

KZVAKTUELL

MITTEILUNGSBLATT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN
VEREINIGUNG RHEINLAND-PFALZ

Fokus

Lippenkrebs und Lippenrekonstruktion – Was muss der Zahnarzt wissen?

Abrechnung

Zahnersatz:
Hinweise zur Abrechnung

Politik

Gesetz zur Beitragssatzstabilisierung:
Kabinettsentwurf bedroht zahnärztliche Versorgung

Praxis

Formfehler in der Zahnarztpraxis

Position

- 3** Staunen

Abrechnung

- 4** Zahnersatz: Hinweise zur Abrechnung

KZV Rheinland-Pfalz

- 8** KZV-Vertreterversammlung: Robert Schwan in den Vorstand gewählt
- 10** KZV Rheinland-Pfalz: Neuer Vorstand stellt sich auf

Aktuell

- 11** Phishing-Angriff: Arztpraxis in Rheinland-Pfalz betroffen

Fokus

- 12** Lippenkrebs und Lippenrekonstruktion – Was muss der Zahnarzt wissen?

Rundschreiben

Wichtige Informationen für Zahnärzte und Praxisteams

Praxis

- 20** Gutachterwesen: Entscheidungskriterien im Planungsgutachten

Aktuell

- 25** Zahnimplantate: DGZMK aktualisiert zwei Leitlinien

Politik

- 26** Gesetz zur Beitragssatzstabilisierung: Kabinettsentwurf bedroht zahnärztliche Versorgung
- 30** Gesundheitsversorgung: Landesregierung will ein verlässliches Gesundheitswesen

Praxis

- 32** Formfehler in der Zahnarztpraxis

Aktuell

- 33** Genug geknirscht: Bruxismus-Leitlinie überarbeitet
- 34** Mundgesundheitsstudie: Prävention verbessert Mundgesundheit ein Leben lang

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 06131/8927-222
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: Intelligent Horizons/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:
17.08.2026

Staunen

Der Entwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz lässt einen staunend zurück.

Staunen über so viel Kurzsichtigkeit.
Staunen über so viel Ideologie.
Staunen über so viel Unehrllichkeit.

Keine Frage, die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen neu geordnet werden und Sie dürfen von mir nicht erwarten, dass ich mich in den Chor derer einreihe, die sich auf ein „Nicht bei uns!“ beschränken.

Wir hätten ein paar Tipps für die Politik:

Schafft in der Koalition endlich Voraussetzungen für echtes Wirtschaftswachstum. Die Einnahmenseite der GKV so zu stärken, übertrifft in der Wirkung jede Budgetierung.

Schafft endlich konsequent nachweislich verzichtbare Bürokratie ab. Sie lähmt nicht nur den Praxisalltag; die in das Bruttoinlandsprodukt einfließenden Personalkosten der öffentlichen Verwaltungen beschönigen zudem die wirtschaftliche Lage.

Macht bei den Budgetierungsträumen wenigstens einen Bogen um alle präventiv wirksamen Behandlungen, wie zum Beispiel die Parodontitisbehandlungstrecke, der gesellschaftliche Return on Investment hat einen gigantischen Hebel. Soweit sollte man zu denken bereit sein.

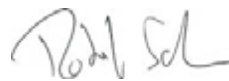
Und greift nicht immer wieder ideologisch getrieben in die Selbstverwaltung ein. Keine noch so große öffentliche Verwaltung wäre in der Lage, die Arbeit der Selbstverwaltung auch nur vergleichbar effizient und sachgerecht zu übernehmen.

Und dann ist da noch der Punkt, der gar nicht geht: die kieferorthopädisch tätigen Kolleginnen und Kollegen entlang formalistischer Kriterien aufzuspalten in solche, die es angeblich können und die, die es angeblich nicht können. Durch nichts belegt, der Reputationsschaden ist schon eingetreten. Wenn ihr sparen wollt, dann seid so ehrlich und nennt das auch so und postuliert nicht ein Qualitätsproblem als Versteck für eure Absichten! Nachdenken über die Folgen für die Versorgung wäre auch schick gewesen.

Details finden Sie weiter hinten in dieser Ausgabe.

Bleiben Sie tapfer!

Ihr



Robert Schwan

stv. Vorsitzender des Vorstandes



„Wir staunen über so viel Kurzsichtigkeit, Ideologie und Unehrllichkeit.“

Zahnersatz: Hinweise zur Abrechnung

So klappt die Abrechnung Ihrer Zahnersatzleistungen reibungslos: Hier finden Sie wichtige Hinweise kompakt zusammengefasst.

Text: Geschäftsbereich Abrechnung der KZV Rheinland-Pfalz

Zuordnung der Klammern (BEL-Nr./BEMA)

Hinweise sowie die korrekte Zuordnung der Klammern.

Bitte beachten Sie bei der Erstellung Ihrer Anträge auf Zahnersatz die nachfolgenden

BEL-Nr.	Leistungsbezeichnung	Zahnärztliches Honorar/BEMA-Nr.	Bemerkung
202-1	Einarmige gegossene Haltevorrichtung	Kein Honorar	
202-5	Kralle (gegossen)	Kein Honorar	
202-6	Ney-Stiel (gegossen)	Kein Honorar	
202-7	Auflage (gegossen)	98f	Bei der Neuanfertigung einer Interimsprothese/endgültigen Kunststoffprothese oder bei Wiederherstellungen, dann jedoch nur bei einer Neuplanung der Klammer
203-1	Zweiarmige gegossene Haltevorrichtung	98f	Bei der Neuanfertigung einer Interimsprothese/endgültigen Kunststoffprothese oder bei Wiederherstellungen, dann jedoch nur bei einer Neuplanung der Klammer
204-1	Zweiarmige gegossene Halte- und Stützvorrichtung mit Auflage	98h	Bei der Neuanfertigung einer Modellgussprothese oder bei Wiederherstellungen, dann jedoch nur bei Neuplanung der Klammer
205-0	Bonwillklammer (gegossen)	98h	Bei der Neuanfertigung einer Modellgussprothese oder bei Wiederherstellungen, dann jedoch nur bei Neuplanung der Klammer
380-0	Einfach gebogene Halte-/ Stützvorrichtung	Kein Honorar	
380-5	Gebogene Auflage	98f	Bei der Neuanfertigung einer Interimsprothese/endgültigen Kunststoffprothese oder bei Wiederherstellungen, dann jedoch nur bei einer Neuplanung der Klammer
381-0	Sonstige gebogene Halte-/Stützvorrichtung	98f	Bei der Neuanfertigung einer Interimsprothese/endgültigen Kunststoffprothese oder bei Wiederherstellungen, dann jedoch nur bei einer Neuplanung der Klammer

Abformung mit individuellem oder individualisiertem Löffel/ Funktionsabformung

Bitte achten Sie darauf, dass die jeweilige BEL-Nr. der entsprechenden BEMA-Nr. zugeordnet wird:

BEMA-Nr. 98a	→ BEL-Nr. 021-1
BEMA-Nr. 98b/98c	→ BEL-Nr. 021-2

Wird ein konfektionierter Löffel individualisiert (BEMA-Nr. 98a), ist das hierfür verwendete Material über die Kategorienummer 5999 abzurechnen. Die Individualisierung eines konfektionierten Löffels muss zudem im Bemerkungsfeld dokumentiert werden, da die BEMA-Nr. 98a andernfalls nicht nachvollziehbar bzw. nachgewiesen ist. Eine Leistung nach BEMA-Nr. 98a kann je Kiefer auch neben Kronen- und Brückenversorgungen berechnet werden, jedoch nicht im Zusammenhang mit einer Einzelkrone (BEMA-Nr. 20).

Angaben zur Art der Reparatur/ Wiederherstellung

Wir haben festgestellt, dass das Bemerkungsfeld bei Wiederherstellungen von Zahnersatz nicht mehr im erforderlichen Umfang genutzt wird. Daher weisen wir darauf hin, dass bei Wiederherstellungen die Art der Reparatur unter „Bemerkungen“ einzutragen ist und zusammen mit der Abrechnung übermittelt werden muss.

Da uns über die XML-Datei keinerlei Texte oder Vermerke des Labors übermittelt werden, ist das Bemerkungsfeld bei der Übermittlung der Abrechnung eindeutig und vollständig auszufüllen. So ist beispielsweise bei der Erneuerung einer Verblendung im Bemerkungsfeld stets anzugeben, um welche Region bzw. welchen Zahn es sich handelt und ob eine vestibuläre Verblendung oder eine Vollverblendung vorliegt. Darüber hinaus ist anzugeben, ob die Verblendung an einer Einzelkrone, einer Teleskopkrone, einem Brückenanker, einem Brückenglied oder einer Rückenschutzplatte/aufgefüllten Teleskopkrone erneuert wurde. Nur auf diese Weise ist ein Abgleich zwischen Festzuschuss, BEMA-Nr. und GOZ auf der einen sowie BEL/BEB der Fremd- und Eigenlaborrechnung auf der anderen Seite möglich.

Ist eine Prüfung anhand der Dokumentation nicht möglich, müssen die betreffenden Fälle abgelehnt/gelöscht werden. Um eine Löschung der

Fälle zu vermeiden, bitten wir um eine vollständige und nachvollziehbare Dokumentation.

BEMA-Nr. 89 (Einschleifmaßnahmen)

Die BEMA-Nr. 89 ist ausschließlich für die Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor der Eingliederung von Prothesen und Brücken berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit der alleinigen Versorgung mit Einzelkronen (BEMA-Nr. 20) ist die BEMA-Nr. 89 nicht abrechnungsfähig.

Gemäß den Abrechnungsbestimmungen zur BEMA-Nr. 89 kann diese Gebührennummer zudem nicht für das Einschleifen von Zähnen zur Aufnahme von Halte- und/oder Stützvorrichtungen angesetzt werden. Diese Leistungen sind bereits mit der Abrechnung der BEMA-Nrn. 98f bzw. 98h abgegolten. Darüber hinaus ist die BEMA-Nr. 89 auch nicht im Zusammenhang mit Ober- und Unterkiefer-Totalprothesen sowie Cover-Denture-Prothesen berechnungsfähig.

BEL-Nr. 210-0 (Lösungshilfe)

Die BEL-Nr. 210-0 (Lösungshilfe für Kombinationszahnersatz) ist ausschließlich dem Festzuschuss 3.2 zugeordnet. Wurde die BEL-Nr. 210-0 gemäß Eigen- oder Fremdlaborabrechnung im Rahmen einer Cover-Denture-Prothese berechnet, ist diese Position in die BEB zu überführen. Durch diese Änderung ist der Fall als gleichartige Versorgung einzustufen. Ein Entfernen der BEL-Nr. 210-0 aus der Eigen- oder Fremdlaborabrechnung mit dem alleinigen Ziel, den Fall weiterhin als Regelversorgung einzustufen zu können, ist nicht zulässig.

BEL-Nr. 201-0 (Metallbasis/Retentionsgitter/ Retentionsbügel)

Die BEL-Nr. 201-0 (Metallbasis) ist bei einer Cover-Denture-Prothese/Totalprothese nur dann mit der BEMA-Nr. 98e sowie dem Festzuschuss 4.5 in Ansatz zu bringen, wenn eine medizinische Begründung vorliegt. Wird eine Metallbasis ohne medizinische Begründung eingearbeitet, beispielsweise auf Wunsch des Patienten, ist die BEMA-Nr. 97a/b in die GOZ zu setzen. Die Abrechnung der Prothese erfolgt dann im Fremd- oder Eigenlabor über die BEB. In diesem Fall ist weder die BEMA-Nr. 98e noch der Festzuschuss 4.5 ansetzbar. Wurde eine kombiniert parodontal-gingival abgestützte Modellgussprothese hergestellt, ist die BEMA-Nr. 96a-c sowie die BEMA-Nr. 98g in Ansatz zu bringen. Der Festzuschuss 4.5 sowie die BEMA-Nr. 98e sind in diesem Zusammenhang nicht berechnungsfähig.

Für die Herstellung eines gegossenen Retentionsgitters oder eines gegossenen Retentionsbügels (muss im Bemerkungsfeld dokumentiert werden) bei einer Cover-Denture-Prothese ist ebenso die BEL-Nr. 201-0 abrechenbar, jedoch ist hierfür weder der Festzuschuss 4.5 noch die BEMA-Nr. 98e ansetzbar. Hierbei handelt es sich um eine rein labortechnische Leistung.

Im Bemerkungsfeld ist zu dokumentieren, welche Versorgung tatsächlich gefertigt wurde, damit eine korrekte Zuordnung und Prüfung erfolgen kann.

Gleichartige Versorgungen (GOZ/BEB)

Wird die Anfertigung von Zahnersatz nach der GOZ berechnet (zum Beispiel bei vollverblenden Teleskopkronen), sind sämtliche dazugehörigen zahntechnischen Leistungen nach der BEB und nicht nach der vertragszahnärztlichen BEL abzurechnen.

Überprüfung der Eigen- und Fremdlaborrechnung

Bei der Abrechnung muss immer ein Abgleich mit der Eigen- und Fremdlaborrechnung erfolgen. Es ist sicherzustellen, dass alle aufgeführten BEL-/BEB-Leistungen mit den entsprechenden Festzuschüssen sowie den erforderlichen BEMA-Nrn. bzw. GOZ-Leistungen beantragt wurden.

Beispiel:

Eine Oberkiefer-Cover-Denture-Prothese wurde nach Abdrucknahme zur Unterfütterung mit funktioneller Randgestaltung in das Eigen- beziehungsweise das Fremdlabor gegeben. Hierfür wurde der Festzuschuss 6.7 sowie die BEMA-Nr. 100e in Ansatz gebracht.

Auf der Laborrechnung sind die BEL-Nrn. 001-0 (Modelle), 011-2 (Fixator) sowie 809-0 (Unterfütterung) aufgeführt. Zusätzlich wurden jedoch folgende BEL-Leistungen berechnet:

801-0	Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung einer Prothese
802-1	Leistungseinheit Sprung
802-4	Leistungseinheit Basisteil Kunststoff

Die zusätzlich berechneten BEL-Leistungen weisen auf weitere erbrachte Leistungen hin, für die ein entsprechender zusätzlicher Festzuschuss zu beantragen ist. Die Abrechnung ist daher entsprechend zu überprüfen und zu korrigieren.

Zudem ist die Dokumentation im Bemerkungsfeld an den tatsächlichen Sachverhalt anzupassen und um die durchgeführten Maßnahmen entsprechend zu ergänzen. Ist eine Prüfung anhand der Dokumentation nicht möglich, müssen die betreffenden Fälle abgelehnt/gelöscht werden.

