



Mitteilungen der
Landes Zahnärztekammer
Rheinland-Pfalz

ZAHN ÄRZTE BLATT

01
25



Jahresempfang der Kammern mit Friedrich Merz S. 10
Sportzahnmedizin – Eine aufstrebende Disziplin für mehr Performance und Gesundheit S. 14
Amalgam ist weg – und jetzt? S. 28

Sauber gelöst:

Reinste Kompetenz für Ihre Praxisabgabe

Nachfolger gesucht? Wir finden ihn: Profitieren Sie von unserem einzigartigen Netzwerk und exzellentem Know-how! Wir haben beste Kontakte zu praxissuchenden Zahnärzten, beraten Sie im gesamten Prozess der Praxisabgabe und helfen Ihnen, einen angemessenen Verkaufspreis zu erzielen. **Jetzt Termin vereinbaren!**



 **Deutsche
Ärzte Finanz**

**Standesgemäße Finanz-
und Wirtschaftsberatung**

Ich berate Sie gerne persönlich
Marco Schneider

Kaiserstraße 39 • 55116 Mainz

Telefon 0 61 31/89 29 23 15

marco.schneider@aerzte-finanz.de





LIEBE KOLLEGINNEN, LIEBE KOLLEGEN,



um Zeitpunkt, zu dem diese Zeilen entstehen, befinden wir uns gut zwei Wochen nach der vorgezogenen Bundestagswahl. Eine Wahl, die durchaus Überraschungen mit sich brachte. Während die Prognosen vor der Wahl bereits ein mögliches Scheitern der ehemaligen Regierungspartei FDP an der Fünf-Prozent-Hürde erwarten ließen, überraschte viele das deutliche Erstarren der politischen Ränder – sowohl links als auch rechts. Auch die Unionsparteien hatten sich sicherlich mehr als die vergleichsweise mageren 28,5 Prozent erhofft.

Zwei Wochen Sondierungsgespräche haben ausgereicht, um bei den beiden Parteien, die seit jeher staatstragend und regierungsbeteiligt sind, die Überzeugung reifen zu lassen, nun zum vierten Mal gemeinsam Regierungsverantwortung zu übernehmen und in Koalitionsverhandlungen einzutreten. Erstaunlich schnell haben sich die Unterhändler beider Seiten auf schwindelerregend hohe Summen zur Stärkung der maroden Infrastruktur und militärischen Wehrhaftigkeit geeinigt und sind bereit, den Bundestag in seiner seitherigen Zusammensetzung über eine notwendige Grundgesetzänderung entscheiden zu lassen.

So unstrittig und notwendig die Schwerpunktthemen Wirtschaft, äußere Sicherheit und Migration auch sind, bleibt es aus meiner Sicht dennoch bemerkenswert, dass die drängenden Fragen, die sich aus den demografischen Veränderungen in unserer Gesellschaft ergeben, weder im zurückliegenden Wahlkampf noch in den Sondierungsgesprächen angemessen berücksichtigt wurden. Weder bei der Rententhematik und schon gar nicht für den Bereich des Gesundheitswesens wa-

ren bisher mehr als unverbindliche, wohlklingende Absichtserklärungen zu vernehmen.

Spannend wird, welche Persönlichkeiten der Koalitionsfraktionen in der Gesundheits-Arbeitsgruppe vertreten sein werden. Noch spannender wird die Frage sein, welcher Partei die zukünftige Gesundheitsministerin oder der zukünftige Gesundheitsminister angehören wird. Die Erfahrungen der Vergangenheit lassen erahnen, dass es auch in einer neuen Bundesregierung schwierig werden könnte, dringend notwendige Strukturveränderungen anzupacken. Doch nicht zuletzt wegen der demografischen Entwicklung braucht unser Gesundheitswesen, dessen integraler Bestandteil unsere Zahnarztpraxen sind, genau solche Veränderungen, um seine Funktionsfähigkeit zu erhalten.

Als Berufsstand haben wir unsere Ideen, Erwartungen und Forderungen vor der Wahl klar formuliert und immer wieder offen kommuniziert. Wir werden genau beobachten, wie viel von der Zustimmung zu unseren Positionen, die uns in vielen Gesprächen mit politischen Vertretern vor der Wahl signalisiert wurde, tatsächlich in der Nach-Wahl-Zeit Bestand hat.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

San.-Rat Dr. Wilfried Woop

Präsident Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz

INHALT

03 EDITORIAL

von San.-Rat Dr. Wilfried Woop

06 MELDUNGEN

10 TITEL

„Bürokratierückbau ist hier das richtige Wort“
Jahresempfang der Wirtschaft in Mainz
mit Friedrich Merz



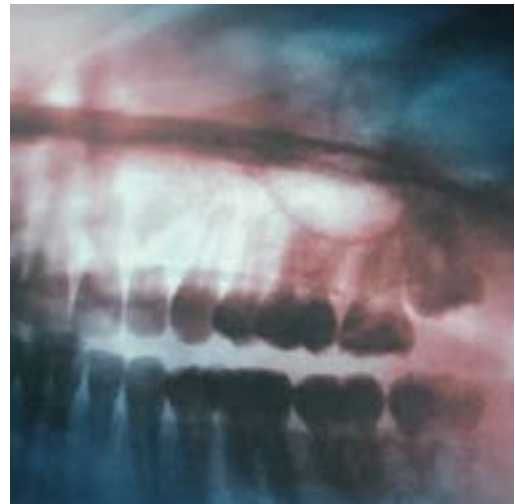
14 FACHARTIKEL

Sportzahnmedizin: Eine aufstrebende Disziplin für
mehr Performance und Gesundheit
von Dominik Haag

18 SERVICE

Was bedeutet die „ePA für alle“ für Privatversicherte?
von Lisa Fritzsche

20 BEKANNTMACHUNGEN



21 PRAXISFÜHRUNG

Neues zur Konstanzprüfung
von ZA Robert Schwan

22 FACHARTIKEL

Wann überweise ich zum Kieferorthopäden?
von Leena L. Krishnan, Dr. Johanna Ziebart,
Prof. Dr. Dr. Dr. Thomas Ziebart

28 *Amalgam ist weg - und jetzt?*
von Prof. Dr. Roland Frankenberger

31 EHRUNGEN

Ausgezeichnet für besondere Verdienste

32 HINTERGRUND

*Nachhaltigkeit in der Zahnmedizin
durch Prävention*
von Prof. Dr. Stefan Zimmer



34 SERVICE

Steuerliche Berücksichtigung von Studienkosten
von Dr. Andreas Laux

36 INSTITUT

Hier sind noch Plätze frei!

