

DGET

intern II/2026

Mitteilungen für Mitglieder



Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde!

Ich hoffe, Sie hatten schöne Sommerferien oder wenigstens eine kleine Auszeit in diesen herausfordernden Zeiten. Manche Konflikte sind beendet, der Ukrainekrieg ist schier endlos, die unselige Konfrontation im Persischen Golf kam dazu. Aber man muss gar nicht so weit schauen, um sich Sorgen zu machen: Ganze Schlüsselindustrien in Deutschland sind im Umbruch, Deindustrialisierung ist mehr als ein Schreckgespenst. Ob die mühsamen Reformvorhaben der Regierung in Sachen Gesundheit und Rente bei der Bevölkerung verfangen, die Wahlen im Herbst werden es zeigen. Unabhängig davon ist klar: Bei der durchschnittlichen Lebenserwartung von knapp 84 Jahren für Frauen, die ja absehbar die deutliche Mehrheit in der Zahnärzteschaft stellen werden, wird ein Renteneintritt und -niveau wie bisher üblich der Vergangenheit angehören, auch angesichts der hohen Teilzeitquote. Die Arbeitswelt wird sich verändern (müssen). Apropos: Welche Rolle spielt KI in der Zahnheilkunde, in vielen Branchen verantwortlich für Stellenabbau? Das Lehren und Lernen an den Universitäten wird sie spürbar beeinflussen und zwar schnell. In den Praxen wird die KI-gestützte Diagnostik noch einige Zeit brauchen und manuelles Geschick wird so schnell nicht zu ersetzen sein, das gilt auch für die Assistenz. Bei Datenerfassung und Textverarbeitung dagegen wird sie zügig für Effizienzgewinne sorgen. Die DGET hat dem Rechnung getragen und wird, wo es sinnvoll erscheint, KI-Tools im administrativen Bereich testen.

Ein sehr wichtiger Schwerpunkt der DGET ist die Förderung junger Kolleginnen und Kollegen. Das Rising Stars-Programm zur Unterstützung angehender Spezialisten hat sich etabliert und bereits Früchte getragen. Großen Dank an alle Beteiligten an dieser Stelle für ihren Einsatz. Darüber hinaus wird die DGET in Zukunft noch mehr und noch früher an den universitären Nachwuchs herantreten, um so die Begeisterung für die Endodontie ganz zeitig zu wecken und zu festigen. Der demografische Wandel und der damit verbundene, sich rasch nähernde Ruhestand vieler DGET-Mitglieder der ersten Stunde erlaubt es nicht, sich auf den guten Zahlen des Augenblicks auszuruhen. Aber wer beobachten konnte, wie ein begeistertes Publikum bei der gemeinsamen Frühjahrstagung von DGET und DG PARO im März in Frankfurt am Main das vorzügliche Fortbildungsangebot angenommen hat, dem braucht um die Zukunft der Endodontie nicht bange zu sein. Der Evergreen „DGET am Feierabend“ hat konstant hohe Zuschauerzahlen dank toller Referenten. Gerade hat der tolle Vortrag mit Dr. Jan Streblov zum Thema „Autotransplantation“ stattgefunden. Nächster Termin ist der 9. Dezember mit Prof. Henrik Dommisch, der über Endo-Paro-Läsionen referieren wird, spannend!

Sicher das Highlight im Herbst: Die 14. DGET-Jahrestagung vom 5. bis 7. November in Düsseldorf. Ein hochinteressantes Programm, dieses Jahr ist auch wieder der beliebte Kurs für die Endo-Assistenzen mit auf der Agenda. Kontinuierliche Fortbildung ist der Schlüssel, um immer am Puls der Zeit zu sein. Nutzen Sie die Gelegenheit und seien Sie dabei, ich freue mich auf Sie!

Herzlichst
Ihr Bernard Bengs

INHALT

- 3**
**Gemeinschaftstagung der DGET
und DG PARO 2026**
Dr. Christine Theile
- 7**
**Unsere neuen zertifizierten
Mitglieder der DGET**
- 8**
DGET am Feierabend
Dr. Frederic Schweizer
- 10**
DGET am Feierabend – Vorschau
- 11**
DGET-Studiengruppentreffen München
Dr. Sebastian Bohn, M.Sc.
- 13**
Studiengruppen
- 14**
**Krankenkassen dürfen Versicherte nicht mit geldwerten
Vorteilen davon abhalten, zu einer anderen Krankenkasse zu
wechseln**
Dr. Susanna Zentai
- 15**
**Warum sollte man Spezialist für
Endodontologie der DGET werden?**
- 16**
„Rising Stars“ – Ihr Weg zum DGET-Spezialisten
- 17**
AcciDent 4.0
- 18**
Zahnrettung
- 19**
Patientenflyer
- 21**
Save the date/Impressum

Wir sind für Sie da! Besuchen Sie uns auf



dget.ev



dget_ev



www.dget.de



DGET e.V.



Gemeinschaftstagung der DGET und DG PARO 2026

Dr. Christine Theile

Die Frühjahrstagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DG PARO) und der Deutschen Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET) fand in diesem Jahr zum ersten Mal als Gemeinschaftstagung am 6. und 7. März in Frankfurt am Main statt. Mit über 500 Teilnehmenden wurde ein neuer Rekord erreicht und die Tagung war ausgebucht!

Vor Beginn des eigentlichen Tagungsprogramms kamen die angehenden Spezialist:innen der DG PARO und der DGET zu einem zweistündigen interdisziplinären Austauschtreffen zusammen. In abwechselnden Fallvorstellungen wurden die Behandlungsansätze und Herausforderungen in den jeweiligen Spezialisierungsprogrammen DG PARO upGRADE und DGET Rising Stars präsentiert.

„Der Mensch im Mittelpunkt“, so lautete der Titel des ersten Teils des Hauptprogramms, das mit einer Keynote-Lecture zum Spiegel-Bestseller *Kopfarbeit* eingeleitet wurde. Leider nicht persönlich anwesend, sondern live per Video zugeschaltet, berichtete der Autor des Buchs, Prof. Peter Vajkoczy, Lehrstuhlinhaber für Neurochirurgie an der Charité Berlin, über das Berufsfeld des Neurochirurgen, die Voraussetzungen, die man als Mensch mitbringen sollte, und über mögliche Komplikationen bei neurochirurgischen Operationen.

Im darauffolgenden Vortrag gab Prof. Christoph Dörfer (Universitätsklinikum Kiel) ein Update zur Relevanz systemischer Erkrankungen in der Parodontologie. Vor allem bei Diabetes mellitus und kardiovaskulären Erkrankungen, wie zum Beispiel koronarer Herzkrankheit, Atherosklerose und Schlaganfällen, zeigt die Parodontistherapie signifikante Effekte auf einen positiven Verlauf dieser Erkrankungen. Ebenso hilft sie bei der Prävention der Endokarditis und der Bakteriämie und beeinflusst den Therapieerfolg und das

Rezidivrisiko in der Gastritisbehandlung durch eine Reduktion des *Helicobacter pylori* in der oralen Plaque. Die Parodontitis gilt als eigenständige Erkrankung mit hoher chronischer Entzündungslast. Das Ziel der Parodontistherapie ist es, diese Entzündungslast zu reduzieren und entzündungsfreie parodontale Verhältnisse zu schaffen.

Gleiches gilt für die Endodontie: Eine konsequente Eliminierung endodontischer Infektionen führt zu einer Reduktion der Gesamtlast der Entzündungen im Körper und somit zu einer Verbesserung der Allgemeingesundheit. Welche Einflüsse die Endodontie auf verschiedene systemische Erkrankungen hat, wurde eindrucksvoll in einem Vortrag von Prof. Edgar Schäfer (Universitätsklinikum Münster) dargestellt. So verringert sich nach erfolgreicher Wurzelkanalbehandlung die Mortalität eines Diabetes mellitus, und die Risiken für kardiovaskuläre Erkrankungen und koronare Herzkrankheit schwächen sich ab. Andererseits zeigen sich bei Diabetikern durch eine Minderdurchblutung der Gewebe, eine Reduktion der Immunabwehr sowie durch ein verändertes Mikrobiom gegenüber Nicht-Diabetikern, auch eine erhöhte Prävalenz periradikulärer Läsionen.

