

Schwerpunktthema

Digitale Zahnheilkunde

Niederlassung muss attraktiv sein
BLZK-Vollversammlung stärkt
die Zukunft inhabergeführter Praxen

Zahnmedizin muss in der GKV bleiben
Vertreterversammlung der KZVB
warnt vor Leistungskürzungen

Sofortversorgungskonzepte
im digitalen Workflow
Fachbeitrag





Fakten statt Meinung

Lohnt sich der Umstieg aufs Factoring?

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

Kostenfrei
anfordern



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



Dr. Rüdiger Schott
Vorsitzender des Vorstands der KZVB

Menschlich bleiben

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Ja, ist denn schon wieder Weihnachten?“ Diese Frage stellt sich vermutlich jeder, wenn landauf landab die Christkindlmärkte eröffnen und die Lichterketten blinken. Viel zu schnell neigt sich das Jahr seinem Ende entgegen.

Für uns Zahnärzte ist das vierte Quartal vor allem mit viel Arbeit verbunden. Gefühlt braucht jeder zweite Patient noch seinen Stempel im Bonusheft, und der Zahnersatz soll bitte auch noch vor den Feiertagen fertig werden. Noch können wir das stemmen. Aber immer mehr Praxen sind gerade im ländlichen Raum am Limit. Annahmestopp – das ist in der Zahnmedizin ein neues Phänomen. Monatelange Wartezeiten kannten die Patienten bislang nur bei einigen Fachärzten. Aber der demografische Wandel und eine verfehlte Gesundheitspolitik machen sich nun auch bei uns bemerkbar. Die Bürokratiebelastung der Praxen hat ein Maß erreicht, das immer mehr junge Kolleginnen und Kollegen in die Anstellung treibt. Die Politik hat es versäumt, den Vormarsch internationaler Investoren in der zahnmedizinischen Versorgung rechtzeitig zu stoppen. Die in iMVZ tätigen Zahnärzte bräuchten wir dringend als Praxisgründer oder -übernehmer. Ich fürchte jedoch, dass es zu spät ist für ein MVZ-Regulierungsgesetz, das uns der damalige Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) bereits vor drei Jahren versprochen hat. Auch seine Nachfolgerin Nina Warken (CDU) scheint das Problem aussitzen zu wollen.

Wir brauchen also andere Lösungen, um eine Unterversorgung im ländlichen Raum zu verhindern. Im hausärztlichen Bereich hat man mit einer Landarztquote gute Erfahrungen gemacht. Studenten, die sich verpflichten, nach dem Examen in unterversorgten Regionen zu praktizieren, können damit den Numerus clausus umgehen. Wir sind derzeit in Gesprächen mit dem bayerischen Gesundheitsministerium, ob man dieses Modell auf die Zahnmedizin übertragen kann.

Generell glaube ich, dass die Herausforderungen, vor denen unser Gesundheitssystem steht, am besten von der Selbstverwaltung bewältigt werden können. Doch dafür brauchen wir mehr Handlungsspielraum und weniger Berliner Planwirtschaft.

Der aktuelle Vorstand der KZVB hat die erste Hälfte seiner Amtszeit hinter sich. Ich ziehe eine positive Bilanz. Es ist uns gelungen, bei allen großen Krankenkassen (AOK Bayern, vdek und BKK-Landesverband) Budgetüberschreitungen zu verhindern. Die Punktwerte sind in diesen drei Jahren um über zehn Prozent gestiegen, obwohl uns Lauterbach 2,25 Prozent „gestohlen“ hat.

Auf Bundesebene brauen sich aber dunkle Wolken zusammen. Die fachfremde Bundesgesundheitsministerin hat eine Kommission eingesetzt, die Vorschläge für die Sanierung der GKV-Finzen erarbeiten soll. „Denkverbote“ soll es keine geben. Allen Überlegungen, die Zahnmedizin ganz oder teilweise aus dem GKV-Leistungskatalog zu streichen, müssen wir entschieden entgegentreten. Das wäre das Ende des Sozialstaates, wie wir ihn kennen. Rechte und linke Extremisten wären die politischen Profiteure. Und vor allem: Es wäre zutiefst unmenschlich, wenn der Zugang zur zahnmedizinischen Grundversorgung vom Geldbeutel abhängt. Gerade vor Weihnachten sollte die Politik darüber nachdenken, ob sie englische oder amerikanische Verhältnisse in Deutschland will.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen ein frohes Weihnachtsfest, erholsame Feiertage und einen guten Rutsch ins Jahr 2026

Ihr



*Klare Botschaft vom „Tag der aufsuchenden Betreuung“:
Die Zahnärzte lassen ihre Patienten nicht im Stich – auch
dann nicht, wenn sie pflegebedürftig werden.*



*Prof Dr. Dr. Peter Proff übernahm als neuer Präsident
der DGZMK den Staffelstab von seinem Vorgänger
Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang.*



*Mit einer Plakation unterstützt die KZVB
die bayerische Gesundheitsministerin Judith Gerlach
beim Kampf gegen Hepatitis B.*

politik

- 6 **Niederlassung muss attraktiv sein**
BLZK-Vollversammlung stärkt die Zukunft inhabergeführter Praxen
- 9 **Fundament der zahnmedizinischen Versorgung**
VV der KZVB fordert gesetzliche Verankerung der Prävention
- 10 **Eine Frage der Ethik**
Tag der aufsuchenden Betreuung in der KZVB
- 12 **Aufsuchende Betreuung**
Ein Leitfaden
- 14 **Gemeinsam für mehr Lebensqualität in der Pflege**
BLZK-Spitze im Austausch mit der Pflegebevollmächtigten
der Bundesregierung, Katrin Staffler, MdB
- 17 **„Es geht um Startchancengerechtigkeit“**
Dr. Marion Teichmann beim runden Tisch der Süddeutschen Zeitung
- 18 **Deutschland braucht mehr Prävention**
Vertreterversammlung der KZBV fordert Neuausrichtung
der Gesundheitspolitik
- 20 **„Herausragender Experte und Idealbesetzung für die DGZMK“**
BLZK-Präsident Wohl gratuliert neuem DGZMK-Präsidenten
Prof. Dr. Dr. Peter Proff
- 21 **In gratiam et in memoriam Dr. Eberhard Siegle LL.M.**
Abschied von einem Streiter ohne Furcht und Tadel –
ein sehr persönlicher Nachruf
- 22 **Zahnmedizinischer Sachverstand**
Informationsveranstaltung für ehrenamtliche Richter
- 26 **Schon gegen Hepatitis B geimpft?**
KZVB unterstützt Kampf gegen Infektionskrankheit
- 27 **Nachrichten aus Brüssel**
- 28 **Journal**

praxis

- 29 **GOZ aktuell**
Digitale Zahnheilkunde
- 32 **Ohne Beweisführung kein Schadensersatz**
OLG Köln zur Beweislast des Patienten bei behauptetem Behandlungsfehler
- 33 **Bilder, die berühren**
Kunst belebt die Praxis
- 34 **ZFA-Aufstiegsfortbildungen als Sprungbrett**
Verleihung des Meisterpreises beim 66. Bayerischen Zahnärztetag

- 36 **Lohnt sich das?**
Vergütungsmodelle für angestellte Zahnärzte
- 39 **Regional, kostenlos und praxisnah**
KZVB-Fortbildungsprogramm 2026
- 40 **Ein Fortbildungspaket vom Feinsten**
LAGZ-Update zur Gruppenprophylaxe am Puls der Zeit
- 42 **Selektive oder nonselektive Exkavation?**
Spannende Fortbildung in der Zahnklinik der LMU
- 44 **Online-News der BLZK**
- 46 **Es muss nicht immer teurer sein**
Wichtige Hinweise zu Beitragsanpassungen
in der Berufshaftpflichtversicherung



Bereit zum Durchstarten – die besten Absolventinnen und Absolventen der ZFA-Aufstiegsfortbildungen wurden beim 66. Bayerischen Zahnärztetag mit dem Meisterpreis der Bayerischen Staatsregierung ausgezeichnet.

wissenschaft und fortbildung

- 48 **Sofortversorgungskonzepte im digitalen Workflow**
Risiko oder vorhersagbar planbar?
- 52 **Reise auf der Route 66**
Fortschritte der Zahnheilkunde in Bayern

markt und innovationen

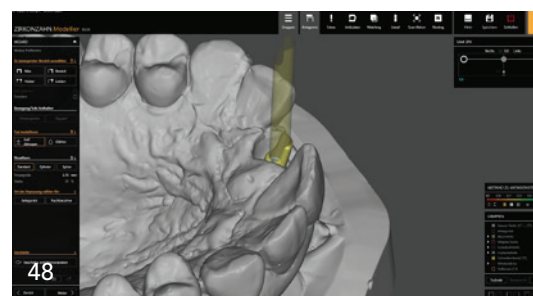
- 72 **Produktinformationen**

termine und amtliche mitteilungen

- 77 **eazf Fortbildungen**
- 79 **Unternehmensführung und Abrechnung für Zahnärztl/-innen**
- 80 **Niederlassungs- und Praxisabgabeseinare 2026**
- 81 **Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen
für Praxispersonal**
- 83 **Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen
2026/2027/2028**
- 84 **Nachrücken eines Ersatzdelegierten im Wahlbezirk Oberbayern
in das Amt des Delegierten zur Bayerischen Landeszahnärzte-
kammer/Kassenänderungen/ Geschäftsbericht 2024 der
Bayerischen Ärzteversorgung**
- 85 **Kleinanzeigen**
- 86 **Impressum**



Das Thema „Pulpaerhalt bei tief kariösen Läsionen“ stand im Vordergrund einer Fortbildung in der Zahnklinik der LMU.



Anhand eines Fallbeispiels erläutert Dr. Jörg-Martin Ruppin Möglichkeiten der Sofortversorgung im digitalen Workflow.

Die Herausgeber sind nicht für den Inhalt von Beilagen verantwortlich.

Das BZB 1-2/2026 mit dem Schwerpunktthema „Implantologie | Chirurgie“ erscheint am 17. Februar 2026.

Niederlassung muss attraktiv sein

BLZK-Vollversammlung stärkt die Zukunft inhabergeführter Praxen

Nicht nur Weihnachten steht vor der Tür, sondern auch das Kammerwahljahr 2026. Wer in der Vergangenheit erlebt hat, mit welchem Biss die zahnärztliche Standespolitik in solchen Zeiten Debatten führen kann, dürfte die ordentliche Vollversammlung der BLZK am 29. November mit Spannung erwartet haben. Doch Kammerpräsident Dr. Dr. Frank Wohl richtete einen klaren Appell an die Versammlung: „Nur wenn wir geschlossen auftreten, sind wir Zahnärzte stark!“ Mit nahezu einstimmigen Beschlüssen positionierten sich die Delegierten für attraktivere Niederlassungsbedingungen.

Vor dem Einstieg in die Tagesordnung standen stille Momente. Zwar gedenken die Delegierten in jedem Jahr zunächst der Verstorbenen, doch diesmal verabschiedeten sie sich von fünf herausragenden Standespolitikern: dem Protagonisten der zahnärztlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung in Bayern, Dr. Otto Spanner, dem ehemaligen BLZK-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Sommerer, dem ehemaligen KZVB-Versammlungsleiter Dr. Gunther Lichtblau, dem um das zahnärztliche Berufsrecht verdienten Dr. Eberhard Siegle LL.M. (siehe Nachruf auf Seite 21 in dieser Ausgabe) und dem drei Tage vor der Vollversammlung verstorbenen ehemaligen LAGZ-Geschäftsführer Dr. Markus Achenbach (Nachruf folgt im BZB Januar/Februar 2026).

Praxen in toxischem Dreieck

Dr. Dr. Frank Wohl resümierte im Bericht des Präsidenten, was für ein politischer Stresstest das vergangene Jahr für die Zahnärzteschaft gewesen sei: Ende der Ampel, vorgezogene Neuwahlen, ein neuer Koalitionsvertrag und ein Wechsel im Bundesgesundheitsministerium. Er identifizierte drei strukturelle Herausforderungen, die weiterhin die wirtschaftliche Realität der Zahnarztpraxen prägen: eine überbordende Bürokratie, ein seit 38 Jahren eingefrorener GOZ-Punktwert und ein akuter Fachkräftemangel. „Diese drei Faktoren wirken wie ein toxisches Dreieck: Die überbordende Bürokratie bedeutet mehr Personalbedarf, der Fachkräftemangel erhöht die Lohnkosten, der

eingefrorene Punktwert beschränkt die Finanzierung – und am Ende verlieren unsere Praxen ihre wirtschaftliche Tragfähigkeit. Wer dieses Dreieck ignoriert, riskiert Versorgungslücken!“

Der verlassene Behandlungsstuhl

Ergebnis dieser Entwicklung seien Anrufe und E-Mails von Bürgermeistern kleinerer Gemeinden bei der BLZK – immer mit dem gleichen Problem: Die letzte Zahnarztpraxis vor Ort schließe ihre Türen. „Der verlassene Behandlungsstuhl wird zum Sinnbild für eine entstehende Versorgungslücke“, veranschaulichte Wohl. „Was für Praxisabgeber einst eine Säule der Altersvorsorge war, bricht plötzlich zusammen. Mitarbeiter verlieren ihren Arbeitsplatz



BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl will „das toxische Dreieck zwischen Fachkräftemangel, Bürokratie und eingefrorenem Punktwert sprengen“.



Dr. Barbara Mattner, BLZK-Vizepräsidentin und LAGZ-Vorsitzende: „Wir wollen das öffentliche Bewusstsein für Erfolge zahnärztlicher Prävention schärfen!“



Dr. Brunhilde Drew, Referentin Zahnärztliches Personal mit dem Schwerpunkt Ausbildung, präsentierte aktuelle Maßnahmen der BLZK zur Fachkräftegewinnung für die Zahnarztpraxen.

vor Ort, Patienten ihren vertrauten Zahnarzt – und mit ihm das Gefühl, sich auch abseits der großen Städte auf die Gesundheitsversorgung verlassen zu können.“

Dr. Dr. Wohl verwies auf Angebote für Praxisabgeber und mögliche Nachfolger: Seminare, individuelle kostenlose Beratung durch das ZEP Zentrum für Existenzgründer und Praxisberatung der BLZK oder die Praxisbörse auf der Website blzk.de. Letztlich aber komme es darauf an, dass die Rahmenbedingungen eine Niederlassung wieder attraktiv machen. „Genau deshalb ist unsere Arbeit am Puls der politischen Entscheidungsträger heute wichtiger denn je.“

Inhabergeführte Praxen auf dem Land erhalten!

Die Delegierten verabschiedeten einstimmig einen Antrag mit dem Titel „Inhabergeführte Zahnarztpraxen im ländlichen Raum erhalten und Attraktivität der Niederlassung stärken“. Darin stellte die Versammlung fest, die zahnärztliche Versorgung in ländlichen Regionen sei zunehmend gefährdet. Um diesem Trend entgegenzuwirken, forderte sie die politischen Entscheidungsträger auf Bundes- und Landesebene auf, freiberuflich geführte Praxen durch faire Vergütungssysteme zu sichern, Bürokratie abzubauen und die Neugründung investorengestützter Zahnmedizinischer Versorgungszentren zu verbieten.

Niederlassung fördern – aber richtig

Mit einem weiteren Beschluss forderte die Vollversammlung die Bayerische Staatsregierung auf, die Zahnärzteschaft in Förderprogramme des Freistaates einzubeziehen, die auf mehr Niederlassungen im ländlichen Raum abzielen. Bislang gelten diese Programme nur für Haus- und Fachärzte, etwa die Landarztprämie in Höhe von bis zu 60.000 Euro, die Unterstützung kommunaler Maßnahmen zum Erhalt der Versorgung im ländlichen Raum sowie spezielle Stipendien. Eine Landarztquote bewerteten die Delegierten nur eingeschränkt als geeignetes Instrument – „unter der Voraussetzung, dass keine unangemessene („knebelnde“) Benachteiligung



Von Aktivrente über Fachkräftegewinnung bis GOZ: Nahezu einstimmig fassten die Delegierten zukunftsweisende Beschlüsse.

gung der Bewerber entsteht, dass sie unbürokratisch umgesetzt wird und hierfür auch zusätzliche Studienplätze eingerichtet werden“.

Fachkräfte gewinnen

Wie die Vollversammlung weiter feststellte, sei die Niederlassung insbesondere im ländlichen Raum für viele Zahnärztinnen und Zahnärzte nur dann eine Option, wenn ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung stehe. Die Delegierten forderten die politischen Entscheidungsträger auf Landesebene und in den Kommunen auf, die Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern. Als effektiv und richtungsweisend begrüßte die Versammlung die aktuellen Maßnahmen insbesondere

des Referates Zahnärztliches Personal zur Gewinnung von Fachkräften. Hierzu zählen die Teilnahme an Berufsbildungsmessen, der Instagram-Kanal #missionzfa und die neuen Quereinsteigerseminare.

Aktivrente auch für Zahnärzte

Weiter votierte die Vollversammlung geschlossen für die Gleichbehandlung von Angestellten und Selbstständigen bei der geplanten Aktivrente. „Dieser steuerliche Freibetrag in Höhe von 24.000 Euro pro Jahr als Anreiz für Arbeiten im Ruhestandesalter muss insbesondere auch für Angehörige medizinischer Mangelberufe gelten, zumal sich der Versorgungsengpass in weiten Teilen Bayerns zuspitzt“, so der Beschluss im Wortlaut. Dr. Dr. Wohl zeigte sich verärgert über die Antwort



Dr. Thomas Sommerer und Dr. Eberhard Siegle LL.M. gehörten bis zu ihrem Tod der Vollversammlung der BLZK an. Zum Andenken würdigten die Delegierten ihre verstorbenen Kollegen in Kondolenzbüchern.

der Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage, warum die Aktivrente Selbstständigen vorenthalten werde. In der Begründung hieß es, bei Selbstständigen sei der Anteil derer, die im Rentenalter weiterarbeiten, bereits sehr hoch. „Das ist leistungsfeindlich, diskriminierend und mutet geradezu zynisch an“, tadelte der Kammerpräsident.

GOZ-Punktwert muss Kosten abbilden

Einen kritischen Blick richtete Dr. Dr. Wohl auf den Entwurf einer Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von Bundesärztekammer und PKV-Verband: „Dieses Konzept ignoriert die zentrale Frage jeder ärztlich freiberuflichen Honorarsystematik: Wie bildet man Aufwand, Zeit, Inflation und Komplexität realistisch ab?“ Entsprechend bekräftigte die Versammlung ihre Haltung für eine faire Honorierung zahnärztlicher Leistungen durch die GOZ. Der Entwurf der neuen GOÄ könne dabei kein Vorbild sein. „Der Punktwert muss die realen Kostenentwicklungen abbilden, Steigerungsfaktoren dem individuellen Behandlungsbedarf eines Patienten Rechnung tragen.“ Der Kammerpräsident warnte: „Die Politik haben wir hier nicht auf unserer Seite, denn eine Anpassung des GOZ-Punktwertes hätte über die Beihilfe unmittelbare Haushaltswirkung.“ Wo die Politik blockiere, stärke der GOZ-Senat der BLZK die Praxen durch digitale Informationsplattformen mit den von Dr. Alexander Hartmann erstellten Kalkulationstabellen und durch die GOZ-Roadshow.

Dr. Dr. Wohl: „Weniger Bürokratie, mehr Medizin“

„Was die Politik aber nichts kosten würde, wäre konsequenter Bürokratieabbau“, konstatierte der Kammerpräsident. „Rund ein Viertel unserer Behandlungszeit geht für Bürokratie verloren. Das bedeutet: weniger Zeit für Patienten, mehr Frust im Team und höhere Kosten für jede Praxis.“ Aber er werde nicht locker lassen. „Unsere Botschaft ist unmissverständlich: Wir wollen weniger Bürokratie, weil wir mehr Medizin wollen.“ Bürokratieabbau war auch Eckpunkt eines Beschlusses der Versammlung für Krisenfestigkeit: „Ein

resilientes Gesundheitswesen muss effizient sein.“ Jede unnötige administrative Belastung schwäche die Fähigkeit der Praxen, flexibel und schnell auf neue Herausforderungen zu reagieren, so die Begründung. Da die Zahnmedizin einen wesentlichen Beitrag zur allgemeinen Gesundheit leiste, müssten Praxen auch in Ausnahmezuständen handlungsfähig bleiben. Die elektronische Patientenakte dürfe ebenfalls nicht länger zu zusätzlichem Mehraufwand ohne spürbaren Nutzen für Praxen führen. Mit Blick auf die Krisenfestigkeit rief die Vollversammlung auch die EU und nationale Entscheidungsträger auf, sicherzustellen, dass Ethanol weiterhin als Desinfektionsmittel und in der pharmazeutischen Industrie verfügbar bleibt.

Dr. Mattner: Prophylaxe hat Vorbildcharakter

Mit einer Resolution bekräftigte die Vollversammlung, sich klar für die Stärkung der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen einzusetzen, denn: „Die zahnmedizinische Prophylaxe zeigt beispielhaft, wie gut Eigenverantwortung, Prävention und professionelle Versorgung ineinandergreifen. Sie entlastet das Gesundheitswesen, verbessert die Mundgesundheit in allen Bevölkerungsschichten und sollte daher als erfolgreiches Präventionsmodell für andere Bereiche der medizinischen Versorgung dienen.“

Prävention ist auch ein Schwerpunktthema der BLZK-Vizepräsidentin und LAGZ-Vorsitzenden Dr. Barbara Mattner. In ihrem Bericht blickte sie zurück auf die Beteiligung am Masterplan Prävention auf Einladung des bayerischen Gesundheitsministeriums: „Wichtig ist die Stärkung des politischen und öffentlichen Bewusstseins für die Anstrengungen und Erfolge zahnärztlicher Bemühungen. Und das bezieht sich nicht nur auf Kinder und Jugendliche, sondern dieser Masterplan hat insbesondere auch die ambulante Pflege im Fokus. Diese ist in der Bayerischen Landes-zahnärztekammer auch mit unserem engagierten Pflegebeauftragten Dr. Frank Hummel sehr gut aufgestellt.“ Die Vollversammlung verabschiedete einstimmig einen Antrag mit dem Ziel, die zahnmedizinische Prävention im Pflegekontext zu stärken und strukturell zu verankern.

Klare Messlatte für die Standespolitik

Die Opposition thematisierte die rechtliche Auseinandersetzung um die Delegiertenwahl beim ZBV München. Der Justiziar der BLZK erläuterte transparent und nachvollziehbar, aufgrund welcher Fristen der Rechtsweg noch nicht abgeschlossen sei.

Alles in allem war die Vollversammlung eine konstruktive Arbeitssitzung, bei der sich der Kampfgeist nicht gegeneinander richtete. Vielmehr wappnete dieses oberste Gremium mit seinen Beschlüssen die Kammer für das Ringen mit der Politik um bessere Bedingungen für die Praxen. Dr. Dr. Wohl bekräftigte, wie wichtig es sei, auch innerhalb der Vollversammlung über Verbandsgrenzen hinweg konstruktiv zu arbeiten. „Die Messlatte für Standespolitik muss lauten: Wer arbeitet zum Wohl der Zahnärzte, der Praxisteam und unserer Patienten?“ Mit Blick auf die bevorstehenden Kammerwahlen regten mehrere standespolitische Gruppierungen sogar an, ein Abkommen für einen fairen Wahlkampf zu schließen.

Julika Sandt
Leiterin der Stabsstelle Politik der BLZK



GIERL TRITT NACHFOLGE VON DR. SIEGLE AN

Neuer Vorsitzender der Dr. Fritz Linnert-Gedächtnis-Stiftung sowie des Hilfsfonds und der Unterstützungskasse der BLZK ist Florian Gierl aus Bad Reichenhall. Die Delegierten wählten ihn einstimmig zum Nachfolger des verstorbenen Dr. Eberhard Siegle LL.M. Die Sozialeinrichtungen der BLZK unterstützen bedürftige bayerische Zahnärzte sowie deren Angehörige und Hinterbliebene.



Die Vertreterversammlung der KZVB sprach sich einstimmig dafür aus, dass die Zahnmedizin Bestandteil des GKV-Leistungskataloges bleibt.

Fundament der zahnmedizinischen Versorgung

VV der KZVB fordert gesetzliche Verankerung der Prävention

Für die KZVB ist klar: Ohne mehr Prävention wird das deutsche Gesundheitswesen auf Dauer nicht finanzierbar bleiben. Die Vertreterversammlung (VV) der KZVB, die Ende November stattfand, forderte in mehreren Anträgen bessere Rahmenbedingungen für die präventionsorientierte Zahnmedizin.

Dass Prävention Kosten spart, zeigt aus Sicht der KZVB der Rückgang des Anteiles der Zahnmedizin an den Gesamtausgaben der Krankenkassen. 2024 lag er bei nur noch 5,6 Prozent. Umso unverständlicher sei es, dass der zahnärztliche Bereich 2022 durch das GKV-FinStG mit einer strikten Budgetierung belastet wurde. Dies habe 2023 und 2024 zu massiven Einbrüchen bei neuen Parodontitisbehandlungen und damit zu einem Rückschlag im Kampf gegen eine Volkskrankheit geführt. Denn Parodontitis verursache nicht nur Zahnverlust. Sie sei oft mit schweren Allgemeinerkrankungen verknüpft. Frühzeitige Prävention sei daher essenziell. Die präventionsorientierte Parodontistherapie müsse deshalb gesetzlich als Früherkennungs- und Vorsorgeleistung verankert und vollständig vergütet werden. Zudem müsse die Zahnmedizin insgesamt als Teil der Daseinsvorsorge Bestandteil des GKV-Leistungskataloges bleiben. Mit ihren Präventionserfolgen könne die Zahnmedizin auch Vorbild für andere Medizinbereiche sein. Die von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) einberufene „FinanzKommission Gesundheit“ dürfe weder durch Kostendämpfungsmaßnahmen, Ausgliederungen aus dem GKV-Leistungskatalog, Eingriffe in den Sicherstellungsauftrag der zahnärztlichen Selbstverwaltung oder andere Maßnah-

men einschränkend in die vertragszahnärztliche Versorgung eingreifen.

Um die flächendeckende Versorgung aufrechtzuerhalten, sprach sich die VV für die Einführung einer Landzahnarztquote nach dem Vorbild der Landarztquote aus.

Der VV-Vorsitzende Dr. Jürgen Welsch betonte in der VV die Bedeutung eines funktionierenden Gesundheitswesens für den Zusammenhalt der Gesellschaft. Hier

zeige sich besonders deutlich, ob Politik am Gemeinwohl orientiert sei oder ob Partikularinteressen überwiegen.

Der KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott ging in seinem Tätigkeitsbericht auf die Resilienz des Gesundheitswesens ein. Deutschland stehe vor neuen sicherheitspolitischen Herausforderungen. Darauf müssten sich auch Medizin und Zahnmedizin einstellen. Die KZVB habe in Absprache mit dem bayerischen Gesundheitsministerium Zivilschutz Zahnärzte als regionale Ansprechpartner für den Katastrophenschutz benannt.

Die stellvertretende Vorsitzende des Vorstands Dr. Marion Teichmann berichtete der VV über einen runden Tisch der Süddeutschen Zeitung, an dem sie als Vertreterin der Zahnärzte teilgenommen hat (siehe Seite 17). Auch dort habe die Prävention im Vordergrund gestanden.

Dr. Jens Kober, der innerhalb des Vorstands der KZVB für die Abrechnung zuständig ist, erläuterte, wie die Befüllung der ePA vergütet wird. Keinesfalls sollten die Zahnärzte dieses Geld „verschenken“. Schließlich sei die ePA mit erheblichem Aufwand für die Praxen verbunden.

Leo Hofmeier



Dr. Norbert Rinner (rechts) legte sein VV-Mandat nieder, weil er Ende des Jahres seine Tätigkeit als Vertragszahnarzt beendet. Dr. Rüdiger Schott dankte ihm für seine jahrzehntelange ehrenamtliche Tätigkeit.

Eine Frage der Ethik

Tag der aufsuchenden Betreuung in der KZVB

„Die Zahnärzte lassen ihre Patienten nicht im Stich – auch dann nicht, wenn sie pflegebedürftig werden“ – das ist die klare Botschaft, die vom „Tag der aufsuchenden Betreuung“ Anfang November im Zahnärztehaus München ausging.

Eingeladen hatten die Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Mundgesundheit in der Pflege (LAGP) und die KZVB. Rund 120 Zahnärzte nahmen teil und vertieften ihr Wissen rund um die Versorgung von Pflegebedürftigen. Der Vorsitzende der LAGP Christian Berger hat ambitionierte Ziele. „Bis 2030 soll jedes Heim in Bayern mit einem Kooperationsvertrag versorgt werden“, erklärte er in seinem Grußwort.

Dr. Jens Kober, Mitglied des Vorstands der KZVB, zeigte sich beeindruckt vom großen Interesse an der Fortbildung. Er betonte: „Wir wollen Menschen helfen. Das tun wir einerseits durch Prävention und Prophylaxe. Dass wir damit erfolgreich sind, beweist eindrucksvoll die sechste deutsche Mundgesundheitsstudie. Wir helfen aber auch dann, wenn trotz guter Mundhygiene Krankheiten entstehen. Und gerade im Alter ist das oft unvermeidbar. Der menschliche Körper ist in der Regel nicht auf eine Lebensdauer von mehr als 80 Jahren ausgelegt. Das gilt

auch für das Zahnfleisch und die Zähne. Zugleich wissen wir heute, wie eng der Zusammenhang zwischen der Mund- und der Allgemeingesundheit ist. Ganz abgesehen davon, dass schöne Zähne und der Erhalt der Kaufunktion ganz erheblich zur Lebensqualität beitragen.“

Auf rechtliche und wirtschaftliche Aspekte der aufsuchenden Betreuung ging Maximilian Schwarz, Leiter des KZVB-Geschäftsbereiches Rechtsangelegenheiten und Gerichtsverfahren, ein. Er berichtete, dass aktuell nur knapp die Hälfte der Pflegeheime in Bayern regelmäßig zahnmedizinisch betreut werde. Dabei würden alle Beteiligten von einem Kooperationsvertrag profitieren: die Patienten, das Pflegepersonal, die Zahnärzte und die Krankenkassen.

Das sah Adrian Pascher, Bereichsleiter Prozesse und Innovation Pflege bei der AOK Bayern, ähnlich. Der demografische Wandel stelle Deutschland vor enorme Herausforderungen. Schon heute gebe

es rund 5,6 Millionen Pflegebedürftige. Deren Zahl könne sich bis 2060 verdoppeln. Die Pflegeversicherung müsse deshalb langfristig stabil, generationengerecht und demografiefest aufgestellt werden. Die aufsuchende Betreuung durch Zahnärzte leiste einen wichtigen Beitrag für mehr Lebensqualität im Alter. Sie erspare den Patienten in vielen Fällen den Transport in eine Praxis und entlaste somit auch die GKV-Finanzen.

Besonders interessant waren für die Teilnehmer die Erfahrungsberichte von Praktikern. Ernst Binner, Dr. Frank Hummel, Dr. Axel Kern und Dr. Cornelius Haffner schilderten unter dem Motto „So machen wir's“, wie sie die aufsuchende Betreuung durchführen. Sie waren sich einig, dass die aufsuchende Betreuung vor allem eines erfordert: eine gute Vorbereitung und Organisation der Abläufe. Nur dann lohnt sich das Engagement auch wirtschaftlich. Deutlich wurde auch, dass es bei Art und Umfang der Behandlungen große Unterschiede gibt.



Abb. 1: Dr. Jens Kober dankte in seinem Grußwort den Zahnärzten, die bereits einen Kooperationsvertrag abgeschlossen haben. Es sei aber noch Luft nach oben. – **Abb. 2:** Maximilian Schwarz ging auf die rechtlichen und wirtschaftlichen Aspekte beim Kooperationsvertrag ein.



Abb. 3: „So machen wir’s“ lautete das Motto einer Podiumsdiskussion an der (v.l.) Ernst Binner, Dr. Frank Hummel, Dr. Axel Kern und Dr. Cornelius Haffner teilnahmen. Moderiert wurde die Diskussion von Leo Hofmeier (Mitte). – **Abb. 4:** Ernst Binner zeigte den Teilnehmern seine „rollende Praxis“, mit der er die Bewohner mehrerer Pflegeheime versorgt. – **Abb. 5:** Laut Adrian Pascher, AOK Bayern, könnte sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2060 nahezu verdoppeln. – **Abb. 6:** Prof. Dr. Christoph Benz, KZVB-Referent für Patienten, wünscht sich, dass alle Heime in Bayern regelmäßig zahnmedizinisch versorgt werden. – **Abb. 7:** Die ehemalige bayerische Gesundheitsministerin Melanie Huml (links) und VdK-Präsidentin Verena Bentele dankten den bayerischen Zahnärzten für ihr Engagement für Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung.

Dr. Axel Kern geht mit seinem Praxisteam seit über 30 Jahren in Pflegeheime und hat seine Ausstattung immer weiter professionalisiert. In einem großen Pkw hat er von der mobilen Behandlungseinheit bis zur Lupenbrille alles dabei. Wichtig: Ein Parkplatz direkt vor dem Pflegeheim, denn die Kisten und Koffer haben ein ordentliches Gewicht.

Einen anderen Weg geht Ernst Binner. Er besucht im Landkreis Straubing-Bogen regelmäßig mehrere Pflegeheime mit einem umgerüsteten Rettungswagen, in dem er das gesamte Behandlungsspektrum unter den gleichen hygienischen Bedingungen wie in einer Zahnarztpraxis anbieten kann. Die Münchner Zahnärzte Dr. Frank Hummel und Dr. Cornelius Haffner setzen dagegen auf eine Kombination von aufsuchender Betreuung und Behandlung in

Praxen. Wie auch immer man die aufsuchende Betreuung organisiert: Die Pflegebedürftigen profitieren enorm von den regelmäßigen Kontrolluntersuchungen. Auch das Personal in den Heimen ist dankbar für die entsprechenden Schulungen.

Wie man Wissen digital weitergeben kann, erläuterte Dr. Elmar Ludwig. Er hat das Projekt mund-pflege.net initiiert. Auf dieser Website findet man laienverständliche Informationen zur Verbesserung der Mundgesundheit von Pflegebedürftigen. Auf die aktuellen Expertenstandards bei der aufsuchenden Betreuung ging Prof. Dr. Annett Horn von der Fachhochschule Münster ein. Ein flammendes Plädoyer für mehr aufsuchende Betreuung hielt Prof. Dr. Christoph Benz, Referent der KZVB für Patienten. Dabei gehe es auch um Fragen der Ethik in der letzten Lebensphase.

Lob und Anerkennung für den ersten „Tag der aufsuchenden Betreuung“ gab es auch in Videobotschaften von Melanie Huml und Verena Bentele. Huml betonte, dass die aufsuchende Betreuung während ihrer Amtszeit als bayerische Gesundheitsministerin in den Bema aufgenommen wurde. Bentele forderte als Präsidentin des Sozialverbands VdK, dass alle Menschen in Bayern Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung haben müssten – auch Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung.

Leo Hofmeier

KONTAKT

LAGP Bayern e.V.
office@lagp-bayern.de
www.lagp-bayern.de

Aufsuchende Betreuung

Ein Leitfaden

Die zahnmedizinische Versorgung vulnerabler Patientengruppen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Für Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, eine Zahnarztpraxis aufzusuchen, ermöglicht die aufsuchende Betreuung zumindest eine zahnmedizinische Grundversorgung. Vertragszahnärzte können für die aufsuchende Betreuung von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen sogenannte Kooperationsverträge abschließen.

Zielgruppen der aufsuchenden Betreuung

Die aufsuchende Betreuung richtet sich an gesetzlich Versicherte, die aufgrund ihres gesundheitlichen oder sozialen Status besondere Unterstützung benötigen. Dazu zählen:

Pflegebedürftige mit Pflegegrad: Versicherte, denen ein Pflegegrad zuerkannt wurde und die entweder in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in ihrem häuslichen Umfeld leben.

Menschen mit Anspruch auf Eingliederungshilfe: Versicherte, die in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe untergebracht sind oder entsprechende Leistungen erhalten.

An das häusliche Umfeld gebundene Versicherte: Patientinnen und Patienten, die aus medizinischen Gründen ihre Wohnung oder Pflegeeinrichtung nicht verlassen können.

Diese Gruppen haben Anspruch auf eine aufsuchende zahnärztliche Betreuung, um eine adäquate Mundgesundheit trotz eingeschränkter Mobilität zu gewährleisten.

Kooperationsvertrag: Ja oder Nein?

Ein Kooperationsvertrag ist nicht notwendig, um vertragszahnärztliche Leistungen in Pflegeheimen zu erbringen. Er bringt aber Vorteile mit sich.

Innerhalb eines Kooperationsvertrages: Zahnärztinnen und Zahnärzte können mit stationären Pflegeeinrichtungen

einen schriftlichen Kooperationsvertrag gemäß § 119b SGB V abschließen. Dieser regelt die regelmäßige zahnärztliche Betreuung der Bewohner und strukturiert die Zusammenarbeit zwischen Praxis und Einrichtung.

Außerhalb eines Kooperationsvertrages: Auch ohne Kooperationsvertrag können aufsuchende Leistungen erbracht werden, etwa bei Patientinnen und Patienten im häuslichen Umfeld oder in Einrichtungen, mit denen kein Vertrag besteht. Hier erfolgt die Abrechnung über die entsprechenden Bema-Positionen für aufsuchende Betreuung.

Eigener Leistungskatalog

Für diese Versichertengruppe sehen Gesetz, Richtlinien und Bema spezielle präventive zahnärztliche Leistungen vor, die auch im Wege der aufsuchenden Betreuung, also direkt im häuslichen Umfeld des Patienten (z. B. im Pflegeheim, in Wohngruppen oder zu Hause) erbracht werden können.

