ISSN: 0939-5687

tzb

Thüringer Zahnärzte-blatt

05|2025

22. THÜRINGER VERTRAGSZAHNÄRZTETAG

20. JUNI 2025 | MESSE ERFURT

- ePA für alle (1): Patientenakte für GKV-Versicherte 10
- ePA für alle (2): Patientenakte für Privatversicherte 4
- Fortbildung: Innere Medizin für Zahnmediziner 15

Landeszahnärztekammer Thüringen

Was bedeutet die „ePA für alle“ für Privatversicherte? ... 4
Abschließende Wischdesinfektion semikritischer Medizinprodukte weiterhin möglich ... 5
Klausurtagung des Kammervorstands und Treffen mit Thüringer Gesundheitsministerin ... 5
Akademietag „Ernährung und ZahnMedizin“ am 5. April 2025 in Erfurt ... 6
Innovative Beiträge abseits vom Bohren, Füllen und Extrahieren ... 7
GOZ-Tipp Vergütung von Dienstleistungen ... 8
Kammer und KZV beraten beim Gesundheitsgipfel ... 8
Sitzung der Kammerversammlung ... 9

Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Umstrukturierung der Referate der KZV Thüringen ... 9
ePA für alle: Wissenswertes für die Zahnarztpraxis ... 10
Fehlende Unterschrift des Patienten bei der Versorgung mit Zahnersatz ... 12
Tagung der Erfurter Juristenkonferenz 2025 ... 13
Tagung der VV-Vorsitzenden in Düsseldorf ... 13

Spektrum

Jenaer Zahnärzte gestalten Abendvorlesung über modernen Zahnersatz ... 14
Thüringen kompakt ... 14

Fortbildung

Innere Medizin für Zahnmediziner: Diabetes mellitus ... 15

Glückwünsche ... 19

tzb – Thüringer Zahnärzteblatt

Offizielles Mitteilungsblatt der Landeszahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Herausgeber: Landeszahnärztekammer Thüringen: ZA Dr. Ralf Kulick (v. i. S. d. P. für Beiträge der LZKTh)
Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen: ZA Dr. Knut Karst (v. i. S. d. P. für Beiträge der KZVTh)

Redaktion: ZA Dr. Ralf Kulick (LZKTh), ZÄ Dr. Conny Langenhan (KZVTh), Matthias Frölich (LZKTh)

Kontakt zur Redaktion: Landeszahnärztekammer Thüringen, Barbarossahof 16, 99092 Erfurt
Telefon: 0361 7432-136 / Telefax: 0361 7432-150 / E-Mail: presse@lzkth.de / Internet: www.lzkth.de

Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe sinnwahrend zu kürzen. Beiträge in der Rubrik „Spektrum“ sowie Leserbriefe und wörtliche Zitate müssen nicht die Meinung der herausgebenden Körperschaften darstellen.
Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Unterlagen und Fotos wird keine Gewähr übernommen.

Herstellung und Versand: Druckmedienzentrum Gotha GmbH / Auflage dieser Ausgabe: 2.900 / ISSN: 0939-5687

Heftpreis: 4,90 Euro / Jahresabonnement: 49,01 Euro (jeweils inklusive Versand und gesetzlicher Mehrwertsteuer)

Titelbild: KZVTh

Redaktionsschluss der kommenden Ausgabe 06/2025: 18. Mai 2025

Vor 20 Jahren

... machte die Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen die seit Jahresbeginn geltenden Festzuschüsse bei Zahnersatz zum Schwerpunkt ihres dritten Vertragszahnärztetages. „Wegen des anhaltend großen Informationsbedarfs hat sich der Vorstand entschlossen, den Vertragszahnärztetag auf zwei Tage zu erweitern – zumal die Stadtbrauerei Arnstadt in den vergangenen Jahren ob des großen Teilnehmerkreises bereits aus den Nähten platzte. Im Gegensatz zu den Vorjahren gibt es keine zentrale Veranstaltung. Stattdessen sind Seminare geplant. Dadurch können die vielen Informationen individueller vermittelt und auch Diskussionen geführt werden.“

Am 16. März 2005 trafen sich die Vorstände der Landeszahnärztekammern Hessen und Thüringen in Weimar unter anderem zu einer standespolitischen Diskussion, „in der die besondere Situation Thüringens durch den Bevölkerungsrückgang von einer halben Million Einwohner seit der Wende dargestellt wurde. Der derzeitige zahlenmäßige Praxisbestand wird in Zukunft bei weiterem derartigen Bevölkerungsschwund nicht zu halten sein. In Hessen dagegen ist eine umgekehrte Entwicklung zu verzeichnen.“

Unter der Überschrift „Neuerfindung der Poliklinik in kleinen Schritten“ berichtete das Thüringer Zahnärzteblatt außerdem von 70 ärztlichen MVZ bundesweit, acht in Thüringen. „Seit Inkrafttreten der Gesundheitsreform sind bundesweit 70 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) entstanden. In den MVZ sind bislang 250 Ärzte verschiedener Fachrichtungen tätig. Aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums sind die MVZ das Zukunftsmodell der ambulanten Versorgung.“ In Thüringen gab es „acht derartige Versorgungszentren nach dem Vorbild der DDR-Polikliniken. Sie wurden überwiegend in den größeren Städten gegründet. Lediglich zwei MVZ werden von niedergelassenen Ärzten betrieben, der Rest befindet sich in Trägerschaft von Krankenhäusern.“ LZKTh

Foto: TMSGAF/Paul-Philipp Braun

Sehr geehrte Zahnärztinnen und Zahnärzte,

bereits in den ersten Monaten als Ministerin habe ich erfahren können, dass die zahnärztliche Versorgung in Thüringen auf hohem Niveau erfolgt. An dieser Stelle gilt der Thüringer Zahnärzteschaft ein besonderer Dank für ihre kompetente und engagierte Arbeit.

Gleichsam wurde deutlich, dass Thüringen vor der großen Herausforderung steht, auch zukünftig eine wohnortnahe Versorgung in allen Regionen Thüringens zu gewährleisten. Die Landesregierung setzt sich daher mit ganzer Kraft dafür ein, die zahnärztliche Selbstverwaltung bei ihrem Sicherstellungsauftrag zu unterstützen.

Thüringen steht vor der großen Herausforderung, auch zukünftig eine wohnortnahe Versorgung in allen Regionen Thüringens zu gewährleisten. Die Landesregierung setzt sich mit ganzer Kraft dafür ein, die zahnärztliche Selbstverwaltung bei ihrem Sicherstellungsauftrag zu unterstützen.

Durch den demografischen Wandel, welcher auch vor der Zahnärzteschaft nicht Halt macht, existieren in der kieferorthopädischen Versorgung im Nord- und Südthüringer Raum bereits einzelne unterversorgte Gebiete. Laut einer aktuellen Prognose sind in den kommenden vier Jahren auch weitere Gebiete in Thüringen von einer Unterversorgung im kieferorthopädischen Bereich bedroht.

Um dem Negativtrend in der ambulanten vertragszahnärztlichen Versorgung entgegenzuwirken, hat der Freistaat Thüringen – in Ergänzung zu den Sicherstellungsmaßnahmen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen – das bestehende Förderprogramm für die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten zum 1. Januar 2023 auch auf Zahnärztinnen und Zahnärzte ausgeweitet und die maximal mögliche Zuwendungssumme auf 40.000 Euro erhöht. Damit sollen zusätzliche Anreize geschaffen werden, damit sich im ländlichen Raum wieder mehr Zahnärztinnen und Zahnärzte niederlassen, möglichst bereits bevor eine Unterversorgung droht oder bereits eingetreten ist.

Darüber hinaus wird in Thüringen mit dem Thüringer Haus- und Zahnärztesicherstellungsgesetz auch eine sogenannte „Landzahnarztquote“ eingeführt. Interessierte, die nicht den erforderlichen Numerus clausus erfüllen, können auf diese Weise an der Friedrich-Schiller-Universität Jena ein Studium der Zahnmedizin absolvieren, wenn sie sich vor Aufnahme des Studiums dazu verpflichten, sich nach ihrem Abschluss in Bedarfsgebieten Thüringens niederzulassen. Das Gesetz wurde bereits Mitte 2024 verabschiedet. Die Rechtsverordnung folgt im Laufe dieses Jahres, sodass sich Interessierte für den Studiengang im Wintersemester 2026/27 bewerben können.

Mit Blick auf den bestehenden Fachkräftebedarf ist es eine vordringliche Aufgabe, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie zahnmedizinisches Assistenzpersonal auch aus dem Ausland für eine Tätigkeit in Thüringen zu gewinnen. Im Dezember des vergangenen Jahres haben der Bundeskanzler und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Bundesländer verschiedene Maßnahmen beschlossen, um die Anerkennungsverfahren von Berufsabschlüssen auch im medizinischen Bereich zu beschleunigen und zu verbessern.

Hierzu zählt beispielsweise, die Vorschriften zur Berufsanerkennung ausländischer Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten dahingehend zu ändern, dass die Kenntnisprüfung als Regelfall vorzusehen ist und eine zeitaufwendige Gleichwertigkeitsprüfung der ausländischen Berufsqualifikation von den antragstellenden Personen ausdrücklich gewählt werden muss. Es ist davon auszugehen, dass dies perspektivisch auch bei den übrigen akademischen Heilberufen geschehen wird.

Als Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz werde ich diesen Prozess begleiten und unterstützen.

In diesem Sinne freue ich mich auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen.

Katharina Schenk

Thüringer Ministerin für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie

Nachfragen und aktiv werden

Was bedeutet die „ePA für alle“ für Privatversicherte?

Von Lisa Fritzsche

Am 15. Januar 2025 ist die elektronische Patientenakte (ePA) für alle – kurz „ePA für alle“ – in die Testphase in einigen Modellregionen gestartet. Der anfangs lediglich für vier Wochen geplante Test wurde im weiteren Verlauf verlängert. Nach einer etwa dreimonatigen Testung hat der damalige Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach am 16. April verkündet, dass die deutschlandweite Verwendung der ePA am 29. April 2025 beginnt.

Seitdem können auch Thüringer Zahnarztpraxen ihr Praxisverwaltungssystem (PVS) technisch mit einem ePA-Modul ausstatten und die ePA auf freiwilliger Basis testen. Ab 1. Oktober 2025 müssen Zahnarztpraxen die ePA dann verpflichtend nutzen. In der rund fünf Monate dauernden freiwilligen Nutzung können sich Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie ihre Praxisteams mit der ePA vertraut machen, diese ausprobieren und schrittweise in Arbeitsprozessen etablieren.

Krankenversicherungsnummer auch in PKV notwendig

Während die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind, ihren Versicherten eine ePA anzubieten, ist dies für private Krankenversicherungen (PKV) freiwillig. Versicherte können bei ihrer PKV nachfragen, ob diese eine ePA anbietet. In beiden Fällen wird für die Zuordenbarkeit einer ePA die persönliche Krankenversicherungsnummer (KVNR) des jeweiligen Versicherten benötigt. Privatversicherte müssen bei ihrer PKV aktiv eine KVNR anfordern. Einige private Krankenversicherer schreiben ihre Mitglieder aber auch an.

