

zm

Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Das Bundeskabinett hat das Sparpaket beschlossen. Nicht nur die Zahnärzteschaft reagiert mit massiver Kritik.

SEITE 14

Scheinselbstständigkeit

Wenn Sie Tätigkeiten an freie Mitarbeiter auslagern, dürfen diese nicht doch abhängig beschäftigt sein. Sonst haften Sie.

SEITE 32

CME-Fortbildungsteil

Die Leitlinie „Zahnmedizinische Betreuung geriatrischer Patienten“ gibt auch Empfehlungen zur Praxisorganisation.

SEITE 47

Was Sie beim Einsatz von KI rechtlich beachten müssen!



Pulpitis-Notfall-Versorgung bei akuter Pulpitis*
bis zur späteren regelrechten Behandlung

ESTEVE

LEDERMIX®

Dentalpaste



Der schnelle Weg zur Schmerzlinderung bei akuter Pulpitis^{1*}

- Wirkstoffkombination aus Glucocorticoid und Antibiotikum¹
- Meist rasch eintretende Schmerzlinderung¹ und effektive Reduktion kariogener Keime²
- Antiinflammatorische³ und antibakterielle Wirkung²



Scannen Sie den QR-Code, um mehr über die Entwicklung von Ledermix® durch Dr. André Schroeder zu erfahren⁴

* Ledermix® wird angewendet bei einer Pulpitis-Notfall-Versorgung bei partieller oder totaler akuter, nicht purulenter Pulpitis bis zur späteren regelrechten Behandlung¹

[1] Fachinformation Ledermix®, Stand 03/2022. [2] Wicht M., Haak R., Schütt-Gerowitt H., Kneist S., Noack M. J.; Suppression of caries-related microorganisms in dentine lesions after short-term chlorhexidine or antibiotic treatment; Caries Res. 2004 Sep–Oct;38(5):436–41. [3] Pierce A., Lindsog S.; The effect of an antibiotic/corticosteroid paste on inflammatory root resorption in vivo. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1987 Aug; 64(2):216–20. [4] Hofpeter, Kevin, Hülsmann, Michael; Pioniere der Endodontie: André Schroeder, Endodontie 04/2024; 33(4):373-381.

PFLICHTANGABEN gem. § 4 HWG - Ledermix®, Dentalpaste – Quantitative und qualitative Zusammensetzung: Wirkstoffe: Demeclocyclin-Calcium und Triamcinolonacetonid. 1 g Dentalpaste enthält 30,21 mg Demeclocyclin-Calcium (1:1) (entspricht 30,00 mg Demeclocyclinhydrochlorid) und 10 mg Triamcinolonacetonid. Die sonstigen Bestandteile sind: Macrogol 400, Macrogol 3000, Zinkoxid, hochdisperses Siliciumdioxid, Calciumchlorid-Dihydrat, Trolamin, Natriumcalciumedetat (Ph.Eur.), Natriumsulfit, gereinigtes Wasser. – **Anwendungsgebiete:** Pulpitis-Notfall-Versorgung bei partieller oder totaler akuter, nicht purulenter Pulpitis bis zur späteren regelrechten Behandlung. – **Gegenanzeigen:** bei Überempfindlichkeit gegen Demeclocyclin, Triamcinolonacetonid, Natriumsulfit oder einen der sonstigen Bestandteile von Ledermix®, bei Überempfindlichkeit gegen Kortikoide und Tetracycline (Kreuzallergie), bei Vorliegen von Pulpitis purulenta (eitrige Pulpaentzündung). – **Nebenwirkungen:** In sehr seltenen Fällen können allergische Reaktionen, bis hin zum anaphylaktischen Schock auftreten. Auf eine Kreuzallergie mit anderen Tetracyclinen wird hingewiesen. Natriumsulfit kann in seltenen Fällen schwere Überempfindlichkeitsreaktionen und Bronchialkrämpfe (Bronchialspasmen) hervorrufen. – **Warnhinweise:** Enthält Natriumsulfit. Packungsbeilage beachten. – **Verschreibungspflichtig – Pharmazeutischer Unternehmer:** Esteve Pharmaceuticals GmbH, Hohenzollerndamm 150-151, 14199 Berlin, Deutschland – **Stand der Information:** März 2022

Licht und Schatten

Der Kabinettsbeschluss des so genannten GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes bietet für die Zahnärzteschaft wenig Grund zur Freude. Sollte das Gesetz so kommen, wie es Ende April das Kabinett passiert hat, würde das zu massiven Einschnitten in der Versorgung führen. Wenn es im Zusammenhang mit diesem Gesetzgebungsverfahren etwas Positives zu berichten gibt, dann, dass nun doch eine Herstellerabgabe auf zuckergesüßte Getränke kommen soll. Dies soll gesondert auf den Weg gebracht und auch erst 2028 umgesetzt werden. Weshalb man sich wundern kann, dass die Einführung noch so lange dauernd soll, wohingegen oben genanntes Spargesetz derzeit regelrecht durch das parlamentarische Verfahren gepeitscht wird. Aber nun gut, die Vermutung liegt nahe, dass man die Bauern- und Lebensmittellobby noch etwas schonen wollte. Doch viel länger konnte die Union den Widerstand offenbar nicht aufrechterhalten, um sich nicht dem Vorwurf auszusetzen, gänzlich gegen jede Vernunft zu agieren. Nach Aussage des Bundesgesundheitsministeriums sollen die geschätzten Einnahmen in Höhe von jährlich rund 450 Millionen Euro der GKV zugutekommen. Das hört sich erst einmal gut an, doch allein mir fehlt der Glaube, dass dieses Geld wirklich wie angekündigt im Bereich Prävention landet. In Anbetracht aller klaffenden Haushaltdlöcher wird jede Mehreinnahme sofort von verschiedenen Seiten große Begehlichkeiten wecken. Sei's drum, eine wichtige Forderung der Zahnärzteschaft soll nun endlich umgesetzt werden. Da darf man sich auch einmal verhalten freuen.

Licht und Schatten liegen auch beim allgegenwärtigen Dauerthema KI nah zusammen. KI-basierte Systeme halten rasant Einzug in den Praxisalltag. Und das in ganz unterschiedlicher Form und auf verschiedenen Ebenen: Als Sprach- und Dokumentationssysteme, Termin-Tools oder etwa als diagnostische Software, die Röntgenbilder auswertet. Auch wenn diese Systeme viel Erleichterung und Unterstützung versprechen – und teilweise auch halten –, so betreten wir damit auch Neuland, um die Ex-Bundeskanzlerin zu zitieren. Und dies vor allem auch in rechtlicher Hinsicht. Denn die Gesetzgebung und die Rechtsprechung kommen der rasend schnellen technischen Entwicklung nicht hinterher. Dabei stellen sich neue rechtliche Fragen: Welche Vorgaben gelten? Wer haftet bei Fehlern? Und was sagt der Datenschutz? Unser Experte versucht, Antworten auf die wichtigsten Fragen zu geben, damit Sie wissen, worauf Sie beim Einsatz von KI achten müssen, um keine bösen Überraschungen zu erleben.

Dass die Bevölkerung in Deutschland immer älter wird, ist hinlänglich bekannt. Die Folgen – insbesondere für die Versorgung der immer größer werdenden Gruppe hochbetagter Menschen – sind gravierend. Dabei zeichnet sich diese Altersgruppe durch eine große Heterogenität aus. Teilweise noch sehr vital, teilweise aber auch multimorbide und stark pflegebedürftig. Dabei ist die Mundhygiene oft einge-

schränkt. In unserer dreiteiligen Fortbildung in diesem Heft befassen wir uns intensiv mit der Leitlinie „Zahnmedizinische Betreuung geriatrischer Patienten“. Sie berücksichtigt dabei auch die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den psychosozialen und allgemeinmedizinischen Grundlagen der zahnärztlichen Diagnostik und Therapie alter Menschen. Denn es zeigt sich, dass es teilweise erhebliche Unterschiede zu jüngeren Patientinnen und Patienten gibt. Unsere Expertinnen und Experten fassen die Leitlinie für Sie gut aufbereitet zusammen, so dass Sie jederzeit darauf zurückgreifen können.

Viel Spaß bei der Lektüre



Sascha Rudat
Chefredakteur



22

Traumatische Implantatintrusion

Trotz Verlust der knöchernen Integration nach einem Sturz konnte eine erneute Osseointegration erreicht werden.



26

Liquiditätsmanagement – die Seite 2 der BWA

Die BWA zeigt, ob eine Praxis wirtschaftlich erfolgreich arbeitet. Die Liquiditätsrechnung aber zeigt, ob sie finanziell handlungsfähig bleibt.

Inhalt

MEINUNG

- 3 Editorial
- 6 Leitartikel
- 8 Leserforum

POLITIK

- 12 **Gesetz zur GKV-Beitrags-satzstabilisierung**
Kabinett beschließt Gesundheitsreform
- 14 **Reaktionen auf den Kabinettschluss**
Herbe Kritik am GKV-Sparpaket
- 16 **Gesundheitsreform**
Zuckersteuer soll ab 2028 kommen
- 40 **Kurz erklärt: Social-Media-Verbot für Jugendliche**
Ist ein Alters-Check der Key?

ZAHNMEDIZIN

- 18 **Sechste Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS • 6)**
Karies: Prophylaxefokus in der Jugend neu setzen!
- 22 **Außergewöhnliche Verletzungskonstellation der Oberkieferfront**
Traumatische Implantatintrusion mit Reposition und Re-Osseointegration
- 30 **50 Jahre Fortbildung der Bezirkszahnärztekammer Freiburg**
Die dentale Familie trifft sich in Rust
- 44 **3D-Druck versus konventionelle Thermoformen**
Was passiert im Körper mit Mikroplastik aus KFO-Schienen?
- 47 **Fortbildung zur Leitlinie „Zahnmedizinische Betreuung geriatrischer Patienten“**
48 Teil 1: Diagnostik bei alten Patienten
54 Teil 2: Therapie bei alten Patienten
62 Teil 3: Betreuungsrecht und Ethik

76 Software im Test

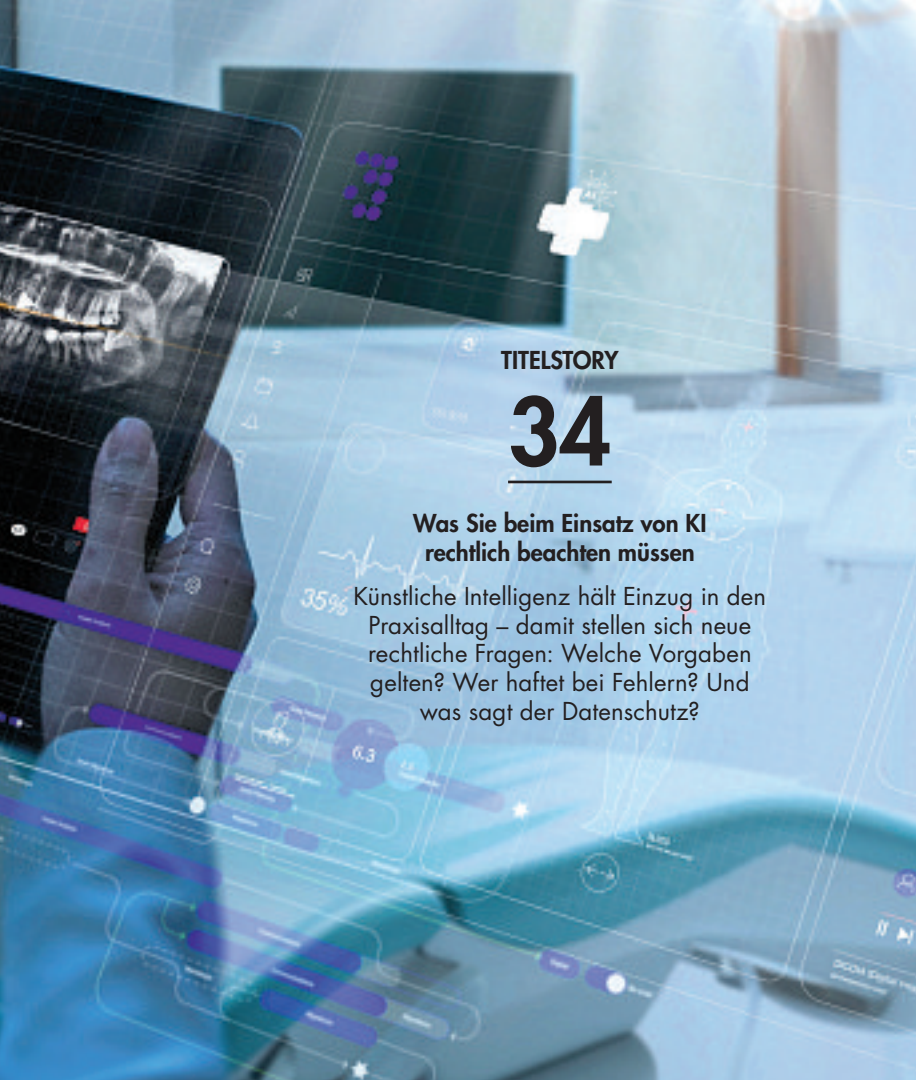
Was kann der Viewer „VistaSoft Cloud View“?

TITELSTORY

- 34 **KI in der Zahnmedizin – Teil 6**
Was Sie beim Einsatz von KI rechtlich beachten müssen!

PRAXIS

- 21 **Bundesweite Befragung gestartet**
So können Zahnarztpraxen Belastungen mit der TI sichtbar machen
- 28 **Betriebswirtschaft in der Zahnarztpraxis – Teil 5**
Warum die Seite 2 der BWA oft wichtiger ist



TITELSTORY

34

Was Sie beim Einsatz von KI rechtlich beachten müssen

35% Künstliche Intelligenz hält Einzug in den Praxisalltag – damit stellen sich neue rechtliche Fragen: Welche Vorgaben gelten? Wer haftet bei Fehlern? Und was sagt der Datenschutz?



42

Von Hammer-Tipps bis Zahnstocher-Kauen

Falls Ihnen bei einer Behandlung in Ihrer Praxis seltsame Symptome auffallen, könnte das mit diesen Social-Media-Trends zusammenhängen.

Theifoto: K.illustrator Photo –
 stock.adobe.com

- 32 Scheinselbstständigkeit bei Beschäftigungsverhältnissen**
Die Ersparnis von heute ist die Nachzahlung von morgen
- 39 Sicherheitsvorgabe des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik**
ePA-Zugriff mit Android 13 endet zum Juli
- 68 Placebo- und Nocebo-Effekte in der zahnärztlichen Kommunikation**
Sprache beeinflusst Erwartungen
- 72 Gebührenrechtliche Einordnung der BZÄK – Teil 1**
Der mehrschichtige Kompositaufbau in Adhäsivtechnik einschließlich Lichthärtung
- 80 Interview mit Dr. Elias Neubert zu Existenzgründungsseminaren**
„Bis heute achte ich stark auf wirtschaftliche Kennzahlen!“

GESELLSCHAFT

- 42 Social-Media-Hypes im Check**
Von Hammer-Tipps bis Zahnstocher-Kauen
- 66 ChatGPT-Empfehlungen bei Gesundheitsfragen**
Kann KI auch Patientensteuerung?
- 74 Anonymer Krankenschein Bonn und Dental Emergency Team**
Zahnmedizin für Menschen ohne Krankenversicherung
- 82 In Burkina Faso mit AMPO International**
32 Zahnärzte für 18 Millionen Menschen

MARKT

- 85 Neuheiten**

RUBRIKEN

- 10 Ein Bild und seine Geschichte**
- 60 Termine**
- 84 Impressum**
- 98 Zu guter Letzt**

Diese Reform gefährdet die zahnärztliche Versorgung

Die Diagnose steht fest, doch die Therapie überzeugt nicht: Ob das geplante GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz seinem Namen gerecht wird, bleibt fraglich. Sicher ist: Sollte das Gesetz in seiner jetzigen Form verabschiedet werden, drohen der bisher erfolgreichen vertragszahnärztlichen Versorgung massive Einschnitte. Mit diesem Gesetzentwurf greift die Politik erneut willkürlich in funktionierende Versorgungsstrukturen ein – mit Begründungen, die fachlich kaum haltbar sind.

Besonders deutlich wird dies im Bereich der Kieferorthopädie. Die Behauptung einer generellen Überversorgung stützt sich auf methodisch schwache oder fehlinterpretierte Publikationen. Aktuelle Studienergebnisse wie die der DMS • 6 werden schlicht ignoriert. Zudem suggeriert der geplante Fachzahnarztvorbehalt, dass eine qualitativ hochwertige Behandlung nur mit dieser Spezialisierung zu gewährleisten sei.

Das Bundesgesundheitsministerium spricht damit einem Großteil der Kolleginnen und Kollegen die Kompetenz ab, gesetzlich Versicherte kieferorthopädisch behandeln zu können. Ein

Paradoxon: Für Privatversicherte gilt diese Beschränkung nicht. Es stellt sich die provokante Frage, warum in der Binnenlogik des Ministeriums die Kompetenz für deren Behandlung ausreichen sollte. Generell besteht für eine derartige gesetzliche Beschränkung weder eine fachliche Notwendigkeit, noch gibt es eine sachliche Rechtfertigung. Darüber hinaus wäre eine solche Regelung schlicht verfassungswidrig und würde die Existenz vieler Praxen gefährden.

Während wir uns mit den Fachverbänden und der Wissenschaft einig sind, zeigen sich die Krankenkassen wenig kompromissbereit. Dass von dieser Seite ein Angriff auf die Versorgung, für die gerade auch die Krankenkassen ihren Versicherten gegenüber Verantwortung tragen, stillschweigend hingenommen oder sogar begrüßt wird, ist mehr als bedenklich. Es bleibt abzuwarten, auf welcher Datenbasis die Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss bewerten wollen, ob ein Zugang zur Versorgung ab dem Behandlungsbedarfsgrad 3 medizinisch und wirtschaftlich noch angemessen ist.

Neben dem Wegbrechen kieferorthopädischer Versorgungsanteile belasten die auf dem Tisch liegenden dauerhaften Kürzungen in der Vergütung bei Preis und Menge die Planungssicherheit der Praxen. Die geplante „einnahmensorientierte Ausgabenpolitik“ sieht eine strikte Bindung der Vergütung an die Grundlohnrate vor. Verschärft wird dies durch zusätzliche Abschläge von einem Prozentpunkt für die Jahre 2027 bis 2029. Die Bundesregierung ignoriert dabei zwei wesentliche Fakten:

1. Der vertragszahnärztliche Bereich arbeitet bereits hochgradig effizient und wirtschaftlich.
2. Die Zahnärzteschaft leistet durch die bis heute wirkenden Folgen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) bereits einen erheblichen, dauerhaften Sparbeitrag.

Unter diesen Rahmenbedingungen lassen sich medizinisch notwendige Leistungsentwicklungen kaum mehr abbilden. Dass trifft insbesondere präventionsorientierte Versorgungskonzepte wie die Parodontitistherapie und die Versorgung vulnerabler Patientengruppen. Die Erfahrungen mit der Budgetierung des GKV-FinStG haben gezeigt: Eingriffe in die Leistungsmenge führen unmittelbar zu Versorgungseinschränkungen. Damit konterkariert das Gesetz zentrale gesundheitspolitische Ziele. Wer bei Prävention spart, zahlt am Ende doppelt.

Unsere Forderung ist klar: Diese Regelungen müssen aus dem Gesetzentwurf gestrichen werden.

Daher geht es jetzt darum, mit aller Geschlossenheit des Berufsstands und allen Kräften im parlamentarischen Verfahren Änderungen am Gesetz zu erwirken, um die fatalen Folgen für die Patientenversorgung und den Berufsstand zu verhindern.

Martin Hendges
Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung

Lesen Sie mehr zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz auf S. 12.





DANUBE PRIVATE UNIVERSITY
Austria



Diplomstudium Zahnmedizin zur/zum Dr.ⁱⁿ/Dr. med. dent

POSTGRADUALE WEITERBILDUNG

Akademische/r Expert*in

- 4 Semester | 80 ECTS -

eröffnet Ihnen direkt nach dem Zahnmedizinstudium, auch ohne Berufserfahrung und mit voller Anerkennung der erbrachten Leistungen von 80 ECTS, den Einstieg in das dritte und letzte Studienjahr des fachlich einschlägigen postgradualen Universitätslehrgangs

Master of Science (Continuing Education), kurz MSc (CE)

- 6 Semester | 120 ECTS -

NEU

Digital Dentistry
in Aesthetics
mit
Univ.-Prof. Dr.
Daniel Edelhoff

Digital Dentistry in Aesthetics

Endodontie

Kieferorthopädie

Orale Chirurgie/Implantologie

Parodontologie und Implantologie

NEU

Akademische/r Expert*in – Leadership in Dentistry
Ihre Strategie für erfolgreiches Praxismanagement

Doktoratsstudium Zahnmedizin – PhD

DANUBE PRIVATE UNIVERSITY GMBH (DPU)



Steiner Landstraße 124 • 3500 Krems an der Donau • AUSTRIA



+43 676 842 419 305



info@dp-uni.ac.at



dp-uni.ac.at



Foto: ©Federico Rostagno - stock.adobe.com

Leserforum

RETAINER IN DER KIEFERORTHOPÄDIE

Zwei entscheidende Punkte wurden nicht angesprochen

Leserbrief zur Titelgeschichte „Ohne Retention kein stabiles Ergebnis?“ in zm 7/2026, S. 36–44

Euer Artikel fasst den aktuellen Konsens super zusammen, danke. Zwei entscheidende Punkte wurden für die Diskussion um ein stabiles Langzeitergebnis jedoch nicht angesprochen: der X-Effekt bei festsitzenden Retainern und die myofunktionelle Stabilität.

Zum einen fehlt das kritische Bewusstsein für das „Wire Syndrome“ (X-Effekt). Auch wenn Twistflex-Retainer für manche noch als Standard gelten, sehe ich in der Praxis regelmäßig massive



Die zm-Redaktion ist frei in der Annahme von Leserbriefen und behält sich sinnwahrende Kürzungen vor. Außerdem behalten wir uns vor, Leserbriefe auch in der digitalen Ausgabe der zm und bei www.zm-online.de zu veröffentlichen. Bitte geben Sie immer Ihren vollen Namen und Ihre Adresse an und senden Sie Ihren Leserbrief an leserbriefe@zm-online.de oder an die **Redaktion**:

Zahnärztliche Mitteilungen, Chausseestr. 13, 10115 Berlin.
Anonyme Leserbriefe werden nicht veröffentlicht.

Rotationen und Kippungen bei völlig intakten Klebestellen. Diese Drähte entsellen sich durch okklusale Belastung, werden ungewollt zur Torsionsfeder und hebeln die Wurzel aus dem Parodont. Aus Sorgfaltspflicht flicke ich partiell gelöste Twistflex-Retainer daher prinzipiell nicht mehr. Ein Nachkleben provoziert möglicherweise einen iatrogenen X-Effekt. Das ist aus meiner Sicht biomechanisch der einzige sichere Weg.

Zum anderen greift die rein mechanische Retention zu kurz, wenn die biologische Basis ignoriert wird. Eine dauerhafte Retention erfordert – fallabhängig – myofunktionelle Stabilität durch interdisziplinäre Kooperation mit der Logopädie. Die physiologische Zungenruhelage am Gaumen ist elementar, um das erreichte Ergebnis in der Transversalen zu stabilisieren. Ebenso müssen Zungendysfunktionen, insbesondere das viszerale Schluckmuster, konsequent abtrainiert werden. Ohne diese muskuläre Umprogrammierung ist eine erneute Frontzahnstufenbildung oder Bissöffnung oft nur eine Frage der Zeit – völlig unabhängig vom verwendeten Retainer.

Dr. Moritz Göde
München

**Nr. 1 ZAHNARZTEMPFEHLUNG
FÜR STARKEN ZAHNSCHMELZ***

FÜR STARKEN ZAHNSCHMELZ VON ANFANG AN

**Mit Zahnärzten entwickelt,
von Kindern geliebt****

- Remineralisiert sanft wertvollen Kinderzahnschmelz.
Für **2x stärkeren Schutz** vor Zuckersäuren***
- Effektiver Kariesschutz mit **altersgerechtem Fluoridgehalt**



Haleon unterstützt Sie im Praxisalltag!
Profitieren Sie von unserer **Wissensplattform -
von Experten für Experten**



Kostenlose
Produkt-Muster



Neueste
klinische Daten



CME-
Webinare



Beratungsmaterialien
zum Download

HALEON
healthpartner



**Muster
anfordern**

* Gemäß einer im Jahr 2024 durchgeführten Studie mit 300 Zahnärzten in Deutschland, gefragt nach der Markenempfehlung bei Problemen mit Zahnschmelzabbau. Die Empfehlung umfasst die gesamte Sensodyne ProSchmelz Produktfamilie. ** im Test mit 794 Kindern im Alter von 4 bis 12 Jahren liebten mehr als 70 % Geschmack und Farbe der Zahnpasten. *** In Labortests, im Vergleich zum natürlichen Schutz im Mund.

EIN BILD UND SEINE GESCHICHTE



Foto: YouTube – b/60, Dennis – stock.adobe.com

Als Najdat Saqr 2024 seine Notpraxis „The Dental Tent“ im Flüchtlingslager Nuseirat Camp in Gaza eröffnete, wurde dies als Akt des Widerstands und Hoffnungsschimmer in den Wirren des Krieges mit Israel gefeiert. Durch ein Bombardement der Israelis hatte der Zahnarzt zuvor so gut wie alles verloren, seine ehemals gut gehende Privatpraxis mit acht Angestellten und drei Behandlungszimmern lag in Trümmern – ebenso wie die Versorgung der Menschen im Kriegsgebiet. Saqr klaubte also alle noch brauchbaren Geräte und Materialien aus den zerstörten Räumen zusammen und richtete in einem der Zelte des Camps eine provisorische Praxis ein.

Zwei Jahre später gibt es kein Happy End, denn mittlerweile hat sich die Lage Medienberichten zufolge immer weiter verschlechtert. Es mangelt an Verbrauchsmaterialien wie Acryl, Zirkon, Wachs

und Gips, außerdem an Kraftstoff und Strom. Mitte April gingen der Praxis dann die Anästhetika und Füllungsmaterialien aus, berichtet die Zeitung The National aus Abu Dhabi. Gleichzeitig würden nicht nur die Einfuhr des dringend benötigten Nachschubs mit Verweis auf eine mögliche militärische Verwendung gestoppt, sondern auch Antibiotika und sogar Handinstrumente konfisziert.

Nach Angaben eines Sprechers des Zahnärzterverbands Gaza wurden Hunderte von Kliniken seit Kriegsbeginn zerstört, während andere aufgrund mangelnder Ausrüstung und Vorräte schließen mussten. „Unsere Arbeit könnte jeden Moment aufhören“, sagte er gegenüber The National. „Wir machen mit großen Schwierigkeiten weiter.“ In der Zwischenzeit sorgten die schlechte Ernährung und die mangelnde Hygiene in den Flüchtlingslagern für einen Anstieg oraler Krankheiten. ■

ICX-DIAMOND[®]

DAS ELITE-IMPLANTAT VON MEDENTIS

LIQUID



Der Elite-Werkstoff,
exklusiv für ICX-Diamond[®] Implantate.

GiganTium[®]

↳ ≥ 1.100 MPa ↳ 100 % Rein-Titan 4KV

ICX-DIAMOND[®] vereint vier Implantatdesigns
in einem Elite-System – mit einer prophetischen Verbindung,

ICX-DIAMOND
im ICX-Shop!



ONE VISION – BE SMART. BE ICX.

medentis
medical

GESETZ ZUR GKV-BEITRAGSSATZSTABILISIERUNG

Kabinett beschließt Gesundheitsreform

Das Bundeskabinett hat am 29. April den Entwurf eines Gesetzes zur GKV-Beitragsatzstabilisierung beschlossen. Mit der Begrenzung der Ausgabendynamik in allen Bereichen des Gesundheitswesens werden Versicherte von steigenden Zusatzbeiträgen entlastet, heißt es – und eine hochwertige Versorgung für die kommenden Jahre sichergestellt.

Das sind die wesentlichen Regelungen: Die jährlichen Vergütungsanstiege in allen Leistungsbereichen und im Verwaltungsbereich werden künftig auf die tatsächlichen Kostensteigerungen oder auf die Grundlohnrate begrenzt, wobei jeweils der niedrigere Wert maßgeblich ist. 2027 bis 2029 gilt ein Abschlag von einem Prozentpunkt.

Ab 2027 soll der G-BA jährlich für mindestens einen der planbaren und mengenanfälligen Eingriffe ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren regeln.

Extrabudgetäre Zusatzvergütungen für Leistungen in offenen Sprechstunden und Vermittlungsfällen werden wieder innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die extrabudgetäre Zusatzvergütung zur Erst- und Folgebefüllung der ePA wird gestrichen.

Der G-BA wird beauftragt, die Vorgaben für ein Hautkrebscreening inhaltlich zu überprüfen und eine Umstellung auf ein risikobasiertes Screening zu berücksichtigen.

Im Arzneimittelbereich soll ein ergänzender dynamischer Herstellerabschlag eingeführt werden.

Cannabis-Blüten werden von der Erstattung in der GKV ausgeschlossen. Der Anspruch auf Versorgung mit Cannabis wird begrenzt auf Extrakte in standardisierter Qualität und Fertigarzneimittel sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon.

Beitragsfrei über die Familie versichert bleiben: Eltern und ihre unter siebenjährigen Kinder; Eltern und ihre Kinder mit Behinderung, wenn diese nicht



Foto: Stockfotos/MG - stock.adobe.com

selbst für sich sorgen können; pflegende Angehörige und verrentete Partner sowie Ehegatten und Partner mit voller Erwerbsminderung. Für alle anderen mitversicherten Partner wird ein zusätzlicher Beitrag in Höhe von 2,5 Prozent des Einkommens des erwerbstätigen Ehepartners fällig.

Die Beitragsbemessungsgrenze wird um 300 Euro pro Monat angehoben.

Vorgesehen werden drei Stufen von „Teilarbeitsfähigkeit“: 25, 50 und 75 Prozent bezogen auf die Restleistungsfähigkeit am Arbeitsplatz. Die Teilarbeitsfähigkeit kann nur festgestellt werden, wenn Versicherte und Arbeitgeber zugestimmt haben.

Die Festzuschüsse beim Zahnersatz werden um 10 Prozent reduziert und liegen damit wieder auf dem gleichen Niveau wie vor dem Jahr 2020.

Die Zuzahlungsregelungen in der GKV werden um 50 Prozent erhöht und dann mit der Grundlohnrate dynamisiert. Zuzahlungsbefreiungen und

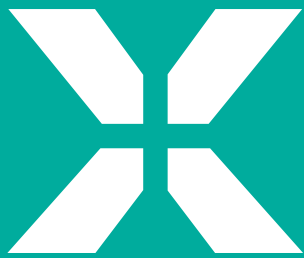
Härtefallregelungen bleiben bestehen. Beim ZE werden weiterhin bei Versicherten mit geringem Einkommen die Kosten für die medizinisch notwendige Behandlung komplett übernommen (100 Prozent Zuschuss in Härtefällen).

Die Netto-Verwaltungskosten der Krankenkassen werden dauerhaft gedeckelt durch eine Anbindung an die Grundlohnsumme. Die Werbeausgaben der Krankenkassen werden halbiert. Die Vergütungen für außertariflich beschäftigte Führungskräfte bei den Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und den KVen werden begrenzt.

Um die Beteiligung des Bundes an den Kosten der gesundheitlichen Versorgung der Grundsicherungsempfänger zu steigern, wird der Faktor zur Errechnung des entsprechenden Pauschalbetrags jährlich erhöht. Außerdem soll ab 2028 eine Abgabe auf zuckerige Getränke eingeführt werden. Zudem wird der Bundeszuschuss für die GKV von 2027 bis 2030 um je zwei Milliarden Euro reduziert.

mg

elmex®



Schmerzlinderung beginnt in Ihrer Praxis

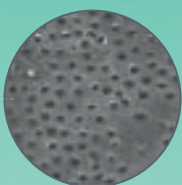


100% Tubuli-Okklusion
mit 1 Anwendung¹

DENTIN:
BEHANDELT
BEREICH



DENTIN:
UNBEHANDELT
BEREICH



Produktvorteile:

- ✓ Sorgt für hohe Fluoridaufnahme (5 % Natriumfluorid, 22.600 ppm F-)
- ✓ 50 Einzeldosen, je 0,4 ml
- ✓ Applikationspinsel
- ✓ Toller Geschmack nach Himbeere



Für die tägliche Mundpflege
bei Dentinhypersensibilität
gibt es die Routine von elmex®
SENSITIVE PROFESSIONAL

Zahnpasta: Für sofortige Schmerzlinderung bis zu 2x täglich mit der Fingerspitze auf den empfindlichen Zahn auftragen und für 1 Minute sanft einmassieren.
¹ Ultradent™ Data on file. Report WO#4422, 2018.

elmex®

PROFESSIONAL
— ORAL HEALTH —

REAKTIONEN AUF DEN KABINETTSBESCHLUSS

Herbe Kritik am GKV-Sparpaket

Das Bundeskabinett hat sich am 29. April auf das von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) geplante Sparpaket für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geeinigt. Zahnärzte, Ärzte, Krankenkassen, Vertreter der Kliniken sowie Sozialverbände reagierten empört und forderten Nachbesserungen am Gesetzentwurf.

Zahnärzte, Ärzte, Kassen, Klinik- und Sozialverbände fordern Änderungen am Regierungsentwurf des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes.



Foto: Andrey Popov - stock.adobe.com

Die Regelungen werden schwerwiegende negative Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung haben, sofern das Gesetz in dieser Form umgesetzt werden sollte“, warnte Martin Hendges, Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV). Mit Blick auf die vorgesehenen Inhalte in der Kieferorthopädie (KFO) und der einschneidenden Vergütungsregelungen sei der Entwurf „ein direkter Angriff auf die bis dato so erfolgreiche zahnärztliche Versorgung“.

Darüber hinaus würden die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung

durch die strikte Anbindung an die Grundlohnrate und den zusätzlichen dreijährigen Abschlag massiv ausgehöhlt. Dies lasse die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen zur reinen Makulatur werden. Um fatale Folgen für die Patientenversorgung und den Berufsstand zu verhindern, seien Änderungen am Entwurf notwendig, betonte Hendges.

„Ein direkter Angriff auf die zahnärztliche Versorgung“

Dr. Romy Ermler, Präsidentin der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), warnte ebenfalls vor den Folgen des geplanten Fachzahnarztvorbehalts in der KFO: „Anstatt die Prävention zu stärken, was zu wirksamen Gesundheits- und Einspareffekten führen würde, wird eine unnötige Trennung innerhalb des zahnärztlichen Berufsbildes forciert, ohne jeglichen Nutzen für Patientinnen und Patienten. Zahnärztinnen und Zahnärzte ohne KFO-Fachtitel wären plötzlich ausgeschlossen – auch wenn sie seit Jahren qualifiziert fortgebildet sind und KFO schwerpunktmäßig anbieten.“

In der Zahnmedizin gebe es grundsätzlich keine Facharztspflicht, Zahnärzte seien mit der Approbation Generalisten. Der Ausschluss aller Approbierten ohne KFO-Fachtitel von der Erbringung kieferorthopädischer Leistungen in der GKV käme daher „einem Tätigkeitsverbot für einen Teil des zahnärztlichen Leistungsspektrums gleich“. Positiv bewertete Ermler die geplante Zuckerabgabe auf zuckergesüßte Getränke. Für eine solche Regelung setze sich die BZÄK schon lange ein.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) warnte vor „spürbaren Konsequenzen für die ambulante Ver-

sorgung“, sollte das Gesetz wie geplant umgesetzt werden. Die Folgen wären „weniger Termine und Leistungen für die Patientinnen und Patienten“. Der Hausärztinnen- und Hausärzterverband rügte den Regierungsentwurf als „Frontalangriff auf unsere Praxen“. So solle die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen in Teilen zurückgedreht werden. Zudem plane die Bundesregierung eine „Versorgungsbremse“ für die Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV). So sollen die Praxen weniger Geld pro Versichertem bekommen, wenn sich mehr Versicherte für die HZV entscheiden.

Die Krankenkassen reagierten empört auf die geplante Kürzung des Bundeszuschusses. „Über diese Absurdität müsste man lachen, wenn es nicht zum Weinen wäre“, sagte Oliver Blatt, Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbands. Dr. Carola Reimann, Vorstandschefin des AOK-Bundesverbands, bezeichnete dies als „Taschenspielertrick auf Kosten der Beitragszahlenden“. Positiv bewertete sie die geplante Herstellerabgabe auf zuckerhaltige Getränke und die Abmilderung der sozialen Härten beim Krankengeld sowie bei der Mitversicherung von Ehepartnern.

„Taschenspielertrick auf Kosten der Beitragszahlenden“

In seiner jetzigen Form entziehe das Gesetz den Kliniken die wirtschaftliche Existenzgrundlage, kritisierte Gerald Gaß, Vorstandschef der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Berechnungen der DKG zufolge verlieren die Kliniken im nächsten Jahr real mehr als neun Milliarden Euro. „Für viele Einrichtungen wird dies unweigerlich in die Insolvenz führen“, warnte Gaß. ao

Teleskopversorgungen – komplett ohne Anproben?

Ersparen Sie sich und ihren Patienten unnötige Termine.

Kein Problem: Mit einem modernen Scanner, digitalen Workflows und einem erfahrenen Rundumanbieter erhalten Sie perfekte teleskopierende Versorgung – ganz ohne Anproben!



Entdecken Sie unser Angebot:

- Welches moderne Scannersystem passt zu Ihren klinischen Workflows?
- Wie starten Sie schnell + sicher mit großen + komplexen Versorgung?
- Wie werden Sie mit kombiniertem ZE mit nur zwei Terminen erfolgreich?
- Wie vermeiden Sie mit Ihrem IOS unnötige Anproben und Korrekturen?
- Erhalten Sie auf Wunsch attraktive Angebote für genau den richtigen Scanner für Ihre geplanten Teleskop-Versorgungen.

**JETZT ANGEBOT
ANSEHEN**



[permadental.de/
alles-zu-ios-tk](https://permadental.de/alles-zu-ios-tk)

GESUNDHEITSREFORM

Zuckersteuer soll ab 2028 kommen

Die Bundesregierung will im Rahmen eines weiteren Gesetzgebungsverfahrens ab 2028 eine Herstellerabgabe auf zuckergesüßte Getränke einführen, um die gesetzliche Krankenversicherung finanziell zu stabilisieren. Mit der Zuckersteuer kommt sie Forderungen der Zahnärzteschaft entgegen, die sich schon lange dafür ausgesprochen hat.

Das geschätzte Aufkommen in Höhe von jährlich rund 450 Millionen Euro soll der gesetzlichen Krankenversicherung in geeigneter Art und Weise entlastend zugutekommen; nicht zuletzt mit Blick auf ihre Angebote zur Primärprävention: „beispielsweise im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung und Setting-Ansätze – von denen über den Kreis der gesetzlich Krankenversicherten hinaus auch weitere Bevölkerungsgruppen profitieren“, heißt es im Referentenentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, dem das Kabinett zugestimmt hat.

Wie die Ausgestaltung einer gestaffelten Zuckerabgabe im Detail aussehen soll, ließ Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) Ende April in Berlin bei der Vorstellung der Gesundheitsreform noch offen. Der Großteil der Union hatte eine Abgabe bislang abgelehnt. Nun ist sie Teil eines Pakets zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ministerin betonte, dass eine Abgabe auf zuckergesüßte Getränke „bereits in hundert Ländern“ erhoben werde.

In 100 Ländern gibt es die Abgabe schon

Als ein politischer Vorreiter für die Einführung einer Zuckerabgabe hatte sich Schleswig-Holsteins Ministerpräsident Daniel Günther (CDU) hervorgetan. Einen entsprechenden Antrag hatte seine Landes-CDU im März eingebracht. Dieser sieht vor, mit gestaffelten Sätzen Anreize zu setzen, um den Zuckergehalt zu senken, sowie eine Altersgrenze von 16 Jahren für Energydrinks.

Auch die Finanzkommission Gesundheit hatte die Einführung einer Steuer



Foto: anaumenko - adobe.stock.com

auf Süßgetränke empfohlen, um Krankheitskosten zu verringern und über die Steuereinnahmen die Krankenkassenbeiträge zu stabilisieren.

Das Vorhaben der Koalition stieß bei zahlreichen Akteuren des Gesundheitswesens auf Zustimmung. „Das sind gute Nachrichten für den Kampf gegen nichtübertragbare Krankheiten und die

unter Druck stehenden Gesundheitskassen. Mit einer Zuckersteuer holt Deutschland im europäischen Vergleich endlich auf und gibt auch der Industrie klare Regeln vor“, betonte etwa Barbara Bitzer, Sprecherin des Wissenschaftsbündnisses Deutsche Allianz Nichtübertragbare Krankheiten (DANK) und Geschäftsführerin der Deutschen Diabetes Gesellschaft. LL

VistaSoft Cloud View. Bilder schneller teilen, einfacher betrachten!

Jetzt
kostenlos
testen!



60 YEARS
RAY



Schneller teilen, einfacher betrachten! Mit VistaSoft Cloud View können alle dentalen Bilder kostenlos direkt im Browser betrachtet und temporär verändert werden, keine Installation notwendig. **Mehr dazu unter www.duerrdental.com/cloudview**

 **DÜRR
DENTAL**
DAS BESTE HAT SYSTEM

SECHSTE DEUTSCHE MUNDGESUNDHEITSSTUDIE (DMS • 6)

Karies: Prophylaxefokus in der Jugend neu setzen!

A. Rainer Jordan

Seit Einführung der Gruppen- und Individualprophylaxe Ende der 1980er-Jahre kann sich die Zahnmedizin hierzulande rühmen, die häufigste chronische Erkrankung überhaupt weitreichend unter Kontrolle bekommen zu haben: Mittlerweile sind 60 Prozent der jüngeren Kinder in Deutschland im Alter von acht und neun Jahren kariesfrei und etwa 80 Prozent der älteren Kinder im Alter von zwölf Jahren.

Wie schwierig so ein Unterfangen ist, kann man an anderen chronischen, lebensstilabhängigen Erkrankungen erkennen, bei denen es kaum gelungen ist, die Verbreitung relevant einzudämmen – im Gegenteil: Einige der chronischen (engl. non-communicable diseases = nicht übertragbare) Erkrankungen verlagern sich sogar ins jüngere Lebensalter und kommen bereits bei Kindern vor; dazu gehören beispielsweise Adipositas oder Diabetes. Dieses Phänomen heißt Morbiditätsexpansion und ist im Grunde genommen ein Versagen der Prävention.

In der Zahnmedizin erleben wir hingegen eine Präventionsexpansion unerwarteten Ausmaßes, denn die Erfolge der Prävention, die in der Kindheit angelegt werden, reichen mittlerweile bis ins Erwachsenenalter: Zu Beginn unserer Kariesmessungen im Jahr 1989 gab es hierzulande praktisch keine Menschen im Erwachsenenalter, die noch kariesfrei waren. Stattdessen konnte man damals sagen: In der Mitte des Lebens wies die Hälfte des Gebisses eine Karieserfahrung auf.

1989 gab es praktisch keine kariesfreien Erwachsenen

Als Karieserfahrung bezeichnet man die Gesamtheit der durch Karies oder Kariesfolgen (Füllungen oder andere Restaurationen, Zahnverluste) betroffenen Zähne eines Gebisses; sie wird in der Epidemiologie mit dem DMFT-Index gemessen. In Zahlen ausgedrückt bedeutete dies für die Karieserfahrung

Initiale kariöse Läsionen sind grundsätzlich reversibel: Die Longitudinalstudie hat nicht nur das Wissen über Karies bestätigt, sondern auch neue Erkenntnisse gebracht!

der jüngeren Erwachsenen zur Wendezeit mehr als fünf (!) fehlende Zähne; heute fehlt in diesem Alter durchschnittlich ein Zahn.

Hinzu kommt, dass der Versorgungsgrad bei Karies erheblich gestiegen ist. So findet man statistisch betrachtet heute bei lediglich jedem zweiten Erwachsenen eine unbehandelte Karies (inklusive Sekundärkaries); damals waren es fast zwei kariöse Zähne bei jedem Erwachsenen! Diese Entwicklung spiegelt sich logischerweise auch in den Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung wider: Zahnextraktionen sind seit 2003 um 26 Prozent zurückgegangen, Füllungen um 37 Prozent.

Zum ersten Mal in einer Deutschen Mundgesundheitsstudie wurden Studienteilnehmende aus der Vorgängeruntersuchung nach neun Jahren erneut zahnmedizinisch-klinisch untersucht und sozialwissenschaftlich befragt. Diese grundlegende Erweiterung des Studiendesigns ermöglicht nun neben der Beschreibung von Erkrankungslasten (Prävalenz) und Risikoassoziationen zum Verhalten auch Aussagen darüber, wann Erkrankungen überhaupt einsetzen (Inzidenz) und wie sich die oralen Erkrankungen über den Zeitraum entwickeln (Progression).

Initialläsionen sind nicht die Füllungen von morgen!

So konnten wir beispielsweise zum ersten Mal beobachten, wie sich frühe kariöse Läsionen (Initialläsionen) über einen Zeitraum von fast einer Dekade darstellen. Sind dies die Füllungen von morgen? Mitnichten!

Initialläsionen, also white spots, gehen bei nur 20 Prozent der Kinder bis zur Volljährigkeit in eine etablierte Läsion über; drei Viertel der Läsionen heilen in dieser Zeit aus. Die Reaktivität initialer Läsionen nimmt mit dem Alter ab, so dass im Erwachsenenalter jede dritte Initialläsion in eine etablierte Karies mit Kavitation übergeht und im Seniorenalter erhöht sich dieser Anteil auf fast jede zweite Läsion.

Diese Erkenntnis einer grundsätzlich hohen Reversibilität initialer kariöser Läsionen unter Alltagsbedingungen –

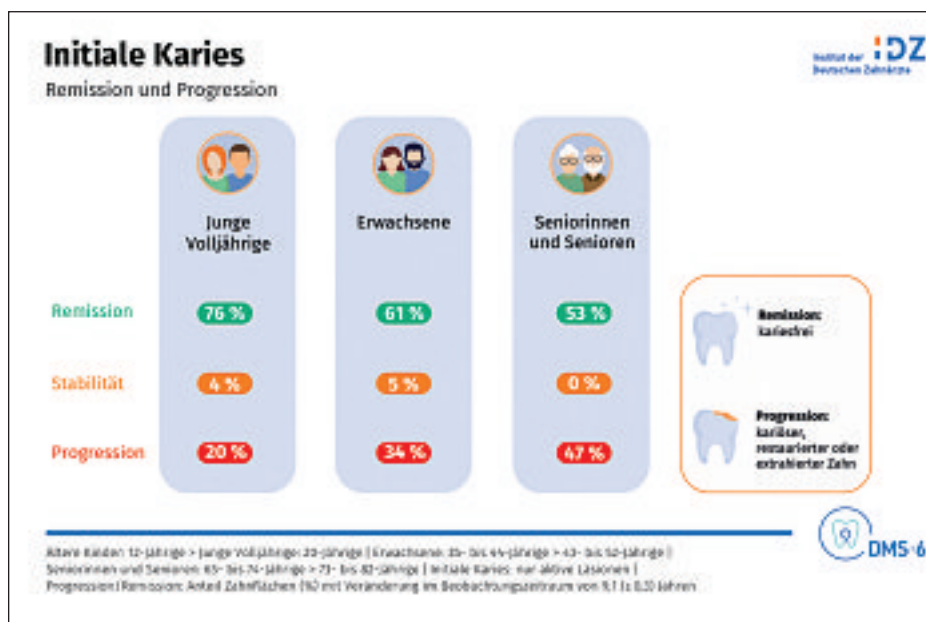


Abb. 1: Progression und Remission initialer Karies nach neun Jahren

wie sie hier gezeigt wurde – sollte unbedingt dazu genutzt werden, um eine systematische non-invasive Therapie zum Standard zu machen. Als breitenwirksame Therapie ist seit Langem hochdosiertes Fluorid anerkannt und im Rahmen der Individualprophylaxe auch Bestandteil der GKV.

Unsere Daten zeigen allerdings, dass dies in jedem Lebensalter möglich ist. Aus den bereits vorliegenden Quer-

schnittsergebnissen der DMS • 6 sind bereits die Hoch-Risikogruppen für Karies identifiziert: Menschen aus bildungsfernen Gruppen weisen eine viermal so hohe Karieslast (und später auch Zahnlosigkeit!) auf wie Menschen aus der hohen Bildungsgruppe. Ein noch höheres Risiko zeigen Menschen mit einer Migrationsgeschichte und Menschen mit allgemeinmedizinischen chronischen Erkrankungen wie Diabetes. ➡

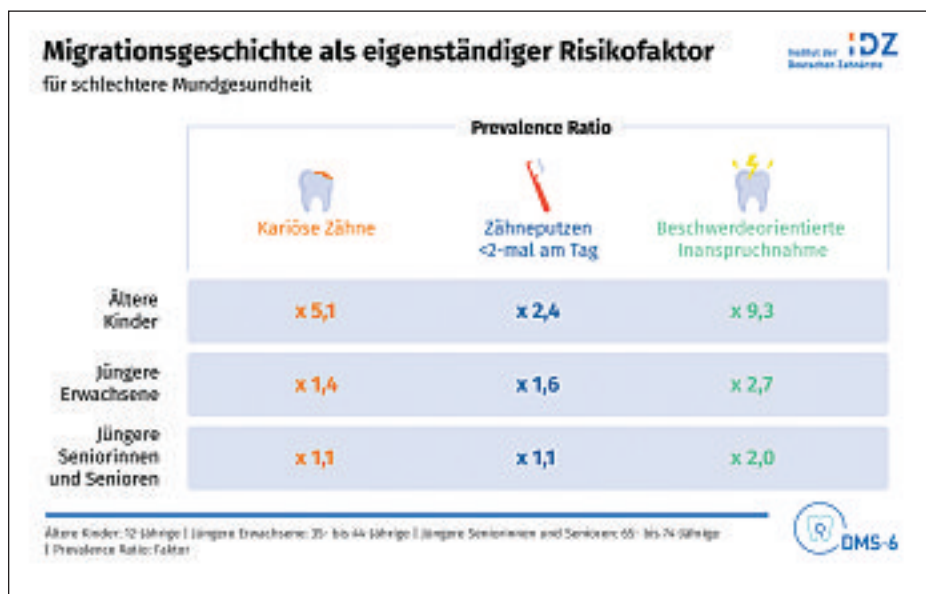


Abb. 2: Migrationsgeschichte als eigenständiger Risikofaktor

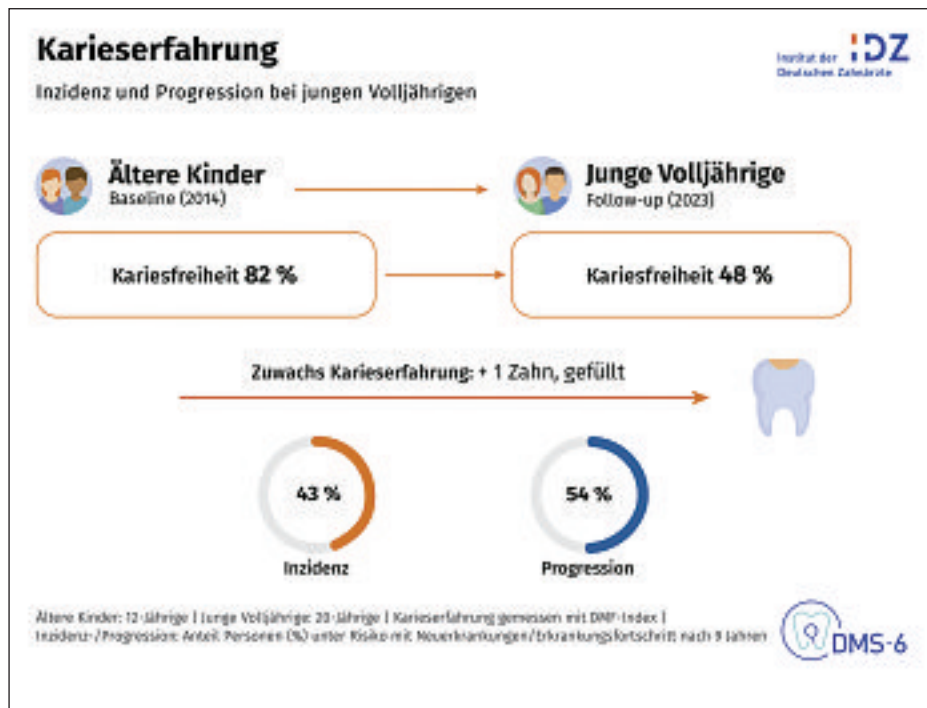


Abb. 3: Inzidenz und Progression der Karieserfahrung in der Adoleszenz

Es wird Aufgabe der Präventivzahnmedizin sein, für diese speziellen Risikogruppen wirksame Präventionsstrategien zu entwickeln und zur Breitenanwendung zu bringen. Für die frühkindliche Karies wurden solche Strategien unlängst mit der verbindlichen Aufnahme von Karies-Früherkennungsuntersuchungen ins Gelbe Untersuchungsheft implementiert und die folgenden Mundgesundheitsstudien sollten deren Wirksamkeit überprüfen.