Um eine Löschung der Fälle zu vermeiden, bitten wir um eine vollständige und nachvollziehbare Dokumentation.

Stützstiftregistrierung (FZ 4.9/BEMA-Nr. 98d)

Die Stützstiftregistrierung kann immer nur im Zusammenhang mit der BEMA-Nr. 97a/97b in Ansatz gebracht werden.

Bei einer **Totalprothese (BEMA-Nr. 97a bzw. 97b)** müssen diese BEL-Nrn. abgerechnet werden:

BEL 011-2 - Einstellen in Fixator	→ 1x
BEL 020-1 - Vorbissnahme	→ je Prothese 1x berechnungsfähig
BEL 021-4 - Stützstiftregistrierung	→ generell 2x
BEL 022-0 - Bisswall	→ generell 1x
BEL 023-0 - Registrierplatte und -stift auf Basen zuzüglich Materialkosten	→ generell 1x
BEL 021-5 - Basis für Aufstellung	→ je Prothese 1x berechnungsfähig

Der Ansatz der BEL-Nrn. 021-3 und 022-0 zusätzlich zu der BEL-Nr. 021-4 ist hier ausgeschlossen!

Bei einer **Cover-Denture-Prothese/schleimhautgetragenen Deckprothese (BEMA-Nr. 97a bzw. 97b)** müssen diese BEL-Nrn. abgerechnet werden:

BEL 011-2 - Einstellen in Fixator	→ 1x
BEL 020-1 - Vorbissnahme	→ je Prothese 1x berechnungsfähig
BEL 021-4 - Stützstiftregistrierung	→ generell 2x
BEL 022-0 - Bisswall	→ generell 1x
BEL 023-0 - Registrierplatte und -stift auf Basen zuzüglich Materialkosten	→ generell 1x
BEL 021-5 - Basis für Aufstellung	→ je Prothese 1x berechnungsfähig
BEL 021-3 - Bissregistrierung	→ je Prothese 1x berechnungsfähig
BEL 022-0 - Bisswall	→ je Prothese 1x berechnungsfähig

Der zusätzliche Ansatz der BEL-Nrn. 021-3 und 022-0 ist hier zulässig, da diese für die Ermittlung der Bissverhältnisse für die Teleskopkronen erforderlich sind!

Wiederherstellung ohne Abformung – BEL-Nr. 012-0 nicht berechnungsfähig

Wird eine Reparatur ohne Abformung nach Festzuschuss 6.1 und BEMA-Nr. 100a durchgeführt, ist die BEL-Nr. 012-0 (Einstellen in Mittelwertartikulator) nicht berechnungsfähig, da diese Leistung dem Festzuschuss 6.1 nicht zugeordnet ist. Dies gilt auch dann, wenn der Ober- und Unterkiefer bereits mit Cover-Denture-Prothesen beziehungsweise Totalprothesen versorgt sind und beide Versorgungsmöglichkeiten an das Labor übersandt werden. Dort werden anhand der mitgelieferten Prothesen zwei Modelle hergestellt und diese anschließend in einen Mittelwertartikulator eingestellt. Auch in diesem Fall entsteht hierdurch keine zusätzliche Berechnungsfähigkeit der BEL-Nr. 012-0.

BEL-Nr. 384-0 – Zahn zahnfarben hinterlegt

Die zahntechnische Leistung ist nur innerhalb der Verblendgrenzen – im Oberkiefer von 15–25 und im Unterkiefer von 44–34 – im Rahmen der Regelversorgung abrechnungsfähig. Bei Totalprothesen (Festzuschüsse 4.2/4.4) sowie Interimsversorgungen (Festzuschüsse 5.1–5.4) ist die BEL-Nr. 384-0 nicht berechnungsfähig, da diese Leistung den entsprechenden Festzuschüssen nicht zugeordnet ist. Werden Zähne außerhalb dieser Verblendgrenzen zahnfarben hinterlegt oder bei Totalprothesen/Interimsversorgungen berechnet, liegt keine Regelversorgung mehr vor; die Versorgungsart wird dadurch gleichartig. In diesem Fall ist die BEL-Nr. 384-0 über die BEB und nicht über die vertragszahnärztliche BEL abzurechnen. ■

CIRS dent



Jeder Zahn zählt



KZBV
Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

Das **Online Berichts- und Lernsystem** von Zahnärzten für Zahnärzte.
Ein wichtiger Baustein für Ihr Praxis-QM mit über 200 Erfahrungsberichten.

Jetzt mitmachen!

- Berichtsdatenbank
- anonym berichten
- Feedback-Funktion

www.cirsdent-jzz.de



KZV-Vertreterversammlung: Robert Schwan in den Vorstand gewählt

Zahnarzt Robert Schwan ist neuer stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz. Die Vertreterversammlung wählte ihn Ende April in Mainz ins Amt. Gemeinsam mit der Vorstandsvorsitzenden Dr. Christine Ehrhardt leitet er nun die Organisation der rheinland-pfälzischen Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte.

Text: Katrin Becker

Der Zahnarzt aus Koblenz erhielt bei der geheimen Wahl 22 der 40 Delegiertenstimmen und setzte sich damit gegen seinen Mitbewerber Dr. Kai-Peter Zimmermann, Oralchirurg aus Ludwigshafen, durch. Die Neuwahl eines stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden war notwendig geworden, da Vorgängerin Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth ihr Amt aus persönlichen Gründen frühzeitig niedergelegt hatte. Die laufende Amtsperiode des Vorstands endet am 31. Dezember 2028.

Nach seiner Wahl dankte Schwan den Delegierten für ihr Vertrauen und warb für eine gute Zusammenarbeit. „Ich habe eine präzise Vorstellung über die Dinge, die zu tun sind. Die vergangenen



Von der Vertreterversammlung in den Vorstand:
Robert Schwan ist neuer stellvertretender Vorsitzender der KZV Rheinland-Pfalz.

Vertreterversammlung in Kürze

Satzungsausschuss: Dr. Jens Vaterrodt hat seinen Sitz im Satzungsausschuss niedergelegt. Die Delegierten wählten Dr. Maike Kathrin Kurz neu in das Gremium.

Disziplinarausschuss: Die Sitzungstermine des Disziplinarausschusses sollen verstetigt werden. Deshalb bedarf es zusätzlicher stellvertretender Mitglieder. Der Ausschuss setzt sich nun wie folgt zusammen: Rechtsanwalt Sebastian Kierer (Vorsitzender), Rechtsanwältin Sophie A. Eickhoff (stv. Vorsitzende); Mitglieder: Dr. Christian Brandstätter M. Sc. M. Sc., Matthias Gloede, Dr. Franz-Werner Krieger, Dr. Carmen Werling; Stellvertreter: Dr. Andreas Bensch, San.-Rätin Dr. Kerstin Bienroth, Dr. Maximilian Blume, Florian Dehne, Dr. Markus Esch, Dr. Patricia Lowin, Dr. Gerrit Meyer, Dr. Dr. Thomas Morbach, Dr. Uwe Müller, Dr. Walter Stelter, Dr. Christoph Weiler.

Termin: In diesem Jahr tagt die Vertreterversammlung noch einmal am 5. Dezember 2026 in Mainz.



Das neue Führungsquartett der KZV Rheinland-Pfalz: Robert Schwan, Dr. Christine Ehrhardt, Dr. Jens Vaterrodt, Dr. Kai-Peter Zimmermann (von rechts)

Fotos: KZV RLP

Jahre waren eine intensive Schule für die Arbeit in der KZV“, sagte er. Schwan war im November 2022 zum Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KZV Rheinland-Pfalz gewählt worden. Dieses Amt legte er mit der Wahl in den Vorstand nieder. Zum neuen Vorsitzenden der Vertreterversammlung wurde anschließend Dr. Jens Vaterrodt, zu seinem Stellvertreter Dr. Kai-Peter Zimmermann gewählt.

Seit drei Jahrzehnten berufspolitisch aktiv

Zahnarzt Robert Schwan, Jahrgang 1964, studierte Zahnmedizin in Bonn. Nach seinem Grundwehrdienst als Sanitätsoffizier und seiner Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Unizahnklinik Bonn, Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie, ließ er sich 1996 in eigener Praxis in Koblenz nieder. Seither engagiert er sich in vielfältigen Funktionen für den zahnärztlichen Berufsstand sowohl innerhalb der Zahnärztekammern als auch bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Bei der KZV Rheinland-Pfalz war er zuletzt Vorsitzender der Vertreterversammlung, der er seit 2017 angehörte. Darüber hinaus war Robert Schwan 19 Jahre Mitglied des Vorstands der Bezirkszahnärztekammer Koblenz, deren Vorsitz er vier Jahre innehatte. Auch bei der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz brachte er sich mehr als ein Jahrzehnt aktiv

ein: als Vorstandsmitglied, als Referent für Praxisführung und Hygiene sowie als Vorsitzender der Zahnärztlichen Stelle. Diese Positionen legte er nach seinem Wechsel in den Vorstand der KZV Rheinland-Pfalz nieder. Auf Bundesebene wirkt er seit vielen Jahren im Ausschuss „Praxisführung und Hygiene“ der Bundeszahnärztekammer mit und ist Mitglied im Deutschen Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin. ■

Das Wohl der KZV und der Zahnärzteschaft im Blick

Sanitätsrätin Dr. Kerstin Bienroth ist zum 31. März 2026 auf eigenen Wunsch von ihrer Position als stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes zurückgetreten. „Ich war stolz, Ihre stellvertretende Vorsitzende zu sein“, sagte sie anlässlich ihrer Verabschiedung. „Meinem Nachfolger wünsche ich alles Gute.“

Dr. Christine Ehrhardt, Vorsitzende des Vorstandes, blickte auf die mehr als drei gemeinsamen Jahre im Vorstand zurück. Insbesondere die Anfechtungsklage gegen ihrer beider Wahl, die Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes und die Reform des Notdienstes seien prägende Herausforderungen ihrer gemeinsamen Amtszeit gewesen. „Es waren keine einfachen Jahre, aber wir haben die KZV in dieser Zeit strukturell und personell gefestigt und so aufgestellt, dass sie auch kommenden Herausforderungen standhalten kann“, unterstrich Ehrhardt. Sie danke ihrer ehemaligen Vorstandskollegin für ihre Loyalität gegenüber der Zahnärzteschaft und der KZV und gegenüber ihr selbst. „Du hast nie deine eigenen Interessen in den Vordergrund gestellt, sondern dein Blick galt immer dem Wohl der Kollegenschaft und KZV, in deren Dienst du dich gestellt hast. Dafür danken wir dir“, so Ehrhardt.

KZV Rheinland-Pfalz: Neuer Vorstand stellt sich auf

Seit Mai führen Dr. Christine Ehrhardt und Robert Schwan die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) Rheinland-Pfalz gemeinsam. Sie haben klare Zuständigkeiten.

Text: Katrin Becker

Geschäftsverteilungsplan des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz

Gemeinsame Zuständigkeiten

- » Standespolitik
- » Gesamtverantwortung
- » Disziplinarwesen
- » Datenschutz/
- » Vertragswesen
- » Haushalt
- » ZIT
- » Informationssicherheit
- » Öffentlichkeitsarbeit
- » Compliance

Zuständigkeiten

Dr. Christine Ehrhardt

Vorsitzende des Vorstandes



- » Zahnärztliche Abrechnung
- » Prüfstelle/Wirtschaftlichkeitsprüfung
- » Widerspruchsstelle
- » Gutachterwesen
- » Stelle nach § 81a SGB V
- » Personal
- » Jugendzahnpflege

Zuständigkeiten

Robert Schwan

Stv. Vorsitzender des Vorstandes



- » Finanzen/Finanzanlagen
- » Zulassungswesen
- » IT sowie Telematikinfrastruktur
- » Innere Verwaltung
- » Zahnärztlicher Notdienst
- » Vertragszahnärztliche Fortbildung
- » Qualität
- » Patienteninformationsstelle
- » Alters- und Behindertenzahnheilkunde
- » AS Akademie

Phishing-Angriff: Arztpraxis in Rheinland-Pfalz betroffen

Längst sind nicht mehr nur Großkonzerne von Cyberangriffen betroffen, sondern zunehmend auch mittelständische und kleine Unternehmen. Selbst Arztpraxen sind davor nicht gefeit, wie ein Fall aus Rheinland-Pfalz zeigt.

Text: Katrin Becker

Wie die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) mitteilte, wurde eine Arztpraxis in Rheinland-Pfalz Opfer eines Cyberangriffs. Unbefugte Dritte hätten sich über eine gefälschte E-Mail („Phishing“) Zugang zum E-Mail-Postfach einer Mitarbeiterin verschafft.

Dadurch konnten die Angreifer E-Mails mitlesen, Inhalte kopieren und Nachrichten verfälschen, um Empfänger zu betrügerischen Zahlungen zu verleiten („Spear Phishing“). Bis zum 30. April 2026 hätten personenbezogene Daten wie Name, Vorname und E-Mail-Adresse eingesehen werden können.

Nach Bekanntwerden des Vorfalls habe die betroffene Praxis sofort reagiert und folgende Schritte eingeleitet:

- » Sperrung und Zurücksetzung des betroffenen Zugangs
- » forensische IT-Analyse zur Klärung der Ursache und des Umfangs
- » Meldung an die Datenschutzbehörde
- » Meldung an das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI)
- » Anzeige bei der Polizei, Zentrale Ansprechstelle Cybercrime (ZAC) Rheinland-Pfalz

Die KV RLP warnt, dass auch andere Praxen in diesem Zusammenhang gefälschte E-Mails erhalten könnten, die scheinbar von bekannten Personen der Einrichtung stammen. Angreifer nutzen oft echte Gesprächsverläufe oder bekannte Namen, um Vertrauen zu erzeugen. Die KV RLP rät deshalb, aufmerksam zu sein und verdächtige Nachrichten kritisch zu prüfen. ■

Tipps der KV RLP: Cyberattacken verhindern

- » Spielen Sie Updates für Betriebssystem, Antivirensoftware und weitere sicherheitsrelevante Anwendungen zeitnah ein. Nur so werden bekannt gewordene Schwachstellen zuverlässig geschlossen.
- » Seien Sie aufmerksam bei unerwarteten oder ungewöhnlichen E-Mails – auch wenn der Absendername vertraut wirkt.
- » Prüfen Sie die Absenderadresse sorgfältig, nicht nur den angezeigten Namen.
- » Klicken Sie keine Links an und öffnen Sie keine Anhänge, wenn Ihnen etwas verdächtig erscheint.
- » Verifizieren Sie zweifelhafte Nachrichten telefonisch oder über bekannte Kontaktwege.
- » Ändern Sie Passwörter, die jemals per E-Mail übermittelt wurden.
- » Überwachen Sie Ihre Konten auf ungewöhnliche Aktivitäten.
- » Melden Sie verdächtige E-Mails sofort an Ihre IT-Verantwortlichen beziehungsweise Dienstleistungsunternehmen.

