

62. Jahrgang

A QR code located in the top right corner of the page, which links to the digital version of the program.



BZB

Bayerisches Zahnärzteblatt

10/2025

Schwerpunktthema

Minimalinvasive Zahnheilkunde

Die zehn Richtigen? Warken benennt Expertenkommission

„Jeder Zahnarzt wird gebraucht“
BLZK-Präsident Wohl fordert Aktivrente
auch für Selbstständige

Optimierung der Frontzahnästhetik mit mikro- und minimalinvasiven Lösungen

CME Beitrag



Fakten statt Meinung

Lohnt sich der Umstieg aufs Factoring?

Unser **kostenfreies Infopaket**
bringt Klarheit. Ohne Risiko.

Kostenfrei
anfordern



Weitere Infos unter:
<https://www.abz-zr.de/infopaket>



Dr. Jens Kober
Mitglied des Vorstands der KZVB

Help yourself

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es spricht Bände, wenn man sich im Deutschen Bundestag Karl Lauterbach zurückwünscht. Der sei wenigstens vom Fach gewesen, hämte eine Abgeordnete der Grünen bei der Debatte über den Haushalt des Bundesgesundheitsministeriums. Ganz Unrecht hat sie nicht. Die neue Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) wirkt gelinde gesagt ratlos. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen und steigen. Nur durch Beitragserhöhungen und einen höheren Steuerzuschuss können die Krankenkassen ihre Liquidität aufrechterhalten. DAK-Chef Andreas Storm, der selbst 14 Jahre im Deutschen Bundestag saß, ist aktuell der Kassenmanager, der die Probleme am deutlichsten anspricht. Er warnt vor einem Dominoeffekt, wenn „ein halbes Dutzend Krankenkassen mit deutlich über einer Million Versicherten“ in die Zahlungsunfähigkeit rutscht. Auch die anderen Kassen fordern mit Nachdruck echte Strukturreformen.

Und was macht Warken? Sie beruft eine Expertenkommission ein. Zehn Professorinnen und Professoren sollen nun die Konzepte erarbeiten, mit denen das deutsche Gesundheitssystem zukunftssicher wird. Ich zweifle nicht am Sachverstand dieser Ökonomen und Juristen, aber keiner von ihnen steht im wahrsten Sinn des Wortes in der Praxis. Sie wissen nicht, wie es sich anfühlt, wenn man nach einem anstrengenden Tag mit mehr als einem Dutzend Patienten die Abrechnung machen muss, wenn am Montagmorgen das Kartentelegerät ausfällt und am Nachmittag das Gesundheitsamt zur Praxisbegehung vorbeischaudt. Sie wissen auch nicht, wie hoffnungslos mittlerweile die Suche nach qualifiziertem Praxispersonal ist. Und vor allem: Sie haben noch nie mit Patienten gesprochen, die zu Recht sauer sind, wenn sie trotz fast 1000 Euro GKV-Beitrag auch noch Zuzahlungen leisten sollen. Ach ja, die Professoren sind natürlich wie die Politiker privat versichert!

Fairerweise muss man erwähnen, dass die Bundesgesundheitsministerin auch einen Arzt und eine Ärztin in ihre Kommission berufen hat. Allerdings sind auch sie Hochschullehrer mit Beamtenbezügen. Ein Zahnarzt gehört dem Gremium nicht an. Ich bin grundsätzlich ein optimistischer Mensch, aber in diese Kommission habe ich keine großen Erwartungen. Und vor allem: Sie soll bis 2027 tagen! Die Probleme unseres Gesundheitswesens müssen aber jetzt gelöst werden. In den kommenden fünf Jahren erreicht ein Viertel der niedergelassenen Zahnärzte in Bayern das Ruhestandsalter. Wer soll ihre Praxen übernehmen? Gleichzeitig sind internationale Investoren weiterhin auf dem Vormarsch – gerade in der Humanmedizin, wie Sie auf Seite 16ff. lesen können.

Es bleibt also bei einer alten Weisheit: Help yourself! Die Selbstverwaltung, die natürlich ebenfalls nicht in der Expertenkommission vertreten ist, wird dafür sorgen müssen, dass versorgungstechnisch nicht die Lichter ausgehen. In der KZVB tun wir das in vielfältiger Weise. Wir werben beim Nachwuchs intensiv für die Niederlassung, wir haben gerade die Notdiensteinteilung neu geregelt, um Sie zu entlasten, und wir helfen Ihnen dabei, die Schnittstellen zwischen BEMA und GOZ konsequent zu nutzen. Nur so bleibt die Praxis wirtschaftlich, nur so können Sie die Gehälter Ihrer Mitarbeiter bezahlen und Ihren Lebensunterhalt bestreiten.

Auf den Staat ist leider kein Verlass. Frau Warken und ihren Experten kann ich nur raten, das Gespräch mit uns zu suchen. Wir haben viele Ideen, wie man einerseits eine hochwertige Versorgung aufrechterhalten und andererseits die GKV-Ausgaben reduzieren kann.

Ihr

J. Kober



Die neu eingesetzte „FinanzKommission Gesundheit“ soll bis Ende 2026 Vorschläge und mögliche Strukturreformen zur GKV-Finanzmisere liefern.



Ein Bündel an wirksamen Maßnahmen, darunter die Aktivrente auch für Selbstständige, fordert die Bayerische Landeszahnärztekammer von der Bundesregierung in Berlin.



Der englische Patient leidet weiter – die Labour-Regierung unter Premier Keir Starmer plant die Abschaffung des National Health Service (NHS).

politik

- 6 **Koalition der Mutlosigkeit?**
Reformen lassen weiter auf sich warten – Expertenkommission tagt bis Ende 2026
- 10 **Visionäre Impulse im Kloster**
Klausurtagung: BLZK-Spitze will Chancen von KI nutzen
- 11 **„Jeder Zahnarzt wird gebraucht“**
BLZK-Präsident Wohl fordert Aktivrente auch für Selbstständige
- 12 **Auf geht's zum Bayerischen Zahnärztetag!**
Kurzfristige Anmeldungen sind noch möglich
- 16 **Investoren wenden sich von der Zahnmedizin ab**
Stagnation bei Z-MVZ – Wachstum in der Humanmedizin
- 18 **„Geben Sie uns die Freiheit, die wir brauchen“**
KZVB und KBV feiern ihr 70-jähriges Bestehen
- 19 **iMVZ leisten kaum einen Beitrag zur flächendeckenden Versorgung**
Verband Freier Berufe im Gespräch mit den Grünen
- 20 **Zum Jubiläum den Berg erklimmen**
100-Jahr-Feier der ZBV Niederbayern und Oberpfalz
- 22 **Der englische Patient leidet weiter**
Labour-Regierung will den NHS abschaffen
- 24 **„Können Sie uns einen Zahnarzt vermitteln?“**
KZVB beim SPD-Parteitag – Versorgungslandschaft dünnst sich aus
- 26 **Nachrichten aus Brüssel**
- 28 **Journal**

praxis

- 29 **GOZ aktuell**
Minimalinvasive Zahnheilkunde
- 34 **Von dieser Digitalisierung profitieren alle Beteiligten**
Dr. Rüdiger Schott über die neue Notdiensteinteilung der KZVB
- 36 **Gelebte zivil-militärische Zusammenarbeit**
Fachkolloquium Zahnmedizin auf Kloster Banz
- 38 **Tausendfache Begeisterung für Zahngesundheit**
LAGZ feierte in Memmingen ein buntes Fest mit Kita- und Grundschulkindern
- 42 **„Exponierte Pulpa“**
Experten diskutieren an der Zahnklinik der LMU München
- 43 **Online-News der BLZK**
- 44 **Prophylaxetraining in der Praxis**
Trainerinnen der eazf schulen Praxisteam vor Ort

wissenschaft und fortbildung

- 46 Optimierung der Frontzahnästhetik mit mikro- und minimalinvasiven Lösungen Darstellung einer Kombinationsbehandlung aus vestibulärer Kariesinfiltration und Diastemaschluss
- 51 Minimalinvasive parodontale Regeneration Behandlung eines Oberkieferschneidezahnes 11 mit „hoffnungsloser Prognose“
- 54 Risikospezifisches, non- und minimalinvasives Kariesmanagement bei Kindern



Über 1000 begeisterte Kita- und Grundschulkinder feierten beim Tag der Zahngesundheit in Memmingen.

reise und kultur

- 66 Abwechslung im Speiseplan Was der Zahnschmelz von Saurierzähnen erzählt
- 68 „Mit vollen Herzen und leeren Koffern“ Dr. Gretel Evers-Lang über ihren Einsatz in einem äthiopischen Kinderdorf



46

markt und innovationen

- 70 Produktinformationen

termine und amtliche mitteilungen

- 75 eazf Fortbildungen
- 76 Betriebswirtschaft und Abrechnung für Zahnärzt/-innen
- 77 Niederlassungs- und Praxisabgabeseminare 2026
- 78 Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen für Praxispersonal
- 80 Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2026/2027
- 81 Kleinanzeigen
- 82 Impressum



Dr. Stefanie Jacob thematisiert in ihrem CME-Beitrag eine Kombibehandlung aus vestibulärer Kariesinfiltration und Diastemaschluss.

Die Herausgeber sind nicht für den Inhalt von Beilagen verantwortlich.

Das BZB 11/2025 mit dem Schwerpunktthema „Parodontologie“ erscheint am 17. November 2025.



Koalition der Mutlosigkeit?

Reformen lassen weiter auf sich warten – Expertenkommission tagt bis Ende 2026

Die Debatte über den Haushalt des Bundesgesundheitsministeriums wurde für Nina Warken zum Debakel. Die Opposition kritisierte die Plan- und Ideenlosigkeit der Ministerin und ihres Staatssekretärs Tino Sorge (beide CDU). Auch Friedrich Merz steht wegen der Gesundheitspolitik der Ampelkoalition mittlerweile unter Beschuss.

„Die Kassenfinanzen scheinen ins Bodenlose zu stürzen. Bei der Generaldebatte im Bundestag waren die Beitragsspiralen für den Bundeskanzler aber kein Thema. Dabei drängen die ständig steigenden Sozialabgaben zur Eile; der Jahreswechsel naht, und dass mit ihm weitere Erhöhungen der Krankenkassenbeiträge kommen, bleibt zu befürchten“, schreibt die *Pharmazeutische Zeitung*.

Warken und Sorge überraschten im September mit scheinbar unabgestimmten Aussagen. So brachte der Staatssekretär einen „Basistarif“ in der gesetzlichen Krankenversicherung ins Spiel, den man durch Zusatzversicherungen ergänzen könne. Die Ministerin pfiff ihn umgehend zurück und verwies auf eine von ihr eingesetzte Expertenkommission. „Sie sollten sich vielleicht mal intern mit Ihren Kollegen abstimmen, bevor Sie mit so was an die Öffentlichkeit gehen“, kommentierte der AfD-Abgeordnete Martin Sichert die Gesundheitspolitiker der Koalition. Auch Janosch Dahmen von den Grünen ging die Ministerin scharf an. Er sehe eine „Koalition der Mutlosigkeit“ in der Regierung,

wenn es darum gehe, dringend nötige Strukturreformen auf den Weg zu bringen. Stattdessen würden Kommissionen vertragt und geredet, wo gehandelt werden müsse. Ob Krankenhaus- oder Notfallreform: Die Pläne lägen fertig in der Schublade und müssten nur umgesetzt werden, doch das Ministerium komme nicht in die Gänge, schreibt der *Ärztenachrichtendienst*.

Warken ließ die Kritik scheinbar ungerührt abprallen und verwies erneut auf die von ihr eingesetzte Expertenkommission. „Ansätze über das bereits Bekannte skizzierte die Bundesgesundheitsministerin nicht“, so das *Deutsche Ärzteblatt* über die Debatte im Bundestag.

Die zehnköpfige Kommission, die auf Wunsch Warkens paritätisch besetzt ist, besteht überwiegend aus Juristen und Ökonomen. Nur zwei Mediziner dürfen ihren Sachverstand einbringen. Geplant ist ein zweistufiges Verfahren. Ein erster Bericht soll im März 2026 vorliegen. „Darin sollen unter anderem maßgebliche Kostentreiber sowie Ineffizienzen auf

der Ausgabenseite und Probleme auf der Einnahmeseite identifiziert werden. Ein zweiter Bericht soll bis Dezember 2026 vorgelegt werden und mögliche Strukturreformen für die GKV aufzeigen, mit denen das Ausgabenwachstum mittel- bis langfristig reduziert und den Herausforderungen auf der Einnahmeseite begegnet werden kann“, so das BMG.

Mit echten Reformen wäre demnach erst ab 2027 zu rechnen – ein Jahr vor der nächsten Bundestagswahl, sofern Nina Warken und diese Bundesregierung dann noch im Amt sind.

Dass Warken die Kritik an ihrer Arbeit wirklich kalt lässt, darf indes bezweifelt werden. Am Tag der Debatte im Deutschen Bundestag fand abends ein Empfang der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung statt. Die Ministerin musste kurzfristig absagen – wegen Krankheit.

Leo Hofmeier

© phive2015 – stock.adobe.com



Prof. Dr. Michael Laxy (l.) und Prof. Dr. Gregor Thüsing gehören der von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken einberufenen Expertenkommission an, die offiziell „FinanzKommission Gesundheit“ heißt.

Zehn Richtige?

Mitglieder der FinanzKommission Gesundheit

Prof. Dr. Dagmar Felix

Dagmar Felix studierte bis 1988 Jura in Passau und promovierte dort. 1998 erhielt sie einen Ruf an die Universität Hamburg, 2002 wechselte sie auf eine C4 Professur für öffentliches Recht mit dem Schwerpunkt Sozialrecht. 2018/2019 war Felix Mitglied der Honorarkommission des Bundesgesundheitsministeriums, die sich mit Honorarordnungen im vertrags- und privatärztlichen Bereich befasste.

Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach

Ferdinand Gerlach ist seit 2004 Professor für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt. Er ist Vorsitzender der Deutschen Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin und war Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Vor seiner Berufung zum Professor war er als Facharzt für Allgemeinmedizin tätig. Von 2010 bis 2016 war er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Wolfgang Greiner ist seit 2005 Professor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement an der Universität Bielefeld. 1998 promovierte er mit einer Arbeit zu Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen am Beispiel der Nieren- und Lebertransplantation. Im Jahr 2004 habilitierte er sich mit einer Untersuchung zu gesundheitsökonomischen Aspekten des Disease Managements.

Greiner studierte Wirtschaftswissenschaften an der Universität Hannover und hatte davor eine Ausbildung zum Bankkaufmann absolviert.

Prof. Dr. Michael Laxy

Michael Laxy ist seit 2020 Professor für Public Health und Prävention an der TUM School of Medicine and Health. Vor seiner Berufung an die Technische Universität München war er Leiter der AG „Economics of Diabetes“ am Institut für Gesundheitsökonomie am Helmholtz Zentrum München.

Er studierte Public Health, Epidemiologie, Wirtschaftswissenschaften und Sportwissenschaft an der LMU, der TUM und der Fernuniversität Hagen. In seiner Promotion befasste er sich mit ökonomischen Aspekten der Diabetesversorgung.

Prof. Dr. Jonas Schreyögg

Jonas Schreyögg ist seit 2010 Professor für Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg. Er leitet das Hamburg Centre for Health Economics und ist stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Schreyögg promovierte 2003 an der TU Berlin und habilitierte sich 2008 im Bereich Gesundheitsmanagement.

Prof. Dr. Leonie Sundmacher

Leonie Sundmacher ist seit September 2020 Professorin für Gesundheitsökonomie an der TUM School of Medicine and Health und leitet dort das Fachgebiet für Gesundheitsökonomie. Sie ist zudem wissenschaftliche Leiterin des Munich Center for Health Economics and Policy. Sie promovierte 2010 im Fach Gesundheitsökonomie an der Technischen Universität Berlin. Seit 2023 ist sie Mitglied des Sachverständigenrates für Gesundheit und Pflege beim Bundesministerium für Gesundheit. Sundmacher studierte Volkswirtschaftslehre, Gesundheitsökonomie und Politikwissenschaft an der University of York und der Freien Universität Berlin.

Prof. Dr. Gregor Thüsing

Gregor Thüsing ist seit 2004 Direktor des Institutes für Arbeitsrecht und Recht der sozialen Sicherheit an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften an der Universität zu Köln legte er 1994 das erste juristische Staatsexamen ab. 1995 promovierte er mit einer arbeitsrechtlichen Dissertation.

1996 bestand er das zweite juristische Staatsexamen und erlangte 1998 den Master of Laws an der Harvard Law School. 2000 habilitierte er sich im Zivilrecht und erlangte die Venia Legendi für die Fächer Bürgerliches Recht, Arbeits- und Sozialrecht, Rechtsvergleichung und Kirchenrecht. Im Oktober 2024 wurde er in den Deutschen Ethikrat berufen.

Prof. Dr. Verena Vogt

Verena Vogt ist seit 2023 Professorin für Quantitative Versorgungsforschung mit den Schwerpunkten Primärversorgung und GKV-Routinedaten am Universitätsklinikum Jena. Sie leitet den Forschungsbereich „Quantitative Versorgungsforschung“ am IFA und ist Co-Sprecherin des Zentrums Versorgungsforschung am UKJ. Von 2020 bis 2023 hatte sie die Juniorprofessur für Versorgungsforschung und Qualitätsmanagement im ambulanten Sektor an der Technischen Universität Berlin inne. Sie studierte Gesundheitskommunikation (BSc) und Public Health (MSc) an der Universität Bielefeld und der University of Sheffield.

Prof. Dr. Dr. Eva Winkler

Eva Winkler ist seit 2024 Professorin für Translationale Medizinethik und seit 2025 Prodekanin für Digitalisierung an der Medizinischen Fakultät Heidelberg. Sie ist geschäftsführende Direktorin des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen Heidelberg und leitet die Sektion „Translationale Medizinethik“. Sie promovierte zuerst in der Krebsforschung (Dr. med.) an der Universität Heidelberg/dem Deutschen Krebsforschungszentrum und später in Medizin- und Gesundheitsethik (Dr. phil.) an der Universität Basel. 2011 habilitierte sie sich im Bereich Innere Medizin und Medizinethik. Sie ist Vorsitzende der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Ethikrates sowie Vizepräsidentin der Akademie für Ethik in der Medizin.

Prof. Dr. Amelie Wuppermann

Amelie Wuppermann ist seit 2018 Inhaberin des Lehrstuhles für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Empirische Mikroökonomik, an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Sie ist Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie. Sie hat Volkswirtschaftslehre an den Universitäten Göttingen und München studiert. 2011 promovierte sie zum Dr. oec. Publ. an der LMU. Wuppermann engagiert sich darüber hinaus in wissenschaftlichen Beiräten und Gremien, etwa als Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches beim Bundesamt für Soziale Sicherung.

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}

Visionäre Impulse im Kloster

Klausurtagung: BLZK-Spitze will Chancen von KI nutzen

Barockes Ambiente – die Zukunft im Visier: Vorstand und Führungskräfte der Bayerischen Landeszahnärztekammer befassten sich bei ihrer Klausurtagung am 20. September im Kloster Irsee mit künstlicher Intelligenz (KI), globalen Entwicklungen und natürlich mit Perspektiven für die bayerischen Zahnarztpraxen.



Nicht nur das reich verzierte Gemäuer aus dem 16. Jahrhundert inspirierte die BLZK-Spitze bei ihrer Klausurtagung. Neue Perspektiven eröffneten vor allem die Impulsvorträge mit technischen, politischen und beruflichen Zukunftsszenarien.

um die KI-Führerschaft geopolitische Einflussnahme im Fokus. Quantencomputing könnte die globalen Sicherheitsstrukturen erheblich verändern. „Die Notwendigkeit von strategischer Autonomie für Europa im globalen Kontext gewinnt an Bedeutung“, konstatierte Blevins. Die EU müsse Strategien zu Datensicherheit und digitalen Märkten entwickeln und ausbauen. Angesichts der schier unermesslichen Potenziale und Risiken von KI zog Blevins allerdings ein klares Fazit: „Dass der Mensch die Kontrolle behält, wird Teil des internationalen Wettbewerbes bleiben.“

BLZK-Präsident Wohl kämpft für Zukunft für die Praxen

Gedankenblitze flogen, als KI-Experte Klaus Kallenbrunnen in seinem Vortrag strategische und alltägliche Potenziale von KI aufzeigte. ChatGPT hatten die meisten Teilnehmenden bereits ausprobiert – mit unterschiedlichen Erfahrungen. „Weil es ein Merkmal menschlicher Kreativität ist, bestehende Muster zu durchbrechen, führt der Versuch, diese schöpferische Kraft auf Maschinen zu übertragen, immer wieder zu Irrtümern“, erklärte Kallenbrunnen. Dennoch sei ChatGPT 4.5 das erste Modell, das den sogenannten Turing-Test bestanden habe: 2025 hielt erstmals eine deutliche Mehrheit der Testpersonen künstlich generierte Antworten für menschlich formuliert. Als Chance für jede Organisation führte Kallenbrunnen vor Augen, wie KI „Zeitfresser“ reduzieren, Wissen bündeln und Mehrwert optimieren kann.

Bereits im Frühjahr hatten die Mitarbeiter der BLZK Einblick in die KI-Welt bekommen. In professionell geleiteten Workshops identifizierten sie Potenziale des

KI-Einsatzes für bestehende Arbeitsabläufe, schärften ihr Verständnis für KI-gestützte Werkzeuge und erfuhren, wie sie die neue Technologie praxisnah und datenschutzkonform nutzen können. Zum Vergleich: Hierzulande haben erst 30 Prozent der Unternehmen mehr als ein Viertel ihrer Belegschaft im Umgang mit KI geschult. Dabei liegt Deutschland international im oberen Bereich, knapp vor den USA und Frankreich. Der Vortrag von Kallenbrunnen bei der Klausurtagung in Irsee machte den Zuhörern bewusst, dass sie mit allen bisherigen Anstrengungen nur die ersten Schritte einer weiten Reise zurückgelegt haben können. Schließlich entwickelt sich KI in rasendem Tempo weiter.

Mensch muss Kontrolle behalten

Nicht nur in die Zukunft richtete der Wirtschaftsinformatiker und USA-Experte Norman Blevins den Blick, sondern auch über den Atlantik und in Richtung Pazifik. Die USA und China hätten in ihrem Rennen

Lebhaft, aber auch nachdenklich diskutierten die Teilnehmer über die faszinierenden Impulsvorträge. BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl zeigte sich besonders bewegt von den Einflüssen neuer Technologien auf unsere Demokratie. Allerdings hatte er noch ein ganz anderes Zukunftsthema auf die Agenda gesetzt: die Entwicklung der zahnärztlichen Honorierung. Wohl bekräftigte, die für den ärztlichen Bereich geplante GOÄ dürfe keinesfalls als Blaupause für eine GOZ-Novellierung dienen. „Steigerungsfaktoren müssen weiterhin den Schwierigkeitsgrad der Behandlung berücksichtigen. Auch dürfen wir nicht zulassen, dass die analoge Berechnung neuer Leistungen weiter eingeschränkt wird“, so der Kammerpräsident. „Damit unsere Gebührenordnung nicht zu einer Erstattungsordnung verkommt, müssen wir Zahnärzte engagiert für eine betriebswirtschaftlich angemessene Anhebung des Punktwertes mit einer langfristigen Dynamisierung kämpfen.“

Julika Sandt
Leiterin der Stabsstelle Politik der BLZK

Eine Aktivrente für Selbstständige wäre ein wichtiges Signal für die zahnmedizinische Versorgung in ländlichen Regionen. Sie würde Patienten und Zahnärzten gleichermaßen zugutekommen.

„Jeder Zahnarzt wird gebraucht“

BLZK-Präsident Wohl fordert Aktivrente auch für Selbstständige

Während in Berlin über Rentenmodelle diskutiert wird, kämpfen viele bayerische Gemeinden mit einer ganz anderen Realität: Der letzte Zahnarzt vor Ort geht in den Ruhestand – und niemand übernimmt. Die Bayerische Landeszahnärztekammer schlägt Alarm und fordert ein Bündel an Maßnahmen, darunter die Aktivrente als steuerlichen Freibetrag auch für Selbstständige.

In vielen ländlichen Regionen verabschiedet sich der letzte Zahnarzt in den Ruhestand und es findet sich kein Nachfolger. Bürgermeister richten Hilferufe an die BLZK, weil sie um die zahnmedizinische Versorgung in ihrer Gemeinde bangen. Verwaiste Praxen bedeuten: Patienten müssen weitere Wege in Kauf nehmen, die medizinische Versorgung gerät ins Wanken und die Infrastruktur vor Ort blutet aus. Dagegen steuert die BLZK mit voller Kraft an: Das Zentrum für Existenzgründer und Praxisberatung der BLZK (ZEP) berät Praxisabgeber und -gründer kostenlos. Viermal pro Jahr gibt es Praxisabgeberseminare parallel zu Niederlassungsseminaren an mehreren Standorten. Unter blzk.de können Abgeber und potenzielle Nachfolger über eine Praxisbörsse zueinander finden. Doch BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl sieht vor allem politischen Handlungsbedarf: „Ohne Bürokratieabbau und eine faire Vergütung werden sich immer weniger Nachfolger für unsere Praxen finden.“ Von der Bundesregierung erwartet der Kammerpräsident, dass sie alle Register zieht, um Versorgungseng-

pässe im Gesundheitswesen abzufedern. Im Blick hat er ein neues Instrument aus Berlin, die sogenannte Aktivrente, auf die sich die Koalition jüngst geeinigt hat: „Die geplante Aktivrente darf nicht nur Arbeitnehmern helfen“, adressiert Wohl an die politischen Entscheider.

CDU-Kanzler mit blindem Fleck bei wichtigen Leistungsträgern

Die Aktivrente soll Angestellte motivieren, über das reguläre Rentenalter hinaus im Beruf zu bleiben. Geplant ist ein monatlicher Freibetrag von rund 2.000 Euro. Diese Regelung greift jedoch zu kurz, findet Wohl, denn diese steuerliche Entlastung gilt nicht für Freiberufler und andere Selbstständige. „Das ist ein gefährlicher blinder Fleck der Bundesregierung und besonders eines CDU-Kanzlers“, kritisiert er und stellt klar: „Wir verlangen hier keine staatlichen Leistungen. Es geht nur darum, dass der Staat seinen Leistungsträgern – nachdem sie in ihrem Erwerbsleben jeden Cent versteuert haben – im Rentenalter weniger tief in die Tasche greift.“

Gerade in systemrelevanten Mangelberufen wie dem des Zahnarztes würde ein Freibetrag älteren Kollegen einen Anreiz bieten, länger tätig zu bleiben. Statt ihre Praxen abrupt zu schließen, könnten Zahnärztinnen und Zahnärzte die Phase der Praxisübergabe flexibel gestalten. Das würde jungen Kolleginnen und Kollegen den Einstieg erleichtern. Gleches gilt für Haus- und Fachärzte, ebenso für Apotheker. So könnte die Aktivrente für Mediziner und andere Freie Berufe im Gesundheitswesen mancherorts den Versorgungskollaps verhindern.“

Damit wird die Aktivrente nicht nur zu einer Frage der individuellen Altersvorsorge, sondern auch zu einem gesundheitspolitischen Instrument. Fest steht: Ohne zusätzliche Maßnahmen droht neben dem Ärztemangel auch der Zahnärztemangel in der Fläche zum ernsthaften Problem zu werden. Wohl betont: „Jeder Zahnarzt wird gebraucht.“

Julika Sandt
Leiterin der Stabsstelle Politik der BLZK

Auf geht's zum Bayerischen Zahnärztetag!

Kurzfristige Anmeldungen sind noch möglich

In wenigen Tagen beginnt der 66. Bayerische Zahnärztetag. Warum ist das Programm dieses Jahr so besonders? Wie viele Fortbildungspunkte gibt es? Wo kann ich parken? Hier finden Sie wichtige Informationen rund um die Veranstaltung kompakt zusammengefasst.

Fortschritte der Zahnheilkunde in Bayern

Der 66. Bayerische Zahnärztetag am 24. und 25. Oktober steht unter dem Leitmotiv „Fortschritte der Zahnheilkunde in Bayern“. Beim Programm für die Zahnärzte setzen die Organisatoren heuer auf ein innovatives Konzept. Der Fokus liegt auf Meilensteinen, aktuellen Entwicklungen und Perspektiven in den verschiedenen Teilbereichen der Zahnmedizin: Künstliche Intelligenz, Zahnerhaltung, Endodontie, Prothetik, Chirurgie, Kieferorthopädie, Kinderzahnheilkunde, Parodontologie und Alterszahnheilkunde. Jeder Themenblock besteht aus den drei Bausteinen Anmoderation – Fachvortrag – Fallvorstellung und wird präsentiert von einem Referenten-Trio.

Eigene Veranstaltung für das Praxisteam

Der eintägige Kongress Zahnärztliches Personal findet am Freitag, 24. Oktober, statt. Hier geht es um das Thema „Lebenslange Prophylaxe – So funktioniert“. Dementsprechend spannt das Programm einen breiten Bogen von der Kindheit und Jugend über das Erwachsenenalter bis hin zur Prophylaxe bei Senioren. Die insgesamt sechs Beiträge sind untergliedert in Zweiergruppen, danach ist jeweils eine Pause. Ein besonderer Vortrag rundet diesen intensiven Fortbildungstag ab.

Zwei Preisverleihungen am Freitag

Am Freitagnachmittag überreichen die Präsidenten der Bundeszahnärztekammer und der BLZK, Prof. Dr. Christoph Benz und Dr. Dr. Frank Wohl, den „Prof. Dieter Schlegel Wissenschaftspris“ des Vereins zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde in Bayern e.V. (VFwZ). Er honoriert herausragende Dissertationen aus der Zahnheilkunde, die an bayerischen Hochschulen entstanden sind. Parallel dazu werden die besten Absolventinnen und Absolventen der Aufstiegsfortbildungen Zahnmedizinische



© Copyright - stock.adobe.com

66. BAYERISCHER ZAHNÄRZTETAG

Fortschritte der Zahnheilkunde in Bayern

23.–25. Oktober 2025
The Westin Grand München

Kongressprogramm und Online-Anmeldung



Prophylaxeassistenz (ZMP), Dentalhygiene (DH) und Zahnmedizinische Verwaltungsassistenz (ZMV) mit dem Meisterpreis der Bayerischen Staatsregierung ausgezeichnet. Die Verleihungen nehmen der Amtschef des Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention, Ministerialdirektor Dr. Rainer Hutka, BLZK-Vizepräsidentin Dr. Barbara Matt-



Der Kongress Zahnärzte stand im letzten Jahr unter dem Leitmotiv „Das Frontzahntrauma – was nun, was tun?“.

Lupenbrillen + Lichtsysteme für Medizin und Technik in München



BAJOHR

OPTECMED*

Hohenzollernstraße 18a | 80801 München

Tel. 089 21023280 | info@lupenbrille.de

www.lupenbrille.de

Bundesweiter Außendienst sowie weitere
Fachgeschäfte in Berlin, Hamburg und Einbeck



Der Kongress Zahnärztliches Personal befasste sich 2024 mit „Herausforderungen im Praxisalltag – moderne Lösungen“.

ner und die Referentinnen für Zahnärztliches Personal der BLZK, Dr. Brunhilde Drew und Dr. Dorothea Schmidt, gemeinsam vor.

Fortbildungspunkte und Rabatte sichern

Entsprechend den Leitsätzen zur zahnärztlichen Fortbildung der Bundeszahnärztekammer wird die Teilnahme am Bayerischen Zahnärztetag mit 16 Punkten bewertet. Melden sich mehr als zwei Personen aus einer Praxis an, gibt es einen Preisanlass von zehn Prozent. Assistenten, Studenten und Rentner erhalten ebenfalls ermäßigte Tickets.

Gute Anbindung und viele Parkplätze

Das Tagungshotel ist sowohl mit öffentlichen Verkehrsmitteln als auch mit dem

Auto gut erreichbar. Parkplätze gibt es in den Tiefgaragen des „The Westin Grand München“ und im „Sheraton München Arabellapark Hotel“ nebenan.

Gemeinsam für Zahnärzte und Patienten

An ihrem gemeinsamen Messestand „Die bayerischen Zahnärzte“ informieren die Bayerische Landeszahnärztekammer und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns über ihre Angebote und Services.

Neues und Bewährtes entdecken

Flankierend zum Bayerischen Zahnärztetag findet im Tagungshotel eine Industrieausstellung statt. Auch in diesem Jahr präsentieren sich Firmen, Banken und Verbände.

Ingrid Krieger

INFORMATIONEN UND ANMELDUNG

Details zum 66. Bayerischen Zahnärztetag finden Sie in der Anzeige auf Seite 14 und im Internet: www.blzk.de/zahnaerztetag.

Zur Onlineanmeldung geht es mit diesem Link:
www.bayerischer-zahnaerztetag.de.



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-zahnaerzttag.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

Fallvorstellung: 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,- € |
| Zahnarzt Nichtmitglied | 360,- € | 380,- € |
| Assistent, Student, Rentner (mit Nachweis) | 155,- € | 155,- € |

Tagungspauschale* (inkl. MwSt.)

| | |
|--|--------|
| Freitag und Samstag | 95,- € |
| Tageskarten/Kongress Zahnärztliches Personal | 50,- € |

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für Zahnärzte

| | |
|--|--------|
| Gebühr (inkl. Skript, Anmeldung erforderlich bis 30. September 2025) | 50,- € |
|--|--------|

Tageskarten

| | | |
|--|---------|---------|
| Zahnarzt Mitglied (BLZK/KZVB) | 220,- € | 245,- € |
| Zahnarzt Nichtmitglied | 245,- € | 270,- € |
| Assistent, Student, Rentner (mit Nachweis) | | 120,- € |
| Kongress Zahnärztliches Personal (Freitag) | | 85,- € |

* 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



Investoren wenden sich von der Zahnmedizin ab

Stagnation bei Z-MVZ – Wachstum in der Humanmedizin

Internationale Investoren, die in großem Stil Praxen aufkaufen, gibt es sowohl in der Zahn- als auch in der Humanmedizin. Doch die beiden Bereiche unterscheiden sich erheblich. So belegen Zahlen der KZVB, dass der Markt für die sogenannten iMVZ allmählich gesättigt ist. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) warnte Ende September vor aggressiven „Buy- and Sell-Strategien“, die die ambulante Versorgung zunehmend gefährden.

