

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ



Fokus

Berufsrisiko Burnout

Praxis

„ePA für alle“:
Welche Daten gehören hinein?

Fortbildung

Versorgung endodontisch behandelter Zähne mit
Wurzelkanalstiften

Aktuell

Leitlinien der DGZMK:
Orientierungshilfe für Zahnarztpraxen

Position

- 3 Untragbar

Abrechnung

- 4 ePA: Vier Punkte für die Erstbefüllung

KZV Rheinland-Pfalz

- 5 Praxis gesucht? Klicken Sie in die KZV-Onlinebörse!

Praxis

- 6 „ePA für alle“: Welche Daten gehören hinein?

Aktuell

- 7 Destatis-Erhebung: Praxen haben Auskunftspflicht

Fokus

- 8 Burnout: Die große Erschöpfung, die kein Urlaub regeln kann
- 12 Interview: „Wir brauchen zielgruppengerechte Präventionsprogramme“

- 14 Bevor alles zu viel wird: Hilfe für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Praxis

- 16 Änderungen in der Praxis? Bitte melden!

Aktuell

- 18 Heute schon geZäPPT? So steht's um die Zahnarztpraxen

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Fortbildung

- 19 Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Aufbissbehelfe und Schienen abrechnen – aber wie?
- 19 Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Die zahnärztliche Heilmittelverordnung und weitere Verordnungen: So verschreiben Sie richtig
- 20 Versorgung endodontisch behandelter Zähne mit Wurzelkanalstiften: Wann? Welche? Wie?

Politik

- 26 Finanzreform: Kommission nimmt Arbeit auf
- 28 10 Punkte gegen das Defizit: So will die TK die Kassenfinanzen sanieren

Aktuell

- 29 Arzneimittel: IZA neu aufgelegt
- 30 Leitlinien der DGZMK: Orientierungshilfe für Zahnarztpraxen
- 32 Neue S3-Leitlinie: Kariesprävention an bleibenden Zähnen
- 33 Sechste Mundgesundheitsstudie: Zahnerosionen bei jungen Erwachsenen

Praxis

- 34 Arbeitsrecht: Regeln für die Weihnachtsfeier

Aktuell

- 35 Datenschutz: Bußgeld gegen Arztpraxis

KZV aktuell

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Anschrift der Redaktion

KZV Rheinland-Pfalz
Isaac-Fulda-Allee 2 · 55124 Mainz
T 06131/8927-113 · F 06131/892-7222
redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de

Redaktion

Dr. Christine Ehrhardt (V. i. S. d. P.)
Dr. Stefan Hannen
Katrin Becker M. A.
Kathrin Kromeier

Redaktionsassistentz

Michaela Merz

Grafik und Produktion

Köllen Druck+Verlag GmbH · 53117 Bonn
www.koellen.de

Bildnachweis

Titelfoto: fpic/AdobeStock

Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte in Rheinland-Pfalz erhalten diese Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft bei der KZV Rheinland-Pfalz. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte und Leserbriefe sinnwährend zu bearbeiten.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir in einigen Texten bei Personenbezeichnungen oder personenbezogenen Hauptwörtern die männliche Form. Diese Begriffe gelten für alle Geschlechter und enthalten unsererseits keine Wertung. Für den Nachdruck von Texten und Grafiken ist das schriftliche Einverständnis der KZV Rheinland-Pfalz Voraussetzung.

Erscheinungstermin der nächsten Ausgabe:
22.12.2025

Eine Reform des Sozialstaates und der Sozialversicherungen zählt zu den drängendsten Aufgaben, die die Bundesregierung endlich anpacken muss. Mit der GKV-Finanzkommission hat sie ein Gremium eingesetzt, das Wege zur Begrenzung der Ausgaben finden soll. Genau hier wird entschieden, ob es um Zukunftsgestaltung oder bloße Sparpolitik geht. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken spricht von „keinen Denkverboten“. Gleichzeitig kündigte sie kurzfristige Sparmaßnahmen an. Eines steht fest: Diese werden weitreichende Folgen haben – für die Versicherten und für uns Heilberufler.

Eine „Formulierungshilfe“ des GKV-Spitzenverbandes lässt erahnen, wohin die Reise gehen könnte: Die Krankenkassen fordern ein Ausgabenmoratorium für alle Leistungsbereiche. Ziel ist es, die Ausgaben im Gesundheitswesen einzufrieren, Honorarsteigerungen strikt zu begrenzen und an die Einnahmen der Kassen zu koppeln. Maßgeblich soll nicht mehr die Grundlohnsummensteigerung, sondern die Prognose des GKV-Schätzerkreises sein – ein Gremium, in dem die Krankenkassen das Sagen haben! Was nach nüchterner Finanzpolitik klingt, ist in Wahrheit ein Paradigmenwechsel. Es bedeutet nichts anderes als die Aufkündigung der partnerschaftlichen, patientenorientierten Zusammenarbeit in der Selbstverwaltung. Nicht der zahnmedizinische Bedarf unserer Patientinnen und Patienten würde über die Versorgung entscheiden, sondern die geschätzte Haushaltslage der Krankenkassen!

Noch alarmierender ist der Vorschlag des Wirtschaftsrates der CDU, die zahnärztlichen Leistungen ganz aus der GKV herauszunehmen. Hier of-

fenbaren sich eine verantwortungslose Auffassung der sozialpolitischen Daseinsfürsorge und ein erschreckender Mangel an Fachkompetenz. Handstreichartig sollen die konsequent prophylaxeorientierten Leistungen gekappt werden, die die Mundgesundheit in Deutschland an die Weltspitze geführt und die Ausgaben im zahnärztlichen Bereich immer weiter gesenkt haben. Diese Ergebnisse würden aufgegeben, ohne die eigentlichen Kostentreiber, die Krankenhausbehandlungen und die Arzneimittel, einzufangen.

Ein Ausgabenmoratorium mag für die Krankenkassen bequem sein, und das Ausklammern von Leistungen mag kurzfristig die Lohnnebenkosten senken. Für die (Mund-)Gesundheit der Bevölkerung sind diese Eingriffe jedoch eine Gefahr. Der dramatische Einbruch bei den Neubehandlungsfällen in der Parodontitistherapie ist ein deutliches Signal, das allen eine Warnung sein müsste.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, eine nachhaltige Stabilisierung der GKV-Finzen ist dringend notwendig. Wer es ernst meint, darf sich nicht mit kurzfristiger Kostendämpfung zufriedengeben. Sie löst kein einziges strukturelles Problem, vielmehr bedroht sie Versorgungssicherheit, Patientenwohl und das Vertrauen in unser Gesundheitssystem.

Wir appellieren an alle politisch Verantwortlichen, auf solche untragbaren Vorschläge nicht einzugehen, sondern gemeinsam mit der Selbstverwaltung wirksame Reformen für ein zukunftsfestes Gesundheitssystem zu erarbeiten. Ein wesentlicher Leitgedanke muss dabei die Prävention sein.

Ihre



Dr. Christine Ehrhardt

Vorsitzende des Vorstandes



„Willkür würde Tür
und Tor geöffnet.“

ePA: Vier Punkte für die Erstbefüllung

Das Ausfüllen der elektronischen Patientenakte (ePA) können Zahnarztpraxen abrechnen. Neben der Erstbefüllung können sie die Aktualisierung einer Akte geltend machen.

Text: Katrin Becker

Bei beiden Leistungen gilt, dass sämtliche Zugriffe auf die elektronische Patientenakte nebst Einträgen, Änderungen oder Löschungen nur mit ausdrücklichem Einverständnis der Patientin oder des Patienten erfolgen dürfen. Die Einwilligung ist immer in der praxeigenen Patientenakte zu dokumentieren. Folgende Gebührenpositionen sieht der BEMA vor:

ePA1

BEMA-Nr. ePA1: Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte (4 Punkte)

Die Leistung umfasst die Erfassung, Verarbeitung oder Speicherung zahnmedizinischer Daten, die für die Versorgung relevant sind, sowie Angaben zum Bonusheft. Diese Informationen sind so in der ePA zu dokumentieren, dass sie einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifend genutzt werden können. Die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt muss also entscheiden, ob ein Eintrag behandlungsübergreifend nutzbar ist. Es sollen ausschließlich Daten aus der aktuellen Behandlung erfasst werden. Nachträge aus früheren Behandlungen sind nicht Teil der Leistung. Bei Angaben zum Bonusheft muss das Datum der Untersuchung eingetragen werden. Falls bereits Einträge im Papier-Bonusheft vorhanden sind, ist zusätzlich das Datum zu vermerken, ab dem eine lückenlose Dokumentation vorliegt. Vor einem Eintrag hat die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt zu prüfen, ob es Gründe gibt, die gegen eine Eintragung sprechen. Das kann der Fall sein, wenn hierdurch das therapeutische Ziel gefährdet würde oder Rechte Dritter dem Eintrag entgegenstehen.

Weiterer Bestandteil der Leistung ist die Prüfung und Ergänzung der zu den Dokumenten gehö-

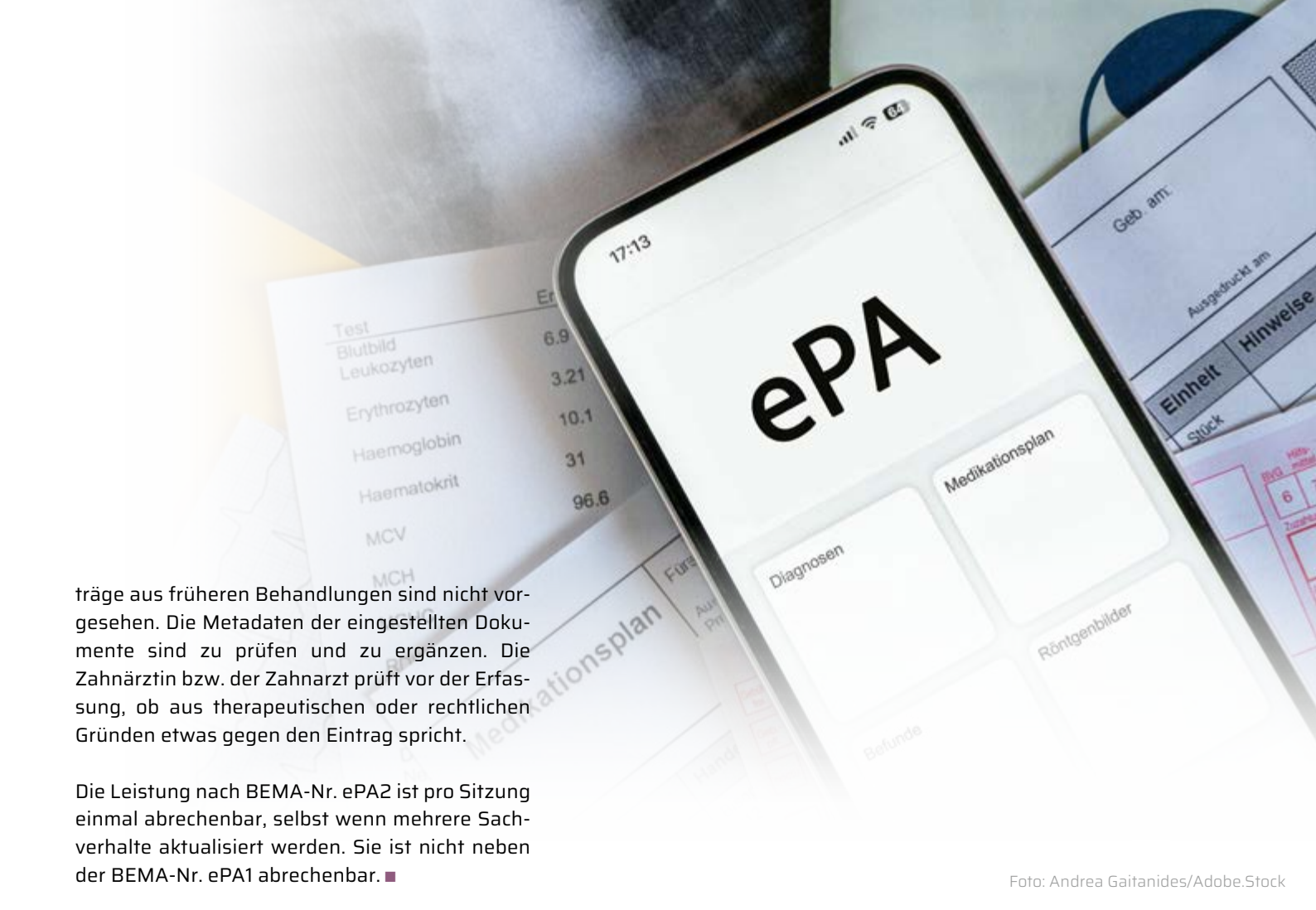
renden Metadaten. Metadaten sind strukturierte Daten, die andere Daten näher beschreiben, um sie maschinell und automatisiert verarbeiten zu können. Typische Metadaten sind zum Beispiel der Autor des Dokumentes, also die Zahnärztin oder der Zahnarzt, die Dokumentenart, beispielsweise eine Bilddatei, ein PDF- oder Worddokument, das Erstelldatum oder der Titel des Dokuments. Vor der Erstbefüllung der ePA müssen der Aktenanbieter bestimmt, das Aktenkonto aktiviert und die Zugriffsberechtigungen eingeholt werden. Dies erfolgt entweder über das Praxisverwaltungssystem oder durch die technische Zugriffsfreigabe über das Smartphone oder Tablet des Versicherten.

Die Leistung nach BEMA-Nr. ePA1 ist ausschließlich bei der Erstbefüllung einer Akte abrechenbar. Erstbefüllung heißt, dass in die ePA zuvor noch keinerlei Daten durch andere Arzt- oder Zahnarztpraxen, psychotherapeutische Praxen oder Krankenhäuser aufgenommen worden sind. Die Leistung ist höchstens einmal je Versicherten und elektronischer Patientenakte abrechenbar, auch wenn erstmalig mehrere Sachverhalte in die elektronische Patientenakte übertragen werden.

BEMA-Nr. ePA2: Aktualisierung einer elektronischen Patientenakte (2 Punkte)

ePA2

Die Leistung umfasst die Erfassung, Verarbeitung oder Speicherung zahnmedizinisch relevanter Daten oder Angaben zum Bonusheft des Versicherten. Ein Eintrag dient einem behandlungsübergreifenden Zweck und ist auf sinnvolle, versorgungsrelevante Einträge zu beschränken. Die Aktualisierung darf nur Daten aus der laufenden Behandlung beinhalten. Nach-



träge aus früheren Behandlungen sind nicht vorgesehen. Die Metadaten der eingestellten Dokumente sind zu prüfen und zu ergänzen. Die Zahnärztin bzw. der Zahnarzt prüft vor der Erfassung, ob aus therapeutischen oder rechtlichen Gründen etwas gegen den Eintrag spricht.

Die Leistung nach BEMA-Nr. ePA2 ist pro Sitzung einmal abrechenbar, selbst wenn mehrere Sachverhalte aktualisiert werden. Sie ist nicht neben der BEMA-Nr. ePA1 abrechenbar. ■

Foto: Andrea Gaitanides/Adobe.Stock

Praxis gesucht? Klicken Sie in die KZV-Onlinebörse!

Sie möchten Ihre Praxis verkaufen, oder Sie suchen eine Praxis? Dann sind Sie bei der KZV Rheinland-Pfalz richtig.

Text: Katrin Becker

In der neuen digitalen Praxisbörse der KZV Rheinland-Pfalz können Mitglieder und alle, die Mitglied werden möchten, Angebote und Gesuche für die Übernahme einer Zahnarztpraxis schalten – selbstverständlich kostenfrei.

Das Ziel: Praxisabgeber und Praxisübernehmer noch schneller zusammenzubringen.

Abgeber füllen bitte das unter www.kzvrlp.de/praxisabgabe verlinkte Formular samt Datenschutzerklärung aus und senden dies per E-Mail an redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de. Stellen Sie darin Ihre Praxis vor: Größe, Lage, Behandlungsschwerpunkte, Besonderheiten. Sie haben gut

ausgeleuchtete Fotos Ihrer Praxis? Senden Sie diese gerne mit.