Halbierung der Kariesfreiheit in der Pubertät

Aus dem longitudinalen Studienarm der DMS • 6 ergeben sich hinsichtlich der Kariesdynamik darüber hinaus weitere Erkenntnisse. Zwar war aus den bisherigen Ergebnissen bereits bekannt, dass es eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Karieslast bei Kindern und Erwachsenen gibt (sowohl bei der Prävalenz als auch beim Ausmaß), aber erst jetzt lässt sich die Dynamik genauer beschreiben: Im Zeitraum zwischen zwölf und 20 Jahren halbiert sich der Anteil kariesfreier Jugendlicher von 82 Prozent auf 48 Prozent.

Es zeigt sich auch, dass es von Vorteil ist, kariesfrei in die Pubertät zu ge-



hen, denn weniger als die Hälfte der kariesfreien Kinder entwickeln während dieser Zeit eine Karieserfahrung (Inzidenz: 43 Prozent). Wenn bereits eine Karieserfahrung vorlag, sind es gut zehn Prozentpunkte mehr, bei denen es zu einem Fortschreiten der Karieserfahrung kommt (Progression: 54 Prozent).

Die Adoleszenz/Pubertät ist also ein Risikojahrzehnt für Karies. Das Ausmaß dieses Prozesses ist – unabhängig davon, ob vorher kariesfrei oder nicht – allerdings mit einem Zahn begrenzt. Und da der Sanierungsgrad der Kronenkaries in Deutschland grundsätzlich sehr hoch ist und in allen Al-

tersgruppen bei über 90 Prozent liegt, lassen sich unbehandelte Läsionen kaum ausmachen, sondern die Karieserfahrung zeigt sich epidemiologisch überwiegend als Restauration.

Die Kariesaktivität flacht im weiteren Lebenslauf wieder ab

In diesem Alter dominieren ganz überwiegend zahnfarbene, plastische Füllungen. Diese doch hohe Kariesaktivität während der Pubertät flacht dann im weiteren Lebenslauf wieder ab, so dass es geboten scheint, während der Adoleszenz einen neuen, weiteren kariespräventiven Fokus in der zahnmedizinischen Gesundheitsversorgung zu setzen, um den Anteil kariesfreier Menschen über die Pubertät hinaus weiter hochzuhalten.

Die passenden Strukturen hierfür sind mit der Individualprophylaxe (IP) bereits etabliert. Allerdings zeigen die Abrechnungsdaten der KZBV, dass es bei der Inanspruchnahme der IP ab dem neunten Lebensjahr zu einem kontinuierlichen Abfall kommt.

Daraus lässt sich für die zahnärztliche Praxis schlussfolgern, dass einerseits neue, altersadäquate Impulse für eine weiter hohe Inanspruchnahme der IP über den gesamten Leistungszeitraum bis zur Volljährigkeit gegeben werden müssen. Andererseits: Die Unterstützung zur Aufrechterhaltung einer wirksamen Mundhygiene und eines entsprechenden Mundgesundheitsverhaltens in dieser Zeit sollte einen entsprechenden Stellenwert im Rahmen der zahnärztlichen Prophylaxe erhalten. ■

DMS • 6 EN DÉTAIL

Alle Informationen und Erkenntnisse der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie in fünf Beiträgen:

- zm 10/2026: Karies
- zm 11/2026: Restaurationen
- zm 12/2026: Parodontitis
- zm 13-14/2026: Systemerkrankungen
- zm 15-16/2026: Fazit – Bedeutung der Ergebnisse für die Versorgung



Foto: iMG-illustrations - adobe.stock.com

KZBV und BZÄK appellieren an die eingeladenen Praxen, sich an der TI-Befragung zu beteiligen. Denn je mehr Rückmeldungen aus dem Versorgungsalltag eingehen, desto gezielter können Probleme adressiert und Verbesserungen angestoßen werden.

BUNDESWEITE BEFRAGUNG GESTARTET

So können Zahnarztpraxen Belastungen mit der TI sichtbar machen

Seit dem 30. April läuft eine bundesweite Befragung zum Stand der Digitalisierung und der Telematikinfrastruktur (TI) in Zahnarztpraxen. Rund 4.000 Inhaberinnen und -inhaber werden dazu repräsentativ zur Teilnahme eingeladen. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, bestehende Schwächen zu identifizieren und die digitalen Anwendungen im Praxisalltag gezielt weiterzuentwickeln.

Die Befragung zum Stand der TI in deutschen Zahnarztpraxen läuft noch bis zum 31. Mai 2026. Mithilfe des vom IGES Institut entwickelten Fragebogens sollen konkrete Erfahrungen aus dem Praxisalltag systematisch erfasst werden, um eine fundierte Grundlage für Verbesserungen der TI und deren Anwendungen zu schaffen.

Rund 4.000 Zahnarztpraxen werden für die Befragung zur Teilnahme eingeladen. Die Praxen werden zufällig aus dem Adressbestand der SciTrace GmbH für eine repräsentative Stichprobe ausgewählt. Dabei ist es unerheblich, in welchem Umfang sie mit den Anwendungen und Diensten vertraut sind.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) appellieren an die Praxen, sich zu beteiligen. Denn je mehr Rückmeldungen aus dem Versorgungsalltag eingehen, desto gezielter können Probleme adressiert und Verbesserungen angestoßen werden.

Daten für die TI gewinnen

Damit haben Praxen die Möglichkeit, ihre konkreten Erfahrungen systematisch einzubringen und Defizite klar zu benennen. Ziel ist, belastbare Daten zu gewinnen, die in die Weiterentwicklung der TI einfließen und zu spürbaren Verbesserungen im Praxisbetrieb führen.

Zum Hintergrund: Die etablierte Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA), des E-Rezepts sowie von KIM, insbesondere des EBZ, macht die Telematikinfrastruktur zu einem festen Bestandteil des zahnärztlichen Praxisalltags. Diese Anwendungen sollen zu effizienteren Prozessen und zu einer verbesserten Versorgung beitragen. Gleichzeitig zeigen die Erfahrungen der vergangenen Jahre, dass weiterer Optimierungsbedarf besteht, etwa in Bezug auf die Stabilität, die Nutzerfreundlichkeit und die Weiterentwicklung der bestehenden Anwendungen.

*Oliver Khan, Abteilung Telematik,
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung*

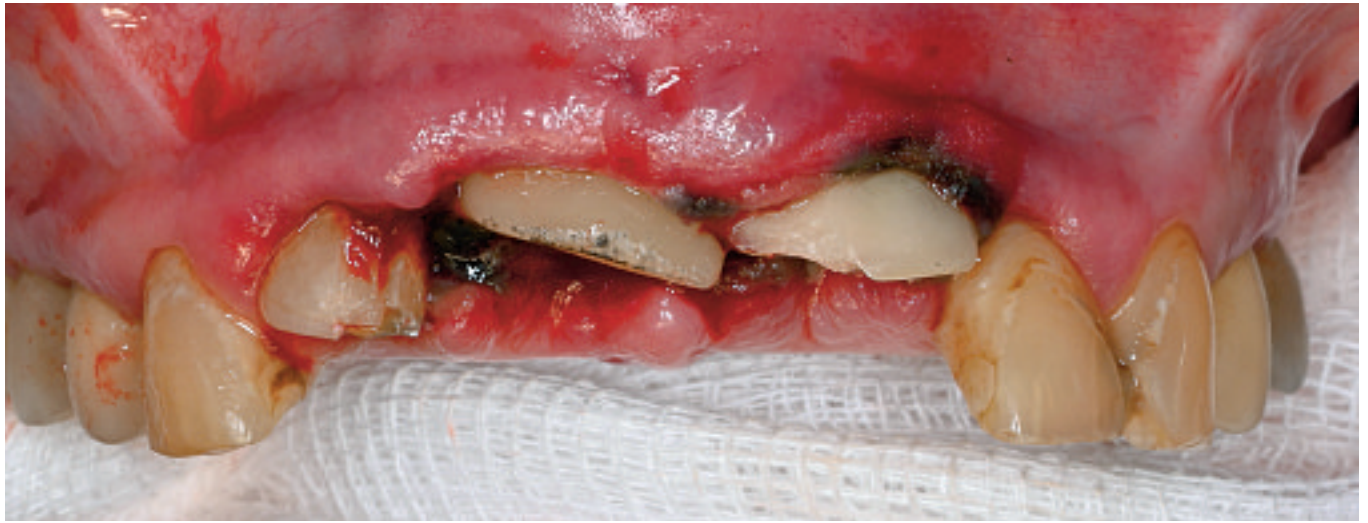


Abb. 1: präoperatives klinisches Bild – subtotale Intrusion des Implantats in Position i1 1

AUßERGEWÖHNLICHE VERLETZUNGSKONSTELLATION DER OBERKIEFERFRONT

Traumatische Implantatintrusion mit Reposition und Re-Osseointegration

Nasim Ayad, Maximilian Roth, Martin Kunkel

Nach einem epileptischen Sturz kam es zur vollständigen Intrusion eines osseointegrierten Implantats im Bereich der Oberkieferfront mit Aufspaltung des alveolären Knochensegments. Trotz der Lockerung mit Verlust der knöchernen Integration konnte durch eine offene chirurgische Reposition des Alveolarfortsatzes sowie die Stabilisierung und Kompression mittels Schraubenosteosynthese eine erneute Osseointegration des Implantats erreicht werden.

Eine 58-jährige Patientin mit einer bekannten Epilepsie, einer mentalen Retardierung und einem Nikotinabusus wurde nach einem generalisierten epileptischen Anfall notfallmäßig vorgestellt. Während des Anfalls war die Patientin frontal auf die Oberkieferfront gestürzt (Abbildung 1).

Die radiologische Untersuchung des Kopf-Hals-Bereichs mittels CT zeigte eine Alveolarfortsatzfraktur von Regio

22 bis 12. Zusätzlich waren die klinischen Kronen der Zähne 11 und 21 stark intrudiert, wobei Zahn 11 zuvor durch ein Implantat ersetzt worden war (Abbildung 2). Das Implantat erschien radiologisch intakt, jedoch konnten strukturelle Schäden nicht sicher ausgeschlossen werden. Aus diesem Grund wurde die Indikation zur chirurgischen Exploration gestellt.

Die operative Versorgung erfolgte in Intubationsnarkose. Intraoperativ zeigte sich eine deutliche Dislokation des alveolären Segments mit Aufspaltung der bukkalen Kortikalis (Abbildung 3). Das Implantat selbst war nicht beschädigt, die Keramik der Implantatkrone allerdings teilweise abgesprengt.

Um eine anatomische Reposition des frakturierten Alveolarfortsatzes zu er-

reichen, wurde das Implantat kurzzeitig entnommen und extrakorporal gelagert. Eine instrumentelle Bearbeitung und eine chemische Behandlung der Implantatoberfläche erfolgten nicht.

Nach anatomischer Reposition des Knochensegments wurde das Implantat reinsertiert. Aufgrund der traumatischen Aufdehnung des Knochens war eine exakte Orientierung an den Knochenkonturen der ursprünglichen Implantatposition nicht vollständig möglich, so dass die finale Position arbiträr anhand der Okklusion und der Stellung der Nachbarzähne bestimmt wurde. Anschließend erfolgte eine Stabilisierung des alveolären Segments mittels Zugschraubenosteosynthese (Abbildungen 4 und 5). Als zusätzliche Stabilisierung der dentoalveolären Situation wurde eine ►►



ZM-LESERSERVICE

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

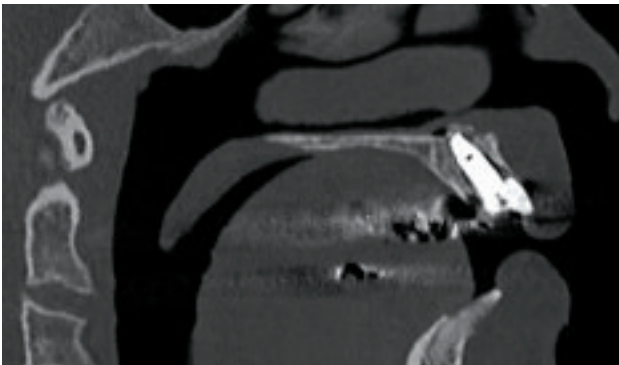


Abb. 2: präoperative CT Bildgebung

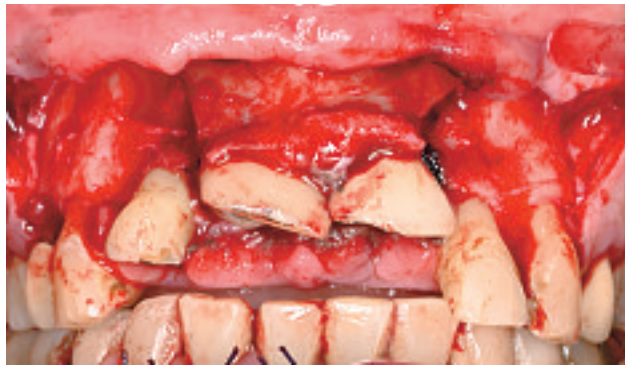


Abb. 3: intraoperative Darstellung der Alveolarfortsatzfraktur



Abb. 4: Reposition und Osteosynthese der Alveolarfortsatzfraktur mit Reposition des Implantats und der Nachbarzähne



Abb. 5: postoperatives klinisches Bild



Abb. 6a: klinisches Ergebnis sechs Wochen postoperativ



Abb. 6b

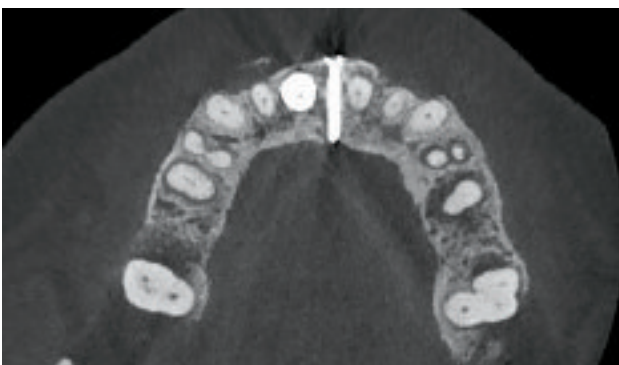


Abb. 7a: postoperative DVT Kontrolle

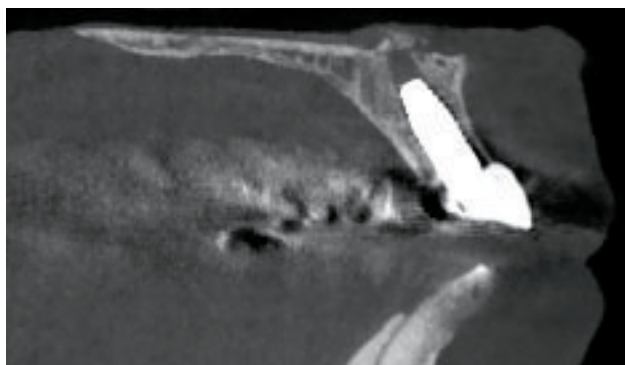


Abb. 7b

Fotos: Nasim Ayad



Dr. med. dent. Nasim Ayad

Knappschaft Kliniken
Universitätsklinikum Bochum GmbH,
Klinik für Mund-, Kiefer- und
plastische Gesichtschirurgie
In der Schornau 23–25, 44892 Bochum

Foto: privat



Dr. med. Maximilian Roth

Knappschaft Kliniken
Universitätsklinikum Bochum GmbH,
Klinik für Mund-, Kiefer- und
plastische Gesichtschirurgie
In der Schornau 23–25, 44892 Bochum

Foto: Knappschaft Kliniken Universitätsklinikum Bochum



Prof. Dr. Dr. Martin Kunkel

Knappschaft Kliniken
Universitätsklinikum Bochum GmbH,
Klinik für Mund-, Kiefer- und
plastische Gesichtschirurgie
In der Schornau 23–25, 44892 Bochum

Foto: privat

starre Verbandplatte eingegliedert. Diese wurde über einen Zeitraum von zwei Monaten belassen. Aufgrund der eingeschränkten Compliance der Patientin waren engmaschige Kontrollen notwendig (Abbildung 6). Die Platte wurde alle zwei Wochen entfernt, gereinigt und erneut eingesetzt.

Nach drei Monaten zeigten sich die Zähne und das Implantat klinisch stabil. Eine Kontroll-DVT-Untersuchung sowie ein heller Klopfeschall nach sechs

Monaten bestätigten eine erneute Osseointegration des Implantats (Abbildungen 7 und 8).

Diskussion

Dentoalveoläre Traumata stellen einen relevanten Anteil der orofazialen Verletzungen dar. Epidemiologische Studien zeigen, dass etwa 20 bis 30 Prozent der Kinder und Jugendlichen sowie etwa 15 Prozent der Erwachsenen im Laufe ihres Lebens mindestens ein dentales Trauma erleiden [Andersson et al., 2012; Glendor, 2008]. Besonders häufig betroffen ist die Oberkieferfront, da diese Region aufgrund ihrer anatomischen Lage exponiert ist und daher bei Stürzen häufig zuerst traumatisiert wird [Glendor 2008].

Zu den häufigsten Verletzungen zählen Zahnfrakturen, Subluxationen, Extrusionen und Luxationen. Intrusionen dagegen sind eine seltenere Verletzungsform, sie machen etwa 0,3 bis zwei Prozent der dentoalveolären Traumata aus [Andreasen et al., 2018]. Jedoch gelten sie als besondere therapeutische Herausforderung, da sie häufig mit erheblichen Schäden des parodontalen Gewebes sowie des alveolären Knochens einhergehen.

Für natürliche Zähne existieren etablierte Therapieempfehlungen. Die aktuelle deutsche S2k-Leitlinie „Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne“ [DGZMK/DGMKG, 2022] beschreibt die traumatische Intrusion als axiale Dislokation eines Zahnes ins Alveolarfach hinein. Durch die axial wirkenden Kräfte kommt es häufig zu ausgeprägten Verletzungen des Parodonts mit Quetschung oder Abriss des parodontalen Ligaments sowie zu einer Denudierung der Wurzeloberfläche. Zusätzlich kann der Alveolarknochen gequetscht oder frakturiert sein.

Die Leitlinie empfiehlt – abhängig vom Ausmaß der Intrusion – ein differenziertes Vorgehen. Bei einer geringgradigen Intrusion (< 3 mm) kann eine spontane Re-Eruption abgewartet werden. Bei einer mittelgradigen Intrusion (3 bis 6 mm) kann eine chirurgische oder kieferorthopädische Reposition erfolgen. Und bei einer stärkeren Intrusion (> 6 mm) wird eine sofortige Reposition empfohlen.

Bei einer Intrusion bleibender Zähne mit geschlossenem Apex kann aufgrund des Abrisses des Gefäß-Nerven-Bündels von einer Pulpanekrose ausgegangen werden, weshalb im Verlauf eine Wurzelkanalbehandlung notwendig werden wird.

Mit der zunehmenden Verbreitung implantatgetragener Versorgungen entstehen neue traumatologische Fragestellungen. Verletzungen unter Beteiligung von Implantaten unterscheiden sich grundlegend von denen an natürlichen Zähnen, da Implantate osseointegriert sind und keine parodontale Aufhängung besitzen. Während dentale Traumata natürlicher Zähne über lange Zeiträume intensiv untersucht wurden und etablierte Therapieempfehlungen existieren, sind traumatische Implantatschäden bisher nur selten beschrieben, klare therapeutische Empfehlungen existieren bislang nicht. Als Verletzungsfolgen wurden bei Implantaten zumeist Implantatfrakturen oder Lockerungen beschrieben, die häufig eine Explantation erfordern [Goodacre et al., 2003; Goodacre et al., 2012; Merli et al., 2006].

Der aktuelle Fall zeigt eine äußerst seltene Verletzungskonstellation. Nach Kenntnis der Autoren findet sich in der Literatur bislang kein vergleichbarer Bericht über eine traumatische Intrusion eines dentalen Implantats mit anschließender Reposition und erfolgreicher Re-Osseointegration. Der Fall verdeutlicht also, dass bei traumatischer Implantatintrusion – sofern das Implantat strukturell intakt ist – ein erhaltender Therapieversuch durch Reposition und Stabilisierung erfolgreich sein kann.

Implantatfrakturen gelten als schwerwiegende Komplikation und machen in der Regel eine Explantation erforderlich [Goodacre et al., 2003]. In diesem Fall konnte intraoperativ jedoch ausgeschlossen werden, dass eine strukturelle Beschädigung des Implantats vorlag, sodass eine Reposition mit dem Ziel einer erneuten Osseointegration sinnvoll erschien.

Die erfolgreiche Re-Osseointegration lässt sich vermutlich durch mehrere Faktoren erklären. Entscheidend ist die mechanische Stabilität während der

Heilungsphase. Durch die Osteosynthese und die zusätzliche Vermeidung von Kaukräften durch die Verbandplatte konnte eine ausreichende Stabilität erreicht werden.

Biologisch betrachtet beginnt nach einer traumatischen Unterbrechung der Osseointegration ein erneuter Knochenheilungsprozess, der eine initiale Blutkoagelbildung umfasst, gefolgt von der Migration osteogener Zellen sowie der Neubildung von Knochen an der Implantatoberfläche [Esposito et al., 1998].

Wir nehmen an, dass die erneute Osseointegration hier deshalb erfolgreich war, weil die vestibuläre Knochenlamelle durch das Trauma nicht fragmentiert war, sondern als recht großes Segment durch Osteosyntheseschrauben gefasst werden konnte. Auf diesem Weg ließen sich Bedingungen

schaffen, die annähernd einer Anlageungsosteoplastik mit simultaner Implantation entsprachen.

Ob der Knochen allerdings in dieser Situation stabil bleiben oder als Folge der Verletzung langfristig eine verstärkte Resorption entstehen wird, lässt sich bisher noch nicht abschätzen. Auf jeden Fall ließ sich hier aber der unmittelbare traumatische Implantatverlust vermeiden.

Schlussfolgerung

Der Fall zeigt, dass eine Re-Osseointegration eines traumatisch intrudierten Implantats möglich sein kann, sofern keine strukturelle Beschädigung vorliegt und eine stabile Reposition erreicht wird. ■

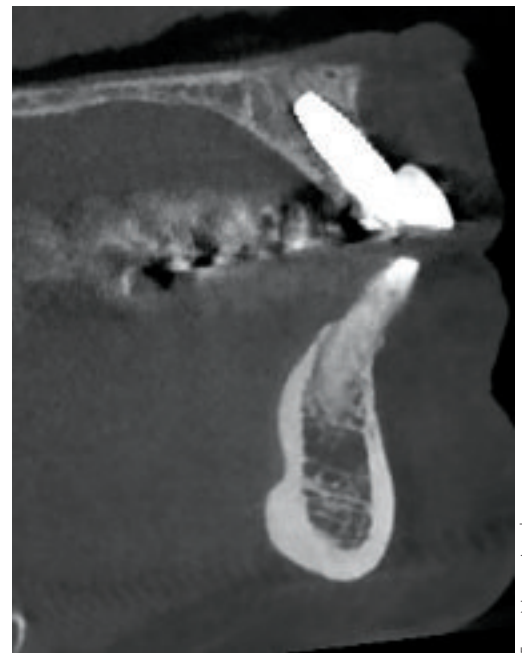


Foto: Nasim Ayad

Abb. 8: DVT-Kontrolle sechs Monate postoperativ



protiSCAN, IHR EINSTIEG IN DIE DIGITALE ABFORMUNG



7999,-€*

NETTOPREIS

inklusive Lieferung, Aufstellung und
einstündiger Online-Einweisung

- ✓ Schneller, komfortabler digitaler Abdruck
- ✓ Leicht & ohne Spray – nur 210 g
- ✓ Echtzeit-Scan dank integrierter Workstation
- ✓ Keine versteckten Kosten, 1 Jahr Service inklusive

www.protilab.de • Hotline 0800 755 7000

Alle Aufträge werden nach unseren aktuellen AGB ausgeführt. Diese können unter www.protilab.de eingesehen werden.
Protilab GmbH · Geleitsstr. 14 · 60599 Frankfurt a. M. · Hotline: 08007557000 · kontakt@protilab.de



MEHR ERFAHREN



Warum die Seite 2 der BWA oft wichtiger ist

Marcel Nehlsen, Bernhard Fuchs

Zum Abschluss dieser Reihe geht es um die betriebswirtschaftlich vielleicht wichtigste Frage – nicht darum, wie viel die Praxis verdient, sondern ob und wann dieses Geld tatsächlich zur Verfügung steht. Denn nicht der ausgewiesene Gewinn entscheidet darüber, ob Rechnungen bezahlt, Steuern geleistet und Investitionen gestemmt werden können, sondern die Liquidität.

In den ersten vier Teilen unserer Serie ging es um die betriebswirtschaftliche Steuerung der Zahnarztpraxis aus unterschiedlichen Perspektiven. Im abschließenden Teil beleuchten wir das Liquiditätsmanagement und stellen die betriebswirtschaftlich relevante Frage: Wie flüssig ist die Praxis?

Viele Praxisinhaber schauen in ihrer BWA vor allem auf die Seite 1 – also

auf den Umsatz, die Kosten und den Gewinn. Mindestens ebenso wichtig ist jedoch die Seite 2, die Liquiditätsrechnung. Sie zeigt, ob aus dem erwirtschafteten Ergebnis tatsächlich frei verfügbare Mittel geworden sind. Damit ist sie häufig näher an der unternehmerischen Realität als die reine Gewinnermittlung.

Ein häufiger Irrtum besteht darin, den ausgewiesenen Gewinn mit dem tatsächlich verfügbaren Geld gleichzusetzen. Beides hängt zwar zusammen, ist aber keineswegs identisch. Der Gewinn ist eine steuerliche Rechengröße. Er zeigt, ob die Praxiseinnahmen die Praxisausgaben im betrachteten Zeitraum übersteigen. Die Liquidität beantwortet dagegen die Frage: Wie viel Geld ist tatsächlich geflossen – und wie viel davon steht (noch) zur Verfügung?

Eine Praxis kann daher durchaus profitabel sein und sich trotzdem finanziell angespannt anfühlen. Umgekehrt kann ein Zeitraum mit geringem Gewinn kurzfristig liquide sein, etwa wenn Darlehen aufgenommen oder Rechnungen noch nicht bezahlt wurden. Wer die wirtschaftliche Lage seiner Praxis realistisch einschätzen will, muss deshalb den Weg vom Gewinn zur Liquidität verstehen.

Die meisten Steuerberater stellen ihren Mandanten zusammen mit der BWA auch eine Liquiditätsrechnung zur Verfügung. Sie

wird allerdings häufig überblättert – zu Unrecht. Denn genau dort wird sichtbar, was aus dem Gewinn geworden ist.

Der Weg vom Gewinn zur Liquidität

Ausgangspunkt ist der ausgewiesene Gewinn. Von dort aus erfolgt die Überleitung zur verfügbaren Liquidität.

Abschreibungen wieder hinzurechnen

Zunächst sind die gebuchten steuerlichen Abschreibungen dem Gewinn wieder hinzuzurechnen. Abschreibungen mindern zwar den steuerlichen Gewinn, führen aber im Zeitpunkt ihrer Verbuchung zu keinem tatsächlichen Geldabfluss. Wird beispielsweise ein Röntgengerät angeschafft, dann wird die Investition über mehrere Jahre verteilt. Die jährliche Abschreibung ist deshalb eine buchhalterische Größe – keine aktuelle Zahlung.

Investitionen abziehen

Im Gegenzug muss man die im betrachteten Zeitraum bezahlten Investitionen abziehen. Sie belasten die Liquidität sofort, auch wenn sie den Gewinn nur verteilt über die Abschreibung mindern. Hier liegt ein klassischer Unterschied zwischen Gewinn und Kontostand: Investitionen können die Praxis finanziell erheblich beanspruchen, obwohl sich dies in der Gewinnermittlung zunächst nur begrenzt zeigt.

Tilgungen berücksichtigen

Auch die Tilgungen von Darlehen werden bei der Ermittlung der verfügbaren Liquidität subtrahiert. Tilgungen mindern nicht den steuerlichen Gewinn, führen aber selbstverständlich zu einem Geldabfluss. Umgekehrt erhöht



Foto: deagreestock.adobe.com

eine Darlehensaufnahme die Liquidität, ohne dass dadurch ein Gewinn entsteht.

Entnahmen nicht vergessen

Erst nach Berücksichtigung der Privatentnahmen zeigt sich, welche freie Liquidität tatsächlich noch zur Verfügung steht. Genau dieser Schritt ist für viele Praxisinhaber besonders wichtig. Denn die entscheidende Frage lautet nicht nur, was die Praxis erwirtschaftet hat, sondern auch, was davon bereits verwendet wurde – und ob diese Entnahmen dauerhaft mit der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Praxis vereinbar sind.

Die meisten Zahnarztpraxen sind wirtschaftlich solide aufgestellt und haben im Normalfall keine akuten Liquiditätsprobleme. Dennoch gibt es typische Situationen, in denen finanzielle Engpässe entstehen können.

EIN BEISPIEL AUS DER PRAXIS:

- Gewinn laut BWA: 260.000 Euro
- zuzüglich Abschreibungen: 40.000 Euro
- abzüglich Investitionen: 110.000 Euro
- abzüglich Tilgungen: 50.000 Euro
- zuzüglich Darlehensaufnahme: 20.000 Euro

Damit ergibt sich zunächst eine verfügbare Liquidität von 160.000 Euro.

Wenn der Praxisinhaber im selben Zeitraum bereits 140.000 Euro privat entnommen hat, verbleiben nur noch 20.000 Euro freie Liquidität. Der Gewinn der Praxis beträgt in diesem Beispiel also 260.000 Euro, tatsächlich frei verfügbar sind aber nur 20.000 Euro. Und wir müssen noch beachten, dass wir für die 260.000 Euro Gewinn noch Steurrücklagen von geschätzt 90.000 Euro benötigen.

Besonders relevant ist dies in der Existenzgründung. Dort laufen die Kosten vom ersten Tag an, während die Honorare – gerade im Kassenbereich – zeitversetzt zufließen. Zwischen Leistungserbringung und tatsächlichem Geldzugang können erhebliche Zeiträume

liegen. Deshalb brauchen Praxisgründer in den ersten Monaten häufig einen Betriebsmittelkredit, um diese Phase zu überbrücken. Eine vorausschauende Liquiditätsplanung hilft dabei, den tatsächlichen Finanzierungsbedarf realistisch zu bestimmen. ▶▶

EDM NiTi FEILENSYSTEM

HyFlex EDM – OGSF Sequenz

Nehmen Sie die Kontrolle in Ihre Hand

**Maximale Patientensicherheit,
einfache Anwendung,
schnelle Ergebnisse.**



1 Opener
2 Glider
3 Shaper
4 Finisher



Erfahren Sie mehr
www.coltene.com

COLTENE

Aber auch im laufenden Betrieb können Engpässe auftreten, etwa durch:

- den Ausfall eines Behandlers,
- ungeplante Reparaturen oder Investitionen,
- steigende Personalkosten,
- verspätete Zahlungseingänge,
- hohe Steuerzahlungen
- oder zu hohe Privatentnahmen.

Gerade der letzte Punkt wird häufig unterschätzt. In vielen Fällen liegen die Ursachen von Liquiditätsengpässen nicht primär im Praxisbetrieb, sondern im Privatbereich. Die Praxis erwirtschaftet zwar ausreichend Mittel, doch der private Mittelabfluss ist dauerhaft höher als wirtschaftlich tragbar. Deshalb empfiehlt es sich, für den privaten Konsum ein klares Budget festzulegen.

Wie sich Engpässe vermeiden lassen

Liquiditätsmanagement beginnt nicht erst beim Engpass. Es bedeutet, Zahlungsfähigkeit aktiv voranzuplanen. Ein wesentlicher Baustein ist die Bildung von Rücklagen. Idealerweise sollte der ermittelte Liquiditätsbedarf – also die Fixkosten – für mindestens 1,5 Monate durch freie Mittel abgedeckt sein. So lassen sich unerwartete Ereignisse – etwa Umsatzrückgänge, Krankheit, Investitionsspitzen oder zeitverzögerte Zahlungseingänge – viel besser auffangen.

Ebenso wichtig ist eine frühzeitige Steuerplanung. Steigende Gewinne führen regelmäßig zu höheren Einkommensteuervorauszahlungen und nicht selten auch zu Nachzahlungen. Diese Belastung kommt nicht überraschend, wenn der Steuerberater die Entwicklung laufend hochrechnet und rechtzeitig auf entstehende Steuerlasten hinweist. Besonders tückisch ist, dass Gewinnsteigerungen nicht nur durch steigende Einnahmen entstehen können, sondern auch durch den Wegfall von Abschreibungen. Dann steigt die Steuerbelastung, ohne dass sich an den laufenden Geldeingängen etwas geändert hat. Auch das muss in der Liquiditätsplanung mitgedacht werden.

In Gründungs- und Wachstumsphasen hilft zudem ein konsequentes Rechnungs- und Forderungsmanagement.



Marcel Nehlsen

Steuerberater, Diplom-Finanzwirt & Fachberater für das Gesundheitswesen
Kanzlei Laufenberg Michels und Partner,
Köln

Foto: privat



Bernhard Fuchs

Kanzlei Fuchs & Stolz, Volkach
Steuerberater
Zahnärzteleberung

Foto: privat

Eine zeitnahe Rechnungsstellung, die Überwachung des Zahlungseingangs und gegebenenfalls der Einsatz von Factoring können die Zeit zwischen Leistung und Liquiditätszufluss erheblich verkürzen.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften sollten darüber hinaus die Entnahmerechte der einzelnen Gesellschafter regelmäßig anhand der Kapitalkonten-

entwicklung überprüft werden. Nur so lässt sich erkennen, ob einzelne Partner dauerhaft Über- oder Unterentnahmen tätigen. Übermäßige Entnahmen können zu Einlageverpflichtungen führen, die spätestens bei Auflösung der BAG ausgeglichen werden müssen. Gerade in Gemeinschaftspraxen ist eine saubere Liquiditäts- und Entnahmesteuerung deshalb besonders wichtig.

Fazit

Die BWA zeigt, ob eine Praxis wirtschaftlich erfolgreich arbeitet. Die Liquiditätsrechnung zeigt, ob sie finanziell handlungsfähig bleibt. Genau deshalb ist Seite 2 der BWA in vielen Fällen mindestens so wichtig wie Seite 1 – häufig sogar wichtiger. Wer seine Liquiditätsrechnung regelmäßig analysiert, versteht den Unterschied zwischen Gewinn, Investition, Tilgung und Entnahme. Er erkennt frühzeitig, ob sich aus einem guten Ergebnis auch tatsächlich finanzieller Spielraum ergibt. Und er kann Investitionen, Steuerzahlungen und Privatentnahmen so steuern, dass die Praxis dauerhaft zahlungsfähig bleibt.

Liquiditätsmanagement ist somit kein Nebenthema für Krisenzeiten. Es ist ein zentrales Führungsinstrument jeder unternehmerischen Zahnarztpraxis – und damit der konsequente Schlusspunkt dieser Serie. ■



SERIE „BETRIEBSWIRTSCHAFT IN DER PRAXIS“

- **Teil 1 (zm 1-2/2026):** Warum Zahnärzte Unternehmer sind und wie sie die betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) richtig lesen und verstehen.
- **Teil 2 (zm 4/2026):** Frühwarnsystem Praxissoftware: Warum eine BWA nur bedingt aussagekräftig ist und um Informationen aus der Praxissoftware ergänzt werden muss.
- **Teil 3 (zm 6/2026):** Diese fünf Kennzahlen sollte jeder Zahnarzt kennen: Um den Überblick nicht zu verlieren, reicht es oft, sich auf wenige Kennzahlen zu fokussieren.
- **Teil 4 (zm 8/2026):** Profitcenter-Rechnungen: Ist das Eigenlabor rentabel? Welche Umsätze muss die Prophylaxe-Abteilung pro Stunde erbringen, um die laufenden Kosten zu decken? Diese Informationen kann man durch Abteilungs-Rechnungen sichtbar machen.
- **Teil 5:** Liquiditätsmanagement: Jede BWA hat eine Seite 2 – die Liquiditätsrechnung. Aber nur die wenigsten Inhaberinnen und Inhaber schauen sich diese Information an, dabei ist sie oft wichtiger als die erste Seite der Gewinnermittlung.

DIE NEUE GBT MACHINE®

SWISS
ORIGINALS
ONLY

GUIDED
BIOFILM
THERAPY®



QUALITÄT
SAGT
GRÜEZI



TRAINING
MACHT
DEN MEISTER

EMS 
MAKE ME SMILE.

50 JAHRE FORTBILDUNG DER BEZIRKSZAHNÄRZTEKAMMER FREIBURG

Die dentale Familie trifft sich in Rust

Gabriele Billischek

Die erste Fortbildungsveranstaltung der südbadischen Zahnärztinnen und Zahnärzte fand 1957 in Freiburg statt, ab 1982 wurde Titisee über Jahrzehnte zum prägenden Tagungsort. Mit dem Wechsel nach Rust begann 2015 dann ein neues Kapitel. Das Credo „Die dentale Familie trifft sich in Rust“ ist Programm.



Die Jahrestagung stand im Zeichen des 50-jährigen Jubiläums und bot unter dem Thema „Schmerzfälle, Notfälle und Unfälle – das Unvorhersehbare meistern“ ein umfangreiches Programm. Mehr als 2.300 Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen vom 16. bis zum 18. April 2026 ins Tagungszentrum im Europapark Rust.

Parodontitisbehandlung, 2003 dann „Implantologie – State of the Art“.

„Dies zeigt, dass diese Tagung Entwicklungen oft einen Schritt voraus war“, resümierte Hellwig. „Als ich 2009 die wissenschaftliche Leitung übernahm, lautete das Thema ‚Zahnmedizin der Zukunft‘. Diesem Leitgedanken bin ich treu geblieben und bis heute ist es mir ein Anliegen, Themen zu präsentieren, die in die Zukunft strahlen.“

Das diesjährige wissenschaftliche Programm stand unter der Überschrift „Schmerzfälle, Notfälle und Unfälle – das Unvorhersehbare meistern“. Neben dem Hauptprogramm liefen ganztägig parallel zwei Spezialpodien zur Kieferorthopädie und zur Oralchirurgie. Hinzu kamen Seminare für junge Zahnmediziner, für zahnmedizinische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und themengebundene Seminare zu Hygiene, Notfällen und GOZ. Die Einführung ins Tagungsthema bot Hanns Ulrich Zeilhofer, Professor für Pharmakologie an der Universität Zürich und der ETH Zürich, mit einem Referat zum chronischen Schmerz.

Schmerz ist nicht gleich Schmerz

Zeilhofer unterscheidet zwischen akutem und chronischem Schmerz: Wäh-

Titisee war mehr als ein Veranstaltungsort, es war Schwarzwald pur, ein bisschen Semestertreffen, voller Anekdoten und vertrauter Gesichter“, erinnerte sich Dr. Georg Bach, stellvertretender Vorsitzender der BZK Freiburg. Doch nachdem Titisee organisatorisch an Grenzen gestoßen war, bot Rust mehr Raum und bessere Voraussetzungen für eine gemeinsame Fortbildung unter einem Dach.

Dort kommen alle Disziplinen und Berufsgruppen der Zahnmedizin zusammen: Zahnärzte, Kieferorthopäden, Oralchirurgen, Zahnmedizinische Fachangestellte und Zahntechniker. Dass die Tagung trotz aller Veränderungen ihren Charakter bewahrt hat, führte Dr. Norbert Struß, Vorsitzender der BZK Freiburg, auf die personelle

Kontinuität zurück: „In all den Jahren gab es nur fünf wissenschaftliche Leiter – sämtlich Ordinarien der Freiburger Universitätszahnmedizin.“

„Die Tagung ist Entwicklungen oft einen Schritt voraus“

Tagungsleiter Prof. Dr. Elmar Hellwig zeigte in seinem Rückblick, dass die Tagung fachlich stets am Puls der Zeit war. In Südbaden habe man frühzeitig Themen aufgegriffen, die die Zahnmedizin bis heute prägen. So stand etwa 1976 die Funktionsanalyse auf dem Programm – damals mit Patienten im Foyer des Kurhauses. Ein Jahr später – während vielerorts noch das Amalgam dominierte – ging es schon um die Füllungstherapie mit Säureätz-Composites. 1981 folgte die systematische



Gabriele Billischek

Informationszentrum Zahn- und Mund-
gesundheit Baden-Württemberg (IZZ)
Heßbrühlstr. 7, 70565 Stuttgart

Foto: IZZ

rend akuter Schmerz als Alarmsignal eine Schutzfunktion erfüllt, gleicht chronischer Schmerz häufig einem Fehlalarm und kann auch ohne erkennbare Verletzung fortbestehen. Nach ihrer Ursache differenziert Zeilhofer zwischen nozizeptiven, entzündlichen und neuropathischen Schmerzen. Ihnen liegen demnach unterschiedliche Mechanismen zugrunde und erfordern daher auch unterschiedliche Behandlungsstrategien.

Nozizeptiver Schmerz entstehe durch die Aktivierung von Nozizeptoren und nozizeptiven Bahnen. Er entspreche dem klassischen Warnsignal bei akuter Gewebeschädigung. Therapeutisch stehen hier laut Zeilhofer vor allem Lokalanästhetika und – je nach Situation – Opiode im Vordergrund.

Komplexer sei dagegen der Entzündungsschmerz. Neben Vorgängen im entzündeten Gewebe komme es auch im Rückenmark zu einer Sensibilisierung der Schmerzverarbeitung. Hemmende Nervenzellen verlieren an Wirkung, während nachgeschaltete Zellen zunehmend empfindlicher werden. Dadurch könne ein Schmerzgedächtnis entstehen und eine Hyperalgesie begünstigt werden, so Zeilhofer. Behandelt werde diese Schmerzform vor allem mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR), Coxiben, Paracetamol und Metamizol. Zeilhofer verwies jedoch auch auf die Grenzen dieser Therapie: „NSAR sind mit einem gastrointestinalen Risiko verbunden, NSAR und Coxiben zudem mit kardiovaskulären Risiken.“

Der neuropathische Schmerz unterscheidet sich davon grundlegend, da er durch eine Läsion oder Erkrankung des somatosensorischen Nervensys-

tems verursacht wird. Ursachen seien häufig Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus, Virusinfektionen wie Zoster oder HIV, Verletzungen wie Nervenläsionen, komplexe regionale Schmerzsyndrome (CRPS) oder Tumoren, außerdem neurotoxische Medikamente sowie idiopathische Verläufe. Klassische Analgetika wie Acetylsalicylsäure, Ibuprofen oder Paracetamol seien hier fast immer unwirksam, sagte Zeilhofer. Stattdessen kämen Gabapentinoide wie Gabapentin und Pregabalin sowie Antidepressiva wie Duloxetin oder Amitriptylin zum Einsatz.

Die „Barfußmethode“ hat nur begrenzt Aussagekraft

„Die Schmerztherapie steht im Zentrum unseres zahnärztlichen Handelns“, leitete Dr. Ralf Schlichting, DDS, PhD, M.Sc. (Passau) seinen Vortrag über Schmerzpatienten in der Endodontie ein. Angelehnt an den 3D-Ansatz der American Association of Endodontists stellte er sein Konzept vor: Diagnose, Therapie, Medikation. Entscheidend sei die Reihenfolge: erst die Diagnose, dann die Behandlung.

Den Sensibilitätstest bezeichnete er als „Barfußmethode“ mit begrenzter Aussagekraft. Der Test prüfe nur die Reizleitung der Pulpa, nicht deren Durchblutung, und erfasse damit nicht deren tatsächliche Vitalität. Die Gefahr: Es kann irrtümlich eine noch durchblutete Pulpa eröffnet werden. Auch der Perkussionstest erlaube keine Aussage über die Vitalität. Eine positive Reaktion spreche für eine Entzündung des parodontalen Ligaments und sei bei unklarer Schmerzlokalisierung oft ein wichtiger Hinweis.

Für die definitive Behandlung empfiehlt Schlichting, sich auf die Beseitigung der Noxe zu konzentrieren, da dies die Zahl der Behandlungsfehler senke. Die Behandlung sollte grundsätzlich unter Kofferdam erfolgen, da dies Studien zufolge den Erfolg deutlich verbessert. Bei der symptomatischen irreversiblen Pulpitis habe sich das Vorgehen in den vergangenen Jahren verändert. „Eine Pulpa hält viel mehr aus, als wir uns früher vorgestellt haben“, erläuterte er. Nach vollständiger Kariesexkavation und Pulpaexposition komme je nach Befund neben der



Foto: IZZ / Billischek

In ihren Grußworten zogen Dr. Norbert Struß (r.), Vorsitzender der Bezirkszahnärztekammer (BZK) Freiburg, sein Stellvertreter Dr. Georg Bach (l.) und Prof. Dr. Elmar Hellwig, Wissenschaftlicher Leiter der Tagung, eine Bilanz.

Vitalexstirpation auch die partielle Pulpotomie infrage. Dabei werde irreversibel geschädigtes Pulpagewebe entfernt. Sistiert die Blutung nicht innerhalb von fünf Minuten, sei eine vollständige Pulpotomie mit Entfernung der gesamten Kronenpulpa angezeigt.

Schmerzfälle, Notfälle und Unfälle im Praxisalltag

Die weiteren Referate umfassten die gesamte Spannweite des Tagungsthemas. Prof. Dr. Roland Weiger (Basel) befasste sich mit den häufigsten Zahn-assoziierten Notfallsituationen – hier müssen oft schnell Entscheidungen getroffen werden, die für den Zahnerhalt wichtig sind. Prof. Dr. Dr. Eik Schiegnitz (Mainz und Wiesbaden) zeigte typische Risikosituationen in der Implantologie und präventive Strategien. Prof. Dr. Clemens Walter (Greifswald) präsentierte in seinem Vortrag „Retten Parodontologen Leben?“ Praxisfälle mit ungewöhnlichen Parodontitis-assoziierten Allgemeinerkrankungen. PD Dr. Julian Schmöckel, M.Sc. (Greifswald) sprach zum Zusammenhang von frühkindlicher Karies und Kindeswohlgefährdung. Was beim Umgang mit Risikopatienten zu beachten ist, darüber klärte Prof. Dr. Dr. Ralf Smets (Hamburg) auf und Prof. Dr. Dr. h.c. Thomas Attin (Zürich) zeigte, wie sich Risiken für Schmerzen nach einer Füllungstherapie reduzieren lassen. ■



Foto: photographyfirm – stock.adobe.com

Nicht jeder Etikettenschwindel ist zum Schmunzeln. Eine Scheinselbstständigkeit Ihrer Mitarbeiter kann teuer werden.

SCHEINSELBSTSTÄNDIGKEIT BEI BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNISSSEN

Die Ersparnis von heute ist die Nachzahlung von morgen

Thomas Rothhammer

Viele Zahnarztpraxen glauben, sie hätten mit der Auslagerung einzelner Tätigkeiten an freie, selbstständige Mitarbeiter ein flexibles Modell gefunden – tatsächlich schaffen sie jedoch ein erhebliches Haftungsrisiko. Warum Praxisvertreter oder externe Abrechnungskräfte oftmals keine Unternehmer sind – und welche Haftungsrisiken Praxisinhaber systematisch unterschätzen.

Die Beschäftigung von Praxisvertretern und externen Abrechnungsmitarbeitern gehört (längst) zum Alltag vieler Zahnarztpraxen. Der Wunsch nach Flexibilität und der Fachkräftemangel führen dazu, dass klassische Anstellungsverhältnisse zunehmend durch vermeintlich selbstständige Strukturen ersetzt werden. Gleichzeitig verschärft sich die sozialversicherungsrechtliche Realität erheblich: Die Rechtsprechung stuft solche Modelle immer häufiger als abhängige Beschäftigung ein – mit erheblichen finanziellen und rechtlichen Konsequenzen für die Praxisinhaber.

Die Richtung ist durch die höchstrichterliche Rechtsprechung klar vorgegeben. Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 19. Oktober 2021 (Az.: B 12 R 1/21 R) entschieden, dass Praxisvertreter als sozialversicherungspflichtig Beschäftigte einzuordnen sind, weil sie in die Organisation der Praxis eingegliedert sind und kein eigenes Unternehmerrisiko tragen.

Nicht das Etikett entscheidet, sondern die gelebte Realität

In der Prüfungspraxis der Sozialversicherungsträger zeigt sich dabei ein

konsistentes Muster. Im Zentrum der Beurteilung steht die Frage, ob eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation der Praxis vorliegt. Das wird insbesondere dann angenommen, wenn die Tätigkeit innerhalb der bestehenden Praxisstruktur erbracht wird – etwa durch eine Nutzung der Praxissoftware, die Einbindung in Abläufe oder eine enge Abstimmung mit dem Praxisteam. Die persönliche Leistungserbringung des Praxisvertreters ohne den Einsatz eigener Mitarbeiter sowie das Fehlen eines nennenswerten Kapitaleinsatzes sprechen gegen eine selbstständige Tätigkeit.

Neben der Eingliederung in eine fremde Arbeitsorganisation steht im Mittelpunkt stets das fehlende Unternehmerrisiko. Wer kein eigenes wirtschaftliches Risiko trägt, sondern im Wesentlichen seine Arbeitszeit „verkauft“, erfüllt nicht die Voraussetzungen einer selbstständigen Tätigkeit.

Die typischen „Beruhigungsargumente“ tragen rechtlich nicht: Weder mehrere Auftraggeber noch eine Gewerbeanmeldung oder die steuerliche Einordnung entscheiden über den Status. Entscheidend ist stets das einzelne Auftragsverhältnis. Auch wer mehrere Auftraggeber hat, kann in jedem einzelnen Vertragsverhältnis abhängig beschäftigt sein.

