63. Jahrgang

BZB

Bayerisches Zahnärzteblatt

11/2026



© Drobot Dean – peopleimages.com

Schwerpunktthema

Parodontologie

Wissenschaftlicher Austausch auf höchstem Niveau
Erneut volles Haus beim 67. Bayerischen Zahnärztetag

Neue Bedrohungslagen
Bayern handelt – Berlin diskutiert

Schmelzmatrixproteine bei tiefen parodontalen Knochendefekten
CME-Beitrag

www.bzb-online.de



Das ist GC.

Tokio im Zeichen der Mundgesundheit.

Das 6. Internationale Dentalsymposium von GC im Tokyo International Forum brachte Anfang Oktober 2026 Gäste aus 71 Nationen zusammen, um unter dem Motto „Gather Knowledge, Create '8 Billion' Smiles!" neue Maßstäbe in der Zahnmedizin zu setzen. Mit über 7.500 Teilnehmern, Spitzenforschung aus Europa und zukunftsweisenden Workflows war die „GC Week" in Japan ein Meilenstein für die Zahnmedizin.

Erleben Sie die Highlights, Innovationen und Impulse aus Tokio noch einmal hautnah. Jetzt den vollständigen Nachbericht auf ZWP online lesen:

Das Symposium in Zahlen

- **7.598** Kongressbesucher aus aller Welt
- **1.764** internationale Gäste aus **71** Ländern
- **850** Teilnehmer aus der EMEA-Region
- **204** hochkarätige Referenten in **65** Sessions

Das ist GC.

THE 6TH INTERNATIONAL DENTAL SYMPOSIUM

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

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



Dr. Dr. Frank Wohl
Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer

Berliner Beamtenballade

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Zuckersteuer der schwarz-roten Koalition ist vor allem ein Arbeitsbeschaffungsprogramm für Beamte und Kabarettisten.

Allein mit den Absurditäten und Peinlichkeiten, bis der Regelungsvorschlag der Bundesregierung am 14. Oktober beschlossen wurde, könnte ein Kabarettist locker ein halbes Abendprogramm bestreiten. Eindeutiger Höhepunkt war der unverfrorene Versuch, das Steueraufkommen dadurch zu maximieren, dass auch „süßungsmittelhaltige Getränke ohne Alkohol oder mit Restalkohol" besteuert werden sollten.

Beim geplanten Vollzug der Steuererhebung will der Finanzminister sich an den bewährten Bürokratengrundsatz „Warum einfach, wenn es auch kompliziert geht?" halten. Anstatt die Betriebe anhand der – von diesen gemeldeten – verkauften Menge an Getränken mit wenig Aufwand zu besteuern, wird die Zuckersteuer dem hochbürokratischen „Verbrauchssteuersystem" unterworfen. Das bedeutet Errichtung von teuren „Steuerlagern" (wie bei Zigaretten und Schnaps!), das bedeutet rund 230 neue Stellen beim Zoll und anderen Behörden, das bedeutet 89 Millionen Euro Verwaltungskosten bis 2029. Damit ist die zweite Hälfte des Kabarettabends gesichert.

So ganz „nebenbei" benachteiligt die Anwendung des komplizierten Verbrauchssteuerverfahrens kleine und mittelständische Betriebe erheblich gegenüber den Großkonzernen unter den Getränkeherstellern.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir Zahnärzte haben uns ursprünglich für eine zweckgebundene Zuckerabgabe, die der Prävention zugutekommt, stark gemacht. Erklärtes Ziel war weniger Zuckeraufnahme vor allem durch Kinder und Jugendliche. Dann hat die Politik erklärt, es müsse aus verfassungsrechtlichen Gründen eine Steuer sein, keine Abgabe. Und jetzt wird der geringere Zuckerkonsum zum Nebenaspekt eines bürokratischen Rundumschlags des Berliner Beamtenapparates zur Erhöhung des allgemeinen Steueraufkommens.

Hinter dem, was aus unseren sinnvollen Vorschlägen gemacht wurde, kann man nicht mehr guten Gewissens stehen. Der Präventionsgedanke wird hier von einem immer gieriger werdenden Steuer- und Beamtenstaat unredlich missbraucht.

Ein anderes, unsere Praxisführung unmittelbar betreffendes Beispiel für kafkaeske Bürokratie ist die zusätzliche externe Validierung von Kleinsterilisatoren und Thermodesinfektoren (RDG). Die einschlägige Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte behandelt Zahnarztpraxen und Kliniken völlig undifferenziert gleich. Kliniksterilisatoren sind mehrere Quadratmeter groß, teilweise begehbar; sie werden vor Ort zusammengebaut und müssen selbstverständlich vor Inbetriebnahme getestet werden. Die Gleichsetzung mit unseren fertig gelieferten Kleinsterilisatoren ist an Absurdität nicht zu überbieten.

Umso erfreulicher ist es, dass sich die CSU mittlerweile unserer Forderung angeschlossen hat, die Pflicht zur externen Validierung von Hygienegeräten in Zahnarztpraxen abzuschaffen. Der Gesundheitspolitische Arbeitskreis (GPA) der CSU hat dies in seiner Botschaft der Woche am 29. Oktober publiziert (siehe Grafik).

Die Berliner Bürokraten sollten sich daran ein Beispiel nehmen – wie an so manchem, was aus Bayern kommt!

Ihr



Quelle: GPA-Botschaft der Woche vom 29.10.2026



Der 67. Bayerische Zahnärztetag überzeugte mit hochkarätigen Vorträgen, neuen Impulsen für Wissenschaft und Praxis sowie vielfältigen Möglichkeiten zum kollegialen Austausch.



Trotz der Einigung von Schwarz-Rot sorgt die Zuckergetränkesteuer nach wie vor für Zündstoff. Jetzt muss der Bundestag entscheiden.



750 Kinder im Alter von vier bis 13 Jahren erfüllten beim Kinderfest der LAGZ den Marktplatz der unterfränkischen Kleinstadt Mellrichstadt mit Leben.

politik

6 **„Den Kellerschlüssel hochhalten“**
Festakt zur Eröffnung des 67. Bayerischen Zahnärztetags mit kraftvollen Plädoyers für Freiheit und Eigenverantwortung

8 **Wissenschaftlicher Austausch auf höchstem Niveau**
Erneut volles Haus beim 67. Bayerischen Zahnärztetag

10 **Bayern handelt – Berlin diskutiert**
Krisenfestes Gesundheitswesen: Gesetz erst zum Jahresende

12 **Ohne Gesetz geht es nicht**
KZVB forderte Fremdbesitzverbot für Zahnarztpraxen

16 **Dauerbaustelle Datenautobahn**
Bundesregierung plant mehr Befugnisse für die gematik

18 **Wir helfen Ihnen – helfen Sie uns**
KZVB fordert bei Parteitagen verlässliche Rahmenbedingungen

20 **Kommt sie oder kommt sie nicht?**
Zuckersteuer spaltet die Union – Bundestag muss entscheiden

22 **„Ein Potenzial, das wir heben müssen“**
ABZ eG und KZVB werben bei Zahnärztinnen für die Niederlassung

23 **„Wir sind die Stimme ohne Maulkorb“**
Dr. Christian Öttl über Ziele des FVDZ-Bundesverbands

24 **„Mitreden und Mitgestalten“**
Berufspolitische Bildung kommt bei den Teilnehmern gut an

26 **Nachrichten aus Brüssel**

28 **Journal**

praxis

29 **GOZ aktuell**
Parodontologie

36 **Pflicht ohne Plus**
Befüllung der ePA wird ab 2027 nicht mehr vergütet

38 **Kleine Stadt, große Bühne für gesunde Zähne**
LAGZ feiert den „Tag der Zahngesundheit“ in Mellrichstadt

41 **„Tätigkeit in freier Praxis“**
BGH zieht klare Grenzen für Kooperationsmodelle

42 BLZK mit neuer Website am Start
Internetauftritt mit optimierter Benutzerführung und modernem Design
44 Deutscher Millerpreis 2026 geht nach Bayern
Uni Regensburg überzeugt mit innovativer Forschung zum Kiefergelenk
46 Digital in die Zukunft
20 Jahre Zahnarzt-Zweitmeinung – jetzt auch per Videosprechstunde
47 Online-News der BLZK
48 Alle Jahre wieder – jetzt Kfz-Versicherung prüfen!
Sonderkonditionen für bayerische Zahnärztinnen und Zahnärzte

wissenschaft und fortbildung

50 Schmelzmatrixproteine bei tiefen parodontalen Knochendefekten – geht es auch ohne Chirurgie?
61 Kombinierte parodontalchirurgisch-restaurative Therapie gingivaler Rezessionen – ein Fallbericht
66 Diagnostik: Vom Biofilm zur Prognose
Was benötigen wir in der klinischen Praxis?

markt und innovationen

70 Produktinformationen

termine und amtliche mitteilungen

73 eazf Fortbildungen
75 Unternehmensführung und Abrechnung für Zahnärzt/-innen
76 Niederlassungs- und Praxisabgabeseminare 2027
77 Aufstiegsfortbildungen und Weiterqualifizierungen für Praxispersonal
79 Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2027/2028
80 Kassenänderungen/Ordentliche Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB)
81 Kleinanzeigen
82 Impressum



Einem Forschungsteam von der Universität Regensburg wurde der Deutsche Millerpreis 2026 der DGZMK verliehen.



Die KZVB feiert 20 Jahre zahnärztliche Zweitmeinung und erweitert ihr Angebot angesichts möglicher steigender Eigenanteile ab 2027 um eine Videosprechstunde.



Prof. Clemens Walter zeigt in seinem Beitrag anhand eines Fallbeispiels, dass Schmelzmatrixproteine bei tiefen parodontalen Knochendefekten zu einer nichtchirurgischen Parodontitistherapie beitragen können.

Die Herausgeber sind nicht für den Inhalt von Beilagen verantwortlich.

Das BZB 12/2026 mit dem Schwerpunktthema „Digitale Zahnheilkunde“ erscheint am 15. Dezember 2026.

„Den Kellerschlüssel hochhalten“

Festakt zur Eröffnung des 67. Bayerischen Zahnärztetags mit kraftvollen Plädoyers für Freiheit und Eigenverantwortung

Dass sich beim Festakt zum Bayerischen Zahnärztetag das gesundheitspolitische Who‘s who aus Bayern und weit darüber hinaus die Ehre gibt, ist nichts Neues. In diesem Jahr aber eröffnete der Präsident der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Dr. Dr. Frank Wohl, das Event mit einem ganz unscheinbaren Gegenstand: einem Kellerschlüssel.



Staatsministerin Judith Gerlach, MdL, bekommt von BZÄK-Präsidentin Dr. Romy Ermler einen Kompass, um durch das Gesundheitssystem zu navigieren. Der KZVB-Vorstandsvorsitzende Dr. Rüdiger Schott schenkt ihr eine Anti-Stress-Ente und BLZK-Präsident Dr. Dr. Frank Wohl einen Schlüssel „als Dank für die gute Zusammenarbeit und als Einladung: Kommen Sie zu uns in die Praxen. Die Türen stehen offen.“

„Jede Praxis hat einen Kellerschlüssel“, mit diesen Worten überraschte Dr. Dr. Frank Wohl die Festgäste aus Politik, Behörden, Heilberufekammern im In- und Ausland, Selbstverwaltung, Wissenschaft, Gerichtsbarkeit, Bundeswehr und Polizei. „Und wer weiß, wo der Kellerschlüssel liegt, der kennt seinen Laden. Wir Zahnärzte und unsere Mitarbeiter wissen immer, wo er liegt.“ Der Kellerschlüssel versinnbildliche also die zahnärztliche Verantwortung, sei es unternehmerisch für die Praxis, sei es zahnmedizinisch für die Patienten und die Bevölkerung in Bayern insgesamt, einschließlich Prävention. „Freiberuflichkeit ist das Erfolgsmodell für die Versorgung“, brachte es Dr. Dr. Wohl auf den Punkt. „Und deshalb gehören die Praxisschlüssel in die Hände von Zahnärztinnen und Zahnärzten, nicht in die Klauen von Private-Equity-Fonds!“

Dr. Dr. Wohl: „Gezeigt, wo der Kellerschlüssel hängt“

Erst vor wenigen Monaten habe die „FinanzKommission Gesundheit“ einen Fachzahnarztvorbehalt in der Kieferorthopädie vorgeschlagen. „Dieser Frontalangriff auf die umfassende Approbation hätte zahnärztliche Existenzen gefährdet und die kieferorthopädische Versorgung im ländlichen Raum aufs Spiel gesetzt“, so der BLZK-Präsident. Für derlei praxisferne Vorschläge habe der Schriftsteller Walter Kempowski einst treffende Worte gefunden: „Professoren-Mulm, beschlossen von praxisfernen Gestalten, die nicht wissen, wo der Kellerschlüssel liegt, aber klug daherquasseln.“ Selbstverständlich, so Dr. Dr. Wohl, gebe es auch hier im Festsaal Professoren, die genau wüssten, wo der Kellerschlüssel liegt. Aber diejenigen, die sich Spargesetze, Prüfquoten und Dokumentationspflichten ausdenken, hätten nie erlebt, wie ein Montagmorgen in einer Zahnarztpraxis aussieht. „Doch beim Fachzahnarztvorbehalt haben wir gezeigt, wo der Kellerschlüssel hängt“, veranschaulichte Dr. Dr. Wohl die deutliche Abschwächung kurz vor Verabschiedung des Gesetzes. Allerdings müsse der Berufsstand wachsam bleiben. Die Position der Kammern sei eindeutig: „Erstens: Die umfassende Approbation darf nicht ausgehöhlt werden. Zweitens: Die Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie stellt ohne Frage die höchste fachliche Qualifikationsstufe dar.“

Dr. Schott: 180 Millionen Euro weniger für die Zahnmedizin

Auch der Vorsitzende des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, Dr. Rüdiger Schott, richtete zunächst den Fokus auf Berlin. Er kritisierte das Chaos um die Zuckersteuer sowie das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz. Damit stünden allein in Bayern in den kommenden drei Jahren rund 180 Millionen Euro weniger für die zahnmedizinische Versorgung der Patienten zur Verfügung.

„Das wird nicht ohne Folgen bleiben“, warnte Dr. Schott. Wenn der geburten-



Mehr Freiheit: Das überregulierte deutsche Gesundheitssystem kann von den Zahnärzten und von dem Ordoliberalen Walter Eucken lernen, findet der Festredner und Gesundheitsökonom Prof. Andreas Beivers.



Unter den Festgästen (von links): der Bürokratiebeauftragte der Staatsregierung, Walter Nussel, MdL, Susann Enders, MdL, Carolina Trautner, MdL, der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses, Bernhard Seidenath, MdL, mit Begleitung, Dr. Andrea Behr, MdL, mit Begleitung, der Direktor des PKV-Verbands, Dr. Florian Reuther, Dr. Stephan Ötzinger, MdL, und Sascha Schnürer, MdL.

stärkste Jahrgang 2031 das Rentenalter erreiche, drohe „ein Praxissterben bislang nicht gekannten Ausmaßes." Niederlassungswilliger Nachwuchs sei kaum noch in Sicht. „Damit die eigene Praxis wieder attraktiver wird, braucht es verlässliche Rahmenbedingungen, eine angemessene Vergütung, einen Bürokratieabbau und eine Digitalisierung, die einen echten Mehrwert mit sich bringt."

Dr. Ermler: Kurs halten in Richtung Prävention und Eigenverantwortung

Dr. Romy Ermler MBA, Präsidentin der Bundeszahnärztekammer, brachte einen Kompass mit, denn es gehe längst nicht mehr um einzelne Stellschrauben, sondern um den Kurs unseres Gesundheitswesens: „Mehr Zentralisierung oder mehr Eigenverantwortung? Mehr Kontrolle oder mehr Vertrauen? Mehr Regulierung oder mehr Freiheit für diejenigen, die Versorgung leisten? Weiter Krankheit finanzieren oder konsequenter in Prävention investieren?" Ermler stellte klar, für die Zahnärzteschaft zeige der Kompass klar in Richtung Prävention, Eigenverantwortung, Freiberuflichkeit und Solidarität.

Gesundheitsministerin Gerlach: Auf Prävention setzen

Bayerns Staatsministerin für Gesundheit, Pflege und Prävention, Judith Gerlach, MdL, hob hervor, wie engagiert die Zahnärzteschaft bei der Präventionsstrategie für Bayern mitgewirkt habe. „Wenn wir heute auf Prävention setzen, ersparen wir morgen Schmerzen, Behandlungskosten und Pflegeaufwand", sagte Gerlach. Deshalb sehe sie in der Prävention „eine entscheidende Antwort auf viele Herausforderungen unserer Zeit."

Prof. Beivers: Mehr Freiheit und Eigenverantwortung

Einige dieser Herausforderungen beleuchtete Prof. Dr. Andreas Beivers, Professor für Volkswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius München, in seiner Festrede. Das überregulierte deutsche Gesundheitswesen sei mit zwölf ambulanten Arztkontakten pro Einwohner und Jahr – gegenüber etwa 7,1 in Dänemark – bei einer niedrigeren Lebenserwartung nicht effizient genug. Es gebe kaum Kostentransparenz, geschweige denn Anreize für eine effiziente Ressourcenverwendung. Ein Lichtblick für die Eigenverantwortung sei der zahnmedizinische Bereich mit seinen Präventionserfolgen und gleichzeitig finanziellen Anreizen durch Zuzahlungen. Der Gesundheitsökonom zitierte aus der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6), wonach nicht nur die Karieslast bei den Zwölfjährigen gegenüber den ersten Erhebungen um 90 Prozent gesunken sei. Alle Altersgruppen hätten profitiert. So sei unter den 65- bis 74-Jährigen nur noch jeder 20. zahnlos; 1989/92 sei es etwa jeder Vierte gewesen. „Die Zahnmedizin zeigt, dass ein Gesundheitssystem seine Krankheitslast verändern kann", resümierte Prof. Beivers. Doch nicht nur von der Zahnärzteschaft, auch von Vordenkern der sozialen Marktwirtschaft könne das deutsche Gesundheitssystem lernen, etwa von Walter Eucken, der das Haftungsprinzip geprägt hat. „Ich bin überzeugt, wir können uns sehr viele bürokratische Regelungen sparen, indem wir sagen: Wenn es nicht stimmt, dann haftest du", erklärte Prof. Beivers. „Freiheit bekommt man nicht geschenkt. Es gibt einen Preis, nämlich die Haftung. Als Freiberufler wissen Sie aber auch, wie wertvoll die Freiheit ist."

Julika Sandt
Leiterin der Stabsstelle Politik der BLZK



Den Abend gerockt haben – neben den Rednern und Prof. Johannes Einwag als Moderator – auch d'Hundskrippln. Die Band aus dem Altmühltal hat dem Publikum allerdings nicht mit Standespolitik eingeheizt, sondern mit Songs wie „Gloana Bauer" und „Lederhosn Amore".

Wissenschaftlicher Austausch auf höchstem Niveau

Erneut volles Haus beim 67. Bayerischen Zahnärztetag

Der 67. Bayerische Zahnärztetag vom 22. bis 24. Oktober in München stand unter dem Leitthema „Grenzgänge der Prothetik – Wie würden Sie entscheiden?“. Auch in diesem Jahr war die Veranstaltung ein voller Erfolg: Der zentrale Fortbildungskongress für die bayerischen Zahnärzte begeisterte erneut mit hochkarätigen Vorträgen, vielen Impulsen und neuen Perspektiven für Wissenschaft und Praxis sowie zahlreichen Möglichkeiten für den Austausch unter Fachkollegen. Veranstaltet wurde der Zahnärztetag von der Bayerischen Landeszahnärztekammer in Kooperation mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, wissenschaftlicher Kooperationspartner war die Deutsche Gesellschaft für Prothetische Zahnmedizin und Biomaterialien (DGPro). Insgesamt waren erneut über 1 000 bayerische Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Vertreterinnen und Vertreter der Praxisteams beim Bayerischen Zahnärztetag zu Gast.

Beim zweitägigen zahnärztlichen Kongress am 23. und 24. Oktober drehte sich alles um das Thema „Grenzgänge der Prothetik – Wie würden Sie entscheiden?“. Ob Diagnostik, Therapieansatz, Technologie, Materialien oder Ästhetik: Die hochkarätigen Referentinnen und Referenten loteten das Spannungsfeld zwischen „Was ist machbar?“ und „Was ist sinnvoll?“ praxisnah aus. Der vertragszahnärztliche Teil befasste sich mit Standortbestimmungen und Zukunftsszenarien, Verträgen, Dokumentation und Prävention. Die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz für Zahnärzte war ebenfalls wieder möglich.

Auch beim Kongress für das Praxisteam am Freitag, dem 23. Oktober, stand die









***1:** Prof. Dr. Johannes Einwag, Referent Fortbildung der BLZK und Wissenschaftlicher Leiter Bayerischer Zahnärztetag, moderierte den Festakt und den Kongress Zahnärzte. – **2:** Beim Kongress Zahnärzte am 23. und 24. Oktober drehte sich alles um „Grenzgänge der Prothetik – Wie würden Sie entscheiden?“. Priv.-Doz. Dr. Dominik Kraus inszenierte den „Kampf ums Überleben – Zahnerhalt oder Extraktion?“ – **3:** Das vielschichtige Thema beim Kongress Zahnärztliches Personal war „Zahnärztliche Assistenz in der Prothetik – Eine tägliche Herausforderung“. Prof. Dr. Anne Wolowski sensibilisierte für den Umgang in Situationen, „Wenn die Psyche die Zähne quält …“. – **4:** Bühne frei für den ersten Science Slam beim Bayerischen Zahnärztetag. Mit ihrem Beitrag „Wie präzise kann unsichtbar sein? Von Bits und Brackets“ konnte Nataša Suvajac, Ludwig-Maximilians-Universität München, die Doktorandinnen-Battle für sich entscheiden.*

Prothetik im Mittelpunkt. Das vielschichtige Thema: „Zahnärztliche Assistenz in der Prothetik – Eine tägliche Herausforderung". Die insgesamt sechs Referate befassten sich mit Prophylaxe, Versorgung und Nachsorge. Zudem ging es um ästhetische und psychologische Aspekte und zum Schluss um administrative Fragen.

Neuer Programmpunkt beim Zahnärztetag: der Science Slam

Seine Veranstaltungspremiere feierte in diesem Jahr der Science Slam. Am Freitagnachmittag hieß es beim Kongress Zahnärzte: Bühne frei für die Doktorandinnen-Battle. Unter dem Motto „Was ist in der Pipeline? Vier Doktorandinnen – vier Themen – eine Challenge" konkurrierten die vier bayerischen zahnmedizinischen Universitäten um die erstmals beim Bayerischen Zahnärztetag vergebene Science-Slam-Trophäe. Die Siegerin des Wettbewerbs – Nataša Suvajac von der LMU München mit ihrem Vortrag „Wie präzise kann unsichtbar sein? Von Bits und Brackets" – wurde von den Zuschauerinnen und Zuschauern per Applaus gekürt. Insgesamt begeisterte der Science Slam beim Zahnärztetag als neues unterhaltendes Element – Fortsetzung folgt!

Zwei Preisverleihungen am Freitag

Weitere Programmhighlights des Zahnärztetages waren zwei Ehrungen, die traditionell am Freitagnachmittag stattfinden. Während des Kongresses für die Zahnärzte wurde der „Prof. Dieter Schlegel Wissenschaftspreis" verliehen. Mit dieser Auszeichnung honoriert der Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde in Bayern (VFwZ) herausragende Dissertationen aus der Zahnheilkunde, die an bayerischen Hochschulen entstanden sind. 2026 kamen alle drei Preisträgerinnen und Preisträger von der Universität Regensburg.



Mit dem „Prof. Dieter Schlegel Wissenschaftspreis" honoriert der Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Zahnheilkunde in Bayern (VFwZ) herausragende Dissertationen an bayerischen Hochschulen. Dieses Jahr kamen alle drei Preisträger von der Universität Regensburg. Von links: BLZK-Vizepräsidentin Dr. Barbara Mattner, Dr. Isabelle Antony (3. Preis), Dr. Johanna Weber (1. Preis), Dr. Linus Raming (2. Preis) und Laudator Prof. Dr. Dr. Peter Proff, 1. Stv. Vorsitzender des VFwZ.

Darüber hinaus ehrt die Bayerische Staatsregierung jedes Jahr die 20 Prozent Besten der BLZK-Fortbildungsprüfungen mit dem Meisterpreis. Die Urkunde wird parallel zum Kongress Zahnärztliches Personal an die erfolgreichsten Absolventinnen und Absolventen der Aufstiegsfortbildungen Zahnmedizinische Prophylaxeassistenz (ZMP), Dentalhygiene (DH) und Zahnmedizinische Verwaltungsassistenz (ZMV) übergeben. Einen ausführlichen Nachbericht zur Meisterpreisverleihung gibt es in der BZB-Ausgabe 12/2026.

Industrieausstellung und gemeinsamer Messeauftritt

Neben den Kongressen für Zahnärzte und für Zahnärztliches Personal lief im Tagungshotel eine Industrieausstellung. Außerdem präsentierten sich BLZK und KZVB unter dem Logo „Die bayerischen Zahnärzte" gemeinsam mit der eazf in ihrer Messelounge.

Christian Henßel



Blick in die Industrieausstellung, die parallel zum Bayerischen Zahnärztetag im Tagungshotel stattfindet.

INFOS IM NETZ

Bilder zum Bayerischen Zahnärztetag gibt es im Internet unter www.blzk.de/presse.

Weitere Informationen und das Programmheft zum Kongress finden Sie unter www.blzk.de/zahnaerztetag.



Bayern handelt – Berlin diskutiert

Krisenfestes Gesundheitswesen: Gesetz erst zum Jahresende

Bayern bereitet sich intensiv auf neue Bedrohungslagen vor. So hat Gesundheitsministerin Judith Gerlach (CSU) einen Expertenrat berufen, dem auch die KZVB angehört (siehe BZB 10/2026). Ganz anders sieht es auf Bundesebene aus. Das sogenannte Gesundheitssicherstellungsgesetz (GeSiG), das die Versorgung im Krisenfall regeln soll, lässt weiter auf sich warten.

Dabei ist sich die Politik des Ernstes der Lage durchaus bewusst. So warnte Bundeskanzler Friedrich Merz (CDU) unlängst vor „Einwirkungen Russlands auf unsere Gesellschaft". Konkret sprach er von Sabotageakten, hybriden Angriffen auf Kommunikationssysteme und Bemühungen zu einer Destabilisierung Deutschlands. Diese Angriffe fänden jeden Tag statt. Ihre Bedeutung werde aber von vielen noch immer unterschätzt. Noch deutlicher wird der Chef des Bundesnachrichtendienstes (BND) Martin Jäger. Russland führe einen Schattenkrieg gegen Deutschland und die EU. Dabei gehe es vor allem um Einschüchterung. Sinan Selen, Präsident des Bundesamts für Verfassungsschutz, geht einen Schritt weiter. „Wir werden jetzt angegriffen, nicht 2029", sagte er mit Blick auf einen möglichen Konflikt zwischen Russland und den NATO-Staaten.





Während die bayerische Gesundheitsministerin Judith Gerlach (CSU) die Resilienz des Gesundheitswesens zur Chefsache gemacht hat, arbeiten Bundesgesundheitsminister Carsten Linnemann (CDU) und sein Haus noch an einem Gesetzesentwurf.

Doch es braucht keinen Dritten Weltkrieg, um das deutsche Gesundheitswesen an seine Belastungsgrenzen zu bringen. Auch Naturkatastrophen, Blackouts oder eine Unterbrechung von Transportwegen könnten massive Auswirkungen auf die Patientenversorgung haben.

Um auf solche Szenarien besser vorbereitet zu sein, braucht es vor allem eines: eine bessere Koordination aller Akteure des Gesundheitswesens. Ein konkretes Beispiel dafür sind die Zivilschutz-Zahnärzte, die die KZVB für alle Landkreise in Bayern benannt hat. Sie würden im Katastrophenfall als regionale Ansprechpartner für die Behörden fungieren.

Doch zurück zum GeSiG: Bereits Mitte Februar erklärte die damalige Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) am Rande der Münchner Sicherheitskonferenz, dass für Krisen ein „belastbarer Rechtsrahmen notwendig" sei. Im Sommer sollte ein entsprechendes Gesetz vorliegen, das die Zuständigkeiten von Bund, Ländern und Kommunen im Krisenfall regelt.

Mittlerweile heißt der Bundesgesundheitsminister Carsten Linnemann (CDU). Das GeSiG ist eine der offenen Baustellen, die ihm seine Vorgängerin hinterlassen hat. Zumindest macht er jetzt Druck. Bis Ende des Jahres soll ein Referentenentwurf für das GeSiG vorliegen. Und der wird sehnlich erwartet – vor allem von den Krankenhäusern. Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und der Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung (BG Kliniken) sehen dringenden Handlungsbedarf, um die medizinische Krisenvorsorge auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen: „Aus den bestehenden Strukturen und Kooperationen muss ein belastbares Gesamtsystem werden, das auch unter extremen Bedingungen funktioniert", sagt Prof. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender des VUD. Reinhard Nieper, Geschäftsführer der BG Kliniken, ergänzt: „Wenn viele Verletzte gleichzeitig versorgt werden müssen, braucht es abgestimmte Kapazitäten, klare Zuständigkeiten und verbindliche Strukturen. Nur so können wir eine durchgängige Versorgung auch unter extremen Bedingungen sicherstellen."

Fazit: Während in Bayern gehandelt wird, wird in Berlin diskutiert.

Matthias Wallenfels

VIER LANDKREISE SIND NOCH ZU BESETZEN

Aktuell sucht die KZVB noch Zivilschutz-Zahnärzte für die Landkreise Altötting, Lindau, Memmingen und Rottal Inn. Interessenten können sich per E-Mail melden (presse@kzvb.de).

†

Die bayerischen Zahnärzte trauern um

Hubert Aiwanger, MdL

Stellvertretender Ministerpräsident
Staatsminister für Wirtschaft, Landesentwicklung und Energie
Landes- und Bundesvorsitzender der FREIEN WÄHLER,

der am 4. November 2026 im Alter von nur 55 Jahren
verstorben ist.

Hubert Aiwanger war ein überzeugter Kämpfer für die Freiberuflichkeit der Zahnärzte. Er hat mehrfach den Festakt des Bayerischen Zahnärztetages besucht und durch seine Grußworte bereichert. Mit ihm verliert die bayerische Landes- und Standespolitik einen Vollblutpolitiker, der Probleme klar und deutlich angesprochen hat.

Unser Mitgefühl gilt seiner Familie,
Freunden und Weggefährten.

Bayerische Landeszahnärztekammer

Dr. Dr. Frank Wohl
Präsident

Dr. Barbara Mattner
Vizepräsidentin

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns

Dr. Rüdiger Schott
Vorsitzender des Vorstands

Dr. Marion Teichmann
Stv. Vorsitzende des Vorstands

Dr. Jens Kober
Mitglied des Vorstands



© Coloures-Pic – stock.adobe.com

Ohne Gesetz geht es nicht

KZVB forderte Fremdbesitzverbot für Zahnarztpraxen

Die zahnärztliche Selbstverwaltung fordert seit Jahren ein MZV-Regulierungsgesetz. Doch im politischen Berlin scheint es Wichtigeres zu geben. Immerhin ist es den Steuerberatern und Wirtschaftsprüfern gelungen, ein Fremdbesitzverbot in ihrem Bereich durchzusetzen. Das wünscht sich die KZVB auch für Zahnarztpraxen.

Das höchste Gut der Freien Berufe ist die Unabhängigkeit und Entscheidungsfreiheit innerhalb der gesetzlichen Leitplanken – seien es Zahnärzte, Ärzte, Apotheker, Anwälte, Steuerberater oder Wirtschaftsprüfer. Die Kehrseite der Medaille: Sie tragen auch alleine – oder mit Partnern – das wirtschaftliche Risiko ihrer Unternehmung, zum Beispiel ihrer zahnärztlichen Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft (BAG). Dennoch muss die Freiberuflichkeit weiterhin verteidigt werden. Darin waren sich alle Teilnehmer einer Veranstaltung des Verbands Freier Berufe in Bayern e.V. (VFB), die Anfang Oktober in der Bayerischen Architektenkammer stattfand, einig. „Fremdbesitzverbot bei den Freien Berufen – Gefährden Finanzinvestoren die Zukunft und Unabhängigkeit der Freien Berufe?" Diese Frage diskutierten der KZVB-Vorstandsvorsitzende Dr. Rüdiger Schott, Peter Klotzki, Bundesverband der Freien Berufe, Prof. Dr. Andreas Beivers, Gesundheitsökonom an der Hochschule Fresenius München, Dr. Gerald Quitterer, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), sowie Peter Nöscher, Vizepräsident der Steuerberaterkammer (StBK) München. Moderiert wurde die Runde von VFB-Präsident Dr. Thomas Kuhn. Der zwischenzeitlich leider verstorbene bayerische Wirtschaftsminister und stellvertretende Ministerpräsident Hubert Aiwanger sprach ein Grußwort, in dem er sich ebenfalls klar zur Freiberuflichkeit bekannte.



© KZVB

Über das Fremdbesitzverbot diskutierten (von rechts) der KZVB-Vorstandsvorsitzende Dr. Rüdiger Schott; Prof. Dr. Andreas Beivers, Gesundheitsökonom an der Hochschule Fresenius München; Dr. Gerald Quitterer, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK); Peter Klotzki, Bundesverband der Freien Berufe sowie Peter Nöscher, Vizepräsident der Steuerberaterkammer (StBK) München. Moderiert wurde die Runde von VFB-Präsident Dr. Thomas Kuhn.

Zwei Gesetze, massive Umwälzungen

Der Einstieg von Private-Equity-Gesellschaften (PEG) ist für die verschiedenen Freien Berufen weder europa- noch nationalrechtlich einheitlich geregelt. Zur Erinnerung: Im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich legten in den vergangenen

zwei Jahrzehnten zwei zentrale Gesetze den Grundstein für massive Umwälzungen im Bereich der ambulanten Versorgung. Mit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zum 1. Januar 2007 fiel der Startschuss zur massenhaften Anstellung und der zunehmenden Abkehr vom Willen der Niederlassung in eigener Praxis. Dies begünstigte unter anderem den Betrieb Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), in denen sich die angestellten Ärzte und Zahnärzte auf ihre Versorgungsaufgabe konzentrieren und feste Arbeitszeiten im Sinne der Work-Life-Balance haben sollten. Im Juli 2015 fiel mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) dann der Zwang zum Betreiben eines fachübergreifenden MVZ, in dem bis dato zum Beispiel ein Hausarzt und ein Orthopäde als Vertreter zweier Fachrichtungen tätig sein mussten. Der Weg zum fachgruppengleichen MVZ war geebnet. Das ließen sich die PEG natürlich nicht entgehen, der Gesundheitsmarkt versprach und verspricht schließlich hohe Renditen. Die Abschaffung des fachübergreifenden Merkmals löste eine massive Welle von MVZ-Gründungen aus. Da Krankenhäuser schon damals unbeschränkt MVZ gründen durften, nutzten PEG dies gnadenlos als regulatorisches Einfallstor für ihre Renditefantasien. Sie kauften (oftmals Kleinst-)Krankenhäuser, die MVZ als GmbH betreiben dürfen, um über das Vehikel dieses Rechtsmantels große Ketten von investorengetragenen fachgleichen MVZ (insbesondere in der Zahnmedizin, Augenheilkunde und Radiologie) aufzubauen. Dies führte im Nachgang zu anhaltenden politischen Debatten und zur Forderung nach Gesetzesverschärfungen für investorengetragene MVZ (iMVZ).

Wirtschaftsminister Hubert Aiwanger stand stets auf Seiten der Freien Berufe. Das bekräftigte er auch bei der VFB-Veranstaltung. Sein Credo: Wer Steuerberater, Anwälte oder Wirtschaftsprüfer aufsuche, müsse sich darauf verlassen können, unabhängig und ausschließlich im eigenen Interesse beraten zu werden. In Deutschland werde dies im Prinzip durch das Fremdbesitzverbot gewährleistet: Es verhindere, dass fachfremde Investoren Einfluss auf diese Berufe nehmen. Doch genau dieses Schutzprinzip gerate zunehmend unter Druck und habe auch eine Signalwirkung auf weitere Freie Berufe. Deutlich sehe man dies bereits in der (zahn-)medizinischen Versorgung am Beispiel der iMVZ. Aiwanger: „Starke Freie Berufe sind unverzichtbar für das Funktionieren von Staat und Gesellschaft. Zu diesen Berufen gehören beispielsweise Ärzte, Zahnärzte, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, Architekten, Notare, Tierärzte, Apotheker, Anwälte, Künstler. Als bayerischer Wirtschaftsminister kämpfe ich dafür, dass diese Berufsgruppen gestärkt und nicht geschwächt werden."

