63. Jahrgang

BZB

Bayerisches Zahnärzteblatt

6/2026



© Strelciuc – stock.adobe.com

Schwerpunktthema

Prophylaxe und Kinderzahnheilkunde

Die Kammer als moderne Serviceorganisation – ein Muss!
Bilanz der BLZK-Amtsperiode 2023 bis 2026

Darfs ein bisschen mehr sein?
Nina Warkens Sparpolitik trifft Ärzte noch härter als Zahnärzte

Ankyloglossie und Stillprobleme
Fachbeitrag

www.bzb-online.de

Lässt alle Wünsche wahr werden



4 MM UNIVERSAL-COMPOSITE IN 5 CLUSTER-SHADES

GrandioSO Unlimited

- **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



MADE IN GERMANY 100%

VOCO DIE DENTALISTEN

VOCO GmbH · Anton-Flettner-Straße 1-3 · 27472 Cuxhaven · Deutschland · Freecall 00 800 44 444 555 · www.voco.dental



Dr. Dr. Frank Wohl
Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer

Zusammenhalten! Nicht spalten!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Vorhaben des Bundesgesundheitsministeriums, bei uns Zahnärzten erstmalig einen sogenannten Fachzahnarztvorbehalt für Kieferorthopädie einzuführen, ist ein ganz klarer Versuch, unseren Berufsstand zu spalten. Die Erlaubnis zu umfassender Ausübung des zahnärztlichen Berufes – nichts anderes bedeutet der Begriff „Approbation" – soll durch die Hintertür des Sozialgesetzbuches zerstückelt werden.

In dieser Entwertung der zahnärztlichen Approbation besteht die über den aktuellen Fall hinausgehende Bedeutung des malignen Planes. 74 Jahre nach Veröffentlichung des Zahnheilkundegesetzes wäre der damals von unseren Berufsvertretern erreichte historische Erfolg eines durch gesetzliche Definition geeinten Berufsstandes beschädigt.

Weitere Einschränkungen (bei der Chirurgie, der Parodontologie, der Endodontie…) wären nur eine Frage der Zeit. Machiavellis Prinzip des „Divide et impera" ist auch mittelmäßigen Politikern wohl geläufig, die Schwächung von Widerstand durch Aufspaltung der betroffenen Gruppe ist gerade im Gesundheitswesen regelmäßig geübte Praxis.

Deshalb bin ich stolz darauf, wie unser Berufsstand in den vergangenen Wochen auf diese Bedrohung reagiert hat: Nach einer kurzen Schrecksekunde haben alle Beteiligten erkannt, dass eine Gefahr dieser Art nur durch Geschlossenheit abgewehrt werden kann. Das zynische Kalkül der Politik, wir würden übereinander herfallen, ging nicht auf.

Die Bundeszahnärztekammer hat gemeinsam und in enger Abstimmung mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung eine Widerstandslinie aufgebaut. Der Berufsstand hat mit einer Stimme gesprochen. Die Betroffenen haben hochengagiert, aber eben ohne Gruppenegoismus, ihre Interessen vertreten.

Dieser Zusammenhalt muss die Arbeit der Berufspolitik insgesamt prägen. Es ist sonnenklar, dass eine kleinere Gruppe wie die Zahnärzte im Haifischbecken der Gesundheitspolitik nur dann überleben kann, wenn sie sich nicht aufspalten lässt.

Worte wie „Geschlossenheit" oder „gemeinsam" dürfen keine Leerformeln sein, denen das egoistische „aber" und das trennende „nur wir können es" auf dem Fuß folgen. Expertise und Engagement finden wir bei vielen Kolleginnen und Kollegen. Wir brauchen alle, die sich dem Kampf für die Zukunft unseres Berufes anschließen wollen.

Vor 74 Jahren endete mit dem Zahnheilkundegesetz die Spaltung des Berufsstandes in Zahnärzte und Dentisten. Halten wir auch weiter zusammen! Lassen wir uns nicht aufspalten. Weder in Fachgruppen noch nach Geschlechtern, weder in Selbstständige und Angestellte noch nach Berufsverbänden.

Divided we'll fall, so together we stand!

Herzlichst, Ihr





Im Interview ziehen Präsident Dr. Dr. Frank Wohl (links) und Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner (Mitte) eine Bilanz ihrer BLZK-Amtsperiode.



KZVB-Vorstand Dr. Rüdiger Schott freute sich über den Erfolg des 11. Bayerischen Unternehmertages für Zahnärztinnen und Zahnärzte in Nürnberg, wo deutlich wurde, wie wichtig heute neben medizinischer Expertise auch unternehmerische Perspektiven sind.



Der neu berufene Landesausschuss der Bayerischen Ärzteversorgung stellte bei seiner Sitzung in München die personellen Weichen für die Amtsperiode bis 2029.

politik

6 **„Die Kammer als moderne Serviceorganisation – ein Muss!“**
Bilanz der BLZK-Amtsperiode 2022 bis 2026

10 **Darfs ein bisschen mehr sein?**
BStabG trifft Ärzte noch härter als Zahnärzte

12 **Praktizierende Frauen in Bayern erstmals in der Überzahl**
Aktuelle Statistiken von BLZK und BZÄK geben Auskunft zur Zahnärzteschaft

16 **Krisenfeste Strukturen**
KZVB und BLZK beim Expertenrat Gesundheitssicherheit

18 **Grenzgänger der Prothetik**
Das sagen die Referentinnen und Referenten des 67. Bayerischen Zahnärztetages

22 **„Wir lehnen eine profitmaximierende Medizin ab“**
Dr. Petra Reis-Berkowicz über Private-Equity-Gesellschaften in der ambulanten Versorgung

24 **Impulse für wirtschaftlichen Erfolg in bewegten Zeiten**
11. Bayerischer Unternehmertag für Zahnärzte in Nürnberg

26 **„So nicht, Frau Warken!“**
Spargesetz überschattet Frühjahrsfest in Berlin

28 **Präventionserfolge langfristig sichern**
FVDZ fordert Entbudgetierung von PAR-Leistungen

29 **Bayerische Ärzteversorgung setzt auf Kontinuität**
Dr. Gerald Quitterer erneut Vorsitzender des Landesausschusses

30 **„Medizinische Entscheidungen nicht an Renditeerwartungen ausrichten“**
KZBV und BZÄK erneuern Forderung nach iMVZ-Regulierungsgesetz

32 **Wissenschaftliche Exzellenz und hoher Praxisbezug**
KZVB-Gutachtertagung an der LMU München

34 **Gemeinsam die Versorgung sichern**
KZVB beim Jahresempfang der AOK Bayern

35 **Nachrichten aus Brüssel**

36 **Journal**

praxis

37 **GOZ aktuell**
Prophylaxe und Kinderzahnheilkunde

42 **Ihr persönliches Frühwarnsystem**
Was sich aus WP-Statistiken ablesen lässt – Teil 1

46 Online-News der BLZK
47 Wissenschaft trifft Praxis
Spannende Fortbildung an der LMU-Zahnklinik
48 Gesundheit, die bleibt
Betriebliche Krankenversicherung gewinnt in Zahnarztpraxen an Bedeutung

wissenschaft und fortbildung

50 Ankyloglossie und Stillprobleme
Klinische Relevanz zwischen Überdiagnose und differenzierter Therapieentscheidung
53 Myofunktionelle Störungen verstehen und früh erkennen
54 Reintervention bei einem typischen Frontzahntrauma
Eine Falldarstellung mit komplizierter und unpkomlizierter Kronenfraktur
60 Orale Gesundheit und Vitamin D
Ein Baustein in Prävention, Risikodiagnostik und Therapie?

reise und kultur

70 Pioniere der Zahnmedizin
59 000 Jahre alte Bohrung in einem Neandertalerzahn entdeckt

markt und innovationen

72 Produktinformationen

termine und amtliche mitteilungen

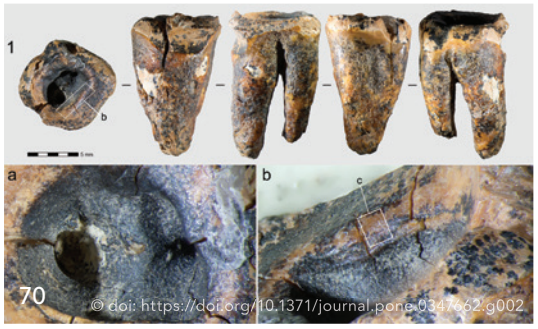
77 eazf Fortbildungen
79 Unternehmensführung und Abrechnung für Zahnärzt/-innen
80 Niederlassungs- und Praxisabgabeseminare 2026
81 Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen für Praxispersonal
83 Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2026/2027/2028
84 Kleinanzeigen
86 Impressum



Was sich aus WP-Statistiken ablesen lässt und warum die Statistik der Gesamtübersicht ein Frühwarnsystem ist, erläutert Dr. Kristin Büttner im ersten Teil ihrer zweiteiligen Artikelserie.



In dem Beitrag zeigt die Kinderzahnärztin Michaela Baake, warum die Ankyloglossie zunehmend in den Fokus klinischer Diskussionen gerät, da sie als möglicher Einflussfaktor auf die orale Funktion und den Stillerfolg betrachtet wird.



Eine Entdeckung aus Sibirien zeigt, dass die Neandertaler bereits vor 59 000 Jahren komplexe Zahnbehandlungen durchgeführt haben.

Die Herausgeber sind nicht für den Inhalt von Beilagen verantwortlich.

Das BZB 7-8/2026 mit dem Schwerpunktthema „Kieferorthopädie“ erscheint am 15. Juli 2026.



„Die Kammer als moderne Serviceorganisation – ein Muss!“

Bilanz der BLZK-Amtsperiode 2022 bis 2026

Bei der Bayerischen Landeszahnärztekammer neigt sich die laufende Wahlperiode ihrem Ende zu. Im Redaktionsgespräch ziehen Dr. Dr. Frank Wohl und Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner Bilanz.

BZB: Werfen wir einen Blick zurück, als Sie im Dezember 2022 den Staffelstab der BLZK übernommen haben: Hatten Sie bei Ihrem Start eine realistische Vorstellung von den neuen Aufgaben oder gab es Überraschungen?
Wohl: Die großen Herausforderungen lagen damals wie heute in den gesundheitspolitischen Bedingungen für unsere freiberufliche Tätigkeit: der Dauerkampf gegen Bürokratie, Fachkräftemangel und Honorarverluste. Und als ob das nicht genug wäre, brachte der damalige Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach zeitgleich mit unserem Amtsantritt die Wiedereinführung der strikten Budgetierung auf den Weg. Unter dem Motto „Schluss mit Lücken, Herr Lauterbach! Zahnmedizin braucht Zukunft!“ haben wir dagegen eine große Kundgebung auf dem Münchner Marienplatz auf die Beine gestellt, an der sich bayerische Spitzenpolitiker und der Verband Medizinischer Fachberufe beteiligt haben.

BZB: Ein ungewöhnlicher Schritt für eine Kammer.
Wohl: In der Tat. Normalerweise werden öffentliche Proteste an die Berufsverbände delegiert, und die Körperschaften halten sich vornehm zurück, schon um das jeweilige Aufsichtsministerium nicht zu verärgern. Mit Blick auf das drohende Praxissterben war dieser ungewöhnliche Schritt aber notwendig!

BZB: Gab es gesundheitspolitische Entwicklungen, von denen Sie kalt erwischt wurden?
Mattner: Vor vier Jahren hätten wir uns sicher nicht träumen lassen, dass der Bundesgesetzgeber auf die Idee kommen würde, einen Fachzahnarztvorbehalt in der Kieferorthopädie einzuführen.

BZB: So steht es nun aber im Gesetzentwurf. Wo liegt das Problem und was haben Sie dagegen unternommen?
Wohl: Wir haben systematisch Gesundheitspolitiker über die fatalen Folgen informiert – in Briefen und unzähligen Gesprächen. Die Zahlen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sprechen eine klare Sprache: Sollte das Gesetz in Kraft treten, wären demnach acht Landkreise in Bayern kieferorthopädisch unterversorgt, acht weitere von Unterversorgung bedroht. Wer das schönredet, nimmt billigend in Kauf, dass Zahnfehlstellungen unbehandelt bleiben, wenn Kinder nicht alle paar Wochen zum Nachjustieren ihrer Zahnspange in die großen Ballungsräume kommen. Den durchschnittlichen bayernweiten Versorgungsgrad argumentativ ins Feld zu führen, ist absurd. Wer mit einer Hand auf eine heiße Herdplatte fasst und mit der anderen in Eiswasser, kann keine angenehme Durchschnittstemperatur erwarten. Patienten brauchen Zahnärzte. Und Zahnärzte brauchen keine Regelungen, die für viele wie ein Berufsverbot wirken, sondern Planungssicherheit. Deshalb appelliere ich, dass unser Berufsstand hier zusammensteht.

BZB: Was hat die Kammer denn in den letzten vier Jahren getan, um Ihren jungen Kolleginnen und Kollegen trotz solcher Unsicherheiten den Schritt in die eigene Praxis zu erleichtern?
Mattner: Das ZEP Zentrum für Existenzgründer und Praxisberatung der BLZK unterstützt bei Fragen zur Praxisgründung oder zur Übernahme einer bestehenden Praxis. In unseren Niederlassungs- und parallel stattfindenden Praxisabgabeseminaren sowie mit unserer Praxisbörse bringen wir Abgeber und Gründer zusammen. Aber auch für Angestellte machen wir Angebote. Unsere Referentin Zahnärztlicher Nachwuchs, Dr. Cosima Rücker, hat den Fokus ihres Informationsangebotes auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie gerichtet. Zudem stellt die BLZK auch für junge Zahnärzte Hilfen zu Hygiene, Strahlenschutz, Arbeitssicherheit und Qua-

litätsmanagement bereit. Gerade beim QM – etwa beim Hitzeschutz – halte ich es für zielführend, dass wir statt zwangsweiser Vorschriften die Praxen bestmöglich bei der Umsetzung unterstützen.

Wohl: Ein entscheidender Hebel, um die Rahmenbedingungen für die Praxen attraktiver zu gestalten, ist natürlich die politische Kommunikation. Diese reicht von den persönlichen Kontakten, die wir in vielen Hintergrundgesprächen pflegen, über Präsenz bei Parteitagen bis hin zu Vorträgen in gesundheitspolitischen Gremien der Parteien.

BZB: Mal ehrlich: Was bringt das?
Wohl: Wir haben extrem dicke Bretter zu bohren, und manche Politiker haben die auch vorm Kopf. Aber Bohren haben wir Zahnärzte doch gelernt! Bei kräftigem Anpressdruck und hoher Drehzahl wirds ohne Wasserkühlung manchmal etwas heiß, doch dann scheint immer wieder Licht durch die Bohlen. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hat auf meine Nachfrage versprochen, sich mit unseren Vorschlägen zum Bürokratieabbau zu befassen. Wir haben auch den Anstoß gegeben, dass eine Verschärfung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung im Bundesrat wieder zurückgenommen wurde. Mit Hinweis auf notwendige Krisenprävention haben wir Europaabgeordnete eindringlich vor einem Ethanolverbot gewarnt, und das ist jetzt vom Tisch. So gibt es Beispiele über Beispiele. Beim GOZ-Punktwert, der 1988 bei 11 Pfennigen festzementiert wurde, scheint das sprichwörtliche Brett undurchbohrbar. Der Gesetzgeber hat hier ein Eigeninteresse, weil er zugleich Träger der Beihilfe ist. Allerdings haben wir das Bewusstsein geschärft, dass der 3,5-fache Satz oft nicht mehr ausreicht, um qualitativ hochwertige Zahnmedizin wirtschaftlich zu erbringen. Folglich darf eine GOÄ ohne Steigerungsmöglichkeiten niemals als Blaupause für unsere GOZ dienen. Parallel haben wir die Praxen mit unserer Fortbildungsreihe GOZ ON TOUR, mit der Serie „GOZ aktuell" im BZB und mit der GOZ-Kalkulationstabelle von Dr. Alexander Hartmann fit gemacht. Dieses Tool bildet quasi maßgeschneidert die realen betriebswirtschaftlichen Kennzahlen der einzelnen Praxis ab. Mittlerweile arbeitet auch die Bundeszahnärztekammer mit der Tabelle der BLZK.

BZB: Neben Bürokratie und Honoraren haben Sie eingangs den Fachkräftemangel als dritte große Herausforderung skizziert. Frau Dr. Mattner, Sie selbst waren Zahnarzthelferin, wie der Beruf damals noch hieß, bevor Sie Zahnmedizin studiert haben. Was hat die BLZK in den letzten vier Jahren getan, damit junge Menschen wieder den Weg in ein bayerisches Praxisteam finden?
Mattner: Wir erreichen junge Menschen dort, wo sie gerne sind, zum Beispiel über unseren Instagram-Kanal #missionZFA, auf Berufsbildungsmessen und mit Videos, die den ZFA-Beruf erlebbar machen. Unsere Referentinnen für Zahnärztliches Personal, Dr. Brunhilde Drew und Dr. Dorothea Schmidt, haben mit Unterstützung des Geschäftsbereiches Kommunikation auch die zielgruppenspezifische Kampagne „Der Job, der lächelt" mit Postern und Flyern fürs Wartezimmer entwickelt. Stark nachgefragt sind auch die Quereinsteigerseminare, die von mehreren ZBVen beziehungsweise in Zusammenarbeit mit der eazf angeboten werden. Diese Intensivkurse ersetzen keine ZFA-Ausbildung, geben aber den Quereinsteigern, die wir in unseren Praxen nun mal brauchen, wertvolles Rüstzeug an die Hand. Und natürlich informieren wir auch über Fachkräfteakquise im Ausland. In mehreren Fortbildungsveranstaltungen habe ich auch über das beschleunigte Fachkräfteverfahren und Wohnmöglichkeiten für Azubis informiert.

BZB: Beim Stichwort Fortbildungsveranstaltungen möchte ich gerne nachhaken, denn der Wissensdurst der Praxen steigt. Hat die Kammer ihre Fort- und Weiterbildungsangebote für die Zukunft aufgestellt?
Mattner: Das Angebot der eazf, der Fortbildungstochter der BLZK, hat in den letzten Jahren eine tiefgreifende qualitative Modernisierung erfahren. Sie bietet einen Mix aus praxisnahen Hands-on-Übungen in Präsenz, lebendigen Diskussionsrunden und hybriden Angeboten. Diese sind auch zeit- und ortsunabhängig abrufbar, das ist besonders wichtig, wenn man Familie und Praxis unter einen Hut bringen muss. Gleichzeitig wurde sie aus den roten in die schwarzen Zahlen geführt. Darüber hinaus bietet die BLZK viele weitere Fortbildungsveranstaltungen an. Leuchtturm

ZAHLEN UND FAKTEN ZUR GOZ

Das Honorarvolumen durch GOZ- und GOÄ-Leistungen bei Zahnärzten nahm von 2023 auf 2024 um 8,9 Prozent zu. Bezogen auf das Honorarvolumen hat der Anteil von Leistungen, die über dem 2,3-fachen Steigerungsfaktor liquidiert wurden, 2024 erstmals die 50-Prozent-Marke überschritten.

(Wegen der komplizierten Erfassung liegen derzeit Zahlen nur bis 2024 vor.)



Für den Präsidenten und die Vizepräsidentin ist das Selbstverständnis der Kammer nicht das einer Behörde, sondern vielmehr das einer modernen Serviceorganisation.

ist und bleibt der Bayerische Zahnärztetag mit seinem Programm für Zahnärzte und parallel für ZFA. Auch zwei neue Fortbildungsformate sind gestartet: der „BLZK campus" bei den infotagen FACHDENTAL und der Pflegetag der BLZK.

Wohl: Die zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger haben wir als Zukunftsthema identifiziert und mit Dr. Frank Hummel erstmals einen Pflegebeauftragten ernannt. Er ist dazu mit den Berufsfachschulen für Pflege im Gespräch und betreibt aktiv Lobbyarbeit, um die zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger zu verbessern. Zudem hat er sich tatkräftig in den Masterplan Prävention des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention eingebracht, ebenso wie Frau Dr. Mattner in ihrer Funktion als LAGZ-Vorsitzende.

Mattner: Der Zahnmedizin wird im Masterplan eine Vorbildfunktion für das Gesundheitswesen zugesprochen. Mit gutem Grund. Nach der aktuellen DMS·6-Studie sind fast 80 Prozent der Zwölfjährigen kariesfrei. Der Anteil der GKV-Ausgaben ist seit Beginn des Jahrtausends von knapp neun auf gut fünfeinhalb Prozent zurückgegangen. Das ist das Ergebnis der Prophylaxe in unseren Praxen.

BZB: Nach allem, was Sie bisher aufgeführt haben, lag der Schwerpunkt Ihrer Arbeit auf einer guten zahnmedizinischen Versorgung und entsprechenden Rahmenbedingungen für die Praxen. Darüber hinaus hatten Sie doch sicherlich auch Aufgaben bezogen auf die Kammer als Körperschaft. Lief in der BLZK alles wie erwartet?

Wohl: In der Tat hatten wir eine ziemlich genaue Vorstellung von den standespolitischen Strukturen, die wir offener und effizienter gestalten wollten. Das war schnell umsetzbar, indem wir Vertreter aller berufspolitischen Gruppierungen nicht nach Verbandszugehörigkeit, sondern nach Kompetenz eingebunden haben. Gleichzeitig konnten wir die Referatsentschädigungen um ein Viertel reduzieren. Mit der aktuellen Wahlperiode der Bundeszahnärztekammer haben wir auch dort unseren Einfluss massiv gestärkt, indem wir bayerische Vertreter in fast alle Gremien entsenden konnten.

BZB: Standespolitische Strukturen sind das eine, aber mussten nicht auch die Verwaltungsprozesse weiterentwickelt werden?

Wohl: Uns war klar, dass uns die Digitalisierung zu ständiger Weiterentwicklung herausfordern würde. Allerdings gebe ich zu: Dass nicht einmal die Voraussetzungen für digitale Rundschreiben vorlagen, war mir zu Beginn unserer Amtszeit nicht bewusst. Bevor wir damit starten konnten, musste erst noch der Gesetzgeber überzeugt und das Bayerische Heilberufe-Kammergesetz angepasst werden. Mittlerweile sind nicht nur digitale Rundschreiben eine Selbstverständlichkeit bei der BLZK, wir sind auch beim Einsatz künstlicher Intelligenz up to date: In einer Vorstandsklausur haben wir uns intensiv mit KI befasst, die Mitarbeiter wurden fit gemacht und alle Prozesse der BLZK und der ZBVe werden derzeit KI-gestützt zentral in einer Plattform gebündelt. In Kürze geht auch unser neuer Onlineauftritt blzk.de live, danach folgt das Patientenportal zahn.de. Beide Websites präsentieren sich nach einem umfassenden Relaunch übersichtlicher und nutzerfreundlicher. Das Selbstverständnis der Kammer ist in meinen Augen nicht das einer Behörde, sondern vielmehr das einer modernen Serviceorganisation. Das ist für mich ein unverzichtbares Muss!

Das Interview führte Julika Sandt.



Dr. Dr. Frank Wohl: „Patienten brauchen Zahnärzte, und Zahnärzte brauchen Planungssicherheit."



Fachkräftegewinnung war in den letzten vier Jahren ein Schwerpunkt der BLZK. Neben Zielgruppenansprache, etwa über den Instagram-Kanal #missionZFA, hebt Dr. Barbara Mattner die neuen regionalen Quereinsteigerseminare hervor.

WERBUNG FÜR DEN ZFA-BERUF WIRKT

Die Zahl der neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge ist seit 2023 um rund 20 Prozent gestiegen (Stichtag 30. September):

- von 2941 im Jahr 2023
- über 3239 im Jahr 2024
- auf 3524 im Jahr 2025.

INTENSIVKURSE FÜR QUEREINSTEIGER

Für berufsfremde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen vermitteln ZBVe seit 2024 (teils in Kooperation mit der eazf) in modularen Kursen Basiswissen sowie Grundlagen in Assistenz und Verwaltung. Bisher wurden acht dieser Quereinsteigerseminare durchgeführt. Für 2026 sind noch zwei weitere Kurse terminiert (darunter ein Spezialkurs „BEMA-Basics"). Für 2027 sind derzeit vier Kurse in der Planung.



JETZT ANMELDEN
www.bayerischer-zahnaerztetag.de

67. BAYERISCHER ZAHNÄRZTETAG

Grenzgänge der Prothetik – Wie würden Sie entscheiden?

22.–24. OKTOBER 2026
THE WESTIN GRAND MÜNCHEN

INFORMATIONEN
OEMUS MEDIA AG
Tel.: +49 341 48474-308
Fax: +49 341 48474-290
E-Mail: zaet2026@oemus-media.de

BLZK Bayerische LandesZahnärzte Kammer

eazf Europäische Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung der BLZK

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns

DGPro

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

Darfs ein bisschen mehr sein?

BStabG trifft Ärzte noch härter als Zahnärzte

Rund 2,7 Milliarden Euro will Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) im nächsten Jahr in der ambulanten Versorgung einsparen. Ihr GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) führt bei den Vertragszahnärzten 2027 bundesweit zu Honorareinbußen von insgesamt 140 Millionen Euro. Noch härter trifft es allerdings die Haus- und Fachärzte sowie die Psychotherapeuten.



© 3dkombinat – stock.adobe.com

Das Warken-Gesetz kostet sie allein im kommenden Jahr rund 2,4 Milliarden Euro. Das geht aus Zahlen des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hervor.

Mit Abstand am stärksten betroffen sind die Radiologen. Ihnen droht im nächsten Jahr ein Honorarausfall von 68.000 Euro je Vertragsarzt, bei den HNO-Ärzten beläuft sich dieser Wert auf 44.000 Euro, bei den Phoniatern sowie Pädaudiologen auf 32.000 Euro. Die Honorarkürzung soll durch Streichung bestimmter Leistungsbereiche erreicht werden, durch die die Praxen einzelner Fachrichtungen aber unterschiedlich betroffen sein werden. „Gestrichen werden sollen insbesondere die Finanzierung für die schnelle Terminvergabe und die offene Sprechstunde, die psychotherapeutische Kurzzeitbehandlung, die Organspende-Beratung und die Befüllung der elektronischen Patientenakte (ePA). Zudem soll die Vergütung von kinder- und hausärztlichen Leistungen pauschal gekürzt werden", wie das Zi mitteilt. Die jüngst veröffentlichte Prognose stützt sich auf die Auswertung der Abrechnungszahlen der Quartale 4/2024 bis einschließlich 3/2025.

Die oben genannten Facharztgruppen sind laut Zi – genauso wie die Neurologen (minus 26.000 Euro) und die Orthopäden (minus 23.000 Euro) – vor allem deshalb so stark betroffen, weil deren Praxen sich um eine besonders schnelle Terminvergabe bemüht haben. Psychiater sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten sind vom Wegfall der Zuschläge für die Kurzzeitpsychotherapie betroffen, Hausärzte und Kinderärzte insbesondere von pauschalen Kürzungen ihrer Vergütungen.
Zi-Vorstandsvorsitzender Dr. Dominik von Stillfried lenkt den Blick auf die zu erwartenden Konsequenzen von Warkens Rotstift-Aktionismus: „Vergleicht man dies mit den im Zi-Praxis-Panel zuletzt berichteten Überschüssen je Praxisinhaber, würde die Verringerung der Einnahmen bei unveränderter oder gar steigender Kostenstruktur der Praxen eine Kürzung des Einkommens für jeden der rund 54000 Hausärzte von rund 5 Prozent bedeuten. Besonders empfindlich getroffen wären etwa Hals-Nasen-Ohren-Ärzte mit Einkommenseinbußen von mehr als 20 Prozent, Orthopäden mit rund 11 Prozent und Neurologen mit rund 13 Prozent. Sollten die Vorhaben der Regierung so umgesetzt werden, wird anhand dieser Zahlen leicht nachvollziehbar, dass negative Effekte auf die medizinische Versorgung der gesetzlich Versicherten nicht ausbleiben können. Denn: Praxisinhaber müssen mit deutlichen Anpassungen ihrer Kosten, etwa durch Personalabbau und reduzierte Öffnungszeiten, reagieren."



© KZVB

„Viele Praxen nutzen die Schnittstellen zwischen GOZ und BEMA leider noch nicht in dem Maße, wie es betriebswirtschaftlich erforderlich ist", sagt Dr. Rüdiger Schott.



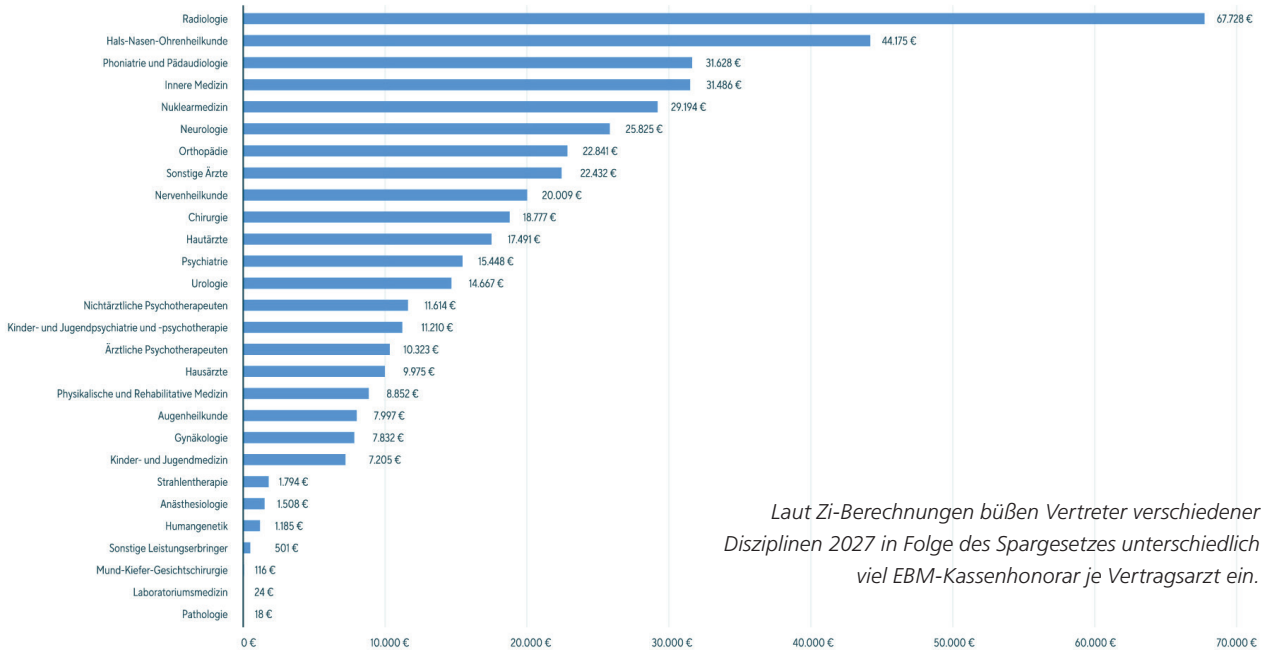
© picture alliance/ Flashpic | Jens Krick

„Wenn die GKV nur noch das Geld für die Versorgung ihrer Versicherten ausgeben soll, was sie zuvor eingenommen hat, dann gilt das auch für die Praxen", so KBV-Chef Dr. Andreas Gassen.

KBV: „Keine Leistung ohne Vergütung"

Die KBV ist auf diesen Zug schon längst aufgesprungen. Deren Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen hat öffentlich den neuen Kurs „Keine Leistung ohne Vergütung" als Antwort auf das BStabG ausgerufen. „Die Zahlen verdeutlichen, was Praxen heute leisten und ab wann diese Versorgung nicht mehr finanziert und von der Bundesgesundheitsministerin offenbar auch nicht mehr gewünscht wird. Denn wer Kürzungen in einem solchen Umfang vorsieht, sollte wissen, dass dies die Versorgung nachhaltig verändern wird", so Gassen in einer Pressmitteilung der KBV. An die Ärzte- und Psychotherapeutenschaft

VERGÜTUNGSAUSFALL FÜR EINZELNE FACHGRUPPEN DURCH KÜRZUNGEN IM GKV-BEITRAGSSTABILISIERUNGSGESETZ



Laut Zi-Berechnungen büßen Vertreter verschiedener Disziplinen 2027 in Folge des Spargesetzes unterschiedlich viel EBM-Kassenhonorar je Vertragsarzt ein.

Quelle: Zi Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

appelliert er: „Wenn die gesetzliche Krankenversicherung nur noch das Geld für die Versorgung ihrer Versicherten ausgeben soll, was sie zuvor eingenommen hat, dann gilt das auch für die Praxen."

„Mehr GOZ, weniger BEMA"

Die Einsparungen im Bereich der Humanmedizin sind auch deshalb besonders schmerzhaft, weil viele Haus- und Fachärzte kaum in die Privatliquidation ausweichen können. Die Krankenkassen verweisen immer wieder darauf, dass der Sachleistungskatalog ausreichend sei und stellen den Nutzen sogenannter IGeL-Angebote infrage. Zudem gelten in puncto GOÄ bei den Steigerungsfaktoren strengere Regeln als bei der GOZ. Ganz anders ist das bekanntlich im zahnärztlichen Bereich, wo spätestens seit der Einführung der befundorientierten Festzuschüsse 2005 private Zuzahlungen allgemein akzeptiert sind. „Es ist uns gelungen, die Vollkaskomentalität der Versicherten zu durchbrechen. Unsere Antwort auf das BStabG muss deshalb heißen: noch mehr GOZ, weniger BEMA. Viele Praxen nutzen die Schnittstellen leider noch nicht in dem Maße, wie es betriebswirtschaftlich erforderlich ist", so der KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott. Dabei wäre es vom Grundsatz her für Warken gar nicht geboten gewesen, den Rasenmäher auch bei den Zahnärzten anzusetzen. Das bestätigten nicht zuletzt die Wirtschaftsweisen in ihrem Frühjahrsgutachten Ende Mai. Zur Entwicklung der GKV-Ausgaben schreiben sie, diejenigen für zahnärztliche Behandlungen „sind preisbereinigt kaum gestiegen" – ein Lob für die zahnärztliche Präventionsarbeit der vergangenen Jahrzehnte.

Die KBV hat tabellarisch aufgelistet, welche Auswirkungen die Honorarkürzungen auf das Versorgungsgeschehen in den einzelnen Disziplinen hätten. Belaufe sich zum Beispiel die durchschnittliche Fallzahl je Hausarzt derzeit bundesweit auf 984 je Quartal, würden im nächsten Jahr nur noch 892 Fälle bezahlt. Würden die Praxen ihren Versorgungsumfang aus Spargründen auf das gesetzlich geforderte Mindestmaß von 25 Sprechstunden je Arzt und Woche herunterfahren, liege der Wert sogar nur noch bei 561 Fällen. Die Radiologen bekämen mit 1289 Fällen nur noch 77 Prozent der derzeit 1664 Fälle je Quartal und Arzt honoriert. Über alle Fachgruppen hinweg würden, so die KBV, ab nächstem Jahr 46 Millionen Fälle in ihrem Zuständigkeitsbereich wegen fehlender Finanzierung wegfallen. Würden die Praxen auf das gesetzlich geforderte Maß an Mindestsprechstunden zurückfahren, belaufe sich die Zahl auf jährlich 169 Millionen Fälle, warnt die KBV.

Nach Berechnungen der KZVB beläuft sich der durch das BStabG verursachte Einkommensverlust 2027 im Schnitt auf rund 3.000 Euro je bayerischem Vertragszahnarzt. Noch glimpflicher kommen nur wenige vertragsärztlich tätige Disziplinen wie Strahlentherapeuten (minus 1.800 Euro), Anästhesisten (minus 1.500 Euro) oder Humangenetiker (minus 1.200 Euro) davon.

Fazit: Das BStabG ist leider nichts anderes als ein knallhartes Spargesetz, das sich auf alle Versorgungsbereiche negativ auswirken wird. Gerade für die Zahnärzte gilt aber das Motto: „Es kommt darauf an, was man daraus macht." „Verschenken" sollte man seine Leistungen jedenfalls nicht.

Matthias Wallenfels



Praktizierende Frauen in Bayern erstmals in der Überzahl

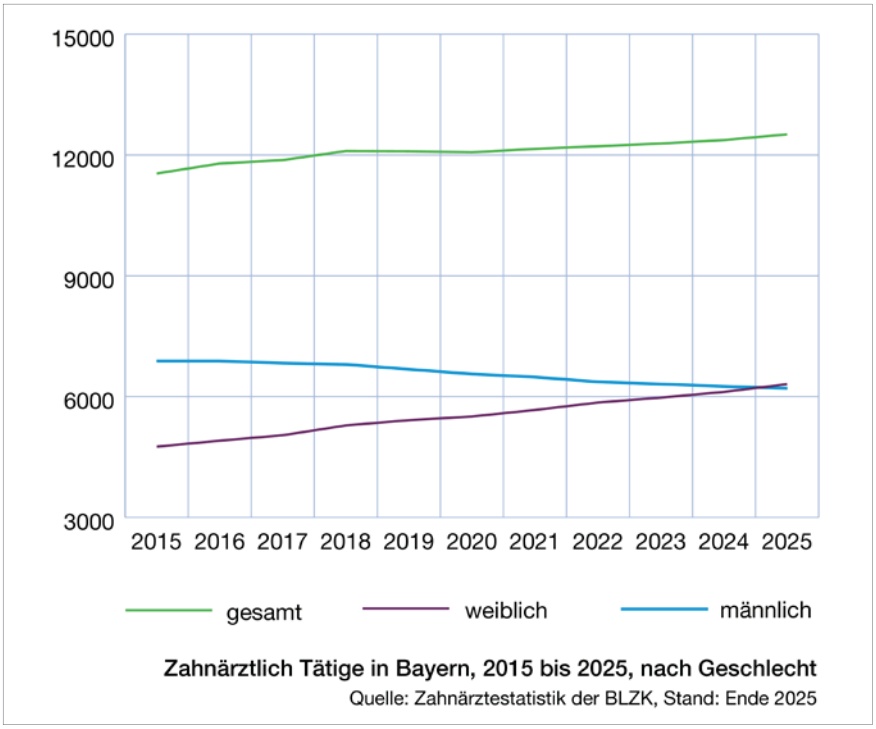
Aktuelle Statistiken von BLZK und BZÄK geben Auskunft zur Zahnärzteschaft

Die Trends der letzten Jahre bei den Mitgliederstatistiken von Bayerischer Landeszahnärztekammer und Bundeszahnärztekammer setzen sich auch in den aktuellen Zahlen fort. Die Zahl der Niedergelassenen sinkt, während die der angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte steigt. Dies gilt gleichermaßen für den Bund und für Bayern. In der bayerischen Zahnärzteschaft zeigt sich dennoch ein Novum: Erstmals stehen am Behandlungsstuhl mehr praktizierende Zahnärztinnen als Zahnärzte.

Was mit dem Studium beginnt, setzt sich in der Berufsausübung fort: Die Zahnmedizin wird seit Jahren weiblicher. Der Anteil der Studienanfängerinnen im Fach lag 2024 bundesweit bei 73,5 Prozent, wie das Statistische Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer „schwarz auf weiß 24/25“ aufweist. Zur Jahrtausendwende waren beim Start an der Universität lediglich 60,7 Prozent Frauen. Eine ähnliche Steigerung zeigt sich bei den Abschlüssen: Der Frauenanteil beim Staatsexamen stieg von 48,7 Prozent im Jahr 2000 auf 67,2 Prozent in 2024. Bei den Promotionen war der Schritt sogar größer, nämlich von 41,7 auf 67,0 Prozent. Somit sind mehr als zwei Drittel aller Studierenden, die 2024 das Studium der Zahnmedizin abschließen konnten, weiblich.

Mehr Frauen im Studium als im Beruf

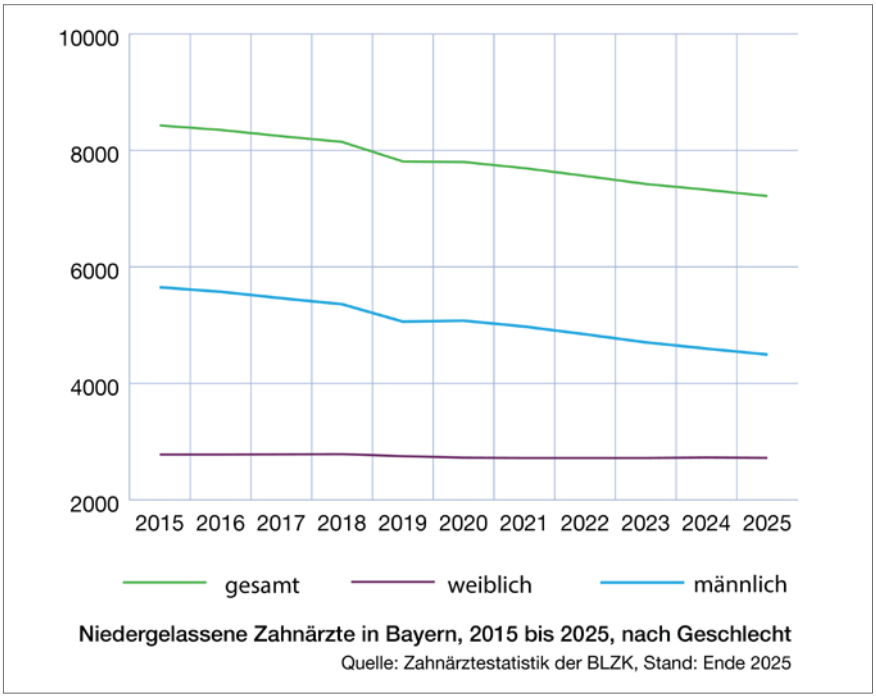
Die Feminisierung wird durch die Zahlen aus dem Berufsleben bestätigt. Derzeit



Bei den zahnärztlich Tätigen gibt es in Bayern erstmals mehr Frauen als Männer.

sind in Deutschland 73 511 Personen zahnärztlich aktiv (Gesamtzahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte: 103 998). 49,7 Prozent der Berufsausübenden bundesweit, also etwas weniger als die Hälfte, waren Frauen. Dies entspricht einem Plus von 13,4 Prozent gegenüber dem Jahr 2000.

