeit



KOMPATIBILITÄT

Funktioniert auf allen Webbrowsern sowie iOS- und Androidsystemen



SKALIERBAR

Zusätzliche Geräte ohne grossen Aufwand einbinden



STEIGERT EFFIZIENZ

Sparen Sie Zeit und gehen Sie keine unnötigen Wege mehr



SMART-GERÄTE

Integration von Smartwatches und anderen Smartgeräten



PREISWERT

Preisgünstiger als herkömmliche, verkabelte Rufsysteme



LÄRMREDUKTION

Kommunikation digitalisiert anstatt vor den Patienten



ERKLÄRVIDEO



WEBSEITE



SWISS MADE
Von Zahnärzten
für Zahnärzte entwickelt



PREISGEKRÖNT

Doppelauszeichnung in den Kategorien Functionality und Business Impact, sowie auf der Shortliste in 5 Kategorien von über 300 bewerteten Apps

KOSTENLOS TESTEN

Testen Sie unser Rufsystem für 1 Monat kostenlos und unverbindlich. Das Testformular und weitere Informationen finden Sie auf unserer Webseite www.echo-charlie.app

Handlungsfähig im Krisenfall

Bayerns Gesundheitsministerin Gerlach beruft Expertenrat Gesundheitssicherheit



© StMGP

Dem Expertenrat gehören unter anderem die Spitzenvertreter der zahnärztlichen Körperschaften in Bayern an.

„Die weltpolitische Lage ist angespannt. Krisen verschiedenster Art häufen sich. Von Pandemien über Cyberangriffe bis hin zu militärischen Konflikten: Das Gesundheitswesen muss sich für den Ernstfall

Bei der konstituierenden Sitzung des bayerischen Expertenrates Gesundheitssicherheit warnte BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl angesichts möglicher Krisen unter anderem vor einem Ethanolverbot durch die EU.

wappnen“, erklärte Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach, MdL, ihr Anliegen. Der von ihr einberufene Expertenrat soll sich alle drei Monate über den Umgang mit möglichen Krisenszenarien austauschen – etwa mit Pandemien, Naturkatastrophen und militärischen Konflikten.

Die Teilnehmer gaben der Ministerin auf den Weg, dass die derzeit bestehenden bürokratischen Auflagen dringend reduziert werden müssen, sonst würde schnelles Handeln im Krisenfall ausgebremst. BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl richtete

den Fokus auch darauf, dass aufgrund neuer EU-Vorgaben ein Ethanolverbot im Raum stünde. Das hätte gravierende Folgen für Praxen, Krankenhäuser und die Arzneimittelproduktion. „Ethanol ist ein unverzichtbarer Infektionsschutz. Ethanol als Desinfektionsmittel zu verbieten, während Alkohol als Genussmittel erlaubt bleibt, wäre angesichts möglicher Krisenszenarien ein Schildbürgerstreich mit tödlichem Ausgang.“

Julika Sandt
Leiterin der Stabsstelle Politik der BLZK

Europas Zahnärzte von Bürokratie erdrückt

Karlsbad: BLZK-Präsident Wohl fordert klare Lösungen



© privat

BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl (rechts) fordert massiven Bürokratieabbau – auch um die Zahnärzte vor Burn-out zu schützen.

Mit Blick auf die Medizinprodukteverordnung forderten die Präsidenten, dass Zertifikate für Produkte, die seit Jahren ohne Beanstandungen auf dem Markt sind und daher als sicher und zuverlässig gelten, dauerhaft und uneingeschränkt gültig sein sollten. Ein Verzicht auf die Rezerti-

Die Präsidenten der tschechischen, sächsischen, bayerischen, österreichischen und kroatischen Zahnärztekammern sowie des Verbandes für Zahnärzte und Implantologen in Europa trafen sich im traditionsreichen Kurort Karlsbad. Auf der Agenda standen die EU-Medizinprodukteverordnung sowie die psychische Gesundheit von Zahnärzten.

fizierung bereits etablierter Medizinprodukte wäre auch eine Entlastung von Verwaltungsaufgaben.

Wie dringend Bürokratieabbau notwendig ist, wurde auch beim Austausch über die psychische Gesundheit von Zahnärzten deutlich. So liegt die Burn-out-Prävalenz unter Zahnärzten bei rund 13 Prozent. Viele leiden unter den ausufernden Verwaltungsaufgaben und der Einhaltung von Vorschriften, wie eine Studie der Uni Witten/Herdecke ans Licht brachte. Um die Kollegen vor Burn-out zu schützen,

forderte BLZK-Präsident Dr. Frank Wohl massiven Bürokratieabbau, damit die Arbeitszeit für das gesamte Team effizienter wird. Zudem sei eine faire Vergütung und Planungssicherheit dringend geboten, auch um Personal zu gewinnen und zu halten, das den Kollegen unter Stress den Rücken freihält. Die Einführung von Screening- und Interventionsprogrammen sollte bereits im Studium erfolgen, um Burn-out frühzeitig zu erkennen und zu verhindern.

Julika Sandt
Leiterin der Stabsstelle Politik der BLZK

Prävention entlastet das GKV-System

Zahnärzteschaft hofft auf Neuanfang unter Nina Warken

Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) hat die neue Bundesregierung dazu aufgerufen, gemeinsam mit der Zahnärzteschaft die großen Erfolge bei der Mundgesundheit zu sichern und für die Praxen endlich Planungssicherheit zu schaffen. Von der neuen Bundesgesundheitsministerin Nina Warken erhofft sich die Zahnärzteschaft einen politischen Neuanfang.

Es muss sich etwas ändern, und zwar umgehend! Bei ihrer Tagung Anfang Juni in Köln appellierten die VV-Delegierten an die Politik, den Erfolgsweg der Prävention gemeinsam konsequent weiterzugehen. Mehr noch: Prävention sollte das Leitbild einer zukünftigen Gesundheitspolitik werden. „Die Regierungsparteien müssen ihre Ankündigung, dass der Prävention eine zentrale Rolle bei der zukünftigen Ausgestaltung unseres Gesundheitssystems zukommen soll, nun mit Leben füllen“, erklärte der KZBV-Vorstandsvorsitzende Martin Hendges. Prävention sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb müsse auch die präventionsorientierte Parodontitistherapie als Früherkennungs- und Vorsorgeleistung vollumfänglich vergütet werden. Prävention verbessert schließlich nicht nur die Gesundheit, sondern reduziere langfristig die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Politische Fehler, wie sie die Ampelkoalition mit der Budgetierung gemacht hatte, dürften sich nicht wiederholen.

Gleichzeitig müssen die zahnärztlichen Versorgungsstrukturen zukunftsfest gemacht werden. Stichwort Planungssicherheit! Das heißt nicht zuletzt Rahmenbedingungen schaffen, um die Niederlassung in eigener Praxis für junge Kolleginnen und Kollegen wieder attraktiv zu machen. Dies betrifft auch den längst überfälligen Bürokratieabbau – ein hoher Belastungsfaktor sowohl bei der Praxisgründung als auch im Versorgungsalltag.

Die Bundesregierung sollte bis spätestens Ende des Jahres einen Gesetzentwurf vorlegen, der investorenbetriebene MVZ (iMVZ) eindämmt: „Eine räumliche sowie eine fachliche iMVZ-Gründungsbeschränkung für Krankenhäuser ist dabei unver-



Bayern war bei der VV der KZBV stark vertreten (v.l.): Dr. Jens Kober, Dr. Christian Öttl, Dr. Marion Teichmann und Dr. Rüdiger Schott. Nicht auf dem Bild sind die Delegierten Prof. Dr. Christoph Benz, Dr. Axel Wiedenmann und Dr. Dr. Frank Wohl.

zichtbar, lediglich Transparenz über Eigentümerstrukturen zu schaffen, reicht hier nicht aus“, sagte Martin Hendges.

Bei der Digitalisierung müsse ein Paradigmenwechsel erfolgen. „Politische Terminvorgaben sowie Sanktionen beim Honorar und Kürzungen der TI-Pauschale schaden der Akzeptanz der Digitalisierung und müssen weg. Stattdessen sollte die Nutzung durch Anreize gezielt gefördert werden“, forderte Dr. Karl-Georg Pochhammer, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der KZBV. Die elektronische Patientenakte (ePA) habe das Potenzial, die Versorgung und die Praxisabläufe zu verbessern, „... aktuell stimmen aber noch nicht alle Voraussetzungen.“

Dies bekräftigte auch Dr. Ute Maier, stellvertretende Vorsitzende des Vorstands

der KZBV: „Die Akzeptanz der ePA in den Praxen wird stark davon abhängen, ob sie leicht zu befüllen ist und die Anwendungen problemlos funktionieren. Ein Datenfriedhof nützt weder den Zahnärzten noch den Versicherten“, stellte Maier klar. Völlig unverständlich sei daher, dass beim geplanten Medizinischen Informationsobjekt (MIO) „Bildbefund“ die Einstellung von Röntgenbildern aus der zahnärztlichen Behandlung nicht berücksichtigt werden soll.

Bei der Tagung in Köln fand auch die Wahl der Nachfolgerin von Dr. Ute Maier statt, die auf eigenen Wunsch zurückgetreten ist. Ab 1. Oktober 2025 wird die Juristin Meike Gorski-Goebel neue stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KZBV.

Redaktion



© Universitätsklinikum Regensburg

Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft

Prof. Dr. Dr. Peter Proff zum 66. Bayerischen Zahnärztetag

Der 66. Bayerische Zahnärztetag im Oktober befasst sich mit den Fortschritten der Zahnheilkunde in Bayern. Beim Konzept beschritt Prof. Dr. Johannes Einwag, Referent Fortbildung der Bayerischen Landeszahnärztekammer und Wissenschaftlicher Leiter Bayerischer Zahnärztetag, neue Wege: Im Fokus stehen die verschiedenen Teilbereiche der Zahnmedizin. Jeder Themenblock besteht aus den Bausteinen Anmoderation – Fachvortrag – Fallvorstellung und wird präsentiert von einem Referenten-Trio. In einer vierteiligen Interviewstrecke skizzieren Vertreter der zahnmedizinischen Universitätsstandorte Erlangen, München, Regensburg und Würzburg ihre Schwerpunkte. Das dritte Gespräch führten wir mit Prof. Dr. Dr. Peter Proff, Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie am Universitätsklinikum Regensburg.

Einwag: Lieber Peter, beim Bayerischen Zahnärztetag im Oktober wirst du zum Thema „Kieferorthopädie und Gesundheit“ sprechen. Worum genau geht es in deinem Referat?

Proff: Die Kieferorthopädie ist ein unverzichtbarer und integraler Bestandteil

eines umfassenden, synoptischen, zahnärztlichen und ärztlichen Versorgungskonzeptes, da die präventive und korrektive Behandlung von Fehlfunktionen, Zahneinstellungen und Kieferfehlstellungen nicht nur die Gesundheit des stomatognathen Systems sichert und wiederher-

stellt, sondern auch zu positiven Effekten für die Mundgesundheit und die Funktion des Gesamtorganismus führt. Im Referat werden diese näher besprochen.

Einwag: Den Themenblock „Kieferorthopädie“ wird Prof. Dr. Ingrid Rudzki



© privat



© Thomas Ecke



© privat

Moderatorin: Prof. Dr. Ingrid Rudzki
Ehemalige Ordinaria und Direktorin
der Poliklinik für Kieferorthopädie,
Klinikum der Universität München

Fachvortrag: Prof. Dr. Dr. Peter Proff
Direktor der Poliklinik für Kiefer-
orthopädie am Universitätsklinikum
Regensburg

Fallbeispiel: Priv.-Doz.
Dr. Eva Paddenberg-Schubert
Leitende Oberärztin der Poliklinik für Kiefer-
orthopädie am Universitätsklinikum Regensburg

aus München moderieren. Was verbindet euch beide?

Proff: Uns beide verbindet die Kieferorthopädie oder wie Frau Prof. Dr. Rudzki sagen würde: „Das schönste Fach der Welt!“ und natürlich eine langjährige Freundschaft. Professor Rudzki hat bereits meine Habilitation begutachtet, und ich durfte von ihr sehr viel lernen und ihren klugen Rat zu jeder Zeit erbitten. Sie lebt täglich vor, dass Kieferorthopädie nicht nur als Beruf, sondern als Berufung zu verstehen ist. Nach wie vor unterstützt sie uns mit großer und umfassender Expertise im Bayerischen Weiterbildungscurriculum Kieferorthopädie als Dozentin und als Mentorin einiger meiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Viele Jahre sind wir nun auch schon im Vorstand des Vereines zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde in Bayern e.V. tätig, der 1979 von Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Dieter Schlegel und Prof. Dr. Ingrid Rudzki gegründet wurde. Die jetzt von Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel geleiteten exzellenten Sommer- und Winterfortbildungen bereichern immer mit aktuellen Themen und fördern den so wertvollen fachlichen und kollegialen Austausch.

2017 haben wir ein gemeinsames Buch zur „Kieferorthopädischen Retention“ herausgegeben, bei dem die nächste Auflage ansteht. Das interdisziplinär zeitgemäß gewählte Thema betrifft alle Bereiche der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, denn unsere Patienten finden sich inzwischen in zehn Lebensdekaden. Das ist zweifellos der steigenden Mundgesundheit zu verdanken und der dominierenden personalisierten Diagnostik und Therapie. Es gibt noch viele gemeinsame Projekte und gute Ideen von uns beiden rund um die Kieferorthopädie. Impavidi progrediatur!

Einwag: Nach deinem Vortrag stellt Priv.-Doz. Dr. Eva Paddenberg-Schubert aus Regensburg einen besonderen Fall vor, der aus heutiger Sicht noch keine Routinebehandlung ist. Was macht dieses Praxisbeispiel so interessant?

Proff: Eine optimale funktionelle und ästhetische Rehabilitation fordert von der Kieferorthopädie ein komplexes Behand-

lungsmanagement gemeinsam mit den zahnmedizinischen und medizinischen Disziplinen. Je nach den patientenindividuellen Gegebenheiten müssen in einer medizinisch sinnvollen Reihenfolge bestimmte Behandlungsaufgaben und Problemstellungen interdisziplinär gelöst werden. Unsere Oberärztin Priv.-Doz. Dr. Paddenberg-Schubert zeigt an einem komplexen Fall, was heutzutage durch ein abgestimmtes synoptisches Konzept möglich ist.

Einwag: Wenn du einige Jahre in die Zukunft blickst: Wohin wird sich die Zahnheilkunde in Bayern entwickeln? Was zeichnet sich insbesondere in deinem Fachgebiet, der Kieferorthopädie, ab?

Proff: Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ist in Bayern sehr gut aufgestellt und die zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung momentan noch auf einem sehr hohen Niveau. Die Ausbildung der Studierenden an den vier bayerischen Universitätsstandorten ist ebenfalls sehr gut. Sie berücksichtigt den Fortschritt und die aktuellen Entwicklungen in den verschiedenen Fachdisziplinen. Nach zwölf Jahren Tätigkeit als Studiendekan Zahnmedizin der Universität Regensburg kann ich sagen, dass in Bayern und gerade in Regensburg viele Studierende aus der Region (Oberpfalz, Niederbayern, Mittelfranken, Oberfranken) für die Region ausgebildet werden.

Damit dies so bleibt, müssen die politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen stimmen. Die Freiberuflichkeit muss als hohes Gut gewahrt, die eigene Niederlassung oder die Übernahme einer Praxis attraktiv bleiben. Hier sehe ich bereits seit geraumer Zeit durch überbordende Bürokratie, Budgetierung, Mangel an Assistenzpersonal et cetera eine ungünstige Entwicklung. Diese muss poli-

tisch gestoppt werden, solange das noch möglich ist.

Die gute Zusammenarbeit zwischen den bayerischen Universitätsstandorten und den zahnmedizinischen Körperschaften hat Tradition. Im Vorstand der Bayerischen Landeszahnärztekammer sitzt immer ein Vertreter der bayerischen ZMK-Hochschullehrer, und einmal im Jahr treffen sich die ZMK-Hochschullehrer aller Standorte in Bayern mit den erweiterten Vorständen der Körperschaften. Bei diesem kollegialen Austausch werden Angelegenheiten und Bedürfnisse der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde besprochen und gemeinsame Lösungsstrategien erörtert.

In der Kieferorthopädie sind wir bei der Weiterbildung zum Fachzahnarzt mit dem Bayerischen Curriculum sehr gut aufgestellt. Nach über einem Jahrzehnt Vorsitz im Prüfungsausschuss für die Facharztprüfung Kieferorthopädie in Bayern kann ich mich regelmäßig über gute und sehr gute Prüfungsleistungen freuen. Die Qualität der Weiterbildung ist eine wichtige Investition in die Zukunft und kommt letztlich unseren Patientinnen und Patienten in Bayern zugute. Dafür setze ich mich auch als Referent Kieferorthopädie der BLZK ein.

Ansonsten wenden wir – wie in der gesamten Zahnheilkunde – auch in der Kieferorthopädie zunehmend digitale Technologien an, die zwar die Patientenbehandlung unterstützen, aber auch in Zukunft nicht den fundiert ausgebildeten und erfahrenen Kliniker ersetzen können.

Das Interview führte Prof. Dr. Johannes Einwag, Referent Fortbildung der Bayerischen Landeszahnärztekammer und Wissenschaftlicher Leiter Bayerischer Zahnärztetag.

INFORMATIONEN UND ANMELDUNG ZUM 66. BAYERISCHEN ZAHNÄRZTETAG

In der Anzeige auf Seite 10 und unter www.blzk.de/zahnaerztetag erhalten Sie weitere Informationen zum 66. Bayerischen Zahnärztetag.

Die Online-Anmeldung ist möglich unter www.bayerischer-zahnaerztetag.de.



ZZB stellt Weichen für die Zukunft

Vorstand einstimmig im Amt bestätigt

Bei seiner Landesversammlung am 24. Mai hat der Verband Zukunft Zahnärzte Bayern (ZZB) den bisherigen Vorstand einstimmig wiedergewählt und zentrale Zukunftsthemen für den Berufsstand in den Fokus gerückt.

Der Verband Zukunft Zahnärzte Bayern setzt auf Kontinuität und Zukunftsgestaltung: Bei der jährlichen Landesversammlung im Hotel „Andaz Schwabinger Tor“ in München wurde der amtierende Vor-

stand ohne Gegenstimmen im Amt bestätigt. Dr. Frank Hummel bleibt 1. Vorsitzender, Dr. Zsolt Zrinyi wurde erneut zum 2. Vorsitzenden gewählt. Die bisherigen Beisitzer Dr. Katharina Reckhenrich,

Dr. Nicolas Pröbstl und Dr. Sascha Faradjli wurden ebenfalls einstimmig wiedergewählt.

Nachwuchsförderung im Blick

Neben der Vorstandswahl lag ein weiterer Schwerpunkt der Versammlung auf der strategischen Weiterentwicklung des Verbands. Besonderes Augenmerk galt der gezielten Ansprache und Einbindung des zahnärztlichen Nachwuchses. Die Verantwortlichen betonten, dass die Förderung junger Zahnärztinnen und Zahnärzte eine zentrale Aufgabe sei, um die Zukunftsfähigkeit des Berufsstands langfristig zu sichern. Zudem wurde die Intensivierung der Zusammenarbeit mit spezialisierten Agenturen zur Fachkräftegewinnung thematisiert – ein Anliegen, das angesichts des zunehmenden Personalmangels in Zahnarztpraxen an Dringlichkeit gewinnt.

Die Veranstaltung wurde von hochkarätigen Gästen aus der zahnärztlichen Ständespolitik begleitet: Dr. Dr. Frank Wohl, Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Dr. Susanne Remlinger, Vorsitzende des Vereins Freie Zahnärzteschaft (FZ), sowie Dr. Brunhilde Drew, 2. Vorsitzende des Zahnärztlichen Bezirksverbands Oberbayern, nahmen an der Versammlung teil und bereicherten den fachlichen Austausch.

Mit einem gestärkten Vorstand und klaren inhaltlichen Zielen sieht sich der ZZB gut aufgestellt und blickt zuversichtlich auf die kommenden Jahre.

Redaktion

Quelle: ZZB



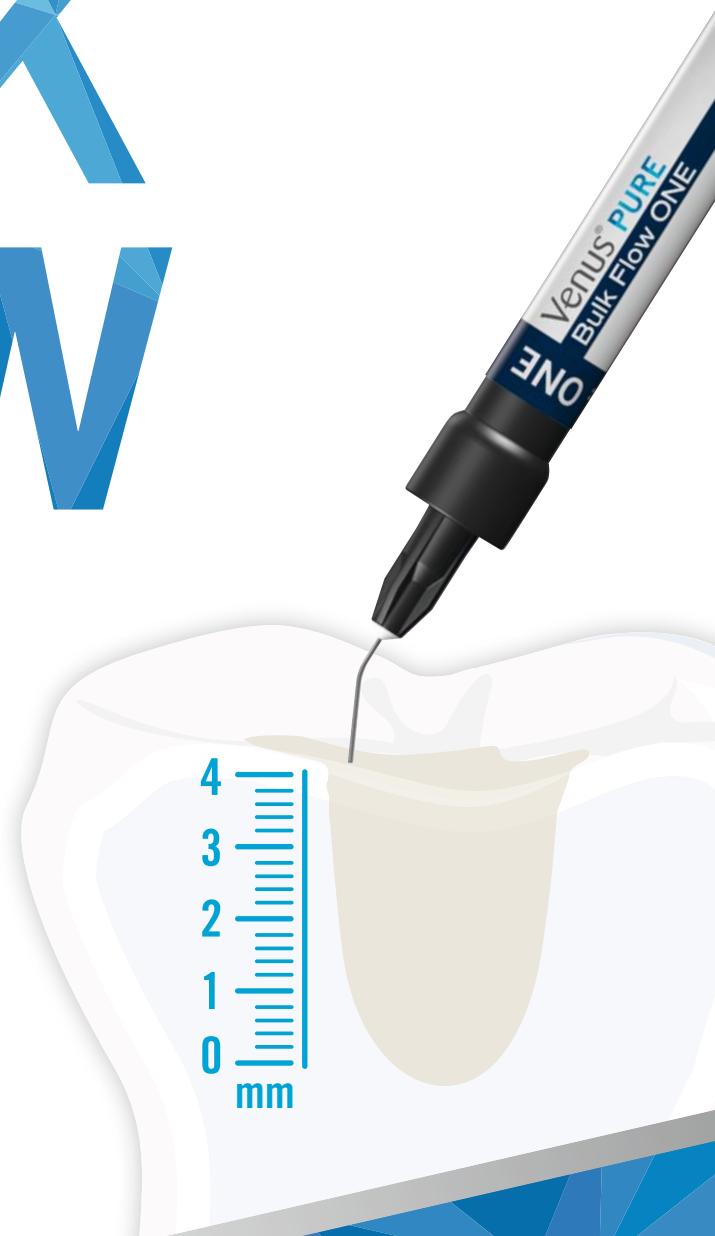
Sie genießen auch weiterhin das Vertrauen der ZZB-Delegierten: 1. Vorsitzender Dr. Frank Hummel (2. v. l.) und die Beisitzer Dr. Nicolas Pröbstl, Dr. Katharina Reckhenrich und Dr. Sascha Faradjli (v. l.). Nicht auf dem Bild: 2. Vorsitzender Dr. Zsolt Zrinyi.

Venus[®] PURE

KENNENLERNANGEBOT
siehe Beilage in diesem Heft!

BULK FLOW ONE

DAS FLOW KOMPOSIT FÜR
DEN SEITENZAHNBEREICH.



KULZER
MITSUI CHEMICALS GROUP

[kulzer.de/
venus-bulk-flow-one](http://kulzer.de/venus-bulk-flow-one)



Steri-Zentrum könnte die Praxen entlasten

Generalversammlung der ABZ eG – Dr. Romana Krapf wiedergewählt

Die ABZ eG ist auch im 34. Jahr ihres Bestehens auf Erfolgskurs. Die Abrechnungs- und Beratungsgesellschaft erwirtschaftete 2024 einen Jahresüberschuss von 507.000 Euro – 16 Prozent mehr als im Vorjahr. Die 2800 Mitglieder dürfen sich über eine Dividende von vier Prozent freuen.

Gesamtwirtschaftlich bezeichnete der Vorstandsvorsitzende Heinz Abler das Jahr 2024 als ein weiteres Jahr voller Herausforderungen vor dem Hintergrund einer schwachen Konsumnachfrage. Zwar sei der Arbeitsmarkt noch robust, dennoch zeige die steigende Zahl von Unternehmensinsolvenzen, gerade bei kleinen und mittelständischen Betrieben, die angespannte wirtschaftliche Lage. Das Brutto-

inlandsprodukt (BIP) in Deutschland sei um 0,3 Prozent geschrumpft, während EU-weit ein Wachstum von 0,9 Prozent festgestellt worden sei.

Trotz eines schwierigen gesamtwirtschaftlichen Umfeldes und steigender Personalkosten konnte die ABZ eG nicht nur ihren Jahresüberschuss, sondern auch ihr Eigenkapital erhöhen. Die Genossenschaft hat

weiterhin keine Bankverbindlichkeiten, für Risiken ist ausreichend vorgesorgt. Für den Aufsichtsrat erstattete Dr. Hans Huber Bericht und bescheinigte dem Vorstand auch auf Basis des gesetzlichen Prüfberichtes eine solide Geschäftsführung: 2,6 Prozent Umsatzplus, gute Eigenkapitalausstattung und eine zufriedenstellende Ertragslage.

Ziel der ABZ eG bleibt es, die Zahnärzte bei ihrer täglichen Arbeit bestmöglich zu unterstützen. Heinz Abler stellte mit dem Steri-Zentrum ein aktuelles Projekt vor, das sich noch in der Entwicklungsphase befindet. Im Herbst sollen erste Ergebnisse vorliegen. Das Steri-Zentrum würde es den Praxen ermöglichen, die gesamte Sterilisation outzusourcen. Damit will die ABZ eG die Zahnärzte und ihre Praxisteam entlasten. Zudem könnte die Gründung oder Übernahme einer Praxis attraktiver werden. Bereits seit Mai können die Mitglieder das KI-gestützte Praxismanagement-Tool „Der ABZ-Finanzmanager KI“ nutzen, um die Wirtschaftlichkeit ihrer Praxen zu prüfen und zu verbessern.

Bei der Generalversammlung stand auch die Neuwahl eines Mitgliedes des Aufsichtsrates an. Dr. Romana Krapf, Zahnärztin aus Weißenhorn und stellvertretende Vorsitzende der KZVB-Vertreterversammlung, gehört seit Juni 2023 dem Aufsichtsrat der ABZ eG an. Nach dem turnusmäßigen Ausscheiden wurde sie mit großer Mehrheit wiedergewählt. Mit den weiteren Mitgliedern Dr. Gerhard Kluge (München) und Dr. Hans Huber (Illertissen) ist der Aufsichtsrat nun wieder vollzählig.

Redaktion



Gemeinsam für die Zahnärzte: Bei der Generalversammlung der ABZ eG freuten sich Aufsichtsrat Dr. Hans Huber, Vorständin Petra Gmeineder, Aufsichtsrätin Dr. Romana Krapf, die KZVB-Vorstände Dr. Marion Teichmann und Dr. Rüdiger Schott sowie Vorstandsvorsitzender Heinz Abler über ein erfolgreiches Geschäftsjahr 2024 (v. l.).



KZV-übergreifender Austausch

Erste Münchener Juristentagung war ein voller Erfolg

Mit der ersten Münchener Juristentagung wurde Anfang Juni ein neues Format des KZV-übergreifenden Austausches etabliert. Zwei Tage erörterten rund 40 Juristinnen und Juristen aus 14 KZVen ein breites Themenspektrum von der Digitalisierung und dem Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) über Abrechnungs- und Prüfverfahren bis hin zu Fragen des Disziplinarrechtes.

Ein Zeichen der Zeit: Juristischer Dialog zwischen den Ländern

Organisiert wurde die Tagung von der KZV Bayerns. Ziel der Tagung war es, Rechtsfragen länderübergreifend zu diskutieren, gemeinsame Herausforderungen zu identifizieren und Unterschiede in der Auslegung von Rechtsvorschriften sichtbar zu machen.

63 Tagesordnungspunkte

Die zunehmende Regelungsdichte machte sich auch bei der Tagesordnung bemerkbar. 63 Punkte wurden in nur zwei Tagen abgearbeitet. Breiten Raum nahmen die Themen Sicherstellung der Versorgung und das Zulassungsrecht ein. Besondere Aufmerksamkeit galt außerdem den verschiedenen Prüfverfahren, insbesondere der Plausibilitäts-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung.

Abseits der „großen“ Themen wurden auch Fragen erörtert, die die Zahnärzte in ihren Praxen beschäftigen und im juristischen Alltag zunehmend an Bedeutung gewinnen. Hierzu gehören vor allem lan-

desspezifische Regelungen zum Sicherungseinbehalt, Verfahren im Fall von Insolvenzen, rechtliche Grundlagen der Patientenberatung und deren Zuständigkeiten sowie der Notdienst und das Disziplinarwesen – Letzteres insbesondere im Spannungsfeld von Selbstverwaltung und staatlicher Aufsicht.

Digitalisierung und KI

Auch die zunehmende Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Einsatz von KI werfen neue juristische Fragen auf, wie etwa beim Datenschutz. Vertieft wurde in diesem Zusammenhang insbesondere die erforderliche Einbindung digitaler Lösungen in bestehende Prüfmechanismen. Es wurde deutlich: Der Bedarf an einer gemeinsamen Linie gerade auch im Bereich der KI ist groß und wird künftig weiter wachsen.

Neue bayerische WP-Formel

Auf großes Interesse stieß die neue WP-Formel, die in Bayern im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zur Anwendung kommt. Sie soll für eine bessere Vergleich-

barkeit zwischen kleineren Praxen auf der einen und Großpraxen beziehungsweise MVZ auf der anderen Seite sorgen. Ob diese Formel auch in anderen Bundesländern Anwendung finden wird, bleibt abzuwarten.