37 REGIONAL

Pfalz: *Mit Erfolg und Elan zum ZMV-Abschluss –
BZK Pfalz feiert die neuen Fachkräfte!*
von Dr. Jürgen Simonis

38 **Rheinessen:** *Die Ausbildungsbeauftragte:
Ein Schlüsselfaktor für die Ausbildung*
von Dr. Boris Henkel

39 **Trier:** *Neues aus der BZK Trier*
von Dr. Robert Germund

Impressum

Herausgeber: Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz,
San.-Rat 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, redaktion@lzk.de, lzk.de

Druck, gewerbliche Anzeigen und Verlag:

Satztechnik Meißen GmbH, Am Sand 1c, 01665 Diera-Zehren Ortsteil Nieschütz,

www.satztechnik-meissen.de, Anzeigenverwaltung: Yvonne Joestel,

Tel.: 03525/718624, joestel@satztechnik-meissen.de

Beilage: Diese Ausgabe enthält eine Beilage der Laufer Zahntechnik GmbH.

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

Der Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Um Ihnen den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir teilweise auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen. Sämtliche Personenbezeichnungen 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 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: Alamy, Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Destatis, Prof. Dr. Roland Frankenberger, Dr. Robert Germund, Dominik Haag, Dr. Boris Henkel, Industrie- und Handelskammer für Rheinessen/Alexander Sell, Istock, Dr. Andreas Laux, ProDente e. V., Dr. Jürgen Simonis, SPD-Landtagsfraktion Rheinland-Pfalz, Sportweltspiele.de, Dr. Johanna Ziebart, Prof. Dr. Stefan Zimmer.

MELDUNGEN



WEITERBILDUNGSSTIPENDIUM – FÖRDERHÖCHSTBETRAG GESTIEGEN!

Zum 1. Januar 2025 ist der Förderhöchstbetrag von bisher 8.700 Euro auf 9.135 Euro gestiegen. Somit stehen den Stipendiatinnen und Stipendiaten jährlich bis zu 3.045 Euro für anspruchsvolle Weiterbildungen zur Verfügung. Das Weiterbildungsstipendium unterstützt junge berufliche Talente, die nach der Berufsausbildung mehr erreichen wollen. Bewerben können sich junge Zahnmedizinische Fachangestellte, die ihre Abschlussprüfung mit der Note 1,9 und besser im Prüfungszeugnis bestanden haben. Eine Aufnahme in das Förderprogramm ist bis zum Alter von 24 Jahren möglich. Unterstützung bei der Inanspruchnahme des Förderprogramms bietet Alexandra Albrecht-Ochss (albrecht-ochss@lzk.de).

5404

Zahnärztinnen und Zahnärzte aus dem Ausland praktizieren in Deutschland. 7,4 Prozent aller in Deutschland tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte haben ausschließlich die Staatsbürgerschaft eines anderen Landes (ohne doppelte Staatsbürgerschaft). Per 31.12.2023 waren davon die fünf häufigsten Staatsbürgerschaften: syrisch 823, rumänisch 463, griechisch 408, bulgarisch 245, polnisch 210 (Quelle: Mitgliederstatistiken der [Landes-]Zahnärztekammern, ohne S-H).



ENDODONTIE UND HERZGESUNDHEIT

Studien zufolge haben Patienten mit apikaler Parodontitis ein deutlich erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen. Wurzelkanalbehandlungen können das Risiko koronarer Herzerkrankungen senken. Dazu haben die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und die Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie (DGET) den aktuellen Forschungsstand im Format der „Kompaktempfehlung“ kurzgefasst veröffentlicht. www.dgzmk.de/kompaktempfehlungen



SPORTWELTSPIELE DER MEDIZIN 2025 IN LLORET DE MAR

Im Sommer 2025 finden die nächsten Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit, international bekannt als Medigames, vom 7. bis 14. Juni in Lloret de Mar an der Mittelmeerküste Costa Brava in Spanien statt.

Die größte Sportveranstaltung für Mediziner und Teilnehmende aus allen Gesundheitsberufen mit alljährlich rund 1.500 Athleten aus über 40 Ländern gibt es seit 1978. Über 20 verschiedene Disziplinen werden durchgeführt, daneben bietet der internationale Kongress für Sportmedizin einen Erfahrungsaustausch, diesmal zu den Themen „Psychische Gesundheit des Praktikers und des Sportlers“ sowie „Frauen und Sport“. Abgabedatum für Konferenzbeiträge ist der 15. April, Anmeldeabschluss zur Sportweltspiele-Teilnahme ist der 15. Mai, doch der Veranstalter bemüht sich, noch bis kurz vor Beginn Kurzzentschlossene zu berücksichtigen. Mehr Infos unter www.sportweltspiele.de



RÖNTGEN: FRISTEN NICHT VERPASSEN!

Bitte prüfen Sie dies rechtzeitig: Laut Strahlenschutzverordnung (StrSchV) müssen sowohl die Fachkunde als auch die Kenntnisse im Strahlenschutz regelmäßig innerhalb von fünf Jahren aktualisiert werden. Diese Aktualisierungskurse werden von den Bezirkszahnärztekammern in Rheinland-Pfalz (BZK) angeboten. Bitte melden Sie sich rechtzeitig direkt bei der jeweiligen Bezirkszahnärztekammer an.