Während bei GKV-Patienten das Einstecken der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zum Datenaustausch ausreicht, müssen Zahnarztpraxen bei PKV-Versicherten einmalig einen Online-Check-In durchführen. Für die Registrierung in der ePA-App benötigen GKV-Versicherte beispielsweise die eGK sowie die dazugehörige PIN. Diese beantragen die Versicherten bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse. Im Gegensatz dazu verwendet die PKV die GesundheitsID. Genauere Informationen erhalten Versicherte bei ihrer Privaten Krankenversicherung.

Berechtigung für den Zugriff auf die ePA

Die Erteilung einer Berechtigung für den Zugriff auf die ePA unterscheidet sich ebenfalls: Bei GKV-Versicherten erfolgt diese automatisch, sobald die eGK in der Zahnarztpraxis eingesteckt wird. Sie ist dann für höchstens 90 Tage gültig, falls der Patient die Gültigkeit nicht auf weniger Tage beschränkt. Innerhalb dieser Zeit muss die Karte nicht neu eingelesen werden, um Zugriff auf die ePA zu erhalten. Erst nach Ablauf dieser Dauer ist ein erneutes Einstecken der eGK notwendig. Unberührt davon muss die Praxis die eGK in jedem Behandlungsquartal einlesen.

Privatversicherte berechtigen ihre Zahnärztin oder ihren Zahnarzt aktiv via ePA-App der jeweiligen PKV. Dabei wird die Zugriffsdauer eingestellt. Sowohl bei GKV und PKV können

Zugriffsberechtigungen via ePA-App angepasst werden (Zugriff unterbunden, vorzeitig beenden oder unbegrenzten Zugriff erteilen).

Die Handhabung der ePA von GKV- oder PKV-Versicherten macht in der Zahnarztpraxis für das Personal keinen Unterschied, da die technische Ausgestaltung gleich ist. Das PVS in der Praxis muss das aktuelle Software-Update mit ePA-Modul implementiert haben, um mit der ePA arbeiten zu können. Das konkrete Datum zur Bereitstellung des ePA-Moduls kann sich je nach PVS-Hersteller unterscheiden. Sonstige zusätzliche technische Komponenten sind nicht erforderlich.

Befüllung der elektronischen Patientenakte

Für die Befüllung der ePA gibt es zwar gewisse Pflichten zum Einstellen von Befundberichten. Zahnärzte sind von den Regelungen aber „nur“ insoweit betroffen, als sie Befundberichte und Briefe auch tatsächlich erstellen. Ein Befundbericht wird beispielsweise in die ePA gestellt, wenn ein Zahnarzt konsiliarisch einen Patienten behandelt und einen Arztbrief für die überweisende Person erstellt.

ePA für alle: Unterschiede und Gemeinsamkeiten bei privat und gesetzlich Versicherten

	Private Krankenversicherung (PKV)	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
Krankenversicherungsnummer (KVNR)	▪ vom Versicherten selbst bei der jeweiligen PKV aktiv zu beantragen	▪ automatische Bereitstellung durch GKV ▪ bei Wechsel der KK zieht KVNR mit um
Zugriffsberechtigung auf die ePA	▪ vom Versicherten selbst in der ePA-App der jeweiligen PKV aktiv vorzunehmen	▪ automatisch bei Einlesen der eGK: Behandlungskontext wird eröffnet
Zugriffsdauer auf die ePA	▪ einmaliger Online-Check-in ▪ Übermittlung von persönlichen Daten, z. B. KVNR	▪ automatisch nach Einlesen der eGK: innerhalb des Behandlungskontextes bis zu 90 Tage
Handhabung im PVS der Zahnarztpraxis	▪ aktuelles Software-Update (ePA-Modul) mit integriertem Online-Check-in	▪ aktuelles Software-Update (ePA-Modul)
Daten einstellen durch Versicherung	▪ nein ▪ Inhalt kann von PKV nicht gelesen werden	▪ ja (z. B. Abrechnungsdaten) ▪ Inhalt kann von GKV nicht gelesen werden

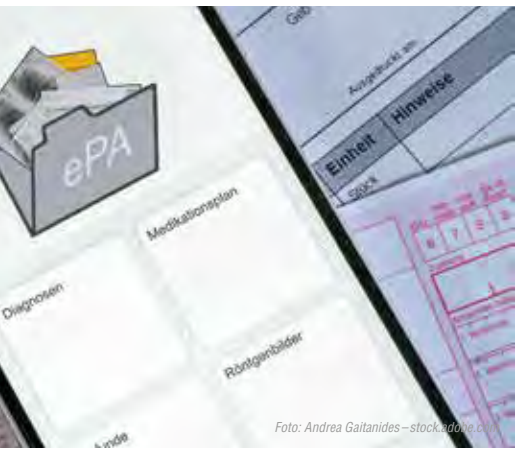


Foto: Andrea Gaitanides – stockadobe.com

Behandlungsdokumentationen, die ein Zahnarzt für die eigene Dokumentation anfertigt, müssen in der Regel nicht verpflichtend eingestellt werden. Ebenso besteht keine Pflicht zum Einstellen von Röntgenbildern. Dies kann aber auf Patientenwunsch erfolgen. Die PKV kann keine Abrechnungsdaten in die ePA einstellen. Den Inhalt einer ePA können weder PKV noch GKV lesen.

Der Mehrwert einer „ePA für alle“

Mit der „ePA für alle“ wird es erstmals möglich, die elektronische Medikationsliste (eML) im PVS abzurufen. Dabei werden alle verschreibungspflichtigen Medikamente automatisch in einer Übersicht dargestellt, welche via E-Rezept verordnet wurden. Zudem ist ersichtlich, ob der Patient das Rezept in der Apotheke eingelöst hat. Für die Eintragung von Medikamenten ist kein Zutun eines Zahnarztes notwendig. Die eML muss außerdem ausdrücklich im PVS der Zahnarztpraxis abgerufen werden.

Die eML soll es Leistungserbringern erleichtern, einen Überblick über die Medikation zu erhalten und beispielsweise blutverdünnende Medikamente schnell zu erkennen. Die technische Möglichkeit, Medikamente auch bei PKV-Versicherten über das E-Rezept zu verordnen, wird in der gelebten Praxis aber noch recht wenig genutzt. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass die eML bei Privatversicherten unvollständig sein wird.

Lisa Fritzsche ist Referentin für Digitalisierung in der Verwaltung der Bundeszahnärztekammer.

Abschließende Wischdesinfektion semikritischer Medizinprodukte weiterhin möglich

Die Bundeszahnärztekammer hat einen Praxisleitfaden zur abschließenden Wischdesinfektion semikritischer Medizinprodukte in der Zahnheilkunde vorgelegt. Zuvor hatten widersprüchliche Bekanntmachungen der Arbeitsgemeinschaft für Medizinprodukte der Bundesländer, des Robert-Koch-Institutes und des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte zu Unsicherheiten und Nachfragen aus zahnärztlichen Praxen geführt.

Dem begegnet die Bundeszahnärztekammer nun mit einem Leitfaden, an dem sich auch Thüringer Zahnarztpraxen orientieren können. Danach bleibt die abschließende Wischdesinfektion semikritischer Medizinprodukte in der Zahnmedizin grundsätzlich weiterhin möglich.

Die Bundeszahnärztekammer empfiehlt Zahnarztpraxen ein klar definiertes Verfahren zur manuellen Aufbereitung semikritischer Medizinprodukte (beispielsweise digitale Röntgensensoren, Polymerisationslampen zum Aushärten zahnärztlicher Werkstoffe, Aufsätze von intraoralen Scannern und intraoralen Kameras) durch qualifiziertes Assistenzpersonal mit Dokumentation der einzelnen Arbeitsschritte und der zur Aufbereitung berechtigten Personen:

1. Herstelleranweisungen zur Aufbereitung des Medizinproduktes berücksichtigen
2. Medizinprodukt zeitnah und gründlich mit durchtränktem Wischtuch reinigen
3. Schutzhüllen verwenden
4. Medizinprodukt abschließend mit einem weiteren ausreichend mit geeignetem, viruzidem Desinfektionsmittel getränkten Wischtuch desinfizieren
5. Reproduzierbarkeit des Verfahrens durch qualifiziertes und berechtigtes Personal, jährliche Belehrung, schriftliche Festlegung und strikte Einhaltung der Herstelleranweisungen und Arbeitsanweisung der Praxis sicherstellen LZKTh

Praxisleitfaden lesen:
www.524.tzb.link

Klausurtagung des Kammervorstands und Treffen mit Thüringer Gesundheitsministerin

Im Rahmen einer Klausurtagung des Vorstands der Landeszahnärztekammer Thüringen am 22./23. März 2025 in Ilmenau kamen die Vorstandsmitglieder mit der neuen Thüringer Gesundheitsministerin Katharina Schenk zusammen. Dabei bekräftigten die Zahnärzte ihre Forderung nach Erhöhung der Studienplatzkapazitäten an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Auch die Entwicklungspotenziale des künftigen Studienganges für Zahnmedizin an der privaten Health and Medical University Erfurt wurden erörtert.

Erneut kritisierte der Kammervorstand die ausufernden Praxisbegehungen des Thüringer Landesamtes für Verbraucherschutz und hofft auf eine Wiederaufnahme konstruktiver Gespräche. Außerdem müssten alle Änderungen bei der Anerkennung von Berufsabschlüssen aus Staaten außerhalb der EU intensiv beraten werden. Keinesfalls dürfe die Gleichwertigkeit der Berufsabschlüsse bei Zahnärzten und anderen Heilberufen ohne eine gründliche Aktenprüfung oder gar nach einfachem Fristablauf automatisch erfolgen. LZKTh

Gesundheitsministerin Katharina Schenk (Mitte) zum Gespräch beim Kammervorstand

Applaus von etwa 240 Zahnärztinnen, Zahnärzten und Zahnmedizinischen Fachangestellten

Vollbesetzte Zuhörerreihen beim Akademietag am 5.

Gezielte Ernährung als Begleittherapie

Akademietag „Ernährung und ZahnMedizin“ am 5. April 2025 in Erfurt

Von Dr. Ralf Kulick

Am 5. April 2025 begrüßte die Fortbildungsakademie „Adolph Witzel“ etwa 240 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum 9. Akademietag im CongressCenter der Messe Erfurt. Als Thematik hatte die Landeszahnärztekammer Thüringen das spannende Thema „Ernährung und ZahnMedizin“ geplant. Die sechs Referenten des Tages boten auf ihren jeweiligen Fachgebieten höchst informative Vorträge und gaben neue Erkenntnisse an Zahnärztinnen, Zahnärzte und ZFA weiter.

Die Referenten waren angehalten, nicht nur zur Bedeutung ihrer Vortragsthemen im Hinblick auf die Beratung und Unterstützung von Patienten in der Karies- und Parodontitistherapie zu sprechen. Ebenso wichtig war uns die Vermittlung von Erkenntnissen und Fakten, die jeder Teilnehmer in seinen persönlichen Lebensalltag integrieren kann.