Format wird fortgeführt

Die erste Münchener Juristentagung in Tutzing war in mehrfacher Hinsicht ein voller Erfolg: Sie hat neue Perspektiven eröffnet, bestehende Strukturen hinterfragt und wichtige Denkanstöße für künftige Entwicklungen in ausgewählten Bereichen gegeben.

Vor allem aber hat sie gezeigt: Der Wunsch nach Austausch, nach Orientierung und nach Zusammenarbeit ist groß. In Zeiten wachsender Komplexität braucht es solche Formate – nicht nur zur Klärung, sondern auch zur Verständigung. Deshalb soll es auch 2026 eine Münchener Juristentagung geben.

Margalara Koch, LL.M.
Rechtsanwältin (Syndikusrechtsanwältin)
Fachanwältin für Medizinrecht



Die Münchener Juristentagung ist ein Gemeinschaftsprojekt von drei Geschäftsbereichen der KZVB. Dirk Lörner, Maximilian Schwarz und Nikolai Schediwy freuen sich über den Erfolg.

BZB: Die Münchener Juristentagung fand dieses Jahr zum ersten Mal statt. Wird es eine Fortsetzung geben?

Schwarz: Wir planen auf jeden Fall eine Fortsetzung. Die Tagung hat sich als ideale Plattform erwiesen, um sowohl aktuelle Rechtsfragen zu diskutieren als auch längerfristige Herausforderungen gemeinsam anzugehen. In der Evangelischen Akademie in Tutzing lässt es sich regelrecht in Klausur gehen. Das war ja auch die Idee: mehr Zeit, Ruhe und Struktur für unsere Diskussionen.

BZB: Die Tagesordnung war umfangreich. Wie schafft man es, all diese Themen in kurzer Zeit abzuhandeln?

Schwarz: Das war in der Tat eine Herausforderung. Wir haben aber eine Punktlandung hinbekommen, alle wichtigen Themen besprochen und sehr gute Ergebnisse erzielt. Allerdings wurden auch ein paar weniger drängende Themen vertagt,

„Wir arbeiten gemeinsam für die Zahnärzte“

Warum die Münchener Juristentagung fortgeführt wird

Die Münchener Juristentagung ist eine Gemeinschaftsleistung von drei Geschäftsbereichen der KZVB. Wir sprachen mit Dirk Lörner, Nikolai Schediwy und Maximilian Schwarz darüber, warum diese Veranstaltung künftig jedes Jahr stattfinden soll.

andere stark gerafft. Es hat sich gezeigt, dass der gegebene Zeitrahmen zu knapp bemessen war. Die Tagung wird daher nächstes Jahr um einen halben Tag verlängert.

BZB: Gab es Schwerpunktthemen, bei denen man sich länger aufgehalten hat?

Lörner: Ein Thema, das alle KZVen herausfordert, ist die rechtssichere Integration von Digitalisierung und KI in den Verwaltungsaltag. Hier schlummert ein riesiges Effizienzpotenzial, aber eben nicht um den Preis der Rechtsunsicherheit bzw. Rechtswidrigkeit. Als Körperschaften können wir uns hier keine Grenzüberschreitungen erlauben. Leider ist die Gesetzung rigide und veraltet. So müssen beispielsweise die meisten Unterlagen an die Zulassungsausschüsse noch in Urschrift eingereicht und Anträge eigenhändig unterschrieben auf Papier eingereicht werden. Die gesetzlich gegebenen Möglichkeiten, die Schriftform zu ersetzen, sind unpraktikabel und in der Fläche schlicht nicht umsetzbar.

BZB: Warum müssen sich die KZV-Juristen noch stärker vernetzen?

Lörner: Wir können voneinander lernen und so mit einer starken gemeinsamen Stimme nach außen auftreten. Zudem verbessert der Austausch die Effizienz und die Qualität unserer Arbeit zum Wohle der Zahnärzteschaft.

BZB: Investorenfinanzierte MVZ sind oft in mehreren Bundesländern tätig. Gelten für sie in Bayern die gleichen Regeln wie in Hamburg?

Schediwy: Das SGB V, die Zulassungsverordnung und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bundesrecht. In der Anwendung gibt es jedoch durchaus Unterschiede: Die Zulassungsausschüsse haben Ermessensspielräume, und auch die Kontrollmechanismen können unterschiedlich stark ausgeprägt sein.

Auch investorengetragene MVZ müssen sich an die Regeln halten. Deshalb haben wir in Bayern eine Formel zur großenadjustierten Wirtschaftlichkeitsprüfung entwickelt, die mehr Gerechtigkeit zwischen kleinen und großen Praxen schafft. Diese Formel wurde auf der Konferenz in Tutzing durch die Leiterin der Prüfungsstelle Dr. Kristin Büttner vorgestellt. Andere KZVen haben großes Interesse daran bekundet.

BZB: Welche Vorschriften sind aus KZV-Sicht verzichtbar?

Schediwy: Die Vielzahl an Regelungen zur Überprüfung von erbrachten Leistungen ist wenig zielgerichtet. Wir sollten dort Bürokratie abbauen, wo sie keine Qualitätssicherung leistet, sondern lediglich Misstrauen signalisiert. Mein Wunsch wäre ein stärker auf Kooperation ausgerichteter Regelungsrahmen, der den Zahnärzten wieder mehr Raum für ihren Beruf gibt.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.

Nachrichten aus Brüssel

@ greens87 – stock.adobe.com

CED-Vollversammlung in Danzig

Ende Mai fand die Frühjahrsvollversammlung des Council of European Dentists (CED), des Dachverbandes der europäischen Zahnärzteschaft, im polnischen Danzig statt. Die 50 Delegierten aus über 30 nationalen Zahnarztverbänden nahmen bei dem Treffen mit großer Mehrheit Positionspapiere zum Einsatz künstlicher Intelligenz in der Zahnmedizin, zu den Gefahren von Tabak und Zucker für die Mundgesundheit sowie zu fortlaufenden Problemen des EU-Rechtsrahmens für Medizinprodukte an. Angesichts einer wachsenden Zahl von Zahnärzten anderer EU-Länder oder aus Drittstaaten forderten die CED-Delegierten ferner die zuständigen Behörden der EU-Mitgliedsstaaten auf, die erworbenen zahnärztlichen Qualifikationen im Interesse der Patientensicherheit einer strengen Überprüfung zu unterziehen und die entsprechenden sprachlichen Fähigkeiten zu kontrollieren.

Bei der Vollversammlung stellte Prof. Dr. Rainer Jordan, Forschungsdirektor am Institut der Deutschen Zahnärzte und Dozent an der Universität Witten/Herdecke, die wichtigsten Ergebnisse der Sechsten Deutschen Gesundheitsstudie vor, die den Mundgesundheitsstatus und das Mundgesundheitsverhalten in Deutschland untersucht.

Neue EU-Binnenmarktstrategie veröffentlicht

Die Europäische Kommission hat ihre neue Binnenmarktstrategie vorgestellt. Die Brüsseler Behörde möchte dem gemeinsamen Binnenmarkt durch ein Bündel von Maßnahmen neue Impulse geben.

Ziel der Strategie ist nach den Worten von EU-Binnenmarktkommissar Stéphane Séjourné ein unkomplizierter, nahtloser und starker Binnenmarkt. Zu diesem Zweck sollen die zehn größten Hemmnisse beseitigt werden. Dazu zählt die Europäische Kommission etwa die langwierige Anerkennung beruflicher Qualifikationen, die langsame Entwicklung von Standards und Normen, Beschränkungen des grenzüberschreitenden Arbeitens und zu komplizierte nationale und europäische Regeln sowie die mangelhafte Umsetzung bereits geltender EU-Binnenmarktregeln. Um Anerkennungsverfahren schneller und effizienter zu gestalten, sollen beispielsweise verstärkt digitale Instrumente genutzt und Systeme zur automatischen Anerkennung beruflicher Qua-

lifikationen ausgebaut werden. Für das kommende Jahr hat die Kommission entsprechende Gesetzesvorschläge angekündigt.

Konsultation zum Rechtsakt über kritische Arzneimittel

Die EU-Kommission hat ihren Vorschlag für einen „Critical Medicines Act“ vorgelegt. Der Verordnungsvorschlag, der eines der wesentlichen gesundheitspolitischen EU-Gesetzgebungsvorhaben der kommenden Jahre ist, soll die Verfügbarkeit von Arzneimitteln, die für die medizinische Versorgung kritisch sind, in der EU verbessern. Begleitend zu ihrem Vorschlag hat die Kommission eine Konsultation gestartet, um von einer interessierten Öffentlichkeit zu erfahren, wie sie den Verordnungsvorschlag bewertet und welche zusätzlichen Maßnahmen ergriffen werden sollten, um die Versorgungssicherheit zu garantieren.

Mehr Transparenz bei Impfstoffdeals

Mitte Mai hat das Gericht der Europäischen Union (EuG) entschieden, dass die EU-Kommission zu Unrecht die Veröffentlichung von Textnachrichten zwischen der Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen und Pfizer-CEO Albert Bourla verweigert und damit gegen EU-Transparenzvorschriften verstößen hat.

Hintergrund des Rechtsstreites waren Forderungen, dass die Kommission Textnachrichten im Zusammenhang mit Verhandlungen über Covid-19-Impfstoffverträge im Jahr 2021 öffentlich machen sollte. Die Kommission hatte dies verweigert und im Gegenzug argumentiert, dass die betreffenden Nachrichten nicht archiviert worden seien und daher nicht mehr zur Verfügung ständen. Des Weiteren verwies sie darauf, dass derartige Textnachrichten nicht als offizielle Dokumente gelten würden und somit nicht den Transparenzvorschriften unterliegen. Eine Auffassung, die vom EuG nicht geteilt wurde. Die EU-Kommission kann nun entscheiden, ob sie das Urteil anfechten möchte und den Europäischen Gerichtshof (EuGH) als letzte Instanz anrufen wird.

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

Journal

© Tierney – stock.adobe.com

Schwartze plant neues Patientenrechtegesetz

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Stefan Schwartze, will in seiner zweiten Amtszeit das Patientenrechtegesetz reformieren. Das kündigte der SPD-Politiker in einem Gespräch mit dem „Deutschen Ärzteblatt“ an.

Das „Patientenrechtegesetz 2.0“ stand bereits in der vergangenen Legislaturperiode im Koalitionsvertrag, konnte aber wegen des Bruches der Ampelkoalition nicht realisiert werden. Obwohl es nicht explizit im schwarz-roten Koalitionsvertrag festgehalten wurde, will Schwartze das Thema in Gesprächen mit der neuen Hausleitung im Bundesjustizministerium besprechen. Dabei gehe es ihm vor allem um mehr Transparenz, um das Recht der Patientinnen und Patienten auf ihre Akte und um eine bessere Fehlerkultur. Zudem plant Schwartze in dem möglichen Gesetz statt einer Beweislastumkehr eine „Beweislastreduktion“, wie er gegenüber dem „Deutschen Ärzteblatt“ betonte.

tas/Quelle: Deutsches Ärzteblatt

Zahnärztinnen gründen lieber als Ärztinnen

Zahnärztinnen entscheiden sich häufiger für den Schritt in die Selbstständigkeit als ihre Kolleginnen aus der Medizin. Das zeigt die neue Versorgungsanalyse der Stiftung Gesundheit.

Während drei Viertel der Zahnärztinnen niedergelassen sind, gingen nur zwei Drittel der Ärztinnen in die Selbstständigkeit. Insgesamt sind mittlerweile mehr als ein Drittel der Ärztinnen (33,5 Prozent) angestellt, bei den Zahnärztinnen sind es nur knapp ein Viertel (24,9 Prozent). 16 Prozent der angestellten Ärztinnen und fast 9 Prozent der angestellten Zahnärztinnen arbeiten dabei in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Bei Männern sind bislang 14,5 Prozent der Zahnärzte angestellt tätig, bei ihren ärztlichen Kollegen wählt gut ein Viertel dieses Arbeitsmodell (26,4 Prozent).

Wie die Stiftung Gesundheit auf Basis von Versorgungsdaten meldet, sank zwischen 2022 und 2024 der Anteil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte von 72,6 auf 70,3 Prozent, während der Anteil der Ärzte, die in MVZ angestellt sind, von

13,8 auf 16,2 Prozent kletterte. In absoluten Zahlen entspricht das einem Zuwachs von etwa 7 000 Ärzten in MVZ in den vergangenen zwei Jahren.

„Es gibt viele Gründe für diese Entwicklung“, erklärt Christoph Dippe, CEO der Stiftung Gesundheit. „Zum einen beobachten wir, dass Investoren verstärkt Praxen aufkaufen und in MVZ umwandeln. Zusätzlich sind niedergelassene Ärzte durch externe Stressfaktoren stark belastet, wie unser Stimmungsbarometer regelmäßig zeigt.“ Ganz oben im Ranking der negativen Einflüsse finden sich Entscheidungen und Vorgaben aus der Politik oder Selbstverwaltung, die Digitalisierung sowie der hohe Anteil an administrativen Pflichten. Vor diesem Hintergrund sei es verständlich, dass sich immer mehr Ärzte gegen eine eigene Praxis entscheiden, so Dippe.

tas/Quelle: Stiftung Gesundheit

Klare Zustimmung für politische Maßnahmen

Die meisten Menschen in Deutschland befürworten staatliche Maßnahmen, um eine gesunde Ernährung zu fördern. Zu diesem Ergebnis kommt eine repräsentative Befragung im Auftrag des Verbraucherzentrale Bundesverbandes (vzbv).

Mehr als neun von zehn Befragten (91 Prozent) halten es für sehr oder eher sinnvoll, die Mehrwertsteuer auf gesunde Lebensmittel wie Obst, Gemüse und Hülsenfrüchte abzuschaffen. Fast neun von zehn (89 Prozent) sprechen sich für strengere Werbeschränkungen für Produkte mit viel Fett, Zucker und Salz zum Schutz von Kindern aus. Eine deutliche Mehrheit (79 Prozent) befürwortet zudem eine Abgabe auf stark zuckerhaltige Getränke, damit die Hersteller den Zuckergehalt reduzieren.

„Die Studie macht deutlich: Verbraucher erwarten von der Politik, dass sie gesunde Ernährung gezielt fördert – durch bessere Rahmenbedingungen, faire Preise und klare Informationen. Gesunde Ernährung darf nicht ausschließlich als Frage der Eigenverantwortung betrachtet werden“, betont Michaela Schröder, Geschäftsbereichsleiterin Verbraucherpolitik im vzbv.

tas/Quelle: vzbv

GOZ aktuell

Kieferorthopädie

In der Serie „GOZ aktuell“ veröffentlicht das Referat Honorierungssysteme der Bayerischen Landeszahnärztekammer 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.

Kieferorthopädische Behandlungen tragen maßgeblich dazu bei, Fehlstellungen der Zähne und Kiefer zu korrigieren und das äußere Erscheinungsbild zu optimieren. Digitale Technologien und innovative Methoden machen es möglich, die Behandlungen effektiv und ästhetisch unauffällig durchzuführen. Durch moderne Konzepte und fortschrittliche Materialien gestalten sich kieferorthopädische Maßnahmen deutlich komfortabler als früher. Die Behandlungen sind meist komplex und erfordern eine sorgfältige Planung. Auch die Abrechnung der kieferorthopädischen Leistungen kann herausfordernd sein, da sie nicht selten mit Erstattungsproblemen einhergeht. Das Referat Honorierungssysteme der Bayerischen Landeszahnärztekammer befasst sich in diesem Beitrag mit den Berechnungsmöglichkeiten von kieferorthopädischen Leistungen.

GOZ 6000

Profil- oder En-face-Fotografie einschließlich kieferorthopädischer Auswertung

Faktor 1,0 → 4,50 €	Faktor 2,3 → 10,35 €	Faktor 3,5 → 15,75 €
---------------------	----------------------	----------------------

- Die Leistung umfasst die Fotografie des Kopfes in der Frontal-, Halbseiten- oder Seitenansicht, ganz gleich in welcher Aufnahmetechnik.
- Die kieferorthopädische Auswertung der Fotografie ist mit der Leistung abgegolten.
- Die Aufnahmen sind je Projektion berechenbar.
- Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung setzt eine Begründung in der Rechnung voraus.
- Bei der Notwendigkeit einer erneuten Planung im Rahmen einer Therapieumstellung kann die Gebühr abermals berechnet werden.

→ Beschluss des Beratungsforums Nr. 15:

Im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung sind Fotos, die ausschließlich zu dokumentarischen Zwecken angefertigt worden sind, mit den Gebührennummern abgegolten und dürfen nicht gesondert berechnet werden. Fotos, die therapeutischen oder diagnostischen Zwecken, nicht jedoch einer kieferorthopädischen Auswertung dienen, sind analog berechnungsfähig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 6000 für angemessen.

GOZ 6010

Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, grafische oder metrische Analysen, Diagramme), je Leistung nach der Nummer 0060

Faktor 1,0 → 10,12 €	Faktor 2,3 → 23,28 €	Faktor 3,5 → 35,43 €
----------------------	----------------------	----------------------

- Die Leistung dient der Erfassung und Dokumentation der jeweiligen Zahnbogenform und Bisslage bzw. Okklusion.
- Beispielsweise eine dreidimensionale Analyse, grafische oder metrische Auswertungen kommen als Methoden in Betracht.
- Werden mehrere der oben aufgeführten Methoden angewandt, können sie einzeln berechnet werden.
- Die Leistung ist nicht je Analysegang, sondern je analysiertem Modellpaar berechnungsfähig.
- Andere als die aufgeführten Methoden werden analog gemäß § 6 Abs. 1 GOZ berechnet.
- Die Leistung ist im Verlauf einer Behandlung mehrfach berechenbar.
- Für die Berechnung der Leistung ist GOZ 0060 (Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle) Voraussetzung.

→ Beschluss des Beratungsforums Nr. 53:

Die kieferorthopädische Analyse eines digitalen Situationsmodell-paars (dreidimensionale, grafische oder metrische Analysen, Diagramme), das nach optisch-elektronischer Abformung einschließlich einfacher Bissregistrierung zur Diagnose oder Planung vorliegt, 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 die GOZ-Nr. 6010 für angemessen.

GOZ 6020

Anwendung von Methoden zur Untersuchung des Gesichtsschädels (zeichnerische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels, Wachstumsanalysen)

Faktor 1,0 → 20,25 €	Faktor 2,3 → 46,57 €	Faktor 3,5 → 70,87 €
----------------------	----------------------	----------------------

- Die Leistung besteht aus der grafischen Darstellung zuvor röntgenologisch (Fernröntgenaufnahme) erfasster individueller anatomischer Gegebenheiten (Durchzeichnung, elektronische Erfassung) und deren anschließender Auswertung.
- Es wird zwischen der Skelett- und der Weichteilebene unterschieden.
- Aufgrund der erhobenen Befunde beinhaltet die Leistung eine Aussage zur Analyse des Schädelwachstums und der Lagebeziehungen der Kiefer in der abgebildeten Schädelebene.
- Mehrere unterschiedliche Methoden können auch einzeln berechnet werden.
- Die Leistung ist im Verlauf einer Behandlung wiederholt berechnungsfähig.
- Die Leistung setzt nicht voraus, dass die vorausgehenden Röntgenaufnahmen in derselben Praxis angefertigt wurden.

GOZ 6030**Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, geringer Umfang**

Faktor 1,0 → 75,93 € | Faktor 2,3 → 174,63 € | Faktor 3,5 → 265,74 €

GOZ 6040**Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang**

Faktor 1,0 → 118,11 € | Faktor 2,3 → 271,65 € | Faktor 3,5 → 413,38 €

GOZ 6050**Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, hoher Umfang**

Faktor 1,0 → 202,47 € | Faktor 2,3 → 465,68 € | Faktor 3,5 → 708,65 €

- Die Leistungen beinhalten alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.
- Die Leistungen sind je Kiefer berechenbar.
- Die Maßnahmen umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten.
- Schienen, Aligner, Positioner oder elastische Geräte, die geeignet sind, Zahnfehlstellungen zu korrigieren und/oder erzielte Behandlungsresultate zu stabilisieren, werden den abnehmbaren Apparaturen zugeordnet.
- Leistungen nach den GOZ-Nummern 6190 bis 6260 sind im selben Kiefer nicht daneben berechnungsfähig.
- Vorbereitende Maßnahmen wie Abformungen zur Herstellung von Behandlungsgeräten sowie die Eingliederung von herausnehmbaren Apparaturen, Verlaufskontrollen und Maßnahmen zur Retention sind mit den Gebühren abgegolten.
- Spezielle Maßnahmen wie die Eingliederung von Brackets, Bändern sowie Bögen und Teilbögen und intra-extraorale Verankerungsapparaturen sowie die Entfernung von Brackets und Bändern sowie Bögen und Teilbögen sind nicht vom Leistungsumfang erfasst.
- Endet die Behandlung vor Ablauf von vier Jahren und ist später infolge Befundänderung – auch vor Ablauf dieses Zeitraumes – eine neue Behandlung erforderlich, kann eine neue Therapie nach den Nummern 6030 bis 6050 berechnet werden.
- Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang nach GOZ 6040 müssen mindestens drei, bei Maßnahmen von hohem Umfang nach GOZ 6050 mindestens vier der Kriterien nach den Buchstaben a) bis e) erfüllt sein:
 - a) Zahl der bewegten Zahngruppen: zwei und mehr Zahngruppen,
 - b) Ausmaß der Zahnbewegung: mehr als 2 Millimeter,
 - c) Art der Zahnbewegung: körperlich mehr als 2 Millimeter, kontrollierte Wurzelbewegung, direkte Veränderung der Biss Höhe, Zahndrehung mehr als 30 Grad,
 - d) Richtung der Zahnbewegung: entgegen Wanderungstendenz,
 - e) Verankerung: mit zusätzlichen intra- oder extraoralen Maßnahmen.

GOZ 6060**Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, geringer Umfang**

Faktor 1,0 → 101,24 € | Faktor 2,3 → 232,84 € | Faktor 3,5 → 354,33 €

GOZ 6070**Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittlerer Umfang**

Faktor 1,0 → 146,23 € | Faktor 2,3 → 336,33 € | Faktor 3,5 → 511,80 €

GOZ 6080**Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, hoher Umfang**

Faktor 1,0 → 202,47 € | Faktor 2,3 → 465,68 € | Faktor 3,5 → 708,65 €

- Die Leistungen beinhalten alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.
- Die Leistungen sind je Kiefer berechenbar.
- Die Maßnahmen umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten.
- Leistungen nach den GOZ-Nummern 6190 bis 6260 sind daneben nicht berechnungsfähig.
- Die Wachstumsphase ist nicht an ein bestimmtes Alter gebunden.
- Behandlungen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase fallen nicht unter diese Gebührennummer, sondern werden nach der Nummer 6090 berechnet.
- Endet die Behandlung vor Ablauf von vier Jahren und ist später infolge Befundänderung – auch vor Ablauf dieses Zeitraumes – eine neue Behandlung erforderlich, kann eine neue Therapie nach den Nummern 6060 bis 6080 berechnet werden.
- GOZ 6060 ist auch für eine für die weitere therapeutische Versorgung notwendige Extrusion eines Zahnes berechenbar.
- Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang nach GOZ 6070 muss mindestens ein Kriterium nach den Buchstaben a) bis c), bei Maßnahmen von hohem Umfang nach GOZ 6080 müssen mindestens zwei der Kriterien erfüllt sein:
 - a) Ausmaß der Bissverschiebung: mehr als 4 Millimeter,
 - b) Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung, Unterkiefer relativ zum Oberkiefer: dorsal,
 - c) Skelettale Bedingungen: ungünstige Wachstums-voraussetzungen.

Eingliederung eines festsitzenden Retainers

(Auszug aus einer Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer)

Das Bundesverwaltungsgericht hat am 26. Februar 2021 (Az.: BVerwG 5 C 7.19) entschieden, dass die Eingliederung des festsitzenden Retainers eine besondere Ausführung der Retention sei und daher nicht neben den Kernpositionen berechnet werden könne. Neben den kieferorthopädischen Kernpositionen 6030 bis 6080 GOZ ist die Eingliederung eines festsitzenden Retentionsgerätes danach nicht zusätzlich berechenbar.

Das Urteil überzeugt weder fachlich noch gebührenrechtlich.

Die Leistungsbeschreibungen der Geb.-Nrn. 6030 bis 6080 GOZ enthalten keinen entsprechenden Abrechnungsausschluss.

Die Eingliederung eines festsitzenden Retentionsgerätes ist kein methodisch notwendiger Bestandteil der Kernpositionen 6030 bis 6080 GOZ, sodass die zusätzliche Berechnung auch nicht durch § 4 Absatz 2 GOZ ausgeschlossen wäre.

Die Bundeszahnärztekammer hält an der Auffassung fest, dass gebührenrechtlich eine gesonderte Berechnung der Eingliederung eines festsitzenden Retainers neben den Kernpositionen zulässig ist. Es ist jedoch möglich, dass das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts auch auf die Rechtsprechung der unteren Verwaltungsgerichte wie auf die zivilgerichtliche Rechtsprechung Einfluss hat.

Lediglich aus Gründen der Rechtssicherheit empfiehlt die Bundeszahnärztekammer die Berücksichtigung des Mehraufwandes der Eingliederung eines festsitzenden Retainers bei der Gebührenbemessung der jeweiligen Grundleistung (GOZ Nrn. 6030 bis 6080) nach § 5 oder durch eine Vereinbarung nach § 2 GOZ.

GOZ 6090**Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention, je Kiefer**

Faktor 1,0 → 39,37 €	Faktor 2,3 → 90,55 €	Faktor 3,5 → 137,79 €
----------------------	----------------------	-----------------------

- Vorwiegend wird die Leistung bei der kieferorthopädischen Behandlung Erwachsener berechnet.
- Die Gebühr umfasst alle Leistungen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich nach abgeschlossenem Kiefer- und Schädelwachstum unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten (Schienen, Positioner und dergleichen).
- Die Gebührennummer ist neben GOZ 6030 bis 6050 (Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention) berechnungsfähig, allerdings nur außerhalb einer Wachstumsphase.
- Die Leistung ist nicht an einen Vierjahreszeitraum gebunden.

GOZ 6100**Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel**

Faktor 1,0 → 9,28 €	Faktor 2,3 → 21,34 €	Faktor 3,5 → 32,48 €
---------------------	----------------------	----------------------

- Mit der Leistung sind das Positionieren, die Eingliederung des Brackets und die Überschussentfernung abgegolten.
- Auch die Material- und Laborkosten für Standardmaterialien (unprogrammierte Edelstahlbrackets, unprogrammierte Attachments) sind mit der Gebühr abgegolten.
- Mehrkosten für aufwendigere Materialien können nach vorheriger Vereinbarung mit den Zahlungspflichtigen gesondert berechnet werden.
- Wird an einem Zahn mehr als ein Bracket befestigt, ist die Leistung auch mehrfach je Zahn berechnungsfähig.
- Lingual befestigte Brackets werden auch mit dieser Gebühr berechnet.
- Das erneute Befestigen eines gelösten Brackets kann auch wieder mit dieser Gebühr berechnet werden.
- Wird ein Bracket umpositioniert, kann zusätzlich GOZ 6110 (Entfernen eines Klebebrackets) berechnet werden.
- Neben der Gebühr kann die Bracketumfeld-Versiegelung separat als Glattflächenversiegelung (GOZ 2000) berechnet werden.

Adhäsive Befestigung eines Klebebrackets

(Auszug aus einer Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer)

Das Bundesverwaltungsgericht hat am 5. März 2021 (Az.: 5 C 11.19) entschieden, dass die adhäsive Befestigung eines Klebebrackets zwar kein (methodisch notwendiger) Bestandteil der Eingliederung eines Klebebrackets, jedoch eine „besondere Ausführung“ des Eingliederns sei, die aufgrund des in § 4 Abs. 2 GOZ geregelten Zielleistungsprinzips nicht gesondert berechnungsfähig ist.

Die Bundeszahnärztekammer hält an der Auffassung fest, dass gebührenrechtlich eine Nebeneinanderberechnung der Geb.-Nrn. 6100 und 2197 GOZ möglich ist. Es ist jedoch möglich, dass das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts auch auf die Rechtsprechung der unteren Verwaltungsgerichte wie auf die zivilgerichtliche Rechtsprechung Einfluss hat.

Lediglich aus Gründen der Rechtssicherheit empfiehlt die Bundeszahnärztekammer die Berücksichtigung des Mehraufwandes der adhäsiven Befestigung eines Brackets bei der Gebührenbemessung der Geb.-Nr. 6100 GOZ nach § 5 oder durch eine Vereinbarung nach § 2 GOZ.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ**Kieferorthopädisches Attachment**

Das Anbringen von Attachments im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung mit Alignern ist in der Gebührenordnung nicht beschrieben.

GOZ 6110**Entfernung eines Klebebrackets einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes**

Faktor 1,0 → 3,94 €	Faktor 2,3 → 9,05 €	Faktor 3,5 → 13,78 €
---------------------	---------------------	----------------------

- Die Leistung wird je Klebebracket berechnet.
- Mit der Leistung sind das Abnehmen des Klebebrackets oder Attachments, das Entfernen von Kleberesten und das Polieren abgegolten.
- Die in der Leistungsbeschreibung genannte „gegebenenfalls erfolgende Versiegelung des Zahnes“ beinhaltet lediglich die ursprüngliche Kontakt-/Umgebungsfläche des entfernten Klebebrackets/Bandes (Demineralisationen ohne Kavitätenbildung).
- Fissuren-/Glattflächenversiegelungen mit eigenständiger Indikation, unabhängig von der Entfernung eines Klebebrackets/Bandes, werden mit GOZ 2000 berechnet.
- Wird ein Bracket umpositioniert, kann zusätzlich GOZ 6100 (Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel) berechnet werden.
- Auch das Entfernen von Attachments im Zusammenhang mit Alignern wird mit dieser Gebühr berechnet.