Praxisübernehmer nutzen das Formular samt Datenschutzerklärung unter www.kzvrlp.de/praxisuebernahme. Beschreiben Sie Ihre Wünsche und Anforderungen an die für Sie ideale Praxis. Schicken auch Sie das Formular per Mail an redaktion.kzvaktuell@kzvrlp.de.

Die Praxisbörse ist ein Service der KZV Rheinland-Pfalz. Als Körperschaft verfolgt sie damit keine wirtschaftlichen Interessen, sondern handelt allein im Rahmen ihres Auftrages zur Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung. ■

„ePA für alle“: Welche Daten gehören hinein?

Seit dem 1. Oktober 2025 sind Zahnarztpraxen verpflichtet, die neue elektronische Patientenakte, die „ePA für alle“, zu nutzen. Sie müssen aufgrund gesetzlicher Vorgaben bestimmte Behandlungsdaten in die ePA einstellen. Welche sind das?

Text: Katrin Becker

Vorneweg: Die ePA ist eine versichertengeführte Akte. Sie ersetzt nicht die praxis-eigene Patientenkartei im Praxisverwaltungssystem (PVS) und befreit nicht von der Dokumentationspflicht des Behandlers. Dies bedeutet wiederum auch, dass nicht alle Informationen, die aufgrund gesetzlicher und bundesmantelvertraglicher Regelungen in der Patientenkartei

dokumentiert werden, in die ePA übertragen werden müssen.

Es gilt: Eine Zahnarztpraxis muss die ePA ihrer Patienten nur mit Daten befüllen,

- » die sie selbst erhoben hat,
- » die aus der aktuellen Behandlung stammen und
- » die in elektronischer Form vorliegen.

Auf einen Blick: Was kommt in die ePA? Und was nicht?

Was muss aufgrund gesetzlicher Vorgaben in die ePA eingestellt werden?

- » strukturierte Daten¹, die als **verpflichtende** Anwendungsfälle bzw. **MIOs** („Medizinisches Informationsobjekt“) verarbeitet werden können
 - elektronische Medikationsliste (eML) – wird automatisiert im Rahmen des E-Rezepts befüllt
- » Befundberichte über selbsterhobene Befunde oder durchgeführte Behandlungen zur Information Dritter **vergleichbar einem Arztbrief** oder in Gestalt eines solchen
- » Laborbefunde, z. B. Speicheltest zur Kariesrisikobestimmung, Bestimmung von PAR-Keimen, histologische Untersuchungen

Was muss auf Verlangen des Patienten/ nach Rücksprache eingestellt werden?

- » strukturierte Daten aus **aktueller Behandlung**, wenn sie nicht als ein verpflichtend einzustellendes MIO vorliegen
 - eZahnbonusheft
- » unstrukturierte Daten, wenn sie in der konkreten, aktuellen Behandlung **elektronisch verarbeitet wurden** und es überhaupt technisch möglich ist, sie einzustellen, z. B.
 - Röntgenbilder (sofern im PVS und als PDF/A vorliegend)
 - eAU-Bescheinigung
 - PAR-Behandlungsplan
 - PSI-Formular
 - sonstige zahnmedizinisch relevante Dokumentation (z. B. Prophylaxeplan)

Was muss NICHT in die ePA eingestellt werden?

- » Daten, die nur analog vorliegen, wie
 - Röntgenbilder
 - Dokumente, die nur in Papierform vorliegen
- » Daten, die auf externen Servern ohne Möglichkeit des Abrufens im PVS liegen, z. B.
 - Röntgenbilder
- » Daten, die durch andere (Zahn-)Ärztinnen oder (Zahn-)Ärzte erhoben worden sind

¹ Strukturierte Daten sind elektronisch vorliegende Informationen, die in einem fest definierten Format organisiert und gespeichert sind, was ihre Analyse und Verarbeitung erleichtert. Sie bestehen nicht nur aus Text, sondern sind in einzelne, klar benannte Datenfelder und Datentypen unterteilt. Im Kontext der ePA beziehen sich strukturierte Daten auf medizinische Informationen, die klar definiert und standardisiert werden, um die Kommunikation und den Austausch von Daten im Gesundheitssystem zu ermöglichen.

Zudem dürfen die Patienten dem Einstellen nicht widersprochen haben. Und: Die Praxis muss Zugriff auf die ePA des Patienten haben. Mit dem Tag des Einlesens der Versichertenkarte ist dies grundsätzlich 90 Tage der Fall. Der Patient kann den Zugriffszeitraum allerdings verkürzen oder verlängern.

Die Übersicht wurde von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung erstellt. Sie kann als Hilfestellung für das Praxispersonal von deren Website heruntergeladen werden. Unter www.kzbv.de/epa-fuer-alle gibt es zudem weitere Hinweise zur Nutzung der ePA. ■

Konformität von Praxisverwaltungssystemen

Mit der Einführung der „ePA für alle“ sind die PVS-Hersteller verpflichtet, ihre Software durch die gematik zertifizieren zu lassen. Nur Systeme, die das Konformitätsbewertungsverfahren (KOB) erfolgreich durchlaufen haben und somit gewährleisten, dass sie mit den Aktensystemen der ePA kompatibel sind, dürfen ab dem 1. Januar 2026 für die vertragszahnärztliche Abrechnung genutzt werden. Fehlt diese Zertifizierung, ist eine Abrechnung nicht mehr zulässig. Zahnarztpraxen sollten daher sicherstellen, dass ihr PVS-Anbieter rechtzeitig die notwendige KOB-Konformität für die neue ePA nachweist. Für die Konformitätsbewertung ist das Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen (KIG) oder ein akkreditierter Dritter zuständig. Das KIG ist bei der gematik angesiedelt. Unter ina.gematik.de veröffentlicht das KIG PVS-Übersichten mit aktuellem KOB-Status.

Destatis-Erhebung: Praxen haben Auskunftspflicht

Das Statistische Bundesamt führt jährlich eine repräsentative Untersuchung zur Kostenstruktur in Arzt- und Zahnarztpraxen durch. Angeschriebene Praxen sind auskunftspflichtig.

Text: Katrin Becker

Die Praxen werden für die Erhebung per Zufallsstichprobe ausgewählt. Um die Belastung möglichst gering zu halten, werden nach Angaben des Bundesamtes bundesweit höchstens sieben Prozent aller Praxen befragt. Anschließend wird das Ergebnis auf die Gesamtheit aller Praxen hochgerechnet. Die Abfrage bezieht sich auf das Jahr 2024. Die Zugangsdaten zum Online-Fragebogen werden Anfang Oktober dieses Jahres versendet. Der Fragebogen ist dann innerhalb einer Frist von vier Wochen auszufüllen. Die Ergebnisse sollen im Sommer 2026 vorliegen.

Ziel der Erhebung ist es, die in den Praxen erzielten Einnahmen und die dafür erforderlichen Aufwendungen sowie deren Zusammensetzung dar-

zustellen. Die Ergebnisse sollen unter anderem dazu dienen, die volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen zu erstellen. Sie sollen aber auch den Praxen die Möglichkeit eröffnen, betriebswirtschaftliche Vergleiche durchzuführen und damit Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen zu erkennen.

Weitere Informationen

Informationen zur Methodik der Kostenstrukturerhebung einschließlich Direktlinks auf Ergebnisse der letzten Erhebung finden sich unter www.destatis.de/kme. Mit dem Erhebungsstart im Oktober werden Informationen zur aktuellen Umfrage und ein Fragen-Antworten-Katalog unter www.destatis.de/kmeportal veröffentlicht. Die Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich von Destatis ist eine jährliche Statistik. Sie wird auf Grundlage des Gesetzes über Kostenstrukturstatistik durchgeführt. ■



Burnout: Die große Erschöpfung, die kein Urlaub regeln kann

Der Jahresurlaub ist gerade erst vorbei, doch Sie sind schon wieder „reif für die Insel“? Burnoutgefährdet sind auch Zahnärztinnen und Zahnärzte, besonders als Führungskräfte. Beim Blick auf das Wohlbefinden ihrer Angestellten übersehen sie ihr eigenes Risiko und gehen unmerkbar immer weiter über ihre Grenzen. Der folgende Beitrag nimmt Studien zum Thema in den Blick und gibt präventive Handlungsempfehlungen für den (Praxis-)Alltag.

Text: Prof. Dr. Sonja Güthoff

Ein Artikel im Deutschen Ärzteblatt aus dem Jahr 2011 hatte es mit dem Titel „Modediagnose Burnout“ auf den Punkt gebracht.¹ Damals wie heute besteht das Problem in der Unschärfe der Definition und Diagnostik von Burnout und der damit verbundenen Skepsis. Es handelt sich immer noch nicht um eine anerkannte Erkrankung, sondern steht im ICD-10 unter den „verwandten Gesundheitsproblemen“, kodiert als Z73.0 „Ausgebranntsein: Burnout, Zustand der totalen Erschöpfung“. Im ICD-11 wandert es zuneh-

mend in die Arbeitsmedizin, denn hier findet sich Burnout als Syndrom unter „Probleme in Verbindung mit Arbeit und Arbeitslosigkeit“, kodiert als QD85. Burnout sei demnach ein Syndrom, das als Folge von chronischem Stress am Arbeitsplatz konzeptualisiert werde, der nicht erfolgreich bewältigt wurde.³ Ich frage mich, wer als gestandene Führungskraft, auch als Zahnärztin oder Zahnarzt, mit starker Verantwortungsbereitschaft und Engagement zugeben möchte, den alltäglichen Stress nicht erfolgreich bewältigen zu können.



Foto: Guido Khoury/Adobe Stock

Viele Daten schlagen Alarm

Burnout ist mittlerweile kein Tabu mehr. Unternehmen nehmen das Thema bereits häufig in ihre Führungskräfte trainings auf. Auch im Gesundheitswesen wird zunehmend das Thema Stress und Burnout ernst genommen. Schließlich spricht auch die wissenschaftliche Literatur für ein gravierendes Problem:

- » In einer amerikanischen Übersichtsarbeit zeigte sich Burnout bei etwa der Hälfte der Ärzteschaft,⁴ während der Marburger Bund in einer Studie 35 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte eruierte, die einschätzten, dass sie oft bis sehr oft Gefühle des Ausgebranntseins erlebt hätten.⁵ Im AOK-Report über Fehlzeiten für 2021 waren die Fehlzeiten für Pflegefachkräfte im Zusammenhang mit Burnout doppelt so hoch wie in anderen Berufsgruppen.⁶
- » Eine Metaanalyse aus 2022 ermittelte eine Burnout-Prävalenz von 13 Prozent unter Zahnärztinnen und Zahnärzten. Sie zeigte jedoch auch, dass die Subskalen für emotionale Erschöpfung und Depersonalisierung mit 28 Prozent ausgeprägter war.⁷
- » Auch die Ergebnisse der bereits 2012 veröffentlichten deutschen Daten können orientierend herangezogen werden.⁸ Unter 1.231 teilnehmenden deutschen Zahnärztinnen und

Zahnärzten beschrieben 61 Prozent ihre Arbeit als „überdurchschnittlich stressig“, und 44 Prozent gaben Depressionen an. In dieser Studie wurde für deutsche Zahnärztinnen und Zahnärzte eine Burnout-Prävalenz von 13,6 Prozent und ein Burnout-Risiko von 31,9 Prozent errechnet. Angesichts der deutlich höheren Zahlen bei Ärztinnen und Ärzten erscheint der Anteil an Zahnärztinnen und Zahnärzten unterschätzt zu sein, wie die nachfolgende spanische Studie zeigt.

Besondere Risikogruppe: Zahnärzte mit Führungsaufgaben

Eine 2022 veröffentlichte spanische Studie hat versucht, die soziodemografischen und arbeitsbedingten Faktoren für Zahnärztinnen und Zahnärzte bezogen auf eine Burnout-Entwicklung zu eruieren.⁹ Diese zeigte jeweils signifikant häufiger eine emotionale Erschöpfung bei:

- » **Zahnärztinnen** (64,4 versus 56,7 Prozent bei Zahnärzten),
- » **ländlich Arbeitenden** (70,1 versus 59,9 Prozent bei städtisch Arbeitenden),
- » **Angestellten** (65,6 versus 58,3 Prozent bei Praxisinhabenden) und
- » **alleine Arbeitenden** (63,7 versus 59,9 Prozent bei nie oder selten alleine Arbeitenden).

Diese Punkte können einen Hinweis auf burnout-begünstigende Faktoren geben, allerdings sind die Zahlen über die gesamte Kohorte hoch.

Aus meiner Erfahrung entstehen die Faktoren multifaktoriell aus unserem Gesundheitssystem und den gegebenen Strukturen sowie individuell auf der Basis der Persönlichkeitsausprägungen. Wir haben den wirtschaftlichen Druck gepaart mit Fachkräftemangel, dadurch zu kurz angesetzten Zeiten pro Patient, weiterhin einen hohen Anspruch der im Gesundheitswesen Arbeitenden und die damit verbundene zunehmende Erschöpfung, die wiederum zu krankheitsbedingten Ausfällen und Fluktuation in Praxen und Kliniken führt. In einer Metaanalyse aus 170 Studien mit 239.246 Ärztinnen und Ärzten¹⁰ konnte zum Beispiel eine Assoziation von Burnout in dieser Berufsgruppe gefunden werden mit:

- » der **Zunahme von Arbeitsplatzwechsel-Intention** (Odds Ratio 3.10),
- » **Produktivitätsabnahme** (Odds Ratio 1.82) und
- » einer **Zunahme von Vorfällen im Bereich der Patientensicherheit** (Odds Ratio 2.04).

In Unternehmen können bzw. sollten die Führungskräfte in erster Linie Führungsaufgaben wahrnehmen und sich zum großen Teil aus dem operativen Geschäft zurückziehen. Das geht bei Zahnärztinnen und Zahnärzten nicht. Hier werden die Führungsaufgaben „mal eben nebenbei“ erledigt.

That's Burnout!

Die amerikanische Professorin und Psychologin Christina Maslach definierte mit ihrer Forschungsgruppe drei Aspekte des Burnouts:¹¹ emotionale Erschöpfung (emotional exhaustion), Depersonalisierung (depersonalization) und Leistungsmangel/verminderte Leistungsfähigkeit (lack of personal accomplishment). Die erkennbaren Anzeichen für diese Aspekte können unterschiedlich sein. Hier einige Beispiele:¹²

- » Die zurückgehende Leistungsfähigkeit wird häufig durch längere Arbeitszeiten in der Praxis oder Klinik kompensiert. Teilweise wird versucht, noch zusätzlich am Wochenende offen-

gebliebene Aufgaben abzuschließen, wodurch es zu noch weniger Regenerationsmöglichkeiten und zu weiterer Erschöpfung kommt.