Bayern gilt im Bereich der Zahnmedizin als MVZ-Hochburg. 249 MVZ waren am 31. Dezember 2024 zugelassen, 84 davon waren iMVZ. Nahezu alle von ihnen haben ihren Sitz in städtischen Ballungsräumen und leisten somit keinen Beitrag zum Erhalt der flächendeckenden Versorgung, ganz im Gegenteil: Jeder dort tätige angestellte Zahnarzt fehlt als Gründer oder Übernehmer einer Landpraxis. Bayern ist vor allem wegen der hohen Kaufkraft und Zuzahlungsbereitschaft der Patienten interessant für die MVZ-Betreiber. Aber auch mit GKV-Leistungen versuchen die Investoren, ihre Umsatzzahlen zu steigern. Wie Auswertungen der KZVB belegen, rechnen iMVZ pro Fall weiterhin deutlich mehr ab als Einzel- oder

Gemeinschaftspraxen. Dennoch scheinen sich die Renditeerwartungen nicht überall zu erfüllen. Mehrere große iMVZ weisen in ihren Bilanzen Verluste aus. Die zahnmedizinische Versorgung wird zur Ware, eine Praxis zum Investment. Klar ist aber auch: Die Geduld von Investoren ist begrenzt. Wenn ein iMVZ nach mehreren Jahren immer noch keinen Gewinn abwirft, wird es geschlossen oder verkauft. Vieles deutet darauf hin, dass der Markt für iMVZ in Bayern gesättigt ist. Mehrere Patienten berichten von aggressivem Marketing mit Remindern für die Vorsorgeuntersuchung, sobald der vorgeschriebene Sechs-Monats-Zeitraum abgelaufen ist. Ein Patient erzählt, dass trotz regelmäßiger Kontrolluntersuchungen und PZR

bei ihm gleich drei Füllungen erneuert werden sollten. Der Zahnarzt, den er für eine zweite Meinung aufsuchte, stellte lediglich Verfärbungen fest. Und auch die Mitgliederstatistik der KZVB zeigt, dass das Wachstum zumindest vorerst gestoppt ist. Im Jahr 2024 erhielten in Südbayern 17 MVZ eine Neuzulassung. Lediglich eines dieser neuen MVZ ist investorenfinanziert. In Nordbayern kamen vier neue MVZ hinzu, die alle ohne Investorenbeteiligung gegründet wurden. Gleichzeitig stellen die Investoren für bestehende MVZ weiterhin viele Anträge, insbesondere für Anstellungsgenehmigungen. Dies zeigt, dass die Fluktuation in iMVZ weiterhin deutlich höher ist als in Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften.



Breites Bündnis

Ganz anders sieht es im Bereich der Humanmedizin aus. Vor dem Ausverkauf der Praxislandschaft warnt die KVB gleich mit mehreren prominenten Partnern: Die Bayerische Landesärztekammer, der Bayerische Hausärztinnen- und Hausärzteverband, der Dachverband Bayerischer Fachärztinnen und Fachärzte, der Sozialverband VdK Bayern und der Verband medizinischer Fachberufe schließen sich der Forderung nach einer stärkeren Reglementierung von iMVZ, die in der Humanmedizin PEG-MVZ genannt werden, an. In einer gemeinsamen Pressemitteilung heißt es:

„Hunderte Arztpraxen wurden allein in den vergangenen Jahren in Bayern von Private-Equity-Gesellschaften aufgekauft und in größere Ketten überführt. Ihr Ziel: Gewinnmaximierung und aggressive Erwirtschaftung von Renditen von 15 bis 20 Prozent innerhalb weniger Jahre. Die ambulante Gesundheitsversorgung und das Wohl der Patientinnen und Patienten wird so zum Spielball von internationalen Private-Equity-Gesellschaften – und gerät zugunsten von aggressiven Buy-and-Sell-Strategien ins Hintertreffen.“

Insbesondere Fachgruppen mit hohem Gerät- und Technikeinsatz, bei denen sich potenziell die größten Profite erwirt-

schaften lassen, sind für Private-Equity-Investoren interessant. Besonders beunruhigend ist die Entwicklung in der Radiologie, wo seit dem Jahr 2021 rund 90 Prozent aller Akquisitionen von Praxen auf Investorengruppen entfallen. Auch die Augenheilkunde verzeichnet eine beispiellose Konsolidierung: Inzwischen gehören bundesweit über 500 augenärztliche Praxen zu internationalen Private-Equity-Ketten. Das sind dreimal so viele wie noch vor drei Jahren. In einigen Regionen Bayerns dominieren bereits von Private-Equity-Investoren kontrollierte MVZ und Praxen die Versorgung – in einzelnen Städten wurden sogar monopolartige Strukturen festgestellt. Bei den fachübergreifenden MVZ steckt in Bayern hinter jedem fünften MVZ mittlerweile eine Private-Equity-Gesellschaft. Vor fünf Jahren waren es lediglich neun Prozent. Der Anteil hat sich damit mehr als verdoppelt! Neben der fachärztlichen Versorgung haben Private-Equity-Investoren aber auch die hausärztliche Versorgung für sich entdeckt – mit gravierenden Folgen für die Patientinnen und Patienten: So werden beispielsweise zeitintensive Hausbesuche oder präventive Gesundheitsuntersuchungen in Hausarzt-MVZ, die von Private-Equity-Investoren betrieben werden, seltener durchgeführt als in traditionellen Hausarztpraxen (die vor Ort oft persönlich durch niedergelassene Ärzte geführt werden). Ähnliches gilt für die kontinuierliche Betreuung chronisch kranker Patienten, die unter betriebswirtschaftlichem Druck leicht ins Hintertreffen gerät. Zudem müssen Patientinnen und Patienten, die in einem von Private-Equity-Investoren betriebenen Hausarzt-MVZ behandelt werden, auffallend häufig zusätzlich weitere Hausärzte aufsuchen, um alle benötigten Leistungen zu erhalten – ein deutliches Warnsignal für Lücken in der Versorgungskontinuität.

Konzentration auf Ballungsräume

Eine weitere bittere Erkenntnis: PEG-MVZ und -Praxisketten konzentrieren sich überproportional auf urbane Ballungsräume und wirtschaftlich attraktive Gegenden. So befinden sich fast die Hälfte aller MVZ in Deutschland in Großstädten (Kernstädten), weitere rund 39 Prozent in mittleren Zentren. In ländlichen Regionen, wo die Groß-

zahl an Versorgungsgängen auftritt, befinden sich hingegen lediglich 15 Prozent der PEG-MVZ und -Praxisketten.

Der ärztliche Nachwuchs kann mit den Kaufpreisen für Abgeberpraxen von PEG-Ketten nicht mithalten und wird in manchen Fachrichtungen zunehmend zur Anstellung in solchen Einrichtungen gezwungen. Den Patientinnen und Patienten entschwindet somit zunehmend die Wahl zwischen arztgeleiteten Praxen und MVZ und verstärkt auf Gewinnmaximierung basierenden Versorgungsangeboten.

Auch Berichte von Ärztinnen und Ärzten, die in PEG-MVZ gearbeitet haben, sind regelrecht erschütternd. Sie konnten sehen, wie gesunde Patientinnen und Patienten auf dem Operationstisch landeten, Prämien für gewünschte Indikationen bezahlt und wie ganze Patientenkreise, insbesondere chronisch Kranke, aufgrund ausschließlich ökonomischer Logiken „ausgesortiert“ wurden und wie Hausbesuche in einem solchen Umfeld kaum noch stattfinden. Die Politik muss nun endlich Worten Taten folgen lassen: Es braucht klare Reglementierungen für PEG-MVZ, die über das im Koalitionsvertrag Angebrachte hinausgehen müssen, um eine am Patienten ausgerichtete ambulante Versorgung auch künftig zu garantieren.“

Der KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott erklärt hierzu: „Wir teilen die Befürchtungen der KVB und ihrer Verbündeten und schließen uns der Forderung nach einer stärkeren Regulierung uneingeschränkt an.“

Da der Ausverkauf der ambulanten Versorgung kein allein deutsches Problem ist, forderten die französische Zahnärztekammer und die Bundeszahnärztekammer in einer gemeinsamen Erklärung ebenfalls Beschränkungen für Zahnarztketten und Investorenpraxen.

Leo Hofmeier

Die politischen Forderungen der KVB und ihrer Unterstützer finden Sie auf kvb.de.



„Geben Sie uns die Freiheit, die wir brauchen“

KZBV und KBV feiern ihr 70-jähriges Bestehen

Anlässlich des 75-jährigen Bestehens der KZBV lud die bayerische Gesundheitsministerin Judith Gerlach im Juli zu einem Staatsempfang (siehe *BZB* 9/2025). Die Kassenärztliche und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung sind zwar fünf Jahre jünger, aber auch den 70. darf man feiern. Bei einem gemeinsamen Festakt Ende September in Berlin beküßten die beiden Vorstandsvorsitzenden Dr. Martin Hendges (KZBV) und Dr. Andreas Gassen (KBV), wie stark die Selbstverwaltung als eigenständige, verfassungsrechtlich verankerte Steuerungsform des Gesundheitswesens zu einer hochwertigen (zahn-)medizinischen Versorgung beiträgt.

Die Menschen in Deutschland profitieren von der besonderen Sachnähe der Selbstverwaltung zum Versorgungsgeschehen. Frei von ökonomischen Interessen agiert sie im Sinne des Gemeinwohles und als Schutz gegen staatliche Überzentralisierung. „Das Prinzip einer unabhängigen Berufsausübung vor dem Hintergrund einer eigenständigen Selbstverwaltung ist grundlegend für eine freie Gesellschaft. In Deutschland stützen daher zwei Säulen den hohen Standard des Gesundheitssystems: Unabhängigkeit und Expertise“, so der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Gassen. Ärztliche und psychotherapeutische Kollegen entscheiden weisungsunabhängig über die Behandlung ihrer Patienten. Dieses starke und sensible Vertrauensverhältnis gelte es zu schützen.

Martin Hendges, Vorsitzender des Vorstands der KZBV, bezeichnete die Selbstverwaltung als krisenfest, verantwortungsbewusst und versorgungsnah. In den vergangenen 70 Jahren habe man eine Vielzahl von Versorgungskonzepten aus dem Berufsstand heraus entwickelt und so einen zentralen Beitrag zur Patientenversorgung geleistet. „Mit unserem auf Prävention ausgerichteten Versorgungsansatz haben wir die Mundgesundheit der Bevölkerung in den vergangenen Jahren stetig und nachhaltig verbessert. Damit ist es uns gelungen, den Anteil an den GKV-Gesamtausgaben für vertragszahn-

ärztliche Leistungen – trotz Ausweitung des Leistungskataloges – deutlich zu reduzieren.“ Beide Vorstandschefs sind einig darin, dass das Fundament dieses Erfolges in der freiberuflichen Berufsausübung liegt – vornehmlich in inhabergeführten Praxen. Sie beküßten ihr Engagement, sich weiterhin für Niederlassung und Freiberuflichkeit einzusetzen.

Die Selbstverwaltung arbeitet mit Nachdruck daran, die hochgeschätzte ambulante (zahn-)medizinische Versorgung flächendeckend zu erhalten. Die Vorsitzenden appellierte an die Politik, gemeinsam weiterhin Verantwortung zu übernehmen, die Strukturen nachhaltig zu stärken und der Selbstverwaltung somit die notwendige Freiheit für ein gerechtes, menschliches und demokratisch stabiles Gesundheitswesen zu geben. Zugleich warnten Gassen und Hendges, dass jede Schwächung der Selbstverwaltung am Ende immer zulasten der Versorgung geht. Verlässliche Rahmenbedingungen seien daher essenziell. Nur ein klares, uneingeschränktes Bekenntnis zu einer dezentralen Gesundheitsversorgung sichere den Schutz der flächendeckenden hochwertigen (zahn-)medizinischen Versorgung.

Beide Vorsitzenden wiesen darauf hin, dass den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie der KBV und KZBV als Körperschaften des öffentlichen Rechtes ganz bewusst der



Abb. 1: Der Festakt von KZBV und KBV fand im Französischen Dom statt. – **Abb. 2:** Die erkrankte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken ließ sich von ihrem Staatssekretär Tino Sorge vertreten.

Auftrag der (zahn-)medizinischen Versorgung per Gesetz übertragen wurde. Daher stehe für KBV und KZBV fest, dass Selbstverwaltung gemeinsam mit der Politik weitergedacht werden muss – für eine gemeinwohlorientierte Gesundheitsversorgung der Zukunft.

KBV und KZBV feierten ihr 70-jähriges Bestehen im Rahmen einer Festveranstaltung. Anlässlich des Jubiläums haben sie ein gemeinsames Positionspapier veröffentlicht, abrufbar unter:
www.kbv.de/70-jahre-selbstverwaltung und
www.kzbv.de/70-jahre-kbv-kzbv.



Redaktion

iMVZ leisten kaum einen Beitrag zur flächendeckenden Versorgung

Verband Freier Berufe im Gespräch mit den Grünen

Der Austausch mit der Politik ist dem Verband Freier Berufe Bayern e.V. wichtig. Ende Juni trafen sich Mitglieder des VFB-Präsidiums deshalb mit Abgeordneten der Grünen im Bayerischen Landtag. Fraktionsvorsitzende Katharina Schulze, der stellvertretende Fraktionsvorsitzende Johannes Becher sowie die Abgeordneten Barbara Fuchs, Andreas Hanna-Krahl und Christian Zwanziger nahmen sich viel Zeit für die Anliegen des VFB.



Das VFB-Präsidium diskutierte mit Abgeordneten von Bündnis 90/ Die Grünen im Bayerischen Landtag über die Zukunft der Freien Berufe in Bayern.

Dessen Präsident Dr. Thomas Kuhn begrüßte das klare Bekenntnis zu den Freien Berufen. Insbesondere betonte er die Stärkung der Selbstverwaltung, die Stärkung der ambulanten Versorgung und die Vorschläge für die stärkere Regulierung von investorenfinanzierten Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ).

Wie sehr iMVZ die Versorgungslandschaft bereits verändert haben, schilderte VFB-Vizepräsidentin Dr. Andrea Albert. „Da sich iMVZ nahezu ausschließlich in Großstädten niederlassen, leisten sie keinen Beitrag zur flächendeckenden Versorgung. Vielmehr fehlen die dort tätigen angestellten Zahnärzte als Gründer oder Übernehmer von Praxen im ländlichen Raum. Wir brauchen dringend ein Gesetz, das die Marktanteile solcher MVZ wirksam begrenzt“, so Albert.

Vertieft erörtert wurde auch das Thema Energie und Bauen. VFB-Vizepräsident Alexander Lyssoudis mahnte eine starke Vereinfachung des Gebäudeenergiegesetzes (GEG) an. Solange die Komplexität des GEG bestehe und Planungssicherheit fehle, werden Investitionen auch weiterhin stagnieren. VFB-Vizepräsident Karlheinz Beer sprach die Probleme von Architektur- und Ingenieurbüros an, die durch den Trend zur Auftragsvergabe an Generalüber- oder -unternehmer vom Markt gedrängt würden. Er appellierte daran, die Strukturen der Freien Berufe zu erhalten. Dem stimmte auch VFB-Vizepräsident Christian Schnurer zu, der den Stellenwert von Kunst und Kultur unterstrich.

VFB-Vizepräsidentin Eva Maria Reichart betonte, dass im Koalitionsvertrag von

CDU/CSU und SPD gute Ansätze erkennbar seien, wie beispielsweise der Bürokratieabbau. Aber nun müssten den Worten auch Taten folgen. VFB-Vizepräsident und Psychotherapeut Dr. Bruno Waldvogel hoffte auf eine Verbesserung der Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen. Dr. Albert ergänzte, dass auch das Personal im Gesundheitswesen hohen psychischen Belastungen ausgesetzt sei.

Katharina Schulze bekräftigte schließlich die Unterstützung ihrer Partei für den Mittelstand und die Freien Berufe in Bayern. Sie kündigte an, eine Anhörung im Landtag zu diesem Thema zu initiieren.

Redaktion



Vom Gipfel des Großen Arbers grüßten
Mitglieder der ZBV Niederbayern und
Oberpfalz anlässlich der gemeinsamen
100-Jahr-Feier.

© privat

Zum Jubiläum den Berg erkommen

100-Jahr-Feier der ZBV Niederbayern und Oberpfalz

Hoch hinauf ging es für die Mitglieder der zahnärztlichen Bezirksverbände Niederbayern und Oberpfalz bei der gemeinsamen 100-Jahr-Feier: Gefeiert wurde das Jubiläum auf dem höchsten Berg Ostbayerns, dem Großen Arber. An der Jubiläumsveranstaltung im Berggasthof „Sonnenfels“ nahmen auch der Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Dr. Dr. Frank Wohl, die Vizepräsidentin der Kammer, Dr. Barbara Mattner, sowie mehrere Vertreterinnen und Vertreter anderer Bezirksverbände teil.

Vor der Feier hatten die Gäste Gelegenheit, sich einer geführten Wanderung zur Bergstation anzuschließen. Viele Zahnärztinnen und Zahnärzte wanderten mit und zeigten sich von der Bergwelt des Bayerischen Waldes beeindruckt.

Organisiert hatte das Jubiläum Roman Bernreiter MSc., MSc. Vorstandsmitglied des ZBV Niederbayern und Referent Zahnärztliche Basis und Berufspolitische Bildung der BLZK. Zum Programm des zweitägigen Treffens gehörte außerdem eine gemeinsame Vorstandssitzung der beiden Organisationen.

Dr. Sandra Pulvermüller
Vorstandsmitglied des ZBV Niederbayern



Kammerpräsident Dr. Dr. Frank Wohl nahm an der Jubiläumsveranstaltung teil und überbrachte die Glückwünsche der BLZK.

Stimmen und Impressionen

Jubiläum der Zahnärztlichen Bezirksverbände Oberpfalz und Niederbayern



Charmante Grüße von Ober- nach Niederbayern zusammen mit einem guten Tropfen überbrachte Dr. Brunhilde Drew, 2. Vorsitzende des ZBV Oberbayern. Für den ZBV Mittelfranken gratulierte der 1. Vorsitzende Dr. Willi Scheinkönig, für die Berufsverbände „Freie Zahnärzteschaft (FZ)“ und „Zukunft Zahnärzte Bayern (ZZB)“ wünschten Susanne Remlinger und Dr. Frank Hummel alles Gute für die nächsten 100 Jahre.

Zahnärzte feiern und fordern

Bezirksteilnehmer beseitigen „100-jähriges“ – Aufruf an Politik, gegen Versorgungsgenossen mobil zu machen

Zielsetzung: Die beiden Zahnärzte aus Niederbarnim und Oderberg haben ihre Begegnungen mit dem Bezirksteilnehmer und der Versammlung in Zossen abgeschlossen. Die Begegnungen sind weiterhin Teil der Politik präsent.

Ergebnis: Ein Beispiel für auch Niederbarnim besteht die Zusammenarbeit zwischen den beiden Orten. Die beiden haben auch ähnliche Probleme im Bereich der Zahnärzte. Schon malte man sich die 100 Jahre alte Geschichte wieder auf, um die Ergebnisse des großen Arbeitens zu begreifen und zu verstehen. Der Vorsitzende der Versammlung in Zossen schloss die Begegnung mit einer kleinen Rede ab. Diese kleine Rede sollte die Idee bestätigen, dass die beiden Orte zusammenarbeiten sollten.

Der Zahnarzt Zahnarzt Bernd Wohl und Dr. Frank Wohl aus Oderberg sowie Dr. Barbara Wohl aus Niederbarnim und Verantwortliche der beiden Orte waren eingeladen, um gemeinsam auf die große Seite ihrer Gemeinschaft zu schauen. Die Ergebnisse der Begegnung und gleich Niederbarnim und Oderberg zusammenarbeiten zu wollen, wurden als sehr wichtig erachtet.

Hauptproblem: Wie für heute bestätigt wurde, dass die Hauptschwierigkeit die anteilsmässige Zahnärztekostenentlastung ist. Eine solche lebenswichtige Auslastung kann nur durch eine gesetzliche Regelung erreicht werden. Die Führer auch dann, dass diese Auslastung nicht direkt in die eigene Haushalte führt, müssen es tun. Die gesetzliche Gehalts- wie die gesetzliche Rentenversicherung ist hierfür ein gutes Ausgangspunkt. Es ist zu hoffen, dass die Politik spätestens im nächsten Jahr einen entsprechenden Konsens erzielt.

Nach Begegnungen rückt die Zukunft in den Vordergrund: Es geht, stieg zu werden. Dass die Zahnärzte in Zukunft nicht mehr soviel gehen wird kündigte am Ende der Begegnung an. Dieses Problem ist in der Zahnärztekostenentlastung, bestenswertes drittes Pong und die gesetzliche Rentenversicherung sowie die gesetzliche Gehaltsversicherung, voneinander unabhängiger werden.

Diskutierten Probleme: Wurden bei der gemeinsamen Versammlung in Zossen folgende Themen diskutiert:

- Wie kann die Folge sein, dass die Zahnärzte an Bestattungsunternehmen gehen und eine Flucht der Berufe von den Zahnärzten in die anderen Berufe entstehen.
- Die Auslastung am Landkreis Barnim ist zu gering, um die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Gehaltsversicherung finanziell zu verhindern.
- Die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Gehaltsversicherung müssen unabhängig voneinander funktionieren.

Bemerkungen: „Als neue Kreisversammlung müssen wir uns mit dem Thema Rentenversicherung und Altersrente beschäftigen.“ „Wir müssen die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Gehaltsversicherung und ein entsprechendes Rentenversicherungssystem einzurichten.“

Wichtigste Fazit: Im Ergebnis der Versammlung in Oderberg kam der Wunsch nach einem Wiederholungstermin auf. Die nächsten Kollegen seien gespannt, ob es gelingt, die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Gehaltsversicherung, herzlich willkommen zu heißen, vor der Türe zu bringen.

Kommunaler Präsident Dr. Dr. Frank Wohl kann überzeugt zum Treffen in Bergfelde eingeladen werden.



Eine kleine Tour zum kleinen Arbersee gehörte zum Programm beim Treffen der Zahnärztekreisverbände Niederbarnim und Oderberg in Zossen




Nicht nur Feiern war angesagt: Roman Bernreiter nutzte seine guten Kontakte zur niederbayerischen Presse, um die zentralen Forderungen der bayerischen Zahnärzte erneut der Öffentlichkeit nahezubringen.



Die malerische Bergwelt rund um den Großen Arber war Schauplatz der Feierlichkeiten der beiden Bezirksverbände



Zwei tatkräftige Berufsvertreter, die sich prima verstehen: Die beiden 1. Vorsitzenden der Zahnärztlichen Bezirksverbände Oberpfalz und Niederbayern, Dr. Cosima Rücker und Dr. Alexander Hartmann, stehen für die harmonische Zusammenarbeit der beiden Bezirke

STATEMENT DER VORSITZENDEN

Dr. Cosima Rücker und Dr. Alexander Hartmann

„100 Jahre – das ist ein Jubiläum, auf das wir gemeinsam stolz sein können. Seit einem Jahrhundert stehen die Zahnärztinnen und Zahnärzte in Niederbayern und der Oberpfalz für eine verlässliche, wohnortnahe Versorgung und für ein starkes Mit-einander in unserem Berufsstand. Unser ganz besonderer Dank gilt allen Kolleginnen und Kollegen sowie den Teams in den Praxen, die mit Engagement und Herzblut tagtäglich dazu beitragen. Das Jubiläum ist für uns nicht nur Anlass zum Feiern, sondern auch Motivation, weiterhin geschlossen für gute Rahmenbedingungen einzutreten und die zahnärztliche Versorgung in unserer Region aktiv mitzugestalten.“



Der englische Patient leidet weiter

Labour-Regierung will den NHS abschaffen

Über die Missstände im britischen Gesundheitssystem haben wir mehrfach berichtet. Reformen hat so gut wie jede Regierung durchgeführt – jedoch ohne dauerhaften Erfolg. Der englische Patient leidet weiter. Der seit 2024 regierende Premierminister Keir Starmer von der Labour Party geht deshalb nun einen Schritt weiter: Er plant die Abschaffung des National Health Service (NHS).

Damit legt Starmer die Axt an eine britische Institution. Der 1948 eingeführte NHS ist mit rund 1,3 Millionen Angestellten der größte Arbeitgeber Großbritanniens. Deren Jobs sind jedoch durch Starmers Pläne nicht gefährdet. Betroffen wäre davon lediglich die Körperschaft „NHS England“, wo rund 15 000 Menschen arbeiten. Weitere 3 300 Stellen hat das Gesundheitsministerium. Etwa die Hälfte der Arbeitsplätze soll bei diesen beiden Behörden gestrichen werden. „Wenn wir das kappen, was heute geschieht, kön-

nen wir das Geld dorthin stecken, wo es gebraucht wird, nämlich bei der Behandlung“, sagte Starmer zu seinen Plänen.

Doch das dürfte nicht reichen, um die Versorgung spürbar zu verbessern. Sieben Millionen Briten warten derzeit auf einen Arzttermin, die Krankenhäuser sind marode, die meisten Zahnärzte behandeln nur noch Privatpatienten.

Gesundheitsminister Wes Streeting will eine tiefgreifende Umgestaltung der Ge-

sundheitsversorgung einleiten, mit einem Fokus auf Prävention, Digitalisierung und Verlagerung der Behandlung in die Primärversorgung. Doch was zunächst ambitioniert klingt, wirft bei Ärzten, Patienten und Fachgesellschaften vor allem eine Frage auf: Wie genau soll das eigentlich funktionieren?

Immerhin lobte die British Dental Association (BDA) Streetings präventiven Ansatz. Fluoridlack ohne vorherige Untersuchung, Fissurenversiegelung für Kinder

aus Risikogruppen – das klingt nach modernen Konzepten. Doch die Begeisterung endet spätestens dann, wenn man die Details sucht. Oder besser gesagt: Ihr Fehlen feststellt. So warnt die British Medical Association (BMA) vor einem Plan ohne Substanz, ohne gesicherte Finanzierung und mit fragwürdigen Annahmen zur Personalplanung.

In den kommenden Jahren sollen nicht etwa mehr, sondern sogar weniger Beschäftigte im NHS tätig sein. Gleichzeitig will man neue „One-Stop-Shop“-Versorgungszentren in den Gemeinden etablieren und zusätzliche Studienplätze schaffen. Doch die geplante Ausweitung um 1000 Facharztstellen wird laut BMA nicht einmal im Ansatz reichen, um den bestehenden Mangel zu beheben. Allein in der Primärversorgung fehlen derzeit mehr als 4000 Allgemeinmediziner. Und auch die Verpflichtung, dass frisch ausgebildete Zahnärzte drei Jahre im NHS arbeiten müssen, ist kaum mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein, zumal die meisten diesen Zeitraum ohnehin schon heute dort verbringen.

Kein Ort, an dem man lange bleibt

Das größte Problem für die Versorgung ist, dass immer mehr erfahrene Kollegen dem NHS frustriert den Rücken kehren und in Privatpraxen wechseln. Schlechte Bezahlung, Überlastung, fehlende Perspektiven, das sind keine Umstände die Arbeitskräfte anlocken. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist kein Ort, an dem man länger als nötig bleiben möchte. Laut Prognosen der „Health Foundation“ fehlen dem NHS bis 2030 bis zu 250 000 Vollzeitstellen. Am größten ist der Mangel bei Pflegekräften, zahnärztlichem Fachpersonal und bei Hausärzten. Dass sich unter diesen Bedingungen diejenigen Patienten, die es sich leisten können, vermehrt für Privatpraxen und -kliniken entscheiden, überrascht wenig.

Auch in anderen Bereichen ist der NHS längst an seine Grenzen gestoßen. Der Mangel an Medikamenten zieht bereits Todesfolgen nach sich. Mindestens fünf Krebspatienten starben laut einer offiziellen Untersuchung, weil sie nicht recht-

zeitig mit einem lebenswichtigen Notfallmedikament behandelt wurden. Der Grund dafür sind Engpässe in der Versorgungskette und fehlendes Wissen auf ärztlicher Seite. Laut aktueller Umfragen ist für 39 Prozent der Bevölkerung der Zugang zum Hausarzt das drängendste Problem im NHS, noch vor Wartezeiten in der Notaufnahme oder Personalfragen.

Die Wartezeit für planbare Behandlungen übersteigt dabei nicht selten 18 Wochen, ein Richtwert der laut gesetzlichen Vorgaben eigentlich nicht überschritten werden dürfte. Am längsten sind die Wartezeiten in strukturschwachen ländlichen Gebieten.

Und dann ist da noch das Thema, das man in London gerne kleinredet, das aber im ganzen Land spürbar ist: die Migration. In den vergangenen drei Jahren sind mehr Menschen legal nach Großbritannien eingewandert als in die deutlich größeren USA. Hinzu kommt der Rekord an Asylanträgen. Ende Juni 2025 waren es 111 084 in den vergangenen zwölf Monaten gewesen. Die Folge ist ein Bevölkerungsschub, den weder der Wohnungsmarkt noch der NHS auffangen können. Auch deshalb mehren sich die Stimmen, die nicht nur einen Strukturwandel im Gesundheitswesen fordern, sondern auch

klare Maßnahmen zur Steuerung des Zuges. Paradox: Der Migrationsdruck ist ausgerechnet durch den Brexit gestiegen, der ja eigentlich das Gegenteil bewirken sollte. Da viele Pflegekräfte und Angehörige anderer Berufe aus EU-Ländern Großbritannien verlassen haben, sollten Migranten aus anderen Teilen der Welt die Lücken schließen. Doch das ging gründlich schief. Sie belasten nun das Gesundheitssystem zusätzlich.

Gleichzeitig wächst der Druck auf die Infrastruktur. Viele Klinikgebäude sind sanierungsbedürftig, die digitale Ausstattung hinkt dem Bedarf hinterher und moderne Telemedizinlösungen scheitern häufig an fehlender technischer Basis. Dabei sieht der NHS-Plan genau hier einen Schwerpunkt: Elektronische Patientenakten, KI-gestützte Diagnostik und eine stärkere Verzahnung zwischen Primär- und Sekundärversorgung sollen Effizienz bringen, doch ohne entsprechende Investitionen bleibt das eine Illusion. Der Investitionsstau bei Gebäuden und IT-Infrastruktur wird mittlerweile auf mehrere Milliarden Pfund geschätzt.

Politisch spiegelt sich diese Gemengelage in sinkendem Vertrauen und wachsender Unruhe wider. Zwar glauben 86 Prozent der Briten weiterhin an die Grundidee des NHS, also die kostenfreie Versorgung für alle, finanziert durch Steuern. Doch nur 16 Prozent trauen der Regierung zu, die richtigen Weichen dafür zu stellen. Ein Wert, der sich seit Monaten kaum verändert. Und während Gesundheitsminister Streeting sich darum bemüht, Gespräche mit der Pharmaindustrie wiederzunehmen und über neue Finanzierungsmodelle nachdenkt, verliert er wichtige Führungskräfte. So trat kürzlich die langjährige Direktorin für mentale Gesundheit beim NHS England zurück.

Es bleibt einmal mehr die Erkenntnis, dass rein staatliche Gesundheitssysteme ohne freiberuflich tätige Ärzte und Zahnärzte die Versorgung der Bevölkerung nicht sicherstellen können.



Hilfe zur Selbsthilfe bei akuten Zahnschmerzen: „Dental First Aid Kits“ mit fertig angerührtem Füllungsmaterial, Applikator und Eugenol gibt es in britischen Drogerimärkten und im Online-Handel zu kaufen.

Jana Sindel
Leo Hofmeier

„Können Sie uns einen Zahnarzt vermitteln?“

KZVB beim SPD-Parteitag – Versorgungslandschaft dünn sich aus

Bei Parteitagen bekommt man einen Eindruck davon, wie die viel zitierte Basis denkt. Und das hat nicht selten Einfluss auf das Regierungshandeln. Die KZVB suchte deshalb beim Landesparteitag der Bayern SPD das Gespräch mit Mandatsträgern und Delegierten, um klarzumachen: So wie bisher kann es nicht weitergehen.



Dr. Bärbel Kofler (Mitte) ist Staatssekretärin im Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Als MdB ist sie für die Wahlkreise Traunstein, Altötting und Rosenheim zuständig. Sie kennt die Probleme im ländlichen Raum.



Kurz vor der Wahl ihrer Nachfolger Kathrin Pollack und Uwe Kirschstein besuchte die ehemalige SPD-Generalsekretärin Ruth Müller (2. v. r.) den Stand der KZVB. Begleitet wurde sie vom Nürnberger OB-Kandidaten Dr. Nasser Ahmed (2. v. l.).

Erstaunlicherweise sahen das die Besucher am KZVB-Stand ähnlich – vielleicht auch deswegen, weil nicht nur MdB und MdL Delegierte sind. Nächstes Jahr ist Kommunalwahl in Bayern und viele Bürgermeister aus dem ländlichen Raum spüren mittlerweile, wie sich Entscheidungen in Berlin auf die Versorgung vor Ort auswirken.

„Können Sie uns einen Zahnarzt vermitteln?“ – das war eine der am häufigsten gestellten Fragen. Ein Delegierter, der bis vor Kurzem eine Apotheke hatte, schüttelte angesichts der Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre resigniert den Kopf. „Ich weiß nicht, wer die im Bundesgesundheitsministerium berät.“ Er fügte aber hinzu, dass es eigentlich keine Rolle spielt, welcher Partei der Bundesgesundheitsminister angehört. Das sei spätestens seit der Amtsübergabe von Karl Lauterbach (SPD) an Nina Warken (CDU) deutlich geworden.