Dazu gehören insbesondere die Erhebung des individuellen Mundgesundheitsstatus und die Erstellung eines dazugehörigen individuellen Mundgesundheitsplanes, die Mundgesundheitsaufklärung sowie die Entfernung harter Zahnbeläge (Zahnstein).

Die Leistungen dürfen je Kalenderhalbjahr einmal erbracht werden, unabhängig davon, ob der Patient in der Praxis behandelt oder in seiner gewohnten Umgebung versorgt wird. Das zugehörige Formular (Vordruck 10 der Anlage 14a zum BMV-Z) ist vorgegeben und muss der Behandlungsdokumentation beigelegt werden.

Vorbehaltlich der Indikation sind folgende Bema-Positionen ansetzbar:

174a (Mundgesundheitsstatus und individueller Plan)

174b (Aufklärung)

107a (Entfernen harter Beläge)

TIPP:

Darüber hinaus können unter Berücksichtigung der allgemein hierfür gegebenen Regeln grundsätzlich auch mit dieser Patientengruppe Privatvereinbarungen über weitergehende Leistungen getroffen werden. So ist beispielsweise auch neben der Leistung nach Bema-Nr. 107a eine Vereinbarung über eine PZR nach GOZ 1040 möglich, wenn die Voraussetzungen (getrennte Verrichtung, Berücksichtigung des Nichtmehrvorhandenseins harter Beläge beim Steigerungsfaktor etc.) erfüllt sind.

Auch die bei dieser Versichertengruppe gehäuft erforderlichen intra- und interdisziplinären Konsile werden gesondert vergütet: Mit den Positionen 181a/b und 182a/b können konsiliarische Erörterungen vor Ort oder per Telekonsil abgerechnet werden.

Außerdem stehen Pauschalen für weitere telemedizinische Leistungen zur Verfügung: Bema-Nrn. „VS“ (Videosprechstunde) und „VFKa/b“ (Videofallkonferenz). Als Zuschlag für den technischen Aufwand bei Video-Leistungen kommt einmal pro Fall ein Technikzuschlag, Bema-Nr. „TZ“, hinzu.

Schließlich sind für verschiedene Besuchsleistungen Zuschläge und Wegegeelder in Ansatz zu bringen (siehe Übersicht).

Abschluss eines Kooperationsvertrages

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind gesetzlich verpflichtet(!), mit Vertragszahnärzten Kooperationsverträge abzuschließen. Hierzu wurde auf Bundesebene eine entsprechende Rahmenvereinbarung geschlossen (Anlage 12 zum Bundesmantelvertrag-Zahnärzte).

Zusätzlich können individuelle Vereinbarungen im Kooperationsvertrag getroffen werden, beispielsweise für die Verwahrung relevanter Unterlagen, den Besuchsturnus, eine Rufbereitschaft oder die Laufzeit/Kündigungsmöglichkeit des Vertrages.

Jeden Kooperationsvertrag mit einer stationären Pflegeeinrichtung müssen Zahnärzte gegenüber der KZVB anzeigen. Das gilt auch bei einer Veränderung oder einer Beendigung eines Kooperationsvertrages gem. § 119b SGB V. Die KZVB prüft den Vertrag und vergibt eine Vertragsnummer, die bei der Abrechnung angegeben werden muss.

Wichtig: Auch im Rahmen von Kooperationsverträgen bleibt das Recht des Versicherten auf freie Zahnarztwahl unberührt. Das heißt, Bewohner einer Einrichtung können weiterhin selbst entscheiden, welchen Zahnarzt sie konsultieren. Der Kooperationsvertrag regelt lediglich die

Zusammenarbeit zwischen Einrichtung und dem Kooperationszahnarzt, ohne den Patienten zu binden. Manche Einrichtungen schließen daher Kooperationsverträge mit mehreren Zahnärzten – umgekehrt geht dies natürlich ebenfalls.

Maximilian Schwarz
Leiter des Geschäftsbereiches Rechtsangelegenheiten und Gerichtsverfahren

TIPP:

Weitere Informationen hierzu sowie Musterverträge und Formulare finden Vertragszahnärzte auf kzvb.de.

ÜBERSICHT: BEMA-LEISTUNGEN BEI AUFSUCHENDER BETREUUNG

1) Ohne Kooperationsvertrag – Einzelbesuch Primärleistung: 151 (Bs1) Zuschlag Pflegegrad/ Eingliederungshilfe: 171a (PBA1a) Zeitbezogene Zuschläge: 161a-f (ZBs1a-f) – Zuschläge zu Besuchen nach 151/154 Sonderziffern: 181a/b (Ksl, konsiliarische Erörterung); 165 (ZKi, bis voll. 4. Lebensjahr) Weg-/Reisekosten: 7810, 7811, 7820, 7821, 7830, 7831, 7840, 7841, 7928, 7929, 7930	4) Ohne Kooperationsvertrag – regelmäßige Tätigkeit (Einzelbesuch) Primärleistung: 153a (Bs3a) Zuschlag Pflegegrad/ Eingliederungshilfe: 173a (ZB3sa) – zu 153a — (keine 161/162) Zeitbezogene Zuschläge: 181a/b (Ksl); 165 (ZKi) Sonderziffern: Weg-/Reisekosten: s o.
2) Ohne Kooperationsvertrag – Mehrfachbesuch (weitere Vers. in häuslicher Gemeinschaft) Primärleistung: 152a (Bs2a) Zuschlag Pflegegrad/ Eingliederungshilfe: 171b (PBA1b) – im Zshg. mit 171a Zeitbezogene Zuschläge: 162a-f (ZBs2a-f) – Zuschläge zu Besuchen nach 152a/152b/155 Sonderziffern: 181a/b (Ksl); 165 (ZKi) Weg-/Reisekosten: s o.	5) Ohne Kooperationsvertrag – regelmäßige Tätigkeit (Mehrfachbesuch) Primärleistung: 153b (Bs3b) Zuschlag Pflegegrad/ Eingliederungshilfe: 173b (ZB3sb) – zu 153b — (keine 161/162) Zeitbezogene Zuschläge: 181a/b (Ksl); 165 (ZKi) Sonderziffern: Weg-/Reisekosten: s o.
3) Ohne Kooperationsvertrag – Mehrfachbesuch (stationäre Einrichtung) Primärleistung: 152b (Bs2b) Zuschlag Pflegegrad/ Eingliederungshilfe: 171b (PBA1b) – im Zshg. mit 171a Zeitbezogene Zuschläge: 162a-f (ZBs2a-f) Sonderziffern: 181a/b (Ksl); 165 (ZKi) Weg-/Reisekosten: s o.	6) Mit Kooperationsvertrag – Einzelbesuch Primärleistung: 154 (Bs4) Zuschlag Pflegegrad/ Eingliederungshilfe: 172a (SP1a) – im Kooperationsvertrag Zeitbezogene Zuschläge: 161a-f (ZBs1a-f) – Zuschläge zu Besuchen nach 151/154 Sonderziffern: 182a/b (Ksl im Kooperationsvertrag); 165 (ZKi) Weg-/Reisekosten: s o. 7) Mit Kooperationsvertrag – Mehrfachbesuch Primärleistung: 155 (Bs5) Zuschlag Pflegegrad/ Eingliederungshilfe: 172b (SP1b) – im Kooperationsvertrag Zeitbezogene Zuschläge: 162a-f (ZBs2a-f) – Zuschläge zu Besuchen nach 152a/152b/155 Sonderziffern: 182a/b (Ksl); 165 (ZKi) Weg-/Reisekosten: s o.

Gemeinsam für mehr Lebensqualität in der Pflege

BLZK-Spitze im Austausch mit der Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, Katrin Staffler, MdB

Die zahnmedizinische Betreuung Pflegebedürftiger ist eine Herkulesaufgabe. Die Bayerische Landeszahnärztekammer packt sie mit voller Kraft an – in diesem Herbst nicht nur mit dem Pflageetag der BLZK. Kammerpräsident Dr. Dr. Frank Wohl, Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner und der Pflegebeauftragte der BLZK, Dr. Frank Hummel, luden die Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Katrin Staffler, MdB, zum Austausch ins Haus der Bayerischen Zahnärzte ein. Die Gesprächsrunde drehte sich um die Fragen: Warum braucht die Mundhygiene einen festen Platz im Pflegealltag? Und wie kann die Bundesregierung dieses Ziel unterstützen?



Gesprächsrunde im Präsidentenbüro. Dr. Dr. Frank Wohl (links) erklärt: „Wir wollen die pflegenden Angehörigen und die ambulanten Pflegedienste erreichen.“

Staffler: Ich danke Ihnen für die Einladung und freue mich, dass Sie die zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger zum Thema machen.

Wohl: Es ist ein Riesenthema, und es gibt Handlungsbedarf. Deshalb haben wir einen eigenen Pflegebeauftragten etabliert – übrigens als erste Kammer in Deutschland.

Staffler: Davon habe ich schon gehört und finde es toll.

Wohl: Dr. Hummel kümmert sich mit seiner Praxis seit vielen Jahren mit hoher Expertise, Leidenschaft und Engagement

um die zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger.

Staffler: Wie sind Sie eigentlich dazu gekommen, Herr Dr. Hummel?

Hummel: Ich bin seit ungefähr 40 Jahren approbiert, also bin ich ein alter Hase ...

Staffler: Sagen Sie nicht alt, sagen Sie erfahren.

Hummel: Also, ich bin ein erfahrener Hase, und vor 30 Jahren hat mich ein Senioren- und Pflegeheim in der Nähe meiner Praxis gebeten, einen Patienten zu

behandeln. Dann bin ich dort regelmäßig hingegangen, bald kam die nächste Einrichtung und die nächste.

Bei mir in der Praxis sind mehrere Zahnärzte angestellt. Das gesamte Personal hat einhellig entschieden: Wir wollen das weitermachen und professionalisieren. Dann haben wir Praxisautos und Koffer angeschafft. Das Feedback war toll. Sie wissen ja, wir Zahnärzte machen viel ehrenamtlich. Frau Dr. Mattner sorgt als Vorsitzende der LAGZ auch dafür, dass Zahnärzte ehrenamtlich in die Schulen und Kindergärten gehen, und das Ergebnis ist irre!

Staffler: Das machen Sie, Frau Dr. Mattner? Dann können Sie mir ja später noch Tipps geben, wie ich meinen vierjährigen Sohn dazu bringe, dass er sich abends die Zähne putzen lässt.

Mattner: Mache ich gern. Wichtig ist es, das Zähneputzen zu ritualisieren. Aber zurück zur Pflege, denn heute bin ich in meiner Funktion als Vizepräsidentin der Zahnärztekammer hier. Ich hatte mit meiner Einzelpraxis auch sechs Einrichtungen betreut und jetzt bin ich angestellt und betreue ein Heim.

Staffler: Ich stelle es mir durchaus schwierig vor, die Betreuung in einer Einzelpraxis umzusetzen.

Mattner: Ja, in der Zwischenzeit steht die Praxis still. Dann muss man schauen, dass parallel Verwaltung abgearbeitet wird.

Hummel: Was Ihren Sohn angeht: Ich habe selber fünf Kinder und weiß, wie wichtig die Ritualisierung in der Prävention ist. Genauso kommt es bei den älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern darauf an, dass die zahnmedizinische Prävention von den Pflegekräften ritualisiert und verinnerlicht wird. Patienten mit Demenz beispielsweise achten zwar sehr auf ihre Prothesen, weil sie wissen, damit kauen sie. Aber sie lassen nicht gerne andere an ihren Mund heran, denn der Mund ist ja ein intimer Bereich. Bei diesen Patienten sind feste Rituale besonders wichtig, zum Beispiel, dass Toilettengang, Waschen und Zähneputzen morgens zusammengehören. An diese Dinge erinnern sie sich.

Wohl: In Bayern werden 82 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Es ist eine große Herausforderung, gute zahnmedizinische Prävention für Pflegebedürftige anzubieten. Welche Möglichkeiten haben Sie in Ihrer Funktion?

Staffler: Ich kann Themen in die Öffentlichkeit bringen, sie adressieren und Bündnisse schmieden. Außerdem bin ich bei allen Gesetzgebungsverfahren eingebunden, die sich mit Pflege beschäftigen, und kann durch Stellungnahmen Einfluss nehmen. Aktuell verhandeln wir in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe die große Pflegereform. Darin sitzen die zuständigen Bundesminister, alle Länderminister und Senatoren, die für Pflege zuständig sind, sowie die kommunalen Spitzenverbände. Auch ich bin dabei und bringe die Sichtweise der Pflegebedürftigen ein.

Wohl: Ähnlich wie die Patientenbank im Gemeinsamen Bundesausschuss?

Staffler: Ein interessanter Vergleich. Tatsächlich ist es nicht meine Aufgabe, die Pflegekräfte zu vertreten, sondern in erster Linie die Interessen der Pflegebedürftigen und deren Angehöriger.

Wohl: Unser Thema ist, den Patienten auch in diesem Lebensabschnitt orale Gesundheit zu garantieren und entsprechende mundbezogene Lebensqualität. Da ist es aber besonders schwierig.

Staffler: Das wird mir oft berichtet. Wissen Sie, woran das liegt?



Gemeinsam für Pflegebedürftige (v. l.): BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl, BLZK-Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner, die Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Katrin Staffler, MdB, und der Pflegebeauftragte der BLZK, Dr. Frank Hummel.

Mattner: Das hat viele Gründe: Früher hatte man ja eine Prothese, die war relativ leicht zu pflegen. Heute sind auch ältere Menschen zunehmend mit Implantaten versorgt, die gepflegt werden müssen. Angehörige kriegen oft die Teleskope nicht aus dem Mund heraus. Dann lassen sie es, weil sich der Patient wehrt.

Wohl: Im Pflegeheim wie auch in der häuslichen Pflege sehen wir unsere Patienten nicht mehr so häufig wie vorher – verständlich, weil andere Fachrichtungen und andere Probleme im Vordergrund stehen. Es kommen weitere Faktoren dazu: Ältere Menschen ernähren sich zuckerhaltiger, weil sie Süßes noch am besten schmecken können. Sie trinken in der Regel weniger und haben entsprechend weniger Speichel im Mund. Die Mundhygiene lässt nach. Soweit noch eigene Zähne vorhanden sind, haben sie eine andere Anatomie: Die Zähne werden länger,

Wurzeln liegen frei. Zähne sauber halten wird definitiv schwieriger. Deshalb wollen wir die pflegenden Angehörigen und die ambulanten Pflegedienste erreichen. Ich stelle die Frage, ob Sie hier eine Botschafterin für uns sein könnten. Es ist noch ein Nischenthema, aber ...

Staffler: ... für breite Bevölkerungskreise relevant. Das sehe ich auch so.

Hummel: An die ambulanten Pflegedienste und an die Angehörigen heranzukommen, ist nicht einfach. Unsere Kapazitäten als Zahnärzte stoßen aber an ihre Grenzen. Eine politische Unterstützung wäre toll.

Mattner: Als Mitglied im bayerischen Bündnis für Prävention haben wir gesehen: Die bayerische Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention, Judith Gerlach, tut alles, was sie von Bayern aus

für die Prävention tun kann. Es wäre prima, wenn auch aus Berlin Unterstützung käme.

Staffler: Da können Sie auf mich zählen. Und es gibt ja mittlerweile eine ganze Reihe Anbieter, Angehörigenverbände und Verbände der Pflegeberufe, die Wissen vermitteln. Hier biete ich an, den Kontakt herzustellen.

Hummel: Sehr gerne.

Wohl: Die pflegenden Angehörigen könnten ebenfalls das Bewusstsein in die Pflegeheime hineintragen. Gerade auf dem Land gibt es viele Angehörige, die ihre Verwandten regelmäßig im Pflegeheim besuchen. Sie bringen ihnen etwas mit, gehen mit ihnen spazieren, und wenn wir sie entsprechend schulen, dann schauen sie sich die Zähne oder die Prothese an und putzen sie.

Hummel: Die Bedeutung der Mundgesundheit muss auch in der Ausbildung zur Pflegefachkraft besser verankert werden. Wird in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe darüber diskutiert?

Staffler: Es gab vor einigen Jahren die große Pflegeberufereform, bei der die sogenannte Generalistik eingeführt wurde. Dabei wurden auch neue Rahmenlehrpläne für künftige Pflegefachpersonen entwickelt, die mindestens alle fünf Jahre bei Bedarf angepasst werden sollen. Ich bin mir sicher, dass dort auch die Mundgesundheit adressiert ist, aber vielleicht geht da noch mehr. Ich nehme das Thema gern mit und werde dahingehend sensibilisieren.

Mit Blick auf die aktuell tagende Bund-Länder-Arbeitsgruppe diskutieren wir, die Leistungen insbesondere im Pflegegrad 1 stärker auf Prävention auszurichten – mit dem Ziel, die Pflegebedürftigkeit beziehungsweise eine Verschlechterung so lang wie möglich hinauszuzögern. Aber konkret die Zahnmedizin ist dort bislang noch kaum ein Thema gewesen.

Wohl: Dabei sind wir die Arztgruppe, die am meisten Ahnung von Prävention hat. Ein Grund dafür ist, dass wir den Zusammenhang auf der Individualebene haben: Wenn sich 100 Leute ungesund ernähren und kaum Sport treiben, werden von

den 100 sicherlich mehr Personen ein Herz- oder Kreislaufproblem kriegen als Leute, die so sportlich unterwegs sind wie Dr. Hummel. Man hat eine Wahrscheinlichkeit, aber es gibt immer Gegenbeispiele. Prävention in der Zahnmedizin funktioniert hingegen zu 99 Prozent auch auf der individuellen Ebene.

Staffler: Im zahnmedizinischen Bereich ist ja das Bonusheft seit vielen Jahren ein Erfolgsmodell.

Mattner: Die Krankenkassen haben Interesse daran, weil durch die Prävention enorm eingespart wird. Unser Anteil an den GKV-Ausgaben ist von über 15 Prozent auf 5,5 Prozent zurückgegangen. Ich gehe davon aus, dass die privaten Krankenversicherungen ebenfalls davon profitieren.

Hummel: Zahnmedizinische Prävention ist ein unglaublicher Erfolg, und den kann man auch auf die Pflegebedürftigen umsetzen.

Staffler: Und weil Prävention wirkt, versucht man jetzt in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die Vorsorge zu stärken, insbesondere im Pflegegrad 1. Man muss aber auch schon vorher ansetzen, denn den stärksten Hebel hat man schließlich vor der eigentlichen Pflegebedürftigkeit.

Mattner: Zumal es schwieriger wird mit der Pflege, etwa wenn sich ein Demenz- oder Alzheimerpatient nicht mehr in den Mund schauen lassen will. Deshalb ist es so wichtig, dass die regelmäßige Mundhygiene frühzeitig im Bewusstsein ist.

Staffler: Richtig. Darum wird der Präventionsgedanke in den Eckpunkten des Abschlussberichtes der Bund-Länder-Arbeitsgruppe verankert sein. Bisher spielt hier aber eher Bewegung eine Rolle, Ernährung und Vereinsamung. Die Reform soll dann nächstes Jahr kommen, so dass noch Zeit bleibt, weitere Impulse gerade auch zur Zahngesundheit zu setzen. Das kam mir bislang noch zu kurz.

Wohl: Dabei gibt es vermehrt Studien, die Zusammenhänge zwischen Mundgesundheit und der allgemeinen Gesundheit belegen.

Staffler: Das glaube ich gern. Darum nehme ich die Thematik der Mundgesundheit mit und achte darauf, dass sie bei der Pflegereform mitgedacht wird. Auch Ihre Frage, wie Sie besser an Pflegedienste und die Pflegeschulen herankommen, nehme ich mit und spreche mit den Verbänden.

Hummel: Da halte ich Sie gerne auf dem Laufenden, denn wir sind ja in mehreren Bezirken in Gesprächen mit Pflegeschulen. In Unterfranken läuft das schon.

Wohl: Prima, dann lassen Sie uns gemeinsam dafür sorgen, dass Pflegebedürftige durch regelmäßige Mundhygiene in Zukunft besser kauen, sprechen und lächeln können. Geben wir ihnen mehr Lebensqualität, Selbstbestimmung und Würde. Vielen Dank für das Gespräch.

Koordination und Redaktion:
Julika Sandt, Leiterin der Stabsstelle
Politik der BLZK



KATRIN STAFFLER IM KURZPORTRÄT

Katrin Staffler hat Biochemie mit dem Schwerpunkt Immunologie studiert und anschließend als Pressesprecherin im Gesundheitswesen gearbeitet. Seit sie 2017 erstmals das Direktmandat für den Bundestagswahlkreis Fürstentum errungen hat, ist sie Mitglied der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag. Katrin Staffler hat in ihrem engsten Familienkreis einen Pflegefall und bringt daher Erfahrung in der häuslichen Pflege mit.

„Es geht um Startchancengerechtigkeit“

Dr. Marion Teichmann beim runden Tisch der Süddeutschen Zeitung

„Runder Tisch – Die Zukunft der Gesundheit“ – bei diesem Format der Süddeutschen Zeitung (SZ) diskutieren Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens darüber, wie man die Versorgung der Patienten verbessern kann. Die Ergebnisse werden in einer Sonderbeilage der SZ veröffentlicht.

Mit Dr. Marion Teichmann war beim letzten runden Tisch auch eine Zahnärztin vertreten. Sie diskutierte mit Dr. Florian Trini von der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz, Prof. Dr. Florian Heinen vom Haunerschen Kinderspital, Prof. Dr. Julia Hauer vom Kinderzentrum der München Klinik, Staatsministerin a. D. Melanie Huml und Dr. Sybill Hessler von der Ipsen Pharma GmbH über das Thema „Vergessene Kinder – Perspektiven in der Kindermedizin“.

Teichmann erntete viel Lob für die Präventionsarbeit der Zahnärzte. Die Zahnmedizin kann Vorbild für andere Medizinbereiche sein, waren sich die Teilnehmer einig. Die wichtigsten Aussagen der stellvertretenden KZVB-Vorsitzenden haben wir für Sie zusammengefasst.

„Vergessene Kinder haben wir in der Zahnmedizin tatsächlich nicht. Es gibt aber einige, die wir nicht erreichen. Dennoch haben wir in den vergangenen 30 Jahren beeindruckende Erfolge bei der Mundgesundheit von Kindern erzielt. Von 1997 bis 2025 konnten wir die Kariesrate bei den Zwölfjährigen um 80 Prozent reduzieren. Mehr als drei Viertel aller Kinder in dieser Altersgruppe sind heute frei von Karies. Bei den Senioren konnten wir in derselben Zeit die Zahnlosigkeit im Alter halbieren. Die präventionsorientierte Zahnmedizin macht aus dem Zahnarzt einen Personal Trainer für die Mundgesundheit.“

„Allerdings sehen wir heute auch eine Polarisierung bei Karies. Sie betrifft vor allem Kinder und Erwachsene aus sogenannten bildungsfernen Schichten oder mit Migrationshintergrund. Aktuell geht fast ein Drittel der Eltern mit ihrem Kind nicht regelmäßig zum Zahnarzt. Am Geld kann es nicht liegen, denn Früherken-



Dr. Marion Teichmann vertritt die Zahnärzte bei einem runden Tisch der Süddeutschen Zeitung zum Thema „Kindergesundheit“.

nungsuntersuchungen und Prävention werden vollständig von den Krankenkassen bezahlt. Ich hoffe, dass sich die Aufnahme zahnärztlicher Untersuchungen in das ‚Gelbe Heft‘ ab 2026 positiv auswirkt. Wir könnten sicher noch mehr erreichen, denn Zahnärzte wollen auch bei Kindern lieber vorbeugen als bohren.“

„Auf Dauer sehe ich ein Problem darin, dass die Zahl der niedergelassenen Zahnärzte zurückgeht. Wir haben mehr Praxisabgeber als -übernehmer. Ein weiteres Problem sehe ich in der Politik, die nicht erkennt, dass die Vermeidung von Krankheiten auf Dauer hilft, Kosten zu sparen. Der Konsum von Zucker ist beispielsweise viel zu hoch und sollte etwa durch eine Zuckersteuer reduziert werden. Es gibt

also viele Ansatzpunkte, um die Mundgesundheit weiter zu verbessern.“

„Es gibt einen Bereich im Gesundheitssystem, an dem selbst die Zahnärzte gescheitert sind, und das ist der Bürokratieabbau. Wir haben über 40 Verordnungen dafür, wie man einen Mundspiegel aufbereitet. Da wundert es mich nicht, dass die jungen Ärzte keine Lust mehr auf eine eigene Praxis haben. Im Durchschnitt ist eine Kassenpraxis fast einen Tag in der Woche nur mit Bürokratie beschäftigt. Trotzdem müssen Zahnmedizin und Kieferorthopädie für Kinder in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben. Hier geht es um Startchancengerechtigkeit.“

Leo Hofmeier

Deutschland braucht mehr Prävention

Vertreterversammlung der KZBV fordert Neuausrichtung der Gesundheitspolitik



Das Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung wächst, die Beiträge steigen – auch in der privaten Krankenversicherung. Die Politik ringt um Lösungen, wie der Sozialstaat finanzierbar bleibt. Für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) ist klar: Prävention ist der wichtigste Baustein, um die Gesundheitsausgaben dauerhaft zu stabilisieren.

Die Mitglieder der Vertreterversammlung (VV) der KZBV appellierten deshalb an die Bundesregierung, die Erfolge der präventionsorientierten Zahnmedizin zum Vorbild für alle Sektoren im Gesundheitswesen zu nehmen. Konsequente Vorsorgeorientierung und die Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten könnten Kosten senken, ohne dass es zu Qualitäts- und Leistungseinbußen komme. Martin Hendges, Vorsitzender des Vorstands der KZBV: „Völlig zurecht nimmt die Politik immer wieder Bezug auf die positiven Ergebnisse der in diesem Jahr veröffentlichten Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie. Die Gesundheitskompetenz und die Mundgesundheit in Deutschland haben sich stetig und nachhaltig verbessert. Der Schlüssel dieses Erfolges liegt in unserer konsequenten Präventionsausrichtung. Dies wird zwar seitens der Politik auch so wahrgenommen, und es wird viel über Prävention gesprochen. Das allein reicht aber nicht aus. Vielmehr sollte es der Bundesregierung ein Kernanliegen sein, diese Erfolge nachhaltig zu sichern und zum Vorbild für anstehende Reformen im Gesundheitswesen zu nehmen. Der zahnärztliche Bereich hat gezeigt, dass sich damit auch die GKV-Ausgaben stabilisieren lassen.“

Hendges warnte jedoch vor weiteren Kostendämpfungsmaßnahmen: „Jegliche Spareingriffe machen die von uns erreichten Erfolge innerhalb kürzester Zeit wie-

der zunichte und haben schwerwiegende Auswirkungen auf die Versorgung und somit letzten Endes auf die Mund- und Allgemeingesundheit von Millionen Patientinnen und Patienten.“ Bediene sich die Politik solcher kurzsichtigen Instrumente, müsse sie für die Konsequenzen auch die Verantwortung tragen. Eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe zahnärztliche Versorgung werde nur mit verlässlichen politischen Rahmenbedingungen zukunftsfest. Das hieße vor allem: der Abbau übermäßiger Bürokratie, eine praxisgerechte Digitalisierung und Planungssicherheit, so Hendges.

Die VV forderte die Bundesregierung erneut auf, schnellstmöglich ein Gesetz zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen vorzulegen. Auch das im Koalitionsvertrag verankerte Vorhaben, investorengetragene Medizinische Versorgungszentren (iMVZ) stärker zu reglementieren, müsse endlich umgesetzt werden. Ferner müsse die Selbstverwaltung als unverzichtbare Säule und Gestaltungsmotor der Versorgung in Deutschland nachhaltig gestärkt werden. Intensiv diskutierten die Delegierten auch darüber, ob der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung reduziert werden soll. Dafür fand sich aber keine Mehrheit.

Dringenden Handlungsbedarf sahen die Delegierten nach wie vor auch bei den Digitalisierungsprozessen. Technische Stö-

rungen und funktionale Einschränkungen, wie sie beispielsweise bei der elektronischen Patientenakte (ePA) immer wieder auftreten, sind inakzeptabel. Für Dr. Karl-Georg Pochhammer, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der KZBV, ist dies ein überwiegend strukturelles Problem. Die mit der Umsetzung der Telematik-Infrastruktur (TI) beauftragte gematik brauche eine klare und übergeordnete Zuständigkeit und alle notwendigen Ressourcen und Befugnisse, um die Betriebsstabilität der TI wieder in den Griff zu bekommen. „Wichtig ist daher, von Anfang an großen PDF-Datenmengen und vor allem Datengräbern vorzubeugen“, so sieht es auch die neue stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der KZBV, Meike Gorski-Goebel. Hierfür habe die KZBV für die strukturierten Medizinischen Informationsobjekte (MIO) „zahnärztlicher Implantatpass“ und „zahnärztlicher Basiseintrag“ Konzepte ausgearbeitet, die bei Priorisierung durch den Gesetzgeber bereitstehen.

Gorski-Goebel appellierte eindringlich, die Expertise der Selbstverwaltung in die anstehenden Prozesse einzubinden und damit auch die Erfahrungen aus der Praxisrealität. „Wir haben gezeigt, wie praxistaugliche Digitalisierung funktioniert“, sagte sie. Bestes Beispiel hierfür sei das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (EBZ).

Redaktion

Lässt alle Wünsche wahr werden



4 MM UNIVERSAL-COMPOSITE IN 5 CLUSTER-SHADES

- **Universell:** Für Front- und Seitenzahnbereich
- **Kein Schichten:** Bis 4 mm Inkrementstärke
- **Höchste Stabilität:** 91 % Füllstoffgehalt
- **Exzellente Ästhetik:** Hervorragende Polierbarkeit
- **5 Cluster-Shades:** Abdeckung aller 16 VITA® classical Farben



GrandISO
Unlimited



VOCO
DIE DENTALISTEN

„Herausragender Experte und Idealbesetzung für die DGZMK“

BLZK-Präsident Wohl gratuliert neuem DGZMK-Präsidenten Prof. Dr. Dr. Peter Proff

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) hat einen neuen Präsidenten: Prof. Dr. Dr. Peter Proff trat Ende Oktober das Amt des Präsidenten der DGZMK und damit die Nachfolge von Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang an. Der Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Dr. Dr. Frank Wohl, gratulierte im Namen des Vorstands der BLZK.



Mit der feierlichen Übergabe des Staffelstabes übernahm Prof. Dr. Dr. Peter Proff (rechts) das DGZMK-Präsidentenamt von Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang. Seine Amtszeit geht bis 2028. Danach folgt ihm Prof. Dr. Sebastian Hahnel.



Der neue DGZMK-Vorstand (v. l.): Dr. Marco Stegner (Beisitzer), Priv.-Doz. Dr. Janka Kochel (Beisitzerin), Prof. Dr. Sebastian Hahnel (Präsident elect), Prof. Dr. Dr. Peter Proff (Präsident), Prof. Dr. Anne Wolowski (Generalsekretärin), Prof. Dr. Christian Gernhardt (Vorsitzender der APW) und Dr. Bijan Vahedi (Vizepräsident).

Im Rahmen des Festabends des Deutschen Zahnärztetages am 31. Oktober übernahm der Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie des Universitätsklinikums Regensburg, Prof. Dr. Dr. Peter Proff, den Staffelstab als neuer Präsident der DGZMK. BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl gratulierte Proff, der bereits seit 2019 Referent Kieferorthopädie der BLZK ist, zu seinem neuen Amt. „Ich kenne Prof. Proff durch die Arbeit in der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, in der Oberpfalz sowie am Universitätsklinikum Regensburg schon seit vielen Jahren. Ich kann mir für das Präsidentenamt der DGZMK keinen besseren Fachmann vorstellen. Für mich ist Prof. Proff ein herausragender Experte und die absolute Idealbesetzung für diesen wichtigen Posten. Ich bin sehr stolz,

dass wir ihn seit vielen Jahren als Referenten für Kieferorthopädie bei uns in der Kammer haben. Herzlichen Glückwunsch im Namen des gesamten Vorstands der BLZK!“

Auch der Nachfolger lehrt in Regensburg

Neben Prof. Proff wurde bei der DGZMK-Hauptversammlung mit Prof. Dr. Sebastian Hahnel (Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik) ein weiterer Vertreter des Universitätsklinikums Regensburg als neuer Präsident elect gewählt. Er soll Prof. Proff nach seiner dreijährigen Amtszeit als DGZMK-Präsident nachfolgen. Darüber hinaus wurden Priv.-Doz. Dr. Janka Kochel und Dr. Marco Stegner

als neue Beisitzer gewählt. Als Generalsekretärin wurde Prof. Dr. Anne Wolowski für eine weitere Amtszeit bestätigt.

Die 1859 gegründete DGZMK ist eine der ältesten wissenschaftlichen Vereinigungen. Sie ist der Dachverband der wissenschaftlichen Gruppierungen der deutschen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. In dieser Funktion koordiniert die DGZMK die Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen aus Politik und Gesellschaft und die Erarbeitung von Leitlinien für die zahnmedizinische Behandlung. Zu ihren Kernkompetenzen gehören Wissenschaftsförderung und Wissenstransfer.

Redaktion

In gratiam et in memoriam Dr. Eberhard Siegle LL.M.

Abschied von einem Streiter ohne Furcht und Tadel – ein sehr persönlicher Nachruf

Die Bayerische Landeszahnärztekammer trauert um Dr. Eberhard Siegle, um einen Kollegen und Menschen, der sein ganzes Leben – beruflich wie privat, von der Ausbildung bis zu seinem Tod – in den Dienst anderer Menschen gestellt hat.

Wer ihn (nur) in seinem letzten Lebensabschnitt erlebt hat, als er aufgrund seiner schweren Erkrankung auf Fürsorge und Unterstützung angewiesen war, für den mag diese Feststellung auf den ersten, flüchtigen Blick etwas überraschend klingen. Dass ein Berufsleben als Zahnarzt in eigener Praxis besonders „auf dem Land“, wo „geregelte Arbeitszeit“ ein Fremdwort ist, nur für jemanden taugt, der im Dienst an seinen Mitmenschen einen Lebensinhalt sieht, steht außer Frage.

Eberhard war aber auch vor seinem Studium eine Zeit lang als Polizeianwärter in der Bereitschaftspolizei. Der Polizist, der „Schutzmann“, als Freund und Helfer des Bürgers – in diesem Idealbild finden wir auch einen von Eberhard Siegles prägenden Wesenszügen wieder: Für ihn musste es gerecht zugehen. Schwarze Schafe und egoistische Ich-AGs, egal auf welcher Stufe der berufspolitischen Karriereleiter sie standen, hat er konsequent, ohne Furcht vor eigenen Nachteilen markiert und rhetorisch geschliffen zur Diskussion gestellt.

Dr. Eberhard Siegles Engagement für seine Mitmenschen, in diesem Fall seine Kollegen, deren Familien und deren Personal, scheint weiterhin auf in der Vielzahl berufspolitischer Funktionen, die er bekleidete. Und immer waren es Ehrenämter, entweder ohne oder nur mit sehr überschaubarer Entschädigung des enormen Aufwandes. Anderes wäre für ihn nie in Betracht gekommen. Eine Aufzählung:



Dr. Eberhard Siegle LL.M.
12.1.1955 – 9.11.2025

Freier Obmann im Bezirk Mühldorf, Delegierter, Vorstandsmitglied, Referent und Vorsitzender des Ausschusses für Berufsrecht im ZBV Oberbayern, Delegierter zur Vollversammlung der BLZK, zur Vertreterversammlung der KZVB und zur Bundesversammlung der BZÄK, Gründungsmitglied und Vorsitzender der Aktionsgemeinschaft freie Zahnheilkunde (AFZ) Oberbayern, Arbeitgebervertreter im ZFA-Prüfungsausschuss an der Leo-von-Klenze-Berufsschule in Ingolstadt und bis zu seinem Tod Vorsitzender der Dr. Fritz Linnert-Gedächtnis-Stiftung sowie der Unterstützungskasse der BLZK. Er, der schwer Erkrankte, setzte sich unermüdlich und empathisch für Kolleginnen und Kollegen in schwierigen Lebenslagen ein. Nur folgerichtig zeichnete die Bundeszahnärztekammer auf Vorschlag der BLZK Dr. Eberhard Siegle für sein langjähriges außerordentliches Engagement 2022 mit der Ehrennadel in Silber aus.

Sein Leben war immer auch Engagement für seine Familie. Nachdem seine Erkrankung aufgetreten war, führte er zunächst mit eiserner Disziplin seine Praxis weiter, solange es irgend ging. Danach absolvierte er nicht nur ein anspruchsvolles postgraduales Medizinrechtsstudium an der Universität Dresden, sondern etablierte auch mit „Dr. Siegle und Partner – Rechtsanwälte, Zahnärzte“ eine Beratungsfirma, die mit großer Expertise Kollegen juristisch, betriebswirtschaftlich, fachlich-medizinisch und steuerlich berät. Auf diese Weise sicherte er – auch wenn er nicht mehr als Zahnarzt arbeiten konnte – seiner Familie bis zuletzt ihr Auskommen.

Dass er all dies und noch manches mehr, was hier nicht aufgezählt werden kann, buchstäblich bis zum letzten Tag seines erfüllten Lebens leisten konnte, ist seiner Familie zu verdanken. Unsere Dankbarkeit gilt seiner Frau Cornelia und seiner Tochter Melanie, die es ihm mit unerschöpflicher Fürsorge ermöglichten, an vielen berufspolitischen Veranstaltungen – so noch eine Woche vor seinem Tod der Bundesversammlung der BZÄK – aktiv teilzunehmen.

Etwa 25 Kolleginnen und Kollegen gaben Dr. Eberhard Siegle LL.M. bei der Beisetzung in Neumarkt-St. Veit das letzte Geleit. Seine ungebrochen positive Einstellung zum Leben lasen wir zum letzten Mal im Sinnspruch auf seinem Sterbezettel, in einem Zitat von Gabriel García Márquez: „Weint nicht, dass es vorbei ist, lacht, weil es schön war.“

R.I.P.