Knapp eineinhalb Millionen selbstständige Freiberufler erwirtschafteten, so Aiwanger, gemeinsam mit ihren Beschäftigten über zehn Prozent des deutschen Bruttoinlandsprodukts und leisteten einen zentralen Beitrag zur Daseinsvorsorge sowie zur wirtschaftlichen und technischen Infrastruktur. Gleichzeitig stünden die Freien Berufe unter wachsendem Druck: Bürokratiebelastungen, Nachwuchsmangel und steigender Kapitalbedarf führten zu größeren Einheiten und begünstigten externe Kapitalbeteiligungen. Viele junge Fachkräfte zögen die Anstellung der Selbstständigkeit vor, insbesondere in Berufen mit hohen Investitionskosten.

Warnendes Beispiel

Im April, als sich das „Neunte Gesetz zur Änderung des Steuerberatungsgesetzes und zur Änderung weiterer steuerrechtlicher Vorschriften" (StBerG), mit dem der Einfluss externer Finanzinvestoren in Steuerberatungskanzleien ausgeschlossen wird, noch im parlamentarischen Verfahren befand, redete Aiwanger den Parlamentariern in Berlin vor Ort ins Gewissen. Er nannte den Gesundheitsbereich als warnendes Beispiel: „In den letzten Jahren haben Private-Equity-Gesellschaften Hunderte Arzt- und Zahnarztpraxen in Bayern aufgekauft und zu großen Ketten zusammengeführt. Heute steckt hinter jedem fünften Medizinischen Versorgungszentrum ein Finanzinvestor. Das ist eine Entwicklung, die wir sehr genau beobachten müssen. Das hat auch strukturelle Folgen. Ein großer Teil dieser Einrichtungen konzentriert sich auf städtische Ballungsräume, während der ländliche Raum zurückbleibt. Gleichzeitig nimmt die Zahl angestellter Ärzte zu, während die klassische freiberufliche Praxis zurückgeht."



Wirtschaftsminister Hubert Aiwanger (†) stand klar auf Seiten der Freien Berufe. Sein Credo: Wer Steuerberater, Anwälte oder Wirtschaftsprüfer aufsuche, müsse sich darauf verlassen können, unabhängig und ausschließlich im eigenen Interesse beraten zu werden.

Nach Auskunft des Instituts der Wirtschaftsprüfer in Deutschland (IDW) sei seit 2023 auch ein deutlicher Anstieg von Private-Equity-Transaktionen im Umfeld von Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaften zu beobachten. Als Gründe für die Inanspruchnahme von Investorenkapital würden insbesondere der steigende Kapitalbedarf für Investitionen beispielweise in KI-Technologien, die Möglichkeit zur Bildung größerer Einheiten und Nachfolgefragen in mittelständischen Praxen angeführt. Aufgrund des in der Wirtschaftsprüferordnung (WPO) verankerten unmittelbaren Fremdbesitzverbots sei die Nutzung von Investorenkapital nur über mittelbare Beteiligungsstrukturen unter Einschaltung von EU-Abschlussprüfungsgesellschaften zulässig. Hierbei müsse, so das IDW, die verantwortliche Führung der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft durch Berufsangehörige sichergestellt werden, wozu die Wirtschaftsprüferkammer konkretisierende Leitlinien herausgegeben hat.

„Private Equity ist eine von mehreren Finanzierungsmöglichkeiten für den Berufs-



Ohne ein entsprechendes Gesetz lässt sich der Vormarsch der iMVZ in der ambulanten Versorgung nicht mehr stoppen, argumentierte Dr. Rüdiger Schott.

stand, die sowohl Chancen als auch Risiken für die jeweilige WP-Praxis mit sich bringen kann. Die Berufsangehörigen sind aber in der Lage, diese Finanzierungsentscheidung individuell verantwortungsvoll zu treffen. Dabei bleiben Prüfungsqualität und Unabhängigkeit unantastbar. Das Berufs- und Besitzrecht in der Wirtschaftsprüfung verfügt dabei über geeignete Instrumente und Vorgaben, um dies sicherzustellen. Wir sollten aber auch darüber diskutieren, ob das im europäischen Vergleich sehr strenge Fremdbesitzverbot dauerhaft sinnvoll ist, wenn dies zur Verlagerung von Entscheidungsstrukturen ins europäische Ausland führt", ordnet IDW-Vorstandssprecherin Melanie Sack die Situation der Wirtschaftsprüfer auf Nachfrage des BZB ein.

Schutz berufsrechtlicher Kernwerte

Zurück zu den Steuerberatern: Zum 1. September ist die Reform des Steuerberatungsgesetzes in Kraft getreten. Das StBerG schließt eine europarechtliche Lücke. Es verhindert, dass sich Finanzinvestoren über EU-/EWR-Prüfungsgesellschaften mittelbar an Steuerberatungsgesellschaften beteiligen.

Anlass für die gesetzliche Ergänzung waren unterschiedliche Rechtsauffassungen darüber, ob dieser Grundsatz bereits hinreichend deutlich im Gesetz verankert ist, wie Peter Nöscher, Vizepräsident der Steuerberaterkammer München, im Gespräch mit dem BZB erläutert. Mit der Einfügung des § 55a Abs. 1 Satz 3 StBerG habe der Gesetzgeber diese Diskussion beendet und ausdrücklich klargestellt, dass die berufsrechtlichen Beteiligungsanforderungen entlang der gesamten Beteiligungskette einzuhalten sind.

„Im Mittelpunkt stand dabei der Schutz der berufsrechtlichen Kernwerte. Die Unabhängigkeit des Steuerberaters, die Verschwiegenheitspflicht und die Stellung als unabhängiges Organ der Steuerrechtspflege dürfen nicht durch Kapitalinteressen außenstehender Investoren beeinträchtigt werden. Deshalb hatte sich auch die Bundessteuerberaterkammer für eine entsprechende gesetzliche Klarstellung eingesetzt", resümiert Nöscher.

Aus Sicht des steuerberatenden Berufsstands zeige die Entwicklung die Vorteile einer eindeutigen gesetzlichen Regelung. Fragen des Fremdbesitzes und der beruflichen Unabhängigkeit sollten möglichst unmittelbar im Gesetz beantwortet werden, so der Steuerberater. Das schaffe Rechtssicherheit, vermeide langjährige Auslegungsdiskussionen und stärke das Vertrauen in die Unabhängigkeit freiberuflicher Beratung. Mit Blick auf die Situation im Kontext der zahnmedizinischen Versorgung lautet Nöschers Conclusio: „Für die aktuelle Diskussion um iMVZ lässt sich daraus ableiten, dass klare gesetzliche Vorgaben regelmäßig die verlässlichste Grundlage darstellen."

Werfen wir zu guter Letzt noch einen Blick auf die Situation bei den Wirtschaftsprüfern.

Während das unmittelbare Fremdbesitzverbot nach § 28 Abs. 4 WPO weiterhin strikt gilt, bleibt der mittelbare Fremdbesitz über europäische Abschlussprüfungsgesellschaften in der Wirtschaftsprüfung legal. Da Wirtschaftsprüfungsgesellschaften (WPG) uneingeschränkt Steuerberatung erbringen dürfen, versuchen Investoren nun vermehrt, Steuerberatungskanzleien in Wirtschaftsprüfungsgesellschaften umzuwandeln, um das neue Verbot im StBerG zu umgehen.

Nun richten Vertreter der beiden Branchen, PE wie WP, ihr Augenmerk auf den Bundestag. Denn dort befindet sich das Gesetz zur Modernisierung des Berufsrechts der Wirtschaftsprüfer zu Änderungen der Wirtschaftsprüferordnung im parlamentarischen Verfahren. Die WPO-Novelle wurde nach erster Beratung im Bundestag Ende September an den federführenden Wirtschaftsausschuss überwiesen. Fachverbände warnen davor, dass die parlamentarische Debatte zur WPO-Novelle eine heftige Diskussion über ein analog zu den Steuerberatern ebenso striktes, gesetzliches Verbot des mittelbaren Fremdbesitzes für Wirtschaftsprüfer auslösen würde.

Wirtschaftsprüfer setzen auf Einzelfallprüfung

Wie Andreas Dörschell, Präsident der Wirtschaftsprüferkammer (WPK), auf BZB-Anfrage verdeutlicht, gehe die WPK nicht den Weg eines repressiven allgemeinen gesetzlichen Verbotes wie in § 55a StBerG, sondern den eines „präventiven einzelfallbezogenen administrativen Verbotes".

Knackpunkt bei den WP: Vor dem Hintergrund der europaweiten Harmonisierung der Berufsrechte durch die Abschlussprüferrichtlinie sind alle europäischen Abschlussprüfungsgesellschaften gleichwertig und können sich wechselseitig uneingeschränkt aneinander beteiligen. Das heißt: Jede europäische Abschlussprüfungsgesellschaft kann Gesellschafterin einer WPG sein. „Dabei ist es gleichgültig, ob das jeweilige Mitgliedsland – wie zum Beispiel Deutschland – von seinem Gestaltungsrecht Gebrauch gemacht und im nationalen Berufsrecht Kapitalbindungsvorschriften vorgesehen hat oder sich – wie zum Beispiel Luxemburg – insoweit auf eine Eins-zu-eins-Umsetzung der Abschlussprüferrichtlinie beschränkt hat und berufsfremden Personen und sogar reinen Finanzinvestoren die Beteiligung an einer Abschlussprüfungsgesellschaft gestattet. Es gilt das sogenannte Herkunftslandprinzip, das heißt, es gelten die Rechtsvorschriften und Aufsichtsregeln des Mit-

gliedstaats, in dem der Abschlussprüfer oder die Prüfungsgesellschaft zugelassen ist (Art. 34 Abs. 2 AP-RL)", konkretisiert Dörschell, der selbst Wirtschaftsprüfer und Steuerberater ist.

Das in der WPO verankerte Gebot der verantwortlichen Führung sei ein unbestimmter Rechtsbegriff und ermögliche es der WPK, den gesetzlichen Kanon der Anerkennungsvoraussetzungen in Fortführung einer vom Bundesfinanzhof hierzu entwickelten Rechtsprechung risikoorientiert zu interpretieren und anzuwenden. „Schon bisher waren die Anforderungen an einen Gesellschaftsvertrag unter Beteiligung von zum Beispiel Steuerberatern oder Rechtsanwälten höher als beispielsweise an eine Ein-Mann-Wirtschaftsprüfungsgesellschaft eines Wirtschaftsprüfers. Zur Sicherung der verantwortlichen Führung in einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in mittelbarem Fremdbesitz hat die Wirtschaftsprüferkammer nun 13 Anforderungen an den Gesellschaftsvertrag einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft formuliert. Erfüllt die Gesellschaft diese Anforderungen nicht, erfolgt keine Anerkennung beziehungsweise droht der Widerruf der Anerkennung", schildert Dörschell die WPK-Strategie zur Eindämmung wildwachsender Renditebestrebungen seitens des Beteiligungskapitals.

Marktanteile begrenzen

Für den KZVB-Vorsitzenden Dr. Rüdiger Schott zeigt das Beispiel der Steuerberater und Wirtschaftsprüfer, dass der Vormarsch der Heuschrecken in der ambulanten Versorgung ohne ein entsprechendes Gesetz nicht zu stoppen ist. „Aktuell scheint der Markt in Bayern zwar gesättigt. Doch in den kommenden fünf Jahren erreicht fast ein Viertel der Praxisinhaber das Ruhestandsalter. Viele von ihnen werden keinen Nachfolger finden. Zumindest in den Großstädten werden die Investoren versuchen, ihre Marktanteile weiter auszubauen." Dadurch verschärft sich Schott zufolge aber auch der Zahnarztmangel im ländlichen Raum. „Jeder in einem iMVZ angestellte Zahnarzt fehlt uns als Praxisgründer oder -übernehmer. Auch deshalb müssen wir die Marktanteile solcher Konstrukte begrenzen. Die beste Lösung wäre allerdings ein Fremdbesitzverbot nach dem Vorbild der Steuerberater", so Schott.

Matthias Wallenfels

ANZEIGE

Hygoformic® Bio

"Hands-free" Speichelsauger mit Zungenhalter und hoher Saugleistung

Orsing – for a sustainable future

- **Hands-free:** Kein manuelles Halten des Saugers nötig
- **Integrierter Zungenhalter:** Hält die Zunge sanft zur Seite für mehr Platz & Sicht beim Arbeiten
- **Individuelle Passform:** Form und Länge lassen sich an jede Anatomie anpassen
- **Schonende Absaugung:** Speziell für den Patientenkomfort konzipiert, dank innenliegender Saugöffnungen
- **Nachhaltig:** Aus fossilfreiem Green PE (Zuckerrohrbasis)



Scannen & mehr erfahren

Kontakt:

Alexander Haid
alexander.haid@directadental.com
+49 171 818 7933

Wolfgang Hirsch
wolfgang.hirsch@directadental.com
+49 171 530 8153

ORSING
www.orsing.se



Dauerbaustelle Datenautobahn

Bundesregierung plant mehr Befugnisse für die gematik

Pleiten, Pech und Pannen – nicht nur aus Sicht der niedergelassenen Zahnärzte wäre die Telematik-Infrastruktur (TI) mit ihren Abstürzen, Konnektor- oder ePA-Ausfällen ein idealer Kandidat für dieses alte TV-Format gewesen. Das „Gesetz für digitale Innovation im Gesundheitswesen" (GeDIG) soll die TI nun auf Spur bringen. Dazu soll die gematik noch mehr Befugnisse bekommen.

Mitte Juli – und damit zwei Wochen vor ihrer Abberufung – hatte die damalige Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) den Entwurf für das GeDIG durch das Bundeskabinett gebracht. Nach der ersten Lesung im Bundestag wurde der Entwurf an den Gesundheitsausschuss zur weiteren Beratung überwiesen. Die Stärkung der Rolle der gematik als TI-Betriebsgesellschaft sieht die zahnärztliche Selbstverwaltung kritisch. Die Bundeszahnärztekammer und die Bundes-KZV fordern, dass die gematik Anwendungen und Dienste nicht selbst entwickeln sollte. Das E-Rezept habe gezeigt, dass dies „nicht gut funktioniert" (siehe BZBplus 7–8/2026). Dabei ist das E-Rezept nicht die einzige Dauerbaustelle auf der Gesundheitsdatenautobahn. Ein Blick in den WhatsApp-Channel der gematik spiegelt die Probleme ungeniert wider, mit denen niedergelassene Zahnärzte und deren Praxisteams konfrontiert werden.

Allein am 12. Oktober kam es zu zwei Beeinträchtigungen im TI-Betrieb. „Störung: Teilweise Beeinträchtigungen bei der Verbindung zur Telematik-Infrastruktur (TI): Aktuell kann es in einigen Fällen zu Beeinträchtigungen bei der Verbindung zur Telematik-Infrastruktur (TI) kommen. Davon kann die Nutzung von TI-Anwendungen wie dem E-Rezept, der elektronischen Patientenakte (ePA) oder elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) betroffen sein. Die gematik steht mit den beteiligten Dienstleistern im engen Austausch, die Analyse läuft." Und: „Störung: Elektronische Patientenakte (ePA) für u. a. BKKen, IKKen, DAK, KKH, svlfg, Allianz: Aktuell kann es beim Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) von Versicherten der BKKen, IKKen, DAK, KKH, svlfg, Allianz & hkk via ePA- bzw. Krankenkassen-App zu Beeinträchtigungen kommen." Die Störungen konnten behoben werden.

Am 16. Oktober hieß es dann: „Derzeit kann es zu Einschränkungen beim Einlesen von elektronischen Gesundheitskarten (eGK) kommen. Betroffen sind Versicherte der BKKen, IKKen, DAK, KKH, svlfg, Allianz & hkk. Dies kann u. a. das Einlesen der Versichertenstammdaten (VSDM) in Arztpraxen und das Einlösen von E-Rezepten per eGK oder E-Rezept-App in Apotheken betreffen."

Zurück zum laufenden parlamentarischen Verfahren: Auch dem Bundesverband Gesundheits-IT (bvitg) geht die geplante Stärkung der gematik zu weit. Ende September veröffentlichte der Branchenverband ein juristisches Gutachten der Sozietät Taylor Wessing zum gematik-Konzept „TI-Betriebsstabilität und Transformationsplan 2030" und den vorgesehenen Regelungen im GeDIG. Demnach seien der geplante Wechsel vom Zulassungs- hin zu einem weitreichenden Be-





Das Bonusheft und das Gelbe Heft werden nach wie vor weitgehend in Papierform geführt.

auftragungsmodell und die damit verbundene Zentralisierung wesentlicher Backend-Funktionen aus kartell- und vergaberechtlicher Sicht hochproblematisch. Gleichzeitig drohten große Ausschreibungslose, langfristige Bindungen und die enge Kopplung von Backend und zentraler Plattform, den Wettbewerb einzuschränken und insbesondere kleineren und mittleren Anbietern den Zugang zu erschweren.

Die mögliche marktbeherrschende Stellung beziehungsweise relative Marktmacht der gematik sowie die Konsolidierung des Backends und die damit verbundene Verknappung des Angebots könnten zudem Risiken mit sich bringen. „Diese kartell- und vergaberechtlichen Risiken können unter anderem zur Unwirksamkeit von durchgeführten Vergabeverfahren oder abgeschlossenen Verträgen führen. Sie können Schadensersatzansprüche beteiligter Unternehmen begründen oder eine erneute Vergabe erforderlich machen. Dies kann zu erheblichen Verzögerungen in der Beschaffung sowie zu Einschränkungen bei der Nutzung der Telematik-Infrastruktur führen. Die angestrebte Erhöhung der Betriebsstabilität ist durch die vorgesehenen Änderungen daher hochgradig gefährdet. Zugleich fehlt auch ein belastbarer empirischer Nachweis dafür, dass es durch das Beauftragungsmodell überhaupt zu einer Verbesserung der Betriebsstabilität kommt“, lautet das vernichtende Fazit des Gutachtens.

Dr. Georg Kippels, Parlamentarischer Staatssekretär im BMG, gab sich Anfang Oktober in seinen Ausführungen im Zuge der ersten Lesung indes nahezu in Sektlaune: „Die Digitalisierung kann die medizinische Versorgung effizienter machen und tut das vielerorts auch jetzt schon. Auch in der Nutzung von Gesundheitsdaten liegen gewaltige Potenziale – für die Forschung, für Innovationen und auch für die bessere Organisation unserer Gesundheitsversorgung. Diese Chancen wollen wir zukünftig noch besser nutzen. (…) Das GeDIG ist ein bedeutender Schritt, um digitale Begleiter wie die elektronische Patientenakte weiterzuentwickeln, digitale Versorgungselemente einzuführen, die für das geplante digital gestützte Primärversorgungssystem erforderlich sind, um Abläufe weniger komplex und damit weniger störanfällig zu machen und die Versorgung zu verbessern, indem wir aus Versorgungsdaten lernen, um Bürokratie abzubauen und damit unnötige Kosten einzusparen.“

Und was sollen die niedergelassenen Zahnärzte und ihre Praxisteams im TI-gebeutelten Versorgungsalltag nun konkret vom GeDIG haben? Dazu Kippels: „Was heißt das konkret für die Leistungserbringer? Mit der Einführung der elektronischen Überweisungen sichern wir einen guten und medienbruchfreien Informationsfluss zwischen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Durch die digitale Erst- und Bedarfseinschätzung können unnötige Arztbesuche vermieden werden.“ Die zahnärztliche Versorgungsschiene ist hier offensichtlich völlig aus dem Blick geraten. Das merkt man auch daran, dass die Befüllung der ePA den Zahnärzten ab 2027 nicht mehr vergütet wird.

Es bleibt abzuwarten, ob der Gesundheitsausschuss den zahlreichen Bedenken Rechnung trägt und die Befugnisse der gematik einschränkt.

Die Zahnärzte wünschen sich vor allem eines: eine funktionierende TI, die den Praxisalltag erleichtert, statt die Abläufe zu verzögern. Die Digitalisierung des Bonushefts und des Gelben Hefts wären Projekte, mit denen die gematik punkten könnte. Dadurch würde die Akzeptanz der TI in den Praxen und bei den Patienten erheblich steigen. Doch die gematik beschäftigt sich offensichtlich lieber mit sich selbst als mit der Weiterentwicklung des Versorgungsalltags.

Matthias Wallenfels



Beim CSU-Parteitag in München sprach Dr. Rüdiger Schott mit (von links) Landrat Dr. Oliver Bär, MdL Bernhard Seidenath, Gesundheitsministerin Judith Gerlach und MdB Emmy Zeulner über den Erhalt der flächendeckenden Versorgung.

Wir helfen Ihnen – helfen Sie uns

KZVB fordert bei Parteitagen verlässliche Rahmenbedingungen

Der Alltag in den Zahnarztpraxen hängt erheblich von politischen Entscheidungen ab. Grund genug für die KZVB, im Oktober gleich drei Parteitage zu besuchen! Bei Bündnis 90/Die Grünen in Landshut, den Freien Wählern in Günzburg und bei der CSU in München platzierte der Vorstand seine wichtigsten Forderungen.



Dr. Florian Herrmann, Staatsminister und Leiter der Staatskanzlei, und Klaus Holetschek, Vorsitzender der CSU-Landtagsfraktion, sicherten ihre Unterstützung beim Bürokratieabbau zu.

Der KZVB-Messestand ist mit dem Slogan „Wir helfen Ihnen – helfen Sie uns" beschriftet. Die wirksamste Hilfe für die Zahnärzte und ihre Mitarbeiter wäre ein Bürokratieabbau, der diesen Namen verdient. Aber auch verlässliche Rahmenbedingungen sind elementar, um den Sicherstellungsauftrag auch in Zukunft erfüllen zu können. Dass zahnärztliche Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung budgetiert sind, wussten außer den Gesundheitspolitikern nur wenige der Delegierten.

Dass sich die Berliner Sparpolitik mittlerweile unmittelbar vor Ort auswirkt, zeigte sich in Gesprächen mit Kommunalpolitikern. Viele Bürgermeister sind auf der Suche nach einem Zahnarzt für ihre Gemeinde. Der demografische Wandel dürfte den Landzahnarztmangel in den kommenden Jahren weiter verschärfen. Es sei denn, die Politik ergreift wirksame Maßnahmen, um die Niederlassungsbereitschaft wieder zu erhöhen. Dazu gehören angemessene Vergütungen, Rechts- und Planungssicherheit und ein MVZ-Regulierungsgesetz.

Leo Hofmeier







Auch Bundesinnenminister Alexander Dobrindt, Bundesforschungsministerin Dorothee Bär und der bayerische Wissenschaftsminister Markus Blume besuchten den KZVB-Stand.



Beim FW-Parteitag in Günzburg konnte KZVB-Vorstandsmitglied Dr. Jens Kober (rechts) mit (von links) MdL Dr. Martin Brunnhuber, Generalsekretär Hans Martin Grötsch, MdL Marina Jakob, Wirtschaftsminister Hubert Aiwanger (†) und MdEP Christine Singer über die Zukunft der zahnmedizinischen Versorgung sprechen.







Umweltminister Thorsten Glauber und Digitalminister Fabian Mehring sicherten ihre Unterstützung beim Bürokratieabbau zu.

Beim Parteitag von Bündnis 90/Die Grünen war die KZVB durch ihren Pressesprecher Leo Hofmeier vertreten. Für Katharina Schulze, Vorsitzende der Landtagsfraktion, ist Zahnmedizin Teil der Daseinsfürsorge.



MdL Andreas Hanna-Krahl, Mitglied des Gesundheitsausschusses, lobte die Zahnärzte für ihre Präventionserfolge.



© Pixel-Shot – stock.adobe.com

Kommt sie oder kommt sie nicht?

Zuckersteuer spaltet die Union – Bundestag muss entscheiden

Nach langem Hin und Her hat sich die schwarz-rote Koalition in Berlin nun doch auf eine Zuckersteuer geeinigt. Mitte Oktober verabschiedete das Bundeskabinett den Gesetzesentwurf von Bundesfinanzminister Lars Klingbeil (SPD). Unumstritten ist die neue Abgabe nicht – auch innerhalb der Regierungskoalition gibt es Kritik.

„Zuckergetränkesteuer" – diesen Namen trägt Klingbeils Gesetzeskind nun. Um Kritikern den Wind aus den Segeln zu nehmen, soll sie nach Ministeriumsangaben explizit zur Stabilisierung der GKV-Finanzen dienen. Und siehe da: Es geht auch um Prävention! So schreibt das Bundesfinanzministerium (BMF) auf seiner Website: „Die von der Koalition vereinbarte Zuckergetränkesteuer ist ein wichtiger Beitrag zum Schutz der Gesundheit vor allem von Kindern und Jugendlichen, aber auch von Erwachsenen. Die Bundesregierung setzt damit um, was Verbände aus den Bereichen Gesundheit, Wissenschaft, Kinder- und Verbraucherschutz seit Langem fordern. Auch die FinanzKommission Gesundheit hatte die Einführung einer Zuckergetränkesteuer empfohlen." Zu den Befürwortern der Zuckersteuer zählen ebenfalls die deutschen Zahnärzte.



© picture alliance/dts-Agentur | dts Nachrichtenagentur GmbH

Kein Selbstläufer: Für Finanzminister Lars Klingbeil entpuppt sich die Zuckergetränkesteuer als schwieriges Unterfangen.

Ab dem 1. Juli 2027 sollen Getränke besteuert werden, deren Zuckergehalt über 5 Gramm pro 100 ml liegt. Der Entwurf sieht einen zweistufigen Steuertarif vor:

1. Stufe: ab 5 g/100 ml bis unter 8 g/100 ml = 0,26 Euro je Liter
2. Stufe: ab 8 g/100 ml = 0,32 Euro je Liter.

Durch die neue Steuer will der Bund Mehreinnahmen von 690 Millionen Euro im Jahr 2027 und von 925 Millionen Euro im Jahr 2028 generieren. Gelten soll sie unter anderem für Cola und Limonaden, gesüßte Fruchtschorlen, Eistees, Energydrinks, Fruchtnektar oder Saftkonzentrate mit Zuckerzusatz. Auch Postmix-Konzentrate oder Sirups für Trinkwassersprudler fallen darunter. Nicht erfasst werden laut BMF alkoholhaltige Getränke, weil diese in der Regel bereits einer anderen Verbrauchsteuer unterliegen. Auch alkoholfreier Wein und Schaumwein, alkoholfreies Bier sowie alkoholfreie Liköre und Cocktails sollen ausgenommen werden. Ebenso Mischgetränke auf dieser Basis. Gleiches soll für Milch, Hafer- und Reisdrinks sowie entsprechende Mischgetränke, reine Frucht- und Gemüsesäfte, reines Frucht- und Gemüsesaftkonzentrat sowie entsprechende ungesüßte Schorlen gelten. Auch süßstoffhaltige Getränke wie „Cola light" sollen nicht unter die Zuckergetränkesteuer fallen.



Einer der schärfsten Gegner der Zuckergetränkesteuer ist Bundeslandwirtschaftsminister Alois Rainer (CSU), der mit Bundestagsvizepräsidentin Andrea Lindholz den KZVB-Stand auf dem CSU-Parteitag besuchte. In seinem Ministerium hat Rainer eine Stabsstelle „Bürokratieabbau" eingerichtet. Vielleicht bräuchte es die auch im Bundesgesundheitsministerium.

Widerstand aus der Zuckerindustrie

Widerstand gibt es erwartungsgemäß seitens der Zuckerindustrie und der Agrarlobby. So sichert der Zuckerrübenanbau rund 22 000 landwirtschaftlichen Betrieben ein stabiles Einkommen. Die deutschen Zuckerhersteller erwirtschaften einen Jahresumsatz von rund vier Milliarden Euro. Da überrascht es nicht, dass Bundesagrarminister Alois Rainer (CSU) einer der vehementesten Kritiker der neuen Abgabe ist.

Aber auch CDU-Ministerpräsidenten wie Boris Rhein aus Hessen kritisieren die „Teuer-Steuer". Es sei nicht die Aufgabe des Staates, die Bürger zu bevormunden. Zudem dürfe der Fiskus die Verbraucher angesichts der ohnehin hohen Lebenshaltungskosten nicht noch stärker zur Kasse bitten.

Um im parlamentarischen Verfahren den Kritikern den Wind aus den Segeln zu nehmen, sind zahlreiche Ausnahmen für kleinere Firmen vorgesehen. Darüber hinaus hebt das BMF nochmals den präventionsorientierten Charakter der neuen Steuer hervor. „Durch die Zuckergetränkesteuer sollen zudem längerfristig die durch den überhöhten Zuckerkonsum verursachten Kosten im Gesundheitssystem gesenkt werden. Das kommt allen Versicherten zugute.

Die Zuckergetränkesteuer trägt insofern auch zur Gerechtigkeit bei: Es werden diejenigen stärker zur Finanzierung des Systems herangezogen, die es durch den Zuckerkonsum auch stärker belasten", so das BMF.

Doch auch für die Zuckerabgabe gilt das „Struck'sche Gesetz", wonach kein Gesetz den Bundestag so verlässt, wie es hineinkommt. Es ist also offen, ob es nicht noch zu Verwässerungen und Aufweichungen kommt.

Dr. Marion Teichmann, die innerhalb des KZVB-Vorstands für Prävention zuständig ist, hofft auf möglichst wenig Änderungen: „Eine Zuckersteuer könnte erheblich zur Verbesserung der Mundgesundheit beitragen – gerade bei Kindern aus prekären Verhältnissen."

Vorbild Mexiko

Der Blick in andere Länder zeigt, dass höhere Preise durchaus zu Verhaltensänderungen führen. Als eines der ersten Länder führte Mexiko 2014 eine Zuckersteuer ein. Dadurch ging der Konsum zuckerhaltiger Getränke um rund 20 Prozent zurück, während die Nachfrage nach gesunden Alternativen stieg. Zudem reduzierten die Hersteller den Zuckeranteil in Cola, Limo und Co. deutlich. Ähnlich verlief die Entwicklung in Großbritannien, das 2018 die sogenannte „Soft Drinks Industry Levy" einführte. Auch diese Abgabe orientiert sich am Zuckergehalt. Eine britische „Fanta" enthält deshalb deutlich weniger Zucker als ihr deutsches Pendant. Ob sich das positiv auf die Mund- und Allgemeingesundheit auswirkt, ist umstritten. Je nach Auftraggeber kommen die Wissenschaftler zu unterschiedlichen Ergebnissen.

Sollte der Bundestag die Zuckergetränkesteuer in der jetzigen Form verabschieden, dürften die Zahnärzte die ersten sein, die über positive Effekte berichten können.

Matthias Wallenfels

„Ein Potenzial, das wir heben müssen“

ABZ eG und KZVB werben bei Zahnärztinnen für die Niederlassung

Die 35 Plätze für den ersten „Dental Women Salon“ waren innerhalb von Minuten ausgebucht. Und das lag nicht nur am stilvollen Ambiente. Im Fürsten Salon des Hotels „Bayerischer Hof“ erwarteten die Teilnehmerinnen spannende Vorträge und vor allem: Sie konnten sich vernetzen.







Dr. Marion Teichmann, Petra Gmeineder und Dr. Andrea Albert freuen sich über den Erfolg des ersten „Dental Women Salon“ ***(1)****. – Den stilvollen Rahmen lieferte der Fürsten Salon im Hotel Bayerischer Hof* ***(2)****. – Bei den Teilnehmerinnen kam die Veranstaltung sehr gut an* ***(3)****.*

Eingeladen hatten die ABZ eG sowie die KZVB-Bezirksstellen München und Oberbayern. Dr. Andrea Albert, stellvertretende Vorsitzende der Bezirksstelle, freute sich über das große Interesse an dem neuen Format. Denn schon bald werde es in Bayern mehr Zahnärztinnen als Zahnärzte geben und darauf müsse auch die Standespolitik reagieren. Dr. Marion Teichmann, stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der KZVB, appellierte an die Kolleginnen, sich aktiv einzubringen. Die Standespolitik sei noch immer eine Männerbastion. Aus Sicht der KZVB müsse sich vor allem eines ändern: das Niederlassungsverhalten. Die rund 4000 angestellten Zahnärzte in Bayern seien ein Potenzial, das man heben müsse. „Nur wenn sich wieder mehr Zahnärzte und vor allem auch Zahnärztinnen für die Niederlassung entscheiden, lässt sich der Sicherstellungsauftrag weiterhin erfüllen“, so Teichmann.

Wie man als Zahnärztin Erfolg hat, erläuterte Petra Gmeineder, Mitglied des Vorstands der ABZ eG, in einem Impulsreferat. In 30 Minuten spannte sie einen Bogen von der Praxisorganisation über die Personalführung bis hin zur Patientenkommunikation. Nach dem offiziellen Teil nutzten die Teilnehmerinen die Gelegenheit zum kollegialen Austausch. Die angestellten Zahnärztinnen konnten sich bei den bereits niedergelassenen wertvolle Tipps holen, wie der Schritt in die Selbstständigkeit gelingt.

Die Resonanz auf den ersten „Dental Women Salon“ war durchweg positiv. Alle Teilnehmerinnen wünschten sich mehr derartige Veranstaltungen. „Die Informationen, die wir hier bekommen, sind authentisch. Anders als bei anderen Veranstaltungen will uns niemand etwas verkaufen“, so eine Zahnärztin aus Oberbayern.

Leo Hofmeier

„Wir sind die Stimme ohne Maulkorb“

Dr. Christian Öttl über Ziele des FVDZ-Bundesverbands

Standespolitik wirkt oft im Hintergrund, die Auswirkungen gesundheitspolitischer Entscheidungen in Berlin sind im Praxisalltag jedoch unmittelbar spürbar. Auf der Hauptversammlung des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte (FVDZ) in Kassel standen drei wichtige Themen auf der Agenda: die Zukunft der Freiberuflichkeit, die Attraktivität der Niederlassung und die politische Interessenvertretung des Berufsstandes.



Die Zahnärzteschaft müsse nun an einem Strang ziehen, um ihre Ziele durchzusetzen, mahnt der FVDZ-Bundesvorsitzende Dr. Christian Öttl.

Im Gespräch erläutert der FVDZ-Bundesvorsitzende Dr. Christian Öttl aus München, welche Rolle sein Verband künftig spielen will und warum es gerade in gesundheitspolitisch herausfordernden Zeiten eine starke gemeinsame Stimme der Zahnärzteschaft braucht.

BZB: Herr Dr. Öttl, angesichts der neuen Spargesetze werden die politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Zahnarztpraxen von vielen Ihrer Kolleginnen und Kollegen zunehmend kritisch bewertet. Welche Rolle muss der FVDZ in den kommenden Jahren einnehmen, um die Freiberuflichkeit und die Niederlassung für die nächste Generation attraktiv zu halten?
Öttl: Der FVDZ muss dafür sorgen, dass die Stimme der Zahnärzteschaft ohne Maulkorb, den die Körperschaften qua Gesetz haben, nach Berlin zu den Entscheidern dringt. Wir müssen den Finger in die Wunde legen und die Bedürfnisse artikulieren. Zugleich müssen wir deutlich machen, dass die freiberufliche Niederlassung zur Aufrechterhaltung der flächendeckenden Versorgung unabdingbar ist.

BZB: In Berlin sprechen häufig mehrere politische Stimmen für den Berufsstand. Wo sehen Sie die jeweiligen Aufgaben von FVDZ, BZÄK und KZBV, und warum braucht die Zahnärzteschaft aus Ihrer Sicht alle drei Organisationen, um politisch wirksam zu sein?
Öttl: Es gibt auf eine kurze Formel gebracht für alle drei eigene Domänen: Die KZBV ist für die Monetik, die BZÄK für die Ethik, und der Freie Verband für die Phonetik zuständig. Aber nur wenn alle zusammen an einem Strang und zwar in die gleiche Richtung ziehen, sind wir als Zahnärzteschaft schlagkräftig. Gerade die uneingeschränkte Meinungsäußerung des FVDZ ist notwendig. Politischer Einfluss wird, wenn überhaupt, oft erst sichtbar, wenn Entscheidungen bereits getroffen sind.



Wie viel Sparpolitik verträgt die Versorgung? Mit Fragen wie dieser beschäftigte sich der FVDZ bei seiner Hauptversammlung. An der Podiumsdiskussion nahm unter anderem auch Christine Aschenberg-Dugnus (rechts), Vorsitzende des Bundesfachausschusses Gesundheit der FDP, teil.

BZB: Woran können Zahnärztinnen und Zahnärzte konkret erkennen, dass die politische Arbeit des FVDZ tatsächlich Wirkung entfaltet und ihre Interessen in der Gesundheitspolitik vertreten werden?
Öttl: Es kann keine bessere Vertretung der Zahnärztinnen und Zahnärzte geben als von Kollegen für Kollegen. Die Verankerung in der Niederlassung zeigt, wo es unter den Nägeln brennt, und deshalb gibt es vom FVDZ Hilfestellungen, wo es notwendig ist. Nicht zuletzt ist eine bundesweite Vertretung in einer zahlenmäßig starken Berufsgruppe wichtig, um schlagkräftig zu sein und in der Politik mit Nachdruck aufzutauchen. Stetige Gespräche mit der Politik, bei denen die praxisrelevanten Themen untergebracht werden, zeigen – wenn auch nicht immer – Wirkung und finden Niederschlag in der Gesetzgebung.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Anita Wuttke (Freie Journalistin).