Das Thema „Expertenkommission“ (siehe Seite 6 ff.) wurde am KZVB-Stand intensiv diskutiert. Dafür, dass diese Kommission erst Ende 2026 Reformvorschläge unterbreiten soll, hatte niemand Verständnis. KZVB-Pressesprecher Leo Hofmeier betonte, dass es jetzt mehr Anreize brauche, um die Niederlassungsbereitschaft zu erhöhen. Sonst drohe ein Praxissterben, dessen Anfänge man bereits beobachten könne. Er verwies auf eine Umfrage der KZVB, derzu folge vor allem die Bürokratiebelastung abschreckend auf den Nachwuchs wirke. Deshalb entscheide sich dieser auch immer öfter für die Anstellung. Investorenfinanzierte MVZ mit festen Arbeitszeiten und bezahltem Urlaub seien für viele Zahnärzte mittlerweile die Alternative zur „Selbstausbeutung des Selbstständigen“.

Redaktion



Holger Grießhammer, Vorsitzender der SPD-Fraktion im Bayerischen Landtag, sicherte seine Unterstützung beim Erhalt der flächendeckenden Versorgung zu.

Praxismanager/-in eazf



Berufsbegleitende Weiterqualifizierung ■ München ■ Nürnberg

Kursinhalte

Ziel dieser Weiterqualifizierung der eazf ist die Vermittlung von Qualifikationen, um Praxisinhaber/-innen in unternehmerischen Bereichen zu unterstützen und eigenverantwortlich Personal-, Führungs- und Managementaufgaben zu übernehmen. Praxismanager/-innen leisten so in besonderer Weise ihren Beitrag zum Erfolg der Zahnarztpraxis. Die **Weiterqualifizierung „Praxismanager/-in eazf“** ist daher in Konzeption und Inhalten speziell auf die Belange von Zahnarztpraxen ausgerichtet.

- Betriebswirtschaft in der Zahnarztpraxis
- Finanzierung, Liquiditätssicherung, Factoring
- Praxiscontrolling und Leistungskalkulation
- Beschaffungswesen, Materialwirtschaft
- Praxismarketing und Entwicklung einer Praxismarke
- Personalmanagement und -führung, Ausbildungswesen
- Qualitätsmanagement und Arbeitssicherheit
- Die besondere Rolle der PM in der „Sandwichposition“
- Arbeits- und Vertragsrecht
- Patientenführung und Beschwerdemanagement
- Kommunikation und Gesprächsführung
- Konfliktmanagement

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 dauert insgesamt sechs Monate. In München wird die Weiterqualifizierung jährlich von Oktober bis März angeboten. In Nürnberg findet der Lehrgang jährlich von Januar bis Juni statt.

Zulassungsvoraussetzungen

Die Weiterqualifizierung richtet sich an Mitarbeitende in Zahnarztpraxen mit Berufserfahrung im Bereich Verwaltung (Empfehlung: mindestens 2 Jahre). Besonders eignet sich der Lehrgang als Weiterqualifizierung für ZMV. Es können auch fachfremde Mitarbeitende mit Verwaltungsbezug oder Mitarbeitende aus Arztpraxen am Lehrgang teilnehmen.

Prüfung und Zertifikat

Die Abschlussprüfung wird vor einem Prüfungsausschuss der eazf abgelegt. Die Prüfung ist in einen schriftlichen und einen mündlichen Teil gegliedert. Der mündliche Teil besteht aus einem fächerübergreifenden Prüfgespräch und einem Kurzvortrag zu einem frei gewähltem Thema mit Bezug zur beruflichen Tätigkeit, das in Heimarbeit ausgearbeitet wird. Nach bestandener Prüfung erhalten die Teilnehmer/-innen das **Zertifikat „Praxismanager/-in eazf“** einschließlich eines Abschlusszeugnisses der eazf mit den in der Weiterqualifizierung erbrachten Leistungs nachweisen.

Kurs- und Prüfungsgebühren

Die Kursgebühr für diese Weiterqualifizierung beträgt € 2.950,00. Die Zahlung der Kursgebühr kann ohne Mehrkosten in monatlichen Raten erfolgen. In der Kursgebühr sind digitale Kursunterlagen sowie Erfrischungsgetränke und Kaffee enthalten. Nach Eingang der geforderten Unterlagen erhalten Sie eine Anmeldebestätigung bzw. Rechnung und Informationen zu Kursablauf und Terminen. Die Kosten für die Abschlussprüfung betragen € 350,00.

Weiterführende Qualifikation

Zur Erweiterung der beruflichen Qualifikation empfehlen wir den Lehrgang „Qualitätsmanagementbeauftragte/r (QMB eazf“ und den Kurs „Datenschutzbeauftragte/-r eazf (DSB)“. Informationen hierzu finden Sie unter www.eazf.de.

Information und Anmeldung:
www.eazf.de/sites/praxispersonalpraxismanager



Ansprechpartnerin

Kimberly Alt-Böhm
Tel.: 089 230211439
Fax: 089 230211406

eazf GmbH

Fallstraße 34 Tel.: 089 230211439
81369 München Fax: 089 230211406
www.eazf.de E-Mail: info@eazf.de

Nachrichten aus Brüssel

@ greens87 – stock.adobe.com

Zahnärztliche Versorgung: Soziale Ungleichheit auch in der EU

Nach Angaben der europäischen Statistikbehörde Eurostat konnten im vergangenen Jahr 6,3 Prozent der EU-Bürgerinnen und -Bürger ab 16 Jahren trotz eines Bedarfes keine zahnärztliche Behandlung in Anspruch nehmen. Gründe dafür waren hauptsächlich finanzielle Einschränkungen, lange Wartezeiten oder eine zu große Entfernung zu zahnärztlichen Einrichtungen. Am stärksten betroffen waren Griechenland (27,1 Prozent), Lettland (16,5 Prozent) und Rumänien (16,2 Prozent). Die niedrigsten Anteile an nicht gedecktem zahnärztlichem Bedarf verzeichneten Malta (0,4 Prozent), Deutschland (0,9 Prozent) und Kroatien (1,1 Prozent).

Besonders auffällig bei diesem Vergleich ist der Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Armutsrisiko. EU-weit lag der Anteil der armutsgefährdeten Personen mit ungedecktem zahnärztlichem Bedarf bei 13,7 Prozent, im Vergleich zu nur 5,1 Prozent bei nicht armutsgefährdeten Personen. Die größten Unterschiede wurden in Griechenland und Rumänien festgestellt: In Griechenland berichteten 52,8 Prozent der armutsgefährdeten Bevölkerung über nicht erhaltene notwendige Zahnbehandlungen, verglichen mit 22,7 Prozent der Nicht-Armutsgefährdeten – ein Unterschied von über 30 Prozentpunkten. Ähnlich hoch war die Differenz in Rumänien (43,5 gegenüber 12,6 Prozent). Demgegenüber zeigen Länder wie Deutschland (1,3 Prozentpunkte), Malta (1,5) und Polen (1,7) vergleichsweise geringe Unterschiede zwischen den sozialen Gruppen.

Dänische EU-Ratspräsidentschaft

Unter dem Motto „Ein starkes Europa in einer Welt im Wandel“ hat Dänemark am 1. Juli turnusgemäß den rotierenden Vorsitz des Rates der Europäischen Union für die kommenden sechs Monate übernommen. Im Rahmen dieses Mandates stellt das skandinavische Land zwei übergeordnete politische Zielsetzungen in den Mittelpunkt der Ratspräsidentschaft: Sicherheit und Wettbewerbsfähigkeit.

Gesundheit wird von den Dänen dabei als Kernbestandteil der europäischen Widerstandsfähigkeit, Versorgungssicherheit und langfristigen Wettbewerbsfähigkeit betrachtet. Im Fokus der Skandinavier stehen vier zentrale gesundheitspolitische Handlungsfelder: Erstens der Abschluss der Beratungen über das sogenannte Pharmapaket, mit dem der Zugang zu Medikamenten verbessert, Innovation gefördert und Zulassungsprozesse beschleunigt werden sollen. Zweitens die Fortsetzungen der Beratungen über den sogenannten Critical Medicines Act zur Stärkung der Lieferketten für wichtige Medikamente, zur Verinderung externer Abhängigkeiten und der Prävention von Versorgungsengpässen. Drittens soll gezielt auf die Resilienz der EU-Gesundheitssysteme bei von Menschen verursachten Krisen oder Naturkatastrophen hingearbeitet werden. Viertens sollen unter der Schirmherrschaft der WHO internationale Abkommen wie die Rahmenkonvention zur Tabakkämpfung sowie die Pandemiekonvention vorangetrieben werden.

Bericht zur Krise bei den Gesundheitsberufen

Das Europäische Parlament bereitet derzeit einen umfassenden Initiativbericht zur kritischen Lage der Gesundheitsberufe in Europa vor. Unter dem Titel „Ein EU-Gesundheitsarbeitskräfte-Krisenplan“ entwickeln der Ausschuss für öffentliche Gesundheit und der Ausschuss für Beschäftigung Empfehlungen, um den zunehmenden Personalengpässen im Gesundheitswesen zu begegnen.

Ziel des Berichtes ist es, konkrete Maßnahmen zur Gewinnung, Bindung und besseren Unterstützung von medizinischem Personal vorzuschlagen – etwa durch bessere Arbeitsbedingungen, gezielte Aus- und Weiterbildung, psychische Gesundheitsangebote und digitale Unterstützung. Auch die EU-Finanzierungsinstrumente sollen künftig stärker auf Reformen in diesem Bereich ausgerichtet werden. Die Verabschiedung des Berichtes ist für Anfang 2026 vorgesehen.

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



Dental News GOES WhatsApp

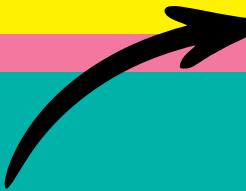
00
DENTAL
News

JETZT
anmelden und nichts
mehr verpassen!



 WhatsApp

Aktuelle Nachrichten und
Informationen direkt auf
dein Smartphone – egal wo!



Journal

@ Tierney – stock.adobe.com

Zahl der anerkannten Berufsabschlüsse gestiegen

Im vergangenen Jahr wurden insgesamt 11 000 ausländische Berufsabschlüsse von Medizinern in Deutschland anerkannt. Das waren 1 500 mehr als im Vorjahr.

Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilte, genehmigten die zuständigen Behörden 2024 über alle Berufsgruppen hinweg rund 79 100 Anerkennungsanträge, 21 Prozent mehr als im Jahr zuvor. Damit hat sich die Zahl der anerkannten Berufsabschlüsse 2024 im Vergleich zum Jahr 2016 (26 200 anerkannte Abschlüsse) mehr als verdreifacht. 2016 erfasste das Statistische Bundesamt erstmals bundes- und landesrechtlich geregelte Anerkennungsverfahren gemeinsam. 59 Prozent aller positiv beschiedenen Anträge wurden von Frauen und 41 Prozent von Männern gestellt.

Am häufigsten wurden ausländische Berufsabschlüsse in medizinischen Gesundheitsberufen anerkannt. Spitzenreiter war dabei mit 32 500 Anerkennungen und einem Anteil von 41 Prozent an allen anerkannten Qualifikationen der Beruf Pflegefachfrau/-mann (einschließlich der Vorgängerberufe Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in sowie Gesundheits- und Krankenpfleger/-in). Die Anerkennungen nahmen in diesem Beruf gegenüber 2023 um 5 200 oder 19 Prozent zu. Zur Anerkennung zahnärztlicher Berufsabschlüsse machte das Bundesamt keine Angaben.

tas/Quelle: Destatis

Geteiltes Echo auf KI im Gesundheitswesen

Künstliche Intelligenz (KI) ist bei den Patienten angekommen, löst aber immer noch gemischte Reaktionen aus. So verwenden derzeit deutlich mehr Menschen KI für die eigene Gesundheit als noch vor einem Jahr, wie eine aktuelle Befragung von Deloitte zeigt. Jeder vierte Teilnehmende gab an, bereits KI-Anwendungen für seine Gesundheit genutzt zu haben. Bei einer vergleichbaren Befragung 2024 waren es lediglich neun Prozent.

Bei den Erwartungen an die KI ist allerdings eine gewisse Zurückhaltung zu erkennen. 45 Prozent der Befragten – und damit fünf Prozentpunkte weniger als vor einem Jahr – erhoffen sich durch sie eine bessere Therapie. 43 Prozent erwarten sich mehr Zeit für Arzt-Patienten-Gespräche (2024: 47 Prozent) und auf

einen möglichst optimalen Therapieverlauf setzen lediglich 35 Prozent gegenüber 45 Prozent im Jahr 2024. Kaum gefragt sind Telemedizin und digitale Gesundheitsanwendungen. Mehr als vier Fünftel der Befragten (82 Prozent) gaben an, sie hätten Videoberatungen mit einer Ärztin oder einem Arzt noch nicht genutzt, entweder weil die Angebote nicht bekannt sind oder weil sie grundsätzliche Bedenken haben.

Die Ergebnisse der repräsentativen Umfrage finden Sie im Internet:
[www.deloitte.com/de/de/Industries/
life-sciences-health-care/research/
digitalisierung-im-gesundheitswesen.html](http://www.deloitte.com/de/de/Industries/life-sciences-health-care/research/digitalisierung-im-gesundheitswesen.html).



tas/Quelle: Deloitte

Health Care Bayern nimmt Abschied von Ulf Fink

Der Verein Health Care Bayern, dem rund 500 Mitgliedsorganisationen und Einzelpersonen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens angehören, trauert um seinen Gründer und Ehrenvorsitzenden Ulf Fink. Der frühere Bundestagsabgeordnete verstarb am 12. September im Alter von 82 Jahren.

Fink prägte die deutsche Gesundheitspolitik über Jahrzehnte – als Berliner Senator für Gesundheit und Soziales (1981 bis 1989), Mitglied des Deutschen Bundestages (1994 bis 2002), Gründer des Hauptstadtkongresses (1998) und sozialer Vordenker der CDU. Sein Handeln war stets vom Grundsatz geleitet, dass der Mensch im Mittelpunkt stehen muss. Durch seine Vision und sein Engagement wurde Health Care Bayern zu einem führenden sektorenübergreifenden Netzwerk, das Politik, Wirtschaft, Pflege, Krankenhäuser und Industrie miteinander verbindet. Schon früh erkannte Ulf Fink, wie wichtig Vernetzung, Austausch und Kooperation über alle Sektoren hinweg für die Entwicklung des Gesundheitswesens sind – ein Leitgedanke, der heute aktueller denn je ist.

Die Vorsitzende der Organisation, Emmi Zeulner, MdB, kündigte in einer Mitteilung an, Finks Vermächtnis weiterzutragen und die Arbeit von Health Care Bayern im Sinne seines Engagements fortzuführen.

tas/Quelle: Health Care Bayern

GOZ aktuell

Minimalinvasive Zahnheilkunde

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.

Minimalinvasive Behandlungsansätze rücken immer mehr in den Fokus der modernen Zahnmedizin. Ziel ist es dabei, Zähne langfristig zu erhalten und großflächige Substanzzabtragungen sowie Gewebeschäden zu vermeiden. Durch den Einsatz modernster Techniken und Materialien ist es möglich, Eingriffe auf das absolut Notwendige zu beschränken und sie dadurch schmerzfreier, nachhaltiger und gewebeschonender zu gestalten. Das Konzept der minimalinvasiven Zahnmedizin kann in sämtlichen Bereichen der Zahnheilkunde umgesetzt werden. Das Referat Honorierungssysteme der Bayerischen Landeszahnärztekammer informiert in diesem Beitrag über die Berechnungsmöglichkeiten von minimalinvasiven Therapien.

Kariesinfiltration

Die Ausbreitung von Karies im Frühstadium kann mittels Kariesinfiltration verhindert werden. Hierbei werden die porösen Stellen im Zahnschmelz mit einem speziellen hochflüssigen Kunststoff aufgefüllt und mit Licht ausgehärtet. Die Kariesinfiltration kommt ohne den Einsatz des Bohrers aus, ist allerdings nur bei sehr kleinen, beginnenden Läsionen möglich.

| Konventionell | Minimalinvasiv |
|---|--|
| Füllung | Kariesinfiltration |
| GOZ 2060 Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), einflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts | GOZ 7010a Kariesinfiltration gemäß § 6 Abs. 1 GOZ Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche |
| 68,17 € (Faktor 2,3) | 103,49 € (Faktor 2,3) |

Das mikroinvasive Verfahren der Kariesinfiltration ist in der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht enthalten und muss deshalb gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden.

Kompositrestauration

Hochwertige Kompositrestaurationen können eine substanzsichere Alternative zu Veneers oder Kronen darstellen. Vorteile sind dabei ein geringerer Verlust von Zahnhartsubstanz und ein niedrigerer finanzieller Aufwand. Zudem kann die Restauration in einem Termin angefertigt werden.

| Konventionell | Minimalinvasiv |
|--|---|
| Vollkeramikkrone | Zahnaufbau mit Komposit |
| GOZ 2210 Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehls- oder Stufenpräparation) | 2x GOZ 2120 Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), mehr als dreifächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts |
| 330,31 € + Laborkosten (Faktor 3,5) | 303,14 € (Faktor 3,5) |

Es empfiehlt sich, bei der minimalinvasiven Alternative eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ mit den Patienten zu treffen.

Adhäsivbrücke

Bei konventionellen Brücken müssen die Pfeilerzähne präpariert werden, um eine ausreichende Abstützung gewährleisten zu können. Dabei muss oftmals viel Zahnhartsubstanz geopfert werden. Durch Adhäsivbrücken, die lediglich an die Nachbarzähne angeklebt werden, kann gesunde Zahnhartsubstanz erhalten werden.

| Konventionell | Minimalinvasiv |
|---|--|
| Brücke | Adhäsivbrücke mit einer Spanne |
| 2x GOZ 5010 + 1x GOZ 5070 Versorgung eines Lücken gebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Hohlkehls- und Stufenpräparation) oder Einlagefüllung + Brückenspanne | GOZ 5150 Versorgung eines Lücken gebisses mithilfe einer durch Adhäsivtechnik befestigten Brücke, für die erste zu überbrückende Spanne |
| 662,58 € + Laborkosten (Faktor 3,5) | 143,70 € + Laborkosten (Faktor 3,5) |

Es empfiehlt sich, bei der minimalinvasiven Alternative eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ mit den Patienten zu treffen.

Veneer

Veneers kommen vor allem an den Frontzähnen sowie im sichtbaren Bereich zum Einsatz. Unerwünschte Zahnformen oder dauerhafte Verfärbungen können mit den hauchdünnen und lichtdurchlässigen Keramikschalen ästhetisch optimiert werden. Anders als bei Kronen müssen die Zähne dabei nur sehr wenig bearbeitet werden. Bei Non-Prep Veneers kann auf eine Substantzenfernungsweite weitestgehend verzichtet werden.

Minimalinvasiv

Veneer

GOZ 2220

Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kästen oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der gesamten Kaufläche, auch Versorgung eines Zahnes durch ein Veneer

406,88 € + Laborkosten (Faktor 3,5)

Empfehlung: Honorarvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

Werden Veneers aus rein ästhetischen Gründen eingesetzt, muss vor Beginn der Behandlung eine Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 3 GOZ (Leistung auf Verlangen) getroffen werden.



© Dmitry – stock.adobe.com

Ozontherapie

Die Ozontherapie innerhalb einer Wurzelkanalbehandlung trägt zur Desinfektion der oft schwer zugänglichen Wurzelkanäle bei. Das Gas hilft, das Wurzelkanalsystem nahezu zu sterilisieren, um eine Grundlage für eine erfolgreiche Wurzelkanalbehandlung zu schaffen.

| Konventionell | Minimalinvasiv |
|---|---|
| Desinfektion der Wurzelkanäle | Wurzelkanalsterilisation mittels Ozons |
| GOZ 2420 Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal | GOZ 4130a Wurzelkanalsterilisation mittels Ozons gemäß § 6 Abs. 1 GOZ Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Transplantat |
| 13,78 € (Faktor 3,5) | 23,28 € (Faktor 2,3) |

Die Ozonanwendung zur Sterilisation des Wurzelkanals stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der GOZ enthalten ist.

Im Urteil des AG Dortmund (31.08.2015, Az.: 405 C 3277/14) führte der Sachverständige in seinem Gutachten aus, dass sich der Einsatz von Ozon zur Desinfektion nicht nach der GOZ-Nr. 2420 abrechnen lässt. Er kann jedoch analog gemäß § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen sein.

Extraktion

Verschiedene Extraktionssysteme ermöglichen eine präzise Zahnentfernung, wodurch der Knochen und das umliegende Gewebe weitestmöglich geschont werden. Zusätzlich verursacht diese minimalinvasive Methode weniger Schmerzen als herkömmliche Behandlungsweisen. Sie stellt allerdings keine eigene Leistung dar.

Minimalinvasiv

Zahnfachschonende Extraktion

GOZ 3020 + GOZ 0500

Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes + Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

53,15 € + 22,50 € (Faktor 3,5 + 1,0)

Der Mehraufwand zur konventionellen Extraktion kann nur über eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ geltend gemacht werden.

Minimalinvasive Implantation

Bei der minimalinvasiven Implantation werden Zahnfleisch und Knochenhaut weitestgehend geschont. Das Zahnfleisch wird für die Einbringung des Implantates nicht durch einen Schnitt, sondern mittels einer Schleimhautstanze geöffnet. Nebenher können dadurch Wundheilungsstörungen und Schmerzen reduziert werden.

Minimalinvasiv**Implantation mittels Schleimhautstanze**

GOZ 9010 + GOZ 0530

Implantatinsertion, je Implantat + Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

304,13 € + 123,73 € (Faktor 3,5 + 1,0)

Der Mehraufwand zur konventionellen Implantation kann nur über eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ geltend gemacht werden.

Virtuelle Implantation

Bei der virtuellen Implantation entsteht im digitalen Workflow aus den DVT-Daten ein exaktes 3D-Modell des Kiefers, mit dem sowohl Typ und Größe des Implantates als auch der gesamte Behandlungsverlauf genau geplant werden können. Da Knochenangebot, Nervenverläufe und umliegendes Weichgewebe präzise dargestellt werden, kann das Implantat optimal positioniert werden, was sich positiv auf die funktionellen und auch ästhetischen Aspekte auswirkt.

Minimalinvasiv**Virtuelle Implantation mittels DVT**

GOZ 5010a

Virtuelle Implantation mittels DVT gemäß § 6 Abs. 1 GOZ
Ankerkrone mit Hohlkehl- und Stufenpräparation

191,84 € (Faktor 2,3)

Die virtuelle Implantation mittels DVT ist in der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht enthalten und muss deshalb gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden.

Explantation

Aufgrund Entzündungen oder mangelnder Integration des Implantats im Kieferknochen muss oftmals eine Explantation durchgeführt werden. Ist das Implantat bereits locker, kann eine einfache Extraktion erfolgen. Wenn das Implantat jedoch noch fest im Knochen verankert ist, kann dieses durch Auffräsen vorsichtig entfernt werden. Dieser Eingriff erfordert präzise Technik und kann zu einem gewissen Knochenverlust führen, der später möglicherweise wieder aufgebaut werden muss. Eine schonendere Alternative stellt die Explantation unter Anwendung der Piezo®-Technik dar. Das Verfahren nutzt Ultraschallwellen, um das Implantat aus dem Knochen zu lösen. Die Piezo®-Chirurgie schädigt kein umliegendes Gewebe und minimiert den Verlust von Knochensubstanz.

Minimalinvasiv**Explantation unter Anwendung der Piezo®-Technik**

GOZ 3000

Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantates

13,78 € (Faktor 3,5)

Der Mehraufwand zur konventionellen Explantation kann nur über eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ geltend gemacht werden.

Blutstillung mittels Laserverfahren

Der Laser erzeugt einen sehr stark gebündelten Lichtstrahl von hoher Energie, welcher gezielt Gewebeänderungen hervorrufen kann. Durch die blutstillende Eigenschaft des Dentallasers können Nähte nach chirurgischen Eingriffen oft vermieden werden. Dies trägt positiv zur anschließenden Wundheilung bei.

| Konventionell | Minimalinvasiv |
|--|---|
| Blutstillung durch Abbinden, Umstechen des Gefäßes oder durch Knochenbolzung | Blutstillung mittels Laserverfahren |
| GOZ 3060 Stillung einer Blutung durch Abbinden oder Umstechen des Gefäßes oder durch Knochenbolzung | GOZ 2195a Blutstillung mittels Laserverfahren gemäß § 6 Abs. 1 GOZ Schraubenaufbau/Glasfaserstift zur Aufnahme einer Krone |
| 27,56 € (Faktor 3,5) | 38,81 € (Faktor 2,3) |

Die Blutstillung mittels Laserverfahren stellt eine selbstständige Leistung dar, die analog gemäß § 6 Abs. 1 GOZ berechnet wird.



© SERHII BLIK – stock.adobe.com

Vector®-Behandlung

Um Parodontitis schonend zu bekämpfen, kann ein spezieller Ultraschall (Vector®) eingesetzt werden. Bei dieser Methode werden Zahnfleischtaschen intensiv bearbeitet und gezielt gespült. Die Entfernung von Konkrementen ist dadurch bis in die schwierigsten Bereiche möglich. Das System gewährleistet eine maximale Schonung feinster Gewebestrukturen.

Minimalinvasiv

Parodontalchirurgische Therapie mittels Vector®

GOZ 4070 und GOZ 4075

Subgingivale Konkremententfernung, einwurzeliger Zahn/
Implantat und mehrwurzeliger Zahn

19,68 € + 25,59 € (Faktor 3,5)

Der Mehraufwand zur konventionellen parodontalchirurgischen Therapie kann nur über eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ geltend gemacht werden.



Lappenoperation mittels Laser

Zur Schnittführung bei der Lappenoperation kann anstelle eines Skalpells oder Elektrotoms ein Laserlicht verwendet werden. Die Behandlung ist gewebeschonend und beinahe schmerzfrei.

Konventionell

Lappenoperation

GOZ 4090 und GOZ 4100
Lappenoperation Frontzahn
und Seitenzahn

35,43 € + 54,13 €
(Faktor 3,5)

Minimalinvasiv

Lappenoperation mittels Laser

GOZ 4090 und GOZ 4100
Lappenoperation Frontzahn
und Seitenzahn
und GOZ 0120 (Zuschlag Laser)

35,43 € + 10,12 €
54,13 € + 15,47 €
(Faktor 3,5 + Faktor 1,0)

Die Lappenoperation ist eine zuschlagsberechtigte Leistung aus der GOZ und somit wird der Laser mit GOZ 0120 berechnet.

Keimreduktion mittels Laser

Zahnfleischtaschen können mittels Laser effizient gesäubert werden, da ein breites Wirkungsspektrum gegen Bakterien und Keime erzeugt werden kann. Dadurch kann in den meisten Fällen der Einsatz von Antibiotika vermieden werden.

Ebenso können bei endodontischen Behandlungen schwer erreichbare Wurzelkanäle, die kein herkömmliches Instrument erreicht, durch den Laser desinfiziert werden.

Minimalinvasiv

Keimreduktion mittels Laser

GOZ 2330a

Keimreduktion der Zahnfleischtasche mittels Laser gemäß § 6 Abs. 1 GOZ Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung), je Kavität

14,23 € (Faktor 2,3)

Die Keimreduktion mittels Laser stellt eine selbstständige Leistung dar, die analog gemäß § 6 Abs. 1 GOZ berechnet wird.

Fazit

Minimalinvasive Therapien bieten den Patientinnen und Patienten eine Vielzahl von Vorteilen. Die Behandlungen sind schmerzärmer, präziser, schonender und mit kürzeren Genesungszeiten verbunden.

Für Zahnärztinnen und Zahnärzte gestalten sich minimalinvasive Behandlungsansätze meist aufwendig und zeitintensiv. Voraussetzung sind nicht nur Fachkompetenz, sondern auch modernes Equipment und kostenintensive Materialien. Dieser Aufwand muss ausreichend honoriert werden. Faktoranpassungen in Form einer Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ sind deshalb unausweichlich.



MANUELA KUNZE

Referat Honorierungs-
systeme der BLZK

DR. DR. FRANK WOHL

Präsident und Referent Ho-
norierungssysteme der BLZK

Jetzt abonnieren: BLZK-Newsletter

Für Zahnärztinnen und Zahnärzte oder Praxispersonal



BLZK

Bayerische
LandesZahnärzte
Kammer



Newsletter für
Zahnärzte in Bayern

Neues von den BLZK-Websites
für Ihre Zahnarztpraxis



Melden Sie sich hier an:
digital.blzk.de

Regelmäßiges Update exklusiv für Zahnärztinnen und Zahnärzte in Bayern zu den Themen:

- Arbeitssicherheit
- Praxisführung
- Qualitätsmanagement
- Betriebswirtschaft und Recht

ZFA in Bayern



BLZK | NEWSLETTER

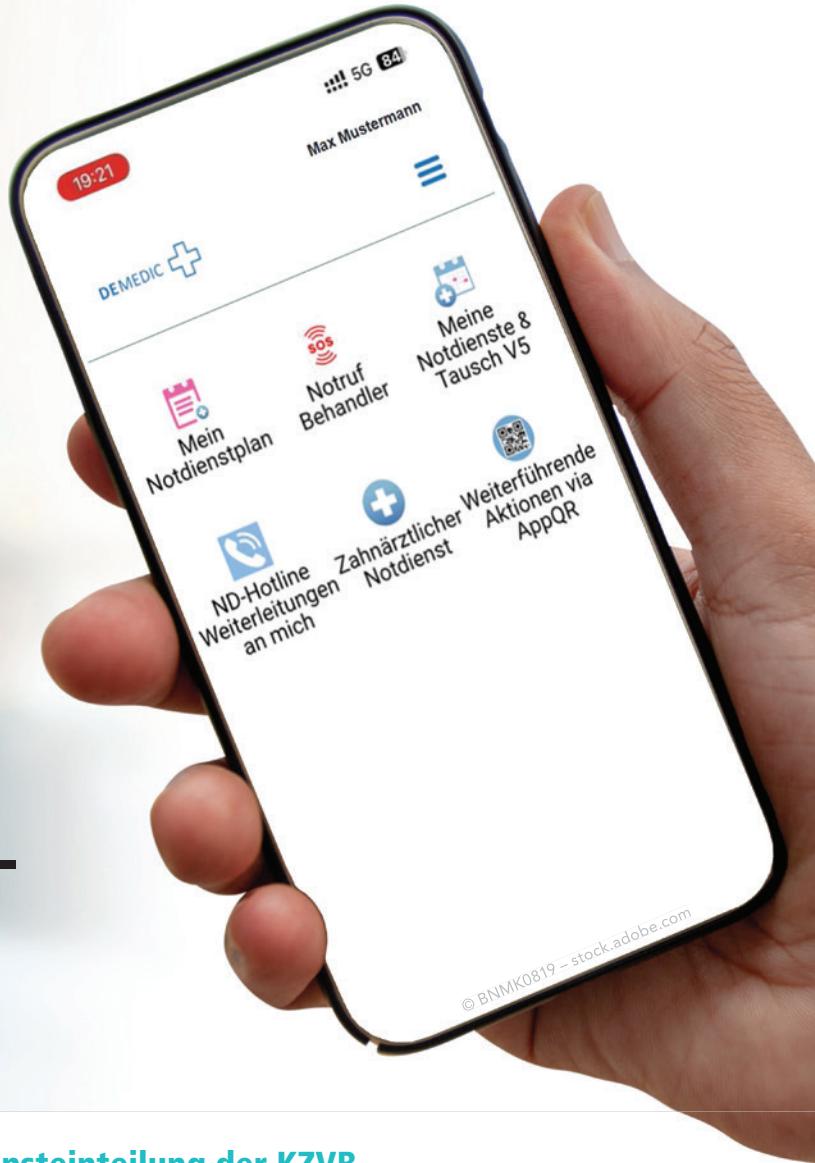
Regelmäßiges Update für Azubis, ZFA, ZMP, ZMV und DH in Bayern zu den Themen:

- Ausbildung und Fortbildung
- Prüfungen und Prüfungsvorbereitung
- Termine, Veranstaltungen und Kurse
- Fragen aus dem Praxisalltag



Melden Sie sich hier an:
digital.blzk.de

Beide Newsletter erscheinen in unregelmäßigen Abständen, je nach Themenlage.



Von dieser Digitalisierung profitieren alle Beteiligten

Dr. Rüdiger Schott über die neue Notdiensteinteilung der KZVB

Vom Notdienst ist fast jeder Zahnarzt in Bayern betroffen. Entsprechend groß ist das Interesse an der neuen Notdiensteinteilung. Wir sprachen mit Dr. Rüdiger Schott darüber, warum deren Digitalisierung überfällig war.

BZB: Wie erfolgte die Notdiensteinteilung bisher?

Schott: Die Notdiensteinteilung war für die Bezirksstellen ein sehr aufwendiger Prozess. Teilweise lieferten die Obleute Listen, die dann manuell in ein Programm eingetragen werden mussten. Jede Änderung musste ebenfalls durch die zuständige Bezirksstelle erfasst und eingegeben werden. Für mich war die Digitalisierung der Notdiensteinteilung überfällig.

BZB: Und wie genau sieht diese Digitalisierung aus?

Schott: Wir setzen jetzt eine Software ein, die bereits in anderen KZVen verwendet wird. Teil dieser Lösung sind ein

Notdienstportal im internen Bereich von kzvb.de und eine Notdienst-App, die sogar einen Notrufbutton enthält. Zahnärzte können ihren Notdienst jetzt viel einfacher tauschen oder abgeben.

BZB: Was ist beim Tausch zu beachten?

Schott: Man sollte seinen Notdienst möglichst früh tauschen, damit wir das auf unserem Notdienstportal für die Patienten kommunizieren können. Es wäre ärgerlich, wenn ein Schmerzpatient in die falsche Praxis fährt. Tauschen können Zahnärzte innerhalb eines Bezirksstellengebietes. Das sind die sieben Regierungsbezirke sowie München Stadt und Land. Notdienstbezirke gibt es keine mehr. Stattdessen

werden die Praxen anhand von Radien eingeteilt. Diese unterscheiden sich je nach Bevölkerungs- und Zahnarztdichte.

BZB: Heißt das, ein Zahnarzt aus Passau kann mit einem Kollegen aus Straubing tauschen?

Schott: Grundsätzlich ja. Die Software prüft automatisch, ob die Entfernung für die Patienten zumutbar ist. Wenn zwischen Straubing und Passau eine weitere Praxis eingeteilt ist, wäre ein solcher Tausch möglich.