Professor Johan Wölber aus Dresden führte mit seinem Vortrag „Ernährung, Evolution und Zahnmedizin“ in die Thematik ein. Hier war es spannend zu sehen, dass historisch bei entsprechender Ernährung weder Karies noch Parodontitis einst Volkskrankheiten waren. Am Nachmittag schloss Wölber den Reigen der Vorträge mit sehr praxisrelevanten Ausführungen zur Ernährungsumstellung und den darin liegenden Chancen, aber auch dem oft schwierigen Weg bis zum Erfolg.

Nahrungsergänzungsmittel nicht nach Gutdünken nehmen

Professor Yvonne Jockel-Schneider aus Würzburg befasste sich mit Probiotika und antiinflammatorischer Ernährung. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass neben der Mundhygiene besonders Lebensstil, Ernährung und genetische Faktoren eine Dysbiose im Mund- und Darmmikrobiom begünstigen können. Jockel-Schneider zeigte auf, wie gezielte Ernährungsstrategien und der Einsatz von Pro- und Präbiotika als wichtige Begleittherapie der Parodontitis eingesetzt werden können.

Professor Stefan Lorkowski aus Jena referierte zu Sinn und Unsinn des Einsatzes von Nahrungsergänzungsmitteln. Hierbei bekamen wir verdeutlicht, diese meist nicht kontrollierten Präparate besser nicht nach einfachem Gutdünken einzunehmen.

Ein ebenfalls sehr aufschlussreicher Vortrag widmete sich der Rohkost und ihren therapeutischen Möglichkeiten. Dr. Edmund Semler aus Nürnberg berichtete aus eigener Erfahrung als ehemals praktizierender Rohköstler. Als Ergebnis kommt es wie immer im Leben auf ein ausgewogenes Maß an: Einen Tag in der Woche Rohkost zu essen, ist bereits ein guter Weg für die eigene Gesundheit.

Prof. Dr. Yvonne Jockel-Schneider, Parodontale Medizin am Uniklinikum Würzburg

Ein plötzlicher Feueralarm unterbrach den Akademietag und zwang alle Teilnehmer, das Erfurter CongressCenter vorübergehend zu verlassen.

April 2025 auf der Messe Erfurt

Eine kleine Industrieausstellung ergänzte das wissenschaftliche Programm des Akademietages.

In einem Blick über den Tellerrand berichtete der Präsident des Thüringer Landesamtes für Landwirtschaft und Ländlichen Raum, Peter Ritschel, von der Nahrungsmittelproduktion in Thüringen im Kontext vieler nationaler und europäischer Verordnungen. Fazit: Nicht nur uns Zahnärztinnen und Zahnärzten wird mit überbordender Bürokratie die Berufsausübung erschwert.

Feueralarm zwingt Zuhörer an die frische Luft

Für eine Unterbrechung dieses Vortrages sorgte plötzlich ein Feueralarm, bei dem alle Teilnehmer umgehend das Gebäude verlassen mussten. An der frischen Luft warteten die Gäste geduldig auf das Anrücken der Feuerwehr und die Feststellung eines Fehlalarmes. Nach 30 Minuten konnte das Programm fortgesetzt werden.

Der diesjährige Akademietag gab einen umfassenden Einblick in die facettenreichen Beziehungen zwischen Ernährung und Zahnmedizin. Dies macht Lust, sich weiter und intensiver mit dieser Thematik zu beschäftigen.

Auch für die Zukunft hat die Landeszahnärztekammer Thüringen eine breite Palette an Fortbildungsthemen und -formaten organisiert. Ende Juni wird das neue Kursprogramm der Fortbildungsakademie in den Thüringer Zahnarztpraxen vorliegen. Bei der großen Auswahl bin ich sicher, dass Zahnärzte und ZFA viele weitere interessante Angebote entdecken.

Dr. Ralf Kulick ist angestellter Zahnarzt in Jena und Vorstandsreferent für Fortbildung der Landeszahnärztekammer Thüringen.

Prof. Dr. Johan Wölber, Leiter der Parodontologie am Uniklinikum Dresden

Peter Ritschel, Präsident des Landesamtes für Landwirtschaft und Ländlichen Raum

Meine Meinung

Innovative Beiträge abseits vom Bohren, Füllen und Extrahieren

Bodo Hänel, niedergelassener Zahnarzt in Gera

Foto: Hänel

„Ich möchte mich herzlich bei den Organisatoren und allen Beteiligten des 9. Thüringer Akademietages bedanken. Die Veranstaltung war hervorragend geplant und durchgeführt, sodass sie für alle Teilnehmer eine große Bereicherung war. Ein derart tolles Event auf die Beine zu stellen, erfordert viel Engagement und Einsatz. Fortbildungsreferent Dr. Ralf Kulick hat mit der Auswahl eines äußerst spannenden Themas den Nagel auf den Kopf getroffen.

Alle Referenten haben ausnahmslos großartige Beiträge geliefert. Besonders beeindruckt hat mich der Vortrag zur antiinflammatorischen Ernährung von Professor Yvonne Jockel-Schneider (Würzburg). Mir war nicht bewusst, was orale Probiotika in der Parodontitistherapie leisten können. Ich freue mich, künftig mehr darüber zu erfahren. Auch der Beitrag „Schön, klug und sexy durch Rohkost! – Mythen, Fakten und Erfolge einer alternativen Ernährungsform“ von Dr. Edmund Semler (Nürnberg) war äußerst anregend. In mir zumindest wurde die Lust auf Rohkost geweckt.

Sowohl in der täglichen zahnärztlichen Praxis als auch im Privatleben ist die Frage nach optimierter, möglichst gesundheitsförderlicher Ernährung wirklich zentral. Dabei ist die sinnvolle Supplementation von Mikronährstoffen ein komplexes Sachgebiet, das aber zum Teil auch von unseriösen Anbietern bestimmt wird. Die neutrale und evidenzbasierte Aufarbeitung dieser Probleme zum Akademietag war rundum gelungen und hochinteressant.

Ich freue mich sehr auf weitere Veranstaltungen dieser Art, die geprägt sind durch innovative Beiträge abseits vom üblichen Bohren, Füllen und Extrahieren. Ich könnte mir in Thüringen auch gut eine strukturierte „Kursreihe Ernährungszahnmedizin“ vorstellen, die das breite Themengebiet der gesunden Ernährung für die zahnärztliche Praxis umfassend aufarbeitet und mit einem veritablen Zertifikat abschließt.“

GOZ-Tipp

Vergütung von Dienstleistungen

Thüringer Zahnarztpraxen erbringen auch verschiedene Dienstleistungen, die keine zahnmedizinischen Behandlungen oder Beratungen darstellen. Diese Leistungen sind ein wichtiger Teil des Praxisbetriebes und müssen daher angemessen honoriert werden.

Die Berechnung zusätzlicher Dienstleistungen erfolgt allerdings nicht auf Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gemäß des festen Leistungsverzeichnisses oder auch anhand einer analogen Bewertung nach § 6 Abs. 1 GOZ. Stattdessen regeln die §§ 612 und 670 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) die Ansprüche auf Vergütung und Aufwendungsersatz bei Dienstleistungen. Durch die Anwendung der §§ 612 und 670 BGB können Zahnärzte also auch für nichtmedizinische Leistungen und Aufwendungen eine angemessene Vergütung erhalten.

Dienstleistungen werden häufig nach Patientenwünschen erbracht. Dazu zählen unter anderem:

- Auskunft an private Zahnzusatzversicherungen bei GKV-Versicherten
- Auskunft an private Krankenversicherungen
- Aufkleben oder Eingliedern von Zahnschmuck
- Verauslagen von Portokosten

Um ärgerliche Missverständnisse zu vermeiden, empfiehlt die GOZ-Beratung der Landeszahnärztekammer Thüringen den vorherigen Abschluss einer schriftlichen Vergütungsvereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient. Die Kammer stellt dafür eine Mustervorlage in ihrem Internet-Portal bereit. LZKTh

Ihre Ansprechpartnerin:
GOZ-Beratung
Josephine Jüngling
Telefon: 0361 7432-234
E-Mail: j.juengling@lzkth.de

Mustervorlage lesen:
www.591.tzb.link

Auf dem Weg ins 20-Minuten-Land

Kammer und KZV beraten beim Gesundheitsgipfel

Das gesundheitspolitische Ziel der neuen Thüringer Landesregierung sieht vor, dass Bürgerinnen und Bürger innerhalb von 20 Minuten einen Arzt oder eine Apotheke erreichen können. Beim Thüringer Gesundheitsgipfel am 27. März 2025 diskutierten mehr als 100 Vertreterinnen und Vertreter aus Politik, Medizin, Gesundheitswirtschaft sowie Patienten- und Selbsthilfegruppen über erfolgversprechende Lösungsansätze. Auch Vertreter der Landeszahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen nutzten die Veranstaltung zu intensiven Gesprächen über die Thüringer Gesundheitspolitik.

Diskussionsforen behandelten die drängendsten Herausforderungen von der flächendeckenden Versorgung über die Modernisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und die Bewältigung des Fachkräftemangels bis hin zur Digitalisierung im Gesundheitswesen. Auch die Patientensteuerung einer alternden Gesellschaft durch innovative Versorgungsmodelle mit interprofessionellem und sektorenübergreifendem Arbeiten wurde erörtert.

Die Gäste des Thüringer Gesundheitsgipfels waren sich einig, dass die angesprochenen politischen und medizinischen Zielsetzungen nicht nur eine enge Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe untereinander, sondern auch ein konstruktives Vertrauensverhältnis zwischen Politik und Medizin erfordern. Kammer und KZV hoffen, dass dabei vor allem die lebensnahe Perspektive aus Thüringer Zahnarztpraxen die gesundheitspolitische Agenda der Landesregierung prägen wird. Für die Thüringer Zahnärzteschaft bot dieser erste Gesundheitsgipfel der neuen Wahlperiode eine Plattform, um sich aktiv in die Gestaltung der zukünftigen Gesundheitsversorgung einzubringen. LZKTh

Erneutes Zusammentreffen am Rande des Thüringer Gesundheitsgipfels (v. l.): Kammergeschäftsführer Sebastian Hoffmann, Gesundheitsministerin Katharina Schenk und KZV-Vorstandsvorsitzender Dr. Knut Karst *Foto: Michael Reichel/TSK*

Sitzung der Kammerversammlung

Termin: 25. Juni 2025, 15:00 Uhr

Ort: Landeszahnärztekammer Thüringen, Barbarossahof 16, 99092 Erfurt

Vorläufige Tagesordnung

- Formalien
- Ersatzwahl von Vorstandsmitgliedern
- Ersatzwahl von Ausschussmitgliedern
- Ersatzwahl von Delegierten
- Aktuelle Fragestunde

Änderungen vorbehalten.

Umstrukturierung der Referate der KZV Thüringen

Neue Referenten gestalten Zukunft

Von Dr. Conny Langenhan

Zum 1. April 2025 hat die KZV Thüringen ihre Referate neu strukturiert. Vorbehaltlich der Zustimmung der Vertreterversammlung wurden die bisherigen Referate „Qualitätssicherung“ und „Wirtschaftlichkeitsprüfung“ beendet.