- » Häufige Krankmeldungen zum Beispiel mit Symptomen wie Rückenschmerzen und Verspannungen, teilweise mit Spannungskopfschmerzen, aber auch Infektanfälligkeit können ein Hinweis auf einen Burnout-Prozess mit erhöhten Cortisol-Spiegeln sein.
- » Genauso kann eine Gewichtszunahme auf der Basis von vermehrter Cortisol-Ausschüttung im Dauerstress erkannt werden. Jedoch können andere auch ungewollt Gewicht abnehmen, da sie im Burnout-Autopiloten keine Zeit zum Essen finden.
- » Der (vermehrte) Konsum von Suchtmitteln wie Nikotin und Alkohol ist ebenfalls ein nicht zu unterschätzender Hinweisgeber im Burnout-Prozess.
- » Es kommt vor, dass Burnout-Gefährdete sich in ihrer Freudlosigkeit zunehmend von Kolleginnen und Kollegen zurückziehen, gemeinsame Pausen vermeiden oder Teambuilding-Treffen absagen. Oft bezieht sich dieses Zurückziehen auch auf die private Situation, sodass Betroffene nicht mehr von Wochenendaktivitäten sprechen.
- » Selbstzweifel und mangelndes Selbstwertgefühl zeigen sich im Burnout-Prozess vielleicht daran, dass die eigene gute Arbeit schlecht geredet wird oder zumindest eine übersteigerte selbstkritische Haltung ersichtlich wird.
- » Ein fortgeschrittener Burnout-Prozess versteckt sich manchmal auch hinter dem unbequemen Verhalten von Mitarbeitenden, die sich ständig ungerecht behandelt fühlen und Kritik viel stärker wahrnehmen als Anerkennung. Teilweise hat man das Gefühl, dass sie nur auf eine ungerechte Behandlung oder Kritik warten, was auch den Selbstverletzenden Aspekt eines Burnout-Prozesses verdeutlicht.
- » Besonders kritisch ist die Tatsache, dass Betroffene im Burnout-Prozess reizbarer und schneller genervt sind als zuvor. Daraus entstehen häufig Lästereien und Schimpfen über andere, sowohl über Kolleginnen und Kollegen als auch über Patientinnen und Patienten. Führungskräfte sollten daher offen für negative Rückmeldungen sein und gezielt auch einen eventuell bestehenden Burnout-Prozess bei

sich selbst oder im Team in Betracht ziehen.

Was tun?

Als erstes ist es wichtig, **Resilienz als Prävention von Burnout zur Chef(innen)sache zu machen**. Dann empfehle ich drei Schritte:

1. Sorgen Sie für eine gute eigene Resilienz: Jede Zahnärztin und jeder Zahnarzt darf erst einmal bei sich selbst anfangen. Denn ich kann andere nur gesund führen, wenn ich selbst gesund bin. Auch im Gesundheitswesen nimmt das Führungsverhalten von Vorgesetzten einen deutlichen Einfluss auf die Gesundheit von Mitarbeitenden.¹³ Ebenso im negativen Sinne, denn die Mitarbeitenden spüren unseren Druck.¹⁴ Es gibt hilfreiche (zahn)ärztliche Fortbildungen, um Resilienz aufzubauen (siehe www.instgag.com). Auch individuelles Coaching hilft, für sich selbst eine gelassenere Führungskompetenz zu erreichen.
2. Schaffen Sie im Team ein Bewusstsein für Burnout-Prävention: Oft hilft es dem Team, dass über die täglichen Herausforderungen gesprochen werden darf, sodass man sich nicht alleine mit den belastenden Empfindungen fühlt. Schließlich zeigen zahlreiche Studien für alle im Gesundheitswesen Arbeitenden eine Burnout-Gefährdung (siehe oben). Nur wenn ein gemeinsames Bewusstsein dafür geschaffen wird, können Hinweise bei mir selbst oder auch bei anderen gesehen werden. Fragen Sie außerdem konstruktiv nach, was das Team benötigt, um sich resilienter aufzustellen. Manchmal sind es einfache strukturelle Maßnahmen, die zum Beispiel zu weniger Unterbrechungen führen oder einen reibungsloseren Patientenfluss ermöglichen. Hören Sie auf die Verbesserungsvorschläge Ihres Teams.

3. Etablieren Sie Team-Resilienzbeauftragte: Jede Praxis oder Klinik hat verschiedene Verantwortlichkeiten, zum Beispiel Hygienebeauftragte oder Qualitätsbeauftragte. Es sollte auch Resilienzbeauftragte für das Team geben. Diese können gezielt ein Konzept für das Team erstellen, um Methoden, Tipps und vorteilhafte Verhaltensweisen im Team zu verankern. Meist werden Impulse auch viel besser aufgenommen, wenn sie direkt aus der Peer Group und nicht von der Chefin oder dem Chef kommen. Zum Beispiel können Sie eine oder zwei Praxiskräfte zu einer Ausbildung zum Peer-Group Resilienz-Trainer schicken (siehe www.instgag.com). ■

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

Erstveröffentlichung in:
ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis,
Ausgabe 3/2025,
OEMUS MEDIA AG, Leipzig

Autorin

Prof. Dr. med. Sonja Güthoff, MBA
Institut für ein gesundes Arbeitsleben
im Gesundheitswesen
Lucia-Popp-Bogen 24
81245 München
info@sonjaguethoff.com
www.instgag.com
www.sonjaguethoff.com

„Wir brauchen zielgruppengerechte Präventionsprogramme“

Müde, gereizt, antriebslos – rund ein Drittel der deutschen Zahnärztinnen und Zahnärzte sind nach einer neueren Untersuchung burnoutgefährdet. Wichtig ist, bereits erste Anzeichen ernst zu nehmen, sagt Studienautor Prof. Dr. Hans-Peter Jöhren.

Interview: Dr. Stefan Hannen

Herr Prof. Jöhren, „Burnout“ galt lange Zeit als Modebegriff. Inzwischen gibt es eine allgemeingültige Definition. Was ist Burnout demnach?

Ein Burnout-Syndrom entwickelt sich als Folge einer chronischen und starken Stressbelastung am Arbeitsplatz, die nicht erfolgreich kompensiert werden konnte. Es kommt sowohl zu körperlicher als auch zu psychischer und kognitiver Erschöpfung. Begleitend findet man variable vegetative Symptome, Motivationsverlust und Leistungsminderung. Wird nicht gegengesteuert, kann es zu somatischen und psychischen Folgeerkrankungen kommen. Im ICD 11 der WHO findet sich das Burnout-Syndrom im Kapitel über „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen“.

Die Prävalenz von Burnout in den Gesundheitsberufen ist alarmierend hoch. Ihre Untersuchung ermittelte unter Zahnärztinnen und Zahnärzten eine Burnout-Quote von 13 Prozent, als gefährdet wurden 30 Prozent eingestuft. Was macht den Zahnarztberuf anfällig für Burnout?

Der facettenreiche Beruf des Zahnarztes ist gekennzeichnet durch hohe Arbeitsbelastung, strenge zeitliche Taktung, das konzentrierte Arbeiten auf kleinstem Raum, durch körperliche und verschiedenste psychosoziale Herausforderungen. Unsere Befragung ermittelte als stärkste Stressoren Misserfolge und eigenen Perfektionismus, gefolgt von staatlichen Reglementierungen

und kritischen Patienten. Auch mangelnde Pausen und lange Arbeitszeiten wurden häufig genannt und prädisponieren für berufliche Überbelastung.

Welche stressbedingten Symptome wurden am häufigsten genannt?

Mit einer Ausnahme litten alle Studienteilnehmer an mindestens einem stressbedingten Symptom. Häufig genannte Beschwerden waren Müdigkeit (71 Prozent), Gereiztheit (59,6 Prozent), Antriebsmangel (44,1 Prozent) und Ängste (43 Prozent). Außerdem berichteten mehr als die Hälfte der Befragten über Rückenschmerzen (60,7 Prozent) und Schlafstörungen (54,5 Prozent). Erwähnen möchte ich auch, dass fast ein Viertel (23,9 Prozent) angab, an Depressionen zu leiden. Sechs Prozent berichteten von Suizidgedanken.

In Ihrer Studie zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede im Stressempfinden und in der Burnout-Gefährdung bei Zahnärztinnen und Zahnärzten. Welche konkreten Unterschiede konnten Sie identifizieren?

Männer empfinden den Beruf insgesamt stressiger als ihre Kolleginnen. Dazu passt, dass sie im Durchschnitt längere Arbeitszeiten angeben, sowohl in der zahnärztlichen Tätigkeit als auch bei Verwaltungsaufgaben. Frauen sehen Stress häufiger als Herausforderung, und sie suchen zur Stressbewältigung eher den Austausch mit Partner, Familie und Kollegen, oder sie lassen sich

coachen. Sie neigen seltener als Männer zu ungünstigen Copingstrategien wie Alkoholkonsum. Männer zeigen insgesamt eine höhere Burnout-Rate als Frauen.

Die aktuelle Analyse ist als Follow-up-Studie konzipiert zu Ihrer Analyse aus 2012. Welche Entwicklungen haben Sie festgestellt, und wie bewerten Sie diese?

Die Ergebnisse der aktuellen Untersuchung zeigen im Vergleich mit der Erstuntersuchung elf Jahre zuvor, dass in der Berufsgruppe der Zahnmediziner relativ konstante Stressoren wirksam sind. Tendenziell lässt sich eine leichte Verbesserung der Stresssymptomatik feststellen bei allerdings insgesamt unveränderter Burnout-Belastung. Da manche Symptome schon im Studium auftreten und viele Kollegen ein Leben lang darunter leiden, kann man mit einer kaum veränderten Situation nicht zufrieden sein. Schon im Studium sollten daher Kenntnisse zu Stress und Burnout sowie valide Coping-Skills vermittelt werden. Wir brauchen zielgruppengerechte Präventionsprogramme und die Entstigmatisierung professioneller Hilfe bei psychischen Krisen. Ziel muss sein, die Burnout-Belastung in unserer Berufsgruppe zu senken.

Was können Betroffene tun? Was empfehlen Sie zur Prävention?

Grundsätzlich sollten Zahnärztinnen und Zahnärzte bereits bei den ersten Anzeichen von Erschöpfung, fehlendem Antrieb und Schlaflosigkeit Maßnahmen ergreifen und sich auch nicht scheuen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ein Burnout beeinträchtigt nicht nur erheblich die eigene Lebensqualität, sondern hat auch Einfluss auf die Versorgungsqualität. Individuelle Präventionsmaßnahmen können sehr unterschiedlich sein, zielen aber in der Regel auf einen besseren Umgang mit Stress. Eine Studie an der Universitätsklinik in Rom zeigte, dass zweimal pro Woche 15-minütiges Yoga-Training zu einer signifikanten mentalen Stressreduktion führen kann. Eine andere Untersuchung zeigte, dass mittels Achtsamkeitstrainings Stress, Burnout und Depressionen deutlich zurückgingen. Effektives Zeit- und Praxismanagement, regelmäßige Bewegung und die Pflege sozialer Kontakte sind

Burnout-Analyse bei deutschen Zahnärztinnen und Zahnärzten

Im Rahmen der Promotionsarbeit von Katharina Lefarth führte die Universität Witten/Herdecke in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis für Psychologie und Psychosomatik der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde von Dezember 2021 bis Juli 2022 eine bundesweite Onlinebefragung durch. Die Burnout-Analyse basiert auf der deutschen Übersetzung des Maslach-Burnout-Inventorys. Insgesamt beteiligten sich 827 Zahnärztinnen und Zahnärzte, davon 35 aus Rheinland-Pfalz, an der Studie. Von den Teilnehmenden waren 57,1 Prozent weiblich und 42,9 Prozent männlich. Mit 39,2 Prozent waren die meisten Teilnehmenden über 50 Jahre alt. 29,3 Prozent waren zwischen 40 und 50 Jahren und 25,2 Prozent zwischen 30 und 40 Jahren alt. Drei Viertel waren Praxisinhaberinnen bzw. Praxisinhaber. Die deutliche Mehrheit (91,5 Prozent) war voll berufstätig. Es wurde ermittelt, dass 13,1 Prozent der teilnehmenden Zahnmediziner von Burnout betroffen und 30,8 Prozent burnoutgefährdet sind. Die Autoren merken an, dass die Studienergebnisse aufgrund des gewählten freiwilligen Studienformats nicht als repräsentativ gelten können. Es ist anzunehmen, dass vor allem Personen teilgenommen haben, die bereits persönliche Berührungspunkte mit dem Thema oder besonderes Interesse daran hatten.

weitere Stellschrauben zur Resilienzförderung. Unsere Studie zeigte, dass vor allem Verwaltungsaufgaben zu einem intensiven Stresserleben beitragen. Diese Arbeiten konsequent an qualifiziertes Personal zu delegieren, könnte ebenfalls eine effektive Präventionsmaßnahme sein.

Vielen Dank für das Interview. ■

Prof. Dr. Hans-Peter Jöhren
Fachzahnarzt für Orale Chirurgie
Spezialist Implantologie DGI,
DGOI, BDIZ
Lehrbeauftragter Universität
Witten/Herdecke
ÜBAG und Zahnklinik Bochum



Foto: privat

Bevor alles zu viel wird: Hilfe für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Volle Terminkalender, ständiger Druck und die Last der Bürokratie bringen viele Zahnärztinnen und Zahnärzte an ihre Grenzen. Hohe Erwartungen von Patienten sowie der eigene Perfektionismus verstärken das Gefühl, nie zur Ruhe zu kommen. Bevor der Druck erdrückt, ist es wichtig zu handeln. Wo finden sie Hilfen aus der Stressfalle?

Text: Katrin Becker

Wenn alles zu viel wird, kann die **Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)** helfen. Die BGW bietet eine **telefonische Krisenberatung** für Versicherte an, die durch ihre Arbeit in eine psychische Ausnahmesituation geraten sind. Diese Beratung ist unbürokratisch und kostenlos. Sie umfasst bis zu fünf Termine telefonischer Einzelberatung durch Psychotherapeuten. Jeder Termin dauert 50 Minuten. Die Krisenberatung ist ein Angebot zur Frühintervention. Versicherte können sich direkt an die BGW wenden – und zwar rechtzeitig und nicht erst dann, wenn nichts mehr geht. Details gibt es unter www.bgw-online.de/telefon-krisenberatung.

Für Führungskräfte bietet die BGW zudem **Krisen-Coachings** an. Das Ziel: Personen in besonderer Verantwortung zu stärken, ihre psychische Gesundheit zu erhalten und ihnen Rüstzeug an die Hand zu geben, um Krisensituationen in der Praxis zu meistern. Das Coaching umfasst bis zu drei kostenfreie Einheiten à maximal 90 Minuten per Video oder Telefon. Darin kann es zum Beispiel darum gehen, in einer aktuellen Belastungssituation wieder Kraft zu schöpfen oder den herausfordernden Ansprüchen und Erwartungen von Patienten gelassen und professionell zu begegnen. Mehr dazu unter www.bgw-online.de/krisen-coaching. Viele weitere Informationen rund um das Thema psychische Gesundheit stellt die BGW unter www.bgw-online.de/psyche bereit.

Antriebslos, niedergeschlagen, freudlos? Das können Symptome einer Depression sein. Das Online-Tool **moodgym** hilft Betroffenen dabei, aktiv erste Schritte zu gehen, um depressiven Symptomen entgegenzutreten. moodgym bietet interaktive Hilfe zur Selbsthilfe, ersetzt aber keinen Therapeuten. Das Online-Programm ist kostenlos, zeitlich unbegrenzt und anonym zugänglich. moodgym (dt. „Fitness für die Stimmung“) wurde von australischen Wissenschaftlern entwickelt und von Forschern der Universität Leipzig ins Deutsche übersetzt. Die deutsche Version wird von der AOK unterstützt.

Der Weltzahnärzteverband **FDI** setzt sich dafür ein, die psychische Gesundheit von Zahnärztinnen und Zahnärzten durch Prävention und Hilfsangebote zu schützen. Er hat einen **„Online-Werkzeugkasten“** mit Maßnahmen entwickelt, die die mentale Gesundheit und das Wohlbefinden von Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie Praxisteams verbessern können. Das sogenannte Toolkit ist erreichbar unter www.fdimentalhealthtoolkit.org (englischsprachige Website).

Ein Blick in die **Angebote der eigenen Krankenkasse bzw. Krankenversicherung** lohnt sich. Sie bieten in der Regel Programme und Beratungen an – online, via App oder telefonisch. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen zudem die Kosten für ärztlich verordnete digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), darunter die Programme „HelloBetter Stress und Burnout“, „elona therapy Depression“ oder „deprexis“.

Online unter www.telefonseelsorge.de/krisenkompass ist der KrisenKompass der **TelefonSeelsorge** erreichbar. Der **KrisenKompass** ist eine kostenfreie App, die als „Notfallkoffer“ dient. Sie bietet Hilfestellungen, Strategien und Kontakte zur Bewältigung akuter Krisen. Telefonisch ist die TelefonSeelsorge rund um die Uhr unter ☎ 0800 1110111 / 0800 1110222 oder 116 123 erreichbar.