GOZ 6120**Eingliederung eines Bandes zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel**

Faktor 1,0 → 12,94 €	Faktor 2,3 → 29,75 €	Faktor 3,5 → 45,27 €
----------------------	----------------------	----------------------

- Die Vorauswahl am Modell, das Vorbeschleifen des Bandes, die Einprobe, das Adaptieren, das Konturieren, die einfache Trockenlegung, das Zementieren und die Überschussentfernung sind mit dieser Gebühr abgegolten.
- Die adhäsive Befestigung des Bandes wird zusätzlich mit GOZ 2197 berechnet.
- Die Leistung wird je Zahn abgerechnet.
- Auch die Rezementierung wird mit dieser Gebühr berechnet.

GOZ 6130**Entfernung eines Bandes einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes**

Faktor 1,0 → 1,12 €	Faktor 2,3 → 2,59 €	Faktor 3,5 → 3,94 €
---------------------	---------------------	---------------------

- Mit dieser Leistung sind das Abnehmen eines Bandes, das Entfernen von Kleberesten und das Polieren abgegolten.
- Die in der Leistungsbeschreibung genannte „gegebenenfalls erfolgende Versiegelung des Zahnes“ beinhaltet lediglich die ursprüngliche Kontakt-/Umgebungsfläche des entfernten Klebebrackets/Bandes (Demineralisationen ohne Kavitätenbildung).
- Fissuren-/Glattflächenversiegelungen mit eigenständiger Indikation, unabhängig von der Entfernung eines Klebebrackets/Bandes, werden mit GOZ 2000 berechnet.

GOZ 6140**Eingliederung eines Teilbogens**

Faktor 1,0 → 11,81 €	Faktor 2,3 → 27,16 €	Faktor 3,5 → 41,34 €
----------------------	----------------------	----------------------

- Die Leistung wird je Teilbogen berechnet.
- Mit der Leistung sind das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren abgegolten.
- Die Leistung kann auch neben der Eingliederung eines ungeteilten Bogens zum Ansatz kommen.
- Die Gebühr wird auch für die Wiedereingliederung eines gelösten Teilbogens oder die erneute Eingliederung desselben Bogens berechnet.
- Materialkosten für Standard-Teilbögen sind eingeschlossen.

GOZ 6150**Eingliederung eines ungeteilten Bogens, alle Zahnguppen umfassend, je Kiefer**

Faktor 1,0 → 28,12 €	Faktor 2,3 → 64,68 €	Faktor 3,5 → 98,42 €
----------------------	----------------------	----------------------

- Das Anpassen, die Einprobe, das Einsetzen und das Einligieren werden von dieser Gebühr umfasst.
- Die Leistung kann auch neben der Eingliederung von Teilbögen berechnet werden.
- Die Wiedereingliederung eines gelösten Bogens oder die erneute Eingliederung desselben Bogens werden auch mit dieser Gebühr berechnet.

GOZ 6160**Eingliederung einer intra-/extraoralen Verankerung (z.B. Headgear)**

Faktor 1,0 → 20,81 €	Faktor 2,3 → 47,86 €	Faktor 3,5 → 72,83 €
----------------------	----------------------	----------------------

- Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel können zusätzlich berechnet werden.
- Auch Material- und Laborkosten sind gesondert berechnungsfähig.
- Ankerbänder sind von der Gebühr nicht erfasst und können gesondert nach GOZ 6120 berechnet werden.

GOZ 6170**Eingliederung einer Kopf-Kinn-Kappe**

Faktor 1,0 → 28,12 €	Faktor 2,3 → 64,68 €	Faktor 3,5 → 98,42 €
----------------------	----------------------	----------------------

- Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel können zusätzlich berechnet werden.
- Die Leistung ist im Verlauf einer Behandlung auch mehrfach berechenbar.

GOZ 6180**Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und/oder Erweiterung von herausnehmbaren Behandlungsgeräten einschließlich Abformung und Wiedereinfügen, je Kiefer und je Sitzung einmal berechnungsfähig**

Faktor 1,0 → 15,19 €	Faktor 2,3 → 34,93 €	Faktor 3,5 → 53,15 €
----------------------	----------------------	----------------------

- Auch Erweiterungsmaßnahmen werden mit dieser Gebühr berechnet.
- Die Gebühr ist zweimal je Sitzung berechnungsfähig, wenn in beiden Kiefern die Leistung erbracht wird.

GOZ 6190**Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen**

Faktor 1,0 → 7,87 €	Faktor 2,3 → 18,11 €	Faktor 3,5 → 27,56 €
---------------------	----------------------	----------------------

- Neben dieser Leistung ist GOZ 0010 (Eingehende Untersuchung) in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig.
- GOÄ 1 (Beratung) kann neben dieser Gebühr berechnet werden.
- Die Gebühr ist im Zusammenhang mit den GOZ-Positionen 6030 bis 6050 (Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention) und 6060 bis 6080 (Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention) nicht berechnungsfähig.
- Im Behandlungsverlauf ist die Leistung mehrfach berechenbar.
- Die Leistung bezieht sich nicht nur auf kieferorthopädische Fragestellungen.

GOZ 6200**Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen (z.B. Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen**

Faktor 1,0 → 25,31 €	Faktor 2,3 → 58,21 €	Faktor 3,5 → 88,58 €
----------------------	----------------------	----------------------

- Mit dieser Leistung wird die Eingliederung aller Hilfsmittel berechnet, die geeignet sind, Funktions- oder Verhaltensstörungen abzustellen (auch konfektioniert).
- Die Anleitung zum Gebrauch sowie die Verlaufskontrolle sind Leistungsbestandteil.
- Die Leistung ist einmal je Kiefer berechenbar.
- Die Gebühr ist im Zusammenhang mit den GOZ-Positionen 6030 bis 6050 (Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention) und 6060 bis 6080 (Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention) nicht berechnungsfähig.
- Die Kosten für die verwendeten Hilfsmittel werden als Zahntechnikkosten nach § 9 beziehungsweise als Auslage nach § 4 Abs. 3 GOZ berechnet.

GOZ 6210**Kontrolle des Behandlungsverlaufes oder Weiterführung der Retention einschließlich kleiner Änderungen der Behandlungs- oder Retentionsgeräte, Therapiekontrolle der gesteuerten Extraktion, je Sitzung**

Faktor 1,0 → 5,06 €	Faktor 2,3 → 11,64 €	Faktor 3,5 → 17,72 €
---------------------	----------------------	----------------------

- Die Gebühr kommt beispielsweise bei der Vorbehandlung, der Frühbehandlung oder im Vertretungsfall zum Ansatz, das heißt, bei Kontrollen eines kieferorthopädischen Behandlungsverlaufes oder auf eine Weiterführung der Retention in denjenigen Fällen, die nicht den Abrechnungsbestimmungen zu den Nummern 6030 bis 6050 (Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention) und 6060 bis 6080 (Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention) unterliegen.
- Wenn sich die Behandlungszeit inklusive Retentionsphase allerdings über einen Zeitraum von mehr als vier Jahren erstreckt, kommt die Gebühr auch bei Kontrollen im Zusammenhang mit den GOZ-Positionen 6030 bis 6080 zur Anwendung.
- Die Leistung unterliegt keiner zeitlichen Befristung oder Begrenzung.

GOZ 6220**Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z. B. Abformung, Bissnahme), je Kiefer**

Faktor 1,0 → 10,12 € | Faktor 2,3 → 23,28 € | Faktor 3,5 → 35,43 €

- Bei einem bimaxillär wirkenden Gerät ist die Gebühr zweimal berechnungsfähig.
- Die Gebühr ist im Zusammenhang mit den GOZ-Positionen 6030 bis 6050 (Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention) und 6060 bis 6080 (Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention) nicht berechnungsfähig.

GOZ 6230**Eingliederung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer**

Faktor 1,0 → 10,12 € | Faktor 2,3 → 23,28 € | Faktor 3,5 → 35,43 €

- Die Leistung beinhaltet die Eingliederung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, die nicht im Zusammenhang mit den Nummern 6030 bis 6050 (Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention) und 6060 bis 6080 (Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention) stehen.
- Die Kontrolle eines bereits vorhandenen Gerätes ist mit GOZ 6210 zusätzlich berechnungsfähig.

GOZ 6240**Maßnahmen zur Verhütung von Folgen vorzeitigen Zahnverlustes (Offenhalten einer Lücke)**

Faktor 1,0 → 15,19 € | Faktor 2,3 → 34,93 € | Faktor 3,5 → 53,15 €

- Die Gebühr ist je offen zu haltender Lücke, also auch mehrfach pro Kiefer, ansetzbar.
- Die Leistung kann mit festsitzendem oder abnehmbarem Gerät erfolgen.
- Die Gebühr ist nicht neben den GOZ-Positionen 6030 bis 6050 (Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention) und 6060 bis 6080 (Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention) berechnungsfähig.

GOZ 6250**Beseitigung des Diastemas, als selbstständige Leistung**

Faktor 1,0 → 25,31 € | Faktor 2,3 → 58,21 € | Faktor 3,5 → 88,58 €

- Die Gebühr wird für sämtliche Maßnahmen angesetzt, die geeignet sind, Lücken zwischen Zähnen mittels kieferorthopädischer Maßnahmen zu verringern oder zu beseitigen
- Die chirurgische Vorbehandlung des echten Diastemas (Diastema mediale) wird mit GOZ 3280 (Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens) berechnet.
- Die Gebühr ist nicht neben den GOZ-Positionen 6030 bis 6050 (Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention) und 6060 bis 6080 (Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention) berechnungsfähig.
- Die Kontrolle des Behandlungsverlaufes wird mit GOZ 6210 berechnet.

GOZ 6260**Maßnahmen zur Einordnung eines verlagerten Zahnes in den Zahnbogen, als selbstständige Leistung**

Faktor 1,0 → 61,87 € | Faktor 2,3 → 142,29 € | Faktor 3,5 → 216,53 €

- Neben dieser Leistung können auch chirurgische Maßnahmen notwendig werden, die gesondert berechnet werden können.
- Die Leistung ist auch mehrfach pro Kiefer berechenbar.
- Die Gebühr ist nicht neben den GOZ-Positionen 6030 bis 6050 (Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention) und 6060 bis 6080 (Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention) berechnungsfähig.
- Die Gebühr ist auch für eine für die weitere therapeutische Versorgung notwendige Extrusion eines Zahnes berechnungsfähig.
- Die Kontrolle des Behandlungsverlaufes wird mit GOZ 6210 berechnet.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ | GOÄ 2702**Entfernen oder Ausgliedern von Bögen und Teilbögen**

Das Entfernen oder Ausgliedern von Bögen und Teilbögen ist im Leistungstext der GOZ-Positionen 6140 (Eingliederung eines Teilbogens) und 6150 (Eingliederung eines ungeteilten Bogens) nicht enthalten.

Die Bundeszahnärztekammer stellt in ihrem Kommentar zur GOZ zu beiden Gebühren fest: Die Entfernung eines Teilbogens/eines ungeteilten Bogens ist unter der Nummer 2702 (GOÄ) beschrieben.

Der BDK (Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden) vertritt die Auffassung, die Leistung sei analog zu berechnen, weil nicht in der GOZ beschrieben.

Einig ist man sich darin, dass das Ausgliedern nicht Bestandteil der Leistungen 6140 oder 6150 GOZ ist.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ**Entfernen von Zementresten/Kunststoff durch eine/n andere/n Zahnärztin/Zahnarzt**

Im Allgemeinen gehört die Entfernung des Befestigungszementes zur Entfernung des Retainers oder der Brackets. Werden allerdings Zementreste bei Patienten entfernt, bei denen der Retainer oder die Brackets bereits durch eine andere Behandlerin oder einen anderen Behandler abgenommen wurden, kann dies separat berechnet werden.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ**Approximale Schmelzreduktion**

Die approximale Schmelzreduktion (ASR) dient der Reduktion von Zahnschmelz im Bereich der Kontaktflächen zwischen den Zähnen. Dadurch können Engstände behandelt, benötigter Platz im Zahnbogen geschaffen und auf eine Extraktion verzichtet werden.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ**ClinCheck® im Zusammenhang mit Aligner-Therapie**

Mithilfe von ClinCheck® kann die gesamte Behandlung von der Ausgangsphase bis hin zum Behandlungsende detailliert dargestellt werden. Die 3D-Software ermöglicht eine präzise Planung der Zahnkorrektur und veranschaulicht die gesamte Therapie.



Fazit

Nach den Bestimmungen des Patientenrechtegesetzes (§§ 630 a bis 630 h BGB) müssen Patienten umfassend über den Behandlungsablauf, die Diagnose, die Risiken und auch die Therapiemöglichkeiten aufgeklärt werden. Zusätzlich muss die wirtschaftliche Aufklärungspflicht beachtet werden. Die Kostenaufklärung muss alle abschätzbaren Leistungen enthalten, die im Zusammenhang mit der geplanten Behandlung anfallen werden.

Grundsätzlich sind mit den GOZ-Leistungen 6100, 6120, 6140 und 6150 die Kosten für Standardmaterialien abgegolten. Werden andere Materialien als der Standard verwendet (z. B. selbstligierende Brackets oder hochelastische Bögen), können die Mehrkosten gesondert berechnet werden, wenn dies vor der Behandlung schriftlich vereinbart wurde.



MANUELA KUNZE

Referat Honorierungs-
systeme der BLZK



DR. DR. FRANK WOHL

Präsident und Referent Ho-
norierungssysteme der BLZK

BEISPIEL EINER MATERIALKOSTENVEREINBARUNG BEI KFO

Mir ist bekannt, dass die Material- und Laborkosten für Standardmaterialien (z. B. unprogrammierte Edelstahlbrackets, unprogrammierte Attachments, Edelstahlbänder) mit den Gebührennummern 6100, 6120, 6140 und 6150 GOZ abgegolten sind. Keramikbrackets gehören nicht zu den Standardmaterialien und gehen über den Umfang der mit den Gebühren abgegoltenen Materialkosten hinaus.

Beschreibung	Preis €	Anzahl	Gesamt €	Differenz = zu zahlender Betrag
Keramikbracket abzüglich Kosten für Standardmaterial (unprogrammierte Edelstahlbrackets)				
Mehrkosten Material				

Eine Erstattung der Material- und Laborkosten durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Zum Download finden Sie das Beispiel auf der Website der Bayerischen Landeszahnärztekammer:
www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa_goz_beratung.html.

ANZEIGE

DENTALES ERBE

500.000 EXPOLENTE AUS 5.000 JAHREN

QR code

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

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

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





Kassenzahnärztliche
Vereinigung Bayerns

Gib Hackern keine Chance

Zwei-Faktor-Authentifizierung auf kzvb.de

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

Alle Infos
auf kzvb.de!



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

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

„Einer trägt die Gesamtverantwortung“

MVZ: Zahnärztliche Leiter haften für Fehler ihrer Kollegen



© feng – stock.adobe.com

Jedes an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) muss von einem Zahnarzt geleitet werden. Aufgrund der wachsenden Anzahl von MVZ erreichen die KZVB vermehrt Anfragen, welche Rechte und Pflichten man als zahnärztlicher Leiter hat. Antworten auf diese Frage liefert dieser Artikel.

Die Doppelrolle

Gemäß § 95 Absatz 1 Satz 3 SGB V muss der zahnärztliche Leiter selbst im MVZ als angestellter Zahnarzt oder Vertragszahnarzt tätig sein. Dadurch übernimmt er eine Doppelrolle: Einerseits ist er in die direkte Patientenversorgung eingebunden. Andererseits fungiert er als zentrales Bindeglied zwischen MVZ und vertragszahnärztlicher Versorgung. Zwar obliegt dem MVZ die volle Verantwortung für die korrekte Organisation der Behandlungen und für die Leistungsabrechnung. Allerdings kann das MVZ als Einrichtung nicht selbst an der ver-

tragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen und ist nicht selbst Träger von entsprechenden Rechten und Pflichten. Juristisch muss die Verantwortung daher an anderer Stelle verortet werden, nämlich in der Person des zahnärztlichen Leiters – mit weitreichenden Konsequenzen für dessen Pflichten und Haftungsrisiken.

Verantwortung birgt Risiko

Die Position des zahnärztlichen Leiters geht mit einem hohen Maß an Verantwortung einher. Zugleich bestehen auch erhebliche Haftungsrisiken.

• Gesamtverantwortung

Der zahnärztliche Leiter trägt die Gesamtverantwortung gegenüber der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Er ist deren Ansprechpartner und verantwortlich für den ordnungsgemäßen Ablauf der vertragszahnärztlichen Versorgung im MVZ. Das bedeutet, er muss dafür Sorge tragen, dass sowohl das MVZ als auch alle dort tätigen Zahnärzte sämtlichen vertragszahnärztlichen Pflichten nachkommen und die geltenden gesetzlichen Bestimmungen einhalten. Insbesondere hat der zahnärztliche Leiter sicherzustellen, dass sämtliche Leistun-

gen korrekt und gemäß den gesetzlichen Vorgaben erbracht und abgerechnet werden.

• Disziplinarische Haftung

Anknüpfend an diese Gesamtverantwortung unterliegt der zahnärztliche Leiter der umfassenden Disziplinargewalt der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Diese kann ihn für vertragszahnärztliche Pflichtverletzungen des MVZ zur Rechenschaft ziehen. Dies betrifft unter anderem auch Verstöße gegen die Pflicht zur peinlich genauen Leistungsabrechnung. Als Gesamtverantwortlicher gilt dies selbst dann, wenn die fehlerhaften Abrechnungen nicht in einem direkten Zusammenhang zu den eigenen Behandlungen stehen. Ein Beispiel: Gegen einen ärztlichen Leiter wurde eine Geldbuße in Höhe von 8.000 Euro verhängt, weil es bei der Abrechnung des MVZ zu einem Verstoß gegen die Pflicht zur peinlich genauen Leistungsabrechnung gekommen ist (vgl. auch SG München, Gerichtsbescheid v. 21.01.2021 – S 38 KA 165/19).

• Verantwortung für Betriebsabläufe

Dem zahnärztlichen Leiter obliegt die Verantwortung für die Steuerung der zahnärztlichen Betriebsabläufe. Er hat sicherzustellen, dass die im MVZ tätigen Zahnärzte in ihrer zahnärztlichen Tätigkeit nicht den Weisungen von fachfremden Personen unterliegen. Der zahnärztliche Leiter hat stets dafür Sorge zu tragen, dass die im MVZ angestellten Zahnärzte unabhängig arbeiten können und ausreichend Freiräume und Entscheidungsspielräume in Bezug auf ihre zahnmedizinischen Leistungen haben. Insbesondere dürfen Behandlungen nicht von wirtschaftlichen Faktoren beeinflusst werden. Sämtliche Zahnärzte müssen also frei entscheiden können – ohne Druck von Geschäftsführern oder Investoren.

• Haftungsrisiko gegenüber dem Arbeitgeber

Ferner kann der zahnärztliche Leiter von seinem Arbeitgeber für eine schuldhafte Pflichtverletzung seiner aus dem Arbeitsverhältnis resultieren-

den Pflichten in Anspruch genommen werden. Wie bei jedem Arbeitnehmer gilt: Werden arbeitsvertragliche Pflichten schuldhaft verletzt und dadurch ein Schaden des Arbeitgebers verursacht, kommt unter Umständen eine persönliche Haftung in Betracht.

Beim zahnärztlichen Leiter ist die Abrechnung ein besonders sensibles Feld. Das Bundessozialgericht (BSG) hat zwar klargestellt, dass der Vergütungsanspruch und das Thema Vergütung im Allgemeinen dem Träger des MVZ zuzuordnen sind. Da die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen aber in den Zuständigkeitsbereich des zahnärztlichen Leiters fällt, ist es jedoch denkbar, dass der Träger eines MVZ diesen bei Abrechnungsfehlern und daraus resultierenden Schäden in Regress nimmt.

Denkbar wäre dies etwa bei einer nicht verlängerten Genehmigung eines Vorbereitungsassistenten. Zwar ist der Träger des MVZ formell Antragsteller für die Genehmigung. Jedoch obliegt es dem zahnärztlichen Leiter, die Einhaltung sämtlicher vertragszahnärztlicher Pflichten sowie Gesetzeskonformität der Leistungen sicherzustellen. Werden GKV-Leistungen abgerechnet, die von einem nicht (mehr) genehmigten Vorbereitungsassistenten erbracht wurden, handelt es sich um nicht abrechnungsfähige Leistungen. Diese können nicht vergütet werden, was zu einem Schaden beim Träger des MVZ führen kann. Sofern der Träger des MVZ nachweisen kann, dass der zahnärztliche Leiter seine Pflichten schuldhaft verletzt hat – etwa, weil er über die ausstehende Verlängerung informiert war, den Vorbereitungsassistenten aber trotzdem tätig werden ließ und entsprechende Leistungsabrechnungen vornahm – kann ein Schadensersatzanspruch bestehen.

Zum Schutz des Arbeitnehmers greift in solchen Fällen das Prinzip der beschränkten Arbeitnehmerhaftung. Dieses differenziert nach dem Grad des Verschuldens: Bei leichter Fahrlässigkeit haftet der Arbeitnehmer nicht. Bei mittlerer Fahrlässigkeit haften Arbeitgeber und Arbeitnehmer anteilig. Bei

grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz haftet der Arbeitnehmer vollumfänglich.

Fazit

Die Tätigkeit als zahnärztlicher Leiter eines MVZ geht also weit über die klassische zahnärztliche Tätigkeit hinaus. Sie ist mit erheblicher Verantwortung und entsprechenden Haftungsrisiken verbunden. Neben fachlicher Kompetenz sind insbesondere Führungskompetenz, organisatorisches Geschick und ein fundiertes Verständnis der rechtlichen Rahmenbedingungen erforderlich.

Neben dem erforderlichen Know-how ist es von höchster Relevanz, dass der zahnärztliche Leiter auch die Möglichkeit hat, sich umfassend in die Betriebsabläufe einzubringen, um seiner Position gerecht werden zu können. Dieser Aspekt sollte bei der Ausgestaltung des Arbeitsvertrages besondere Beachtung finden. Es ist entscheidend, dass dieser dem zahnärztlichen Leiter ausreichend Befugnisse in den relevanten Geschäftsbereichen einräumt. Darüber hinaus sollte der zahnärztliche Leiter stets sicherstellen, dass er über einen ausreichenden Einblick in die jeweiligen Geschäftsbereiche verfügt, um seinen Pflichten gerecht werden zu können.

Zahnärzte, die sich für die Position des zahnärztlichen Leiters interessieren, sollten sich bewusst sein, dass diese Position weit mehr als eine Berufsbezeichnung oder eine Beförderung darstellt. Diese Position erweitert den Verantwortungs- und Pflichtenkreis eines angestellten Zahnarztes erheblich. Angesichts dessen ist es unerlässlich, arbeitsvertragliche Bestimmungen sorgfältig zu prüfen und sich der Tragweite seiner Verantwortung und hiermit einhergehenden Pflichten stets bewusst zu sein.

Dr. Lina Reichmuth
Assessorin (Ass.iur.)
GB Rechtsangelegenheiten
und Gerichtsverfahren (RG)



Muss die Praxiswebsite barrierefrei sein?

Neues Gesetz kann auch Zahnärzte betreffen

Zum 28. Juni 2025 trat das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) in Kraft. Ziel des Gesetzes ist es, Produkte und Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen oder Einschränkungen besser zugänglich zu machen. Doch was bedeutet das BFSG für Zahnarztpraxen?

Wen betrifft das Gesetz?

Das BFSG richtet sich in erster Linie an Anbieter von Smartphones, Tablets oder Notebooks sowie an Erbringer von Dienstleistungen wie beispielsweise Banken und Telekommunikationsservices.

Auf den ersten Blick wird man daher vermutlich davon ausgehen, dass Zahnärzte vom BFSG nicht betroffen sind. Doch laut § 1 Abs. 3 Nr. 5 gilt das BFSG auch für so genannte „Dienstleistungen im elektronischen Geschäftsverkehr“. Diese sind in

§ 2 Nr. 26 definiert als „Dienstleistungen der Telemedien, die über Websites und über Anwendungen auf Mobilgeräten angeboten werden und elektronisch und auf individuelle Anfrage eines Verbrauchers im Hinblick auf den Abschluss eines Verbrauchervertrages erbracht werden“. Laut aktueller Rechtsauffassung fallen hierunter auch die im Dienstleistungssektor mittlerweile gängigen Online-Terminbuchungstools.

Für Zahnarztpraxen bedeutet das Folgendes: Wenn ein Patient auf der Website

der Zahnarztpraxis online einen konkreten Termin buchen kann, muss diese Website barrierefrei sein.

Ausnahme für Kleinstunternehmen

Doch es gibt eine wichtige Ausnahme: Kleinstunternehmen sind laut § 3 Abs. 3 Satz 1 vom Anwendungsbereich des BFSG ausgenommen. Als Kleinstunternehmen gelten laut § 2 Nr. 17 Unternehmen mit weniger als zehn Beschäftigten und einem Jahresumsatz oder einer Jahres-

Lupenbrillen + Lichtsysteme für Medizin und Technik jetzt neu in München



BAJOHR

OPTECMED*

Hohenloherstraße 18a | 80801 München

Tel. 089 21023280 | info@lupenbrille.de

www.lupenbrille.de

Bundesweiter Außendienst sowie weitere
Fachgeschäfte in Berlin, Hamburg und Einbeck

Medizinischen Versorgungszentren aussehen.

Was bedeutet barrierefrei?

Laut § 3 Abs. 1 Satz 2 sind Produkte und Dienstleistungen barrierefrei, „wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschweris und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind“. Konkrete Anforderungen lassen sich hieraus nicht ableiten. Unter Bezugnahme auf die sogenannte Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) ergeben sich jedoch Kriterien, an denen sich die Barrierefreiheit einer Website messen lässt: Wahrnehmbarkeit und Verständlichkeit der Inhalte sowie Bedienbarkeit und Robustheit der Website.

Was ist zu tun?

Zahnarztpraxen, die ein Online-Terminbuchungstool bereitstellen, sollten prüfen, ob sie unter das BFSG fallen. Ist dies der Fall, so besteht Handlungsbedarf, denn eine unterlassene oder fehlerhafte Umsetzung kann erhebliche Auswirkungen haben. Insbesondere können Verstöße mit Geldbußen von bis zu 100.000 Euro geahndet werden.

Fazit

Auch wenn das BFSG für viele Zahnarztpraxen keine unmittelbaren Pflichten mit sich bringen wird, sollten sich insbesondere größere Praxen, die ein Online-Terminbuchungstool bereitstellen, frühzeitig mit den neuen Anforderungen auseinandersetzen. Denn eine barrierefreie Website ist seit dem 28. Juni 2025 nicht nur verpflichtend, sondern auch ein Zeichen für Patientenfreundlichkeit und Inklusion.

Dr. Lina Reichmuth
Assessorin (Ass.iur.)
GB Rechtsangelegenheiten
und Gerichtsverfahren (RG)

bilanzsumme von höchstens zwei Millionen Euro.

Die Zahl der Beschäftigten wird auf Grundlage der Jahresarbeitseinheiten ermittelt. Eine Jahresarbeitseinheit entspricht einer während eines Jahres in Vollzeit tätigen Person. Beschäftigte, die nur einen Teil des Jahres angestellt waren oder in Teilzeit angestellt sind, werden anteilig berücksichtigt. Nicht einbezogen werden Auszubildende sowie Mitarbeitende, die sich im Mutterschutz oder in Elternzeit befinden.

Viele Zahnarztpraxen dürften als Kleinstunternehmen gelten und sind damit nicht verpflichtet, ihre Website barrierefrei zu gestalten, selbst wenn sie ein Online-Terminbuchungstool anbieten. Anders kann es aber bei größeren Praxen oder bei

Neuer Film zur Kieferorthopädie

... und welche BLZK-Patienteninfos es noch zum Thema gibt

Welche Zahn- und Kieferfehlstellungen gibt es? Welche Ursachen haben sie und wie werden sie behandelt? Auf diese und weitere Fragen geht die Bayerische Landeszahnärztekammer in verschiedenen Patienteninformationen ein – auf der Patientenwebsite zahn.de, in kurzen Videos und einem Infoblatt. Die BLZK möchte damit die bayerischen Zahnarztpraxen im Beratungsgespräch unterstützen.



© BLZK/TV-Wartezimmer

Der Film „Kieferorthopädie“ zeigt anschaulich, welche Fehlstellungen es gibt und wie sie behandelt werden können.

Das Referat Patienten, Versorgungsforschung und Pflege produziert jedes Jahr gemeinsam mit dem BLZK-Kooperationspartner TV-Wartezimmer einen Patientenfilm – das neueste Video thematisiert die Kieferorthopädie. Patientinnen und Patienten erfahren darin zum Beispiel, welche Fehlstellungen es gibt, zu welchen Problemen sie führen können und wie sie sich behandeln lassen.

Einfache und ansprechende Animationen veranschaulichen zum Beispiel die verschiedenen Arten der Fehlstellung wie

offener Biss oder Zahnengstand. Der dreiminütige Film ist in der Mediathek auf zahn.de zu sehen. Dort ist auch ein Video zur Kieferregulierung für Erwachsene zu finden, das erklärt, warum Zahn- und Kieferkorrekturen nicht nur im Kindesalter sinnvoll sind und welche Möglichkeiten der Regulierung es gibt.

Ein weiterer Film in der Mediathek beschäftigt sich mit dem Thema „Aligner“ – er zeigt unter anderem, wie eine professionelle Behandlung mit den transparenten Zahnschienen abläuft. Spielen Sie die

Filme gern beim Beratungsgespräch auf dem Tablet oder PC ab – oder machen Sie Ihre Patienten darauf aufmerksam, dass sie sich die Videos in Ruhe zu Hause in der Mediathek ansehen können.