Das neue, zukunftsorientierte Referat „Qualität und Wirtschaftlichkeit“ wurde neu gebildet und wird zukünftig von Dr. Hagen Raabe geführt.

Neue Akzente sollen mit der Schaffung des Referats „Vertragszahnärztliche Leistungserbringung und Fortbildung“ gesetzt werden, welches von Dr. Jan Schneider geführt wird.

Diese strategische Neuausrichtung zielt darauf ab, Synergien zu nutzen und die Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Versorgung in Thüringen zukunftsorientiert zu gestalten.

Dr. Jan Schneider, niedergelassener Zahnarzt in Erfurt

Referent für Vertragszahnärztliche Leistungserbringung und Fortbildung: Dr. Jan Schneider

Als neuen Referenten für „Vertragszahnärztliche Leistungserbringung und Fortbildung“ dürfen wir Dr. med. dent. Jan Schneider in der KZV Thüringen begrüßen.

Seit 2020 ist er in Erfurt in eigener Praxis niedergelassen und bringt viel Wissen und Erfahrungen aus seiner langjährigen Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Philipps-Universität Marburg mit. Bereits seit zwei Jahren ist er als Obergutachter der KZV tätig. Mit dem neu gebildeten Referat koordiniert er die zahnärztlichen Fortbildungen bezüglich der vertragszahnärztlichen Abrechnung und Leistungserbringung. Er berät bei komplexen Behandlungsfällen, um eine optimale Patientenversorgung im Rahmen der GKV-Richtlinien zu erreichen.

Dr. Hagen Raabe, niedergelassener Zahnarzt in Kölleda

Referent für Qualität und Wirtschaftlichkeit: Dr. Hagen Raabe

Nach Jahren als „Referent für Wirtschaftlichkeitsprüfung“ übergibt Dipl.-Stom.Peter Senf den Staffelstab an unseren Kollegen Dr. med. dent. Hagen Raabe. Er leitet bereits seit zwei Jahren erfolgreich das Referat „Qualitätssicherung“.

Nunmehr werden beide Referate zu einem vereint und unter dem Namen „Referat Qualität und Wirtschaftlichkeit“ von ihm weitergeführt.

Er koordiniert die Zusammenarbeit der KZV Thüringen mit der Prüfungsstelle gemäß § 106 SGB V und steht dem Vorstand der KZV Thüringen und der Kollegenschaft beratend zur Seite.

Ziel ist es, die Qualität der zahnärztlichen Behandlung konstant hoch zu halten und die erbrachten Leistungen wirtschaftlich und korrekt abzurechnen, um Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Honorarrückforderungen zu vermeiden.

Er beantwortet gerne Fragen aus der Kollegenschaft und gibt Handlungsempfehlungen zur wirtschaftlichen Abrechnung von Leistungen.

Vita Dr. Jan Schneider

1986 geboren in Siegen, NRW

2006-2011: Studium der Zahnmedizin, Philipps-Universität Marburg

2011: Approbation

2013: Promotion (Abteilung für Zahnerhaltung, Univ.-Prof. Dr. Roland Frankenberger)

2015: Ernennung zum „Qualifiziert fortgebildeten Spezialisten für Prothetik“ durch die DGPro

2018: Endauswahl Hessischer Hochschulpreis für Exzellenz in der Lehre

2018: Preisträger Lehrpreis „Lehre@PHILIPP“ der Philipps-Universität Marburg

2019: Ernennung zum „Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -therapie“ durch die DGFDT

Ab 2011: wiss. Mitarbeiter, später Oberarzt, UKGM Standort Marburg, Abt. f. Orofaziale Prothetik und Funktionslehre (Direktor: Univ.-Prof. Dr. U. Lotzmann)

2011-2017: Spezialsprechstunde für Kaufunktionsstörungen und Erkrankungen der Kiefergelenke UKGM, Marburg

2017-2019: zusätzlich Praxistätigkeit

2020: Niederlassung in Erfurt

2020: Tätigkeitsschwerpunkte zahnärztliche Prothetik und Funktionsdiagnostik und -therapie (Landeszahnärztekammer Thüringen)

2023: Vertreter des Zulassungsausschusses der KZV Thüringen

2023: Primärgutachter und Obergutachter Zahnersatz der KZV Thüringen

2024: Prüfungsausschuss ZMP der LZKTh

2024: Vorstandsmitglied der Mitteldeutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Dr. Conny Langenhan Stellvertretende Vorsitzende der KZV Thüringen

ePA für alle – worauf sollten Sie achten?

Wissenswertes für die Zahnarztpraxis

Foto: redpixel/Adobe Stock

Von Annette Hintze und Tina Lensen

Die elektronische Patientenakte (ePA) war Anfang des Jahres in aller Munde. Mit dem beginnenden Rollout in den Modellregionen Franken und Hamburg und den dort gewonnenen Erkenntnissen sollte zu Beginn des zweiten Quartals 2025 der bundesweite Rollout starten, was auf erhebliche Kritik insbesondere bei der Zahnärzteschaft gestoßen ist, da die Vorbereitungen nicht zuletzt auf Seiten der Krankenkassen noch nicht den notwendigen Fortschritt erreicht haben.

Wie wichtig dem Gesetzgeber diese digitale Vernetzung im Gesundheitswesen ist, wird an der Regelungsdichte und Detailtiefe der einschlägigen Normen im SGB V deutlich.

Im April überraschte der damalige geschäftsführende Bundesgesundheitsminister medial wirksam am Rande einer Digitalmesse mit seiner Planung, dass die ePA ab 29.04.2025 nicht nur in den Pilotpraxen, sondern bundesweit uneingeschränkt nutzbar sein soll.

In einem Schreiben des BMG wurde diese Ankündigung dahingehend konkretisiert, dass die Nutzbarkeit von den jeweils eingesetzten Systemen abhängig ist.

Daher soll die „Hochlaufphase" ab 29.04.2025 genutzt werden, um sich ausgiebig mit der ePA vertraut zu machen und sie in die Praxisabläufe zu integrieren. Eine Verpflichtung zur Nutzung der ePA sieht das BMG ab 01.10.2025.

Daher sollten sich Zahnärzte und ihr Praxisteam auf den Rollout und den damit einhergehenden Anforderungen und Möglichkeiten im Umgang mit der ePA beschäftigen. Die ePA sollte als Chance einer verbesserten interdisziplinären Zusammenarbeit im Interesse der Patienten verstanden werden.

Die ePA ist eine versichertengeführte elektronische Akte, mit der die Versicherten Informationen zu Befunden, Diagnosen, durchgeführten oder geplanten Therapiemaßnahmen vorhalten können, um diese Informationen gezielt bei einer sektoren- und/oder einrichtungsübergreifenden Behandlung zur Verfügung stellen können.

Die Nutzung ist für die Versicherten freiwillig, eine Nachfragepflicht des Zahnarztes, ob eine ePA vorgehalten wird oder darüberhinausgehende Aufklärungs- oder Überzeugungsverpflichtungen bestehen grundsätzlich nicht. Eine Verfügbarkeit seitens des Versicherten soll idealerweise über das Praxisverwaltungssystem beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) angezeigt werden.

Ob es darüber hinaus ratsam ist, sich in der eigenen Dokumentation einen entsprechenden Vermerk zu notieren, wenn der Patient über keine ePA verfügt, kann ratsam sein, um wiederholtes Nachfragen zu vermeiden. Eine Verpflichtung hierzu besteht nicht. Die Notwendigkeit dieser Dokumentation wird jede Praxis für sich beantworten müssen und ergibt sich auch aus täglichen Erfahrungen im Umgang mit der ePA.

Welche Informationspflichten gelten für Zahnärzte gegenüber den Patienten in Bezug auf die ePA?

Die grundsätzliche Informationspflicht besteht für die Krankenkasse, die ihren Versicherten umfassende Informationen rund um die ePA zur Verfügung zu stellen hat.

Im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung müssen Patienten vom Zahnarzt darüber informiert werden, welche Daten standardisiert aufgrund gesetzlicher Anforderungen in die ePA eingestellt werden. Eine allgemeine Information ist ausreichend; denkbar wäre daher auch, diese Information z. B. auf Anamnesebögen aufzunehmen.

Widerspricht der Patient dieser Datenübermittlung in seine ePA, so ist dies in der zahnärztlichen Dokumentation zu vermerken.

Im weiteren Beitrag wird daher vorausgesetzt, dass der Patient nicht widersprochen hat und dies der Datenübermittlung in die ePA nicht entgegensteht.

Wer darf oder muss Daten in die ePA übermitteln?

Eine Verpflichtung zur Speicherung von Daten aus dem aktuellen Behandlungskontext besteht für die an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassene Krankenhäuser. Eine gleichlautende Verpflichtung besteht für Psychotherapeuten und Apotheken.

Die im Zusammenhang mit der ePA anfallenden Arbeiten in der Zahnarztpraxis – übertragen und speichern – sind als delegierbare Tätigkeiten zu qualifizieren und können somit an das Assistenzpersonal delegiert werden.

Es erfolgt eine Protokollierung der Zugriffe oder Zugriffsversuche, welche idealerweise mit Unterstützung der eingesetzten Abrechnungssoftware in der Zahnarztpraxis erfolgt.

Welche Daten sind in der ePA zu speichern?

Seitens des Gesetzgebers sind drei Szenarien vorgesehen, wie die ePA zu befüllen ist:

- **Pflicht** der Leistungserbringer, bestimmte Daten in die ePA zu übermitteln/zu speichern, es sei denn der Patient widerspricht (siehe zuvor),
- **Befugnis** der Leistungserbringer, die ePA mit weiteren Daten zu befüllen, es sei denn der Patient widerspricht,
- **Anspruch der Patienten** auf Speicherung weiterer Daten.

Die **Pflicht** der Leistungserbringer zur Befüllung der ePA bezieht sich auf die im Kontext der aktuellen Behandlung selbst erhobenen Befunde und beschränkt sich auf die nachfolgende Aufzählung.

Im zahnärztlichen Bereich kommen folgende Daten aus dem aktuellen Behandlungsgeschehen in Betracht:

- Daten zu Laborbefunden,
- Befundberichte aus bildgebender Diagnostik,
- Befundberichte aus invasiven oder chirurgischen sowie aus nicht-invasiven oder konservativen Maßnahmen und
- elektronischer Arztbrief

Die KZBV erarbeitet derzeit die Anforderungen und den Umfang eines sogenannten Basiseintrags (z. B. 01-Befund).

Die Forderung nach strukturierter Befüllung wird im Sinne der Zahnärzteschaft weiter aufrechterhalten.

Die **Befugnis**, weitere Daten in der ePA zu speichern, sollte in Absprache mit den Patienten immer dann erfolgen, wenn diese Informationen von Nutzen für die Behandlung in einer anderen Einrichtung oder durch andere Kollegen sinnvoll sind oder sein könnten.