Um Risikopatient:innen im zahnärztlichen Praxisalltag ging es in der zweiten Session. Zunächst klärte Univ.-Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) in einem umfangreichen Vortrag über die Vorgehensweise bei endodontischen und parodontalen Therapien im Rahmen einer Chemotherapie, einer Strahlentherapie und im Rahmen einer Immunsuppression z.B. nach Organtransplantation auf. Unter Chemotherapie und Immunsuppression ist die Infektanfälligkeit erhöht, was zu schweren parodontalen Infektionen und zur Verschlechterung apikaler Läsionen führt und mit einem erhöhten Bakteriämierisiko einhergeht. Immunsup-



primierte Patient:innen und Patientinnen nach Abschluss einer Chemotherapie können ohne Einschränkung in der zahnärztlichen Praxis behandelt werden. Es besteht bei immunsupprimierten Patient:innen keine Indikation für eine generelle Antibiotikaphylaxe bei zahnärztlichen Eingriffen. Anders ist dies nach erfolgter Strahlentherapie zu bewerten. Die infizierte Osteoradionekrose (IORN) ist die schwerste Komplikation einer Strahlentherapie im Kopf-Hals-Bereich. Da der Knochen keinen Strahlenschaden vergisst, gehen dentoalveoläre Eingriffe zeitlebens mit einem erhöhten Risiko für IONR einher und müssen antibiotisch abgeschirmt werden.

Die Fortsetzung machte Prof. Dr. Dr. Knut Grötz (Wiesbaden). Er gab einen Überblick über den prophylaktischen Antibiotikaeinsatz und die Schwierigkeiten zahnärztlicher Eingriffe bei der Behandlung von Patient:innen mit antiresorptiven Therapeutika sowie von Patient:innen mit erhöhtem Endokarditisrisiko. Antiresorptiva, zu denen Bisphosphonate und Denosumab zählen, werden häufig zur Therapie der Osteoporose oder bei primären Metastasen eingesetzt. Die Antiresorptiva-assoziierte Kiefernekrose (AR-ONJ) ist eine gefürchtete Komplikation bei dentoalveolären Eingriffen. Das Leitsymptom ist der freiliegende Knochen. Die Wahl der Präparate und die Darreichungsform (intravenös oder oral) bestimmen die Prävalenz der AR-ONJ. Diese liegt zwischen 0,1 Prozent für Alendronat,

ein Prozent für Zolendronat und bis zu 20 Prozent für Amino-Bisphosphonate zur Therapie ossärer Metastasen. Zur Prävention der AR-ONJ sollen eine perioperative antibiotische Abschirmung und eine möglichst atraumatische Behandlung erfolgen. Dem Zahnerhalt durch Endodontie ist gegenüber einer Zahnentfernung der Vorzug zu geben. Die Erreger der Endokarditis sind orale Streptokokken. Eine Antibiotikaphylaxe zur Endokarditisprävention soll vor zahnärztlichen Eingriffen, die mit einem erhöhten Bakteriämierisiko einhergehen, erfolgen. Risikopatient:innen sind Patient:innen mit überstandener Endokarditis, Herzklappenprothesen oder Herztransplantationen.

Priv.-Doz. Dr. Jan Pützer (Münster) erklärte in seinem Vortrag über Endoprothesen, dass es im Gegensatz zu Patientinnen mit Herzklappenprothesen keine Evidenz für eine Antibiotikaphylaxe bei totalen Endoprothesen (z.B. Kniegelenk- oder Hüftgelenkprothesen) gibt. Der Grund: Es existiert keine Assoziation zwischen einer Zahnbehandlung und periprotetischen Gelenkinfektionen (PJI), da orale Streptokokken nur neun Prozent der PJI-Erreger ausmachen. Als viel größer ist damit das Schadenpotenzial unnötiger Antibiotikaphylaxe einzuschätzen, wozu Resistenzentwicklungen, allergische Reaktionen, Mikrobiomstörungen und Infektionen mit *Clostridoides difficile* zählen.

Um dentogene Entzündungen ging es schließlich im dritten und letzten Teil. Prof. Dr. Clemens Walter (Charité Berlin) referierte über moderne Diagnostikmethoden in der Parodontologie und Endodontie. Während konventionelle periapikale Röntgenbilder sich routinemäßig zur Diagnostik der Parodontitis und der apikalen Parodontitis eignen, zeigt eine dreidimensionale Diagnostik mittels digitaler Volumentomografie eine hohe Sensitivität für den Furkationsbefall in der Parodontologie und hilft in der Endodontie bei Fällen mit unklarer Diagnose hinsichtlich der Darstellung apikaler entzündlicher Prozesse. Die dentale Magnetresonanztomografie ist derzeit ein noch in Entwicklung befindliches diagnostisches Hilfsmittel. Im Anschluss stellte er die vorläufige Fassung einer neuen implantologischen Vitamin-D3-Leitlinie vor. Diese beschreibt, dass die Vitamin-D-Bestimmung und -Supplementierung bei Vitamin-D-Mangel erwogen werden kann. Eine ungezielte Vitamin-D-Supplementierung vor oder nach implantologischen Maßnahmen wird jedoch nicht empfohlen.

Ein Update zur Diagnostik und initialen Therapie akuter Schmerzen in der Endodontie gab es von Dr. Christoph Zirkel (Köln). Dabei gilt es, odontogene von nicht odontogenen Schmerzen differenzieren zu können. Nicht odontogene Schmerzen gehen oft mit einem Brennen oder Kribbeln, mit Gefühlsstörung der Gingiva oder blitzartigen Schmerzen einher. Diese Patient:innen werden vom Schmerz nicht geweckt. Die Akuttherapie der irreversiblen Pulpitis sollte die Trepanation der Pulpakammer und eine Kortikosteroideinlage (z.B. Ledermix oder Dontisolon) umfassen. Häufig ist die Anästhesie schwierig und mit einer höheren Rate an Anästhesieversagern im Unterkiefer verbunden. Neben einer präoperativen Gabe von Ibuprofen, können verschiedene Anästhesietechniken (intraligamen-



täre Anästhesie, intraossäre Injektion) parallel zur Leitungsanästhesie eingesetzt werden. Die akut infizierte Pulpanekrose bedarf auch in der Notfallversorgung einer vollständigen Wurzelkanalaufbereitung.

Univ.-Prof. Dr. Henrik Dommisch (Charité Berlin) stellte in seinem Vortrag akute parodontale Läsionen vor. Zu diesen gehören nekrotisierende Erkrankungen, parodontale Abszesse und Endo-Paro-Läsionen. Nekrotisierende Parodontalerkrankungen sind in ihrer Gesamtheit zwar selten, zählen durch ihr hohes Destruktionspotenzial jedoch zu den schwerwiegendsten entzündlichen Parodontalerkrankungen. Die Therapie umfasst das Schmerzmanagement, die Biofilmentfernung und ggf. eine systemische Antibiose mit Metronidazol. Bei Endo-Paro-Läsionen liegt eine pathologische Kommunikation zwischen den pulpalen und den parodontalen Geweben vor. Das primäre Anzeichen ist eine tiefe Tasche bis zur Wurzelspitze und eine veränderte oder fehlende Sensibilität des betroffenen Zahns. Die Ätiologie kann endodontischen Ursprungs und/oder parodontologischen Ursprungs sein. In der neuen Klassifikation werden Endo-Paro-Läsionen eingeteilt in Läsionen mit Wurzelschädigung (Wurzelschädigung, Wurzelschädigung, Wurzelschädigung) und ohne Wurzelschädigung. Die Behandlung einer Endo-Paro-Läsion sollte stufenweise erfolgen. Zuerst sollte endodontisch therapiert werden, und nach einer Reevaluation von sechs Monaten schließt sich bei Bedarf die parodontale Therapie an.

Die restlos ausgebuchte Abendveranstaltung im Rooftop-Restaurant des Fleming Selection Hotels mit fantastischer Aussicht auf die Frankfurter Skyline bot ausreichend Zeit zum fachlichen Austausch und einen entspannten Tagesausklang.

Der Samstagvormittag startete mit der zahnärztlichen Traumatologie. Prof. Dr. Matthias Widbiller (Universitätsklinikum Regensburg) gab einen systematischen Überblick über Verletzungsarten und Folgen für Endodont und Parodont nach Zahntrauma. Ein Zahntrauma führt meist zu komplexen Schäden an mehreren Geweben, u.a. dem gingivo-periostealen Komplex, dem zemento-parodontalen Komplex, dem Alveolarknochen und dem Dentin-Pulpa-Komplex. Als Komplikation können progressive Resorptionen durch eine ausgeprägte Dislokationsverletzung, durch Trockenlagerung nach Avulsion eines Zahns oder durch Infektionen des Wurzelkanals oder der Wurzeloberfläche auftreten. Pulpitiden, Pulpanekrosen, Obliterationen des Wurzelkanals sowie interne Resorptionen treten bei Dislokationen und Zahnfrakturen auf. Eine Wurzelkanalbehandlung nach Zahntrauma sollte bei intrudierten, stark

extrudierten, lateral dislozierten ($\geq 2\text{mm}$) und avulsierten Zähnen erfolgen, jedoch nicht bei weit offenen apikalen Foramina oder leichten Dislokationen.