„Mitreden und Mitgestalten“

Berufspolitische Bildung kommt bei den Teilnehmern gut an

Die zahnärztliche Selbstverwaltung ist ein hohes Gut, das es so nur in Deutschland gibt. Sie kann jedoch nur funktionieren, wenn es Kolleginnen und Kollegen gibt, die sich neben der Arbeit in der Praxis ehrenamtlich engagieren.


© BLZK

Sieben Kolleginnen und Kollegen nahmen an einem Wochenendseminar für den standespolitischen Nachwuchs in Nürnberg teil. Referenten waren BLZK-Hauptgeschäftsführer Sven Tschoepe, Kommunikationswissenschaftler Moritz Küffner und KZVB-Pressesprecher Leo Hofmeier.

BLZK und KZVB bieten deshalb seit Längerem Schulungen für den standespolitischen Nachwuchs an. Die Teilnehmer lernen, welche Akteure sich im gesundheitspolitischen Kosmos tummeln. Und wie man die Forderungen der Zahnärzte so platziert, dass sie gehört werden! Bei einem Wochenendseminar, das Mitte Oktober in Nürnberg stattfand, stand deshalb das Thema „Öffentlichkeitsarbeit der Körperschaften“ auf der Tagesordnung. Leo Hofmeier, Pressesprecher der KZVB, ging auf das Image der Zahnärzte ein. Von den Medien und der Öffentlichkeit würden sie noch immer als „Besserverdiener“ wahrgenommen. Dem könne man unter anderem durch eine Berichterstattung über das soziale Engagement des Berufsstandes entgegenwirken. Die Landesarbeitsgemeinschaft Zahngesundheit (LAGZ) und die Landesarbeitsgemeinschaft zur Verbesserung der Mundgesundheit in der Pflege (LAGP) seien Vorzeigeprojekte, die man noch stärker in den Blickpunkt der Öffentlichkeit rücken müsse. Zu einem Paradigmenwechsel führe auch das Praxissterben im ländlichen Raum. Den Bürgern und der Politik werde allmählich bewusst, dass Zahnmedizin Teil der Daseinsfürsorge sei. Zur Öffentlichkeitsarbeit gehöre deshalb auch die Präsenz bei Parteitagen. „Wir müssen den politischen Entscheidungsträgern klarmachen, dass die flächendeckende Versorgung keine Selbstverständlichkeit ist. Ohne einen Kurswechsel in der Gesundheitspolitik ist der Sicherstellungsauftrag akut gefährdet“, so Hofmeier. Die Teilnehmer beschäftigten sich auch mit den Publikationen und den Internetauftritten der Körperschaften, die überwiegend positiv bewertet wurden. Die Verbesserungsvorschläge wollen BLZK und KZVB zeitnah umsetzen. Am zweiten Seminartag gab der Kommunikationswissenschaftler Moritz Küffner wertvolle Tipps zu den Themenfeldern Rhetorik und Präsentation.

Redaktion

„Ich engagiere mich standespolitisch, weil mich die Strukturen und Entscheidungsprozesse hinter unserer beruflichen Selbstverwaltung faszinieren. Besonders spannend finde ich es, Einblicke in die Organisation und Arbeit unserer Standesvertretungen zu gewinnen. Dieses Wissen möchte ich aktiv nutzen, um die Interessen unserer Kolleginnen und Kollegen zu vertreten. Dabei ist es mir wichtig, nicht nur mitzureden, sondern auch mitzugestalten und positive Veränderungen anzustoßen. Mein Ziel ist es, einen spürbaren Mehrwert für unsere Kollegenschaft und den täglichen Praxisalltag zu schaffen.“


© privat

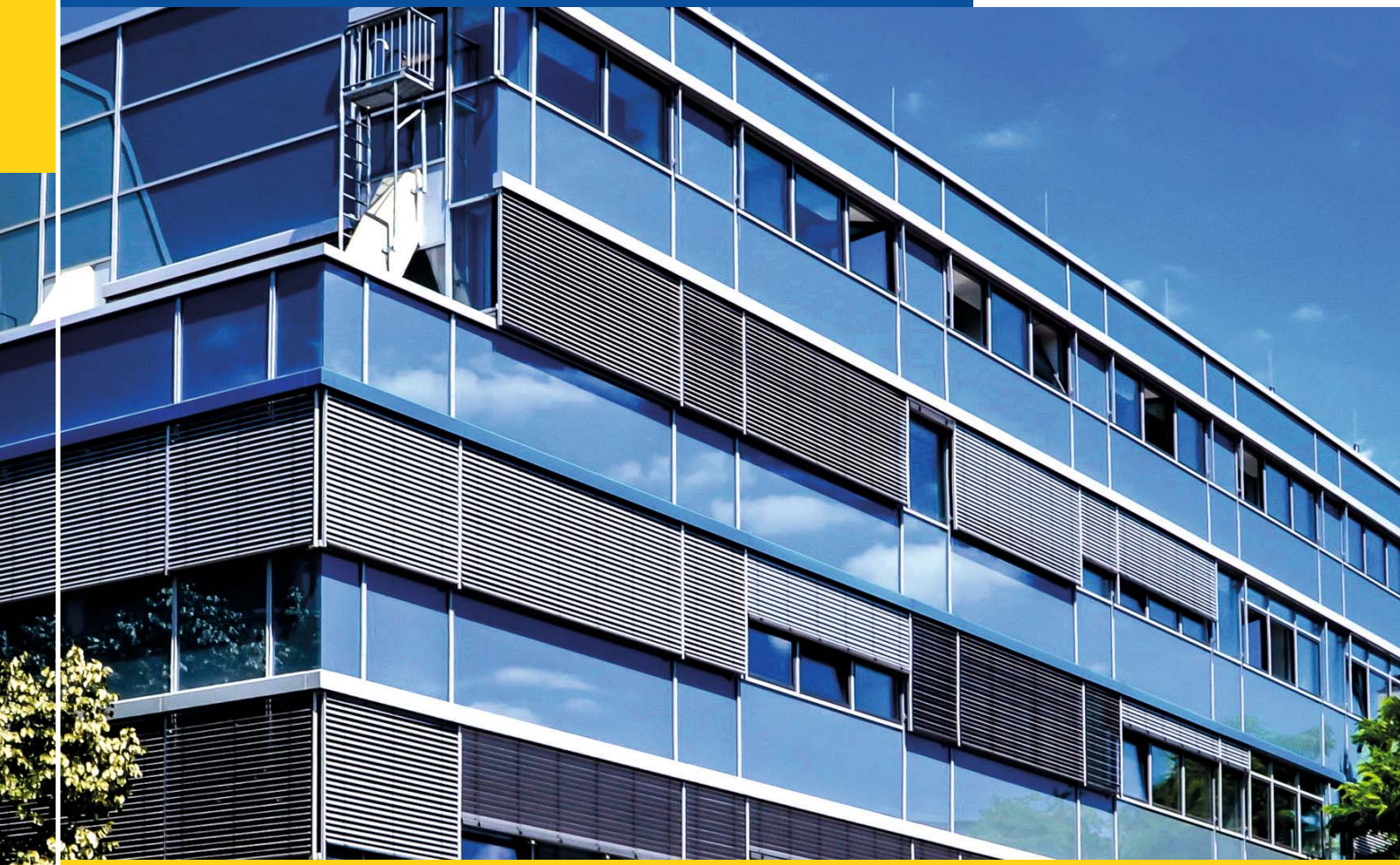
Dr. Fabian Fleischmann
Kieferorthopäde

„Ich möchte mich standespolitisch engagieren, weil mir die Zukunft unseres Berufsstandes und eine faire, transparente Interessenvertretung aller Zahnärztinnen und Zahnärzte am Herzen liegen. Besonders wichtig sind mir die Anerkennung unterschiedlicher Qualifikationswege, Chancengleichheit sowie die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung. Ich möchte aktiv mitgestalten, konstruktiv Veränderungen anstoßen und mich dafür einsetzen, dass die Interessen aller Kolleginnen und Kollegen Gehör finden.“


© privat

Theresa Namuth
Zahnärztin und Master of Science Kieferorthopädie (CE)

31. Klinische Demonstration 2027



Digital oder Konventionell?

Universitätsklinikum Erlangen
Hörsäle Medizin, Hörsaalzentrum

Samstag, 16. Januar 2027
09.00 - 13.00 Uhr

Anmeldung unter
www.eazf.de/sites/klinische-demonstration

In Kooperation mit

Uniklinikum Erlangen
MKG-Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Erlangen

ZBV Mittelfranken

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

Fortbildungspunkte: 5



Nachrichten aus Brüssel

@ greens87 – stock.adobe.com

Neue Regeln für Anerkennung von Berufsqualifikationen aus Drittstaaten

Die Europäische Kommission hat ihr „Fair Labour Mobility Package" vorgelegt. Ziel des Pakets ist es, die grenzüberschreitende Arbeitsmobilität zu erleichtern sowie die Anerkennungsverfahren innerhalb der EU stärker zu digitalisieren und zu beschleunigen. Das Paket umfasst fünf separate Legislativvorschläge.

Für die Gesundheitsberufe besonders relevant ist der Vorschlag für eine neue Richtlinie zur Anerkennung von Berufsqualifikationen aus Drittstaaten. Erstmals soll das Prinzip der automatischen Anerkennung auf bestimmte, außerhalb der EU erworbene Berufsqualifikationen ausgeweitet werden. Betroffen wären zunächst unter anderem Zahnärztinnen und Zahnärzte, Ärztinnen und Ärzte, Tierärztinnen und Tierärzte, Apothekerinnen und Apotheker sowie Architektinnen und Architekten. Voraussetzung soll sein, dass der jeweilige Ausbildungsgang in einem Drittstaat von einer unabhängigen, in der EU ansässigen Qualitätssicherungsstelle geprüft und als gleichwertig mit den europäischen Mindeststandards bewertet wurde. Der Vorschlag ist sowohl politisch als auch berufsrechtlich von erheblicher Bedeutung. Insbesondere die vorgesehene Einbindung unabhängiger, gegebenenfalls privat organisierter Prüfstellen sowie die Ausweitung der automatischen Anerkennung auf Qualifikationen aus Drittstaaten dürften im weiteren Gesetzgebungsverfahren intensiv diskutiert werden. Zugleich steht der Vorschlag vor dem Hintergrund des wachsenden Fachkräftebedarfs in der EU – insbesondere im Gesundheitswesen.

EU-Parlament fordert stärkere Unterstützung für Gesundheitsberufe

Das Europäische Parlament hat in Straßburg seinen Initiativbericht zur Bewältigung der Fachkräftekrise im Gesundheitswesen angenommen. Darin fordert das Parlament die Europäische Kommission auf, eine umfassende Strategie gegen den zunehmenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen in den EU-Mitgliedsstaaten zu entwickeln. Ziel ist es, die Gesundheitsberufe nachhaltig zu stärken und damit die langfristige Sicherung der gesundheitlichen Versorgung in Europa zu unterstützen.

Im Mittelpunkt des Berichts stehen Maßnahmen entlang des gesamten Berufslebens von Gesundheitsfachkräften. Dazu zählen insbesondere der Ausbau von Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie bessere Arbeitsbedingungen. Zugleich fordert das Parlament Maßnahmen, um mehr Fachkräfte für Gesundheitsberufe zu gewinnen und sie langfristig im Beruf und im Gesundheitswesen zu halten. Auch die stärkere Nutzung digitaler Lösungen soll dazu beitragen, Arbeitsabläufe zu verbessern und die Versorgung zukunftsfähig zu gestalten.

Darüber hinaus setzt das Europäische Parlament einen Schwerpunkt auf Prävention und Gesundheitskompetenz. Die Bevölkerung soll stärker in die Lage versetzt werden, Gesundheitsinformationen einzuordnen und eigenverantwortlich zu einer guten Gesundheit beizutragen. Mit Blick auf die Zahnmedizin hebt das Parlament insbesondere deren zentrale Rolle in der Primärversorgung und bei der Prävention hervor. Zahnärztliche Versorgung wird damit nicht allein als Behandlung bereits bestehender Erkrankungen betrachtet, sondern auch als wichtiger Bestandteil einer präventionsorientierten Gesundheitsversorgung.

Grenzüberschreitende Authentifizierung

Die Europäische Kommission hat neue Regeln für den Europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) veröffentlicht. Sie legen fest, wie Patientinnen und Patienten, Gesundheitsfachkräfte sowie Gesundheitseinrichtungen künftig grenzüberschreitend über das Netzwerk MyHealth@EU identifiziert und authentifiziert werden sollen. Der EHDS soll dabei mit der europäischen digitalen Identitätsbrieftasche (EUDI-Wallet) verknüpft werden.

Die neuen Regelungen gelten ab März 2027 und werden schrittweise umgesetzt. Ab 2029 sollen Patientinnen und Patienten ihre Gesundheitsmerkmale in der EUDI-Wallet hinterlegen können. Ab 2030 gelten erhöhte Sicherheitsanforderungen für die Identifizierung von Patientinnen und Patienten; ab 2032 sollen diese Anforderungen auch für Gesundheitsfachkräfte gelten.

Dr. Alfred Büttner
Leiter des Brüsseler Büros der BZÄK

Hilfswerk Zahnmedizin Bayern e.V.

ZAHNÄRZTLICHE HILFE FÜR MENSCHEN IN NOT
Ehrenamt, das unmittelbar ankommt

IHRE ERFAHRUNG KANN SCHMERZEN LINDERN.

Ihre Hilfe wird jetzt gebraucht.

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

stellen Sie sich vor, jeder Bissen schmerzt - und dennoch gibt es keinen Weg in eine Zahnarztpraxis. Für Menschen ohne Krankenversicherung ist das Realität. Sie warten, ertragen und hoffen auf Hilfe.

Beim Hilfswerk Zahnmedizin Bayern e.V. begegnen wir ihnen nicht als Fällen, sondern als Menschen. Wir lindern akute Schmerzen, erhalten Zähne, wo es möglich ist, und geben etwas zurück, das oft verloren gegangen ist: Zuversicht, Lebensqualität und Würde.

ZAHNMEDIZIN, WIE SIE GEMEINT IST.

Keine Abrechnung. Keine wirtschaftlichen Zwänge. Kein Praxismanagement.
Nur Ihre Erfahrung, ein starkes Team und Menschen, die Sie brauchen.

3–4 STUNDEN
ALLE 4–6 WOCHEN

genügen, um einen spürbaren Unterschied zu machen. Sie entscheiden selbst, wann und wie oft Sie uns unterstützen. Vielleicht sind Sie im Ruhestand oder möchten Ihr Wissen weiterhin sinnvoll einsetzen.

WERDEN SIE TEIL UNSERES TEAMS.

Ihr Beitrag schenkt Menschen mehr als eine Behandlung:
das Gefühl, nicht allein gelassen zu werden.

E-Mail: hzbayern@blzk.de
Telefon: 0171 5444871 (ZA Wolfgang Voss)
Streitfeldstraße 1, 81673 München
www.hilfswerk-zahnmedizin-bayern.de

Nicht aktiv? Unterstützen Sie uns als Mitglied: 120 Euro jährlich, steuerlich absetzbar.

Dr. Martin Schubert • ZA Wolfgang Voss • Dr. Tilman Haass — Vorstand des HZB



Journal

@ Tierney – stock.adobe.com

Präventionsgesetz soll weiterentwickelt werden

Das Bundesministerium für Gesundheit arbeitet an einer Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes und will Anfang des kommenden Jahres einen ersten Gesetzesentwurf vorlegen. Das kündigte Christiane Schenderlein (CDU), parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, bei einem parlamentarischen Abend in Berlin an.

Als Ziel gab die Staatssekretärin aus, das große Potenzial der Prävention besser auszuschöpfen, um die Gesundheitsausgaben in den Griff zu bekommen, die knapper werdenden Ressourcen im System effizienter zu nutzen – und vor allem, um vielen Menschen Leid zu ersparen sowie ihre Chancen auf ein langes, gesundes Leben zu verbessern. Das Ministerium hat in diesem Sommer bereits eine sogenannte Präventionsoffensive gestartet.

tas/Quelle: Deutsches Ärzteblatt

Politische Entscheidungen sorgen für Frust

Die Stimmung in der Ärzteschaft hat sich im dritten Quartal 2026 deutlich verschlechtert. Das geht aus dem aktuellen Stimmungsbarometer der Stiftung Gesundheit hervor. Grund für die schlechte Stimmung ist vor allem die pessimistische Einschätzung der wirtschaftlichen Entwicklung im kommenden Halbjahr. Daneben sorgen politische Entscheidungen und gesetzliche Regelungen für Frust.

Mit einem Stimmungswert von –48,5 lag die Stimmung im dritten Quartal über 20 Punkte unter dem im Frühjahr erhobenen Wert. Damit erreicht sie laut der Stiftung Gesundheit den mit Abstand niedrigsten Stand seit Beginn der Erhebung vor mehr als 20 Jahren. Der bisherige Tiefpunkt lag bei –38,7. Am stärksten brach laut der Erhebung die Stimmung bei den Psychologischen Psychotherapeuten ein: Sie fiel um 33,6 Punkte und liegt nun bei einem Wert von –48,3. Um jeweils mehr als 25 Punkte sank die Stimmung der Fachärzte (–25,7 Punkte) und der Hausärzte (–25,2 Punkte). Mit einem Stimmungswert von –55,6 liegen die Hausärzte derzeit auf dem letzten Platz, die Fachärzte mit –51,5 auf dem vorletzten.

Bei den Zahnärzten fiel der Stimmungsrückgang vergleichsweise moderat aus. Mit einem Minus von 8,9 Punkten und einem Stimmungswert von –36,4 sind sie die derzeit am wenigsten pessimistisch gestimmte Gruppe.

tas/Quelle: Stiftung Gesundheit

ePA wird weiterhin kaum genutzt

Nach Angaben der Gematik nutzen derzeit nur 5,85 Millionen Versicherte aktiv ihre elektronische Patientenakte (ePA), gemessen an der Zahl registrierter Gesundheits-IDs. Das sind rund acht Prozent der rund 73 Millionen Versicherten, für die die Krankenkassen eine ePA angelegt haben. Trotzdem wollen neun von zehn Befragten des BfDI-Datenbarometers ihre elektronische Patientenakte behalten.

Die Behörde des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) befragt regelmäßig und repräsentativ die Bevölkerung zu aktuellen Themen des Datenschutzes sowie der Digitalisierung und veröffentlicht die Ergebnisse im BfDI-Datenbarometer. In der Erhebung zur ePA kommt deutlich der Wunsch nach Kontrolle über die eigenen Gesundheitsdaten zum Ausdruck. 83 Prozent der Befragten wünschen sich, fein differenziert festlegen zu können, wer welche Daten einsehen darf. Gleichzeitig wären mehr als zwei Drittel bereit, ihre Daten Ärztinnen und Ärzten sowie der Forschung zur Verfügung zu stellen. Differenzierte Einstellungsmöglichkeiten zur Datenfreigabe und eine umfassende Datennutzung widersprechen sich demnach nicht.

Verbesserungsbedarf gibt es offenbar auch bei der Information: 95 Prozent kennen die ePA namentlich, doch mehr als vier von zehn Befragten wissen über zentrale Eigenschaften und Funktionen nicht genau Bescheid. Der BfDI empfiehlt deshalb der Bundesregierung, diese Wissenslücken zügig aktiv zu schließen und die Möglichkeiten zur selbstbestimmten Steuerung von Datenfreigaben nutzerfreundlich auszugestalten.

tas/Quelle: BfDI



@ kamiphotos – stock.adobe.com

GOZ aktuell

Parodontologie

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

Die Abrechnung der modernen Parodontitistherapie gemäß der S3-Leitlinie sorgt auch noch Jahre nach ihrer Einführung im Juli 2021 für Unsicherheiten. Die Gebührenordnung bildet die Behandlungsmaßnahmen nur unzureichend ab, daher muss die Analogberechnung genutzt werden. Im gemeinsamen Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen ist zumindest für den überwiegenden Teil der PAR-Strecke die analoge Berechnungsfähigkeit einvernehmlich bestätigt worden. Darüber hinaus fasste das Beratungsforum, das aus Bundeszahnärztekammer, Vertretern des PKV-Verbandes und den Beihilfestellen besteht, eine Reihe von Beschlüssen zur Analogberechnung von Leistungen der Parodontaltherapie. Erfreulicherweise ist daraufhin auch die Ablehnung oder Kürzung von parodontalen Leistungen bei privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen zurückgegangen. Erstmals ist die Bundeszahnärztekammer bei der Beschlussfassung von ihrem bisherigen Grundsatz abgewichen, keine konkreten Analogpositionen zu benennen.

Die Bundeszahnärztekammer hat nun im August 2026 eine gebührenrechtliche Neubewertung zur Analogberechnung parodontologischer Leistungen vorgenommen und neue Analoggebühren veröffentlicht. Die Anpassungen erfolgten aufgrund der betriebswirtschaftlichen Entwicklung in den Praxen und sollen dazu beitragen, dem seit 1988 stagnierenden GOZ-Punktwert und den kontinuierlich steigenden Praxisbetriebskosten entgegenzuwirken.

Das Referat Honorierungssysteme der Bayerischen Landeszahnärztekammer fasst in diesem Beitrag eine Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer über originäre und analoge Leistungen der leitliniengerechten PAR-Behandlungsstrecke aus dem Jahr 2024 zusammen und informiert über die Neuerungen der Beschlüsse.

Originäre Leistungen

GOZ 4005

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

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

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

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

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

**Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 7080a*
***Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 3110a*

GOÄ 70

Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

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

**Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 3210a*

GOZ 4000

Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus

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

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

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

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

**Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 3210a*
***Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 7080a*
****Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 3110a*

GOZ 0030

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

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

GOZ 6190

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

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

Die Häufigkeit der Leistungserbringung während einer Parodontitis-Behandlungsstrecke bestimmt sich nach der medizinischen Notwendigkeit.

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

**Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 3110a*

GOZ 1000

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

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

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

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

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

GOZ 1010

Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten

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

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

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

GOZ 1040

Professionelle Zahnreinigung (PZR)

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

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

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

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

GOZ 4070	GOZ 4075
Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, geschlossenes Vorgehen	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen

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

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

GOZ 4080 (Gingivektomie, Gingivoplastik) ist daneben berechnungsfähig.

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

**Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 4000a*
***Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 3130a*

GOZ 4080
Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium

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

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

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

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

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

**Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 4000a/3130a*
***Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 2000a/2380a*

GOZ 4090	GOZ 4100
Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium	Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium

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

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

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

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

Wird der Schleimhautlappen beim Wundverschluss nicht in seine ursprüngliche Position reponiert, sondern koronal, apikal oder lateral verlegt, so berechtigt dies zum Ansatz der Gebührennummer 4120 GOZ (Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens).

Das Anlegen einer Verbandplatte kann nach der Gebührennummer 2700 GOÄ gesondert berechnet werden.

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

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

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

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

**Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 4000a*
***Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 3130a*



GOZ 4060

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

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

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

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

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

GOZ 4150

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

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

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

GOZ 4025

Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Zahn

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

Die Leistung ist je Zahn und Sitzung berechnungsfähig.

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

GOZ 4110

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

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

Die Maßnahme ist je Zahn oder Parodontium berechenbar.

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

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

Verwendetes Knochenersatzmaterial und ein der Regeneration dienendes Proteinpräparat sind gesondert berechnungsfähig, ebenso ein mit einmaliger Anwendung verbrauchter Knochenkollektor oder Knochenschaber.

GOZ 4120

Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

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

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

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

Das Einkürzen oder Umschneiden eines Schleimhautlappens erfüllt nicht den Leistungsinhalt.

Eine Periostschlitzung ist nicht zwingend Leistungsbestandteil.

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

GOZ 4130

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

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

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

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

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

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

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

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

Größere Schleimhauttransplantate entsprechen der Gebührennummer 2386 GOÄ.

GOZ 4133

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

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

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

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

Eine Verbandplatte ist zusätzlich mit der Gebührennummer 2700 GOÄ berechnungsfähig.

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

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

Die Implantation eines alloplastischen „collagen patch" zur Weichteilunterfütterung entspricht nicht der Gebührennummer 4133 GOZ, sondern ist mit der Gebührennummer 2442 GOÄ zu berechnen.

GOZ 4136

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

Die Gebührennummer beschreibt knochenmodellierende Maßnahmen an einem Zahn. Typischer Leistungsinhalt ist die Abtragung von interradikulären Septen zur Tunnelierung oder des Limbus alveolaris zur Kronenverlängerung.

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

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

GOZ 4138

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

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

Das verwendete Material ist gesondert berechnungsfähig.


© New Africa – stock.adobe.com

Analoge Leistungen

Beschluss Nr. 54 des Beratungsforums GOZ 4005a	Neue Empfehlung der BZÄK GOZ 3210a
Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z. B. des Parodontalen Screening-Index PSI), mehr als zweimal innerhalb eines Jahres	
GOZ (Faktor 2,3) = 10,35 Euro	GOZ (Faktor 2,3) = 18,11 Euro

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

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

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

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

**Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 3110a*

Beschluss Nr. 57 des Beratungsforums GOZ 8000a	Neue Empfehlung der BZÄK GOZ 7080a
PAR-Diagnostik, Staging/Grading, Dokumentation	
GOZ (Faktor 2,3) = 64,68 Euro	GOZ (Faktor 2,3) = 77,61 Euro

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

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

Die Leistung ist einmal je Parodontitis-Behandlungsstrecke berechnungsfähig.

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

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

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

**Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 3290a*

Beschluss Nr. 55 des Beratungsforums GOZ 3010a/GOZ 4138a	Neue Empfehlung der BZÄK GOZ 4000a/GOZ 3130a
Subgingivale Instrumentierung – PAR (AIT), einwurzeliger und mehrwurzeliger Zahn	
GOZ (Faktor 2,3) = 14,23 Euro/28,46 Euro	GOZ (Faktor 2,3) = 20,70 Euro/36,22 Euro

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

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

Die Leistungen sind je ein- oder mehrwurzeligem Zahn berechnungsfähig.

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

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

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

Beschluss Nr. 59 des Beratungsforums GOZ 5070a	Neue Empfehlung der BZÄK GOZ 3110a
Befundevaluation – PAR	
GOZ (Faktor 2,3) = 51,74 Euro	GOZ (Faktor 2,3) = 59,50 Euro

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

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

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

Die Leistung ist innerhalb eines Jahres maximal dreimal berechnungsfähig.

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

**Neue Empfehlung der BZÄK: GOZ 3210a*

Beschluss Nr. 58 des Beratungsforums GOZ 2110a	Neue Empfehlung der BZÄK GOZ 9090a
Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG)	
GOZ (Faktor 2,3) = 41,26 Euro	GOZ (Faktor 2,3) = 51,74 Euro

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

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

Beschluss Nr. 56 des Beratungsforums GOZ 0090a/GOZ 2197a	Neue Empfehlung der BZÄK GOZ 2000a/GOZ 2380a
Subgingivale Instrumentierung – UPT, einwurzeliger und mehrwurzeliger Zahn	
GOZ (Faktor 2,3) = 7,76 Euro/16,82 Euro	GOZ (Faktor 2,3) = 11,64 Euro/20,70 Euro

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

Die Leistung ist im Verlauf der unterstützenden Parodontitistherapie mehrfach berechnungsfähig.

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

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

Fazit

Auch wenn mit den gefassten Beschlüssen die größtmögliche Erstattungswahrscheinlichkeit für Zahnarztpraxen und für die Versicherten gegenüber ihrer Versicherung oder Beihilfe geschaffen wurde, liegt die Auswahl der zur analogen Berechnung heranzuziehenden Leistung bei der behandelnden Zahnärztin oder dem behandelnden Zahnarzt.

Die Vertragspartner des Beratungsforums, also Bundeszahnärztekammer, Verband der Privaten Krankenversicherung und Beihilfestellen von Bund und Ländern, können keine neuen GOZ-Ziffern gestalten, sie können nur Empfehlungen für Analogberechnungen bei Leistungen geben, die nicht bereits beschrieben sind oder deren Leistungsbestandteile nicht in schon bestehenden Leistungen abgebildet werden.





MANUELA KUNZE
Referat Honorierungssysteme der BLZK

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



Pflicht ohne Plus

Befüllung der ePA wird ab 2027 nicht mehr vergütet

Vor einem Jahr stand an dieser Stelle: Wer genauer hinsieht, kann aus der ePA-Pflicht sogar ein Plus machen. Dieses Plus streicht der Gesetzgeber jetzt. Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) entfällt zum 1. Januar 2027 die Vergütung für Erstbefüllung und Aktualisierung der elektronischen Patientenakte. Die Pflicht bleibt, der Aufwand auch – denn eine automatisch angelegte Akte ist noch kein automatisierter Arbeitsablauf. Die ePA steckt noch in den Kinderschuhen. Sie bräuchte jetzt Rückenwind statt Rotstift.

© Jessica – stock.adobe.com

Rund 3.830 Euro im Jahr: So viel konnte eine typische bayerische Einzelpraxis nach unserer Modellrechnung allein über die ePA2 abrechnen (BZB November 2025). Zwei Punkte gab es je Sitzung, in der die Akte aktualisiert wurde – ob nach der 01, nach einem Röntgenbild oder beim Heil- und Kostenplan. Wo eine Praxis als Erste überhaupt etwas in die Akte einstellte, gab es über die ePA1 sogar das Doppelte.

Grundlage war eine Auswertung bayerischer Einzelpraxen, kombiniert mit Annahmen dazu, wie viele Patienten einer Befüllung zustimmen. Kein Vermögen – aber ein begrenzter Ausgleich für zusätzlichen Aufwand. Ab dem 1. Januar 2027 entfällt er ersatzlos. Nicht erfasst ist die eigenständige Position eMP für den Medikationsplan, in unserer Rechnung weitere rund 840 Euro.

Pikant ist das Timing. In Bayern waren ePA1 und ePA2 bei allen Kassen mit knappem Budget unbudgetiert, sie lösten also keine HVM-Rückbelastungen aus. Ausgerechnet jetzt, da das GKV-BStabG den Budgetdeckel noch fester zuschraubt, verschwindet eine der wenigen Leistungen, die nicht darunter fielen.

Was wegfällt, was bleibt

Die Fakten sind schnell erzählt – das Gesetz war es auch. Vom Referentenentwurf Mitte April bis zum Inkrafttreten am 30. Juli 2026 vergingen keine vier Monate, Bundestag und Bundesrat erledigten ihren Part am selben Tag. Ein Tempo, von dem die ePA nur träumen konnte: Bis sie in den Praxen ankam, vergingen rund zwei Jahrzehnte.

Mit dem GKV-BStabG fällt zum 1. Januar 2027 die gesetzliche Vorgabe weg, die ePA-Unterstützung im Bema zu vergüten (§ 87 Abs. 1 Sätze 13 und 14 SGB V). Der Bewertungsausschuss hat daraus Ende September die Konsequenz gezogen und die Bema-Nummern ePA1 und ePA2 zum selben Datum gestrichen. Bis dahin ändert sich nichts: Für Behandlungen bis einschließlich 31. Dezember 2026 können beide Positionen wie gewohnt abgerechnet werden.

Was bleibt, ist die Pflicht, Daten aus der laufenden Behandlung in die ePA einzustellen. Befundberichte für Mitbehandler gehören standardmäßig hinein, Bonusheft-Einträge oder Röntgenbilder auf Wunsch des Patienten. Der Bewertungsausschuss hält in seinem Beschluss ausdrücklich fest, dass diese Pflicht „unberührt" bleibt.

Auch die Sanktionen bleiben: Wer die technischen Voraussetzungen für die ePA nicht nachweist, muss weiter mit Honorarkürzung und gekürzter TI-Pauschale rechnen. Kurz gesagt: Die Arbeit bleibt in der Praxis, das Geld bei den Kassen.

Opt-out ist kein Autopilot

Die Begründung des Gesetzgebers passt auf einen Bierdeckel. „Zwei Jahre nach Start der ePA kann eine zusätzliche finanzielle Förderung entfallen", hieß es aus dem Bundesgesundheitsministerium, als das Kabinett den Entwurf im April beschloss.

Mit dem Opt-out-Prinzip sei eine gesonderte Vergütung nicht mehr nötig; an anderer Stelle verweist die Begründung auf technische Fortschritte und sinkende Arbeitslast. Rund 770 Millionen Euro soll der Wegfall insgesamt sparen. Man kann diese Zahl auch als Kompliment lesen: Wer so viel einzusparen erwartet, rechnet offenbar mit reichlich Befüllung.

Das klingt schlüssig – solange man nicht in einer Zahnarztpraxis steht. Opt-out sorgt dafür, dass fast jeder Versicherte eine Akte hat. Es sorgt nicht dafür, dass sie sich von selbst füllt.

In Arztpraxen entsteht mit dem Arztbrief ohnehin ein Dokument, das in die Akte gehört. Zahnärztinnen und Zahnärzte schreiben dagegen selten Befundberichte für Dritte. Hier ist ein ePA-Eintrag häufig ein eigener Arbeitsschritt: Karte stecken, Behandlungskontext prüfen, Dokument auswählen, gegebenenfalls ins PDF/A-Format bringen, Metadaten ergänzen, hochladen.

Wie reibungslos das läuft, hängt bis heute stark von der Praxissoftware ab. Selbst beim eZahnbonusheft, das die zahnärztliche Praxissoftware inzwischen durchweg unterstützt, wollte die gematik im Frühjahr 2026 per Umfrage wissen, wo es im Alltag noch hakt. Und für die Telematik-Infrastruktur zählte das Ministerium 2025 im Schnitt 25 Störungen – pro Monat.

Die schönste Pointe liefert die Bundesregierung selbst. Fünf Tage nach dem Bundestagsbeschluss zum Sparpaket brachte das Kabinett das Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) auf den Weg. Darin sollen unter anderem den Herstellern von Praxisverwaltungssystemen „verlässlichere Fristen" für die ePA-Umsetzung gesetzt werden.

Wer die Umsetzung in der Praxissoftware erst per Gesetz anschieben muss, sollte deren Früchte nicht schon als Sparargument verbuchen.

Die ePA lernt gerade erst laufen

Dass die ePA noch in den Kinderschuhen steckt, ist keine Polemik, sondern Fahrplan. Der elektronische Medikationsplan in der Akte war ursprünglich für März 2026 angekündigt; getestet wird er seit Juli in ausgewählten Regionen. Die Volltextsuche soll ab Anfang 2027 kommen, die digitale Impfübersicht Mitte 2027.

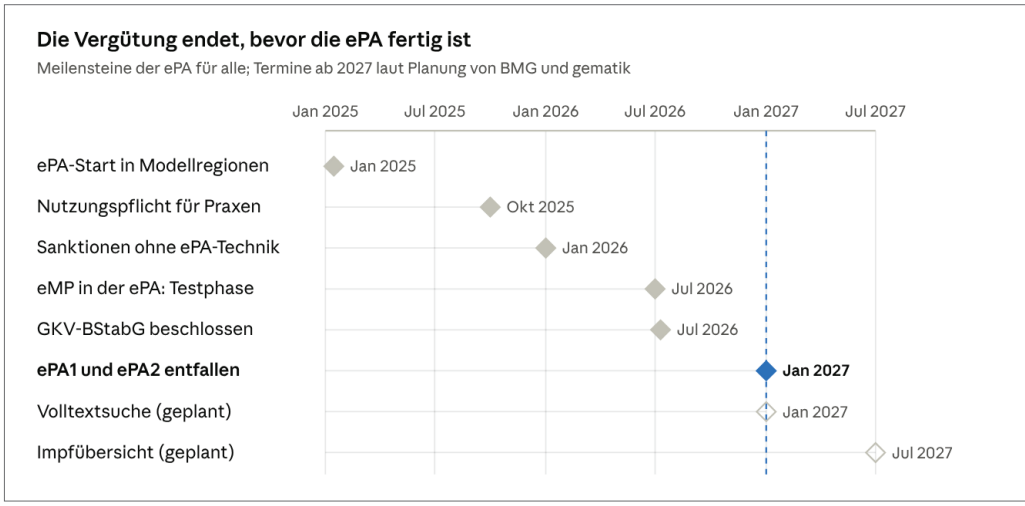
Die Akte bekommt ihre wichtigsten Werkzeuge also ungefähr in dem Moment, in dem ihre Vergütung endet. Natürlich muss eine Anschubfinanzierung nicht ewig laufen. Aber Stützräder schraubt man ab, wenn das Kind Rad fahren kann – nicht, wenn es gerade zum ersten Mal im Sattel sitzt.