Der **Anspruch bzw. das Verlangen** der Patienten bezieht sich neben den standardisiert und somit verpflichtenden Einstellungen von Daten auf Speicherung von darüber hinausgehenden Informationen, die der Zahnarzt selber erhoben hat und auf Verlangen der Patienten in die ePA einzustellen sind. In der zahnärztlichen Praxis kann es sich hierbei insbesondere um das Ergebnis der PSI-Untersuchung, Röntgenaufnahmen, eAU-Bescheinigungen u. v. m. handeln.

Foto: MQ-Illustrations/Adobe Stock

Weiterentwicklung der „ePA für alle“

Die ePA wird stetig weiterentwickelt. Mit den folgenden Ausbaustufen der ePA werden weitere Funktionalitäten hinzukommen. Ziel ist es insbesondere, durch Speicherung von strukturierten Daten Informationen gebündelt an einem Ort verfügbar zu machen. Sogenannte „Medizinische Informationsobjekte“ (MIO) werden federführend von der KZBV zu etablieren sein, um die Zahnärztinnen und Zahnärzte bei der Therapie zu unterstützen.

Hierzu zählt beispielsweise das elektronische Zahnbonusheft, was für die Zahnarztpraxis und die Patienten erhebliche Erleichterung bringen wird.

Das Nachtragen von Vorsorgeuntersuchungen entfällt, der Nachweis der regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen prothetischer Behandlungen wird vereinfacht.

Perspektivisch soll auch ein elektronischer Implantatpass spezifiziert werden, der Auskunft über Typ, Hersteller und weitere Materialinformationen enthalten soll.

Vergütung

Für die Unterstützung der Versicherten bei der Verarbeitung medizinischer Daten in der elektronischen Patientenakte sieht der BEMA-Z zwei Gebührenpositionen vor:

- ePA1 – Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte
  Die Leistung ist mit vier Punkten bewertet und ist einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifend nur einmal je Versicherten und elektronischer Patientenakte abrechenbar.

- ePA2 – Aktualisierung einer elektronischen Patientenakte
  Diese Leistung ist mit zwei Punkten bewertet. Sie umfasst u. a. die Erfassung und Verarbeitung oder Speicherung von versorgungsrelevanten zahnmedizinischen Informationen oder Angaben zum Bonusheft aus der aktuellen Behandlung des Versicherten, die Prüfung, ob erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte Dritter einer Übermittlung in die elektronische Patientenakte entgegenstehen sowie Einholung der Einwilligung des Versicherten zur Datenverarbeitung in dessen elektronischer Patientenakte.
  Die Leistung ist einmal je Sitzung abrechnungsfähig.

Es liegt in der Natur der Sache, dass sich rund um den praktischen Einsatz weitere Fragestellungen ergeben.

Es gilt, die Weiterentwicklung zu beobachten und in einer losen Fortsetzung über die Entwicklungen rund um die elektronische Patientenakte mit ausgewählten Schwerpunkten zu informieren.

Fehlende Unterschrift des Patienten bei der Versorgung mit Zahnersatz

Urteilsbesprechung Bundesgerichtshof, Urteil vom 02.05.2024, Az. III ZR 197/23

Von Kathrin Borowsky

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in einem Urteil die Durchsetzung von Vergütungsansprüchen bei Zahnersatz gegenüber Patienten erleichtert. Der Fall ereignete sich noch vor Einführung des EBZ.

Mit Urteil vom 2. Mai 2024 entschied das Gericht, dass bei einem andersartigen Zahnersatz die fehlende Unterschrift des Patienten unter dem Heil- und Kostenplan (HKP) der Einforderung des Patientenanteils nicht entgegensteht. Hier bestehe nämlich – so die Richter des BGH – kein Schriftformerfordernis. Schriftform bedeutet, dass ein physisches Dokument – hier der HKP – eigenhändig unterschrieben wird. Der BGH entschied damit, dass die fehlende Unterschrift des Patienten in einem Heil- und Kostenplan nicht zu dessen Unwirksamkeit führt.

Hintergrund war die Klage einer Abrechnungsstelle (aus abgetretenem Recht) gegen einen gesetzlich krankenversicherten Patienten, der die Versorgung seines zahnlosen Ober- und Unterkiefers im Jahre 2018 mit einem von Implantaten getragenen Zahnersatz wünschte.

Die geschätzten Gesamtkosten beliefen sich auf fast 14.000,- Euro, der Eigenanteil lag dabei bei fast 13.000,- Euro. Den entsprechenden, nach § 87 SGB V erstellten und von der Krankenkasse bewilligten HKP unterschrieb der Patient allerdings nicht.

Foto: Sebastian Duda/Adobe Stock

Der Zahnarzt erbrachte seine Leistungen ordnungsgemäß, aber der Patient verweigerte die Zahlung. Dabei berief er sich auch auf die fehlende Unterschrift. Sein Versorgungsvertrag mit dem Zahnarzt sei wegen Nichteinhaltung der Schriftform gemäß §§ 125, 126 BGB nichtig und daher keine Grundlage für Honoraransprüche. Mit dieser Verteidigung fand der Patient – anders als in der Vorinstanz – kein Gehör. Der Bundesgerichtshof prüfte mehrere mögliche gesetzliche Grundlagen für ein Schriftformerfordernis bei andersartigen Leistungen, die er im Ergebnis aber nicht für einschlägig hielt. Im SGB V findet sich nach Auffassung des Bundesgerichtshofes keine Bestimmung, die in diesem Fall die Schriftform, d. h. eine Unterschrift, vorschreibt. Auch sei weder § 8 Abs. 7 Sätze 2 und 3 BMV-Z einschlägig noch schreibe die GOZ derartiges vor.

Argumentativ sieht der Bundesgerichtshof kein Bedürfnis zum Schutz des Patienten, da die Kosten des Heil- und Behandlungsplanes vollständig ersichtlich seien. Die Transparenz sei gegeben. Zudem führe die Krankenkasse eine umfassende Prüfung des HKP durch, eine Art Richtigkeitsgewähr. Die Prüfung durch die Krankenkasse stelle einen ausreichenden Schutz der Patientin oder des Patienten sicher. Trotz der Rechtsprechung des BGH, die im Einzelfall Zahnärzten helfen kann, bleibt es dennoch im alltäglich Praxisbetrieb sinnvoll, die dem HKP anhängenden Informationen zu den Kosten (Vordruck 3d Anlage 14a zum BMV-Z, Patienteninformation) nicht nur dem Patienten auszuhändigen, sondern – wie im Vordruck auch vorgesehen – sie vom Patienten unterschreiben zu lassen und in die Behandlungsdokumentation zu überführen. Gerade mit der Einführung des EBZ ist der Patient nicht mehr in die Übermittlung des HKP an die Krankenkasse zur Bewilligung der Festzuschüsse – so wie das früher und beim o. g. HKP der Fall war – eingebunden. Die eigenhändige Unterschrift hat nämlich nicht nur allgemein eine Warn- und Schutzfunktion zugunsten des Patienten, der bisweilen erhebliche finanzielle Verpflichtungen eingeht. Die Schriftform dient zugleich Beweiszwecken. Sie erleichtert den Nachweis, dass der Patient in die Versorgung einwilligt und hinreichend wirtschaftlich aufgeklärt und informiert wurde. Ein Zahnarzt ist bekanntlich dazu verpflichtet, seine Patientinnen und Patienten auch über Kosten umfassend in Textform zu informieren, die vom Kostenträger nicht übernommen werden. Eine Verletzung dieser Nebenpflicht kann zu einem Schadensersatzanspruch des Patienten führen, der dem Vergütungsanspruch entgegengehalten werden kann. Schlimmstenfalls kann das die vollständige Herabsetzung des Honoraranspruchs des Zahnarztes bedeuten.

Allgemein dient die Schriftform auch dem Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient. Der Patient dokumentiert mit seiner Unterschrift, bewusst und gewollt und informiert die veranschlagten zahnmedizinischen Leistungen in Anspruch nehmen zu wollen. Missverständnisse und Konflikte im Nachgang werden so besser vermieden. Ein Patient, der ein Dokument mit veranschlagten Eigenanteilen (vgl. Vordruck 3c Seite 1 bzw. 3d Seite 2 Anlage 14a zum BMV-Z) unterschreibt, wird im Nachgang schwerer behaupten wollen und können, darüber nicht informiert worden zu sein. Mit konsequenter Einhaltung dieser Regel vermeidet man ggf. im Nachgang Diskussionen des GKV-Versicherten wegen vom Zahnarzt geltend gemachter Eigenanteile.

Und so verwundert es nicht, dass der BGH selbst im o. g. Fall die Sache an die Berufungsinstanz zurückverwies, nämlich damit dort die Feststellung getroffen werden kann, ob der Zahnarzt der Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung hinreichend nachgekommen und die Rechnung insgesamt berechtigt ist. Der Ausgang ist dabei ungewiss.

Die Empfehlung lautet nach alledem: Lieber eine Unterschrift des GKV-Patienten zu von ihm zu tragenden Kosten mehr als eine zu wenig.

Ass. jur.
Kathrin Borowsky
Justiziarin KZV Thüringen

Tagung der Erfurter Juristenkonferenz 2025

Neue wichtige Fragen

Von Kathrin Borowsky

Traditionell tagte auf Einladung der KZV Thüringen im März des Jahres 2025 erneut die Erfurter Juristenkonferenz. Das Interesse an dieser Veranstaltung ist seit ihrer ersten Austragung im Jahre 2003 nach wie vor ungebrochen. Die wie immer reichlich gefüllte Tagesordnung hielt in der diesjährigen zweitägigen Veranstaltung allerhand Fragestellungen parat. Die 26 teilnehmenden Juristen aus beinahe allen KVZen brachten zahlreiche Anliegen und Diskussionen aus ihrer Heimat mit.

Wie immer wurde intensiv argumentiert und gestritten. Für Juristen typisch, konnte man sich in mancherlei Hinsicht einigen, in anderen Fragestellungen werden weiterhin unterschiedliche Lösungen verfolgt. Der Themenkreis dieses kollegialen Austauschs umfasste in diesem Jahr insbesondere Fragestellungen aus der Zulassung, den Verwaltungsabläufen, der Digitalisierung, der Leistungserbringung und -abrechnung, insbesondere zur PAR, zum Notdienst, neuen Urteilen, aktuellen Rechtsstreitigkeiten und vieles andere mehr. Im Ergebnis der zweitägigen spannenden und durchaus auch kontroversen Diskussionen arbeiteten die Teilnehmer alle der zahlreichen Tagesordnungspunkte ab.

Dass Erfurt nicht nur zum Arbeiten einlädt, sondern immer eine Reise wert ist, vermittelte ein kurzer Spaziergang durch die historische Altstadt bei bestem Frühlingswetter.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Erfurter Juristenkonferenz betonen immer wieder auf vielfältige Weise die Wichtigkeit dieses sich bewährt habenden Veranstaltungsformats, von dem alle profitieren.

