

NZB

NIEDERSÄCHSISCHES
ZAHNÄRZTEBLATT

Vertreterversammlung der
Kassenzahnärztlichen
Bundesvereinigung (KZBV)
in Köln S. 12 ff.

Investitionen bei der
zahnärztlichen
Existenzgründung 2023
S. 18 f.

Höckerersatz mit direkten
Kompositrestaurationen im
Seitenzahnbereich –
Eine klinische Fallserie S. 28 ff.



Young Professionals Zahnmedizin

VERNETZT. INFORMIERT. INSPIRIERT.

Start-up: 03.09.2025 • 19.00-21.00 Uhr

An diesem Abend stehen die Themen Budget & HVM
im Fokus. Die Teilnahme ist kostenlos.

E-Mail: fortbildung@kzvn.de



„Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“ vs. Versorgungsauftrag

Liebe Kolleginnen und Kollegen, zu Beginn des 2. Halbjahres können wir es wieder in der Zeitung lesen: Auch der neue Vorstandschef des GKV-Spitzenverbandes betont mit Blick auf die finanzielle Lage der Kassen und unter Hinweis auf die jüngsten Zusatzbeiträge, es gebe nicht zu wenig Einnahmen, sondern das Finanzproblem sei auf der Aufgabenseite zu suchen. Soweit so gut. Er erkennt dabei oder verschweigt es bewusst, dass die permanente Ausweitung des Leistungskataloges politisch gewollt war und ist. Hinzu kommen diverse versicherungsfremde Leistungen, die der Gesetzgeber den Beitragszahlern zusätzlich aufbürdet. Jetzt bietet die Politik Scheinlösungen an, die die ursächlichen Zusammenhänge ignorieren, und jeder Gedanke an Leistungseinschränkungen wird von Politik und Kassen gleichermaßen als Sakrileg betrachtet; Wahlvolk und Versichertengemeinschaft könnten verschreckt werden; denn zu sehr hat sich die Bevölkerung an ein über den reinen Krankheitsbereich hinausreichendes und leistungsstarkes System gewöhnt. Das muss keinesfalls so bleiben. Absehbar ist, dass es in wenigen Jahren neben einer unzureichenden Finanzierbarkeit nicht genügend ärztlichen und zahnärztlichen Nachwuchs geben wird, um den gewohnten Standard zu halten. Die Zahlen und Tendenzen sind eindeutig, und sie sind allen Beteiligten bekannt!

Die Versorgungslage wird prekär

Diese Problematik betrifft, wenn auch in abgemilderter Form, grundsätzlich auch den zahnärztlichen Bereich. So verringert sich die Zahl zahnärztlicher Praxen in Niedersachsen jährlich um ca. 80 Standorte. Kolleginnen und Kollegen gehen vorzeitig in den Ruhestand, junge Zahnärztinnen und Zahnärzte haben bei wechselnden Rahmenbedingungen und steigendem Investitionsvolumen Vorbehalte, Praxen zu übernehmen oder sich in eigener Praxis niederzulassen. Nach wie vor mangelt es an Ausbildungskapazitäten an den Universitäten. Eine unsichere und zudem budgetierte Honorarsituation, unzumutbare bürokratische Belastungen und Sanktionsdrohungen tun ein Übriges. Die Liste ließe sich verlängern. Die zahnärztlichen Körperschaften beschreiben diese Entwicklungen seit Langem, und die KZV Niedersachsen unterhält eine eigene Abteilung zur „Versorgungsforschung und Versorgungsförderung“, um in direkten Kontakten zu versorgungsgefährdeten Gemeinden Lösungen zu entwickeln.



Dr. Jürgen Hadenfeldt
Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

Sicherstellung der Versorgung durch Honorarkürzung?

In dieser Situation fordert der GKV-Spitzenverband in einem „Positionspapier“ u.a. eine „kostenneutrale“ Anpassung der Vergütung an die Einnahmen der Kassen, eine „einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“ bzw. ein „kurzfristiges Ausgabenmoratorium“. Das ist nichts anderes als eine Kampagne gegen die Niederlassung und weniger verklausuliert ausgedrückt, die Forderung nach Honorarkürzungen durch den Gesetzgeber bei unverminderter Leistungsnachfrage.

Krankenkassen stehen unter Druck.

Tatsächlich stehen die Kassen unter finanziellem Druck. Aber nicht durch ausufernde Leistungskosten, sondern durch den Zwang zu ungerechter Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben durch die Versichertengemeinschaft, also die Übernahme versicherungsfremder Leistungen. Dazu zählen, um nur ein Beispiel zu nennen, die nicht kostendeckenden Beiträge für Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger in Höhe von rund 10 Mrd. Euro jährlich. Obwohl Bundesgesundheitsministerin Warken diese Forderung der Kassen anerkennt, hat das Bundeskabinett im Haushaltsentwurf für 2025 entschieden, lediglich ein Darlehen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die soziale Pflegeversicherung (SPV) zu gewähren, das voraussehbar das System nicht auf Dauer stabilisieren kann.

Verantwortliches Regierungshandeln sieht anders aus. ■

J. Hadenfeldt
Ihr Dr. Jürgen Hadenfeldt
Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT

60. Jahrgang

Monatszeitschrift für niedersächsische Zahnärztinnen und Zahnärzte mit amtlichen Mitteilungen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN), erscheint elfmal jährlich, jeweils zum 15. des Monats. Bezug nur für Mitglieder der ZKN und KZVN.

HERAUSGEBER

Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover
Postfach 81 06 61, 30506 Hannover
Tel.: 0511 83391-0, Internet: www.zkn.de

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN)
Zeißstraße 11, 30519 Hannover
Postfach 81 03 64, 30503 Hannover
Tel.: 0511 8405-0, Internet: www.kzvn.de

REDAKTION

ZKN

Dr. Lutz Riefenstahl (lr)
Breite Straße 2 B, 31028 Gronau
Tel.: 05182 921719; Fax: 05182 921792
E-Mail: l.riefenstahl@gmx.de

KZVN

Dr. Michael Loewener (loe)
Rabensberg 17, 30900 Wedemark
Tel.: 05130 953035; Fax: 05130 953036
E-Mail: m.loewener@gmx.de

Redaktionsassistentz

Sabrina Henkel (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

REDAKTIONSBURO

ZKN (hier auch Postvertriebsorganisation)
Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB)
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover
Tel.: 0511 83391-301; Fax: 0511 83391-106
E-Mail: nzb-redaktion@zkn.de

KZVN

Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB)
Zeißstraße 11, 30519 Hannover
Tel.: 0511 8405-207; Fax: 0511 8405-262
E-Mail: nzb-redaktion@kzvn.de

GESAMTHERSTELLUNG

MQ.Design Werbeagentur
Schierholzstraße 27, 30655 Hannover
Tel.: 0511 9569945; E-Mail: info@mqdesign-werbeagentur.de
Internet: www.mqdesign-werbeagentur.de

REDAKTIONSHINWEISE

Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Nachdrucke und fotomechanische Wiedergaben, auch auszugsweise, bedürfen einer vorherigen Genehmigung der NZB-Redaktion. Für unverlangte Fotos wird keine Gewähr übernommen. Die Redaktion behält sich bei allen Beiträgen das Recht auf Kürzungen vor. Der Leitartikel wird von den Autoren in Eigenverantwortung verfasst und unterliegt nicht der presserechtlichen Verantwortung der Redaktion. Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in den Texten der Einfachheit halber u.U. nur eine geschlechterspezifische Form verwendet. Das andere Geschlecht ist selbstverständlich jeweils mit eingeschlossen.

ISSN 1863-3145

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

KZVN
Kassenzahnärztliche
Vereinigung Niedersachsen

REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 09/25: 12. August 2025
Heft 10/25: 9. September 2025
Heft 11/25: 9. Oktober 2025

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



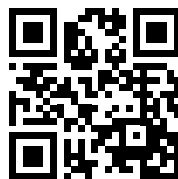
BEILAGENHINWEIS



Dieser Ausgabe liegen folgende Beilagen bei:

► ZahnRat Ausgabe 122

Wir bitten um freundliche Beachtung.



Homepage des NZB: <http://www.nzb.de>



12



23



23

LEITARTIKEL

- 1 Dr. Jürgen Hadenfeldt:
„Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“
vs. Versorgungsauftrag

POLITISCHES

- 4 Das Bas-Warken-Dilemma:
Absage an ein „Spargesetz“ –
Warken zur GKV- und
SPV-Finanzreform
- 10 Neue Koalition streitet schon –
Union erscheint blass, plan- und
fantasielos
- 12 Vertreterversammlung der
Kassenzahnärztlichen
Bundesvereinigung (KZBV) in Köln
- 18 Investitionen bei der zahnärztlichen
Existenzgründung 2023 (InvestMonitor
Zahnarztpraxis)
- 20 Neue GOÄ kann kein Vorbild für die
GOZ sein: Bundeszahnärztekammer,
DGZMK, DGMKG und BDO erinnern an
Aufgabe der Bundesregierung
- 21 Bundeszahnärztekammer fordert
Sofortprogramm Bürokratieabbau:
Konkreter Forderungskatalog zur
Entlastung der Praxen vorgelegt
- 22 Klartext der Bundeszahnärztekammer

- 23 Gutachterinformationsveranstaltungen
zum Thema „Restaurative
Zahnbehandlung mit Bisshebung –
Worauf ist zu achten“
- 24 Qualitätsprüfung 2024:
Mehr Beratungsbedarf als in den
letzten Jahren
- 26 Geballte Expertise – Arbeits- und
Informationsmeeting der IT-Leitungen
in der KZVN: Zufriedene Teilnehmer,
zufriedene Initiatoren

FACHLICHES

- 28 Höckerersatz mit direkten
Kompositrestaurationen im
Seitenzahnbereich –
Eine klinische Fallserie
- 38 Versorgungslücke bei Vollnarkosen
trifft die Schwächsten
- 46 Zahngesundheit zum Mitnehmen –
Ein voller Erfolg für die KIGARUS
- 47 DH-Kurs erstmals als „Bachelor
Professional in Dentalhygiene (ZKN)“
erfolgreich abgeschlossen
- 48 Rechtstipp Arbeitsrecht:
Nebenjob – so gibt es keinen Ärger
- 49 eHBA-Austausch bis Ende 2025
- 50 Rechtstipp Arbeitsrecht:
Urlaub im Minijob
- 52 GOZ:
- ZKN-Relevante Rechtsprechung
- ZKN-Berechnungsempfehlung
- 53 Fokus Personalführung –
Booster-Tipp für Führungsqualitäten

TERMINLICHES

- 54 ZKN-Seminarprogramm
- 54 Termine
- 56 Bezirksstellenfortbildung der ZKN

PERSÖNLICHES

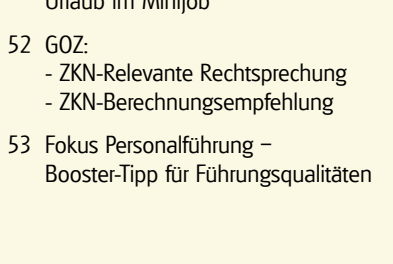
- 56 Herzlichen Glückwunsch
zum Jubiläum!
- 57 Cheers to 20 years!
- 57 Wir trauern um
unseren Kollegen
- 57 Herzliche Glückwünsche
zum Geburtstag!

AMTLICHES

- 58 Neuzulassungen
- 58 Mitteilungen des
Zulassungsausschusses
- 61 Aktualisierungshinweise
Vertragsmappe 06/2025
- 61 Ungültige Zahnarzttausweise
- 61 Amtliche Mitteilung



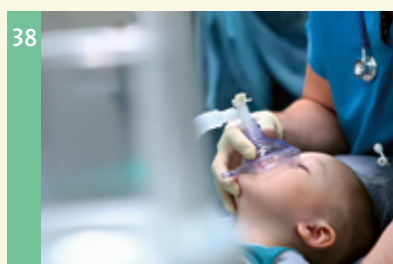
28



28



47



38



48



Illustration: KI-generiert von MQDesign-Webagentur

Das Bas-Warken-Dilemma

ABSAGE AN EIN „SPARGESETZ“ – WARKEN ZUR GKV- UND SPV-FINANZREFORM

Die Frage, wie lange die Bundesregierung, näherhin Bundesgesundheitsministerin Nina Warken MdB (CDU), es tatsächlich durchhalten werde, die GKV-Beiträge in weitere Höhen schnellen zu lassen sowie die Pflegeversicherung dem freien Fall zu übergeben, ohne rasch einzugreifen, stellte und stellt sich immer drängender, auch in den vergangenen Tagen. Warken hatte sich bei ihrer kurzen Antrittsrede im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) noch nicht konkret zur problematischen Finanzlage der beiden Versicherungen geäußert. In ihrem ersten großen Auftritt im Deutschen Bundestag am 15. Mai hat die neue Bundesgesundheitsministerin angekündigt, „kurzfristige Maßnahmen“ ergreifen zu wollen. Die im Koalitionsvertrag angekündigten Strukturreformen wie auch die schon auf dem Weg befindliche Krankenhausreform würden helfen, eine „Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau zu sichern“, so Warken. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung „wollen wir langfristig stabilisieren. Eine Kommission wird dazu Vorschläge erarbeiten, um die GKV-Financen in der Zukunft zu stabilisieren“, hatte Warken im Bundestag erklärt. „Es wird aber nicht ohne kurzfristige Maßnahmen gehen, liebe Kolleginnen und Kollegen. Das gleiche gilt für die Pflegeversicherung.“ Und weiter führte sie noch zur Pflege-

reform aus: „Die angespannte Finanzsituation erfordert ein mehrgleisiges Herangehen. Kurzfristig werde ich Gespräche führen und dann Vorschläge vorlegen, um der Pflegeversicherung über den Jahreswechsel hinaus Spielraum zu verschaffen. Mittel- und langfristig brauchen wir aber andere Lösungen.“ Diese letztgenannten Sätze waren die Ankündigungen in der großen ersten Gesundheitsdebatte des Deutschen Bundestags in der neuen Legislaturperiode, auf die aus den Reihen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen so verzweifelt gewartet worden war. Warken hatte allerdings bis dato offengelassen, wie die kurzfristigen Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV gestaltet sein sollen. In ähnlichen Formulierungen hat Warken die oben zitierten Aussagen zur GKV-Dramatik nochmals in einem Interview mit der Frankfurter Rundschau (FR) am 17. Mai wiederholt. Mehr war auch dort in ihre Aussagen nicht hinein zu interpretieren. Warken erklärte im FR-Gespräch, sie und ihre Mitarbeiter hätten die „dramatische Lage der GKV im Blick“. Es müsse geprüft werden, „ob und wie kurzfristig reagiert“ werden müsse. Auf die Frage nach einem „Notpaket“ noch vor der Sommerpause erwiderte Warken, „zunächst“ müssten schnell die im Koalitionsvertrag geeinigten Dinge umgesetzt werden: das Primärarztsystem, die Weiterentwicklung der Krankenhausreform, die Not-

fallreform und die Rettungsdienstreform. Allerdings hat sie beim Primärarztsystem ob der Komplexität schon zurückgerudert. Am 20. Juni erklärte sie gegenüber der Rheinischen Post (RP), für die Einführung des Primärarztsystems brauche es einiges an Vorbereitungen, deshalb sei dies eine Gesetzgebung für das kommende Jahr.

Unter dem in der FR-Frage angesprochenen „Notpaket“ scheint sie ein Vorschaltgesetz titulierte als „Spargesetz“ zu verstehen. Dem erteilt sie eine Absage. Auf der Pressekonferenz zum Abschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in Weimar am 12. Juni äußerte sie dazu: „Wenn wir Beitragssteigerungen vermeiden wollen, Leistungskürzungen vermeiden wollen, wie wir ansonsten eine bessere Steuerung bekommen im System, ist jetzt kein Spargesetz auf den Weg gebracht oder angedacht, sondern unser Ziel ist es jetzt auch noch eine Unterstützung in den beiden Haushaltsjahren zu bekommen und dann aber mit ersten Reformen, die vorgezogen werden, dann auch eine Erleichterung zu bekommen“. Am 20. Juni erklärte Warken in dem o.a. Interview gegenüber der RP zur Frage nach dem von gesetzlichen Krankenkassen geforderten Ausgabenmoratorium: „Ich werte diesen Vorschlag eher als Versuch, auf die schwierige Finanzlage der Krankenkassen hinzuweisen.“

Auf die Frage der FR im oben erwähnten Interview nach den zu niedrig angesetzten Beiträgen der Bürgergeldempfänger zur gesetzlichen Krankenversicherung hatte die Bundesgesundheitsministerin erklärt, über diese „Schieflage“ werde man reden müssen. „Jedem ist klar, dass die Kostenübernahme des Bundes für die Krankenkassenbeiträge der Bürgergeldempfänger nicht ausreicht. Wie wir damit umgehen, werde ich vertrauensvoll mit dem Finanzminister besprechen. Klar ist aber, dass wir das Gesundheitssystem nicht allein über den Haushalt sanieren können. Es gehe „um ein Gesamtpaket, um Beitragssatzerhöhungen zu vermeiden. Das werden

wir im Konsens mit der gesamten Regierung schnüren.“ Bundesfinanzminister Lars Klingbeil MdB (SPD) hat am 18. Mai gegenüber dem Redaktionsnetzwerk Deutschland und der Frankfurter Rundschau geäußert: „Wir sind uns darüber einig, dass in der Pflege- und Krankenversicherung eine schwierige Situation besteht und wir hier stabilisieren müssen.“ Der SPD-Fraktionsvorsitzende Matthias Miersch MdB antwortete auf der Pressekonferenz vor der Sitzung seiner Fraktion am 20. Mai auf die Frage, was die zitierten Worte Klingbeils hinsichtlich der Pflege- und GKV-Finanzierung genauer bedeuteten: „Ich gehe davon aus, dass augenblicklich das Gesundheitsministerium und auch das Arbeits- und Sozialministerium genau diese Frage bewerten, mit dem Finanzministerium zusammen. Dass es dort Zahlungen, Unterstützungen geben wird, steht, glaube ich, fest. Das müssen aber jetzt die Häuser erstmal untereinander ausmachen.“ Gegenüber der RP formulierte Warken dann am 20. Juni erstmals deutlicher zum Problemkomplex der vollständigen Erstattung der Bürgerversicherungsempfängerkosten an die GKV: „Die Behandlungskosten für Bürgergeldempfänger sollten über den Bundeshaushalt nicht nur teilweise, sondern komplett abgedeckt werden. Mittelfristig muss natürlich das Ziel sein, die Wirtschaft anzukurbeln und die Zahl der Bürgergeldempfänger zu reduzieren. Wenn Arbeit durch die steigenden Sozialversicherungsbeiträge immer teuer wird, würden wir alle anderen Versuche der Wirtschaftsbelebung gleich wieder ab. Bezüglich der Pflegeversicherung wurde Nina Warken schon früher konkreter. In einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ) erklärte sie am 25. Mai auf die Frage nach einer möglichen kurzfristigen Stabilisierung von Pflegeversicherung und GKV: „Wir haben zur Sicherung der Liquidität schon 800 Millionen Euro aus dem Bundeszuschuss vorzeitig an den Gesundheitsfonds gezahlt, von dem die Krankenkassen ihr Geld erhalten. Aber wir werden zusätzliche Haushaltsmittel brauchen. Wir sind in ►►

GKV-Finanzierungsproblematik

5,2 Mrd. €

sind offen aus dem Bereich der Pflegeversicherung aus den Corona-Jahren

9-10 Mrd. €

Unterdeckung der Beiträge für Bürgergeldempfänger

80 Mrd. €

Subventionen der Krankengeldkosten seit 2017



Finanzierungslücken im Gesundheitssystem



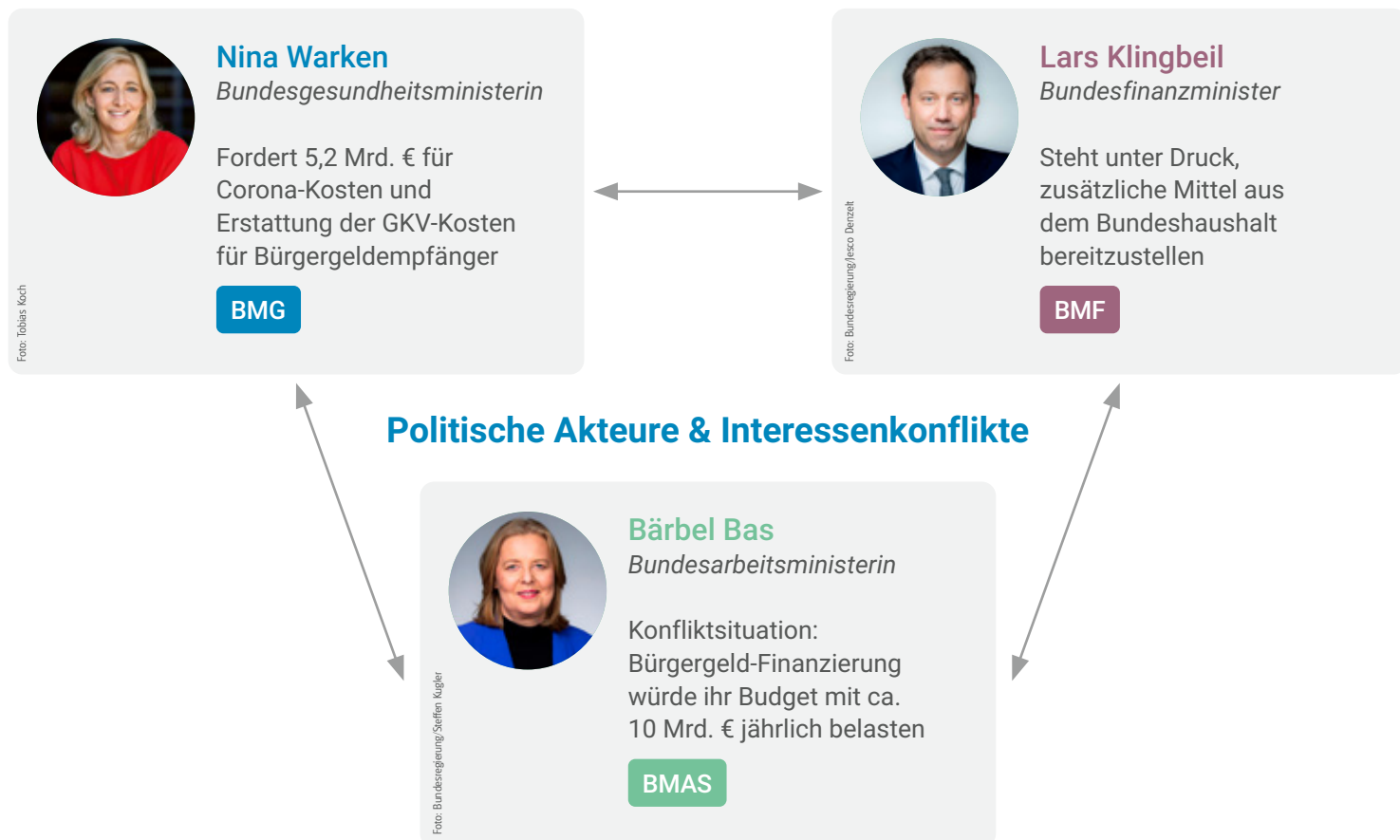
Beitragserhöhungen drohen

» der Koalition gerade dabei, die Richtung zu vereinbaren, damit die Pflegeversicherung die Ausgaben aus der Corona-Zeit erstattet bekommt.“ Die Bewältigung der Pandemie sei eine „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ gewesen, „es ist nicht nachvollziehbar, dass versicherungsfremde Leistungen von den Beitragszahlern geschultert werden“, äußerte Warken auf die Frage der FAZ, ob das Geld für die Pflegeversicherung schon bei Lars Klingbeil „angemeldet“ sei. Ähnlich konkret äußerte sie sich am 12. Juni auf der GMK-Abschlusspressekonferenz: Es gehe „auch darum, dass noch 5,2 Milliarden Euro offen sind im Bereich der Pflegeversicherung aus den Corona-Jahren, die da gezahlt worden sind und unser Ziel ist es, Beitragserhöhungen zu vermeiden. Deswegen braucht es da auch noch mal Unterstützung aus dem Haushalt, bis eben die Maßnahmen, die die Bund- Länder-Arbeitsgruppe vorschlägt, dann tragen können“.

Für die gesetzliche Krankenversicherung hatte Warken, wie oben erwähnt, vor Kurzem mit einer 800-Millionen-Euro-Spitze durch ein Vorziehen von Auszahlungen des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds kurzfristig eingegriffen, da die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds unter die gesetzliche vorgeschriebene Mindestreserve von 20 Prozent der durchschnittlichen Monatsausgaben des Gesamtjahres zu fallen drohte. Damit ist aber nicht „mehr“ Geld

ins System gekommen. Es ist lediglich als administrative Maßnahme ein Teil des gesetzlich festgelegten Bundeszuschusses von jährlich 14,5 Mrd. Euro vorgezogen worden. Das hat auch die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Dr. Doris Pfeiffer, noch einmal am 2. Juni in Kremen bei Berlin erklärt, dies sei in Medien teilweise unzutreffend dargestellt worden. [Zur näheren Erläuterung: Wie der GKV-Spitzenverband mitteilte, drohte die Unterdeckung des Gesundheitsfonds vornehmlich durch eine gesetzliche Sonderregelung für Rentnerinnen und Rentner, für die eine Erhöhung von Zusatzbeiträgen erst zwei Monate später wirksam wird. Der Gesundheitsfonds wiederum hat aber die (fehlenden) höheren Beiträge aus diesen beiden Monaten an die gesetzlichen Krankenkassen in den ersten beiden Monaten überwiesen. Der GKV-Spitzenverband fordert deshalb eine Neuregelung, nach der die Rentenversicherungsträger in so einem Fall zumindest die Hälfte dieser nicht entrichteten Beiträge erstatten sollten, um die Liquidität zu stabilisieren, erklärte Florian Lanz, Pressesprecher des GKV-Spitzenverbandes gegenüber dem Handelsblatt.]

Warken ist mit der Finanzdramatik in eine Problemlage hineingestellt, die sie vielleicht oder sogar wahrscheinlich vor ihrem Amtsantritt nicht absehen konnte. Die fehlenden oder unzulänglichen Anmerkungen des CDU-Parteivorsit-



zenden und damaligen CDU/CSU-Fraktionsvorsitzenden und heutigen Bundeskanzlers Friedrich Merz MdB und des CDU-Generalsekretärs Carsten Linnemann MdB, der nun zusätzlich stellvertretender Fraktionsvorsitzender für Arbeit und Soziales ist, zur Finanz-Situation der GKV in den Wahlkampf-Monaten, ließen die gesundheitspolitischen Beobachter eher ratlos zurück. Ähnliche Gefühle beschlichen die gesundheitspolitisch Kundigen schon, als der damalige Bundeskanzler Olaf Scholz (SPD) im Wahlkampf die Reform der stationären Versorgung als die vornehmliche Lösung für die akuten Finanzprobleme der GKV benannte. Da die Union wie auch die SPD auf exzellente gesundheitspolitische Expertise aus ihren Reihen zurückgreifen kann, ist eine naive Sicht seitens der Regierungsspitzen auf die Dramatik der Finanz-Situation wie auch die Möglichkeiten der Beitragssatzstabilisierung nahezu ausgeschlossen. Mit Jens Spahn (CDU) als ehemaligem Bundesgesundheitsminister, der sich nun im Amt des CDU/CSU-Fraktionsvorsitzenden befindet, als Mitglied jener 19er-Runde, die den Koalitionsvertrag in die endgültige Form gegossen hatte, gab es auch in diesem Gremium hohe gesundheitspolitische Kompetenz auf Unionseite. Das gilt ebenso für die nun als Bundesarbeitsministerin berufene Bärbel Bas seitens der Sozialdemokratie, auch wenn Beide in der vergangenen Legislaturperiode nicht mehr in diesem Bereich tätig waren. Spahn hatte sich in den vergangenen Monaten nicht ausführlicher zur Finanzierungsproblematik der Kranken- und Pflegeversicherung geäußert, obwohl die unbotmäßig steigenden Sozialversicherungsbeiträge auch ein massives Problem der Wirtschaftspolitik darstellen und sowohl von den Arbeitgeberverbänden als auch den Gewerkschaften permanent an die politischen Spitzen adressiert worden waren (und werden).