In Bayern gab es Ende 2025 insgesamt 12 512 zahnärztlich Tätige (Gesamtzahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte: 18 276). Doch im Freistaat hatten die Frauen in der Praxis erstmals die Nase vorn. Die Zahl der Zahnärztinnen überstieg mit 6 308 die der männlichen Kollegen mit 6 204 (50,4 gegenüber 49,6 Prozent). Noch zehn Jahre zuvor lag ihr Anteil nur bei 41,2 Prozent und zur Jahrtausendwende gar bei 29,4 Prozent.



Die Zahl der Niedergelassenen in Bayern sinkt, wenngleich der Anteil der Zahnärztinnen konstant bleibt.

Weniger Niederlassungen – mehr Angestellte

Bei den Niedergelassenen und angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten setzen sich die Entwicklungen der letzten Jahre fort. Für Gesamtdeutschland meldet die BZÄK 43 663 Niedergelassene (60,0 zu 40,0 Prozent Männer/Frauen). Innerhalb der zahnärztlich Tätigen entspricht dies einem Anteil von 59,4 Prozent und stellt nach wie vor die häufigste Form der Berufsausübung dar. Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Niederlassungsquote kontinuierlich sinkt. Im Jahr 2000 lag sie bei 85,0 Prozent!

Entsprechend stieg die Zahl der in Praxen Angestellten auf 36,1 Prozent (35,2 zu 64,8 Prozent Männer/Frauen) – allein gegenüber 2023 war dies ein Anstieg um 6,2 Prozent. Für BZÄK und KZBV spiegelt sich der Trend zum Angestelltenverhältnis auch in einer sich verändernden Praxislandschaft wider. „So stieg die Anzahl der MVZ zwischen 2015 und 2023 nach Angaben der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung von 46 auf 1 483, während die Zahl der Einzelpraxen im selben Zeitraum von 35 305 auf 30 531 sank", konstatiert die BZÄK in ihrem Statistik-Band.

Die Zahlen in Bayern vermitteln ein ähnliches Bild, wie die hier abgebildeten Grafiken zeigen. Im Jahr 2025 praktizierten 7 216 als Niedergelassene (62,3 zu 37,8 Prozent Männer/Frauen). Mit 57,7 Prozent liegt dieser Anteil etwas unter dem bundesweiten Schnitt. Zehn Jahre vorher waren es 73,0 Prozent. In Praxen angestellt arbeiteten insgesamt 4 839, also 38,7 Prozent (30,8 zu 69,2 Prozent Männer/Frauen) – Tendenz steigend.

Niederlassung ja – aber zu einem späteren Zeitpunkt

Für viele junge Zahnärztinnen und Zahnärzte stellt die Niederlassung dennoch den Goldstandard dar. Allerdings verschiebt sich der Zeitpunkt für diesen Schritt weiter nach hinten. Laut den aktuellen Zahlen des „InvestMonitor Zahnarztpraxis" des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) betrug 2024 das Durchschnittsalter der zahnärztlichen Existenzgründer bei der Erstniederlassung 36,6 Jahre. Im Jahr davor lag es bei 36,1 und 1995 sogar bei 33,6 Jahren. Die Niederlassungsneigung von Frauen ist dabei zum einen geringer, zum anderen lassen sie sich generell später nieder als ihre männlichen Kollegen (35,7 zu 37,4 Jahre Männer/Frauen).

Was die Praxisform angeht, hat das IDZ die Übernahme einer Einzelpraxis als die häufigste Art der zahnärztlichen Existenzgründung identifiziert – 67 Prozent entscheiden sich für diesen Weg in die Selbstständigkeit. Bei rund 27 Prozent der zahnärztlichen Existenzgründungen wird die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) gewählt. Reine Neugründungen von zahnärztlichen Praxen sind dagegen mit einem Anteil von 7 Prozent inzwischen eher die Ausnahme.

Hier zeigt sich ebenfalls ein differenziertes Bild hinsichtlich des Geschlechts: 77 Prozent der Frauen entscheiden sich für eine Einzelpraxis und 22 Prozent für eine BAG. Bei Männern liegt dieses Verhältnis bei 69 zu 30 Prozent. Bezüglich des Investitionsvolumens hat das IDZ für den Untersuchungszeitraum eine dynamische Entwicklung festgestellt, die jedoch „nicht allein durch Preiseffekte angetrieben wird, sondern zum Teil auch mit zunehmenden Praxisgrößen und hochtechnisierter Praxisausstattung zusammenhängt."

Bei der Zahnarztdichte steht Bayern auf Platz drei

Die Struktur der zahnärztlichen Versorgung verschiebt sich, doch bisher steht Bayern bei der Zahnärztedichte weiterhin

auf einem sehr guten vorderen Platz. Während bundesweit ein Zahnarzt 1 137 Einwohner behandelt, liegt die Zahl im Flächenstaat Bayern bei 1 068 Einwohnern und nimmt hinter den beiden Stadtstaaten Berlin (848 Einwohner) und Hamburg (874 Einwohner) den dritten Platz ein. Schlusslicht ist das ländlich geprägte Saarland (1 452 Einwohner). Die zunehmende Konzentration der Zahnärzteschaft in großen Praxen oder Zentren stellt für die flächendeckende Versorgung allerdings eine Gefährdung dar.

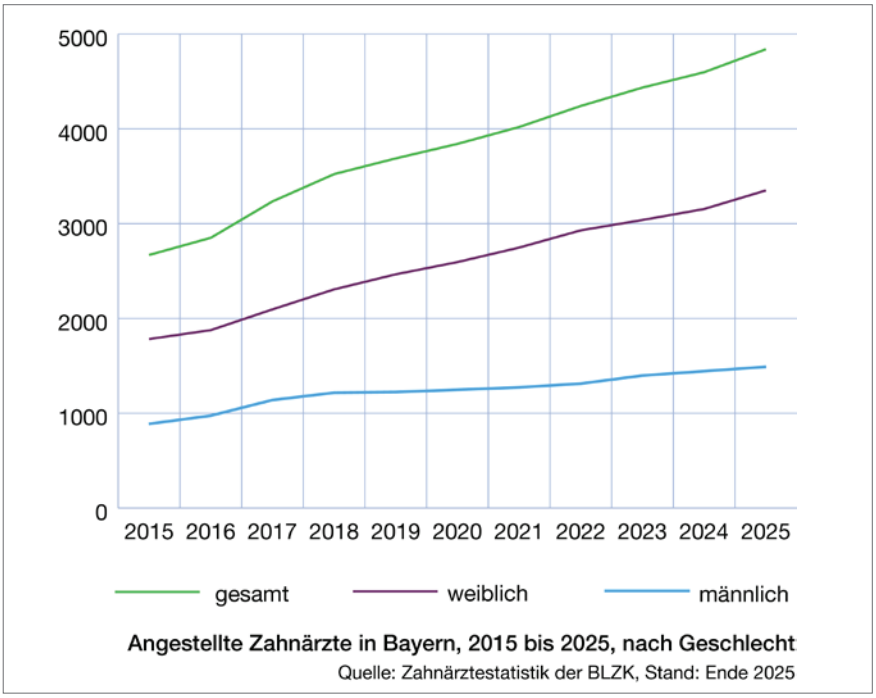
Verschiedene Faktoren beeinflussen die Altersstruktur

Fakt ist, dass ein großer Teil der Zahnärztinnen und Zahnärzte in den nächsten Jahren altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden wird. Durchschnittlich 53,6 Jahre alt war die niedergelassene Zahnärzteschaft 2024 in Deutschland. Immer häufiger arbeiten Zahnärztinnen und Zahnärzte selbst im Rentenalter in eigener Praxis: 8,4 Prozent aller Niedergelassenen waren älter als 66 Jahre und haben über das Renteneintrittsalter hinaus behandelt.

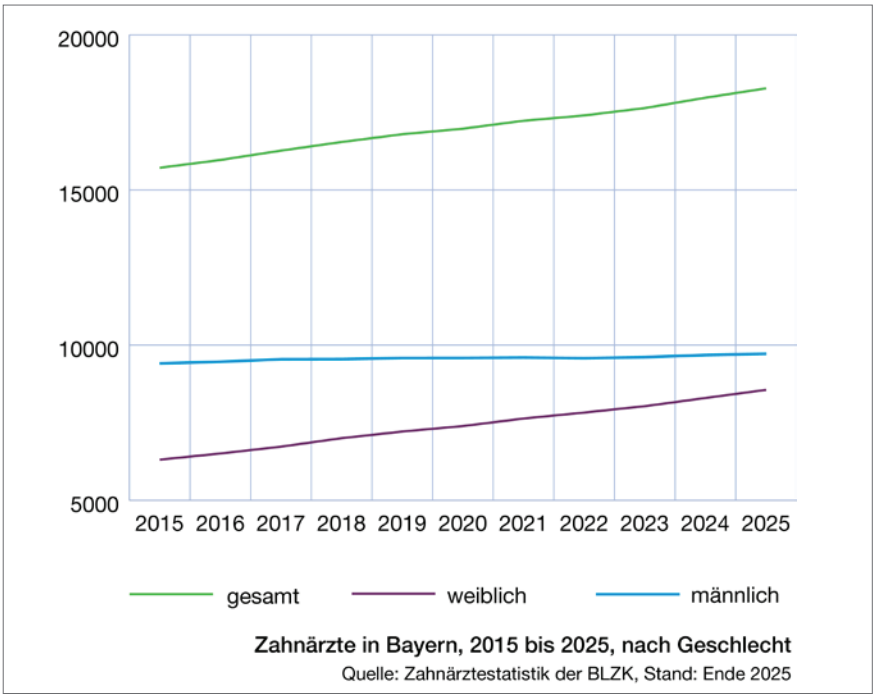
Zu einer Verjüngung der Zahnärzteschaft trägt indes die Zuwanderung von Zahnärztinnen und Zahnärzte aus dem Ausland bei, wie auch in anderen Fachrichtungen der Medizin. Laut Statistischem Bundesamt (Destatis) ist der Anteil ausländischer Human- und Zahnmediziner in unserem Land in den letzten Jahren stark gestiegen. So hatten 2024 gut 13 Prozent der (Zahn-)Ärztinnen und -Ärzte keine deutsche Staatsangehörigkeit. Das entspricht rund 64 000 Personen. Zehn Jahre zuvor lag die Quote erst bei 7 Prozent (30 000 Personen). Nach Angaben der BZÄK machen bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten diejenigen aus Syrien den größten Part aus (im Jahr 2023: 823).

Auffällig bei dieser Gruppe ist die Altersstruktur: Knapp die Hälfte (49 Prozent) der ausländischen Ärztinnen und Ärzte ist jünger als 35 Jahre. In der deutschen Zahnärzteschaft liegt dieser Anteil bei lediglich 18 Prozent. Damit kann die Zuwanderung wesentlich zur Verjüngung der Ärzteschaft beitragen.

Dagmar Loy



Im Angestelltenverhältnis zeigt sich nach wie vor ein deutlicher Anstieg – sowohl bei den Zahnärztinnen als auch bei den Zahnärzten.



Die Gesamtzahl der Zahnärztinnen und Zahnärzte in Bayern steigt. Dies geht vor allem auf den starken Zuwachs bei den Frauen zurück.

INFOS IM NETZ

Zahlen und Fakten zu den bayerischen Zahnärztinnen und Zahnärzten finden Sie auch auf der Website der Bayerischen Landeszahnärztekammer: www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa_zahlen_fakten.html.

BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

KZBV
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

CIRS dent



Jeder Zahn zählt

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



Krisenfeste Strukturen

KZVB und BLZK beim Expertenrat Gesundheitssicherheit

© miss irine – stock.adobe.com

Auch in Extremsituationen kann man auf die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte bauen. Dies machten die Vertreter von KVB, KZVB, BLZK und BLÄK bei einer Sitzung des Expertenrates Gesundheitssicherheit im bayerischen Gesundheitsministerium deutlich. Neben der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung im Krisenfall ging es bei dem Treffen auch um Arzneimittelversorgung und die Pflege. KZVB-Vorstandsmitglied Dr. Jens Kober informierte darüber, dass die KZVB für alle Landkreise in Bayern Zivilschutzzahnärzte benannt hat.



Dr. Jens Kober (KZVB), Dr. Gerald Quitterer (BLÄK), Dr. Dr. Frank Wohl (BLZK) und Dr. Christian Pfeiffer (KVB) tauschten sich über das Abfedern möglicher Krisenszenarien aus.

Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach treibt die Vorbereitung des Gesundheitssystems auf mögliche Ernstfälle energisch voran. Gemeint sind etwa Pandemien, Cyberangriffe, Sabotageakte oder auch militärische Konflikte. Gerlachs Intention ist es, im Falle eines Falles noch weitaus „krisenfester" zu sein. Der bayerische Expertenrat, bestehend aus Akteuren der stationären und ambulanten Versorgung, der Notfallmedizin sowie der Bundeswehr, den Hilfsorganisationen, der Pflege, der Krankenkassen, der psychiatrischen Versorgung und der Arzneimittelversorgung, kommt seit dem vergangenen Jahr regelmäßig zusammen, um sich über die aktuelle Lage, politische Entwicklungen und deren Auswirkungen auf den Gesundheitssektor sowie den Umgang mit Krisenszenarien auszutauschen.

„Wir kommen gut voran", so Gerlach und machte deutlich: „Ein entscheidender Faktor bei einem Krisenfall sind natürlich unsere Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte in der ambulanten Versorgung. Wir stehen hierzu in engem Austausch mit der Kassenärzt-



„Wir sind auf den Katastrophenfall vorbereitet", bekräftigte Dr. Jens Kober im Gespräch mit Generalstabsarzt Dr. Hans-Ulrich Holtherm, Kommandeur der Sanitätsakademie der Bundeswehr in München.



Die KZVB hat mittlerweile für fast alle Regionen Bayerns sogenannte Zivilschutzzahnärzte ernannt.

lichen Vereinigung Bayerns (KVB), der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZVB) und den Kammern, um für das Thema zu sensibilisieren und gemeinsam mit Vorbereitungen für den Aufbau krisenfester Strukturen zu beginnen. Dabei geht es um Themen wie die Gewinnung von interessierten Ärzten und Zahnärzten, die im Zivilschutzfall unterstützen wollen, oder Krisenübungen in Arztpraxen."

Beispiele, wie so etwas ganz praktisch aussieht, gibt es genügend. Schon vergangenes Jahr gab es Krisenübungen an vier bayerischen Kliniken, bei denen beispielsweise der Umgang mit biologischen Sonderlagen, Trinkwasserverunreinigungen und längerfristigen Ausfällen von Versorgungsinfrastruktur geübt wurde. Eine große Übung zur Bewältigung einer bioterroristischen Gefahrenlage wurde am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München durchgeführt.

Um im Krisenfall eine zahnärztliche Grundversorgung aufrechtzuerhalten, hat die KZVB vor Kurzem für jeden Landkreis und jede kreisfreie Stadt in Bayern sogenannte Zivilschutzzahnärzte ernannt. In der Regel sind das die Obleute oder deren Stellvertreter. Im Katastrophenfall fungieren sie als Ansprechpartner für die Katastrophenschutzbehörden. Zu ihren Aufgaben könnten je nach Krisenszenario die Verteilung von Schutzausrüstung und Medikamenten, die Lenkung von Patientenströmen sowie die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens gehören. Dr. Jens Kober, Vorstandsmitglied der KZVB: „Wir hoffen nicht, dass es zum Katastrophenfall kommt, aber wir sind vorbereitet. In unsere Planungen flossen auch Erfahrungen aus der Coronapandemie ein."

Stichwort Arzneimittelversorgung: Bei einem Planspiel sollten Vertreter von öffentlichen und Krankenhausapotheken, Arztpraxen, dem Großhandel und dem kommunalen Katastrophenschutz bei einem mehrtägigen Blackout die Arzneimittelversorgung trotz fehlenden Stroms und Internetzugang sowie ohne Telekommunikationssysteme sicherstellen. Dies habe einmal mehr gezeigt, wie entscheidend eine Vernetzung der Akteure vor Ort ist.

In Zusammenarbeit mit Praktikern aus der Pflegebranche wurde auch bereits ein Handlungsleitfaden für das Krisen- und Notfallmanagement von Pflegeeinrichtungen erarbeitet. Darüber hinaus würden Pflegeunterstützungskräfte durch die Hilfsorganisationen ausgebildet werden, die dem Pflegepersonal im Ernstfall zur Hand gehen können. Mit dem Bayerischen Roten Kreuz soll ein entsprechendes Pilotprojekt auf die Beine gestellt werden. Hierfür könne der Freistaat jedoch nicht allein aufkommen. Der Bund müsse hier seiner Finanzierungsverantwortung gerecht werden, um eine flächendeckende Ausrollung des Ausbildungsprogrammes zu gewährleisten, so die Ministerin.

Judith Gerlach: „Egal, welche Krisen auf uns zukommen – ehrenamtliches Engagement ist unverzichtbar."

Redaktion



Wissen verbindet: Blick in den Vortragssaal im Tagungshotel The Westin Grand beim Bayerischen Zahnärztetag 2025.

© BLZK/W. Murr

Grenzgänger der Prothetik

Das sagen die Referentinnen und Referenten des 67. Bayerischen Zahnärztetages

„Wer ko, der ko“, heißt es oft im Bayerischen. Doch nur die Meisterinnen und Meister ihres Faches wagen sich auf neue Wege – sie werden zu Grenzgängern und erschließen neues Terrain jenseits des Gewohnten und Etablierten. Dies gilt auch in der Zahnmedizin. Der Bayerische Zahnärztetag vom 22. bis 24. Oktober im München befasst sich mit den Spielräumen der modernen Prothetik – und ihren Limitationen. Das Thema des Kongresses für die Zahnärzte lautet: „Grenzgänge der Prothetik – Wie würden Sie entscheiden?“. Kooperationspartner ist die Deutsche Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien (DGPro).

Das BZB hat die Prothetikexperten, die das wissenschaftliche Programm gestalten, gefragt: **„Warum ist es für Sie persönlich wichtig, mit Ihrem Thema beim Bayerischen Zahnärztetag 2026 dabei zu sein?“** Die Antworten finden Sie in diesem BZB und in der Juli-/Augustausgabe.


© Universitätsklinikum Münster

PROF. DR. ANNE WOLOWSKI

Leitende Oberärztin und Stellvertreterin der Direktorin der Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde am Universitätsklinikum Münster
Präsidentin der DGPro

„‚Am Zahn hängt noch ein ganzer Mensch.' Eine viel zitierte Aussage, deren Ursprung nicht mehr eindeutig nachvollziehbar ist. Dieser Mensch mit all seinen Besonderheiten wird oft zu Beginn einer Behandlung nicht hinreichend wahrgenommen. Im Kontext unseres sehr somatisch geprägten Arbeitsumfeldes richtet sich der Fokus auf den oralen Befund und die unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten mit dem Ziel, eine Verbesserung herbeizuführen. Übersehen wird unter anderem die Vorgeschichte und/oder die spezifische Erwartungshaltung. Sind Patientinnen und Patienten dann trotz objektiv gutem und sehr gutem Behandlungsergebnis nicht zufrieden oder persistieren beziehungsweise eskalieren die Beschwerden, ist der Frust auf allen Seiten groß. Kräftezehrende juristische Auseinandersetzungen können die Folge sein. Ich freue mich, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Bayerischen Zahnärztetages 2026 die große Chance vorstellen zu dürfen, diesen Teufelskreis durch das frühzeitige Erkennen möglicher Schwierigkeiten zu verhindern. Dies beruht vor allem darauf, typische Verhaltensmuster effizient und angemessen identifizieren zu können."


© Universitätsklinikum Gießen

PROF. DR. BERND WÖSTMANN

Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Universitätsklinikum Gießen
Vizepräsident der DGPro

„Wir leben gegenwärtig in einer Zeit erheblicher Umbrüche. Dies betrifft auch die Zahnmedizin, die einerseits mit immer größer werdenden Herausforderungen konfrontiert ist – angefangen bei den demografischen Veränderungen unserer Gesellschaft über die vielfach steigenden Erwartungshaltungen unserer Patienten, denen aber ein erheblicher Kostendruck gegenübersteht. Andererseits sind mehr und mehr digitale Verfahren zur Behandlung unserer Patienten verfügbar, die uns vielfältige neue Möglichkeiten eröffnen – allerdings oft auch mitunter erhebliche Investitionen erfordern, so etwa die Frage der Notwendigkeit eines Intraoralscanners in der Praxis: Ist man schon nicht mehr ‚State of the Art', wenn man noch herkömmlich arbeitet, oder wollen die Hersteller diesen Eindruck nur vermitteln? Lohnt sich ein Intraoralscanner tatsächlich oder sind ‚analoge' Abformtechniken immer noch vorteilhaft? Ihnen in dieser Situation ein Update zum aktuellen Stand der Entwicklung zu geben, ist das Ziel meines Beitrages beim Bayerischen Zahnärztetag!"


© Privat

PRIVATDOZENT DR. DOMINIK KRAUS

Oberarzt an der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Propädeutik und Werkstoffwissenschaften, Universitätsklinikum Bonn
Generalsekretär der DGPro

„Kaum eine Entscheidung in der modernen Zahnmedizin ist so anspruchsvoll wie die Frage: einen kompromittierten Zahn erhalten oder extrahieren? Zwischen dem Wunsch nach maximalem Zahnerhalt, den Möglichkeiten moderner Therapiekonzepte und den Grenzen biologischer Prognosen braucht es heute mehr denn je eine ehrliche, strukturierte Entscheidungsfindung. Genau hier setzt mein Beitrag an. Mir ist es wichtig, klinische Grenzfälle offen zu diskutieren und aufzuzeigen, wann Zahnerhalt sinnvoll, wann er riskant und wann eine Extraktion mit anschließender prothetischer Versorgung die nachhaltigere Lösung sein kann. Dabei stehen nicht Ideologien, sondern individuelle Patientenfaktoren, Funktion, Langzeitprognose und Lebensqualität im Mittelpunkt.

Der Bayerische Zahnärztetag bietet die ideale Plattform, um gemeinsam praxisnahe Kriterien für tragfähige Therapieentscheidungen zu erarbeiten und den kollegialen Austausch über eines der zentralen Themen unseres Faches zu fördern."


© privat

PROF. DR. JAN-FREDERIK GÜTH

Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Klinikum der Universität München

„Bei aller Begeisterung und offensichtlichen Stärken digitaler Technologien durch Automatisierung und Algorithmen, bestehen auch aktuell noch Stolpersteine, Limitationen und manchmal berechtigte Zweifel hinsichtlich der Verlässlichkeit, Alltagstauglichkeit und Anwendung der neuen Verfahren sowie deren Implementierung in die Routinen des Arbeitsalltags. Hier sollten wir neben der Begeisterung für neue, innovative Technologien immer wieder den Mehrwert für unsere Patienten und die Qualität der Behandlung in den Fokus stellen. Deshalb freue ich mich aus wissenschaftlicher, klinischer Perspektive, meine Sicht zur aktuellen technologischen, digitalen Entwicklung geben zu dürfen."


© Universitätsklinikum Regensburg

PROF. DR. SEBASTIAN HAHNEL

Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Universitätsklinikum Regensburg

„Für mich gibt es einige Gründe, warum es mir wichtig ist, beim Bayerischen Zahnärztetag 2026 dabei zu sein. Ganz persönlich – weil ich selbst aus Bayern bin und seit über vier Jahren einer Abteilung für Zahnärztliche Prothetik an einer der vier bayerischen Universitäten mit Studiengang Zahnmedizin vorstehen darf. Die Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik am Universitätsklinikum Regensburg hat auf dem Gebiet der zahnärztlichen Werkstoffwissenschaften ein hohes Renommee und eine lange Tradition. Daher freue ich mich sehr, neueste Erkenntnisse aus unseren vielfältigen wissenschaftlichen Projekten zu zahnärztlichen Werkstoffen vorstellen zu dürfen. Gleichzeitig halte ich es für nicht ganz einfach, den Durchblick in der aktuellen Vielfalt an Werkstoffen mit unterschiedlichsten Indikationen und Verarbeitungsverfahren zu behalten; deshalb finde ich, dass das mir zugeteilte Thema ‚Grenzen der Materialwahl' auch eine ganz besonders hohe klinische Relevanz besitzt."

Besten Dank an die Referentinnen und Referenten, die das wissenschaftliche Programm des Kongresses Zahnärzte beim Bayerischen Zahnärztetag 2026 gestalten. Weitere Statements finden Sie in der nächsten Ausgabe des BZB.

Zusammenstellung: Ingrid Krieger



INFORMATIONEN UND ANMELDUNG

Details zum Kongress finden Sie in der Anzeige auf Seite 9 und im Internet: www.blzk.de/zahnaerztetag.

Unter www.bayerischerzahnaerztetag.de können Sie sich bequem online anmelden.

Das ist GC.

Reisen. Lernen. Netzwerken. Tokio is Calling

Jetzt Restplätze in Tokio sichern beim Expertensymposium

GC Corporation lädt Zahnärzte und Zahntechniker zu einem Fortbildungshighlight der Extraklasse ein: Am **3. und 4. Oktober 2026** findet in Tokio das **6. International Dental Symposium (IDS)** statt. Unter dem Motto „One Week of Excellence" verbindet die Veranstaltung hochkarätige Wissenschaft mit japanischer Gastfreundschaft und exklusiven Einblicken in die Zukunft der Dentaltechnologie.

- **Was:** 6. International Dental Symposium (IDS) von **GC**
- **Wann:** 3. und 4. Oktober 2026 (Rahmenprogramm „One Week of Excellence" inkl. Hands-on-Sessions davor/danach)
- **Wo:** Tokyo International Forum, Tokio, Japan
- **Sprache:** Simultanübersetzung Japanisch/Englisch

Mehr Infos.



Reisen, Lernen, Netzwerken.
Kombinieren Sie Weltklasse-Fortbildung mit einer unvergesslichen Japan-Reise!
Das ist GC.

Zur Kampagne:
„Das ist GC – Wir sind GC"

Smile for the World
Since 1921
100 years of Quality in Dental

GC Europe N.V.
www.gc.dental/europe/



„Wir lehnen eine profitmaximierende Medizin ab“

Dr. Petra Reis-Berkowicz über Private-Equity-Gesellschaften in der ambulanten Versorgung

Private-Equity-Gesellschaften sind sowohl in der medizinischen als auch in der zahnmedizinischen Versorgung auf dem Vormarsch – auch weil ein MVZ-Regulierungsgesetz noch immer auf sich warten lässt. Wir sprachen mit Dr. Petra Reis-Berkowicz, stellvertretende Vorsitzende des Bayerischen Hausärzteverbandes und Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Bayerns, warum die „Heuschrecken“ die flächendeckende Versorgung gefährden.

BZB: Wie weit ist der Konzentrationsprozess in der hausärztlichen Versorgung bereits fortgeschritten? Welchen Versorgungsanteil haben iMVZ in Bayern?
Reis-Berkowicz: Aktuell liegen diese Zahlen noch auf niedrigem Niveau. Nur ein Prozent der hausärztlichen Praxen befinden sich in der Hand von Finanzinvestoren. Mit Finanzinvestoren meine ich vor allem Private-Equity-Gesellschaften (PEG).



„Wir sehen die Notwendigkeit, die Gründungsbefugnis von Krankenhäusern stärker zu begrenzen“, meint Dr. Petra Reis-Berkowicz mit Blick auf den Vormarsch von investorenfinanzierten MVZ (iMVZ).

Allerdings zeichnet sich in den vergangenen zwei Jahren im Bereich der hausärztlichen MVZ in PEG-Hand eine dynamisierte Entwicklung ab. Mehr als jede zehnte in einem MVZ tätige Hausärztin beziehungsweise jeder zehnte Hausarzt arbeitet inzwischen unter Trägerschaft von Private Equity. Das sind sehr dynamische Anstiege innerhalb kurzer Zeit. Dies deutet darauf hin, dass die Investoren ihren Fokus auch auf die klassischen, patientenorientierten Versorgungsformen ausgedehnt haben. Es ist also keinerlei Entwarnung geboten! Auch in den fachärztlichen Bereichen, die bereits stark von Investoren dominiert sind wie die Augenheilkunde, startete die Entwicklung von niedrigem Niveau und nahm dann richtig Fahrt auf.

BZB: In der Zahnmedizin sind iMVZ nahezu ausschließlich in Großstädten angesiedelt. Sie leisten also keinen Beitrag zur flächendeckenden Versorgung. Ist das in der hausärztlichen Versorgung ähnlich?
Reis-Berkowicz: Zahlen der KVB zeigen ganz klar und deutlich: Die Investoren in der hausärztlichen Versorgung engagieren sich überwiegend in Großstädten beziehungsweise wirtschaftsstarken Räumen. Die wohnortnahe Versorgung abseits der Ballungsräume tragen hingegen im Wesentlichen Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG). Um die Planungsbereiche, in denen wir eine drohende oder tatsächliche Unterversorgung haben oder in denen viele Hausarztsitze offen sind, machen Investoren einen weiten Bogen. Die Erzählung der Investorenlobby, dass ihre Praxen die Versorgung im ländlichen Raum sichern, lässt sich belegbar ins Reich der Märchen verweisen.

BZB: Sie beklagen, dass Labormedizinketten verstärkt Hausarztsitze aufkaufen. Warum geht das zulasten der Patienten?
Reis-Berkowicz: Während über 80 Prozent der Einzelpraxen und BAG ein breites hausärztliches Leistungsspektrum aufweisen, trifft dies nur auf 27 Prozent der PEG-MVZ zu. Die Konsequenz: 50 Prozent der Patienten eines solchen MVZ benötigen einen zweiten Hausarzt, weil sie in diesen renditeorientierten Praxen nicht die medizinisch notwendigen Behandlungen erhalten. Diese MVZ behandeln auch im Mittel weniger Patientinnen und Patienten, die bereits im Vorquartal in der Praxis waren. Für Chroniker etwa ist diese mangelnde Behandlungskontinuität absolut negativ, weil es immer besser ist, wenn ich als Ärztin den Patienten bereits länger kenne. Noch ein anderes Beispiel: Auf 100 Patienten kommen bei Hausärztinnen und Hausärzten im Mittel rund 3,5 Hausbesuche. In PEG-MVZ beobachten wir 0,3 Besuche. Das grenzt an Arbeitsverweigerung beim Hausbesuch, der zu den ureigensten Aufgaben des Hausarztes gehört. In diesem Zusammenhang kann sich der Vor-


© inimalGraphic – stock.adobe.com

schlag der Bundesregierung, dass die KVen im Zuge der Notfallreform einen 24/7-Hausbesuchsdienst vorhalten müssen, übrigens toxisch auswirken. Dann können diese Praxen nämlich noch leichter zum Patienten im Rollstuhl sagen: „Ach, rufen Sie doch bei der KVB an, die schicken Ihnen dann schon jemanden nach Hause."

BZB: Stichwort Übertherapie: Ist es tatsächlich so, dass iMVZ Leistungen erbringen und abrechnen, die medizinisch nicht indiziert sind, um ihre Rendite zu erhöhen?
Reis-Berkowicz: Auch hier lässt die Auswertung der Abrechnungsdaten der KVB den Schluss zu: Diese Praxisketten rechnen überdurchschnittlich die hausärztliche Grundpauschale ab. Besser wäre wahrscheinlich der Ausdruck „abgreifen". Dazu passen auch Aussagen von Aussteigern aus diesen MVZ, dass wenig lukrative Patienten pro Quartal höchstens zweimal kommen dürfen, und dann heißt es: Leider ist gerade kein Termin frei. Ich habe zuletzt ein Werbeplakat einer solchen großen hausärztlichen Praxiskette mit dem Slogan „we love gkv" gesehen. Wenn man sich das Abrechnungsverhalten und die Berichte von ehemaligen Mitarbeitern dort anschaut, gilt dies wahrscheinlich vor allem für die GKV als Honigtopf für Investoren.

BZB: Angeblich haben die in iMVZ angestellten Ärzte Arbeitsverträge mit Umsatzzielen und Provisionen. Wie lässt sich das mit dem Berufsethos vereinbaren?
Reis-Berkowicz: Ich möchte nicht so weit gehen, dass dies unvereinbar ist. Dies wäre über das Ziel hinausgeschossen. Ich konnte noch nie Einblick in einen solchen Arbeitsvertrag nehmen, in dem Umsatzziele und Provisionen festgeschrieben sind. Aber es besteht mindestens ein Spannungsverhältnis zwischen den Strukturen, die belegbar ein offenbar renditeorientiertes Abrechnungsverhalten begünstigen, sowie einer medizinisch notwendigen und angemessenen Diagnostik und Therapie. Im Beschlussprotokoll des diesjährigen Ärztetages ist es meiner Meinung nach sehr gut auf den Punkt gebracht: „Medizinische Versorgungszentren dürfen nicht zu Spielbällen von Finanzinvestoren werden, die Gesundheit in ein Spekulationsobjekt verwandeln. Die Würde des Patienten und die Freiheit des Arztes müssen Vorrang vor Profitinteressen haben."

BZB: Ein MVZ-Regulierungsgesetz lässt weiter auf sich warten. Was wären aus Ihrer Sicht die Minimalanforderungen, um den Vormarsch der „Heuschrecken" in der ambulanten Versorgung wirksam zu begrenzen und das Patientenwohl wieder in den Vordergrund zu stellen?
Reis-Berkowicz: Der Vergleich mit den Heuschrecken ist nicht ganz passend. Bei einer Heuschreckenplage ist das Feld am Ende leer gefressen und für den Bauern bleibt zur Ernte nichts mehr übrig. Finanzinvestoren kaufen Praxissitze, verbinden diese zu größeren Einheiten und wollen diese nach einer Haltefrist von fünf bis acht Jahren als maximale „Ernte" weiterverkaufen. Um es klar zu sagen: Wir lehnen eine solche profitmaximierende Medizin ab. Die Minimalforderung ist für uns die Einführung eines bundesweiten MVZ-Transparenzregisters. Der Patient muss endlich nachvollziehen können, wem ein MVZ tatsächlich gehört – inklusive aller nachgelagerten Beteiligungsstrukturen. Nur so schaffen wir Klarheit für Patientinnen und Patienten, aber auch für uns als Selbstverwaltung. Das reicht aber noch lange nicht. Wir sehen außerdem die Notwendigkeit, die Gründungsbefugnis von Krankenhäusern stärker zu begrenzen. Krankenhaus-MVZ sollten enger an das eigene Versorgungsgebiet gebunden sein. Das verhindert, dass große Klinikkonzerne bundesweit MVZ-Ketten aufbauen, die mit regionaler Versorgung wenig zu tun haben. Wir wollen die vertragsärztliche Verantwortung in MVZ stärken. MVZ dürfen nicht zu rein betriebswirtschaftlich gesteuerten Einheiten werden. Der ärztliche Leiter braucht klar definierte Aufgaben und Befugnisse. Nur wenn seine medizinische Unabhängigkeit gesichert ist, können wir die Qualität der Versorgung dauerhaft gewährleisten.

BZB: Gibt es denn Möglichkeiten, das Zulassungsrecht zu verschärfen?
Reis-Berkowicz: Ja, die gäbe es. Die Zulassungsausschüsse müssen in Zukunft besser prüfen können, ob ein MVZ seine vertragsärztlichen Pflichten erfüllt. Dafür brauchen sie erweiterte Prüfkompetenzen, um Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen. In Nachbesetzungsverfahren sollten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Vorrang haben. Das ist wichtig, um die freiberuflichen Strukturen zu erhalten, die unser Versorgungssystem über Jahrzehnte getragen haben. Wir müssen uns das Zulassungsrecht genauer ansehen – insbesondere den Verzicht auf eine Zulassung zugunsten einer MVZ-Anstellung. Denn so können Vertragsarztsitze systematisch in MVZ-Strukturen überführt und dort gebündelt werden. Auch die Konzeptbewerbung nach § 103 Absatz 4 SGB V gehört auf den Prüfstand. Aktuell kann sich ein MVZ auf eine Zulassung bewerben, ohne konkret einen Facharzt vorweisen zu müssen. Eine BAG oder eine Einzelpraxis muss dies schon. Dies führt dazu, dass sich MVZ bewerben und dann als Verfahrensbeteiligte die Nachbesetzung so lange verzögern, bis die BAG oder die Einzelpraxis aufgibt, weil ihr potenzieller Mitarbeiter abspringt. Damit muss Schluss sein. Schließlich halten wir eine Begrenzung der Zahl angestellter Ärztinnen und Ärzte in MVZ für sinnvoll. Das verhindert, dass einzelne Träger in bestimmten Fachgebieten marktbeherrschende Strukturen aufbauen.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.

Impulse für wirtschaftlichen Erfolg in bewegten Zeiten

11. Bayerischer Unternehmertag für Zahnärzte in Nürnberg

Beim 11. Bayerischen Unternehmertag für Zahnärztinnen und Zahnärzte wurde einmal mehr deutlich, wie wichtig es ist, neben der medizinischen Expertise auch die unternehmerische Perspektive im Blick zu behalten. Die Veranstaltung in Nürnberg bot den Teilnehmern ein vielseitiges Programm mit aktuellen Themen – von Kapitalmarktentwicklungen über Digitalisierung bis hin zu Personalführung und rechtlichen Fragestellungen.



Dr. Rüdiger Schott (KZVB) und Karin Hoffmann (HVB) freuten sich über den Erfolg des Unternehmertages.

Bereits zu Beginn machte **Dr. Rüdiger Schott**, Vorsitzender des Vorstands der KZVB, deutlich, worauf es im aktuellen Umfeld ankommt: weniger Jammern, mehr Gestalten. Er appellierte an die Teilnehmer, sich aktiv mit der Steigerung von Privateinnahmen zu beschäftigen, um unabhängiger von der gesetzlichen Krankenversicherung zu werden. Gleichzeitig rief er dazu auf, mutig Entscheidungen zu treffen und konsequent umzusetzen.

Karin Hoffmann, in der HypoVereinsbank als Leiterin verantwortlich für das Segment Heilberufe in Süd- und Westdeutschland, bedankte sich bei Schott, Dr. Niko Güttler, Vorstandsmitglied der BLZK, und **Dr. Ralph Härtlein**, ZBV Mittelfranken, für das gemeinsame Veranstaltungsformat. Sie betonte, dass die Bank Zahnärztinnen und Zahnärzte gerne bei der Umsetzung unternehmerischer Pläne unterstütze.

Einen tiefgehenden Einblick in die Entwicklungen an den Kapitalmärkten gab **Christian Stocker**, Lead Equity Strategist der UniCredit. Er zeigte auf, dass langfristig vor allem Unternehmensgewinne der entscheidende Treiber für die Entwicklung von Aktien sind – und damit auch für den Vermögensaufbau. Dabei lohne sich der Blick über Deutschland hinaus, da insbesondere internationale Märkte, allen voran die USA, aktuell von dynamischen Wachstumsimpulsen profitieren.

Stocker erläuterte zudem die Auswirkungen von Energiepreisentwicklungen sowie geopolitischen Unsicherheiten und ordnete diese in den größeren wirtschaftlichen Kontext ein. Trotz bestehender Krisen zeigte er sich insgesamt optimistisch: Solange die Unternehmensgewinne steigen, sei auch mittelfristig mit positiven Kursentwicklungen zu rechnen. Wichtig sei dabei, Ruhe zu bewahren und investiert zu bleiben, denn gerade die besten Börsentage folgten häufig auf Phasen deutlicher Kursrückgänge. Wer diese verpasse, riskiere spürbare Renditeeinbußen.

Wie stark datenbasierte Entscheidungen an Bedeutung gewinnen, verdeutlichte **Dr. Bernd Rebmann**. Er hob hervor, wie wichtig es sei, die richtigen Kennzahlen zu erfassen und mithilfe moderner Tools auszuwerten. Der Dentalmarkt selbst sei ein stabiler und langfristig verlässlicher Wirtschaftsbereich. Gerade im internationalen Vergleich zeige sich jedoch, dass Digitalisierungspotenziale in deutschen Zahnarztpraxen noch stärker genutzt werden könnten.