Lippenkrebs und Lippenrekonstruktion – Was muss der Zahnarzt wissen?

Hautkrebs zählt zu den häufigsten Krebsarten. Das sonnenexponierte Gesicht und mit ihm die Lippen sind besonders stark betroffen. Zahnärzte können einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung und Therapie von Lippentumoren leisten.

Text: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Hendrik Terheyden

Lippenkrebs und seine Vorstufen liegen im Arbeitsfeld der Zahnärzte, die durch Überweisung an eine Praxis oder Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung oder Behandlung leisten können. Die meisten Fälle von Lippenkrebs sind Karzinome, die von der epithelialen Bedeckung der Lippen ausgehen. Histologisch handelt es sich in der Regel beim Unterlippenkarzinom um verhornende Plattenepithelkarzinome, die im Bereich der äußeren Haut auch Spinaliome genannt werden (Spina = Stachel, von der Stachelzellschicht des Plattenepithels ausgehende Tumoren). In der Oberlippe ist das Basalzellkarzinom relativ häufig. Lippenkrebs kann an beiden Lippen auftreten, entsteht jedoch meistens im besonders sonnenexponierten Mittelteil der Unterlippe. Bei der Bestrahlung mit ultravioletter (UV) Licht spielt neben Sonnenbränden die chronische im Leben kumulierte UV-Dosis eine wichtige Rolle. Die wiederkehrende UV-Bestrahlung erzeugt eine aktinische Cheilitis als Präkanzerose. Diese Erkrankung ist anfangs durch spröde rissige Lippen geprägt,

später kommen fleckige atrophische rote Areale neben Leukoplakien abwechselnd mit fest anhaftenden keratotischen Plaques vor, die auch bluten können (Abb. 1). Die aktinische Cheilitis wird in drei Schweregrade eingeteilt und bedeutet als Präkanzerose beziehungsweise Carcinoma in situ immer eine Behandlungsindikation. Insofern ist die Endung -itis bei Cheilitis eine Untertreibung beziehungsweise eine Fehlbezeichnung. Der Übergang zum etablierten Karzinom ist histologisch erkennbar am Durchbruch der Basallamina und klinisch an der palpatorischen Krebs Härte und einem Ulkus mit erhabenen Randwällen (Abb. 2).

Risikofaktoren und Vorbeugung

Chronisch sonnenexponierte Personen, insbesondere aus Berufen wie beispielsweise Dachdecker oder Seeleute, sind besonders gefährdet. Das Rauchen, speziell der direkte Kontakt der Lippen zur Zigarette, stellt unabhängig von der Gesamtmenge des Tabakkonsums einen nachgewiesenen Risikofaktor für das Lippenkarzinom



Abb. 1: Beim Abhalten der Lippen zeigt sich die Leukoplakie im Vergleich zur dahinter liegenden Mundschleimhaut. Diese Erkrankung ist als Präkanzerose dringend behandlungsbedürftig.



Abb. 2: Übergang in ein Lippenkarzinom, das Ulkus tastet sich hart (Krebshärte) und zeigt erhabene Randwälle.

dar. Das relative Risiko, an Lippenkrebs zu erkranken, ist für Patienten, die wegen einer Organtransplantation unter Immunsuppression stehen, nach einer US-amerikanischen Studie um den Faktor 15,3 gegenüber der Normalbevölkerung erhöht. Papillomviren (HPV 16) sind für das Lippenkarzinom ebenfalls ein nachgewiesener Risikofaktor, spielen aber eine größere Rolle für die weiter hinten im Rachen gelegenen Tumore. Die Verhornung der Lippen und von großen Teilen der vorderen Mundhöhle verhindert oft als Barriere das Vordringen der Viren in die Basalzellschicht, wo die Zellteilungen stattfinden.

Der wichtigste Aspekt der Vorbeugung des Lippenkarzinoms besteht in der Vermeidung von Akutereignissen wie Gletscherbrand beim Skilaufen und in der lebenslangen Verringerung der kumulativen UV-Dosis durch Sonnenschutz und Lippenpflegeprodukte mit physikalischen und chemischen UV-Filtern.

Inzidenz und Prognose

Lippenkrebs ist im klinischen Alltag relativ häufig. Allerdings ist es schwierig, exakte Zahlen zu nennen, denn weltweit werden meistens Inzidenzen für Lippen- und Mundhöhlenkrebs gemeinsam benannt. Die weltweite Inzidenz für Lippen- und Mundhöhlenkrebs beträgt rund 6,8 Männer und 3,1 Frauen auf 100.000 Einwohner pro Jahr. Die Todesrate beträgt 3,3 für Männer und 1,5 für Frauen. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate ist stark stadienabhängig und beträgt global durchschnittlich rund 50 Prozent. Der Lippen- und Mundhöhlenkrebs gehört also in die Gruppe der vergleichsweise malignen Krebsarten.

Die deutschen Krebsregisterdaten, die vom Robert Koch-Institut veröffentlicht werden, differenzieren nicht zwischen Mundhöhle, Rachen und Lippen. Diese drei Entitäten machen zusammen etwa 13.500 Neuerkrankungen in Deutschland pro Jahr aus, wobei die Inzidenz insgesamt bei 22,3/100.000 Menschen für Männer und 10,4/100.000 Menschen für Frauen liegt. Die

Sterberaten liegen bei 9,3 für Männer und 3,5 für Frauen, was im Vergleich zu den weltweiten Zahlen für eine etwas geringere Mortalität spricht. Beide Abweichungen von den weltweiten Zahlen können mit einer höheren Erkennungs-, speziell Früherkennungsrate, in Deutschland zusammenhängen. Überhaupt ist die Früherkennung entscheidend für die Prognose. Diese beträgt im Stadium I für das Lippenkarzinom bei korrekter Behandlung nahezu 100 Prozent.

Anatomische Aspekte

Die Lippen sind mit einem Ringmuskel ausgestattet, der jeweils an beiden Mundwinkeln im Modiolus geteilt beziehungsweise aufgehängt ist. Im Modiolus wird der Mundwinkel durch die mimischen Muskeln Mm. risorii und zygomatici nach hinten und oben gezogen. Durch diese Anordnung ist der Mund kein kreisrundes Loch, wie bei einem reinen Ringmuskel zu erwarten wäre, sondern eine quer verlaufende Mundspalte. Die genannten Muskeln, zu denen noch der M. buccinator als Lippenbefestigung am Alveolarfortsatz hinzukommt, werden alle von der Seite aus der Tiefe kommend vom Nervus facialis innerviert. Diese Innervationsrichtung erleichtert die plastische Deckung von Defekten, denn Schnitte in der oberflächlichen Wangenhaut verletzen nicht die Nerven und erlauben einen Transport funktionell innervierter Muskelfasern von der Seite zur Mitte. Auf diese Weise können unter Ausnutzung der Lippenelastizität bis zu zwei Drittel der Lippenlänge durch ortsständige Muskulatur und Haut ersetzt werden. Die Blutversorgung der Lippen erfolgt unter anderem durch ein konstantes, unter der Lippeninnenschleimhaut laufendes Ringgefäß, die Arteria labialis superior und inferior, was wiederum arterielle Schwenklappen aus der Gegenlippe ermöglicht.

Auf der Außenseite im Lippenweiß liegt ein verhorntes Epithel, wogegen die Lippeninnenseite von einer unverhornten Schleimhaut bedeckt wird. Im Lippenrot erfolgt kontinuierlich der Übergang zwischen beiden Epithelarten in Form einer nach innen abnehmenden Verhornung. Das Lip-

penrotepithel ist durch tiefe Reteleisten besonders stark im Korium verankert. Dort, wo die Zwischenräume der Reteleisten weit nach oben treten, ist das Epithel sehr dünn, und weitlumige Kapillaren verleihen den Lippen ihre rötliche Farbe. In diesen Bereichen ist das dünne Lippenrotepithel empfindlich gegenüber physikalischen und chemischen Einflüssen wie UV-Strahlen, Trockenheit und Kälte. Lippenkarzinome treten in allen drei Bereichen auf, im verhornenden Lippenweiß, im Übergang und in der Lippenschleimhaut.

Funktionelle und zahnmedizinische Aspekte

Eine wichtige Funktion der Lippen ist die Abdichtung der feuchten Mundhöhle gegen die Außenwelt. Eine Speichelinkontinenz der Lippen kann zum Beispiel durch Paresen, Muskelschwäche, starke Alveolarkammatrophy oder Defekte entstehen und ist eine schwere Beeinträchtigung der Lebensqualität. Folgezustände der Lippeninkontinenz sind nicht nur der Austritt von Speichel und Nahrung aus dem Mund, sondern häufig auch eine Candidiasis (Perlèche) oder periorale Ekzeme, denn die äußere Haut ist nicht für eine ständige Befeuchtung vorgesehen. Ein Behandlungsziel einer Lippenrekonstruktion ist neben der Gesichtsästhetik stets die Lippenkontinenz. Lippenkontinenz setzt eine korrekte Lippenposition, ausreichende Lippenlänge und Volumen, eine funktionelle Lippenmuskulatur und möglichst eine ungestörte Lippenfeinsensibilität voraus. Besonders für den ersten Punkt, die korrekte Lippenposition, kommt dem Zahnarzt Verantwortung zu, denn die Lippen funktionieren nur zuverlässig, wenn die Lippen von innen auf den Alveolarfortsätzen und den Zähnen abgestützt sind. Fehlt diese Abstützung, ist sie durch zahnärztlich prothetische Maßnahmen wiederherzustellen. Diese Maßnahmen können auch Zahnimplantate und die Augmentation des Alveolarfortsatzknochens involvieren.

Therapie des Lippenkarzinoms inklusive Lymphknotenbehandlung

Die aktinische Cheilitis kann wie andere aktinische Keratosen des Gesichts zunächst konservativ durch Sonnenschutz, Salben (topische Präparatio-

nen von Diclofenac/Hyaluronsäure, Fluoruracil oder Imiquimod) und photodynamisch behandelt werden. Metaanalysen zeigten aber übereinstimmend, dass die chirurgische Resektion in Bezug auf primäre Remissionsraten (93 zu 66 Prozent) und des späteren Rezidivs der Cheilitis (8,4 zu 19,2 Prozent) den konservativen Verfahren überlegen ist. Die Empfehlung zur chirurgischen Resektion wird von einer Studie unterstützt, in der von 93 resezierten Läsionen einer aktinischen Cheilitis acht Fälle (21 Prozent) histopathologisch bereits als invasive Karzinome diagnostiziert wurden. Ähnliche Beobachtungen und Empfehlungen bestehen für die Leukoplakie der Mundschleimhaut, die aus onkologischen Gründen, wenn möglich, besser vollständig reseziert als beobachtet werden soll.

Die Therapie der ersten Wahl des etablierten Lippenkarzinoms beinhaltet eine radikale chirurgische Resektion mit Sicherheitsabstand und primärer plastischer Deckung, sofern die Gesundheit des Patienten den operativen Eingriff zulässt. Es existiert keine eigene Therapieleitlinie für das Lippenkarzinom, sondern es wird unter der S3-Leitlinie „Mundhöhlenkarzinom“ mitbehandelt.

Die Indikation zur Lymphknotenausräumung im Rahmen des Ersteingriffs besteht für das Lippen- und Mundhöhlenkarzinom in der Regel aufgrund der in 20 bis 40 Prozent vorliegenden okkulten Metastasierung, das heißt, dass bereits Lymphknotenmetastasen vorliegen, obwohl die Lymphknoten palpatorisch und in der Bildgebung unauffällig erschienen (NO nach TNM-System). Im Fall eines Lippenkarzinoms median oder paramedian in der Unterlippe bedeutet dies eine Therapieentscheidung für oder gegen eine primäre beidseitige suprahyoidale Neck Dissection. Eine Metaanalyse zum Mundhöhlenkarzinom konnte bei einer durchschnittlichen okkulten Metastasierungsrate von 30,3 Prozent ein signifikantes, um den Faktor 0,52 reduziertes Risiko eines Lymphknotenrezidivs für die Gruppe der primären Neck Dissection zeigen. Für das T1N0-Mundhöhlenkarzinom besteht nach gegenwärtigen Daten und nach der oben genannten Leitlinie eine Indikation zur Neck Dissection.

Isolierte Daten für Lippenkarzinome bestehen nur auf niedrigerem Evidenzlevel als für das

Mundhöhlenkarzinom. Eine retrospektive Analyse von 326 Patienten mit Lippenkarzinomen erbrachte acht Prozent okkulte Metastasen. Solche Daten sind aber Mittelwerte eines Spektrums zwischen Haut- und Schleimhautkarzinomen. Analog zu dem Übergang des Ursprungsepithels von der Außenhaut zur Mundschleimhaut zeigt auch das Karzinom der Lippe ein Spektrum von niedrig maligne bis hoch maligne. Ein Karzinom der äußeren Haut (Spinaliom), das in erster Linie UV-assoziiert ist, hat eine relativ gute Prognose. Es wächst zwar lokal destrierend, aber eher langsam, metastasiert spät in die Lymphknoten (nach älteren Daten unter fünf Prozent der Fälle). Das tabakassoziierte Karzinom auf der Lippeninnenseite, das von der Mundschleimhaut ausgeht, metastasiert früh in die regionalen Lymphknoten mit Mittellinienüberschreitung und hat eine schlechtere Prognose, ähnlich wie das Mundhöhlenkarzinom.