Diese Grundsätze betreffen insbesondere die sogenannten Solo-Selbstständigen im Bereich der Abrechnung. Externe Abrechnungsmitarbeiter, häufig Zahnmedizinische Fachangestellte mit einer Spezialisierung in der Abrechnung, schalten sich im Homeoffice auf die IT der Praxis und rechnen die Leistungen der Praxis gegenüber der KZV und den Privatversicherten intern an.

Bei einer Tätigkeit im Homeoffice wird häufig angenommen, dass allein die räumliche Distanz automatisch Selbstständigkeit bedeutet. Tatsächlich ist das Gegenteil der Fall: Für die Deutsche Rentenversicherung stellt die Nutzung eines PC im Homeoffice keinen Kapitaleinsatz dar, der zu einem Unternehmerrisiko führen kann. Es fehlt an einer nennenswerten Organisation, einer Infrastruktur und eigenen Mitarbeitern.

Homeoffice ersetzt nicht das Unternehmerrisiko

Wichtig ist die klare Abgrenzung: Dieses Problem betrifft nicht klassische Abrechnungsunternehmen, die mit eigener Organisation am Markt auftreten. Unternehmen mit eigenen Büroräumen, eigenem Personal, eigener IT-Struktur und mehreren Mandanten, die ihre Leistungen unabhängig und eigenverantwortlich erbringen, sind nicht in die Praxis eingegliedert und damit typischerweise echte Dienstleister. Das Risiko der Scheinselbstständigkeit besteht vielmehr dort, wo einzelne Personen – oft als Solo-Selbstständige –

faktisch wie ausgelagerte Mitarbeiter in die Praxis eingebunden sind.

Ein konkretes Zahlenbeispiel zeigt die wirtschaftliche Dimension: Eine Praxis beschäftigt eine externe Abrechnungskraft im Homeoffice für monatlich ungefähr 3.000 Euro. Das Modell läuft über drei Jahre – also insgesamt 108.000 Euro Honorar. Im Rahmen einer Betriebsprüfung wird die Tätigkeit dann allerdings als abhängige Beschäftigung eingestuft.

Die Folge: Es werden Sozialversicherungsbeiträge von rund 42 Prozent nachgefordert – also 45.360 Euro. Der Praxisinhaber schuldet dabei nicht nur den Arbeitgeberanteil, sondern auch den Arbeitnehmeranteil, da dieser nicht einbehalten wurde. Eine nachträgliche Verrechnung gegenüber dem vermeintlich Selbstständigen ist ausgeschlossen beziehungsweise auf ein Minimum begrenzt. Hinzu kommen Säumniszuschläge von 1 Prozent pro Monat sowie weitere Umlagen. Die Gesamtbelastung kann damit schnell auf über 50.000 Euro ansteigen.

Doch damit nicht genug: Parallel entstehen arbeitsrechtliche Risiken. Die betroffene Person gilt als Arbeitnehmer mit Ansprüchen auf Urlaub, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall und unter Umständen Kündigungsschutz. In extremen Fällen droht sogar eine Strafbarkeit wegen Vorenthaltens von Sozialversicherungsbeiträgen.

Für die Praxis bedeutet das: Die klassischen „Freie Mitarbeiter“-Modelle stehen zunehmend auf dem Prüfstand.



Dr. Thomas Rothhammer

Rechtsanwalt und Steuerberater

Foto: Kanzlei DRPA

Entscheidend ist nicht die Vertragsgestaltung, sondern ob tatsächlich eine eigenständige unternehmerische Tätigkeit vorliegt. Gerade bei Praxisvertretern und Solo-Abrechnungskräften ist dies häufig nicht darstellbar. Wer dauerhaft in die Abläufe der Praxis eingebunden ist, nach deren Vorgaben arbeitet und kein eigenes wirtschaftliches Risiko trägt, erfüllt die Kriterien einer abhängigen Beschäftigung.

Fazit

Praxisvertreter und externe Abrechnungsmitarbeiter im Homeoffice sind grundsätzlich nicht selbstständig. Die sichere Gestaltung liegt nicht in kreativen Vertragsformulierungen, sondern in klaren Strukturen – entweder ein echtes Arbeitsverhältnis oder eine echte externe Dienstleistung durch unternehmerisch organisierte Anbieter.

Die Grenzen zwischen Selbstständigkeit und Beschäftigung haben sich deutlich verschoben – zulasten vermeintlich flexibler Modelle. Wer Scheinselbstständigkeit nutzt, begeht eine teure Fehleinschätzung, denn er trägt am Ende das volle Risiko. ■

FÜNF WARNSIGNALE FÜR SCHEINSELBSTSTÄNDIGKEIT

1. **Eingliederung in die Praxisabläufe:**
Wer mitläuft wie ein Angestellter, ist meist auch einer.
2. **Nutzung der Praxis-Infrastruktur:**
ohne eigene Infrastruktur keine Selbstständigkeit
3. **Kein eigenes Unternehmerrisiko:**
Selbstständig ist nur, wer auch was verlieren kann.
4. **Homeoffice ist keine unternehmerische Struktur:**
Homeoffice ersetzt keine eigene Organisation.
5. **Mehrere Auftraggeber, gleiche Abhängigkeit:**
Mehrere Auftraggeber machen keine Selbstständigkeit.



Foto: greenbutterfly - stock.adobe.com

KI IN DER ZAHNMEDIZIN – TEIL 6

Was Sie beim Einsatz von Künstlicher Intelligenz rechtlich beachten müssen!

René Genz

Künstliche Intelligenz (KI) hält rasant Einzug in den Praxisalltag – nicht nur in Form von Sprach- und Dokumentationssystemen, Chatbots und Termin-Tools, sondern auch in Form diagnostischer Software, die Röntgenbilder auswertet oder Therapieoptionen vorschlägt. Damit stellen sich neue rechtliche Fragen: Welche Vorgaben gelten? Wer haftet bei Fehlern? Und was sagt der Datenschutz?

Die rechtlichen Vorgaben für den Einsatz von KI ergeben sich nicht aus einem einzigen Gesetz, sondern aus mehreren europäischen Regelwerken. Zentral ist dabei der sogenannte „AI-Act“, auf Deutsch die KI-Verordnung („KI-VO“), deren Regelungen ohne in nationales Recht umgesetzt werden zu müssen voraussichtlich bis Sommer 2027 stufenweise anwendbar werden. Für die Zahnmedizin relevant ist zusätzlich die Medizinprodukteverordnung der EU (MDR).

Zunächst ist die Frage zu klären, wann überhaupt ein KI-System im Sinne der KI-VO vorliegt. Gemäß Art. 3 KI-VO ist ein System erfasst, wenn es aus Eingaben (beispielsweise Text-Prompts oder Bilder) eigenständig Ergebnisse wie Vorhersagen oder Empfehlun-

RISIKO-KLASSE	BEISPIELE	REGULATORISCHE ANFORDERUNGEN
Unvertretbares Risiko	KI-Systeme, die menschliches Verhalten manipulieren oder Social Scoring auf Basis von Gesundheitsdaten betreiben.	Striktes Verbot.
Hohes Risiko	KI-Systeme, die als Sicherheitsbauteile in Medizinprodukten fungieren oder selbst Medizinprodukte (Klasse IIa oder höher) sind, z. B. automatisierte Röntgendiagnostik, oder Verarbeitung biometrischer Daten.	Umfassende Compliance-Pflichten, insb. Qualitätsmanagement und menschliche Aufsicht, Transparenzpflichten.
Begrenztes Risiko	KI-Systeme mit direktem Nutzerkontakt ohne hohes Gefährdungspotenzial, wie administrative Chatbots.	Transparenzpflichten.
Minimales Risiko	KI-gestützte Standardanwendungen ohne nennenswerte Risiken für Sicherheit und Grundrechte, bspw. KI-gestützte Spamfilter.	Keine spezifischen Zusatzpflichten über die Einhaltung allgemeiner Gesetze hinaus.

gen erzeugt, die die physische oder digitale Umgebung beeinflussen können. Typische Beispiele hierfür sind Chatbots oder Bildanalysesoftware.

Für die KI-Regulierung hat der Gesetzgeber einen risikobasierten Ansatz gewählt: Die rechtlichen Anforderungen richten sich nach dem Risiko für Grundrechte und die Sicherheit der Bevölkerung. Die KI-VO teilt KI-Systeme dazu in vier verschiedene Klassen ein: unvertretbares Risiko, hohes Risiko, begrenztes Risiko und minimales Risiko (siehe Tabelle 1).

In der Zahnarztpraxis fallen KI-gestützte Terminplaner oder einfache Spracherkennungssysteme typischerweise in die niedrigeren Risikoklassen. Diagnostische Systeme, die als Medizinprodukte eingestuft sind, gelten dagegen nach dem Zusammenspiel von MDR und KI-VO regelmäßig als Hochrisiko-KI.

Welche Pflichten hat die Praxis?

Für die Praxis ist zunächst die Rollenverteilung relevant. Der Hersteller, also zum Beispiel OpenAI für ChatGPT, gilt als Anbieter der KI. Der Zahnarzt, der das System in seiner Praxis für eigene Zwecke einsetzt, ist in der Regel der Betreiber – zumindest solange er das System nicht wesentlich verändert. Welche konkreten Pflichten sich für den Betreiber ergeben, richtet sich nach den oben skizzierten Risikoklassen der KI-VO.

Bei KI mit geringem Risiko geht es vor allem um Transparenz. Gemäß Art. 50 KI-VO ist der Patient darüber zu informieren, dass KI eingesetzt wird, sofern dies nicht ohnehin offensichtlich ist. Wer also einen KI-basierten Chatbot auf seiner Website nutzt, muss die Nutzer darüber informieren, dass sie nicht mit einem Menschen, sondern mit einer Maschine interagieren.

Bei Hochrisiko-Systemen sind die Vorgaben erheblich strenger, weil der Gesetzgeber in dieser Nutzung von KI eine potenzielle Bedrohung für die Allgemeinheit sieht. Gleichzeitig überwiegt jedoch der Nutzen dieser Angebote, sodass ihr Einsatz zwar erlaubt, aber streng reglementiert ist. Die Pflichten

„Neben der Frage, ob ein KI-Einsatz in der Zahnarztpraxis erlaubt ist, stellt sich perspektivisch auch die Frage, ob er irgendwann zum medizinischen Standard wird. In einem Haftungsprozess könnte dann die Frage im Raum stehen, warum trotz verfügbarer und überlegener KI-Unterstützung allein ‚konventionell‘ gearbeitet wurde.“

sind erheblich. So verlangt beispielsweise Art. 26 KI-VO, dass das System entsprechend der Herstelleranleitung und Zweckbestimmung eingesetzt wird, eine qualifizierte menschliche Aufsicht gewährleistet ist, Eingabedaten und Risiken überwacht und dass automatisch erzeugte Protokolle mindestens sechs Monate lang aufbewahrt werden.

Über alle Risikoklassen hinweg verlangt Art. 4 KI-VO, dass die Anwender über ausreichende KI-Kompetenz verfügen. Das heißt, der Zahnarzt muss über ein fundiertes Grundverständnis der eingesetzten Systeme verfügen, um deren Funktionsweise, aber vor allem auch deren technologische Grenzen sicher einschätzen zu können. Nur wer versteht, dass eine KI trotz beeindruckender Präzision auch Fehlinterpretationen liefern oder „halluzinieren“ kann, ist in der Lage, die Ergebnisse kritisch zu hinterfragen und fachlich fundiert einzuordnen. Diese digitale Kompetenz wird damit zu einer neuen Kernqualifikation, die sicherstellt,

dass die ärztliche Entscheidungsgewalt nicht schleichend an die KI delegiert wird, sondern fest in der Hand des Behandlers bleibt.

Wird KI vom „Kann“ zur „Pflicht“?

Neben der Frage, ob ein KI-Einsatz erlaubt ist, stellt sich perspektivisch auch die Frage, ob er irgendwann zum medizinischen Standard wird. Maßstab ist § 630a Abs. 2 BGB, der den jeweiligen fachärztlichen Standard zugrunde legt.

Derzeit gilt KI in der Zahnmedizin meist noch als „Neulandmethode“, weil Leitlinien und höchstrichterliche Rechtsprechung fehlen. Das bedeutet, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte sie nicht einsetzen müssen, aber die Entwicklung beobachten sollten. Sobald belastbare Studien zeigen, dass ein KI-System in einem bestimmten Bereich – beispielsweise der Früherkennung von Karies – dem rein menschlichen Befund deutlich überlegen ►►

ZM-SERIE „KI FÜR DIE ZAHNMEDIZIN“

Mitglieder des Arbeitskreises „Artificial Intelligence in Dental Medicine“ (AIDM) beleuchten die Chancen und Limitationen von KI in der zahnärztlichen Praxis.

- **Teil 1:** „Automatisierungs-Bias – Wie KI unseren klinischen Blick verzerren kann“ (zm 17/2025)
- **Teil 2:** „Mundschleimhautveränderungen – Mundschleimhautdiagnostik mit künstlicher Intelligenz“ (zm 20/2025)
- **Teil 3:** „Sprachdokumentationswerkzeuge – KI-basierte Sprachdokumentation“ (zm 22/2025)
- **Teil 4:** „Wie KI die Evidenz in der Wissenschaft untergräbt“ (zm 3/2026)
- **Teil 5:** „Künstliche Intelligenz in der Ausbildung“ (zm 5/2026)



Foto: utarem2022 – stock.adobe.com

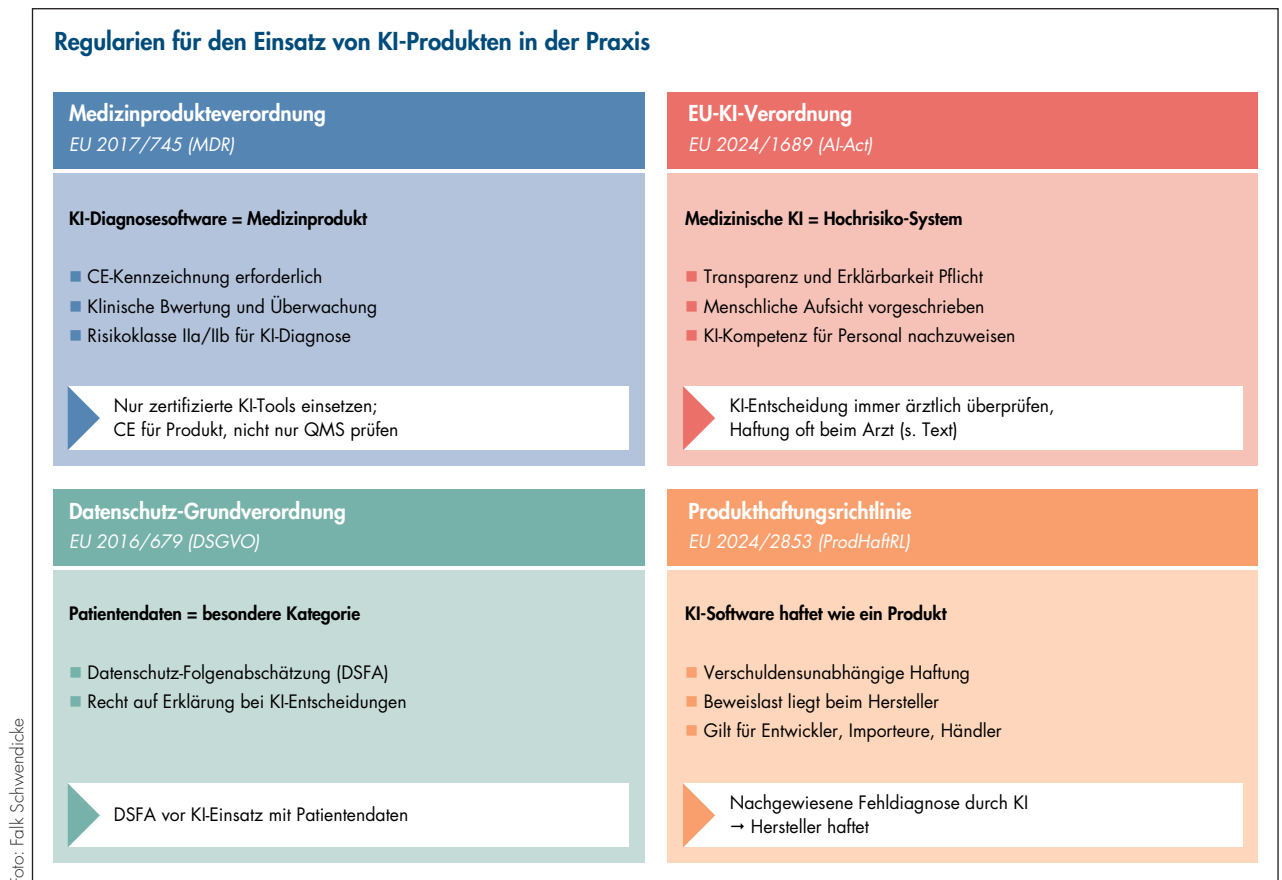


Abb. 1: Regularien, die für den Einsatz von KI-Produkten in der Praxis bedeutsam sind.

ist, kann sich der Standard verschieben. In einem Haftungsprozess könnte dann die Frage im Raum stehen, warum trotz verfügbarer und überlegener KI-Unterstützung allein „konventionell“ gearbeitet wurde.

Was muss der Patient wissen?

Auch beim Einsatz zulässiger KI-Systeme bleiben die rechtlichen Behandlungsvoraussetzungen unverändert. Die Aufklärungspflicht aus § 630e BGB gilt fort. Ob zusätzlich eine ausdrückliche Einwilligung in den KI-Einsatz nötig ist, hängt vom konkreten Szenario ab.

Wird die KI nur als internes Hilfsmittel genutzt – beispielsweise zur Plausibilitätskontrolle des zahnärztlichen Befundes – kann ein allgemeiner Hinweis auf den Einsatz solcher Systeme im Aufklärungs- oder Anamnesebogen ausreichen. Hat der KI-Einsatz dagegen den Charakter einer Neulandmethode oder beeinflusst er die Risiko-Nut-

zen-Abwägung wesentlich, ist eine persönliche, mündliche Aufklärung erforderlich. Hierzu gehört insbesondere der Hinweis auf die Neuartigkeit, die fehlenden Langzeiterfahrungen, die vorhandenen Standardalternativen und die spezifischen Risiken, wie mögliche „Halluzinationen“ der KI.

In der Praxis wird man bei standardisierten Analyseprogrammen, wie der weit verbreiteten Röntgen-Analyse-Software, mit einem deutlichen Hinweis im Formularbereich arbeiten können, während innovative Verfahren, wie KI-gesteuerte Implantologie, ein qualifiziertes Aufklärungsgespräch erfordern.

Wer haftet bei Fehlern?

Kommt es beim Einsatz eines KI-Systems zu einem Schaden beim Patienten, stellt sich die Frage, wer für diesen Schaden haftet. Im allgemeinen Haftungsrecht werden bei KI oft die sogenannten Autonomie- und Opa-

zitätsrisiken hervorgehoben, also die Tatsache, dass das System eigenständig arbeitet und seine Funktionsweise schwer durchschaubar ist. Im Medizinrecht bleibt aber entscheidend: Der Patient hat einen Behandlungsvertrag mit dem Zahnarzt, nicht mit der KI.

Gemäß den Paragraphen 630a, 613 BGB bleibt der Zahnarzt daher der primäre Anspruchsgegner. Das KI-System ist rechtlich ein Hilfsmittel – vergleichbar mit anderen technischen Geräten. Die KI-VO schreibt dieses Bild fort, indem sie bei Hochrisiko-Systemen zwingende menschliche Aufsicht verlangt (Art. 26 KI-VO). In der Praxis heißt das: Ein automatischer Kariesbefund ist nur ein Vorschlag, die endgültige Bewertung muss der Zahnarzt treffen.

Verlässt sich der Zahnarzt „blind“ auf das System („Automatisierungs-Bias“), ohne die Plausibilität zu prüfen, verletzt er seine Sorgfaltspflicht und verstößt zugleich gegen die Vorgaben der KI-VO zur menschlichen Aufsicht.



Kommt es dadurch zu einem Schaden, kann er aus dem Behandlungsvertrag (§ 630a BGB) oder deliktisch (§ 823 BGB, Schadensersatzpflicht) haften.

Problematisch sind Konstellationen, in denen ein systembedingter Fehler der KI selbst bei Anwendung der gebotenen Sorgfalt nicht erkennbar war, etwa aufgrund fehlerhafter Trainingsdaten. In solchen Fällen greift künftig verstärkt das Produkthaftungsrecht. Die neue EU-Produkthaftungsrichtlinie bezieht ausdrücklich auch Software und KI-Systeme in die verschuldensunabhängige Haftung des Herstellers ein. Die Richtlinie ist bis Dezember 2026 in nationales Recht umzusetzen. Damit wird sich die Haftungslandschaft in Richtung einer stärkeren Beteiligung der Hersteller verschieben – vorausgesetzt, ein Produktmangel des Systems kann nachgewiesen werden.

Unabhängig davon steigen die Anforderungen an die digitale Sorgfaltspflicht von Zahnärztinnen und Zahnärzten: Unplausible KI-Ergebnisse zu erkennen, kritisch zu hinterfragen und im Zweifel zu korrigieren, wird zu einer rechtlichen Kernpflicht.

Die Pflicht zur Dokumentation der für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse gemäß § 630f BGB gilt unverändert und gewinnt beim KI-Einsatz weiter an Bedeutung. Die Patientenakte bleibt das zentrale Beweismittel im Haftungsprozess, Lücken führen zu Beweiserleichterungen für Patientinnen und Patienten.

Für Hochrisiko-KI verlangt die KI-VO zusätzlich, dass automatisch erzeugte Protokolle aufbewahrt werden. Diese Logs dokumentieren, wie das System genutzt wurde und welche Ergebnisse es geliefert hat. Die KI-VO nennt eine Mindestaufbewahrungsfrist von sechs Monaten, lässt aber längere Aufbewahrungszeiten nach nationalem Recht zu.

Für die zahnärztliche Praxis empfiehlt es sich, behandlungsbezogene Aufzeichnungen grundsätzlich in die Patientenakte einzubinden und sie gemäß § 630f Abs. 3 BGB zehn Jahre lang zu sichern. So lässt sich im Streitfall nachweisen, dass das System ordnungsgemäß funktionierte und eine menschliche Kontrolle stattgefunden hat.



Rechtsanwalt René Genz

Heidrich Rechtsanwälte
Partnerschaftsgesellschaft mbB
Prinzenstr. 3
30159 Hannover

Foto: Niklas Mühleis

Inhaltlich sollte die Dokumentation insbesondere abbilden, ob und welches KI-System eingesetzt wurde, welche Ergebnisse es geliefert hat, und wie der Zahnarzt mit diesen Ergebnissen umgegangen ist. Insbesondere, wenn der Zahnarzt bewusst vom KI-Vorschlag abgewichen ist, sollte die medizinische Begründung dokumentiert sein. Letzteres ist vorzugsweise dann ratsam, wenn es sich bei der eingesetzten KI nicht mehr um ein „Neulandmodell“, sondern um im Vergleich zum menschlichen Handeln eine evidenzbasiert überlegene Methode handelt (siehe Absatz 3). Dies unterstreicht die ärztliche Letztverantwortung und erleichtert die Verteidigung gegen Willkür- oder Sorgfaltsvorwürfe.

Wie bereiten sich Leitung und Team darauf vor?

Der Einsatz von KI verändert nicht nur die Tätigkeit des einzelnen Zahnarztes, sondern auch die Abläufe der gesamten Praxis. Die Praxisleitung muss daher organisatorische Vorkehrungen treffen. Die bereits erwähnte Pflicht zur KI-Kompetenz gemäß Art. 4 KI-VO verlangt nicht nur hinsichtlich des behandelnden Zahnarztes, dass Betreiber von KI-Systemen für ausreichende KI-Kompetenz sorgen. Schulungen des Teams zu Funktionsweise, Grenzen und Risiken der eingesetzten Systeme sind deswegen erforderlich. Ihre Teilnahme sollte dokumentiert werden, um Vorwürfen des Organisationsverschuldens zu begegnen.

Bei der Delegation an Zahnmedizinische Fachangestellte gelten die bekannten Regeln. Nach entsprechender Qualifikation dürfen die ZFA etwa Chatbots verwalten oder KI-gestützte Ge- ▶▶

Rocky.
Durchdringt
Zirkonoxid
und knackt die
härteste Krone.

Eine neue Ära im
Kronentrennen beginnt.



Jetzt sichern!

www.kometstore.de



räte bedienen. Die Interpretation von KI-Befunden und die Entscheidung über Diagnosen und Therapien bleiben hingegen stets beim Zahnarzt.

Es ist zweckmäßig, klare Standard Operating Procedures (SOPs) einzuführen, etwa zur Nutzung der Systeme, zur Reaktion auf Fehlermeldungen und zur Dokumentation im Team.

Was sind Pflichten im Sinne des Datenschutzes?

Gesundheitsdaten sind besonders sensibel. Bei der Einbindung von KI muss die Praxis daher die datenschutzrechtlichen Pflichten besonders im Blick haben. Da durch den Einsatz von KI mit Gesundheitsdaten regelmäßig ein hohes Risiko für Rechte und Freiheiten der Patienten bestehen kann, ist in der Regel eine sogenannte Datenschutz-Folgenabschätzung nach Art. 35 DSGVO erforderlich. Dabei handelt es sich im Grunde um einen vorausschauenden Risiko-Check für die Patientendaten. Sie wird gesetzlich immer dann zur Pflicht, wenn eine neue Technologie voraussichtlich ein hohes

Risiko für die persönlichen Rechte der Patienten mit sich bringt – was beim Einsatz von KI zur Auswertung sensibler Gesundheitsdaten praktisch immer der Fall sein wird.

Hinzu kommt Art. 22 DSGVO, der Patienten vor ausschließlich automatisierten Entscheidungen schützt. Gerade wenn KI-Systeme Behandlungsvorschläge machen, muss auch hiernach sichergestellt sein, dass nicht „die Maschine allein“ agiert, sondern die finale Entscheidung immer bei einem Menschen bleibt.

Die meisten KI-Programme werden heute nicht mehr lokal auf dem Praxisrechner ausgeführt, sondern als Software-as-a-Service in der Cloud. Das bedeutet, dass sensible Patientendaten die Praxis verlassen. Werden Kassenspatienten behandelt, stellt das Gesetz (§ 393 SGB V) daher besonders strenge Anforderungen. Der Anbieter muss ein extrem hohes IT-Sicherheitsniveau garantieren, das sich am strengen „C5-Standard“ des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik orientiert. Die Daten dürfen grundsätzlich

„Im Medizinrecht bleibt aber entscheidend: Der Patient hat einen Behandlungsvertrag mit dem Zahnarzt, nicht mit der KI.“

nur auf Servern innerhalb der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums oder in Staaten gespeichert werden, die von der EU-Kommission offiziell als datenschutzrechtlich sicher eingestuft wurden. Da externe Cloud-Anbieter Gesundheitsdaten theoretisch einsehen könnten, müssen sie zudem zwingend vertraglich zur Verschwiegenheit gemäß § 203 StGB (Verletzung von Privatgeheimnissen) verpflichtet werden.

Besonders sensibel ist die Frage, ob Patientendaten für das Training von KI-Modellen verwendet werden dürfen. Die Verarbeitung zur Behandlung ist in der Regel über den Behandlungsvertrag und gesetzliche Grundlagen abgedeckt. Die zusätzliche Nutzung zu Trainingszwecken des Herstellers erfordert dagegen meist eine gesonderte, informierte Einwilligung des Patienten. Nur in Ausnahmefällen – zum Beispiel bei ausreichender Anonymisierung oder speziellen Forschungsvorschriften – können andere Rechtsgrundlagen greifen und eine derartige Verarbeitung ausnahmsweise erlauben.

Ausblick

KI kann die Zahnmedizin objektiver und präziser machen und so die Patientensicherheit erhöhen. Voraussetzung ist aber, dass der Zahnarzt als verantwortlicher Entscheider im Mittelpunkt bleibt, die Systeme versteht und deren Grenzen kennt.

Wer sich frühzeitig mit den rechtlichen Rahmenbedingungen – KI-VO, Medizinprodukte-, Berufs-, Haftungs- und Datenschutzrecht – auseinandersetzt und entsprechende Prozesse in der Praxis etabliert, kann die Vorteile der Technologie nutzen, ohne unnötige Haftungs- oder Compliance-Risiken einzugehen. ■

WAS SIE BEIM EINSATZ EINES KI-SYSTEMS IN DER PRAXIS BEACHTEN SOLLTEN

- Handelt es sich um ein KI-System und welche Risikoklasse liegt vor?
 - Diagnostische Systeme sind meist Hochrisiko-KI.
- Ist das System ein Medizinprodukt (MDR)?
 - Viele klinische Anwendungen unterliegen zusätzlichen regulatorischen Anforderungen.
- Nutze ich die KI zweckgemäß?
 - Der Einsatz muss strikt nach Herstellerangaben erfolgen.
- Habe ich ausreichende KI-Kompetenz?
 - Das Verständnis von Funktionsweise, Grenzen und Fehlern ist verpflichtend, auch für anwendendes Personal.
- Bewerte ich KI-Ergebnisse kritisch?
 - Die KI ist Assistenz, die Entscheidung bleibt immer beim Zahnarzt.
- Sind die Patienten ausreichend informiert?
 - Der KI-Einsatz muss transparent sein, gegebenenfalls ist eine Aufklärung erforderlich.
- Erfülle ich meine Dokumentationspflichten?
 - Einsatz, Ergebnisse und ärztliche Bewertung müssen nachvollziehbar festgehalten werden.
- Sind Praxisabläufe und Verantwortlichkeiten klar geregelt?
 - SOPs, Team-Schulungen und klare Delegationsregeln sind notwendig.
- Sind Datenschutz und Datensicherheit gewährleistet?
 - Insbesondere bei Cloud-Lösungen und Gesundheitsdaten kritisch.

Quelle: Falk Schwendicke

SICHERHEITSVORGABE DES BUNDESAMTS FÜR SICHERHEIT IN DER INFORMATIONSTECHNIK

ePA-Zugriff mit Android 13 endet zum Juli

Dienste wie die elektronische Patientenakte oder das E-Rezept dürfen nur auf Handys laufen, für die der Hersteller Sicherheitsupdates liefert. So lautet eine Vorgabe des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI). Für rund elf Prozent der Handynutzenden in Deutschland wird dies nun zum Problem.

Geräte, die durch den Hersteller nicht weiterhin mit Sicherheitsupdates versorgt werden, werden nicht verwendet“, heißt es knapp in der Richtlinie TR-03161 des BSI, die die Vorgaben für die elektronische Patientenakte (ePA) und das E-Rezept regelt. Konkret bedeutet das: Wenn Google zum 1. Juli 2026 für das Betriebssystem Android 13 den Support einstellt, haben Nutzende mit alten Handys keinen mobilen Zugriff mehr auf die ePA und das E-Rezept. Betroffen sind Schätzungen zufolge 11,5 Prozent der Smartphone-Nutzenden in Deutschland.

Die strenge Sicherheitsanforderung gilt zwar nicht automatisch für den TI-Messenger, meldet das BSI. Es werde aber allgemein empfohlen, „dass Anwendungen im Gesundheitswesen und insbesondere der Telematikinfrastruktur die Sicherheitsanforderungen erfüllen“, erklärt die Sicherheitsbehörde. Und die Techniker Krankenkasse, der AOK Bundesverband und die Barmer bestätigten laut einem Bericht, dass ihre Versicherten ab dem 1. Juli für alle Dienste, die auf die Telematikinfrastruktur zugreifen, Smartphones mindestens mit Android 14 benötigen.

Bei Apple-Geräten gelten nur noch solche mit den Betriebssystemen iOS 19 und 18 als sicher, die laut offiziellen Meldungen für Geräte ab dem iPhone 11 verfügbar sind. iOS 17, 16 und 15 erhalten vom Hersteller hingegen nur

Branchendiensten zufolge gab es im vergangenen Jahr schätzungsweise 3,9 Milliarden Android-Nutzende weltweit. Googles mobiles Betriebssystem hatte damit einen Marktanteil von 79 Prozent auf dem Smartphone-Markt.

noch vereinzelt Updates für besonders schwerwiegende Sicherheitslücken und verstoßen damit ebenfalls gegen die BSI-Vorgabe. Diese soll sicherstellen, dass die besonders sensiblen Gesundheitsdaten der Nutzenden geschützt sind – auch wenn diese nicht die neuesten Mobilgeräte nutzen.

Wie groß das Problem mit unsicheren mobilen Betriebssystemen ist, zeigt

Googles neuester „Android Distribution Chart“, der die weltweite Verbreitung der verschiedenen Versionen aufführt und zeigt, dass sich Milliarden von Menschen Gefahren durch unsichere Betriebssysteme aussetzen. Denn rund 41,4 Prozent der Android-Nutzenden weltweit verwenden Vorgänger-Betriebssysteme von Android 13, die schon länger keinen Support mehr erhalten. *mg*

DER ZUGRIFF IST WEITER MÖGLICH – ABER UNBEQUEM

Viele Krankenkassen bieten Alternativen zum Zugriff via Smartphone an. So lässt sich die elektronische Patientenakte am PC/Mac mit den Betriebssystemen Windows, MacOS oder Linux (Ubuntu) auch über den Browser nutzen. Die Ombudsstellen der Krankenkassen helfen bei der Verwaltung, denn der Workaround ist unbequem. TK-Versicherte benötigen zum Beispiel ein Kartenlesegerät der Sicherheitsklasse 2 oder höher mit inkludiertem Tastaturfeld. Außerdem ist die Installation eines Treibers erforderlich. Alternativ können Personen, die bis zum Ablauf des Google-Supports die Mobil-App für den Zugriff genutzt haben, ihre vorhandene GesundheitsID für die Anmeldung in der Desktopanwendung verwenden.

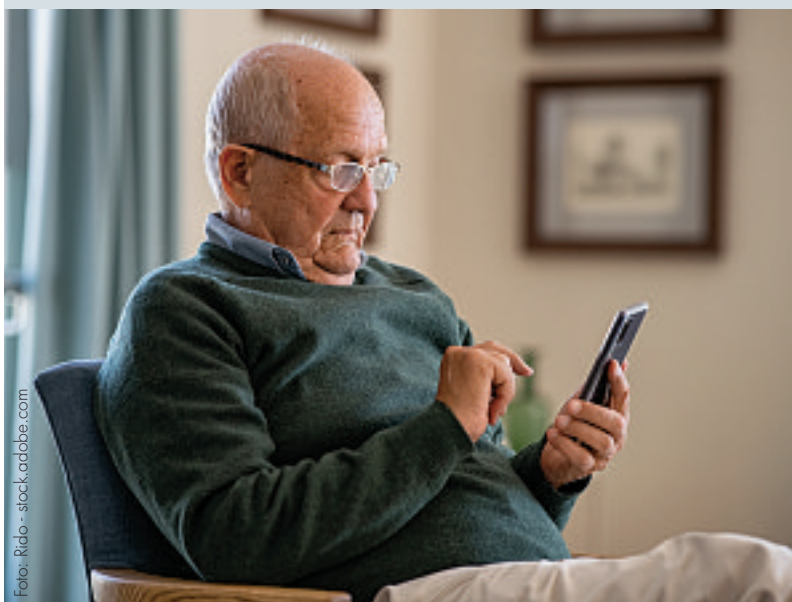


Foto: Rido - stock.adobe.com

KURZ ERKLÄRT: SOCIAL-MEDIA-VERBOT FÜR JUGENDLICHE

Ist ein Alters-Check der Key?



Studien zeigen, dass sich Social-Media-Content negativ auf Kinder und Jugendliche auswirken kann. Als Ausweg wird zurzeit verstärkt ein Social-Media-Verbot für diese Altersgruppe diskutiert. Welche Vorschläge gibt es konkret, wie sehen die Gegenpositionen aus und kann ein Verbot wirklich die Probleme aus der Welt schaffen?

Hier ist die Idee bereits Gesetz

Als weltweit erstes Land hat Australien im Dezember 2025 ein Social-Media-Verbot für unter 16-Jährige erlassen. Der australischen Regierung zufolge haben die Plattformen in dieser Altersgruppe seitdem über 4,7 Millionen Konten gesperrt. Die Betreiber unternehmen demnach große Anstrengungen, ihrer neuen gesetzlichen Pflicht nachzukommen. Zu einer gegenteiligen Einschätzung kommt eine Umfrage der englischen „Molly Rose Foundation“, der zufolge 61 Prozent der 12- bis 15-Jährigen in Australien nach wie vor Zugang zu einem oder mehreren ihrer Social-Media-Konten haben. „Zwei Drittel (64 Prozent) der aktiven YouTube-Nutzer, 61 Prozent der Snapchat-Nutzer sowie jeweils 60 Prozent der Instagram- und TikTok-Nutzer gaben an, dass die Plattformen keine Maßnahmen ergriffen hätten, um ein Konto zu löschen oder zu deaktivieren“, berichtet die Stiftung.



Was will die Bundesregierung?

„Wir werden eine Expertenkommission einsetzen, um eine Strategie 'Kinder- und Jugendschutz in der digitalen Welt' zu erarbeiten und die Umsetzung ressort- und ebenenübergreifend zu begleiten“, heißt es im Koalitionsvertrag. Eltern sollen unterstützt und die Plattformbetreiber beim Kinder- und Jugendschutz in die Pflicht genommen werden. Geplant seien zudem „verpflichtende Altersverifikationen“.

Doch die Empfehlungen der eigenen Kommission schießen die Regierungsparteien nicht abwarten zu wollen: Die SPD sprach sich im Februar 2026 in einem Positionspapier dafür aus, den Zugang zu Social-Media-Plattformen erst ab einem Alter von 14 Jahren zu gestatten und bis zum 16. Geburtstag in einer für die Plattformen verpflichtenden Jugendversion. Kurz darauf stimmten auch die Delegierten des CDU-Bundesparteitags

8,9 Mio.

6- bis 16-Jährige lebten laut dem Statistikdienst Statista Ende 2024 in Deutschland

mehrheitlich für eine Social-Media-Regulierung. „Wir fordern die Bundesregierung auf, eine gesetzliche Altersgrenze von 14 Jahren für die Nutzung sozialer Netzwerke einzuführen und das besondere Schutzbedürfnis bis zum 16. Lebensjahr im digitalen Raum auszugestalten“, so steht es wörtlich in dem Beschluss.

Das sagt die Kommission

Am 20. April 2026 legte die Expertenkommission der Regierung eine Bestandsaufnahme vor. Ende Juni sollen Handlungsempfehlungen folgen. Die Fachleute benennen klar die Risiken, die digitale Medien mit sich bringen, beispielsweise Cybermobbing, Kostenfallen, Desinformation und Cybergrooming. Außerdem seien Kinder und Jugendliche manipulativen Plattformmechaniken („Dark Patterns“) ausgesetzt, die gezielt zu einer ausufernden Nutzung und zur Datenpreisgabe verleiten. Gleichzeitig betonten sie: Digitale Medien sind heute ein fester Bestandteil des Alltags junger Menschen und das Smartphone ist ein zentraler Zugang zu Kommunikation, Information sowie Unterhaltung – und vor diesem Hintergrund eine Chance für „gesellschaftliche Teilhabe, Identitätsentwicklung und individualisiertes Lernen“.

Die Expertinnen und Experten weisen darauf hin, dass es sowohl in Deutschland als auch auf EU-Ebene bereits Regelungen zum Jugendschutz bei Sozialen Medien gibt. „Angesichts der zusätzlich zu berücksichtigenden Grundrechtsposition von Kindern und Jugendlichen, deren Teilhaberechte verfassungsrechtlich über die Informationsfreiheit geschützt sind, bedürfte es daher einer besonderen Begründung pauschaler Nutzungsverbote, die sich undifferenziert auf ganze Altersgruppen von Nutzenden erstrecken“, wenden sie ein. Der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahren in der digitalen Welt müsse breit ansetzen und die Medienkompetenz systematisch stärken sowie Mängel in der Umsetzung bereits bestehender Regelungen zum Kinder- und Jugendschutz beheben.

Entsteht eine Kontroll-Infrastruktur?

Die Plattform Netzpolitik.org begrüßt, dass der Bericht der Regierungskommission klarstellt, dass sich Bedrohungen in der digitalen Welt nicht auf Social Media beschränken,

sondern junge Menschen ebenso über Messenger-Dienste wie WhatsApp und Telegram sowie Gaming-Portale und Websites angreifbar sind. Damit sei vom Tisch, dass der Fokus auf ein Verbot sozialer Medien das Problem lösen würde. Positiv ist aus Sicht von Netzpolitik-Autor Sebastian Meineck auch, dass die Kommission die Auswirkungen digitaler Technologien weder einheitlich negativ noch einheitlich positiv bewertet, sondern ausführt, dass deren Wirkung auf Kinder und Jugendliche von deren Persönlichkeit, ihrer Lebenssituation und der Art der Nutzung abhängt. Heftige Kritik übt Meineck jedoch daran, dass der Bericht strenge Alterskontrollen ins Spiel bringt: „Die größte Gefahr von Alterskontrollen liegt darin, dass sie eine umfassende Kontroll-Infrastruktur im Netz schaffen.“

166
Minuten

pro Tag beträgt die durchschnittliche Bildschirmzeit bei 12- bis 13-Jährigen laut JIM-Studie 2025, für die 1.200 Jugendliche im Alter von 12 bis 19 Jahren befragt wurden

400 internationale Fachleute sind dagegen

Gegen digitale Alterskontrollmechanismen haben sich im März 2026 auch 400 internationale Fachleute aus den Bereichen Technologie, IT-Sicherheit und Privatsphäre positioniert. In einem offenen Brief fordern sie von Regierungen und Parlamenten ein „Moratorium für die Einführungspläne“. Die Begründung: Es liege nicht genug Evidenz vor, die die Vorteile von Technologien zur Altersüberprüfung belegt. Darüber hinaus ließen sich Alterskontrollen im digitalen Bereich leicht austricksen, wie Beispiele zeigten, in denen Identitäten mithilfe von VPNs, gekauften oder geliehenen Zugangsdaten sowie KI-generierten Profilen umgangen würden.

Bevor weitreichende Kontrollmechanismen in Kraft gesetzt werden, müsse wissenschaftlich geklärt werden, welche potenziellen Schäden für den Datenschutz und die Privatsphäre entstehen können. Der Einsatz solcher Methoden sei nur gerechtfertigt, wenn die Vorteile die Nachteile nachweisbar und bei Weitem überwiegen. In der Zwischenzeit sollten Regierungen bei den Ursachen ansetzen: „Viele der Schäden, denen Altersüberprüfungen eigentlich entgegenwirken sollen, werden durch die algorithmischen Praktiken sozialer Netzwerke verursacht; daher wäre eine Regulierung dieser Praktiken wirksamer als umgehbare Zugangskontrollen.“

Die Umgestaltung der Kindheit?

Der Psychologe Jonathan Haidt aus den USA setzt sich für ein Verbot von Social Media für Kinder und Jugendliche ein. Er vertritt die Meinung, dass Smartphones und das Aufkommen von Social Media den Übergang von einer auf Spiel zu einer auf Technologie basierenden Kindheit befeuert haben. In seinem Buch „The Anxious Generation“ (2024) schreibt er: „Diese tiefgreifende Umgestaltung der Kindheit ist meiner Meinung nach der wichtigste Grund für die Flutwelle psychischer Erkrankungen bei Jugend-

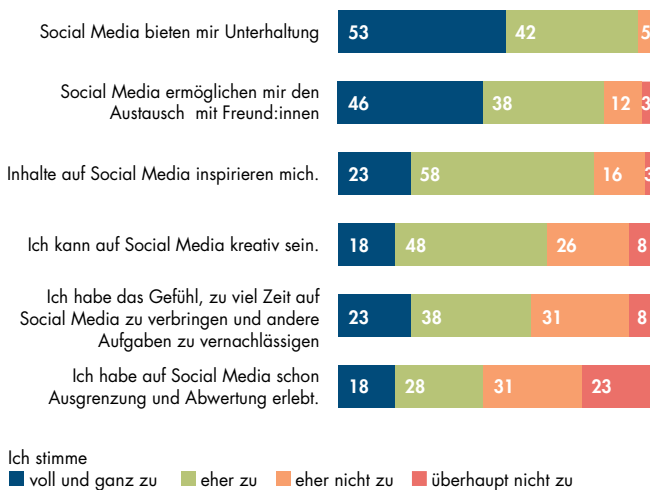
lichen, die Anfang der 2010er-Jahre einsetzte.“ Also zu dem Zeitpunkt, als Social Media massenwirksam wurde.

Kritikerinnen und Kritiker sehen in Haidts These eine Vereinfachung komplexer Zusammenhänge. In ihrer Rezension von Haidts Buch im Wissenschaftsmagazin „Nature“ merkt die Psychologieprofessorin Candice Odgers an, dass Haidt anekdotisch vorgehe, sein Kernargument aber nicht wissenschaftlich belege. Er mache den grundlegenden Fehler, Korrelation mit Kausalität zu verwechseln. Andere Forschende setzen Haidt entgegen, dass Ängste bei Jugendlichen auch durch andere Themen wie die Klimakrise oder internationale Konflikte und Kriege verstärkt werden könnten.

Sackgasse beim Recruiting

Auch dieser Umstand ist im Zusammenhang mit einem Social-Media-Verbot für Jugendliche zu bedenken: Viele Unternehmen werben in den sozialen Medien für ihre Branchen – auch Zahnarztpraxern. Jugendliche auszuschließen, würde die Wirksamkeit dieser Recruiting-Maßnahmen einschränken oder ganz zunichtemachen. Auch viele Organisationen aus der Demokratiebildung und dem Gesundheitswesen sind mit wissenschaftlich fundierten Informationen auf den Social-Media-Plattformen präsent, um Fehlinformationen möglichst früh entgegenzuwirken. *sth*

Das sagen junge Menschen in Deutschland über ihr Social-Media-Verhalten



Ergebnisse der repräsentativen Studie „Zwischen Bildschirmzeit und Selbstregulation – soziale Medien im Alltag von Jugendlichen“ von infratest dimap im Auftrag der Vodafone.

SOCIAL-MEDIA-HYPES IM CHECK

Von Hammer-Tipps bis Zahnstocher-Kauen

Lifestyle- und Beauty-Posts sind in den Sozialen Medien sehr beliebt, haben bekanntlich jedoch oft ungewollte und mitunter ernste gesundheitliche Folgen. Falls Ihnen bei einer zahnmedizinischen Behandlung in Ihrer Praxis seltsame Symptome auffallen, könnte das mit diesen Social-Media-Trends zusammenhängen.

Bonesmashing für markante Gesichtszüge

Beim Bonesmashing bearbeitet man Kinn, Stirnbein sowie Kiefer- und Wangenknochen mehrmals am Tag mit schweren Gegenständen, wie einem Hammer, oder man nimmt die eigenen Fäuste. Die Theorie dahinter: Die Knochen werden geringfügig beschädigt, so dass ein Heilungsprozess einsetzt, in dessen Verlauf die Gesichtszüge mit der Zeit markanter ausfallen. Anhänger der Methode berufen sich auf das

Wolffsche Gesetz, das der Berliner Mediziner Julius Wolff Ende des 19. Jahrhunderts aufgestellt hat. Es besagt, dass sich Knochen unter Belastung festigen und die Knochendichte zunimmt. Der Schönheitschirurg Dr. Paul Hubmann, selbst Content-Creator, erklärt

in einem Video, dass Bonesmashing tatsächlich zum Aufbau von Knochenmasse führen kann. Allerdings würden dadurch nicht nur Schäden am Knochen entstehen, sondern auch am umgebenden Weichgewebe, weswegen er dringend davon abrät.

Dennoch: Das Thema zieht unter Hashtags wie #bonesmashing oder #cheekbone auf TikTok und Instagram besonders junge Männer an. Bonesmashing kommt aus der Looksmaxxing-Szene, die vor rund 15 Jahren in frauenfeindlichen Internetforen entstand, inzwischen aber ein massentauglicher, lukrativer Markt geworden ist. Looksmaxxer setzen auf zum Teil extreme ästhetische Selbstoptimierung, weil das Aussehen aus ihrer Sicht der alles entscheidende Faktor ist, um Erfolg zu haben – beruflich, finanziell und bei Frauen.

Zum Looksmaxxing gehören „sanfte“ Methoden (Softmaxxing) wie umfas-

sende Skincare-Routinen, Haarpflege, Styling, aber auch Zahn-Bleaching und Supplements für die Ernährung. Dem gegenüber steht das „Hardmaxxing“ mit selbstverletzenden Methoden, zu denen neben Bonesmashing und Selbstmedikation auch beinverlängernde Operationen oder die Einnahme von Steroiden und Drogen, etwa zur Gewichtskontrolle, zählen.

Voll im Trend: Zahnstocher

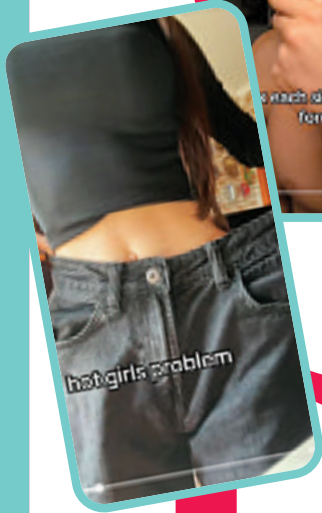
Erdbeere, Cola, Mango, Minze: Seit einiger Zeit liegen aromatisierte Zahnstocher im Trend. Auf TikTok findet sich unter Hashtags wie #toothpick, #energytoothpick, #zahnstochermitgeschmack massenhaft Content, der das Kauen von Zahnstochern abfeiert oder entsprechende Produkte bewirbt. Unter anderem, so die Versprechen, könne Zahnstocherkauen das Einschlafen erleichtern oder dabei helfen, sich besser zu konzentrieren oder gar mit dem Rauchen aufzuhören. Es gibt auch mit Nikotin angereicherte Zahnstocher. Sie sind bisher noch nicht in deutschen Läden erhältlich, man kann sie aber online bestellen. In einem Zahnstocher stecken bis zu sechs Milligramm Nikotin, was der dreifachen Menge einer Zigarette entspricht. Sie können Reizungen der Mundschleimhaut hervorrufen, auch Verletzungen des Zahnfleisches sind möglich.

Ästhetisches Profil dank Zungengymnastik

Beim Mewing, so versprechen Clips unter dem Hashtag #mewing, entsteht durch eine veränderte Position der Zunge im Mund eine markante Kinnlinie. Bei dieser „Technik“ wird die Zunge dauerhaft an den Gaumen gedrückt und die Zähne werden leicht

aufeinander gepresst, um Spannung auf die Kiefermuskeln zu bringen. Mewing ist benannt nach dem umstrittenen britischen Kieferorthopäden John Mew, der eine bestimmte Zungenhaltung zur Verbesserung der Gesichtsästhetik propagierte. Es gibt keine wissenschaftlichen Studien, die diese Wirkung belegen. Kritikerinnen und Kritiker sehen beim Mewing verschiedene Risiken: Der dauerhafte Druck kann Zähne lockern, den Biss verzerren und zu Zahnabnutzung führen. Auch Sprachstörungen sind eine mögliche Konsequenz, wenn die veränderte Zungenposition Sprachmuster und -verständlichkeit beeinträchtigt.





kuma am Zahnschmelz festsetzen, in Fissuren eindringen und Kronen oder Füllungen dauerhaft beschädigen. Content mit diesem Inhalt findet sich unter dem Hashtag #turmeric.