Auch auf Patientenseite steht die ePA noch am Anfang. Gut 73 Millionen gesetzlich Versicherte haben eine Akte, aber nur rund 5,4 Millionen eine GesundheitsID, um sie selbst zu verwalten (Stand Anfang Oktober 2026). Nützen kann die Akte auch ohne App – doch wer sie nicht kennt, fragt in der Praxis selten nach ihr.

Gerade für die Zahnmedizin fehlen zudem Grundlagen. Röntgenbilder, das Herzstück zahnärztlicher Diagnostik, sind nach Berichten aus den Praxen oft zu groß für einen reibungslosen Upload, und native Bildformate verarbeitet die Akte bislang nicht.

Dabei würde sich gerade die Zahnmedizin für die Nutzung der ePA anbieten. Doch das Bonusheft und das Gelbe Heft werden weiterhin nahezu ausschließlich in Papierform geführt.

Genau in dieser Phase würden Anreize am stärksten wirken. Fallen sie weg, droht die ePA auf das Pflichtprogramm zu schrumpfen – und die Kür bleibt liegen. Gemeint ist das aktive Werben über die gesetzliche Information hinaus, das Patienten erst auf die Idee bringt, sich etwa Heil- und Kostenpläne oder Röntgenbilder einstellen zu lassen. Gerade solche Inhalte machen eine Akte für Mitbehandler wertvoll.



Gefüllte Rauten: erreicht, leere Rauten: geplant. Die gestrichelte Linie markiert das Ende der ePA-Vergütung – die Volltextsuche startet im selben Monat, die Impfübersicht ein halbes Jahr später.

Fazit: Rückenwind statt Rotstift

Die ePA ist zu wichtig, um sie zum Sparposten zu machen. Ihre Vergütung in der Zahnarztpraxis war nie üppig – zwei Punkte für eine Aktualisierung, vier für die Erstbefüllung. Betriebswirtschaftlich war sie trotzdem gut begründet, denn bei der ePA fallen Aufwand und Nutzen auseinander.

Die Arbeit entsteht in der Praxis, die befüllt. Der Nutzen zeigt sich oft erst später – beim nächsten Behandler und beim Patienten. Deshalb wiegt auch der eigene Vorteil beim Lesen der Akte die Mühe beim Befüllen nicht automatisch auf.

Wir finden es schade, dass dieser Ausgleich nun entfällt – und halten es, ehrlich gesagt, auch für kurzsichtig. Unsere Forderung: Die Vergütung gehört zurück ins Gesetz, bis die Praxissoftware hält, was die Gesetzesbegründung verspricht, und der Aufwand nachweislich gesunken ist. Gelegenheit gäbe es: Mit dem GeDIG liegt ein Digitalgesetz ohnehin auf dem Tisch.

Aus „Pflicht mit Potenzial" wird damit „Pflicht ohne Plus". Das Potenzial für eine bessere, vernetzte Versorgung bleibt trotzdem. Es wird ab 2027 nur nicht mehr vergütet.

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

BIS SILVESTER ABRECHNEN, WAS ABRECHENBAR IST

Ganz pragmatisch zuerst: Bis zum 31. Dezember 2026 sind ePA1 und ePA2 abrechenbar – und sollten konsequent angesetzt werden. Ein kurzer Blick in die eigene Abrechnung zeigt, ob die Positionen bisher regelmäßig erfasst wurden oder im Alltag untergehen. Mancherorts liegt im vierten Quartal noch Geld auf dem Tisch.

Für 2027 gilt: Die Pflicht bleibt, also sollten die Abläufe so schlank wie möglich sein. Klare Zuständigkeiten im Team, Standardtexte für die Aufklärung und gut eingestellte Funktionen im Praxisverwaltungssystem halten den unbezahlten Aufwand klein.

Es lohnt sich zudem, beim Softwareanbieter nachzuhaken, welche ePA-Automatisierungen wann kommen. Der Gesetzgeber traut ihnen schließlich eine Menge zu.

Kleine Stadt, große Bühne für gesunde Zähne

LAGZ feiert den „Tag der Zahngesundheit“ in Mellrichstadt

Was für ein schönes Kinderfest! Der historische Marktplatz der unterfränkischen Kleinstadt Mellrichstadt (Landkreis Rhön-Grabfeld) mit 5000 Einwohnern liegt um 8 Uhr noch im schläfrigen Morgendunst, der einen sonnigen Septembertag verheißt. Außergewöhnlich ist, dass eine große Bühne auf dem Marktplatz steht und die Silhouetten von Ständen auftauchen, an denen geschäftige Zahnärzte mit ihren Teams letzte Hand an die aufgebauten Spiele und Informationstafeln anlegen. In der Markthalle, einem weiteren Aktionsort, herrscht schon freudige Erwartung. Das große Kinderfest der LAGZ Bayern, bei dem wie immer die Zahn- und Mundgesundheit im Mittelpunkt steht, kann beginnen.

Fast wie mit einem Paukenschlag strömen um 8.30 Uhr aus allen kleinen Gassen und Straßen mehr als 750 Kinder im Alter von vier bis 13 Jahren unter Begleitung ihrer Lehrkräfte oder Erzieher/-innen sternförmig auf den Marktplatz und verteilen sich an den Ständen. Ein Teil besucht die Markthalle. Dr. Barbara Mattner, Vorsitzende der LAGZ Bayern, die die Ankunft der Kinder auf dem Marktplatz live miterlebt, meint völlig überwältigt: „So etwas habe ich noch nie gesehen.“

Bühne frei für die Aktionen

Mittlerweile sind alle Bänke vor der Bühne besetzt. Bauchredner und Zauberkünstler Marcelini sorgt mit seinem Hund Oskar für begeisterte Lachsalven unter den Kindern.

Am nahegelegenen Zahnputzbrunnen bietet sich Gelegenheit, unter kundiger Anweisung von zwei Zahnmedizinischen Fachangestellten perfektes Zähneputzen nach der KAI-Systematik zu erlernen und dabei die Beläge zu entfernen, die im nahegelegenen Kariestunnel sichtbar gemacht wurden. Die beiden Stände wurden betreut durch die Zahnarztpraxis Franca Matz, Ostheim, sowie das Team der Praxis Dr. Gensler, Mellrichstadt.



Zwei Zahnfeen unterstützten in diesem Jahr die beiden LAGZ-Maskottchen „Dentulus“ und „Goldie“ beim Kinderfest der LAGZ.

Eine vollständig eingerichtete mobile Zahnstation, das Zahnmobil München, mit dem die aufsuchende Behandlung immobiler Patienten, aber auch Prophylaxe-Einsätze bei Kindern vulnerabler Gruppen möglich sind, gehört zu den Highlights der Veranstaltung.

Für die Kitakinder tänzeln zwei wunderschöne Zahnfeen über den Platz und suggerieren märchenhaften Besuch. Ein willkommenes Fotomotiv und für manches Kind die Bestätigung: „Es gibt sie doch, ich habe sie gesehen.“

Markt der Zahngesundheit

Der Marktplatz füllt sich zusehends, denn nun treten die beliebten Maskottchen der LAGZ-Aktionen „Seelöwe“ und „Löwenzahn“, Goldie und Dentulus, in Menschengröße auf. Sie tanzen und umarmen die Kinder. Ein Hauch von „Disney World“ weht durch Mellrichstadt.

An den Aktionsständen der Markthalle gilt es, ebenso wie vorher am Marktplatz, verschiedene Aufgaben zur Zahngesundheit zu lösen, für die es Punkte und später eine Belohnung gibt: Themen wie Zahnunfall (Dr. Gensler und Dr. van Eckert),



© LAGZ/Stephanie Johannes


© LAGZ/Stephanie Johannes

Schon die kleinen Besucher im Publikum hatten beim „Tag der Zahngesundheit" großen Spaß.

750 Kinder im Alter von vier bis 13 Jahren erfüllten bei der LAGZ-Veranstaltung den Marktplatz der unterfränkischen Kleinstadt Mellrichstadt mit Leben.

Fissurenversiegelung (Team der Praxis Dres. Stelzel, Mellrichstadt), Speichel-PH-Test (Zahnarztpraxis Jana Hintz), Fluoridierung (Team der Praxis Dr. Gensler), Logopädie (Logopädie Stäblein), Kieferorthopädie (Dres. Orth, Bad Neustadt/Saale) und MIH (Zahnarzt Ulrich Krickel) werden hier den Kindern näher gebracht. Die örtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AOK Bayern punkten mit einer gut besuchten Station zum aktuellen Thema „Zucker". Ernährungsberaterin Anne Hein vermittelt mit ihrem eigens für den Tag der Zahngesundheit entwickelten Ernährungsquiz Wissen zum Thema „Gesunde Ernährung". Am Stand „Zahngesunde Pausenverpflegung" wird für das leibliche Wohl der Kinder gesorgt. Engagierte Mitarbeiter der Firma Haleon vermitteln Know-how zur Mundhygiene und verteilen begehrte Zahnpastaproben sowie Mundhygiene-Artikel. 33 Abiturienten des Mellrichstädter Gymnasiums übernehmen Spezialeinsätze wie den Auftritt als Zahnfeen, als Dentulus- und Goldie-Walking-Acts und zusätzlich die Betreuung noch vakanter Aktionsstationen.

Kleinere Dimension, effektivere Nachhaltigkeit

Dr. Antje Kozik, Organisatorin und LAGZ-Arbeitskreisvorsitzende im Bereich Rhön-Grabfeld, überquert den Marktplatz glücklich, aber mit einem Anflug von leichtem Stress: „Ich bin so erleichtert, dass alles so super am Laufen ist", so ihr Kommentar. „Nach einer Vorbereitungszeit von fast einem Jahr ist es gelungen, gemeinsam mit Kollegen aus Mellrichstadt und aus Ostheim sowie zahlreichen Helfern aus anderen Sparten, das große Event der LAGZ zu managen. Als bayerische Kleinstadt nahe der Landesgrenzen zu Thüringen und Hessen wollten wir früheren LAGZ-Veranstaltungen in nichts nachstehen. Dass hier alles in kleineren Dimensionen stattfindet, heißt nicht, dass wir in der Bevölkerung und vor allem bei den Kindern nicht eine adäquat effektive und nachhaltige Mission in Sachen Zahngesundheit bewirken können. Gerade für ein Kinderfest wie den Tag der Zahngesundheit bietet die Kleinräumigkeit und das stärkere Miteinander in unserer Region ideale Voraussetzungen dafür, präventive Maßnahmen in den Einrichtungen umzusetzen."

Große Wertschätzung

10.30 Uhr: Für Dr. Antje Kozik beginnt nun der Festakt in der Carl-Fritz-Stube mit prominenten Gästen aus Politik, Kommune, Gesundheitswesen und Vertretern der Gruppenprophylaxe, denn dieses bundesweit stattfindende Event ist eine wichtige Gelegenheit, der Öffentlichkeit die Aufgaben der Gruppenprophylaxe und deren Erfolge in Bayern zu präsentieren. Seit mehr als vier Jahrzehnten fördert die LAGZ im Staatsauftrag die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen. Das diesjährige bundesweite Motto lautet: „Gesund beginnt im Mund – Kau dich fit".

Noch sichtlich gerührt vom Szenario auf dem Marktplatz begrüßt die einheimische Zahnärztin und fünffache Mutter Dr. Kozik die vielen Festgäste, die ihrer Einladung gefolgt sind. Den geladenen lokalen Gästen ist es ein Anliegen, ihre Wertschätzung für diese Veranstaltung zu zeigen: Schulrektoren der örtlichen Grundschule, Mittelschule, Realschule und des Gymnasiums, Vertreter des Vereins „Aktives Mellrichstadt", die stellvertretende Landrätin sowie der erste Bürgermeister und die dritte Bürgermeisterin: Alle sind gekommen. In Mellrichstadt, der jungen Stadt in alten Mauern, haben Gesundheit und Prävention einen festen Status.

Das begeistert auch die Gäste der zahnärztlichen Organisationen. Prof. Dr. Chris-

toph Benz, Vorsitzender der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Dr. Barbara Mattner, Vizepräsidentin der BLZK und LAGZ-Vorsitzende, Dr. Jens Kober, Vorstandsmitglied der KZVB, und Dr. Guido Oster, 1. Vorsitzender des ZBV Unterfranken. Alle freuen sich über das herzliche Miteinander, umrahmt von eindrucksvollen Musikstücken örtlicher Gymnasiasten. Auch Gabriele Schweiger, 2. Vorsitzende der LAGZ und Vertreterin der AOK, weitere Vertreter der LAGZ und die Arbeitskreisvorsitzenden aus benachbarten Arbeitskreisen genießen die entspannte Atmosphäre in der Carl-Fritz-Stube.

Kleine Stadt, großes Fest

Dr. Kozik bedankt sich bei allen, die durch ihre Mitarbeit zum Gelingen der Veranstaltung beitragen. Sie sieht in der Auswahl ihrer Heimatstadt für dieses Event der LAGZ eine Wertschätzung für die Arbeit aller LAGZ-Zahnärzte, die im großen Flächenstaat Bayern an den äußersten Grenzen tätig sind.

Mit sichtbarer Freude und großer Begeisterung für den Tag der Zahngesundheit als Event für große und kleine Kinder wendet sich Bürgermeister Michael Kraus, der Schirmherr der Veranstaltung, an die Festgäste. In seiner Ansprache betont er, wie lebendig sich die Innenstadt an diesem Tag präsentiert. Zugleich dankt er der LAGZ Bayern als Veranstalter sowie Dr. Kozik und ihren Kollegen für die Energie und das Herzblut, das sie zum Gelingen dieses Kinderfestes investiert haben.

Dank von höchster Stelle

Sowohl Bayerns Gesundheitsministerin Judith Gerlach als auch Kultusministerin Anna Stolz bekunden ihre Wertschätzung für die Veranstaltung mit einer Videobotschaft. Verbunden mit dem Dank an die 2 400 ehrenamtlich tätigen LAGZ-Zahnärztinnen und -Zahnärzte, die seit mehr als vier Jahrzehnten in Bayerns Schulen und Kitas zahnmedizinische Prävention umsetzen, macht Judith Gerlach deutlich, dass die Gruppenprophylaxe ein adäquates Modell sei, Zahnproblemen wirksam und bereits im frühen Kindesalter vorzubeugen. Ministerin Anna Stolz bezieht sich auf das diesjährige Motto „Kau dich fit".



Die LAGZ-Arbeitskreisvorsitzende für den Bereich Rhön-Grabfeld, Dr. Antje Kozik (5. v. l.), sorgte gemeinsam mit ihrem Aktionsteam für ein buntes Kinderfest, bei dem der Präventionsgedanke auf spielerische Weise vermittelt wurde.

„Beim bewussten Kauen", so die Ministerin, „lernen Kinder gesunde Gewohnheiten, denn Zahngesundheit ist so viel mehr als die richtige Technik beim Zähneputzen."

Nummer 1 bei der Prävention

Als Zahnärzte sind wir Weltmeister der Prävention, so bezeichnet Dr. Jens Kober, Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, seine Kolleginnen und Kollegen im Hinblick auf die Ergebnisse der aktuellen Deutschen Mundgesundheitsstudie. Voraussetzung für die Effizienz präventiver Maßnahmen ist der frühzeitige Beginn. Als aktuellen Schritt bezeichnet er die Aufnahme der zahnärztlichen Frühuntersuchung in das gelbe Untersuchungsheft. Prävention brauche Menschen, die sie umsetzen und ihr Nachhaltigkeit verleihen. Kober richtet im Anschluss seinen Dank an alle Kollegen und Helfer, die durch ihren Einsatz zum Erfolg dieser Veranstaltung beigetragen haben.

„Gesund beginnt im Mund – Kau dich fit"

„Betrachten Sie es als eine Einladung, Ihre Wahrnehmung zu schärfen" ermutigt Dr. Barbara Mattner, Vizepräsidentin der BLZK und LAGZ-Vorsitzende, zur Thematik „Kauen". „Der Zustand unseres Mundes, die Gesundheit unserer Zähne und unser Kauvermögen haben nachweislich einen direkten Einfluss auf unsere gesamte körperliche Fitness, unser seelisches Gleichgewicht und unsere Gesundheit. Vollständige Zahnreihen, funktionierende Gesichtsmuskulatur, offenes selbstbewusstes Lächeln – Aussehen und Kommunikationsfähigkeit sind eng mit der Mundgesundheit verknüpft und bereits bei Kindern und Jugendlichen mit sozialer Akzeptanz verbunden."

Die LAGZ Bayern werde im Rahmen ihrer Präventionsarbeit für Kinder und Jugendliche dem Thema „Kauen und Kaufähigkeit" mehr Bedeutung einräumen. „Prävention für gesunde Zähne ist kein Hexenwerk", so die LAGZ-Vorsitzende, „daher stehen am heutigen Tag auch für Kinder und Jugendliche das Zähneputzen, die zahngesunde Ernährung, die Fluoridierung und der Zahnarztbesuch im Mittelpunkt. Information und Motivation mit Spiel und Spaß an unseren Aktionsständen – und fast alles darf ausprobiert werden. Das ist das Erfolgsrezept dieser Veranstaltung und ein Wegbereiter für eine zahngesunde Zukunft."

Dr. Brigitte Hermann
Geschäftsführerin der LAGZ Bayern

„Tätigkeit in freier Praxis“

BGH zieht klare Grenzen für Kooperationsmodelle

Werden Leistungen gegenüber der KZV abgerechnet, muss tatsächlich eine „Tätigkeit in freier Praxis“ vorliegen. Fehlt diese Voraussetzung, kann die Abrechnung gegenüber der KZV als Betrug strafbar sein, so der Bundesgerichtshof in einem aktuellen Urteil vom 9. Juli 2026 (Az. 3 StR 110/26).



© stokkete – stock.adobe.com

Der Angeklagte, selbst kein Zahnarzt, betrieb über eine zentrale GmbH bundesweit sogenannte Zahnzentren. Jedes dieser Zentren gehörte einer eigenen Betriebsstätten-GmbH, deren Geschäftsführer wiederum der Angeklagte war. In den Zahnzentren waren Zahnärzte als sogenannte „Praxisleiter“ auf Grundlage von Kooperationsverträgen beschäftigt. Die Zahnärzte haben kein festes Gehalt erhalten, sondern bis zu 30 Prozent Umsatzbeteiligung.

Die Praxisräume, die Praxiseinrichtung, der Praxisname und überwiegend auch das Praxispersonal wurden von der zentralen GmbH gestellt. Sie kümmerte sich außerdem um die Buchhaltung, den Zahlungsverkehr und das Erfassen der Rechnungen. Zudem gingen die Honorare auf die Konten der GmbH ein, auf diese hatten die Zahnärzte keinen Zugriff. Bei der Behandlung von Patienten waren die Zahnärzte weitgehend frei.

Die Anklage warf dem Geschäftsführer Betrug in fünf Fällen (2013 bis 2016, rund 4,33 Millionen Euro) und das Vorenthalten von Sozialversicherungsbeiträgen vor. Im Hinblick auf den Betrug wurde dem Angeklagten vorgeworfen, er habe fünf Zahnärzte dazu veranlasst, ihre Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung abzurechnen, obwohl die als Praxisleiter eingesetzten Zahnärzte nicht in freier Praxis tätig gewesen seien. Wegen der Vorgaben, die der Angeklagte für ihre Arbeit gemacht habe, seien sie vielmehr abhängig beschäftigt gewesen und daher nicht abrechnungsberechtigt. Ein Anspruch auf die ausgezahlten Honorare habe nicht bestanden.

Zu den Rechtssätzen

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat unter anderem die nachfolgenden Rechtssätze aufgestellt bzw. bestätigt:

Wer gegenüber der KZV abrechnet, erklärt stillschweigend, dass die rechtlichen Voraussetzungen für die Abrechnung vorliegen. Fehlt die Tätigkeit in freier Praxis im Sinne des § 32 Abs. 1 S. 1 Zahnärzte-ZV, kann darin eine Täuschung im Sinne des § 263 StGB (Betrug) liegen.

Damit die Tätigkeit in freier Praxis bejaht werden kann, muss der Zahnarzt das wirtschaftliche Risiko tragen und am Erfolg der Praxis beteiligt sein. Zudem braucht er ausreichende berufliche und persönliche Handlungsfreiheit. Das bedeutet, er muss seine Berufstätigkeit völlig uneingeschränkt in eigener Verantwortung ausführen können. Wem die Praxisräume und die Geräte gehören, ist in diesem Zusammenhang dagegen nicht von Bedeutung.

Zur Selbstständigkeit gehört zudem die Chance, bei der Beendigung der Tätigkeit den miterarbeiteten Praxiswert zu verwerten, einschließlich des immateriellen Werts („Goodwill“). Der BGH stützt sich dabei auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und betont, dass die Grundsätze für jede freie Praxis gelten und nicht nur für Berufsausübungsgemeinschaften.

Der BGH führt weiter aus, freie Praxis und sozialversicherungsrechtliche Selbstständigkeit seien zwar nicht identisch, werden aber nach ähnlichen Kriterien beurteilt. Die fachliche Freiheit spricht dabei nicht zwingend gegen eine Anstellung, da Weisungen bei hoch qualifizierter Arbeit stark zurücktreten können.

Das Verfahren muss nun vor dem Landgericht neu verhandelt werden.

Relevanz für die Praxis

Über die Verantwortung betroffener Zahnärzte hatte das Gericht vorliegend nicht zu entscheiden. Wer in Kooperations- oder Betreibermodellen arbeitet, sollte die Maßstäbe dennoch kennen, denn eine (selbst hohe) Umsatzbeteiligung oder Therapiefreiheit allein begründen keine Tätigkeit in freier Praxis.

Es ist vor allem zu prüfen, ob die Honorare auf ein Konto eingehen, über das Sie verfügen, ob die Mitarbeiter bei Ihnen angestellt und Ihren Weisungen unterstellt sind, ob Sie über Labor und Material frei entscheiden können und nicht zuletzt, ob Sie beim Ausscheiden aus der Praxis den von Ihnen miterarbeiteten Praxiswert einschließlich des Goodwills verwerten können.

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

BLZK mit neuer Website am Start

Internetauftritt mit optimierter Benutzerführung und modernem Design

Moderner, nutzerfreundlicher und technisch auf dem neuesten Stand: Die Bayerische Landeszahnärztekammer hat ihren Webauftritt unter www.blzk.de umfassend weiterentwickelt. Herzstück der neuen Website ist die verbesserte Suchfunktion, mit der Nutzer schneller und gezielter finden, was sie suchen.

Wie lässt sich die Nutzerfreundlichkeit beim Internetauftritt der BLZK erhöhen? Welche Themenbereiche stehen besonders im Fokus der bayerischen Zahnärztinnen und Zahnärzte? Wie können die komplexen Aufgabenbereiche – von der Standespolitik über Fragen der Praxisführung oder rechtliche Inhalte bis hin zu Belangen des zahnärztlichen Personals – bestmöglich dargestellt werden? Dieses und mehr stand für die BZLK bei der Neugestaltung ihrer Website im Vordergrund. Die Ergebnisse einer detaillierten Zielgruppenbestimmung sind in den Relaunch des Internetauftritts eingeflossen. Herausgekommen ist eine Website mit optimierter Benutzerführung und modernem Responsive Webdesign, die auf allen Endgeräten komfortabel nutzbar ist.

Bewährte Struktur – neu aufbereitet

Die bekannte Struktur mit Informationen rund um die Kammer wie unter anderem Organisation und Selbstverwaltung sowie jeweils mit eigenen umfangreichen Bereichen für Zahnärzte, das zahnärztliche Personal und für Patienten wurde von der alten Website übernommen, aber deutlich verschlankt. Inhalte wurden konsequent überarbeitet und angepasst. Unter Einbeziehung unterschiedlicher neuer Elemente werden die Inhalte nun übersichtlich präsentiert.

Auf der Startseite wurde zudem ein eigener Bereich „Presse" ergänzt. Hier finden sich die aktuellen Pressemitteilungen und Infos für Medienvertreter ebenso wie Links zu den Ausgaben von BZB und BZBplus, zudem eine neu angelegte Mediathek. Die Videos zu ausgewählten BLZK-Veranstaltungen wie beispielsweise dem BLZK campus bei den diesjährigen infotagen FACHDENTAL oder der Kundgebung „Schluss mit Lücken, Herr Lauterbach!" im Sommer 2024 zeigen die vielfältigen Aktivitäten der Bayerischen Landeszahnärztekammer. Die Clips zu den Bayerischen Zahnärztetagen und den Meisterpreisverleihungen beim Kongress Zahnärztliches Personal werfen ein Schlaglicht auf die zentrale Fortbildungsveranstaltung der Kammer und mit mehreren Filmen zum Berufsbild ZFA wird potenziellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein interessanter Einblick in die Zahnarztpraxis gewährt.

Verbesserte Suchfunktion durch Filtermöglichkeiten

Eine zentrale Frage bei der Neugestaltung war die nach einer verbesserten Nutzung für die Zahnärztinnen und Zahnärzte. Zentral ist daher auch die Suchfunktion auf der Startseite positioniert. Über die Stichworteingabe unter „Wie können wir helfen?" gelangen Nutzer zur Übersicht der Beiträge zum entsprechenden Thema. Ist der Suchbegriff möglicherweise für die Personalsuche relevant, lässt sich zusätzlich filtern. So können beim Stichwort „Abrechnung" die Nutzer differenzieren zwischen „Seiten", das sind Informationen der BLZK unter anderem zur Honorierung und GOZ, und „Stellenmarkt" mit allen derzeit aktiven Stellenanzeigen, bei denen die Abrechnung im Stellenprofil steht.

Ebenfalls auf der Startseite finden sich in der Metanavigation ein Button mit direkter Verlinkung zum QM Online der BLZK sowie die Rubriken Bestellservice, Praxisbörse, Stellenmarkt und Zahnarztsuche – im Browser rechts oben beziehungsweise über „Menü" in der Handyansicht erreichbar. Die vier Servicebereiche wurden frisch überarbeitet und mit weiteren Filterfunktionen ausgestattet. Im Bestellservice kann zum Beispiel unter „Art" zwischen Pockets, Plakaten, Flyern und anderen Produkten vorab ausgewählt werden oder unter „Be-



Zentral auf der Startseite der neuen BLZK-Website steht die Suchfunktion, die optimiert und mit zusätzlichen Filtermöglichkeiten ergänzt wurde.

zugsart“ diejenigen, die zum Kauf oder einfach zum Download zur Verfügung stehen. Praxisbörse und Stellenmarkt bieten weiterhin den gewohnten Service.

Fragen und Antworten auf einen Klick

Der neu gestaltete Footer am Ende der Seite gibt relevante Basisinformationen. Neben den Kontaktdaten gelangen die Nutzer mit jeweils einem Klick zu den Zahnärztlichen Bezirksverbänden der BLZK. Links zu den FAQ ermöglichen einen schnellen Zugriff auf häufig gestellte Fragen beispielsweise zu Strahlenschutz und Röntgen oder zum BuS-Dienst. Zahnärzte wie auch Auszubildende und Praxispersonal finden schnelle Antworten zu wiederkehrenden Belangen. Weiterleitungen zu den Social-Media-Kanälen der BLZK liegen dort ebenso wie Links zur Patientenseite zahn.de und zur eazf, der Fortbildungsakademie der BLZK.

Kontinuierliche Weiterentwicklung der Website

Für die Realisierung des Internetauftritts wurde als neuer Partner die Deutsche Telekom MMS GmbH mit Sitz in Dresden ins Boot geholt. Der Dienstleister unterstützt Unternehmen dabei, digitale Prozesse effizient und zukunftsfähig zu gestalten. Gemeinsam mit dem Geschäftsbereich Kommunikation der BLZK wurde die Website aufgesetzt. Im Mittelpunkt stand die konsequente Weiterentwicklung der Nutzerfreundlichkeit.

Zusammen mit MMS wurde die BLZK bereits während des Entwicklungsprozesses mit dem „German Brand Award“ in der Kategorie „Excellence in Brand Strategy and Creation – Brand Communication – Web & Mobile“ für das neue Markenbild und das Screendesign ausgezeichnet. Ausschlaggebend war die klar strukturierte Navigation, eine leistungsstarke Suche sowie ein einheitliches und barrierearmes Gesamtkonzept, für das bestehende Funktionen wie die Praxis- und Zahnarztsuche oder der Bestellservice gezielt optimiert und integriert wurden.

Die Website erfüllt hohe technische Standards und selbstverständlich die aktuellen gesetzlichen Anforderungen. Dabei ist der



Im Pressebereich findet sich neben aktuellen Pressemitteilungen und Links zu den Ausgaben von BZB und BZBplus auch eine Mediathek mit Videos zu BLZK-Veranstaltungen oder zum Berufsbild ZFA.



Relevante Infos für Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter sind unter „Zahnärztliches Personal“ zusammengefasst – von der Ausbildung über Fortbildungen bis zu Fördermöglichkeiten für die Karriere als ZFA.

Relaunch kein Schlusspunkt: Die Seite wird auch in Zukunft kontinuierlich weiterentwickelt und um neue Funktionen ergänzt.

Dagmar Loy
Tanja Sawilla, Projektleiterin

Deutscher Millerpreis 2026 geht nach Bayern

Uni Regensburg überzeugt mit innovativer Forschung zum Kiefergelenk

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) hat den Deutschen Millerpreis 2026 an Priv.-Doz. Dr. Eva Paddenberg-Schubert, Priv.-Doz. Dr. Sebastian Krohn und ein Forscherteam aus Zahnmedizinern, Physikern und Radiologen verliehen. Ausgezeichnet wurde eine Forschungsarbeit, die mit einer innovativen Multi-Slice-Echtzeit-MRT erstmals dynamische Bewegungen beider Kiefergelenke unter kaufunktioneller Belastung mit hoher zeitlicher und räumlicher Auflösung sichtbar macht.

Kiefergelenk in Bewegung

Der Unterkiefer ist ein muskulo-ligamentär elastisch aufgehängter, starrer Körper mit sechs Freiheitsgraden, die komplexe Dreh- und Gleitbewegungen ermöglichen. Diese werden durch die bilateral koordinierte, intraartikuläre Verschiebung von Condylus mandibulae und Discus articularis gewährleistet. Technische Einschränkungen und die damit verbundene limitierte Verfügbarkeit von In-vivo-Bewegungsanalysen der Mandibula haben zu Einschränkungen des biomechanischen Verständnisses der Kiefergelenkkinematik geführt. Was genau beim Öffnen und Schließen des Mundes und beim Kauen im Kiefergelenk geschieht, lässt sich mit herkömmlichen bildgebenden Verfahren nur eingeschränkt untersuchen.



Priv.-Doz. Dr. Eva Paddenberg-Schubert, Priv.-Doz. Dr. Sebastian Krohn (rechts) und Prof. em. Dr. Dietmar Kubein-Meesenburg nahmen in diesem Jahr den Deutschen Millerpreis entgegen.

Ein interdisziplinäres Forscherteam aus Zahnmedizinern, Physikern und Radiologen um die Regensburger Kieferorthopäden Priv.-Doz. Dr. Sebastian Krohn und Priv.-Doz. Dr. Eva Paddenberg-Schubert hat deshalb eine Multi-Slice-Echtzeit-MRT eingesetzt, mit der sich die Bewegungen beider Kiefergelenke während des Kauvorgangs und bei lastfreien Unterkieferbewegungen direkt verfolgen und quantitativ beschreiben lassen. Auf diese Weise können Abweichungen in der Kinematik zwischen verschiedenen Diskuslagebeziehungen objektiv visualisiert werden. Dank einer optimierten Bildrekonstruktion umgeht diese innovative Technik die Limitationen bisheriger Verfahren und kann so viele Bilder pro Sekunde ohne weitere Hilfsmittel anfertigen. Durch diese neuartige Diagnostik können strukturelle Abweichungen im Kiefergelenk präzise beurteilt und deren klinische Bedeutung direkt analysiert werden. Die Erkenntnisse stellen eine Pionierarbeit zur präzisen Abgrenzung gesunder und pathologischer Diskuspositionen dar, um Funktionseinschränkungen in Abhängigkeit von der Kaubelastung zu visualisieren.

„Unsere Untersuchungen zeigen, dass Rotation und Translation bereits bei kraft-

freien Öffnungs- und Schließbewegungen des Mundes stets miteinander gekoppelt sind“, sagt Paddenberg-Schubert. Die häufig beschriebene Vorstellung, dass zunächst eine reine Drehbewegung und anschließend eine Gleitbewegung bei der Mundöffnung erfolgt, bestätigte sich in den Untersuchungen nicht.

Nahrungshärte spielt kaum eine Rolle

Auch die Härte der Nahrung hatte insgesamt keinen signifikanten Einfluss auf die Kiefergelenkkinematik. Untersucht wurden Kaubewegungen mit Boli von Brot, Käse, Karotte und Karamell. Beim unilateralen Kauen bestätigte sich zudem eine bereits bekannte funktionelle Asymmetrie: Auf der Balanceseite traten generell größere Vorwärtsbewegungen auf als auf der Arbeitsseite.

Bei pathologischen Veränderungen, insbesondere einer Diskusverlagerung ohne Reposition, ging das Kauen mit deutlichen Veränderungen der Kiefergelenkbewegung einher, die vor allem auf der Balanceseite beobachtet wurden. „Wir würden im nächsten Schritt gerne einen biomechanischen Korridor definieren, in dem physiologische Kieferbewegungen stattfinden, um davon abweichende Pathologien aufzeigen zu können“, erläutert Krohn, Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, aus der Arbeitsgruppe.

Für Paddenberg-Schubert ist die Auszeichnung eine Anerkennung der langjährigen interdisziplinären Forschungsarbeit: „Wir haben uns riesig über den Deutschen Millerpreis gefreut. Für unser gesamtes Team ist diese Auszeichnung eine große Ehre und eine besondere Anerkennung der Arbeit, die über viele Jahre in dieses Forschungsprojekt geflossen ist. Sie zeigt uns auch, dass es sich lohnt, grundlegenden Fragen der Kiefergelenkfunktion mit neuen Methoden nachzugehen.“

Von der Grundlagenforschung zur möglichen klinischen Anwendung

Der ausgezeichneten Arbeit gingen zahlreiche Voruntersuchungen voraus. Die Arbeit ist primär der Grundlagenforschung zuzuordnen. Die entwickelte Methode trägt zum Verständnis der komplexen mandibulären Biomechanik bei, könnte künftig die dynamische Kiefergelenkdiagnostik ergänzen und insbesondere bei therapieresistenten oder therapierefraktären klinischen Situationen zusätzliche Informationen liefern.

Redaktion

ANZEIGE

Neues Aussehen. Gleiche Leidenschaft.

oemus

#welovewhatwedo

Mehr zu unserem neuen Markenauftritt lesen Sie auf zwp-online.info.

Die Marke für vernetzte Medien.

www.oemus.com

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

Digital in die Zukunft

20 Jahre Zahnarzt-Zweitmeinung – jetzt auch per Videosprechstunde

Die Zahnarzt-Zweitmeinung der KZVB feiert in diesem Jahr ihr 20-jähriges Bestehen. Eingeführt wurde sie 2006 auch als Reaktion auf die befundorientierten Festzuschüsse. Die damit verbundenen höheren Eigenanteile der Patienten sorgten für hohen Beratungsbedarf. Das könnte ab 2027 wieder der Fall sein.

Bekanntlich sinken durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) die Festzuschüsse um jeweils zehn Prozentpunkte. Für die Patienten wird Zahnersatz also teurer. Damals wie heute ist es der KZVB ein wichtiges Anliegen, Patienten bei Fragen zum Heil- und Kostenplan kompetent und unabhängig zu beraten. Das kann telefonisch oder per E-Mail erfolgen. In einigen Fällen ist aber ein Präsenztermin inklusive Untersuchung die bessere Wahl. In den Zahnärztehäusern München und Nürnberg gibt es deshalb Sprechzimmer, die mit einer vollständigen Behandlungseinheit ausgestattet sind. Für Patienten aus dem ländlichen Raum ist die Anreise jedoch mit einem enormen Aufwand verbunden. Darauf reagiert die KZVB nun mit einer Videosprechstunde. Der KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott geht davon aus, dass die Beratung per Webcam für bis zu 90 Prozent der Ratsuchenden ausreichend ist. Sollte der Beratungszahnarzt eine Untersuchung für erforderlich erhalten, kann zusätzlich ein Termin in München oder Nürnberg vereinbart werden.

Die Zweitmeinung ist sowohl als Videosprechstunde als auch in Präsenz für gesetzlich versicherte Patienten kostenlos. Die dort tätigen Zahnärzte haben langjährige Erfahrung als Gutachter und verpflichten sich, die Patienten nicht selbst zu behandeln. Und genau da liegt der Unterschied zwischen einer zweiten Meinung bei einem niedergelassenen Kollegen. Es kommt immer wieder vor, dass Rat suchende Patienten „abgeworben" werden. Vor allem investorenfinanzierte Medizinische Versorgungszentren werben mit „günstigem Zahnersatz" und Festpreisen.