Ass. jur.
Kathrin Borowsky
Justiziarin KZV Thüringen

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Erfurter Juristenkonferenz Foto: kzvth

Stark und geschlossen auftreten

Tagung der VV-Vorsitzenden in Düsseldorf

Von Dr. Susanne Schorr

Das Frühjahrstreffen der Vorsitzenden der KZV-Vertreterversammlungen fand in diesem Jahr im April in Düsseldorf statt. Der enge Austausch von Information und Erfahrung der VV-Vorsitzenden der Länder-KZVen stand im Mittelpunkt der Tagung. In Zeiten zunehmender Restriktionen der Selbstverwaltungen ist eine enge Absprache immer wichtiger, um Politik und Aufsichtsbehörden stark und geschlossen gegenübertreten zu können. Voneinander lernen, sich miteinander abstimmen – durch regelmäßige Treffen der Vorsitzenden werden diese Grundsätze aktiv gelebt. Nicht nur die Bedrohung der zahnärztlichen Selbstverwaltung durch zunehmende Restriktionen, sondern auch die notwendige Nachwuchsförderung war ein Schwerpunktthema. Junge Menschen für die Niederlassung in eigener Praxis zu stärken, ist unerlässlich für das Fortbestehen der wohnortnahen zahnärztlichen Versorgung.

Alle VV-Vorsitzenden waren sich einig, dass die politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Selbstständigkeit verbessert werden müssen. Zur Tagung war Bernd Zimmer, Vorsitzender des Verbandes der Freien Berufe NRW, als Gast eingeladen. Bernd Zimmer, der selbst engagierter Mediziner und in Führungspositionen diverser Gremien von Ärztekammer und KV war, hob die zentrale Rolle der Freien Berufe für die Gesamtgesellschaft hervor. Er lobte, dass die Zahnärzteschaft in Pandemiezeiten starke Leistungen vollbracht habe.

Sie hat, so Zimmer, mit der Aufrechterhaltung der Versorgung nicht nur Eigenverantwortung bewiesen, sondern auch eine wichtige Rolle für das Gemeinwohl gespielt. Selbstverwaltung lebt von den Menschen, die diese gestalten. Es gilt, die Begeisterung junger Kolleginnen und Kollegen für ein Engagement im Ehrenamt zu wecken – ein gemeinsames Anliegen, das die VV-Vorsitzenden durch ihren Einsatz vor Ort umsetzen wollen.

Dr. Susanne Schorr, Vorsitzende der Vertreterversammlung der KZV Nordrhein

Die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen beim Frühjahrstreffen Foto: Constanze Overhoff, KZV Nordrhein

Das Geheimnis eines strahlenden Lächelns

Jenaer Zahnärzte gestalten Abendvorlesung über modernen Zahnersatz am 28. Mai 2025

Wie finden Patienten zwischen Kronen und Implantaten den richtigen Zahnersatz? Welche Arten von Zahnersatz es gibt, wie sich deren Kosten zusammensetzen und welche Faktoren die Wahl beeinflussen, erklären Dr. Marco Dederichs und Dr. Stephanie Viebranz vom Universitätsklinikum Jena in der Jenaer Abendvorlesung am 28. Mai 2025 (Mittwoch). Die Veranstaltung für Patientinnen und Patienten, Fachpublikum und alle Medizininteressierte beginnt um 19:00 Uhr im Hörsaal 1 des Klinikums im Stadtteil Lobeda.

„Laut der aktuellsten Deutschen Mundgesundheitsstudie fehlen Seniorinnen und Senioren im Alter zwischen 65 und 74 Jahren im Schnitt rund neun Zähne. Lediglich sieben Prozent dieser Gruppe haben noch ein vollständiges Gebiss. Kronen, Brücken, Prothesen oder Implantate können im Lückengebiss wieder für neue Lebensqualität sorgen“, wissen Dr. Marco Dederichs und Dr. Stephanie Viebranz vom Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde des Universitätsklinikums Jena (UKJ).

Patienten überwiegend ab einem Alter von 60 Jahren suchen die Sprechstunde von Dederichs und seinem Team der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde auf. „Nach einer ausführlichen Anamnese und Diagnostik entscheiden wir zusammen mit unseren Patientinnen und Patienten individuell, welche Zahnersatzart die optimale Lösung ist. Gerade bei komplexen Fällen haben wir oft zwei Beratungstermine, um zusätzlich im Team die Behandlung zu besprechen“, sagt Dederichs, Kommissarischer Direktor der Poliklinik. Die Sprechstunde der Klinik wird auch bei Zweitmeinungen und speziellen Fällen aufgesucht.

Funktion und Ästhetik verbinden

In ihrer gemeinsamen Abendvorlesung „Das Geheimnis eines strahlenden Lächelns: Alles rund um modernen Zahnersatz“ geben Stephanie Viebranz und Marco Dederichs verständliche Einblicke in ein Thema, das Funktion und Ästhetik verbindet. Sie stellen die häufigsten Zahnersatzmöglichkeiten vor und berücksichtigen dabei auch die Richtlinien der gesetzlichen Krankenkassen. „Passender Zahnersatz muss kein Vermögen kosten. Hier gehen wir auf die unterschiedlichen Möglichkeiten und Wünsche ein und beraten entsprechend“, erklärt Viebranz.

Beide sehen allerdings eine positive Entwicklung. „Die Vollprothese ist durch gute Prävention seltener geworden. Wir merken, dass Vorsorge Früchte trägt und auch im hohen Alter noch Patientinnen und Patienten vollbezahnt sein können. Wir sehen natürlich alle Zustände, vom fehlenden Einzelzahn bis zum zahnlosen Gebiss. Aber Patientinnen und Patienten kommen immer häufiger mit besseren Voraussetzungen zu uns“, ergänzt Dederichs.

Behandlung durch Zahnmedizin-Studierende

Auch auf ein besonderes Angebot des UKJ gehen Viebranz und Dederichs in ihrem Vortrag ein: die Behandlung durch Zahnmedizin-Studierende. „Das ist etwas günstiger, und unterstützt unsere Studierenden in der Lehre. Patientinnen und Patienten müssen zwar etwas mehr Zeit einplanen, schätzen aber oft die ausführliche Behandlung. Unsere Zahnmedizin-Studierenden werden dabei immer von erfahrenen Zahnärztinnen und Zahnärzten begleitet“, so Stephanie Viebranz.

Der Besuch der Abendvorlesung ist kostenfrei. Eine vorherige Anmeldung ist nicht erforderlich. Auch eine Teilname über Internet-Livestream ist möglich. LZKTh

Abendvorlesung verfolgen:
www.615.tzb.link

Dr. Stephanie Viebranz und Dr. Marco Dederichs geben in der Jenaer Abendvorlesung einen Überblick zu den aktuellen Trends des Zahnersatzes. Foto: Hellmann/UKJ

Thüringen kompakt

Neue Staatssekretärin für Gesundheit im Thüringer Ministerium für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie ist die bisherige SPD-Bundestagsabgeordnete Tina Rudolph. In ihrer neuen Funktion verantwortet die Ärztin aus dem Wartburgkreis die zentralen Bereiche für Gesundheit und Pflege sowie Gleichstellung.

Eine Anhebung der Landarztquote von sechs auf zehn Prozent fordert die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen. Damit könnten zusätzliche 29 statt bisher geplanter 17 Jugendliche ein Medizin-Studium in Jena beginnen, wenn sie sich bereits vor dem Studium zu einer späteren Berufstätigkeit im ländlichen Raum verpflichten. Denkbar wäre außerdem, die Quote neben der hausärztlichen auch auf fachärztliche Fachgruppen auszuweiten, so die KV Thüringen. LZKTh

Diabetes-Epidemie in Zahnarztpraxis bemerkbar

Teil 6 der Fortbildungserie „Innere Medizin für Zahnmediziner“

Von Dr. Thomas Meißner

Eine Epidemie überzieht die westlichen Industriestaaten – und dabei handelt es sich nicht um eine neue Infektionswelle: Diabetes mellitus. Die Volkskrankheit und Hormonstörung betrifft Jahr für Jahr mehr Menschen und fordert Millionen Tote weltweit. Die Erkrankung könnte größtenteils vermieden werden, wenn wir gesünder leben würden. Stattdessen sorgt ein chronisches Zuviel unseres wichtigsten Energielieferanten Glukose und ein chronisches Zuwenig an Bewegung für Gefäß-, Nieren-, Nerven- und Augenschäden, für zehntausende Amputationen pro Jahr und nicht zuletzt für diabetesbedingte Schäden an Zähnen und Zahnhalteapparat.

Ein hoher Blutzucker tut nicht weh, doch die Auswirkungen eines dauerhaft gestörten Glukosestoffwechsels sind immens. Diabetes mellitus ist die häufigste hormonelle Erkrankung in der älteren Bevölkerung und verursacht global jedes Jahr fast zwei Millionen Todesfälle.[1] Wir sprechen von einer Gruppe von Krankheiten (Typen 1–4), denen unterschiedliche Ursachen zugrundeliegen.

In Deutschland leben heute wahrscheinlich schon zehn Millionen Menschen damit, zwei Millionen davon unerkannt. Im Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2021 gehen Epidemiologen von jährlich 600.000 Neuerkrankungen in der Bundesrepublik aus. 2040 wird allein die Zahl der an Typ-2-Diabetiker von heute acht Millionen auf voraussichtlich 11,5 Millionen steigen. Dabei ist die diabetesbedingte Übersterblichkeit schon eingerechnet.[2]

Was das Zahnärztinnen und Zahnärzte angeht? Eine Menge! Angefangen bei der Früherkennung: Nicht nur in den USA, dem Land der großen Cola-Becher, gibt es Überlegungen, Zahnärzte in das Diabetes-Screening einzubeziehen. In der NHANES-Studie besuchten knapp 8 Prozent der erwachsenen US-Bevölkerung im Laufe eines Jahres zwar eine Zahnarztpraxis, aber keinen Hausarzt. Von ihnen hatten 31 Prozent ein hohes Prädiabetesrisiko, bei 16 Prozent bestand ein Prä- oder manifester Diabetes.[3]

Parodontopathien und Kariesanfälligkeit sind bei Diabetes-Patienten erhöht, umgekehrt beeinflusst eine schlechte Mundgesundheit Diabetes und seine Folgeerkrankungen negativ. Wundheilungsstörungen, Infektionen, mangelnder Implantatsitz – all das sind Gründe für die notwendige Kooperation von Zahnmedizinern, Kieferchirurgen sowie Hausärzten und Internisten.

Die vier Formen des Diabetes mellitus

Bei Diabetes mellitus ist der Glukosestoffwechsel gestört. Leitbefund ist die Hyperglykämie. Zentral bedeutsames Hormon ist das Insulin, das in den beta-Zellen des Pankreas gebildet wird und die Glukosekonzentration im Blut senkt. Gegenspieler des Insulins ist Glukagon, das in den alpha-Zellen gebildet wird und die Glukosekonzentration im Blut erhöht sowie die Lipolyse (Spaltung von Triglyzeriden) fördert.

Bei Diabetes gestört ist entweder die Insulinsekretion oder die Insulinwirkung in den Geweben oder beides in Kombination. Die Folge ist ein absoluter oder ein relativer Insulinmangel mit zu viel Glukose im Blut. Glukose ist unser wichtigster Energielieferant – zu viel davon schadet dem gesamten Körper, zu wenig (Hypoglykämie) aber auch.