BZB: Verringert sich durch die Neuorganisation auch die Notdienstbelastung für die einzelne Praxis?

DIRECTA
ceramir®
CAD/CAM BLOCKS

Schott: In der Regel ja! Ab 2026 werden wir die Zahl der Notdienstpraxen um fast ein Drittel reduzieren. Das ist möglich, weil die Inanspruchnahme des Notdienstes seit 2015 um fast 20 Prozent zurückgegangen ist. Die Neuorganisation soll die Notdienstbelastung der Praxen reduzieren und auch für mehr Wirtschaftlichkeit sorgen. Ich bin zuversichtlich, dass letztlich alle Beteiligten profitieren werden: die Zahnärzte, das Praxispersonal, die Patienten und die Mitarbeiterinnen in den Bezirksstellen der KZVB.

BZB: Was ist zu tun, wenn man den Notdienst kurzfristig etwa wegen Krankheit nicht erbringen kann?

Schott: Um eine Vertretung muss sich der Zahnarzt auch in diesem Fall kümmern. Wenn die Änderung nicht mehr auf [notdienst-zahn.de](#) veröffentlicht werden kann, bleiben nur ein Aushang an der Praxistür und ein Text auf dem Anrufbeantworter.

BZB: Das Notdienstportal ist seit 15. September online. Wie sind die Reaktionen?

Schott: Überwiegend positiv! Die meisten Kollegen stimmen mir zu, dass die manuelle Einteilung ein Anachronismus war. Natürlich müssen sich die Zahnärzte erst an das Portal und die App gewöhnen. Aber bis 31. Dezember haben wir ja noch die alte Notdiensteinteilung. Wichtig: Eventuell bereits erfolgte Einteilungen für 2026 sind ungültig. Relevant ist nur noch die Einteilung in unserem Notdienstportal. Mein Appell an die Kollegen: Schauen Sie schon jetzt, wann Sie 2026 eingeteilt sind und kümmern Sie sich gegebenenfalls rechtzeitig um eine Vertretung!

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

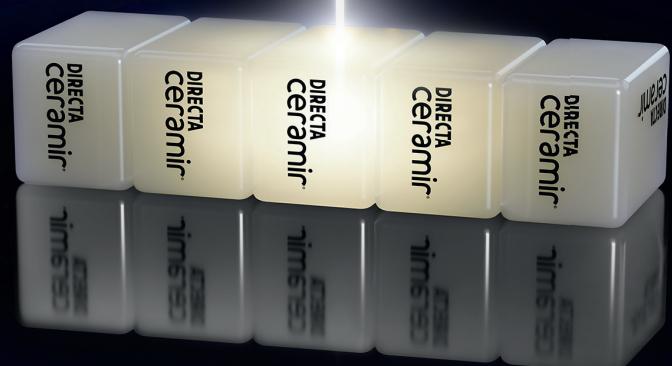
Die Fragen stellte Leo Hofmeier.



„Die Digitalisierung der Notdiensteinteilung war überfällig“, meint Dr. Rüdiger Schott.

Die neue Generation

von Keramiken.



Biokeramisches Material - Von der Natur inspirierte Innovation.



Effektiver Arbeitsablauf - Einfach Polieren und Zementieren.



Hohe Kantenstabilität und Frakturresistenz.



“CERAMIR CAD/CAM BLOCKS von Directa sind die NextGen CAD/CAM Blöcke für labor- und chairsidefertigte zahnfarbene adhäsive Restaurationen.”

Prof. Ivo Krejci
 Universität Genf



Für mehr Informationen zu den Produkten scannen Sie gerne den QR-Code.

© Evstigneeva Kristina – stock.adobe.com

Gelebte zivil-militärische Zusammenarbeit

Fachkolloquium Zahnmedizin auf Kloster Banz

Die Zusammenarbeit zwischen dem militärischen und dem zivilen Bereich gewinnt angesichts neuer Bedrohungslagen immer mehr an Bedeutung – auch und gerade im Gesundheitswesen. In Oberfranken bilden sich Zahnärzte der Bundeswehr und niedergelassene Kollegen schon lange gemeinsam fort. So fand dieses Jahr bereits das elfte Fachkolloquium Zahnmedizin statt, das von der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie (DGWMP) und dem Zahnärztlichen Bezirksverband Oberfranken (ZBV) organisiert wird.

Den perfekten Rahmen dafür bot erneut das Kloster Banz bei Bad Staffelstein. Über 250 Teilnehmer kamen in die ehemalige Benediktinerabtei, darunter über 100 niedergelassene Zahnärzte.

Den Auftakt machte der Präsident der DGWMP, Generalstabsarzt a. D. Dr. Stephan Schoeps, mit der Eröffnung der Denktalausstellung in der historischen Kutscherehalle. Der Austausch mit der Industrie sei

im Rahmen von fachlichen Fortbildungen nicht wegzudenken und essenziell, um am Puls der Zeit bleiben zu können, meinte er in seinem Grußwort. Schoeps' Dank galt daher besonders den zahlreichen langjährigen und auch neuen Industrievertretern für die engagierte Unterstützung. Der DGWMP als Fachgesellschaft gelänge es dabei immer wieder, Vertreter aller medizinischen Disziplinen und der medizinischen Industrie approbations- und laufbahnübergreifend zusammenzubringen. Dieser Raum für hochwertige fachliche Fortbildungen ermögliche es, das Netzwerk der zivil-militärischen Zusammenarbeit weiter zu verzehnen und tragfähig zu gestalten. „Zahnmedizin ist Team-Medizin“ – insbesondere, da man die neu zu denkenden Landes- und Bündnisfallszenarien im Fokus haben müsse.



Freuten sich über die gelungene Tagung: Oberstarzt d. R. Dr. Christoph Kathke, Generalstabsarzt a. D. Dr. Stephan Schoeps, Generalarzt Dr. Matthias Grüne, Oberstarzt Dr. Jürgen Rentschler sowie Dr. Rüdiger Schott, Vorstandsvorsitzender der KZVB (v. l.).

Diesen Ansatz verfolgt der Fachbereich Zahnmedizin bereits seit vielen Jahren sehr erfolgreich. Nur so kann ein gemeinsames Verständnis der militärischen und zivilen interdisziplinären Zusammenarbeit entwickelt werden. Das Ziel sind tragfähige



Rehabilitationskonzepte zur Versorgung und Nachsorge von Kopf-, Kiefer- oder Gesichtsverletzungen.

In diesem Jahr war die Zahn-Mund-Kieferklinik des Universitätsklinikums Erlangen Kooperationspartner. Sie steuerte hochprofessionelle Vorträge für das Programm bei.

Der Vorsitzende des Arbeitskreises Zahnmedizin, Oberstarzt d. R. Dr. Christoph Kathke, dankte in seiner Einführung allen Beteiligten, die zum Gelingen der Fortbildung beigetragen haben. Generalarzt Dr. Matthias Grüne gab einen Einblick in den „Operationsplan Deutschland“ (OPlan). Mit Blick auf neue Bedrohungslagen brauche es ressortübergreifendes Denken, abgestimmte Verfahren und starke Partnerschaften zwischen der Bundeswehr und den zivilen Strukturen im Gesundheitswesen. Eine Krise lasse sich leichter bewältigen, wenn sich die Akteure schon vorher kennengelernt hätten. Auch dazu diene das Kolloquium im Kloster Banz.

Oberstarzt Dr. Jürgen Rentschler, Leiter der Zahnarzt der Bundeswehr, berichtete über den aktuellen Stand der Reorganisation der Bundeswehr. Auch die zahnmedizinische Versorgung müsse noch stärker auf die Anforderungen der Landes- und Bündnisverteidigung ausgerichtet werden. Dafür brauche es einerseits neue Fähigkeiten wie mobile Behandlungseinheiten. Andererseits aber auch ein Umdenken bei Übungen der zahnärztlichen Versorgung. Rentschler lobte die Effizienzsteigerung im Bereich der kurativen Leistungen. Besonders erfreulich sei, dass der Bundesrechnungshof ein Nachfrageverfahren zu der 2020 bis 2022 durchgeföhrten Überprüfung nun abgeschlossen habe.

sen habe. Dies sei auf die seitdem umgesetzten Maßnahmen zurückzuföhren.

Dr. Nicolas David Haßfurter demonstrierte die Erfolge, die bei der gesteuerten Knochenregeneration mit PTFE-Membranen erzielt werden können.

Am zweiten Tag des Kolloquiums gaben die Referenten des Universitätsklinikums Erlangen einen Einblick in die dortigen Forschungsfelder.

Prof. Dr. Kerstin Galler berichtete über erweiterte Behandlungsmöglichkeiten in der Endodontie durch den Einsatz hydraulischer Kalziumsilikate. Ein Zahnerhalt ist damit häufig auch in aussichtslosen Fällen möglich.

Priv.-Doz. Dr. Ragai Matta lieferte ein Update zu aktuellen dentalen Materialien und dem im Zusammenhang mit der Digitalisierung der Zahnmedizin stehenden Paradigmenwechsel.

Prof. Dr. Lina Götz zeigte, wie die Kieferorthopädie nach einem orofazialen Trauma helfen kann.

Prof. Dr. Dr. Marco Kesting stellte in seinem Vortrag „Chirurgie vom Säugling bis zum Hochbetagten – Herausforderungen und Lösungen“ klinische Vorgehensweisen dar, die zum Nachdenken anregten.

Am letzten Veranstaltungstag widmeten sich die Soldatinnen und Soldaten internen Themen.

Oberstarzt Dr. Michael Lüpke, Klinischer Direktor der Abt. XXIII im Bundeswehrkrankenhaus Koblenz, teilte seine Erfahrungen aus 29 Jahren fachzahnärztlicher Tätigkeit und gab wertvolle Hilfestellungen für den Praxisalltag. Der Schwerpunkt lag auf der Entscheidungsfindung in der Parodontologie.

Frau Flottilinearzt Verena Nippe, Referentin PersFü Offz BAPersBw III 4.3.1, berichtete über die Themen Dienstpostenwechsel, Vakanzen sowie den Einsatzpool Vakanzenabdeckung. Des Weiteren ging sie ausführlich auf die Eignungskriterien und Bedarfsträgerforderungen bei Beförderungen/BS ein.

Neben dem wissenschaftlichen Programm konnten sich die Teilnehmer in einer Dentalausstellung über die neuesten Medizinprodukte und Verfahren in der Zahnmedizin informieren. Der kollegiale Austausch wurde an zwei Gesellschaftsabenden fortgesetzt – sowohl zivil-militärisch als auch kameradschaftlich.

Flottilinearzt
Christiane Bornemann

KdoGesVersBw



Einen der Fachvorträge hielt Prof. Dr. Lina Götz vom Universitätsklinikum Erlangen.

Tausendfache Begeisterung für Zahngesundheit

LAGZ feierte in Memmingen ein buntes Fest mit Kita- und Grundschulkindern

„Hol dein allerschönstes Lächeln raus“, sang der Kinderchor „BuKi siu MaMa“ unter der Leitung von Maria Martin beim Festakt zum Tag der Zahngesundheit in Memmingen. Dieser intonierten Aufforderung folgten alle gerne, die am 25. September auf zwei Ebenen in der Stadthalle ein buntes Fest rund um die Mundgesundheit feierten. Die Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit (LAGZ) in Bayern, BLZK-Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner, freute sich, dass diesmal ein „Tabuthema“ im Fokus stand: die „Superkraft Spucke“. „Sie ist der heimliche Held, der uns dabei hilft, gesund zu bleiben“, sagte sie.

In ihrer Festansprache verwies die LAGZ-Vorsitzende auf die vielen Funktionen von Speichel: Er helfe uns beim Sprechen, beim Kauen und sei auch ein entscheidender Akteur bei der Verdauung. Und er schütze uns vor Bakterien, die ansonsten „ungehindert wüten“ könnten. Dr. Mattner ergänzte, dass Spucke beim Schutz der Mundgesundheit nicht die einzige Abwehrkraft sei. Die richtige Mundhygiene, eine gesunde Ernährung, die Fluoridierung und der routinemäßige Kontrollbesuch beim Zahnarzt seien ebenso wichtig und wirksam.

Stadthalle Memmingen wird zur Erlebniswelt

Diese vier Säulen der Zahngesundheit wurden auch an den vielen Ständen thematisiert, an denen die über 1 000 Kita- und Grundschulkinder Stempel, aber auch jede Menge Wissen sammelten. Die Zahnärztinnen Julia Löhle und Caroline Guggenberger hatten gemeinsam mit sechs Kolleginnen und zwei Mitarbeiterinnen des Kieferorthopäden Dr. Karl Leßner sowie mit vielen zusätzlichen Akteuren die Stadthalle Memmingen „in eine tolle Erlebniswelt“ verwandelt, wie es die Bayerische Staatsministerin für Unterricht und Kultus, Anna Stolz, in ihrer Videobotschaft ausdrückte.

Sowohl Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach als auch Sozialministerin Ulrike Scharf, die beide ebenfalls eine Videobotschaft zum Festakt beisteuerten, hoben explizit das Engagement der Fest-

organisatorinnen und das der 2 400 LAGZ-Zahnärztinnen und -Zahnärzte in Bayern allgemein heraus. Gerlach, deren Ministerium die Aktion Seelöwe fördert, lobte das „Feingefühl und die Geduld“ der LAGZ-Truppe, Scharf die Kombination aus „Wissen, Herzblut und Gemeinschaft“, die bei der LAGZ zum Wohle der Zahngesundheit zusammenkomme. „Diese Verantwortung glänzt wie frisch geputzte Zähne“, sagte sie.

Dr. Mattner: Kontrollbesuche beim Zahnarzt wichtig!

Zahnärztin Kirsten Schamper packte das große Gebiss aus, um den Kindern daran

zu demonstrieren, wie man nach der KAI-Methode Zähne putzt. Einige probierten die neu erlernte Technik gleich an Goldie aus, die sehr zur Freude der kleinen Besucher zusammen mit dem Zahnlöwen Dentulus in Menschengröße vor den Ständen im Erdgeschoss flanierte. Wie immer waren die Maskottchen der Aktionen Seelöwe und Löwenzahn stets von Kindern umringt, die mit ihren Helden der Gruppenprophylaxe kuscheln oder fotografiert werden wollten. In Memmingen dürften Dentulus und Goldie einen hohen Bekanntheitsgrad genießen: Die LAGZ-Zahnärztinnen und Zahnärzte betreuen dort 200 Kitas und Schulen, wie Mitorganisatorin Guggenberger berichtete.



Viel Lob für die LAGZ beim Festakt (v. l.): CSU-Fraktionsvorsitzender Klaus Holetschek, LAGZ-Vorsitzende Dr. Barbara Mattner, der Vorsitzende der KZVB, Dr. Rüdiger Schott, die Geschäftsführerin der LAGZ, Dr. Brigitte Hermann, die beiden Organisatorinnen der Veranstaltung, Caroline Guggenberger und Julia Löhle, Memmingens OB Jan Rothenbacher, Dr. Martina Christine Enke, Leiterin des Referates Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitsministerium, und Gabriele Schweiger, stellvertretende LAGZ-Vorsitzende.

Gegenüber dem KAI-Putzstand hatten Zahnärztin Barbara Hampp und Fabienne Sitty eine in jeder Hinsicht zuckersüße Infostation eingerichtet: Die Handpuppe Dentulus saß in Latzhose auf einem Stuhl, über dem ein kunterbunter Folienballon schwebte und passend zur Oktoberfestzeit das Flair eines Süßigkeitenfieranten auf der Wies'n verbreitete. Viele Köstlichkeiten aus der Trickkiste der Lebensmittelindustrie waren hier auf rosa Tüll drapiert und wirkten sehr verlockend. Den Kindern verging aber schnell die Lust auf Schokoriegel, Waffeln mit Nusscreme-Füllung, Limo und Co., als sie erfuhren, wie viel schädlicher Zucker drinsteckt. Das sollten sie selbst schätzen, indem sie vor jeder ausgestellten Süßigkeit Zuckerwürfel anhäuften. Dass es doch wesentlich mehr waren, als sie sich vorgestellt hatten, sorgte bei den Kindern für große Augen. Der Zucker in einer Packung M&M-Schoko-drops zum Beispiel entspricht 60 Würfelszuckerstücken, erklärte Hampp den stauenden Besuchern.

Wie appetitlich auch gesunde Lebensmittel sein können, bewiesen die Studierenden der Staatlichen Fachakademie für Sozialpädagogik in Memmingen. Sie hatten Kohlköpfe und Kürbisse in Form geschnitten und sie liebevoll mit Gemüse- und Obstspießen verziert. Die gesunden Snacks der angehenden Erzieherinnen fanden so reißenden Absatz, dass sie mit dem Schnippeln und Dekorieren kaum hinterherkamen. Nebenbei halfen sie noch kräftig beim Aufbau der anderen Stände mit und machten sich überall nützlich, wo sie gebraucht wurden. Als „Segen“ bezeichnete Mitorganisatorin Löhle die Unterstützung der engagierten jungen Damen.

Familieneinsatz für die Mundgesundheit

Sie und Caroline Guggenberger hatten ihre Familien für den Tag der Zahngesundheit eingespannt: Löhles Tochter Louisa und Oma Gerti zeigten den Kindern, wie man aus Holzstückchen und buntem Kartonpapier lustige Monstermäulchen bastelt, die kleinere Tochter Luzie sang im Chor mit. Auch Guggenbergers Töchter waren vor Ort und die Ehemänner der



Der Kinderchor „BuKi siu MaMa“ unter der Leitung von Maria Martin begeisterte beim Festakt zum Tag der Zahngesundheit in Memmingen.

Organisatorinnen sprangen überall ein, wo gerade Hilfe nötig war. „Opa Heini“ und Löhles Zwillingsschwester Sylvia lasen den Kindern lustige Geschichten rund um das Thema gesunde Zähne und böse Bakterien vor, Guggenbergers Schwiegermutter sorgte dafür, dass die Mützen der Kinder nicht durcheinandergerieten.



Timur Özkeles vom Team der AOK erklärte den Kindern, welche Lebensmittel gut für sie sind und welche im Ernährungszug eher hinten sitzen sollten. Seine Kollegin Josy Schiebel (r.) war für die Schulkinder zuständig.

Lachende Plüschezähne und nach Bubble-Gum schmeckende Zahnpasta entdeckten die Kinder am Stand von Haleon. Das Unternehmen unterstützte die Veranstaltung ebenso wie die GABA GmbH. Mit viel Kreativität und Engagement beteiligten sich AOK und BKK, stellvertretend für die gesetzlichen Krankenkassen, die einen Großteil der LAGZ-Arbeit zusammen mit den zahnärztlichen Körperschaften sowie Förderern finanzieren. Am großen AOK-Stand klärten Josy Schiebel und Monika Meckes vom Team „Markt und Gesundheit“ über Zucker in Lebensmitteln und eine gesunde Ernährung auf. Sie hatten einen eifrigen Helfer an ihrer Seite: Timur Özkeles, Auszubildender im ersten Lehrjahr, vermittelte mithilfe eines Holzzuges mit Anhängern in den Signalfarben Rot, Gelb und Grün, wovon man mehr oder weniger essen und trinken sollte. „Ihr müsst immer ganz viel Wasser trinken, denn das hilft dem Körper beim Arbeiten“, informierte er.

Zungenakrobatik für Zähne und Speichel

Am BKK-Stand testeten Ricarda Wolf und ihre Kollegin die Geschicklichkeit der kleinen Besucher. Hoch konzentriert versuchten diese, eine Schlaufe über einen zahn-

förmigen Draht zu bewegen, ohne diesen zu berühren. „Es ist toll, zu sehen, wie die Kinder durch die Stadthalle wuseln und voller Begeisterung die Informationen aufsaugen“, freute sich Klaus Holetschek, Vorsitzender der CSU-Landtagsfraktion, der diesen Termin in seiner politischen Heimat „sehr gerne“ wahrnahm. In seinem Grußwort versicherte er: „Wir stehen hinter den Freien Berufen“ und meinte damit die Zahnärztinnen und Zahnärzte, die eigene Praxen betreiben. Er versprach auch einen Politikwechsel, der mittels einer Entbürokratisierung Druck vom System nehme.

Um Druck ging es auch an der Station der Logopädin Ulrike Dreher, allerdings um den der Zunge auf die Zähne. Der könnte im Kindesalter dazu führen, dass Zähne nach vorne verschoben werden. Sie machte deshalb mit den jungen Besuchern „Zungenakrobatik“. Eine Aufgabe war, allein mit der Zunge zu erkennen, ob Gelberüben- oder Apfelstücke stern- oder herzförmig geschnitten waren. Das fand auch die Clownin Anke Biester lustig, die für ein großes Hallo im Festsaal sorgte und das mit der Zungenakrobatik ziemlich ernst nahm. Mit ihrer charmanten Darbietung begeisterte sie im Festsaal nicht nur die Kinder, sondern auch ihre erwachsenen Betreuer.

Einen großen Auftritt hatte auch der Titelheld des diesjährigen Tages der Zahngesundheit. Dr. Diana Aurbacher fragte in einem Quiz ab, worin die Superkraft besteht. Und machte mit den Kindern einen Speichel-Speed-Test: Beim Kauen eines Kaugummis stellten die kleinen Forscher fest, wie schnell die Superkraft den anfangs scharfen Kaugummi ganz schnell milder macht.

Die Grundlage für ein ganzes Leben

Guter Dinge war auch der Oberbürgermeister der Stadt Memmingen, Jan Rothenbacher, dem schon morgens Kinder auf dem Weg zur Stadthalle entgegengepilgert seien. „Solche Termine stoßen auf unglaubliche Resonanz“, sagte er in seiner Festrede. „Man setzt die Grundlage für etwas, das ein Leben lang wirkt.“ Der Rathauschef bedankte sich bei den

Organisatoren und auch dafür, „dass Sie sich zum Wohle der Kinder in Schulen und Kitas einbringen“. Löhle und Guggenberger überreichten ihm traditionell den Schirm mit LAGZ-Logo, über den sich der Schirmherr sehr freute. „Ich habe selten so ein praktisches Geschenk bekommen“, sagte er, auch mit Verweis auf den Dauerregen, der draußen auf die Pavillons der Stadt prasselte. Die waren zum Schutz weiterer Zahnstationen aufgebaut worden: den Zahnpflegebrunnen, die Zahnbürstenausstellung und den DIY-Zahnpasta-stand etwa.

Auch das Zahnmobil, eine Zahnarztpraxis auf Rädern, parkte vor der Halle. Wegen einer Panne war es mit leichter Verspätung angerollt, vermittelte dann aber den vielen interessierten Kindern ein gutes Gefühl auf dem Behandlungsstuhl. Nebenan zeigten Vertreter der MeWo-Kunsthalle, wie man aus Zahnbürsten Kunstobjekte herstellen kann. Die Kinder fanden das super – genauso wie den Zauberer, der die kleinen Besucher am Eingang begrüßte, oder die Quarkrührküche der Molkerei Fleck im ersten Stock.

Ernährungsmodelle aus Blechdosen

Das Netzwerk Ernährung, ein Zusammenschluss selbstständiger Ernährungsexpertinnen und -experten im Allgäu, hatte sich ebenfalls etwas einfallen lassen, um den jungen Adressaten auf spielerische Weise zu erklären, welche Lebensmittel gut für die Mund- und allgemeine Gesundheit sind und welche nicht. Auf Blechdosen hatten sie Bilder von gesunden und ungesunden Lebensmitteln geklebt und sie pyramidenförmig aufgestapelt. Die Kinder durften dann mit der Faust gegen die Dose schlagen, die für eine weniger gesunde Ernährung stand. Dass dabei die ganze Pyramide scheppernd auseinanderpurzelte, war natürlich ein Riesenspaß, transportierte aber auch eine wichtige Botschaft.

Das galt für die gesamte Veranstaltung, zu deren zentralen Botschaften diese zählten: „Prävention wirkt“. Dr. Rüdiger Schott, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, belegte das mit Zahlen aus einer aktuellen Studie: Danach



Wie viel Zucker in beliebten Süßigkeiten steckt, darüber staunten die Kinder am Stand von Zahnärztin Barbara Hampp und ihrer Mitarbeiterin Fabienne Sitty.

sei seit 2017 die Zahl der Füllungen um 12 Prozent, die der Wurzelbehandlungen um 17 Prozent gesunken. „Die Zahnmedizin ist ein Leuchtturm der Prävention“, sagte Schott und warb darum, sich als Zahnärztin oder Zahnarzt für die Gruppenprophylaxe zu engagieren. „Es braucht Zahnärzte, die Lust und Zeit haben, sich zu engagieren.“

Jede Menge Geschenke und Informationen

Mit frisch geputzten Zähnen, vielen Erkenntnissen und einem LAGZ-Sack voller nützlicher Geschenke gingen auch die über 1000 Memminger Kinder nach Hause, die den Tag der Zahngesundheit mit der LAGZ gefeiert hatten. Um sich ein Gewinnerlos für die Tombola mit vielen spannenden Preisen zu sichern, mussten sie ihre volle Stempelkarte bei den Zahnfeen Anna und Jana abgeben. Diese zusätzliche Motivation wäre womöglich gar nicht nötig gewesen: Hoch konzentrierte Minen und strahlende Augen lieferten auch in Memmingen den Beweis, dass Zahngesundheit auch bei den Kindern für Begeisterung sorgt.

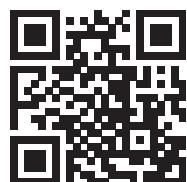
Katharina Kapfer
Pressereferentin der LAGZ

Das neue Aligner Journal.



**Neues Wissen.
Neue Perspektiven.
Neues Journal.**

Erstrscheinung im Oktober 2025.



Jetzt das AJ
vorbestellen

„Exponierte Pulpa“

Experten diskutieren an der Zahnklinik
der LMU München

Zu einem Erfahrungsaustausch und Diskurs lädt die Münchner Poliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und digitale Zahnmedizin des Klinikums der LMU am 5. November ein.

„Was denn nun: selektive Exkavation oder non-selektive Exkavation und Management der exponierten Pulpa?“ Diese Frage wird unter Kollegen schon länger sehr

kontrovers diskutiert. Am 5. November 2025 widmen sich zwei ausgewiesene Experten der Münchner Zahnklinik diesem Thema.

Prof. Dr. Falk Schwendicke und Dr. Sascha Herbst werden auf die Grundprinzipien der selektiven Kariesexkavation eingehen und die Behandlung der exponierten Pulpa darlegen. Beide Verfahren haben Vor- und Nachteile – welche dies sind, diskutieren die Referenten im Anschluss und zeigen mögliche Behandlungsstrategien auf. Im anschließenden kollegialen Erfahrungsaustausch gibt es Raum für Anregungen und Rückfragen.

„Was denn nun: selektive Exkavation oder non-selektive Exkavation und Management der exponierten Pulpa?“

Mittwoch, 5. November 2025
Beginn 18:00 Uhr / Ende 19:30 Uhr
Großer Hörsaal der Zahnklinik München
Goethestraße 70, 80336 München

Die Anmeldung zur Veranstaltung ist ab sofort möglich. Die Teilnahme ist kostenlos. Es werden zwei Fortbildungspunkte vergeben.



Prof. Dr. Falk Schwendicke
Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie und digitale Zahnmedizin, Klinikum der Universität München



Dr. Sascha Herbst
Stellvertretender Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und digitale Zahnmedizin, Klinikum der Universität München



Online-News der BLZK

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



Neue Kurzanleitungen zum eHBA

Kurzanleitungen und ausführliche Informationen zum bevorstehenden Ablauf der Karte und für den anstehenden Kartenaustausch eHBA Generation 2.0 finden Sie auf der Website der Bayerischen Landeszahnärztekammer.

> www.blzk.de/ehba



C02 Hygiene

Das Kapitel C02 enthält viele nützliche Listen und Arbeitsanweisungen für die Arbeit in der Zahnarztpraxis. Einige der b-Dokumente wurden überarbeitet – reinschauen lohnt sich.

> <https://qm.blzk.de/qm/as-c02-hygiene>



Zahnmedizin und Familie

Tipps für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die ein Kind erwarten oder schon Eltern sind – aufgeteilt nach Angestelltentätigkeit, Selbstständigkeit und Studium. Weitere Infos zur Pflege von Angehörigen und zum Erben einer Praxis.

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



Zahnwechsel

Der Wechsel vom Milchgebiss zum bleibenden Gebiss ist ein spannendes Thema für Eltern. Auf zahn.de erfahren sie, wie sie den Zahnwechsel ihres Kindes gut begleiten:

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



Prophylaxetraining in der Praxis

Trainerinnen der eazf schulen Praxisteam vor Ort

Die professionelle Zahnreinigung gehört längst zum festen Bestandteil des Behandlungsspektrums von Zahnarztpraxen. Voraussetzung für ein solches Leistungsangebot sind entsprechend geschulte Prophylaxekräfte. Die eazf, das Fortbildungsinstitut der Bayerischen Landeszahnärztekammer, bietet für den Aufbau eines professionellen PZR-Konzeptes oder als Updateschulung ein individuell abgestimmtes Training in der eigenen Praxis an.

Das Training setzt sich aus drei unterschiedlichen Schulungs- und Trainingsmodulen zusammen. Ziel der Schulung ist es, grundlegendes theoretisches Wissen im Bereich der Prophylaxe zu vermitteln oder an bereits bestehendes Wissen der Prophylaxemitarbeiter anzuknüpfen – unabhängig davon, welchen Ausbildungsstand sie haben.

Ganzheitlicher Ansatz

Darüber hinaus nimmt die praktische Arbeit am Behandlungsstuhl mit gegenseitigen Übungen in den Trainings einen großen Raum ein. Angefangen von den praktischen zahnmedizinischen Fertigkeiten bis hin zur Patientenführung und -bindung steht ein ganzheitlicher Ansatz für eine erfolgreiche Behandlung der Patienten im Mittelpunkt dieses Schulungsangebotes.

In drei Modulen zur erfolgreichen PZR

Im ersten Modul unter der Überschrift „PZR von A bis Z“ wird ein praktikables PZR-Konzept von der Anamnese über die Befunderhebung bis zur bedarfsoorientierten Instrumentierung vermittelt. Insbesondere der sichere und schonende Einsatz von Handinstrumenten, maschinellen Scalen und Luft-Pulver-Wasser-Strahlgeräten im supra- und subgingivalen Bereich sowie die Interdental- und Glattflächenpolitur werden intensiv trainiert. Hierbei wird auch Augenmerk auf eine sichere Abstütztechnik und eine ergonomische Arbeitshaltung gelegt.

Inhalt des zweiten Moduls ist die unterstützende Parodontitis-therapie (UPT). Anknüpfend an das erste Modul, werden die Befunderhebung im PAR-Recall und das subgingivale Biofilm-management geübt. Im dritten Modul geht es dann ausführlich um die beiden Themenbereiche Patientenberatung und Patientenkommunikation.

Erfahrene Instruktorinnen aus der Praxis

Die Trainings werden von praxiserfahrenen Trainerinnen durchgeführt. Sie wurden bei der eazf zu Dentalhygienikerinnen (DH)

ausgebildet und verfügen über langjährige Erfahrung im Bereich der Prophylaxe und Dentalhygiene. Zudem sind sie bei der eazf als Dozentinnen und Instruktorinnen für verschiedene Anpassungs- und Aufstiegsfortbildungen tätig.

Individuelles Angebot möglich

Das Training wird in Bezug auf Inhalte und Ablauf bereits im Vorfeld mit der Zahnarztpraxis abgestimmt und auf individuelle Anforderungen und Wünsche ausgerichtet. Dies gilt auch für die Festlegung des Teilnehmerkreises: Möglich sind zum Beispiel Einzelschulungen, aber auch eine Schulung des gesamten Teams. Die Module des PZR-Trainings können auch einzeln gebucht werden. Die Kosten richten sich nach der Zahl der Teilnehmenden, hierzu erhält die Praxis vor einer verbindlichen Beauftragung ein individuelles Angebot.

Viele Praxen nutzen das Angebot inzwischen jährlich, um „am Ball“ zu bleiben. Sichern auch Sie mit einem Prophylaxecoaching den Erfolg und die Qualität der Prophylaxe in Ihrer Zahnarztpraxis!

Dipl.-Volkswirt Stephan Grüner
Geschäftsführer der eazf

KONTAKT

Nähtere Informationen zum PZR-Praxistraining finden Sie im Internet:
www.eazf.de/sites/pzr-praxistraining-praxisberatung



Dort gibt es auch ein Anmeldeformular. Alternativ können Sie gerne eine E-Mail schreiben an:
info@eazf.de



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



Optimierung der Frontzahnästhetik mit mikro- und minimalinvasiven Lösungen

Darstellung einer Kombinationsbehandlung aus vestibulärer Kariesinfiltration und Diastemaschluss

Ein Beitrag von Dr. med. dent. Stefanie Jacob, M.Sc.

Die zahnärztlichen Präparationstechniken wurden durch die Einführung der Adhäsivtechnik in Kombination mit einer fortwährenden Entwicklung von neuen zahnfarbenen Restaurationsmaterialien grundlegend verändert. An die Stelle von subtraktiven makromechanischen Präparationen treten zunehmend defektorientierte, minimalinvasive Vorgehensweisen. Dabei erfreuen sich für ästhetische Korrekturen im Frontzahnbereich die im Vergleich zu Vollkeramikkronen deutlich weniger invasiven Keramikveneers einer zunehmenden Beliebtheit. Dessen ungeachtet erfolgt trotz der primär im Zahnschmelz lokalisierten Veneer-Präparation ein irreversibler Abtrag gesunder Zahnhartsubstanz.

Anhand einer Falldarstellung soll dieser Beitrag zeigen, dass eine ästhetische Rehabilitation im Frontzahnbereich auch ohne Kronen und Veneers gelingen kann. Durch mikro- und minimalinvasive restaurative Methoden erfolgten im vorgestellten Fall direkte Frontzahn-Formänderungen zum Diastemaschluss sowie die Maskierung von ästhetisch relevanten „White-Spot“-Läsionen.