Dr. Dr. Frank Wohl
Präsident der BLZK

Zahnmedizinischer Sachverstand

Informationsveranstaltung für ehrenamtliche Richter

Die Krankenkassen und die KZVB sind nicht immer einer Meinung. Die meisten Streitpunkte werden in den Gremien der Selbstverwaltung geklärt. Sollte eine der beiden Seiten mit dem Ergebnis nicht zufrieden sein, steht ihr der Klageweg offen. Zuständig sind dann meist die Sozialgerichte. Und dort sind auch Zahnärzte als ehrenamtliche Richter tätig. Für sie und andere Interessierte fand Ende Oktober eine Informationsveranstaltung im Zahnärztehaus München statt.

Wolfgang Rieger, ehemaliger Richter am Sozialgericht München, stellte das sozialgerichtliche Verfahren vor und ging dabei besonders auf die Besonderheiten des Vertragszahnarztrecht ein. Dr. Kristin Büttner, Syndikusrechtsanwältin, Leiterin der Prüfungsstelle Zahnärzte Bayern, erläuterte die Grundlagen und Abläufe der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die für die Tätigkeit der ehrenamtlichen Richter von zentraler Bedeutung sind und über die

wir auch schon mehrfach im BZB berichtet haben. Janine Lange, Syndikusrechtsanwältin in der KZVB, gab einen Überblick über die Akteure und Rechtsbeziehungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und verdeutlichte die komplexen Zusammenhänge zwischen den Beteiligten.

Die Veranstaltung bot den Teilnehmern die Möglichkeit, ihr Wissen zu vertiefen

und sich mit aktuellen rechtlichen Fragestellungen vertraut zu machen. Durch die praxisnahen Vorträge wurde ein umfassendes Verständnis für die Aufgaben und Verantwortlichkeiten im Rahmen der sozialgerichtlichen Verfahren geschaffen.

Eine Zusammenfassung der Vorträge finden Sie hier.

Von der Wirtschaftlichkeitsprüfung bis zum Disziplinarrecht

Besonderheiten bei sozialgerichtlichen Verfahren

Die Sozialgerichtsbarkeit gehört neben der allgemeinen Verwaltungsgerichtsbarkeit zu dem Rechtszweig, der sich mit Streitigkeiten aus dem öffentlichen Recht befasst. Sie wird als besondere Verwaltungsgerichtsbarkeit (§ 1 Sozialgerichts-

gesetz) bezeichnet. Die Streitigkeiten beziehen sich insbesondere auf Angelegenheiten aus der Rentenversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung und dem Schwerbehindertenrecht.

Auf den ersten Blick verwundert es, dass auch für das Vertragsarztrecht-/Vertragszahnarztrecht die Sozialgerichte zuständig sind. Denn dieses weist zu anderen Fachgebieten – mit Ausnahme der Krankenversicherung – keinerlei Parallelen bzw.

Lupenbrillen + Lichtsysteme für Medizin und Technik in München



BAJOHR

OPTECMED®

Hohenzollernstraße 18a | 80801 München

Tel. 089 21023280 | info@lupenbrille.de

www.lupenbrille.de

Bundesweiter Außendienst sowie weitere Fachgeschäfte in Berlin, Hamburg und Einbeck

Gemeinsamkeiten auf. Der Gesetzgeber hat sich aber dafür entschieden, zumal die Streitigkeiten aus dem fünften Sozialgesetzbuch resultieren. Stellt die Sozialgerichtsbarkeit bereits eine besondere Verwaltungsgerichtsbarkeit dar, geregelt im Sozialgerichtsgesetz (SGG), gibt es in Verfahren aus dem Vertragsarzt-/Vertragszahnarztrecht zahlreiche Abweichungen von anderen sozialgerichtlichen Verfahren.

Dies beginnt bereits bei der Zuständigkeit. Während grundsätzlich das Sozialgericht München nur für Streitigkeiten aus Oberbayern zuständig ist, werden mit wenigen Ausnahmen (für Zulassungsstreitigkeiten aus Ober-/Mittel-/Unterfranken ist das Sozialgericht Nürnberg zuständig) alle Streitigkeiten aus dem Vertragsarzt-/Vertragszahnarztrecht in Bayern auch dort geführt.

Auch die Besetzung des Spruchkörpers (entweder zwei Ärzte/zwei Zahnärzte oder ein Arzt/ein Zahnarzt zusammen mit einem Kassenvertreter je nach Streitgegenstand) ist eine Besonderheit. In dem Zusammenhang stellt sich gerade im Vertragsarzt-/Vertragszahnarztrecht nicht selten das Problem der Befangenheit eines ehrenamtlichen Richters. Jedoch reicht

eine Freundschaft zwischen ehrenamtlichem Richter und einem Kläger grundsätzlich nicht für die Annahme einer Befangenheit aus.

Hervorzuheben ist auch, dass die Vertrags-(zahn-)ärztekammern mit einem breiten Spektrum an Streitgegenständen (z.B. Wirtschaftlichkeitsprüfung, sachlich-rechnerische Richtigstellung, Plausibilitätsverfahren, Disziplinarverfahren, Prothetikverfahren, Zulassungsstreitigkeiten, Verfahren grundsätzlicher Art) befasst sind.

Bei den Klagen handelt es sich meist um Anfechtungsklagen, Verpflichtungsklagen, weniger um Feststellungsklagen (Klagearten, Antragsverfahren).

Neben Klageverfahren sind auch sogenannte Eilverfahren zu bearbeiten, die im Vertragsarzt/Vertragszahnarztrecht relativ häufig vorkommen. Außerdem sind Nebenentscheidungen zu treffen, so über die Kostentragung und die Streitwerte.

Für die meisten Verfahren vor den Sozialgerichten besteht keine Kostenpflicht (Gerichtskosten); anders aber im Vertragsarzt/Vertragszahnarztrecht. Hier hat der Gesetzgeber ab 2.1.2002 eine Kostenpflicht eingeführt.

Kommt es zu keiner vergleichweisen Lösung, zu keinem Anerkenntnis oder zu keiner Klagerücknahme und ist eine Klage entscheidungsreif, dann entscheidet das Gericht in Kammerbesetzung (drei Richter).

Im Vergleich zu anderen Verfahren der Sozialgerichtsbarkeit sind Verfahren im

Vertragsarzt/Vertragszahnarztrecht jedenfalls nach der Statistik deutlich „urteils-trächtiger“.

Aus Sicht der Berufsrichter ist es uner-lässig und enorm wichtig, dass sich Zahnärzte als ehrenamtliche Richter zur Verfügung stellen und ihren zahnmedizi-nischen Sachverstand in der mündlichen

Verhandlung engagiert einbringen. De-ren Beitrag ist nicht hoch genug einzu-schätzen. Nur dadurch können für alle Beteiligten ausgewogene Lösungen ge-funden bzw. fundierte Entscheidungen getroffen werden.

Wolfgang Rieger
Sozialrichter a.D.

Das magische Viereck

Akteure und Rechtsbeziehungen im GKV-System

Das Sachleistungsprinzip ist eine Beson-derheit des deutschen Gesundheitswesens. Dieser Beitrag gibt einen kurzen Über-blick über die Pflichten, die sich für Ver-tragszahnärzte daraus ergeben. Davon un-berührt bleibt natürlich die Möglichkeit, private Vereinbarungen mit gesetzlich versicherten Patienten abzuschließen.

Die Akteure und Rechtsbeziehungen im System der gesetzlichen Krankenversiche-rungen bilden die Grundlage des Ver-tragszahnarztrechtes. Die Akteure sowie die rechtlichen Beziehungen, in welchen diese zueinanderstehen, lassen sich dem 4. Kapitel des 5. Sozialgesetzbuchs ent-nehmen. Die Leistungserbringung im Sys-

tem der gesetzlichen Krankenversicherung lässt sich vereinfacht in einem Vierecks-verhältnis, dem „GKV-Viereck“, darstel-len. Akteure in diesem System sind die Vertragszahnärzte, die Kassenzahnärzt-lichen Vereinigungen, die Versicherten, sowie die gesetzlichen Krankenkassen.

Rechtsbeziehung zwischen den Versicherten und der gesetzlichen Krankenkasse

Die Versicherten sind Mitglieder ihrer ge-setzlichen Krankenkasse. Das Mitglied-schaftsverhältnis begründet zunächst ein

Recht auf Teilhabe an der Selbstverwal-tung der Krankenkasse. Von größerer Be-deutung ist jedoch, dass der Versicherte

im Gegenzug für seine Beiträge einen Sachleistungsanspruch gegen seine ge-setzliche Krankenkasse erhält.

Rechtsbeziehung zwischen den Vertragszahnärzten und den Versicherten

Diesen Sachleistungsanspruch erfüllen die Krankenkassen naturgemäß nicht selbst. Vielmehr erbringen die Vertragszahn-ärzte die Sachleistung in Form der zahn-ärztlichen Behandlung gegenüber dem Patienten. Das Gesetz spricht insofern in § 72 Abs. 1 S. 1 SGB V vom Zusammen-

wirken der Vertragszahnärzte und der Krankenkassen an der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Die öffentlich-rechtliche Berechtigung zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung erlangt der Vertragszahnarzt

dabei durch die Zulassung. Der Vertrags-zahnarzt wird im Umfang seiner Zulas-sung zur Teilnahme an der vertragszahn-ärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet.

Rechtsbeziehung zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und den Vertragszahnärzten

Eine Vergütung erhalten die Vertrags-zahnärzte für die Erbringung der Sach-leistung nicht unmittelbar vom Patienten. Vielmehr schließen die Kassenzahnärzt-lichen Vereinigungen mit den Kranken-kassen Gesamtverträge. Wesentlicher Hauptgegenstand dieser Gesamtverträge ist die Höhe der Gesamtvergütung. Diese wird durch die Krankenkassen an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen aus-

gezahlt. Die Kassenzahnärztlichen Verei-nigungen verteilen die Vergütung im An-schluss nach Maßgabe des Honorarver-teilungsmaßstabes an die Vertragszahnärzte.

Zwischen den Krankenkassen und den Vertragszahnärzten besteht keine unmit-telbare Rechtsbeziehung. Der Vertrags-zahnarzt wird Mitglied der für seinen Vertragszahnarztsitz zuständigen Kassen-

zahnärztlichen Vereinigung und steht so-mit durch seine Mitgliedschaft nur in ei-ner unmittelbaren Rechtsbeziehung zu seiner Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung nimmt die Rechte der Vertragszahnärzte gegenüber den Krankenkassen wahr.

Janine Lange
Rechtsanwältin (Syndikusrechtsanwältin)

DENTALDESIGN FÜR INDIVIDUALISTEN MADE BY DENTAL BAUER



ERLEBEN SIE
MASSGESCHNEIDERTE
PRAXISPLANUNG UND
AUSDRUCKSSTARKE
DESIGNKONZEPTE
JENSEITS DER STANDARDS.



INDIVIDUALITÄT UND EXKLUSIVITÄT

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

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}

Schon gegen Hepatitis B geimpft?

KZVB unterstützt Kampf gegen Infektionskrankheit

Die bayerische Gesundheitsministerin Judith Gerlach wirbt für einen konsequenten Impfschutz gegen Hepatitis B – insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Gemeinsam mit der Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI) rief sie bereits im Juli zur Überprüfung des Impfstatus auf. Sie betonte: „Hepatitis B kann durch eine frühzeitige Impfung vermieden werden. Die Impfung schützt unsere Kinder vor lebenslangen gesundheitlichen Folgen.“

Die KZVB unterstützt den Kampf der Ministerin gegen diese Infektionskrankheit nun mit einem Praxisplakat. Die simple Frage auf dem Plakat lautet: „Schon gegen Hepatitis B geimpft?“ Dr. Rüdiger Schott erklärt, warum gerade Zahnarztpraxen der richtige Ort für das Plakat sind: „Wir haben mit Abstand die meisten Patientenkontakte. Statistisch gesehen geht jeder Bayer 1,5 Mal im Jahr zum Zahnarzt. Eine hohe Impfquote ist auch im Interesse der Zahnärzte und des Praxispersonals. Die zahnmedizinische Behandlung von Hepatitis-B-Patienten stellt eine besondere Herausforderung dar. Der Bayerische Landtag hat die Staatsregierung dazu aufgefordert, ihre Anstrengungen im Kampf gegen Hepatitis B weiter zu intensivieren. Ziel ist, diese Krankheit bis 2030 zu eliminieren. Dazu können die bayerischen Zahnärzte mit unserem Praxisplakat einen Beitrag leisten.“ Zusätzlich zum Plakat

finden Patienten auf der Website kzvb.de Informationen zur Impfung sowie Links zur LAGI und zur STIKO.

Aktuelle Impfquotendaten des RKI zeigen, dass in Bayern und Deutschland etwa 75 Prozent der zweijährigen Kinder geimpft sind. Im Alter von sechs Jahren sind in Bayern rund 83 Prozent der Kinder geimpft. Erst ab einer Impfquote von 95 Prozent wäre aber die sogenannte Herdenimmunität erreicht. Dieses Ziel haben Länder wie Portugal, Frankreich oder Italien bereits erreicht.

Dr. Gerald Quitterer, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und LAGI-Mitglied, sieht in der Impfung gegen Hepatitis B eine „beispielhafte Form der Primärprävention“. Sie schütze immungesunde Menschen wirksam vor einem Ausbruch der Er-

krankung und verhindere zuverlässig schwere Verläufe. Neben der möglichst frühzeitigen Impfung im Kindes- oder Jugendalter ist bei Ungeschützten die Früherkennung einer Infektion durch Tests besonders wichtig. Denn viele der Betroffenen wissen nicht, dass sie infiziert sind und können so chronisch erkranken und zudem die Erreger unbewusst weiterverbreiten. Ein kostenfreies Screening auf bestehende Infektionen mit Hepatitis B und C ist seit Ende 2020 im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung Check-up 35 möglich.

Leo Hofmeier



Bei einer Sitzung des gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU stellte Dr. Rüdiger Schott (3. v. r.) Judith Gerlach (Mitte) und Bernhard Seidenath (rechts) das neue Praxisplakat vor.



Das Praxisplakat „Schon gegen Hepatitis B geimpft?“ liegt diesem BZB bei. Weitere Exemplare können Sie kostenlos per E-Mail bestellen (presse@kzvb.de).



Nachrichten aus Brüssel

@greens87 – stock.adobe.com

Gesundheit steht 2026 im Fokus

Unter dem Motto „Europe’s Independence Moment“ hat die Europäische Kommission in Straßburg ihr Arbeitsprogramm für das Jahr 2026 präsentiert. Mit dem Arbeitsprogramm verfolgt die Kommission das Ziel, die strategische Unabhängigkeit und Resilienz der Europäischen Union zu stärken, Wettbewerbsfähigkeit zu sichern sowie regulatorische Prozesse gezielt zu verschlanken. Daneben steht aber auch die Gesundheitspolitik im Mittelpunkt. Ziel ist es, die Resilienz der europäischen Gesundheitssysteme zu stärken und die Versorgungssicherheit in Krisenzeiten zu gewährleisten.

Ein zentrales Vorhaben betrifft die Verbesserung der Krisenvorsorge – Lehren aus der Corona-Pandemie sollen dabei konsequenter umgesetzt werden. Gleichzeitig will die Kommission mentale Gesundheit, den Kampf gegen chronische Krankheiten sowie Gesundheitsgerechtigkeit stärker fördern. Auch die Digitalisierung des Gesundheitswesens soll vorangetrieben werden: Mithilfe von künstlicher Intelligenz und dem kürzlich in Kraft getretenen Europäischen Gesundheitsdatenraum sollen Forschung und Versorgung effizienter und vernetzter werden.

Darüber hinaus betont die Kommission den Zusammenhang zwischen Klima, Umwelt und Gesundheit. Neue Initiativen sollen aufzeigen, wie Luftverschmutzung und Klimawandel die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger beeinflussen. Ein besonderes Augenmerk gilt zudem der Nutzung sozialer Medien durch Kinder und Jugendliche – mögliche gesundheitliche Risiken sollen wissenschaftlich untersucht und Schutzmaßnahmen erarbeitet werden.

Gesundheitspolitik besser koordinieren

Die sozialdemokratische Fraktion im Europäischen Parlament drängt auf eine bessere Koordinierung der Gesundheitspolitik innerhalb der Europäischen Union. In einem kürzlich veröffentlichten Positionspapier fordert die zweitgrößte Fraktion im Europaparlament die Schaffung einer neuen europäischen Gesundheitsbehörde sowie eines Koordinationsgremiums, das nationale Gesundheitsstrategien besser miteinander verzahnen soll.

Ziel der Initiative ist es, die bislang fragmentierte Gesundheitspolitik der Mitgliedsstaaten zu harmonisieren und Europa widerstandsfähiger gegen zukünftige Krisen zu machen. Geplant ist unter anderem eine bessere Abstimmung bei der Medikamentenversorgung, der Pandemievorsorge und bei grenzüberschreitenden Gesundheitsdiensten. Kritik kam hingegen von konservativen Abgeordneten, die eine „schleichende Kompetenzverschiebung“ nach Brüssel befürchten. Gesundheitspolitik sei weiterhin in erster Linie eine nationale Aufgabe, so die Europäische Volkspartei.

EuGH präzisiert Vorgaben für Telemedizin

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat die grenzüberschreitende Tätigkeit des Aligner-Anbieters DrSmile im Grundsatz gebilligt. Die Firma bietet transparente, herausnehmbare Kunststoffschienen zur Korrektur von Zahnfehlstellungen an. Laut dem Mitte September verkündeten Urteil darf die österreichische Zahnärztekammer einer in Österreich zugelassenen und tätigen Zahnärztin nicht untersagen, als Partnerzahnärztin mit dem deutschen Unternehmen zusammenzuarbeiten. Hintergrund war ein Streit über die Einordnung des Geschäftsmodells als Telemedizin. Die österreichische Zahnärztekammer sah darin einen Verstoß gegen nationale Vorschriften zum Patientenschutz und wollte der Zahnärztin ihre Tätigkeit für DrSmile verbieten lassen. Der Streit ging durch alle Instanzen und landete auf Vorlage des österreichischen Obersten Gerichtshofes schließlich beim Europäischen Gerichtshof.

Die Luxemburger Richter entschieden, dass die kombinierte Vor-Ort-Behandlung und digitale Nachbetreuung keine reine Telemedizin darstellt. Die Vorarbeiten der österreichischen Zahnärztin unterliegen nationalem Recht, da sie keinen grenzüberschreitenden Bezug haben. Die anschließende digitale Betreuung durch DrSmile gilt dagegen als Telemedizin nach deutschem Recht, so der EuGH.

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

Ausbildungszahlen weiter auf hohem Niveau

Die Zahnarztpraxen in Deutschland werden in diesem Jahr mehr Zahnmedizinische Fachangestellte ausbilden als in den Jahren zuvor. Das zeigt die von der Bundeszahnärztekammer geführte Statistik der bis 30. September abgeschlossenen neuen Ausbildungsverträge.

Zwischen dem 1. Oktober 2024 und dem 30. September 2025 wurden bundesweit 17 396 neue Ausbildungsverträge für Zahnmedizinische Fachangestellte abgeschlossen (alte Bundesländer: 15 385; neue Bundesländer: 2 011). Damit gehört die ZFA-Ausbildung weiterhin zu den beliebtesten Ausbildungsberufen bei Frauen. Schon 2024 hatte sie die Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten laut Statistik des Bundesinstitutes für Berufsbildung (BiBB) von Platz zwei auf Platz drei verdrängt.

Laut Bundeszahnärztekammer verstetigt sich damit die hohe Ausbildungsleistung der Zahnarztpraxen mit einem Plus von 7,53 Prozent (alte Bundesländer: plus 6,97 Prozent; neue Bundesländer: plus 11,97 Prozent). Dennoch führt die wachsende Zahl von Ausbildungsverträgen nicht automatisch zu mehr Berufsabschlüssen, denn die Quote vorzeitig gelöster Ausbildungsverhältnisse war zuletzt laut dem Statistischen Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer 2023/2024 mit 38,1 Prozent deutlich höher als bei den Medizinischen Fachangestellten (28,2 Prozent). Die Abbrecherquote liegt zudem über der von Ausbildungsverhältnissen der Freien Berufe (33,0 Prozent) sowie über dem Durchschnitt aller Ausbildungsberufe (29,7 Prozent).

tas/Quelle: BZÄK

Barrierefreiheit gewinnt an Bedeutung

Rund 36 Prozent der ambulanten Arztpraxen und Einrichtungen in Deutschland sind inzwischen ganz oder zumindest teilweise barrierefrei. Demnach wiesen 35 889 von 99 756 Praxen mindestens ein Merkmal von Barrierefreiheit auf, heißt es in der Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen.

Bei den psychologisch-psychotherapeutischen Praxen ist gegenwärtig jede vierte Einrichtung barrierefrei. Dies trifft den Angaben zufolge auf 8 112 von 32 437 Praxen zu. Die Daten wurden auf Basis einer entsprechenden Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erfasst.

Künftig sollen auch aktualisierte Daten zu den Zugangsmöglichkeiten der Praxen vorliegen. Grundlage dafür seien ebenfalls Kriterien, die von der KBV unter Beteiligung von Patientenverbänden und der Bundesfachstelle Barrierefreiheit erarbeitet wurden.

Die Richtlinie ist auf der Website der KBV abrufbar: www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/weitere-vertraege/praxen/sprechstundenzeiten-barrierefreiheit/KBV_Richtlinie_Sprechstundenzeiten_Barrierefreiheit.pdf.



tas/Quellen: Deutscher Bundestag und KBV

Weltweites Aus für Dentalamalgam erst 2034

Vier Jahre später als ursprünglich geplant kommt das weltweite Aus für Dentalamalgam. Mehr als 150 Staaten einigten sich Anfang November bei der Konferenz zur Minamata-Konvention in Genf auf ein Ende quecksilberhaltiger Dentalamalgamfüllungen bis zum Jahr 2034.

Damit darf Dentalamalgam in Ausnahmefällen weiterhin verwendet werden, „wenn der Zahnarzt dies aufgrund der Bedürfnisse des Patienten für notwendig erachtet“. Diese Bestimmung stellt nach Ansicht des Weltzahnärzteverbandes FDI sicher, dass die Patientenversorgung im Mittelpunkt der Entscheidungsfindung bleibe und der Zugang zu unverzichtbaren restaurativen Behandlungen gewährleistet sei, wenn noch keine Alternativen verfügbar oder praktikabel sind. Die FDI und die International Association for Dental, Oral, and Craniofacial Research (IADR) hatten sich zuvor mit Unterstützung der International Dental Manufacturers Association (IDM) und der American Dental Association (ADA) für diese Ausnahmeregelung stark gemacht.

tas/Quelle: zm online

GOZ aktuell

Digitale Zahnheilkunde

@ kamiphotos – stock.adobe.com

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

Die Digitalisierung gewinnt in der modernen Zahnmedizin immer mehr an Bedeutung. Sowohl bei der Diagnosestellung oder der Behandlungsplanung als auch bei der Herstellung von Zahnersatz leisten digitale Technologien wertvolle Dienste. Die digitale Datenkommunikation ermöglicht optimal abgestimmte Behandlungskonzepte, erhöht die Präzision und ist zuverlässig. Patienten profitieren vom technologischen Fortschritt in hohem Maße, da Behandlungen komfortabler, effektiver und schonender durchgeführt werden können. Darüber hinaus können durch den digitalen Workflow Fehlerquellen vermieden werden. Auch künstliche Intelligenz (KI) wird den zahnmedizinischen Praxisalltag spürbar verändern. Das Referat Honorierungssysteme der Bayerischen Landes Zahnärztekammer informiert in diesem Artikel über Leistungen, die mit der digitalen Zahnheilkunde im Zusammenhang stehen.

Allgemein

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Eintragen von Datensätzen, Befunden u. ä. in eine elektronische Patientenakte

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist ein wichtiges Element zur Digitalisierung im Gesundheitswesen. Sie soll den Versorgungsalltag für Patientinnen und Patienten und für die Leistungserbringer erleichtern. (Bema: ePA1 – Punktwert 1.3117 = 5,25 €)

Abformungen

GOZ 0050

Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung

Faktor 1,0 → 6,75 €	Faktor 2,3 → 15,52 €	Faktor 3,5 → 23,62 €
---------------------	----------------------	----------------------

GOZ 0060

Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle und einfache Bissfixierung einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung

Faktor 1,0 → 14,62 €	Faktor 2,3 → 33,63 €	Faktor 3,5 → 51,18 €
----------------------	----------------------	----------------------

- Die Abformung(en) erfolgen mit konfektioniertem oder individuellem Abformlöffel oder optisch-elektronisch.
- Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 0050 und 0060 ist in der Rechnung zu begründen.
- Die Gebühren sind nicht für Arbeitsmodelle berechenbar.
- Reine Dokumentationsmodelle ohne Diagnose und/oder Planung können nicht mit diesen Gebühren berechnet werden.

GOZ 0065

Optisch-elektronische Abformung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, einfache digitale Bissregistrierung und Archivierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

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

Mit dieser Gebühr wird die dreidimensionale Datenerfassung intraoraler Strukturen mittels optisch-elektronischer Apparaturen als Arbeits-, Planungs- oder Situationsmodell berechnet.

- Die Leistung wird je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnet und kann gegebenenfalls bis zu viermal je Sitzung anfallen. Bei unterschiedlicher Indikation kann die Leistung auch mehrfach berechnet werden.
- Die einfache Registrierung der Bissverhältnisse auf digitalem Weg ist nicht gesondert berechnungsfähig. Darüber hinausgehende Bissregistrierungen sind nicht inbegriffen.
- Vorbereitende Maßnahmen sind eingeschlossen (beispielsweise die optische Aufbereitung der abzuformenden Zähne oder Modelle sowie die Archivierung der Daten).
- Die Gebühr darf neben einer Leistung, die neben anderen Leistungsbestandteilen auch Abformungen beinhaltet, zusätzlich berechnet werden. Das gilt für die Berechnung der Nummern 0050 (Anatomische Abformung eines Kiefers) und 0060 (Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle) dann, wenn die Auswertung zur Diagnose oder Planung anhand von körperlichen Modellen erfolgt, die zum Beispiel mittels 3D-Drucker hergestellt wurden.
- Konventionelle Abformungen im Sinne der nachgelagerten Abrechnungsbestimmungen sind ausschließlich die Abformungen nach GOZ 5170 (Anatomische Abformung mit individuellem Löffel), GOZ 5180 (Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel) und GOZ 5190 (Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel). Neben diesen Leistungen kann GOZ 0065 nicht berechnet werden.
- Wird im selben Kiefer eine Kieferhälfte oder ein Frontzahnbereich digital nach der GOZ-Nummer 0065 abgeformt und die andere Kieferhälfte konventionell, so sind beide Abformverfahren nebeneinander berechnungsfähig.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Computergestützte Auswertung zur Diagnose und Planung der optisch-elektronischen Abformung

Die PC-gestützte Auswertung zur Diagnose und Planung ist in der Gebührennummer 0065 GOZ (Optisch-elektronische Abformung) nicht enthalten und muss daher analog berechnet werden.

Die privaten Krankenversicherungen lehnen die „PC-gestützte Auswertung zur Diagnose und Planung der optisch-elektronischen Abformung“ außerhalb einer KFO-Behandlung oftmals ab. Seitens der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wurde die Leistung „Computergestützte Auswertung von Situationsmodellen zur Diagnose oder Planung“ hingegen als Analogleistung bestätigt, unabhängig davon, ob sie zum Beispiel im Rahmen einer kieferorthopädischen, konservierenden oder prothetischen Therapie erbracht wird.

Strahlendiagnostik

GOÄ 5370

Computergesteuerte Tomografie im Kopfbereich – gegebenenfalls einschließlich des kranio-zervikalen Überganges

Faktor 1,0 → 116,57 € | Faktor 1,8 → 209,83 € | Faktor 2,5 → 291,44 €

- Anfertigung, Befundung, schriftliche Befunddokumentation, Befundmitteilung oder einfacher Befundbericht (auch per Datenfernübertragung) sowie Archivierung sind mit der Gebühr abgegolten.
- Bei der Anfertigung einer DVT müssen rechtfertigende Indikationen beachtet werden (siehe S2k-Leitlinie der AWMF).
- Zahnärztinnen und Zahnärzte ohne DVT-Fachkunde-Nachweis dürfen weder eine DVT-Aufnahme erstellen noch eine solche Aufnahme befunden.
- Zahnärztinnen und Zahnärzte mit DVT-Fachkunde-Nachweis, aber ohne DVT-Gerät, können für eine andernorts angefertigte Aufnahme für die Befundung keine Gebühr in Rechnung stellen, da sie zwingender Bestandteil der Röntgenuntersuchung ist.
- Bei mehrmaliger Leistungsvornahme in einer Sitzung ist die Gebühr in die einmalige Berechnung der Gebührennummer GOÄ 5369 (Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 GOÄ) mit ebenfalls reduziertem Gebührenrahmen zu wandeln.

GOÄ 5377

Zuschlag für computergesteuerte Analyse – einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion

Faktor 1,0 → 46,63 €

- Der Zuschlag kann nur gemeinsam mit der Erbringung der GOÄ-Nummer 5370 (Computergesteuerte Tomografie im Kopfbereich) abgerechnet werden. Er ist nur mit Erbringung der Hauptleistung möglich und kann nicht an Dritte delegiert oder abgetreten werden.
- Eine Berechnung für die Analyse einer Fremdaufnahme ist nicht möglich, auch wenn eine DVT-Fachkunde vorliegt.
- Die reine Befundung der DVT ohne weitergehende Analyse ist Leistungsbestandteil der GOÄ 5370 und löst nicht den GOÄ-Zuschlag 5377 aus.
- Der Zuschlag ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechenbar.
- Die GOÄ-Nummer 5377 wird von der Höchstwertregelung (GOÄ 5369) nicht erfasst. Der Zuschlag kann somit entsprechend der Anzahl der in einer Sitzung tatsächlich erbrachten und computergestützt ausgewerteten digitalen Volumentomogramme berechnet werden, auch wenn die GOÄ 5370 nicht mehrfach angesetzt werden kann.

Implantation

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Virtuelle Implantation und Augmentation

- Mithilfe der dreidimensionalen implantologischen Planung kann die Implantatpositionierung hinsichtlich Lokalisierung, Dimensionierung und Winkelbestimmung optimal geplant werden. Die Leistung geht bei Weitem über Befundungs- und Diagnostikleistungen nach der GOÄ-Nummer 5370 (Computergesteuerte Tomografie im Kopfbereich) hinaus.
- Dasselbe gilt auch für die dreidimensionale augmentative Planung.
- Da die Leistung keine Röntgenleistung beziehungsweise diagnostische Leistung darstellt, ist auch keine DVT-Fachkunde notwendig. Die Maßnahme dient nicht der Befundung, sondern der Therapie.

GOZ 9005

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

Faktor 1,0 → 16,87 € | Faktor 2,3 → 38,81 € | Faktor 3,5 → 59,05 €

- Die Berechnung der Leistung setzt eine Schablone voraus, die auf eine Erhebung dreidimensionaler Daten gestützt ist.
- Die Herstellung dieser Schablone ist nicht Leistungsinhalt.
- Die Leistung dient der zielgenauen Führung der Bohrung für die Implantate im Sinne einer Bohrschablone.
- Die Gewinnung der dreidimensionalen Analysedaten ist gesondert berechnungsfähig.
- Die verwendeten Fixierungselemente sowie die Material- und Laborkosten der Navigationsschablone sind gesondert berechnungsfähig.
- Die Leistung ist grundsätzlich nur einmal pro Kiefer abrechenbar, unabhängig davon, wie viele Implantate gesetzt werden und ob es sich dabei um verschiedene Implantatsysteme handelt.
- Wird die Implantatinserion nach Anwendung der Schablone abgebrochen, ist eine Berechnung der Leistung trotzdem möglich.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Zahnärztlicher Aufwand im Zusammenhang mit der Herstellung der Schablone

Der zahnärztliche Aufwand (Planung, Abformung, Kontrolle, Anpassung) im Zusammenhang mit der Herstellung einer Navigationsschablone/chirurgischen Führungsschablone kann gesondert analog berechnet werden. Es handelt sich um selbstständige Maßnahmen.

Kieferorthopädie

GOZ 6030/6040/6050

Umformung eines Kiefers, geringer/mittlerer/hoher Umfang

Faktor 1,0 → 75,93 €/118,11 €/202,47 €	Faktor 2,3 → 174,63 €/271,65 €/465,68 €	Faktor 3,5 → 265,74 €/413,38 €/708,65 €
---	--	--

GOZ 6060/6070/6080

Einstellung der Kiefer in den Regelbiss, geringer/mittlerer/hoher Umfang

Faktor 1,0 → 101,24 €/146,23 €/202,47 €	Faktor 2,3 → 232,84 €/336,33 €/465,68 €	Faktor 3,5 → 354,33 €/511,80 €/708,65 €
--	--	--

GOZ 6090

Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase

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

Zur Korrektur von leichten bis mittleren Zahnfehlstellungen können auch Aligner verwendet werden. Hierbei werden eine Vielzahl von hauchdünnen, transparenten Kunststoffschienen, die auf Basis von digitalen 3D-Datensätzen hergestellt werden, in regelmäßigen Abständen ausgetauscht. Bei diesem System werden die Zähne mit sanftem Druck Schritt für Schritt in die gewünschte Position bewegt.

Für die Therapie werden die GOZ-Positionen 6030 bis 6090 verwendet.

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

Anhand einer speziellen Software kann die virtuelle dreidimensionale Planung der Aligner-Therapie samt resultierendem Behandlungsablauf festgelegt werden. In der Regel erfolgen im Prozess mehrfach Modifikationen, bis das gewünschte Behandlungsergebnis erreicht ist.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ**Kieferorthopädische Analyse eines digitalen Situationsmodellpaares****Beschluss des Beratungsforums Nr. 53:**

Die kieferorthopädische Analyse eines digitalen Situationsmodellpaares (dreidimensionale, grafische oder metrische Analysen, Diagramme), das nach optisch-elektronischer Abformung einschließlich einfacher Bissregistrierung zur Diagnose oder Planung vorliegt, stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nummer 6010 für angemessen.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**GOZ 8035**

Kinematische Scharnierachsenbestimmung mittels elektronischer Aufzeichnung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, das definitive Markieren der Referenzpunkte, ggf. das Anlegen eines Übertragungsbogens, ggf. das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator)

Faktor 1,0 → 30,93 €	Faktor 2,3 → 71,15 €	Faktor 3,5 → 108,27 €
----------------------	----------------------	-----------------------

- Die Leistung beinhaltet alle zahnärztlichen Maßnahmen, die bei der Übertragung des Oberkiefers in den Artikulator anfallen.
- Labortechnische Leistungen, insbesondere die Montage von Ober- und Unterkiefermodell in einen adjustierbaren Artikulator sowie die Einstellung des Artikulators nach den übermittelten individuellen Werten, sind gesondert berechnungsfähig.
- Die Montage des Gegenkiefermodells ist in der Gebührenordnung entfallen und als zahntechnische Leistung berechenbar.
- Die erforderlichen Registrate sind mit den Leistungen nach den Nummern 8010 (Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers), 8050 (Registrierung von Unterkieferbewegungen zur Einstellung halbindividueller Artikulatoren) oder 8060 (Registrierung von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren) abgegolten.
- Die Berechnung der Abformung zur Herstellung der notwendigen Modelle erfolgt gesondert nach den GOZ-Nummern 0050 (Abformung oder Teilabformung eines Kiefers) und 0060 (Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle).

GOZ 8065

Registrieren von Unterkieferbewegungen mittels elektronischer Aufzeichnung zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung

Faktor 1,0 → 47,81 €	Faktor 2,3 → 109,95 €	Faktor 3,5 → 167,32 €
----------------------	-----------------------	-----------------------

- Die erforderlichen Maßnahmen zur Einstellung beziehen sich auf die Programmierung eines volladjustierbaren Artikulators.
- Die Laborkosten sind separat berechenbar.
- Die Leistung ist unabhängig von der Anzahl der Registrierungen nur einmal je Sitzung berechenbar.
- Der Aufbau und/oder die Justage einer individuellen Frontzahnführung im Artikulator ist als zahntechnische Leistung berechenbar.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ**Registrieren von Unterkieferbewegungen mittels elektronischer Aufzeichnungen für virtuelle Kiefermodelle in einem virtuellen Artikulator**

Die Leistung ist weder von der Leistungsbeschreibung der GOZ-Gebühr 8035 (Kinematische Scharnierachsenbestimmung mittels elektronischer Aufzeichnung) noch von der Leistungsbeschreibung der GOZ-Gebühr 8065 (Registrieren von Unterkieferbewegungen mittels elektronischer Aufzeichnung zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren) umfasst und muss daher analog berechnet werden.

Hinweis

Wichtig ist darüber hinaus ein weiterer Beschluss des Beratungsforums:

Beschluss des Beratungsforums Nr. 33:

Nach § 1 Zahnheilkundengesetz (ZHG) ist die Ausübung der Zahnheilkunde approbierten Zahnärzten vorbehalten. Nach § 1 Abs. 3 ZHG ist Ausübung der Zahnheilkunde die „berufsmäßige, auf zahnärztlich-wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Als Krankheit ist jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer anzusehen, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen.“ Die „Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ (§ 1 Abs. 3 ZHG), also Diagnose und Therapie einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz, sind dem Zahnarzt übertragen und diesem vorbehalten. Eine Übertragung zahnärztlicher Leistungen, das heißt insbesondere intraorales Scannen, das Eingliedern von Zahnersatz oder intraorale manipulative Tätigkeiten am Patienten oder Zahntechnik und Ähnliches, an Zahntechniker ist ein Verstoß gegen die Bestimmungen des Zahnheilkundengesetzes und nicht zulässig.