Termine für ZFA: <https://lzk.de/praxisteam/aktualisierung-roentgen> (QR-Code oben)

Zahnärzte: <https://lzk.de/zahnaerzte/strahlenschutz/roentgen> (QR-Code unten)



EHRUNG VON DR. ROSWITHA EISBACH

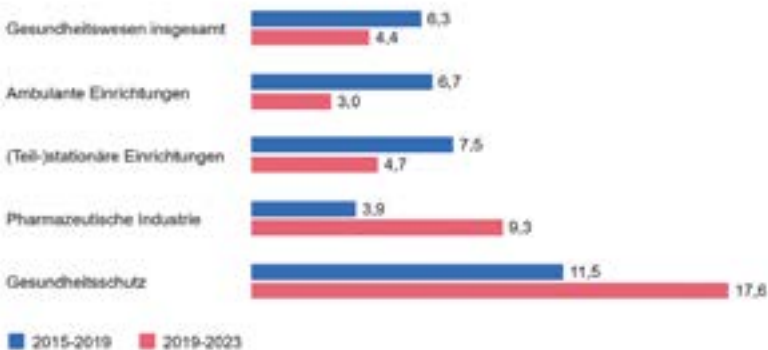
Dr. Roswitha Eisbach vom Ministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie und Mobilität, Referat Strahlenschutz, wurde im Dezember bei der jährlichen Sitzung der Zahnärztlichen Stelle mit der Verdienstmedaille der rheinland-pfälzischen Zahnärzte ausgezeichnet. Dr. Eisbach setzt sich seit Jahren für die Belange der Zahnärzteschaft ein und zeichnet sich durch große Expertise und außerordentliches Engagement aus (v. l. n. r.: ZA Robert Schwan, Dr. Christian Brandstätter MSc., MSc., Dr. Roswitha Eisbach, Dr. Christoph Weiler, Dr. Clara Döring MSc., Dr. Jürgen Simonis).

KARIES BEI KINDERN MIT LEUKÄMIE

Wissenschaftler führten eine systematische Übersicht und Meta-Analyse durch, um die Häufigkeit oraler Manifestationen bei Kindern mit Leukämie zu bestimmen. Die Analyse ergab, dass orale Läsionen häufig während und nach der Behandlung auftreten, wobei Karies die häufigste Manifestation darstellt. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer zahnärztlichen Betreuung für die Lebensqualität der jungen Patienten. Quelle: [deutschesgesundheitsportal.de](https://www.deutschesgesundheitsportal.de)



Personal im Gesundheitswesen insgesamt und in ausgewählten Einrichtungen im Zeitvergleich Zuwachs an Vollzeitäquivalenten in %



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023

ZUWACHS BEIM GESUNDHEITSPERSONAL SCHWÄCHT SICH AB

Zum Jahresende 2023 arbeiteten knapp 6,1 Millionen Personen im Gesundheitswesen. Dies waren 27.000 oder 0,5 % mehr als im Vorjahr. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, ist das Gesundheitspersonal zwischen den Jahren 2019 und 2023 um 5,3 % angewachsen. Im Vergleichszeitraum vor der Pandemie zwischen 2015 und 2019 war der Zuwachs des Gesundheitspersonals mit 6,9 % höher. Noch stärker unterscheidet sich der Anstieg bei der Zahl der auf die volle Arbeitszeit umgerechneten Beschäftigten (Vollzeitäquivalente). Die Zahl der Vollzeitäquivalente lag Ende 2023 bei gut 4,3 Millionen und erhöhte sich gegenüber dem Jahresende 2019 um 4,4 %. Im Vergleichszeitraum zwischen den Jahren 2015 und 2019 stieg die Zahl der Vollzeitäquivalente hingegen um 6,3 %. (Quelle: Destatis)

BEREITEN SIE SICH UND IHR TEAM AUF DAS UNERWARTETE VOR.

Ihr/e Patient*in bricht krampfend vor Ihnen zusammen; Sie finden ein Teammitglied bewusstlos am Boden; Sie werden panisch zu einer laufenden Reanimation auf der Straße gerufen. Wie gehen Sie vor?

Auf diese und viele weitere Situationen bereiten wir Sie und Ihr Team mit unseren individuellen Trainingskonzepten optimal vor.

Jetzt Ihr individuelles Angebot **ab 75€** zzgl. 19% MwSt unverbindlich anfordern.



„BÜROKRATIERÜCKBAU IST HIER DAS RICHTIGE WORT“

Jahresempfang der Wirtschaft in Mainz



Der 24. Jahresempfang der Wirtschaft lockte in diesem Jahr so viele Teilnehmer wie noch nie in die Rheingoldhalle: Alle Plätze waren belegt, Gäste mussten zum Teil stehen oder auf den Stufen Platz nehmen, denn der Hauptredner war der CDU-Vorsitzende und damalige Kanzlerkandidat Friedrich Merz. Gastgeber des Jahresempfangs sind 15 rheinland-pfälzische Kammern, darunter auch die Landeszahnärztekammer (LZK).

Die Begrüßungsrede hielt Hans-Jörg Friese, Präsident der Handwerkskammer Rheinland-Pfalz, der auf ein aktuelles Zitat von Merz einging.

Dessen Spott über Olaf Scholz als „Klempner der Macht“ hatte das Handwerk irritiert, denn „ein Klempner löst Probleme“, so Friese, „hält Absprachen ein und liefert pünktlich“. Davon könne sich die Politik eine Scheibe abschneiden.

„Mehr Klempner an die Macht“, forderte der Präsident der Handwerkskammer augenzwinkernd und prangerte vor allem die Bürokratielast an. „Unser Land braucht eine Kehrtwende.“ Die Aufgaben seien gewaltig, die Politik müsse vom Reden ins Tun kommen. „Die nächste Regierung darf keine zerstrittene Koalition sein“, forderte Friese.