Mit hohem Praxisbezug widmete sich KZVB-Jurist **Maximilian Schwarz** dem Umgang mit sogenannten „No-Show-Patienten". Er zeigte die rechtlichen Rahmenbedingungen des Behandlungsvertrages auf und gab konkrete Hinweise, wie Praxen Ausfälle vermeiden und gleichzeitig rechtssicher handeln können. Über die rechtliche Bewertung hinaus gelte es zudem, Bewusstheit beim Patienten zu schaffen und so einem Schaden vorzubeugen.







KZVB-Jurist Maximilian Schwarz gab Tipps zum Umgang mit „No-Show-Patienten" (links). Iris Hartmann ging auf das Thema „Zusammenarbeit im Team" ein (Mitte). Rechtsanwalt und Steuerberater Dr. Thomas Rothammer zeigte steuerliche Gestaltungsmöglichkeiten auf (rechts).

Ein zentrales Thema im Praxisalltag griff **Iris Hartmann** von der ABZ eG auf: den konstruktiven Umgang miteinander im Team. Sie stellte heraus, wie entscheidend wertschätzende Kommunikation, aktives Zuhören und klare Strukturen für ein gutes Arbeitsklima sind. Auch Empathie könne man trainieren, was nicht zuletzt im Umgang mit schwierigen Patienten hilfreich sei.

Mehrere Referenten beleuchteten anschließend die unternehmerische Weiterentwicklung der Praxis aus unterschiedlichen Blickwinkeln.

Michael Stolz machte deutlich, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte ihre Rolle als Unternehmer aktiv annehmen müssen – inklusive Planung, Kennzahlensteuerung und klarer Zieldefinition.

Dr. Harry Löw ergänzte dies durch praxisnahe Beispiele zur Steigerung von Effizienz und Einnahmen. Er ermunterte die Anwesenden, adäquate Preise zu verlangen, was der eigenen Zufriedenheit zugutekomme. Wichtig sei aber auch eine leistungsgerechte Bezahlung von Mitarbeitern.

Mit Blick auf zusätzliche Wertschöpfungspotenziale zeigte **Uwe Koch**, dass ein Eigenlabor bei entsprechender Auslastung sowohl Effizienz- als auch Qualitätsvorteile bieten kann. **Stefanie Kurzschenkel** unterstrich die Bedeutung moderner Prophylaxekonzepte und einer überzeugenden Patientenkommunikation.

Den Abschluss bildete Rechtsanwalt und Steuerberater **Dr. Thomas Rothammer**, der die aktuellen steuerlichen Entwicklungen einordnete und konkrete Gestaltungsmöglichkeiten aufzeigte.

Er riet zur Vorsicht bei manchen Gestaltungsvorschlägen aus den sozialen Medien. So sei beispielsweise eine GmbH als Rechtsform für Freiberufler zumeist nachteilig.

Die Teilnehmer zeigten sich mit dem Unternehmertag sehr zufrieden. Besonders hervorgehoben wurden die Vielfalt der Themen, die hohe Praxisnähe der Vorträge sowie die zahlreichen direkt umsetzbaren Impulse für den eigenen Praxisalltag.

Redaktion





„Zahnärzte müssen auch Unternehmer sein", lautete die klare Botschaft von Steuerberater Michael Stolz. Stefanie Kurzschenkel unterstrich die Bedeutung moderner Prophylaxekonzepte.

„So nicht, Frau Warken!“

Spargesetz überschattet Frühjahrsfest in Berlin

Das von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken initiierte GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) überschattete auch das Frühjahrsfest der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) Anfang Mai in Berlin. Unter den Gästen war auch Gesundheitsstaatssekretär Tino Sorge (CDU) – und der durfte sich einiges anhören.







Die bayerischen Zahnärzte waren auf dem Frühjahrsfest der KZBV vertreten durch Dr. Jürgen Welsch, VV-Vorsitzender der KZVB (Abb. 1, 2. v. r), den BLZK-Präsidenten Dr. Dr. Frank Wohl (Abb. 2, 2. v. r.) sowie Dr. Axel Wiedenmann, Mitglied der VV der KZBV (Abb. 3, 2. v. r.).

Die Zahnärzteschaft gehöre nicht zu denen, die Reformvorhaben grundsätzlich ablehnen, betonte KZBV-Vorstand Martin Hendges in seiner Rede. Die KZBV habe der von Warken eingesetzten Finanz-Kommission Gesundheit entsprechende Vorschläge unterbreitet. Allen sei bewusst, dass aufgrund der prognostizierten Defizite der GKV, steigender Zusatzbeiträge und des demografischen Wandels grundlegende strukturelle Reformen nötig seien. Dem vorgelegten Regierungsentwurf für das Beitragssatzstabilisierungsgesetz erteilte Hendges jedoch eine Absage: „Weder ist die Diagnose für die vertragszahnärztliche Versorgung valide, noch die daraus abgeleitete Therapie richtig“.

Enttäuschend sei vor allem, dass die Präventionserfolge der letzten Jahre nicht gewürdigt werden. Es sei schließlich „den großen Bemühungen der Zahnärzteschaft zu verdanken“, dass Krankheitslasten rückläufig sind und dadurch Kosten gesenkt werden, stellte Hendges klar und wies auf die vielen neuen Versorgungskonzepte hin, unter anderem auch für vulnerable Patienten oder für die neue Paro-Behandlungsstrecke. Hendges kritisierte zudem die neuerlich geplanten Kostendämpfungsmaßnahmen, bei denen dringend Nachbesserungsbedarf bestehe. Allein die geplanten Abschläge von einem Prozentpunkt auf die Grundlohnrate in den Jahren 2027 bis 2029 auf die Punktwerte führten zu den im Bericht der Kommission errechneten Sparbeträgen.

Der Fachzahnarztvorbehalt in der Kieferorthopädie sei „grob fahrlässig“. Auch der Vorschlag eines Pauschalvergütungssystems lasse einen evidenzbasierten Ansatz vermissen und greife in eine etablierte Vergütungsstruktur ein. Versorgungsengpässe wären dann die unvermeidliche Folge.

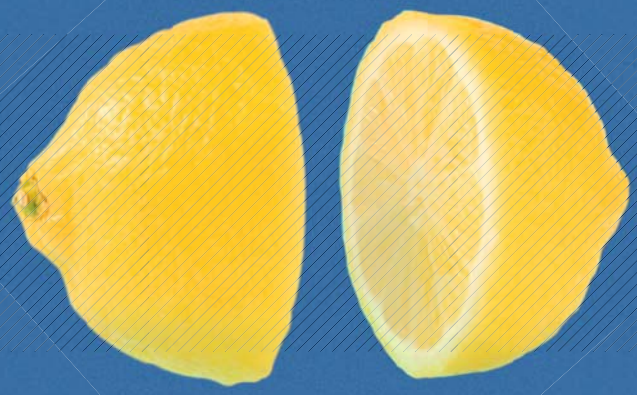
KZBV-Vorstand Martin Hendges erwartet, dass „die von uns gelieferten Daten und Fakten dazu führen, dass jetzt im parlamentarischen Verfahren entsprechende Änderungen im Gesetzentwurf vorgenommen werden“. Der Expertenkommission bot er für ihren nächsten Bericht die Expertise der Zahnärzteschaft in Sachen Prävention an.

Dr. Jürgen Welsch, der zusammen mit Dr. Dr. Frank Wohl und Dr. Axel Wiedenmann die bayerischen Zahnärzte in Berlin vertrat, fasst seine Sichtweise auf das BStabG wie folgt zusammen: „Statt struktureller Reformen fährt man erneut mit dem Rasenmäher über alle Leistungsbereiche und gefährdet dadurch die flächendeckende Versorgung. So bitte nicht, Frau Warken!“

Redaktion

ANZEIGE

Vitamin C für Ihr Marketing!



© Getty Images – unsplash.com

ZWP Designpreis 26

Deutschlands schönste Zahnarztpraxis

JETZT bis zum 1.7.26 bewerben!

Mehr Sichtbarkeit gefällig?

Machen Sie mit! Und pushen Sie Ihr Praxismarketing.



Plakat: © Dr. Niels Hoffmann | Bild: © GraphyPix – stock.adobe.com

Citylight der Designpreis-Gewinnerpraxis 2019 aus Leipzig: moderndentistry.

OEMUS MEDIA AG

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

Präventionserfolge langfristig sichern

FVDZ fordert Entbudgetierung von PAR-Leistungen



© Andrey Popov – stock.adobe.com

Die Längsschnittergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6) zeigen, wie wichtig es ist, erreichte Präventionserfolge langfristig zu sichern. Dazu gehört aus Sicht des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte (FVDZ) auch die vollumfängliche Finanzierung von PAR-Behandlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Anlässlich des Europäischen Tages der Parodontologie am 12. Mai wies der FVDZ darauf hin, dass schwere Verläufe schon im mittleren Erwachsenenalter entstehen. Der Berufsverband beruft sich dabei auf die Ergebnisse der DMS 6.

„Die neuen Daten zeigen, Parodontitis muss noch früher behandelt werden, bevor sich schwere Verläufe entwickeln. Entscheidend ist, dass konsequente Prävention und Therapie ohne Einschränkungen in der Versorgung ankommen, um Mund- und Gesamtgesundheit langfristig zu sichern", betont der FVDZ-Bundesvorsitzende Dr. Christian Öttl.

Erstmals wurden Teilnehmer der Vorgängerstudie DMS V nach rund neun Jahren erneut untersucht, um Krankheits- und Versorgungsverläufe nachzuvollziehen. Die größte Herausforderung bleibt laut Studie die Reduktion parodontaler Erkrankungen. Öttl: „Die entscheidende Krankheitsdynamik liegt im mittleren Erwachsenenalter. Genau hier muss die Therapie ansetzen. Denn eine Parodontitis ist im Frühstadium gut kontrollierbar, wenn rechtzeitig gehandelt wird."

Parodontitis zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen: Jeder zweite Erwachsene in Deutschland ist betroffen, rund 14 Millionen leiden an einer schweren Form. Unbehandelt erhöht sie das Risiko für schwere Allgemeinerkrankungen, außerdem für Herzinfarkt, Schlaganfall und Diabetes und sogar für Frühgeburten, wie der FVDZ in Erinnerung ruft.

Konsequenz für den Versorgungsalltag: „Wichtig sind frühe Diagnose und die enge Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachrichtungen. Zur Vorsorge gehört neben dem Zahnarztbesuch zweimal im Jahr mit PZR das konsequente zweimal tägliche Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta sowie die Verwendung von Zahnzwischenraumbürstchen."

Von der Bundesregierung fordert der FVDZ-Bundesvorsitzende, der auch Vorsitzender der KZVB-Bezirksstelle München ist: „Wer eine Volkskrankheit wie Parodontitis wirksam bekämpfen und Folgekosten vermeiden will, muss verlässliche Bedingungen schaffen und früh ausreichend in die Versorgung investieren. Krankheit lässt sich nicht berechnen. Wer einen Euro in eine unbudgetierte Parodontitisbehandlung steckt, spart langfristig vier Euro in der Versorgung – das wäre ein Reformansatz!"

Bei der Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke hatte der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) zugesichert, dass die Leistungen nicht budgetiert seien. Sein Nachfolger Karl Lauterbach (SPD) sorgte mit dem „GKV-Finanzstabilisierungsgesetz" (GKV-FinStG) dafür, dass PAR-Leistungen seit 2023 einer strikten Budgetierung unterliegen. Die Zahl neuer PAR-Behandlungen brach daraufhin ein, weil sie unter den aktuellen Bedingungen für die Praxen unwirtschaftlich sind. Es fehlt schlichtweg an den nötigen Behandlungskapazitäten.



© FVDZ Jörn Wolter

„Wer einen Euro in eine unbudgetierte Parodontitisbehandlung steckt, spart langfristig vier Euro in der Versorgung", so der FVDZ-Bundesvorsitzende Dr. Christian Öttl.

Matthias Wallenfels

Bayerische Ärzteversorgung setzt auf Kontinuität

Dr. Gerald Quitterer erneut Vorsitzender des Landesausschusses

Der für die Amtsperiode 2026 bis 2029 neu berufene Landesausschuss der Bayerischen Ärzteversorgung hat den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Gerald Quitterer, erneut zu seinem Vorsitzenden gewählt. Zum ersten Stellvertreter wurde der Zahnarzt Dr. Dr. Frank Wohl, Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer, gewählt. Der Tierarzt Dr. Karl Eckart wurde als zweiter Stellvertreter im Amt bestätigt.

Aufgabe des Landesausschusses ist vor allem die Beschlussfassung über die Satzung und deren Änderungen, die Richtlinien der Versorgungspolitik, die Wirtschaftsplanung und den Jahresabschluss. Dem Landesausschuss gehören 30 Mitglieder an, die auf Vorschlag der Berufskammern durch das Bayerische Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration aus dem Kreis der Mitglieder des Versorgungswerkes berufen werden.

Aus der Mitte des Landesausschusses wurden als Mitglieder des siebenköpfigen Verwaltungsausschusses aus der Berufsgruppe der Ärzte Dr. Lothar Wittek, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Joachim Calles und Dr. Jürgen Hoffart gewählt. Aus der Berufsgruppe der Zahnärzte wurden Dr. Michael Förster sowie Dr. Rüdiger Schott und als Vertreter der Tierärzte Dr. Karl Eckart in den Verwaltungsausschuss entsandt. Als stellvertretende Mitglieder des Verwaltungsausschusses wurden die Ärzte Dr. Markus Beck, Dr. Heidemarie Lux, Doris Wagner sowie Jochen Schnell gewählt. Als zahnärztliche Stellvertreter wurden Dr. Guido Oster und Maike Albrecht bestimmt. Dr. Gabriele Götz ist Stellvertreterin für den tierärztlichen Berufsstand.

Vertrauen für Dr. Lothar Wittek

In der anschließenden konstituierenden Sitzung des Verwaltungsausschusses wurde der bisherige Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, Dr. Lothar Wittek, in seinem Amt bestätigt. Als seine Stellvertreter wurden Dr. Michael Förster (1. Stellvertreter) und Dr. Karl Eckart (2. Stellvertreter) wiedergewählt. Der Verwaltungsausschuss initiiert und bereitet die Beschlüsse des Landesausschusses über wichtige Angelegenheiten des Versorgungswerkes vor. Wesentliche Aufgabe des Verwaltungsausschusses ist es ferner, sich über die laufende Tätigkeit der Geschäftsführung, die von der Bayerischen Versorgungskammer wahrgenommen wird, berichten zu lassen und diese zu überwachen.

Redaktion


© Heike Bogenberger/Bayerische Versorgungskammer

Die Vorsitzenden der beiden Ausschüsse mit den Mitgliedern des Verwaltungsschusses. Vordere Reihe (v. l.): Dr. Guido Oster, Dr. Gerald Quitterer (Vorsitzender Landesausschuss), Dr. Heidemarie Lux, Dr. Jürgen Hoffart, Dr. Joachim Calles; zweite Reihe (v. l.): Dr. Gabriele Götz, Dr. Lothar Wittek (Vorsitzender Verwaltungsausschuss), Doris Wagner, Jochen Schnell; dritte Reihe (v. l.): Dr. Markus Beck, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Karl Eckart; obere Reihe (v. l.): Dr. Rüdiger Schott, Maike Albrecht, Dr. Michael Förster


© André Schmitt/Bayerische Versorgungskammer

Der neu berufene Landesausschuss der Bayerischen Ärzteversorgung stellte bei seiner Sitzung in München die personellen Weichen für die Amtsperiode bis 2029.



© iamchamp – stock.adobe.com

„Medizinische Entscheidungen nicht an Renditeerwartungen ausrichten“

KZBV und BZÄK erneuern Forderung nach iMVZ-Regulierungsgesetz

Ende April hatte der Bundestag die Reform des Steuerberatungsgesetzes auf den Weg gebracht. Darin enthalten war auch eine Verschärfung des Fremdbesitzverbotes. Doch der Bundesrat stoppte das Gesetz überraschend. Kurz vor Pfingsten hat der Bundestag den alten Gesetzentwurf erneut an die Ausschüsse überwiesen. Damit besteht für die Zahnärzteschaft weiter Hoffnung, ein Fremdbesitzverbot für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) durchzusetzen.

Es war wohl ein weiterer Webfehler der schwarz-roten Bundesregierung. Denn die steuerfreie Entlastungsprämie für Beschäftigte in Höhe von 1.000 Euro hatte sie ausgerechnet in das „Neunte Gesetz zur Änderung des Steuerberatungsgesetzes und zur Änderung weiterer steuerrechtlicher Vorschriften“ integriert. Da die Entlastungsprämie mit Steuerausfällen für die Länder verbunden gewesen wäre, fiel sie im Bundesrat Anfang Mai durch. Und mit ihr auch gleich die Steuerberaterreform! Kurze Zeit war unklar, wie es nun weitergehen solle. Bewegung in der Sache war aber zu erwarten, da die neuen Regeln für die Beteiligung an Steuerberatungsgesellschaften unstrittig sind.

Auch KZBV und BZÄK begrüßten kurz nach der Bundesratspleite in einer gemeinsamen Pressemitteilung, „die Initiative der Bundesregierung, die Unabhängigkeit der steuerberatenden Berufe gesetzlich zu sichern und den Einfluss externer Finanzinvestoren in Steuerberatungskanzleien auszuschließen.“ Sie machten außerdem klar, dass sie eine ähnliche Regelung auch für Investoren in der Zahnmedizin erwarten. „Was für Steuerberater als zwingend notwendig erkannt wird, gilt in gleicher Weise für die zahnärztliche Berufsausübung: Medizinische Entscheidungen müssen allein am Wohl der Patienten ausgerichtet sein – nicht an Renditeerwartungen.“

Diese Forderung richtet sich an die Adresse von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU), die das iMVZ-Fremdbesitzverbot nicht in das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) integriert hat.

Fatalerweise hatte die FinanzKommission Gesundheit, auf deren Reformempfehlungen sich Warken bei ihrem Rasenmäher-Sparpaket stützt, eine kritische Rolle der iMVZ nur im Zusammenhang mit Katarakt-OP, also im augenärztlichen Versorgungsbereich, gesehen. In ihrer Reformempfehlung Nr. 18 (von insgesamt 66) plädieren die zehn Wissenschaftler dann nicht für eine stärkere Regulierung der



Beteiligung an den MVZ. Im Gegenteil: „Vor dem Hintergrund der gestiegenen Effizienz bei Katarakt-OP und der in der Literatur beschriebenen nahezu halbierten Operationszeit empfiehlt die Kommission, eine Absenkung der Punktwerte für die zugehörigen Leistungen im EBM-Katalog um 20 bis 40 Prozent zu prüfen.“ Den Investoren sollen MVZ also durch niedrigere Renditeerwartungen vergällt werden.

KZBV-Chef Martin Hendges und BZÄK-Präsidentin Dr. Romy Ermler verdeutlichen wiederholt die Brisanz der iMVZ: „Es ist widersprüchlich, wenn der Gesetzgeber einerseits die Unabhängigkeit von Steuerberatern konsequent schützt, andererseits aber zulässt, dass in der Zahnmedizin zunehmend investorengetragene Versorgungsstrukturen entstehen, in denen wirtschaftliche Zielvorgaben die medizinische Entscheidungsfreiheit beeinträchtigen können.“

Während Finanzinvestoren im zahnärztlichen Bereich derzeit vielfach noch als Motor für Modernisierung und Effizienz dargestellt würden, zeigten die praktischen Erfahrungen ein anderes Bild: Investorengetragene Strukturen bergen erhebliche Risiken für die Therapiefreiheit, die Freiberuflichkeit und das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Zahnärzten und ihren Patienten. Umsatzvorgaben, aggressive Wachstumsstrategien und Vorgaben zur Leistungssteuerung seien mit dem Leitbild des zahnärztlichen Berufes nicht vereinbar. BZÄK und KZBV fordern daher den Gesetzgeber auf, die aktuellen Überlegungen zur Sicherung der beruflichen Unabhängigkeit konsequent auch auf die Zahnärzteschaft zu übertragen. Erforderlich sind klare gesetzliche Regelungen, die den Einfluss fachfremder Dritter auf zahnärztliche Entscheidungen wirksam begrenzen und die freiberufliche Berufsausübung dauerhaft absichern.

Wenn Nina Warken die Forderung der Zahnärzteschaft weiter ausblendet, verstößt sie auch gegen den eigenen Koalitionsvertrag. „Wir erlassen ein Gesetz zur Regulierung investorenbetriebener Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ-Regulierungsgesetz), das Transparenz über die Eigentümerstruktur sowie die systemgerechte Verwendung der Beitragsmittel sicherstellt“, versprechen Union und SPD auf Seite 107.

Matthias Wallenfels

ANZEIGE

Dual Rinse® HEDP

Das magische Pulver zur all-in-one Spüllösung in der Endodontie



medcem

www.medcem.eu

Wissenschaftliche Exzellenz und hoher Praxisbezug

KZVB-Gutachtertagung an der LMU München

Die Gutachtertagung der KZVB fand dieses Jahr an der Zahnklinik der LMU München statt. Die dort tätigen Professoren gaben Einblick in den neuesten Stand der Forschung. Der Mix aus wissenschaftlicher Exzellenz und zahnmedizinischem Praxisbezug kam bei den Teilnehmern sehr gut an.

Ein funktionierendes einvernehmliches Gutachterwesen sei, so die stellvertretende KZVB-Vorstandsvorsitzende Dr. Marion Teichmann in ihrem Grußwort, „der beste Garant dafür, dass wir den Einfluss des Medizinischen Dienstes (MD) auf die vertragszahnärztliche Versorgung weiterhin eindämmen können. Ich will nicht, dass die Qualität meiner Arbeit von einem Beauftragten der Krankenkassen beurteilt wird." Dann machte Teichmann auch einen Schwenk zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesamtwetterlage unter Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU), von der die Zahnärzte alles andere als begeistert sind: „Da die Politik an der Qualität unserer Arbeit offensichtlich nicht interessiert ist, sondern nur die Kosten im Blick hat, sehe ich im Beitragssatzstabilisierungsgesetz auch eine Bestätigung für die Arbeit der Gutachterinnen und Gutachter. Sie sind es, die dafür sorgen, dass die Patienten trotz knapper Ressourcen die bestmögliche Versorgung erhalten. Unser Gutachterwesen ist und bleibt das wichtigste Instrument, um die Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung auf dem hohen Niveau zu halten, das unsere Patienten gewohnt sind. Im ärztlichen und im stationären Bereich gibt es nicht einmal ansatzweise etwas Vergleichbares."

Der KZVB-Gutachterreferent Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel betonte in seiner Eröffnungsrede die zentrale Rolle, die die jährliche Tagung für die Qualitätssicherung im Gutachterwesen spiele.

Den Reigen der Fachvorträge eröffnete Prof. Dr. Jan-Frederik Güth, Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik am LMU Klinikum. Anhand der Problematik der betriebswirtschaftlichen Praxisstundenkosten zeigte er auf, wo die digitale Praxisführung helfen kann – zum Beispiel, um Doppeltermine zu eliminieren. Der Spezialist der DGPro für Prothetik erörterte, wie vor allem die Patienten vom Einsatz digitaler Technologien in der prothetischen Zahnmedizin profitieren.



Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel (KZVB) zusammen mit den LMU-Referenten Prof. Dr. Jan-Frederik Güth, Prof. Dr. Andrea Wichelhaus und Prof. Dr. Dr. Sven Otto (v. l.).

Mit der komplexen Thematik der Frontversorgung bei Nichtanlagen der seitlichen Schneidezähne befasste sich Prof. Dr. Andrea Wichelhaus, Direktorin der Poliklinik für Kieferorthopädie. Die zahnärztlich-chirurgische Behandlung von Risikopatienten adressierte Prof. Dr. Dr. Sven Otto, Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, in seinen fachlichen Ausführungen. Insbesondere ging Otto auf die Problematik der medikamentenassoziierten Kiefernekrose und die Patientengruppe mit medikamentenassoziierten Blutverdünnern und deren Management in der Praxis ein.

Prof. Dr. Dr. Matthias Folwaczny, Leiter der Sektion Parodontologie, Spezialist für Parodontologie der DG PARO und Spezialist für Endodontologie der DGET, legte seinen thematischen Fokus auf die Zahnerhaltung an der Grenze zwischen Parodontitis und Prothetik.

Hohe Akzeptanz bei den Kassen

Am Nachmittag standen aktuelle Themen aus dem Gutachterreferat im Fokus. Schlegel zeigte auf, wo das bayerische Gutachterwesen im Vergleich zu anderen Bundesländern steht und lobte die Qualität

der bayerischen Gutachten. Dr. Thomas Reinhold, Referent für Qualitätssicherung, berichtete über die Qualitätssicherung und deren Ergebnisse. Dies sorge für hohe Akzeptanz bei den Kassen.

Einen Überblick über die Rechtslage bei Auslandsbehandlungen gab KZVB-Geschäftsführer Nikolai Schediwy. Seiner Auffassung nach sollte auch in diesen Fällen das gemeinsame Gutachterwesen Vorrang gegenüber dem MD haben.

Abschließend hatten die Gutachter die Möglichkeit ihre Kenntnisse im Strahlenschutz bei KZVB-Referent Dr. Michael Rottner auf den neuesten Stand zu bringen.

Matthias Wallenfels



„Das Gutachterwesen ist für die Arbeit der KZVB eminent wichtig", sagte Dr. Marion Teichmann.

ANZEIGE

Jetzt anmelden

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns

STARTUP ZAHNARZT PRAXIS

4. Juli 2026

9:15 bis 16:15 Uhr in München

Weitere Informationen und die Anmeldung zum Startup-Tag in München finden Sie auf kzvb.de/startup. Die Teilnahme ist kostenlos. Es werden sechs Fortbildungspunkte vergeben.

https://www.kzvb.de/startup

© pixxelstudio91 - stock.adobe.com

Gemeinsam die Versorgung sichern

KZVB beim Jahresempfang der AOK Bayern

Die Selbstverwaltung in Bayern funktioniert – wenn man sie denn lässt! Das zeigt unter anderem die aktuelle Vergütungsvereinbarung zwischen der AOK Bayern und der KZVB. Schon Ende letzten Jahres hatten die bayerischen Vertragszahnärzte bei der größten Krankenkasse Rechts- und Planungssicherheit. Die Punktwerte stiegen um 5,17 Prozent.
Allerdings sieht der Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes auch Einschränkungen für die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen vor. Die geplanten Einsparungen gefährden zudem die flächendeckende Versorgung. Die AOK Bayern und die KZVB wollen trotz schwieriger politischer Rahmenbedingungen das hohe Versorgungsniveau in Bayern erhalten. Das unterstrichen die Vertragspartner beim Jahresempfang der AOK, der Mitte Mai in München stattfand.

Redaktion



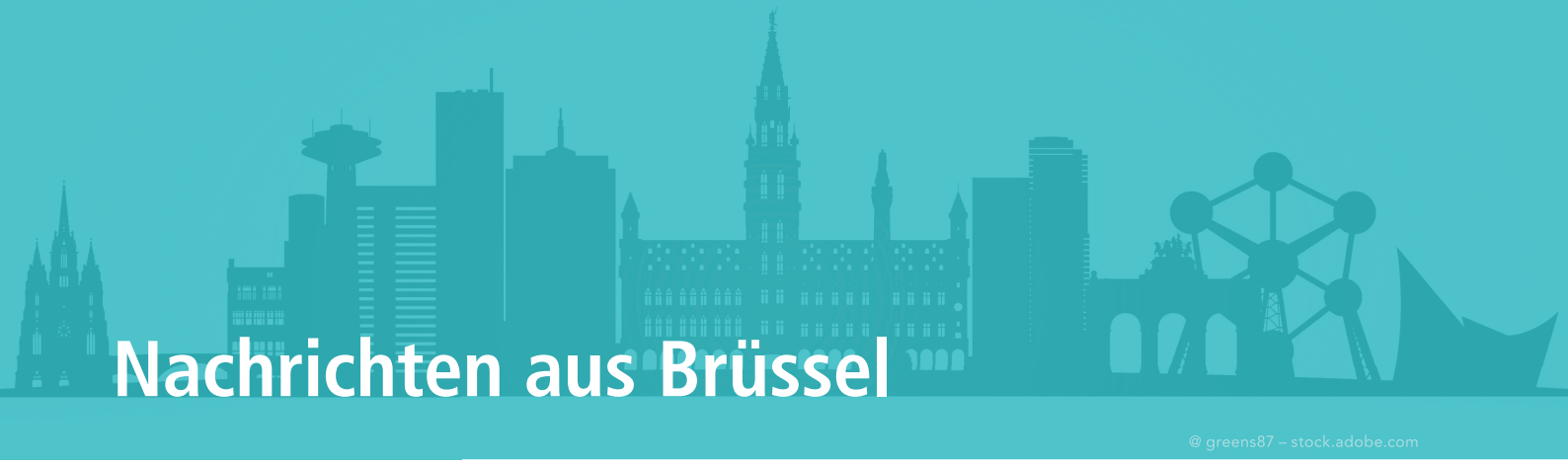
Gute Vertragspartnerschaft: Die AOK Bayern war die erste Krankenkasse, mit der die KZVB für das Jahr 2027 eine Vergütungsvereinbarung abschließen konnte.



Staatsministerin a.D. Melanie Huml nutzte den Jahresempfang für ein Selfie mit den Vertretern der KZVB und der AOK Bayern.



Der KZVB-Vorstand konnte bei der Veranstaltung zahlreiche Hintergrundgespräche führen – unter anderem mit dem MD Bayern.



Nachrichten aus Brüssel

@ greens87 – stock.adobe.com

Bahnbrechende Medizinprodukte: Pilotprogramm startet 2026

Die Europäische Kommission hat ein neues Pilotprogramm angekündigt, mit dem besonders innovative Medizinprodukte („breakthrough medical devices") gefördert werden sollen. Der Start ist bereits für dieses Jahr geplant. Ziel der Initiative ist es, Patienten einen schnelleren Zugang zu neuen medizinischen Technologien zu ermöglichen. Gleichzeitig betont die EU, dass die hohen europäischen Standards für Sicherheit und Leistungsfähigkeit uneingeschränkt erhalten bleiben sollen. Darüber hinaus möchte die EU-Kommission mit dem Programm auch die Wettbewerbsfähigkeit der europäischen Medizintechnikbranche stärken.

Im Rahmen des Pilotprogramms sollen Hersteller von besonders neuartigen und vielversprechenden Medizinprodukten intensiver unterstützt werden als bisher. Geplant ist eine engere und besser abgestimmte Zusammenarbeit zwischen den Unternehmen und den zuständigen Behörden. So sollen die oft komplexen Prüf- und Zulassungsverfahren effizienter gestaltet werden. Für die Unternehmen kann dies bedeuten, dass sie schneller Klarheit über regulatorische Anforderungen erhalten und ihre Produkte zügiger auf den Markt bringen können.

Das Pilotprojekt ist Teil einer größeren Strategie der EU, die bestehenden Regelungen im Gesundheitsbereich zu modernisieren und besser an neue technologische Entwicklungen anzupassen. Ein wichtiger Schritt im Verfahren ist dabei die Bewertung durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA). Hersteller müssen zunächst eine positive wissenschaftliche Stellungnahme der EMA einholen, um als „bahnbrechendes Medizinprodukt" eingestuft zu werden und am Programm teilnehmen zu können.

EU und Schweiz stärken Gesundheitsschutz

Die Europäische Union und die Schweiz haben ihre Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich deutlich vertieft. Beide Seiten unterzeichneten ein neues Abkommen, das erstmals eine strukturierte Kooperation in Fragen der Gesundheitssicherheit vorsieht. Es ist Teil eines umfassenden bilateralen Vertragspaketes zur Weiterentwicklung der Beziehungen.

Im Mittelpunkt steht die bessere Bewältigung grenzüberschreitender Gesundheitsbedrohungen. Künftig soll die Zusammenarbeit bei Frühwarnsystemen, Datenaustausch und Krisenreaktionen – etwa im Falle von Pandemien – deutlich intensiviert werden. Die Schweiz erhält dabei Zugang zu zentralen EU-Mechanismen und arbeitet enger mit relevanten Agenturen zusammen. Das Abkommen konzentriert sich auf den Bereich der Gesundheitssicherheit und Krisenvorsorge. Andere Felder der Gesundheitspolitik bleiben davon unberührt. Ergänzend ist eine Beteiligung der Schweiz am EU-Gesundheitsprogramm zur Stärkung der Krisenresilienz vorgesehen. Mit dem Schritt reagieren beide Seiten auf die Erfahrungen der vergangenen Jahre und unterstreichen die wachsende Bedeutung grenzüberschreitender Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich.

EuRH fordert wirksamere Umsetzung des EU-Krebsplanes

Der Europäische Rechnungshof (EuRH) hat in einem Sonderbericht den „Europäischen Plan gegen den Krebs" insgesamt zurückhaltend bewertet. Zwar erkennt der EuRH die Bedeutung der Initiative an, sieht jedoch deutliche Schwächen bei der Umsetzung und Steuerung. Der seit 2021 laufende Plan ist mit rund vier Milliarden Euro bis 2027 ausgestattet und soll die gesamte Versorgungskette von der Prävention bis zur Nachsorge abdecken. Angesichts von über einer Million Krebstoten pro Jahr in der EU und hohen gesellschaftlichen Kosten bleibt die Bekämpfung von Krebs eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung.

Kritisiert werden vom Rechnungshof insbesondere eine unklare Koordination zwischen EU und Mitgliedsstaaten und eine unzureichende Priorisierung der Maßnahmen. Zudem fehlten häufig klare, messbare Indikatoren, um Fortschritte zuverlässig zu bewerten. Der EuRH empfiehlt daher eine stärkere Fokussierung auf wirkungsvolle Maßnahmen, eine bessere Abstimmung zwischen den Akteuren sowie klar definierte Erfolgskriterien, um die Wirksamkeit des Planes zu erhöhen.

Dr. Alfred Büttner
Leiter des Brüsseler Büros der BZÄK



Journal

© Tierney – stock.adobe.com

Zufriedenheit mit Gesundheitssystem auf neuem Tiefststand

Die Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitssystem hat 2026 den niedrigsten Wert seit 15 Jahren erreicht. Die Mehrheit der Bevölkerung sieht zwar einen Bedarf für eine umfassende Gesundheitsreform, blickt aber skeptisch auf die Umsetzungschancen. Zusätzliche Belastungen für die Bürger durch höhere Kosten und niedrigere Leistungen wie Kürzungen bei den Festzuschüssen für Zahnersatz werden mehrheitlich abgelehnt. Das sind Ergebnisse einer aktuellen Meinungsumfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach für den neuen „DAK-Gesundheitsmonitor 2026".

Im Auftrag der DAK befragte das Institut unter der Leitung von Prof. Dr. Renate Köcher im April insgesamt 1 015 Menschen ab 16 Jahren in Deutschland durch mündlich-persönliche Interviews. Die repräsentative Meinungsumfrage untersuchte unter anderem die Zufriedenheit und das Vertrauen in das deutsche Gesundheitssystem und verglich die Ergebnisse rückblickend auf die vergangenen 20 Jahre. Auch die Reaktion der Bevölkerung auf den aktuellen Gesetzentwurf der Bundesregierung für eine Gesundheitsreform zur Stabilisierung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde umfassend untersucht. „Die Gesundheitsversorgung ist für die Bevölkerung ein außerordentlich wichtiges Thema. Die große Mehrheit macht sich Sorgen, dass sich die Qualität der Versorgung verschlechtert und gleichzeitig die Beiträge weiter steigen. Für die Politik hängt viel von erfolgreichen Reformen ab", so Prof. Dr. Renate Köcher.

Laut DAK-Gesundheitsmonitor geht die Zufriedenheit der Menschen mit der Gesundheitsversorgung seit 2020 kontinuierlich zurück. Nachdem zwischen 2012 und 2022 konstant über 80 Prozent der Bürger das deutsche Gesundheitswesen positiv bewertet hatten, sind es aktuell nur 62 Prozent. Die Zahl der kritischen Stimmen hat sich seit 2020 von 11 auf 35 Prozent mehr als verdreifacht.

tas/Quelle: DAK

Multimorbidität nimmt bereits ab 50 Jahren zu

Bereits im mittleren Lebensalter ist Multimorbidität, also das gleichzeitige Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen, weitverbreitet: Im Jahr 2024 waren in Deutschland 45 Prozent der Frauen und 43 Prozent der Männer im Alter von 50 bis 59 Jahren von mindestens zwei chronischen Erkrankungen betroffen. Mit zunehmendem Alter steigt dieser Anteil kontinuierlich. Zwischen Frauen und Männern zeigen sich dabei nur geringe Unterschiede: Sowohl das allgemeine Prävalenzniveau als auch die zeitlichen Trends und altersabhängigen Zunahmen verlaufen weitgehend parallel. Das sind die zentralen Ergebnisse einer aktuellen Versorgungsatlas-Studie zu zeitlichen Trends und regionaler Variation von Multimorbidität bei Menschen ab 50 Jahren, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) veröffentlicht hat.

Besonders stark hat in den vergangenen zehn Jahren die Gruppe mit hoher Krankheitslast zugenommen. Für das gleichzeitige Auftreten von fünf oder mehr chronischen Erkrankungen wurden die größten Prävalenzanstiege beobachtet – um 12 Prozent bei Frauen und 14 Prozent bei Männern. Deutliche Unterschiede zeigen sich hierbei regional und sozial: Versicherte in Wohnkreisen mit höherer sozioökonomischer Deprivation sind häufiger von Multimorbidität betroffen als Menschen in weniger benachteiligten Regionen.

tas/Quelle: Zi

Aus für Einweg-E-Zigaretten?

Bundesumweltminister Carsten Schneider will Einweg-E-Zigaretten verbieten lassen. Er werde noch in diesem Jahr ein entsprechendes Gesetz vorlegen, sagte der SPD-Politiker nach einem Treffen mit den Umweltministern der Länder in Leipzig. Einweggeräte sollen dann in Deutschland nicht mehr verkauft werden dürfen.

Schneider begründete das geplante Verbot mit der Gefahr von Bränden, die von Einweg-E-Zigaretten ausgehen. Sie würden von den Nutzern häufig über den Hausmüll oder den Gelben Sack entsorgt – und führten dann zu Bränden in Müllentsorgungsanlagen. Nachfüllbare Geräte sollen von dem Verbot nicht betroffen sein.

tas/Quelle: Deutsches Ärzteblatt



© kamiphotos – stock.adobe.com

GOZ aktuell

Prophylaxe und Kinderzahnheilkunde

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

Der Grundstein für eine lebenslange Zahn- und Mundgesundheit wird bereits in den ersten Lebensjahren gelegt. Gesunde Milchzähne sind wichtig für die kindliche Entwicklung, da sie nicht nur als Platzhalter dienen und die Kieferentwicklung unterstützen, sondern auch korrektes Kauen und Sprechen ermöglichen. Im Alter von circa sechs Jahren folgen die ersten bleibenden Zähne, die im Idealfall ein Leben lang halten sollen.

Den Ergebnissen der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS·6) zufolge hat sich die Kariesentwicklung bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten stark reduziert. Mittlerweile sind sogar fast 80 Prozent der Zwölfjährigen kariesfrei. Verbesserte Mundhygiene, richtige Ernährung, regelmäßige Kontrolltermine und die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen wirken sich entscheidend auf diesen positiven Trend aus. Die zahnärztliche Prophylaxe, insbesondere die professionelle Zahnreinigung, ergänzt bereits in jungen Jahren die tägliche häusliche Zahnpflege.

Die Behandlung von Kindern, vor allem im frühen Alter, ist anspruchsvoll und kann – abhängig von der Kooperationsfähigkeit – sehr zeitaufwendig sein. Ein erfolgreicher Zahnarztbesuch mit den jungen Patientinnen und Patienten gelingt meist durch eine freundliche Atmosphäre, ein gutes Vertrauensverhältnis und eine altersgerechte Behandlung.

Das Referat Honorierungssysteme der Bayerischen Landeszahnärztekammer befasst sich in diesem Artikel mit Untersuchungs- und Prophylaxeleistungen, die bei der Behandlung von Kindern anfallen können.

Untersuchung und Beratung

GOZ 0010

Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes

- Der Befund muss dokumentiert werden – in welcher Form und welchem Umfang bestimmen die Zahnärztin und der Zahnarzt.
- Beratungsleistungen können im Zusammenhang mit dieser Untersuchung zusätzlich berechnet werden.
- Die Leistung kann so oft wie erforderlich, ohne einschränkende Fristen, berechnet werden.
- Eine eingehende Untersuchung kann als einzige GOZ-Gebühr neben GOÄ 3 (Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung auch mittels Fernsprecher) berechnet werden.
- Verlaufskontrollen können nicht mit dieser Gebühr berechnet werden.
- Neben der Leistung nach der Nummer 6190 (Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen) kann die Leistung in derselben Sitzung nicht berechnet werden.
- Die Leistung ist nicht neben der symptombezogenen Untersuchung (GOÄ 5) und der vollständigen körperlichen Untersuchung des stomatognathen Systems (GOÄ 6) berechenbar.