Typ-1-Diabetes (ca. 5 Prozent der Fälle): Die beta-Zellen werden durch autoimmune Prozesse zerstört, dies führt zu einem absoluten Insulinmangel. Viele Patienten erkranken bereits im Kindesalter, über 40 Prozent erkranken nach dem 20. Lebensjahr. In Deutschland leben etwa 32.000 Kinder und Jugendliche sowie 340.000 Erwachsene mit Typ-1-Diabetes.[2,4]

Innere Medizin für Zahnmediziner

Bisher erschienen:

- 1. Herz: Ausgabe 06/2022
- 2. Lunge: Ausgabe 11/2022
- 3. Niere: Ausgabe 5/2024
- 4.+5. Infektiologie: Ausgabe 10/2024

Teil 6 der Fortbildungs-serie

Foto: tomertu – stock.adobe.com

	Nüchternglukose (mg/dl)	2-h-Glukose im oGTT (mg/dl)
Normal	<100	<140
Prädiabetes	100–125	140–200
Diabetes	≥126	≥200
Schwangerschaftsdiabetes	≥92	≥153

Diagnosekriterien des Prädiabetes, Diabetes und Schwangerschaftsdiabetes[5]

Typ-2-Diabetes (ca. 90 Prozent der Fälle): Bei dieser Wohlstandserkrankung des Westens ist zunächst die Insulinempfindlichkeit der Gewebe vermindert (Insulinresistenz). Das Pankreas versucht dagegen anzuproduzieren, in der Frühphase des Typ-2-Diabetes besteht daher eine Hyperinsulinämie. Deshalb sind die Glukosewerte jahrelang noch normal. Nur bei einem Glukosebelastungstest schafft es das Pankreas nicht mehr und die Imbalance zwischen Insulinwirkung und Insulinsekretion wird offenbar.

Später erschöpft sich die Insulinsekretion der beta-Zellen, zur Insulinresistenz kommt nun zusätzlich der absolute Insulinmangel. Selten sieht man Typ-2-Diabetes bereits bei Jugendlichen, gehäuft tritt er ab dem 40. Lebensjahr sowie vor allem in fortgeschrittenem Alter auf. In Deutschland leben derzeit etwa 8 Millionen Menschen mit Typ-2-Diabetes, Tendenz rasch steigend. Typ-2-Diabetes geht oft mit einem metabolischen Syndrom einher (Adipositas, Fettstoffwechselstörung, Hypertonie, gestörte Glukosetoleranz).[2,4]

Diabetisches Koma

Bei einem diabetischen Koma handelt es sich um eine lebensgefährliche Entgleisung des Glukosestoffwechsels, zum Beispiel bei erheblichem Stress (schwere Erkrankung, Operation) oder bei falscher Insulintherapie.

Insulinmangel führt zu einer extremen Hyperglykämie (250 mg/dl) und Übersäuerung (metabolische Azidose). Es werden vermehrt Ketonkörper (Aceton, Acetoacetat, Betahydroxybuttersäure) gebildet. Diese entstehen bei der Verstoffwechselung von Fettsäuren in der Leber. Die Atemluft riecht nach Aceton (wie faules Obst). Um die Übersäuerung auszugleichen, tritt kompensatorisch eine Kussmaul-Atmung auf (sehr tiefe Atemzüge bei niedriger Atemfrequenz).

Die meisten Patienten mit diabetischer Ketoazidose sind nicht komatös, Bewusstlosigkeit tritt bei hochgradiger Dehydratation, aus geprägter Hyperglykämie und Urämie (Akkumulation harnpflichtiger Substanzen im Blut) auf.

Typ-3-Diabetes: Unter dieser Kategorie werden alle sekundären Formen des Diabetes mellitus zusammengefasst, also wenn es aufgrund genetischer Defekte, bei chronischer Pankreatitis, wegen Lebererkrankungen oder anderer endokrinologischer Erkrankungen zu Glukosestoffwechselstörungen kommt. Auch Medikamente können eine diabetische Stoffwechsellage bedingen, zum Beispiel Glukokortikoide.[4]

Schwangerschaftsdiabetes / Gestationsdiabetes (Typ 4): Hierbei wird erstmals in der Schwangerschaft eine Glukosetoleranzstörung diagnostiziert, die sich im Verlauf der Schwangerschaft bis hin zum insulinabhängigen Diabetes steigern kann. Dies geht oft mit verschiedenen Komplikationen während der Schwangerschaft einher und erhöht das Risiko für Frühgeburt, Komplikationen unter der Geburt sowie für Hypoglykämien und anderen Störungen beim Neugeborenen. Nach der Geburt ist der Diabetes meist wieder verschwunden.[4]

Diabetische Makroangiopathien und Mikroangiopathien

Hauptkomplikationen eines langjährigen Diabetes sind:

- Makroangiopathien, also eine Atherosklerose der großen Gefäße der Extremitäten, des Abdomens sowie der Herzkranz- und hirnversorgenden Gefäße,
- Mikroangiopathien, womit Stenosen kleiner Arterien, Arteriolen und Kapillaren gemeint sind, wie sie im Gehirn, in den Nieren, den Augen, am Herzen und in den Füßen vorkommen.

Die diabetische Makro- und Mikroangiopathie sorgt für Herzinfarkte, Schlaganfälle, Sehstörungen bis hin zur Erblindung, Nierenfunktionsstörungen sowie Durchblutungsstörungen der Beine mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK). Das diabetische Fußsyndrom ist keine typische Spätkomplikation, sondern kann bereits bei neu diagnostizierten Typ-2-Diabetikern vorkommen, zum Beispiel mit Ulkusbildung an der Fußsohle, Wundheilungsstörungen sowie Nerven- und Fußskelettschäden.

Wie Diabetes diagnostiziert wird

Typ-2-Diabetes entwickelt sich sehr langsam und schleichend, weshalb die zunächst unspezifischen Symptome wie Müdigkeit und Leistungsschwäche lange Zeit nicht bewusst wahrgenommen werden. Das verzögert die Diagnose.

Typ-1-Diabetes dagegen kann wegen seinen grundsätzlich anderen Ursachen rasch beginnen und klinische Symptome auslösen. Der hohe Blutzuckergehalt führt in den Nieren zur osmotischen Diurese, diese Patienten müssen also häufig Wasserlassen (Polyurie: Urinausscheidung >2,5 Liter/Tag). Die Patienten entwickeln wegen des Wasserverlusts ein starkes Durstgefühl und müssen vermehrt Flüssigkeit aufnehmen (Polidipsie). Dies kann außerdem mit Gewichtsabnahme, Sehstörungen und Juckreiz verbunden sein. Typisch ist die Anfälligkeit für bakterielle und mykotische Hautinfektionen (Furunkulose, Candidamykose).

Die Diagnose wird labortechnisch mit folgenden drei Tests gestellt:

- Blutzucker nach 8- bis 12-stündiger Nahrungskarenz: Nüchtern-Plasmaglukose-Wert 126 mg/dl (7,0 mmol/l);
- glykosyliertes Hämoglobin (HbA_1c): Anteil des stabilen Glykohämoglobins am Gesamthämoglobin (Langzeitparameter), HbA_1c 6,5 Prozent;
- oraler Glukosetoleranztest (oGTT): nach Trinken einer Lösung mit 75 g Glukose wird nach zwei Stunden die Blut-Glukose-Konzentrationen bestimmt, Plasmaglukose-Wert 200 mg/dl (11,1 mmol/l).[5]

Als Prädiabetes werden Nüchtern-Blutzuckerwerte von 100-125 mg/dl angesehen sowie oGTT-Werte von 140–200 mg/dl.[5] Für Gestationsdiabetes gelten bereits Nüchtern-Blutzuckerwerte ab 92 mg/dl (5,1 mmol/l) und oGTT-Werte (2 h) ab 153 mg/dl (8,5 mmol/l) als beweisend (siehe Tabelle).[6]

Die Diagnose eines Diabetes mellitus muss per Glukosebestimmung im Serum gestellt werden. Die Selbstmessung aus Kapillarblut mit in Apotheken erhältlichen Blutzuckermessgeräten, unblutige Messungen im Subkutangewebe mit modernen Selbstmessgeräten (FGM – Flash Glucose Monitoring / iscCGM – intermittent scanning Continuous Glucose Monitoring) oder gar mit Urinteststreifen sind für diese Aufgabe nicht geeignet, sondern dienen dem Therapiemonitoring bei manifestem Diabetes. CGM-Geräte, die mit subkutan platzierten Sensoren die Glukosewerte über

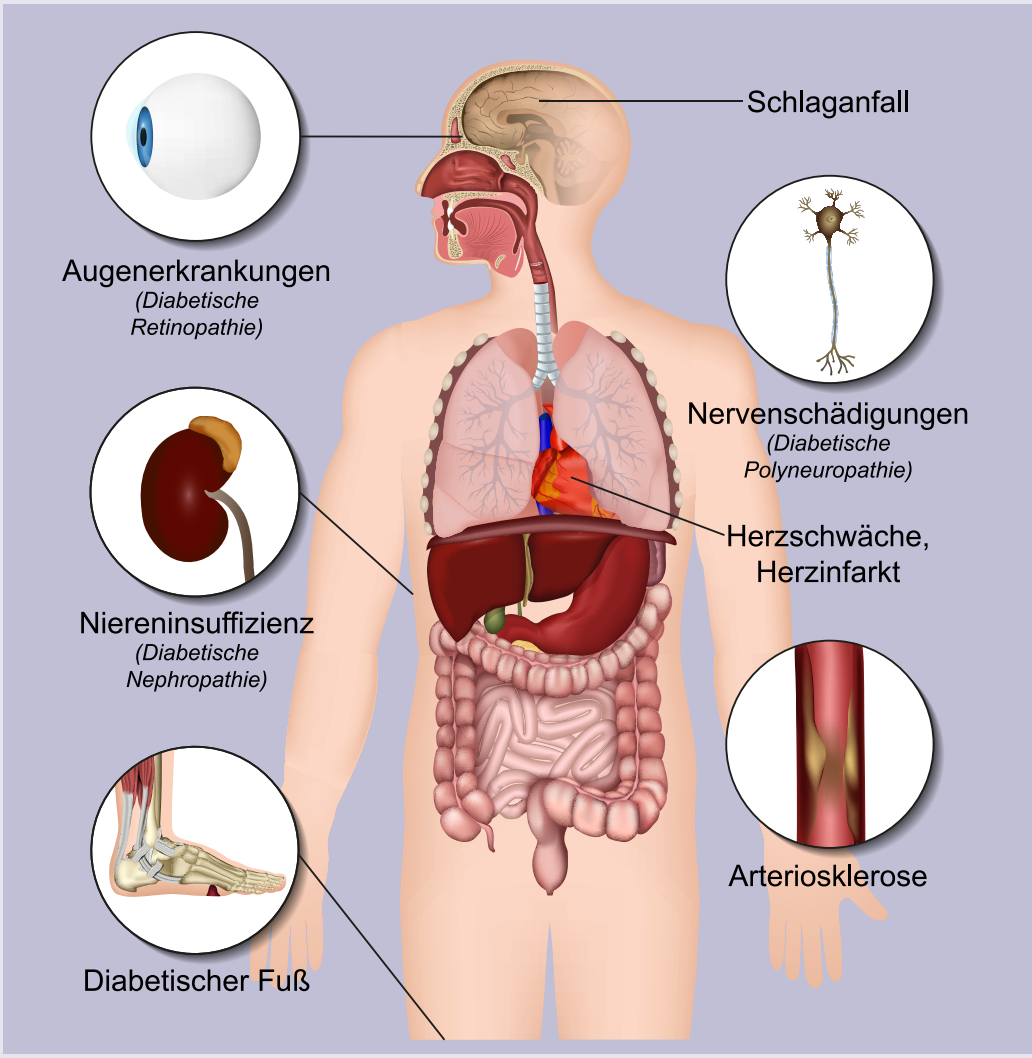
einen längeren Zeitraum erfassen, werden von Diabetologen in der Feindiagnostik genutzt, um Tages- und Wochenprofile des Glukoseverlaufs zu erstellen.