Die Regierungserklärung am 14. Mai von Bundeskanzler Friedrich Merz (CDU) war hinsichtlich der Sozialversicherungskostenproblematik ebenfalls eine erhebliche Enttäuschung. Doch einen Tag später sprach er das Problem im Talk bei Maybrit Illner offensiver an. Zwar zog er erstaunlicherweise noch immer keine Verbindung zur Kostenbelastung für die Unternehmen durch steigende Sozialversicherungsbeiträge, doch erläuterte er erstmals die defizitäre Lücke des Koalitionsvertrags zu dieser Problematik. Die entscheidende Frage sei, „vereinfacht“ gesprochen, „wie schaffen wir es“, dass „mehr von brutto netto übrig bleibt“, erklärte Merz bei Illner. In den „Haushalten mit kleinen und mittleren Einkommen“ gehe dies „zum kleineren Teil über die Steuern“ und „zum größeren Teil über die Sozialversicherungsbeiträge. Rentenversicherung steigt, Krankenversicherungsbeiträge, Pflegeversicherung steigt: ich gebe zu, ich hätte mir auch gewünscht, dass wir im Koalitionsvertrag dazu etwas mehr geschrieben hätten, aber dafür hat die Zeit nicht gereicht. Auch die Wahlperiode ist früher zu Ende gegangen als

geplant. Ich hatte für die CDU eigentlich vor, im Frühjahr des Jahres 2025 ausführliche Diskussionen über Reformen der Sozialversicherungssysteme zu führen. ... wir werden das jetzt nachholen müssen.“ Für „die Masse der kleinen und mittleren Einkommen“ sei „das eigentliche Problem, dass die Belastungen durch die Rentenversicherung, die Krankenversicherung, Pflegeversicherung so stark ansteigen, und trotzdem kommen diese Systeme mit dem Geld nicht aus. Das ist eine gehörige Aufgabe, die vor uns steht und die wollten wir nicht in wenigen Tagen im Koalitionsvertrag einfach mal so entscheiden, wie wir das machen.“

Im Wahlkampf hatte die Union diese Erklärung allerdings nicht geliefert, aber auch die SPD zeigte sich hier ebenfalls „blank“ – Beide hatten offenbar eine stille Übereinkunft, dieses Thema tunlichst zu vermeiden. Aus Politikersicht durchaus verständlich, denn sie werden den alten Grundsatz beachtet haben: mit Gesundheitspolitik kann man keine Wahlen gewinnen, aber mit ihr Wahlen verlieren. Der damalige Bundeswirtschaftsminister und Spitzenkandidat für die Grünen, Robert Habeck, konnte einen Anflug dieses Grundsatzes im Wahlkampf erleben, als er vorschlug, Sozialabgaben auf Kapitaleerträge zu erheben – die grünen Wahlkämpfer hatten alle Mühe, die darauf folgende sich eher zu ihren Ungunsten auftürmende Diskussions- und Kritik-Welle wieder abzuflachen. Darüber hinaus differieren die Reformvorstellungen von Union und SPD in grundsätzlichen Fragen der Finanzierungsreform von GKV und SPV, prominentestes Beispiel ist hier der nun schon etliche Jahre währende Ruf nach der Bürgerversicherung seitens der SPD.

Es dürfte aber wohl einen hauptsächlichen Grund geben, warum die SPD im Gegensatz zu früheren Zeiten die „ungerechte“ GKV-Finanzierung (Stichwort Bürgerversicherung) nicht mehr zum prominenten Thema, z.B. im Wahlkampf, erhebt. Vor sieben Jahren hat das renommierte IGES Institut in Berlin zum ersten Mal, damals im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und in Folge-Gutachten, beispielsweise für die DAK-Gesundheit oder auch den GKV-Spitzenverband, die Unterdeckung der Beiträge für die ALG 2-Empfänger, heute Bürgergeldempfänger, an die GKV ermittelt: Sie beträgt etwa 9 bis 10 Mrd. Euro pro Jahr. Die Beitragszahler der GKV haben somit unbestritten die Krankenversicherungskosten der Bürgergeld/ALG 2-Empfänger allein seit 2017 mit etwa 80 Mrd. Euro subventioniert. Das ist in höchstem Maße „ungerecht“. Hier liegt sozialpolitischer Sprengstoff, gerade mit Blick auf Beitragserhöhungen, der Diskussion um Eigenbeteiligungen der Versicherten (z.B. Praxisgebühr) oder auch um die Begrenzung von Leistungen. Auch wenn diese Sachlage hinlänglich in Fachkreisen bekannt ist, verliert sie nicht an Brisanz. Es gibt hier nämlich einen politisch wichtigen Aspekt, der nicht hinreichend beachtet wird und der Grund des offensichtlich geringen Engagements in der SPD, in dieser Angelegenheit Abhilfe ►►

» zu schaffen, sein könnte: Schon vor 2017 und bis heute wurde und wird das Arbeits- und Sozialministerium sozialdemokratisch geführt. Die Finanzierung der ALG-2-/Bürgergeld-Empfänger wird über den Haushalt des Bundesarbeitsministeriums abgewickelt. Mithin hätte in den vergangenen Legislaturperioden eine gerechte und gebotene Finanzierung der ALG 2-/Bürgergeld-Empfänger in den Haushalt der damaligen sozialdemokratischen Bundesarbeitsministerin Andrea Nahles und später von SPD-Bundesarbeitsminister Hubertus Heil eingestellt werden müssen.

Kein Wunder, dass sich Bärbel Bas auch noch bevor sie zur Bundesarbeitsministerin ernannt wurde, nicht zu dieser Thematik geäußert hat. Im Rahmen ihrer ministeriellen Aufgabe ist sie diesem besonderen „Interessenkonflikt“ nun sogar persönlich ausgesetzt: Ein Plädoyer ihrerseits für eine gerechte Finanzierung der Bürgergeldempfänger an die GKV bedeutete gleichzeitig die Forderung „ihren“ Haushalt mit diesen rund 10 Mrd. Euro jährlich zusätzlich zu belasten. Das dürfte selbsterklärend für Bundesfinanzminister Lars Klingbeil ebenfalls ein großes Problem darstellen. Mit der Freigabe von 10 Mrd. Euro jährlich an das Arbeits- und Sozialministerium für die Bürgergeldkosten der GKV hätte seine Parteikollegin Bas noch keinen Cent „eigene“ Haushaltspolitik gestaltet.

Bundesgesundheitsminister a.D. Professor Karl Lauterbach MdB (SPD) hat während der Ampel-Koalition mit Verweis auf die klamme Finanzlage (russischer Angriffskrieg Ukraine, Energie-Krise, „Entzug“ von 60 Mrd. Euro durch

ein Bundesverfassungsgerichtsurteil, etc.) Christian Lindner, FDP-Bundesfinanzminister a.D., die ausreichende Finanzierung der Bürgergeldempfänger von Lindner erst gar nicht eingefordert. Nicht zuletzt dieser offen bekundete mangelnde Durchsetzungswille Lauterbachs hat, wie in Berlin oft zu hören war, viel Unmut hervorgebracht. Allerdings dürfte Lauterbach hier vielleicht unterschätzt worden sein. Nicht umsonst gibt es die andere Lesart, die besagt, er habe das System nach dem Vorbild des britischen National Health Service ummodeln wollen und dazu hätte er das Gesundheitssystem „alter Ordnung“ erst einmal zugrunde gehen lassen müssen.

Wie lautet das bisherige Fazit? Nina Warken hat die Fehler der Vergangenheit nicht zu verantworten. Studiert man das erste noch für das BMG verfasste IGES-Gutachten stößt man auf eine Historie, in der die Belastung der Krankenversicherungskosten für die ALG 2-Empfänger (später Bürgergeldempfänger) immer ungehemmter durch Gesetze in Richtung GKV verschoben wurde. Ein drastisches Beispiel aus der jüngeren Vergangenheit war die Übernahme der ukrainischen Geflüchteten, so sie nicht direkt in den Arbeitsmarkt gehen konnten, ins Bürgergeld, obwohl sie de jure nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in Deutschland hätten aufgenommen werden müssen. (Anm. d. gid-Red.: Nach Angaben der Bundesregierung erhielten im Juni 2024 717.000 ukrainische Geflüchtete Grundsicherung für Arbeitsuchende – und damit Bürgergeld: 505.000 davon erwerbsfähige und 212.000 nicht erwerbsfähige Leistungsberechtigte, in der Regel Kinder.)



Durch die entsprechende Gesetzgebung wurden die Kommunen entlastet und u.a. die gesetzliche Krankenversicherung durch die beschriebene mangelhafte Kosten-erstattung belastet. (Anm. d. gid-Red.: Der Koalitionsvertrag sieht die „Rückabwicklung“ dieser Regelung mit Wirkung für ab April 2025 für neu ankommende Geflüchtete vor.) Es gilt deshalb grundsätzlich festzuhalten: Die staatliche Aufgabe der jährlichen Erstattung der tatsächlichen Krankenversicherungskosten von Bürgergeldempfängern (vielleicht demnächst Empfängern von Grundsicherung) an die GKV adressiert keine Subventionierungsanforderung an die Beiträge der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies müsste für die Zukunft klar geregelt werden, damit die GKV-Sanierung mit gerechten Grundlagen angegangen wird.

Von der fehlenden Dynamisierung des Bundeszuschusses für die versicherungsfremden Leistungen an dieser Stelle ganz zu schweigen, denn dessen (leider fehlende) Aufstockung unterliegt, im Gegensatz zur Diätenerhöhung, leider keinem Automatismus. Warken scheint zunächst, in Anbetracht ihrer oben zitierten Aussage nach der GMK am 12. Juni in Weimar, nur an eine zweijährige Zahlung aus dem Bundeshaushalt gedacht zu haben, wahrscheinlich auch aufgrund von Gesprächen mit Bundesfinanzminister Klingbeil. Vor jedweder Reform, auch eventuell wegen juristischer Implikationen, müsste aber die tatsächliche Krankenversicherungs-Kostenbelastung der Bürgergeldempfänger an die GKV gesetzlich geregelt werden, das hat die Bundesgesundheitsministerin offenbar wohl mittlerweile erkannt, wie aus ihrer zitierten Aussage gegenüber der RP am 20. Juni hervorgeht.

Daneben scheint Warken offenbar aber der, mit Verlaub, irrigen Ansicht zu unterliegen, die geplanten Reformen wie Krankenhausreform, Notfallreform und Einführung eines Primärarztsystems könnten „Erleichterungen“ bringen. In einer nicht in den Koalitionsvertrag übernommenen Aufstellung der den Vertrag vorbereitenden Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege werden für die Jahre 2026, 2027 und 2028 völlig unrealistische Einsparwerte durch Reformen aufgeführt. Beispielsweise soll gemäß dieses Tableaus das Primärarztsystem in 2026 1 Mrd. Euro, in 2027 1,5 Mrd. Euro und in 2028 sogar 2 Mrd. Euro Einsparungen bringen, daneben stellt sich die Frage, wann diese Reform überhaupt auf den Weg gebracht wird, nun ist sie schon auf das nächste Jahr verschoben. Die routinierten Leistungserbringer im Gesundheitswesen diskutieren deshalb auch öffentlich mögliche Steigerungen der GKV-Einnahmen, zuvorderst wird auch aus ihren Reihen die Forderung nach der vollständigen Finanzierung der tatsächlichen GKV-Kosten der Bürgerversicherungsempfänger gefordert.

Vermeiden wollen die Leistungserbringer nämlich ein „Vorschaltgesetz“, ein „Ausgabenmoratorium“ im Sinne einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ wie es unisono

aus dem Kassenlager gefordert wird. Nina Warken hat dem nun aktuell zweimal eine Absage erteilt, das sollte durchaus ernst genommen werden, zumal Warken als erfahrene Politikerin weiß, wie schwer öffentliche Festlegungen wiegen. Sie will sich, wie aus ihren Äußerungen hervorgeht, strikt an den Koalitionsvertrag halten. Darüber hinaus hat sie in den vergangenen Wochen außerdem immer die Einvernehmlichkeit innerhalb der Regierung betont, doch unter dem enormen Wirklichkeits-Druck der GKV-Finanzmisere scheint sie nun an „ministerialer Eigenständigkeit“ zu gewinnen: mit ihrer Aussage (im Interview mit der RP), eine vollständige und ständige Übernahme der GKV-Kosten für die Bürgerversicherungsempfänger sei geboten, setzt sie Lars Klingbeil öffentlich unter Druck. Politische Schützenhilfe hat sie durch Klaus Holetschek, CSU-Fraktionsvorsitzender in Bayern und ehemaliger CSU-Landesgesundheitsminister, der diese Forderung seit Monaten öffentlich erhebt.

Relevante Akteure des Gesundheitswesens sowohl auf der Seite der Kostenträger als auch der der Leistungserbringer betonen, Strukturreformen könnten allenfalls Kostensteigerungen ausbremsen und eine optimalere Versorgung in Hinblick auf die Anforderungen der Gegenwart anstreben, sollen sie keine reinen „Spargesetze“ sein. Beispielsweise wird im Papier der Bundesärztekammer zur Primärarztversorgung darauf hingewiesen, dass die Einführung einer Eigenbeteiligung oder Praxisgebühr erst Sinn macht, wenn dieses neue System gut laufe.

Die gesetzlichen Krankenkassen drängen zusätzlich auf ein Vorschaltgesetz, da sie trotz einer möglichen vollständigen Übernahme der Krankenversicherungskosten für die Bürgergeldempfänger weitere Anforderungen und die jährlichen Wachstumsraten der Leistungserbringer meinen nicht stemmen zu können. Die Leistungserbringer setzen hingegen offenbar darauf, dass die jährlich 10 Mrd. Euro Kostenerstattung für die Bürgergeldempfänger als zusätzliche Finanzspritze ausreichen würde bis die Strukturreformen wirken.

Den Kollaps des bisherigen Systems zu intendieren, um umfänglichen politischen Gestaltungszugriff auf die verlockenden 340 Mrd. Euro zu erhalten, die die GKV jährlich ausgibt, wie man es nicht nur von Karl Lauterbach vermutete, das scheint offenbar nicht Nina Warkens Zielsetzung zu sein. Warken scheint allmählich mit den Problemen des Gesundheitssystems vertrauter zu werden. Das könnte in der kommenden Zeit durchaus zu weiteren Korrekturen von vorher Gesagtem führen. Ob tatsächlich kein Vorschaltgesetz kommt, vielleicht auch erst in oder nach der Sommerpause des Bundestags, das ist deshalb längst noch nicht ausgemacht. ■

_____ Gesundheitspolitischer Informationsdienst (gid)
Nr. 04/05/06-2025



Illustration: KI-generiert von MQDesign-Werbeagentur

Neue Koalition streitet schon – Union erscheint blass, plan- und fantasielos

So manchem Sozialdemokraten aus dem linken Spektrum der Partei muss es immer noch gewaltig „quer gehen“, dass die bundesdeutschen Wahlbürger am 23. Februar 2025 sie in eine neue Koalition mit den anderen beiden Alt-Parteien im Deutschen Bundestag gezwungen haben. Also machen sie auf die gleiche Weise weiter wie zuvor zu „Ampel“-Zeiten. Sie mucken öffentlich auf. Mit Verfahrensarten, an denen die „Ampel“ letztlich zu Grunde ging. Die SPD'ler verärgern somit schon jetzt ihre Koalitionspartner gewaltig durch Forderungen, die nicht im Koalitionsvertrag mit CDU, CSU stehen. Das gilt in besonderem Maße für den sozial- und gesundheitspolitischen Bereich. Dabei ist die neue Regierung keine sechs Wochen im Amt. Den Aufmüpfigen entgegen kommt dabei eine relative Plan- und Fantasielosigkeit der Regierungspartner. Denn nur mit dem leisen Ruf „nach mehr Eigenverantwortung“ der Bevölkerung saniert man keine Sozialversicherungszweige. Aber auch der so genannte „Finanzierungsvorbehalt“ der Koalitionäre grenzt viele Maßnahmen-Alternativen erheblich ein. Der neue SPD-Bundesfinanzminister und Vizekanzler Lars Klingbeil MdB (47) zählt eigentlich zu denjenigen Vorsitzenden der ältesten Partei Deutschlands, die eine ungeheure Machtfülle in ihren Händen zusammenballen konnten. Dennoch scheint der vom parlamentarischen

Linken zum „Seeheimer“ gereifte Politiker nicht immer seine „Truppen“ vollständig im Griff zu haben. Er lässt sie gerne verbal ausbüchsen. Auch um zu testen, wie widerstandsfest die politischen Mauern bei der Union sind. Als erste im sozialpolitischen Bereich vergrätzte SPD-Bundesarbeitsminister Bärbel Bas MdB (57) mit innerhalb der Koalition nicht abgestimmten Renten-Ideen die Regierungsgegenseite. Diese Wortspende konnte man noch als populistisch angehauchten Wahlkampfbeitrag werten, um möglichst viele Mitglieder-Stimmen beim Parteitags-Urnengang am 28. Juni 2025 in Berlin für den Parteivorsitz zu gewinnen. Schließlich will die Duisburgerin künftig als Co-Chefin der SPD und damit als Nachfolgerin von Saskia Esken MdB (63) wirken. Aus der gesundheitspolitischen Ecke kam der nächste in der illustren Runde der Aufmüpfigen. Es war der neue „Sprecher“ der SPD im Bundestagsgesundheitsausschuss, Dr. med. Christas Pantazis MdB (49). Der Braunschweiger Mediziner müsste nach zwölf Jahren im niedersächsischen Landtag wie im Bundestag eigentlich wissen, welche Auswirkungen Wortspenden in der „BILD“ zu haben pflegen. Dort plädierte Pantazis am 7. Juni 2025 für eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) auf das Rentenniveau und damit auf 8.050 €. Das könne ein „Beitrag zur finanziellen Entlastung der Krankenkassen sein, ohne die

Versicherten über Gebühr zu belasten“, ließ er sich im Boulevardblatt zitieren. Im Koalitionsvertrag ist von dieser Idee nichts zu finden. Dafür aber in diversen SPD-internen Gedanken-Papieren. Oder bei den BündnisGRÜNEN bzw. DIE LINKE. So löste sein Vorstoß nicht nur bei rot-grün-nahen Interessenverbänden wie dem VdK oder dem SoVD Beifall aus. Ebenso beim neuen gesundheitspolitischen Sprecher-Kollegen der GRÜNEN, Dr. med. Janosch Dahmen MdB (43). Nur: Mit der Partei des Standeskollegen koalitiert die SPD gar nicht mehr!

Es war nicht zu eruieren, ob Ates Gürpınar MdB (40), genauso wie die beiden Ärzte gesundheitspolitischer „Sprecher“ seiner erstarkten Fraktion von DIE LINKE und zugleich seit 2021 stellvertretender Parteivorsitzender, nach deren öffentlichen Einlassungen vor lauter Freude in die Hände geklatscht hat. Sicher ist jedoch: Genau im dritten Absatz auf Seite 4 des Antrages vom 3. Juni 2025 von DIE LINKE zu den Finanzen von Gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung (GKV/GPV) findet sich ebenfalls die Zahl 8.050 € (vgl. BT-Drs.: 21/344). Als Minimal-Lösung, sollten die eigentlich von der Fraktion vorgeschlagenen 15.000 monatlich nicht realisiert werden. Der Medienwissenschaftler und seine Fraktion hatten also erfolgreich die SPD aufs gesundheitspolitische Glatteis gezogen und so die gesamte Regierung vorgeführt. Koalitionstreue sollte eigentlich im Jahr 2025 anders aussehen. Aber wenn die zuständigen, neuen „Bundestags-Sprecher“ von SPD, BündnisGRÜNEN und DIE LINKE ins gleiche Horn stoßen und quasi Händchen haltender Weise auftreten, dann macht es schon nachdenklich.

In der Mauerstraße reagierte man zuerst verschreckt, duckte sich weg. Und überließ später dem zuständigen neuen stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden, Albert Stegemann MdB (49), mit kalmierenden Worten die peinlich wirkende Situation zu retten. Doch auch der niedersächsische Großbauer konnte nicht kaschieren, dass der Union seit Jahren nichts Weltbewegendes eingefallen ist, um die Finanzen der GKV zu sanieren. Sieht man einmal vom Vertrags-Kompromiss der Einsetzung einer „Findungskommission“ ab. Ganz im Gegenteil: Es war ein CDU-Bundesgesundheitsminister namens Jens Spahn MdB (45), der während seiner Amtszeit ungeniert die Rücklagen der Krankenkassen plünderte und auch die Gesetzliche Pflegeversicherung finanziell weitgehend versauern ließ. Aus puren populistischen Gründen sieht sich die Union nicht in der Lage, zum Mittel der Leistungskürzungen zu greifen, um die notwendigen Mrd.-€ zu lukrieren. Man will anscheinend die „Vollkasko-Mentalität“ der Bevölkerung hegen und pflegen. Aber da man das Bundesfinanzministerium (BMF) der SPD überließ, kann man andererseits nicht völlig ungeniert zum Sanierungsmittel „Bundesknete“ greifen. Und zum Schluss zauberte der parteiinterne Proporz auch noch eine Ressortchefin hervor, die von

den Problemen ihres Ressorts – in verständlicher Weise – wenig bis gar nichts versteht und sich zusätzlich noch den zeitaufwendigen Vorsitz der Frauen-Union (FU) als parteiinterne Machtbasis aufgehalst hat. Mit diesem „Rüstzeug“ nun „subito“ eine Finanz-Reform für die Sozialversicherungszweige zu zimmern, das ist nicht nur undankbar, sondern fast nicht leistbar. Nina I. Warken MdB (46) könnte daher eine überaus „schlechte Karriere-Karte“ gezogen haben. Kurze Halbwertszeiten weisen nicht nur Regierungen auf – auch die Liste der bisherigen Bundesgesundheitsminister. Darüber hinaus: Ein erster Beleg für die Plan- und Fantasielosigkeit der Unions-Gesundheitspolitiker dürfte es sein, dass man bis dato nur einen eher nebulös wirkenden Arbeitsplan im Bundesgesundheitsministerium (BMG) entwickelte. Nichtssagende Interviews oder Andeutungen zeugen nicht gerade von Tatkraft. Wer sich aktuell ebenfalls Sorgen machen sollte, das sind die im PKV-Verband zusammengeschlossenen Unternehmen. Deren gehegte wie gepflegte „Naturschutzzäune“ bröckeln. Die erklärten Feinde der PKV, die die private Krankenvollversicherung abschaffen oder zumindest „aushungern“ möchten, die nehmen zu. Sogar in der CSU findet man mit Ex-Landesgesundheitsminister Klaus Holetschek MdL (60) mächtige Männer, die einem Ende der PKV das Wort reden. Vor allem in Zeiten, wenn es ums Geld geht und die GKV dringend „frisches Manna“ benötigt. Die schützende Hand der FDP fehlt völlig. Also müssen die Unternehmen wohl damit rechnen, in der 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages aus der im 21. Jahrhundert zunehmend kuscheliger wirkenden Sorgenfrei-Zone heraus geholt zu werden. Das Wie, das hängt wohl davon ab, ob sich in der CDU noch unterstützende Stimmen für ein Überleben der PKV finden. Oder aber, den PKV-Unternehmen reicht es zukünftig völlig aus, auf die margenarmen Zusatzversicherungen zu setzen. Schließlich stieg die Zahl der so ergänzend „versorgten“ Versicherten in Deutschland im Jahr 2024 um 1,3 Mill. auf insgesamt 31,2 Mill. Personen. Ein Plus von 4,5 Prozent, wie der Verband am 4. Juni 2025 freudestrahlend mitteilte. Und gleich noch ein Argument öffentlich mitlieferte, warum bestimmte politische Kreise der PKV an den Kragen gehen wollen, um ihre Geldtruhen zu plündern. Die heißen bekanntlich „Altersrückstellungen“ und wuchsen im vergangenen Jahr um 3,4 Prozent auf 339 Mrd.€ an. Diese Summe macht mehr als begehrlisch. Ließe sich doch damit auf längere Zeit so manches Finanzloch in den gesetzlichen Sozialversicherungszweigen stopfen. Noch, ja noch, stehen diesem „Griff des Gesetzgebers“ verfassungsrechtliche Schranken entgegen! Aber wie lange noch? Dass sich in Windeseile das Grundgesetz ändern lässt, das bewiesen die Alt-Parteien zusammen mit den BündnisGRÜNEN vor wenigen Monaten. ■

_____ Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg) Nr. 24/2025



Foto: © loe

Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) in Köln

- CHANCE FÜR KURSWECHSEL IN DER GESUNDHEITSPOLITIK NUTZEN
- PRÄVENTION ZUM LEITMOTIV DER GESUNDHEITSPOLITIK ERHEBEN
- SELBSTVERWALTUNG STÄRKEN, BÜROKRATIEABBAU VORANBRINGEN

Zu ihrer 6. Vertreterversammlung (VV) der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) in der laufenden Amtsperiode kamen Vertreterinnen und Vertreter am 04./05.06.2025 in Köln zusammen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen von fast 63.000 Zahnärztinnen und Zahnärzten, die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen. Sie ist die Dachorganisation der 17 Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) in den Bundesländern und zählt 60 Mitglieder. Erstmals konnte die VV in den renovierten Räumen der KZBV in der Kölner Universitätsstraße stattfinden, nachdem das gesamte Gebäude einer umfangreichen und aufwendigen baulichen Kernsanierung und Modernisierung unterzogen worden war.

Neustart mit neuer Bundesregierung

Nachdem der als unzugänglich geltende Prof. Dr. Lauterbach (SPD) das Amt des Bundesministers für Gesundheit an seine Nachfolgerin Nina Warken (CDU) übergeben musste, scheint die Zeit für eine Neuorientierung und einen Neuanfang der Beziehung zwischen Leistungserbringern/Leistungsträgern des Medizinbetriebes und den gesundheitspolitischen Entscheidern möglich geworden zu sein. Der Vorsitzende des Vorstandes der KZBV, Martin Hendges, wertete folglich die in der Regierungserklärung bekräftigte Dialogbereitschaft der neuen Gesundheitsministerin gegenüber den Selbstverwaltungsorganen in seinem Vortrag als positives Zeichen.

Neben den Delegierten konnte der Vorsitzende der VV, Dr. Holger Seib, auch die Vizepräsidentin der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Romy Ermler, und am Folgetag

deren Präsidenten Prof. Dr. Christoph Benz unter den Gästen begrüßen.

Im Vorfeld der VV waren den Vertreterinnen und Vertretern die umfangreichen Berichte der drei Vorstandsmitglieder Martin Hendges, Dr. Karl-Georg Pochhammer und Dr. Ute Maier schriftlich zugegangen. Berichte sowie Beschlussvorlagen und Richtlinien waren zuvor in verschiedenen Gremien abgestimmt worden, so dass sich die mündlichen Berichte der Vorstandsmitglieder sowie die anschließende Diskussion auf wesentliche und aktuelle gesundheitspolitische Fragen und die Ausgestaltung einer zukünftigen Zusammenarbeit mit der neuen Bundesregierung konzentrieren konnten.

