

62. Jahrgang

BZB

Bayerisches Zahnärzteblatt

11/2025



Schwerpunktthema

Parodontologie

Es muss ein Ruck durch das System gehen

Warum die Politik schnell handeln muss

66 Jahre und kein bisschen leise

Lebendiger Festakt zur Eröffnung
des Bayerischen Zahnärztetages

Parodontal erkrankte Patienten
mit alternierter Blutgerinnung
CME-Beitrag

DENTALDESIGN FÜR INDIVIDUALISTEN MADE BY DENTAL BAUER



INDIVIDUALITÄT UND EXKLUSIVITÄT

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



ERLEBEN SIE
MASSGESCHNEIDERTE
PRAXISPLANUNG UND
AUSDRUCKSSTARKE
DESIGNKONZEPTE
JENSEITS DER STANDARDS.



DESIGN TRIFFT FUNKTION

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

LEBEN SIE IHREN STIL IN DEN RÄUMEN IHRER PRAXIS.



DENTALBAUER.GMBH



DENTALBAUER

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

DESIGNKONZEPT^{db}



Dr. Dr. Frank Wohl
Präsident der Bayerischen
Landeszahnärztekammer

Praxissterben auf dem Land: ein Weckruf für die Politik!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in den letzten Monaten häufen sich bei mir Hilferufe von verzweifelten Kommunalpolitikern – meist aus ländlichen Gemeinden. Der Anlass ist fast immer derselbe: Die letzte Zahnarztpraxis im Ort macht dicht.

Im ländlichen Raum verabschieden sich Zahnärzte in den Ruhestand – aber niemand kommt nach. Was früher ein geachteter und wertvoller Gesundheitsbetrieb war, aufgebaut mit Herzblut und Engagement, eine Säule der Altersvorsorge für die fleißigen Praxisinhaber, steht plötzlich leer. Der Behandlungsstuhl wird zum „Mahnmal der Versorgungslücke“. Die Mitarbeiter verlieren ihre wohnortnahmen Jobs, die Patienten ihren Zahnarzt am Ort – und das Vertrauen, dass „aufs Land ziehen“ nicht zugleich bedeutet, auf medizinische Betreuung zu verzichten.

Die Bundestagsabgeordnete Emmi Zeulner (CSU) hat das Thema aufgegriffen, weil sie von einem Bürgermeister aus ihrer Region um Hilfe gebeten wurde. Im Sommer hat sie sich mit der Vizepräsidentin der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Dr. Barbara Mattner, und mir ausgetauscht. Wir haben erklärt, was wir tun: gemeinsame Abgeber- und Niederlassungsseminare, Beratung durch das Zentrum für Existenzgründer und Praxisberatung der BLZK oder unsere Praxisbörsen. Doch beim Blick in diese Praxisbörsen kam der Schreckmoment: Ihr eigener Zahnarzt hört auf und sucht händerringend einen Nachfolger.

Jetzt lud Emmi Zeulner Zahnärzte und Kommunalpolitiker zu einem „runden Tisch“ ein, um über das drohende Praxissterben zu sprechen (siehe S. 28). Ein Kollege, der daran teilnahm, sagte, er bekomme täglich sechs bis acht Anrufe von Patienten, die er nicht mehr aufnehmen könne. Das ist kein Warnschuss mehr.

Die zahnmedizinische Versorgung ist lebensbedrohlich getroffen.

Und in Berlin gibt es Politiker, deren erste Frage bei der Schilderung solcher Zustände lautet: „Wie kann man Zahnärzte zwingen, sich auf dem Land niederzulassen?“ Das funktioniert nicht. Der Staat kann einem jungen Menschen nicht vorschreiben, wo er sich niederlässt! Er kann niemanden zwingen, sich überhaupt niederzulassen.

Aber der Gesetzgeber kann etwas tun: die Fesseln der Bürokratie sprengen, für eine faire Anpassung des GOZ-Punktwertes sorgen, die Budgetierung abschaffen und die richtigen Anreize setzen – etwa eine Aktivrente für Selbstständige, die es älteren Kollegen genauso wie Angestellten erleichtert, länger zu arbeiten, ohne dafür bestraft zu werden.

Wir Zahnärzte sind keine Kostentreiber. Wir sind Kostendämpfer! Seit 1976 ist der Anteil der Zahnmedizin an den GKV-Ausgaben um fast zwei Drittel gesunken. Unsere Prophylaxe wirkt – sie spart Geld und erhält Gesundheit. Die Politik sollte sich fragen, wie sie die zahnärztliche Vorsorge als Modell erfolgreicher Prävention auf das gesamte Gesundheitswesen übertragen kann.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Probleme sind groß – aber sie sind lösbar. Wir müssen gemeinsam laut bleiben, klug argumentieren und geschlossen auftreten. Damit der ländliche Raum in unserem Bayernland auch weiterhin lebenswert bleibt!

Ihr



Prof. Josef Hecken erläuterte beim Bayerischen Zahnärztetag in seinem Festvortrag, warum die hohen Gesundheitsausgaben in Deutschland kaum Wirkung zeigen und wo die Zahnmedizin Vorreiter ist.



In seinem Gastbeitrag fordert Prof. Andreas Beivers eine strukturierte und faktenbasierte Debatte über das GKV-System sowie schnelle und umfassende Reformen.



Das Thema „Mundgesundheit und Versorgung von Pflegebedürftigen“ gewinnt immer mehr an Bedeutung. Der erste Pflegetag der BLZK bot den fast 150 Teilnehmern ein Update zum aktuellen Stand.

politik

- 6 **66 Jahre und kein bisschen leise**
Lebendiger Festakt zur Eröffnung des Bayerischen Zahnärztetages
- 8 **Bayerischer Zahnärztetag erneut ausgebucht**
66. Kongress beleuchtete Fortschritte der Zahnheilkunde in Bayern
- 10 **Wahlen, Warken, Weichenstellungen**
BZÄK-Bundesversammlung mit neuem Vorstand und politischen Positionen
- 12 **Es muss ein Ruck durch das System gehen!**
Gastbeitrag von Prof. Dr. Andreas Beivers
- 15 **Weniger Warten, mehr Mut zum Handeln**
Gastbeitrag von Dr. Christian Pfeiffer, Vorstandsvorsitzender der KVB
- 16 **„Das politische Hin und Her führt zu Frust in den Kliniken“**
Roland Engehausen über die Zukunft der stationären Versorgung
- 18 **Die Finanzlage der GKV ist ernst**
Gastbeitrag von Dr. Irmgard Stippler, Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern
- 19 **Hohe Erwartungen an die Bundesregierung**
Freie Berufe fordern schnelle Reformen
- 20 **Zukunftsthema Pflege: Mundgesundheit im Alter sicherstellen**
BLZK veranstaltet erfolgreichen ersten Pflegetag
- 22 **„Find’ heraus, was in dir steckt“**
Mit Messepräsenz gegen den ZFA-Fachkräftemangel
- 24 **IADR-Goldmedaille für Prof. Schmalz**
BLZK gratuliert dem international anerkannten Wissenschaftler
„Gewinn für die Fachwelt“
Antrittsbesuch bei Prof. Dr. Jan-Frederik Güth
- 25 **Dr. Brigitte Hermann nimmt Tholuck-Medaille entgegen**
Auszeichnung für jahrzehntelanges Engagement
in der Gruppenprophylaxe
- 26 **„Bislang sehe ich wenig Reformbereitschaft“**
Dr. Christian Öttl über politische Forderungen der Zahnärzteschaft
- 28 **Der Mangel wird spürbar**
MdB Emmi Zeulner sorgt sich um zahnmedizinische Versorgung
- 29 **Nachrichten aus Brüssel**
- 30 **Journal**

praxis

- 31 **GOZ aktuell**
Parodontologie
- 38 **Lohnt sich das?**
Vergütungsmodelle für angestellte Zahnärzte

- 40 Mission Possible: Erfolg ist machbar**
Dr. Ralf Schauer erklärt, was erfolgreiche Zahnärzte ausmacht
- 42 Telematik-Infrastruktur: Prüfen Sie jetzt Ihre Zertifikate!**
gematik führt (schon wieder) ein neues Verschlüsselungsverfahren ein
- 44 Pflicht mit Potenzial**
Die ePA aus betriebswirtschaftlicher Sicht
- 46 Online-News der BLZK**
- 48 Kfz-Versicherung jetzt vergleichen!**
Sonderkonditionen für bayerische Zahnärztinnen und Zahnärzte



42

wissenschaft und fortbildung

- 50 Erfahrungen mit dem klinischen Management parodontal erkrankter Patienten mit alterierter Blutgerinnung**
Fälle aus der Praxis
- 62 Gelockerte Zähne aufgrund von Parodontitis – Schienung oder Extraktion?**
- 66 Diabetes und Parodontitis**
Neue S2K-Leitlinie
- 71 Vier Lehrstühle – eine Meinung:**
Der Spatz in der Hand oder die Taube auf dem Dach?

Dieser Beitrag bietet Informationen und Hinweise zu den ab 1. Januar 2026 geltenden neuen Sicherheitsvorgaben bei der Telematik-Infrastruktur (TI).

BEISPIELHAFTES MÖGLICHES ABRECHNUNG VON EPA-LEISTUNGEN EINER TYPISCHEM EINZELPRAXIS <small>Bei Erstbefüllung über die ePA1 verdoppeln sich die angegebenen Beträge</small>					
Leistungs- bereich	Anzahl Abrechnungen (pro Jahr)	Teilnahmemequote (Annahme)	Leistung	Punkte	Punkte Euro (Ersatzkassen- punktwert 2025)
KCH (01, 04, Rö)	1458	90 %	ePA2	2	2.624 3.441,90
KCH (Füllungen und Extraktionen)	472	45 %	eMP	3	637 835,55
ZE (HKP)	114	90 %	ePA2	2	205 268,90
PAR (HKP)	14	90 %	ePA2	2	25 32,79
KB (HKP)	36	90 %	ePA2	2	65 85,26
Gesamt pro Jahr					4.664,41

44

termine und amtliche mitteilungen

- 73 eazf Fortbildungen**
- 75 Betriebswirtschaft und Abrechnung für Zahnärzt/-innen**
- 76 Niederlassungs- und Praxisabgabeseminare 2026**
- 77 Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen für Praxispersonal**
- 79 Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2026/2027**
- 80 Kassenänderungen/Ordentliche Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB)**
- 81 Kleinanzeigen**
- 82 Impressum**

Pflicht mit Potential, Dr. Maximilian Wimmer bewertet in seinem Beitrag die elektronische Patientenakte (ePa) aus betriebswirtschaftlicher Sicht.



50

Anhand von Fallbeispielen erläutert Prof. Clemens Walter die Problematik einer alternierten Hämostase.

Die Herausgeber sind nicht für den Inhalt von Beilagen verantwortlich.

Das BZB 12/2025 mit dem Schwerpunktthema „Digitale Zahnheilkunde“ erscheint am 15. Dezember 2025.

Rund 260 Gäste aus Politik, Ministerien, Standespolitik, Kammern im In- und Ausland, Wissenschaft, Bundeswehr, Gerichtsbarkeit, Körperschaften und Verbänden verfolgten die feierliche Eröffnung des 66. Bayerischen Zahnärztetages.



66 Jahre und kein bisschen leise

Lebendiger Festakt zur Eröffnung des Bayerischen Zahnärztetages

„Mit 66 Jahren, da fängt das Leben an!“ Beim Festakt zum 66. Bayerischen Zahnärztetag war so richtig Leben im Saal: Udo Jürgens-Interpret Alex Parker heizte den geladenen Gästen musikalisch ein. An einer Fotowand im Aerobic-Look demonstrierten Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach und der Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Dr. Dr. Frank Wohl, dass der GOZ-Punktwert vollkommen aus der Zeit gefallen ist. Und Festredner Prof. Josef Hecken spitzte gesundheitsökonomische Entwicklungen kabarettreif zu.

Bei allem Schwung, mit dem der Fortbildungsreferent der BLZK, Prof. Dr. Johannes Einwag, als Moderator klarstellte, dass mit 66 noch lange nicht Schluss ist – die Zukunft der zahnmedizinischen Versorgung sieht weniger rosig aus. Kammerpräsident Dr. Dr. Frank Wohl nutzte die Bühne, um die Nachwuchssorgen auf dem Land klar zu benennen: „Bürgermeister kämpfen um jede Zahnarztpraxis. Das ist kein Warnsignal mehr, das ist der Feueralarm.“ Eine faire Vergütung, Bürokratieabbau und Vertrauen in die Selbstständig-

keit wären aus seiner Sicht die Brandlöscher, um Motivation und Versorgung zu sichern. Wohls Appell an die Politik: „Wenn Sie wollen, dass sich Zahnärzte niederlassen, passen Sie den GOZ-Punktwert an. Er entspricht seit 1988 unverändert 11 Pfennig. Damit können wir keine Löhne des Jahres 2025 zahlen. Und sprengen Sie die Fesseln der Bürokratie – das kostet nichts, nicht einmal 11 Pfennig. Halten Sie die Marktwirtschaft hoch, damit Versorgung, Verantwortung und Vertrauen nicht aussterben wie die letzte Zahnarztpraxis im Dorf.“

BLZK-Präsident Wohl: Staatsministerin beweist Humor!

Um zu verdeutlichen, wie überholt der GOZ-Punktwert ist, hatte Dr. Dr. Wohl im Foyer eine Fotowand unter dem Motto „GOZ? Die ist ja so 80er!“ mit Aerobic-Motiv aufstellen lassen. Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach, MdL, bewies Humor und beteiligte sich spontan an der Aktion. Im Festsaal griff sie das Thema anschließend auch in ihrem Grußwort auf: „Die Leistungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte bedürfen einer Wertschätzung, die sich auch in der finanziellen Honorierung widerspiegeln muss.

Der Punktwert in der GOZ ist seit 1988 unverändert. Dies ist nicht mehr zeitgemäß. Daher kann ich die Bayerische Landeszahnärztekammer nur ermuntern, ihre Forderungen weiterhin an den Bund heranzutragen.“ Mit Blick auf den Bürokratieabbau habe das bayerische Gesundheitsministerium Potenziale in den Bereichen Berufshaftpflicht, Dokumentationspflichten und Bagatellgrenzen bei der Ressprüfung identifiziert. Gerlach lobte die ehrenamtliche Mitarbeit von Zahnärztinnen und Zahnärzten in der Gruppenprophylaxe in Kitas und Schulen sowie das Engagement der BLZK für die Mundgesundheit in der Pflege. „Die Mund- und Zahngesundheit ist schon jetzt ein großartiges Vorbild für erfolgreiche Prävention – und ein Zeichen dafür, wie stark sich Partner im Bündnis für Prävention in die Umsetzung des Masterplanes einbringen“, so die Staatsministerin.

Frosch am Bürokratiertümpel?

Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bundeszahnärztekammer, erinnerte an die Erfolge der Zahnärzte bei Prävention und Hygiene. Während der Corona-Pandemie seien in Deutschland kaum Neuinfektionen im Zusammenhang mit zahnärztlichen



Festredner Prof. Hecken erklärte, warum unsere hohen Gesundheitsausgaben wenig Wirkung zeigen: „Anders als in der Zahnmedizin fehlt für andere Bereiche des Gesundheitswesens ein strukturierter Ansatz für Prävention.“

Behandlungen festgestellt worden. „Wir Zahnärzte sind in Sachen Praxishygiene und Patientenschutz echte Musterschüler“, stellte der BZÄK-Präsident selbstbewusst fest. Umso befremdlicher sei es, dass konstruktive Vorschläge der BZÄK zum Bürokratieabbau in einem Antwortschreiben von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken komplett abgebügelt wurden. „Einen Musterschüler schickt man doch nicht zur Nachhilfe – oder gar zum Nachsitzen!“, rief Prof. Benz unter dem Applaus der Besucher. Mit einem Seitenhieb fügte er hinzu: „Bei allem Respekt vor den anwesenden Beamten – die Antwort der Ministerin klang, als stamme sie nicht von ihr selbst, sondern aus der Feder eines Beamtenfrosches, der eifrig seinen Bürokratietümpel bewacht.“

Papierkrieg um ein Murmeltier

Der Vorsitzende des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, Dr. Rüdiger Schott, kritisierte die neue „FinanzKommission Gesundheit“: „Unter den zehn Expertinnen und Experten sind gerade einmal zwei Ärzte. Keiner von ihnen hat eine eigene Praxis.“ Im deutschen Gesundheitswesen würden Entscheidungen unverändert von Theoretikern getroffen. Wie in dem Film „Und täglich grüßt das Murmeltier“ sei alles schon mal da gewesen. „Und: Murmeltiere schlafen sieben Monate im Jahr! Ähnlichkeiten mit der Bundesregierung sind rein zufällig.“ Als Gastgeschenk bekamen Staatsministerin Judith Gerlach und Festredner Prof. Josef Hecken jeweils ein Stoffmurmeltier. Hecken, der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), reagierte schlagfertig: Aus Compliance-Gründen müsse er nun für die Entgegnahme des Murmeltiers einen 27-seitigen Antrag ausfüllen und notariell beglaubigen lassen. Den Beifall hunderter bürokratiegeplagter Zahnärzte im Publikum hatte er damit auf seiner Seite.

Prof. Hecken: Bärendienst bei PAR-Prävention

Und so war die Festrede von Prof. Hecken ein Gesamtkunstwerk aus gesundheitsökonomischen Fakten und launiger Kommentierung „frei Schnauze“: ein kraftvolles Plädoyer für „Die zahnärztliche



Der GOZ-Punktwert von 1988 ist so out wie Stulpen und Vokuhila-Frisur: Staatsministerin Gerlach machte bei der Foto-Aktion mit BLZK-Präsident Dr. Dr. Wohl zur GOZ spontan mit – „aber nur, wenn wir die Rollen tauschen, Sie als Frau und ich als Mann, das ist doch viel lustiger!“

Vorsorge als Blaupause für gelungene Gesundheitsprävention“, zugleich eine unverblümte Abrechnung mit politischen Entscheidungen und Entscheidern der letzten Jahrzehnte. „Auch wenn mich der G-BA mit seinen teilweise langen Diskussionen manchmal tief durchatmen lässt – als Selbstverwaltung kriegen wir mehr umgesetzt als die Gesundheitspolitik!“, echauffierte sich Prof. Hecken. „Vor vier Jahren hatte ich mit den Zahnärzten und der GKV einen Kompromiss zur Finanzierung der Parodontitis-Prävention gefunden. Wir haben uns auf ca. eine Milliarde Euro verständigt, die als Investitionen in die Verhütung von Parodontitis zu sehen sind. Der frühere Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat diese von der GKV ausfinanzierte Leistung nach zwei Jahren wieder gedeckelt und damit der Prä-

vention einen Bärendienst erwiesen. Und kürzlich tritt er in einer Fernsehdiskussion auf und tut so, als hätte er die zahnärztliche Prävention persönlich erfunden!“ Er, so Prof. Hecken, erwarte von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, dass sie für die Parodontitis-Prävention endlich Geld in die Hand nimmt.

Prävention mit Zahnbürste statt Rasenmäher

Prof. Hecken warnte vor den Folgen der neuen „FinanzKommission Gesundheit“, die Maßnahmen für eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung erarbeiten soll: „Da wird vermutlich wieder der Rasenmäher angeschmissen – alle werden gleich gekürzt, egal ob Leistungserbringer durch Prävention Kosten gesenkt haben oder nicht. So zerstört man den Niederlassungswillen und eine Patientenzentrierung. Damit treibt man die Leute aus dem Beruf!“ Der G-BA-Vorsitzende kritisierte, Prävention sei in anderen Bereichen des Gesundheitswesens kaum systematisch verankert, „weil Prävention zunächst Geld kostet und der ‚Return on Investment‘ erst viele Jahre später kommt“. Die Zahnärzteschaft habe die Prophylaxe vor 30 Jahren aus eigener Initiative eingeführt: „Die kam doch nicht, weil ein Minister die Direktive ausgegeben hat: ‚Putzt euch mal die Zähne.‘“



Da bebt der Festsaal: Mit Hits wie „Mit 66 Jahren“ und „Aber bitte mit Sahne“ brachte Europas erfolgreichster Udo Jürgens-Interpret Alex Parker das Publikum richtig in Stimmung.

Julika Sandt
Leiterin der Stabsstelle Politik der BLZK

Bayerischer Zahnärztetag erneut ausgebucht

66. Kongress beleuchtete Fortschritte der Zahnheilkunde in Bayern

Moderne, praxisrelevante Zahnmedizin und der kollegiale Austausch vor Ort: Das sind die Markenzeichen des Bayerischen Zahnärztetages, den die Bayerische Landeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns veranstaltet. Die 66. Auflage des Kongresses, die vom 23. bis 25. Oktober in München stattfand, wurde diesen hohen Ansprüchen in besonderer Form mehr als gerecht. Der Kongress Zahnärzte war ausgebucht. Insgesamt erlebten mehr als 1500 Besucher ein generationsübergreifendes Wiedersehen und eine Fortbildungsveranstaltung voller neuer Impulse.



© BLZK/W. Murn

Wie gewohnt führte Prof. Dr. Johannes Einwag, Referent Fortbildung der BLZK und Wissenschaftlicher Leiter Bayerischer Zahnärztetag, als Moderator durch den Kongress Zahnärzte.

Meilensteine der Zahnheilkunde in Bayern

Beim Kongress Zahnärzte am 24. und 25. Oktober drehte sich alles um das Thema „Fortschritte der Zahnheilkunde in Bayern“. Das innovative Konzept gliederte sich in neun Schwerpunkte. Diese beleuchteten jeweils einen anderen Teilbereich der Zahnmedizin und machten die Fortschritte der Zahnheilkunde in Bayern greifbar.

Jede Einheit umfasste die drei Bausteine Anmoderation – Fachvortrag – Fallvorstellung und wurde präsentiert von einem Referententrio. Dazu der wissenschaftliche Leiter des Bayerischen Zahnärztetages, Prof. Dr. Johannes Einwag: „Dieses neue Konzept garantierte nicht nur die gewohnte Praxisnähe, sondern hat sich auch als Wiedersehens- und Kennenlerntreffen der großen bayerischen Fortbil-

dungsfamilie generationenübergreifend bewährt. Präsenzfortbildung funktioniert auch im Jahre 2025 – man muss die Kolleginnen und Kollegen bei ihren Wünschen und Bedürfnissen nur abholen.“

Weitere Vorträge befassten sich mit der KZVB-Abrechnungsmappe, dem Niederrlassungsradar der KZVB, Aktuellem aus Berlin sowie der zahnmedizinischen Versorgung von Asylbewerbern und Kriegsflüchtlingen. Die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für Zahnärzte war ebenfalls wieder möglich.

Prophylaxetipps beim Kongress für das Praxisteam

Beim Kongress Zahnärztliches Personal am Freitag, 24. Oktober, gab es Tipps für die Prophylaxe unter dem Titel „Lebenslange Prophylaxe – So funktioniert's“. Be trachtet wurden alle Lebensphasen: von

GEMEINSAME VORSTANDSSITZUNG MIT DER LANDESZAHNÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG



Im Vorfeld des Festaktes, mit dem der Bayerische Zahnärztetag traditionell eröffnet wurde, trafen sich die Vorstände der BLZK und der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg zu einer gemeinsamen Vorstandssitzung. Im Mittelpunkt der Gespräche stand die Bundesversammlung der BZÄK mit den anstehenden Wahlen. Ein weiteres zentrales Thema war der aktuelle Entwurf der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Beide Vorstände betonten ihre einheitliche Haltung: Der GOÄ-Entwurf dürfe keinesfalls als Vorlage für eine Novellierung der GOZ herangezogen werden. Zum Abschluss diskutierten die Gremien zudem über den Bürokratieabbau und das Vorgehen bei Praxisbegehungungen in den jeweiligen Bundesländern.



Der Ballsaal des Tagungshotels „The Westin Grand“ war beim Kongress Zahnärzte fast komplett gefüllt.



Der Kongress Zahnärztliches Personal lieferte spannende Themen sowie motivierende und fachliche Impulse für die Praxisteam.

der Kindheit und Jugend über das Erwachsenenalter bis hin zur Prophylaxe bei Senioren. Parallel zu den Vorträgen wurden die besten Absolventinnen und Absolventen der Aufstiegsfortbildungen Zahnmedizinische Prophylaxeassistenz (ZMP), Dentalhygiene (DH) und Zahnmedizinische Verwaltungsassistenz (ZMV) mit dem Meisterpreis der Bayerischen Staatsregierung ausgezeichnet. Einen ausführlichen Nachbericht zum Kongress Zahnärztliches Personal und zur Meisterpreisverleihung gibt es in der BZB-Ausgabe 12/2025.

„Prof. Dieter Schlegel-Wissenschaftspreis“ mit vier Preisträgern

Für herausragende zahnmedizinische Dissertationen an bayerischen Hochschulen vergibt der Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde in Bayern (VFWz) den „Prof. Dieter Schlegel-Wissenschaftspreis“ – auch in diesem Jahr wieder im Rahmen des Kongresses Zahnärzte am Freitag. Die Preisträger kamen von der Ludwig-Maximilians-Universität München und der Universität Regensburg.

Fotos im Netz

In den Bildergalerien auf der BLZK-Website unter www.blzk.de/zahnaerzttag können Sie den Festakt am 23. Oktober sowie die beiden Kongresse am 24. und 25. Oktober noch einmal Revue passieren lassen.

Christian Henßel



Auch in diesem Jahr wurde für herausragende zahnmedizinische Dissertationen an bayerischen Hochschulen wieder der „Prof. Dieter Schlegel-Wissenschaftspreis“ vergeben.



Der „besondere Vortrag“ von Prof. Dr. Alexander Gutowski am Freitagabend war eines der Highlights des ersten Kongresstages.

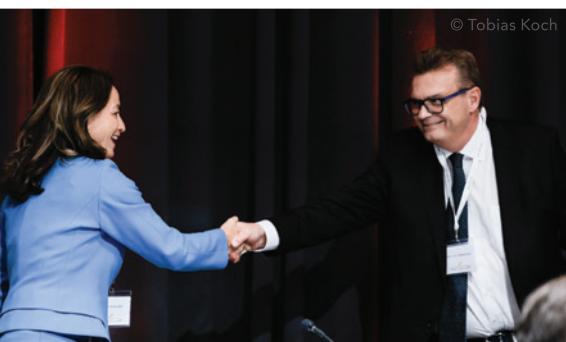


BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl (rechts) und Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner (links) beglückwünschten Prof. Dr. Yvonne Jockel-Schneider, die am 1. November den neuen Lehrstuhl für Parodontale Medizin und geriatrische Zahnmedizin an der Universität Würzburg angetreten hat.

Wählen, Warken, Weichenstellungen

BZÄK-Bundesversammlung mit neuem Vorstand und politischen Positionen

Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer wählte am 31. Oktober und 1. November in Berlin einen neuen Geschäftsführenden Vorstand und gab ihm politische Beschlüsse als Arbeitsaufträge sowie einen soliden Haushalt mit auf den Weg. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken drückte sich im Gegensatz zu ihrem Amtsvorgänger nicht vor einem Auftritt vor den 139 Delegierten und sprach über die potenzielle Rolle der Zahnärztinnen und Zahnärzte bei der geplanten Konsolidierung der GKV-Finanzen.



Stabwechsel: Prof. Dr. Christoph Benz gratuliert seiner Nachfolgerin Dr. Romy Ermler zur Wahl als neue Präsidentin der Bundeszahnärztekammer.

Die Spannung im Saal war beinahe greifbar, denn die bisherige BZÄK-Vizepräsidentin Dr. Romy Ermler (Verband der Zahnärztinnen und Zahnärzte Land Brandenburg) forderte den Präsidenten der BZÄK, Prof. Dr. Christoph Benz (Freier Verband Deutscher Zahnärzte heraus. Die Verdienste von Prof. Benz unterstrich Dr. Barbara Mattner, Vizepräsidentin der Bayerischen Landeszahnärztekammer, als sie ihn zur Wiederwahl vorschlug: „Als Präsident der Bundeszahnärztekammer repräsentiert er mit seinem unvergleichlichen Charisma und seiner Strahlkraft gegenüber Politik, Medien und Öffentlichkeit eine starke, freie Zahnärzteschaft in Deutschland.“ In der Aussprache arbeitete BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl mit eindringlichen Formulierungen „die Bedeutung einer Persönlichkeit wie Christoph Benz“ heraus: „Die Bundeszahnärztekammer ist keine Körperschaft, sie ist ein Verein, getragen von den Landeszahnärztekammern. Ein Kommunikator und Menschenfänger wie er ist unbezahl-

bar für eine Institution, die vorwiegend durch die Kraft der Worte und durch bestehende Argumente wirken muss.“

Dennoch wurde die Freiverbands-Gallionsfigur Prof. Dr. Christoph Benz an der Spitze der BZÄK von Dr. Romy Ermler abgelöst. Als neue Vizepräsidenten stehen ihr Dr. Ralf Hausweiler, Präsident der Zahnärztekammer Nordrhein, und Dr. Doris Seiz, die hessische Kammerpräsidentin, zur Seite. Nach der Wahl bedankte sich der neue Geschäftsführende Vorstand bei dem bisherigen Präsidenten und dessen Vizepräsidenten Konstantin von Laffert „für ihren jahrelangen Einsatz für die BZÄK und ihre wichtigen Weichenstellungen“. Für die bevorstehende vierjährige Amtszeit kündigte das neue Trio an: „Unser Ziel ist es, die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen bestmöglich zu unterstützen und zu stärken – sei es durch die Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Zahnärzte, den Abbau von Bürokratie, die Sicherung von Fachkräften oder die Fortsetzung der zahnmedizinischen Präventionserfolge.“ Die Bundesversammlung wählte auch den neuen Finanzausschuss. Die Haushaltspolitik der Bundeszahnärztekammer wird künftig Dr. Dorothea Schmidt aus Bayern mitgestalten.

Bundesgesundheitsministerin würdigt Präventionserfolge

In ihrem Grußwort erklärte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU), die Regierungskoalition sei entschlossen, die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung auch über das Jahr 2026 hinaus zu konsolidieren. Der Zahnärzteschaft attestierte Warken vorbildliche Erfolge durch Prophylaxe. Der Anteil der Zahnmedizin an

den Gesamtausgaben der GKV sei erheblich zurückgegangen. Gleichzeitig habe sich die Mundgesundheit der Deutschen in allen Altersgruppen deutlich verbessert. Zudem senke zahnärztliche Vorsorge Gesundheitsrisiken, etwa von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Rheuma. Die Ministerin stellte fest: „Von der zahnärztlichen Versorgung lässt sich einiges lernen.“

Politik müsse die Rahmenbedingungen schaffen, um die hohe Qualität der zahnärztlichen Versorgung zu erhalten. Dazu arbeite man im Bundesgesundheitsministerium an mehreren Reformprojekten: dem Abbau unnötiger Bürokratie, der Digitalisierung und einer Novellierung der Zulassungsverordnung. Auch zentrale Fragen wie die Versorgung im ländlichen Raum, Niederlassung und der Fachkräftemangel stünden auf der Agenda ihres Hauses, so die Bundesgesundheitsministerin, denn: „Die Herausforderungen sind groß, aber lösbar.“ Zum Umgang mit MVZ kündigte sie an, eine Regulierung erneut anzugehen.



Bundesgesundheitsministerin Nina Warken lobte die Erfolge zahnärztlicher Prophylaxe: „Die gute Entwicklung ist das Ergebnis Ihres Engagements und einer klaren Ausrichtung auf Prävention.“



Die bayerische Delegation brachte sich bei der Bundesversammlung mit Anträgen dafür ein, Anreize für Zahnärzte im Ruhestandsalter zu schaffen und die Kinderbetreuung zu sichern, auch um die Verfügbarkeit von Fachkräften zu steigern.

GOÄ-Entwurf von Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfe kein Maßstab für GOZ

Als oberstes Beschlussorgan der BZÄK konkretisierte die Bundesversammlung mit zahlreichen Beschlüssen auch die Leitlinien der Berufs- und Standespolitik. Mit Blick auf die angekündigte Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) positionierte sie sich einstimmig auf der Linie der Bayerischen Landeszahnärztekammer, dass der vorliegende Entwurf nicht für eine Übernahme in die GOZ geeignet ist. Dr. Dr. Frank Wohl argumentierte, die GOÄ könne und dürfe weder Maßstab noch „Startschuss“ für die Entwicklung einer neuen GOZ sein.

© Tobias Koch



Aktivrente: BZÄK greift Initiative von Dr. Dr. Wohl auf

Gemeinsam mit Delegierten aus Baden-Württemberg und Berlin brachten bayerische Delegierte einen Antrag ein mit dem Ziel, die neue sogenannte Aktivrente – einen steuerlichen Freibetrag für das Arbeiten im Ruhestandsalter – auch für Selbstständige zu öffnen. Den Anstoß dazu hatte BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl gleich nach Bekanntwerden der Pläne der Bundesregierung zu einer Aktivrente für Angestellte mit einer Presseinformation am 19. September gegeben. Dr. Dr. Wohl verdeutlichte: „Jeder Zahnarzt wird gebraucht. Da die Heilberufe systemrelevante Mangelberufe sind, müs-

sen auch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen in die Aktivrente einbezogen werden. Hier geht es um Wertschätzung: mehr Freiraum für ältere Zahnärztinnen und Zahnärzte, die ihre Praxen aufgebaut haben und nach Jahrzehntelanger erfolgreicher Tätigkeit weiterführen wollen. Das ist auch ein entscheidender Beitrag zum Erhalt der zahnmedizinischen Versorgung im ländlichen Raum.“ Der Antrag wurde einstimmig beschlossen.

Kinderbetreuung stärken – mehr Verfügbarkeit von Fachkräften

Die bayerischen Delegierten brachten einen weiteren Antrag ein, der auf eine bundesweit verlässliche, flexible und qualitativ hochwertige Kinderbetreuung abzielt. Darin heißt es wörtlich: „Die zahnärztliche Versorgung in Deutschland steht und fällt mit der Einsatzbereitschaft und Verfügbarkeit hochqualifizierter Zahnärztinnen, Zahnärzte, Zahnmedizinischer Fachangestellter und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Praxen.“ Auch dieser Antrag wurde ohne Gegenstimme angenommen.

Julika Sandt
Leiterin der Stabsstelle Politik der BLZK

Es muss ein Ruck durch das System gehen!

Ein Gastbeitrag von Prof. Dr. Andreas Beivers



„Um die Probleme der GVK lösen zu können, brauchen wir eine neue, strukturierte und sachliche Debatte“, sagt Prof. Dr. Andreas Beivers.

Fast täglich überschlagen sich derzeit die Meldungen aus dem (gesundheits-)politischen Berlin: Die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist angespannt, da die Ausgaben rapide steigen, insbesondere für Krankenhausbehandlungen und Arzneimittel. So hat die Bundesgesundheitsministerin Nina Warken erst kürzlich Maßnahmen zur kurzfristigen Stabilisierung angekündigt. Für das laufende Jahr hatte die Bundesregierung eine Deckungslücke von 2 Milliarden Euro prognostiziert, die nun durch ein Sparpaket geschlossen werden sollen. Schon in der ersten Jahreshälfte 2025 wies die GKV ein Defizit von 2,3 Milliarden Euro aus. Das nun aktuell verabschiedete Sparpaket in Höhe von 2 Milliarden Euro soll die Beitragssätze für 2026 stabilisieren. Ein Großteil der Einsparungen wird durch Kostenkürzungen bei Krankenhäusern erzielt, darüber hinaus stellt der Bund der

GKV ein Darlehen von 2,3 Milliarden Euro bereit und verschiebt die Rückzahlung eines weiteren Darlehens um sieben Jahre. Aber auch die Verwaltungskosten der Krankenkassen sollen reduziert werden, der Innovationsfonds wird um 100 Millionen gekürzt.

Das kann aber nur für kurze Zeit helfen. Daher wird schon jetzt nachgeschossen: So hat Ministerin Warken der Öffentlichkeit mitgeteilt, sie plane die Zuzahlungen in der GKV um pauschal 50 Prozent zu erhöhen, um die finanziellen Lücken der Krankenkassen auch mittelfristig zu schließen und Beitragserhöhungen zu vermeiden. Dies würde bedeuten, dass die Zuzahlungen für Medikamente, Hilfsmittel, Krankenhausaufenthalte und andere Leistungen steigen würden. Beispielsweise könnten sich die Zuzahlungen für Medikamente von 10 auf 15 Prozent des Preises

erhöhen. Doch ist das wirklich die Reformpolitik, die wir brauchen und führt es nicht am Kern der Sache vorbei?

Nüchtern betrachtet haben wir verschiedene Probleme auf der Einnahmeseite, der Nachfrageseite sowie auf der Angebotsseite, die wir strukturiert und mit mutigen Reformen anpacken müssen. Was derzeit jedoch durch die Medien geistert wirkt eher wie ein hilfloser Versuch, durch schnelle, nicht strukturierte, sondern eher affektierte Handlungen immer wieder neu auftretende Finanzlöcher – die schon längst bekannt sind – zu stopfen. Mit Reformpolitik hat dies nichts zu tun. Hier wird Strategie und Affekt verwechselt. Und gerade affektiertes Handeln macht den Akteuren im Gesundheitswesen – wie auch den Zahnärzten – zu Recht Bedenken, brauchen sie doch, wie alle anderen Akteure auch, stabile Rahmenbedingungen, um ihre nötigen Investitionen für die hochqualitative Versorgung ihrer Patienten tätigen zu können. Auch geht die Sorge rum, der Ministerin könnte als nächstes einfallen, die Zahnmedizin aus dem GKV-Leistungskatalog zu nehmen oder bedeutend zu kürzen. Dass auch dies die Probleme der GKV nicht lösen würde, wird im Folgenden gleich noch dargestellt, denn: Welcher Akteur investiert in einen Markt mit unsicheren, affektierten Rahmenbedingungen? Kurzum: So kann und darf es nicht weitergehen. Wir brauchen eine neue, strukturierte und sachliche Debatte.

Bei dieser Versachlichung der Debatte sind auch solche Forderungen des Staatssekretärs Tino Sorge, dass künftig jede Kasse einen günstigeren Basistarif anbieten soll, der eine „gute Grundversorgung“ sicherstellt und zusätzliche Leistungen als optionale Zusatzpakete hinzubuchbar sind, sicherlich nicht falsch, aber sie müs-

sen genauer auf ihre Wirksamkeit und Tauglichkeit überprüft werden. Diese Idee ist ein Element des Kopfpauschalen-Modells der CDU/CSU, das bereits zu Beginn der 2000er-Jahre diskutiert wurde. Auch wenn schon in den 1980er-Jahren Bundestagsdebatten über die zukünftige Ausgestaltung der GKV stattfanden, begann eine ernst zu nehmende Diskussion – wie auch die über eine Bürgerversicherung – erst in den 1990er-Jahren und wurde dann zwischen 2003 und 2005 besonders intensiv. Damals standen sich die Alternativmodelle Kopfpauschale und Bürgerversicherung gegenüber. Als Kompromiss kamen dann der heutige Gesundheitsfonds sowie der PKV-Basistarif heraus.

Seitdem ist nichts geschehen. Über 20 Jahre sind verflossen, ohne dass man sich konkrete Gedanken über ein Problem gemacht hat, das längst bekannt war und ist: die Tragfähigkeitsproblematik der GKV in Kombination mit dadurch steigenden Beitragssätzen und Lohnnebenkosten. Auch die Reformen auf der Ausgabenseite haben in den letzten Jahren kaum Früchte getragen – eher im Gegenteil. Daher ist es nun fünf vor zwölf.

Die „FinanzKommission Gesundheit“ von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken soll es nun richten. Die Zeit drängt, und daher kann man der Kommission nur viel Erfolg wünschen. Doch zurück zum Vorschlag von Staatssekretär Sorge: Eine Bürgerversicherung hat er ausgeschlossen, gleichzeitig aber GKV-Basistarife ins Spiel gebracht. Das ist gut und schlecht zugleich. Denn große Reformmodelle wie die der Bürgerversicherung sind diskussionswürdig, benötigen jedoch breite Mehrheiten im Bundestag und sind im Detail – auch rechtlich – hochkomplex.

Hier hätte man bedeutend früher anfangen müssen – eine Chance, die man in den letzten 20 Jahren versäumt hat. Jetzt müssen aber zügig spürbare Effekte her. Der „Offenbarungseid“ ist nicht mehr weit entfernt, betrachtet man unter anderem auch die Babyboomer-Kohorten, die in Bälde das Rentenalter erreichen. Natürlich können Diskussionen über die Frage, was die GKV zukünftig noch finanzieren soll – sprich Rationierungs- und Priorisierungs-

debatten, was Teil des Leistungskataloges ist – schnelle Effekte bringen. Warum ist diese verkürzte Sichtweise aber nicht nur klug? Es ist viel komplexer als gedacht, medizinisch wie auch gesellschaftlich zu definieren, was denn die angesprochenen „Basisleistungen“ sind – und vor allem: was nicht. Möchte man dies wirklich tun, bedarf es einer genauen, auch vom Ethikrat begleiteten Analyse. Modelle wie „Zahnmedizin raus aus dem Leistungskatalog“ oder „keine Hüft-Endo-Prothesen mehr über 80 Jahre“ sind nicht nur stumpf, sondern beinhalten auch soziale Sprengstoff – und werden langfristig auch nicht helfen, um das Problem in den Griff zu bekommen.