Fazit

Die Entwicklungen rund um die Digitalisierung sind dynamisch und bieten in der Zahnmedizin zahlreiche Chancen, um die Genauigkeit zu verbessern. Künstliche Intelligenz (KI) hält immer mehr Einzug und liefert innovative Lösungen für Diagnosestellung, Behandlungsplanung sowie Patientenbetreuung. Die dafür erforderlichen Technologien sind allerdings mit hohen Investitionskosten verbunden. Zudem stellen Datenschutzbestimmungen, IT-Sicherheit oder vorgeschriebene Anwendungsvorgaben die gesamte Praxis vor große Herausforderungen. Nichtsdestotrotz verspricht KI große Fortschritte und ist bereits jetzt aus vielen Bereichen nicht mehr wegzudenken.

**MANUELA KUNZE**

Referat Honorierungssysteme der BLZK

**DR. DR. FRANK WOHL**

Präsident und Referent Honorierungssysteme der BLZK



Ohne Beweisführung kein Schadensersatz

OLG Köln zur Beweislast des Patienten bei behauptetem Behandlungsfehler

Eigentlich sollte klar sein – nur ein nachgewiesener Behandlungsfehler begründet auch einen Anspruch des Patienten auf Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld. Nichtsdestotrotz gibt es aufgrund von sehr ausdifferenzierter Rechtsprechung zur Beweislast im Arzthaftungsprozess immer wieder Verunsicherung. Das OLG Köln hat in seiner Entscheidung vom 13.5.2025 (Az. 5 U 129/24) nochmals deutlich klargestellt, dass bei einem vermuteten Behandlungsfehler der Patient die Beweislast für die konkrete Falschbehandlung trägt.

Allein das Behaupten monatelanger Beschwerden sowie festgestellte Mängel durch ein Kassengutachten begründen keinen Behandlungsfehler. Der behandelnde Zahnarzt muss die Möglichkeit zur Nachbesserung bekommen. Ein zunächst nicht vollständig mangelfreier Zahnersatz begründet daher nicht zwingend einen Behandlungsfehler. Wenn die behauptete fehlerhafte Bissituation aufgrund der Weiterbehandlung durch einen anderen Zahnarzt vom Gutachter nicht mehr aufgefunden werden kann und sich aus den Akten auch nichts hierzu ergibt, geht dieser fehlende Beweis zulasten des Patienten.

Gegenstand der Klage war der Vorwurf eines Patienten, der behandelnde Zahnarzt habe beim Einsetzen einer Brücke 35–37 die Okklusion fehlerhaft eingestellt. Hinzu kamen weitere Vorwürfe – insbesondere, dass der Zahnarzt Zähne fehler-

haft eingeschliffen, notwendige endodontische Behandlungen unterlassen und die streitgegenständliche Brücke trotz einer Gingivitis eingesetzt habe.

Das erstinstanzlich zuständige Landgericht Köln (Az. 3 O 177/22) hat zunächst einen Sachverständigen mit der Begutachtung beauftragt. Dieser hat im Ergebnis keinen Behandlungsfehler festgestellt. Insbesondere konnte er nicht beurteilen, ob die Brücke ursprünglich zu hoch gewesen war, wie der Patient meinte. Dies ließ sich dem zuvor eingeholten Kassengutachten nicht eindeutig entnehmen. Auch die Aufzeichnungen des Nachbehandlers, in dessen Hände sich der Patient nach Abbruch der Behandlung beim beklagten Zahnarzt begeben hatte, ließen einen solchen Schluss nicht zu. Jedenfalls hätte nach Auffassung des Sachverständigen der Kassengutachter eine gravierend mangelhafte Okklusion dokumentieren müssen.

Das Gutachten sagt hierzu jedoch nichts aus. Hinzu kam, dass nach den Ausführungen des Sachverständigen eine belastbare Beurteilung der Okklusion ohnehin erst nach Durchführung einer Schienentherapie möglich gewesen wäre. Diese hatte der Patient jedoch abgelehnt. Die weiteren Vorwürfe erhärteten sich nach Aussage des Sachverständigen ebenfalls nicht. Die Klage wurde daher abgewiesen.

Der Patient legte hiergegen Berufung ein. Im Berufungsverfahren stellte das OLG nochmals klar, dass nicht das Gericht zur Überzeugung kommen müsse, dass kein Behandlungsfehler vorliegt, sondern der Patient den Beweis erbringen muss, dass ein Behandlungsfehler vorliegt. Die Beweislast liegt also klar beim Patienten. Wenn sich, wie hier, jedoch nach der Bewertung des Sachverständigen kein Behandlungsfehler zeige, kann der Kläger mit seiner Klage auch keinen Erfolg haben.

Die Beweisführung war dem Patienten hier nicht gelungen, da der Sachverständige zum einen aufgrund der Weiterbehandlung keine Feststellungen zur Okklusion mehr treffen konnte. Gleichzeitig boten die vorgelegten Behandlungsunterlagen auch keine Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Einstellung der Okklusion. Weitere Beweismittel waren für das Gericht nicht ersichtlich und wurden auch vom Kläger nicht vorgebracht.

Das Gericht konstatiert im Übrigen, dass es nicht erforderlich gewesen war, den Nachbehandler persönlich anzuhören. Dieser hat zur Ermittlung des Sachverhaltes bereits durch die Vorlage seiner Dokumentation ausreichend beigetragen. Die Bewertung der Behandlung obliegt hingegen allein dem gerichtlich bestellten Sachverständigen. Würde man den Nachbehandler laden, könnte er über seine Dokumentation hinaus nur noch Bewertungen abgeben. Diese sind jedoch dem

gerichtlich bestellten Sachverständigen vorbehalten. Es haben sich offenbar auch keine Unstimmigkeiten ergeben, die ein Nachhaken beim weiterbehandelnden Zahnarzt erforderlich gemacht hätten. Eine ziellose Befragung aller Behandler nach dem Motto „wer sucht, der findet“ ist gerade nicht angezeigt, wenn nicht der Patient zumindest Anknüpfungspunkte für neue Erkenntnisse liefert.

Das Gericht wies darauf hin, dass es aus eigener Sachkunde wegen des jahrelangen Befassens mit Vorwürfen zu zahnärztlichen Behandlungsfehlern der Auffassung ist, dass allein die Notwendigkeit von Nachbesserungen beim Einsetzen von Zahnersatz nicht die Annahme eines Behandlungsfehlers rechtfertigt. Diese sind nach Kenntnis des OLG im Rahmen der Eingewöhnung regelhaft zu erwarten. Damit ist nochmals klargestellt, dass Nachbesserungen im Rahmen der zahnärztlichen Gewährleistung für sich ge-

nommen keinen Behandlungsfehler darstellen. Auch bei einer lege artis erfolgten Behandlung können Nachbesserungen erforderlich sein.

Fazit:

Das OLG Köln stellt sich in seinem Urteil klar hinter den Behandler, wenn der Patient keinen Beweis eines Behandlungsfehlers erbringen kann. Beschwerden des Patienten allein reichen nicht aus, insbesondere wenn es um die Eingewöhnung eines Zahnersatzes geht, die grundsätzlich nicht immer reibungslos verläuft. Das Gericht muss nicht zur Überzeugung gelangen, dass die Behandlung fehlerfrei verlaufen ist, sondern der Patient muss einen konkreten Behandlungsfehler beweisen.

Ina von Bülow
Rechtsanwältin (Syndikusrechtsanwältin)
Fachanwältin für Medizinrecht,
Leiterin Zulassungswesen

Bilder, die berühren

Kunst belebt die Praxis

„Weiß wie in einer Zahnarztpraxis“ – so werden oft puristische Wohnungen, Designerküchen oder Büroräume beschrieben. Gerade weil Praxisräume meist sehr steril wirken, sind sie ein idealer Ort, um Kunst zu präsentieren. Das dachte sich auch der Münchner Zahnarzt Dr. Michael Schleißheimer. Einer seiner Patienten ist der junge Fotograf Lukas Schallmair. Weiße Wände – farbenfrohe Fotos – für Schleißheimer die perfekte Kombination. Und so entstand die Idee zu einer Ausstellung in den Praxisräumen, die vor Kurzem mit einer Vernissage eröffnet wurde. „Was mich antreibt, ist die Suche nach echten Momenten: Licht, das für einen Sekundenbruchteil alles verändert. Stimmungen, die zwischen den Zeilen des Alltags entstehen. Augenblicke, die man nicht planen kann, aber erkennen muss, wenn sie passieren. Fotografie ist für mich mehr

als Ästhetik. Sie ist eine Form der Aufmerksamkeit. Ein bewusstes Hinschauen. Sie schafft Raum für das, was sonst leicht übersehen wird: stille Szenen, Zwischenräume, Details, die oft nur im Vorbeigehen existieren“, so der Fotograf.

Bewusst hinschauen können nun auch die Patienten in der Münchner Zahnarztpraxis. Einige Bilder wurden über den Behandlungstühlen aufgehängt, wodurch sich eine ganz neue Perspektive eröffnet. Mindestens bis April werden die Werke noch ausgestellt. Käuflich erwerblich sind sie natürlich auch. Eine gute Idee, die vielleicht den ein oder anderen Kollegen zur Nachahmung anregt! Weitere Informationen auf lukas-schallmair.de.

Leo Hofmeier



In der Praxis von Dr. Michael Schleißheimer (rechts) sind seit Kurzem Werke des jungen Fotografen Lukas Schallmair zu sehen.



Bereit zum Durchstarten – die besten Absolventinnen und Absolventen der Aufstiegsfortbildungen Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP), Dentalhygieniker/-in (DH) und Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin (ZMV) wurden beim 66. Bayerischen Zahnärztetag mit dem Meisterpreis der Bayerischen Staatsregierung ausgezeichnet.

ZFA-Aufstiegsfortbildungen als Sprungbrett

Verleihung des Meisterpreises beim 66. Bayerischen Zahnärztetag

Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP), Dentalhygieniker/-in (DH) und Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin (ZMV) – diese drei Titel stehen für die Vizepräsidentin der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, Dr. Barbara Mattner, für höchste Fachkompetenz, unermüdlichen Einsatz und echte Leidenschaft für die Zahnmedizin. Für ihr Engagement wurden auch in diesem Jahr die 20 Prozent Besten der ZFA-Aufstiegsfortbildungen beim 66. Bayerischen Zahnärztertag mit dem Meisterpreis der Bayerischen Staatsregierung geehrt.

Die Aufstiegsfortbildungen zur ZMV, ZMP oder DH eröffnen Zahnmedizinischen Fachangestellten vielfältige Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung. Auch in diesem Jahr nahmen zahlreiche ZFA die Herausforderung der berufsbegleitenden Weiterbildungen an. Insgesamt 368 Absolventinnen und Absolventen schlossen die Abschlussprüfungen in Bayern erfolgreich ab: 131 ZMV, 181 ZMP und 56 DH. Die besten 20 Prozent wurden mit dem Meisterpreis der Bayerischen Staatsregierung geehrt – eine Auszeichnung für ihr Engagement, Durchhaltevermögen und das erworbene Fachwissen.

Dr. Drew und Dr. Schmidt: Weiterbildung wertschätzen!

Bei der feierlichen Veranstaltung begrüßten zunächst Dr. Dorothea Schmidt und Dr. Brunhilde Drew, die beiden Referentinnen Zahnärztliches Personal der BLZK,

die anwesenden Gäste. Gemeinsam begrüßten sie die Absolventinnen und Absolventen zu ihrem Abschluss und stellten heraus, welche große Bedeutung ihr Engagement und der Wille zur Weiterbildung für die zahnärztliche Praxis hat. „Ihren Einsatz, liebe Kolleginnen und Kollegen, brauchen wir in den Praxen, ob das in der Prophylaxe ist oder im Verwaltungsbereich. Denn es ist enorm wichtig, immer auf dem neuesten Stand zu sein“, richtete sich Schmidt an die Anwesenden.

Mit einem Zitat von Nelson Mandela wandte sich Drew an die frisch gebackenen ZMV, ZMP und DH: „Ausbildung ist der Schlüssel zum Erfolg. Wenn man bereit ist, die nötige Zeit und Mühe zu investieren, wird man am Ende dafür belohnt.“ Diese Belohnung würden die Anwesenden heute zu Recht erfahren – „für Ihren Einsatz und Ihre Mühe, die Sie auf sich genommen haben, um die

Aufstiegsfortbildung durchzuführen und schließlich mit einem Abschluss zu krönen“. Die Meisterpreisverleihung stelle deshalb für sie immer ein Highlight beim Bayerischen Zahnärztertag dar, und es sei ihr eine besondere Ehre, diese gemeinsam mit den Anwesenden zu erleben.

„Organisatorische Pfeiler jeder modernen Zahnarztpraxis“

Ihren Dank sprach den Absolventinnen auch die BLZK-Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner aus, die vor ihrem Studium selbst als Zahnärzthelferin, so die damals übliche Bezeichnung, arbeitete und so ihre Karriere in der Zahnmedizin startete. Sie wisse daher genau, dass hinter diesen Fortbildungen „nicht nur unzählige Stunden des Lernens, des Engagements und oft auch der Verzicht auf Freizeit stehen, sondern ebenso der tiefe Wunsch, sich ständig weiterzuentwickeln und die

bestmögliche Versorgung für Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Sie haben bewiesen, dass Sie bereit sind, über sich hinauszuwachsen und neue Maßstäbe in Ihrem Fachbereich zu setzen. Das verdient unseren Respekt und unsere Anerkennung.“

Mit ihren durch die Fortbildung erworbenen Kenntnissen seien die Anwesenden einerseits Garanten für Effizienz und Wirtschaftlichkeit und somit unverzichtbar für den Praxiserfolg. Andererseits trügen sie bei den Patientinnen und Patienten maßgeblich zur Mundgesundheit bei und übernahmen eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe.

ZFA stellen sich den gestiegenen Anforderungen

Als „Tag der Anerkennung, der Freude und des Stolzes“ bezeichnete Ministerialdirektor Dr. Rainer Hutka, Amtschef im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, die Veranstaltung. Er freue sich sehr, dass er erstmals die Verleihung des Meisterpreises der Bayerischen Staatsregierung in diesem feierlichen Rahmen übernehmen dürfe. Gefeierte würden heute die Menschen, die hinter dem Preis stünden, „nämlich Sie, die Zahnmedizinischen Fachangestellten, die mit Ausdauer, mit Ehrgeiz und mit Können eine wirklich anspruchsvolle Ausbildung abgeschlossen haben“. Die Auszeichnung stehe für Exzellenz, für berufliche Weiterbildung auf höchstem Niveau und für gelebtes Engagement im Gesundheitswesen.

Hutka hob hervor, dass die Anforderungen in der Zahnarztpraxis nicht zuletzt aufgrund des Fachkräftemangels zunehmend steigen. Hinzu kämen weitere Aspekte wie die Digitalisierung, Hygienevorgaben, Fragen der Patientensicherheit, eine verlässliche Dokumentation oder der Datenschutz, denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zahnarztpraxis mit ihrem Fachwissen entgegenzutreten müssten. „Wer führt uns denn durch dieses Dickicht? Das sind Menschen wie Sie, die die Praxen organisieren, die sich weitergebildet haben und dafür sorgen, dass das ganze Konvolut an Vorschriften und Anforderungen, denen man tagtäglich



Ministerialdirektor Dr. Rainer Hutka (Mitte), Amtschef im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, verlieh die Meisterpreisurkunden 2025. Weitere Personen auf dem Bild (v.l.): Dr. Dorothea Schmidt, Referentin Zahnärztliches Personal der BLZK, BLZK-Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner, BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl und Dr. Brunhilde Drew, Referentin Zahnärztliches Personal der BLZK.

ausgesetzt ist, am besten gemanagt wird“, so Hutka anerkennend.

Den Meisterpreis sieht Hutka als Zeichen der Wertschätzung für die gesamte Berufsgruppe, die oft neben den Zahnärzten in den Hintergrund gerate. Dabei seien die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein unverzichtbarer Teil der Praxis und durchaus systemrelevant, nicht erst seit der Corona-Pandemie. Der Preis sei darüber hinaus ein Signal an junge Menschen, dass es sich lohne, in die eigene Ausbildung zu investieren und Verantwortung zu übernehmen. Dazu bedürfe es nicht immer eines Studiums, denn das bayerische System sei durchlässig und es ermögliche die besten Ausbildungsmöglichkeiten im Beruf.

Erleichterung und Freude bei der Verleihung

Im Anschluss an seine Rede verlieh Hutka die Meisterpreisurkunden. Unterstützung erhielt er dabei von BLZK-Hauptgeschäfts-

führer Sven Tschoepe, der allen Absolventinnen und Absolventen eine Rose überreichte.

Als Jahrgangsbeste 2025 wurden darüber hinaus Bettina Kieswimmer (ZMV) und Michelle Tränkle (ZMP) geehrt. Stefanie Taylor, die jahrgangsbeste DH, konnte bei der Veranstaltung nicht anwesend sein.

Mit einem festlichen Büfett klang die diesjährige Meisterpreisverleihung aus. Eine besondere Mischung aus Stolz und Erleichterung war unter den Teilnehmern deutlich zu spüren, die nun glücklich auf die anstrengende Zeit der Fortbildung und das Erreichte zurückblicken konnten. „Die ganze Arbeit hat sich gelohnt, man ist über sich hinausgewachsen und freut sich jetzt natürlich sehr“, so eine der Absolventinnen. Oder wie es eine weitere Kollegin erleichtert zusammenfasste: „Doch, war cool.“

Dagmar Loy

BILDER, BERICHTE UND FILME IM NETZ

Ausführliche Artikel und Bildergalerien zum 66. Bayerischen Zahnärztertage sowie einen Film von der Meisterpreisverleihung finden Sie auf der Website der Bayerischen Landes Zahnärztekammer: www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa_bayerischer_zahnaerztetag.html





Lohnt sich das?

Vergütungsmodelle für angestellte Zahnärzte

Im BZB 11 haben wir über arbeitsrechtliche und betriebswirtschaftliche Aspekte der Vergütung angestellter Zahnärzte berichtet. In dieser Ausgabe geht es um verschiedene Vertragsvarianten – insbesondere auch um das Fixgehalt und Umsatzbeteiligungen.

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.

Die Vergütungsmodelle für angestellte Zahnärzte sind allerdings sehr unterschiedlich. Auch die Vertragsgestaltung muss sich hier anpassen. Diese Varianten gibt es:

A – Vereinbarung eines Fixgehaltes

- Monatlich fest vereinbartes Bruttogehalt, unabhängig von der individuellen Leistung.
- Vorteile: Planungssicherheit für beide Seiten, klare Kalkulationsbasis, besonders attraktiv für Berufseinsteiger.
- Nachteile: Geringer Leistungsanreiz, Praxis trägt das wirtschaftliche Risiko allein.

B – Vereinbarung einer „reinen“ Umsatzbeteiligung

- Die Vergütung orientiert sich am vom angestellten Zahnarzt erwirtschafteten

ten Honorarumsatz (meist zwischen 20 bis 30 Prozent); Mindestlohn ist zu beachten!

- Vorteile: Starker Leistungsanreiz, variable Kostenstruktur für die Praxis.
- Nachteile: Einkommensschwankungen beim Angestellten, aufwendigere Abrechnung und Kontrolle.

C – Vereinbarung eines Fixgehaltes plus Umsatzbeteiligung (Kombinationsmodell)

- Kombination aus einem garantierten Mindestgehalt und einer prozentualen Beteiligung am Umsatz über einer vereinbarten Schwelle.
- Vorteile: Grundsicherung für den Angestellten, gleichzeitig Motivation zur Leistungserbringung.
- Nachteile: Erhöhter Abrechnungs- und Verwaltungsaufwand.

D – Sonstige Vergütungskomponenten

- Sachleistungen: Sachbezugschein, Dienstwagen, Fortbildungskostenübernahme, betriebliche Altersvorsorge.

- Work-Life-Balance-orientierte Benefits: Zusatzurlaub, flexible Arbeitszeiten, Kostenübernahme für Kinderbetreuungskosten.

Umsatzbeteiligung oder Kombinationsmodell?

Gerade die Varianten B und C – also eine reine Umsatzbeteiligung (unter Beachtung des Mindestlohnes) sowie das Kombinationsmodell (Fixgehalt und Umsatzbeteiligung) sind in der Praxis sehr populär. Hier ist es wichtig, eine transparente Regelung zu schaffen, um potenzielle Unsicherheiten, aber auch Unstimmigkeiten zwischen dem Arbeitgeber und dem angestellten Zahnarzt zu vermeiden.

Nachfolgend zwei mögliche Vereinbarungsvorschläge für diese Varianten. Selbstverständlich gibt es noch eine Vielzahl an weiteren Gestaltungsmöglichkeiten. Diese bedürfen jedoch einer individuell abgestimmten Beratung durch einen Rechtsanwalt/Steuerberater.

VARIANTE B: REINE UMSATZBETEILIGUNG UNTER BEACHTUNG DES MINDESTLOHNES

Die „Mindestvergütung“ muss mindestens dem gesetzlichen Mindestlohn entsprechen, kann aber auch entsprechend nach oben angepasst werden. Bei einer Vollzeitstätigkeit von 40 Wochenstunden liegt die Mindestvergütung aktuell bei 2.220,42 Euro brutto. Ab dem 1. Januar 2026 erhöht sich diese auf 2.407,48 Euro brutto (Mindeststundenlohn derzeit bei 12,82 Euro brutto, ab dem 1. Januar 2026 bei 13,90 Euro brutto). Grundsätzlich kann auch ein geringeres Fixgehalt vereinbart werden. Sofern der angestellte Zahnarzt im jeweiligen Monat beispielsweise keine oder nur sehr geringe Umsätze erwirtschaftet, muss der Arbeitgeber jedoch in jedem Fall den gesetzlichen Mindestlohn als Mindestvergütung entrichten.

§ XX – VERGÜTUNG

1. Der Mitarbeiter erhält für die vertraglich regelmäßige Arbeitszeit eine variable Vergütung in Höhe von ... Prozent der von ihm tatsächlich erwirtschafteten Honorarumsätze, mindestens jedoch eine monatliche Vergütung in Höhe von ... Euro brutto. Es werden nur Honorarumsätze aus persönlich durchgeführten zahnärztlichen Leistungen ohne auf Material- und Laborkosten entfallende Umsätze berücksichtigt.
2. Honorarrückforderungen, Honorarkürzungen im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung, der Wirtschaftlichkeitsprüfung, aufgrund von Budgetkürzungen seitens der Krankenkassen sowie aufgrund von Zahlungsausfällen von Patienten mindern die Honorarumsätze. Bereits erhaltene Zahlungen sind ggf. (anteilig) zurückzugewähren. Der Arbeitgeber ist nicht verpflichtet, klageweise gegen Patienten oder Krankenkassen etc. vorzugehen.
3. Die Abrechnung und Auszahlung der variablen Vergütung erfolgt monatlich/quartalsweise. Die Zahlung der Vergütung erfolgt bargeldlos auf das vom Mitarbeiter benannte Konto.

ANZEIGE



TAUSCHEN LOHNT SICH – 6 MONATE NEUBEHÄLTER GRATIS SICHERN!

Die nächsten **6 Monate** vom **1:1-Austauschservice** profitieren. Jetzt bis zum **31.12.2025** anmelden und **kostenlosen Austausch von Amalgamneubebehältern** für 6 Monate sichern!

Weitere Informationen unter:
0800 805 432 1 | kundenservice@enretec.de

Ihr Entsorgungspartner für alle Praxisabfälle

- › Experten seit 1984
- › nachhaltig & ressourcenschonend
- › vertragsfrei & bedarfsorientiert
- › deutschlandweit

VARIANTE C: VEREINBARUNG EINES FIXGEHALTES PLUS UMSATZBETEILIGUNG (KOMBINATIONSMODELL)

Bei diesem Modell gibt es hauptsächlich zwei denkbare Konstellationen: So kann ein Fixum ohne Anrechnung auf die zusätzliche Umsatzbeteiligung bezahlt werden oder das Fixum des Mitarbeiters kann auf die Umsatzbeteiligung entsprechend angerechnet werden. Letzteres entspricht im Ergebnis einer Umsatzbeteiligung mit einem garantierten Mindestgehalt, welches oftmals deutlich über dem Mindestlohn liegt. In diesem Fall empfiehlt sich der unter Variante B vorgestellte Formulierungsvorschlag. Nachfolgender Vorschlag empfiehlt sich bei der ersten Variante – also Fixum + Umsatzbeteiligung (ohne Anrechnung auf das Fixum).

Auch hier gibt es noch eine Vielzahl an Gestaltungsmöglichkeiten – insbesondere im Hinblick darauf, ab wann die variable Vergütungskomponente zu entrichten ist bzw. in welcher Höhe. Je nachdem, wie hoch das Fixum gewählt wird, kann der prozentuale Anteil am Umsatz entsprechend geringer sein. Ebenso kann vereinbart werden, dass die Umsatzbeteiligung beispielsweise erst ab einer gewissen Umsatzenschwelle zum Tragen kommt. Diese Feinheiten bedürfen in jedem Fall einer individuellen Beratung.

§ XX – VERGÜTUNG

1. Der Mitarbeiter erhält für die vertraglich regelmäßige Arbeitszeit ein monatliches Bruttogehalt in Höhe von ... Euro.
2. Die Vergütung ist jeweils am Letzten eines Monats fällig. Die Zahlung der Vergütung erfolgt bargeldlos auf das vom Mitarbeiter benannte Konto.
3. Der Mitarbeiter erhält zusätzlich eine variable Vergütung in Form einer Umsatzbeteiligung in Höhe von ... Prozent an den von ihm im jeweiligen Kalendermonat erwirtschafteten Honorarumsätzen. Es werden nur Honorarumsätze aus persönlich durchgeführten zahnärztlichen Leistungen ohne auf Material- und Laborkosten entfallende Umsätze berücksichtigt.

Honorarrückforderungen, Honorarkürzungen im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung, der Wirtschaftlichkeitsprüfung, aufgrund von Budgetkürzungen seitens der Krankenkassen sowie aufgrund von Zahlungsausfällen von Patienten mindern die Honorarumsätze. Bereits erhaltene Zahlungen sind ggf. (anteilig) zurückzugewähren. Der Arbeitgeber ist nicht verpflichtet, klageweise gegen Patienten oder Krankenkassen etc. vorzugehen.

Die Auszahlung der Umsatzbeteiligung erfolgt monatlich zusammen mit dem Gehalt und basierend auf den im Vormonat erwirtschafteten Honoraren.

Fazit

Die Vergütung angestellter Zahnärzte kann flexibel gestaltet werden – von klassischen Fixgehältern über Umsatz- und Gewinnbeteiligungen bis hin zu hybriden Modellen. Entscheidend ist eine ausgewogene Balance zwischen Planungssicherheit, Motivation und fairer Risikoverteilung. Auch Mindestlohnregelungen müssen bei reiner Umsatzbeteiligung sowie bei einer kombinierten Vergütungslösung beachtet werden.

Der Arbeitgeber sollte bei der Gestaltung des Gehaltes im Blick behalten, dass zusätzlich zum Gehalt – also auch in Bezug auf einen möglichen variablen Vergütungsbestandteil – Sozialversicherungsbeiträge abzuführen sind.

Ebenso in die Kalkulation der Gehälter sollte miteinfließen, dass bei Urlaub, Krankheit oder an Feiertagen der angestellte Zahnarzt nicht nur sein vertragliches Fixum erhält, sondern sich die Entgelt(fort-)zahlung nach dem durchschnittlichen Gehalt der

13 Wochen vor Eintritt des jeweiligen Ereignisses richtet; spricht der Angestellte auch eine etwaige Umsatzvergütung als Durchschnitt als Lohn(fort-)zahlung erhält.

Generell gilt: Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Vergütung sind entscheidend, um Streitigkeiten zu vermeiden. Eine individuell zugeschnittene Vertragsgestaltung stärkt nicht nur die Mitarbeiterbindung, sondern auch die wirtschaftliche Stabilität der Praxis.

Alexandra Novak-Meinschmidt
Rechtsanwältin, Kanzlei drpa, Regensburg

Regional, kostenlos und praxisnah

KZVB-Fortbildungsprogramm 2026

Fortbildung leicht gemacht! Die KZVB setzt auch 2026 wieder auf ihr bewährtes Konzept kostenloser, wohnortnaher Seminare. Bei den Themen geht es rund um die vertragszahnärztliche Abrechnung, die Praxisführung und um die neuesten Entwicklungen bei der Telematik-Infrastruktur.

Vertragszahnärzte, ermächtigte und angestellte Zahnärzte sind zur kontinuierlichen fachlichen Fortbildung verpflichtet. Innerhalb eines Fünf-Jahres-Zeitraumes müssen 125 Fortbildungspunkte angesammelt und nachgewiesen werden. Wird die Frist nicht eingehalten, drohen zunächst Honorareinbußen, als letzte Maßnahme sogar der Entzug der Zulassung bzw. bei angestellten Zahnärzten der Widerruf der Genehmigung.

Um all dies zu vermeiden und das Thema Fortbildung zudem interessant und lohnenswert zu gestalten, unterstützt die KZVB ihre Mitglieder bestmöglich dabei, ihrer Verpflichtung nachzukommen. Dabei setzt sie auf eine Mischung aus Online-seminaren und Präsenzveranstaltungen – letztere häufig im regionalen Umfeld, um den Teilnehmern lange Anfahrtszeiten und auch Kosten zu ersparen. So auch bei den Seminaren und Workshops des brandneuen KZVB-Fortbildungsprogrammes 2026. Die Organisation und Abwicklung erfolgt dabei ausschließlich über Ehrenamtsträger. Denn Obleute, Moderatoren und Leiter von Fortbildungskreisen kennen besser als jeder andere die (Fortbildungs-)Wünsche der Kollegen. Die Zusammenarbeit mit der eazf, der Fortbildungsakademie der BLZK, hat sich hier sehr bewährt. Um die Synergien bei der großen zahnärztlichen Körperschaft

Fortbildung

2026

**regional.
kostenlos.
praxisnah.**

Kassenzahnärztliche
Vereinigung Bayerns

ten zu nutzen, stimmt sich die KZVB bei der Themenauswahl eng mit der eazf ab. Zusätzlich zu den Präsenzveranstaltungen vor Ort bietet die KZVB auch Virtinare, E-Fortbildungen sowie einen 30-minütigen Virti-Talk an.

Die Fortbildungsnachweise müssen bei der KZVB eingereicht werden. Seit März 2025 geht das bequem per Klick über den persönlichen Zugang auf „Meine KZVB“.

Die aktuelle Broschüre „Fortbildung 2026“ steht zum Download auf kzvb.de/praxis-fuehrung/fortbildungsprogramm.

Redaktion

Ein Fortbildungspaket vom Feinsten

LAGZ-Update zur Gruppenprophylaxe am Puls der Zeit

Seit mehr als vier Jahrzehnten veranstaltet die Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit in Bayern (LAGZ) einmal jährlich eine meist zweitägige Fortbildungsveranstaltung für ihre Patenzahnärztinnen und -zahnärzte. Damit erfüllt die LAGZ zugleich den Staatsauftrag, mittels präventiver Maßnahmen die Mundgesundheit der bayerischen Kinder und Jugendlichen in Kitas, Schulen und Förderzentren zu unterstützen.

Da das große Potenzial der Prävention im Gesundheitswesen mittlerweile anerkannt wird, erfährt die Tätigkeit der LAGZ in Bayern durch ihre nachweislich erbrachte Effektivität zunehmende Wertschätzung in der Öffentlichkeit. Gruppenprophylaxe im Sinne von Kariesprävention vom Kleinkind bis zum Schüler ist heute aus dem interdisziplinären Netzwerk von „Public Health“ nicht mehr wegzudenken.

Unverzichtbar, auf dem neuesten Stand zu sein

Kitas, Schulen und Förderzentren sind in ihren Konzepten häufig Änderungen unterworfen und müssen auf veränderte Strukturen in der Bevölkerung reagieren, um ihrem Erziehungs- und Bildungsauftrag gerecht zu werden. Deshalb sollten nicht nur Schulleiter und Lehrkräfte auf dem neuesten Stand sein, sondern auch Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen, wie zum Beispiel die LAGZ-Patenzahnärzte, die den Auftrag haben, einmal pro

Jahr einen Impuls zur Zahngesundheit in den Klassen zu setzen. Heute vermitteln die Patenzahnärzte ihr Wissen mit anschaulichen PowerPoint-Vorträgen, benutzen Dokumentenkameras, bearbeiten mit den Schülern interaktiv digitale Arbeitsblätter oder laden zum Online-Elternabend „Zahngesundheit“ ein. Fortbildung war und ist bei allen Veränderungen unverzichtbar, um gut „anzukommen“.

Fortbildung im historischen Ambiente

In diesem Jahr hielt die LAGZ Bayern ihre Fortbildungsveranstaltung im Kloster Seeon ab, einer der schönsten bayerischen Kultur- und Bildungsstätten. Dabei war nicht nur das historische Ambiente und der exzellente Rahmen ein absolutes Highlight, das Programm stand ihm in nichts nach. Es umfasste ein Spektrum von neuen Schulkonzepten über den Umgang von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf, Übungen zur Spontaneität und

Außenwahrnehmung bis hin zum „Update Kita“, sodass letztlich für jeden etwas dabei war.

Dr. Mattner: Seelöwe, Löwenzahn und Charly auf Erfolgskurs

Dr. Barbara Mattner, die Vorsitzende der LAGZ Bayern, freute sich, die Teilnehmer im historischen Stucksaal des Benediktinerklosters begrüßen zu dürfen, und bot in ihrem Vortrag einen Überblick über die Ereignisse des laufenden Jahres. So verzeichnete die LAGZ Bayern im Jahr 2025 eine Zunahme von 117 neuen Einrichtungen, sodass bayernweit jetzt insgesamt 13.346 Einrichtungen betreut werden.

85.000 Kindergartenkinder waren im Rahmen der Aktion „Seelöwe“ bei einem Zahnarzt. Auch die Aktion „Löwenzahn“ verzeichnete im Schuljahr 2024/25 einen deutlichen Aufwärtstrend. Das Pilotprojekt „Charly Challenge“ für die fünften und sechsten Klassen ist nach einem er-



Abb. 1: Dr. Barbara Mattner (am Rednerpult), Vorsitzende der LAGZ Bayern und Vizepräsidentin der BLZK, zog eine beeindruckende Jahresbilanz und bekam in einer Videobotschaft Zustimmung von Gesundheitsministerin Judith Gerlach. – **Abb. 2:** Priv.-Doz. Dr. Katharina Bücher legte den Schwerpunkt auf die Prävention oraler Erkrankungen und die Gesunderhaltung der Zähne.

folgreichen Auftakt in die zweite Runde gegangen. „Mit unseren Aktionen sind wir derzeit voll auf Erfolgskurs“, betonte die strahlende Vorsitzende.

2025 wird Bayern an der bundesweiten epidemiologischen Begleituntersuchung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe bei sechs-, sieben und zwölfjährigen Schülern teilnehmen. Alle Vorbereitungen sind bereits getroffen. Dr. Mattner beendete ihre Ansprache mit Eindrücken vom Tag der Zahngesundheit in Memmingen und einer Videobotschaft von Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach, in der die CSU-Politikerin den LAGZ-Patenzahnärzten für ihre Arbeit dankte.

Vernetzte Teamarbeit besonders wichtig

Priv.-Doz. Dr. Katharina Bücher warb im Hauptvortrag dafür, gerade bei Kindern und Jugendlichen mit besonderen Bedürfnissen die Teamarbeit in den Mittelpunkt zu stellen. Dabei sollte ein besonderer Schwerpunkt auf der Prävention oraler Erkrankungen liegen. Die Vermeidung unerkannter Schmerzen und die Gesunderhaltung der Zähne sind gerade in dieser Gruppe von großer Bedeutung für die Lebensqualität. Hier sei vernetzte Teamarbeit gefordert – sowohl in Einrichtungen als auch individuell zu Hause. Ziel sollte es sein, Kinder, Eltern, medizinisches Personal und Pflegende für die orale Gesundheit zu sensibilisieren.

Gruppenprophylaxe am Puls der Zeit

Dr. Annette Muschler, Arbeitskreisvorsitzende, langjährige LAGZ-Zahnärztin und Referentin, führte in ihrem Workshop die Teilnehmer in eine veränderte Schullandschaft: Lernhaus statt Schulhaus, elektrisch putzen statt Handzahnbürste, Inputs im Stuhlkreis mit freier Platzwahl (Churer Modell), queere Kinder statt Jungen oder Mädchen, Tandemklassen und Außenklassen als Inklusionsbeitrag und vieles andere mehr. Neue Strategien und Videos zu altbekannten Themen konnten die Teilnehmer überzeugen, den Neuerungen entspannt entgegenzusehen.

Spontan, kreativ, einfach

Michael Dietrich und Sophie Hechler vom Impro-Theater Mixxit gelang es mit abwechslungsreichen Übungen und Spielen, die Grundlagen der Improvisationskunst zu vermitteln und Spontaneität und Außenwahrnehmung zu schulen. Sie gaben den Zahnärztinnen und Zahnärzten auf den Weg, keine Angst vor Fehlern zu haben und auf den Moment zu reagieren. „Es war ein Workshop mit Spaßfaktor“, lautete daher auch das Fazit vieler Teilnehmer.

Hurra, sie haben es verstanden!

Kathrin Schmidt, Förderschullehrerin aus Augsburg, wusste genau, wovon sie spricht. Dank der Inklusion trifft man inzwischen nicht nur an sonderpädagogischen Förderzentren, sondern auch an Grund- und Regelschulen auf Kinder, die einen Förderbedarf mit unterschiedlichsten Störungsbildern aufweisen. Für die Teilnehmer besonders wichtig: Erfolg durch „weniger ist mehr“. Daneben erhielten die Patenzahnärzte Tipps zum richtigen Einsatz der LAGZ-Materialien im Unterricht.