Die KZVN wurde bei dieser VV durch die Delegierten Dr. Jürgen Hadenfeldt und Dr. Stefan Liepe vertreten. Weitere Vertreter der KZVN sind Dr. Carsten Vollmer und Henner Bunke, D.M.D Univ. of Florida, die jedoch terminlich verhindert waren.



V.l.n.r.: Dr. Jürgen Hadenfeldt (Vorsitzender des Vorstandes der KZVN), Dr. Stefan Liepe (stellv. Vorsitzender der VV der KZVN), Dr. Ulrich Obermeyer (Vorsitzender der VV der KZVN), Silke Lange (Mitglied im Vorstand der KZVN), Dr. Michael Hinz (Leiter des Vorstandsbüros der KZVN)



Martin Hendges (Vorsitzender des Vorstandes der KZBV)

“

Martin Hendges: „Die Regierungsparteien müssen ihre Ankündigung, dass der Prävention eine zentrale Rolle bei der zukünftigen Ausgestaltung unseres Gesundheitssystems zukommen soll, nun mit Leben füllen.“

Martin Hendges, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV, begann seinen mündlichen Bericht mit der Anregung, im Rahmen dieser VV „nach vorne zu schauen“. Er begrüßte die Ernennung der neuen Bundesgesundheitsministerin Nina Warken sowie der parlamentarischen Staatssekretäre Tino Sorge und Dr. Georg Kippels.

Hendges lobte, dass Nina Warken in ihrer Regierungserklärung den wichtigen Dialog mit der Selbstverwaltung in den Vordergrund gerückt habe und damit die Möglichkeit bestehe, die zahnärztliche Fachexpertise in anstehende Gesetzgebungsverfahren und mögliche Strukturreformen einbringen zu können. Hendges betonte in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit der präventionsorientierten Parodontitistherapie als Früherkennungs- und Vorsorgeleistung. Diese sei gesetzlich zu verankern und müsse vollständig vergütet werden. Prävention sei als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu verstehen.

Als besondere Problemfelder benannte er u.a. den demografischen Wandel, versicherungsfremde Leistungen, Kostenexplosion im Arzneimittelbereich, Krankenhausfinanzierung, Notfallversorgung, Terminengpässe bei Fachärzten und nicht zuletzt die Belastungen durch Bürokratie. Mit Blick auf die Versorgung thematisierte Hendges das Praxissterben ebenso wie die ungünstigen Konzentrationsprozesse durch iMVZ.

Krankenkassen sähen eine Problemlösung in einem „Ausgabenmoratorium über sämtliche Leistungsbereiche“, also Kostendämpfung nach dem „Rasenmäherprinzip“, so Hendges. Und Gesundheitsökonominnen würden Kostendämpfungsmaßnahmen und vielfältige Vorschläge für Reformen zu Lasten der Leistungsträger vorsehen. Über Jahrzehnte habe man immer wieder eine ungezielte Kostendämpfungspolitik erlebt, die nur zur Verschleierung der wahren Probleme geführt habe. Hendges beklagt in diesem Zusammenhang die neue Debatte um ein sog. Vorschaltgesetz, im Rahmen dessen alle ihren Beitrag leisten sollten. Umso wichtiger sei es, dass die KZBV in dieser Debatte Antworten liefern und einen klaren Kurs vorgeben müsse. Den Beitrag der Zahnärzteschaft beschrieb er mit den Worten: „Unsere konsequent auf Prävention aus- ►►

► gerichteten Versorgungskonzepte haben nicht nur die Mundgesundheit von Millionen Menschen in Deutschland stetig verbessert, sondern auch zur Entlastung der Ausgabe-seite geführt“. Er sei erfreut, so Hendges, die wichtige Rolle der Prävention auch im Koalitionsvertrag wiederzu-finden. Insbesondere gelte das für die neue Parodontitis-behandlungsstrecke. Sie müsse als Früherkennungs- und Präventionsleistung zwingend gesetzlich verankert werden, um nicht nur die große Volkskrankheit Parodontitis adäquat bekämpfen zu können, sondern auch die Krankheitslast im allgemeinmedizinischen Bereich zu senken und damit letztendlich auch die Finanzierung der GKV zu stabilisieren. Der Vorstandsvorsitzende warnte vor einer „Bagatellisierung der Zahnmedizin“; denn „Ohne Mundgesundheit keine Allgemeingesundheit“.

Versorgungsfremde Investoren regulieren und Bürokratie abbauen!

Als sinnvolle und wichtige Strukturreformen forderte Hendges darüber hinaus:

- Stärkung der freiberuflichen und inhabergeführten Praxisstrukturen durch: Bürokratieentlastung, versorgungstaugliche Digitalisierung einhergehend mit dem Ende der Sanktionspolitik und Gewährleistung von Planungssicherheit für die Praxen.
- Unterstützung bei der Sicherstellung einer flächen-deckenden und wohnortnahen Versorgung, in dem es eine klare Trennung gibt von Aufgaben, die die Politik leisten muss und denen, die wir im Rahmen unseres Sicherstellungsauftrages leisten können.
- Regulierung der Gründungsmöglichkeiten von iMVZ.
- Vollumfängliche Finanzierung der Parodontitisbehand-lungsstrecke.

Die öffentlich geführte Debatte über bestehende oder drohende Versorgungsengpässe habe dazu geführt, dass sich im Koalitionsvertrag Absichten wiederfänden, die den Ländern die Möglichkeit einräumen sollen, in die zahn-ärztliche Bedarfsplanung einzugreifen oder sogar quasi die Sicherstellung zu übernehmen.

In diesem Zusammenhang habe man gemeinsam mit den KZVen den Aktionsplan „Sicherstellung“ in die politische Debatte einbringen können, so Hendges. Gleichzeitig ermunterte er junge Zahnärztinnen und Zahnärzte zur Niederlassung, die man nicht schlechtreden dürfe: „Die eigene Praxis lohnt sich heute immer noch, sie schafft sogar mehr Flexibilität in Sachen Vereinbarkeit von Familie und Beruf als die Anstellung!“

“

„Eingriffe der Politik in den Sicherstellungsauftrag der KZVen lösen das Problem von Versorgungsengpässen nicht“

Lautete die wichtige Botschaft des KZBV-Vorstandsvorsitzen-den an die Politik in Sachen „Sicherstellung“. „Wir benötigen vielmehr regionalspezifische Lösungsansätze, wie sie derzeit in einigen neuen Bundesländern auch schon angedacht sind, sei es die Landzahnarztquote, sei es die Förderung durch Stipendien oder den Ausbau der Studienkapazitäten!“

Er hoffe, so schloss Hendges seinen Bericht, dass die Zahnärzteschaft mit der neuen Besetzung des Ministeriums „als Selbstverwaltung wieder entsprechend unserer Bedeutung wahrgenommen und eingebunden wird“.



Dr. Ute Maier (stellv. Vorsitzende der KZBV)

“

Dr. Ute Maier: „Die Akzeptanz der ePA in den Praxen wird stark davon abhängen, ob die ePA leicht zu befüllen ist und die einzelnen Anwendungen problemlos funktionieren!“

Dr. Ute Maier, stellv. Vorsitzende des Vorstandes der KZBV, beschäftigte sich in ihrem Vortrag weniger mit gesundheitspolitischen Ereignissen, sondern mit sehr komplexen

und nicht leicht zu durchdringenden Themen aus dem „Maschinenraum“ der KZBV, Sie berichtete aus den Abteilungen Qualitätsförderung, Qualitätsinstitut und Leitlinien sowie aus der Abteilung Vertragsinformatik. Weitere Inhalte beschäftigten sich u.a. mit dem „Qualitätsmanagement-Instrument Patientenbefragung“, dem aktuellen Stand der „Qualitätssicherung AB-Z“, den „Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)“ und der S2k-Leitlinie „Zahnärztliche Behandlungseinheiten, hygienische Anforderungen an das Wasser“. Umfangreich waren auch die Informationen aus der Abteilung „Vertragsinformatik“. Die vollständigen Berichte der Vorstandsmitglieder sind unter <https://www.kzbv.de/politik/vertreterversammlung/vertreterversammlung/> einsehbar.

Abschließend begründete Dr. Ute Maier ihren vorzeitigen Rückzug aus dem KZBV-Vorstand auf eigenen Wunsch zum Ende September 2025. Insofern wurde in einer notwendigen und gesetzeskonformen Nachwahl Ass. jur. Meike Gorski-Goebel mit 50 von 52 abgegebenen Stimmen zur neuen stellv. Vorsitzenden der KZBV gewählt.



Dr. Karl-Georg Pochhammer (stellv. Vorsitzender der KZBV)

“

Dr. Karl-Georg Pochhammer: „Die KZBV bietet der Politik ihre Expertise für ein zukunftsfestes Gesundheitssystem an“.

In seinem Bericht betonte auch der stellv. Vorsitzende der KZBV, Dr. Karl-Georg Pochhammer, die Bereitschaft, die ambulante Versorgung gemeinsam mit der Politik zu verbessern. Zuversichtlich stimme ihn, dass die neue Gesundheitsministerin in ihrer Regierungserklärung einen Dialog auf Augenhöhe angekündigt habe. Gerne ergreife

man die ausgestreckte Hand, und gerne biete man Nina Warken für die konkrete Ausgestaltung ihrer Vorhaben die Expertise an, so Dr. Pochhammer, der die bisherige „Wirklichkeitsabgewandtheit der Gesundheitspolitik à la Lauterbach“ mehrfach betonte.

In seinem Bericht konzentrierte sich Dr. Pochhammer auf die „Digitalisierung“ mit dem zentralen Projekt „ePA“, bei der das Bundesministerium „die Dinge monatelang habe treiben lassen“. Bis Ende September sei die Nutzung freiwillig, während die Verpflichtung im Oktober und die Sanktionierung im nächsten Jahr kämen. Politische Terminvorgaben sowie Sanktionen beim Honorar und Kürzungen der TI-Pauschale schaden der Akzeptanz der Digitalisierung, stellte Dr. Pochhammer fest.

Digitalisierung „ja“, aber ohne Sanktionierung

Der Soft-Start der ePA sei der richtige Weg, so Dr. Pochhammer, und sie habe „bisher leider nur theoretisch“ das Potential, die Versorgung und sogar die Praxisabläufe zu verbessern. Der Zeitpuffer solle genutzt werden, um Erfahrungen zu sammeln. Praxen könnten auch das wachsende ePA-Informationsangebot der KZBV, beispielsweise zu den Befüllungspflichten, nutzen, empfahl Dr. Pochhammer. Er sprach die Sicherheitslücken an, auf die der Chaos Computer Club wiederholt hingewiesen hatte. Für diese „Peinlichkeit“ machte er vor allem den „verabschiedeten Minister“ verantwortlich. Die notwendige Debatte solle man trotzdem sachlich führen und nicht in Panik verfallen; denn es werde immer Schwachstellen geben. Die KZBV habe eine klare Meinung: Die ePA solle die Versorgung verbessern und die Abläufe in den Zahnarztpraxen im besten Fall sogar vereinfachen. Man solle sich „von dem ohnehin illusorischen Ziel einer 100-prozentigen Sicherheit“ lösen, und den Fokus auf die Vermeidung von Massenangriffen auf die ePA legen, empfahl Dr. Pochhammer.

IT-Sicherheitsrichtlinie beschlossen

Als eine gute Orientierungshilfe beschrieb Dr. Pochhammer die von der KZBV beschlossene IT-Sicherheitsrichtlinie, die ein Ergebnis eines Abstimmungsprozesses mit BSI, KBV und weiteren interessierten Parteien sei. Als KZBV habe man darauf geachtet, dass die Richtlinie ausbalanciert sei. Sie solle das, was notwendig sei, anzeigen, aber die Praxen nicht überfordern. Sie trage der aktuellen Bedrohungslage Rechnung und formuliere Anforderungen, die Zahnarztpraxen mit vertretbarem Aufwand umsetzen können sollten. Abschließend wies Dr. Pochhammer auf das Informationspaket zur Sicherheitsrichtlinie hin, das in Kürze auf der Themenseite der KZBV abgerufen werden kann. ►►



Delegierte zur VV der KZBV: Dr. Jürgen Hadenfeldt (Vorsitzender des Vorstandes der KZVN, Dr. Stefan Liepe (stellv. Vorsitzender der VV der KZVN)

» **Nachfolgend der verkürzte Wortlaut der Beschlüsse mit Anregungen und Forderungen der VV der KZBV an die politischen Entscheider:**

Chance für einen echten Kurswechsel in der Gesundheitspolitik nutzen

Der Koalitionsvertrag kann insgesamt eine gute Grundlage bilden, um die notwendige Neuausrichtung der Gesundheitspolitik einzuleiten. „Dabei reicht die Selbstverwaltung mit ihrer Expertise die Hand, um partnerschaftlich Lösungen zu entwickeln und gemeinsam den Erfolgsweg in der Mundgesundheit fortzusetzen“. Die Vertreterversammlung ruft die neue Bundesregierung auf, die Chance für einen echten Kurswechsel zu nutzen.

Prävention zum Leitmotiv der Gesundheitspolitik erheben

Die VV begrüßt die zentrale Rolle der Prävention im Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung und fordert, diesem Leitmotiv folgend verlässliche Rahmenbedingungen und insbesondere, die präventionsorientierte Parodontistherapie gesetzlich als Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen zu verankern und eine „vollumfängliche Vergütung“ zu gewährleisten.

Flächendeckende und wohnortnahe Versorgungsstrukturen fördern

Angesichts drohender Versorgungsengpässe bittet die VV die neue Bundesregierung darum, „verlässliche, den Praxisalltag erleichternde Rahmenbedingungen für zahnärztliche Praxen zu schaffen sowie die Attraktivität der Niederlassung zu fördern“.

Versorgungsfremden Investoren endlich den Riegel schieben

Die Vertreterversammlung begrüßt, dass der Koalitionsvertrag ein iMVZ-Regulierungsgesetz vorsieht und fordert die neue

Bundesregierung auf, einen entsprechenden Gesetzentwurf vorzulegen, der die nachgewiesenen Gefahren von iMVZ für die Patientenversorgung aufgreift und diese wirksam eindämmt.

Selbstverwaltung stärken! Weniger Bürokratie, mehr Fachkompetenz

Einmal mehr bekräftigt die VV ihre Kritik an den „fortgesetzten Eingriffen der Politik in die zahnärztliche Selbstverwaltung, die die freiberufliche Berufsausübung immer weiter einengen und auch zu wachsender Bürokratie beitragen“. Sie begrüßt, dass der Koalitionsvertrag vorsieht, die Dokumentationspflichten und Kontrolllichten durch ein Bürokratienteilungsgesetz im Gesundheitswesen zu verringern.

Digitalisierung braucht positive Anreize, keine Sanktionen

Die VV fordert die neue Bundesregierung auf, die Digitalisierung in der vertragszahnärztlichen Versorgung durch einen Paradigmenwechsel zu fördern und damit die Akzeptanz zur Nutzung der TI Anwendungen zu steigern. Anstelle von Honorarkürzungen und Kürzungen der TI-Pauschale sollen Anreize zur Nutzung der Dienste und Anwendungen der TI gesetzt werden.

Übergangsfrist für die Nutzung von Inbox-Konnektoren

Das BMG wird aufgefordert, über die gematik eine Übergangsfrist zu schaffen, während derer vertraglich vereinbarte Laufzeiten mit Anbietern zur Nutzung von Inbox-Konnektoren auch nach Produktankündigung durch die gematik oder das BMG gesichert erfüllt werden können.

Digitalisierung braucht nutzbare und nutzerfreundliche Anwendungen, keine unrealistischen Fristen

Die VV fordert die neue Bundesregierung auf, in den Gesetzesvorhaben zur Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur (TI) künftig auf die Festlegung konkreter Termine und Fristen zu verzichten. Die Einföhrungstermine müssen sich an der praktischen Umsetzbarkeit orientieren.



Einführung von VSDM 2.0 verschieben

Die VV fordert das BMG auf, die Einführung des Versichertenstammdatenmanagements in der zweiten Ausbaustufe (VSDM 2.0) offiziell um mindestens ein Jahr zu verschieben und eine anschließende Übergangsfrist von 6 Monaten vorzusehen, da eine Umsetzung zum geplanten Termin am 1. Januar 2026 nicht zu gewährleisten ist.

Einführung einer Bagatellgrenze für Regressprüfungen

Die VV begrüßt die im Koalitionsvertrag hinterlegte Einführung einer Bagatellgrenze für Regressprüfungen. Regressforderungen von den Krankenkassen nehmen überproportional zu, wobei der Aufwand der Bearbeitung dieser Verfahren in keinem ausgewogenen Verhältnis zum ggf. festgestellten Regressbetrag steht.

Selbstverwaltung erhalten und stärken: Wer handelt, kann nicht gleichzeitig Aufsicht führen

Angesichts der bevorstehenden Reformen in der vertragszahnärztlichen Versorgung fordert die VV das BMG auf, folgende Grundsätze bei der weiteren Ausgestaltung verbindlich zu berücksichtigen: Die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung obliegt den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Die Planungshoheit für die vertragszahnärztliche Versorgung muss in der gemeinsamen Selbstverwaltung verbleiben. Eine Übertragung der Bedarfsplanung auf die Länder wird ausdrücklich abgelehnt. Eine Umverteilung von Finanzmitteln zugunsten unterversorgter Gebiete ist abzulehnen.

Zahnärzteschaft an der Expertenkommission beteiligen

Die VV fordert Bundesgesundheitsministerin Nina Warken auf, den zahnärztlichen Berufsstand an der im Koalitionsvertrag verankerten Expertenkommission zu beteiligen, um sicherzustellen, dass die Expertise und Versorgungsrealität aus der vertragszahnärztlichen Praxis dort angemessen vertreten ist.

Datensicherheitstechnische Überprüfung der zentralen TI-Infrastruktur durch eine externe, unabhängige Prüfinstanz

Die VV fordert den Vorstand der KZBV auf, sich dafür einzusetzen, dass vor dem gesetzlich verpflichtenden Start der elektronischen Patientenakte für alle („ePA für alle“) zum 01.10.2025 eine objektive und unabhängige datensicherheitstechnische Überprüfung der zentralen Telematikinfrastruktur gemäß § 306 Abs. 2 Nr. 2 SGB V durchgeführt wird. Die Ergebnisse müssen evaluiert werden und festgestellte Mängel sind in Abhängigkeit einer vorzunehmenden datensicherheitstechnischen Klassifizierung in Absprache mit dem BSI/BfDI vor dem Rollout zu beheben.

Vorabübermittlung vorläufiger Daten zur Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen nach § 295b SGB V

Die VV fordert den Gesetzgeber auf, die Vorabübermittlung nach § 295b SGB V wieder zurückzunehmen. Ungeprüfte Daten sind insgesamt für die Sekundärforschung und somit für die Versorgungsforschung grundsätzlich ungeeignet, da Sekundärforschung vorab die Zuverlässigkeit und Validität der Daten prüft, ob sie veraltet, fehlerhaft oder voreingenommen sind.

Verlängerung der Nutzungsdauer der RSA-Verschlüsselungsalgorithmen

Die VV fordert BMG und gematik auf, eine Verlängerung der Nutzungsdauer der bisherigen RSA-Verschlüsselungsalgorithmen für TI-Komponenten über den 31.12.2025 hinaus zu prüfen und im Einvernehmen mit dem BSI festzulegen und sicherzustellen, dass PVS-Hersteller und KIM-Anbieter nachweisen, dass ihre Systeme ECC-fähig sind, bevor Praxen den Umstieg von RSA auf ECC-Verschlüsselungstechnik veranlassen müssen.

Die Reden der Vorstandsmitglieder der KZBV sowie die Beschlüsse einschließlich ihrer Begründungen können unter <https://www.kzbv.de/politik/vertreterversammlung/uebersicht/> auf der Homepage der KZBV eingesehen werden. ■

_____loe

Foto: © KZBV/Darlinger



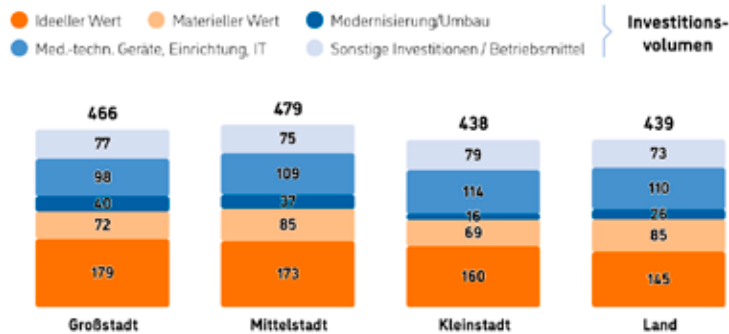
Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2023

(INVESTMONITOR ZAHNARZTPRAXIS)



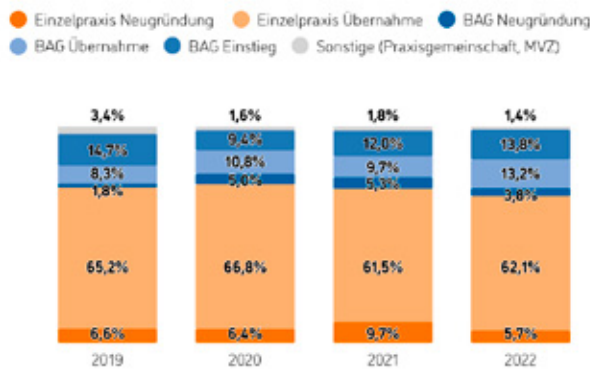
Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) analysiert seit 1984 gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank)/Düsseldorf das zahnärztliche Investitionsverhalten bei der Niederlassung. Für das Berichtsjahr 2023 wurden Struktur und Inhalt der Berichterstattung grundlegend reformiert. Für das Jahr 2023 sind folgende zentrale Ergebnisse hervorzuheben: Die Übernahme einer Einzelpraxis war die häufigste Form der zahnärztlichen Existenzgründung. 63% entschieden sich für diesen Weg in die Selbstständigkeit. Das Investitionsvolumen einer Einzelpraxisübernahme belief sich auf 463.000 EUR, dies entspricht einer Zunahme gegen-

Investitionsvolumina von zahnärztlichen Einzelpraxisübernahmen nach Praxislage (jeweils in 1.000 EUR)



© IDZapoBank

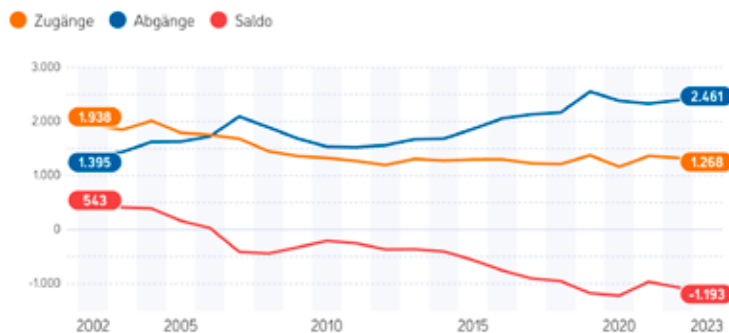
Art der Existenzgründung



© IDZapoBank

Praxisabgabemarkt im Wandel

Zugänge zur und Abgänge aus der vertragszahnärztlichen Versorgung sowie Wanderungssaldo



© IDZapoBank



Illustration: KI-generiert von MQDesign Werbeagentur

Den InvestMonitor Zahnarztpraxis finden Sie hier:



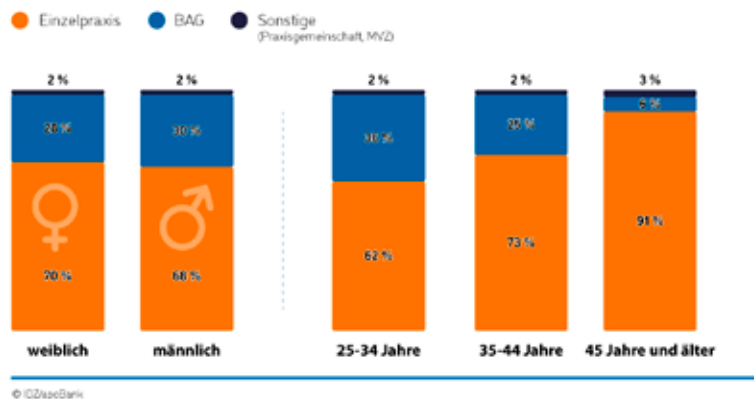
→ www.idz.institute/publikationen/online-journal-zahnmedizin-forschung-und-versorgung/investitionen-bei-der-zahnaerztlichen-existenzgruendung-2023/

über 2019 um 31%. Rund 29% der zahnärztlichen Existenzgründenden wählten die Berufsausübungsgemeinschaft. Das Investitionsvolumen für die Übernahme einer Berufsausübungsgemeinschaft betrug 388.000 EUR je Inhaber. Reine Neugründungen von zahnärztlichen Praxen sind mit einem Anteilswert von 8% inzwischen eher eine Ausnahme. Hier streut das Investitionsvolumen stark um den Median von 757.000 EUR. Die detaillierte Analyse verdeutlicht, dass die dynamische Entwicklung der Investitionsvolumina nicht allein durch Preiseffekte angetrieben wird, sondern zum Teil auch mit zunehmenden Praxisgrößen zusammenhängt. ■

IDZ Institut der
Deutschen Zahnärzte



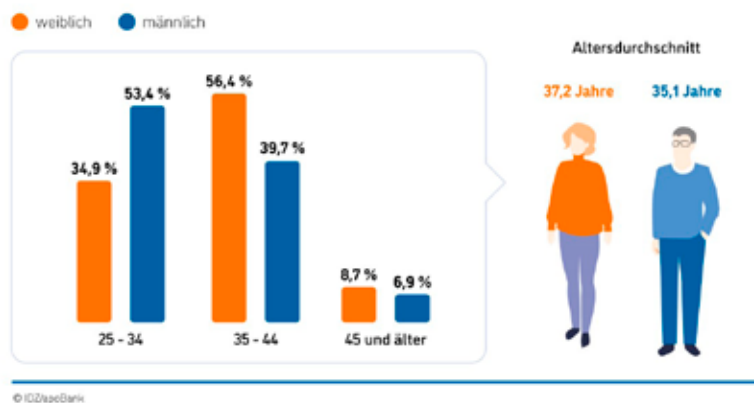
Präferierte Praxisform von zahnärztlichen Existenzgründerinnen und -gründern nach Geschlecht und Alter



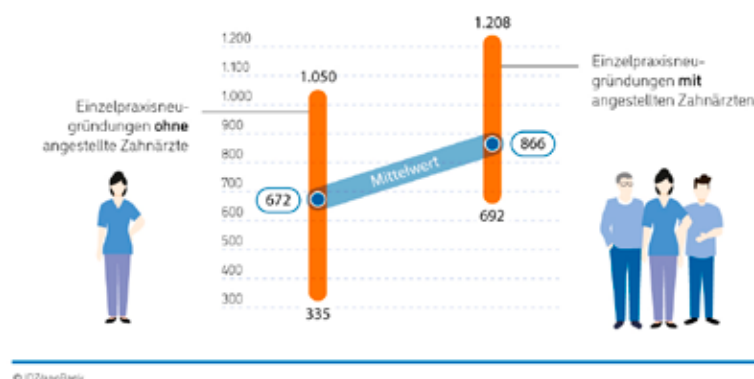
Investitionsvolumina verschiedener Existenzgründungsoptionen im Vergleich



Alter von zahnärztlichen Existenzgründerinnen und -gründern zum Zeitpunkt der Ersteinrichtung



Investitionsvolumina von zahnärztlichen Einzelpraxisneugründungen (jeweils in 1.000 EUR)



Neue GOÄ kann kein Vorbild für die GOZ sein

BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER, DGZMK, DGMKG UND BDO ERINNERN AN AUFGABE DER BUNDESREGIERUNG

Die Delegierten des 129. Deutschen Ärztetages haben wichtige Entscheidungen getroffen, eine davon haben die Zahnärztinnen und Zahnärzte mit besonderem Interesse verfolgt: Das Votum zur Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Bundesärztekammer und PKV-Verband haben über viele Jahre einen gemeinsamen Vorschlag für eine neue GOÄ erarbeitet. Die Delegierten haben den Entwurf bestätigt und die Bundesärztekammer beauftragt, den Entwurf der Bundesregierung mit einer Aufforderung zur Umsetzung zu übergeben. Die Bundesregierung wird damit nachdrücklich an ihre Pflicht erinnert, ein jahrzehntelang währendes Versäumnis der Vorgängerregierungen aus der Welt zu schaffen.