Nimmt man einzelne Leistungsbereiche heraus und ändert ansonsten nicht substanzial Nachfrage- und Angebotsverhalten durch neue Anreize, wird das Ausgabenwachstum in den bestehenden Leistungsbereichen schnell dazu führen, dass wir wieder vor den gleichen Problemen stehen. Das zeigt auch die Reformhistorie, in der es bis dato noch nie wirklich gelungen ist, die Leistungsausgaben in Summe mittelfristig in den Griff zu bekommen. Auch wäre dies – mit Verlaub – keine sonderlich innovative Idee. Vielmehr muss darüber nachgedacht werden, wie mit neuen Anreizen das Nachfrage- und Angebotsverhalten substanzial verändert werden kann. Das impliziert nachfrageseitig nicht nur neue Formen und Wahloptionen in den Versicherungsverträgen, die auch Steuerungsansätze enthalten, sondern angebotsseitig auch eine Neujustierung der Vergütungsanreize auf der Leistungserbringungsseite. Hier können regionale Gesundheitsbudgets, die keine mengenorientierten Anreize, sondern Anreize in Richtung Prävention und Ergebnisqualität (subjektiv wie objektiv) setzen, ein sinnvoller Weg sein.

Noch einmal zurück zur Nachfrageseite: Wie schon adressiert, können sich hier durch neue Wahloptionen des GKV-Versicherungsvertrages spürbare Veränderungen ergeben. So wäre es sinnvoll, den auch durch Nina Warken in Form des Primärarztsystems anvisierten Steuerungsgedanken so zu implementieren, dass er nicht nur Ressourcen lenkt, sondern auch die (Eigen-)Verantwortung der Versicherer-

ten stärkt und sogar in die Versicherungsverträge integriert werden kann. Patienten, die sich steuern lassen, erhalten dann günstigere Tarife als diejenigen, die nach wie vor den freien Direktzugang wünschen.

Jedoch ist hier bei der Ausgestaltung Vorsicht geboten, da in der GKV die Beitragsätze prozentual erhoben werden und es für all diejenigen, die mehr in das System einzahlen, ein Direktzugang besonders teuer werden würde, wohingegen für all diejenigen, die wenig bis nichts in das System einzahlen, die Möglichkeiten einer gänzlich freien Wahl quasi umsonst wären. Daher kann man auch über einen inversen Weg nachdenken: Patientensteuerung ist der Normalfall, ein Opt-out kostet extra. Eines ist dabei aber ganz besonders wichtig: Patientensteuerung – wie beispielsweise ein Primärarztsystem – darf auf keinen Fall als „zweitklassige Versorgung“ dargestellt und umgesetzt werden. Ganz im Gegenteil: Eine effiziente und qualitativ hochwertige Steuerung von Patienten, auch über Sektorengrenzen hinweg, muss endlich mehr als Qualitätsmerkmal der Versorgung verstanden werden. Patientensteuerung ist aber nur ein Element in der „gesundheitsökonomischen Trickkiste“. Weitere Elemente sind Eigenbeteiligung, Franchisen oder Versicherungsverträge mit und ohne Werkstattbindung, wie wir es aus der Kfz-Versicherung kennen. Aber auch aus der Verhaltensökonomie wissen wir: Es geht darum, durch kluge Anreize, die nicht immer monetärer Natur sein müssen, eine bedarfsgerechte Steuerung zu ermöglichen. Auch muss das Problem, dass häufig (Facharzt-)Termine von Patienten nicht wahrgenommen werden und so „Leeraufkapazitäten“ entstehen – bei gleichzeitig immer längeren Wartezeiten – mit klugen Steuerungs- und Sanktionsmechanismen angegangen werden.

Aber was kann dies für die Zahnmedizin bedeuten? Wie können wir hier mit klugen Anreizen und Versicherungsverträgen die Nachfrageseite besser steuern? Schon seit den großen Reformen in den 1990er-Jahren ist die Zahnmedizin hier Vorreiter, da sie als erster und einziger medizinischer Leistungsbereich die Eigenverantwortung u.a. durch Prophylaxe und auch

Zuzahlungen sehr erfolgreich umgesetzt hat. Kein anderer haus- und fachärztlicher Versorgungsbereich – ambulant wie stationär – ist hier so weit. Aber dennoch muss auch in der Zahnmedizin darüber nachgedacht werden, was man verbessern kann, und wie neue Anreize implementiert werden können. Ein Blick in das europäische Ausland kann dabei helfen, kluge Ideen zu kopieren, aber auch Fehler aus anderen Ländern zu vermeiden. Die Zahngesundheit ist wichtiger Teil einer ganzheitlichen, medizinischen Versorgung, eines holistischen, salutogenetischen Versorgungsansatzes und hat neben seiner sozialmedizinischen Bedeutung auch signifikante Auswirkungen auf die Lebensqualität der Bevölkerung. Daher lohnt es sich, hier wissenschaftlich fundiert vorzugehen. Die folgende Abbildung zeigt eine kleine, selektive Auswahl,

wie die zahnmedizinische Versorgung in anderen europäischen Ländern systemisch integriert ist. Dies kann vielleicht als Grundlage für Gedanken dienen.

Auf alle Fälle muss es nun zügig gelingen, ein seit Jahrzehnten verschlepptes Thema so umzusetzen, dass es zeitnah Effekte hervorbringt – und dabei noch gesellschaftliche Akzeptanz erfährt. Das ist hochkomplex, aber aller Mühen wert. Blickt man auf die Ruck-Rede des damaligen Bundespräsidenten Roman Herzog aus dem Jahr 1997 zurück, scheint sie aktueller denn je: „Durch Deutschland muss ein Ruck gehen. Wir müssen Abschied nehmen von liebgewordenen Besitzständern, vor allen Dingen von den geistigen, von den Schubläden und Kästchen, in die wir gleich alles legen. Alle sind angesprochen, alle müssen Opfer bringen, alle müs-

sen mitmachen.“ Insbesondere der letzte Satz ist von größter Relevanz: „Alle sind angesprochen, alle müssen Opfer bringen, alle müssen mitmachen“ – und eben nicht nur einzelne. Nur so kann es gelingen. Die Zahnärzteschaft war immer bereit, mitzuwirken und wird es sicherlich auch zukünftig sein – aber eben nicht allein: Alle sind angesprochen und aufgefordert!

LAND	ÜBERNAHME DURCH SYSTEM	EIGENANTEIL	KINDERREGELUNG
Deutschland	Kassen: konservierende/chirurgische Leistungen; Zahnersatz Festzuschuss (60–75 %)	Restkosten bei hochwertiger Versorgung privat	Bonusheft erhöht Zuschuss
UK	NHS: Behandlungen nach Gebührenband (1–3)	Feste Behandlungsgebühr	Unter 18 kostenfrei
Frankreich	100% Santé: bestimmte Kronen/Brücken/Prothesen ohne Restkosten	Außerhalb Panier* 100 % = Eigenanteil	Kinder mitversichert
Spanien	Öffentlich: Kinder, Schwangere, Vulnerable + Notfälle	Erwachsene oft privat	Kinder umfassender gedeckt
Niederlande	Basisversicherung: umfassend bis 18, Erwachsene nur wenn medizinisch nötig	Privat oder Zusatzversicherung	Kinder voll abgedeckt
Schweden	Kostenfrei bis 19, Erwachsene mit Zuschuss; Höchstkostenschutz (staatliche Erstattung oberhalb von Schwellen)	Teilweise Selbstkosten	Kostenfrei bis 19
Dänemark	Privat erbrachte Versorgung mit staatlichen Zuschüssen; junge Erwachsene und sozial Bedürftige erhalten erhöhte Unterstützung (z.B. 18–24-J.: 100 % Erstattung über DKK 600/Jahr hinaus, 2025-Regel)	Rest privat	18–24-Jährige: 100 % Zuschuss über Grundbetrag hinaus
Österreich	Basisleistungen (Frontzähne, einfache Versorgung); für Zahnersatz bestehen fixe Tarife/Zuschüsse, häufig relevante Eigenanteile	Seitenzahnhüllungen und Zahnersatz oft privat	<18: Kieferorthopädie gedeckt
Schweiz	Grundversicherung deckt nur schwere Krankheit/Unfall	Sonst privat	Keine spezielle Regelung

Integration der Zahnmedizin in ausgewählten europäischen Ländern

* Der „Panier 100 % Santé“ („100 %-Korb“) ist ein in Frankreich eingeführtes Reformpaket (2019–2021), das bestimmte Leistungen der Zahnmedizin, Optik und Hörgeräte vollständig kostenfrei macht. Alles, was außerhalb dieses Korbs liegt (z.B. höherwertige Materialien, ästhetische Varianten), wird nur zum üblichen Kassensatz erstattet, den Rest muss der Patient oder seine Zusatzversicherung tragen.

Weniger Warten, mehr Mut zum Handeln

Ein Gastbeitrag von Dr. Christian Pfeiffer, Vorstandsvorsitzender der KVB



*KVB und KZVB sind sich einig:
Die Politik muss jetzt handeln,
um das deutsche Gesundheitswesen zukunfts-fest zu machen.*

© KZVB

Drittens müssen wir uns von der Illusion verabschieden, dass Delegation oder Substitution ärztlicher Leistungen ein finanzielles Wundermittel sind. Natürlich kann die kluge Einbindung anderer Gesundheitsberufe Versorgung sichern und verbessern. Aber wer glaubt, man könne so Geld sparen, irrt. Gute Medizin braucht gut ausgebildete, motivierte und angemessene bezahlte Fachkräfte. Ihre Arbeit ist kein Sparposten, sondern die Grundlage jedes funktionierenden Gesundheitssystems.

Und schließlich: Auch in Zeiten knapper Kassen darf der Blick für das Notwendige nicht verloren gehen. Wer stabile und effiziente Strukturen will, muss investieren – gerade jetzt. Das gilt nicht nur für Krankenhäuser, sondern auch für die ambulante Versorgung, deren Infrastruktur vielerorts auf Verschleiß gefahren wird. Praxen, die Digitalisierung, Nachwuchsförderung und moderne Patientensteuerung ernst nehmen, sichern die Zukunft der Versorgung. Wer hier spart, spart am Fundament.

Die Finanzkommission steht also vor einer doppelten Aufgabe: Sie muss die kurzfristige Stabilität sichern, ohne langfristig die Zukunft zu gefährden. Dazu gehört die Einsicht, dass nicht jeder Euro Kürzung ein Gewinn ist – und dass strukturelle Reformen wichtiger sind als Symbolpolitik.

Es ist Zeit, dass die Politik aus der Reparaturlogik der Vergangenheit ausbricht. Nicht mehr Geld, sondern mehr Mut wird gebraucht: Mut, Bürokratie abzubauen. Mut, Fehlanreize zu korrigieren. Mut, in das zu investieren, was wirklich trägt – in eine starke, effiziente und menschliche ambulante Versorgung. Ich erwarte von den Entscheidungsträgern in Berlin diese Weitsicht, wenn es um die langfristige Stabilisierung unseres Gesundheitssystems geht.

Seit Jahren folgt die Gesundheitspolitik in Berlin einem simplen Reflex: Wenn die Konflikte zu groß und die Interessen zu widersprüchlich werden, hilft man sich mit Geld. Diese Methode hat über ein Jahrzehnt funktioniert, weil die Einnahmen der Krankenkassen stabil wuchsen und der finanzielle Druck überschaubar blieb. Doch diese Ära ist vorbei. Die Rücklagen schwinden, die Beitragssätze steigen, und das Vertrauen in die Steuerungsfähigkeit des Systems sinkt rapide.

Nun also soll eine „Finanzkommission“ das Problem lösen – ein vertrautes Muster in der deutschen Politik. Wenn es unangenehm wird, wenn Entscheidungen wehtun, wird eine Kommission eingesetzt. Natürlich ist das Gesundheitssystem komplex, und natürlich ist es richtig, Expertise zu bündeln, bevor man Strukturen verändert, die Millionen Menschen betreffen. Aber wer glaubt, man könne sich durch vertagte Beschlüsse aus der Misere retten, verkennt die Lage. Wir stehen an einem Punkt, an dem Abwarten teurer ist als Handeln.

Viele Lösungsmöglichkeiten für dieses aktuelle Dilemma liegen bereits auf dem

Tisch, wie ich anhand der folgenden vier Impulse deutlich machen möchte.

Erstens benötigt nicht jede Änderung im System zwangsläufig riesige Geldsummen – manche Reform erfordert einfach nur Mut. Der Bürokratieabbau etwa, seit Jahren ein Dauerbrenner, scheitert weniger an Konzepten als am politischen Willen. Dabei denke ich insbesondere an die konsequente Einführung digitaler Verwaltungsprozesse im Gesundheitswesen. Sei es im Rahmen einer modernen Ärzte- (und Zahnärzte-)Zulassungsverordnung oder mit Hilfe eines mutigen Bürokratieabbaugesetzes. Die Vorschläge liegen vor und sollten zeitnah umgesetzt werden.

Zweitens: Die ambulante Versorgung ist nicht das Problem – sie ist Teil der Lösung. Jede Behandlung, die im ambulanten Bereich statt in den Kliniken erfolgt, spart Kosten und schont Ressourcen. Eine konsequente Ambulantisierung ist daher kein Angriff auf Krankenhäuser, sondern ein Gebot der Vernunft. Gleches gilt für die Notfallversorgung, zu der die KV Bayerns ausführliche Reformvorschläge vorgelegt und in Pilotprojekten umgesetzt hat.

„Das politische Hin und Her führt zu Frust in den Kliniken“

Roland Engehausen über die Zukunft der stationären Versorgung

Nicht nur die KZVB konnte dieses Jahr ihr 75-jähriges Bestehen feiern. Auch die Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG) wurde 1950 gegründet. Wir sprachen mit BKG-Geschäftsführer Roland Engehausen über die Herausforderungen, vor denen die stationäre Versorgung in Bayern steht. Die Parallelen zu den niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten sind unübersehbar.

BZB: Bei einem Jubiläum stellt sich als Erstes die Frage, wie sich die Kliniklandschaft in Bayern seit 1950 gewandelt hat.

Engehausen: Die bayerische Krankenhauslandschaft hat sich in den vergangenen 75 Jahren grundlegend gewandelt – medizinisch, strukturell und gesellschaftlich. In den Nachkriegsjahren standen primär der Wiederaufbau und die Sicherstellung einer flächendeckenden Grundversorgung im Vordergrund. Bei den meisten Kliniken handelte es sich um kleine kommunale oder kirchliche Häuser oder wenige private Spezialkliniken, oft mit begrenzten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. In den letzten Jahren konnte eine hochmoderne Krankenhauslandschaft aufgebaut werden mit

spezialisierten Fachkliniken, innovativer Medizintechnik auch in Häusern der Grund- und Regelversorgung sowie einer zunehmend vernetzten Versorgung durch die Digitalisierung. Die Trägerpluralität mit Unikliniken, kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhaussträgern ist in Bayern besonders groß.

Jedoch stehen wir inzwischen vor großen Herausforderungen: dem demografischen Wandel und dem damit einhergehenden Fachkräftemangel sowie dem steigenden wirtschaftlichen Druck aufgrund eines an Grenzen gestoßenen finanziabaren Gesundheitssystems. Wie alle Leistungsanbieter im Gesundheitswesen sind auch die Krankenhäuser einer zunehmenden Ad-hoc-Politik ausgesetzt, die die Vertrags- und Verhandlungsfreiheit mit den Krankenkassen einschränkt und über Gesetze die Bürokratie- und Strukturvorgaben immer weiter erhöht, ohne dass sich dadurch die Versorgungsqualität verbessern würde. Was sich über die letzten 75 Jahre dagegen nicht verändert hat, ist das große Engagement und die Verantwortung der Krankenhäuser für die Menschen in Bayern. Dies spiegeln auch die besonderen Beiträge, welche im Rahmen unserer Kampagne „Bayerische Klinikgschichten“ gesammelt und auf bkg-online.de veröffentlicht wurden.

BZB: Weitere Änderungen stehen unmittelbar bevor. Wie wird sich die Klinikreform, die noch Karl Lauterbach durchgesetzt hat, auf die bayerischen Krankenhäuser auswirken?

Engehausen: Die Krankenhausreform mit dem Krankenhausversorgungsverbesse-

rungsgesetz (KHVVG) und nun das erweiterte Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) hat das Ziel, die Qualität und Effizienz der stationären Versorgung zu verbessern – das ist prinzipiell richtig und wichtig. In der jetzigen Form ist das Gesetz jedoch zu komplex und mit zahlreichen technischen Handwerksfehlern behaftet, die in der Praxis kaum handhabbar sind, zusätzliche Kosten verursachen und ein Risiko für die Versorgungssicherheit darstellen. Anstatt die dringend notwendige wirtschaftliche Stabilität in den Kliniken zu schaffen, führt die Reform zu immer mehr Unsicherheit. Offen ist beispielweise nach wie vor die Ausgestaltung der sogenannten Vorhaltefinanzierung, die praktisch gesehen aber nichts anderes ist als ein Budgetdeckel, der Fallzahlensteigerungen kappt. Jüngst wurde zudem ein basiswirksames 1,8 Milliarden Euro Sparprogramm der Bundesregierung zulasten der Krankenhäuser bekannt, um die GKV-Beitragssätze für 2026 zu stabilisieren. Dies ist eine Rolle rückwärts, weil ein paar Wochen zuvor ein Rechnungszuschlag zum Ausgleich der in den vergangenen Jahren aufgelaufenen Inflationslücke für die Kliniken zugesagt wurde, der zudem nur befristet gegolten hätte.

Dieses gesamte Hin und Her führt zu Frust und ist leider keine gute Grundlage für die geplante Reform, in der in den Kliniken jeder Stein umgedreht werden muss. Aus unserer Sicht braucht es als Grundlage für eine gute Reform zunächst mehr Stabilität, verlässliche Gesetze und klare politische Leitplanken. Also: weniger Komplexität, mehr Planungssicherheit und vor allem eine solide Finanzierung der lau-



BKG-Geschäftsführer Roland Engehausen warnt vor Risiken für die Versorgungssicherheit durch geplante Krankenhausreform.

fenden Betriebskosten. Nur so kann die Reform tatsächlich zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

BZB: Sollte der Bettenabbau angesichts neuer militärischer Bedrohungen und der demografischen Entwicklung jetzt nicht gestoppt werden?

Engehausen: Die Zentralisierung von bestimmten Leistungen und damit eine Veränderung der bisherigen Versorgungsstrukturen an verschiedenen Standorten ist sinnvoll. Allerdings darf eine flächendeckende Grund- und Regelversorgung nicht gefährdet werden. Daran wird sich die Reform messen lassen müssen. Auch die stärkere Ambulanzierung ist aus diesem Grund ein richtiger und notwendiger Schritt – aber sie darf nicht als Begründung dienen, einfach Kosten senken zu wollen. Bei der Hybrid-DRG in der derzeitigen Ausgestaltung kann gutes Geld mit leichten Behandlungsfällen verdient werden und bei komplexen Versorgungen würde immer ein Defizit entstehen. Es liegt auf der Hand, dass mit so einer Mischkalkulation Fehlanreize verbunden sein werden. Andererseits können wir keine unwirtschaftlichen stationären Kapazitäten flächendeckend für unklare Bedrohungslagen vorhalten. Daher geht es in der zivil-militärischen Zusammenarbeit aus unserer Sicht insbesondere um verlässliche Strukturen, klare Abstimmungsprozesse und flexiblen Einsatz der Ressourcen. Wir können dabei von den Erfahrungen der Corona-Pandemie profitieren.

Grundlage ist auf jeden Fall, dass wir auch mit Blick auf neue Herausforderungen durch Krisen und sicherheitspolitische Risiken die Bedeutung einer leistungsfähigen Gesundheits- und Krankenhausinfrastruktur weiter deutlich machen müssen. Alle Akteure aus den unterschiedlichen Bereichen sollten eng zusammenarbeiten.

BZB: Nina Warken hat eine Expertenkommission eingesetzt, die Vorschläge für die Reform des Gesundheitswesens machen soll. Was würden Sie dieser Kommission raten?

Engehausen: Wir müssen ehrlich hinterfragen, wie wir die Versorgung insgesamt wieder effizienter, zielgerichtet und finanziabler gestalten können. Die Eigen-



Am Staatsempfang „75 Jahre Bayerische Krankenhausgesellschaft“, zu dem die bayerische Gesundheitsministerin Judith Gerlach (Mitte) eingeladen hatte, nahmen auch Dr. Marion Teichmann und Dr. Rüdiger Schott teil.

verantwortung der Versicherten muss sowohl aus finanzieller Sicht als auch zur Förderung einer gesundheitsbewussten Selbststeuerung wieder gestärkt werden. Auch eine bessere Steuerung bzw. Lenkung von Patientinnen und Patienten ist sicher sinnvoll, aber im deutschen Gesundheitswesen nicht einfach umzusetzen. Letztlich werden wir klare Verantwortlichkeiten für eine sinnvolle Patientensteuerung benötigen, sodass Menschen dort behandelt werden, wo es medizinisch notwendig und strukturell sinnvoll ist. Klar ist: Wir wollen auch in den Krankenhäusern einen Beitrag dazu leisten, dass die stationären Behandlungsbedarfe sinken können. Besonders gilt dies auch für die Inanspruchnahme der Notfallversorgung in den Krankenhäusern, die oftmals unnötig überlaufen ist.

Die Beiträge der Krankenkassen steigen seit Jahren und bisher sind eine stärkere Eigenverantwortung und Selbstbeteiligung bei den Lösungsansätzen ein Tabuthema. Wir glauben nicht, dass dies dauerhaft so bleiben kann. Andererseits darf nicht verkannt werden, dass der Gesundheitsmarkt einer der stärksten Binnen-

märkte ist und auch zur wirtschaftlichen Wertschöpfung beiträgt. Was uns teilweise ärgert: Sowohl die Medtec- und IT-Anbieter als auch die Pharmaunternehmen verdienen im Gesundheitswesen teilweise extrem gut, während diejenigen, die die Patientinnen und Patienten tatsächlich rund um die Uhr behandeln, von Insolvenzen bedroht sind. Zugleich muss die Vergütung stationärer Leistungen kritisch hinterfragt werden. Im internationalen Vergleich sind Behandlungen und Eingriffe oft deutlich günstiger als in unseren Nachbarländern. Unser Finanzierungssystem bildet die tatsächlichen Kosten der Versorgung vielfach nicht mehr ab. Als Beispiel hierzu dient die Geburtshilfe, welche vielfach nur noch aufgrund des Förderprogrammes des bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention kostendeckend gestaltet werden kann. Daher gilt: Behandlungsbedarfe möglichst senken, Erlöse je Behandlung verbessern.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.

Die Finanzlage der GKV ist ernst

Ein Gastbeitrag von Dr. Irmgard Stippler, Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern



Die AOK Bayern und die KZVB ziehen an einem Strang: Ein Beispiel dafür ist der ITN-Vertrag, den Dr. Irmgard Stippler und Dr. Rüdiger Schott letztes Jahr unterzeichnet haben.

© KZVB

Die AOK Bayern zeigt, dass sie ein verlässlicher Partner ist und für eine solide Finanzierung der Leistungen wie auch Versorgung ihrer Versicherten steht.

Kurzfristig braucht es eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik und zielgerichtete Steuerzuschüsse für versicherungsfremde Leistungen, um die GKV zu stabilisieren. Und es führt kein Weg an strukturellen Reformen vorbei – vor allem in der Pflege, der Arzneimittelversorgung, der Krankenhausplanung und der Notfallversorgung.

Eminent wichtig ist, dass versicherungsfremde Leistungen künftig aus Steuermitteln und nicht mehr aus Beiträgen bezahlt werden. Darüber hinaus sind die Leistungsausgaben für Bürgergeldbezieher endlich vollständig auszugleichen. Und auch die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel gehört reformiert: Es ist nicht nachvollziehbar, dass lebenswichtige Medikamente mit 19 Prozent besteuert werden, während für Süßwaren nur sieben Prozent gelten. Eine gerechtere Regelung würde der GKV jährlich Milliarden bringen – Geld, das direkt in die Versorgung der Menschen fließen könnte.

Jetzt braucht es Mut zur Entscheidung und Veränderung

Die FinanzKommission Gesundheit ist eine Chance – und sie darf nicht ungenutzt bleiben. Wenn sie schnell die richtigen Schlüsse zieht und diese entschlossen umgesetzt werden, kann sie der Wendepunkt für ein solidarisches und finanzielles Gesundheitssystem werden.

Die AOK Bayern wird diesen Prozess aktiv begleiten – mit Erfahrung, klaren Positionen und Gestaltungswillen. Denn Stabilität entsteht nicht durch Stillstand, sondern durch Mut zur Veränderung. Und genau diesen Mut braucht unser Gesundheitssystem jetzt.

Mit der FinanzKommission Gesundheit hat die Bundesregierung einen entscheidenden Prozess angestoßen. Unter der Leitung von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken soll das Gremium Wege finden, die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung langfristig zu stabilisieren – und zwar mit greifbaren Ergebnissen bis März 2026, damit ab 2027 spürbare Verbesserungen möglich werden.

Die Aufgabe ist komplex, aber überfällig: Die Kommission soll die wahren Kosten treiber identifizieren, ineffiziente Strukturen sichtbar machen und die Einnahmeseite kritisch prüfen. Zugleich soll sie bewerten, ob geplante Reformen – etwa beim Primärversorgungssystem oder in der Notfall- und Rettungsversorgung – tatsächlich zur Entlastung beitragen oder zusätzliche Kosten verursachen. Aber auch der Wettbewerb zwischen den Kassen sowie die Weiterentwicklung deren Strukturen soll Thema sein.

Doppelstrukturen abbauen, Prävention stärken

Bemerkenswert ist, dass der Auftrag der Kommission konkret und lösungsori-

tiert angelegt ist: Wie lassen sich Doppelstrukturen abbauen? Welche versicherungsfremden Leistungen müssen künftig anders finanziert werden – und durch wen? Und wie können Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden, um langfristig Kosten zu vermeiden, statt sie nur zu verwalten?

Dass die richtigen Fragen gestellt werden, ist ein gutes Zeichen. Entscheidend wird sein, dass daraus kein Bericht für die Schublade entsteht, sondern ein verbindlicher Handlungsplan, der das System zukunfts fest macht – und das zügig. Zwischen der AOK Bayern und einigen Mitgliedern der FinanzKommission besteht bereits ein vertrauensvoller Austausch, der eine konstruktive Zusammenarbeit erleichtert.

Jetzt gilt es, Tempo zu machen. Die Finanzlage der GKV ist ernst: Rücklagen reichen vielerorts nur noch für wenige Tage, die Belastung der Beitragszahler steigt weiter. Die Kommission bietet die Chance, bereits entwickelte Lösungsansätze endlich umzusetzen. Gleichzeitig muss sie sicherstellen, dass neue Regelungen Planungssicherheit für die Kassen schaffen und nicht neue Unsicherheiten erzeugen.

Hohe Erwartungen an die Bundesregierung

Freie Berufe fordern schnelle Reformen

Der Verband Freier Berufe in Bayern e.V. (VFB) hat gerufen und fast alle kamen. Der traditionelle Sommerempfang des VFB bot auch in diesem Jahr Gelegenheit zum Austausch zwischen den Vertretern der Freien Berufe und der Politik. Eine Vernissage mit Arbeiten der Passauer Künstlerin Lena Schabus gab dem Abend den passenden Rahmen.

VFB-Vizepräsidentin Franziska Scharpf konnte unter anderem den Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses im Bayerischen Landtag Bernhard Seidenath, Dr. Stephan Ötzing (beide CSU), die Fraktionsvorsitzende von Bündnis 90/Die Grünen Katharina Schulze, Kristine Lütke von der FDP Bayern und ehemaliges Mitglied des Bundestages sowie die Präsidentin des Bayerischen Landessozialgerichts Dr. Edith Mente begrüßen. Der Vorstand des Bundesverbandes Freier Berufe war durch Johann Haidn (Vizepräsident des bdia) und Prof. Dr. Hartmut Schwab (VFB-Vizepräsident und Präsident der Bundessteuerberaterkammer und der Steuerberaterkammer München) vertreten.

Der VFB und seine Mitgliedsorganisationen machten klar, dass die Erwartungen an die neue Bundesregierung gewaltig seien. Bürokratieabbau, eine Stabilisierung der Beiträge für die Sozialversicherungen, mehr Investitionen in die Infrastruktur und mehr Wertschätzung für die Freien Berufe würden Arbeitsplätze sichern und das Vertrauen in den Standort Deutschland stärken. Zwar seien die beschlossenen steuerlichen Sofortprogramme zu begrüßen und würden erste positive Impulse für die deutsche Wirtschaft setzen, doch mangele es insgesamt noch an Tempo, Zielklarheit und echten Entlastungen für den Mittelstand und die Freien Berufe.

Der KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott und VFB-Vizepräsidentin Dr. Andrea Albert verwiesen auf den Reformbedarf im Gesundheitswesen. Die von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken eingesetzte FinanzKommission Gesundheit habe bis Ende 2026 Zeit, Vorschläge zu unterbrei-



Bernhard Seidenath und Dr. Rüdiger Schott sprachen darüber, wie man die flächendeckende Versorgung in Bayern erhalten kann.



Dr. Andrea Albert (l.) und Eva Maria Reichardt (r.) betonten gegenüber Katharina Schulze (Bündnis 90/Die Grünen), dass die Freien Berufe in Bayern für fast eine Million sichere Arbeitsplätze stehen.

Zukunftsthema Pflege: Mundgesundheit im Alter sicherstellen

BLZK veranstaltet erfolgreichen ersten Pflegetag

Großer Zuspruch für den ersten Pflegetag der Bayerischen Landeszahnärztekammer: Fast 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren am 15. Oktober beim ersten Pflegetag der BLZK in Präsenz im Haus der Bayerischen Zahnärzte in München oder online zugeschaltet. Moderiert wurde die Veranstaltung von Dr. Frank Hummel, Pflegebeauftragter der BLZK, und Dr. Cornelius Haffner, Experte für Mundgesundheit in der Pflege vom Städtischen Klinikum Harlaching in München.



Das Thema „Mundgesundheit und Versorgung von Pflegebedürftigen“ wurde von der BLZK beim ersten Pflegetag aufgegriffen. Referenten und Unterstützer waren Dr. Marco Kellner, Susanne Remlinger, Dr. Frank Hummel, BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl, Dr. Elmar Ludwig, BLZK-Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner, Sandra Paz de Lucas und Dr. Cornelius Haffner (von links).

Das Thema „Mundgesundheit und Versorgung von Pflegebedürftigen“ gewinnt in unserer alternden Gesellschaft immer mehr an Bedeutung. Mit dem ersten Pflegetag gab die BLZK den Teilnehmern ein Update zum aktuellen Stand. Auch Dr. Barbara Mattner, Vizepräsidentin der BLZK, stellte bei ihrer Begrüßung die Brisanz des Themas heraus: „Gute Mundgesundheit ist kein Luxus, sondern ein entscheidender Faktor für die Lebensqualität, die Allgemeingesundheit und vor allem die Würde unserer älteren Patientinnen und Patienten. Hier liegen ein enormes Potenzial und eine große Verantwortung für uns alle.“

Vertreter der (Standes-)Politik waren online mit Grußworten zugeschaltet. Die bayerische Gesundheitsministerin Judith Gerlach, MdL, betonte in ihrem Statement die Bedeutung gesunder Zähne für die körperliche Gesundheit sowie für soziale Teilhabe und verdeutlichte erneut die Rolle der Zahnärzteschaft. In ihrem „Masterplan Prävention“, der Anfang Oktober vorgestellt wurde, hatte sie explizit auf deren Vorreiterrolle bei der Vorsorge hingewiesen. Katrin Staffler, Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, MdB, sieht die Mundgesundheit als einen wesentlichen Faktor für die Lebensqualität Pflegebe-

dürftiger. „Es sind die alltäglichen Dinge, die zur Selbstbestimmung dazugehören. Dazu zählen eine verständliche Aussprache und das Aussehen, aber natürlich auch die Möglichkeit, besser und leichter zu essen“, so ihre Botschaft.

Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bundeszahnärztekammer, hielt Rückschau zur Entwicklung des Vorsorgethemas bei Pflegebedürftigen. „Im alten Jahrtausend war es geradezu lächerlich, von Prävention in der Alterszahnpflege zu sprechen. Da hat man über Prävention bei Kindern nachgedacht. Doch heute überrollt uns das Thema durch die demografischen Fakten.“ Und weiter: „Tatsächlich ist es wie so oft: Die Zahnmedizin versteht und setzt die Herausforderungen der Gesellschaft sofort um. Wir widmen uns dieser Thematik schon jetzt sehr intensiv.“

Zahl der Pflegebedürftigen steigt rasant

Zahnärztin Susanne Remlinger, Referentin für Alterszahnheilkunde beim ZBV Oberbayern, startete den fachlichen Teil des

Abends mit ihrem Vortrag „Zahnmedizin trifft Pflegealltag“ und rekapitulierte zunächst die demografische Datenlage. Da die geburtenstarken Jahrgänge ins Alter kommen, werde der Pflegebedarf in den nächsten Jahren deutlich steigen, verschärft durch den medizinischen Fortschritt: „Im Jahr 2000 wurde ein Pflegebedürftiger etwa drei Jahre gepflegt. Heute sind das 7,7 Jahre Pflegebedürftigkeit. Daraus ergibt sich mehr Aufwand.“ Demgegenüber stehe eine sinkende Zahl von Zahnärzten, die die Betreuung übernehmen. Sie forderte mehr Prävention. Als Ansprechpartner gelte es, die Angehörigen der Pflegebedürftigen zu gewinnen. Denn 60 Prozent werden zuhause gepflegt, 21 Prozent erhalten eine Unterstützung durch Pflegedienste und nur 19 Prozent leben in Pflegeheimen.

Dr. Cornelius Haffner griff in seinem Vortrag die Morbiditätsentwicklung der Pflegebedürftigen und den Status quo der aufsuchenden Betreuung speziell in München auf. Während der stationäre Bereich ausgezeichnet versorgt ist, gibt es im ambulanten Pflegebereich Engpässe.

„Wir müssen daher einfach mehr Kolleginnen und Kollegen auch in die ambulante Pflege bringen! Machen alle mit, ist der Aufwand für den Einzelnen überschaubar“, so sein Appell. Der ZBV München Stadt und Land hat bereits verschiedene Formate zur Unterstützung entwickelt, wie etwa den Stammtisch für Patenzahnärzte. Generell wünscht sich Haffner jedoch noch mehr Möglichkeiten der Vernetzung und Koordination. Die Notwendigkeit der PAR-Behandlung für Pflegebedürftige und die Abrechnungsmöglichkeiten erläuterte Haffner bei einem weiteren Vortrag.

Positive Resonanz zur Kooperation mit Berufsfachschulen

Dr. Marco Kellner, 2. Vorsitzender des ZBV Unterfranken und Referent für Prophylaxe, Alterszahnmedizin, Behindertenzahnmedizin, stellte das Kooperationskonzept seines ZBV mit den Berufsfachschulen für Pflege im Regierungsbezirk vor. Nach der Einführung bundeseinheitlicher Rahmenpläne für Pflegekräfte im Januar 2020, in denen Zahn- und Mundpflege neu integriert war, initiierte Kellner einen flächendeckenden qualifizierten Förderunterricht „Mundpflege in der Pflege“ für die Pflegeschülerinnen und Pflegeschüler. Dieser Unterricht wird mittlerweile in allen 24 Berufsfachschulen mit zwei Unterrichtsstunden à 45 Minuten vor Ort umgesetzt. Zum Einsatz kommt dabei auch der BLZK-Schulungskoffer „Ein Koffer voller Wissen: Mundpflege in der Pflege“ mit Informationen, Anschauungsmaterial sowie einem Mustervortrag. Für solche Schulungen kann sich Kellner „eine Kollegin oder einen Kollegen im Ruhestand vorstellen, die oder der Zeit hat und immer noch für das Thema brennt“. Die Resonanz der Schulen auf das Kooperationsangebot ist durchweg positiv.

Die Geschäftsführerin des Dental-Startups Empident, Sandra Paz de Lucas, will mit ihrer neu entwickelten Intraoralkamera für Laien eine Brücke zwischen Zahnarztpraxis und Pflege schlagen. Mithilfe der Kamera können sowohl professionell Pflegende wie auch Angehörige den Dentalstatus von Pflegebedürftigen mit kurzen Videos erfassen, angeleitet durch eine strukturierte App (DSGVO-konform), um

die Daten anschließend an die behandelnde Zahnarztpraxis weiterzuleiten. Die Telebefundung ermöglicht dem Zahnarzt eine erste Einschätzung des Falls und eine bedarfsgerechte Planung. Empident unterstützt derzeit vier Projekte in Deutschland. In Bayern ist das Start-up noch nicht aktiv.

mund-pflege.net – anschaulich, kompakt und individuell einsetzbar

Die Internetplattform „mund-pflege.net“ stellte Dr. Elmar Ludwig vor. Die Initiative aus Baden-Württemberg wurde unter anderem durch ihn ins Leben gerufen. Heute ist Ludwig Vorstandsvorsitzender des Vereines mund-pflege e.V. Ziel des Projektes war es, den seit 2023 deutschlandweit gültigen Expertenstandard zur Förderung der Mundgesundheit digital umzusetzen und anschaulich aufzubereiten. Die Zielgruppe sind primär professionelle Pflegekräfte, die mit dem Thema Mundgesundheit befasst sind. Die Plattform will aber ebenso online-affine Patienten und Angehörige ansprechen.

Das Entwicklungsteam wie der wissenschaftliche Beirat sind multiprofessionell aufgestellt – aus den Bereichen Zahnmedizin, Pflege, Geriatrie und Ernährungsmedizin. Sie werden unterstützt von zwei Kommunikationsdesignern, um die Inhalte ansprechend aufzubereiten. Der Website zugrunde liegt eine umfangreiche Bildbibliothek, ergänzt mit zahlreichen Fall-

beispielen und digital animierten Szenen, die einen interaktiven Einsatz ermöglichen. Die Plattform kann auch als Onlinepräsentation für Schulungen eingesetzt werden.

Sein „Resilienzkonzept für die aufsuchende Betreuung“ erläuterte zum Schluss Dr. Frank Hummel. Die aufsuchende Betreuung stelle ganz eigene Anforderungen an den behandelnden Zahnarzt wie an das gesamte Team. „Es ist wichtig, anzuerkennen, dass es eine besondere Tätigkeit mit besonderen Herausforderungen ist.“ Auf diese Weise und mit regelmäßigen Feedback-Gesprächen, Fortbildungsmöglichkeiten oder gemeinsamen Aktionen könne man als Führungskraft die Wertigkeit der Mitarbeiter in den Vordergrund stellen.

Zwischen den einzelnen Fachvorträgen gab es lebhafte Diskussionen. Die Teilnehmer vor Ort nutzten die Gelegenheit, den Referenten direkt Fragen zu stellen. Über die Chatfunktion konnten auch die Online-Nutzer Kommentare abgeben, die dann vorgelesen und im Plenum diskutiert wurden. BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl dankte abschließend den Referenten und Organisatoren des Pflegetages sowie den vielen Interessierten. Sein Appell: „Das Thema Pflege wird die gesamte Gesellschaft immer mehr durchröhren. Als Kammer tun wir gut daran, uns hier zu engagieren.“ Für die Zukunft kündigte er bereits weitere Pflegetage der BLZK an.

Dagmar Loy



1. Pflegetag der BLZK
Mittwoch, 15. Oktober 2025

Herzlich willkommen!

Dr. Frank Hummel (Bild links), Pflegebeauftragter der BLZK, und Dr. Cornelius Haffner, Experte für Mundgesundheit in der Pflege vom Städtischen Klinikum Harlaching in München, moderierten gemeinsam den ersten Pflegetag der BLZK.

„Find' heraus, was in dir steckt“

Mit Messepräsenz gegen den ZFA-Fachkräftemangel

Alle drei Jahre steht die Messe Nürnberg ganz im Zeichen der beruflichen Orientierung. Die „Berufsbildung 2025“ vom 8. bis 11. Dezember läuft unter dem Motto „Find' heraus, was in dir steckt“. Auch die Bayerische Landeszahnärztekammer ist wieder mit einem eigenen Messestand vor Ort. Die beiden Referentinnen Zahnärztliches Personal der BLZK, Dr. Brunhilde Drew und Dr. Dorothea Schmidt, veranschaulichen, warum das Engagement gegen den Fachkräftemangel so große Bedeutung hat.

BZB: Der Fachkräftemangel in deutschen Zahnarztpraxen verschärft sich weiter. Inzwischen stehen die Zahnmedizinischen Fachangestellten sogar auf Platz 1 der Engpassberufe. Woran liegt das?