Beim Festakt zur Eröffnung des Bayerischen Zahnärztetags wurden Zahnärzte geehrt, die sich in der Zahnarzt-Zweitmeinung der KZVB engagieren. „Erfunden" hat das für gesetzlich Versicherte kostenlose Beratungsangebot Dr. Martin Reißig (Mitte) im Jahr 2006.



Ganz anders die Zahnarzt-Zweitmeinung der KZVB: Sie verhindert ein „Preisdumping" zwischen Kollegen. Über 90 Prozent der Ratsuchenden kehren nach der Beratung zu ihrem Behandler zurück. Neben Zahnersatz bietet die KZVB auch für kieferorthopädische Behandlungen eine kostenlose Zweitmeinung an.

Beim Festakt zum Bayerischen Zahnärztetag dankte Dr. Rüdiger Schott allen Kollegen, die sich seit der Gründung ehrenamtlich für die Zweitmeinung engagiert haben. Stellvertretend bekamen fünf Zweitmeinungszahnärzte ein kleines Präsent, das im Beisein der bayerischen Gesundheitsministerin Judith Gerlach überreicht wurde.

Leo Hofmeier

WEITERE INFORMATIONEN

Weitere Informationen zu den Beratungsangeboten der KZVB für Patienten und zur Zahnarzt-Zweitmeinung gibt es auf

www.kzvb.de/patient/patientenberatung.

Online-News der BLZK

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

BLZK.de

Inspirierende Einblicke in die Prothetik

Nach dem Zahnärztetag ist vor dem Zahnärztetag: Erleben Sie die Fortbildungsveranstaltung 2026 noch einmal auf Fotos und in einem Film. Unter folgendem Link gibt es auch erste Infos zum Bayerischen Zahnärztetag 2027:

> www.blzk.de/zahnaerztetag

QM Online

G-BA-Richtlinie angepasst

Am 20. August ist eine Änderung der Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in Kraft getreten. Hier finden Sie alle angepassten Dokumente:

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

zahn.de

Zahnwechsel leicht gemacht

Der Wechsel vom Milchgebiss zum bleibenden Gebiss ist ein spannendes Thema für Eltern. Auf zahn.de, der Patienten-Website der BLZK, erfahren sie, wie sie ihr Kind in dieser Zeit gut begleiten:

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

Social Media

Instagram und Facebook

Der Instagram-Kanal der BLZK bringt Themen und Storys 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



© zendograph – stock.adobe.com

Alle Jahre wieder – jetzt Kfz-Versicherung prüfen!

Sonderkonditionen für bayerische Zahnärztinnen und Zahnärzte

Autofahren ist teurer geworden, nicht nur an der Tankstelle. Auch bei Kfz-Versicherungen stehen zum Jahreswechsel wieder Prämienanpassungen an. Es lohnt sich also, den Versicherungsschutz zu prüfen und alternative Angebote einzuholen. Denn ein Wechsel ist noch bis 30. November möglich.

Besonders bei modernen Fahrzeugen mit umfangreicher Elektronik und Assistenzsystemen schlagen Schäden schnell mit erheblichen Summen zu Buche. Bei Elektroautos kommen weitere Kostenfaktoren hinzu: Die Reparatur von Akkus gilt als besonders aufwendig, teilweise ist ein kompletter Austausch erforderlich. Schon kleinere Unfälle können Schadenshöhen im fünfstelligen Bereich erreichen – ein Risiko, das die Versicherer in ihre Kalkulationen einbeziehen müssen.

Nicht nur die Prämie ist wichtig

Vor diesem Hintergrund ist es für Versicherte wichtiger denn je, ihre Police genau unter die Lupe zu nehmen. Eine gute Kfz-Versicherung sollte nicht nur auf eine günstige Prämie ausgerichtet sein, sondern vor allem eine breite Absicherung gewährleisten. Wichtige Leistungsmerkmale sind etwa hohe Deckungssummen in der Kfz-Haftpflicht. Üblich sind heute Summen von mindestens 100 Millionen Euro. Auch der Schutz vor Schäden durch Wildunfälle, Sturm, Hagel oder Überschwemmung darf nicht fehlen, da Wetterextreme in den vergangenen Jahren häufiger aufgetreten sind.

Für Berufspendler und Vielnutzer sind außerdem Zusatzleistungen wie ein Schutzbrief sinnvoll, der im Ernstfall schnelle Hilfe garantiert – von der Pannenhilfe bis zum Ersatzfahrzeug. Besitzer von Elektro- oder Hybridfahrzeugen können eine spezielle Absicherung des Akkus einschließen. Hier unterscheiden sich die Policen auf dem Markt noch deutlich, weshalb sich ein Vergleich lohnt.

Auch die sogenannte „Werkstattbindung" bringt häufig deutliche Nachlässe. Im Falle eines selbst verschuldeten Unfalls mit Teilkasko- oder Vollkasko-Leistung wählt der Versicherer die Fachwerkstatt aus. Diese führt die Reparatur dann nach Herstellervorgaben aus. Wo Sie Inspektionen oder andere Werkstattarbeiten durchführen lassen, spielt keine Rolle – die Bindung greift nur bei Kaskoschäden.

Dies sind nur einige Tarifmerkmale, die sich auf die Prämie auswirken können. Auch die Änderung oder Regionalklasse oder eine allgemeine Anpassung in der Haftpflicht können zu veränderten Prämien führen.

Individuelle Gestaltung möglich

Der Deckungsumfang einer Kfz-Versicherung kann sehr individuell gestaltet werden. Ein Vergleich lohnt sich nicht nur für Neuwagenbesitzer oder Fahrer von E-Modellen. Auch bei allen anderen Fahrzeugen sind durch Rahmenverträge der eazf Consult Sonderkonditionen möglich – sowohl beim Preis als auch bei den Leistungen. So sind zum Beispiel auch „Rabatt-Retter" sinnvoll, wenn man bereits eine hohe Schadenfreiheitsklasse erreicht hat. Zudem bieten viele Unternehmen Rabatte und Sonderkonditionen an, zum Beispiel für Viel- oder Wenigfahrer.

Angesichts der zu erwartenden Marktentwicklung ist es empfehlenswert, bestehende Policen frühzeitig zu überprüfen. Wer rechtzeitig wechselt oder seine Versicherung optimiert, kann kommende Beitragserhöhungen abfedern und sich günstige Konditionen sichern.

Anbieterwechsel bis 30. November

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

Michael Weber
Geschäftsführer der eazf Consult

KONTAKT

Bei Interesse an einer Beratung zum neuen Altersvorsorgedepot, 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 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

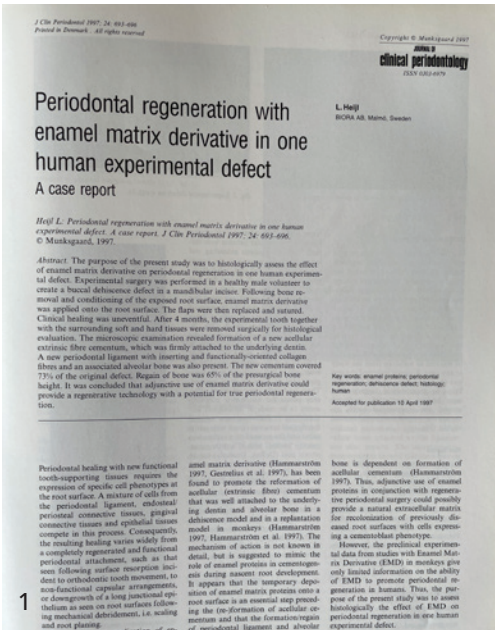
Ein Unternehmen der eazf Consult

Schmelzmatrixproteine bei tiefen parodontalen Knochendefekten – geht es auch ohne Chirurgie?

Ein Beitrag von Prof. Dr. Clemens Walter, Asta Fritzke, Prof. Dr. Adrian Kašaj und Priv.-Doz. Dr. Julia C. Difloe-Geisert

Können Schmelzmatrixproteine dazu beitragen, bei tiefen parodontalen Knochendefekten chirurgische Eingriffe zu vermeiden? Anhand einer Kasuistik mit einem ausgeprägten vertikalen Knochendefekt und weitgehender radiologischer Defektauffüllung nach knapp 17 Monaten werden die Möglichkeiten der nichtchirurgischen Parodontitistherapie dargestellt. Die Ergebnisse werden im Kontext von nahezu 30 Jahren Forschung und aktueller klinischer Evidenz eingeordnet. Im Mittelpunkt stehen neben der Defektmorphologie und dem Zeitpunkt der EMD-Applikation auch die systematische Behandlung der gesamten Parodontitis, die unterstützende Nachsorge und patientenbezogene Einflussfaktoren wie ein ausgeprägter Vitamin-D-Mangel.

Die Einführung von Schmelzmatrixproteinen (Enamel Matrix Derivative, EMD) in die parodontale Therapie vor nahezu drei Jahrzehnten eröffnete neue Perspektiven für die Regeneration verloren gegangener parodontaler Gewebe. Aufbauend auf den grundlegenden Untersuchungen von Hammarström konnte Heijl 1997 erstmals beim Menschen histologisch die Neubildung von Wurzelzement, parodontalem Ligament und Alveolarknochen nach Anwendung von Schmelzmatrixproteinen nachweisen (Abb. 1). In den folgenden Jahrzehnten etablierten sich Schmelzmatrixproteine als biologisch wirksame Ergänzung regenerativer parodontalchirurgischer Verfahren.[1–3]



1

Die systematische Parodontitistherapie verfolgt das Ziel, die parodontale Entzündung zu kontrollieren und langfristig stabile klinische Verhältnisse zu schaffen. Einen zentralen Bestandteil bildet die subgingivale Instrumentierung im Rahmen der zweiten Therapiestufe. Ihre Wirksamkeit ist gut dokumentiert. In einer systematischen Übersichtsarbeit ermittelten Suvan et al. nach sechs bis acht Monaten eine mittlere Rate „geschlossenen parodontalen Taschen" (engl. closed periodontal pockets) von 74 Prozent. Damit wird bei ungefähr drei Vierteln der behandelten Taschen ein klinisch günstiges Ergebnis, welches in aller Regel keine weitere „aktive" parodontale Therapie erfordert, erreicht. Umgekehrt verbleiben aber bei etwa einem Viertel der ursprünglich behandelten Taschen erhöhte residuelle Sondierungstiefen, die gegebenenfalls weiterführende therapeutische, zumeist parodontalchirurgische, Maßnahmen erfordern.[4]

Der Behandlungserfolg hängt allerdings nicht allein von der Qualität der subgingivalen Instrumentierung ab. Bereits klassische Untersuchungen zeigten Unterschiede in der Sondierungstiefenreduktion in Abhängigkeit von der initialen Taschentiefe und dem Zahntyp.[5] Besondere Herausforderungen stellen ausgeprägte vertikale Knochendefekte und der Furkationsbefall mehrwurzeliger Zähne dar. Während Pa-

Abb. 1: *Historischer Meilenstein der regenerativen Parodontaltherapie mit Schmelzmatrixproteinen. Erste Seite der 1997 im Journal of Clinical Periodontology veröffentlichten Arbeit von Heijl. Die Publikation erschien in einer Sonderausgabe, in der die Ergebnisse einer langjährigen systematischen Erforschung der biologischen Grundlagen und regenerativen Eigenschaften von Schmelzmatrixproteinen zusammengeführt wurden. Aufbauend auf den grundlegenden Untersuchungen von Hammarström und Mitarbeitern zur Zementogenese sowie präklinischen und experimentellen Untersuchungen konnte Heijl erstmals beim Menschen histologisch die Neubildung von Wurzelzement, parodontalem Ligament und Alveolarknochen nach Anwendung von Schmelzmatrixproteinen nachweisen. In derselben Sonderausgabe berichteten Zetterström et al. über die klinische Verträglichkeit und mögliche Nebenwirkungen. Heijl et al. untersuchten darüber hinaus in einer randomisierten, placebokontrollierten Multizenterstudie mit 33 Patienten die klinische Wirksamkeit bei der Behandlung intraossärer parodontaler Defekte.*[1–3, 24, 25]

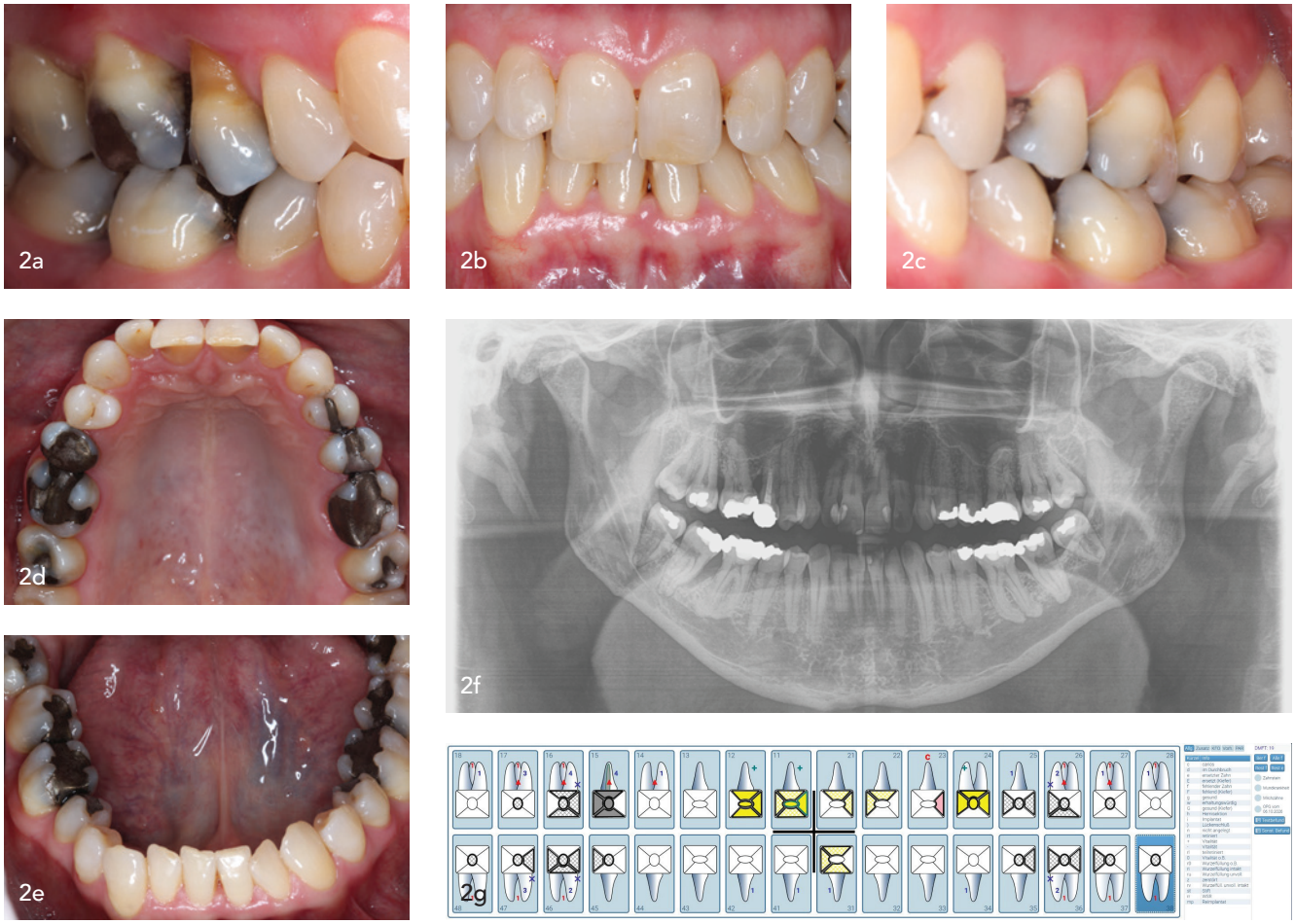


Abb. 2a–g: *Klinische, radiologische und parodontale Dokumentation eines 48-jährigen Patienten mit lokalisierter Parodontitis Stadium III, Grad C.[12] Intraorale Aufnahmen vom 13.5.2025 während der antiinfektiösen Therapie (AIT), nach bereits erfolgter Mundhygieneinstruktion und professioneller Zahnreinigung* ***(a–e)****. Panoramaschichtaufnahme vom 20.2.2025 mit ausgeprägtem vertikalem Knochendefekt mesial an Zahn 47* ***(f)****. Dentaler Befund* ***(g)****.*

papanou und Wennström die prognostische Bedeutung vertikaler Knochendefekte beschrieben[6], zeigten Nordland et al., dass furkationsbefallene Molarenbereiche auf die nichtchirurgische Therapie ungünstiger reagieren als andere Zahnflächen.[7] Die therapeutischen Herausforderungen und die prognostische Bedeutung des Furkationsbefalls wurden auch in späteren Arbeiten bestätigt.[8,9]

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob sich die Ergebnisse der nichtchirurgischen Parodontitistherapie durch zusätzliche biologische Maßnahmen weiter verbessern lassen. Mit dem zunehmenden Verständnis ihrer biologischen Wirkmechanismen rückte daher auch die adjuvante Anwendung von Schmelzmatrixproteinen ohne chirurgische Lappenbildung in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses. Ein 2026 veröffentlichtes Studienprotokoll sieht einen randomisierten Nichtunterlegenheitsvergleich zwischen einer endoskopisch unterstützten, lappenlosen Behandlung mit Schmelzmatrixproteinen und einem chirurgischen regenerativen Vorgehen vor. Ergebnisse dieser Studie stehen in der Protokollpublikation noch aus.[10]

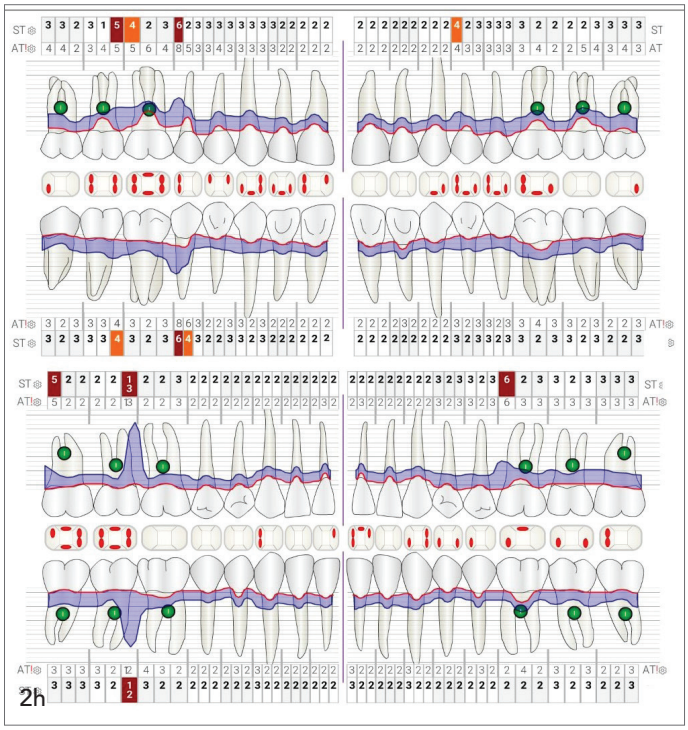
Ziel dieses Beitrags ist es, anhand der Behandlung eines Patienten mit lokalisierter Parodontitis und einem ausgeprägten vertikalen Knochendefekt die Möglichkeiten und Grenzen der adjuvanten EMD-Anwendung im Rahmen einer systematischen nichtchirurgischen Parodontitistherapie darzustellen und anhand der aktuellen Evidenz einzuordnen.

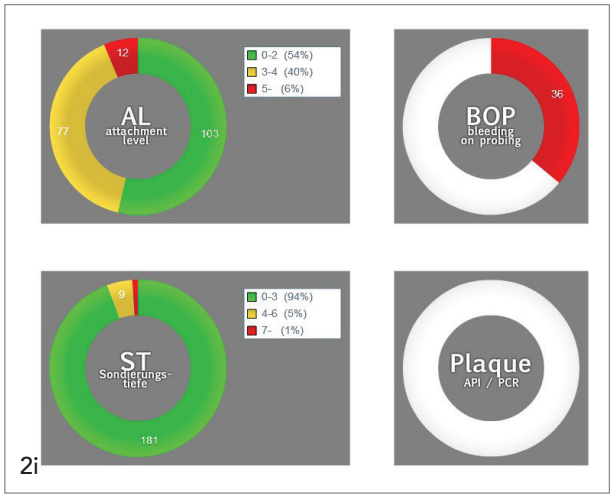
Falldarstellung

Diagnostik und Therapieplanung

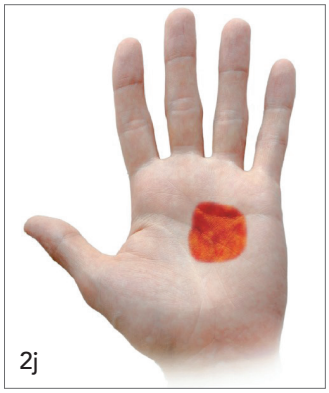
Bei Herrn K., geboren 1976, wurde im Rahmen der jährlichen zahnärztlichen Kontrolluntersuchung im Dezember 2023 ein auffälliger Parodontaler Screening-Index (PSI) mit Code 4 dokumentiert. Dieser Befund begründete die Indikation zur weiterführenden parodontalen Diagnostik einschließlich der Erhebung eines vollständigen Parodontalstatus und einer entsprechenden radiologischen Untersuchung. Der zunächst vereinbarte Termin wurde krankheitsbedingt seitens des Patienten abgesagt.

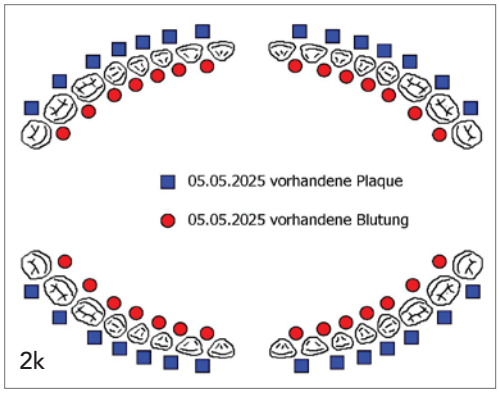
Im Frühjahr 2025 erfolgte bei dem damals 48-jährigen Patienten die umfassende pa-











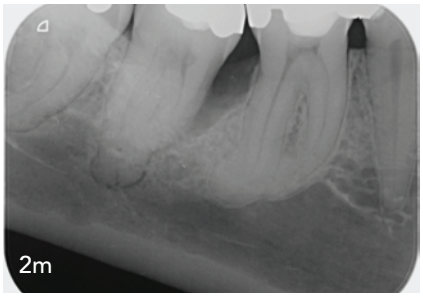


Abb. 2h–m: *Parodontalstatus und grafische Befundauswertung mit Sondierungstiefen bis 13 mm an Zahn 47 (ParoStatus.de;* ***h–i)****. Visualisierung der entzündeten parodontalen Oberfläche (Periodontal Inflamed Surface Area, PISA) mit einem Ausgangswert von 781,65 mm²* ***(j)****.[11] Dokumentation der initialen Mundhygienesituation am 5.5.2025* ***(k)****. Vitamin-D-Testung vom 10.6.2025 mit einem 25(OH)D-Spiegel von 4,3 ng/ml* ***(l)****. Einzelzahnaufnahme aus dem Jahr 2021 zur Dokumentation des früheren radiologischen Befundes an Zahn 47* ***(m)****.*

rodontale Diagnostik. Bei insgesamt 32 Zähnen wurden an 181 Stellen Sondierungstiefen von 0–3 mm, an neun Stellen von 4–6 mm und an zwei Stellen von mindestens 7 mm dokumentiert. Die beiden höchsten Sondierungstiefen betrugen 12 und 13 mm. Der Anteil der Stellen mit Blutung auf Sondieren (BoP) lag bei 36 Prozent. Die wesentlichen klinischen Ausgangsbefunde sowie deren Veränderungen im weiteren Behandlungsverlauf sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Die klinische und radiologische Ausgangssituation ist in den Abbildungen 2a bis h dargestellt.

Die anhand der klinischen Befunde berechnete entzündete parodontale Oberfläche (Periodontal Inflamed Surface Area, PISA) betrug 781,65 mm² (7,82 cm²), wovon allein 177,97 mm² auf Zahn 47 entfielen. Die Dimension der entzündeten Oberfläche wurde anhand eines Flächenvergleichs mit der menschlichen Handinnenfläche veranschaulicht (Abb. 2j).[11]

Die Diagnose lautete lokalisierte Parodontitis Stadium III, Grad C entsprechend der aktuellen Klassifikation parodontaler Erkrankungen.[12] Ausschlaggebend für die Einstufung in Grad C waren insbesondere die anhand früherer Panoramaschichtaufnahmen dokumentierte rasche Progredienz des ausgeprägten vertikalen Knochendefektes mesial an Zahn 47 sowie das

Verhältnis zwischen radiologisch festgestelltem Knochenverlust und Patientenalter (Abb. 2f+m).

Der Patient war allgemeinmedizinisch gesund, nahm keine Medikamente ein und war Nie-Raucher. Aus der zahnmedizinischen Vorgeschichte ging eine frühere Begutachtung der parodontalen Situation hinsichtlich der Kostenübernahme einer Parodontitistherapie durch die gesetzliche Krankenversicherung hervor. Art und Umfang einer möglicherweise durchgeführten Behandlung sowie Frequenz und Inhalte der Nachbetreuung ließen sich retrospektiv nicht mehr zuverlässig rekonstruieren.

Auf Grundlage dieser Befunde wurde eine systematische Parodontitistherapie entsprechend der S3-Leitlinie zur Behandlung der Parodontitis der Stadien I–III geplant. Diese umfasst vier aufeinander aufbauende Therapiestufen, von der Kontrolle parodontitisbegünstigender Risikofaktoren über die antiinfektiöse Therapie und gegebenenfalls weiterführende chirurgische Maßnahmen bis zur lebenslangen unterstützenden Parodontitistherapie.[13]

Stufe 1 – Aufklärung, Mundhygiene und Kontrolle von Risikofaktoren

Am 5.5.2025, eine Woche vor Beginn der antiinfektiösen Therapie (AIT), erfolgten das Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) sowie die Kontrolle der häuslichen Mundhygiene. Der Sulkusblutungsindex (SBI) und der Approximalraum-Plaque-Index (API) betrugen zu diesem Zeitpunkt jeweils 100 Prozent (Abb. 2k, Tab. 1).

Im Rahmen des ATG wurden dem Patienten die parodontale Diagnose, die Ursachen und Risikofaktoren der Erkrankung sowie das geplante Behandlungskonzept erläutert. Besonderes Augenmerk lag auf der Bedeutung der aktiven Mitarbeit des Patienten und der Notwendigkeit einer langfristigen unterstützenden Parodontitistherapie. Weitere Einzelheiten zur Bedeutung und praktischen Umsetzung des ATG finden sich im Beitrag von Walter et al. in der vorliegenden Ausgabe des BZB.[14]

Es erfolgte eine individuelle Mundhygieneinstruktion mit Demonstration und Einübung einer geeigneten Zahnputztechnik



Abb. 3a–e: *Ausgewählte Behandlungsschritte der nichtchirurgischen Therapie des ausgeprägten vertikalen Knochendefektes mesial an Zahn 47 mit adjuvanter Anwendung von Schmelzmatrixproteinen (Emdogain®). Sondierung des tiefen parodontalen Defektes mesial an Zahn 47 bei ausgeprägten klinischen Entzündungszeichen* ***(a)****. Subgingivale Instrumentierung und Vorbereitung der Wurzeloberfläche* ***(b)****. Blutstillung und Trocknung mit sterilem Superfloss* ***(c)****. Applikation der Schmelzmatrixproteine in den vorbereiteten Taschenbereich* ***(d)****. Klinische Situation nach Applikation des Gewebeklebers (Histoacryl®) zum marginalen Taschenverschluss* ***(e)****. Die Verteilung des Gewebeklebers gelang nicht vollständig gleichmäßig. Auf eine Entfernung und erneute Applikation von Schmelzmatrixproteinen und Gewebekleber wurde jedoch verzichtet. Ergänzend veranschaulicht ein über den nebenstehenden QR-Code abrufbares Video das klinische Applikationsprotokoll.*

Video zum nichtchirurgischen EMD-Applikationsprotokoll (Prof. A. Kašaj, Straumann): https://www.youtube.com/watch?v=-UEp2SVyhDY

sowie der Anwendung individuell angepasster Interdentalraumbürsten. Ergänzend wurde eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt, um die Putzbarkeit der gesamten Dentition zu verbessern und die Voraussetzungen für die nachfolgende subgingivale Instrumentierung zu schaffen.

Stufe 2 – Antiinfektiöse Therapie mit adjuvanter Anwendung von Schmelzmatrixproteinen

Die antiinfektiöse Therapie (AIT) erfolgte am 12. und 13.5.2025 im Sinne einer Full-Mouth-Instrumentierung an zwei aufeinanderfolgenden Tagen.[13] Vor Beginn der subgingivalen Instrumentierung wurde die häusliche Mundhygiene erneut kontrolliert. Gegenüber den Ausgangswerten zeigte sich eine deutliche Verbesserung: Der Sulkusblutungsindex (SBI) war auf 15 Prozent und der Approximalraum-Plaque-Index (API) auf 37 Prozent zurückgegangen (Tab. 1). Damit waren die Voraussetzungen für eine Erfolg versprechende subgingivale Instrumentierung gegeben.

Die subgingivale Instrumentierung erfolgte unter Lokalanästhesie an allen parodontalen Stellen mit Sondierungstiefen von mindestens 4 mm. Auch Zahnstellen mit geringeren Sondierungstiefen wurden bedarfsgerecht instrumentiert. Zum Einsatz kamen zunächst feine Ultraschallansätze

und anschließend ein niedrigabrasives Pulver-Wasser-Strahlverfahren auf Erythritolbasis. Dieses Vorgehen orientiert sich an klinischen Untersuchungen zur Kombination unterschiedlicher Instrumentierungsverfahren im Rahmen der nichtchirurgischen Parodontitistherapie.[15] Nach Abschluss der Instrumentierung wurde die gesamte Dentition mit einer 3%igen Wasserstoffperoxidlösung gespült und anschließend fluoridiert. Aufgrund des ausgeprägten vertikalen Knochendefektes mesial an Zahn 47 mit initialen Sondierungstiefen von bis zu 13 mm erfolgte ergänzend zur subgingivalen Instrumentierung eine auf die Förderung der parodontalen Regeneration ausgerichtete Behandlung mit Schmelzmatrixproteinen (Straumann® Emdogain®, Straumann Group).

Die Anwendung orientierte sich an dem von Kašaj vorgestellten und bereits in einer früheren Publikation der Autoren beschriebenen klinischen Applikationsprotokoll.[16] Nach der subgingivalen Instrumentierung erfolgte zunächst eine Spülung mit 3%iger Wasserstoffperoxidlösung und anschließend mit physiologischer Kochsalzlösung. Zur Konditionierung der instrumentierten Wurzeloberfläche wurde ein EDTA-haltiges Gel (Straumann® PrefGel®) appliziert. Nach erneuter Spülung erfolgten Blutstillung und Trocknung des parodontalen Taschenbereiches unter Verwendung von sterilem Superfloss. Anschließend wurden die Schmelzmatrixproteine in die vorbereitete Tasche eingebracht. Abschließend erfolgte der Verschluss des marginalen Taschenbereiches mit einem Gewebekleber (Histoacryl®, B. Braun). Impressionen und ausgewählte wesentliche Zwischenschritte der Behandlung sind in den Abbildungen 3a bis e dargestellt.

Etwa eine Woche nach der AIT erfolgte eine Kontrolle der Mundhygiene und Wundheilung sowie eine Politur der Zahnoberflächen mit Gummikelch und Polierpaste. Weitere drei Wochen später wurde erneut eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt.

Befundevaluation nach antiinfektiöser Therapie (Stufe 2)

Die Befundevaluation (BEVa) erfolgte am 19.9.2025, etwa vier Monate nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie. Zu diesem Zeitpunkt zeigte sich eine deutliche Reduktion der initial erhöhten Sondierungstiefen. An 186 untersuchten Stellen wurden Sondierungstiefen von 0–3 mm dokumentiert; Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr lagen nicht mehr vor (Tab. 1). Der Sulkusblutungsindex (SBI) und der Approximalraum-Plaque-Index (API) betrugen jeweils 0 Prozent. Die wesentlichen klinischen Verlaufsparameter sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Der mit Schmelzmatrixproteinen behandelte Zahn 47 wurde zu diesem Zeitpunkt bewusst noch nicht sondiert und dementsprechend auch nicht erneut subgingival instrumentiert, um die weiteren Heilungsprozesse im Bereich des ausgeprägten vertikalen Defektes nicht zu beeinträchtigen.

Stufe 3 – Entscheidung über weiterführende parodontalchirurgische Maßnahmen

Aufgrund der deutlichen Verbesserung der klinischen Befunde bestand an den untersuchten Stellen zunächst keine Indikation für eine weiterführende parodontalchirurgische Therapie. Auf entsprechende Maßnahmen wurde daher verzichtet, vorbehaltlich der noch ausstehenden klinischen Reevaluation an Zahn 47. Die Entscheidung über eine gegebenenfalls erforderliche chirurgische Intervention in diesem Bereich sollte erst nach der späteren Sondierung und erneuten radiologischen Beurteilung getroffen werden.

Stufe 4 – Unterstützende Parodontitistherapie und Langzeitverlauf

Nach der Befundevaluation am 19.9.2025 wurde der Patient in die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) überführt. Die ersten drei UPT-Termine fanden am 19.9.2025, 20.1.2026 und 28.4.2026 statt. Sie umfassten die Kontrolle und gegebenenfalls erneute Instruktion der häuslichen Mundhygiene, die professionelle Reinigung der gesamten Dentition einschließlich einer bedarfsgerechten Instrumentierung mit einem niedrigabrasiven Pulver-Wasser-Strahlverfahren auf Erythritolbasis, eine Spülung mit 3%iger Wasserstoffperoxidlösung sowie eine Fluoridierung.

Im Verlauf dieser Nachsorge konsolidierten sich die parodontalen Verhältnisse zunehmend. Bei der zweiten UPT am 20.1.2026 wurde erstmals auch Zahn 47 erneut sondiert. Die initial bis zu 13 mm tiefen parodontalen Taschen hatten sich deutlich reduziert und betrugen nun zirkulär 2–4 mm. Eine ergänzend angefertigte Röntgenaufnahme zeigte eine deutliche Auffüllung des ursprünglich ausgeprägten vertikalen Knochendefektes mesial an Zahn 47. Damit bestand auch an diesem Zahn keine Indikation mehr für eine weiterführende parodontalchirurgische Therapie. Die übrigen Sondierungstiefen blieben weitgehend stabil. Der Anteil der Stellen mit Blutung auf Sondieren (BoP) betrug bei der zweiten und dritten UPT 4 Prozent beziehungsweise 5 Prozent (Tab. 1).

Vierte UPT – klinische und radiologische Ergebnisse knapp 17 Monate nach AIT

Am 6.10.2026, knapp 17 Monate nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie und der adjuvanten Anwendung von Schmelzmatrixproteinen an Zahn 47, erfolgte die vierte UPT. Die klinischen und radiologischen Befunde sowie deren Auswertungen sind in den Abbildungen 4a bis i dargestellt. An 191 Stellen wurden Sondierungstiefen von 0–3 mm gemessen, lediglich an einer Stelle lag eine Sondierungstiefe von 4 mm vor. Der BoP war auf 1 Prozent zurückgegangen, während der Sulkusblutungsindex (SBI) und der Approximalraum-Plaque-Index (API) jeweils 0 Prozent betrugen (Tab. 1).

Die aktuelle Panoramaschichtaufnahme (Abb. 4f) stützte die klinischen Befunde. Sie zeigte weitgehend kortikalisierte Interdentalsepten sowie eine deutliche radiologische Verdichtung im Bereich des ursprünglich ausgeprägten vertikalen Knochendefektes mesial an Zahn 47, vereinbar mit einer weitgehenden knöchernen Defektauffüllung.