Erlass und Weiterentwicklung der GOÄ ist eine Aufgabe der Bundesregierung. Allein diese ist berufen, „durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln“. Eine Aufgabe, der sich die Bundesregierungen der vergangenen Jahre jedoch – genau wie bei der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) – entzogen haben. Wenn der Staat die Vereinbarung über die (zahn-)ärztliche Vergütung dem Markt entzieht und ein eigenes Gebührenrecht schafft, dann muss er sich auch um dessen Aktualität kümmern. Die ungeliebte Aufgabe auf die Betroffenen abzuschieben, ist und bleibt komplettes Staatsversagen. Die Bundeszahnärztekammer sowie die wissenschaftlichen Gesellschaften DGZMK (Deutsche Gesellschaft für Zahn-,

Mund- und Kieferheilkunde), DGMKG (Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie) und BDO (Berufsverband Deutscher Oralchirurgen) warnen eindringlich davor, den zwischen BÄK und PKV-Verband ausgehandelten GOÄ-Kompromiss als Vorlage für eine Novellierung der GOZ zu sehen.

Der Vorstand der Bundeszahnärztekammer wird sich in einer eigens zu diesem Zweck einberufenen Klausurtagung im Detail mit dem vom Ärztetag beschlossenen GOÄ-Entwurf befassen und dessen Konsequenzen analysieren. Bereits jetzt steht allerdings fest: Die Abschaffung des nicht zuletzt auch die Patientinnen und Patienten schützenden Gebührenrahmens, die Einschränkungen bei der analogen Berechnung neuer Leistungen und die weitere Bürokratisierung der abweichenden Vereinbarung würden die GOZ von einer Gebührenordnung in eine Erstattungsordnung verwandeln. Mit einer Gebührenordnung eines freien Berufes hätte das nichts mehr zu tun.

Die Bundeszahnärztekammer weist im Schulterschluss mit den vorgenannten wissenschaftlichen Gesellschaften und Berufsverbänden darauf hin, dass aus diesem Grund bei der im Zuge der GOÄ-Novelle notwendigen Anpassung von § 6 Abs. 2 GOZ jedes Präjudiz zu vermeiden ist. § 6 Abs. 2 GOZ wird daher zukünftig zunächst auf die heute geltende GOÄ verweisen müssen, um eine Vermischung der Systeme zu vermeiden. ■

____ BZÄK, DGZMK, DGMKG, BDO, Presseinformation



Bundeszahnärztekammer fordert Sofortprogramm Bürokratieabbau

KONKRETER FORDERUNGSKATALOG ZUR ENTLASTUNG DER PRAXEN VORGELEGT

Zahnarztpraxen leiden wie viele Branchen in Deutschland an einem Bürokratie-Burnout. 25 Prozent der Behandlungszeit gehen durch überflüssige Bürokratie verloren, summiert die Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Täglich müssen Mitarbeitende in den Praxen sage und schreibe 962 Regelungen befolgen. So müssen für die Aufbereitung eines einfachen Mundspiegels allein sieben Verordnungen, elf DIN-Normen, 14 Arbeitsanweisungen und neun Dokumentationsvorgaben beachtet werden.

„Nachdem die neue Bundesregierung seit einigen Wochen im Amt ist und die Regierungsparteien im Wahlkampf den Bürokratieabbau als essenzielles Thema für unser Land und unser Gesundheitswesen identifiziert haben, geht es nun an die praktische Umsetzung“, so BZÄK-Vizepräsident Konstantin von Laffert.

Die BZÄK fordert ein Sofortprogramm zum Bürokratieabbau, mit dem im ersten Schritt sieben überflüssige bürokratische Hürden im Praxisalltag abgeschafft werden. Dazu schlägt sie konkret folgende Maßnahmen vor:

1. Rücknahme des von der Arbeitsgemeinschaft Medizinprodukte der Länder (AGMP), dem RKI und dem BfArM veröffentlichten Verbots der „abschließenden Wischdesinfektion“ von semikritischen Medizinprodukten bzw. deren „Validierung“.
2. Abschaffung der Fremdvalidierung des Aufbereitungsprozesses zahnärztlicher Medizinprodukte.
3. Bundesweite Einführung der „Tagesabschlussdokumentation“ bei der Aufbereitung von Medizinprodukten in Zahnarztpraxen.
4. Abschaffung der Forderung aus der Medizinproduktebetriebsverordnung nach einem „Beauftragten für Medizinprodukte“ bei mehr als 20 Angestellten in einer Praxis.
5. Abschaffung des Bestandsverzeichnisses aller aktiven, nicht implantierbaren Medizinprodukte in Zahnarztpraxen.
6. Abschaffung der bestehenden Pflicht zur Teilnahme an Aktualisierungskursen im Strahlenschutz (Kenntnisse und Fachkunde).
7. Sofortige Streichung des neuen § 21, Absatz 1a Arbeitsschutzgesetz. Keine neuen Praxisbegehungen nach Arbeitsschutzgesetz!



Foto: © gopixa - adobe.stock.com

„Die Praxisteams sind am Limit ihrer Belastbarkeit angekommen. Wir haben unsere Hausaufgaben gemacht und legen heute in einem ersten Schritt die von der Politik eingeforderten konkreten Vorschläge vor. Für echten Bürokratieabbau bedarf es couragierter Interventionen und Änderungen zahlreicher Verordnungen und Gesetze. Ein zauderndes Argumentieren nach dem Muster „das steht so in der Verordnung und ist daher Pflicht“, wie wir es in den letzten 20 Jahren gehört haben, ist nicht mehr akzeptabel. Von Menschen gemachte sinnlose Vorschriften können jederzeit auch von Menschen wieder abgeschafft werden. Wir fordern die Politik auf, unsere Vorschläge ohne jahrelange Debatten schnell und unkompliziert umzusetzen“, so v. Laffert. ■

____ BZÄK, Pressinformation



Weitere Einzelheiten zu den Forderungen des „Sofortprogramms Bürokratieabbau“ finden Sie hier:

→ www.bzaek.de/bundeszahnarzttekammer-fordert-sofortprogramm-buerokratieabbau

Klartext der Bundeszahnärztekammer

Prävention ist ein langer, anfangs steiniger Weg, aber amortisiert sich

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) appelliert an die Politik, verstärkt in präventive Maßnahmen zu investieren, um das überforderte Gesundheitssystem nachhaltig zu entlasten. Prävention mag zunächst Kosten verursachen, doch langfristig zahlt sie sich aus und spart erhebliche Mittel ein. Hier habe die Zahnmedizin über die letzten drei Jahrzehnte wertvolle Erfahrungen gesammelt.

„Präventive Maßnahmen sind der Schlüssel zur Reduzierung von Krankheitslast und Gesundheitskosten“, so Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK). „Durch frühzeitige Intervention, Aufklärung und Gesundheitsförderung können wir die Entstehung vieler Krankheiten verhindern und somit die Belastung unseres Gesundheitssystems erheblich verringern.“

Ein hervorragendes Beispiel für die Wirksamkeit von Prävention ist die Zahnmedizin. Durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, Professionelle Zahnreinigungen und Aufklärung über Mundhygiene konnten die Fälle von Karies und Parodontitis erheblich reduziert werden. Bei 35- bis 44-Jährigen sank z.B. seit 1989 die Karieserfahrung von 17 Zähnen auf 8 Zähne, 12-Jährige sind heute zu 78 Prozent sogar völlig kariesfrei, 1989 waren es nur 14 Prozent. Diese präventiven Maßnahmen haben nicht nur die Zahngesundheit der Bevölkerung verbessert, sondern auch die Kosten für aufwendige zahnmedizinische Behandlungen gesenkt. Wir fordern die Politik auf, Präventionsprogramme insgesamt zu fördern und dafür finanzielle Mittel bereitzustellen. Gemeinsam können wir ein gesundes und nachhaltiges Gesundheitssystem schaffen. „Es ist an der Zeit, dass wir Prävention als eine Investition in die Zukunft betrachten“, so Benz. „Nur durch gezielte Präventionsstrategien können wir unser Gesundheitssystem für kommende Generationen sichern.“ ■



→ www.bzaek.de/ueber-uns/daten-und-zahlen/deutsche-mundgesundheitsstudie-dms.html



Handbuch der Mundhygiene



Ratgeber Handbuch der Mundhygiene

Das Handbuch der Mundhygiene wurde aktualisiert. Es umfasst zahlreiche Informationen und Tipps zur Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und wendet sich an Pflegepersonal und unterstützende Personen. Es kann für 5 Euro brutto zzgl. Versand bestellt oder hier als PDF heruntergeladen werden. ■



→ www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/p/Handbuch_Mundhygiene_2025.pdf

EU-Kommission leitet technische Umsetzung des Europäischen Gesundheitsdatenraums ein

Nachdem die EU-Verordnung zur Schaffung eines Europäischen Gesundheitsdatenraums (EHDS) Ende März fast um ein Jahr verzögert in Kraft trat, hat die EU-Kommission nun die technischen Umsetzungsmaßnahmen eingeleitet, um einen reibungslosen Start sicherzustellen. Ende März wurde die Open-Source-Version der zentralen EHDS-Plattform HealthData@EU veröffentlicht, über die der europaweite Austausch von Gesundheitsdaten schrittweise erfolgen soll. Die Open-Source-Bausteine sollen die EU-Mitgliedstaaten bei der Anbindung ihrer Infrastrukturen an die Plattform unterstützen. Ziel ist es, die nationalen Gesundheitssysteme digital zu verbinden und den Zugriff auf bestimmte Patientendaten grenzüberschreitend zu ermöglichen. Ab 2029 erhoffen sich zudem Politik, Forschung und Industrie von der sekundären Nutzung der Gesundheitsdaten erhebliche Impulse. ■

→ ec.europa.eu/newsroom/sante/items/876307/en





Foto: Philipp/KZVN



Dr. Oliver M. Ahlers mit
Dr. Carsten Vollmer



Dr. Bodo Heckroth



Dr. Arne Berndt

Gutachterinformationsveranstaltungen zum Thema „Restaurative Zahnbehandlung mit Bisshebung – Worauf ist zu achten“

Zu den diesjährigen Gutachterinformationsveranstaltungen trafen sich die niedersächsischen Vertragsgutachterinnen und Vertragsgutachter am 07.05.2025 erstmals im Atlantic Hotel an der Galopprennbahn in Bremen mit 52 Teilnehmern, sowie am 14.05.2025 in den Räumen der KZVN in Hannover mit 90 Teilnehmern.

Herr Dr. Vollmer begrüßte wie gewohnt alle Teilnehmer und Referenten der Veranstaltung und leitete sogleich in den Fachvortrag zum Thema „Restaurative Zahnbehandlung mit Bisshebung – Worauf ist zu achten“ über.

Es war der KZVN eine große Freude, Herrn Dr. Oliver M. Ahlers aus Hamburg, einer der führenden Spezialisten für die Diagnostik und Therapie von CMD und Zahnverschleiß, als Referenten für den diesjährigen Fachvortrag gewinnen zu können. Sein Vortrag widmete sich einem besonders relevanten und häufig diskutierten Thema in der zahnärztlichen Begutachtung, der Bisshebung. Sowohl die Diagnostik als auch die Bewertung dieser komplexen Beschwerdebilder stellt oft eine besondere Herausforderung dar. Die Teilnehmer konnten wertvolle Anregungen sowohl für ihre tägliche Praxisarbeit als auch für ihre gutachterliche Tätigkeit mitnehmen.

Im anschließenden Vortrag von Herrn Dr. Heckroth, dem Vorsitzenden des Gutachterausschusses, wurde nochmals explizit auf die gutachterlichen Aspekte bei der Bisslagenveränderung hingewiesen. Zusammen mit Herrn

Dr. Berndt, dem Leiter der Geschäftsstelle Gemeinsame Qualitätssicherung (GS-GQS), konnten zudem viele offene Fragen der Gutachterinnen und Gutachter rund um das Gutachterwesen geklärt werden.

Ein weiterer Tagesordnungspunkt der Veranstaltung in Bremen war ein Vortrag von Mitarbeiterinnen der AOK Niedersachsen, die auf Wunsch einiger Gutachterinnen und Gutachter zusätzlich als Referentinnen eingeladen worden waren. Ihr Beitrag beleuchtete das Gutachterwesen aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen. Bei der Veranstaltung in Hannover waren die Mitarbeiterinnen der AOK Niedersachsen leider verhindert.

Die Gutachterinformationsveranstaltungen waren in jeder Hinsicht zwei gelungene Fortbildungen, die nicht nur Wissen vermittelten, sondern auch die Bedeutung einer guten Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten unterstrich. ■

_____ Salina Hohendorf, Abteilung Recht der KZVN

Haben auch Sie Interesse an der Tätigkeit als Vertragsgutachterin oder Vertragsgutachter für Zahnersatz und haben Ihre Praxis im Raum Cuxhaven, Göttingen, Oldenburg, Rotenburg, Uelzen oder Vechta?

Schicken Sie uns gerne eine formlose Bewerbung an:
→ gutachten-qs@kzvn.de.

Qualitätsprüfung 2024

MEHR BERATUNGSBEDARF ALS IN DEN LETZTEN JAHREN



Foto: KZVN

Auch im zurückliegenden Winter prüfte das bei der KZVN ansässige Qualitätsgremium die Behandlungsdokumentation der niedersächsischen Zahnärztinnen und Zahnärzte im gesetzlichen Auftrag nach den Vorgaben des G-BA. Geprüft wurde die Dokumentation im Zuge der Überkapungsmaßnahmen von 31 zufällig ausgewählten und 12 sogenannten „Wiederholerpraxen“, die aufgrund von Auffälligkeiten aus früheren Prüfdurchgängen erneut zu prüfen waren.

Im Gegensatz zu den vergangenen Jahren stellte das Qualitätsgremium in diesem Jahr einen erweiterten Beratungsbedarf der Prüfpraxen fest. Der KZVN-Vorstand, dem die Maßnahmenauswahl obliegt, entschied sich jedoch erneut gegen die Einleitung von Disziplinarverfahren oder die Verhängung von Bußgeldern und verzichtete damit auf die schärfsten Schwerter im vom G-BA vorgegebenen Maßnahmenkatalog. Stattdessen setzt Frau Lange als zuständiges Vorstandsmitglied im Sinne der langjährigen Strategie des Vorstandes auch weiterhin auf kollegiale Beratungsgespräche auf Augenhöhe, in welchen sie ihren Kolleginnen und Kollegen persönlich per Videokonferenz gezielte Hinweise zur Qualitätsverbesserung in der Behandlungsdokumentation gibt.

Ende der zweiten Amtsperiode des Qualitätsgremiums

Seitdem der Gesetzgeber die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen damit beauftragt hat, die Behandlungsdokumentation ihrer Mitglieder jährlich zu überprüfen, haben mittlerweile sechs Qualitätsprüfungen bei der KZVN stattgefunden. Während die Maßnahmenauswahl der Prüfungsergebnisse vom KZVN-Vorstand getroffen wird, findet der Bewertungsprozess der Behandlungsdokumentation ausschließlich durch das Qualitätsgremium statt, welches sich aus ehrenamtlich tätigen niedersächsischen Zahnärztinnen und Zahnärzten zusammensetzt. Mit Ablauf dieses Jahres wird die vierjährige Amtsperiode dieses Gremiums enden, sodass bereits die anstehende Qualitätsprüfung 2025 von einem neuen Gremium durchgeführt werden wird.

Die KZVN möchte sich an dieser Stelle ausdrücklich für das Engagement der Ehrenamtsträgerinnen und Ehrenamtsträger bedanken, die sich in den letzten vier Jahren für ihre Standesvertretung engagiert und mitgeholfen haben, die Ausgestaltung der noch jungen Institution der jährlichen Qualitätsprüfung nachhaltig mitzuprägen. Als demokratische Selbstverwaltungskörperschaft lebt die KZVN vom Engagement ihrer Mitglieder und ermuntert auch alle Lesenden, über ein Tätigwerden in ihrer Standesvertretung nachzudenken. Den aus dem Qualitätsgremium ausscheidenden Ehrenamtsträgerinnen und Ehrenamtsträgern wünschen wir für ihre Zukunft alles Gute.



Begleitende Mitarbeitende der Qualitätsprüfung:
Ass. jur. Alexander Nolte und Lorena Sacher

Prüfungsergebnisse 2024

Ergebnisse in Niedersachsen geringfügig schlechter als Bundesdurchschnitt

Positive Ergebnisse ohne Auffälligkeiten: **-7%** gegenüber Bund

Bewertungen mit erheblichen Auffälligkeiten: **+10%** gegenüber Bund

Insgesamt mehr Beratungsbedarf als in den Vorjahren festgestellt

Diesjährige Prüfungsergebnisse

Wie eingangs erwähnt, fielen in Niedersachsen die diesjährigen Prüfungsergebnisse geringfügig schlechter als im letztjährigen Bundesdurchschnitt aus. Während einerseits die positiven Ergebnisse ohne Auffälligkeiten leicht unter den Bundesdurchschnitt sanken (-7%), nahmen die Gesamtbewertungen mit erheblichen Auffälligkeiten zu (+10%). Ein Zeichen für das zuständige Vorstandsmitglied Frau Lange, in Niedersachsen verstärkt in Beratungsgespräche auf Augenhöhe zu investieren, anstatt auf harte Sanktionsmaßnahmen wie Bußgelder, um den Zahnärztinnen und Zahnärzten die Vorgaben des G-BA zur Behandlungsdokumentation näher zu bringen. Aber auch um nachzuforschen, ob diese Vorgaben möglicherweise im Einzelfall der gelebten Praxisrealität nicht immer gerecht werden und ein solches Feedback dann auch an den G-BA zurückzuspiegeln.

„Als zuständiges Vorstandsmitglied ist es für mich wichtig, dass wir aus der breiten Auswahl an möglichen Maßnahmen die geeignetsten und zielführendsten auswählen, die den nachhaltigsten Effekt auf die Qualität der Behandlungsdokumentation ausüben. Nur so kommen wir dem gesetzlichen Auftrag nach und unterstützen unsere Mitglieder dabei, ihre Behandlungsdokumentation im eigenen sowie im Versicherteninteresse weiter zu verbessern. Sanktionen in Form von Disziplinarverfahren und Bußgeldern sollten nur der allerletzte Ausweg sein“, erklärt Frau Lange. Aus diesem Grund führte sie im Juni mehrere Einzelgespräche mit Zahnärztinnen und Zahnärzten, bei denen das Qualitätsgremium noch Verbesserungspotential festgestellt hat. In ausgiebigen Videokonferenzen wurden dabei die Ergebnisse des Qualitätsgremiums anhand von Beispielfällen erläutert und wurden Möglichkeiten für eine Verbesserung der Behandlungsdokumentation aufgezeigt. ■

Ass. jur. Alexander Nolte, Abteilung Abrechnung der KZVN

Foto: © Sebastian Duda/Fotolia.com



SCHULUNGANGEBOT DER ZKN

Fit für die Praxisbegehung!

SCHULUNG DIREKT IN IHRER PRAXIS

Seit geraumer Zeit führen die Gewerbeaufsichtsämter in Niedersachsen Praxisbegehungen durch. Sie überprüfen dabei insbesondere die Einhaltung der Vorgaben des Medizinproduktegesetzes bzw. der Medizinproduktebetriebsverordnung. Um Zahnarztpraxen bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und damit auch bei der Vorbereitung auf eine mögliche Praxisbegehung zu unterstützen, bieten wir praxisinterne Fortbildungen an. Speziell qualifizierte Referenten schulen mit Hilfe einer Checkliste Ihr Team direkt vor Ort und geben Tipps sowie Hilfestellungen im Hinblick auf die rechtskonforme Umsetzung von Hygienevorschriften. Bitte beachten Sie, dass dieses Schulungsangebot einen gewissen zeitlichen Vorlauf erfordert. Eine Art Feuerwehrdienst in letzter Minute (kurzfristige Beschaffung von Geräten, Validierungen, Handwerkern u.a.m.) können wir mit unserem Schulungsangebot nicht leisten.

Termin: Nach Vereinbarung

Dauer: 3 Stunden

Teamgebühr: 550,- €

4 Fortbildungspunkte nach BZÄK

Informationen/Terminvereinbarungen:

Christine Lange-Schönhoff

Tel.: 0511 83391-123

E-Mail: clange@zkn.de

Zahnärztekammer Niedersachsen

Zeißstraße 11 a

30519 Hannover

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen



Fotos: Steenblock-Dralle/KZVN

Geballte Expertise – Arbeits- und Informationsmeeting der IT-Leitungen in der KZVN

ZUFRIEDENE TEILNEHMER, ZUFRIEDENE INITIATOREN

Am Ende der zweitägigen Veranstaltung vom 16. – 17. Juni in der KZVN gab es rundum zufriedene Gesichter bei den Teilnehmern aus elf KZVen – und den einhelligen Wunsch nach Fortsetzung dieses KZV-übergreifenden Formates. Erste Themen dafür wurden schon zusammengetragen.

Zufrieden zeigen sich auch Dr. Jürgen Hadenfeldt, Vorstandsvorsitzender der KZVN, und Marco Trujka, IT-Leiter der KZVN, auf dessen Initiative hin dieses besondere Format aus der Taufe gehoben wurde. Nach der offiziellen Begrüßung durch Dr. Jürgen Hadenfeldt folgte ein ausführlicher Bericht aus dem „inner circle“ der IT der KZVN von Marco Trujka. Dieser ließ an Transparenz nichts zu wünschen übrig, war Türöffner für einen intensiven und gleichermaßen offenen Erfahrungsaustausch und führte zur Erkenntnis, dass die Herausforderungen für die IT „hüben wie drüben“ vergleichbar sind.



Dr. Jürgen Hadenfeldt

Nach kurzer Pause folgte eine Vorstellungsrunde der besonderen Art. Per interaktiver Umfrage wurde der Background der IT-Leiter und ihr beruflicher Kontext ermittelt und für alle sichtbar in Form von Diagrammen präsentiert. Eine zielgerichtete und moderne Art des sich gegenseitigen Kennenlernens.

Im Fokus des Vortrages „Künstliche Intelligenz – eHype oder Revolution?“ von Dr. Andreas Kohne und Daniel Koch, Valisory GmbH, ging es um die Fragestellungen „Was ist



Marco Trujka



Dr. Daniel Sandvoß



Dr. Andreas Kohne

Künstliche Intelligenz“, „Wofür kann KI sinnvoll eingesetzt werden“ und „Wie können Sie KI effektiv einführen?“ Und auch das Thema „Programmierung mit KI“ wurde berücksichtigt.

Mit diesem Vortrag endete Tag 1 der offiziellen Veranstaltung, der seine informelle Fortführung bei einem gemütlichen Beisammensein in einer netten Lokalität im Herzen der Landeshauptstadt fand.

Am Folgetag ging es wie geplant weiter mit dem Vortrag „Cloud-Dienste datenschutzfreundlich und pragmatisch gestalten – MS365 in der Landesverwaltung Niedersachsen“ von Dr. Daniel Sandvoß, Leiter des Instituts für Digitalisierung & Datenschutz, Niedersächsisches Studieninstitut (NSI e.V.) und Hochschuldozent für Datenschutz.

Die Aussage von Dr. Sandvoß „Man muss sich bewusst sein, dass Datenschutz eine kritische Säule von Cloud-Projekten ist“, traf den Nerv des Auditoriums, da die Mehrheit der vertretenen KZVen Cloud-Dienste aktiv nutzt. Dies zeigten auch die intensive Diskussion und der Erfahrungsaustausch zum Ende der Veranstaltung, die mit einer Themensammlung unter Beteiligung aller Anwesenden endete.

Alle Teilnehmenden waren sich einig, dass dieses Treffen fortgeführt werden soll. Und so dürfen wir gespannt sein, wo das nächste Treffen in einem Jahr stattfindet. Das Netzwerk ist geknüpft. ■

Elke Steenblock-Dralle

Leitung Referat Öffentlichkeitsarbeit der KZVN

Seminare 2025

Die aktuelle Fortbildungsbroschüre mit allen Angeboten finden Sie auf der Homepage der KZVN unter dem Punkt „Fortbildungen“. Folgen Sie einfach dem Link

→ <https://t1p.de/q3qbc>

zu unserer neuen
Seminarverwaltungssoftware



KZVN > **Fortbildungen**
2. HALBJAHR 2025



Höckerersatz mit direkten Kompositrestaurationen im Seitenzahnbereich – Eine klinische Fallserie



Prof. Dr. Jürgen Manhart

Zusammenfassung:

Zahndefekte, die den Ersatz eines oder mehrerer Höcker erfordern, werden bei geeigneter Ausgangssituation mittlerweile häufig mit direkten Kompositrestaurationen versorgt. Daten aus klinischen Studien zeigen hierfür gute Ergebnisse. Die geringeren Kosten im Vergleich zu laborgefertigten oder CAD/CAM-chairside produzierten indirekten Restaurationen, die im Regelfall minimalinvasivere Präparation mit entsprechend weniger Risiken für biologische Komplikationen und die einfache Reparaturmöglichkeit sind Punkte, die für den Einsatz von direkten Kompositrestaurationen zum Höckerersatz sprechen

1. Einleitung

In den vergangenen Jahrzehnten haben die Indikationen für direkte Kompositrestaurationen aufgrund der materialtechnischen Verbesserungen der Kompositwerkstoffe und zugehöriger Adhäsivsysteme, bei gleichzeitiger Optimierung der Behandlungsprotokolle, eine stetige Erweiterung erfahren [1-15]. Direkte Kompositrestaurationen sind heutzutage für zahnärztliche Praktiker die bevorzugte Füllungsvariante, auch für große Kavitäten im okklusionstragenden Seitenzahnbereich [9, 15-18]. Im Fokus des Interesses steht auch immer mehr die zahnhartsubstanzschonende Versorgung von Defekten mit Höckerbeteiligung mit direkten Kompositen im Sinne eines minimalinvasiven, rein defektorientierten zahnmedizinischen Therapieansatzes als Alternative zu den im Regelfall deutlich mehr substanzfordernden Präparationen für indirekte Onlays und Teilkronen [2, 9, 18-35]. Im Gegensatz zu indirekten Restaurationsverfahren sind direkt plastisch in die Kavität eingebrachte Kompositmaterialien im Regelfall deutlich zahnhartsubstanzschonender, da auf eine Einschubrichtung verzichtet werden kann und unterschrittige Kavitätenbereiche nicht entfernt und bei der Präparation parallelisiert werden müssen.