Mithilfe der Adhäsivtechnik und hochästhetischen Kompositmaterialien können heutzutage ästhetische Korrekturen erzielt werden, die einst nur durch prothetische oder kieferorthopädische Maßnahmen zu realisieren waren. Im Frontzahnbereich bietet die Komposit-Adhäsivtechnik ein breites Spektrum an Materialien mit unterschiedlichen Viskositäten und lichtoptischen Eigenschaften sowie eine Vielzahl von Adhäsivsystemen und Füllungstechniken für die gewünschten Applikationen.^{1,2} Zu den Indikationen für funktionell-ästhetische Korrekturen zählen Veränderungen der Zahnform (beispielsweise Umformung von Eckzähnen in seitliche Schneidezähne), der Verschluss dunkler interdentaler Dreiecke, Lückenschluss einzelner oder multipler Lücken (Diastemaschluss) und der Ersatz fehlender Zahnhartsubstanz bei nicht kariesbedingten Zahnhartsubstanzdefekten (Erosionen, Abrasionen, Attritionen). Studien zum klinischen Verhalten von direkten Restaurierungen zur Formänderung von Zähnen, Lückenschluss und Diastemaschluss zeigen, dass deren Überlebensrate im Bereich der Überlebensrate von Kompositfüllungen im Frontzahnbereich liegt.^{4–6,9}

Ästhetische Korrekturen durch die direkte Technik bieten zahlreiche Vorteile wie eine Unabhängigkeit vom zahntechnischen Labor, wodurch das Endresultat oft in einer Behandlungssitzung erreicht werden kann. Da häufig keine Präparation oder nur ein minimal konturierender Zahnhartsubstanzabtrag erfolgt, kann jegliches Risiko für ein Präparationstrauma ausgeschlossen werden. Die Restaurierungen können zudem bei partiellen Defekten mit geringem Aufwand repariert oder bei Bedarf auch vollständig entfernt werden, sodass der Ausgangszustand des betroffenen Zahnes relativ einfach wiederhergestellt werden kann.

Die Kariesinfiltration stellt eine mittlerweile etablierte mikroinvasive Therapieoption zur Behandlung von ästhetisch störenden „White-Spot“-Läsionen dar, die gut mit weiteren restaurativen Maßnahmen kombiniert werden kann. Bei der Infiltrationsbehandlung handelt es sich ursprünglich um eine mikroinvasive Therapiemaßnahme für approximale, nichtkavitierte Kariesläsionen.¹⁵ Wenige verfügbare, jedoch hochwertige klinische Studien dokumentieren den Einsatz und die Wirksam-

keit der Kariesinfiltration bei vestibulären, kariogenen „White Spots“ und Fluorosen.^{3,8} Bei der Infiltration zur Maskierung von ästhetisch störenden (meist weißen) Opazitäten wird das Konzept zunutze gemacht, dass der Infiltrant einen dem natürlichen Schmelz sehr ähnlichen Lichtbrechungsindex besitzt. Dadurch kann bei optimaler Infiltration der Läsionen eine Maskierung erreicht werden.¹²

Unter Anwendung von direkten Techniken zur Frontzahn-Formänderung und der vestibulären Kariesinfiltration soll der vorgestellte Patientenfall zeigen, dass es zur Wiederherstellung der Frontzahnästhetik nicht zwangsläufig Kronen und Veneers bedarf.

Klinischer Fall

Anamnese und Ausgangssituation

Der 47-jährige Patient mit unauffälliger Allgemeinanamnese und guter Mundhygiene stellte sich bei der Behandlerin aufgrund seiner Unzufriedenheit mit dem ästhetischen Erscheinungsbild der Ober-

kieferfrontzähne vor. Als besonders störend empfand er die zervikalen weißen und bräunlichen Verfärbungen sowie die vorhandenen Lücken zwischen den einzelnen Zähnen (Abb. 1+2). Die Zahnpulpa per se stellte für ihn keine Beeinträchtigung dar.

Therapieoptionen und Mock-up

Im Rahmen eines umfassenden Aufklärungsgespräches wurden mögliche Therapiemaßnahmen zur Optimierung der Frontzahnästhetik besprochen. Um die Kommunikation mit dem Patienten zu erleichtern, wurde ein direktes intraorales Mock-up mithilfe von Provisorienkunststoff (Luxatemp Plus, DMG) und einer Tiefziehschiene eines indirekten diagnostischen Wax-ups erstellt. Dem Patienten sollte dadurch eine Vorstellung von den möglichen ästhetischen Korrekturen gegeben werden.

Es wurden sowohl indirekte Versorgungen (Kronen und Veneers) und die damit einhergehende Notwendigkeit einer Präparation als auch direkte Kompositrestaurierungen unter Schonung gesunder Zahnhartsubstanz thematisiert. Als mikroinvasive Option zur Maskierung der ästhetisch störenden „White-Spot“-Läsionen wurde die Möglichkeit der Kariesinfiltration besprochen.

Der Patient entschied sich für die Kombination aus Infiltrationsbehandlung und direktem Lückenschluss mittels Komposit aufgrund der Zahnhartsubstanzschonenden Eigenschaft beider Verfahren. Überzeugend erschien zudem, dass die Restaurierungen leicht repariert und unter Umständen wieder vollständig entfernt werden können.

Behandlungsziele

Folgende Behandlungsziele wurden gemeinsam mit dem Patienten formuliert: Maskierung der ästhetisch relevanten „White-Spot“-Läsionen Regio 12–13 und Lückenschluss Regio 13–23.

Behandlungsablauf

Folgende Behandlungsschritte wurden vorgenommen:



Abb. 1: Klinische Ausgangssituation. – **Abb. 2:** Vorhandene Diastemata Regio 13–23; zervikal Regio 12–23 weiße Hypomineralisationen teils mit bräunlicher sekundärer Verfärbung.

- Reinigung der Zahnoberflächen, Farbauswahl
- vestibuläre Kariesinfiltration Regio 12–23
- Diastemaschluss und Zahnformkorrektur Regio 11, 21
- Lückenschluss Regio 13, 12 (unilaterales Vorgehen Regio 13)
- Lückenschluss Regio 12, 11 (bilaterales Vorgehen)
- Lückenschluss Regio 21, 22 (bilaterales Vorgehen)
- Lückenschluss Regio 22, 23 (unilaterales Vorgehen Regio 22)

Vestibuläre Kariesinfiltration

In der ersten Behandlungssitzung wurden die Oberkieferfrontzähne mit fluoridfreier Prophylaxepaste und einem Gummielch gründlich von externen Auflagerungen gesäubert und die Zahnpulpa für die Kompositrestaurierungen bestimmt. Vor der Infiltrationsbehandlung wurden umliegende Gingivaareale sorgfältig durch die Applikation von Opaldam abgedeckt

und das Arbeitsfeld dadurch isoliert. Auf einen Kofferdam wurde in diesem Fall aufgrund der vorwiegend zervikalen Lokalisation der Hypomineralisationen verzichtet. Durch das Legen von Fäden in den Sulkus wurde eine leicht zervikale Verdrängung der Gingiva erreicht.

Die vestibuläre Kariesinfiltration wurde mit einem Kit (Icon-Kariesinfiltration, DMG) bestehend aus einer 15%igen Salzsäure, 99%iger Ethanollösung, einem niedrigviskosen Infiltranten und speziellen Aufsätzen durchgeführt. Die Infiltration der kariogenen „White-Spot“-Läsionen wurde wie folgt durchgeführt (Abb. 3–5):

1. 1–4 Ätzgänge mit 15%iger Salzsäure für jeweils zwei Minuten
2. Befeuchtungstest mit Ethanol nach jedem Ätzgang
3. Applikation des Infiltranten (mind. drei Minuten, Lichtpolymerisation, erneute Infiltration eine Minute, Lichtpolymerisation)
4. Politur



Abb. 3: Relative Trockenlegung des Arbeitsfeldes mit Opaldam und Retraktionsfäden. – **Abb. 4:** Gezielte Applikation des Ätzgels für zwei Minuten; Zahn 21 weist mesial eine kavitierte kariöse Läsion auf, die später im Rahmen des Diastemaschlusses versorgt wurde. – **Abb. 5:** Zustand nach Infiltrationsbehandlung Regio 12-23.

Im zervikalen Bereich des Zahnes 22 erfolgte eine Abwandlung der klassischen Infiltrationsbehandlung. Im Rahmen der „Deep infiltration technique“ wurden eine Kunststoffinfiltration in den tiefen Bereichen der Läsion und eine oberflächliche Füllungstherapie mit Komposit (Tetric EvoCeram, Ivoclar Vivadent) miteinander kombiniert.

Diastemaschluss und Zahnformkorrektur

Eine Woche nach der Infiltrationsbehandlung wurden die Zahnverbreiterungen zum Schluss des zentralen und der lateralen Diastemata durchgeführt. Je nach klinischer Situation wurde das Diastema entweder von einer Seite (unilaterales Vorgehen) oder von beiden Seiten (bilaterales Vorgehen) geschlossen. Durch die Applikation von Kofferdam mit Zahnsiedelgaturen wurde eine absolute Trockenlegung des Arbeitsfeldes und eine leichte Retraktion der Gingiva sichergestellt (Abb. 6). Der Diastemaschluss er-

folgte im dargestellten Fall mit der von Klaiber et al. vorgeschlagenen individuellen Matrizentechnik für approximale Zahnformkorrekturen unter Anwendung des Mehr-Flaschen-Adhäsivsystems Syntac (Ivoclar Vivadent) und Komposit in Schmelz- und Dentinfarben (Enamel Plus HFO, Micerium).⁷ Bei einem Diastemaschluss von zwei Seiten umfasst diese Technik folgende Schritte:

- Reinigung der Zahnoberflächen der betreffenden Zähne mit flexiblen Polierscheiben
- Aufbau des ersten Zahnes nach Säureätztechnik und Bonding durch direkte Applikation von Komposit ohne Verwendung von Matrizen oder Keilen; Ausarbeitung, Politur (Abb. 7)

Das weitere Vorgehen ist identisch mit dem einseitigen Diastemaschluss:

- Insertion einer schmalen, transparenten Matrize hochkant zwischen Zahn und invertiertem Kofferdam (Abb. 8+9)

- Applikation von elastischem, temporärem Füllungsmaterial (z.B. Clip F, VOCO) auf die vestibuläre und orale Fläche des Nachbarzahnes (Abb. 10)
- Verdrängung der Matrize gegen den Nachbarzahn mit einem Doppelendspatel, sodass die Matrize an der Approximalfläche des Nachbarzahnes im Kontaktbereich spaltfrei anliegt; Polymerisation des temporären Füllungsmaterials
- Säureätztechnik und Bonding des zweiten Zahnes; Applikation eines Tropfens fließfähigen Komposit; Insertion eines Doppelendspatels in den Approximalraum und Rotation gegen den Nachbarzahn, in diesem Zustand Lichtpolymerisation (Abb. 11)
- Verbreiterung des zweiten Zahnes, dabei Integration des Tropfens fließfähigen Komposit in die Restauration; Lichtpolymerisation (Abb. 12+13)
- Abnahme von Matrize, Ligaturen, Kofferdam; Okklusionskontrolle, Ausarbeitung, Politur (Abb. 14a+b)

Nachsorge

Der Patient stellte sich zwei Wochen nach Behandlungsabschluss zur Nachsorge vor. Weitere Kontrollen erfolgten im Abstand von sechs Monaten, die eine wiederholte Politur der Restaurationen und die Durchführung kleiner Korrekturen sofern nötig erlaubten.

Literaturanalyse klinischer Studien

Diastemata können sowohl mit direkten als auch indirekten Restaurationen geschlossen werden. Indirekte Lösungen erlauben eine perfekte Kontrolle der approximalen Kontaktpunktgestaltung im Labor. Der wesentliche Vorteil der direkten, mit Komposit durchgeführten Technik ist hingegen die absolut noninvasive Vorgehensweise, sofern eine kariesfreie Situation vorliegt.

In der Literatur wird weitgehend auf die klinischen Erfolgsraten von Kompositfüllungen im Frontzahnbereich per se verwiesen. Speziell zum klinischen Verhalten von Restaurationen zur Formänderung



6



7



8



9



10



11



12



13

Abb. 6: Absolute Trockenlegung des Arbeitsfeldes. – **Abb. 7:** Zentrales Diastema: Aufbau des ersten lückenbegrenzenden Zahnes 21 ohne Matrixe; die Kariesläsion mesial wurde in diesem Zuge therapiert. – **Abb. 8:** Aufbau des zweiten lückenbegrenzenden Zahnes 11; Zustand nach Kariesexkavation mesial. – **Abb. 9:** Vertikale Insertion eines transparenten Matrizenstreifens. – **Abb. 10:** Fixierung der Matrize labial und palatal an Zahn 11 mit Clip F (VOCO). – **Abb. 11:** Separation der beiden Zähne, indem das Blatt eines Heidemann-Spatels gegen den Nachbarzahn 21 rotiert wird; in diesem Zustand Lichtpolymerisation des applizierten Tropfens fließfähigen Komposit. – **Abb. 12:** Klinische Situation nach Verbreiterung des Zahnes 11 und Entfernung der Matrize. – **Abb. 13:** Klinische Situation nach Diastemaschluss Regio 13–23.

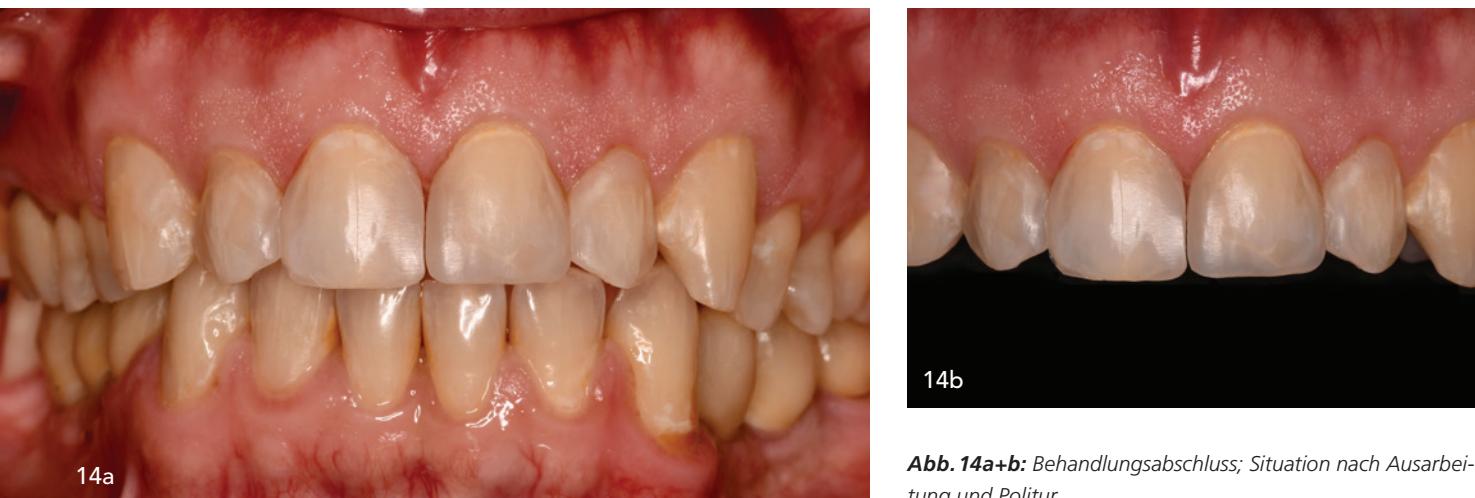


Abb. 14a+b: Behandlungsabschluss; Situation nach Ausarbeitung und Politur.

von Zähnen und Diastemaschluss sind nur wenige Studien verfügbar. In einer retrospektiven Studie von Frese et al. zur Korrektur von Zahnform und Zahnstellung wurden 176 Restaurationen im Beobachtungszeitraum von fünf Jahren untersucht.⁵ Bei 30 Restaurationen wurden Ereignisse wie Chippings, Verfärbungen oder mangelnde Randadaptation vermerkt, die eine Reparatur erforderlich machten. Alle Restaurationen blieben jedoch *in situ* und keine der Restaurationen versagte vollständig, sodass die funktionelle Überlebensrate nach fünf Jahren 100 % betrug. In einer ähnlichen Untersuchung zur Überlebensrate von Kompositrestaurationen zum Diastemaschluss wird eine Überlebensrate von 90,3 % nach vier Jahren angegeben.⁹ Peumans et al. analysierten in einer Gruppe von 23 Patienten das Randverhalten von direkten Kompositrestaurationen zur Formänderung und Diastemaschluss über einen Zeitraum von fünf Jahren.¹³ Keine Restauration zeigte nach fünf Jahren eine Sekundärkaries, 5 % der Restaurationen wiesen Chippings im Bereich der Inzisalkante auf und 7 % der Restaurationen wurden aufgrund ausgeprägter Randverfärbungen als nicht akzeptabel eingestuft.

In einer weiteren Studie untersuchten Peumans et al. den Einfluss von Korrekturstorationen auf die Gesundheit der marginalen Gingiva.¹³ Sowohl eine optimale Mundhygiene seitens der Patient/-innen als auch regelmäßige Nachsorgetermine erschienen essenziell, um die Überlebensrate der Restaurationen zu erhöhen.

Die Kariesinfiltration stellt eine mikroinvasive Therapieoption zur Behandlung von ästhetisch störenden Läsionen dar, deren Wirksamkeit bei kariösen „White-Spot“-Läsionen und Fluorosen durch klinische Studien belegt wurde.^{3,8} Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass eine vollständige Maskierung, vor allem bei schweren entwicklungsbedingten Defekten, oft nicht garantiert ist. In komplizierten Fällen wird möglicherweise eine Kombination mit invasiveren, restaurativen Maßnahmen wie Kompositfüllungen nötig.¹⁰ Ergänzend zur Infiltration kann in bestimmten klinischen Situationen (mittelschwere und schwere Fluorosen) zur Verbesserung des Maskierungseffektes auch ein Bleaching in Erwägung gezogen werden.^{11,16}

Schlussbemerkung

Der vorgestellte Fall verdeutlicht, dass eine Verbesserung der Frontzahnästhetik auch ohne subtraktive Maßnahmen gelingen kann und nicht zwingend Kronen und Veneers bedarf.

Direkte ästhetische Formänderungen von Zähnen und die Maskierung von ästhetisch störenden „White-Spot“-Läsionen können mit den Möglichkeiten der Komposit-Adhäsivtechnik und der Infiltrationsbehandlung realisiert werden. Wichtige Voraussetzungen für einen langfristigen Therapieerfolg sind eine sorgfältige Planung unter Einbeziehung der Vorstellungen der Patient/-innen, die Beachtung der Indikationsstellung sowie regelmäßige Nachsorgeuntersuchungen.

Die Verfasserin des Textes pflegt keinerlei wirtschaftliche oder persönliche Verbindung zu den genannten Unternehmen.

Dr. med. dent.
Stefanie Jacob,
M.Sc.



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



DR. MED. DENT. STEFANIE JACOB, M.SC.

PoliKlinik für Zahnerhaltung
und Parodontologie
LMU Klinikum
Goethestraße 70
80336 München
Stefanie.Jacob@med.uni-muenchen.de
Instagram: dr.stefaniejacobs

Minimal invasive parodontale Regeneration

Behandlung eines Oberkieferschneidezahnes 11 mit „hoffnungsloser Prognose“

Ein Beitrag von Dr. med. dent. Jacob Martin Zimmer

Zahnverlust ist nach wie vor ein häufiges Problem – weltweit werden jährlich Millionen Zähne extrahiert, allein in den USA über 20 Millionen, häufig infolge von Parodontitis, der zweithäufigsten Ursache neben Karies (Broers et al., 2022). Moderne parodontale Therapiekonzepte ermöglichen jedoch zunehmend eine erfolgreiche und vorhersagbare Zahnerhaltung – selbst in fortgeschrittenen Fällen. Ihr Erhalt kann entscheidende funktionelle, ästhetische und langfristige Vorteile für den Patienten bieten und trägt dazu bei, komplexe Rekonstruktionen des Kieferkamms sowie Implantationsmaßnahmen nach Extraktion zu vermeiden. Gerade im Zeitalter der dentalen Implantologie wird der Wert der natürlichen Zahnsubstanz oftmals unterschätzt.

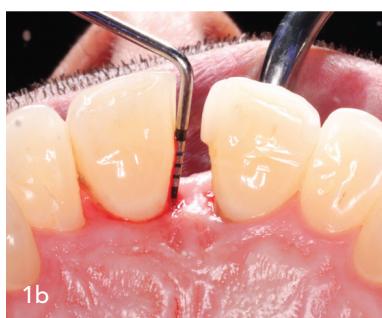
Vom vermeintlich hoffnungslosen Fall zum Erfolgserlebnis

In dieser Fallpräsentation wird die Therapie eines mittleren Oberkieferschneidezahnes (Zahn 11) beschrieben, der aufgrund einer fortgeschrittenen Parodontitis mit ausgeprägter Zahnlockerung eine fragwürdige Prognose aufwies. Der Patient, 46 Jahre, Nichtraucher und ohne systemische Er-

krankungen klagte über Zahnbeweglichkeit und eine spürbare Verschlechterung seines Zahnfleisches.

Der erste klinische Eindruck bestätigte die Dramatik: generalisierte Entzündungszeichen, tiefe Sondierungstiefen, starke Mobilität und ein Diastema zwischen den oberen Frontzähnen (Abb. 1a–d). Zahn 11 reagierte bei der Vitalitätsprüfung positiv.

Die Befundung der Restbezahnung ergab die Diagnose: Generalisierte Parodontitis, Stadium III, Grad C. Trotz ungünstiger Ausgangssituation aufgrund Sondierungstiefen bis 9 mm, Attachmentverlust von bis zu 12 mm und Beweglichkeit Grad II entschied sich der Patient gegen eine Extraktion und für den Versuch des Zahn-erhaltes durch eine moderne parodontale Regenerationstherapie.



Facial

Lingual

| PD | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 8 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FGM-CEJ | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Attachment | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 5 | 11 | 5 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Bleeding | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MGJ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Furcation | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mobility | | | | | | | | | | 2 | | 1 | | | | | | |
| Prognosis | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| PD | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|------------|---|---|---|---|----|----|
| FGM-CEJ | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | |
| Attachment | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| Bleeding | | | | | | |
| MGJ | | | | | | |
| Furcation | | | | | | |



Abb. 1a-d: Initialer klinischer Befund (a+b). Parodontalstatus mit großen Sondierungstiefen Zahn 11 (c). Röntgenbefund mit vertikalem Knochendefekt mesial Zahn 11 (d).

Parodontale Regeneration als minimalinvasiver Therapieansatz

Der Behandlungsplan startete klassisch: schonendes Full-Mouth-Scaling mit Wurzelglättung, Beseitigung des inzisalen Störkontaktees auf Zahn 11, sowie eine intensive Mundhygieneinstruktion. Nach sechs Wochen zeigte sich eine deutliche klinische Besserung. Plaquewerte waren auf ein Minimum reduziert, die Gingiva wies einen Rückgang der Entzündung auf und Sonderungstiefen waren verringert. Zahn 11 zeigte jedoch weiterhin tiefe Resttaschen

sowie den vertikalen Knochendefekt von 6 mm (Abb. 2a–f), bei erhaltener Vitalität.

Aufgrund dessen fiel die Wahl in der korrektriven Phase auf ein minimalinvasives regeneratives Vorgehen. Zahn 11 wurde vor der Operation geschient, um die erhöhte Mobilität zu eliminieren und so optimale Regenerationsbedingungen zu schaffen.

Mittels minimalinvasivem Inzisionskonzept nach Cortellini & Tonetti (2007) wurde das Operationsgebiet maximal gewebe-schonend dargestellt. Nach sorgfältigem

Débridement der Wurzeloberfläche und Degranulierung des 3-wandigen Defektes wurde dieser mit allogenem Knochengranulat aufgefüllt und mit einer resorbierbaren Kollagenmembran abgedeckt. Der Nahtverschluss erfolgte primär und spannungsfrei mit einer 6/0 Polypropylen-naht. Das postoperative Protokoll umfasste eine kurzzeitige antibiotische Abschirmung, Ibuprofen bei Bedarf, weiche Kost und Verzicht auf mechanische Reinigung der Operationsregion für zwei Wochen. Bereits nach dieser Zeit zeigte sich eine reizfreie, unauffällige Heilung.



Abb. 2a–f: Schienung Zahn 11 (a). Defektdarstellung nach Débridement und Degranulierung (b). Einbringen Knochengranulat und Membran (c). Primärer Wundverschluss (d). Heilung nach zwei Wochen (e+f).



| | 2 2 1 | 2 1 2 | 2 2 2 | 2 1 2 | 2 1 2 | 2 2 2 |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| PD | 2 2 1 | 2 1 2 | 2 2 2 | 2 1 2 | 2 1 2 | 2 2 2 |
| FGM-CEJ | 0 1 0 | 0 0 0 | 1 3 3 | 2 2 1 | 1 1 1 | 1 1 1 |
| Attachment | 2 3 1 | 2 1 2 | 3 5 5 | 4 3 3 | 3 2 3 | 3 3 3 |
| Bleeding | | | | | | |
| MGJ | | | | | | |
| Furcation | | | | | | |
| Mobility | | | | | | |
| Prognosis | | | | | | |

| | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|---------|---|---|---|---|----|----|
| Facial | | | | | | |
| Lingual | | | | | | |

| | 2 1 2 | 2 2 2 | 2 2 3 | 2 2 2 | 2 2 2 | 2 1 2 |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| PD | 2 1 2 | 2 2 2 | 2 2 3 | 2 2 2 | 2 2 2 | 2 1 2 |
| FGM-CEJ | 1 1 1 | 1 1 2 | 1 1 3 | 2 1 1 | 0 1 0 | 0 1 0 |
| Attachment | 3 2 3 | 3 3 4 | 3 3 6 | 4 3 3 | 2 3 2 | 2 2 2 |
| Bleeding | | | | | | |
| MGJ | | | | | | |
| Furcation | | | | | | |

3a



3b



3d

Abb. 3a–d: Befund sechs Monate post OP (a). Sieben Monate mit Diastema-Schluss (d). Parodontalstatus sechs Monate post OP (c). Röntgenbefund sechs Monate post OP mit regeneriertem Defekt (d).

Langzeitergebnis: Klinische Stabilität und ästhetische Verbesserung

Der Verlauf bestätigt den Erfolg: Die initialen Taschensonierungen von 9 mm reduzierten sich an Zahn 11 auf stabile 2–3 mm (Abb. 3a–d). Der klinische Attachmentgewinn betrug 6 mm und radiologisch konnte eine deutliche Knochenregeneration nachgewiesen werden. Das Diastema wurde mit Komposit geschlossen – eine vom Patienten bevorzugte Lösung gegenüber der vorgeschlagenen kieferorthopädischen Behandlung. Der Patient befindet sich nun in enger unterstützender Parodontitistherapie (UPT), um parodontale Gesundheit zu erhalten.

Fazit: Zahnerhalt lohnt sich – auch bei kompromittierten Fällen

Dieser Fall illustriert eindrucksvoll, welches Potenzial selbst Zähne mit zunächst ungünstigster Prognose durch moderne, minimalinvasive regenerative Verfahren haben. Auch die Literatur bestätigt diese Strategie: Nach Cortellini et al. (2020) sind selbst stark kompromittierte Zähne dank regenerativer Parodontalchirurgie nach zehn Jahren noch in 88 Prozent der Fälle erhalten. Die Erhaltungswürdigkeit eines

Zahnes sollte jedoch stets individuell bewertet werden. Besonders mehrwurzelige Zähne – etwa Molaren mit starkem Furkationsbefall und ausgeprägter Zahnllockerung, die den Zugang für eine parodontale Instrumentierung erheblich erschweren – weisen eine ungünstigere Prognose auf als einwurzelige Zähne. Bei Fällen mit einer isolierten tiefen Tasche muss vor Beginn der Therapie ebenfalls abgeklärt werden, ob die Vitalität des Zahnes vorhanden ist. Neben funktionellen und ästhetischen Vorteilen kann der Erhalt der natürlichen Zahnsubstanz jedoch Folgeeingriffe vermeiden und das Risiko möglicher periimplantärer Erkrankungen reduzieren (Heitz-Mayfield et al., 2020; Ravidà et al., 2022).

Botschaft für die Praxis

Die Erhaltung parodontal kompromittierter Zähne ist auch bei ausgeprägten Defekten mit modernen minimalinvasiven Verfahren realisierbar – mit nachhaltigem Nutzen für Patient und Praxis.

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

Dr. med. dent. Jacob Martin Zimmer

Literatur



DR. MED. DENT. JACOB MARTIN ZIMMER

MS (Periodontics)
University of Michigan, USA
Fachpraxis für Parodontologie und Implantologie
Nibelungenstraße 84
80639 München
Tel: +49 89 175505
info@dr-wm-zimmer.de
www.praxis-dr-zimmer.de

Risikospezifisches, non- und minimal-invasives Kariesmanagement bei Kindern

Ein Beitrag von OA Priv.-Doz. Dr. Julian Schmoekel,
OA Dr. Mhd Said Mourad,
OÄ Priv.-Doz. Dr. Ruth M. Santamaría
und Prof. Dr. Christian H. Siplieh



Im zahnärztlichen Praxisalltag ist ein Kariesrisiko-orientiertes Management ein zentraler Baustein, um für jeden Patienten, unabhängig von vorhandener Karieserfahrung und unter Berücksichtigung der aktuellen Kariesaktivität, eine gezielte präventive, non- bzw. minimalinvasive Strategie nachhaltig umzusetzen. Trotz großer Fortschritte in der Prävention stellt frühkindliche Karies leider weiterhin ein erhebliches Problem dar, da die Rückgänge der Kariesprävalenz im Milchgebiss im Vergleich zum bleibenden Gebiss bei Kindern geringer ausfallen.

Bevor wir uns dem risiko- und aktivitäts-spezifischen Kariesmanagement bei Kindern zuwenden, werden zunächst zentrale Begriffe erläutert (siehe Info-Kasten). Diese definitorische Klärung ist wichtig, da die später beschriebenen präventiven Maßnahmen zugleich als minimalinvasives Kariesmanagement im Sinne der Sekundärprävention bzw. ursächlichen Kariestherapie zu verstehen sind.

Epidemiologie von Karies im Kindesalter

In dem als „Caries Decline“ bezeichneten Phänomen konnten über die letzten drei Jahrzehnte die Karieswerte bei Jugendlichen in Deutschland um ca. 90 Prozent reduziert werden und eine Fortschreibung von Verbesserungen der oralen Gesundheit ist bereits bis in das Seniorenalter

(Jordan et al., 2025), während die Kariesreduktionen im Milchgebiss unterdurchschnittlich waren und frühkindliche Karies stets ein deutliches Problem in Deutschland darstellt (Jordan et al., 2025; Schmoekel et al., 2021). Daher sollte bei der weiteren Prävention im Kindesalter ein besonderer Fokus auf das Milch- und Wechselgebiss gelegt werden, was im Weiteren beleuchtet werden soll.

BEGRIFFSDEFINITIONEN

Kariesrisiko: Wahrscheinlichkeit, dass eine gesunde Zahnoberfläche, ein Zahn, eine Person oder Bevölkerungsgruppe zukünftig Karies entwickelt. Bezieht sich oftmals auf die Karieserfahrung des Kindes und auch sozioökonomische Faktoren, geht aber auch über die Patientenebene hinaus.

Karies(in)aktivität: Gesamtbilanz, mit der kariöse Läsionen bzw. De- oder Remineralisation dentaler Hartgewebe stagnieren oder voranschreiten – diese ist lokal zu beurteilen.

Primäre Prävention: Vorbeugung und Risikoschutz zum Erhalt der Gesundheit, also beispielsweise gesunder Zähne, von Beginn an.

Sekundäre Prävention: Maßnahmen zur Erkennung von frühen Krankheitsstadien wie der Initialkaries bei Vorsorgeuntersuchungen (z.B. zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung) und Vermeidung des Fortschreitens.

Tertiäre Prävention: Maßnahmen zur Vermeidung von Spätfolgen oder Folgeerkrankungen fortgeschritten Erkrankungsstadien oder Sanierungen, oft im Sinne einer Rehabilitation.

Verständnis von Karies

Karies wird heute nicht mehr als Defekt, sondern als dynamischer Prozess eines chronischen Ungleichgewichts zwischen de- und remineralisierenden Faktoren verstanden – die Kavität ist dabei lediglich das sichtbare „Endstadium“ dieses Prozesses (Fejerskov, 2015). Ursächlich ist ein pathogener Biofilm, insbesondere reife dentale Plaque (ca. 48 Stunden alt), der aus verstoffwechselten Kohlenhydraten Säuren bildet. Diese führen zur Demineralisation der darunterliegenden Zahnhartsubstanzen. Der sichtbare Defekt ist somit

nur ein spätes Symptom der Erkrankung „Karies“. Schlüsselfaktoren wie Mundhygiene, Speichel und Fluoride können sowohl die Demineralisation verhindern (Primärprävention) als auch bestehende Läsionen remineralisieren (Sekundärprävention/noninvasives Kariesmanagement).