Ausführliche Infos auf der Patientenwebsite

Auch auf ihrer Patientenwebsite zahn.de informiert die BLZK ausführlich zum Thema Kieferorthopädie. So finden Patienten dort etwa die häufigsten Fehlstellungen – Bilder veranschaulichen, was zum Beispiel

ein Kreuzbiss, ein offener Biss oder ein Rückbiss ist. Außerdem erfahren sie, welche Ursachen Zahn- und Kieferfehlstellungen haben und wie sie behandelt werden können.

Infoblatt zur Zahnsplangenreinigung

Wer eine Zahnsplange trägt, sollte besonders gut auf eine gründliche Mundhygiene achten. Deshalb bietet die BLZK auf zahn.de und in ihrem Onlineshop ein Infoblatt mit Tipps zur Zahnsplangenreinigung an, das kostenlos heruntergeladen und ausgedruckt werden kann. Nutzen Sie es gern, um es im Wartezimmer auszulegen oder Ihren Patientinnen und Patienten im Beratungsgespräch mit nach Hause zu geben.

Nina Prell
Referat Patienten, Versorgungsforschung,
Pflege der BLZK

Tipps für die Reinigung der Zahnsplange

- 1** Reinigen Sie Ihre Zähne nach jeder Mahlzeit sorgfältig mit fluoridhaltiger Zahnpasta. Wenn das nicht möglich ist, spülen Sie den Mund zumindest gründlich mit Wasser aus. Denn bei einer Zahnsplange können sich Speisereste besonders leicht festsetzen und so die Entstehung von Zahnbelaug fördern.
- 2** Die richtige Putztechnik: Setzen Sie die Zahnbürste am Rand zwischen Zahnfleisch und Zahn an, rütteln Sie sanft und wischen Sie im 45-Grad-Winkel in Richtung Zahn aus. Bei einer festen Zahnsplange ist die Wischbewegung unterteilen: einmal oberhalb der aufgeklebten Befestigungselemente (Brackets) und einmal unterhalb wischen.
- 3** Die Reinigung der Zwischenräume klappt bei festen Spangen mit Interdentalbürsten besser als mit Zahnsseite. Sie lassen sich auch oberhalb der Brackets einfädeln und reinigen die Zwischenräume bei richtiger Anwendung vollständig.
- 4** Eine Munddusche kann helfen, Speisereste bei festen Zahnsplangen aus den Zwischenräumen zu spülen. Gehen Sie dabei gründlich, aber vorsichtig vor, um Brackets, Bänder und Drähte nicht zu beschädigen.
- 5** Herausnehmbare Zahnsplangen können Sie einfach unter lauwarmem fließendem Wasser mit Zahnpasta und einer mittelharten Zahnbürste reinigen. Benutzen Sie eine separate Bürste – nicht dieselbe, mit der Sie die Zähne putzen. Fassen Sie die Spange nur am Kunststoff an und gehen Sie beim Abbursten behutsam vor, um keine Drähte zu verbiegen. Es empfiehlt sich, lose Spangen zweimal täglich zu putzen.
- 6** Reinigen Sie lose Spangen einmal wöchentlich in einem sprudelnden Reinigungsbad.
- 7** Bewahren Sie Ihre herausnehmbare Spange in einer Spangendose auf, wenn Sie sie gerade nicht tragen. So wird sie nicht verunreinigt oder verformt.
- 8** Gehen Sie regelmäßig zur professionellen Zahnrreinigung in die Zahnarztpraxis. Dort kann Ihnen das Team auch Putztechniken und den Gebrauch von Hilfsmitteln erklären.

Weitere Informationen auf der Patientenseite der BLZK zahn.de. Infoblatt zum Herunterladen unter [www.zahn.de > Mediathek](http://www.zahn.de/Mediathek).

Copyright: Bayerische Landesärztekammer, Rödergasse 1, 81369 München



© BLZK

Das Infoblatt „Tipps für die Reinigung der Zahnsplange“ eignet sich gut, um es im Wartezimmer auszulegen oder Patientinnen und Patienten im Beratungsgespräch mit nach Hause zu geben.

PATIENTENINFOS ZUR KIEFERORTHOPÄDIE IM NETZ

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

Das Infoblatt „Tipps für die Reinigung der Zahnsplange“ können Sie im Online-Shop herunterladen:
[\\$file/infoblatt_zahnsplangenreinigung_blzk.pdf](https://shop.blzk.de/blzk/site.nsf/gfx/infoblatt_zahnsplangenreinigung_blzk.pdf).

Die Videos zum Thema Kieferorthopädie sowie alle weiteren Patientenfilme finden Sie in der Mediathek von zahn.de:
www.zahn.de/zahn/web.nsf/id/pa_video.html.



ANZEIGE

Sie können schreiben?
Kontaktieren Sie uns.

dentalautoren.de

Dentale Schreibtalente gesucht!

OEMUS MEDIA AG

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

„Patienten nach State-of-the-Art versorgen“

Festakt zum Oberpfälzer Zahnärztetag

Mit einem Festakt im mittelalterlichen Ambiente des historischen Herzogssaals am Regensburger Domplatz eröffnete die 1. Vorsitzende des ZBV Oberpfalz, Dr. Cosima Rücker, gemeinsam mit dem 2. ZBV-Vorsitzenden und BLZK-Präsidenten, Dr. Dr. Frank Wohl, am Donnerstag, 26. Juni, den 38. Oberpfälzer Zahnärztetag.

Rücker beleuchtete die Erfolge der DMS 6-Studie: „Vier von fünf 12-Jährigen sind kariesfrei. Dieser Wert hat sich seit den 1990er-Jahren verdreifacht.“ Die Prophylaxe-Erfolge der Zahnärzte griff Staatsministerin a. D. Carolina Trautner, MdL, (CSU) in ihrem Grußwort auf: „Kinder, die gesunde Zähne haben, werden auch im Erwachsenenalter den Zahnarztbesuch nicht vor sich herschieben.“

Der Amtschef des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention, Dr. Rainer Hutka, überbrachte herzliche Grüße von Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach, MdL, und dankte den Spitzenvertretern der zahnärztlichen Körperschaften für ihre aktive Mitarbeit am Masterplan Prävention, den er für Spätsommer dieses Jahres an-

kündigte. Inhaltlich bezog der Ministerialdirektor Stellung zur GOZ: „Es ist Zeit für eine Anpassung des Punktwertes, der seit Jahrzehnten unverändert ist!“ Das forderte auch BLZK-Präsident Wohl in seiner Rede, „denn wir wollen unsere Fachkräfte fair bezahlen und unsere Patienten nach State-of-the-Art versorgen – nicht von 1988 sondern von 2025.“

Auch Stadtrat Dr. Thomas Burger (SPD) als Stellvertreter der Regensburger Oberbürgermeisterin sowie der Dekan der Medizinischen Fakultät des Universitätsklinikum Regensburg Prof. Dr. Dirk Hellwig richteten Grußreden an die Ehrengäste aus Standespolitik, Wissenschaft und Politik. In seiner Festrede über „Augenhöhe und Zuversicht – das A–Z für die tägliche Praxis“ führte der Kommunikationswis-



Carolina Trautner, MdL, verriet in ihrem Grußwort ihre Nähe zum Berufsstand: Als Zahnärztin Tochter wäre sie „selber beinahe Zahnärztin geworden“, entschied sich als Linkshänderin dann aber doch für Pharmazie.

senschaftler und Kooperationsforscher Moritz Küffner lebendig vor Augen, wie ein Miteinander in allen Lebensbereichen gelingt.

Julika Sandt
Leiterin der Stabsstelle Politik der BLZK

Fit für den Notfall

Oberpfälzer Zahnärztetag: Wissenschaftliches Programm

Wie reagiert das Praxisteam, wenn es plötzlich schnell gehen muss? Das wissenschaftliche Programm des Oberpfälzer Zahnärztetags am Freitag, 27. und Samstag, 28. Juni im Universitätsklinikum Regensburg widmete sich der akuten Zahnmedizin.

Den Auftakt machte Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake. In seinem Vortrag über akute odontogene Entzündungen gab er ein Update über aktuelle Managementstrategien einfacher und komplexerer

odontogener Infektionen, der Logenabsesse. Hier gilt: früh klinisch erkennen und behandeln, besonders bei Patienten über 80, die mit geschwächter Abwehr zu kämpfen haben. Prof. Dr. Dr. Martin

Kunkel präsentierte einen Leitfaden für die Praxis in Bezug auf die Behandlung von Patienten mit medikamentös bedingter erhöhter Blutungsneigung, deren Anzahl kontinuierlich ansteigt.

Praxistaugliche Tipps zum Thema „Der endodontische Notfall“ gab Prof. Dr. David Sonntag. Sein Credo: „Traue keiner Vitalitätsprüfung.“ Nur bei korrekter Diagnose könne richtig geholfen werden, bei einer wirksamen, hohen Anästhesie und Analgetika in Form von Kortikosteroiden oder Ibuprofen könne eine irreversible Pulpitis durchaus schmerzfrei behandelt werden. Wenn ein Antibiotikum nötig sei, solle die Indikation nach drei Tagen neu beurteilt werden.

Notfallausrüstung: „Weniger ist mehr“

Priv.-Doz. Dr. Timo Seyfried gab die Empfehlung, durch eine gewissenhafte Anamnese Risikopatienten früh zu erkennen und unbedingt regelmäßig Notfallszenarien zu üben. Er regte an, dass diejenige Person im Team, die medizinisch am besten ausgebildet ist, die Rolle des „Leaders“ übernimmt und gezielt Anordnungen gibt. Diese müssten nach der Ausführung von den anderen „Team-Mitgliedern“ bestätigt werden. Was die Notfallausrüstung angeht, gelte: „Weniger ist mehr. Das, was man kennt und kann, soll vorhanden sein.“

Prof. Dr. Sebastian Hahnel referierte zum Abschluss des ersten Tages über provisorische prothetische Restaurationen. Er betonte, dass Langzeitprovisorien (LZP), die früher aufwendig gegossen werden mussten, heute mit dem CAD/CAM-Verfahren im Labor kurzfristig hergestellt werden können. Polycarbonat sei ein gutes Material für Kronen und Brücken und vor allem für Snap-on-Schienen bei geplanter Bisshebung. Eine frugale provisorische Restauration sei einfach, sparsam und vielleicht eine Lösung auf Zeit, steigend mit dem Alter des Patienten.

Notfallmanagement für das ganze Team

Das zahnmedizinische Personal bildete sich am Freitag ebenfalls fort. Neben Vorträgen über Verhaltensführung im Team von Dr. Nicola Meißner, über White Spots oder Fluorose von Regina Berschneider sowie über „Die Macht der wortlosen Sprache“ von Lisa Dreischer erfolgte durch Jürgen Krehle ein Update über Notfallmanagement mit praktischen Übungen.



In den Pausen steckten Teilnehmer ihre Köpfe durch eine Fotowand mit dem Slogan „GOZ? Die ist ja so 80er!“. So machten sie darauf aufmerksam, dass der GOZ-Punktwert nicht erhöht wurde, seit Aerobic mit Stirnband, Stulpen und Vokuhila-Frisur der letzte Schrei waren.

Der zweite Fortbildungstag am Samstag begann mit dem Referat „Knacken, Schmerzen, Dysfunktion“ über akute Kiefergelenkprobleme. Dr. Daniel Weber gab zunächst einen Überblick über die Anatomie und Physiologie des Kiefergelenks. Anschließend richtete er den Blick auf Diagnostik und Therapiemöglichkeiten, ergänzt durch Techniken der Eigenbehandlung, psychotherapeutische Betreuung und nocturnales Biofeedback. Der anschließende Vortrag von Priv.-Doz. Dr. Daniel Hagenfeld, der kurzfristig für Prof. Dr. Yvonne Jokel-Schneider einsprang, behandelte die akute Parodontitis.

Perfekt rundete der Schirmherr, Prof. Dr. Dr. Torsten Reichert, die Fortbildung ab:



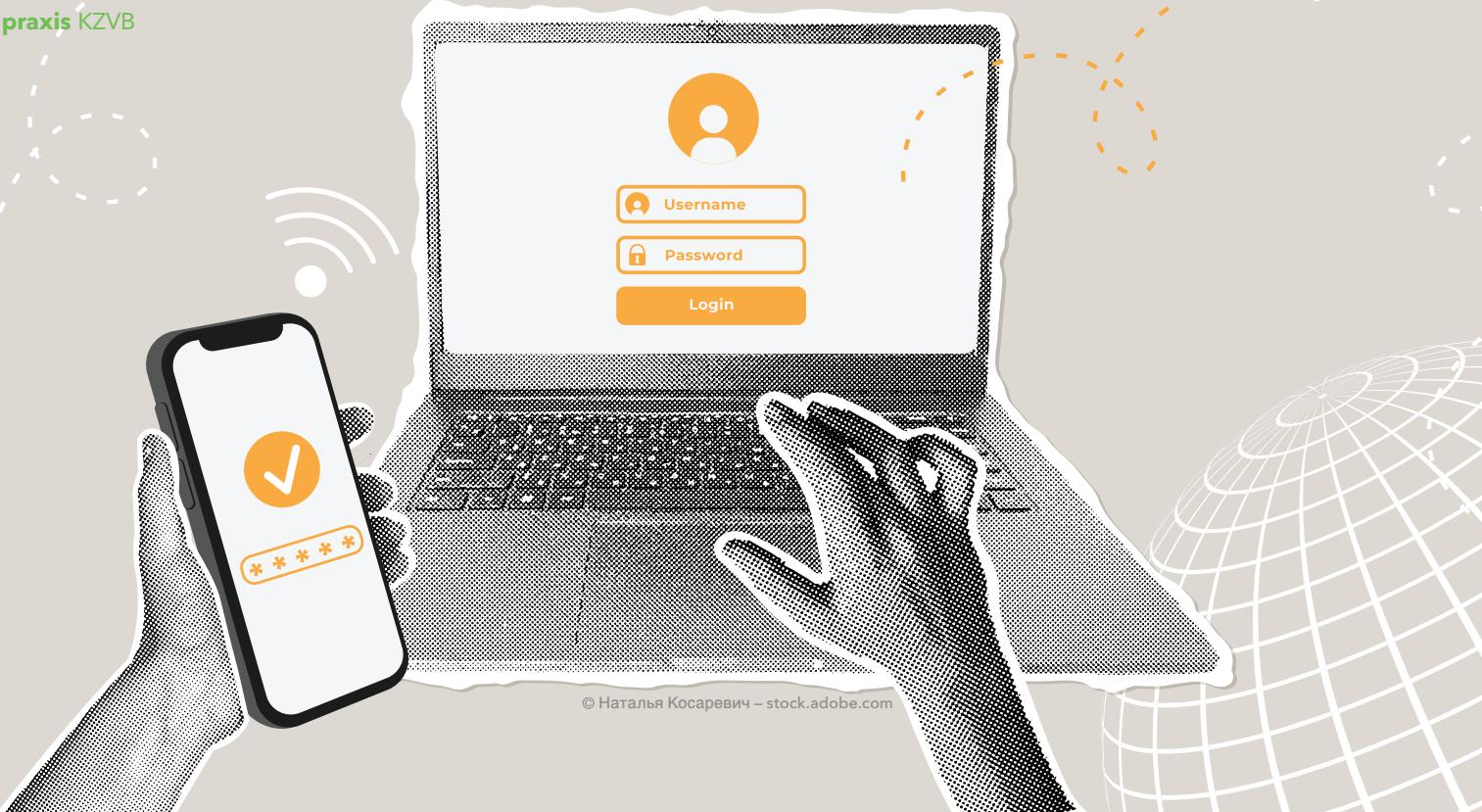
Eröffnung des wissenschaftlichen Programms: Die Vorsitzende des ZBV Oberpfalz Dr. Cosima Rücker und BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl geben einen Ausblick auf die Vorträge.

Mit passenden Bildern veranschaulichte er verschiedene Möglichkeiten der Einteilung von Mundschleimhauterkrankungen. Reichert wies darauf hin, dass Zunge und Mundboden die Hauptstellen für orale potenziell maligne Veränderungen sind, die bei jeder Vorsorge kontrolliert werden sollten. Bei Schmerzen beziehungsweise bei fehlender Epithelabdeckung, wenn eine Erosion oder ein Ulkus sichtbar ist, müssten akute Maßnahmen ergriffen werden. Bei einem Malignitäts Verdacht sollte schnell gehandelt werden.

Dr. Cosima Rücker
1. Vorsitzende des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Oberpfalz



Das Thema „akute Zahnmedizin“ kam sehr gut an: Der große Hörsaal des Universitätsklinikums Regensburg war trotz Hochsommertemperaturen fast bis auf den letzten Platz gefüllt.



Sensible Abrechnungsdaten noch besser schützen

Zwei-Faktor-Authentifizierung wird verpflichtend

Am 1. August 2025 stellt die KZVB alle Online-Services komplett auf die Zwei-Faktor-Authentifizierung (2FA) um. Wer seinen Online-Zugang auf „Meine KZVB“ bis jetzt noch nicht für die 2FA aktiviert hat, sollte nun schnellstens handeln.

Hacker-Angriffe richten jedes Jahr einen hohen wirtschaftlichen Schaden an. Laut Erhebung des Branchenverbands Bitkom lagen die im Jahr 2023 direkt durch Cyberangriffe verursachten gesamtwirtschaftlichen Schäden bundesweit bei 148 Milliarden Euro. Auch Arzt- und Zahnarztposten, Kliniken und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens rücken zunehmend ins Visier von Cyberkriminellen.

Was bei Banken, Versicherungen und im Onlinehandel längst Standard ist, wird ab 1. August nun auch in der KZVB verpflichtend: die Zwei-Faktor-Authentifizierung (2FA). Diese zusätzliche Sicherheit für den internen Bereich gibt es schon seit dem letzten Jahr – allerdings auf freiwilliger Basis.

Mit der 2FA sind Abrechnungsdaten, der Kontoauszug und andere sensible Informationen besser vor unbefugten Zugriffen geschützt. Wichtig: Auch für die Übertragung der Abrechnung braucht man dann den zweiten Faktor. Um 2FA verwenden zu können, ist keine erneute Registrierung für „Meine KZVB“ nötig. Der bisherige Zugang bleibt erhalten und wird lediglich um einen zweiten Faktor erweitert.

Alle bayerischen Vertragszahnarztpraxen haben bereits einen PIN-Brief für die Umstellung des Zahnarzt-Logins erhalten. Falls er verloren gegangen ist, kann er jederzeit erneut angefordert werden, unter: 2FARegistrierung@kzvb.de. Für die Umstellung des Personalzugangs ist keine PIN

erforderlich. Wichtig: Für Zahnärzte oder Praxismitarbeiter, die keine App auf dem Smartphone oder Tablet haben, steht ab sofort eine KZVB-ID-App für Windows und MacOS zur Verfügung. Sie kann auf dem Praxisrechner installiert werden.

Umfassende Informationen, Kurzanleitungen und Erklärvideos findet man auf: www.kzvb.de/2fa



Redaktion

Online-News der BLZK

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



Quereinstieg in der Zahnarztpraxis

Der Fachkräftemangel erfordert neue Wege: Die BLZK hat einen Intensivkurs für Quereinsteiger in Zahnarztpraxen konzipiert, der berufsfremden Mitarbeitenden praxisnahes Basiswissen vermittelt:

> www.blzk.de/blzk/quereinstieg



QM Online: Dokumente aktualisiert

Wegen Änderungen in der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) wurden Dokumente im QM Online angepasst. Sie sind unter „Neue und geänderte Dokumente“ zu finden.

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



Praxispersonal binden

Von der Bezahlung über die Fortbildung bis zur Motivation des Praxisteam – so binden Sie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter längerfristig an Ihre Zahnarztpraxis:

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



Kieferorthopädische Behandlung

Feste Spange, herausnehmbare Spange, Lingualtherapie, Aligner: Auf zahn.de erfahren Patienten, welche Möglichkeiten der kieferorthopädischen Behandlung es gibt:

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

Fit im Hygienemanagement

Weiterqualifizierung Hygienebeauftragte/-r und Praxischeck



@ zendograph – stock.adobe.com

Die Einhaltung von Hygienevorschriften und der Infektionsschutz sind wichtige Bestandteile der Arbeitssicherheit und damit des Qualitätsmanagements einer Zahnarztpraxis. Der Ausschluss hygienischer Risiken sowie die sachkundige Aufbereitung und Instandhaltung der Instrumente stellen an das Praxisteam besondere Herausforderungen.

Der Nachweis eines funktionierenden Hygienemanagements, das den gesetzlichen Anforderungen genügt, ist für Zahnarztpraxen unabdingbar. Die entsprechenden Sachkenntnisse werden von ZFA im Rahmen der dualen Ausbildung zwar erworben, es ist jedoch empfehlenswert, die Kenntnisse stets aktuell zu halten, um diese auf veränderte Arbeitsbedingungen oder die Einführung neuer Verfahren beziehungsweise neuer Medizinprodukte anzupassen.

Die Weiterqualifizierung vermittelt den Teilnehmern in kompakter und strukturierter Weise alle Kenntnisse zur Umsetzung des Hygienemanagements und der Arbeitssicherheit. Neben der Besprechung von Grundlagen der Infektionsprävention stehen die Erläuterung der RKI-Richtlinien, das Präventionskonzept der BLZK sowie die gesetzlichen Vorgaben zur fachgerechten Aufbereitung von Medizinprodukten im Vordergrund. Besonderer Wert wird auf die praktische Umsetzung gelegt. Im Rahmen eines interaktiven Workshops lernen die Teilnehmer, wie sie in der Praxis auf Basis der von der BLZK unter <https://qm.blzk.de> bereitgestellten Dokumente ein praxisindividuelles Hygienemanagement einrichten können.

Lehrgänge in München und Nürnberg

Die berufsbegleitende Weiterqualifizierung des Fortbildungsinstitutes der Bayerischen Landeszahnärztekammer umfasst insgesamt drei Kurstage. Sie wird in München und Nürnberg ganzjährig zu verschiedenen Terminen angeboten. Die Teilnehmerzahl je Kurs ist auf 18 Personen beschränkt, um ein intensives Lernen zu ermöglichen.

Entwicklungsmöglichkeit für ZFA

Der Lehrgang richtet sich an Zahnartzthelferinnen (ZAH) oder Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) mit abgeschlossener Berufsausbildung (Abschluss einer deutschen Zahnärztekammer). Mitarbeitende ohne abgeschlossene Ausbildung zur/zum ZFA, Mitarbeitende mit Berufserfahrung in einer zahnärztlichen Praxis sowie Mitarbeitende, die ihre ZFA-Ausbildung nicht in der Bundesrepublik Deutschland absolviert haben, können teilnehmen, so weit sie über einen Nachweis zu Sachkenntnissen zur Aufberei-

tung von Medizinprodukten gemäß § 8 Abs. 7 in Verbindung mit § 5 Nr. 1 MPBetreibV verfügen. Nach Abschluss des Lehrganges erhalten sie das Zertifikat „Hygienebeauftragte/-r eazf“.

Individueller Check vor Ort

Die bayerischen Gewerbeaufsichtsämter prüfen regelmäßig auch Zahnarztpraxen zur Einhaltung von Arbeitsschutzbestimmungen, zum Betrieb von Medizinprodukten, zur hygienischen Aufbereitung und weiteren Betreiberpflichten aus der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV). Neben den vielfältigen Informationen, die von der BLZK in verschiedenen Medien zu diesen Themen gegeben werden, bietet die eazf Consult einen Praxis-Check zur Vorbereitung auf eine mögliche Praxisbegehung an. Im Rahmen dieses individuellen Checks überprüft eine Beraterin der eazf vor Ort die für die Praxisbegehungen der Gewerbeaufsicht relevanten Praxisbereiche und Unterlagen (Ist-Analyse).

Falls in einzelnen Bereichen Abweichungen von den Anforderungen festgestellt werden, wird besprochen, wie diese zeitnah behoben werden können. Arbeitshilfen und Dokumente aus dem QM Online der BLZK werden in die Beratung miteinbezogen. Nach der Umsetzung der Empfehlungen, die sich aus der Ist-Analyse ergeben, ist die Praxis im Bereich Hygienemanagement auf dem aktuellen Stand.

Dipl.-Volkswirt Stephan Grüner
Geschäftsführer der eazf

KONTAKT

Informationen zur Weiterqualifizierung Hygienebeauftragte/-r eazf finden Sie im Internet:
www.eazf.de/sites/praxispersonalhyg.

Bei Interesse an einem Praxischeck finden Sie weitere Informationen und das Anmeldeformular auf der Website der eazf:
www.eazf.de/sites/praxisbegehung-check.





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

Expertenvissen 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 außertraglicher 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



Kieferorthopädie als integraler Bestandteil einer interdisziplinären Zusammenarbeit

Eine kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung im parodontal geschädigten Erwachsenengebiss

Ein Beitrag von Dr. Thomas Wendl, Dr. Waltraud Waiss, Prof. Dr. Dr. Peter Proff und Priv.-Doz. Dr. Eva Paddenberg-Schubert

Die kieferorthopädische Therapie erwachsener Patienten erfordert nicht selten die Zusammenarbeit mehrerer Fachdisziplinen. Zur Korrektur ausgeprägter skelettaler Dysgnathien im parodontal geschädigten Gebiss bedarf es trotz des mittlerweile großen kieferorthopädischen Therapiespektrums eines interdisziplinär abgestimmten Behandlungskonzeptes. Der Therapieerfolg wird hierbei durch die differenzierte Indikationsstellung, die Anwendung kontrollierter Kräfte, die wirtsspezifische Immunantwort, personalisierte Therapiestrategien und die korrekte Abfolge der Therapiephasen entscheidend beeinflusst. Im Falle eines parodontal kompromittierten Gebisses ist dabei auch eine langfristige unterstützende Parodontitistherapie unerlässlich. Auf diese Weise können komplexe Fälle synergistisch zum Erfolg geführt werden.

Kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie

Während geringfügige skelettale Diskrepanzen beim erwachsenen Patienten oftmals dentoalveolar kompensiert werden können, ist dies bei ausgeprägten Diskrepanzen skelettaler Natur in Kombination mit einer Störung der orofazialen Harmonie nicht mehr möglich.¹ Eine kombiniert kieferorthopädisch-kieferchirurgische Therapie umfasst die chirurgische Lagekorrektur der Mandibula und/oder der Maxilla sowie eine kieferorthopädische Behandlung von Zahnfehlstellungen, mit dem Ziel, die dentofaziale Funktion und Ästhetik zu verbessern und so auch die Lebensqualität der Betroffenen zu steigern.² Im Wesentlichen gehen die Techniken in ihrer heutigen Form auf Obwegeser und Dal Pont^{3,4} bzw. auf Bell und Epker^{5,6} zurück, die mittlerweile hinsichtlich ihrer Stabilität und möglicher Risiken umfassend untersucht sind.⁷

Essentiell ist für diese Therapie eine enge Zusammenarbeit zwischen der Kieferorthopädie und der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Im Hinblick auf die kieferorthopädische Vorbehandlung können

zwei verschiedene Konzepte unterschieden werden: das Surgery-First-Konzept und die maximale Vorbehandlung. Bei der Surgery-First-Herangehensweise wird die Dysgnathieoperation ohne eine vorangestellte kieferorthopädische Behandlung durchgeführt. Hingegen umfasst die maximale Vorbehandlung umfangreiche Zahnbewegungen zur Ausformung der Zahnbögen vor dem operativen Eingriff. Im Rahmen dieser Dekompensation tritt häufig eine vorübergehende Verschlechterung der Kaufunktion auf, über die der Patient vorab aufgeklärt werden muss.^{8,9} Der Vorteil der Surgery-First-Technik besteht in einer schnelleren Zahnbewegung nach der Operation aufgrund einer erhöhten zellulären Umsatzrate und damit einhergehend einem verstärkten Knochenmetabolismus (Regional Acceleratory Phenomenon).^{10,11} Weiterhin werden postoperativ nach dem Surgery-First-Eingriff schnellere Zahnbewegungen aufgrund des Fehlens ungünstiger Muskelzüge beobachtet. Als nachteilig können die erhöhte Rezidivrate aufgrund möglicher Vorkontakte, der dicke OP-Splint, welcher von Patienten oftmals als unangenehm empfunden wird, sowie die möglicherweise schwerer aufrechtzuerhaltende

Patientenmotivation angesehen werden. Wird kieferorthopädisch maximal vorbehandelt, fallen die OP-Splinte in der Regel dünner aus und es herrschen sichere okklusale Verhältnisse nach der Operation, welche als zusätzlicher Rezidivschutz fungieren können. Als Nachteile sind die lange Vorbehandlungsdauer sowie die mögliche (ästhetische und abbeißfunktionelle) Verschlechterung durch die Dekompensation vor dem operativen Eingriff zu nennen.^{8,12}

Parodontitis

Die Parodontitis stellt eine komplexe, chronische Entzündungserkrankung des Zahnhalteapparates dar und gehört zu den sechs häufigsten Erkrankungen beim Menschen.^{13,14} In den letzten Jahrzehnten wurde gezeigt, dass Parodontitis eng mit der systemischen Gesundheit verbunden ist. Insbesondere sind die wechselseitigen Beziehungen zu Diabetes mellitus sowie die Verknüpfungen zu kardiovaskulären und rheumatischen Erkrankungen zu erwähnen.¹⁵⁻²¹

Die Klassifizierung der Parodontitis steht in direktem Zusammenhang mit dem Schwierigkeitsgrad einer systematischen

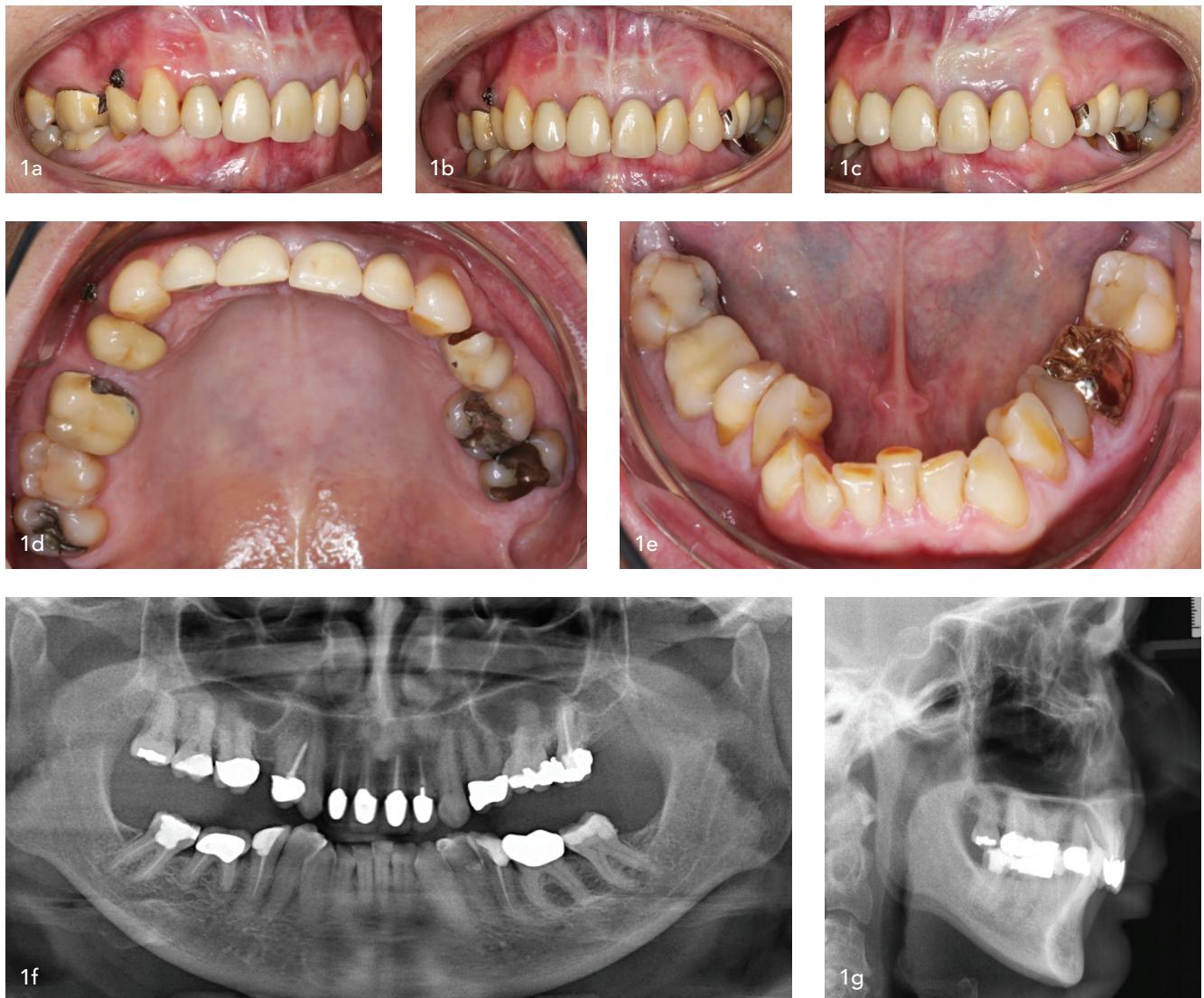


Abb. 1a–g: Intraorale Fotos, Orthopantomogramm und Fernröntgenseitenbild zum Zeitpunkt der Erstvorstellung.