GOÄ 1

Beratung – auch mittels Fernsprecher

- Die Leistung kann je Behandlungsfall (= die Behandlung derselben Erkrankung innerhalb eines Zeitraumes von einem Monat nach der jeweils ersten Inanspruchnahme der Zahnärztin oder des Zahnarztes) neben den Leistungen nach Abschnitt C. bis O. der GOÄ berechnet werden.
- Als alleinige Leistung oder neben der GOÄ 5 (Symptombezogene Untersuchung) in einer Sitzung ist die Beratung im Behandlungsfall mehrfach berechnungsfähig.
- Die Gebühr ist auch für eine indirekte Beratung über eine berechtigte Bezugsperson (zum Beispiel Elternteil, Pflegeperson) berechenbar.
- Die Leistung kann an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalles geboten war.
- Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben.

Beschluss Nr. 38 des Beratungsforums

GOÄ-Nr. 1 analog

„Beratung durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt mittels E-Mail (Chat und SMS ausgeschlossen)."

GOÄ-Nr. 1 originär

„Beratung durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt mittels Videoübertragung (z. B. Videosprechstunde).

Hinweis: Die Videoübertragung (z. B. Videosprechstunde) stellt eine besondere Ausführung der Beratung mittels Fernsprecher dar und berechtigt daher zur originären Berechnung der Ziffer."

GOÄ 3

Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher

- Die Leistung muss mindestens zehn Minuten in Anspruch nehmen (eine Dokumentation der Zeitdauer ist empfehlenswert).
- Die Gebühr ist nur neben GOZ 0010 (Eingehende Untersuchung), GOÄ 5 (Symptombezogene Untersuchung) und GOÄ 6 (Vollständige Untersuchung des stomatognathen Systems) berechnungsfähig.
- Die Gebühr ist auch für eine indirekte Beratung über eine berechtigte Bezugsperson (zum Beispiel Elternteil, Pflegeperson) berechenbar.
- Die mehrmalige Berechnung der Leistung im Behandlungsfall (= die Behandlung derselben Erkrankung innerhalb eines Zeitraumes von einem Monat nach der jeweils ersten Inanspruchnahme der Zahnärztin oder des Zahnarztes) und/oder am selben Tag ist in der Rechnung zu begründen.
- Bei Berechnung am selben Behandlungstag sind die jeweiligen Uhrzeiten anzugeben.

Beschluss Nr. 38 des Beratungsforums

GOÄ-Nr. 3 originär

„Beratung durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt mittels Videoübertragung (z. B. Videosprechstunde).

Hinweis: Die Videoübertragung (z. B. Videosprechstunde) stellt eine besondere Ausführung der Beratung mittels Fernsprecher dar und berechtigt daher zur originären Berechnung der Ziffer."

GOÄ 4

Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken

- Sofern es sich bei der Beratung der Patienten und Bezugspersonen um identische Beratungsinhalte handelt, ist die GOÄ-Position 1 (Beratung) neben dieser Leistung nicht berechnungsfähig. Unterscheiden sich die Beratungsinhalte jedoch beispielsweise dahingehend, dass der Bezugsperson andere Kenntnisse vermittelt werden, zu deren Anwendung und Umsetzung die/der Patient/-in ohne Unterstützung und Instruktion der Bezugsperson nicht befähigt ist, sind die Nummern nebeneinander berechnungsfähig.
- Die Leistung kann auch telefonisch erbracht werden.
- Die Leistung ist im Behandlungsfall (= die Behandlung derselben Erkrankung innerhalb eines Zeitraumes von einem Monat nach der jeweils ersten Inanspruchnahme der Zahnärztin oder des Zahnarztes) nur einmal berechnungsfähig.

Beschluss Nr. 38 des Beratungsforums

GOÄ-Nr. 4 analog

„Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken – als Videosprechstunde."

GOÄ 5

Symptombezogene Untersuchung

- Die Leistung ist neben Leistungen nach den Abschnitten C. bis O. der GOÄ im Behandlungsfall (= die Behandlung derselben Erkrankung innerhalb eines Zeitraumes von einem Monat nach der jeweils ersten Inanspruchnahme der Zahnärztin oder des Zahnarztes) nur einmal berechnungsfähig.
- Eine mehrfache Berechnung auch innerhalb desselben Behandlungsfalles ist dann möglich, wenn keine zusätzlichen Leistungen aus den Abschnitten C. bis O. der GOÄ erbracht werden, zum Beispiel bei einer Verlaufskontrolle.
- Die Leistung ist neben GOÄ 1 (Beratung) und GOÄ 3 (Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung) berechenbar.
- Neben GOZ-Leistungen ist die Gebühr so oft wie medizinisch erforderlich ansetzbar.
- Wenn die Leistung bei einem Kind bis zum vollendeten vierten Lebensjahr erbracht wird, ist der Zuschlag K1 berechenbar.
- Neben GOÄ 6 (Vollständige Untersuchung des stomatognathen Systems) und GOZ 0010 (Eingehende Untersuchung) kann die Leistung nicht berechnet werden.

GOÄ 6

Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation

- Die Leistung unterscheidet sich in ihrem Leistungsinhalt von der GOZ-Gebühr 0010 (Eingehende Untersuchung). Sie beinhaltet die Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie den vollständigen Zahnstatus.
- Die Gebühr kann neben GOÄ 1 (Beratung) und GOÄ 3 (Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung) berechnet werden.

- Wenn die Leistung bei einem Kind bis zum vollendeten vierten Lebensjahr erbracht wird, ist der Zuschlag K1 berechenbar.
- Neben GOÄ 5 (Symptombezogene Untersuchung) und GOZ 0010 (Eingehende Untersuchung) kann die Leistung nicht berechnet werden.

K 1

Zuschlag zu Untersuchungen nach Nummer 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr

- Der Zuschlag ist lediglich mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
- Unabhängig von der Anzahl der erbrachten Leistungen kann der Zuschlag nur einmal je Sitzung angesetzt werden.
- Der Zuschlag kann neben GOÄ 5 (Symptombezogene Untersuchung) und GOÄ 6 (Vollständige Untersuchung des stomatognathen Systems) berechnet werden.
- Die Berechnung des Zuschlages ist neben GOÄ 1 (Beratung), GOÄ 3 (Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung) und GOÄ 4 (Erhebung der Fremdanamnese) nur möglich, wenn in gleicher Sitzung eine Untersuchung nach GOÄ 5 oder GOÄ 6 erfolgte.
- Neben GOZ 0010 (Eingehende Untersuchung) ist die Berechnung nicht möglich.

GOZ 6190

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

- Die Leistung ist nicht nur auf kieferorthopädische Zusammenhänge beschränkt.
- Die Gebühr kann im Behandlungsverlauf mehrfach berechnet werden.
- Die Leistung ist in derselben Sitzung neben GOZ 0010 (Eingehende Untersuchung) nicht berechnungsfähig.
- Neben den GOZ-Nummern 6030 bis 6050 (Umformung eines Kiefers) und 6060 bis 6080 (Einstellung der Kiefer in den Regelbiss) kann die Gebühr im selben Berechnungszeitraum nicht angesetzt werden.

GOÄ 70

Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

- Die Gebühr ist beispielsweise für die Ausstellung eines neuen Impfausweises, Eintragungen im Allergiepass, Schulbefreiung, Sportbefreiung, Befreiung vom Kindergarten, Personenbeförderungsschein berechnungsfähig.
- Auch die Einträge der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen im „Gelben Heft“ werden mit dieser Gebühr berechnet.

Prophylaxe

GOZ 1000

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

- Die Gesamtdauer der Leistung ist mit einer Mindestzeit belegt, die gegebenenfalls auch auf mehrere Sitzungen verteilt werden kann.
- Die Erhebung des Mundhygienestatus muss in geeigneter Form dokumentiert sein.
- Die Verwendung eines Formblattes ist nicht vorgeschrieben.
- Die Leistung ist nur einmal innerhalb eines Jahres berechnungsfähig.
- Ist die Wiederholung der Leistung in einem kürzeren Abstand notwendig, kann sie gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden.
- Die Gebührennummern 1000 und 1010 (Kontrolle des Übungserfolges) sind an einem Behandlungstag berechnungsfähig, wenn die Patientin oder der Patient im Anschluss an die Leistungserbringung nach der Nummer 1000 selbstständig die Umsetzung des Erlernten übt und anschließend eine Kontrolle nach der Nummer 1010 erfolgt. Die Zeitvorgaben sind einzuhalten.
- Die Leistung setzt die Einzelunterweisung voraus.
- Im Zusammenhang mit dieser Leistung sind GOZ 0010 (Eingehende Untersuchung), GOZ 4000 (Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus) und GOZ 8000 (Klinische Funktionsanalyse) sowie GOÄ 1 (Beratung), GOÄ 5 (Symptombezogene Untersuchung) und GOÄ 6 (Vollständige Untersuchung des stomatognathen Systems) nur dann berechnungsfähig, wenn diese Leistungen anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.

GOZ 1010

Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten

- Die Gesamtdauer der Leistung ist mit einer Mindestzeit belegt, die gegebenenfalls auch auf mehrere Sitzungen verteilt werden kann.
- Die Leistung ist innerhalb eines Jahres höchstens dreimal berechnungsfähig.
- Ist die Wiederholung der Leistung in einem kürzeren Abstand notwendig, kann sie gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden.
- Die Gebührennummern 1000 (Mundhygienestatus) und 1010 sind an einem Behandlungstag berechnungsfähig, wenn die Patientin oder der Patient im Anschluss an die Leistungserbringung nach der Nummer 1000 selbstständig die Umsetzung des Erlernten übt und anschließend eine Kontrolle nach der Nummer 1010 erfolgt. Die Zeitvorgaben sind einzuhalten.
- Die Leistung setzt die Einzelunterweisung voraus.
- Im Zusammenhang mit dieser Leistung sind GOZ 0010 (Eingehende Untersuchung), GOZ 4000 (Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus) und GOZ 8000 (Klinische Funktionsanalyse) sowie GOÄ 1 (Beratung), GOÄ 5 (Symptombezogene Untersuchung) und GOÄ 6 (Vollständige Untersuchung des stomatognathen Systems) nur dann berechnungsfähig, wenn diese Leistungen anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.

GOZ 1020

Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung

- Die Maßnahme ist unabhängig von der Anzahl der behandelten Zähne nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.
- Die Leistung ist innerhalb eines Jahres höchstens viermal berechnungsfähig.
- Ist eine häufigere Leistungserbringung medizinisch notwendig, so ist dies gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen.
- Die Mundspülung mit fluoridhaltigen Lösungen erfüllt nicht die Voraussetzungen dieser Leistung.
- Das verwendete Material ist nicht gesondert berechnungsfähig.
- Neben der GOZ-Nummer 1040 (Professionelle Zahnreinigung) kann die Leistung am selben Zahn nicht berechnet werden.

GOZ 1030

Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer

- Die Leistung kann nur bei Anwendung in der Zahnarztpraxis berechnet werden.
- Die Leistung setzt eine individuell gefertigte Schiene als Medikamententräger voraus.
- Die zahnärztliche Leistung im Zusammenhang mit der Herstellung und Eingliederung des Medikamententrägers ist im Leistungstext nicht beschrieben und kann daher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden.
- Die Leistung ist nur im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Kariesprophylaxe berechnungsfähig.
- Eine Schiene als Medikamententräger für andere Zwecke wird analog gemäß § 6 Abs. 1 berechnet.
- Die Kosten für das benutzte und verbrauchte Medikament sind nicht gesondert berechnungsfähig.
- Die Leistung kann innerhalb eines Jahres ohne Begründung höchstens viermal berechnet werden.
- Bei Anwendung einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger für Fluoridierungsmittel ist die mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach der Nummer 1030 innerhalb eines Jahres in der Rechnung zu begründen.

GOZ 1040

Professionelle Zahnreinigung (PZR)

- Die Leistung umfasst die Reinigung der Zahnzwischenräume, die Entfernung des Biofilmes, die Politur aller zugänglichen Oberflächen und gegebenenfalls die Fluoridierung der gereinigten Oberflächen.
- Die Gebühr umfasst lediglich die Entfernung supragingivaler/gingivaler Beläge – die subgingivale Belagsentfernung ist nicht erfasst und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet.
- Die Leistung wird je Zahn, Implantat oder Brückenglied berechnet.
- Die Leistung kann mit Handinstrumenten oder mit mechanischer beziehungsweise instrumenteller Unterstützung erbracht werden.
- Kontrollmaßnahmen und Nachreinigungen in einer Folgesitzung werden mit GOZ 4060 berechnet.
- Die Reinigung kann so oft erfolgen, wie sie medizinisch notwendig ist, da es keine Abrechnungsbeschränkung gibt.
- Die PZR kann am selben Zahn und in gleicher Sitzung nicht neben GOZ 1020 (Lokale Fluoridierung), GOZ 4050 und GOZ 4055 (Entfernung harter und weicher Zahnbeläge), GOZ 4070 und GOZ 4075 (Subgingivale Konkremententfernung), GOZ 4090 und GOZ 4100 (Lappenoperation) berechnet werden.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Kariesrisikotest

Bei diesem Verfahren wird der Speichel der Patienten auf die kariesverursachenden Bakterien (Streptococcus mutans, Laktobazillen) untersucht.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Kariesinfiltrationsbehandlung

Beginnende Karies kann mikroinvasiv und schonend, ohne den Zahnschmelz beschädigen zu müssen, durch Infiltration gestoppt werden. Die Behandlung erfolgt ohne Bohren, ist schmerzfrei und die gesunde Zahnsubstanz bleibt erhalten.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Kariesdetektor

Mithilfe eines Kariesdetektors werden färbende Substanzen auf das Dentin aufgebracht und durch den darin enthaltenen Farbstoff können kariöse oder demineralisierte Stellen erkannt werden.

Konservierende Leistungen

GOZ 2000

Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, auch Glattflächenversiegelung, je Zahn

- Die Leistung ist für den Bereich kariesfreier Fissuren bei Milchzähnen und bleibenden Zähnen berechenbar.
- Die Gebühr kann auch für die Versiegelung von Glattflächen berechnet werden.
- Die relative Trockenlegung ist mit der Gebühr abgegolten.
- Wenn eine Fissur neben einer Füllung versiegelt wird, kann dies ebenfalls berechnet werden.
- Auch die Erneuerung oder Teilerneuerung einer Versiegelung wird mit dieser Gebühr angesetzt.
- Das verwendete Versiegelungsmaterial ist mit der Gebühr abgegolten.
- Auch bei mehreren Fissuren eines Zahnes erfolgt die Berechnung immer nur einmal je Zahn.
- Eine erweiterte Fissurenversiegelung wird wie eine definitive Füllung berechnet.

Beschluss Nr. 2 des Beratungsforums

GOZ-Nr. 2197 nicht neben GOZ-Nr. 2000

„Im Zusammenhang mit der Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen und Glattflächenversiegelung nach der GOZ-Nr. 2000 ist die GOZ-Nr. 2197 für die adhäsive Befestigung der Versiegelung nicht zusätzlich berechnungsfähig, da die adhäsive Befestigung der Versiegelung nach der wissenschaftlichen ‚Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde' Bestandteil der Fissurenversiegelung ist."

GOZ 2250

Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde

- Die Leistung ist nicht auf die Versorgung von Milchzähnen begrenzt.
- Mit der Gebühr ist die Auswahl der Krone, das Anpassen sowie die Eingliederung abgegolten.
- Materialkosten für die konfektionierte Krone sind gesondert berechnungsfähig.
- Bei erwachsenen Patienten ist die Leistung nicht berechnungsfähig.

GOZ 2380

Amputation und endgültige Versorgung der avitalen Milchzahnpulpa

- Die Leistung beinhaltet die Entfernung der gesamten avitalen Milchzahnkronenpulpa und die dauerhafte medikamentöse Abdeckung der freigelegten Wurzelpulpa am Wurzelkanaleingang.
- Das Exkavieren ist nicht Bestandteil der Gebühr, sondern wird im Zusammenhang mit der Füllungsleistung oder einer konfektionierten Kinderkrone berechnet.
- Die provisorische Versorgung der Zahnkavität oder deren definitive Versorgung ist gesondert berechnungsfähig.
- Eine Mortalamputation an einem bleibenden Zahn wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet.
- Erfolgen eine Wurzelkanalaufbereitung (GOZ 2410) und eine Wurzelfüllung (GOZ 2440), kann die Leistung nicht berechnet werden.

Sonstige Leistungen

GOZ 3280

Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens und Durchtrennen des Septums bei echtem Diastema

- Bei dieser Leistung fällt zusätzlich der OP-Zuschlag nach der Nummer 0500 an, sofern es sich um die höchste zuschlagsfähige Leistung am Operationstag handelt und kein OP-Zuschlag aus der GOÄ zur Berechnung kommt.
- Die Beseitigung störender Schleimhautbänder wird mit GOZ 3210 berechnet, da dieser Eingriff nur die Schleimhaut betrifft und Knochenhaut und Knochen nicht in die Operation miteinbezogen werden.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Reposition eines dislozierten Zahnfragmentes mittels Adhäsivtechnik

Wird beispielsweise bei einem Unfall ein Teil eines Frontzahnes abgeschlagen, ermöglicht die Dentinadhäsivtechnik, das fraktionierte Zahnteil am Zahn wiederzubefestigen.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Approximale Schmelzreduktion (ASR)

Die ASR dient der Platzgewinnung im Kiefer. Zur Behebung von leichten Engständen kann auf eine Entfernung bleibender Zähne verzichtet werden, indem man eine Zahnschmelzreduktion zwischen einzelnen Zähnen vornimmt.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ

Sportschutz

Schienen zum Schutz der Zähne ohne therapeutischen Hintergrund sind nicht medizinisch indiziert und werden gemäß § 2 Abs. 3 GOZ als Verlangensleistung berechnet.

Fazit

Bei der Behandlung von Minderjährigen muss das Einverständnis der Eltern oder Erziehungsberechtigten vorliegen. Es empfiehlt sich, dass beide Elternteile schriftlich zustimmen, da oftmals nicht bekannt ist, ob bei getrennt lebenden Eltern der erschienene Elternteil das alleinige Sorgerecht besitzt.





MANUELA KUNZE
Referat Honorierungssysteme der BLZK

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

ANZEIGE

DIRECTA
ProphyCare®

ProphyCare® Yellow 40

Für eine effektive Endpolitur und eine besonders sanfte Anwendung in der Kinderprophylaxe



Jetzt auch parabenfrei!

Für weitere Informationen scannen Sie den QR-Code oder gehen Sie auf www.directadental.com

ProphyCare® HAp

Fluorid- und parabenfreie One-Step-Prophylaxepaste mit Hydroxylapatit – reduziert Überempfindlichkeiten und unterstützt die Remineralisierung.





© Olivier Le Moal – stock.adobe.com

Ihr persönliches Frühwarnsystem

Was sich aus WP-Statistiken ablesen lässt – Teil 1

Die Statistik der Gesamtübersicht und die Häufigkeitsstatistik werden jedem Vertragszahnarzt jedes Quartal zur Verfügung gestellt. Sie sind für Vertragszahnärzte weit mehr als eine reine Zahlenübersicht. Sie sind ein zentrales Instrument zur Selbstkontrolle – insbesondere im Hinblick auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Diese Leitfadenreihe zeigt praxisnah und verständlich, wie Sie Ihre Statistiken lesen, interpretieren und gezielt zur Risikosteuerung einsetzen – beginnend mit der Gesamtübersicht.

Bedeutung für die Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung basiert maßgeblich auf statistischen Auffälligkeiten. Die Statistik der Gesamtübersicht bildet eine der Grundlagen, auf der die Antragsteller (Krankenkassen oder KZVB) Anträge auf Überprüfung der Wirtschaftlichkeit stellen und die Prüfgremien in der Folge argumentieren und entscheiden.Das bedeutet: Wer sich mit seiner Statistik beschäftigt, erkennt Auffälligkeiten zum Landesdurchschnitt und kann frühzeitig gegensteuern oder aber Praxisbesonderheiten erkennen und benennen.

Die Statistik richtig lesen

Die Gesamtübersicht ist das zentrale Element Ihrer Statistik. Hier werden Ihre Praxiswerte direkt dem Landesdurchschnitt gegenübergestellt.
Wichtige Kennzahlen von links nach rechts am Beispiel KCH:

Leistungsart	Fälle	Gesamt EUR	M %	F %	R %	Punkte je Fall	MLK-EUR je Fall	Ges-EUR je Fall
KCH/CHIR/IP								
Praxis	496	133.264	43	17	30	262		269
Landes-D	522	55.563	54	24	21	103		106
Abweichung %	-5	140	-20	-29	43	154		154

- Leistungsart: aufgeteilt nach BEMA-Teilen
- Fälle: Anzahl behandelter Patienten, getrennt nach BEMA-Teilen
- Gesamt EUR: Gesamtumsatz an Kassenleistungen
- M/F/R in Prozent: Versichertenverteilung in Mitglieder, Familienversicherte und Rentner
- Punkte je Fall: Wie viele BEMA-Punkte werden bei einem Patienten Im Durchschnitt je Quartal abgerechnet
- Ges-EUR je Fall: Wie viel kostet ein Patient im Durchschnitt je Quartal

Wichtige Kennzahlen von oben nach unten:

Leistungsart	Fälle	Gesamt EUR	M %	F %	R %	Punkte je Fall	MLK-EUR je Fall	Ges-EUR je Fall
KCH/CHIR/IP								
Praxis	496	133.264	43	17	30	262		269
Landes-D	522	55.563	54	24	21	103		106
Abweichung %	-5	140	-20	-29	43	154		154
davon IP								
Praxis	38	3.404				79		90
Kieferbruch								
Praxis	7	1.473	71		29	94	114	210
Landes-D	16,5	2.826	72	14	14	77	93	171
Abweichung %	-58	-48	-1	-100	107	22	23	23
KFO-gesamt								
Praxis	15	2.670		96	4	45	141	178
Landes-D	35,2	6.213	5	93	2	159	46	177
Abweichung %	-57	-57	-100	3	100	-72	207	1
KA-Anteil		2.670						178
davon Sachleistungen								
Praxis								
PAR								
Praxis	27	10.530	29		71	381		390
Landes-D	8	3.570	68	8	24	437		447
Abweichung %	238	195	-57	-100	196	-13		-13
Abweichung %/ Verhältnis KCH-Fälle	260							

Kassen nach § 8 Abs. 2 der Prüfvereinbarung

111831040000 161	111903427000 82	11152007800 55	111843324802 33	111853415000 8	111993900304 89	111720279356 44	211836799800 24

KCH-Fälle mit einem Abrechnungsvolumen über:

EUR	Anzahl	Honorar	Praxis pro 100 Fälle	Landesdurchschnitt pro 100 Fälle
300,00	72	41.692,6	14,5	7,2
400,00	59	35.133,9	11,9	3,9
500,00	34	24.197,5	6,9	2,2
600,00	13	10.587,7	2,6	1,3

- Aufteilung nach BEMA-Teilen fett gedruckt
- Praxis: Werte der eigenen Praxis
- Landes-D: Werte des Landesdurchschnittes aller bayerischen Vertragszahnärzte innerhalb der jeweiligen Vergleichsgruppe
- Abweichung %: Abweichung der eigenen Praxis zu den Werten des Landesdurchschnittes in Prozent
- Bei KFO – KA Anteil: Anteil der Kassenleistung ohne Eigenanteil
- Kassen nach § 8 Abs. 2 der Prüfvereinbarung: Auflistung der Anzahl der am Verfahren beteiligten Fälle je Krankenkassennummer
- KCH-Fälle mit einem Abrechnungsvolumen über: Auflistung der kostenintensiven Fälle ab 300 Euro im Vergleich zum Landesdurchschnitt

Abweichungen erkennen und bewerten

Die Spalte „Abweichung %“ ist der Schlüssel zur Interpretation.

Grundregel ab Quartal 3.2025: Die Überschreitungshöhe des Gesamtfallwertes KCH ist individuell zu betrachten. Je nach Fallzahl errechnet sich das größenadjustierte offensichtliche Missverhältnis – also die Überschreitungshöhe, bis zu der die Abrechnung im Hinblick auf den Gesamtfallwert als gerade noch wirtschaftlich betrachtet wird. Wird diese Grenze beim Gesamtfallwert überschritten, tritt eine Beweislastumkehr ein und die Abrechnung gilt als offensichtlich unwirtschaftlich. Ein Prüfantrag droht.

Den Beginn der sogenannten Grenze zum größenadjustierten offensichtlichen Missverhältnis finden Sie als Anlage zur Gesamtübersicht beigefügt.

Leistungsart	Fälle	Ges-EUR je Fall
KCH/CHIR/IP		
Praxis	880	100
Landes-D	602,4	114
Abweichung %	46	-12

Ihr größenadjustiertes offensichtliches Missverhältnis beginnt bei 41 %

Strategischer Umgang mit der Statistik

So nutzen Sie die Statistik aktiv
zur Vermeidung von Prüfungen:
- ✓ Regelmäßige Analyse (jedes Quartal)
- ✓ Fokus auf große Abweichungen
- ✓ Vergleich über mehrere Quartale
- ✓ Frühzeitige Korrektur auffälliger Entwicklungen

Fazit

Die Statistik Gesamtübersicht ist Ihr Frühwarnsystem. Wer sie versteht, kann nicht nur wirtschaftlich erfolgreicher arbeiten, sondern auch das Risiko von Wirtschaftlichkeitsprüfungen deutlich reduzieren.

Fortsetzung folgt in der nächsten Ausgabe mit dem Beitrag: „Die Statistik verstehen und richtig nutzen: die Häufigkeitsstatistik“.

Dr. Kristin Büttner
Syndikusrechtsanwältin
Leitung Prüfungsstelle Zahnärzte Bayern

ANZEIGE



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

eazf
Europäische Akademie für zahnärztliche Fort- und Weiterbildung der BLZK

Ästhetik in der Zahnheilkunde

Mehr als nur ein schönes Lächeln!



Moncherie Stock-Fotografie-ID:18533151

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Ästhetik in der Zahnmedizin ist weit mehr als das Streben nach einem makellosen Lächeln. Sie berührt **Fragen der Identität, des Selbstwertgefühls und der sozialen Wahrnehmung** und damit zentrale Dimensionen menschlichen Wohlbefindens.

Ein harmonisches Zahnbild beeinflusst maßgeblich, wie **Menschen sich selbst sehen und wie sie von anderen wahrgenommen werden**. Studien zeigen, dass gepflegtes Aussehen und gesund wirkendes Lächeln oft mit Sympathie, Kompetenz, Vertrauen und sogar Jugend assoziiert werden. Verständlich, dass Patientinnen und Patienten nicht nur funktionale Lösungen erwarten.

Die Kunst der ästhetischen Zahnmedizin besteht darin, Form, Farbe und Stellung so zu gestalten, dass sie im Einklang mit Gesichtszügen, Mimik und Persönlichkeit stehen. **Digitale Planung, innovative Materialien und minimalinvasive Techniken** erlauben heute Ergebnisse, die noch vor Jahren undenkbar waren. Gleichzeitig wächst damit die Verantwortung, diese Möglichkeiten sinnvoll einzusetzen.

Ästhetik ist **integraler Bestandteil moderner medizinischer Versorgung**. Sie trägt dazu bei, Lebensqualität zu verbessern, Selbstvertrauen zu stärken und soziale Teilhabe zu fördern.

Unsere Dozentinnen und Dozenten werden alle diese Aspekte beleuchten! Profitieren Sie von ihren Erfahrungen, die das Leben im Praxisalltag erleichtern!

Die Live-Vorträge mit Diskussion laufen von Oktober bis Dezember 2026 jeweils am Mittwoch. Eine **Buchung der Serie** ist auch während und nach Abschluss der Serie bis zum 31.12.2027 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

Grundlagen der Ästhetik
Was Schönheit in der Zahnheilkunde wirklich ausmacht
Termin: 28. Oktober 2026, 18.00 Uhr
Dozent: Prof. Dr. Bernd Klaiber, Würzburg

Frontzahnästhetik mit Komposit
Kleine Korrekturen, große Wirkung
Termin: 4. November 2026, 18.00 Uhr
Dozentin: Dr. Britta Hahn, Würzburg

Frontzahnästhetik mit Keramik
Schönheit aus Meisterhand
Termin: 11. November 2026, 18.00 Uhr
Dozent: Prof. Dr. Jan-Frederik Güth, München

Ästhetik im Seitenzahnbereich
Was ist möglich – was ist nötig?
Termin: 18. November 2026, 18.00 Uhr
Dozent: Wolfgang-M. Boer, Euskirchen

Ästhetik trifft Funktion
Schönheit im Belastungstest
Termin: 25. November 2026, 18.00 Uhr
Dozent: Prof. Dr. Marc Schmitter, Würzburg

Rote Ästhetik
Pink matters!
Termin: 2. Dezember 2026, 18.00 Uhr
Dozent: Prof. Dr. Stefan Fickl, Würzburg/Fürth

KFO für Erwachsene
Wenn kleine Bewegungen Großes verändern
Termin: 9. Dezember 2026, 18.00 Uhr
Dozentin: Prof. Dr. Angelika Stellzig-Eisenhauer, Würzburg

Ästhetik in besonderen Fällen
Wenn Verfärbungen und Flecken zum Problem werden
Termin: 16. Dezember 2026, 18.00 Uhr
Dozent: Prof. Dr. Gabriel Krastl, Würzburg

Moderation: Prof. Dr. Johannes Einwag
Beginn: jeweils 18.00 Uhr
Kosten: EUR 535,00
Fortbildungspunkte: 16

INFORMATION UND BUCHUNG
Details und Registrierung unter:

online.eazf.de

Online-News der BLZK

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

BLZK.de

Berufseinstieg Zahnmedizin

Das Angebot der Bayerischen Landeszahnärztekammer unterstützt beim Berufseinstieg mit Informationen zur Assistenzzeit, Niederlassung und Famulatur – für einen erfolgreichen Start in die zahnärztliche Tätigkeit.

> https://blzk.de/blzk/site.nsf/id/pa_berufseinstieg.html

QM Online

Neues Kapitel zum Hitzeschutz

Im QM Online gibt es jetzt praxisnahe Informationen und Maßnahmen zur Vorbereitung auf Hitzewellen in der Zahnarztpraxis. So können Sie Ihr Personal und Ihre Patientinnen und Patienten schützen:

> https://qm.blzk.de/qm/q-8-hitzeschutz

zahn.de

Video zur Zahnarztangst

Wer Angst vor dem Zahnarzt hat, meidet meist den Besuch in der Praxis. Ein neues Video in der Mediathek auf zahn.de zeigt, warum das keine gute Strategie ist und wie die Zahnarztpraxis bei Zahnarztangst hilft:

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

Social Media

Instagram und Facebook

Der Instagram-Kanal der BLZK bringt Themen und Stories für ZFA – und alle, die es werden wollen:

> www.instagram.com/missionzfa

Unter „Die bayerischen Zahnärzte" gibt es auf Facebook Infos zu zahnmedizinischen und gesundheitspolitischen Themen:

> www.facebook.com/BLZK.KZVB

Wissenschaft trifft Praxis

Spannende Fortbildung an der LMU-Zahnklinik

„Kollegen im Dialog: LMU trifft Münchner Zahnärzteschaft" – diese Veranstaltungsreihe hat sich mittlerweile etabliert. Anfang Mai sprach hier Prof. Dr. Jan Kühnisch, Leiter der Sektion Kinderzahnheilkunde, über die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH).

MIH ist längst ein häufiges Zustandsbild in der zahnärztlichen Praxis. Besonders Molaren mit Oberflächeneinbrüchen bei Schulkindern sind für die in der Regel noch sehr jungen Patienten, ebenso deren Familien sowie auch für das gesamte zahnärztliche Team eine große Herausforderung. In seinem Vortrag ging Prof. Kühnisch auf den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand sowie auf die verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Konzepte ein. Wie lässt sich MIH klinisch zuverlässig diagnostizieren und von anderen Schmelzdefekten abgrenzen? Was wissen wir heute gesichert über Ätiologie und Pathogenese? Welche Therapiestrategien sind evidenzbasiert und klinisch sinnvoll? Auf diese Fragen bekamen die Teilnehmer Antworten, die sie nun in ihren Praxen anwenden können.

Redaktion



Der große Hörsaal der Zahnklinik der LMU war gut gefüllt, als Prof. Kühnisch über das Thema Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation referierte.

© Tatiana – stock.adobe.com

ANZEIGE

Sie fragen. Wir antworten.
KZVB im Dialog

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns

Warkens Spargesetz und die Folgen

Wie stoppen wir das Praxissterben?

Reicht das Budget für 2026?

Termine

24. Juni, 18.00 Uhr in München
(Augustiner Keller)

21. Juli, 18.30 Uhr in Sinzing
(Gaststätte Röhrl)

22. Juli, 18.30 Uhr in Nürnberg
(Gutmann am Dutzendteich)

Weitere Infos und Anmeldung auf kzvb.de.

© martialred - stock.adobe.com / Chat GPT



© zendograph – stock.adobe.com

Gesundheit, die bleibt

Betriebliche Krankenversicherung gewinnt in Zahnarztpraxen an Bedeutung

Wer qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewinnen und halten will, muss heute mehr bieten als ein marktgerechtes Gehalt und ein gutes Betriebsklima. Eine betriebliche Krankenversicherung (bKV) kann dabei zu einem Pluspunkt werden: Sie stärkt die Bindung ans Team, erhöht die Attraktivität der Praxis als Arbeitgeber und schafft einen Gesundheitsmehrwert, der im Alltag tatsächlich ankommt.

Im Unterschied zu einer klassischen Gehaltserhöhung ist die bKV zweckgerichtet und bietet Beschäftigten viele Vorteile. Der Arbeitgeber schließt einen Gruppenvertrag ab und finanziert die Beiträge ganz oder teilweise. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsteht dadurch ein zusätzlicher Versicherungsschutz, ohne dass sie selbst einen gesonderten Abschluss vornehmen oder eine aufwendige Gesundheitsprüfung durchlaufen müssen.

Budgettarife mit Wirkung

Besonders praxisnah sind sogenannte Budgettarife. Sie stellen den Beschäftigten ein jährliches Gesundheitsbudget zur Verfügung, das flexibel für verschiedene Leistungen eingesetzt werden kann. Je nach Ausgestaltung umfasst dies ambulante Behandlungen, Vorsorgeuntersuchungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Naturheilverfahren, Sehhilfen und bei einigen Anbietern auch zahnmedizinische Leistungen. Der Vorteil: Ein Budget ist leicht zu erklären und flexibel einsetzbar.

Moderne Tarife gehen dabei über die reine Kostenerstattung hinaus. Je nach Anbieter können zusätzliche Gesundheitsservices, digitale Unterstützungsangebote oder ergänzende Leistungen enthalten sein. Zudem sind verschiedene Budgetstufen möglich, sodass sich die Leistung an die Größe der Praxis und die gewünschte Ausgestaltung anpassen lässt.

Signal der Wertschätzung

Für Arbeitgeber liegt der Nutzen im Personalmarketing. Eine bKV kann die Mitarbeiterbindung stärken, Fluktuation reduzieren und die Praxis im Wettbewerb um Fachkräfte klarer positionieren. In der Wirkung nach außen zeigt die bKV Bewerberinnen und Bewerbern außerdem, dass die Praxis moderne Personalpolitik ernst nimmt und in die Gesundheit ihres Teams investiert. Damit wird die betriebliche Krankenversicherung zu einem Bestandteil einer glaubwürdigen Arbeitgebermarke.

Steuerlich klug gestalten

Steuerlich ist die bKV vor allem dann interessant, wenn sie als Sachbezug umgesetzt wird. Aktuell kann die Leistung innerhalb der monatlichen Sachbezugsfreigrenze steuer- und sozialversicherungsfrei bleiben. Diese liegt grundsätzlich bei 50 Euro pro Monat. Entscheidend sind dabei die konkrete Vertragsgestaltung und die Einordnung in die Lohnabrechnung. Das Modell sollte also von Beginn an mit Steuerberatung oder Lohnabrechnung abgestimmt werden.

Mehr als ein Zusatzbaustein

Budgettarife zeigen, wie modern sich betriebliche Krankenversicherung gestalten lässt. Sie verbinden einen verständlichen Leistungsrahmen mit hoher Flexibilität und sichtbarem Nutzen für das Team. Ergänzende Services und Vorsorgeangebote machen das Konzept zusätzlich attraktiv.

Für Zahnarztpraxen passt dieser Ansatz besonders gut, weil er fachlich zum eigenen Selbstverständnis passt: Gesundheit fördern, bevor sie zum Problem wird. Wer diesen Gedanken auch im Umgang mit den eigenen Mitarbeitenden lebt, setzt ein starkes Zeichen – nach innen wie nach außen. Die bKV ist damit auch ein strategisches Instrument moderner Praxisführung.

Michael Weber
Geschäftsführer der eazf Consult

KONTAKT

Bei Interesse an einer Beratung zur betrieblichen Krankenversicherung, 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 Michael Weber auch unter der Telefonnummer 089 230211-492.

VVG
Versicherungsvermittlung
und Gruppenversicherung



Unabhängige und fachkundige Beratung!

Wichtige Praxisversicherungen

- Sonderkonditionen für bayerische Praxen
- Kostenfreie Versicherungsanalyse
- Spezialkonzepte für Zahnärztinnen und Zahnärzte
- Attraktive und kosteneffiziente Berufshaftpflicht

www.zahnarzt-versichern.de

www.zahnarzt-versichern.de

Ein Unternehmen der eazf Consult

Ankyloglossie und Stillprobleme

Klinische Relevanz zwischen Überdiagnose und differenzierter Therapieentscheidung

Ein Beitrag von Michaela Baake

Stillen gilt als empfohlene Ernährungsform im Säuglingsalter und spielt eine zentrale Rolle für die Gesundheit von Kind und Mutter. Dennoch treten insbesondere in den ersten Lebenswochen häufig Schwierigkeiten beim Stillen auf, die für die betroffenen Familien wie für die betreuenden Fachpersonen eine Herausforderung darstellen. In diesem Kontext rückt die Ankyloglossie zunehmend in den Fokus klinischer Diskussionen, da sie als möglicher Einflussfaktor auf die orale Funktion und den Stillerfolg betrachtet wird.

Stillprobleme im Säuglingsalter stellen eine häufige Herausforderung dar und sind in ihrer Genese multifaktoriell bedingt. Neben funktionellen Störungen der oralen Motorik sowie stillpositionsabhängigen Faktoren wird die Ankyloglossie zunehmend als potenzieller Einflussfaktor diskutiert.[2] Die Beurteilung der klinischen Relevanz gestaltet sich jedoch schwierig, da sowohl Diagnostik als auch Therapieindikation uneinheitlich sind und unterschiedliche Fachdisziplinen teils divergierende Bewertungskriterien heranziehen.[1,3,6] Parallel dazu ist in den letzten Jahren ein Anstieg interventioneller Maßnahmen, insbesondere der Frenotomie, zu beobachten, obwohl die Evidenzlage hinsichtlich langfristiger Effekte begrenzt ist.[1,3]



Abb. 1: *Situation introral vor dem Eingriff.*

Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, anhand eines klinischen Fallbeispieles die diagnostischen und therapeutischen Herausforderungen bei vermuteter Ankyloglossie im Kontext von Stillproblemen kritisch einzuordnen. Im Folgenden wird ein Fall aus der klinischen Praxis dargestellt, bei dem eine funktionell relevante Einschränkung der Zungenbeweglichkeit mit persistierenden Stillproblemen assoziiert war und nach konservativen Maßnahmen eine interventionelle Therapie erfolgte.

Stand der Literatur

Die Ankyloglossie wird in der Regel als angeborene Verkürzung des lingualen Frenulums definiert, die zu einer Einschränkung der Zungenbeweglichkeit führen kann.[2] In der klinischen Praxis existieren jedoch unterschiedliche Ansätze zur Diagnosestellung.[1,3] Während einige Klassifikationssysteme primär morphologische Kriterien berücksichtigen, rücken andere die funktionelle Beurteilung der Zungenbeweglichkeit in den Vordergrund.[2,6] Eine einheitliche, disziplinübergreifend akzeptierte Definition liegt bislang nicht vor.[1,3] Dies führt dazu, dass die Einschätzung der klinischen Relevanz im Einzelfall variieren kann, insbesondere wenn anatomische Befunde nicht eindeutig mit funktionellen Einschränkungen korrelieren. Ein Zusammenhang zwischen eingeschränkter Zungenbeweglichkeit und Stillproblemen wird in der Literatur beschrieben, insbesondere im Hinblick auf Schwierigkeiten beim Latch, verlängerte Stilldauer sowie maternale Schmerzen.[2,4] Gleichzei-

tig ist die Datenlage heterogen.[1,5] Studien unterscheiden sich in Diagnostik, Methodik und Endpunkten, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Zudem bleibt in vielen Fällen unklar, in welchem Ausmaß die beobachteten Stillprobleme kausal auf eine Ankyloglossie zurückzuführen sind oder durch andere Faktoren beeinflusst werden.[1,3] Therapeutisch stehen sowohl konservative Maßnahmen wie stillberaterische Unterstützung und Anpassung der Stilltechnik als auch interventionelle Verfahren, insbesondere die Frenotomie, zur Verfügung.[2] Für die Frenotomie werden häufig kurzfristige Verbesserungen beschrieben, insbesondere eine Reduktion mütterlicher Schmerzen und eine Verbesserung des Saugverhaltens.[1,4] Die Aussagekraft hinsichtlich langfristiger Effekte ist jedoch begrenzt.[1,5] Darüber hinaus besteht keine einheitliche Empfehlung zur Indikationsstellung, was sich auch in der klinischen Praxis widerspiegelt.[3,6]

Fallbericht

Ausgangssituation

Ein reif geborenes Neugeborenes (41+1 SSW) wurde am 27.2.2026 erstmals in unserer Praxis vorgestellt. Es handelte sich um das erste Kind der Mutter nach unkomplizierter Schwangerschaft und spontaner Geburt unter Periduralanästhesie. Der postpartale Verlauf war unauffällig, ein stationärer Aufenthalt von drei Tagen erfolgte ohne Hinweise auf Anpassungsstörungen. Die Vorstellung erfolgte auf Überweisung des Kinderarztes bei bereits im Kreißsaal geäußertem Verdacht auf eine Einschränkung der Zungenbeweglichkeit.