2. Direkter Höckerersatz mit Komposit

Der Ersatz von einzelnen oder mehreren Höckern mit direkten Kompositen stellt mittlerweile, bei korrekter Auswahl und Verarbeitung der Restaurationsmaterialien, aus werkstoffkundlicher Sicht kein Problem mehr dar und ist wissenschaftlich abgesichert (Abb. 1-01 a bis 1-16) [36, 37]. Das Verwendung findende Kompositmaterial muss über eine exzellente Abrasionsstabilität und eine hohe Bruchfestigkeit verfügen, als auch eine ausreichende adhäsive Verankerung an der Zahnhartsubstanz aufweisen, um während der klinischen Gebrauchsperiode der Füllung den einwirkenden Kräften des stomatognathen Systems dauerhaft standhalten zu können [36]. Zusätzlich muss es den Zahn anatomisch-funktionell korrekt rekonstruieren und im sichtbaren Bereich der Dentition auch den hohen ästhetischen Ansprüchen der heutigen Patientengeneration genügen [36]. Der intraorale Aufbau kompletter Zahnhöcker mit Komposit, zusätzlich zur Versorgung der okklusalen Isthmus- und approximalen Kastenbereiche eines Defektes, ist für den Behandler ein erheblicher Mehraufwand in der additiven Gestaltung [15, 32, 38]. Seitenzahnkavitäten mit frakturierten Höckern erstrecken sich oft weit in den bukkalen und/oder oralen Anteil der Zahnkrone (Abb. 2-01 a bis 2-19) [36]. Die Rekonstruktion derartiger Defektgeometrien bedarf neben entsprechender manueller Geschicklichkeit des Behandlers auch ausreichender Übung und zieht meist auch eine deutlich längere Ausarbeitungsphase nach sich, da die Höhe der direkt im Mund frei modellierten Höcker praktisch kaum sofort passt [15]. Oft werden die intraoral direkt mit Komposit aufgebauten Höcker deutlich zu hoch modelliert und müssen dann durch zeitaufwendiges Zurückschleifen adjustiert werden, um eine korrekte statische und dynamische okklusale Beziehung einzustellen. Andererseits kann es auch vorkommen, dass die vertikale Dimension des freihändig mit Komposit modellierten Höckers zu niedrig angesetzt wird und deswegen nachfolgend eine Infraokklusion in diesem Bereich resultiert. Letzteres kann funktionelle aber auch negative ästhetische Auswirkungen mit sich bringen. ►►



Abb. 1-01: Ausgangssituation: Alte insuffiziente Kompositfüllung mit Höckerbeteiligung in einem ersten Unterkiefermolaren.



Abb. 1-02: Situation nach vorsichtiger Entfernung der alten Füllung, Exkavation der Karies und Trockenlegung mit Kofferdam.



Abb. 1-03: Applikation eines Haftvermittlers mit einem Minibürstchen auf Schmelz und Dentin in der Self-Etch-Technik.



Abb. 1-04: Vorsichtiges Verblasen des Lösungsmittels aus dem Adhäsivsystem.



Abb. 1-05: Lichtpolymerisation des Haftvermittlers für 10 s.



Abb. 1-06: Nach dem Auftragen des Adhäsivs zeigt die versiegelte Kavität eine glänzende Oberfläche.



Abb. 1-07: Im ersten Schritt wird ein Komposit nur im Bereich des distalen Kastenbodens in geringer Menge appliziert. Ein spezielles Handinstrument (Easy Contact Point, Helmut Zepf Medizintechnik GmbH) zur Etablierung eines straffen Kontaktpunkts wird in die noch nicht polymerisierte Kompositmasse eingesetzt. Durch festes Andrücken des am Arbeitsende gabelförmigen Instrumentes gegen den Nachbarzahn wird die Matrice im Kontaktbereich in die gewünschte Form gebracht und der Zahn sowie auch der Nachbarzahn werden minimal aus der Ruheposition ausgelenkt um die Matrizenbanddicke zu kompensieren, gleichzeitig wird ein zervikaler Kompositsteg ausgeformt. Die Polymerisation stabilisiert das derart ausgeformte Komposit.



Abb. 1-08: Deutlich ist am distalen Kastenboden der Kompositsteg zu sehen, der die vorgespannte Situation fixiert und somit die Matrizenstärkte kompensiert und für einen straffen Approximalkontakt sorgt.



Abb. 1-09: Mit dem nächsten Kompositinkrement wird die distale Approximalfläche komplettiert und die Außenkontur des distolingualen Höckers modelliert.

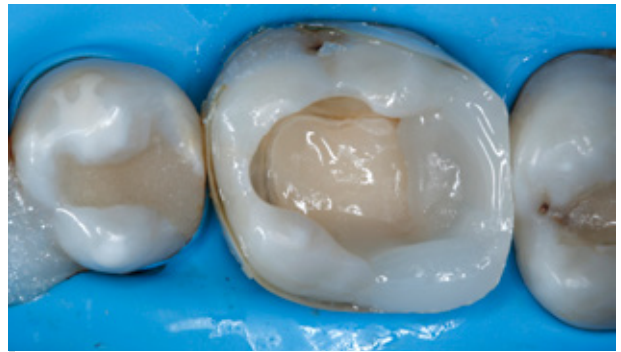


Abb. 1-10: Situation nach Abnahme der Matrize.



Abb. 1-11: Mit dem nächsten Kompositinkrement wird der Kavitätenboden angehoben.



Abb. 1-12: Mit der letzten Kompositschicht wird das Restvolumen der Kavität komplett gefüllt.



Abb. 1-13: Ausformung einer funktionellen aber rationellen okklusalen Anatomie.



Abb. 1-14: Lichtpolymerisation des Füllungsmaterials für 20 s.



Abb. 1-15: Feineinstellung der statischen und dynamischen Okklusion.



Abb. 1-16: Endsituation: Fertig ausgearbeitete und hochglanzpolierte direkte Kompositrestauration mit Höckerersatz.

- » Bei der direkten Versorgung von Zähnen mit Höckerfraktur ist in vielen Fällen auch das korrekte Anlegen einer Matrize zur Eingrenzung der Kavität und als Mittel zur Formgebung erschwert, da die Frakturränder oft äquigingival oder sogar subgingival verlaufen. Auch die absolute Trockenlegung mit Kofferdam ist dadurch oft kompliziert bzw. kann nur durch Modifikationen, wie z.B. die Split-Dam-Technik, erreicht werden (Abb. 3-01 a bis 3-16) [39-44].

Deshalb ist bei der Versorgung einer sehr großen Kavität, die den Ersatz eines oder mehrerer Höcker am Zahn erfordert, eine indirekte Restauration immer noch eine sinnvolle Alternative zu direkten Kompositen und für jeden jeweils individuell zu bewertenden klinischen Einzelfall sorgfältig abzuwägen und ggf. auch zu präferieren, insbesondere dann, wenn weitere, die Situation erschwerende Faktoren hinzukommen [9, 18, 36]. Dazu zählen beispielsweise eine komplizierte, im Approximalraumbereich oro-vestibulär sehr ausladende Defektsituation, die mit der Matrizentechnik intraoral nur sehr schwierig zu kontrollieren ist und entsprechend unsichere Erfolgsaussichten für das Erzielen eines suffizienten, physiologisch konturierten und ausreichend straffen Kontaktpunkts der fertigen direkten Kompositrestauration mit sich bringt. Auch eine eingeschränkte manuelle Geschicklichkeit des Behandlers in Bezug auf die intraorale Modellation des plastischen Kompositmaterials zum Höckerersatz erschwert den sinnvollen Einsatz der direkten Versorgung. Indirekte Restaurationen, sowohl

laborgefertigt als auch chairside im CAD/CAM-Verfahren hergestellt, erfordern aber in den allermeisten Fällen eine Veränderung bzw. Erweiterung der dreidimensionalen Kavitätengeometrie, da neben der meist umfangreicheren Präparation zur Sicherstellung einer Einschubrichtung noch vorhandene untersichgehende Zahnbereiche eliminiert und materialbedingte Mindestschichtstärken eingehalten werden müssen und somit einen zusätzlichen Abtrag an Zahnhartsubstanz verursachen.

3. Literaturanalyse klinischer Studien

DELIPERI [37] untersuchte direkte Kompositrestaurationen mit dem Ersatz von einem oder zwei Höckern an vitalen Molaren (n = 25) und fand nach einer relativ kurzen Beobachtungsdauer von nur 30 Monaten eine Überlebensrate von 100%. Bei einem Patienten wurde anlässlich des 2-Wochen-Recalls ein geringfügiges Chipping von Komposit am Füllungsrand festgestellt, welches auf eine Interferenz der Okklusion zurückzuführen war und durch Einschleifen final korrigiert werden konnte. Patienten mit parafunktionalen Aktivitäten und Zähne mit einer Wandstärke < 1mm wurden nicht in die Studie inkludiert. OPDAM [45] führte eine klinische Studie zur Versorgung von schmerzsymptomatischen Zähnen mit Rissen im Dentin („Cracked-tooth“-Syndrom) im Bereich der Höcker bei vorbestehenden Amalgamfüllungen durch. Bei einer Patientengruppe (n = 21) wurden die betroffenen Zahnhöcker »



Abb. 2-01: Insuffizientes altes Keramikinlay in einem ersten Unterkiefermolar.



Abb. 2-02: Der mesio-bukkale Höcker ist großvolumig durch die alte Restauration ersetzt.



Abb. 2-03: Zustand nach Entfernen der alten Restauration.



Abb. 2-04: Zustand nach Exkavieren und Finieren der Kavität und Isolieren mit Kofferdam.



Abb. 2-05: Applikation einer zirkulären Metallmatrize.



Abb. 2-06: Vorbehandlung der Zahnhartsubstanz mit einem Adhäsiv in der Self-Etch-Technik.

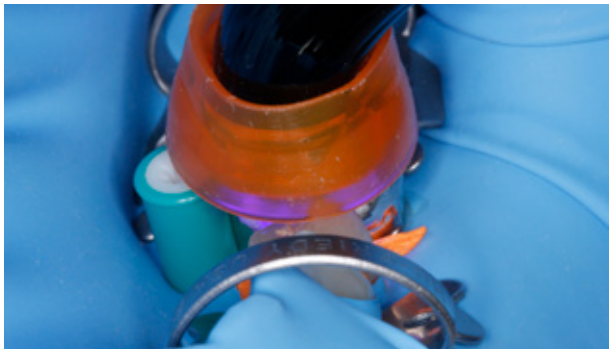


Abb. 2-07: Lichthärtung des Adhäsivs.



Abb. 2-08: Nach korrekter adhäsiver Vorbehandlung zeigt die Kavität überall eine gleichmässig glänzende Oberfläche. Dies garantiert eine gute Dentinversiegelung zur Vermeidung postoperativer Hypersensibilitäten.



Abb. 2-09: Applikation der ersten Schicht mit einem Bulk-Fill-Komposit.



Abb. 2-10: Mit dem ersten Kompositinkrement werden die mesiale Approximalwand und die Außenkontur des mesio-bukkalen Höckers aufgebaut.

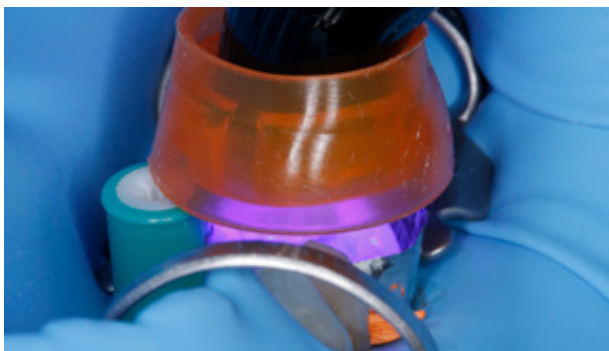


Abb. 2-11: Lichthärtung des Komposits.



Abb. 2-12: Im nächsten Schritt werden das komplette Okklusallvolumen mit dem Bulk-Fill-Komposit aufgefüllt und die Zahnanatomie ausgeformt.

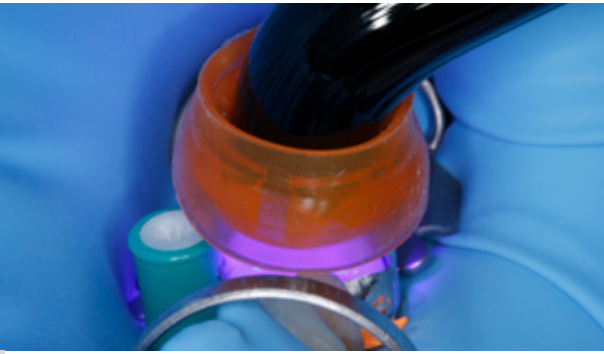


Abb. 2-13: Lichthärtung des Komposits.



Abb. 2-14: Zustand nach dem Abnehmen von Matrize und Kofferdam und dem Ausarbeiten der Füllung.



Abb. 2-15: Vorpolitur der Kompositrestauration.



Abb. 2-16: Hochglanzpolitur mit einem Siliziumkarbidbürstchen.



Abb. 2-17: Abschließende Kontrolle der statischen und dynamischen Okklusion.



Abb. 2-18: Endsituation: Fertig ausgearbeitete und hochglanzpolierte direkte Kompositrestauration mit Höckerersatz.



Abb. 2-19: Ansicht von mesial.



Abb. 3-01: Ausgangssituation: Insuffiziente Kompositfüllung in einem ersten Unterkiefermolaren.



Abb. 3-02: Nach der Entfernung der alten Füllung und Exkavation kariöser Zahnanteile wurde die Kavität finiert. Am distalen Kastenboden verläuft die Defektgrenze deutlich subgingival und der fehlende distolinguale Höcker muss komplett mit Komposit rekonstruiert werden.



Abb. 3-03: Isolation des Behandlungsgebiets mit Kofferdam, der im Bereich zwischen dem ersten und zweiten Molaren in der Split-Dam-Technik appliziert wurde.



Abb. 3-04: Abgrenzung des Zahndefekts mit einer zirkulären Metallmatrize.



Abb. 3-05: Konditionierung der Zahnhartsubstanz mit 35%igem Phosphorsäuregel.



Abb. 3-06: Vorsichtige Trocknung der Kavität nach dem Absprühen der Phosphorsäure.



Abb. 3-07: Applikation eines Haftvermittlers mit einem Minibürstchen auf Schmelz und Dentin.



Abb. 3-08: Nach dem sorgfältigen Verblasen des Lösungsmittels aus dem Adhäsivsystem erfolgt die Lichtpolymerisation des Haftvermittlers für 10 sec.



Abb. 3-09: Nach dem Auftragen des Adhäsivs zeigt die versiegelte Kavität in allen Bereichen eine glänzende Oberfläche.



Abb. 3-10: Im ersten Schritt wird ein thermoviskoses Bulk-Fill-Komposit nur im Bereich des distalen Kastenbodens in geringer Menge appliziert.



Abb. 3-11: Ein spezielles Handinstrument (Easy Contact Point, Helmut Zepf Medizintechnik GmbH) zur Etablierung eines straffen Kontaktpunkts wird in die noch nicht polymerisierte Kompositmasse eingesetzt.



Abb. 3-12: Durch festes Andrücken des am Arbeitsende gabelförmigen Instrumentes gegen den Nachbarzahn wird die Matrice im Kontaktbereich in die gewünschte Form gebracht und der Zahn sowie auch der Nachbarzahn werden minimal aus der Ruheposition ausgelenkt um die Matrizenbanddicke zu kompensieren, gleichzeitig wird ein zervikaler Kompositsteg ausgeformt. Die Polymerisation stabilisiert das derart ausgeformte Komposit.



Abb. 3-13: Deutlich ist am distalen Kastenboden der Kompositsteg zu sehen, der die vorgespannte Situation fixiert und somit die Matrizenschichtstärke kompensiert und für einen straffen Approximalkontakt sorgt.



Abb. 3-14: Mit dem zweiten Inkrement aus dem thermoviskosen Bulk-Fill-Komposit wird das komplett Restvolumen der Kavität gefüllt.



Abb. 3-15: Der fehlende distolinguale Höcker ist komplett in Komposit aufgebaut. Es schließt sich die Lichtpolymerisation des Füllungsmaterials für 20 sec an.



Abb. 3-16: Endsituation: Fertig ausgearbeitete und hochglanzpolierte Bulk-Fill-Kompositrestauration mit Höckersersatz.

► eingekürzt und anschließend die Kavitäten mit adhäsiv verankerten direkten Kompositrestaurationen versorgt. Nach 7 Jahren intraoraler Verweildauer wurden bei diesen Zähnen keine Ausfälle beobachtet, alle Zähne und Füllungen waren intakt, es resultierte eine Überlebensrate von 100%.

LAEGREID [46] beobachtete große Kompositrestaurationen (n = 74) mit mindestens drei Flächen und Ersatz eines Höckers im Molarenbereich über den Zeitraum von 3 Jahren. Es wird eine Überlebensrate von 87,7% und eine mittlere jährliche Versagensquote (AFR = annual failure rate) von 4,2% berichtet. Die meisten unakzeptablen Füllungen zeigten Frakturen des Restaurationsmaterials (n = 6). Das Geschlecht der Patienten hatte einen signifikanten Einfluss auf die Qualität der Füllungen zum Zeitpunkt der Endbeobachtung. Bei 22,6% der männlichen Patienten waren dann klinisch unakzeptable Füllungen zu verzeichnen, während dies bei weiblichen Patienten nur zu 4,8% zutraf. Dieser Unterschied wird auf die höheren Kaukräfte bei Männern zurückgeführt.

SCHOLTANUS [17] untersuchte große Kompositfüllungen mit Höckerersatz (n = 118) im Austausch alter Amalgamfüllungen im Patientenkontext einer niedergelassenen zahnärztlichen Praxis nach einer Liegedauer von bis zu 3,5 Jahren. Die kumulative Überlebensrate wurde mit 96,6% und die AFR mit 0,9% angegeben. Sämtliche Misserfolge waren in Molaren zu finden.

FENNIS [47] studierte die klinische Performance von direkten Klasse-II-Kompositfüllungen mit Ersatz eines Höckers (n = 92) an vitalen Oberkieferprämolen nach 5 Jahren. Die Kaplan-Meier-Überlebensrate betrug zum Endzeitpunkt 89,9%. Hauptgründe für das Versagen waren Frakturen des noch vorhandenen natürlichen Höckers bzw. Füllungsfrakturen. Eine Vergleichsgruppe mit indirekten Kompositrestaurationen (n = 84) zur Versorgung gleicher Defekt-konfigurationen zeigte eine Überlebensrate von 83,2%. Zwischen beiden Restaurationsarten ergab sich aber kein signifikanter Unterschied.

HOFSTEENGE [35] führte eine klinische Studie zur Leistungsfähigkeit von direkten (n = 92) und indirekten Klasse-II-Kompositrestaurationen mit Höckerersatz in vitalen Oberkieferprämolen nach 14 Jahren durch. Die Kaplan-Meier-Überlebensrate betrug zum Endzeitpunkt 63,6%, mit einer AFR von 2,4%. Als Hauptgrund für das Versagen der direkten Füllungen wurden Zahnfrakturen angegeben. Es konnte kein signifikanter Unterschied zu den indirekten Kompositen (54,5% Überlebensrate; AFR = 3,3%) verzeichnet werden. Die Studie schlussfolgert, dass sowohl direkte als auch indirekte Höckerersatzrestaurationen aus Komposit eine geeignete Option zur Rekonstruktion derart geschädigter Prämolen sind. Die längere Behandlungszeit und die höheren Kosten für die indirekten Restaurationen sprechen für die direkte Technik.

HOFSTEENGE [38] führte eine weitere klinische Studie zu großen Kompositfüllungen mit Höckerersatz (n = 117) im Austausch alter Amalgamfüllungen im Patientenkontext einer niedergelassenen zahnärztlichen Praxis nach einer Liegedauer von bis zu 15 Jahren durch. Die kumulative Überlebensrate wurde mit 74,7% und die AFR mit 1,7% angegeben. Sämtliche Misserfolge waren in Molaren zu finden. Prämolen mit 2 ersetzten Höckern hatten ein um 297% höheres Risiko für klinisches Versagen im Vergleich zum Ersatz nur eines Höckers.

4. Schlussbemerkung

Betrachtet man die Ergebnisse der klinischen Untersuchungen zu Seitenzahnkompositrestaurationen mit Höckerersatz an einzelnen Zähnen, so zeigen diese Restaurationen eine akzeptable bis sehr gute klinische Performance und qualifizieren sie somit in ausgewählten klinischen Fällen als Alternative zu indirekten Versorgungen [17, 31, 35-38, 45-48]. Die geringeren Kosten im Vergleich zu laborgefertigten oder CAD/CAM-chairside produzierten indirekten Restaurationen, die im Regelfall minimalinvasivere Präparation mit entsprechend weniger Risiken für biologische Komplikationen, der Zeitvorteil durch eine kürzere Behandlungsdauer und die einfache Reparaturmöglichkeit sind Punkte, die für den Einsatz von direkten Kompositrestaurationen zum Höckerersatz sprechen [17, 38].

Komplette Bisshebungen mit Komposit müssen anders bewertet werden, da in solchen Fällen die kompletten Okklusalfächen sämtlicher Seitenzähne mit dem Restaurationsmaterial rekonstruiert werden. Bei zunehmendem prozentualem Ersatz der kompletten Kauflächen erreichen Kompositwerkstoffe ihre mechanischen Belastungsgrenzen [32]. Vor allem die eingeschränkte Abrasionsbeständigkeit von kompletten Kauflächen aus Komposit im Vergleich zu Metall- und Keramikauflächen stellt bei Bisshebungsfällen für den langfristigen klinischen Erfolg und die Stabilität der rekonstruierten Vertikaldimension ein deutliches Risiko dar [49-51]. ■

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jürgen Manhart, Manhart Dental Academy

E-Mail: info@manhartdental.de

Facebook: [prof.manhart](#), Instagram: [prof.manhart](#)

www.manhartdental.de

Die Literaturliste kann unter nzb-redaktion@kzvn.de angefordert werden.

Der Autor bietet Fortbildungen und praktische Arbeitskurse im Bereich der ästhetisch-restaurativen Zahnheilkunde (Komposit, Vollkeramik, Veneers, Bisshebung im Abrasionsgebiss, ästhetische Behandlungsplanung, Zusammenarbeit Zahnarzt und Zahntechniker) an.



06. SEPTEMBER 2025

QUALITÄTSZIRKEL EINSTEIGERKURS



Referentin: Nicole Bongard

Samstag, 06. September 2025

10:00 bis 16:00 Uhr

**Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN),
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover**

Workshop für Zahnärzte und Zahnärztinnen, die an einer Moderatorentätigkeit von Qualitätszirkeln interessiert sind

Thema: Grundlagen einer Moderatorentätigkeit im QZ!

Referentin: Nicole Bongard, Lehrbeauftragte der Hochschule Fresenius: Gesundheitspolitik I Kommunikation im Gesundheitswesen I Prävention, Sport und Gesundheit.

Ablauf:

10:00 Uhr: Begrüßung

10:10 Uhr: Bongard: Basis-Kompetenzen für Moderatoren in Qualitätszirkeln

12:00 Uhr: Vortrag Dr. Tilli Hanßen, Vorstandsmitglied der ZKN und langjährige aktive Moderatorin in Jesteburg

12:30 Uhr: Mittagspause

13:00 Uhr: Bongard: Kompetenzerweiterung in der Moderatorentätigkeit

14:45 Uhr: Kaffeepause

15:15 Uhr: Erfahrungsaustausch und Fragerunde
anschließend Organisatorisches und Ausgabe der Teilnahmezertifikate

Ansprechpartnerin: Daniela Schmoe
(dschmoe@zkn.de oder 0511 83391-319)



Teilnahmegebühr: 80 Euro
inkl. Verpflegung und Handout

8 Fortbildungspunkte nach
BZÄK/DGZMK/KZBV

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen



Foto: © Alla - stock.adobe.com

Versorgungslücke bei Vollnarkosen trifft die Schwächsten

Verzweifelte Eltern, abgewiesene und verrostete Patienten, ratlose Zahnärzte und zu viele extrahierte Zähne, die bei einer rechtzeitigen Behandlung hätten erhalten werden können: Das sind längst keine bedauernswerten Einzelfälle mehr, sondern immer häufiger Realität bei sehr kleinen Kindern mit frühkindlicher Karies (ECC), Schulkindern mit schwer betroffenen Kreidezähnen und bei Menschen mit Beeinträchtigungen.

In Deutschland fallen sie aus der Norm der zahnärztlichen Versorgung, wenn sie für die Therapie ihrer Zähne einer Narkose bedürfen. Eine Indikation, die das Versorgungssystem zu sprengen scheint, denn in der Regel werden weder die niedergelassenen Anästhesisten dafür adäquat honoriert, noch können in Kliniken ausreichende OP-Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden.

Eine Narkose erleichtert eine Zahnbehandlung. Als elektive Leistung wird sie nicht selten bei kieferchirurgischen Eingriffen gewählt. Es gibt aber auch Narkosen, die alter-

nativlos sind und bei denen die Krankenkasse die Kosten übernimmt. Dazu gehören Kinder unter zwölf Jahren und Patienten mit geistiger Behinderung, schweren Bewegungsstörungen, die nicht mit dem Zahnarzt zusammenarbeiten können, und Patienten, die aufgrund einer organischen Erkrankung keine Lokalanästhesie erhalten dürfen. Menschen, die besonders vulnerabel sind, soll so eigentlich die Behandlung beim Zahnarzt möglich und erleichtert werden. Eigentlich, denn in der Praxis werden viele dieser Fälle sehr lange aufgeschoben oder nur in großer Entfernung zum Wohnort durchgeführt. Es gibt inzwischen einfach zu wenige niedergelassene Anästhesisten für diese Art der Behandlung.

„Die Kürzung anästhesiologischer Leistungen seit 2022 hat schwerwiegende Folgen für die zahnärztliche Behandlung von Kindern mit Beeinträchtigung und sehr jungen Kindern, beispielsweise mit frühkindlicher Karies“, erklärt drs. Johanna Maria Kant, Vorsitzende des Bundesverbands der Kinderzahnärzt:innen (BuKiZ).

Anästhesisten erleiden massive Honorareinbußen

„In Niedersachsen erhalten Anästhesisten nach Beschluss zur Quotierung der Praxisbesonderheiten im Honorarverteilungsmaßstab bei Eingriffen in Kinderzahnarztpraxen derzeit nur noch etwa 45 Prozent des Narkosehonorars von der Kassenärztlichen Vereinigung.

Auch in anderen Bundesländern gibt es Probleme. Das nimmt den Anästhesisten jegliche Planungssicherheit und uns Zahnärzten die Möglichkeit, die vulnerabelsten Patienten angemessen zu versorgen“, schildert die Zahnärztin aus Oldenburg.

Aus und vorbei die Zeiten, in denen Anästhesisten, die häufig Narkosen in einer Praxis machen, diese als Praxisbesonderheit anmelden und mit den Kostenträgern adäquat abrechnen konnten. Auf diese Regelung hatte man sich 2009 geeinigt, als die Leistungskürzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung erstmals zu einer Schlechterstellung anästhesiologischer Leistungen in der Kinderzahnmedizin führten.

Jetzt ist auch nach mehr als zwei Jahren noch immer keine Lösung des altbekannten Problems in Sicht – mit massiven Folgen für die Betroffenen. Denn immer häufiger kündigen Anästhesisten die Zusammenarbeit mit der Zahnarztpraxis auf. Den Anästhesisten kann es letztlich egal sein, für welche Behandlung der Patient schläft. „Wenn der Anästhesist beim HNO-Arzt 100 Prozent des Honorars bekommt, beim Kinderzahnarzt aber nur 45 Prozent, dann muss er aus wirtschaftlichen Gründen seinen Tätigkeitsschwerpunkt umstellen und er geht zum HNO-Arzt“, fasst Kant den Frust zusammen.

Ein Fünftel der Praxen stellt Behandlungen unter Narkose ein

Eine bundesweite Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnmedizin (DGKiZ) in Zusammenarbeit mit dem BuKiZ unter Kinderzahnärzten im Jahr 2022 hat ergeben, dass etwa 20 Prozent der spezialisierten Praxen in der Kinderzahnmedizin ihre Narkosebehandlung einstellen mussten.