Es ist dem Lippenkarzinom weder klinisch noch histologisch sicher anzusehen, welches Metastasierungsverhalten es zeigen wird. Daher besteht auch für kleine T1-Lippenkarzinome die Indikation zur exakten Lymphknotendiagnostik und Lymphknotenbeobachtung im späteren Verlauf, für große Karzinome T2-4 ohnehin. Im Zweifelsfall ist aber auch für kleine T1-Karzinome in Absprache mit den Patienten die Indikation zur selektiven Neck Dissection zu stellen, sei es auch nur als Diagnostikum. Nicht behandelte oder übersehene rezidivierende Lymphknotenmetastasen zeigen Monate später häufig ein extranodales Wachstum, verwachsen beispielsweise mit dem Unterkiefer und der Zunge und lösen große schwierige chirurgische Eingriffe mit fragwürdiger Prognose aus (Abb. 3). Die primäre Lymphknotenausräumung ist für die Patienten in der Regel wenig belastend, und die Neck Dissection mit histopathologischer Auswertung ist die Methode der höchsten diagnostischen Treffsicherheit für die Entdeckung einer Metastasierung.

Je genauer die Untersuchungstechnik, desto mehr okkulte Metastasen werden für Karzinome entdeckt. Eine Metaanalyse errechnete beispielsweise für das Hautkarzinom aus 23 Einzelstudien nach Sentinelbiopsie eine Lymphknotenmetastasierungsrate von 7,9 Prozent der Fälle. Bei der

Sentineltechnik wird ein Radionuklid, ein Farbstoff oder ein anderer Marker in den Tumor lokal eingespritzt. Der Lymphknoten, der dieses Material nach dem Weitertransport über die Lymphgefäße am stärksten anreichert, ist der Wächterlymphknoten. Für das Lippenkarzinom wird diskutiert, mithilfe der Sentineltechnik isoliert nur den Wächterlymphknoten zu biopsieren und so den Patienten den größeren Lymphknoteneingriff zu ersparen. Die Sentinelbiopsie ist in anderen Bereichen wie dem malignen Melanom oder bei Brustkrebs bereits therapeutischer Standard, für den nichtmelanotischen Hautkrebs und den Lippenkrebs ist sie Gegenstand der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion.

Abb. 3: Magnetresonanztomogramm eines 86-jährigen Patienten. 17 Monate nach Resektion eines rechtsseitigen Unterlippenkarzinoms *alio loco* ohne Berücksichtigung des Lymphknotenstatus und ohne Neck Dissection. Rechts besteht eine zunächst *alio loco* als odontogener Abszess fehlgedeutete submandibuläre Schwellung. Palpatorisch und im Magnetresonanztomogramm dehnte sich die Läsion im Mundboden regio 43 bis 48 aus und war mit dem Unterkiefer verbacken. Es handelte sich um eine ausgedehnte Lymphknotenmetastase mit kapselüberschreitendem Wachstum. Die Behandlung bestand in einer ausgedehnten Weichteil- und Unterkieferkontinuitätsresektion gefolgt von einer Radiochemotherapie.



Lippenkarzinome sind strahlenempfindlich. Wegen der Folgezustände ist aber die primär kurativ intendierte Strahlentherapie wie auch die kombinierte Radiochemotherapie nur im Ausnahmefall zum Beispiel bei Rezidiven oder Inoperabilität aus allgemeinmedizinischen Gründen indiziert. Im Prinzip sind aufgrund der exponierten Lage der Lippen fern von vitalen Strukturen die meisten Lippenkarzinome lokal resektabel. Eine Strahlentherapie ist häufiger adjuvant zur Chirurgie indiziert, beispielsweise bei Lymphknotenmetastasen mit Kapseldurchbruch oder pathohistologischer R1-Situation (nicht resektabler Tumorrest im Schnitttrand).

Plastische Rekonstruktion der Lippen

Nach Karzinomresektion mit Sicherheitsabstand und Randkontrolle über intraoperative Schnellschnitte sollte die Lippenrekonstruktion möglichst sofort erfolgen; jedenfalls spricht aus onkologischer Sicht nichts dagegen. Ein zweizeitiges Vorgehen führt zu schwer beherrschbarer Speichelinkontinenz, und die innerhalb weniger Tage bereits einsetzende Narbenkontraktur der Lippenstümpfe verschlechtert erheblich die rekonstruktiven Möglichkeiten. Die plastisch-chirurgischen Rekonstruktionsmethoden wurden zum überwiegenden Teil bereits von bedeutenden Ärzten des 19. Jahrhunderts entwickelt und sind heute ausgereift.

A) Lippenrotrekonstruktion bei Vermilionektomie

Wenn konservative Therapieversuche versagt haben, dann ist die Exzision des sonnenbestrahl-



Abb. 4: Wundverschluss durch Vorrotieren der Mundschleimhaut nach von Esmarch.

ten äußeren Anteils des Lippenrots der Unterlippe die Methode der Wahl. Dieser Eingriff nennt sich Vermilionektomie oder Lip shaving (Abb. 4). Die Rekonstruktion ist mit nur minimaler ästhetischer Beeinträchtigung sehr gut durch Vorrotation des inneren Lippenrots nach Johann Friedrich August von Esmarch möglich, wie unsere Arbeitsgruppe in einer Studie belegen konnte.

B) Lippenrekonstruktion durch Seitverschiebung ortsständiger Lippenmuskulatur

Aufgrund der guten Elastizität der Lippen kann bis zu einem Drittel (33 Prozent) der Lippen durch Keilexzision und Wiedervernähung entfernt werden. Wenn der Keil mit einer Z-Plastik kombiniert wird, streckt sich die Hautnarbe etwas in der Vertikalen, was einer Narbenkontraktur mit Pfeilflochdeformität entgegenwirkt. Aufgrund der Einstrahlung der Blutversorgung und der motorischen und sensiblen Nerven von der Seite



Abb. 5: a) Ersatz von 50 Prozent der medianen Unterlippe durch Stufenplastik nach Johanson. Die Stufen sind Ausgleichsexzisionen entlang der natürlichen Supramentalfalte. Zeitgleich Neck Dissection. b) Aufgrund der guten Lippenelastizität ist ein spannungsfreier Verschluss möglich. Aufgrund der günstigen Anatomie sind die Lippenstümpfe durchblutet und motorisch und sensibel innerviert. c) Funktionelles und ästhetisches Ergebnis vier Jahre später.



Abb. 6: a) Chirurgische Planung der Resektion unter histografischer Schnellschnittkontrolle und Deckung durch einen Abbe-Lappen aus der Unterlippe. b) Funktionelles und ästhetisches Ergebnis zwei Jahre später.

aus können durch geschickte Mobilisation sogar bis zu zwei Drittel (66 Prozent) der Ober- oder Unterlippe aus ortsständiger funktionell innervierter Lippenmuskulatur rekonstruiert werden. Hier bedient man sich am besten der Treppplastik nach Bengt Johanson. Unsere Arbeitsgruppe konnte in einer Studie an 63 Patienten mit Unterlippenkarzinomen belegen, dass diese Technik die ästhetischen Einheiten des Gesichts besser bewahrt und daher harmonischere Ergebnisse in der Ästhetik erbrachte als die Methoden nach Bernard-Fries beziehungsweise Webster (Abb. 5).

C) Lippenrekonstruktion durch Nahlappen

Die konstant rings um die Lippen laufenden Blutgefäße erlauben es, in der Gegenlippe einen Lappen bis auf die Blutgefäße zu skelettieren, sodass dieser um seinen Gefäßstiel in einen Lippendefekt von Ober- beziehungsweise Unterlippe ge-

schwenkt werden kann (Abb. 6). Für die Entnahmelippe kann der Defekt von bis zu einem Drittel aufgrund der Elastizität wie bei der Keilresektion primär geschlossen werden. Im Defekt wird der Lappen zunächst über die Gefäßbrücke aus der Gegenlippe ernährt. Innerhalb von drei bis vier Wochen findet er aber bereits Anschluss an die Blutversorgung der Defektumgebung, sodass der verbleibende Gefäßstiel wie bei einem Rundstiel-Wanderlappen durchtrennt werden kann, um wieder die volle Mundöffnung zu ermöglichen. Wenn die Schwenkung unter Mitnahme des Mundwinkels erfolgt, spricht man vom Estlander-Lappen nach Jakob August Estlander. Diese Methode erfordert aber eine sekundäre Mundwinklerweiterungsplastik. Günstiger ist das Schwenken unter Erhaltung des Mundwinkels als Abbé-Lappen nach Robert Abbé. Die Methode kann bei großen Lippendefekten mit der Stufenplastik kombiniert werden (Abb. 7). Fehlt die gesamte



Abb. 7: a) T2-Lippenkarzinom. b) Funktionelles und ästhetisches Ergebnis zwei Jahre später ohne Mikrostomie.

Unterlippe, dann kommen nach der Methode von Claude Bernard, modifiziert nach Roland Fries, die Wangenhaut und Wangenschleimhaut als Quelle für das Ersatzgewebe in Frage (Abb. 8). Diese Methode schafft es, unter Erhalt des Mundwinkels und Vermeidung einer Mikrostomie eine gesamte Lippe zu rekonstruieren, indem die Wangen über Ausgleichsdreiecke mobilisiert werden. Die Modifikation durch Fries bezieht sich im Wesentlichen darauf, dass die Ausgleichsdreiecke lateral der Nasolabialfalten gelegt werden, so dass die resultierenden Narben später unauffällig in den Nasolabialfalten liegen, sowie auf die Höherlegung der intraoralen Schnittführung, so dass der resultierende Schleimhautüberstand zur Rekonstruktion des Unterlippenrots verwendet werden kann.

D) Lippenrekonstruktion durch Fernlappen und mikrochirurgisch anastomosierte Lappenplastiken

Die Verwendung von Fernlappen ist die Ausnahme bei der Lippenrekonstruktion. Diese Option kommt bei über die Lippen hinausgehenden Defekten von verwilderten Karzinomen, Reoperationen, Zuständen nach Bestrahlung oder Notwendigkeit einer gleichzeitigen Knochenresektion zur Anwendung. Der Nachteil von Fernlappen ist, dass sie keine innervierte Lippenmuskulatur enthalten und sich mehr oder weniger als passive Füllmasse im Defekt verhalten. Zudem stimmen die Farbe und die Textur von Fernlappen nicht mit der Gesichtshaut überein. Daher sind die funktionellen (Lippenkontinenz) und ästhetischen Ergebnisse mit dieser Methode in der Regel weniger zufriedenstellend als bei den erstgenannten Methoden (Abb. 9).

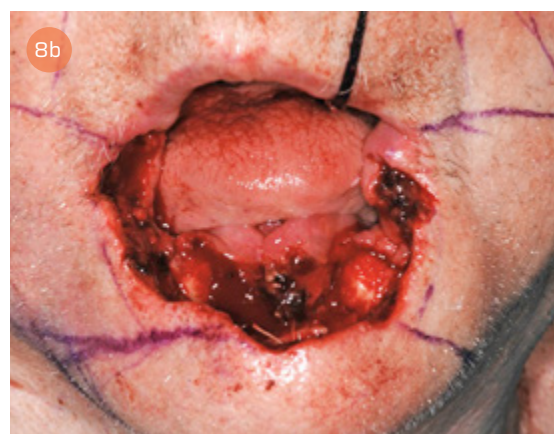
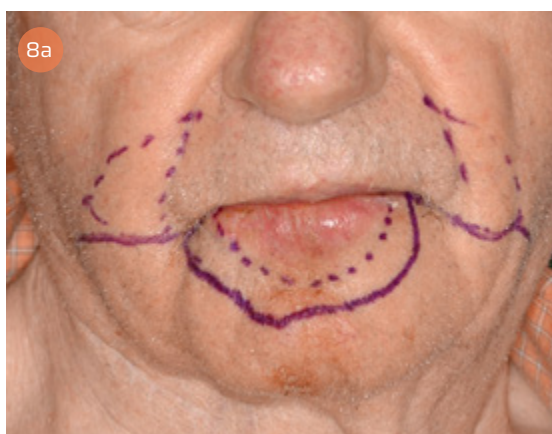


Abb. 8: a) Großes Lokalrezidiv eines alio loco als Parodontitis marginalis der unteren Frontzähne behandelten Lippenkarzinoms. b) Erweiterter Totaldefekt der Unterlippe und der unteren Gingiva. c) Planung der Lippenrekonstruktion nach Bernard/Fries. Es ist sinnvoll, die geplanten Schnittführungen bereits präoperativ bei der Aufklärung zu demonstrieren, ansonsten wundern sich die Patienten, dass sie wegen eines Lippenproblems mit entfernten Wangenschnitten aus der Narkose aufwachen. d) Funktionelles und ästhetisches Ergebnis 7 Monate postoperativ.

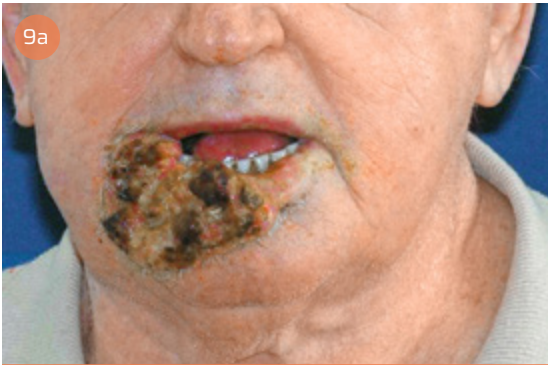


Abb. 9: a) Großes T4-Lippenkarzinom, das über lange Zeit unbeachtet blieb. Derartige Defektgrößen, die auch Unterkieferresektionen erfordern, können am besten durch einen mikrochirurgisch anastomosierten Fernlappen behandelt werden. b) Ergebnis 3 Wochen nach Tumorresektion mit Neck Dissection und Anschluss eines Radialislappens an die Halsgefäße. Als funktionelles Ergebnis ist die Lippenkontinenz gegeben, allerdings lässt die Ästhetik aufgrund des unpassenden Hautkolorits und der Hauttextur des Unterarms zu wünschen übrig.

Fazit

- » Der Zahnarzt kann durch Überweisung von Verdachtsfällen an eine Praxis oder Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung oder Therapie leisten.
- » Das Lippenkarzinom entsteht auf dem Boden der aktinischen Cheilitis, die aufgrund ihrer Einstufung als Präkanzerose immer eine Therapie erfordert.
- » Risikofaktoren sind unter anderem UV-Strahlung, Tabakrauchen und HPV-Viren.
- » Das Lippenkarzinom ist ein relativ maligner Tumor, dessen Prognose zwischen Hautkarzinomen und Mundkrebs liegt.
- » Die Therapie der ersten Wahl ist die chirurgische Resektion mit Neck Dissection und simultaner plastischer Deckung.
- » Für die Defektdeckung ist Stützung der Lippen durch intakte Zahnreihen und Alveolarfortsätze wichtig, die mit zahnprothetischen Mitteln und gegebenenfalls Zahnimplantaten wiederherzustellen ist.