Viele Menschen wissen bei psychischen Problemen nicht, wo sie Hilfe finden. Dabei ist das Finden eines geeigneten Behandlungs-, Beratungs- oder Unterstützungsangebots ein wichtiger Schritt zur Bewältigung einer seelischen Krise oder Erkrankung. Mit dem **psychNAVi Rheinland-Pfalz**, erreichbar über die Internetseite www.psychnavi-rlp.de, gibt es einen Wegweiser, der das psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfesystem in Rheinland-Pfalz zusammenfasst. Er enthält rund 1.000 Angebote von rund 250 Anbietern. Die Angebote können nach Kategorien, zum Beispiel „Behandlung“, „Information und Beratung“ oder „Selbsthilfe“, sowie nach dem Ort und nach Altersgruppen gefiltert oder im Freitext gesucht werden. Betreiber des psychNAVi ist die Landeszentrale für Gesundheitsförderung.

Auf dem **Onlineportal „Wege zur Psychotherapie“** (www.wege-zur-psychotherapie.org) der Bundespsychotherapeutenkammer finden Hilfesuchende Antworten auf Fragen rund um psychische Belastungen: Brauche ich eine Psychotherapie? Wo finde ich Hilfe? Was tun im Notfall?

Fragen wie „Bin ich depressiv?“ oder „Habe ich eine Depression?“ sind nicht leicht zu beantworten. Denn: Eine Depression zu erkennen, ist nicht immer einfach. **Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention** bietet online als Hilfestellung einen Selbsttest an: www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/selbsttest-offline. Es handelt sich um einen **Stimmungsfragebogen**, der erste Anzeichen dafür liefert, ob eine Depression vorliegt. Er wird auch von Ärzten und Therapeuten genutzt. Auf der Website der Stiftung www.deutsche-depressionshilfe.de finden sich weitere Hilfeangebote, darunter das **Info-Telefon Depression** ☎ 0800 / 33 44 533).

Das **Resilienztraining des Leibniz-Instituts für Resilienzforschung (LIR)** in Mainz zielt darauf, Gesundheitskompetenz zu stärken und Strategien zur Stressbewältigung und Resilienzförderung zu entwickeln. Resilienzfaktoren wie kognitive Flexibilität, aktives Coping, Selbstwirksamkeit und Emotionsregulation sollen gefestigt werden, um alltägliche und berufliche Belastungen besser zu bewältigen. Das LIR bietet zwei Kurstypen im Kleingruppenformat an – online über acht Wochen oder kompakt am Wochenende. Mehr dazu unter www.lir-mainz.de/resilienz-training. Darüber hinaus gibt es das Resilienz-Coaching im 1:1-Format mit einem Experten: www.lir-mainz.de/resilienz-coaching.

Eine **Balintgruppe** ist eine moderierte Arbeitsgruppe für Ärzte und andere medizinische Fachkräfte, die sich regelmäßig trifft, um die Arzt-Patienten-Beziehung zu reflektieren und berufliche Belastungen zu besprechen. Ziel ist die Verbesserung der Gesprächsführung, die Förderung der mentalen Gesundheit der Ärzte sowie die Entwicklung von Strategien zur Bewältigung herausfordernder Patientensituationen. Die emotionale Intelligenz soll gefördert und dem Burnout vorgebeugt werden. Die Deutsche Balint-Gesellschaft bietet weitere Informationen, darunter ein Verzeichnis lokaler Gruppen, unter www.balintgesellschaft.de.

Änderungen in der Praxis? Bitte melden!

Ob die Schwangerschaft der angestellten Zahnärztin oder die Weiterbildung des Assistenten zum Kieferorthopäden: Im hektischen Praxisalltag geht eine Meldung schnell unter. Doch die KZV Rheinland-Pfalz ist auf aktuelle Informationen aus den Zahnarztpraxen angewiesen. Woran sollten Praxisinhaberinnen und -inhaber unbedingt denken?

Text: Katrin Becker

Grund der Meldung	Frist	Einzureichende Unterlagen
Angestellte Zahnärztin/angestellter Zahnarzt		
Aufnahme der Angestelltentätigkeit	vier Wochen vor Sitzung des Zulassungsausschusses	Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses inklusive » Auszug Zahnarztregister oder ggf. Registerantrag » Geburtsurkunde » beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde sowie ggf. der Promotionsurkunde und des Nachweises eines Fachzahnarztes und Masters » Lebenslauf » polizeiliches Führungszeugnis » Nachweis über die seit der Approbation abgeleistete Tätigkeit (Vorbereitungszeit) » Bescheinigung über bisherige Zu- und Niederlassung » Erklärung gemäß §§ 20, 21 Z-ZV » Arbeitsvertrag
Beendigung der Angestelltentätigkeit	unverzüglich	Mitteilung durch den Arbeitgeber an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses
Anpassung der wöchentlichen Arbeitszeit	unverzüglich	Antrag auf Erhöhung bzw. Reduzierung der Arbeitszeit an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses inklusive aktuellem Arbeitsvertrag bzw. Ergänzung zum Arbeitsvertrag
Ruhen, insbesondere bei Schwangerschaft einer angestellten Zahnärztin (Berufsverbot), und Beendigung des Ruhens der Angestelltentätigkeit	unverzüglich	Mitteilung durch den Arbeitgeber an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses
Wiederaufnahme der Angestellten-tätigkeit nach Schwangerschaft/ Elternzeit	unverzüglich	Mitteilung durch den Arbeitgeber an die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses; bei vertraglichen Änderungen auch der Arbeitsvertrag

Wichtig: Der Antrag zur Genehmigung einer Angestelltentätigkeit und die Sitzungstermine des Zulassungsausschusses finden sich unter www.kzvrlp.de. Ein Antrag muss immer von dem Praxisinhaber bzw. der Praxisinhaberin gestellt werden. Anträge, die dem Zulassungsausschuss nicht vier Wochen vor der Sitzung vollständig vorliegen, werden auf die folgende Sitzung verschoben.

Grund der Meldung	Frist	Einzureichende Unterlagen
Assistenz		
Aufnahme der Tätigkeit als Assistentin bzw. Assistent	unverzüglich vor Aufnahme der Tätigkeit	Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung einer Assistentin bzw. eines Assistenten an die KZV Rheinland-Pfalz inklusive » Nachweise über bisherige zahnärztliche Tätigkeiten » beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde sowie ggf. der Promotionsurkunde und des Nachweises eines Fachzahnarztes und Masters
Aufnahme der Assistenz Tätigkeit mit Berufserlaubnis nach § 13 Zahnheilkundengesetz (ZHG)	unverzüglich vor Aufnahme der Tätigkeit	Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung einer Assistentin bzw. eines Assistenten an die KZV Rheinland-Pfalz inklusive einer beglaubigten Kopie der Berufserlaubnis
Schwangerschaft einer Assistentin	unverzüglich nach Bekanntwerden (Berufsverbot)	informelle Anzeige (E-Mail, Brief) an die KZV Rheinland-Pfalz

Wichtig: Anträge auf Beschäftigung von Assistenten sind immer von dem Praxisinhaber bzw. der Praxisinhaberin zu stellen. Bei mehreren Teilhabern in einer Praxis muss der Antrag von einem Inhaber gestellt werden. Die Genehmigung wird von der KZV Rheinland-Pfalz personenbezogen erteilt. Anträge, die nach Beginn der Tätigkeit bei der KZV Rheinland-Pfalz eingehen, werden erst ab Eingangsdatum genehmigt. Vor dem Genehmigungsdatum liegende Tätigkeiten können nicht gewertet werden.

Grund der Meldung	Frist	Einzureichende Unterlagen
Persönliche Veränderungen bei den Angestellten/Assistenten		
Namensänderung, zum Beispiel wegen Heirat	unverzüglich nach Änderung	beglaubigte Kopie der Personenstandsurkunde an die KZV Rheinland-Pfalz
Erwerb eines in- oder ausländischen akademischen Grades, eines Titels oder einer Hochschultätigkeitsbezeichnung	unverzüglich nach Erwerb	beglaubigte Kopie der Verleihungsurkunde, ggf. mit Übersetzung an die KZV Rheinland-Pfalz
Erwerb einer Gebietsbezeichnung (Kieferorthopädie, Oralchirurgie, Parodontologie)	unverzüglich nach Erwerb	beglaubigte Kopie der Verleihungsurkunde, ggf. mit Übersetzung an die KZV Rheinland-Pfalz
Erwerb eines Tätigkeitsschwerpunktes	unverzüglich nach Erwerb	beglaubigte Kopie der Urkunde an die KZV Rheinland-Pfalz
Wohnsitzwechsel	unverzüglich nach Wechsel	informelle Anzeige (E-Mail, Brief) an die KZV Rheinland-Pfalz
Wechsel der Staatsangehörigkeit	unverzüglich nach Wechsel	beglaubigte Kopie der Staatsangehörigkeitsurkunde an die KZV Rheinland-Pfalz



Heute schon geZäPPt? So steht's um die Zahnarztpraxen

Das Zahnärzte-Praxis-Panel (ZäPP) geht in eine neue Runde. Die deutschlandweite Erhebung zur vertragszahnärztlichen Versorgung liefert zentrale Daten zur Kostenentwicklung in Zahnarztpraxen. In diesem Jahr gibt es zusätzlich einen Fragebogen zur Work-Life-Balance.

Text: Katrin Becker

Ab Ende Oktober bekommen rund 33.000 Zahnarztpraxen Post vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Damit erhalten sie Zugang zu einem Onlinefragebogen, mit dem Auskünfte über ihre Kosten und Leistungsstruktur abgefragt werden. Ziel der Erhebung ist es, eine aussagekräftige und belastbare Datengrundlage für die wirtschaftliche Entwicklung in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu erhalten.

Für die Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland Pfalz und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) sind wissenschaftlich valide Daten unverzichtbar: Um die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen erfolgreich zu führen, müssen sie ihre Positionen fundiert untermauern und Versorgungsnotwendigkeiten gut und nachvollziehbar begründen. Das ZäPP trägt also unmittelbar dazu bei, adäquate Arbeitsbedingungen für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte und deren Praxisteams durchzusetzen und eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten.

Zusätzlich wird in dieser Erhebung die Work-Life-Balance der Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber abgefragt. Deren Einschätzung, wie zufrieden sie mit ihren Arbeitsbedingungen sind bzw. wie belastend sie diese empfinden, soll Hinweise auf mögliche strukturelle Probleme liefern, die von der KZBV in den Dialog mit der Politik eingebracht werden können.

Jede Teilnahme erhöht die Qualität der Daten

Rund 2.000 Erhebungsbögen werden jährlich von Zahnarztpraxen ausgefüllt. Das ist im Vergleich zu ähnlichen Untersuchungen eine sehr gute Rücklaufquote und erlaubt aussagekräftige Aussagen zur Kosten- und Leistungsstruktur in den vertragszahnärztlichen Praxen. Wirklich entscheidend für den Erfolg des ZäPP ist aber eine dauerhaft hohe Beteiligung: Daher sollten möglichst viele Teilnehmer in diesem, aber auch in den kommenden Jahren Auskunft über die wirtschaftlichen Kennzahlen ihrer Praxis geben. Das gilt besonders auch für diejenigen Praxen, die in den vergangenen Jahren noch nicht dabei waren. Sie werden jetzt noch einmal ausdrücklich um ihre Teilnahme am ZäPP 2025 gebeten. Das Ausfüllen des Fragebogens wird auch in diesem Jahr finanziell honoriert. Zudem erhalten die Teilnehmer Zugang zu praxisindividuellen Auswertungen und interessanten Vergleichsstatistiken.

Mit der Erhebung ist erneut das Zi beauftragt. Das Institut für angewandte Versorgungsforschung garantiert eine wissenschaftlich neutrale Datenerfassung und -verarbeitung nach methodisch anerkannten Standards unter Wahrung der Anonymität der teilnehmenden Praxen und strengster Vorgaben für Datenschutz und Sicherheit.

Weitere Informationen zum ZäPP sind abrufbar unter www.kzvrlp.de – Webcode 0121, www.kzbv.de/zaep oder www.zaep.de. ■

Aktuelle Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Aufbissbehelfe und Schienen abrechnen – aber wie?

Bei der Abrechnung von Aufbissbehelfen und Schienen bei gesetzlich versicherten Patienten gibt es immer wieder Unsicherheiten. In unserem Seminar „Aufbissbehelfe und Schienen abrechnen – aber wie?“ fassen wir für Sie die Grundzüge der KBR-Abrechnung zusammen.

Folgende Inhalte sind geplant:

- » Abrechnung von Aufbissbehelfen nach BEMA-Nummern K1-K9
- » Abrechnung gescannter Abdrücke/Schienen
- » Schienen außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung
- » Abrechnung von Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels
- » Materialkategorienummern
- » Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS)

Kursnummer: 7-2025

Termin: Mittwoch, 12.11.2025

Uhrzeit: 15:00-17:00 Uhr

Zielgruppen: Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Praxispersonal

Ort: online

Gebühr: 30 Euro

Fortbildungspunkte: 2

Referentin: Michaela Meißner, stv. Geschäftsleiterin Abrechnung der KZV Rheinland-Pfalz

Anmeldung: Bitte melden Sie sich für das Online-Seminar über unser Fortbildungsportal unter www.kzvrlp.de – Webcode 0111 an. Die Zugangsdaten senden wir Ihnen etwa zwei Tage vor der Fortbildung an die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse. ■

Aktuelle Fortbildung der KZV Rheinland-Pfalz: Die zahnärztliche Heilmittelverordnung und weitere Verordnungen: So verschreiben Sie richtig

Ob Heilmittel, Krankentransport oder E-Rezept – bei Verordnungen für gesetzlich versicherte Patienten tauchen in der Praxis immer wieder Fragen auf. Damit Unsicherheiten erst gar nicht entstehen, zeigen wir Ihnen im Seminar „Die zahnärztliche Heilmittelverordnung und weitere Verordnungen: So verschreiben Sie richtig“, worauf es ankommt.

Kursnummer: 8-2025

Termin: Mittwoch, 26.11.2025

Uhrzeit: 15:00-ca. 16:30 Uhr

Zielgruppen: Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Praxispersonal

Ort: online

Gebühr: 15 Euro

Fortbildungspunkte: 2

Referent: Albert Strasburger, Geschäftsbereichsleiter Abrechnung der KZV Rheinland-Pfalz

Anmeldung: Bitte melden Sie sich für das Online-Seminar über unser Fortbildungsportal unter www.kzvrlp.de – Webcode 0111 an. Die Zugangsdaten senden wir Ihnen etwa zwei Tage vor der Fortbildung an die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse. ■

Versorgung endodontisch behandelter Zähne mit Wurzelkanalstiften: Wann? Welche? Wie?

Die Art und Qualität der postendodontischen Versorgung hat neben einer suffizienten Wurzelkanalfüllung einen entscheidenden Einfluss auf den langfristigen Zahnerhalt und ist ein integraler Teil der Wurzelkanalbehandlung. Wurzelkanalstifte sind nur bei einem hohen Zerstörungsgrad der klinischen Krone des endodontisch behandelten Zahnes zur Retentionsverbesserung der koronalen Versorgung indiziert.