Kita 2025 – ein Update

Vor dem Hintergrund veränderter Rahmenbedingungen – unabhängig ob in Großstädten oder in ländlichen Regionen – sieht sich die LAGZ auch in Kinderbetreu-



Heike Maas leitete den Workshop „Kita 2025 – ein Update“.

ungseinrichtungen mit einem grundlegenden Wandel konfrontiert. Altersöffnung, Inklusion und Migration – die Teilnehmer dieses Workshops definierten ihre speziellen Probleme beim Kitabesuch anhand von konkreten Beispielen. In der Diskussion konnten Erfahrungen ausgetauscht werden und in Bezug auf die Ergebnisse das gemeinsame Ziel definiert werden, dass das gesamte Netzwerk aus Trägern, Erzieherinnen, Eltern und Zahnärzten zusammenwirken sollte, um sowohl in den Einrichtungen selbst als auch zu Hause für eine zahngesunde Zukunft zu sorgen.

Dr. Brigitte Hermann
Geschäftsführerin der LAGZ Bayern



„Spontan, kreativ, einfach“, lautete das Motto eines Workshops mit dem Impro-Theater Mixxit.

Selektive oder nonselektive Exkavation?

Spannende Fortbildung in der Zahnklinik der LMU

„Was denn nun: selektive Exkavation oder nonselektive Exkavation und Management der exponierten Pulpa?“ Dieser Frage stellten sich Prof. Dr. Falk Schwendicke und Dr. Sascha Herbst zusammen mit Experten bei einer Fortbildung an der Poliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und digitale Zahnmedizin der LMU München. Organisiert wurde die Veranstaltung gemeinsam mit der KZVB und dem ZBV München. Im Mittelpunkt standen aktuelle wissenschaftliche und klinische Erkenntnisse zu einem der zentralen Themen der Zahnerhaltung: dem Pulpaerhalt bei tief kariösen Läsionen.



„Eine gelungene Veranstaltung“ – darüber waren sich die beiden Gastgeber Dr. Sascha Herbst (2. v. l.) und Prof. Dr. Falk Schwendicke (3. v. l.) zusammen mit Dr. Rüdiger Schott (links) und Dr. Jens Kober einig.

Die Behandlung tiefer kariöser Läsionen stellt eine der größten Herausforderungen in der Zahnerhaltung dar. Jahrzehntelang galt die nonselektive („vollständige“) Kariesentfernung bei asymptomatischen oder reversibel pulpitischen Zähnen als Standard, um sämtlich infiziertes Dentin zu eliminieren. Zunehmend be-

legen jedoch Studien, dass dieses Vorgehen häufiger zu Pulpaeröffnungen führt, die eine aufwendige Weiterbehandlung erforderlich machen. Das Ziel der selektiven Kariesexkavation ist nicht die vollständige Entfernung des kariösen Dentins, sondern das gezielte Belassen pulpanahen Restdentin, um eine Pulpaexpo-

sition zu vermeiden. So kann die Pulpa durch ein minimalinvasives Vorgehen vital erhalten bleiben.

Prof. Schwendicke und Dr. Herbst betonten die Bedeutung einer individualisierten Entscheidung je nach klinischer Situation und pulpaler Diagnose. Die selektive



Das Thema Pulpaerhalt bei tief kariösen Läsionen sorgte für einen vollen Hörsaal.

Exkavation ist ausschließlich bei asymptomatischen Zähnen oder reversibler Pulpitis indiziert. Liegt anamnestisch Spontanschmerz oder Perkussionsempfindlichkeit vor, ist ein nonselektives Vorgehen mit anschließender Pulpaversorgung angezeigt. „Es geht nicht um ‚alles oder nichts‘ – sondern um das richtige Maß an Exkavation für den jeweiligen Zahn“, brachte es Prof. Schwendicke auf den Punkt.

Klinische Orientierung geben hier folgende Entscheidungspfade:

- Pulpa vital, asymptomatisch → selektive Exkavation (einzeitig oder schrittweise)

- Pulpa symptomatisch, aber reversibel entzündet → selektive Exkavation mit enger Kontrolle
- Pulpa durch Karies eröffnet, aber vital → Pulpotomie (der direkten Überkappung vorzuziehen)
- Pulpa irreversibel entzündet → Pulpotomie oder endodontische Therapie
- Pulpanekrose → endodontische Therapie

Die Pulpotomie – moderne Vitalerhaltung bei eröffneter Pulpa

Ein besonderer Schwerpunkt lag auf der Pulpotomie als zeitgemäßem Therapieansatz, wenn die Pulpa trotz Beschwer-

den und kariöser Exposition noch vital ist. Hierbei wird das entzündete koronale Pulpagewebe entfernt, die vitale Restpulpa belassen und anschließend dauerhaft abgedeckt. Zahlreiche Studien zeigen, dass die partielle oder vollständige Pulpotomie hohe Erfolgsraten in Bezug auf Schmerzfreiheit, Funktion und Langzeitvitalität aufweist. Sie ermöglicht eine biologische Heilung, vermeidet die Wurzelkanalbehandlung und erhält die propriozeptive Funktion des Zahnes. Dr. Herbst: „Die Pulpotomie ist längst keine Notlösung mehr – sie ist eine eigenständige Therapieoption im Portfolio der modernen endodontischen Behandlung, sofern klinische und radiologische Kriterien stimmen.“

Fazit

Moderne Zahnerhaltung ist nicht dogmatisch, sondern muss differenziert gedacht werden. Die Entscheidung sollte stets patienten- und situationsbezogen getroffen werden. Der Abend machte zudem deutlich:

- Die selektive Exkavation ist heute der Standard bei vitaler, asymptomatischer Pulpa.
- Die Pulpotomie ist bei pulpaeröffneten, aber vitalen Zähnen eine prognostisch sichere und minimalinvasive Option – erfordert jedoch Erfahrung, mehr Zeit und spezielles Equipment.
- Ziel aller Strategien bleibt der langfristige Erhalt der Pulpa als biologischer Schutz des Zahnes.

Mit einem kollegialen Austausch praxisnaher Fragen zu Diagnostik, Desinfektion und Dokumentationspflichten ging die Veranstaltung zu Ende.

Prof. Dr. Falk Schwendicke
Dr. Sascha Herbst
Direktor/Stv. Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie und digitale Zahnmedizin
Klinikum der Universität München

Online-News der BLZK

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



BLZK.de



BLZK unterstützt HPV-Impfkampagne

Humane Papillomviren stehen in Zusammenhang mit bestimmten Krebsarten. Vorbeugen kann eine Impfung – am besten im Jugendalter. Die BLZK unterstützt eine Aufklärungskampagne des Bayerischen Zentrums für Krebsforschung:

> www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/li_hpv-impfkampagne.html

QM Online



Aufgaben aus dem Mutterschutzgesetz

In das Dokument a01 im Kapitel B05 „Arbeitssicherheit“ wurden neue Regelungen und Schutzfristen aufgenommen. Sie finden es in „Neue und geänderte Dokumente“ auf der Startseite.

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

BLZK-compact.de



Wenn die Praxis Urlaub macht

Eine geeignete Vertretung finden, den Urlaub mit dem Praxisteam koordinieren, die Praxis vor Einbruch schützen – woran Sie vor dem Weihnachtsurlaub denken sollten:

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

zahn.de



Hilfe bei trockenem Mund

Vor allem ältere Menschen leiden häufig unter Mundtrockenheit. Auf zahn.de finden Patientinnen und Patienten Tipps, was sie selbst gegen einen trockenen Mund tun können:

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



CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

Das **Online Berichts- und Lernsystem** von Zahnärzten für Zahnärzte. Ein wichtiger Baustein für Ihr Praxis-QM mit ca. 6500 Mitgliedern und ca. 200 Erfahrungsberichten im System.

Jetzt mitmachen!

Berichtsdatenbank

- Alle Berichte zu kritischen Ereignissen anonymisiert einsehbar
- Gezielte Suche nach einzelnen Berichten möglich

Anonym berichten

- Sichere, vollständig anonyme Berichtsfunktion
- Verschlüsselte Datenübertragung und -speicherung
- Unabhängig von Interessen Dritter

Feedback-Funktion

- Anonyme Veröffentlichung besonders praxis-relevanter kritischer Ereignisse
- Nutzerkommentare
- Diskussionsforum

www.cirsdent-jzz.de





Es muss nicht immer teurer sein

Wichtige Hinweise zu Beitragsanpassungen in der Berufshaftpflichtversicherung

Die Berufshaftpflichtversicherung ist für Zahnärztinnen und Zahnärzte unverzichtbar. Sie sichert die berufliche Tätigkeit gegen Schadensersatzansprüche ab. Während der Versicherungsschutz existenziell ist, rücken aktuell auch die Kosten der Policen in den Fokus.

Zahlreiche Versicherer haben angekündigt, die Beiträge anzupassen – ein Umstand, der mit der sogenannten Treuhänderklausel nach § 8 AHB zusammenhängt. Diese Klausel ermöglicht es Versicherungsunternehmen, die Beiträge zur Haftpflichtversicherung einseitig zu erhöhen, wenn sich die Schadensaufwendungen deutlich erhöhen. Gerade in der Berufshaftpflicht für Heilberufe war in den vergangenen Jahren eine Zunahme der Schadenshöhen zu beobachten.

Beitragssteigerung berechtigt zum Wechsel

In der Praxis bedeutet das, dass Zahnärzte mit steigenden Prämien rechnen müssen. Was häufig übersehen wird: Eine Beitragsanpassung hat für Versicherte ein Sonderkündigungsrecht zur Folge. Es besteht keine Verpflichtung, die höhere Prämie stillschweigend hinzunehmen, sondern der Vertrag kann – unabhängig von der regulären Laufzeit – gekündigt und zu einem günstigeren oder leistungsstärkeren Angebot gewechselt werden.

Sonderkonditionen nutzen

Unter diesen Vorzeichen sind Sonderkonditionen für den Berufsstand besonders interessant. Die eazf Consult GmbH hat seit Jahren Rahmenverträge etabliert, die speziell auf die Bedürfnisse von Zahnärzten in Bayern zugeschnitten sind. Diese Verträge bieten im Marktvergleich nicht nur ein attraktives Beitragsniveau, sondern auch umfassende Service- und Leistungsmerkmale, die im Schadenfall entscheidend sein können.

- Zügige Schadensbearbeitung: Schäden werden von erfahrenen Sachbearbeitern schnell aufgenommen und bearbeitet, sodass keine lange Unsicherheit besteht.
- Unterstützung durch Spezialisten: In medizinisch komplexen Haftungsfällen stehen fachkundige Gutachter zur Seite.
- Sollte es zu rechtlichen Auseinandersetzungen kommen, ist eine kompetente juristische Unterstützung gewährleistet – ein Punkt, der bei langwierigen Prozessen von hohem Wert ist.
- Die Berater der eazf Consult sind gut erreichbar und bieten persönliche Unterstützung – sei es telefonisch, digital oder in einem Beratungsgespräch.

Diese Kombination sorgt dafür, dass die Berufshaftpflicht nicht nur eine „Pflichtpolice“ bleibt, sondern zu einer echten Sicherheitsgarantie im Praxisalltag wird. Hinzu kommt: Der Rahmenvertrag der eazf Consult gewährleistet Zahnärzten günstigere Konditionen als vergleichbare Standardlösungen.

Es ist daher ratsam, bestehende Versicherungen genau zu prüfen. Wer von seinem Sonderkündigungsrecht Gebrauch macht, kann im Rahmenvertrag der eazf Consult nicht nur seine Prämienbelastung deutlich verringern, sondern gleichzeitig von verbesserten Serviceleistungen profitieren. Viele Zahnärzte scheuen noch immer den Wechsel, weil sie Nachteile oder bürokratische Hürden befürchten. Doch dieser Eindruck ist unbegründet: Der Wechselprozess gestaltet sich in der Praxis unkompliziert, bestehende Versicherungszeiten werden nahtlos anerkannt, und es entstehen keine Lücken im Versicherungsschutz. Nicht selten ist sogar eine deutliche Verbesserung der Bedingungen möglich.

Beitragsanpassungen im Zuge der Treuhänderklausel müssen Sie also nicht einfach hinnehmen. Ein Wechsel in einen Rahmenvertrag mit exklusiven Sonderkonditionen eröffnet die Chance, Kosten zu sparen und gleichzeitig den Versicherungsschutz auf ein höheres Niveau zu heben. Die eazf Consult GmbH bietet dafür maßgeschneiderte Lösungen mit verlässlichem Service, juristischer Expertise und attraktiven Prämien.

Michael Weber
Geschäftsführer der eazf Consult

KONTAKT

Bei Interesse an einer Analyse und Beratung zur Berufshaftpflichtversicherung, 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.





■ Das Beratungskonzept des ZEP

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

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

■ Kontakt

ZEP Zentrum für Existenzgründer und Praxisberatung der BLZK

Dipl.-Volkswirt Stephan Grüner
ZÄ Katrin Heitzmann
Michael Weber

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



blzk.de/zep

■ Expertenwissen und Rüstzeug für Ihre Praxis

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

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

Unsere Servicepartner



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

www.vvg.de
mweber@eazf.de



**PREMIUM
ABRECHNUNG
BAYERN**

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

www.premiumabrechnung.de
info@preab.info



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

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



Sofortversorgungskonzepte im digitalen Workflow

Risiko oder vorhersagbar planbar?

Ein Beitrag von Dr. Jörg-Martin Ruppin

Der Verlust eines Frontzahnes stellt für den Patienten eine nicht zu unterschätzende psychosoziale Belastung dar. Nicht nur das Aussehen verändert sich drastisch, sondern auch sprechen, essen und lachen ist plötzlich nicht mehr selbstverständlich. Das Selbstwertgefühl nimmt ab und die Lebensqualität schwindet. Hier ist es nötig, eine möglichst schnelle, schonende, funktionelle und gleichzeitig ästhetische Lösung anzustreben, ohne damit erhöhte Risiken für Implantatverlust oder Komplikationen einzugehen – gerade in der ästhetischen Zone würde dies für die Patienten eine unzumutbare Belastung bedeuten. Unter Berücksichtigung aller Risikofaktoren, korrekter Fallselektion und korrekter Durchführung bietet die Sofortimplantation hochinteressante Rehabilitationsmöglichkeiten.^{1,2} Die Socket-Shield-Technik, die erstmals 2010 beschrieben wurde, ist ein spezieller Ansatz mit dem Ziel, das periimplantäre Hart- und Weichgewebe gerade in der ästhetischen Zone langfristig zu erhalten und somit ein besseres ästhetisches Ergebnis zu erzielen.^{3,4}

Die Sofortimplantation bietet die Möglichkeit, durch den direkten Zugang zur Alveole ohne Lappenbildung zu implantieren. Bei korrekter Risikoanalyse hat dieser Ansatz verschiedene Vorteile wie den Erhalt der Blutzufuhr, keine Narbenbildung, weniger Knochenresorption, weniger Schwellung und zusätzlich weniger Behandlungsschritte und eine schnellere Vorgehensweise. Allerdings müssen diese Vorteile gegen die möglichen Nachteile, die das Vorgehen birgt, sorgfältig abgewogen werden. Aufgrund der lappenfreien Chirurgie sind dies unter anderem schlechtere Sichtverhältnisse in Bezug auf apikale Läsionen und Fenestrierungen sowie erschwerte Beurteilbarkeit der Im-

plantatposition und -Achse. Eine Metaanalyse von Zhuang⁵ kommt zu dem Ergebnis, dass beim lappenfreien Zugang das Risiko für Implantatversagen höher sein kann, insbesondere im Fall von Sofort- oder Frühbelastung.

Aufgrund dieser Einschränkungen ist hier sowohl für die Fallselektion als auch für die Implantatplanung und -Insertion die Verwendung von Computer aided Surgery (CAS) mit digitaler, virtueller Implantatplanung sehr zu empfehlen. Der ORF IEM 2025 Consensus Report on the Clinical Recommendations for Immediacy in Implant Dentistry betont die Wichtigkeit der korrekten Implantatposition bei

der Sofortimplantation als Schlüsselfaktor und empfiehlt ausdrücklich die Verwendung von CAS bei Sofortimplantationen in der ästhetischen Zone.⁶

Der klinische Fall

Erstvorstellung

Eine 39-jährige Patientin stellte sich mit Mobilität im oberen rechten mittleren Schneidezahn vor, der durch einen Unfall in der Kindheit traumatisiert und mit einer Wurzelkanalbehandlung, einem Keramikstift und einer Krone versorgt worden war. Die Patientin hatte eine kieferorthopädische Behandlung hinter sich und trug



Abb. 1a+b: Frontansicht präoperativ (a) und Seitenansicht präoperativ (b).

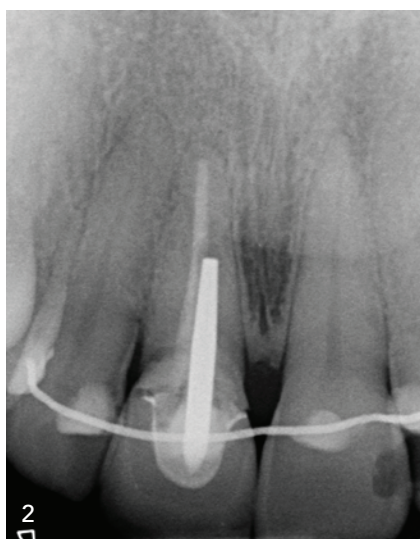
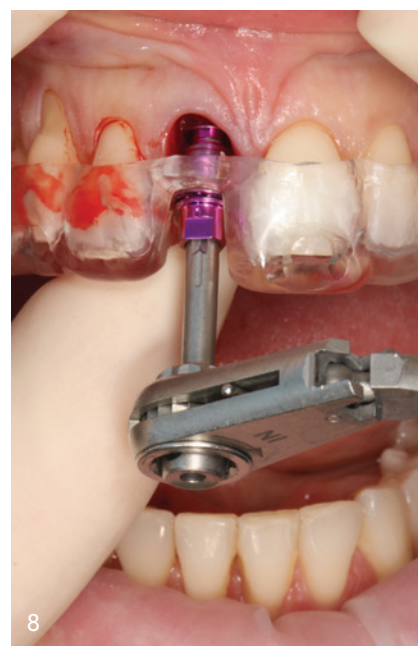
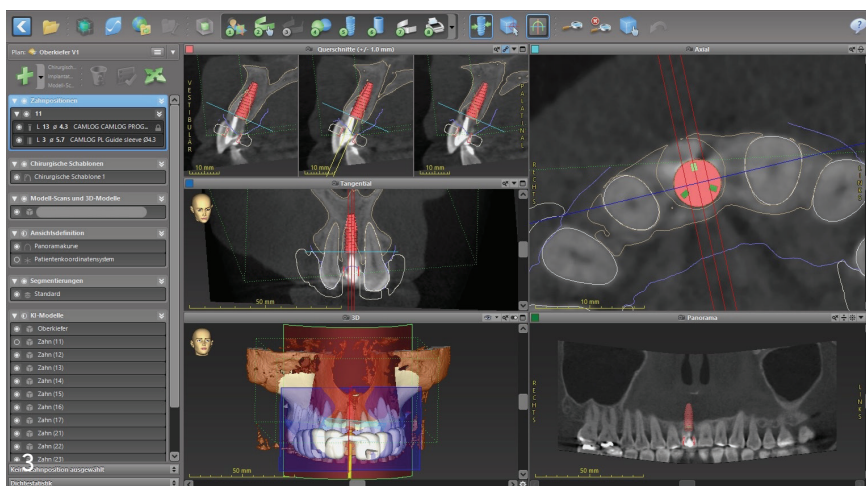


Abb. 2: Ausgangssituation radiologisch. – **Abb. 3:** Virtuelle Implantatplanung. – **Abb. 4:** Stiftkrone entfernt, frakturierter Stift in situ. – **Abb. 5:** Trennung der Wurzel und Präparation des Socket Shields. – **Abb. 6:** Schablonengeführte Implantatbettauflbereitung. – **Abb. 7:** Schablonengeführte Implantation. – **Abb. 8:** Finale Implantatausrichtung.



einen festsitzenden Retainer. Die klinische und röntgenologische Untersuchung ergab eine ausgedehnte externe Resorption und eine Wurzelfraktur. Die Mundgesundheits war ausgezeichnet, ohne Parodontitis, systemische Erkrankungen oder Raucheranamnese, die Allgemeinanamnese ohne besondere Befunde.

Behandlungsplanung und Diagnose

Da die Nachbarzähne 12 und 21 gesund und intakt waren, wünschte die Patientin eine Implantatversorgung als Ersatz für den frakturierten Frontzahn 11. Auf Basis einer DVT-Aufnahme erfolgte die prä-

zise Diagnostik der Zahn- und Knochenstruktur und eine vollständige digitale Behandlungsplanung (coDiagnostiX®; Abb. 3). Aufgrund eines dünnen Biotyps mit mehreren Rezessionen an den Eckzähnen und Prämolaren, einem stark skalopierenden Gingivaverlauf in Kombination mit einer sehr dünnen bukkalen Knochenlamelle

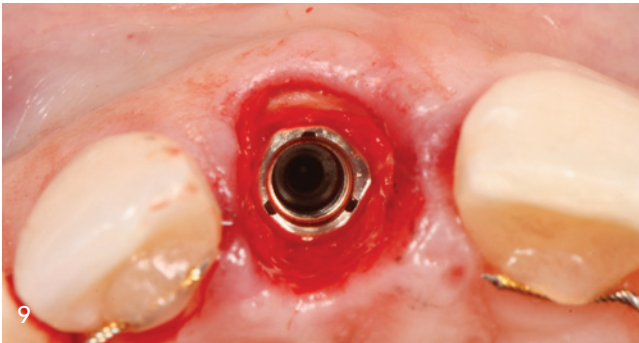


Abb. 9: Implantat und Socket Shield in situ, Spalträume mit Bohrspänchen. – **Abb. 10:** LZR in situ (sechs Monate post OP).

und einem erhöhten Rezessionsrisiko des Hart- und Weichgewebes nach der Exzision wurde der Fall gemäß der SAC-Klassifikation⁷ als komplex im Hinblick auf eine Sofortimplantation eingestuft.

Therapie

Die Fallplanung erfolgte im digitalen Workflow mit DVT-Analyse und virtueller Implantatplanung. Bei der Planung wurde auf eine palatinal orientierte Positionierung des Implantates geachtet (Abb. 3). Die korrekte Implantatposition und ihre Besonderheiten bei der Sofortimplantation in der ästhetischen Zone sind entscheidend für den Langzeiterfolg.⁶

Die digitale Planung und die vollständig geführte Sofortimplantation unter Verwendung des Camlog Guide Systems ermöglichten eine präzise Implantatpositionierung. Die Socket-Shield-Technik wurde ge-

wählt, um den bukkalen Alveolarknochen zu erhalten und damit auch die Weichgewebsarchitektur zu bewahren. Die Idee der Socket-Shield-Technik besteht darin, einen bukkalen Anteil der Zahnwurzel zu erhalten, um das parodontale Gewebe mit seinem Kapillarplexus in diesem Bereich vital zu erhalten. Durch die dadurch dauerhaft sichergestellte Blutversorgung des Alveolarknochens wird einer Resorption nach Zahnentfernung vorgebeugt. Eine CAD/CAM-vorgefertigte Acrylkrone auf einer Titan-Klebebasis mit anguliertem Schraubenkanal („Free“-System) wurde als sofortige provisorische Versorgung angefertigt.

Unter örtlicher Betäubung wurden die Keramikkrone und der Stift von Zahn 11 entfernt und der bukkale Teil der Wurzel im Sinne einer Socket-Shield-Technik präpariert, der restliche Teil des Zahnes schonend entfernt (Abb. 4+5). Die Pilot- und sequenzielle Bohrung wurden unter

chirurgischer Schablonenführung durchgeführt (Abb. 6), gefolgt von der geführten Platzierung eines CAMLOG® PROGRESSIVE-LINE-Implantates durch die Schablone (Abb. 7–9).

Das Implantat erreichte mit einem Drehmoment von 45Ncm Primärstabilität. Die Primärstabilität wurde zusätzlich mit Resonanzfrequenzanalyse (Osstell Beacon®) überprüft und ergab mit einem ISQ-Wert von 68/70 eine ausreichende Primärstabilität für eine Sofortversorgung (Abb. 11). Autologe Knochenchips, die während des Bohrens gesammelt wurden, wurden verwendet, um den Raum zwischen Implantat und Socket Shield zu füllen. Die langzeitprovisorische Krone war aus der virtuellen Planung heraus designt und gefräst worden und wurde intraoperativ nach Überprüfung und Feinjustage der approximalen und okklusalen Kontakte verschraubt (Abb. 10+11).

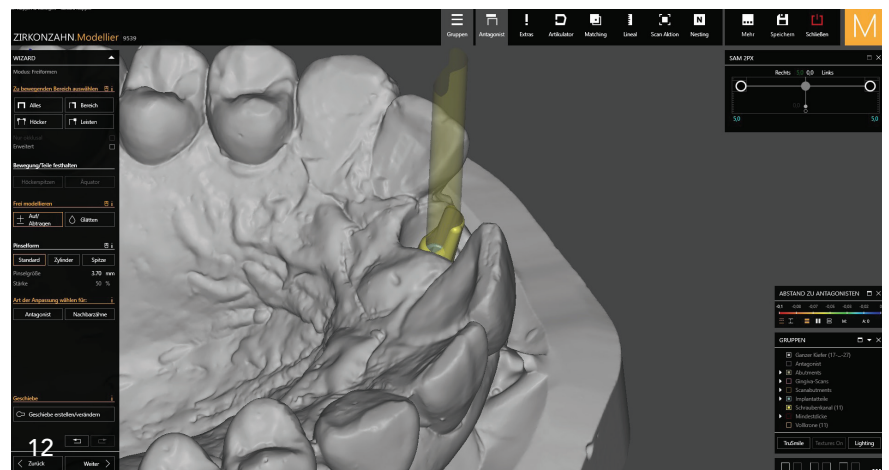
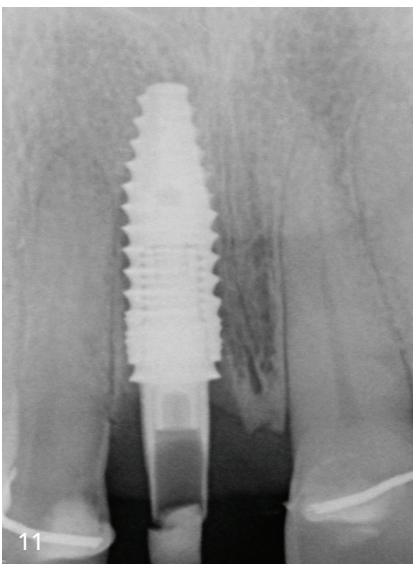
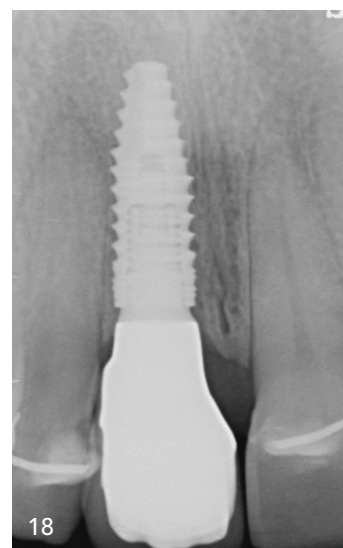
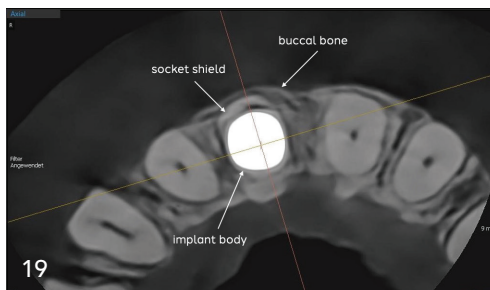


Abb. 11: Implantat mit LZR sechs Monate nach Insertion. – **Abb. 12:** Virtuelle CAD/CAM-Konstruktion mit anguliertem Schraubenkanal.



Abb. 13: Rechtslaterale Ansicht. – **Abb. 14:** Frontansicht der finalen Restauration. – **Abb. 15:** Linkslaterale Ansicht. – **Abb. 16:** Vollverblendete Hybridabutmentkrone. – **Abb. 17:** Lippenbild mit finaler Restauration. – **Abb. 18:** Zahnfilm sechs Monate nach Implantation. – **Abb. 19:** DVT zwei Jahre nach Implantation mit erhaltenem bukkalen Alveolarknochen.



Nach sechs Monaten komplikationsloser Tragedauer des Langzeitprovisoriums waren die ISQ-Werte auf 78/78 gestiegen, was eine erfolgreiche Osseointegration bestätigte. Das Weichgewebeprofil blieb stabil, ohne Rezession oder bukkalem Volumenverlust (Abb. 10). Die Abbildungen 12 und 16 zeigen das Design der finalen Krone im digitalen Workflow (Hybridabutmentkrone aus Zirkondioxidkeramik mit individueller Vollverblendung auf Titanbasis mit anguliertem Schraubenkanal).

Das Endergebnis zeigt stabile periimplantäre Weichgewebe ohne Resorption und Volumenverluste in der Frontal-, Seiten- und Lächelansicht (Abb. 13–15+17), wobei die stabile Osseointegration radiologisch bestätigt wurde (Abb. 18). Eine DVT-Nachuntersuchung zwei Jahre nach Operation zeigt den vollständig erhaltenen bukkalen Alveolarknochen und das knöchern integrierte Socket Shield (Abb. 19).

Diskussion und Fazit

Die Wahl des Camlog® PROGRESSIVE-LINE-Implantates bot die für eine erfolgreiche Sofortimplantation erforderliche

hohe Primärstabilität. Die Socket-Shield-Technik ermöglichte den Erhalt des bukkalen Alveolarknochens und der Weichgewebearchitektur, selbst bei dem im vorliegenden Fall mit sehr dünnem Biotyp. Durch die Verwendung einer Titanbasis mit abgewinkelter Verschraubung konnte trotz der anatomisch zwingend vorgegebenen Implantatachse (vgl. Implantatplanung) eine verschraubte provisorische Versorgung realisiert werden.

Die Resonanzfrequenzanalyse (ISQ-Messung) stellt eine nichtinvasive, objektive Methode zur Beurteilung der Implantatstabilität bei der Implantatinserion und im Zeitverlauf dar, was eine sichere Sofortbelastung ermöglichte und wertvolle Erkenntnisse während der Heilungsphase lieferte.

Der vorliegende Fall zeigt, wie selbst ein komplexer Sofortimplantationsfall durch konsequenten digitalen Workflow mit präziser digitaler Planung, vollständig geführter Chirurgie, ISQ-Messungen und Anwendung der Socket-Shield-Technik sicher behandelt werden kann. Darüber hinaus verdeutlicht er, wie sorgfältige Pla-

nung und moderne Techniken die Grenzen der Sofortimplantation erweitern, ohne den langfristigen Erfolg zu beeinträchtigen.

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

Dr. Jörg-Martin Ruppin



Literatur



DR. JÖRG-MARTIN RUPPIN

Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Implantatzentrum Dr. Ruppin
& Kollegen
Bichler Straße 17
82377 Penzberg

Tel.: +49 8856 91078-78
kontakt@iz-ruppin.de
<https://www.iz-ruppin.de/>

Reise auf der Route 66

Fortschritte der Zahnheilkunde in Bayern

Eine Zusammenfassung des Programmes von Dr. Julia Niepmann

Begrüßung

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

Wie lässt sich die Vergangenheit mit der Zukunft verbinden? Mit dieser Frage eröffnete Prof. Dr. Johannes Einwag (BLZK) mit Dr. Rüdiger Schott (KZVB) und Dr. Dr. Frank Wohl (BLZK) den diesjährigen 66. Bayerischen Zahnärztertag mit dem Kongressformat „66 Jahre – Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft“.

Der Gedanke: Jede Generation baut auf der Arbeit ihrer Vorgänger auf – und gleichzeitig prägt der Blick in die Zukunft das heutige Handeln.



Künstliche Intelligenz

Moderation: Prof. Dr. Reinhard Hickel/München (2. v. l.)

Prof. Hickel nahm das Publikum mit auf eine Zeitreise durch fast vier Jahrzehnte zahnmedizinischer Entwicklung. Als er vor 34 Jahren den Ruf nach München erhielt, bestimmten Themen wie Amalgam, Ätztechnik und die Anfänge der Vollkeramik die wissenschaftliche Diskussion. „Damals gab es die Alternativen, die wir heute haben, schlicht noch nicht“, erinnert er sich. Erst Ende der 1970er-Jahre wurde die Adhäsivtechnik eingeführt, die moderne Komposite und keramische Materialien überhaupt erst möglich machte.

Ein zentrales Motiv seines Rückblickes: Jeder Fortschritt braucht Geduld, Kritik und den Mut zum Scheitern. Das zeigte Hickel am Beispiel der frühen CAD/CAM-Systeme, die in den 1980er-Jahren mit großem Enthusiasmus gestartet waren, aber zunächst an technischen Grenzen scheiterten. Erst mit der Miniaturisierung der Geräte und

der digitalen Rechenleistung im neuen Jahrtausend konnte sich die Technologie in Praxis und Labor durchsetzen.

Von dort schlug Hickel den Bogen zur Digitalisierung und künstlichen Intelligenz (KI) – dem bestimmenden Thema der Gegenwart. Ohne Digitalisierung, so betonte er, wäre KI in der Zahnmedizin gar nicht denkbar. Schon die Einführung digitaler Röntgenbilder oder dreidimensionaler Volumentomografien markierte entscheidende Schritte hin zu präziserer Diagnostik und sichereren Behandlungsentscheidungen.

Heute ermöglicht KI, Muster in klinischen Bildern zu erkennen und Krankheitsverläufe zu prognostizieren. „Wenn die KI zeigt, dass sich ein Initialdefekt weiterentwickelt oder stagniert, ist das eine enorme Unterstützung für den Behand-

ler“, so Hickel. Doch bei aller Begeisterung betonte er auch die Notwendigkeit der kritischen Reflexion: Ethik, Regulierung und Datensicherheit seien unverzichtbare Begleiter dieser Entwicklung. Der AI Act der EU sei ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

Besonders anschaulich schilderte Hickel den rasanten Aufstieg der generativen KI: Noch keine drei Jahre alt, habe sich ChatGPT in kürzester Zeit zu einem Werkzeug mit enormem Einfluss auf Forschung, Kommunikation und Lehre entwickelt. Dabei erinnerte er an den „Hype-Cycle“ des US-Analysten Gartner: Nach der Phase der Euphorie folge zwangsläufig eine Phase der Ernüchterung, bevor eine realistische, produktive Nutzung beginne. „ChatGPT macht vieles richtig – aber eben nicht alles. Man darf den eigenen Verstand nie ausschalten.“

Auch in der Wissenschaft sieht Hickel die KI längst angekommen. Viele Forscherinnen und Forscher nutzen Sprachmodelle zur sprachlichen Unterstützung bei Publikationen, entscheidend bleibe jedoch die fachliche Verantwortung des Autors.

Zum Abschluss warf er einen Blick in die Zukunft: Schon heute nutzen rund ein Viertel aller Unternehmen KI-gestützte Systeme, in Bayern gibt es mehr als hundert KI-Professuren allein in der Medizin. „Wir werden KI nicht verhindern können – sie ist längst Teil unseres Alltages“, sagte Hickel. Entscheidend sei daher der ver-

antwortungsvolle Umgang: Transparenz, Nachvollziehbarkeit, Haftung und ethische Klarheit.

Seine abschließende Botschaft fasste den Geist des neuen Kongressformates treffend zusammen:

„Heute ist es etwas Besonderes, wenn etwas selbst gemacht wurde.“

In Zukunft wird es vielleicht etwas Besonderes sein, wenn etwas selbst gedacht wurde.“

Mit diesem Satz verband Hickel Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Zahnmedizin – und machte zugleich Mut, den technischen Fortschritt mit kritischem Verstand und wissenschaftlicher Neugier zu gestalten.

KI – Was gibt es Neues seit ChatGPT?

Fachvortrag: Prof. Dr. Falk Schwendicke/München (3.v.I.)

Künstliche Intelligenz (KI) ist längst Realität – mit dieser Botschaft eröffnete Prof. Dr. Falk Schwendicke seinen Vortrag beim Bayerischen Zahnärztetag. Schon 2021 hatte er an gleicher Stelle darüber gesprochen, nun präsentierte er ein eindrucksvolles Update: „In den letzten zwei Jahren ist so viel passiert, dass man damit locker die gesamte Zeit hier füllen kann.“

Schwendicke erinnerte daran, dass KI alle Technologien umfasst, die menschliche Intelligenz automatisieren – von Robotik bis Sprachverarbeitung. Die Idee künstlicher neuronaler Netze sei alt, neu sei die heutige Leistungsfähigkeit. Während die vergangenen Jahre stark von der Bildanalyse geprägt waren, habe sich der Fokus seit etwa 2020 auf Sprach- und generative Systeme verlagert. Modelle wie ChatGPT basieren auf „Transformer“-Architekturen und riesigen Textmengen und können täuschend echte Texte, Bilder, Musik oder Videos erzeugen. Schwendicke zeigte Beispiele wie ein KI-generiertes Lied über Minimalzahnmedizin sowie moderne Bildanalyse- und Bildgenerations-tools – beeindruckend, aber „beängstigend schnell“.

Hohe Aufmerksamkeit erhielten auch Fortschritte in der Robotik. Ein gezeigter Dentalroboter führte nahezu selbstständig



eine Kronenpräparation durch – technisch noch Zukunft, aber bereits möglich. Parallel nehme die Regulierung zu: Der EU AI Act verpflichtet auch Zahnarztpraxen zu Schulungen, Datenschutz und Patientenaufklärung. Fortbildung werde damit zur Notwendigkeit.