Interessante Fälle aus der Praxis zum Thema Traumatologie wurden im Anschluss von Dr. Eva Dommisch (Berlin) gezeigt. Sie wies darauf hin, dass weltweit 20 bis 25 Prozent aller Schulkinder im Laufe ihres Lebens ein Zahntrauma erleiden. Als besonders schwerwiegend stellte sie die intrusive Dislokation dar. Hier gilt es, die 3-mm-Regel zu beachten, bei der bis zu drei Wochen eine spontane Reeruption abgewartet werden kann, sollte ein Zahn mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum weniger als 3 mm intrudiert sein. Bei Intrusionen liegt je nach Schweregrad eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Ersatzresorptionen und Ankylosierung mit nachfolgender Infraposition vor. Falls keine Spontaneruption erfolgt oder die Intrusion über 6 mm beträgt, sollte eine chirurgische oder kieferorthopädische Reposition erfolgen.

Als etablierte Therapieoptionen stellten Prof. Dr. Karin Jepsen (Universitätsklinikum Bonn) die Vitalamputation und Prof. Dr. Kerstin Galler (Universitätsklinikum Regensburg) die Revitalisierung vor. Die Revitalisierung eignet sich zur Therapie bleibender Zähne mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum im Cvek-Stadium 1 und 2 als Alternative zum apikalen Verschluss mit hydraulischen Kalziumsilikatzementen, wenn eine Pulpanekrose oder eine symptomatische irreversible Pulpitis mit oder ohne apikale Parodontitis vorliegen. Die Methode bewirkt in zwei Drittel der Fälle eine Zunahme der Wurzeldicke und -länge. Zu beachten ist, dass bei negativer Sensibilitätsprobe nach Trauma nicht zwangsläufig eine Pulpanekrose vorliegt, da die neuronale Regeneration langsamer voranschreitet als die vaskuläre Regeneration. Als nachteilig erweist sich die fehlende Hartgewebsapposition im Bereich der Schmerz-Zement-Grenze der sehr dünnen Wurzelkanalwände wurzelunreifer Zähne. Die Restauration sollte daher bis zur Schmelz-Zement-Grenze ausgedehnt werden. Stifte bieten keine erhöhte Frakturresistenz, weshalb keine Indikation für Wurzelkanalstifte besteht.

Eine Option, einen traumatisch bedingten Zahnverlust zu therapieren, besteht in der Autotransplantation von einwurzeligen Unterkieferprämolaren in die Oberkieferfrontzahnregion. Spezialist auf diesem Gebiet ist Dr. Dick Barendregt (Rotterdam, Niederlande) der in einer Klinik in den Niederlanden mit einem Team aus Kieferorthopäden, Parodontologen und Oralchirurgen, Prothetikern, Ästhetikspezialisten und Endodontologen arbeitet. Er erläuterte an vielen klinischen Beispielen, wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit dieser komplexen Therapie funktioniert. Die klinischen Zehn-Jahres-Überlebens- und Erfolgsraten sind mit 99 Prozent für die Transplantation von wurzelunreifen Zähnen und mit 95 Prozent für die Transplantation von wurzelreifen Zähnen bei unter 18-jährigen Patienten extrem hoch.

Priv.-Doz. Dr. Christina Tietmann (Aachen) sprach sich in ihrem Vortrag für die regenerative Therapie bei Zähnen mit Endo-Paro-Läsionen und für den mutigen Erhalt oft als hoffnungslos eingeschätzter Zähne aus. An Molaren mit den Furkationsgradklassen 2 und 3 können parodontalchirurgische Maßnahmen wie Tunnelierung, Wurzelseparation oder Wurzelresektion erwogen werden. Die regenerative Therapie ist mit hohen Fünf-Jahres-Erfolgsraten von über 90 Prozent eine Alternative zu Extraktion und Ersatz durch eine Brücke oder ein Implantat. Zudem ist eine zahnerhaltende Therapie meist kosteneffektiver.

Den Abschluss der Veranstaltung bildeten zwei Vorträge zum Thema Langzeitergebnisse in der Parodontologie und in der En-



dodontologie. Prof. Dr. Christian Graetz (Universitätsklinikum Kiel) stellte klar, dass der Zahnverlust mit unterstützender Parodontitis-therapie (UPT) ein eher seltenes Ereignis ist und Zahnverlust primär ein Zeit- und Compliancephänomen und nicht ein Therapieintensitätsphänomen ist. Die Risiken für den Zahnverlust sind individuell unterschiedlich. Stabil ist eine Situation, wenn keine Sondierungstiefen $\geq 5\text{mm}$ vorhanden sind und keine Sondierungstiefen mit 4mm und positivem Blutungsindex vorliegen.

Obwohl als letzter Vortragender, durfte sich Prof. Dr. Christian Gernhardt (Universitätsklinikum Halle [Saale]) dennoch über einen noch gut gefüllten Tagungssaal freuen und das Auditorium über die Langzeitergebnisse endodontischer Behandlungen informieren. Keinen Unterschied im Outcome macht die einzeitige endodontische Behandlung gegenüber einer mehrzeitigen Therapie. Die Erfolgsaussichten endodontischer Behandlungen werden mit über 90 Prozent für Zähne ohne apikale Läsion und mit 74 bis 86 Prozent für Zähne mit periapikaler Läsion beschrieben. Dabei spielt die Ausdehnung einer vorhandenen apikalen Läsion keine Rolle für die

Ausheilung. Wurzelkanalbehandlung und koronale Restauration haben gleichermaßen einen Einfluss auf die Prognose. Sind beide unzureichend, sinkt die Wahrscheinlichkeit des Erfolgs erheblich. Zudem sind die Erfolgsraten abhängig von der Versorgung: Höckerfassende Restaurationen innerhalb von vier Monaten sind signifikante Faktoren für das Überleben endodontisch behandelter Zähne. Die Erfolgsaussichten endodontisch behandelter Pfeilerzähne im Versorgungskonzept einer Teleskopprothese sind als deutlich schlechter zu bewerten als festsitzende Brückenversorgungen oder Einzelzahnrestaurationen.

Der Zusammenschluss beider Fachgesellschaften im Rahmen der diesjährigen Frühjahrstagung ist mit Blick auf die Themenauswahl und die Resonanz des Publikums als voller Erfolg zu werten. Beiden Fachgesellschaften wurde durch die Thematisierung der systemischen Erkrankungen und die zunehmende Anzahl an Risikopatienten in der zahnärztlichen Praxis sicherlich bewusst, wie viele fachspezifische Gemeinsamkeiten sie doch haben. Ein Austausch dieser Art sollte in jedem Fall nicht der letzte gewesen sein.



Unsere neuen zertifizierten Mitglieder der DGET

Wir freuen uns, unsere neuen zertifizierten Mitglieder in der DGET zu begrüßen:

- Dr. Thimo Appl
- Dr. Katrin Grund
- Dr. Fabian Hieber
- Katharina Maksymova
- Bianca Steffen
- Silvana Bertram
- Julia Hahn
- Dr. Denis Hoogestraat
- Jürgen Mantsch
- Gustav Leo Classen
- Dr. Ann-Kristin Härdter
- Dr. Pia Carolin Lotz
- Elina Märker

Die DGET gratuliert herzlich zur bestandenen Abschlussprüfung am 6. März 2026, im Rahmen der Frühjahrstagung der DG PARO und DGET am 6. und 7. März 2026 in Frankfurt am Main.



DGET am Feierabend 18. März 2026: „External cervical root resorption. Etiology. Anatomic, radiologic and histological complexity“ mit Prof. Paul Lambrechts

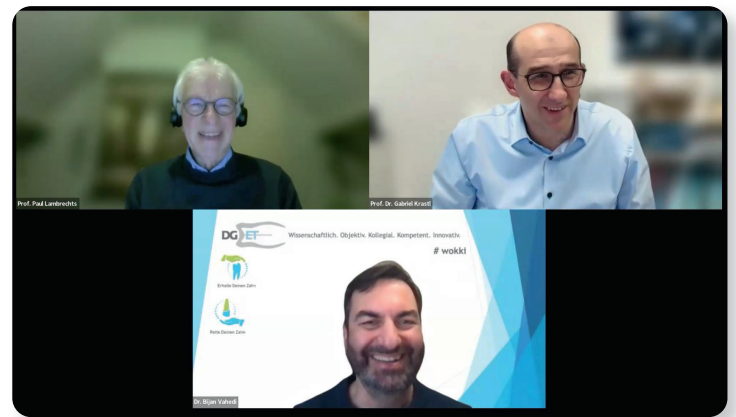
Dr. Frederic Schweizer

Der Referent nennt sein Thema selbst ein „hot topic“, ein heißes Thema, und so ist es auch: Oft ohne Symptome und nur als Zufallsbefund im Röntgenbild oder als „pink oder grey Spot“ klinisch sichtbar, überrascht sie die Patientinnen und die Behandler:innen meist. 435 Teilnehmer:innen waren bei der Fortbildung live dabei.