Text: A. Nguyen, Prof. Dr. C. Gernhardt, Prof. Dr. K. Bitter, Halle

Für die Erfolgsprognose eines wurzelkanalbehandelten Zahnes ist nicht nur die suffiziente Wurzelfüllung entscheidend, sondern auch die Art und Qualität der anschließenden postendodontischen Versorgung.¹ Im Gegensatz zu vitalen Zähnen sind endodontisch behandelte Zähne bei vergleichbarem koronalen Zahnhartsubstanzverlust frakturanfälliger.² Die Annahme, dass die erhöhte Frakturanfälligkeit durch eine erhöhte Sprödigkeit der Zahnhartsubstanz begründet ist, wurde durch Studien widerlegt, die keine wesentlichen Veränderungen der physikalischen Eigenschaften der Zahnhartsubstanzen wurzelkanalbehandelter Zähne zeigten.³ Weitere Studien belegen, dass innere Dentinareale eine erhöhte Hydratisierung und geringere Mineralisation im Vergleich zu den äußeren Arealen aufweisen⁴ und so angesichts ihrer elastischen Eigenschaften einen Großteil der belastungsbedingten Spannungsspitzen absorbieren.⁵ Durch die Entfernung der inneren Dentinareale während der mechanischen Wurzelkanalaufbereitung bzw. einer invasiven Stiftbettpräparation wird die Elastizität der Wurzel reduziert und somit die Frakturanfälligkeit erhöht. Zusammenfassend können der koronale und radikuläre Substanzverlust und die daraus resultierende erhöhte Verformbarkeit endodontisch behandelter Zähne als Hauptursache für ihre hohen Frakturnraten angenommen werden.⁶⁻⁸

Darüber hinaus führt der Funktionsverlust des Pulpagewebes im Rahmen der Wurzelkanalbehandlung zu einem partiellen Verlust der propriozeptiven Schutzmechanismen des Zahnes. Als Folge kann die Belastung eines devitalen Zahnes im Vergleich zu einem vitalen Zahn 2,5-mal höher ausfallen, bevor eine propriozeptive Reaktion erfolgt.⁹ Ob dadurch die Frakturgefahr steigt, ist nicht zweifelsfrei nachgewiesen, aber denkbar.¹⁰ All diese Faktoren sollten für eine Frakturprophylaxe endodontisch behandelter Zähne berücksichtigt werden, um einen langfristigen Zahnerhalt zu ermöglichen. Erfolgt die definitive postendodontische Restauration innerhalb von vier Monaten nach der Wurzelkanalbehandlung, so hat dies einen positiven Effekt auf die Prognose des endodontisch behandelten Zahnes.¹¹

Indikation für Wurzelkanalstifte

Wurzelkanalstifte sind bei einem hohen koronalen Substanzdefekt notwendig, wenn die verbliebene Zahnhartsubstanz voraussichtlich nicht genügend Retentions- bzw. Adhäsionsfläche für den endgültigen Aufbau und die finale Versorgung bietet (Abb. 1). Damit liegt die Hauptaufgabe von Wurzelkanalstiften in der Retentionsverbesserung der koronalen Restauration. Durch die Insertion von Wurzelkanalstiften wird keine Stabilisierung der Wurzel hervorgerufen. Laborstudien deuten vielmehr gegenteilig daraufhin, dass tief inserierte Stifte den Zahn zusätzlich schwächen und dessen

Frakturgefahr ggf. erhöhen.^{12, 13} Bei der Frage nach der Stiftindikation sollte auch der Zahntyp mit seinen unterschiedlichen Belastungswinkeln und -mustern betrachtet werden. Molaren sind eher vertikalen Kräften und Frontzähne zusätzlich horizontalen Kraftkomponenten ausgesetzt. Auf Oberkieferfrontzähne treffen hohe Scherkräfte, die in diesem Bereich zu einem erhöhten Versagensrisiko von Restaurationen führen können.¹⁴⁻¹⁷ Folglich kommt Wurzelstiften im Oberkieferfrontzahnbereich für die Retention der Restauration und des Aufbaus bei einem hohen Substanzverlust eine größere Bedeutung zu als im Molarenbereich (Tab. 1).

Der koronale Zerstörungsgrad wird häufig anhand der Höhe und bisweilen auch anhand der Zahl der verbliebenen Zahnhartsubstanzwände bestimmt. Prinzipiell sollte die gesunde Restzahnhartsubstanz zirkulär mindestens 2 mm über dem Gingivalsaum liegen. Dies ermöglicht die zirkuläre Fassung der Restzahnhartsubstanz im Sinne des „Ferrule-Effekts“ und macht die zusätzliche Stiftinsertion verzichtbar. Dieser Effekt ist entscheidend für die Langlebigkeit der finalen Restauration.

Sollte diese Höhe nicht vorhanden sein, ist die Stiftinsertion indiziert. Betrachtet man die Anzahl der vorhandenen Zahnhartsubstanzwände, so konnten mehrere klinische Studien zeigen, dass bei mindestens zwei verbliebenen Wänden die Insertion von Wurzelkanalstiften für die direkte und indirekte Restauration von endodontisch behandelten Zähnen nicht unweigerlich notwendig ist.¹⁸⁻²⁰ Vielmehr führt die Stiftbettpräparation, die für die meisten Stiftsysteme erforderlich ist und empfohlen wird, zu einem weiteren Substanzverlust und einer Schwächung des Zahnes,^{7, 21} die bei der Indikationsstellung eines



Wurzelkanalstifts gegenüber der zusätzlichen Retentionsgewinnung abgewogen werden muss. Die Stiftinsertion ist empfehlenswert bei Zähnen mit nur einer koronalen (Frontzahnbereich) oder keiner verbliebenen Wand (Seitenzahnbereich), da dann eine zirkulär ausreichende Fassung der bestehenden Zahnhartsubstanz nicht gewährleistet ist. In diesen Fällen erhöht eine Stiftinsertion durch die verbesserte Retention der koronalen Restauration die langfristige Erfolgsrate des behandelten Zahnes.²²⁻²⁴

Welche Wurzelkanalstifte können klinisch angewendet werden?

Bei der Auswahl des Wurzelstifts existieren einerseits starre, rigide Materialien, wie Metall (Titan, hochgoldhaltige und nichtedelmetallische Legierungen) und Zirkonoxidkeramiken, andererseits können flexiblere Materialien, wie Carbon-, Quarz- und Glasfaserstifte, verwendet werden. Weiterhin unterscheidet man konfektionierte Stiftsysteme und individuell gefertigte Stiftstumpfaufbauten.

Koronalen Zerstörungsgrad des Zahnes	Maß	Zusätzlich Stiftinsertion
Höhe der verfügbaren supragingivalen gesunden Restzahnhartsubstanz (Ferrule Effekt)	>2 mm	Nicht notwendig
	< 2mm	Notwendig
Frontzähne: Intakte Zahnflächen (Wände)	>/=2 Wände	Nicht notwendig
	< 2 Wände	Notwendig
Seitenzähne: Intakte Zahnflächen (Wände)	>/=1 Wand	Nicht notwendig
	< 1 Wand	Notwendig

Tab. 1: Indikationen für die Insertion eines Wurzelkanalstifts in Abhängigkeit von der vorliegenden gesunden Restzahnhartsubstanz

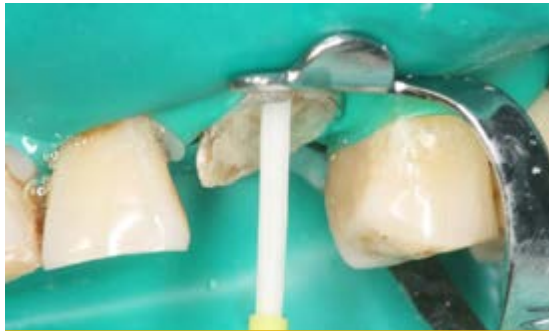


Abb. 2: Nach Reduktion der Wurzelkanalfüllung und vorsichtiger Reinigung der Wurzelkanalwände (Rosenbohrer) wird ein passendes Bündel des Bündelfaserstift-Systems ausgewählt und anprobiert. Das Bündel besteht aus zahlreichen kleineren faserverstärkten Stiften, die das Kanallumen bestmöglich ausfüllen sollen.



Abb. 3: Mit einer dünnen Kanüle kann das dualhärtende Kompositmaterial nach Applikation des geeigneten dualhärtenden Adhäsivsystems und Silanisierung des Bündelstifts in den Kanal eingebracht werden.



Abb. 4: Der Bündelstift wird inseriert, anschließend gekürzt und aufgefächert. Luftblasen sind dabei unbedingt zu vermeiden. Nach Polymerisation kann der komplette koronale Aufbau hergestellt werden.

Konfektionierte Stifte können verschiedene Formen (konisch, zylindrisch, zylindrisch-konisch) und Passungen (aktiv und passiv) aufweisen. Individuell gefertigte Stiftstumpfaufbauten aus Metall wurden über Jahrzehnte für die Restauration stark zerstörter wurzelkanalbehandelter Zähne verwendet^{18, 25, 26} und zeigten bei adäqua-

ten koronalen Restaurationen Erfolgsraten von über 90 Prozent nach sechs und acht Jahren.^{27, 28} Um eine Abformung bzw. einen Scan des Wurzelkanals und damit einhergehend die Passung der laborgefertigten Restauration zu ermöglichen, muss jedoch häufig mehr gesunde Zahnhartsubstanz bei der Präparation geopfert werden. Außerdem besteht durch die zweizeitige Vorgehensweise ein erhöhtes Reinfektionsrisiko des Kanalsystems sowie Frakturgefahr der Wurzel während der provisorischen Versorgung.

Aktive metallische Stiftsysteme, sogenannte Schrauben, erfreuten sich in Zahnarztpraxen lange großer Beliebtheit, da ihre Retention bei konventioneller Befestigung (in der Regel Zinkoxid-Phosphat- oder Glasionomerzement) anderen Stiftsystemen überlegen war.²⁹ Beim Hineinschrauben in die Wurzel treten jedoch Spannungen im Wurzelkanalentin auf, die bei ungünstigen Stresskonzentrationen zu Wurzelfrakturen und folglich zum Misserfolg führen können.^{16, 30} Somit sind Schraubensysteme nicht empfehlenswert.

Konfektionierte Titanstifte erfordern eine Stiftbettpräparation und können sowohl konventionell als auch adhäsiv eingesetzt und mit einem plastischen Stumpfaufbau aus Komposit kombiniert werden. Adhäsiv befestigte Titanstifte zeigten vergleichbare positive Erfolgsraten in Langzeitstudien wie gegossene Stiftaufbauten.²⁸

Aufgrund ästhetischer Mängel beim Durchscheinen metallischer Stifte durch Keramiken und Gingiva wurden zahnfarbene Stiftsysteme aus Zirkonoxidkeramik entwickelt, die adhäsiv im Wurzelkanal eingesetzt werden. Bislang gibt es wenig klinische Daten zu diesem Stiftsystem, die jedoch auf eine akzeptable Erfolgsrate hindeuten.³¹

1990 wurden mit Karbonfaserstiften erstmals flexiblere Stiftsysteme auf dem Markt eingeführt,³² die wenig später durch Glas- und Quarzfaserstifte, die in eine Epoxidharz- oder Methacrylatbasis eingebettet sind, erweitert wurden, um wegen ihrer verbesserten Farbe auch den ästhetischen Ansprüchen nachzukommen. Die Frakturresistenz wird durch die Fasern erhöht, während die Matrix Kompressionskräften entgegenwirkt. Flexiblere Stiftsysteme liegen mit ihrem E-Modul (10–25 GPa)³³ eher im Bereich des Dentins (6–17

GPa)³⁴ und sollen bei suffizienter adhäsiver Befestigung auftretende Kräfte gleichmäßiger über die Länge des Stifts verteilen und so Wurzelfrakturen vermeiden.³⁵ Die oben erwähnte Forderung der Schonung innerer Dentinareale setzt eine möglichst wenig invasive Stiftbettpräparation voraus oder die Auswahl eines passenden Stifts für den bereits bei der Wurzelkanalaufbereitung präparierten Kanal. Hier stellen neben den klassischen Einstiftsystemen sogenannte Faserbündel-Stiftsysteme, die je nach vorliegender Kanalgröße aus einer unterschiedlichen Anzahl einzelner, kleinerer Faserstifte bestehen, eine alternative Möglichkeit dar. Diese können individuell ohne zusätzliche Präparationsmaßnahmen an die bestehende Kanalform angepasst und inseriert werden (Abb. 2-7).

Bislang konnten klinisch jedoch keine Vorteile bei der Anwendung von Faserstiften im Vergleich zu Metallstiften hinsichtlich der Frakturgefahr nachgewiesen werden.^{36, 37} Auch in prospektiven klinischen Studien hatten flexible und rigide metallische Stiftsysteme vergleichbare Erfolgsraten;²³ lediglich eine Studie zeigte eine höhere Erfolgsrate von Faserstiften gegenüber metallischen Schrauben.¹⁶ Ebenfalls konnte ein systematisches Review aus dem Jahr 2024 keinen statistisch signifikanten Unterschied in der Überlebensrate von Glasfaser- und metallischen Stiften feststellen.³⁸ Dabei scheinen Misserfolge bei glasfaserstiftversorgten Zähnen hauptsächlich durch einen Retentionsverlust oder bei Stift- bzw. Wurzelfrakturen und metallischen Stiftversorgungen aufgrund von Wurzelfrakturen bzw. durch einen Retentionsverlust der Krone zu entstehen.³⁹⁻⁴¹

Wie werden Wurzelkanalstifte befestigt?

Wurzelkanalstifte können konventionell mit Zementen (Zinkoxid-Phosphat- oder Glasionomerkompositen) oder adhäsiv mit Befestigungskompositen im Wurzelkanal verankert werden, wobei letzteres höhere Retentionswerte ermöglicht. Ziel der adhäsiven Befestigung von Wurzelstift und Kompositaufbau ist die Herstellung eines „Monoblocks“, der sich in seinen mechanischen Eigenschaften ähnelt.^{42, 43} Dabei wird eine optimale Haftung der verwendeten Komponenten zueinander vorausgesetzt. Idealerweise verteilen sich die auftretenden Kräfte über die gesamte Länge des adhäsiv befestigten Faserstifts, wo-



Abb. 5: Fertiger Aufbau mit einem dualhärtenden Kompositmaterial vor abschließender Präparation des Zahnes 23



Abb. 6: Finale Präparation des Zahnes 23. Ein geringer Ferrule-Effekt, der in diesem Fall nicht zirkulär 2 mm umfasst, konnte realisiert werden. Die Indikation zur Insertion eines Stiftsystems mit dem Ziel der Retentionsverbesserung ist somit gegeben. Fäden zur Schonung der marginalen Gingiva und vor der Abformung wurden appliziert.