Das Literaturverzeichnis ist bei der Redaktion erhältlich. ■

Autor

Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden
 Chefarzt der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
 Helios Kliniken Kassel
 E-Mail: hendrik.terheyden@helios-gesundheit.de

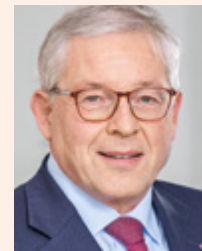


Foto: privat

Gutachterwesen: Entscheidungskriterien im Planungsgutachten

In *KZV aktuell* 2/2026 wurden die Grundlagen und Strukturen des Gutachterwesens dargestellt. Die häufigsten Gutachten sind Zahnersatz-Planungsgutachten. Welche Kriterien für die individuellen Entscheidungen im Planungsgutachten maßgeblich sind, erfahren Sie in dieser Ausgabe.

Text: Dr. Jochen Klemke M. A.

Zur besseren Verständlichkeit ist der Artikel gegliedert in die Bereiche Vorbehandlung, Befundkürzel „ww“ und „ur“, Fälle mit Anhebung der vertikalen Dimension der Kieferrelation sowie Gesamtplanung und verkürzte Zahnreihe.

Vorbehandlung

Die Notwendigkeit von Vorbehandlungen ergibt sich nicht nur aus den geltenden Richtlinien (siehe www.kzbv.de/zahnaerzte/rechtsgrundlagen/gesetze-vertraege-richtlinien/richtlinien/richtlinien-des-g-ba/), sondern vorrangig aus medizinischen Gründen: Wenn Vorerkrankungen die Prognose der betroffenen Zähne einschränken, kann oft erst nach einer weiteren Therapie dieser Zähne und einer angemessenen Reevaluationszeit entschieden werden, ob sie geeignet sind, erhal-

ten und gegebenenfalls in den geplanten Zahnersatz einbezogen zu werden. Dies gilt für tief kariöse Zähne, parodontal erkrankte Zähne und Zähne mit Erkrankungen der Pulpa.

Im ersten Beispielfall (Abb. 1) ist sofort ersichtlich, dass eine prothetische Behandlungsnotwendigkeit besteht. Welche Zähne erhalten werden können und welche nicht, kann erst im weiteren Behandlungsverlauf entschieden werden. Es ist daher der Gutachterin beziehungsweise dem Gutachter nicht möglich, im vorliegenden Beispielfall einen definitiven Behandlungsplan zu befürworten. Der behandelnden Praxis ist zu empfehlen, zunächst eine Kostenaufklärung ohne Einreichung des Heil- und Kostenplans vorzunehmen und die notwendigen Vorbehandlungen durchzuführen, ehe ein definitiver Heil- und Kostenplan eingereicht wird.



Abb. 1: Beispielfall Vorbehandlung

Ein Sonderfall besteht dann, wenn umfangreiche Kronen- und Brückenversorgungen entfernt werden müssen. In diesen Fällen soll ein definitiver Heil- und Kostenplan mit dem „Vorläufige Planung vor EKR“ im Bemerkungsfeld vor der Abnahme der Restaurationen eingereicht werden. Im Begutachtungsfall kann die Gutachterin beziehungsweise der Gutachter den Plan als vorläufig befürworten. Es steht außer Frage, dass endodontische und parodontologische Vorbehandlungen häufig nur nach Abnahme vorhandener Konstruktionen er-

folgreich vorgenommen werden können; erst recht gilt dies für die Entfernung von Sekundärkaries. In diesen Fällen ist die skizzierte Vorgehensweise sinnvoll. Die Zahnärztin oder der Zahnarzt ist natürlich dafür verantwortlich, dass notwendige Planänderungen, die sich innerhalb der Vorbehandlungsphase ergeben, in einem geänderten Heil- und Kostenplan umgesetzt werden.

Eine Planung kann üblicherweise nicht befürwortet werden, wenn parodontale Sondierungstiefen von mehr als fünf Millimetern vorliegen. Bei Sondierungstiefen von vier bis fünf Millimetern wird der Gutachter bzw. die Gutachterin darauf verweisen, dass die parodontale Situation verbessert werden sollte, aber den Plan normalerweise befürworten. Molaren oder erste Prämolaren im Oberkiefer mit einem Furkationsbefall Grad II oder III können nicht als Pfeilerzähne dienen und sind je nach Verlauf der Erkrankung und Gesamtsituation zu entfernen. Die Beurteilung endodontisch behandelter Zähne liegt im Ermessen des Gutachters und der Gutachterin.

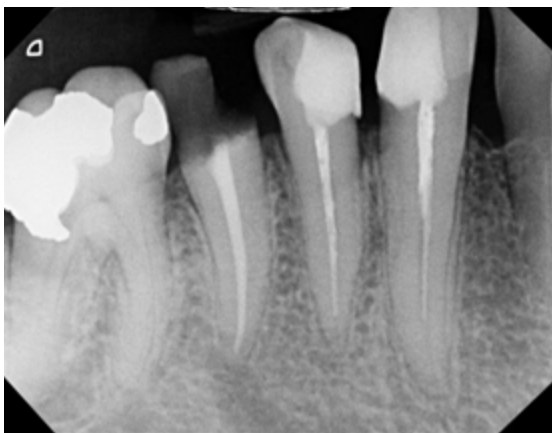


Abb. 2: Endodontische Vorbehandlung

Im Beispielfall 2 sollten die Zähne 45 bis 43 überkront werden. Zahn 45 war seit mehreren Monaten unversorgt, das Guttapercha der Wurzelfüllung lag nach Angaben des Patienten frei. Aus medizinischer Sicht ist vor der Überkronung die Revision der endodontischen Behandlung an allen drei Zähnen notwendig: an 43 und 44, weil die Wurzelfüllungen eindeutig unvollständig sind, und an 45, weil wegen des fehlenden dichten Verschlusses von einer bakteriellen Besiedlung des Kanalsystems trotz Wurzelfüllung aus-

zugehen ist. Dem Verfasser dieses Artikels ist bewusst, dass die Revision einer Wurzelbehandlung nicht immer eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Es ist aber zu berücksichtigen, dass dem Patienten durch die Überkronung der drei Zähne ohne Vorbehandlung Schaden zugefügt würde. Die weitere Vorgehensweise muss im Detail mit dem Patienten besprochen werden. Generell spielt bei der Beurteilung vorhandener endodontischer Behandlungen das Alter der Patienten und die Verweildauer der unvollständigen Wurzelfüllung sowie die bisherige Restauration der betroffenen Zähne eine Rolle. In jedem Fall ist eine gute Röntgendiagnostik zur Beurteilung nicht sensibel reagierender Zähne unerlässlich. Je nach Lokalisation reicht dazu eine Panoramaschichtaufnahme nicht aus, sondern es sind Einzelzahnfilme anzufertigen. Bei umfangreichen Planungen mit endodontisch behandelten Zähnen kann aus medizinischer Sicht eine dreidimensionale Bildgebung sinnvoll sein, wobei auch hier eine Diskrepanz zwischen vertragszahnärztlicher Leistung und medizinisch Machbarem besteht.

Befundkürzel „ww“

Der Autor verweist zu diesem Kriterium ebenfalls zunächst auf die Richtlinien, die auf der Website der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) nachzulesen sind. Der Passus zur Indikation für Kronen lautet:

„Zahnkronen können angezeigt sein:

- a) zur Erhaltung eines erhaltungsfähigen und erhaltungswürdigen Zahnes, wenn eine Erhaltung des Zahnes durch andere Maßnahmen nicht mehr oder auf Dauer nicht möglich ist,
- b) zur Abstützung eines Zahnersatzes, wenn eine Abstützung und Retention auf andere Weise nicht möglich ist.“ (Zahnersatz-Richtlinie des G-BA, Stand: 9. Mai 2016).

Der betroffene Zahn muss also isoliert betrachtet erhaltungsfähig und im Sinne der Gesamtplanung erhaltungswürdig sein. Außerdem muss die Vorschädigung so groß sein, dass andere Maßnahmen zu seinem dauerhaften Erhalt nicht zur Verfügung stehen. Durch den Fortschritt der Adhäsivtechnik engt dies den Indikationsbereich für

Kronen deutlich ein. Allerdings ist bei dieser Entscheidung zu berücksichtigen, dass umfangreiche adhäsive Versorgungen – seien sie in direkter oder indirekter Technik angefertigt – keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sind. Eine genaue Definition der Vorschädigung von Zähnen durch die Bestimmung der betroffenen Flächen, der Ausdehnung der Defekte oder vorherigen Restaurationen in zervikaler Richtung oder in Richtung der Pulpa ist schwierig und hat zu keinem allgemeingültigen Schema geführt. Aus den genannten Gründen kann die Entscheidung über die Notwendigkeit zur Überkronung nicht standardmäßig entschieden werden. Die Gutachterin und der Gutachter müssen in jedem Einzelfall abwägen, ob Kronen angezeigt sind oder nicht. Dabei ist das Prinzip des möglichst weitgehenden Erhalts oraler Strukturen – also auch der Zahnhartsubstanz – zu beachten.



Abb. 3: Überkronungsbedürftigkeit

Im dritten Beispielfall hat der Verfasser des Artikels keine Indikation zur Überkronung der Zähne 13 bis 23 wegen der vestibulären Füllungen gesehen. Die behandelnde Praxis hat angegeben, dass die Glasionomerfüllungen oft erneuert werden mussten, und damit die Überkronungen begründet. Nach Meinung des Verfassers ist eine dentinadhäsive Versorgung angezeigt.

Befundkürzel „ur“

Der Festzuschussbefund „ur“ kann in drei unterschiedlichen Bereichen angewandt werden:

1. wenn ein festsitzender Zahnersatz geplant wird und wegen einer weitspannigen Brücke ein weiterer, nicht der Lücke benachbarter

Zahn in die Versorgung einbezogen werden soll (Pfeilervermehrung bei Brücken),

2. wenn bei herausnehmbarem Zahnersatz die Form der klinischen Krone eines Zahnes, der innerhalb der Regelversorgung eine Klammerversankerung tragen würde, keinen ausreichenden Halt dieser Klammerversankerung erwarten ließe,
3. wenn im Falle der Erhöhung der vertikalen Dimension der Kieferrelation nicht alle Zähne in dem zu versorgenden Kiefer „ww“ sind, aber alle an die geänderte Kieferrelation angepasst werden müssen,

Die unter 1. beschriebene Situation ist weitgehend selbsterklärend. Eine solche Indikation wird nicht bei einspannigen und üblicherweise auch nicht bei zweispannigen, sondern nur bei weitspannigen Brücken, soweit eine Indikation für diese besteht, befürwortet.



Abb. 4: ur bei herausnehmbarem Zahnersatz

Die Abbildung 4 zeigt ein typisches Beispiel für die Einstufung der Zähne 35, 33 und 44 als „ur“. Die dreieckige und zervikal schmale Form der Zähne ließe keinen ausreichenden Klammerehalt erwarten. Die behandelnde Praxis hatte die genannten Zähne als „ww“ klassifiziert, weshalb der Plan korrigiert werden musste. Die Möglichkeit der Klassifikation in solchen Fällen als „ur“ besteht nur bei jenen Zähnen, die sinnvollerweise in der Regelversorgung auch eine Klammer tragen würden. Würde im vorliegenden Beispielfall ein Kronenblock von 33 bis 44 mit Geschiebretainationen geplant werden, könnten mindestens 32 bis 42 nicht als „ur“ eingestuft werden, weil an diesen Zähnen keine Klammerversankerungen vorgesehen würden. Über die Einstufung von 43

als „ur“ könnte diskutiert werden. Die unter 3. beschriebene Fallgruppe wird im folgenden Abschnitt erläutert.

Fälle mit Anhebung der vertikalen Dimension der Kieferrelation

Nach dem Einbruch von Stützzonen durch Zahnverluste oder dem fortgeschrittenen Verlust von Zahnhartsubstanz durch Attrition, Abrasion und/oder Erosion kann die Notwendigkeit der Veränderung der Kieferrelation – in der Regel die Erhöhung der vertikalen Dimension – bestehen. Zähne, die nicht für sich genommen überkronungsbedürftig sind, müssen ebenfalls versorgt werden, um sie an die geänderte okklusale Situation anzupassen. Die KZBV erläutert hierzu: „Besteht ein versorgungspflichtiger zahnmedizinischer Befund wie beispielsweise bei einer Lückengebissituation im Sinne der Befundklassen 2 oder 3 (oder in seltenen Fällen bei Befundklasse 1) und kann die nach den Zahnersatz-Richtlinien indizierte Versorgung nicht ohne Veränderung der Bisslage durchgeführt werden, sind auch für Zähne, denen keine Befunde nach ‚ww‘, ‚kw‘, ‚tw‘, ‚pw‘ oder ‚ur‘ direkt zuzuordnen sind, Festzuschüsse für Einzelkronen nach Befund 1.1 oder 1.2 ansetzbar. Die Bundesmantelvertragspartner haben sich darauf verständigt, dass in diesen Fällen die betroffenen Zähne mit dem Kürzel ‚ur‘ gekennzeichnet und die besondere Indikationsstellung im Bemerkungsfeld erläutert werden sollte.“

Im vorliegenden Beispielfall 5 sind die Prämolaren im Unterkiefer überkronungsbedürftig we-

gen der fortgeschrittenen Erosionen und Attritionen, auch die Eckzähne können wegen des hohen Substanzabtrags als ww gekennzeichnet werden. 46 muss ersetzt werden. Für eine sinnvolle Versorgung ist die Anhebung der verminderten vertikalen Dimension der Kieferrelation indiziert, so dass die übrigen Zähne im Unterkiefer als „ur“ gekennzeichnet werden. Im Oberkiefer bestand ebenfalls Behandlungsbedarf, der hier nicht weiter erläutert werden soll.

Eine Erhöhung der vertikalen Dimension aus rein funktionellen Gründen, also ohne die Notwendigkeit von Zahnersatz in dem betroffenen Kiefer und ohne überkronungsbedürftige Zähne, die als „ww“ eingestuft werden müssen, löst keine Festzuschüsse aus.