WOHLWOLLENDES PUBLIKUM

Damit lieferte er viele Steilvorlagen für Merz, der vier Wochen vor der Bundestagswahl ein wohlwollendes, häufig applaudierendes Publikum vorfand und eine Art Wahlkampf-Heimspiel erlebte.

Zunächst richtete er seinen Blick in die USA, da zwei Tage zuvor Donald Trump sein Amt als Präsident angetreten hatte. Merz forderte, als Europäer Trump selbstbewusst gegenüberzutreten. „Wenn wir in Europa zusammenhalten, wird uns Trump ernst nehmen.“ Darüber hinaus müsse man nationale und regionale Interessen auch in Deutschland bzw. Europa stärker verfolgen. „We will make Europe great again“, versprach der CDU-Fraktionsvorsitzende.

NICHT ABBAU, SONDERN RÜCKBAU

Anschließend ging Merz auf die politischen Forderungen ein, die die Kammern gemeinsam im Vorfeld formuliert und an ihn gerichtet hatten. Ausführlich sprach er über die Bürokratielast. „Nicht Bürokratieabbau, sondern -rückbau ist hier das richtige Wort“, so Merz. Nicht nur die deutschen, vor allem die vielen Vorgaben aus Brüssel seien Hemmnisse für die Wirtschaft, etwa die EU-Lieferkettenrichtlinie. „Wir müssen die EU auf den Kern zurückführen, wenn wir sie erhalten wollen“, betonte Merz. Der aktuellen Kultur des Misstrauens wolle man eine Kultur des Vertrauens seitens der Politik entgegensetzen.

Eine Abrechnung mit der Ampelkoalition fehlte nicht. Deutschland erlebe den Anfang ei-



Hauptredner des Abends: der CDU-Vorsitzende und damalige Kanzlerkandidat Friedrich Merz



Podiumsdiskussion (v. l. n. r.): Moderatorin Tanja Samrotzki; Alexander Schweitzer, Ministerpräsident Rheinland-Pfalz; Dr. Rainer Schneichel, Präsident der Landestierärztekammer Rheinland-Pfalz, Dr. Marcus Walden, Präsident der Industrie- und Handelskammer für Rheinhessen; Ökonomierat Michael Horper, Präsident der Landwirtschaftskammer Rheinland-Pfalz.

nes dritten Rezessions-Jahres, die Produktivität nehme rapide ab. Während in der Industrie Jobs verloren gingen, gebe es im öffentlichen Dienst einen enormen Zuwachs. „Das ist die falsche Reihenfolge“, betonte Merz. „Dieses Land muss Industrieland bleiben!“

STEUERSENKUNGEN ERARBEITEN

Die geforderten Steuersenkungen „werden wir uns in Deutschland hart erarbeiten müssen“, mahnte Merz. Schnellen Lösungen erteilte er eine Absage. Bis 2029 könnten die Senkung der Steuerbelastung von heute 35 auf 25 Prozent realistisch sein. „Dazu brauchen wir eine verlässliche Gesetzgebung und eine Regierung, die nicht ständig streitet“, betonte er.

Auch die Energiepolitik der letzten Jahre kritisierte Merz scharf. Er bekenne sich zwar zum Ausbau der regenerativen Energie, forderte aber, „keinen Wildwuchs der Windkraft“ zu betreiben und mit Augenmaß vorzugehen. Mit Wasser und Wind allein könne man keine grundlastfähige Stromerzeugung betreiben. „Leider ist eine grundlastfähige Stromerzeugung nur durch den Bau neuer Gaskraftwerke realistisch möglich“,

so Merz. „Wir sind genug ausgestiegen, wir müssen endlich wieder einsteigen.“

PRODUKTIVER ARBEITEN

Weiter sprach der Sauerländer über Bildung und Arbeitsmarkt und sprach sich dafür aus, wieder mehr von Arbeitnehmern zu fordern – nicht nur zu fördern. Statt Work-Life-Balance und Vier-Tage-Woche forderte er mehr Produktivität und Engagement, zum Beispiel durch ein verpflichtendes Gesellschaftsjahr für junge Menschen. Auch eine höhere Vollzeitquote für die Volkswirtschaft sei notwendig.

Beim Thema Zuwanderung müssten die Verfahren für Asylbewerber stark beschleunigt werden. Auch aus diesem Grund benötige man „einen Quantensprung in der Digitalisierung“, damit diejenigen Fachkräfte schneller ins Land kommen könnten, die gebraucht werden. Es brauche ein eigenes Ministerium für Digitalisierung.

Im anschließenden Interview mit der Moderation betonte Merz, dass Anstrengung, Engagement und harte Arbeit bevorstünden, um die Volkswirtschaft zu retten, etwa Ände-



Oben: Die Gäste des Jahresempfangs in der voll besetzten Rheingoldhalle in Mainz.



Links: San.-Rat Dr. Wilfried Woop, Präsident der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz im Gespräch mit Friedrich Merz, CDU-Fraktionsvorsitzender und damaliger Kanzlerkandidat. Rechts: im Austausch (v. l. n. r.): Dr. Jürgen Simonis, stv. Vorsitzender des Vorstandes der Bezirkszahnärztekammer Pfalz; Dr. Begüm Karakas-Bilimer; San.-Rat Dr. Wilfried Woop; Andrea Biffar-Woop; Dr. Jens Vaterrodt, stv. Präsident der Versorgungsanstalt bei der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz.



rungen beim Bürgergeld. „Es werden 50 Milliarden für Bürgergeld ausgegeben, ein Drittel der Empfänger sind arbeitsfähig“, so Merz. „Die Volkswirtschaft hat großes Potenzial zu wachsen. Wir müssen prüfen, wo wir zu viel Geld ausgeben.“ Man müsse den Wasserkopf an Beschäftigten im öffentlichen Dienst anpacken, effizienter werden. Sein Fazit: „Wir stehen nicht vor kleinen Korrekturen, sondern vor großen Entscheidungen!“