Nicht klein zu kriegen: SkinnyTok

Im Juni 2025 wurde der Hashtag #skinnytok in Europa verboten. Die EU hatte Druck auf den Plattformbetreiber ByteDance ausgeübt, weil über den Hashtag extreme und gesundheitsgefährdende Diät- und Abnehmtipps verbreitet wurden. Besonders Mädchen und junge Frauen konsumierten diesen Content – beziehungsweise konsumieren ihn immer noch. Denn: Die Posts erscheinen nun einfach unter anderen Hashtags wie zum Beispiel #snatched, #fatloss, #modelworkout, #dreambody oder #lean. Möglichst „skinny“ aussehen zu wollen, kann sich auch auf die Mundgesundheit negativ auswirken. So können Essstörungen entstehen, in deren Folge sich durch Nährstoffmangel Zahnschmelz und Mundschleimhaut geschädigt werden. Durch mit Erkrankungen wie Bulimie zusammenhängendes, häufiges Erbrechen sind zudem erhebliche Schäden an der Zahnhartsubstanz möglich. Es kann zu einem er-

höhten Kariesrisiko kommen, sowie zu Zahnverfärbungen.

Schmerzende Gesichtsmassagen für straffere Haut

Ein beliebtes Beauty-Thema auf Social Media sind Lymphdrainage-Routinen oder Massagen für den Kopfbereich. Sie sollen entwässernd wirken und so Schwellungen im Gesicht mindern. Hashtags sind #lymphaticfacial, #depuffing, #guasha oder #facemassage. Häufig werden Hilfsmittel wie Roller oder Massagegeräte empfohlen und demonstriert. Während bei einer sanften Massage eigentlich nichts schiefgehen sollte, können zu heftiges Kneten und Streichen oder aggressive Massage-Tools jedoch durchaus Beschwerden wie Hautirritationen, Verspannungen oder Kopfschmerzen hervorrufen. *sth*

Weißere Zähne durch Kurkuma

Das leuchtend gelbe Gewürz Kurkuma kann entzündungshemmend und antibakteriell wirken. Wahrscheinlich hängt mit diesen positiven Eigenschaften die in vielen TikTok- und Instagram-Posts vertretene Auffassung zusammen, dass Kurkuma auch ein wirksames Mittel gegen Zahnbelag sei und die Zähne weißer würden, wenn man sie mit dem Pulver putzt. Wahrscheinlicher ist aber, dass es die Zähne aufgrund seiner starken Pigmentierung mindestens vorübergehend gelb verfärbt. Direkt auf die Zähne aufgetragen, kann sich Kur-

STUDIEN ZUR SOCIAL-MEDIA-NUTZUNG

Über die Sozialen Medien können wissenschaftlich fundierte und gesundheitsfördernde Informationen verbreitet werden – aber genauso können sie sich negativ auf die körperliche und psychische Gesundheit auswirken, wie diese Studien zeigen:



Zu dick, zu dünn? Zu klein, zu groß?

Wie Social Media die Schönheitsideale junger Menschen beeinflusst – insbesondere wie sie ihre Körper wahrnehmen und bewerten – analysierte im September 2025 eine Umfrage der Krankenkasse vivida BKK. Die Auswertung zeigt, dass die Hälfte der 14- bis 34-Jährigen häufig den Druck verspürt, den Schönheitsidealen entsprechen zu müssen, die auf Social Media trenden. Sechs von zehn der Befragten gaben an, ihr Aussehen oder ihren Körper regelmäßig mit anderen zu vergleichen. Je jünger die Befragten sind, desto stärker ist der Vergleichsdruck. Etwa die Hälfte der Befragten fühlt sich selbst außerdem zu dick, während sich rund jeder Fünfte für zu dünn hält.



Kein Medizinstudium? Egal!

38 Prozent der jungen Erwachsenen vertrauen medizinischen Informationen in den Sozialen Medien mehr als den Aussagen ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte. Das hat eine Studie aus dem Jahr 2025 ergeben, für die die Kommunikationsagentur Edelman 18- bis 34-Jährige aus 16 Ländern zum Thema Vertrauen in Ärztinnen und Ärzte befragt hat. Dem Survey zufolge lässt sich die befragte Altersgruppe zudem doppelt so häufig wie ältere Erwachsene bei Gesundheitsentscheidungen von Personen ohne formale medizinische Qualifikation beeinflussen.



3D-DRUCK VERSUS KONVENTIONELLE THERMOFORMEN

Was passiert im Körper mit Mikroplastik aus KFO-Schienen?

Ein Team aus Kieferorthopäden und Mikrobiologen der Universitäten Buffalo und Pittsburgh hat untersucht, wie synthetische Polymere in Alignern, Retainern und sleep devices das Immunsystem beeinflussen können. Dabei wurden Nanoplastikpartikel aus Alignern mittels Bildung von Makrophagen dokumentiert.

Es ist bekannt, dass aus Kunststoffen gefertigte Schienen wie Aligner, transparente Retainer oder Aufbisschienen in der Mundhöhle kleinste Plastikpartikel in Mikro- und Nanometergröße freisetzen. Die US-Wissenschaftler haben nun das Freisetzungspotenzial verschiedener Polymere verglichen, die sowohl in traditionellen Thermoformen als auch im 3D-Druck der nächsten Generation eingesetzt werden. Zusätzlich untersuchten sie, ob und wie Makrophagen-Immunkzellen von den Kunststoffpartikeln beeinflusst werden.

Ihre Studie gilt als die erste, die Aufnahmen von aus Alignern stammenden kleineren Nanoplastikpartikeln durch lebende Zellen mittels Bildung von Makrophagen dokumentiert. Konkret getestet wurden sechs kieferorthopädische Schienen, jeweils drei direktgedruckte Harze (ActiveMemory™ DCA, Lux Creo Inc.; Tera Harz TA-28, Graphy Inc.; Nylon 12, EOS) und drei thermogeformte Materialien (Invisacryl™, Great Lakes Dental Technologies; Zendura®, Bay Materials) und Invisalign®, Align Technology Inc.).

Alle getesteten Typen setzten nachweisbar Partikel frei

Dabei wurden gleich große Scheiben der Materialien in künstlichen Speichel eingebracht und eine Woche lang täglich für 30 Sekunden vortexiert (maschinell geschüttelt). Die Freisetzung der Partikel wurde mittels Durchflusszytometrie quantifiziert und mittels Raster- und Transmissionselektronenmikroskopie visualisiert. Zusätzlich wurde die Aufnahme der Partikel durch Makrophagen mittels Lebend-



Foto: Andrey Popovstock, adobe.com

Aus 3D-gedruckten kieferorthopädischen Schienen wird mehr Mikroplastik freigesetzt als aus den thermogeformten Pendanten. Das ist das Ergebnis einer Studie der Universitäten Buffalo und Pittsburgh.

zell-Zeitraffermikroskopie erfasst. Die Makrophagendifferenzierung wurde drei Tage nach der Kokultur mit den Mikroplastikpartikeln durch Durchflusszytometrie beurteilt.

Beide Typen gaben messbare Fragmente von magnetischen Nanopartikeln (MNPs) ab, die leicht von Makrophagen aufgenommen wurden, wobei direktgedruckte Polymere die

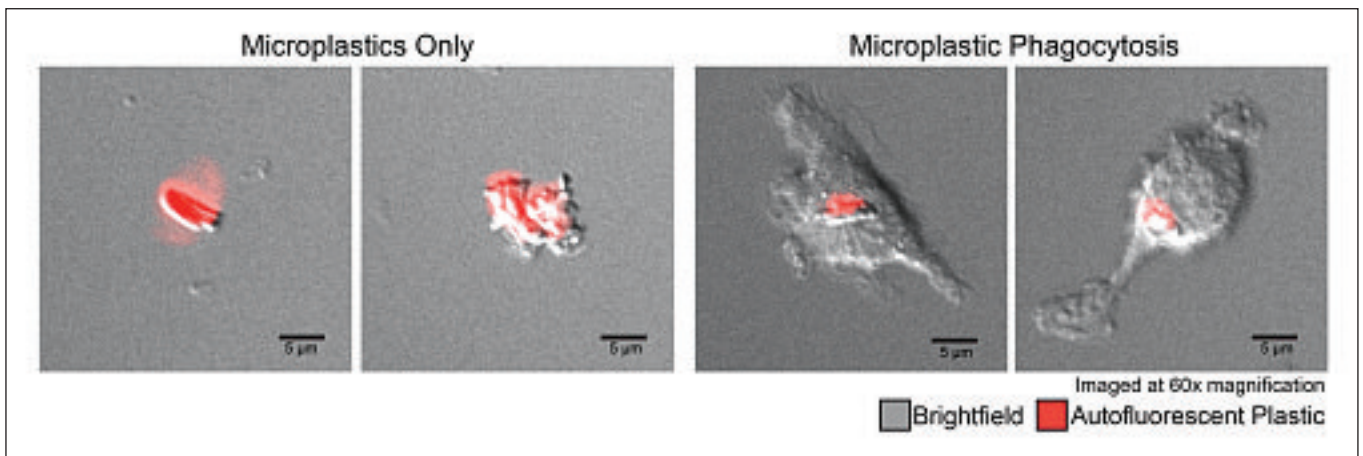


Foto: [Warunek et al., 2026]

Makrophagen nahmen im Labormodell innerhalb von zwei Stunden Mikroplastikteilchen mit einer Größe von etwa 2 bis 10 µm auf. Wenn das Mikroplastik im Makrophagen nicht abgebaut wird, kann das „mit der Zeit chronische Entzündungen auslösen, die Fähigkeit des Körpers, Infektionen zu bekämpfen, schwächen und die ordnungsgemäße Wundheilung beeinträchtigen“, sagt Prof. Thikriat Al-Jewair, Kieferorthopädin und Co-Autorin der Studie.

höchsten Konzentrationen erzeugten. Unterschiede zeigten sich auch in der Größe der Partikel: Während thermogeformte Materialien überwiegend Nanopartikel freisetzen, gaben die gedruckten Schienen vermehrt größere Partikel im Mikrometerbereich ab.

Die biologische Toxizität von Mikroplastikpartikeln wird maßgeblich von der Partikelgröße beeinflusst – je kleiner die Partikel, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie sich im Organismus akkumulieren. Dieser Umstand könnte Einfluss auf die Einschätzung der möglichen Toxizität haben.

Makrophagen verändern sich durch Mikroplastik

Nach der durchflusszytometrischen Quantifizierung der Partikel wurde eine standardisierte Menge an Mikroplastik-Flüssigkeit jedes Materials für drei Tage mit aus dem Knochenmark von Mäusen stammenden Makrophagen kultiviert. Dabei wurden die Makrophagen vorab mit Markern angefärbt, die auf die Differenzierung der Makrophagen in die Subtypen M1 (proinflammatorisch) und M2 (reparativ, antiinflammatorisch) hinweisen.

Die Makrophagen nahmen problemlos Partikel in der Größe von etwa 2 bis 10 µm auf. Dabei lösten einige der Partikel (Lux, Nylon, Invisalign) einen Makrophagen-Phänotyp aus, „der mit einer proinflammatorischen Differen-

zierung übereinstimmt“, wie die Forschenden berichten. Andere Partikel (Invisacryl™, Zendura®) führten nicht zu einer Hochregulation proinflammatorischer Marker, wobei die Forschenden hervorheben, dass alle Kokulturen hochviabel gewesen seien.

„Da Mikroplastik nicht biologisch abgebaut wird, können sie in Makrophagen überleben. Im Laufe der Zeit kann dies chronische Entzündungen auslösen, die Fähigkeit des Körpers, Infektionen zu bekämpfen, schwächen und die richtige Wundheilung behindern.“

Thikriat Al-Jewair, Co-Studienautorin und außerordentliche Professorin in der Abteilung für Kieferorthopädie, Fakultät für Zahnmedizin an der University at Buffalo

Direkt gedruckte Aligner sind nicht immunologisch inert

Die Genese inflammatorischer Prozesse ähnelt in der Literatur beschriebenen Fällen, in denen Kohlenstaub,

Siliziumdioxid und Asbest in Makrophagen persistent sind. Bleiben die eingeschlossenen Partikel unverdaut, versuchen Makrophagen immer wieder, sie zu phagozytieren und durchlaufen dabei wiederholte Zyklen von Aktivierung, Schädigung und Zytokinfreisetzung, was chronische Entzündungen und fibrotische Umbauprozesse auslöst, schreiben die Forschenden. Im Bereich der Schienenkunststoffe scheinen insbesondere Urethan-basierte, direkt gedruckte Aligner „nicht immunologisch inert“ zu sein.

Die Studienautorinnen und -autoren betonen in ihrem Fazit, „dass sich kieferorthopädische Polymere hinsichtlich ihrer Freisetzungsprofile von Mikroplastik und ihrer Fähigkeit, Makrophagenreaktionen zu modulieren, deutlich unterscheiden. Dies unterstreicht die Bedeutung einer sorgfältigen Materialbewertung für die klinische Anwendung“. In laufenden Forschungsarbeiten werden auch die Oberflächeneigenschaften untersucht, da eine etwas rauere oder porösere Textur die Haltbarkeit und das Potenzial für die Freisetzung sehr kleiner Partikel im Laufe der Zeit beeinflussen könnte. *br*

Die Studie:
Warunek, J., Warunek, S., Calderon, M. et al.: Orthodontic derived microplastics impact macrophage differentiation and homeostasis. *Prog Orthod*. 27, 3 (2026). <https://doi.org/10.1186/s40510-026-00608-3>



Der interdisziplinäre Podcast für Expert:innen
Zwei Perspektiven – ein gemeinsamer Therapieerfolg

Wieviel Medizin steckt in der Zahnmedizin und vice versa?



Direkt Reinhören und abonnieren!

[dental-wirtschaft.de/
medizin-trifft-zahnmedizin](https://dental-wirtschaft.de/medizin-trifft-zahnmedizin)

FORTBILDUNG ZUR LEITLINIE „ZAHNMEDIZINISCHE BETREUUNG GERIATRISCHER PATIENTEN“

Was bei alten Patienten zusätzlich zu berücksichtigen ist

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in Deutschland leben aktuell rund sechs Millionen Menschen im Alter von 80 Jahren und darüber. Die Gruppe der Hochbetagten wächst durch die steigende Lebenserwartung kontinuierlich an und wird sich bis 2050 voraussichtlich bis auf etwa 8,5 bis 10 Millionen Menschen vergrößern. Diese Altersgruppe ist einerseits von teils erstaunlich robuster Vitalität, andererseits allein aufgrund der zahlenmäßigen Zunahme der Grundgesamtheit von zunehmender Pflegebedürftigkeit geprägt. Die mit Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit einhergehenden Probleme wie beispielsweise die eingeschränkte Mundhygienefähigkeit sind eine Herausforderung für die zahnmedizinische Versorgung, die in vielerlei Hinsicht eine eigene, modifizierte Herangehensweise erfordert.

Vor diesem Hintergrund ist eine zusammenfassende Darstellung der Grundlagen von Diagnostik und Therapie und den daraus folgenden Handlungsempfehlungen für geriatrische Patienten



Foto: privat

von erheblicher Relevanz für den Praxisalltag. Die Leitlinie „Zahnmedizinische Betreuung geriatrischer Patienten“ berücksichtigt dabei auch die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den psychosozialen und allgemeinmedizinischen Grundlagen der zahnärztlichen Diagnostik und Therapie alter Menschen.

Zahlreiche Maßnahmen unterscheiden sich in vielen Bereichen grundlegend von den üblichen, für gesunde Erwachsene geltenden Optionen. Sie berücksichtigt zudem Hinweise für die Praxisorganisation der zahnmedizinischen Betreuung von Seniorinnen und Senioren. Damit ist es den Autoren und Autoren gelungen, einen Standard zu definieren, auf den sowohl heute als auch in Zukunft tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte zurückgreifen können.

Ich wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche und inspirierende Lektüre der Beiträge in unserem neuen Fortbildungsteil.

Ihr Elmar Hellwig

AB SEITE 48



Teil 1: Diagnostik bei alten Patienten

Bei der zahnmedizinischen Betreuung geriatrischer Patienten ist es häufig notwendig, gleichzeitig medizinische und zahnmedizinische Risiken zu beachten. Prinzipiell sind zahnärztliche Diagnostikmethoden genauso anzuwenden wie bei gesunden Erwachsenen – in der Praxis können sich jedoch vielfältige Herausforderungen ergeben.

AutorInnen: Prof. Dr. Julia Jockusch (Brandenburg), Dr. Elmar Ludwig (Ulm), Prof. Dr. Ina Nitschke (Leipzig), Prof. (apl) Dr. Cornelia Frese (Heidelberg)

AB SEITE 54



Teil 2: Therapie bei alten Patienten

Grundsätzlich sind alle zahnärztlichen Therapieoptionen bei geriatrischen Patienten genauso anzuwenden wie bei gesunden Erwachsenen. Dennoch bestehen eine Fülle von Besonderheiten – angefangen mit den Indikationen über die Patientenaufklärung und Therapiedurchführung bis hin zu Besonderheiten in der vertragszahnärztlichen Versorgung.

AutorInnen: Prof. (apl) Dr. Cornelia Frese (Heidelberg), Prof. Dr. Julia Jockusch (Brandenburg), Dr. Elmar Ludwig (Ulm), Prof. Dr. Ina Nitschke (Leipzig)

AB SEITE 62



Teil 3: Betreuungsrecht und Ethik

In der Betreuung älterer Patienten entstehen oft ethische Dilemmata, die abgewogen werden müssen. Hier bietet die Anwendung der Prinzipienethik die Möglichkeit, ethische Konflikte zu reduzieren. Der Beitrag zeigt, wie auf ethischer und rechtlicher Grundlage eine qualitativ hochwertige, gerechte und respektvolle Versorgung sichergestellt werden kann.

AutorInnen: Prof. Dr. Ina Nitschke (Leipzig), Prof. (apl) Dr. Cornelia Frese (Heidelberg), Dr. Elmar Ludwig (Ulm), Prof. Dr. Julia Jockusch (Brandenburg)

FORTBILDUNG ZUR S2K-LEITLINIE „ZAHNMEDIZINISCHE BETREUUNG GERIATRISCHER PATIENTEN“ – TEIL 1

Diagnostik bei alten Patienten

Julia Jockusch, Elmar Ludwig, Ina Nitschke, Cornelia Frese

Bei der zahnmedizinischen Betreuung geriatrischer Patienten ist es häufig notwendig, gleichzeitig medizinische und zahnmedizinische Risiken zu beachten. Prinzipiell sind zahnärztliche Diagnostikmethoden genauso anzuwenden wie bei gesunden Erwachsenen – in der Praxis können sich jedoch vielfältige Herausforderungen ergeben.



Die aufsuchende Versorgung ermöglicht auch bei eingeschränkter Mobilität des Patienten eine kontinuierliche zahnmedizinische Betreuung.

Geriatric, ebenso bekannt als Altersmedizin, ist die Lehre vom alternden Menschen und seinen Krankheiten. Geriatrische Patienten sind charakterisiert durch Einschränkungen der körperlichen und/oder geistigen Funktionalität bei Multimorbidität sowie durch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Gesundheitsstörungen und einen oft ungünstigeren, komplizierteren Verlauf. Mit den geriatrischen „I's“ werden die Problemfelder in der Geriatrie zusammengefasst [Schulz, 2024; Freund, 2013; Freund, 2010], wobei intellektueller Abbau, Immobilität, Instabilität und Inkontinenz noch heute als die vier Giganten der Altersmedizin bezeichnet werden.

Verschiedene Allgemeinerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Niereninsuffizienz, Erkrankungen der Leber, Osteoporose, Tumore sowie die damit verbundene Anzahl und Kombination verschiedener Präparate im Hinblick auf die Medikation und Therapieverfahren (OP, Radiatio, Chemotherapie) haben nicht selten einen unmittelbaren Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung sowie mögliche Komplikationen und bedürfen einer hohen spezifischen Kompetenz des Zahnarztes [Marchini und Ettinger, 2023].

Altersphysiologische Veränderungen gehen mit multiplen veränderten, meist eingeschränkten Organreserven einher. Diese Einschränkung der Organfunktion kann ihrerseits bereits einen Krankheitswert haben (wie eine eingeschränkte Nierenfunktion) oder aber die Entwicklung krankhafter Folgestörungen begünstigen wie beispielsweise die Fraktur nach Sturz infolge Muskelkraftabnahme (Sarko-

penie). Die zeitliche Koinzidenz dieser sich oft gegenseitig beeinflussenden organischen und funktionellen Veränderungen bedingt die Geriatrie-typische Multimorbidität, deren Ausprägung jedoch individuell großen Schwankungen unterliegt.

Zum Erhalt oder zur Wiederherstellung sowohl akut als auch chronisch eingeschränkter Organfunktionen kommen oft Medikamente zum Einsatz, die ihrerseits ebenfalls infolge Metabolisierung und Medikamenteninteraktionen einen negativen Effekt auf die Organfunktion haben können und die Verabreichung zusätzlicher Medikamente erforderlich machen können (zum Beispiel: Schmerz nach Sturz – Opiatgabe zur Analgesie – Obstipation – Laxansgabe). Die dadurch begünstigte Entwicklung einer Polymedikation ist daher kausal eng verknüpft mit der Geriatrie-typischen Multimorbidität, die ihrerseits aufgrund der funktionellen Einschränkungen einen erhöhten Pflegebedarf nach sich ziehen kann [Denkinger und Polidori, 2024].

Menschen mit Pflegebedarf

Ältere Menschen mit einem Pflegegrad sind nahezu generell geriatrische Patienten, dagegen haben längst nicht alle geriatrischen Patienten einen bewilligten Pflegegrad. Unter Bezug auf die Gesetzgebung und den formalen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind mit Menschen mit Pflegebedarf diejenigen gemeint, „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen“ [BMG, 2024].

Die formal definierte Pflegebedürftigkeit gibt in sechs Lebensbereichen



CME AUF ZM-ONLINE

Teil 1: Diagnostik bei alten Patienten



Für eine erfolgreich gelöste Fortbildung erhalten Sie zwei CME-Punkte der BZÄK/DGZMK.

KONSENSBASIERTER EMPFEHLUNG 2: (NEU/2026)	
Hohes Lebensalter und/oder Pflegebedürftigkeit sollen als Risikofaktor für eine Verschlechterung der Mundgesundheit berücksichtigt werden. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: IDZ 2016	

KONSENSBASIERTER EMPFEHLUNG 3: (NEU/2026)	
Ein bewilligter Pflegegrad gibt eine Orientierung zur Pflegebedürftigkeit eines Patienten. Darüber hinaus soll eine individuelle Einschätzung der für die Mundgesundheit relevanten Fähigkeiten durch den Zahnarzt erfolgen. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

KONSENSBASIERTES STATEMENT 7: (NEU/2026)	
Zahnärztliche Diagnostikmethoden sind bei geriatrischen Patienten genauso anzuwenden wie bei gesunden Erwachsenen. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

Hinsichtlich der zahnärztlichen röntgenologischen Diagnostik können sich zusätzliche Einschränkungen bei der Film- beziehungsweise Sensorpositionierung durch Dritte ergeben.

Geriatrisches Assessment

Im geriatrischen Basis-Assessment, das in der Hausarztpraxis stattfindet, werden beispielsweise Barthel-Index [Mahoney und Barthel, 1965], Mobilitätstests wie Timed-up-and-go-Test sowie Tests zur Beurteilung der Kognition eingesetzt – zum Beispiel Uhrenzeichentest [Shulman et al., 1986], Mini-Mental State Test (MMST) [Folstein et al., 1975], Montreal Cognitive Assessment (MoCa) [Nasreddine et al., 2005]. Auch eine Handkraftmessung zur Einschätzung der Gebrechlichkeit ist ein hilfreiches Instrument.

Die zahnärztliche Diagnostik beim geriatrischen Patienten erstreckt sich nicht allein über die klassischen zahnärztlichen Beurteilungskriterien für die Zähne, das Zahnfleisch, den Zahnersatz, die Schleimhäute, die Weichteile und die knöchernen Anteile von Mund, Kiefer und ▶▶

Hinweise zur Selbstständigkeit eines Patienten:

- Mobilität
- geistige und kommunikative Fähigkeit
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen
- Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

Pflegebedürftigkeit variiert in unterschiedlichen Lebensabschnitten und es ist nicht so, dass alle über 80-jährigen Personen pflegebedürftig sind. Bei den über 85-Jährigen steigt jedoch die Zahl deutlich, so sind bei Frauen über die Hälfte, bei Männern mehr als ein Drittel der Alterskohorte Empfänger von Leistungen aus der Pflegeversicherung. Da die Einstufung in einen Pflegegrad nur die oben genannten sechs Bereiche umfasst und eine formale Begutachtung erforderlich ist, sind diese Zahlen nicht zwingend deckungsgleich mit einem real empfundenen Pflegebedarf [vdek, 2024].

Für den zahnärztlichen Praxisalltag ist es daher von großer Bedeutung, den pflegerischen Unterstützungsbedarf eines Patienten zu kennen. Ein bewilligter Pflegegrad hilft bei der Identifikation des Unterstützungsbedarfs. Für die zahnmedizinische Betreuung geriatrischer Patienten zeigt das Vorliegen

bestimmter Merkzeichen (zum Beispiel „H“ oder „aG“) auf einen erhöhten Unterstützungsbedarf bei Anfahrt, Kommunikation und Behandlung hin.

Wegen der mit dem Alter ansteigenden Prävalenz von Pflegebedürftigkeit stellt ein hohes Alter ein Signal dafür dar, dass erhöhte Wachsamkeit auf das Vorliegen alterierter Mundgesundheit erforderlich ist [KZBV und BZÄK, 2010].

Diagnostik

Einschränkungen bei der zahnärztlichen Diagnostik können sein:

- Mobilität
- Kooperationsfähigkeit
- zeitliche Belastung für den Patienten
- Lagerungsmöglichkeit
- räumliche Gegebenheiten
- technische Ausstattung (vor allem in der aufsuchenden Betreuung)
- organisatorische Fragestellungen

KONSENSBASIERTER EMPFEHLUNG 1: (NEU/2026)	
Dem Zahnarzt sollten die üblichen geriatrischen Assessment-Instrumente sowie deren Ergebnis-Interpretation bekannt sein, um eine umfassendere Kenntnis für den geriatrischen Patienten in Bezug auf die zahnmedizinische Betreuung zu haben. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Hofmann, W et al. 1995; Lachs, M.S et al. 1990; Thiem, U. et al. 2012; Hobert, M.A. et al. 2019	

KRITERIEN ZUR EINSCHÄTZUNG DES GERIATRISCHEN PATIENTEN		
Therapiefähigkeit	Mundhygienefähigkeit	Eigenverantwortlichkeit
Behandlungsort	Greiffähigkeit	Erkennen von Problemen
Transportfähigkeit in zahnärztliche Praxis	Handkraft	Willensäußerung
Umsetzbarkeit in den Behandlungsstuhl	Manuelle Geschicklichkeit bei der Durchführung der Mundhygiene	Entscheidungsfähigkeit
Lagerungseinschränkung	Sehvermögen	Besuchsverhalten
Möglichkeit der Diagnostik	Kompetenz zur Durchführung der häuslichen Mundhygiene	Organisationsfähigkeit
längere Mundöffnungsphasen	Schwierigkeitsgrad der Reinigung der Mundhöhle	Nachsorgekompetenz
Risiko für allgemeinmedizinische Zwischenfälle	Verstehen von Anweisungen und Ratschlägen	Verantwortungsträger (Vollmacht, Patientenverfügung)
Risiko für Medikamenteninteraktion	Erhaltene Beratung und Anleitung umsetzen	gerichtlich eingesetzter Betreuer (D)/Beistand (CH)
Risiken im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung	Nachsorgekompetenz	
Verständnis von Anweisungen/ Wiedergabe von Sachverhalten	Fremdputzer Unterstützung bei der Durchführung und Überprüfung der Mundhygiene durch Dritte vorhanden	
Nachsorgekompetenz	Fähigkeit und Möglichkeit, Mundhygieneprodukte einzukaufen bzw. zu bekommen	
manuelle Geschicklichkeit		
Adaptationsfähigkeit		

Tab. 1: Kriterien, die die individuelle Einschätzung des Patienten/Probanden beim oralgeriatrischen Assessment in den drei Parametern (Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit, Eigenverantwortlichkeit) mitbestimmen^{13,14}

BEWERTUNG DER INDIVIDUELLEN BELASTBARKEIT			
Belastbarkeitsstufe (BS)	Therapiefähigkeit	Mundhygienefähigkeit	Eigenverantwortlichkeit
1	normal	normal	normal
2	leicht reduziert	leicht reduziert	
3	stark reduziert	stark reduziert	reduziert
4	keine	keine	keine

Tab. 2: Bewertung der individuellen Belastbarkeit im Rahmen der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität auf Grundlage der Beurteilung der Parameter Therapiefähigkeit, Mundhygienefähigkeit und Eigenverantwortlichkeit^{13,14}. Der am schlechtesten bewertete Parameter bestimmt die vergebene Belastbarkeitsstufe (BS).

Gesicht. Grunderkrankungen, die Medikation und die Kooperationsfähigkeit können die klinische zahnärztliche

Diagnostik erheblich beeinflussen und die Ergebnisbeurteilung typischer zahnärztlich-diagnostischer Verfahren

verzerren beziehungsweise verfälschen (zum Beispiel Vitalitätsprobe oder Perkussionstest).

Zur Orientierung in Bezug auf Art und Umfang der Behandlung hat sich ergänzend die Feststellung der „zahnmedizinischen funktionellen Kapazität“ bewährt [Nitschke und Hopfenmüller, 1996; Nitschke et al., 2023] (Tabellen 1 und 2). Die daraus abgeleiteten Belastbarkeitsstufen können hilfreich sein, im Gespräch mit Patienten, gesetzlichen Vertretern oder Angehörigen die Therapieoptionen abzuwägen. Die Klärung der zahnärztlichen Betreuung (Versorgungsdiagnose) sowie Fragen zur Durchführung der täglichen Mundhygiene (Nachsorgekompetenz) werden hier ebenfalls einbezogen.

Funktionelle Beeinträchtigungen

Durch eingeschränkte körperliche Funktionen wie eine Schwäche der Handkraft können das Putzen der Zähne oder das Reinigen einer vorhandenen Zahnprothese beeinträchtigt sein. Auch visuelle Beeinträchtigungen können zu Problemen bei der Mundpflege führen. Rund ein Drittel der Menschen mit Pflegebedarf ist nicht mehr in der Lage, die Pflege ihrer Zähne und der Zahnprothesen selber vorzunehmen und sind auf Hilfe von Angehörigen oder Pflegenden angewiesen [Nitschke und Micheelis, DMS V]. Daher ist es wichtig, die unterstützenden Personen (Angehörige, Pflegekräfte) in den Prozess der zahnmedizinischen Betreuung einzubeziehen.

Eingeschränktes Sehen kann darüber hinaus die Mobilität beeinträchtigen, wenn es etwa gilt, eine zahnärztliche Praxis aufzusuchen oder auf dem Behandlungsstuhl Platz zu nehmen. Funktionell motorische Einschränkungen und Limitationen sowie kognitive Beeinträchtigungen können die Sitzposition im Behandlungsstuhl, die Kopfhaltung, die Kieferöffnung beziehungsweise die Kieferöffnungsweite, die Schluckfähigkeit et cetera beeinflussen. Die Mobilitätseinschränkungen können auch durch krankheitsbedingte übermäßige beziehungsweise unkontrollierte Bewegungen (Dyskinesien, zum Beispiel Zittern bei einer

KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNG 4: (NEU/2026)

Motorische und sensorische Beeinträchtigungen **sollen** in der zahnmedizinischen Betreuung frühzeitig berücksichtigt werden und in die Behandlungsplanung einfließen.
Abstimmung: 15/1/1 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen

Konsens**Expertenkonsens****Literatur:** Nitschke und Micheelis 2016, Büscher et al. 2022**KONSENSBASIERTES STATEMENT 1: (NEU/2026)**

Bei der zahnmedizinischen Betreuung geriatrischer Patienten mit Unterstützungsbedarf sind nach deren Einwilligung Angehörige, Pflegende oder Betreuungspersonen in Unterweisungen (insb. Mundpflege) miteinzubeziehen.
Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen

starker Konsens**Expertenkonsens**

Parkinsonerkrankung) charakterisiert sein.

Mobilitätseinschränkungen haben eine hohe Relevanz in Bezug auf eine mögliche Behandlungsfähigkeit in der zahnärztlichen Praxis. Der Unterstützungsbedarf bei der Fortbewegung ist daher im Vorfeld abzuklären. Es ist relevant, ob die Person mobil ist oder ob sie einen Rollator oder Rollstuhl benutzt. Damit entscheidet sich gegebenenfalls, ob die Praxis überhaupt aufgesucht werden kann.

Besondere Sorgfalt beim Aufsuchen einer zahnärztlichen Praxis ist bei erhöhter Sturzgefahr geboten [Büscher et al., 2022], möglicherweise ist eine Begleitung erforderlich, oder stattdessen eine Behandlung im häuslichen Umfeld, wobei deren Organisation im Vorfeld sinnvoll ist.

Ist die Person auf einen Rollstuhl beziehungsweise Pflegerollstuhl angewiesen, ist vor der Behandlung zudem zu prüfen, ob ein Umsetzen auf einen Behandlungsstuhl möglich oder erforderlich ist. Ist eine Behandlung nur

liegend im Bett möglich, sind die Behandlungsoptionen dadurch definiert und möglicherweise limitiert.

Kognitive und emotionale Beeinträchtigungen

Kognitive Beeinträchtigungen, zum Beispiel demenzielle Erkrankungen, haben Einfluss auf die Mundgesundheit und die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen [Jokusch et al., 2021]. Maßnahmen zur Mundpflege können als übergriffig empfunden werden, besonders wenn in der Vergangenheit bereits negative Erfahrungen gemacht wurden [Zimmermann et al., 2014]. Physische und psychische Faktoren, vor allem kognitive Beeinträchtigungen, haben Einfluss auf die Kooperationsfähigkeit der Patienten. Eine mangelnde Kooperationsfähigkeit, zum Beispiel aufgrund einer demenziellen Erkrankung beziehungsweise kognitiven Einschränkung, führt dazu, dass im häuslichen oder im pflegerischen Alltag die Patienten die Maßnahmen zur Mundhygiene gegebenenfalls nicht selbst durchführen beziehungsweise diese bei Übernahme durch andere nicht in ihrer Notwendigkeit und Gefährlosigkeit einschätzen können [DNQP, 2023; Manchery et al., 2020].

Es ist von zentraler Bedeutung, inwieweit alltägliche Mundpflegemaßnahmen, aber auch präventive und therapeutische zahnärztliche Maßnahmen durchgeführt werden können [DNQP, 2023]. Personen mit kognitiven ▶▶



Prof. Dr. Julia Jokusch, M.Sc.

Direktorin der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Seniorenzahnmedizin Medizinische Hochschule Brandenburg, Campus Brandenburg an der Havel Geschwister-Scholl-Str. 36, 14776 Brandenburg an der Havel
Foto: privat

- **2003–2008:** Studium der Zahnmedizin und Approbation, Universität Leipzig
- **2009–2020:** Zahnärztin und Oberärztin an der Klinik für Allgemein-, Behinderten- und Seniorenzahnmedizin am Zentrum für Zahnmedizin der Universität Zürich, Schweiz
- **2021–2025:** Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitären Forschungsschwerpunkt „Dynamik Gesunden Alterns“, Universität Zürich, Schweiz
- **2021–2025:** Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Bereich Seniorenzahnmedizin, Universität Leipzig
- **seit 2013:** Spezialistin für Seniorenzahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V. (DGAZ)
- **seit 2018:** Master of Science in Zahnärztlicher Prothetik der Universität Greifswald
- **2023:** Habilitation und Venia legendi an der Universität Leipzig
- **seit 04/2025:** Univ.-Prof. für Zahnärztliche Prothetik und Seniorenzahnmedizin, Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB)

**ZM-LESERSERVICE**

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



Dr. Elmar Ludwig

niedergelassener Zahnarzt in einer Gemeinschaftspraxis in Ulm mit Kooperationsvertrag, Referent für Geriatrische Zahnmedizin der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg sowie stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Alterszahnmedizin der BZÄK

Foto: Privat



Prof. Dr. Ina Nitschke

Universität Leipzig, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Bereich Seniorenzahnmedizin Liebigr. 12, 04103 Leipzig

Foto: Anja Hahn



Prof. (apl) Dr. Cornelia Frese

Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg

Foto: Universitätsklinikum Heidelberg

Beeinträchtigungen empfinden möglicherweise Angst vor oder bei zahnmedizinischen Maßnahmen, die es zu antizipieren und zu berücksichtigen gilt. Insbesondere Menschen mit Demenz können Angst vor Maßnahmen zur Mundpflege oder der zahnärztlichen Behandlung haben oder entwickeln. Möglicherweise kann die Situation nicht mehr eingeschätzt werden und es kann zu sogenanntem „herausfordernden Verhalten“ (beispielsweise abwehrendes Verhalten, Schreien) kommen, was die pflegerischen oder die zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen erschweren kann [DNQP, 2023].

Weiterhin kann bei älteren Patienten mit intellektuellen Beeinträchtigungen, die die verbalen Handlungsanweisungen kognitiv nicht oder nur eingeschränkt verstehen können sowie bei Patienten mit Schädigungen des zentralen Nervensystems (wie Schlaganfall, Zerebralparese), Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen (etwa Parkinson-Syndrom, Chorea Huntington, ALS) und auch bei älteren Patienten mit psychischen Erkrankungen (beispielsweise Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert) [AWMF, 2019] die zahnärztliche Diagnostik/Behandlung schwierig werden. Dies äußert sich zum Beispiel in motorischer Unruhe, mangelnder Geduld, der Verweigerung zur Mundöffnung oder gar der Abwehr der zahnärztlichen Maßnahmen mit übermäßigen beziehungsweise unkontrollierten Bewegungen. Hier können sowohl der Patient als auch mit diesen Personengruppen unerfahrene Behandler gefährdet werden.

Logopädische, heilpädagogische und/oder gerontopsychologische Maßnahmen, die begleitend zur alltäglichen pflegerischen Mundpflege durchgeführt werden, können sich bei einer re-

duzierten Kooperationsfähigkeit oder bei Ängstlichkeit positiv auf die zahnmedizinische Behandlung auswirken. Möglicherweise wird der Betroffene mit Maßnahmen rund um und im Mund vertrauter und empfindet diese gegebenenfalls nicht als übermäßig übergriffig. Es ist wichtig, dass die Behandlungssituation so stressfrei wie möglich gestaltet wird und damit die Angst der Patienten und die Gefahren während der Mundpflege und bei der zahnärztlichen Behandlung für die Patienten und das zahnärztliche Team minimiert werden [DNQP, 2023; Jablonski-Jaudon et al., 2016; Jablonski et al., 2011] (siehe auch Statement 2 der Leitlinie).

Besonders belastende Beeinträchtigungen für die betroffenen Personen können im sozialen Umfeld durch Inkontinenz entstehen. Bei geriatrischen Patienten besteht die Möglichkeit, dass es zu einer inkontinenten Episode während der Zahnbehandlung kommt. Daher ist es sinnvoll, diesen Personen einen Toilettengang vor der Behandlung zu ermöglichen beziehungsweise eine angemessene Inkontinenzversorgung (durch begleitende Personen) zu prüfen, um schambesetzte Situationen zu vermeiden [Büscher et al., 2024].

Soziale Beeinträchtigungen

Kommt es zu Veränderungen des Lebenssorts betagter und hochbetagter Menschen, werden soziale Einflüsse besonders spürbar. Beispielhaft kann dies an der Situation der stationären Altenhilfe verdeutlicht werden. Durch einen Umzug aus der Häuslichkeit in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung werden Handlungsspielräume der betroffenen Menschen stark verändert. Unabhängig davon, ob ein Einzug geplant oder ungeplant erfolgte, werden Entscheidungen durch die Rahmenbedingungen der jeweiligen Einrichtung beeinflusst.

So wird beispielsweise das Medikamentenmanagement häufig durch Mitarbeitende der stationären Einrichtung übernommen, sobald eine Person dort einzieht [Stauffer et al., 2015]. Alte Menschen, die die Medikamenteneinnahme zuvor selbstständig geregelt haben, geben diese Aufgabe ab oder müssen diese aufgrund ihrer Allgemeinerkrankung und/oder Pflegebedürftig-

KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNG 5: (NEU/2026)	
Kognitive und emotionale Beeinträchtigungen sollten in die Behandlungsplanung mit entsprechenden zeitlichen Ressourcen und Absprachen zum stressreduzierenden Umgang einfließen.	starker Konsens
Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	
Expertenkonsens	
Literatur: Jockusch, J. et al. 2021; Zimmerman, S. et al. 2014; Manchery, N. et al. 2020	

keit abgeben. Solche Veränderungen können sich bei der Entscheidung fortsetzen, ob es (noch) möglich ist, die gewohnten Utensilien zur Mundpflege aus der Häuslichkeit mitzunehmen und zu nutzen, diese selbst zu erwerben und zu verwalten oder ob sie von der versorgenden Einrichtung gestellt werden und möglicherweise lediglich eine Basisausstattung von Zahnbürste und Zahnpasta umfassen [DNQP, 2023].

Durch die Rahmenbedingungen werden Entscheidungen und Möglichkeiten der Gesundheitsfürsorge beeinflusst. Alte Menschen mit Unterstützungsbedarf sind nicht nur darauf angewiesen, dass dritte Personen sie bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege unterstützen. Auch bei der Kontaktaufnahme zu einer zahnärztlichen Behandlung sowie bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der Mundgesundheit ist zumeist Hilfe erforderlich. Ob diese Unterstützung durch Angehörige oder Mitarbeitende der jeweiligen unterstützenden Dienste erfolgt, kann individuell variieren, sie ist aber essenziell.

Ernährung und Mundgesundheit

„Mundgesundheit zeigt sich in der Fähigkeit, ohne Einschränkungen zu kauen und zu essen“ [DNQP, 2023]. Diese Definition aus dem Expertenstandard „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“ zeigt, wie relevant die Mundgesundheit für die Ernährungssituation ist. Zum einen beeinflussen eine unzureichende Mundpflege oder eine beeinträchtigte Mundgesundheit die Ernährung [Nitschke et al., 2012]. Zugleich gehören Malnutrition, Fehl- und Mangelernährung zu den Problemfeldern geriatrischer Patienten [Blumenberg et al., 2017].

Alte Menschen, insbesondere geriatrische Patienten benötigen daher besondere Aufmerksamkeit bei der Einschätzung ihrer Ernährungssituation und der Wechselwirkung mit der individuellen Mundgesundheit [DNQP, 2023]. Kauen und Schlucken können durch Erkrankungen wie Karies und Parodontitis erschwert sein, was negative Folgen haben kann. Dadurch entstehende Erkrankungen wiederum können mit einem schlechten Ernährungszustand

KONSENSBASIERTES STATEMENT 3: (NEU/2026)	
Die Rahmenbedingungen des Unterstützungsumfelds sind bei der zahnmedizinischen Betreuung und der zahnärztlichen Behandlungsplanung zu berücksichtigen. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNG 6: (NEU/2026)	
Wann immer möglich soll der Erhalt eigener Zähne für die Kaufunktion angestrebt werden. Die Kaufunktion soll durch festsitzenden/abnehmbaren Zahnersatz erhalten bzw. wiederhergestellt werden. Abstimmung: 14/2/1 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	Konsens
Expertenkonsens	

KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNG 8: (NEU/2026)	
Zur Behandlungsplanung und Evaluation sollte eine Einschätzung von Schmerz als Selbstauskunft oder Fremdeinschätzung erfolgen. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	

einhergehen, diesen verursachen oder begünstigen.

Die Verabreichung von oralen hochkalorischen Nahrungsergänzungsmitteln an ältere und unterernährte Patienten birgt potenzielle Risiken für die Zahngesundheit (häufig hoher Zuckeranteil). Um einen optimalen Nutzen zu erzielen, ist es unerlässlich, die Gabe von ONS (oral nutritional supplements) individuell anzupassen. Nach Möglichkeit ist die Vermeidung kohlenhydratreicher ONS sinnvoll, und es sind angemessene präventive Maßnahmen zu ergreifen, um die Entstehung und Progression von Karies zu verhindern [Stillhart et al., 2021].

Schmerz und Mundgesundheit

Schmerzen im orofazialen Bereich können direkte Auswirkungen auf die Mundgesundheit und die Kaufähigkeit haben. Die Inspektion der Mundhöhle, der Zähne und gegebenenfalls der (Teil-)Prothesen hat daher auch stets in Hinblick auf mögliche Schmerzen zu erfolgen [DNQP, 2023]. Auskunftsfähige Personen sind zu möglichen Schmerzen zu befragen. Bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Bewusstseinsbeeinträchtigungen ist

eine Selbstauskunft zu Schmerzen schwierig bis unmöglich. Eine Fremdeinschätzung zu Schmerz kann dann erforderlich sein, die Erhebung und die Interpretation der Ausgangssituation zur Mundgesundheit im Hinblick auf Schmerzen oder die subjektiv empfundene Behandlungsnotwendigkeit sind dann allerdings mitunter schwierig.

Zur Einschätzung der Situation, zur zahnärztlichen Diagnostik und zur Indikationsstellung für eine Behandlung ist eine systematische Fremdeinschätzung zu Schmerz hilfreich [Blumenberg et al., 2020]. Eine interdisziplinäre – zirkuläre – Visite unter Einbeziehung von Personen des Unterstützungsumfelds kann prozesshaft stattfinden. Können Personen ihre Empfindungen nicht mehr zuverlässig ausdrücken, sind beobachtbare Verhaltensmerkmale zu berücksichtigen. Diese können sich durchaus von der Selbstaussage zu Schmerz unterscheiden, denn möglicherweise verstehen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen die explizite Frage nach Schmerz nicht mehr [Sirsch, 2020]. Weitere Informationen zur Fremdeinschätzung von Schmerz sowie zum Schmerz-Assessment finden sich in den Kapiteln 5.24 und 5.25 in der Langversion der Leitlinie. ■

Therapie bei alten Patienten

Cornelia Frese, Julia Jockusch, Elmar Ludwig, Ina Nitschke

Grundsätzlich sind alle zahnärztlichen Therapieoptionen bei geriatrischen Patienten genauso anzuwenden wie bei gesunden Erwachsenen. Dennoch bestehen eine Fülle von Besonderheiten in der Therapie – angefangen mit den Indikationen für eine Behandlung über die Patientenaufklärung und Therapiedurchführung bis hin zu Besonderheiten in der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Beim geriatrischen Patienten stellen Schmerzen, Schwellungen und Blutungen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich sowie Prozesse mit Aspirationsgefahr absolute zahnärztliche Behandlungsindikationen dar. Grund hierfür ist, dass der subjektiv vom Patienten empfundene und der durch den Zahnarzt objektiv festgestellte Behandlungsbedarf oft voneinander entfernt liegen (sogenanntes oral-geriatrisches Paradoxon). Diese Differenzen sollen dem Patienten sowie seinem Unterstützungsumfeld durch den Zahnarzt erläutert werden. Der Zahnarzt soll unter Berücksichtigung des relativiert-objektiv festgestellten Behandlungsbedarfs einen Therapie-vorschlag erarbeiten. Dieser hat dabei alle Befunde, die durch Gebrechlichkeit oder Pflegebedürftigkeit begründet sind, miteinzubeziehen.

FALLBEISPIEL ZUM BEHANDLUNGSBEDARF

Ein Patient und seine Angehörigen berichten, dass der vorhandene Zahnersatz passe und der Patient damit gut kauen könne. Hier zeigt sich in der Praxis oft das Phänomen des oral-geriatrischen Paradoxons [Nitschke et al., 2023], wonach Patienten ihre orale Gesundheit und Funktionsfähigkeit subjektiv überschätzen. Der theoretisch-objektive Behandlungsbedarf könnte in diesem Fall die Neuanfertigung einer Totalprothese sein, da die vorhandene, alte Prothese hinsichtlich der Passung aufgrund von Konchenatrophie und Gewichtsabnahme sowie durch stark abradierete Kauflächen bei einer abgesunkenen vertikalen Relation aus zahnärztlicher Sicht korrekturbedürftig ist. Werden aber nun individuelle Faktoren des Patienten einbezogen, wie zum Beispiel das Vorhandensein einer reduzierten kognitiven Funktion oder Demenz, so kann im relativierten-objektiven Behandlungsbedarf geschlussfolgert werden, dass eine Neuanfertigung nicht indiziert ist, da sich der Patient mit großer Wahrscheinlichkeit nicht an einen neuen Zahnersatz gewöhnen wird. Alternative Behandlungsmaßnahmen, etwa allein die Unterfütterung der bestehenden Prothese oder auch das Unterlassen einer Therapie, sind in Betracht zu ziehen.

Absolute und relative Indikationen

Häufig stellt sich die Frage, ob zum Beispiel eine schon länger im Mund verbliebene Zahnwurzel oder ein Wurzelrest eine Behandlung – gegebenenfalls sogar unter Vollnarkose – mit den entsprechenden postoperativen Risiken rechtfertigen. Hier sind neben der reinen Risikobetrachtung – auch unter ethischen Gesichtspunkten – Kompromisse gegebenenfalls in Absprache mit dem Hausarzt und dem Betreuungsumfeld abzuwägen. So kann die Kauleistung mit verbliebenen Wurzelresten gegenüber einer zahnlosen Kiefersituation verbessert sein [Nitschke et

al., 2017]. Zu den absoluten Indikationen für eine zahnärztliche Behandlung bei geriatrischen Patienten zählen Schmerzen, Schwellungen und Blutungen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich sowie Prozesse mit Aspirationsgefahr zu absoluten zahnärztlichen Behandlungsindikationen.



Foto: Frank Kleinbach/Praxis Dr. E. Ludwig, Ujm

Die Behandlung in der Praxis ermöglicht den Einsatz der gesamten diagnostischen und therapeutischen Infrastruktur.

KONSENSBASIERTES STATEMENT 8: (NEU/2026)

Beim geriatrischen Patienten zählen Schmerzen, Schwellungen und Blutungen im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich sowie Prozesse mit Aspirationsgefahr zu absoluten zahnärztlichen Behandlungsindikationen.
Abstimmung: 17/0/1 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen

starker Konsens

Expertenkonsens

KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNG 21: (NEU/2026)

Der subjektiv vom Patienten empfundene und der durch den Zahnarzt objektiv festgestellte Behandlungsbedarf liegen oft voneinander entfernt (oral-geriatisches Paradoxon). Diese Differenzen **sollen** dem Patienten sowie seinem Unterstützungsumfeld durch den Zahnarzt erläutert werden. Der Zahnarzt **soll** unter Einbeziehung des relativiert-objektiv festgestellten Behandlungsbedarfs einen Therapieversuch erarbeiten.
Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen

starker Konsens**Expertenkonsens****Literatur:** Nitschke et al., 2023

bereich sowie Prozesse mit Aspirationsgefahr (zum Beispiel stark gelockerte Zähne, Kronen, Brücken). Dagegen zählen klinisch auffällige Befunde wie Wurzelreste, kariös zerstörte oder abgebrochene Zähne ohne Symptome (Schmerz, Schwellung, Blutung) zu den relativen Indikationen für eine zahnärztliche Behandlung. Diese Befunde bedürfen jedoch einer individuell angepassten engmaschigen Kontrolle (zirkuläre Visite).