Drew: Die „Fachkräfteengpassanalyse 2024“ der Bundesagentur für Arbeit unterstreicht eindrucksvoll die prekäre Situation in den Zahnarztpraxen: ZFA werden händeringend gesucht – in keiner anderen Berufsgruppe fehlen so viele Fachkräfte. Offene Stellen lassen sich durchschnittlich erst nach vier Monaten wieder besetzen – hier gehen demografischer Wandel und eine hohe Abwanderungsquote Hand in Hand. Gleichzeitig wird auch die Suche nach Auszubildenden nicht einfacher: Das allgemeine Bildungsniveau ist gesunken, und die Sprachkompetenz lässt teils zu wünschen übrig – eine große Herausforderung für die Berufsschulen und die Praxen. Hier müssen wir an mehreren Punkten ansetzen und unsere Bemühungen verstärken.

BZB: Warum hat die BLZK seit über 20 Jahren einen Stand auf der „Berufsbildung 2025“?

Schmidt: In Nürnberg erreichen wir Schulabgänger und damit genau die jungen Menschen, die wir begeistern möchten. Der Beruf ZFA ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsfürsorge. Und das Schönste daran ist: ZFA arbeiten mit und für Menschen. Sie sind ein unverzichtba-

rer Teil des Praxisteam und haben unterschiedlichste Aufgaben. Nicht umsonst heißt einer unserer Info-Filme „ZFA – Ohne mich läuft hier nichts!“ Diese Wertigkeit und Vielfalt möchten wir auf der

Berufsbildungsmesse vermitteln. Außerdem informieren wir über die vielen Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten, die ZFA nach ihrer Ausbildung offenstehen.



Dr. Brunhilde Drew (links) und Dr. Dorothea Schmidt sind Referentinnen Zahnärztliches Personal der Bayerischen Landeszahnärztekammer.

BERUFSBILDUNG 2025

Die Berufsbildungsmesse vom 8. bis 11. Dezember 2025 in Nürnberg ist eine bundesweit einzigartige Kombination aus Berufsorientierungsmesse und Fachkongress. Der Eintritt ist für alle Besucherinnen und Besucher frei. Der 30 Quadratmeter große Stand der BLZK ist in Halle 7a, Platz 111.

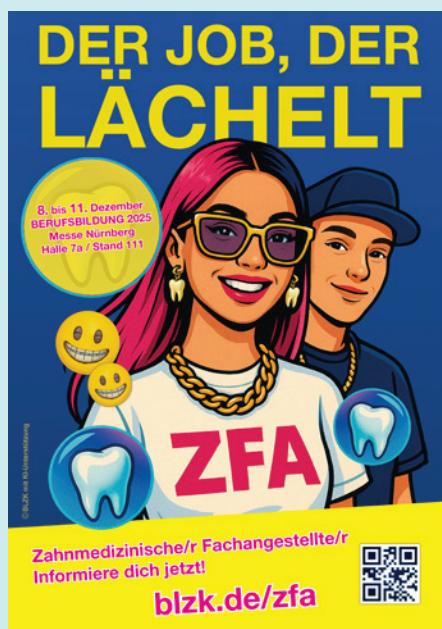
Mehr Informationen unter www.berufsbildung-messe.de.



DER BLZK-MESSESTAND: ACTION AUF 30 QUADRATMETERN

Knallige Farben, Smileys mit Brackets, Zähnchen als Ohrschmuck – die neuen Werbemittel für die ZFA-Gewinnung fallen sofort ins Auge. Auf der Messe kommen Plakate, Filme, Flyer, Infokarten und Leuchtdisplays zum Einsatz.

Syndikusrechtsanwältin Nuray Civeleker, Leiterin Geschäftsbereich Zahnärztliches Personal der BLZK, fasst die Maßnahmen am Messestand zusammen: „Wir setzen bei unserem Engagement für den Fachkrätenachwuchs auf der Berufsbildungsmesse dieses Jahr vor allem auf Präsenz, Begeisterung und sichtbare Impulse. Mit einem deutlich vergrößerten Messestand auf der Berufsbildungsmesse möchten wir noch stärker auf den Beruf der Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) aufmerksam machen. Interaktive Aktionen und ein engagiertes Standteam – bestehend aus freiwilligen Unterstützerinnen und Unterstützern aus den Zahnarztpraxen von Dr. Alexander Hartmann und Zahnärztin Elena Lingl, Mitarbeitenden aus der Zahn-, Mund- und Kieferklinik des Universitätsklinikums Erlangen, unseren Referentinnen sowie Kolleginnen der BLZK – geben an allen vier Messetagen authentische Einblicke in den Berufsalltag. Unser Ziel ist es, junge Menschen nicht nur zu informieren, sondern sie für dieses vielseitige und verantwortungsvolle Berufsbild nachhaltig zu begeistern. Wir freuen uns auf spannende Tage und auf viele Begegnungen mit jungen Menschen, die wir für den Beruf der ZFA gewinnen möchten.“



Mit diesen beiden Motiven wirbt die BLZK für den Ausbildungsberuf ZFA.

BZB: Wie möchten Sie auf der Messe die Neugier auf den Beruf ZFA wecken?

Drew: Wir haben eine Gestaltungslinie zur ZFA-Gewinnung entwickelt, die gezielt auf Jugendliche zugeschnitten ist. Auch ein neuer Film feiert auf der Berufsbildungsmesse Premiere. Gedreht wurde in Passau, in der Zahnarztpraxis von Dr. Alexander Hartmann, dem 1. Vorsitzenden des ZBV Niederbayern. Die Stars sind eindeutig die ZFA. Sie berichten über Aufgaben, Werdegang und ihre Motivation, diesen spannenden Beruf zu ergreifen. Aus diesen Eindrücken entstanden außerdem kurze Video-Clips für Online- und soziale Medien wie #MissionZFA, dem Instagram-Kanal der BLZK.

BZB: Wie unterstützt die BLZK die Zahnarztpraxen beim Finden und Binden von Personal?

Schmidt: Unsere Präsenz auf der Messe ist eingebettet in die ZFA-Ausbildungs offensive der BLZK. Weitere Bausteine richten sich speziell an die Praxen, etwa unser Material zum Thema Praktikum – schließlich steckt in jedem Schüler, der sich für den Arbeitsplatz Zahnarztpraxis interessiert, ein-/e potenzielle/-r ZFA. Dem-

nächst veröffentlicht werden neue Unterlagen zur Einstiegsqualifizierung (EQ), um jungen Menschen eine Brücke zu bauen und eine Chance auf einen späteren Ausbildungsort zu geben. Darüber hinaus können sich die Praxen gern bei konkreten Fragen oder Problemen direkt an die Kammer und an die ZBV, insbesondere an deren Ausbildungsberater, wenden.

Das Interview führte Ingrid Krieger.

UNTERSTÜTZUNG FÜR ZAHNARZTPRAXEN

Informationen rund um Praktika, Quereinstieg, Aus- und Weiterbildung von ZFA sind hinterlegt unter blzk.de/zfa. Das Werbematerial ist kostenfrei erhältlich im Bestellservice unter blzk.de/shop.



IADR-Goldmedaille für Prof. Schmalz

BLZK gratuliert dem international anerkannten Wissenschaftler

Der ehemalige Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie am Universitätsklinikum Regensburg (UKR), Prof. Dr. Gottfried Schmalz, hat mit der IADR-Goldmedaille die höchste Auszeichnung der International Association for Dental, Oral and Craniofacial Research erhalten. Voraussetzung dafür ist ein bereits verliehener „IADR-Distinguished Scientist Award“ sowie die erfolgreiche Fortsetzung der damit ausgezeichneten Forschungsarbeit.

Im Laufe seiner Forschungskarriere sammelte Prof. Schmalz wegweisende Erkenntnisse zur Heilung von Zahngewebe beim Zahnhalteapparat und dem Zahninneren (Pulpa). Zudem erzielte er bedeutende Fortschritte bei der Entwicklung und Erforschung bioaktiver Materialien, die die Regeneration von Zahnstrukturen aktiv unterstützen. Seine Forschungsergebnisse ermöglichen große Fortschritte für die moderne Zahnerhaltung und Gewebeerneuerung.



© BLZK/W. Murr

Prof. Dr. Gottfried Schmalz (Mitte) nahm beim 66. Bayerischen Zahnärztetag die Glückwünsche von BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl und der Vorsitzenden des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Oberpfalz, Dr. Cosima Rücker, entgegen.

Bei der IADR hatte Prof. Schmalz führende Positionen inne. Neben vielen weiteren Ämtern war er von 2007 bis 2008 Präsident der „IADR Pulp Biology and Regeneration Group“, von 2014 bis 2016 Präsident der „IADR Pan European Region“ und von 2019 bis 2022 Mitglied des „IADR Regional Board für die Pan European Region“. Mit über 10 000 Mitgliedern ist die Organisation weltweit die größte interdisziplinäre Forschungsgemeinschaft im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Redaktion/Quelle: UKR

„Gewinn für die Fachwelt“

Antrittsbesuch bei Prof. Dr. Jan-Frederik Güth

Prof. Dr. Jan-Frederik Güth ist neuer Lehrstuhlinhaber und Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik am LMU-Klinikum in München (siehe Journal, S. 30). BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl besuchte Prof. Güth zu einem ersten Austausch und gratulierte ihm zur Berufung: „Mit Ihrem beeindruckenden wissenschaftlichen und klinischen Werdegang, Ihrer Erfahrung in Lehre und Forschung sowie Ihrem Engagement für die Digitalisierung in der Zahnmedizin übernehmen Sie eine Schlüsselposition an einer der traditions-

reichsten und bedeutendsten universitären Einrichtungen unseres Faches. Ihre Rückkehr an die LMU ist nicht nur ein persönlicher Schritt ‚nach Hause‘, sondern auch ein Gewinn für die zahnärztliche Fachwelt“, konstatierte Wohl.

Redaktion

BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl (rechts) besuchte Prof. Dr. Jan-Frederik Güth zum Antrittsbesuch am LMU-Klinikum in München.





Dr. Brigitte Hermann nimmt Tholuck-Medaille entgegen

Auszeichnung für Jahrzehntelanges Engagement in der Gruppenprophylaxe

Bereits im vergangenen Jahr wurde Dr. Brigitte Hermann als Preisträgerin der Tholuck-Medaille gekürt (siehe BZB 1–2/2025, S. 11). Nun nahm die langjährige Vorsitzende und jetzige Geschäftsführerin der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit (LAGZ) die Auszeichnung des Vereines für Zahnhygiene im Kloster Seeon persönlich entgegen.

Die Zahnärztin aus Hohenkammer (Landkreis Freising) erhielt die Auszeichnung für ihr Jahrzehntelanges Engagement in der zahnmedizinischen Prävention – insbesondere für Kinder und Jugendliche.

In seiner Laudatio würdigte Dr. Christian Rath, der Geschäftsführer des Vereines für Zahnhygiene (VfZ), das außergewöhnliche Wirken der Preisträgerin: „Wir sind

sehr dankbar für Ihre Arbeit, Frau Dr. Hermann! Sie haben mit unermüdlichem Einsatz, Herzblut und einer gehörigen Portion Humor die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen geprägt. Ihre Begeisterung steckt an und motiviert alle, die mit Ihnen zusammenarbeiten.“

Die Preisträgerin, die seit vielen Jahren in

der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit (LAGZ) aktiv ist und die Gruppenprophylaxe in Bayern entscheidend geprägt hat, zeigte sich sichtlich bewegt: „Diese Auszeichnung ist für mich eine große Ehre – und vor allem ein Preis für die Arbeit der gesamten LAGZ-Patenzahnärzte in Bayern. Ohne die vielen engagierten Kolleginnen und Kollegen, die Tag für Tag in Kitas, Schulen und Fördereinrichtungen für gesunde Kinderzähne kämpfen, wäre all das nicht möglich.“

Wegweisende Projekte initiiert

Seit Jahrzehnten steht Dr. Brigitte Hermann für innovative Präventionskonzepte wie die „Aktion Seelöwe“ für die Kleinsten, die „Aktion Löwenzahn“ für Schulkinder oder jüngst das Pilotprojekt „Charly“ an Mittelschulen. Mit Projekten wie diesen und ihrer unverwechselbaren Mischung aus Fachkompetenz, Tatkraft und Humor hat sie die Gruppenprophylaxe in Bayern maßgeblich weiterentwickelt. Die Jury bezeichnete Dr. Brigitte Hermann als „unverzichtbare Stimme in der zahnmedizinischen Prävention“. Ihr Wirken sei geprägt von Kreativität, Beharrlichkeit und dem Anspruch, alle Kinder – unabhängig von Herkunft und Lebensumständen – zu erreichen.

Bei der feierlichen Übergabe im historischen Ambiente des Klosters Seeon, begleitet von goldenem Herbstlicht und herzlicher Stimmung, war deutlich zu spüren, dass die Preisträgerin nicht nur fachlich, sondern auch menschlich bleibenden Eindruck macht.

Redaktion

Dr. Christian Rath, Geschäftsführer des VfZ, überreichte die Tholuck-Medaille und Urkunde an Dr. Brigitte Hermann.



„Bislang sehe ich wenig Reformbereitschaft“

Dr. Christian Öttl über politische Forderungen der Zahnärzteschaft

Der Münchener Zahnarzt Dr. Christian Öttl wurde im Oktober erneut zum Bundesvorsitzenden des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V. (FVDZ) gewählt. Wir sprachen mit ihm über seine Ziele.

BZB: Ein Bayer, der im Bund so viel Zustimmung erfährt, ist selten. Hat Ihnen Markus Söder schon gratuliert?
Öttl: (lacht) Nein, der bayerische Ministerpräsident hat mir noch nicht gratuliert. Aber aus der Standespolitik und von den Körperschaften der Selbstverwaltung habe ich viele Glückwünsche bekommen, für die ich mich sehr herzlich bedanke. Für den FVDZ ist die Bundespolitik ohnehin wichtiger als die Landespolitik. 90 Prozent der Entscheidungen, die sich auf die Praxen auswirken, werden in Berlin getroffen. Da wollen wir Einfluss nehmen.

BZB: Also haben Sie schon mit Nina Warken telefoniert?
Öttl: Erfreulicherweise stehen wir im regelmäßigen Austausch mit dem Bundesgesundheitsministerium. Dort hört man unsere Vorschläge zwar, aber mit der Umsetzung hapert es bislang noch.

BZB: Was halten Sie von der „Finanz-Kommission Gesundheit“, die Warken berufen hat?
Öttl: Das sind anerkannte Expertinnen und Experten auf ihrem jeweiligen Forschungsgebiet. Mir fehlt aber der Praxis-

bezug. Es sind nur zwei Ärzte in dem Gremium und die haben schon lange keinen Patienten mehr gesehen. Außerdem dauert mir das alles viel zu lange. Wir brauchen jetzt Lösungen, um ein bundesweites Praxissterben zu verhindern.

BZB: Wie sehen Ihre Lösungsvorschläge aus?
Öttl: Die Zahnmedizin ist schon jetzt Vorbild für andere Medizinbereiche. Wir haben die Vollkaskomentalität der Versicherten durchbrochen. Zuzahlungen für hochwertigen Zahnersatz oder Präven-

Lupenbrillen + Lichtsysteme für Medizin und Technik in München



BAJOHR

OPTEC MED*

Hohenzollernstraße 18a | 80801 München

Tel. 089 21023280 | info@lupenbrille.de

www.lupenbrille.de

Bundesweiter Außendienst sowie weitere
Fachgeschäfte in Berlin, Hamburg und Einbeck

tionsleistungen wie PZR sind allgemein akzeptiert. Fast 20 Millionen Deutsche haben deshalb eine private Zahnnzusatzversicherung. Härtefallregelungen sorgen für den sozialen Ausgleich. Außerdem erbringen wir Schmerzbehandlungen und einfache Füllungen komplett im Rahmen des Sachleistungsprinzips. Durch eine präventionsorientierte Zahnmedizin entlasten wir die Solidargemeinschaft jedes Jahr um Milliardenbeträge, und das nachhaltig. Jeder Euro in Prävention spart vier Euro an Folgeerkrankungen.

BZB: Sehen Sie weiteres Sparpotenzial?

Öttl: Das ist eine politische Frage. Im internationalen Vergleich werden Sie wenig Gesundheitssysteme finden, die eine so umfassende zahnmedizinische Versorgung ohne private Zuzahlungen anbieten, wie das in Deutschland der Fall ist. Allerdings werden Leistungskürzungen in der Zahnmedizin keinen allzu großen Effekt haben, weil wir ja ohnehin nur noch für sechs Prozent der GKV-Gesamtausgaben verantwortlich sind. Wir sind definitiv keine Kostentreiber. Wir müssen jetzt abwarten, was Warkens Experten vorschlagen. Sollte zum Beispiel ein Standardtarif in der GKV kommen, wird sich zeigen, was der dann noch an zahnmedizinischen Leistungen beinhaltet. Mir ist wichtig, dass das, was die Politik bestellt, auch anständig und vor allem vollständig vergütet wird. Planwirtschaftliche Steuerungsinstrumente wie die Budgetierung wirken abschreckend auf unseren Nachwuchs.

BZB: Gibt es Maßnahmen, die die Versorgung verbessern und nichts kosten?

Öttl: Selbstverständlich gibt es die, und die haben wir der Politik auch bereits genannt. Das ist an erster Stelle ein echter Bürokratieabbau. Jede Minute, die wir und unsere Mitarbeiter am Computer sitzen, fehlt für die Behandlung. Die Fortbildungspflicht braucht kein Mensch, da sie schon in der Berufsordnung verankert ist und sich die Kollegen freiwillig auf den neuesten Stand bringen. Auch die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz alle fünf Jahre bringt keinen Mehrwert. Die könnte man streichen oder zumindest ein Zehnjahresintervall einführen. Dokumentations- und Aufbewahrungs pflichten binden ebenfalls wertvolle Ressourcen – von der Telematik-Infrastruktur ganz zu schweigen. All das haben wir Frau Warken schon gesagt, aber bislang sehe ich hier leider wenig Reformbereitschaft.

BZB: Wie steht der FVDZ zur ePA?

Öttl: In ihrer jetzigen Form verursacht die ePA nur viel Aufwand ohne erkennbaren Nutzen. Es braucht dringend funktionierende Anwendungen, damit dieses 12 Milliarden Euro teure Projekt endlich einen Beitrag zu einer besseren Patientenversorgung leisten kann. Mit einem schlecht gemachten „Zettelkasten“ ohne Suchfunktion und ohne Anbindung der Krankenhäuser ist sie wertlos.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

DER FVDZ HAT GEWÄHLT

Der Bundesvorstand des FVDZ wird künftig mit sieben anstatt wie bisher mit elf Mitgliedern arbeiten. Dies ist eine Reform, die die Hauptversammlung (HV) bereits im vergangenen Jahr aus Effizienz- und Kostengründen beschlossen hatte. Im Rahmen der HV Anfang Oktober in Berlin wählten die Delegierten folgende Konstellation:

Zum Bundesvorsitzenden erneut wiedergewählt wurde der Münchner Zahnarzt Dr. Christian Öttl. Mit 109 von 115 abgegebenen Stimmen erzielte er eine überwältigende Resonanz. Mit deutlicher Mehrheit wählten die Delegierten außerdem Dr. Jeannine Bonaventura zur stellvertretenden Bundesvorsitzenden. In einer knappen Stichwahl setzte sich der bisherige 1. stellvertretende Bundesvorsitzende Prof. Dr. Thomas Wolf mit 57 zu 56 Stimmen gegen Hub van Rijt durch und wurde damit erneut in den Bundesvorstand gewählt. Ebenfalls in den Bundesvorstand gewählt wurden: Anne Szablowski, Dr. Elisabeth Triebel, Dr. Kai-Peter Zimmermann und Damian Desoi.

Der Mangel wird spürbar

MdB Emmi Zeulner sorgt sich um zahnmedizinische Versorgung

Die zahnärztliche Selbstverwaltung warnt seit Jahren vor den Folgen einer verfehlten Gesundheitspolitik. Jetzt ist auch die Politik alarmiert. Die CSU-Bundestagsabgeordnete Emmi Zeulner (CSU) lud Ende Oktober zu einem „runden Tisch“ ins Landratsamt Lichtenfels ein. Der Anlass: der sich abzeichnende Zahnarztmangel in der Region.

Emmi Zeulner weiß, wovon sie redet. Die gelernte Krankenschwester gehört seit 2013 dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages an. Der Erhalt der flächendeckenden medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung ist ihr ein persönliches Anliegen – gerade, weil sie selbst aus dem ländlichen Raum stammt. Auch die Körperschaften der bayerischen Zahnärzte stellen sich der Herausforderung „flächendeckende Versorgung“. Sowohl der KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott als auch BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl und Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner nahmen an der Veranstaltung in Lichtenfels teil. Die Sichtweise der Kommunalpolitik brachten Bürgermeister und Landräte ein. Mehrere Zahnärzte aus dem Raum Lichtenfels-Kulmbach berichteten über die Situation in ihren Praxen.

Schnell wurde klar: Der Mangel wird spürbar. Viele Praxen schließen ohne Nachfolger. Die betroffenen Patienten tun sich mittlerweile immer schwerer, einen anderen Behandler zu finden. „Wir bekommen jeden Tag sechs bis acht Anrufe, können aber keine neuen Patienten mehr aufnehmen“, berichtete eine Praxis aus Kulmbach. Bei den Kollegen sieht es ähnlich aus.

Für KZVB und BLZK sind die Ursachen für diese Entwicklung klar: Zu viel Bürokratie, hohe Investitionskosten, unsichere Vergütung, Ärger mit der Telematik-Infrastruktur – das wirke abschreckend auf den Nachwuchs. Gleichzeitig habe die Politik mit investorenfinanzierten MVZ den Weg für die „Industrialisierung der Zahnmedizin“ freigemacht.

Dr. Rüdiger Schott verwies darauf, dass mittlerweile über 3000 Zahnärzte in Bayern als Angestellte tätig seien – die meis-



MdB Emmi Zeulner (2. von links) sorgt sich um die zahnmedizinische Versorgung im ländlichen Raum. Sie lud deshalb zu einem runden Tisch ein. Unter den Teilnehmern waren (von links) der stellvertretende Landrat des Landkreises Bamberg Bruno Kellner, BLZK-Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner, BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl und der KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott.

ten davon in MVZ. Sie fehlten als Gründer oder Übernehmer von Landpraxen. BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl betonte, dass iMVZ keinen Beitrag für die Versorgung im ländlichen Raum leisten. Sie konzentrierten sich auf die Großstädte. Beide forderten ein MVZ-Regulierungsgegesetz und ein Fremdbesitzverbot.

Emmi Zeulner brachte die Idee einer Landzahnarztquote bei der Studienplatzvergabe ins Spiel. Bei den Hausärzten habe man damit gute Erfahrungen gemacht. Dem stand die KZVB positiv gegenüber. Dr. Dr. Wohl betonte, man könne allerdings niemanden zwingen, sich überhaupt niederzulassen: „Es waren schließlich gezielte Entscheidungen der Politik, die zu einem sehr starken Anstieg der angestellten Zahnärzte geführt haben.“ Die Kammer unterstützte Zahnärzte bei der Niederlassung und Abgabe mit ihrer Praxisbörse, kostenloser individueller Beratung durch das ZEP und zielgerichteten Seminaren. „Um Lust auf Niederlassung zu

machen, muss aber die Politik für attraktive Rahmenbedingungen sorgen: mit Bürokratieabbau, Entbudgetierung und einer Anpassung des GOZ-Punktwertes an die Grundlohnsummenentwicklung“, so der BLZK-Präsident.

Auch Dr. Rüdiger Schott verwies auf den Zusammenhang zwischen politischen Fehlentscheidungen und der sinkenden Niederlassungsbereitschaft. Den anwesenden Kommunalpolitikern riet er, sich bei der Suche nach einem Zahnarzt rechtzeitig an die KZVB zu wenden. „In viele Fällen können wir helfen. Aber ein halbes Jahr vor der Praxisschließung ist definitiv zu kurz.“ Um Kommunen bei der Zahnarztsuche zu unterstützen, geht demnächst die „Kommunale Praxisbörse“ der KZVB an den Start. Bürgermeister und Gemeindeverwaltungen können dort Exposés einstellen.

Leo Hofmeier

Nachrichten aus Brüssel

@ greens87 – stock.adobe.com

Europäischer Rechnungshof warnt vor Engpässen bei Medikamenten

Der Europäische Rechnungshof warnt in einem aktuellen Bericht vor anhaltenden Engpässen bei lebenswichtigen Medikamenten in der EU. Trotz bereits ergriffener Maßnahmen bestehe weiterhin ein hohes Risiko, dass wichtige Arzneimittel – darunter Antibiotika oder handelsübliche Schmerzmittel – nicht verfügbar seien. Besonders alarmierend: Zwischen Januar 2022 und Oktober 2024 wurden kritische Versorgungsengpässe bei 136 Medikamenten gemeldet – ein Rekordwert.

Als Hauptursachen nennt der Rechnungshof instabile Lieferketten, Handelshemmnisse und einen zersplitterten Binnenmarkt für Arzneimittel. Klaus-Heiner Lehne, deutsches Mitglied des Rechnungshofes, betonte die strategische Bedeutung einer sicheren Medikamentenversorgung. Die Europäische Arzneimittelagentur habe zwar geholfen, Auswirkungen zu mildern, stehe bei der Ursachenbekämpfung aber noch am Anfang. Die EU-Rechnungsprüfer fordern daher eine stärkere Rolle der europäischen Arzneimittelagentur und eine Anpassung des rechtlichen EU-Rahmens für Arzneimittel. Zudem müssten Handelsbarrieren abgebaut und Meldeverfahren bei Engpässen verbessert werden. Die EU-Kommission zeigte sich offen für die Empfehlungen und setzt auf die Verabschiedung bereits vorgeschlagener Gesetzesreformen.

Französische und deutsche Zahnärztekammer für Regulierung fachfremder Investoren

In einer gemeinsamen Erklärung machen die französische Zahnärztekammer (Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, ONCD) und die Bundeszahnärztekammer auf die zunehmenden Herausforderungen durch investorengetragene Zahnarztketten aufmerksam. Unter dem Titel „Gesundheit ist keine Ware, Zahnmedizin ist kein Gewerbe“ fordern beide Organisationen eine umfassende Regulierung von wirtschaftlich orientierten, fachfremd geführten Praxismodellen in ihren Ländern. Zentraler Kritikpunkt ist die wachsende Präsenz von Zahnarztketten, die von Kapitalgesellschaften – insbesondere Private-Equity-Firmen – betrieben werden. Diese konzentrieren sich laut BZÄK und ONCD vor allem auf wirtschaftlich attraktive Standorte in gut versorgten

urbanen Regionen mit hohem Einkommen, während sie um ländliche oder sozial schwächere Gebiete einen Bogen machen.

Eine unzureichende Versorgung vulnerabler Gruppen gilt gerade in Frankreich als wichtiger Indikator für diesen Trend. Angesichts dieser Entwicklungen warnen die zahnärztlichen Standesvertretungen aus beiden Ländern vor einer Aushöhlung bewährter Versorgungsstrukturen. Deutschland und Frankreich verfügen über weltweit anerkannte Systeme der zahnmedizinischen Versorgung, die es im Sinne des Patientenschutzes zu erhalten gelte. Berichte aus Frankreich über illegale Behandlungen durch nicht approbierte Zahnärzte in Investorenketten machen aus Sicht von BZÄK und ONCD deutlich, welche Risiken eine unzureichende Regulierung für die Patientensicherheit birgt.

Lage der Europäischen Union: Gesundheit bleibt außen vor

In ihrer diesjährigen Rede zur Lage der Europäischen Union legte Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen in Straßburg vor dem EU-Parlament den Fokus auf Geopolitik, Wettbewerbsfähigkeit, Klimaschutz und Digitalisierung. Die Gesundheitspolitik spielte dagegen nur eine untergeordnete Rolle. Lediglich eine neue „Global Health Resilience Initiative“ der EU – als Reaktion auf globale Gesundheitsrisiken und zunehmende Desinformation etwa bei Impfungen – wurde in Grundzügen angekündigt. Gesundheitspolitische Themen wie Prävention, Arzneimittelversorgung oder die Digitalisierung blieben unerwähnt. Wichtige Programme wie der europäische Plan zur Krebsbekämpfung fanden ebenfalls keinen Platz in der Rede.

Kritik kam postwendend von EU-Gesundheitspolitikern und der Gesundheitswirtschaft. Sie bemängelten das Fehlen konkreter Initiativen zur Stärkung der europäischen Gesundheitsversorgung und zur Förderung der EU als Standort für Medizintechnologie. Branchenverbände bemängeln zudem, dass medizinische Schlüsselindustrien in internationalen Handelsfragen nicht ausreichend von der EU-Kommission geschützt werden.

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

Journal

@ Tierney – stock.adobe.com

BFB: Aktivrente auch für Selbstständige

Nach der Bayerischen Landeszahnärztekammer spricht sich nun auch der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) für eine Einbeziehung von Selbstständigen bei der geplanten Aktivrente aus.

„Die Stoßrichtung stimmt. Wer arbeiten kann, soll arbeiten, und dafür braucht es eben Anreize, nicht nur Verpflichtungen“, schreibt der Verband in einer Pressemitteilung. Entscheidend sei aber, dass auch die rund 1,5 Millionen Selbstständigen im Bereich der Freien Berufe berücksichtigt werden. „Die Aktivrente will Menschen motivieren, länger zu arbeiten oder wieder einzusteigen. Das ist ein starkes Signal und eine echte Reform. Auch und gerade in den Freien Berufen ist der Mangel an Arbeitskräften schon heute sichtbar und wird auch durch den demografischen Wandel weiter zunehmen“, so der BFB, der als Spitzenverband 6,2 Millionen Erwerbstätige in Deutschland vertritt.

Konkret schlägt der BFB vor, die Einbeziehung von Selbstständigen im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Evaluierung ab dem Jahr 2026 möglich zu machen und die Wirkung bis Ende 2030 zu überprüfen. „Das wäre ein realistischer Schritt mit Signalwirkung. Damit könnte die Koalition zeigen, dass ihr Versprechen, Selbstständige zu stärken, auch konkret eingelöst wird“, so der BFB.

tas/Quelle: BFB

Prof. Güth tritt Nachfolge von Prof. Edelhoff an

Prof. Dr. Jan-Frederik Güth ist neuer Lehrstuhlinhaber und Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik am LMU-Klinikum in München. Der gebürtige Schwarzwälder, der schon sein Studium und die anschließende Dissertation an der LMU absolvierte, war zuletzt an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main tätig. In der bayerischen Landeshauptstadt tritt er die Nachfolge von Prof. Dr. Daniel Edelhoff an, der die Poliklinik zuletzt kommissarisch leitete und sich nun in den Ruhestand verabschiedet hat.

„Mir geht es nicht nur darum, was technologisch möglich ist, sondern mindestens ebenso wichtig ist, ob es einen Mehrwert für unsere Patienten darstellt“, betonte Güth bei seinem Amtsantritt. Digitale Inhalte wolle er so schnell wie möglich auch in der studentischen Lehre umsetzen. Auf die neue Position an einer

der größten klinischen Einrichtungen in seinem Fachgebiet in Deutschland freut er sich: „Das ist eine Herausforderung, aber auch eine sehr schöne Aufgabe.“

tas/Quelle: LMU-Klinikum

Bundesverdienstkreuz für Dr. Quitterer

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Gerald Quitterer, hat das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland erhalten. Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach überreichte die Auszeichnung im Rahmen des 84. Bayerischen Ärztetages in Bad Kissingen.

Der Hausarzt aus Eggenfelden ist seit 2018 Präsident der Bayerischen Landesärztekammer. In dieser Rolle vertrete er „mit großem Engagement“ die Interessen von rund 93 000 Ärztinnen und Ärzten, sagte Gerlach. „Dr. Quitterer hat sich über Jahrzehnte in herausragender Weise für die Ärzteschaft und die Verbesserung der medizinischen Versorgung in Bayern eingesetzt.“ Schwerpunktmaßig engagiere er sich für die Förderung des ärztlichen Nachwuchses, die Entbürokratisierung, die Landarztsquote sowie für Initiativen wie das Aktionsbündnis Hitzeschutz in Bayern.

tas/Quelle: StMGPP

Neuer Jahresbericht erschienen

Aktuelle Informationen und Daten zur zahnärztlichen Berufsausbildung, zum Gebührenrecht sowie zu Fort- und Weiterbildung, Qualitätsmanagement, Hilfsorganisationen und zur internationalen Zusammenarbeit enthält der neue Jahresbericht der Bundeszahnärztekammer.

Die Publikation gibt einen Überblick über die Aktivitäten und Arbeitsschwerpunkte der Bundesorganisation von Mitte 2024 bis Mitte 2025. Der Jahresbericht kann auf der Website der BZÄK heruntergeladen werden: www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/presse/jahresbericht/jahresbericht_bzaek.pdf.

tas/Quelle: BZÄK



GOZ aktuell

Parodontologie

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.

Parodontitis ist eine Volkskrankheit, die als eine der häufigsten chronischen Erkrankungen weltweit gilt. Schätzungen zufolge leiden allein in Deutschland etwa zehn Millionen Menschen an einer schweren Parodontitis. Die Krankheitsfolgen können sich auf den ganzen Körper auswirken oder in Wechselwirkung mit Krankheiten wie Diabetes mellitus sowie Herz- und Kreislauferkrankungen stehen. Durch eine systematische, fachgerechte Behandlung kann Parodontitis gestoppt und der Zustand des Zahnhalteapparates verbessert werden. Entscheidend sind nach der akuten Therapie eine lebenslange Nachsorge sowie eine konsequente und gründliche Mundhygiene.

Die Einführung der S3-Leitlinie hatte nicht nur Auswirkungen auf den parodontalen Therapieablauf, sondern auch auf die Berechnung der erbrachten Maßnahmen, da viele neue Behandlungsleistungen in der Gebührenordnung nicht aufgeführt werden. Das Referat Honorierungssysteme der Bayerischen Landeszahnärztekammer geht in diesem Beitrag auf eine Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer ein, in der originäre und analoge Leistungen der PAR-Behandlungsstrecke unter Berücksichtigung der S3-Leitlinie aufgeführt werden.

Originär

GOZ 4005

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

GOZ (Faktor 2,3) = 10,35 Euro BEMA 04 (Punktwert 1.3117)
= **15,74 Euro**

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

Die Leistung ist innerhalb eines Jahres zweimal berechnungsfähig, in einer Sitzung jedoch unabhängig von der Anzahl der erhobenen Indizes nur einmal.

Die Leistung ist neben den GOZ-Gebühren 0010 (eingehende Untersuchung), 1000 (Mundhygienestatus), 1010 (Kontrolle des Übungserfolges) und 4000 (Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus) sowie 8000a (PAR-Diagnostik, Staging/Grading, Dokumentation) für die parodontale Diagnostik einschließlich Staging und Grading des Parodontitisfalles abrechenbar.

Neben 5070a GOZ (Befundevalution) ist die Gebührennummer 4005 GOZ nicht berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum).

Analog

GOZ 4005a

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

GOZ (Faktor 2,3) = 10,35 Euro

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

Unabhängig von der Anzahl der erhobenen Indizes ist die Leistung in einer Sitzung nur einmal berechnungsfähig.

Die Leistung ist neben den GOZ-Gebühren 0010 (eingehende Untersuchung), 1000 (Mundhygienestatus), 1010 (Kontrolle des Übungserfolges) und 4000 (Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus) abrechenbar.

Neben der mit der Gebührennummer 5070a GOZ berechneten Befundevalution (BEV) ist GOZ 4005a mit vorstehendem Leistungsinhalt nicht berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum).

Originär

GOÄ 70

Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

GOZ (Faktor 2,3) = 5,36 Euro

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

Originär

GOZ 4000

Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus

GOZ (Faktor 2,3) = 20,70 Euro BEMA (Punktwert 1.3117)
= 57,71 Euro

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

Die Maßnahme ist innerhalb eines Jahres zweimal berechnungsfähig, auch neben Gingival-/Parodontalindizes nach den Gebührennummern 4005 und 4005a GOZ.

Die Gebühr ist neben GOZ 1000 (Mundhygienestatus) und GOZ 1010 (Kontrolle des Übungserfolges) berechnungsfähig, wenn die Leistungen unterschiedlichen Zwecken dienen. Dies ist in der Rechnung zu begründen.

Neben der mit der Gebührennummer 8000a GOZ analog berechneten parodontalen Diagnostik einschließlich Staging und Grading des Parodontitisfalles und der analog berechneten Befundevalution – PAR nach der Gebührennummer 5070a GOZ ist die Nummer aufgrund von Leistungsüberschneidungen nicht berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum).

Analog

GOZ 8000a

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

GOZ (Faktor 2,3) = 64,68 Euro BEMA 4 (Punktwert 1.3117)
= 57,71 Euro

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

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

Die Leistung ist einmal je Parodontitisbehandlungsstrecke berechnungsfähig.

Auch GOZ 4005 (Gingival- und/oder Parodontalindex) ist zusätzlich daneben berechenbar.

Die Aushändigung einer Ausfertigung des Formblattes an die/den zur Zahlung Verpflichtete/-n löst zusätzlich die Gebührennummer 4030a GOZ aus (Beschluss Beratungsforum).

Neben der Gebührennummer 8000a GOZ ist die Gebührennummer 4000 GOZ (Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus) nicht berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum).

Analog

GOZ 4030a

Ausfertigung PAR-Formblatt entsprechend Nr. 4030 Beseitigung scharfer Kanten

GOZ (Faktor 2,3) = 4,53 Euro

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

Originär

GOZ 0030

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

GOZ (Faktor 2,3) = 25,87 Euro

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

Analog

GOZ 5070a

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

GOZ (Faktor 2,3) = 51,74 Euro BEMA BEVa/b (Punktwert 1.3117) = 41,97 Euro

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

Sie dient der Bewertung der Maßnahmen der 2. und 3. Therapiestufe sowie der unterstützenden Parodontithetherapie (UPT) durch Abgleich mit den bei der PAR-Diagnostik und dem Staging/Grading erhobenen Befunden und gestellten Diagnosen beziehungsweise einer zuvor erfolgten Befundevalution.

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

Die Leistung ist innerhalb eines Jahres maximal dreimal berechnungsfähig.

Neben der Gebühr sind die GOZ-Positionen 4000 (Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus) und 4005(a) (Gingival- und/oder Parodontalindex) sowie weitere Gesprächs- und Beratungsleistungen nicht berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum).

Analog

GOZ 2110a

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

GOZ (Faktor 2,3) = 41,26 Euro BEMA (Punktwert 1.3117)
= 36,73 Euro

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

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

Originär

GOZ 6190

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

GOZ (Faktor 2,3) = 18,11 Euro

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

Die Häufigkeit der Leistungserbringung während einer Parodontitisbehandlungsstrecke bestimmt sich nach der medizinischen Notwendigkeit.

Aufgrund von Leistungsüberschneidungen ist GOZ 5070a (Befundevaluation) daneben nicht berechnungsfähig.

Originär

GOZ 1000

Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten

GOZ (Faktor 2,3) = 25,87 Euro

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

Die Leistung ist innerhalb eines Jahres einmal berechnungsfähig. Die vorgeschriebene Mindestdauer der Leistungserbringung ist auch auf mehrere Sitzungen verteilbar.

Die Leistung ist an einem Behandlungstag mit GOZ 1010 (Kontrolle des Übungserfolges) berechnungsfähig, wenn die Patientin oder der Patient im Anschluss an die Leistungserbringung nach GOZ 1000 selbstständig die Umsetzung des Erlernten üben und erst danach eine Kontrolle und erforderliche weitere Unterweisung gemäß GOZ 1010 erfolgt.

GOZ 0010 (eingehende Untersuchung), GOZ 4000 (Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus) und GOZ 8000 (klinische Funktionsanalyse) sowie Beratungen und Untersuchungen nach der Gebührenordnung für Ärzte sind daneben nur berechnungsfähig, wenn sie anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.

Originär

GOZ 1010

Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten

GOZ (Faktor 2,3) = 12,94 Euro

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

Die Leistung ist an einem Behandlungstag mit GOZ 1000 (Mundhygienestatus) berechnungsfähig, wenn die Patientin oder der Patient im Anschluss an die Leistungserbringung nach GOZ 1000 selbstständig die Umsetzung des Erlernten üben und erst im Anschluss eine Kontrolle und weitere Unterweisung nach GOZ 1010 erfolgt.

GOZ 0010 (eingehende Untersuchung), GOZ 4000 (Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus) und GOZ 8000 (klinische Funktionsanalyse) sowie Beratungen und Untersuchungen nach der Gebührenordnung für Ärzte sind daneben nur berechnungsfähig, wenn sie anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.

Originär

GOZ 1040

Professionelle Zahnreinigung

GOZ (Faktor 2,3) = 3,62 Euro

Die professionelle Reinigung umfasst – abhängig von der individuellen Notwendigkeit – die supragingivale/gingivale Reinigung der Zahnoberflächen, der Zahnwischenräume, die Entfernung des Biofilms, die Oberflächenpolitur und gegebenenfalls die Fluoridierung der gereinigten Oberflächen. Die Leistung kann mit Handinstrumenten und/oder mit mechanischer beziehungsweiser instrumenteller Unterstützung erbracht werden.