TALK MIT DEM MINISTERPRÄSIDENTEN

In der Podiumsrunde richteten Dr. Marcus Walden, Präsident der Industrie- und Handelskammer für Rheinhessen, Ökonomierat Michael Horper, Präsident der Landwirtschaftskammer Rheinland-Pfalz, und Dr. Rainer Schneichel, Präsident der Landestierärztekammer Rheinland-Pfalz, politische Forderungen an Ministerpräsident Alexander Schweitzer. Auch hier ging es viel um den Bürokratieabbau – Schweitzer betonte, dass 57 Maßnahmen zur Entbürokratisierung umgesetzt werden sollten. Er erläuterte ein Beispiel aus der Logistik, die für das Flächenland Rheinland-Pfalz ein wichtiger

Faktor sei. Die Vorgehensweise dazu und auch zu den anderen Maßnahmen sei nicht am Schreibtisch der Politiker konzipiert worden, sondern gemeinsam mit den Beteiligten.

Die Datenschutz-Grundverordnung sei ein ebenso gutes Beispiel für die Hemmnisse, die der Wirtschaft häufig im Wege stünden, so die Talkrunde. Weitere Themen waren die Konsumzurückhaltung der Menschen bei steigenden Preisen.

Die Dokumentationspflichten, die täglich mehrere Stunden in Anspruch nähmen, kritisierte als Vertreter der Heilberufskammern auf dem Podium der Tierarzt Dr. Schneichel. „Wir müssen von der Überregulierung wegkommen!“

Die Kammerpräsidenten forderten deutlich mehr Tempo und mehr Tiefe bei der Beseitigung bürokratischer Hürden und die Unterstützung der Landespolitik. Einig waren sich Ministerpräsident und Kammervertreter darin, dass man zuversichtlich sein könne, gemeinsam Lösungen zu finden. Angesichts des bis zum letzten Platz gefüllten Saals sei die Hoffnung groß, denn „die Menschen interessieren sich für die Demokratie!“



Links: RA Felix Schütz, LZK-Hauptgeschäftsführer; San.-Rat Dr. Michael Rumpf, LZK-Ehrenpräsident. Rechts (v. l. n. r.): Dr. med. Günther Matheis, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Dr. Rainer Schneichel; Melanie Schröder, Geschäftsführerin der Landestierärztekammer Rheinland-Pfalz; San.-Rat Dr. Wilfried Woop; Alexander Schweitzer, Ministerpräsident Rheinland-Pfalz; Peter Stahl, Präsident der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz; JR Dr. Andreas Ammer, Vizepräsident der Rechtsanwaltskammer Koblenz; Marcus Walden, Präsident der Industrie- und Handelskammer Rheinhessen.

SPORTZAHNMEDIZIN: EINE AUFSTREBENDE DISZIPLIN FÜR MEHR PERFORMANCE UND GESUNDHEIT

Die Sportzahnmedizin gewinnt im Leistungssport an Bedeutung, da sie neben der Prävention und Behandlung von Verletzungen durch spezielle Maßnahmen wie Performance-Schienen zur Leistungssteigerung beitragen kann.

Die Sportzahnmedizin hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen und ist mittlerweile ein unverzichtbarer Bestandteil der sportmedizinischen Betreuung von Sportlerinnen und Sportlern. Ein aktuelles prominentes Beispiel hierfür ist die Entscheidung von Hansi Flick, der nach Beginn seiner Tätigkeit als Cheftrainer des FC Barcelona im Juli 2024 erstmals in der Geschichte dieses Vereins seine Spieler zu einer zahnärztlichen Untersuchung schickte. Diese Entscheidung sorgte vor allem in Spanien, aber auch in anderen Ländern für mediale Aufmerksamkeit und Verwunderung und verdeutlichte gleichzeitig die wachsende Bedeutung und das Potenzial der Sportzahnmedizin.

Die Aufgabengebiete der Sportzahnmedizin sind vielfältig und umfassen mehrere zentrale Bereiche, die speziell auf die Bedürfnisse von Sportlerinnen und Sportlern abgestimmt sind. Ein wesentlicher Schwerpunkt liegt auf der Prävention und der Therapie von dentalen Traumata. In einer Metaanalyse zeigten Knapik et al., dass zwischen 10 und 70 % der Sportlerinnen und Sportler im Verlauf ihrer sportlichen Karriere ein orofaziales Trauma erleiden. De Lima et al. fanden heraus, dass die Prävalenz eines dentalen Traumas bei Kon-



Dominik Haag
 zertifizierter Team-Zahnarzt für
 Sportzahnmedizin
 Universitätsmedizin Mainz
 Poliklinik für Parodontologie und
 Zahnerhaltung
 Augustusplatz 2 • 55131 Mainz
 dominik.haag@unimedizin-mainz.de

takt sportarten mit 11,38 % ungefähr doppelt so hoch war wie bei Nicht-Kontaktsportarten.

Darüber hinaus konnte nachgewiesen werden, dass durch das Tragen eines Sportmundschutzes das Risiko für ein orofaziales Trauma um mehr als die Hälfte reduziert werden kann. Zudem zeigten Ferreira et al., dass das Tragen eines Sportmundschutzes die Leistung der Sportlerinnen und Sportler nicht negativ beeinträchtigt. Daher wird besonders in Sport-

arten mit erhöhtem Risiko für ein orofaziales Trauma das Tragen eines Sportmundschutzes zur Verletzungsprävention empfohlen.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Sportzahnmedizin ist es, leistungsmindernde Erkrankungen und Zustände der Mundhöhle frühzeitig zu erkennen und in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit effektiv zu therapieren. Eine Querschnittsstudie während der Olympischen Spiele 2012 in London zeigte, dass bei vielen Athletinnen und Athleten eine verbesserungsbedürftige Mundgesundheit vorlag. So wiesen 55 % der olympischen Athletinnen und Athleten Karies, 45 % dentale Erosionen, 76 % Gingivitis und 15 % Parodontitis auf. Mehr als 40 % der Untersuchten berichteten, dass ihr Zahnzustand sie belastete, und 18 % gaben an, einen Verlust an Performance und Trainingsausfälle aufgrund oraler Probleme erfahren zu haben.