Behandlung dieser Erkrankung. Im Jahr 2021 wurde von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) eine entsprechende Leitlinie zur Behandlung der Parodontitis eingeführt.²² Diese Leitlinie basiert auf der internationalen Leitlinie, die von der Europäischen Föderation für Parodontologie (EFP) entwickelt und ein Jahr zuvor international konsentiert wurde.²⁴

Das Stadium der Parodontitis kann in vier Kategorien unterteilt werden (Stadium I bis IV) und wird durch klinische und röntgenologische Befunde bestimmt. Diese Befunde umfassen den klinischen Attachmentverlust, den röntgenologischen Knochenabbau, Sondierungstiefen, vertikale

Defekte und Furkationsbeteiligungen, die Zahnbeweglichkeit und Zahnverluste aufgrund von Parodontitis. Stadium I entspricht einer frühen, beginnenden Parodontitis. Im Stadium II betrifft die parodontale Destruktion das koronale Wurzeldrittel. Stadium III beschreibt eine fortgeschrittene Parodontitis, bei der die Destruktion über das koronale Wurzeldrittel hinausgeht. Vertikale und/oder Furkationsdefekte liegen vor und eine begrenzte Zahl von Zähnen kann bereits verloren gegangen sein. Stadium IV ist durch eine noch größere Schwere und Komplexität der Erkrankung gekennzeichnet, ebenso wie durch fortgeschrittene Zahnverluste (≥ 5 Zähne) und eine möglicherweise gestörte Kaufunktion.²⁵ Im Hinblick

auf den Grad der Parodontitis, also deren Progression, werden drei Kategorien differenziert (Grad A – niedriges Risiko, Grad B – mittleres Risiko, Grad C – hohes Risiko für Krankheitsprogression). Dabei werden auch die Risikofaktoren Rauchen und der Blutzuckerspiegel bei Diabetes mellitus berücksichtigt.^{23,25,26}

Bei der Behandlung der Parodontitis besteht das Hauptziel darin, Risikofaktoren (sowohl lokale als auch systemische) zu beseitigen oder zu kontrollieren, die Taschensondierungstiefen auf Werte von ≤ 4 mm ohne Sondierungsblutung zu verringern und gesunde sowie ästhetisch ansprechende Verhältnisse der Mundschleimhaut herzustellen.²⁷

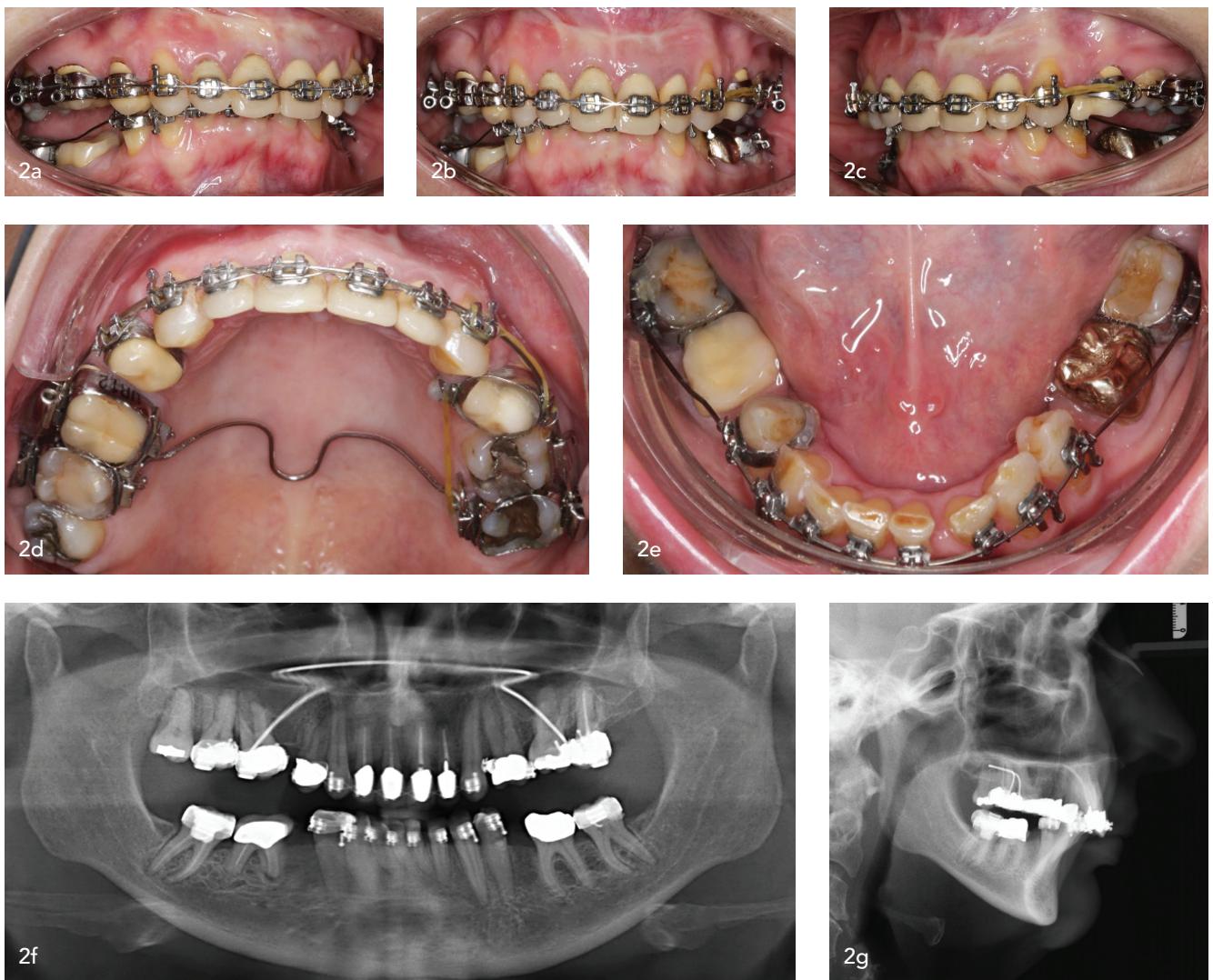


Abb. 2a–g: Intraorale Fotos mit Multibracketapparatur, Orthopantomogramm und Fernröntgenseitenbild zum Zeitpunkt der Zwischendiagnostik.

Patientenfall

Die weibliche Patientin wies bei der Erstvorstellung ein Alter von 54 Jahren und sechs Monaten auf und zeigte leitsymptomatisch eine skelettale Klasse II, einen Deckbiss mit traumatischem Gingivakontakt, einen ausgeprägten Platzmangel im Unterkiefer, eine große sagittale Frontzahnstufe sowie eine bukkale Nonokklusion regiones 14/44 und 24/34-35. Funktionell auffällig waren eine habituelle Mundatmung, eine mild ausgeprägte obstruktive Schlafapnoe (OSA) und der Bruxismus, der mit multiplen Attritionen und myofaszialem Schmerz einherging. Zudem konnten erhöhte Sondierungstiefen an den Zähnen 18, 27, 37, 46 und 47 festgestellt werden. Entsprechend der

Parodontitisrichtlinie entsprach dies dem Stadium III, Grad B. Im Orthopantomogramm zeigte sich ein konservierend und prothetisch versorgtes Gebiss, in dem die Zähne 15 und 25 bereits extrahiert waren. Im FRS zeigte sich eine skelettale Klasse II mit retrognathem und posterior rotiertem Unterkiefer. Zudem war hier die Retroinklination und -position der oberen Incisivi auffällig.

In Abbildung 1 werden die intraorale Situation sowie die röntgenologischen Aufnahmen zum Zeitpunkt der Anfangsdiagnostik dargestellt.

Vor der kieferorthopädischen Behandlung erfolgte eine allergologische Abklärung potenziell zum Einsatz kommender Werk-

stoffe bzw. Materialien aufgrund einer anaphylaktischen Reaktion nach einem Standard-Epikutantest in der Vergangenheit. Die notwendige Parodontitherapie erfolgte durch den Hauszahnarzt. Des Weiteren wurde aufgrund des vorliegenden Bruxismus und des myofazialen Schmerzes eine funktionelle Vorbehandlung durchgeführt, die sich aus manueller Therapie und einer Unterkiefer-Aufbisschiene mit adjustierter Oberfläche zusammensetzte. Nach sechsmonatiger Beschwerdefreiheit und Stabilität eines entzündungsfreien Parodonts wurde mit der kieferorthopädischen Therapie begonnen. Die unterstützende Parodontitherapie (UPT) wurde auch während der kieferorthopädischen Behandlung fortgeführt.



Abb. 3a–e: Intraorale Fotos nach Entfernung der Multibracketapparatur, bignather Umstellungsosteotomie und prothetischer Rehabilitation.

Entscheidend für den kieferorthopädischen Therapieerfolg ist vor allem die Wahl eines geeigneten biomechanischen Systems, welches die besondere parodontale Situation berücksichtigt. Denn im Gegensatz zum gesunden Parodont ist die Adaptationsfähigkeit stark herabgesetzt und das Widerstandszentrum nach apikal verlagert. Dies führt zu einem veränderten Drehmoment-Kraft-Verhältnis, welches sich ungünstig auf die Zahnbewegung und das Nebenwirkungsprofil auswirken kann.

Im vorliegenden Patientenfall wurde daher eine segmentierte Bogentechnik mit Applikation geringer Kräfte und entsprechenden kompensatorischen Drehmomenten gewählt. Auch wurde darauf geachtet, potentielle PlaqueRetentionstellen wie Bondingüberschüsse oder elastische Ligaturen zu vermeiden. Eine Kontrolle der parodontalen Situation erfolgte bei allen Sitzungen, da im Falle einer akuten Exazerbation der parodontalen Entzündung der betroffene Zahn aus dem Kräfteam system herausgenommen werden muss, um eine Progression parodontaler Attachmentverluste zu vermeiden.^{28–30}

Während der prächirurgischen Ausformung war aufgrund von Platzmangel im Unterkiefer sowie der langfristig ungünstigen Prognose der Zähne 35 und 45 deren Ex-

traktion zur Engstandsauflösung geplant. Sowohl im Ober- als auch im Unterkiefer war initial eine maximale Verankerung vorgesehen. Im Oberkiefer sah der Therapieplan die Aufrichtung der steilstehenden Front sowie die Derotation der Zähne 14 und 24 vor. In den regiones 15, 25, 35 und 45 wurde ein Lückenmanagement für späteren Zahnersatz angestrebt.

Abbildung 2 zeigt die Phase der prächirurgischen Ausformung gemäß der Therapieplanung. Das Befestigen der kieferorthopädischen Apparatur erfolgte dabei mit dem ELS-System (SAREMCO Dental AG, Rebstein, Schweiz), da bei der allergologischen Untersuchung Reaktionen auf verschiedene Acrylate diagnostiziert wurden und die Patientin bereits anamnestisch eine anaphylaktische Reaktion hatte.

Im weiteren Behandlungsverlauf erfolgte eine chirurgische Korrektur der Bisslage in Form einer bignathen Umstellungsosteotomie. Insbesondere der Unterkiefer wurde im Zuge des operativen Eingriffes nach anterior verlagert. Damit einher ging auch die Korrektur des Overjet und Overbite.

Darüber hinaus wirkte sich die Vorverlagerung positiv auf den pharyngealen Raum aus, was auch für die initial vorhandene OSA von Vorteil war. Kieferorthopädisch

konnten die vorhandenen Fehlstellungen einschließlich des Unterkieferengstandes behoben werden.

Im Anschluss an die postchirurgische Feineinstellung, in deren Rahmen Zahn 18 aufgrund fehlender Abstützung extrahiert wurde, erfolgte die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem behandelnden Zahnarzt. Konkret wurden (Teil-)Kronen an den Zähnen 26, 27, 37 und 47 eingegliedert und Brückenversorgungen regiones 15, 25 und 35 vorgenommen. Es war vorgesehen, die Lücke regio 45 erst zusammen mit einem Ersatz des Zahnes 46, welcher zunächst beobachtet werden sollte, zu versorgen.

In Abbildung 3 ist die Situation nach Entfernung der Multibracketapparatur sowie nach der bignathen Umstellungsosteotomie und der prothetischen Neuversorgung in allen vier Quadranten dargestellt.

Auch aufgrund des parodontal kompromittierten Gebisses wurde die Patientin abschließend im Ober- und Unterkiefer mit adhäsig befestigten Sechs-Basis-Retainern versorgt. Des Weiteren erfolgte sieben Monate nach der Umstellungsosteotomie eine manuelle Therapie sowie eine logopädische Betreuung der Patientin zur funktionellen Adaptation an die skelettal veränderte Situation.

Diskussion

Es lässt sich feststellen, dass bei Parodontitispatienten die kieferorthopädische Therapie erheblich zur Verbesserung der funktionellen, hygienischen und ästhetischen Situation beitragen kann.³¹⁻³⁴

Wie am Patientenfall gezeigt, sollte die kieferorthopädische Behandlung erst nach einer erfolgreichen Parodontitistherapie begonnen werden.³⁵ Dies ist der Fall, wenn keine parodontalen Taschen mit einer Tiefe von mehr als 4 mm in Kombination mit Sondierungsblutung vorhanden sind.²⁴ So ist davon auszugehen, dass die kieferorthopädische Therapie keinen negativen Einfluss auf die parodontalen Verhältnisse hat.^{32,35} Aufgrund des reduzierten Attachments kann von einer erhöhten Rezidivneigung ausgegangen werden. Aufgrund dessen ist in der postorthodontischen Phase bei parodontal kompromittierten Gebissen neben einer suffizienten prothetischen Versorgung eine lebenslange Retention des Behandlungsergebnisses mit permanenten festsitzenden Retainern anzuraten.^{28,36,37}

Die Indikation für eine chirurgische Korrektur der Kieferbasen sollte erst dann gestellt werden, wenn sich innerhalb der Grenzen des gegebenen Gesichtstyps eine funktionelle Okklusion nicht anderweitig herstellen lässt. Primärziel der kieferorthopädischen Therapie ist demnach nicht die Veränderung der Gesichtsmorphologie, sondern die Schaffung einer funktionellen Okklusion im Rahmen der durch den Gesichtstyp vorgegebenen Grenzen.^{38,39}

Die kieferorthopädische Vorbehandlung zielt darauf ab, die Zahnstellung, die als Anpassung an die Lage der Kieferbasen entstanden ist, in allen Dimensionen zu dekompensieren.⁴⁰ Mit der festsitzenden kieferorthopädischen Apparatur wurden umfangreiche Zahnbewegungen, insbesondere der Schneidezähne, bereits während der maximalen Vorbehandlung realisiert. Diese prächirurgische Kieferorthopädie war erforderlich, um durch die Aufrichtung der oberen Frontzähne die für die operative Verlagerungsstrecke nötige sagittale Frontzahnstufe einzustellen. Die Surgery-First-Strategie wäre in diesem Fall daher nicht sinnvoll gewesen.⁴¹

Bei der Umstellungsosteotomie kommt es zu einer umfangreichen Veränderung der Verhältnisse im Zungenraum sowie der Orientierung der orofazialen Muskelgruppen. Eine logopädische Betreuung sowie manuelle Therapie nach dem operativen Eingriff ist sinnvoll, um dem Patienten die funktionelle Eingewöhnung zu erleichtern.⁴² Insbesondere der Zeitpunkt dieser Intervention sollte aber in enger Absprache mit der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie erfolgen. Im Falle einer präoperativ vorhandenen OSA kann davon ausgegangen werden, dass sich die operative Vorverlagerung des Unterkiefers positiv auf den pharyngealen Raum – und damit auch auf die OSA – auswirkt.⁴³⁻⁴⁵

Schlussfolgerungen

Bei Patienten mit parodontal geschädigtem Gebiss und Indikation für ein kieferorthopädisch-kieferchirurgisches Vorgehen kann ein zufriedenstellendes Ergebnis lediglich durch eine enge Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen erreicht werden. Können die aktiven Entzündungsprozesse durch eine parodontale Vorbehandlung unter Kontrolle gebracht werden, ist es möglich, kieferortho-

pädische Maßnahmen ohne ein erhöhtes Risiko für weiteren Attachmentverlust durchzuführen. Voraussetzung hierfür ist die korrekte Therapieplanung unter Berücksichtigung der besonderen biomechanischen Verhältnisse und des individuellen Patientenbefundes. Zur langfristigen Stabilisierung des erreichten Behandlungsergebnisses ist in diesen Fällen eine lebenslange Retention obligat, ebenso wie eine Eingliederung in das Recall-System nach erfolgter Parodontitistherapie.

Die Verfasser des Textes pflegten keinerlei wirtschaftliche oder persönliche Verbindung zu den genannten Unternehmen.

Thomas Wendl



Waltraud Waiss



Peter Proff



Eva Paddenberg-Schubert



Literatur



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



DR. WALTRAUD WAISS

Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Regensburg
Oberärztin
Tel.: +49 941 944 16370
waltraud.waiss@ukr.de



PROF. DR. DR. PETER PROFF

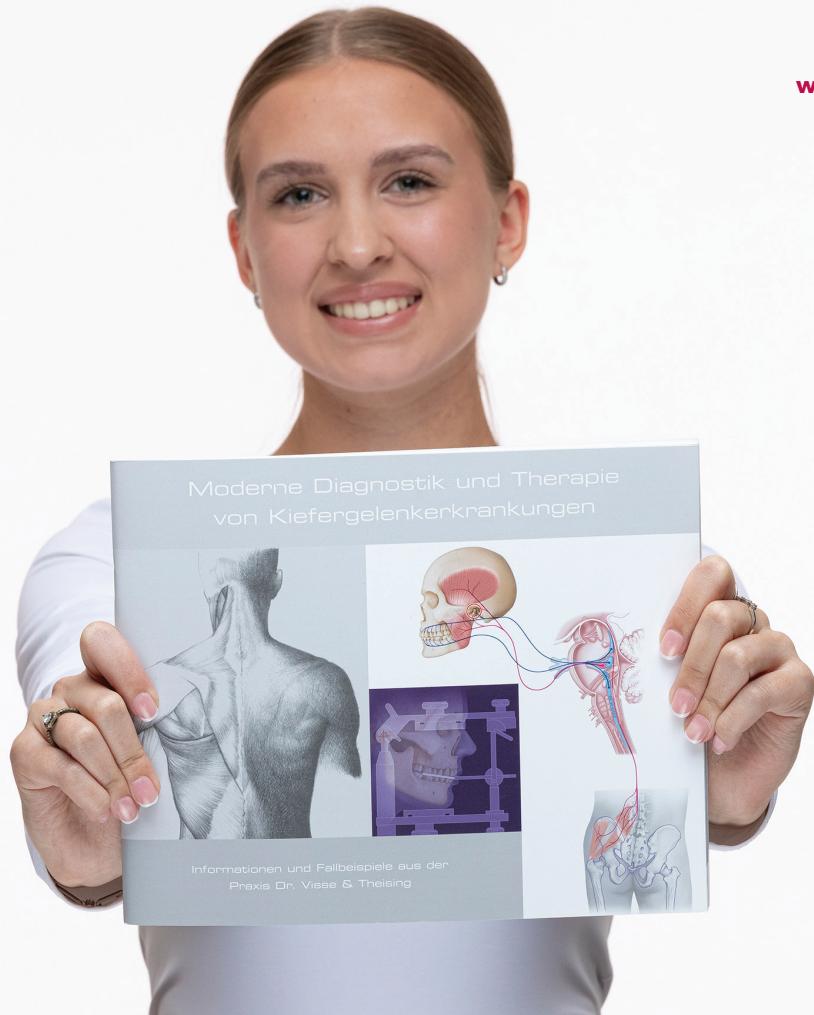
Poliklinik für Kieferorthopädie
Universitätsklinikum Regensburg
Direktor
Tel.: +49 941 944-6095
Peter.Proff@klinik.uni-regensburg.de

PRIV.-DOZ. DR. EVA PADDENBERG-SCHUBERT

Poliklinik für Kieferorthopädie
Universitätsklinikum Regensburg
Leitende Oberärztin
Tel.: +49 941 944-16090
eva.paddenberg@ukr.de
<http://www.ukr.de/kieferorthopaedie>

DR. THOMAS WENDL

Poliklinik für Kieferorthopädie
Universitätsklinikum Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg
Tel.: +49 941 944-16091
Fax.: +49 941 944-6169
thomas.wendl@ukr.de



Funktionelle Kieferorthopädie und CMD – mehr als nur gerade Zähne

Ein Beitrag von Dr. Michael Visse

Die funktionelle Kieferorthopädie ist weit mehr als das Richten schiefer Zähne. Sie betrachtet den Menschen als Ganzes und berücksichtigt die komplexen Zusammenhänge zwischen Zahnstellung, Kiefergelenken und der umliegenden Muskulatur. In unserer Praxis verfolgen wir ein ganzheitliches Konzept, das besonders auf die Ursachen von CMD eingeht – und damit auf Beschwerden, die das Leben vieler Betroffener stark beeinträchtigen können.

Wo die Ursache liegt – ein Blick ins Stammhirn

Unser Ansatz beruht auf der Erkenntnis, dass die Ursache von CMD tief im Stammhirn zu finden ist. Hier laufen wichtige Gehirnnervenkerne zusammen, darunter der Nervus trigeminus, der bedeutendste Nerv im Bereich des Gesichts und des Kaumuskelsystems (Abb. 1). Er ist nicht nur für die Empfindung im Gesicht verantwortlich, sondern steuert auch die Mus-

kulatur, die für das Kauen und Sprechen notwendig ist.

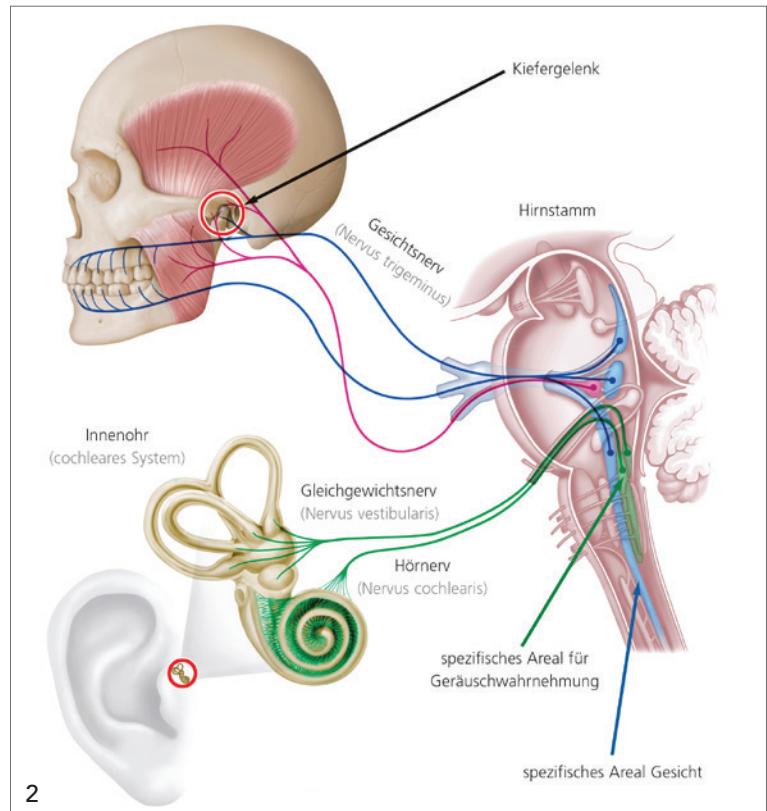
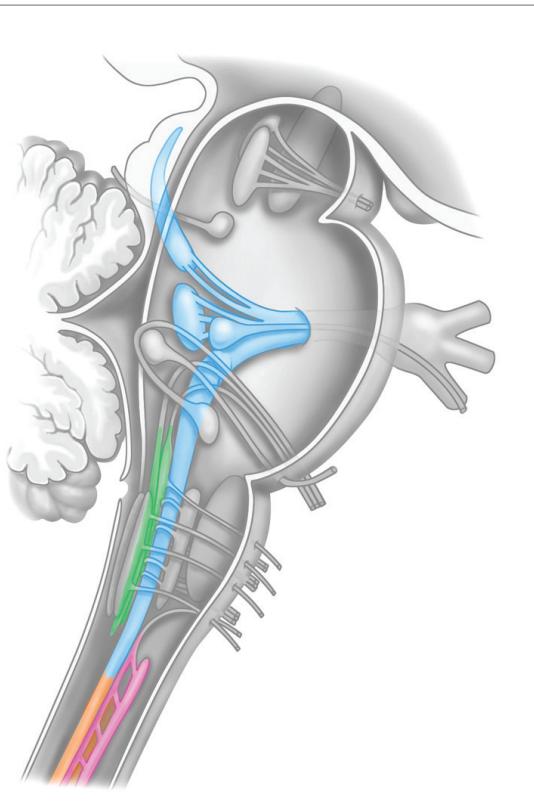
Was viele nicht wissen: Der Nervus trigeminus hat eine außergewöhnlich hohe Repräsentanz im Gehirnstamm und zeigt hier eine ausgeprägte Dominanz.

Das bedeutet, dass eine Fehlstellung der Zähne oder eine Störung der Kiefergelenkfunktion weitreichende Auswirkungen auf das gesamte Nervensystem haben kann.

Das erklärt, warum Zahnfehlstellungen oft nicht nur zu Kieferschmerzen führen, sondern auch auf scheinbar unabhängige Bereiche des Körpers ausstrahlen können – mit Symptomen wie Tinnitus, Schwindel, Kopfschmerzen oder Nackenverspannungen.

Leidensweg vieler Patienten – und die Suche nach Antworten

Viele unserer Patienten haben bereits eine jahrelange Arztodyssee hinter sich. Sie



1

2

haben zahlreiche Behandlungen ausprobiert und trotzdem keine Linderung ihrer Beschwerden erfahren. Die Verzweiflung ist oft groß, wenn niemand die wahre Ursache der Schmerzen erkennt.

Hier setzt unsere ganzheitliche Herangehensweise an. Wir betrachten nicht nur die Zähne, sondern den gesamten Menschen – von der Zahnhaltung über die Kiefergelenkfunktion bis hin zu den komplexen Nervenverbindungen im Stammhirn.

Ein Beispiel, das bewegt – Tinnitus und Schwindel durch Zahnhaltung

Ein eindrucksvolles Beispiel für die komplexen Zusammenhänge ist der Zusammenhang zwischen Tinnitus, Schwindel und einer fehlerhaften Bisslage (Abb. 2).