Die Gebühr beinhaltet gemäß Leistungsbeschreibung explizit keine Reinigungsmaßnahmen im subgingivalen Bereich. Durch die ergänzende Herstellung hygienischer Verhältnisse in der Mundhöhle kann sie jedoch weitere Leistungen der Parodontitherapie begünstigen.

Die PZR ist je Zahn, Implantat oder Brückenglied berechnungsfähig. Die Leistung ist neben den subgingivalen Instrumentierungen – PAR (AIT) und (UPT) abrechenbar.

Die Leistung ist zahn- und sitzungsgleich nicht neben GOZ 4050 und 4055 (Entfernung harter und weicher Zahnbelaäge), GOZ 4060 (Kontrolle/Nachreinigung nach Entfernung harter und weicher Zahnbelaäge oder PZR), GOZ 4070 und 4075 (subgingivale Konkremententfernung) und GOZ 4090 bzw. 4100 (Lappenoperation) berechnungsfähig.

Originär

GOZ 4070

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

GOZ (Faktor 2,3) = 12,94 Euro

Die Gebührennummern beschreiben das geschlossene Vorgehen bei einer parodontalchirurgischen Therapie an einem ein- oder mehrwurzeligen Zahn. Leistungsinhalt ist die Reinigung und Glättung der Wurzeloberfläche, dies umfasst die Entfernung subgingivaler Konkremente und gegebenenfalls endotoxinhaltiger Zementschichten. Die begleitende Ausschäulung des Taschenepithels und infiltrierten subepithelialen Bindegewebes sind Leistungsbestandteil und nicht gesondert berechnungsfähig.

Der Ansatz der Gebührennummern 4070 und 4075 GOZ bestimmt sich danach, ob es sich um einen ein- oder mehrwurzeligen Zahn handelt.



GOZ 4080 (Gingivektomie, Gingivoplastik) ist daneben berechnungsfähig.

Die Leistung ist zahn- und sitzungsgleich nicht neben den GOZ-Nummern 1040 (professionelle Zahnreinigung) und 4090 beziehungsweise 4100 (Lappenoperation) berechnungsfähig. Das gilt auch für die GOZ-Nummern 3010a und 4138a (subgingivale Instrumentierung – AIT; Beschluss Beratungsforum).

Analog

GOZ 3010a

Subgingivale Instrumentierung – PAR (AIT), einwurzeliger Zahn, entsprechend Nr. 3010 Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes

GOZ (Faktor 2,3) = 14,23 Euro BEMA AITa (Punktwert 1.3117) = **18,36 Euro**

GOZ 4138a

Subgingivale Instrumentierung – PAR (AIT), mehrwurzeliger Zahn, entsprechend Nr. 4138 Verwendung einer Membran zur Versorgung eines Knochendefektes

GOZ (Faktor 2,3) = 28,46 Euro BEMA AITb (Punktwert 1.3117) = **34,10 Euro**

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

Die leitlinienbasierte Leistung der zweiten Therapiestufe unterscheidet sich von den Gebührennummern 4070 und 4075 GOZ (subgingivale Konkremententfernung) hinsichtlich Instrumentierung und Leistungsvornahme und ist analog zu berechnen (Beschluss Beratungsforum).

Die Leistungen sind je ein- oder mehrwurzeligem Zahn berechnungsfähig.

Leitliniengemäß kann die subgingivale Instrumentierung in der zweiten und der dritten Therapiestufe (dann unter Verzicht auf ein offenes Vorgehen an diesem Zahn) erfolgen und ist daher im Verlauf einer PAR-Behandlungsstrecke auch zweimal je Zahn berechenbar.

Neben der subgingivalen Instrumentierung nach den Gebührennummern 3010a und 4138a GOZ sind die Gebührennummern 1040 GOZ (professionelle Zahnreinigung) und 4080 GOZ (Gingivektomie, Gingivoplastik) berechnungsfähig (Beschlüsse Beratungsforum).

Zahn- und sitzungsgleich sind die Gebührennummern 4070 und 4075 GOZ (subgingivale Konkremententfernung) neben der subgingivalen Instrumentierung nicht berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum). Aufgrund von Leistungsüberschneidungen gilt das auch für die Gebührennummern 4090 und 4100 GOZ (Lappenoperation).

Originär

GOZ 4080

Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium

GOZ (Faktor 2,3) = 5,82 Euro

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

Die Leistung ist je Parodontium, auch neben GOZ 4070 und 4075 (subgingivale Konkremententfernung), abrechenbar.

Neben der subgingivalen Instrumentierung nach den Gebührennummern 3010a, 4138a, 0090a und 2197a GOZ ist die Gebührennummer 4080 GOZ bei Vorliegen medizinischer Notwendigkeit und bei eigenständiger Indikation berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum).

Die Anwendung eines Lasers berechtigt zum Ansatz der Gebührennummer 0120 GOZ, sofern am selben Behandlungstag nicht der entsprechende Zuschlag zu einer GOÄ-Leistung berechnet wird und es sich bei der Gebührennummer 4080 GOZ um die höchste zuschlagsberechtigte GOZ-Leistung handelt, die unter Anwendung eines Lasers erbracht wurde.

Neben den Gebührennummern 4090 und 4100 GOZ (Lappenoperation) ist die Gebührennummer 4080 GOZ nicht berechnungsfähig.

Originär

GOZ 4090

Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium

GOZ (Faktor 2,3) = 23,28 Euro BEMA CPTa (Punktwert 1.3117) = **28,86 Euro**

GOZ 4100

Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Seitzahn, je Parodontium

GOZ (Faktor 2,3) = 35,57 Euro BEMA CPTb (Punktwert 1.3117) = **44,60 Euro**

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

Die Leistung kann isoliert oder im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes als Folgebehandlung nach den GOZ-Nummern 4070 und 4075 (subgingivale Konkremententfernung) oder der subgingivalen Instrumentierung berechnet werden.

In derselben Sitzung, jedoch an unterschiedlichen Zähnen, sind die Gebührennummern 4090 und 4100 GOZ neben den Gebührennummern 4070 und 4075 GOZ (subgingivale Konkremententfernung) beziehungsweise den Gebührennummern 3010a und 4138a GOZ (subgingivale Instrumentierung – AIT) abrechenbar.

Die Reposition des Zugangslappens in seine ursprüngliche Position ist als primäre Wundversorgung ebenso wie ein plastischer Wundverband daneben nicht gesondert berechnungsfähig.

Wird der Schleimhautlappen beim Wundverschluss nicht in seine ursprüngliche Position reponiert, sondern koronal, apikal oder lateral verlegt, so berechtigt dies zum Ansatz der Gebührennummer 4120 GOZ (Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens). Das Anlegen einer Verbandplatte kann nach der Gebührennummer 2700 GOÄ gesondert berechnet werden.

Ein plastischer Verband ist nach vollständiger Leistungserbringung der Gebührennummern 4090 und 4100 GOZ in Folgesitzungen mit der Gebührennummer 200 GOÄ berechnungsfähig.

Die Anwendung eines Operationsmikroskops berechtigt zum Ansatz der Gebührennummer 0110 GOZ, die Anwendung eines Lasers zum Ansatz der Gebührennummer 0120 GOZ, sofern am selben Behandlungstag nicht die entsprechenden Zuschläge zu GOÄ-Leistungen berechnet werden und es sich bei den Gebührennummern 4090 oder 4100 GOZ um die höchste zuschlagsberechtigte Leistung handelt, die unter Anwendung eines Lasers erbracht wurde.

Zusätzlich fällt einmal je Behandlungstag der OP-Zuschlag nach der Gebührennummer 0500 GOZ an, wenn es sich bei einer Leistung nach den Gebührennummern 4090 oder 4100 GOZ um die höchste zuschlagsfähige Leistung der GOZ handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ angesetzt wird.

Zahn- und sitzungsgleich sind Leistungen nach den GOZ-Nummern 1040 (professionelle Zahnreinigung), 4050 und 4055 (Entfernung harter und weicher Zahnbelaäge), 4060 (Kontrolle/Nachreinigung nach Entfernung harter und weicher Zahnbelaäge oder PZR), 4070 und 4075 (subgingivale Konkremententfernung) und 4080 (Gingivektomie, Gingivoplastik) nicht neben den Gebührennummern 4090 und 4100 GOZ berechnungsfähig. In derselben Sitzung, jedoch an unterschiedlichen Zähnen, sind die Gebührennummern nebeneinander berechenbar.

Analog

GOZ 0090a

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

GOZ (Faktor 2,3) = 7,76 Euro	BEMA UPTe (Punktwert 1.3117) = 6,56 Euro
------------------------------	--

GOZ 2197a

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

GOZ (Faktor 2,3) = 16,82 Euro	BEMA UPTf (Punktwert 1.3117) = 15,74 Euro
-------------------------------	---

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

Die Leistung ist im Verlauf der unterstützenden Parodontitistherapie mehrfach berechnungsfähig.

Die supragingivale/gingivale Reinigung ist daneben gesondert mit der Gebührennummer 1040 GOZ (Professionelle Zahnreinigung) berechnungsfähig.

Neben der subgingivalen Instrumentierung – UPT ist die Gebührennummer 4080 GOZ (Gingivektomie, Gingivoplastik) bei Vorliegen medizinischer Notwendigkeit und aufgrund eigenständiger Indikation berechnungsfähig (Beschluss Beratungsforum).

Originär

GOZ 4060

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

GOZ (Faktor 2,3) = 0,91 Euro

Die Leistung ist in einer oder mehreren Folgesitzungen nach vorangegangener Professioneller Zahnreinigung nach der Gebührennummer 1040 GOZ oder der Entfernung harter und weicher Beläge berechnungsfähig. Da subgingivale Instrumentierungen die Entfernung harter und weicher Beläge beinhalten, ist die Gebühr ebenfalls für die Kontrolle/Nachreinigung zutreffend.

Wenn in vorangegangener Sitzung sowohl eine Professionelle supragingivale/gingivale Zahnreinigung als auch eine subgingivale Instrumentierung erfolgten, ist die Gebühr dennoch nur einmal je Zahn, Implantat oder Brückenglied berechnungsfähig. Entstehender Mehraufwand ist in Anwendung des Steigerungssatzes berücksichtigungsfähig.

Erfolgen an einem Zahn sowohl nichtchirurgische als auch chirurgische Leistungen zur Parodontitistherapie, ist die Gebührennummer 4060 GOZ neben der Gebührennummer 4150 GOZ (Kontrolle/Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen) berechenbar.

Sitzungs- und zahngleich ist die Gebührennummer 4060 GOZ nicht neben der Gebührennummer 1040 GOZ (Professionelle Zahnreinigung) oder der subgingivalen Instrumentierung berechnungsfähig.

Originär

GOZ 4150

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

GOZ (Faktor 2,3) = 0,91 Euro	BEMA 111 (Punktwert 1.3117) = 13,12 Euro
------------------------------	--

Diese Leistung ist in getrennten Sitzungen nach parodontalchirurgischen Leistungen des Abschnitts E. der Gebührenordnung je Zahn oder Parodontium berechnungsfähig. Sie umfasst die Wundkontrolle, gegebenenfalls auch die Wundreinigung und eine erforderliche Nahtentfernung.

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

Originär

GOZ 4025

Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Zahn

GOZ (Faktor 2,3) = 1,94 Euro

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

Die Leistung ist je Zahn und Sitzung berechnungsfähig.

Die mechanische Spülung von Zahnfleischtaschen, auch unter Anwendung von antibakteriellen Lösungen, ist nach der Gebührennummer 4020 GOZ (Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen) zu berechnen. Gleiches gilt für die subgingivale Einbringung eines Kortisonpräparates, da dieses nicht antibakteriell, sondern antiphlogistisch wirkt.



Originär**GOZ 4110**

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

GOZ (Faktor 2,3) = 23,28 Euro

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

Die Maßnahme ist je Zahn oder Parodontium berechenbar.

Die Leistung ist zweimal berechnungsfähig, wenn in einem Approximalraum konfluierende Knochendefekte zweier Zähne/ Parodontien aufgefüllt werden.

Die Entnahme von Knochen im Aufbaugebiet ist Leistungsbestandteil. Die intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaugebietes löst zusätzlich die Gebührennummer 9140 GOZ aus.

Verwendetes Knochenersatzmaterial und ein der Regeneration dienendes Proteinpräparat ist gesondert berechnungsfähig, ebenso ein mit einmaliger Anwendung verbrauchter Knochenkollektor oder -schaber.

Originär**GOZ 4120**

**Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens,
je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich**

GOZ (Faktor 2,3) = 35,57 Euro

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

Unabhängig vom Umfang der Lappenverlegung ist die Leistung nur einmal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechenbar.

Zusätzlich fällt einmal je Behandlungstag der OP-Zuschlag nach der Gebührennummer 0500 GOZ an, wenn es sich bei der Gebührennummer 4120 GOZ um die höchste zuschlagsfähige Leistung der GOZ handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ angesetzt wird.

Das Einkürzen oder Umschneiden eines Schleimhautlappens erfüllt nicht den Leistungsinhalt.

Eine Periostschlitzung ist nicht zwingend Leistungsbestandteil.

Vollständige Lappenplastiken unterfallen den Gebührennummern 2381 GOÄ (Einfache Hautlappenplastik) oder 2382 GOÄ (Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation). Gingivaextensionsplastiken sind in Abhängigkeit von deren Umfang nach der Gebührennummer 3240 GOZ (Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik, kleineren Umfangs) oder der Gebührennummer 2675 GOÄ (Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik) zu berechnen.

Originär**GOZ 4130**

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

GOZ (Faktor 2,3) = 23,28 Euro

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

Die Wundversorgung der Entnahmestelle, zum Beispiel durch einen plastischen Wundverband, ist mit der Gebühr abgegolten.

Die anzahlmäßige Berechnung der Gebührennummer 4130 GOZ richtet sich nach der Anzahl der Transplantate. Werden beispielsweise von zwei Entnahmestellen zwei Transplantate an einen Zielort transplantiert, ist die Leistung zweimal zu berechnen. Gleichtes gilt bei der Entnahme von zwei Transplantaten an einer Entnahmestelle und deren Verpfanzung an zwei Zielorte.

Die Verbandplatte ist gesondert mit der Gebührennummer 2700 GOÄ zu berechnen.

Die Anwendung eines Operationsmikroskops berechtigt zum Ansatz der Gebührennummer 0110 GOZ, die Anwendung eines Lasers zum Ansatz der Gebührennummer 0120 GOZ, sofern am selben Behandlungstag nicht die entsprechenden Zuschläge zu GOÄ-Leistungen berechnet werden und es sich bei der Gebührennummer 4130 GOZ um die höchste zuschlagsberechtigte GOZ-Leistung handelt, die unter Anwendung eines Lasers erbracht wurde.

Zusätzlich fällt einmal je Behandlungstag der OP-Zuschlag nach der Gebührennummer 0500 GOZ an, wenn es sich bei der Leistung nach der Gebührennummer 4130 GOZ um die höchste zuschlagsfähige Leistung der GOZ handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ angesetzt wird.

Die gebührenmäßige Bewertung und die Systematik des Abschnittes E. gestatten nur die Auslegung, dass nur ein Schleimhauttransplantat bis zu einer Zahnbreite nach dieser Gebührennummer zu berechnen ist.

Größere Schleimhauttransplantate entsprechen der Gebührennummer 2386 GOÄ.

Originär**GOZ 4133**

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

GOZ (Faktor 2,3) = 113,83 Euro

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

Maßgeblich für die Berechnungsfähigkeit ist nicht die Anzahl der Transplantate, sondern die Anzahl der versorgten Approximalräume.

Die primäre Wundversorgung der Entnahmestelle, gegebenenfalls einschließlich eines plastischen Wundverbandes, ist Leistungsbestandteil.

Eine Verbandplatte ist zusätzlich mit der Gebührennummer 2700 GOÄ berechnungsfähig.

Die Anwendung eines Operationsmikroskops berechtigt zum Ansatz der Gebührennummer 0110 GOZ, die Anwendung eines Lasers zum Ansatz der Gebührennummer 0120 GOZ, sofern am selben Behandlungstag nicht die entsprechenden Zuschläge zu GOÄ-Leistungen berechnet werden und es sich bei der Gebührennummer 4133 GOZ um die höchste zuschlagsberechtigte GOZ-Leistung handelt, die unter Anwendung eines Lasers erbracht wurde.

Zusätzlich ist der Operationszuschlag nach der Gebührennummer 0520 GOZ berechnungsfähig, wenn es sich um die höchste zuschlagsberechtigte GOZ-Leistung am Operationstag handelt und kein Operationszuschlag aus der GOÄ angesetzt wird.

Die Implantation eines alloplastischen „collagen patch“ zur Weich- teilunterfütterung entspricht nicht der Gebührennummer 4133 GOZ, sondern ist mit der Gebührennummer 2442 GOÄ zu berechnen.

Originär

GOZ 4138

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

GOZ (Faktor 2,3) = 25,87 Euro

Die Gebührennummer beschreibt knochenmodellierende Maßnahmen an einem Zahn.

Typischer Leistungsinhalt ist die Abtragung von interradikulären Septen zur Tunnelierung oder des Limbus alveolaris zur Kronenverlängerung.

Knochenmodellierende Maßnahmen unter den Gebührennummern 4090 GOZ und 4100 GOZ (Lappenoperation) erfüllen nicht den Leistungsinhalt dieser Gebührennummer, sondern sind mit Berechnung der Hauptleistung abgegolten.

Der plastische Wundverband ist Leistungsbestandteil, das Anlegen einer Verbandplatte ist mit der Gebührennummer 2700 GOÄ berechnungsfähig.

Originär

GOZ 4138

Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung, je Zahn, je Implantat

GOZ (Faktor 2,3) = 28,46 Euro

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

Das verwendete Material ist gesondert berechnungsfähig.

Fazit

Das Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen kann lediglich Empfehlungen für Analogberechnungen bei Leistungen beschließen, die nicht bereits beschrieben sind oder deren Leistungsbestandteile nicht in schon bestehenden Leistungen abgebildet werden. Die Beschlüsse sollen eine konfliktfreie Rechnungslegung und -erstattung gewährleisten. Das Recht auf Auswahl einer anderen Analogziffer anhand der Kriterien des § 6 Abs. 1 GOZ bleibt jedoch unbenommen.



MANUELA KUNZE

Referat Honorierungssysteme der BLZK

DR. DR. FRANK WOHL

Präsident und Referent Honorierungssysteme der BLZK

ANZEIGE



DENTALES ERBE

500.000 EXPOANTE AUS 5.000 JAHREN



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

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

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





Lohnt sich das?

Vergütungsmodelle für angestellte Zahnärzte

Rund 3000 Zahnärzte in Bayern üben ihren Beruf mittlerweile als Angestellte aus. Betriebswirtschaftlich gesehen ist das meist keine gute Entscheidung, denn als Praxisinhaber verdient man in der Regel deutlich mehr. Umso wichtiger ist es für die Angestellten, dass sie gut verhandeln. Im BZB 11 und BZB 12 gehen wir neben grundsätzlichen arbeitsrechtlichen und betriebswirtschaftlichen Themen auch der Frage nach, welche Möglichkeiten es bei der Vertragsgestaltung gibt, insbesondere was Fixgehalt und Umsatzbeteiligung angeht.

Der Rückgang der Niederlassungsbereitschaft hat viele Gründe. Bürokratiebelastung, Fachkräftemangel, ein stagnierender GOZ-Punktewert – damit muss sich ein angestellter Zahnarzt nicht herumschlagen. Der Wandel bei der Berufsausübung führt zunehmend zu Diskussionen über angemessene Vergütungsmodelle. Gleichzeitig hat die arbeitsrechtliche Rechtsprechung neue Maßstäbe gesetzt: So urteilte das Bundesarbeitsgericht (BAG) im Jahr 2022, dass auch variable Vergütungsbestandteile wie Umsatzprovisionen für Zeiten ohne Arbeitsleistung (Urlaub, Feiertage, Krankheit) anteilig weiterzuzahlen sind (BAG, Urteil vom 13.12.2022 – 10 AZR 210/19).

Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen einer anonymisierten Mandantenrehebung aktuelle Vergütungsdaten angestellter Zahnärzte erfasst und betriebswirtschaftlich analysiert.

Grundlagen der Vergütungssystematik

Ein rechtlich zulässiges und zugleich betriebswirtschaftlich geeignetes Vergütungsmodell für angestellte Zahnärzte besteht in der Regel aus zwei Komponenten:

- einem Fixgehalt, das dem Grundanspruch auf planbares Einkommen Rechnung trägt,
- einer variablen Umsatzprovision, die leistungsbezogene Anreize schafft.

Für eine sachgerechte Bemessung der Umsatzprovision ist ausschließlich der Eigenumsatz des angestellten Zahnarztes maßgeblich – also das vom Zahnarzt selbst erbrachte Honorarvolumen. Leistungen des Prophylaxeteams oder Labors sind nicht bei der Zahnarztprovision zu berücksichtigen. Ebenso bleiben Materialkosten, etwa für das Fremdlabor sowie für Implantate, außer Betracht.

Vergütungspraxis und realisierte Werte

Tabelle 1 zeigt marktübliche Werte zur Umsatzprovision in Relation zum Stundenumsatz des angestellten Zahnarztes. Die Vergütung steigt progressiv mit dem Umsatz, wobei der Provisionssatz tendenziell mit zunehmender Produktivität ansteigt. Dies stellt sicher, dass wirtschaftlich besonders erfolgreiche Angestellte überproportional honoriert werden.

TABELLE 1 Umsatzbezogene Vergütung angestellter Zahnärzte

Leistungskategorie	Euro pro Stunde	Umsatzprovision in Prozent ¹	Bruttogehalt pro Stunde
wenig	200	20 %	40
mittelmäßig	250	25 %	63
gut	300	27,5 %	83
sehr gut	350	30 %	105

¹ Vor Umrechnung auf einen niedrigeren Faktor wegen Fortzahlung der Umsatzprovision für Ausfallzeiten.

Ertrag für die Praxis

Die Ertragslage für den Praxisinhaber hängt entscheidend von den Gesamtkosten, dem Provisionssatz und dem Sozialversicherungsaufwand ab. In Tabelle 2 ist ein vereinfachtes Rechenmodell zu sehen, das von einem konstanten Kostenblock (Fixkosten inkl. Assistenz, Raum, Verbrauchsmaterial) von 125 Euro je Behandlungsstunde ausgeht.

Die Kalkulation verdeutlicht, dass trotz steigender Zahnarztvergütung ein steigender positiver Arbeitgeberdeckungsbeitrag bleibt – unter der Voraussetzung wirtschaftlich effizienter Behandlungszeit.

Aus Verständnisgründen sind diese Berechnungen vereinfacht für den „Normalfall“ dargestellt. Individuelle Vereinbarungen zur Vergütung sollten jedoch immer auch die praxisspezifischen Besonderheiten, insbesondere die jeweilige Kosten situation, berücksichtigen.

Provisionsfortzahlung in Ausfallzeiten

Auf Basis arbeitsgerichtlicher Vorgaben muss die Umsatzprovision auch für nichtproduktive Zeiten (Urlaub, Feiertage, Krankheit) anteilig fortgezahlt werden (siehe Tab. 3). Da diese Zeiten im Durchschnitt rund 22 Prozent des Jahres ausmachen, ist eine entsprechende Anpassung der Provisionssätze notwendig, um den Gesamtaufwand konstant zu halten.

Es besteht kein Wahlrecht bezüglich der Fortzahlung. Praxisinhaber müssen dies machen! Um Mehrzahlungen zu vermeiden, sollte deshalb bei bestehenden Arbeitsverträgen unbedingt ein entsprechender Nachtrag erstellt werden, in dem der Prozentsatz der Umsatzprovision herabgesetzt wird. Dabei kann klargestellt werden, dass die Fortzahlung erfolgt. Neuverträge werden von vorne herein entsprechend abgeschlossen.

Faire Vergütung betrifft auch dies

- Der Behandlungsfallmix muss berücksichtigt werden: Darf der Angestellte auch lukrative Leistungen (ZE, Implanto-

TABELLE 2 Übersicht Ertrag Praxisinhaber pro Behandlungsstunde eines angestellten Zahnarztes

	Euro	Euro	Euro	Euro
Honorarumsatz angestellter Zahnarzt pro Stunde	200	250	300	350
Abzüglich sämtlicher laufender Kosten inkl. Assistenz ca. 50 % von 250 Euro	-125	-125	-125	-125
Ertrag vor Vergütung angestellter Zahnarzt	75	125	175	225
Ertrag für den angestellten Zahnarzt Umsatzprovision ² zzgl. AG-Anteil SozV. 22 %	-48	-77	-101	-128
Ertrag für den Arbeitgeber pro Stunde	27	48	74	97

² Bleibt in etwa bei anderen Umsätzen pro Stunde gleich.

TABELLE 3 Umrechnungsfaktor bei Fortzahlung

Umsatzprovision bei Urlaub, Feiertagen, Krankheit lt. Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes

Das Jahr hat bei 5 Tagen/Woche	260 Werkstage	
Annahme		Tage
Urlaub		30
Feiertage		13
Krankheit		15
Nicht produktive Arbeitstage gesamt	58	-58
Verbleibende produktive Arbeitstage		202

Umrechnung der Vergütungssätze bei Fortzahlung Ausfallzeiten

Provisionskorrektur	
Bisheriger Satz ohne Fortzahlung	Reduzierter Satz bei Fortzahlung
20 %	16 %
25 %	20 %
27,5 %	21 %
30 %	23 %

logie) durchführen oder verbleiben diese beim Praxisinhaber („Rosinenpickerei“)?

- Der Patientenzuspruch, die Fähigkeit zur Neupatientengewinnung und die Integration in das Praxisteam wirken sich ebenfalls auf den Vergütungsprozentsatz aus.
- Die indirekten Mehrumsätze (Prophylaxe, Labor) durch die Anstellung und die damit einhergehende Steigerung der Patientenzahl können den Gesamtpraxismsatz signifikant steigern – vorausgesetzt, es sind ausreichend Behandlungsräume und Personal vorhanden.
- In manchen sehr gut aufgestellten Praxen gelingt es selbst angestellten Zahnärzten mit wenig Berufserfahrung mühe los, hohe Honorarumsätze pro Stunde zu erzielen. Dies muss individuell be-

rücksichtigt werden. Möglicherweise ist hier ein reines Fixgehalt die bessere Lösung.

Fazit

Die Anstellung von Zahnärztinnen und Zahnärzten ist betriebswirtschaftlich sinnvoll – sowohl aus Sicht der Versorgungsqualität als auch im Interesse des Praxisinhabers. Entscheidend ist ein transparentes, rechtssicheres und faires Vergütungssystem, das Leistungsanreize setzt und dabei die arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen einhält.

Bernhard Fuchs
Fuchs + Stolz Praxisschmiede
Betriebswirtschaftliche Beratung
für Zahnärzte/Steuerkanzlei, Volkach

Mission Possible: Erfolg ist machbar

Dr. Ralf Schauer erklärt, was erfolgreiche Zahnärzte ausmacht

Als Steuerberater kennt Dr. Ralf Schauer die wirtschaftliche Lage vieler Arzt- und Zahnarztpraxen. Er ist überzeugt: Die Niederlassung lohnt sich. Warum, erklärt er in seinem neuen Buch mit dem Titel „Mission: Possible“.

BZB: Die Niederlassungsbereitschaft hat einen Tiefstand erreicht. Über 3000 Zahnärzte in Bayern arbeiten mittlerweile als Angestellte. Wie erklären Sie sich das?

Schauer: Die Ursachen für den Wandel bei der Berufsausübung sind vielfältig. Wenn man mit dem „Nachwuchs“ spricht, kommt als erstes Argument die Bürokratiebelastung. Auch die Work-Life-Balance und die Familienplanung spielen eine Rolle. Es gibt ja heutzutage fast keine „asymmetrischen“ Beziehungen mehr. Also Akademiker heiraten meist Akademikerinnen. Dadurch sind sie aber dann räumlich gebunden. DAX-Unternehmen sitzen in Bayern nun einmal in München.

BZB: Das heißt, Sie empfehlen Zahnärzten eher den ländlichen Raum für die Praxisgründung oder -übernahme?

Schauer: Mit dem richtigen Konzept sind Sie überall erfolgreich. Aber gerade München ist definitiv überversorgt. Rund 600 Einwohner pro Zahnarzt – da müssen Sie schon ein sehr gutes Marketing machen. Oder Sie sind der Spezialist für ein bestimmtes Behandlungsgebiet. Einige sehr erfolgreiche Landpraxen haben dagegen bis heute keine Website, was Sie als Übernehmer aber ganz schnell ändern sollten.

BZB: Wer sich für eine Landpraxis entscheidet, muss also Ihr Buch gar nicht mehr lesen ...

Schauer: (lacht) Jeder Zahnarzt sollte mein Buch lesen. Ein volles Wartezimmer heißt nämlich nicht automatisch, dass man viel Geld verdient. Sie müssen sich schon auch fragen: Habe ich die Patienten, die ich will und brauche? Um eine Praxis wirtschaftlich zu betreiben, müssen Sie im Durchschnitt 350 Euro in der Stunde umsetzen. Das werden Sie nur mit Kassenleistungen kaum erreichen. Die KZVB wirbt ja nicht ohne Grund seit Jahren dafür, die Schnittstellen zwischen BEMA und GOZ konsequent zu nutzen. Auch beim Steigerungsfaktor sind viele Praxen noch immer zu zurückhaltend. Sie müssen dem Patienten klarmachen, dass Sie und Ihr Team Spitzenleistungen erbringen, die ihren Preis haben.

BZB: Im ländlichen Raum sind aber in der Regel die Einkommen der Patienten niedriger als in den Großstädten.

Schauer: 20 Millionen Deutsche haben mittlerweile eine Zahnzusatzversicherung, und die leben nicht alle in München oder Berlin. Im Übrigen gilt auch in der Zahnmedizin das Prinzip von Angebot und Nachfrage. In den kommenden fünf Jah-

ren erreicht ein Viertel der Praxisinhaber das Ruhestandsalter. Viele werden keinen Nachfolger finden. Die Praxislandschaft dünnst sich also aus. Das heißt, dass die verbleibenden Praxen alle Hände voll zu tun haben werden. Lange Wartezeiten für gesetzlich Versicherte, wie wir sie heute schon von Fachärzten kennen, werden dann auch in einigen Zahnarztpraxen Realität sein. Ihre Zulassung zwingt Sie übrigens nur dazu, 20 Stunden in der Woche gesetzlich Versicherte zu behandeln. Den Rest der Zeit können Sie Golf spielen – oder Privateleistungen erbringen.

BZB: Bis jetzt haben wir vor allem über den richtigen Standort gesprochen. Was braucht es noch für die Mission Possible?

Schauer: Ich habe über viele Jahre beobachtet, was erfolgreiche von weniger erfolgreichen Praxisinhabern unterscheidet – und daraus ein strukturiertes System entwickelt. Es basiert auf vier Säulen: Systeme, Prozesse, Marketing und Personal, ergänzt um den wirtschaftlichen Bereich, die Finanzen. Das kann man alles lernen – es muss einem nicht in die Wiege gelegt sein.

BZB: Was macht einen Zahnarzt zum Unternehmer?

Schauer: Die erfolgreichsten Zahnärzte, die ich kenne, sind allesamt Optimisten. Positives Denken führt zu positiven Ergebnissen. Glauben Sie an sich selbst, an Ihre Fähigkeiten und an Ihren Erfolg! Wenn jemand zu wenig Selbstvertrauen hat, kann ich ihm vom Schritt in die Selbstständigkeit eigentlich nur abraten. Ge-wisse Managementfähigkeiten sollten Sie aber auch mitbringen – oder sich aneignen. Eine Praxis ist ein kleines Unternehmen. Für einen guten Workflow braucht es klare Strukturen, optimierte Abläufe, Checklisten und eine funktionierende IT-Infrastruktur.

BZB: Und wie werde ich ein guter Chef?

Schauer: Wir leben aktuell in einem Arbeitnehmermarkt. Die Mitarbeitergewinnung und vor allem -bindung spielen deshalb eine immer wichtigere Rolle für den Erfolg einer Praxis. Das Gehalt ist dabei nur ein Baustein. Ganz wichtig ist eine positive Arbeitsatmosphäre. Das beginnt bei Kleinigkeiten wie kostenlosen Getränken, einem Obstkorb, einem gemütlichen Sozialraum oder einem Deutschlandticket. Auch Eigenverantwortung, Wertschätzung und Aufstiegsmöglichkeiten binden die Mitarbeiter an die Praxis. Bei der Personalgewinnung führt an Social Media eigentlich kein Weg mehr vorbei. Instagram und TikTok sollten für einen Praxisgründer keine spanischen Dörfer sein. Mit kurzen Videos, in denen Sie sich und Ihre Praxis vorstellen, erreichen Sie definitiv mehr Adressaten als mit einer Anzeige in der Lokalzeitung. Für das Praxismarketing werden Sie auch die sozialen Medien brauchen.

BZB: Was mache ich, wenn ich mit Videos und TikTok gar nichts anfangen kann?

Schauer: Dann suchen Sie sich jemanden, der das kann. Entweder aus der Familie oder aus dem Praxisteam. Wenn Sie größer einsteigen wollen, gibt es auch Agenturen, die eine Social-Media-Strategie für Sie entwickeln. Um Ihre Ziele als Zahnarzt und Unternehmer zu erreichen, müssen Sie sichtbar sein. Auch eine Zahnarztpraxis kann zur Marke werden. Das beginnt übrigens schon beim Namen und beim Corporate Design. „Zahnärzte am See“ klingt einfach besser als „Dres. Müller und Meier“.

BZB: Haben Sie auch Tipps für den Umgang mit negativen Patientenbewertungen?

Schauer: Positive Bewertungen dagegen-setzen! Ermuntern Sie alle zufriedenen Patienten, eine kurze Bewertung abzugeben. Das erhöht das Vertrauen und die Glaubwürdigkeit. Und lassen Sie sich nicht auf Diskussionen mit unzufriedenen Patienten ein. Das ist vergeudete Zeit und erhöht nur die Aufmerksamkeit für die Negativbewertung. Bei Beleidigungen oder Falschbehauptungen können Sie eine Lösung durchsetzen. Hier kann auch die Einschaltung eines Anwaltes sinnvoll sein.

BZB: Wie weiß ich, ob meine Praxis wirtschaftlich ist?

Schauer: Betriebswirtschaftliche Grundkenntnisse sollte ein Praxisinhaber haben oder sich aneignen. Das Schlüsselwort lautet hier „Key-Performance-Indicator“ (KPI). Er umfasst die wichtigsten Kennzahlen wie den Umsatz, die Kosten oder den Zeit- und Materialaufwand. Viele Praxen

wissen nicht, wie viel sie eine Füllung eigentlich kostet. Erst wenn Sie das ermit-telt haben, können Sie einen Preis festlegen, der auch Ihren unternehmerischen Gewinn beinhaltet. Natürlich müssen Sie den KPI regelmäßig überprüfen und ana-lysieren. Sollte ein KPI nicht optimal sein, heißt es nachjustieren. Ich rate in solchen Fällen, sich auf das Wesentliche zu kon-zentrieren. Viele Praxen bieten ein über-dimensioniertes Behandlungsspektrum an oder kaufen zu viele und zu teure Ge-räte, die dann nicht ausgelastet sind. Ge-rade bei großen Investitionen sollte man unbedingt vor dem Kauf eine Kosten-Nutzen-Analyse durchführen. Wachstum ist nie schlecht, aber es muss nachhaltig sein. Als erfolgreicher Unternehmer müs-sen sie ein guter Langstreckenläufer sein und kein Sprinter.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.



Mit seinem Buch „Mission: Possible – Erfolg ist machbar“ vermittelt Dr. Ralf Schauer Zahnärzten unternehmerisches Denken.

WIR VERLOSEN DREI BÜCHER

Die KZVB verlost drei Exemplare des Buches „Mission: Possible“ von Dr. Ralf Schauer. Sie müssen dafür nur eine Frage richtig beantworten. Hier geht's zum Quiz: <https://www.kzvb.de/presse/publikationen/quiz>.





© Skorzewiak – stock.adobe.com

Telematik-Infrastruktur: Prüfen Sie jetzt Ihre Zertifikate!

gematik führt (schon wieder) ein neues Verschlüsselungsverfahren ein

Am 1. Januar 2026 ändern sich die Sicherheitsvorgaben in der Telematik-Infrastruktur (TI). Die Sicherheitszertifikate vieler Konnektoren von Heilberufs- und Praxisausweisen und anderer TI-Systeme sind dann nicht mehr gültig – die entsprechenden Geräte und Karten müssen getauscht werden. Für Praxen bedeutet dies: jetzt Zertifikate prüfen und gegebenenfalls schnell handeln!

Alle TI-Komponenten unterliegen hohen Sicherheitsauflagen. Nur zugelassene Geräte oder Karten dürfen Zugang erhalten. Geregelt wird dies durch integrierte kryptografische Sicherheitszertifikate, die die Identität von Geräten und Software prüfen, sensible Gesundheitsdaten verschlüsseln und so den Austausch wichtiger Informationen zwischen medizinischen Einrichtungen absichern. Die bisherige RSA-Verschlüsselung ist nur noch bis zum Jahresende gültig. Ab Januar 2026 dürfen nurmehr sogenannte ECC-fähige

Komponenten eingesetzt werden. An dieser Umstellung kommt niemand vorbei, denn es handelt sich um europarechtliche Vorgaben. Die Anbieter von Praxisverwaltungssystemen und auch die der Heilberufs- und Praxisausweise sind schon länger hierüber informiert und haben bei Neuausstellung oder der Neuausstattung einer Praxis bereits darauf geachtet. Die Kartenausgabe des eHBA beispielweise wird von der BLZK organisiert. Dennoch ist eine jede Praxis gut beraten, sämtliche TI-Komponenten selbst oder durch ihren

Dienstleister vor Ort daraufhin prüfen zu lassen.

Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA)

Für den Zugang zur TI muss mindestens ein gültiger eHBA in der Praxis vorhanden sein. Auf der Rückseite lässt sich schnell überprüfen, ob dieser nun umgetauscht werden muss. Ist dort bereits „G2.1“ vermerkt, besteht kein Handlungsbedarf. Nur eHBA der Anbieter d-trust und me-

design ohne G2.1-Kennzeichnung (also „G2“ oder ohne Angabe) müssen ersetzt werden. Wichtig ist dies insbesondere auch, um weiterhin E-Rezepte oder elektronische Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen (eAU) mit einer „qualifizierten elektronischen Signatur“ (QES) abzeichnen zu können.

Praxisausweis (SMC-B)

Der Praxisausweis wird zur Authentifikation der Praxis gegenüber der TI und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) benötigt. Damit können zum Beispiel besonders geschützte Daten auf der eGK ausgelesen und auch KIM-Nachrichten entschlüsselt werden. Künftig benötigt jede Praxis hierfür nun eine SMC-B G 2.1 Karte. Die Dienstleister vor Ort können dies über die Konnektor-Managementoberfläche im Praxisverwaltungssystem überprüfen.

Gerätespezifische SMC für das Kartenterminal

Die „gerätespezifische Security Module Card“ (gSMC-KT) ist die Eintrittskarte des Kartenterminals (gSMC-KT) zur TI. Sie ist im Kartenterminal installiert und wird automatisch mit dem Kartenlesegerät mitgeliefert. Ihre Funktion: Sie autorisiert das Kartenlesegerät, sich mit dem Konnektor zu verbinden. Ab Januar 2026 sollte hierfür nun idealerweise die neue gSMC-KT G2.1-Karte genutzt werden. Nachdem jedoch schon heute feststeht, dass für den Umtausch in sämtlichen Praxen ein längerer Zeitrahmen erforderlich ist, gibt es hierfür eine Übergangsfrist: Karten mit RSA-Zertifikat werden noch bis zum Jahresende 2026 geduldet. Danach sollte möglichst zeitnah die neue gSMC-KT G2.1 überall verwendet werden.

Konnektor oder TI-Gateway

Der Konnektor nutzt eine fest verbaute SmartCard (die sogenannte gSMC-K). Auf dieser sind die Zertifikate, die zur Authentifizierung des Konnektors gegenüber dem VPN-Zugangsdienst dienen, gespeichert. Tatsächlich laufen nicht der Konnektor selbst, sondern die auf der gSMC-K gespeicherten Zertifikate ab. RSA-only Konnektoren (Einbox-Konnektoren) müs-

sen bis Jahresende getauscht werden. Allerdings gibt es auch RSA/ECC-fähige Konnektoren auf dem Markt. Bei diesen ist zu prüfen, ob das Praxisverwaltungssystem (PVS) den Konnektor über ein ECC-Zertifikat anspricht.

PVS und KIM

Ebenfalls ist es wichtig, das eigene Praxisverwaltungssystem ebenso wie den E-Mail-Dienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen) stets auf dem neuesten Stand zu halten. Die jeweiligen Anbieter stellen hierfür die notwendigen Updates bereit.