Die externe zervikale Resorption (ECR) ist ein invasiver, osteoklastengetriebener Hartsubstanzverlust im Bereich der Zahnhalsregion, der von außen in die Wurzel eindringt (Port of entry). Während die Prävalenz 1999 noch bei 0,02 Prozent lag, wird sie heute mit fünf bis sechs Prozent angegeben – ein deutlicher Anstieg, der sowohl auf verbesserte Diagnostik als auch auf eine Zunahme relevanter Risikofaktoren zurückzuführen ist. Die Läsionen werden anhand eines 2D-Röntgenbildes in Klassen 1 bis 4 eingeteilt. Oder besser noch, anhand eines DVTs in einer 3D-Klassifikation nach Patel (2018), welche die vertikale Ausdehnung (1 bis 4), die Zirkumferenz (A bis D) in Grad und die Nähe zum Wurzelkanal (d/p dentin/pulpa) beinhaltet. Diese Klassifikation verbessert die Therapieplanung erheblich. Diagnostisch ist die 2D-Radiologie häufig unzureichend, da sich Strukturen überlagern. Das DVT ist daher essenziell, um Ausdehnung, Portal of entry und Nähe zur Pulpa zu beurteilen. Micro-CT-Analysen an extrahierten Zähnen zeigen komplexe Resorptionslakunen und dreidimensionale Vernetzungen, die das klinische Verständnis vertiefen. Besonders häufig betroffen sind Oberkieferfrontzähne, Oberkiefercanini und Unterkiefermolaren.

Die Ätiologie ist multifaktoriell. Eine große Fallserie (337 Zähne) zeigt, dass orthodontische Behandlungen mit 45,7 Prozent der häufigste prädisponierende Faktor sind, gefolgt von Trauma (28,5 Prozent), Parafunktionen wie Bruxismus oder Nägelkauen (23,2 Prozent), schlechter Mundhygiene und Parodontitis (22,9 Prozent) sowie Malokklusion und Überlastung (17,5 Prozent). Auch Extraktionen benachbarter Zähne, mit einhergehender Schädigung des Zements (14 Prozent), virale Infektionen wie Herpes simplex (10,1 Prozent), Non-vital-Bleaching, Cracks und iatrogene Schäden spielen eine Rolle. In 59 Prozent der Fälle treten auch Kombinationen von ein bis fünf Faktoren auf. Bei 40 Prozent ist ein einzelner Faktor verantwortlich. Bei der Therapie ist es essenziell, die genannten Faktoren zu erkennen und zu eliminieren.

Es werden klinische Fälle wie Druckbelastungen durch das Spielen von Blasinstrumenten, Zementverletzung bei der Kürettage (zu aggressiv) und Probleme bei der kieferorthopädischen Behandlung (Vorsicht bei Extraktion von Prämolaren für den Kieferorthopäden: kein/wenig Druck auf Nachbarzähne!) vorgestellt. Auch häufig vorkommend sind Resorptionen nach Kollisionen der Zähne bei der kieferorthopädischen Einstellung der Zähne. Weitere Fälle sind Nagelkauen mit hypoxischen Veränderungen und generalisierte zervikale Resorptionen bei Parodontitis.



Pathophysiologisch beginnt die ECR meist an einem Portal of entry, häufig an natürlichen Variationen der Schmelz-Zement-Grenze oder an iatrogenen Defekten. Über diese Zugänge dringen Osteoklasten in die Wurzeloberfläche ein. Es findet sich ein Biofilm mit Bakterien im Portal of entry, häufig auch kombiniert mit Zahnstein am Zahn. Risse/Cracks als Zugang für Bakterien können als Trigger für die Osteoklasten wirken. Eine weitere wichtige Rolle spielt die Hypoxie, welche über HIF-1 α -Färbungen in resorptiven Arealen nachgewiesen werden kann.

Trotz teils massiver Resorption bleibt das Pulpakavum oft durch eine dünne, resorptionsresistente Schicht (PRRS – Pericanalar Resorption-Resistant Sheet) geschützt und der Zahn ist lange pulpa-vital. In diesem Zusammenhang wird auch kurz auf die Therapieoption „watchful waiting – abwartendes Beobachten“ eingegangen: Bei sehr großen und tiefen Ausdehnungen der Klassen 3 und 4 sowie unbedingtem Abstellen/Korrigieren der verursachenden Faktoren und dem Etablieren einer sehr guten Mundhygiene, kann mit regelmäßigen Nachkontrollen beobachtet werden. Im Gegensatz dazu sollten die beginnenden Läsionen der Klassen 1 und 2 frühzeitig therapiert werden und haben eine gute Prognose. Auf die weitere Therapie wird noch ausführlicher in einer zweiten Fortbildung eingegangen.

Die externe zervikale Resorption (ECR) ist eine multifaktorielle, oft asymptomatische und diagnostisch anspruchsvolle Erkrankung, die trotz großer Läsionen häufig an noch pulpa-vitalen Zähnen auftritt. Die frühzeitige Erkennung und Therapie sind entscheidend, da fortgeschrittene Läsionen schwer zu behandeln sind.

Prof. Lambrechts gibt auch einen kleinen Einblick in sein Privatleben: So wollte er eigentlich Tierarzt werden, aber sein Bruder Luc hat schon vor ihm mit dem Studium begonnen und er dachte: „Lieber keine zwei Tierärzte in der Familie.“ Sein Vater war Zahnarzt, und so begann er mit diesem Studium. Seine Leidenschaft über Jahre war es dann, die Studenten zu unterrichten und zu motivieren. Von 65 bis 70 arbeitet er gerne noch weiter an der Universität in der Lehre und Forschung. Aktuell ist er noch als Freiwilliger und Freelancer tätig und renoviert ein Haus, in das er bald umziehen wird.

DGET am Feierabend 17. Juni 2026: „External cervical root resorption. Treatment and outcome“ mit Prof. Paul Lambrechts

Dr. Frederic Schweizer

Die externe zervikale Resorption (ECR) stellt eine komplexe, oft spät erkannte Läsion dar, deren erfolgreiche Behandlung eine präzise Diagnostik und individuelle Therapieplanung erfordert. Eine zentrale Rolle spielt die DVT-Diagnostik, da zweidimensionale Aufnahmen die wahre Ausdehnung häufig unterschätzen. Aufbauend auf der klassischen 2D-Klassifikation nach Heithersay wurde eine moderne 3D-Klassifikation entwickelt, die Höhe, zirkumferenten Befall und Nähe zum Wurzelkanal berücksichtigt. Diese erlaubt eine deutlich präzisere Einschätzung der Prognose und der therapeutischen Möglichkeiten. Vor allem für die Klasse 4 wird ein DVT als essenziell angesehen. Vor jeder Behandlung müssen zusätzliche Faktoren wie Portal of entry, Knocheneinwuchs, Pulpastatus, Parodontalzustand, Okklusion, ästhetische Anforderungen und die Eliminierung ätiologischer Faktoren – etwa Kieferorthopädie, Bruxismus oder traumatische Belastungen – berücksichtigt werden. Therapeutisch stehen mehrere Ansätze zur Verfügung.

Der externe Zugang zielt darauf ab, die Pulpa vital zu erhalten. Nach Lappenbildung und evtl. Elektrotomie (zur Blutstillung oder wenn der Zugang ohne Lappenbildung möglich ist) werden Granulationsgewebe und resorptive Strukturen entfernt und der Defekt mit Komposit oder Glasionomer versorgt. Der früher verbreitete Einsatz von Trichloressigsäure wird heute kritisch gesehen, da er die Zahnstruktur schwächt – es werden auch nicht organische Strukturen angegriffen. Zur Inaktivierung der klastischen Zellen verwendet man Natriumhypochlorit drei Prozent mit einem Schwämmchen. Bei geeigneter Fallauswahl zeigt dieses Vorgehen langfristig stabile Ergebnisse.

Der interne Zugang mit vitalerhaltenden Maßnahmen – etwa direkter Überkappung, partieller Pulpotomie oder Pulpektomie – ist möglich, wenn die Pulpa klinisch unauffällig ist. Kalziumsilikatbasierte Materialien ermöglichen eine zuverlässige Abdichtung und zeigen in Fallserien über mehrere Jahre stabile Resultate. Ist die Pulpa jedoch irreversibel geschädigt oder die Läsion weit fortgeschritten, liegt eine apikale Parodontitis vor, dann erfolgt eine Wurzelkanalbehandlung. Moderne Reinigungssysteme wie GentleWave®/Sonendo ermöglichen eine effektive Desinfektion auch komplexer anatomischer Strukturen. Anschließend wird der Defekt intern rekonstruiert, häufig mit biokeramischen Sealern, Biodentine oder Komposit.