Viele Betroffene leiden unter einem ständigen Ohrgeräusch oder Schwindelgefühl, ohne zu wissen, dass die Ursache im Mund liegt. Dabei spielt die enge Verbindung zwischen dem Nervus trigeminus und dem Cochlearsystem eine entscheidende Rolle.

Wie das zusammenhängt:

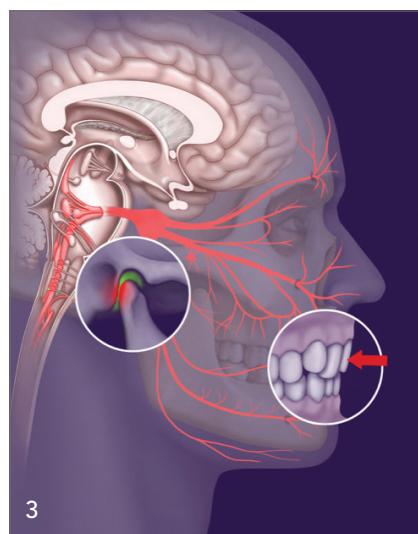
Die Wahrnehmung von Geräuschen und Gleichgewicht wird im Innenohr gesteuert, während die elektrochemische Verarbeitung dieser Reize im Stammhirn stattfindet – in direkter Nachbarschaft zu den Nervenverbindungen des Nervus trigeminus.

Kommt es durch eine fehlerhafte Bisslage zu einer Überaktivität des Nervus trigeminus, kann dies zu einer Reizung der be-

nachbarten Nervenzellen führen, die für die Geräusch- und Gleichgewichtswahrnehmung zuständig sind. Die Folge: Tinnitus und Schwindel, ausgelöst durch eine Zahnhaltung.

Für die Betroffenen bedeutet das:

Endlich eine Erklärung für ihre Beschwerden zu finden – und Hoffnung auf eine gezielte Behandlung, die am Ursprung des Problems ansetzt.



Ein ganzheitlicher Ansatz für eine bessere Lebensqualität

In unserer Praxis legen wir besonderen Wert darauf, die Ursachen von CMD zu erkennen und gezielt zu behandeln. Mithilfe der funktionellen Kieferorthopädie korrigieren wir nicht nur die Zahnstellung, sondern stellen auch die natürliche Balance des Kausystems wieder her. Dabei haben wir stets den gesamten Menschen im Blick – mit all seinen physischen und emotionalen Bedürfnissen.

Unser Ziel:

Eine nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität – damit unsere Patienten wieder unbeschwert lächeln, genießen und leben können.

Für alle, die mehr über die komplexen Zusammenhänge erfahren möchten:

Unser Infofilm erklärt anschaulich die wechselseitigen Beziehungen zwischen Zahnfehlstellungen, Nervensystem und CMD.

Konkretes Fallbeispiel aus unserer Praxis: Anomalie der Angle-Klasse II/2

In unserer Praxis verfolgen wir ein Konzept der funktionellen Kieferorthopädie, das den Menschen als Ganzes in den Mittelpunkt stellt – mit all seinen Bedürfnissen nach Gesundheit, Wohlbefinden und einem selbstbewussten Lächeln.

Unser Ziel ist es, nicht nur Zahnfehlstellungen zu korrigieren und unseren Patienten zu einem strahlenden Lächeln zu verhelfen, sondern immer auch die Kiefergelenkfunktion zu optimieren, um langfristigen Beschwerden wie CMD vorzubeugen.

Dieses Fallbeispiel zeigt eindrucksvoll, wie eine kieferorthopädische Behandlung nicht nur das äußere Erscheinungsbild, sondern auch die Lebensqualität nachhaltig verbessern kann (Abb. 4a–c):

Die Patientin litt unter einer Retrusion der Frontzähne in Verbindung mit einem tiefen Biss. Dies führte nicht nur zu funktionellen Einschränkungen, sondern auch zu ästhetischen Beeinträchtigungen, die sie stark in ihrem Alltag beeinflussten.



Einfach weg lächeln.

Amalgam macht achtsam den Abgang.

Das neue medentex-Pfandsystem ist achtsam gegenüber der Umwelt und kostenoptimal für Ihre Praxis. Denn wer achtsam handelt, meistert den Alltag mit einem Lächeln.

Testen Sie jetzt unsere nachhaltige, zertifizierte und stressfreie Amalgamentsorgung:

Tel. 05205-75160
info@medentex.de
medentex.com/weglaecheln

Ästhetische Beeinträchtigung – mehr als nur ein Schönheitsfehler

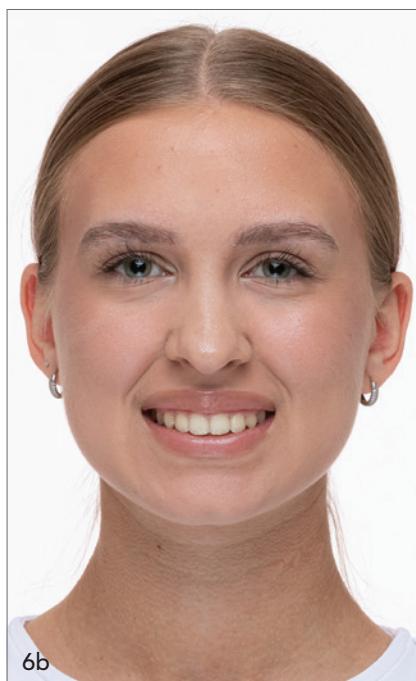
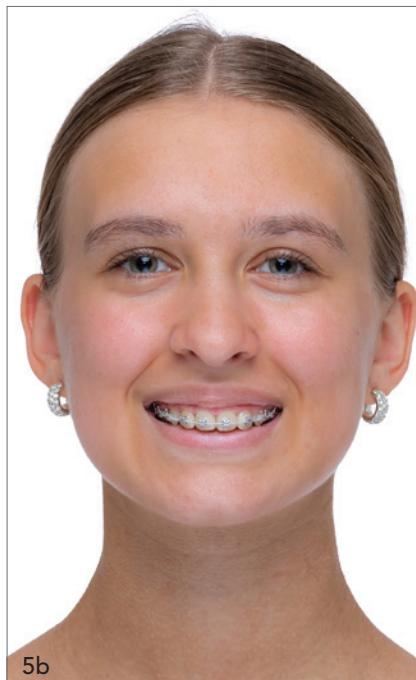
Obwohl die Patientin alle anatomischen Voraussetzungen für ein wunderschönes Lächeln hatte – eine harmonische Smile Line, eine perfekte Lippenkonfiguration und ideal geformte Zahnfarben – fiel es ihr schwer, ihre Zähne zu zeigen. Das Lachen in Gesellschaft wurde für sie zu einer be-

wussten Entscheidung, die sie oft vermied, um ihre Zahnstellung zu verbergen. Die Unsicherheit prägte ihr Auftreten und ihre Lebensfreude.

Erst im Verlauf der Behandlung begann sie zu realisieren, welches Potenzial in ihrem Lächeln steckt. Die Vorstellung, eines Tages frei und unbeschwert zu lachen, schien ihr zuvor unerreichbar (Abb. 5a–c).

Funktionelle Beeinträchtigung – Schmerz, der das Leben beeinflusst

Neben den ästhetischen Einschränkungen litt die Patientin auch unter funktionellen Problemen. In maximaler Interkuspidation führte die Zahnfehlstellung zu einer posterioren Position der Kondylen mit Beteiligung der bilaminären Zone (Abb. 3). Dies



löste eine permanente Irritation des Nervus trigeminus aus, was zu den typischen CMD-Beschwerden wie Kopfschmerzen und Verspannungen führte.

Unser Behandlungsansatz – funktionell und ästhetisch zugleich

Um der Patientin langfristig zu helfen, empfahlen wir eine Multibracketapparatur, um die Frontzähne zu protrudieren und eine balancierte Kondylenposition zur zentrierten Okklusion zu erreichen. Unser Ziel war es, sowohl die Ästhetik zu verbessern als auch die Funktion des Kiefergelenkes zu optimieren – für ein unbeschwertes Lächeln und ein beschwerdefreies Leben.

Das Ergebnis – mehr als nur gerade Zähne

Das Ergebnis dieser Behandlung war nicht nur aus ästhetischer und funktioneller Sicht ein voller Erfolg (Abb. 6a–c). Es veränderte das Leben der Patientin. Erstmals trauten sie sich, unbeschwert zu lächeln,

ohne sich Gedanken über ihre Zähne machen zu müssen. Ihre Ausstrahlung veränderte sich spürbar – mit jedem Lächeln wuchs ihr Selbstbewusstsein.

Dieser Fall zeigt eindrucksvoll: Kieferorthopädie kann weit mehr bewirken als gerade Zähne – sie kann Leben verändern.

Fazit: Ganzheitliche CMD-Behandlung braucht Teamarbeit

Wie bei jeder Erkrankung gibt es auch bei der Behandlung von Funktionsstörungen keine Pauschallösung. CMD-Behandlungen erfordern einen ganzheitlichen Blick auf das komplexe Geschehen.

Als Kieferorthopäden und Zahnärzte tragen wir eine maßgebliche Verantwortung für unsere Patienten und sollten uns in lokalen Netzwerken organisieren und regelmäßig austauschen. Denn wenn das CMD-Problem im Bereich einer Zahnfehlstellung zu verorten ist, wird die alleinige Anfertigung von Knirscherschienen das Problem nicht lösen (Abb. 7).

Mein kollegialer Rat: Suchen Sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit vor Ort und bauen Sie ein lokales Therapeutennetzwerk auf. Ihre Patienten werden es Ihnen danken – mit jedem unbeschwertem Lächeln.

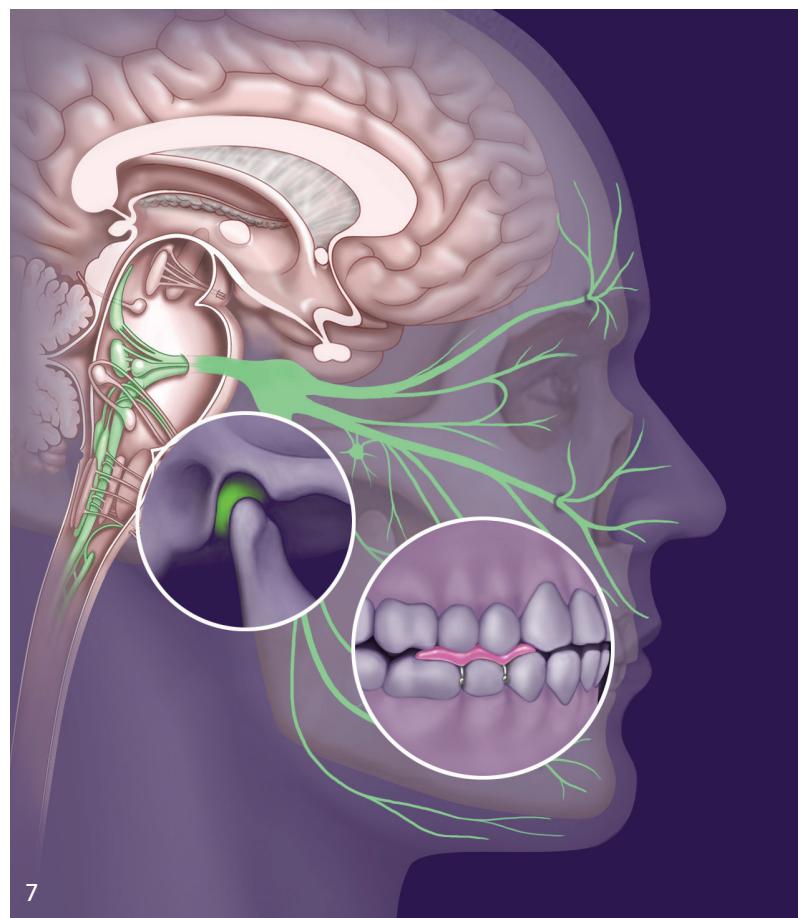
Der Verfasser des Textes pflegt keinerlei wirtschaftliche oder persönliche Verbindung zu den genannten Unternehmen.

Michael Visse



DR. MICHAEL VISSE

Fachzahnarzt für KFO
Georgstraße 24
49809 Lingen
Tel.: +49 591 59077
info@dr-visse.de
www.dr-visse.de



Management eines parodontologischen Desasters

Ein kieferorthopädischer Ansatz zur Rehabilitation

Ein Beitrag von Dr. Karsten Junghanns und Dr. Heiko Goldbecher

Von einem zahnärztlichen Kollegen wurde uns ein 36-jähriger Patient zur kieferorthopädischen Beratung überwiesen. Die Überweisung erfolgte aufgrund einer traumatisierenden Okklusion, aus der sich eine ungünstige Prognose für den Erhalt der Zähne ableiten ließ. Nach Aussage des Patienten wurde von einem anderen zahnärztlichen Kollegen eine prothetische Bisshebung nach Schienentherapie als

Therapieansatz favorisiert. Hierbei sollten im Ergebnis einige der Zähne devitalisiert, beschliffen und eine Kauebene durch Überkronung hergestellt werden. Aufgrund der mit diesem Vorschlag verbundenen Kosten holte sich der Patient eine Zweitmeinung ein.

Bei der Erstberatung in unserer Praxis zeigte sich ein ausgeprägter breiter Deckbiss

mit Einbiss der elongierten Unterkieferfrontzähne in die palatinale Schleimhaut des Oberkiefers sowie eine Verletzung und Rezessionsbildung der vestibulären Gingiva bzw. des Parodonts der Unterkieferfrontzähne durch die retrudierten Oberkieferfrontzähne. Außerdem lagen ein Engstand bei Distalbisslage um eine Prämolarenbreite und eine bukkale Nonokklusion der Zähne 14 und 24 sowie diverse Dreh- und Kippstände vor (Abb. 1a-d, Abb. 8a-c). Ferner ließ sich eine ausgeprägte Supramentalalfalte (Abb. 1e+f, Abb. 6) und ein stark erhöhter Muskeltonus des M. mentalis und M. orbicularis oris feststellen. Mit dem Patienten wurden die für ihn aus unserer Sicht infrage kommenden möglichen Therapieoptionen besprochen. Im Folgenden werden die zentralen Charakteristika der Therapieoptionen zusammenfassend dargestellt:



Abb. 1a–h: Ausgangssituation: Intraoralaufnahmen (a–d) und Extraoralaufnahmen (e–h).

A: Kombinationsbehandlung**Kieferchirurgie/Kieferorthopädie mit Zahnerhalt**

- Erhalt aller Zähne
- Ausformung der Zahnbögen mit Multibracketapparaturen
- Bisshebung durch frontale Aufbisse
- Myofunktionelle Vorbereitung mit Aktivator für kieferchirurgische Bisslageumstellung während der Multibrackettherapie
- kieferchirurgische Bisslageumstellung durch bimaxilläre Umstellungsosteotomie
- Feineinstellung der Okklusion durch Multibrackettherapie
- lebenslange Retention durch Retainer und Aktivator

B: Kombinationsbehandlung**Kieferchirurgie/Kieferorthopädie mit Extraktion der ersten Prämolaren im Oberkiefer**

- Extraktion der in bukkaler Nonokklusion stehenden Zähne 14 und 24
- Distalisierung, Aufrichtung und Lückenschluss im Oberkiefer
- Nivellierung im Unterkiefer
- Bisshebung durch frontale Aufbisse
- kieferchirurgische Bisshebung durch bimaxilläre Umstellungsosteotomie
- Feineinstellung der Okklusion durch Multibrackettherapie
- lebenslange Retention durch Retainer und Aktivator

C: Kieferorthopädie (ausschließlich) mit Extraktion der ersten Prämolaren im Oberkiefer

- Extraktion der in bukkaler Nonokklusion stehenden Zähne 14 und 24
- Distalisierung, Aufrichtung und Lückenschluss im Oberkiefer
- Nivellierung im Unterkiefer
- Bisshebung durch frontale Aufbisse
- Feineinstellung der Okklusion durch Multibrackettherapie mittels Gummizügen
- lebenslange Retention durch Retainer und Aktivator

Nach der Erstbefundung wurde ein Wax-up gefertigt, das die Therapievariante A darstellte. Alle Therapieoptionen wurden ausführlich besprochen. Der Patient entschied sich für die Umstellungsosteotomie und chirurgische Bisshebung ohne Extraktio-

nen (Option A). Außerdem erfolgte eine Begutachtung durch einen MKG-Chirurgen, der eine Umstellungsosteotomie nach Vorausformung der Zahnbögen und myofunktioneller Vorbereitung empfahl.

Vorbehandlung

Aufgrund des Tiefbisses und der ausgeprägten Elongation der Unterkieferfront wurde im Unterkiefer mit der Ausformung des Zahnbogens mit Lingualtechnik begonnen. So konnte einerseits eine Kraftapplikation nahe des Widerstandszentrums der Zähne erfolgen; andererseits hätte für Brackets in Vestibulartechnik zur Vermeidung eines Vorkontaktes auf dem Bracket mit frontalen oder seitlichen

Aufbissen gearbeitet werden müssen. Gleichzeitig konnte durch den anfänglichen Verzicht von Aufbissen, insbesondere von frontalen Aufbissen, eine zusätzliche Belastung der parodontal bereits geschädigten Frontzähne vermieden werden. Ebenso wurden die mit dieser Bisshebung verbundenen Nebenwirkungen der Okklusionsstörung umgangen. Nach einer Vorausformung der Unterkieferfront bei 34 bis 44 für ca. ein dreiviertel Jahr wurde im Oberkiefer eine Multibracketapparatur in Vestibulartechnik von 16 bis 26 eingegliedert. Ein weiteres halbes Jahr später war bereits eine deutliche Aufrichtung der Frontzähne sowie eine deutliche Reduktion der vestibulären Rezession im Unterkiefer sichtbar (Abb. 2).



Abb. 2: Intraoraufnahme ca. 15 Monate nach Behandlungsbeginn: Z.n. Vorausformung UK-Front und Eingliederung Multibracketapparatur im Oberkiefer, durch fehlende traumatische Okklusion deutlich reduzierte Rezessionen. – **Abb. 3:** Intraoraufnahme: Erweiterung der festsitzenden Apparatur im UK nach zwei Jahren, Bogen wurde in der Front durch die Lingualbrackets geführt und in den Okklusalflächen der Seitenzähne mit Komposit fixiert.



Abb. 4a–c: Intraoralaufnahme: Z. n. ca. zweieinhalb Jahren nach Behandlungsbeginn, fortschreitende Ausformung der Zahnbögen, Bisshebung durch frontale Aufbisse, Überstellung der bukkalen Nonokklusion 14/24, noch vorhandene Nonokklusion im Seitenzahngebiet.

Etwa zwei Jahre nach Behandlungsbeginn wurde die festsitzende Apparatur im Unterkiefer auf die Prämolaren und den

ersten Molar ausgedehnt. Der Bogen wurde dazu in der Front durch die Lingualbrackets geführt und in den Okklusalflä-

chen der Seitenzähne mit Komposit fixiert (Abb. 3). Um eine weitere Bisshebung zu erreichen und die Überstellung der Buccalokklusion von 14 und 24 zu unterstützen, wurden drei Monate später frontale Aufbisse an 11 und 21 adhäsig befestigt. Kurz darauf wurden palatinal von 14 und 16 sowie vestibulär von 36 und 46 Knöpfchen geklebt. Dadurch war das Spannen von Klasse II-Gummizügen möglich, und mit einer eingegliederten elastischen Kette 14 bis 16 konnte die Derotation von 14 forciert werden. Die Gummizüge sollten vom Patienten abends und nachts getragen werden. Die Abbildung 4 zeigt die Situation ca. zweieinhalb Jahre nach Behandlungsbeginn. Innerhalb des nächsten Jahres wurden die frontalen Aufbisse kontinuierlich erhöht, um eine weitere Bisshebung und Mesialisierung des Unterkiefers zu erreichen. Circa dreieinhalb Jahre nach Behandlungsbeginn war eine weitgehende Ausformung der Zahnbögen, eine deutliche Bisshebung, eine Reduktion der sagittalen Stufe sowie eine Überstellung der bukkalen Nonokklusion erreicht (Abb. 5). Es erfolgte eine Zwischenbefundung mit dem Ziel der Fertigung eines Aktivators zur myofunktionellen Vorbereitung der Bisslageumstellung.

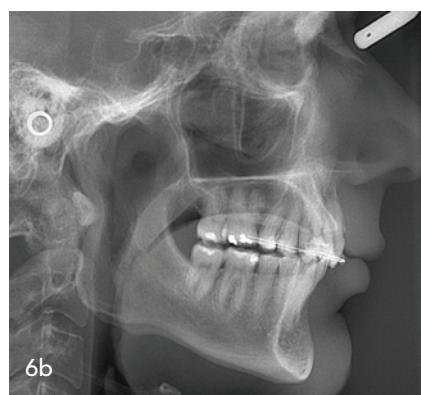


Abb. 5a–d: Intraoralaufnahme (a–d): Z. n. ca. dreieinhalb Jahren nach Behandlungsbeginn und etwa ein halbes Jahr vor Entfernung der Multi-bracketapparatur im Unterkiefer, im Oberkiefer wurden die frontalen Aufbisse wiederholt erhöht, gut sichtbar ist hier die subgingivale Lage bzw. die Umschließung der Basis der Kompositaufbisse auf der Palatalfläche 11/21 von Gingiva (d), welche zu Behandlungsbeginn durch die traumato-gene Okklusion der Unterkieferfrontzähne noch frei lag. – **Abb. 6a+b:** Ausschnitt Fernröntgen-seitenbild: Ausgangssituation 2017 (a) und unmittelbar vor Multibracketapparaturentfernung (b), gut zu erkennen ist die Aufhebung der distalen Zwangsbisslage des Unterkiefers mit knapp einer Prämolarenbreite im Bereich der Sechs-Jahr-Molaren sowie eine deutliche Profilveränderung im unteren Gesichtsdrittel mit Reduktion der Submentalfalte durch die Auflösung des tiefen Bisses.

Neubestimmung des Behandlungszieles

Der Patient war mit dem bisher erreichten Ergebnis im Wesentlichen zufrieden und lehnte eine weitere Bisshebung und Ausgleich der skelettalen Distalbisslage durch die ursprünglich geplante Umstellungosteotomie ab. Aus diesem Grund wurde das Behandlungsziel neu bestimmt. Es sollten nun im weiteren Verlauf ohne OP die Ausformung der Zahnbögen abgeschlossen werden und mithilfe frontaler Aufbisse sowie kombinierter festsitzend-



Abb. 7: Abschlussbefund: Intraoralaufnahmen (**a–f**) und Extraoralaufnahmen (**g–j**).

herausnehmbarer Retentionsgeräte (Kleberetainer und Vorschubdoppelplatten) eine weitere Bisshebung erzielt und stabilisiert werden. Nach einer weiteren halbjährigen Feineinstellung konnte die Multi-bracketapparatur im Unterkiefer entfernt und ein Retainer von 33 bis 43 eingegliedert werden. Die Entfernung der Multi-bracketapparatur im Oberkiefer und der frontalen Aufbisse folgte ein Jahr später. Zur Stabilisierung des Ergebnisses wurde im Oberkiefer eine Platte mit Vorbiss eingesetzt sowie in der Oberkieferfront ein Retainer adhäsiv befestigt (Abb. 7).

Für die Behandlung im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung kommt die Neubestimmung des Behandlungszieles häufig einem Behandlungsabbruch gleich. Aufgrund der versicherungstechnischen

Grenze, welche mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 in Kraft trat, wurde die Erwachsenenkieferorthopädie auf kombinierte kieferchirurgisch-kieferorthopädische Behandlungskonzepte im Rahmen der GKV (gesetzlichen Krankenversicherung) beschränkt. Dadurch sind Kosten für die Erwachsenenbehandlung nur noch in Ausnahmefällen von der GKV zu tragen.

Entfällt aufgrund der individuellen Reaktionslage die Notwendigkeit bzw. der zu erwartende patientenindividuelle Mehrwert einer OP oder nimmt der Patient wie in diesem Fall Abstand von der ursprünglich geplanten OP, so fällt die Gesamtbehandlung aus der Leistungspflicht der GKV und der angefallene Eigenanteil der kieferorthopädischen Behandlung wird meist nicht zurückerstattet.

Fazit

Durch die kieferorthopädische Behandlung konnte innerhalb von fünf Jahren eine Ausformung der Zahnbögen mit deutlicher Reduktion der Speekurve und Überstellung der bukkalen Nonokklusion erreicht werden. Durch die erfolgreiche Bisshebung und Vorverlagerung des Unterkiefers mit Etablierung neuer myofunktioneller Muster konnte eine stabile Neutralbisslage realisiert werden. Insbesondere konnte so der zu erwartende progrediente Verlauf einer weiteren Schädigung des Parodonts der Frontzähne verhindert werden und sogar eine Reduktion der Rezessionen an den Ober- und Unterkieferfrontzähnen um mehrere Millimeter erzielt werden. Besonders deutlich wird dies an den Modellfotos (Abb. 8+9), welche

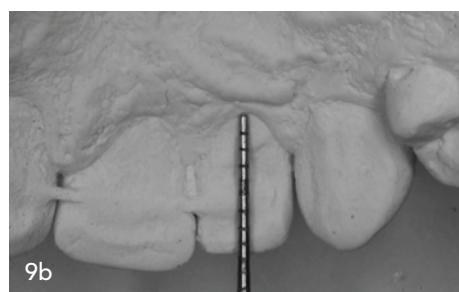
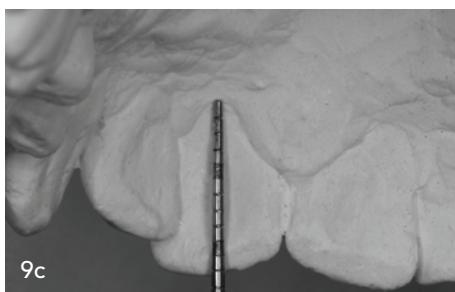
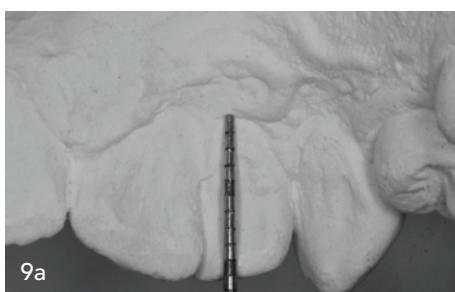
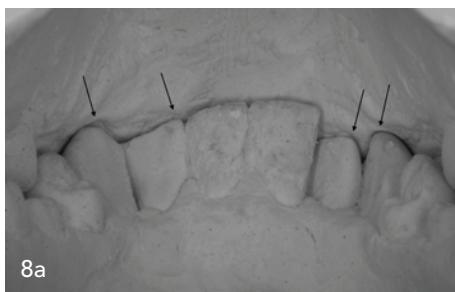


Abb. 8a-d: Aufnahme der Modelle posterior-anterior: Vor der Behandlung in Okklusion (a), halboffen (b), Kopfbiss (c), die gut zu erkennen den Einbisse der Unterkieferfrontzähne in die palatinale Schleimhaut des Oberkiefers sind mit Pfeilen markiert, außerdem gut zu erkennen ist eine starke Abflachung der Papilla incisiva sowie der Gaumenfalten; nach der Behandlung in Okklusion (d), dentale Abstützung der Front erreicht, Restrukturierung und Wiederhervortreten der Gaumenfalten sichtbar, Markierungen zeigen die Position der ehemaligen Einbisse.

Abb. 9a-d: Aufnahme der Modelle posterior-anterior: Zahn 12 vor (a) und nach der Behandlung (b); Zahn 21 vor (c) und nach der Behandlung (d).

die Situation vor und nach der Behandlung mit einer Ansicht von intraoral posterior-anterior zeigen. Mit Pfeilen sind die Einbisse der Unterkieferzähne in die palatinale Schleimhaut markiert – diese liegen teilweise mehrere Millimeter apikal der marginalen Gingiva. Nach Abschluss der Behandlung ist durch eine enorme Bisshebung eine dentale Abstützung der Frontzähne erreicht, und damit nicht nur eine Traumatisierung der Gingiva bzw. des Parodonts beseitigt (siehe auch Abflachung der Papilla inzisiva und veränderte Gaumenfalten), sondern überhaupt erst die Möglichkeit für eine Reduktion der Resorptionen geschaffen worden (vgl. auch

Intraoralaufnahmen Abb. 1d, Abb. 7c-d und FRS Abb. 6). Mit dem erzielten funktionellen und ästhetischen Ergebnis ist der Patient zufrieden, und es konnte letztendlich auch aufgrund der guten Mitarbeit des Patienten auf eine Umstellungsosteotomie verzichtet werden.

Die Verfasser des Textes pflegten keinerlei wirtschaftliche oder persönliche Verbindung zu den genannten Unternehmen.

Karsten Junghanns



Heiko Goldbecher



**DR. KARSTEN JUNGHANNS
DR. HEIKO GOLDBECHER**

Mühlweg 20
06114 Halle (Saale)
Tel.: +49 345 2021604
heikogoldbecher@web.de
<http://www.stolze-goldbecher.de>

Lückenhalter im Milch- und Wechselgebiss

Ein Beitrag von Priv.-Doz. Dr. Christoph Reichert

Der frühzeitige Zahnverlust und ein daraus resultierender Einbruch der Stützzone stellen eine große Gefahr für den physiologischen Zahnwechsel dar. Nach der Extraktion eines Milchzahns in der Stützzone kommen häufig Lückenhalter zum Einsatz, um die verbleibende Lücke zu konservieren. Diese Geräte sind jedoch nicht ohne Probleme in ihrer Anwendung. Bei langer Tragedauer kann die Compliance leiden, die Geräte müssen während des Wachstums adaptiert werden und können sogar das mandibuläre oder maxilläre Wachstum hemmen. Ziel dieses Artikels ist es, eine Übersicht gängiger Lückenhalter zu geben, ihre Effekte zu beschreiben und deren Einsatzrahmen vor dem Hintergrund der aktuellen Datenlage zu diskutieren.