Betriebssicherheit der TI

Die gematik ist gesetzlich dazu verpflichtet, für die Betriebssicherheit der TI zu sorgen. E-Rezept, elektronische Arbeits-

unfähigkeitsbescheinigung und andere TI-Anwendungen sind nur mit einer funktionierenden Anbindung an die TI möglich. Die gematik wurde mehrfach auf die technischen und organisatorischen Herausforderungen in Zusammenhang mit der Migration der ECC-Zertifikate hingewiesen. Wie nun in einer Pressemitteilung bestätigt wurde, „überwacht die gematik die Umstellung der einzelnen TI-Komponenten bei allen Anbietern sowie die Entwicklung bei den beteiligten Industrieunternehmen engmaschig und behält sich vor, bei mangelnden Fortschritten oder falls getroffene Zusagen nicht eingehalten werden, entsprechende Maßnahmen gegenüber den Anbietern zu ergreifen.“

Eileen Andrä
Leitung Telematik-Infrastruktur

HILFE ZUR SELBSTHILFE

Für die Überprüfung, ob und welche TI-Komponenten in der eigenen Praxis betroffen sind, gibt es mehrere Möglichkeiten. In aller Regel ist Ihr Dienstleister vor Ort hier als erster Ansprechpartner behilflich.

- Bezuglich des **Praxisausweises** haben die Kartenanbieter d-trust und medisign betroffene Kunden bereits per E-Mail informiert und Schritt für Schritt ausführlich erklärt, wie der Kartenaustausch funktioniert. Die KZVB als Kartenherausgeber stellt ebenfalls Informationen unter www.kzvb.de bereit.
- Zur Überprüfung der **gSMC-KT G2.1-Karte** gibt es von der gematik eine bebilderte Kurzanleitung unter: https://www.gematik.de/media/gematik/Medien/Telematikinfrastruktur/TI-Gateway/Kartenterminal_Zertifikatsende_Anleitung.pdf. 
- Es gibt mehrere Möglichkeiten, das Ablaufdatum der Konnektor-Zertifikate zu prüfen: Neben dem DVO kann dieses über die Konnektor-Managementoberfläche abgelesen werden. Praxisverwaltungssysteme können die Zertifikatslaufzeiten ebenfalls anzeigen. Auch die Konnektor-Anbieter schreiben die betroffenen Praxen an und informieren über das Laufzeitende sowie alternative Möglichkeiten. Bei manchen Herstellern ist durch Eingabe der Kundennummer auf der Website eine Anzeige der Ablaufdaten möglich.
- Ist der Konnektor nur RSA-fähig? Dann bestehen je nach Modell, Ablaufdatum der Zertifikate und Angeboten des Anbieters verschiedene Optionen: Austausch durch ein neues Gerät in der Praxis, Laufzeitverlängerung oder Übergang zu einem gehosteten TI-Zugang (wie TI-as-a-Service oder TI-Gateway). Der Konnektor-Anbieter kann hier beraten!
- Zum **Umstieg vom Konnektor auf das ECC-fähige TI-Gateway** gibt ein neuer Leitfaden der gematik Hilfestellungen und Tipps unter <https://www.gematik.de/newsroom/news-detail/aktuelles-how-to-ti-gateway-neuer-leitfaden-online>. 

Weitere Hinweise und Informationen zu diesem Thema finden Sie auch auf kzvb.de.



© Lemonsoup14 – stock.adobe.com

Pflicht mit Potenzial

Die ePA aus betriebswirtschaftlicher Sicht

Seit dem 1. Oktober 2025 ist die elektronische Patientenakte (ePA) verpflichtend. Zahnärztinnen und Zahnärzte müssen im Rahmen der laufenden Behandlung bestimmte Daten in die ePA einstellen – sofern der Patient das verlangt. Was die Politik als Meilenstein preist, fühlt sich in den Praxen derzeit eher nach Stolperstein an. Die Technik hakt, die Abläufe sind kompliziert – und die Begeisterung hält sich in Grenzen. Doch so mühsam der Start auch sein mag: Die ePA birgt nicht nur Frust, sondern auch betriebswirtschaftliches Potenzial. Wer genauer hinsieht, kann aus der Pflicht sogar ein Plus machen.

Digitales Dilemma: Versprechen mit vielen Fußnoten

Die ePA soll die Krankengeschichte eines Patienten digital abbilden und Behandlern schnellen Zugriff auf relevante Informationen ermöglichen. Befunde, Diagnosen, Medikationslisten oder Laborberichte sollen dort zentral zusammenlaufen – ein ambitioniertes Ziel, das die zahnärztliche Dokumentation ergänzen, aber nicht ersetzen soll. Technisch ist das Projekt allerdings anspruchsvoll. Praxen brauchen einen Konnektor (PTV5 oder höher), ein

aktualisiertes Praxisverwaltungssystem mit ePA-Modul 3.0 und eine stabile Telematik-Infrastruktur. Auch das Hochladen ist bislang auf PDF/A-Dateien begrenzt, was viele digitale Prozesse bremst. Bis Ende 2025 drohen noch keine Sanktionen – aber ab Januar 2026 wird die Nutzungspflicht ernst.

Pflichten, Paragrafen und Patientenkontrolle

Nicht alles, was im Praxisverwaltungssystem dokumentiert ist, muss auch in

die ePA. Verbindlich sind aktuell nur bestimmte Daten aus der laufenden Behandlung: Befundberichte über selbst erhobene Befunde, Laborbefunde, strukturierte MIO-Daten wie das eZahnbonusheft (sobald verfügbar) sowie Daten zur Unterstützung des Medikationsprozesses, etwa die elektronische Medikationsliste (eML). Auf Wunsch des Patienten können zusätzliche Dokumente eingestellt werden – etwa Heil- und Kostenpläne (HKP), Röntgenbilder im PDF/A-Format oder eAU-Bescheinigungen. Wichtig: Die Datensicherheit liegt beim Patienten. Er kann der

Befüllung widersprechen oder die Zugriffsrechte der Praxis jederzeit widerrufen.

Bürokratie, Belastung und Behandlungsrealität

In der Praxis sorgt die ePA derzeit eher für Mehrarbeit als für Erleichterung. Der Zugriff erfolgt über das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte – nur dann, wenn sie tatsächlich gesteckt ist. Der Behandlungskontext gilt jeweils 90 Tage und muss danach erneuert werden. Zudem sind Praxen verpflichtet, über Widerspruchsmöglichkeiten zu informieren. Viele Praxen nutzen hierzu Informationsplakate, die im Eingangsbereich oder im Wartezimmer aushängen. Insbesondere bei sensiblen Daten wie psychischen oder sexuell übertragbaren Erkrankungen empfiehlt sich aber eine schriftliche Dokumentation. Auch Einwilligungen, etwa bei zusätzlichen Dokumenten, sollten möglichst schriftlich oder elektronisch festgehalten werden. Viele Praxen empfinden die ePA deshalb als bürokratische Belastung, die wertvolle Behandlungszeit kostet.

Rechnen, reflektieren, realistisch bleiben

Trotz allem: Die ePA ist nicht nur Pflicht, sondern auch abrechnungsfähig. Sowohl Erstbefüllung als auch regelmäßige Aktualisierungen können über den BEMA vergütet werden. Eine Auswertung bayerischer Einzelpraxen zeigt, dass die ePA durchaus dauerhaft einen messbaren finanziellen Effekt haben kann (siehe Tabelle).

In KCH werden beispielsweise durchschnittlich 1 458 Sitzungen durchgeführt, bei denen eine Bema-Nr. 01, 04 oder ein Röntgenbild abgerechnet wird. Unter der Annahme, dass sich 90 Prozent der Patienten bei entsprechender Aufklärung mit einer Befüllung der ePA einverstanden erklären, ergeben sich jährliche Einnahmen von 3.441,90 Euro. Werden zudem im Rahmen von Füllungen und Extraktionen Schmerzmittel verschrieben und bei 45 Prozent der Patienten in den elektronischen Medikationsplan (eMP) eingetragen, so können weitere 835,55 Euro pro Jahr abgerechnet werden. Kleinere Beträge ergeben sich noch aus dem Eintragen von Heil- und Kostenplänen der BEMA-Teile ZE, PAR und KB in die ePA.

Budgetierung ohne Belastung

Ein wichtiger Aspekt für die betriebswirtschaftliche Betrachtung: Die ePA-Leistungen (ePA1 und ePA2) sind in Bayern bei allen Kassen mit knappem Budget unbudgetiert. Das bedeutet, dass sie nicht unter die mengenbegrenzten Gesamtvergütungen der Krankenkassen fallen. Gerade bei Kassen mit angespanntem Honorarbudget führen diese Leistungen nicht zu HVM-Rückbelastungen oder Honorarkürzungen.

Perspektive, Prozesse und Potenzial

Ob die ePA in den kommenden Jahren ihren digitalen Versprechungen gerecht wird, bleibt abzuwarten. Die Roadmap der

gematik sieht vor, dass ab Q4/2026 der elektronische Medikationsplan (eMP) voll integriert ist, ab Q1/2027 neue Dokumentarten und eine Volltextsuche hinzukommen. Für die Praxen bedeutet das: Wer sich jetzt organisatorisch aufstellt, profitiert später von reibungsloseren Abläufen. Viele Praxisverwaltungssysteme werden Updates liefern, die Workflows automatisieren – und damit die ePA langfristig praktikabler und profitabler machen.

Fazit: Pflicht und Profit

An der ePA führt kein Weg vorbei. Sie ist gesetzlich vorgeschrieben. Sie ist mit Aufwand, Risiken und Frust verbunden. Aber sie bietet auch die Chance, Prozesse zu standardisieren und digitale Abläufe wirtschaftlich zu nutzen. In Zeiten steigender Betriebskosten kann es sich lohnen, die ePA als Chance zu sehen. Denn wer die neuen Strukturen geschickt integriert, erfüllt nicht nur die gesetzlichen Vorgaben, sondern sichert der eigenen Praxis auch ein Stück digitale Zukunft.

Dr. Maximilian Wimmer
Leiter der KZVB-Geschäftsbereiche
Abrechnung und Honorarverteilung
Finanzen und Betriebswirtschaft

BEISPIELHAFTE MÖGLICHE ABRECHNUNG VON EPA-LEISTUNGEN EINER TYPISCHEN EINZELPRAXIS

Bei Erstbefüllung über die ePA1 verdoppeln sich die angegebenen Beträge

Leistungs- bereich	Anzahl Abrechnungen (pro Jahr)	Teilnahmequote (Annahme)	Leistung	Punkte	Punkte	Euro (Ersatzkassen- punktwert 2025)
KCH (01, 04, Rö)	1 458	90 %	ePA2	2	2 624	3.441,90
KCH (Füllungen und Extraktionen)	472	45 %	eMP	3	637	835,55
ZE (HKP)	114	90 %	ePA2	2	205	268,90
PAR (HKP)	14	90 %	ePA2	2	25	32,79
KB (HKP)	36	90 %	ePA2	2	65	85,26
Gesamt pro Jahr						4.664,41

Online-News der BLZK

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



Berufszulassung bei ausländischem Studium

Welche Stelle ist zuständig für die Beantragung der Approbation? Wo kann die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde beantragt werden? Hier finden Sie Antworten und Informationen.

> www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa_berufszulassung_auslaendisches_studium.html



Neue und geänderte Dokumente

Werfen Sie regelmäßig einen Blick in die Übersicht auf der QM-Startseite. Wenn Sie die Maus über das runde Info-Icon vor dem Titel bewegen, sehen Sie im Pop-up, was in den Dokumenten geändert wurde.

> <https://qm.blzk.de>



Praxisübernahme

Welche Vor- und Nachteile hat es, eine bestehende Zahnarztpraxis zu übernehmen? Und welche Unterschiede gibt es zwischen der Übernahme und der Neugründung einer Praxis?

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

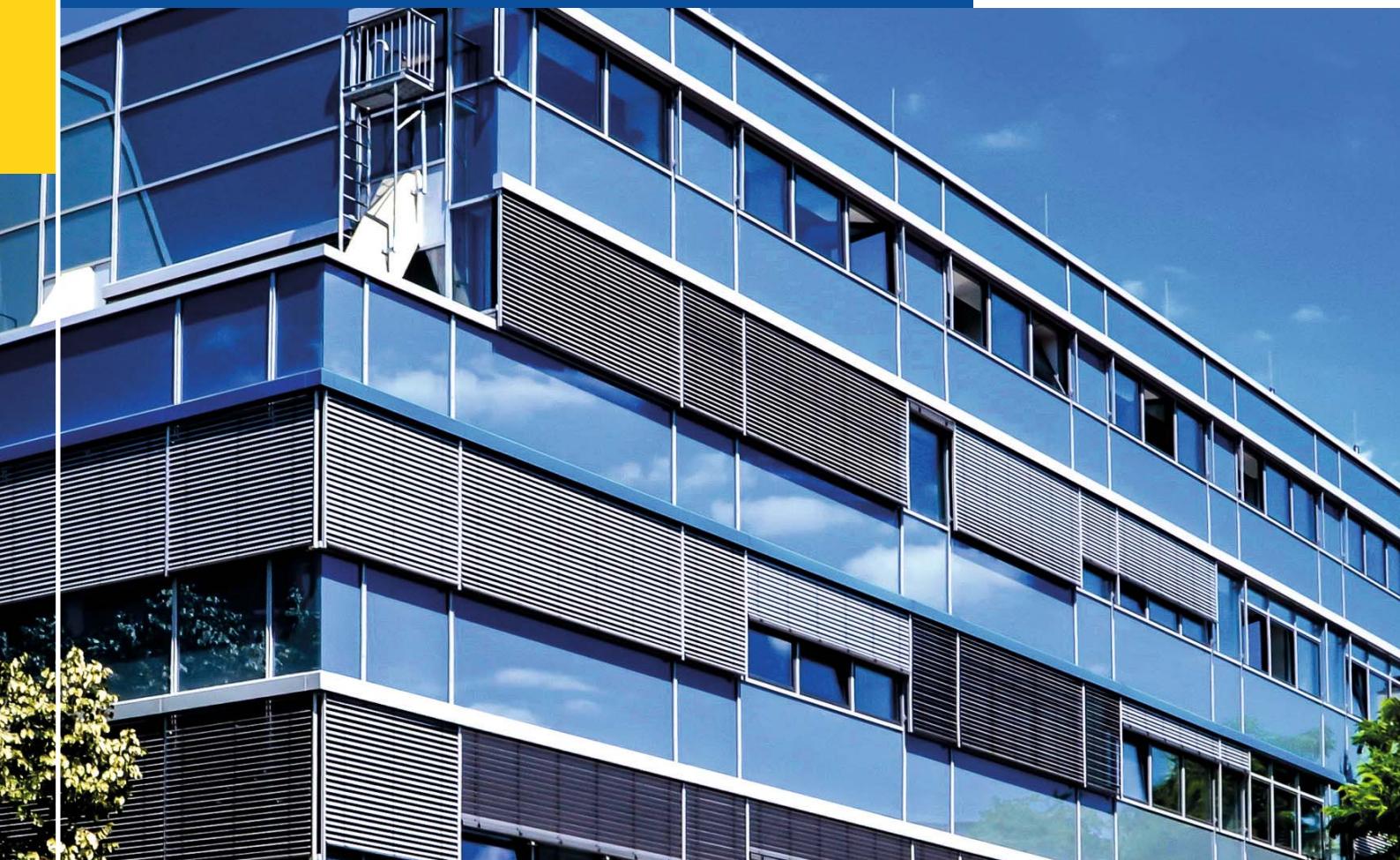


Zahnschmerzen – was tun?

Es pocht, es sticht, es zieht: Oh weh, Zahnschmerzen! Auf zahn.de erfahren Patientinnen und Patienten, was die Beschwerden bis zum Zahnarztbesuch lindern kann.

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

30. Klinische Demonstration 2026



Sinus im Fokus

Universitätsklinikum Erlangen
Hörsäle Medizin, Hörsaalzentrum

Samstag, 17. Januar 2026
09.00 - 13.00 Uhr

Anmeldung unter



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

In Kooperation mit

Uniklinikum
Erlangen

MKG-Chirurgischen Klinik des
Universitätsklinikums Erlangen



Kursgebühr: 75,00 €
Studenten/Assistenten: 25,00 €
Fortbildungspunkte: 5

Kfz-Versicherung jetzt vergleichen!

Sonderkonditionen für bayerische Zahnärztinnen und Zahnärzte



© zendograph - stock.adobe.com

Autofahren wird teurer – und zwar nicht nur an der Tankstelle oder der Ladesäule. Auch die Kfz-Versicherungen stehen 2025/2026 vor deutlichen Kostensteigerungen. Branchenbeobachter gehen davon aus, dass zahlreiche Versicherte mit Beitragsanhebungen im zweistelligen Prozentbereich rechnen müssen.

Werkstätten melden aus allen Regionen Deutschlands drastische Veränderungen: Ersatzteile sind teurer geworden, Wartezeiten länger. Besonders bei modernen Fahrzeugen mit umfangreicher Elektronik und Assistenzsystemen schlagen Schäden schnell mit erheblichen Summen zu Buche. Bei Elektroautos kommen weitere Kostenfaktoren hinzu: Die Reparatur von Akkus gilt als besonders aufwendig. Schon kleinere Unfälle können Schadenhöhen im fünfstelligen Bereich erreichen – ein Risiko, das die Versicherer in ihre Kalkulationen einbeziehen müssen.

Nicht nur die Prämie ist wichtig

Eine gute Kfz-Versicherung sollte nicht nur auf eine günstige Prämie ausgerichtet sein, sondern vor allem eine breite Absicherung gewährleisten. Wichtige Leistungsmerkmale sind etwa hohe Deckungssummen in der Kfz-Haftpflicht. Heute sind Summen von mindestens 100 Millionen Euro üblich. Auch der Schutz vor Schäden durch Wildunfälle, Sturm, Hagel oder Überschwemmung darf nicht fehlen, da Wetterextreme in den vergangenen Jahren häufiger aufgetreten sind. Für Berufspendler und Vielnutzer sind außerdem Zusatzleistungen wie ein Schutzbrief sinnvoll, der im Ernstfall schnelle Hilfe garantiert – von der Pannenhilfe bis zum Ersatzfahrzeug. Besitzer von Elektro- oder Hybridfahrzeugen können eine spezielle Absicherung des Akkus einschließen. Hier unterscheiden sich die Polisen auf dem Markt noch deutlich, weshalb sich ein Vergleich lohnt.

Auch die sogenannte „Werkstattbindung“ bringt häufig deutliche Nachlässe. Im Falle eines selbst verschuldeten Unfalles mit Teilkasko oder Vollkaskoleistung wählt der Versicherer die Fachwerkstatt aus. Diese führt die Reparatur dann nach Herstellervorgaben aus. Die Werkstattbindung greift nur bei Kaskoschäden. Auch wenn ein Dritter den Schaden an Ihrem Fahrzeug verursacht hat, gilt sie nicht! Dies sind nur einige Tarifmerkmale, die sich auf die Prämie auswirken können. Auch die Änderung der Regionalklasse oder eine allgemeine Anpassung in der Haftpflicht können zu völlig veränderten Prämien führen.

Individuelle Gestaltung möglich

Der Deckungsumfang einer Kfz-Versicherung kann individuell gestaltet werden. Ein Vergleich lohnt sich nicht nur für Neuwagenbesitzer oder Fahrer von E-Modellen. Auch bei allen anderen Fahrzeugen sind durch Rahmenverträge der eazf Consult Sonderkonditionen möglich – sowohl beim Preis als auch bei den Leistungen. So sind zum Beispiel auch „Rabatt-Retter“ sinnvoll, wenn man bereits eine hohe Schadenfreiheitsklasse erreicht hat. Zudem bieten viele Unternehmen Rabatte und Sonderkonditionen an, zum Beispiel für Viel- oder Wenigfahrer. Angesichts der Marktentwicklung ist es empfehlenswert, bestehende Policien frühzeitig zu überprüfen. Wer rechtzeitig wechselt oder seine Versicherung optimiert, kann kommende Beitragserhöhungen abfedern und sich günstige Konditionen sichern.

Die eazf Consult bietet über die Serviceleistung VVG auch in der Kfz-Versicherung Sonderkonditionen. Informieren Sie sich unverbindlich und kostenfrei über Tarife und Leistungen. Bis zum 30. November können Sie problemlos den Anbieter wechseln. Danach ist das noch möglich, wenn Sie eine Prämienanpassung erhalten. Und sollte das Ergebnis der Überprüfung zeigen, dass keine Einsparung möglich ist, erhalten Sie zumindest die Bestätigung, gut versichert zu sein.

Michael Weber
Geschäftsführer der eazf Consult

KONTAKT

Bei Interesse an einer Analyse und Beratung zur Kfz-Versicherung, einer Überprüfung anderer Versicherungsverträge oder der Betreuung Ihrer Versicherungen durch die eazf Consult können Sie unter www.zahnarzt-versichern.de eine Anfrage stellen. Nähere Auskünfte erhalten Sie bei unserem Berater Michael Weber auch unter der Telefonnummer 089 230211-492.





Zentrum für
Existenzgründer und
Praxisberatung der BLZK

Das Beratungskonzept des ZEP

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

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

Kontakt

ZEP Zentrum für Existenzgründer und Praxisberatung der BLZK

Dipl.-Volkswirt Stephan Grüner
ZÄ Katrin Heitzmann
Michael Weber

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



blzk.de/zep

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



Erfahrungen mit dem klinischen Management parodontal erkrankter Patienten mit alternierter Blutgerinnung

Fälle aus der Praxis

Ein Beitrag von Prof. Dr. Clemens Walter, Christoph Rautenberg, Asta Fritzke, Priv.-Doz. Dr. Julia C. Difloë-Geisert und Prof. Dr. Dr. Andrea Rau, MHBA

Die Hämostase ist ein vielschichtiger und lebenswichtiger Prozess, der unter anderem dazu dient, den Blutverlust nach einer Verletzung zu limitieren. Veränderungen in der Gerinnungsfähigkeit des Blutes können angeborene, erworbene oder auch medikamentöse Ursachen haben. Für Zahnärztinnen und Zahnärzte, insbesondere dann, wenn sie chirurgisch oder parodontologisch tätig sind, ist es wichtig, diese Veränderungen anamnestisch zu erfragen und im Vorfeld der geplanten Therapie zu berücksichtigen. Unkenntnis oder Nichtberücksichtigung kann zu mitunter schweren Komplikationen im Sinne von (Nach-)Blutungen führen. Anhand exemplarischer Kasuistiken werden die Problematik einer alternierten Hämostase und deren Hintergründe dargestellt. Das Ziel war, eine Sensibilisierung für die klinisch wichtige Thematik zu generieren und Möglichkeiten des Managements parodontal erkrankter Patienten mit veränderter Blutgerinnung aufzuzeigen.

Die physiologischen Abläufe, die zum Ende einer Blutung führen, werden als Hämostase bezeichnet.^{5,6} Es handelt sich hierbei um einen differenzierten, sehr komplexen, aber vor allem lebenswichtigen Prozess, der dazu dient, den Blutverlust nach einer Verletzung zu limitieren. Kurz

zusammengefasst, werden die primäre (zelluläre) und die sogenannte sekundäre (plasmatische) Hämostase unterschieden (Abb. 1). Die ersten Schritte nach einer (Gefäß-) Verletzung vermitteln in erster Linie Thrombozyten nach Kontakt mit dem Kollagen aus der Umgebung des betroffenen Gefäßes. Hier entsteht ein „weißer“, zunächst noch instabiler Thrombus, welcher das geschädigte Gefäß abdichtet und durch die freigesetzten Zytokine eine Vasokonstriktion induziert.^{5,6} Die parallel dazu bereits einsetzende „eigentliche“ Blutgerinnung wird in einen extrinsischen und einen intrinsischen Weg mit einer gemeinsamen Endstrecke, in einem Wort der Gerinnungskaskade, differenziert. Involviert sind hier zahlreiche Faktoren, die in einem stufenweisen Prozess sukzessive aktiviert werden. Schlussendlich bildet sich ein quervernetzter Fibrin thrombus. Da Erythrozyten eingeschlossen werden, handelt es sich jetzt um den „roten Thrombus“. Der Abbau dieser Struktur erfolgt, vermittelt u.a. durch Plasmin, im Rahmen der Fibrinolyse.²¹ Es handelt sich auch dabei wieder um einen mehrstufigen, differenziert regulierten Prozess.

Der Ablauf der Hämostase kann durch angeborene oder erworbene Krankheitsbilder (Tab. 1) sowie medikamentös bedingte Mechanismen nachhaltig gestört oder verändert sein. Zu den hereditären Koagulopathien zählen Mängel an unterschiedlichen Gerinnungsfaktoren, darunter Krankheitsbilder wie die Hämophilien

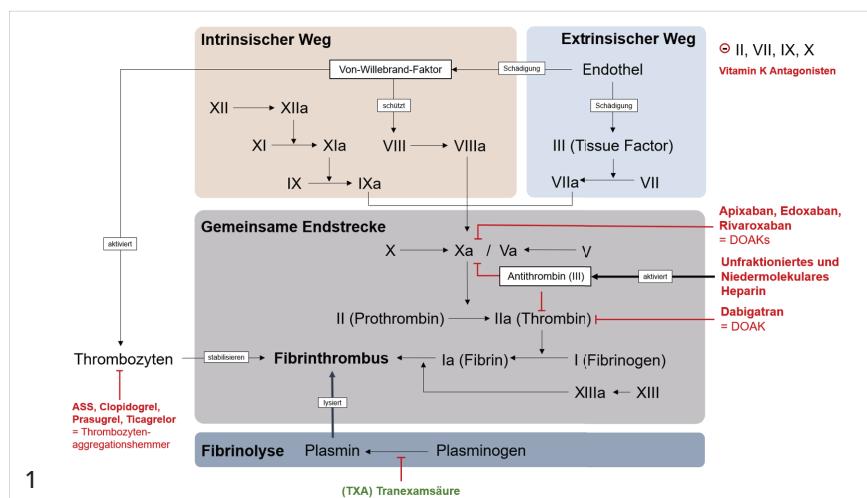


Abb. 1: Ablauf der Hämostase (intrinsischer Weg, extrinsischer Weg und gemeinsame Endstrecke) und der Wirkort einiger gängiger medikamentöser Thrombozytenaggregationshemmer und Antikoagulantien (modifiziert nach Nolte, J, Gerinnungskaskade [Grafik], DocCheck. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0, abgerufen am 10. Oktober 2025) In dunkelblau: gekürzter Ablauf der Fibrinolyse und der Wirkort des Antifibrinolytikums Tranexamsäure (TXA).

A und B, das Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom oder auch eine Glanzmann-Thrombasthenie (Fall 5).^{7,30,31,38} Störungen der Gerinnungsfähigkeit können aber auch im Laufe des Lebens oder als Begleiterscheinung anderer Erkrankungen auftreten.³²⁻³⁶ Da zahlreiche Gerinnungsfaktoren in der Leber synthetisiert werden, sind vor allem Erkrankungen dieses Organs, darunter beispielsweise durch Alkoholabusus induzierte Leberzirrhosen, häufig mit Störungen der Blutgerinnung assoziiert. Medikamentös kann die Gerinnungsfähigkeit des Blutes aber auch ganz bewusst durch Antikoagulanzen und Thrombozytenaggregationshemmer herabgesetzt werden (Tab. 2, Fall 1–4).^{8,23} Diese Substanzen werden ärztlich verordnet, um bei besonders gefährdeten Patienten mitunter lebensbedrohliche thromboembolische Ereignisse durch Gefäßverschlüsse zu verhindern.²³ Dazu zählen Herzinfarkte (Fall 1, 4) durch Verschlüsse der Koronararterien, Schlaganfälle bei Verschlüssen intrakranieller Gefäße oder Verschlüsse venöser Gefäße, wie zum Beispiel den Lungen- oder Beckenvenen (Fall 3).

Labormedizinisch kann die Blutgerinnung über verschiedene Parameter kontrolliert werden. Gängiges Monitoring bedient sich des Quick-Wertes, des INR-Wertes (International Normalized Ratio) und der PTT (Partielle Thromboplastinzeit). Zur besseren Vergleichbarkeit von Testergebnissen zur Blutgerinnung empfiehlt die WHO die Angabe der In-vitro-Gerinnbarkeit als INR (<http://www.who.int>). Die lange gebräuchliche Angabe des prozentualen Anteiles des normalen Gerinnungswertes als Quick-Wert hat durch die beträchtlichen interindividuellen Unterschiede zu Unsicherheiten in der Dosierung und Beurteilung der oralen Antikoagulation geführt. Der physiologische Bereich des INR liegt zwischen 0,9 und 1,2, der therapeutische Bereich – je nach Indikation – zwischen 2,0 und 3,5. Für einfache Extraktionen einzelner Zähne erscheint einigen Studien zur Folge ein INR-Wert bis 3,5 noch tolerier- und Blutungen demzufolge beherrschbar.^{40,41} Eine aktuelle Studie zeigt allerdings eine ausgeprägte Meinungsvielfalt unter Zahnärztinnen und Zahnärzten hinsichtlich des anzustrebenden INR-Wertes im Vorfeld von zahnärztlichen Eingriffen.⁴² Die Gerinnungshemmung

TAB. 1 AUSWAHL ANGEBORENER UND ERWORBENER KRANKHEITSBILDER MIT GERINNUNGSSTÖRUNGEN

Krankheitsbild	Pathologischer Mechanismus	Referenz
Hämophilie A	X-chromosomal vererbter Faktor-VIII-Mangel, Schweregrad abhängig von der Restaktivität	30
Hämophilie B	X-chromosomal vererbter Faktor-IX-Mangel, Schweregrad abhängig von der Restaktivität	30
Von-Willebrand-Syndrom (vWF)	Verminderte Thrombozytenadhäsion durch einen qualitativen und/oder quantitativen Defekt des vWF	31
Glanzmann-Thrombasthenie	Seltene angeborene Thrombozytopathie, die zu einem defekten oder gänzlich fehlenden GPIIb/GPIIIa-Rezeptor auf Thrombozyten führt	38
Thrombozytopenie	Symptom vieler Krankheitsbilder mit vielfältigen Ursachen: Verdünnungseffekte, verminderte Produktion, aplastische Anämie, Infektionen, Malignome, Vitaminmangel, Sepsis, Disseminierte intravasale Gerinnung (DIC), Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (TTP), Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS), schwere Blutungen, Splenomegalie, Heparin-induzierte Thrombozytopenie (HIT), Autoimmunthrombozytopenie	32
Vitamin-K-Mangel	Vitamin K ist Co-Faktor bei der γ -Carboxylierung, u.a. von den Gerinnungsfaktoren II, VII, IX, X („1972“), Entstehung eines Mangels u.a. durch unzureichende Zufuhr, Malabsorption, Störung des Mikrobioms des Darms, erhöhter Verbrauch/Bedarf, Störung des Recyclings	33
Verbrauchs-koagulopathien	Kann als eher prothrombotisches oder hämorrhagisches Syndrom auftreten. Systemische Aktivierung der Gerinnung durch inflammatorische Zytokine. Deregelierung der Gerinnungskaskade. Organversagen durch Thrombosen in kleinen Gefäßen und durch Verbrauch von Gerinnungsfaktoren/Plättchen Blutungsneigung.	34
Lebererkrankungen	Kompromittierte Leberfunktion durch variable Ursachen (Alkoholabusus, Leberzirrhose, Virushepatitis [Hepatitis B, C], Autoimmunerkrankungen, Cholestase, akutes Leberversagen, Medikamente, Malignome, vaskuläre Erkrankungen) führt zu eingeschränkter Prozessierung von pro- und anti-koagulatorischen Gerinnungsfaktoren	35, 36

oder anders ausgedrückt die Blutungsneigung steigt mit zunehmendem INR. Zu beachten ist hierbei allerdings, dass das Monitoring vieler neuer, darunter die sogenannten direkten oralen Antikoagulantien (DOAKs, ältere Bezeichnung bzw. Synonym: neue orale Antikoagulanzen, NOAKs), und aktuell oft verschriebener Antikoagulanzen nicht oder nur noch mit erheblichem Aufwand, beispielsweise über eine Messung der Faktor-Xa-Aktivität, von spezialisierten Laboren umgesetzt werden kann (Fall 1, 3; Tab. 2). Aus den Kombinationen der zur Verfügung stehenden Analysen zur Blutgerinnung lassen sich dann Rückschlüsse auf die Ursache der alternierten Blutgerinnung wie etwa einem Mangel an einem bestimmten Gerinnungsfaktor ziehen.²²

Im zahnmedizinischen Alltag sind insbesondere chirurgisch oder parodontolo-

gisch tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte regelmäßig mit Fragen zu Präparaten, Wirkstoffen und etwaigen Risiken für intraoperative Komplikationen oder Blutungen nach einem oralchirurgischen oder parodontologischen Eingriff konfrontiert.^{2,8,25,26} Einige aktuell eingesetzte Präparate und deren Eigenschaften sind in Tabelle 2 dargestellt. Da gerinnungshemmende Medikamente nicht von Zahnärztinnen oder Zahnärzten verschrieben, eingesetzt, abgesetzt oder pausiert werden dürfen, ist im Fall geplanter chirurgischer Eingriffe eine Rücksprache mit der dem behandelnden Kardiologin/Kardiologen/Hämatologin/Hämatologen oder Internistin/Internisten zwingend erforderlich. Wichtig erscheint hier, sich gegenseitig bezüglich des konkreten Behandlungsfalles auszutauschen. Von zahnärztlicher Seite gilt es dabei zu erfahren, was und warum bei dem Patienten an Präpa-

**TAB. 2 AUSGEWÄHLTE ANTIKOAGULANZIEN, WIRKSTOFFE,
WIRKORT UND EINIGE PRÄPARATNAMEN**
(kein Anspruch auf Vollständigkeit)

Wirkstoff	Wirkort/ Mechanismus	Präparat- namen und Wirkdauer	Indikationen	Ref- renzen
Acetylaspirin- säure: (ASS)	Thrombozyten- aggregationshemmer: hemmen irreversibel Cyclooxygenase-1 (COX-1) und dadurch die Bildung des Thrombozyten- aktivators Thromboxan A2 (TXA2). Durch Hemmung dieses Signalweges ist die Ver- netzung von Thrombo- zyten über Fibrinogen (mittels GPIIb/IIIa-Rezepto- ren) abgeschwächt.	Aspirin® (5–6 Tage)	Sekundärpräven- tion bei kardio- vaskulären Erkran- kungen, akutes Coronarsyndrom, Schlaganfall, periphere arte- rielle Verschluss- krankheit	43, 44, 45
Clopidogrel Prasugrel Ticagrelor	Thrombozytenaggrega- tionshemmer: blockieren die ADP-Rezeptoren auf Thrombozyten, irreversi- bel (Clopidogrel, Prasugrel,) oder reversibel (Ticagrelor). Hierdurch wird die ADP- vermittelte Aktivierung von GPIIb/IIIa-Rezeptoren gehemmt.	Plavix® (5–7 Tage) Efient® (7–10 Tage) Brilique® (3–5 Tage)	ASS-Unverträg- lichkeit, Mono- therapie nach Ischämischem Schlaganfall, in Kombination mit ASS bei frischen Stents	46, 47, 48
Phenprocoumon, Warfarin	Orale Antikoagulantien, Vitamin-K-Antagonisten: die Gabe von Hypoxidedo- sierungen der Gerinnungs- faktoren II, VII, IX, X der Leber sowie der antiko- agulatorischen Proteine C, Z und S. Dadurch initial prothrombotisch.	Marcumar® Falithrom® (Halbwertzeit [HWZ] ~5 Tage) Coumadin®	Mechanische Herzklappen, früher Vorhof- flimmern, tiefe Venenthrom- bosen, Lungen- embolien	49, 50
Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban, Dabigatran	Neue/direkte Orale Antikoagulantien (NOAK/DOAK) hemmen direkt und reversibel den Faktor Xa (Apixaban, Edoxaban, Rivaroxaban), bzw. IIa (Dabigatran)	Eliquis® (HWZ 10–14 h), Lixiana® (HWZ 9–11 h), Xarelto® (HWZ 5–9 h), Pradaxa® (HWZ 12–14 h)	Vorhofflimmern, tiefe Venen- thrombosen, Lungenembolien, kontraindiziert bei mechanischen Herzklappen	51, 52, 53
Unfrak- tioniertes Heparin	Verstärkt die Antithrom- bin III(AT-III)-vermittelte Hemmung von Faktor IIa, IXa, Xa und XIIa. Hemmt die Faktoren IIa und Xa etwa gleichstark.	Heparin-Natrium (Wirkung dosis- abhängig, ~30 min bei i.v. 25U/kg, 60 min bei 100 U/kg und 150 bei 400/kg), subkutan variabler	Akutes Coronar- syndrom, akute Thrombosen/ Thrombembolien, stationär fragile Gerinnungssitu- ationen	54
Nieder- molekulares Heparin: Enoxaparin, Dalteparin, Certoparin, Tinzaparin	Wie unfraktioniertes Heparin, aber hemmt Faktor Xa 2–4 mal stärker als Faktor IIa	Clexane® (HWZ 4,5–7 h), Fragmin® (HWZ 4,5–7 h), Mono-Embolex® (HWZ ~2 h), Innohep® (HWZ 3–4 h)	Vorhofflimmern, tiefe Venenthrom- bosen, Lungen- embolien, (peri-/ postoperative) Thromboseprophy- laxe und –therapie, Bridging bei Beginn mit Vitamin-K- Antagonisten	55, 56, 57

raten zur Antikoagulation eingesetzt wird und welche Risiken bei einer Pausierung derselben zu erwarten sind. Auf der anderen Seite ist es für den nicht zahnmedizinisch ausgebildeten Kollegen wichtig, einschätzen zu können, welche Risiken bei dem geplanten zahnärztlich chirurgischen Eingriff hinsichtlich der zu erwartenden intraoperativen Blutungen oder eben Nachblutungen möglich sind. Im Falle parodontaler Therapien eignet sich zur Illustration und als Argumentationshilfe für Patienten und fachfremde Kollegen die Darstellung der Ausdehnung der parodontal entzündeten epithelialen Wundfläche (Periodontal Inflamed Surface Area, PISA) unseres Erachtens sehr gut.¹⁴ Bei der subgingivalen Instrumentierung stark entzündeter Parodontien sind die Chancen der Blutstillung mitunter noch anders einzuschätzen als beispielsweise nach Zahnektomien mit den Möglichkeiten eines optimierten Wundverschlusses. Eine Überlegung, die in der einschlägigen Literatur mitunter auch als weniger bedeutsam angesehen wird.³⁶ Die Eventualität eines dichten primären Wundverschlusses mittels einer Naht besteht nach einer subgingivalen Instrumentierung aus anatomischen Gründen, d.h. durch die natürliche direkte Verbindung von Sulkus- bzw. Saumepithel mit den Hartgeweben des Zahnes (Dentin, Wurzelzement), nicht. Vor diesem Hintergrund ist daher auch die zeitliche Abfolge der subgingivalen Instrumentierung von hoher klinischer Relevanz. Derzeit werden im Wesentlichen zwei oder drei unterschiedliche Protokolle angewendet. Dem traditionellen Vorgehen mit einem über zwei bis drei Wochen gestreckten quadrantenweisen Vorgehen stehen die Instrumentierung aller Quadranten binnen 24 Stunden im Sinne eines full-mouth scalings oder die sogenannte full-mouth disinfection mit intensiver zusätzlicher Applikation von unterschiedlichen Chlorhexidinpräparaten gegenüber. Hinsichtlich der klinischen parodontalen Ergebnisse besteht da kein wesentlicher Unterschied und die Wahl des Vorgehens kann variabel behandler-orientiert oder patientenzentriert entschieden werden.¹⁵ Hinsichtlich der Blutungsproblematisität bedeutet das aber, dass etwaige Blutungen aus den instrumentierten Parodontien natürlich umso schwieriger zu beherrschen sind, je mehr Quadranten/

Parodontien gleichzeitig instrumentiert worden sind. In diesem Zusammenhang sei zudem daran erinnert, dass die Intensität der systemischen Entzündungsreaktion bei einem full-mouth Vorgehen gegenüber dem quadrantenweisen Vorgehen wesentlich größer ist.²⁹ Bei multimorbidem Parodontitispatienten wäre daher in vielen Fällen eher das quadrantenweise Vorgehen zu empfehlen. Um eine vorsichtige Idee der Blutungsintensität bei antikoagulierten Patienten zu erhalten, besteht zudem die Möglichkeit, dies zunächst an einzelnen, weniger schwer erkrankten Parodontien zu testen. In Abhängigkeit der auftretenden Blutungen bzw. von der Beherrschbarkeit derselben, kann dann überlegt werden, wie viele Parodontien in einer Therapiesequenz instrumentiert werden sollten. Ähnliche Denkübungen gelten auch für die Extraktion von Zähnen. Für die Extraktion mehrerer Zähne an einem Termin besteht in aller Regel keine zwingende Indikation, sodass vielfach durchaus die Möglichkeit besteht, das Vorgehen zu strecken und so Risiken zu minimieren.