Dieses Krankheitsverständnis unterscheidet sich grundlegend vom früheren rein mechanisch-technischen Zugang in der Zahnmedizin und hat erhebliche Auswirkungen auf die klinische Praxis (Kidd, 2012; Splieth, 2011):

- Prävention und Therapie verschmelzen zum übergeordneten Konzept des Kariesmanagements.
- Die Beurteilung der Kariesaktivität – sowohl auf Patienten- als auch Läsions-ebene – ist zentrale Voraussetzung für eine fundierte Therapieplanung und die Einschätzung des individuellen Präventionsbedarfes.
- Ziel ist die Kontrolle bzw. Reduktion der Kariesaktivität, um eine Arretierung der Läsionen zu ermöglichen – nicht primär deren Restauration.
- Restaurationen ersetzen lediglich verloren gegangenes Zahnhartgewebe, stellen jedoch keine ursächliche Kariestherapie dar.
- Der klassische einfache Kariesrisiko-Ansatz greift zu kurz: Er fokussiert auf den Übergang von gesunden zu erkrankten Flächen, lässt aber die aktuelle Dyna-

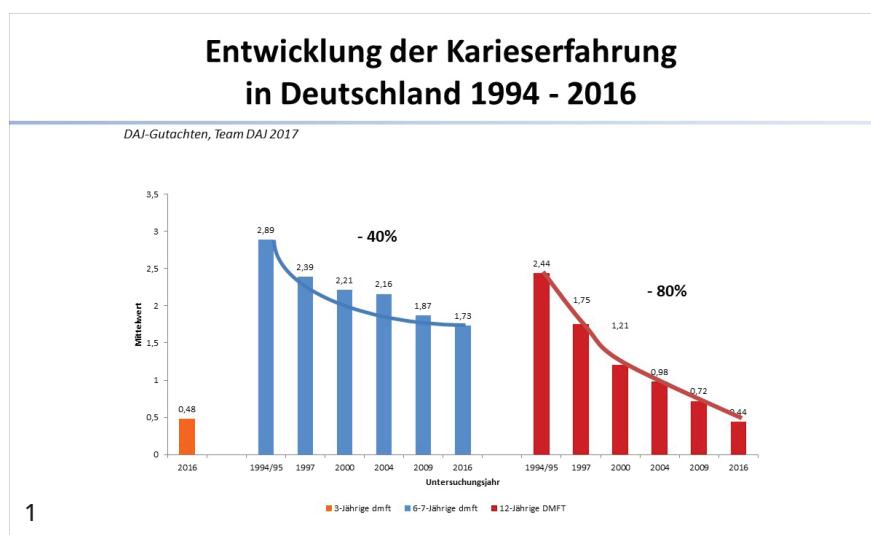


Abb. 1: Der Kariesrückgang im Milchgebiss beträgt seit 1994/1995 laut den epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe nur ca. die Hälfte der Reduktionen verglichen mit der permanenten Dentition von Kindern. [DAJ, 2017; Schmoekel et al., 2021] modifiziert nach DAJ / <https://daj.de/gruppenprophylaxe/epidemiologische-studien/>

mik des kariösen Prozesses außer Acht. Die Bewertung der Kariesaktivität erfasst hingegen den gesamten Verlauf – vom ersten Mineralverlust bis zur Inaktivierung einer Dentinkaries – und erlaubt eine präzisere Einschätzung des aktuellen Zustandes (z. B. Karieserfahrung im Milchgebiss als Risikomarker sollte ergänzt werden, um den Aspekt der Kariesaktivität; vgl. Abb. 2b vs. Abb. 2c).

- Die diagnostische Genauigkeit der alleinigen Risikoabschätzung war ohnehin

begrenzt, insbesondere auf Zahn- oder Patientenebene. Zwar besteht ein klarer Zusammenhang auf Bevölkerungsebene mit Bildungsstatus, sozioökonomischem Hintergrund und früherer Karieserfahrung, doch reicht dies für individuelle Prognosen nicht aus.

- Eine genaue Diagnostik ist essenziell, insbesondere bei aktiven initialen Läsionen. Hier ist ein gezieltes, patienten- und flächenspezifisches Kariesmanagement erforderlich.



Abb. 2a–c: Die Mehrheit der Kinder in Deutschland weist im Alter von drei Jahren ein gesundes Milchgebiss auf (a). Dennoch ist die frühkindliche Karies (Early Childhood Caries, ECC) nach wie vor die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter. In ihrer aktiven Form zeigt sie sich durch kreidig-weiße, entkalkte Initialläsionen – häufig von Plaque bedeckt – sowie durch großflächige kariöse Defekte und begleitende Gingivitis (b). Das in (b) dargestellte Kind weist sowohl eine ausgeprägte Kariesaktivität als auch ein sehr hohes Kariesrisiko auf, was sich in der Kombination aus sichtbaren Läsionen, Plaque und entzündetem Zahnfleisch widerspiegelt. Im Vergleich dazu liegt im Fall (c) ebenfalls ein erhöhtes Kariesrisiko vor (aufgrund der Karieserfarhung/hohes dmft), jedoch ist die Kariesaktivität deutlich reduziert. Hinweise dafür sind die Plaquefreiheit, eine gesunde Gingiva sowie die harte, glänzende Oberfläche der bereits tief kariösen, aber nun inaktiven Läsionen an den Oberkieferfrontzähnen. Dieser Befund einer schweren ECC mit nun inaktiven Läsionen (c) konnte allein durch konsequente (sekundär-)präventive Maßnahmen erreicht werden – insbesondere durch das tägliche Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta durch die Eltern sowie die vollständige Abgewöhnung zuckerhaltiger Getränke aus der Nuckelflasche.

| EIGENSCHAFTEN | AKTIV | INAKTIV |
|---------------------------|---------------------------------------|--|
| Schmelzkaries | | |
| Farbe | kreidig-weiß | weißlich, gelblich, bräunlich |
| Oberfläche nach Trocknung | matt | glänzend |
| Lage | direkt am Gingivarand | oft minimal (1–2 mm) über Gingiva |
| Belag | meist mit Plaque | oft ohne Plaque |
| Gingiva | meist Gingivitis mit Blutungsneigung | gesunde Gingiva ohne Blutungsneigung |
| Dentinkaries | | |
| Farbe | meist gelblich hellbräunliches Dentin | meist dunkelbräunlich bis schwarzes Dentin |
| Oberfläche nach Trocknung | feuchtes, erweichtes Dentin | hart bei Sondierung, oft scheinbar poliert |
| Lage | direkt am Gingivarand | oft minimal (1–2 mm) über Gingiva |
| Belag | meist mit Plaque | oft ohne Plaque |
| Gingiva | meist Gingivitis mit Blutungsneigung | gesunde Gingiva ohne Blutungsneigung |

Tab. 1: Typische Merkmale von aktiven und inaktiven Schmelz- und auch Dentinläsionen an Glattflächen am Beispiel der ECC (vgl. Abb. 2b/2c).

Diagnostik der Kariesaktivität

Die frühkindliche Karies (Early Childhood Caries, ECC) bietet ein besonders anschauliches Beispiel für die Wichtigkeit der Einschätzung von Kariesaktivität (Abb. 2). Typisch für aktive Initialläsionen ist eine deutlich sichtbare, reife Plaque, die sich bevorzugt gingival anlagert und darunterliegenden kreidig-weißen Schmelz bedeckt. Diese erscheinen bei Trocknung matt und demineralisiert (Tab. 1).

Begleitend ist nahezu immer eine Gingivitis erkennbar (Splieth, 2011), die auf ein über Wochen bestehendes Mundhygiene-defizit sowie eine hohe Frequenz zuckerhaltiger Nahrungsaufnahme hinweist (Abb. 2b). Der Patient zeigt einen deutlichen Mineralverlust – ein klarer Hinweis auf aktive Karies. In fortgeschrittenen Stadien ist das kariöse Dentin gelblich-bräunlich verfärbt, erweicht und meist noch von Plaque bedeckt (Abb. 2b).

Frühkindliche Karies stellt ein ernst zu nehmendes Problem dar, da kleine Kinder häufig nicht die notwendige Kooperation für invasive Behandlungsmaßnahmen mitbringen. Unbehandelt kann die Erkrankung zu rezidivierenden Schmerzen, chronischem Verlauf mit Fistelbildung sowie akuten Episoden wie Abszessen führen.

Der unzureichende Sanierungsgrad kariöser Milchzähne in Deutschland wurde wiederholt belegt (Schmoekel et al., 2021), zuletzt durch die DMS VI (2023; Jordan et al., 2025) und repräsentative Daten auf Bundeslandebene wie z. B. Brandenburg (2024; Landesregierung Brandenburg, 2025). Angesichts der praktischen Schwierigkeiten einer klassischen restaurativen Therapie im frühen Kindesalter rückt die Sekundärprävention in den Fokus: Ziel ist die Reduktion der Kariesaktivität und damit die Inaktivierung bzw. Arretierung bestehender Läsionen.

Hierfür kommen etablierte Maßnahmen der Kariesprävention zum Einsatz (Tab. 2). Dabei gilt: Auf kariösen Flächen wirken sie therapeutisch („Kariestherapie“), auf gesunden Flächen des-selben Patienten hingegen präventiv („Prävention“).



Kariesrisiko auf Bevölkerungsebene

Schon lange ist bekannt, dass bei Kindern der soziale Hintergrund/Bildungstand der Eltern ein zentraler Risikofaktor für ECC, Karies im Milchgebiss (Wagner and Heinrich-Weltzien, 2017) und auch für Karies im bleibenden Gebiss ist (Gormley et al.,

2023; Schmoekel et al., 2015; Schmoekel et al., 2020). Für eine „kariesrisikospezifische Prävention“ lässt sich diese Information nutzen: So können beispielsweise Kitas mit erhöhtem mittlerem dmft und/oder in sozialen Brennpunkten gezielt intensivere Kariespräventionsmaßnahmen im Rahmen der Gruppenprophylaxe erhalten (gemeinsame Zähne putzen mit Fluoridapplikation). Gleiches gilt für Schulen mit erhöhtem mittlerem dmft/DMFT bzw. in sozialen Brennpunkten.

Zudem sollte nicht nur dem zahnärztlichen öffentlichen Gesundheitsdienst klar sein, dass die Präventionsbedarfe nach Schultyp sehr verschieden sind: So weisen Kinder auf dem Gymnasium im Schnitt deutlich geringere Karieswerte (DMFT) auf als auf Realschulen, Hauptschulen, Förderschulen (Al Masri, Splieth et al., 2025; Schmoekel et al., 2021). Grob veranschlagt sind die Karieswerte bei Kindern auf dem Gymnasium im Alter von zwölf Jahren halb so groß wie bei Gesamtschülern, und bei Kindern in Förderschulen im Schnitt etwa 2–3-fach höher als bei Gesamtschülern.

In der zahnärztlichen Praxis kann die Frage nach der besuchten Kita oder Schule erste Hinweise auf das Kariesrisiko eines Kindes geben. Für eine präzise individuelle

| MASSNAHMEN | KOMMENTAR |
|--|---|
| regelmäßiges und sorgfältiges mechanisches Reinigen aller Zahnflächen | <ul style="list-style-type: none"> mindestens zweimal täglich mit einer Zahnputzsystematik Zähne putzen Nachputzen durch die Eltern, bis das Kind fließend Schreibschrift schreibt. Dies ist meist zwischen dem siebten und neunten Lebensjahr der Fall. |
| ausreichende Fluoridierung zur Remineralisation (alters- und risikoabhängig) | <ul style="list-style-type: none"> Kinder-/Junior-/Erwachsenenzahnpasta mit 1 000–1 500 ppm Fluoridgehalt anwenden zusätzliches wöchentliches Putzen mit einem hochdosierten Fluoridgel (z.B. 12 500 ppm Fluorid; in der Basisprophylaxe ab Durchbruch der ersten permanenten Zähne) Häusliche Anwendung von fluoridiertem Speisesalz Applikation von Fluoridlack auf die aktiven kariösen Läsionen (z.B. 22 600 ppm Fluorid) beim Recall in der Praxis |
| abwechslungsreiche Ernährung | <ul style="list-style-type: none"> mit wenigen täglichen Zuckerimpulsen insbesondere Vermeidung von süßen Getränken zwischendurch |
| regelmäßiger Zahnarztbesuch | <p>zur Kariesprophylaxe und -management</p> <ul style="list-style-type: none"> bei niedrigem Kariesrisiko halbjährlich bei hohem Kariesrisiko vierteljährlich oder häufiger |

Tab. 2: Maßnahmen in der ursächlichen, noninvasiven Kariestherapie in Anlehnung an kariespräventive Maßnahmen (noninvasives Kariesmanagement).

Kariesprognose ist dieser Faktor jedoch nur begrenzt aussagekräftig. Ein niedriger Bildungsstatus der Eltern wirkt sich nicht nur auf die Karieserfahrung der Kinder aus (Schmoeckel et al., 2021), sondern beeinflusst auch die Inanspruchnahme präventiver zahnärztlicher Leistungen. So zeigen Daten aus Sachsen-Anhalt, dass Kinder auf Gymnasien deutlich häufiger Fissurenversiegelungen erhalten als Real- oder Förderschüler – obwohl letztere tendenziell höhere Karieswerte aufweisen (Al Masri, Schmoeckel et al., 2025; Wahl and Heese, 2015). Diese ungleiche Verteilung präventiver Maßnahmen dürfte auch bundesweit relevant sein (Grochtredies et al., 2025).

Welche Konsequenzen ziehen wir nun aus diesem Wissen? Die Erkenntnisse über die ungleich verteilte Kariesbelastung im Kindesalter erfordern gezielte, strukturierte Präventionsmaßnahmen. Eine risikoorientierte Intensivprophylaxe kann hierbei ein wirksamer Hebel sein – insbesondere im Rahmen des Öffentlichen Zahnärztlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD),

der direkten Zugang zu Kindergemeinschaftseinrichtungen wie „Risikoschulen“ und „Risikokitas“ bietet. Orientiert an dem Public-Health-Konzept des „universalen Proportionalismus“ (DAJ, 2017): sollte dabei einerseits eine flächendeckende Basisprophylaxe für alle Kinder etabliert werden, während andererseits jene mit erhöhtem Erkrankungsrisiko gezielt und verstärkt betreut werden. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass vulnerable Gruppen einen überproportional hohen gesundheitlichen Nutzen erhalten – ohne dabei stigmatisiert zu werden oder diskriminierende Strukturen zu erzeugen. Konkret bedeutet dies eine Intensivierung der präventiven Betreuung durch häufigere Besuche zahnmedizinischer Prophylaxefachkräfte (ZMPs), eine engmaschige Begleitung beim täglichen Zahneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta sowie eine erhöhte Frequenz an professionellen Fluoridanwendungen – etwa durch Fluoridlacke oder Fluoridgele (Wang et al., 2021). So lässt sich gesundheitliche Chancengleichheit nicht nur theoretisch postulieren, sondern praktisch und wirkungsvoll fördern.

MERKE

Sozialstatus und Karieserfahrung sind wichtige Faktoren bei der Einschätzung des Kariesrisikos in bestimmten Bevölkerungsgruppen und liefern auch in der individuellen Patientenbeurteilung (IP) in der Zahnarztpraxis wertvolle Hinweise. Für eine präzisere Einschätzung sollten sie jedoch durch Marker wie die Kariesaktivität und das „Bauchgefühl“ des erfahrenen Zahnarztes ergänzt werden. Je höher Risiko und Aktivität, desto größer sind sowohl der Nutzen kariespräventiver Maßnahmen wie Fluoridlackapplikationen (Wang et al., 2021) als auch deren Kosteneffizienz (Schwendicke et al., 2018).

Kariesrisiko auf Patienten-/Gebissebene

Auf individueller Ebene besteht ein erhöhtes Kariesrisiko ebenfalls auf Basis von „Sozialstatus“ und „bisheriger Karieserfahrung (dmft/DMFT)“. Karies im Milchgebiss gilt dabei als verlässlicher Marker für ein erhöhtes Kariesrisiko im permanenten Gebiss (Gormley et al., 2023). Allerdings ist die Beurteilung der Kariesaktivität – etwa das Vorliegen aktiver Initialläsionen (vgl. Tab. 1, Abb. 2+3) – aussagekräftiger als die reine Risikoermittlung (Splieth et al., 2024).

Patienten mit Allgemeinerkrankungen oder Behinderungen zeigen häufig eine überdurchschnittliche Karieserfahrung (dmft/DMFT; Schulte and Schmidt, 2021) was ein erhöhtes Kariesrisiko impliziert. Diese Kinder sollten deshalb im Rahmen einer Intensivprophylaxe – üblicherweise mit einem Recall-Intervall von etwa drei Monaten – betreut werden, wobei ihre individuellen Herausforderungen berücksichtigt werden müssen.

Besondere Aufmerksamkeit erfordern Patienten während einer fest sitzenden kieferorthopädischen Behandlung mit Multiband-Apparaturen. Die Brackets erschweren die gründliche Zahnpflege, da sie zahlreiche zusätzliche Plaqueretentionsstellen schaffen. Hier ist eine intensivierte Individualprophylaxe notwendig, um Kariesentwicklung und einen vorzei-

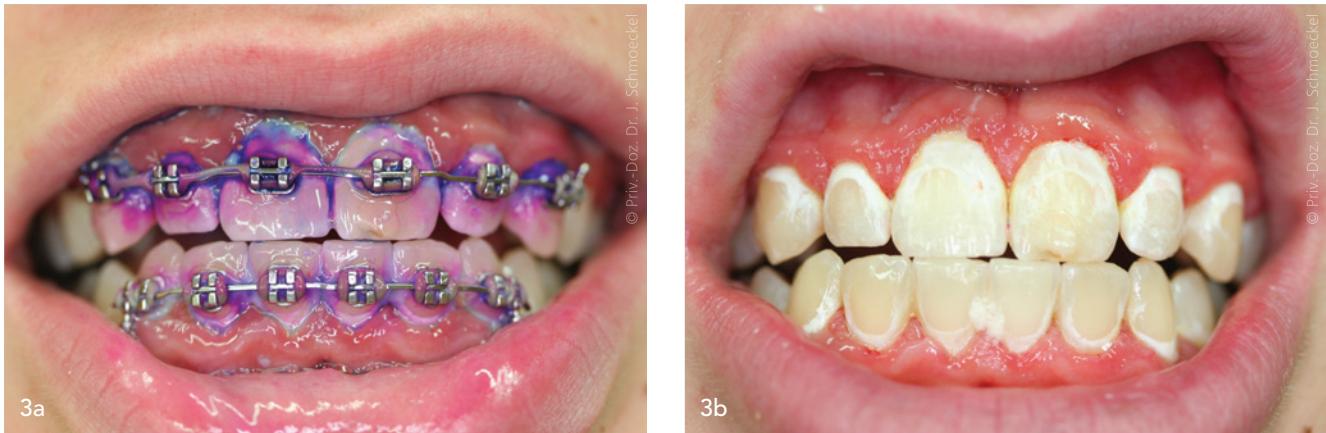


Abb. 3a+b: Die Multiband-Apparatur erschwert eine suffiziente Reinigung der Zähne (a). Zahlreiche zusätzliche Plaqueretentionsstellen erhöhen das Kariesrisiko des Patienten. Somit ist auch hier ein wirksames Kariesmanagement im Rahmen einer Intensiv-IP erforderlich, um den Abbruch der KFO-Therapie aufgrund von Kariesentwicklung wie in diesem Fall zu verhindern (b). Diese (aktiven) kariösen Läsionen auf den Glattflächen zeigen die typischen Merkmale von bestehender Kariesaktivität (s. Tab. 1), und lassen vermuten, dass auch approximal zumindest aktive Initialläsionen vorliegen. Entsprechend sollte bei solchen Patienten bspw. eine Bissflügeldiagnostik erfolgen.

tigen Abbruch der Behandlung – wie in Abb. 3 dargestellt – zu vermeiden. Bei sehr hohem Kariesrisiko und aktiver Karies sollte trotz bestehender kieferorthopädischer Indikation (KIK) sorgfältig abgewogen werden, ob eine festsitzende Therapie sinnvoll ist. Andernfalls droht nach Abschluss der Behandlung zwar ein „schönes“, aber kariös belastetes Gebiss. In solchen Fällen gilt häufig: lieber „schießt und gesund“ als „gerade und krank“. Während der festsitzenden KFO-Therapie wird daher die tägliche Anwendung einer fluoridhaltigen Zahnpasta mit hohem Fluoridgehalt (z.B. 5 000 ppm F) oder einer Mundspülung mit 0,2 % Natriumfluorid empfohlen, ergänzt durch die übliche Zahnpflege (Enerbäck et al., 2019).

Kariesrisiko auf Zahn-/Flächenebene

Für die Einschätzung des Kariesrisikos – also der Wahrscheinlichkeit, dass eine Zahnoberfläche von gesund zu kariös (in der Regel kavitierende Dentinkaries) übergeht – ist das Wissen um typische Verteilungsmuster des Kariesbefalles in Abhängigkeit vom Alter entscheidend (Tab. 3).

Diese Zähne beziehungsweise Zahnoberflächen sollten bei der zahnärztlichen Untersuchung besonders sorgfältig inspiziert werden. Ergänzende Diagnostik, wie beispielsweise Bissflügelaufnahmen (Abb. 4d+e), digitale Transillumination (Abb. 4b+c) oder der Einsatz von Separergummis (Abb. 4a),

ist insbesondere bei Jugendlichen sinnvoll (v.a. nach KFO und Glattflächenkaries), um eine genaue Beurteilung bezüglich approximaler Läsionen zu ermöglichen.

Dasselbe gilt auch für das Milchgebiss, in dem Approximalkaries an den Milchmolaren häufig verdeckt (Abb. 6) auftritt (Splieth et al., 2024).

Im Milchgebiss sind approximale Läsionen zwischen den Milchmolaren (distal am 4er, mesial am 5er) typisch und treten oftmals verdeckt auf. Diese sind daher klinisch oft schwierig zu detektieren, und sobald eine Kavitation vorliegt, ist die Läsion schon eine tiefe Dentinläsion (ICDAS 5 bzw. 6). Daher sollte sich der Untersucher die Art der Kontaktbereiche anschauen, welche nach „OXIS“ klassifiziert werden können (Abb. 5). Laut einer sehr großen Untersuchung bei Kindern mit Milchgebiss bzw. Wechselgebiss in Indien liegt die Prävalenz der verschiedenen Typen bei: „I“ (79,7 Prozent), „X“ (10,0 Prozent) „S“ (6,6 Prozent), und „O“ (3,7 Prozent; Kirthiga et al., 2021). Unter den OXIS-Kontakten scheint der S-Typ aufgrund seiner komplexen Morphologie am anfälligsten für Approximalkaries zu sein. Milchmolaren mit breiteren bzw. flächigeren Kontaktflächen („I“ & „S“), unterliegen entsprechend einem größeren Risiko für Approximalkaries als kein bzw. nur ein punktförmiger Kontakt („O“ bzw. „X“;

ALTERSGRUPPE

HAUPTLOKALISATION VON NEUEN KARIÖSEN LÄSIONEN

| | |
|--|---|
| Kleinkind (2–3 J.) | Glattflächen der OK-Frontzähne (ECC) |
| Kindergartenkind (3+ J.) | Approximalflächen der Milchmolaren |
| Grundschulkind (6–8 J.) | Okklusalfläche durchbrechender 1. Molar |
| Kinder im Mittelstufenalter (11–14 J.) | Okklusalfläche durchbrechender 2. Molar |
| Jugendliche & junge Erwachsene | Approximalflächen der permanenten Zähne und bei festsitzender KFO auf freien Glattflächen |
| Erwachsene | Approximalkaries & „Sekundärkaries“ |
| Senioren | Wurzelkaries & „Sekundärkaries“ |

Tab. 3: Altersspezifische Hauptlokalisierung von neuen kariösen Läsionen.

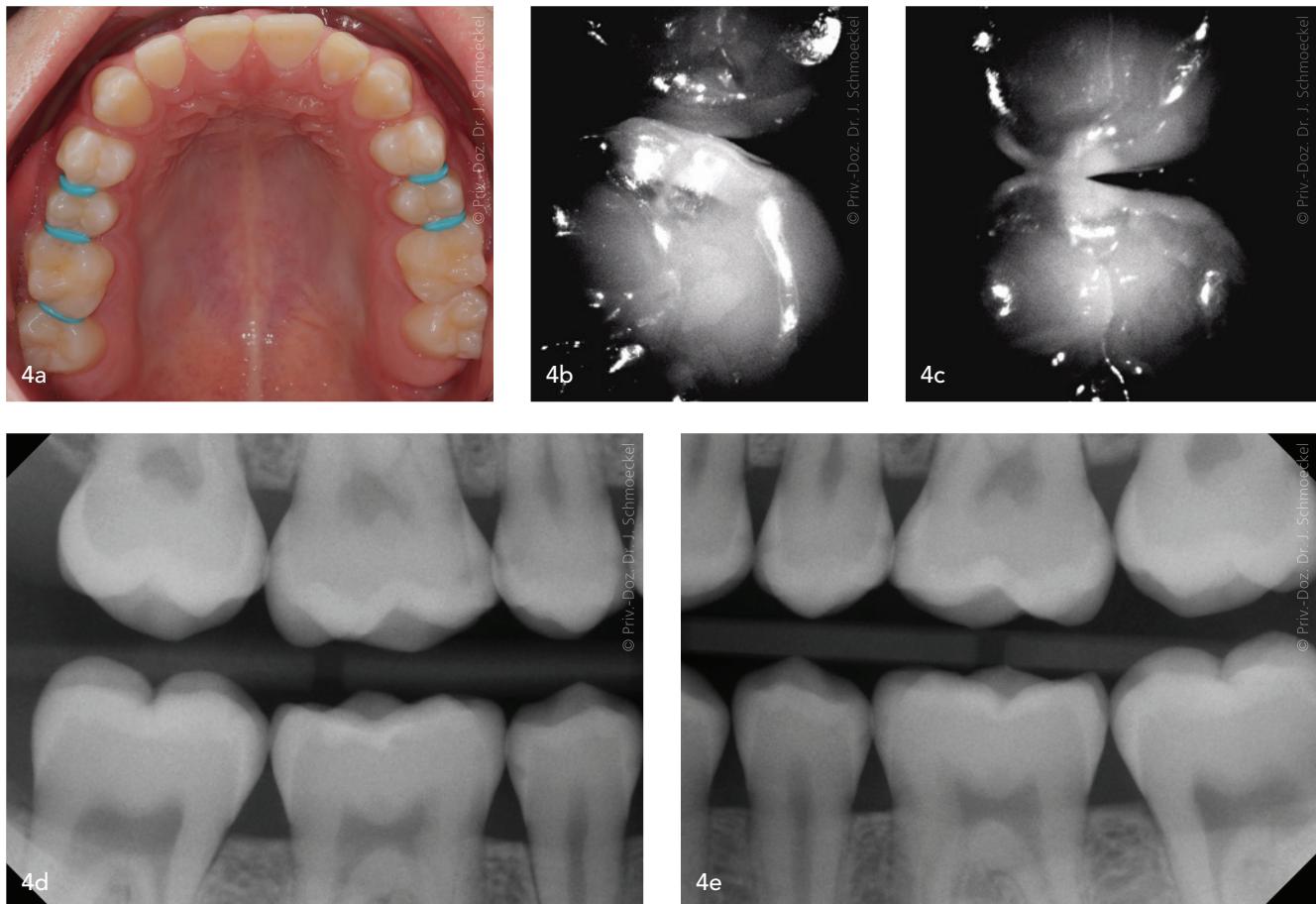


Abb. 4a–e: Bei der klinischen Untersuchung (a) lag bei diesem „scheinbar“ gesunden jugendlich permanenten Gebiss der Verdacht auf eine kariöse Läsion Regio 16 mesial vor. Approximalkaries ist typisch für diese Altersgruppe, insbesondere mit der Historie einer KFO-Therapie. Daher wurde die klassische visuelle Inspektion ergänzt durch die Untersuchung mittels DIFOTI (hier Dürr Dental VistaCam iX HD Smart), womit für Zahn 16 eine kariöse Läsion bis knapp über die Schmelz-Dentin-Grenze (b), und auch u.a. an den Zähnen 14 und 15 (c) Initialkaries zu detektieren war. Die röntgenologische Untersuchung bestätigte dies: So sind auf den Bissflügelaufrnahmen (d/e) in nahezu allen Approximalräumen kariöse (Schmelz-)Läsionen (E1-, E2-, D1-Läsionen) zu befinden und damit Maßnahmen der Sekundärprävention zwingend erforderlich, u. a. konnte die Integrität der Oberfläche der approximalen kariösen Läsionen nach Applikation (a) bzw. Entfernung der orthodontischen Separiergummis nach ca. 2 Stunden evaluiert (nicht kavitiert) und ein Fluoridlack flächenspezifisch aufgetragen werden. Für die nicht kavitierte Läsion 16 sind ggf. weitergehende therapeutische Maßnahmen zu berücksichtigen (z. B. Kariesinfiltration).

Klassifikation der Kontaktbereiche zwischen den Milchmolaren

| Kontaktpunkt | Schemadarstellung | Beschreibung |
|--------------|-------------------|---|
| O |) (| Kein Kontakt |
| X | X | Punktförmiger Kontakt |
| I |] [| Breiter „I“-förmiger Kontakt |
| S |]] | Breiter „S“-förmiger Kontakt (> 1,5 mm Kontaktfläche) |

Proposed classification for interproximal contacts of primary molars using CBCT: a pilot study.
Kirthiga M, Muthu MS, Kayalvizhi G, Krithika C. Wellcome Open Res. 2018 Sep 27;3:98.
doi: 10.12688/wellcomeopenres.14713.2

5

Abb. 5: OXIS-Klassifikation der Kontaktbereiche zwischen den Milchmolaren. (Abb. adaptiert und übersetzt durch Priv.-Doz. Dr. J. Schmoekel nach [Kirthiga et al., 2018].)



Abb. 6a-f: Approximalkariesdiagnostik und Sekundärprävention mittels Silberfluoriden parallel zur Versorgung von Dentinkaries in der Hall-Technik (a). Läsionen treten häufig symmetrisch auf, wie diese Bissflügelaufnahme mit typischen Läsionen distal an den ersten Milchmolaren zeigt (anderer Patient). Bei Detektion von approximaler Dentinkaries an den ersten UK-Milchmolaren (b) (hier bereits versorgt in der SMART-Hall-Technik) sind (initiale) Läsionen approximal bei den OK-Milchmolaren also stets zu vermuten (c). Eine sekundärpräventive SDF-Applikation approximal ist daher erfolgt (hier direkt nach der Applikation und Lichtpolymerisation; die dunklen Verfärbungen auf gesundem Zahnschmelz können im Anschluss weggeputzt werden bzw. persistieren nicht. Die Initialläsionen hingegen verfärbten sich jedoch dunkel/schwarz (d-f). Diese Techniken, also die Applikation von Silberfluorid bzw. die Hall-Technik sind nach vorheriger Zahnseparation mittels Separiergummis leichter durchzuführen bzw. gut zu kombinieren (noch ein anderer Patient).

Muthu et al., 2021). Dies ist nicht verwunderlich und biologisch plausibel, da hier („O“ bzw. „X“) die Approximalreinigung viel leichter ist und auch das Putzen nur mit einer Zahnbürste wohl ausreicht, während bei Kontaktflächen („I“ & „S“) eine ergänzende spezielle Zahzwischenraumreinigung nötig wäre, die in nur wenigen Fällen bei Kindern dieser Altersgruppe tatsächlich stattfindet.

Eine sorgfältige Diagnostik spielt daher eine entscheidende Rolle bei der frühzeitigen Erkennung von Karies: Klinische Inspektion, FOTI, ggf. Separiergummis, Röntgenuntersuchung (Bissflügelauflnahmen). Hier gilt auch, dass Kinder mit Karies auf den Glatt-/Approximalflächen an den oberen Milchschnidezähnen zugleich Approximalkaries an den Milchmolaren aufweisen.

Für die langfristige Mundgesundheit ist besonders die Kaufläche des ersten Molaren wichtig, da sie häufig von Karies betroffen ist. Besonders die Phase des Zahndurchbruchs birgt ein erhöhtes Risiko,

da die Reinigung mit der oft angewendeten Schrubbtechnik in diesem Bereich nur schwer gelingt (Abb. 7a).

Abhilfe schafft hier die sogenannte Querputztechnik, die gezielter und schonender reinigt (Abb. 7b).

Zudem bemerken Eltern und Kinder mitunter gar nicht, dass hinter den Milchmolaren bereits permanente Zähne durchbrechen und daher diese oft von Plaque bedeckt sind (Abb. 8a), was besonders eindrücklich durch das Anfärben mit Plaqueanfärbelösung zu visualisieren ist (Abb. 8b).



Abb. 7a+b: Die Kaufläche des ersten Molaren wird beim herkömmlichen Zahneputzen häufig nur unzureichend gereinigt (a). Die Querputztechnik – insbesondere bei durchbrechenden Zähnen – ist daher eine effektive Methode zur gezielten Plaqueentfernung (b).

Präventive Maßnahmen in der Individualprophylaxe bei erhöhtem Kariesrisiko

Kariesrisiko auf Patientenebene

Das individuelle Präventionskonzept bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko (Tab. 5) sollte sich an den etablierten Säulen der Kariesprophylaxe orientieren. Besonderes Augenmerk ist auf eine gesteigerte Frequenz von Fluoridapplikationen sowohl in der zahnärztlichen Praxis („in-office“) als auch im häuslichen Umfeld zu legen. Darüber hinaus ist eine Verbesserung des Putzverhaltens anzustreben, insbesondere durch ein gezieltes Elterntesting beim Nachputzen der Kinderzähne – beispielsweise das Querputzen der durchbrechenden ersten Molaren (vgl. Abb. 7). Die Anwendung von Fluoriden stellt dabei die effektivste Maßnahme der Kariesprävention dar, wie auch eine internationale Expertengruppe verschiedener Fachgesellschaften im Bereich der präventiven und noninvasiven Therapie bestätigt (siehe Tab. 7).

Beim Durchbruch der ersten permanenten Molaren kann von einem grundsätzlich erhöhten Kariesrisiko für die Okklusalflächen ausgegangen werden, da diese Zähne typischerweise die höchste Karieslast aufweisen. Neben den nichtinvasiven Maßnahmen wie der Optimierung der Mundhygiene hat sich hier die Fissurenversiegelung als bewährte Methode etabliert. Sie kann – indikationsgerecht – eine sinnvolle Ergänzung zum Querputzen darstellen.

Ähnliches gilt für die zweiten Molaren: Allerdings erfolgt bei diesen in der Regel kein elterliches Nachputzen mehr, da die Kinder beim Durchbruch dieser Zähne meist bereits ein Alter erreicht haben, in dem sie ihre Zahnpflege eigenständig durchführen.

Mit den bereits seit ein paar Jahren implementierten Früherkennungsuntersuchungen (FU), der Fluoridlackapplikation (FLA) sowie der Früherkennungsuntersuchung Prophylaxe (FU Pr) für Kleinkinder/Kita-Kinder, kombiniert mit den ab dem sechsten Geburtstag einsetzbaren Individualprophylaxeleistungen (IP1, IP2, IP4,



Abb. 8a–d: Dieses Kind zeigt bereits im Milchgebiss Karieserfahrung (multiple Füllungen), was auf Patientenebene ein erhöhtes Kariesrisiko signalisiert. Zusätzlich befinden sich die „6er“ aufgrund des Zahndurchbruchs in einer typischen Kariesrisikophase (a).