Bei sehr komplexen Läsionen kann ein kombinierter externer und interner Ansatz notwendig sein, oft gefolgt von einer späteren Wurzelkanalbehandlung. Wenn der Zugang intraoral nicht möglich ist, stellt die intentionelle Replantation eine Option dar: Der Zahn wird atraumatisch extrahiert, extraoral behandelt und anschließend replantiert. Bei nicht erhaltungswürdigen Zähnen kommen Exzision, Dekoronation und adhäsive Befestigung der Krone, Implantation oder Autotransplantation infrage.

In bestimmten Fällen ist eine Behandlung nicht sinnvoll oder nicht möglich. Dann wird ein Monitoring, das „watchful waiting“, empfohlen. Es zeigt sich, dass manche Läsionen über Jahre stabil



bleiben oder sogar regressive Veränderungen zeigen können. Wichtig dabei ist, dass die ätiologischen Faktoren eliminiert werden! Gleichzeitig wird betont, dass regelmäßige Nachkontrollen notwendig sind, da manche Läsionen im Verlauf dennoch progredient werden und dann eine Exzision erforderlich machen.

Es werden zu jeder der vorgestellten Therapieoptionen Fälle gezeigt, und dabei sehr ausführlich erläutert, worauf jeweils geachtet werden muss. So wird z.B. in einem Fall bei der zervikalen Abdichtung die biologische Breite verletzt. Dies muss mit einer absolut glatten Oberfläche der Kompositfüllung zervikal mit Matrizentechnik gelöst werden. Nach Füllungslegung wird nicht mehr mit diamantierten Schleifkörpern an diesem subgingival gelegenen Bereich gearbeitet. Die Gingiva wird aufgrund der sehr glatten Oberfläche gut heilen.

Die Ergebnisse werden anhand einer Studie mit knapp 100 Fällen aus der Universität British Columbia in Vancouver von 2018 dargestellt. Wobei 48 Zähne keine Behandlung erhielten und 50 Zähne eine Art von Behandlung. Über alle Zähne gesehen trat nach acht Jahren ein Misserfolg bei 50 Prozent auf, nach zehn Jahren bei 80 Prozent. Seitenzähne haben eine höhere Misserfolgsrate als Frontzähne, Klasse 1 und 2 eine gute und Klasse 3 und 4 eine schlechtere Prognose (früher eintretender Misserfolg). Invasive Behandlungen im Vergleich zur „watchful waiting“ Therapie erzielten ein ähnliches Ergebnis, wobei man dabei sicher die richtige Fallauswahl/Therapieauswahl berücksichtigen muss. Zwischen einem internen oder externen Zugang ergaben sich keine Unterschiede. Behandlungen mit Wurzelbehandlungen erzielten ein besseres Ergebnis als ohne Wurzelbehandlung. Eine zweite Studie der KU-Leuven, publiziert im *International Endodontic Journal* 2022 mit 300 Fällen, zeigt im Vergleich ein besseres Ergebnis bei einem externen Zugang. Der watchful waiting Ansatz hat auch hier seine Berechtigung. Wenn extrahiert werden soll, sollte dies aber rechtzeitig geschehen, bevor es zu Knochenverlust kommt.

Take Home Messages

- Finde die begünstigenden Faktoren der Resorption und stelle sie ab!
- DVT bei großen Läsionen (Klasse 4).
- Beginnende/kleine Läsionen früh erkennen und früh therapieren.
- Keine Trichloressigsäure 90 Prozent verwenden, stattdessen Natriumhypochlorit drei Prozent.

DGET am Feierabend. Von Mitgliedern für Mitglieder, von Freunden für Freunde.

Unsere erfolgreiche Reihe geht nach mittlerweile sechs Jahren auch 2027 weiter.

Die Idee

Ein Top-Referent mit Moderation. Einmal im Quartal – immer Mittwoch 20.00 Uhr.

Die Dauer

45 kompakte Minuten Vortrag zu einem spannenden Thema plus Diskussion, insgesamt max. 120 Minuten.

Das Besondere

Nach dem Vortrag gibt es ein sehr persönliches kurzes Gespräch zwischen Referenten und Moderator. So erfahren Sie Interessantes jenseits der reinen Fakten, erhalten Insiderwissen und blicken hinter die Kulissen.

Die Diskussion

Hier haben Sie die Gelegenheit, all Ihre Fragen vorzubringen, direkter gehts nicht. Nutzen Sie die Gelegenheit, auf Tuchfühlung mit renommierten Experten zu diskutieren – rein virtuell, versteht sich.

Ihr Vorteil

Sie können nach Feierabend ganz entspannt eine hochklassige Fortbildung bequem genießen – wo immer Sie auch sind. Wenn Sie möchten, bei einem Glas Wein oder einem Espresso, Sie haben die Wahl.

Das Beste

Für Mitglieder im DGZ-Verbund ist diese Veranstaltung kostenfrei!
Für Nichtmitglieder 35 Euro.

Save the date

Damit Sie keinen Termin verpassen, finden Sie für Ihre Planung hier eine Übersicht über die kommenden Termine bis Ende 2027, jeder ein Highlight für sich!

Anmeldung

Ihre Online-Anmeldemöglichkeit finden Sie rechtzeitig auf www.dget.de/veranstaltungen.

Save the date 2027

17. März 2027

16. Juni 2027

15. September 2027

8. Dezember 2027

Die Themen und Referierenden finden Sie zu einem späteren Zeitpunkt auf www.dget.de/veranstaltungen.

Es lohnt sich, dabei zu sein!

Wenn Sie noch Fragen haben: Wenden Sie sich gern an das Sekretariat per Mail unter sekretariat@dget.de oder auch telefonisch: +49 211 4174646-0.

DGET am Feier- abend



Univ.-Prof. Dr. Henrik Dommisch
ENDO-PARO-LÄSIONEN –
IST DER ERHALT
HOFFNUNGSLOSER ZÄHNE
MÖGLICH?

09. DEZEMBER 2026 – 20.00 UHR

**DER Online-Treff von Mitgliedern
für Mitglieder**

www.dget.de/veranstaltungen



DGET-Studiengruppentreffen München

Dr. Sebastian Bohn, M.Sc.

Am 13. März 2026 fand das Studiengruppentreffen der DGET München erneut in den Bavaria Filmstudios statt. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stand das hochaktuelle Thema „Nutzung von Virtual Reality (VR) und Augmented Reality (AR) in der Endodontie“. Zahlreiche interessierte Kolleg:innen aus Praxis, Klinik und Wissenschaft nutzten die Gelegenheit zum fachlichen Austausch.

Als Referenten konnten zwei ausgewiesene Experten auf dem Gebiet der digitalen Zahnmedizin und Endodontie gewonnen werden: Dr. Christian Diegritz und Priv.-Doz. Dr. Marcel Reymus von der LMU München. Beide wurden für ihr Forschungsprojekt bereits mit mehreren Preisen, u.a. der DGET und ESE, ausgezeichnet. Das Ergebnis ist eine Applikation, die sowohl mit Smartphones und Tablets als auch mit VR-Headsets kompatibel ist und daher vielfältige Einsatzbereiche aufweist.

Den Auftakt der Veranstaltung machte Dr. Reymus, der in seinem Vortrag zunächst einen Überblick über die technischen Grundlagen und aktuellen Entwicklungen im Bereich KI, Virtual und Augmented Reality gab. Er erläuterte anschaulich, wie immersive Technologien zunehmend Einzug in zahn-



medizinische Ausbildungs- und Behandlungsprozesse halten. Im Bereich der KI-basierten Anwendungen kommen aktuell vor allem diagnostische Tools wie die Analyse von Röntgenaufnahmen zum Einsatz.

Virtual und Augmented Reality entfalten ihr Potenzial besonders in der zahnärztlichen Ausbildung. So zeigte der Referent anhand konkreter Beispiele, wie sich Studierende vor komplexen endodontischen Behandlungsschritten – etwa der Präparation der Zugangskavität oder dem Auffinden zusätzlicher Kanäle – mit dem zu behandelnden Zahn in einer virtuellen Umgebung realitätsnah vertraut machen können. Dadurch lassen sich manuelle Fähigkeiten, räumliches Verständnis und Behandlungssicherheit verbessern, bevor Eingriffe am Patienten durchgeführt werden. Aber auch die Patientenaufklärung kann durch den Einsatz der vorgestellten App erleichtert werden.

Beide Referenten betonten übereinstimmend, dass VR und AR derzeit noch überwiegend im Bereich der Ausbildung, Simulation und Forschung eingesetzt werden, langfristig jedoch auch für die klinische Unterstützung an Bedeutung gewinnen könnten.

Im Anschluss an den Vortrag entwickelte sich eine lebhaft Diskussion unter den Teilnehmenden. Themen waren unter anderem die praktische Implementierung solcher Systeme in niedergelassenen Praxen sowie die aktuelle Kosten-Nutzen-Relation.