Symptomatik

Zum Zeitpunkt der Vorstellung bestanden ausgeprägte Stillprobleme. Das Kind konnte nur flach an die Brust andocken, rutschte während des Stillens wiederholt ab und zeigte eine deutliche Frustration beim Trinken. Zusätzlich wurden Klickgeräusche sowie wiederholtes Verschlucken beobachtet. Die Stilldauer lag regelmäßig über 30 Minuten bei erhöhter Frequenz. Eine suffiziente Gewichtszunahme war nicht gegeben, das Geburtsgewicht war noch nicht wieder erreicht. Die Mutter berichtete über starke Schmerzen beim Stillen (VAS 8/10) sowie über rissige und wunde Mamillen. Aufgrund der unzureichenden Milchübertragung wurde zusätzlich abgepumpt und eine Zufütterung mittels Flasche durchgeführt.

Klinischer Befund

In der klinischen Untersuchung zeigte sich ein anteriores linguales Frenulum mit Ursprung im Bereich der Alveolarkammregion und Ansatz im vorderen Zungendrittel. Funktionell bestand eine eingeschränkte Laterotrusion sowie eine reduzierte Protrusion; die Zunge konnte nicht über die Unterlippe hinausgeführt werden. Bei Elevation zeigte sich eine V-förmige Konfiguration der Zungenspitze. Insgesamt ergab sich der Eindruck einer funktionell relevanten Einschränkung der Zungenbeweglichkeit.

Vorbehandlung

Vor der Vorstellung waren bereits stillberaterische Maßnahmen durch die betreuende Hebamme erfolgt. Trotz Anpassung der Stilltechnik und intensiver Unterstützung zeigte sich keine nachhaltige Verbesserung der Symptomatik. Eine weiterführende körpertherapeutische Mitbehandlung war zum Zeitpunkt der Vorstellung noch nicht erfolgt.

Indikationsstellung

Die Indikation zur Frenotomie wurde aufgrund der persistierenden Symptomatik, der funktionellen Einschränkung der Zungenbeweglichkeit sowie des fehlenden Ansprechens auf konservative Maßnahmen gestellt. Die Entscheidung erfolgte im interdisziplinären Austausch mit der betreuenden Hebamme sowie dem Kinderarzt. Alternative Ursachen der Stillproblematik wurden berücksichtigt, jedoch als weniger wahrscheinlich eingeschätzt.

Intervention

Die Frenotomie wurde ambulant am 9.3.2026 durchgeführt. Nach Applikation eines topischen Oberflächenanästhetikums erfolgte die Durchtrennung des lingualen Frenulums mittels CO_2-Laser. Während des Eingriffes waren die Eltern



Abb. 2: *Situation intraoral drei Wochen nach dem Eingriff.*

anwesend; entsprechend den Sicherheitsanforderungen wurden Schutzbrillen getragen. Intra- und postoperative Komplikationen traten nicht auf.

Verlauf

Bereits kurzfristig nach dem Eingriff zeigte sich eine Verbesserung des Saugverhaltens. Die Mutter berichtete über eine Reduktion der Schmerzen beim Stillen. Im weiteren Verlauf kam es zu einer stabileren Gewichtsentwicklung sowie zu einer Verkürzung der Stilldauer pro Mahlzeit. Die zusätzliche Zufütterung konnte schrittweise reduziert werden.

Diskussion

Einordnung des Falles

Der vorliegende Fall zeigt eine ausgeprägte Stillproblematik bei gleichzeitig nachweisbarer funktioneller Einschränkung der Zungenbeweglichkeit. Die Symptomatik entspricht den in der Literatur beschriebenen möglichen Auswirkungen einer Ankyloglossie. Gleichzeitig verdeutlicht der Fall die diagnostische Herausforderung, da die klinische Relevanz nicht allein anhand morphologischer Befunde beurteilt werden kann, sondern eine funktionelle Einordnung im Gesamtkontext erfordert.

Kritische Bewertung der Kausalität

Trotz der Übereinstimmung der Symptomatik mit beschriebenen Befunden lässt sich eine eindeutige Kausalität nicht zweifelsfrei belegen. Zu berücksichtigen ist, dass das Trinken an der Flasche im Vergleich zum Stillen besser funktionierte. Dies könnte zunächst gegen eine primär durch die Zungenbeweglichkeit bedingte Störung sprechen. Allerdings unterscheiden sich Stillen und Flaschenernährung hinsichtlich der oralen Motorik und der erforderlichen Koordination deutlich. Ein unauffälliges Trinkverhalten an der Flasche schließt daher eine funktionell relevante Einschränkung beim Stillen nicht aus, erschwert jedoch die eindeutige Zuordnung. Zudem waren zum Zeitpunkt der Intervention nicht sämtliche konservativen Therapieoptionen ausgeschöpft, was die Bewertung zusätzlich limitiert.

Bewertung der Intervention

Die beobachtete kurzfristige Verbesserung des Saugverhaltens sowie die Reduktion der maternalen Schmerzen entsprechen den beschriebenen Effekten der Frenotomie. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass auch andere Faktoren, insbesondere die Reifung der oralen Motorik oder begleitende Maßnahmen, zur Verbesserung beigetragen haben. Die Intervention ist daher als ein möglicher, jedoch nicht isoliert zu bewertender Einflussfaktor zu betrachten.

Interdisziplinärer Aspekt

Die Entscheidungsfindung erfolgte im interdisziplinären Austausch zwischen Hebamme und Pädiatrie. Dies ermöglichte eine differenzierte Bewertung der Symptomatik.

Ein solcher Ansatz kann dazu beitragen, einseitige Therapieentscheidungen zu vermeiden, ersetzt jedoch nicht die begrenzte Evidenzlage, sondern stellt eine strukturierte Annäherung an die klinische Fragestellung dar.

Klinische Implikationen

Der Fall unterstreicht, dass eine Ankyloglossie im Einzelfall einen relevanten Beitrag zu Stillproblemen leisten kann. Die Indikationsstellung zur Frenotomie sollte differenziert erfolgen und neben morphologischen Befunden insbesondere funktionelle Einschränkungen sowie den Verlauf unter konservativen Maßnahmen berücksichtigen.

Vor dem Hintergrund der multifaktoriellen Genese kommt der interdisziplinären Zusammenarbeit eine zentrale Rolle zu, da sie eine umfassendere Bewertung der Symptomatik und eine strukturierte Entscheidungsfindung ermöglicht.

Fazit

Eine funktionell relevante Einschränkung der Zungenbeweglichkeit kann im Einzelfall mit Stillproblemen assoziiert sein und von einer interventionellen Therapie profitieren. Die klinische Bewertung bleibt jedoch anspruchsvoll, da Diagnostik und Indikationsstellung uneinheitlich sind und eine eindeutige Kausalität nicht immer nachweisbar ist. Eine differenzierte Betrachtung unter Einbeziehung funktioneller Aspekte sowie interdisziplinärer Einschätzungen erscheint sinnvoll, um eine patientenorientierte Therapieentscheidung zu treffen.



Abb. 3: *Wenn Kinder Zahnmedizin spielerisch erleben dürfen, werden Ängste abgebaut und das Fundament für eine langfristige Mundgesundheit geschaffen.*

Literatur



MICHAELA BAAKE
Kinderzahnärztin DGKiZ
Spezialistin für orale Restriktion
MVZ Z17 Göttingen GmbH
Groner Straße 17
37073 Göttingen

Myofunktionelle Störungen verstehen und früh erkennen

Ein Beitrag von Marlene Hartinger

Sind bestimmte Auffälligkeiten bereits ein ernst zu nehmendes Problem oder lediglich eine normale entwicklungsbedingte Phase? Genau diese Frage stellt in der Diagnostik myofunktioneller Störungen beziehungsweise orofazialer Dysfunktionen im Säuglings- und Kleinkindalter häufig eine besondere Herausforderung dar. Michaela Dreißig ist akademische Sprachtherapeutin (M.A.), Still- und Laktationsberaterin IBCLC sowie Heilpraktikerin für Psychotherapie, und geht im Kurzinterview auf das frühzeitige Erkennen myofunktioneller Entwicklungsauffälligkeiten ein.

Frau Dreißig, welche frühen Anzeichen orofazialer Dysfunktionen bei Säuglingen und Kleinkindern werden Ihrer Erfahrung nach in den ersten zahnärztlichen Kontrollen am häufigsten übersehen und wie kann das Praxisteam gezielt dafür sensibilisiert werden?

Das größte Thema in diesen beiden Altersgruppen ist eine offene Mundhaltung mit Mundatmung. Schon im Säuglingsalter sollte eine überwiegende Nasenatmung zu beobachten sein. Dazu gehört ein kompetenter Mundschluss über die meiste Zeit des Tages. Ein weiteres Thema, vor allem im Kleinkindalter, sind persistierende orale Gewohnheiten, wie das Daumenlutschen oder der Schnullergebrauch. Die größte Herausforderung für das Fachpersonal während der zahnärztlichen Kontrollen ist höchstwahrscheinlich, herauszufinden, ob es sich um ein ernst zu nehmendes Problem oder eine entwicklungsbedingte Phase handelt. Es kommt darauf an, gut zu beobachten und die passenden Fragen zu stellen. Dabei kann beispielsweise ein Screeningbogen helfen, der herausarbeitet, ob das Kind nur infektbedingt durch den Mund atmet, wie häufig Infekte auftreten, ob eine Mundatmung auch nachts, ggf. auch verbunden mit Schnarchen auftritt oder ob über die meiste Zeit eine kompetente Nasenatmung zu beobachten ist. Gerade in Bezug auf den Schnullergebrauch sind fundierte Informationen zu einem verantwortungsvollen Schnullereinsatz von Beginn an wichtig für Eltern. Denn ein verantwortungsvoller Einsatz von künstlichen Saugern kann dazu beitragen, den Einfluss auf das orofaziale System so gering wie möglich zu halten.

Welche Ursachen oder Risikofaktoren stehen besonders häufig hinter myofunktionellen Störungen im frühen Kindesalter, und wie unterscheiden sich funktionelle Auffälligkeiten von altersentsprechenden Entwicklungsvarianten?

Die Ursachen sind in unterschiedlichen Bereichen von angeborenen Faktoren (z. B. perinatalen Komplikationen) über anatomische Hindernisse (z. B. Gaumen-, Rachenmandeln) bis hin zu chronischen Allergien, Wahrnehmungs- und/oder Motorikstörungen und anderen, sehr weit gestreut. Der entscheidende Unterschied in der Abgrenzung von funktionellen Auffälligkeiten zu altersentsprechenden Entwickungsvarianten liegt in der Persistenz und der Intensität der Symptome. Ist die Mundatmung nur während eines akuten Infektgeschehens zu beobachten oder tritt sie auch unabhängig davon auf? Wie ist die Atmung nachts? Kommt Schnarchen hinzu?

Welche Faktoren beeinflussen den Erfolg einer kindgeleiteten Logopädie im Kleinkindalter?

Die Arbeit mit der Altersgruppe der Kleinkinder ist nur im Team möglich. Die Eltern müssen unbedingt mit an Bord sein, gut informiert und umfassend angeleitet werden. Wenn logopädische Arbeit früher darauf basierte eher defizitorientiert und therapeutenzentriert zu arbeiten, wissen wir heute, dass kindgeleitete und ressourcenorientierte Arbeit viel effektiver ist. Die Kerngebiete sind dabei spielerische, alltagsnahe Interventionen und Elterncoaching. Kinder lernen besonders effizient, wenn sie mit Begeisterung dabei sind. Aus diesem Grund betten wir Inhalte spielerisch ein und orientieren uns an ihren Interessen. Gleichzeitig müssen Eltern fundiert informiert und mit alltagsnahen, leicht umsetzbaren Aufgaben versorgt sein, um die therapeutischen Ziele auch im Alltag verfolgen zu können. Die enge Zusammenarbeit zwischen Eltern, Logopäden und zahnärztlichem Fachpersonal gilt als Schlüssel zum Erfolg, da die Übungsintensität im häuslichen Umfeld die Nachhaltigkeit der Therapie maßgeblich beeinflusst.



Michaela Dreißig referiert zum Thema dieses Interviews auf der kommenden 33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnmedizin (DGKiZ) am 11.September in Kassel. Mehr Infos auf dgkiz-jahrestagung.de.

MICHAELA DREISSIG
Logopädie E. Kopp & M. Dreißig
Gebhardtstraße 2 a
82515 Wolfratshausen
logopaedie-wolfratshausen.de

Reintervention bei einem typischen Frontzahntrauma

Eine Falldarstellung mit komplizierter und unpkomlizierter Kronenfraktur

Ein Beitrag von Sakuntha Ratnapreya, Mohamed Baider und Julian Schmoeckel

Dentale Traumata sind häufig. Nach einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage haben bereits 66 Prozent der Deutschen einen Zahnunfall erlitten.[1] Besonders häufig treten dentale Traumata bei Kindern und Jugendlichen auf, da sie durch Spiel, Sport und Freizeitaktivitäten einem erhöhten Verletzungsrisiko ausgesetzt sind. Es stellt dann eine diagnostische und therapeutische Herausforderung dar, da dieses i. d. R. ungeplant ist und spontan in den vollen Behandlungskalender der Praxis mit eingebaut werden muss. Dentale Traumata sind mitunter komplex und betreffen mehrere Zähne gleichzeitig.[2] Die am häufigsten von einem dentalen Trauma betroffenen bleibende Zähne sind die oberen mittleren Schneidezähne.[2,3] Das Risiko einer Verletzung ist insbesondere bei der Kombination von einem vergrößerten Overjet und einem unzureichenden Lippenschluss erhöht.[4,5] Jungen sind insgesamt häufiger betroffen als Mädchen. Leider stellen sich Patienten mit einem dentalen Trauma nicht selten erst verzögert in einer zahnärztlichen Praxis vor, was die klinische Entscheidungsfindung zusätzlich erschweren und auch die Prognose negativ beeinflussen kann.

Laut der bereits genannten Umfrage wissen aber auch etwa 2/3 der Patienten nicht, was im Falle eines abgebrochenen Zahnes am Unfallort zu beachten ist.[1] Insbesondere unerfreulich ist, dass etwa 2/3 der Patienten zudem nicht wissen, dass abgebrochene oder ausgeschlagene Zähne wieder eingeklebt bzw. eingepflanzt werden können![1] Diese Information, also das Mitbringen von Zähnen und Zahnfragmenten in die Praxis, kann jedoch Zähne retten und/oder zumindest die Erstversorgung erleichtern.

Die Ergebnisse einer Untersuchung aus dem Jahr 2009 von Krastl et al. zum Wissensstand deutscher Allgemeinzahnärzte im Bereich der dentalen Traumatologie zeigten, dass das Fachwissen insgesamt eher unzureichend war und die Selbsteinschätzung der Teilnehmer nicht mit ihrem tatsächlichen Kenntnisstand übereinstimmte.[6] So gibt es diese Wissenslücken im Themenfeld der dentalen Traumatologie also nicht nur bei den Patienten, sondern auch in unserem Berufsstand. Dies zu verbessern, ist also auch ein wichtiger Faktor für Erfolg und Misserfolg beim Management von dentalen Traumata.

Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass Zahnärzte häufig einen eher konservativen Ansatz im Sinne eines „Abwartens und Beobachtens" oder schneller durchführbarer Interventionsmaßnahmen wählen. Ist dies nicht möglich, erfolgt in der Regel die Überweisung an eine spezialisierte zahnmedizinische Einrichtung – mitunter zu spät. Entscheidend in der dentalen Traumatologie sind jedoch eine korrekte Diagnosestellung sowie eine zeitgerechte und adäquate Behandlung. Der vorliegende – unseres Erachtens recht typische – Fallbericht beschreibt eine rechtzeitige Reintervention an einer spezialisierten universitären kinderzahnmedizinischen Einrichtung nach einer alio loco erfolgten Notfalltherapie (ohne Röntgendiagnostik) außerhalb regulärer Praxisöffnungszeiten und soll dazu beitragen, wichtige Hinweise zum Vorgehen für die Allgemeinzahnarztpraxis zu geben, hilfreiche Informationsquellen benennen, sodass zukünftig mehr Kinder vom aktuellen Stand der Behandlungsempfehlungen/Leitlinie profitieren.

Fallbericht

Anamnese und Fallvorstellung

Ein 14-jähriger Junge stellte sich Anfang Dezember 2025 unangemeldet um 8 Uhr morgens zu Beginn der Sprechstunde in der Poliklinik für Kinderzahnheilkunde der Universitätsmedizin Greifswald zur weiterführenden Behandlung eines dentalen Traumas vor. Der Patient sei am Vortag am späten Nachmittag beim Fahrradfahren auf dem Nachhauseweg von der Schule (Cave: Wegeunfall) gestürzt und mit dem Gesicht gegen die Kante eines Bordsteins geprallt. Zum Unfallzeitpunkt habe er keinen Helm getragen. Hinweise auf einen Alkohol- oder Drogeneinfluss ergaben sich nicht.

Einige Zeit nach dem Unfall – es sei bereits früher Abend gewesen – sei der Patient in der Notaufnahme des örtlichen Klinikums notfallmäßig vorgestellt worden. Dort sei zunächst die Abklärung einer möglichen Schädel-Hirn-Verletzung sowie die Versorgung von Gesichtsabschürfungen durchgeführt worden.

Die intraorale Untersuchung habe dort eine unkomplizierte Kronenfraktur mit Beteiligung von Schmelz und Dentin an Zahn 11, sowie an Zahn 21 eine komplizierte Kronenfraktur (Schmelz-Dentin-Fraktur mit Eröffnung der Pulpa) ergeben. Bei beiden Zähnen wurde zudem eine Subluxation diagnostiziert. Sie zeigten eine Druck- und Perkussionsempfindlichkeit sowie einen Lockerungsgrad I. Abgebrochene Zahnfragmente konnten laut Pa-

tientenangabe nicht aufgefunden werden. Nach entsprechender Information haben Eltern und Patient die Unfallstelle noch mal abgesucht. Anamnestisch berichtete der Vater zudem, dass es „aus dem einen Zahn (21) heraus geblutet" habe. Durch gezielte Nachfragen konnte eruiert werden, dass die beschriebene Blutung höchstwahrscheinlich zusätzlich zu den von den Weichgeweben ausgehenden Blutungen vorlag. Sie war somit als stichhaltiger Hinweis auf eine komplizierte Kronenfraktur mit größerer Pulpeneröffnung zu werten.

Laut Überweisungsschreiben und Aussage des Vaters sei an beiden Zähnen (11 und 21) ein kalziumhydroxidhaltiges Material aufgetragen und beide Zähne anschließend mit einer Schicht Glasionomerzement (GIZ) abgedeckt worden. Dies ließ also auf eine indirekte Pulpaüberkappung an 11 und eine direkte Pulpaüberkappung (aufgrund der beschriebenen Pulpaeröffnung) an Zahn 21 schließen, und deckte sich folglich mit den Beschreibungen. Röntgenuntersuchungen seien nicht erfolgt. Zur weiterführenden Diagnostik und Behandlung wurde der Patient anschließend an die Poliklinik für Kinderzahnheilkunde verwiesen. Die allgemeine Anamnese war unauffällig; relevante Vorerkrankungen lagen nicht vor.

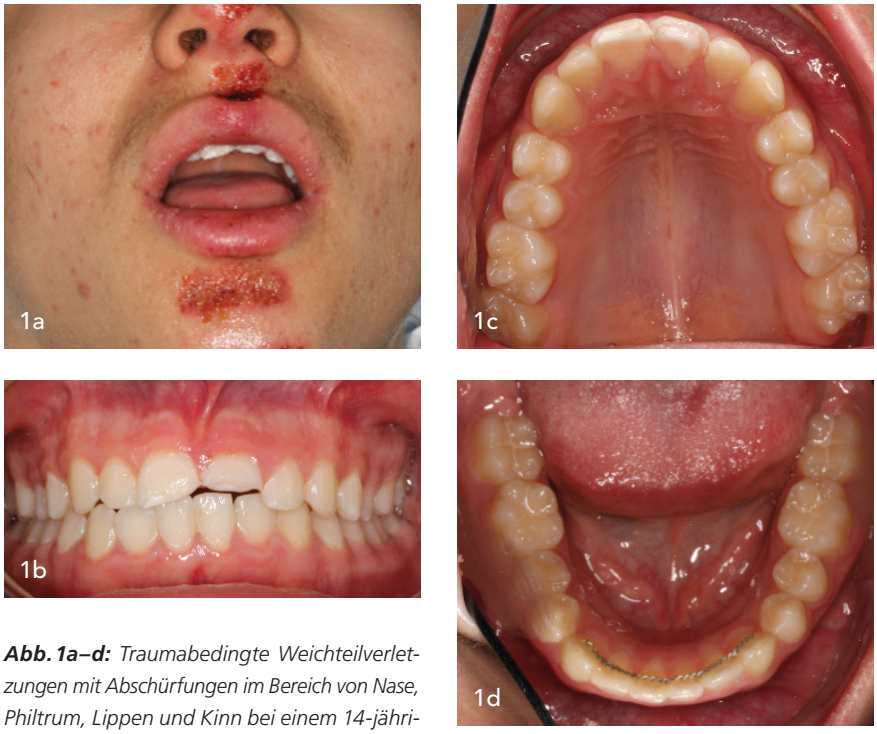


Abb. 1a–d: *Traumabedingte Weichteilverletzungen mit Abschürfungen im Bereich von Nase, Philtrum, Lippen und Kinn bei einem 14-jährigen Jungen am nächsten Morgen nach dem Fahrradsturz* ***(a)****. Frontale Ansicht* ***(b)*** *und okklusale Ansicht im Oberkiefer* ***(c)*** *und im Unterkiefer* ***(d)*** *einen Tag nach notfallmäßiger Erstversorgung der traumatisierten Frontzähne 11 und 21 mit Kalziumhydroxid und lichthärtendem Glasionomerzement nach Vorstellung in der Notaufnahme im Krankenhaus.*

Untersuchung und Diagnostik

Die klinische Untersuchung am Folgetag des Unfalls (~15 h nach Ersttherapie) bei uns bestätigte die zuvor erhobenen Befunde (Abb. 1a–d). Für eine strukturierte Erhebung nutzen wir einen Traumabogen (s. u. Empfehlungen für die Praxis). Darüber hinaus zeigten die oberen zentralen Schneidezähne eine Perkussionsempfindlichkeit sowie einen geringen Lockerungsgrad. Die Compliance des Patienten für potenziell invasive Maßnahmen wurde als sehr gut eingeschätzt, die Mundhygiene als zufriedenstellend. Weiterhin ergab die Anamnese, dass bei dem Patienten nur eine Woche vor dem Trauma die festsitzende kieferorthopädische Apparatur aufgrund des regulären Behandlungsabschlusses entfernt wurde. Im Unterkiefer war entsprechend ein lingualer Retainer vorhanden (Abb. 1d).

An den offensichtlich traumatisierten Zähnen wurde eine Sensibilitätsprüfung auf Kälte durchgeführt, zudem wurden 12 und 22 ebenfalls genau untersucht, da Nachbarzähne nicht unwahrscheinlich mit betroffen sind. Alle Frontzähne reagierten mit einer altersentsprechenden physiologischen Sensibilitätsantwort. Zur weiteren Beurteilung des dentalen Traumas wurde eine intraorale periapikale Röntgen-

EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS

- Zur strukturierten Erhebung relevanter Befunde bei dentalen Traumata empfiehlt sich die Verwendung des „Befundbogens Zahntrauma" der Deutschen Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie (DGET). Dieser steht kostenfrei online zur Verfügung.[7]
- Patienten und Eltern können über die Informationsplattform „Rette Deinen Zahn" wichtige Hinweise zu Sofortmaßnahmen, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten nach Zahnunfällen erhalten. Insbesondere bei der telefonischen Erstkontaktaufnahme nach einem Zahntrauma kann der Hinweis auf diese Informationsquelle hilfreich sein. Darüber hinaus eignet sich die Plattform (https://www.rette-deinen-zahn.de/) zur ergänzenden Aufklärung nach der Initialversorgung.[8]
- Weiterführende wissenschaftliche Mitteilungen und Behandlungsempfehlungen für Zahnärztinnen und Zahnärzte sind über die DGET (https://www.dget.de/fuer-professionals/aktuelles/wissenschaftliche-mitteilungen) verfügbar.[9]
- Ergänzend kann die App „AcciDent" (kostet ca. 3 Euro) als hilfreiches Instrument für die strukturierte Diagnostik und Therapieplanung bei dentalen Traumata genutzt werden. [10]



*Abb. 2a+b: Intraorale periapikale Röntgenaufnahme der Oberkieferfrontzähne am Folgetag des Unfalles mit Bestätigung der klinischen Diagnosen und berichteten Erstversorgung alio loco **(a)**. Orthopantomogramm (OPG) am Folgetag der Unfalles, welches primär zum Ausschluss mandibulärer Frakturen angefertigt wurde, da schwere Fahrradunfälle auf die Kinn- und Gesichtsregion diese verursachen können und dann entsprechend weitergehende Maßnahmen benötigt würden **(b)**.*

aufnahme mit Fokus auf die Zähne 11 und 21 angefertigt, idealerweise mit der zeitgleichen Darstellung der Wurzeln von 12 und 22. Zusätzlich wurde die Anfertigung eines Orthopantomogramm (OPG) empfohlen, um mögliche Unterkieferfrakturen auszuschließen, da v. a. bei Fahrradstürzen starke Kräfte auf den Kinnbereich und die Unterkiefergelenke einwirken können.

Radiologische Befunde

Auf dem Zahnfilm Regio 12–22 war altersentsprechend das Wurzelwachstum abgeschlossen. Die röntgendichte Auflagerung in unmittelbarer Nähe zur koronalen Pulpa an 21, und die röntgendichte Auflagerung im Dentin an Zahn 11 legte ergänzend zum klinischen Befund die Bestätigung der anamnestischen Diagnose und Erstversorgung nahe. Zudem war bei den Zähnen 12, 11, 21 und 22 eine leichte Erweiterung des Parodontalspaltes ohne Anhalt auf eine relevante Dislokation zu vermuten. Hinweise auf periapikale Pathologien oder Wurzelfrakturen fanden sich nicht (Abb. 2a). Das Orthopantomogramm zeigte das Vorhandensein sämtlicher bleibender Zähne einschließlich der sich entwickelnden Weisheitszahnanlagen. Hinweise auf Frakturen des Alveolarfortsatzes oder des Unterkiefers bestanden nicht und deckten sich entsprechend ebenfalls mit den Befunden bei der klinischen Untersuchung. Darüber hinaus waren keine kariösen Läsionen erkennbar (Abb. 2b).

Therapie

Die oben genannten Quellen sowie die Leitlinien der International Association of Dental Traumatology (IADT) und die S2k-Leitlinie *Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne* empfehlen bei komplizierten Kronenfrakturen auch bei abgeschlossenem Wurzelwachstum konservative vitalerhaltende Maßnahmen wie die partielle Pulpotomie als Therapie der ersten Wahl, sowie den anschließenden bakteriendichten Verschluss der Dentinwunde.[11, 12] Siehe diesbezüglich auch „Kon-

KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNG 16 (MODIFIZIERT 2022)

Die Dentinwunde ***kann*** nach der Konditionierung mit Phosphorsäure mit der Total-Bond-Technik versiegelt werden (Costa et al. 2003; Hanks et al.1988). Bei geringer Residenzstärke (>0,3–0,5 mm) ***kann*** die Applikation einer Schutzschicht mittels biokompatibler Materialien wie kalziumhydroxidhaltiger Zemente oder hydraulischer Kalziumsilikatzemente (z. B. Mineraltroxidaggregat) im Sinne einer indirekten Überkappung erfolgen (Costa et al. 2003).	**starker Konsens**
Expertenkonsens	

KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNG 19 (MODIFIZIERT 2022)

1. Direkte Überkappung Bei kleinflächiger Eröffnung ***kann*** innerhalb der ersten Stunden nach Trauma die Pulpawunde, unabhängig vom Stadium der Wurzelentwicklung, direkt überkappt werden. Die Erfolgssicherheit wird mit 43–90 Prozent angegeben (Krastl et al. 2021a). **2. (Partielle) Pulpotomie** Als bevorzugte Therpieoption ***sollte*** die partielle Pulpotomie durchgeführt werden (Krastl et al. 2021b). Abstimmung 14/14 (ja/Anzahl der Stimmen)	**starker Konsens**
Expertenkonsens	

Konsensbasierte Empfehlungen Nr. 16 zur Behandlung bei einer Schmelz-Dentin-Fraktur ohne Pulpabeteiligung und Nr. 19 zur Behandlung bei einer Schmelz-Dentin-Fraktur mit Pulpabeteiligung aus der S2k-Leitlinie Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne.[12]

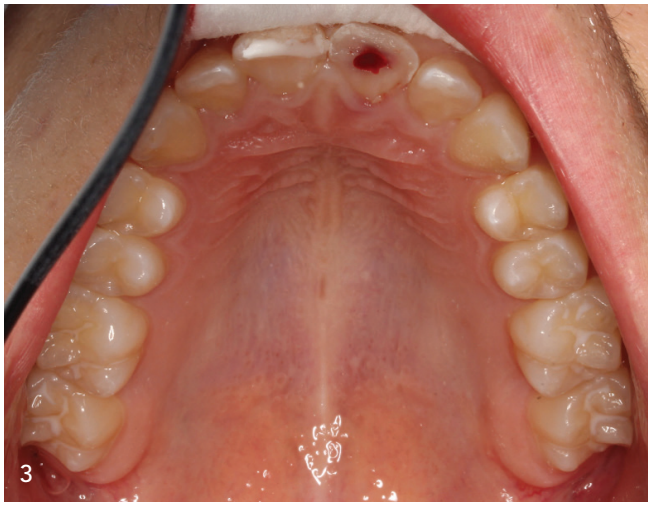




Abb. 3: *Okklusale Ansicht des Oberkiefers wahrend der partiellen Pulpotomie an Zahn 21.* – ***Abb. 4:*** *Zahn 21 nach Applikation einer Teflonabdeckung. An Zahn 11 wurde die zuvor eingebrachte Glasionomerzement-Abdeckung entfernt und die verbliebene Dentinschicht zur Pulpa als ausreichend dick eingeschätzt, dass hier eine Versorgung der Dentinwunde ohne Pulpotomie als ausreichend eingestuft wurde.*

sensbasierte Empfehlung 19" auf S. 20 der S2k-Leitlinie *Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne*.[12]

Vor diesem Hintergrund entschieden sich die Autoren für eine erneute Intervention, welche hier glücklicherweise noch recht zeitnah (eine Nacht) nach dem Unfall umsetzbar war, um die Langzeitprognose beider Zähne zu verbessern und entsprechend der Leitlinie die bevorzugte Behandlung durchzuführen. Begleitend wurde im Bestellbuch nach leicht verschiebbaren Patienten gesucht, um einen ausreichenden Behandlungsslot zu ermöglichen.

Zur Vorbereitung des Eingriffes wurde die Behandlungsregion zunächst mittels eines mit Oberflächenanästhetikum (Xylocain® Pumpspray) getränkten Wattetupfers topisch anästhesiert. Anschließend wurden 1,5 ml eines Lokalanästhetikums (Ultracain® D-S 1:200.000) als Infiltrationsanästhesie verabreicht, um die Zähne 11 und 21 ausreichend zu anästhesieren.

Zur Trockenlegung wurde zunächst versucht, einen Kofferdam anzulegen. Aufgrund der traumatisch bedingten Weichteilverletzungen im Bereich der Oberlippe empfand der Patient den dabei ausgeübten Druck jedoch als sehr unangenehm und konnte die Maßnahme nicht tolerieren. Da der Patient insgesamt jedoch kooperativ war und keine übermäßige Speichelsekretion aufwies, entschieden sich die Autoren für eine relative Trockenlegung mittels Watterollen in Kombination mit einer leistungsstarken Absaugung.

Die auf Zahn 21 vorhandene Deckschicht aus Glasionomerzement wurde mit einem Turbinenhandstück und einem konischen Fissurenbohrer entfernt. Anschließend wurde mithilfe eines Rosenbohrers der Zugang zur Pulpenkammer erweitert. Die koronale Pulpa wurde partiell entfernt, bis klinisch gesund erscheinendes Pulpagewebe sichtbar war. Zur Blutstillung wurde ein mit physiologischer Kochsalzlösung getränkter Wattepellet auf die verbliebene koronale Pulpa appliziert und leichter Druck ausgeübt. Nach vier Minuten konnte eine zufriedenstellende Hämostase erreicht werden (Abb. 3).

Anschließend wurde Biodentine™ in ausreichender Menge auf den Pulpenstumpf von Zahn 21 in die entstandene Kavität appliziert und sorgfältig adaptiert. Überschüssiges Material wurde entfernt. Danach wurde Zahn 21 mit einem Teflonband abgedeckt, um die mehrminütige Abbindezeit des Materials zu gewährleisten und parallel an Zahn 11 weiter zu behandeln (Abb. 4).

Entsprechend wurde dann die auf Zahn 11 vorhandene Glasionomerzement-Abdeckung entfernt und die verbliebene Dentinschicht zur Pulpa als ausreichend dick eingeschätzt, sodass hier eine Versorgung der Dentinwunde ohne Pulpotomie als ausreichend eingestuft wurde (vgl. Konsensempfehlung 16). Anschließend wurden an beiden Zähnen Schmelzan-



Abb. 5: *Frontale Ansicht nach Abschluss der Reintervention mittels adhäsiver Versorgung des Zahns 11 und partieller Pulpotomie und adhäsiver Versorgung an 21.*

schrägungen zur Optimierung der geplanten adhäsiven Versorgung ergänzt.

Für die definitive Restauration wurde nach Auswahl durch den Patienten und Bestätigung durch den anwesenden Erziehungsberechtigten die Kompositfarbe A2 (G-ænial® Composite) verwendet. Nach Konditionierung der Schmelz- und Dentinoberflächen mit 37%iger Phosphorsäure erfolgte die Applikation eines Adhäsivsystems mit anschließender Lichthärtung. Danach wurde der direkte Kompositaufbau durchgeführt (Abb. 5).

Um eine mögliche Beeinträchtigung des pulpalen Heilungsverlaufs durch übermäßige Kaukräfte zu minimieren, wurden beide restaurierten Zähne bei der Politur bewusst leicht aus der Okklusion herausgenommen. Ob dies zwingend nötig ist, lässt sich sicherlich diskutieren.

Nachkontrolle nach einer Woche

Der Patient stellte sich eine Woche nach der Behandlung ohne neue Beschwerden zur Nachuntersuchung vor. Klinisch zeigten sich weder Hinweise auf eine Pulpitis noch auf eine Nekrose/Fistelbildung/Entwicklung eines dentogenen Abszesses. Die Perkussionsprobe an den Zähnen 11 und 21 war unauffällig.

Die Kältesensibilitätsprüfung ergab bei beiden Zähnen eine leicht verzögerte, jedoch positive Reaktion. Die unfallbedingten Gesichtsabschürfungen befanden sich im zeitgerechten Heilungsverlauf. Die Kompositrestaurationen waren intakt und wiesen keine klinischen Auffälligkeiten auf. Der Patient zeigte sich mit dem ästhetischen Ergebnis der Versorgung zufrieden (Abb. 6a+b).

Nachkontrolle nach einem Monat

Der Patient stellte sich einen Monat nach der Behandlung ohne neue Beschwerden zur Nachuntersuchung vor. Die klinische Untersuchung ergab erneut keine Hinweise auf eine Pulpitis noch Nekrose/Fistelbildung/Entwicklung eines dentogenen Abszesses. Die Perkussionsprobe an den Zähnen 11 und 21 blieb ebenfalls unauffällig. Die Kältesensibilitätsprüfung zeigte bei beiden Zähnen weiterhin eine leicht verzögerte, jedoch positive Reaktion. Die Kompositrestaurationen waren intakt und klinisch unauffällig.





Abb. 6a+b: *Klinische Situation eine Woche nach der Reintervention mit weitgehend abgeheilten Weichteilverletzungen und intakten Kompositrestaurationen an den Zähnen 11 und 21* ***(a)****. Okklusale Ansicht des Oberkiefers eine Woche nach der Reintervention mit intakten adhäsiven Restaurationen an den Zähnen 11 und 21* ***(b)****.*

Zweites Trauma in derselben Region

Ende Januar 2026 stellte sich der Patient aufgrund eines erneuten dentalen Traumas in der Poliklinik vor. Nach Angaben des Patienten sei er zu Hause gestürzt und mit dem Gesicht gegen die Garderobe geprallt.

Die klinische Untersuchung zeigte eine Fraktur eines Teils der Kompositrestauration an Zahn 21. Weitere Frakturen der Frontzähne oder klare Hinweise auf Luxationsverletzungen, die über eine Konkussion hinaus gingen, konnten nicht festgestellt werden. Die beschädigte Restauration an Zahn 21 wurde entsprechend mittels Komposit repariert. Anschließend wurde ein weiterer Nachsorgetermin in drei Monaten vereinbart.

Nachkontrolle – drei Monate nach dem zweiten dentoalveolären Trauma

Der Patient stellte sich drei Monate nach dem zweiten dentalen Trauma ohne neue Beschwerden zur Nachuntersuchung vor. Klinisch zeigten sich wieder keine Hinweise auf eine Pulpitis noch Nekrose/Fistelbildung/Entwicklung eines dentogenen Abszesses. Die Perkussionsprobe an den Zähnen 11 und 21 war unauffällig. Die Kältesensibilitätsprüfung ergab bei beiden Zähnen weiterhin eine leicht verzögerte, jedoch positive Reaktion. Die Kompositrestaurationen waren ebenfalls klinisch intakt. Die Zähne 12 und 22 wurden ebenfalls kontrolliert, diese waren ohne pathologischen Befund.

Nachkontrolle – sechs Monate nach dem ersten dentoalveolären Trauma

Der Patient stellte sich sechs Monate nach dem ersten Trauma in Begleitung seines Vaters zur Nachkontrolle vor. Klinisch zeigten sich weiterhin keine Hinweise auf eine Pulpitis noch Nekrose/Fistelbildung/Entwicklung eines dentogenen Abszesses. Die Perkussionsprobe an den Zähnen 11 und 21 war unauffällig. Die Kältesensibilitätsprüfung zeigte eine normale Reaktion beider Zähne. Die Kompositrestaurationen waren klinisch unauffällig und wurden poliert. Zusätzlich erfolgte eine Fotodokumentation (Abb. 7a+b) sowie eine intraorale periapikale Röntgenaufnahme zur Nachkontrolle.

Radiologische Befunde

Die intraorale periapikale Röntgenaufnahme) zeigte eine röntgendichte Struktur im Bereich der koronalen Pulpa von Zahn 21, was den Erfolg der durchgeführten partiellen Pulpotomie bestätigte. Es fanden sich keine Veränderungen des Parodontalspaltes sowie keine Hinweise auf periapikale Pathologien, insbesondere keine apikale Aufhellung und kein Anhalt auf externe oder interne Resorptionen (Abb. 8).





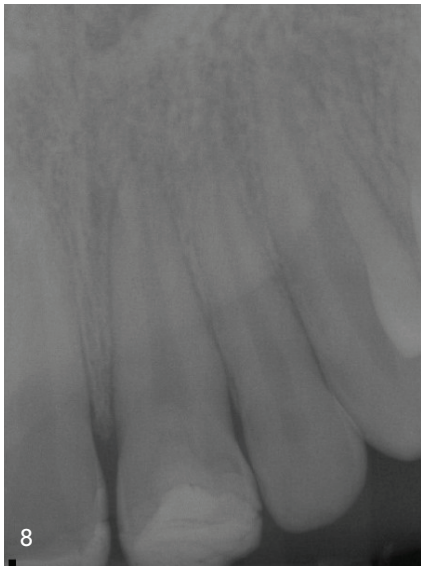


Abb. 7a+b: *Frontale* ***(a)*** *und okklusale* ***(b)*** *Ansicht des Oberkiefers bei der Sechs-Monats-Nachkontrolle. –* ***Abb. 8:*** *Intraorale periapikale Röntgenaufnahme der Zähne 11 und 21 bei der Sechs-Monats-Nachkontrolle, auf dem keine pathologischen Veränderungen des Parodontalspaltes sowie keine Hinweise auf periapikale Pathologien, insbesondere keine apikale Aufhellung und kein Anhalt auf externe oder interne Resorptionen vorliegen.*

Relevante klinische Kernaspekte dieses Falles

Dentoalveoläre Traumata stellen eine komplexe diagnostische und therapeutische Herausforderung dar, insbesondere wenn in Notfallsituationen keine geeigneten diagnostischen Hilfsmittel, ausreichend Zeit und/oder ausreichendes Fachwissen vorhanden sind. Die Diagnose multipler gleichzeitig vorliegender Verletzungen ist häufig erschwert. Daher ist die konsequente Anwendung aktueller Leitlinien und evidenzbasierter Empfehlungen essenziell, um die Prognose traumatisierter Zähne mittels adäquater Initialtherapie deutlich zu verbessern. Die Diagnostik und Behandlung braucht jedoch Zeit, die sich in diesen Fällen genommen werden muss – im Zweifel durch Umplanung von Terminen anderer verschiebbarer Patienten.