Bei Beeinträchtigungen der Nahrungsaufnahme aufgrund einer eingeschränkten Kaufunktion ist eine zahnärztliche Behandlung indiziert. Es liegt jedoch im Ermessen des Zahnarztes, ob eine prothetische Versorgung bei erwarteter eingeschränkter Adaptationsfähigkeit und geringer Kooperationsfähigkeit zu einer verbesserten Nahrungsaufnahme beitragen kann. Es ist interdisziplinär (zum Beispiel Logopädie, Ernährungsberatung, Geriatrie) zu klären, ob und wie – beispielsweise durch Kostenpassung – die Ernährungssituation ohne prothetische Neuversorgung verbessert werden kann. Gleiches gilt für phonetische und ästhetische Beeinträchtigungen.

Das oral-geriatische Paradoxon

Unterschieden wird zwischen dem subjektiven, vom Patienten empfundenen und dem objektiven, vom Zahnarzt diagnostizierten Behandlungsbedarf. In der Seniorenzahnmedizin werden zudem der theoretisch-objektive beziehungsweise der relativierte-objektive Behandlungsbedarf differenziert. Beim theoretisch-objektiven Behandlungsbedarf werden die zahnärztlichen erhobenen Befunde in den Bedarf, wie

bei jüngeren Erwachsenen üblich, einbezogen. Beim relativierten-objektiven Behandlungsbedarf werden alle Befunde, die durch Gebrechlichkeit oder Pflegebedürftigkeit begründet sind, relativierend einbezogen. Die Belastbarkeit eines Patienten aus einem zahnmedizinischen Blickwinkel fließt somit in die Festlegung des relativierten-objektiven Behandlungsbedarfs ein [Nitschke et al., 2023].

Gerade im Alter und bei Gebrechlichkeit werden mitunter stark fortgeschrittene Gebissdestruktionen vom Patienten im Vergleich zu anderen Herausforderungen, die es täglich vom Patienten zu bewältigen gilt, eher nachrangig und zum Teil auch weniger belastend empfunden. Die Schere zwischen objektiver und subjektiver Beurteilung eines Gesundheitszustands wird auch in der Beurteilung der Mundgesundheit sichtbar. Dieser Umstand ist bei der Befragung eines Patienten zum Zustand seiner Mundgesundheit zu berücksichtigen und durch die klinische Untersuchung zu validieren.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass andere Personen aus dem unterstützenden Umfeld, die zur Mundgesundheit des Patienten vom Zahnarzt befragt werden, häufig nur die subjektive Äußerung des Patienten wiedergeben. Wichtig ist hier, dass die Differenzen vom Zahnarzt angesprochen und erläutert werden. Nur so kann man sicherstellen, dass der Patient in den partizipativen Therapieentscheidungsprozess als gleichberechtigter Partner eingebunden wird, was die Voraussetzung für eine gute Adhärenz des Patienten und seines unterstützenden Umfelds ist (siehe auch Empfehlung 22 der Leitlinie). ▶▶

**Prof. (apl) Dr. Cornelia Frese**

Universitätsklinikum Heidelberg,
Klinik für Mund-, Zahn-
und Kieferkrankheiten,
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
Im Neuenheimer Feld 400,
69120 Heidelberg

Foto: Universitätsklinikum Heidelberg

- **2001–2006:** Studium an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- **2007:** Promotion an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- **2010:** Spezialistin für Präventive und Restaurative Zahnheilkunde der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ)
- **2015:** Habilitation an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- **2017:** Außerplanmäßige Professur an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- **2017:** Leiterin der Sektion für Präventive und Restaurative Zahnheilkunde und des Bereichs Kinder- und Jugendzahnheilkunde
- **2021:** Leitende Oberärztin / Stellvertretende Ärztliche Direktorin der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde des Universitätsklinikums Heidelberg
- **2022:** Spezialistin für Seniorenzahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ)
- **seit 2023:** Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Präventivzahnmedizin (DGPZM)
- **2023:** Millerpreis der DGZMK

**ZM-LESERSERVICE**

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



Auch rotierendes Instrumentarium kann in der aufsuchenden Betreuung eingesetzt werden – hier die Entfernung einer scharfen Kante mithilfe eines Mikromotors.

Präventive Interventionen

Hinsichtlich der Kariesprävention haben sich die Empfehlungen gemäß der aktuellen S3-Leitlinie „Kariesprävention bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen“ (AWMF-Nr. 083-021) bewährt [AWMF, 2025]. Geriatrische Patientinnen und Patienten, die zu den vulnerablen Gruppen gehören, haben oftmals ein hohes Karies- und Wurzelkariesrisiko. Insbesondere Wurzelkaries schreitet sehr schnell voran und ein zügiges präventives Eingreifen ist vonnöten, um den erkrankten Zahn langfristig zu erhalten. Hier bietet es sich an, auf spezielle Präparate mit hochkonzentrierten Wirkstoffen zurückzugreifen. Empfehlenswert ist zunächst die häusliche Anwendung einer hochkonzentrierten Zahnpasta mit 5.000 ppm Fluorid, die rezeptpflichtig ist und dem Patienten vom Zahnarzt bei Bedarf verordnet wird.

Es hat sich jedoch gezeigt, dass die Aufrechterhaltung präventiver Inter-

ventionen (regelmäßiges Recall, hochfluoridierte Zahnpasta) insbesondere bei Menschen mit schwerer Demenz deutlich limitiert ist [Jokusch et al., 2022]. Eine umfassende Metaanalyse konnte zeigen, dass fünfprozentiger NaF-Lack am wirksamsten zur Verhinderung oder Remineralisierung nicht kavittierter kariöser Läsionen an bukkalen und lingualen Flächen war [Urquhart et al., 2019]. Daher bietet sich bei hohem (Wurzel-)Kariesrisiko eine regelmäßige Applikation von hochkonzentriertem Fluoridlack (22.500 ppm) an.

Das Auftragen von Chlorhexidin-Lack (gegebenenfalls kombiniert mit Thy-mol, Fluorid, Cetylpyridiniumchlorid) auf die (Wurzel-)Kariesläsionen hat sich bei Patienten, die nicht mobil sind und keine Zahnarztpraxis mehr aufsuchen können, als wirksam erwiesen und kann bei pflegebedürftigen und bettlägerigen Patienten ebenfalls Anwendung finden [Slot et al., 2011]. Bei Patienten mit Schluckbeschwerden bietet es sich in manchen Fällen alter-

nativ an, gelartige Fluoridpräparate oder Fluoridlacke zu verwenden, die lokal auf den Zähnen haften und nicht geschluckt werden können.

Generell ist es möglich, Antiseptika (Mundspüllösungen, Gele, Lacke et cetera) [AWMF, 2021] bei geriatrischen Patienten zur Infektionsprophylaxe als Ergänzung zu systemischen Therapien – nebenwirkungsbedingt gegebenenfalls in zeitlich begrenztem Rahmen – einzusetzen [Scheibler et al., 2017], jedoch nur dann, wenn das korrekte Spülen und Ausspucken möglich ist, ansonsten besteht Aspirationsgefahr.

In solchen Fällen bietet es sich an, die Mundhöhle mit einem getränkten Gazetupfer auszuwischen. Die Verwendung von Chlorhexidin kann die orale Kolonisierung verringern und bei geriatrischen Patienten vorteilhaft in der Prävention von Aspirations- oder beatmungsassoziierten Pneumonien sein, die mit oralen Pathogenen assoziiert sein können [Sharif-Abdullah et al., 2016; Shitrit et al., 2015].

KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNG 23: (NEU/2026)

Bei geriatrischen Patienten mit hohem Risiko für (Wurzel-)Karies sollen zur Prävention spezielle hochkonzentrierte Fluoridpräparate (Zahnpasta, Gele, Lacke) Anwendung finden. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
---	------------------------

Expertenkonsens

Literatur: Urquhart O et al. 2019; Wierichs RJ et al. 2015; Slot DE et al. 2015

KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNG 24: (NEU/2026)

Beim Einsatz von flüssigen Antiseptika zur Infektionsprophylaxe soll auf korrektes Spülen und Ausspucken geachtet werden, da ansonsten Aspirationsgefahr besteht. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
--	------------------------

Expertenkonsens

Literatur: Scheibler E et al. 2017; Sharif-Abdullah SS et al. 2016; Shitrit P et al. 2015

KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNG 25: (NEU/2026)

Zur Behandlung von Wurzelkaries und Sekundärkaries an Restaurationsrändern (Kronen, Brücken, etc.) kann beim geriatrischen Patienten 1-2x jährlich Silberdiaminfluorid (SDF) angewendet werden. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
--	------------------------

Expertenkonsens

Literatur: Hendre AD et al. 2017; Urquhart O et al. 2019; Wierichs RJ et al. 2015



busch-dentalshop.de



20%
Rabatt
im Shop
bis 30.06.26

Universal Kronentrenner

mit besonders effektiver **Diamantverzahnung**

- schnell
- vibrationsarm
- bruchfest

Ideal für alle Metalle, NEM und Verblendkeramik.



Busch®

There is no substitute for quality

Neben den bewährten präventiven Präparaten steht zum Beispiel mit 38 Prozent-Silberdiamminfluorid (SDF) eine weitere Option zur Behandlung von Wurzelkaries und Sekundärkaries an Restaurationsrändern (Kronen, Brücken et cetera) zur Verfügung. SDF wird in der Regel ein- bis zweimal jährlich aufgetragen und ist in Deutschland bisher lediglich zur Behandlung von überempfindlichen Zahnhälsen zugelassen. Wird es auf kariöse Läsionen aufgetragen, so besteht ein sogenannter „Off-Label-Use“, über den der Patient und gegebenenfalls der Angehörige aufgeklärt wird.

Wichtig im Umgang mit SDF ist zudem, dass die kariösen Läsionen nach Applikation von SDF eine mehr oder weniger schwarze Verfärbung (je nach gewähltem Präparat mit oder ohne Ammoniak) annehmen, die nicht mehr entfernt werden kann. Bei einer Verwendung im sichtbaren Bereich ist dieser Punkt mit dem Patienten oder der Patientin zu besprechen. In speziellen Fällen ist die Verwendung von SDF hilfreich, denn es verhindert das schnelle Voranschreiten der Karies und kann Zahnverlust und zahnmedizinische Notfälle hinauszögern.

Eine Metaanalyse konnte zeigen, dass eine 38-prozentige Silberdiamminfluoridlösung bei halbjährlicher Anwendung am wirksamsten zur Verhinderung fortgeschrittener kavittierter kariöser Läsionen auf allen koronalen Oberflächen beitrug [Urquhart et al., 2019]. Weitere systematische Übersichtsarbeiten belegen die Wirksamkeit von SDF bei der Prävention und Verhinderung von Wurzelkaries, der Remineralisierung tiefer okklusaler Läsionen und der Behandlung von hypersensiblen Dentin [Wierichs und Meyer-Lückel, 2015; Hendre et al., 2017].

Zahnersatz

Für den Erfolg einer zahnärztlich-prothetischen Behandlung mit der Eingliederung von meist abnehmbarem Zahnersatz spielt der Wunsch nach neuem Zahnersatz und die Adaptationsfähigkeit des Patienten eine wesentliche Rolle. Das Potenzial, sich an etwas Neues im Mund zu gewöhnen, ist bei geriatrischen Patienten geringer als bei jüngeren Patienten.

An neue Prothesen – und seien die Veränderungen im Vergleich mit den alten Prothesen noch so gering – können sich ältere Patienten mitunter nicht adaptieren. Schon die Unterfütterung einer langjährig getragenen Prothese birgt das Risiko, dass diese nicht mehr angenommen wird. Selbst aufwendig gefertigter Zahnersatz, eventuell auch Implantat-unterstützt, wird nicht in allen Fällen problemlos toleriert.

KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNG 26: (NEU/2026)

Die allgemeine und orale Adaptationsfähigkeit unter besonderer Berücksichtigung von abnehmbarem Zahnersatz ist von hoher Relevanz. Daher **soll** sie besonders in der zahnärztlichen Behandlungsplanung Berücksichtigung finden.

Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen

starker Konsens

Expertenkonsens

Literatur: Nitschke, I. et al. 2021

Risiken und Folgen der Nicht-Behandlung

Bei der Abwägung der relativen Indikation zur Behandlung ist es wichtig, dass auch mögliche Folgen einer Nicht-Behandlung einfließen. Gerade die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Risiken unbehandelter chronischer entzündlicher Prozesse im Mund-, ►►

KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNG 27: (NEU/2026)

In die Abwägung der relativen Indikation zur Behandlung **sollen** auch die möglichen Folgen einer Nicht-Behandlung einfließen.

Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen

starker Konsens

Expertenkonsens



Prof. Dr. Julia Jockusch, M.Sc.

Direktorin der Poliklinik für
Zahnärztliche Prothetik und
Seniorenzahnmedizin
Medizinische Hochschule Brandenburg,
Campus Brandenburg an der Havel
Geschwister-Scholl-Str. 36,
14776 Brandenburg an der
Havel

Foto: privat



Dr. Elmar Ludwig

niedergelassener Zahnarzt in
einer Gemeinschaftspraxis in
Ulm mit Kooperationsvertrag,
Referent für Geriatrische Zahnmedizin
der Landeszahnärztekammer Baden-
Württemberg sowie
stellvertretender Vorsitzender
des Ausschusses für
Alterszahnmedizin der BZÄK

Foto: Privat



Prof. Dr. Ina Nitschke

Universität Leipzig, Poliklinik für Zahn-
ärztliche Prothetik und Werkstoffkunde,
Bereich Seniorenzahnmedizin
Liebigstr. 12, 04103 Leipzig

Foto: privat

Kiefer- und Gesichtsbereich in Bezug
auf die allgemeine Gesundheit (Pneu-
monien, Diabetes, Herz-Kreislauf-Er-
krankungen, Polyarthritits, Gebrech-
lichkeit, kognitiver Abbau, Adipositas
et cetera) dürfen bei der Aufklärung
und Entscheidungsfindung zur Thera-
pie nicht unterschlagen werden.

KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNG 29: (NEU/2026)

Im Risikomanagement bei der zahnärztlichen Behandlung des geriatrischen Patienten **sollen** Infektionsrisiken, die Gefahr der Aspiration, die Blutgerinnung, die Indikation zur Antibiose und die Besonderheiten bei der Lokalanästhesie bedacht werden.
Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen

starker Konsens

Expertenkonsens

Literatur: Nitschke, I. et al. 2021

Risikomanagement

Das geschwächte Immunsystem wie auch gehäufte Krankenhausaufenthalte führen dazu, dass geriatrische Patienten häufiger von multiresistenten Erregern (MRE) befallen sind. In erster Linie sind hier MRSA (Methicillin-Resistenter Staphylococcus aureus) und VRE (Vancomycin-resistente Entero kokken) zu nennen. Bei der Infektion mit resistenten Erregern ist die Lokalisation des Befalls nachzufragen, um die Relevanz und das Gefahrenpotenzial einer Übertragung im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung individuell abzuschätzen.

Unabhängig davon gelten für die Behandlung infektiöser Patienten besondere Hygienevorschriften, die durch den Deutschen Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) beschrieben sind [DAHZ, 2024]. Beim Einsatz von keimreduzierenden Spüllösungen im Vorfeld ist auf eine ausreichende Schluckkompetenz zu achten.

Insgesamt sind für eine erfolgreiche Behandlung eine gute Leistungsbereitschaft sowie eine verständliche Anleitung wichtige Voraussetzungen. Darüber hinaus sind eine möglichst aufrechte Kopf-Körper-Haltung des Patienten (den Kopf dabei etwas zur Brust geneigt und nicht zur Seite gedreht – es gibt Ausnahmen, die gegebenenfalls individuell beachtet werden, beispielsweise bei Tumorpatienten und Schlaganfallpatienten) und ausreichende Pausen zum Schlucken sowie Nachschlucken sehr wichtig, um das Risiko einer Aspiration zu minimieren. Beim Einsatz von Wasser, Spray oder Spüllösungen ist eine effektive Absaugung entscheidend. Wenn die Kooperationsfähigkeit des Patienten es zulässt, hilft eine Anwendung von Kofferdam als Aspirationsschutz und auch im Sinne

der Trockenlegung [Dziewas et al., 2024; Bohlender, 2023].

Der Einsatz von Antibiotika in der Zahnmedizin (zum Beispiel zur Endokarditisprophylaxe) erfolgt anhand der jeweils aktuell verfügbaren Leitlinie [Baddour et al., 2015] und wird gegebenenfalls individuell angepasst. Eine konsiliarische Abstimmung mit dem Hausarzt beziehungsweise Fachärzten ist im Einzelfall sinnvoll.

Zur Vermeidung von Blutungskomplikationen und Wundheilungsstörungen sind besondere chirurgische Verfahren zum dichten Wundverschluss sowie der Einsatz von Hämostyptika und bei entsprechender Kooperationsfähigkeit gegebenenfalls auch Verbandplatten im Rahmen chirurgischer Eingriffe sinnvoll [AWMF, 2024]. Beim Einsatz von Anästhetika ist darauf zu achten, dass vor allem die Konzentration und die Menge adstringierender Zusätze wie Adrenalin sorgfältig abgewogen werden, da eine Vielzahl geriatrischer Erkrankungen beziehungsweise deren Medikation durch Adrenalin negativ beeinflusst werden kann. Auch Blutungskomplikationen können durch die Anästhesie verschleiert werden.

Besonderheiten für das Praxisteam

Grundsätzlich erfordert die zahnmedizinische Betreuung geriatrischer Patienten angepasste Organisationsstrukturen. Dazu zählen die Terminplanung mit der Organisation gegebenenfalls notwendiger Krankenbeförderungen, die konkreten juristischen Fragen bezüglich der Einwilligung- und Geschäftsfähigkeit bei der Aufklärung, die Beziehungsgestaltung im Rahmen der Behandlung bei demenziell erkrankten Menschen, die Berücksichtigung der

Allgemeinerkrankungen und der Medikation sowie die Möglichkeiten zur Minimierung der Aspirationsgefahr.

Die Wahl des Behandlungsorts erfordert vor allem außerhalb der Praxis die Berücksichtigung einer Vielzahl an weiteren organisatorischen, ergonomischen, hygienischen und beim Einsatz mobiler Behandlungseinheiten (Absaugung, mobile Röntgeneinrichtung) auch sicherheitstechnischen Fragen, die den Behandlungsalltag belasten und aufwendig machen. Beim Einsatz rotierender Instrumente außerhalb der Praxis werfen Aerosole, Dämpfe und Schleifstäube zudem Fragen im Hinblick auf gesundheitsgefährdende und arbeitsmedizinische Belastungen für das Praxisteam auf [Bleiel et al., 2023].

Vertragszahnärztliche Regelungen

Zum Umfang und zum Inhalt der vertragszahnärztlichen Versorgung gilt nach Paragraf 3 Absatz 5 des Bundesmantelvertrags Zahnärzte (BMV-Z): „Die Vertragsleistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Vertragszahnärzte im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Der Vertragszahnarzt hat insbesondere darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Die zahnärztlichen Leistungen müssen angemessen vergütet werden“ [Bundesmantelvertrag, 2022].

In Paragraf 3 Absatz 2 des BMV-Z sind Besuchsbehandlungen geregelt: „Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört auch die Versorgung der Versicherten außerhalb der Praxisräume des Zahnarztes, insbesondere die aufsuchende Versorgung von Versicherten, die einem Pflegegrad nach § 15



CME AUF ZM-ONLINE

Teil 2: Die Therapie bei alten Patienten



Für eine erfolgreich gelöste Fortbildung erhalten Sie zwei CME-Punkte der BZÄK/DGZMK.

SGB XI zugeordnet sind, Eingliederungshilfe erhalten und die die Zahnarztpraxis aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können (§ 87 Abs. 2i SGB V) sowie die aufsuchende Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines Kooperationsvertrags (§ 87 Abs. 2j SGB V).“

In Paragraf 3 Absatz 2 der Krankentransport-Richtlinie heißt es zur Notwendigkeit der Beförderung: „Notwendig im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Versicherten und der nächsterreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit.“

Somit ist einerseits beschrieben, dass die Wege für notwendige Transporte so kurz wie möglich zu halten sind. Liegt der Wohnort des Patienten nicht in der Nähe der eigenen Praxis, ist es sinnvoll darauf hinzuwirken, dass die Behandlung durch eine dem Wohnort des Patienten näher gelegene Zahnarzt-

praxis erfolgt. Der Hinweis der nächsterreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit bedeutet andererseits, dass eben nicht jede Zahnarztpraxis automatisch und gleichermaßen für die Behandlung geriatrischer Patienten geeignet ist. Zudem ist das Recht auf freie Arztwahl (§ 76 SGB V) zu berücksichtigen. In diesem Sinne kann beispielsweise der Zahnarzt beziehungsweise der Kooperationszahnarzt (§ 119b SGB V) als nächsterreichbare geeignete Behandlungsmöglichkeit angesehen werden.

Mobile Behandlungseinheiten

Der Einsatz einer mobilen Behandlungseinheit ist nicht Voraussetzung für die aufsuchende zahnärztliche Behandlung (siehe auch Statement 6 der Leitlinie). Je nach Komplexität des gewählten Versorgungskonzepts sind verschiedene zahnärztliche Leistungen aber nur unter Nutzung einer mobilen Behandlungseinheit möglich.

Die Anschaffung einer mobilen Behandlungseinheit muss man im Vorfeld sorgfältig abwägen: Die Gewährleistung der Hygiene (zum Beispiel wasserführende Systeme), die ergonomische Arbeitshaltung, Gewicht (Transport), Absaugleistung und auch die Geräusentwicklung bei der Behandlung müssen mitbedacht werden. Sollte man sich zum Kauf entschließen, ist es ratsam, die mobile Behandlungseinheit in der alltäglichen Behandlung entweder in der Praxis oder in der aufsuchenden Betreuung durch den Zahnarzt beziehungsweise durch das Team zu nutzen, um die routinemäßige Nutzung sowie die Pflege und die Hygiene zu gewährleisten. ■

KONSENSBASIERTES STATEMENT 11: (NEU/2026)	
Kann ein Patient nicht mit zumutbarem Aufwand in die Praxis kommen, ist er aufzusuchen, um sich ein Bild vor Ort zu machen, da die aufsuchende Versorgung zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört. Zahnärztliche Behandlungen können nach der Musterberufsordnung auch außerhalb der Praxis erfolgen, jedoch muss unabhängig vom Ort der Behandlung diese sachgerecht und gewissenhaft bzw. ordnungsgemäß durchgeführt werden. Abstimmung: 17/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 17 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: §3, Abs. 2 BMV-Z, §9, Abs. MBO	

Fortbildungen

BADEN- WÜRTTEMBERG

FFZ/Fortbildungsforum Zahnärzte

Merzhauser Str. 114-116
79100 Freiburg
Tel. 0761 4506-160 oder -161
Fax 0761 4506-460
fobi-freiburg@kzvbw.de
<https://fortbildung.kzvbw.de>

Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe

Lorenzstraße 7
76135 Karlsruhe
Tel. 0721 9181-200
Fax 0721 9181-222
fortbildung@za-karlsruhe.de
www.za-karlsruhe.de

Zahnmedizinisches Fortbildungs- zentrum Stuttgart (ZfZ)

Herdweg 50
70174 Stuttgart
Tel. 0711 22716-618
Fax 0711 22716-41
kurs@z fz-stuttgart.de
www.zfz-stuttgart.de

BAYERN

eazf GmbH

Fallstraße 34
81369 München
Tel. 089 230211-422
Fax 089 230211-406
info@eazf.de
www.eazf.de

Anzeige

praxiskom®
AGENTUR FÜR PRAXISMARKETING

Google
OpenAI
SEO & GEO
KI-CHATBOT-OPTIMIERUNG

#wespeakdental

BERLIN

Philipp-Pfaff-Institut Fortbildungseinrichtung der Zahnärztekammer Berlin und Landeszahnärztekammer Brandenburg,

Aßmannshauser Str. 4-6
14197 Berlin
Tel. 030 4147250
Fax: 030 4148967
Mail: info@pfaff-berlin.de
www.pfaff-berlin.de/kursboerse/

BRANDENBURG

Landeszahnärztekammer Brandenburg

Parzellenstraße 94
03046 Cottbus
Tel. 0355 38148-0
Fax 0355 38148-48
info@lzkb.de
www.die-brandenburger-zahnaerzte.de

BREMEN

Fortbildungsinstitut der Zahnärztekammer Bremen

Universitätsallee 25
28359 Bremen
Tel. 0421 33303-70
Fax 0421 33303-23
info@fizaek-hb.de oder
www.fizaek-hb.de

HAMBURG

Zahnärztekammer Hamburg Zahnärztliches Fortbildungszentrum

Weidestraße 122 b
22083 Hamburg
Tel.: 040 733 40 5-0
Fax: 040 733 40 5-76
fortbildung@zaek-hh.de
www.zahnaerzte-hh.de

HESSEN

Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH

Rhonestraße 4
60528 Frankfurt
Tel. 069 427275-0
Fax 069 427275-194
seminar@fazh.de
www.fazh.de

Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen Fortbildungsmanagement

Lyoner Str. 21
60528 Frankfurt am Main
Tel. 069 6607-0
Fax. 069 6607-388
fortbildung@kzvvh.de
www.kzvvh.de

MECKLENBURG- VORPOMMERN

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern Referat Fort- und Weiterbildung

Wismarsche Str. 304
19055 Schwerin
Tel. 0385 489306-83
Fax 0385 489306-99
info@zaekmv.de
www.zaekmv.de/fortbildung

NIEDERSACHSEN

ZÄK Niedersachsen Zahnmedizinische Akademie Niedersachsen, ZAN

Zeißstr. 11a
30519 Hannover
Tel. 0511 83391-311
Fax 0511 83391-306
info@zkn.de
www.zkn.de

NORDRHEIN- WESTFALEN

Karl-Häupl-Institut der Zahn- ärztekammer Nordrhein

Hammfelddamm 11
41460 Neuss
Tel. 02131 53119-202
Fax 02131 53119-401
khi@zaek-nr.de
www.zahnaerztekammer-nordrhein.de

ZÄK Westfalen-Lippe Akademie für Fortbildung,

Auf der Horst 31
48147 Münster
Tel. 0251 507-604
Fax 0251-507 570
Akademie-Zentral@
zahnaerzte-wl.de
www.zahnaerzte-wl.de

RHEINLAND-PFALZ

Institut Bildung und Wissenschaft der Landeszahnärztekammer

Rheinland-Pfalz
Langenbeckstr. 2
55131 Mainz

Tel. 06131-9613660
Fax 06131-9633689

www.institut-lzk.de
institut@lzk.de

Bezirkszahnärztekammer Rheinhesen

Wilhelm-Theodor-
Römheld-Str. 24
55130 Mainz

Tel. 06131 49085-0
Fax 06131 49085-12

fortbildung@bzkr.de
www.bzkr.de unter
„Fort- und Weiterbildung“

Bezirkszahnärztekammer Pfalz

Donnersbergweg 2
67059 Ludwigshafen

Tel. 0621 5929825211
Fax 0621 5929825156

bzk@bzk-pfalz.de
www.bzk-pfalz.de

Bezirkszahnärztekammer Koblenz

Bubenheimer Bann 14
56070 Koblenz

Tel. 0261 – 36681
Fax 0261 – 309011

fortbildung@bzkkko.de
www.bzk-koblenz.de

Bezirkszahnärztekammer Trier

Loebstraße 18
54292 Trier

Tel.: 0651 999 858 0
Fax: 0651 999 858 99

info@bzk-trier.de
www.bzk-trier.de

SAARLAND

Ärztekammer des Saarlandes Abteilung Zahnärzte

Puccinistr. 2
66119 Saarbrücken

Tel. 0681 586080
Fax 0681 5846153

mail@zaek-saar.de
www.zaek-saar.de

SACHSEN

Fortbildungsakademie der LZK Sachsen

Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Tel. 0351 8066101
Fax 0351 8066106

fortbildung@lzk-sachsen.de
www.zahnaerzte-in-sachsen.de

SACHSEN-ANHALT

ZÄK Sachsen-Anhalt

Große Diesdorfer Str. 162
39110 Magdeburg

Tel. 0391 73939-14,
Fax 0391 73939-20

info@zahnaerztekammer-sah.de
www.zaek-sa.de

SCHLESWIG- HOLSTEIN

Heinrich-Hammer-Institut ZÄK Schleswig-Holstein

Westring 496,
24106 Kiel

Tel. 0431 260926-80
Fax 0431 260926-15

hhi@zaek-sh.de
www.zaek-sh.de

THÜRINGEN

Fortbildungsakademie „Adolph Witzel“ der Landeszahnärztekammer Thüringen

Barbarosshof 16
99092 Erfurt

Tel. 0361 7432-107 / -108
Fax 0361 7432-270

fb@lzkth.de
www.fb.lzkth.de

Bei Nachfragen:

MedTriX GmbH, zm-veranstaltungen@medtrix.group

Zu den Fortbildungsterminen und der
Registrierung als Veranstalter gelangen Sie unter:

www.zm-online.de/termine



Betreuungsrecht und Ethik

Ina Nitschke, Cornelia Frese, Elmar Ludwig, Julia Jockusch

In der Betreuung älterer Patienten entstehen oft ethische Dilemmata, die sorgfältig abgewogen werden müssen. So kann es beispielsweise schwierig sein, die Autonomie eines Patienten mit kognitiven Einschränkungen zu respektieren und gleichzeitig sicherzustellen, dass durch die Behandlung kein Schaden entsteht. Hier bietet die Anwendung der Prinzipienethik die Möglichkeit, ethische Konflikte zu reduzieren. Der Beitrag zeigt, wie auf rechtlicher und ethischer Grundlage eine qualitativ hochwertige, gerechte und respektvolle Versorgung ermöglicht werden kann.

Abb. 1: Bei Menschen mit Demenz sind Empathie und Beziehungsgestaltung wichtige Voraussetzungen für eine gelingende Behandlung.

Foto: mundpflege e.V. (Personen KI-basiert modifiziert)

geäußertes Wunsch eine erhebliche Gefährdung des Patienten darstellen, trifft bei fehlender Einwilligungsfähigkeit beziehungsweise Geschäftsfähigkeit der Betreuer oder die Bevollmächtigte eine Entscheidung, die dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht [Elsäßer und Oschmann, 2024]. Um diesen mutmaßlichen Willen gemeinsam mit dem Betreuer beziehungsweise Bevollmächtigten zu eruieren, kann es für den Zahnarzt notwendig werden, mehrfach mit dem Patienten in Kontakt zu treten und/oder pflegende Personen sowie Vertrauenspersonen in den Entscheidungsprozess einzubinden.

Viele geriatrische Patienten haben zur Unterstützung unter anderem für Fragen der Gesundheitsversorgung oder auch für Vermögensfragen Bevollmächtigte an ihrer Seite. Vorsorgevollmachten können notariell beglaubigt oder sogar ohne weitere Form privat vereinbart sein. Es kommt auf die in der Vollmacht übertragenen Rechte an den jeweils Bevollmächtigten an und ob die Voraussetzungen für das Inkrafttreten erfüllt sind.

Rechtliche Betreuungen werden in Deutschland durch das jeweils zuständige Betreuungsgericht, das oft den Amtsgerichten angegliedert ist, eingerichtet. Ist keine Betreuung eingerichtet und auch keine Vollmacht erteilt, ist es sinnvoll, im Hinblick auf die Einwilligungsfähigkeit vor der Durchführung zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen – darunter ist übrigens bereits die Verordnung eines Medikaments zu verstehen – die Orientierungsfähigkeit (räumlich, zeitlich, persönlich, situativ) eines Patienten abzuklären

Jede zahnärztliche Behandlung in Deutschland findet in einem festen rechtlichen Rahmen statt. Dieser Rahmen definiert das Verhältnis zwischen Patient und Zahnarzt sowie die Rechte und Pflichten beider Parteien. Einen besonderen Stellenwert nehmen dabei die Regeln zur Aufklärung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Patientenkommunikation ein. Diese Regeln setzen voraus, dass der Patient einwilligungs- und geschäftsfähig ist. Was im „Normalbetrieb“ der Praxis selbstverständlich erscheint, kann jedoch bei geriatrischen Patienten nicht allgemeingültig vorausgesetzt werden. Deshalb sollte bei jedem geriatrischen Patienten die Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit im Rahmen der zahnärztlichen Betreuung abgeklärt und

fortlaufend aktualisiert werden. Aus rechtlicher Sicht ist es unverzichtbar zu wissen, ob für den Patienten im Rahmen der Gesundheits- und Vermögenssorge eine gesetzliche Betreuung eingerichtet ist oder eine (Vorsorge-) Vollmacht besteht.

Betreuungsrecht: Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit

Das Betreuungsrecht wurde in den vergangenen Jahrzehnten mehrmals novelliert, zuletzt zum 1. Januar 2023. Unabhängig von einer rechtlichen Betreuung gilt es immer zuerst, den Wunsch des Betroffenen zu erfragen beziehungsweise indirekt über Angehörige oder Pflegekräfte zu ermitteln [BMJV, 2023]. Ist dies nicht möglich oder würde ein

und kurz zu dokumentieren [LZK BW, 2024].

Invasive und vor allem risikoreiche Behandlungen erfordern bei fehlender Einwilligungsfähigkeit des Patienten die persönliche Aufklärung des Betreuers beziehungsweise Bevollmächtigten. Im Idealfall wird ein gemeinsames Gespräch zwischen Zahnarzt und rechtlichem Vertreter (Betreuer, Bevollmächtigter) geführt. Der rechtliche Vertreter beurteilt in eigener Verantwortung, in welcher Form er seiner Besprechungspflicht nachkommt und in welcher Form er die ärztliche Aufklärung entgegennimmt. Aufklärungen können auch über die Nutzung moderner Medien virtuell oder fernmündlich erfolgen und anschließend kann schriftlich die Einwilligung eingereicht werden. In jedem Fall wird empfohlen, das Einverständnis zusätzlich schriftlich einzuholen. Die Aufklärung und Einwilligung ist vor der Behandlungsmaßnahme durchzuführen. Ein Notfall mit der Notwendigkeit, sofort zu handeln, meint im juristischen Sinn die unmittelbare Bedrohung für Leib und Leben und ist im zahnärztlichen Bereich die absolute Ausnahme.

Die anzustrebende Praxis der partizipativen Therapieentscheidungsfindung ist für Patienten oft schwierig und für Betreuer/Bevollmächtigte herausfordernd. In den eher seltenen Situationen mit hohem Behandlungsrisiko oder wenn kein Konsens zwischen Betreuer/Bevollmächtigtem und Zahnarzt herbeigeführt werden kann, besteht die Möglichkeit, das Betreuungsgericht zur Entscheidungsfindung hinzuzuziehen.

Für weitergehende Informationen sei an dieser Stelle auf die S2k-Leitlinie zur „Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen“ [AWMF, 2019] verwiesen (Hinweis: Aktuell befindet sich die Leitlinie in Über-

KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNG 30: (NEU/2026)

Bei jedem geriatrischen Patienten sollen die Einwilligungs- und Geschäftsfähigkeit im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung abgeklärt und fortlaufend aktualisiert werden. Es soll regelmäßig überprüft werden, ob für den Patienten im Rahmen der Gesundheits- und Vermögenssorge eine gesetzliche Betreuung eingerichtet ist oder eine (Vorsorge-)Vollmacht besteht. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
---	------------------------

Expertenkonsens

Literatur: AWMF S2k-Leitlinie Einwilligung von Menschen mit Demenz in Medizinische Maßnahmen. 2019, Broschüre des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz zum Betreuungsrecht [BMJV, 2023]

KONSENSBASIERTES STATEMENT 10: (NEU/2026)

Auch wenn eine rechtliche Betreuung bzw. Vollmacht besteht, ist grundsätzlich dem Wunsch des Patienten zu entsprechen. Nur wenn der Wunsch eine erhebliche Gefährdung des Patienten darstellt, entscheidet der Betreuer nach Feststellung des mutmaßlichen Willens seines Betreuten. In den eher seltenen Situationen mit hohem Behandlungsrisiko oder wenn kein Konsens zwischen Betreuer bzw. Bevollmächtigtem und Zahnarzt herbeigeführt werden kann, besteht die Möglichkeit, das Betreuungsgericht beim Amtsgericht zur Entscheidungsfindung hinzuzuziehen. Abstimmung: 15/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 15 Stimmen	starker Konsens
--	------------------------

Expertenkonsens

Literatur: Broschüre des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz zum Betreuungsrecht [BMJV, 2023]

arbeitung). Nachfolgend sind einige wichtige Empfehlungen der Leitlinie zusammengefasst dargestellt:

- Die Diagnose einer Demenz schließt die Einwilligungsfähigkeit nicht prinzipiell aus.
- Die Aufklärung soll an die kognitiven Ressourcen und Defizite angepasst erfolgen. Verständliche Darstellungen sollen verwendet werden.
- Informationen sollten in kurze Abschnitte unterteilt und schrittweise präsentiert werden. Eine klare und in der Komplexität reduzierte Sprache soll eingesetzt werden.
- Parallele kognitive Anforderungen sollten reduziert beziehungsweise vermieden werden.
- Um das Sicherheitsgefühl der Menschen mit Demenz zu erhöhen und eine förderliche Kommunikationsatmosphäre zu schaffen, sollten äußere räumliche (zum Beispiel ungestörte Atmosphäre, ausreichende Beleuchtung, bekannte Orte) und soziale Bedingungen (zum Beispiel Anwesenheit von Vertrauenspersonen) berücksichtigt werden.
- Ein wertschätzender Kontext ist wichtig (unter anderem Blickkontakt aufnehmen und halten, sich vorstellen, Sitzplatz anbieten, Ansprache mit Namen, Fragen und Bedenken ernst nehmen sowie Rücksichtnahme auf etwaige sensorische Beeinträchtigungen).
- Der zeitliche Rahmen für die Aufklärung und die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit soll an das Tempo des Menschen mit Demenz angepasst werden.
- Durch geeignetes Nachfragen soll das Informationsverständnis überprüft werden.
- Schriftliche Zusammenfassungen der gegebenen Informationen sollten angeboten werden (dabei hohe Lesbarkeit, zum Beispiel Großdruck beachten). ▶▶



ZM-LESERSERVICE

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

Ethik: paternalistisch -> informativ -> partizipativ

Das traditionelle paternalistische Modell ist charakterisiert durch die Autorität und die alleinige Entscheidungssouveränität des Arztes. Der Arzt stellt die Diagnostik und entscheidet über die aus seiner Sicht beste Therapie. Dabei enthält er dem Patienten nicht notwendige Informationen vor. Ebenso findet ein Kommunikationsprozess statt, wenngleich dieser strukturiert wird durch die funktionalen Informationsinteressen des Arztes zum Zwecke einer optimierten Diagnose und Therapie. Nicht selten allerdings werden dem Patienten auch Informationen vorenthalten, vermeintlich zu seinem Besten, um nicht Skepsis oder Entscheidungskonflikte aufkommen zu lassen („therapeutisches Privileg“).

Das informative Modell, auch „Konsumenten-Modell“ genannt, ist stark geprägt durch „kognitivistische“ Interpretationen der Patient-Arzt-Beziehung, die hier eine weitgehend affektneutrale Struktur des Informationsaustauschs unterstellen. Der Patient wird vom Arzt mit einer Vielzahl von Informationen versorgt, angefangen von Hypothesen über mögliche Krankheits Hintergründe über diagnostische Erkenntnisse bis hin zu therapeutischen Alternativen samt deren Vor- und Nachteilen. Der

Patient bleibt hier Souverän des Entscheidungsprozesses, indem er die ihm offerierten Informationen ordnet und in eine Entscheidung überführt. Persönliche Erfahrungen, Bedürfnisse oder auch Ängste von Patienten werden hier nicht gelehnet, aber doch aus der Patient-Arzt-Beziehung ausgeblendet.

Dieses Eingehen auch auf emotionale und teilweise wenig rationale Momente im Rahmen des Krankheitserlebens und der Rekonvaleszenz wird hingegen im Modell der partizipativen Entscheidungsfindung explizit hervorgehoben. Darüber hinaus ist die Interaktionsrichtung in diesem Konzept zweigleisig, Arzt und Patient stellen Fragen und beantworten Fragen.

Partizipative Entscheidungsfindung (PEF; Englisch shared decision-making, SDM) wird in der Medizin die Interaktion beziehungsweise Kommunikation zwischen Arzt und Patient genannt, die darauf zielt, zu einer von Patient und Arzt gemeinsam verantworteten Übereinkunft über eine angemessene medizinische Behandlung zu kommen.

Zu den Kernelementen der partizipativen Entscheidungsfindung gehört unter anderem eine „partnerschaftliche Beziehung“ zwischen Patient und Arzt mit möglichst gleichem Informationsstand über Wahlmöglichkeiten bezüglich einer medizinischen Entscheidung. Dabei bringen Arzt und Patient ihre Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess ein und übernehmen partnerschaftlich Verantwortung für die Entscheidung. Rechtlich gesehen hat der Patient in jedem Fall das Selbstbestimmungsrecht [Rummer und Scheibler, 2016].

Informed consent

„Informed Consent“ als Begriff, dessen Ursprung in der englischsprachigen, insbesondere US-amerikanischen Medizinethik zu finden ist, lässt sich am treffendsten mit „informierte Zustimmung“ übersetzen. In der Sache geht es um den gegenseitigen Austausch der im Verhältnis von Arzt zu Patient notwendigen Informationen sowie darum, das Einverständnis für eine Behandlung zu erhalten.

KONSENSBASIERTE EMPFEHLUNG 31: (NEU/2026)	
Bei der Einholung des „informed consent“ sollte das zukünftige, gemeinsam abgestimmte Handeln und Agieren von Zahnarzt und geriatrischem Patienten und damit die Entscheidung darüber, eine indizierte Maßnahme durchzuführen, bewusst zu unterlassen oder zu verschieben, handlungsweisend sein. Abstimmung: 18/0/0 (ja, nein, Enthaltung) – insg. 18 Stimmen	starker Konsens
Expertenkonsens	
Literatur: Rummer und Scheibler 2016; AWMF S2k-Leitlinie Einwilligung von Menschen mit Demenz in Medizinische Maßnahmen 2019	

Für die Mitteilung der entscheidungserheblichen Informationen an den Patienten ist der Arzt zuständig. Seine Aufgabe ist es, den Zustand „informed“ beim Patienten herzustellen. Nach der Aufklärung kann der Patient sich für oder gegen eine Behandlung sowie die Art und Weise derselben entscheiden. Der Begriff „consent“ kann mit den deutschen Begriffen Einwilligung, Zustimmung, Einverständnis oder Übereinstimmung übersetzt werden. Bei „informierter Zustimmung“ darf das Vorliegen der Informationen nicht allein auf die Zustimmungshandlung bezogen werden, die Informationen müssen beim Zustimmenden vorhanden sein. Außerdem bedeutet eine Positiventscheidung beziehungsweise eine Zustimmung nicht zwingend eine Entscheidung für einen bestimmten Eingriff. Vielmehr geht es um das zukünftige, gemeinsam abgestimmte Handeln und Agieren von Arzt und Patient und damit die Entscheidung darüber, ob ein Informed Consent darüber besteht, eine indizierte Maßnahme durchzuführen, bewusst zu unterlassen oder zu verschieben [AWMF, 2024].

Entscheidungsfindung auf Basis ethischer Prinzipien

Die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress [Beauchamp und Child-



Abb. 2: Mundgesundheitsaufklärung im Rahmen einer Praxisanleiter-Einheit – hier wird die Handhabung einer Teleskopprothese demonstriert.

Foto: Pixio Dr. E. Ludwig (Hintergrund KI-basiert modifiziert)



Prof. Dr. Ina Nitschke

Universität Leipzig, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Bereich Seniorenzahnmedizin
Liebigstr. 12, 04103 Leipzig

Foto: privat

- **1977–1980:** Ausbildung mit Abschluss als Gesellin im Zahntechniker-Handwerk
- **1978–1983:** Studium der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Freien Universität Berlin
- **1983:** Approbation als Zahnärztin
- **1983–1984:** angestellte Zahnärztin in einer zahnärztlichen Praxis in Berlin
- **1984:** Promotion
- **1984–1999:** Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für Klinische Prothetik der Zahnklinik Nord der Freien Universität Berlin, später Humboldt Universität zu Berlin
- **ab 1999:** Aufbau Bereich Seniorenzahnmedizin und der prägradualen gerostomatologischen Ausbildung an der Universität Leipzig
- **2004:** „Master of Public Health“ an der Freien Universität Berlin
- **2005:** Habilitation und Lehrbefugnis im Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- **2006–2024:** Leitende Tätigkeit in der Klinik für Allgemein-, Behinderten- und Seniorenzahnmedizin, Universität Zürich
- **ab 2006:** Oberärztin Bereich Seniorenzahnmedizin Universität Leipzig
- **ab 2025:** Stellvertretende Klinikdirektorin der Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Seniorenzahnmedizin an der MHB
- **2009:** außerplanmäßige Professorin Universität Leipzig
- **seit 2000:** Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V.
- **seit 2010:** 2. Vorsitzende des Arbeitskreises Ethik in der Zahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde



Prof. (apl) Dr. Cornelia Frese

Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg

Foto: Universitätsklinikum Heidelberg



Dr. Elmar Ludwig

niedergelassener Zahnarzt in einer Gemeinschaftspraxis in Ulm mit Kooperationsvertrag, Referent für Geriatrische Zahnmedizin der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg sowie stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Alterszahnmedizin der BZÄK

Foto: Privat



Prof. Dr. Julia Jockusch, M.Sc.

Direktorin der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Seniorenzahnmedizin Medizinische Hochschule Brandenburg, Campus Brandenburg an der Havel
Geschwister-Scholl-Str. 36, 14776 Brandenburg an der Havel

Foto: privat

ress, 2001] bietet eine strukturierte Grundlage für die ethische Entscheidungsfindung in der zahnmedizinischen Versorgung geriatrischer Patienten. Sie basiert auf den vier Prinzipien mittlerer Reichweite: Respekt vor der Patientenautonomie, Nicht-Schadens-Prinzip (Non-Malefizien), Wohltätigkeitsprinzip (Benefizienz) und Gerechtigkeit. Ihre Anwendung hilft, ethische Herausforderungen und Konflikte in der Praxis zu bewältigen.

In der Betreuung älterer Patienten entstehen oft ethische Dilemmata, die eine sorgfältige Abwägung erfordern. So kann es beispielsweise schwierig sein, die Autonomie eines Patienten mit kognitiven Einschränkungen zu respektieren und gleichzeitig sicherzustellen, dass durch die Behandlung kein Schaden entsteht. Auch die Entscheidung, aufgrund von allgemeinmedizinischen Begleiterkrankungen auf eine zahnmedizinische Therapie zu verzichten, kann in der Praxis als problematisch

empfunden werden [Nitschke et al., 2017].

Die Prinzipienethik fordert eine patientenzentrierte Entscheidungsfindung, die sowohl medizinische als auch ethische Aspekte integriert. Ein entscheidendes Element ist dabei die Aufklärung, die den Patienten oder Dritte an der Entscheidung beteiligte Personen in die Lage versetzt, fundierte Entscheidungen zu treffen (Empowerment). Zusätzlich erfordert die Abwägung von Nutzen und Risiko der Behandlung eine interdisziplinäre Herangehensweise, um Lösungen zu finden, die sowohl das Wohl des Patienten fördern als auch ethisch vertretbar sind [Nitschke et al., 2017]. Durch die Anwendung der Prinzipienethik können die individuellen Bedürfnisse geriatrischer Patienten berücksichtigt und gleichzeitig ethische Konflikte minimiert werden, was eine qualitativ hochwertige, gerechte und respektvolle Versorgung sicherstellt [Nitschke et al., 2017; Groß. 2012]. ■



CME AUF ZM-ONLINE

Teil 3: Betreuungsrecht und Ethik



Für eine erfolgreich gelöste Fortbildung erhalten Sie zwei CME-Punkte der BZÄK/DGZMK.

CHATGPT-EMPFEHLUNGEN BEI GESUNDHEITSFragen

Kann KI auch Patientensteuerung?

Angesichts der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen um digitale Patientensteuerung und Primärversorgungssysteme in Deutschland haben Forschende der Technischen Universität Berlin untersucht, ob sich KI-Sprachmodelle für eine digitale Ersteinschätzung und eine eigenständige Patientensteuerung eignen.

In einer neuen Studie haben Arbeitswissenschaftler der TU Berlin analysiert, wie genau ChatGPT in verschiedenen Modellversionen gesundheitliche Beschwerden einordnet, wie sich die Leistung im Zeitverlauf verändert hat und ob identische Eingaben konsistente Empfehlungen erzeugen.

Das Team um Marvin Kopka untersuchte insgesamt 22 Modellversionen. Grundlage bildeten 45 reale Patientenfälle mit unterschiedlichen Beschwerdebildern – von leichten Beeinträchtigungen wie kurzfristiger muskulärer Überlastung bis hin zu akuten gesundheitlichen Problemen. Jeder Fall wurde pro Modell 10-mal eingegeben, so dass insgesamt 9.900 Einzelbewertungen

entstanden. Die Modelle sollten entscheiden, ob es sich um einen Notfall, einen Fall für ärztliche Abklärung oder um Selbstversorgung handelt.

„Der Hauptunterschied zu unseren früheren Studien ist die längsschnittliche Analyse. Bisher wurden nur ein oder zwei Modelle untersucht. Nun haben wir alle Modelle, die über die Zeit verfügbar waren, getestet und analysiert, wie sie sich tatsächlich verändert haben“, sagt Studienleiter Kopka. „Das war uns auch deshalb wichtig, weil es immer wieder Meldungen gibt, nach denen neue Modelle in ärztlichen Zulassungsprüfungen oder Wissenstests nahezu perfekte Ergebnisse erreichen. Daraus wird dann schnell geschlos-

sen, dass sie auch für Patientinnen und Patienten verlässliche medizinische Empfehlungen geben.“

Die größten Schwächen gab es bei harmlosen Beschwerden

Die Ergebnisse zeigen: Die Genauigkeit stieg mit den ersten Modellversionen zunächst deutlich an. Seit der dritten Modellgeneration (GPT-4) gab es jedoch nur noch geringfügige Verbesserungen. Das beste getestete Modell erreichte eine Treffergenauigkeit von 74 Prozent.

Besonders gut waren die getesteten Modelle darin, behandlungsbedürftige Fälle zu erkennen. Die meisten Fehler

Laut einer Studie der TU Berlin neigen ChatGPT-Modelle zu übervorsichtigen Empfehlungen.



traten dagegen bei Fällen auf, in denen Selbstversorgung ausreichend gewesen wäre: 70 Prozent aller Fehler entfielen auf diese Gruppe. Kein einziger dieser 13 Fälle wurde von allen Modellen in allen Durchläufen korrekt gelöst.

Nur einzelne Modelle, etwa o4, o3 oder GPT 5, empfahlen überhaupt jemals Selbstversorgung. Bei allen anderen getesteten Modellen wurde durchgängig zur ärztlichen Abklärung geraten.

Die Modelle tendieren damit laut Forschenden zu einem „konservativen Triagierungsverhalten“, was bedeutet, dass sie Beschwerden häufig als behandlungsbedürftiger einstufen, als medizinisch notwendig wäre. Diese systematische Übervorsicht führe dazu, dass die Modelle zwar selten riskante Untertriagierungen vornehmen, gleichzeitig aber kaum echte Entscheidungshilfe bieten.