Im derzeit laufenden Leitlinienprozess sind explizite Empfehlungen zur parodontalen Therapie bei Patienten mit alternerter

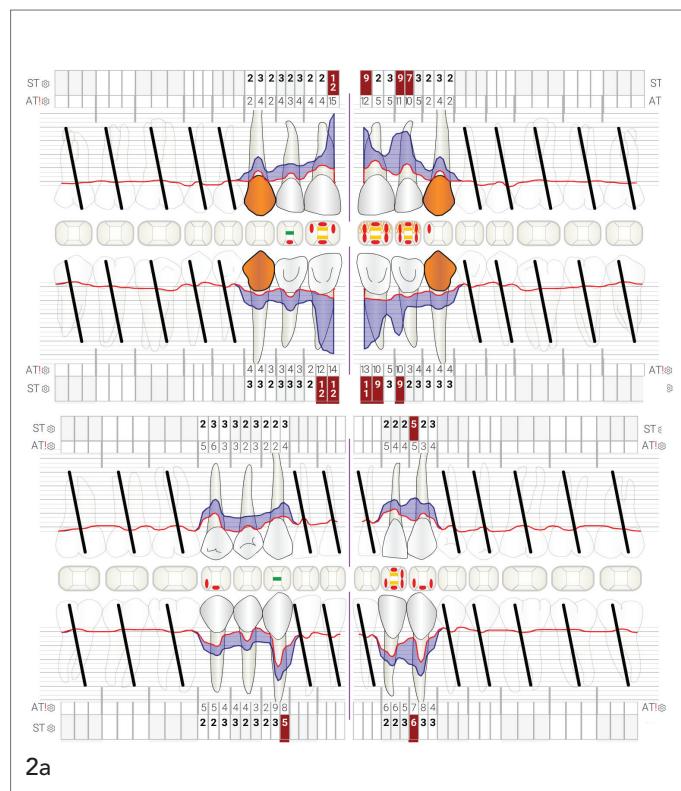
Hämostase (noch) nicht enthalten. Hinsichtlich oral-/kieferchirurgischer Fragestellungen gibt es eine wissenschaftlich hochstehende S3-Leitlinie mit dem Titel: „Zahnärztliche Chirurgie unter oraler Antikoagulation/Thrombozytenaggregationshemmung“.⁸ Die Lektüre des Dokumentes ist aufgrund des ausgesprochen praxisrelevanten Hintergrundes sehr empfehlenswert. Allerdings ist auf der Website auch vermerkt, dass dieses Dokument seit nunmehr über fünf Jahren nicht mehr aktualisiert worden ist bzw. werden konnte. Interessant ist ferner, dass es bei einigen Empfehlungen offenbar unterschiedliche Erfahrungen und/oder – klinisch relevante – Auslegungen der vorhandenen Literatur gab. Daher gibt es an verschiedenen Punkten zwei unterschiedliche Empfehlungen, die durch unterschiedliche Interessengruppen ausgesprochen wurden. Die Thematik „Antikoagulanzen und zahnärztliche Eingriffe“ kann demnach durchaus auch als kontrovers angesehen werden.

Der folgende Artikel soll nun aber anschaulich und für die tägliche Praxis möglichst relevant für das große und ausgesprochen vielschichtige Thema „alterierte Hämostase“ sensibilisieren und einige As-

pekte, welche im Rahmen der parodontalen Therapie bei Patienten mit veränderter Hämostase auftreten können, anhand realer klinischer Fälle darstellen und diskutieren. Es ist naturgemäß nicht möglich, im Rahmen einer (noch lesbaren) Publikation alle Aspekte des umfassenden Themas „Blutgerinnung“ abzudecken. Die/der interessierte Leser/-in sei daher auf die entsprechende weiterführende Fachliteratur, Lehrbücher für innere Medizin oder die aktuellen Leitlinien verwiesen.^{2,7–9,13,39}

Fall 1

Im Jahre 2025 war Herr B. bereits 82 Jahre alt (Abb. 2a–m). Aus der allgemeinmedizinischen Anamnese war ein Herzinfarkt aus dem dann später noch erfragten Jahr 2019 bekannt. Es war zudem ein Medikamentenplan hinterlegt. Die beiden Dokumente wiesen allerdings den Widerspruch des einerseits in der gedruckten Anamnese erfragten, aber nicht vermerkten Gerinnungshemmern und dem aus dem Medikamentenplan hervorgehenden oral verabreichten Gerinnungshemmer Eliquis® (Swords Laboratories Unlimited Company T/A Bristol Myers Squibb Pharmaceutical Operations) mit dem Wirkstoff



2a



2b

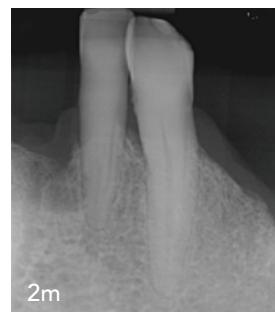
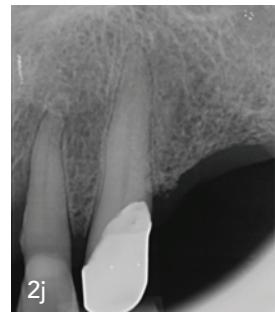
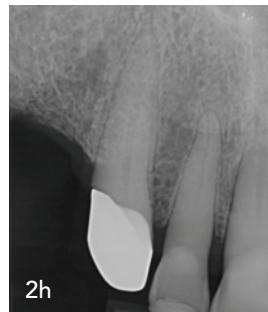
Medikationsplan							
Seite 1 von 1							
Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	empf. min.	empf. max.	Einheit	Hinweise
<i>Aus verordneten Medikamenten übernommen</i>							
Apixaban	Eliquis 5 mg Filmtabletten	5 mg Tabl.	1	0	1	0	Vorhofflimmern Hypertonie
Bacoprotid Kapseln	Bacoprotid 1A Pflanzl. 25 mg	2,5 mg Tabl.	0,5	0	0	0	
Xipamid	Xipamid 10mg AAA-Pharm a Tablette	10 mg Tabl.	1	0	0	0	Ziel LDL <1,4 mmol/L
Atorvastatin	Atorvastatin ABZ 20mg	20 mg Tabl.	0	0	1		Hyperlipidämie Ödeme
Torasemid	Torasemid HEKAL 20mg	20 mg Tabl.	1	0	0	0	Gicht
Allopurinol	Allopurinol Head 300	300 mg Tabl.	1/2	0	0	0	
Pantoprazol	Pantoprazol Hartkaps. 40mg magensaftresist. Tabl.	40 mg Tabl.	1	0	1	0	Z.n. GI Blutung

2c

Abb. 2a–m: Klinische und radiologische Dokumentation eines 82-jährigen männlichen Patienten (geb. 4.2.1943) mit generalisierter Parodontitis Stadium IV Grad C.²⁴ Im Vorfeld der systematischen parodontalen Therapie traten nach den Extraktionen der Zähne 31 und 41 orale Blutungen, die zahnärztliche Interventionen im Rahmen von Notfallbehandlungen erforderten, auf. Der Patient litt unter Bluthochdruck, Vorhofflimmern und hatte bereits einen Herzinfarkt erlitten. Er nimmt täglich einen Gerinnungshemmer mit dem Wirkstoff Apixaban (Eliquis®, Swords Laboratories Unlimited Company T/A Bristol Myers Squibb Pharmaceutical Operations) ein. Die klinischen Aufnahmen entstanden während bzw. nach der subgingivalen Instrumentierung. Sie illustrieren die Möglichkeiten der Blutstillung durch Spülung mit Wasserstoffperoxid (3 %) und die Kompression mit bukkalen bzw. interdentalen Tupfern.



2d



Apixaban auf. Dies ist ein reversibler, direkter und selektiver Inhibitor des aktiven Zentrums von dem Gerinnungsfaktor Xa (Abb. 1, Tab. 2).^{13,27} Darüber hinaus wird infolge der reduzierten Thrombinbildung die Thrombozytenaggregation gehemmt.¹³ Apixaban ist bei ihm seit 2023 verordnet und gehört zu den DOAK. Zuvor war der Patient mit „ASS 100“ eingestellt (Abb. 1). Hierbei handelt es sich um Acetylsalicylsäure in der Dosierung 100 mg. Dieser Wirkstoff hemmt die Cyclooxygenase 1 (Cox-1) und damit u.a. die Synthese von Thromboxan A2, welches Thrombozytenaktivierend wirkt (Abb. 1).¹² ASS gehört zur Gruppe der Thrombozytenaggregationshemmer. Im Sommer 2024 erfolgten die Extraktionen der Zähne 31 und 41 aufgrund Attachmentverlustes bis zu den Wurzelspitzen und die Versorgung mit einem klammergetragenen Interimsersatz. Apixaban wurde dabei nicht pausiert. Vier Tage nach diesen Extraktionen stellte sich der Patient im zahnärztlichen Notdienst mit „starken Nachblutungen in der Nacht“ vor. In der Folge wurde der Patient nun engmaschig kontrolliert. Das Koagulum war über Tage nicht stabil. Da der eingegliederte Interimsersatz okklusal nicht ausreichend abgestützt war, hatte der Prothesensattel mit den ersetzen Zähnen immer wieder Kontakt zur Wundregion. Daher wurde nun eine Prothesenkarenz verordnet. Danach kam es zwar zu einer merklichen Besserung, aber auch immer noch zu Nachblutungen. Über

den informierten Hausarzt des Patienten wurde nun ein vorübergehendes Pausieren des Gerinnungshemmers acht Tage nach den Extraktionen verordnet. Von zahnärztlicher Seite wurde die Wundregion jetzt auch mit Tranexamsäure 5 % (Cyklokapron®, Pfizer, Berlin, Deutschland) gespült bzw. mit in Tranexamsäure (10 %) getränkten sterilen Tupfern komprimiert.^{8,9} Dem Patienten wurde das Präparat darüber hinaus zum Spülen mit nach Hause gegeben. Tranexamsäure gehört zur Gruppe der ANTI-Fibrinolytika und ist ein synthetisch hergestelltes Derivat der Aminosäure

Lysin. Es blockiert die Aktivierung von Plasminogen zu Plasmin und verhindert so den Abbau von Fibrin im Rahmen der physiologischen Fibrinolyse.^{9,10} Bei der Kontrolle zwölf Tage nach den Extraktionen war die Wunde schließlich endgültig stabil und es traten keine Blutungen mehr auf. In der Folge konnte nun die systematische parodontale Therapie präzisiert werden. Vor dem Hintergrund der geschilderten Komplikationen und der nun leider auch wieder zu erwartenden sulkulären Blutungen – bei einer generalisierten Parodontitis Stadium IV Grad C und

einer geschätzten parodontalen Wundfläche von etwa 395 mm^2 – erschien ein rechtzeitiges Pausieren der medikamentösen Antikoagulanzen durchaus angebracht.^{14,24} Apixaban wurde daher drei Tage vor der subgingivalen Instrumentierung im Rahmen der antiinfektiösen Therapie (AIT) der Stufe 2 der systematischen Parodontitistherapie hausärztlich pausiert.³⁹ Die Abbildungen 2d–g zeigen unbearbeitete Momentaufnahmen während der subgingivalen Instrumentierung. Die erwarteten etwas ausgeprägteren sulkulären Blutungen ließen sich mit Geduld und konservativen blutstillenden Maßnahmen – wie Spülung mit 3%gem Wasserstoffperoxid, Kompression mit feuchten bukkalen und oralen sowie interdentalen Tupfern – gut beherrschen. Wasserstoffperoxid reagiert mit Hämoglobin im Rahmen einer Redoxreaktion. Die chemische Reaktion erzeugt einen Schaum, der zur Blutstillung beiträgt. Der Patient verblieb zur weiteren Beobachtung noch für etwa eine Stunde im Wartezimmer. Er wurde mit „stehenden Blutungen“ entlassen. Die telefonische Rücksprache am Abend lie-

ferte keine Anhaltspunkte für blutungsbedingte Komplikationen. Für den Notfall war eine Telefonnummer mit einem erreichbaren Kollegen hinterlegt. Die parodontalen Nachsorgen beschränkten sich in der Zeit nach der subgingivalen Instrumentierung demnach in erster Linie auf die Instruktionen zur täglichen Mundhygiene und das supragingivale Biofilmmanagement.

Fall 2

Herr C. war zum Zeitpunkt (2005) der hier beschriebenen Therapien 37 Jahre alt (Abb. 3a–g).² Es lag eine nach damaliger Klassifikation generalisierte aggressive Parodontitis mit deutlich erhöhten sondierungstiefen (bis 11 mm), ausgeprägter Blutungsneigung und einer entzündeten Wundfläche von über 3000 mm^2 vor.^{1,14} Nach derzeit aktueller Klassifikation handelte es sich um eine generalisierte Parodontitis Stadium III Grad C.²⁴ Infolge einer postrheumatischen Mitralkstenose erhielt Herr C. im Alter von 23 Jahren einen Mitralklappenersatz. Seither ist der Patient

im Sinne einer Thromboembolie-Prophylaxe mit dem Vitamin-K-Antagonisten Phenprocoumon (VKA Marcumar®, z.B. Mylan) eingestellt. Das Blutbild des Patienten wies infolge der oralen Antikoagulation reduzierte Konzentrationen der Vitamin-K-abhängigen Gerinnungsfaktoren Faktor II (Prothrombin), VII, IX und X auf (Abb. 1). Die gerinnungshemmende Medikation wurde regelmäßig über den INR-Wert kontrolliert. Er litt zudem unter Vorhofflimmern und Tachyarrhythmien. Diese Erkrankungen wurden mit einem Antiarrhythmikum und einem Betablocker therapiert. Die zum damaligen Zeitpunkt hausärztlich bestimmte, mittlerweile nicht mehr aktuelle Empfehlung zur Endokarditisprophylaxe betrug $4 \times 750 \text{ mg}$ Amoxicillin eine Stunde vor einem zahnärztlichen Eingriff sowie sieben Einzeldosen zu je 750 mg alle sechs Stunden p.o. Im Jahr 2005 wurde alio loco – bei bekannter Marcumar®-Medikation – eine nicht-chirurgische parodontale Behandlung im Sinne einer subgingivalen Instrumentierung durchgeführt. Infolge dieser Therapie traten ausgeprägte Blutungen an den

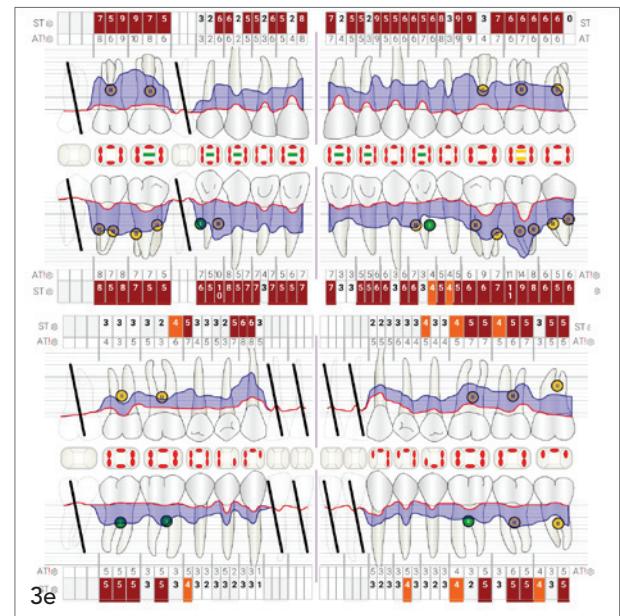


Abb. 3a–g: Klinische und radiologische Dokumentation eines 37-jährigen männlichen Patienten (geb. 15.2.1968) mit generalisierter Parodontitis Stadium III Grad C.^{2,24} Der Patient war aufgrund eines Mitralklappenersatzes mit dem Antikoagulant Marcumar® eingestellt. Im Rahmen einer subgingivalen Instrumentierung traten schwere Nachblutungen, die eine stationäre Aufnahme erforderten, auf.



3f



3g

T.

behandelten Parodontien („starkes Zahnmuskelbluten nach Zahnreinigung“ laut Überweisungsschreiben) auf. Der Quick-Wert/INR betrug nur 16 Prozent/3,5 und der Patient wurde stationär in die kieferchirurgische Klinik aufgenommen. Herr C. verblieb für zwölf Tage in dieser Einrichtung. Es erfolgten Extraktionen mehrerer Zähne und der Patient wurde zur systematischen Parodontitistherapie an die lokale Universitätszahnklinik überwiesen. Hier wurde die AIT einschließlich der adjuvanten systemischen Antibiotika Amoxicillin (375 mg, 3x tgl., 7d)/Metronidazol (250 mg, 3x tgl., 7d) mit dem Hausarzt des Patienten geplant.^{3,4} Für die subgingivale Instrumentierung nahezu aller Parodontien und die anstehenden Extraktionen wurde die verordnete präoperative Endokarditisprophylaxe durchgeführt, die Marcumar®-Medikation vorübergehend pausiert und auf ein niedermolekulares Heparin umgestellt. Der Internist war über die zahnärztlichen Behandlungszeiten informiert und telefonisch erreichbar. Zum Zeitpunkt der AIT betrug der – zuvor justierte – INR-Wert 1,8. Die Weisheitszähne wurden aus parodontalen Gründen extrahiert. Die Extraktionsalveolen wurden mit hämostatischen Kollagenvliesen versorgt und die Wundränder mit Nähten adaptiert. Während der Instrumentierung auftretende Blutungen konnten durch Kompressionen mit feuchten Tupfern sowie durch sulkuläre und orale Spülungen mit H₂O₂ (3 %) gut kontrolliert werden. Nach den zahnärztlichen Behandlungen verblieb der Patient noch jeweils etwa eine Stunde zur weiteren Kontrolle im Wartezimmer. Die zahnärztliche Therapie verlief ohne Zwischenfälle und die medi-

kamentöse Antikoagulation wurde wieder auf Marcumar® umgestellt.

Die im Vorfeld der systematischen zahnärztlichen Therapie angestellten Überlegungen betrafen vor dem Hintergrund der beschriebenen schwerwiegenden Komplikationen zuerst natürlich die Prävention von Blutungereignissen. Da die Eliminationshalbwertszeit von Marcumar® aus dem Blutplasma etwa 160 Stunden (<http://www.kompendium.ch>) beträgt, musste zur besseren Steuerung der Antikoagulation auf Heparin umgestellt werden. Heparine führen zu einer Aktivierung von Antithrombin III (Abb. 1). Der Antithrombin-III-Heparin-Komplex verbindet sich mit Thrombin und dem Gerinnungsfaktor Xa. Auf ein intravenös appliziertes, unfractioniertes Heparin (UFH) wurde hier verzichtet und ein niedermolekulares Heparin (NMH) verwendet. Im Vergleich zu unfractioniertem Heparin weisen die niedermolekularen Heparine eine längere Halbwertszeit (30 Minuten versus zwei bis sechs Stunden) auf. Sie können subkutan durch den Patienten selbst appliziert werden und benötigen keine engmaschige Laborkontrolle der Anti-Faktor-Xa-Aktivität. Darüber hinaus bergen niedermolekulare Heparine ein niedrigeres Risiko für die Entstehung einer möglicherweise lebensgefährlichen Heparin-induzierten Thrombozytopenie.²⁸

Fall 3

Herr S. war 48 Jahre alt und befand sich schon länger aufgrund einer generalisierten Parodontitis Stadium III Grad C in parodontaler Therapie (Abb. 4a–g).²⁴ Die aktuellen Befunde zeigten jedoch eine

instabile Parodontitis, die dazu anhielt, das bisherige Vorgehen zu verlassen und andere therapeutische Alternativen mit dem Ziel einer relevanten Reduktion der parodontalen Entzündungsfläche in Betracht zu ziehen. Die aktuelle parodontale Entzündungsfläche betrug etwa 442 mm².¹⁴ Die allgemeine Anamnese war auffällig und für die geplanten Interventionen, darunter Extraktionen und intensive subgingivale Instrumentierungen, relevant. Herr S. hatte im Alter von 29 Jahren einen schweren Verkehrsunfall, der stationär behandelt werden musste. Offenbar infolge der längeren Liegedauer, verbunden mit einer Immobilität, entwickelte er eine Beckenvenenthrombose. Mit etwas zeitlichem Abstand kam es zu einem weiteren thrombotischen Ereignis. Um derartige lebensbedrohliche Komplikationen in Zukunft zu verhindern, wurde daher im Sinne der damaligen Standardtherapie als Gerinnungshemmer der Vitamin-K-Antagonist Marcumar® verordnet. VKA weisen einige relevante Nachteile auf. Dazu zählen Interaktionen mit Lebensmitteln und Medikamenten, regelmäßig zu erfolgende Kontrollen des INR-Wertes und ein relevantes Risiko für schwerwiegende Blutungen.¹³ Wohl auch deshalb erfolgte 2013 die Umstellung auf ein DOAK mit dem Präparatenamen Xarelto® (Bayer Vital) und dem Wirkstoff Rivaroxaban. Ähnlich dem oben beschriebenen Apixaban ist auch Rivaroxaban ein direkter und reversibler Faktor Xa-Inhibitor, der zudem auch eine indirekte Wirkung auf die Thrombozytenaggregation aufweist.¹³ Bei Herrn S. lag ein spezifischer Patientenpass für Patienten, die mit Xarelto® antikoaguliert werden, vor. Aus diesem außerordentlich hilfreichen Dokument gingen wichtige Hinweise für



The figure displays four sets of dental arches, each with a different orthodontic treatment indicated by colored lines and symbols. The treatments are represented by the following color-coding:

- Blue:** Lingual orthodontics
- Red:** Buccal orthodontics
- Orange:** Lingual orthodontics with a specific technique or material
- Yellow:** Buccal orthodontics with a specific technique or material
- Green:** Brackets placed on the upper molars
- Black lines:** Used to indicate specific points of interest or treatment planning.

Top Left Diagram:

ST @	3	3	3	3	4	5	2	2	3	3	3	3	2	2	2	7	3	2	3	3	2	3	3	3	3	4	ST		
AT@	4	4	4	5	5	6	4	3	5	3	3	3	3	2	2	2	8	5	2	5	6	2	3	4	3	4	3	4	AT

Top Right Diagram:

3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	ST
4	2	3	3	4	3	4	3	4	3	4	2	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	AT

Bottom Left Diagram:

AT @	5	2	7	7	4	5	5	2	3	6	2	3	5	2	3	2	3	3	3	3	4	2	5	2	2	2	5	3	2	4	3	2	3	3	7	5	3	3	AT@
ST @	5	2	7	7	2	5	5	2	3	6	2	3	5	2	3	2	3	3	3	3	4	2	5	2	2	2	5	3	2	4	3	2	3	3	7	5	3	3	AT@

Bottom Right Diagram:

ST @	1	2	3	1	2	1	5	4	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	3	2	3	2	3	1	3	1	4	1	5	4	ST@
AT@	4	2	3	4	3	4	3	4	3	4	2	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	2	4	3	2	3	2	3	4	5	4	5	4	5	AT@	

Bottom Left Diagram:

AT @	3	5	6	2	5	4	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	4	5	5	2	5	3	2	3	3	3	3	4	5	3	3	6	AT@
4d	3	4	5	6	2	3	4	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	4	5	3	3	6	AT@

Abb. 4a–g: Klinische und radiologische Dokumentation eines 48-jährigen männlichen Patienten (geb. 15.8.1977) mit generalisierter Parodontitis Stadium III Grad C.²⁴ Der Patient hatte vor ca. 20 Jahren in Folge eines stationären Aufenthaltes nach einem Autounfall eine zunächst nicht diagnostizierte und adäquat therapierte Beckenvenenthrombose erfahren müssen. Seit diesem Zwischenfall wurde er medikamentös mit unterschiedlichen Gerinnungshemmern antikoaguliert. Aktuell nimmt er täglich einen Gerinnungshemmer mit dem Markennamen Xarelto® (Bayer Vital) und dem Wirkstoff Rivaroxaban ein.



4e



<p>Ich stehe unter einer Blutgerinnungs-hemmenden Behandlung mit Xareto® (Bayer).</p> <p>Zur Sicherheit R DS</p> <p>Blutgerinnungshemmende Arzneimittel</p> <p>Blutgerinnungshemmende Arzneimittel</p> <p>Bitte verstehen Sie im Notfall:</p> <p>Blutgerinnungshemmende Arzneimittel können die Blutgerinnung verhindern.</p> <p>Was sollte ich über Xareto® wissen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Xareto® verlangsamt das Blut und schützt Sie vor gefährlichen Blutungen. • Xareto® muss genau passen nach Anweisung Ihres Arztes eingenommen werden. • Um gezielte Blutungen zu verhindern (Blutgerinnung zu gewährleisten), lassen Sie niemals eine Dosis aus. • Sie sollten Xareto® nicht absetzen, ohne vorher mit Ihrem Arzt zu sprechen zu haben, da sich das Risiko für die Blutung von Blutgerinnungs-hemmenden Arzneimitteln erhöht. • Sprechen Sie der Einzelhandelsapotheke jeden Arzneimittel, das Ihren Arzt oder Apotheker interessiert, mit. • Informieren Sie Ihren Arzt vor jederiger Opera-tion oder einer anderen medizinischen Eingriff über Ihre Behandlung mit Xareto®. 	<p>Bitte verstehen Sie auch:</p> <p>Information für den Arzt oder Apotheker:</p> <p>Die BfR ist zur Bestimmung der arzthaft-geeigneten Dosierung von Xareto® verantwor-tlich und stellt sie sicher, dass sie sich ver-traut mit dem Verwendungsbereich und -zeitraum von Xareto® macht.</p> <p>Wählen Sie Information erhalten Sie vorher:</p> <p>Bayer Vital GmbH Kostenfrei Service-Nummer: 0800 33 88 44 0 www.gesundheit-bayer.de www.gegen-thrombose.de</p> <p style="text-align: right;">Arzthilfe für die Behandlung mit Xareto®</p> <p>Information für den Notarzt:</p> <p>Patientenausweis</p> <p>Xareto® - 20 mg Xareto® - 15 mg</p> <p>1 Flg.</p> <p>Bitte tragen Sie diesen Ausweis mit Ihnen herum, damit der Notarzt Ihnen die richtige Behandlung für dieses Arzneimittel oder eine andere Blutgerinnungshemmung anordnen kann.</p> <p>Wie nehmen ich Xareto® ein?</p> <p>Um Xareto® einzunehmen, trinken Sie es ganz trocken mit Wasser. 20 mg reichen aus, um eine Magenschwäche entgegenzuwirken.</p> <p>Wann sollte ich meinen Arzt oder Apotheker rat fragen?</p> <p>Bei der Erhaltung eines Blutgerinnungs-hemmenden Arzneimittels sollten Sie Ihren Arzt oder Apotheker regelmäßig kontaktieren. Eine Blutung ist die am häufigsten auftrtende Nebenwirkung. Beginnen Sie mit der Erklärung, wenn Sie eine Blutung bemerkt haben. Wenn Sie eine Blutung bemerkt haben, Sprechen Sie zuerst mit Ihrem Arzt darüber.</p> <p>Informieren Sie unverzüglich Ihren Arzt oder Apotheker, wenn Sie eine Blutung bemerkt haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen z.B. der Brust oder Brustdrüse (Angina pectoris) • Unrechtmäßige Schweißbildung, Atemnot und Übelkeit • Übelkeit, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Blaue oder Schwarze Zunge • Unregelmäßige Blutgefäße, Herzklopfen, Angina pectoris, Bluterguss oder schwarze Blutungen • Eine Monatshäufigkeit oder regelmäßige Blutung, die stärker ist als durch die Menstruation • Starker Kopfschmerz, Urtikaria, Netzhautschädigung oder Bluterguss • Ablösung des Zahns oder Unterkiefer, Nierenschwäche oder Bluterguss • Ablösung der Brustwarze, Urtikaria, Nierenschwäche oder Bluterguss
---	---

Herr S. selbst und die ihn behandelnden Ärzte und Zahnärzte hervor. Für die nun anstehende parodontale Therapie wurde mit dem Hausarzt Kontakt aufgenommen und eine temporäre Pausierung des Gerinnungshemmers vorgesehen.

Fall 4

Herr M. war 57 Jahre alt und stellte sich kürzlich mit seit einigen Wochen andauernden Schmerzen im Oberkiefer rechts an einem Freitagvormittag in der zahn-

ärztlichen Praxis vor (Abb. 5a–h). Die standardmäßig durchgeführte schriftliche Anamnese ergab einen Herzinfarkt mit folgender Stent-Implantation vor fünf Jahren, d. h. im Jahre 2020. Seither nahm der Patient ASS 100. Die klinische Untersuchung konnte die Herkunft der Schmerzen klar auf den Zahn 18 lokalisieren. Es lag eine profunde Karies mit Verdacht auf eine Pulpitis vor. In Anbetracht der klinischen Gesamtsituation wurden dem Patienten Kariestherapie und Wurzelkanalbehandlung oder eine Extraktion

des betreffenden Zahnes vorgeschlagen. Der Patient wünschte die Extraktion. Die folgende Befragung bezüglich etwaiger ungewöhnlicher Blutungen nach kleinen Verletzungen, z. B. bei Küchenarbeiten, blauen Flecken nach Stürzen oder speziellen Maßnahmen im Vorfeld etwaiger chirurgischer Eingriffe ergab keine weiteren Anhaltspunkte bezüglich der Gerinnungsneigung. Daher wurde nach entsprechender schriftlicher OP-Aufklärung entschieden, den Zahn 18 in dieser Sitzung noch vor dem Wochenende zu extrahieren.



5a



5b



5c



5d

Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)		
Vornote:	Name:	
Wir haben bei Ihnen den Parodontalen Screening-Index (PSI) erhoben. Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über die Parodontalgesundheit. Bei Verdacht auf eine parodontale Erkrankung sowie der möglichen Behandlungbedarf. Die bei Ihnen in der Untersuchung festgestellten Werte können bei vorliegenden Tabelle entnommen werden.		
Einteilung von Ober- und Unterkiefer in drei Sektoren (S 1 – S 3)	Höchster im Sektorien untersetzter Code	Erklärung der PSI-Codes
Oberkiefer	B 1 3 B 2 4 B 3 3	0 Sonderungsstufe kleiner 3,5 mm, keine Blutung auf Sonderung, kein Verlust von Zahnfleisch, kein stehender Füllungs-/Kronenrand
S 1 S 2	B 4 3 B 5 3 B 6 3	1 Sonderungsstufe kleiner 3,5 mm, Blutung auf Sonderung, kein Verlust von Zahnfleisch, kein stehender Füllungs-/Kronenrand
S 3 S 4		2 Sonderungsstufe kleiner 3,5 mm, Verlust von Zahnfleisch, kein stehender Füllungs-/Kronenrand
Unterkiefer		3 Sonderungsstufe 3,5 bis 5,5 mm, Verlust von Zahnfleisch
		4 Sonderungsstufe größer 5,5 mm
* Auftragsfehler wie z. B. Zahnschrückigung oder Zahnlösung sind mit einem Stern gekennzeichnet.		
Aus den Screening-Ergebnissen ergeben sich die folgenden Diagnosen und Empfehlungen:		
PSI - Code	Diagnose	Empfehlungen, möglicher Untersuchungs- und Behandlungsbedarf
0	Parodontal gesund	Keine Therapie notwendig; regelmäßige Mundhygiene, Röntgenuntersuchung
1	Zahnfleischentzündung (Gingivitis)	Verbesserung der Mundhygiene
2	Zahnfleischentzündung (Gingivitis), Zahnhals- oder Zahnschwund, Füllungs- oder Kronenrand	Verbesserung der Mundhygiene, Zahntrennung oder Glättung überschreitender Füllungs- und Kronenrand
3	Verdacht auf Perodontitis	Verbesserung der Mundhygiene, parodontale Befundabklärung und gezielte Anwendung von Röntgenbildern als Basis der Diagnosestellung und der weiteren Therapieplanung
4		
Wir haben Sie über das Untersuchungsergebnis, den möglichen Behandlungsbefund sowie – bei Messwerten Code 3 oder 4 – über die Notwendigkeit einer klinischen und einen röntgenologischen Befund zu informieren sowie die Diagnose zu stellen, informiert.		
Sondage/weitere Empfehlung		Zahnarztstempel
Ort, Datum		Grefswald, 26.09.2025

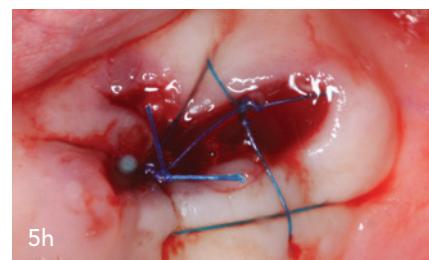
5e



5f



5g



5h

Abb. 5a–h: Klinische und radiologische Dokumentation eines 57-jährigen männlichen Patienten (geb. 16.3.1968) mit dem PSI Code 3, 4, 3, 3, 3, 3. Der Patient stellte sich in der Sprechstunde notfallmäßig mit Zahnschmerzen im Oberkiefer rechts vor. Er hatte vor fünf Jahren einen Herzinfarkt erlitten und einen Stent bekommen. Seither war er mit ASS 100 antikoaguliert. Dargestellt ist die Wundversorgung nach der Extraktion des Zahnes 18 mit einem Gelatineschwämmchen und adaptierenden Nähten bei einem Patienten, der Thrombozytenaggregationshemmer einnimmt.

ren. Nach Anästhesie und vorsichtiger Lösung des dentogingivalen Verbundes wurde der Zahn mit einer Zange und einigen Luxationen ohne Wurzelfrakturen entfernt. Die auftretende Blutung schien etwas ausgeprägter im Vergleich zu Zahnektomien bei Patienten ohne medikamentöse Antikoagulation. Die jetzt vollständig sichtbare Wurzelanatomie mit zwei abgewinkelten und gespreizten Wurzeln war so nicht ganz erwartet, erklärte aber die etwas längere Extraktionszeit. Das postoperativ angefertigte Einz尔röntgenbild bestätigte einen vollständig

extrahierten Zahn 18. Eine Mund-Antrum-Verbindung konnte via Nasen-Blas-Versuch ausgeschlossen werden. Die Wunde wurde vorsichtig mit einem scharfen Löffel kürtiert, mit Gelatineschwämmchen (roeko Gelatamp, Coltene) bestückt und die Wundränder mittels überkreuzter Matratzenhaft und zwei Einzelknopfnähten adaptiert. Auf eine zusätzliche Präparation eines Mukoperiostlappens eventuell noch verbunden mit einer Periostschlitzung wurde vor dem Hintergrund der erhöhten Blutungsneigung bewusst verzichtet. Der Patient nahm im Anschluss,

versorgt mit Kühlbeutel und Kompressionsstupfer, im Wartezimmer Platz. Nach etwa einer Stunde wurde die Wunde hinsichtlich „stehender Blutung“ noch einmal kontrolliert und der Patient entlassen. Die telefonische Rücksprache am Freitagabend ergab vor dem Wochenende keine Hinweise auf eine Blutung nach der vorgenommenen Zahnektomie. Für eventuell später auftretende Blutungen war eine Notfallnummer eines informierten Kollegen hinterlegt. Da im Rahmen der oben genannten Diagnostik auch eine parodontale Screening-Untersuchung (PSI)



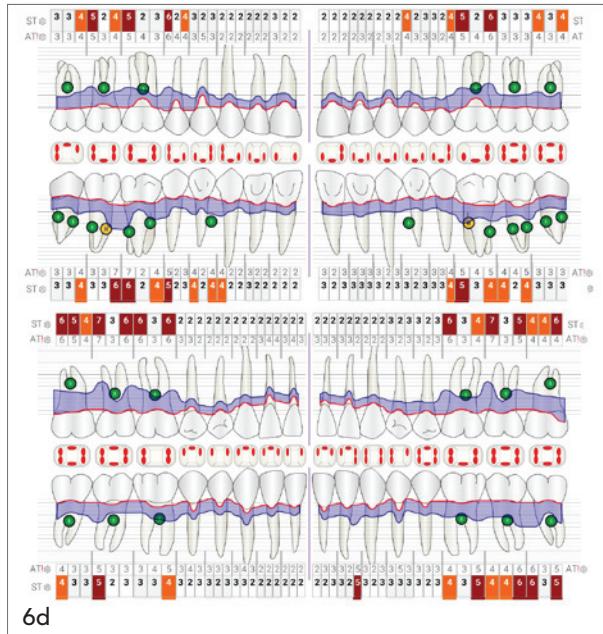
6a



6b



6c



6d



6e



6f

Abb. 6a-f: Klinische und radiologische Dokumentation eines 32-jährigen männlichen Patienten (geb. 26.5.1992) mit generalisierter Parodontitis Stadium III Grad C. Im Laufe der AIT der Stufe 2 traten schwere (Nach-)Blutungen aus den instrumentierten Parodontien, die eine stationäre Aufnahme erforderten, auf. Im Zuge der weiteren Abklärungen wurde die Verdachtsdiagnose einer Glanzmann-Thrombasthenie geäußert.³⁸

durchgeführt wurde und hier mehrfach Code 3 und einmal Code 4 (Verdacht auf Parodontitis) detektiert wurde, wird der Patient bei nächster Gelegenheit zur weiteren parodontalen Diagnostik inklusive der Erhebung vollständiger klinischer parodontaler Befunde aufgeboten.

Fall 5

Herr C. war asiatischer Herkunft, Wissenschaftler und 32 Jahre alt (Abb. 6a-f). Er wies keinerlei dokumentierte oder bekannte allgemeinmedizinische Krankheiten oder gesundheitliche Einschränkungen auf. Ein Medikamentenplan existierte nicht, da er keine Medikamente einnahm. Im Rahmen der routinemäßigen jährlichen Kontrollen fielen erhöhte PSI-Codes auf. Demzufolge wurde eine weiterführende parodontale Diagnostik veranlasst. Entsprechend der anamnestischen, klinischen und radiologischen Befunde wurde eine generalisierte Parodontitis Stadium III Grad C (Wundfläche PISA ca. 1 700 mm²)

bei einem schweren Vitamin-D-Mangel (4,6 ng/ml) diagnostiziert.²⁴ Die parodontale Therapie wurde bei der Krankenkasse beantragt und der Patient zum Hausarzt zur Bestimmung der notwendigen Vitamin-D-Supplementierung überwiesen. Die systematische parodontale Therapie sollte entsprechend der aktuellen Leitlinien erfolgen und sah nach Optimierung der individuellen Mundhygiene eine subgingivale Instrumentierung mit Ultraschall und zusätzlicher Verwendung von Pulver-Wasser-Strahlgemischen sowie einer adjuvanten systemischen Antibiotikagabe mit den Präparaten Amoxicillin (500 mg, 3x1, 7d) und Metronidazol (400 mg, 3x1, 7d) vor.^{3,4,15,16} Die parodontale Therapie verlief wie geplant, die Mundhygiene verbesserte sich rasch und war dann zufriedenstellend. Eine Vitamin-D-Supple-

mentierung von 20 000 IE/Woche wurde hausärztlich verordnet. Die subgingivale Instrumentierung bei diesem allgemein-medizinisch gesunden Patienten erfolgte an zwei aufeinanderfolgenden Tagen und die systemische Antibiose begann an Tag eins. Zwei Tage nach dieser AIT stellte sich der Patient aufgrund schwerer Nachblutungen morgens in der Sprechstunde vor. Er hatte aufgrund einer selbst diagnostizierten Grippe und zur Schmerzlinderung ASS 500 eingenommen. Die umgehend eingeleiteten blutstillenden Maßnahmen umfassten Kompressionen mit feuchten Tupfern, orale und subgingivale Spülungen zunächst mit 3 %iger Wasserstoffperoxidlösung, dann mit Tranexamsäure. Nach den Interventionen nahm der Patient jeweils im Wartezimmer Platz und komprimierte die Wundregionen. Da nach

mehrmaliger Wiederholung dieses Vorgehens innerhalb von drei Stunden keine Blutstillung eintrat, wurde der Patient – nach telefonischer Rücksprache mit der Notfallambulanz – zur weiteren Therapie an die Universitätsmedizin Greifswald überwiesen. Da es auch dort nicht gelang, die diffusen Blutungen durch konventionelle Maßnahmen zum Stillstand zu bringen, wurde der Patient im Laufe des späten Nachmittages stationär aufgenommen. Jetzt wurden Tranexamsäure und Desmopressin intravenös verabreicht und die Blutungen sistierten. Die folgenden Untersuchungen und Kontrollen zeigten eine Temperaturerhöhung, aber in der plasmatischen Gerinnung (Von-Willebrand-Faktor, Faktor XIII) keine Hinweise hinsichtlich einer Blutungsursache. Es bestand eine leichte Anämie und eine Thrombozytopenie, die Natriumspiegel wurden aufgrund der Desmopressingabe kontrolliert und waren normwertig. Im Labor konnte eine Influenza-B-Infektion nachgewiesen werden. Die aus parodontalen Gründen durchgeführte systemische Antibiose wurde nicht sistiert und Eisen (100 mg, 2 x 1, vier Wochen) substituiert. Im Rahmen weiterer gerinnungsmedizinischer Untersuchungen wurde eine Aggregometrie veranlasst. Hiermit lässt sich nach Stimulation mit verschiedenen Substanzen die Aktivierungsfähigkeit der Thrombozyten messen. So lassen sich Hinweise auf angeborene oder erworbene Thrombozytenfunktionsstörungen feststellen.¹⁷

Bei diesen Untersuchungen wurde eine schwere Thrombozytenfunktionsstörung, am ehesten vereinbar mit einer Glanzmann-Thrombasthenie, nachgewiesen (Tab. 1).³⁸ Hierbei handelt es sich um eine seltene angeborene Thrombozytopathie, die zu einem defekten oder gänzlich fehlenden GPIIb/GPIIIa-Rezeptor auf Thrombozyten führt. Dies hat eine reduzierte Thrombozytenaggregation zur Folge. Zusätzlich ist die Adhäsion weiterer Gerinnungsfaktoren (Von-Willebrand-Faktor, Fibronectin) gestört.¹⁸ Die zusätzliche Einnahme von ASS 500 hat darüber hinaus mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Eskalation der klinischen Situation beigetragen. ASS und andere Schmerzmittel mit ähnlichem Wirkmechanismus sollten daher von dem Patienten zukünftig nicht mehr eingenommen werden. Nach fünf Tagen



Abb. 7a+b: Auswahl des medikamentösen und apparativen Armamentariums zur Blutstillung unterschiedlichen Ausmaßes.