Auch die berechnete entzündete parodontale Oberfläche (Periodontal Inflamed Surface Area, PISA) hatte sich erheblich reduziert. Während diese beim Ausgangsbefund 781,65 mm² (7,82 cm²) betrug, lag sie bei der vierten UPT nur noch bei 13,01 mm² (0,13 cm²). Dies entspricht ei-

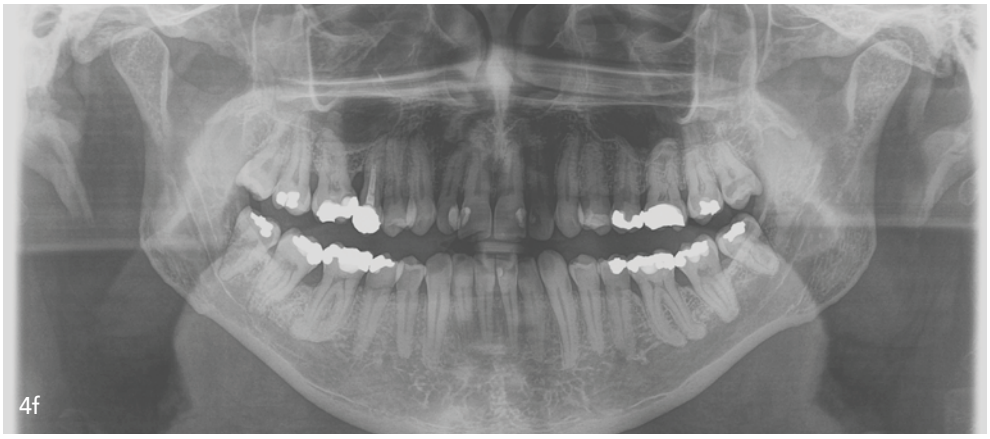


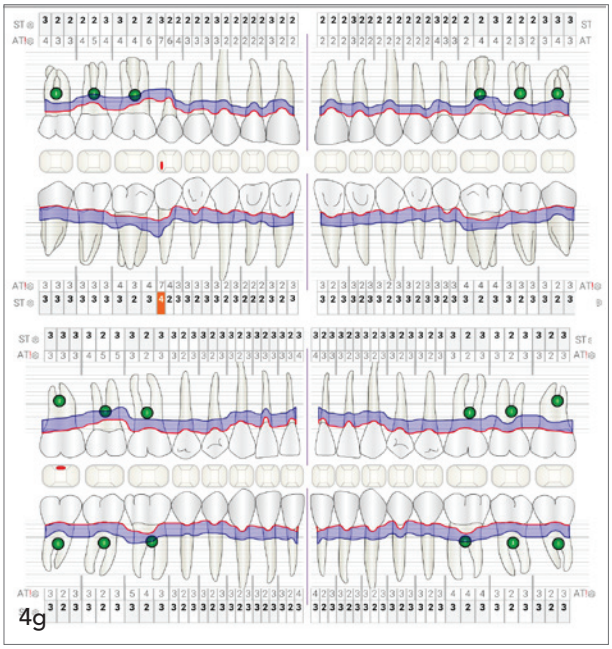


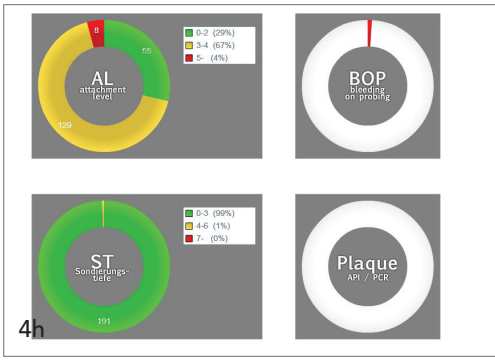












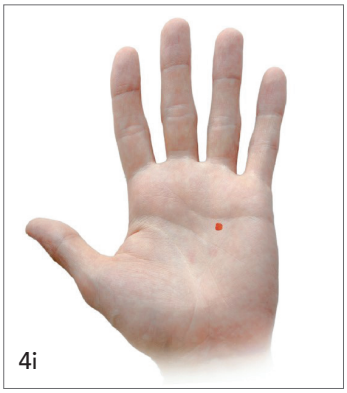


Abb. 4a–i: *Klinische und radiologische Verlaufsdokumentation bei der vierten unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) am 6.10.26, knapp 17 Monate nach der antiinfektiösen Therapie (AIT). Intraorale Aufnahmen mit weitgehend entzündungsfreien gingivalen Verhältnissen* ***(a–e)****. Panoramaschichtaufnahme mit deutlicher radiologischer Verdichtung im Bereich des ursprünglichen vertikalen Knochendefektes mesial an Zahn 47, vereinbar mit einer weitgehenden knöchernen Defektauffüllung* ***(f)****. Parodontalstatus und grafische Befundauswertung (ParoStatus.de) mit einer maximalen Sondierungstiefe von 4 mm und lediglich zwei Stellen mit Blutung auf Sondieren (BoP 1 Prozent)* ***(g+h)****. Visualisierung der entzündeten parodontalen Oberfläche (PISA) von 13,01 mm², entsprechend einer Reduktion um rund 98 Prozent gegenüber dem Ausgangsbefund* ***(i)****.*[11]

ner Reduktion um rund 98 Prozent. Für den ursprünglich besonders stark betroffenen Zahn 47 wurde keine entzündete parodontale Oberfläche mehr ausgewiesen. Der Vergleich der beiden grafischen Darstellungen (Abb. 2j+4i) verdeutlicht die ausgeprägte Reduktion der parodontalen Entzündung im Verlauf der systematischen Therapie und unterstützenden Nachsorge.[11]

Begleitende Vitamin-D-Diagnostik und Supplementierung

Im Rahmen der parodontalen Therapie wurde ergänzend der 25-Hydroxy-Vitamin-D-Spiegel [25(OH)D] bestimmt. Die Untersuchung am 10.6.2025 ergab mit 4,3 ng/ml einen ausgeprägten Vitamin-D-Mangel (Abb. 2l, Tab. 1). Der Patient war auch Bestandteil einer bereits publizierten Auswertung von Vitamin-D-Testungen in der zahnärztlichen Praxis (Walter et al. 2026).[17]

DATUM	BEHAND-LUNG	ZÄHNE	SBI (%)	API (%)	ST 0–3 mm	ST 4–6 mm	ST ≥7 mm	BOP (%)	25(OH)D (NG/ML)
	Initialbefund	32	–	–	181	9	2#	36	–
05.05.2025	PZR vor AIT	32	100	100	–	–	–	–	–
12.05.2025	MHU und AIT	32	15	37	–	–	–	–	–
10.06.2025	PZR nach AIT	32	0	12	–	–	–	–	4,3
19.09.2025	BEVa/ 1. UPT	32	0	0	186*	0	0	–	–
20.01.2026	2. UPT	32	0	3	191	1	0	4	–
28.04.2026	3. UPT	32	9	0	191	1	0	5	–
06. 10.2026	4. UPT	32	0	0	191	1	0	1	14,8

Tab. 1: Veränderungen der klinischen Befunde und Laborparameter *PZR: professionelle Zahnreinigung; MHU: Mundhygieneinstruktion; AIT: antiinfektiöse Therapie; BEVa: Befundevaluation; UPT: unterstützende Parodontitistherapie; ST: Sondierungstiefe. # Zwei Stellen mit 13 bzw. 12 mm. * Zahn 47 bei BEVa nicht sondiert (sechs Messstellen); entsprechend 186 von 192 Stellen. BoP am 19.9.2025: Aufgrund eines Dokumentationsfehlers bei der elektronischen Befunderfassung wurden die Blutungsstellen des Initialbefundes übernommen. Die tatsächlichen BoP-Werte konnten retrospektiv nicht rekonstruiert werden.*

Dem Patienten wurde empfohlen, seinen Hausarzt zur Abklärung und Festlegung einer adäquaten Initialdosierung zu konsultieren. Dies erfolgte jedoch nicht. Stattdessen entschied er sich eigenständig für ein Präparat mit täglich 2 000 IE Vitamin D3 und zusätzlich Vitamin K2. Nach seinen Angaben nahm er die erste Packung regelmäßig ein, sodass die Supplementierung während eines wesentlichen Teils der frühen Heilungsphase nach der AIT erfolgte. Auch die zweite Packung wurde zunächst regelmäßig eingenommen. Mit Beginn der Sommermonate wurde die Einnahme jedoch zunehmend unregelmäßig fortgesetzt. Bei der erneuten Bestimmung am 6.10.2026, knapp 17 Monate nach der AIT, war der 25(OH)D-Spiegel auf 14,8 ng/ml angestiegen. Trotz dieser Verbesserung lag weiterhin ein Vitamin-D-Mangel vor. Der im Rahmen der Behandlung angestrebte Zielbereich von mindestens 30 ng/ml wurde nicht erreicht (Tab. 1).

Diskussion

Die vorliegende Kasuistik zeigt, dass selbst bei einem ausgeprägten vertikalen Knochendefekt mit initialen Sondierungstiefen von bis zu 13 mm durch eine systematische nichtchirurgische Parodontitistherapie mit adjuvanter Anwendung von Schmelzmatrixproteinen ein klinisch und radiologisch überzeugendes Behandlungsergebnis erreicht werden kann. Dieses war über einen Beobachtungszeitraum von knapp 17 Monaten stabil. Eine weiterführende parodontalchirurgische Therapie der Stufe 3 war nicht erforderlich.

Der Behandlungserfolg ist zunächst vor dem Hintergrund der konsequenten Umsetzung der systematischen Parodontitistherapie zu betrachten. Hierzu gehören insbesondere die Verbesserung der häuslichen Mundhygiene, die sorgfältige subgingivale Instrumentierung, die regelmäßige unterstützende Parodontitistherapie sowie die begleitende Vitamin-D-Diagnostik und Supplementierung. Inwieweit darüber hinaus die adjuvant angewendeten Schmelzmatrixproteine zu dem beobachteten Ergebnis beigetragen haben, lässt sich anhand eines Einzelfalls naturgemäß nicht seriös beurteilen. Die Frage nach ihrem zusätzlichen klinischen Nutzen und dem Potenzial, chirurgische Interventionen zu vermeiden, muss daher vor dem Hintergrund der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz diskutiert werden.

Zur wissenschaftlichen Einordnung des vorliegenden Behandlungsergebnisses wurde die bereits publizierte Literaturauswertung der Autoren zur adjuvanten Anwendung von Schmelzmatrixproteinen in der nichtchirurgischen Parodontitistherapie[16] anhand der bis zum 10.10.2026 verfügbaren neueren Publikationen ergänzt. Die Such- und Auswahlstrategie der ergänzenden Literaturrecherche ist in Abbildung 5 schematisch dargestellt.

Evidenz aus Metaanalysen – wie groß ist der zusätzliche Nutzen?

Die bisherige wissenschaftliche Evidenz zur adjuvanten Anwendung von Schmelzmatrixproteinen in der nichtchirurgischen Parodontitistherapie fällt uneinheitlich aus. In der bereits publizierten Literaturauswertung der Autoren wurden vier systematische Übersichtsarbeiten berücksichtigt.[16] Die Metaanalysen von Roccuzzo et al. und Estrin et al. aus dem Jahr 2022 konnten weder hinsichtlich der Sondierungstiefenreduktion noch des klinischen Attachmentgewinns einen statistisch gesicherten zusätzlichen Nutzen nachweisen. Demgegenüber berichteten die systematischen Übersichten von Chatzopoulos et al. (2022) und Abu-Ta'a und Marzouka (2023) über klinische Vorteile in einem Teil der eingeschlossenen Untersuchungen. Aufgrund der erheblichen Heterogenität der Studien verzichteten diese Autoren jedoch auf eine quantitative Zusammenfassung der Ergebnisse. Eine Übersicht der systematischen Arbeiten und ihrer Ergebnisse enthält Tabelle 2.

Zwei weitere Metaanalysen aus dem Jahr 2026 ergänzen die bisherige Evidenz. Miron et al. berücksichtigten neun randomisierte klinische Studien zur nichtchirurgischen Therapie und ermittelten eine geringe, statistisch signifikante zusätzliche Sondierungstiefenreduktion von durchschnittlich 0,3 mm, jedoch keinen statis-

tisch gesicherten zusätzlichen klinischen Attachmentgewinn. Marinis et al. schlossen sechs randomisierte Studien mit insgesamt 201 Patienten ein. Sie fanden ebenfalls nur geringe zusätzliche klinische Effekte, die in der Metaanalyse weder hinsichtlich der Sondierungstiefenreduktion noch des Attachmentgewinns statistisch signifikant waren. Die eingeschlossenen Einzelstudien beider Metaanalysen überschnitten sich weitgehend. Insgesamt sprechen die aktuellen Ergebnisse somit allenfalls für einen begrenzten durchschnittlichen Zusatznutzen der nichtchirurgischen EMD-Anwendung.

Die Ergebnisse dieser Metaanalysen sind allerdings kritisch zu interpretieren. Während frühere systematische Übersichtsarbeiten aufgrund der erheblichen Heterogenität der eingeschlossenen Studien teilweise auf eine quantitative Zusammenfassung verzichteten, wurden in den neueren Arbeiten trotz weiterhin bestehender Unterschiede gepoolte Effektschätzer berechnet. Die Heterogenität betrifft insbesondere die klinische Ausgangssituation, die Defektmorphologie, die Instrumentierungstechniken sowie die Appli-

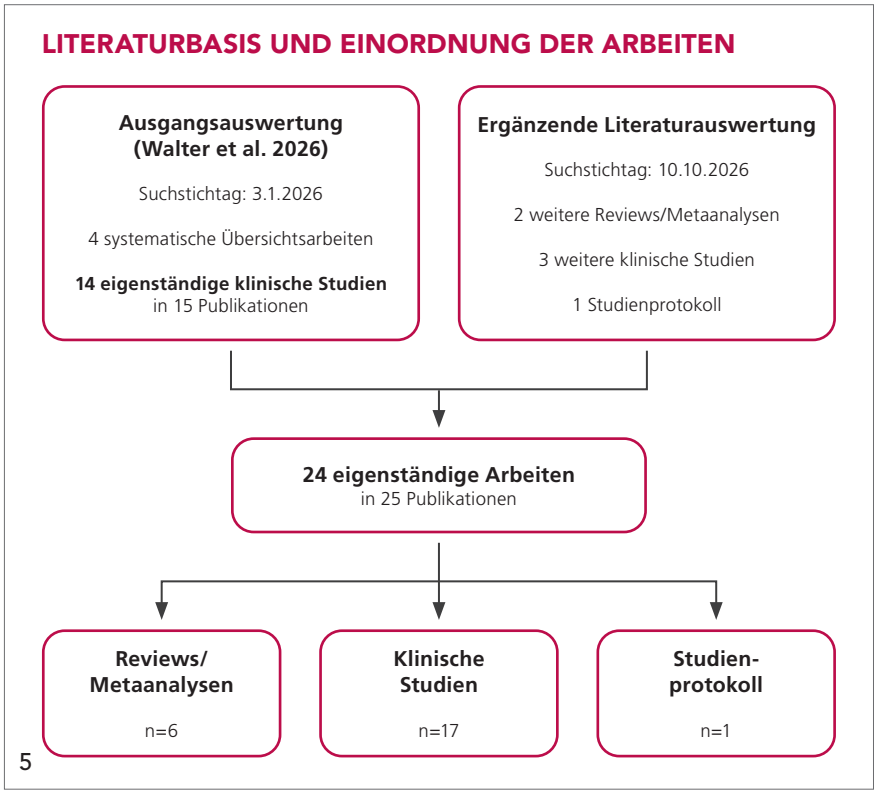


Abb. 5: *Literaturbasis und Einordnung der berücksichtigten Arbeiten. Ausgangspunkt war die von Walter et al. (2026) veröffentlichte Auswertung zur adjuvanten Anwendung von Schmelzmatrixproteinen (EMD) bei nichtchirurgischer Parodontitistherapie mit Suchstichtag 3.1.2026: vier systematische Übersichtsarbeiten und 14 eigenständige kontrollierte klinische Studien. Die Literaturbasis wurde um bis zum 10.10.2026 identifizierte einschlägige Veröffentlichungen ergänzt, insbesondere Reviews/Metaanalysen, klinische Vergleichsstudien und ein Studienprotokoll. Die ursprünglichen 14 klinischen Studien sind in 15 Publikationen dokumentiert, da Mombelli et al. (2005) und Giannopoulou et al. (2006) unterschiedliche Endpunkte derselben randomisierten Untersuchung mit 16 Patienten berichten und deshalb nur als eine Studie gezählt werden. Insgesamt berücksichtigt die Darstellung 24 eigenständige Arbeiten in 25 Publikationen (sechs Reviews/Metaanalysen, 17 klinische Studien und ein Studienprotokoll).*

ÜBERSICHT	EINGESCHLOSSENE STUDIEN	SYNTHESE	ERGEBNIS FÜR NCPT + EMD
Roccuzzo et al. 2022	6 RCT (4 gepoolt)	Metaanalyse	Kein gesicherter Zusatznutzen für ST/CAL
Estrin et al. 2022	7 RCT zu mehreren Verfahren; 12 Fallserien	Metaanalyse	Kein gesicherter Vorteil bei lappenloser Anwendung für ST/CAL
Chatzopoulos et al. 2022	8 RCT, 1 CCT	Narrativ	4 Studien mit zusätzlichen Effekten
Abu-Ta'a/Marzouka 2023	9 Studien (6 RCT)	Narrativ (Vote Counting)	Laut Autorenangabe zeigten 60 % der Studien Vorteile durch EMD bei unterschiedlichen Endpunkten; für Sondierungstiefe und Attachmentgewinn überwiegend kein signifikanter Zusatznutzen.
Miron et al. 2026	9 RCT (nichtchirurgische Indikation)	Metaanalyse	ST: +0,30 mm; CAL: kein gesicherter Zusatznutzen
Marinis et al. 2026	6 RCT; 201 Patienten	Metaanalyse	Kleine, statistisch nicht gesicherte Effekte bei ST/CAL

Tab. 2: Systematische Übersichten zur adjuvanten nichtchirurgischen EMD-Anwendung *ST: Sondierungstiefe; CAL: klinischer Attachmentlevel; RCT: randomisierte kontrollierte Studie; CCT: kontrollierte klinische Studie. Übersichtsarbeiten mit sich überschneidenden Primärstudien; Studienzahlen dürfen nicht addiert werden. Quellen: Walter et al.[16], Originalpublikationen Miron et al. (2026), Marinis et al. (2026).*

kationsprotokolle und den Zeitpunkt der EMD-Anwendung. So erfolgte die Applikation teilweise während der initialen antiinfektiösen Therapie, teilweise erst nach Reevaluation und erneuter subgingivaler Instrumentierung persistierender Taschen. Marinis et al. berücksichtigten diese unterschiedlichen Behandlungszeitpunkte in ihrer Auswertung, konnten jedoch keinen gesicherten Vorteil eines bestimmten Vorgehens nachweisen. Auch Miron et al. bewerteten die Evidenzsicherheit für die nichtchirurgische EMD-Anwendung nach GRADE lediglich als niedrig. Die Zusammenfassung derart unterschiedlicher Behandlungskonzepte zu einem mittleren Behandlungseffekt ist zwar statistisch möglich, ihre klinische Aussagekraft jedoch eingeschränkt. Insbesondere lässt sich daraus nicht ableiten, welche Patienten, Defekte oder Applikationsprotokolle von einer adjuvanten EMD-Anwendung profitieren könnten. Vor diesem Hintergrund erscheint eine differenzierte Betrachtung der kontrollierten Einzelstudien erforderlich.

Evidenz aus klinischen Studien – welche Rolle spielen Behandlungskonzept und Applikationszeitpunkt?

Die kontrollierten Einzelstudien zeigen, dass die adjuvante Anwendung von Schmelzmatrixproteinen in einem Teil der Untersuchungen zusätzliche klinische Effekte erzielt, diese jedoch nicht durchgängig nachweisbar sind. In der früheren Literaturauswertung der Autoren berichteten acht von 14 kontrollierten Studien über Vorteile hinsichtlich unterschiedlicher klinischer Endpunkte.[16] Dabei fiel ein zeitlicher Zusammenhang auf: Während die frühen Untersuchungen überwiegend keine konsistenten Vorteile dokumentierten, berichteten nahezu alle nach 2013 publizierten Studien über zusätzliche Effekte der EMD-Anwendung. Auch der Applikationszeitpunkt erscheint relevant. Drei von sieben Untersuchungen zur initialen antiinfektiösen Therapie zeigten Vorteile, während alle fünf Studien mit EMD-Applikation im Rahmen oder nach der Reevaluation positive Ergebnisse für mindestens einen untersuchten Parameter dokumentierten. Diese Beobachtungen könnten auf die Weiterentwicklung der Behandlungstechniken, eine gezieltere Patientenselektion und Unterschiede im Applikationszeitpunkt zurückzuführen sein. Ein ursächlicher Zusammenhang lässt sich daraus jedoch nicht ableiten. Zudem betrafen die nachgewiesenen Vorteile unterschiedliche Endpunkte und waren nicht durchgängig mit einer stärkeren Sondierungstiefenreduktion oder einem größeren klinischen Attachmentgewinn verbunden. Die kontrollierten Untersuchungen sind nach Behandlungskonzept und dokumentiertem Zusatznutzen in Tabelle 3 zusammengefasst.

Neue Erkenntnisse liefert die randomisierte Dreiarmstudie von Park et al. (2026).[21] Bei 60 Patienten mit intraossären Defekten wurden die alleinige nichtchirurgische Instrumentierung, deren Kombination mit

REFERENZEN	BEHANDLUNGSKONZEPT	DOKUMENTIERTER ZUSATZNUTZEN FÜR DIE EMD-GRUPPE
Wennström et al. (2002) [34]; Gutierrez et al. (2003)[35]; Mombelli et al. (2005) und Giannopoulou et al. (2006)* [37,38]; Wyganowska-Świątkowska et al. (2013)[39]; Graziani et al. (2019)[41]; Schallhorn et al. (2021)[42]; Anoixiadou et al. (2022)[20]	EMD während der initialen AIT	3 von 7 Studien mit Vorteilen
Jentsch et al. (2021a: Eick)[43]; Jentsch et al. (2021b: Jepsen)[44]; Wehner et al. (2023)[45]; Aimetti et al. (2024)[46]; Romano et al. (2025)[47]	EMD bei persistierenden Taschen nach Reevaluation	5 von 5 Studien mit Vorteilen
Sculean et al. (2003)[36]	Histologische Untersuchung nach NCPT ± EMD	Keine parodontale Regeneration nachgewiesen
Aimetti et al. (2017)[40]	NCPT + EMD versus MIST + EMD	Vergleichbare klinische Ergebnisse
Park et al. (2026)[21]	Drei Gruppen: NCPT ohne EMD; NCPT + EMD; minimalinvasive chirurgische Therapie (MIST) + EMD	Vergleichbare klinische Ergebnisse nach sechs Monaten; stärkere radiologische Defekttiefenreduktion unter NCPT + EMD gegenüber NCPT ohne EMD
Estrin et al. (2026)[30]	NCPT + EMD versus NCPT + PRF	Keine signifikanten Unterschiede
Chatzopoulos et al. (2026)[22]	MINST + EMD versus MIST + EMD bei Furkationsdefekten	Kein isolierbarer EMD-Zusatznutzen
Ho et al. (2026)[10]	Lappenlose versus chirurgische Therapie, jeweils mit EMD	Studienprotokoll; Ergebnisse ausstehend

Tab. 3: Klinische Evidenz zur adjuvanten EMD-Anwendung *Kontrollierte klinische Untersuchungen zur Anwendung von Schmelzmatrixproteinen (EMD) in der nichtchirurgischen Parodontitistherapie. Studien zur initialen antiinfektiösen Therapie und zur Behandlung persistierender Taschen sind zusammengefasst. Das qualitative Vote Counting erfasst Studien mit berichteten Vorteilen bei mindestens einem untersuchten Endpunkt, ohne Gewichtung nach Effektstärke oder Studienqualität; es ersetzt keine endpunktspezifische Metaanalyse. Studien ohne EMD-freie Kontrollgruppe erlauben keine Aussage zum eigenständigen EMD-Zusatznutzen. AIT: antiinfektiöse Therapie; NCPT: nichtchirurgische Parodontitistherapie; MINST: minimalinvasive nichtchirurgische Therapie; MIST: minimalinvasive chirurgische Therapie; PRF: plättchenreiches Fibrin.*

** Mombelli et al. (2005) [37] und Giannopoulou et al. (2006) [38] sind zwei Publikationen derselben randomisierten Untersuchung mit 16 Patienten: Mombelli et al. berichten die klinischen Ergebnisse, Giannopoulou et al. die biologischen Entzündungsparameter. Beim Vote Counting wird diese Untersuchung nur einmal berücksichtigt.*

EMD sowie eine minimalinvasive chirurgische Therapie mit EMD verglichen. Nach sechs Monaten zeigten alle drei Behandlungsprotokolle vergleichbare klinische Ergebnisse. Allerdings waren die untersuchten intraossären Defekte mit mittleren radiologischen Defekttiefen von 1,63 bis 2,93 mm relativ flach, die Gruppen mit jeweils 20 Patienten klein und der Beobachtungszeitraum kurz.

Während sich kein eindeutiger zusätzlicher klinischer Nutzen der EMD-Anwendung nachweisen ließ, zeigte die nichtchirurgische EMD-Gruppe eine signifikant stärkere radiologische Reduktion der intraossären Defekttiefe gegenüber der alleinigen Instrumentierung. Die Studie unterstreicht somit das Potenzial einer sorgfältig durchgeführten nichtchirurgischen Therapie, lässt aber insbesondere hinsichtlich des zusätzlichen Nutzens von EMD bei ausgeprägteren vertikalen Knochendefekten und längerer Nachbeobachtung Fragen offen.[21]
In einer weiteren randomisierten klinischen Studie verglichen Estrin et al. (2026)[30] die adjuvante Anwendung von Schmelzmatrixproteinen und plättchenreichem Fibrin (PRF) im Rahmen der nichtchirurgischen Parodontitistherapie. Nach sechs Monaten zeigten sich zwischen beiden Verfahren keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass in kontrollierten klinischen Untersuchungen mit der nichtchirurgischen Anwendung von Schmelzmatrixproteinen vergleichbare klinische Ergebnisse wie mit minimalinvasiven chirurgischen Verfahren unter ebenfalls adjuvanter EMD-Anwendung erzielt wurden. Dies deutet darauf hin, dass bei ausgewählten parodontalen Defekten möglicherweise auf eine chirurgische Intervention verzichtet werden kann.[22,40]

Eine weiterführende Klärung dieser klinisch relevanten Fragestellung ist von der randomisierten Studie von Ho et al. (2026) zu erwarten. Ho et al. (2026)[10] veröffentlichten das Protokoll einer randomisierten klinischen Studie, mit der untersucht werden soll, ob eine endoskopisch unterstützte, lappenlose Instrumentierung mit EMD der chirurgischen regenerativen Therapie mit Papillenerhaltung und EMD hinsichtlich des Behandlungsergebnisses nicht unterlegen ist. Geplant sind 56 Patienten mit persistierenden parodontalen Taschen von mindestens 6 mm Sondierungstiefe und einer intraossären Defektkomponente von mindestens 3 mm. Ergebnisse liegen bislang nicht vor.[10]

Einordnung der vorliegenden Kasuistik

Vor diesem Hintergrund ist die vorliegende Kasuistik von besonderem Interesse. Angesichts der initialen Sondierungstiefe von 13 mm und des ausgeprägten vertikalen Knochendefektes mesial an Zahn 47 wurde entschieden, Schmelzmatrixproteine bereits im Rahmen der initialen antiinfektiösen Therapie einzusetzen. Ziel war es, das regenerative Potenzial der frühen parodontalen Wundheilung möglichst umfassend zu nutzen und nach Möglichkeit eine spätere chirurgische Intervention zu vermeiden. Für dieses Vorgehen sprechen mehrere Überlegungen: Untersuchungen von Kaner et al. (2007) und Griffiths et al. (2011)[26,27] zur systemischen Antibiotikatherapie zeigen, dass der Zeitpunkt adjuvanter Maßnahmen das Behandlungsergebnis beeinflussen kann. Darüber hinaus belegt eine systematische Übersichtsarbeit von Nibali et al. (2021)[28], dass größere Ausgangsdefekttiefen bei regenerativen Eingriffen mit einem stärkeren radiologischen Knochengewinn assoziiert sind. Da die initiale subgingivale Instrumentierung üblicherweise bereits zu einer deutlichen Verringerung der Sondierungstiefen führt, erschien es plausibel, eine regenerative Unterstützung nicht erst nach dieser ersten Heilungsphase einzusetzen. Ob eine frühe EMD-Applikation einer späteren Anwendung tatsächlich überlegen ist, bleibt jedoch wissenschaftlich zu klären. Im vorliegenden Fall wurde über knapp 17 Monate ein stabiles klinisches Ergebnis mit weitgehender radiologischer Defektauffüllung erzielt, ohne dass eine weiterführende chirurgische Therapie erforderlich war. Welchen eigenständigen Beitrag EMD hierzu geleistet hat, lässt sich anhand der Kasuistik nicht bestimmen.[26–28] Auch der Zeitpunkt der Reevaluation verdient Beachtung. Ramaglia et al. (2026) zeigten in einer systematischen Übersichtsarbeit, dass die klinische Verbesserung intraossärer Defekte nach nichtchirurgischer Parodontitistherapie über sechs bis zwölf Monate anhalten kann. Bei fortschreitender Heilung erscheint es daher sinnvoll, die Indikation zu einer chirurgischen Intervention nicht allein anhand einer frühen Reevaluation zu stellen. Diese Ergebnisse stützen das im vorliegenden Fall gewählte abwartende Vorgehen, bei dem Zahn 47 erst etwa acht Monate nach der antiinfektiösen Therapie erneut sondiert wurde.[23]

Vitamin D – ein möglicher Einflussfaktor auf die parodontale Heilung?

Vitamin D besitzt neben seiner zentralen Bedeutung für den Calcium- und Phosphatstoffwechsel, die Knochenmineralisation und den Knochenumbau auch immunmodulierende und entzündungsregulierende Eigenschaften. Die aktuelle S3-Leitlinie zur Relevanz der Vitamin-D-Bestimmung und -Supplementierung für die Implantatprognose und Augmentationschirurgie unterstreicht die Bedeutung des Vitamin-D-Status für knochenbezogene Fragestellungen, empfiehlt jedoch keine routinemäßige Bestimmung oder Supplementierung ohne entsprechende Indikation.[31] Auch in der Parodontologie verdichten sich die Hinweise auf eine klinische Relevanz. Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zeigen Assoziationen zwischen niedrigen Vitamin-D-Spiegeln und Parodontitis sowie mögliche zusätzliche klinische Vorteile einer Supplementierung im Rahmen der nichtchirurgischen Parodontitistherapie, insbesondere hinsichtlich des klinischen Attachmentgewinns.[32,33] Eine systematische Übersicht mit vier eingeschlossenen Studien deutet darauf hin, dass Patienten mit nachgewiesenem Mangel bei entsprechender Supplementierung profitieren könnten; die Evidenz ist jedoch begrenzt.[33] Eine weitere Metaanalyse von Gillani Haji et al. (2026) konnte dagegen keinen statistisch gesicherten zusätzlichen Effekt einer Vitamin-D-Supplementierung auf die Sondierungstiefenreduktion nachweisen. Ob Patienten mit einem zuvor nachgewiesenen ausgeprägten Vitamin-D-Mangel besonders profitieren, bleibt jedoch offen.[48] In der eigenen, publizierten Praxisauswertung lagen lediglich acht von 96 auswertbaren 25(OH)D-Werten oberhalb von 30 ng/ml,

während 46 Werte unter 12 ng/ml lagen.[17] Diese Daten unterstützen eine risikoorientierte Diagnostik und die Behandlung eines nachgewiesenen Mangels als mögliche Ergänzung der systematischen Parodontitistherapie.

Im vorliegenden Fall wurde am 10.6.2025 ein ausgeprägter Vitamin-D-Mangel mit 4,3 ng/ml festgestellt. Der Patient begann daraufhin eigenständig mit der Einnahme von täglich 2 000 IE Vitamin D_3 in Kombination mit Vitamin K_2. Eine Packung enthielt 120 Kapseln, entsprechend etwa vier Monaten bei täglicher Einnahme. Nach Angaben des Patienten wurde die Supplementierung zunächst regelmäßig und erst im weiteren Verlauf zunehmend unregelmäßig fortgesetzt. Es erscheint daher plausibel, dass der Vitamin-D-Spiegel während eines Teils der frühen Wund- und Knochenheilung höher lag als bei der späten Nachmessung am 6.10.2026, die mit 14,8 ng/ml weiterhin einen Mangel zeigte. Angesichts der weitgehenden radiologischen Defektauffüllung ist ein günstiger Einfluss der Supplementierung auf den Knochenstoffwechsel und die parodontale Heilung biologisch plausibel, aber nicht nachgewiesen.

Rückblickend sind zwei Einschränkungen hervorzuheben: Erstens erfolgte die Vitamin-D-Bestimmung erst im Rahmen der Nachsorge, etwa vier Wochen nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie (AIT). Eine frühere Diagnostik hätte ermöglicht, den ausgeprägten Mangel bereits vor Beginn der AIT zu erkennen und zu behandeln. Zweitens fehlen Spiegelkontrollen während der entscheidenden Phase der parodontalen Wund- und Knochenheilung. Welcher Vitamin-D-Spiegel tatsächlich während der radiologisch dokumentierten Defektauffüllung bestand, bleibt daher unbekannt. Der Fall unterstreicht die Bedeutung frühzeitiger Diagnostik und der kontrollierten Behandlung eines nachgewiesenen Mangels.

Klinische Schlussfolgerungen

Nahezu 30 Jahre Forschung zu Schmelzmatrixproteinen haben deren biologisches Potenzial und klinischen Nutzen insbesondere in der regenerativen Parodontalchirurgie dokumentiert. Auch für die adjuvante Anwendung in der nichtchirurgischen Parodontitistherapie liegen inzwischen zahlreiche kontrollierte klinische Untersuchungen vor. Diese zeigen bei einem Teil der Patienten zusätzliche klinische Vorteile, insbesondere bei der Behandlung persistierender Taschen.

Die erhebliche Heterogenität der Untersuchungen erschwert jedoch die Identifikation geeigneter Indikationen und optimaler Applikationsprotokolle. Gerade bei ausgeprägten vertikalen Knochendefekten erscheint es sinnvoll, das regenerative Potenzial bereits während der initialen Wundheilung zu nutzen. Die vorliegende Kasuistik mit einer initialen Sondierungstiefe von 13 mm, weitgehender radiologischer Defektauffüllung und stabilen klinischen Verhältnissen nach knapp 17 Monaten unterstreicht die Möglichkeiten eines solchen Vorgehens. Neben der sorgfältigen Instrumentierung und konsequenten Nachsorge verdient auch die frühzeitige Erkennung und Behandlung modifizierbarer Risikofaktoren wie eines ausgeprägten Vitamin-D-Mangels besondere Aufmerksamkeit.

Take-Home Message

Die frühzeitige adjuvante Anwendung von Schmelzmatrixproteinen kann bei ausgewählten tiefen parodontalen Knochendefekten eine sinnvolle Ergänzung der nichtchirurgischen Therapie darstellen und möglicherweise dazu beitragen, chirurgische Eingriffe zu vermeiden.

Anmerkungen

Bei der sprachlichen und redaktionellen Bearbeitung des Manuskripts wurde generative künstliche Intelligenz (ChatGPT, OpenAI) unterstützend eingesetzt. Die wissenschaftliche Bewertung, Prüfung der Angaben und Verantwortung für den Inhalt liegen bei den Autoren.

Interessenkonflikt

Es bestehen keine Interessenkonflikte. Prof. Dr. Clemens Walter und Prof. Dr. Adrian Kašaj sind Fellows des International Team for Implantology (ITI, Basel/Schweiz) und als Referenten unter anderem für die Straumann Group (Freiburg i. Br.) und das ITI tätig.

© Abbildungen: Prof. Dr. Clemens Walter

Literatur
https://www.zwp-online.info/files/255786/Literatur_Walter_BZB11.pdf

Prof. Dr. Clemens Walter

Prof. Dr. Adrian Kašaj

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

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,
Oralmedizin und Oralchirurgie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Aßmannshauserstraße 4–6,
14197 Berlin
walter.clemens@yahoo.com

ASTA FRITZKE
Zahnarztpraxis Asta Fritzke
Greifswald

PROF. DR. ADRIAN KAŠAJ
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Poliklinik für Zahnerhaltung &
Parodontologie
Augustusplatz 2
55130 Mainz
kasaj@zmk.klinik.uni-mainz.de
http://www.unimedizin-mainz.de

PRIV.-DOZ. DR. JULIA C. DIFLOE-GEISERT
Zahngesundheit am Tegernsee
MVZ GmbH
Adelhofstraße 1
83684 Tegernsee

Kombinierte parodontalchirurgisch-restaurative Therapie gingivaler Rezessionen – ein Fallbericht

Ein Beitrag von Dr. Adrian Perez, Priv.-Doz. Dr. Julia Lubauer und Priv.-Doz. Dr. José Ignacio Zorzin

Die zervikale Rezession ist definiert als apikale Verschiebung des Zahnfleischrandes in Bezug auf die Schmelz-Zement-Grenze und ist mit Attachmentverlust sowie der Exposition der Wurzeloberfläche gegenüber der Mundhöhle verbunden.[1] Sie ist ein häufiger Befund; aktuelle Metaanalysen belegen eine Prävalenz von ca. 48 Prozent für Rezessionen von 3 bis 5 mm und ca. 16 Prozent für Rezessionen über 5 mm.[2]

Die Einteilung erfolgt nach Cairo: Rezessionstyp 1 (RT1) beschreibt eine gingivale Rezession ohne interproximalen Attachmentverlust, RT2 einen Defekt mit interproximalem Attachmentverlust, der kleiner oder gleich dem bukkalen ist, und RT3 eine Rezession, bei der der interproximale Attachmentverlust den bukkalen übersteigt.[3,4] Zu den Risikofaktoren zählen Parodontitis, hoch ansetzende Wangen- und Lippenbänder, Rauchen, Alkoholkonsum und okklusales Trauma.[2]

Insbesondere Patienten mit dünnem Gewebephänotyp neigen zu Rezessionen.[4] Die parodontalchirurgische Deckung ist bei ihnen zur Prophylaxe überempfindlicher Zahnhälse, zervikaler Karies oder nichtkariöser zervikaler Läsionen sinnvoll und zudem bei restaurativen Maßnahmen mit intrasulkulären Rändern indiziert.[5]

Der vorliegende Fallbericht beschreibt die Rezessionsdeckung bei einer 74-jährigen Patientin mit dünnem Gingivaphänotyp, Sjögren-Syndrom und Sklerodermie, bei der eine restaurative Rehabilitation der Ober- und Unterkieferfront indiziert war. Die zentralen Unterkieferschneidezähne zeigten zervikale Rezessionen in direkter Lagebeziehung zu den neu anzufertigenden Restaurationen. Die Behandlung umfasste eine präventive Initialtherapie, eine plastische Rezessionsdeckung in Tunneltechnik, die Neuversorgung der Frontzähne mit vollkeramischen Restaurationen sowie die Wiederherstellung der Eckzahnführung.