Im vorliegenden Fall war die initiale Versorgung am Tag des Unfalles aufgrund der wohl vorliegenden begrenzenden Rahmenbedingungen nicht optimal; daher erfolgte eine zeitnahe Überweisung mit Vorstellung des Patienten am darauffolgenden Tag in einer spezialisierten kinderzahnärztlichen Einrichtung. Diese kurze Zeitspanne (nächster Morgen) nach dem Trauma ermöglichte eine frühzeitige Reintervention (insbes. Pulptomie an 21) und damit eine Verbesserung der Langzeitprognose der betroffenen Zähne. Denn Zähne mit tiefen Kronenfrakturen, bei denen eine Pulpotomie durchgeführt wurde, zeigten sich insgesamt weniger anfällig für einen Misserfolg als Zähne, bei denen eine indirekte Pulpaüberkappung vorgenommen wurde.[13]

Trotz des initialen Traumas kam es im Verlauf zu einem erneuten dentalen Trauma, was im Bereich der oberen Frontzähne in diesem Patientenkollektiv nicht ungewöhnlich ist (u. a. männlich, jugendlich).[11] Daher wird in dieser Altersgruppe sowohl eine (sekundär-)präventive Aufklärung als auch gegebenenfalls die Anwendung von Schutzmaßnahmen wie Schienungssystemen insbesondere bei Risikosportarten empfohlen.[14] Jedoch muss man fairerweise in diesem Fall konstatieren, dass spezielle Zahnschützer hier wohl auch nicht geholfen hätten, da diese i. d. R. weder beim regulären Fahrradfahren (1. Unfall) noch in der Häuslichkeit (2. Unfall) getragen würden.

Schlussfolgerung

Zusammenfassend ist die Kenntnis aktueller Empfehlungen zur Behandlung dentoalveolärer Traumata sowie der Zugang zu verlässlichen Informationsquellen essenziell, um eine möglichst leitliniengerechte Versorgung in der klinischen Praxis sicherzustellen. Dies ist von besonderer Bedeutung, da dentoalveoläre Traumata häufiger auftreten als gemeinhin angenommen. Die korrekte initiale Diagnosestellung und Therapieentscheidung nimmt jedoch mitunter viel Zeit in Anspruch und muss trotz ungeplanter Terminierung zeitnah durchgeführt werden, denn dies hat einen zentralen Einfluss auf die Langzeitprognose der verunfallten Zähne.

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

Sakuntha Ratnapreya

Mohamed Baider

OA Priv.-Doz. Dr. Julian Schmoeckel

Literatur

SAKUNTHA RATNAPREYA
Poliklinik für Kinderzahnheilkunde
Walther-Rathenau-Straße 42
17475 Greifswald
Tel.: +49 3834 8671-36
sakuntha.ratnapreya@uni-greifswald.de

MOHAMED BAIDER
Poliklinik für Kinderzahnheilkunde
Walther-Rathenau-Straße 42
17475 Greifswald
Tel.: +49 3834 8671-36
mohamed.baider@uni-greifswald.de

OA PRIV.-DOZ. DR. JULIAN SCHMOECKEL
Poliklinik für Kinderzahnheilkunde
Walther-Rathenau-Straße 42
17475 Greifswald
Tel.: +49 3834 8671-36
julian.schmoeckel@uni-greifswald.de
https://www.dental.med.uni-greifswald.de/abteilung/kinder/

Orale Gesundheit und Vitamin D

Ein Baustein in Prävention, Risikodiagnostik und Therapie?

Ein Beitrag von Prof. Dr. Clemens Walter

Vitamin D gewinnt auch in der Zahnmedizin zunehmend an Bedeutung. Neben seiner klassischen Rolle im Calcium- und Knochenstoffwechsel werden immunologische, entzündungsmodulierende und für Wundheilung sowie Knochenstoffwechsel relevante Effekte diskutiert. Die aktuelle S3-Leitlinie zur Vitamin-D-Bestimmung und -Supplementierung im Kontext von Implantatprognose und Augmentationschirurgie unterstreicht die Relevanz für implantologische und knochenbezogene Fragestellungen. Für die Praxis ist vor allem der 25(OH)D-Spiegel als Laborparameter bedeutsam. Niedrige Werte sind häufig klinisch nicht sicher vorhersehbar und können bei verschiedenen oralen Erkrankungen beziehungsweise parodontalen, implantologischen oder endodontischen Fragestellungen als modifizierbarer Risikofaktor relevant sein. Vitamin D ersetzt keine etablierte zahnärztliche Therapie, kann bei entsprechender Risikokonstellation aber ein sinnvoller ergänzender Baustein in Prävention, Diagnostik, Therapieplanung und interdisziplinärer Patientenbetreuung sein.

Einleitung

Vitamin D ist in der Zahnmedizin angekommen. Ein deutlicher Hinweis darauf ist die S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zur „Relevanz der Vitamin-D-Bestimmung und -Supplementierung auf die Implantatprognose und Augmentationschirurgie" unter Beteiligung zahnmedizinischer, implantologischer, parodontologischer sowie mund-, kiefer- und gesichtschirurgischer Fachgesellschaften.[1] Damit wird ein Thema, das lange vor allem in der Allgemeinmedizin, Endokrinologie, Osteologie und Ernährungsmedizin diskutiert wurde, zunehmend auch für die zahnärztliche Praxis relevant. Parallel dazu hat die wissenschaftliche Beschäftigung mit Vitamin D in den vergangenen Jahren erheblich zugenommen. Während Publikationen zu Vitamin D bis zur Jahrtausendwende quantitativ noch eher unauffällig waren, ist etwa ab 2007 ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Ein wesentlicher Impuls für diese Entwicklung war die vielbeachtete Übersichtsarbeit von Holick im New England Journal of Medicine aus dem Jahr 2007, die Vitamin-D-Mangel als weitverbreitetes Problem mit Bedeutung für skelettale und extraskelettale Gesundheitsaspekte darstellte.[2] Heute finden sich in



Abb. 1: PubMed-Recherche zum Suchbegriff „Vitamin D"

Screenshot einer PubMed-Recherche zum Suchbegriff „Vitamin D" vom 3. Juni 2026. Die hohe Trefferzahl verdeutlicht die anhaltende wissenschaftliche Dynamik des Themas und bildet den Hintergrund für seine zunehmende Bedeutung in Prävention, Risikodiagnostik und Therapie.

der medizinischen Datenbank Medline/PubMed mehr als 100 000 Publikationen unter dem Suchbegriff „Vitamin D" (Abb. 1).[3] Auch für die tägliche zahnärztliche Praxis hat sich die Ausgangslage verändert. Vitamin-D-Bestimmungen waren lange vor allem über die hausärztliche Praxis oder ein externes Labor möglich. Mittlerweile stehen jedoch verschiedene Chairside-Testsysteme zur Verfügung, mit denen der Vitamin-D-Status direkt in der Zahnarztpraxis bestimmt werden kann. Erste Praxiserfahrungen zeigen eine hohe Akzeptanz solcher Testungen und legen nahe, dass insbesondere parodontal erkrankte Patientinnen und Patienten nicht selten niedrige Vitamin-D-Spiegel aufweisen.[4] Der vorliegende Beitrag knüpft an eine frühere Bestandsaufnahme zu Vitamin D und parodontalen Erkrankungen aus dem Jahr 2016 an, die damals noch zu großer Zurückhaltung gegenüber praxisreifen Empfehlungen kam.[5] Zehn Jahre später erlaubt die weiterentwickelte Datenlage eine aktualisierte, weiterhin differenzierte Einordnung des Themas für die zahnärztliche Praxis. Diese Entwicklung wirft praktische Fragen auf: Welche Bedeutung hat Vitamin D für die orale Gesundheit? Kann ein niedriger Vitamin-D-Spiegel parodontale Erkrankungen, periimplantäre Komplikationen oder die Heilung apikaler Läsionen beeinflussen? Bei welchen Patientinnen und Patienten ist eine Bestimmung sinnvoll? Welche Konsequenzen ergeben sich aus einem nachgewiesenen Mangel?

Historische Entwicklung

Die Geschichte von Vitamin D beginnt nicht mit der modernen Labordiagnostik, sondern mit der klinischen Beobachtung von Mangelerkrankungen. Bereits im 17. Jahrhundert wurde die Rachitis als eigenständiges Krankheitsbild beschrieben. Im Zuge der Industrialisierung gewann sie deutlich an Bedeutung, insbesondere bei Kindern in dicht bebauten, rauchbelasteten und wenig lichtdurchfluteten Stadtquartieren, wie sie sinnbildlich in der Vorstellung der „Berliner Hinterhofkinder" präsent sind. Beengte Wohnverhältnisse, geringe Sonnenexposition und mangelhafte Ernährung machten Rachitis zu einem relevanten pädiatrischen und sozialmedizinischen Problem.[2,6] Schon vor der eigentlichen Entdeckung von Vitamin D wurden zwei therapeutische Prinzipien genutzt, deren gemeinsamer biologischer Hintergrund zunächst unbekannt war: Lebertran und Sonnenlicht. Lebertran wurde im 19. Jahrhundert zur Behandlung rachitischer Kinder eingesetzt; parallel wurde erkannt, dass Sonnenexposition und später auch künstliche UV-Bestrahlung einen günstigen Einfluss auf die Erkrankung haben können.[2,6] Die biochemische Aufklärung erfolgte im frühen 20. Jahrhundert. Experimentelle Arbeiten von Mellanby und McCollum zeigten, dass Rachitis durch einen fettlöslichen Faktor verhindert beziehungsweise behandelt werden kann. McCollum grenzte diesen antirachitischen Faktor vom bereits bekannten Vitamin A ab; damit etablierte sich die Bezeichnung Vitamin D. Weitere Arbeiten zeigten, dass ultraviolette Strahlung Nahrungsbestandteile beziehungsweise sterolhaltige Vorstufen antirachitisch wirksam machen kann.[2,7] Eine zentrale Rolle spielte Adolf Otto Reinhold Windaus (1876–1959; Abb. 2). Er beschäftigte sich intensiv mit der Struktur von Sterinen und deren Beziehung zu Vitaminen. Für seine Arbeiten über den Aufbau der Sterine und ihre Verbindung zu den Vitaminen erhielt Windaus 1928 den Nobelpreis für Chemie.[2,8] Damit wurden zwei zuvor getrennt wirkende Beobachtungen miteinander verbunden: Rachitis konnte einerseits durch bestimmte Nahrungsbestandteile wie Lebertran, andererseits durch Sonnenlicht beziehungsweise ultraviolette Strahlung beeinflusst werden. Aus heutiger Sicht erklärt sich dieser Zusammenhang durch die lichtabhängige Bildung von Vitamin D aus sterolhaltigen Vorstufen in der Haut. Vitamin D war damit zunächst vor allem als antirachitischer Faktor und Regulator des Calcium- und Knochenstoffwechsels etabliert. Dieses Verständnis hat sich deutlich erweitert. Heute wird Vitamin D auch im Zusammenhang mit Immunregulation, Entzündungsprozessen, Infektionsabwehr, metabolischen Erkrankungen und möglichen oralen Erkrankungen diskutiert.[2,4,9] Der historische Weg von der Rachitisprävention zur modernen Risikodiagnostik erklärt, warum Vitamin D aktuell auch für zahnmedizinische Fragestellungen zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Vitamin-D-Synthese und Vitamin-D-Status

Vitamin D bezeichnet im klinischen Sprachgebrauch meist Vitamin D_2 und Vitamin D_3. Streng genommen handelt es sich bei Vitamin D jedoch nicht um ein klassisches Vitamin, sondern um die Vorstufe eines steroidalen Hormons. Für den Menschen ist vor allem Vitamin D_3 relevant, das überwiegend in der Haut gebildet wird. Etwa 80 bis 90 Prozent des benötigten Vitamin D entstehen endogen unter dem Einfluss von Sonnenlicht, während nur ein kleinerer Anteil über die Nahrung aufgenommen wird.[2,4,10] Ausgangspunkt der körpereigenen Synthese ist 7-Dehydrocholesterol in der Haut. Unter Einwirkung von UV-B-Strahlung wird daraus zunächst Prävitamin D_3 und anschließend Vitamin D_3 gebildet (Abb. 3). Die Menge des synthetisierten Vitamin D hängt unter anderem von Jahreszeit, Tageszeit, geografischer Breite, Dauer der Sonnenexposition, exponierter Hautfläche, Hauttyp, Alter, Kleidung und Verwendung



Abb. 2: Adolf O. R. Windaus und die chemischen Grundlagen der Vitamin-D-Forschung
Adolf Otto Reinhold Windaus (1876–1959) erhielt 1928 den Nobelpreis für Chemie für seine Arbeiten zum Aufbau der Sterine und deren Beziehung zu den Vitaminen. Seine Forschung trug wesentlich zur chemischen Einordnung der antirachitischen Vitamine und damit zur späteren Vitamin-D-Forschung bei. Die prämierten Arbeiten stehen zugleich in einer längeren wissenschaftlichen Entwicklung, an der zahlreiche weitere Forscher beteiligt waren. Abbildung mit freundlicher Genehmigung der Universität Innsbruck, Österreich.

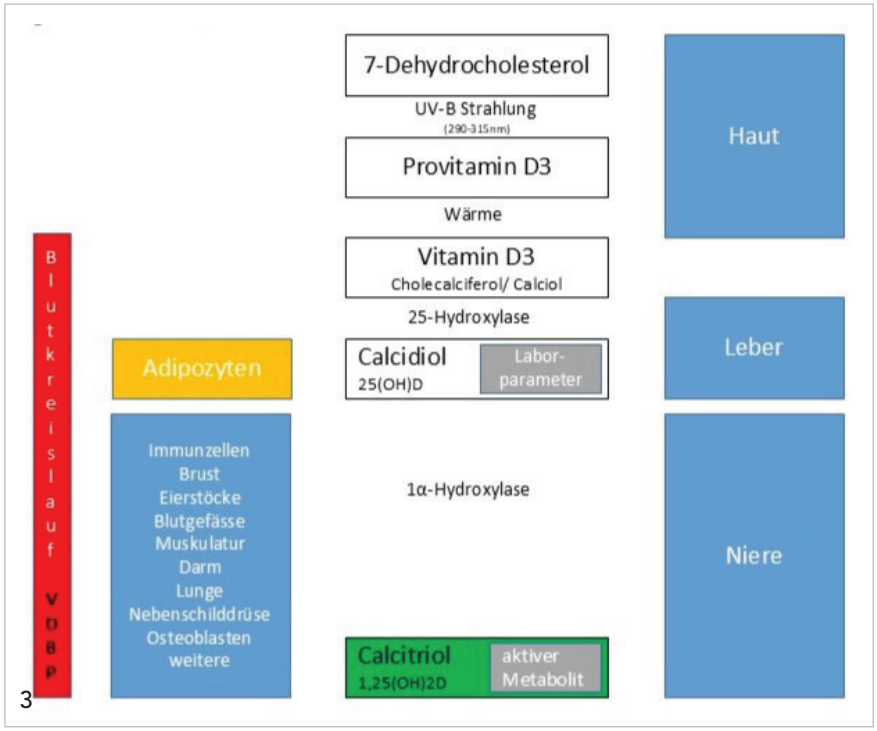


Abb. 3: Schematische Darstellung der Vitamin-D-Synthese

Vitamin D_3 wird überwiegend in der Haut unter dem Einfluss von UV-B-Strahlung aus 7-Dehydrocholesterol gebildet. Zusätzlich können Vitamin D_2 und Vitamin D_3 über die Nahrung aufgenommen werden. Der Transport im Blut erfolgt gebunden an das Vitamin-D-Bindungsprotein. In der Leber wird Vitamin D zu 25-Hydroxyvitamin D [25(OH)D] hydroxyliert. Dieser Metabolit dient als zentraler Laborparameter zur Beurteilung des Vitamin-D-Status. Die zweite Hydroxylierung erfolgt vor allem in der Niere und führt zur Bildung von 1,25-Dihydroxyvitamin D [1,25(OH)^{2}D], dem biologisch aktiven Metaboliten. Darüber hinaus können verschiedene extrarenale Zellen, unter anderem Immunzellen und Osteoblasten, Vitamin D lokal aktivieren. Daraus ergeben sich neben den klassischen Effekten auf Calcium- und Phosphatstoffwechsel mögliche gewebespezifische Wirkungen auf Immunregulation, Entzündungsprozesse und Knochenstoffwechsel. Modifiziert nach Walter et al.[4]

von Sonnenschutzmitteln ab. Damit erklärt sich, warum insbesondere in nördlichen Breiten, in den Wintermonaten oder bei geringer Sonnenexposition häufig niedrige Vitamin-D-Spiegel gemessen werden.[2,10] Das in der Haut gebildete oder über die Nahrung aufgenommene Vitamin D wird im Blut an das Vitamin-D-Bindungsprotein gebunden und zunächst zur Leber transportiert. Dort erfolgt die erste Hydroxylierung zu 25-Hydroxyvitamin D, kurz 25(OH)D. Dieser Metabolit ist biologisch noch nicht die aktive Endform, besitzt aber eine vergleichsweise lange Halbwertszeit und wird deshalb als zentraler Laborparameter zur Beurteilung des Vitamin-D-Status verwendet.[1,2,11] Die zweite Hydroxylierung erfolgt klassischerweise in der Niere. Dabei entsteht 1,25-Dihydroxyvitamin D, also $1,25(OH)_2D$, der biologisch aktive Metabolit. Dieser reguliert unter anderem den Calcium- und Phosphatstoffwechsel und beeinflusst dadurch Knochenmineralisation und Knochenumbau. Damit besteht ein direkter biologischer Bezug zu knochenbezogenen zahnmedizinischen Fragestellungen, insbesondere zu Implantologie, Osseointegration und augmentativen Maßnahmen.[1,2] Daneben ist bekannt, dass auch verschiedene extrarenale Zellen, unter anderem Immunzellen, Makrophagen und Osteoblasten, zur lokalen Aktivierung von Vitamin D beitragen können. Dadurch ergeben sich zusätzliche gewebespezifische Wirkungen, die für Entzündungsregulation, Immunantwort, Knochenheilung und möglicherweise auch orale Erkrankungen relevant sein können.[1,4,9] Für die zahnärztliche Praxis ist deshalb vor allem der 25(OH)D-Spiegel von Bedeutung. Er bildet die Grundlage für die Einschätzung, ob eine suffiziente Versorgung, eine Insuffizienz oder ein Mangel vorliegt. Die Interpretation muss allerdings sorgfältig erfolgen, da Vitamin-D-Werte in unterschiedlichen Einheiten angegeben werden können. Während international häufig nmol/l verwendet wird, werden viele Chairside-Systeme und Laborbefunde auch in ng/ml angegeben. Für die Umrechnung gilt: 1 ng/ml entspricht 2,5 nmol/l. Eine Verwechslung dieser Einheiten kann zu erheblichen Fehlinterpretationen führen.[1,2,11]

Einordnung des Vitamin-D-Status

Zur Beurteilung des Vitamin-D-Status wird in der Regel die Serumkonzentration von 25-Hydroxyvitamin D [25(OH)D] herangezogen. Dieser Wert spiegelt die Vitamin-D-Versorgung besser wider als der aktive Metabolit 1,25-Dihydroxyvitamin D $[1,25(OH)_2D]$, da 25(OH)D im Blut in höherer Konzentration vorliegt und eine längere Halbwertszeit besitzt.[1,2,11] Bei der Interpretation ist zunächst die verwendete Einheit zu beachten. Vitamin-D-Werte können sowohl in nmol/l als auch in ng/ml angegeben werden. Dies ist klinisch relevant, da eine Verwechslung der Einheiten zu erheblichen Fehlbewertungen führen kann. Als Umrechnung gilt: 1 ng/ml entspricht 2,5 nmol/l.[2,11] Eine konservative und in der Literatur häufig verwendete Einordnung lautet: Werte unter 12 ng/ml beziehungsweise unter 30 nmol/l sprechen für einen ausgeprägten Vitamin-D-Mangel. Werte zwischen 12 und 20 ng/ml beziehungsweise 30 bis 50 nmol/l werden meist als Vitamin-D-Insuffizienz eingeordnet. Werte über 20 ng/ml beziehungsweise über 50 nmol/l liegen oberhalb des klassischen Mangelbereiches, werden jedoch nicht von allen Autoren bereits als optimale Versorgung angesehen. Eine Vitamin-D-Suffizienz wird häufig ab 30 ng/ml beziehungsweise 75 nmol/l angenommen.[1,2,4,11]

Vitamin-D-Status in Deutschland

Der Vitamin-D-Status der Bevölkerung wird wesentlich durch die Möglichkeit der körpereigenen Synthese bestimmt.

Entscheidend ist dabei nicht allein Tageslicht, sondern ausreichend UV-B-Strahlung. In Deutschland ist diese aufgrund von geografischer Breite, Sonnenstand und Jahreszeit nur saisonal in relevantem Umfang verfügbar. Nach Angaben des Robert Koch-Institutes ist die körpereigene Vitamin-D-Bildung im Wesentlichen von etwa März bis Oktober möglich; in den Wintermonaten reicht die UV-B-Strahlung in der Regel nicht aus, um eine ausreichende Synthese zu gewährleisten.[12] Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung weist ebenfalls darauf hin, dass die Sonnenbestrahlung in Deutschland von Oktober bis März nicht stark genug ist, um eine ausreichende Vitamin-D-Bildung sicherzustellen.[13] Ein Vitamin-D-Mangel ist daher kein seltenes Randphänomen. Rabenberg und Mensink publizierten auf Grundlage repräsentativer Daten des Robert Koch-Institutes den Vitamin-D-Status Erwachsener in Deutschland. Dabei wiesen 30,2 Prozent der untersuchten Erwachsenen eine 25(OH)D-Konzentration von unter 30 nmol/l auf. Nur 38,4 Prozent erreichten Werte oberhalb von 50 nmol/l und damit einen Bereich, der als ausreichende Versorgung angesehen werden kann.[14] Niedrigere Werte finden sich unter anderem häufiger im Winter, in nördlicheren Regionen, bei fehlender Supplementierung, höherem Body-Mass-Index, geringer körperlicher Aktivität, höherem Alter und niedrigerem sozioökonomischem Status.[14] Weitere Risikofaktoren sind geringe Sonnenexposition, Immobilität, Aufenthalt in Pflegeeinrichtungen, stark bedeckende Kleidung, dunklere Hauttypen, konsequente Verwendung von Sonnenschutzmitteln mit hohem Lichtschutzfaktor sowie Tabakkonsum.[2,12,13] Für die zahnärztliche Praxis ist diese epidemiologische Ausgangslage relevant, weil ein Vitamin-D-Mangel damit auch bei parodontal, oralchirurgisch oder implantologisch behandelten Patientinnen und Patienten erwartet werden kann. Die Messung des 25(OH)D-Spiegels kann bei entsprechender Risikokonstellation einen konkret erfassbaren modulierenden Faktor sichtbar machen.

Lässt sich Vitamin D über die Ernährung zuführen?

Da die körpereigene Vitamin-D-Synthese in Deutschland vor allem saisonal limitiert ist, stellt sich die Frage, ob ein unzureichender Vitamin-D-Status allein durch Ernährung ausgeglichen werden kann. Grundsätzlich ist eine Zufuhr über Lebensmittel möglich. Relevante Mengen finden sich vor allem in fettreichem Seefisch, außerdem in Eigelb, Leber, einigen Pilzen, angereicherten Lebensmitteln und Lebertran.[13,15] Die praktische Bedeutung dieser Nahrungsquellen ist jedoch begrenzt. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung gibt für Jugendliche und Erwachsene bei fehlender körpereigener Synthese einen Schätzwert von 20 µg Vitamin D pro Tag an; dies entspricht 800 IE.[13] Über die übliche Ernährung werden in Deutschland jedoch meist nur etwa 2 bis 4 µg pro Tag aufgenommen.[13] Eine normale Mischkost deckt den Bedarf bei fehlender UV-B-Exposition daher in der Regel nicht. Anschaulich wird dies bei Betrachtung einzelner Lebensmittel: Um 20 µg Vitamin D zuzuführen, wären rechnerisch etwa 18 Eigelb beziehungsweise eine vergleichbare Menge ganzer Eier erforderlich. Bei anderen Lebensmitteln mit relevantem Vitamin-D-Gehalt, etwa Kaviar, lägen die notwendigen Mengen ebenfalls nicht in einem alltagsnahen Bereich. Lebertran enthält zwar deutlich höhere Vitamin-D-Mengen, ist aufgrund seines hohen Gehaltes an fettlöslichen Vitaminen, insbesondere Vitamin A, jedoch nicht zur unkontrollierten täglichen Zufuhr geeignet.[2,13,15] Ernährung kann somit zur Vitamin-D-Versorgung beitragen, ist aber bei bestehendem Mangel, geringer Sonnenexposition oder erhöhtem Risiko meist kein ausreichend verlässlicher Weg zur Normalisierung des Vitamin-D-Status. Für die zahnärztliche Praxis bedeutet dies, dass allgemeine Ernährungsempfehlungen sinnvoll bleiben, bei klinischem Verdacht oder nachgewiesenem Mangel aber eine objektive Bestimmung des 25(OH)D-Spiegels und gegebenenfalls eine gezielte Supplementierung realistischer und steuerbarer erscheinen.[1,4,13]

Vitamin D und Allgemeinmedizin

Vitamin D wird in der Allgemeinmedizin seit Langem vor allem mit dem Calcium- und Knochenstoffwechsel in Verbindung gebracht. Ein ausgeprägter Mangel kann bei Kindern zur Rachitis und bei Erwachsenen zur Osteomalazie beitragen. Auch für Osteoporose, Frakturrisiko, Muskelfunktion und Sturzrisiko spielt die Vitamin-D-Versorgung eine wichtige Rolle.[2,11,13] In den vergangenen Jahren hat sich das Verständnis deutlich erweitert. Niedrige Vitamin-D-Spiegel wurden in epidemiologischen Untersuchungen mit einer Vielzahl weiterer Erkrankungen in Verbindung gebracht, darunter kardiovaskuläre, metabolische, immunologische, infektiologische, psychische und onkologische Krankheitsbilder.[2,4] Für die Onkologie liegen besonders interessante Daten vor. Mehrere Metaanalysen randomisierter Studien deuten darauf hin, dass Vitamin-D-Supplementierung die Krebssterblichkeit reduzieren kann, ohne dass sich daraus gleichermaßen ein gesicherter Effekt auf die Krebsinzidenz ableiten lässt.[16–18] In einer Modellrechnung des Deutschen Krebsforschungszentrums wurde dieser Effekt auf die deutsche Bevölkerung übertragen: Für eine tägliche Vitamin-D-Supplementierung der Bevölkerung ab 50 Jahren wurden bis zu etwa 30 000 vermeidbare krebsbedingte Todesfälle pro Jahr, mehr als 300 000 gewonnene Lebensjahre und mögliche Einsparungen im Gesundheitssystem berechnet.[19] Diese Daten unterstreichen die allgemeinmedizinische Relevanz eines suffizienten Vitamin-D-Status, ohne Vitamin D als unspezifisches Präventions- oder Therapiemittel zu überhöhen. Die Interpretation der Studienlage wird dadurch erschwert, dass epidemiologische Untersuchungen und Interventionsstudien nicht immer zu deckungsgleichen Ergebnissen kommen. Epidemiologische Studien erfassen den tatsächlich bestehenden Vitamin-D-Status und zeigen häufig Assoziationen zwischen niedrigen 25(OH)D-Spiegeln und ungünstigen Krankheitsverläufen. Interventionsstudien prüfen dagegen die Wirkung einer Supplementierung. Diese führt jedoch nicht zwangsläufig bei allen Teilnehmenden zu einem suffizienten Zielspiegel. Wenn Ausgangswerte, Dosierung, Adhärenz, Resorption, Körpergewicht, Entzündungslast, Begleitmedikation, Jahreszeit oder Kontrollmessungen nicht ausreichend berücksichtigt werden, kann der biologische Effekt einer erfolgreichen Spiegelanhebung unterschätzt werden.[2,11,27] „Supplementierung“ und „erreichter Vitamin-D-Status“ dürfen daher nicht gleichgesetzt werden. Für die zahnärztliche Einordnung ist dieser allgemeinmedizinische Kontext rele-

vant. Viele Patientinnen und Patienten mit parodontalen Erkrankungen, implantologischen Fragestellungen oder oralchirurgischem Behandlungsbedarf weisen zugleich allgemeinmedizinische Risikofaktoren auf, die mit einer Vitamin-D-Unterversorgung assoziiert sein können. Dazu zählen höheres Lebensalter, chronische Erkrankungen, eingeschränkte Mobilität, Osteoporose, antiresorptive Therapie, metabolische Erkrankungen, Rauchen, höherer Body-Mass-Index und geringe Sonnenexposition.[2,14,20] Vitamin D ist damit kein isoliert zahnmedizinischer Laborwert, sondern ein möglicher Schnittstellenparameter zwischen oraler Gesundheit, Knochenstoffwechsel, Entzündungsregulation und Allgemeingesundheit.

Vitamin D und Parodontitis

Parodontitis ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparates, bei der es infolge einer dysregulierten Wirtsantwort auf den subgingivalen Biofilm zu Attachmentverlust und Abbau des alveolären Knochens kommt. Da Vitamin D sowohl den Knochenstoffwechsel als auch immunologische und entzündliche Regulationsmechanismen beeinflusst, besteht eine biologisch plausible Verbindung zwischen Vitamin-D-Status und parodontaler Gesundheit.[2,9,21] Epidemiologische Daten stützen diese Annahme. In NHANES III zeigt sich bei Menschen über 50 Jahren eine negative Assoziation zwischen 25(OH)D-Konzentration und Attachmentverlust: Höhere Vitamin-D-Spiegel sind mit geringerem mittlerem Attachmentverlust verbunden.[22] Auch in der Health Professionals Follow-Up Study wird ein Zusammenhang zwischen höherem vorhergesagtem Vitamin-D-Status und einer niedrigeren Inzidenz von Zahnverlust und Parodontitis beschrieben.[23] Vergleichbare Hinweise ergeben sich aus der deutschen Study of Health in Pomerania, in der höhere Vitamin-D-Konzentrationen mit einem geringeren Zahnverlustrisiko assoziiert sind.[24] Klinische Untersuchungen zur Supplementierung zeigen ein differenziertes Bild. Frühere Studien deuten günstige Effekte einer kombinierten Gabe von Vitamin D und Calcium auf Zahnverlust beziehungsweise parodontale Parameter an, sind jedoch aufgrund kleiner Fallzahlen, kombinierter Interventionen oder methodischer Limitationen nur eingeschränkt interpretierbar.[25] Eine aktualisierte systematische Übersicht und Metaanalyse zeigt später, dass Patientinnen und Patienten mit Parodontitis niedrigere Serum-25(OH)D-Spiegel aufweisen können als parodontal gesunde Personen. Zudem kann eine Vitamin-D-Supplementierung im Zusammenhang mit subgingivaler Instrumentierung vor allem beim klinischen Attachmentlevel positive Effekte haben.[26] Aktuelle klinische Daten unterstützen diese biologisch plausible Verbindung. Eine türkische Arbeitsgruppe untersucht Patientinnen und Patienten mit Vitamin-D-Mangel und unterscheidet dabei zwischen parodontal gesunden Personen, Gingivitis und Parodontitis. Nach Vitamin-D-Supplementierung steigen die Serum-25(OH)D-Spiegel an; parallel dazu nehmen die MMP-9-Konzentrationen im Sulkusfluid in allen Gruppen ab, besonders deutlich bei Parodontitispatientinnen und -patienten.[27] Diese Befunde sind klinisch interessant, weil MMP-9 als gewebsabbauender Entzündungsmediator im parodontalen Gewebe verstanden werden kann und damit eine mögliche Verbindung zwischen Vitamin-D-Status, Entzündungsregulation und parodontaler Gewebedestruktion sichtbar macht. Eine neuere systematische Übersicht zur Kombination von Vitamin-D-Supplementierung und nichtchirurgischer Parodontitistherapie schließt vier Studien ein. Danach scheint der Zusatznutzen einer Supplementierung vor allem bei Patientinnen und Patienten mit nachgewiesenem Vitamin-D-Mangel relevant zu sein, wenn durch die Supplementierung ein suffizienter 25(OH)D-Spiegel erreicht wird.[28] Bei bereits ausreichender Ausgangsversorgung sind zusätzliche klinische Effekte demgegenüber begrenzt. Für die zahnärztliche Praxis ergibt sich daraus eine vorsichtige, aber relevante Konsequenz: Vitamin D ist keine eigenständige Parodontitistherapie und ersetzt weder Biofilmkontrolle noch subgingivale Instrumentierung noch unterstützende Parodontitistherapie. Ein Vitamin-D-Mangel kann jedoch als potenziell modifizierbarer Kofaktor der parodontalen Erkrankung betrachtet werden. Besonders bei generalisierter Parodontitis, ausgeprägtem Attachment- oder Knochenverlust, ungünstigem Heilungsverlauf oder weiteren Risikofaktoren kann die Bestimmung des 25(OH)D-Spiegels daher als ergänzender Baustein der parodontalen Risikodiagnostik sinnvoll sein.[4,26,28] Dies lässt sich auch in die Logik des aktuellen Staging- und Grading-Systems einordnen. Das Grading soll nicht nur die bisherige Progressionsdynamik abbilden, sondern auch patientenbezogene Risikofaktoren berücksichtigen, die den weiteren Verlauf und das Ansprechen auf die Therapie beeinflussen können. Vitamin D ist bislang kein etablierter Grading-Modifikator wie Rauchen oder Diabetes. Bei nachgewiesenem Mangel kann der 25(OH)D-Spiegel jedoch als zusätzlicher, potenziell beeinflussbarer Risikoparameter in die individuelle Beurteilung von Progressionsrisiko, Heilungspotenzial und Recall- beziehungsweise UPT-Planung einbezogen werden.[21,26,28,29]

Vitamin D und dentale Implantate

Die Frage nach der Bedeutung von Vitamin D für dentale Implantate hat durch die S3-Leitlinie „Relevanz der Vitamin-D-Bestimmung und -Supplementierung auf die Implantatprognose und Augmentationschirurgie" besondere Aktualität erhalten. Die Leitlinie wurde unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie unter Beteiligung weiterer zahnmedizinischer, parodontologischer, prothetischer und mund-, kiefer- und gesichtschirurgischer Fachgesellschaften erstellt.[1] Implantatinsertion und augmentative Maßnahmen sind wesentlich von Knochenstoffwechsel, Entzündungsregulation, Wundheilung und immunologischer Reaktion abhängig. Vitamin D beeinflusst Calcium- und Phosphathaushalt, Knochenmineralisation, Osteoblasten- und Osteoklastenaktivität sowie lokale immunologische Prozesse. Ein Mangel könnte daher theoretisch die frühe Knochenheilung, die Osseointegration und regenerative beziehungsweise augmentative Verfahren ungünstig beeinflussen.[1,2,9] Die Leitlinie ordnet die klinische Konsequenz bewusst differenziert ein. Eine routinemäßige, ungezielte Vitamin-D-Bestimmung oder Vitamin-D-Supplementierung vor oder nach Implantation, Kieferknochenaugmentation, Periimplantitistherapie oder allein zum Erhalt der Kieferknochenstruktur beziehungs-



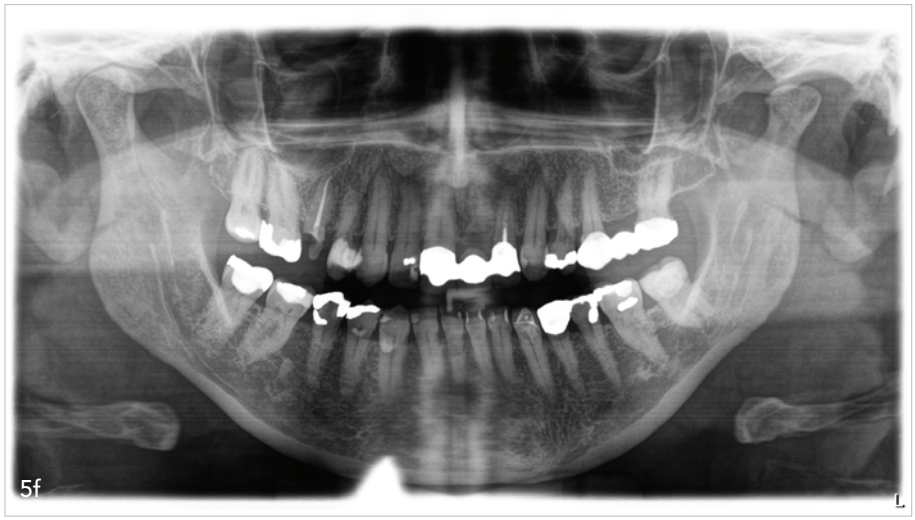
Abb. 4a–j: Ablauf einer Chairside-Bestimmung des 25(OH)D-Spiegels

Klinisches Vorgehen bei der Bestimmung des Vitamin-D-Spiegels mit dem Chairside-Schnelltest botissCARE Rapid-D (Straumann) und dem botissCare Cube Reader. Das dargestellte System steht exemplarisch für eines von mittlerweile mehreren verfügbaren Chairside-Testsystemen zur Bestimmung des 25-Hydroxyvitamin D [25(OH)D] in der Praxis. Die Bildserie zeigt die einzelnen Arbeitsschritte von der Vorbereitung der benötigten Materialien über Desinfektion, Punktion der Fingerbeere, kapilläre Blutentnahme, Vermischung mit der Testlösung und Applikation auf die Testkassette bis zur Auswertung im Cube Reader nach vorgegebener Reaktionszeit. Der angezeigte Messwert wird in ng/ml angegeben und anschließend dokumentiert. Im gezeigten Beispiel beträgt der 25(OH)D-Spiegel 16,6 ng/ml und entspricht damit einem unzureichenden Vitamin-D-Spiegel. Da der Vitamin-D-Stoffwechsel relevante inter- und intraindividuelle Schwankungen aufweisen kann, sollte nach Supplementierung eine Verlaufskontrolle erfolgen, frühestens jedoch nach vier Wochen. Abschließend werden der Testbogen ausgefüllt, das Ergebnis mit dem Patienten besprochen und je nach Befund und Anamnese eine Empfehlung zur Vitamin-D-Zufuhr oder eine hausärztliche beziehungsweise fachärztliche Weiterabklärung veranlasst. Mit freundlicher Genehmigung des Quintessenz-Verlages.[4]