Als besonderes Highlight erhielten alle Teilnehmer:innen die Möglichkeit, die entwickelte Software an Tablets, Smartphones und VR-Headsets selbst auszuprobieren, was bei allen nachhaltige Begeisterung auslöste.

Passend zum Thema des letzten Studiengruppentreffens „Alles zur neuen SAF“ präsentierte Dr. Raphael Auracher, M.Sc. zum Abschluss der Veranstaltung seine spannendsten klinischen Fälle, die er in der Zwischenzeit mit der neuen SAF-Feile behandelt hatte.

Nach einem äußerst informativen Nachmittag fand das gemeinsame Abendessen im Harlachinger Jagdschlössl statt. Die Teilneh-



mer:innen nutzten hier die Gelegenheit, sich in lockerer Runde auszutauschen und den Tag bei zünftiger bayerischer Küche abzurunden.

Ich bedanke mich nochmals ganz herzlich bei allen Referenten für ihre informativen und spannenden Vorträge sowie bei allen Teilnehmer:innen für das große Interesse und die engagierte Diskussion. Ich freue mich schon sehr auf das nächste Studiengruppentreffen in München!

15. Jahrestagung der DGET

18.–20. November 2027
The Westin Grand Munich



Studiengruppen



- ① **Berlin**
Dr. Bernard Bengs
- ② **Düsseldorf**
Dr. Christian Patrosio
- ③ **Düsseldorf F.S. Weine**
Dr. Udo Schulz-Bongert
- ④ **Hannover**
Dr. Christine Theile, M.Sc.
Dr. Peggy Herrmann
- ⑤ **Heidelberg**
Prof. Dr. Johannes Mente
Klaus Lauterbach
- ⑥ **Köln**
Wulf Kottmann
Dr. Vadim Konoval
- ⑦ **Mecklenburg-Vorpommern**
Dr. Heike Steffen
Dr. Michael Drefs
- ⑧ **München**
Dr. Sebastian Bohn, M.Sc.
- ⑨ **Nord**
Dr. Volker Wettlin
- ⑩ **Nürnberg**
Dr. Tom Schloss, M.Sc.
Dr. Jürgen Wollner
- ⑪ **Oldenburg**
Charlotte Schünemann, M.Sc.
- ⑫ **Ost**
Dr. Axel Schumann, M.Sc.
- ⑬ **Östliches Ruhrgebiet**
Dr. Martin Eggert, M.Sc.
Dr. Richard Düsberg, M.Sc.
- ⑭ **Stuttgart**
Dr. Jörn Noetzel
Dr. Jakob Rosenbohm
- ⑮ **Würzburg**
Priv.-Doz. Dr. Ralf Krug

Anmeldung

Die Studiengruppen stehen allen Zertifizierten Mitgliedern offen. Interessierten Kolleg:innen soll so die Möglichkeit zur regionalen Vernetzung und zum Erfahrungsaustausch sowie der Fortbildung geboten werden.

Wenn Sie Interesse haben, an den Treffen einer der 15 Studiengruppen teilzunehmen, dann melden Sie sich formlos im Sekretariat an. Teilnehmer der Studiengruppen, die zweimal nicht teilgenommen haben, fallen automatisch wieder aus dem Verteiler der Gruppe. Danach können sie sich jederzeit wieder für eine Studiengruppe der Wahl anmelden.

Die jährliche Teilnahme an der Jahrestagung und/oder Frühjahrsakademie der DGET ist gewünscht.

Sie möchten sich als
Studiengruppenleiter engagieren?
Schreiben Sie uns gerne: sekretariat@dget.de



Krankenkassen dürfen Versicherte nicht mit geldwerten Vorteilen davon abhalten, zu einer anderen Krankenkasse zu wechseln

Dr. Susanna Zentai

Diese Thematik hatte das Landessozialgericht Bayern zu prüfen und mit Beschluss vom 27.07.2026 (Az. L 5 KR 126/26) entschieden.

Grundsätzlich gilt: Der Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenkassen ist erlaubt und vorgesehen. In § 4a Abs. 1 Satz 1 SGB V wird formuliert: „Der Wettbewerb der Krankenkassen dient dem Ziel, das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungen zu verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen.“ Diese Wettbewerbsfreiheit unterliegt allerdings bestimmten gesetzlich vorgesehenen Einschränkungen. So können Krankenkassen gemäß § 4a Abs. 7 Satz 1 SGB V von anderen Krankenkassen die Beseitigung und Unterlassung unzulässiger Maßnahmen verlangen, die geeignet sind, ihre Interessen im Wettbewerb zu beeinträchtigen.

Eine solche Wettbewerbseinschränkung hat das Landessozialgericht Bayern in dem ihm zur Entscheidung vorgelegten Fall festgestellt und verboten. Ausschlaggebend war, dass die Krankenkasse Versicherte an einem Wechsel zu einer anderen Krankenkasse gehindert hat, indem dem Versicherten geldwerte Vorteile versprochen worden sind, auf die die Versicherten keinen rechtlichen Anspruch hatten.

Konkret ging es u.a. um Bonuszahlungen, deren Anspruchsvoraussetzungen nicht gegeben waren, mithin von der vertraglichen Grundlage nicht gedeckt waren. In einem anderen Fall ging es um eine weitere finanzielle Zuwendung in Form der Kostenübernahme für eine Hebammenrufbereitschaft zugunsten des Versicherten, auf die kein Anspruch bestand.

In beiden Fällen war die Einflussnahme auf die Versicherten unerlaubt. Die Krankenkassen wurden zum Unterlassen verpflichtet. Für jeden Fall der Zuwiderhandlung wurde ein Ordnungsgeld in Höhe von 100.000 Euro verhängt, ersatzweise Ordnungshaft von drei Monaten, welche am Vorstand der Antragsgegnerin zu vollziehen wäre.

Die Kanzlei Dr. Zentai – Heckenbücker ist auf das Medizinrecht mit einem Schwerpunkt in der Zahnmedizin spezialisiert. Seit Jahren vertritt sie sämtliche Belange von Zahnärzten und Praxen von Abrechnungsfragen über Gesellschaftsrecht und Haftung bis Zulassung und Zugewinnausgleich. Dabei greift sie bei Bedarf auf ein nicht nur juristisches, sondern auch zahnmedizinisches Netzwerk zurück. Seit einiger Zeit stellt die Kanzlei Dr. Zentai – Heckenbücker die Justiziar der DGET. Für Mitglieder der DGET wurde eine kostenfreie Erstberatung eingerichtet.

Kontakt

Rechtsanwälte Dr. Zentai – Heckenbücker PartG mbB
Hohenzollernring 37 · 50672 Köln
Tel.: +49 221 1681106
kanzlei@d-u-mr.de · www.dentalundmedizinrecht.de

Warum sollte man Spezialist für Endodontologie der DGET werden?

1. Spitzenfähigkeiten und Anerkennung

Da es keinen Fachzahnarzt für Endodontologie in Deutschland gibt, ist der Spezialist für Endodontologie der DGET die fachlich herausragendste Qualifikation in Deutschland. Obwohl der Weg zum Spezialistentitel nicht wie in anderen Ländern durch ein mehrjähriges, spezialisiertes Programm erfolgt, erreicht man dennoch das gleiche hohe fachliche Niveau. Hier wird dieses Niveau zertifiziert, jedoch nicht im Rahmen eines fest strukturierten Ausbildungsprogramms vermittelt. Das bedeutet, dass die DGET-Spezialisten oft Autodidakten sind, die sich ihr Wissen und ihre Fähigkeiten selbstständig erarbeitet haben. Dieser Weg ist anspruchsvoll und erfordert eine außergewöhnliche persönliche Motivation.

2. Klinische Exzellenz und Praxisnähe

Im Gegensatz zum Titel „M.Sc. Endodontologie“, der stark akademisch geprägt ist, nehmen beim DGET-Spezialisten die praktische Berufserfahrung und Expertise einen deutlich höheren Stellenwert ein. Der DGET-Spezialist zeigt seine klinischen Fähigkeiten auf höchstem Niveau und hat einen klaren Vorteil in der Patientenversorgung. Diese Kombination aus theoretischem Wissen und praktischer Erfahrung gewährleistet, dass Patienten die bestmögliche Behandlung erhalten, was den Zahnerhalt und langfristigen Behandlungserfolg fördert.

3. Exklusivität und Reputation

Der Titel des DGET-Spezialisten ist selten und bleibt eine besondere Auszeichnung in der Zahnmedizin. In einem Markt mit über 70.000 Zahnärztinnen in Deutschland gibt es nur etwa 85 DGET-Spezialisten, was die Exklusivität dieses Titels unterstreicht. Dies bedeutet, dass dieser Titel nicht nur fachlich, sondern auch in der öffentlichen Wahrnehmung ein bedeutender Wettbewerbsvorteil ist.