Die Optimierung der Gesundheit und damit auch der Leistungsfähigkeit der Athletinnen und Athleten steht stets an oberster Stelle. Oft sind es nur kleine Nuancen, die im Wettkampf den Unterschied zwischen Sieg und Niederlage ausmachen. In diesem Kontext können sogenannte Performance-Schienen einen entscheidenden Vorteil bieten. Obwohl der leistungssteigernde Effekt von Perfor-

mance-Schienen kontrovers diskutiert wird, belegen zahlreiche Studien und Fallbeispiele die positiven Auswirkungen, die eine Korrektur der Okklusion durch den Einsatz von Performance-Schienen mit sich bringen kann. So zeigten Haughey und Fine, dass Sportlerinnen und Sportler bei Einnahme der Ruheschwebe-lage 5,8 % mehr Unterkörperkraft, 10 % mehr Oberkörperkraft und 4,8 % mehr Stabilität und Balance im Vergleich zur habituellen Okklusion erreichten.

Zusätzlich soll die Performance-Schiene einen symmetrischeren Laufstil fördern, was neben einer Leistungssteigerung auch das Verletzungsrisiko verringern kann. Auch die Beweglichkeit der Halswirbelsäule und die Standstabilität konnten durch das Tragen einer solchen Schiene verbessert werden. Wie stark sich dieser Effekt auf die individuelle Leistung einer Athletin oder eines Athleten auswirkt, muss im Rahmen der sportzahnmedizinischen Behandlung stets individuell bewertet werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Sportzahnmedizin (DGSZM) feierte kürzlich ihr 10-jähriges Jubiläum und hat sich in dieser Zeit als maßgebliche Instanz für die Entwicklung und

den Erfolg der Sportzahnmedizin in Deutschland etabliert.

Seit 2018 bietet die Fachgesellschaft ein Curriculum an, das gezielt die Weiterbildung im Bereich der Sportzahnmedizin fördert. Durch diese Initiative wird nicht nur eine exzellente Ausbildung auf höchstem Niveau gewährleistet, sondern auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit weiter gestärkt.

Im Folgenden werden zwei Fallbeispiele vorgestellt, die zwei zentrale Teilgebiete der Sportzahnmedizin veranschaulichen:

1. FALL: SPORTMUNDSCHUTZ

Anamnese

Die 39-jährige Athletin stellte sich erstmals im September 2024 in der Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung vor und äußerte den Wunsch nach einem Sportmundschutz. In der allgemeinen Anamnese bestanden keine Auffälligkeiten.

Diagnostik

Klinisch zeigte sich ein konservierend versorgtes Gebiss ohne Weisheitszähne und ohne erste Prämolaren, die im Rahmen einer

früheren kieferorthopädischen Behandlung extrahiert worden waren (Abb. 1). Sowohl parodontal als auch funktionsdiagnostisch und röntgenologisch wurden keine Auffälligkeiten festgestellt.

Therapie

Nach der sportzahnmedizinischen Befundung wurden bei der Athletin sowohl der Ober- als auch der Unterkiefer mit Alginat im Sinne einer Funktionsabformung abgeformt. Anschließend wurde ein Frontzahn-Jig angefertigt, um eine Bissnahme mit einem A-Silikon in idealisierter, myozentrischer Kieferrelation durchzuführen (Abb. 2).

Nach der Herstellung der Funktionsmodelle wurde die Kieferrelation mit der zuvor angefertigten Bissnahme in den Okkludator des Tiefziehgeräts überführt. Im Anschluss erfolgte die Herstellung des dreischichtigen Sportmundschutzes (Abb. 3).

Nach der finalen Ausarbeitung (Abb. 4) wurde der Mundschutz bei der Patientin eingesetzt. Unangenehme Druckstellen wurden entfernt, um eine optimale Passform und einen störungsfreien Sitz zu gewährleisten (Abb. 5).



Abb. 1: Ausgangssituation



Abb. 2: Bissnahme mit Frontzahn-Jig in myozentrischer Kieferrelation



Abb. 3: Herstellung des Sportmundschutzes



Abb. 4: Sportmundschutz



Abb. 5: Eingesetzter Sportmundschutz

2. FALL: PERFORMANCE-SCHIENE

Anamnese

Die 24-jährige Athletin stellte sich erstmals im August 2024 in der Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung vor und äußerte den Wunsch nach einer Performance-Schiene. Sie ist 400-Meter-Läuferin und nimmt regelmäßig an Wettkämpfen teil. In der allgemeinen Anamnese traten keine Auffälligkeiten zutage.

Diagnostik

Klinisch zeigte sich ein konservierend versorgtes Gebiss ohne Weisheitszähne, mit einem dental abgestützten tiefen Biss und leichtem frontalen Engstand der Unterkieferfront (Abb. 6). Zahn 45 wies eine Rotation auf. Zudem waren weißliche, gelbliche und bräunliche

Verfärbungen (Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation) an den Ober- und Unterkiefermolaren sowie an den Oberkieferfrontzähnen zu erkennen. Die parodontale Diagnostik ergab Hinweise auf eine Gingivitis. Das Screening auf das Vorliegen einer craniomandibulären Dysfunktion nach der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie sowie die röntgenologischen Untersuchungen waren unauffällig.