Gesamtplanung und verkürzte Zahnreihe

Die wissenschaftliche Literatur belegt eindeutig, dass ein Ersatz der Molaren aus funktionellen Gründen nicht zwingend notwendig ist. Dies bedeutet nicht, dass jeder Patient und jede Patientin mit einer Bezahnung bis zum einschließlich zweiten Prämolaren ausreichend versorgt ist. Es bedeutet aber, dass unter gewissen Umständen auf den Ersatz der Molaren verzichtet werden kann, wenn sich dadurch Vorteile ergeben, zum Beispiel die Vermeidung herausnehmbaren Zahnersatzes. In Verbindung mit einer solchen Versorgung müssen gegebenenfalls Maßnahmen ergriffen werden, um Elongationen im Gegenkiefer verhindern.



Abb. 5: Attritionen und Erosionen: 5a Ansicht von vestibulär, 5b Ansicht von okklusal

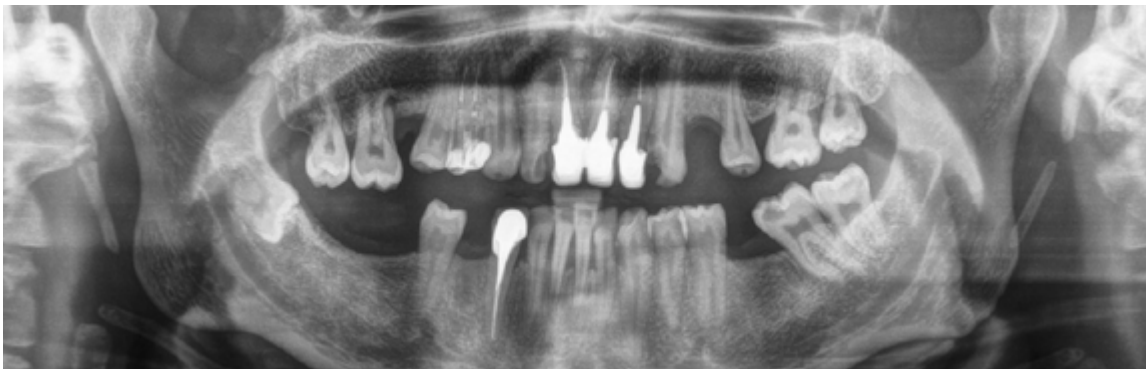


Abb. 6: Gesamtplanung

Fotos: Klemke; authentische Gutachtenfälle

Im Beispielfall 6 sollen im Unterkiefer zwei Brücken eingegliedert werden (35–37, 43–45). Im Oberkiefer ist eine Versorgung von 15 bis 25 geplant. Dabei wurde nicht berücksichtigt, dass mit dieser Planung keine Abstützung der beiden bereits elongierten Molaren im rechten Oberkiefer erfolgt. 35 und 45 wurden als „ww“ klassifiziert, die beiden Zähne sind karies- und füllungsfrei. 35 und 45 hätten in Übereinstimmung mit den Richtlinien als „ur“ eingestuft werden können (siehe oben). Indiziert ist außerdem die Anhebung der vertikalen Relation mit Hilfe der Kronen im Oberkiefer. Dazu ist vorher eine funktionelle Vorbehandlung mit einer Schiene oder nach der vorläufigen Befürwortung des Zahnersatzes im Oberkiefer mit provisorischen Kronen und einer provisorischen Brücke notwendig.

Freiendbrücken sind immer dann einem sehr hohen Misserfolgsrisiko unterworfen, wenn die an das Freiglied angrenzenden Pfeiler endodontisch behandelt sind. Es besteht ein hohes Frakturrisiko. Dies gilt auch für geschieberetinierten Zahnersatz, wenn der lückennahe Zahn endodontisch behandelt ist. Es liegt im Ermessen der Gutachterin beziehungsweise des Gutachters, eine solche Versorgung zu befürworten oder nicht.

In jedem Fall muss mindestens der zweite Prämolare in allen Quadranten vorhanden oder ersetzt sein, sonst ist eine Befürwortung nicht möglich. Dies gilt auch dann, wenn die Patientin oder der Patient schon lange mit einer reduzierten Zahnanzahl lebt. Ausnahmen können bei sehr betagten Patientinnen oder Patienten gel-

ten, denen die Belastung einer Gesamtversorgung nicht zuzumuten ist.

Zusammenfassung

Zahnärztliche Therapieplanung ist eine anspruchsvolle Tätigkeit, die nur auf der Basis einer umfassenden Befundung und Diagnostik ausgeführt werden kann. Im Vordergrund steht das Ziel einer adäquaten, langfristigen Versorgung für die Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung des möglichst weitgehenden Erhalts der oralen Strukturen. Weitere wichtige Faktoren sind die Wünsche der Patienten und nicht zuletzt das umfassende Regelwerk. All dies spiegelt sich in den Planungsgutachten wider. Unterstützen Sie ihre Gutachterinnen und Gutachter durch eine reflektierte Planung. Die Therapieplanung, die Information der Begutachtenden und die Überprüfung der Vollständigkeit der Unterlagen sollten Chefsache sein. ■

Autor

Dr. Jochen Klemke M. A.
Gutachter und
Obergutachter der KZV
Rheinland-Pfalz
Koordinator
Gutachterwesen



Foto: Klaus Venus, Speyer

Zahnimplantate: DGZMK aktualisiert zwei Leitlinien

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und die Deutsche Gesellschaft für Implantologie haben zwei S3-Leitlinien zur Versorgung mit Zahnimplantaten an den aktuellen Stand der Evidenz angepasst.

Text: Katrin Becker

Die beiden Leitlinien sind nach den Regularien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und in Zusammenarbeit mit 16 weiteren Fachgesellschaften und Institutionen aktualisiert worden.

Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochentiresorptiva

Zum einen wurde die S3-Leitlinie „Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochentiresorptiva (inklusive Bisphosphonate)“ überarbeitet. Sie bietet implantologisch tätigen Zahnärzten sowie Oralchirurgen und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen Handlungsempfehlungen zur Indikation von Zahnimplantaten bei Patienten unter oder nach antiresorptiver Therapie (Bisphosphonate und/oder Denosumab). Ziel ist die Indikationsfindung, in welchen Fällen betroffene Patienten von einer implantatgetragenen Rehabilitation profitieren, unter der Maßgabe der Verbesserung der Kaufunktion und Lebensqualität sowie unter Berücksichtigung des individuellen Kiefernekrosesrisikos. Eine wichtige Aussage der Leitlinie ist unverändert geblieben: Die Indikation zur Implantation bei Patienten unter oder nach antiresorptiver Therapie erfordert eine individuelle Risikoabschätzung. Neben der Grunderkrankung spielen Art, Applikationsform, Dauer und Frequenz der Medikation eine Rolle. Zudem müssen Begleittherapien sowie patientenspezifische Faktoren wie Wundheilungskapazität, allgemeiner Gesundheitszustand, Mundhygiene und Compliance berücksichtigt werden. Eine voraus-

gegangene Kiefernekrose gilt als Risikofaktor. Die Leitlinie gilt bis März 2031.

Zahnimplantatversorgungen bei Zahnnichtanlagen und Syndromen

Zum anderen wurde die S3-Leitlinie „Zahnimplantatversorgungen bei Zahnnichtanlagen und Syndromen“ erneuert. Sie stellt eine breit konsentiierte Entscheidungshilfe zur kaufunktionellen Rehabilitation mit Zahnimplantaten vor und richtet sich an Zahnärzte, die Patienten mit angeborener Nichtanlage einzelner, mehrerer oder aller Zähne der zweiten Dentition ausgenommen der Weisheitszähne behandeln. Zahnnichtanlagen gelten als die häufigste angeborene Fehlbildung des Menschen. Das genetisch bedingte Fehlen von Zähnen führt durch sichtbare Lücken, Kaubeschwerden und veränderte Gesichtsstrukturen oft zu erheblichen psychischen und sozialen Belastungen. Ziel der Leitlinie ist es, eine nachhaltige, sichere und evidenzbasierte Versorgung zu ermöglichen. Die Empfehlungen können als ergänzende fachliche Hilfe bei der Begutachtung von Ausnahmeindikationen nach § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V dienen. Nach Angaben der Leitlinienautoren gibt es weltweit bislang kaum vergleichbare Leitlinien für die Versorgung betroffener Patienten. Die Leitlinie ist bis Februar 2031 gültig.

Beide Leitlinien sind von den Websites der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (www.dgzmk.de) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (www.awmf.org) abrufbar. ■

Gesetz zur Beitragssatzstabilisierung: Kabinettsentwurf bedroht zahnärztliche Versorgung

Die Bundesregierung hat am 29. April den Entwurf eines Gesetzes zur Beitragssatzstabilisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beschlossen. Mehrere der geplanten Maßnahmen treffen die Zahnärzteschaft hart.

Text: Katrin Becker

Der Gesetzentwurf umfasst Einsparmaßnahmen in sämtlichen Bereichen des Gesundheitswesens. Allein im kommenden Jahr sollen dadurch 16,3 Milliarden Euro eingespart werden. Ziel der Bundesregierung ist es, den Zusatzbeitrag für Versicherte stabil zu halten. Der Bundestag soll das Gesetz noch vor der Sommerpause verabschieden. Für die Zahnärzteschaft zeichnen sich dabei gravierende Folgen ab.

Wiedereinführung der strikten Budgetierung

Unter dem Schlagwort der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ plant der Gesetzgeber pauschale Ausgabenbegrenzungen. In der zahnärztlichen Versorgung sollen sowohl die jährliche Honorarentwicklung als auch die Leistungsmenge strikt an die Grundlohnrate gekoppelt werden. Dies bedeutet eine Rückkehr zur strengen Bud-

getierung, wie sie zuletzt mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vorübergehend für die Jahre 2023 und 2024 galt – diesmal allerdings dauerhaft. Für die Jahre 2027 bis 2029 ist zudem ein Abschlag von einem Prozentpunkt auf die Grundlohnrate vorgesehen. Von der strikten Budgetierung ausgenommen werden sollen lediglich präventive Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen, die aufsuchende Betreuung sowie die Parodontitisbehandlung bei Pflegebedürftigen. Die systematische Parodontistherapie würde hingegen, anders als von der Zahnärzteschaft zuletzt gefordert, nicht ausgenommen.

Kieferorthopädie nur noch durch Fachzahnärzte

Der Gesetzentwurf sieht zudem eine tiefgreifende Neuordnung der kieferorthopädischen Versorgung vor. Künftig sollen ausschließlich Fachzahnärzte für Kieferorthopädie zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen werden. Zahnärztinnen und Zahnärzte ohne Fachzahnarztanerkennung sowie Absolventinnen und Absolventen eines Master-of-Science-Studiengangs (M. Sc.) wären davon ausgeschlossen. Ab 2027 dürften sie lediglich bereits begonnene Behandlungen abschließen. Begründet wird dies mit dem Ziel, ein möglichst einheitliches Qualitätsniveau sicherzustellen.

Darüber hinaus soll die kieferorthopädische Versorgung bis spätestens 31. Dezember 2027 durch die Bundesmantelvertragspartner zu vier Leistungskomplexen zusammengefasst werden. Die bisherige Einzelleistungsvergütung soll durch Pauschalen ersetzt werden. Zur Begründung heißt es im Gesetzentwurf: „Durch die Umstellung wird der Fokus auf das Behandlungsergebnis gelegt. Fehlanreize zur Mengenausweitung durch die Ausweitung von Einzelleistungen werden beseitigt.“

Außerdem soll der Gemeinsame Bundesausschuss die kieferorthopädischen Behandlungsrichtlinien aus dem Jahr 2004 bis Ende 2027 auf Anpassungsbedarf überprüfen und gegebenenfalls überarbeiten. Dabei sollen insbesondere die befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) einschließlich des zugrunde lie-

genden Behandlungsbedarfs geprüft werden. Laut Gesetzentwurf stelle sich unter Berücksichtigung international verwendeter Indizes unter anderem die Frage, ob ein Zugang zur vertragszahnärztlichen Versorgung bereits ab dem Behandlungsbedarfsgrad 3 weiterhin angemessen sei – sowohl unter medizinischen als auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten. In diesem Zusammenhang sollen auch die Anforderungen an Behandlungsunterlagen neu definiert sowie evidenzbasierte Vorgaben für die Anfertigung von Röntgenaufnahmen entwickelt werden.

Zu möglichen Einsparpotenzialen heißt es im Gesetzentwurf, dass die finanziellen Auswirkungen der Überarbeitung der Kieferorthopädie-Richtlinie derzeit noch nicht konkret beziffert werden könnten, da diese von den Ergebnissen der Beratungen und der konkreten Ausgestaltung der Richtlinie abhingen.

Für die geplante Beschränkung auf Fachzahnärzte für Kieferorthopädie nennt der Entwurf hingegen konkrete Zahlen: Bereits im Jahr 2027 sollen dadurch rund 30 Millionen Euro eingespart werden. In den Folgejahren sollen die jährlichen Einsparungen auf etwa 60 Millionen Euro steigen. Die Umstellung der Vergütungsstruktur von Einzelleistungen auf Pauschalen soll ab 2030 zusätzlichen Anreizen zur Mengenausweitung entgegenwirken. Dadurch werde eine jährliche Entlastung von rund 130 Millionen Euro erwartet.

Rücknahme der Festzuschuss-Erhöhung

Darüber hinaus plant die Bundesregierung, die im Jahr 2020 erfolgte Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz zurückzunehmen. Dadurch sollen Minderausgaben von rund 590 Millionen Euro erzielt werden, die bis 2030 auf etwa 620 Millionen Euro anwachsen sollen. Außerdem soll die Vergütung für das Befüllen der elektronischen Patientenakte (ePA) entfallen. Aufgrund der Opt-out-Regelung sei diese zusätzliche Honorierung nicht mehr erforderlich. Das geschätzte Einsparpotenzial beläuft sich auf insgesamt rund 770 Millionen Euro.

Zahnärzteschaft kritisiert Pläne

Die Zahnärzteschaft sieht in dem Entwurf massive Einschnitte in die zahnärztliche Versorgung. „Bei aller Notwendigkeit, Reformen aufgrund der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem umsetzen zu müssen, darf der Blick auf die einzelnen Versorgungsbereiche nicht verloren gehen. Deshalb haben wir kein Verständnis dafür, dass mit diesem Gesetzesentwurf die Politik erneut in bewährte und wirksame Versorgungsstrukturen eingreift, anstatt die wirklichen Ursachen für die aktuelle Schieflage anzugehen“, erklärten Martin Hendges, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, und Dr. Romy Ermler, Präsidentin der Bundeszahnärztekammer, gemeinsam.