Wie viele Narkosen dadurch entfallen, ist aber nur schwer zu beziffern. Weil die Patienten in verschiedenen Fachbereichen wie MKG, Oralchirurgie oder Kinderzahnmedizin aufschlagen, sei es schwierig, valide Zahlen zu bekommen. „Wenn ein Bäcker im Supermarkt für seine Arbeit mehr Geld bekommt als in einer Bäckerei, kann man ja auch schwerlich sagen, wie viele Brötchen dadurch im Fachbetrieb nicht gebacken werden. So ist es auch mit den Narkosen. Ich registriere allerdings immer häufiger Patienten in meiner Praxis, die nirgendwo anders angenommen wurden, und auch vermehrt Anrufe von Kollegen, die sagen: „Mein Anästhesist ist abgesprungen, was mache ich denn jetzt?“

Für spezialisierte Kinderzahnarztpraxen, die ihren Anästhesisten verlieren, bedeutet dies nicht zwingend einen Honorarverlust, wenngleich sie in die Ausbildung ihres Tätigkeitsschwerpunktes viel Arbeit investiert haben, sowohl durch Fortbildungen als auch durch die apparative Aufrüstung und notwendige Umbaumaßnahmen für zum Beispiel einen Aufwachraum in der Praxis.



BELASTBARKEITS-STUFEN	THERAPIEFÄHIGKEIT	KOMMUNIKATION	MUNDHYGIENEFÄHIGKEIT	TRANSPORTFÄHIGKEIT/LAGERUNG
Hoch	Ambulante Behandlung in Zahnarztpraxis möglich, ggf. Begleitperson, vollständig behandelbar	Verbal oder non-verbal Kommunikation leicht eingeschränkt, Unterstützung durch Begleit-/Pflegeperson	Normale Mundhygienefähigkeit	keine Einschränkung: vollständig transportfähig und mit Hilfsmitteln auf zahnärztlicher Behandlungseinheit lagerbar
Leicht reduziert	Ambulante Behandlung in Zahnarztpraxis oder Praxis mit Behandlungsschwerpunkt möglich, ggf. Begleitperson, zahnärztliche Behandlung mit leichten Einschränkungen (Pausen, Adaptationstechniken, etc.)	Verbal oder non-verbal Kommunikation leicht eingeschränkt, Unterstützung durch Begleit-/Pflegeperson	Leichte senso-motorische und/oder psycho-motorische Einschränkungen Unterstützung der Mundhygiene durch Pflegeperson (Nachputzen, o.ä.)	leichte Einschränkung: vollständig transportfähig und mit Hilfsmitteln auf zahnärztlicher Behandlungseinheit lagerbar
Stark reduziert	Ambulante Behandlung in Zahnarztpraxis oder Praxis mit Behandlungsschwerpunkt möglich, zahnärztliche Behandlung reduziert, wenige und kurze Sitzungen (Pausen, Adaptationstechniken) ggf. größere Interventionen in ITN	Verbal oder non-verbal stark eingeschränkt, Kommunikation erfolgt zum Großteil durch Begleit-/Pflegeperson	Stark senso-motorische und/oder psycho-motorische Einschränkungen Mundhygiene hauptsächlich durch Pflegepersonal	mittelschwere Einschränkung: transportfähig mit hohem Aufwand und nur eingeschränkt oder nicht auf zahnärztlicher Behandlungseinheit lagerbar. Behandlung im Bett oder Rollstuhl, ggf. stationäre Aufnahme erforderlich
Niedrig	Keine ambulante Behandlung möglich. Hausbesuch, zahnärztliche Behandlungen in INT	Kein Feedback, keine Kontaktaufnahme möglich	Mundhygiene nur unter stark erschwerten Bedingungen möglich, z.B. Abwehrhaltung	Schwere Einschränkung: keine Transportfähigkeit für ambulante Behandlung vorhanden, stationäre Aufnahme erforderlich

Tabelle 1: Bewertung der zahnmedizinischen funktionellen Kapazität von Patienten mit Beeinträchtigungen und Unterstützungsbedarf, modifiziert nach Nitschke et al. [2]

► Angepasste Praxiskonzepte

Viele stellen sich als Konsequenz anders auf und würden verstärkt andere Behandlungsschwerpunkte anbieten. Sicherlich auf der Strecke bleiben allerdings die Kinder mit großem Behandlungsbedarf und Menschen mit Beeinträchtigungen, bei denen eine zahnärztliche Behandlung unter üblichen Bedingungen nicht möglich ist. Denn bis zu einer Therapieaufnahme haben viele bereits eine Odyssee hinter sich und müssen lange Anfahrtswege in Kauf nehmen, manchmal durch das ganze Bundesland oder auch darüber hinaus.

Verantwortungsvolle Narkose-Entscheidung

Natürlich brauche nicht jedes Kind, das eine Kinderzahnarztpraxis aufsucht, eine Behandlung in Narkose. Johanna Kant plädiert für den verantwortungsvollen und indikationsgerechten Umgang mit der Narkose-Entscheidung. Es gebe viele andere Methoden, die Anwendung finden könnten. Wenn ein Kind allerdings ein akutes Problem mit Schmerzen und Entzündung hat, welches nicht unter Lokalanästhesie behandelt werden kann, wird es schwierig. „Dies betrifft vor allem Kinder, die zu klein oder beeinträchtigt sind und zugleich einen massiven Befund haben, wenn also zum Beispiel von 20 Milchzähnen einige einer Behandlung mit Zahnervbehandlung beziehungsweise einer Zahnentfernung bedürfen. Auch Kreidezähne können die Lebensqualität durch chronische Schmerzen stark beeinträchtigen. Diese Kinder können zum Teil unter Lachgas behandelt werden. Bei anderen ist die Behandlung nur unter Narkose möglich. Dafür braucht es einen erfahrenen und auf Kinder spezialisierten Anästhesisten, der die erforderlichen Standards einhält“, erklärt Kant.

Unterversorgung trotz Paragraph 87b

Die Unterfinanzierung der Anästhesisten gefährdet auch diejenigen Patienten, die nach dem Gesetz ausdrücklich geschützt sein sollen: Laut Paragraph 87b Abs. 2 Satz 5 SGB V dürfen anästhesiologische Leistungen für Patienten mit geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie nicht gekürzt werden, dennoch ist ihre zahnärztliche Versorgung gleichermaßen gefährdet, da diese eng verknüpft ist mit der von kleinen Kindern. Narkosebehandlungen von Kindern mit und ohne Behinderungen werden in den meisten Praxen gemischt durchgeführt, es gibt keine Sondertermine für eine der beiden Patientengruppen.

Wenn der Anästhesist seine Arbeit einstellt, entfallen alle Narkosebehandlungen in der Praxis. Menschen mit geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie, die das Erwachsenenalter erreichen und nicht mehr zu Hause betreut werden, entwickeln häufig parodontale Probleme. Um auch diese Patienten weiterhin betreuen zu können, sind einige Zahnärzte bereits dazu übergegangen, die Anästhesisten aus ihren eigenen Honoraren zu finanzie-

ren, sodass die „Mischung“ aus Kinderbehandlung und Behandlung von Menschen mit Beeinträchtigung erhalten bleibt. Einige anästhesiologische Kollegen machen aus alter Verbundenheit mit der Praxis weiter. Aber was passiert, wenn sie in den Ruhestand eintreten?

„Nicht nur das Finanzstabilisierungsgesetz macht uns zu schaffen, sondern in Niedersachsen auch die Honorarverteilung der Ärzte. Die Gruppe der niedergelassenen Anästhesisten ist klein, sie haben eine schwache Lobby und werden nicht gehört. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung begrenzte die Mittel für die Praxisbesonderheiten, und dadurch wird es für die kinderzahnärztliche Behandlung schwierig. Aber es darf nicht sein, dass Kinder die Leidtragenden sind.“

Best Practice

In Oldenburg macht das engagierte Zusammenarbeiten zwischen dem Klinikum Oldenburg, Zahnärztin Tanja Wittje und der Praxis von drs. Johanna Kant die zahnärztliche Behandlung vulnerabler Patienten in Narkose möglich. Patienten, die dafür stationär aufgenommen werden müssen, können im Klinikum auch zahnmedizinisch behandelt werden. Mehrmals im Jahr stellt das Klinikum dafür einen OP-Raum mit Kinderkardiologen und Kinderanästhesisten zur Verfügung. Der organisatorische Aufwand ist enorm, der Fachkräftemangel verursacht auch hier leider immer wieder Terminausfälle. Denn die Zahnärztin geht zum Behandeln mit zwei zahnmedizinischen Fachangestellten ins Krankenhaus, wofür sie sich den Tag frei plant. Im Anschluss an die Behandlung stellt sie dem Krankenhaus eine Rechnung. Da das Krankenhaus aber nicht nur die Zahnärztin bezahlen muss, sondern auch eigene Kosten hat, kann die Zahnärztin nur einen Bruchteil dessen abrechnen, was sie in der eigenen Praxis bekäme. „Da nach GOZ mit einem Faktor von maximal 1,3 bis 1,5 abgerechnet wird, liegen wir weit unter dem Kassensatz. Im Prinzip ist das purer Idealismus, sowohl vom Krankenhaus als auch von uns Zahnärztinnen, weil alle Beteiligten dabei einen Verlust machen. Bis auf die Patienten, die einen Gewinn haben“, erklärt Kant.

Zu wenig festgelegte Versorgungspfade

Die Unterversorgung vulnerabler Patienten beunruhigt nicht nur den Berufsverband, sondern ruft auch Wissenschaftler auf den Plan. Ein Team der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde an der Mund-, Zahn- und Kieferklinik des Universitätsklinikum Heidelberg hat Überlegungen angestellt, wie die gleichberechtigte Teilhabe von Betroffenen an der medizinischen Versorgung verbessert werden kann, und dafür eine Verteilungsmatrix entwickelt [2].

Zuordnung der Patienten gemäß zahnmedizinischer funktioneller Kapazität in die Versorgungstufen

MZKap (Modif. Zahnmed. Funkt. Kapazität)	Zahnmedizinischer Eingriff	Behandler		Versorgungsstufe
HOCH	Wachbehandlung ¹	Zahnarzt		Zahnpraxis
LEICHT REDUZIERT	Wachbehandlung ¹	spezialisierte Zahnarzt		Praxis mit Behandlungsschwerpunkt
STARK REDUZIERT	Wachbehandlung ¹	<u>Präventiv-zahnerhaltende Therapie:</u>	<u>Chirurgische Therapie:</u>	Praxis mit Behandlungsschwerpunkt
	Narkose (ambulante/stationär)	spezialisierte Zahnarzt	MGK-Chirurg / Oralchirurg	a) Praxis mit Behandlungsschwerpunkt b) Ambulantes Operationszentrum oder (über) regionales Krankenhaus
NIEDRIG	Narkose (ambulante/stationär)	<u>Präventiv-zahnerhaltende Therapie:</u> spezialisierte Zahnarzt	<u>Chirurgische Therapie:</u> MGK-Chirurg / Oralchirurg	Universitätsklinik / Maximalversorger

¹ Behandlungsversuch unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten wie Verhaltensführung, Anxiolyse, leichte/moderate Sedierung, wenn medizinisch möglich.

Tabelle 2: Bei der Modifizierten Zahnmedizinischen funktionellen Kapazität (MZKap) finden die Aspekte Therapiefähigkeit, Kommunikation, Mundhygienefähigkeit sowie Transport- und Lagerungsfähigkeit des Patienten Berücksichtigung. Es erfolgt eine differenzierte Bewertung der Belastbarkeit, indem die individuellen Schwächen oder Einschränkungen berücksichtigt werden. Die Gesamteinschätzung erlaubt die Zuordnung zur zahnärztlichen Versorgungsstufe [2].

„Grundsätzlich sollte die medizinische Versorgung aller Patienten auf Basis wissenschaftlicher Evidenz und vorhandener Leitlinien erfolgen. Allerdings gibt es aktuell kaum an die besonderen Erfordernisse von vulnerablen Gruppen adaptierte und entwickelte Versorgungspfade im Sinne von Standard Operation Procedures (SOPs). Denn die Betreuung und Behandlung dieser Patientengruppe ist deutlich komplexer, variabler und zeitintensiver als die regelhafte Versorgung gesunder Menschen“, stellen Dr. Shirin El-Sayed, Dr. Hanna Hieronymus, Prof. Dr. Cornelia Freese und Prof. Dr. Diana Wolff fest.

Vier-Stufen-Modell als Lösung

Die Forscherinnen schätzen, dass Kinder und Menschen mit Behinderung einmal bis mehrmals im Verlauf ihres Lebens eine zahnmedizinische Behandlung in Narkose benötigen und in dieser Patientengruppe eine Unterversorgung existiert. Belastbare Zahlen zur erforderlichen Versorgungskapazität existieren momentan jedoch nicht.

Um die zahnmedizinische Versorgung dieser sehr heterogenen Patientengruppe besser strukturieren zu können und bedarfsgerechter durchführbar zu machen, haben die Forscherinnen in Anlehnung an die Einteilung der funktionellen Kapazität bei geriatrischen Patienten nach Nitschke et al. [1] die modifizierte zahnmedizinische funktionelle Kapazität (MZKap) entwickelt.

Sie soll zur Ermittlung der Fähigkeiten und Beurteilung der Einschränkungen des Patienten dienen, auf deren Grundlage der Behandlungsplan, der Behandlungsort und alternative Behandlungsmethoden festgelegt werden können. Die Einteilung erfolgt anhand von vier Stufen, die Gesamteinschätzung ermöglicht dann die Zuordnung zur zahnärztlichen Versorgungsstufe. Diese reicht dabei von

einer hohen MZKap, die eine Wachbehandlung in einer regulären Zahnarztpraxis erlaubt, bis hin zur niedrigen MZKap, die Narkose bei einem Maximalversorger erforderlich macht. [2]

Forderungen an die Politik

Über die Ermittlung der MZKap könnten die Patienten im Hinblick auf ihre Belastbarkeit klassifiziert und individuelle Behandlungswege in der zahnärztlichen Versorgungslandschaft effizienter gebahnt werden. „So könnte durch klar organisierte Netzwerkstrukturen die Patientenverteilung und -aufklärung optimiert und die Betreuung vulnerabler Gruppen verbessert werden,“ resümieren die Heidelberger Autorinnen. ►►



Fotos: Privat, MHH

Abb. 02: Patienten müssen lange Wege und Wartezeiten in Kauf nehmen, wenn eine stationäre Zahn-OP unter Narkose notwendig ist. Dr. Reinhard Schilke von der MHH muss die Patienten immer wieder vertrösten, weil bei insgesamt zu geringen OP-Kapazitäten oftmals andere Indikationen priorisiert werden.

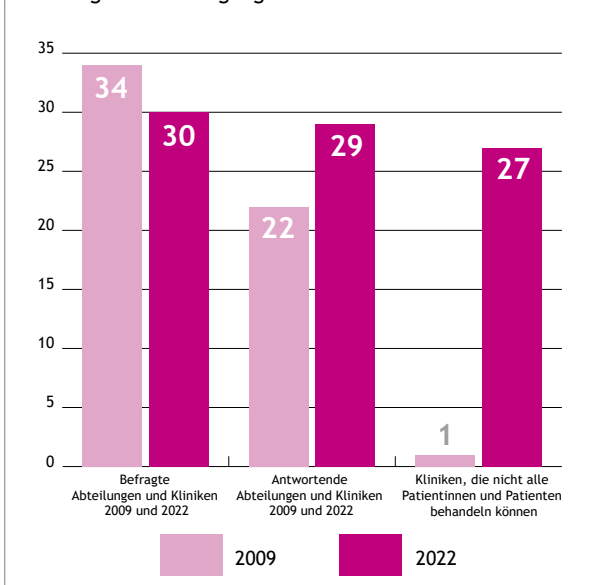


Abb. 03: Von 2009 bis 2022 hat sich die Zahl der Kliniken, die nicht alle vulnerablen Patienten behandeln können, dramatisch erhöht.

- Die Vorsitzende des Bundesverbands der Kinderzahnärzte begrüßt das Vier-Stufen-Modell und hofft, dass das strukturierte Vorgehen auch von der Politik unterstützt und in die Tat umgesetzt wird. Weiterhin fordert Kant, dass die Prophylaxe ernst genommen wird und Zähne frühzeitig geschützt werden, frei nach dem Motto: Die beste Therapie ist die Prävention.

Ganz dringend appelliert sie, eine Umverteilung innerhalb der Ärzte-Honorare vorzunehmen, so dass die Anästhesisten bei der Behandlung in der Kinderzahnmedizin nicht weiter benachteiligt werden. „Nur so können wir Kinderzahnärzte indikationsgerecht arbeiten und Patienten wie Angehörigen lange Fahrt- und Wartezeiten ersparen. Der Gerechtigkeit wegen, aber vor allem der Kinder wegen.“

Versorgungsengpass in den Kliniken dramatisch

Dr. Reinhard Schilke, Oberarzt an der Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventivzahnmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), kennt die Situation im stationären Bereich. Seit mehr als 30 Jahren verfolgt ihn das Narkose-Thema bei diesen beiden Patientengruppen, wobei die Situation noch nie so problematisch war wie derzeit.

Im ersten Quartal 2009 führte er erstmals eine Umfrage an 34 Abteilungen und Kliniken von universitären deutschen Einrichtungen zur zahnärztlichen Behandlung unter Intubationsnarkose bei Kindern und Behinderten durch. Die Rücklaufquote lag bei 65 Prozent. „Damals gaben etwa die Hälfte der antwortenden Kliniken an, dass sie Zähne unter Narkose nicht nur ziehen, sondern auch restaurieren“, erklärt Schilke. Beim allergrößten Teil der Kinder und Beeinträchtigten vergingen zwischen Indikationsstellung und Behandlungstermin nicht mehr als zwölf Wochen. Nur 5 Prozent gaben an, nicht alle Patienten behandeln zu können, bei denen eine Narkose erforderlich ist. Eine neuerliche Befragung mit deutlich höherem Rücklauf

im Jahr 2022 ergab, dass 92 Prozent der Universitätskliniken nicht mehr dazu in der Lage sind, alle Patienten mit indizierter zahnmedizinischer Behandlung unter Narkose zu versorgen. Aufgrund des demografischen Wandels dürfte sich die Lage in den kommenden Jahren weiter zuspitzen. Schilke: „Auch an der MHH überlegen wir derzeit, ob wir im weiteren Verlauf dieses Jahres noch Termine anbieten können. Die Wartezeit für geplante Behandlungen unter Narkose liegt aktuell bei mehr als sechs Monaten. Aufgrund von immer wieder auftretenden OP-Ausfällen bei insgesamt einem Narkosetermin pro Woche für unsere Klinik liegt der Behandlungstermin unter Umständen bis zu einem Jahr entfernt. Eine Vielzahl von zahnerhaltenden Maßnahmen hat sich dann erübrigt. Insofern ist es um diese Patientengruppe derzeit sehr schlecht bestellt.“

Personalmangel und zu wenig Fachkenntnis

Die Ursache für die Absage vieler OP-Termine liegt, wie in anderen Krankenhäusern auch, am Pflegenotstand. Es mangelt sowohl an Kranken- und Gesundheitspflegern auf den Stationen als auch an Anästhesiepflegekräften. Und wohl auch daran, dass Zahnbehandlungen in der Behandlungsnotwendigkeit als „elektiv“, also nachrangig priorisiert eingestuft werden. „Bei zu wenigen OP-Kapazitäten haben lebensnotwendige Eingriffe natürlich Vorrang. Es heißt dann oft: Es geht ja nur um Zähne, die kann man notfalls auch ersetzen. Allerdings finden prothetische Behandlungsmaßnahmen noch weitaus seltener statt als konservierende“, schildert Schilke. Wenn solche zahnmedizinischen Leistungen mit postoperativem stationärem Überwachungsaufenthalt notwendig sind, werden bettenführende Einrichtungen benötigt, die das notwendige Know-how für diese Behandlungen haben. In unserem Versorgungssystem sind dieses mund-kiefer-gesichtschirurgische Kliniken. Diese sind nicht unbedingt spezialisiert auf zahnerhaltende Maßnahmen und einige haben unter Umständen auch nicht die apparative Ausstattung dafür. Nicht selten werden die Patienten von diesen Kliniken abgewiesen, und so landet der Patient aus Ostfriesland auf der Warteliste der MHH, obwohl mehrere andere MKG-Kliniken deutlich näher liegen.

Kostendruck in der MKG-Chirurgie

Nach Ansicht von Schilke ist das aber nur ein Teil der Wahrheit. Denn eine lang andauernde Zahnrestauration unter Narkose ist für die Klinik wirtschaftlich deutlich weniger attraktiv als eine verhältnismäßig schnelle Extraktion. Der Oberarzt: „Leider hat es in vielen der 169 MKG-Fachabteilungen in Deutschland System: Weil der Kostendruck im Krankenhaussektor sehr hoch ist, sollen möglichst nur Behandlungen durchgeführt werden, die es ermöglichen, kostendeckend zu arbeiten, um so den Personalstamm halten zu können. Deshalb liegt der

Fokus auf erlösbringenden Leistungen, und das ist nicht die Restauration, sondern die Extraktion, denn hier ist der zeitliche Aufwand deutlich geringer.

Bei Kapazitätsengpässen kann es vorkommen, dass vulnerablen Patienten daher eher der Zahn gezogen wird, anstatt diesen mit zahnerhaltenden oder prothetischen Maßnahmen zu erhalten, so die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG) [3].

Alles nur ein Abrechnungsproblem?

Ein Grundproblem besteht darin, dass die Diagnosebezogene Fallgruppierung (DRG) D40Z identisch ist, sowohl für das Zähneziehen als auch für die Zahnerhaltung. Sollte die Zahnerhaltung aufgewertet werden, müsste dafür an anderer Stelle gekürzt werden, denn die Geldmenge im Topf bleibt gleich. Welche Leistung wie entlohnt wird, entscheidet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH). Das Institut sucht Optimierungsmöglichkeiten fachgruppierungsnah, also im MKG-Bereich. Es würde vermutlich nicht Tumor-OPs oder Kiefer-Gaumen-Spalten treffen, sondern es wäre nicht unwahrscheinlich, dass Narkosen mit Extraktionen abgewertet und Narkosen mit restaurativen Behandlungen entsprechend aufgewertet werden würden.

Manche MKG-Chirurgen möchten aber unter Umständen gar nicht, dass die derzeit kostendeckende oder sogar gewinnbringende Fallpauschale für die Extraktion abgewertet wird. Deshalb gibt es hier einen Interessenkonflikt zwischen den Patientenbedürfnissen und den wirtschaftlichen und fachlichen Vorgaben eines klinischen Versorgungsauftrags. Weiterhin kommt erschwerend für die Erlössituation hinzu, dass die sogenannte Hauptdiagnose des Patienten maßgeblich für die Ermittlung der Fallpauschale ist. Paradoxe Weise ist es nicht die Grunderkrankung, wegen der der Patient postoperativ stationär überwacht werden muss (zum Beispiel Epilepsie, Herzerkrankung, Epidermolysis bullosa oder andere), sondern es ist definitionsgemäß nur die Erkrankung, die während des stationären Aufenthalts behandelt wird. Und das ist in diesem Fall Karies. Trotzdem kann bis auf wenige Zuschläge nur die Fallpauschale D40Z abgerechnet werden, was ein Minus von durchschnittlich mehr als 2.000 Euro je Eingriff für die Kliniken deutschlandweit bedeutet, da die Patienten zumeist nur eine Nacht postoperativ überwacht werden müssen, was zu finanziellen Abschlägen führt.

Die DRG setzt sich zusammen aus der vorliegenden Erkrankung, der ICD-Ziffer (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) und der Therapie, die nach dem OPS, dem Operationen- und Prozedurenschlüssel, festgelegt ist. Um eine sachgerechte Vergütung für die restaurative Zahn-sanierung in Vollnarkose zu erreichen, hat Schilke sowohl versucht, neue Leistungspositionen im OPS einzuführen,

als auch eine Splitting der DRG D40Z zu erreichen. Beide Anträge führten nicht zum gewünschten Erfolg.

Das InEK analysierte die Vorjahresdaten der Kalkulationskrankenhäuser, die diese zur Verfügung gestellt hatten, und ermittelte so die Kosten- und Erlössituation. Der Grund für die Ablehnung des DRG-Änderungsantrags beim InEK waren die geringen Fallzahlen für die zahnmedizinischen Restaurationen. Demnach wurde im Jahr 2019 die Position D40Z von 27 MKG-Abteilungen der Kalkulationskrankenhäuser in 2.723 Fällen abgerechnet. Aber nur in 66 Fällen (2,42 Prozent) wurden restaurative Behandlungen codiert, was durch eine Zusatzziffer leicht kenntlich gemacht werden kann.

Codierung restaurativer Behandlung hilft bei der Bewertung

„Wohlvollend kann man sagen, dass es einfach vergessen wurde, die Füllungen zu kodieren. Denn bei den Patienten, die zu uns kommen, spiegeln sich diese geringen Fallzahlen nicht wider.

Aber auch wenn die Zusatzziffer derzeit keine höheren Erlöse bringt, appelliere ich an die Kollegen, diese Behandlungen zu kodieren. Denn nur über eine exakte Codierung kann das InEK die Therapien differenzieren und finanziell richtig bewerten“, appelliert Schilke. „Unser DRG-Änderungsvorschlag wurde abgelehnt mit der Begründung, dass nur eine geringe Anzahl von Fällen betroffen war. Einzelschicksale eben, die keine Rolle spielen und somit aus dem System fallen.“

Abrechnung von D40Z

Das Basisentgelt für die DRG D40Z bei Karies des Dentins und Füllungen betrug im Jahr 2019 2.492,11 Euro. Damit werden der Eingriff selbst sowie annähernd sämtliche Kosten abgedeckt, die während des stationären Aufenthalts vom 2. bis zum 5. Tag anfallen.

Bleibt der Patient allerdings nur eine Nacht stationär, sinkt das Entgelt auf 1.861,11 Euro, ab dem 6. Tag steigt es auf 2.814,71 Euro. Auch wenn statt Füllungen Extraktionen vorgenommen werden, bleibt das Basisentgelt gleich, ebenso wenn weitere Begleiterkrankungen, wie eine Herzerkrankung, Epilepsie oder Epidermolysis bullosa (Schmetterlingskrankheit) angegeben werden. Das ergibt ein Minus von etwa 2.000 Euro pro Patient und Behandlung für das Krankenhaus.