Fallbeschreibung

Anamnese

Die 74-jährige Patientin äußerte im Rahmen der unterstützenden Parodontitistherapie (Studierendenkurs der Zahnklinik 1 für Zahnerhaltung und Parodontologie, Universitätsklinikum Erlangen) Unzufriedenheit mit dem Erscheinungsbild ihres Lächelns aufgrund des verfärbten Kronenrands an Zahn 21 sowie der alten, farblich nicht passenden Veneers an den Zähnen 32 bis 42 (Abb. 1). Zudem berichtete sie über ausgeprägte Hypersensibilitäten an den Zähnen 33 und 43, die infolge von Abrasionen durch die Oberkieferkronen inzisal freiliegendes Dentin aufwiesen. Anamnestisch bestanden ein Sjögren-Syndrom, eine Sklerodermie, sowie ein leichter Reflux.

Befund

Der intraorale Befund zeigte ein konservierend und prothetisch teilweise insuffizient versorgtes Gebiss. Die Krone an Zahn 21 wies einen insuffizienten, sondierbaren, verfärbten Rand sowie einen unharmonischen Gingivaverlauf auf (Abb. 2a). Die Zähne 32 bis 42 waren mit farblich nicht harmonierenden Veneers versorgt, deren Restaurationsränder verfärbt und leicht sondierbar waren. Zudem zeigten sich Gingivarezessionen an den Zähnen 31 (RT2 nach Cairo) und 41 (RT1 nach Cairo), die unter anderem auf ein inserierendes Lip-



Abb. 1: *Erscheinungsbild beim Lächeln. Die Ästhetik ist aufgrund des verfärbten Kronenrandes an Zahn 21 sowie der farblich nicht passenden Versorgungen an den Zähnen 32 bis 42 suboptimal. Die Lippen wirken aufgrund der Sklerodermie sehr straff, die Mundöffnung ist verkleinert.*





Abb. 2a+b: *Detail der Oberkieferfront mit sondierbarem und verfärbtem Kronenrand an Zahn 21* ***(a)****. Detail der Unterkieferfront mit alten, insuffizienten Veneers sowie Gingivarezessionen an den Zähnen 31 (RT2 nach Cairo) und 41 (RT1 nach Cairo)* ***(b)****.*

penbändchen in Regio 31 zurückzuführen waren; dieses war bereits im Vorfeld exzidiert worden. Die Okklusions- und Artikulationskontrolle ergab eine fehlende Eckzahnführung. Die Mundhygiene war mäßig und verbesserungswürdig (Approximalraum-Plaque-Index 47 Prozent, Sulkus-Blutungs-Index 26 Prozent, Parodontaler Screening-Index 2, 2, 2, 1, 2, 2). Es lag kein Anhalt für eine craniomandibuläre Dysfunktion vor.

Behandlungsplanung

Zur Wiederherstellung von Funktion und Ästhetik wurde die Neuversorgung der Zähne 13 bis 22 mit Optimierung des Gingivaverlaufs an Zahn 21 sowie die Erneuerung der Versorgungen der Zähne 32 bis 42 nach Rezessionsdeckung an 31 und 41 mittels Bindegewebstransplantat vorgeschlagen. Zur Wiederherstellung der Eckzahnführung sollten die Zähne 23, 33 und 43 indirekt versorgt werden. Nach ausführlicher Aufklärung entschied sich die Patientin für diesen Vorschlag.

Initialtherapie

In Vorbereitung auf die Rezessionsdeckung wurde die Mundhygiene intensiviert: Erhebung der Mundhygieneindizes, Motivation sowie Instruktion, Demonstration und gemeinsame Übung der Putztechnik und der Anwendung von Interdentalbürstchen (in individuell angepassten Größen), gefolgt von einer professionellen Zahnreinigung (PZR). Zur Prophylaxe des Zahnhartsubstanzverlusts wurden eine zinnfluoridhaltige Zahnpasta sowie häufigeres Kauen von zuckerfreiem Kaugummi über den Tag verteilt empfohlen.

Aufgrund der erschwerten Zugänglichkeit wurde eine elektrische Zahnbürste mit kleinem Rundkopf (ggf. eine Kinderzahnbürste) empfohlen. Wegen der Xerostomie bei Sjögren-Syndrom und der Refluxerkrankung wurde ein engmaschiges Recall mit PZR und Kontrolluntersuchung alle drei bis vier Monate festgelegt.

Die Mundhygieneindizes wurden in den Folgewochen kontrolliert; vor dem Eingriff sollten sie dauerhaft bei einem Approximalraum-Plaque-Index unter 20 Prozent und einem Sulkus-Blutungs-Index unter 5 Prozent liegen. Die sondierbaren Restaurationsränder der Zähne 32 bis 42 wurden semipermanent ausgebessert, um Plaqueretentionsstellen zu vermeiden: Die zervikalen und approximalen Restaurationsränder wurden rotierend eröffnet und exkaviert, die Kavitäten mit einem Universaladhäsiv im Self-Etch-Modus konditioniert und mit fließfähigem Kunststoff verschlossen. Gründliche Ausarbeitung und Hochglanzpolitur waren von zentraler Bedeutung. Zur Fixierung der späteren Nähte wurden die inzisalen Approximalbereiche aller Zähne von 33 bis 43 adhäsiv verblockt (Abb. 3).



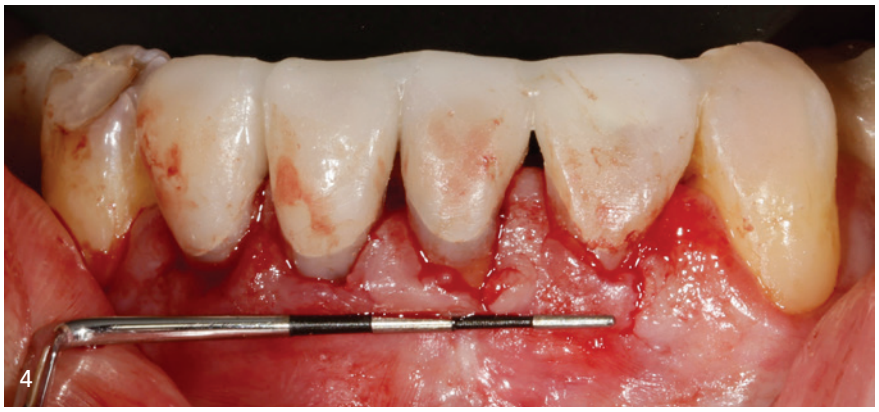
Abb. 3: *Semipermanente adhäsive Versorgung der insuffizienten zervikalen Bereiche der Zähne 32 bis 42 sowie inzisale, adhäsive Verblockung der Approximalbereiche zwischen 33 und 43.*

Plastische Rezessionsdeckung Regio 31, 41 und chirurgische Kronenverlängerung Zahn 21

Die Deckung an den Zähnen 31 und 41 erfolgte in Tunneltechnik mit einem deepithelialisierten freien Gingivatransplantat (DFGG). Das Operationsgebiet wurde perioperativ mit einer 0,1%igen Chlorhexidin-Digluconat-Lösung für eine Minute desinfiziert. Es folgte die Infiltrationsanästhesie der Zähne 33 bis 43 mit Articain forte mit Adrenalin 1:100.000, vestibulär und lingual, sowie im Entnahmebereich des linken Oberkiefers palatinal.

Die freiliegenden Wurzeloberflächen von 41 und 31 wurden mit Küretten und einem Gummikelch mit Polierpaste von harten und weichen Belägen gereinigt und geglättet. Mit einem mikrochirurgischen Tunnelierungsinstrument wurde über einen intrasulkulären Zugang an 42, 41, 31 und 32 ein Spaltlappen (Tunnel) präpariert. Die Präparation reichte vestibulär über die mukogingivale Grenze hinaus, ohne die Papillen zu durchtrennen oder abzulösen. Der Tunnel wurde bis zur vollständigen Spannungsfreiheit mobilisiert, sodass der Lappen passiv und ohne Zug über das Rezessionsniveau hinaus nach koronal verlagert werden konnte (Abb. 4).

Die Transplantatentnahme erfolgte am linken Gaumen in Regio 24–26, mindestens 2 bis 3 mm apikal des Gingivarandes und mit ausreichendem Abstand zur Mittellinie sowie zum Foramen palatinum majus. Nach dem Setzen der marginalen Schnitte (Abb. 5a) wurde das Epithel mit einem hochtourig rotierenden sterilen Diamantschleifer unter Kühlung mit steriler Kochsalzlösung vollständig abgetragen (Entepithelialisierung, Abb. 5b). Anschließend wurde das Bindegewebstransplantat mit einem Skalpell entnommen und in kochsalzgetränkter Gaze aufbewahrt (Abb. 5c).







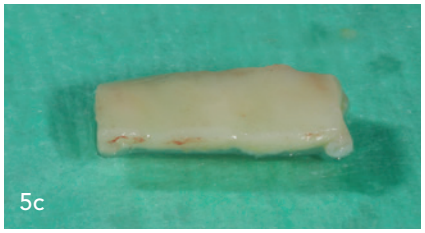


Abb. 4: *Fertige Präparation des Lappens; spannungsfreie koronale Mobilisierung des Rezessionsniveaus. –* ***Abb. 5a–c:*** *Entnahme des Bindegewebstransplantats. Marginale Schnitte* ***(a)****. Entepithelialisierung mittels Diamantschleifer unter Kühlung* ***(b)****. Fertig entnommenes Transplantat* ***(c)****.*

Die Blutstillung an der Entnahmestelle erfolgte durch Kompression mit kochsalzgetränkter Gaze und anschließend durch Einsetzen einer zuvor hergestellten tiefgezogenen Verbandsplatte. Das Transplantat wurde mit zwei Nähten lateral durch den Tunnel eingezogen (Abb. 6a) und über den Rezessionen 41 und 31 mittig positioniert; es lag vollständig im Tunnel und überdeckte die Wurzeloberflächen bis zur Schmelz-Zement-Grenze (Abb. 6b). Der Tunnellappen wurde spannungsfrei nach koronal verlagert und mit Aufhängenähten (6/0 monofil) um 42, 41 und 31 unter Fixierung an den approximalen Verblockungen stabilisiert. Der Lappen deckte das Transplantat vollständig ab und lag bei passiver Adaptation 0,5 bis 1 mm koronal zur Schmelz-Zement-Grenze. Es bestand kein Zug, keine Lappenischämie und keine Blutung (Abb. 6c).

Anschließend erfolgte nach lokaler Anästhesie die vestibuläre Gingivakorrektur an Zahn 21 mit einem Skalpell entsprechend dem geplanten Gingivaverlauf. Die vestibuläre Knochenkontur wurde mit einer Schallspitze minimalinvasiv angepasst, um den erforderlichen Abstand zwischen krestalem Knochen und zukünftiger Restaurationsgrenze sicherzustellen.

Die Patientin erhielt eine schmerzlindernde Medikation (Ibuprofen 600 mg bei Bedarf, maximal dreimal täglich). Die Nachsorge erfolgte stufenweise: Nach einer Woche Nahtentfernung und supragingivale Politur mit CHX-Gel; in der ersten bis zweiten Woche Verzicht auf mechanische Reinigung des OP-Gebiets und dreimal täglich 0,1%iges Chlorhexidin. Nach zwei Wochen erneute supragingivale Politur mit CHX-Gel. In der zweiten bis fünften Woche vorsichtige Wiederaufnahme der mechanischen Reinigung mit extraweicher Zahnbürste in modifizierter Stillman-Technik, CHX-Zahnpasta und behutsamer Interdentalraumpflege. Nach sechs Wochen professionelle Zahnreinigung; ab der sechsten bis achten Woche Pflege mit weicher Zahnbürste in modifizierter Bass-Technik.

Restaurative Versorgung

Das Veneer an Zahn 31 wurde durch ein Langzeitprovisorium ersetzt, um die Ap-

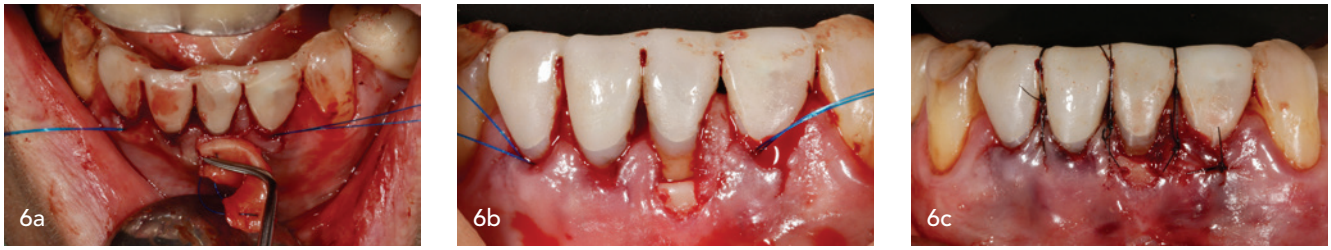


Abb. 6: *Einsetzen des Bindegewebstransplantats. Einziehen mit Zugnähten von lateral* ***(a)****. Positionierung vollständig im Tunnel* ***(b)****. Spannungsfreie koronale Verlagerung mit Fixierung an den approximalen Verblockungen* ***(c)****.*

proximalkontakte nach apikal zu verlagern und den Abstand zwischen Approximalkontakt und krestalem Knochen zu reduzieren, mit dem Ziel der Papillenregeneration gemäß der Tarnow-Regel. Nach fünf Monaten stellten sich bei anhaltend guter Mundhygiene stabile gingivale Verhältnisse ein. Die Rezession an Zahn 31 war zwar nicht vollständig rückläufig, aber deutlich geringer als präoperativ; Höhe und Dicke der keratinisierten Gingiva nahmen deutlich zu (Abb. 7). Damit erfolgte die Freigabe für die restaurative Versorgung.

Im Oberkiefer wurden die Zähne 13 bis 23 für vollverblendete Zirkonoxidkronen, im Unterkiefer die Zähne 33 bis 43 für Lithiumdisilikat-Teilkronen präpariert (Abb. 8). Die Oberkieferrestaurationen wurden mit einem selbstadhäsiven Befestigungskomposit eingesetzt, die Unterkieferrestaurationen konventionell im volladhäsiven Mehrschritt-Verfahren (Abb. 9a–c; Dentaltechnik: Dentallabor, Zahn von Hand).





Abb. 7: *Postoperatives Ergebnis nach fünf Monaten mit deutlicher Zunahme der keratinisierten Gingiva in Höhe und Dicke, obwohl die Rezession an 31 nicht vollständig rückläufig ist. –* ***Abb. 8:*** *Präparation der Zähne 13 bis 23 für Zirkonoxidkronen und der Zähne 33 bis 43 für Lithiumdisilikat-Teilkronen.*

Diskussion

Die Patientin berichtete über ein Sjögren-Syndrom sowie eine systemische Sklerose (Sklerodermie). Das Sjögren-Syndrom ist eine chronische Autoimmunerkrankung des Bindegewebes; zentrale Merkmale sind Trockenheit der Augen, des Mundes und weiterer Schleimhäute (Sicca-Symptome), Müdigkeit und Schmerzen.[6] Die systemische Sklerose wird diagnostiziert, wenn eine Hautverdickung der Finger proximal über die Metakarpophalangealgelenke hinausgeht; andernfalls kommen sieben gewichtete Zusatzkriterien zur Anwendung: Hautverdickung der Finger, Fingerspitzenläsionen, Teleangiektasien, abnorme Nagelbettkapillaren, interstitielle Lungenerkrankung oder pulmonal-arterielle Hypertonie, Raynaud-Phänomen und SSc-assoziierte Autoantikörper.[7] Beide Erkrankungen können gemeinsam auftreten und werden aktuell als Sjögren-Krankheit mit systemischer Sklerose bezeichnet.[6]

Beide Erkrankungen beeinträchtigen die orale Gesundheit. Infolge der Mundtrockenheit zeigen Patienten mit Sjögren-Syndrom orale Ulzera, Stomatitis, anguläre Cheilitis, Papillenatrophie, Dysphagie, Dysgeusie sowie eine erhöhte Prävalenz zervikaler Läsionen, Sekundärkaries, Restaurationsdefekte und okklusaler Abrasionen.[8] Die systemische Sklerose führt zusätzlich zu eingeschränkter Mundöff-







Abb. 9a–c: *Lächeln vier Monate nach Eingliederung; die neuen Restaurationen (13–23 und 33–43) fügen sich harmonisch ein, der Gingivaverlauf im Oberkieferfrontzahnbereich ist verbessert* ***(a)****. Detail der Oberkieferfront* ***(b)****. Detail der Unterkieferfront mit verdickter keratinisierter Gingiva; der Gingivaverlauf an Zahn 31 liegt trotz des Eingriffs weiter apikal als an den Nachbarzähnen, jedoch mit zufriedenstellender Ästhetik und besserer Hygienefähigkeit als zu Beginn* ***(c)****.*

nung, Gingivaretraktionen und Parodontalerkrankungen, wobei die gingivale Fibrose Zeichen einer akuten Entzündung maskieren und die Diagnose erschweren kann.[9–11]

Vor dem Hintergrund des erhöhten Kariesrisikos und des ästhetischen Anliegens war es notwendig, die insuffizienten Restaurationen zu erneuern, die Rezessionen zu decken und die Eckzahnführung wiederherzustellen, um funktionelle Überlastungen und weitere Rezessionen zu vermeiden. Dies steht im Einklang mit der S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der systemischen Sklerose", die die Wiederherstellung geschädigter oder verlorener Zähne nach den aktuellen Prinzipien von Zahnerhaltung und Prothetik wie bei Gesunden empfiehlt.[12]

Aufgrund der stabilen parodontalen Verhältnisse unter fortlaufender unterstützender Parodontitistherapie und der guten Compliance fiel die Entscheidung für eine Rezessionsdeckung in Tunneltechnik mit Bindegewebstransplantat.[13] In Metaanalysen erzielt die Tunneltechnik vorhersagbare Ergebnisse mit einer mittleren Wurzeldeckung von ca. 82 Prozent bei lokalisierten und bis ca. 88 Prozent bei multiplen Rezessionen.[14] Die initiale Deckung an Zahn 31 reichte nicht bis in den geplanten zervikalen Bereich – am ehesten durch die SSc-bedingte Mikroangiopathie mit eingeschränkter Perfusion sowie die Xerostomie bei Sjögren-Syndrom, die Einheilung und Perfusion des Transplantats beeinträchtigen, zusätzlich begünstigt durch den RT2-Status mit interproximalem Attachmentverlust. Ein Vorteil des Bindegewebstransplantats ist das mögliche „Creeping Attachment" – eine nachträgliche, minimale weitere Deckung, die an Zahn 31 beobachtet wurde (vgl. Abb. 7 vs. 9b).[15] Die verbesserte Ausgestaltung des Approximalraums zwischen 31 und 41 führte zu einer stabileren Papille.[16]

Fazit

Die kombinierte parodontalchirurgisch-restaurative Therapie war trotz hoher Invasivität eine wichtige Maßnahme zum langfristigen Erhalt der oralen Gesundheit und damit ein wesentlicher Beitrag zur Lebensqualität der Patientin. Das verbesserte ästhetische Erscheinungsbild kann die Motivation zu gründlicherer häuslicher Mundhygiene sowie zur regelmäßigen Wahrnehmung von Kontrollterminen und professionellen Zahnreinigungen fördern. In Kombination mit einem engmaschigen Recall bildet dies die Grundlage für den langfristigen Therapieerfolg.

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

© Abbildungen: Priv.-Doz. Dr. José Ignacio Zorzin

Literatur

Dr. Adrian Perez

Priv.-Doz. Dr. Julia Lubauer

Priv.-Doz. Dr. José Ignacio Zorzin

DR. ADRIAN PEREZ
Klinik für Zahnerhaltung
und Parodontologie
Universitätsklinikum Erlangen
Glückstrasse 11
91054 Erlangen
adrian.perez@fau.de

PRIV.-DOZ. DR. JULIA LUBAUER
Klinik für Zahnerhaltung
und Parodontologie
Universitätsklinikum Erlangen
Glückstrasse 11
91054 Erlangen
julia.lubauer@uk-erlangen.de
https://www.uk-erlangen.de

PRIV.-DOZ. DR. JOSÉ IGNACIO ZORZIN
Klinik für Zahnerhaltung
und Parodontologie
Universitätsklinikum Erlangen
Glückstrasse 11
91054 Erlangen
jose.zorzin@fau.de



© ojan – stock.adobe.com (KI-generiert) + © Arif Biswas – stock.adobe.com

Diagnostik: Vom Biofilm zur Prognose

Was benötigen wir in der klinischen Praxis?

Die Klassifikation der parodontalen Erkrankungen von 2018[1,2] ist spätestens seit Aufnahme in die Behandlungsrichtlinien des BEMA auch in Deutschland zum alltäglichen Werkzeug geworden, um den Schweregrad einer Parodontalerkrankung zu beschreiben (Staging), Aussagen über die Progression der Erkrankung zu treffen (Grading) und somit eine präzise Diagnose zu formulieren. In der Klassifikation werden eine Reihe diagnostischer Parameter genutzt, um zwischen den möglichen Diagnosen von klinischer parodontaler Gesundheit bis zu komplexen, fortgeschrittenen Formen differenzieren zu können.

Ein Beitrag von Prof. Dr. Peter Hahner

Mit dem Fortschreiten des Wissens zur Ätiologie und Pathogenese der unterschiedlichen Erkrankungsformen und der Weiterentwicklung der therapeutischen Möglichkeiten ergibt sich die Frage, ob die schon lange genutzten diagnostischen Tools noch geeignet sind, die Krankheitscharakteristika treffsicher abzubilden, oder durch neue Verfahren ergänzt oder sogar abgelöst werden sollten.

Grundsätzliches zur Diagnostik

Im vergangenen Jahr hat die European Federation of Periodontology (EFP) einen Konsensusreport veröffentlicht, in dem die aktuell zur Verfügung stehenden diagnostischen Möglichkeiten beschrieben und bewertet werden.[3] Vor der Besprechung der einzelnen Methoden sollen die grundlegenden Entscheidungskriterien für den Einsatz eines diagnostischen Verfahrens im klinischen Alltag diskutiert werden.

Die erste Frage lautet: Gibt es für das diagnostische Verfahren eine valide wissenschaftliche Grundlage? Zur Beantwortung dieser Frage wird in sog. „Diagnostic Accuracy Studies" überprüft, ob mit dem zu untersuchenden Verfahren die Erkrankung sicher identifiziert werden kann. Die Ergebnisse können in Kontingenztafeln dargestellt werden (Abb. 1). Mit Sensitivität wird der Anteil der tatsächlich Erkrankten an der Gesamtzahl der Personen mit positivem Testergebnis bezeichnet. Spezifität ist bei einer medizinischen Diagnose der Anteil an Gesunden, bei denen auch ein negatives Testergebnis vorliegt. Werden für einen diagnostischen Parameter Grenzwerte zur Unterscheidung zwischen „gesund" und „erkrankt" definiert, wird sich bei Verschiebung des Grenzwertes auch Sensitivität und Spezifität des Verfahrens verändern.

Die Werte können grafisch in einer Grenzwertoptimierungskurve (Receiver Operating Characteristic [ROC]) dargestellt werden (Abb. 2). Je größer die Fläche unter der Kurve (Area Under the Curve [AUC]) ist, desto höher ist die Trennschärfe des Verfahrens. Eine Diagonale von unten links nach oben rechts entspräche der Vorhersagekraft eines Münzwurfes![4]

Für die klinische Anwendung ist wichtig, ob die Aussagen des diagnostischen Tests sicher genug sind, um eine eventuelle invasive Therapie(-Ergänzung) zu begründen oder auch auf therapeutische Maßnahmen zu verzichten.

	PERSON IST ERKRANKT	PERSON IST GESUND
Test positiv	richtig positiv (rp)	falsch positiv (fp)
Test negativ	falsch negativ (fn)	richtig negativ (rn)

1 *Sensitivität = $r_p : (r_p + f_n)$ – Spezifität = $r_n : (f_p + r_n)$*

Abb. 1: *Kontingenztafel – Berechnung der Sensitivität und Spezifität eines diagnostischen Tests.*

In der klinischen Praxis stellen sich weitere Fragen:

- Werden durch ein zusätzliches diagnostisches Verfahren, beispielsweise die Ergänzung der klinischen parodontologischen Diagnostik durch Labortests, relevante zusätzliche Informationen bereitgestellt? Leistet das ergänzende Verfahren einen sinnvollen Beitrag zur klinischen Entscheidungsfindung? Kann die Antwort zu einer Modifikation des therapeutischen Vorgehens führen oder steht die Therapie ohnehin fest und wird nicht verändert, weil es vielleicht gar keine valide Alternative gibt?
- Welcher Aufwand entsteht bei Einbeziehung weiterer Diagnostik (finanziell, zeitlich)? Beinhaltet die Diagnostik Risiken oder sogar unerwünschte Begleiteffekte (z. B. Strahlenbelastung bei Röntgendiagnostik?)

An dieser Stelle könnte man noch differenzieren, ob diagnostische Parameter primär für die klinische Entscheidungsfindung benötigt oder für eine besonders detaillierte Dokumentation, z. B. im Rahmen einer klinischen Studie, genutzt werden.

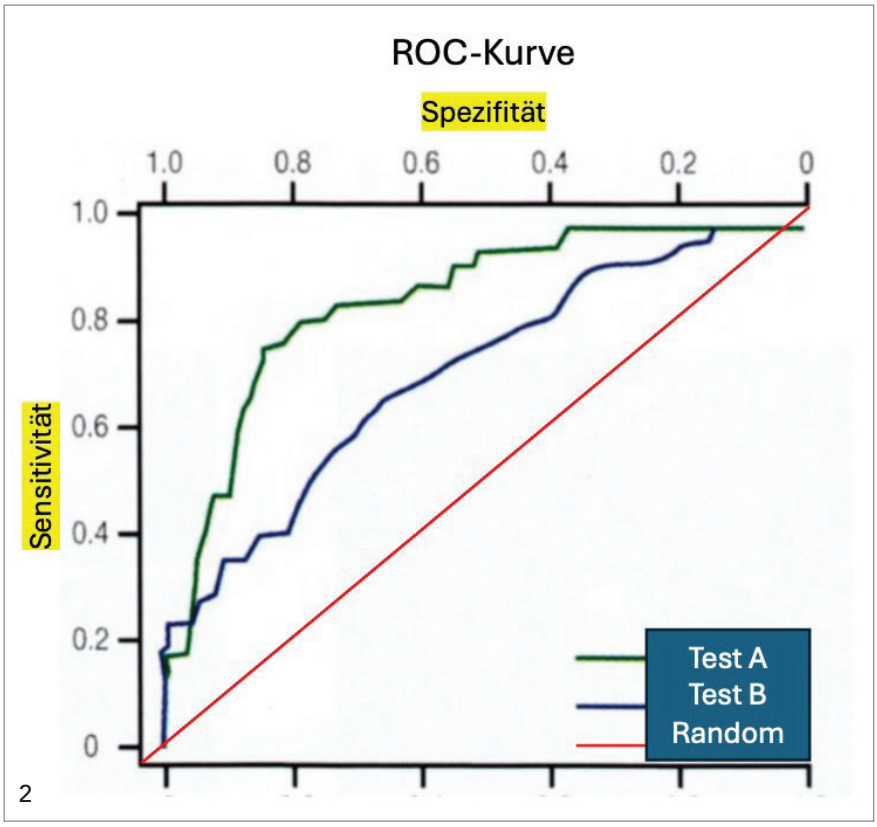


Abb. 2: *Grenzwertoptimierungskurve (Receiver Operating Characteristic – ROC) für zwei Tests.*

Als Grundlage für die Betrachtung des aktuellen wissenschaftlichen Hintergrundes dienen im Wesentlichen die Texte des Konsensusreportes der EFP.[3] Zur Vorbereitung wurde mittels mehrerer systematischer Reviews die derzeitige Evidenz erfasst und diese in drei Arbeitsgruppen aufbereitet.

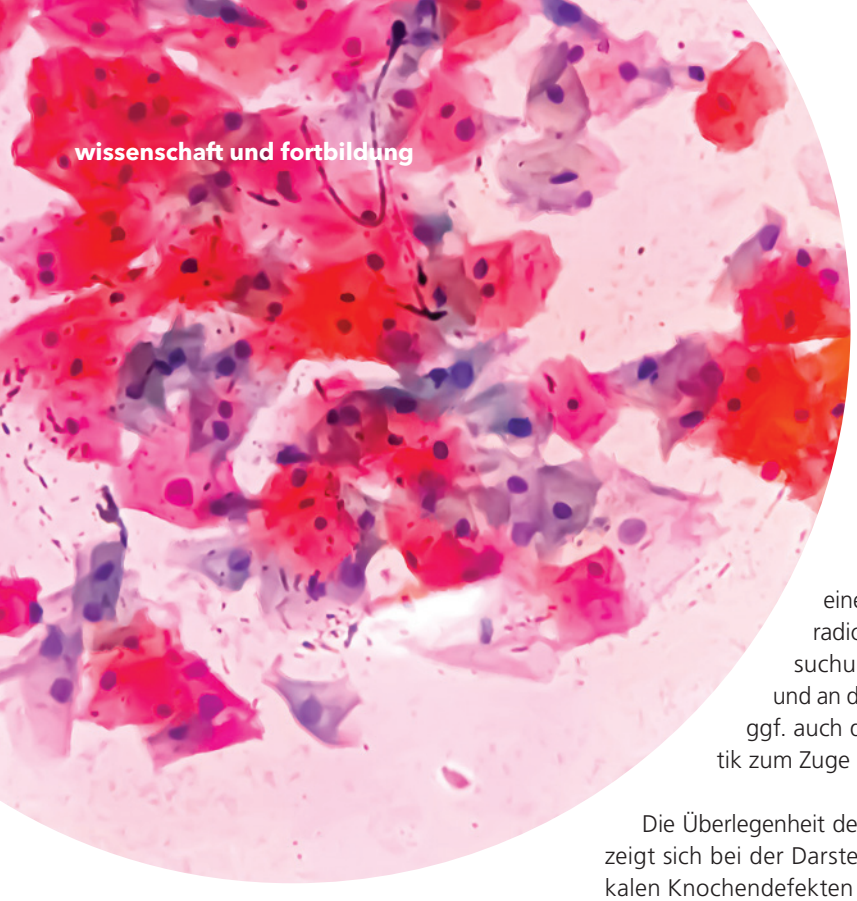
Arbeitsgruppe 1:
Traditionelle Methoden

Hier wurde die klassische manuelle Sondierung zur Bestimmung der Parameter Sondierungstiefe (ST), klinisches Attachmentlevel (CAL) und Sondierungsblutung (BOP – „Bleeding on Probing") als Referenz bestätigt. Mit diesen Daten, ergänzt durch röntgenologische Befunde, ist nach wie vor eine sichere Einordnung eines parodontalen Krankheitsfalles in die Systematik der Klassifikation von 2018 gewährleistet.

Die klinisch ermittelten Werte für ST und CAL können von den histologischen Dimensionen um ±0,5 mm abweichen, je nach Entzündungsstatus wird die Sondierung koronal des Saumepithelansatzes enden (bei gesundem, straffem Gewebe) oder sogar das Saumepithel penetrieren (bei akuter Entzündung).[5] Bei klinischen Messungen der ST ist von einer Standardabweichung der Einzelmessung von etwa ±0,5 mm auszugehen.[6] Die Reproduzierbarkeit der Einzelmessung liegt beim Vergleich wiederholter Messungen eines Untersuchers bei einem Korrelationskoeffizienten von 0,759–0,863, bei Vergleichen zwischen unterschiedlichen Untersuchern mit 0,197–0,791 in einem deutlich größeren Bereich.[7] Die Messergebnisse werden durch den Durchmesser (Empfehlung: 0,5 mm) und die Art der Skalierung der Parodontalsonde, den Entzündungsgrad des Gewebes, durch Positionierung und Angulation der Sonde und den Sondierungsdruck beeinflusst. Letztere Einflussfaktoren erklären die Beobachtung aus der klinischen Lehre, dass die ST erheblich mit der Erfahrung des Untersuchers korrelieren.

Ergänzend zu den Informationen aus dem klinischen Parodontalstatus wird routinemäßig die Diagnostik mittels 2D-Bildgebungsverfahren wie periapikalen Einzelaufnahmen und Panoramaaufnahmen empfohlen, um die Anforderungen der Klassifikation von 2018 zu erfüllen. Betrachtet man das Zielkriterium „horizontaler oder vertikaler parodontaler Knochenverlust", wird mit beiden Aufnahmetechniken eine hohe Übereinstimmung mit den klinischen Daten gefunden, die aus mehreren Studien gepoolte Sensitivität und Spezifität beträgt 0,77 bzw. 0,76.[8] Die Korrelation zwischen klinischen und radiologischen Befunden bei Furkationsdefekten ist geringer und nimmt erst mit dem Ausmaß des Defektes zu. Es besteht die Gefahr, den Knochenverlust bei Furkationsdefekten anhand zweidimensionaler radiologischer Darstellungen zu unterschätzen.[8]

Eine erheblich größere Übereinstimmung zwischen dem radiologischen und klinischen Befund ergibt sich bei 3D-Darstellungen (DVT). Hierfür wird eine intraoperative Messung als Goldstandard für die klinische Referenz herangezogen. Dann



eine weitergehende radiologische Untersuchung empfohlen, und an dieser Stelle sollte ggf. auch die 3D-Diagnostik zum Zuge kommen.[3]

liegt die Sensitivität und Spezifität für die korrekte Detektion von Furkationsdefekten bei 0,98. Trotzdem wird die 3D-Bildgebung nach Abwägen von Nutzen und Risiken wegen der erheblich höheren Strahlenbelastung nicht als Routinediagnostik empfohlen, sondern soll speziellen Diagnosen vorbehalten sein. So wird beispielsweise bei Nichterreichen der Behandlungsziele nach Abschluss der Behandlungsphasen 1 und 2

Die Überlegenheit der 3D-Diagnostik zeigt sich bei der Darstellung von vertikalen Knochendefekten an vestibulären und häufiger oralen Zahnflächen und besonders im Bereich der Furkationen. Auch die Diagnose kombinierter Paro-Endo-Läsionen wird erleichtert (Abb. 3). Diese zusätzlichen Informationen verbessern die Vorhersage der Erfolgsaussichten für einen häufig aufwendigen chirurgischen Eingriff und geben Hinweise auf einen optimalen operativen Zugang (z. B. Planung der Schnittführung), speziell bei oberen Molaren.