Therapie

Nach der sportzahnmedizinischen Befundung wurden zunächst eine professionelle Zahnreinigung sowie Mundhygieneinstruktion durchgeführt. Im Anschluss erfolgte ein Intraoral-Scan des Ober- und Unterkiefers. Daraufhin wurde ein Frontzahn-Jig angefertigt, um eine

Bissnahme mit A-Silikon in idealisierter, myozentrischer Kieferrelation zu ermöglichen. Nach der digitalen Planung (Abb. 7) wurden eine Performance-Schiene (Abb. 8) sowie eine Aufbisschiene mit adjustierter Front- und Eckzahnführung angefertigt (Abb. 9). Nach Eingliederung erfolgten eine leichte Korrektur und Anpassung der Schienen, um eine optimale Passform sowie einen spannungsfreien Sitz zu gewährleisten.

Die Arbeit entstand in Zusammenarbeit mit Dr. Andreas Magnus Geyer und Univ.-Prof. Dr. James Deschner.

Ein Literaturverzeichnis erhalten Sie auf Anfrage bei der Redaktion.



Abb. 6: Ausgangssituation

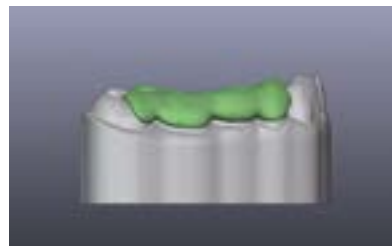


Abb. 7: Digitale Planung der Performance-Schiene

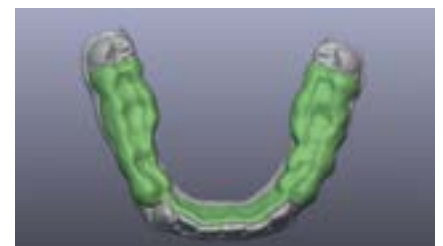


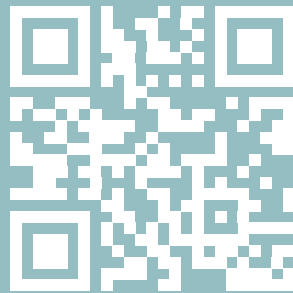
Abb. 8: Performance-Schiene



Abb. 9: Performance-Schiene und Aufbisschiene mit adjustierter Front- und Eckzahnführung

Die Anti-Stress-Bank für Ihre Privatabrechnung

Mit garantiert
garantierter Auszahlung



Infos und Beratung unter:
www.mediservbank.de



WAS BEDEUTET DIE „EPA FÜR ALLE“ FÜR PRIVATVERSICHERTE?

Seit dem 15. Januar 2025 wird die elektronische Patientenakte für alle – kurz „ePA für alle“ – schrittweise ausgerollt. Demnach legen die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) für all ihre Versicherten jeweils eine ePA an – sofern diese nicht bei ihrer Krankenkasse widersprochen haben (Opt-out).

Zu Beginn wird die ePA in ausgewählten (Zahn-)Arztpraxen, Kliniken und Apotheken in den Modellregionen Hamburg und Franken sowie den KV-Regionen Westfalen-Lippe und Nordrhein getestet. Nach aktuellem Stand soll diese Testphase wenige Wochen betragen.

Wenn das BMG die Testphase als erfolgreich absolviert erklärt und die Sicherheits- sowie Qualitätskriterien erfüllt sind, soll die ePA bundesweit ausgerollt werden. Dies wird nach aktuellem Stand voraussichtlich nicht vor dem zweiten Quartal 2025 der Fall sein. Während die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind, ihren Versicherten eine ePA anzubieten, ist dies für die privaten Krankenversicherungen (PKV) freiwillig (Opt-in). Versicherte können bei ihrer PKV nachfragen, ob diese eine ePA anbietet.

UNTERSCHIEDE UND GEMEINSAMKEITEN BEI DER EPA FÜR GESETZLICH UND PRIVAT KRANKENVERSICHERTE

In beiden Fällen wird für die Zuordenbarkeit einer ePA die Krankenversicherungsnummer (KVNR) benötigt. Während diese bei der GKV Standard ist, müssen Privatversicherte



Lisa Fritzsche M.Sc.

Referentin

Abteilung Versorgung und Qualität

Bundeszahnärztekammer

Chausseestraße 13 • 10115 Berlin

Tel. (030) 40005 143

L.Fritzsche@bzaek.de

www.bzaek.de

bei der jeweiligen PKV aktiv eine KVNR anfordern. Einige private Krankenversicherer schreiben ihre Mitglieder aber auch aktiv an. Während beim GKV-Patienten das Einlesen der Gesundheitskarte zum Datenaustausch ausreicht, müssen die Zahnarztpraxen beim PKV-Versicherten einmalig einen Online-Check-in durchführen.

Für die Registrierung in der ePA-App benötigen GKV-Versicherte die elektronische Gesundheitskarte (eGK) sowie die dazugehörige PIN. Diese beantragen die Versicherten bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse. Im Gegensatz dazu verwendet die PKV die

GesundheitsID (digitale Identität). Genauere Informationen erhalten Versicherte bei ihrer privaten Krankenversicherung.

Die Erteilung der Berechtigung für den Zugriff auf die ePA unterscheidet sich ebenfalls. Bei GKV-Versicherten erfolgt diese automatisch, sobald die elektronische Gesundheitskarte (eGK) in der Zahnarztpraxis gesteckt wird, und ist für 90 Tage gültig. Innerhalb dieser 90 Tage muss die eGK nicht erneuert gesteckt werden, um Zugriff auf die ePA zu erhalten. Erst nach Ablauf der Dauer ist ein erneutes Stecken der eGK notwendig.