Abb. 7: Die finale Restauration des Zahnes 23 mit einer individualisierten Lithiumdisilikat-Krone

durch Spannungsspitzen vermieden werden. Jedoch wird ein Retentionsverlust von adhäsiv befestigten Faserstiften häufig als Versagensgrund für postendodontische Restaurationen beschrieben.⁴⁴ Infolge der eingeschränkten Sicht und Erreichbarkeit sowie der erschwerten Feuchtigkeitskontrolle stellt die adäquate Applikation und Polymerisation von Adhäsiv und Befestigungskomposit eine Herausforderung dar. Da eine aus-

Adhäsive Befestigung faserverstärkter Wurzelkanalstifte

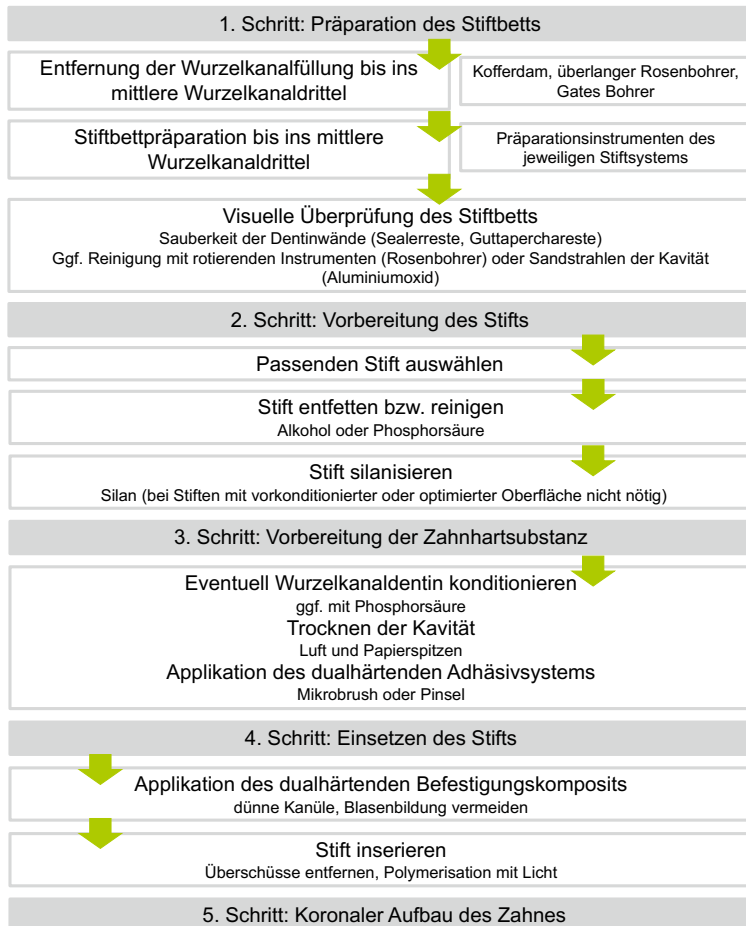


Abb. 8: Schematische Darstellung des Vorgehens beim adhäsiven Einsetzen eines faserverstärkten Stifts

reichende Lichthärtung im Wurzelkanal auch bei Verwendung von faserverstärkten Wurzelkanalstiften eine zu geringe Lichttransmission ermöglicht,⁴⁵ sollten selbst- oder dualhärtende Systeme und keine rein lichthärtenden Systeme verwendet werden. Darüber hinaus erschwert die Morphologie des Wurzelkanaldentins, die vermehrt irreguläre Strukturen und Auflagerungen von Sekundärdentin aufweist, die suffiziente Anwendung der Adhäsivtechnik im Wurzelkanal.⁴⁶ Zusätzlich entsteht aufgrund des hohen Anteils an gebundener Fläche der Wurzelkanalwand bei der adhäsiven Befestigung von Wurzelkanalstiften immer ein ungünstiger C-Faktor.^{42, 43} Dadurch kommt es zu hohen Schrumpfkraften während der Polymerisation des Komposits, die im ungünstigen Fall zu einem Versagen des Haftverbunds führen können.⁴⁷ Entsprechend ist die Etablierung eines suffizienten Verbunds zum Wurzelkanal von besonderer Bedeutung für eine

erfolgreiche adhäsive Rekonstruktion des wurzelkanalbehandelten Zahnes.

Die adhäsive Befestigung von Wurzelstiften kann durch verschiedene Befestigungssysteme realisiert werden. Hierbei kann ein dualhärtendes Befestigungs- bzw. Aufbaukomposit mit der zusätzlichen Anwendung eines Adhäsivsystems („self-etch“ oder „etch-and-rinse“) kombiniert oder ein selbstadhäsives Befestigungskomposit ohne zusätzliche Adhäsivapplikation verwendet werden. Voraussetzung für einen suffizienten adhäsiven Haftverbund ist eine saubere Dentin Oberfläche im Wurzelkanal, die keine Verunreinigung durch Smear Layer, Guttapercha oder Sealer aufweist. Vorteil der adhäsiven Befestigung ist wegen der höheren Retention die Möglichkeit einer reduzierten Insertionstiefe auf die Hälfte der Wurzellänge. Dies verringert die Invasivität einer Stiftbettpräparation und vermeidet darüber hinaus klinische Komplikationen maßgeblich, wie beispielsweise Perforationen während der Stiftbettpräparation.

Welches Befestigungssystem sollte verwendet werden?

Für die adhäsive Befestigung konfektionierter Metallstifte ist eine Oberflächenkonditionierung durch Korundstrahlung oder Silikatisierung mit anschließender Silanisierung zu empfehlen. Die Vorbehandlung faserverstärkter Wurzelkanalstifte ist produktabhängig aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzung und Herstellungsverfahren. Für den Verbund zwischen Stiftoberfläche und Befestigungskomposit sind der chemische Verbund (Copolymerisation, Diffusion in die Polymerstruktur) und der mikromechanische Verbund (Oberflächenmorphologie der Faserstifte) verantwortlich. Eine Oberflächenbearbeitung der Faserstifte (zum Beispiel durch Sandstrahlen) führt zwar zu einer Steigerung der Rauigkeit, ist aber angesichts der Gefahr der Oberflächenbeschädigung und Desintegration der eingebetteten Faserteile nicht angeraten. Eine Silanisierung der Stiftoberfläche wird vielfach von den Herstellern empfohlen, konnte jedoch nicht in allen Laboruntersuchungen zu einer Erhöhung der Haftung beitragen.⁴⁸ Der Grund: Ein chemischer Verbund ist lediglich zwischen den funktionellen Monomeren des Silans und den anorganischen Bestandteilen an der Stiftoberfläche und den Füllkörpern der Matrix zu erwarten.

Derzeit existieren auch keine klinischen Daten, die die Vorteile einer speziellen Vorbehandlungsstrategie zeigen. Eine Reinigung der Stifte nach der Anprobe sowie eine Entfettung der Stifte mit Alkohol und die Applikation eines Silans oder Universaladhäsivsystems zur Erhöhung der Benetzbarkeit⁴⁸ erscheint zur Optimierung des Verbundes empfehlenswert. Eine Metaanalyse, basierend auf diversen Laborstudien, zeigt verbesserte Retentionswerte von faserverstärkten Wurzelkanalstiften im Wurzelkanal bei Verwendung von selbstadhäsiven Befestigungskompositen im Vergleich zu Befestigungskompositen, die mit einem Adhäsivsystem angewendet werden.⁴⁹ Vermutlich ist dies auf die einfache Anwendung dieser Systeme zurückzuführen. Klinisch konnte jedoch keine Überlegenheit eines Systems nachgewiesen werden.⁵⁰ Vielmehr spielt vermutlich die korrekte Anwendung der Adhäsivtechnik im Wurzelkanal eine größere Rolle als das verwendete System selbst.

Um einen optimalen adhäsiven Verbund zu gewährleisten, sollte die Sauberkeit der Dentinoberfläche mit optischen Vergrößerungshilfen inspiert werden. Mithilfe dünner Applikationsspitzen⁵¹ wird das dualhärtende Befestigungskomposit direkt am Boden der Stiftbettkavität auf der Gutta-percha eingebracht und langsam Richtung koronal injiziert, um Blasen im Befestigungskomposit und im Wurzelfüllmaterial zu vermeiden.⁵² Anschließend wird der Stift inseriert, zunächst mithilfe von Licht polymerisiert und der finale koronale Aufbau hergestellt (Abb. 8). Wird der Zahn nach einem hohen Zahnhartsubstanzverlust nach der Wurzelkanalstiftinsertion mit einer Krone versorgt, so wird die Frakturresistenz des Zahnes maßgeblich von der verbliebenen Restzahnhartsubstanz^{53, 54} sowie von der Präparation einer 1,5 bis 2 mm hohen Dentinmanschette (Fassreifeneffekt/Ferrule) beeinflusst.⁵⁵ In-vitro-Daten legen sogar nahe, dass die Präparation eines adäquaten Ferrules einen größeren Einfluss auf die Frakturresistenz wurzelkanalbehandelter Zähne hat als der verwendete Stifftyp,⁵⁶ insbesondere im Frontzahnbereich. Sollte die Präparation eines adäquaten Ferrules unter Berücksichtigung der biologischen Breite aufgrund tiefliegender Defekte nicht unmittelbar herstellbar sein, können zusätzliche Maßnahmen, wie eine chirurgische oder orthodontische Extrusion, Möglichkeiten sein, die Gestaltung eines adäquaten Ferrule-Designs zu gewährleisten.

Zusammenfassung

Die meisten endodontisch behandelten Zähne benötigen heute keine zusätzlichen Stifftretentionsmaßnahmen mehr. Lediglich sehr stark zerstörte Zähne, die eine ausreichende Retention der koronalen Restauration nicht sicher gewährleisten können, sollten zusätzlich durch die Insertion eines Stifts versorgt werden. Die Wahl des jeweiligen Stiftsystems ist aus wissenschaftlicher Sicht nicht abschließend zu beantworten. Allerdings kann ein adhäsives Vorgehen durchaus als sinnvoll erachtet werden. Ein wichtiger Aspekt bleibt im Zusammenhang mit der finalen Versorgung endodontisch behandelter Zähne immer die Betrachtung und Bewertung der Gesamtsituation des Gebisses und des Patienten, da gerade bei umfangreichen prothetischen Sanierungen die Pfeilerwertigkeit eines derart restaurierten endodontisch behandelten Zahnes verringert sein kann. Im Bereich der Einzelzahnversorgung kann man hier deutlich weniger restriktiv vorgehen. ■

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich.

Dieser Beitrag ist im Zahnärzteblatt Sachsen 10/24 erschienen.
Wir danken für die Nachdruckerlaubnis.

Autoren

Anh Duc Nguyen

anh.nguyen@uk-halle.de

Prof. Dr. med. dent. Christian Ralf Gernhardt

christian.gernhardt@uk-halle.de

Prof. Dr. med. dent. Kerstin Bitter, MME, M. Sc.

kerstin.bitter@uk-halle.de

Department für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Universitätspoliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Klinikum der Medizinischen Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Straße 16,
06112 Halle (Saale)

Finanzreform: Kommission nimmt Arbeit auf

Die gesetzlichen Krankenkassen stehen unter enormem finanziellen Druck. Prognosen gehen für das Jahr 2027 von einem Defizit im zweistelligen Milliardenbereich aus. Die „Finanz-Kommission Gesundheit“ soll es nun richten. Unterdessen fordern die Krankenkassen ein Ausgabenmoratorium.

Text: Katrin Becker

Die Mitglieder der Kommission, die von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) berufen wurden, haben Ende September ihre Arbeit aufgenommen. Sie sollen Maßnahmen erarbeiten, die die Finanzsituation stabilisieren und eine weitere Belastung für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vermeiden.

Die Kommission ist paritätisch mit zehn Vertreterinnen und Vertretern aus den Bereichen Ökonomie, Medizin, Sozialrecht, Ethik und Prävention

besetzt. Konkret soll sie Maßnahmen auf der Einnahmen- und der Ausgabenseite der GKV vorschlagen, mit denen der Beitragssatz in der GKV bereits ab dem Jahr 2027 stabilisiert werden kann. Es ist ein zweistufiges Verfahren geplant: Einen ersten Bericht mit kurzfristig wirksamen Maßnahmen soll die Kommission bereits Ende März 2026 vorlegen. Hierfür sollen unter anderem maßgebliche Kostentreiber, beispielsweise Anreizsysteme und Vergütungsmechanismen, sowie Ineffizienzen auf der Ausgabenseite und Probleme auf der Einnahmenseite identifiziert werden. Ein zweiter Bericht ist bis Dezember 2026 vorzulegen. Er soll Reformoptionen für strukturelle Anpassungen der GKV aufzeigen, die das Ausgabenwachstum mittel- bis langfristig wesentlich reduzieren und den Herausforderungen auf der Einnahmenseite begegnen, heißt es in dem Arbeitsauftrag des Bundesgesundheitsministeriums.

„Ohne Denkverbote“

Frei von politischer Einflussnahme und ohne Denkverbote werde die Kommission die GKV als Gesamtsystem durchleuchten und ein Paket als Handlungsoption erarbeiten, sagte Bundesgesundheitsministerin Warken anlässlich der Vorstellung der Kommission. Praktiker und Leistungserbringer sowie Organisationen der Selbstverwaltung würden in deren Arbeit einbezogen.



Keine Denkverbote soll es in der GKV-Reformkommission von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken geben. Foto: BMG/Jan Pauls

Ausgabenmoratorium: GKV will ambulante Leistungen budgetieren

Die gesetzlichen Krankenkassen begrüßen die Einsetzung der Finanzkommission. „Es ist ein gutes und wichtiges Signal, dass die Kommission ihre Arbeit ein Jahr früher als im Koalitionsvertrag vorgesehen aufnimmt“, so Stefanie Stoff-Ahnis, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands. Um drohende Beitragserhöhungen bereits Anfang 2026 zu verhindern, müsse die Politik jedoch umgehend handeln. Als Sofortmaßnahme gegen Beitragserhöhungen und Leistungskürzungen fordert der Spitzenverband ein Ausgabenmoratorium. Danach sollen jegliche Ausgabensteigerungen künftig strikt an die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen gekoppelt werden. Nicht mehr die Grundlohnsumentensteigerung, sondern die Prognose des GKV-Schätzerkreises solle nach den Vorstellungen des Verbandes ausschlaggebend für die Anpassung der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütung sein.

Dieser Vorschlag stieß umgehend auf Widerstand in der Ärzte- und Zahnärzteschaft. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KBV) warf dem GKV-Spitzenverband vor, drohende Leistungskürzungen und längere Wartezeiten in Kauf zu nehmen. „Schon jetzt werden viele erbrachte Leistungen der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen nicht voll vergütet“, kritisierte der Vorstand der KBV. Mit diesem Vorstoß wollten die Krankenkassen „diesen unsäglichen Zustand auch noch auf die Bereiche ausdehnen, die bisher wohlweislich extrabudgetär, also vollständig vergütet werden“. Dazu zählten Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen genauso wie die jüngst von der Politik beschlossenen extrabudgetären Regelungen für Kinderärzte und Hausärzte. Darüber hinaus kündigte der GKV-Spitzenverband mit seinem Vorschlag die Grundlage einer partnerschaftlichen gemeinsamen Selbstverwaltung auf, so der KBV-Vorstand weiter.

Auch für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) ist ein Ausgabenmoratorium der falsche Weg: „Ein Ausgabenmoratorium führt dazu, dass notwendige Leistungen nicht ausreichend finanziert und Präventionsleistungen auf Jahre ge-

Mitglieder der „FinanzKommission Gesundheit“

- » **Prof. Dr. Dagmar Felix** (Professorin für Öffentliches Recht mit dem Schwerpunkt Sozialrecht, Universität Hamburg)
- » **Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach** (Professor für Allgemeinmedizin und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main)
- » **Prof. Dr. Wolfgang Greiner** (Professor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement, Universität Bielefeld)
- » **Prof. Dr. Michael Laxy** (Professor für Public Health und Prävention, Technische Universität München)
- » **Prof. Dr. Jonas Schreyögg** (Professor für Management im Gesundheitswesen, Universität Hamburg)
- » **Prof. Dr. Leonie Sundmacher** (Professorin für Gesundheitsökonomie, School of Medicine & Health, Technische Universität München)
- » **Prof. Dr. Gregor Thüsing** (Professor für Arbeitsrecht und Direktor des Instituts für Arbeitsrecht und das Recht der sozialen Sicherheit, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn)
- » **Prof. Dr. Verena Vogt** (Professorin für Quantitative Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Jena)
- » **Prof. Dr. Eva Winkler** (Onkologin und Professorin für Translationale Medizinethik, Universität Heidelberg)
- » **Prof. Dr. Amelie Wuppermann** (Professorin für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth)

hemmt werden. Der dramatische Rückgang der Neubehandlungsfälle im Rahmen der präventionsorientierten Parodontistherapie sollte hier Warnung genug sein“, kritisierte Martin Hendges, Vorstandsvorsitzender der KZBV. Für ihn steht fest, dass die Prävention zum Leitbild gesundheitspolitischen Handelns werden muss, um die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen nachhaltig zu stabilisieren. Hendges: „Die konsequente Präventionsausrichtung in der vertragszahnärztlichen Versorgung beweist, dass Prävention der Schlüssel für die mittel- und langfristige Entlastung der GKV-Finzen ist. Denn damit ist es uns gelungen, den Anteil an den GKV-Ausgaben für vertragszahnärztliche Leistungen – trotz Ausweitungen des Leistungskatalogs – auf unter sechs Prozent zu senken. Zugleich belege die aktuelle Deutsche Mundgesundheitsstudie, dass die Bevölkerung das Angebot frühzeitiger und umfangreicher Präventionsleistungen mit messbarem Erfolg in Anspruch nehme. ■

10 Punkte gegen das Defizit: So will die TK die Kassenfinanzen sanieren

Deutschlands größte Krankenkasse, die Techniker Krankenkasse (TK), hat sich mit einem Zehn-Punkte-Plan in die Debatte um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen eingeschaltet. Die Vorschläge sehen weitreichende Kürzungen vor – auch bei der zahnärztlichen Versorgung.