Gesetz gefährdet Versorgungsstrukturen in Rheinland-Pfalz

Geht es nach den Plänen der Bundesregierung, sollen Kieferorthopäden mit Masterabschluss sowie kieferorthopädisch tätige Allgemeinzahnärzte nahezu übergangslos aus der Versorgung ausscheiden – ungeachtet ihrer Expertise, ihrer Erfahrung und ihres Beitrags zur regionalen Patientenversorgung.

Die Folgen dieser Regelung wären insbesondere im Flächenland Rheinland-Pfalz dramatisch: Eine wohnortnahe kieferorthopädische Versorgung könnte nicht mehr gewährleistet werden. In einzelnen Landkreisen gäbe es künftig keinen oder nur noch einen Kieferorthopäden. „Die Folge wären lange Wartezeiten und weite Anfahrtswege für Kinder und ihre Familien. Dies steht im klaren Widerspruch zu den Grundprinzipien von Versorgungsgerechtigkeit und gleichwertigen Lebensverhältnissen“, unterstreicht Dr. Christine Ehrhardt, Vorsitzende des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz.

Verlierer dieser Regelung wären jedoch nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern auch die betroffenen Zahnärztinnen und Zahnärzte. „Für viele qualifizierte Kolleginnen und Kollegen, die heute kieferorthopädisch tätig sind, käme die Regelung einem faktischen Berufsverbot gleich. Als langjährige selbstständige Zahnärztin weiß ich um die Ängste und Sorgen der Kolleginnen und Kollegen, deren berufliche Existenz auf dem Spiel steht.“ Der Vorstand stehe hierzu nicht nur im Austausch mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, sondern auch mit der Landes- und Kommunalpolitik. „Die Sicherstellung einer wohnortnahen medizinischen Versorgung – und dazu zählt die Kieferorthopädie – ist ein zentraler Bestandteil der kommunalen Daseinsvorsorge. Die geplante gesetzliche Regelung gefährdet diese in einem besonders sensiblen Bereich. Wir fordern die Politik deshalb auf, den Fachzahnarztvorbehalt ersatzlos zu streichen“, so Ehrhardt.

Wirtschaftliche Belastung durch strikte Budgetierung

Auch die geplante Wiedereinführung der strikten Budgetierung lehnt der Vorstand entschieden ab. Sie würde erhebliche wirtschaftliche Belastungen verursachen. „In Zeiten einer ohnehin schwierigen wirtschaftlichen Lage mit stark steigenden Betriebskosten und anhaltendem Fachkräftemangel verschärft der andauernde Sparkurs des Gesetzgebers die Situation zusätzlich: Praxisschließungen werden forciert und Neugründungen verhindert – insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen“, ergänzt Robert Schwan, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KZV Rheinland-Pfalz. Gerade junge Zahnärztinnen und Zahnärzte bräuchten Planungssicherheit und verlässliche Rahmenbedingungen für den Sprung in die Selbstständigkeit. Schwan: „Der Sparkurs löst keine Probleme dauerhaft. Er ist vielmehr das Problem, weil er von der Niederlassung abhält und eine flächendeckende Versorgung gefährdet.“

Insbesondere der geplante Eingriff in die Kieferorthopädie stelle eine tiefgreifende Gefährdung der Versorgung dar. „Wenn nur noch Fachzahnärzte für Kieferorthopädie diese Behandlungen durchführen dürfen, kommt dies für Zahnärzte, die auch kieferorthopädisch arbeiten, einem faktischen Berufsverbot gleich, was die Existenz vieler Praxen aufs Spiel setzt“, so Hendges und Ermler. Weit über 920.000 Kinder und Jugendliche in Deutschland würden ihren Behandler verlieren, eine flächendeckende kieferorthopädische Versorgung wäre nicht mehr gewährleistet.

Irrweg „Kostendämpfung“

Auch die geplanten Kostendämpfungsmaßnahmen seien ein Irrweg und hätten erhebliche Auswirkungen auf die Patientenversorgung und auf die Sicherstellung der Versorgung. Aufgrund fehlen-

der Planungssicherheit könnte sich die ältere Kollegenschaft überlegen, früher aus der Versorgung auszusteigen. Zugleich würden Vorbehalte gegenüber einer Praxisniederlassung gestärkt. „Versorgungsengpässe sind künftig dann nicht mehr auszuschließen.“ Hendges und Ermler fordern die Politik auf, diese gesundheitspolitischen Fehlentwicklungen aus dem Gesetzentwurf zu streichen. „Im Sinne einer bisher sehr gut funktionierenden und flächendeckenden Patientenversorgung dürfen diese Regelungen nicht den Weg ins Gesetz finden.“ ■

K.O. für kieferortho- pädische Behandlungen.



Die Bundesregierung plant, kieferorthopädische Behandlungen in Zukunft nur noch von Fachzahnärzten für Kieferorthopädie durchführen zu lassen. Damit können über 920.000 Versicherte nicht mehr kieferorthopädisch versorgt werden.



Jetzt informieren
und Zähne zeigen.

Gesundheitsversorgung: Landesregierung will ein verlässliches Gesundheitswesen

Erstmals wird Rheinland-Pfalz von einer Großen Koalition regiert. CDU und SPD haben sich auf ein gemeinsames Regierungsprogramm verständigt. Was steht darin zur medizinischen Versorgung?

Text: Katrin Becker

„Gemeinsame Verantwortung für ein starkes Rheinland-Pfalz“ heißt der 100 Seiten starke Koalitionsvertrag. Sechs Seiten widmet die Landesregierung dem Thema „Gesundheit“. Das übergeordnete Ziel von CDU und SPD: die dauerhafte Sicherung einer guten und verlässlichen Gesundheitsversorgung. Sie betonen, dass medizinische Leistungen unabhängig von Wohnort, Alter, Mobilität oder sozialem Status verfügbar sein müssen. Die zahnärztliche Versorgung wird im Programm nicht gesondert erwähnt.

Fachkräfte sichern

Einen Schwerpunkt legt die Koalition auf die Sicherung von Fachkräften. Neben fairen Arbeitsbedingungen, attraktiven Ausbildungsangeboten und leistungsgerechter Vergütung in allen Gesundheitsberufen will die Landesregierung Studien- und Ausbildungsplätze für medizinische und therapeutische Berufe ausweiten. Konkret verspricht Schwarz-Rot 200 neue Medizinstudienplätze, die auch in Kooperation mit europäischen Partneruniversitäten eingerichtet werden sollen. Eingerechnet sind bereits bis zu 80 Studienplätze an der Medical School Kaiserslautern und 50 am Medizincampus Koblenz. Mit landes- und berufspolitischen Akteuren soll ein Programm „Start, Stay, Comeback“ aufgelegt werden, um Mediziner zu gewinnen und Anreize zur (Wieder-)Aufnahme beruflicher Tätigkeiten zu schaffen. Auch die Anerkennung ausländischer Abschlüsse soll beschleunigt werden, ohne die Qualitätsstandards der deutschen Ausbildung zu senken.

Zugang gewährleisten

Alle Bürgerinnen und Bürger sollen im Krankheitsfall schnellen und unkomplizierten Zugang zur Versorgung haben. Eine stärkere Patientensteuerung und der Ausbau digitaler Angebote als Ergänzung zur persönlichen Betreuung sollen die Ressourcen effizienter nutzen und die Behandlungszeiten für Patientinnen und Patienten erhöhen. Die Lotsenfunktion der Hausarztpraxen wird ausdrücklich

hervorgehoben. Die Terminservicenummer 116 117 soll zum zentralen Steuerungsinstrument ausgebaut werden. Gleichzeitig will die Landesregierung Pilot- und Modellprojekte mit innovativen Versorgungskonzepten, insbesondere im ländlichen Raum, unterstützen und regionale Ärztenetze stärken. Kommunale Initiativen zur Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten sollen besser koordiniert werden. Schwarz-Rot stellt die Patientenversorgung über wirtschaftliche Interessen und positioniert sich damit gegen renditeorientierte Fremdinvestoren im Gesundheitswesen. Um mehr Zeit für die Behandlung zu schaffen, soll die Bürokratie in Praxen reduziert und multiprofessionelle Teams in Arztpraxen gefördert werden. Aufgaben sollen verantwortungsvoll an nicht-ärztliches Fachpersonal delegiert werden, wodurch Ärztinnen und Ärzte entlastet werden. Als Beispiel nennt die Koalition das Modellprojekt HÄPPI des Hausärzteverbandes.

Krankenhäuser stärken

Die Landesregierung unterstützt die Krankenhausreform des Bundes, sie soll konsequent umgesetzt werden. Die Grundversorgung soll flächendeckend gesichert und gleichzeitig Spezialisierung gefördert werden. In sektorenübergreifenden Regiokliniken sollen ambulante und stationäre Versorgung wohnortnah gebündelt und Alltagsnotfälle aufgefangen werden. Zudem plant die Große Koalition, die Investitionsquote für Krankenhäuser zu erhöhen, ohne eine konkrete Zahl zu nennen. Sie strebt zudem eine

bessere digitale Vernetzung der Krankenhäuser und des Rettungsdienstes sowie klare Zuständigkeiten in Notaufnahmen für eine effektivere Patientensteuerung („Ein-Tresen-Modell“) an.

Prävention fördern

Ein weiterer Fokus liegt auf der Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung. Ziel ist es, Krankheiten frühzeitig zu erkennen oder möglichst zu vermeiden – durch Programme in den Bereichen Bewegung, Ernährung, psychische Gesundheit und Impfprävention. Besonders in sozial benachteiligten Quartieren sollen niedrigschwellige Angebote ausgebaut werden.

Digitalisierung vorantreiben

Die Digitalisierung spielt für Schwarz-Rot eine Schlüsselrolle: Sie soll die Versorgung effizienter gestalten und die medizinische Forschung stärken. Versorgungseinrichtungen sollen durch digitale Lösungen vernetzt werden. Voraussetzung bleibt die Einhaltung der hohen Sicherheitsstandards der Europäischen Datenschutzgrundverordnung.

Bleibt im Amt: Gesundheitsminister Clemens Hoch

Der Andernacher Clemens Hoch (SPD) bleibt Gesundheitsminister in Rheinland-Pfalz. Der 48-jährige Jurist leitet nun das neu zugeschnittene Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Gesundheit. Staatssekretärin ist Dr. Tamara Müller.



Foto: © MWG/Werner-Hohensee

Weiterhin plant die Landesregierung, Vor-Ort-Apotheken sowie die hospizliche und palliative Versorgung zu stärken und den Nichtraucherschutz durch Ergänzung des Gesetzes um E-Zigaretten, Vapes und Cannabis-Rauchprodukte weiterzuentwickeln. Frauenspezifische Medizin soll in der medizinischen und pflegerischen Ausbildung verankert und die Versorgung von Menschen mit seltenen und chronischen Erkrankungen verbessert werden. Zudem will die Koalition die Geburtshilfe fördern, unter anderem durch die Einführung eines Hebammenbonus als einmaligen Zuschuss für die Aufnahme einer Selbstständigkeit. Der Öffentliche Gesundheitsdienst soll weiterhin personell wie technisch gestärkt und die Gründung eines Landesgesundheitsamtes geprüft werden. ■

Organspende
Ja oder nein?

Die Entscheidung zählt.
organspende-info.de

Bundesministerium für Gesundheit

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit

FAW | FACHVERBAND AUSSEWERBUNG E.V.

Infotelefon Organspende
0800 30 40 400

ORGAN SPENDE
Die Entscheidung zählt!

Formfehler in der Zahnarztpraxis

In Zahnarztpraxen können kleine Nachlässigkeiten teuer werden: Nicht genehmigte Behandlungspläne oder fehlende Mehrkostenvereinbarungen führen unter Umständen zu Regressforderungen oder Honorarausfällen.

Text: Katrin Becker

Welche typischen Formfehler gibt es in der Zahnarztpraxis?

Fehlende Mehrkosten- und Privatvereinbarungen

Wünscht ein gesetzlich versicherter Patient eine über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehende Leistung, zum Beispiel eine Füllung in Mehrfarbentechnik oder einen gleichartigen/andersartigen Zahnersatz, muss er **vor Beginn der Behandlung** eine schriftliche Vereinbarung (Vorlagen auf www.kzvrlp.de) unterzeichnen. Geschieht dies nicht, kann der Patient die Zahlung grundsätzlich verweigern, weil davon ausgegangen wird, dass der Behandler ihn vor der Behandlung nicht ausreichend über die entstehenden Mehrkosten aufgeklärt hat.

Nicht genehmigte Behandlungspläne

Zahnärztliche Leistungen, für die ein Genehmigungsverfahren vorgesehen ist (Zahnersatz, kieferorthopädische Versorgung, Parodontitisbehandlungen), müssen zwingend von der gesetzlichen Krankenkasse des Patienten genehmigt werden. Seit dem 1. Januar 2023 erfolgt dies verpflichtend über das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (EBZ). Erst nach Erhalt der Genehmigung darf die Behandlung begonnen werden. Die Kasse hat grundsätzlich immer das Recht, ein Planungsgutachten erstellen zu lassen. Dies ist jedoch nicht mehr möglich beziehungsweise die Planung ist nicht sinnvoll beurteilbar, wenn mit der Behandlung bereits begonnen wurde.

Beginn der prothetischen Leistung und/oder definitive Eingliederung von Zahnersatz vor Festsetzung des Festzuschusses durch die Krankenkasse:

Gliedert ein Zahnarzt einen definitiven Zahnersatz ein, bevor die Krankenkasse den Festzuschuss festgesetzt hat, muss er damit rechnen, dass sie den Festzuschuss zurückfordert. Rechtsgrundlage hierfür ist § 1 Abs. 4 Satz 1 der Anlage 6 zum BMV-Z: „Mit der prothetischen Behandlung durch den Vertragszahnarzt soll erst nach Festsetzung der Festzuschüsse durch die Krankenkasse begonnen werden.“

Beispielfall:

- » Der Zahnarzt erstellt für eine prothetische Versorgung einen Heil- und Kostenplan (fiktives Datum: 10.01.).
- » Der Zahnarzt übermittelt den Heil- und Kostenplan zur Festzuschussfestsetzung an die zuständige Krankenkasse (10.01.).
- » Abdrucknahme (12.01.).
- » Der Zahnarzt gliedert den Zahnersatz ein (18.01.).
- » Die Krankenkasse setzt den Festzuschuss fest (20.01.).
- » Der Zahnarzt rechnet den im Heil- und Kostenplan eingetragenen Festzuschuss über die KZV ab (10.02.).
- » Die Krankenkasse beantragt bei der KZV die Rückzahlung des Festzuschusses. Begründung: Für die Versorgung sei ein Festzuschuss gezahlt worden, der zuvor nicht genehmigt worden sei.
- » Obwohl der Zahnersatz mängelfrei ist, muss die KZV den Festzuschuss an die Krankenkasse zurückzahlen und beim Zahnarzt regressieren. Be-

gründung: Die Krankenkasse hat formalrechtlich Anspruch auf Rückzahlung auf Grundlage des § 1 Abs. 4 Satz 1 der Anlage 6 zum BMV-Z.