4. Unabhängigkeit und Motivation

Der Weg zum Spezialisten erfordert nicht nur fachliche Qualifikationen, sondern auch eine starke intrinsische Motivation. Man wird nicht durch ein formales Ausbildungsprogramm geleitet, sondern muss eigenverantwortlich und selbstständig den Weg zum Ziel beschreiten. Diese Unabhängigkeit prägt die DGET-Spezialisten und hebt sie in ihrem Berufsalltag von anderen ab.

5. Offene und begeisterte Vorbilder

Ein entscheidender Punkt für den Erfolg und die Attraktivität des Spezialistenprogramms liegt in der Offenheit und Kompetenz der

Vorbilder innerhalb der DGET. Diese motivieren durch ihre Fachkenntnis, aber auch durch eine offene und zugängliche Art jüngere Kollegen und ermutigen diese, den anspruchsvollen Weg einzuschlagen.

6. Mentorship und barrierefreie Unterstützung

Die DGET legt großen Wert darauf, dass der Weg zum Spezialistentitel barrierefrei, gut betreut und ohne unnötigen Druck ermöglicht wird. Mit dem Mentorenprogramm „Rising Stars“ wird sichergestellt, dass jeder, der den Weg zum DGET-Spezialisten beschreiten möchte, auch die notwendige Unterstützung erhält. Dieser offene und zwanglose Ansatz trägt dazu bei, dass sich Interessierte in einem angenehmen und kollegialen Umfeld weiterentwickeln können.

7. Herausforderungen und Motivation für den Nachwuchs

Eine Herausforderung ist es, für den Weg bis zum Spezialistentitel dauerhaft motiviert zu sein und die nötige Selbstdisziplin aufzubringen.

Doch ähnlich wie auch bei einem Marathonlauf gibt es immer diejenigen, die bereit sind, sich dieser Herausforderung zu stellen. Die DGET soll ein Anziehungspunkt für Kolleg:innen sein, die bereit sind, Spitzenleistungen zu erbringen. Die Teilnahme am Mentorenprogramm „Rising Stars“ ist keine Grundbedingung, um sich für die Prüfung zur Spezialistenzertifizierung anzumelden, soll Ihnen aber die Vorbereitung erleichtern.

8. Langfristiger Erfolg und Weiterentwicklung

Die Zertifizierung als DGET-Spezialist bietet nicht nur kurzfristige Vorteile in der beruflichen Praxis, sondern auch langfristige Perspektiven. Wer sich auf diesem Niveau qualifiziert, setzt einen klaren Maßstab für seine berufliche Laufbahn. Durch kontinuierliche Weiterbildung und Austausch mit Gleichgesinnten bleibt man auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und kann auch in Zukunft die besten Behandlungsergebnisse für seine Patienten erzielen.

Fazit

Der DGET-Spezialist ist nicht nur eine fachliche Auszeichnung, sondern auch ein Zeichen für außergewöhnliches Engagement und den Willen, sich ständig weiterzuentwickeln. Wer bereit ist, diesen Weg zu gehen, wird nicht nur fachlich profitieren, sondern auch eine erfüllende berufliche Laufbahn erleben.

„Rising Stars“ – Ihr Weg zum DGET-Spezialisten

Sie streben in Ihrer Karriere in der Endodontologie die höchste Qualifikation an?

Das Mentorenprogramm „Rising Stars“ der Deutschen Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie (DGET) ist Ihre Chance, sich auf die DGET-Spezialisten-Zertifizierung vorzubereiten – mit individueller Unterstützung und praxisorientierten Inhalten.

Ihre Vorteile als Teilnehmer

Das Programm bietet Ihnen eine einmalige Gelegenheit, von der Erfahrung erfahrener Spezialist:innen zu profitieren und Ihr Fachwissen gezielt weiterzuentwickeln. Unsere Mentor:innen begleiten Sie intensiv und persönlich, während Sie sich auf Ihre Spezialisierung vorbereiten. Gleichzeitig werden Sie Teil eines Netzwerks aus Gleichgesinnten, das Sie auf Ihrem Weg unterstützt und inspiriert.

Das erwartet Sie

- Individuelle Begleitung: Mentoren gehen gezielt auf Ihre persönlichen Entwicklungsziele ein.
- Wissenschaftliche Förderung: Unterstützung bei Literaturrecherche, wissenschaftlichen Publikationen und Vorträgen.
- Prüfungsvorbereitung: Strukturierte Vorbereitung auf die DGET-Spezialistenprüfung.

Netzwerken und Austausch: Aufbau eines starken Netzwerks mit angehenden und zertifizierten Spezialisten.

- Meetings: Drei Online-Meetings jährlich mit Vortragspflicht und ein persönliches Treffen während der Jahrestagung der DGET.

Identifikation mit dem Leitbild der DGET

Sie unterstützen die Werte, Ziele und Ausrichtung der DGET vollumfänglich und tragen idealerweise bereits zur aktiven Weiterentwicklung der DGET bei.

Berufserfahrung

Die Teilnahme setzt eine solide klinische Erfahrung voraus. Nach der Approbation sollten mindestens vier Jahre vergangen sein, davon mindestens zwei Jahre mit starkem Fokus auf die mikroskopische Endodontie. Bewerben Sie sich anschließend mindestens zwei Jahre vor Ihrer geplanten Spezialistenprüfung, um das volle Potenzial des Programms auszuschöpfen.

Sind Sie bereit für „Rising Stars“?

Grundvoraussetzungen

- **Mitgliedschaft in der DGET:** Sie sind bereits zertifiziertes Mitglied.
- **Absolviertes Spezialistenvorbereitungssseminar:** Ein wichtiger Schritt auf Ihrem Weg zur Spezialisierung.
- **Engagement:** Sie nehmen beispielsweise regelmäßig an DGET-Veranstaltungen wie der Frühjahrsakademie oder der Jahrestagung teil und/oder gestalten Besuche von Studiengruppen aktiv durch Beiträge mit.
- **Identifikation mit dem Leitbild der DGET:** Sie unterstützen die Werte, Ziele und Ausrichtung der DGET vollumfänglich und tragen idealerweise bereits zur aktiven Weiterentwicklung der DGET bei.

Limitierte Teilnahme

Das Programm ist so angelegt, dass Sie nach eineinhalb bis zwei Jahren die Voraussetzungen für eine Anmeldung zur Spezialistenprüfung erreicht haben sollen. Die Förderung durch die Mentor:innen ist daher auf zwei Jahre begrenzt.

Bewerbung

Ihre Bewerbung sollte einen aussagekräftigen Lebenslauf enthalten, der Ihre berufliche Entwicklung im Bereich der Endodontologie, Ihr Engagement wie auch die Identifikation mit der DGET nachvollziehbar dokumentiert. Bitte fügen Sie Ihrer Bewerbung exemplarisch drei Behandlungsfälle bei, diese sollten in Ausführung und Schwierigkeitsgrad den auf der DGET-Website veröffentlichten Beispielfällen entsprechen. Bitte bedenken Sie, dass die Teilnehmerzahl limitiert ist und kein Anspruch auf Teilnahme besteht. Über die Einladung zur Teilnahme entscheidet der Vorstand der DGET.

Lassen Sie uns gemeinsam an Ihrer Zukunft arbeiten!

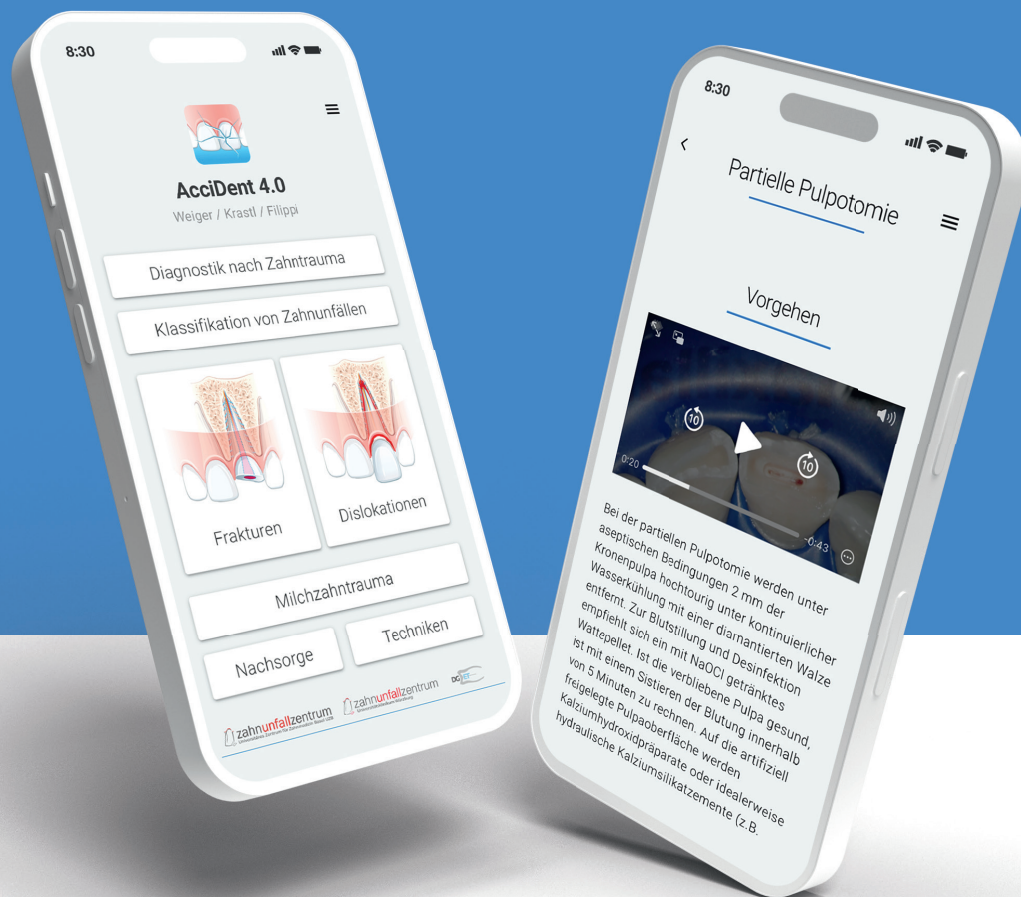
Werden Sie Teil des Mentorenprogramms „Rising Stars“ und gestalten Sie die Endodontologie in Deutschland aktiv mit. Jetzt ist der richtige Zeitpunkt, Ihre Karriere voranzutreiben.

AcciDent 4.0

Dass Zahnunfälle häufig die Pulpa betreffen, ist bekannt. Die entscheidende Rolle des Endodonts beim Zahntrauma wird allerdings erst deutlich, wenn das endodontische Management bei schweren Verletzungen mangelhaft ist – leider ein häufiges Ereignis. In den letzten fünf Dekaden hat sich in der zahnärztlichen Traumatologie sowohl wissenschaftlich als auch klinisch viel getan. Jedes der fünf potenziell bei einem Zahntrauma verletzten Gewebe (Zahnhartsubstanz, Endodont, Parodont, Alveolarknochen, Gingiva) profitiert von neuen Materialien und neuen Techniken. Und doch hapert es viel zu oft bei der klinischen Umsetzung. Als interdisziplinäres Fach ist die zahnärztliche Traumatologie auf ein fundiertes Wissen in verschiedenen Disziplinen der Zahnmedizin ange-

wiesen. Gerade in komplexen Fällen müssen viele Entscheidungen auch außerhalb der eigenen therapeutischen Komfortzone getroffen werden. Die DGET bemüht sich um eine flächendeckende Verbesserung der Versorgung in der Traumatologie in Deutschland. Hierzu wurden in den letzten Jahren verschiedene Ansätze verfolgt. Die aktuelle DGET-Initiative „Rette Deinen Zahn“ richtet sich beispielsweise an Patienten und bietet umfassende Informationen und Hilfestellungen nach Zahnunfällen.

Für das Behandlersteam steht jetzt die neue Version 4 der AcciDent App für iOS und Android zur Verfügung – grundlegend überarbeitet und aktualisiert, um Sie beim nächsten Traumafall zu unterstützen.



Informationen und App auf unserer Homepage unter folgendem Link:
www.dget.de/fuer-professionals/zahnerhaltung/traumaapp

Kennen Sie schon unsere Wartezimmer-Poster zum Download?

www.rette-deinen-zahn.de/downloadbereich

Für den Druck unseres Wartezimmer-Posters empfehlen wir Ihnen Folgendes:

- Für eine optimale Qualität in einem professionellen Copyshop drucken.
- Möglichst im A3-Format oder größer drucken.
- Eine Papierdicke von mindestens 80g/m² wählen.
- Auf mattem (und nicht auf glänzendem) Papier drucken.



Verhalten nach einem Zahnunfall

In nur drei Minuten erklärt unser neues Kurzvideo Schritt für Schritt, wie du im Falle eines Zahnunfalls richtig reagierst – damit dein Zahn eine echte Chance behält. Jetzt ansehen und gern teilen: in Familie und Freundeskreis, Schule, Kita oder Sportverein. Weitere Versionen des Videos (englisch, für Social Media optimiert) stehen im Downloadbereich auf www.rette-deinen-zahn.de zur Verfügung.



Patientenbroschüren der Deutschen Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V.



In speziellen Themenheften „Informationen zur endodontischen Behandlung“, „Informationen zur Revisionsbehandlung“ und „Informationen zur endodontischen Chirurgie“ informiert die DGET für Patient:innen verständlich erklärt und bebildert über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten. Im Wartebereich ausgelegt oder dem Patienten in die Hand gegeben, dienen sie der Patienteninformation und erleichtern Ihnen den Einstieg in mögliche Beratungsgespräche. Zur Individualisierung können die Patientenbroschüren mit dem Praxisstempel versehen werden.

Die Patientenbroschüren sowie alle Inhalte der bekannten Aufklärungskampagne „Erhalte Deinen Zahn“ können Sie in deutscher, englischer, russischer und türkischer Sprache auf www.ErhalteDeinenZahn.de lesen.

Nähere Informationen erhalten Sie unter:
www.ErhalteDeinenZahn.de

Zur Onlinebestellung:





Anmeldung ab 11.11.2026



Auch als
Online-Kongress

69. Sylter Woche

Fortbildungskongress
der Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein

10. bis 14. Mai 2027

Westerland, Sylt

Endodontie –
Spitzentechnik in
der Zahnmedizin!

In Kooperation
mit der DGET e.V.



DGZMK und
der Deutsche Zahnärztetag
zu Gast auf Sylt

DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG



Frühjahrsakademie der DGET

5./6. März 2027 · Halle (Saale)

69. Sylter Woche

10.–14. Mai 2027 · Westerland, Sylt

15. DGET Jahrestagung

18.–20. November 2027 · München

Wir nehmen Abschied

Dipl.-Stom. Matthias Latuscynski
Bitterfeld *1963



Liebe Mitglieder,

die DGET möchte ihre Mitglieder miteinander vernetzen. Daher veröffentlichen wir Ihr Angebot im geschützten Mitgliederbereich auf www.dget.de gerne kostenfrei für einen Zeitraum von acht Wochen (max. 600 Zeichen inkl. Leerzeichen).

Wenn Sie eine Anzeige in Ihrem Namen veröffentlichen möchten, schreiben Sie uns einfach – wir unterstützen Sie gerne: sekretariat@dget.de.

Mitgliederrundschreiben der Deutschen Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V.

Vorstand

Präsident	Prof. Dr. Edgar Schäfer
Präsidentin der DGZ	Prof. Dr. Nadine Schlüter
Vizepräsident	Dr. Holger Rapsch, M.Sc.
Generalsekretär	Prof. Dr. Gabriel Krastl
Schatzmeister	Dr. Michael Drefs
Beisitzer	Dr. Bernard Bengs
	Prof. Dr. Sebastian Bürklein
	Dr. Eva Dommisch
	Dr. Bijan Vahedi, M.Sc.
	Prof. Dr. Matthias Widbiller

Anschrift

Deutsche Gesellschaft für Endodontologie
und zahnärztliche Traumatologie e.V.

Sohnstraße 65

40237 Düsseldorf

Tel.: +49 211 4174646-0

Fax: +49 211 4174646-9

E-Mail: sekretariat@dget.de

www.dget.de · www.ErhalteDeinenZahn.de



Inhalt/Recherche

Bernard Bengs, Dr. Sebastian Bohn, M.Sc.,
Dr. Frederic Schweizer, Dr. Christine Theile,
Dr. Susanna Zentai

Fotos

DGET

vegefox.com – stock.adobe.com

72 – stock.adobe.com

Verantwortlichkeit und Rechtsgültigkeit

Das vorliegende Rundschreiben der DGET ist eine Internet- und Printpublikation und unterliegt dem deutschen Pressegesetz. Verantwortlich im Sinne des Pressegesetzes (V.i.S.d.P.) ist Dr. Bernard Bengs für den Vorstand der DGET. Namentlich gezeichnete Beiträge geben einzig die Meinung des jeweiligen Autors wieder und sind keine Stellungnahmen der DGET.

Den Aussendungen an die Mitglieder der DGET können Informationen Dritter, z.B. Hersteller zahnmedizinischer Produkte, beigelegt sein. Die DGET ist nicht für die Inhalte der Beilagen verantwortlich.