Therapieprinzipien bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes

Generell wird heute auf ein möglichst weit gehendes Selbstmanagement gut geschulter (!) Diabetes-Patienten gesetzt, um die Therapie in den individuellen Alltag einpassen zu können. Dies bedarf einigen Wissens der Patienten über ihre Krankheit, über die geeignete Ernährung, zu Auswirkungen körperlicher Aktivität auf den Glukosestoffwechsel, regelmäßiger Glukoseselbstmessungen im Tagesverlauf sowie der Fähigkeit zur eigenständigen Korrektur der Insulindosen sowie der Nahrungsaufnahme.

Typ-1-Diabetes: Erreicht werden soll, dass diabetesbedingte Einschränkungen der Lebensqualität vermieden sowie schwere Stoffwechselentgleisungen (Hypo- und Hyperglykämien, Ketoazidose, diabetisches Koma) verhindert werden. Ebenso sollen die oben beschriebenen diabetesbezogenen Folgeerkrankungen reduziert werden.

Aufgrund des absoluten Insulinmangels bei Typ-1-Diabetes ist dafür die intensivierte Insulintherapie nach dem Basis-/Boluskonzept der Standard. Das bedeutet, der basale Insulinbedarf wird durch langwirksame Insulin-Analoga (zum Beispiel Insulin Glargin oder Detemir) gedeckt, ergänzt um schnellwirksame Insuline oder Insulin-Analoga je nach aktuellem Bedarf (Kohlenhydrataufnahme, Ausmaß der körperlichen Aktivität). Eine bereits vielfach genutzte Alternative zur mehrfach täglichen Selbstinjektion mit Insulinpens ist die Verwendung von Insulinpumpen mit kontinuierlicher subkutaner Insulininfusion, ergänzt um manuelle Bolusgaben.



Folgeerkrankungen von Diabetes mellitus: Ein dauerhaft erhöhter Blutzucker sorgt an vielen Stellen im Körper für gesundheitliche Probleme. Grafik: bilderzwerg – stock.adobe.com

Neuere Entwicklungen gehen hin zu einer automatisierten Glukosemessung- und Insulinabgabe mit sogenannten Closed-loop-Systemen. Aber auch diese erfordern den gut informierten und geschulten Patienten.

Im Unterschied dazu bestand früher die konventionelle Therapie darin, den Patienten verbindliche Vorgaben für die aufzunehmenden Kohlenhydratportionen und die Selbstinjektion fixer Insulinmischungen zu machen. Dies wird heute nur noch dann empfohlen, wenn Patienten mit einer intensivierten Insulintherapie nicht zurechtkommen.[5]

Typ-2-Diabetes: Die Therapieziele sind ähnlich. Weil im Frühstadium der Krankheit meist noch eine körpereigene Insulinproduktion existiert, wird zunächst versucht, den Lebensstil zu optimieren: Gewichtsreduktion, Ernährungsberatung, gesteigerte körperliche Aktivität. Reicht das nicht aus, wird mit oralen Antidiabetika wie Metformin (1. Wahl) behandelt oder mit Substanzen, die die körpereigene Insulinfreisetzung stimulieren. Erst wenn damit keine befriedigende Stoffwechselein-

Leitlinien im Zusammenhang mit Diabetes mellitus

- S3-Leitlinie Therapie des Typ-1-Diabetes
- S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter
- Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes
- S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter
- S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus, Diagnostik, Therapie und Nachsorge
- S2k-Leitlinie Betreuung von Neugeborenen diabetischer Mütter
- S2e-Leitlinie Diabetes und Straßenverkehr
- S2k-Leitlinie Diabetes und Parodontitis
- S3-Leitlinie Zahnimplantate bei Diabetes mellitus

Leitlinien lesen:
www.awmf.org

stellung mehr gelingt, wird Insulin gespritzt, zunächst überlappend mit der oralen Therapie, im Spätstadium ist die Insulin-Monotherapie erforderlich.

Da häufig weitere internistische Erkrankungen bestehen, die die Glukosestoffwechseleinstellung negativ beeinflussen, müssen diese adäquat mitbehandelt werden, etwa was einen Bluthochdruck, eine Adipositas oder Fettstoffwechselstörungen angeht. Optimalerweise stimmen sich dazu Hausärzte, Diabetologen und andere internistische Fachdisziplinen ab, nicht zu reden von Spezialisten für die vielfältigen Folgekrankheiten.

Wichtig für den Zahnarzt

Eine schlechte Einstellung des Glukosestoffwechsels ist gehäuft mit Zahnverlust assoziiert: Bei einem HbA_1c-Wert von >8 Prozent besteht bei jedem vierten Patienten ein Zahnverlust, bei >10 Prozent bei jedem dritten.[7,8] Die durchschnittliche Sondierungstiefe und der klinische Attachmentverlust sind erhöht, der parodontale Knochenabbau schreitet schneller voran als bei nicht diabeteskranken Menschen. Schon bei Prädiabetes ist die Parodontitishäufigkeit erhöht, ebenso bei Frauen, die einen Gestationsdiabetes hatten.[9]

Hintergrund dafür sind die gerade bei älteren Diabetespatienten eingeschränkte Speichelproduktion, die Neuropathie und mikrovaskulären Störungen. Dies stört die mikrobielle Homöostase, die Immunabwehr ist vermindert. Orale Entzündungen verursachen oxidativen Stress, dadurch steigt der Blutzucker. Eine schwere Parodontitis wiederum erschwert die Kontrolle des Glukosestoffwechsels, es handelt sich also um eine bidirektionale Wechselwirkung. Parodontitis gilt als unabhängiger Risikofaktor für Atherosklerose.[9,10]

Foto: proDente

Die gute Nachricht lautet: Eine adäquate periodontale Therapie in Verbindung mit optimaler Mundhygiene kann dazu beitragen, die Blutzuckerkontrolle bei Typ-2-Diabetes innerhalb von drei bis vier Monaten zu verbessern.[10] Der Verzicht aufs Rauchen, Bewegung an der frischen Luft, Gewichtsreduktion und wenig Alkohol fördern ebenso die Zahngesundheit.

Die Versorgung mit Zahnersatz ist bei Diabetes unter Umständen erschwert, weil die Patienten verstärkt zu Candida-Infektionen neigen. Diese Infektionen gehen mit der Gefahr einer systemischen Streuung einher. Zum anderen kann ein langjähriger Diabetes die klinischen Symptome einer Pilzinfektion bei Patienten mit herausnehmbarem Zahnersatz maskieren. Die Osseointegrationsraten von Implantaten unterscheiden sich zwar nicht von Nicht-Diabetikern, jedoch ist das Risiko für eine Peri-Implantitis bei Diabetes erhöht.[10] Die Indikation zur Sofort- und Frühbelastung soll kritisch gestellt werden.[11]

Starkes Über- oder Untergewicht, Müdigkeit, Abgeschlagenheit oder ein schlechtes Hautbild mit Trockenheit, Juckreiz, gelblichen Cholesterolablagerungen an den Augenlidern (Xanthelasmen) oder dauerhafte Wangenrötung können auf eine prädiabetische oder diabetische Stoffwechsellage, oft im Rahmen eines metabolischen Syndroms, hindeuten. Die intraoralen Veränderungen lassen die Patienten über Lippenentzündungen, Mundtrockenheit, Zungenbrennen, Zahnfleischentzündungen und Geschmacksirritationen klagen. Solchen Befunden gilt es interdisziplinär nachzugehen. Umgekehrt können Diabetiker guter Langzeiteinstellung ebenso parodontalchirurgisch und antiinfektiös behandelt werden wie Nichtdiabetjker.[9]

Kindern mit Diabetes werden ab dem Schulalter jährliche zahnärztliche Kontrolluntersuchungen empfohlen. Hierbei sollen vor allem die Taschentiefen gemessen werden. Der parodontale Screeningindex (PSI) offenbart gegebenenfalls vorhandenen Behandlungsbedarf.

Die Bedeutung der Mundhygiene muss jedem Diabetes-Patienten immer wieder vor Augen geführt werden.[9]

Literatur

1. World Health Organization (WHO): The Top 10 Causes of Death. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
2. Deutsche Diabetes Gesellschaft, Deutsche Diabetes Hilfe: Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2021: 9-16
3. Estrich CG et al. JDR Clin Translat Res 2019; 4:76-85
4. Springer Medizin: eMedpedia (springermedizin.de)
5. S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter. 2. Aufl. (AWMF-Nr. 057-017)
6. S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 2. Aufl. (AWMF-Nr. 057-008)
7. Patel MH et al J Am Dent Assoc 2013; 144(5):478-85
8. Demmer RT et al. Diabetes Care 2012; 35(10):2036-42
9. Kuzmanova D et al. wissen kompakt 2016; 10: 103-120
10. Chan AKY et al. Geriatrics 2021; 6(3):76
11. S3-Leitlinie Zahnimplantate bei Diabetes mellitus (Stand: August 2016), AWMF-Nr. 083-025.

Dr. Thomas Meißner ist freiberuflicher Medizin- und Wissenschaftsjournalist in Erfurt.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung: Springer Medizin Verlag der junge zahnarzt, Heft 06/2021, S. 35–41

Wir wünschen Glück und Gesundheit!

Geburtstagsgrüße im Mai an Thüringer Zahnärztinnen und Zahnärzte

Gestreute Granitfelsen: *Mit seinen zwei Felskuppen ruht der Glöckner, ursprünglich wohl Klöckler genannt, bei Ruhla am Rennsteig. Als natürliches Denkmal gilt die Gruppe aufgetürmter Granitfelsen, auf denen mehrere Inschriften verewigt sind, unter anderem für die Ruhlaer Forstschule, für den im nahen Marienthal verstorbenen Pädagogen Friedrich Fröbel (1782–1852) oder die Eisenacher Lehrerin und Rennsteigforscherin Elisabeth Streller (1879–1939). Von hier aus geht der Blick weit über den Thüringer Wald bis in die Rhön hinein.* *Foto: goldiejx–stock.adobe.com*

WhatsApp-Kanal

der Landeszahnärztekammer Thüringen

Jetzt abonnieren:

www.lzkth.de/whatsapp-kanal

Foto: Diego – stock.adobe.com