KI werde den Praxisalltag schnell verändern: Chatbots unterstützen Termine und Kommunikation, Sprachmodelle verfassen Arztbriefe, Diagnosesysteme zeigen bei komplexen Fällen teils bessere Trefferquoten als durchschnittliche Fachärzte. Ein weiterer Trend seien KI-Agenten, in denen mehrere spezialisierte Modelle zusammenarbeiten und komplexe Aufgaben eigenständig lösen. „Wir stehen an einem Punkt, an dem Maschinen intelligenter erscheinen als wir“, so Schwendicke.

Ein praktisches Beispiel aus dem Alltag zeigte zugleich Grenzen: Er ließ ChatGPT eine GOZ-Abrechnung erstellen – mit durchwachsenem Ergebnis. „Das Einzige, was ChatGPT zuverlässig richtig berechnet hat, war der Punktwert. Auf alles an-

dere sollte man sich lieber nicht verlassen“, sagte er schmunzelnd.

Zum Abschluss zitierte er den KI-Forscher Gerhard Kremnitzer: „KI-Systeme sind heute unter stabilen Bedingungen sehr gut, aber noch nicht robust in der realen Welt.“ Genau darin sieht Schwendicke die Herausforderung: „Wir müssen unsere Arbeitsabläufe anpassen, um die Technologie sinnvoll zu nutzen – aber zugleich kritisch bleiben.“

Ein eindringlicher Gedanke rundete seinen Vortrag ab: „Wir könnten schlafwandelnd in eine Welt der Überwachung und Automatisierung geraten. Wenn Tech-Konzerne wie Amazon bereits eigene Krankenhäuser, Versicherungen und Praxen betreiben, dann sollten wir uns fragen, wo unser Platz als Behandler bleibt.“

Mit dieser Mischung aus Begeisterung, Weitblick und Warnung machte Schwendicke deutlich: Die Zukunft der Zahnmedizin mit KI hat bereits begonnen – entscheidend ist, wie wir sie gestalten.

Augmented Reality – Vision of the Future

Fallvorstellung: Dr. Elias Walter/München (1.v.l.)

Ein klinischer Fall als Ausgangspunkt: Eine Patientin stellt sich mit Schmerzen an 26 vor. Negativer Sensibilitätstest, positiver Perkussionstest, röntgenologisch eine ausgedehnte Restauration und eine apikale Aufhellung an der palatinalen Wurzel – Diagnose: Pulpnekrose mit apikaler Parodontitis, Indikation zur Wurzelkanalbehandlung.

Unter dem Mikroskop lassen sich MB1/MB2 und der palatinale Kanal darstellen, der distobukkale jedoch nicht. Erst das DVT zeigt die Ursache: Der DB-Kanal beginnt weit koronal versetzt, die Wurzel ist teilweise obliteriert. Eine konventionelle Suche wäre riskant. Die damalige Lösung war eine statische Navigation mit Bohrschablone – erfolgreich, aber nur knapp.

Vier Jahre später ist der Zahn erhalten, die Läsion ausgeheilt, doch bleiben Zweifel: Spiel in der Bohrhülse, Blindflug beim Ansetzen, Abhängigkeit von DVT-Qualität, Scan und Fertigungsgenauigkeit.

Aus dieser Unzufriedenheit entstand die Frage: Lassen sich die Daten direkt ins OP-Sichtfeld holen? Die Antwort ist ein Augmented-Reality(AR)-Ansatz, bei dem das Mikroskop zum Display wird. Eine integrierte Kamera liefert ein Livebild an den Rechner, der DVT-Segmente und Intraoralscan ausrichtet und als 3D-Overlay zurück ins Okular projiziert.

Dafür braucht es stabile Referenzen. Walters Team modifizierte die Kofferdamklammer mit kleinen AR-Markern. Der Computer erkennt deren Lage und berechnet daraus die Orientierung. Dann werden DVT-Segmente (blau) mit dem Oberflächenscan (gelb) registriert. Das Ergebnis ist ein präzises 3D-Modell im Mikroskop – inklusive farblich markierter Kanalanatomie.

Der Workflow: Patient aufnehmen, DVT segmentieren, Oberflächenscan mit angelegter Klammer, Fusion der Datensätze, Projektion ins Mikroskop. Bewegt sich der Mundspiegel, bewegt sich auch das Over-

lay synchron. Die Zugangskavität kann so zielgerichtet angelegt werden – ohne Bohrschablone oder separate Navigation.

Herausforderungen bestehen weiterhin: geringes Wackeln der Projektion, Latenz, Kalibrierung, Genauigkeit. Die frühe Version zeigt klinische Machbarkeit, an der Stabilität wird gearbeitet.

Der Ansatz hat Potenzial über die Endodontie hinaus: Chirurgie (Implantat- und Osteotomienavigation), Prothetik/CAD/CAM (digitale Wax-ups als Präparationsleitlinie), Kieferorthopädie (Bracketpositionierung), Qualitätssicherung (Kontrolle von Präparationsgrenzen und Achsen).

Die Take-Home Message: AR verwandelt DVT- und Scan-Daten in handlungsleitende Information im Okular. Schablonen verlieren an Bedeutung, wenn das richtige Bild zur richtigen Zeit im Arbeitsfeld erscheint. Die Daten sind vorhanden – der nächste Schritt ist ihre Integration in den klinischen Ablauf.

Zahnerhaltung

Moderation: Prof. Dr. Bernd Klaiber/Würzburg (1.v.l.)

Schöne Zähne entstehen nicht am Bildschirm, sondern am Patienten – mit Erfahrung, Demut und einem klaren Blick für Form, Licht und Funktion. Mit dieser Haltung eröffnete Prof. Dr. Bernd Klaiber seinen Vortrag, persönlich und lehrreich zugleich. „Ich bin die Vergangenheit“, begann er – und nahm das Publikum mit auf eine Reise durch über 30 Jahre restaurative Zahnheilkunde, belegt durch eindrucksvolle Langzeitfälle.

Klaiber schilderte offen, wie Selbstkritik seine Entwicklung prägte: „Die Fälle, die ich früher mit Stolz zeigte, konnte ich irgendwann nicht mehr zeigen – weil ich

gelernt hatte, meine Fehler zu sehen.“ Dieses Sehen, Lesen und Reflektieren sei der Weg zu besserer Zahnmedizin. Von seinen prägenden Lehrern hätte er übernommen, dass nicht die Farbe, sondern die Form die Ästhetik bestimmt.

Form schlägt Farbe: Ein Zahn wirkt schön, wenn Konturlinien stimmen – Übergangslinien, Emergenzprofil, inzisale Kante, approximaler Verlauf. Ohne Linienführung entstehen flache, leblose Ergebnisse. Klaiber zeigte, wie approximale Schatten und inzisale Dreiecke Tiefe und Individualität erzeugen und die sichtbare Breite steuern – etwa bei kieferorthopädisch ent-

standenen Lücken. Wichtig sei auch das Wissen um optische Täuschungen: Hintergrund und Umgebungslicht verändern die Wahrnehmung massiv. Zudem variiert der Farbcharakter mit der Schichtdicke – zervikal mehr Dentinanteil, inzisal mehr Transluzenz. Farbwahl sei daher immer Kontextarbeit am Zahn, nicht am Stäbchen.

Sein Plädoyer: dreizonig denken statt einfarbig stopfen. Ästhetik entsteht durch Schichtung – inzisal transluzent-opalisierend, mittig harmonisch, zervikal opaker. So gewinnen Composite Tiefe und Natürlichkeit.

Ein weiterer Schwerpunkt war die Patientenkommunikation. Die Frage „Keramik oder Kunststoff?“ führe in die falsche Richtung. Besser sei: „Wollen Sie Substanz opfern oder erhalten?“ Meist entscheide sich

der Patient für Erhalt – und damit für Komposit als biologisch vernünftige Lösung.

Ästhetik entsteht, wenn Technik, Beobachtung und Bescheidenheit zusammenfin-

den. Auch im digitalen Zeitalter liege wahre Schönheit in der Nachahmung der Natur – nicht im Versuch, sie zu übertreffen.

Restaurative Zahnerhaltung – Ästhetik ohne Kronen

Fachvortrag: Prof. Dr. Gabriel Krastl/Würzburg 3. v. I.)

„Nach Bernd Klaiber aufzutreten ist alles andere als einfach“, begann Prof. Dr. Gabriel Krastl beim Bayerischen Zahnärztetag.

Mithilfe einer klaren, praxisnahen Bildsprache demonstrierte er, wie Lücken, Formkorrekturen oder vollständige anatomische Rekonstruktionen minimalinvasiv umgesetzt werden können. Entscheidend sei die gezielte Visualisierung: nicht als Marketingwerkzeug, sondern als Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Analoge oder digitale Mock-ups hätten sich dabei als unverzichtbare Entscheidungshilfe etabliert.

Moderne Universal- und Mehrfarbkomposite ermöglichen heute nahezu jede ästhetische Lösung – von minimalinvasiven Korrekturen bis zum vollständigen Kronenersatz. Entscheidend sei jedoch nicht Perfektion, sondern Natürlichkeit. Auch die Langzeitstabilität spricht für Kompo-

sit. „Keramik friert den Moment der Herstellung ein, Komposit altert mit dem Patienten.“ Selbst verfärbte, endodontisch behandelte oder tief zerstörte Zähne lassen sich häufig durch Bleichung, Extrusion und adhäsive Rekonstruktion erhalten – oft lange genug, um ein Implantat hinauszuzögern.

Wie schon Klaiber stellte auch Krastl klar: Form schlägt Farbe. Approximalräume,

Papillenstütze und marginale Linien bestimmen die natürliche Ästhetik. Eine zentrale Rolle spielt dabei die von Dr. Hahn entwickelte individualisierte Matrizen-technik.

Prof. Krastl zeigte, dass die Grenzen zwischen direkter und indirekter Zahnheilkunde zunehmend verschwimmen – und dass wahre Ästhetik oft dort entsteht, wo man am wenigsten wegnimmt.



Maximal minimalinvasiv: Vom Eckenaufbau bis hin zur Lückenversorgung

Fallvorstellung: Dr. Britta Hahn/Würzburg (2. v. I.)

Dr. Britta Hahn zeigte in ihrem Vortrag eindrucksvoll, wie sich auch bei jugendlichen Patientinnen nach Trauma hochästhetische, funktionelle Versorgung ohne klassische Überkronung realisieren lassen. Sie präsentierte den Fall einer 15-jährigen Patientin mit komplexer Ausgangssituation: Kronenfraktur und Avulsion eines Frontzahnes, Aplasie eines Prämolaren sowie persistierendem Milchzahn. Nach erfolgreicher Wurzelkanalbehandlung und Stabilisierung der endo-

dontisch behandelten Zähne konnte die restaurative Phase beginnen.

Zunächst wurde ein missfarbener Schneidekantenaufbau überarbeitet, der zuvor aus einer einzigen Universalkompositmasse gefertigt worden war. Mit einem palatinalen Silikonschlüssel, gezieltem Schichtaufbau aus Schmelz-, Dentin- und Effektmassen gelang eine natürliche, transluzente Rekonstruktion. „Universalkomposite sind praktisch“, so Hahn, „aber bei

größeren Frontzahnaufbauten meist zu flach und grau – die Tiefenwirkung fehlt.“ Zur Langzeitprognose direkter Klasse IV-Restaurationen zeigte sie aktuelle Daten mit Überlebensraten von rund 90 Prozent nach zehn Jahren. Höhere Ausfallraten bei Jugendlichen seien meist Folge erneuter Traumata und weniger Materialversagen.

Besonderes Augenmerk galt der Lückenversorgung im wachsenden Gebiss. He-

rausnehmbare Prothesen oder konventionelle Brücken seien aus funktionellen und ästhetischen Gründen ungeeignet, Implantate noch nicht möglich. In dieser Situation stellen Adhäsivbrücken neben Transplantationen die beste Option dar. Hahn verglich glasfaserverstärkte Kompositlösungen – geeignet als Langzeitprovisorien über etwa fünf Jahre – mit einflügeligen vollkeramischen Brücken aus Zirkonoxid, die bei korrekter Indikation inzwischen Langzeitergebnisse mit Über-

lebensraten um 98 Prozent zeigen. Entscheidend für natürliche Ergebnisse sei das Weichgewebsmanagement. Durch ein gezieltes Pontic-Site-Shaping mit Elektrochirurgie und Tiefziehschiene könne ein ästhetischer, leicht konkaver Schleimhautverlauf erzielt werden. Die adhäsive Eingliederung unter Kofferdam erfolgte minimalinvasiv, funktionell neutral und substanzschonend. Nach vier Jahren zeigten sich die vollkeramischen Brücken klinisch und parodontal stabil, die Patientin – in-

zwischen volljährig – war beschwerdefrei und ästhetisch zufrieden.

Hahns Fazit: Einflügelige Adhäsivbrücken sind im jugendlichen Gebiss die substanzschonendste, wachstumsverträgliche Lösung. Sie erhalten alle Optionen für spätere Implantate oder konventionellen Zahnersatz – und beweisen, dass moderne Ästhetik schon heute mit Minimalinvasivität und vorausschauender Planung beginnt.

Endodontie

Moderation: Prof. Dr. Gottfried Schmalz/Regensburg (2. v. l.)

Mit seinem gewohnt humorvollen und zugleich geschichtsbewussten Stil nahm Prof. Dr. Gottfried Schmalz das Publikum mit auf eine Zeitreise durch über sechs Jahrzehnte Endodontie – von den Anfängen bis zur modernen biologischen Zahnmedizin.

Er begann mit einer Hommage an die „Urzeit der Pulpenbehandlung“: Schon in den 1950er- und 60er-Jahren wurde das Prinzip der aseptischen Arbeitsweise formuliert – damals noch revolutionär, heute selbstverständlich. „Wir haben früher ohne Handschuhe gearbeitet“, erinnerte sich Schmalz, „und wer einmal eine Stahlfeile zu stark gebogen hat, wusste, was Bruchgefahr bedeutet.“ Ganze Kästen mit 72 Instrumenten waren nötig, um einen Wurzelkanal aufzubereiten – mühselig, unflexibel und oft schmerzhaft im wahrsten Sinne des Wortes.

Heute ist alles anders: Nickel-Titan-Feilen mit hoher Elastizität, elektronische Län-

genmessung, drehmomentgesteuerte Motoren und Mikroskoptechnik machen die Endodontie zu einem präzisen, vorher-sagbaren Fachgebiet. „Was früher ein Stiefkind der Zahnmedizin war, ist heute eine Erfolgsgeschichte“, betonte Schmalz. Auch die Materialentwicklung illustrierte er mit Leidenschaft: vom klassischen Kalziumhydroxid nach Hermann über formaldehydhaltige Sealer wie Sargenti-Paste („effektiv, aber gefährlich“) bis zu den epoxidharzbasierten Klassikern AH26 und AH Plus, die erstmals gute Dichtigkeit mit akzeptabler Biokompatibilität verbanden. Heute steht die Endodontie an der Schwelle zur Bioaktivität: Hydraulische Kalziumsilikat-zemente wie MTA oder Biodentine verbinden mechanische Stabilität mit biologischer Wirkung. Mit Humor warnte Schmalz: „Gehen Sie nicht in den Baumarkt – dort bekommen Sie zwar einen Sack Zement zum Preis eines MTA-Päckchens, aber kein Medizinprodukt.“ Er hob hervor, dass die heutigen bioaktiven Materialien nicht nur abdichten, son-

dern auch die Heilung der Pulpa und Periapexregion aktiv fördern. Ein Blick auf die Statistik zeigte den Fortschritt deutlich: Die Zahl endodontischer Behandlungen ist in den letzten Jahrzehnten stark gestiegen, während Zahnentfernungen kontinuierlich abnehmen.

Zum Abschluss richtete er den Blick auf die Diagnostik, die er als „Herzstück der Endodontie“ bezeichnete – denn Schmerz bleibe das zentrale diagnostische Signal. Mit einem Zitat von Shakespeare („Noch kein Philosoph konnte mit Geduld Zahnschmerz ertragen“) leitete er über zur folgenden Referentin, Prof. Dr. Kerstin Galler, seiner ehemaligen Mitarbeiterin und heutigen Lehrstuhlinhaberin in Erlangen.

Sein Vortrag endete wie er begann – persönlich und lehrreich: „Die Endodontie ist von der Verzweiflungstat zur Präzisionsdisziplin geworden – dank Technik, Biologie und der Erkenntnis, dass Zahnerhalt die schönste Form von Fortschritt ist.“

Pulpadiagnostik: Wegweiser für Therapieentscheid und langfristigen Zahnerhalt

Fachvortrag: Prof. Dr. Kerstin Galler/Erlangen (1. v. l.)

„Man sieht nur, was man weiß“ – mit diesem Leitsatz eröffnete Prof. Dr. Kerstin Galler ihren Beitrag und zeigte, wie essenziell eine strukturierte Diagnostik für

richtige Therapieentscheidungen ist. Trotz moderner Technik habe sich der Kern wenig verändert: Die aktuelle S3-Leitlinie (2023) empfiehlt bei Verdacht auf Pulpi-

tis weiterhin Schmerzanamnese, Inspektion, Sensibilitäts- und Perkussionstest, Palpation sowie Röntgen, ergänzt bei Bedarf um DVT. Neu ist weniger das Instru-

mentarium als die systematische Integration aller Befunde – die Puzzleteile zu einem Gesamtbild.

An Fallbeispielen spannte Galler den Bogen von kariös bedingter Pulpitis bis zum Trauma. Bei tiefer Karies zeigte sie das Vorgehen mit selektiver Exkavation und hydraulischen Kalziumsilikatzementen: schmerzarm, substanzschonend, kontrollierbar. Bei irreversibler Pulpitis stellte sie die Pulpotomie als valide Option vor – klinisch inzwischen gut belegt, wenn Patienteneinwilligung und Indikation stimmen. Ein Traumafall verdeutlichte, dass Kältetests Sensibilität, nicht Vitalität prüfen; nach Verletzungen sind falsch negative Reaktionen häufig und ohne unmittelbaren Behandlungsbedarf, solange weitere Befunde unauffällig bleiben. Ein weiterer Fall (Dens invaginatus) zeigte die Möglichkeiten revitalisierender Verfahren mit biologischem Wurzelspitzenverschluss und fortschreitender Wurzelreifung.

Für die erweiterte Diagnostik empfahl Galler das DVT gezielt bei unklaren Befunden (ausgedehnte apikale Läsionen, komplexe Resorptionen) sowie selektive Anästhesien zur Täterlokalisierung bei ausstrahlenden Schmerzen. Transillumination, Bissproben (Aufbiss-/Loslassschmerz), zirkuläres Sondieren und intraoperative Mikroskopie helfen, Risse/Frakturen zu erkennen;

typisch sind lokalisierte Sondierungstiefen und der „Champagner-Effekt“ aufsteigender Bläschen in gespülten Kanaleingängen, um weitere Kanäle zu identifizieren.

Ihr Fazit: Gute Diagnostik ist kein Einzeltest, sondern die Summe korrekter, reproduzierbarer Schritte – vom Gespräch bis zum Bild. Wer die Pathophysiologie versteht und Befunde konsequent integriert, entscheidet differenzierter, behandelt substanzschonender und vermeidet Über- wie Untertherapie. Oder in Gallers Eingangssatz übersetzt: Je mehr wir wissen, desto mehr sehen wir – und desto besser behandeln wir.



Pulpadiagnostik: Möglichkeiten und Limitationen in Klinik und Wissenschaft

Fallvorstellung: Dr. Ella Ohlsson/Erlangen (3. v. l.)

Dr. Ella Ohlsson präsentierte drei eindrucksvolle Fälle aus der zahnärztlichen Traumatologie – und machte deutlich, wie komplex die Beurteilung der Sensibilität nach Frontzahntraumen bleibt.

Im ersten Fall, einem achtjährigen Patienten mit Intrusion, zeigte sich trotz wiederholter negativer CO₂-Sensibilitätstests eine vitale Pulpa. Erst nach 1,5 Jahren fand sich eine beginnende Wurzelkanalobliteration, der Zahn blieb symptomfrei. Der zweite Fall betraf eine Dislokation von Zahn 11 und eine Schmelz-Dentin-Fraktur

von Zahn 21. Trotz initialer Schienung und positiven Sensibilitätstests zeigte sich nach 3,5 Monaten eine starke Perkussionsempfindlichkeit und im Zahn-MRT ein apikales Ödem. Die Folge war eine endodontische Behandlung beider Zähne.

Der dritte Fall zeigte die Folgen eines E-Scooter-Unfalles: multiple Zahnverletzungen mit negativer Sensibilität an 14, 13 und 12, einer komplizierten Kronen-Wurzel-Fraktur an 11 mit positiver Sensibilität. Auch in diesem Fall war es schwer, initial eine richtige Aussage zu treffen, welche

Zähne noch sensibel sind und wie sich der weitere Verlauf darstellen wird.

Dr. Ohlsson schloss mit einem klaren Fazit: Die Sensibilitätsprüfung bleibt trotz moderner Methoden unsicher. Eine sorgfältige Diagnostik und regelmäßige Kontrollen sind wichtig.

Neue Forschungsansätze – von Laser-Doppler-Flowmetrie über Sulkusfluid-Analysen bis hin zu In-vitro-Pulpenmodellen – könnten in Zukunft helfen, die Vitalität der Pulpa objektiver zu erfassen.

Prothetik

Moderation: Dr. Wolf-Dieter Seeher/München (1. v. l.)

Mit 45 Jahren Praxiserfahrung eröffnete Dr. Wolf-Dieter Seeher den Block – „der Alte“ im besten Sinne: routiniert, reflektiert und nah an der Versorgung. Er erinnerte an prägende Etappen: 1982 den Kurs von Farrar und McCarty zur Erklärung des reziproken Knackens sowie die Videostudien von Eriksson (1985), die zeigten, dass Diskusbewegungen allein durch Unterkieferbewegung mitgeführt werden können. Er würdigte wichtige Pioniere der Funktionsdiagnostik wie Oskar Bock, Heinz Mack, Walter Schöttl, Michael H. Polz und Rolf Klett sowie zahntechnische Verfahren zur präzisen Situationsübertragung.

Seehers eigene Entwicklungen untermauern sein Prinzip „Gestern trifft Heute“:

2005 die inverse/reziproke Führungsschiene im Unterkiefer und 2006 eine Telemetrie-Schiene, die Bruxismus über Monate erfasste und u. a. Stressspitzen sowie alkoholbedingte Aktivitätssteigerungen belegte.

Zur Diagnostik mahnte er Augenmaß: Aufwendige Verfahren wie Axiografie oder MRT seien nur sinnvoll, wenn die Befunde fachkundig interpretiert werden können. Ebenso wichtig sei die kommunikative Diagnostik – Gespräch und schriftliche Beschwerdeschilderung. Warnsignale wie

seitenlange Anamnesen oder körperweite Schmerzmarkierungen deuteten auf multifaktorielle Ursachen. Bei Verdacht auf okklusale Dysästhesie empfahl er interdisziplinäre Abklärung und verwies auf Leitlinien und Fortbildungsangebote wie die DGFD und den Kurs „Logik der Okklusionsschientherapie“.

Mit diesem Plädoyer für klare Indikation, fundierte Interpretation und empathische Kommunikation übergab Seeher an Prof. Marc Schmitter, den Leiter der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik in Würzburg.

Innovative Therapieoptionen bei CMD

Fachvortrag: Prof. Dr. Marc Schmitter/Würzburg (3. v. l.)

Prof. Dr. Marc Schmitter zeigte in seinem praxisnahen Vortrag, dass die craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) keine mysteriöse Sonderdiagnose, sondern eine klar definierte muskuloskelettale Erkrankung ist – vergleichbar mit Rücken- oder Knieschmerzen. Die Herausforderung liegt in ihrer Multifaktorialität: Okklusion, Unterkieferbewegung, neurologische, orthopädische und psychosoziale Einflüsse greifen ineinander. Viele Ursachen liegen außerhalb der klassischen Zahnmedizin, weshalb interdisziplinäres Denken entscheidend sei.

Als wichtigsten Therapieeinstieg betonte Schmitter die Aufklärung. Studien zeigen, dass das Erklären von Gutartigkeit, Mechanismen und Prognose bereits schmerzlindernd wirkt. Angstverstärkende Kommunikation sei dagegen hinderlich. Zweite Säule ist die physikalische Therapie: klas-

sische Eigenübungen nach Schulte, moderne Geräte wie das RehaBite-System, manuelle Therapie und spezialisierte Physiotherapie (z. B. CRAFTA-zertifiziert). Unspezifische Verfahren wie Massage oder Osteopathie wirken eher über allgemeine Berührungshemmung.

Ein zentraler Baustein bleibt die Schientherapie, heute digital konstruiert. Ihr Effekt beruht weniger auf mechanischer Entlastung als auf neuromuskulärer Reorganisation. Schmitter stellte sein „Multi-Schienen-Modell“ vor: mehrere verschiedene Schienen, die regelmäßig gewechselt werden, um Muskelmuster langfristig zu entspannen.

Ergänzend können Palmitoylethanolamid (PEA) und TENS-Geräte (transkutane elektrische Nervenstimulation) eingesetzt werden, die in Studien eine vergleichbare oder bessere Wirkung als klassische Analgetika zeigen. Auch Akupunktur und Botulinumtoxin sind bei gesicherter myofaszialer Diagnose evidenzbasierte Zusatzmaßnahmen. Minimalinvasive Verfahren wie Arthrozentese sollten früh erwogen werden, während größere Operationen selten angezeigt sind.

„CMD ist ein Rückenschmerz des Gesichtes“, schloss Schmitter – je besser man das verstehe, desto erfolgreicher die Therapie.



Der komplexe CMD-Fall – Wege zum Erfolg

Fallvorstellung: Melani Bister/Würzburg (2. v. l.)

Im Anschluss an Prof. Schmitter stellte Melani Bister einen klinischen Fall vor, der zeigte, wie strukturierte Diagnostik, gezielte Therapie und aktive Patient/-innen-mitarbeit zum Behandlungserfolg führen.

Die 32-jährige Patientin litt seit Jahren unter muskulären Verspannungen, Druck- und Kiefergelenkschmerzen sowie ausgeprägtem Knirschen und Pressen. Intraoral und radiologisch fanden sich keine pathologischen Befunde – die relevanten Hinweise ergaben sich ausschließlich funktionell.

Bister arbeitete mit dem DC/TMD-System, das klinische (Achse I) sowie psychosoziale

ale Faktoren (Achse II) bewertet. Klinisch zeigte sich eine lokalisierte Myalgie der Mm. masseter und temporalis, eine Arthralgie links sowie der Verdacht auf eine beidseitige Diskusverlagerung mit Reposition. Psychologisch bestanden milde depressive Symptome, erhöhte Somatisierung, Stressbelastung und starker Schlafbruxismus. Das Bruxoff-Gerät bestätigte mit einem Index über 9 eine deutliche Parafunktion. Die instrumentelle Funktionsanalyse zeigte zudem abweichende Kondylenbahnen.

Die Therapie erfolgte stufenweise: Aufklärung und Selbstmanagement, manuelle Therapie, progressive Muskelentspannung,

verhaltenstherapeutische Unterstützung, bedarfsorientierte Schmerzmedikation sowie eine Multischienentherapie nach Schmitter mit zwei Schienen unterschiedlicher Bissperrung. Ergänzend folgte ein sensomotorisches „RehaBite“-Training.

Nach sechs Monaten war die Patientin schmerzfrei. Der Chronic Pain Grade sank von 3 auf 1, die Bruxismus-Indizes reduzierten sich von 9,0/9,2 auf 2,7/0,3 – entsprechend nur noch leichtem Bruxismus. Der Fall zeigt, dass Patient/-innen mit komplexer CMD-Symptomatik von strukturierter Diagnostik, interdisziplinärer Therapie und aktiver Beteiligung deutlich profitieren.

Chirurgie

Moderation: Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner/Mainz (1. v. l.)

Mit gewohntem Witz und wissenschaftlicher Schärfe beleuchtete Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner das altbekannte, aber weiterhin hochrelevante Thema der Weisheitszahnentfernung. Rund 80 Prozent der Erwachsenen besitzen mindestens einen retinierten Weisheitszahn – eine Zahl, die zeigt, wie sehr dieses Thema die tägliche Praxis betrifft. Wagner erinnerte sich an Zahlen aus den 1980er-Jahren, als in Deutschland jährlich über 180 000 impaktierte Weisheitszähne entfernt wurden. Damals galt die präventive Entfernung zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr als Regelfall. Diese Sichtweise änderte sich mit der Veröffentlichung der NICE-Leitlinie in Großbritannien, die eine Entfernung symptomfreier Weisheitszähne nicht mehr empfahl. „Ein Gremium ohne Zahnmediziner kam zu dem Schluss, dass keine Evidenz für präventive Eingriffe besteht“, so Wagner etwas ironisch, „wahrscheinlich hätten sie anders entschieden, wenn einer von ihnen jemals eine ordentliche Dentitio difficilis erlebt hätte.“ Die Empfehlung,

vor allem aus Kostengründen motiviert, führte in Europa zu heftigen Diskussionen.

Wagner schilderte, wie daraufhin die deutsche Leitlinienarbeit Fahrt aufnahm. 2004 entstand die erste zahnmedizinische AWMF-Leitlinie zur operativen Entfernung von Weisheitszähnen – initiiert, um den Briten die vorhandene Evidenz entgegenzuhalten. Sie basierte auf der systematischen Auswertung klinischer Daten und wurde zum Vorbild für weitere zahnmedizinische Leitlinien, etwa zur Fluoridprophylaxe. Wagner betonte, wie wichtig die Kooperation zwischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, KZBV und BZÄK sei, um die Zahnmedizin im medizinisch-wissenschaftlichen Kontext zu verankern.

Anhand klinischer Beispiele zeigte er, dass frühe Osteotomien im jungen Erwachsenenalter unter 30 Jahren mit deutlich weniger Komplikationen einhergehen als späte Eingriffe im höheren Lebensalter. Gleichwohl seien Leitlinien keine Vorschriften,

sondern Hilfen, die immer den individuellen Patientenfall berücksichtigen müssen.

Auch radiologische Kontrollbefunde können entscheidend sein. So berichtete Wagner von einem Fall, bei dem zufällig im Rahmen einer Implantatkontrolle eine große follikuläre Zyste entdeckt wurde, die von einem zuvor als „symptomfrei“ eingestuften Weisheitszahn ausging. Ebenso können odontogene Tumoren den Zahn aus seiner ursprünglichen Position verdrängen – ein weiterer Grund, warum retinierte Zähne grundsätzlich sorgfältig überprüft werden sollten.

Die Frage nach der Notwendigkeit der Entfernung bleibt also eine Frage der Abwägung. Eine aktuelle Metaanalyse kommt zu dem Schluss, dass es weder ausreichende Evidenz für noch gegen die präventive Entfernung gibt. Vielmehr müsse der Zahnarzt gemeinsam mit dem Patienten den individuellen Fall bewerten (Cochrane Mai 2020).

Die Weisheitszahnentfernung – Diagnostik, chirurgische Techniken und perioperatives Management

Fachvortrag: Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert/Regensburg (2. v.l.)

Prof. Dr. Dr. Torsten Reichert vertiefte die operativen Aspekte. Die Perikoronitis bleibt die häufigste Indikation zur Entfernung. Besonders wichtig ist die Nähe zu anatomischen Strukturen wie dem N. alveolaris inferior, die eine sorgfältige Planung erfordert. Präventive Entfernung im jungen Erwachsenenalter könne viele Komplikationen vermeiden.

Die noch gültige Leitlinie von 2019 listet Indikationen wie Infektionen, Resorptionen am zweiten Molar, Karies, Schmerzen und zystische Veränderungen. Das OPG bleibt Standardbildgebung; bei en-

gem Nervkontakt sollte ein DVT erwogen werden. Ob dies verpflichtend werden sollte, sei weiterhin Gegenstand fachlicher Diskussionen. Chirurgisch hob Reichert nervschonende Zugänge, gezielte Zahnteilung und spannungsfreien Wundverschluss hervor. So lassen sich Komplikationen wie Nervverletzungen oder Infektionen minimieren. Die Koronektomie – das Belassen der Wurzeln bei hohem Nervrisiko – sei inzwischen eine anerkannte Option, besonders bei älteren Patienten. Bei der Antibiotikaprophylaxe sei Zurückhaltung gefragt: Routinemäßiger Einsatz ist bei gesunden Patienten nicht

nötig. Clindamycin wird aktuell nicht mehr empfohlen; Alternativen sind Azithromycin oder Clarithromycin.

Die kommende Leitlinienaktualisierung könnte klarere Kriterien zur Indikationsstellung, Empfehlungen zur Koronektomie, KI-gestützte Risikoeinschätzungen und präzisere perioperative Maßnahmen liefern.

Reichert fasste zusammen: „DVT und Koronektomie bleiben zentrale Themen – entscheidend bleibt aber das chirurgische Augenmaß und die Erfahrung im individuellen Fall.“

Indikation und Prognose der Weisheitszahntransplantation

Fallvorstellung:
Dr. Sophia Lindner/
Regensburg (3. v.l.)

Im Anschluss stellte Dr. Lindner einen klinischen Fall zur Weisheitszahntransplantation vor – eine Methode, die in Regensburg seit Jahren erfolgreich praktiziert wird. Anhand eines 16-jährigen Patienten demonstrierte sie, wie ein nicht erhaltungswürdiger Molar durch die Autotransplantation eines Weisheitszahns (optimal mit 2/3-Wurzelwachstum bzw. offenem Apex) funktionell und biologisch ersetzt werden kann.

Wesentliche Erfolgsfaktoren seien eine atraumatische Entnahme, eine kurze extraorale Zeit, das feuchte Lagern des Transplantats (in einer dentosafe Box oder ausweichend Kochsalzlösung) und ein druckfreier, stabiler Sitz im Empfängerbett. Die Schienung sollte passiv und flexibel sein (z.B. TTS-Schiene oder Rucksacknaht) und zwei bis sechs Wochen in situ bleiben. Ein okklusaler Kontakt sollte zunächst vermieden werden. Mithilfe moderner 3D-

Technik und digitaler Dummy (Replica-Technik, Computer aided Papid Prototyping) könne die Passform inzwischen millimetergenau vorbereitet werden, bevor der Zahn entnommen wird. Eine Antibiotikagabe wird nur bei komplexen Operationen empfohlen.

Bei Transplantationen im Erwachsenenalter oder bei abgeschlossenem Wurzelwachstum, sollte der transplantierte Zahn



innerhalb von zwei Wochen mit einer Wurzelkanalbehandlung versorgt werden.

Die Ergebnisse sind überzeugend: Mit einer Langzeitprognose von rund 75 bis 90 Prozent bietet die Autotransplantation eine biologisch wertvolle und kostengünstigere Alternative zum Implantat – insbesondere bei jungen Patientinnen und Patienten mit noch nicht abgeschlossenem

Wurzelwachstum. „Der Weisheitszahn muss nicht immer ein verlorener Zahn sein“, so Lindner, „manchmal ist er der Schlüssel für funktionellen Zahnerhalt.“

Prof. Dieter Schlegel Wissenschaftspreis Dissertationspreis des VFwZ

Den ersten Preis erhielt Dr. David Stiefel (LMU München) für seine Arbeit zum Karzinosarkom der Speicheldrüsen, in der er anhand der größten Fallserie zeigen konnte, dass es keine eigene Entität ist, sondern Teil der Mehrschritt-Kanzerogenese des pleomorphen Adenoms. Zwei zweite Preise gingen an Dr. Jörg Bächle (Universität Regensburg) für Untersuchungen zur bakteriellen Anlagerung abhängig von Material und Herstellverfahren bei prothetischen Kunststoffen sowie an Dr. Harutyun Oberholzer (LMU München) zur Genauigkeit digitaler Abformungen in Abhängigkeit von der Scanstrategie, wobei die herstellerkonforme Strategie am präzisesten war. Der dritte Preis ging an Dr. Valerie Maria Sophie Lankes (LMU München) für Studien zur Verbundfestigkeit zwischen 3D-gedruckten Harzen und Befestigungskompositen und dem Einfluss von Reinigung und Oberflächenvorbehand-



lung, mit den besten Ergebnissen nach Aluminiumoxid-Sandstrahlen und mit universellem beziehungsweise MMA-Primer.

Papier, Web und KI: Die Evolution der KZVB-Abrechnungsmappe

Dr. Jens Kober (2. v. l.) und Priv.-Doz. Dr. Maximilian Wimmer (1. v. l.) führten das Publikum durch die Entwicklung der Abrechnungsmappe – von der gelben Papierausgabe der 1980er über die rote Mappe um 2000 bis zur ersten Onlineversion 2018. Aus dem einst statischen Nachschlagewerk wurde ein dynamisches, suchzentriertes digitales Tool. Die aktuelle Abrechnungsmappe enthält alle Leistungsartikel mit Punktwerten und Eurobeträ-

gen in Echtzeit, Querverweise zur GOZ, Kommentare der Bundeszahnärztekammer sowie praxisrelevante Hinweise zur Faktorabgrenzung.

Ein Highlight ist die BEMA/GOZ-Vergleichstabelle mit Ampellogik, die zeigt, wann der 2,3-fache GOZ-Faktor nicht ausreicht und welche Faktoren nötig wären, um das BEMA-Niveau zu erreichen. Ergänzt wird sie durch einen Analogrechner mit

Honorarziel sowie kompaktes „Insiderwissen“ zu Abrechnungsregeln, Schnittstellen und Dokumentationspflichten.

Für die Zukunft kündigten Kober und Wimmer eine KI-Integration ab 2026 an. Die Abrechnungsmappe soll dann geprüfte Fachinformationen der KZVB nutzen und komplexe Fragen in natürlicher Sprache beantworten – inklusive direkter Verknüpfung zu den Originalstellen. Zu-

sätzlich wurde das Budgetradar vorgestellt, das Praxen bei betriebswirtschaftlichen Entscheidungen in budgetierten Zeiten unterstützt.