Inkonsistente Empfehlungen bei identischen Eingaben

Hinzu kommt laut den Forscherinnen und Forschern ein weiteres Problem: Die Modelle antworten nicht durchgängig konsistent. Selbst bei identi-

„Wenn ein System bei sehr vielen Beschwerden vorsorglich zur medizinischen Abklärung rät, wirkt das zunächst sicher für Nutzerinnen und Nutzer – es bietet aber faktisch keine echte Entscheidungshilfe mehr, wenn die Empfehlung fast immer gleich ausfällt.“

Studienautor Dr. Marvin Kopka

schon Eingaben variieren die Empfehlungen teils erheblich. Besonders bei neueren Modellen zeigte sich, dass identische Fälle unterschiedlich bewertet wurden. So waren bei GPT 5 in 42 Prozent aller Fälle die Empfehlungen bei mehrfacher Eingabe desselben Falls mal richtig und mal falsch – ein Umstand, der die Verlässlichkeit im praktischen Einsatz zusätzlich einschränkt.

Begrenzter Nutzen für die Patientensteuerung

Aus Sicht der Forschenden liegt die zentrale Schwäche damit weniger in einzelnen Fehlentscheidungen als im fehlenden praktischen Nutzen. „Wenn ein System in der Praxis überwiegend zur ärztlichen Abklärung rät, entsteht kaum ein echter Steuerungseffekt –

unnötige ärztliche Inanspruchnahme kann dann sogar zunehmen“, schlussfolgern die Forschenden.

Sie weisen zugleich darauf hin, dass der Fokus dieser Studie auf Bevölkerungsrepräsentativität lag. Da echte Notfälle im Alltag selten sind und dementsprechend auch seltener bei der Nutzung von ChatGPT auftreten, enthielt auch der Datensatz nur wenige Notfälle und untersuchte hauptsächlich Entscheidungen für oder gegen das Aufsuchen von ärztlicher Hilfe. Die Genauigkeit bei der Erkennung von echten Notfällen sollte in weiteren Studien untersucht werden. *nb*

Kopka, M., He, L. & Feufel, M.A., Evaluating the accuracy of ChatGPT model versions for giving care-seeking advice. *Commun Medicine* (2026). <https://www.nature.com/articles/s43856-026-01466-0>

BEFRAGUNG DER STIFTUNG DEUTSCHE DEPRESSIONSHILFE

JEDER DRITTE JUNGE MENSCH NUTZT KI ALS PSYCHO-COACH

Immer mehr jüngere Menschen mit Depression greifen auf Künstliche Intelligenz (KI) als Gesprächspartner zurück. Laut einer aktuellen, repräsentativen Befragung der Stiftung Deutsche Depressionshilfe unter 2.500 Personen im Alter von 16 bis 39 Jahren nutzt etwa jeder Dritte KI, um über seine Erkrankung zu sprechen. Rund 10 Prozent führen dabei längere, dialogische Gespräche – ähnlich wie mit einem menschlichen Gegenüber. Die am häufigsten genutzten KI-Modelle waren ChatGPT (77 Prozent), Gemini (14 Prozent) und Microsoft Copilot (4 Prozent).

Die Motive sind vielfältig: Über die Hälfte der Betroffenen (56 Prozent) gibt an, einfach „mit jemandem“ über ihre Probleme sprechen zu wollen. 46 Prozent erhoffen sich zudem, ihre Symptome besser selbst bewältigen zu können. 41 Prozent gaben an, gezielt nach Aufmunterung und Zuspruch zu suchen. Ähnlich viele Befragte (40 Prozent) informieren sich mithilfe von KI über Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten.

Entsprechend positiv fallen die Rückmeldungen aus: Die Mehrheit (85 Prozent) empfindet die KI als verständnisvoll (92 Prozent) und respektvoll (89 Prozent), viele berichten von

einem gestärkten Gefühl nach den Gesprächen (75 Prozent). Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse auch, dass mehr als die Hälfte der Befragten (57 Prozent) es als belastend empfand, mit einem nicht-menschlichen Gegenüber zu kommunizieren. Besonders alarmierend sei laut der Stiftung, dass 53 Prozent der Befragten nach der Nutzung vermehrt Gedanken an Selbstverletzung oder Suizid angab.

Besonders kritisch sehen die Expertinnen und Experten, dass 62 Prozent der Befragten KI als Alternative zu einer Behandlung wahrnehmen und warnen eindringlich vor einer solchen Fehleinschätzung. „KI ersetzt weder eine professionelle Diagnostik – etwa mit Laboruntersuchungen zum Ausschluss einer Schilddrüsenüberfunktion – noch stellt sie eine leitliniengerechte Behandlung dar. Die antidepressive Wirksamkeit und mögliche unerwünschte Folgen sind kaum erforscht“, sagt Prof. Ulrich Hegerl, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Depressionshilfe. „Depression ist eine schwere, oft lebensbedrohliche Erkrankung. Betroffene sollten sich unbedingt weiterhin an Hausärzte, Psychiater oder Psychologische Psychotherapeuten wenden“, betont Hegerl abschließend.

PLACEBO- UND NOCEBO-EFFEKTE IN DER ZAHNÄRZTLICHEN KOMMUNIKATION

Sprache beeinflusst Erwartungen

Anke Handrock, Annika tonak

In der Zahnmedizin ist Sprache Teil der Behandlung. Wie über einen Eingriff gesprochen wird, prägt die Erwartungen der Patientinnen und Patienten – und damit auch Schmerz, Stress und Nebenwirkungen. Placebo- und Nocebo-Effekte zeigen, dass Kommunikation die Wahrnehmung und die physiologischen Reaktionen direkt beeinflussen kann. Aufklärung ist deshalb nie neutral, sondern ein klinischer Wirkfaktor.

Wenn über Wirksamkeit in der Zahnmedizin gesprochen wird, stehen üblicherweise Medikamente, Zahntechnik und die Präzision technischer Abläufe im Vordergrund, also jene Elemente, die unmittelbar sichtbar, messbar und kontrollierbar sind. Weniger offensichtlich ist ein Faktor, der in jeder Behandlung kontinuierlich wirksam ist, jedoch häufig nur begrenzt bewusst gestaltet wird: die Sprache.

Was in der Praxis gesagt wird, begleitet die Behandlung nicht nur, sondern prägt das gesamte Erleben der Patientinnen und Patienten. Es beeinflusst, ob Anspannung und Stress entstehen oder ob Vertrauen aufgebaut wird, ob Schmerz antizipiert wird oder Sicherheit erlebt wird.

Sprache wirkt dabei nicht als Zusatz, sondern als integraler Bestandteil der Intervention. Sie rahmt, was geschieht, und beeinflusst die Wahrnehmung bereits im Vorfeld der eigentlichen Maßnahme. In dieser Rahmung entsteht ein wesentlicher Teil des Behandlungserlebens. Wer Sprache gezielt einsetzt, beeinflusst das Vertrauen und die Compliance unmittelbar. Kommunikation ist in diesem Zusammenhang kein „weicher Faktor“, sondern ein klinisch relevanter Wirkmechanismus.

Diese Befunde verdeutlichen, dass die Wirkung medizinischer Maßnahmen nicht ausschließlich durch deren tech-

nische Qualität bestimmt wird. Ein relevanter Anteil des Behandlungserlebens, insbesondere Schmerz, Stress und Nebenwirkungen, wird durch die Erwartungen der Patientinnen und Patienten geprägt.

Kommunikation wirkt dabei als eigenständiger klinischer Wirkfaktor, der diese Erwartungsprozesse moduliert und damit unmittelbar Einfluss auf die Wahrnehmung, die physiologischen Reaktionen und das Vertrauen nimmt. Placebo- und Nocebo-Effekte beruhen auf Erwartungsprozessen, die neurobiologisch unter anderem über präfrontale Kontrollmechanismen

sowie über endogene Opioid- und Dopaminsysteme vermittelt werden und sogar durch bildgebende Verfahren nachgewiesen werden können.

Sprache rahmt, was geschieht

Positive Erwartungen können analgetische Effekte auslösen, während negative Erwartungen die Schmerzvernehmung verstärken und Nebenwirkungen induzieren können. Diese Erwartungen entstehen nicht zufällig, sondern werden wesentlich durch die Art der Aufklärung und die sprachliche Rahmung der Behandlung geprägt.

In der Zahnmedizin sind diese Zusammenhänge besonders relevant, da typische Behandlungsabläufe mit intensiven sensorischen und emotionalen Reizen verbunden sind. Die Nähe zum Gesicht, vorangegangene schmerzhaft Erfahrungen, die Geräusche rotierender Instrumente und charakteristische Gerüche führen bei einem erheblichen Anteil der Patientinnen und Patienten zu einem erhöhten Angstniveau. Dadurch entsteht eine erhöhte Vulnerabilität für Angstgetriggerte Nocebo-Effekte. Sprache wirkt dabei als semantischer Verstärker dieser Reize. Begriffe wie „bohren“, „aufschneiden“ oder „Spritze“ aktivieren nicht nur kognitive Bedeutungen, sondern reaktivieren zugleich gespeicherte sensorische und affektive Erfahrungen. Auf diese Weise können



sie antizipatorische Stressreaktionen auslösen, die die weitere Schmerzverarbeitung negativ beeinflussen.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die bewusste Gestaltung von Sprache klinische Relevanz. Ziel ist nicht die Beschönigung medizinischer Maßnahmen, sondern eine präzise und zugleich ressourcenorientierte Rahmung. Bereits geringfügige Veränderungen in der Wortwahl und der Struktur der Aufklärung können das Behandlungserleben spürbar beeinflussen, ohne den zeitlichen Aufwand der Kommunikation (wesentlich) zu erhöhen.

Mit Vertrauen fängt es an

Die Wirkung sprachlicher Interventionen lässt sich dabei als Regelkreis verstehen, dessen Ausgangspunkt die Beziehungsgestaltung ist. Eine tragfähige, vertrauensbasierte Beziehung ist die Voraussetzung dafür, dass Patientinnen und Patienten bereit sind zuzuhören und die vermittelten Inhalte als relevant zu verarbeiten. Ohne diese Grundlage bleiben auch fachlich korrekte Informationen in ihrer Wirkung begrenzt. Mit zunehmendem Vertrauen steigt die Aufnahmebereitschaft, Inhalte werden nicht nur gehört, sondern kognitiv und emotional integriert.

So kann die semantische Gestaltung ihre Wirkung entfalten, indem sie positivere Bedeutungen aktiviert und Erwartungen formt. Diese Erwartungen beeinflussen wiederum das Erleben der Behandlung, insbesondere Schmerz, Stress und das Gefühl von Kontrolle. Wird die Behandlungserfahrung als konsistent und beherrschbar erlebt, stabilisiert dies das Vertrauen in die behandelnde Person und wirkt zurück auf die Beziehungsebene. Es entsteht ein sich selbst stabilisierender Regelkreis, in dem die Beziehung, die Bedeutungszuweisung und die Erwartungsbildung untrennbar miteinander verbunden sind, sodass Kommunikation nicht als linearer Prozess, sondern als dynamisches System zu verstehen ist, in dem jede Äußerung den weiteren Verlauf der Behandlung mitbestimmt.

Ein häufig unterschätztes Problem in der klinischen Kommunikation betrifft die Darstellung von Risiken. Verbale



Dr. med. dent. Anke Handrock

Praxiscoach, Lehrtrainerin für Hypnose (DGZH), NLP, Positive Psychologie, Coaching und Mediation, Speakerin und Autorin

Foto: Sarah Dulgeris

Kategorien wie „häufig“, „gelegentlich“ oder „selten“ werden von den Patientinnen und Patienten äußerst variabel interpretiert und systematisch überschätzt. Der Begriff „häufig“ wird im allgemeinen Verständnis nicht selten im Bereich von 30 bis 50 Prozent verortet, obwohl die medizinische Beschreibung von „häufig“ den Bereich von einem bis unter zehn Prozent beschreibt. Diese Fehlkalibrierung führt zu einer verzerrten Erwartungsbildung und begünstigt Nocebo-Effekte, da die wahrgenommene Eintrittswahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen deutlich überschätzt wird.

Hinzu kommt, dass Formulierungen mit Negationen, etwa „die meisten haben gar keine Nebenwirkungen“, kognitionspsychologisch problematisch sind. Negationen werden häufig unvollständig verarbeitet, während gleichzeitig der zentrale Begriff der Aussage dennoch aktiviert bleibt. So wird genau der Bedeutungsbereich angesprochen, der eigentlich vermieden werden sollte. Daraus ergibt sich insbesondere im Aufklärungsgespräch die Herausforderung, medizinisch korrekt zu informieren, ohne gleichzeitig negative Erwartungsprozesse zu verstärken.

Eine noch größere Herausforderung stellen Beipackzettel dar, da die Formulierungen hier vom Patienten, unabhängig vom Kontakt mit den Behandelnden, aufgenommen werden. Gerade bei der Gabe von Antibiotika, die ja regelmäßig genommen werden sollen, bieten sich schon bei der Verschreibung schützende Formulierungen an, wie: „Sie erhalten jetzt ein Antibiotikum, damit diese Entzündung möglichst schnell abheilt.“



Annika Łonak

Fachärztin für Radiologie und Neuroradiologie, Oberärztin Universitätsspital Basel

Foto: Kimi Palme

Aus rechtlichen Gründen gibt es natürlich einen Beipackzettel, in dem selten vorkommende Nebenwirkungen aufgezählt werden. Dazu muss man wissen, was „selten“ in der Medizin bedeutet, nämlich, dass 999 von 1.000 Patienten allein die unterstützende Wirkung des Antibiotikums bei der Heilung spüren werden.

Entsprechende Framing-Effekte zeigen sich auch im Umgang mit Angstpatientinnen und -patienten, bei der Ankündigung unangenehmer Reize sowie während der Behandlung selbst. Schon Formulierungen wie „Nicht bewegen!“ oder „Das ist jetzt schwierig!“ verstärken die Unsicherheit und damit die Stressreaktion. Für solche Situationen ist es hilfreich, sich feststehende Formulierungen anzugewöhnen, wie: „Bitte jetzt einen ganz kurzen Moment ruhig sitzen bleiben und ausatmen.“ Der Patient weiß dann genau, was er tun soll, und konzentriert sich auf die Handlungsanweisung.

Die Wortwahl beeinflusst die Assoziationen

Vor diesem Hintergrund lassen sich Ansatzpunkte für eine wirksame Gestaltung von Kommunikation ableiten, die sich aus dem beschriebenen Zusammenhang von Beziehung, Bedeutungszuweisung und Erwartungsbildung ergeben. Die konkrete Wortwahl beeinflusst die emotionalen Assoziationen, die mit einer Maßnahme verbunden sind, so dass technisch korrekte, aber zugleich emotional entlastete Begriffe negative Bedeutungszuschreibungen reduzieren können. Eine Formulierung wie „Vorbereiten des Zahns“ oder „vorsichtiges Öffnen des Bereichs“ verändert die Bedeutungszuweisung ►►



Die Erwartungshaltung steuert die Schmerztherapie (siehe Kasten „Zur Studienlage“)

gegenüber „bohren“ oder „aufschneiden“, ohne den fachlichen Inhalt zu verändern.

Antizipatorische Aussagen prägen darüber hinaus die spätere Wahrnehmung unmittelbar, da Formulierungen wie „Sie spüren kurz einen kleinen Druck“ oder „Das ist für einen Moment spürbar und dann gut kontrollierbar“ eine andere Erwartungsbildung erzeugen als unspezifische Warnungen vor „Schmerzen“, indem sie die Wahrnehmung zeitlich begrenzen, differenzieren und eine klare Prognose enthalten.

Die Beziehungsebene bleibt dabei die Voraussetzung für die Wirksamkeit dieser Interventionen. Das subjektive Gefühl von Kontrolle wirkt anxiolytisch und schmerzmodulierend. Durch Hinweise wie „Wenn Sie zwischendurch eine kurze Pause möchten, geben Sie mir gerne mit der linken Hand ein kurzes Zeichen“ wird das Kontrollerleben gestärkt.

Insbesondere Formulierungen wie „Sie brauchen keine Angst zu haben, Frau Doktor ist ganz vorsichtig“ werden im Vorfeld einer Behandlung durch wohlmeinende Mitarbeitende oft verwendet. Leider wird dadurch das zugrunde liegende Konzept der Angst

aktiviert beziehungsweise verstärkt. Hilfreicher wären Formulierungen wie „Die allermeisten Patienten sind nach so einer Behandlung ausgesprochen zufrieden“.

Ankündigen oder ablenken?

Ob man unangenehme Reize ankündigt oder den Patienten durch geeignete Methoden hinreichend ablenkt, ist eine eigene Diskussion. Wenn man sich zur Ankündigung unangenehmer Reize entscheidet, führt ein „Das wird jetzt weh tun“ jedoch zu einer anderen antizipatorischen Verarbeitung als „Sie spüren möglicherweise gleich kurz einen Druck (oder einen intensiveren Reiz), der dann schnell wieder nachlässt“. Hier sind eine zeitliche Begrenzung, eine Differenzierung und eine entlastende Prognose integriert.

Während der Behandlung stärken konkrete Handlungsanleitungen wie „Sie unterstützen die Behandlung am besten, wenn Sie jetzt noch etwas weiter zu mir schauen und den Mund etwas weiter öffnen“ oder „Wir sind auf einem guten Weg, das klappt sehr gut“ die Kooperation und die Selbstwirksamkeit. Im Unterschied dazu belasten negativ bewertenden oder kritisierenden Aussagen die Beziehung. Auch in

der postoperativen Kommunikation verändert sich die Erwartung, wenn anstelle von „Das wird wahrscheinlich stark anschwellen und weh tun“ Formulierungen gewählt werden, die eine rasche Normalisierung und Handlungsfähigkeit betonen.

Die gezielte Nutzung sprachlicher Effekte zur Beeinflussung von Erwartungen wirkt zugleich ethische Fragen auf: Kommunikation beeinflusst nachweislich die Wahrnehmung, den Schmerz und das Behandlungserleben, wodurch sich die Frage nach der Grenze zwischen legitimer therapeutischer Rahmung und unzulässiger Manipulation stellt.

Placebo- und Nocebo-Effekte beruhen jedoch nicht auf Täuschung im engeren Sinn, sondern auf psychophysiologischen Mechanismen der Erwartungsbildung und -verarbeitung, die



ZM-LESERSERVICE

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

auch bei vollständiger Information wirksam bleiben. Der zentrale Zielkonflikt zwischen einer vollständigen Risikoaufklärung und der Vermeidung schädlicher Erwartungseffekte lässt sich daher nicht durch die Menge der Information, sondern durch deren sprachliche Qualität lösen.

Ein interessanter Ansatz ist hier auch die Forschung von Kaptchuk et al. [2010] zu offenen Placebos. Studien zeigen, dass selbst dann klinische Effekte auftreten können, wenn Patientinnen und Patienten wissen, dass sie ein Placebo erhalten, sofern die zugrunde liegenden Wirkmechanismen plausibel erklärt werden. Dies unterstreicht, dass nicht die Täuschung, sondern die Aktivierung sinnvoller Erwartungsmodelle den entscheidenden Wirkfaktor darstellt.

Jede Formulierung setzt einen Rahmen

Studien zeigen zudem, dass negative verbale Suggestionen nicht nur die subjektiven Schmerzangaben erhöhen, sondern auch physiologische Parameter wie das Stresslevel und die neuronale Aktivität beeinflussen. Für die zahnärztliche Praxis ergibt sich daraus, dass kommunikative Feinheiten integraler Bestandteil der Wirksamkeit einer Behandlung sind. Sprache kann entweder als Verstärker von Angst und Schmerz wirken oder gezielt zur Stabilisierung und Entlastung eingesetzt werden. Die Kommunikation beeinflusst die Erwartung, die Erwartung beeinflusst die Wahrnehmung und die Wahrnehmung beeinflusst das Behandlungserleben sowie die klinischen Ergebnisse.

Vor diesem Hintergrund erscheint es folgerichtig, die bewusste Gestaltung von Sprache als Bestandteil professionellen Handelns zu verstehen, vergleichbar mit der Auswahl von Materialien oder der Präzision technischer Abläufe. Die sachlich korrekte und vollständige Aufklärung bleibt unverzichtbar, gleichzeitig sollten unnötige negative Erwartungsinduktionen vermieden werden, indem Risiken differenziert, kontextualisiert und lösungsorientiert vermittelt werden. Ihre Kommunikation sollte darüber hinaus dazu beitragen, die Autonomie und die Selbstwirksamkeit zu stärken, in-

ZUR STUDIE

Ein besonders eindrückliches Beispiel liefert ein Experiment aus der Placebo- und Nocebo-Forschung von Bingel et al. [2011] (Grafik). In dieser Untersuchung wurden die Probandinnen und Probanden wiederholt identischen Hitzeschmerzreizen ausgesetzt, um den Einfluss von Information und Erwartung auf die Wirkung eines hochpotenten Analgetikums zu analysieren.

Im ersten Durchgang erhielten sie einen Hitzeschmerzreiz und gleichzeitig eine Infusion mit Kochsalzlösung. Die Schmerzintensität wurde im Mittel mit 66 von 100 Punkten angegeben. Im zweiten Durchgang wurde bei identischem Schmerzreiz zusätzlich das hochwirksame Opioid Remifentanyl verabreicht, ohne dass die Teilnehmenden darüber informiert wurden. Unter dieser Bedingung sank die Schmerzintensität auf 55 Punkte. Im dritten Durchgang bekamen sie vorab die Information, dass ihnen ein starkes Schmerzmittel verabreicht wird, während sie erneut die gleiche Dosis Remifentanyl erhielten. Die Schmerzintensität reduzierte sich in dieser Situation – deutlich – auf 39 Punkte. Im vierten Durchgang wurden die Teilnehmenden darüber informiert, dass sie kein Schmerzmittel mehr erhalten werden, obwohl unverändert weiter Remifentanyl verabreicht wurde. In dieser Konstellation stieg die Schmerzintensität wieder auf 64 Punkte an und erreichte damit nahezu das Ausgangsniveau der Kochsalzinfusion. Die negative Information führte zu einer entsprechenden Erwartungsbildung, die die pharmakologische Wirkung des Opioids praktisch vollständig aufhob. Zugespitzt kann man daraus ableiten: Die Erwartung kann die Wirkung eines hochpotenten Analgetikums nicht nur modulieren, sondern unter bestimmten Bedingungen neutralisieren. Dass diese Mechanismen nicht auf experimentelle Schmerzmodelle beschränkt sind, sondern auch klinisch relevante Outcomes beeinflussen, zeigt eine Untersuchung an 124 Patientinnen und Patienten nach einer Bypass-Operation [Rief et al., 2017]. Die Patienten wurden vor dem Eingriff unterschiedlich vorbereitet. Die „Erwartungsgruppe“ erhielt gezielt Informationen, die eine positive, zugleich realistische Erwartung hinsichtlich des Operationsergebnisses aufbauten, ergänzt durch die Vorstellung der zukünftigen Aktivitäten im Rahmen eines günstigen Heilungsverlaufs. Eine zweite Gruppe („Emotionsgruppe“) wurde in vergleichbarem Umfang betreut, jedoch mit dem Fokus auf der Thematisierung und Verarbeitung von Ängsten und emotionalen Reaktionen. Eine dritte Gruppe („Standardgruppe“) erhielt die übliche medizinische Aufklärung und Versorgung. Alle Gruppen wurden identisch operiert und medizinisch versorgt.

Sechs Monate nach dem Eingriff zeigten sich deutliche Unterschiede: Die Patientinnen und Patienten der Erwartungsgruppe berichteten über geringere körperliche Einschränkungen und schätzten ihre berufliche Leistungsfähigkeit höher ein als die beiden Vergleichsgruppen. Auch die objektiven Parameter unterschieden sich: Das Auswurfvolumen der linken Herzkammer war in dieser Gruppe erhöht. Die Emotionsgruppe nahm eine mittlere Position ein, während die Standardgruppe sowohl subjektiv stärker eingeschränkt war als auch die ungünstigsten objektiven Werte aufwies. Zusätzlich zeigten sich in der Standardgruppe höhere Entzündungsmarker im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen. Die gezielte Erwartungsbildung erwies sich damit in mehreren zentralen Outcome-Parametern als wirksamer als eine alleinige emotionale Unterstützung. Beide Gruppen mit intensiver Aufklärung waren der Standardgruppe überlegen.

dem sie Kontrolle erlebbar macht und die Patientinnen und Patienten aktiv einbindet.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Kommunikation unvermeidbar wirksam ist. Sie beeinflusst die Erwartung, die Erwartung beeinflusst die Wahrnehmung und die Wahrnehmung beeinflusst das Behandlungserleben sowie die klinischen Ergebnisse. Eine neutrale Kommunikation existiert nicht. Jede Formulierung setzt einen

Rahmen, innerhalb dessen Patientinnen und Patienten ihre Erfahrungen interpretieren. Daraus ergibt sich die Konsequenz, dass die bewusste Gestaltung dieses Rahmens nicht als Zusatz, sondern als integraler Bestandteil professioneller Verantwortung verstanden werden sollte.

Patientinnen und Patienten werden nicht nur behandelt, sondern in ihrer Wahrnehmung der Behandlung aktiv begleitet. ■

GEBÜHRENRECHTLICHE EINORDNUNG DER BZÄK – TEIL 1

Der mehrschichtige Kompositaufbau in Adhäsivtechnik einschließlich Lichthärtung

Im Interesse einer gebührenrechtskonformen Rechnungslegung und zur Unterstützung bei der sachgerechten Bewertung, hat die Bundeszahnärztekammer damit begonnen, konkrete Leistungen des Gebührenverzeichnisses zu benennen, die auf Grundlage von § 6 Abs. 1 GOZ zur Berechnung von nicht im Gebührenverzeichnis erfassten Leistungen herangezogen werden können.



Aufgrund der Tatsache, dass die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) als Rechtsverordnung der Bundesregierung nicht beziehungsweise nur in denkbar großen und unregelmäßigen Zeitabständen im Rahmen von Änderungsverordnungen aktualisiert wird, ist zur Berechnung im Leistungsverzeichnis nicht enthaltener Leistungen die Bildung analoger Bewertungen gemäß § 6 Abs. 1 GOZ erforderlich. Nach dieser Vorschrift können selbstständige zahnärztliche Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.

Um Zahnärztinnen und Zahnärzten, Patienten und Kostenträgern Hilfestellung bei der Analogabrechnung zu geben, hat die BZÄK ein Verzeichnis der analog zu berechnenden Leistungen veröffentlicht. Zur Vermeidung willkürlicher oder fragwürdiger Abrechnungsvorschläge und -praktiken hat sich die BZÄK dazu entschlossen, den Katalog analog zu berechnender Leistungen, beginnend mit relevanten Leistungen Schritt für Schritt um Hinweise auf gebührenrechtskonforme Berechnungsmöglichkeiten zu ergänzen.

Den Anfang macht die Leistung „Mehrschichtiger Kompositaufbau in Adhäsivtechnik einschließlich Lichthärtung“.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

- Stellungnahme „Mehrschichtiger Kompositaufbau in Adhäsivtechnik einschließlich Lichthärtung“, April 2022
- Patienteninformation „Mehrschichtiger Kompositaufbau in Adhäsivtechnik einschließlich Lichthärtung“, März 2026
- Stellungnahme „Analoge Leistungen“, September 2022
- Stellungnahme „Bemessung analoger Leistungen“, Februar 2026
- Stellungnahme „Rechnungslegung analoger Leistungen“



Restaurationen, die mit konventionellen plastischen Füllungsmaterialien erfolgen, werden anderen Gebührennummern zugeordnet als Kompositrestaurationen, die in Adhäsivtechnik und unter Lichthärtung in gegebenenfalls mehreren Schichten erbracht werden.

Letztere sind im Vergleich deutlich höher bewertet. Diese unterschiedliche Vergütung ist folgerichtig, denn der bei Kompositrestaurationen durch komplexere Behandlungsschritte, gesteigerte Behandlungszeit und höhere Materialkosten entstehende Aufwand lässt sich, auch in Anwendung eines erhöhten Steigerungssatzes unter Heranziehung der Gebührennummern für konventionelle plastische Füllungen innerhalb des Gebührenrahmens nicht abbilden.

Im Bereich der Kompensation von Zahnhartsubstanzdefekten eines Zahnes vor dessen Überkronung ist eine derartige Unterscheidung unterblieben. Unverändert existiert hierfür im Gebührenverzeichnis lediglich eine Leistung, deren inhaltliche Beschreibung und Vergütung auf das Jahr 1987 datiert. Auch die bei Novellierung der GOZ im Jahr 2012 eingeführte gesonderte Vergütung für die adhäsive Befestigung ist weder fachlich noch wirtschaftlich geeignet, den durch einen mehrschichtigen Kompositaufbau in Adhäsivtechnik einschließlich Lichthärtung entstehenden Aufwand adäquat abzubilden.

Hinsichtlich dieser Leistung besteht somit eine Regelungslücke, die durch analoge Berechnung zu schließen ist. Der Ausschuss Gebührenrecht der BZÄK hält folgende Berechnung für angemessen:

Geb.-Nr. 2120a GOZ Mehrschichtiger Kompositaufbau in Adhäsivtechnik einschließlich Lichthärtung entsprechend (§ 6 Abs. 1 GOZ) Nr. 2120 Kompositrestauration, mehr als dreiflächig.

Diese Berechnung gewährt unter Anwendung des 2,3-fachen Steigerungssatzes eine Vergütung in Höhe von 99,60 Euro.

Die vorstehende gebührenrechtliche Einordnung der Bundeszahnärztekammer hindert die Zahnärztin und den Zahnarzt ausdrücklich nicht daran, unter Beachtung der Kriterien des § 6 Abs. 1 GOZ eine andere Leistung zur analogen Berechnung heranzuziehen.

Ausschuss Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer, im April 2026

Dieser Beitrag ist Teil 1 einer Artikelserie des Ausschusses Gebührenrecht der BZÄK. in Teil 2 in der zm 1172026 geht es um Analoge Leistungen der Parodontitistherapie.



CGM XDENT

Zahnarztinformationssystem

PRAXIS-GRÜNDUNG MIT CGM XDENT

Maximale Effizienz, minimale Kosten vom ersten Tag an – mit nur einer Software.

6 Monate SaaS geschenkt!



cgm.com/dental-praxisstart

ANONYMER KRANKENSCHHEIN BONN UND DENTAL EMERGENCY TEAM

Zahnmedizin für Menschen ohne Krankenversicherung



Der Anonyme Krankenschein Bonn e.V. (AKSB) hilft Menschen, die keine Krankenversicherung haben. Das Dental Emergency Team e.V. (Dental EMT) führt in seinen mobilen Zahnstationen – oft sind das umgebaute Rettungswagen – die zahnärztliche Notfallversorgung durch. Was liegt näher als eine Zusammenarbeit?

In Deutschland leben trotz Krankenversicherungspflicht laut Statistischem Bundesamt rund 72.000 Personen, die weder krankenversichert noch über andere gesetzliche Regelungen abgesichert sind. Viele Menschen tauchen aber gar nicht im System auf. Experten und Expertinnen gehen daher von gut einer halben bis einer Million Betroffener aus.

Um den Zugang zur zahnmedizinischen Versorgung für nicht krankenversicherte Menschen in der Region zu verbessern, wollen das Dental EMT aus Bornheim und der AKSB daher zusammenarbeiten. Ziel ihrer Kooperation: die bestehenden Versorgungsstrukturen zu vernetzen und niedrigschwellige, anonyme Behandlungsangebote auszubauen.

„Menschen kommen aus ganz verschiedenen Gründen in die Situation, nicht krankenversichert zu sein“, berichtet Angelika von der Osten, Projektkoordinatorin beim AKSB. „Selbstständige mit Schulden bei ihrer Krankenkasse; Deutsche, die lange im Ausland gelebt haben und jetzt zu alt für eine Aufnahme in die GKV sind; oder Menschen, die gerade aus der Haft entlassen wurden. Es kann auch mit dem Aufenthaltstitel zu tun haben, etwa im Zusammenhang mit dem Frei-

SO ARBEITET DER AKSB

Der Anonyme Krankenschein Bonn (AKSB) vermittelt über einen anonymisierten Behandlungsschein (zahn-)medizinische Leistungen, ohne dass personenbezogene Daten an Behörden weitergegeben werden. Das Angebot richtet sich besonders an Menschen, die aus Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen oder aufgrund sozialer Barrieren reguläre Versorgungsstrukturen nicht in Anspruch nehmen. Seit 2021 wird der Verein hauptsächlich von der Stadt Bonn finanziert.



Foto: Dental EMT



Foto: AKSB

Die Zahnärztinnen und Zahnärzte im Dental EMT arbeiten ehrenamtlich.

„Einen typischen Patienten gibt es bei uns nicht“, berichtet Angelika von der Osten, Projektkoordinatorin beim AKSB.

zügigkeitsrecht und dazugehörigem Arbeitsrecht von EU-Bürgern oder der Sondersituation von Menschen ohne Papiere.“ Was alle diese Menschen gemeinsam haben, sei eine häufig über Jahre unzureichende gesundheitliche Versorgung.

„Unser größtes Ziel ist es, uns selbst abzuschaffen“

Clearing – also die Rückvermittlung von Menschen ohne Krankenversicherungsschutz ins Regelsystem – sei ein enorm wichtiger Bestandteil der Vereinsarbeit und wäre ohne eine hauptamtliche Struktur nicht möglich. „Wir sagen aber auch: Unser größtes Ziel ist es, uns selbst abzuschaffen. Sprich, dass es einen Verein wie den AKSB nicht mehr braucht, weil alle Menschen unabhängig von ihrer Lebenssituation

„Zu uns kommen manchmal Menschen, die noch nie in ihrem Leben beim Zahnarzt waren. Bei akuten Zahnschmerzen suchen sich die meisten irgendwann Hilfe, weil der Leidensdruck so hoch ist.“

Angelika von der Osten, Projektkoordinatorin beim AKSB

ausreichend krankenversichert sind“, erklärt von der Osten.

Die Kostenübernahmen für die Behandlung von Zahnerkrankungen fallen beim AKSB jedes Jahr unter die Top 3 der höchsten Ausgaben nach Fachrichtung. „Einfach, weil es so viele sind“, erzählt von der Osten. „Wir dürfen nur Behandlungen übernehmen, die auch eine gesetzliche Krankenkasse tragen würde. Viele zahnärztliche Leistungen, die Teil einer ganzheitlichen Behandlung sind und den Leidensdruck unserer Patienten mindern würden, wie zum Beispiel Zahnschienen oder Zahnaufbau, fallen leider nicht darunter.“

Da Unversicherte und marginalisierte Patientengruppen zahnärztliche Leistungen häufig erst in fortgeschrittenen Krankheitsstadien in Anspruch nehmen, sei der Behandlungsbedarf oft höher und die Therapieverläufe komplexer, bestätigt Dr. Alexander Schafigh, Gründer des Dental EMT: „Niedrigschwellige Versorgungsangebote und interdisziplinäre Ansätze sind daher essenziell, um diese Versorgungslücken zu schließen.“

Der AKSB ist dem Dental Emergency Team und den dort ehrenamtlich tätigen Zahnärzten sehr dankbar. „Letztendlich sind wir aber der Meinung, dass die zahnmedizinische Versorgung eine öffentliche Aufgabe ist und nicht



Foto: privat

„Die Kooperation beider Initiativen ist wichtig, weil sie die zahnmedizinische Akutversorgung in einer mobilen Infrastruktur mit sozialmedizinischer Vermittlung verbindet“, betont Dr. Alexander Schafigh, Gründer des Dental EMT.

nur von zivilgesellschaftlichem Engagement abhängig sein sollte“, stellt von der Osten klar. „Im besten Fall engagieren sich Zahnärzte also zusätzlich politisch, zum Beispiel in ihren Berufsverbänden, und bringen Themen wie die mangelnde Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung mit auf die Agenda.“

LL

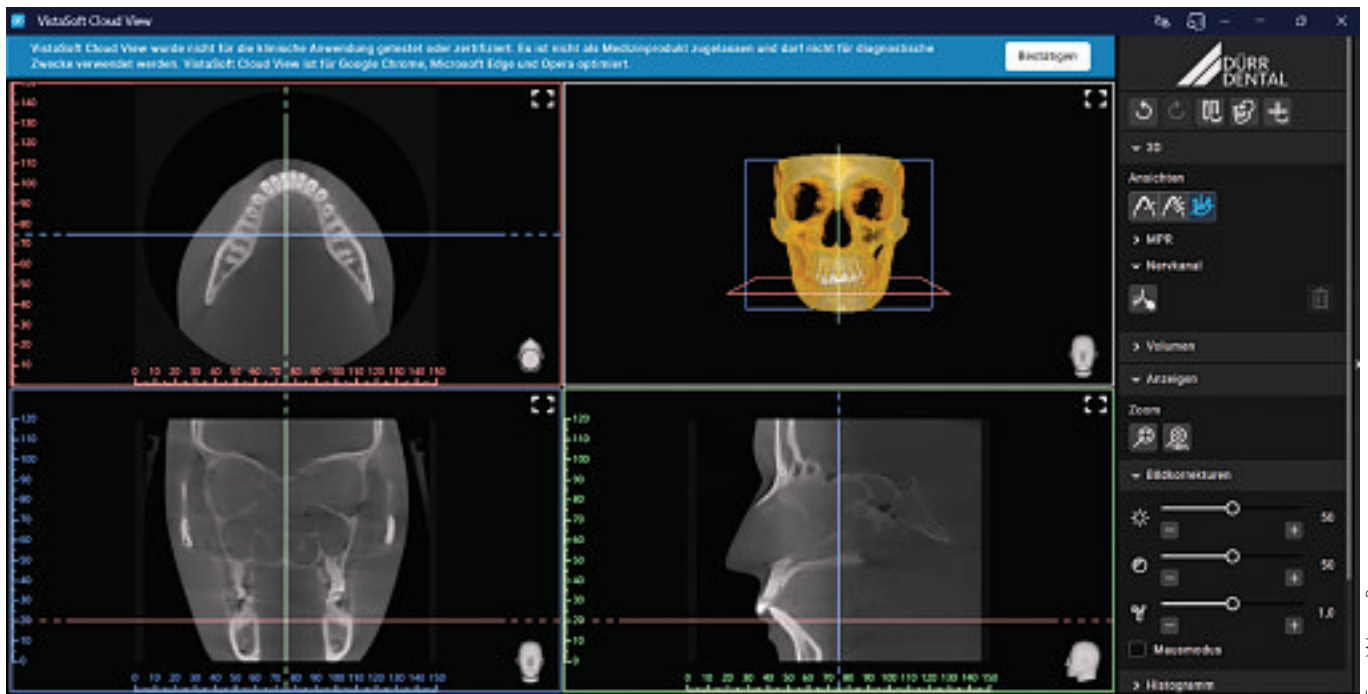


Foto: Werner Betz

Abb. 1: Darstellung eines DVT-Datensatzes (Übungsschädel) in VistaSoft Cloud View mit umfangreichen Bearbeitungsfunktionen. Am oberen Bildrand sehen Sie den Hinweis, dass das Programm nicht als Medizinprodukt zugelassen ist.

SOFTWARE IM TEST

Was kann der Viewer „VistaSoft Cloud View“?

Werner Betz

Der Austausch digitaler Röntgenbilder kann sich in der Zahnmedizin immer noch als problembehafteter Prozess herausstellen, bei dem die Darstellung von übermittelten 3D-Daten zum wahren Hindernislauf gerät. Mit VistaSoft Cloud View stellt die Firma Dürr nun einen kostenfreien Viewer zur Verfügung. Unser Autor hat die Software getestet.

Vermutlich haben bereits viele Zahnärztinnen und Zahnärzte die Erfahrung gemacht, dass es nicht immer möglich ist, sich alio loco erstellte digitale Aufnahmen anzusehen. Der Grund: unterschiedliche Dateiformate, uneinheitliche Verzeichnisstrukturen bei 3D-Aufnahmen sowie Viewer mit speziellen Anforderungen. Eine Vereinheitlichung wäre hier natürlich sehr wünschenswert. Der DICOM-Standard (Digital Imaging and Communication in Medicine) lässt leider zu viel Spielraum für Variationen, so dass nicht jeder Viewer jede DICOM-Datei problemlos öffnen kann.

Die Industrie scheint davon auszugehen, dass jeder digitale Röntgenanwen-



Dr. Werner Betz

Mitglied der Fachlichen Leitung der Zahnärztlichen Röntgenstelle Hessen
kontakt-autor.betz@magenta.de

Foto: L. Spillner LZKH

der in der Lage ist, andernorts angefertigte digitale Bilddateien in die praxiseigene Röntgensoftware zu importieren. Das geht grundsätzlich auch, denn alle Röntgenprogramme haben entsprechende Importfunktionen. In

der Realität funktioniert das allerdings in vielen Fällen nicht zuverlässig. Und es gibt nicht selten auch Sicherheitsbedenken, fremde Dateien in die Praxissoftware respektive das Röntgenprogramm zu importieren.

Ohne Praxis-Röntgensoftware digitale Bilder ansehen

Hinzu kommt, dass bislang immer noch nicht alle Zahnarztpraxen auf digitales Röntgen umgestellt haben. Ihnen fehlt mangels Röntgensoftware die Möglichkeit, digitale Fremdbilder zu importieren. Dann bleibt nur die Option zu versuchen, die Aufnahmen mit irgendeinem Bildbetrachtungsprogramm zu öffnen.

Dabei muss man zwischen Bildern unterscheiden, die als übliche Bilddateien im Format JPG, TIFF, BMP gespeichert wurden, und solchen, die als DICOM-Dateien exportiert wurden, was bei DVT-Aufnahmen grundsätzlich der Fall ist. Bei 2D-Aufnahmen sind die Default-Einstellungen für den Bildexport in den Röntgenprogrammen oft nicht auf DICOM gesetzt.

Wird eine Bilddatei zusammen mit einem Betrachtungsprogramm (Viewer) auf einem Datenträger gespeichert, kann sie auch in einer Praxis ohne digitales Röntgen angeschaut werden. Muss ein Viewer aber erst auf dem Praxis-PC installiert werden, wird es schwierig, weil das viele Firewalls oder andere Sicherheitseinrichtungen verhindern.

Dann bleibt nur der Weg über ein separates Bildbearbeitungsprogramm. Auch dabei müssen selbstverständlich die Sicherheitsbarrieren überwunden werden. Oft wird empfohlen, für das Importieren von Fremdaufnahmen einen separaten PC zu nutzen, damit keine Viren in die Praxissoftware importiert werden. Dann kann man allerdings Fremdaufnahmen nicht in die digitale Patientenakte oder das praxis-eigene Röntgenprogramm integrieren. Die Tücke ist, dass für DICOM-Dateien meist andere Viewer benötigt werden als für übliche Bildformate.

Der Viewer funktioniert auch offline

Nun stellt die Firma Dürr also einen Viewer online kostenlos zur Verfügung (VistaSoft Cloud View). Die Idee von Dürr, den mit dem Röntgenprogramm VistaSoft standardmäßig gelieferten Viewer in etwas modifizierter Form auch Zahnärztinnen und Zahnärzten zur Verfügung zu stellen, die keine Röntgengeräte oder Scanner des Herstellers in der Praxis haben, ist ein neuer Ansatz.

Und hier gilt der Satz „Was nichts kostet, taugt nichts“ definitiv nicht. Anders als es der Name des Programms vermuten lässt, muss dieser Viewer nicht zwingend online verwendet werden (was die Standardeinstellung ist), sondern lässt sich im Browser auch offline benutzen. Damit muss man ►►

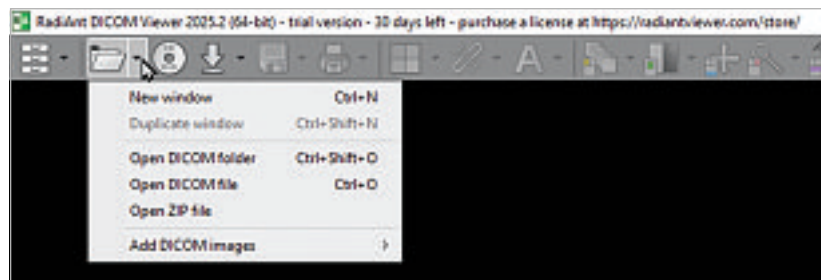


Abb. 2: Auswahl zu ladender Bilddateien beim RadiAnt DICOM-Viewer (nur DICOM)

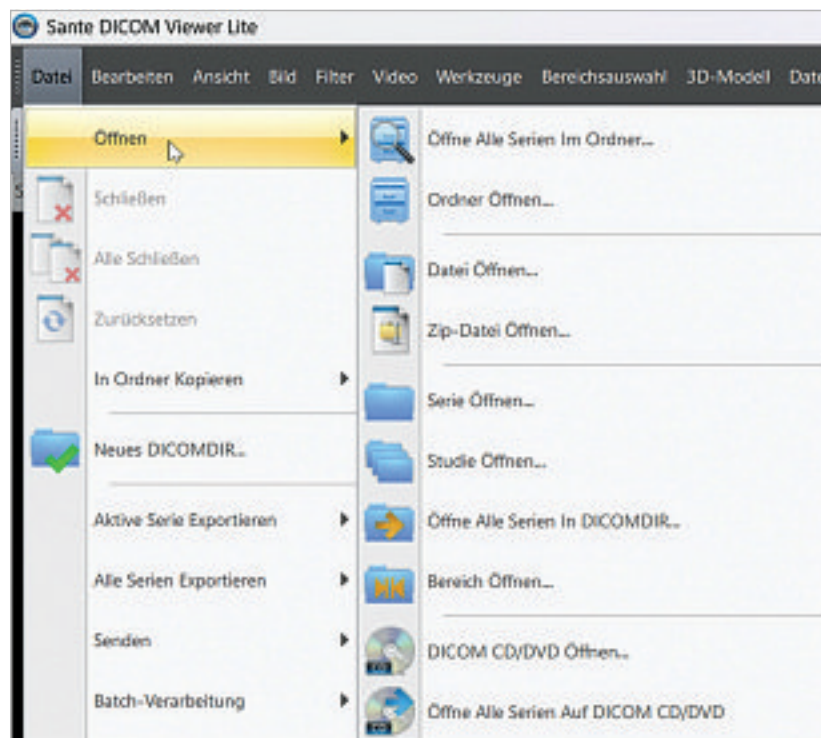


Abb. 3: Auswahl zu ladender Bilddateien beim Sante DICOM Viewer Light: Auch Standard-Bildformate können importiert werden.

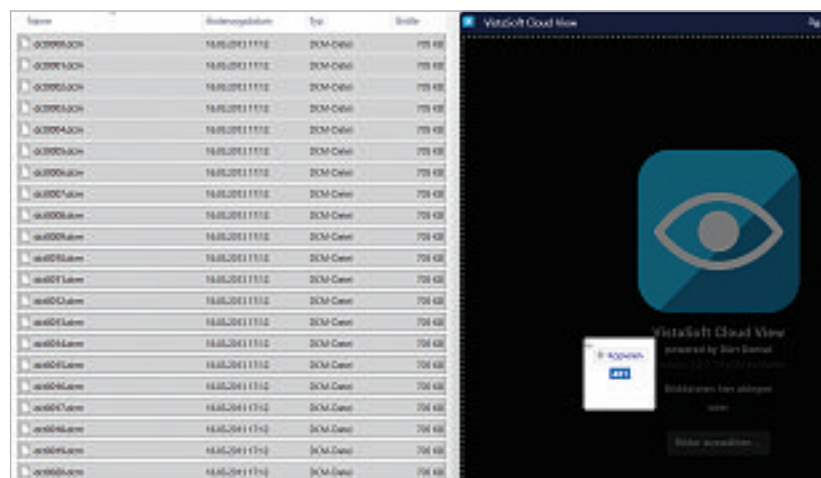


Abb. 4: Import eines Verzeichnisses mit .dcm-Dateien in VistaSoft Cloud View: Alle Dateien müssen mit Strg+a ausgewählt sein. Haben die Dateien keine Dateinamen-Erweiterung .dcm, scheitert der Import und es wird eine Fehlermeldung generiert.

Fotos: Werner Betz

DER EINSTIEG MIT VISTASOFT CLOUD VIEW

VistaSoft Cloud View ist eine browserbasierte App. Das bedeutet, dass die App nicht wie gewohnt als Software auf Betriebssystemebene, sondern nur im Internetbrowser installiert wird. So funktioniert die Installation in Google Chrome und in Microsoft Edge.

Wichtig: Anders als es etwa der Software-Namensbestandteil „Cloud“ vermuten lässt, bleiben die geöffneten Bilder lokal und werden nicht ins Internet geladen. „Ihre personenbezogenen Daten bleiben geschützt“ versichert Dürr Dental auf seiner Webseite. Auch beim Sammeln anonymer Nutzerdaten zeigt sich der Hersteller transparent: Die Datenübertragung kann im Fenster „Telemetrieinformationen“ (Symbol rechts unten auf der Startseite <https://view.vistasoft.com/>) abgewählt werden.

Das ist der schnelle Weg zur Software (alle Informationen: Stand April 2026):

- Rufen Sie in einem der oben genannten Browser die Seite <https://view.vistasoft.com/> auf (Abbildung 5 mit dem Browser „Edge“). Am unteren Rand gelangen Sie über „Hilfe“ zum Onlinehandbuch. In der Fensterecke rechts unten befindet sich das Symbol „Telemetrieinformationen“ – hier kann bei Bedarf das Sammeln anonymer Nutzungsdaten abgewählt werden.
- Klicken Sie am rechten Rand der Adresszeile des Browsers auf das dort befindliche Symbol (Abbildung 6 mit dem Browser „Edge“), bei Chrome auf „installieren“ (Abbildung 7). Erstellen Sie eine Desktop-

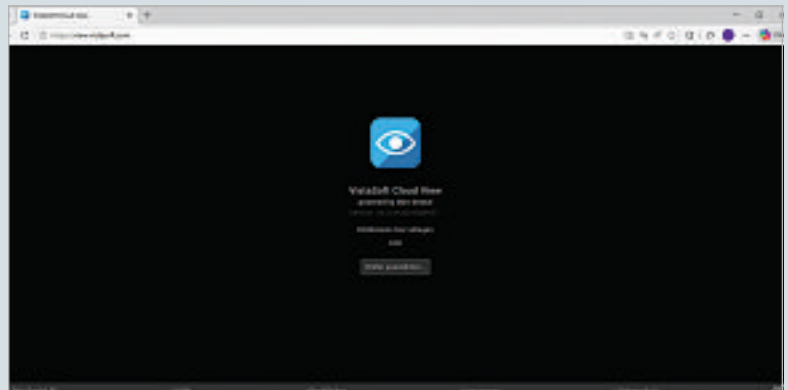


Abb. 5: Startfenster der Webseite <https://view.vistasoft.com>

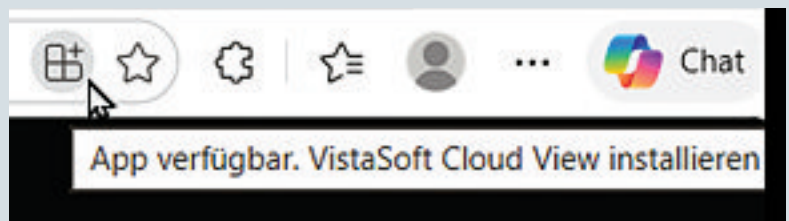


Abb. 6: Über dieses Symbol kann im Browser „Edge“ die App installiert werden.

verknüpfung heften Sie die App an die Taskleiste an. Beenden Sie das Browserfenster.

- Starten Sie VistaSoft Cloud View vom Desktop oder von der Taskleiste. Das Programm wird dann lokal gestartet.



Der QR-Code führt zum Viewer.

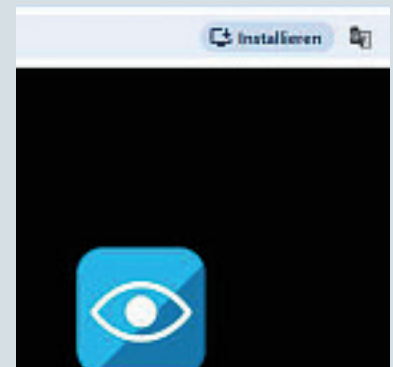


Abb. 7: Im Browser „Chrome“ steht „Installieren“ in der Adresszeile.

die Patientendaten auch „nicht in eine Cloud laden.