- (a) Wasserstoffperoxid-Lösung 3% (Paul W. Beyvers), roeko Gelatamp (Coltene), Cyklokapron-Injektionslösung (Pfizer), Astringent Retraction Paste (3M), Histoacryl (Braun), Orbat (lege artis Pharma)
- (b) Nahtmaterialien unterschiedlicher Materialien und Stärke, parodontal-chirurgisches Grundinstrumentarium zur Blutstillung (Hu-Friedy), sterile Tupfer, Arterienklemme, Anästhetikum mit Adrenalinzusatz

Abb. 8a+b: Im Vorfeld der geplanten mukogingivalchirurgischen Eingriffe zur horizontalen und vertikalen Weichgewebeaugmentation (Klasse 2-Defekt) mit zwei Inlay-/Onlaygrafts in der Oberkieferfront einer 38-jährigen Patientin wurde eine Verbandsplatte im Labor angefertigt. Die Patientin war allgemeinmedizinisch gesund und nahm keine gerinnungshemmende Medikation.²⁰

wurde der Patient bei gebessertem Allgemeinzustand aus der Klinik entlassen. Die parodontale Therapie wurde mit den parodontalen Nachsorgen – beschränkt auf den supragingivalen Bereich – nach der AIT fortgesetzt. Nach vier Monaten erfolgte eine Befundevalution und zeigte bei erhöhtem Bluten auf Sondieren lediglich eine Sondierungstiefe mit 4 mm und damit deutlich stabilisierte parodontale Verhältnisse. Der Patient wurde daher in die unterstützende parodontale Therapie mit einem engen Dreimonatsintervall übernommen.

Diskussion

Die hier vorliegende Arbeit erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Dies ist bei einem so vielschichtigen Thema auch gar nicht möglich. Ziel war, aus der Praxis zu berichten und einige Aspekte klinisch relevant und anschaulich darzustellen. Zunächst sollte klar werden, welche Komplikationen, im Wesentlichen handelt es sich um schwere Blutungen (Fall 1, 2, 5) bei Patienten, die Gerinnungshemmer einnehmen, auftreten können. Möglich ist aber auch eine angeborene Koagulopathie, die – wenn es ganz ungünstig läuft – eventuell auch erst im Rahmen einer parodontalen Therapie zutage treten kann (Fall 5). Der zweite Aspekt betrifft, vor dem Hintergrund der demografischen

Entwicklung, die immer älter und damit auch multimorbider und polymedizierter werdenden Patienten.¹⁹ Das unterstreicht die Bedeutung einer umfassenden und regelmäßig zu aktualisierenden medizinischen Anamnese und die unbedingt dazu gehörenden Medikamentenpläne oder Patientenausweise. Zu empfehlen ist hier, dass nach dem Ausfüllen digitaler oder konventioneller Anamnesebögen idealerweise noch einmal spezifisch nachgefragt werden sollte, eventuell auch, um mögliche Verständnisschwierigkeiten bei medizinisch nicht vorgebildeten Patienten ausräumen zu können. Im Rahmen der ausgewählten fünf Kasuistiken sind einige exemplarische Krankheitsbilder und Zustände wie Herzinfarkt (Fall 1, 4), Mitralklappenersatz (Fall 2) oder Beckenvenenthrombose (Fall 3) angesprochen worden. In aller Regel zieht eine solche Diagnose eine gerinnungshemmende dauerhafte oder temporär angepasste Medikation, darunter ASS (Fall 4), Heparin (Fall 2), Vitamin-K-Antagonisten (Fall 1, 2) oder DOAK (Fall 1, 3) nach sich. In diesem Text nicht angesprochen wurde die Problematik der Einnahme von zwei oder gar drei unterschiedlichen Gerinnungshemmern. Dazu nur kurz, dies geht mit einer relevanten Risikoerhöhung einher. Es sei auf die – derzeit noch aktuelle – oben erwähnte Leitlinie verwiesen.⁸ Schließlich sollten drittens einige Medikamente, darunter Tranexamsäure und Gelatineschwämmpchen, oder Werkzeuge wie chirurgisches Instrumentarium zur Wundversorgung vorgestellt werden, um im Praxisalltag etwaige Blutungskomplikationen besser managen zu können (Abb. 7a+b, Abb. 8a+b).

Fazit für die Praxis

Die Nichtberücksichtigung einer anlagebedingten, erworbenen oder medikamentös induzierten herabgesetzten Blutgerinnung kann im Rahmen einer zahnärztlichen, zuvorderst oralchirurgischen oder parodontalen nichtchirurgischen oder parodontalchirurgischen Therapie mitunter schwere Nebenwirkungen, im Sinne von Blutungen, nach sich ziehen.^{2,8,25,26} Das Erfragen und Dokumentieren mithilfe der medizinischen Anamnese, der aktuellen Medikationen und/oder entsprechender Laborwerte zur Bestimmung der Blutgerinnung, steht – wie so häufig –

am Anfang der Prävention. Ratsam ist es jedoch, bezüglich der Einnahme von Antikoagulanzen/Thrombozytenaggregationshemmern und einem entsprechenden Pass noch einmal explizit und spezifisch nachzufragen und auf Kongruenz zwischen den anamnestischen Dokumenten zu achten. Bestätigt sich der Verdacht, sollte die geplante Therapie vorsichtig und gut strukturiert vorbereitet oder der Patient an speziell dafür ausgebildete Kolleginnen und Kollegen (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Fachärzte für Hämatologie) überwiesen werden. Hilfreich ist es auch, nach vorherigen Blutungseignissen und/oder Komplikationen im Alltag zu fragen und ggf. eine individuelle klinische Abschätzung der zu erwartenen Blutungsneigung vorzunehmen. Da eine labormedizinische Bestimmung der individuellen Gerinnungsneigung insbesondere bei den DOAK häufig nicht vorliegt und nur sehr eingeschränkt über die traditionellen Parameter möglich ist, kann hier oftmals nicht auf Quick-Wert, INR oder PTT zurückgegriffen werden. Erscheint aus zahnärztlicher Sicht ein Pausieren der medikamentösen Antikoagulation, bei-

spielsweise bei einer großen parodontalen Wundfläche, sinnvoll, muss dies unter kritischer Abwägung der damit verbundenen Risiken mit dem Hausarzt des Patienten abgestimmt werden. Eigenmächtiges zahnärztliches Absetzen derartiger Medikationen sollte nicht erfolgen. Steht der beabsichtigte chirurgische Eingriff bevor, sollten Art und Umfang der Therapie gegebenenfalls mit dem Hausarzt besprochen, die verschiedenen medikamentösen, instrumentellen und praktischen Hilfsmittel zur Blutstillung vorrätig und der Eingriff selbst gedanklich vorbereitet sein (Abb. 7+8).

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

Prof. Dr. Clemens Walter



Asta Fritzke



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

Christoph Rautenberg



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



Prof. Dr. Dr. Andrea Raу, MHBA



Literatur



CHRISTOPH RAUTENBERG PROF. DR. DR. ANDREA RAU, MHBA

Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie/Plastische Operationen, Universitätsmedizin Greifswald, Fleischmannstraße 10, 14475 Greifswald

ASTA FRITZKE

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

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

Zahngesundheit am Tegernsee
MVZ GmbH, Adelhofstraße 1,
83684 Tegernsee

Gelockerte Zähne aufgrund von Parodontitis – Schienung oder Extraktion?

Ein Beitrag von Priv.-Doz. Dr. med. dent. Sarah K. Sonnenschein

Parodontitis ist eine chronische, multifaktorielle entzündliche Erkrankung, die mit einem dysbiotischen Plaquebiofilm assoziiert ist und durch die fortschreitende Zerstörung des Zahnhalteapparates gekennzeichnet ist. Primäre Merkmale der Parodontitis umfassen den Verlust von parodontalem Stützgewebe, welcher sich durch klinischen Attachmentverlust (AV), radiologisch feststellbaren Alveolarknochenverlust, parodontale Taschenbildung und gingivale Blutung manifestiert.¹ Die Klassifikation der Parodontitis erfolgt durch ein mehrdimensionales Matrixsystem, bei dem Stadium (I bis IV) und Grad (A, B, C) der Parodontitis unterschieden werden (sog. „Staging und Grading“). Das Stadium reflektiert hauptsächlich den Schweregrad der Erkrankung bei Erstvorstellung sowie die Komplexität der notwendigen Therapie.¹ Wird eine Parodontitis nicht behandelt, droht in letzter Konsequenz der Verlust des Zahnhalteapparates und damit letztendlich des Zahnes.² In Deutschland liegt die Prävalenz schwerer Parodontitis (Stadium III/IV) bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) und jüngeren Senior/-innen (65- bis 74-Jährige) bei 17,5 % beziehungsweise 52,7 %.⁴

Stark erhöhte Zahnbeweglichkeit ist ein häufiges Symptom der fortgeschrittenen Parodontitis¹ und häufig die Folge einer Kombination aus verschiedenen pathologischen Veränderungen, zu denen die Auflockerung der parodontalen Stützgewebe durch Entzündung, die Verlagerung des Rotationszentrums des Zahnes nach apikal aufgrund fortgeschrittenen Attachment- und Alveolarknochenverlustes sowie die traumatische Okklusion zählen. In einigen Fällen kann diese erhöhte Zahnbeweglichkeit durch systematische Parodontitistherapie und Korrektur von okklusalen Vorkontakten deutlich reduziert oder sogar beseitigt werden.

Häufig jedoch verbleibt auch nach erfolgreicher Parodontitistherapie und bei stabilen parodontalen Verhältnissen eine erhöhte Beweglichkeit, die durch die irreversible Verschiebung des Rotationszentrums des Zahnes bedingt ist. Patienten mit einer pathologisch erhöhten Zahnbeweglichkeit und sekundärem okklusalem Trauma, bei denen Korrekturen durch Schienungsmaßnahmen möglich sind, werden einer eigenen Kategorie des Stadium IV der Parodontitis zugeschrieben, dem sogenannten Falltyp 1.⁶

Aktuelle Behandlungsempfehlungen und Stand der Forschung

Erhöhte Zahnbeweglichkeit kann die Kauleistung, die Sprachfähigkeit, den oralen Komfort^{8,9} sowie die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ)¹⁰ stark beeinträchtigen. Im klinischen Alltag zeigt sich dies dadurch, dass Betroffene davon berichten, aus Angst vor Zahnverlust zum Beispiel keine ganzen Äpfel mehr zu essen,

und es vermeiden, in knusprige Brötchen zu beißen. Besonders häufig sind die Unterkieferinzisiven betroffen. Ein einfaches Verfahren, diesen Patienten zu helfen, ist die adhäsive Verbindung der gelockerten Zähne mit den Nachbarzähnen durch Komposit- oder glasfaserverstärkte Schienung, um so eine Stabilisierung der Zähne zu erreichen (sog. „Verblockung“, „Splinting“).

Entsprechend den aktuellen S3-Leitlinien der EFP sollte bei Parodontitis Stadium IV in allen Phasen der Parodontitistherapie (insbesondere jedoch während der Therapiestufe 1 [Supragingivale Biofilmkontrolle und Kontrolle lokaler/systemischer Risikofaktoren]) eine vorübergehende Schienung und/oder eine begrenzte selektive Okklusionskorrektur überbeweglicher Zähne in Erwägung gezogen werden, um den oralen Komfort zu erhöhen und die Behandlung durch die Stabilisierung zu erleichtern.⁶ Auch nach erfolgreichem Abschluss der stufenweisen Parodontitis-



Abb. 1: Anpassung des passenden Interdentalraumbürstchens im Bereich einer Verblockung im Unterkieferfrontzahnbereich.

Dentale Schreib-talente gesucht!



**Sie können schreiben?
Kontaktieren Sie uns.**

therapie empfehlen die aktuellen Leitlinien, bei anhaltender oder zunehmender Zahnbeweglichkeit eine langfristige Schienung in Erwägung zu ziehen, um den Patientenkomfort zu verbessern.⁶

Die im Rahmen eines aktuellen Reviews¹⁴ durchgeführte Datensynthese aus zwei retrospektiven Studien zur Schienung parodontal geschädigter und gelockerter Zähne^{11,12} kommt zu dem Ergebnis, dass die gewichtete mittlere Inzidenz für Zahnverlust gelockerter und geschienter Zähnen bei 8,4 % innerhalb von zwei Jahren nach nichtchirurgischer Parodontitistherapie lag, wohingegen die gewichtete mittlere Inzidenz für Zahnverlust von den entsprechenden Kontrollzähnen bei 10,1 % lag. In den beiden ins systematische Review eingeschlossenen Studien zeigten die geschienten Zähne im Verlauf der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) stabile parodontale Verhältnisse. Signifikante Veränderungen der Plaquewerte durch die Schienung wurden nicht festgestellt.¹² Wird die Schienung aus Stabilitätsgründen über die Schmelz-Zement-Grenze hinaus gestaltet, kann die Konstruktion sogar den positiven Effekt eines Widerlagers für die Interdentalraumbürstchen haben und bei guter Passung die Reinigung für den Patienten einfacher machen. Dies ist besonders bei großen freien Interdentalräumen der Fall. Um den parodontalen Therapierfolg langfristig zu sichern und Karies zu vermeiden, ist nach Einbringen der Schienung eine korrekte Anpassung der Interdentalraumbürstchen für jeden Zwischenraum und die entsprechende Instruktion des Patienten unerlässlich (Abb. 1).

Wie häufig sind Schienungsbrüche?

Bezüglich der Überlebensrate der Schienen bis zum Bruch bzw. zur Reparaturbedürftigkeit zeigen sich unterschiedliche Ergebnisse, die von sehr häufigen Brüchen^{9,11} bis hin zu hohen Überlebensraten von Schienen im Unterkieferfrontzahnbereich von 95 Prozent nach 4,5 Jahren¹⁵, 65 Prozent nach 5,4 Jahren¹⁶ und 67 Prozent nach zehn Jahren¹² reichen. In diesem Zusammenhang deutet die aktuelle Studienlage darauf hin, dass die Bruchwahrscheinlichkeit der Schienung von

ihrer Position im Kiefer beeinflusst wird. Brüche im Seitzahnbereich scheinen deutlich häufiger vorzukommen.^{11,17} In einer retrospektiven Studie zum Einfluss von Schienung auf parodontal geschädigte und gelockerte Molaren und Prämolaren über einen Beobachtungszeitraum von zehn Jahren benötigten 22 der 32 eingeschlossenen Verblockungseinheiten/Schienungen während dieser Zeit mindestens eine Reparatur, was einer Überlebensrate der Schienungen von gerade einmal 31 Prozent entspricht. Weiterhin wurde in dieser Studie festgestellt, dass die meisten Brüche innerhalb der ersten drei Jahre nach Insertion der Verblockung/Schienung stattfanden. Ob die Zähne nur mit Komposit verblockt wurden oder ein Strang aus Glasfaser mit eingebracht wurde, hatte dabei keinen Einfluss auf die Überlebensrate der Schienungen an sich.¹⁷

Wann ist der beste Zeitpunkt, eine Schienung einzubringen?

In einer prospektiven Studie erhielt eine Gruppe von Parodontitispatienten mit stark gelockerten Unterkieferinzisiven vor der subgingivalen Instrumentierung eine Schienung der Zähne 33 bis 43, wohingegen die Kontrollgruppe die Schienung erst sieben Monate nach subgingivaler Instrumentierung erhielt. Patienten, welche die Schienung vor der subgingivalen Instrumentierung erhielten, zeigten einen statistischen Trend zur stärkeren Verbesserung der MLQ unmittelbar nach der Instrumentierung.¹⁰ Ein Jahr später zeigten beide Gruppen eine nahezu identische MLQ.¹³ Daraus kann geschlussfolgert werden, dass sich durch eine unmittelbare Schienung vermutlich eine schnellere Verbesserung der MLQ erzielen lässt, dieser Effekt aber im gleichen Ausmaß auch mit einer späteren Schienung erzielt werden kann. Ein weiteres Argument für eine Schienung vor der subgingivalen Instrumentierung liegt darin, dass die parodontale Situation bei diesem Vorgehen eine Tendenz zu besseren Therapieergebnissen aufzeigt.¹³ Die Schienung nach subgingivaler Instrumentierung bietet den Vorteil, dass ein Rückgang der Zahnlockerung festgestellt werden kann, wodurch eventuell die Schienung nicht mehr indiziert ist.

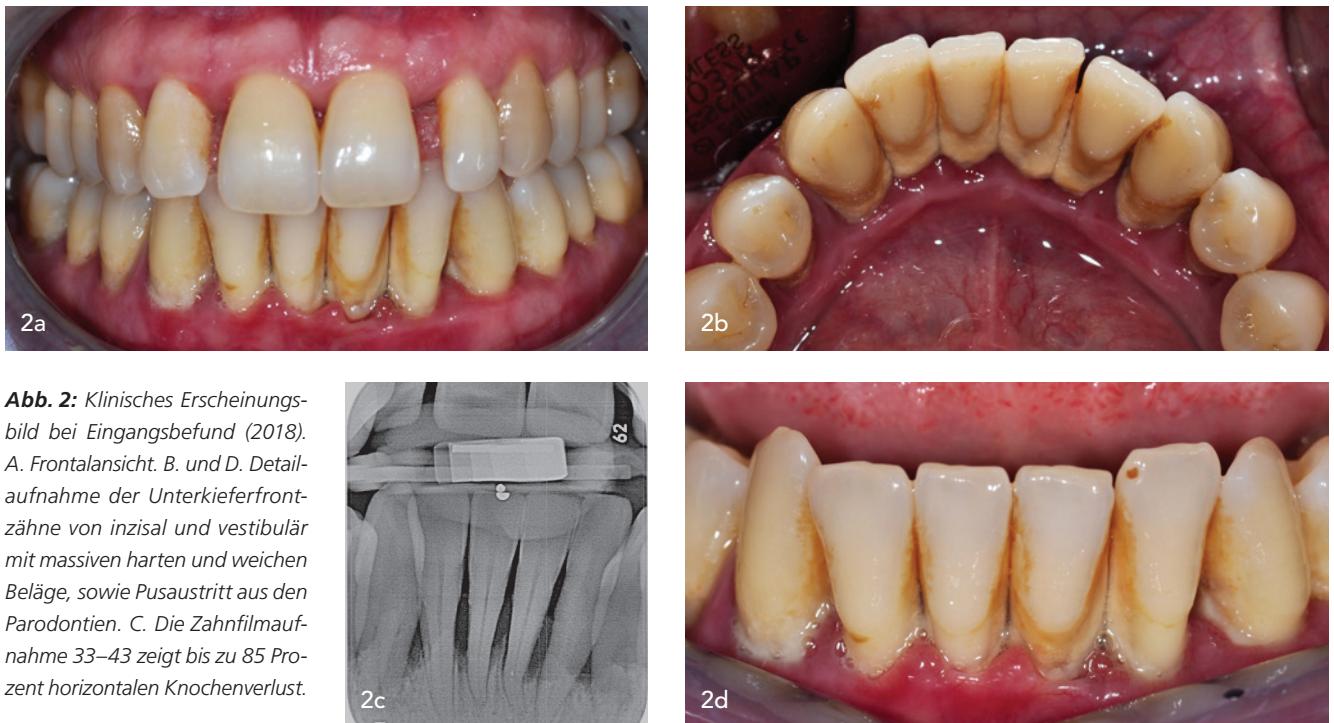


Abb. 2: Klinisches Erscheinungsbild bei Eingangsbefund (2018). A. Frontalansicht. B. und D. Detailaufnahme der Unterkieferfrontzähne von inzisal und vestibulär mit massiven harten und weichen Belägen, sowie Pusaustritt aus den Parodontien. C. Die Zahnenfilmaufnahme 33–43 zeigt bis zu 85 Prozent horizontalen Knochenverlust.

Wie sollte geschiert werden?

Die semipermanente/permanente Schienung erfolgt im Unterkieferfrontzahnbereich zumeist durch direkte Verblockung der Zähne mittels Adhäsivtechnik und Komposit mit oder ohne glasfaserverstärkten Strang. Eine aktuelle Studie weist darauf hin, dass reine Kompositverblockungen im Vergleich zu glasfaserverstärkten Verblockungen eine höhere Bruchwahrscheinlichkeit haben¹⁶, wohingegen andere Studien keinen Einfluss der Art der Verblockung auf die Bruchwahrscheinlichkeit feststellen konnten.¹²

Fallbeispiel

Die Abbildungen 2a–d zeigten die Eingangssituation einer allgemeinmedizinisch gesunden 37-jährigen Nichtraucherin mit Parodontitis Stadium IV Grad C, Falltyp 1 (damalige Diagnose: generalisierte aggressive Parodontitis). Ihr Hauptanliegen war der Zahnerhalt und die Beseitigung der „lockeren“ Zähne. Die Sondierungstiefen lagen generalisiert zwischen 5–9 mm. Die AV bei bis zu 12 mm. Die Zähne 33–43 wiesen alle einen Lockerungsgrad III auf. Auch die Oberkieferfront wies einen Lockerungsgrad II auf. Nach der Mundhygienephase erfolgte eine full-mouth-

disinfektion mit adjuvanter Antibiotikagabe. Die Schienung der Zähne 33–43 erfolgte mittels glasfaserverstärkter Kompositverblockung. Bei Befundevalution zeigten sich nur noch vereinzelte Taschen von bis zu 5 mm, welche reinstrumentiert wurden. Die Patientin konnte entsprechend in die engmaschige UPT (dreimonatiges Intervall) überführt werden. Zur Verbesserung der Ästhetik und Stabilisierung der gelockerten Oberkieferfrontzähne erfolgte nach Abschluss der aktiven Behandlungsphase ebenfalls eine Verblockung der Oberkieferfrontzähne und Zahnumformung im direkten Verfahren mittels Komposit. Abbildungen 3a–d zeigten die Situation der Patientin zweieinhalb Jahre nach Erstbefundung.

Ausblick

In den letzten Jahren hat sich auch die Zahnmedizin zunehmend digitalisiert. Mit Intraoralscannern können hochpräzise dreidimensionale Modelle der Kiefer und Zähne erstellt werden, auch vom parodontal geschädigten Gebiss.¹⁸ Es gehört heute zum zahnmedizinischen Standard, dass auf Basis von digitalen 3D-Modellen metallfreier zahnfarbener Zahnersatz wie Einzelzahnkronen oder Brücken aus Zirkoniumoxid (ZrO_2) im subtraktiven Fräse-

verfahren hergestellt werden. Eine völlig neue Methode zur Herstellung von Zahnersatz oder zahnmedizinischen Hilfsteilen eröffnet sich mit der Möglichkeit, ZrO_2 in speziellen 3D-Druckern erstellen zu können. Ein Vorteil gedruckter Konstruktionen liegt darin, dass die geometrischen Möglichkeiten nicht durch die Anzahl der Frässachsen beschränkt ist. In einer aktuellen experimentellen Studie wurde gezeigt, dass bei der adhäsiven Zementierung von gedruckten ZrO_2 -Restaurierungen eine ähnlich hohe Haftkraft erzielt werden kann, wie für gefräste Restaurierungen.¹⁹ Durch die Anwendung dieser neuen Technik könnte es möglich sein, in Zukunft gut haftende, bruchstabile und ästhetisch hochwertige zahnfarbene Schienen im Labor herzustellen. Erste Vorversuche zu diesem Vorgehen (Abb. 4) zeigen vielversprechende Ergebnisse, und es ist mit Spannung zu erwarten, ob und wie sich diese Möglichkeit weiter entwickeln wird.

Zusammenfassung

Die Schienung parodontal geschädigter und stark gelockerter Unterkieferfrontzähne stellt in vielen Fällen eine mittel- bis langfristige Alternative zur Extraktion dar. Bei regelmäßiger UPT belegen Studien eine hohe parodontale Langzeit-



3a



3b



3c



3d

Abb. 3: Klinisches Erscheinungsbild zwei Jahre nach aktiver Parodontitis-therapie (2021). A. Frontalansicht. Im Unterkiefer wurden die Zähne 33–43 mittels Komposit und Glasfaserstrang verblockt. Die Oberkieferfrontzähne 12–22 wurden ebenfalls miteinander verblockt und die vorhandenen Lücken im Sinne einer direkten Formkorrektur geschlossen. B. Detailaufnahme der Unterkieferfrontzähne von inzisal mit eingebrochter Verblockung.

C. Detailansicht der Oberkieferfrontzähne nach Zahnumformung. D. Extraorales Lippenbild beim Lächeln. Die massiven Attachmentverluste im Unterkiefer sind im Alltag nicht sichtbar und stören die Patientin nicht. Eine Hypersensibilität der freiliegenden Zahnhäuse ist nicht vorhanden.

stabilität geschielter Zähne. Schienungsbrüche kommen zwar häufig vor, sind in der Unterkieferfront aber deutlich seltener und leicht reparabel. Bei Schienung vor subgingivaler Instrumentierung zeigt sich eine Tendenz zu besseren Ergebnissen der Parodontitistherapie und eine schnellere Verbesserung der MLQ. Die Schienung nach subgingivaler Instrumentierung bietet den Vorteil, dass ein möglicher Rückgang der Zahnlockerung feststellbar ist. Ist ein Zahn innerhalb der Verblockung nicht erhaltungsfähig, kann er nach Extraktion als adhäsives Pontic in den Verbund reintegriert werden. In einigen Fällen ist es auch möglich, die Wurzel

oral abzutrennen und einfach die Zahncrone im Verblockungsverbund stehen zu lassen. Besonders bei Risikopatienten kann dieses Vorgehen sinnvoll sein.

Die hohe Frakturanfälligkeit macht eine Weiterentwicklung im Prozess der Schienungseinbringung, der verwendeten Materialien und des Konstruktionsdesigns dringend erforderlich, wobei erste Versuche mit 3D-gedruckten Schienen vielversprechend erscheinen.

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



4

Abb. 4: Im 3D-Drucker hergestellte Schienung aus ZrO₂. Foto mit freundlicher Genehmigung von Doktorandin cmd Theresa Saufler.

Priv.-Doz. Dr. med.
dent. Sarah K.
Sonnenschein



Literatur



PRIV.-DOZ. DR. MED. DENT. SARAH K. SONNENSCHEIN

Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
der Mund-, Zahn-, Kieferklinik des
Universitätsklinikums Heidelberg

sarah.sonnenschein@med.uni-heidelberg.de

Diabetes und Parodontitis

Neue S2K-Leitlinie

Ein Beitrag von Søren Jepsen, Thomas Haak, Henrik Dommisch

Erstmals wurde nach den Regularien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) eine S2k-Leitlinie zu Diabetes und Parodontitis entwickelt. Ziel dieser Leitlinie ist, die an der Prävention, Früh-erkennung, Diagnostik und Therapie beider Erkrankungen beteiligten Fachdisziplinen sowie die betroffenen Patientinnen und Patienten über Zusammenhänge aufzuklären und damit die Qualität der Versorgung zu verbessern.



Abb. 1: Prävalenz von Diabetes mellitus und Parodontitis.

In einer aktuellen Entschließung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden die Mitgliedstaaten nachdrücklich aufgefordert, sich mit den wichtigsten Risikofaktoren zu befassen, die Mundkrankheiten und systemische, nicht-übertragbare Krankheiten wie Diabetes gemeinsam haben.

Die WHO empfiehlt ferner, die Mundgesundheit fest in der Agenda für nicht-übertragbare Krankheiten zu verankern und Interventionen im Bereich der Mundgesundheitsversorgung in Programme zur allgemeinen Vorsorge aufzunehmen [WHO, 2021; Lamster et al., 2021; WHO, 2023].

Die Zusammenhänge zwischen Diabetes und Parodontitis wurden in Deutschland erstmals in einem gemeinsamen Konsensusbericht interessierter Parodontologen und Diabetes-Experten beleuchtet [Deschner et al., 2011; Jepsen et al., 2011]. Die berichtete bidirektionale Beziehung von Diabetes und Parodontitis [Preshaw et al., 2012] wurde 2017 im Focused Workshop der European Federation of Periodontology (EFP) und der International Diabetes Federation (IDF) gemeinsam näher untersucht [Sanz et al., 2018a, 2018b].

Im AAP/EFP-World-Workshop zur aktuellen Klassifikation parodontaler Erkrankungen und Zustände wurde Diabetes als wichtiger Risikofaktor für Parodontitis definiert [Jepsen et al., 2018]. Im EFP-IDF-Workshop zu Parodontitis und Diabetes war bereits die entscheidende Rolle von Hausärzten in Bezug auf deren Zusammenhänge und ihr Management deutlich gemacht worden. Daher wurde 2022 ein fokussierter Workshop zusammen mit dem europäischen Arm der Weltorganisation der National Colleges, Academies

ERSTE VON PARODONTOLOGEN UND DIABETOLOGEN GEMEINSAM ERARBEITETE LEITLINIE

In die Empfehlungen der Leitlinie „Diabetes und Parodontitis“ ist die Expertise von 14 wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Organisationen eingeflossen. Federführend entwickelt wurde die Leitlinie von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO), der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), basierend auf den methodischen Standards der AWMF. Um eine umfassende Vertretung der relevanten Interessengruppe zu gewährleisten, beteiligten sich elf weitere medizinische und zahnmedizinische Fachgesellschaften und Organisationen mit ihren Mandatsträgern und Experten: Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM), Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (DGI), Deutsche Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG), Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa, (BDIZ EDI), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Deutsche Gesellschaft für ästhetische Zahnmedizin (DGÄZ), Deutscher Behindertenrat (DBR) sowie Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). Zur Patientenbeteiligung wurde die Leitlinie unter Mitarbeit des Deutschen Diabetiker Bundes erstellt.

and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA Europe) durchgeführt, um zum einen die Bedeutung der Zusammenhänge zwischen parodontalen und systemischen Erkrankungen für Zahnärzte und Hausärzte/Allgemeinmediziner und zum anderen die Rolle des zahnmedizinischen Fachpersonals (des professionellen zahnärztlichen Teams) bei der Behandlung chronischer nicht-übertragbarer Erkrankungen (chronic non-communicable diseases, CNCDs) und der Förderung eines gesunden Lebensstils zu untersuchen [Herrera et al., 2023, 2024]. Die vorliegende Leitlinie basiert auf der Evidenz und den Ergebnissen dieser Konsensustreffen.

Hintergrund

Diabetes

Diabetes ist eine weit verbreitete NCD mit einer weltweiten Prävalenz, die aktuell auf 9,3 Prozent (463 Millionen Menschen) geschätzt wird und voraussichtlich bis 2030 auf 10,2 Prozent (578 Millionen) und bis 2045 auf 10,9 Prozent (700 Millionen) ansteigen wird [Saeedi et al., 2019; IDF-Atlas, 2021]. Typ-2-Diabetes (T2DM) ist eine der Hauptursachen für gesundheitliche Beeinträchtigungen und vorzeitige Mortalität, hauptsächlich durch vaskuläre und renale Komplikationen [Tuomi et al., 2014]. In Deutschland beträgt die Zahl nicht erkannter T2DM-Fälle circa zwei Millionen und es vergehen durchschnittlich acht Jahre, bis T2DM diagnostiziert wird [Kellerer et al., 2020].

Parodontitis

Parodontitis ist aufgrund ihrer hohen Prävalenz ein großes Problem für die Gesundheit der Bevölkerung und die häufigste chronisch-entzündliche NCD des Menschen. Die weltweite Prävalenz schwerer Parodontitis wurde im Jahr 2017 auf 743 Millionen [GBD, 2017; Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018] betroffene Individuen geschätzt, was zwischen 7,8 Prozent und 11 Prozent der Erwachsenen entspricht [Kassebaum et al., 2014; Kassebaum et al., 2017]. Nach Angaben der „Global Burden of Disease (GBD)“-Datenbank gab es im Jahr 2019 weltweit sogar 1,1 Milliarden Fälle von schwerer Parodontitis, und zwischen 1990 und 2019 wurde ein Anstieg der alters-

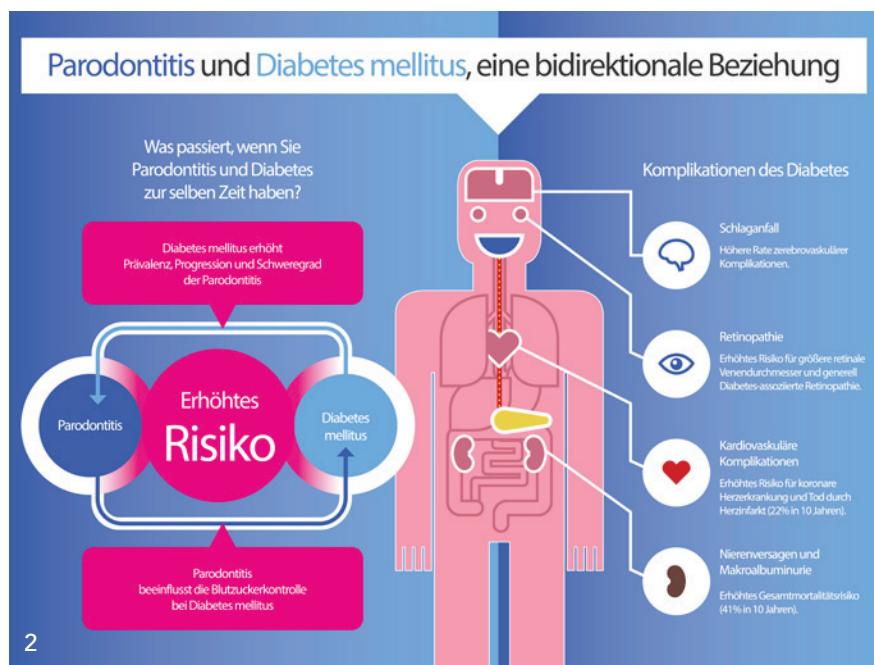


Abb. 2: Ungünstige Wechselwirkungen zwischen Parodontitis und Diabetes mellitus mit erhöhtem Risiko für Diabeteskomplikationen.

standardisierten Prävalenzrate schwerer Parodontitis um 8,4 Prozent beobachtet [Chen et al., 2021], weitere Anstiege werden für die Zukunft erwartet [Nascimento et al., 2024].

Dabei besteht in Deutschland eine Diskrepanz zwischen der parodontalen Behandlungsnotwendigkeit – circa zehn Millionen Menschen mit schwerer Parodontitis – und nur einer Million abgerechneter Parodontitisbehandlungen im Jahr [Rädel et al., 2017]. Parodontitis stellt aufgrund der damit verbundenen Morbidität auch eine große Belastung für die öffentliche Gesundheit dar und führt zu Behinderungen aufgrund von Beeinträchtigungen der Kaufunktion, der Sprache und der Ästhetik oder zu Zahnlösigkeit. Sie ist unter anderem Ausdruck sozialer Ungleichheit, beeinträchtigt die Lebensqualität erheblich, wirkt sich negativ auf die allgemeine Gesundheit aus und ist mit erheblichen Kos-

ten für die zahnärztliche und medizinische Versorgung verbunden [Tonetti et al., 2017].

Pathomechanismen der bidirektionalen Assoziation

Zu den parodontal gesteuerten Mechanismen, die sich negativ auf Typ-2-Diabetes auswirken, gehören Bakteriämien, vaskuläre Entzündungen, systemischer oxidativer Stress, der sich negativ auf die Beta-zellfunktion auswirkt, und systemische Entzündungen. Zu den Mechanismen, die zu unerwünschten parodontalen Ergebnissen bei Diabetes-Patienten mit Hyperglykämie führen, gehören eine übermäßige systemische Entzündung, die Auswirkung häufiger Glukoseaufnahme auf die systemische Entzündung, eine verminderte funktionelle Effizienz der Neutrophilen, unausgewogene T-Helfer-1-, -2- und -17-Zellantworten sowie die Hemmung

DIABETES MELLITUS

... ist durch Hyperglykämie definiert und hat zwei Hauptformen. Diabetes mellitus vom Typ 1 entsteht durch Insulinmangel aufgrund einer Autoimmunreaktion im Pankreas, wohingegen sich Diabetes mellitus vom Typ 2 als Konsequenz einer Insulinresistenz assoziiert mit chronisch hohem Blutzuckerspiegel entwickelt. → Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus zeigen eine hohe Prävalenz für Parodontitis.

**TAB. 1 KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNGEN
FÜR DIE ÄRZTLICHE PRAXIS**

Empfehlungen	Konsensstärke	Empfehlungsgrad
Patienten mit Diabetes sollen darüber aufgeklärt werden, dass sich ihr Risiko für Parodontitis durch einen schlecht eingestellten Diabetes erhöht.	Starker Konsens	↑
Patienten mit Diabetes sollen ebenfalls darauf hingewiesen werden, dass – wenn sie an Parodontitis leiden – ihre glykämische Einstellung schwieriger sein kann und sie einem größeren Risiko für Diabeteskomplikationen wie Herzkreislauf- und Nierenerkrankungen ausgesetzt sind.	Starker Konsens	↑↑
Patienten mit Diabetes sollten darüber informiert werden, dass eine erfolgreiche Therapie ihrer Parodontitis einen positiven Einfluss auf ihre Blutzuckereinstellung haben kann.	Starker Konsens	↑
Alle Diabetespatienten sollen darauf hingewiesen werden, in der zahnärztlichen Praxis eine gründliche orale Untersuchung einschließlich einer parodontalen Befunderhebung als Teil ihres Diabetesmanagements zu erhalten.	Konsens	↑↑
Patienten mit Diabetes, die ein erhöhtes Risiko für Parodontitis haben (anhand Anamnese und Parodontitis-Risiko-Score*) sollte empfohlen werden, dies weiter zahnärztlich abklären zu lassen.	Starker Konsens	↑
Auch wenn keine Parodontitis diagnostiziert wird, sollen weiterhin jährliche zahnärztliche Kontrolluntersuchungen stattfinden.	Starker Konsens	↑↑
Patienten mit Parodontitis mit fortgeschrittenem Zahnverlust sollen ermutigt werden, Zahnersatz zu erhalten, um eine adäquate Kaufunktion für eine gute Ernährung wieder herzustellen.	Starker Konsens	↑↑

der parodontalen Wundheilung durch die Bildung von Endprodukten fortgeschrittenen Glykierung, (sogenannte Advanced Glycation Endproducts = AGEs).

Evidenz für Assoziationen aus epidemiologischen Studien

In der Richtung Diabetes → Parodontitis ist ein schlecht kontrollierter Diabetes mit einem erhöhten Risiko und einer erhöhten Schwere der Parodontitis im Vergleich zu normoglykämischen Menschen mit

Diabetes oder solchen ohne Diabetes verbunden.

In der Parodontitis-Diabetes-Richtung ist eine schwere Parodontitis mit erhöhten Serum-HbA1C-Spiegeln bei Menschen ohne Diabetes (Glykämie) und Menschen mit Diabetes (Hyperglykämie) verbunden. Patienten mit Parodontitis weisen ein erhöhtes Risiko auf, an Prädiabetes und Diabetes zu erkranken. Darüber hinaus scheint es einen direkten Zusammenhang zwischen der Schwere der Parodontitis und

Komplikationen bei Diabetes zu geben, einschließlich Retinopathien, Nephropathien (Makroalbuminurie und Nierenversagen), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Schlaganfall, koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt) und Mortalität [Sanz et al., 2018a, b; Li et al. 2024].

Evidenz für einen Zusammenhang aus Interventionsstudien

In der Diabetes-Parodontitis-Richtung ist das Fortschreiten der Parodontalerkrankung über fünf Jahre bei Diabetes-Patienten mit guter versus schlechter glykämischer Kontrolle signifikant geringer und die klinischen lokalen und systemischen Entzündungsbiomarker verbessern sich nach erfolgreicher Parodontaltherapie, selbst bei Menschen mit schlechter Diabeteskontrolle [Sanz et al., 2018a; 2018b].