Fazit: Die Abrechnungsmappe ist heute ein digitales Navigationssystem, das wirtschaftliche Praxisführung erleichtert und Wissen schnell verfügbar macht. Wer Suche, Ampellogik und neue Funktionen nutzt, kann Abrechnung im Team sicherer und effizienter gestalten.



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

Prof. Dr. Alexander Gutowski/Schwäbisch Gmünd

Auch im Zeitalter digitaler Technologien bleibt die analoge Funktionsabformung das Fundament einer funktionierenden Totalprothese. Entscheidend für Halt und Saugeffekt ist die exakte Übereinstimmung von Prothesenlager und Prothesenbasis – ein Ergebnis, das nur durch eine präzise Erst- und Zweitabformung erreicht werden kann.

Klinischer Alltag zeigt: Viele Beschwerden über mangelnde Haftung, Kippbewegungen oder Druckstellen lassen sich auf unzureichende Randgestaltung und eine zu knappe Erfassung der beweglichen Grenzschleimhaut zurückführen. Die Randgestaltung ist das zentrale Element der Prothesenfunktion. Erst wenn ein zirkulär geschlossenes Innen- und Außenventil entsteht, kann der Speichelfilm Adhäsions- und Kohäsionskräfte entwickeln und ein stabiler Unterdruck aufgebaut werden. Gutowski zeigt auf: Schwachstellen finden sich regelmäßig an zu kurzen dorsalen Rändern (A-Linie) sowie lingual im Unterkiefer, wenn der Funktionsrand die sublinguale Rolle und den Trigonum-retromolare-Bereich nicht adäquat abbildet.

Digitale Abformungen überzeugen bei Zahnhartsubstanz, erfassen jedoch die

dynamischen Eigenschaften der Weichgewebe nur unzureichend. Für die Totalprothetik bedeutet das: Scanner liefern keine verlässliche Grundlage für Ventilbildung und Saugeffekt. Die Funktionsabformung erfordert daher handwerkliches Können, ein korrekt designtes Löffelsystem und die aktive Mitwirkung der Patientin bzw. des Patienten. Dazu gehören standardisierte Bewegungen (Mundöffnung, Lippen- und Wangenbewegung, Zungenprotrusion und -laterotrusion), die die Umschlagfalten und Grenzschleim-

häute unter funktionellen Bedingungen abformen.

Bewährt hat sich ein strukturiertes Vorgehen: formstabile Erstabformung mit Stopps aus Registriersilikon (z. B. R-dental Metal bite), knetbarem A-Silikon mit konsequenter Randformung und anschließender ca. 3 mm dicken Schicht aus niedrigviskosem A-Silikon; eindeutige Markierung und Ausformung der A-Linie mit Aluwax; darauf aufbauend der individuell adjustierte Funktionslöffel mit sektionsweiser



Randgestaltung und anschließender feinfließender Zweitabformung. Schlotternde Kammanteile werden entlastet, um Verformungen zu vermeiden. Das Ergebnis sind reproduzierbare, belastbare Modelle – die unverzichtbare Basis jeder weiteren (auch digitalen) Prozesskette.

Implantatgetragene Lösungen behalten ihren Stellenwert, müssen bei zahnlosen, meist älteren Patientinnen und Patienten jedoch strenge hygienische und motorische Grenzen berücksichtigen. Festsitzende Konstruktionen sind kritisch zu bewerten; sauber reinigbare, teleskopie-

rende Konzepte sind in vielen Fällen vorzuziehen. Die totale Prothetik verlangt Konsequenz statt Kompromiss. Nur die sorgfältig ausgeführte analoge Funktionsabformung gewährleistet dichte Ventile, verlässlichen Saugeffekt und damit beschwerdearme, langlebige Prothesen.

Samstag, 25. Oktober 2025

Kieferorthopädie

Moderation: Prof. Dr. Ingrid Rudzki/München (3. v. l.)

Mit einer lebendigen Zeitreise eröffnete Prof. Dr. Ingrid Rudzki den kieferorthopädischen Teil der Fortbildungstage. Sie führte von den Goldbändern des alten Ägypten über die ersten Geräte des 18. Jahrhunderts bis zur modernen Funktionskieferorthopädie und zeigte, dass das heutige Fach auf jahrhundertelanger Erfahrung beruht – mit unveränderten Grundprinzipien: Diagnose, Funktion und biologische Kräfte.

Sie erinnerte daran, dass Pierre Fauchard als „Vater der modernen Kieferorthopädie“ das physikalische Denken einführte: Kraftgröße, Richtung und Dauer bestimmen jede Zahnbewegung – unabhängig vom Material. Ebenso zentral sei eine präzise Diagnose.

Rudzki beschrieb die Entwicklung von frühen Dehnungsapparaturen über die Einführung der Fernröntgenseitenaufnahme (1931) bis hin zur Funktionskieferorthopädie. Besonders hob sie die Bedeu-

tung der Muskulatur, vor allem der Zunge, für langfristige Stabilität hervor: „Die Zunge kann Freund oder Feind sein.“

Nach den Weltkriegen folgte eine Renaissance: moderne Materialien, der Aktivator nach Andresen und Häupl sowie neue bimaxilläre Apparaturen. Später führte der technische Fortschritt zu Brackets, Lingualtechnik und schließlich transparenten Alignern – eine Entwicklung vom

Draht zum Kunststoff und weiter zum digital gesteuerten Aligner-System.

Ihr Fazit: Die Kieferorthopädie entwickelt sich ständig weiter, bleibt aber dem Zusammenspiel von Funktion, Wachstum und Ästhetik verpflichtet. Die Zukunft liege in Prävention und interdisziplinärer Zusammenarbeit. „Unsere Aufgabe ist es, Wachstum zu begleiten, nicht zu erzwingen.“



Kieferorthopädie und Gesundheit

Fachvortrag: Prof. Dr. Dr. Peter Proff/Regensburg (2. v. l.)

Im zweiten Fachvortrag rückte Prof. Dr. Peter Proff die Kieferorthopädie klar ins Zentrum der gesundheitlichen Versorgung. Ausgangspunkt war die WHO-Definition von Gesundheit und ein Blick auf das historische Bundessozialgerichtsurteil, das kieferorthopädische Behandlung als me-

dizinisch notwendige Leistung mit Funktionsbezug festschreibt. Von dort spannte Proff den Bogen zu den fünf Säulen, an denen sich Nutzen und Evidenz der Kieferorthopädie messen lassen: Abbeißen, Kauen und Schlucken, Sprechen, Atmen sowie psychosoziale Teilhabe.

Beim Thema Kauen zeigte er eindrucksvoll, wie Malokklusionen die Beißkraft verringern und die Durchmischung des Bolus beeinträchtigen. Sensorfolien und standardisierte Kauproben belegen diese Einschränkungen, die sich nach erfolgreicher Therapie normalisieren. Auch der

Magen reagiert messbar: 13C-Atemtests mit markierten Fettsäuren zeigen, dass eine gestörte Okklusion die Magenentleerung verlangsamt – nach kieferorthopädischer Korrektur beschleunigt sich der Verdauungsprozess signifikant. Systematische Übersichten stützen die funktionellen Zusammenhänge zwischen Kaufunktion, Schluckakt, gastrointestinaler Physiologie und Ernährungsverhalten.

Für das Sprechen ordnete Proff die Zähne als Artikulationsorgane ein. Offener Biss, Kreuzbiss oder veränderte Overjet-/Overbite-Werte beeinflussen die Bildung bestimmter Konsonanten. Neuere Spektralanalysen zeigen, dass etwa ausgeprägte Klasse III-Situationen die Sprachpräzision

messbar verändern – Verbesserungen nach erfolgreicher Therapie sind auch akustisch objektivierbar.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Atmung. Proff zeigte, dass transversale Defizite der Maxilla den Strömungsquerschnitt der oberen Luftwege reduzieren. Gaumennahterweiterung und sagittale Vorverlagerungen erhöhen dagegen das Airway-Volumen, teils mit langfristig stabilen Ergebnissen. Moderne Bildgebung – von der 3D-Analyse bis zum dynamischen MRT im schlafinduzierten Zustand – unterstreicht die funktionelle Bedeutung der Transversale für die Atemwegsstabilität. Strömungsphysikalische Modelle und S3-Leitlinien kommen zum gleichen Schluss:

Eine basale Erweiterung senkt den Nasenwiderstand und fördert die nasale Atmung.

Zum Abschluss betonte Proff die psychosoziale Dimension der Kieferorthopädie. Gesichtsästhetik und Zahnstellung prägen Wahrnehmung und soziale Interaktion; Eye-Tracking-Studien zeigen, worauf Blicke zuerst fallen. Langzeitdaten aus gesetzlichen Krankenkassenkohorten belegen zudem einen Zusammenhang zwischen Malokklusionen, vorzeitigem Zahnverlust und funktionellen Einschränkungen.

Seine Quintessenz: Kieferorthopädie ist keine Kosmetik, sondern Funktionsmedizin – mit belastbarer Evidenz über mehrere Organsysteme hinweg.

Kieferorthopädie als Basis für die komplexe Rehabilitation

Fallvorstellung: Priv.-Doz. Dr. Eva Paddenberger-Schubert/ Regensburg (3. v. l.)

Der folgende Fall zeigte das interdisziplinäre Prinzip der modernen Kieferorthopädie. Eine 42-jährige Patientin mit eingeschränkter Kaufunktion, ästhetischen Problemen und Schalllücken (25, 46) wies eine skelettale Klasse III mit offenem Biss, zirkulärem Kreuzbiss, mandibulärer Mittellinienverschiebung und vergrößertem unteren Gesichtsdrittel auf. Zudem bestanden ein transversales Oberkieferdefizit, Unterkieferengstand, ein retinierter 18 sowie vertikale Knocheneinbrüche an Molaren. Eine CMD lag nicht vor; die hypertrophe Zunge wurde funktionell berücksichtigt.

Die Therapie folgte dem Schema Diagnose – Dekompensation – Chirurgie –

Feineinstellung – Rehabilitation – Retention. Zunächst erfolgte mit Multibrackets die dentale Dekompensation und Lückenöffnung. Danach schloss sich eine bimaxilläre Umstellungsosteotomie an: im Oberkiefer dorsale Impaktion mit Vorverlagerung und transversaler Erweiterung, im Unterkiefer Korrektur der Laterodeviation mit sagittaler Rückverlagerung.

Postoperativ ergaben sich harmonisierte Weichteile, Klasse I-Okklusion und physiologischer Overjet/Overbite.

Während der Feineinstellung optimierten Biegungen und Elastics die Kontakte. Nach Metallentfernung und beidseitigem

Sinuslift wurden Implantate in 16, 25 und 46 gesetzt. Nach Debonding folgten Retentionsgeräte und ein Unterkiefer-Retainer; prothetisch wurden die Suprakonstruktionen eingegliedert, der hypoplastische 12 minimalinvasiv aufgebaut.

Die Abschlussbefunde zeigen stabile Klasse I-Verhältnisse, integrierte Implantate, wiederhergestellte Kaufunktion und ein harmonisches Profil. FRS-Serien belegen die skelettale Korrektur von Klasse III zur neutralen Relation sowie eine parodontal stabile Feineinstellung – ein Beispiel für den Erfolg strukturierter Planung und enger Zusammenarbeit zwischen KFO, Chirurgie und Prothetik.

Kinderzahnheilkunde

Moderation: Prof. Dr. Johannes Einwig/Würzburg (3. v. l.)

Mit gewohntem Charme eröffnete Prof. Dr. Johannes Einwig die Sektion Kinderzahnheilkunde. Er erinnerte daran, dass kaum ein Fachgebiet der Zahnmedizin so breit aufgestellt sei: „Von Prophylaxe bis Chirurgie, von Beratung bis Narkose –

Kinderzahnheilkunde ist ein echtes Querschnittsfach.“

Einwig spannte den Bogen zurück zu seinen Anfängen in den 1980er-Jahren, als frühkindliche Zerstörungen und Flaschen-

karies klinisch ein großes Thema waren. Eindrücklich schilderte er den Wandel der Therapie: von den ersten Totalprothesen für Kinder bis hin zur heutigen, präventionsorientierten Zahnmedizin. Früh habe sich gezeigt, dass nicht der Zahn das ei-

gentliche Problem sei, sondern die Mundhöhle als komplexes ökologisches System. In einer lebendigen Rückschau erzählte er von seiner eigenen Promotionsarbeit über Fluoride im Trinkwasser und den damaligen Widerständen gegen Fissurenversiegelungen – heute eine zentrale Säule der Kariesprophylaxe. „Auch Wissenschaft kann sich irren“, schloss Einwag schmunzelnd, „entscheidend ist, dass sie sich korrigiert.“

Frühkindliche Karies und MIH – Lösungen für die Praxis

Fachvortrag: Prof. Dr. Jan Kühnisch/
München (1. v. l.)

Im Hauptvortrag stellte Prof. Dr. Jan Kühnisch zwei Erkrankungen in den Mittelpunkt, die trotz langjähriger Prävention weiterhin bedeutend sind: frühkindliche Karies (ECC) und die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH).

Unter dem Motto „Der Dreck muss weg“ betonte er, dass ECC meist vermeidbar ist, in Deutschland jedoch weiterhin häufig vorkommt. Rund 13,7 Prozent der Kinder weisen kariöse, fehlende oder gefüllte Milchzähne auf. Ursache ist vor allem das Zusammenspiel aus kariogenen Streptokokken und Zucker. Hygiene allein reicht nicht – ebenso wichtig ist eine zuckerarme Ernährung. Problematisch sind Softdrinks, Fruchtsäfte und dauerhaftes nächtliches Trinken. Reguläres Stillen bis zum zweiten Lebensjahr ist unbedenklich, da-



nach sollten Kinder zugefüttert werden; Wasser bleibt das Getränk der Wahl.

Zentrale Präventionsmaßnahmen sind eine zuckerarme Ernährung, konsequente Mundhygiene und regelmäßige Fluoridanwendung. Eltern sollten ihre Kinder früh ans Zähneputzen heranzuführen und bis ins Schulalter nachputzen. Wichtig ist zudem, die im Untersuchungsheft vorgesehenen Zahnarztbesuche konsequent wahrzunehmen.

Anschließend ging Kühnisch auf die MIH ein – ein zunehmend häufiges, in seiner Ursache jedoch ungeklärtes Krankheitsbild. Typisch sind klar begrenzte, karamellfarbene Schmelzdefekte an Molaren und Inzisiven, mit einer Prävalenz im ein- bis zweistelligen Prozentbereich. Bei intakten

Oberflächen stehen nichtinvasive Maßnahmen wie Fluoridlacke, Fluoridgele, Remineralisationsprodukte oder Fissurenversiegelungen im Vordergrund. Bei bestehenden Schmelzeinbrüchen richtet sich das Vorgehen nach Schweregrad und Kooperation des Kindes: von minimalinvasiven Restaurationen bis zu adhäsiven Füllungen oder – bei größeren Defekten – Tabletop-Restaurationen. Stahlkronen sind nur eingeschränkt sinnvoll; Extraktionen sollten bei Bedarf im Alter von etwa zehn bis elf Jahren erfolgen. Sein Fazit: Frühkindliche Karies ist durch Ernährung, Hygiene und Fluoridierung gut vermeidbar. MIH lässt sich zwar nicht verhindern, aber früh erkennen und zielgerichtet behandeln. Entscheidend ist die enge Zusammenarbeit von Eltern, Pädagogen und Zahnärzten.

Early adult caries – Ein neues Phänomen

Fallvorstellung: Dr. Helen Schill/München (2. v. l.)

Mit der Frage „Eine alte oder neue Herausforderung?“ leitete Dr. Helen Schill ihren Vortrag zur „Early Adolescent Caries“ ein – einem Krankheitsbild, das zunehmend in der Kinder- und Jugendzahnheilkunde an Bedeutung gewinnt. Sie zeigte eindrückliche klinische Fälle mit generalisierten Destruktionen an nahezu allen bleibenden Zähnen, bedeckt von Biofilm, mit weichem Dentin und kavität-

ren Defekten auch an normalerweise speichelbenetzten Flächen – ein Bild, das an frühkindliche Karies erinnert, jedoch im bleibenden Gebiss auftritt.

Die Ätiologie sei eindeutig: ein dauerhaft hoher Konsum von sechs bis acht süßen Snacks oder Softdrinks pro Tag, kombiniert mit mangelnder Mundhygiene, fehlendem Gesundheitswissen und unzurei-

chender familiärer Unterstützung. Epidemiologisch zeigt die DMS VI zwar einen erfreulich niedrigen Durchschnittswert von 0,5 kariösen, fehlenden oder gefüllten Zähnen pro Kind. Doch die Verteilung ist extrem ungleich: 22,4 Prozent der Kinder vereinen nahezu die gesamte Karieserfahrung auf sich – mit durchschnittlich 2,4 betroffenen Zähnen. Diese Polarisierung zeige, dass sich Karies heute auf

eine kleine, aber besonders gefährdete Gruppe konzentriert.

Therapeutisch stehe an erster Stelle das präventive Management. Entscheidend sei das sofortige Abstellen von kariogenen und erosiven Lebensmitteln – also Süßigkeiten, Softdrinks und sauren Snacks –

und eine intensive Mundhygieneschulung. Anschließend folge ein minimalinvasives Vorgehen mit Silberdiaminfluorid (SDF), Kariesversiegelung und Handexkavation mit Glasionomerzement. Ziel sei es, Schmerzfreiheit und Motivation herzustellen, bevor weiterführende Therapien eingeleitet werden.

Dr. Schill machte deutlich, dass es sich längst nicht mehr um Einzelfälle handelt. Diese Patientengruppe hat einen besonders hohen Präventions- und Therapiebedarf, gleichzeitig verlaufe die Behandlung auf einem schmalen Grat zwischen Therapieerfolg und Behandlungsabbruch.

Parodontologie

Moderation: Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf/Würzburg (3. v. l.)

Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf zeichnete in seinem Vortrag den Wandel der Parodontitistherapie von der radikalen chirurgischen Phase zu einem auf Ursachen ausgerichteten, mikrobiologisch orientierten Ansatz nach. Er erinnerte daran, dass die klassische Parodontalchirurgie in den 1980er- und 1990er-Jahren vor allem auf das „Schaffen einer positiven Knochenarchitektur“ abzielte – häufig um den Preis des Zahnverlustes. „Was nicht reinigbar war, wurde entfernt“, so Schlagenhauf. Dieses Konzept habe zwar kurzfristig funktionale Ergebnisse geliefert, sei aber ästhetisch wie auch biologisch fragwürdig gewesen.

Bereits in den 1990er-Jahren setzte Schlagenhauf in seiner Praxis auf ein konserva-

tiveres Vorgehen mit geschlossener Kürettage, systemischer Antibiotikatherapie und strenger Nachsorge. Anhand eines eindrucksvollen Falles über 17 Jahre zeigte er, dass selbst fortgeschrittene parodontale Defekte durch konsequente nichtchirurgische Therapie stabilisiert werden können.

Heute, so Schlagenhauf, sei dieser konservative Ansatz längst Bestandteil der Leitlinien. Dennoch bleibe Parodontitistherapie meist symptomatisch: „Wir entfernen die Folgen, nicht die Ursache.“ Analog zur Hypertonie – deren medikamentöse Kontrolle z.B. mit Amlodipin keine Heilung darstellt – müsse die Zahnmedizin stärker auf ursachenbezogene Prävention setzen.

Dabei rücke zunehmend die Rolle der Ernährung in den Fokus.

Der Zusammenhang zwischen nitratreicher Kost, der endogenen NO-Bildung und der Gefäß- sowie Immunregulation zeige, dass auch Parodontitis als systemische Dysbiose zu verstehen sei. „Fehlernährung, Stress und Rauchen stören das Gleichgewicht des Holobionten – also des Zusammenspiels von Mensch und Mikrobiom“, so Schlagenhauf.

Sein Fazit: Nachhaltige parodontale Therapie gelingt nicht allein mit Küretten und Ultraschall, sondern durch ein integratives Verständnis von Mikrobiologie, Lebensstil und systemischer Gesundheit.

Mehr als nur Zähneputzen – Parodontitis als systemisches Problem

Fachvortrag: Prof. Dr. Yvonne Jockel-Schneider/Würzburg (2. v. l.)

Wir leben in einer Welt voller Bakterien – und das schon seit Anbeginn der Menschheit. Prof. Dr. Yvonne Jockel-Schneider erinnerte daran, dass der Mensch in eine bakterienbesiedelte Umwelt hinein evoluiert ist: Haut, Darm und Mund stehen in enger Symbiose mit Billionen Mikroorganismen. „Bakterien sind nicht unsere Feinde“, so Jockel-Schneider, „sondern Teil eines funktionierenden Ökosystems.“

Auch Parodontitis ist demnach keine klassische Infektionskrankheit, sondern Ausdruck einer oralen Dysbiose. Der bekannte Keim *Porphyromonas gingivalis* ist in ge-

sunder Mundflora harmlos. Erst ein entzündungsförderlicher Lebensstil – etwa durch unausgewogene Ernährung oder chronische Belastung – führt dazu, dass dieser Keim Virulenzfaktoren bildet. Leitliniengerecht lässt sich die Dysbiose durch Biofilmentfernung stabilisieren, doch ursächlich ist das noch nicht. Neue Ansätze zielen daher auf eine Wiederherstellung des mikrobiellen Gleichgewichtes.

Ein eindrucksvolles Beispiel lieferte die „Baumgartner-Studie“, in der Familien vier Wochen wie in der Steinzeit lebten – ohne Zahnbürste, Zucker und verarbeitete Pro-

dukte, mit viel Bewegung und einfacher Kost. Eine Probandin zeigte nach dieser Zeit mehr Plaque, aber keine Entzündung mehr: Der BOP sank auf null, die entzündungsfördernden Keime nahmen ab.

Der Vergleich mit der Menschheitsgeschichte macht deutlich: Mit Ackerbau und Industriezucker wuchs nicht nur der Komfort, sondern auch die Zahl der Entzündungskrankheiten. Moderne Ernährung ist oft arm an Ballaststoffen, Antioxidantien, Omega-3-Fettsäuren, Obst und Gemüse – und damit arm an natürlichen Entzündungsregulatoren. Jockel-

Schneider verwies auf Studien, die zeigen, wie über die endogene und exogene Nitrat-Nitrit-Stickstoffmonoxid-Achse Entzündung und Blutdruck moduliert werden können. Der Verzehr nitrathaltiger Gemüse- und Fruchtsäfte verbessert die Gefäßfunktion und reduziert entzündliche Parameter – auch im Parodontium.

Jockel-Schneider betonte: Parodontitis ist ein Modell für systemische Dysbiosen.

Parodontitis ganzheitlich gedacht: Vom Zahn zur Allgemeingesundheit – ein Praxisfall

Fallvorstellung: Dr. Elisa Huzurudin/Würzburg (1. v. l.)

Dr. Elisa Huzurudin präsentierte in ihrem Vortrag einen Fall aus der Würzburger Parodontologie, der verdeutlichte, wie neue therapeutische Ansätze über die klassische mechanische Behandlung hinausgehen können. Im Mittelpunkt stand eine 77-jährige Patientin mit generalisierter Parodontitis Stadium II und gleichzeitig bestehender rheumatoider Arthritis – zwei chronisch-entzündliche Erkrankungen, die über gemeinsame Entzündungsmechanismen miteinander verknüpft sind.

Trotz jahrelanger systematischer Parodontitistherapie und optimierter Mundhygiene blieb eine Restentzündung be-

Sie teilt Mechanismen mit den großen nichtübertragbaren Erkrankungen – Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-, Lungen- und psychischen Erkrankungen. Zahnärztinnen

und Zahnärzte seien damit „Frühwarnsysteme für den gesamten Organismus“ – denn Gesundheit beginne im Mund.



stehen. Die klinischen Parameter – insbesondere der Bleeding-on-Probing-Wert (BOP) – konnten nicht unter die Grenze von 10–15 Prozent gesenkt werden.

Daraufhin testete das Würzburger Team im Rahmen einer randomisierten, doppelblinden Studie den Einsatz von Kollagenpeptiden (Collagen Verisol, 5 g/Tag über 90 Tage) als begleitende Maßnahme zur unterstützenden Parodontitistherapie (UPT). Das Ergebnis war eindrucksvoll: In der Testgruppe sank der BOP-Wert von 10,4 auf nur 3 Prozent, die entzündete pa-

rodontale Fläche (PISA) verringerte sich auf durchschnittlich 53 mm² – ein nahezu entzündungsfreier Zustand, ohne Nebenwirkungen.

Dr. Huzurudin erklärte die Wirkweise über eine Stimulierung der endogenen Stickstoffmonoxid-Synthese (NO) durch den Argininanteil des Kollagens. NO wirkt entzündungsmodulierend und trägt zur Auflösung der Dysbiose bei – ein Mechanismus, der auch in der Rheumatologie bekannt ist. Nicht nur parodontal, sondern auch systemisch zeigte sich ein Nutzen.

Alterszahnheilkunde

Moderation: Prof. Dr. Christoph Benz/München (2. v. l.)

Mit herzlichem Dank eröffnete Prof. Dr. Christoph Benz seinen Vortrag zur Entwicklung der Pflegezahnmedizin – einst belächelt, heute ein unverzichtbarer Teil der Versorgung. Der Rückblick führte ins Jahr 1990, als die Pflegezahnmedizin in Deutschland entstand. Der Initiator, ursprünglich Prothetiker, erhielt später das Bundesverdienstkreuz. Anfangs herrschte Skepsis: „Was soll zahnärztliche Prophylaxe bei Pflegebedürftigen?“ Doch bald wurde klar, dass Prävention im Alter notwendig ist.

1996 startete Benz in München ein DFG-gefördertes Projekt zur Prävention bei Pflegebedürftigen – lange bevor Seniorenprophylaxe etabliert war. 1999 gründete er mit Cornelius Hafner das Projekt Teamwerk, das Pflegekräfte schulte und Bewohner regelmäßig betreute – zunächst ehrenamtlich, später mit Unterstützung von Sponsoren und Krankenkassen.

Der Durchbruch kam mit einem AOK-Modellprojekt für 2.400 Pflegebedürft-

tige. Die Resultate: weniger Komplikationen, geringere Kosten und deutlich bessere Mundgesundheit. 2009 erfolgte die Veröffentlichung im IDZ, kurz darauf die Integration in das heutige RnB-Konzept der aufsuchenden Betreuung.

„Wir waren zur richtigen Zeit am richtigen Ort“, fasste Benz zusammen. „Pflegezahnmedizin lebt davon, dass wir alle mitmachen, um 5,7 Millionen Pflegebedürftige versorgen zu können.“

Weniger ist manchmal mehr – Zahnmedizin für Hochbetagte

Fachvortrag: Dr. Cornelius Haffner/München (3. v. l.)

Mit dem Leitsatz „Weniger ist manchmal mehr“ verdeutlichte Dr. Cornelius Haffner, dass geriatrische Zahnmedizin nicht Verzicht bedeutet, sondern eine angepasste, realistische und funktionale Versorgung. Die Zahl der Pflegebedürftigen in Bayern liegt bei über 630 000, rund 80 Prozent werden zu Hause betreut – und immer mehr behalten ihre eigenen Zähne. In Haffners Erhebungen sank die Zahnlosigkeit innerhalb von zwölf Jahren von 47 auf 23 Prozent. Damit steigen auch der Behandlungs- und Präventionsbedarf, insbesondere im Bereich der Parodontitis.

Ziel müsse eine entzündungsarme, stabile Situation sein – mit pragmatischen, leitliniengerechten Maßnahmen, die auch unter eingeschränkten Bedingungen umsetzbar sind. Der neue verkürzte Versorgungspfad ermögliche parodontale Therapie ohne aufwendige Genehmigungen, sofern Befunde dokumentiert werden und Kontrollen regelmäßig erfolgen. Rönt-

gen sei bei immobilen Patienten oft nicht praktikabel; klinische Beurteilung und Verlaufskontrolle gewinnen an Bedeutung.

Zentral bleibt die Prävention. Der neue „Expertenstandard Mundgesundheit in der Pflege“ von 2024 sei ein wichtiger Schritt: Schulungen, klare Abläufe und geeignete Materialien würden die Umsetzung in stationären Einrichtungen deutlich verbessern.

In der ambulanten Pflege hingegen bestehe weiterhin großer Handlungsbedarf.

Sinnvolle Lösungen in der Prävention sind zum Beispiel die Verwendung von Ultraschallzahnbürsten wie Sense Pro, die Hochbetagten die Pflege leichter machen.

Auch therapeutisch gilt: Funktion vor Ästhetik. Füllungen oder chirurgische Eingriffe sollten nur selektiv erfolgen, prothetische Lösungen hygienefähig und einfach zu handhaben sein. Kommunikation mit Angehörigen und Betreuern über Nutzen und Zweckmäßigkeit der Behandlung sei dabei ebenso wichtig wie die Kooperation mit dem Pflegepersonal.

80 plus und mundgesund – Tipps und Tricks

Fachvortrag: Dr. Sebastian Hummel/München (1. v. l.)

Die geriatrische Zahnmedizin erfordert eine sensible Abwägung zwischen medizinisch Möglichem, therapeutisch Notwendigem und patientenseitig Zumutbarem. Hummel betonte, dass Therapieentscheidungen immer unter Berücksichtigung des kognitiven und physischen Zustandes sowie des betreuenden Umfeldes getroffen werden müssen. Oft zeigt sich dabei ein sogenanntes „oral-geriatrisches Paradoxon“: Der wahrgenommene Mundzustand ist deutlich besser als der tatsächliche, was den Leidensdruck reduziert und die Behandlungsplanung erschwert.

Anhand dreier Fälle verdeutlichte Hummel die praktische Umsetzung. Bei einem bettlägerigen, dysphagischen Patienten

führte die Extraktion erhaltungsunwürdiger Zähne ohne anschließende Prothetik zu einer deutlichen Verbesserung des Allgemeinbefindens – ein Beispiel dafür, dass weniger oft mehr ist.

Ein zweiter Fall, ein 82-jähriger Heimbewohner, erhielt Totalprothesen, die er anfangs gut akzeptierte, später jedoch aufgrund kognitiver Verschlechterung ablegte. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, Therapieentscheidungen dynamisch an den Krankheitsverlauf anzupassen.

Im dritten Fall entschied sich Hummel bei einer 93-jährigen Patientin mit frakturier-

ten Pfeilerzähnen und geringem Leidensdruck bewusst gegen eine Neuanfertigung und wählte eine minimalinvasive Reparatur. Die Patientin blieb zufrieden und funktionell versorgt.

Hummel resümierte, dass erfolgreiche Seniorenzahnmedizin nicht durch technische Perfektion, sondern durch Angemessenheit und Patientenzufriedenheit definiert wird. Die Kombination aus fachlicher Expertise, Empathie und Flexibilität sei entscheidend, um eine Versorgung zu gewährleisten, die sich für den Patienten richtig anfühlt und realistisch in seine Lebensumstände integrieren lässt.



Stadt, Land, Flucht: Das Niederlassungsradar der KZVB

Dr. Marion Teichmann/Markt Indersdorf (1.v.l.), Priv.-Doz. Dr. Maximilian Wimmer/München (2.v.l.)

Dr. Marion Teichmann und Priv.-Doz. Dr. Maximilian Wimmer stellten das neue Onlinetool der KZVB vor: das Niederlassungsradar. Es soll Niederlassungs- und Abgabeentscheidungen praxisnah, nachhaltig und digital unterstützen – mit Blick auf städtische und ländliche Versorgung. Ziele sind eine ausgewogene Versorgungsstruktur, das Vermeiden von Über- und Unterversorgung sowie eine einfache, digital zugängliche Informationsbasis.

Ausgangspunkt ist der Versorgungsgrad nach Bedarfsplanung: Für 100 Prozent Versorgung werden in Großstädten etwa ein/e Zahnärztin/Zahnarzt je 1 280 Einwohner benötigt, in ländlichen Regionen eine/r je 1 680 Einwohner. In der Kieferorthopädie gelten 4 000 Kinder pro Behandler als optimal. Der bayerische Durchschnitt von 108,6 Prozent verschleierte große regionale Unterschiede – etwa über 200 Prozent in Straubing gegenüber rund 67 Prozent in Eichstätt.

Kern des Tools ist eine interaktive Bayernkarte mit Profilen der Landkreise und Städte: Bevölkerung, Anzahl der Zahnärztinnen/Zahnärzte, Einwohner pro Zahn-



arzt, Privatversicherantenanteil, Bevölkerungsprognose und GKV-Honorar im Vergleich zu München. Zur besseren Vergleichbarkeit werden nur Einzelpraxen berücksichtigt. Beispiele zeigen die Relevanz: Im Landkreis Regensburg fällt die Abrechnung höher aus als in der Stadt; im Nachbarlandkreis wie Kelheim nochmals deutlich höher. Hohe Privatversicherantenanteile in Städten relativieren sich



durch stärkeren Wettbewerb, während größere Einzugsgebiete auf dem Land oft zu ähnlich vielen Privatpatienten und höherem Gesamtvolumen führen. In der Kieferorthopädie bestehen teils deutliche Versorgungslücken, für die Kommunen aktiv Nachfolger suchen.

Das Niederlassungsradar schafft damit wichtige Transparenz für die Standortwahl.

Zahnmedizinische Versorgung von Asylbewerbern und Kriegsflüchtlingen

Leo Hofmeier/München (2.v.l.), Dirk Lörner/München (1.v.l.)

Immer wieder behaupten populistische Stimmen, Geflüchtete erhielten in Deutschland mehr medizinische Leistungen als gesetzlich Versicherte. Solche Aussagen, wie sie etwa von der AfD oder früher auch aus Reihen der CDU zu hören waren, sind nicht nur falsch, sondern gefährlich. Sie vergiften das gesellschaftliche Klima und schüren Misstrauen. „Der Flüchtling aus Eritrea bekommt nicht mehr Leistungen als die Oma, die 40 Jahre Beiträge gezahlt hat – sondern weniger“,

stellte Leo Hofmeier zu Beginn seines Vortrages unmissverständlich klar. Genau deshalb, so Hofmeier, müsse die Zahnärzteschaft in solchen Diskussionen mit Fakten argumentieren können.

Als die Debatte um vermeintliche „Leistungsflüchtlinge“ erstmals aufkam, reagierte die Standespolitik schnell und geschlossen: Der Präsident der Bundeszahnärztekammer stellte als einer der Ersten richtig, dass es keinen Zahntouris-

mus nach Deutschland gibt. Auch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und die damalige Bundesregierung widersprachen entschieden. Für Hofmeier ein Beispiel, wie verantwortungsvolle Kommunikation Polarisierung entgegenwirken kann.

Die politische Auseinandersetzung sei jedoch keineswegs beendet, warnte er. Noch im vergangenen Monat habe die AfD im Bundestag erneut beantragt, die

„Zuwanderung ins Gesundheitssystem“ zu begrenzen. Umso wichtiger sei fundiertes Hintergrundwissen in der zahnärztlichen Praxis.

Gemeinsam mit Dirk Lörner erinnerte Hofmeier daran, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB) schon 2015 gemeinsam mit dem Sozialministerium und den kommunalen Spitzenverbänden eine Positivliste erarbeitet habe. Diese Liste regelt klar, welche Behandlungen für Asylbewerber medizinisch und

ethisch notwendig sind – Schmerz- und Notfallbehandlungen – und welche nicht. Sie wurde inzwischen bundesweit als Vorbild übernommen.

Lörner erläuterte die praktische Umsetzung: Asylbewerberinnen und -bewerber erhalten in vielen Bundesländern eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) mit einem Sonderstatus (z. B. Status 9), was einen eingeschränkten Leistungsanspruch markiert. In Bayern erfolgt häufig die Versorgung nach dem Asylbewerberleistungs-

gesetz mit Behandlungsschein; eine flächendeckende Ausgabe der eGK mit Status 9 ist hier derzeit nicht verbindlich dokumentiert. Nach einem Aufenthalt von 36 Monaten oder bei Bezug von Unterstützung nach SGB II/SGB XII können sie grundsätzlich in die GKV überführt werden. Für unbegleitete minderjährige Geflüchtete und Asylbewerber übernimmt das Jugendamt im Rahmen der Jugendhilfe häufig auch gesetzliche Zuzahlungen. Abgelehnte Asylbewerber haben grundsätzlich Anspruch auf Leistungen bei akuter Erkrankung oder Schmerzbehinderung (§ 4 AsylbLG); ukrainische Geflüchtete wiederum erhalten seit dem 1. Juni 2022 regulären Zugang zur GKV mit einer eGK und voller Versorgung.

Hofmeier betonte abschließend: „Nicht die Bundesregierung, nicht die Politik und auch nicht die Behörden haben das geschafft – Sie, die Zahnärztinnen und Zahnärzte, haben diese Versorgung möglich gemacht.“

Ein deutliches Signal gegen populistische Vereinfachungen – und ein Plädoyer für faktenbasierte Aufklärung und professionelle Haltung in der zahnärztlichen Praxis.



Neues aus Berlin oder „Und täglich grüßt das Murmeltier“

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

Wer nach dem Regierungswechsel einen großen Wurf für das Gesundheitswesen erwartete, sah sich laut Dr. Rüdiger Schott und Rechtsanwalt Nikolai Schediwy bislang enttäuscht. Unter dem augenzwinkernden Titel „Und täglich grüßt das Murmeltier“ bilanzierten sie die gesundheitspolitische Lage in Berlin – und was davon in den bayerischen Praxen ankommt. Die Botschaft: viel Ankündigung, wenig Umsetzung, dafür stetig wachsende Bürokratie und finanzielle Engpässe.

Im Koalitionsvertrag findet sich eine Vielzahl bekannter Vorhaben: ein Primär- bzw. Gatekeeper-System mit gestärktem Hausarzt, eine schnellere Terminversor-

gung, Klinik- und Pflegereformen sowie Krisen- und Resilienzpläne. In der Praxis sehen die Referenten jedoch Risiken: längere Wege über die hausärztliche „Schleuse“, zusätzlicher Verwaltungsaufwand bei der Terminvermittlung und mögliche Versorgungsdefizite in ländlichen Regionen. Parallel dazu steht das System vor finanziellen Herausforderungen – etwa durch limitierte Investitionsmittel und geringe Spielräume bei Klinikbudgets.