Das Anfärben der Plaque ist ein hilfreiches Instrument zur Beurteilung der Mundhygiene (b) und unterstützt gleichzeitig das Kind bei der gezielten Entfernung der Beläge. Erst auf gründlich gereinigten Zahnoberflächen ist eine zuverlässige Kariesdiagnostik möglich (c).

In Fällen wie diesem kann – bedingt durch das flächen- und patientenspezifische Kariesrisiko sowie bestehende Kariesaktivität – eine temporäre „therapeutische bzw. sekundärpräventive“ Versiegelung mit Glasionomerzement sinnvoll sein (d). Diese sollte bevorzugt werden, wenn eine suffiziente Trockenlegung, etwa wegen einer noch vorhandenen Schleimhautkapuze und/oder geringer Mitarbeit des Kindes, für eine Kunststoffversiegelung nicht möglich ist.

IP5), stehen strukturierte und abrechenbare Leistungspositionen zur Verfügung. Diese ermöglichen eine systematische Diagnose, Prävention, Kontrolle und Therapie (bzw. ein Management) von Karies und sollten konsequent in der zahnärztlichen Praxis umgesetzt werden.

Die Applikation von Fluoridlack beim Kleinkind (FLA) kann bis zu zweimal halbjährlich erfolgen. Ab sechs Jahren ist die Fluoridierungsleistung IP4 zweimal jährlich vorgesehen; bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko kann auch hier eine Fluoridanwendung bis zu zweimal pro Halbjahr als Kassenleistung durchgeführt werden.

Diese Maßnahmen stellen zentrale Bausteine der Kariesprävention dar – sowohl zur Vermeidung frühkindlicher Karies (Early Childhood Caries, ECC, bzw. Nuckelflaschenkaries) als auch zur Prophylaxe im bleibenden Gebiss im Rahmen der Individualprophylaxe.

Eine Herausforderung bleibt jedoch die tatsächliche Inanspruchnahme dieser Leistungen – insbesondere im Rahmen der IP-Leistungen, da diese nur wirksam werden können, wenn die Kinder regelmäßig in der Zahnarztpraxis vorgestellt werden (vgl. Abschnitt „Kariesrisiko auf Bevölkerungsebene“).

ZEITRASTER DER ZAHNÄRZTLICHEN FÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNG BEI KINDERN ZWISCHEN DEM SECHSTEN UND 72. LEBENSMONAT

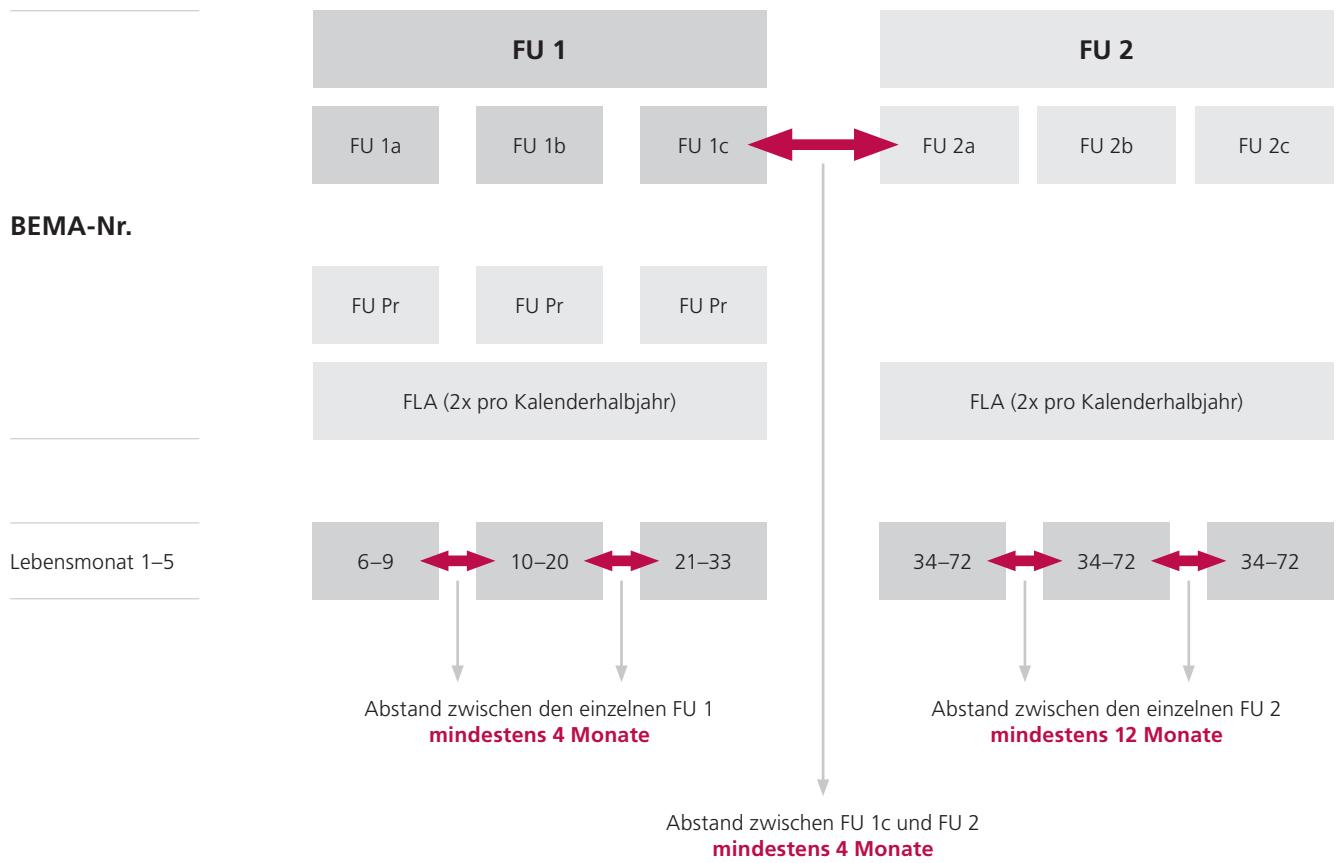


Abb. 9: Grafische Darstellung der Abrechnungsmöglichkeiten von FU 1, FU 2, FU Pr, FLA bei Kindern aus dem ECC-Ratgeber der KZBV und BZÄK.

Zur gezielten Vermeidung von ECC wurde ein praxisorientierter Ratgeber für Zahnärztinnen und Zahnärzte entwickelt, der online frei verfügbar ist: www.kzbv.de/fruehkindliche-karies-vermeiden.1030.de.html.

Dieser enthält zahlreiche praktische Hinweise, inklusive der Abrechnungszeiträume (siehe Abb. 9), die Fluoridlackapplikation ist hier jedoch unabhängig vom Kariesrisiko abrechenbar.

Fissurenversiegelungen

Die frühzeitige und präzise Diagnose aktiver initialer kariöser Läsionen ist insbesondere bei der permanenten Dentition von großer Bedeutung, um minimalinvasive Maßnahmen wie die Fissurenversiegelung gezielt und wirksam einzusetzen zu können. Fissuren- und Grübchenversiege-

lungen gelten in diesem Zusammenhang als zahnflächenspezifische präventive oder therapeutische Maßnahmen – insbesondere bei Vorliegen initialer kariöser Veränderungen. Ein Cochrane-Review zeigt jedoch lediglich eine moderate Evidenz für den kariesprotektiven Effekt von Versiegelungen im Vergleich zu keiner Behandlung, insbesondere hinsichtlich der Verhinderung von Kariesinitiation (Ahuovo-Saloranta et al., 2017).

Daher wird empfohlen, Versiegelungen selektiv und risikobasiert anzuwenden – etwa bei durchbrechenden permanenten Molaren von Kindern mit erhöhter Karieserfahrung im Milchgebiss. Eine generelle Versiegelung kariesfreier Zähne ohne Anzeichen von Kariesaktivität oder erhöhtem Kariesrisiko gilt laut aktueller Evidenzlage nicht als kosteneffektive Strategie (Neusser et al., 2014).

Die Indikationen zur Fissuren- und Grübchenversiegelung an permanenten Molaren sind in Tabelle 6 aufgeführt – entsprechend der aktualisierten deutschen S3-Leitlinie zur Kariesprävention (Kühnisch et al., 2024).

Bevorzugt sollte ein kunststoffbasiertes Versiegelungsmaterial (Methacrylat-basierter Kunststoff) verwendet werden. Die S3-Leitlinie empfiehlt eine Ätzzeit von mindestens 30 Sekunden auf unbehandeltem Schmelz vor der Applikation des Versiegelungsmaterials – eine Neuerung gegenüber früheren Empfehlungen.

Bei eingeschränkter Trockenlegung – wie häufig in der sogenannten Risikophase bei durchbrechenden ersten oder zweiten Molaren – kann alternativ Glasionomerzement zum Einsatz kommen (vgl. Abb. 6d). Dieses Material lässt sich ins-

INDIKATIONEN

Kariesfreie Fissuren und Grübchen bei Patienten mit erhöhtem Kariesrisiko (dazu zählen z.B. Patienten mit Karieserfahrung im Milchgebiss sowie Patienten, die bereits einen kariösen bleibenden Molaren aufweisen).

Kariesfreie Fissuren und Grübchen mit einem anatomisch kariesanfälligen sowie bei hypomineralisierten oder hypoplastischen Zähnen unabhängig vom Kariesrisiko.

Fissuren und Grübchen bei nicht kavitierten Initialläsionen unabhängig vom Kariesrisiko.

Fissuren und Grübchen bei Patienten mit Allgemeinerkrankungen bzw. körperlichen und/oder geistigen Behinderungen, die eine effektive tägliche Mundhygiene nur begrenzt umsetzen können.

Partiell oder vollständig verloren gegangene Fissurenversiegelungen sollten bei unverändertem Kariesrisiko repariert bzw. erneuert werden.

Tab. 6: Indikationen zur Fissuren- und Grübchenversiegelung an den permanenten Molaren in Anlehnung an die aktuell gültige erst kürzlich überarbeitete deutsche S3-Leitlinie (Kühnisch et al., 2024).

| | | | | |
|---------------------------------------|--|---------|---|------------------------|
| Präventive und noninvasive Behandlung | Die primäre Maßnahme zur Prävention von Okklusalkaries in der bleibenden Dentition ist das Putzen mit fluoridiertem Zahnpasta ($\geq 1\,000\text{ ppm}$). | stark | Zustimmung neutral Ablehnung Median: | 87% 12% 0%* 9 |
| | Ein spezieller Fokus sollte darauf liegen, beim Putzen die Okklusalflächen der durchbrechenden permanenten Prämolaren und Molaren zu erreichen, da sie unterhalb der Okklusalebene liegen. | schwach | Zustimmung neutral Ablehnung Median: | 91% 4% 4%* 9 |
| | Zusätzliche präventive Fluoridlackapplikationen oder die Nutzung von Fluoridgelen ist ratsam für Zähne, Personen, Gruppen oder Bevölkerungen mit höherem Kariesrisiko, -aktivität und -prävalenz. | moderat | --- | |
| Mikroinvasive Interventionen | Aufgrund der hohen Kosten sollten präventive Versiegelungen auf Zähne, Personen, Gruppen oder Bevölkerungsgruppen mit höherem Kariesrisiko, -aktivität oder -prävalenz beschränkt werden. | schwach | Zustimmung neutral Ablehnung Median: | 95% 0% 5% 9 |
| | Präventive Versiegelungen sollten mit dünnflüssigen Kompositen durchgeführt werden. Für Zähne im Durchbruch oder bei Problemen mit der Trockenlegung, können Glasionomerzemente verwendet werden. | Schwach | Zustimmung neutral Ablehnung Median: | 95% 0% 4%* 10 |
| | Nicht kavierte okklusale kariöse Läsionen können mit noninvasiven Therapiemaßnahmen arretiert werden. | schwach | Zustimmung neutral Ablehnung | 88% 8% 4% |
| Invasive Interventionen | Nicht kavierte okklusale kariöse Läsionen sollten versiegelt werden, wenn diese nicht erfolgreich durch noninvasive Maßnahmen inaktiviert werden können. | schwach | Zustimmung neutral Ablehnung Median: | 83% 8% 8%* 9 |
| | Kavierte okklusale kariöse Läsionen sollten mit Füllungen restauriert werden, vorzugsweise defektorientiert, mit Kompositkunststoffen, nach konventioneller Kariesentfernung sowie ggf. einer nachfolgenden Versiegelung der übrigen Fissuren bei bestehendem Kariesrisiko. Der traditionelle Ansatz des „Extension for Prevention“, bei dem das gesamte Fissurensystem in die Restauration einbezogen wird, wird nicht empfohlen. Bei tiefen kariösen Läsionen sollte die kariöse Zahnhartsubstanz selektiv entfernt und der Defekt mit einer dichten Füllung restauriert werden. | Schwach | Zustimmung neutral Ablehnung Median: | 91% 4% 4%* 9 |

Tab. 7: Konsensus-Empfehlungen der European Organisation for Caries Research (ORCA) und der European Federation of Conservative Dentistry (EFCD/DGZ) zum Management okklusaler Karies im bleibenden Gebiss (Splieth et al., 2020). Es wird die Evidenzstärke (schwach, moderat, hoch) und die Zustimmung der Konsensusgruppe zu den Statements (von 0 [stimme gar nicht zu] bis 10 [stimme voll zu]) angegeben. Ein Votum von 7 bis 10 wurde als Zustimmung gewertet; die %-Zustimmung runden nicht immer auf 100%. Zusätzlich wird der Median aller Voten (0–10) angegeben.

besondere bei kooperationsschwachen Kindern einfacher applizieren, hat eine Art Fluoridakkueffekt, weist jedoch geringere Retentionsraten auf (wächst sich raus) und sollte daher, als temporäre Versiegelung betrachtet werden.

Schlussfolgerungen

Die Beurteilung des Kariesrisikos und der Kariesaktivität bei Kindern erfordert eine sorgfältige Diagnostik und kann differenziert nach Bevölkerungsgruppen, Altersstufen, individuellen Patientenmerkmalen sowie auf Zahnebene erfolgen. Dabei spielen insbesondere die bisherige Karieserfahrung, der sozioökonomische Status bzw. Bildungsstand sowie alterstypische Prädilektionsstellen (u.a. Art der Approximalkontakte) für neue kariöse Läsionen eine zentrale Rolle.

Zentrale Bausteine der Kariesprävention und des non- bzw. minimalinvasiven Kariesmanagements umfassen:

- die regelmäßige häusliche Anwendung fluoridhaltiger Zahnpflegeprodukte (z.B. Zahnpasta, Fluoridgel),
- gezieltes Zahnputztraining (u.a. Querputzen), idealerweise unter Einbindung der Eltern,
- professionelle Fluoridapplikationen in der zahnärztlichen Praxis (Frequenz nach Risiko),
- eine zahngesunde Ernährung sowie regelmäßige Zahnarztbesuche zur frühzeitigen Diagnostik und rechtzeitigen, möglichst minimalinvasiven Intervention – wie etwa die Fissurenversiegelung.

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

OA Priv.-Doz. Dr.
Julian Schmoekel



Prof. Dr. Christian
H. Slieth



OÄ Priv.-Doz. Dr.
Ruth M. Santamaría



OA Dr. Mhd Said Mourad



OA PRIV.-DOZ. DR. JULIAN SCHMOECKEL

Poliklinik für Kinderzahnheilkunde
Walther-Rathenau-Straße 42
17475 Greifswald
Tel.: +49 3834 8671-36
julian.schmoekel@uni-greifswald.de
<https://www.dental.med.uni-greifswald.de/abteilung/kinder/>

PROF. DR. CHRISTIAN H. SPLIETH

Poliklinik für Kinderzahnheilkunde
Büro: Fleischmannstraße 42–44
Walther-Rathenau-Straße 42
17475 Greifswald
slieth@uni-greifswald.de
<https://www.dental.med.uni-greifswald.de/abteilung/kinder/>



OÄ PRIV.-DOZ. DR. RUTH M. SANTAMARÍA

Poliklinik für Kinderzahnheilkunde
Walther-Rathenau-Straße 42
17475 Greifswald
<https://www.dental.med.uni-greifswald.de/abteilung/kinder/>

OA DR. MHD SAID MOURAD

Poliklinik für Kinderzahnheilkunde
Walther-Rathenau-Straße 42
17475 Greifswald
mhd.mourad@uni-greifswald.de
<https://www.dental.med.uni-greifswald.de/abteilung/kinder/>

Wissen, das wirkt –

Das JAHRBUCH IMPLANTOLOGIE '25 | '26



Besuchen Sie uns in
den **sozialen Medien**.

Abwechslung im Speiseplan

Was der Zahnschmelz von Saurierzähnen erzählt



© dottedyeti - stock.adobe.com

Die Nahrung von Dinosauriern war weitaus vielseitiger als bisher angenommen. Für mehr Abwechslung im Speiseplan zogen die Ur-Reptilien durchaus quer durch die Lande. Ein internationales Team von Wissenschaftlern fand nach Analyse von Abnutzungsspuren an fossilen Saurierzähnen hierfür zahlreiche Indizien und konnte nicht nur Rückschlüsse auf das Fressverhalten ziehen, sondern auch darauf, wo wohl vor rund 150 Millionen Jahren die besten Futterplätze gewesen sind.

„Dass sich aus mikroskopisch kleinen Kratzern Rückschlüsse auf Ernährung und sogar Verhalten ziehen lassen, ist für mich immer wieder faszinierend“, zieht Daniela Winkler, Expertin für die angewandte Methodik an der Universität Kiel, Bilanz. Die sogenannte „Dental Microwear Texture Analysis“ (DMTA), ursprünglich am Leibniz-Institut zur Analyse des Biodiversitätswandels für Säugetiere (LIB) entwickelt, kam nun erstmals bei Sauropoden zum Einsatz.

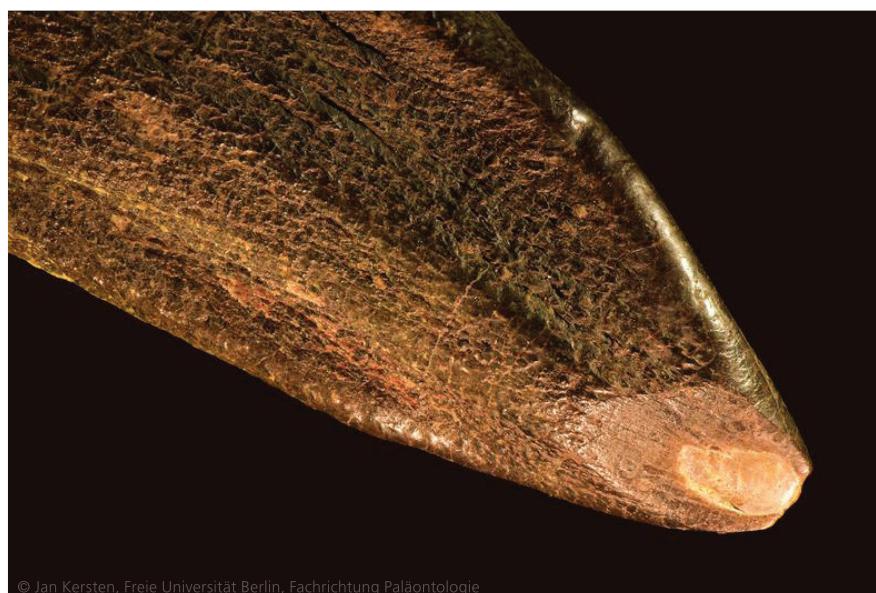
Zahnschmelz als Umweltarchiv

Analysiert wurden 322 hochauflöste 3D-Scans von Zahnoberflächen. Die Zähne stammten von 39 Sauropoden, die man in Portugal (Lourinhã-Formation), den USA (Morrison-Formation) und in Tansania (Tendaguru-Formation) gefunden hatte. Die Proben wurden direkt von Originalzähnen oder von hochauflösenden Silikonabformungen genommen. „Wir sprechen hier von Strukturen im Mikrometerbereich“, erklärt Winkler. „Diese winzigen Abnutzungsspuren entstehen durch den Kontakt zwischen Zahn und Nahrung – sie zeigen, was die Tiere in den letzten Tagen oder Wochen ihres Lebens gefressen haben.“

Unterschiede zwischen Arten und Regionen

Die statistischen Auswertungen offenbaren teilweise deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Gruppen von Sauropoden und ihren jeweiligen Fundorten. Besonders auffällig war die große Variabilität

in den Abnutzungsmustern bei den Flaggellicaudaten, einer Gruppe besonders langschwänziger Sauropoden, zu denen auch der bekannte Diplodocus zählt. Diese Heterogenität lässt vermuten, dass diese Tiere über wechselnde Nahrungsquellen verfügten und ein wenig spezialisiertes Fressverhalten zeigten.



© Jan Kersten, Freie Universität Berlin, Fachrichtung Paläontologie

Zahn eines Giraffatitan aus Tansania (Museum für Naturkunde Berlin, MB.R.2180.20.1). Die Abnutzungsfläche mit den Kratzern auf der Zahnspitze ist gut sichtbar.

Überrascht waren die Wissenschaftler von den sehr gleichförmigen Abnutzungsspuren bei den Camarasauriern aus Portugal und den USA. Die Konsistenz der Mikromuster lässt sich kaum allein durch gleichbleibende Pflanzenarten erklären – vielmehr deutet sie darauf hin, dass diese Tiere für ihre bevorzugten Nahrungsvorlieben ganz gezielt auf Wanderschaft gingen. „Das Klima damals war sehr saisonal in Portugal und den USA, sodass gewisse Pflanzen wahrscheinlich nicht das ganze Jahr hindurch verfügbar waren“, erklärt Dr. Emanuel Tschopp vom LIB.

Anders verhielt es sich bei den Proben von Titanosauriern aus Tansania. Hier gab es eine deutlich stärkere und komplexere Abnutzung. Die Forscher interpretieren dies als Folge besonderer Umweltbedingungen in der Tendaguru-Region im Südosten von Tansania mit ihrem tropischen bis halbtrockenen Klima. Ein großer Wüstenabschnitt war wohl dafür verantwortlich, dass die Pflanzen vermutlich teils mit Quarzsand überzogen waren und dieses mit Sand „verunreinigte“ Futter dürfte für die stark abrasiven Spuren auf den Zähnen verantwortlich sein.

Schlüsselfaktor Klima

Auch zwischen den Regionen selbst zeigten sich deutliche Unterschiede. Saurierzähne aus Tansania waren durchweg stärker abgenutzt als solche aus Portugal oder den USA. Der entscheidende Einflussfaktor? Das Klima! „Einer der interessantesten Aspekte ist, dass es uns gelungen ist, die Unterschiede in den Mustern der dentalen Abnutzungen mit der Paläogeografie und den Habitatpräferenzen der verschiedenen Sauropoden-Faunen in Beziehung zu setzen“, resümiert André Saleiro von der Universität NOVA in Lissabon. Laut Tschopp könne man mit diesen mikroskopisch kleinen Spuren nun auch Aussagen über das Verhalten riesiger Tiere treffen. Migration, Spezialisierung, Nischennutzung werde jetzt greifbar. Eine weitere Besonderheit: Die Zahnoberflächen haben sich auch in ihrer Abnutzung je nach Stelle unterschieden – außen an der Zahnwand (bukkal) oder oben auf der Kaufläche (okklusal). Diese Unterschiede wurden in der Analyse gesondert berücksichtigt, um verfälschende Effekte zu vermeiden.



Original-Schädel des Giraffatitan aus Tansania (Museum für Naturkunde Berlin, MB.R.2223).

Bedeutung für die Biodiversitätsforschung

Mit ihrer Arbeit liefern die Wissenschaftler nicht nur neue Einblicke in das Leben einzelner Dinosaurierarten – sie tragen zum grundlegenden Verständnis paläoökologischer Zusammenhänge bei. Nischenaufteilung, klimabedingte Anpassungen und potenzielle Konkurrenzvermeidung lassen sich damit auch in fossilen Lebensgemeinschaften nachweisen. „Wir zeigen, dass ökologische Prinzipien wie Nischenbildung und Migrationsverhalten nicht nur heute, sondern auch schon vor 150 Millionen Jahren bedeutend waren“, so Winkler. Tschopp ergänzt: „Die Sauropoden in der Morrison-Formation zeigen eine enorme Artenvielfalt – diese Vielfalt

war nur möglich, weil sich die Arten unterschiedlich verhielten und verschiedene Nahrungsniischen besetzten.“

Die Arbeit der Wissenschaftler ist noch längst nicht abgeschlossen. Weitere Untersuchungen zielen beispielsweise auf die Nahrungsvorlieben von Jungtieren und erwachsenen Sauriern ab. Claudia Winkler: „Unsere Werkzeuge werden besser – und damit auch unser Bild davon, wie das Leben damals wirklich war.“ – „Wir stehen mit dieser Methodik noch am Anfang“, ergänzt Tschopp. „Aber die Kombination aus Paläontologie, moderner Technik und interdisziplinärer Zusammenarbeit eröffnet faszinierende Einblicke in vergangene Welten.“

Redaktion



„Mit vollen Herzen und leeren Koffern“

Dr. Gretel Evers-Lang über ihren Einsatz in einem äthiopischen Kinderdorf

Die Zahnstation im Kinderdorf „Selam“ in Addis Abeba ist eine echte Erfolgsgeschichte. Begonnen hat sie 2014, als der Verein „Zahnärzte helfen e.V.“ eine mobile Behandlungseinheit nach Äthiopien brachte. Mittlerweile ist daraus eine komplett ausgestattete Praxis samt OPG geworden. Regelmäßig reisen deutsche Zahnärzte nach Addis Abeba und behandeln unentgeltlich die Kinder, Lehrer und Mitarbeiter des Selam. Eine von ihnen ist Dr. Gretel Evers-Lang, die ihre Eindrücke in einem sehr persönlichen Erfahrungsbericht zusammengefasst hat.

Wieder am Flughafen Frankfurt am Main. Wieder am Abend, wieder ein Nachtflug, wieder ein Einsatz. Meine letzte Reise, Nepal, lag kaum drei Monate zurück, eine dental clinic in den Mittelgebirgen. Diesmal geht es nach Afrika, immerhin wenig Zeitverschiebung, diesmal nahe der Hauptstadt Addis Abeba, ein Kinderdorf nach dem bekannten Modell, errichtet vor fast 40 Jahren von einer Schweizerin, in einer Zeit, als im deutschen Fernsehen

Bilder von Kindern mit aufgeblähten Bäuchen als Inbegriff der Hungersnot der frühen 1980er-Jahre kursierten. Zahai Röschli, selbst ehemals äthiopisches Waisenkind, war seinerzeit von einem schweizerischen Ehepaar adoptiert worden, die Geschichte ist nachzulesen im Internet (siehe Kasten).

In Addis Abeba angekommen treffe ich sogleich auf Bianca, die ich 2024 bei meinem Einsatz in Namibia kennengelernt habe und die sich bereit erklärt hat, mich als Assistentin zu unterstützen, was sich als ganz wunderbar herausstellen wird. Dann, vor dem Flughafen, die unbekannte Welt. Zum Glück empfängt uns die liebe Zahai persönlich mit einem hinreichend großen Fahrzeug, das auch Platz genug für unsere vier spendenvollen Koffer vorhält.

Die Stadt offenbart sich als aufstrebende Metropole mit ambitionierter Bautätigkeit. Große Grünflächen zerteilen sechsspurige Stadtautobahnen, auf denen europäische Verkehrsregeln bestenfalls als

fakultativ angesehen werden. Baulich getrennt angelegte, asphaltierte Fahrradwege, wenngleich noch ungenutzt, lassen erahnen, in welche Richtung sich die Stadt entwickeln will. Zur Stunde jedoch mischen sich hochmoderne ElektroGroßraumbusse und bunt geschmückte Vehikel, denen die Fahrtüchtigkeit in unserem Land längst entzogen worden wäre.

Immerhin, die blaue TukTuk-Flotte und die Pferde- und Eselkarren sind der Stadt verwiesen worden, aber auf den Landstraßen immer noch regelmäßig, neben anderen tierischen Überraschungen (Ziegen, Kühe, Marabus ...), anzutreffen.

Nach etwa 25 Minuten Fahrt erreichen wir die Pforte des Kinderdorfes. Dahinter eine geordnete Welt, geprägt von tief-religiöser Geisteshaltung, Nächstenliebe und Fleiß. Das Guesthouse, in dem wir unterkommen, ist ebenfalls eingezäunt und umgeben von einem gepflegten Garten mit Terrasse und Sitzgelegenheiten. Später werden wir herausfinden, dass der



Zaun uns vor den Hyänen schützt, die in der Dunkelheit kaum 15 Meter vom Haus entfernt zu hören (und zu sehen) sind.

Die fußläufig entfernte medizinische Station, ein stabiles Gebäude mit Untersuchungs- und Büroräumen, überdachten Wartebereichen und einem sauber aufgeräumten Karteikartenzimmer überrascht uns mit einem hochmodernen und nagelneuen digitalen Großröntgengerät (OPG) sowie einem über die gesamte Dauer unseres Einsatzes sehr zuverlässig funktionierenden Behandlungsstuhl. Der Tagesschlafraum ist hell und freundlich, die Materialien übersichtlich sortiert. Das Herz der dental clinic jedoch ist Sintayehu, eine zahnmedizinische Fachassistentin, wie sie sich jeder für seine oder ihre Praxis wünschen würde: warmherzig und klug, wissbegierig, unermüdlich. An ihrem freien Tag steht sie acht Stunden mit uns in der Praxis und unterstützt uns bei der Organisation der Reihenuntersuchung aller Kinderdorf-familien, denn auch die Kinder haben am ersten Mai schulfrei. An diesem Tag versiegeln wir Zähne im Akkord, Sinta wird künftig diese Aufgabe übernehmen können.

Nach kurzer Orientierung fangen wir gleich am Ankunftstag mit der Arbeit an, davon gibt es reichlich. Das Behandlungsspektrum umfasst „das Übliche“: schmerzende, pulpitische Zähne, Extraktionen, behinderter Durchbruch bleibender Zähne bei persistierenden Milchzähnen wegen Engstandes, kieferorthopädische Fehlstellungen, insbesondere offene Bisse und Kreuzbisse im Frontzahnbereich, ausgelöst sehr wahrscheinlich durch schädliche Gewohnheiten wie Daumenlutschen.

Auch Parodontitis ist ein Thema, so mancher Wunsch nach Zahnreinigung entpuppt sich schon bei der Geruchsprobe als floride, behandlungsbedürftige PA. Nicht jedem Wunsch kann entsprochen werden, zuweilen ist die Hoffnung auf einen „neuen“ Zahn bei vereitertem verbliebenem Wurzelrest nicht zu erfüllen. Jedoch können dank von mir mitgebrachter Silberfluoridlösung (Riva Star) einige tief zerstörte Milchzähne in situ verbleiben, und auch monolithische Zirkonbrücken sind mit digitaler Abformung und zuverlässigen Versandwegen aus Deutschland (Danke an „Dental Direkt“) möglich.

Der Arbeitstag wird von Tag zu Tag länger, schier läuft uns die Zeit davon, allem Bedarf nach Behandlung gerecht zu werden, wir verzichten auf die Mittagspause und verlassen die Klinik als Letzte, das Klinikpersonal versorgt uns liebevoll mit frisch gebrühtem Kaffee und Obsttellern. Das Screening der Kinderdorffamilien schaffen wir in der Kürze der Zeit nur, weil wir einen längst verräumten Behandlungs-klapptstuhl aus den ersten Tagen der dental clinic reaktivieren und so gleichzeitig je zwei Kinder aus einer Kinderdorffamilie untersuchen können. Kleine Präsente, mitgebrachte Kuscheltierchen, Zahnbürsten oder Kinderzahncreme, manchmal auch nur ein Luftballon, motivieren selbst die Kleinsten, den Mund aufzumachen. Der großzügigen Spende eines Sportartikelhändlers haben wir es zu verdanken, dass Bianca jeder Kinderdorffamilie einen professionellen Fußball überreichen kann, was in einem Land, wo die verwendeten „Fußbälle“ eher wie eine Plastikflasche aussehen, für Aufsehen und Begeisterung sorgt.

Besondere Freude macht uns der Besuch der daycare-Kinder, die Zwei- bis Vierjährigen werden im Kinderdorf betreut, damit ihre zumeist mittellosen und alleinerziehenden Mütter währenddessen einer Arbeit nachgehen und so die Kinder dauerhaft bei ihren Müttern verbleiben können. Eine Reihenuntersuchung bei rund 80 der 160 Kinder belohnen wir mit mitgebrachten Kuscheltieren (Spenden meiner Patienten und Mitarbeiterinnen) und Kinderkleidung aus Biancas Freundeskreis. Belohnt werden wir mit herzlichen Umarmungen und feuchten Küssem.

Mit vollen Herzen und leeren Koffern reisen wir viele verabreichte Füllungen und gezogene Zähne später wieder heim.



Wir lassen Menschen zurück, die uns Vertrauen geschenkt und Einblicke in ihr Leben gewährt haben. Und einmal mehr ist mir klar, was für ein Privileg es ist, diese Arbeit an Menschen tun zu dürfen.

Dr. Gretel Evers-Lang

Der Verein „Äthiopische Kinderhilfe SELAM e. V.“, gegründet am 4. Februar 1995, ist eine humanitäre Hilfsorganisation, die notdürftige Kinder und Jugendliche in Äthiopien unterstützt und fördert. Ein wesentlicher Teil der Hilfe geht an das Selam Children's Village in Addis Abeba.

Kontakt:

Äthiopische Kinderhilfe SELAM e. V.
Dr. Stefan Böhm
Tel: +49 1511 2195371
kinderhilfe.aethiopien@gmx.de
Weitere Informationen unter <https://selam-aethiopien.de/>



Neues minimalinvasives Behandlungskonzept für MIH



MIH (Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation) betrifft weltweit jedes siebte Kind. Oft leiden die Patienten nicht nur unter den ästhetischen Beeinträchtigungen, sondern auch unter starken Zahnsensibilitäten. Selbst soziale Ausgrenzung ist keine Seltenheit. Dennoch gibt es bislang kaum altersgerechte Behandlungsmöglichkeiten für diese junge Patientengruppe. DMG präsentiert nun eine neue, schonende Behandlungsoption.