Text: Katrin Becker

Unter dem Stichwort „Ausgabenwende“ schlägt die TK zehn Maßnahmen vor und beziffert deren jährliches Einsparpotenzial, ohne dass Leistungen gekürzt werden müssten. Im kommenden Jahr könnte die gesetzliche Krankenversicherung so um mehr als 8,2 Milliarden Euro entlastet werden, heißt es in dem Papier. Die Vorschläge der TK betreffen sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung, die Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie die zahnärztliche Versorgung. Die Techniker Krankenkasse geht davon aus, dass sich mit diesen Maßnahmen der Anstieg der Ausgaben der gesetzlichen Kassen kurzfristig um circa 0,4 Prozentpunkte verringern lasse.

Ambulante Versorgung

In der ärztlichen Versorgung schlägt die TK das einmalige Aussetzen der jährlichen Honorarerhöhungen für Vertragsärzte vor. Dieser Schritt sei zumutbar, „da die durchschnittlichen Reinerträge je Praxisinhaber in der Vergangenheit ohnehin deutlich über der Erhöhung des Orientierungswertes ausgefallen“ seien. Den Einspareffekt beziffert die TK auf 1,7 Milliarden Euro. Zudem schlägt die Kasse vor, aus ihrer Sicht fehlerhafte Methoden bei der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte in Höhe von 150 Millionen Euro im Jahr zu korrigieren sowie Zuschläge für Leistungen aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz von 225 Millionen Euro zu bereinigen.

Die Vergütungszuschläge für Struktur- und Kurzzeittherapie in der Psychotherapie sollen ausschließlich für diejenigen Fälle gelten, die von den Terminservicestellen wegen Dringlichkeit vermittelt wurden. Der Einspareffekt laut TK: bis zu 240 Millionen Euro jährlich.

Stationäre Versorgung

Tariflohnsteigerungen sollten die Krankenkassen in Zukunft nur noch zur Hälfte refinanzieren müssen. Weiterhin will die TK die Meistbegünstigungsklausel abschaffen, wonach entweder die Steigerung der Orientierungswerte oder die der Grundlohnrate für die Entwicklung der Landesbasisfallwerte herangezogen wird. Mit beiden Maßnahmen sollen bis zu 630 Milliarden Euro im Jahr eingespart werden. Weitere 300 Millionen Euro könnten durch das Anwenden der Erstattungsbeträge des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) für Arzneimittel im Krankenhaus einbehalten werden.

Zahnärztliche Versorgung

Weiterhin will die TK die Ausgaben für zahnärztliche Leistungen deckeln. Eine um 1,5 Prozent abgesenkte Veränderungsrate der Grundlohnsumme soll jährlich 210 Millionen Euro bringen.

Die Honorare für Heilmittel will die TK wieder an die Entwicklung der Grundlohnsumme koppeln. Dadurch würde die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) jährlich um 500 Millionen Euro entlastet. Die Wiedereinführung von Ausschreibungen von Hilfsmittelverträgen würde 350 Millionen Euro im Jahr in die klammen Kassen der GKV spülen.

Kritik aus Ärzte- und Zahnärzteschaft

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) übte umgehend scharfe Kritik an den Vorschlägen und warnte vor schwerwiegenden Folgen für die Patientinnen und Patienten durch ein „undifferenziertes Spardiktat“. Die TK setze „die

Axt pauschal an allen Versorgungszweigen“ an, kritisierte Martin Hendges, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV. Sie verkenne dabei die Realität und ignoriere, dass vom zahnmedizinischen Versorgungsbereich kein Risiko für die GKV-Financen ausgeht. Hendges weiter: „Unser präventiver Versorgungsansatz trägt vielmehr zu stabilen und nachhaltigen Finanzen bei. Derart polemische Vorschläge lenken vielmehr von den tatsächlichen Herausforderungen ab, denen sich das Gesundheitssystem stellen muss.“

„Die zahnärztlichen Teams in den Praxen stehen schon jetzt unter massivem wirtschaftlichen Druck durch Inflation, steigende Materialkosten und Fachkräftemangel“, warnte der Bundesvorsitzende des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, Dr. Christian Öttl. Es sollte besser über nachhaltige Reformen der GKV nachgedacht werden, anstatt dem ambulanten Bereich immer mehr Mittel zu entziehen. Wer weiter kürze, riskiere Versorgungslücken, längere Wartezeiten und eine Abwanderung junger Zahnärztinnen und Zahnärzte aus der GKV-Versorgung. Viele ältere Kolleginnen und Kollegen hätten dies bereits getan. „Das Ergebnis spüren wir – und die Patientinnen und Patienten – jeden Tag in unseren Praxen“, so Öttl.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) reagierte gleichfalls mit Ablehnung. Es sei er-

staunlich, dass die TK ausgerechnet kurz vor dem Start der Finanzierungsverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband nicht nur eine Nullrunde fordere, sondern auch gesetzliche Regelungen wieder abschaffen wolle, die – wie politisch gewollt – wirkten, indem sie zusätzliche Termine für Patientinnen und Patienten mit sich brächten, erklärten die KBV-Vorstände Dr. Andreas Gassen, Dr. Stephan Hofmeister und Dr. Sibylle Steiner. „Vor dem Hintergrund gestiegener Personalkosten sind Vergütungsanpassungen für die Praxen zwingend notwendig. Das, was den Krankenkassen Mehreinnahmen beschert, nämlich gestiegene Löhne, betrifft auch die Praxen. Allerdings müssen die Steigerungen von den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen selbst erwirtschaftet werden“, so das Trio.

Die Vorschläge der TK bewertete der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa) als „eine akute Gefährdung der Gesundheitsversorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten“. Die Bedarfsplanung und die Budgetierung ärztlicher Leistungen sorgten bereits jetzt für eine künstliche Verknappung des Versorgungsangebotes für gesetzlich Versicherte. Bei einer Umsetzung der Vorschläge „dürfte die Terminknappheit weiter zunehmen“. ■

Arzneimittel: IZA neu aufgelegt

Die „Informationen über Zahnärztliche Arzneimittel“ (IZA) ist ein Nachschlagewerk für Zahnärztinnen, Zahnärzten und Studierende. Sie bietet Informationen zu Fertigarzneimitteln einschließlich Wirkstoffen, Neben- und Wechselwirkungen. Sie wurde nun aktualisiert.

Text: Katrin Becker

Wie die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) mitteilte, wurde das Kapitel „Zahnerhaltung und Endodontologie“ komplett überarbeitet. Dabei wurden insbesondere die Abschnitte zu Füllungsmaterialien und Fluoriden um neue Informationen erweitert.

Die IZA wird laufend von der Arzneimittelkommission Zahnärzte, einem gemeinsamen Gremium der Bundeszahnärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, bearbeitet und aktualisiert. Die Broschüre steht kostenfrei auf der Website der BZÄK als PDF zur Verfügung. ■



Leitlinien der DGZMK: Orientierungshilfe für Zahnarztpraxen

Medizinische Leitlinien dienen Zahnärztinnen und Zahnärzten als Grundlage für ihre Therapieentscheidungen. Wie kommen Leitlinien zustande und welche zahnärztlich relevanten Leitlinien gibt es derzeit?

Text: Katrin Becker

Vollkeramische Kronen und Brücken, Implantate, Bruxismus oder Parodontitis – regelmäßig veröffentlichen die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und ihre Fachgesellschaften Leitlinien zu verschiedenen zahnmedizinischen Indikationen.

Leitlinien helfen, das aktuelle medizinische Wissen zu ordnen, und geben einen Überblick über den Forschungsstand zum Nutzen und Schaden bestimmter Behandlungsmöglichkeiten. Auf dieser Grundlage sprechen Leitlinien Diagnose- und Therapieempfehlungen aus. Damit können sie helfen, die passende Untersuchung oder Behandlung auszuwählen. Sie bieten den Behandlern Orientierung, ermöglichen transparente Therapieentscheidungen in Absprache mit den Patienten und leisten einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung. Um wissenschaftlich stets up to date zu sein, müssen Leitlinien regelmäßig überprüft und gegebenenfalls überarbeitet werden. Dies ist in der Regel jeweils nach fünf Jahren der Fall.

Auf der Internetseite der DGZMK heißt es hierzu: „Leitlinien sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen.“

Klassifizierung von Leitlinien

Leitlinien entstehen durch ein strukturiertes, genau definiertes Verfahren der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Alle Leitlinienvorhaben werden vor der Anmeldung bei der AWMF in der „Task Force Qualität“, bestehend aus Vertretern der DGZMK, der Bundeszahnärztekammer, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des Zentrums Zahnärztliche Qualität, zunächst auf ihre Relevanz für die Zahnärzteschaft überprüft. Erst dann wird eine Autorengruppe mit Vertretern relevanter Fachgesellschaften, Interessenverbänden und mitunter Patientenvertretern gebildet, die zunächst eine Zielsetzung und ein methodisches Konzept festlegt und anschließend die Leitlinie entwickelt. Nach dem System der AWMF werden Leitlinien in vier Entwicklungsstufen eingeordnet, wobei S3 die höchste Quali-

tätsstufe ist: S1-Leitlinien sind Empfehlungen einer repräsentativ zusammengestellten Experten-Gruppe. S2-Leitlinien gliedern sich in S2k und S2e. Die S2k-Leitlinien werden durch eine formale Konsensusfindung erstellt, die S2e durch eine systematische Evidenzrecherche. In den S3-Leitlinien sind alle diese Elemente miteinander verknüpft.

Leitlinien geben Handlungskorridor vor

Auf der Internetseite der DGZMK heißt es, dass Leitlinien für Zahnärztinnen und Zahnärzte rechtlich nicht bindend sind. Sie hätten daher weder eine haftungsbegründende noch eine haftungsbefreiende Wirkung (vgl. Urteil des Bundesgerichtshofs am 15. April 2014, Aktenzeichen VI ZR 382/12). Das heißt, Zahnärztinnen und Zahnärzte können von der in einer Leitlinie empfohlenen Behandlung abweichen, wenn sie diese für einen Patienten als nicht geeignet ansehen. Abweichungen – ein Grund könnte zum Beispiel eine Begleiterkrankung sein – müssen jedoch begründet sein.

Leitlinien in der Pipeline

Die DGZMK listet derzeit auf ihrer Internetseite www.dgzmk.de rund 30 gültige Leitlinien auf. Zuletzt wurden die neuen Leitlinien zur „Kariesprävention an bleibenden Zähnen“ (vgl. Seite 32), zu den „Idealen Zeitpunkten und Maßnahmen der kieferorthopädischen Diagnostik“ sowie zur „Versorgung seltener Erkrankungen der Zähne“ veröffentlicht. Bei der AWMF sind mehr als 20 Leitlinien angemeldet, die aktuell überarbeitet oder neu entwickelt werden, zum Beispiel zu Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen, zur Zahnbehandlungsangst bei Erwachsenen oder zur zahnmedizinischen Betreuung geriatrischer Patienten. ■

Gültige Leitlinien der DGZMK und ihrer Fachgesellschaften		
Leitlinie	Klassifizierung	gültig bis
Implantatprothetische Versorgung des zahnlosen Oberkiefers	S3	Oktober 2025
Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III	S3	November 2025
Indikationen zur implantologischen 3D-Röntgendiagnostik und navigationsgestützten Implantologie	S3	Januar 2026
Vollkeramische Kronen und Brücken	S3	Februar 2026
Periimplantäre Weichgewebsaugmentation	S3	Mai 2026
Zahnärztliche Behandlungsempfehlungen für Kinder und Erwachsene vor und nach einer Organtransplantation	S2k	Oktober 2026
Die Unterkieferprotrusionsschiene (UPS): Anwendung in der zahnärztlichen Schlafmedizin beim Erwachsenen	S1	November 2026
Ideale Behandlungszeitpunkte kieferorthopädischer Anomalien	S3	Dezember 2026
Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne	S2k	März 2027
Instrumentelle zahnärztliche Funktionsanalyse und Kieferrelationsbestimmung	S2k	Juli 2027
Die Behandlung periimplantärer Infektionen an Zahnimplantaten	S3	Dezember 2027
Einsatz von Platelet-Rich-Fibrin (PRF) in der dentalen Implantologie	S3	Dezember 2027
Implantatversorgung zur oralen Rehabilitation im Zusammenhang mit Kopf-Hals-Bestrahlung	S3	Dezember 2027
Implantationszeitpunkte	S2k	Dezember 2027
Keramikimplantate	S3	Dezember 2027
Zahnimplantate bei Diabetes mellitus	S3	Dezember 2027
Materialunverträglichkeiten bei dentalen, enossalen Implantaten	S3	Dezember 2027
Dentale digitale Volumentomographie	S2k	Dezember 2027
Diagnostik und Therapieoptionen von Aphthen und aphthoiden Läsionen der Mund- und Rachenschleimhaut	S2k	Mai 2028
Direkte Kompositrestaurationen an bleibenden Zähnen im Front- und Seitenzahnbereich	S3	Januar 2029
Okklusionsschienen zur Behandlung craniomandibulärer Dysfunktionen und zur präprothetischen Therapie	S2k	Februar 2029
Therapie der Lippen-Kiefer-Gaumen-Fehlbildungen	S3	Mai 2029
Fissuren- und Grübchenversiegelung	S3	Juni 2029
Diabetes und Parodontitis	S2k	Juni 2029
Versorgung seltener Erkrankungen der Zähne	S3	Juni 2029
Okklusale Dysästhesie – Diagnostik und Management	S1	Juli 2029
Implantatversorgung im fortgeschrittenen Lebensalter	S2k	August 2029
Vollkeramische festsitzende implantatgetragene Restaurationen	S3	August 2029
Kariesprävention bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen	S3	Januar 2030
Konventionelle und Computer-assistierte Implantatinserterion	S3	März 2030
Ideale Zeitpunkte und Maßnahmen der kieferorthopädischen Diagnostik	S2k	Juni 2030

Quelle: www.dgzmk.de und www.awmf.org

Neue S3-Leitlinie: Kariesprävention an bleibenden Zähnen

Zur Kariesprävention an bleibenden Zähnen liegt erstmals eine S3-Leitlinie vor. Sie gibt wissenschaftlich gesicherte Empfehlungen zu sieben ineinandergreifenden Präventionsmaßnahmen.

Text: Katrin Becker

Die Leitlinie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) unter Beteiligung von 19 Fachgesellschaften und Organisationen veröffentlicht. Sie richtet sich an Zahnärztinnen und Zahnärzte, zahnärztliches Fachpersonal sowie an Lehrkräfte und Erziehende, Patientinnen und Patienten. Die Leitlinie liefert praxisnahe, wissenschaftlich abgesicherte Empfehlungen für eine zielgerichtete, individuelle Kariesprävention in jeder Lebensphase und adressiert dabei auch ältere und pflegebedürftige Menschen.

Präventionsmaßnahmen im Überblick

Die Leitlinie versteht unter wirksamer Prävention nicht eine einzige Maßnahme, sondern ein abgestimmtes Zusammenspiel von sieben zentralen Ansätzen:

Mechanische Biofilmbkontrolle

Das A und O der Prävention ist nach wie vor: Zähneputzen zweimal täglich mit fluoridhaltiger Zahnpasta für mindestens zwei Minuten. Eine individuell angepasste Putzsystematik sei entscheidend; keine bestimmte Putztechnik sei einer anderen überlegen. Elektrische Zahnbürsten könnten empfohlen werden. Interdentalbürsten gelten wirksamer als Zahnseide. Die Empfehlung, nach säurehaltigen Mahlzeiten mit dem Putzen zu warten, sei hingegen nicht mehr haltbar.

Chemische Plaquekontrolle

Die Datenlage zur kariespräventiven Wirkung entsprechender Präparate sei insgesamt schwach. Nur in bestimmten Fällen, etwa bei kieferorthopädischen Apparaturen oder bei Wurzelkariesrisiko, könne der Einsatz von Chlorhexidinlacken (Konzentration $\geq 1\%$) erwogen werden.