5a

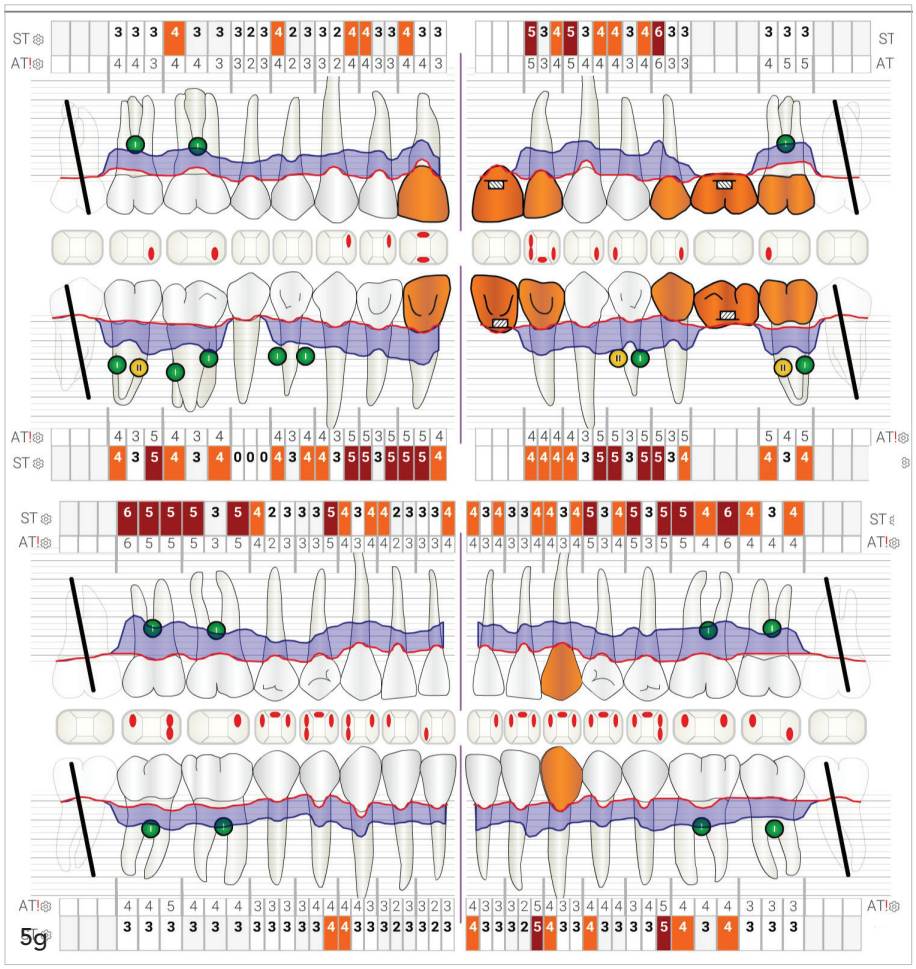

5b


5c

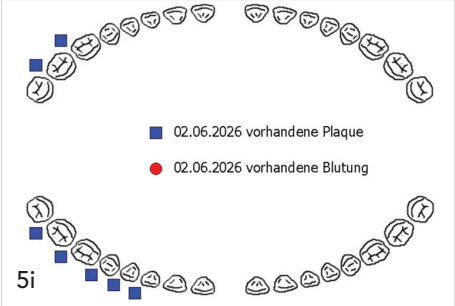

5f

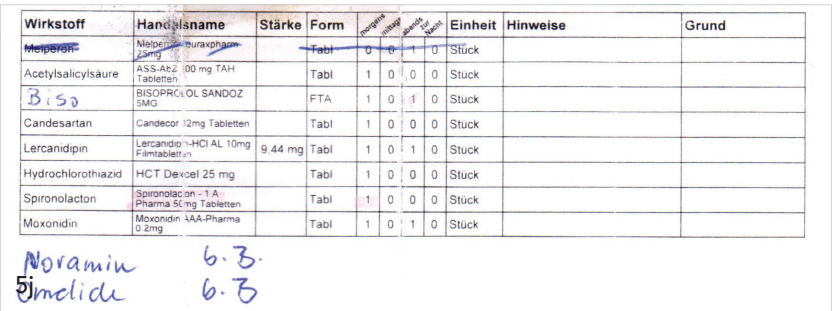

5d


5e


5g


5h

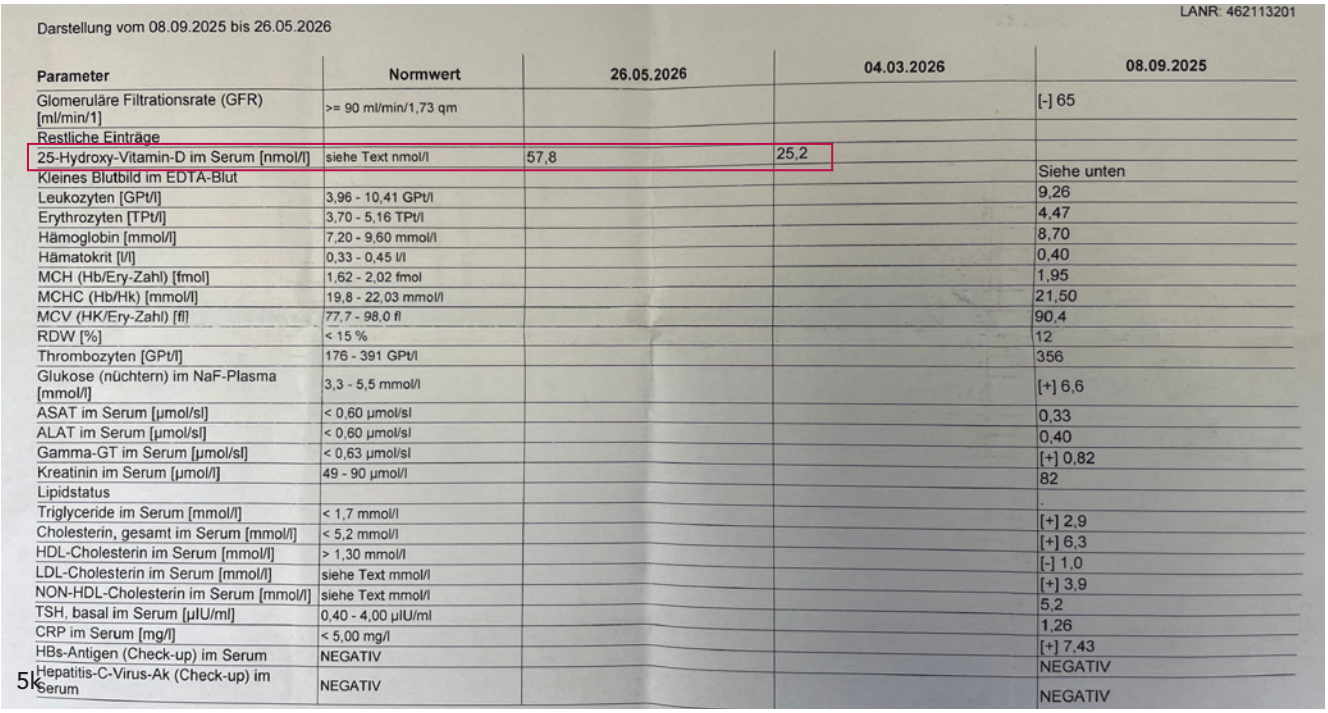




Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise	Grund
~~Meiperon~~	Meiperon-[illegible]-ratiopharm 25mg		~~Tabl~~	0	0	1	0	Stück		
Acetylsalicylsäure	ASS-Abz[illegible]00 mg TAH Tabletten		Tabl	1	0	0	0	Stück		
Biso	BISOPROLOL SANDOZ 5MG		FTA	1	0	1	0	Stück		
Candesartan	Candecor [illegible]2mg Tabletten		Tabl	1	0	0	0	Stück		
Lercanidipin	Lercanidip[illegible]-HCl AL 10mg Filmtabletten	9,44 mg	Tabl	1	0	1	0	Stück		
Hydrochlorothiazid	HCT Dexcel 25 mg		Tabl	1	0	0	0	Stück		
Spironolacton	Spironolacton - 1 A Pharma 50 mg Tabletten		Tabl	1	0	0	0	Stück		
Moxonidin	Moxonidin AAA-Pharma 0,2mg		Tabl	1	0	1	0	Stück		

Noramin 6.3.
Imclidu 6.3

5j



Darstellung vom 08.09.2025 bis 26.05.2026

LANR: 462113201

Parameter	Normwert	26.05.2026	04.03.2026	08.09.2025
Glomeruläre Filtrationsrate (GFR) [ml/min/1]	>= 90 ml/min/1,73 qm			[-] 65
Restliche Einträge				
25-Hydroxy-Vitamin-D im Serum [nmol/l]	siehe Text nmol/l	57,8	25,2	
Kleines Blutbild im EDTA-Blut				Siehe unten
Leukozyten [GPt/l]	3,96 - 10,41 GPt/l			9,26
Erythrozyten [TPt/l]	3,70 - 5,16 TPt/l			4,47
Hämoglobin [mmol/l]	7,20 - 9,60 mmol/l			8,70
Hämatokrit [l/l]	0,33 - 0,45 l/l			0,40
MCH (Hb/Ery-Zahl) [fmol]	1,62 - 2,02 fmol			1,95
MCHC (Hb/Hk) [mmol/l]	19,8 - 22,03 mmol/l			21,50
MCV (HK/Ery-Zahl) [fl]	77,7 - 98,0 fl			90,4
RDW [%]	< 15 %			12
Thrombozyten [GPt/l]	176 - 391 GPt/l			356
Glukose (nüchtern) im NaF-Plasma [mmol/l]	3,3 - 5,5 mmol/l			[+] 6,6
ASAT im Serum [µmol/sl]	< 0,60 µmol/sl			0,33
ALAT im Serum [µmol/sl]	< 0,60 µmol/sl			0,40
Gamma-GT im Serum [µmol/sl]	< 0,63 µmol/sl			[+] 0,82
Kreatinin im Serum [µmol/l]	49 - 90 µmol/l			82
Lipidstatus				.
Triglyceride im Serum [mmol/l]	< 1,7 mmol/l			[+] 2,9
Cholesterin, gesamt im Serum [mmol/l]	< 5,2 mmol/l			[+] 6,3
HDL-Cholesterin im Serum [mmol/l]	> 1,30 mmol/l			[-] 1,0
LDL-Cholesterin im Serum [mmol/l]	siehe Text mmol/l			[+] 3,9
NON-HDL-Cholesterin im Serum [mmol/l]	siehe Text mmol/l			5,2
TSH, basal im Serum [µIU/ml]	0,40 - 4,00 µIU/ml			1,26
CRP im Serum [mg/l]	< 5,00 mg/l			[+] 7,43
HBs-Antigen (Check-up) im Serum	NEGATIV			NEGATIV
Hepatitis-C-Virus-Ak (Check-up) im Serum	NEGATIV			NEGATIV

5k

Abb. 5a–k: Klinischer Fall zur ergänzenden Vitamin-D-Diagnostik im Rahmen einer systematischen oralen Rehabilitation

Die Bildserie zeigt klinische, radiologische, anamnestische und labormedizinische Befunde einer realen, zufällig ausgewählten Patientin, bei der eine systematische orale Rehabilitation unter Berücksichtigung konservierender, parodontologischer und prothetischer Aspekte durchgeführt wird. Frau K. G. (Initialen geändert) ist 66 Jahre alt. Aus der medizinischen Anamnese gehen ein thromboembolisches Ereignis, arterielle Hypertonie, Schlafapnoe und Arthrose hervor. Der Medikamentenplan umfasst die aktuell eingesetzten Präparate; aus zahnmedizinischer Sicht ist insbesondere die Einnahme des Thrombozytenaggregationshemmers ASS relevant. Bei einem Körpergewicht zwischen 105 und 108 kg besteht deutliches Übergewicht. Die klinische, parodontale und radiologische Diagnostik führt zur Diagnose einer generalisierten Parodontitis Stadium III, Grad B.[29] Ergänzend wird die entzündlich veränderte parodontale Wundfläche, die sogenannte periodontal inflamed surface area (PISA), berechnet; sie beträgt 587 mm² und verdeutlicht die entzündliche parodontale Belastung.[32] Im Rahmen des parodontalen Aufklärungs- und Therapiegespräches wird neben etablierten Risikofaktoren wie Mundhygiene und Übergewicht auch ein möglicher Vitamin-D-Mangel thematisiert.[20,33] Die Patientin zeigt sich interessiert, möchte die entsprechende Diagnostik jedoch bei ihrer Hausärztin durchführen lassen. Der dort bestimmte 25(OH)D-Wert beträgt 25,2 nmol/l und entspricht einem ausgeprägten Vitamin-D-Mangel.[2,11] Da die weitere parodontale Therapie keine Notfallbehandlung darstellt und keine akute Exazerbation zu erwarten ist, wird die geplante parodontale Therapiestrecke zunächst auf spätere Termine verschoben. Die Hausärztin verordnet zunächst eine Supplementierung mit 20 000 IE Vitamin D pro Woche und kontrolliert den Vitamin-D-Spiegel nach etwa zehn Wochen erneut. Der Wert hat sich unter Supplementierung mehr als verdoppelt und beträgt 57,8 nmol/l, liegt damit jedoch weiterhin unterhalb des angestrebten Bereiches von > 75 nmol/l.[1,2,11] Nach zwischenzeitlicher Gabe von 2 000 IE Vitamin D täglich wird die Dosierung im weiteren Verlauf auf aktuell 4 000 IE täglich angepasst. Diese Kasuistik zeigt exemplarisch, wie eine labormedizinische Bestimmung des Vitamin-D-Spiegels die klassische zahnärztliche Diagnostik ergänzen kann. Im konkreten Fall ermöglicht die interdisziplinäre Abklärung, einen relevanten Mangel vor Beginn der systematischen antiinfektiösen Parodontitistherapie zu erkennen und zu behandeln. Dadurch kann die weitere Therapie unter günstigeren Voraussetzungen im Hinblick auf Knochenstoffwechsel und entzündungsmodulierende Faktoren geplant werden. Zugleich verweist der Fall auf die allgemeinmedizinische Relevanz eines ausgeprägten Vitamin-D-Mangels, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit internistischen Begleiterkrankungen, Übergewicht und erhöhter entzündlicher Belastung.[2,20] Vitamin D ist daher nicht als isolierter therapeutischer Faktor, sondern als möglicher Baustein innerhalb einer umfassenden zahnmedizinischen und allgemeinmedizinischen Risikobetrachtung einzuordnen.

weise zur Erhöhung der Kieferknochendichte sollte nicht erfolgen.[1] Gleichzeitig kann eine individuelle Bestimmung und Supplementierung erwogen werden, wenn anamnestisch ein Vitamin-D-Mangel vermutet wird oder bereits bekannt ist. Auch bei Implantatfrühverlust unklarer Ursache kann eine Vitamin-D-Bestimmung in Betracht gezogen werden. Eine präoperative Supplementierung kann bei Patientinnen und Patienten mit niedrigem Vitamin-D-Spiegel erwogen werden, insbesondere mit Blick auf postoperative Schwellung und Entzündungsparameter.[1] Für die praktische Umsetzung nennt die Leitlinie sowohl qualitätskontrollierte In-office-Finger-prick-Schnelltests als auch qualitätskontrollierte Labortests als mögliche Verfahren, wenn eine Messung indiziert erscheint. Die Diagnostik von Vitamin-D-Rezeptorpolymorphismen im Rahmen der präimplantologischen Therapieplanung soll hingegen nicht erfolgen.[1] Für die Praxis ergibt sich daraus eine wichtige Differenzierung: Ein generelles Screening aller Implantatpatientinnen und -patienten ist nicht empfohlen. Gleichzeitig weist ein erheblicher Anteil der implantologischen Klientel Merkmale auf, die mit einem erhöhten Risiko für eine Vitamin-D-Unterversorgung verbunden sein können. Dazu zählen unter anderem höheres Lebensalter, geringe Sonnenexposition, Winterhalbjahr, höherer Body-Mass-Index, eingeschränkte Mobilität, osteologische Erkrankungen, antiresorptive Therapie, Rauchen, Parodontitis oder weitere allgemeinmedizinische Komorbiditäten.[1,2,14,20] Damit entsteht in der Praxis eine relevante Schnittmenge: Auch ohne generelles Screening kann bei vielen implantologischen Patientinnen und Patienten eine risikoorientierte Bestimmung des 25(OH)D-Spiegels begründet sein. Entscheidend ist, ob im konkreten Fall anamnestische, klinische oder therapeutische Faktoren vorliegen, die eine Bestimmung plausibel und praktisch sinnvoll erscheinen lassen. Gerade bei komplexen implantologischen oder augmentativen Eingriffen, älteren Patientinnen und Patienten, Hinweisen auf gestörte Knochen- oder Wundheilung sowie bei bekanntem oder vermutetem Mangel kann die Vitamin-D-Diagnostik als ergänzender Bestandteil der individuellen Risikobewertung verstanden werden.[1,4]

Vitamin D und Endodontologie

Auch in der Endodontologie rückt Vitamin D zunehmend in den Fokus. Periapikale Läsionen entstehen als Folge einer mikrobiell induzierten Entzündung des apikalen Parodonts. Die erfolgreiche Wurzelkanalbehandlung zielt daher nicht nur auf die Desinfektion des Wurzelkanalsystems, sondern auch auf die anschließende Ausheilung der periapikalen Entzündung und die knöcherne Regeneration. Biologisch ist ein möglicher Einfluss von Vitamin D plausibel, da die Heilung periapikaler Läsionen eine kontrollierte Entzündungsantwort und eine geordnete Knochenneubildung voraussetzt. In einer aktuellen prospektiven, randomisierten, dreifach verblindeten Studie mit 73 Patientinnen und Patienten führte die gezielte Anhebung des 25(OH)D-Spiegels in einen Zielbereich von 30 bis 50 ng/ml nach Wurzelkanalbehandlung zu einer signifikant stärkeren Reduktion der periapikalen Läsionsfläche als in der Kontrollgruppe.[30] Unterschiede in der Fraktalanalyse der Knochenstruktur und bei TNF-α waren dagegen nicht signifikant. Ergänzend beschreiben Rotstein und Katz in einer retrospektiven Analyse von Krankenhausdaten eine erhöhte Prävalenz periapikaler Abszesse bei Patientinnen und Patienten mit Vitamin-D-Mangel. Bei Patientinnen und Patienten mit Calciferol-Supplementierung liegen die Werte niedriger als bei unbehandeltem Vitamin-D-Mangel.[31] Insgesamt ist die Evidenz in der Endodontologie noch begrenzt, aber klinisch interessant. Vitamin D ersetzt keine adäquate endodontische Desinfektion, Aufbereitung und Obturation. Bei großen periapikalen Läsionen, verzögerter knöcherner Heilung, wiederholten endodontischen Misserfolgen oder zusätzlichen Risikofaktoren für einen Vitamin-D-Mangel kann die Bestimmung des 25(OH)D-Spiegels jedoch als ergänzende diagnostische Überlegung sinnvoll sein.[4,30,31]

Erste eigene Erfahrungen mit der Chairside-Bestimmung des Vitamin-D-Spiegels

Erste eigene Erfahrungen mit der Bestimmung des Vitamin-D-Spiegels in einer parodontologisch ausgerichteten Zahnarztpraxis zeigen eine hohe Akzeptanz bei den angesprochenen Patientinnen und Patienten. Nach Aufklärung über den wissenschaftlichen Hintergrund und die zusätzlich entstehenden Kosten wünscht die Mehrzahl eine Bestimmung des 25(OH)D-Spiegels. Nur wenige bevorzugen eine Abklärung über die hausärztliche Praxis.[4] Seit Einführung der Chairside-Bestimmung des Vitamin-D-Spiegels im Oktober 2024 liegen mittlerweile Erfahrungen aus einem Zeitraum von gut anderthalb Jahren vor. Aktuell nähert sich die Gesamtzahl der durchgeführten beziehungsweise dokumentierten Vitamin-D-Bestimmungen 200 Testungen; diese werden derzeit ausgewertet. In der ersten deskriptiven Auswertung wurden 100 Vitamin-D-Testergebnisse aus dem Zeitraum vom 11.10.2024 bis zum 16.7.2025 berücksichtigt. Davon wurden 86 Tests direkt in der Zahnarztpraxis mit dem Chairside-Schnelltest botissCARE Rapid-D (Straumann) und dem botissCare Cube Reader durchgeführt (Abb. 4a–j); bei 14 Patientinnen und Patienten lagen hausärztlich beziehungsweise fachärztlich bestimmte Werte vor. Da die Testung zunächst in den Praxisablauf eingeführt wurde, erfolgten die Messungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten der systematischen parodontalen Therapie, etwa im Rahmen der parodontalen Diagnostik, vor oder zur antiinfektiösen Therapie sowie in der unterstützenden Parodontitistherapie. Perspektivisch erscheint es jedoch sinnvoll, den 25(OH)D-Spiegel möglichst frühzeitig zu bestimmen, damit ein relevanter Mangel vor Beginn der antiinfektiösen Therapie erkannt und der Vitamin-D-Status bis zur AIT nach Möglichkeit normalisiert werden kann, wie der klinische Fall exemplarisch zeigt (Abb. 5a–k).[4] Auffällig ist die hohe Prävalenz niedriger Vitamin-D-Spiegel in dieser parodontal erkrankten Kohorte. Von 96 auswertbaren 25(OH)D-Werten liegen nur acht Werte oberhalb von 30 ng/ml. 15 Werte liegen zwischen > 20 und 30 ng/ml, 26 Werte zwischen > 12 und 20 ng/ml und 46 Werte unter 12 ng/ml. Damit weist ein erheblicher Anteil der untersuchten Patientinnen und Patienten eine Vitamin-D-Insuffizienz beziehungsweise einen ausgeprägten Vitamin-D-Mangel auf.[4] Klinisch relevant ist zudem, dass niedrige Spiegel nicht zuverlässig aus Anamnese, Lebensstil, Hautbräunung oder bestehender allgemein-

25(OH)D im Serum (nmol/l)	25(OH)D im Serum (ng/ml)	Einordnung
< 30	< 12	Ausgeprägter Vitamin-D-Mangel
30–50	12–20	Vitamin-D-Insuffizienz
> 50	> 20	Intermediärer Bereich
> 75	> 30	Vitamin-D-Suffizienz

Tabelle 1: Konzentration von 25-Hydroxyvitamin D [25(OH)D] im Serum und klinische Einordnung.
Die genannten Grenzwerte sind nicht in allen Fachdisziplinen einheitlich definiert. Während die dargestellten Bereiche als konservative Orientierung für die Basisversorgung verstanden werden können, werden in Prävention und Therapie bestimmter Erkrankungen mitunter höhere Zielwerte diskutiert.[1,2,11,13] Auch im Kontext von Knochenstoffwechsel, Immunregulation, Entzündungsprozessen, Implantologie oder parodontaler Therapie stellt sich zunehmend die Frage, ob eher Werte im oberen suffizienten Bereich anzustreben sind. Für die zahnärztliche Praxis bedeutet dies: Ein gemessener Wert sollte nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit Anamnese, Risikofaktoren, Jahreszeit, klinischer Fragestellung und gegebenenfalls Verlaufskontrolle interpretiert werden.

naus lässt sich auch der Effekt einer Supplementierung auf den 25(OH)D-Spiegel nicht sicher vorhersagen. Die prospektive türkische Studie zeigt, dass Patientinnen und Patienten trotz Supplementierung sehr unterschiedlich auf die Vitamin-D-Zufuhr reagieren können und dass der angestrebte Zielbereich nicht in jedem Fall erreicht wird.[27] Daraus ergibt sich, dass die Bestimmung des Ausgangswertes durch eine Verlaufskontrolle nach Supplementierung ergänzt werden sollte. Die Bestimmung des 25(OH)D-Spiegels kann daher als ergänzender diagnostischer Baustein verstanden werden, wenn im Rahmen parodontaler, implantologischer oder knochenbezogener Fragestellungen Hinweise auf eine mögliche Unterversorgung bestehen. Für implantologische und augmentative Fragestellungen liegt mittlerweile eine S3-Leitlinie zur Relevanz der Vitamin-D-Bestimmung und -Supplementierung vor.[1] Für die spezifische Einbindung in parodontologische Therapiekonzepte existieren aus systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen verschiedene Empfehlungen beziehungsweise klinische Schlussfolgerungen, insbesondere zur Assoziation niedriger 25(OH)D-Spiegel mit Parodontitis und zur möglichen Bedeutung einer ergänzenden Supplementierung. Bislang liegt hierfür jedoch keine vergleichbar hoch anzusiedelnde Leitlinienempfehlung vor.[4,26,28]

Fazit

Vitamin D ist in der Zahnmedizin angekommen, muss aber differenziert eingeordnet werden. Die aktuelle Evidenz rechtfertigt keine ungezielte Bestimmung oder Supplementierung bei allen Patientinnen und Patienten. Ebenso wenig erscheint es sachgerecht, einen nachgewiesenen Vitamin-D-Mangel bei parodontalen, implantologischen, augmentativen oder knochenregenerativen Fragestellungen grundsätzlich zu ignorieren. Für die Praxis ergibt sich daraus ein risikoorientierter Ansatz. Bei Patientinnen und Patienten mit generalisierter Parodontitis, ausgeprägtem Attachment- oder Knochenverlust, geplanter Implantation oder Augmentation, Implantatfrühverlust unklarer Ursache, verzögerter knöcherner Heilung, großen periapikalen Läsionen oder allgemeinmedizinischen Risikofaktoren kann die Bestimmung des 25(OH)D-Spiegels sinnvoll sein. Dazu zählen unter anderem höheres Lebensalter, geringe Sonnenexposition, Winterhalbjahr, höherer Body-Mass-Index, eingeschränkte Mobilität, Osteoporose, antiresorptive Therapie, metabolische Erkrankungen, Rauchen und chronische Begleiterkrankungen. Entscheidend ist dabei nicht die isolierte Betrachtung eines Laborwertes, sondern seine Einordnung in Anamnese, klinischen Befund, Jahreszeit, Therapieziel und Verlauf. Bei nachgewiesenem Mangel sollte eine Supplementierung nicht nur empfohlen, sondern der erreichte Spiegel nach angemessenem Zeitraum kontrolliert werden. Gerade diese Unterscheidung zwischen bloßer Einnahme und tatsächlich erreichter Suffizienz ist für die klinische Bewertung wesentlich. Vitamin D kann damit als Schnittstellenparameter zwischen oraler Gesundheit, Knochenstoffwechsel, Entzündungsregulation und Allgemeinmedizin verstanden werden. Sein Stellenwert liegt nicht in einer Überhöhung zum universellen Präventions- oder Therapiemittel, sondern in einer gezielten, begründeten und kontrollierten Anwendung im Rahmen einer erweiterten zahnärztlichen Risikodiagnostik.

Es besteht kein Interessenkonflikt. Prof. Dr. Clemens Walter ist Fellow des International Team for Implantology (ITI, Basel, Schweiz). Prof. Dr. Walter ist als Referent unter anderem für die Straumann Group (Basel, Schweiz) und für das ITI (Basel, Schweiz) tätig.

Prof. Dr. Clemens Walter

Literatur

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

PROF. DR. CLEMENS WALTER
Zahnarztpraxis Asta Fritzke
Ernst-Thälmann-Ring 11–13
17491 Greifswald

Abteilung für Parodontologie, Oralchirurgie und Orale Medizin, CharitéCentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Aßmannshauserstraße 4–6, 14197 Berlin
walter.clemens@yahoo.com



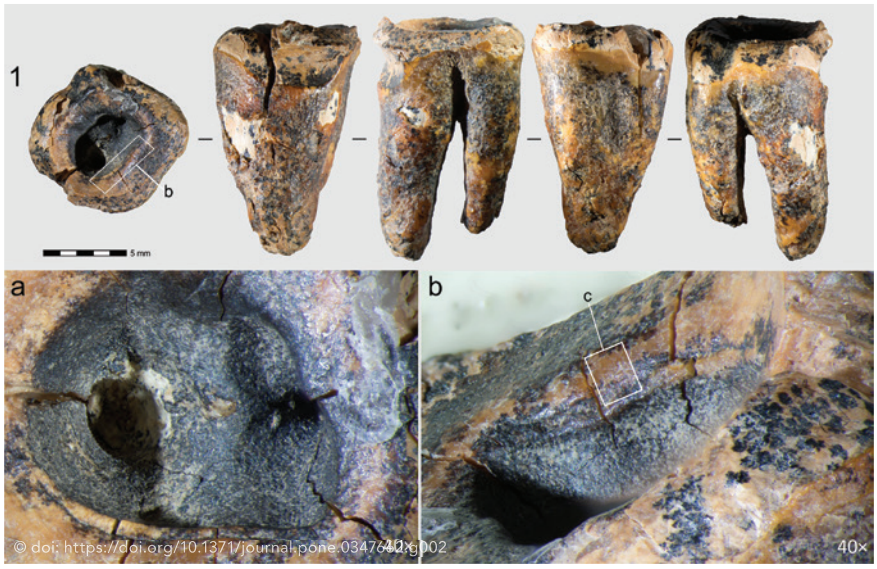
Pioniere der Zahnmedizin

59 000 Jahre alte Bohrung in einem Neandertalerzahn entdeckt

In den abgelegenen Altai-Bergen Sibiriens haben Archäologen einen sensationellen Fund gemacht: Ein Backenzahn eines rund 59 000 Jahre alten Neandertalers beweist, dass unsere ausgestorbenen Verwandten offenbar bereits komplexe zahnärztliche Eingriffe durchführten. Die Entdeckung wirft ein neues Licht auf die kognitiven Fähigkeiten und das medizinische Wissen der Neandertaler.

Der Fund stammt aus der Chagyrskaya-Höhle im nordwestlichen Altai-Gebirge, wo Forscher seit 2007 systematisch graben. Unter den über 70 dort entdeckten Hominidenfossilien stach ein besonderer Zahn hervor: Chagyrskaya 64, ein unterer linker zweiter Molar eines erwachsenen Neandertalers. Was ihn so einzigartig macht, ist eine künstlich angelegte Vertiefung auf der Kaufläche – kein Zufallsprodukt der Evolution, sondern das Ergebnis bewusster, invasiver Behandlung.

Die Analyse des Zahnes weist eine 4,2 Millimeter lange, 2,8 Millimeter breite und 2,6 Millimeter tiefe Höhlung auf, die bis zum Boden der Pulpakammer reicht. Mikroskopische Spuren, 3D-Computertomografien und experimentelle Rekonstruktionen belegen: Hier hat ganz offensichtlich jemand mit einem steinernen Werkzeug gebohrt oder gedreht, um kariöse Stellen zu entfernen und auch den Nerv freizulegen – ein gezielter medizinischer Eingriff.



Chagyrskaya 64 und seine makroskopischen Merkmale: Gesamtansicht des Molaren. Draufsicht auf die Konkavität ***(a)****; gestufte Rille an der Wand der Konkavität* ***(b)****.*

Andere Ursachen schlossen die Forscher um Alisa Zubova und Lydia Zotkina vom Peter-the-Great-Museum für Anthropologie und Ethnografie in St. Petersburg explizit aus:

- Ein Trauma? Dafür sind die Ränder der Vertiefung zu glatt und abgerundet – untypisch für einen Unfall.
- War es natürlicher Verschleiß? Die Form der Höhlung passt nicht zu normaler Abnutzung. Zudem fehlte sekundäres Dentin, das der Körper normalerweise als Schutzreaktion bildet.
- Oder ist die Vertiefung der Kaufläche auf den Fossilationsprozess zurückzuführen? Nachdem jedoch die Sedimentschicht, in der der Zahn lag, ungestört war, kommen geologische Prozesse als Erklärung ebenfalls nicht infrage.



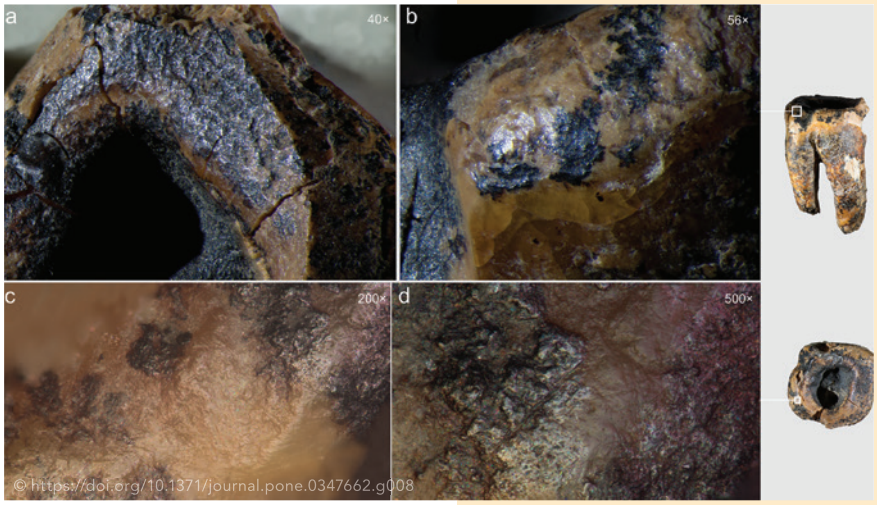
Die Neandertaler müssen den Zahn demnach bearbeitet haben, während der Besitzer noch lebte. Spuren von Polierungen und Mikrorillen an den Wänden der Höhlung deuten darauf hin, dass der Zahn nach der Behandlung weiter genutzt wurde – ein Zeichen, dass der Eingriff erfolgreich war und der Patient überlebte.

Um ihre These zu stützen, führten die Wissenschaftler Experimente mit modernen menschlichen Zähnen durch. Mit Jaspis-Werkzeugen – ähnlich denen, die in der Chagyrskaya-Höhle gefunden wurden – versuchten sie, die Vertiefung nachzuahmen. Das Ergebnis: Drehen und Bohren mit einem spitzen Steinwerkzeug (einem sogenannten Perforator) war die effizienteste Methode. Innerhalb von fünf bis 50 Minuten konnten sie ähnliche Höhlungen erzeugen – selbst unter den erschwerten Bedingungen eines engen Mundraumes. Die Mikrospuren (parallele Rillen, V-förmige Profile) auf den experimentellen Zähnen entsprachen exakt denen am Neandertalerzahn.

Besonders auffällig war, dass der Molar zwei verschiedene Behandlungsarten aufwies, nämlich das Bohren zur Kariesbehandlung sowie Zahnstocherrillen an den Zahnzwischenräumen – ein Beleg für regelmäßige Mundhygiene.

Warum ist das revolutionär?

Bisher galt als ältester bekannter zahnärztliche Eingriff eine 14000 Jahre alte Kariesbehandlung bei einem Homo sapiens in Italien (Ripari Villabruna). Doch Chagyrskaya 64 beweist: Neandertaler praktizierten solche Eingriffe bereits 45.000 Jahre früher!



Unbearbeitete Kronenschnitte mit charakteristischer Politur aufgrund der Abnutzung vor dem Tod. Makroaufnahmen ***(a+b)****; Mikrofotos* ***(c+d)****.*

Bei der angewandten Technik wurde tief in den Zahn hineingebohrt, krankes Gewebe entfernt und die Pulpa freigelegt. Dies erfordert präzise Fingerbewegungen (Beleg für feinmotorische Fähigkeiten), ein Verständnis der Schmerzursache (Karies) und nicht zuletzt die bewusste Entscheidung für eine geeignete Therapie. Bei dem Fund in Ripari Villabruna hingegen wurden lediglich Kratzspuren auf dem Zahnschmelz festgestellt, also eine eher oberflächliche Maßnahme.

Chagyrskaya 64 ist den Forschern zufolge der erste Beleg für eine invasive medizinische Behandlung in der Menschheitsgeschichte. Die Neandertaler handelten nicht nur aus Instinkt, sondern planten, analysierten und führten gezielte Eingriffe durch – ein Verhalten, das lange als alleiniges Merkmal des Homo sapiens galt. „Diese Entdeckung zeigt, dass Neandertaler nicht nur überlebten, sondern aktiv ihre Gesundheit verbesserten“, sagt Ksenia Kolobova, eine der Leitautorinnen der Studie. „Sie hatten die kognitiven Fähigkeiten, Schmerz zu verstehen, zu behandeln – und vielleicht sogar zu lindern.“

Die Studie wurde veröffentlicht in PLOS One | https://doi.org/10.1371/journal.pone.0347662.

Redaktion



Kinderprophylaxe: Sanfte Reinigung und nachhaltige Motivation von Anfang an

Die Grundlagen für eine lebenslange Mundgesundheit werden bereits im Kindesalter gelegt. Die Kinderprophylaxe geht dabei weit über die reine Entfernung von Plaque hinaus: Sie vereint Prävention, Aufklärung und Motivation zu einem ganzheitlichen Konzept. Ziel ist es nicht nur, junge Patientinnen und Patienten zu behandeln, sondern sie frühzeitig für eine eigenverantwortliche Mundhygiene zu begeistern.



Ein strukturierter und gleichbleibender Behandlungsablauf schafft dabei Vertrauen und Sicherheit – beides entscheidende Faktoren für eine erfolgreiche und qualitativ hochwertige Betreuung. Im Folgenden wird ein bewährtes Vorgehen aus der Praxis vorgestellt.

Strukturierter Ablauf als Grundlage

Zu Beginn jeder Behandlung steht eine kurze Anamnese. Anschließend wird der aktuelle Mundhygienestatus erhoben, wobei zahnärztliche Indizes erfasst und individuelle Risikofaktoren – etwa eine kariogene Ernährung – berücksichtigt werden. Die Kommunikation erfolgt dabei bewusst auf Augenhöhe mit dem Kind, um Vertrauen aufzubauen und Ängste zu reduzieren.

Ein zentraler Bestandteil der Diagnostik ist das Anfärben von Plaque. Hier kommen in der Praxis beispielsweise die Plaque-Indikator Pellets Rondell Blue der Marke Directa zum Einsatz. Diese machen Beläge sichtbar und erfüllen gleichzeitig eine wichtige motivierende Funktion: Kinder können unmittelbar

erkennen, welche Bereiche sie bereits gut reinigen und wo noch Verbesserungsbedarf besteht. Durch diese visuelle Rückmeldung prägen sich kritische Stellen besonders gut ein.

Motivation durch Einbindung

Die anschließende Auswertung erfolgt gemeinsam mit dem Kind. Bereits hier lassen sich erste individuelle, kindgerecht formulierte Mundhygieneinstruktionen vermitteln. Entscheidend ist dabei, die jungen Patientinnen und Patienten aktiv einzubeziehen und nicht nur passiv zu unterrichten.



Directa ProphyCare – Polierpasten Sortiment der Firma Directa.

Ein weiterer wesentlicher Schritt ist die professionelle, jedoch schonende Reinigung. Je nach Befund kann zwischen Airflow und Politur gewählt werden. In vielen Fällen greifen wir hier in unserer Praxis auf die ProphyCare-Polierpasten der Marke Directa zurück. Diese ermöglichen eine indikationsgerechte Anpassung der Behandlung.

In der Kinderzahnheilkunde verwenden wir häufig die Polierpaste ProphyCare Yellow 40 (extrafein) von Directa. Bei stärker haftender Plaque oder vorhandenen Verfärbungen bieten sich alternativ Directa ProphyCare Pro als One-Step-Paste mit selbstreduzierendem RDA-Wert oder die fluorid- und parabenfreie Variante ProphyCare HAp an. Ziel ist stets ein ausgewogenes Verhältnis zwischen substanzschonender Behandlung und effektiver Reinigung.

Politur als bevorzugte Methode

Die Politur bietet dabei mehrere Vorteile: Sie erlaubt ein kontrolliertes Arbeiten und erfolgt ohne störenden Sprühnebel, was insbesondere von Kindern als angenehm empfunden wird. Die Methode weist eine hohe Akzeptanz auf und ermöglicht eine gezielte Bearbeitung einzelner Zahnflächen.

Im Vergleich zum Airflow wird die Behandlung häufig als weniger reizintensiv wahrgenommen. Gerade bei jüngeren oder empfindlichen Patientinnen und Patienten stellt die Politur daher oft die bevorzugte Option dar. Der reduzierte Einsatz von Wasser erleichtert zudem das Schlucken während der Behandlung, während der angenehme Geschmack der Pasten zusätzlich positiv wahrgenommen wird.

Nicht zuletzt sorgt eine abschließende Politur für glatte Zahnoberflächen, wodurch die erneute Anlagerung von Plaque erschwert wird. Das daraus resultierende saubere Mundgefühl kann wiederum die Motivation zur eigenständigen Mundhygiene nachhaltig steigern.

Individuelle Instruktionen und nachhaltige Betreuung

Aufbauend auf den zuvor angefärbten Belägen erhalten die Kinder anschließend individuelle Mundhygieneinstruktionen. Vermittelt werden unter anderem die richtige Putztechnik, das Erkennen persönlicher Schwachstellen sowie die Auswahl geeigneter Hilfsmittel.

Ein besonders effektiver Ansatz besteht darin, die Kinder aktiv einzubinden: In vielen Fällen bringen sie ihre eigene Zahnbürste mit und führen zunächst selbstständig eine Reinigung durch. Auf diese Weise kann die Technik gezielt analysiert und bei Bedarf korrigiert werden.

Optional erfolgt zum Abschluss eine Fluoridierung, um den Zahnschmelz zu stärken und die Kariesprophylaxe zu unterstützen. Abschließend wird ein individueller Recall festgelegt, der sich an der jeweiligen Risikosituation des Kindes orientiert.

Mehr als eine Behandlung

Kinderprophylaxe endet nicht mit der professionellen Reinigung. Sie lebt von Motivation, Interaktion und positiven Erlebnissen. Wenn Kinder verstehen, warum sie ihre Zähne pflegen sollten, und sich dabei ernst genommen fühlen, entwickeln sie langfristig eigenständige und nachhaltige Gewohnheiten.

Genau darin liegt das zentrale Ziel jeder prophylaktischen Maßnahme: die Grundlage für eine lebenslange Mundgesundheit zu schaffen.

ANTONIA MIERSCHKE, ZMP
Praxis Dr. Lehberger in Hohenlinden

DIRECTA AB ALEXANDER HAID
Tel.: +49 171 8187933





Pioniergeist statt Protokollzwang:

Befreien Sie Ihren Workflow mit Medcem!

In der Endodontologie trennt sich die Spreu vom Weizen, wenn althergebrachte Routinen durch echten Fortschritt ersetzt werden. Medcem hat es sich zur Aufgabe gemacht, den klinischen Alltag durch bahnbrechende Innovationen neu zu definieren. Errungenschaften wie MEDCEM MTA und MEDCEM Medizinischer Portlandzement zeigen, wie zahnmedizinische Abläufe durch effektive Produkte optimiert werden können.