Infiltration mit Icon: Gamechanger für MIH-Patienten

Das minimalinvasive Infiltrationsverfahren mit Icon Vestibular bietet eine effektive und sanfte Lösung für MIH an Frontzähnen. Der behandelte Bereich passt sich nahtlos dem gesunden Zahnschmelz an. Zudem bleibt die gesunde Zahsubstanz erhalten – ein entscheidender Vorteil in der Behandlung junger Patienten.

Medizinisches Bleaching, passgenaue 3D-Bleaching-Schiene

Für ein optimales Gesamtergebnis ist es erforderlich, die Zähne auf die Infiltration vorzubereiten. Durch die Vorbehandlung der Schmelzopazitäten werden die Läsio-



nen konditioniert. Mit dem Flairesse Bleaching Gel steht nun ein Medizinprodukt zur Verfügung, das dank seiner niedrigen Konzentrationen diese Vorbereitung auf schonende Art ermöglicht – auch bei Kindern und Jugendlichen. Ein weiterer Baustein ist die 3D-gedruckte DentaMile Bleaching-Schiene. Entscheidende Pluspunkte: präzise, individuell anpassbare Reservoirs und die ausgezeichnete Randabdichtung.

Mehr Infos zur neuen
MIH-Behandlung auf
[www.dmg-dental.com/
mih-workflow](http://www.dmg-dental.com/mih-workflow)

Infos zum
Unternehmen



DMG
Tel.: 0800 3644262
(Kostenfreies Servicetelefon)
www.dmg-dental.com

Stark und flexibel mit hohem ästhetischen Anspruch



Innovation inspiriert durch die Natur–biokeramische Ceramir CAD/CAM BLOCKS

Die lasergesinterten und vitrifizierten Ceramir CAD/CAM BLOCKS haben ähnliche ästhetische Eigenschaften wie Feldspatglaskeramik, sind jedoch nicht so spröde und hart wie reine Keramik und Zirkon. Die Festigkeit ist ähnlich wie bei Keramik, sie behalten jedoch die Flexibilität von Hybridwerkstoffen.

Merkmale und Vorteile

- Ästhetisch hochwertiges, lebensechtes Erscheinungsbild in Kombination mit hoher Festigkeit (560 MPa Druckfestigkeit)
- Biomimetisch (20 GPa Flexibilitätsmodul) und frei von Bisphenol A
- Lasergesintert und vitrifiziert, kein zusätzliches Brennen erforderlich, schnelles Polieren nur mit einer Ziegenhaarbürste sowie einfaches Zementieren
- Kosteneinsparung durch schnellere Verarbeitung und bis zu 3 x längerer Lebensdauer von CAD/CAM Fräsern sowie Energieeffizienz.

Die Ceramir CAD/CAM BLOCKS werden durch die Kombination von drei Dentaltechnologien in einem einzigen Material hergestellt, wobei die Vorteile jedes Systems genutzt und zu einem hochästhetischen Material verschmolzen werden, das dabei in einer hohen Festigkeit (560 MPa) sowie Flexibilität (20 GPa) resultiert.

Das Material besteht aus einer Kombination von reiner Glaskeramik, partikelgefüllter Keramik und Carbon-Technologie in einem Block. Durch die Kombination wird die hervorragende Ästhetik und Druckfestigkeit genutzt, ohne dass deren Sprödigkeit und Härte zum Tragen kommt. Dem Material wird ein kleiner Anteil Carbon hinzugefügt, um Elastizität und somit eine biomimetische Eigenschaft zu erzielen. Flexibilität und Härte entsprechen

jeweils dem natürlichen Dentin sowie Enamel. Zudem sorgen Zinkoxid-Nanopartikel für antibakterielle Eigenschaften. Dieses Material gehört zu einer neuen Generation von Keramik, nämlich zur biomechanischen Glaskeramik. Es wird durch ein patentiertes Laserverfahren hergestellt, bei der die Glaskristalle versintert sowie vitrifiziert werden. Der fertige biokeramische Ceramir CAD/CAM BLOCK zeichnet sich somit durch eine homogene Glaskeramikphase aus, welche in eine Carbon-Matrix eingebettet ist. Da es sich um eine anorganische, kristalline biokeramische Glasphase handelt, bietet das Material den Vorteil einer biomimetischen Mechanik, eines bioästhetischen Erscheinungsbildes sowie von Biokompatibilität, da es völlig frei von BIS GMA, BIS EMA und UDMA ist.

DIRECTA AB

Alexander Haid
Tel.: +49 171 8187933
www.directadental.com

ANZEIGE



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



Günstiger Zahnersatz aus Deutschland

Bisher galt Zahnersatz aus deutschen Dentallaboren als vergleichsweise teuer. Nicht jeder Patient verfügt jedoch über das Einkommen, um sich eine individuell angefertigte Versorgung leisten zu können. Ab sofort bietet Biomedical Dental in Bad Wildungen hochwertigen Zahnersatz, der komplett in Deutschland gefertigt und dennoch erschwinglich ist.

Bislang sahen sich Patienten mit schmalem Budget oft gezwungen, Zahnärzte im Ausland aufzusuchen oder Praxen zu wählen, die mit internationalen Laboren kooperieren. Auf diese Weise ließen sich die in Deutschland hohen Lohnkosten umgehen. Dank Biomedical Dental gehört diese Alternative nun nicht mehr zur einzigen Möglichkeit: Qualitativ hochwertiger und preisgünstiger Zahnersatz wird jetzt auch in Deutschland produziert.

Gründe für günstigen Zahnersatz

- Steigerung der Patientenzahlen durch zufriedene Kunden, die durch ihre Erfahrungen weiterempfehlen
- Erleichterter Verkauf des Zahnersatzes durch attraktives Preis-Leistungs-Verhältnis
- Bessere Durchsetzung des Zahnarzthonorars, da die Laborrechnung transparent und vertretbar ausfällt
- Hohe Produktqualität durch fertigungstechnisches Know-how und moderne Produktionsprozesse

Auch Zirkon-Zahnersatz ist günstig zu erhalten

Zahnersatz muss extremen Kaubelastungen standhalten und dabei natürlich wirken. Zirkoniumoxid erfüllt beide Anforderungen optimal: Es ist widerstandsfähiger als herkömmliche Keramik-

kronen und deutlich ästhetischer als Metallkronen. Obwohl Zirkon traditionell als kostspieliges Material gilt, produziert Biomedical Dental Zirkonversorgungen zu einem Bruchteil der üblichen Kosten. Zahnärzte können damit ihr Praxisprofil schärfen und ihren Patienten rundum zahnfarbene Lösungen bis in den Seitenzahnbereich anbieten.

Günstiger Zahnersatz aus Deutschland ist möglich

Biomedical Dental fertigt Zahnersatz zu 100 Prozent made in Germany und bietet Preise, die bis zu 50 Prozent unter der BEL-Preisliste liegen.

Für weitere Informationen und individuelle Beratung steht Ihnen das Team von Biomedical Dental gern zur Verfügung.

BIOMEDICAL DENTAL GMBH

Odershäuser Straße 23
34537 Bad Wildungen
Tel.: +49 5621 71133
Fax: +49 5621 962899
info@dentmichel.org
www.dent-michel.de

*Biomedical Dental bietet bezahlbaren,
in Deutschland gefertigten Zahnersatz – auch aus Zirkon.*



Rundum-sorglos-Paket

für 2D- und 3D-Röntgengeräte von orangederal

Anwender, die schon einmal eine defekte Röntgenröhre oder einen Sensor austauschen und bezahlen mussten, können ein Lied davon singen. Das Rundum-sorglos-Paket OD PROTECT & CARE von orangederal bewahrt Sie vor teuren Überraschungen und gibt Ihnen Planungssicherheit. Über die zwei Jahre Standardgarantie hinaus bieten orangederal/VATECH im Rahmen einer Sonderaktion beim Kauf eines DVT oder OPG zehn Jahre OD PROTECT & CARE ohne Aufpreis an. Die Garantie umfasst alle Teile (Dienstleistungen und Verbrauchsteile wie z.B. Schläfenstützen oder Kinnauflagen sind ausgenommen). Weiterhin beinhaltet OD PROTECT & CARE ein Jahr byzz Nxt Wartungsvertrag, der die kostenlose Nutzung des 365-Tage-Hotline-Services ermöglicht sowie regelmäßige Updates für die byzz Nxt Software enthält (automatische Verlängerung oder Kündigung drei Monate vor Ablauf). Diese Aktion ist ganz besonders für Praxisgründer interessant, da gerade in der Anfangsphase Planungssicherheit ein wichtiges Thema ist. Da VATECH seine Röntgenröhren und Sensoren in Eigenfertigung und mit einzigartiger Qualität und Zuverlässigkeit herstellt, kann Ihnen orangederal/VATECH dieses außergewöhnliche Angebot anbieten.



Im Rahmen einer Garantie-Aktion bietet orangederal für das zweite Halbjahr 2025 die zehn Jahre OD PROTECT & CARE im Wert von bis zu 10.290 Euro ohne Aufpreis an.

orangederal Produkte stehen für Innovation und Zuverlässigkeit auf höchstem Qualitätsniveau. Die orangederal 7-Tage-Hotline sowie das zwölfköpfige Technikteam gewährleisten einen außergewöhnlichen Service.

ORANGEDENTAL GMBH & CO. KG

Tel.: +49 7351 47499-0
info@orangedental.de
www.orangedental.de



mit oder ohne Alkohol



Oberflächenreinigung- und Desinfektion mit den VAH zertifizierten ALPRO-Wipes.

PlastiSept eco Wipes: Alkoholfreie, gebrauchsfertige und fusselfreie Feuchttücher zur schnellen und gründlichen Reinigung und Desinfektion empfindlicher Oberflächen von Medizinprodukten.

MinutenWipes: Alkoholische, gebrauchsfertige und fusselfreie Feuchttücher zur schnellen und gründlichen Reinigung und Desinfektion der Oberflächen von Medizinprodukten.

In 3 Größen erhältlich

- **Wipes** 30 oder 50 g/m²
- **JumboWipes** 30 oder 50 g/m²
- **MaxiWipes** 50 g/m²



ALPRO®
ALPRO MEDICAL GMBH

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



Europäische Akademie
für zahnärztliche
Fort- und Weiterbildung
der BLZK

Kinderzahnmedizin

Tipps und Tricks für alle



iStock-ID: 1370449690, Kalinovskiy

„Zahnschmerzen wünscht man niemandem – und schon gar nicht kleinen Kindern“.

Die Realität sieht leider anders aus. Prof. Katrin Bekes, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnmedizin, nennt Zahlen: Jedes achte Kind mit 3 Jahren hat Karies, bei den Schulanfängern ist es jedes zweite Kind. Die Expertin: „Die Eltern bemerken die Löcher meistens zu spät. Wir sprechen deswegen von einer stillen Epidemie.“

Sie und Ihre Mitarbeiter erleben diese Realität tagtäglich – trotz der herausragenden Erfolge der Prophylaxe in den vergangenen Jahrzehnten. Und Sie wissen: Die **Besonderheit der Kinderzahnmedizin** liegt dabei weniger in der Tatsache begründet, dass vom Erwachsenen bekannte Konzepte modifiziert werden („Kinder sind keine kleinen Erwachsenen“), als vielmehr darin, dass in einen Organismus eingegriffen wird, der sich noch in Entwicklung befindet!

Fehler und Versäumnisse in diesem Lebensabschnitt wirken sich oft lebenslang aus! Dies gilt nicht nur spezifisch für die Entwicklung des Kauorgans, sondern selbstverständlich auch für die Entwicklung des Gesamtorganismus in psychischer und physischer Hinsicht.

Unsere **Online-Serie „Kinderzahnmedizin – Tipps und Tricks für alle“** vermittelt die zentralen Bausteine für eine erfolgreiche Behandlung von Kindern im Praxisalltag.

Die Liste der Dozentinnen und Dozenten liest sich wie das „**Who is Who“ der deutschsprachigen Kinderzahnmedizin**. Profitieren Sie vom Wissen dieser Experten, von ihren Erfahrungen und den vielen Tipps und Tricks, die das Leben für alle Beteiligten erleichtern: Ein **Win-Win-Modell für Kinder, Eltern und das Praxisteam!**

Die Live-Vorträge mit Diskussion laufen von Oktober bis Dezember 2025 jeweils am Mittwoch. Eine **Buchung der Serie** ist auch während und nach Abschluss der Serie bis zum 30.06.2026 möglich. Alle Vorträge sind für registrierte Teilnehmende **unbefristet „on demand“** im Portal der eazf Online Akademie abrufbar.

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

Vorträge/Termine

Schmerzausschaltung, Sedierung, Narkose

Termin: 29. Oktober 2025, 18.00 Uhr
Dozentin: Dr. Nicola Meißner, Berlin

Angst, Furcht, Phobie – Wie gehe ich damit um?

Termin: 5. November 2025, 18.00 Uhr
Dozentin: Dr. Jutta Margraf-Stiksrud, Marburg

Endodontie im Milch- und Wechselgebiss

Termin: 12. November 2025, 18.00 Uhr
Dozent: Prof. Dr. Jan Kühnisch, München

Konfektionierte Kronen, Lückenhalter und Kinderprothesen

Termin: 19. November 2025, 18.00 Uhr
Dozentin: Prof. Dr. Katrin Bekes, Wien

Füllungstherapie im Milchgebiss

Termin: 26. November 2025, 18.00 Uhr
Dozent: Prof. Dr. Norbert Krämer, Gießen/Marburg

Kariesprophylaxe ohne Risiken

Termin: 3. Dezember 2025, 18.00 Uhr
Dozent: Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Hamburg

Frontzahntrauma im Milch- und Wechselgebiss

Termin: 10. Dezember 2025, 18.00 Uhr
Dozent: Prof. Dr. Gabriel Krastl, Würzburg

Der „besondere Patient“

Termin: 17. Dezember 2025, 18.00 Uhr
Dozent: Dr. Guido Elsäßer, Kernen

Beginn: jeweils 18.00 Uhr

Kosten: EUR 525,00

Fortbildungspunkte: 16

INFORMATION UND BUCHUNG

Details und Registrierung unter:



online.eazf.de

eazf Fortbildungen



| KURS-NR. | THEMA | DOZENT | DATEN | € | PKT | ZIELGRUPPE |
|----------|--|---|---|-----|-----|-----------------|
| B75154 | Kinder – die Zukunft unserer Praxis! | Dr. Uta Salomon | Sa., 18.10.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie | 395 | 7 | ZA, ZÄ, PP |
| B55181 | Fachkunde 3 im Strahlenschutz – Röntgendiagnostik mit Handaufnahmen zur Skelettwachstumsbestimmung | Prof. Dr. Dr. Peter Proff, Priv.-Doz. Dr. Dr. Ulrich Wahlmann | Sa., 18.10.2025, 09.00 Uhr Regensburg Universitätsklinikum | 485 | 8 | ZA, ZÄ |
| B75750 | KFO – durch die Prophylaxebrille betrachtet | Karin Schwengsbier | Mo., 20.10.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie | 405 | 0 | PP |
| B55276 | Arbeitsschutz und -sicherheit auf Basis des BLZK-Präventionskonzeptes (Bus-Dienst) | Brigitte Kenzel | Mi., 22.10.2025, 09.00 Uhr ONLINE-Fortbildung | 375 | 0 | PP |
| B75731 | Parodontitis – antizündliche Nährstoffe als gesundheitsfördernde Begleitmaßnahme | Stefan Duschl | Mi., 22.10.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie | 405 | 8 | ZA, ZÄ, PP |
| B65753 | Das Provisorium – eine wichtige Rolle im interdisziplinären Behandlungskonzept | Konrad Uhl | Sa., 25.10.2025, 09.00 Uhr München Akademie | 405 | 0 | PP |
| B65740 | Aufbereitung von Medizinprodukten – Erwerb der Sachkenntnisse gem. MPBetreibV | Marina Nörr-Müller | Mo., 27.10.2025, 09.00 Uhr München Akademie | 815 | 0 | PP |
| B65741 | Das Schleifen von Handinstrumenten – nur „scharf“ ist gut! | Tatjana Herold | Mi., 29.10.2025, 09.00 Uhr München Akademie | 295 | 0 | PP |
| B55277 | Grundlagen des Hygiene-managements | Brigitte Kenzel | Mi., 29.10.2025, 09.00 Uhr ONLINE-Fortbildung | 395 | 0 | PP |
| B55902 | Start Online-Serie: Kinderzahn-medizin – Tipps und Tricks für alle | Moderation: Prof. Dr. Johannes Einwag | Mi., 29.10.2025, 18.00 Uhr ONLINE-Fortbildung | 525 | 16 | ZA, ZÄ |
| B35102 | Anpassungsfortbildung Prothetische Assistenz | ZÄ Manuela Gumbrecht | Di., 04.11.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie | 750 | 0 | PP |
| B65134 | Aufbisssschiene – mit System! CMD-Behandlung mit Okklusionsschienen | Dr. Wolf-Dieter Seeher | Fr., 07.11.2025, 09.00 Uhr München Akademie | 895 | 22 | ZA, ZÄ |
| B75621-3 | ABR 1 – Grundkenntnisse der GOZ-Abrechnung und Auszüge aus der GOÄ | Irmgard Marischler | Sa., 08.11.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie | 150 | 8 | ZA, ZÄ, ASS, PP |
| B65743 | Kinderprophylaxe – vom Kleinkind bis zum Teenager | Tatjana Herold | Mo., 10.11.2025, 09.00 Uhr München Akademie | 405 | 8 | ZA, ZÄ, PP |
| B65744 | Willkommen am Telefon – der erste Eindruck | Brigitte Kühn | Mi., 12.11.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse | 405 | 8 | PP |
| B75735 | Vom Apfel zur Karies – vom Smoothie zum Diabetes | Tatjana Herold | Mi., 12.11.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie | 405 | 8 | PP |
| B55281 | Auffrischung der Sachkenntnisse in der Medizinprodukte-Aufbereitung | Marina Nörr-Müller | Mi., 12.11.2025, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung | 275 | 0 | PP |
| B75736 | Abrechnung Compact – Modul 4: Prothetische Leistungen | Irmgard Marischler | Fr., 14.11.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie | 405 | 8 | PP |
| B75622-2 | ABR 2 – Abrechnung nach BEMA mit Fallbeispielen | Irmgard Marischler | Sa., 15.11.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie | 150 | 8 | ZA, ZÄ, ASS, PP |
| B75155 | Die Kompositfüllung von A bis Z | Prof. Dr. Roland Frankenberger | Sa., 15.11.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie | 525 | 11 | ZA, ZÄ |
| B75156 | Medizin-Update für Zahnmediziner – schulmedizinisches Wissen aus erster Hand | Dr. Marc Hünten | Sa., 15.11.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie | 395 | 6 | ZA, ZÄ |
| B75746 | Das Provisorium – eine wichtige Rolle im interdisziplinären Behandlungskonzept | Konrad Uhl | Sa., 15.11.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie | 405 | 0 | PP |
| B65754 | Kleine Reparaturen von Zahnersatz, Herstellung von individuellen Löffeln und Registrierschablonen | Konrad Uhl | Mi., 19.11.2025, 09.00 Uhr München Akademie | 405 | 0 | PP |
| B65745 | Weniger BEMA mehr GOZ – Abrechnen mit Köpfchen | Irmgard Marischler | Fr., 21.11.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse | 405 | 8 | ZA, ZÄ, PP |
| B65136 | Ausbildung lohnt sich – Ausbildung der Ausbilder in der Zahnarztpraxis | Stephan Grüner, Thomas Kroth | Fr., 21.11.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse | 405 | 8 | ZA, ZÄ, PP |
| B65622-2 | ABR 2 – Abrechnung nach BEMA mit Fallbeispielen | Irmgard Marischler | Sa., 22.11.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse | 150 | 8 | ZA, ZÄ, ASS, PP |
| B75158 | Traumatische Zahnverletzungen und deren Therapie | Dr. Christoph Kaaden | Sa., 22.11.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie | 485 | 8 | ZA, ZÄ |
| B15201 | Schwäbisches Online-Herbstsymposium 2025 für Zahnärzte | Prof. Dr. Sebastian Hahnel, Prof. Dr. Michael Hülsmann | Sa., 22.11.2025, 09.00 Uhr ONLINE-Fortbildung | 270 | 8 | ZA, ZÄ |

Unternehmensführung für Zahnärzt/-innen



| DATUM | ORT | UHRZEIT | KURS | KURSINHALTE |
|------------------------------------|---------------------|----------------------------------|-------|--|
| 31. Januar 2026 21. März 2026 | München Nürnberg | 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr | BWL 1 | Unternehmensführung für Zahnmediziner Ökonomische Grundbegriffe, Gesundheitsmarkt, Unternehmen Zahnarztpraxis, Ziele und Visionen, betriebswirtschaftliche Zahlen, QM, Materialwirtschaft, Personal, Marketing, Tipps für umsichtige Unternehmer |
| 28. Februar 2026 25. April 2026 | Nürnberg München | 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr | BWL 2 | Unternehmerische Steuerungsinstrumente und Steuern Betriebswirtschaftliche Auswertungen (BWA) verstehen, Spannungsfeld Umsatz/Rentabilität/Liquidität, Praxisinvestitionen und deren Finanzierung, Kalkulation von Leistungen, Controlling, Risikomanagement, steuerliche Aspekte |
| 23. April 2026 | München | 9.00–17.00 Uhr | BWL 3 | Segel setzen statt Rudern – Ihr Praxisalltag mit Rückenwind Kommunikation im Team und mit Patienten, Wertschätzung als Motivationsinstrument, Stress reduzieren und Zusammenarbeit stärken, Missverständnisse vermeiden, Gesprächsabläufe und Informationswege gestalten |
| 6. Mai 2026 21. Oktober 2026 | Online Online | 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr | BWL 4 | Grundlagen des Hygienemanagements Rechtsgrundlagen, Schutzausrüstung, Arbeitsmedizinische Vorsorge, Hygienemaßnahmen in der Praxis, Aufbereitung von Medizinprodukten, Gefahrenstoffe |
| 13. Juli 2026, 20. Juni 2026, | München Nürnberg | 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr | BWL 5 | Wichtige Verträge, Berufshaftung und Praxisformen Rechte und Pflichten in der Berufsausübung, Behandlungsvertrag, Praxismiet-vertrag, Verträge mit angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten, Ehevertrag, Praxiskaufvertrag, Anteilsäußerungsvertrag, Praxisformen und Kooperationen |

Abrechnung für Zahnärzt/-innen



| DATUM | ORT | UHRZEIT | KURS | KURSINHALTE |
|---|--------------------------------|--|-------|--|
| 7. Februar 2026 10. Oktober 2026 24. Oktober 2026 | München München Nürnberg | 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr | ABR 1 | Grundkenntnisse der GOÄ und Auszüge aus der GOÄ Allgemeine zahnärztliche Leistungen, Prophylaxe, KCH, CHIR, Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut, Aufbissbehelfe und Schienen, Funktions- analytische Maßnahmen, Implantologie, Auszüge GOÄ, Materialkosten |
| 28. März 2026 7. November 2026 28. November 2026 | München Nürnberg München | 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr | ABR 2 | Abrechnung nach BEMA mit Fallbeispielen Behandlungsrichtlinien, KONS/CHIR, Parodontologie, Schienentherapie, Aufklärung und Dokumentation, Behandlungsvereinbarungen, Fallbeispiele |
| 27. Juni 2026 5. Dezember 2026 12. Dezember 2026 | München Nürnberg München | 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr | ABR 3 | Grundkenntnisse der ZE-Abrechnung und Festzuschüsse Befundklassen, Festzuschüsse, Heil- und Kostenplan, Privat-Vereinbarungen, Analogberechnung, Regelversorgung, gleich-/andersartige Versorgung, Suprakonstruktionen, Funktionsanalytische Leistungen, Chairside-Leistungen, Labor |

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, Laufer Torgraben 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 2026



NIEDERLASSUNGSSSEMINAR

| | |
|-----------|--|
| 9.00 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 |
| 11.00 Uhr | Kaffeepause und Praxisforum |
| 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 |
| 13.00 Uhr | Mittagspause und Praxisforum |
| 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 |
| 15.00 Uhr | Kaffeepause und Praxisforum |
| 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 |
| 16.30 Uhr | Seminarende |

Termine:

7.3.2026, München
 9.5.2026, Regensburg
 11.7.2026, Nürnberg
 17.10.2026, München

Uhrzeit:

9.00–16.30 Uhr

Kursgebühr: 45 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

PRAXISABGABESEMINAR

| | |
|-----------|---|
| 9.00 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 |
| 11.00 Uhr | Kaffeepause und Praxisforum |
| 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? |
| 13.00 Uhr | Mittagspause und Praxisforum |
| 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? |
| 15.00 Uhr | Kaffeepause und Praxisforum |
| 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 |
| 16.30 Uhr | Seminarende |

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.

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.

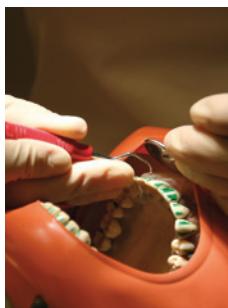
Auch in diesen Lehrgängen (Praxismanager/-in, Abrechnungsmanager/-in, Prophylaxe-Aufbaukurs, Chirurgische Assistenz, Hygienebeauftragte/-r, Qualitätsmanagementbeauftragte/-r) wird auf einen hohen Praxisbezug geachtet. Mit Angeboten in München und Nürnberg ist die eazf regional vertreten und ermöglicht 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-BAfG (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 Kenntnis 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 Kenntnis 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 Hygiene-managements an.



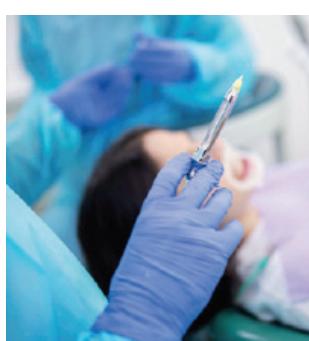
QUALITÄTSMANAGEMENTBEAUFTRAGTE/-R EAZF (QMB)

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 2026/2027



Bitte beachten Sie die Hinweise zum Prüfungsamt¹

| | VORAUSSICHTLICHER PRÜFUNGSTERMIN | ANMELDEDESCHLUSS INKL. VOLLSTÄNDIGER ZULASSUNGSUNTERLAGEN |
|--------------------------|-----------------------------------|---|
| ZMP Schriftliche Prüfung | 17.3.2026 | 4.2.2026 |
| ZMP Praktische Prüfung | 20.3.–26.3.2026 | 4.2.2026 |
| ZMP Schriftliche Prüfung | 3.9.2026 | 30.7.2026 |
| ZMP Praktische Prüfung | 7.9.–12.9.2026 | 30.7.2026 |
| DH Schriftliche Prüfung | 2.9.2026 | 30.7.2026 |
| DH Praktische Prüfung | 3.9.–5.9.2026 | 30.7.2026 |
| DH Mündliche Prüfung | 10.9.–11.9.2026 | 30.7.2026 |
| ZMV Schriftliche Prüfung | 10.3.–11.3.2026 | 4.2.2026 |
| ZMV Mündliche Prüfung | 12.3.–14.3.2026 | 4.2.2026 |
| ZMV Schriftliche Prüfung | 8.9.–9.9.2026 | 30.7.2026 |
| ZMV Mündliche Prüfung | 16.9.–18.9.2026 | 30.7.2026 |
| 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 Prüfungs-vorschriften ab 1.1.2017:

| | |
|-----|----------|
| ZMP | 460 Euro |
| ZMV | 450 Euro |
| DH | 670 Euro |

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

Oberbayern / Chiemsee

Nachmieter für Zahnarztpraxis aus Altersgründen gesucht.

Kontakt unter:

Tel.: 0172 2017659

dr.l.kugler@t-online.de

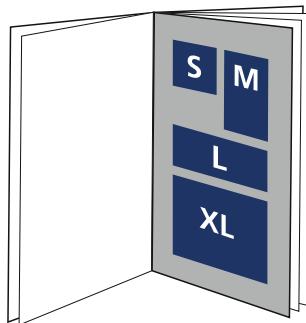
KFO Praxis Kulmbach / Oberfranken

Kieferorthopäde sucht Nachfolger für Praxis mit **vier Mikrona-Behandlungseinheiten** und **eigenem Labor**. Die Praxis befindet sich in **zentraler Lage** mit vielen Parkmöglichkeiten, alle Schulformen gibt es vor Ort. Übernahmebedingungen **ab Anfang 2026** nach Vereinbarung.

Kontakt unter:

Tel.: 09221 3455

ali_mostaan@web.de



Format S:

BxH=85x45 mm
Preis: 180 Euro

Format L:

BxH=175x45 mm
Preis: 340 Euro

Format M:

BxH=85x90 mm
Preis: 350 Euro

Format XL:

BxH=175x90 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.

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

soziät
HGA

Kompetenz im Zahnarztrecht

Praxisübernahmen · Kooperationen · Haftung
Arbeitsrecht · Mietrecht · Wirtschaftlichkeitsprüfungen · 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

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



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

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 Wiederverwendung 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:

Mittwoch, 15. Oktober 2025

ISSN 1618-3584



Kassenzahnärztliche
Vereinigung Bayerns



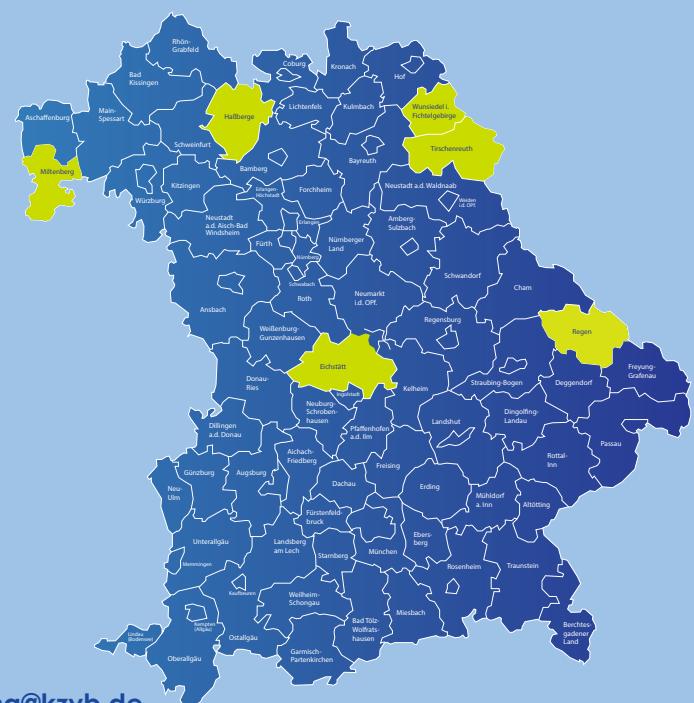
Haben Sie
Interesse sich
in einer dieser
Gegenden
niederzulassen?
Sprechen Sie
uns an!

Land lohnt sich.

Als
VERTRAGS-
ZAHNARZT
in den
Landkreisen:

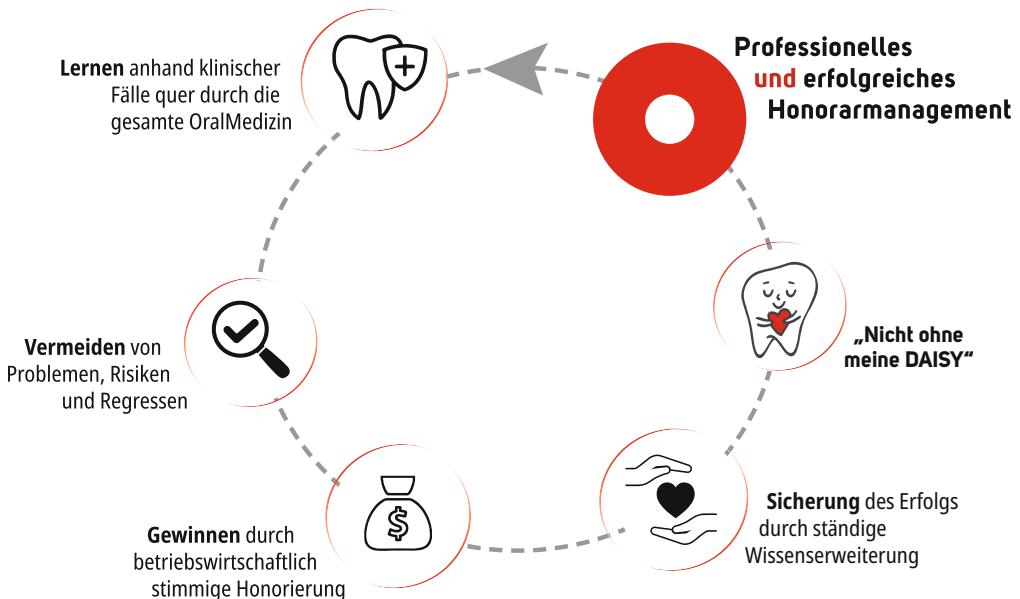
für zahnärztliche
Versorgung
• Eichstätt

für KFO
• Eichstätt
• Haßberge
• Miltenberg
• Regen
• Tirschenreuth
• Wunsiedel



Ihr Kontakt für Rückfragen:

Telefon: +49 89 72401-546 · E-Mail: Bedarfsplanung@kzvb.de



Das Herbst-Seminar 2025

Spannend, unverzichtbar und garantiert gewinnbringend!

- ✓ BMG-News: Status quo und mögliche, positive Ziele für 2026
- ✓ Professionelles Abrechnungsmanagement: Bereiche KCH und PAR
- ✓ Regresse und Honorarverluste: Wie man sie effektiv vermeidet
- ✓ Rekonstruktive Zahnmedizin: Bisshebungen im Kontext mit FAL/FTL
- ✓ Wissens-Update Zahnersatz: Gut gesichert und viel gewonnen
- ✓ Dokumentation: Das ultimative Herzstück jeder Abrechnung
- ✓ U. v. a. m.

JETZT anmelden auf daisy.de oder über den QR-Code