In der Parodontitis-Diabetes-Richtung kam ein kürzlich durchgeföhrter Cochrane-Review [Simpson et al., 2022], an dem 35 Studien (3 249 randomisierte Teilnehmer) beteiligt waren, zu dem Schluss, dass die Parodontaltherapie bei Menschen mit Typ-2-Diabetes zu einer klinisch bedeutsamen und statistisch signifikanten Senkung des HbA1C-Spiegels um 0,3 Prozent nach sechs Monaten und 0,5 Prozent nach zwölf Monaten führte, eine ähnliche Reduktion, wie sie durch Hinzufügen einer zweiten Medikation zu einem Metformin-Regime erreicht werden würde. Die meisten Studien haben sich jedoch auf Menschen mit Typ-2-Diabetes konzentriert, für Typ-1-Diabetes sind nur wenige Informationen verfügbar. In Bezug auf die Dauer der Verbesserungen der glykämischen Kontrolle nach einer Parodontaltherapie gibt es solide Beweise für einen nachhaltigen Nutzen für mindestens zwölf Monate – längerfristige Ergebnisse wären wünschenswert [D'Aiuto et al., 2018].

Empfehlungen

Welche Empfehlungen (hinsichtlich Diabetes und Parodontitis) sind für Ärzte und Gesundheitsfachpersonal für Patienten mit Diabetes in der ärztlichen Praxis relevant? (Tab. 1)

Welche Empfehlungen (hinsichtlich Diabetes und Parodontitis) sind für Zahnärzte

PARODONTITIS

... ist eine häufige chronische Entzündungserkrankung des Menschen, die durch die Zerstörung des Zahnhalteapparats aufgrund von Entzündungsreaktionen definiert ist und zu Zahnverlust führen kann. Parodontitis wird durch den pathologischen dentalen Plaque-Biofilm oberhalb und unterhalb des Zahnfleischs initiiert.

→ Patientinnen und Patienten mit Parodontitis zeigen ein höheres Risiko für Diabetes mellitus Typ 2.

und zahnmedizinisches Fachpersonal für Patienten mit Diabetes in der zahnärztlichen Praxis relevant? (Tab. 2)

Weitere Empfehlungen (hinsichtlich Diabetes und Parodontitis), die für Patienten mit Diabetes (oder Risiko für Diabetes) in der zahnärztlichen und ärztlichen Praxis relevant sind, wurden ebenfalls formuliert und mit starkem Konsens abgestimmt. Auch wird auf den Patientenratgeber „Parodontitis“ (<https://dgparo.de/gesund-immund/parodontitis/>) der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) verwiesen. Die aktuelle Version des „Gesundheits-Pass Diabetes“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) enthält Hinweise zur Parodontitis (<https://www.ddg.info/patienten/gesundheitspass-diabetes>).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Die in der Leitlinie zusammengetragenen Erkenntnisse im Hinblick auf den Typ-2-Diabetes-mellitus reihen sich ein in die stetig wachsende Evidenz zu den systemischen Effekten der Parodontitis und den Wechselwirkungen mit Allgemeinerkrankungen. Die bidirektionalen Zusammenhänge beider Erkrankungen werden bereits seit vielen Jahren erforscht und die inzwischen gewachsene Evidenz dazu führt nun zur Forderung nach Überführung der als gut gesichert geltenden Erkenntnisse in die konkrete Patientenversorgung. Inzwischen zeichnet sich national wie international der Trend ab, dass gesundheitspolitische Entscheidungsträger die Bedeutung der Beziehung zwischen Parodontitis und Diabetes anerkennen, einschließlich der Notwendigkeit, dass Hausärzte das Risiko für Parodontitis bei ihren Prädiabetes- oder Diabetes-Patienten bewerten und entsprechend an eine zahnärztliche Praxis zur definitiven Diagnose und gegebenenfalls Behandlung überweisen. Auch in den betroffenen Facharztgruppen ist das Interesse an den zahnmedizinischen Implikationen „ihrer“ Erkrankungen gewachsen, wie unter anderem die gemeinsame Autorenschaft von Diabetologen und Parodontologen zeigt.

Aktuell ist in Deutschland eine groß angelegte Studie (Digin2Perio) mit Förderung durch den G-BA angelaufen, in der

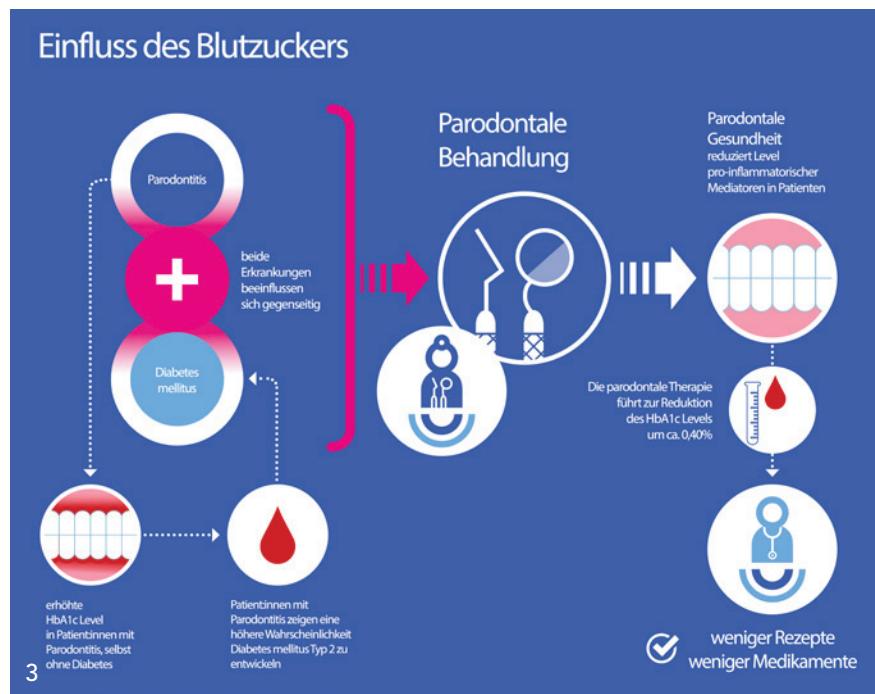


Abb. 3: Die Parodontalbehandlung führt zur Reduktion des HbA1c-Levels in einer Größenordnung, wie sie durch Hinzufügen einer zweiten Medikation zu einem Metformin-Regime erreicht werden würde.

ein neuer Versorgungspfad zur besseren Integration der Gesundheitsvorsorge von Patienten mit Diabetes und/oder Paro-

dontitis durch Hausärzte und Zahnärzte evaluiert wird [Hennrich et al., 2024]. Es wird untersucht, ob eine hausärztlich initi-

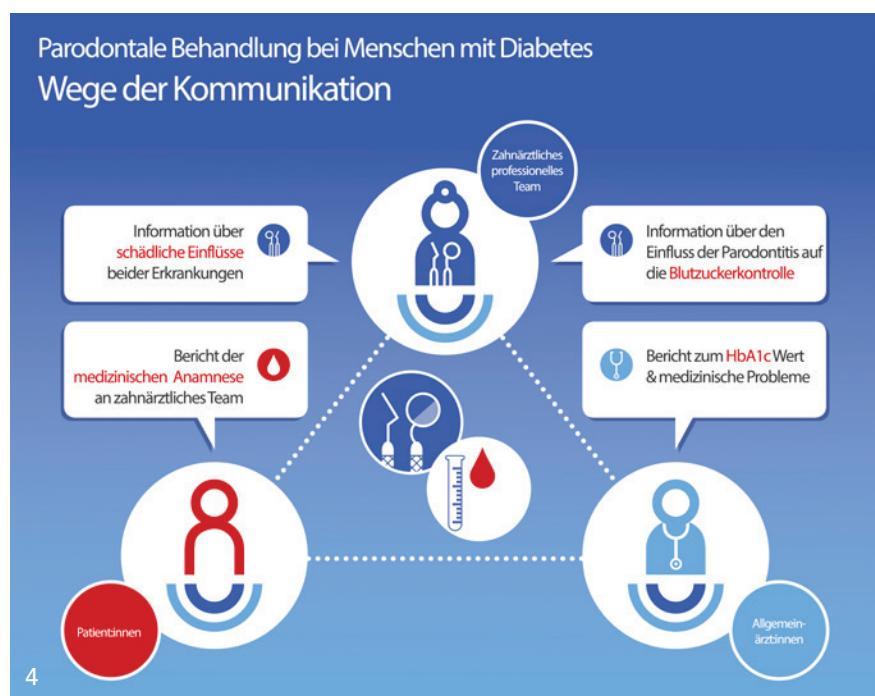


Abb. 4: Kommunikationswege zwischen Zahnarzt- und Hausarzt/Allgemeinmedizinerpraxen und ihren Patienten

ierte Parodontitisabklärung und -therapie von Diabetes-Typ-2-Patienten und andererseits eine zahnärztlich initiierte Diabetesabklärung von Parodontitis-Patienten zu einer Verbesserung der Früherkennung und Versorgung von Patienten mit Diabetes und Parodontitis führt. Erste Ergebnisse werden im Jahr 2026 erwartet.

Fazit für die Praxis

- Menschen mit schlecht kontrolliertem Diabetes (Typ 1 und Typ 2) leiden an verstärkten parodontalen Entzündungen, bis zu einem Verlust des Zahnhalteapparates.
- Menschen mit Parodontitis zeigen ein erhöhtes Risiko für Prädiabetes oder die Entwicklung von Diabetes Typ 2.
- Menschen mit Diabetes und Parodontitis zeigen eine höhere Wahrscheinlichkeit für mehr schwere medizinische Komplikationen und sogar für einen früheren Tod als Menschen mit Diabetes allein.
- Die Parodontitistherapie bei Menschen mit Diabetes führt nach drei Monaten (mit zunehmender Evidenz auch nach sechs Monaten) zu einer signifikanten Reduktion des glykierten Hämoglobins (HbA1c).
- Eine frühe Diagnose, Prävention und ein kooperatives Management (Medizin und Zahnmedizin) von Diabetes und Parodontitis sind von höchster Bedeutung.
- Eine erfolgreiche parodontale Therapie hat einen klinisch signifikanten Effekt auf die Allgemeingesundheit und sollte einen festen Platz in der Behandlung von Menschen mit Diabetes haben.

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

Die Literaturliste kann auf www.zm-online.de abgerufen oder in der Redaktion angefordert werden.

S2k-Leitlinie: „Diabetes und Parodontitis“:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/083-015>

Jepsen S, Haak T, Dommisch H:
 Neue S2k-Leitlinie: Diabetes und Parodontitis.
Zahnärztliche Mitteilungen (zm), 2025, 115,
 Nr. 1–2, S. 66–73.

TAB. 2 KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNGEN FÜR DIE ZAHNÄRZTLICHE PRAXIS

Empfehlungen	Konsensstärke	Empfehlungsgrad
Parodontal gesunde Patienten mit Diabetes sollen darüber aufgeklärt werden, dass sie ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Parodontitis haben.	Starker Konsens	
Diesen Patienten sollte eine präventive Betreuung (Mundhygieneinstruktion, -motivation, Professionelle Zahnreinigung) angeboten werden, in der sie regelmäßig hinsichtlich parodontaler Veränderungen überwacht werden.	Starker Konsens	
Patienten mit Diabetes sollen darauf hingewiesen werden, dass – wenn sie an Parodontitis leiden – ihre glykämische Einstellung schwieriger sein kann und sie einem erhöhten Risiko für Diabeteskomplikationen wie z. B. Herzkreislauf- und Nierenerkrankungen ausgesetzt sind.	Starker Konsens	
Patienten mit Diabetes sollen nach ihrer Blutzuckereinstellung befragt werden.	Starker Konsens	
Patienten mit Diabetes sollten gebeten werden, ihren Gesundheitspass Diabetes (DDG) mit in die Zahnarztpraxis zu bringen.	Starker Konsens	
Patienten mit Diabetes sollen mindestens einmal jährlich parodontal untersucht werden.	Starker Konsens	
Wenn bei Diabetikern eine Parodontitis diagnostiziert wird, so sollte diese angemessen behandelt werden. Unabhängig von der Blutzuckereinstellung ist eine nicht-chirurgische Parodontaltherapie möglich. Sofern eine chirurgische Parodontaltherapie geplant ist, sollte zuvor eine bestmögliche Blutzuckereinstellung erzielt werden.	Starker Konsens	
Patienten mit Diabetes mit fortgeschrittenem Zahnverlust sollten ermutigt werden, Zahnersatz zu erhalten, um eine adäquate Kaufunktion für eine gute Ernährung wieder herzustellen.	Starker Konsens	
Patienten mit Parodontitis, die ein erhöhtes Risiko für Diabetes haben (anhand Anamnese und Findrisk-Score*) sollte empfohlen werden, dies weiter ärztlich abklären zu lassen.	Starker Konsens	

Univ.-Prof. Dr. med.
dent. Dr. med.
Søren Jepsen, MS



Prof. Dr. med.
Thomas Haak



Univ.-Prof. Dr.
med. dent. Henrik
Dommisch



PROF. DR. MED. THOMAS HAAK

Facharzt für Innere Medizin,
Endokrinologie und Diabetologie,
Diabetes Klinik Bad Mergentheim
GmbH & Co. KG
Theodor-Klotzbücher-Str. 12,
97980 Bad Mergentheim

UNIV.-PROF. DR. MED. DENT. DR. MED. SØREN JEPSEN, MS

Direktor der Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde,
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,
Universitätsklinikum Bonn
Welschnonnenstr. 17, 53111 Bonn

UNIV.-PROF. DR. MED. DENT. HENRIK DOMMISCH

Direktor der Abteilung für Parodontologie, Oralmedizin und Oralchirurgie,
CharitéCentrum 3 für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Äßmannshauer Straße 4–6,
14197 Berlin

Vier Lehrstühle – eine Meinung:

Der Spatz in der Hand oder die Taube auf dem Dach?

Ein Beitrag von Gabriel Krastl, Wolfgang Buchalla, Kerstin Galler und Falk Schwendicke

Der Beitrag präsentiert die konsentierte Position der vier bayerischen Lehrstühle für Zahnerhaltung zu einem aktuell kontrovers diskutierten Thema: der Behandlung der pulpanahen Karies.

Wenn es um die Behandlung der pulpanahen („tiefen“) Karies geht, steht die Zahnmedizin in den letzten Jahren scheinbar vor einer strategischen Grundsatzentscheidung. Zwei evidenzbasierte Konzepte konkurrieren – nicht nur fachlich, sondern zunehmend auch ideologisch: Auf der einen Seite die selektive Kariesexkavation, zurückhaltend, einfach durchzuführen, in Studien gut untersucht. Auf der anderen Seite die vollständige Kariesentfernung mit anschließender (partieller) Pulpotomie, wenn es zur Pulpalexposition im Kariösen kommen sollte, biologisch konsequent, zielgerichtet auf eine kontrollierte Pulpatherapie ausgerichtet, vielversprechend – aber auch komplexer.

Oder anders gesagt: der Spatz in der Hand – oder die Taube auf dem Dach?

Die selektive Exkavation hat sich als pragmatischer Ansatz bewährt – besonders in der Breite der zahnärztlichen Versorgung. Sie ist zeiteffizient, benötigt keine Spezialausstattung und vermeidet die Konfrontation mit der Pulpa. Der Preis: Wir belassen pulpanah kleinere Mengen potenziell bakteriell kontaminierten Dentins und akzeptieren möglicherweise subklinische Entzündungen, die wir nicht sehen und nicht behandeln – in der Hoffnung, dass die Pulpa das schon irgendwie schafft. Meist klappt das ja auch, der Patient ist beschwerdefrei und zufrieden: kein Grund zur Klage. Die Frage jedoch, wie die Pulpa langfristig (und damit sind nicht nur wenige Jahre, sondern eher Jahrzehnte gemeint) mit dieser Situation umgeht, bleibt bislang unbeantwortet.

Demgegenüber steht das Konzept der non-selektiven („vollständigen“) Exkava-

tion mit (partieller) Pulpotomie im Fall der Pulpaveröffnung – ein endodontisch fundierter Ansatz, der die Kontrolle über die Situation wieder in die Hände des Behandlers legt. Die gezielte Entfernung entzündeten Gewebes und der Einsatz biokompatibler Kalziumsilikatzemente schaffen – bei konsequenter Anwendung des von der ESE definierten erweiterten Behandlungsprotokolls (Kofferdam, Desinfektion, Vergroßerung, hydraulischer Kalziumsilikatzement, sofortige bakteriendichte Restauration) – die Bedingungen zur Heilung des Pulpagewebes. In der Hand erfahrener Behandler lassen sich damit klinische Erfolgsraten erzielen, die jenen der selektiven Exkavation überlegen sein können. Noch ist die Datenlage begrenzt – ein vielversprechendes Konzept, aber eben auch (noch) nicht der Weisheit letzter Schluss. Und: Die Behandlung involviert den Umgang mit der exponierten Pulpa!

Genau hier liegt die Krux: Die Behandlung der Pulpa ist weniger verziehend als die selektive Exkavation. Wird sie nicht konsequent und korrekt durchgeführt, scheitert sie häufiger – und die Pulpa ist endgültig verloren. Die Taube auf dem Dach fliegt schneller davon, als man denkt – auch das gehört zur Wahrheit.

An diesem Punkt wird die Diskussion ideologisch: Für die einen ist die selektive Exkavation ein idealer Kompromiss – für die anderen ein unkontrollierter Blindflug. Die einen fürchten die Pulpaveröffnung – die anderen halten sie, wenn sie denn eintritt, für eine Möglichkeit, den Pulpastatus konkret zu beurteilen und eine gezielte Therapie durchzuführen: Warum mit dem Spatz zufriedengeben, wenn man weiß, wie man die Taube greifen kann?

Andererseits muss man anerkennen: Für viele Behandler ist die selektive Exkavation derzeit schlicht der realistischere Weg zum Pulpaverlust. Nicht, weil sie überlegen wäre – sondern weil das, was eine erfolgreiche Behandlung an der offenen Pulpa braucht, im Praxisalltag oft (zumindest teilweise) fehlt: Know-how, Ausstattung, Zeit, Erfahrung, adäquate Abrechnungsmodalitäten. Solange das so ist, bleibt der Spatz in der Hand wohl ein gangbarer Weg. Aber wer fliegen kann – und dazu zählen viele endodontologisch spezialisierte oder entsprechend strukturierte Praxen – wird sich sicherlich aus Überzeugung auch nach der Taube strecken wollen.

Und dann ist da noch eine dritte Option – die Sie in der bisherigen Debatte sicherlich vermisst haben: die Vitalexstirpation mit ihren ebenfalls hohen Erfolgsraten in Bezug auf apikale Gesundheit, aber eben mit dem entscheidenden Nachteil: dem Verlust der Vitalität. Also weder der Spatz in der Hand noch die Taube auf dem Dach ... sondern vielleicht die Ente im Teich: Sie schwimmt verlässlich und denkt gar nicht ans Fliegen. Aber sie ist in der Regel immer noch da, auch wenn Spatz und Taube längst das Weite gesucht haben.

Sparen wir uns doch die Ente für später auf – wenn überhaupt! Wie auch immer man sich im Einzelfall entscheiden mag – unabhängig von der gewählten Therapieform entscheiden Qualität und Sorgfalt wesentlich über den Erfolg!

Chirurgische Assistenz eazf



Berufsbegleitende Weiterqualifizierung
■ München ■ Nürnberg

Kursinhalte

Die Weiterqualifizierung beinhaltet alle Kenntnisse, die das **Fachwissen der chirurgischen Assistenz** ausmachen. Nach der Vermittlung der Grundlagen des Hygienemanagements (Online-Kurstag) werden die Krankheitsbilder und Eingriffe der Oral- und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie sowie der Implantologie bildlich dargestellt und erläutert.

Ergänzend vervollständigen die Themen OP-Vorbereitung, Patientenbetreuung sowie sachgerechter Umgang mit Materialien und chirurgischen Instrumenten die theoretische Kompetenz einer chirurgischen Assistenz. Im **OP-Workshop** werden wichtige Maßnahmen und Handgriffe auch praktisch geübt.

Tag 1: Grundlagen des Hygienemanagements

- Schutzausrüstung und arbeitsmedizinische Vorsorge
- Hygienemaßnahmen in der täglichen Praxis
- Grundlagen zur Aufbereitung von Medizinprodukten
- Maßnahmen im Umgang mit Gefahrstoffen

Tag 2: Assistenz in der Chirurgie und Implantologie

- Krankheitsbilder und operatives Vorgehen im Bereich der Oral- bzw. der MKG-Chirurgie
- Organisation und Terminierung chirurgischer Eingriffe
- Reibungslose Abläufe durch eine perfekte OP-Vorbereitung
- Aufklärung des chirurgischen Patienten
- Patientenbetreuung vor, während und nach dem Eingriff

Tag 3: Assistenz in der Chirurgie und Implantologie

- Implantologieentwicklung und Diagnostik
- Operatives Vorgehen
- Instrumentenkunde chirurgischer Instrumente
- Chirurgische Materialien und sachgerechter Umgang
- OP-Textilien – Materialauswahl nach aktuellem Stand

Tag 4: OP-Workshop für die chirurgische Assistenz

- Wundinfektionen Ursachen und Bekämpfung
- Spezielle Hygienemaßnahmen bei oralchirurgischen und implantologischen Eingriffen
- Ergonomisches Assistieren
- Praktische Übungen zur sterilen OP-Vorbereitung

Die **Teilnehmerzahl** je Kurs ist auf 16 Personen beschränkt, um ein intensives Lernen zu ermöglichen. Wir legen auf aktuelles Fachwissen und auf die didaktischen Fähigkeiten unserer Dozenten großen Wert. Daher arbeiten wir nur mit praxiserfahrenen und fachlich umfassend qualifizierten Dozenten zusammen.

Dauer der Weiterqualifizierung

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

Zulassungsvoraussetzungen

Der Lehrgang richtet sich an **ZAH/ZFA mit abgeschlossener Berufsausbildung** (Abschluss einer deutschen Zahnärztekammer).

Zertifikat

Nach Abschluss der Weiterqualifizierung erhalten Sie das Zertifikat „**Chirurgische Assistenz eazf**“.

Kursgebühr

Die Kursgebühr für diese Weiterqualifizierung beträgt € 995,00. In der Kursgebühr sind Kursunterlagen, Mittagsverpflegung sowie Erfrischungsgetränke und Kaffee enthalten.

Termine und Anmeldung:



www.eazf.de/sites/praxispersonalchir



Ansprechpartnerin

Sonja Böge
Tel.: 089 230211452
Fax: 089 230211438

eazf GmbH

Fallstraße 34 Tel.: 089 230211452
81369 München Fax: 089 230211438
www.eazf.de E-Mail: info@eazf.de



eazf Fortbildungen

KURS-NR.	THEMA	DOZENT	DATEN	€	PKT	ZIELGRUPPE
B75158	Traumatische Zahnverletzungen und deren Therapie	Dr. Christoph Kaaden	Sa., 22.11.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	485	8	ZA, ZÄ
B55950-10	Online-Stammtisch: Ernährung für Zahmediziner	Prof. Dr. Roland Frankenberger	Di., 25.11.2025, 19.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	45	2	ZÄ
B55215	Social Media – Neue Wege der Patienten- und Mitarbeitergewinnung	Sabine Nemec	Mi., 26.11.2025, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	295	4	ZA, ZÄ, PP
B55216	Update Notfallmanagement in der zahnärztlichen Praxis	Jürgen Krehle, Dennis Wölflé	Fr., 28.11.2025, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	200	3	ZA, ZÄ, PP
B65138	Parodontalchirurgie – Indikation, Methoden, Ergebnisse	Prof. Dr. Dr. Matthias Folwaczny	Sa., 29.11.2025, 09.00 Uhr München Akademie	525	11	ZA, ZÄ
B75159	Endodontische Maßnahmen im Milchgebiss und Versorgung mit verschiedenen Kronensystemen	Dr. Uta Salomon	Sa., 29.11.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	485	7	ZA, ZÄ
B35306	Prophylaxe Basiskurs	Tatjana Herold, Nathalie Zircher, Alla Käufler, Tobias Feilmeier	Mo., 01.12.2025, 09.00 Uhr München Akademie	950	0	PP
B35403	Prothetische Assistenz	ZÄ Manuela Gumbrecht	Mo., 01.12.2025, 09.00 Uhr München Akademie	750	0	PP
B75695	Weiterqualifizierung Hygienebeauftragte/-r eazf	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Mi., 03.12.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	675	24	PP
B65748	Basics & more – Reparaturen und Wiederherstellungen von Zahnersatz	Irmgard Marischler	Fr., 05.12.2025, 09.00 Uhr München Flößergasse	405	8	ZA, ZÄ, PP
B75747	Kleine Reparaturen von Zahnersatz, Herstellung von individuellen Löffeln und Registrierschablonen	Konrad Uhl	Fr., 05.12.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	405	0	PP
B65137	State of the art in der Implantatprothetik	Dr. Michael Hopp	Sa., 06.12.2025, 09.00 Uhr München Akademie	485	8	ZA, ZÄ
B75738	Praktisches Trainingscamp für DH	Sabine Deutsch, Karin Schwengsbier	Di., 09.12.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	425	0	DH
B75160	Zahnfarbene Werkstoffe in Theorie und Praxis	Prof. Dr. Sebastian Hahnel, Prof. Dr. Martin Rosentritt	Fr., 12.12.2025, 14.00 Uhr Nürnberg Akademie	795	14	ZA, ZÄ
B75740	Betreuung des parodontal erkrankten Patienten: Erkennen – behandeln – nachsorgen!	Sabine Deutsch	Mo., 15/16.12.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	495	0	PP
B75741	UPT: „Schnell geht's maschinell“ – Maschinelle subgingivale Instrumentierung	Sabine Deutsch, Karin Schwengsbier	Fr., 19.12.2025, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	425	0	PP
C56250	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Christian Öttl	Mi., 14.01.2026, 13.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP
C56251	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Christian Öttl	Mi., 14.01.2026, 15.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP
C56181	Moderne Prothetik – ein Update von A bis Z	Prof. Dr. Sebastian Hahnel, Priv.-Doz. Dr. Angelika Rauch M.Sc.	Fr., 16.01.2026, 14.00 Uhr Regensburg Universitätsklinikum	795	14	ZA, ZÄ
C66101	Digitale Volumentomografie für Zahnärzte (DVT)	Prof. Dr. Herbert Deppe, Prof. Dr. Jörg Neugebauer	Sa., 17.01.2026, 09.00 Uhr München Flößergasse	795	17	ZA, ZÄ
C16502	30. Klinische Demonstration 2026 – Sinus im Fokus	Moderation: Prof. Dr. Dr. Marco R. Kesting, Prof. Dr. Dr. Manuel Weber	Sa., 17.01.2026, 09.00 Uhr Erlangen Universitätsklinikum	75	5	ZA, ZÄ, ASS
C66701	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mo., 26.01.2026, 09.00 Uhr München Akademie	495	0	PP
C76701	Die professionelle Zahnreinigung – PZR-Intensivkurs	Sabine Deutsch, Karin Schwengsbier	Di., 27.01.2026, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	650	0	PP
C66145	Aktualisierung der Kenntnisse im Arbeitsschutz der BLZK - BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 28.01.2026, 14.00 Uhr München Akademie	225	6	ZA, ZÄ
C66149	Unternehmensführung für Zahmediziner	Stephan Grüner	Sa., 31.01.2026, 09.00 Uhr München Flößergasse	150	8	ZA, ZÄ, ASS, PM
C36301	Prophylaxe Basiskurs	Tatjana Herold, Nathalie Zircher, Alla Käufler, Tobias Feilmeier	Mo., 02.02.2026, 09.00 Uhr München Akademie	950	0	PP
C76702	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Moritz Kipping	Mo., 02.02.2026, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	495	0	PP
C66681	Weiterqualifizierung Qualitätsmanagementbeauftragte/-r eazf (QMB)	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Di., 03.02.2026, 09.00 Uhr München Flößergasse	850	32	PP

eazf Fortbildungen



KURS-NR.	THEMA	DOZENT	DATEN	€	PKT	ZIELGRUPPE
C66748	Intensivkurs Verwaltung	Susanne Eßer	Mi., 04.02.2026, 09.00 Uhr München Flößergasse	495	0	PP
C56201	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mi., 04.02.2026, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	125	9	ZA, ZÄ
C66102	Präventionskonzept Arbeitsschutz: Ersts Schulung BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 04.02.2026, 14.00 Uhr München Akademie	295	6	ZA, ZÄ
C76003-1	Kursserie Myodiagnostik: Einführung in die MD	Dr. Eva Meierhöfer, Rainer Wittmann	Fr., 06.02.2026, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	475	18	ZA
C66702	Die professionelle Zahnenreinigung – PZR-Intensivkurs	Tatjana Bejta, Natascha Stang	Fr., 06.02.2026, 09.00 Uhr München Akademie	650	0	PP
C66703	Reparaturen und Wiederherstellungen von Zahnersatz	Irmgard Marischler	Fr., 06.02.2026, 09.00 Uhr München Flößergasse	395	8	ZA, ZÄ, PP
C56202	Update Notfallmanagement in der zahnärztlichen Praxis	Jürgen Krehle, Dennis Wölflie	Fr., 06.02.2026, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	225	3	ZA, ZÄ, PP
C66704	Aufbereitung von Medizinprodukten – Erwerb der Sachkenntnisse gem. MPBetreibV	Marina Nörr-Müller	Mo., 09.02.2026, 09.00 Uhr München Akademie	850	0	PP
C56252	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Moritz Kipping	Mi., 11.02.2026, 13.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP
C66146	Aktualisierung der Kenntnisse im Arbeitsschutz der BLZK – BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 11.02.2026, 14.00 Uhr München Akademie	225	6	ZA, ZÄ
C56254	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Moritz Kipping	Mi., 11.02.2026, 15.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP
C66103	Craniomandibulären Dysfunktionen: Interdisziplinäre diagnostische und therapeutische Strategien	Gert Groot Landeweert	Fr., 13.02.2026, 09.00 Uhr München Akademie	495	11	ZA, ZÄ
C66746	Intensivierungstag für ZMV-Prüflinge	Susanne Eßer	Fr., 13.02.2026, 09.00 Uhr München Flößergasse	275	0	ZAH/ZFA, ZMV
C76101	Präparationstechniken für vollkeramische Restaurationen – der Schlüssel zum Erfolg	Prof. Dr. Lothar Pröbstler	Fr., 13.02.2026, 14.00 Uhr Nürnberg Akademie	795	14	ZA, ZÄ
C66746-1	Intensivierungstag für ZMV-Prüflinge	Susanne Eßer	Sa., 14.02.2026, 09.00 Uhr München Flößergasse	275	0	ZAH/ZFA, ZMV
C76703	Deep Scaling – Aufbaukurs für ZMP (Therapiestufe PSI 3–4)	Sabine Deutsch, Karin Schwengsbier	Mi., 18.02.2026, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	995	0	ZMP
C66705	Deep Scaling – Aufbaukurs für ZMP (Therapiestufe PSI 3–4)	Kerstin Kaufmann, Daniela Brunhofer	Mi., 18.02.2026, 09.00 Uhr München Akademie	995	0	ZMP
C66691	Weiterqualifizierung Hygienebeauftragte/-r eazf	Brigitte Kenzel, Ria Röpfel	Mi., 25.02.2026, 09.00 Uhr München Flößergasse	695	24	PP
C66104	Aktualisierung der Kenntnisse im Arbeitsschutz der BLZK – BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 25.02.2026, 14.00 Uhr München Akademie	225	6	ZA, ZÄ
C76704	DH/ZMF-Update: PAR und was du als DH sonst noch wissen solltest	Sabine Deutsch	Do., 26.02.2026, 09.00 Uhr Nürnberg Akademie	425	0	ZMF, DH, PP
C56253	Datenschutzbeauftragte/-r in der Zahnarztpraxis (DSB)	Regina Kraus	Fr., 27.02.2026, 09.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	395	7	ZA, PP

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. Juni 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, Praxismietvertrag, Verträge mit angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten, Ehevertrag, Praxiskaufvertrag, Anteilsäußerungsvertrag, Praxisformen und Kooperationen
3. Juli 2026, 25. September 2026	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	BWL 6	Erfolgreiche Personalarbeit Umfeld und Entwicklungen im Arbeitsmarkt, Organisationsstruktur, Fachkräftemangel – was tun, erfolgreiche Personalakquise, Personalentwicklung als notwendige Investition, Praxis als Ausbildungsbetrieb, Führung und Motivation

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 GOZ 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, Laufertorgraben 10, 90489 Nürnberg

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

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

Niederlassungs- und Praxisabgabeseminare 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)

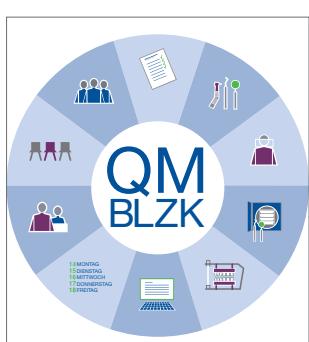
Kursinhalte: Gesetzliche Grundlagen, Infektionsprävention: Erreger, Übertragungswege und Prävention, Mikrobiologische Begriffe, Hygienemanagement: Anforderungen an Räume, Wasser führende Systeme, Flächendesinfektion, Aufbereitung von Medizinprodukten, Risikoeinstufung, Reinigungsverfahren, Arbeitsschutz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

Kursgebühr: € 695 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.



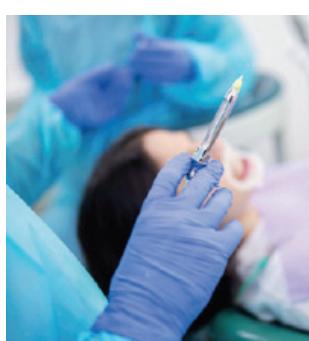
QUALITÄTSMANAGEMENTBEAUFTRAGTE/-R EAZF (QMB)

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: € 895 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	ANMELDESCHLUSS 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.

Kassenänderungen



1. Namensänderung einer Krankenkasse –ab sofort–
BKK ZF & Partner in ZF BKK,
Postfach 1180, 88001 Friedrichshafen, Tel.: 0261 13387-0
(KA-Nr. 111782956302).

2. Neuaufnahme eines Sonstigen Kostenträgers –ab 01.10.2025–
SOZ Aldenhoven-Asyl Soz. der Gemeinde Aldenhoven,
Dietrich-Mülfahrt-Straße 11–13, 52457 Aldenhoven, Tel.: 02464 586-0
(KA-Nr. 913001791800).

Ordentliche Vertreterversammlung

Bekanntmachung über Termin und Tagesordnung der ordentlichen
Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB)

Hiermit wird bekannt gegeben, dass die nächste ordentliche Vertreterversammlung der KZVB am

Freitag, 21. November 2025, 10:00 Uhr und
Samstag, 22. November 2025, 9:00 Uhr

im Zahnärztehaus München, Fallstraße 34, 81369 München, Vortragssaal im 1. Stock,
stattfindet.

- A) Begrüßung und Regularien
- B) Fragestunde
- C) Tagesordnung
 - 1. Bericht des Vorsitzenden der Vertreterversammlung
 - 2. Bericht des Vorstands
 - 3. Bericht des VV-Ausschusses
 - 4. Berichte der Referenten, der Geschäftsführer, aus den Geschäftsbereichen und den Bezirksstellen
 - 5. Bericht des Datenausschusses
 - 5.1 Antrag auf Auflösung des Datenausschusses
 - 6. Bericht des Finanzausschusses
 - 7. Bericht des Satzungsausschusses
 - 8. Änderung der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung
 - 8.1 Antrag auf Änderung des § 10 Abs. 5 GOVV
- 9. Ergebnis 2024
 - 9.1 Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung
 - 9.2 Prüfbericht
 - 9.3 Entlastung des Vorstands
- 10. Beschlussfassung über die Aufwandsentschädigungsordnungen I und Ia sowie die Reisekostenordnungen I, Ia und II
- 11. Vorstandsvorträge (nichtöffentlich)
- 12. Immobilien der KZVB (nichtöffentlich)
- 13. Finanzangelegenheiten
 - 13.1 Beschlussfassung über Verwaltungskostenbeiträge
 - 13.2 Beratung und Genehmigung der Haushalts- und Investitionsplanung 2026
- 14. Sonstiges

Dr. Jürgen Welsch
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Zahnarztpraxis im Landkreis Bayreuth abzugeben – etabliert, ertragsstark, übergabereif

In einer expandierenden Gemeinde mit über 8.000 Einwohnern bieten wir unsere seit über 33 Jahren erfolgreich geführte Zahnarztpraxis zur Übernahme an.

Die Praxis überzeugt durch:

- Solide Zahlen und nachhaltig hohe Erträge
- 3 modern ausgestattete Behandlungszimmer
- Eigenes kleines Labor
- Eingespieltes, motiviertes Team
- Beste Patientenbindung und hoher Stammkundenanteil

Weitere Vorteile:

- Zentrale Lage mit Parkplätzen direkt vor der Praxis
- Tiefgaragenstellplatz vorhanden
- In direkter Nachbarschaft: Kinderarzt, Frauenarzt, Allgemeinarzt
- Langfristiger Mietvertrag möglich
- Sanfter Übergang zur Sicherung des Praxiserfolgs erwünscht

Ein ideales Angebot für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die eine etablierte Praxis übernehmen und weiterführen möchten – mit besten Voraussetzungen für einen sicheren Start und nachhaltigen Praxiserfolg.

Kontaktaufnahme diskret und vertraulich erbeten.
drselesko@yahoo.de

**s o z i e t ä t
HGA**

Kompetenz im Zahnarztrecht

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

**Hartmannsgruber Gemke
Argyракis & Partner Rechtsanwälte**

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

www.med-recht.de

3 Wege zu Ihrer Kleinanzeige:



Format S:

B×H=85×45 mm
Preis: 180 Euro

Format M:

B×H=85×90 mm
Preis: 350 Euro

Format L:

B×H=175×45 mm
Preis: 340 Euro

Format XL:

B×H=175×90 mm
Preis: 670 Euro

Alle Preise sind
Nettopreise.

Kontakt: Stefan Thieme

Tel.: 0341 48474-224
bzb-kleinanzeigen@oemus-media.de

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

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

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

ANZEIGE



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



Impressum

Herausgeber:

Herausgebergesellschaft
des Bayerischen Zahnärzteblatts (BZB)

Gesellschafter:

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

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

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

Leitender Redakteur BLZK:

Christian Henßel (che)

Leitender Redakteur KZVB:

Leo Hofmeier (lh)

Chef vom Dienst:

Stefan Thieme (st)

Redaktion:

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

Anschrift der Redaktion:

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

BLZK:

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

KZVB:

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

Wissenschaftlicher Beirat:

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

Druck:

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

Verlag:

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

Vorstand:

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

Anzeigen:

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

Anzeigendisposition:

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

Es gelten die Preise der Mediadaten 2025.

Art Direction/Grafik:

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

Erscheinungsweise:

monatlich (Doppelnummern Januar/Februar
und Juli/August)

Druckauflage:

17.300 Exemplare

Bezugspreis:

Bestellungen an die Anschrift des Verlages.
Einzelheft: 12,50 Euro inkl. MwSt.
zzgl. Versandkosten,
Abonnement: 110,00 Euro inkl. MwSt.
zzgl. Versandkosten (Inland 13,80 Euro,
Ausland 27,10 Euro).

Mitglieder der BLZK und der KZVB erhalten
die Zeitschrift ohne gesonderte Berechnung.
Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag
abgegolten.

Adressänderungen:

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

Nutzungsrecht:

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

Montag, 17. November 2025

ISSN 1618-3584



Kassenzahnärztliche
Vereinigung Bayerns

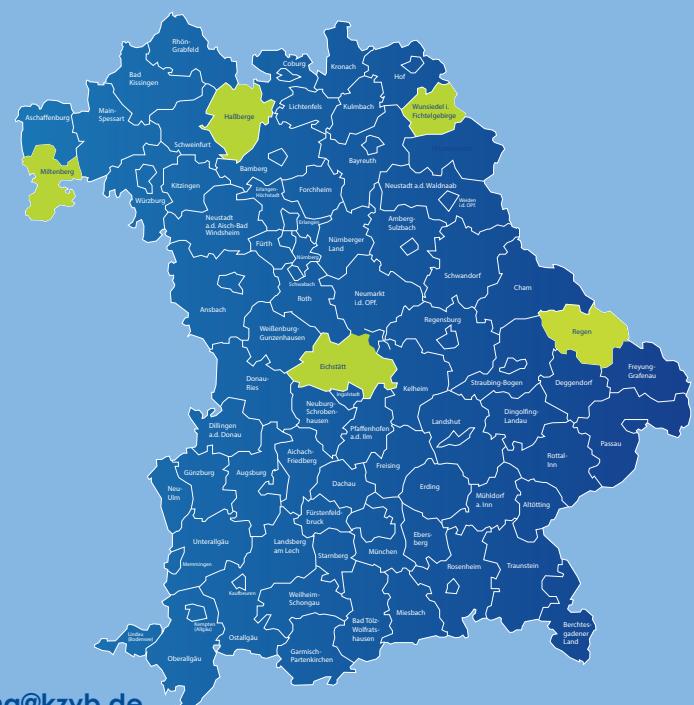


Land lohnt sich.

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

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

- Eichstätt
- Haßberge
- Miltenberg
- Regen
- Wunsiedel



Ihr Kontakt für Rückfragen:

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



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>