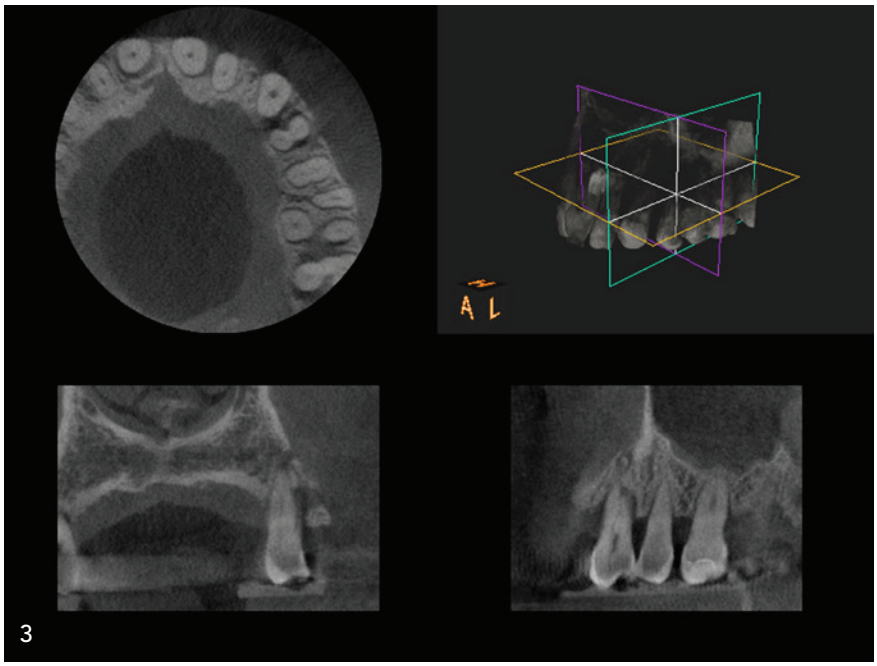


Abb. 3: *In der 3D-Darstellung lassen sich die Knochendefekte palatinal an den Zähnen 11 und 21, vestibulär an 24 (mit Verdacht auf eine kombiniert parodontale und endodontische Pathologie) und im Bereich der Furkationen an 26 und 27 beurteilen.*

In diesem konkreten Beispiel wäre eines der anfangs genannten Kriterien für ein ergänzendes diagnostisches Verfahren erfüllt: Die zusätzliche Information der dreidimensionalen Bildgebung kann zu einer Modifikation der Behandlungsplanung führen, ggf. auch zum Verzicht auf einen regenerativen oder zahnerhaltenden Eingriff wegen eingeschränkter Heilungschancen.

Arbeitsgruppe 2:
Diagnostische Tests zu mikrobiellen und Wirts-Biomarkern und genetischen Markern

In einer zweiten Arbeitsgruppe wurden unterschiedliche diagnostische Tests behandelt. Da mit klinischen und radiologischen Parametern nur bereits eingetretene Gewebsverluste quantifiziert und daraus evtl. Prognosen über zukünftige Krankheitsverläufe abgeleitet werden können, besteht schon seit Langem der Wunsch, mithilfe von Labortests zu einer prädiktiven Diagnostik gelangen zu können.

Unterschiedliche mikrobielle Tests werden verwendet, um die spezifische Keimflora bei einzelnen Patienten zu analysieren – in der Erwartung, daraus Rückschlüsse auf Erfolg versprechende therapeutische Ansätze ziehen zu können. Dabei wird der subgingival entnommene Biofilm auf das Vorhandensein einer je nach Test unterschiedlichen Anzahl einzelner Bakterienspezies hin untersucht, sog. Markerkeime, die im besonderen Maß für die Pathogenese der Parodontitis relevant sein sollen. Nach dem heutigen Erkenntnisstand sind diese Annahmen nicht mehr zutreffend, sodass die Bestimmung einzelner Spezies nicht die Anforderungen an einen diagnostischen Test für Parodontitis erfüllt.[9]

Unter den Biomarkern zur Einschätzung von immunologischen Wirtsreaktionen wird am häufigsten die Konzentration der Matrix-Metalloproteinase-8 im Speichel oder in der Sulkusflüssigkeit gemessen. Zur Bestimmung des Enzyms in Mundspülungen liegt ein kommerziell verfügbarer Test vor. Nach einer aktuellen Metaanalyse liegt die Sensitivität bei 0,49–0,84 und die Spezifität bei 0,62–0,79.[10] Aufgrund der niedrigen Sensitivität wird der

Einsatz zur Diagnose der Parodontitis als zu unsicher angesehen. Es ist schon länger bekannt, dass die Vorhersagegenauigkeit durch Kombination mehrerer Biomarker gesteigert wird,[11] womit aber der Aufwand für die klinische Routine in der Regel zu groß sein wird. Nach dem Review von Rakic et al. (2025)[10] wird trotzdem keine signifikante Verbesserung der Diskrimination zwischen Gingivitis und Parodontitis erreicht.

Als dritte Kategorie von Biomarkern werden auch schon seit vielen Jahren genetische Tests diskutiert. Durch die immer mehr gesicherte Beobachtung, dass bei der Pathogenese der Parodontitis von einer ganzen Reihe von Risikogenen auszugehen ist, die auch individuell unterschiedlich exprimiert werden, wird der Einsatz von Gentests in der klinischen Praxis als verzichtbar angesehen.[12]

Im Konsensusreport der EFP werden daher folgende Stellungnahmen formuliert:
Auf der Grundlage von mikrobiellen, Wirt-basierten oder genetischen Biomarkern kann derzeit …

- nicht zuverlässig zwischen Gingivitis und Parodontitis unterschieden werden,
- nicht zwischen unterschiedlichen Stadien oder Graden der Parodontitis unterschieden werden,
- keine verlässliche Aussage zur Krankheitsprogression oder zum Behandlungserfolg nach Therapie gegeben werden.[3]

Arbeitsgruppe 3:
Neue Technologien – Auswirkungen von fragebogenbasierten Bewertungen und auf künstlicher Intelligenz basierten Systemen

In dieser Arbeitsgruppe wurde eine Reihe von neuen Ansätzen zum Screening auf der Basis von Fragebögen, Biomarker-Analysen aus Blut- und Speichelproben und der KI-gestützten Auswertung von radiologischen Befunden diskutiert. Bisher können auf diesem Weg hauptsächlich schwere Erkrankungsformen (Stadium III und IV) detektiert werden, wohingegen die Diagnose von Gingivitis und beginnender Parodontitis noch unsicher ist. Zur Unterstützung im klinischen Alltag zeigt künstliche Intelligenz schon bei der Interpretation von radiologischen Befunden gute Ergebnisse, sodass in Zukunft mit einem verstärkten Einsatz auch in der Praxis gerechnet werden kann.

Fazit

Für den klinischen Alltag bleiben die klassischen Methoden der klinischen und röntgenologischen Diagnostik weiterhin ausschlaggebend. Es gibt Anhaltspunkte, dass mit den in den Arbeitsgruppen 2 und 3 untersuchten Methoden vielleicht in Zukunft der Schritt in Richtung einer mehr prädiktiv ausgerichteten Diagnostik erfolgen kann.

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

© Abbildungen:
Prof. Dr. Peter Hahner, M.Sc.

Prof. Dr. Peter Hahner, M.Sc.

Literatur



PROF. DR. PETER HAHNER, M.SC.
CBS University of Applied Sciences
Bahnstraße 6–8
50996 Köln
p.hahner@cbs.de

ANZEIGE

dentalautoren.de

Dentale
Schreib-
talente
gesucht!



Sie können schreiben?
Kontaktieren Sie uns.

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: +49 341 48474-0
info@oemus-media.de

Artikulationsfolie für präziseste Okklusion

Die exakte Kontrolle der Okklusion ist entscheidend für den Erfolg restaurativer Behandlungen, ob bei Kompositfüllungen, Zahnersatz oder Kronen. Herkömmliches Artikulationspapier liefert jedoch oft unzuverlässige oder verschmierte Markierungen. TrollFoil® setzt hier neue Standards: Die ultradünne, beidseitig beschichtete Artikulationsfolie markiert klar, präzise und zuverlässig, selbst auf hochglanzpolierten, feuchten oder kontaminierten Oberflächen wie Porzellan, Gold oder in speichelreichen Situationen.

Für echte Kontaktpunkte statt Pseudokontakte

Studien zeigen: Je dünner das Artikulationsmaterial, desto genauer die Markierung.[1,2]

Deshalb gibt es TrollFoil in zwei Varianten:
- 8 µm – der **klinische Standard** für den täglichen Einsatz (erhältlich in Blau und Rot)
- 4,5 µm – die **ultradünne Premiumoption** für maximale Präzision (erhältlich in Blau)

Die geringe Materialstärke trägt zu einer Reduktion von potenziellen Pseudokontakten bei und liefert klar definierte Markierungen ohne Verschmieren.





Mit integriertem Kunststoffrahmen

Ein zentrales Merkmal von TrollFoil ist der integrierte, stabile Kunststoffrahmen, der die Folie stets flach und gespannt hält. Das verändert den Arbeitsablauf spürbar:

- **Keine Pinzette notwendig**
  Die Folie wird direkt mit den Fingern gehalten – ganz ohne Miller-Zange oder andere Instrumente, die anschließend sterilisiert werden müssten.
- **Saubere Handhabung**
  Die ergonomische Griffzone verhindert Farbe an den Fingern.
- **Einhandtechnik möglich**
  Durch den integrierten Halter lässt sich die Folie einfach und schnell mit nur einer Hand im Mund positionieren.
- **Sofort einsatzbereit**
  Ein leicht ablösbarer Schutzstreifen bewahrt die Farbe bis zum Einsatz.

Markiert auf beiden Zahnbögen gleichzeitig

Dank der beidseitigen Beschichtung zeigt TrollFoil simultan die Kontaktpunkte im Ober- und Unterkiefer, was die Okklusionskontrolle erheblich vereinfacht und präzisiert.

Literatur

Infos zum Unternehmen

DIRECTA AB
ALEXANDER HAID
Tel.: +49 171 8187933

Puro.Flexx® – die neue Generation flexibler Prothesen



Puro.Flexx® – unsichtbar, flexibel, komfortabel: Die neue Generation von Prothesen.

Mit Puro.Flexx® setzt RAINER DENTAL neue Maßstäbe in der modernen Prothetik. Die innovativen Prothesen überzeugen durch Flexibilität. Das Spezialmaterial folgt jeder Bewegung im Mund und hält die Prothese fest an den Restzähnen. Ästhetisch nahezu unsichtbar – dank brillanter Transluzenz und natürlicher Zahnfleischfarbe bieten Puro.Flexx®-Prothesen eine Lösung ohne störende Metallklammern. Patienten profitieren von außergewöhnlichem Tragekomfort: leicht, dünn und angenehm flexibel. Gleichzeitig garantiert die hohe Elastizität sehr hohe Bruchsicherheit. Puro.Flexx eignet sich sehr gut für Allergiker. Ob provisorisch oder dauerhaft, für Freiendversorgungen oder Totalprothesen – die Vielseitigkeit ist einzigartig. Sogar als Interimszahnersatz auf alten Primärteleskopen kann eine Puro.Flexx-Prothese noch jahrelang gute Dienste tun. Restzähne werden geschont, da keine Metallklammern belasten. Zudem sind die Prothesen jederzeit unterfütterbar und erweiterbar. Ein weiterer Vorteil: Puro.Flexx-Prothesen können mit nur einem Datensatz angefertigt werden. Auf eine Abformung kann verzichtet werden. Krankenkassen bezuschussen die flexiblen ästhetischen Puro.Flexx-Prothesen. Für interessierte Kunden steht ein attraktives Kennenlernangebot bereit.

RAINER DENTAL E.K.
Regensburger Straße 24
84048 Mainburg
Tel.: +49 8751 77868-0
Fax: +49 8751 77868-50
info@puroflexx.de
www.rainerdental.de

ANZEIGE

GALILEI • KEPLER • ERGO • LED • CAM

Lupenbrillen, Licht- und Kamerasysteme
für Medizin und Technik

BaLUPO® Ergo
by admetec

Ergonomisches Design für eine optimale Kopf- und Körperhaltung

Maximaler Komfort Extra leicht für ermüdungsfreies Arbeiten

3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.5 oder 10-fache Vergrößerung

Marktführer für Lupenbrillen in Deutschland

BAJOHR SEE BIG. LUPENBRILLE.DE

BAJOHR
OPTECMED®

Hohenzollernstraße 18a | 80801 München
Tel. 089 21023280 | info@lupenbrille.de
www.lupenbrille.de

Bundesweiter Außendienst sowie weitere Fachgeschäfte in Berlin, Hamburg, Köln, München und Einbeck

Schwäbisches Herbstsymposium 2026

ZBV Schwaben

Praxisnahe Fortbildung für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Samstag, 21. November 2026

Kongressgebühr € 295,00

Fortbildungspunkte 8

Das Symposium findet als Online-Fortbildung statt!



Anmeldung über eazf GmbH
www.eazf.de/sites/Herbstsymposium

In Kooperation mit:

eazf

Programm

09.00 – 09.15 Uhr

Begrüßung und Einführung

09.15 – 12.30 Uhr

Zielführende Patientengespräche – Therapieoptionen erfolgreich vermitteln

Im Vortrag erfahren Sie, wie Sie durch gezielte Kommunikation, einschließlich non-verbaler Aspekte, Patienten für sinnvolle Zusatzleistungen sensibilisieren und begeistern können. Sie erreichen damit gleich zwei Ziele auf einmal: Ihre Patienten profitieren von einer noch besseren Versorgung, während Sie als Praxisinhaber/-in zusätzliche Leistungen für eine noch bessere Zahnmedizin anbieten können.

Lernen Sie, Einwände und Bedenken souverän zu behandeln und mögliche Widerstände zu überwinden, um eine für den Patienten vorteilhafte Behandlungsoption und Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

Der Referent bietet Ihnen dafür praxiserprobte Strategien und präsentiert bewährte Techniken, um Patientengespräche effektiv zu gestalten und Therapieoptionen erfolgreich zu vermitteln.

Referent: Dr. Marc Elstner

13.30 – 16.30 Uhr

Der Defekt bestimmt den Weg – Regenerative Verfahren in der Parodontalchirurgie

Nach der Initialtherapie verbleiben an stark parodontal kompromittierten Zähnen häufig Resttaschen. Für einen langfristigen Erfolg müssen diese weiter chirurgisch behandelt werden. Die regenerative Parodontalchirurgie spielt dabei eine entscheidende Rolle: Durch Wiedergewinnung von parodontalem Attachment kann die Prognose der Zähne deutlich verbessert werden bzw. ist ein Zahnerhalt überhaupt erst möglich.

Welche patienten- und zahnbezogenen Faktoren spielen bei regenerativen Eingriffen eine Rolle? Mit welchen regenerativen Materialien und OP-Techniken kann ich eine maximale parodontale Regeneration erzielen? Und wie bette ich parodontalchirurgische Eingriffe in mein Praxiskonzept ein? Diese und weitere Fragen werden im Rahmen des Vortrags beleuchtet, um eine voraussagbare Regeneration am Zahn durchführen zu können.

Referentin: PD Dr. Amelie Bäumer-König M.Sc.

eazf Fortbildungen

KURS-NR.	THEMA	DOZENT	DATEN	€	PKT	ZIELGRUPPE
C76729	Vom Apfel zur Karies – vom Smoothie zum Diabetes	Tatjana Herold	Mi., 25.11.2026, 09:00 Uhr Nürnberg Akademie	415	8	PP
C66741	Kleine Reparaturen von Zahnersatz, Herstellung von individuellen Löffeln und Registrierschablonen	Konrad Uhl	Mi., 25.11.2026, 09:00 Uhr München Akademie	395	0	PP
C66159	Aktualisierung der Kenntnisse im Arbeitsschutz der BLZK – BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 25.11.2026, 14:00 Uhr München Akademie	225	6	ZA, ZÄ
C76739	ABR 2 – Abrechnung nach BEMA mit Fallbeispielen	Irmgard Marischler	Sa., 28.11.2026, 09:00 Uhr Nürnberg Akademie	150	8	ZA, ZÄ, ASS, PP
C76116	Endodontische Maßnahmen im Milchgebiss und Versorgung mit verschiedenen Kronensystemen	Dr. Uta Salomon	Sa., 28.11.2026, 09:00 Uhr Nürnberg Akademie	495	7	ZA, ZÄ
C66742	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mo., 30.11.2026, 09:00 Uhr bis Mi., 02.12.2026 München Akademie	495	0	PP
C56950-12	Biologisierung in der Parodontologie – was können Blutkonzentrate, Hyaluron und Co. am Parodont leisten?	Prof. Dr. Nicole B. Arweiler	Di., 01.12.2026, 19:00 Uhr ONLINE-Fortbildung	45	2	ZÄ
C56218	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz	Dr. Stefan Gassenmeier	Mi., 02.12.2026, 14:00 Uhr ONLINE-Fortbildung	125	9	ZA, ZÄ
C66143	Zahnärztliche Chirurgie – Basiskurs	Prof. Dr. Herbert Deppe	Fr., 04./05.12.2026, 14:00 Uhr München Akademie	650	16	ZA, ZÄ
C66139	State of the Art in der Implantatprothetik	Dr. Michael Hopp	Sa., 05.12.2026, 09:00 Uhr München Flößergasse	495	8	ZA, ZÄ
C76740	ABR 3 – ZE-Abrechnung, befundorientierte Festzuschüsse	Irmgard Marischler	Sa., 05.12.2026, 09:00 Uhr Nürnberg Akademie	150	8	ZA, ZÄ, ASS, PP
C36402	Prothetische Assistenz	ZÄ Manuela Gumbrecht	Mo., 07.–10.12.2026, 09:00 Uhr München Akademie	750	0	PP
C66743	Intensivkurs Verwaltung	Susanne Eßer	Mo., 07.–08.12.2026, 09:00 Uhr München Flößergasse	495	0	PP
C66744	Reparaturen und Wiederherstellungen von Zahnersatz	Irmgard Marischler	Fr., 11.12.2026, 09:00 Uhr München Flößergasse	395	8	ZA, ZÄ, PP
C66140	Parodontalchirurgie – Indikation, Methoden, Ergebnisse	Prof. Dr. Dr. Matthias Folwaczny	Sa., 12.12.2026, 09:00 Uhr München Akademie	525	11	ZA, ZÄ
C76731	UPT: „Schnell geht's maschinell" – maschinelle subginginale Instrumentierung	Sabine Deutsch, Karin Schwengsbier	Sa., 12.12.2026, 09:00 Uhr Nürnberg Akademie	425	0	PP
C66756	ABR 3 – ZE-Abrechnung, befundorientierte Festzuschüsse	Irmgard Marischler	Sa., 12.12.2026, 09:00 Uhr München Flößergasse	150	8	ZA, ZÄ, ASS, PP
C76732	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Moritz Kipping	Mo., 14.–16.12.2026, 09:00 Uhr Nürnberg Akademie	495	0	PP
C56278	Arbeitsschutz und -sicherheit auf Basis des BLZK-Präventionskonzepts (BuS-Dienst)	Brigitte Kenzel	Mi., 16.12.2026, 09:00 Uhr ONLINE-Fortbildung	395	0	PP
C66144	Zahnärztliche Chirurgie – Aufbaukurs	Prof. Dr. Thomas Weischer	Fr., 18./19.12.2026, 14:00 Uhr München Akademie	650	16	ZA, ZÄ
C56950-15	Pflegetag der BLZK	Moderation: Dr. Frank Hummel, Dr. Cornelius Haffner	Fr., 18.12.2026, 14:00 Uhr ONLINE-Fortbildung	0	6	ZA, ZÄ
D97867	Weiterqualifizierung Praxismanager/-in eazf	Stephan Grüner, Thomas Kroth, Moritz Küffner, Brigitte Kenzel, Ria Röpfl, Daniel Lesser, Brigitte Kral, Karin Reischl	Mi., 13.01.2027, 09:00 Uhr bis Mi., 02.06.2027 Nürnberg Akademie	2.950	0	ZMV
D57302	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Christian Öttl	Mi., 13.01.2027, 15:00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP
D67101	Digitale Volumentomografie (DVT)	Prof. Dr. Herbert Deppe, Prof. Dr. Jörg Neugebauer	Sa., 16.01.2027, 09:00 Uhr bis Sa., 17.04.2027 München Flößergasse	795	17	ZA, ZÄ

eazf Fortbildungen

KURS-NR.	THEMA	DOZENT	DATEN	€	PKT	ZIELGRUPPE
D17502	31. Klinische Demonstration 2027 – digital oder konventionell?	Moderation: Prof. Dr. Dr. Marco R. Kesting, Prof. Dr. Dr. Manuel Weber	Sa., 16.01.2027, 09:00 Uhr Erlangen Universitätsklinikum	75	5	ZA, ZÄ, ASS
D76003-5	Kursserie Myodiagnostik: Manuelle Medizin 2	Rainer Wittmann, Dr. Eva Meierhöfer	Fr., 22./23.01.2027, 09:00 Uhr Nürnberg Akademie	500	22	ZA
D67103	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mo., 25.–27.01.2027, 09:00 Uhr München Akademie	495	0	PP
D77691	Weiterqualifizierung Hygiene-beauftragte/-r eazf	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Mi., 27.–29.01.2027, 09:00 Uhr Nürnberg Akademie	695	20	PP
D67104	Aktualisierung der Kenntnisse im Arbeitsschutz der BLZK – BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 27.01.2027, 14:00 Uhr München Flößergasse	225	6	ZA, ZÄ
D17810	14. Winterfortbildung des VFwZ	Ralph Bittelmeyer, Priv.-Doz. Dr. Georg Breuer, Dr. Dr. Markus Tröltzsch, Priv.-Doz. Dr. Michael St. Pierre, Prof. Dr. Dr. Karl Andreas Schlegel	Do., 28.–30.01.2027, 08:30 Uhr Kitzbühel Hotel Kitzhof	1.000	21	ZA, ZÄ
D67620-1	Unternehmensführung für Zahnmediziner	Stephan Grüner	Sa., 30.01.2027, 09:00 Uhr München Flößergasse	175	8	ZA, ZÄ, ASS, PM
D37301	Prophylaxe Basiskurs	Tatjana Herold, Nathalie Zircher, Alla Käufler, Tobias Feilmeier	Mo., 01.02.2027, 09:00 Uhr bis Di., 16.03.2027 München Akademie	950	0	PP
D77202	Die professionelle Zahnreinigung – PZR-Intensivkurs	Sabine Deutsch, Karin Schwengsbier	Mo., 01./02.02.2027, 09:00 Uhr Nürnberg Akademie	675	0	PP
D77201	Röntgenkurs für ZFA zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz	Dr. Moritz Kipping	Mo., 01.–03.02.2027, 09:00 Uhr Nürnberg Akademie	495	0	PP
D67105	Präventionskonzept Arbeitsschutz: Erstschulung BuS-Dienst	Matthias Hajek	Mi., 03.02.2027, 14:00 Uhr München Akademie	295	6	ZA, ZÄ
D57303	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz	Dr. Christian Öttl	Mi., 03.02.2027, 14:00 Uhr ONLINE-Fortbildung	125	9	ZA, ZÄ
D77203	Chirurgisch-implantologisches Intensivseminar für den Allgemein-zahnarzt	Priv.-Doz. Dr. Dietmar Weng	Do., 04.–06.02.2027, 09:00 Uhr Nürnberg Akademie	1.875	30	ZA, ZÄ
D67621-1	ABR 1 – Grundkenntnisse der GOZ-Abrechnung und Auszüge aus der GOÄ	Irmgard Marischler	Sa., 06.02.2027, 09:00 Uhr München Flößergasse	175	8	ZA, ZÄ, ASS, PP
D67106	Die professionelle Zahnreinigung – PZR-Intensivkurs	Tatjana Jung, Natascha Stang	Fr., 12./13.02.2027, 09:00 Uhr München Akademie	675	0	PP
D97908	Intensivkurs Quereinstieg	Brigitte Kenzel, Regina Kraus, Kerstin Kaufmann, Daniela Brunhofer	Di., 12.02.2027, 09:00 Uhr bis Sa., 13.03.2027 Nürnberg Akademie	895	0	QE
D97704	Weiterqualifizierung Abrechnungs-manager/-in eazf	Regina Kraus, Irmgard Marischler	Di., 16.02.2027, 09:00 Uhr bis Mo., 14.06.2027 München Flößergasse	1.800	119	ZMV
D67681	Weiterqualifizierung Qualitäts-managementbeauftragte/-r eazf (QMB)	Brigitte Kenzel, Ria Röpfl	Di., 16.–18.02.2027, 09:00 Uhr München Flößergasse	795	24	PP
D57305	Aktualisierung der Kenntnisse im Strahlenschutz für ZFA	Dr. Moritz Kipping	Mi., 17.02.2027, 15:00 Uhr ONLINE-Fortbildung	95	0	PP
D67640	Der Weg zur erfolgreichen Praxisabgabe	Michael Weber, Dr. Ralf Schauer, Stephan Grüner, Hanna Pachowsky	Sa., 20.02.2027, 09:00 Uhr München Flößergasse	45	8	ZA, ZÄ
D67650	Niederlassungsseminar für Existenzgründer	Dr. Ralf Schauer, Stephan Grüner, Michael Weber, Hanna Pachowsky	Sa., 20.02.2027, 09:00 Uhr München Flößergasse	45	8	ZA, ZÄ, ASS
D37101	Prothetische Assistenz	ZÄ Manuela Gumbrecht	Mo., 22.–25.02.2027, 09:00 Uhr Nürnberg Akademie	750	0	PP

Unternehmensführung für Zahnärzt/-innen

DATUM	ORT	UHRZEIT	KURS	KURSINHALTE
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
27. Februar 2027 23. Oktober 2027	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	BWL 2	**Steuern statt gesteuert werden – Kennzahlen, Strukturen und Steuerrecht** Betriebswirtschaftliche Auswertungen (BWA) verstehen, Spannungsfeld Umsatz/Rentabilität/Liquidität, Praxisinvestitionen und deren Finanzierung, Kalkulation von Leistungen, Controlling, Risikomanagement, steuerliche Aspekte
24. April 2027	München	9.00–16.00 Uhr	BWL 3	**Segel setzen statt rudern – Ihr Praxisalltag mit Rückenwind** Kommunikation im Team und mit Patienten, Wertschätzung als Motivationsinstrument, Stress reduzieren und Zusammenarbeit stärken, Missverständnisse vermeiden, Gesprächsabläufe und Informationswege gestalten
9. Juni 2027 8. Dezember 2027	Online Online	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	BWL 4	**Grundlagen des Hygienemanagements** Rechtsgrundlagen, Schutzausrüstung, Arbeitsmedizinische Vorsorge, Hygienemaßnahmen in der Praxis, Aufbereitung von Medizinprodukten, Gefahrenstoffe
12. Juni 2027 13. November 2027	München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	BWL 5	**Wichtige Verträge, Berufshaftung und Praxisformen** Rechte und Pflichten in der Berufsausübung, Behandlungsvertrag, Praxismietvertrag, Verträge mit angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten, Ehevertrag, Praxiskaufvertrag, Anteilsäußerungsvertrag, Praxisformen und Kooperationen
23. Juli 2027	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

Abrechnung für Zahnärzt/-innen

DATUM	ORT	UHRZEIT	KURS	KURSINHALTE
6. Februar 2027 9. Oktober 2027 16. Oktober 2027	München München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	ABR 1	**Grundkenntnisse der GOZ und Auszüge aus der GOÄ** Allgemeine zahnärztliche Leistungen, Prophylaxe, KCH, CHIR, Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut, Aufbissbehelfe und Schienen, Funktionsanalytische Maßnahmen, Implantologie, Auszüge GOÄ, Materialkosten
17. April 2027 13. November 2027 27. November 2027	München München Nürnberg	9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr 9.00–17.00 Uhr	ABR 2	**Abrechnung nach BEMA mit Fallbeispielen** Behandlungsrichtlinien, KONS/CHIR, Parodontologie, Schienentherapie, Aufklärung und Dokumentation, Behandlungsvereinbarungen, Fallbeispiele
5. Juli 2027 4. Dezember 2027 11. Dezember 2027	München München Nürnberg	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, Privatvereinbarungen, 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 2027

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:
20.2.2027, München
17.4.2027, Regensburg
10.7.2027, Nürnberg
16.10.2027, München
20.11.2027, Würzburg

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

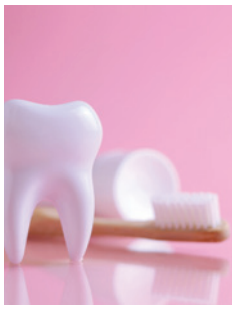
Fort- und Weiterbildungsangebote zur fachlichen und persönlichen Entwicklung des zahnärztlichen Personals genießen bei der eazf schon immer einen hohen Stellenwert. Unsere langjährige Erfahrung garantiert eine konsequente und zielgerichtete Qualifikation für die vielfältigen beruflichen Aufgaben in der 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)

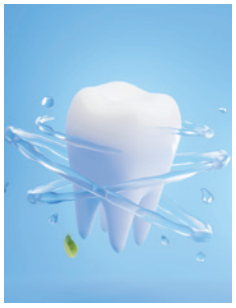
Kursinhalte: Plaque- und Blutungsindizes, Kariesrisikoeinschätzung, Erarbeiten von Therapievorschlägen, PZR im sichtbaren und im klinisch sichtbaren subgingivalen Bereich, Beratung und Motivation, Fissurenversiegelung, Ernährungslehre, Abdrucknahme und Provisorienherstellung, Behandlungsplanung, intensive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

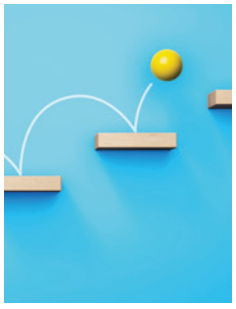
Kursinhalte: Anamnese, gesunde und erkrankte Strukturen der Mundhöhle, therapeutische Maßnahmen, Parodontitistherapie, Beratung und Motivation der Patienten, Langzeitbetreuung von Patienten jeder Altersstufe, intensive praktische Übungen, Klinikpraktika

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)

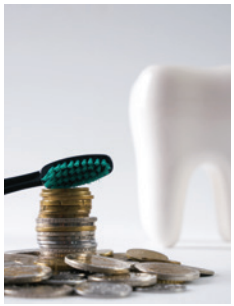
Kursinhalte: Abrechnungswesen, Praxismanagement, Marketing, Rechts- und Wirtschaftskunde, Informations- und Kommunikationstechnologie (EDV), Kommunikation, Rhetorik und Psychologie, Präsentationstechnik, Datenschutz, Personal- und Ausbildungswesen, Pädagogik, QM

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.



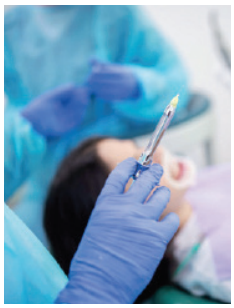
QUALITÄTSMANAGEMENTBEAUFTRAGTE/-R EAZF (QMB)

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 dürfen.

www.eazf.de/sites/karriereplanung

Vorläufige Prüfungstermine für Aufstiegsfortbildungen 2027/2028

Bitte beachten Sie die Hinweise zum Prüfungsort[1]

	VORAUSSICHTLICHER PRÜFUNGSTERMIN	ANMELDESCHLUSS INKL. VOLLSTÄNDIGER ZULASSUNGSUNTERLAGEN
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.

Kassenänderungen

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns

Namensänderung eines Sonstigen Kostenträgers – ab sofort –
SOZ Donau-Ries Nördlingen in Landratsamt Donau-Ries FB 50
(KA-Nr. 911007135200).

Ordentliche Vertreterversammlung

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns

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

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

Freitag, 20. November 2026, 10:00 Uhr und
Samstag, 21. November 2026, 9:00 Uhr

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

A) **Begrüßung und Regularien**

B) **Fragestunde**

C) **Tagesordnung**

1. Bericht des Vorsitzenden der Vertreterversammlung
2. Bericht des Vorstands
3. Bericht des VV-Ausschusses
4. Berichte der Referenten, der Geschäftsführer, aus den Geschäftsbereichen und den Bezirksstellen
5. Bericht des Finanzausschusses
6. Ergebnis 2025
   6.1 Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung
   6.2 Prüfbericht
   6.3 Entlastung des Vorstands
7. Finanzangelegenheiten
   7.1 Beschlussfassung über Verwaltungskostenbeiträge
   7.2 Beratung und Genehmigung der Haushalts- und Investitionsplanung 2027
8. Beschlussfassung über die Aufwandsentschädigungsordnungen I und Ia sowie die Reisekostenordnungen I, Ia und II
9. Bericht des Satzungsausschusses
10. Antrag auf Änderung der Notdienstordnung der KZVB
11. Sonstiges
12. Immobilien der KZVB (nichtöffentlich)

Dr. Jürgen Welsch
Vorsitzender der Vertreterversammlung

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.**

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

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

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

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

3 Wege zu Ihrer Kleinanzeige:



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

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

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

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

Zahnarztpraxis zur Übernahme Ende 2027 – Nähe Günzburg (Bayern)/Ulm (Baden-Württemberg)

Traditionsreiche Zahnarztpraxis in 4. Generation aus Altersgründen zeitnah abzugeben. Eine Übergangsphase ist auf Wunsch möglich. Die Praxis liegt nahe Günzburg (Legoland), nur ca. 30 km von Ulm entfernt, und verfügt über: **2 Behandlungszimmer** (Erweiterung auf 3 möglich) **120 qm² Praxisfläche, Röntgenraum mit OPG, Einzelröntgen, KFO-Gerät und KaVo-Behandlungseinheiten.** Barrierefreie Lage im Erdgeschoss, separates Büro sowie Aufenthaltsraum mit Umkleidemöglichkeit. Günstige Pacht und kostenfreie Parkplätze direkt vor der Praxis. Besonders interessant für KFO- oder MKG-Praxen, da in der Umgebung kaum Konkurrenz im Bereich Kieferorthopädie besteht. Eine ideale Gelegenheit für den direkten Einstieg mit Entwicklungspotenzial.

Bei Interesse freuen wir uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter:
Tel.: 07329 1632 oder per E-Mail an lefrenz@freenet.de

arnim Medizintechnik und Dental-Reparaturen

Familiengeführter Meisterbetrieb mit Branchenkenntnis seit 1962 bietet, Reparatur von Hand.- und Winkelstücken, Turbinen, ZEG, Luft.- und Elektromotore, Kupplungen, Hygienegeräte und Laborgeräte mit original Ersatzteilen der Marken: Bien Air, Dentsply Sirona, KaVo, MK-Dent, NSK, Schick, W&H und vieler anderer. Reparaturaustauschprodukte, Reparaturersatzprodukte und Zubehöre.

Zur Website:

Reparatur direkt beauftragen.

Helmut Arnim GmbH | Am Moosfeld 53 | 81829 München
Telefon: 0049 (0)89 42 30 79 | Fax: 0049 (0)89 42 58 59
E-Mail: info@arnim-gmbh.de | www.arnim-gmbh.de

Zahnarztpraxis in Vilseck dringend abzugeben!

Aufgrund eines Todesfalls wird für eine etablierte Zahnarztpraxis in Vilseck (Landkreis Amberg-Sulzbach) eine engagierte Nachfolgerin bzw. ein engagierter Nachfolger gesucht.

Kontakt über Dr. Sigrid Peukert:
Telefon: 01573 3249309 oder **sigrid.peukert@web.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, 16. November 2026

ISSN 1618-3584

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns



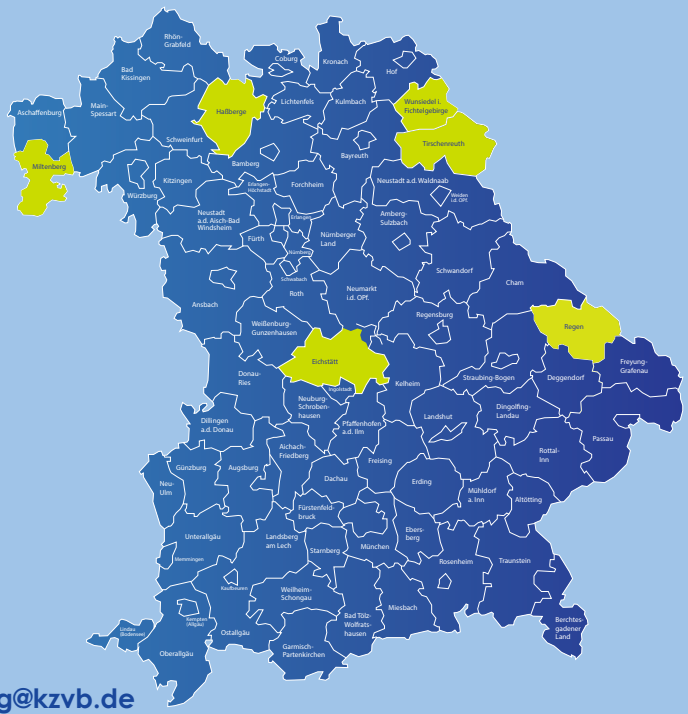
© Artalis-Kartographie – adobe stock.com

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
- Regen
- Tirschenreuth
- Wunsiedel



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

Fakten statt Meinung

Lohnt sich der Umstieg aufs Factoring?

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

Kostenfrei anfordern



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

Die ABZ-ZR GmbH in Bayern ist ein Gemeinschaftsunternehmen der DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH (DZR) und der ABZ eG. Im Bereich KFO-Factoring bietet die ABZ-ZR GmbH in Zusammenarbeit mit dem DZR durch das ABZ Kompetenzzentrum Kieferorthopädie deutschlandweit exklusive Factoringlösungen für KFO-Praxen an.