Sicherstellung des Versorgungsauftrags

Schilke sieht Stellschrauben für eine Veränderung auch durch Druck von Seiten der Betroffenen und in einer Sensibilisierung der Öffentlichkeit. „Mit der zu beobachtenden Zuspitzung der Situation über die Jahre versuche ich Patienten und Angehörige zu motivieren, Rückmeldung über ihre Probleme, eine Behandlungsmöglichkeit zu finden, sowohl an die jeweilige Klinikleitung als auch an dieje- ►►

► nigen zu geben, die gegenüber den Kostenträgern den Sicherstellungsauftrag für die Behandlung haben, nämlich die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Allerdings ist das Klientel sozial benachteiligt und viele scheuen sich oder sind beschämt, ihre Situation bei diesen Anlaufstellen zu schildern.“ Das zahnärztliche Personal in den Abteilungen an deutschen Universitätskliniken wird über die Kapazitätsverordnung reguliert. Personal für reine Krankenversorgung ist in der Regel in Kliniken für Zahnerhaltung und für Prothetik nicht oder nur in Ausnahmefällen vorhanden. Sie haben nur so viel Personal, um die Ausbildung der Zahnmediziner sicherstellen zu können. Wenn kein Student im OP steht, ist das reine Krankenversorgung und nicht mehr Lehre. Die Universitätskliniken, die momentan noch restaurative Gebissanierungen unter Narkose durchführen, tun dies, weil sie es für wichtig erachten, sowohl für den Patienten als auch im Rahmen der Lehre. „Universitätskliniken für MKG-Chirurgie haben zumeist auch einen Krankenversorgungsauftrag. So versorgen einige von ihnen ihre Patienten nicht nur chirurgisch, sondern auch restaurativ. Ich halte diese Eingriffe in der Lehre für wichtig, damit der Praktiker später entscheiden kann, was er selbst machen und was er von Kliniken erwarten kann.“

Inklusives und barrierefreies System

Im Dezember 2024 hat das Bundesgesundheitsministerium den „Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen“ vorgelegt. Verena Bentele, Präsidentin des Sozialverbands VdK e.V., sagt dazu: „Alle Versicherten in Deutschland haben ein Recht auf freie Arztwahl. Menschen mit Behinderungen stoßen jedoch schnell an die Grenzen dieses Rechts. Der VdK hätte sich mehr konkrete und auch kurzfristig umsetzbare verpflichtende Maßnahmen gewünscht. Die geplanten Maßnahmen im Rahmen eines Aktionsplans sind jedoch ein erster und wichtiger Schritt für die Verbesserung der medizinischen Versorgung.“ [4] Ob das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVG) eine Besserstellung für dieses Patientenkontingent darstellt, bleibt abzuwarten. Für Schilke wäre ein Abbau der Sektorengrenze zwischen ambulant und stationär eine der denkbaren Optionen: „Eine Lösungsmöglichkeit könnte darin bestehen, dass die stationären Leistungen des Krankenhauses pauschal vergütet werden und die zahnärztlichen Behandlungen nach den gleichen Gebührensätzen honoriert werden, die der ambulant behandelnde Zahnarzt ansetzt. Wenn man sich auf eine einheitliche Pauschale einigen könnte, die alle Nebenkosten des Krankenhauses abdeckt und auch dem stationär tätigen Zahnarzt das gibt, was der ambulant behandelnde Kollege erhält, wäre das gut. Eine andere Option bestünde darin, die Begleiterkrankungen stärker zu gewichten, damit sie einen maßgeblichen Einfluss erhalten bei der Erlössituation. Denn letztlich ist sie es, die den stationären Aufenthalt erforderlich macht. Dann wäre die Behandlung auch für die MKG-Abteilungen nicht mehr defizitär.“

→ Vita

DRS. JOHANNA MARIA KANT

drs. Johanna Maria Kant ist Vorsitzende des Bundesverbandes der Kinderzahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland (BuKiZ). Die gebürtige Niederländerin arbeitet seit mehr als 35 Jahren in eigener Praxis in Oldenburg mit den Tätigkeitsschwerpunkten Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe. Auch engagiert sie sich in der Vertreterversammlung der KZV Niedersachsen und der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen.



→ Vita

DR. REINHARD SCHILKE

Dr. Reinhard Schilke war nach dem Studium der Zahnmedizin in Münster von 1991 bis 1994 als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Medizinischen Hochschule Hannover tätig. Im Anschluss an seine Ausbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie ist er seit 1998 als Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Oberarzt in der Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde der MHH beschäftigt. Er leitet die Arbeitsgruppe Kinderzahnheilkunde der Klinik (Klinikleitung: Prof. Dr. N. Schlüter), ist Mitglied der Arbeitsgruppe Kinderschutz Hannover des Kinderkrankenhauses Auf der Bult und der Medizinischen Hochschule Hannover sowie Mandatsträger der DGKiZ bei der AWMF-S3+-Leitlinie Kinderschutz. Seine Hauptarbeitsgebiete sind Kinderzahnheilkunde sowie die Zahnerhaltung und die Auswirkungen von seltenen Erkrankungen auf den Mundraum.



Dieses wäre wahrscheinlich realitätsnäher an der jetzigen Struktur als eine Verquickung von ambulanten und stationären Erlösen“, so Schilke. „Solche Sektoren übergreifenden Entgelte werden derzeit bewusst vermieden. Ich würde mich sehr darüber freuen, wenn es zukünftig gelingen würde, dass sehr kleinen Kindern und Menschen mit schweren Beeinträchtigungen, die Karies haben und deren Behandlung nur unter Narkose möglich ist, die gleichen Behandlungsmöglichkeiten offen stünden, wie allen anderen Patienten. Ich möchte jedenfalls nicht in eine Situation kommen, in der therapeutische Maßnahmen über die Erlössituation getriggert werden und die richtige Therapie nicht umgesetzt wird, weil sie nicht lukrativ ist.“ ■

Brigitte Dinkloh

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion der dzw, mgo Fachverlage GmbH & Co. KG, www.dzw.de

Die Literaturliste kann unter nzb-redaktion@kzvn.de angefordert werden.

ZahnRat

Patienteninformation der Zahnärzte



Jeder Patient ist individuell – und so auch seine Fragen und seine Behandlung. Informieren Sie Ihre Patienten zu den **unterschiedlichsten Themen** und geben Sie ihnen **Einblick** in die Welt der **Zahnheilkunde**.

Bestellen Sie hier verschiedene themenbezogene Ausgaben des ZahnRat für Ihren **Wartebereich**.



Nachbestellungen unter

www.zahnrat.de

E-Mail: m.palmen@satztechnik-meissen.de

Telefon: 03525 7186-0

Fax: 03525 7186-12



Versandkosten (zzgl. 7 % MwSt.)

Menge	Preis/Bestellung	Versand	Gesamt
10 Exemplare	2,90 €	2,60 €	5,50 €
20 Exemplare	5,80 €	3,50 €	9,30 €
30 Exemplare	8,70 €	5,00 €	13,70 €
40 Exemplare	11,60 €	8,00 €	19,60 €
50 Exemplare	14,50 €	8,50 €	23,00 €



Patienteninformation der Zahnärzte

Zahngesundheit zum Mitnehmen – Ein voller Erfolg für die KIGARUs

Als Jugendzahnpflegereferentin (Zahnärztin mit Tätigkeitsschwerpunkt Kinderzahnmedizin) liegt mir die frühkindliche Zahngesundheit besonders am Herzen. Ein wichtiger Bestandteil der Präventionsarbeit ist es, Kinder bereits im Vorschulalter spielerisch und altersgerecht für das Thema Zahnpflege zu sensibilisieren. Mit dem Projekt der zahngesunden Kindergartenrucksäcke (KIGARU) der Zahnärztekammer konnten in diesem Jahr erneut viele Kinder und Familien erreicht werden.

Im Rahmen der Verlosung wurden die KIGARU-Rucksäcke an zahlreiche Kinder verschenkt. Der Inhalt der Rucksäcke ist dabei bewusst so gestaltet, dass er sowohl kindgerecht als auch alltagsnah ist: Ein Zahnputzbecher, eine Zahnbürste, Zahnseidesticks, eine Zahnpasta, zahngesunde Lollis sowie kindgerechtes Informationsmaterial rund um das Zähneputzen und gesunde Ernährung. Ziel ist es, die Kinder spielerisch an regelmäßige Zahnpflege zu gewöhnen und gleichzeitig die Eltern mit hilfreichen Tipps und Informationen zu unterstützen.

Besonders gefreut hat mich, dass die Rucksäcke, die nach der Verlosung nicht abgeholt wurden, noch eine sinnvolle Verwendung fanden. Sie gingen an eine Kindertagesstätte im Stadtteil Hannover-Badenstedt. Die Einrichtung betreut viele Kinder aus Familien, denen es oft schwerfällt, sich mit Zahnpflegeartikeln einzudecken. Die Kita-Leiterinnen Frau Mihatsch und Frau Pflüger zeigten sich sehr dankbar für diese Spende. In der Kita wird regelmäßig gemeinsam mit den Kindern Zähne geputzt – ein lobenswertes Engagement! Allerdings standen bislang keine Zahnpasten zur Verfügung und das Budget dafür ist in der Kita begrenzt. Durch die KIGARU-Rucksäcke erhielt nun jedes Kind seine eigene Zahnpasta. Damit können die Kinder das Erlernte nicht nur in der Einrichtung, sondern auch zu Hause umsetzen.

Die Rückmeldungen aus der Kita zeigen, wie wichtig niedrigschwellige, praktische Unterstützung in der zahnmedizinischen Prävention ist – besonders in sozialen Brennpunkten. Der KIGARU ist ein kleiner Beitrag mit großer Wirkung: Er schenkt Kindern nicht nur Zahnpflegeprodukte, sondern auch Aufmerksamkeit, Wertschätzung und einen Anstoß für die Zahngesundheit.

Als Jugendzahnpflegereferentin freue ich mich über diese sinnvolle Aktion der Zahnärztekammer und danke allen Beteiligten, die dies möglich gemacht haben. ■

Dr. Maja Graeser,
Referentin für Jugendzahnpflege
Kreisstelle Hannover der ZKN



Foto: Privat



Foto: Daniela Schmöe

DH-Kurs erstmals als „Bachelor Professional in Dentalhygiene (ZKN)“ erfolgreich abgeschlossen

Feierstunde in der Zahnärztekammer:
Am 24. Mai 2025 feierten 19 Teilnehmerinnen den erfolgreichen Abschluss ihrer DH-Aufstiegsfortbildung – diesmal jedoch unter neuem Namen. Denn in Niedersachsen wurde mit diesem Jahr die bisherige Aufstiegsfortbildung zur Dentalhygienikerin offiziell abgelöst durch den „Bachelor Professional in Dentalhygiene (ZKN)“.

Neun intensive Monate liegen hinter den Absolventinnen – geprägt von großem Fleiß, Engagement und echter Leidenschaft für die Zahnmedizin. Das innovative, modulare und berufsbegleitende Fortbildungskonzept der ZKN ermöglicht eine optimale Vereinbarkeit von Beruf und Weiterbildung und schafft mit dem neuen Abschluss eine Gleichwertigkeit zur akademischen Bildung sowie exzellente Karrierechancen.

Die feierliche Zeugnisübergabe fand im Hörsaal der ZKN statt – vor über 130 Gästen, die gekommen waren, um diesen besonderen Meilenstein zu feiern. Alle 19 Teilnehmerinnen haben erfolgreich bestanden.

Besonders ausgezeichnet wurden:

- Paula Stegmaier und Kerstin Stahlhut mit jeweils 98 Punkten (1. Platz),
- Jessica Kolumbus mit 95 Punkten.

Die drei Absolventinnen erhielten als Anerkennung ihrer hervorragenden Leistungen Fortbildungsgutscheine der ZKN.

Die Absolventinnen haben sich auf einen Wiedersehenstermin verständigt – den Fachpersonalkongress „TEAM-SPIRIT by ZKN“ am 6. Dezember 2025 im Karriere Campus Hannover.

Die ZKN verabschiedet sich herzlich und wünscht allen Absolventinnen alles Gute für ihre berufliche und persönliche Zukunft! ■

____ Sabrina Henkel, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ZKN

ARBEITSRECHT: NEBENJOB

So gibt es keinen Ärger

Mit einem Nebenjob lassen sich die Finanzen etwas aufbessern. Doch bevor ein Zweitjob angetreten wird, sollten die Rechte und Pflichten bekannt sein, die sich aus dem Nebenverdienst ergeben.

Viele Menschen gehen einem Zweitjob nach, weil sie sich zum regulären Gehalt etwas hinzuverdienen müssen. Grundsätzlich spricht arbeitsrechtlich erstmal nichts dagegen. Steht im Arbeitsvertrag, dass der Arbeitgeber einen Nebenjob genehmigen muss, so darf allerdings nicht ohne diese Genehmigung nebenher gejobbt werden. Das gilt auch für eine etwaige „Anzeigepflicht“, die sich Arbeitgeber oft unterschreiben lassen. Zwar kann der Arbeitgeber verlangen, die ganze Arbeitskraft seinem Betrieb zur Verfügung zu stellen. Das gilt aber im Grunde nur für die vereinbarten Arbeitszeiten. Gesetzliche Regelungen zur Frage, ob und in welchem Umfang neben dem Arbeitsverhältnis gejobbt werden darf, gibt es nicht. Das Recht auf Nebentätigkeit kann aber durch Arbeits- oder Tarifvertrag eingeschränkt werden. Deswegen sollte vor der Aufnahme eines Zweitjobs ein Blick in den Arbeitsvertrag geworfen werden. Eine typische Klausel: „Die Aufnahme einer Nebentätigkeit bedarf der schriftlichen Einwilligung des Arbeitgebers. Diese wird erteilt, wenn berechnete Belange des Arbeitgebers nicht beeinträchtigt werden.“ Das bedeutet, dass die Personalabteilung oder der Chef vorher über den Nebenjob zu informieren sind. Verboten werden darf er aber nur im Ausnahmefall. Ansonsten muss die Zustimmung erteilt werden. Ein generelles Verbot ist unzulässig. Auch die

Formulierung „Eine Nebentätigkeit darf nur dann ausgeübt werden, wenn sie vom Arbeitgeber vorher genehmigt wurde“ verstößt gegen die freie Berufswahl.

Abmahnung

Steht im Arbeitsvertrag, dass eine Nebentätigkeit vom Hauptarbeitgeber „abgesegnet“ werden muss, so droht eine Abmahnung, wenn das nicht eingehalten wird. Denn damit würde gegen eine Pflicht aus dem Arbeitsvertrag verstoßen. Eine Abmahnung wäre sogar dann zulässig, wenn der Chef die Nebentätigkeit hätte genehmigen müssen. Zu dem Thema hatte bereits das Bundesarbeitsgericht zu entscheiden: Ein bei einer Zeitung angestellter Redakteur veröffentlichte einen Artikel ohne Einwilligung des eigenen Verlages in einer anderen Zeitung. Der Tarifvertrag regelte



Foto: djile - stock.adobe.com

hier, dass es „zur anderweitigen Verarbeitung, Verwertung und Weitergabe der während der Tätigkeit für den Verlag bekannt gewordenen Nachricht der schriftlichen Einwilligung des Verlags“ bedürfe. Daran hätte sich der Angestellte halten müssen. (BAG, 9 AZR 413/19)

Kündigung

Eine Kündigung droht, wenn wiederholt eine Nebentätigkeit nicht angezeigt wird. Oder im Nebenjob weitergearbeitet wird, obwohl der Hauptarbeitgeber das zu Recht verboten hatte. Das kann bis zu einer verhaltensbedingten Kündigung führen. Hat ein Arbeitgeber eine Nebentätigkeit genehmigt, so darf er die Genehmigung zurückrufen, wenn der Arbeitnehmer durch den Nebenjob zu sehr beansprucht wird und oft übermüdet zur Arbeit erscheint. Ein Kompromiss könnte sein, den Nebenjob mit weniger Stunden auszuüben.

Arbeitszeitgesetz

Grundsätzlich darf laut Arbeitszeitgesetz in der Woche insgesamt nicht mehr als 48 Stunden gearbeitet werden – pro Tag nicht mehr als 10 Stunden. Auch sind Ruhezeiten zu beachten. Zwischen zwei Arbeitstagen müssen mindestens 11 Stunden liegen. Und auch während eines Erholungsurlaubes darf keine Nebentätigkeit ausgeübt werden, die den Erholungszweck beeinträchtigt. Das gleiche gilt für Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit.

Lohnt ein Zweitjob überhaupt?

Ob sich ein Nebenjob lohnt, hängt davon ab, wie viel mehr Geld dazuverdient und welche Steuern und Abgaben anfallen. Wer auch im Nebenjob als Arbeitnehmer angestellt ist (also mit einem Arbeitsvertrag), der hat zusätzliche Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit. Meist wird die Nebentätigkeit mit der Steuerklasse VI besteuert. Das bedeutet: hohe Abgaben, die gegebenenfalls mit der Einkommensteuererklärung zumindest teilweise „zurückgeholt“ werden können.

Übrigens

Der gesetzliche Mindestlohn in Höhe von aktuell 12,82 Euro pro Stunde gilt auch für Nebenjobs; ebenso gibt es Urlaubsanspruch. Von einem „Minijob“ gehen weder Lohnsteuer noch Beiträge für die Arbeitslosen- und für die gesetzliche Kranken- sowie Pflegeversicherung runter. Das Bruttogehalt geht quasi netto aufs Konto, solange nicht mehr als 556 Euro (Verdienstobergrenze für Minijobs) monatlich verdient und Beiträge zur Rentenversicherung nicht abgeführt werden. Bei einem Verdienst von mehr 556 Euro im Monat geht es dann um einen so genannten Midijob (mit besonderen Regeln in einer „Gleitzone“) – oder eben um einen „normalen“ Job mit voller Steuer- und Sozialversicherungspflicht. ■

Maik Heitmann
Redaktionsbüro Buser

eHBA-Austausch bis Ende 2025

Alle eZahnarztausweise/elektronischen Heilberufsausweise (eHBA) der Generation 2.0 der Anbieter D-Trust und Medisign müssen bis spätestens Dezember 2025 durch Karten der Generation 2.1 ersetzt werden. Grund ist eine regulatorische Vorgabe des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI): Ab 2026 sind nur noch neueste kryptographische Verfahren für qualifizierte elektronische Signaturen zugelassen. Rund 18.000 Zahnärztinnen und Zahnärzte sind bundesweit betroffen.

So läuft der Austausch ab:

Ab Mitte Juni (D-Trust) bzw. Juli (Medisign) erhalten Betroffene eine E-Mail der Anbieter. Dort wird Schritt für Schritt erklärt, wie der Kartentausch funktioniert. Eine schnelle Reaktion lohnt sich in der Regel. Wichtig: Die Anbieter verwenden die im System hinterlegte Meldeadresse für den Versand der neuen Karte und des PIN-Briefs. Prüfen Sie daher bei der Beantragung Ihre Adresse und E-Mail sorgfältig – ggf. sind Aktualisierungen notwendig. Abhängig von den geänderten Daten kann auch eine erneute Identifizierung erforderlich sein.

Wie erkenne ich, ob mein Ausweis betroffen ist?

Schauen Sie auf die Rückseite Ihrer Karte: Nur eHBAs der Anbieter D-Trust und Medisign ohne G2.1-Kennzeichnung (also „G2“ oder ohne Angabe) müssen ersetzt werden. Ist dort bereits „G2.1“ vermerkt, besteht kein Handlungsbedarf.

Hinweis:

Die alten Karten bleiben zunächst noch gültig – im Verlauf des Dezember 2025 werden sie automatisch gesperrt. Weitere Informationen finden Sie in den D-Trust-FAQ und auf der Themenseite von Medisign. ■

Jochen Gottsmann
Projektleiter elektronischer Zahnarztausweis
Rechtsabteilung/Telematik

ARBEITSRECHT:

Urlaub im Minijob

Auch in einem Minijob gibt es bezahlten Urlaub. Das ist offensichtlich immer noch nicht bei jedem Arbeitgeber angekommen. Deswegen berät und informiert die Minijobzentrale regelmäßig über dieses Thema, das sehr viele angeht. Wie viele freie Tage stehen Minijobbern zu? Und was gilt bei unregelmäßiger Arbeitszeit? Die wichtigsten Fragen und Antworten:

Gibt es im Minijob einen Urlaubsanspruch?

Ja. Auch Minijobber haben Anspruch auf bezahlten Erholungsurlaub. Der gesetzliche Mindesturlaub richtet sich nach dem Bundesurlaubsgesetz (BUrlG). Bei einer 6-Tage-Woche sind das 24 Urlaubstage im Jahr, und bei einer 5-Tage-Woche 20 Urlaubstage jährlich – vier Wochen also. Gilt für den Betrieb ein Tarifvertrag, der mehr Urlaub vorsieht, so steht der auch den Minijobbern dort zu. Entscheidend ist nicht die Zahl der Stunden, sondern die Anzahl der Arbeitstage pro Woche.

Darf der Arbeitgeber den Urlaubszeitraum festlegen?

Im Grundsatz dürfen auch Minijobber ihren Urlaub selbst planen. In Ausnahmefällen – wie zum Beispiel bei Betriebsferien – kann der Arbeitgeber festlegen, wann Urlaub genommen werden muss. Aber auch dabei muss ein Teil des Jahresurlaubs frei planbar bleiben.

Auf der Seite www.minijob-zentrale.de gibt es Informationen zu dem Thema, unter anderem einen „Urlaubsrechner“, mit dem der Urlaubsanspruch schnell und einfach berechnet werden kann.

Was ist mit nicht genommenem Urlaub?

Urlaub sollte im laufenden Kalenderjahr genommen werden. Eine Übertragung ins nächste Jahr ist nur möglich, wenn beispielsweise dringende betriebliche oder persönliche Gründe vorliegen. Nicht in Anspruch genommener Urlaub verfällt zum 31. März des Folgejahres.

Besteht Urlaubsanspruch auch dann, wenn ausschließlich am Wochenende gejobbt wird?

Auch wer nur am Wochenende arbeitet, der hat Anspruch auf Urlaub. Entscheidend ist, an wie vielen Tagen pro Woche gearbeitet wird. Wird zum Beispiel regelmäßig samstags und sonntags im Service eines Restaurants gearbeitet, so besteht ein Mindestanspruch von (4 Wochen x 2 Arbeitstage) 8 Tagen Urlaub.

Und wie wird bei unregelmäßigen Arbeitstagen gerechnet?

Arbeiten Minijobber unterschiedlich oft in der Woche, so wird der Urlaubsanspruch anhand der tatsächlichen Arbeitstage pro Jahr berechnet. Rechnung: Urlaubsanspruch pro Jahr x Anzahl der individuellen Arbeitstage pro Jahr: 260 (bei einer 5 Tage-Woche) beziehungsweise 312 (bei einer 6-Tage-Woche). Verbleibt bei der Berechnung ein Bruchteil, der mindestens einen halben Urlaubstag ergibt, so wird er auf einen vollen Urlaubstag aufgerundet.

Qualitätsmanagement

von Zahnärzten für
Zahnärzte entwickelt

ZQMS



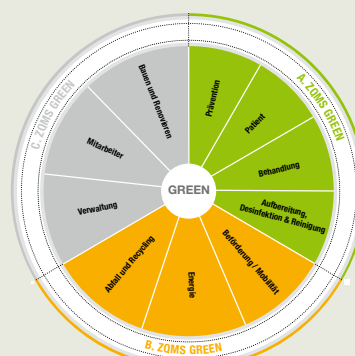
ZQMS – Qualitätsmanagementsystem

ZQMS ECO



ZQMS ECO – Praxisführungsinstrument

ZQMS Green



ZQMS Green – Instrument zur Förderung der
Nachhaltigkeit in Zahnarztpraxen

**Drei starke Partner für Ihre Praxis –
schon registriert? www.zqms-eco.de**



ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

[www.zkn.de/zahnaerzte-und-praxisteam/
zahnaerzte-und-zahnaerztinnen/praxisfuehrung/zqms/](http://www.zkn.de/zahnaerzte-und-praxisteam/zahnaerzte-und-zahnaerztinnen/praxisfuehrung/zqms/)

Was gilt bei Beginn oder Ende der Beschäftigung mitten im Jahr?

Beginnt oder endet der Minijob während eines laufenden Jahres, so beträgt der Urlaubsanspruch anteilig 1/12 des Jahresurlaubs für jeden vollen Monat der Beschäftigung.

Ist nicht genommener Urlaub auszahlbar?

Kann Urlaub nicht in Anspruch genommen werden, so stellt sich oft die Frage, ob er „ausbezahlt“ werden kann. Jedoch ist eine Abgeltung des Urlaubs während eines bestehenden Arbeitsverhältnisses im Bundesurlaubsgesetz nicht vorgesehen. Der Urlaub sollte im laufenden Kalenderjahr in Anspruch genommen werden, weil er zu Erholung dient. Eine Abgeltung erfüllt das nicht. Anders ist es, wenn das Arbeitsverhältnis unerwartet endet. Können dann Urlaubstage nicht in Anspruch genommen werden, so müssen Arbeitgeber diesen entsprechend abgelten.

Was passiert bei Krankheit während des Urlaubs?

Erkrankt ein Minijobber während des Urlaubs, so muss er den Arbeitgeber „unverzüglich“ mit einer ärztlichen Bescheinigung informieren. Dann gehen die Urlaubstage nicht verloren. Die Tage der Arbeitsunfähigkeit werden später als Urlaubstage wieder gutgeschrieben.

Wie wird das Urlaubsentgelt im Minijob berechnet?

Die Höhe des Urlaubsentgelts richtet sich nach dem durchschnittlichen Verdienst der letzten 13 Wochen vor Urlaubsbeginn. Zahlungen für Überstunden werden nicht berücksichtigt.

Gibt es Anspruch auf Urlaubsgeld?

Auf Urlaubsgeld gibt es keinen gesetzlichen Anspruch. Das ist eine freiwillige Leistung des Arbeitgebers – oder Teil einer tariflichen Regelung.

Was passiert, wenn durch die Zahlung von Urlaubsgeld die Verdienstgrenze überschritten wird?

Wird die durchschnittliche monatliche Verdienstgrenze von 556 Euro mit der Zahlung des Urlaubsgelds überschritten, so wird der Minijob sozialversicherungspflichtig. Arbeitgeber können das „umgehen“, indem sie ein vereinbartes oder geplantes Urlaubsgeld in die vorausschauende Ermittlung der Verdienstgrenze mit einbeziehen.

Was gilt bei unbezahltem Urlaub?

Unbezahlter Urlaub kann zwischen dem Arbeitgeber und den Beschäftigten auf freiwilliger Basis vereinbart werden. Eine entsprechende Vereinbarung sollte schriftlich getroffen werden. ■

Maik Heitmann

Redaktionsbüro Büser



Foto: © Monster Studio - stock.adobe.com

ZKN-Relevante Rechtsprechung

Eine ordnungsgemäße Aufklärung und damit auch eine wirksame Einwilligung des Patienten in eine geplante Behandlung ist nur dann möglich, wenn vor der Aufklärung die erforderlichen Befunde erhoben werden.

Eine unvollständige Befundung macht also die Einwilligung des Patienten in die Behandlung unwirksam.

So sieht es auch das LG Karlsruhe (Az.: 6 O 140/17 vom 26.07.2023):

„Zur fachgerechten prothetischen Planung gehören verschiedene Befunderhebungen mit Überprüfung der Werthaltigkeit der zu überkronenden Zähne: Vitalitätsprüfung, Prüfung der Lockerung, Parodontalzustand (Zahnhalteapparat – Zahnfleisch, Kieferknochen, Parodontalspalt, Wurzelhaut, Faserapparat der Zahnbefestigung), Röntgenbefunde und weitere Indizes.“ ...

„Ist die prothetische Planung im Hinblick auf die gewählte Behandlung nicht ausreichend, so kann der Patient durch den behandelnden Zahnarzt grundsätzlich auch nicht ordnungsgemäß aufgeklärt werden.“

Die **fehlende/ungenügende Befundung** vor einer prothetischen Versorgung führte nach gerichtlicher Feststellung der Unbrauchbarkeit des eingegliederten Zahnersatzes zu **Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüchen** in nicht unerheblicher Höhe. ■



SIE HABEN FRAGEN, ANREGUNGEN RUND UM DIE GOZ UND DEREN ANWENDUNG?

Nehmen Sie Kontakt auf unter
→ rechtsabteilung@zkn.de.

ZKN-BERECHNUNGSEMPFEHLUNG

Sofern die Entfernung harter und weicher Beläge oder die professionelle Reinigung eines Zahnes (Geb.-Nrn. 4050, 4055, 1040) nicht wegen einer am selben Zahn erfolgenden Restauration vorgenommen wird, sondern aufgrund eigenständiger Indikation und Notwendigkeit, sind die vorstehenden Gebührennummern zahn- und sitzungsgleich neben den Geb.-Nrn. 2050-2120 GOZ ansatzfähig.