Stützzoneneinbruch und dessen Folgen

Karies ist die häufigste Ursache für einen Stützzoneneinbruch.¹ Aber auch das Trauma, Durchbruchsstörungen oder ein Missverhältnis zwischen Platzangebot und Zahngroße sind beispielhaft zu nennen. Während des Kieferwachstums ist die Integrität der Stützzone von herausragender Bedeutung. Auch wenn in manchen Fällen nur wenige Millimeter Platz

verloren gehen, können die Folgen für die sich entwickelnde Dentition erheblich sein. Mechanische Durchbruchsbehinderungen, paraxialer Durchbruch der zweiten Dentition, dentale Asymmetrien, Retention permanenter Zähne, Zahnkippung, vertikale Problematiken, veränderte Durchbruchszeiten oder Aufwanderungen von Stützonen sind mögliche Szenarien (Abb. 1a–e), und nicht selten ist eine kieferorthopädische Extraktionsentscheidung die Folge eines Stützzoneneinbruches.

Im Milchgebiss haben der Milcheckzahn und die Milchmolaren eine Platzhalterfunktion und dienen als sagittale und vertikale Abstützung. Während der Wechselgebissphase ist ein koordinierter Zahnwechsel ebenfalls unerlässlich, um physiologische Vorgänge zu begünstigen. Nehmen die Zahnbreiten vom Milcheckzahn zum zweiten Milchmolaren zu, so verhält es sich bei der permanenten Dentition umgekehrt. Nance's Leeway Space, also die Differenz zwischen den Breitensummen der Milchmolaren und des Milcheckzahnes abzüglich der Breitensummen des bleibenden Eckzahnes und der ersten und zweiten Prämolen, ist in der Literatur im Oberkiefer mit durchschnittlich 1,4 mm und im Unterkiefer 2,4 mm pro Seite angegeben.² Diese Diskrepanz zwischen den beiden Kiefern ist wichtig, denn beim regulären Zahnwechsel stellen sich die ersten Molaren ausgehend von einer



Abb. 1a–e: Beispielhafte Folgeprobleme nach Einbruch der Stützzone in allen Raumebenen. Man erkennt einen Mesialdrift der Zähne 16 und 26, sowie einen Distaldrift der Zähne 14 und 24. Dieser Platzmangel resultierte in einer Retention der Zähne 15 und 25 (a). Die Zähne 16 und 26 vollzogen eine Mesialrotation in die Lücke. Der Platzmangel führte zu einem palatinalen Durchbruch der Zähne 15 und 25 und einem beidseitigen Kreuzbiss (b–d). Nach Verlust der Antagonisten kam es aufgrund der fehlenden Abstützung zu einer Übereruption der Seitenzähne im Oberkiefer (e).

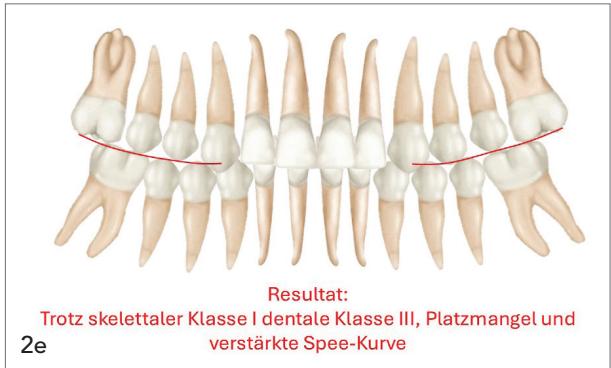
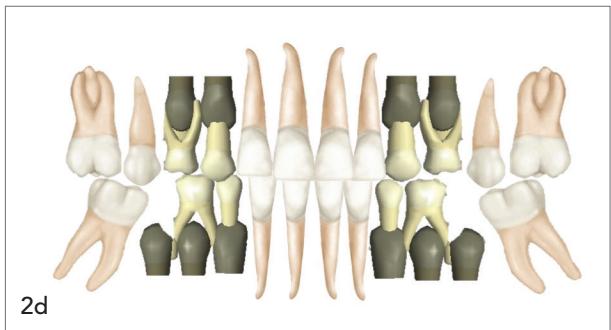
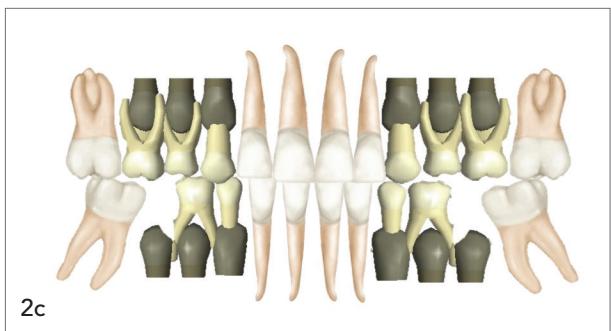
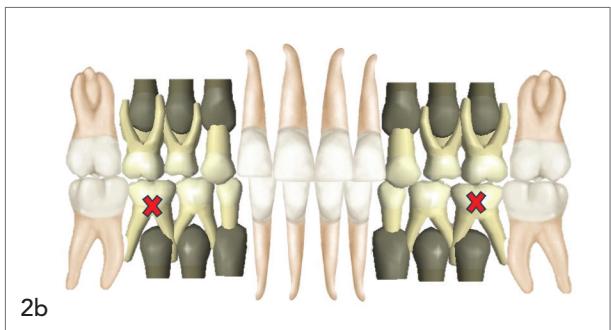
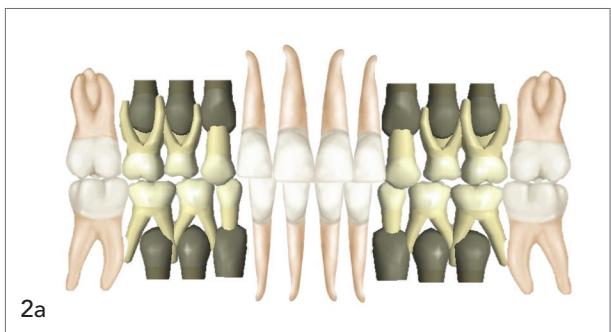


Abb. 2a-e: Ausgehend von einer intakten Stützzone (a) kann es nach dem Verlust (b) eines unteren Milchmolaren zu einer Kippung der Nachbarzähne und einer Einengung der Stützzone kommen (c). In der Folge entsteht in der Vertikale Raum, der eine Retention des Nachfolgers und eine Übereruption der Antagonisten begünstigen kann (d). Dies resultiert trotz neutralem Wachstum in einer verstärkten Spee-Kurve, Platzmangel und einer dentalen Klasse III (e).

viertel Prämolarenbreite Distalokklusion im frühen Wechselgebiss in eine neutrale Molarenrelation beim bleibenden Gebiss ein.

Der Einsatz eines Lückenhalters

Trotz des häufigen Einsatzes gibt es nur wenige klinische Studien zu Lückenhaltern auf höchstem Evidenzniveau. Dies kann zum Teil damit begründet sein, dass in einer randomisierten, kontrollierten klinischen Studie die Kontrollgruppe ohne Lückenhalter behandelt werden müsste, was ethisch sicherlich kritisch ist. Tabatabai & Kjellberg³ erarbeiteten ein Systematic Review, in welchem die Effekte einer Behandlung mit Retainern nach dem Verlust der zweiten Milchmolaren untersucht wurden. Ihre PICO-Kriterien waren wie folgt vorgegeben: Die Studienpopulation musste sich aus Patienten mit Verlust des zweiten Milchmolaren und eruptiertem ersten Molar zusammensetzen. Als Intervention wurden verschiedene Lückenhalter zugelassen. Die Vergleichsgruppe war ohne Lückenhalter versorgt. Zielparameter waren der klinische Effekt, Kariesentstehung, PA-Probleme, Patientenzufriedenheit und Kosteneffizienz. Nur zwei Studien entsprachen den PICO-Kriterien, da alle anderen Untersuchungen keine Kontrollgruppe hatten. Zum Einsatz kamen herausnehmbare Lückenhalter, Lückenhalter im Band-and-Loop-Design und Lingualbögen. Folgende Effekte wurden beschrieben: Lückenhalter können die Zahnbogenlänge konservieren, jedoch zeigen die unteren Inzisiven trotz Einsatz der Geräte eine verstärkte linguale Inklination und die Molaren eine mesiale Inklination. Dieser Effekt war in den Kontrollgruppen signifikant verstärkt. Parodontal erkannte man eine verstärkte Plaqueakkumulation bei festsitzenden Geräten, und sowohl Blutungen auf Sondierung als auch der Gingivalindex stiegen an. Keine Untersuchung gab es hingegen zu den Zielparametern Karies, Patientenzufriedenheit und Kosteneffizienz. Tabatabai & Kjellberg³ schlussfolgerten, dass der zweite Milchmolar ein guter Platzhalter sei. Ein Verlust führt meist zu einer Stützzoneneinengung, und daher geben die Autoren eine starke Empfehlung zu einem Lückenhalter. Diese Empfehlung geht mit vielen klinischen Untersuchungen anderer Arbeitsgruppen konform.⁴⁻⁶

Der Frage einer Notwendigkeit eines Lückenhalters nach Verlust des ersten Milchmolaren gingen Zhao et al.⁷ in ihrer Metaanalyse nach. Die gepoolten Daten hatten ein Follow-up von sechs bis 24 Monaten. In dieser Zeit konnte zwar Platz verloren gehen, dieser beeinflusste jedoch nicht die Zielparameter Zahnbogenbreite, -länge oder -form. Da hier mit einer höheren Stabilität zu rechnen ist, empfehlen die Autoren, eine eher abwartende Haltung einzunehmen, um eine Übertherapie zu vermeiden.

Für den Milcheckzahn gibt es leider keinerlei Untersuchungsdaten. Somit kann nur aus eigener klinischer Erfahrung ebenfalls eine hohe Stabilität berichtet werden. Hier kommt es bei Platzverlust eher zu einer Migration von mesial durch den seitlichen Schneidezahn. In diesem Fall ist der Einsatz eines Lückenhalters oder so-

gar eine Ausgleichsextraktion empfehlenswert. Denn sollte sich eine dentale Asymmetrie und Front-Mitten-Abweichung einstellen, ist diese nach dem Zahnwechsel ohne ausreichenden Platz nur sehr schwer zu korrigieren.

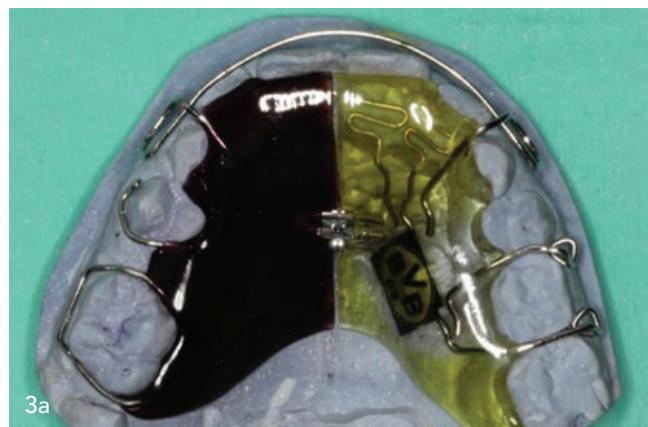
Besonders hervorzuheben, weil vielfach unterschätzt, ist die Aufgabe der unteren Milchdentition unter funktionellen Gesichtspunkten als vertikale Abstützung im wachsenden Patienten. Nach dem Verlust des zweiten unteren Milchmolaren ist häufig eine Kippung des ersten Molars nach mesial zu beobachten, wodurch Vorkontakte auf den distalen Höckern des unteren Molars entstehen und in einer Überlastung der Zähne resultieren können. Ein weiterer Aspekt ist, dass in der Vertikale Platz entsteht, sodass der Antagonist über die Okklusionsebene eruptieren kann. In der Folge kommt es im Unterkiefer zu

einem Wachstum um diesen Störfaktor und kann, trotz neutralen Wachstums, zu einer dentalen Klasse III der Molaren, einer verstärkten Spee-Kurve und einem frontal Tiefbiss mit teilweise erheblichen Funktionsstörungen führen (Abb. 2).

Da die meisten Untersuchungen zum Einsatz des Lückenhalters die sagittale Dimension betrachteten, wird die Vertikale oftmals vernachlässigt. Es ist sehr zu empfehlen, die Vertikale in jeder Kontrollsitzung zu untersuchen und bei einer Übereruption über die Okklusionsebene die Situation zu stabilisieren.

Gestaltung eines Lückenhalters

Folgt man den Vorgaben der deutschen gesetzlichen Krankenkassen, so steht dem Behandler eine herausnehmbare Plattenapparatur zur Verfügung (Abb. 3a). Wie



3a



3b



3c



3d

Abb. 3a–d: Exemplarische Darstellung eines herausnehmbaren Lückenhalters zum Ersatz des Zahnes 55. Die Sagittalschraube lässt eine Adaptation während des Wachstums zu, und die Protrusionsfedern dienen zur Korrektur leichter Fehlstellungen (a). Lückenhalter nach dem Band-and-Loop-Design. Hier zum Ersatz des Zahnes 83, welcher frühzeitig durch eine unterminierende Resorption verloren ging (b). Beispiel eines Lingualbogens. In diesem Fall eingesetzt, um den Leeway Space zu konservieren, um später den frontalen Engstand nach distal aufzulösen (c). Beispiel eines Nance-Haltebogens. Hier eingesetzt, um den Leeway Space für eine Retraktion der Front zu konservieren (d).

man der systematischen Übersichtsarbeiten von Tabatabai & Kjellberg³ entnehmen kann, ist diese Versorgung festsitzenden Alternativen weder unter- noch überlegen. Jedoch gibt bei der Ausführung ein paar Vor- und Nachteile zu bedenken. Je nach Zeitpunkt des Zahnverlustes kann es für den Patienten bedeuten, dass eine lange Zeitspanne bis zum Zahnwechsel überbrückt werden muss. Dies kann in einer eingeschränkten Motivation für eine aktive Therapie enden, da man den Patienten unter Umständen überfordert. Weiterhin ist zu beachten, dass passive Geräte die Entwicklung der Maxilla oder Mandibula hemmen können. Es hat sich bewährt, in die Apparaturen eine sagittale Schraube einzubauen, um dem Wachstum folgen zu können. Eine Adaptation während des Wachstums und während des Zahnwechsels ist unerlässlich, um durchbrechende Zähne nicht zu behindern. Die Vertikale kann mit diesen Geräten hervorragend konserviert werden, indem man Aufbisse im Bereich der Lücke vorsieht. Ein weiterer Punkt ist die Compliance. Denn Karies ist oft die Ursache für einen Zahnverlust, sodass man nicht immer die Patienten behandelt, welche eine gute Mitarbeit zeigen und ausreichende häusliche Unterstützung finden.

Da die Behandlung mit herausnehmbaren Geräten einige Probleme bringen kann, muss sich der Behandler die Frage stellen, ob er sie zum Einsatz bringt, Alternativen sucht oder ein zurückhaltendes Vorgehen mit guter klinischer Kontrolle und Fotodokumentation bei regelmäßigem Recall verfolgt.

Als Alternativen steht eine große Bandbreite zur Verfügung⁸ (Abb. 3b–d). Geräte wie der Lip-Bumper oder der Headgear setzen den Einsatz von Bändern voraus und sind stark von der Mitarbeit der Patienten abhängig, da sie teilweise herausnehmbar sind und nach den Vorgaben des Behandlers getragen werden müssen. Festsitzende Ausführungen wie der Lückenhalter im Band-and-Loop-Design, Lingualbögen oder der Nance-Haltebogen sind gut untersuchte Geräte. Durch ihre Gestaltung setzen sie die wenigste Compliance voraus, hemmen die Entwicklung der Kiefer nur wenig und können Wachstumsbegleitend über einen langen

Zeitraum eingesetzt werden. Nachteilig bei diesen Geräten sind eine mögliche Dezementierung, eine Einlagerung in die Schleimhaut, Schleimhautirritationen, eine fehlende vertikale Abstützung und insbesondere beim Nance-Haltebogen die eingeschränkte Hygienefähigkeit.⁹ Während der Lingual- und der Nance-Haltebogen während des gesamten Seitenzahnwechsels verbleiben können, kann es unter Umständen sein, dass der Band-and-Loop-Retainer die Zahneruption behindert, oder auch frühzeitig ausfällt, wenn er an einem Milchzahn befestigt ist, der exfoliert.

Ein besonderes Augenmerk sollte man dem Lingualbogen widmen. Viglians¹⁰ identifizierte in einer systematischen Übersichtsarbeit zwei Studien, welche dieses Gerät und deren Effekte als alleinigen Lückenhalter ohne weitere Interventionen im Ober- oder Unterkiefer untersuchten. Die Kontrollgruppe ohne Lingualbogen wurde durchschnittlich über 16 Monate beobachtet. In dieser Zeit kippten die Molaren um $2,32^\circ$ nach anterior und die Angulation der Inzisivi nahm um -3° ab. In der Gruppe mit Lingualbogen stellten sich nach durchschnittlich 14 Monaten Beobachtungszeit die Ergebnisse wie folgt dar: Der Molarentyp ändert sich nach posterior um $-0,54^\circ$ und die Angulation der Inzisivi nahm um $+0,11^\circ$ zu. Es kam somit sogar zu einem Platzgewinn im Zahnbogen durch den Lingualbogen, was für einen passiven Lückenhalter einmalig ist.

Diskussion

Der Einsatz eines Lückenhalters ist hoch individuell. Eine Vielzahl von Faktoren wie z. B. Zeitpunkt, Lokalisation, Patientenalter, Phänotyp, Wirtschaftlichkeit, Ergonomie oder Entwicklungsstand der Dentition beeinflussen die Gerätewahl. Während der Betreuung sollte man nicht nur die sagittale Dimension, sondern auch die Vertikale beachten. Es ist empfehlenswert diese Einflussfaktoren bei der Auswahl des Therapiemittels zu berücksichtigen, ggf. ein kieferorthopädisches Konsil zu suchen und sich von der aktuell verfügbaren Evidenz leiten zu lassen. Jedoch der Tat-sache bewusst sein, dass nicht alle Geräte gut geprüft sind, sodass noch Raum für weitere Forschung besteht.

Wenn möglich sollte man die Geräte nur zurückhaltend einsetzen und einer guten klinischen Kontrolle, Fotodokumentation und regelmäßigem Recall den Vorzug geben. Denn Strategien zur Konservierung der Zahnbogenlänge sollten nicht unkritisch zum Einsatz kommen, da es Hinweise mit niedrigem Evidenzniveau gibt, dass diese Maßnahmen ein Risiko für die Eruption zweiter Molaren darstellen können.¹¹

Ideal wäre natürlich, wenn man die Inzidenz frühzeitiger Zahnverluste noch weiter reduzieren könnte, denn schließlich sind die eigenen Zähne der beste Platzhalter.

Der Verfasser des Textes pflegt keinerlei wirtschaftliche oder persönliche Verbindung zu den genannten Unternehmen.

Christoph Reichert



Literatur



**PRIV.-DOZ. DR.
CHRISTOPH REICHERT**

Fachpraxis für Kieferorthopädie
67098 Bad Dürkheim
info@kfo-reichert.de
Tel.: +49 6322 66767

Fortbildung am Tegernsee – mit Weitblick, Austausch und Substanz

Der Kongress SEA LOVE KFO fand vom 13. bis 16. März 2025 im 5-Sterne Elegant Nature Resort „Althoff Seehotel Überfahrt“ statt.



Fachlich anspruchsvoll, atmosphärisch besonders, menschlich nah: Der Kongress SEA LOVE KFO ging in seine vierte Runde – und hat sich endgültig als fester Termin im Fortbildungskalender der Kieferorthopädie etabliert. Gastgeberin war erneut das ABZ Kompetenzzentrum Kieferorthopädie, das mit dem Format eindrucksvoll zeigt, wie fachlicher Diskurs, kollegialer Austausch und authentische Begegnungen miteinander verbunden werden können.

Programm mit Tiefe – moderiert von Dr. Moritz Förtsch

Das Kongressprogramm war auch in diesem Jahr hochkarätig besetzt: Mit Vorträgen von Expertinnen und Experten wie Prof. Dr. Katrin Bekes, Dr. Philipp Gebhardt, Prof. Dr. Dr. Collin Jacobs, Dr. Woo-Ttum Bittner und vielen weiteren wurden aktuelle Themen der modernen Kieferorthopädie beleuchtet – von medizinischen Fragestellungen bis hin zu betriebswirtschaftlichen Perspektiven.

Durch das Programm führte Dr. Moritz Förtsch, selbst Kieferorthopäde, der mit

feinsinnigem Humor und klarem Blick für relevante Themen souverän durch die Veranstaltung führte.

Ein besonderes Highlight bildete der Impuls vortrag von Olympiasiegerin Maria Höfl-Riesch, die eindrucksvoll über mentale Stärke, Motivation und das Setzen von Zielen sprach – Parallelen zur unternehmerischen Praxis in der KFO waren dabei vielfach spürbar.

Offenheit trifft Kollegialität

Neben dem fachlichen Programm überzeugte die Veranstaltung vor allem durch ihre offene und persönliche Atmosphäre. Neue Teilnehmerinnen und Teilnehmer fanden schnell Anschluss an die „Wiederholer“ der vergangenen Jahre – es entstand eine besondere Mischung aus Fachlichkeit, Vertrauen und unkompliziertem Austausch auf Augenhöhe.

Fachlich relevant, nah an der Praxis

Dass die ABZ mit dem SEA LOVE KFO den Nerv moderner KFO-Praxen trifft, wurde

auch 2025 wieder deutlich. Viele Inhalte spiegelten Herausforderungen wider, die im Praxisalltag konkret spürbar sind – sei es in der Patientenkommunikation, bei Investitionen oder im wirtschaftlichen Handling. Das Kongressformat zeigte sich erneut als Plattform, auf der nicht nur Fachwissen geteilt wird, sondern auch Impulse für die konkrete Praxisentwicklung gesetzt werden.

SEA LOVE KFO 2026 – save the Date
Die nächste Ausgabe steht bereits fest:
23. bis 26. April 2026

Weitere Informationen, Impressionen und das aktuelle Aftermovie:
[www.abz-zr.de/
sealovekfo2025](http://www.abz-zr.de/sealovekfo2025).



KONTAKT

ABZ Kompetenzzentrum
Kieferorthopädie
kontakt@abz-zr.de
www.abz-zr.de/kfo





„echo charlie ist kein Produkt – es ist ein Praxis-Upgrade.“

Ein Gespräch mit Luca Golland, Gründer und Entwickler des ersten digitalen Rufsystems für Zahnarztpraxen

Herr Golland, wie kamen Sie auf die Idee, ein eigenes Rufsystem zu entwickeln?

Luca Golland: Die Idee entstand gemeinsam mit meiner Frau Dorota, und tatsächlich aus einer echten Versorgungslücke im Alltag. Als wir 2015 in neue Praxisräume zogen, standen wir vor der Frage: Investieren wir in ein klassisches, analoges Rufsystem – oder geht das auch intelligenter? Die Systeme am Markt waren entweder technisch veraltet, teuer oder unflexibel. Also entschieden wir uns, selbst eine Lösung zu entwickeln – eine schöne Lösung. Zusammen haben wir „echo charlie“ geplant und entwickelt, beginnend mit einer Zielgruppenanalyse, dem Design- und Farbkonzept im Zusammenhang mit dem UX-Design (User Experience, Anm. d. Red.) und dann die Programmierung aller Fea-

tures bis hin zu den Tests in der Beta-Phase und der finalen Fertigstellung.

Was war Ihr persönlicher Antrieb hinter dem Projekt?

Luca Golland: Ich liebe es, mit Menschen zu arbeiten – und ich habe ein großes Interesse daran, Prozesse zu optimieren. In der Praxis begegnen wir täglich wiederkehrenden Abläufen, die durch bessere Kommunikation einfacher, schneller und stressfreier gestaltet werden könnten. Es hat mich gereizt, eine Lösung zu entwickeln, die sowohl technisch als auch menschlich überzeugt.

Was unterscheidet „echo charlie“ von klassischen Rufsystemen?

Luca Golland: Der große Unterschied liegt im Informationsgehalt: Während herkömmliche Systeme oft nur ein „Komm bitte“ signalisieren, erlaubt „echo charlie“ präzise, situationsbezogene Rufe nach dem Prinzip „Wer? Was? Wo?“. So weiß z. B. die ZFA schon vor dem Betreten des Raumes, ob sie mit einem Scanner, einem Cold-Pack oder der Kamera gebraucht wird. Das spart enorm Zeit und reduziert Missverständnisse.

Wie funktioniert die App in der täglichen Praxis konkret?

Luca Golland: Die Bedienung ist sehr intuitiv. Jeder Mitarbeitende loggt sich per App oder über einen Browser ein. Rufe

werden mit wenigen Klicks erstellt – etwa: „ZFA – Kamera – OP 3“. Die Nachricht erscheint in Echtzeit auf allen verbundenen Geräten. Darüber hinaus gibt es eine Filterfunktion, Gruppenanrufe, Chatfunktionen, Push-Nachrichten auf Smartphones und Smartwatches und die Möglichkeit, smarthomefähige Geräte wie Lichtrufe oder Sensoren einzubinden.

Welche konkreten Vorteile sehen Sie für Praxen, die „echo charlie“ nutzen?

Luca Golland: Neben der offensichtlichen Zeitersparnis – im Schnitt 15 Minuten pro Mitarbeiter und Tag – entstehen vor allem qualitative Vorteile. Die Kommunikation wird ruhiger, klarer und effizienter. Das wirkt sich auf das gesamte Klima in der Praxis aus: weniger Stress, weniger unnötige Wege, eine bessere Patientenbetreuung. Es ist ein echter Produktivitäts-Booster.

Wie aufwendig ist die Integration von „echo charlie“ in bestehende Strukturen?

Luca Golland: Gar nicht. „echo charlie“ ist eine App und läuft auf Smartphones, Tablets oder per Browser – unabhängig vom Betriebssystem. Es sind keine baulichen Maßnahmen nötig, keine komplizierte IT-Integration. Wir bieten eine vierwöchige kostenlose Testphase und das Onboarding erfolgt auf Wunsch mit per-



söhnlicher Unterstützung im Video-Call oder anhand von Schritt-für-Schritt-Anleitungen.

Sie sprechen oft von der „organisierten Ruhe“ in Ihrer Praxis – was meinen Sie damit?

Luca Golland: Unsere Patienten und Besucher merken oft sofort, dass bei uns eine ungewöhnlich ruhige Atmosphäre herrscht – obwohl wir hochfrequentiert arbeiten. Das liegt daran, dass durch „echo charlie“ alle wissen, wann was zu tun ist. Niemand ruft laut durch den Flur, niemand rennt hektisch los. Die Prozesse sind klar, die Kommunikation zielgerichtet. Diese Ruhe überträgt sich spürbar auf das gesamte Team – und auf die Patienten.

Was ist Ihre Vision für die Zukunft von „echo charlie“?

Luca Golland: Wir wollen weiterdenken – in Richtung vernetzter Systeme, die wie im Industrie-„Internet of Things“ miteinander kommunizieren. Gerade im Dentalbereich gibt es noch enormes Potenzial, Prozesse intelligenter zu gestalten. „echo charlie“ soll ein Knotenpunkt für diese intelligente Vernetzung sein. Unser Ziel ist, die Praxis von morgen schon heute erfahrbar zu machen.

Dr. med. dent. Luca Golland ist Facharzt für Kieferorthopädie und führt gemeinsam mit seiner Frau Dr. med. dent. Dorota Golland eine kieferorthopädisch spezialisierte Praxis im

schweizerischen Chur. Aus dem Praxisalltag heraus entwickelte er gemeinsam mit seinem Team das digitale Rufsystem „echo charlie“, um interne Abläufe effizienter, ruhiger und moderner zu gestalten. „echo charlie“ wurde bei den Best of Swiss Apps 2024 mit 2 Medaillen ausgezeichnet und beweist den digitalen Innovationsgedanken der Anwendung. Die Vision ist: eine Zahnarztpraxis, in der intelligente Kommunikation den Unterschied macht.

KONTAKT

echo charlie GmbH
Bahnhofplatz 7
7000 Chur, Schweiz
Tel.: +41 43 2004343
support@echo-charlie.app

Kulzer stellt vor: Venus® Pure Komposit Stars

Effizienz und Ästhetik im neuen Collection Kit

Hanau, Juni 2025 – Mit dem neuen Venus® Diamond Pure Collection Kit bietet Kulzer eine innovative Komplettlösung für die direkte Füllungstherapie. Drei perfekt aufeinander abgestimmte Komposite – Venus Bulk Flow ONE, Venus Diamond Pure und Venus Diamond Flow Pure – ermöglichen zeitsparende, sichere und ästhetisch überzeugende Restaurierungen im Front- und Seitenzahnbereich.

Für die wirtschaftliche Füllungstherapie und die Ansprüche Ihrer Patientinnen und Patienten bietet die Venus Pure Linie die relevanten Kompositmaterialien:

• Venus Bulk Flow ONE

Kernkompetenz: Seitzahn.
Fließfähiges Seitzahnkomposit in Universalfarbe für 4 mm Schichten – ohne zusätzliche Deckschicht

• Venus Diamond Pure

Kernkompetenz: Frontzahn.
Frontzahnkomposit mit hoher Farbanpassung in 3 Grundfarben – ohne zusätzliche Farbschichtung



• Venus Diamond Flow Pure

Kernkompetenz: Zahnhals.
Komposit für Zahnhalsfüllung mit Wurzelbeteiligung in Front- und Seitzahnbereich – 3 Grundfarben, ohne zusätzliche Farbschichtung

Einfach. Sicher. Überzeugend. Das Venus® Diamond Pure Collection Kit – entwickelt für die Zukunft der Zahnmedizin. Erhält-

lich beim dentalen Fachhandel oder unter www.shop.kulzer.de. Weiterführende Informationen unter www.kulzer.de.