Wichtig ist daher: Erst die Festsetzung des Festzuschusses durch die Krankenkasse abwarten und erst anschließend mit der prothetischen Behandlung, zum Beispiel der Abnahme insuffizienter Kronen oder Brücken, der Abdrucknahme, der Präparation etc., beginnen – keinesfalls vorher.

Formal inkorrekte Einlegung eines Widerspruchs

Möchte ein Zahnarzt gegen einen Bescheid der KZV Rheinland-Pfalz elektronisch Widerspruch einlegen, gibt es hierfür zwei Möglichkeiten:

- » mit **qualifizierter** elektronischer Signatur an die elektronische Poststelle der KZV Rheinland-Pfalz (E-Mail-Adresse: kontakt@kzvrlp.de) oder
- » über das elektronische Kontaktformular der KZV Rheinland-Pfalz unter www.kzvrlp.de/kzv-rheinland-pfalz/kontakt

Ein per E-Mail ohne elektronische Signatur eingereichter Widerspruch ist nicht formwirksam und damit unzulässig.

Verweigerung einer vertragszahnärztlichen Leistung

Weder eine Lappalie noch ein Formfehler, sondern ein gravierender Verstoß gegen vertragszahnärztliche Pflichten sind folgende Fälle: Ein Vertragszahnarzt verweigert einem Patienten die Versorgung mit einem zuzahlungsfreien selbstadhäsiven Füllungsmaterial wie beispielsweise Glasionomerzement oder Komposite. Oder er lehnt eine kieferorthopädische Behandlung als reine Kassenleistung ab.

Es gilt: Vertragszahnärzte dürfen die Behandlung eines gesetzlich versicherten Patienten nicht von einer Zuzahlung beziehungsweise kostenpflichtigen Zusatzleistung abhängig machen. Gesetzlich versicherte Patienten haben bei einem Vertragszahnarzt **stets Anspruch auf eine zuzahlungsfreie Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung**. Nur auf ausdrücklichen Wunsch und nach umfassender Aufklärung können sie sogenannte Mehr- oder Zusatzleistungen in Anspruch nehmen. Die KZV Rheinland-Pfalz ist verpflichtet, entsprechenden Hinweisen nachzugehen und bei Bekanntwerden solcher Fälle ein Disziplinarverfahren einzuleiten. ■

Genug geknirscht: Bruxismus-Leitlinie überarbeitet

Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ist die S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Bruxismus aktualisiert worden.

Text: Katrin Becker

Die Leitlinie richtet sich an Zahnärzte aller Fachrichtungen und Schwerpunkte, die Patienten mit Wach- oder Schlafbruxismus behandeln. Sie bietet eine wissenschaftlich konsentrierte Handlungshilfe, die dazu beiträgt, Bruxismus rechtzeitig zu erkennen und effektive Maßnahmen einzuleiten. Außerdem soll die Gefahr der Übertherapie vermieden werden.

Alle Kapitel der seit 2019 existierenden Leitlinie wurden überarbeitet. Neu hinzugekommen sind

zwei Empfehlungen: Selbsthilfemaßnahmen in Form von Entspannungsübungen, Atemübungen oder Progressiver Muskelentspannung nach Jacobson sollten zur Behandlung des Wach- und des Schlafbruxismus empfohlen werden. Zudem sollten Patienten zu möglichen Risikofaktoren für die Entstehung von Bruxismus beraten werden.

Die neue Leitlinienversion ist bis Januar 2031 gültig. Sie ist von www.dgzmk.de abrufbar. ■

Mundgesundheitsstudie: Prävention verbessert Mundgesundheit ein Leben lang

Wer sich frühzeitig um seine Zähne kümmert, profitiert auch im Alter von einer besseren Mundgesundheit. Diese Erkenntnis ist nicht neu. Die nun veröffentlichten Längsschnittdaten der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS • 6) bestätigen sie erneut. Ein großes Problem bleibt jedoch die Parodontitis.

Text: Katrin Becker

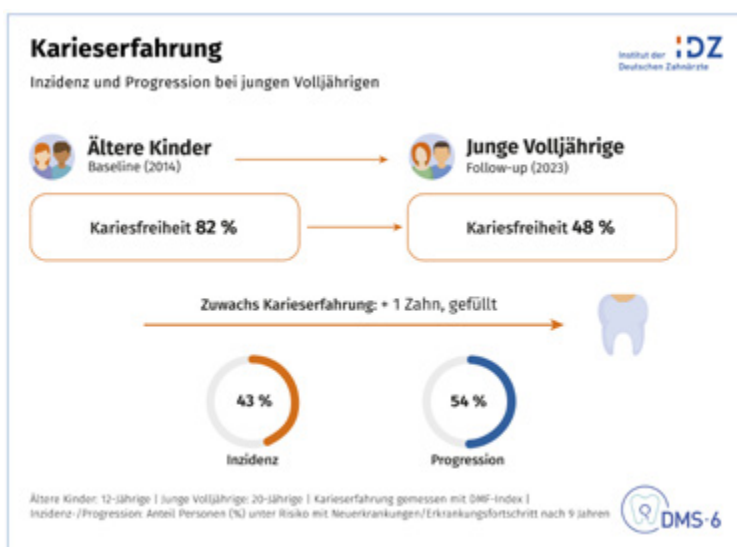
In der sechsten Auflage der Mundgesundheitsstudie wurden erstmals Längsschnittdaten erhoben. Dazu wurden erneut Teilnehmende aus der fünften Studie (DMS V) aus dem Jahr 2014 untersucht, um individuelle Krankheitsverläufe genauer nachzeichnen zu können. Während frühere Studien mit Querschnittsanalysen vor allem Momentaufnahmen und einen Trend lieferten, zeigt die DMS • 6, wie sich Mundgesundheit im Laufe des Lebens verändert und welche Faktoren die Entwicklung oraler Erkrankungen beeinflussen. „Mit dieser Verlaufsbeobachtung können wir neue Ansätze zur Prävention von Risikogruppen entwickeln. Gleichzeitig sehen wir, welche Maßnahmen besonders gut gewirkt haben“, sagte Prof. Dr. Rainer A. Jordan, wissenschaftlicher Direktor des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) anlässlich der Vorstellung der Ergebnisse im April in Berlin.

Kritische Phase der Adoleszenz

Bereits die im März 2025 vorgestellten ersten Ergebnisse der sechsten Mundgesundheitsstudie hatten bewiesen: Prophylaxe wirkt. So sind heute 60 Prozent der 8- und 9-Jährigen sowie 78 Prozent der 12-Jährigen kariesfrei. Auch bei Erwachsenen zeigt sich die verbesserte Mundgesundheit deutlich: Während die 35- bis 44-Jährigen in den 1990er-Jahren bereits mehr als fünf Zähne verloren hatten, fehlt jüngeren Erwachsenen heute im Durchschnitt nur noch ein Zahn.

Die nun vorliegenden Längsschnittdaten bestätigen diese Entwicklung: Bei den zum Zeitpunkt der DMS V kariesfreien Kindern, den heute 20-Jährigen, erkrankte im Untersuchungszeitraum im Schnitt höchstens ein Zahn an Karies. Das spreche dafür, dass diese Altersgruppe bereits umfassend von den präventionsorientierten Maßnahmen mit Gruppen- und Individualprophylaxe, Früherkennung und Fluoridanwendung profitiert habe, erklärte Jordan.

Gleichzeitig macht die Längsschnittanalyse deutlich, dass die Adoleszenz eine kritische Phase bleibt. Von den ehemals kariesfreien Zwölfjährigen entwickelten innerhalb von neun Jahren 43 Prozent eine Karieserfahrung. Im Durchschnitt kam in diesem Zeitraum ein betroffener Zahn hinzu. Bestand bereits eine Karieserfahrung, war eine weitere Progression wahrscheinlicher: Bei mehr als jedem



zweiten Jugendlichen (54 Prozent) schritt eine Karies fort. Jordan plädierte deshalb dafür, der Prävention gerade in dieser Lebensphase weiterhin einen hohen Stellenwert einzuräumen.

Parodontitis bleibt eine Herausforderung

Neben Karies zählt die Parodontitis zu den bedeutendsten chronischen Erkrankungen der Mundhöhle. Schätzungsweise 14 Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer schweren Form. Die Längsschnittanalyse der DMS • 6 liefert nach Angaben des IDZ-Leiters wertvolle Erkenntnisse über den zeitlichen Verlauf der Erkrankung und damit auch für deren Prävention.

Die Ergebnisse zeigen, dass Parodontitis nicht linear verläuft, sondern sich durch längere Phasen der Stagnation und kürzere Episoden rascher Progression auszeichnet. Die entscheidende Krankheitsdynamik finde dabei vor allem im Alter zwischen 40 und 50 Jahren statt, erläuterte Jordan. Im mittleren Erwachsenenalter erkranken 63 Prozent vormals parodontal gesunde Menschen neu an Parodontitis. Bei 19 Prozent verschlechtert sich eine bereits bestehende Erkrankung zu einer schweren Verlaufsform. In dieser Lebensphase verdoppelt sich die Zahl schwerer Parodontitisfälle. Die meisten Behandlungen würden jedoch erst im Seniorenalter durchgeführt werden – und damit zu spät.

Die Studie verdeutlicht zudem, dass Parodontitis zwar zunehmend diagnostiziert und behandelt wird, dennoch aber weiterhin häufig zu Zahnverlust führt, wenn sie nicht frühzeitig erkannt und konsequent therapiert wird. Erwachsene mit keiner oder nur leichter Parodontitis verloren innerhalb von neun Jahren durchschnittlich lediglich 0,35 Zähne, bei schwerer Parodontitis dagegen 1,8 Zähne. Bei Seniorinnen und Senioren lag der Zahnverlust bei 1,1 beziehungsweise 3,2 Zähnen.

Risikogruppen adressieren

Jordan hob außerdem den chronischen Charakter der Parodontitis hervor. Sie gehöre neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Typ-2-Diabetes zu den lebensstilabhängigen und damit grundsätzlich vermeidbaren Krankheiten. Dabei verwies er auf deren gemeinsame Risikofaktoren – ungesunde Ernährung und insbesondere Zuckerkonsum, Rauchen und Alkohol – und auf deren Zusammenhän-

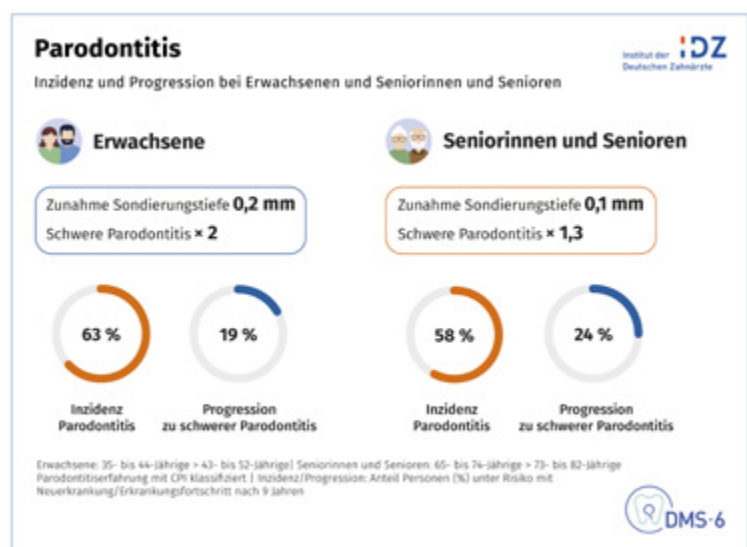
ge. So wiesen Menschen mit kardiovaskulären Erkrankungen oder Diabetes häufiger eine schwere Parodontitis und mehr Zahnlosigkeit auf als nicht betroffene Menschen. Hinzu komme, dass Menschen mit Typ-2-Diabetes häufiger nur beschwerdeorientiert zum Zahnarzt gingen. Für Jordan bestätigte das Ergebnis den Bedarf an Präventionsstrategien für Risikogruppen. Künftig sollte lebenslange Prävention nicht mehr standardisiert, sondern risikoadaptiert und personalisiert erfolgen. „Unsere Studie hat die wichtigsten Risikofaktoren für Zahn- und Munderkrankungen identifiziert, um diese personalisierten Präventionsprogramme zu entwickeln“, unterstrich Jordan.

Krankheitslast verlagert sich ins Alter

Zusammenfassend beschrieb Jordan die Entwicklung bei der Mundgesundheit als „Präventionsexpansion“ und „Morbiditätskompression“. „Sie sind zwei Seiten einer Medaille“, so der IDZ-Leiter. Die Präventionserfolge bei Karies reichten inzwischen weit ins Erwachsenenalter hinein. Dadurch verlagerten sich Krankheitslast und Versorgungsbedarf ins höhere Alter.

Allein seit 1989, das Jahr der ersten Mundgesundheitsstudie, haben sich die zahnmedizinischen Behandlungsbedarfe im Seniorenalter mehr als verdoppelt. Durch den deutlich verbesserten Zahnerhalt verringerte sich der totale Zahnverlust bei jüngeren Seniorinnen und Senioren innerhalb der vergangenen 35 Jahre von 24 Prozent auf fünf Prozent. Mehr eigene Zähne im Alter bedeuten jedoch zugleich ein höheres Risiko für zahnmedizinische Erkrankungen. Entsprechend steigen die Behandlungsbedarfe sowohl in der Zahnerhaltung als auch bei der Parodontitis kontinuierlich an.

Jordan forderte deshalb, die Parodontitisprävention deutlich früher anzusetzen. „Es braucht eine Frühbehandlung, damit schwere Verläufe gar nicht erst entstehen. So wie es gelungen ist, bei der Karies durch Prävention der Erkrankungswelle zuvorzukommen, muss das langfristig auch bei der Parodontitis gelingen“, betonte er. ■



Quelle Grafiken: IDZ – Institut der Deutschen Zahnärzte



KZVRLP

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

Offizielles Mitteilungsblatt und Rundschreiben der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz