



Mitteilungen der
Landes Zahnärztekammer
Rheinland-Pfalz

ZAHN ÄRZTE BLATT

02

22



Bestens verzahnt – Zahnheilkunde-Kongress in Mainz S. 10

Parodontitis – Folgeschwere Volkskrankheit: Interview mit Prof. Dr. James Deschner S. 24

Fachartikel: Chirurgische Parodontitistherapie – Grundlegendes zum Einstieg S. 26

Gesucht und gefunden: Wir bringen die richtigen Partner zusammen!

Sie suchen einen geeigneten Nachfolger für Ihre Praxis?

Dann setzen Sie auf die Praxisbörse der Deutschen Ärzte Finanz:
Wir bieten Ihnen einen bundesweiten Kundenkreis,
jahrzehntelanges Know-how und absolute Vertraulichkeit.

- Praxissucher und Kooperationspartner aus allen Fachrichtungen
- Konkrete Festlegung des Übernahmeprofils
- Realistische Zeit- und Zielplanung
- Vorgemerakter Kundenstamm aus 150 Zahnärztinnen und Zahnärzten
- Professionelle und diskrete Praxisvermittlung



Ich berate Sie persönlich!

Marco Schneider

Service-Center Mainz

Kaiserstraße 39 · 55116 Mainz

Telefon 0 61 31/89 29 23 15

marco.schneider@aerzte-finanz.de



Standesgemäße Finanz-
und Wirtschaftsberatung



**LIEBE KOLLEGINNEN,
LIEBE KOLLEGEN,**

Das Thema Parodontitis nimmt in dieser Ausgabe des Zahnärzteblattes breiten Raum ein – neben der Berichterstattung über unseren Wissenschaftskongress Zahnheilkunde 2022 (ausführlicher Bericht ab Seite 10). Dieser konnte pandemiebedingt, mit zweijähriger Verzögerung, erstmals wieder Anfang April in Mainz stattfinden.

Daneben haben auch das Interview mit Professor Dr. James Deschner und der wissenschaftliche Fachartikel die Parodontitis und ihre Therapie zum Thema.

Seit nunmehr einem Jahr ist die neue Bema-Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) in Kraft. Die darin beschriebene Behandlungstrecke basiert auf der deutschen Implementierung einer S3-Leitlinie der European Federation of Periodontology (EFP) und stellt die Therapie dieses weitverbreiteten Leidens bei unseren gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten zweifellos auf eine neue Stufe.

Gleichzeitig sorgt eine breit angelegte Aufklärungskampagne der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) dafür, dass die vielfach unterschätzte „stille Volkskrankheit“ Parodontitis weiten Bevölkerungskreisen vielleicht erstmals bewusst wird und auch als die große Gefahr für die Gesundheit wahrgenommen wird, die sie tatsächlich darstellt.

In die GOZ dagegen haben gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse und eine damit einhergehende faire Honorierung auch in dieser Hinsicht noch keinen Eingang gefunden. Die Berechnung einer den Leitlinien entsprechenden Parodontitis-Therapie ist für die Patientengruppe der Privatversicherten damit rechtssicher ausschließlich auf dem Weg einer Analogberechnung möglich.

Bundeszahnärztekammer und die (Landes-) Zahnärztekammern haben dazu gemeinsam eine Empfehlung erarbeitet, auf die ich Sie auch an dieser Stelle ausdrücklich hinweisen möchte. (Zu finden unter <https://bit.ly/39eXnYY> oder scannen Sie den QR-Code unten ein.)

Herzliche kollegiale Grüße

Dr. Wilfried Woop

Präsident Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz



INHALT

03 EDITORIAL
von Dr. Wilfried Woop

06 MELDUNGEN

10 TITEL

Bestens verzahnt –
Zahnheilkundekongress in Mainz 2022



15 Kaum in Gold aufzuwiegen: Spenden für KIKAM

16 ACKERMANN-PREIS

Abstract 1.: Resorbierbare Kollagenmembran
versus nicht-resorbierbare Goretex-Membran
von Nadja Naenni u. a.

18 Abstract 2.: Einsatz einer Kollagenmatrix in der
regenerativen Parodontalchirurgie
von Dr. Jean-Claude Imber u. a.

19 Abstract 3.: Systematisches Review – Weichgewebs-
augmentation bei dentalen Implantaten
von Dr. Annika Kröger u. a.

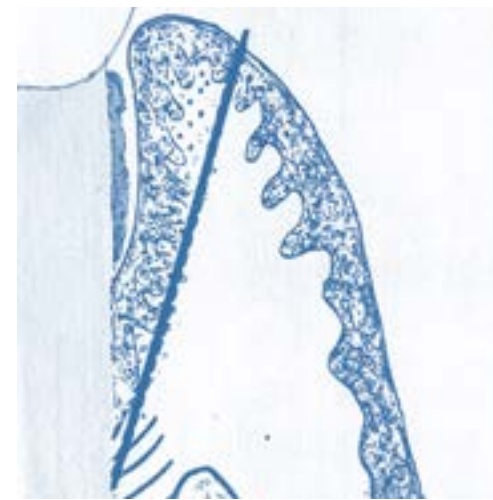
21 NEUE AUFKLÄRUNGSKAMPAGNE



22 SCHNAPPSCHÜSSE

24 PARO: VOLKSKRANKHEIT

Interview mit Prof. Dr. James Deschner



26 FACHARTIKEL

Die chirurgische Parodontitis-Therapie
von Dr. Anna Damanaki und Dr. Jens Weusmann

32 PRAXISHILFE

Perioperativer Einsatz von DOAK
von Dr. Joachim Fessler

35 HINTERGRUND

Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung
und medizinischem Unterstützungsbedarf

36 „Gewerbliche Infizierung“ – was ist das?
von Dr. Andreas Laux

38 JUGENDZAHNPFLEGE

29. Jugendzahnpflegetag
und 40 Jahre AGZ
von Dr. Steffi Beckmann

40 HINTERGRUND

Dreh- und Angelpunkt in der Praxis

42 AUSBILDUNG

Neue ZFA-Ausbildungsverordnung

44 REGIONAL

Pfalz: Ein Jahrhundert, drei Generationen

46 Pfalz: Neuer Vorstand

46 REZENSION

Standardwerk neu aufgelegt

47 INSTITUT

Hier sind noch Plätze frei!

Impressum

Herausgeber: Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz,
Dr. Wilfried Woop, Präsident

Zahnärztliche Chefredakteurin: Dr. Andrea Habig-Mika

Redaktion und Layout: Susanne Rentschler, Anja Schmoll

Redaktionsanschrift: Zahnärzteblatt Rheinland-Pfalz,
Langenbeckstraße 2, 55131 Mainz

Telefon: 06131/9613660, Fax: 06131/9613689

redaktion@lzk.de,

lzk.de

Druck und gewerbliche Anzeigen: Grafisches Zentrum Mainz Bödige GmbH

Kleinanzeigen: Informationen und ein Formular finden Sie auf lzk.de

Das Zahnärzteblatt enthält eine Beilage von J.Morita Europe GmbH.

Der Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Um Ihnen den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir teilweise auf die gleich-

zeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen. Sämtliche Per-

sonenbezeichnungen gelten für Personen aller Geschlechter. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Leserbriefe, Manuskripte, Fotos und Zeichnungen wird seitens der Redaktion und des Verlags keine Haftung übernommen. Namentlich gekennzeichnete oder signierte Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Bildnachweis:

Für das Zahnärzteblatt Rheinland-Pfalz sind Fotos und Illustrationen aus unserer eigenen Redaktion sowie der nachfolgenden Fotografen und Bilddatenbanken verwendet worden: Bezirks Zahnärztekammer Pfalz; Bundes Zahnärztekammer; Prof. Dr. Stefan Fickl; Guido Höfer; Dr. Jean-Claude Imber; Dr. Annika Kröger; LAGZ RLP; Dr. Nadja Nänni; Oemus Media AG; Dr. Michael Orth; prodente e. V.; Dirk u. Angela Säger; Shutterstock; statista; Universitätsmedizin Mainz, Verein für Zahnhygiene e. V.

MELDUNGEN



BERUFSSCHULUNTERRICHT WIEDER AUF DEM EIGENEN SCHULGELÄNDE

Seit Mai sind wieder alle Schülerinnen und Schüler an den Standort der Berufsbildenden Schulen Bad Neuenahr-Ahrweiler zurückgekehrt. Guido Höfer von der BBS berichtet: „Die 58 ‚neuen‘ Klassenräume sind in temporären stabilen Gebäuden in Leichtbauweise untergebracht und mit modernster Technik (interaktive Smartboards, Dokumentenkame-

ras und WLAN) ausgestattet. Nachdem die Schule im Juli 2021 durch die Flutkatastrophe unbenutzbar geworden war, wurde die gesamte Schulgemeinschaft auf sechs Standorte verteilt.“ Jetzt freut man sich, wieder in Bad Neuenahr zusammen zu sein, auch wenn der Wiederaufbau noch Jahre in Anspruch nehmen wird.

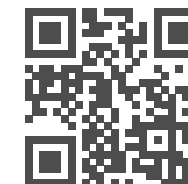
NEUER HYGIENE-LEITFADEN VERÖFFENTLICHT

Der neue Hygieneleitfaden 2022 des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) ist auf www.bzaek.de und www.dahz.org abrufbar. Die aktuelle Version wurde erneut mit der Arbeitsgruppe Zahnmedizin der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) erstellt.

PFLICHT: EINTRAG INS TRANSPARENZREGISTER

Bisher war der Eintrag in das Transparenzregister für GmbHs und Partnergesellschaften freiwillig. Mit einer Gesetzesänderung zum 1. August 2021 und dem Wegfall der sogenannten Mitteilungsfiktion wird diese Eintragung nun verbindlich. Hierfür hat der Gesetzgeber im Geldwäschegesetz Übergangsfristen normiert. Für Praxen, die als Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH) oder Partnergesellschaften organisiert sind, ist der 30.6.2022 Stichtag. Für Praxen, die als Gesellschaften des bürgerlichen Rechts (GbR) organisiert sind, besteht auch weiterhin keine Eintragungsverpflichtung. Wer diesen Verpflichtungen nicht, nicht vollständig oder rechtzeitig nachkommt, begeht eine Ordnungswidrigkeit nach §56 GVG, die mit einer Geldbuße geahndet werden kann.

Weitere Infos und eine Anleitung für die Eintragung finden Sie unter <https://bit.ly/3x80oRX> oder scannen Sie den QR-Code ein.



UKRAINE: JOBBÖRSE

Könnten Sie sich vorstellen, einer/m Geflüchteten aus der Ukraine eine berufliche Chance zu geben? Der Bundesverband freier Berufe (BfB) hat eine Jobbörse für Arbeitskräfte aus der Ukraine eingerichtet und freut sich über neue Einträge. Auch finden sich dort nützliche Tipps und Hinweise für Arbeitgeber. <https://freieberufe-jobportal.de> oder scannen Sie den QR-Code ein.



BEHANDLUNG VON GEFLÜCHTETEN

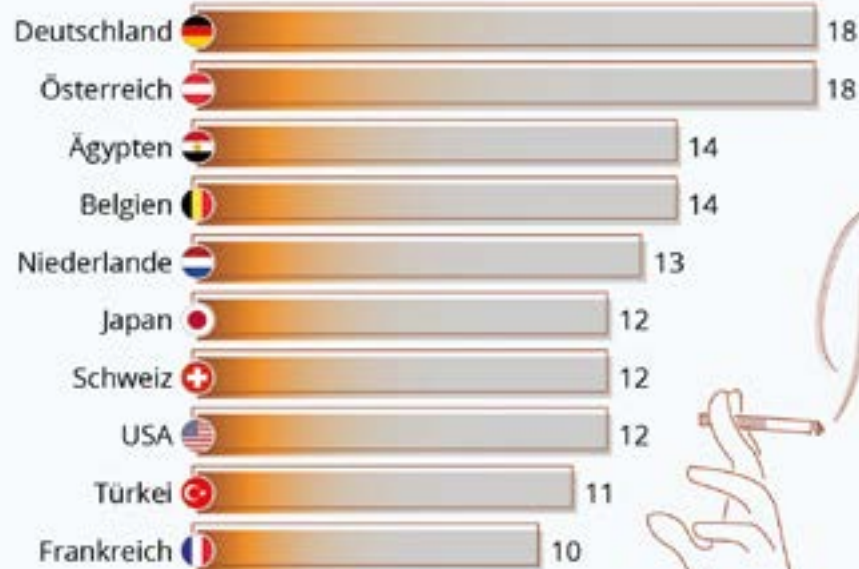
Viele Zahnärztinnen und Zahnärzte in Rheinland-Pfalz behandeln schon seit 2015 vermehrt Menschen, die aus verschiedenen Ländern geflüchtet sind. Nun kommen auch Geflüchtete aus der Ukraine in die Praxen. Auch sie haben Anspruch auf gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Rund ums Thema Behandlung von Geflüchteten bieten die zahnärztlichen Körperschaften Informationen an, darunter Anamnesebögen und weitere fremdsprachige Formulare, unter anderem auch auf Ukrainisch, sowie ein Piktogrammheft zum Download. Die Informationen finden Sie gebündelt auf der Website der Bundeszahnärztekammer

<https://bit.ly/3FLdedE> oder scannen Sie den QR-Code ein.



In diesen Ländern wird kräftig geraucht

Anteil der Befragten, die starke Raucher:innen sind (in %)*



* die WHO klassifiziert Personen, die mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchen, als „starke Raucher:innen“. Basis: 200 - 2.500 Raucher:innen (18-64 Jahre) je Land; erhoben in vier Wellen Apr 2021 - Mrz 2022
Quelle: Statista Global Consumer Survey



statista

Rund 18 Prozent der im Rahmen des Statista Global Consumer Surveys in Deutschland befragten Raucher sind „starke Raucher“. Als starke Raucher gelten per WHO-Definition Menschen, die mehr als 20 Zigaretten am Tag rauchen. Eine Sucht mit oftmals schwerwiegenden Folgen. Rauchen ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für bösartige Tumoren in der Mundhöhle. So haben Raucher ein rund sechsfach erhöhtes Risiko für eine Krebserkrankung in der Mundhöhle gegenüber Nichtrauchern. Insgesamt erkranken in Deutschland mehr als 10.000 Menschen pro Jahr an Mundhöhlenkarzinomen (Quelle: Statista.de).

TAG DER ZAHNGESUNDHEIT



Am 25. September ist wieder der „Tag der Zahngesundheit“. Der bundesweite Aktionstag stellt in diesem Jahr die Prophylaxe in Kitas und Schulen in den Mittelpunkt. Das Motto lautet deshalb: „Gesund beginnt im Mund – in Kita & Schule!“ Damit soll auf das bundesweite Programm zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen aufmerksam gemacht werden, das seit mehr als 30 Jahren für eine erfolgreiche mundgesundheitliche Prävention in deutschen Bildungseinrichtungen steht. Zum Tag der Zahngesundheit können Zahnarztpraxen eine Reihe von Aktionsmaterialien auf der Homepage des „Aktionskreises Tag der Zahngesundheit“ unter www.tagderzahngesundheit.de bestellen.

BEHINDERUNG: MEHR ZAHNPROBLEME

Eine im Journal of Health Monitoring des Robert Koch-Instituts veröffentlichte Studie zeigt, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderungen mehr Zahnprobleme haben. Die dabei untersuchten Kinder und Jugendlichen hatten häufiger Zahnschmerzen und bei ihnen fand das zweimal tägliche Zähneputzen seltener statt als bei Gleichaltrigen ohne Behinderung. Zur Studie: <https://bit.ly/3tnDLZf>



VORSTAND IN KLAUSUR

Im Juni hat sich der Vorstand der Landes Zahnärztekammer (LZK) traditionsgemäß zu seiner jährlichen Klausurtagung getroffen. Das Treffen in Trier war die letzte Vorstands-Zusammenkunft in dieser Legislaturperiode. Auf der Agenda stand dabei der Blick in die Zukunft der Kammern mit einem Impulsvortrag des LZK-Präsidenten Dr. Wilfried Woop. Danach gab San.-Rat Dr. Peter Mohr, LZK-Vizepräsident, einen Ausblick für die Weiterbildung. Die geschäftsführenden Vorstände setzten mit ihren Ausführungen und der anschließenden Diskussion wertvolle Impulse für die Arbeit der zukünftigen LZK-Vorstandsmitglieder.



DIGITALISIERUNG IM LZK-INSTITUT

Ein neuer Intraoralscanner plus ein 3-D-Drucker schaffen im Institut Bildung und Wissenschaft der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz noch mehr Möglichkeiten in der Fort- und Weiterbildung. Aktuell werden die Geräte im Postgraduiertenprogramm KFO eingesetzt. Demnächst werden weitere spezielle Fortbildungen im Bereich Digitalisierung angeboten. Seien Sie gespannt!



DENTALES ERBE

500.000
EXPONATE
AUS 5.000
JAHREN



Spenden Sie jetzt zum Erhalt und zur Archivierung unserer dentalhistorischen Sammlung!
www.zm-online.de/dentales-erbe

Sie können direkt auf folgendes Konto spenden:
Dentalhistorisches Museum
Sparkasse Muldental
Sonderkonto Dentales Erbe
IBAN DE06 8605 0200 1041 0472 46

Bei Angabe von Namen und E-Mail-Adresse wird eine Spendenquittung übersandt.



BESTENS VERZAHNT

Zahnheilkunde-Kongress 2022:
Endlich wieder in Präsenz in Mainz

Welche Brisanz hat Parodontitis für die Zahnheilkunde heute?

Wie können zahnärztliche Teams Betroffene dabei unterstützen? Diese Fragen standen bei dem Zahnheilkunde-Kongress 2022 vom 1. bis 2. April in Mainz im Vordergrund, der von der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz (LZK) ausgerichtet wurde.



Verleihung des Karl-Ludwig-Ackermann-Preises (v. l. n. r.): Prof. Dr. Ralf Rössler, Dekan DTMD Luxemburg; Alexander Focke, Camlog; Preisträger: Jean-Claude Imber, Annika Therese Kröger, Lukas Stucki; André Reuter, Präsident DTMD Luxemburg; Sanitätsrat Dr. Peter Mohr, Vizepräsident LZK RLP; MD Daniel Stich, Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit RLP; Dr. Wilfried Woop, Präsident LZK RLP; Dr. Thomas Braun, Geistlich.

Die „Zahnheilkunde 2022“ ist eigentlich die „Zahnheilkunde 2020“, denn coronabedingt musste die LZK den Kongress mehrfach verschieben. „Endlich ist es wieder so weit“, freute sich LZK-Präsident **Dr. Wilfried Woop** und begrüßte die rund 250 Gäste. Nach vier Jahren Pause konnte man sich wieder treffen, fachlich interessante Vorträge hören, spannende Workshops besuchen, sich an den Aussteller-Ständen inspirieren lassen und – nicht zuletzt – persönlich miteinander vernetzen.

„BESTENS VERZAHNT“

Der Titel des Kongresses meint einerseits die Verzahnung zwischen Wissenschaft und Praxis sowie die Zusammenarbeit bei Parodontitis-Patienten zwischen Ärzten und Zahnärzten, so der neue wissenschaftliche Leiter des Kongresses **Prof. Dr. James Deschner** (Unimedizin Mainz) in seiner Begrüßungsrede.

Das Grußwort der rheinland-pfälzischen Landesregierung sprach Ministerialdirektor **Daniel Stich**, seit März 2021 im Ministerium

für Wissenschaft und Gesundheit tätig. Der SPD-Politiker freute sich, das „neue“ rheinland-pfälzische Gesundheitsministerium vertreten zu dürfen, das durch seinen neuen Zuschnitt Wissenschaft und Gesundheit miteinander verzahne.

NOVUM NR. 1: PREISVERLEIHUNG IN GEDENKEN AN KARL-LUDWIG ACKERMANN

Zum ersten Mal hat die LZK in Kooperation mit der DTMD (University for Digital Technologies in Medicine and Dentistry) auf der „Zahnheilkunde“ den Karl-Ludwig-Ackermann-Preis verliehen. In diesem Jahr wurden drei wissenschaftliche Arbeiten in Gedenken an den Implantologen **Dr. Karl-Ludwig Ackermann** ausgezeichnet, dem die Ausbildung des zahnmedizinischen Nachwuchses ein Herzensanliegen war. Der Preis wird in drei Kategorien vergeben: national, international sowie präklinische Forschung. Ausgezeichnet wurden (stellvertretend jeweils für ihr Forschungsteam): **Annika Therese Kröger** (Birmingham),

Nadja Naenni (Zürich) und **Jean-Claude Imber** (Bern/Mainz). Die Abstracts dazu lesen Sie ab S. 16.

NOVUM NR. 2: „YOUNG CORNER“

Neu auf dem Kongress ist ein Forum für Studierende und Absolventen. Über 20 junge Zahnmediziner haben sich mit Vertretern der LZK ausgetauscht und über den Berufsstart informieren lassen. LZK-Vorstandsmitglied **Dr. Stefan Hannen**, zuständig für den beruflichen Nachwuchs, und **Dr. Clara Döring**, Mitglied der LZK-Vertreterversammlung, teilten ihre Erfahrungen zu Berufseinstieg und Praxisgründung. Die beiden warben für das Engagement in der Standespolitik.

NOVUM NR. 3: PROF. DESCHNER ALS WISSENSCHAFTLICHER LEITER

Mit **Prof. Dr. James Deschner** hat die LZK einen ausgewiesenen Parodontitis-Experten als wissenschaftlichen Leiter des Kongresses gewinnen können, was sich auch im Kongress-



Prof. Dr. James Deschner, Direktor der Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung an der Unimedizin Mainz als wissenschaftlicher Leiter.



Dr. Clara Döring (links) und Dr. Stefan Hannen (rechts) teilten Erfahrungen zum Berufseinstieg und warben für die Standespolitik.



Prof. Dr. Dr. h. c. Anton Sculean aus Bern

schiedener Antibiotika-Behandlungen, systemisch und lokal.

Auch Laser- und photodynamische Therapien sowie Pulverstrahl, Probiotika und die Modulation der Wirtsantwort stünden als moderne Behandlungstechniken zur Verfügung.

Prof. Deschner sprach sich dafür aus, die Vielzahl konservativer Verfahren zunächst genau auszuloten, um für den jeweiligen Patienten die beste Behandlungsoption zu finden. Dies habe allerdings, so Deschner, seine Grenze bei sehr tiefen Taschen. Als kritische Sondierungstiefe gab er 5,4 mm an.

„REKONSTRUKTIVE PARODONTALCHIRURGIE“

programm widerspiegelte. „Paro ist der rote Faden dieses Wochenendes, mit dem die verschiedensten Disziplinen verknüpft sind“, so Deschner.

In seinem Vortrag befasste er sich mit nicht-chirurgischen Behandlungsmethoden der Parodontitis. Prof. Deschner berichtete unter anderem über die Möglichkeiten zur Entfernung des pathogenen Biofilms und der Reduktion entsprechender Bakterien mit Hand- und maschinellen Instrumenten.

Um die Entzündung in den Griff zu bekommen, referierte er über Vor- und Nachteile ver-

Unter diesem Schlagwort fasste der zweite Fachreferent, **Prof. Dr. Dr. h. c. Anton Sculean** aus Bern, zusammen, welche vielfältigen Möglichkeiten in den letzten Jahren zur parodontalen Regeneration angeboten und genutzt werden.

Dabei ging er auf die Kriterien ein, die regeneratives Material erfüllen muss, und erklärte, wie und wann die rekonstruktive Paro-Chirurgie im klinischen Gesamtkonzept eingebaut wird.



(V. l. n. r.) Prof. Dr. Dr. Peter Proff, Regensburg; Prof. Dr. Kerstin Galler, Erlangen; Prof. Dr. Peter Rammelsberger, Heidelberg



Dr. Hans-Willi Herrmann aus Bad Kreuznach

Sein Vortrag begeisterte das Plenum mit vielen anschaulichen Bewegtbildern aus der Praxis. „Richtig verwendet, verbessern regenerative Verfahren die Prognose parodontal geschädigter Zähne“, so das Fazit von Prof. Sculean.

PARO UND KFO – EIN WIDERSPRUCH?

Prof. Dr. Dr. Peter Proff, Regensburg, berichtete über die Zusammenhänge zwischen kieferorthopädischer Therapie und Parodontalbefunden.



Sein Fazit: „Bei korrekter biomechanischer Planung wird das Parodont nicht geschädigt, sondern es gibt eine Stagnation.“ Den Behandlungspfad schilderte er allerdings als Gratwanderung, bei dem es viele Aspekte zu beachten gebe.

PARO UND ENDO – WURZELRESORPTIONEN

Prof. Dr. Kerstin Galler aus Erlangen ging auf die Klassifikation und Ätiologie von Wurzelresorptionen sowie auf deren pathophysiologische Mechanismen ein und erläuterte Strategien zur Vermeidung und zur Therapie.

Sie schilderte zahlreiche Beispiele aus der Praxis und rief die Zuhörerschaft insbesondere dazu auf, bei Traumata unbedingt zu prüfen, ob eine Pulpa-Nekrose vorliege. Die Sensibilitätsprüfung sei dabei kein verlässliches Indiz, so Prof. Galler.

In ihrem reich bebilderten Vortrag ging sie weiterhin genauer auf knöcherne Ersatz- und invasive zervikale Resorptionen ein.

DIE HENNE ODER DAS EI?

Ebenfalls ein endodontologisches Thema besprach **Dr. Hans-Willi Herrmann** aus Bad



Dr. habil. Peter Gehrke, Ludwigshafen; Prof. Dr. Christian Graetz, Kiel.

Kreuznach. „Was war zuerst da – Paro oder Endo?“ lautete der Titel seines Vortrags, der das Dilemma in den Mittelpunkt stellte, dass beide Phänomene oft gleiche Symptome und Befunde zeigten und differentialdiagnostisch anspruchsvoll sein können. Daraus ergäben sich unterschiedliche, teils sogar konträre Behandlungsschritte, die den Praktiker vor eine schwierige Entscheidung stellten, so Dr. Herrmann.

Er sprach sich bei dem Vorliegen entsprechender Befunde immer für die Endo als ersten Behandlungsschritt aus. Auch endodontisch induzierte parodontale Läsionen seien so sicher zu therapieren.

PARO UND PROTHETIK: KOMBINATION ODER SOLO?

Prof. Dr. Peter Rammelsberger aus Heidelberg befasste sich mit den Chancen und Risiken kombinierter zahn- und implantatgestützter Brücken und Prothesen.

Besonders die Gefahren einer Implantatüberlastung aufgrund der Beweglichkeit werde kritisch eingeschätzt.

Prof. Rammelsberger gab den aktuellen Stand der Forschung auf dem Gebiet wieder und brachte den Erkenntnisstand mit, dass



keine Unterschiede zwischen rein implantatgestützten und kombiniert verankerten Brücken belegt seien.

Auch auf herausnehmbare Prothesen ging er ein, um die Entscheidungsfindung für den Praktiker mit aktuellen Erkenntnissen zu untermauern. Eine Take-Home-Message: „Wer mit Zirkoniumdioxid arbeitet, muss besonders auf die Biegefestigkeit des Werkstoffs achten.“

„ZAHNLOS, ABER NICHT WUNSCHLOS“

Daran schloss sich **Dr. habil. Peter Gehrke** aus Ludwigshafen an, der näher auf implantatprothetische Konzepte für herausnehmbaren Zahnersatz einging. Hier müsse man auf gute Materialien achten. „Billig hat eine Grenze“, betonte der Prothetik-Experte.

Langzeitstabile Ergebnisse bei reduziertem operativem Aufwand und geringeren Kosten sowie eine gute Pflegefähigkeit sprechen jedoch laut Dr. Gehrke für herausnehmbare Optionen, „denn festsitzender Zahnersatz ist bei Weitem nicht für alle Patienten ein Segen!“

INPUT FÜRS GESAMTE TEAM

Das Team-Programm lief parallel zu den Vorträgen für die Zahnärzteschaft und war sowohl für ZFA als auch für die Zahnärzteschaft konzipiert.

San.-Rätin Dr. Margrit Brecht-Hemeyer, im LZK-Vorstand zuständig für das Referat Zahnmedizinische Fachangestellte, moderierte als Tagungsleiterin den Teamtag für die zahnärztlichen Teams.

Prof. Dr. Christian Graetz aus Kiel ging auf orale Biofilme ein und erläuterte deren Rolle bei parodontalen Erkrankungen.

Er gab in seinem Vortrag auch Anregungen, wie mit der Kombination aus wissenschaftlicher Evidenz und Behandlungserfahrung ein optimales Ergebnis erreichbar ist. ➤



Prof. Dr. Christina Erbe, Direktorin der Poliklinik für Kieferorthopädie, Unimedizin Mainz

Prof. Dr. Christina Erbe aus Mainz stellte die Wichtigkeit der dentalen Fotografie für den Praxisalltag heraus und führte anschaulich nützliche Techniken für den täglichen Gebrauch vor. Intra- und extraorale Bilder zur Dokumentation des Patientenstatus für den täglichen Gebrauch wurden erklärt und geübt. „Ein effizientes und schnelles Fotografieren kann Ihnen viel Zeit und Bearbeitung ersparen“, betonte Prof. Erbe.

Ebenfalls von der Mainzer Universitätsmedizin hatte Dr. Anna Damanaki ein praxisnahes Thema mitgebracht – die Mundschleimhauterkrankungen und deren Bestimmung,

was mitunter nicht einfach zu erkennen ist. Klinische Beispiele illustrierten dies.

PERIIMPLANTITIS: HERAUSFORDERUNG AUCH FÜR PROFIS

Prof. Dr. Frank Schwarz aus Frankfurt betonte zunächst, dass auch für erfahrene Behandler die Periimplantitis eine große Herausforderung sein könne. Er gab den aktuellen Stand der Wissenschaft wieder, erläuterte Behandlungsmethoden und lieferte damit Orientierungshilfen für Praktiker.

Anschließend griff Prof. Dr. Ata Anil, Istanbul, das Thema Zahnerhalt versus Implantat bei parodontal geschädigten Zähnen auf. Sehr praxisorientiert und anhand von klinischen Fällen zeigte er auf, wie die Entscheidungsfindung ablaufen kann und auf welche Aspekte Rücksicht genommen werden sollte.

Ein Dreier-Team aus Prof. Dr. mult. Sharam Ghanaati, Frankfurt, Priv.-Doz. Dr. Raluca Cosgarea, Bonn, und Dr. Torsten Conrad aus Bingen stellte neue Trends beim Alveolenmanagement und der Rezessionsabdeckung vor. Der Regenerationsprozess könne durch Biomaterialien optimiert werden, unter anderem beispielsweise mit Material aus eigenem Blutplasma des Patienten.

Die „sprechende Zahnmedizin“ gewinnt an Bedeutung – auch in der Parodontistherapie.

Prof. Dr. Johann Wölber aus Freiburg sprach über Grundlagen, Kommunikationsbeispiele und die begleitende Evidenz von motivierender Gesprächsführung.

Dr. Jens Weusmann von der Unimedizin Mainz betonte in seinem Vortrag die Wichtigkeit der Teamarbeit bei der nichtchirurgischen Behandlung von Paro-Patienten – insbesondere bei den Themen Vorbehandlung und unterstützende Parodontitis-Therapie (UPT).

Anschließend an den Vortragsblock folgten die Workshops für Zahnärztinnen/Zahnärzte und Teams der oben genannten Referenten zu den Themen Paro-Chirurgie, PRF-Anwendung, Endodontie, Hygiene, Honorarmanagement, Dokumentation und Gesprächsführung.

AUSTAUSCH UND NETWORKING

Die traditionelle „Get-together-Party“ verlief am Freitagabend anders als von den Vorjahren gewohnt, aber nicht weniger launig. Informeller Austausch war auch trotz der Distanz möglich.

Auch die Dentalausstellung der Hersteller wurde zwischen den Vorträgen rege besucht.

Als am Samstagnachmittag der Kongress endete, war man sich einig: endlich wieder eine große Veranstaltung mit „hands-on“-Praxisteil – das war für alle ein Gewinn. ■



Prof. Dr. Frank Schwarz, Frankfurt (links); Prof. Dr. Ata Anil, Istanbul.

KAUM IN GOLD AUFZUWIEGEN

Eine gute Tradition auf dem „Zahnheilkunde“-Kongress ist die Scheckübergabe von San.-Rat Dr. Gert Kohl an KIKAM. Der Mainzer Zahnarzt sammelt schon seit über 25 Jahren Zahngold-Spenden aus der Kollegenschaft zugunsten des Vereins KIKAM, der die Kinderintensivstation der Mainzer Uniklinik unterstützt. Seit der letzten Scheckübergabe im Jahr 2018 sind stolze 473.339 Euro zusammengekommen, die an die KIKAM-Vorsitzenden Univ.-Prof. Dr. Stephan Gehring und Ralf Huth überreicht wurden.

Dr. Kohl kümmert sich darum, dass der gesamte Erlös aus dem gespendeten Zahngold dem Verein zugutekommt. Dies ist auch dank der Scheideanstalt Degudent möglich, die ihre Dienstleistung „spendet“. Damit kann sich jeder Patient sicher sein, dass der Spenderlös zu 100 Prozent zweckbestimmt eingesetzt wird, näm-

lich zur Unterstützung der Arbeit auf der Kinderintensivstation der Mainzer Universitätsklinik.

Insgesamt hat die Kinderintensivstation seit Bestehen der Aktion schon 2,3 Mio. Euro erhalten, die für die medizinische Versorgung der kleinen Patienten eingesetzt werden. Neben dem Kauf von speziellen Geräten werden mit den Spendengeldern auch berufliche Fort- und Weiterbildungen des pflegerischen und ärztlichen Personals gefördert.

Machen Sie mit und motivieren Sie Ihre Patienten, Ihr entnommenes Zahngold an KIKAM zu spenden. Mehr Infos erhalten Sie telefonisch bei Dr. Gert Kohl unter 0162/5411100. Sie möchten direkt spenden? Dann finden Sie unter kikam.de/spenden-und-helfen alle wichtigen Infos.

Allen Unterstützern ein herzliches Dankeschön!



Auch der Kinder-Notarztwagen gehört zu den Projekten, die durch KIKAM unterstützt werden. (V. l. n. r.): Ministerialdirektor Daniel Stich, Peter Mielke, San.-Rat Dr. Gert Kohl, Univ.-Prof. Dr. Stephan Gehring, Dr. Wilfried Woop, Ralf Huth. Danke an alle Zahngold-Sammler!

RESORBIERBARE KOLLAGENMEMBRAN VERSUS NICHT-RESORBIERBARE GORETEX-MEMBRAN

Ackermann-Preisträger-Abstract vom Forschungsteam um Dr. Nadja Nänni, Dr. Lukas Stucki u. a.

Implant sites with concomitant bone regeneration using a resorbable or non-resorbable membrane result in stable marginal bone levels and similar profilometric outcomes over 5 years" lautet der Titel der Studie, die vom Forschungsteam Dr. Nadja Nänni, Dr. Lukas Stucki, Dr. Jürg Hüsler, Dr. Dr. David Schneider, Prof. Dr. Christoph Hämmerle, Prof. Dr. Ronald Jung und PD Dr. Daniel Thoma durchgeführt wurde. Die Jury zeichnete sie mit dem

Karl-Ludwig-Ackermann-Preis in der Kategorie „Klinische Forschung International" aus. Dr. Lukas Stucki, Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin und Instruktor an der Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin der Universität Zürich hat den Preis in der Kategorie „Klinische Forschung International" im Namen der Autoren persönlich am Kongress in Mainz entgegengenommen.

Die gesteuerte Knochenregeneration (GBR) wird routinemäßig zur Regeneration von Knochen um Implantate mit Dehiszenz oder Fenestrationsen eingesetzt. Bei dieser Technik zur Regeneration von Hartgewebe wird eine Membran in Kombination mit autologem Knochen oder einem Knochenersatzmaterial verwendet. Grundsätzlich können resorbierbare und nicht-resorbierbare Membranen verwendet werden.

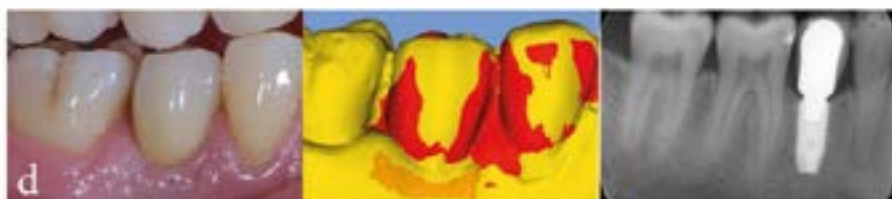
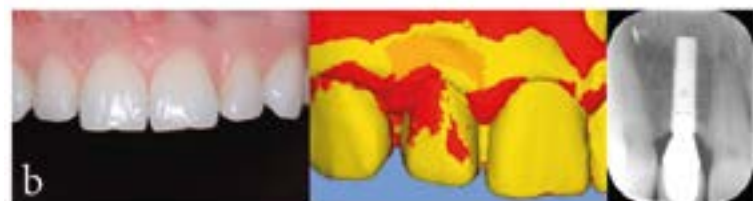
Die verfügbare Evidenz zu langfristigen Veränderungen von augmentiertem Hart- und Weichgewebe sowie für Konturveränderungen um Zahnimplantate bei Verwendung von nicht-resorbierbaren oder resorbierbaren Membranen ist limitiert.

Ziel der vorliegenden Studie war es daher, die langfristige Konturveränderung des periimplantären Hart- und Weichgewebes an Einzelimplantaten zu untersuchen, die mit gleichzeitiger GBR unter Verwendung einer resorbierbaren oder einer nicht-resorbierbaren Membran behandelt wurden.

Klinische Situation, profilometrische Messungen und Röntgenbilder.

(a und b) Beispiel der N-RES-Gruppe bei (a) BL, (b) FU-5;

(c und d) Beispiel der RES-Gruppe bei (c) BL, (d) FU-5;



27 Patienten mit einer Einzelzahnlücke in der ästhetischen Zone erhielten ein zweiteiliges Implantat. Die GBR wurde nach dem Zufallsprinzip mit einer resorbierbaren (RES) oder einer nicht-resorbierbaren Membran (N-RES) in Kombination mit einem Knochenersatzmaterial durchgeführt. Nachuntersuchungen wurden zu Beginn der Behandlung (BL = Einsetzen der Kronen) nach einem, drei und fünf Jahren durchgeführt, wobei klinische und röntgenologische Parameter sowie profilometrische Veränderungen erfasst wurden.

Nach 5 Jahren konnte gezeigt werden, dass bei Implantaten mit begleitender GBR unter Verwendung einer resorbierbaren oder nicht-resorbierbaren Membran das marginale Knocheniveau und die klinischen Ergebnisse stabil waren. Die profilometrischen und klinischen Veränderungen waren zwischen den beiden Gruppen über einen Zeitraum von 5 Jahren vergleichbar. Die beobachtete Veränderung der Hartgewebedecke wurde teilweise durch das darüber liegende Weichgewebe kompensiert.

Das gesamte Abstract zur Studie liegt der zB-Redaktion vor und kann bei Interesse zugesendet werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Nadja Nänni
Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin
Zentrum für Zahnmedizin
Universität Zürich
Plattenstrasse 11
CH- 8032 Zürich
Schweiz
nadja.naenni@zzm.uzh.ch

Erst strahlen, dann zahlen

Finanzieren Sie Ihre Wunschbehandlung
bequem in Raten

Für die beste Behandlung bei größtmöglichem
finanziellen Spielraum



Sie wollen mehr zu den Angeboten
der mediserv Bank erfahren?
Besuchen Sie uns.



EINSATZ EINER KOLLAGENMATRIX IN DER REGENERATIVEN PARODONTALCHIRURGIE

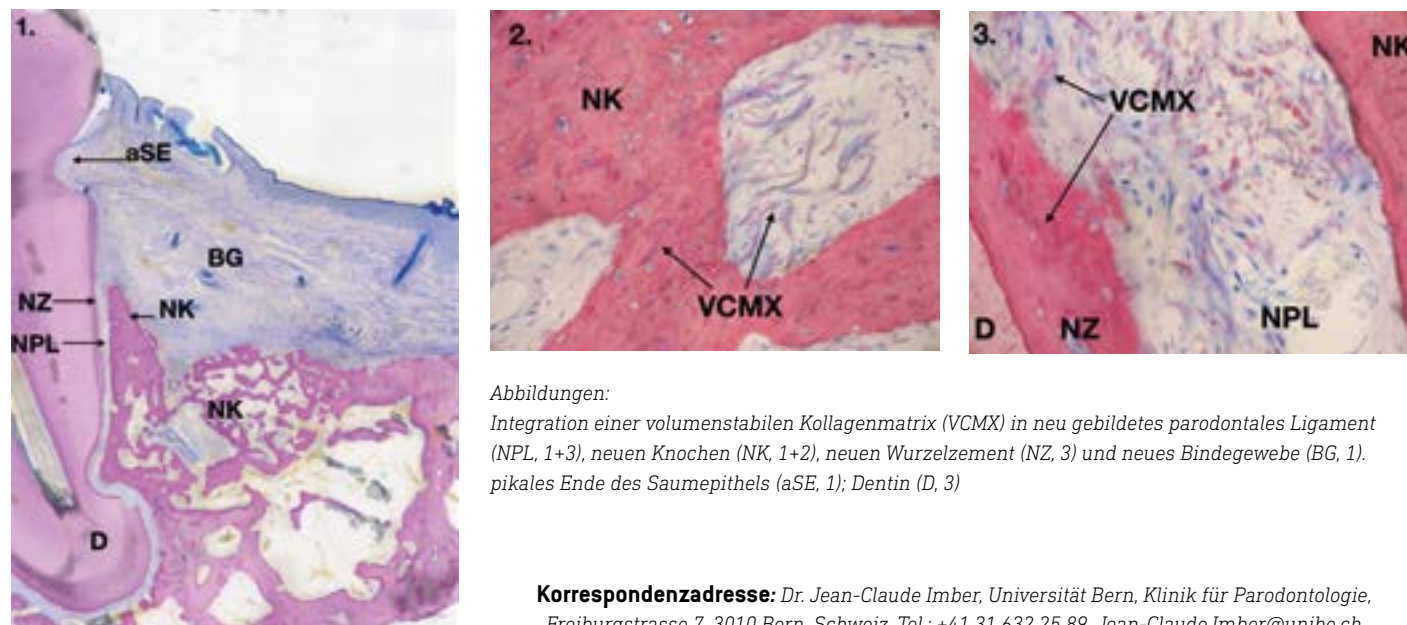
Ackermann-Preisträger-Abstract vom Forschungsteam um Dr. Jean-Claude Imber u. a.

Jean-Claude Imber ist Preisträger des Karl-Ludwig-Ackerman-Preises in der Kategorie „Präklinische Forschung“. Er untersuchte im Rahmen einer präklinischen Studie den Einfluss einer porösen, leicht quervernetzten Kollagenmatrix (Geistlich Fibro-Gide®) auf die parodontale Regeneration. „Pre-clinical evaluation of the effect of a volume-stable collagen matrix on periodontal regeneration in two-wall intrabony defects“ lautet der Titel seiner Arbeit, die er gemeinsam u. a. mit Prof. Dieter Bosshardt, Dr. Alexandra Stähli, Prof. Nikola Saulacic und Prof. Anton Sculean veröffentlichte.

In einem Tiermodell wurden parodontale, zweiwandige intraossäre Defekte an Zähnen kreiert. In der Testgruppe wurde eine Kollagenmatrix in den Defekt inseriert, während in der Kontrollgruppe der Defekt leer gelassen wurde. Nach einer Heilungszeit von zwölf Wochen wurden histologische Untersuchungen durchgeführt. Es konnte eine exzellente Biokompatibilität der Kollagenmatrix festgestellt werden ohne aty-

pische Entzündungszeichen im Zahnhalteapparat (Abb. 1). Reste der bereits teilweise abgebauten Kollagenmatrix waren entweder im neu gebildeten Knochen (Abb. 1, 2), im neuen parodontalen Ligament (Abb. 1, 3), im neuen Wurzelzement (Abb. 3) oder im Weichgewebe (Abb. 1) integriert. Die Wurzelzement- sowie Knochenneubildung war, verglichen mit der Kontrollgruppe, bei der Testgruppe statistisch signifikant höher. In beiden Gruppen wurden keine ungewünschten Nebeneffekte wie Wurzelresorptionen oder Ankylosen beobachtet.

Dies ist die erste Studie, die zeigt, dass diese Kollagenmatrix das Potential hat, die parodontale Regeneration zu unterstützen. Da diese Kollagenmatrix primär für die Weichgewebsregeneration entwickelt wurde, war es spannend zu beobachten, dass sich nicht nur neues Bindegewebe in die Kollagenmatrix integrierte, sondern auch Knochen. Trotz der vielversprechenden Resultate braucht es weitere präklinische und klinische Studien, welche den Einsatz dieser Kollagenmatrix in der regenerativen Parodontalchirurgie legitimieren.



Korrespondenzadresse: Dr. Jean-Claude Imber, Universität Bern, Klinik für Parodontologie, Freiburgstrasse 7, 3010 Bern, Schweiz, Tel.: +41 31 632 25 89, Jean-Claude.Imber@unibe.ch

SYSTEMATISCHES REVIEW: WEICHGEWEBS-AUGMENTATION BEI DENTALEN IMPLANTATEN

Ackermann-Preisträger-Abstract von Dr. Annika Kröger u. a.

Das systematic Review der Arbeitsgruppe um Dr. Kröger, Prof. Fickl, Prof. Dietrich und Prof. Kerschull untersucht den Einfluss der Weichgewebsaugmentation bei dentalen Implantaten auf das Knochenniveau und weitere klinisch relevante Merkmale. Dabei zeigt es sich, dass die Weichgewebsaugmentation nur in Einzelfällen positive Auswirkungen auf das marginale Knochenniveau hat – andere klinische Parameter jedoch (zum Beispiel Rezessionen, Weichgewebsvolumen und Blutungsindizes) werden positiv beeinflusst. Insbesondere in Kombination mit Hartgewebsaufbau sind deutliche Verbesserungen des periimplantären Gewebes zu beobachten.

EINLEITUNG

Dentale Implantate haben sich schon längst als zuverlässige und hochästhetische Option des Zahnersatzes etabliert. Jedoch sind Implantationsorte oft durch vorhergehende Pathologien kompromittiert: Knochenverluste und/oder Weichgewebsdefizite zeichnen diese Bereiche. Um diese auszubessern und somit optimale Voraussetzungen für eine darauffolgende Implantation zu schaffen, sind Weich- und Hartgewebsaugmentationen als allgemeingültig anerkannt. Gleichzeitig haben sich Weichgewebsaugmentationen zur Erhaltung und/oder Verbesserung des marginalen Knochenniveaus und periimplantärer Gesundheit durchgesetzt, jedoch gibt es nur limitierte Evidenz für potenziell positive Auswirkungen auf den Langzeiterhalt dentaler Implantate.

Das Ziel dieses systematischen Reviews ist die Beurteilung der Auswirkungen von Weichgewebsaugmentationen, welche entweder zum Zeitpunkt der Implantation oder darauffolgend durchgeführt wurden, auf periimplantäres marginales Knochenniveau. Zusätzlich betrachten wir Resultate dieser Intervention auf weitere klinische und patientenbezogene Faktoren.

MATERIAL UND METHODEN

Insgesamt wurden drei relevante PICO-Fragen entwickelt: Welche Auswirkung hat (i) Weichgewebsaugmentation versus keine Augmentation, (ii) Weichgewebsaugmentation und Hartgewebsaugmentation versus

Hartgewebsaugmentation alleine und (iii) Weichgewebsaugmentation versus Hartgewebsaugmentation auf biologische und patientenbezogene Parameter in systemisch gesunden Patienten mit mindestens einem Jahr Follow-up?

Das Protokoll wurde a priori bei PROSPERO registriert (Record ID: CRD42020211689) und entsprechend der PRISMA-Leitlinien veröffentlicht.

Zusammenfassend wurden vier elektronische Datenbanken systematisch nach relevanten Publikationen durchsucht und durch manuelle Suche relevanter Journals und Referenzlisten erweitert. Screening, Datenextraktion und Beurteilung des Risk of Bias wurden von zwei unabhängigen Reviewern durchgeführt und bei Unklarheiten durch einen dritten unabhängigen Reviewer vermittelt.



Abb. 1: Klinisches Fallbeispiel für eine Weichgewebsaugmentation. Zu sehen ist ein bereits präpariertes subepitheliales Bindegewebstransplantat vor der Einbringung in den Bereich des fehlenden oberen rechten Inzisivus. Deutlich erkennt man das fehlende Volumen des Alveolarkamms in bucco-palatinaler Richtung.

Korrespondenzadresse: The School of Dentistry, University of Birmingham, 5 Mill Pool Way, B5 7EG Birmingham, United Kingdom
 annika@thekroeger.net

ERGEBNISSE

Insgesamt konnten 20 Publikationen eingeschlossen werden, jedoch wiesen diese eine hohe Variabilität auf, sodass lediglich zwei Metaanalysen durchgeführt werden konnten.

Schlüsselerkenntnisse:

- Weichgewebsaugmentationen (entweder zur Erweiterung der keratinisierten Gingiva oder zur Volumenaugmentation) zeigen einen limitierten Effekt auf das marginale Knochenniveau im Vergleich zu keiner Augmentation.
- Andere klinische Parameter (wie zum Beispiel Blutungsindizes und Sondierungstiefen) verbessern sich durch chirurgische Interventionen zur Erweiterung keratinisierter Gingiva.
- Volumenaugmentationen haben positive Auswirkungen auf ästhetische Parameter (wie Pinkästhetik und marginales Weichgewebslevel).
- Die Kombination von Weich- und Hartgewebsaugmentation zeigt keine Überlegenheit zu alleiniger Hartgewebsaugmentation bezüglich marginalem Knochenniveau.

- Jedoch weist die gleichzeitige Weich- und Hartgewebsaugmentation bessere Ergebnisse bezüglich Rezessionen auf im Vergleich zu alleiniger Hartgewebsaugmentation.
- Basierend auf einer alleinigen randomisierten klinischen Studie zeigen Weichgewebsaugmentationen alleine ähnliche Veränderungen des marginalen Knochenniveaus auf wie alleinige Hartgewebsaugmentation.

SCHLUSSFOLGERUNG

Bei alleiniger Betrachtung des marginalen Knochenniveaus scheinen Weichgewebsaugmentationen keine vorteilhaften Auswirkungen zu haben. Im Anbetracht sekundärer Parameter – wie Ästhetik, Blutungsindizes und Weichgewebsvolumen – verbessern Weichgewebsaugmentationen die klinische Situation beträchtlich. Deshalb sollte die Indikation des chirurgischen Eingriffs individuell und fallbasiert geschehen, sodass ein für den Patienten optimales Ergebnis erreicht werden kann.

Das Literaturverzeichnis erhalten Sie auf Anfrage bei der Redaktion.

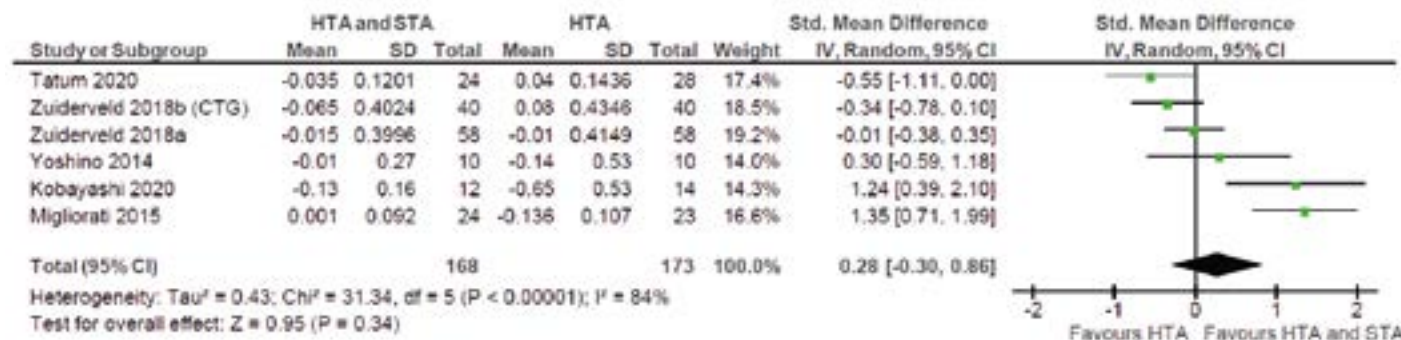


Abb. 2: Metaanalyse der PICO 2: marginales Knochenniveau
Vergleich der Kombination von Weich- und Hartgewebsaugmentation (linke Hälfte) versus Hartgewebsaugmentation alleine (rechte Seite) auf das marginale Knochenniveau. Ganz rechts ist die Verbildlichung der einzelnen Studienergebnisse, wobei die schwarze Raute unten die zusammenfassende Gewichtung der Ergebnisse nach Berücksichtigung studienindividueller Parameter (wie zum Beispiel Fallzahlen) darstellt. Da die Raute den Nullpunkt kreuzt, ist von einem statistisch nicht relevanten Ergebnis zu sprechen, wobei eine Favorisierung des Kombinationseingriffs zu erkennen ist.

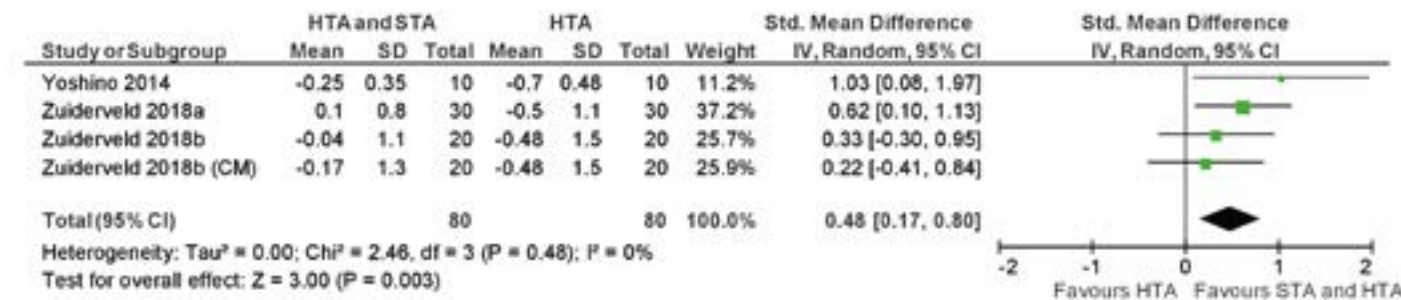


Abb. 3: Metaanalyse der PICO 2: marginales Weichgewebslevel
Vergleich der Kombination von Weich- und Hartgewebsaugmentation (linke Hälfte) versus Hartgewebsaugmentation alleine (rechte Seite) auf das marginale Weichgewebslevel. Ganz rechts ist die Verbildlichung der einzelnen Studienergebnisse, wobei die schwarze Raute unten die zusammenfassende Gewichtung der Ergebnisse nach Berücksichtigung studienindividueller Parameter (wie zum Beispiel Fallzahlen) darstellt. Die Raute kreuzt nicht den Nullpunkt und weist auf die Favorisierung der Kombinationsintervention hin.

NEUE PARODONTITIS-AUFKLÄRUNGSKAMPAGNE

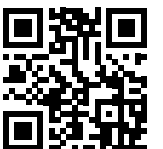


Jeder fünfte Erwachsene weiß nicht, was eine Parodontitis ist, und bei den Jüngeren zwischen 18 und 29 Jahren sind es sogar 59 Prozent der Befragten, die diese Volkskrankheit nicht kennen – das ergab eine repräsentative Forsa-Umfrage im Auftrag der Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Sie bescheinigte, dass es erstaunliche Wissenslücken über diese Krankheit und ihre Symptome gibt. Für den Präsidenten der BZÄK, Prof. Dr. Christoph Benz, ein Ansporn, die Aufklärungsarbeit über Parodontitis zu verstärken: „Wenn wir die Parodontitis wirksam bekämpfen wollen, müssen wir weiter aktiv aufklären. Eine Parodontitis ist nicht harmlos – das wissen die meisten Menschen. Und trotzdem bleibt Parodontitis oft unerkannt. Denn die Symptome werden zum Teil Jahre lang verkannt, zum Teil auch verwechselt. Dabei ist das der erste Schritt hin zur Therapie – je früher, desto besser.“

Deshalb startete die BZÄK eine digitale Aufklärungskampagne, die die Symptome in den Mittelpunkt stellt, zum Beispiel Mundgeruch, um gerade die mittleren Altersgruppen für die Risiken und Symptome einer Parodontitis zu sensibilisieren. Im Mittelpunkt der Maßnahme steht der

Paro-Check, mit dem man schnell online testen kann, ob ein Verdacht auf Parodontitis besteht. Die Internetseite www.paro-check.de informiert außerdem über Symptome und konkrete Behandlungsschritte bei einer Parodontitis. Begleitet wird die Kampagne im weiteren Verlauf des Jahres durch aktive Medienarbeit, von Medienkooperationen zum Thema Mundgeruch bis zu vorproduzierten Hörfunkbeiträgen, die bei lokalen privaten Hörfunksendern platziert werden.

Für Webseiten und Social-Media-Kanäle wie Instagram, Twitter und Facebook werden regelmäßig Bildmotive und Texte bereitgestellt, die auch von Zahnarztpraxen verwendet werden können. Speziell für die Zahnarztpraxen hat die BZÄK Materialien erstellt. Die Plakate, Motive und der Textbaustein können in den Praxisräumen genutzt bzw. in den sozialen Medien, in E-Mails oder auf Ihrer Webseite eingebunden werden. Auf der offiziellen Landingpage der Kampagne ist ein Downloadbereich eingerichtet worden: <https://paro-check.de> (oder scannen Sie den QR-Code ein). Dort finden Sie unter anderem Praxisplakate, Bilder für Instagram, Twitter und Facebook, einen Textbaustein für Ihre Webseite und eine Signatur für E-Mails.



SCHNAPPSCHÜSSE VOM KONGRESS



PARODONTITIS – FOLGENSCHWERE VOLKSKRANKHEIT

Univ.-Prof. Dr. James Deschner stellte als neuer wissenschaftlicher Leiter des Zahnheilkunde-Kongresses die Parodontitis in den Mittelpunkt. Paro-Behandlung ist oft Überzeugungsarbeit, deshalb fasst er in diesem Interview zentrale Punkte zusammen, die auch in der Kommunikation mit den Patienten wichtig sind.

ZB: ZWEI JAHRE PANDEMIE LIEGEN HINTER UNS. GIBT ES SCHLECHTERE PARODONTALBEFUNDE DURCH AUSGEFALLENE ODER VERSCHOBENE TERMINE?

Prof. Deschner: Bei einigen Patienten fällt leider schon auf, dass der eine oder andere ausgefallene oder verschobene Kontrolltermin in den vergangenen zwei Jahren zu einer Verschlechterung geführt hat. Die Zerstörung des Zahnhalteapparates bei einer Parodontitis ist in der Regel leider nicht umkehrbar, d. h., wenn der Knochen erst einmal abgebaut wurde, fehlt er für immer. Erstaunlicherweise gibt es aber auch Patienten, bei denen keine Verschlechterung im Vergleich mit früheren Jahren zu beobachten ist. Das sind vor allem jene Patienten, die eine hervorragende Mundhygiene zu Hause betreiben.



Univ.-Prof. Dr. James Deschner
 Direktor der Poliklinik für
 Parodontologie und Zahnerhaltung
 Universitätsmedizin Mainz
 Augustusplatz 2
 55131 Mainz
 Tel. 06131 17-7247
 Fax: 06131 17-3406

KÖNNEN SIE DIE ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN ENTZÜNDUNGEN DES ZAHNFLEISCHS UND LEIDEN, DIE VÖLLIG ANDERE REGIONEN DES KÖRPERS BETREFFEN, ERLÄUTERN?

Lange Zeit wurde übersehen, dass die Mundgesundheit ganz eng mit der Allgemeingesundheit in Verbindung steht. Menschen mit einer Parodontitis leiden häufiger an erhöhtem Blutzucker (Diabetes), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt und Schlaganfall), entzündeten Gelenken (rheumatoide Arthritis), Knochenschwund (Osteoporose) sowie Erkrankungen des Nervensystems (z. B. Alzheimer und Parkinson).

Bakterien und Entzündungsmoleküle aus der Mundhöhle können in den gesamten Körper gelangen und dann dort zu diesen Erkrankun-

gen beitragen. Andererseits wissen wir heute aber auch, dass solche Allgemeinerkrankungen einen schädlichen Einfluss auf die Mundgesundheit ausüben können.

ANDERSRUM GEFRAGT: PROFITIEREN THERAPIEN ANDERER ERKRANKUNGEN VON DER ERFOLGREICHEN BEHANDLUNG DER PARODONTITIS?

Ja! Und das beweist auch, dass die Parodontitis einen Einfluss auf solche Allgemeinerkrankungen hat. So führt z. B. die erfolgreiche Behandlung der Parodontitis zu einer Blutzuckersenkung bei Typ-2-Diabetes, zu einer verbesserten Blutgefäßfunktion und zu einer Linderung der Gelenksbeschwerden bei Arthritis-Patienten. Zahlreiche Studien laufen derzeit, um zu klären, ob durch eine erfolgreiche Parodontitis-Behandlung auch Erkrankungen wie Alzheimer und Parkinson gelindert bzw. verzögert werden können.

WAS KANN DIE ZAHNÄRZTESCHAFT HEUTE IHREN PARO-PATIENTEN EMPFEHLEN?

Wichtig ist m. E. die Botschaft: Parodontitis kann heutzutage sehr erfolgreich behandelt werden. Unterstützt wird dieses durch die Paro-Behandlungsleitlinie mit ihren vier Stufen oder Phasen.

- Zuerst geht es vor allem darum, die Risiken zu erkennen und zu verringern, die Einfluss auf die Behandlung nehmen könnten. Das ist z. B. eine noch nicht optimale Mundhygiene, aber auch Rauchen und ein schlecht eingestellter Diabetes.
- Die zweite Stufe umfasst dann die Entfernung von Bakterienbelägen

unterhalb des Zahnfleischs (Taschenbehandlung). Dies kann entweder mit herkömmlichen Handinstrumenten oder aber mit Ultraschallinstrumenten erfolgen. In sehr seltenen Fällen wird diese Taschenbehandlung mit einer Antibiotika-Therapie verbunden.

- In wiederum seltenen Fällen kann es erforderlich sein, dass die eine oder andere Zahnfleischtasche noch zusätzlich durch einen kleinen ambulanten chirurgischen Eingriff behandelt werden muss (dritte Stufe). Dieser Eingriff dient dann dazu, dass die Zahnfleischtasche besser heilt und sich verkleinert. Manchmal ist es sogar möglich, dass der verloren gegangene Knochen wiederhergestellt werden kann. Dazu dienen dann bestimmte regenerationsfördernde Substanzen oder Materialien, die bei dem chirurgischen Eingriff verwendet werden und von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen werden. In der Regel ist es aber nicht möglich, den ursprünglichen Zahnhalteapparat durch eine Parodontistherapie wiederherzustellen.
- Das Ziel der Parodontitisbehandlung besteht vor allem darin, die Erkrankung idealerweise zu stoppen oder aber zumindest aufzuhalten. Dafür ist es wichtig, dass der Patient auch nach Abschluss dieser aktiven Therapie in unterschiedlichen Abständen (i. d. R. alle 3–6 Monate) zur Nachuntersuchung kommt. Diese vierte Stufe oder Phase der Behandlungsstrecke, die unterstützende Parodontistherapie (UPT) und ist für den langfristigen Erfolg der Parodontitisbehandlung absolut notwendig. Hier werden dann die Taschentiefen und der Entzündungszustand jedes Mal wieder neu beurteilt. Gegebenenfalls muss dann die eine oder andere Tasche noch einmal nachbehandelt werden. Hierfür werden die Kosten für die unterstützende Parodontitisbehandlung auch von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

In der Kommunikation mit den Patienten ist es wichtig, immer wieder auf die Prophylaxe hinzuweisen. Wie schon erwähnt, gelingt es durch eine Parodontitisbehandlung, den weiteren Knochen- und Zahnverlust zu stoppen bzw. zu verlangsamen. Eine Wiederherstellung der Ausgangssituation (Situation, die vor der Erkrankung vorlag) ist i. d. R. leider nicht möglich, das sollte den Patienten klar sein.

Die drei Grundregeln für Patienten:

- eine optimale häusliche Mundhygiene (zweimal tägliches Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta, tägliche Zahnzwischenraumreinigung mittels kleiner Interdentalbürstchen oder, bei sehr engen Zwischenräumen, Zahnseide)
- eine gesunde Lebensweise (kein Rauchen, gesunde Ernährung, körperliche Aktivitäten, Vermeidung von Übergewicht und belastendem Stress, Behandlung von Allgemeinerkrankungen)
- sowie regelmäßige Zahnarztbesuche, durch die zumindest die Entstehung dieser Erkrankung sehr frühzeitig entdeckt werden kann. Die Krankheitsvorbeugung, das kann man gar nicht oft genug sagen, ist viel besser, einfacher, weniger belastend und preiswerter als eine Therapie.

DAS MOTTO DES KONGRESSES LAUTETE „BESTENS VERZAHNT“, UM DIE TEILNEHMER ZU SENSIBILISIEREN, DASS EINE INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT UNABDINGBAR IST. WIE SIEHT DAS IM „(ZAHN-)ÄRZTLICHEN ALLTAG“ KONKRET AUS?

Meines Erachtens hat sich die Zusammenarbeit trotz der unterschiedlichen Studiengänge sehr gut entwickelt. Zahnärzte und Ärzte besprechen Patientenfälle nicht selten gemeinsam, geben gegenseitig Empfehlungen, bereiten die Patienten für die Behandlung bei dem anderen Kollegen vor. Ärzte geben Vorträge für Zahnärzte und umgekehrt. Studien zu Munderkrankungen erscheinen in ärztlichen Zeitschriften und Studien zu Allgemeinerkrankungen auch in unseren Fachjournalen. Natürlich bleibt noch viel zu tun. Seit ca. einem halben Jahr werden die Studierenden der Zahnmedizin nach einer neuen Approbationsordnung ausgebildet. Dabei spielt die engere Verzahnung mit der Medizin eine wichtige Rolle.

„Bestens verzahnt“ meint aber auch die Vernetzung zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen innerhalb der Zahnmedizin. Oft sind Zahnärzte spezialisiert, d. h. sie behandeln z. B. vor allem Patienten, die Zahnersatz benötigen (Prothetik) oder Zahnfehlstellungen (Kieferorthopädie) aufweisen oder Zahnimplantate (Implantologie) bzw. eine Wurzelkanalbehandlung (Endodontie) benötigen. Es gibt auch den Bereich der Kinderzahnheilkunde und natürlich die Parodontologie, bei der es um die Behandlung von Erkrankungen des Zahnhalteapparates geht. Deswegen ist es wichtig, dass auch zwischen diesen Fachdisziplinen der fachliche Austausch gefördert wird – dazu hat unser Kongress ganz viel beigetragen.

WIE KANN DIESE INTERDISZIPLINARITÄT WEITER GESTÄRKT WERDEN?

Die Zusammenarbeit über die Grenzen hinaus kann vor allem dadurch gestärkt werden, wenn jedem bewusst ist, dass man nicht alles weiß, nicht alles kann und man zusammen mehr für das Wohl der Patienten erreicht. Fachliche Bescheidenheit, Offenheit und Neugier sollten daher immer wieder gefördert werden. Interdisziplinäre Kongresse und Fortbildungen innerhalb der Zahnmedizin, aber eben auch in Zusammenarbeit mit Medizinern sind wichtig. Ebenso braucht es gemeinsame wissenschaftliche Studien und Veröffentlichungen in sowohl zahnärztlichen als auch medizinischen Fachjournalen.

Eine wichtige Rolle spielen aber auch unsere Patienten selbst, denn sie sind es, um die es geht. Wenn auch sie dem Arzt mitteilen, dass Erkrankungen in der Mundhöhle mit Allgemeinerkrankungen in Verbindung stehen und dass die zahnärztliche Behandlung zu einer zusätzlichen Verbesserung des Blutzuckers oder der Arthritis führt, dann werden die Barrieren zwischen Medizin und Zahnmedizin noch kleiner.

DIE CHIRURGISCHE PARODONTITISTHERAPIE: GRUNDLEGENDES ZUM EINSTIEG

von Dr. med. dent. Anna Damanaki
und Dr. med. dent. Jens Weusmann, M.Sc.,
Oberärzte der Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung
der Universitätsmedizin Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Die deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DG Paro) thematisiert in ihrer Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ in den Empfehlungen für die dritte Therapiestufe die Möglichkeit der chirurgischen Parodontitistherapie. Zu erwähnen ist, dass eine Leitlinie zur Behandlung der Parodontitis Stadium IV noch aussteht und auf europäischer Ebene voraussichtlich im Rahmen des EuroPerio10-Kongresses präsentiert werden wird (Stand 2.6. 2022).

Im Falle von Sondierungstiefen > 4 mm mit „Bleeding-on-Probing“ (BOP) oder tiefen parodontalen Taschen ≥ 6 mm nach den Therapiestufen 1 und 2 erfolgt gemäß der Leitlinie die dritte Therapiestufe oder, falls jene Befunde nicht mehr vorliegen, die Eingliederung in die vierte Therapiestufe.

Ziel der dritten Therapiestufe und damit auch der Parodontalchirurgie ist die Elimination tiefer Resttaschen. Wie sich gezeigt hat, verbleiben auch durch gründliches subgingivales Debridement nicht instrumentierte Bereiche (Rateitschak-Plüss et. al. 1992). Ein Ziel jeder parodontalchirurgischen Maßnahme ist deshalb die Taschenelimination durch suffiziente Desintegration des Biofilms unter Sicht. Darüber hinaus kann – je nach Defektkonfiguration – auch ein regenerativer Ansatz verfolgt werden wie das Einbringen von „entweder Membranen oder Schmelz-Matrix-Proteine[n] mit oder ohne Zusatz von Knochenersatzmaterial“ (S3-Leitlinie: Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III; Die deutsche Implementierung der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I–III Periodontitis“ der European Federation of Periodontology (EFP)).

Die dritte Therapiestufe kann

- „wiederholte subgingivale Instrumentierung mit oder ohne adjuvante Therapien
- Parodontalchirurgie: Zugangslappen
- Parodontalchirurgie: resektive Eingriffe
- Parodontalchirurgie: regenerative Eingriffe“ (S3-Leitlinie) umfassen.

Es wird in der Leitlinie darauf hingewiesen, dass parodontalchirurgische Eingriffe nur auf Grundlage einer zusätzlichen und spezifischen Einwilligung vorgenommen werden dürfen. Analog zur zweiten Therapiestufe soll auch nach chirurgischer Parodontitistherapie eine erneute Reevaluation erfolgen und der Patient anschließend in die vierte Therapiestufe (UPT) eingegliedert werden.

Die Differenzialtherapie der chirurgischen Parodontitistherapie kann in wiederholter subgingivaler Instrumentierung bestehen:

„Als Minimalversorgung nach der ersten und zweiten Therapiestufe in hoher Qualität soll im betroffenen Bereich eine wiederholte Reinigung der Wurzeloberfläche (mit oder ohne Zugangslappen) und eine engmaschige Kontrolle im Rahmen der unterstützenden Parodontaltherapie (UPT) einschließlich subgingivaler Instrumentierung erfolgen“ (S3-Leitlinie).

Es hat sich jedoch gezeigt, dass Patienten gerade bei tieferen parodontalen Taschen bezüglich des therapeutischen Attachmentgewinns von Parodontalchirurgie profitieren (Lindhe et al., 1982).



Korrespondenzadresse
Dr. med. dent. Jens Weusmann, M.Sc.
Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung
der Universitätsmedizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
Augustusplatz 2
55131 Mainz
Telefon +49 (0) 6131 17-3556
jens.weusmann@unimedizin-mainz.de
www.unimedizin-mainz.de/parodontologie

In der neuen PAR-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist vorgesehen, dass 3 bis 6 Monate nach der antiinfektiösen Therapie (AIT, entspricht der zweiten Therapiestufe) durch den behandelnden Zahnarzt geprüft wird, ob ein chirurgisches Vorgehen indiziert ist. Dies kann für Parodontien mit einer Sondierungstiefe ≥ 6 mm angezeigt sein (PAR-RL, Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen). Die Entscheidung darüber „trifft die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit der oder dem Versicherten. Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen“ (PAR-RL). In diesem Falle erfolgt die Abrechnung nach den Ziffern CPTa für einwurzlige Zähne sowie CPTb für mehrwurzlige Zähne. Diese „umfasst die Lappenoperation (einschließlich Naht und/oder Schleimhautverbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement.

Mit der Leistung nach Nr. CPT sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105, 107 und 107a abgegolten“ (PAR-RL).

Zu beachten ist, dass im Gegensatz zu den alten BEMA-Positionen P202 und P203 die CPT-Leistungen lediglich anzeigepflichtig, nicht jedoch genehmigungspflichtig sind.

Im Folgenden werden verschiedene chirurgische Techniken erörtert. Selbstverständlich stellt dies lediglich eine kurze Synopsis für Einsteiger in dieses Fachgebiet dar und kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

RESEKTIVE MASSNAHMEN

Ziel der resektiven Maßnahmen ist die Elimination von Resttaschen. Zu diesen Maßnahmen zählen die Gingivektomie mit ergänzender Gingivoplastik, der apikale Verschiebelappen sowie die distale Keilexzision.

Die Gingivektomie dient der Elimination supraalveolärer Taschen, hierbei geht jedoch keratinisierte Gingiva verloren. Die Methode eignet sich insbesondere bei Gingivavergrößerungen hereditärer oder medikamentöser Ätiologie. Eine weitere Indikation ist die Freilegung von Zähnen oder subgingivaler Karies, Kronen- und Füllungsrandern (Zafiropoulos et al., 1991, Prato et al., 1995). Mittels einer ergänzenden Gingivoplastik kann die Gingivakontur modelliert werden (Prato et al., 1995). Im Rahmen des Eingriffs ist stets eine Freilegung des Knochens zu meiden. Nach der sorgfältigen Instrumentierung kann die Anwendung eines Wundverbandes von

Vorteil für die Wundheilung sein. Abseits des konventionellen chirurgischen Vorgehens ist die Durchführung mittels Laser, bei entsprechenden Qualifizierung, in Betracht zu ziehen (Zafiropoulos et al., 1991, Müller, 2012).

Das Ziel des apikalen Verschiebelappens ist ebenfalls die Taschenelimination; aufgrund des Vorgehens wird im Gegensatz zur Gingivektomie das keratinisierte Gewebe geschont. Die Technik eignet sich insbesondere für flache Knochendefekte sowie chirurgische Kronenverlängerungen, wobei ein Erhalt des supracrestalen Attachments (früher „biologische Breite“) angestrebt wird. Zum Beispiel können Unterkiefermolaren mit Furkationsgrad III laut Leitlinie mit einer Tunnelierung behandelt werden (S3-Leitlinie). Der apikale Verschiebelappen eignet sich hierfür. Technisch ist dieser anspruchsvoller als die Gingivektomie, da nach Abschluss der Instrumentierung der Lappen nach apikal verschoben werden muss, was wiederum eine Fixierung über Periostnähte erfordern kann. Die Osteoplastik kann sowohl mit rotierenden als auch mit Handinstrumenten erfolgen. Sicherer kontrollierbar wird der Knochenabtrag durch die Benutzung von Handinstrumenten, auch wenn die Anwendung von rotierenden Instrumenten unter Umständen schneller und effizienter sein kann (Nabers, 1954; Friedman, 1955; Friedmann, 1962, Müller, 2012).

Zum Formenkreis der resektiven Maßnahmen gehört auch die distale Keilexzision (siehe Abbildungen 1 und 2). An der distalen Fläche der endständigen Molaren findet sich nicht selten überschüssiges Gewebe, welches wiederum in einer Pseudotasche resultiert. Diese Pseudotasche zeigt häufig eine pathologische Sondierungstiefe und stellt somit eine Nische dar, welche nicht gut putzbar ist und zu Entzündungspersistenz führen kann. Die distale Keilexzision lässt sich entweder mit anderen resektiven Maßnahmen kombinieren



Dr. med. dent. Anna Damanaki
 Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung
 der Universitätsmedizin
 der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

oder kann auch singular angewendet werden. Das Vorgehen besteht aus der Platzierung und Durchführung zweier nach distal parallelen (Oberkiefer) oder konvergierenden (Unterkiefer) Inzisionen. Richtung Kieferkamm sind die Inzisionen stets konvergierend, sodass ein Gewebekeil zustande kommt, welcher sich gut entfernen lässt. Die Adaptation der Wundränder erfolgt mittels Einzelknopfnah oder mit einer Umschlingungsnah (Gängler et al., 2010; Esders, 2006; Johnson et al., 2020). Häufig ist bei diesem Eingriff das OP-Gebiet schwierig erreichbar

und, je nach Bezahnung und Mundöffnung, kompliziert einsehbar. Deshalb ist hier besonders auf eine suffiziente Patientenlagerung zu achten. Es ist ebenfalls zu erwähnen, dass die Keilexzision und damit die Reduzierung der distalen Tasche auch mittels Anwendung eines Lasers erfolgen kann (Johnson et al., 2020).

REPARATIVE MASSNAHMEN

Die reparativen Maßnahmen erzielen eine Reduzierung der parodontalen Taschen bei größtmöglichem Erhalt der keratinisierten Gingiva. Durch den operativen Zugang wird auch hier die Instrumentierung der Wurzeln unter Sicht ermöglicht. Mittels Positionierung des Lappens – möglichst in der ursprünglichen Position – wird die Bildung eines langen Saumeithels und damit verbundene Reduzierung der Taschentiefe angestrebt (Stein, 2019). Zu den reparativen Maßnahmen zählen unter anderem der Kirkland-Lappen sowie die „Excisional New Attachment Procedure“ (Stein, 2019). Beide Methoden können im Rahmen der chirurgischen Therapie der neuen PAR-Richtlinie angewendet werden und eignen sich gut für Einsteiger in die parodontale Chirurgie.

Der Kirkland-Lappen eignet sich für flache Taschen mit horizontalem Knochenabbau. Hier erfolgt die Schnittführung sulkulär. Der Knochen wird im Rahmen dieser Technik minimal dargestellt. Auch wenn die Schnittführung vergleichsweise einfach durchführbar ist, kann die Entfernung des Granulationsgewebes vom Lappen oder den Papillen mit einer Gewebeschere eine Herausforderung darstellen. Die Wunden können mit einfachen Einzelknopfnähten versorgt werden (Kirkland, 1931; Stein, 2019; Gängler et al., 2010).

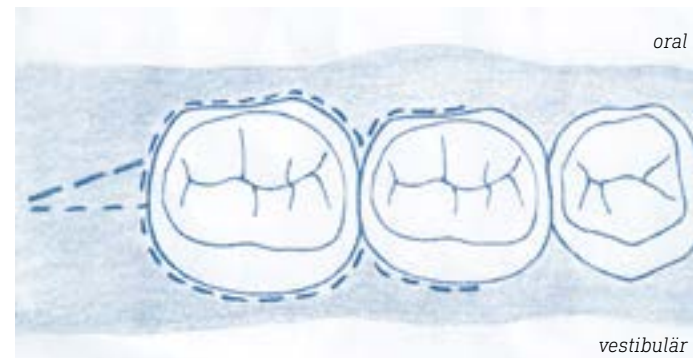


Abb. 1: Schnittführung bei distaler Keilexzision sowie Zugangslappen nach Kirkland am endständigen Unterkiefer-Molaren, alle Abbildungen von ZÄ Charlott Luise Hell.

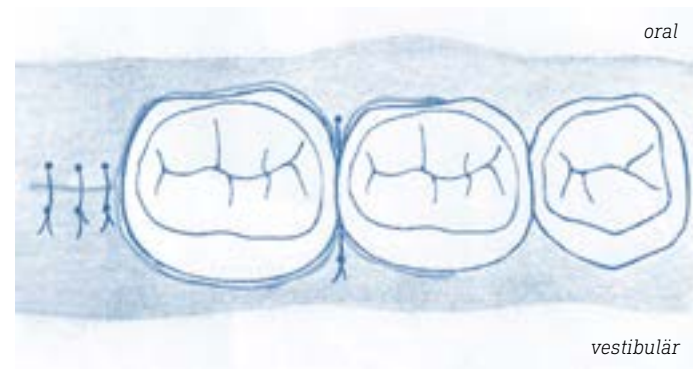


Abb. 2: Nahtversorgung nach distaler Keilexzision sowie Zugangslappen nach Kirkland am endständigen Unterkiefer-Molaren.

Bei der „Excisional New Attachment Procedure“, oder abgekürzt ENAP, wird durch eine marginale Schnittführung das entzündliche Gewebe vom gesunden abgetrennt und entfernt (siehe Abbildung 3). Da es sich um einen Mukosalappen handelt, wird der Knochen im Gegensatz zum Kirkland-Lappen nicht dargestellt. Bei der ENAP handelt es sich um eine wenig invasive Methode, die einerseits die Entfernung des entzündlichen marginalen Gewebes und andererseits die Instrumentierung unter Sicht ermöglicht. Die Wunden lassen sich gut und einfach mittels Einzelknopfnähten oder vertikalen Matratzennähten verschließen (Yunka et al., 1976, Stein, 2019).

REGENERATIVE MASSNAHMEN

Die regenerativen Maßnahmen im Rahmen der parodontalen Chirurgie finden bei tiefen parodontalen Taschen mit intraossären Defekten Einsatz. Ziel ist möglichst die „restitutio ad integrum“ bzw. die „restitutio ad functionem“ durch die Regeneration der parodontalen Gewebe. Op-

timalerweise wird also nach einer regenerativen Behandlung die Taschentiefe durch Neugewinn parodontaler Strukturen verringert. Eine Rezession soll möglichst vermieden werden, ist allerdings nicht auszuschließen (Cortellini and Tonetti, 2015).

Im Laufe der Zeit wurden zahlreiche Methoden entwickelt.

Der Papillenerhaltungslappen (Papilla Preservation Flap; PPF) wurde 1985 von Takei beschrieben (siehe Abbildung 4). Diese Technik eignet sich für breite interdentale Räume >2 mm und kann bei entzündungsfreier Interdentalpapille angewendet werden. Der Lappen eignet sich insbesondere für buccale, isolierte, tiefe, interdentale Knochendefekte im ästhetischen Bereich. Nach Bildung eines Mukoperiostlappens ist eine Instrumentierung der Wurzel unter Sicht möglich. Eine anschließende Versorgung des Defektes mittels Knochenersatzmaterial und/oder Membran und/oder Schmelzmatrixderivaten zur Wiederherstellung des Attachments ist möglich. Die Wunde lässt sich u. a. mittels Einzelknopfnähten, gekreuzten Matratzennähten oder horizontalen Matratzennähten gut verschließen (Takei et al., 1985).

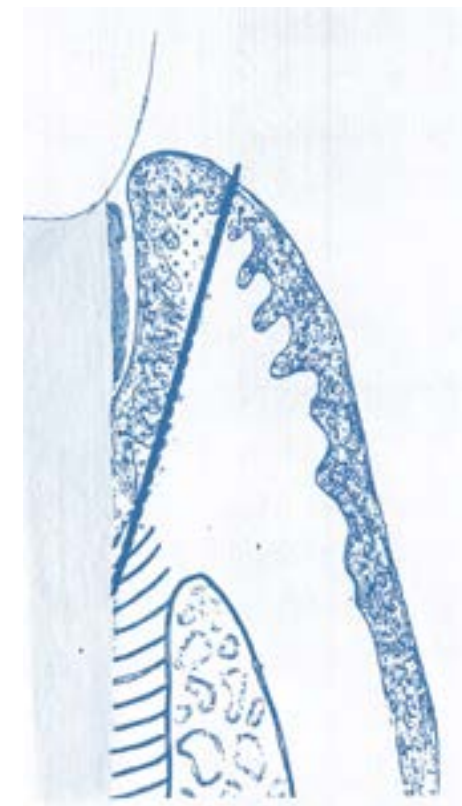


Abb. 3: Schnittführung bei der ENAP-Technik

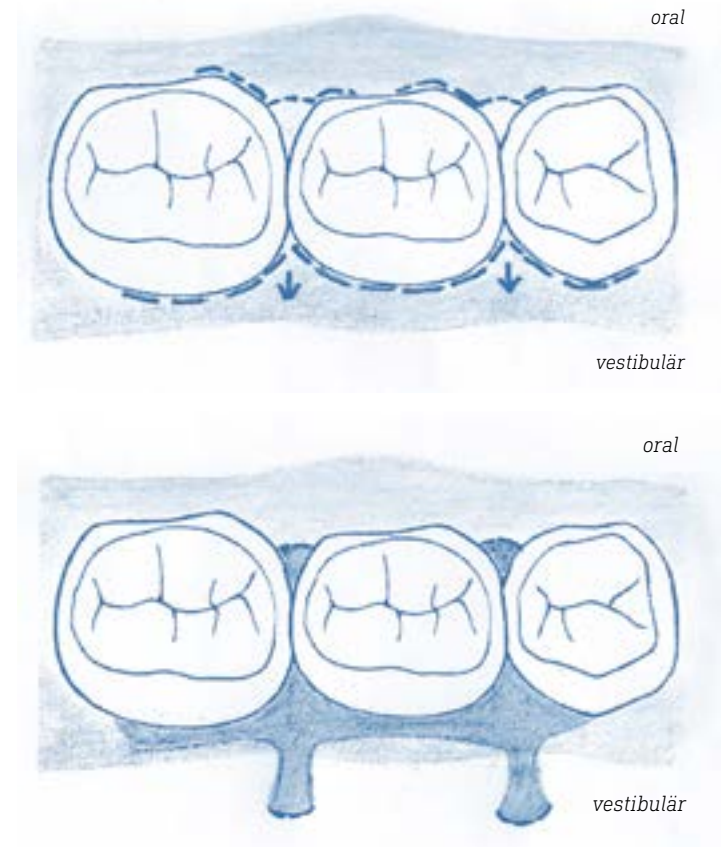


Abb. 4: Papillenerhaltungslappen nach Takei et al., 1985

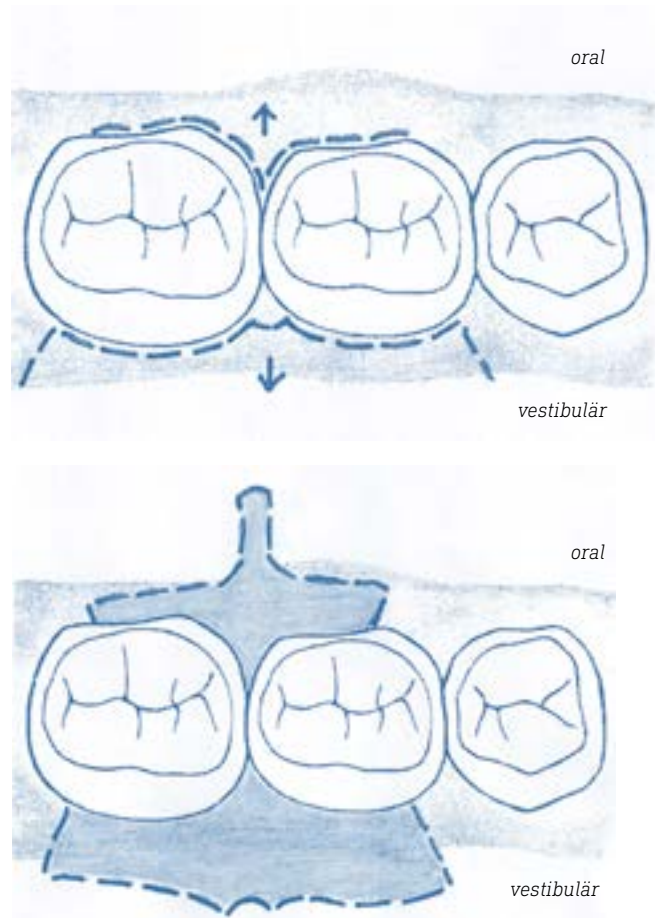


Abb. 5: Modifizierter Papillenerhaltungslappen nach Cortellini et al. 1995

Eine Weiterentwicklung dieses Lappens stellt der modifizierte Papillenerhaltungslappen (Modified Papilla Preservation Flap; MPPF) nach Cortellini et al. dar (siehe Abbildung 5). Die Indikationen der Anwendung sind ähnlich, allerdings eignet sich dieser Lappen eher für oral liegende Defekte. Die Inzision erfolgt hier vestibulär. Die Bildung eines Mukosalappens in der Tiefe ist zusätzlich möglich, um Beweglichkeit zu erzielen. Die Wunde kann mit einer horizontalen Matratzennaht in der Tiefe und einer vertikalen Matratzennaht in der Papille versorgt werden (Cortellini et al., 1995).

Die Methode wurde von Cortellini et al. im Verlauf erneut modifiziert und für parodontal erkrankte Stellen mit einem interdentalen Abstand von ≤ 2 mm sowie für interproximal dickeres Gewebe angepasst. Der vereinfachte Papillenerhaltungslappen (Simplified Papilla Preservation

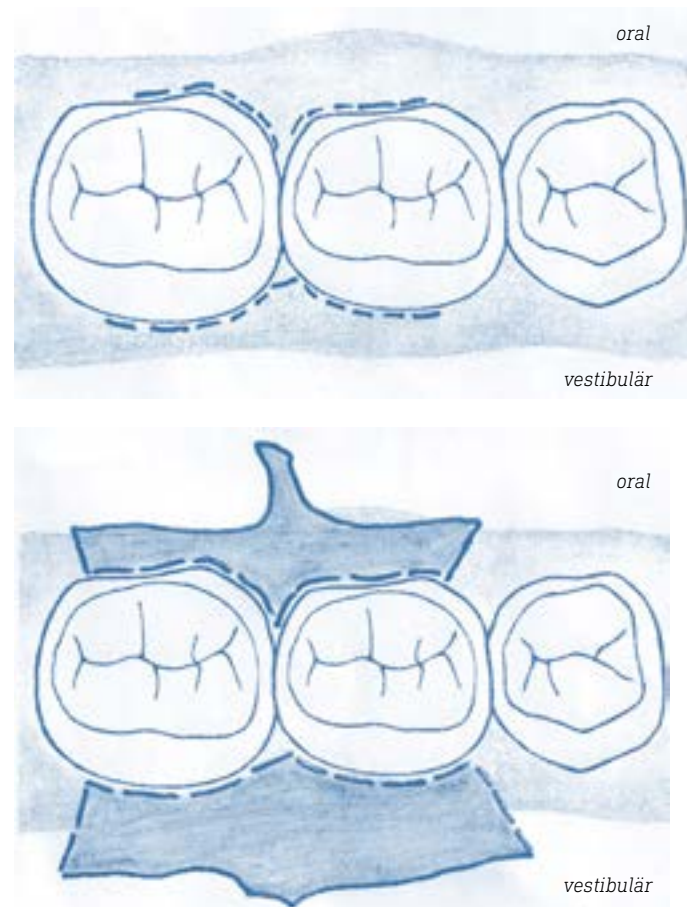


Abb. 6: Vereinfachter Papillenerhaltungslappen nach Cortellini et al. 1999

Flap; SPPF) ist weitgehend analog zu den anderen, allerdings wird hier die Inzision schräg und näher am Approximalraum gesetzt (siehe Abbildung 6). Die Inzision beginnt am betroffenen Zahn und endet mittig der Approximalfläche des Nachbarzahnes. Auch hier ist die Mobilisierung und koronale Verschiebung des Lappens möglich. Die Wunde kann mit einer modifizierten oder horizontalen Matratzennaht verschlossen werden. Auch Einzelknopfnähte können Anwendung finden (Cortellini et al., 1999; Stein, 2019).

Im Verlauf wurden noch weniger invasive Methoden zur Behandlung der parodontalen intraossären Defekte wie die Minimal Invasive Surgical Technique (MIST) entwickelt. Je nach Breite des Interdentalraums entspricht die Schnittführung derjenigen des MPPF oder SPPF, allerdings wird in diesem Fall der Lappen nicht über die mukogingivale

ZUSAMMENFASSUNG

Grenze hinaus mobilisiert und es werden lediglich etwa 1–2 mm des defektassoziierten Knochenkammes freigelegt. Die Methode eignet sich besonders für die Behandlung von isolierten Defekten mit anschließender Regeneration. Eine Modifikation von MIST stellt M-MIST (Modified Minimal Invasive Surgical Technique) dar. Bei diesem Vorgehen wird die interdental Papille nicht mobilisiert. Der Wundverschluss kann mittels einer modifizierten Matratzennaht erfolgen. Vorteile dieser Methoden sind die Verkürzung der Dauer des Eingriffs kombiniert mit einem verringerten chirurgischen Trauma. Eine höhere Lappen- und Wundstabilität wird erreicht und so werden auch die postoperativen Komplikationen minimiert (Cortellini and Tonetti, 2007, Cortellini and Tonetti, 2009).

Die S3-Leitlinie definiert die therapeutischen Rahmenbedingungen der chirurgischen Parodontitisbehandlung. Eine Vielzahl an chirurgischen Vorgehensweisen und Methoden steht zur Verfügung. In diesem Beitrag wurden einige Methoden gerade mit Hinblick auf den Einstieg in die parodontale Chirurgie thematisiert. Die sorgfältige Diagnostik und Planung des chirurgischen Vorgehens ist Voraussetzung für einen Therapieerfolg. Grundsätzlich ist hierfür auch eine regelmäßige theoretische und praktische Auseinandersetzung mit diesem Gebiet unabdingbar. ■

Das Literaturverzeichnis erhalten Sie auf Anfrage bei der Redaktion.

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte
für Lepra- & Notgebiete

WIR stärken das Gemeinwohl – weltweit

Sei dabei!
Jetzt klicken oder scannen
und spenden oder zustiften!

#WIRfürdieWelt
stiftung-hdz.de

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte
für Lepra- und Notgebiete
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Spenden: IBAN: DE28 3006 0601 0004 4440 00
Zustiftungen: IBAN: DE98 3006 0601 0604 4440 00

PERIOPERATIVER EINSATZ VON DOAK

Eine neue Version des EHRA-Praxisleitfadens (European Heart Rhythm Association) gibt Empfehlungen zum perioperativen Umgang mit direkten oralen Antikoagulanzen bei Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern.

Mehrere Spezialisten und Spezialistinnen haben sich bemüht, für Situationen, in denen die Evidenzlage aufgrund fehlender Studien nicht eindeutig ist, Empfehlungen für die Praxis zu geben. Sie berücksichtigen dabei vor allem das Blutungsrisiko des Eingriffs sowie die Nierenfunktion der Patienten.

In einigen Fällen sollten die Patientinnen und Patienten stationär eingewiesen und in der Klinik vorbereitet werden, etwa bei Körpergewicht < 50 kg, relevanten Interaktionen, der Empfehlung zur Bestimmung von Plasmaspiegeln oder bei Hochrisikoeingriffen.

Man bestimmt zunächst mit den Tabellen, in welche Risikogruppe der Patient gehört (gelb, orange, rot). In der Abbildung auf Seite 33 lässt sich ablesen, ob in Abhängigkeit von der Nierenfunktion die „Stop-Phase“ verlängert werden muss. Danach wählt man in der Praxishilfe auf Seite 34 die Zeile (Risikogruppe und Name des Wirkstoffs) aus, die bei normaler Nierenfunktion gilt. Hier lassen sich auch die entsprechenden Tage markieren und die Abbildung den Patienten als Ausdruck mitgeben (siehe Downloadlink und QR-Code).

Dr. med. Joachim Fessler
Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der KV Hessen

CHIRURGISCHE EINGRIFFE NACH BLUTUNGSRISIKO
Niedriges Risiko (seltene Blutungen mit geringer klinischer Bedeutung)
Zahnextraktionen (1–3 Zähne), Parodontose-Chirurgie, Implantat-Einbringung, Beschneiden oder Reinigung von Zahnfleischtaschen
Katarakt- oder Glaukominterventionen
Endoskopien ohne Biopsien oder Resektionen
Oberflächen-Chirurgie (z. B. Abszessöffnungen, kleine dermatologische Exzisionen, Hautbiopsien)
Schrittmacher- oder ICD-Implantation (ausgenommen komplexe Prozeduren)
elektrophysiologische Untersuchungen oder Katheterablationen (ausgenommen komplexe Prozeduren)
elektive Routineinterventionen der Koronararterien oder peripherer Arterien (ausgenommen komplexe Prozeduren)
intramuskuläre Injektionen (z. B. Impfungen)

Moderates Risiko (gelegentliche Blutungen mit moderater klinischer Bedeutung)
komplexe zahnärztliche Prozeduren
Endoskopie mit unkomplizierter Biopsie
kleine orthopädische Chirurgie (Fuß, Hand, Arthroskopien)



Hier finden Sie ein PDF der Praxishilfe zum Download und zum Ausdrucken für Ihre Patientinnen und Patienten: [kvh.link/2201016](https://www.kvh.link/2201016) oder scannen Sie den QR-Code.

CHIRURGISCHE EINGRIFFE NACH BLUTUNGSRISIKO (FORTSETZUNG)
Hohes Risiko (Blutungen von hoher klinischer Bedeutung)
Herzchirurgie
chirurgische Revaskularisation peripherer Arterien (z. B. Reparatur eines Aortenaneurysmas, Gefäßbypässe)
komplexe invasive kardiologische Interventionen inklusive der Extradaktion der Führungsdrähte von Schrittmachern oder ICDs, epikardiale Ablationen ventrikulärer Tachykardien, PCI chronischer Totalverschlüsse etc.
Neurochirurgie
Spinal- oder Epiduralanästhesie, diagnostische Lumbalpunktionen
komplexe endoskopische Prozeduren wie multiple Polypektomien, endoskopische retrograde Cholangiopankreatikografien (ERCP) mit Sphinkterektomie etc.
Abdominalchirurgie (inklusive Leberbiopsien)
Thoraxchirurgie
größere urologische Chirurgie/Biopsien (inkl. der Niere)
extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
große orthopädische Eingriffe

Quelle: nach EP Europace 2021

TIMING DER LETZTEN DOAK-GABE VOR DEM EINGRIFF (NACH BLUTUNGSRISIKO UND NIERENFUKTION)				
Kein perioperatives Bridging mit NMH/UFH (niedermolekularem oder unfraktioniertem Heparin)				
Niedriges Risiko: Eingriff zum Zeitpunkt der DOAK-Talspiegel terminieren (d. h. 12/24 h nach letzter Einnahme). Wiedereinnahme am gleichen Tag oder spätestens am Folgetag.				
	Dabigatran		Apixaban – Edoxaban – Rivaroxaban	
Blutungsrisiko	moderates Risiko	hohes Risiko	moderates Risiko	hohes Risiko
CrCl ≥ 80 ml/min	≥ 24 h	≥ 48 h	≥ 24 h	≥ 48 h
CrCl 50–79 ml/min	≥ 36 h	≥ 72 h	≥ 24 h	≥ 48 h
CrCl 30–49 ml/min	≥ 48 h	≥ 96 h	≥ 24 h	≥ 48 h
CrCl 15–29 ml/min	nicht indiziert	nicht indiziert	≥ 36 h	≥ 48 h
CrCl < 15 ml/min	DOAK sind bei CrCl < 15 ml/min nicht indiziert			

Quelle:
1. EP Europace 2021; Steffel, J et al. (2021). European Heart Rhythm Association Practical Guide on the Use of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation. Europace 2021 00, 1–65. CrCl = Kreatinin-Clearance

ZAHNMEDIZIN FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG UND MEDIZINISCHEM UNTERSTÜTZUNGSBEDARF

Vorschläge der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) zur Verbesserung der Versorgung

Konkreter politischer Handlungsbedarf besteht bei der zahnärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit besonderem Unterstützungsbedarf. Für eine uneingeschränkte Partizipation bittet die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) die Gesundheitspolitik, sich für die erforderlichen Lösungen einzusetzen:

1. VERSORGUNG IN STATIONÄREN BEHINDERTENEINRICHTUNGEN

Immer wieder müssen Kooperationsverträge in Behinderteneinrichtungen abgelehnt werden, weil diese auf Pflegeeinrichtungen begrenzt sind. Hier ist eine Erweiterung auf Behinderteneinrichtungen sinnvoll.

2. MEDIZINISCHE BEHANDLUNGSZENTREN UND SOZIALPÄDIATRISCHE ZENTREN

Der Gesetzgeber hat für die medizinische Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) geschaffen, für erwachsene Patientinnen und Patienten mit Behinderung Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZE), in denen bislang keine Zahnmedizin stattfinden darf. Eine Weiterentwicklung ist erforderlich.

3. AMBULANT TÄTIGE ANÄSTHESISTEN

Pflegebedürftige Ältere und Personen mit geistiger Behinderung benötigen häufig eine zahnärztliche Behandlung in Allgemeinanästhesie. Es ist sehr schwierig, für diese oft in ambulanten OP-Zentren durchgeführten Behandlungen Anästhesisten zu gewinnen. Grund ist deren Budget-Deckel. Der Gesetzgeber muss diese Formen der Allgemeinanästhesie außerhalb der Gesamtvergütung einordnen.

4. SCHNITTSTELLE ZAHNMEDIZIN UND KRANKENHAUS

Bei vielen Patientinnen und Patienten mit Behinderung liegen große allgemeinmedizinische Beeinträchtigungen vor, so dass die zahnärztliche Behandlung in Allgemeinanästhesie nur unter stationären Bedingungen möglich ist, ebenso bei Pflegebedürftigen und Patienten

mit schweren Allgemeinerkrankungen. Die stationäre Versorgung hält jedoch keine gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür vor. Es existieren weder passende DRGs noch die gesetzliche Möglichkeit, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte als Belegzahnärzte in Krankenhäusern tätig werden können. Eine Gesetzesänderung ist erforderlich.

5. VERGÜTUNG VON LEISTUNGEN BEI PFLEGE-BEDÜRFTIGEN UND MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN

Die ambulante zahnmedizinische Behandlung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderung im Wachzustand ist sehr aufwändig, bindet viel Personal und Zeit. Dies wird nicht abgebildet.

6. BETREUUNG VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN UND MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN

Die zahnärztliche und präventive Betreuung von Pflegebedürftigen und Personen mit Behinderung muss weiter intensiviert werden, da ihre Mundgesundheit signifikant schlechter ist als allgemein. Die Approbationsordnung Zahnmedizin und die Curricula könnten dies berücksichtigen. Weitere Schnittstellen wären akutergeriatrische Krankenhausstationen und die Entwicklung weitergehender Konzepte in der aufsuchenden Versorgung.

Kleinanzeige:
Angestellte/r Zahnarzt/Zahnärztin
 Ich bin niedergelassener Zahnarzt in zwei Praxen und suche ab Juni 2022 eine/n freundliche/n Kollegen/Kollegin zur Zusammenarbeit in Voll- oder Teilzeit. Selbstständiges Arbeiten ist erwünscht. Ich freue mich auf Ihre Bewerbung.
Tel. 06334-842

Präparat	Hohes Risiko				Moderates Risiko				Niedriges Risiko			
	Edoxaban/ Rivaroxaban bei Einnahme vormittags	Apixaban	Dabigatran	Edoxaban/ Rivaroxaban bei Einnahme nachmittags	Edoxaban/ Rivaroxaban bei Einnahme vormittags	Apixaban	Dabigatran	Edoxaban/ Rivaroxaban bei Einnahme nachmittags	Edoxaban/ Rivaroxaban bei Einnahme vormittags	Apixaban	Dabigatran	Edoxaban/ Rivaroxaban bei Einnahme nachmittags
Tag -4												
Tag -3												
Tag -2	kein Bridging											
Tag -1					ggf. Kontrolle des Plasmaspiegels bei hohem Risiko**							
Tag der Operation	kein Bridging				kein Bridging				kein Bridging			
Tag +1												
Tag +2	Wiederbeginn Antikoagulation frühestens 48 Std. (-72 Std.) nach OP											

Hinweis: In dem Einnahmeplan sollte der Arzt/die Ärztin die Tage vor der Operation durchstreichen, an denen kein Gerinnungshemmer (DOAK) eingenommen werden darf (entsprechend der Nierenfunktion). Den markierten Einnahmeplan sollten Patientinnen und Patienten dem Operateur/der Operateurin (Zahnarztpraxis, Chirurgie) vor dem geplanten Eingriff zeigen.
 AF = Vorhofflimmern / CrCl = Kreatinin-Clearance / DOAK = direktes orales Antikoagulans / NMH = niedermolekulares Heparin / Bridging = Überbrückung der Gerinnung mit Heparin/NMH nach Absetzen der DOAK-Gabe. / Blauer Stern = Zeitpunkt des Eingriffs / DOAK-Gaben in Klammern bedeuten eine optionale prä-/postoperative Einnahme speziell bei Patienten ohne hohes Risiko der DOAK-Akkumulation oder von Blutungen. Bei Gefahr erhöhter Plasmaspiegel (z. B. bei KG < 50 kg oder Interaktionsrisiko) sollte das DOAK-freie Intervall um 24 Std. verlängert werden.
 * Einnahme von Dabigatran nur bei CrCl im angegebenen Bereich, sonst Dosis weglassen.
 ** Spezielle Situationen bei hohem Risiko, die ggf. eine Plasmaspiegelkontrolle erforderlich machen: Hochrisiko-Neuro-/Herzchirurgie, stark eingeschränkte Nierenfunktion, Kombination von Faktoren, die die DOAK-Plasmaspiegel erhöhen. Rivaroxaban zur Schlaganfallprävention bei Vorhofflimmern muss mit der Nahrung eingenommen und dies in der Post-OP-Phase berücksichtigt werden.
 Quelle: Europeace. 2021 Oct 9;23(10):1612-1676.

„GEWERBLICHE INFIZIERUNG“? – WAS IST DAS?

Ein Urteil des Finanzgerichts Rheinland-Pfalz wirft aktuell Fragen bei Zahnärzten auf. Eine wichtige Nachricht gleich vorweg: Das Urteil zur „gewerblichen Infizierung“ betrifft keine Einzelpraxen, sondern ausschließlich Gemeinschaftspraxen. Erklärungen von Steuerberater Dr. Andreas Laux.

Werden „in einer zahnärztlichen Partnerschaftsgesellschaft Organisations-, Verwaltungs- und Management-Aufgaben derart auf einen der Mitunternehmer konzentriert, dass dieser nahezu keinerlei zahnärztliche Beratungs- oder Behandlungsleistungen mehr unmittelbar an Patienten erbringt, so erfüllt dies nicht mehr die Anforderungen der selbstständig ausgeübten Tätigkeit als Zahnarzt und infiziert die Einkünfte der gesamten Partnerschaftsgesellschaft als gewerblich“¹, heißt es im Urteilstext.

Dem Urteil liegt folgender Sachverhalt zugrunde: Sieben Zahnärzte hatten sich in einer Partnerschaftsgesellschaft zur Behandlung von Privat- und Kassenpatienten zusammengeschlossen. Im Rahmen einer Betriebsprüfung erklärte einer der Zahnärzte, dass er sich stets darum gekümmert habe, alle Aufgaben, „die außerhalb der eigentlichen Patientenbehandlung anfallen, unter anderem alle vertraglichen Angelegenheiten, die Vertretung gegenüber der Bezirksärztekammer, Kassenzahnärztlichen Vereinigung, Gesundheitsamt, Röntgenstelle, Bauamt, Datenschutzbeauftragten, Gerichten, Lieferanten, Banken, Steuerberatung, Finanzamt, die interne Revision, die Instandhaltung sämtlicher Gerätschaften, Erweiterung und Umbaumaßnahmen sowie Personalangelegenheiten“² zu erledigen.

Auf Grundlage dieser Begebenheiten entschied das Finanzamt, dass es sich bei den Einkünften dieses Zahnarztes um gewerb-



Dipl.-Kfm. Dr. Andreas Laux
Steuerberater
117er Ehrenhof 3
55118 Mainz
www.steuerlaux.de

liche und gerade nicht um freiberufliche Einkünfte handelt. Jeder Zahnarzt habe in einer Gemeinschaftspraxis die Merkmale selbstständiger Arbeit höchstpersönlich zu erfüllen.

FREIBERUFLICHKEIT VON ZAHNÄRZTEN

Zahnärzte zählen aufgrund ihrer „besonderen beruflichen Qualifikation und der persönlichen, eigenverantwortlichen und fachlich unabhängigen Ausübung der Diagnose und Therapie“ zu den freien Berufen gemäß §18 Abs. 1 Nr. 1 EStG.³

Wenn sich mehrere Zahnärzte zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen, sollte besonders auf die Art der

Einkünfte geachtet werden. Zahnärzte als Freiberufler üben ihre Tätigkeit grundsätzlich aufgrund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich aus. Nicht mehr eigenverantwortlich arbeitet ein Zahnarzt, wenn er anderen die Anamnese sowie den Großteil der anfallenden Patientenbehandlungen überlässt. Denn die „leitende und eigenverantwortliche Tätigkeit wird im Bereich der Heilberufe [...] anhand einer patientenbezogenen Betrachtungsweise konkretisiert.“⁴

Das bedeutet, dass der Zahnarzt in eigener Person die Arbeitsleistung am Patienten schuldet und den wesentlichen Teil der zahnärztlichen Leistung selbst erbringen muss.⁵ Es ist also sicherzustellen, dass alle Zahnärzte in einer Gemeinschaftspraxis in ausreichendem Umfang an der praktischen Arbeit am Patienten tätig sind.

Wenn ein Mitgesellschafter einer Berufsausübungsgemeinschaft gewerbliche Einkünfte erzielt, wirkt sich dies entsprechend §§ 18 Abs. 4 i. V. m. 15 Abs. 3 Nr. 1 EStG auf die Gesamtheit der Mitgesellschafter aus. Dieser eine Mitgesellschafter „infiziert“ also die gesamte Praxis bzw., anders formuliert, seine gewerblichen Einkünfte färben auf alle ab (sog. Abfärbetheorie). Die gesamten Einkünfte der Gemeinschaftspraxis werden somit als gewerblich angesehen, sodass alle Zahnärzte gewerbsteuerpflichtig werden.

Das oben genannte Urteil stellt nur einen Teil der Bandbreite der Abfärbetheorie dar. Weitere Anwendungsfälle sind insbesondere die

Leitungsspanne mit der sogenannten Stempeltheorie, Anstellung von Zahnärzten mit weitergehender Qualifikation⁶, der Verkauf von Mundpflegeartikeln oder medizinischen Gerätschaften und gewerbliche Untervermietung von Praxisräumen.

Es bestehen dabei folgende Ausnahmen zur Abfärbetheorie:

- Die Oberfinanzdirektion Frankfurt hat verfügt, dass der Einsatz von Hilfsmitteln, ohne die eine ärztliche Heilbehandlung nicht möglich wäre, nicht zu der gewerblichen Infizierung der Einkünfte führt. Die Verwendung solcher Hilfsmittel ist so eng mit der eigentlichen Behandlung verbunden, dass sie nicht als selbstständige Leistung betrachtet werden kann und somit als Teil der vom Zahnarzt zu erbringenden Gesamtleistung angesehen wird.⁷

- Der Bundesfinanzhof hat in seinem Urteil vom 27.08.2014 mit zwei Schwellenwerten eine sogenannte Bagatellgrenze festgelegt, bis zu denen eine gewerbliche Tätigkeit ungeschädlich für die weiteren Einkünfte ist. Die Einkünfte dürfen 3 % der Gesamtumsatzerlöse und 24.500 EUR nicht überschreiten. Sind beide Voraussetzungen kumulativ erfüllt, werden die Einkünfte nicht als gewerblich deklariert.⁸

KEINE ABFÄRBETHEORIE BEI DER EINZELPRAXIS

Hervorzuheben ist, dass die Abfärbetheorie ausschließlich Gemeinschaftspraxen betrifft. Erzielt ein Zahnarzt in seiner Einzelpraxis sowohl Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit sowie gewerbliche Einkünfte, greift die Ab-

färbetheorie nicht. Denn die Regelung in § 15 Abs. 3 Nr. 1 EStG betrifft explizit nur Personengesellschaften. In der Einzelpraxis empfiehlt es sich, die gewerblichen Einkünfte von denen aus freiberuflicher Tätigkeit in der Buchhaltung zu trennen. Somit fällt Gewerbesteuer nur auf diese gewerblichen Einkünfte an. Bei einer Berufsausübungsgemeinschaft ist dieser Weg jedoch nicht möglich.

Sollte es zu einer Abfärbung und somit zu Zahlungen von Gewerbesteuer kommen, kann die Gewerbesteuer unter verschiedenen Voraussetzungen auf die Einkommensteuer angerechnet werden. Dieser Artikel kann nicht alle individuellen Aspekte der Abfärbetheorie analysieren, eine Haftung kann deshalb nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich immer die persönliche Beratung durch Ihren Steuerberater.



Wichtig: Alle Zahnärzte in einer Gemeinschaftspraxis sollten praktisch am Patienten arbeiten.

Fußnoten:

¹ FG Rheinland-Pfalz Urteil vom 16.09.2021: Gewerbliche Infizierung einer freiberuflichen Partnerschaft- hier: Zahnärzte, DStRE 2022, S. 331, vor Tz. 1.

² ebenda, Tz. 43.

³ § 2 Abs. 1 S. 2 Musterberufsordnung für Zahnärzte (MBO-ZA).

⁴ Levedag in Kirchhof/Ratschow/Kulosa, BeckOK EStG, 11. Aufl., § 18 Tz. 155.

⁵ vgl. FG Rheinland-Pfalz Urteil vom 16.09.2021, a.a.O., Tz. 111.

⁶ In einer Berufsausübungsgemeinschaft ist jedoch eine Aufteilung in Sachgebiete möglich; jeder Zahnarzt muss dann seinen Arbeitsbereich aufgrund eigener Sachkenntnis eigenverantwortlich leiten.

⁷ vgl. OFD Frankfurt/M. v. 31.05.2012 – S 2241 A – 65 – St 213.

⁸ vgl. BFH, Urteil v. 27.08.2014 VIII R 6/12, VIII R 16/11, VIII R 41/II.

29. RHEINLAND-PFÄLZISCHER JUGENDZAHNPFLEGETAG UND 40 JAHRE AGZ PIRMASENS-ZWEIBRÜCKEN

Zwei Jahre musste der Jugendzahnflegetag der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LAGZ) Rheinland-Pfalz e. V. coronabedingt pausieren. Umso größer war die Freude bei allen Beteiligten, die 29. Auflage und zugleich das 40-jährige Bestehen der Arbeitsgemeinschaft Pirmasens-Zweibrücken wieder in Präsenz mit Kindern sowie zahlreichen Gästen in Pirmasens zu feiern.

Die AGZ Pirmasens-Zweibrücken besteht seit 40 Jahren und gilt als die Wiege der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Rheinland-Pfalz. Der heutige LAGZ-Vorsitzende **Sanitätsrat Dr. Helmut Stein**, der auch von Beginn an Vorsitzender der AGZ Pirmasens-Zweibrücken ist, und **Helmut K. Specke**, damals Chef der AOK Westpfalz, legten 1982 den Grundstein für die Organisation der Gruppenprophylaxe in Rheinland-Pfalz.

Von dieser systematischen Herangehensweise war der damalige Präsident der Landes Zahnärztekammer (LZK), **Sanitätsrat Dr. Herbert Frank**, so begeistert, dass er 1984 mit der Gründung der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Rheinland-Pfalz nach dem Modell der AGZ landesweit eine effektive zahnmedizinische Gruppenprophylaxe etablierte.

Dass diese Präventionsarbeit kontinuierlich notwendig sein wird, das stand für Sanitätsrat Dr. Stein schon immer fest: „Zahn-

vorsorge hört nie auf. Sie ist ein ständiger Lern- und Erziehungsprozess, mit dem wir bei jedem Jahrgang aufs Neue beginnen müssen. Wir dürfen nie nachlassen“, rief er der Zahnärzteschaft beim diesjährigen Jugendzahnflegetag zu.

Markus Zwick, Oberbürgermeister der Stadt Pirmasens und zugleich Schirmherr des Aktionstages, unterstrich den hohen Stellenwert der Gruppenprophylaxe: „Die Jugendzahnpflege hat nachhaltig etwas bewegt. Sie

ist ein gutes Beispiel dafür, wie erfolgreich Prävention sein kann.“ 63 Prozent der Erstklässler im Land haben heute kariesfreie Zähne. Vor zwanzig Jahren waren es nur 39 Prozent. Bei den Zwölfjährigen sind sogar 87 Prozent kariesfrei (32 Prozent in 1994). Im Bundesvergleich liegt Rheinland-Pfalz damit an der Spitze.

JUBILÄUMSTAG

Kinder mit Spiel und Spaß zur täglichen Zahnpflege motivieren ist das Ziel des rheinland-pfälzischen Jugendzahnflegetags. Der Auftritt von Clown Mausini bei strahlend blauem Himmel war ein Höhepunkt für die rund 240 Kita-Kinder aus der Südwestpfalz. In seinem Mitmachtheater konnten die Kinder altersgerecht und spielerisch lernen, wie Zähne aufgebaut sind, wie diese richtig geputzt werden und wie ein Besuch beim Zahnarzt abläuft. Sie erfuhren, warum Zucker den Zähnen schadet und welche Lebensmittel den Zähnen guttun.

Zur praktischen Umsetzung gab es für alle Kita-Kinder mit ihren begleitenden Erziehenden ein zahngesundes Frühstück.

Im Technikmuseum „Dynamikum“ erwarteten die Kinder zudem vielfältige Spielaktionen.

Für die erwachsenen Teilnehmer eröffnete Dr. Stein die Sonderausstellung „40 Jahre Jugendzahnpflege in Rheinland-Pfalz im Spiegel der Zeit: innovativ – bewegend – erfolgreich“.

Der Jubiläumstag wurde mit einer unterhaltsamen Zeitreise durch vier Jahrzehnte Engagement für die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe, der Ehrung engagierter Mitstreiter sowie mit einem Vortrag von **Prof. Christina Jasmund** abgerundet. Die ausgewiesene Expertin für frühkindliche Entwicklung an der Hochschule Niederrhein referierte zum Thema „Inhalte der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe für Unter-3-Jährige – auch unter erschwerten Bedingungen“.

von Dr. Steffi Beckmann



Mitmachtheater für die jungen Besucher des Jugendzahnflegetags



Ehrung von Schul- und Patenzahnärzten/-zahnärztinnen durch San.-Rat Dr. Helmut Stein



V. l. n. r.: Moderator Peter Kühn; Bettina Berg, Geschäftsführerin der DAJ; Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vorstandsmitglied der DAJ; Manfred Schneider, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der LAGZ und Dr. Wilfried Woop, Präsident der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz



Links: Sanitätsrat Dr. Helmut Stein feierte wie die AGZ Pirmasens-Zweibrücken sein 40-jähriges Jubiläum als Vorsitzender derselbigen.

Rechts: Markus Zwick, Oberbürgermeister der Stadt Pirmasens und Schirmherr des Jugendzahnflegetags

DREH- UND ANGELPUNKT IN DER PRAXIS

Ein zehn- oder sogar zwanzigjähriges Dienstjubiläum kommt in einer Zahnarztpraxis schon mal vor. Wenn hingegen eine Zusammenarbeit dreißig Jahre hält, ist das ein beachtenswertes Jubiläum, hinter dessen Kulissen wir in der zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis Säger blicken.

Die Mitarbeiterin, **Tina Hellwig**, ist seit 1992 in der Praxis Säger in Grünstadt tätig und feiert somit in diesem Jahr ihr 30-jähriges Dienstjubiläum. Als sie am 1. April 1992 in der Praxis Säger begann, hatte sie bereits ihre Ausbildung zur ZFA in der Praxis Dr. Blum in Grünstadt absolviert. In ihrer neuen Arbeitsstätte übernahm sie zunächst nur als Vertretung Arbeiten an der Rezeption, die sich aber allmählich als ihr Hauptarbeitsplatz herauskristallisierte.

1999 wurden die Abläufe in der Praxis komplett digitalisiert. Um diese neuen Anforderungen zu meistern, hat sich die Jubilarin von 2001 bis 2003 zur ZMV weitergebildet. „Mit diesem erweiterten Wissen wurde sie für unser kleines Unternehmen noch kostbarer“, berichten die Praxisinhaber **Dirk und Angela Säger**.

Für Tina Hellwig wurden der Empfang der Praxis und die damit verbundenen Verwaltungs- und Managementaufgaben zum Steckenpferd. Ihre Chefs sind dankbar für ihr Engagement: „Oft erscheint sie vor der regulären Arbeitszeit, um in Ruhe die Dinge zu erledigen, für die im Praxisbetrieb keine Muße bleibt. Wenn die ersten Patienten erscheinen, ist sie der Dreh- und Angelpunkt der Praxis.“

In ihrer dreißigjährigen Praxislaufbahn gab es in ihrem Aufgabengebiet umfassende Veränderungen: von Rechnungen mit der Schreibmaschine schreiben, Ausfüllen von Krankenscheinen, Bedrucken von Aufklebern zur Quartalsabrechnung mit einem monströsen Nadeldrucker über unzählige Zwischenschritte bis hin zum erratischen Funktionieren



der Übertragung von AU und Rezepten per Telematik. Dr. Dirk und Angela Säger resümieren: „30 Jahre sind wir gemeinsam älter geworden, ruhiger und gelassener.“

ERFOLGSREZEPT?

„Das überall gültige Erfolgsrezept zur langjährigen Bindung von Mitarbeitern gibt es aus unserer Sicht nicht“, so die Arbeitgeber. „Vermutlich haben wir gemeinsam erreicht, eine Atmosphäre in der Praxis zu schaffen, in der sich die meisten Mitarbeiterinnen wohlfühlen. Das Arbeitsentgelt spielt aus unserer Sicht dabei auf keinen Fall die Hauptrolle.“ Sie hätten in den vergangenen 30 Jahren einige Beschäftigte kommen und gehen sehen. Viele seien über Jahre in der Praxis geblieben und hätten die Praxis nur verlassen, weil es das Familienleben erforderte. Aber es habe auch einige gegeben, da habe die „Chemie“ einfach nicht gepasst. „Ein harmonisches Arbeitsklima im ganzen Team ist unbestreitbar eine wichtige Voraussetzung für beständige Beschäftigungsverhältnisse. Da sind auch die Behandler gefordert. Auch sollten wesentliche Entscheidungen mit dem Team besprochen werden“, fasst Säger ihre Erfahrungen zusammen. „Wir möchten uns an dieser Stelle

bei Tina Hellwig für die vielen Jahre der Treue bedanken und freuen uns auf die vor uns liegende Zusammenarbeit.“

MITARBEITERBINDUNG LOHNT SICH

Sanitätsrätin Dr. Margrit Brecht-Hemeyer, im LZK-Vorstand zuständig für Zahnmedizinische Fachangestellte, freut sich über das Praxisjubiläum: „Wenn Mitarbeiterinnen über Jahrzehnte in der Praxis sind, dann stimmt mich das glücklich. Hohe Fluktuationen – auch schon bei Auszubildenden – sind leider inzwischen nicht selten. Der Mangel an qualifiziertem Personal für die zahnärztliche Praxis ist allgegenwärtig und entsprechend schwierig gestaltet sich die Arbeitnehmersuche. Hier sind die Praxisinhaber gefordert, ihre Mitarbeiterinnen mit entsprechenden Maßnahmen langfristig zu binden. So tut man gut daran, für ein positives Betriebsklima zu sorgen. Wenn das Arbeiten Spaß macht und das Team motiviert ist, dann profitiert auch die Praxis von der Energie ihrer Mitarbeiterinnen. Neben einem fairen Gehalt ist es vor allem die Wertschätzung von Mitarbeiterinnen seitens ihrer Vorgesetzten, die für ein positives Arbeitsklima sorgt. Das Beispiel aus der Praxis Säger zeigt, dass sich diese Investition lohnt.“

CIRS dent



Jeder Zahn zählt

CIRS dent – Jeder Zahn zählt!

Das **Online Berichts- und Lernsystem** von Zahnärzten für Zahnärzte. Ein wichtiger Baustein für Ihr Praxis-QM mit mehr als 5600 Mitgliedern und ca. 150 Erfahrungsberichten im System.

Jetzt mitmachen!

Berichtsdatenbank

- Alle Berichte zu kritischen Ereignissen anonymisiert einsehbar
- Gezielte Suche nach einzelnen Berichten möglich

Anonym berichten

- Sichere, vollständig anonyme Berichtsfunktion
- Verschlüsselte Datenübertragung und -speicherung
- Unabhängig von Interessen Dritter

Feedback-Funktion

- Anonyme Veröffentlichung besonders praxisrelevanter kritischer Ereignisse
- Nutzerkommentare
- Diskussionsforum

www.cirsdent-jzz.de



NEUE ZFA-AUSBILDUNGSVERORDNUNG

Einundzwanzig Jahre nach der letzten Novellierung tritt am 1. August 2022 eine neue Verordnung über die Berufsausbildung zur bzw. zum Zahnmedizinischen Fachangestellten in Kraft. Im Konsensverfahren haben die Sozialpartner – der Verband medizinischer Fachberufe e. V., ver.di und die Bundeszahnärztekammer – gemeinsam mit den zuständigen Institutionen und Bundesministerien in den vergangenen beiden Jahren intensiv daran

gearbeitet, die Ausbildungsverordnung zu modernisieren. Die neue Verordnung wurde nun am 25. März im Bundesgesetzblatt veröffentlicht.

Schwerpunkte der Anpassungen sind zum einen neue Standardberufsbildpositionen, die für alle nach dem BBiG geregelten Ausbildungsberufe gelten. Dazu gehören Umweltschutz und Nachhaltigkeit sowie digitalisierte Arbeitswelt. „Zusätzlich war es notwendig, die Kommunikation und Kooperation im Berufs-

bild ZFA auszubauen“, erläutert **Karin Becker-Oevermann, Vizepräsidentin im Verband medizinischer Fachberufe e. V.** „Kommunikation ist entscheidend für die individuelle Betreuung der Patientinnen und Patienten. ZFA müssen auf Erwartungen und Wünsche der Patienten und Patientinnen eingehen und dabei soziale, psychische und somatische Kontextfaktoren berücksichtigen. Diese Kompetenzen müssen besonders beim Umgang mit Menschen mit Behinderung, besonderen

Unterstützungsbedarfen, bei Risikopatienten, Kindern und bei ängstlichen Personen beherrscht werden.“

Inhalte, deren Niveau in der ZFA-Berufsausbildung deutlich erweitert wurden, betreffen neben der Assistenz bei verschiedenen zahnärztlichen Behandlungen das Durchführen von Hygienemaßnahmen, das Aufbereiten von Medizinprodukten, das Organisieren, Bewerten und Reflektieren betrieblicher – auch digitaler – Arbeitsprozesse. Aber auch im Bereich des Qualitätsmanagements und der Abrechnung zahnärztlicher Leistungen sowie im berufsbezogenen Umgang mit einer fremden Sprache – i. d. R. in Englisch – waren Anpassungen notwendig.

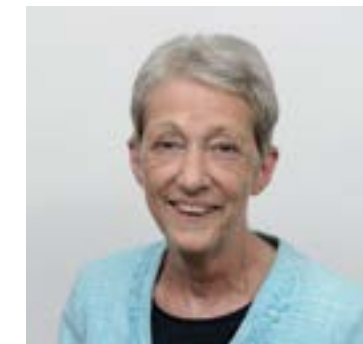
„Die Novellierung der Ausbildungsverordnung macht deutlich, wie anspruchsvoll dieser Beruf auch in Zukunft bleibt“, erklärt **Sylvia Gabel, Referatsleiterin ZFA im Verband medizinischer Fachberufe e. V.** und ergänzt: „Das ist wichtig. Denn auf dieser Grundlage bauen sich Abschlüsse auf, die auf Länderebene gesetzlich geregelt sind, so zum Beispiel als Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP), als Dentalhygienikerin (DH) bzw. als Fachwirtin für zahnärztliches Praxismanagement (FZP).“ Sylvia Gabel appelliert an ihre Kolleginnen und Kollegen, diese Aufstiegsfortbildungen zu absolvieren, um auch die Perspektiven in diesen Beruf zu nutzen.

„ZFA sind ein essenzieller Bestandteil jeder Zahnarztpraxis, ohne sie würden die Praxen gar nicht funktionieren“, so **Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida, BZÄK-Vorstandsreferent für ZFA und Präsident der Zahnärztekammer Niedersachsen.** „Durch

die Fortbildung zur ZMP oder DH können sie sich noch mehr in den Praxisabläufen einbringen, Zahnärztinnen und Zahnärzte entlasten und den Patientinnen und Patienten zu einer besseren Mundgesundheit verhelfen. Daher ist es wichtig, die Ausbildungsverordnung aktuell zu halten und an die derzeitigen Erfordernisse anzupassen. Das ist mit der jetzigen Novellierung sehr gut gelungen.“

BZÄK und Verband medizinischer Fachberufe e. V. rufen die niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte auf, die neue Ausbildung mit Leben zu füllen, verstärkt für eine Ausbildung in diesem Beruf zu werben und so für gut aus- und fortgebildeten ZFA attraktive Perspektiven aufzuzeigen.

Bundeszahnärztekammer (BZÄK)



San-Rätin Dr. Margrit Brecht-Hemeyer, im Vorstand der LZK RLP zuständig für Zahnmedizinische Fachangestellte:

„Die für die Ausbildung zum/zur ZFA zuständigen ehrenamtlich tätigen Kollegen/-innen begrüßen die Novellierung der Ausbildungsverordnung. Auf alle Beteiligten kommen neue Herausforderungen und viel Arbeit zu. An den Berufsschulen muss der

neue Rahmenlehrplan umgesetzt werden und kammerseitig muss der Betriebliche Ausbildungsnachweis an die neuen Berufsbildpositionen angepasst werden.

Eine wichtige Änderung in der Prüfungsordnung ist der Wegfall der bisherigen Zwischenprüfung. Ab Ausbildungsjahr 2022 wird eine „gestreckte“ Abschlussprüfung durchgeführt. D. h. im 4. Ausbildungshalbjahr wird der erste Teil der Abschlussprüfung durchgeführt, welcher 35 % der Abschlussnote ausmacht. Das bedeutet für Auszubildende und Auszubildende von Beginn an effektives Arbeiten und für die Kammern Schulung der Prüfungsausschüsse. Also: eine neue Herausforderung, die viel Energie und Zeit beanspruchen wird! Wir wünschen den Ausbildungsbetrieben ein gutes Gelingen für die Umsetzung der neuen Ordnungen.“

EIN JAHRHUNDERT, DREI GENERATIONEN

Ein besonderes Praxisjubiläum wird dieses Jahr in Bad Dürkheim gefeiert: Die Praxis Dr. Orth & Kollegen besteht dieses Jahr seit 100 Jahren. „Wir freuen uns sehr, dass wir tatsächlich unser Hundertjähriges feiern können“, so der aktuelle Praxisinhaber Dr. Michael Orth. Es ist sogar für ihn ein doppelter Grund zum Feiern, denn am 1. April vor 30 Jahren fing er selbst in der Praxis seines Vaters an.

BESCHIEDENE ANFÄNGE

Im Jahr 1922 gründete sein Großvater, Dr. Karl Orth, die erste Praxis der Dürkheimer Zahnärzte-Familie. „Allerdings nicht in den aktuellen Räumlichkeiten“, so Dr. Michael Orth, sondern im Bad Dürkheimer Postamt. „Dort hatte Karls Vater, mein Urgroßvater, eine Dienstwohnung als königlich-bayerischer Postvorsteher.“ Doch schon bald wurde der Behandlungsraum in der Wohnung zu klein – es wurde ein neues Haus gebaut. 1934 zog Dr. Karl Orth mit seiner Familie in das Obergeschoss des neuen Ärztehauses, gleichzeitig wurde im Erdgeschoss die Zahnarztpraxis eingerichtet. „Mein Großvater, Dr. Karl Orth, war tätig bis 1963.“



Links: Der Praxis-Gründer Dr. Karl Orth. Rechts: Ein Meilenstein war der Bau des Hauses, in dem die Praxis seit 1934 ihren Sitz hat.

IN DEN FUSSTAPFEN DER VORVÄTER

Auf ihn folgte sein Sohn, Sanitätsrat Dr. Bernhard Orth, der als Zahnarzt 1951–2002 tätig war. Auch er lebte mit seiner Familie im Haus und wohnt noch heute in der Wohnung über der Praxis. Seine Frau, Dr. Gertrud Orth, war ebenfalls Zahnärztin und über 35 Jahre in der Praxis beschäftigt. Der aktuelle Praxisinhaber, Dr. Michael Orth, wurde 1963 geboren, legte sein Staatsexamen 1989 ab und ist nach mehreren Stationen seit 1992 in dieser Praxis tätig. „Allerdings wohne ich nicht im Haus über der Praxis – da falle ich aus dem Rahmen“, so Dr. Michael Orth. „Aber es ist schön, die zahnärztliche Tradition weiterzuführen, sozusagen in den Fußstapfen von Großvater und den Eltern. Mein Vater hat schon viel modernisiert, und wir haben uns stetig im Team und in der Zahnarztpraxis weiterentwickelt.“

Bereits der Gründer, Dr. Karl Orth, hatte früh in moderne Geräte investiert. „Von Anfang an hatte er beispielsweise ein Dental-Röntgengerät“, erzählt Dr. Orth. „Als dieses bei einem Fliegerangriff kurz vor Ende des Zweiten Weltkrieges zerstört wurde, war er verzweifelt. Zum Glück konnte ihm sein Bruder Eduard, der später Kultusmi-



Die historischen Abbildungen vom Praxishaus stammen aus der Architektur-Zeitschrift „Deutsche Bauhütte“.

nister von Rheinland-Pfalz wurde, aufgrund seiner guten Kontakte ein neues Röntgengerät besorgen.

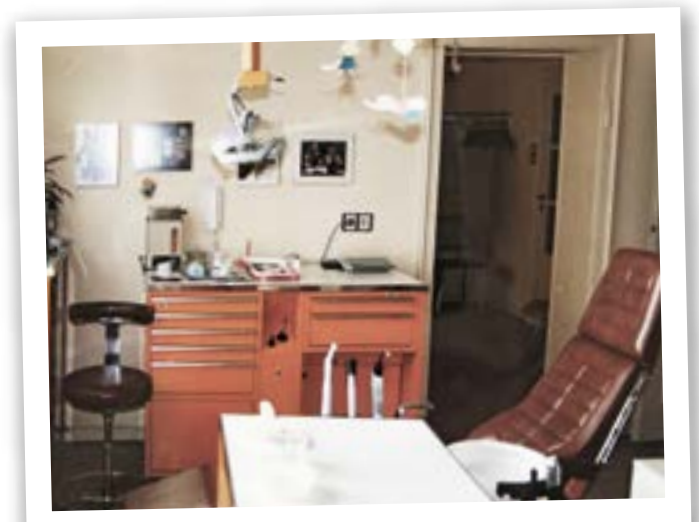
DAS TEAM GIBT RÜCKHALT

War früher jeweils nur ein Zahnarzt, nämlich der Inhaber, tätig, so vergrößerte sich die Praxis immer weiter, da Dr. Bernhard Orth bereits ab den frühen 1970er-Jahren mit zahnärztlichen Assistenten arbeitete. „Die gute Zusammenarbeit und das nette Verhältnis untereinander ist uns allen sehr wichtig“, so Dr. Orth, der heute mit drei zahnärztlichen Kolleginnen in 4 Behandlungszimmern arbeitet. „Wir sind stolz, dass unsere Mitarbeiterinnen uns schon so lang die Treue halten.“ Jutta Deiss ist z. B. schon seit 46 Jahren dabei. Den Rekord hält allerdings Dr. Orths Tante, die über 50 Jahre im familiären Betrieb der Zahnarztpraxis tätig war.

Und wie geht es weiter? „Meine Tochter studiert auch Zahnmedizin – im letzten klinischen Semester“, verrät Dr. Orth. Ob diese aber die Familientradition in Bad Dürkheim weiterführe oder es sie – anders als den Vater – in die große, weite Welt zieht, „das kann ich nicht sagen“, schmunzelt der heimatverbundene Zahnarzt. „Es wäre toll, aber das muss sie für sich selbst entscheiden.“ Wir drücken die Daumen und bleiben dran!



Die Praxis in den Fünfzigerjahren ...



... und in den Siebzigerjahren - damals war Orange schwer in Mode.



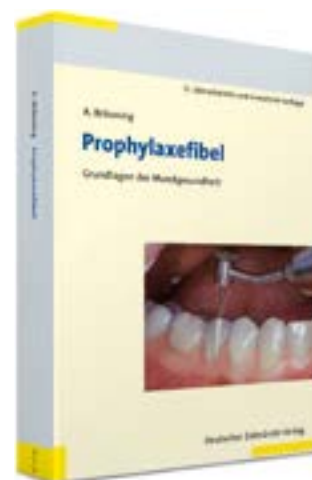
Links: San.-Rat Dr. Bernhard Orth, rechts: dessen Sohn und heutiger Inhaber Dr. Michael Orth.

NEUER VORSTAND IN DER PFALZ

Die Vertreterversammlung der Bezirkszahnärztekammer (BZK) Pfalz hat sich in ihrer Sitzung am 27.04.2022 neu konstituiert. Die 35 Delegierten, die 1.100 pfälzische Zahnärzte repräsentieren, wählten im Heinrich-Pesch-Haus in Ludwigshafen ihre Vorsitzenden und deren Stellvertreter sowie den geschäftsführenden Vorstand und die Mitglieder des Vorstandes. Mit überwältigender Mehrheit wurde **Dr. Michael Orth** (Bad Dürkheim) zum Vorsitzenden des Vorstandes gewählt. **Dr. Jürgen Simonis** (Hinterweidenthal) wurde zum stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes der BZK Pfalz gewählt. Weiter wurden Sanitätsrätin **Dr. Kerstin Bienroth** (Schwegenheim) und **Dr. Jochen Klemke** (Speyer) erneut als Mitglieder des Vorstandes gewählt. Neue Mitglieder im Vorstand sind Zahnärztin **Dr. Stephanie Fischer** (Haßloch) und **Dr. Kai-Peter Zimmermann** (Ludwigshafen). Der bisherige Vorsitzende des Vorstandes, **Dr. Holger Kerbeck** (Ludwigshafen), hatte nicht mehr für ein Vorstandsamt kandidiert. Zur Vorsitzenden der Vertreterversammlung selbst wurde Zahnärztin **Dorothee Hof** (Kaiserslautern) gewählt. Unterstützt wird sie von ihrem neu ins Amt gewählten Stellvertreter, **Dr. Peter Ehmer** (Wörth).



Von links nach rechts: Dr. Jürgen Simonis, Dr. Michael Orth, Dr. Stephanie Fischer, Dr. Kerstin Bienroth, Dr. Kai-Peter Zimmermann, Dr. Jochen Klemke.



REZENSION: STANDARDWERK NEU AUFGELEGT

Die Erhaltung der Mundgesundheit nimmt im heutigen Praxisbetrieb einen hohen Stellenwert ein. Die Zahnmedizinische Fachangestellte unterstützt den Zahnarzt bei dieser verantwortungsvollen Aufgabe. Hilfreich ist dabei die Prophylaxefibel: Sie ist ein Klassiker und in der 12. überarbeiteten und erweiterten Auflage erschienen. Das Buch bietet gebündeltes Fachwissen für die Prophylaxe. Es ist sowohl für die Ausbildung, als auch als Nachschlagewerk für

„alte Hasen“ geeignet – so das Experten-Urteil unserer Kollegin aus der Fachabteilung.

Anke Bräuning: „Prophylaxefibel – Grundlagen der Mundgesundheitspflege“, 2022, Ärzteverlag, 39,99 €, 12. überarbeitete und erweiterte Auflage, 146 Abbildungen in 164 Einzeldarstellungen, 30 Tabellen. Printversion: 231 Seiten, broschiert. ISBN 978-3-7691-3692-0, (eBook: ISBN 978-3-7691-3693-7)

HIER SIND NOCH PLÄTZE FREI!

Das Institut Bildung und Wissenschaft hält selbstverständlich alle erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen ein. Sie können sich darauf verlassen, dass wir alles tun, um Ihre Gesundheit zu schützen. Sowohl mit Ihrer Anmeldung als auch vor Ort erhalten Sie weitere Hinweise. Pandemiebedingt sollten Sie sich auf kurzfristige Anpassungen einstellen. Hier eine Auswahl an Kursen, die in der nächsten Zeit beginnen und für die es jetzt noch freie Plätze gibt. Weitere Informationen und Anmeldung unter **institut-lzk.de**.

THEMA, KURSNUMMER	WANN	WO	BESCHREIBUNG	REFERENTEN	PUNKTE
Sommerakademie Hygiene 228331	Di., 09.08.2022 11–19 Uhr Mi., 10.08.2022 9–17 Uhr	LZK Mainz	Kompaktkurs Hygiene I und II – Aktualisierung der Sachkenntnisse in der Zahnheilkunde	Sabine Christmann Archibald Salm Maria Semmler	20
DVT-Kurs 228162	Teil 1: Mi., 24.08.2022 Teil 2: Mi., 23.11.2022	LZK Mainz	Digitale Volumetomografie – Kombinationskurs zur Erweiterung der Fachkunde	Verantwortlich: Dr. Matthias Burwinkel	18
Oralchirurgisches Kompendium 228115	Mi., 07.09.2022 14–18 Uhr	LZK Mainz	Sofortbelastung und Sofortversorgung von Implantaten unter Berücksichtigung von Komorbiditäten	San.-Rat Dr. Peter Mohr Prof. Dr. Daniel Grubeanu	5
Vis-à-Vis Mund- und Allgemeinerkrankungen, 228314	Mi., 14.09.2022 14–18 Uhr	LZK Mainz	Interaktion zwischen neurodegenerativen Erkrankungen und Parodontitis	Prof. Dr. James Deschner Prof. Dr. Johannes Treib	5
Implantologische Abrechnung – von Anfang an richtig, 228304	Sa., 17.09.2022 9:30–16:45 Uhr	LZK Mainz	Die Abrechnung implantologischer Leistungen sowie chirurgischer Begleitleistungen für Einsteiger mit Einblick in die Planung und Abrechnung einfacher Suprakonstruktionen	Susanne Storch	8
Laborabrechnung 2022 – Profis, 228302	Mi., 21.09.2022 14–18 Uhr	Online	BEB97 & Co. – Positionen im Detail (Abrechnungserfahrung notwendig)	Stefan Sander	5
ZQMS-Workshop 228321	Mi., 28.09.2022 14–18 Uhr	LZK Mainz	Der Workshop soll das Praxisteam mit den konkreten Inhalten von ZQMS vertraut machen und den technischen und inhaltlichen Einstieg erleichtern.	Sabine Christmann Archibald Salm	6
Update PAR-Abrechnung 228305	Fr., 30.09.2022 9:30–16:45 Uhr	LZK Mainz	Im Fokus: Die PAR-Richtlinie, die Behandlungstrecke sowie geänderte und neue BEMA-Leistungen, auch mögliche Privat- und Zusatzleistungen	Susanne Storch	8
Strategische Praxisnachfolge 228134	Sa., 01.10.2022 10–15.30 Uhr	Atrium Hotel, Mainz	Nützliche Infos für den Praxisverkauf unter Berücksichtigung steuerlicher, rechtlicher und betriebswirtschaftlicher Bedingungen	Verantwortlich: Dr. Andreas Laux	7



MG5 ELECTRIC

ELEKTROISIEREND ANDERS

Gewerbeleasing
ab **199 €²**
mtl. exkl. MwSt.



Jetzt kurze Lieferzeiten sichern! Nur solange der Vorrat reicht!

MG5 ELECTRIC SOMMER AKTION

Elektro? Pünktlich zum Sommer!

Jetzt den neuen MG5 Electric
mit kurzer Lieferzeit bei Fuhrmeister
Exclusive Automobile sichern.



Fuhrmeister
Exclusive Automobile GmbH & Co. KG
Robert-Bosch-Straße 7
55129 Mainz-Hechtsheim
Telefon 06131 / 603750
www.fuhrmeister.de

MG5 Maximale Reichweite Luxury mit 17-Zoll Radsatz: Stromverbrauch kombiniert in kWh/100 km: 17,9 (WLTP¹) | CO₂-Emissionen kombiniert: 0 g/km | CO₂-Effizienzklasse: A+++ | ¹Weitere Informationen unter <https://mgmotor.de/dat-hinweis> | Abbildung zeigt Sonderausstattung gegen Mehrpreis. ²Ein unverbindliches Gewerbe-Leasingangebot der Arval Deutschland GmbH, Bajuwarenring 5, 82041 Oberhaching, exkl. Services. Ausgenommen gewerbliche Sonderabnehmer: Personenbeförderung, Fahrzeuge mit Signalanlage, Untervermietung, Vermietgesellschaften, sowie alle Branchen gemäß der BNPP CSR-Policy. Bonität vorausgesetzt. Alle Preise verstehen sich exkl. MwSt. für Comfort Varianten mit Serienlackierung und Standard Batterie & zzgl. Transportkosten i.H.v. 1050€ exkl. MwSt. | Informationen zum Umweltbonus unter <https://mgmotor.de/umweltbonus>. Nur solange der Vorrat reicht.