KULZER GMBH

Leipziger Straße 2
63450 Hanau
Tel.: +49 6181/9689–2000
info.lab@kulzer-dental.com

Hygienebeauftragte/-r eazf



Berufsbegleitende Weiterqualifizierung ■ München ■ Nürnberg

Kursinhalte

Die Einhaltung von Hygienevorschriften und der Infektionsschutz sind wichtige Bestandteile der Arbeitssicherheit und damit des Qualitätsmanagements einer Zahnarztpraxis. Der Ausschluss hygienischer Risiken sowie die sachkundige Aufbereitung und Instandhaltung der Instrumente stellen an das Praxisteam besondere Herausforderungen. Der **Nachweis eines funktionierenden Hygienemanagements**, das den gesetzlichen Anforderungen genügt, ist für Zahnarztpraxen unabdingbar. Die entsprechenden Sachkenntnisse werden von ZFA im Rahmen der dualen Ausbildung erworben. Es ist jedoch empfehlenswert, die Kenntnisse stets aktuell zu halten, um diese auf veränderte Arbeitsbedingungen oder die Einführung neuer Verfahren bzw. neuer Medizinprodukte anzupassen. Die Bestellung entsprechend qualifizierter Mitarbeitender zu **Hygienebeauftragten** kann durch die/den Praxisinhaber/-in erfolgen, vorgeschrieben ist dies jedoch nicht.

Die Weiterqualifizierung vermittelt den Teilnehmenden in kompakter und strukturierter Weise alle Kenntnisse zur **Umsetzung des Hygienemanagements** und der Arbeitssicherheit. Neben der Besprechung von Grundlagen der Infektionsprävention stehen die Erläuterung der RKI-Richtlinien, das Präventionskonzept der BLZK sowie die gesetzlichen Vorgaben zur fachgerechten Aufbereitung von Medizinprodukten im Vordergrund.

Besonderer Wert wird auf die praktische Umsetzung gelegt. Im Rahmen eines **interaktiven Workshops** lernen die Teilnehmenden, wie sie in der Praxis auf Basis der von der BLZK unter <https://qm.blzk.de> bereit gestellten Dokumente ein praxisindividuelles Hygienemanagement einrichten können.

- Gesetzliche Grundlagen
- Infektionsprävention: Erreger, Übertragungswege und Prävention
- Mikrobiologische Begriffe
- Hygienemanagement: Anforderungen an Räume, Wasserführende Systeme, Flächendesinfektion
- Aufbereitung von Medizinprodukten, Risikoeinstufung, Reinigungsverfahren
- Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit
- Verankerung des Hygienemanagements im QMS der BLZK

Die **Teilnehmerzahl** je Kurs ist auf 20 Personen beschränkt, um ein intensives Lernen zu ermöglichen. Wir legen auf aktuelles Fachwissen und auf die didaktischen Fähigkeiten unserer Dozenten großen Wert. Daher arbeiten wir nur mit praxiserfahrenen und fachlich umfassend qualifizierten Dozenten zusammen.

Dauer der Weiterqualifizierung

Die berufsbegleitende Weiterqualifizierung umfasst insgesamt **drei Kurstage**. Sie wird in München und Nürnberg ganzjährig zu verschiedenen Terminen angeboten.

Zulassungsvoraussetzungen

Der Lehrgang richtet sich an **ZAH/ZFA mit abgeschlossener Berufsausbildung** (Abschluss einer deutschen Zahnärztekammer). Mitarbeitende ohne abgeschlossene Ausbildung zur/zum Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA), Mitarbeitende mit Berufserfahrung in einer zahnärztlichen Praxis sowie Mitarbeitende, die ihre ZFA-Ausbildung nicht in der Bundesrepublik Deutschland absolviert, können teilnehmen, soweit sie über einen Nachweis zu **Sachkenntnissen zur Aufbereitung von Medizinprodukten** gemäß § 8 Abs. 7 in Verbindung mit § 5 Nr. 1 MPBetreibV verfügen.

Zertifikat

Nach Abschluss der Weiterqualifizierung erhalten Sie das Zertifikat „**Hygienebeauftragte/-r eazf**“.

Kursgebühr

Die Kursgebühr für diese Weiterqualifizierung beträgt € 675,00. In der Kursgebühr sind ein USB-Stick mit einer vorbereiteten QM-Ablagestruktur zur Umsetzung in der Praxis, Mittagsverpflegung sowie Erfrischungsgetränke und Kaffee enthalten.



Infos und Anmeldung unter
www.eazf.de/sites/praxispersonalhyg



Ansprechpartnerin

Ljilja Lindner
Tel.: 089 230211428
Fax: 089 230211408

eazf GmbH

Fallstraße 34 Tel.: 089 230211428
81369 München Fax: 089 230211408
www.eazf.de E-Mail: info@eazf.de



eazf Fortbildungen

KURS-NR.	THEMA	DOZENT	DATEN	€	PKT	ZIELGRUPPE
B75685	Weiterqualifizierung Qualitätsmanagementbeauftragte/-r eazf (QMB)	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Di., 15.07.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	850	32	PP
B65126	Aktualisierung der Kenntnisse im Arbeitsschutz der BLZK – BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 16.07.2025, 14.00 Uhr München Akademie	175	6	ZA, ZÄ
B65127	Digitale Volumentomografie für Zahnärzte (DVT)	Prof. Dr. Herbert Deppe, Prof. Dr. Jörg Neugebauer	Sa., 19.07.2025, 9.00 Uhr München Flößergasse	795	17	ZA, ZÄ
B75716	Intensivkurs Verwaltung	Susanne Eßer	Mo., 21.07.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	495	0	PP
B75715	Abrechnung Compact – Modul 3: Implantologische Leistungen	Irmgard Marischler	Mo., 21.07.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	405	8	PP
B75717	Weniger BEMA mehr GOZ – abrechnen mit Köpfchen	Irmgard Marischler	Fr., 25.07.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	405	8	ZA, ZÄ, PP
B35304	Prophylaxe Basiskurs	Alla Käufler, Tobias Feilmeier, Simonetta Ballabeni, Katharina Spiegelberger	Mo., 25.08.2025, 9.00 Uhr München Akademie	950	0	PP
B65128	Chirurgie und Implantologie – Basiskurs	Dr. Nina Psenicka	Fr., 05.09.2025, 9.00 Uhr München Akademie	525	11	ZA, ZÄ
B65129	Chirurgie und Implantologie – Aufbaukurs	Dr. Nina Psenicka	Sa., 06.09.2025, 9.00 Uhr München Akademie	525	11	ZA, ZÄ
B65130	Zentrik-Registrat, Modellmontage im Artikulator und instrumentelle Okklusionsanalyse	Dr. Wolf-Dieter Seeher	Fr., 12.09.2025, 9.00 Uhr München Akademie	895	22	ZA, ZÄ
B95901-4	Prophylaxe Aufbaukurs	Tatjana Herold, Julia Ruppert	Fr., 12.09.2025, 9.00 Uhr München Akademie	950	0	ZAH/ZFA
B75721	Aufbereitung von Medizinprodukten – Erwerb der Sachkenntnisse gem. MPBetreibV	Marina Nörr-Müller	Mo., 15.09.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	815	0	PP
B65735	Die professionelle Zahncleansing – PZR-Intensivkurs	Tatjana Bejta, Natascha Stang	Mo., 15.09.2025, 9.00 Uhr München Akademie	615	0	PP
B55271	Update Datenschutz	Regina Kraus	Mi., 17.09.2025, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	275	4	ZA, ZÄ, PP
B95752	Weiterqualifizierung Abrechnungsmanager/-in eazf	Regina Kraus, Thomas Kroth, Irmgard Marischler, Michael Witschel	Do., 18.09.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	1.800	119	ZMV
B65131	Hands-on-Chirurgie: Schnittführung und Nahttechnik	Prof. Dr. Jörg Neugebauer	Sa., 20.09.2025, 9.00 Uhr München Akademie	525	11	ZA, ZÄ
B55001	Prophylaxe Basiskurs	Simonetta Ballabeni, Katharina Spiegelberger, Alla Käufler, Tobias Feilmeier	Mo., 22.09.2025, 9.00 Uhr Kempten Hotel St. Raphael	950	0	PP
B35203	Prophylaxe Basiskurs	Kerstin Kaufmann, Daniela Brunhofer, Tatjana Herold	Mo., 22.09.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	950	0	PP
B65686	Weiterqualifizierung Qualitätsmanagementbeauftragte/-r eazf (QMB)	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Di., 23.09.2025, 9.00 Uhr München Flößergasse	850	32	PP
B65736	Zahnersatzabrechnung in BEMA und GOZ Kompaktseminar	Regina Kraus	Mi., 24.09.2025, 9.00 Uhr München Flößergasse	405	8	PP
B55212	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mi., 24.09.2025, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	115	9	ZA, ZÄ
B65132	Präventionskonzept Arbeitsschutz: Erstschulung BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 24.09.2025, 14.00 Uhr München Akademie	295	6	ZA, ZÄ
B95901-5	Prophylaxe Aufbaukurs	Tatjana Herold, Julia Ruppert	Fr., 26.09.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	950	0	ZAH/ZFA
B95904	Intensivkurs Quereinstieg Franken	Kerstin Kaufmann, Brigitte Kenzel, Regina Kraus	Fr., 26.09.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	895	0	QE
B65757	Mund gesund – Darm gesund – Mensch gesund	Tatjana Bejta	Sa., 27.09.2025, 9.00 Uhr München Akademie	405	0	ZAH/ZFA, ZMF, ZMP
B55950-9	Wie lange kann man festsitzend versorgen?	Dr. Marie-Luise Bräuer	Di., 30.09.2025, 19.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	45	2	ZÄ
B75723	Schlagfertigkeit im Praxisalltag	Lisa Dreischer	Mi., 01.10.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	405	8	ZA, ZÄ, PP
B55904	Online-Sonderveranstaltung: Wies'n spezi(dental) 2025 – das Mainzer Konzept der oralen Medizin	Prof. Dr. James Deschner, Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas, Prof. Dr. Samir Abou-Ayash	Mi., 01.10.2025, 16.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	125	4	ZA, ZÄ

eazf Fortbildungen

KURS-NR.	THEMA	DOZENT	DATEN	€	PKT	ZIELGRUPPE
B65737	Deep Scaling – Aufbaukurs für ZMP (Therapiestufe PSI 3–4)	Kerstin Kaufmann, Daniela Brunhofer	Mo., 06.10.2025, 9.00 Uhr München Akademie	995	0	ZMP
B75724	Die professionelle Zahnreinigung – PZR-Intensivkurs	Sabine Deutsch, Karin Schwengsbier	Mo., 06.10.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	615	0	PP
B65133	Röntgenkurs für Zahnärztinnen und Zahnärzte zum Erwerb der Fachkunde	Dr. Stefan Gassenmeier	Mo., 06.10.2025, 9.00 Uhr München Akademie	495	24	ZA, ZÄ
B75725	Die Rezeption – das Herz der Praxis	Brigitte Kühn	Mi., 08.10.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	405	8	ZA, ZÄ, PP
B55272	Update-Workshop für QMB und Hygienebeauftragte	Brigitte Kenzel, Ria Röpfel	Mi., 08.10.2025, 9.00 Uhr München Flößergasse	395	8	ZA, ZÄ, PP
B75726	Kieferorthopädische Abrechnung – Basiskurs	Helga Jantzen	Mi., 08.10.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	405	8	PP
B75727	Kieferorthopädische Abrechnung – Aufbaukurs	Helga Jantzen	Do., 09.10.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	275	4	PP
B65620-6A	Erfolgreiche Personalarbeit: Ein Praxiskonzept	Stephan Grüner	Do., 09.10.2025, 14.00 Uhr München Flößergasse	125	5	ZA, ZÄ, ASS, PM
B65620-6B	Mitarbeiterführung, Ausbildungswesen, Arbeitsrecht	Stephan Grüner, Thomas Kroth	Fr., 10.10.2025, 9.00 Uhr München Flößergasse	150	8	ZA, ZÄ, ASS, PM
B55273	Datenschutzbeauftragte/-r in der Zahnarztpraxis (DSB)	Regina Kraus	Fr., 10.10.2025, 9.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	395	7	ZA, PP
B75728	Die neue PAR-Richtlinie und deren richtige Umsetzung in der Praxis	Tatjana Herold	Fr., 10.10.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	405	8	ZA, ZÄ, PP
B75152	Grundregeln der Ästhetik und ihre Realisation mit Komposit – Intensivkurs	Prof. Dr. Bernd Klaiber	Fr., 10.10.2025, 14.00 Uhr Nürnberg Akademie	895	17	ZA, ZÄ
B55213	Update Notfallmanagement in der zahnärztlichen Praxis	Jürgen Krehle, Dennis Wölfe	Fr., 10.10.2025, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	200	3	ZA, ZÄ, PP
B65640-1	Der Weg zur erfolgreichen Praxisabgabe	Michael Weber, Dr. Ralf Schauer, Stephan Grüner, Hanna Pachowsky	Sa., 11.10.2025, 9.00 Uhr München Flößergasse	75	8	ZA, ZÄ
B65650-1	Niederlassungsseminar BLZK/KZVB für Existenzgründer	Dr. Ralf Schauer, Stephan Grüner, Michael Weber, Hanna Pachowsky	Sa., 11.10.2025, 9.00 Uhr München Flößergasse	75	8	ZA, ZÄ, ASS
B75153	Update Parodontologie in der Praxis	Prof. Dr. Gregor Petersilka	Sa., 11.10.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	405	8	ZA, ZÄ, PP
B65738	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mo., 13.10.2025, 9.00 Uhr München Akademie	485	0	PP
B75687	Weiterqualifizierung Qualitätsmanagementbeauftragte/-r eazf (QMB)	Brigitte Kenzel, Ria Röpfel	Di., 14.10.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	850	32	PP
B75730	Motivation statt Frustration – Workshop zur erfolgreichen Patientenkommunikation	Johannes Mödl	Mi., 15.10.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	405	8	ZA, ZÄ, PP
B65739	Abrechnung Compact – Modul 4: Prothetische Leistungen	Irmgard Marischler	Fr., 17.10.2025, 9.00 Uhr München Flößergasse	405	8	PP
B75154	Kinder – die Zukunft unserer Praxis!	Dr. Uta Salomon	Sa., 18.10.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	395	7	ZA, ZÄ, PP
B55181	Fachkunde 3 im Strahlenschutz – Röntgendiagnostik mit Handaufnahmen zur Skelettwachstumsbestimmung	Prof. Dr. Dr. Peter Proff, PD Dr. Dr. Ulrich Wahlmann	Sa., 18.10.2025, 9.00 Uhr Regensburg Universitätsklinikum	485	8	ZA, ZÄ
B35305	Prophylaxe Basiskurs	Tatjana Herold, Nathalie Zircher, Alla Käufler, Tobias Feilmeyer	Mo., 20.10.2025, 9.00 Uhr München Akademie	950	0	PP
B55276	Arbeitsschutz und -sicherheit auf Basis des BLZK-Präventionskonzeptes (BuS-Dienst)	Brigitte Kenzel	Mi., 22.10.2025, 9.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	375	0	PP
B75731	Parodontitis – antientzündliche Nährstoffe als gesundheitsfördernde Begleitmaßnahme	Stefan Duschl	Mi., 22.10.2025, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	405	8	ZA, ZÄ, PP
B55274	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Moritz Kipping	Mi., 22.10.2025, 13.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP
B55275	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Moritz Kipping	Mi., 22.10.2025, 15.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP
B65753	Das Provisorium – eine wichtige Rolle im interdisziplinären Behandlungskonzept	Konrad Uhl	Sa., 25.10.2025, 9.00 Uhr München Akademie	405	0	PP

Betriebswirtschaft für Zahnärzt/-innen



DATUM	ORT	UHRZEIT	KURS	BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE MODULE
19. Juli 2025	München	9.00–16.00 Uhr	BWL 5	Workshop für Existenzgründer
9. Oktober 2025	München	9.00–19.00 Uhr	BWL 6A	Erfolgreiche Personalarbeit – ein Praxiskonzept Ausbildungswesen
10. Oktober 2025	München	9.00–17.00 Uhr	BWL 6B	Erfolgreiche Personalarbeit – ein Praxiskonzept 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

Abrechnung für Zahnärzt/-innen



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
15. November 2025	Nürnberg	9.00–17.00 Uhr	ABR 2	Abrechnung nach BEMA mit Fallbeispielen – Einsteigerkurs
22. November 2025	München	9.00–17.00 Uhr		
29. November 2025	Nürnberg	9.00–17.00 Uhr	ABR 3	Grundkenntnisse der ZE-Abrechnung
6. Dezember 2025	München	9.00–17.00 Uhr		und befunderorientierte Festzuschüsse – Einsteigerkurs

Kursgebühr für Zahnärzte: 150 Euro je Seminar

Kursgebühr für angestellte Zahnärzte und Assistenten: 125 Euro je Seminar

Veranstaltungsorte: eazf München, Flößergasse 1, 81369 München bzw. eazf Nürnberg, Laufertorgraben 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



BLZK KZVB
Die bayerischen Zahnärzte

NIEDERLASSUNGSSEMINAR

- | | |
|-----------|--|
| 09.00 Uhr | Praxisgründung mit System – ein Leitfaden <ul style="list-style-type: none">– 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 |
| <hr/> | |
| 11.00 Uhr | Kaffeepause und Praxisforum |
| <hr/> | |
| 11.30 Uhr | Versicherungen und Vorsorgeplan <ul style="list-style-type: none">– Welche Versicherungen sind zwingend nötig?– Existenzschutz bei Berufsunfähigkeit/Krankheit– Welche Fehler sollte man unbedingt vermeiden?– Gesetzliche oder private Krankenversicherung?– VVG – Beratung und Gruppenverträge |
| <hr/> | |
| 13.00 Uhr | Mittagspause und Praxisforum |
| <hr/> | |
| 13.45 Uhr | Praxisformen und wichtige Verträge <ul style="list-style-type: none">– Welche Praxisformen gibt es?– Wichtige Verträge: Praxiskauf- bzw. -übergabe-vertrag, Berufsausübungsgemeinschaft, MVZ– Übergangs-Berufsausübungsgemeinschaft– Mietvertrag: Was ist zu beachten?– Arbeitsrechtliche Aspekte der Praxisübernahme |
| <hr/> | |
| 15.00 Uhr | Kaffeepause und Praxisforum |
| <hr/> | |
| 15.15 Uhr | Steuerliche Aspekte und Praxisfinanzierung <ul style="list-style-type: none">– 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 |
| <hr/> | |
| 16.30 Uhr | Seminarende |

PRAXISABGABESEMINAR

- | | |
|-----------|---|
| 09.00 Uhr | Betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte <ul style="list-style-type: none">– 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 |
| <hr/> | |
| 11.00 Uhr | Kaffeepause und Praxisforum |
| <hr/> | |
| 11.30 Uhr | Praxisabgabe mit System – ein Leitfaden <ul style="list-style-type: none">– 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? |
| <hr/> | |
| 13.00 Uhr | Mittagspause und Praxisforum |
| <hr/> | |
| 13.45 Uhr | Planung der Altersvorsorge <ul style="list-style-type: none">– Versorgungslücke im Alter:– Reicht die berufsständische Versorgung aus?– Überprüfung der Krankenversicherung im Alter– Macht eine Pflegezusatzversicherung Sinn? |
| <hr/> | |
| 15.00 Uhr | Kaffeepause und Praxisforum |
| <hr/> | |
| 15.15 Uhr | Rechtliche Aspekte <ul style="list-style-type: none">– Praxisabgabevertrag– Übergangs-Berufsausübungsgemeinschaft– Worauf ist beim Mietvertrag zu achten?– Aufbewahrungspflicht der Patientenkartei– Arbeitsrechtliche Aspekte der Praxis |
| <hr/> | |
| 16.30 Uhr | Seminarende |

Termine:

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 2a, 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 Koordinatoren unter der Telefonnummer 089 230211-460 oder per Mail an info@eazf.de.



ZAHNMEDIZINISCHE/-R PROPHYLAXEASSISTENT/-IN (ZMP)

Kursinhalte: Plaque- und Blutungsindizes, Kariesrisiko-einschätzung, Erarbeiten von Therapievorschlägen, 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, Langzeit-betreuung 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 VERWALTUNGASSISTENT/-IN (ZMV)

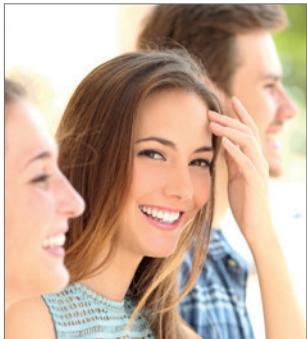
Kursinhalte: Abrechnungswesen, Praxismanagement, Marketing, Rechts- und Wirtschaftskunde, Informations- und Kommunikationstechnologie (EDV), Kommunikation, Rhetorik und Psychologie, Präsentationstechnik, Datenschutz, Personal- und Ausbildungswesen, Pädagogik, QM

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 Abrechnungsmanager/-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)

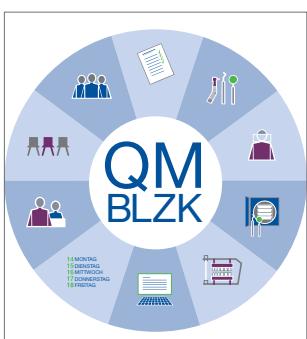
Kursinhalte: Gesetzliche Grundlagen, Infektionsprävention: Erreger, Übertragungswege und Prävention, Mikrobiologische Begriffe, Hygienemanagement: Anforderungen an Räume, Wasser führende Systeme, Flächendesinfektion, Aufbereitung von Medizinprodukten, Risikoeinstufung, Reinigungsverfahren, Arbeitsschutz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



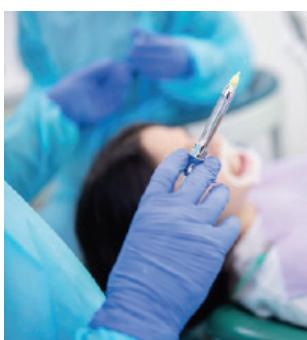
QUALITÄTSMANAGEMENTBEAUFTRAGTE/-R EAZF (QMB)

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 2025/2026/2027



Bitte beachten Sie die Hinweise zum Prüfungsamt¹

	VORAUSSICHTLICHER PRÜFUNGSTERMIN	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
ZMV 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
ZMP Schriftliche Prüfung	11.3.2027	4.2.2027
ZMP Praktische Prüfung	12.3.–13.3.2027 und 6.4.–8.4.2027	4.2.2027
ZMP Schriftliche Prüfung	2.9.2027	30.7.2027
ZMP Praktische Prüfung	7.9.–11.9.2027	30.7.2027
DH Schriftliche Prüfung	30.8.2027	30.7.2027
DH Praktische Prüfung	1.9.–2.9.2027 und 4.9.2027	30.7.2027
DH Mündliche Prüfung	10.9.–11.9.2027	30.7.2027
ZMV Schriftliche Prüfung	9.3.–10.3.2027	4.2.2027
ZMV Mündliche Prüfung	16.3.–18.3.2027	4.2.2027
ZMV Schriftliche Prüfung	31.8.–1.9.2027	30.7.2027
ZMV Mündliche Prüfung	7.9.–9.9.2027	30.7.2027

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

¹ Der verbindliche Prüfungsamt 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, zahnärztliches-personal@blzk.de.

Kassenänderungen

Neuaufnahmen von Sonstigen Kostenträgern

Rückwirkend ab 1.1.2024 nimmt folgender Sonstiger Kostenträger seine Tätigkeit auf:

- a) Amt für Kinder, Jugend und Fam Soz. Dienste und Frühe Hilfe,
Schorndorfer Str. 16, 47906 Kempen, Tel.: 02152 9173044
(KA-Nr. 913001635200).



Ab 1.4.2025 nimmt folgender Sonstiger Kostenträger seine Tätigkeit auf:

- b) Kreisjugendamt – 51.32,
Kaiser-Wilhelm-Platz 1, 53721 Siegburg, Tel.: 02241 135224
(KA-Nr. 913001643300).

ANZEIGE

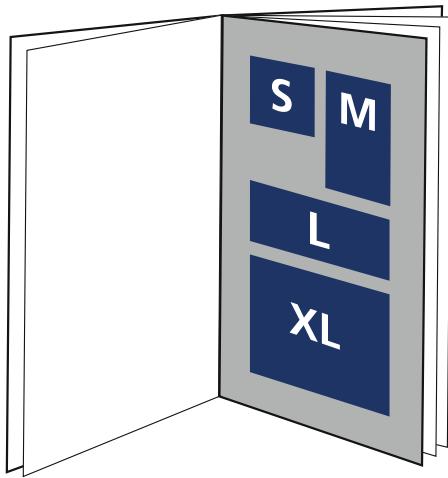


WERDEN SIE CHANCENSTIFTER!

Mit der Zustiftung einer Immobilie können Sie Kinder und Jugendliche nachhaltig fördern. Unterstützen Sie junge Menschen und werden Sie Teil der SOS-Stiftungsfamilie!

Mehr Infos unter www.sos-kinderdorf-stiftung.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.

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

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

s o z i e t ä t
HGA

Kompetenz im Zahnarztrecht

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

Hartmannsgruber Gemke Argyракis & Partner Rechtsanwälte

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

www.med-recht.de

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.

Einige 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

ANZEIGE



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



Impressum

Herausgeber:

Herausgebergesellschaft
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 2025.

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 Mitgliedsbeitrag
abgegolten.

Adressänderungen:

Bitte teilen Sie Adressänderungen dem für
Sie zuständigen zahnärztlichen Bezirksverband mit.

Nutzungsrecht:

Alle Rechte an dem Druckerzeugnis, insbesondere Titel-, Namens- und Nutzungsrechte etc., stehen ausschließlich den Herausgebern zu. Mit Annahme des Manuskripts zur Publikation erwerben die Herausgeber das ausschließliche Nutzungsrecht, das die Erstellung von Fort- und Sonderdrucken, auch für Auftraggeber aus der Industrie, das Einstellen des BZB ins Internet, die Übersetzung in andere Sprachen, die Erteilung von Abdruckgenehmigungen für Teile, Abbildungen oder die gesamte Arbeit an andere Verlage sowie Nachdrucke in Medien der Herausgeber, die fotomechanische sowie elektronische Vervielfältigung und die Wiederwendung von Abbildungen umfasst. Dabei ist die Quelle anzugeben. Änderungen und Hinzufügungen zu Originalpublikationen 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:

Dienstag, 15. Juli 2025

ISSN 1618-3584



Kassenzahnärztliche
Vereinigung Bayerns

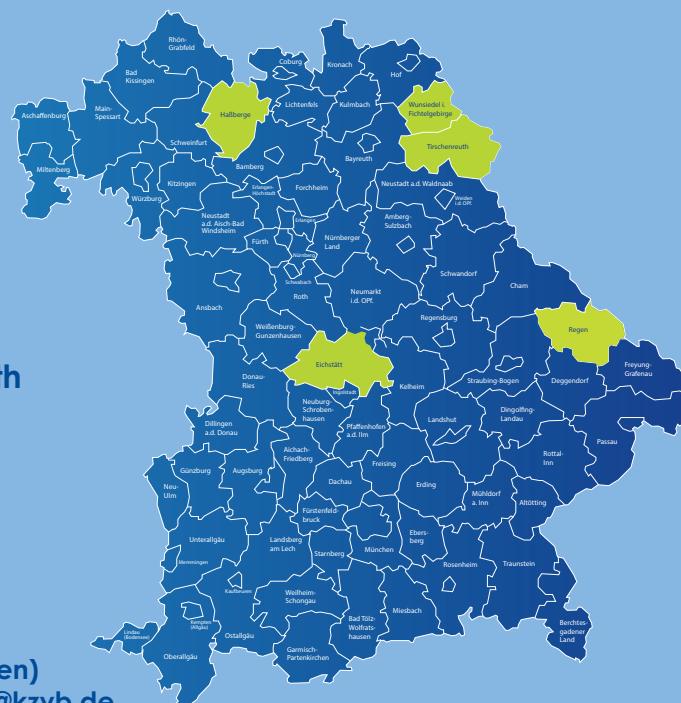


Haben Sie
Interesse sich
in einer dieser
Gegenden
niederzulassen?
Sprechen Sie
uns an!

Land lohnt sich.

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





**SAVE
THE DATE!**

23. - 26.04.2026!

Der KFO-Kongress
am Tegernsee



SAVE THE DATE!

SEA LOVE KFO 2026 - DER KFO-KONGRESS AM TEGERNSEE

Die ultimative KFO-Fortbildung geht 2026 bereits in die fünfte Runde.

Location ist erneut das direkt am Ufer des Tegernsees liegende und mehrfach ausgezeichnete Elegant Nature Resort „Althoff Seehotel Überfahrt“ in Rottach-Egern, das mit kulinarischer Finesse, Spa-Feeling der Extraklasse und exzellentem Meeting-Ambiente begeistert.

Freuen Sie sich auf eine **KFO-Fortbildung mit hochkarätigen Referenten**, inspirierenden Einblicken in die aktuellen Trends der Kieferorthopädie, einem besonderen Ehrengast – und dazu ein unvergleichliches Alpenpanorama.

Auch 2026 wieder dabei: Die **Kult-Band „Die Lamas“** sorgt bei der Abendveranstaltung für Stimmung – und unsere legendäre **Boots-Tour auf dem Tegernsee** bringt Networking aufs Wasser.



Kompetenzzentrum
Kieferorthopädie

VERANSTALTER

ABZ-ZR GmbH
Oppelner Str. 3
82194 Gröbenzell

VERANSTALTUNGSORT

Althoff Seehotel Überfahrt
Überfahrtstraße 10
83700 Rottach-Egern