Geb.-Nr. 1040 GOZ Professionelle Zahnreinigung

Geb.-Nr. 4050 GOZ Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied

Geb.-Nr. 4055 GOZ Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn

Geb.-Nrn. 2050–2120 GOZ (Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial oder Kompositmaterialien, ein- bis mehr als dreiflächig)

Dr. Michael Striebe, Hemmingen

ZKN-Vorstandsbeauftragter für privates Gebührenrecht



„Man kann niemanden zwingen, einen zu lieben – aber man kann ihn dazu bringen, sich schuldig zu fühlen, wenn er es nicht tut.“

Paul Watzlawick,
Kommunikationswissenschaftler

BOOSTER-TIPP

Foto: shutterstock.com - Pasuwan

Fokus Personalführung – Booster-Tipp für Führungsqualitäten

**HABEN SIE SICH SCHON EINMAL GEFRAGT,
OB IHRE MITARBEITENDEN AUS ÜBERZEUGUNG
MITZIEHEN – ODER AUS ANGST,
SIE ZU ENTTÄUSCHEN?**



Foto: gpointstudio - stock.adobe.com

In vielen Praxen läuft die Zusammenarbeit auf den ersten Blick harmonisch – und doch verbergen sich dahinter unterschwellige Spannungen. Wenn sich Mitarbeitende ständig verpflichtet fühlen, Überstunden zu machen, keine eigenen Bedürfnisse äußern oder gar krank zur Arbeit erscheinen, stellt sich eine unbequeme Frage: Geht es hier noch um Loyalität – oder sind emotionale Abhängigkeiten im Spiel?

Emotionale Erpressung verläuft subtil. Sätze wie „Ich hätte von Ihnen mehr Engagement erwartet.“ oder „Ich bin sehr enttäuscht, dass Sie gerade jetzt fehlen. Ich hatte gedacht, dass ich mich auf Sie verlassen kann.“ mögen harmlos erscheinen, senden aber starke Botschaften. Sie appellieren nicht an die Loyalität, sondern an Schuldgefühle. Die Folge: Mitarbeitende fühlen sich genötigt, Dinge zu tun, die sie eigentlich nicht wollen – aus Angst, Anerkennung oder Zuneigung zu verlieren.

Es ist wichtig, sich dieser Dynamiken bewusst zu werden – aus Verantwortung für die betroffenen Mitarbeitenden. Führung bedeutet nicht, emotionale Kontrolle auszuüben,

sondern Räume zu schaffen, in denen sich Menschen sicher fühlen, offen aussprechen zu dürfen, was sie bewegt. Und das beginnt bei der eigenen Haltung. Wo in Ihrer Praxis nutzen Sie – bewusst oder unbewusst – emotionale Mittel, um Ihre Mitarbeitenden dazu zu bewegen, sich in Ihrem Interesse zu verhalten? Was könnten Sie stattdessen tun, um echte, intrinsische Motivation zu fördern und eine offene Praxiskultur gegenseitigen Vertrauens zu schaffen?

Sie haben Wünsche zum Thema Personalführung in Ihrem NZB? Melden Sie sich gern bei der Redaktion oder direkt bei der Autorin. ■

Foto: Die ZA



Dr. Susanne Woitzik

Expertin für betriebswirtschaftliche
Praxisführung sowie Persönlichkeits-
und Teamentwicklung

→ swoitzik@die-za.de

SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

Ansprechpartnerin: Melanie Milnikel
Tel.: 0511 83391-311 · Fax: 0511 83391-306
E-Mail: mmilnikel@zkn.de

Nur für
Zahnärztinnen
und Zahnärzte

→ Für zahnärztliches Fachpersonal

27.08.2025 VE0396

Online-Seminar

Grundlagenseminar im Rezeptionsmanagement für Quereinsteiger

Stefanie Sonntag, Mönchengladbach
27.08.2025 von 09:00 bis 17:30 Uhr
Kursgebühr: 170,50 €

05./06.09.2025 VE0175

Der Einstieg in die professionelle Zahnreinigung

Genoveva Schmid, Berlin
05.09.2025 von 14:00 – 18:00 Uhr
06.09.2025 von 09:00 – 16:00 Uhr
Kursgebühr: 449,- €

05.09.2025 VE0462

Learning by doing Arbeitsgrundkurs „Fit für die Kids- und Junior-Prophylaxe praktisch“ BEMA-Positionen FU, IP1, IP2 und IP4

Sabine Sandvoß, Hannover
05.09.2025 von 9:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr: 260,- €

10.09.2025 VE0278

Aufschleifen von zahnärztlichen Instrumenten

Elisabeth Meyer, Greifswald
10.09.2025 von 14:00 bis 18:00 Uhr
Kursgebühr: 210,- €

Termine



05.09 – 06.09.2025 in Warnemünde
Zahnärztetag
<https://zaekmv.de/zahnaerztetag>



30.10. – 01.11.2025 in Berlin
Deutscher Zahnärztetag
<https://www.zmk-gemeinschaftskongress.de>

KOMPAKTCURRICULUM ÄSTHETISCHE ZAHNMEDIZIN

Ästhetik sicher und praxisnah umsetzen

Die moderne Zahnmedizin stellt nicht nur medizinische, sondern auch ästhetische Ansprüche an jede Behandlung. In diesem modular aufgebauten Curriculum erlernen Sie Schritt für Schritt, wie Sie ästhetisch anspruchsvolle Therapien sicher planen und erfolgreich in Ihrer Praxis umsetzen – auf wissenschaftlicher Basis und mit praxiserprobten Methoden.

Das erwartet Sie:

- Fallplanung von analog bis digital: Lernen Sie, wie Sie ästhetisch orientierte Behandlungsfälle strukturiert und interdisziplinär planen – inklusive Fotodokumentation, Wax-ups und Mock-ups.
- Hart- und Weichgewebeästhetik gezielt verbessern: Von der plastischen Parodontalchirurgie bis zur roten Ästhetik.
- Moderne minimalinvasive Verfahren: Erleben Sie die Anwendung von Veneers, Adhäsivbrücken und Aligner-Therapie in Theorie und Praxis.
- Kronen- und Brückenprothetik – fest und abnehmbar: Erhalten Sie praxisnahe Konzepte für die funktionelle und ästhetische Versorgung auf Zähnen und Implantaten.
- Hands-on in jedem Modul: Setzen Sie das Gelernte direkt unter Anleitung erfahrener Referierender um – mit realitätsnahen Übungen und Fallbeispielen.

Ihr Mehrwert:

- Umfassendes Wissen aus Universität und Praxis
- Evidenzbasierte Konzepte – sofort anwendbar
- Strukturierte Weiterbildung in 3 Modulen

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Sven Rinke, Göttingen

Referierende: Prof. Dr. Sven Rinke, Göttingen
Prof. Dr. Anne-Katrin Lührs, Hannover
Prof. Dr. Ralf Bürgers, Göttingen
Dr. Christiane Krantz-Schäfers, Göttingen

Termine:

26.09.2025 von 14:00 – 19:00 Uhr
27.09.2025 von 09:00 – 18:30 Uhr
14.11.2025 von 14:00 – 19:30 Uhr
15.11.2025 von 09:00 – 18:30 Uhr
05.12.2025 von 14:00 – 19:00 Uhr
06.12.2025 von 09:00 – 18:30 Uhr

Kursgebühr: 2295,- € zahlbar á 765,-€/Modul
Kurs-Nr.: VE0440
49 Fortbildungspunkte

→ Für Zahnärztinnen/Zahnärzte und Fachpersonal

Der Praxisknigge

„Exzellente Patientenbetreuung
und lösungsorientierte
Kommunikation in der Praxis“



Sybille
David-Hebgen

Zielgruppe Team:

- ▶ Alle Mitarbeitende einer Zahnarztpraxis von Azubi bis Zahnärztinnen und Zahnärzte

Kursinhalte:

- ▶ Exzellenz statt Mittelmaß
- ▶ Service als Markenzeichen
- ▶ Mit Stil und Herzlichkeit Patienten begeistern
- ▶ Praxiskonzept Begeisterung. So geht's!
- ▶ Business-Knigge in der Zahnarztpraxis
- ▶ Update: Umgangsformen im Praxisalltag
- ▶ An den Touchpoints der Praxis überzeugen!
- ▶ Rezeption und Behandlungszimmer
- ▶ Patienten exzellent betreuen
- ▶ Kommunikation mit Patienten – mit den richtigen Worten überzeugen
- ▶ Eine Beschwerde? Können wir!
- ▶ Schwierige Patienten – gibt's die?
- ▶ Die eigene Persönlichkeit kennen und Stärken nutzen

Termin: 17.09.2025 14:00-17:00

Kursgebühr: bei Anmeldung bis zum 17.07.2025 115,- €, danach 127,- €

Kurs-Nr.: VE0474

4 Fortbildungspunkte nach BZÄK

Referentin: Sybille David-Hebgen, Groß-Gerau

09.09.2025

VE0460

7 Fortbildungspunkte

Online-Seminar

Zahntechnische Abrechnung – Basic 2025

Stefan Sander, Hannover

09.09.2025 von 09:00 bis 14:30 Uhr

Kursgebühr: 127,- €

01.10.2025

VE0454

5 Fortbildungspunkte

ENDO-Abrechnung

Marion Borchers, Rastede-Loy

01.10.2025 von 13:00 – 17:00 Uhr

Kursgebühr: Bei Anmeldung bis zum 01.08.2025 161,- €, danach 178,- €

18.10.2025

VE0433

8 Fortbildungspunkte

Parodontologie 2025 – aus der Praxis für die Praxis

Dr. Tim Hörnschemeyer, Osnabrück

Andrea Restemeyer, Osnabrück

18.10.2025 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr: Bei Anmeldung bis zum 18.08.2025 265,- €, danach 292,- €

07.11.2025

VE0452

9 Fortbildungspunkte

Das 1x1 der BEMA-Abrechnung

Marion Borchers, Rastede-Loy

07.11.2025 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr: Bei Anmeldung bis zum 07.09.2025 241,- €, danach 266,- €

08.11.2025

VE0453

9 Fortbildungspunkte

Das 1x1 der GOZ-Abrechnung

Marion Borchers, Rastede-Loy

08.11.2025 von 09:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr: Bei Anmeldung bis zum 08.09.2025 241,- €, danach 266,- €

12.11.2025

VE0455

5 Fortbildungspunkte

Abrechnung chirurgischer Leistungen in der Implantologie

Grundlagenseminar

Marion Borchers, Rastede-Loy

12.11.2025 von 13:00 bis 17:00 Uhr

Kursgebühr: Bei Anmeldung bis zum 12.09.2025 161,- €, danach 178,- €

→ Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

27.09.2025

VE0432

8 Fortbildungspunkte

Gegründet und dann?

Online-Seminar

Dr. Fabian Godek, Rinteln

27.09.2025 von 09:00 – 18:00 Uhr

Kursgebühr: Bei Anmeldung bis zum 27.07.2025 220,- €, danach 242,- €

17.10.2025

VE0470

9 Fortbildungspunkte

Chirurgie und Implantologie – Basiskurs – Hands-On

Dr. Nina Psenicka, Düsseldorf

17.10.2025 von 09:00 – 17:00 Uhr

Kursgebühr: Bei Anmeldung bis zum 17.08.2025 405,- €, danach 446,- €

18.10.2025

VE0471

9 Fortbildungspunkte

Chirurgie und Implantologie – Aufbaukurs – Hands-On

Dr. Nina Psenicka, Düsseldorf

18.10.2025 von 09:00 – 17:00 Uhr

Kursgebühr: Bei Anmeldung bis zum 18.08.2025 405,- €, danach 446,- €

Terminliches

Bei Onlineveranstaltungen werden die Zugangsdaten automatisch an die Mitglieder der jeweiligen Bezirksstelle versandt. Sollten Sie Interesse an einer Veranstaltung einer anderen Bezirksstelle haben, melden Sie sich bitte bis spätestens einen Tag vor Veranstaltungsbeginn bei Melanie Milnikel (mmilnikel@zkn.de), um die Zugangsdaten noch zu erhalten.

Bezirksstellen- fortbildung der ZKN

BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

Ort: Online

Fortbildungsreferent: Artur Buscot, Waisenhausdamm 7, 38100 Braunschweig, Tel.: (0531) 49 695, E-Mail: info@buscot.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

08.10.2025,
18:00 – 21:00 Uhr

Online-Seminar

Update Analgetika,
PD Dr. Dr. Frank Halling, Fulda

BEZIRKSSTELLE GÖTTINGEN

Ort: Uni-Klinikum Göttingen, Hörsaal HS 542, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen

Fortbildungsreferent: Dr. Dr. Lars Kühne, Weender Straße 75, 37073 Göttingen Tel.: 0551 47 314, E-Mail: info@mkg-im-carre.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

12.11.2025,
17:00 – 20:00 Uhr

Präsenz-Seminar

Stress aktiv begegnen,
Manfred Just, Forchheim

BEZIRKSSTELLE HANNOVER

Ort: Zahnärztekammer Niedersachsen, Zeißstraße 11 A, 30519 Hannover

Fortbildungsreferent: Dr. Philip L. Keeve, M.Sc., Süntelstr. 10-12, 31785 Hameln, Tel.: 0511 83391- 311, E-Mail: bezirksstellenfortbildung@zkn.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

16.08.2025,
10:00 – 12:00 Uhr

Präsenz-Seminar

Updates in der Endodontologie,
Dr. Thomas Schwarze, Hannover

BEZIRKSSTELLE OSNABRÜCK

Ort: ALANDO-PALAS Ballhaus, Pottgraben 60, 49074 Osnabrück

Fortbildungsreferent: Prof. Dr. Dr. h.c. Dirk Wiechmann, Lindenstraße 44, 49152 Bad Essen, Tel.: 05472 5060, E-Mail: wiechmann@lingualsystems.de

TERMIN

THEMA/REFERENT

03.09.2025,
17:00 – 20:00 Uhr

Präsenz-Seminar

Implantologie und Knochenaugmentation
in der täglichen Praxis,
Prof. Dr. Fouad Khoury, Olsberg

Herzlichen Glückwunsch zum Jubiläum!

Liebe Tanja, die gesamte Familie Dres. Su gratuliert Dir sehr herzlich zu Deinem 30-jährigen Praxisjubiläum! Eine außergewöhnliche Leistung, die wir gemeinsam feiern wollen. Schon sehr früh als 12-Jährige lernte Tanja Brüning unsere Familie kennen und zeigte bereits damals während ihrer eigenen erfolgreichen kieferorthopädischen Behandlung Ausdauer und Disziplin. Die erste Begegnung mit meinem Bruder und mir, noch zu Pamperszeiten, bleibt eine unvergesslich schöne und lustige Anekdote, die wir immer wieder gerne hören. Seit dem 15.07.1995 ist Frau Brüning eine tragende Säule unserer kieferorthopädischen Fachzahnarztpraxis. Nach der ersten Tätigkeit als KFO-Stuhlassistenz hat Frau Brüning die Rezeption übernommen, war jahrelang die freundliche Praxisstimme am Telefon und damit die erste Ansprechpartnerin für Eltern und Patienten. Auch nach den Elternzeiten blieb sie unserer Praxis treu verbunden und hat sich im Bereich der Praxisverwaltung spezialisiert. Für meinen Bruder und mich als Praxisübernehmer ist Frau Brüning der starke Fels und die beste Unterstützerin in der immer komplizierteren „Krankenkassenwelt“ und dem „Verwaltungsdschungel“. Frau Brüning zeichnet sich durch eine sehr hohe Verlässlichkeit, Verantwortungs- und Leistungsbereitschaft, Loyalität, Pünktlichkeit, Fleiß, Kollegialität und Verbundenheit mit unserer Praxis aus.

Wir möchten uns von Herzen für die vielen Erinnerungen, die sich in den 30 Jahren angesammelt haben, die Herausforderungen, die gemeinsam gemeistert wurden, die schönen Momente und Erfolge bedanken. Frau Brünings Einsatz und Leistungen haben maßgeblich zum Praxiserfolg beigetragen. Auf noch viele gemeinsame Jahre in bester Gesundheit! ■

Dr. Filiz Su, Dr. Enis Su, Dr. Suat Su



Foto: Darnemann Gohaven



Foto: Privat

Cheers to 20 years!

Liebe Frau Bornhöft, was gut ist, soll gut bleiben, was schlecht ist, soll besser werden!

So kann man eine Zusammenarbeit nach 20 Jahren hervorragend auf den Punkt bringen.

Meine Praxis wäre nicht dieselbe ohne Sie. Vielen Dank für Ihre Loyalität und Professionalität in dieser langen Zeit – das ist gar nicht so selbstverständlich und kommt auch gar nicht mehr so oft vor. Es ist schön, dass wir zusammen lachen und arbeiten können, dass wir uns bei so vielen Fragen und Aufgaben immer so schnell einig sind und sie gut gemeinsam meistern können. Sie haben Ihren Bereich an der Anmeldung und im Abrechnungsbüro super eingerichtet und immer voll im Griff. Und wenn doch einmal „gestreifte Maiglöckchen“ verlangt werden, finden Sie die richtige Sorte. ■

Ganz, ganz herzlichen Dank und cheers of the next years, Ihre Dr. Constanze Kallmeyer



Foto: © iStockphoto.com

Wir trauern um unseren Kollegen

Gerd Strothmeyer

geboren am 07.01.1944, verstorben am 20.04.2025

Die Vorstände der Zahnärztekammer Niedersachsen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen



Foto: MQDesign Webagentur/generiert mit KI

Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

19.06.2025 Dr. Jochen Huntemann (70), Bassum

21.06.2025 Dr. Eckhard Dasy (70), Goldenstedt

22.06.2025 Dr. Manfred Ehrhardt (89), Hannover

22.06.2025 Dr. Dietrich Scholz (85), Grünendeich

23.06.2025 Dr.-MEDIC STOM. (RO) Ana-Maria Blaja (70), Uelsen

24.06.2025 Dr. Luise-F. Kallmeyer-Niemann (70), Alfeld

25.06.2025 Dr. Rudolf Alten (75), Göttingen

25.06.2025 Prof. Dr. Michael Hülsmann (70), Göttingen

27.06.2025 Eberhard Hesse (75), Obernkirchen

30.06.2025 Dr. Andreas Lohoff (86), Bad Sachsa

30.06.2025 Dr. Hanno Martin (87), Langenhagen

30.06.2025 Dr. Hermann Wulfert (86), Hannover

03.07.2025 Dr. Gerold Hertrampf (86), Wilhelmshaven

03.07.2025 Heike Voß (80), Osnabrück

05.07.2025 Dr. Bodo Vogel (86), Wendeburg

05.07.2025 Dr. Volker Jelen (80), Diepholz

07.07.2025 Dr. Gerd Peters (85), Lüneburg

07.07.2025 Andreas Engelmann (75), Oldenburg

08.07.2025 Dr. Gunter Fink (86), Hannover

12.07.2025 Dr. Hans-Eberhard Stieglitz (80), Hannover

12.07.2025 Dr. Günter Herlemann (75), Essen (Oldenburg)

14.07.2025 Dr. Olaf Semper (75), Nörten-Hardenberg



Neuzulassungen

Vertragszahnärzte/-ärztinnen

Verwaltungsstelle Göttingen

Göttingen	Losieva, Alona
-----------	----------------

Verwaltungsstelle Hannover

Hannover	Dr. Habibian-Sahiner, Bit
----------	---------------------------

Hannover	Prill, Maximilian
----------	-------------------

Verwaltungsstelle Oldenburg

Delmenhorst	Octaviani, Vina
-------------	-----------------

Verwaltungsstelle Osnabrück

Lingen	Dr. Dr. Eißing, Friederike
--------	----------------------------

Lingen	Dr. Dr. Tschakert, Robert Julian
--------	----------------------------------

Medizinische Versorgungszentren

Verwaltungsstelle Hannover

Hannover	MVZ Rang, Mattern & Kollegen GbR
----------	----------------------------------

Wir heißen die Kolleginnen und Kollegen im Kreise der KZVN-Mitglieder herzlich willkommen und wünschen ihnen und ihren Praxisteams für die Zukunft viel Erfolg!

Der Vorstand der KZVN

Mitteilungen des Zulassungsausschusses

Anträge und zulassungsrechtliche Fragen richten Sie an

Zulassungsausschuss Niedersachsen

Geschäftsstelle

Zeißstraße 11, 30519 Hannover

Tel.: 0511 8405-455

E-Mail: zulassung@kzvn.de

Antragsformulare erhalten Sie im öffentlichen Bereich auf der Internetseite der KZVN (www.kzvn.de/zulassungswesen) als PDF-Dokument oder von der Geschäftsstelle.

Sämtliche Anträge müssen grundsätzlich zum Abgabetermin vollständig eingereicht werden, ansonsten können sie nicht verhandelt werden.

Zulassung einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

- ein vollständig ausgefülltes und unterschriebenes Antragsformular (Seite 1+2 mit den entsprechenden Erklärungen)
- der Auszug aus dem Zahnarztregister (wenn nicht in Niedersachsen eingetragen)
- eine Bescheinigung über die bisherigen Tätigkeiten; bei Niederlassungen oder Anstellungen in anderen KZV-Bereichen ist diese bei der jeweiligen KZV anzufordern
- ein unterschriebener Lebenslauf
- das behördliche Führungszeugnis der Belegart „0“, bei längerem Aufenthalt im Ausland wird entweder ein europäisches oder zusätzlich ein nationales Führungszeugnis aus dem Ausland benötigt

Gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Zum Abgabetermin ist einzureichen bei:

Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

- der schriftliche Gesellschaftsvertrag von allen



© diego cervo / iStockphoto.com

Partnerinnen und Partnern der BAG unterschrieben

Folgende Regelungen müssen u.a. getroffen sein:

- ▶ Beteiligung am Vermögen der Praxis (nach Kennenlernzeit)
- ▶ Beteiligung am Gesamtgewinn und -verlust der Praxis
- ▶ Freiberuflichkeit muss gewährleistet bleiben

Fortführung einer bereits bestehenden

Berufsausübungsgemeinschaft

- ▶ der aktuelle Gesellschaftsvertrag der bereits bestehenden BAG mit einer Regelung, nach der die BAG bei Ausscheiden oder Aufnahme einer Gesellschafterin oder eines Gesellschafters fortgeführt wird
- ▶ eine Änderungsvereinbarung der neuen Gesellschafterinnen oder Gesellschafter über die Vermögensbeteiligung sowie Gewinn- und Verlustbeteiligung

Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

- ▶ das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Antragsformular
- ▶ alle im Antragsformular genannten Unterlagen
- ▶ insbesondere: der Gesellschaftsvertrag, bei einer GmbH der aktuelle Handelsregistrauszug der Trägergesellschaft, die aktuelle Gesellschafterliste, eine selbstschuldnerische Bürgschaft

Müssen die vollständigen Unterlagen und Angaben nachgebessert werden und kann deren Prüfung aufgrund des Umfangs nicht rechtzeitig vor dem Sitzungstermin abgeschlossen werden, kann der Zulassungsausschuss über den Antrag nicht entscheiden. Der Antrag wird vertagt und in der nächsten Sitzung verhandelt.

Verlegungen

Die Zulassung wird für einen konkreten Niederlassungssitz erteilt. Die Verlegung ist erst möglich, wenn der Zulassungsausschuss diesem Antrag stattgegeben hat.

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

- ▶ formloser Antrag auf Verlegung von ... (Ort der bisherigen Zulassung) nach ... (zukünftiger Sitz) zum ... (Datum der Verlegung, nur für die Zukunft möglich)

Sitzungen des Zulassungsausschusses Niedersachsen

Sitzungstermin	Abgabetermin
30.07.2025	26.06.2025
17.09.2025	13.08.2025
29.10.2025	25.09.2025
03.12.2025	04.11.2025

Hinweise auf Praxisorte für Niederlassungen

Vertragszahnärzte/-ärztinnen

Verwaltungsstelle Ostfriesland

- ▶ Mittelbereich Emden: Unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines Nordsee-Kurbades besteht auf den Inseln Baltrum, Norderney und Borkum vertragszahnärztlicher Versorgungsbedarf.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Ostfriesland der KZVN, Vorsitzender: Dr. Dr. Wolfgang Triebe, Rudolf-Eucken-Allee 17, 26603 Aurich, Tel.: 04941 5752, Fax: 04941 2835, E-Mail: ostfriesland@kzvn.de

_____Stand: Juni 2025

**JETZT
ANMELDEN**

**Mit uns bleiben
Sie am Zahn der
Zeit!**

Willkommen im Online-Campus der Zahnärztekammer
Niedersachsen – Ihrer umfassenden Mediathek für
zahnärztliche Online-Fortbildungen.

Jetzt registrieren

Nach Kursangebot

**NEW
NEW
NEW
NEW**

ZKN-Online-Campus

Moderne Fortbildung - On-Demand

Die ZKN bietet ab sofort eine neue Plattform für On-Demand-Fortbildungen an: Den ZKN-Online-Campus. Damit wird das bisherige schon sehr umfangreiche Angebot aus Online- und Präsenzfortbildungen weiter ergänzt. Im ZKN-Online-Campus erwarten Sie vielfältige Kursangebote für Sie und Ihr Fachpersonal. Registrieren Sie sich noch heute und nutzen Sie unser neues flexibles Angebot zur Fortbildung. Ihre Registrierung ist natürlich kostenlos!



online-campus.zkn.de

ZKN
Zahnärztekammer
Niedersachsen

Aktualisierungshinweise

Vertragsmappe

06/2025



Auskünfte erteilt: Servicehotline für Vertragsfragen, Tel.: 0511 8405-206



Fach-Nr.	Inhalt	gültig ab
1.2.	Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV)	22.03.2024

Die aktuelle Fassung der Vertragsmappe ist unter www.kzvn.de im Mitgliederportal unter dem Menüpunkt „Verträge/Vertragsmappe“ eingestellt. Die neuen oder geänderten Regelwerke können auf Anforderung im Einzelfall in Papierform zur Verfügung gestellt werden.



ZKN AMTLICH

Ungültige Zahnarztausweise

Die Ausweise von

- Corinna KleinNr. 5730 vom 06.10.2006
- Dr. Wolfgang MangelsdorfNr. 6688 vom 28.10.2009
- Dr. Friedhelm Schlinger.....Nr. 7992 vom 26.09.2013
- Dr. Heinz Joachim Buck...Nr. 9623 vom 29.08.2018
- Petra JahnkeNr. 7721 vom 03.01.2013
- Dr. Klaus Meyer-SandbergNr. 871 vom 01.03.1978
- Dr. Elke Mannherz.....Nr.8775 vom 13.01.2016
- Nouredin DleimiNr. 10926 vom 10.05.2022
- Juan SheddoNr. A150620 vom 23.10.2024
- Roya Bal.....Nr. 15065 vom 05.09.2024
- Dr. Frank Mintert.....Nr. 4168 vom 25.09.2001
- Rami MagdeNr. A20508 vom 02.07.2024

wurden verloren, gestohlen, beziehungsweise nicht zurückgegeben und werden für ungültig erklärt.

_____ZKN

Amtliche Mitteilung

Bekanntmachung des Ergebnisses der Wahl zur Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen 2025: Gemäß § 28 (7) i.V.m. § 5 der Wahlordnung der Zahnärztekammer Niedersachsen für die Wahl zur Kammerversammlung (WO-ZKN) vom 04.05.1996, zuletzt geändert durch Beschluss der Kammerversammlung am 12.11.2021, gebe ich das Ergebnis der Wahl zur Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen bekannt.

Die Ergebnisse der Wahl finden Sie unter
→ www.zkn.de/wahlergebnis

Hannover, 20.06.2025

Der Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen



AMTLICHES



TEAM-Spirit by ZKN

DER Kongress für das zahnärztliche Fachpersonal

im Karriere-Campus Hannover

Samstag, 06.12.2025, 09:00 – 19:00 Uhr

Jetzt anmelden!