Das sind die Alternativen

VistaSoft Cloud View kann eine Reihe von Dateiformaten importieren: alle gängigen Bilddateiformate wie JPEG, BMP, TIFF und dazu auch DICOM-Datensätze. Letztere (kleines Manko) kann der Viewer allerdings nicht in einem Unterverzeichnis „finden“, in dem sich die dcm-Dateien „verstecken“.

Und DICOM-Dateien, die keine .dcm-Dateierweiterung haben, werden auch nicht erkannt. Da sind spezielle DICOM-Viewer wie beispielsweise RadiAnt DICOM Viewer (www.radiantviewer.com/de) oder Sante DICOM Viewer Light (<https://santesoft.com/win/sante-dicom-viewer-lite/sante-dicom-viewer-lite.html>) besser. Beide suchen nämlich in Verzeichnissen automatisch nach DICOM-Dateien, was sehr komfortabel ist und Zeit spart, da manche Datensätze mitunter in den Tiefen

verschachtelter Unterverzeichnisse auf einer CD-ROM oder auf einem Datentrick gespeichert und damit nicht so schnell zu finden sind.

Der Viewer der Firma RadiAnt ist jedoch kostenpflichtig und kann nur DICOM-Dateien importieren (Abbildung 2). Allerdings findet er in den meisten Fällen auch Dateien ohne Dateinamenerweiterung. Seine Darstellungsmöglichkeiten sind nicht mit denen eines für zahnmedizinische Auf-

zm Newsletter Ihr regelmäßiges Update.

Hier bekommen Sie jede
Woche wichtige News
aus Politik, Gesellschaft
und Branche.



Mit aktuellen
Informationen
aus Wissenschaft und
Industrie sowie
zahnmedizinischen
Fachbeiträgen.



Jetzt abonnieren
[https://www.zm-online.de/
newsletter/](https://www.zm-online.de/newsletter/)

MedTriX Group
we care for media solutions

VERGLEICH DER DREI VIEWER			
	VistaSoft Cloud View	Sante DICOM Viewer Light	RadiAnt DICOM Viewer
Ladezeit DVT	20–30 Sek.	20–40 Sek.	<5 Sek.
Offline-Nutzung	Ja (und Online)	Ja	ja
Kostenlos	Ja	Ja	nein
<i>Datenerkennung:</i>			
DICOMDIR	Nein	Ja	Ja
Singleframe .dcm	Ja	Ja	Ja
Multiframe .dcm	Ja	Ja	Ja
DICOM-Dateien ohne Endung (.dcm)	Nein	Ja	Ja
Import von BMP-, JPG-, TIFF-Dateien	Ja	Ja	Nein
Darstellung 3D-Daten- satz in MPR	Ja	Ja	Ja
Rotation der Achsen/ Bildebene in MPR	Ja (beides)	Nein	Ja (Achsen)

Tab. 1: Vergleich von VistaSoft Cloud View mit den Bildbetrachtern Sante DICOM Viewer Light und RadiAnt DICOM Viewer

nahmen optimierten Viewers gleichwertig, aber durchaus brauchbar. Gleiches gilt auch für den kostenlosen Sante DICOM Viewer Light, (Abbildung 3).

Zwei Versionen der Bildausrichtung

Hat man die Dateien in VistaSoft Cloud View geladen (Abbildung 4), werden sie in einem Viewer dargestellt, der viele Optionen beinhaltet, einschließlich 3D-Darstellung in unterschiedlichen Varianten (Abbildung 1).

Bemerkenswert ist, dass in der MPR-Darstellung (Multiplanare Reformation) zwei Versionen der Bildausrichtung zur Verfügung stehen: Rotation der Achsen der Bildebene vor der Aufnahme und Rotation der Aufnahme hinter den Achsen der Bildebene. Viele andere Viewer erlauben nur eines der beiden Verfahren, was dann bei Nutzung eines „Fremdviewers“ Umgewöhnung erfordert.

Fazit

Mit VistaSoft Cloud View bietet Dürr eine interessante Möglichkeit der Betrachtung für die digitale Bildgebung. Auf Anfrage hat Dürr mitgeteilt, dass

DIE VIEWER SIND KEINE MEDIZINPRODUKTE

Die Hersteller aller genannten Viewer haben ihre Software nicht als Medizinprodukte zugelassen. Das bedeutet, dass sie explizit darauf hinweisen, dass die Viewer nur für die Betrachtung, nicht aber für die Befundung von Röntgenbildern verwendet werden können. Gleichwohl können die Programme auch außerhalb der eigenen Befundung sinnvoll genutzt werden, etwa zur Patientenkommunikation.

Auch für Organisationen, die Röntgenaufnahmen im Rahmen von Prüfungsprozeduren routinemäßig erhalten, wie zum Beispiel Röntgenstellen oder Gutachter, können die Viewer eine wertvolle Hilfe sein.

an einem komfortableren Dateimport und dem Erkennen von DICOM-Dateien ohne Dateinamenerweiterung bereits gearbeitet wird. Dann wäre der Viewer tatsächlich eine perfekte Lösung. ■

INTERVIEW MIT DR. ELIAS NEUBERT ZU EXISTENZGRÜNDUNGSSEMINAREN

„Bis heute achte ich stark auf wirtschaftliche Kennzahlen!“

Die Entscheidung pro eigene Praxis stand für Dr. Elias Neubert lange fest, in ein bis zwei Jahren wollte er gründen. Zur besseren Vorbereitung entschied er sich, an einem Existenzgründungsseminar teilzunehmen. Mittlerweile ist er niedergelassen in Meißen. Was ihm die Fortbildung in the long run gebracht hat, erzählt er hier.

Was war Ihre Motivation, sich bei einem Gründungsseminar anzumelden? Welche Erwartungen hatten Sie?

Dr. Elias Neubert: Ich wollte mich strukturiert auf meine Niederlassung vorbereiten und dabei idealerweise die typischen Fehler vermeiden. Erhofft habe ich mir praxisnahe Einblicke, betriebswirtschaftliches Know-how und den Austausch mit Gleichgesinnten. Ich hatte schon zuvor an verschiedenen Veranstaltungen zur Existenzgründung teilgenommen. Mein besonderes Interesse galt dieses Mal Zahlen, Fakten und betriebswirtschaftlichen Strukturen. Die SummerSchool sollte genau diese Lücke schließen.

Sie haben an der fünftägigen Fortbildung der OPTI SummerSchool in Damp an der Ostsee teilgenommen. Welche Learnings haben Sie von dort mitgenommen?

Besonders wertvoll war für mich die Möglichkeit, die vielen Ideen zu meiner



Foto: Elias Neubert

Dr. Elias Neubert hat 2025 die „Dentalmanufaktur Meißen“ übernommen. Seine Praxisschwerpunkte sind Implantologie, Prothetik und Vitalerhaltung der natürlichen Zähne.

„Wunschpraxis“ kritisch zu überprüfen und gezielt zu verfeinern. Die betriebswirtschaftlichen Inhalte, insbesondere zu Kennzahlen, Praxisplanung und Strukturaufbau, haben mir dabei eine wichtige Orientierung gegeben. Ebenso bedeutend war das Networking: Der Austausch mit Referenten, Partnern und den anderen Teilnehmern hat mir nicht nur neue Impulse geliefert, sondern auch geholfen, meinen eigenen Stand im Prozess der Existenzgründung realistisch einzuordnen.

Was davon beherzigen Sie heute in Ihrem Praxisalltag?

Bis heute achte ich stark auf wirtschaftliche Kennzahlen, effiziente Praxisabläufe und eine klare Positionierung. Auch der offene Austausch im Netz-

werk bleibt für mich essenziell, ein zentraler Erfolgsfaktor. Ebenso wichtig sind für mich Bodenständigkeit, Geduld und Disziplin – Werte, die ich bereits im Leistungssport früh verinnerlicht habe. Entscheidend war für mich auch, frühzeitig die passenden Partner an meiner Seite zu haben.

Was sind Ihre Tipps für die Kolleginnen und Kollegen, die selbst auch gründen wollen?

Nicht zu lange warten, sondern frühzeitig starten und sich aktiv mit allen Facetten der Gründung auseinandersetzen. Wichtig ist es, Fragen zu stellen, wissbegierig zu bleiben und sich ein fundiertes Verständnis – gerade auch für wirtschaftliche Zusammenhänge – aufzubauen. Entscheidend ist aber, die Freude an der Zahnmedizin in den Mittelpunkt zu stellen und nicht primär den finanziellen Erfolg. Mit echter Leidenschaft und Überzeugung stellt sich nachhaltiger Erfolg langfristig von selbst ein. Wie schon gesagt, finde ich es darüber hinaus wichtig, den Kontakt zu Kollegen aufrechtzuerhalten.

Die Gründungsphase ist intensiv und fordernd – wie stark der empfundene Stress ist, lässt sich jedoch zu einem großen Teil selbst steuern. Denn man muss diesen Weg nicht allein gehen: Gute Partner unterstützen und entlasten. Gleichzeitig muss nicht alles in kürzester Zeit umgesetzt werden. Ein durchdachtes, schrittweises Vorgehen ist oft nachhaltiger. Bei aller Dynamik sollte man nicht die Freude an der Zahnmedizin, die eigene Vision und den Blick für die Menschen verlieren.

Das Gespräch führte Laura Langer.

45 FORTBILDUNGSPUNKTE AM OSTSEESTRAND

Vom 13. bis zum 18. Juli 2026 lädt die OPTI SummerSchool wieder zu einem intensiven Fortbildungsprogramm für Zahnmediziner am Ostseestrand ein. Das Veranstaltungskonzept umfasst praktische und theoretische Elemente und ist auf die Fragen der Existenzgründung spezialisiert.

Alle Infos:

<https://opti-summerschool.de/>

Hier gibt es noch freie Plätze:

<https://opti-summerschool.de/bewerben/>

Der zm-starter Newsletter



**JETZT
abonnieren***



Nach dem Zahnmedizin-Studium richtig durchstarten

mit aktuellen News aus Forschung & Praxis und wertvollen Tipps zu Berufseinstieg & Existenzgründung kompakt zusammengefasst direkt ins Postfach.

*qr.medtrix.group/zm-starter-newsletter

zm

[MTX]



Fotos: AMPO International e.V.

Jeder Beitrag erweitert unseren Handlungsspielraum vor Ort unmittelbar.

IN BURKINA FASO MIT AMPO INTERNATIONAL

32 Zahnärzte für 18 Millionen Menschen

Lena Müller-Heupt

Mit AMPO, kurz für Association Managé Nooma pour la Protection des Orphelins, versuchen wir die bestehenden Strukturen vor Ort in Burkina Faso zu stärken und somit mehr als nur eine Kurzzeithilfe zu sein. Die begrenzten finanziellen Mittel und der Mangel an Materialien sind die größte Herausforderung. Im Land herrscht obendrein eine äußerst volatile Sicherheitslage.



Andrang vor der Krankenstation in Ouagadougou: Die AMPO Krankenstation behandelt jährlich rund 71.300 Patienten.

In Burkina Faso kommen auf rund 18 Millionen Einwohner etwa 32 Zahnärzte. Zum Vergleich: In Deutschland wären es bei dieser Bevölkerungsgröße rechnerisch 15.480. Das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen in dem westafrikanischen Land liegt bei unter drei US-Dollar pro Tag. Somit zählt Burkina Faso zu den ärmsten Staaten der Welt, die Mehrheit seiner Einwohner lebt unter der Armutsgrenze.

Eine Krankenversicherung gibt es nicht. Für die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung ist zahnmedizinische Versorgung daher weder präven-

tiv noch kurativ selbstverständlich, sondern purer Luxus. Was das bedeutet, zeigt der Fall des neunjährigen Ridouane, einem Waisenkind aus der Hauptstadt Ouagadougou.

Ridouane stellte sich uns mit einer ausgeprägten Wangenschwellung und massiven Schmerzen im linken Unterkiefer vor. Klinisch zeigte sich eine weit fortgeschrittene kariöse Zerstörung mit akuter entzündlicher Symptomatik. Der Zahn war nicht erhaltungsfähig, eine sofortige Extraktion indiziert. Der Eingriff verlief komplikationslos. Postoperativ erhielt er Analgetika, eine entzündungshemmende Medikation,



**Dr. med. Dr. med. dent.
Lena Müller-Heupt**

Zahnärztin der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie in Mainz und
Vorstandsmitglied von
AMPO International e.V.

Foto: Universitätsmedizin Mainz

Instruktionen zu täglichen Mundspülungen sowie eine engmaschige Kontrolle.

Für uns in Deutschland ist es Routine. In Burkina Faso ist es oftmals die einzige Therapieoption – und selbst diese bleibt für viele Familien finanziell unerreichbar. AMPO übernahm hier die gesamten Behandlungskosten. Ohne diese Hilfe wäre eine Behandlung sehr wahrscheinlich nicht erfolgt – mit dem Risiko einer fortschreitenden Infektion.

Die Behandlungen führt der heimische Zahnarzt durch

Die Zahnarztpraxis der AMPO-Krankenstation in Ouagadougou arbeitet mit zwei Behandlungsräumen und einem kleinen Team aus zwei Zahnärztinnen und Zahnärzten, zwei Pflegekräften und einem Zahntechniker. Neben extraktiver und restaurativer Therapie liegt der Schwerpunkt auf Prävention und Aufklärung – insbesondere bei Kindern und vulnerablen Gruppen.

Ziel ist, nicht nur akute Schmerzen zu behandeln, sondern die orale Gesundheit nachhaltig zu stabilisieren. Allerdings schränkt der Mangel an essenziellen Materialien und Geräten die Möglichkeiten erheblich ein. Benötigt werden unter anderem: Komposite, Calciumhydroxid, Biodentine, endodontisches Spezialmaterial, Turbinen, Winkelstücke, Mikromotoren, Absauggeräte, Röntgentechnik, Extraktionsinstrumentarium sowie Verbrauchsmaterialien.

Seit meinem Abitur engagiere ich mich für die medizinische Versorgung von Kindern und sozial benachteiligten Menschen in einem der ärmsten Länder der Welt. Mein Beitrag bei AMPO besteht dabei nicht in der eigenen Behandlung vor Ort, denn die zahnmedizinische Versorgung wird in der Krankenstation durch den erfahrenen lokalen Zahnarzt und sein Team sichergestellt.

Das Problem sind fehlende Mittel und Materialien

Die zentrale Herausforderung für die zahnmedizinische Minimalversorgung liegt nicht im fehlenden fachlichen Know-how, sondern in den begrenzten finanziellen Mitteln und dem Mangel an Materialien. Nachhaltige Unterstützung bedeutet in diesem Kontext, die bestehenden Strukturen gezielt zu stärken, anstatt Versorgungslücken nur kurzfristig zu überbrücken. Dazu gehören eine verlässliche Materialversorgung, die finanzielle Unterstützung von Patientinnen und Patienten sowie ein kontinuierlicher fachlicher und kollegialer Austausch. Nachhaltigkeit entsteht dort, wo lokale Kompetenzen gestärkt, die vorhandenen Strukturen ernst genommen und gemeinsam langfristige Lösungen entwickelt werden.

Dabei fällt im klinischen Alltag besonders auf: Viele Kinder verfügen weder über eine eigene Zahnbürste noch über grundlegende Kenntnisse zur frühkindlichen Mundhygiene durch ihre Familien. So ist beispielsweise häufig nicht bekannt, dass bereits Kleinkinder regelmäßig beim Zähneputzen unterstützt werden sollten.

Gleichzeitig zeigt sich im Vergleich zu industrialisierten Ländern teilweise ein anderes Bild hinsichtlich der Kariesprävalenz. Auch wenn hierzu keine systematische Datenerhebung vorliegt, entsteht im klinischen Alltag der Eindruck, dass kariöse Läsionen bei einigen Kindern weniger ausgeprägt sind als erwartet. Ein Erklärungsansatz könnte in den Ernährungsgewohnheiten liegen: Industriell verarbeitete, zuckerreiche Snacks sind vielerorts kaum verfügbar, und eine regelmäßige Kühlung von Lebensmitteln ist aufgrund der fehlenden Infrastruktur oft nicht möglich. Die Ernährung besteht daher



Die zahnmedizinische Abteilung versorgt 3.040 Fälle pro Jahr – überwiegend Kinder und sozial benachteiligte Erwachsene.

häufig aus wenig verarbeiteten, natürlichen Nahrungsmitteln.

Wir haben eine kollegiale Verantwortung

Als Zahnärztin der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie in Mainz und Vorstandsmitglied von AMPO erlebe ich, wie viel mit vergleichsweise geringen Mitteln bewirkt werden kann – und wie groß der Bedarf ist. Wir sprechen hier nicht von komplexer Hochleistungszahnmedizin. Wir sprechen von einer Basisversorgung: Schmerzfreiheit, Infektionskontrolle, Prävention. Ich lade Sie herzlich ein, diese Arbeit zu unterstützen – durch Materialspenden, finanzielle Beiträge oder den direkten kollegialen Austausch. Jeder Beitrag erweitert direkt die Handlungsspielräume vor Ort. ■

HELFEN SIE UNS HELFENDEN!

AMPO finanziert sich überwiegend durch Spenden und internationale Partnerschaften.
AMPO International e.V.
GLS Gemeinschaftsbank
IBAN: DE 80 4306 0967 1038 3287 00
BIC: GENODEM1GLS
info@ampo-intl.org
www.ampo-intl.org

ZM – ZAHNÄRZTLICHE MITTEILUNGEN

Herausgeber:

Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V.
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.

Anschrift der Redaktion:

Redaktion zm
Chausseestraße 13
D-10115 Berlin
Tel: +49 30 40005-300
Fax: +49 30 40005-319
E-Mail: zm@zm-online.de
www.zm-online.de

Redaktion:

Sascha Rudat, Chefredakteur, sr;
E-Mail: s.rudat@zm-online.de
Claudia Kluckhuhn, stellv. Chefredakteurin, ck;
E-Mail: c.kluckhuhn@zm-online.de
Anne Orth (Politik), ao;
E-Mail: a.orth@zm-online.de
Markus Brunner (Schlussredaktion), mb;
E-Mail: m.brunner@zm-online.de
Marius Gießmann, (Online), mg;
E-Mail: m.giessmann@zm-online.de
Laura Langer (Wirtschaft, Praxis, Gemeinwohl), LL;
E-Mail: l.langer@zm-online.de
Navina Bengs (Politik, Praxis), nb;
E-Mail: n.bengs@zm-online.de
Susanne Theisen (Politik, Praxis), sth;
E-Mail: s.theisen@zm-online.de
Benn Roolf, Leiter Redaktion Zahnmedizin & Wissenschaft, br;
E-Mail: b.roolf@zm-online.de
Dr. Nikola Alexandra Lippe, Redaktion Zahnmedizin & Wissenschaft, nl;
E-Mail: n.lippe@zm-online.de

Layout:

Richard Hoppe, E-Mail: richard.hoppe@medtrix.group
Sabine Roach, E-Mail: sabine.roach@medtrix.group

Verantwortlich im Sinne des Presserechtes:

Sascha Rudat

Mit anderen als redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gezeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Gekennzeichnete Sonderteile liegen außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und zur Einspeicherung in elektronische Datenbanken, sowie das Recht der Übersetzung sind vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und des Verlages. Bei Einsendungen wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Für unverlangt eingesendete Manuskripte, Abbildungen und Bücher übernimmt die Redaktion keine Haftung.

Bei Änderungen der Lieferanschrift (Umzug, Privatadresse) wenden Sie sich bitte an die Mitgliederverwaltung Ihrer zuständigen Landes Zahnärztekammer.

Die Zeitschrift erscheint mit 20 Ausgaben im Jahr. Der regelmäßige Erscheinungstermin ist jeweils der 01. und 16. des Monats. Die Ausgaben im Januar (Ausgabe 1/2), Juli (Ausgabe 13/14), August (Ausgabe 15/16) und Dezember (Ausgabe 23/24) erscheinen als Doppelausgaben. Zahnärztlich tätige Mitglieder einer Zahnärztekammer erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Das Zeitungsbezugsgeld ist damit abgegolten. Sonstige Bezieher entrichten einen Bezugspreis von jährlich 185,40€, ermäßigter Preis jährlich 67,00€. Bestellungen werden vom Verlag entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen. Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V.



LA-DENT
geprüft LA-DENT 2016

Verlag:

MedTriX GmbH
Unter den Eichen 5, D-65195 Wiesbaden
Tel: +49 611 9746 0, www.medtrix.group

MedTriX Landsberg
Justus-von-Liebig-Str. 1, 86899 Landsberg

Veröffentlichung gemäß § 5 Hessisches Pressegesetz (HPresseG)
Alleinige Gesellschafterin der MedTriX Deutschland GmbH ist die Kurpfälzische Verlagsbeteiligungs GmbH, Ludwigshafen.

Geschäftsführung der MedTriX GmbH:

Stephan Kröck, Markus Zobel

Media-, Verkaufs- und Vertriebsleitung:

Björn Lindenau
E-Mail: bjoern.lindenau@medtrix.group

Teamleitung Media:

Alexandra Ulbrich

Anzeigen Print:

Nicole Brandt und Sylvia Sirch
E-Mail: zm-anzeigen@medtrix.group

Anzeigen Website und Newsletter:

Nicole Brandt und Sylvia Sirch
E-Mail: zm-online@medtrix.group

Teamleitung Vertrieb:

Birgit Höflmair

Abonnementservice:

Tel: +49 611 9746 0
E-Mail: zm-leserservice@medtrix.group

Berater für Industrieanzeigen:

Verlagsrepräsentant Nord:

Götz Kneiseler
Uhlandstr 161, 10719 Berlin
Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874,
Mobil: +49 172 3103383, E-Mail: g.kneiseler@t-online.de

Verlagsrepräsentant Süd:

Ratko Gavran
Racine-Weg 4, 76532 Baden-Baden
Tel.: +49 7221 996412, Fax: +49 7221 996414
Mobil: +49 179 2413276, E-Mail: gavran@gavran.de

Key Account Managerin International:

Andrea Nikuta-Meerloo
Tel.: +49 611 9746 448
Mobil: +49 162 27 20 522
E-Mail: andrea.nikuta-meerloo@medtrix.group

Beraterin für Stellen- und Rubrikenanzeigen:

Lara Klotzbücher
Tel.: +49 611 9746-237
E-Mail: zm-stellenmarkt@medtrix.group
E-Mail: zm-rubrikenmarkt@medtrix.group

Gesamtherstellung:

L.N. Schaffrath Druck Medien
Marktweg 42-50
47608 Geldern

Konto:

HVB/UniCredit Bank AG
IBAN: DE12 7002 0270 0015 7644 62
BIC: HYVEDEMMXXX

Zurzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 68, gültig ab 1.1.2026.
Auflage IVW 3. Quartal 2025:

Druckauflage: 78.587 Ex., Verbreitete Auflage: 77.620 Ex.
116. Jahrgang, ISSN 0341-8995

ZEBRIS MEDICAL**Masterkurs
zebris JMA-Optic**

Die funktionelle Diagnostik craniomandibulärer Dysfunktionen stellt Zahnarztpraxen vor die Herausforderung, therapeutische Entscheidungen im digitalen Workflow objektiv und reproduzierbar zu gestalten. Der zweitägige Kurs Funktion mit System der zebris Medical findet am 03. und 04. Juli 2026 im Labor Birkholz und Mohns in Velten statt und wird von Zahnärztin Dr. Andrea Diehl und Zahntechniker Florian Birkholz geleitet. Vermittelt wird ein strukturierter diagnostischer und therapeutischer Ansatz für sichere Entscheidungen im Praxisalltag. Die Teilnehmenden erlernen einen Workflow von der Anamnese über die klinische und manuelle Funktionsanalyse bis zur instrumentellen Diagnostik mit dem digitalen Gesichtsbogen zebris JMA-Optic, der Unterkieferbewegungen hochpräzise erfasst und in digitale Workflows überführt. Die dynamische Aufzeichnung ermöglicht objektive Dokumentation funktioneller Zusammenhänge für Therapieplanung und Verlaufskontrolle. Kursschwerpunkte sind Interpretation der Aufzeichnungsdiagramme, Analyse der Kondylenbewegungen und dynamischen Okklusion. Florian Birkholz demonstriert die Integration der Bewegungsdaten in digitale Laborprozesse. Diskutiert werden Schienentherapien, okklusale Anpassungen und interdisziplinäre Behandlungsansätze. Live-Behandlungen mit Patienten ermöglichen es, Entscheidungen unmittelbar nachzuvollziehen. Teilnehmende erhalten 13 Fortbildungspunkte. Anmeldung über den QR-Code.

zebris Medical GmbH
Am Galgenbühl 14
88316 Isny im Allgäu
Tel.: 07562 97260
info@zebris.de
www.zebris.de



Foto: zebris Medical GmbH



Foto: Johnson & Johnson

LISTERINE**Parodontale Gesundheit priorisieren**

Weltweit sind mehr als eine Milliarde Menschen von Parodontalerkrankungen betroffen. Diesem Problem widmete sich das Webinar der Principles for Oral Health Initiative von SEPA, gesponsert von LISTERINE, im März im Vorfeld des World Oral Health Day. Die Experten Mariano Sanz, Elena Figuera, Gustavo Avila Ortiz und Iain Chapple betonten die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels mit Fokus auf Prävention. Die tägliche Plaque-Kontrolle wird oft nicht gründlich genug umgesetzt. Wissenschaftlich bestätigt ist die 3-fach-Prophylaxe, die Zähneputzen und Interdentalreinigung mit Mundspülung mit antibakterieller Wirkung kombiniert. Für Patienten mit erhöhtem Risiko durch systemische oder lokale Faktoren sind ergänzende Maßnahmen wie antibakterielle Mundspülungen besonders sinnvoll.

Kenvue Germany GmbH, Johnson & Johnson Platz 2, 41470 Neuss, www.kenvue.com, www.listerine.de

HAGER & WERKEN**Optimierte Hygiene**

Handinstrumente, Sonden, Ultraschallaufläufe und Mundspiegel werden im Praxisalltag häufig improvisiert gereinigt, etwa an der Patientenserviette, einem Zellstofftuch oder mit einer Watterolle. Dieses Vorgehen ist umständlich und entspricht nicht hygienischen Standards. Fit-N-Swipe bietet eine Lösung: Einmal-Reinigungs- und Trocknungspads werden direkt auf dem Handschuhrücken angebracht und sind damit jederzeit griffbereit. Die Pads ermöglichen eine einhandfähige Nutzung ohne zusätzliche Bewegungen. Ablagerungen wie Debris, Blut oder Plaque lassen sich schnell abstreifen, ohne den Arbeitsfluss zu unterbrechen. Die blauen Trocknungspads sind für Mundspiegel konzipiert. Ihr Multi-Layer-Gewebe gewährleistet streifenfreie Reinigung und beschlagfreie Spiegelbilder. Die weißen Reinigungspads überzeugen durch hohe Saugfähigkeit und können als Steckdepot für Endodontienadeln genutzt werden. Die Pads sind vor dem ersten Gebrauch sterilisierbar und für chirurgische Anwendungen geeignet. Kostenloses Ansichtsmuster anfordern über QR-Code.



Foto: Hager & Werken

Hager & Werken GmbH & Co. KG, Ackerstraße 1, 47269 Duisburg
Tel.: 0203 99 269 0, info@hagerwerken.de, www.hagerwerken.de



HALEON**Frühkindliche Kariesprophylaxe**

Seit Januar 2026 dokumentieren Zahnärzte die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen Z1 bis Z6 im Gelben Heft, was die Mundgesundheit zu einem festen Bestandteil der Kindervorsorge macht und neue Chancen für systematische Kariesprophylaxe eröffnet. Haleon bietet mit Sensodyne ProSchmelz Kids und Junior zwei Zahnpasten, die speziell auf die Bedürfnisse von Kinderzähnen abgestimmt sind. Sensodyne ProSchmelz Kids für Kinder von null bis sechs Jahren bietet mit einem altersgerechten Fluoridgehalt von 1000 ppm einen zweifach stärkeren Schutz vor Zuckersäure-Angriffen und kann bereits ab dem ersten Milchzahn empfohlen werden. Sensodyne ProSchmelz Junior für Kinder von sechs bis zwölf Jahren enthält 1450 ppm Fluorid und schützt sowohl Milchzähne als auch die neuen bleibenden Zähne. Beide Zahnpasten stärken sanft den Zahnschmelz, schützen 24 Stunden lang bei zweimal täglichem Zähneputzen und zahngesunder Ernährung vor Karies, haben einen kindgerecht milden Geschmack mit hundert Prozent natürlichen Aromen und enthalten kein Titandioxid und kein Natriumlaurylsulfat.



Foto: Haleon

Haleon, Barthstr. 4, 80339 München
Tel.: 0800 664 56 26, mystory.de@haleon.com, www.haleon.com

HENRY SCHEIN**Qualitätsmanagement mit smart.QM**

Mit smart.QM erweitert Henry Schein Dental Deutschland ihr digitales Lösungsportfolio um eine Software für das Qualitätsmanagement in Zahnarztpraxen und Laboren. Die webbasierte Anwendung kann auf PC, Tablet und Smartphone genutzt werden und bündelt alle Aufgaben, Dokumente und Abläufe des Qualitätsmanagements zentral. Als Bestandteil von smart.Order fügt sie sich nahtlos in bestehende Abläufe ein. Qualitätsmanagement wird für viele Praxen zunehmend komplex. smart.QM führt Schritt für Schritt durch tägliche Aufgaben, stellt aktuelle und rechtssichere Dokumente bereit und speichert alle Änderungen automatisch. Die Lösung bietet KI-gestützte Video-Schulungen mit Zertifikat, über die interne Informationen einfach geteilt werden können. Durch klare Strukturen und automatische Aktualisierungen sorgt smart.QM für mehr Sicherheit und Übersicht im Qualitätsmanagement.



Foto: Henry Schein

Henry Schein Dental Deutschland GmbH
Manzastraße 2a, 63225 Langen
Tel.: 0800 1400044, fastlane@henryschein.de
www.henryschein.de

PERMADENTAL**Digitale Kompetenz**

Die Digitalisierung verändert die Zahnmedizin rasant. Immer mehr Zahnarztpraxen arbeiten mit Intraoralscannern und übermitteln Aufträge digital. Permadental erhält bereits fast die Hälfte seiner Aufträge digital und baut seine Produktion in Emmerich am Rhein aus. Damit wird das Angebot an Zahnersatz Made in Germany gestärkt. In der Fertigungsstätte arbeiten rund 40 Zahntechniker und CAD/CAM-Experten an Zahnersatzversorgungen auf Basis von Scans. Die Unternehmen der Modern Dental Europe haben mehr als 5000 Intraoralscanner in Zahnarztpraxen in Europa installiert. Permadentals digitale Produktion bietet vielfältige Lösungen: monolithische Zirkonversorgungen, 3D-gedruckte Schienen, Kronen und Brücken aus PMMA, die digitale Prothetik EVO fusion sowie Composite-Lösungen mit der F.I.T. Injektionstechnik. Zahnarztpraxen profitieren durch kürzere Lieferwege, reduzierte Lieferzeiten und einfachere Abstimmung.



Foto: Permadental

Für monolithische Zirkonversorgungen bis sechs Glieder gilt: Werden Scandaten mit vollständig ausgefülltem Auftrag vor 12 Uhr übermittelt, kann die Versorgung eine Woche später nachmittags eingesetzt werden. Parallel baut Permadental Beratung und Unterstützung aus. Unter dem Dach des Kompetenz-Clusters perma3D bündelt das Unternehmen Expertise in IOS, digitale Fortbildungsangebote und CAD/CAM-Fertigung. Permadental bietet den Workshop IOS-Führerschein an, in dem Teams den Umgang mit Intraoralscannern und die Integration digitaler Abformungen erlernen.

Permadental GmbH
Marie-Curie-Straße 1
46446 Emmerich
Tel.: 02822 7133 0
info@permadental.de
www.permadental.de

Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

CP GABA

Jetzt bewerben: PraxisAWARD Prävention

Die von der Bundeszahnärztekammer und CP GABA ins Leben gerufene Initiative für eine mundgesunde Zukunft in Deutschland lobt zum zehnten Mal den Preis für Präventionsprojekte aus, seit 2024 unter dem Namen PraxisAWARD Prävention. Das diesjährige Thema lautet Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen im sozialen Spannungsfeld. Die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen hat sich in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verbessert. Gleichzeitig zeigen Daten der Deutschen Mundgesundheitsstudie DMS 6 eine ausgeprägte Polarisierung: Ein Großteil der Kinder ist kariesfrei, während sich die Karieslast auf eine kleine Gruppe konzentriert. Diese Kariespolarisation betrifft etwa zwanzig Prozent der Kinder. Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben ein höheres Risiko für frühkindliche Karies. Ursachen sind Unterschiede in Gesundheitskompetenz, Ernährung und Inanspruchnahme präventiver Angebote sowie Faktoren wie Bildungsniveau und Lebensumfeld. Gesucht werden Projekte aus Zahnmedizin oder interdisziplinären Kontexten wie Pädagogik, Sozialer Arbeit oder öffentlichem Gesundheitswesen, die soziale Determinanten berücksichtigen, vulnerable Gruppen erreichen und nachhaltige Präventionsstrukturen schaffen. Die ersten drei Preisträger erhalten insgesamt 10.000 Euro und ein Öffentlichkeitsarbeits-Paket.



Foto: CP GABA

Bewerbungen können bis einschließlich 20. September 2026 eingereicht werden. Das Bewerbungsformular kann über den QR-Code heruntergeladen werden.

CP GABA GmbH
Beim Strohhause 17
20097 Hamburg
Tel.: 040 7319 0125
CSDentalDE@CPgaba.com
www.cpgabaprofessional.de



Foto: Busch

BUSCH

Zügiges Entfernen von Amalgam

Mit Diamantschleifern und herkömmlichen Hartmetallbohrern lassen sich alte Amalgamfüllungen nur mühsam entfernen, bzw. das Amalgam wird zu fein zerspannt, was die Quecksilberfreisetzung unnötig erhöht. Mit dem Amalgamentferner 32HG von BUSCH in der ISO-Größe 012 lassen sich alte Amalgamfüllungen mühelos und mit geringer Quecksilberfreisetzung entfernen. Eine scharfe, an der Stirn überlaufende Schneide ermöglicht durch axiales Bohren ein zügiges Eindringen in die Amalgamfüllung. Die robuste Kreuzverzahnung sorgt, bei geringer Wärmeentwicklung, für ein effektives grobes Zerspannen des Amalgams. Zur einfachen Identifizierung ist der Amalgamentferner am FG-Schaft mit einer blauen Schaffringmarkierung gekennzeichnet. Mehr Informationen unter www.busch-dentalshop.de

BUSCH & Co., Unterkaltenbach 17-27, 51751 Engelskirchen
Tel.: 02263 860, service@busch-dentalshop.de, www.busch.eu

EVIDENT

All in one: Der Orga-Manager

Personalwesen, Aufgaben, Anwesenheit, Urlaubsplanung – nicht nur für größere Praxen ist es sinnvoll, diese Bereiche in der Praxissoftware zu synchronisieren. Das spart Zeit und viele Klicks, bringt Übersichtlichkeit und Leichtigkeit. Deshalb sind all diese Funktionen in EVIDENT integriert. Der EVIDENT-Orga-Manager bildet die wesentlichen Abläufe rund um die Praxisorganisation direkt im System ab. Beispiel Arbeitszeit: Allen Mitarbeitern lassen sich feste Zeitmodelle hinterlegen – oder definierbare Sonderregelungen wie Bruttobeziehungsweise Netto-Profile mit pauschalem Pausenabzug. Urlaubsantrag, Genehmigung, Verschiebung, Resturlaub – mit dem Urlaubsplaner lässt sich alles leicht regeln; ohne Excel-Listen oder Programmwechsel. Über den Aufgabenplaner organisiert die Praxis alle Jobs rund um Material, Sterilisation, Abfall und vieles mehr. Für den optimalen Überblick lassen sich Listen nach diversen Kriterien sortieren und filtern. Die zugehörigen Funktionen sind nur einen Mausklick entfernt.



Foto: Evident GmbH

EVIDENT GmbH, Eberhard-Anheuser-Straße 3, 55543 Bad Kreuznach
Tel.: 0671 2179 0, info@evident.de, www.evident.de

DÜRR DENTAL**Röntgensoftware: Vista Soft 4.0**

Dürr Dental stellt Vista Soft 4.0 vor, die neueste Version der intelligenten Röntgensoftware mit erweiterten Funktionen. Im Fokus stehen Diagnose, Bildoptimierung und Datensicherheit. VistaSoft AID unterstützt Zahnärzte mit KI-gestützter Karieserkennung vollautomatisch direkt nach der Aufnahme. Der UHD-Filter sorgt für detailreiche Bild Darstellung und passt



Foto: Dürr Dental

Aufnahmen individuell an. Mit VistaSoft Cloud Drive lassen sich Daten verschlüsselt in der Cloud speichern und vor Malware-Angriffen schützen. VistaSoft Cloud Exchange ermöglicht den datenschutzkonformen Austausch von Bilddaten zwischen Praxen. Weitere Informationen unter www.duerrdental.com

Dürr Dental SE, Höpfigheimer Str. 17, 74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 07142 705 0, info@duerrdental.com, www.duerrdental.com

DDZ - DIGITALES DIAGNOSTIKZENTRUM**Kurs: Optimale Patientenversorgung**

Am 13. Juni 2026 findet in Freiburg zum ersten Mal das Format „Work in Progress“ statt. Der Präsenzkurs richtet sich an Zahnärzt:innen, Oralchirurg:innen und MKG-Chirurg:innen, die sich täglich mit Diagnosen, Planungen und Behandlungen auseinandersetzen. Vier Referenten - Dr. Dr. Dennis Rottke, M.Sc., Dr. Kai Höckl, Dr. Sebastian Becher und Dr. Stefan Scholz - aus unterschiedlichen Fachbereichen zeigen, wie Diagnostik und Therapieplanung zusammenwirken und als Fundament für eine durchdachte, ganzheitliche Patientenversorgung fungieren. Sicherheit entstehen nicht in einer Disziplin. Es geht um Schnittstellen und belastbare Entscheidungen - strukturiert, verständlich und direkt umsetz-

bar im Alltag. Am Ende des Tages sind die vier Bausteine als integriertes System zu verstehen, als Work in Progress, das das große Bauprojekt „optimale Patientenversorgung“ vorantreibt. Für Frühstückspausen und „Feierabendbierchen“ auf der Baustelle ist natürlich gesorgt. 8 Unterrichtseinheiten, 9 Fortbildungspunkte. Anmeldung über den QR-Code.

Anmeldung über den QR-Code.

Digitales Diagnostikzentrum GmbH
Kaiser-Joseph-Str. 263, 79098 Freiburg
Tel.: 0761 380 98890, info@ddz-fortbildung.com
www.ddz-fortbildung.com



Foto: Digitales Diagnostikzentrum GmbH

DR. LIEBE**Risiko
Prothesenstomatitis**

Rund 16 Millionen Menschen in Deutschland tragen laut Schätzungen der BZÄK eine Teil- oder Vollprothese. Für sie rückt die Prothesenhygiene und -pflege in den Mittelpunkt ihrer Mundgesundheit. Denn egal, ob es sich um herausnehmbaren oder adhäsiv befestigten Zahnersatz handelt: Reinigt man nicht gewissenhaft, bildet sich rasch Plaque. Die Folgen reichen von Mundgeruch und Druckstellen bis hin zu schmerzhaften und entzündlichen Schleimhauterkrankungen wie der Prothesenstomatitis. Durch sie können Keime über die Blutbahn in den gesamten Körper gelangen und dort systemische Erkrankungen begünstigen. Für die tägliche Prothesenpflege empfiehlt sich ein schonendes und zugleich wirksames Reinigungsprodukt.



Foto: ichefboy/Shutterstock

Das medizinische Zahncremekonzentrat ist bestens für die schonende Reinigung von (Teil-)Prothesen und Implantaten, aber auch von Brücken und Kronen geeignet. Es reinigt Zähne und Zahnfleisch genauso wie die Zunge sehr sanft. Der RDA-Wert, der angibt, wie stark eine Zahncreme das Dentin (Zahnbein) durch Putzkörper abreißt, liegt bei Ajona bei sehr sanften 30. Das Zahncremekonzentrat hilft, die Bakterien im Zahnfleischsaum auf ein Minimum zu reduzieren. Ätherische Öle lassen bestehende leichte Zahnfleischentzündungen rascher abklingen und fördern die Regeneration des Zahnfleisches. Entscheidend ist, dass Ajona sehr sanft ist und durch die Schaumbildung auch gleichzeitig sehr gut reinigt und antibakteriell sowie entzündungshemmend ist.

Dr. Rudolf Liebe Nachf. GmbH & Co. KG
Max-Lang-Straße 64,
70771 Leinfelden-Echterdingen
Tel.: 0711 75 85 779 11, service@drliebe.de
www.drliebe.de

Die Beiträge dieser Rubrik beruhen auf Informationen der Hersteller und geben nicht die Meinung der Redaktion wieder.

zm-Rubrikanzeigenteil

Anzeigenschluss

für Heft 13-14 vom 16.07.2026 ist am Mittwoch, den 17.06.2026

für Heft 15-16 vom 16.08.2026 ist am Montag, den 20.07.2026

für Heft 17 vom 01.09.2026 ist am Dienstag, den 04.08.2026

IHREN ANZEIGENAUFTRAG SENDEN SIE BITTE PER E-MAIL AN:

zm-stellenmarkt@medtrix.group
zm-rubrikenmarkt@medtrix.group

SIE KÖNNEN IHRE ANZEIGE AUCH ONLINE AUFGEBEN UNTER:

zm-stellenmarkt.de
zm-rubrikenmarkt.de

ERREICHBAR SIND WIR UNTER:

Tel. 0611 97 46 237

MedTriX GmbH
Unter den Eichen 5
D-65195 Wiesbaden

IHRE CHIFFREZUSCHRIFT SENDEN SIE BITTE UNTER ANGABE DER CHIFFRE- NUMMER PER E-MAIL AN:

zm-chiffre@medtrix.group

ODER AN:

Chiffre-Nummer ZM
MedTriX GmbH
zm Chiffre-Service
Justus-von-Liebig-Str. 1
86899 Landsberg am Lech

RUBRIKENÜBERSICHT

STELLENMARKT

- 90 Stellenangebote Zahnärztinnen/Zahnärzte
- 94 Stellenangebote Ausland
- 94 Stellengesuche Zahnärztinnen/Zahnärzte
- 94 Vertretungsgesuche

RUBRIKENMARKT

- 94 Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft
- 94 Praxisabgabe
- 96 Praxisgesuche
- 97 Praxisräume
- 97 Praxen Ausland
- 97 Praxiseinrichtung/-bedarf
- 97 Freizeit/Ehe/Partnerschaften
- 97 Fort- und Weiterbildung

STELLENANGEBOTE ZAHNÄRZTINNEN/ZAHNÄRZTE

BODENSEE

Angestellter Zahnarzt oder Assistenz Zahnarzt (m/w/d) nach Überlingen gesucht. Sie haben Lust auf moderne, qualitative Behandlung ohne Zeitdruck. Patientenstamm ist vorhanden. Flexible Arbeits- und Urlaubszeiten. Voll- oder Teilzeit ab sofort. Wir freuen uns: dres.langhammer@t-online.de

Lindau am Bodensee

Etablierte Praxis sucht ang. ZA (m/w/d), Teil-/Vollzeit mögl., flexibler Einstiegszeitpunkt, © 08382-975424, info@zahnarzt-kersting-lindau.de

OCH/MKG in Straubing

Suche OCH/MKG (m/w/d). Biete: Breites chirurgisches Spektrum mit viel Implantologie, moderne digitale Praxis, motiviertes Team, angenehmes Miteinander auf Augenhöhe, attraktive Vergütung, Fortbildungszuschuss und langfristige Perspektive. Voll- oder Teilzeit mgl. Bewerbung an office@oralchirurgie-straubing.de

Vorbereitungsassistent Raum Ulm KFO-Fach Praxis (KFO, CMD, Schnarchschiene, Aligner) sucht Vorbereitungsassistent (keine Weiterbildungsstelle) KFO-Kenntnisse hilfreich, aber keine Bedingung. Ihre vollständige Bewerbung senden Sie an: Dr. Dorothea Laupheimer © 07392-974814 E-Mail: kfo@dr-laupheimer.de

Kieferorthopäde oder Zahnarzt mit Schwerpunkt KFO (m/w/d)

Unsere etablierte Praxis bietet ein spezialisiertes Behandlungsspektrum der Kinder- und Jugendzahnmedizin und Kieferorthopädie auf höchstem fachlichen Niveau. Ein eigener, gewachsener Patientenstamm im Bereich KFO ist bereits vorhanden. Sie arbeiten in einem professionellen Umfeld mit einem eingespielten, erfahrenen Team, das Sie aktiv unterstützt. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung: info@prokiz.de www.prokiz.de

Mainz

Angestellter Zahnarzt (m,w,d) mit Berufserfahrung für eine moderne Praxis gesucht. Kontakt: bewerbung@zahnpoint-mainz.de

STADE

Zur Verstärkung suchen wir in Voll- oder Teilzeit. Späterer Einstieg denkbar, hohe Qualität, moderne Zahnheilkunde (gesamtes Spektrum) und ein sehr angenehmes Arbeitsumfeld warten auf SIE; www.stadent.de

Stuttgart**Zahnarzt / Assistenz Zahnarzt (m/w/d) gesucht**

ab 01.07.2026 · für mindestens 3 Jahre

Was werden wir Ihnen bieten

- Ein fröhliches, eingespieltes und leistungsfähiges Praxisteam
- Eine strukturierte Einarbeitung über mindestens drei Monate
- Ein großer, eigener, gewachsener Patientenstamm inkl. einiger Privatpatienten, weswegen Sie wenigstens ein Jahr, besser zwei Jahre Berufserfahrung haben sollten
- Ein eigenes Assistententeam mit zwei erfahrenen Prophylaxeassistentinnen und einer Auszubildenden
- Bezahlte interne und externe Fortbildungen
- Weiterbildung in allen Bereichen der modernen Zahnheilkunde (außer Implantologie) mit besonderem Schwerpunkt auf Prophylaxe und ästhetischer Zahnerhaltung
- Einblick und Weiterbildung in Praxismanagement, Organisation und Personalführung
- Qualitätsmanagement nach ISO 9001 Praxis und 13488 Praxislabor seit 2001
- Moderne, vollklimatisierte Praxis mit digitalem Röntgen und hochwertiger Ausstattung
- Überdurchschnittliche Vergütung entsprechend Ihrer Leistung
- Überdurchschnittlicher Urlaub sowie eigener Parkplatz in der Tiefgarage

Was wir uns von Ihnen wünschen

In über 35 Jahren haben in unserer Praxis nur sechs Vorgänger sehr erfolgreich gearbeitet. Wir wünschen uns eine Persönlichkeit, die diesen Erfolg mit fachlicher Kompetenz, Engagement und vor allem menschlicher Qualität langfristig fortsetzt.

Interesse?

Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung an zahnerhaltung-stuttgart@web.de mit Lebenslauf und Zeugnissen sowie ein paar persönlichen Worten zu Ihrer Motivation.

Raum Aschaffenburg - Zahnarzt (VT/TZ) gesucht

Praxis Dr. Beißler in 63867 Johannesberg sucht einen engagierten Zahnarzt (m/w/d) (mind. 1 Jahr BE/dt. Approbation) Moderne Zahnarztpraxis mit DVT, Cerec, Inlab etc... Ein freier Wochentag oder halbe Tage nach Wunsch / Attraktive Umsatzbeteiligung/ Ihr Profil: Zuverlässiges und selbständiges Arbeiten Freundlicher und respektvoller Umgang Gerne Bewerbung per Mail: sebastian@beissler.org

MedTriX^{Group}**Unser neuer Service für den Stellenmarkt****KI-unterstützte Generierung Ihrer Stellenbeschreibung**

Erstellen Sie aus Eckdaten und strukturierten Informationen komplette Texte für Ihre Stellenanzeige. Diese können automatisch, bequem und flexibel angepasst werden.

Bis zu 4 Textvorschläge sind möglich, um ihr passgenaues Gesuch zusammenzustellen.

Nehmen sie unseren Service in Anspruch und maximieren Sie das Potenzial Ihrer Präsenz.

Anzeigenmanagement
Unter den Eichen 5, D-65195 Wiesbaden
zm-stellenmarkt@medtrix.group

KFO im Allgäu

Für unsere KFO Fachpraxis suchen wir eine/n FZA/FZÄ für KFO (m/w/d) für eine langfristige Zusammenarbeit. Wir bieten ein modernes und angenehmes Arbeitsumfeld sowie ein gutgelauntes und motiviertes Team. Voll-/Teilzeit möglich. kfo-allgaeu@posteo.de

Siegerland

Freundliches Team, moderne Praxis mit KFQ & Meisterlabor sucht: **ZA/ ZÄ, VB-Assistent/in**, Bewerbungen gerne an: info@dr-menn.de

Zahnarzt/Zahnärztin (m/w/d) im Raum Würzburg gesucht. Moderne Zahnheilkunde, individuelle Förderung, praxiseigenes Meisterlabor, 4-Tage Woche, flexible Arbeitszeiten. Bewerbung unter: karriere@zahnarzt-dr-hehn.de

CONCURA  Info-Tel : 0621-43031350-0

Online-Stellenbörse für Zahnmediziner

www.concure.de

FZÄ/FZA/MSc für KFO-Praxis in Limburg; praxis@kfo-jost.de

Bielefeld

Zahnarzt/Zahnärztin oder Ausbildungsassistent/in (ab 2. Jahr) für Praxisklinik in Bielefeld gesucht. (späterer Einstieg möglich). Wir sind technisch gut aufgestellt (DVT, 3D-Scanner, etc.). Unsere Schwerpunkte sind Implantologie, Parodontologie und ästhetische ZHK. www.schulze-becking.de Bewerbung an: za-sb@web.de Dr. Dr. Schulze-Becking

Zahnärztin/Assistenzärztin (m/w/d)

für unsere Kinderzahnarztpraxis in Stuttgart-Riedenberg gesucht. In Teil- oder Vollzeit. Eintritt ab sofort! Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an: mirjam.brendel@yahoo.de

Zahntechniker/in (m/w/d) für praxiseigenes Meisterlabor mit Schwerpunkt Vollkeramik, CAD/CAM, Funktionsschienen und Implantatprothetik gesucht. Bewerbung unter karriere@zahnarzt-dr-hehn.de

Lindenfels/Odenwald

Moderne, innovative Zahnarztpraxis mit breitem Behandlungsspektrum sucht ab sofort eine ZA/ZÄ (m/w/d) zur Verstärkung unseres Teams in Voll- oder Teilzeit.

Bewerbungen bitte an: sandra.chardon@t-online.de

Wir suchen Verstärkung für unser Team!

Angestellter Zahnarzt / Vorbereitungsassistent
nach 85049 Ingolstadt/Stadtmitte, Bayern gesucht

Unsere moderne Praxis mit herzlichem, familiärem Team in der Ingolstädter Altstadt sucht Verstärkung. Es erwartet Sie eine moderne, voll-digitalisierte Praxis, ein hoch motiviertes Team und eine angenehme Arbeitsatmosphäre. Wir bieten das gesamte Spektrum der modernen Zahnheilkunde mit eigenem Meisterlabor.