Strukturierte Prophylaxeprogramme

Die Leitlinie betont die Bedeutung lebenslanger Präventionsprogramme. Neben Kindern und Jugendlichen sollten auch Erwachsene aller Altersgruppen regelmäßig motiviert und instruiert werden. Besonders wirksam seien Programme, die auf Verhalten, Aufklärung und regelmäßige Kontrolle setzen.

Fluorid

Die Leitlinie präzisiert den Einsatz von Fluoridpräparaten nach Alter und Kariesrisiko

- » Zahnpasta ab Durchbruch der bleibenden Zähne: mit 1000–1500 ppm Fluorid
- » bei erhöhtem Wurzelkariesrisiko: Zahnpasta mit 5000 ppm Fluorid
- » Fluoridlack: zweimal jährlich, bei hohem Kariesrisiko viermal jährlich
- » Fluoridgele: wöchentlich zu Hause oder zweibis viermal jährlich professionell
- » Fluoridspüllösungen: ab sechs Jahren, besonders bei erhöhtem Risiko, zum Beispiel bei Zahnschmerzen

Zuckerreduktion

Die Leitlinie verweist auf den gesicherten Zusammenhang zwischen Zuckerkonsum und Karies. Freier Zucker sollte unter zehn Prozent der täglichen Energiezufuhr bleiben. Gezuckerte Getränke und süße Snacks, insbesondere nach dem Zähneputzen am Abend, sollten vermieden werden.

Schutzfaktor „Speichel“

Speichel hat viele schützende Eigenschaften. Das Kauen zuckerfreier Kaugummis nach den Mahlzeiten könne den Speichelfluss fördern und damit zur Kariesprävention beitragen.

Fissurenversiegelung

Fissuren- und Grübchenversiegelungen seien geeignet zur Kariesprävention insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit einem tiefen Fissurenrelief und hohem Kariesrisiko. Empfehlungen dazu enthält die S3-Leitlinie „Fissuren- und Grübchenversiegelung“.

Die neue S3-Leitlinie kann von der Internetseite der DGZMK (www.dgzmk.de) abgerufen werden. ■

Sechste Mundgesundheitsstudie: Zahnerosionen bei jungen Erwachsenen

Fast jeder zweite jüngere Erwachsene in Deutschland hat erosive Zahndefekte. Die Zahl ist konstant hoch, wobei der Anteil der Personen mit einem erhöhten Erosionsrisiko steigt. Das ist ein Ergebnis der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS • 6).

Text: Katrin Becker

Rund 43 Prozent der Menschen im Alter von 35 bis 44 Jahren haben demnach mindestens einen von einer Erosion betroffenen Zahn. Männer sind deutlich häufiger betroffen (49,1 Prozent) als Frauen (37,8 Prozent). Die höhere Prävalenz bei Männern, die sich auch in internationalen Untersuchungen zeige, könnte laut den Studienautoren auf „differierendes Ernährungsverhalten, Refluxerkrankungen, aber auch die Anzahl erhaltener eigener Zähne zurückgeführt werden“.

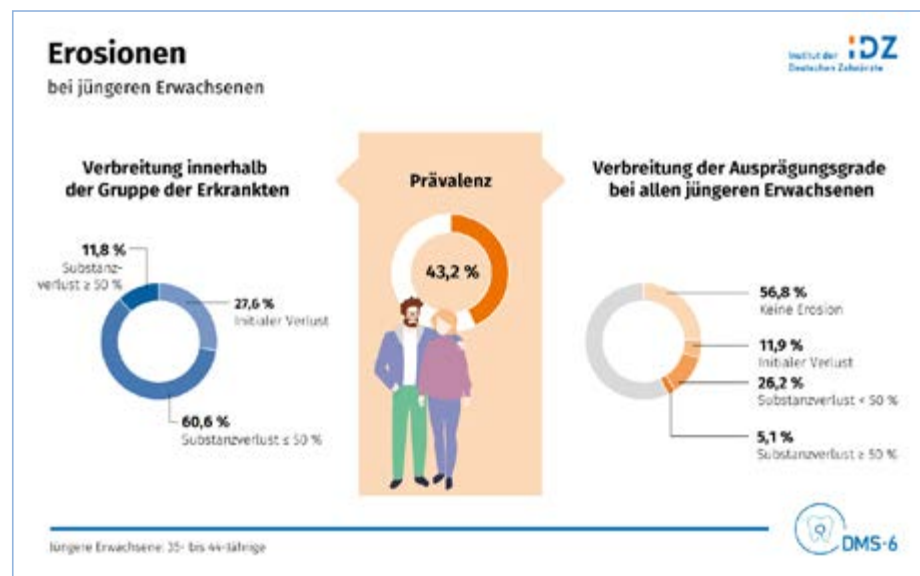
Auch beim Bildungsstatus zeigen sich Unterschiede: Personen mit hohem Bildungsstatus weisen öfter Erosionen auf (49,2 Prozent) als Personen mit mittlerem oder niedrigem Bildungsstatus (37,9 Prozent bzw. 45,1 Prozent). Die Studienautoren sehen jedoch keinen linearen Zusammenhang zwischen einem höherem Bildungsstatus und einer höheren Erosionsprävalenz.

hezu unverändert (44,8 Prozent). Allerdings haben sich der Schweregrad der Erosionsschäden und der Anteil der Personen mit erhöhtem Risiko etwa verdreifacht. 5,1 Prozent der Betroffenen haben heute gravierende Zahnhartsubstanzverluste, das heißt, mehr als 50 Prozent der Oberflächen der am stärksten betroffenen Zähne sind geschädigt. 2014 waren es nur 1,9 Prozent.

Der Anteil der jüngeren Erwachsenen mit mittlerem oder hohem Risikolevel liegt nun bei 15,5 Prozent. Bei der letzten Erhebung wiesen lediglich 5,1 Prozent der Untersuchten ein gesteigertes Risiko auf. Die Studienautoren sehen diese Daten als Indiz, dass „Prävention und Therapie der Erosion verstärkt in den zahnmedizinischen Fokus treten müssen“. Insgesamt wurden 924 Personen in der aktuellen Untersuchung berücksichtigt. ■

Ausgeprägtere Erosionsschäden

Im Vergleich zur Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie von 2014 ist die Prävalenz von Erosionen na-



Arbeitsrecht: Regeln für die Weihnachtsfeier

Die Weihnachtsfeiersaison rückt langsam näher. Für Arbeitgeber ist das eine schöne Gelegenheit, das Team zu feiern und den Zusammenhalt zu stärken. Gleichzeitig stellen sich arbeitsrechtliche Fragen. Lesen Sie hier die wichtigsten Fragen und Antworten.

Text: RA Radoslaw Kleczar, Koblenz

Haben die Mitarbeiter einen Anspruch auf die Weihnachtsfeier?

Grundsätzlich sind Arbeitgeber nicht verpflichtet, eine Weihnachtsfeier zu veranstalten. Richten sie aber mehrere Jahre hintereinander eine Weihnachtsfeier aus und weisen sie nicht darauf hin, dass dies freiwillig und ohne einen Rechtsanspruch für die Zukunft erfolgt, kann eine betriebliche Übung entstehen. Dann wäre ein Rechtsanspruch der Mitarbeiter auf die Ausrichtung einer Weihnachtsfeier durchaus denkbar. Die Fälle, in denen die Arbeitnehmerschaft auf die Durchführung einer Weihnachtsfeier besteht, dürften aber eher selten vorkommen. Will der Arbeitgeber jedoch sicher sein, sollte er im Vorfeld, zum Beispiel im Einladungsschreiben, auf die Freiwilligkeit hinweisen.

Zählt die Weihnachtsfeier zur Arbeitszeit?

Wenn die Weihnachtsfeier in der Freizeit stattfindet, muss die Zeit natürlich nicht nachgearbeitet werden. Eine Zeitgutschrift erfolgt aber ebenfalls nicht, weil die Veranstaltung freiwillig ist. Wenn die Weihnachtsfeier innerhalb der Arbeitszeit ausgerichtet wird, muss diese Zeit nur nachgearbeitet werden, wenn dies im Vorfeld entsprechend kommuniziert wurde. Andernfalls dürfen die Mitarbeiter davon ausgehen, dass sie für die Weihnachtsfeier freigestellt werden.

Kann ich einzelne Mitarbeiter ausschließen?

Ohne einen sachlichen Grund dürfen Mitarbeiter nicht ausgeschlossen werden. Wenn sich ein Mitarbeiter aber beispielsweise auf ähnlichen Veranstaltungen zuvor danebenbenommen hat, kann sein Ausschluss durchaus zulässig sein. Diese Entscheidung darf aber nicht willkürlich oder gar diskriminierend sein. Ein Mitarbeiter darf also auf keinen Fall grundlos oder gar wegen seiner Religion, seines Geschlechts etc. ausgeschlossen werden.

Kann ich die Mitarbeiter anweisen, an der Weihnachtsfeier teilzunehmen?

Ganz klar: Nein. Unabhängig davon, ob die Weihnachtsfeier während oder außerhalb der Arbeitszeit stattfindet, kann der Arbeitgeber niemanden zwingen mitzumachen. Außerhalb der Arbeitszeit kann der Arbeitgeber ohnehin nicht darüber entscheiden, weil die Teilnahme freiwillig ist. Aber auch wenn die Weihnachtsfeier innerhalb der Arbeitszeit stattfindet, kann niemand zum Feiern gezwungen werden. Will ein Mitarbeiter nicht teilnehmen, muss er aber ganz normal arbeiten.

Haben die Mitarbeiter das Recht, am Tag nach der Weihnachtsfeier später zur Arbeit kommen?

Der Gedanke ist durchaus nachvollziehbar, schließlich dauern Weihnachtsfeiern nicht selten bis in die späten Abendstunden. Trotzdem: Ohne eine anderweitige vorherige Absprache mit dem Arbeitgeber müssen die Mitarbeiter am nächsten Tag pünktlich zur Arbeit erscheinen.

Kann Fehlverhalten während der Weihnachtsfeier arbeitsrechtliche Konsequenzen haben?

Während der Weihnachtsfeier sollte ausgelassenes Feiern natürlich erlaubt sein. Aber auch wenn der Umgang miteinander lockerer als sonst ist, bleibt der betriebliche Charakter der Veranstaltung erhalten. Den Arbeitnehmern muss daher

bewusst sein, dass Fehlverhalten arbeitsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann. Belästigungen, verbale Entgleisungen oder Ähnliches können zu einer Abmahnung und in besonders schwerwiegenden Fällen sogar zu einer fristlosen Kündigung führen. Hierbei ist unerheblich, ob die Weihnachtsfeier während oder außerhalb der Arbeitszeit stattfindet. Auch ein übermäßiger Alkoholkonsum muss nicht als Rechtfertigung akzeptiert werden.

Ist die Weihnachtsfeier ein geldwerter Vorteil?

Die Weihnachtsfeier ist grundsätzlich eine Betriebsveranstaltung mit gesellschaftlichem Charakter, die bis zu einer Grenze von aktuell 110 Euro pro Mitarbeiter für die Arbeitnehmer steuer- und beitragsfrei ist. Im Rahmen der Weihnachtsfeier

werden häufig kleine Weihnachtsgeschenke überreicht. Ist das der Fall, müssen die Arbeitgeber beachten, dass diese bei der Frage der Steuerfreiheit berücksichtigt werden. In diesem Fall kann es schnell dazu kommen, dass die Grenze von 110 Euro insgesamt überschritten wird. ■

Autor

Rechtsanwalt Radoslaw Kleczar

Kleczar & Partner – Arbeitsrecht,
Rechtsanwälte und Steuerberater
Rizzastraße 51, 56068 Koblenz
Tel. 0261 / 91 24 666
kontakt@kleczar-partner.de
www.kleczar-partner.de

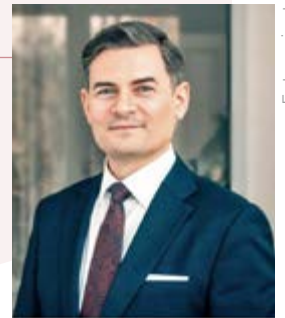


Foto: privat

Datenschutz: Bußgeld gegen Arztpraxis

Die Zahl der Datenschutzbeschwerden in Rheinland-Pfalz ist 2024 auf einen Rekordwert gestiegen. 1.111 Eingaben erreichten den Landesdatenschutzbeauftragten – rund ein Drittel mehr als im Vorjahr.

Text: Katrin Becker

Nach einer Hochrechnung könnte diese Zahl 2025 sogar noch getoppt werden. Zur Jahresmitte gab es bereits 666 Beschwerden. Der Landesdatenschutzbeauftragte Prof. Dr. Dieter Kugelman führt den Anstieg auf ein gestiegenes Bewusstsein der Bürgerinnen und Bürger für ihr Recht auf Datenschutz in Zeiten umfassender Digitalisierung zurück.

Datenschutzverstöße in Arztpraxis

Anlässlich eines Pressegesprächs präsentierte Kugelman eine breite Palette an Datenschutzbeschwerden, die er und seine Behörde im vergangenen Jahr bearbeiten mussten – darunter auch ein Fall aus dem Gesundheitswesen.

Im Landkreis Ahrweiler erhielt eine Patientin von einer Arztpraxis eine Honorarrechnung. Für eine angebliche Behandlung sollte sie 25,87 Euro zahlen. Das Kuriose: Die Patientin hatte die Praxis zuletzt zehn Jahre zuvor aufgesucht. Wie sich herausstellte, wurde die Rechnung aufgrund einer Namensähnlichkeit fälschlicherweise an diese Patientin gesendet.

Der Landesdatenschutzbeauftragte machte in diesem Fall mehrere Datenschutzverstöße aus: Die Praxis hätte die digitale und analoge Behandlungsdokumentation der früheren Patientin längst löschen bzw. vernichten müssen. Die Aufbewahrungsfrist liegt bei zehn Jahren. Zudem hatte die Praxis die Behandlungsdaten fehlerhaft zugeordnet und überdies ohne Einwilligung der Patientin an ein externes Abrechnungsunternehmen weitergegeben. Die Praxis musste daher ein vierstelliges Bußgeld zahlen. Dieser Fall zeige, so der Landesdatenschutzbeauftragte, die besondere Bedeutung der ordnungsgemäßen Datenverarbeitung im Gesundheitswesen. ■



Das Zahnärzte-Praxis-Panel: Ihre Unterstützung ist gefragt!

Das **Zahnärzte-Praxis-Panel** – kurz **ZäPP** – ist eine bundesweite Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation und zu den Rahmenbedingungen in Zahnarztpraxen. Rund 33.000 Praxen haben dafür die Zugangsdaten zur Befragung erhalten.

Sie haben auch Post bekommen? – Dann machen Sie mit!

- **Für den Berufsstand!** Das ZäPP dient Ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) als Datenbasis für Verhandlungen mit den Krankenkassen.
- **Vorteil für Sie!** Finanzielle Anerkennung für Ihre Mitarbeit.
- **Vorteil für Sie!** Kostenloses Online-Berichtsportal mit interessanten Kennzahlen und vielfältigen Vergleichsmöglichkeiten für Ihre Praxis.
- Wir garantieren **Vertraulichkeit und Schutz Ihrer Daten!**



Sie haben Fragen zum ZäPP?

Weitere Informationen im Internet unter

www.kzvrlp.de · www.kzbv.de/zaepp · www.zaep.de

Oder einfach den QR-Code mit dem Smartphone scannen.

Für Rückfragen bei Ihrer KZV:

Telefon: 06131 8927-133

E-Mail: kontakt@kzvrlp.de

Ansprechpartner: Jochen Kromeier



Die **Treuhandstelle** des mit ZäPP beauftragten **Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** ist unter der Rufnummer 0800 4005 2444 von Montag bis Donnerstag zwischen 8 und 16 Uhr und freitags von 8 bis 14 Uhr oder via E-Mail kontakt@zi-ths.de erreichbar.

Unterstützen Sie das ZäPP – in Ihrem eigenen Interesse!