Mit dem patentierten Dual Rinse® HEDP setzt Medcem diesen Weg konsequent fort. Dual Rinse® HEDP ist die einfache Antwort auf die Komplexität herkömmlicher Spülprotokolle. Während andere noch mit den hemmenden Wechselwirkungen von EDTA kämpfen, ermöglicht dieser milde Chelator in Pulverform eine kontinuierliche Reinigung ohne Kompromisse. Er löst sich direkt in der NaOCl-Lösung auf, bleibt stabil und schafft so eine Synergie, die den Workflow radikal vereinfacht.

Medcem – Magic Ground – wahre Meisterschaft zeigt sich in Produkten, die das schier Unmögliche zum neuen Standard machen.

MEDCEM GMBH
info@medcem.eu

25 Jahre orangedental

Green Nxt Jubiläumsaktion verlängert

orangedental verlängert seine 25-Jahre-Aktion bis zum 30. Juni 2026. Der Bestseller Green Nxt ist damit weiterhin mit attraktivem Preisvorteil, Zehn-Jahres-Garantie und exklusiven Vorteilen erhältlich.

orangedental feiert 25 Jahre Premium-Innovationen „made in Biberach". Seit der Gründung hat sich das Unternehmen vom Softwareentwickler zum Hightechanbieter für Zahnärzte und Dentallabore entwickelt. Mit Produkten wie dem führenden DVT Green Xevo, den Schleif- und Fräsmaschinen EASY Mill 4 und 5, dem FUSSEN-Scanner 6500 sowie dem vollgesinterten Zirkon Perfit FS prägt orangedental den neuen Chairside-Workflow. Auch im Bereich Visualisierung setzt das Unternehmen neue Maßstäbe – etwa mit der leichtesten Lupenbrille ihrer Art ergo-on und dem kabellosen, digitalen und kopfgetragenen Stereo-Mikroskop ZEUS. byzz Nxt entwickelt sich für alle Endgeräte (inkl. Smartphone) zur offenen Softwareplattform byzz 11.



Infos zum Unternehmen

ORANGEDENTAL GMBH & CO. KG
www.orangedental.de

VOCO Profluorid Varnish + BioMin – Was ist neu?

VOCO Profluorid Varnish + BioMin basiert auf dem seit Jahren bekannten und bewährten desensibilisierenden Fluoridlack VOCO Profluorid Varnish. Neu in der „+ BioMin-Version" ist der Zusatz des löslichen Bioglases der Firma BioMin Technologies Ltd.



Doppelter Schutz: VOCO Profluorid Varnish + BioMin sorgt für eine Remineralisierung und Desensilisierung.

Das nicht sichtbare und geschmacksneutrale Bioglas wird bereits erfolgreich in anderen Oral Care-Produkten wie z. B. Zahnpasten eingesetzt. Nun wird es jedoch erstmals in einem Fluoridlack verwendet. BioMins Bioglas löst sich im Speichel, setzt Calcium- und Phosphationen frei und unterstützt dadurch die Remineralisierung des Zahnes. In Kombination mit dem Fluorid aus dem Varnish bilden sich auf der Zahnoberfläche kristalline Strukturen aus, die u. a. einen säuregeschwächten Zahnschmelz signifikant härten. VOCO Profluorid Varnish + BioMin bietet den Patient/-innen somit einen doppelten Schutz: Remineralisierung und Desensibilisierung. Das Material ist in den Geschmacksrichtungen Minze, Kirsche, Karamell und Bubble Gum verfügbar.

VOCO GMBH
www.voco.dental

ANZEIGE

GALILEI • KEPLER • ERGO • LED • KAMERA

Lupenbrillen + Lichtsysteme
für Medizin und Technik

BaLUPO® by admetec ergo V / V Pro
Die weltweit erste ergonomische Lupenbrille mit einstellbarer Vergrößerung!



3 Vergrößerungen nahtlos umschalten
3.8 > 5.3 > 7-fach/
5.6 > 7.4 > 10-fach

Weltneuheit!
3 Vergrößerungen
in einer Lupenbrille

Ergonomisches Design
für eine optimale Kopf- und Körperhaltung

Maximaler Komfort
Extra leicht für ermüdungsfreies Arbeiten



BAJOHR
OPTECMED®
Tel. 089 21023280 | info@lupenbrille.de
www.lupenbrille.de

Bundesweiter Außendienst sowie weitere Fachgeschäfte in Berlin, Hamburg und Einbeck

Abrechnungsmanager/-in eazf

Berufsbegleitende Weiterqualifizierung
▪ München ▪ Nürnberg

www.aufstiegsfortbildungen.info

Kursinhalte

Ziel dieser Weiterqualifizierung der eazf ist die **Vermittlung von zahnmedizinischem Abrechnungswissen** zu allen relevanten Gebührenpositionen, um die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen professionell und rechtssicher durchführen zu können. Hierbei wird auch Wert auf betriebswirtschaftliche Aspekte gelegt. **Abrechnungsmanager/-innen** tragen so zur Honorar- und Umsatzsteigerung und damit zum wirtschaftlichen Erfolg der Praxis bei.

Die Weiterqualifizierung ist **modular aufgebaut**. Durch den Wechsel von Präsenzunterricht, Online-Schulung und praktischen Übungen mit Fallbeispielen werden alle Themen während des Lehrgangs intensiv geübt und vertieft.

- Grundlagen: Aufgaben der Körperschaften, Gebührensysteme
- Kommunikation mit Patienten und Erstattungsstellen
- Abrechnung Bema und GOZ, auch Analogleistungen (ohne KFO)
- Abrechnung BEL II und BEB mit Chairside-Leistungen
- Konservierende Leistungen, ZE, Chirurgie, Implantologie, PAR/PZR, KBR, Gnathologie
- Schnittstellen zwischen Bema und GOZ
- Abrechnungsverfahren und Formulare KZVB, Dokumentation
- Richtlinien und Formulare BLZK / BZÄK / Verwaltung
- Der Behandlungsvertrag

Dauer der Weiterqualifizierung

Die Weiterqualifizierung zur/zum Abrechnungsmanager/-in eazf dauert insgesamt **vier Monate** und wird berufsbegleitend in München und Nürnberg angeboten.

Zulassungsvoraussetzungen/Anmeldeunterlagen

- Nachweis über das Bestehen der Abschlussprüfung (Prüfungszeugnis einer deutschen Zahnärztekammer) als ZFA in Kopie
- Nachweis einer mindestens einjährigen beruflichen Tätigkeit als ZAH/ZFA

Prüfung und Zertifikat

Die schriftliche Abschlussprüfung wird vor einem Prüfungsausschuss der eazf abgelegt. Nach bestandener Prüfung erhalten die Teilnehmer das **Zertifikat „Abrechnungsmanager/-in eazf“** einschließlich eines Abschlusszeugnisses der eazf mit den in der Weiterqualifizierung erbrachten Leistungsnachweisen.

Kurs- und Prüfungsgebühren

Die Kursgebühr für diese Weiterqualifizierung beträgt € 1.800,00. Die Zahlung der Kursgebühr kann ohne Mehrkosten in monatlichen Raten erfolgen. In der Kursgebühr sind digitale Kursunterlagen sowie Erfrischungsgetränke und Kaffee enthalten. Nach Eingang der geforderten Unterlagen erhalten Sie eine Anmeldebestätigung bzw. Rechnung und Informationen zu Kursablauf und Terminen. Die Kosten für die Abschlussprüfung betragen € 200,00.

Weiterführende Qualifikation

Zur Vertiefung der Kenntnisse in speziellen Abrechnungsbereichen bietet die eazf ein umfangreiches Angebot an Einzelkursen. Informationen hierzu finden Sie unter www.eazf.de.

Infos und Anmeldung unter
www.eazf.de/sites/praxispersonal-abrechnungsmanager



Ansprechpartnerin

Kimberly Alt-Böhm
Tel.: 089 230211439
Fax: 089 230211404

eazf GmbH
Flößergasse 1
81369 München
www.eazf.de
Tel.: 089 230211439
Fax: 089 230211404
E-Mail: info@eazf.de

Stand: 08.07.2025

eazf Fortbildungen

KURS-NR.	THEMA	DOZENT	DATEN	€	PKT	ZIELGRUPPE
C56208	Update Notfallmanagement in der zahnärztlichen Praxis	Jürgen Krehle, Dennis Wölfle	Fr., 19.06.2026, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	225	3	ZA, ZÄ, PP
C66118	Digitale Volumentomografie für Zahnärzte (DVT)	Prof. Dr. Herbert Deppe, Prof. Dr. Jörg Neugebauer	Sa., 20.06.2026, 9.00 Uhr und Sa., 10.10.2026, 9.00 Uhr München Flößergasse	795	17	ZA, ZÄ
C66119	Ergonomie in Bewegung – so verhindern Sie chronische Rückenschmerzen	Dr. Pia Honold, Jutta Hillebrand	Mi., 24.06.2026, 9.00 Uhr München Akademie	425	11	ZA, PP
C56209	Social Media – neue Wege der Patienten- und Mitarbeiter-gewinnung	Sabine Nemec	Mi., 24.06.2026, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	295	4	ZA, ZÄ, PP
C56266	Beauftragte/-r für Medizinprodukte-sicherheit gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung	Marina Nörr-Müller	Mi., 24.06.2026, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	275	0	PP
C66120	Die Kompositfüllung von A bis Z	Prof. Dr. Roland Frankenberger	Sa., 27.06.2026, 9.00 Uhr München Akademie	525	11	ZA, ZÄ
C66753	ABR 3 – ZE-Abrechnung, befund-orientierte Festzuschüsse	Irmgard Marischler	Sa., 27.06.2026, 9.00 Uhr München Flößergasse	150	8	ZA, ZÄ, ASS, PP
C36203	Prophylaxe Basiskurs	Kerstin Kaufmann, Daniela Brunhofer, Tatjana Herold	Mo., 29.06.2026, 9.00 Uhr bis Do., 16.07.2026 Nürnberg Akademie	950	0	PP
C66727	Die Angst vergeht – der Zauber bleibt! Zauberhaft leichter Umgang mit ängstlichen Kindern und Eltern	Annalisa Neumeyer	Mi., 04.07.2026, 9.00 Uhr München Flößergasse	395	7	ZA, ZÄ, PP
C66121	Sehtraining für visuell beanspruchte Augen in der Zahnarztpraxis	Doris Lederer	Mi., 01.07.2026, 9.00 Uhr München Flößergasse	395	11	ZA, PP
C66153	Arbeits- und Ausbildungsrecht	Thomas Kroth	Sa., 04.07.2026, 9.00 Uhr München Flößergasse	150	8	ZA, ZÄ, ASS, PM
C76685	Weiterqualifizierung Qualitätsma-nagementbeauftragte/-r eazf (QMB)	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Di., 07.07.2026, 9.00 Uhr bis Fr., 10.07.2026 Nürnberg Akademie	895	32	PP
C66729	Moderne Parodontologie und interdisziplinäre Zusammenarbeit	Dr. Kilian Hansen	Mi., 08.07.2026, 9.00 Uhr München Akademie	425	0	ZMF, ZMP, DH
C76650	Niederlassungsseminar BLZK/KZVB für Existenzgründer	Stephan Grüner, Michael Weber, Dr. Matthias Rothammer, Daniel Lesser	Sa., 11.07.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	45	8	ZA, ZÄ, ASS
C76640	Der Weg zur erfolgreichen Praxisabgabe	Michael Weber, Stephan Grüner, Dr. Matthias Rothammer, Daniel Lesser	Sa., 11.07.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	45	8	ZA, ZÄ
C66730	Kieferrelease – entkrampftes Behandeln bei der zahnärztlichen Therapie und PZR	Simonetta Ballabeni	Sa., 11.07.2026, 9.00 Uhr München Flößergasse	415	11	ZA, ZÄ, PP
C76712	Intensivkurs Verwaltung	Susanne Eßer	Mo., 13./14.07.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	495	0	PP
C66123	Aktualisierung der Kenntnisse im Arbeitsschutz der BLZK – BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 15.07.2026, 14.00 Uhr München Akademie	225	6	ZA, ZÄ
C76003-3	Kursserie Myodiagnostik: Ganzheitliche Strategie	Dr. Eva Meierhöfer, Rainer Wittmann	Fr., 17./18.07.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	500	22	ZA
C56284	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Stefan Gassenmeier	Mi., 29.07.2026, 15.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP
C36304	Prophylaxe Basiskurs	Nathalie Zircher, Alla Käufler, Tobias Feilmeier, Simonetta Ballabeni, Katharina Spiegelberger	Mo., 17.08.2026, 9.00 Uhr bis Di., 01.09.2026 München Akademie	950	0	PP
C66733	Deep Scaling – Aufbaukurs für ZMP (Therapiestufe PSI 3–4)	Kerstin Kaufmann, Daniela Brunhofer	Mo., 07.09.2026, 9.00 Uhr bis Do., 10.09.2026 München Akademie	995	0	ZMP
C76713	Aufbereitung von Medizinprodukten – Erwerb der Sachkenntnisse gem. MPBetreibV	Marina Nörr-Müller	Mo., 07.09.2026, 9.00 Uhr bis Mi., 09.09.2026 Nürnberg Akademie	850	0	PP

eazf Fortbildungen

KURS-NR.	THEMA	DOZENT	DATEN	€	PKT	ZIELGRUPPE
C56269	Update Datenschutz	Regina Kraus	Mi., 16.09.2026, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	275	4	ZA, ZÄ, PP
C76110	Grundregeln der Ästhetik und ihre Realisation mit Komposit	Prof. Dr. Bernd Klaiber	Fr., 18./19.09.2026, 14.00 Uhr Nürnberg Akademie	895	17	ZA, ZÄ
C66127	Therapie der Periimplantitis	Prof. Dr. Dr. Matthias Folwaczny	Sa., 19.09.2026, 9.00 Uhr München Akademie	525	11	ZA, ZÄ
C56001	Prophylaxe Basiskurs	Simonetta Ballabeni, Katharina Spiegelberger, Alla Käufler, Tobias Feilmeier	Mo., 21.09.2026, 9.00 Uhr bis Di., 27.10.2026 Kempten Hotel St. Raphael	950	0	PP
C36701	Kieferorthopädische Assistenz	Prof. Dr. Dr. Peter Proff, Dr. Helmut Hösl, Dr. Rebecca Klinke	Mo., 21.09.2026, 9.00 Uhr bis Mi., 30.09.2026 Nürnberg Akademie	995	0	PP
C66686	Weiterqualifizierung Qualitäts-managementbeauftragte/-r eazf (QMB)	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Di., 22.09.2026, 9.00 Uhr bis Fr., 25.09.2026 München Flößergasse	895	32	PP
C56950-12	Biologisierung in der Parodontologie – was können Blutkonzentrate, Hyaluron und Co. am Parodont leisten?	Prof. Dr. Nicole B. Arweiler	Di., 22.09.2026, 19.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	45	2	ZÄ
C56211	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mi., 23.09.2026, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	125	9	ZA, ZÄ
C96907	Intensivkurs Quereinstieg	Brigitte Kenzel, Regina Kraus, Kerstin Kaufmann, Daniela Brunhofer	Fr., 25.09.2026, 9.00 Uhr bis Sa., 07.11.2026 Nürnberg Akademie	895	0	QE
C56212	Update Notfallmanagement in der zahnärztlichen Praxis	Jürgen Krehle, Dennis Wölfle	Fr., 25.09.2026, 14.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	225	3	ZA, ZÄ, PP
C76733	Die professionelle Zahnreinigung – PZR-Intensivkurs	Sabine Deutsch, Karin Schwengsbier	Mo., 28./29.09.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	650	0	PP
C66734	Die professionelle Zahnreinigung – PZR-Intensivkurs	Tatjana Jung, Natascha Stang	Di., 29./30.09.2026, 9.00 Uhr München Akademie	650	0	PP
C56217	Zahnersatzabrechnung in BEMA und GOZ Kompaktseminar	Regina Kraus	Mi., 30.09.2026, 9.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	395	8	PP
C76716	Kinderprophylaxe – vom Kleinkind bis zum Teenager	Tatjana Herold	Mo., 05.10.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	415	8	ZA, ZÄ, PP
C76715	KFO – durch die Prophylaxebrille betrachtet	Karin Schwengsbier	Mo., 05.10.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	415	0	PP
C66129	Röntgenkurs für Zahnärztinnen und Zahnärzte zum Erwerb der Fachkunde	Dr. Stefan Gassenmeier	Mo., 05.10.2026, 9.00 Uhr Mi., 07.10.2026 München Akademie	525	24	ZA, ZÄ
C76714	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Moritz Kipping	Mo., 05.10.2026, 9.00 Uhr bis Mi., 07.10.2026 Nürnberg Akademie	495	0	PP
C76687	Weiterqualifizierung Qualitäts-managementbeauftragte/-r eazf (QMB)	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Di., 06.10.2026, 9.00 Uhr bis Fr., 09.10.2026 Nürnberg Akademie	895	32	PP
C76717	Die Rezeption – das Herz der Praxis	Brigitte Kühn	Mi., 07.10.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	395	8	ZA, ZÄ, PP
C76719	Das Provisorium – eine wichtige Rolle im interdisziplinären Behandlungs-konzept	Konrad Uhl	Mi., 07.10.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	395	0	PP
C76718	Kieferorthopädische Abrechnung – Basiskurs	Helga Jantzen	Mi., 07.10.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	395	8	PP
C76720	Kieferorthopädische Abrechnung – Aufbaukurs	Helga Jantzen	Do., 08.10.2026, 9.00 Uhr Nürnberg Akademie	275	4	PP
C66001	Weiterqualifizierung Ernährungs-berater/-in eazf (berufsbegleitend)	Stefan Duschl, Carl-Philipp Cauer, Reiner Otto, Dr. Rosemarie Klamer, Dr. Hannes Proeller	Fr., 09.10.2026 9.00 Uhr bis Sa., 24.07.2027 München Flößergasse	3550	207	ZA, ZÄ, PP
C56270	Datenschutzbeauftragte/-r in der Zahnarztpraxis (DSB)	Regina Kraus	Fr., 09.10.2026, 9.00 Uhr ONLINE-Fortbildung	395	7	ZA, PP
C66130	Zahntrauma in der Praxis: So wird es gemacht	Prof. Dr. Gabriel Krastl	Sa., 10.10.2026, 9.00 Uhr München Akademie	495	8	ZA, ZÄ

Unternehmensführung für Zahnärzt/-innen

DATUM	ORT	UHRZEIT	KURS	KURSINHALTE
21. Oktober 2026	Online	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	München	9.00–17.00 Uhr	BWL 5	**Wichtige Verträge, Berufshaftung und Praxisformen** Rechte und Pflichten in der Berufsausübung, Behandlungsvertrag, Praxismietvertrag, Verträge mit angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten, Ehevertrag, Praxiskaufvertrag, Anteilsäußerungsvertrag, Praxisformen und Kooperationen
9. Oktober 2026	München	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
4. Juli 2026	München	9.00–17.00 Uhr	BWL 7	**Arbeits- und Ausbildungsrecht** Abschluss von Arbeits- und Ausbildungsverträgen, Nachweisgesetz, Kündigungsschutz, Urlaubsrecht, Lohnfortzahlung, Mutterschutz, Jugendarbeitsschutz, Zeiterfassung, Betriebsübergang, Fortbildungsvereinbarungen, Arbeitszeugnisse
20. November 2026	München	9.00–17.00 Uhr	BWL 8	**Ausbildung lohnt sich – Ausbildung der Ausbilder** Ausbildungsplan, pädagogische Grundlagen, Führung und Förderung von Auszubildenden, Leistungsbeurteilungen, Ausbildungsordnung, Rechte und Pflichten aus dem Ausbildungsverhältnis, Beendigung von Ausbildungsverhältnissen
30. Januar 2027 25. September 2027	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

Abrechnung für Zahnärzt/-innen

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

Kursgebühr für Zahnärzte: 150 Euro je Seminar
Kursgebühr für angestellte Zahnärzte und Assistenten: 125 Euro je Seminar
Veranstaltungsorte: eazf München, Flößergasse 1, 81369 München bzw. eazf Nürnberg, Laufertorgraben 10, 90489 Nürnberg
Anmeldung und Informationen: eazf GmbH, Fallstraße 34, 81369 München, Telefon: 089 230211-400,
Fax: 089 230211-406, E-Mail: info@eazf.de, www.eazf.de/sites/bwl-curriculum

Niederlassungs- und Praxisabgabeseminare 2026

ZEP Zentrum für Existenzgründer und Praxisberatung der BLZK

BLZK KZVB Die bayerischen Zahnärzte

NIEDERLASSUNGSSEMINAR

9.00 Uhr	**Praxisgründung mit System – ein Leitfaden** – Grundsätzliche Gedanken zur Niederlassung: Standort, Patientenstamm, Praxisform, Zeitplan – Überlegungen zum Raumkonzept – Arbeitssicherheit (BuS-Dienst), Hygiene, QM – Personalkonzept und Personalgewinnung – Entwicklung einer Praxismarke – Begleitung der Praxisgründung von A–Z
11.00 Uhr	**Kaffeepause und Praxisforum**
11.30 Uhr	**Versicherungen und Vorsorgeplan** – Welche Versicherungen sind zwingend nötig? – Existenzschutz bei Berufsunfähigkeit/Krankheit – Welche Fehler sollte man unbedingt vermeiden? – Gesetzliche oder private Krankenversicherung? – VVG – Beratung und Gruppenverträge
13.00 Uhr	**Mittagspause und Praxisforum**
13.45 Uhr	**Praxisformen und wichtige Verträge** – Welche Praxisformen gibt es? – Wichtige Verträge: Praxiskauf- bzw. -übergabevertrag, Berufsausübungsgemeinschaft, MVZ – Übergangs-Berufsausübungsgemeinschaft – Mietvertrag: Was ist zu beachten? – Arbeitsrechtliche Aspekte der Praxisübernahme
15.00 Uhr	**Kaffeepause und Praxisforum**
15.15 Uhr	**Steuerliche Aspekte und Praxisfinanzierung** – Organisation Rechnungswesen und Controlling – Die betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) – Steuerarten, Liquiditätsfallen, Immobilien – Möglichkeiten der Lohnoptimierung – Verfahren und Kriterien zur Praxiswertermittlung – Kapitalbedarf, Finanzierung und Businessplan – Staatliche Fördermöglichkeiten
16.30 Uhr	**Seminarende**

PRAXISABGABESEMINAR

9.00 Uhr	**Betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte** – Sind Investitionen noch sinnvoll? – Freibeträge und Steuervergünstigungen – Verfahren und Kriterien zur Praxiswertermittlung – Nachfolgegestaltung mit Angehörigen: Schenken oder verkaufen? – Möglichkeiten zur Minderung der Schenkungs- bzw. Erbschaftssteuer – Besteuerung von Rentnern
11.00 Uhr	**Kaffeepause und Praxisforum**
11.30 Uhr	**Praxisabgabe mit System – ein Leitfaden** – Rahmenbedingungen und Entwicklungen – Einflussfaktoren für die erfolgreiche Praxisabgabe – Wege, um Kaufinteressenten zu finden – Information der Patienten (wann sinnvoll?) – Nachhaftung Berufshaftpflichtversicherung – Abgabe der Zulassung und Meldeordnung – Wichtige Formalien der Praxisabgabe – Praxisschließung – was ist zu beachten?
13.00 Uhr	**Mittagspause und Praxisforum**
13.45 Uhr	**Planung der Altersvorsorge** – Versorgungslücke im Alter: Reicht die berufsständische Versorgung aus? – Überprüfung der Krankenversicherung im Alter – Macht eine Pflegezusatzversicherung Sinn?
15.00 Uhr	**Kaffeepause und Praxisforum**
15.15 Uhr	**Rechtliche Aspekte** – Praxisabgabevertrag – Übergangs-Berufsausübungsgemeinschaft – Worauf ist beim Mietvertrag zu achten? – Aufbewahrungspflicht der Patientenkartei – Arbeitsrechtliche Aspekte der Praxis
16.30 Uhr	**Seminarende**

Termine:
11.7.2026, Nürnberg
17.10.2026, München

Uhrzeit:
9.00–16.30 Uhr

Hinweis:
Niederlassungsseminare und Praxisabgabeseminare finden jeweils am selben Tag und Ort statt. Im Rahmen eines Praxisforums können Praxisabgeber ihre Praxen präsentieren und mit Existenzgründern ins Gespräch kommen.

Kursgebühr: 45 Euro (inklusive Mittagessen, Kaffeepausen und ausführlicher digitaler Kursunterlagen)
Veranstaltungsorte: eazf Seminarzentrum München, Flößergasse 1, 81369 München
eazf Nürnberg, Laufertorgraben 10, 90489 Nürnberg
eazf Seminarzentrum Regensburg, Prüfeninger Schloßstraße 2 a, 93051 Regensburg
Anmeldung: eazf GmbH, Fallstraße 34, 81369 München, Telefon: 089 230211-400, E-Mail: info@eazf.de, www.eazf.de

Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen für Praxispersonal

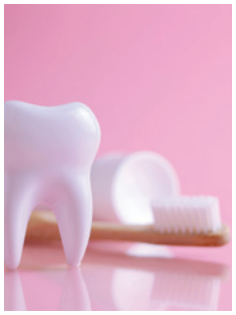
Fort- und Weiterbildungsangebote zur fachlichen und persönlichen Entwicklung des zahnärztlichen Personals genießen bei der eazf schon immer einen hohen Stellenwert. Unsere langjährige Erfahrung garantiert eine konsequente und zielgerichtete Qualifikation für die vielfältigen beruflichen Aufgaben in der Praxis. Neben einer Vielzahl von Kursen in den Bereichen Abrechnung, Praxismanagement und Prophylaxe bieten wir mit unseren Anpassungs- und Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen eine breite Palette an weiterführenden Lehrgängen mit zertifizierten Abschlüssen der BLZK bzw. der eazf. 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.

Alle Lehrgänge zeichnen sich durch einen hohen Praxisbezug aus. In den Aufstiegsfortbildungen bietet die eazf zusätzliche, über die Anforderungen der Fortbildungsordnungen der BLZK hinausgehende Unterrichtseinheiten zur Vertiefung der Lehrinhalte und zur Vorbereitung auf die Prüfungen vor der BLZK an (z. B. Prüfungstraining für ZMV, Instrumentierungstraining für ZMP/DH, Deep-Scaling-Kurs für ZMP).

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
- Moderne Simulationseinheiten (Phantomköpfe) mit hochwertiger technischer Ausstattung
- Individuelle Beratung und Betreuung durch die eazf während des gesamten Lehrgangs
- Intensive Vorbereitung auf die Prüfungen vor der BLZK bzw. der eazf
- Förderung nach Meisterbafög (AFBG) und Meisterbonus (bei Aufstiegsfortbildungen)

Auf www.eazf.de/sites/karriereplanung finden Sie ausführliche Informationen zu allen Lehrgängen. Auskünfte erhalten Sie bei den jeweiligen Koordinationen unter der Telefonnummer 089 230211400 oder per Mail an info@eazf.de.



ZAHNMEDIZINISCHE/-R PROPHYLAXEASSISTENT/-IN (ZMP)

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

Kursgebühr: € 5.750 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 Unterrichtseinheiten, Nachweis über Kenntnisse im Strahlenschutz.

Abschlussprüfung: Prüfungsausschuss der BLZK, schriftliche und praktische Prüfung.



DENTALHYGIENIKER/-IN (DH)

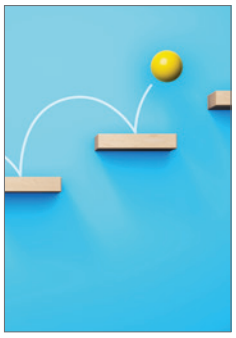
Kursinhalte: Anamnese, gesunde und erkrankte Strukturen der Mundhöhle, therapeutische Maßnahmen, Parodontitistherapie, Beratung und Motivation der Patienten, Langzeitbetreuung von Patienten jeder Altersstufe, intensive praktische Übungen, Klinikpraktika

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 Unterrichtseinheiten, 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: € 5.750 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, Nachweis über erfolgreich abgelegten Zulassungstest der eazf, mindestens ein Jahr Tätigkeit als ZFA, gute Deutschkenntnisse in Wort und Schrift.

Abschlussprüfung: Prüfungsausschuss der BLZK, schriftliche und praktische Prüfung.



ABRECHNUNGSMANAGER/-IN EAZF

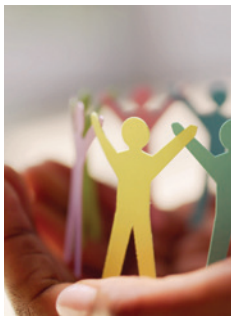
Kursinhalte: Aufgaben der Körperschaften, Gebührensysteme, BEMA und GOZ, Analogleistungen (ohne KFO), BEL II und BEB, Chairside-Leistungen, KCH, ZE, Implantologie, PAR/PZR, KBR, Gnathologie, Schnittstellen BEMA und GOZ, Dokumentation, Behandlungsvertrag, Kommunikation mit Patienten und Erstattungsstellen,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

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

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

Voraussetzungen: Bestandene Abschlussprüfung als ZFA, Nachweis einer mindestens einjährigen beruflichen Tätigkeit als ZAH/ZFA, Kenntnisse KCH/ZE auf dem Niveau der Berufsschule, gute Deutschkenntnisse in Wort und Schrift

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, gute Deutschkenntnisse in Wort und Schrift.

Abschlussprüfung: Prüfungsausschuss der eazf, schriftliche und mündliche Prüfung.



HYGIENEBEAUFTRAGTE/-R EAZF (HYG)

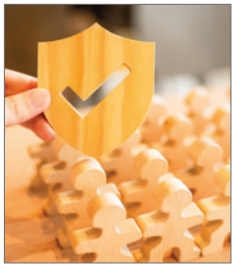
Kursinhalte: Gesetzliche Grundlagen, Infektionsprävention: Erreger, Übertragungswege und Prävention, Mikrobiologische Begriffe, Hygienemanagement: Anforderungen an Räume, Wasser führende Systeme, Flächendesinfektion, Aufbereitung von Medizinprodukten, Risikoeinstufung, Reinigungsverfahren, Arbeitsschutz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



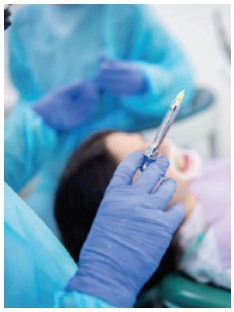
QUALITÄTSMANAGEMENTBEAUFTRAGTE/-R EAZF (QMB)

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

Kursgebühr: € 895 inkl. Kursunterlagen, Mittagessen, Erfrischungsgetränke und Kaffee

Kursdaten: Die Weiterqualifizierung zur/zum QMB eazf dauert vier Tage. Sie wird in München und Nürnberg ganzjährig zu verschiedenen Terminen angeboten.

Update für QMB: Jährliche Update-Kurse, mit denen sich Praxen auf den aktuellen Stand bringen können. Außerdem bietet die eazf Consult eine Beratungsdienstleistung zur Überprüfung Ihres praxisinternen QM an.



CHIRURGISCHE ASSISTENZ EAZF

Kursinhalte: Schutzausrüstung und arbeitsmedizinische Vorsorge, Aufbereitung von Medizinprodukten, Umgang mit Gefahrstoffen, Krankheitsbilder und operatives Vorgehen, OP-Vorbereitung, Aufklärung, Patientenbetreuung, Operatives Vorgehen, Instrumentenkunde, Chirurgische Materialien, Wundinfektionen, Spezielle Hygienemaßnahmen bei chirurgischen Eingriffen, Ergonomie, Praktische Übungen

Kursgebühr: € 995 inkl. Kursunterlagen in digitaler Form, Mittagessen, Erfrischungsgetränke und Kaffee

Kursdaten: Die Weiterqualifizierung zur Chirurgischen Assistenz eazf dauert vier Tage. Sie wird in München und Nürnberg ganzjährig zu verschiedenen Terminen angeboten.

Voraussetzung: Bestandene Abschlussprüfung als ZFA.

Mit der eazf treffen Sie eine gute Wahl für Ihren beruflichen Aufstieg!
Wir freuen uns, wenn wir Sie auf diesem Weg beraten und begleiten dürfern.

www.eazf.de/sites/karriereplanung

Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2026/2027/2028

Bitte beachten Sie die Hinweise zum Prüfungsort[1]

	VORAUSSICHTLICHER PRÜFUNGSTERMIN	ANMELDESCHLUSS INKL. VOLLSTÄNDIGER ZULASSUNGSUNTERLAGEN
ZMP Schriftliche Prüfung	03.09.2026	30.07.2026
ZMP Praktische Prüfung	07.09.–12.09.2026	30.07.2026
DH Schriftliche Prüfung	02.09.2026	30.07.2026
DH Praktische Prüfung	03.09.–05.09.2026	30.07.2026
DH Mündliche Prüfung	10.09.–11.09.2026	30.07.2026
ZMV Schriftliche Prüfung	08.09.–09.09.2026	30.07.2026
ZMV Mündliche Prüfung	16.09.–18.09.2026	30.07.2026
ZMP Schriftliche Prüfung	11.03.2027	04.02.2027
ZMP Praktische Prüfung	12.03.–13.03.2027 und 06.04.–08.04.2027	04.02.2027
ZMP Schriftliche Prüfung	02.09.2027	30.07.2027
ZMP Praktische Prüfung	07.09.–11.09.2027	30.07.2027
DH Schriftliche Prüfung	30.08.2027	30.07.2027
DH Praktische Prüfung	01.09.–02.09.2027 und 04.09.2027	30.07.2027
DH Mündliche Prüfung	10.09.–11.09.2027	30.07.2027
ZMV Schriftliche Prüfung	09.03.–10.03.2027	04.02.2027
ZMV Mündliche Prüfung	16.03.–18.03.2027	04.02.2027
ZMV Schriftliche Prüfung	31.08.–01.09.2027	30.07.2027
ZMV Mündliche Prüfung	07.09.–09.09.2027	30.07.2027
ZMP Schriftliche Prüfung	14.03.2028	04.02.2028
ZMP Praktische Prüfung	21.03.–25.03.2028	04.02.2028
ZMP Schriftliche Prüfung	07.09.2028	30.07.2028
ZMP Praktische Prüfung	12.09.–16.09.2028	30.07.2028
DH Schriftliche Prüfung	31.08.2028	30.07.2028
DH Praktische Prüfung	02.09.2028 und 06.09.–07.09.2028	30.07.2028
DH Mündliche Prüfung	08.09.–09.09.2028	30.07.2028
ZMV Schriftliche Prüfung	07.03.–08.03.2028	04.02.2028
ZMV Mündliche Prüfung	15.03.–17.03.2028	04.02.2028
ZMV Schriftliche Prüfung	29.08.–30.08.2028	30.07.2028
ZMV Mündliche Prüfung	04.09.–06.09.2028	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 Prüfungsteile erfragen Sie bitte im Referat Zahnärztliches Personal der Bayerischen Landeszahnärztekammer. Der Anmeldeschluss bei der BLZK ist jeweils angegeben. Den Antrag auf Zulassung stellen Sie bitte rechtzeitig beim Referat Zahnärztliches Personal der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Flößergasse 1, 81369 München, Telefon 089 230211-330 oder -332, zahnaerztliches-personal@blzk.de.

sozietät HGA

Kompetenz im Zahnarztrecht

Praxisübernahmen · Kooperationen · Haftung
Arbeitsrecht · Mietrecht · Wirtschaftlichkeitsprüfungen · Regressverfahren · Berufsrecht

Hartmannsgruber Gemke Argyrakis & Partner Rechtsanwälte

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

www.med-recht.de

HINWEIS: Auf Chiffre-Anzeige per E-Mail antworten an: bzb-kleinanzeigen@oemus-media.de. **Die Chiffre-Nummer bitte in der Betreffzeile angeben.**

Praxis auf La Gomera

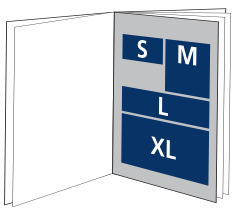
Eine einmalige Gelegenheit, ein voll ausgestattetes medizinisches Zentrum in exzellenter Lage auf La Gomera, Kanarische Inseln, Spanien, zu erwerben. Das Objekt verfügt über eine Gesamtfläche von 487 Quadratmetern, verteilt auf zwei Etagen, die per Aufzug und Treppe verbunden sind. Es bietet großzügige, funktionale und optimal gestaltete Bereiche, die den Komfort von Patienten und medizinischem Fachpersonal gewährleisten. Das Zentrum umfasst sieben Behandlungsräume, vier helle und komfortable Wartebereiche, vier barrierefreie Toiletten, einen Empfangsbereich und drei Büros für ärztliche Beratungen sowie einen Pausenraum für das Personal. Es ist bereits in Betrieb und bietet somit eine Investitionsmöglichkeit, die vom ersten Tag an Rendite abwirft. Darüber hinaus liegen alle erforderlichen Genehmigungen für die Durchführung zahnärztlicher und anderer medizinischer Tätigkeiten vor. Das Zentrum entspricht den geltenden Vorschriften und bietet somit Sicherheit und Rechtssicherheit für die Berufsausübung. Dank seiner guten Erreichbarkeit und hervorragenden Sichtbarkeit ist dieses Zentrum eine ideale Investition für Zahnkliniken, Arztpraxen, Physiotherapiepraxen oder andere spezialisierte Dienstleistungen. Es befindet sich in einem wachsenden Ballungsraum mit vielen deutschen und anderen europäischen Einwohnern.

Weitere Informationen und Besichtigungstermine nach Vereinbarung.
Kontakt (engl. oder spanisch): Sisty Betancourt | Tel: +34 630 196 510 | sistybetgar@gmail.com

3 Wege zu Ihrer Kleinanzeige:



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



Format S:
B x H = 85 x 45 mm
Preis: 180 Euro

Format M:
B x H = 85 x 90 mm
Preis: 350 Euro

Format L:
B x H = 175 x 45 mm
Preis: 340 Euro

Format XL:
B x H = 175 x 90 mm
Preis: 670 Euro

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/

Alle Preise sind Nettopreise.

ANZEIGE



© getty images für unsplash+

MÜNCHENER FORUM FÜR MODERNE IMPLANTOLOGIE

16. OKTOBER 2026
HOLIDAY INN MUNICH – WESTPARK

OEMUS MEDIA AG

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

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)
Matthias Wallenfels (mw)

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 2026.

Art Direction/Grafik:
Dipl.-Des. (FH) Alexander Jahn
Lisa Greulich, B.A.

Erscheinungsweise:
monatlich (Doppelnummern Januar/Februar und Juli/August)

Druckauflage:
17.300 Exemplare

Bezugspreis:
Bestellungen an die Anschrift des Verlages.
Einzelheft: 12,50 Euro inkl. MwSt.
zzgl. Versandkosten,
Abonnement: 110,00 Euro inkl. MwSt.
zzgl. Versandkosten (Inland 13,80 Euro, Ausland 27,10 Euro).
Mitglieder der BLZK und der KZVB erhalten die Zeitschrift ohne gesonderte Berechnung. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

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

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

Hinweis:
Die im Heft verwendeten Bezeichnungen richten sich – unabhängig von der im Einzelfall verwendeten Form – an alle Geschlechter.

Erscheinungstermin:
Montag, 15. Juni 2026

ISSN 1618-3584

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns



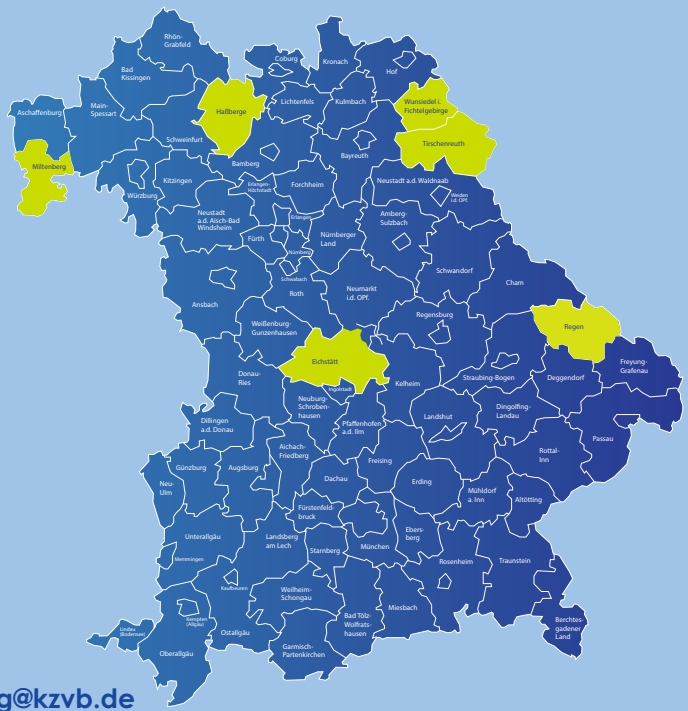
© Artalis-Kartographie – adobe stock.com

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
- Tirschenreuth
- Regen
- Wunsiedel



Ihr Kontakt für Rückfragen:
Telefon: +49 89 72401–546 · E-Mail: Bedarfsplanung@kzvb.de

Fakten statt Meinung

Lohnt sich der Umstieg aufs Factoring?

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



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