Flexible Arbeitszeiten und Urlaubsgestaltung sind nach Absprache möglich.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung info@dr-falter.de.

Zahnarztpraxis Dr. Thomas Falter
www.dr-falter.de

Berlin

MKG-Chirurgin oder Oralchirurgin (m/w/d) für unser Implantologie Team Berlin gesucht. Patientenfreundliche KollegInnen, die den üblichen oralchirurgischen Bereich abdecken können, bewerben sich gerne in unserer modernen Praxis im Berliner Norden!

aaron@mkg-partner.de

KFO Ostalbkreis

FZÄ/FZA KFO für moderne Fachzahnarztpraxis im Ostalbkreis in Teilzeit (20-30h) gesucht. Spätere Teilhaberschaft möglich. Bewerbung an kfo26@web.de

AOK Zahnzentrum

KFO Düsseldorf

Für unser Zahnzentrum am Standort Düsseldorf suchen wir ab sofort einen KFO-FZA oder M. Sc. KFO (m/w/d). Nähere Informationen und Bewerbung über: aok-zahnzentrum.de

Wir freuen uns auf Sie in Ravensburg!

MODERNSTE ZAHNMEDIZIN MEETS WORK-LIFE-BALANCE

ZAHNARZT (w/M/D)

- Synoptisches Behandlungskonzept mit den Schwerpunkten PA, Endodontie, Implantologie und Prothetik (Vollkeramik, Totalrehabilitation, All-on-X) + Spezialisten-Team an Ihrer Seite
- Modernste Ausstattung: u.a. voll dig. Praxis, Mikroskop, DVT, Dentallabor mit CAD/CAM
- Unterstützung Ihrer Fortbildung: Besprechung komplexer Fälle, externe Curricula
- Keine Administration/ volle Konzentration auf das zahnärztliche Arbeiten
- Sehr gutes Gehalt und flexible Arbeitszeiten

Praxisklinik für Zahnmedizin
Dr. Emmerich² und Kollegen
Parkstraße 25 • 88212 Ravensburg
bewerbung@emmerich-emmerich.de
www.zahnarzt-ravensburg-emmerich.de

☎ **0751 3590970**

☎ **Dämmer-schlafbeh. (intravenös) erlernen**

☎ **Implantat-prothetik + Sanierungs-fälle**

☎ **Eigene Patienten behandeln! GKV+PKV**

Raum Balingen u. Mössingen

Wir suchen dringend Zahnarzt für unsere grossen Praxen in Balingen u. Mössingen. Wir bieten überdurchschnittliche Gehälter. www.zhzz.de

KFO Dortmund

Facharzt/in oder kieferchirurgisch interessierte Kollegin für Praxis in Dortmund. ferdinand@kaiser-dortmund.de

Raum Wuppertal

Moderne Mehrbehälterpraxis in Ronsdorf sucht Zahnarzt (m/w/d) in Teilzeit. mail@zz-wessling.de
www.zz-wessling.de

Memmingen

Digitale und moderne Zahnarztpraxis (CEREC, Laborskope und Labor) sucht Zahnarzt (m/w/d) für Teilzeit. Abläufe, freundliche Atmosphäre, viele Fortbildungsmöglichkeiten, 80% Pensum möglich, Arbeitsplatz und guter Lohn. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung! bewerbung@zahnarztzentrum.ch

Zahnarzt

Starte jetzt als Zahnarzt in einer modernen Praxis in Bonn! Inkl. Beteiligung und hohem Umsatzpotenzial! mail@krueger-zahn.de

ANZEIGE

Bieten ab sofort in einer etablierten Weiterbildungsassistentenpraxis in Witten an der Ruhr. info@schulz-luebeck.de
www.schulz-luebeck.de

Lübeck

Praxissteam mit drei Zahnärzten sucht Zahnarzt (m/w/d) B-Ass. VZ/TZ. info@schulz-luebeck.de
www.schulz-luebeck.de
011/5117655

Suchen Dich!

Wir suchen für unsere moderne Praxis in Witten Zahnarzt (m/w/d). info@schulz-luebeck.de

Witten/Teck

Im Rahmen unserer Praxis suchen wir Zahnarzt (m/w/d). Wenn Sie sich an hochwertiger Zahnmedizin mit Implantologie haben, dann bieten wir Ihnen einiges. Die Praxis ist vollständig digitalisiert und Sie können ein eingespieltes Team sein. [schulz-teckzahn.de](mailto:info@schulz-teckzahn.de)
www.dr-scholz-teck-zahn.de; © 0131/7503314

Ihre Karriere in der Schweiz hat Vorrang.

Wir suchen Zahnärzte und Fachspezialisten.

Als grösster und erfolgreichster Dienstleister in der Schweizer Zahnmedizin wachsen wir kontinuierlich und suchen daher engagierte Zahnärztinnen und Zahnärzte, die mit uns die Zukunft der Zahnmedizin gestalten möchten. Bei uns führen ausschliesslich Zahnärzte.

Jetzt scannen und bewerben.

zahnarztzentrum.ch

Geben Sie Ihre Anzeige online auf

www.zm-stellenmarkt.de

www.zm-rubrikenmarkt.de

MKG-Chirurg/in oder Oralchirurg/in (m/w/d)

MKG-Chirurg/in oder Oralchirurg/in (m/w/d) in etablierter MKG-Praxis in Bocholt gesucht. **Wir bieten:** Nicht nur einen Job, sondern die Chance zur Tätigkeit an einem Wirkungsort im Westmünsterland mit fachlich fundiertem Austausch auf Augenhöhe, kollegialer Arbeit auf hohem Niveau mit modernster Technik (breite ambulante MKG- und Oralchirurgie inkl. Implantologie und Augmentationen mit DVT einschl. Full-guided-Planungen, PRF, innovativen Techniken) und fairer Entlohnung (Grundgehalt mit Umsatzbeteiligung möglich). Sie können ab sofort gern in Vollzeitanzstellung oder im Rahmen flexibler Zeitmodelle arbeiten und erhalten Raum für Fortbildungen. Wir streben eine langfristige Zusammenarbeit an – **Ihre Chance in unserem Team!** MKG Bocholt, Dr. Michael Werner, Wesemannstraße 1, 46397 Bocholt. E-Mail: info@mkg-bocholt.de.



CLINIUS⁺
Zahnärzte

Jetzt Video ansehen!

DEIN KICKSTART NACH DER UNI.

Als zahnärztlicher Vorbereitungsassistent oder angestellter Zahnarzt (m/w/d)

Feile in unserem großen Team an deinen Fähigkeiten und entwickle dich in unserem strukturierten, vierjährigen Weiterbildungskonzept gezielt zum Spezialisten weiter. Unsere Klinik liegt im Dreiländereck, 45 min von **Freiburg** und 10 Min von **Basel** entfernt.

Bewerben unter: www.clinius.de/karriere

FZÄ/FZA für KFO oder M.Sc. KFO (m/w/d)

Wir suchen ab sofort eine/einen FZÄ/FZA für KFO o. M.Sc. KFO (m/w/d) in unserer Praxis für Kieferorthopädie im Main-Kinzig-Kreis/Nähe FFM; ☎ 06053 60 34 00 oder an info@zahnsponge-waechtersbach.de

Für unsere Praxis mit über 10 Behandlern suchen wir einen erfahrenen **Zahnarzt (m/w/d)**, der unser Team aus Spezialisten und Generalisten fachlich führt und weiterentwickelt. Modernste Ausstattung, kollegiales Miteinander und ein hoher Qualitätsanspruch prägen unsere Arbeitsweise. **Bewerben Sie sich jetzt!** ☎ ZM 102926

Zahnarzt als Sozietätspartner (m/w/d) in Köln gesucht

Moderne Zahnarztpraxis im Herzen von Köln sucht engagierten Zahnarzt (m/w/d) mit fester Niederlassungsabsicht. Ziel ist der Einstieg als Sozietätspartner (m/w/d) nach einer strukturierten Einarbeitungsphase im Angestelltenverhältnis. In dieser Zeit arbeiten wir Sie systematisch in alle Praxisbereiche ein. Sie lernen Abläufe, Patientenstamm und Team umfassend kennen, übernehmen schrittweise Verantwortung und entwickeln sich gezielt in Richtung partnerschaftlicher Verantwortung.

Über uns: Unsere Praxis steht für eine qualitätsorientierte Zahnmedizin mit breitem Behandlungsspektrum und moderner technischer Ausstattung. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Funktionsdiagnostik. Eigenständiges Arbeiten, fachlicher Anspruch und die aktive Mitgestaltung der Praxis sind ausdrücklich gewünscht.

Ihr Profil: mindestens 3 Jahre Berufserfahrung, fundierte Kenntnisse in konservierender und ästhetischer Zahnheilkunde, Prothetik und Parodontologie sowie Erfahrung in der Funktionsdiagnostik. Sicheres, eigenverantwortliches Arbeiten, ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit, Zuverlässigkeit sowie verhandlungssichere Deutschkenntnisse werden vorausgesetzt.

Wir bieten: eine strukturierte Einarbeitung über 2–3 Jahre als Einstieg in die Partnerschaft, sehr gute Verdienstmöglichkeiten, ein eingespieltes Team und einen gewachsenen Patientenstamm. Sie arbeiten mit moderner Technik, haben fachlichen Gestaltungsspielraum und können eigene Schwerpunkte einbringen und weiterentwickeln. Klare Abläufe und kurze Entscheidungswege unterstützen Ihren Arbeitsalltag.

Kontakt: Sabine Herbricht, M. Sc.
E-Mail: sabine.herbricht@zahnaerzte-am-ring.koeln

KFO Kirchhellen

Für unsere kieferorthopädische Facharztpraxis suchen wir einen/e Kieferorthopäden/in oder M.Sc.

Wir bieten ein komplettes Behandlungsspektrum und sind voll digitalisiert.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldung.
praxis@kfo-kirchhellen.de

KFO MSc

Wir bieten in unserer KFO-Fachpraxis die Möglichkeit den MSc KFO zu absolvieren (m/w/d). Auch Vorbereitungsassistenten. Keine KFO-Vorkenntnisse erforderlich. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung! Dres. Hofmann und Schmidt, Bahnhofplatz 3, 92318 Neumarkt, s.schmidt@in-klammern.de

KFO-Weiterbildung im Norden Hamburgs

Für unsere modern ausgestattete Praxis suchen wir zum 01.10.2026 eine/n engagierte/n Weiterbildungsassistent/in. Wir bieten eine strukturierte und qualifizierte Weiterbildung, ein breites Behandlungsspektrum mit hohem fachlichen Niveau im einem erfahrenen und freundlichen Team.
Info@kfo-kaltenkirchen.de

Moderne Zahnarztpraxis in Würzburg sucht Zahnarzt (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit. Flexible Arbeitszeit, Weiterbildung und überdurchschnittliche Vergütung.
info@eckhauspraxis.de

KFO Berlin

Wir wachsen. Wir suchen neben einer Standortleitung einen engagierten und motivierten

MSc (m/w/d) Kieferorthopädie oder FZA (m/w/d) für Kieferorthopädie.

Geboten werden ein tolles Arbeitsumfeld sowie eine sehr gute Honorierung. Neugierig? **Bewerben Sie sich jetzt!**

www.dr-doerfer.de
p.koenen@dr-doerfer.de

Kinderzahnarzt Bayern

(m/w/d) Gehalt durchschnittlich über 120.000 € pro Jahr bei Vollzeit (Teilzeitmodelle möglich) bewerbung@kids-first.dentist

VBA / ZÄ / ZA (m/w/d)

Werde Vorbereitungsassistent/-in oder angestellte/r Zahnarzt/-ärztin in modernem Team mit Leidenschaft für die Zahnmedizin ☎ ZM 102865

Fachzahnärztin/Fachzahnarzt für KFO Praxis gesucht

Wir suchen für unsere moderne voll digitalisierte Fachpraxis in Ettlingen eine Fachzahnärztin/ einen Fachzahnarzt mit Berufserfahrung.

Eine spätere Teilhaberschaft und Praxisübernahme ist möglich und sogar sehr erwünscht.

Wir haben ein sehr nettes und sehr qualifiziertes Team mit Praxislabor und einer eigenen Technikerin. Es ist eine Zusammenarbeit in Voll- oder Teilzeit möglich.

Wir freuen uns sehr auf Ihre Bewerbung unter

lindenallee@gmx.ch
Dr. Christian Klumpen
Pforzheimer Straße 65
76275 Ettlingen

MedTriX^{Group}

Unser neuer Service für den Stellenmarkt

Ihre Anzeige vom PDF in HTML5 umwandeln

Die Umwandlung von PDF in HTML5 bietet eine Vielzahl von Vorteilen für Ihre Online-Inhalte.

Sie verbessert die Zugänglichkeit, optimiert Ihre Inhalte für Suchmaschinen, bietet Flexibilität bei der Anpassung und erleichtert die Aktualisierung und Bearbeitung.

Durch die Nutzung von HTML5 profitieren Sie von einer besseren Benutzererfahrung und einer erhöhten Sichtbarkeit Ihrer Inhalte im Internet.

Nehmen unseren Service in Anspruch Ihre PDF-Dateien in HTML umzuwandeln zu lassen und maximieren Sie das Potenzial Ihrer Online-Präsenz.

Anzeigenmanagement
Unter den Eichen 5, D-65195 Wiesbaden
zm-stellenmarkt@medtrix.group



STELLENANGEBOT

DU SUCHST NICHT EINFACH NUR EINEN JOB, SONDERN EIN UMFELD, IN DEM DU DICH FACHLICH UND MENSCHLICH WIRKLICH WOHLFÜHLST?

WAS DICH BEI UNS ERWARTET:

- EINE MODERNE PRAXIS MIT 16 BEHANDLUNGSZIMMERN
- EIN FAMILIÄRES, EINGESPIELTES TEAM, DAS SICH GEGENSEITIG UNTERSTÜTZT
- FLEXIBLE ARBEITSZEITEN FÜR EINE STARKE WORK-LIFE-BALANCE
- ÜBERDURCHSCHNITTLICHES GELALT
- MODERNE AUSSTATTUNG UND EFFIZIENTE ABLÄUFE MIT MINIMALER BÜROKRATIE

DAS MACHT UNS BESONDERS:

WIR SIND ÜBERZEUGT: GUTE ZAHNMEDIZIN ENTSTEHT NUR IN EINEM STARKEN TEAM.

WENN DU LUST HAST, IN EINER PRAXIS ZU ARBEITEN, DIE FACHLICH WIE MENSCHLICH ÜBERZEUGT, DANN FREUEN WIR UNS AUF DICH

**Kontakt-
infos**

bewerbung@zz-dt.de

ZPKHERNE

angestellter Zahnarzt (m/w/d)

Wir sind eine moderne, spezialisierte Praxis mit Schwerpunkten in der Implantologie, Prothetik und ästhetischen Zahnmedizin. Wir suchen zur Ergänzung unseres Ärzteteams einen **engagierten ZA/ZÄ in flexibler Vollzeit**.

Was wir uns wünschen:

- Kompetenz und Erfahrung in der Implantologie sowie ästhetischen Zahnheilkunde
- Idealerweise Zusatzqualifikationen oder Erfahrung in Parodontologie und CMD
- Einfühlungsvermögen, Teamgeist und Freude an der Patientenbehandlung
- Die Bereitschaft, perspektivisch Verantwortung innerhalb der Praxis zu übernehmen

Was Sie erwartet:

- Ein etablierter Patientenstamm mit hohem Vertrauen in unsere Arbeit
- Kollegiales Team mit wertschätzender Arbeitsatmosphäre
- Moderne Technik und hochwertige Ausstattung
 - DVT, digitaler Workflow, OP, Eigenlabor
- Option auf Partnerschaft oder schrittweise Praxisübernahme

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung und darauf, Sie persönlich kennenzulernen!

Kontakt:

ZPK-HERNE

Dr. Rüdiger Mintert
Heidstrasse 126, 44649 Herne
info@zpk-herne.de
www.zpk-herne.de



Wir suchen !



Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir ab sofort eine/n motivierte/n eine/n Oralchirurgen/Oralchirurgin (m/w/d) in Esslingen
Bewerbungen per Mail an mail@zahnarzt-gehl.de

Behandeln wie in eigener Praxis?

dann sind Sie bei uns richtig: **angestellter Zahnarzt** mit dt. Approbation (mwd) oder **Vorbereitungsassistent** (mwd) in modernste digit. Praxis, DVT, Scanner, navigierte Impl., umfassendes Behandlungsspektrum in **süddt. Kreisstadt Nähe Bodensee**

Kontakt: bewerbung@praxis-dr-adler.de



Chiffre-Zuschriften per E-Mail an: zm-chiffre@medtrix.group

Stellenanzeige ZA/ZÄ – Top-Gehalt, viel Urlaub und tolles Team

Wir suchen ab sofort eine **ZA/ZÄ (m/w/d) mit mind. 1 Jahr Berufserfahrung**

Wir sind eine qualitätsorientierte Praxis mit einem jungen dynamischen Termin.

Sie sind Zahnarzt/Zahnärztin (m/w/d) und suchen eine Stelle, die nicht nur gut bezahlt wird, sondern Ihnen auch ein tolles Arbeitsumfeld, echte Wertschätzung und viel Freizeit bietet?

Dann sind wir genau richtig für Sie!

Wir bieten:

- Überdurchschnittliches Gehalt – Ihre Leistung wird bei uns exzellent vergütet!
- Attraktiver Schichtdienst – Flexible Arbeitszeiten für Ihre perfekte Work-Life-Balance
- 35 Urlaubstage – Mehr Erholung, mehr Reisen, mehr Zeit für sich
- Herzliches Team – Wir lachen, unterstützen und wachsen gemeinsam
- Kostenlos täglich frisches Obst und Gemüse – Denn ein zufriedener Zahnarzt ist ein guter Zahnarzt!
- Fitnessstudio – Wir möchten, dass Sie fit bleiben
- Betriebsarzt – Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen

Das bringen Sie mit:

- Leidenschaft für die Zahnmedizin & ein Gespür für Patienten
- Deutsche Approbation & fachliche Kompetenz
- Teamgeist, Empathie & Freude an der Arbeit

Interessiert?

Wir freuen uns darauf, Sie kennenzulernen!

Ihre Bewerbung senden Sie bitte an
Kerstin.vintzileos@zahnzentrum-fellbach.de
www.zahnzentrum-fellbach.de



Etabliertes und gut frequentiertes
MVZ sucht ab sofort angestellte/n

Zahnarzt (w/m/d) und Vorbereitungsassistent*in

mit freundlichem Wesen und
Teamgeist zur engagierten,
produktiven und vertrauensvollen
Zusammenarbeit.

Wir bieten ein sehr erfolgreiches
serviceorientiertes Konzept.

Bewerbung bitte direkt an:
karriere@mvzmedeco.berlin

MVZ Medeco Berlin GbR
Zentrale Verwaltung z. Hd. Frau Freihoff
Mariendorfer Damm 19-21 | 12109 Berlin
www.mvzmedeco.berlin



WERDE TEIL UNSERES
TEAMS IN BERLIN!



VERTRETUNGSGESUCHE

Deutscher Zahnarzt kompetent &
zuverlässig vertritt Sie in Ihrer Praxis!
dentalvertretung@web.de

Bundesweit. Erfahrener dt. ZA
mit Freude am Beruf bietet Ihnen eine
zuverlässige und kompetente Vertretung
in Ihrer Praxis. Mail:
UWLL51379@gmail.com

Oralchirurg/Impl

Oralchirurg/Implantologe/allgem
ZA vertritt Sie auch stunden-
weise, Rhein/Main/Neckar/Pfalz/
Ka. Email: oral-impl@web.de

GEMEINSCHAFTSPRAXIS/ PRAXISGEMEINSCHAFT

KFO (m/w/d) als Praxispartner/in
für Einstieg in etablierte KFO Pra-
xisstruktur in Kassel Zentrum
gesucht. 4-6 Stühle möglich, geteilte
Praxisräume, gemeinsam nutzbare
Infrastruktur und eigenständige
Tätigkeit. ☒ ZM 102900

STELLENANGEBOTE AUSLAND

Zahnärzt:in mit Berufserfahrung



Wir suchen Verstärkung für unser Zahnärzt:innen-Team mit
besonderem Fokus auf Prothetik und Ästhetik. Im schönen Vor-
arlberg erwartet Sie eine Anstellung in Teil- oder Vollzeit (25-38 Stunden)
mit hohem Basisgehalt ab € 110.000,- brutto bei VZ + möglicher Umsatzbe-
teiligung und ein rund 35-köpfiges, motiviertes Team. **Ihr Profil:** Approba-
tion als Zahnärzt:in und mind. 2 Jahre Berufserfahrung, Begeisterung für
hochwertigen Zahnersatz und digitale Arbeitsweise, echte Empathie für Pati-
ent:innen, Freude an Fortbildungen. **Ihre Bewerbung:** Per E-Mail an Dr.
Laura Krebes (bewerbung@drburger.at). **Mehr Infos:** www.drburger.at/
karriere

Kieferorthopädin / Fachzahnarzt / M.Sc.

Behandlung statt Admin: Fokus auf Diagnostik, Planung und Qualität.
Moderne, digitale KFO-Praxis in Winterthur (Schweiz) sucht **Kieferortho-
päd:in (60-85% bzw. 3-4 Tage/Woche)** mit langfristiger Perspek-
tive. Bewirb Dich jetzt: **bewerbung@zahnspange-winterthur.ch**

STELLENGESUCHE ZAHNÄRZTINNEN/ZAHNÄRZTE

Heidelberg: Kinderzahnärztin/
Kinderzahnarzt (m/w/d) in Teilzeit
gesucht Wir suchen für unsere Praxis
in Heidelberg eine Kinderzahnärz-
tin oder einen Kinderzahnarzt in
Teilzeit. Gemeinsam mit Ihnen
möchten wir einen kinderzahnärztli-
chen Schwerpunkt aufbauen. Wir
bieten moderne Infrastruktur und ein
kollegiales Umfeld für eine langfris-
tige Zusammenarbeit.
☒ ZM 102837

Vorbereitungsassis-Stelle im Raum
Düsseldorf Niklas.kl59@gmail.com

Dt. FZÄ (KFO)
bietet Unterstützung, Beratung,
Kooperation in TZ,
kfo-mitarbeit@web.de

PRAXISABGABE

Ingolstadt

etablierte PxGem, IN-Mitte, voll digi-
tal, 330 qm, 7 BHZ, erweiterbar, Top
Team, hoher Umsatz, hoher Gewinn,
zahnarztpraxisin@gmx.de

Hamm, Westfalen

**Etablierte, entwicklungs-
fähige Zahnarztpraxis aus
Altersgründen abzugeben.**

Sehr guter Standort, 2 BHZ, **Erwei-
terung** auf weitere Zimmer mög-
lich.
Digitales Röntgen und OPG.
Langjährig gewachsener Patient-
stamm, gute Entwicklungsperspek-
tive.
Übernahme kurzfristig möglich. ☒
ZM 102828

Zahnarztpraxis

Etablierte Zahnarztpraxis in Nürn-
berg in guter Lage abzugeben.
Langjähriger Patientenstamm, seit
vielen Jahren am Standort etabliert.
Ausstattung: digitales Röntgen und
digitales OPG. Verkauf ab
01.09.2026 aus gesundheitlichen
Gründen. 225.000 € VB. Kontakt:
praxiszumverkauf@gmx.de

Bielefeld – Ärztehaus
3-4 Stuhl-Px, barrierefrei, dig. Rö,
RKL-konformer Steri, top Helferteam,
sehr gute work-life-balance mit
hohem Umsatz/Gewinn, wg. Alter
zverk., Mandantenauftrag
☒ ZM 102905

MedTriX^{Group}

Anzeigen- schlussstermine

Für Heft 13-14 vom 16.07.2026 am Mittwoch, den 17.06.2026

Für Heft 15-16 vom 16.08.2026 am Montag, den 20.07.2026

Für Heft 17 vom 01.09.2026 am Dienstag, den 04.08.2026

Bitte geben Sie Ihren Auftrag so rechtzeitig zur Post, dass
er möglichst noch vor dem Anzeigenschluss bei uns vor-
liegt. Der Anzeigenschluss ist der letzte Termin für die
Auftragserteilung und die Hereingabe des Anzeigentextes.
Auch Stornierungen und Änderungen in Anzeigen sind
nur bis zum Anzeigenschluss möglich. Schicken Sie
Ihre Auftrags- oder Änderungswünsche nur an:

zm Zahnärztliche Mitteilungen
Anzeigendisposition
Unter den Eichen 5, D-65195 Wiesbaden
E-Mail: zm-stellenmarkt@medtrix.group
zm-rubrikenmarkt@medtrix.group
Tel.: +49 611 9746 237

1A-Lage in Berlin
ansprechende, moderne und barrierefreie Px-Räume, top ausgestattete 3-Stuhl-Px, 4. BHZ vorb., CAD/CAM, voll digital, hohe Privatliq., wg. Alter zverk., Mandantenauftrag
☒ ZM 102912

Leverkusen

Nachfolger gesucht
Etablierte 2-3 BHZ-Praxis wg. Ruhestand zeitnah abzugeben.
Sehr gute Lage und Parkplätze vorhanden.
Kontakt: 02171 760409 abends

Limbürg/Lahn
5 BHZ auf 230qm, optisch und materiell gut ausgestattete 1-2 Behandlerpraxis, dig. OPG, Steri mit Thermo, Eigenlabor, super Umsatz+Gewinn, wg. Alter zverk., Mandantenauftrag
☒ ZM 102907

Bodensee Ost: 3-4 BHZ
Supersolide Praxis im EG mit vielen Scheinen, hochwertige ZHK+Impl., volles Personalteam, sicherer Mietvertrag Anfang 2027 wg. Alter.
Alter. Mandantenauftrag
☒ ZM 102931

Gut eingeführte Praxis in bevorzugter Bonner Lage abzugeben. 3 Behandlungszimmer (erweiterbar), 158 m², Parterre, 3 Parkplätze, Hauptbahnhof 5 Gehminuten, Qualitätsmanagement, hoher Privatanteil (65%), 270.000 € VB.
☒ ZM 102902

Praxis in Hamburg Harburg

114 m² Praxis in zentraler Lage, Einkaufsstraße, 2 Bhz. optional 3, günstig abzugeben.
zahnarzt.hh@gmx.de

Freising

Attraktive, umsatz- und gewinnstarke 3-BHZ-Praxis, eingespieltes Team.
ABZ eG, axel.tanski@abzeg.de
oder ☎ 089-892633-62

Münster +23km

dort wünscht sich ein motiviertes Team eine Nachfolge für die seit mehr als 25 Jahre bestehende 2BHZ Praxis in zentraler Lage. Sehr guter Patientenstamm, flexibler Mietvertrag, Übergabemodus und Zeitpunkt indiv. gestaltbar. ☒ ZM 102866

KFO Nähe Tübingen
Helle/mod., voll-digitale, klimati. Px 180qm, volles Personal, sicherer Mietvertrag, erheb. Potenzial bei Vollzeit, wg. Alter. Mandantenauftrag ☒ ZM 102933

Erlangen: 4 BHZ Gewinnstark
Gewinn- u. scheinstarke digitale 4 Stuhl-Px im EG sicherer Mietvertrag, kompl. Team, wg. Alter jederzeit mit Überleitung abzugeben. Mandantenauftrag ☒ ZM 102934

Saarbrücken
Privatprx in guter Wohnlage, EG, 3 BHZ (4. vorbereitet), KaVo-Einheiten, dig. OPG, top Helferteam, Px-Immobilie optional zum Kauf, wg. Alter zverk., Mandantenauftrag
☒ ZM 102914

Hagen – 6 BHZ
Mehrbehandlerpraxis, barrierefrei, 1.100+ Scheine, sicherer MV, allg. ZHK inkl. Chirurgie, Technikerlabor, top Team, Mandantenauftrag
☒ ZM 102915

Oberhausen – 4 BHZ
hocheffiziente 110qm mit 4 BHZ im EG, gute Parksituation, langfr. Mietvertrag, dig. OPG von Morita, allg. ZHK, wg. Alter zverk., Mandantenauftrag ☒ ZM 102916

Ludwigsburg
Etablierte Familienpraxis in guter Wohn- und Geschäftslage, 4 BHZ, top Umsatz/Gewinn, XO-Einheiten, allg. ZHK, wg. Alter zverk., Mandantenauftrag ☒ ZM 102917

Oberbergischer Kreis
160qm, 3 BHZ, teilklimat. EDV-Mehrplatz, langfristiger MV problemlos, top Helferteam, wg. Alter zverk., Mandantenauftrag
☒ ZM 102918

20 Min. nach Aachen/Düren
moderne im EG-gelegene Praxis, 300qm, digital, 5 BHZ, Erweiterung mgl., wg. Alter zverk., Mandantenauftrag ☒ ZM 102919

Hamm/NRW – 4 BHZ
Klima, 170qm und 5 Parkplätze, langfr, fairer Mietvertrag, aktuelle EDV, Zeiss Mikroskop, hohes Patientenaufkommen, hohe PZR-Umsätze ca. 1/3, Zuz. etabliert, Mandantenauftrag ☒ ZM 102920

Top-Landpraxis

Raus aus der Stadt! Wohnen und Arbeiten im Grünen!

Lüneburger Heide

Top-Landpraxis, alt eingesessen, mit großem Patientenstamm, hohem Prophylaxeanteil; 250 m², 4 Behandlungszimmer/KAVO, kein Investitionsstau. Geführt als Gemeinschaftspraxis, anteilig oder in toto ab 2027 abzugeben. Es erwartet Sie ein motiviertes Team!

Mail: info@top-landpraxis.de

Südl. Karlsruhe
gute Wohnlage, 190qm im EG, sehr gewinnstark, über 50% Gewinnrendite, ~500 Scheine/Q., allg. ZHK ohne Chirurgie, wg. Alter zverk., Mandantenauftrag ☒ ZM 102923

MKG Nähe Bodensee
Äußerst gewinnstarke, absolut existenzsichere konkurrenzarme Praxis auf 180qm EG mit weiteren erheblichen Potenzialen wg. Alter abzugeben. Mandantenauftrag
☒ ZM 102930

Die Experten für

Praxisvermittlung

- persönlich besichtigt
- wirtschaftlich geprüft
- umfassend aufbereitet
- aktiv betreut

www.concura.de

Tel.: 0621 4 30 31 35 00

Mail: kontakt@concura.de

CONCURA GmbH

Spitzen-Gewinn Münsterland

Etablierte, umsatzstarke Praxen mit weit überdurchschn. hohem Gewinn in schöner Lage für 1 oder 2 ZA zeitl. flex. abzugeben. Eigenlabor mit Cerec.

www.praxiskaufen.de
T. 0211.48 99 38

Hannover Zentrum

MKG/ZA-Praxis abzugeben. 5 BHZ, 6 BHZ vorinstall. Auch für KFO, Oralchir. HNO, op.Derma etc geeignet. 3.Etage barrierefrei, voll klimatisiert. 380qm, Übergabe flexibel gestaltbar. Kontakt: info@area-beteiligung.com

Mannheim/Heidelberg
4-5 Stuhl-Px in guter Wohnlage zw. MA/HD, fairer, langfr. MV, in hellen, modernen Räumen, top Team, DVT, CAD/CAM-Labor/Cerec mit Techniker, aktuelle EDV-Ausstattung, wg. Alter zverk., Mandantenauftrag ☒ ZM 102911

Heidelberg – 5 BHZ in Ärztehaus
200qm, helle Praxisflächen mit weiteren Fachgruppen im Haus, sehr gut angeben, in direkter Wohnlage, Mandantenauftrag ☒ ZM 102910

ZA PRAXIS Osnabrück Innenstadt,
5BHZ, 238m², vollaussgestattet,
Mietvertrag langf. gesichert, 100k
VHB.017620479780 Dr. Gust

Mainz 4 BHZ
Innenstadt: voll-digitale, moderne, klimatisierte, renovierte Sirona-Px auf 150qm, gute Zahlen, Personal vorhanden, langfr. Mietvertrag, wg. Alter. Mandantenauftrag
☒ ZM 102938

Zwisch. Hanau - Gelnhausen
Vernetzte Px 150qm im EG, 3 gute KaVo Einheiten, volles Personal, bis 600 Scheine und 200T€ Gewinn, Standardspektrum, wg. Alter. Mandantenauftrag ☒ ZM 102935

25 min westlich v. Bodensee
Extrem gewinnstarke digitale 4-7 Stuhl-Praxis mit hohem PZR-Umsatz, massivem Potenzial mit Einarbeitung, Mitarbeit des Abgebers wg. Alter in 2026 abzugeben. Mandantenauftrag ☒ ZM 102939

Magdeburg

Zahnarztpraxis Landeshauptstadt Magdeburg Etablierte 2 Behandlerpraxis, 168qm, Mietobjekt, mit guter Verkehrsanbindung OPNV, 3BHZ, erweiterbar auf 4, 2Sinus (2019), 1Siemens M1, digitales Rö Dexis, Z1, mit großem Patientenstamm + tgl. Neupatientenanfragen altersbedingt ab sofort günstig abzugeben. Kontakt: ZAP-Meinecke_Timme-Fiedler@t-online.de ☎ 015161445846, 03917232170

KFO 25min zum Bodensee
Toppraxis auf 270qm mit konstant hervorragenden Zahlen, 4 BHZ, auf 7 erweiterbar. 72 Neuaufnahmen im 1. Q. 2026; Wartezeit 6 Monate, Einarbeitung ab 10/2026, weitere Mitarbeit geboten, wg. Alter. Mandantenauftrag ☒ ZM 102940

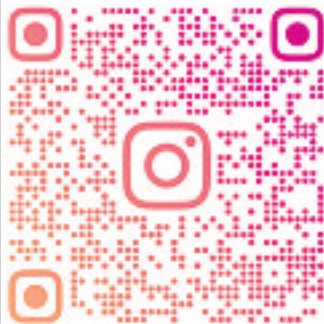
THP.AG www.thp.ag

Bayern südost, U 790T€, G 370T€
4(5) BHZ, 200qm, 950 S/Q, dig. OPG modern, Top-Team/-MV, KP 290 T€ 8435

südöstl. Stgt, U 1,5 Mio, G 480T€
160qm, 5 BHZ, DVT, sehr modern, Immo opt., Notverkauf, günstig 7337

Tel. (089) 278 130-0 info@thp.ag

Oberhausen
zentrale Lage, 2-4 Stuhl-Px, gute work-life-balance mit 28 Std./Woche & 10 Urlaubswochen p.a. wg. Alter zverk., Mandantenauftrag
☒ ZM 102913

Küstennähe

Tolles Team sucht Nachfolger für umsatz- und gewinnstarke Praxis mit 4 Behz. und vollausgestattetem Praxislabor im Landkreis Aurich (Ostfriesland).
zahnarztpraxisostfriesland@web.de

KÖLN kl ZAP 2Bhz 3mgl Lab güns abzug ☞ ZM 102861

MKG München

Etablierte, MKG/OCH-Praxis wg. gepl. Ruhestand. Top-Lage, 300 qm.
www.praxiskaufen.de
T. 0211. 48 99 38

Villingen Schwenningen 3-5 BHZ
Tip- top hochwertige Sirona Praxis auf 136qm, Cerec Prime, sehr hoher Umsatz, kompl. Team, günstiger Mietvertrag. wg Alter. Mandantenauftrag ☞ ZM 102936

Frankfurt Ost: 3 BHZ
Helle, volldigitale, klimatisierte, gutgehende, moderne Px/Lift 130qm, in 1A-Lage, wg. Alter. Mandantenauftrag ☞ ZM 102937

Rh.-Pfalz – 30 Min. von Karlsruhe
125qm, 3 BHZ, barrierefrei, dig. OPG, langfristiger MV problemlos, 600-800 KCH-Scheine/Q., wg. Alter zverk., Mandantenauftrag ☞ ZM 102908

Dortmund Süd – 3-5 BHZ
Parken vor der Praxis, barrierefrei in 1. OG, 155qm, digitales Rö, top Steri, EDV-Mehrplatz, gute Wohnlage, top Team, Mandantenauftrag ☞ ZM 102922

THP.AGPraxisvermittlung
seit 1987

Raum Koblenz, Ärztehaus KP 75T€
2(3) BHZ, 135qm, G 230T€ bei 2T/Woche gehobene Klientel, günstige Miete **5625**

LKR Diepholz, U 1,2Mio, 1350 S/O
4 BHZ, ang. ZA, 2 ZT, Px 200qm, Haus mit Pool 150qm, Immo + Px sehr günstig! **2709**

Tel. (089) 278 130-0 info@thp.ag

Kreis Kleve

Moderne Einzelpraxis in bester Lage einer attrakt. Mittelstadt. Chirurgie und Implantologie. 160 qm, 3 BHZ, 4 mögl., 3-D-OPG, digitale Kartei.
www.praxiskaufen.de
T. 0211. 48 99 38

Ruhrgebiet/RE

Stark frequentierte Lage, barrierefrei, klimat. Praxis, 170qm, 4 BHZ, dig. OPG, 550+ KCH-Scheine, allg. Spektrum, wg. Alter zverk., Mandantenauftrag ☞ ZM 102906

Hochprofitable Zahnarztpraxis im Raum Erlangen zu verkaufen

Etablierte Praxis in attraktivem medizinischem Umfeld mit breitem Leistungsspektrum, moderner Ausstattung und stabilem Patientenstamm. Die derzeit geringe Arbeitszeit eröffnet überzeugendes weiteres Umsatz- und Wachstumspotenzial für den Übernehmer. Sehr gute Erreichbarkeit, gepflegtes Umfeld und beste Voraussetzungen für eine erfolgreiche Fortführung.

ABZ eG, axel.tanski@abzeg.de
oder ☎ 089-892633-62

KFO – Karlsruhe
top Lage, 150qm in lichtdurchflutetem Altbau, 4 Einheiten in zwei BHZ, hohes Potenzial, wg. Alter zverk., Mandantenauftrag ☞ ZM 102909

Schweizer Grenze 20 Min- Basel
Absolute Traumpraxis mit super Zahlen (Schweizer Patienten) im EG/UG 220qm 4-5 BHZ alles digital+ DVT, Cerec Prime, profess. Team, langfr. Mietvertrag wg. Alter mit Überleitung/Mitarb. Mandantenauftrag ☞ ZM 102932

Mod. Zahnarztpr. Saarbrücken-City
v. 2008, digitalisiert, 305qm, um 130 qm erweiterbar, 4 Beh. Zi, 10 mögl. digit. Rö. Cereclabor neuw., 4 Parkpl. mögl. email: yerry1@web.de

LK Bayreuth

Aus Altersgründen steht eine langjährige, etablierte Zahnarztpraxis im Landkreis Bayreuth zur Übernahme bereit. Die Praxis verfügt über ca. 150 m², ist ausgestattet mit - 3 BHZ, separatem Röntgenraum, eigenem Praxislabor, 2 Tiefgaragen- und Außenstellplätzen - attraktive Lage, strukturierte Abläufe, sofort betriebsbereit, hohe Schein zahlen, Mietvertragsübernahme. Gerne mit einer begleiteten Übergabe. ☞ ZM 102898

Stuttgart nordöstl.
Solide, gutgehende 3-Stuhl-Px. allg. ZHK, direkte Wohnlage, hohes Potential, wg. Alter zverk., Mandantenauftrag ☞ ZM 102921

PRAXISGESUCHE**Ihr Traum von der eigenen Praxis****ERBACHER®****Individuelle Begleitung bei Ihrer Existenzgründung**

- Persönliche Verbindung zu Praxisinhabern
- Zugriff auf 200+ verfügbare Praxen
- Vertraulich. Effizient. Persönlich.



ERBACHER® Wirtschaftsdienste
für Zahnärzte und Ärzte AG

Zentrale 06021 501 860 | Fax 06021 501 8622
Mobil 0171 515 9308 | E-Mail hallo@erbacher.de
www.erbacher.de

Jetzt scannen und Ihre zukünftige Praxis finden!

Wir suchen vorzugsweise in: West- und Norddeutschland

Überdurchschnittlich umsatzstarke ZA-Praxen ab 4 BHZ. KFO-Fachpraxen mit guten Fallzahlen zu fairen Übernahmepreisen. Für ernsthafte Interessenten. Keine Schnäppchenjäger. Aufnahme in unsere Praxisbörse kostenlos.

Wirtschaftsberatung Böker
www.praxiskaufen.de
T.: 0211.48 99 38

Bayern / BaWü
Junges Allround-Ehepaar sucht größere Praxis ab 4 BHZ mit entsprechendem Umsatz/Gewinn an Standort mit guter Infrastruktur ab 2026/2027. Mandantenauftrag ☞ ZM 102924

Kieferorthopäde sucht **KFO**-Praxis zur kollegialen Übernahme.
Kontakt: inserat.praxis@gmail.com

Gesamtes NRW
Ehepaar 1,5 Behandler sucht Praxis mit min. 3-4 BHZ und guter Infrastruktur vor Ort. Mandantenauftrag ☞ ZM 102925

Chiffre-Zuschriften per E-Mail an:**zm-chiffre@medtrix.group****So sollte Ihre Zuschrift auf eine Chiffre-Anzeige aussehen**

Die Kennziffer bitte deutlich auf den Umschlag schreiben!

Chiffre-Nummer ZM
MedTriX GmbH
zm Chiffre-Service
Justus-von-Liebig-Str. 1
86899 Landsberg am Lech

PRAXISRÄUME

Praxisräume HL



Praxisräume in Bestlage Stadtrand Lübeck zum 1.8.26 frei. Ganzes Haus, ca. 300 m² Fläche mit 736m² Grundstück und liebevoll angelegtem Garten, derzeit als KFO-Praxis genutzt, auch für ZA-Praxis oder als Wohnraum (1- bis 3-Familienhaus) oder Praxis und Wohnung umgestaltbar. Miete oder Kauf möglich. © 01713434355, Email: koeneke@kfo-am-meer.de

Moderne Praxisflächen zwischen Augsburg und München Ca. 360 m² (teilbar ab 180 m²) in hochwertigem Neubau mit flexibler Grundrissgestaltung. Sehr gute Lage mit direkter Anbindung an B300 und A8, verfügbar ab 01.12.2026. Kontakt: Ulrich Schmidt, Geschäftsleitung GERL Dental Augsburg – u.schmidt@gerl-dental.de

PRAXEN AUSLAND

Private umsatzstarke KFO-Praxis in Neuseeland für 2028 zu verkaufen: 7 Behandlungsstühle in Auckland. Voraussetzung: Anerkennung des deutschen Examens sowie der Facharztausbildung durch den Dental Council Neuseeland (Dauer bis zu 1 Jahr). Übergangsphase möglich. claudia@bachmannorthodontics.co.nz

Zentralschweiz
Topmoderne, voll digit. Praxis, 3 hochwertig einger. BHZ, schöne Lage Kleinstadt, von dt. ZA abzugeben.
www.praxiskaufen.de
T. 0211. 48 99 38

Sie können Ihre
Anzeige auch
online aufgeben

www.zm-stellenmarkt.de
www.zm-rubrikenmarkt.de

FREIZEIT/EHE/PARTNERSCHAFTEN

Pharmazeut, 47/183 attr., sportl., naturverb., reflekt., humorv., reiselustig. Sucht gebildete Partnerin mit Herz. Gratisruf 0800-222 89 89 tgl. 10-20 h, PV-Exklusiv.de

Liebe auf Augenhöhe.
Die Nr.1* Partnervermittlung für niveauvolle Kreise!
*Nur in Werbung in sozialen Fachzeitschriften, auch in 1000+ positiven Kundenbewertungen (Google!)
Gratisruf: 0800-222 89 89
Täglich 10-20 Uhr
Seit 1985 Partnervermittler www.pv-exklusiv.de

Onkologe, 53/185 vital, empath., kultiv., sportl., weltoffen, humorv. Wünscht liebev. Partnerin für erfüllte Zukunft. Gratisruf 0800-222 89 89 tgl. 10-20 h, PV-Exklusiv.de

Landschaftsarchitekt, 59/187 kreativ, sportl., naturverb., polyglott, charm., humorv. Offen f. kultiv. Partnerin. Gratisruf 0800-222 89 89 tgl. 10-20 h, PV-Exklusiv.de

Unternehmer Medizintechnik, 64/184 Witwer vital, jugendl., sportl., polyglott, kultiv., erfolgreich, humorv. Sucht liebev., warmh. Partnerin f. neues Lebensglück. Gratisruf 0800-222 89 89 tgl. 10-20 h, PV-Exklusiv.de

Kunsthistorikerin, 46/173 bildhüb., elegant, charm., attr., kultiv., humorv., reiselustig. Offen f. souveränen Partner mit Herz. Gratisruf 0800-222 89 89 tgl. 10-20 h, PV-Exklusiv.de

Biologin, 38/171 super attrakt., blond, sportl., empath., naturverb., humorv., ortsungeb. Sucht niveauv., reiferen Partner. Gratisruf 0800-222 89 89 tgl. 10-20 h, PV-Exklusiv.de

FORT- UND WEITERBILDUNG

Dr. med. Christoph Düsterwald D.E.A.A. und

Dr. med. Dr. med. dent. Korbinian Seyboth M. Sc.



"Moderate Sedierung in der Zahnarztpraxis" - 2 tägiger Kurs

10.07.-11.07.2026 von 09:00-17:15 Uhr

24 Fortbildungspunkte

Spannende Vorträge, zahlreiche praktische Beispiele und praxisnahes Training, einschließlich Live-Operationen in Sedierung

Preis pro Teilnehmer : 850,00 € inkl. MwSt. und Verpflegung vor Ort

Ort: MKG Augsburg Süd, Inninger Str. 2, 86179 Augsburg

Zur Anmeldung per Mail an: verwaltung@mkgaugsburg.de/telefonisch 0821- 50870030 oder über den QR-Code



PRAXISEINRICHTUNG/-BEDARF

- ◆ An- und Verkauf von Gebrauchtgeräten
- ◆ Praxisauflösungen
- ◆ Ersatzteillieferungen

www.Bohmed.de
Telefon 04402 83021



Reparaturservice aller Art

Hand-Winkelstücke,
Turbinen + Kupplungen,
Technikhandstücke/
Laborturbinen
Einzelplatzabsaugung
(div. Hersteller)
Luftbetriebene Scaler
Elektromotoren + Luftmotoren
Schlauchreparaturen +
Neuverkauf

06123 / 7401022
info@frankmeyer-dental.de

Polster - Dental - Service

Neubezug von
Behandlungsstuhlpolster
alle Hersteller, Bundesweit
Tele: 0551 797 481 33
info@polsterdental-service.de

Anzeigenmanagement

Wir sind für Sie da!

Telefon + 49(0)611 9746 277
zm-stellenmarkt@medtrix.group
zm-rubrikenmarkt@medtrix.group

MedTriX^{Group}



Happy child, happy life

Gefühlt werfen wir momentan ununterbrochen den Blick über den großen Teich. Im Fall der Amerikanerin Taylor Nitti lohnt es wirklich: Er liefert auch deutschen Zahnärztinnen und Zahnärzten spannende Anregungen für eine Erweiterung ihres Praxismodells.

Die 32-jährige, vierfache Mutter aus Minnesota hatte ein Problem: Nachdem sie ihre Zöglinge (7, 5, 4 und 3 Jahre) während ihrer „kurzen Zahnreinigung“ im Wartezimmer parkte, entgleiste deren Streit um den Lesezirkel und das mütterliche Smartphone. So sehr wohl gemerkt, dass Nitti nach ein paar Tagen nicht nur die Rechnung für ihre PZR per Post erhielt, sondern auch die schriftliche Bitte, demnächst entweder ohne ihre Kinder – oder aber bitte gar nicht mehr vorstellig zu werden. Klar, der Brief ging viral.

Die Wellen schlugen hoch und bis nach Castrop-Rauxel. „Der Kollege verschenkt eine Riesenchance“, kommentierte Zahnarzt Simon P. (Name

von der Redaktion geändert) den Fall gegenüber WILD. „Meine ZFA sind mittlerweile sämtlich ausgebildete Erzieherinnen.“ Die Investitionen in Bobbycar-taugliches Laminat, Nestschaukel und Sprossenwände hätten sich ohne Wenn und Aber ausgezahlt: Eltern seien sehr froh, wenn sie die kleinen Racker den Vormittag über mal los sind.

Langsam kommen Berichten zufolge auch erste US-Kollegen auf den Trichter. So berichtet unter anderem eine Promipraxis in Florida nahe dem Anwesen Mar-a-Lago von Anpassungen ihrer Infrastruktur. Hier gibt es jetzt einen voll Kita-Kind-taugliches Wartezimmer. Der Raum verfügt über ein Thronzimmer und eine Sammlung goldener Sandkasten-Schäufelchen. Patientin Telania Mrump (Name von der Redaktion geändert) hatte um entsprechende Änderungen gebeten, bevor sie zum Polieren ihrer Veneers mit den elf Enkelkindern ihres Mannes vorbeikommt.

mg

Vorschau

THEMEN IM NÄCHSTEN HEFT –
zm 11 ERSCHEINT AM
1. JUNI 2026



PRAXIS

Der Weg in die Niederlassung I

Wie entsteht der Wunsch nach der eigenen Praxis und was prägt den persönlichen Gründungsweg?



PRAXIS

Zusatzleistung bAV

Deshalb ist sie die attraktivste Form der Gehaltserhöhung für Praxischefs.

Schalten Sie Inserate, die wirken:

Der Stellen- und Rubrikenmarkt der „zm - Zahnärztliche Mitteilungen“

zm

**JETZT
mit neuen
Zusatz-
Services!**

NEU im Stellenmarkt:

Umwandlung Ihrer Anzeige in HTML5

**direkt klickbar, flexibel anpassbar & Suchmaschinenoptimiert
stärker sichtbar**

Mehr erfahren & inserieren:



zm-stellenmarkt.de
Tel.: 0611 9746-237



zm-rubrikenmarkt.de
Tel.: 0611 9746-237

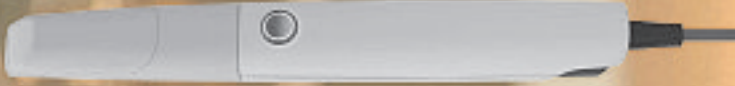
[MTX]

DEIN SMARTER EINSTIEG IN DIE DIGITALE ABFORMUNG.

ICX-P5

PREMIUM & FAIR!

INTRAORAL SCANNER



ICX-BAMBOO PRO

MOBILE HIGH-END WORK-STATION
MIT TOUCH-DISPLAY FÜR ICX-P5



◀ KOMBI-PAKET ▶

MONATLICHE RATE:

340,- €*

*Bei einer Leasing-Laufzeit
von 60 Monaten.

SPAREN SIE MONATLICH 57,- €
GEGENÜBER DEM EINZELPREIS!

ICX-P5
MONATLICHE RATE:
207,- €*

*Bei einer Leasing-Laufzeit
von 60 Monaten.

ICX-BAMBOO PRO
MONATLICHE RATE:
187,- €*

*Bei einer Leasing-Laufzeit
von 60 Monaten.

= ~~397,- €*~~

Die Lieferzeit beträgt ca. 8 Wochen. Die Angebote sind gültig bis auf Widerruf. *Preise zzgl. gesetzl. MwSt..



➔ KOSTENLOSER ICX-DEMO SCAN! ◀

JETZT TERMIN SICHERN & DURCHSTARTEN!

TEL.: 02641 9110 196

SCANNER@MEDENTIS.DE

ONE VISION – PRÄZISION TRIFFT WIRTSCHAFTLICHKEIT.

medentis
medical