Die Digitalisierung sehen Schott und Schediwy kritisch: Zwar sind E-Rezept und ePA eingeführt, aber eine verlässliche breite Nutzung in der Praxis steht noch

aus. Demgegenüber steht die Prävention als ausgewiesene Stärke der Zahnmedizin; hierfür gab es – auch aus Berlin – viel Lob, aber bislang kaum Taten, die diese Erfolge belohnen.

Beim Bürokratieabbau plädieren die Referenten für eine echte Bagatellgrenze (z. B. 300 Euro je Fall und Zahnarzt): Nach bayerischen Auswertungen könnten damit rund 90 Prozent der Prüfanträge entfallen. Gleichzeitig warnten sie vor einer erneuten Einführung einer Praxis- oder Kontaktgebühr zur Steuerung – falls überhaupt, müsse sie außerhalb der Praxis erhoben werden, damit das Praxisteam nicht zusätzlich belastet wird.

Bei der Versorgungsplanung setzen sie auf die Selbstverwaltung: Zentrale Eingriffe würden das Nachwuchsproblem nicht lösen, sondern nur verschieben. Sinnvoller seien gezielte Anreize für unterversorgte Regionen und die Stärkung freiberuflicher Strukturen. Große investorengetragene MVZ-Einheiten betrachteten sie mit Skepsis: Umsatzdruck und Prüfstatistik könnten kleinere Praxen benachteiligen. Bayern reagiert darauf mit einer größenabhängigen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

In honorarpolitischer Hinsicht zeigt sich: Die Anbindung der Punktwertentwicklung an die Grundlohnsummensteigerung – aktuell etwa +4,4 Prozent für 2025 – begrenzt die Dynamik. Ein moderater Zielwert von ca. 5,17 Prozent mag regional angelegt sein, doch pauschale Kürzungsrunden („Rasenmäherprinzip“) böten kaum Gerechtigkeit, gerade weil die Zahnmedizin nur einen kleinen Anteil am Gesamtgesundheitsbudget hat.

Abschließend hoben die Referenten hervor: „Selbstverwaltung wirken lassen, Praxis stärken, Bürokratie ernster abbauen, Digitalisierung verlässlich machen und Prävention als Markenkern der Zahnmedizin sichern.“ Während Berlin viele Überschriften liefert, entstehe die Substanz vor Ort – in den Praxen und Gremien der Zahnärzteschaft.“



ANZEIGE



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



Neues minimalinvasives Behandlungskonzept für MIH



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

Infiltration mit Icon: Gamechanger für MIH-Patienten

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



Infos zum Unternehmen



Mehr Infos zur neuen MIH-Behandlung auf www.dmg-dental.com/mih-workflow

DMG

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

Medizinisches Bleaching, passgenaue 3D-Bleaching-Schiene

Für ein optimales Gesamtergebnis ist es erforderlich, die Zähne auf die Infiltration vorzubereiten. Durch die Vorbehandlung der Schmelzopazitäten werden die Läsionen konditioniert. Mit dem Flairesse Bleaching Gel steht nun ein Medizinprodukt zur Verfügung, das dank seiner niedrigen Konzentrationen diese Vorbereitung auf schonende Art ermöglicht – auch bei Kindern und Jugendlichen. Ein weiterer Baustein ist die 3D-gedruckte DentaMile Bleaching-Schiene. Entscheidende Pluspunkte: präzise, individuell anpassbare Reservoirs und die ausgezeichnete Randabdichtung.

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



Europäische Akademie
für zahnärztliche
Fort- und Weiterbildung
der BLZK

Zahnärztliche Chirurgie

Tipps und Tricks aus dem und für den Praxisalltag



iStock-ID: 505946236, patrisyu

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,
die **zahnärztliche Chirurgie** gehört nach wie vor zu den **Kerntätigkeiten unseres Faches** im Praxisalltag. Nicht nur bei der Versorgung akuter Probleme (z.B. durch Extraktionen, Inzisionen oder der Entfernung von Fremdkörpern), sondern auch – je nach Ausrichtung der Praxis – bis hin zu hochspezialisierten Leistungen wie z.B. Sinuslift, Knochenaufbauten und komplexer interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Im Mittelpunkt unserer Kursserie stehen **Tipps und Tricks** bei der Umsetzung der wichtigsten **basis-chirurgischen Maßnahmen**, von der Schmerzausschaltung über die Extraktion bis hin zur Beherrschung von Komplikationen und Nachsorge. Ein Abend beschäftigt sich auch mit der demografisch bedingt immer notwendigeren **Verzahnung mit der Allgemeinmedizin** bei Patienten mit systemischen Erkrankungen und/oder Risikoprofilen.

Mit Freude und auch ein bisschen Stolz dürfen wir Sie an dieser Stelle auch auf unser **Dozententeam** hinweisen, das in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Dr. Torsten Reichert und Fortbildungsreferenten der bayerischen ZBV zusammengestellt wurde: In der Mehrzahl hochkompetente junge, dynamische Kolleginnen!

Profitieren Sie von den Erfahrungen unseres Teams, der Art der Wissensvermittlung der Referierenden und vor allem auch den vielen Tipps und Tricks, die Ihnen den Praxisalltag erleichtern!

Die Live-Vorträge mit Diskussion laufen von März bis Mai 2026 jeweils am Mittwoch. Eine **Buchung der Serie** ist auch während und nach Abschluss der Serie bis zum 30.12.2026 möglich.

Alle Vorträge sind für registrierte Teilnehmende **unbefristet „on demand“** im Portal der eazf Online Akademie abrufbar.

Wir freuen uns, wenn Sie dabei sind!
Ihre eazf

Vorträge/Termine

„Bevor es losgeht...“
Anamnese, Röntgen, Antibiose, Hygiene

Termin: 11. März 2026, 18.00 Uhr
Dozentin: Dr. Sophia Lindner, Regensburg

Schmerzausschaltung – Tipps und Tricks

Termin: 18. März 2026, 18.00 Uhr
Dozentin: PD Dr. Dr. Diana Heimes, Mainz

Extraktion – Die „Big Points“

Termin: 25. März 2026, 18.00 Uhr
Dozentin: Dr. Carina Walch, Regensburg

Entfernung tief frakturierter bzw. tief zerstörter Zähne und Wurzelreste

Termin: 15. April 2026, 18.00 Uhr
Dozent: Prof. Dr. Dr. Torsten Reichert, Regensburg

Weisheitszähne – Nicht nur ein Fall für Spezialisten

Termin: 22. April 2026, 18.00 Uhr
Dozent: Dr. Emanuel Käser, Regensburg

Plastische Deckung – So funktioniert's

Termin: 29. April 2026, 18.00 Uhr
Dozentin: PD Dr. Amely Hartmann, Filderstadt-Bernhausen

Beherrschung von Komplikationen

Termin: 6. Mai 2026, 18.00 Uhr
Dozentin: Dr. Isabel Schneider, Regensburg

Chirurgie für den Notdienst

Termin: 13. Mai 2026, 18.00 Uhr
Dozent: Dr. Daniel Stephan, Mainz

„Nachsorge...“

Wundheilung, Vermeidung von Wundheilungsstörungen; Medikamentöse Unterstützung, Überweisung an Spezialisten

Termin: 20. Mai 2026, 18.00 Uhr
Dozentin: PD Dr. Dr. Julia Heider, Mainz

Moderation: Prof. Dr. Johannes Einwag

Beginn: jeweils 18.00 Uhr

Kosten: EUR 595,00

Fortbildungspunkte: 18

INFORMATION UND BUCHUNG

Details und Registrierung unter:



online.eazf.de

Von der Behandlung zur Umweltgefahr

wenn Dentalgeräte falsch entsorgt werden



In jeder Zahnarztpraxis fallen regelmäßig Abfälle an, die nicht über den normalen Hausmüll oder den Wertstoffhof entsorgt werden dürfen. Ob Chemikalien, medizinische Elektroaltgeräte oder Verbrauchsmaterialien aus der Behandlung – für alle gelten strenge gesetzliche Vorgaben wie das Kreislaufwirtschaftsgesetz (KrWG), die Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) und die Abfallverzeichnis-Verordnung (AVV). Die Einhaltung dieser Vorschriften schützt nicht nur Umwelt und Gesundheit, sondern auch die Praxis vor rechtlichen Konsequenzen.

Besonders bei Praxisauflösungen oder Gerätewechseln spielt die fachgerechte Entsorgung eine zentrale Rolle. Dentalgeräte wie Behandlungseinheiten, 3D-Drucker, Röntgengeräte oder Keramiköfen enthalten häufig Gefahrstoffe. So sind in Isolationsmaterialien beispielsweise Aluminiumsilikate verbaut, die als gesundheits- und umweltgefährdend gelten. Auch Reinigungsflüssigkeiten wie Isopropanol oder Restharze aus 3D-Druckern

zählen zu den Gefahrstoffen und müssen gesondert behandelt werden.

Ein häufiger Irrtum: Alte medizinische Geräte einfach beim Schrottplatz oder Wertstoffhof abzugeben, ist nicht zulässig. Diese Einrichtungen sind nicht auf die speziellen Anforderungen medizinischer Abfälle vorbereitet. Unsachgemäße Entsorgung kann zu Umweltschäden führen und im schlimmsten Fall haftungsrechtliche Folgen für die Praxis haben. Hier ist die Expertise eines zertifizierten Entsorgungsfachbetriebes gefragt.

Als erfahrener Partner unterstützt enrettec Zahnarztpraxen und Labore bei allen Entsorgungsfragen. Das Familienunternehmen sorgt dafür, dass Elektroaltgeräte, Chemikalien und weitere Dentalabfälle rechtssicher, effizient und nachhaltig entsorgt oder verwertet werden. Besonders bei Auflösung von Praxen bietet enrettec Lösungen – von der Abholung über die Dokumentation bis hin zur gesetzeskonformen Verwertung.

So können Zahnärzte und ihr Team sicher sein, dass sie alle gesetzlichen Vorgaben erfüllen, Umwelt und Gesundheit schützen und sich ganz auf ihre Patienten konzentrieren können.



enrettec

entsorgung. effizient. einfach.

ENRETEC GMBH

Tel.: 0800 2255263

equipment@enrettec.de

www.enrettec.de



25 Jahre orangedental

orangedental feiert 25 Jahre Premium-Innovationen „made in Biberach“. Seit der Gründung hat sich das Unternehmen vom Softwareentwickler zum Hightech-Anbieter für Zahnärzte und Dentallabore entwickelt. Mit Produkten wie dem führenden Röntgensystem Green Xevo, den Schleif- und Fräsmaschinen EASY Mill 4 und 5 sowie dem voll-gesinterten Zirkon Perfit FS prägt orangedental den digitalen Workflow in der Zahnmedizin. Auch im Bereich Ergonomie und Visualisierung setzt das Unternehmen Maßstäbe – etwa mit der leichtesten Lupenbrille ihrer Klasse und einem kabellosen, digitalen Stereo-Mikroskop „ZEUS“. Parallel entwickelt sich die jetzt webbasierte Softwareplattform byzz® zur effizienten Praxisvernetzung weiter. Zum Jubiläum bietet orangedental den Bestseller Green Nxt mit Preisvorteil, Zehnjahresgarantie und exklusiven Vorteilen an. Seit 25 Jahren steht orangedental für praxisnahe, effiziente und nachhaltige Innovationen – Premium Innovations made by orangedental.

Für weitere Informationen fragen Sie bitte Ihr Dentaldepot oder kontaktieren Sie uns unter:

ORANGEDENTAL GMBH & CO. KG

Tel.: +49 7351 47499-0

info@orangedental.de

www.orangedental.de

MTA vpt von VOCO: Vitalerhaltung der Pulpa für die tägliche Praxis

Mineral Trioxid Aggregat (MTA) steht für Biokompatibilität und klinische Langzeiterfolge beim Vitalerhalt der Pulpa. Mit MTA vpt bietet VOCO ein verlässliches Material, das speziell auf die Belange der täglichen Füllungstherapie ausgelegt ist und erstklassigen Pulpenschutz erschwinglich macht.

Gemäß seinen Indikationen kann MTA vpt in Fällen von tiefen kariösen Läsionen oder bei traumatisch bedingter Pulpaeröffnung angewendet werden. Ebenso unterstützt es die Ziele des Kariesmanagements und der darauf aufbauenden Vitalen Pulpa Therapie (VPT). Es kann für Unterfüllungen, indirekte wie direkte Überkappungen sowie für die Versorgung der Pulpa nach einer Vitalamputation (partielle oder vollständige Pulpotomie) eingesetzt werden.

Kariöses Restdentin, das beim Kariesmanagement, der selektiven oder schrittweisen Kariesentfernung verbleibt, lässt sich damit verlässlich abdecken. Frei von verfärbenden Substanzen ist MTA vpt auch für den Einsatz am Frontzahn empfehlenswert.



VOCO GMBH

Anton-Flettner-Straße 1–3

27472 Cuxhaven

Germany

Tel.: +49 4721 719-0

Fax: +49 4721 719-169

www.voco.dental

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

eazf Fortbildungen

KURS-NR.	THEMA	DOZENT	DATEN	€	PKT	ZIELGRUPPE
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 Volumetomografie für Zahnärzte (DVT)	Prof. Dr. Herbert Deppe, Prof. Dr. Jörg Neugebauer	Sa., 17.01.–09.05.2026, 9.00 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, 9.00 Uhr Erlangen Universitätsklinikum	75	5	ZA, ZÄ, ASS
C66701	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mo., 26.–28.01.2026, 9.00 Uhr München Akademie	495	0	PP
C66149	Unternehmensführung für Zahnmediziner	Stephan Grüner	Sa., 31.01.2026, 9.00 Uhr München Flößergasse	150	8	ZA, ZÄ, ASS, PM
C36301	Prophylaxe Basiskurs	Tatjana Herold, Nathalie Zircher, Alla Käufler, Tobias Feilmeier, Katharina Spiegelberger	Mo., 02.02.2026, 9.00 Uhr München Akademie	950	0	PP
C76702	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Moritz Kipping	Mo., 02.–04.02.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	495	0	PP
C66681	Weiterqualifizierung Qualitätsmanagementbeauftragte/-r eazf (QMB)	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Di., 03.02.2026, 9.00 Uhr München Flößergasse	895	32	PP
C66748	Intensivkurs Verwaltung	Susanne Eßer	Mi., 04.–05.02.2026, 9.00 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: Erstschtung 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.–07.02.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	475	18	ZA
C66702	Die professionelle Zahnreinigung – PZR-Intensivkurs	Tatjana Bejta, Natascha Stang	Fr., 06.–07.02.2026, 9.00 Uhr München Akademie	650	0	PP
C66703	Reparaturen und Wiederherstellungen von Zahnersatz	Irmgard Marischler	Fr., 06.–07.02.2026, 9.00 Uhr München Flößergasse	395	8	ZA, ZÄ, PP
C56202	Update Notfallmanagement in der zahnärztlichen Praxis	Jürgen Krehle, Dennis Wölflle	Fr., 06.02.2026, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	225	3	ZA, ZÄ, PP
C66751	ABR 1 – Grundkenntnisse der GOZ-Abrechnung und Auszüge aus der GOÄ	Irmgard Marischler	Sa., 07.02.2026, 9.00 Uhr München Flößergasse	150	8	ZA, ZÄ, ASS, PP
C66704	Aufbereitung von Medizinprodukten – Erwerb der Sachkenntnisse gem. MPBetreibV	Marina Nörr-Müller	Mo., 09.–11.02.2026, 9.00 Uhr München Akademie	850	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 Landeweer	Fr., 13.02.2026, 9.00 Uhr München Akademie	495	11	ZA, ZÄ
C76101	Präparationstechniken für vollkeramische Restaurationen – der Schlüssel zum Erfolg	Prof. Dr. Lothar Pröbster	Fr., 13.02.2026, 14.00 Uhr Nürnberg Akademie	795	14	ZA, ZÄ
C76703	Deep Scaling – Aufbaukurs für ZMP (Therapiestufe PSI 3–4)	Sabine Deutsch, Karin Schwengsbier	Mi., 18.–21.02.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	995	0	ZMP
C66691	Weiterqualifizierung Hygienebeauftragte/-r eazf	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Mi., 25.–27.02.2026, 9.00 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, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	425	0	ZMF, DH, PP
C56253	Datenschutzbeauftragte/-r in der Zahnarztpraxis (DSB)	Regina Kraus	Fr., 27.02.2026, 9.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	395	7	ZA, PP

eazf Fortbildungen

KURS-NR.	THEMA	DOZENT	DATEN	€	PKT	ZIELGRUPPE
C66150	Unternehmerische Steuerinstrumente und Wissenswertes aus dem Steuerrecht	Dr. Ralf Schauer	Sa., 28.02.2026, 9.00 Uhr München Flößergasse	150	8	ZA, ZÄ, ASS, PM
C66706	Weniger BEMA mehr GOZ – abrechnen mit Köpfchen	Irmgard Marischler	Sa., 28.02.2026, 9.00 Uhr München Flößergasse	395	8	ZA, ZÄ, PP
C16300	Niederbayerischer Zahnärztetag für Zahnärzte 2026	Prof. Dr. Katrin Bekes, Dr. Nicola Meißner, Prof. Dr. Dr. Norbert Krämer, Dr. Elisabeth Hofmann	Sa., 28.02.2026, 9.00 Uhr Straubing Hotel Asam	325	8	ZA, ZÄ
C16300-2	Niederbayerischer Zahnärztetag für Praxispersonal 2026	Prof. Dr. Stefan Zimmer, Prof. Dr. Katrin Bekes, Dr. Nicola Meißner, Sabine Kittel	Sa., 28.02.2026, 9.00 Uhr Straubing Hotel Asam	215	8	PP
C36201	Prophylaxe Basiskurs	Kerstin Kaufmann, Daniela Brunhofer, Tatjana Herold	Mo., 02.–17.03.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	950	0	PP
C66106	Röntgenkurs für Zahnärztinnen und Zahnärzte zum Erwerb der Fachkunde	Dr. Stefan Gassenmeier	Mo., 02.–04.03.2026, 9.00 Uhr München Akademie	525	24	ZA, ZÄ
C56203	Patienten mit Special Needs in der zahnärztlichen Praxis	Prof. Dr. Andreas Filippi	Mi., 04.03.2026, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	295	4	ZA, ZÄ, ZMP, DH
C66147	Aktualisierung der Kenntnisse im Arbeitsschutz der BLZK – BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 04.03.2026, 14.00 Uhr München Flößergasse	225	6	ZA, ZÄ
C66640	Der Weg zur erfolgreichen Praxisabgabe	Michael Weber, Dr. Ralf Schauer, Stephan Grüner, Hanna Pachowsky	Sa., 07.03.2026, 9.00 Uhr München Flößergasse	45	8	ZA, ZÄ
C66650	Niederlassungsseminar BLZK/KZVB für Existenzgründer	Dr. Ralf Schauer, Stephan Grüner, Michael Weber, Hanna Pachowsky	Sa., 07.03.2026, 9.00 Uhr München Flößergasse	45	8	ZA, ZÄ, ASS
C66107	Endodontische Maßnahmen im Milchgebiss und Versorgung mit verschiedenen Kronensystemen	Dr. Uta Salomon	Sa., 07.03.2026, 9.00 Uhr München Flößergasse	495	7	ZA, ZÄ
C66141	Smart Endodontics – alles Relevante für die Praxis	Priv.-Doz. Dr. Ralf Krug, Dr. Alexander Winkler	Sa., 07.03.2026, 9.00 Uhr München VDW GmbH	650	10	ZA, ZÄ
C56108	4. Bayerisches Netzwerktreffen für Zahnärztinnen	Miriam Willner-Schön, Iris Hartmann, Priv.-Doz. Dr. Dr. Diana Heimes, Dr. Henriette Lerner, Dr. Silke Waghershauser, Dr. Romy Ermier	Sa., 07.03.2026, 9.00 Uhr Ingolstadt NH Hotel	175	7	ZÄ
C66707	Schienenherstellung im Praxislabor	Konrad Uhl	Mi., 11.03.2026, 9.00 Uhr München Akademie	395	0	PP
C56204	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz	Dr. Moritz Kipping	Mi., 11.03.2026, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	125	9	ZA, ZÄ
C76102	Präventionskonzept Arbeitsschutz: Erstschtung BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 11.03.2026, 14.00 Uhr Nürnberg Akademie	295	6	ZA, ZÄ
C76103	Chirurgie leicht gemacht: Schnitt- und Nahttechniken in der Zahnmedizin	Priv.-Doz. Dr. Dietmar Weng	Fr., 13.03.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	525	11	ZA, ZÄ
C76104	Augmentative Verfahren in der Implantologie	Priv.-Doz. Dr. Dietmar Weng	Sa., 14.03.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	525	11	ZA, ZÄ
C76105	CMD, Malokklusion und Atmung – Diagnose, Therapie und Rehabilitation	D.D.S./Syr. Dr. Aladin Sabbagh	Sa., 14.03.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	525	11	ZA, ZÄ
C66108	Update Parodontologie in der Praxis	Prof. Dr. Gregor Petersilka	Sa., 14.03.2026, 9.00 Uhr München Akademie	425	8	ZA, ZÄ, PP
C36601	Kieferorthopädische Assistenz	Prof. Dr. Dr. Peter Proff, Dr. Helmut Hösl, Dr. Rebecca Klink	Mo., 16.–25.03.2026, 9.00 Uhr München Akademie	995	0	PP
C76705	Aufbereitung von Medizinprodukten – Erwerb der Sachkenntnisse gem. MPBetreibV	Marina Nörr-Müller	Mo., 16.–18.03.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	850	0	PP
C56257	Update-Workshop für QMB und Hygienebeauftragte	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Mi., 18.03.2026, 9.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	395	8	ZA, ZÄ, PP
C66148	Aktualisierung der Kenntnisse im Arbeitsschutz der BLZK – BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 18.03.2026, 14.00 Uhr München Akademie	225	6	ZA, ZÄ

Unternehmensführung für Zahnarzt/-innen



DATUM	ORT	UHRZEIT	KURS	KURSHINHALTE
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, Anteilsübertragungsvertrag, 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 Zahnarzt/-innen



DATUM	ORT	UHRZEIT	KURS	KURSHINHALTE
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, Laufertorgaben 10, 90489 Nürnberg

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

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

Niederlassungs- und Praxisabgabeseminare 2026



NIEDERLASSUNGSSEMINAR

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. -übergabevertrag, Berufsausübungsgemeinschaft, MVZ – Übergangs-Berufsausübungsgemeinschaft – Mietvertrag: Was ist zu beachten? – Arbeitsrechtliche Aspekte der Praxisübernahme
15.00 Uhr	Kaffeepause und Praxisforum
15.15 Uhr	Steuerliche Aspekte und Praxisfinanzierung <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

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.

Kursgebühr: 45 Euro (inklusive Mittagessen, Kaffeeпаusen und ausführlicher digitaler Kursunterlagen)

Veranstaltungsorte: eazf Seminarzentrum München, Flößergasse 1, 81369 München

eazf Nürnberg, Laufertorgaben 10, 90489 Nürnberg

eazf Seminarzentrum Regensburg, Prüfeninger Schloßstraße 2a, 93051 Regensburg

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

Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen für Praxispersonal

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

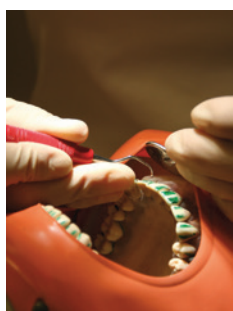
Auch in diesen Lehrgängen (Praxismanager/-in, Abrechnungsmanager/-in, Prophylaxe-Aufbaukurs, Chirurgische Assistenz, Hygienebeauftragte/-r, Qualitätsmanagementbeauftragte/-r) wird auf einen hohen Praxisbezug geachtet. Mit Angeboten in München und Nürnberg ist die eazf regional vertreten und ermöglicht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

Für die eazf sprechen viele Gründe:

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

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

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



ZAHNMEDIZINISCHE/-R PROPHYLAXEASSISTENT/-IN (ZMP)

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

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

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

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

Abschlussprüfung: Prüfungsausschuss der BLZK, schriftliche und praktische Prüfung.



DENTALHYGIENIKER/-IN (DH)

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

Kursgebühr: € 9.975 inkl. Kursunterlagen in digitaler Form, Erfrischungsgetränke und Kaffee, Ratenzahlung möglich, zzgl. Prüfungsgebühr der BLZK, Meisterbonus

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

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

Abschlussprüfung: Prüfungsausschuss der BLZK, schriftliche und praktische Prüfung.



ZAHNMEDIZINISCHE/-R VERWALTUNGSASSISTENT/-IN (ZMV)

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

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

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

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

Abschlussprüfung: Prüfungsausschuss der BLZK, schriftliche und praktische Prüfung.



ABRECHNUNGSMANAGER/-IN EAZF

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

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

Kursdaten: Die Weiterqualifizierung zur/zum Abrechnungsmanger/-in eazf dauert insgesamt vier Monate. In München ist Kursbeginn im Januar, in Nürnberg startet die Fortbildung im September.

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

Abschlussprüfung: Prüfungsausschuss der eazf, schriftliche Prüfung



PRAXISMANAGER/-IN EAZF (PM)

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

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

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

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

Abschlussprüfung: Prüfungsausschuss der eazf, schriftliche und mündliche Prüfung.



HYGIENEBEAUFTRAGTE/-R EAZF (HYG)

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

Kursgebühr: € 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 Hygienemanagements an.



QUALITÄTSMANAGEMENTBEAUFTRAGTE/-R EAZF (QMB)

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

Kursgebühr: € 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 2026/2027/2028



Bitte beachten Sie die Hinweise zum Prüfungsort¹

	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
ZMP Schriftliche Prüfung	14.3.2028	04.02.2028
ZMP Praktische Prüfung	21.3.–25.3.2028	04.02.2028
ZMP Schriftliche Prüfung	7.9.2028	30.07.2028
ZMP Praktische Prüfung	12.9.–16.9.2028	30.07.2028
DH Schriftliche Prüfung	31.8.2028	30.07.2028
DH Praktische Prüfung	2.9.2028 und 6.9.–7.9.2028	30.07.2028
DH Mündliche Prüfung	8.9.–9.9.2028	30.07.2028
ZMV Schriftliche Prüfung	7.3.–8.3.2028	04.02.2028
ZMV Mündliche Prüfung	15.3.–17.3.2028	04.02.2028
ZMV Schriftliche Prüfung	29.8.–30.8.2028	30.07.2028
ZMV Mündliche Prüfung	4.9.–6.9.2028	30.07.2028

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

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

Prüfungsgebühren für Aufstiegsfortbildungen BLZK nach den Prüfungsvorschriften ab 1.1.2017:

ZMP	460 Euro
ZMV	450 Euro
DH	670 Euro

Die Prüfungsgebühren für Wiederholungsprüfungen beziehungsweise einzelne Prüfungs-

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



Nachrücken eines Ersatzdelegierten im Wahlbezirk Oberbayern in das Amt des Delegierten zur Bayerischen Landeszahnärztekammer

In das Delegiertenamt zur BLZK ist im Wahlbezirk Oberbayern für den verstorbenen Dr. Eberhard Siegle LL.M, Neumarkt-St. Veit, gem. § 3 Ziff. 4 der Satzung der BLZK Herr Dr. Urs-Michael Reimann, Burghausen, für die laufende Amtsperiode nachgerückt.

Dr. Dr. Frank Wohl
Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer

Kassenänderungen



1. Anschriftenänderung einer Krankenkasse – ab sofort –
BKK mkk – meine krankenkasse (ehem. BKK VBU), 10857 Berlin
(=Großkundenanschrift), Tel.: 0800 1656616, Fax: 0800 1656617
(KA-Nr. 111972391330).

2. Neuaufnahme eines Sonstigen Kostenträgers
– ab 1.10.2025 –
Kreis Dithmarschen-Jugendamt Wirtschaftliche Jugendhilfe,
Stettiner Straße 30, 25746 Heide, Tel.: 0481 97-0, Fax: 0481 97-1499
(KA-Nr. 936004254900).

3. Namens- und Anschriftenänderung eines Sonstigen Kosten-
trägers – ab sofort –
Amt für Kinder, Jugend und Fam. Wirtschaftl. Jugendhilfe/umA,
Grottenau 1, 86150 Augsburg, Tel.: 0821 324-2931,
Fax: 0821 324-2945 (KA-Nr. 911007512800).

Geschäftsbericht 2024 der Bayerischen Ärzteversorgung

Der für die Bayerische Ärzteversorgung aufgestellte Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2024 und der Lagebericht wurden nach Prüfung durch die Deloitte GmbH, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, mit dem uneingeschränkten Bestätigungsvermerk versehen und vom Landesausschuss des Versorgungswerks gebilligt. Der Jahresabschluss ist damit festgestellt.

Mit einer erzielten Nettoverzinsung in Höhe von 3,59 % (Vorjahr 3,52 %) blicken wir auf ein gutes Geschäftsjahr zurück. Grundlage hierfür bildet ein robustes Geschäftsmodell, das sich durch ein flexibles Finanzierungsverfahren und ein breit diversifiziertes Kapitalanlageportfolio auszeichnet.

Im Fokus des Geschäftsberichts 2024 steht das Thema „Zeit“ – ein Phänomen, das unseren Alltag bestimmt und doch schwer fassbar bleibt. „Zeit“ ist auch in der berufsständischen Altersversorgung ein wichtiges Thema, denn die BÄV begleitet ihre Mitglieder meist ein Großteil ihres Lebens, vom Einstieg ins Berufsleben bis zum Ruhestand. Mit der Hinterbliebenenversorgung werden sogar mehrere Generationen erreicht.

Unser Geschäftsbericht gibt Auskunft über den Geschäftsverlauf, die Kapitalmarktentwicklung sowie die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage. Der Geschäftsbericht ist für unsere Mitglieder im Onlineportal BÄV24 (www.baev24.de) hinterlegt.

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

sozietät
HGA

Kompetenz im Zahnartzrecht

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

Hartmannsgruber Gemke Argyris & Partner Rechtsanwälte

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

www.med-recht.de

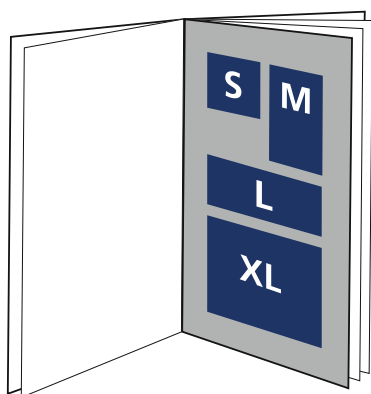
Fachdozent (m/w/d) – Fachsprache Deutsch für internationale Zahnärzte

AkadRe ist ein spezialisiertes Bildungsunternehmen, das internationale medizinische Fachkräfte auf dem Weg zur Approbation in Deutschland unterstützt. Als zertifizierte Spezialisten für Deutsch im Gesundheitswesen bereiten wir internationale Zahnärzte kompetent auf die Fachsprachprüfungen der Landes Zahnärztekammern vor, die sie zur beruflichen Anerkennung in Deutschland absolvieren müssen. Für unser Team in Nürnberg suchen wir Zahnärzte (m/w/d) auf Honorarbasis, die unsere Teilnehmer für die komplexen kommunikativen Anforderungen in der Praxis qualifizieren (z. B. Notfälle, Risikopatienten, einzelne Fachgebiete). Der Einsatz erfolgt nach Abstimmung zu ca. 3–6 Unterrichtseinheiten pro Monat in **Präsenzkursen vor Ort in Nürnberg**.

Kontakt:

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an: bewerbung@akadre.de
Bei Fragen erreichen Sie uns unter: 0911 6006050

 **AkadRe GmbH**



Format S:

B×H=85×45 mm
Preis: 180 Euro

Format L:

B×H=175×45 mm
Preis: 340 Euro

Format M:

B×H=85×90 mm
Preis: 350 Euro

Format XL:

B×H=175×90 mm
Preis: 670 Euro

Alle Preise sind
Nettopreise.

3 Wege zu Ihrer Kleinanzeige:



Kontakt:

Stefan Thieme

Tel.: 0341 48474-224

bzb-kleinanzeigen@oemus-media.de

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

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

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

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 Mitgliedsbei-
trag abgegolten.

Adressänderungen:

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

Nutzungsrecht:

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

Hinweis:

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

Erscheinungstermin:

Montag, 15. Dezember 2025

ISSN 1618-3584



Kassenzahnärztliche
Vereinigung Bayerns

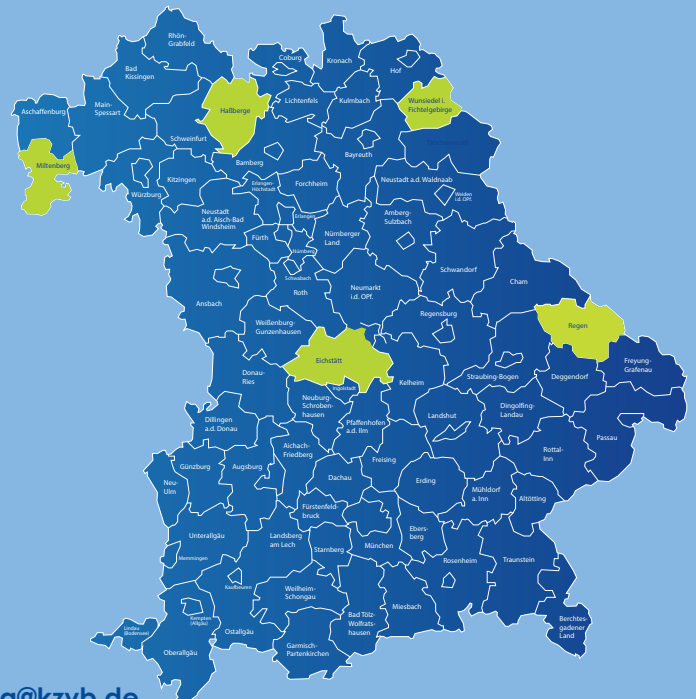


Haben Sie
Interesse sich
in einer dieser
Gegenden
niederzulassen?
Sprechen Sie
uns an!

Land lohnt sich.

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

- Eichstätt
- Haßberge
- Miltenberg
- Regen
- Wunsiedel



Ihr Kontakt für Rückfragen:

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

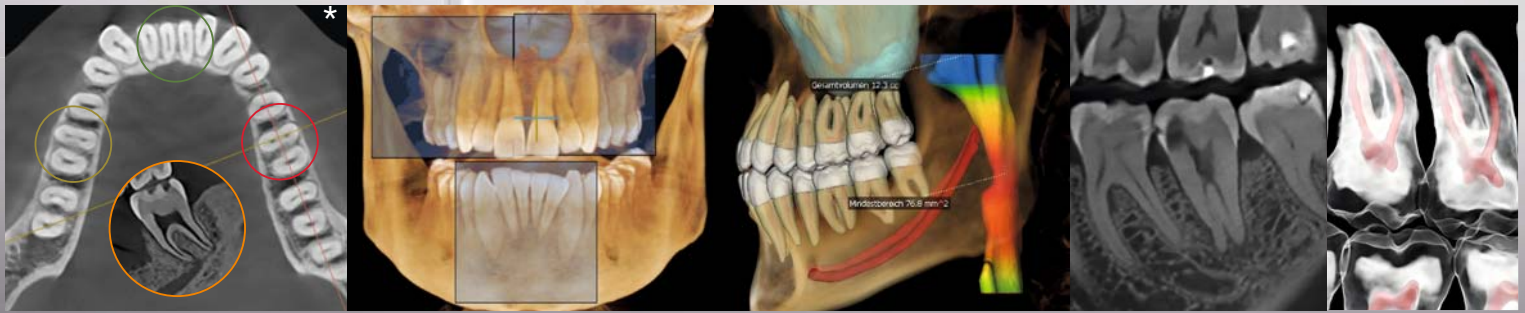
Green Xevo



NEU 2025

„Noch besser als besser“

- ✓ Unschlagbare Bildqualität durch 420° Rotation für höchste Datenqualität im Workflow
- ✓ Übersichtsaufnahme 12 x 9 (*) in 200 µm mit bis zu 3 Detailaufnahmen in 70 µm
- ✓ Extrem kurze Scanzeiten (ab 2,9 Sekunden)
- ✓ Endo-Analysemodul in der byzzEz3D-i Software
- ✓ Ultrahohe Auflösung (49 µm Voxelgröße) im Endomodus
- ✓ byzz®: Digitale Integration mit offenen Schnittstellen für den offenen Workflow



DAS NEUE CHAIRSIDE

- ✓ Kronen, Brücken, Inlays, Onlays Abutments, abgewinkelter Schraubenkanal
- ✓ Kein Sinterofen nötig
- ✓ Keine Schrumpfungsfehler
- ✓ Perfit FS vollgesintertes Zirkon, kann dünner
Hart wie Zahn, 3,5x biegeester als Glaskeramik, 0,2mm Minimalstärke
- ✓ Bis 33% weniger Zahnschmerzabtrag, minimalinvasiv
- ✓ Extrem präziser Randschluss und Passgenauigkeit
Fast totale Reduktion der Bakterienintrusion
- ✓ Kein Glanzbrand nötig - nur polieren
- ✓ Maximal optimierter, offener byzz® Workflow
- ✓ Delegierbar, einfaches Handling
- ✓ Profi-Support 365-T.-Hotline, 5-Pers.-MB + 16-Pers.-OD-Technikteam,
9 Zahntechniker, schneller TOP-Service/Schulungen/Webinare

Perfit FS



Perfit FS **EASY Mill4** byzz® 11



Wir freuen uns über Ihre Kontaktaufnahme:

Tel.: +49 (0) 7351 474 990 | info@orangedental.de | www.orangedental.de

orangedental
premium innovations