Privatversicherte berechtigen die Zahnärztin oder den Zahnarzt aktiv via ePA-App der jeweiligen PKV. Dabei wird die Zugriffsdauer eingestellt. In beiden Fällen – GKV und PKV – können Zugriffsberechtigungen via ePA-App angepasst werden (Zugriff unterbinden, vorzeitig beenden oder unbegrenzten Zugriff erteilen). Die Handhabung der ePA von GKV- und PKV-Versicherten macht in der Zahnarztpraxis für das Personal keinen Unterschied, da die technische Ausgestaltung die gleiche ist. Es gilt zu beachten, dass das Praxisverwaltungssystem (PVS) in der Praxis das aktuelle Software-Update enthalten muss, um mit der ePA arbeiten zu können.

BEFÜLLUNG

Für die Befüllung der „ePA für alle“ gibt es zwar gewisse Pflichten zum Einstellen von Befundberichten. Zahnärztinnen und Zahnärzte sind

PKV		GKV
Aktive Beantragung bei jeweiliger PKV	Krankenversicherungsnummer (KVNR)	Automatische Bereitstellung bei Wechsel der KK zieht KVNR mit um
aktiv von der / dem Versicherten in der ePA-App der jeweiligen PKV	Zugriffsberechtigung	automatisch, durch Stecken der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) -> Behandlungskontext wird eröffnet
einmaliger Online-Check-in (OCI) -> Übermittlung von persönlichen Daten, z. B. KVNR	Zugriff der Zahnarztpraxis auf die ePA	Stecken der eGK -> innerhalb des Behandlungskontextes bis zu 90 Tagen
aktuelles Software-Update Online-Check-in integriert	Handhabung im PVS der Zahnarztpraxis	aktuelles Software-Update
nein	Daten einstellen durch die Krankenversicherung (KV)	ja (z. B. Abrechnungsdaten) Inhalt kann von KV nicht gelesen werden

von den Regelungen „nur“ insoweit betroffen, als sie die genannten Befundberichte und Briefe auch tatsächlich erstellen. Ein Befundbericht wird beispielsweise in die ePA gestellt, wenn eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt konsiliarisch eine Patientin oder einen Patienten behandelt und einen Arztbrief für die überweisende Person erstellt. Eine Behandlungsdokumentation, die eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt für die eigene Dokumentation anfertigt, müssen in der Regel nicht verpflichtend eingestellt werden. Ebenso besteht keine Pflicht zum Einstellen von Röntgenbildern, nur auf Patientenwunsch!

Die gesetzlichen Krankenkassen können Abrechnungsdaten in die ePA einstellen. Der PKV ist dies nicht möglich.

Die im Text erklärten Informationen werden in der Abbildung oben noch einmal grafisch übersichtlich dargestellt.

DER MEHRWERT DER „EPA FÜR ALLE“

Mit der „ePA für alle“ wird es – vorrangig bei GKV-Versicherten – erstmals möglich sein, die elektronische Medikationsliste (eML) im PVS abzurufen. Dabei werden alle verschreibungspflichtigen Medikamente automatisch in einer Übersicht – der eML – dargestellt, welche via E-Rezept verordnet wurden. Zudem ist ebenfalls ersichtlich, ob die Patientin oder der Patient das E-Rezept in der Apotheke eingelöst hat. Für die Erstellung und Eintragung von Medikamenten in der eML ist kein aktives Zutun

einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes notwendig. So soll es ihnen leichter gemacht werden, einen Überblick über die Medikation zu erhalten und beispielsweise blutverdünnende Medikamente schnell zu erkennen. Die eML muss aktiv im PVS der Zahnarztpraxis abgerufen werden. Trotz der technischen Möglichkeit, auch bei PKV-Versicherten, Medikamente über das E-Rezept zu verordnen, wird es in der gelebten Praxis noch recht wenig genutzt. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass die eML bei Privatversicherten unvollständig sein wird.

Lisa Fritzsche – Referentin für Digitalisierung – Verwaltung Bundeszahnärztekammer

BEKANNTMACHUNGEN DER LANDESZAHNÄRZTEKAMMER

ÄNDERUNG DER BERUFSORDNUNG FÜR ZAHNÄRZTE IN RHEINLAND-PFALZ

Die Vertreterversammlung der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz hat in ihrer Sitzung am 23. November 2024 eine Änderung der Berufsordnung in § 12 beschlossen. Die Änderung wurde vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit mit Schreiben vom 12. Dezember 2024, Az.: 3126-0042#2024/0009-1501 15216, genehmigt.

Die Berufsordnung wird gemäß § 18 der Hauptsatzung der Landeszahnärztekammer auf der Internetseite der Landeszahnärztekammer www.lzk.de veröffentlicht. Eine Veröffentlichung in gedruckter Form erfolgt nicht.

ÄNDERUNG DER WAHLORDNUNG FÜR DIE WAHL DER MITGLIEDER DER VERTRETERVERSAMMLUNG

Die Vertreterversammlung der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz hat in ihrer Sitzung am 23. November 2024 Änderungen der Wahlordnung beschlossen. Die Änderungen wurden vom Ministerium für

Wissenschaft und Gesundheit mit Schreiben vom 12. Dezember 2024, Az.: 3126-0042#2024/0008-1501 15216, genehmigt.

Die Wahlordnung wird gemäß § 18 der Hauptsatzung der Landeszahnärztekammer auf der Internetseite der Landeszahnärztekammer www.lzk.de veröffentlicht. Eine Veröffentlichung in gedruckter Form erfolgt nicht.

ÄNDERUNG DER VERFAHRENSORDNUNG DER SCHLICHTUNGSSTELLE BEI DER LANDESZAHNÄRZTEKAMMER

Die Vertreterversammlung der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz hat in ihrer Sitzung am 23. November 2024 Änderungen der Verfahrensordnung in § 3 beschlossen. Die Änderungen wurden vom Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit mit Schreiben vom 12. Dezember 2024, Az.: 3126-0042#2024/0010-1501 15216, genehmigt.

Die Verfahrensordnung wird gemäß § 18 der Hauptsatzung der Landeszahnärztekammer auf der Internetseite der Landeszahnärztekammer www.lzk.de veröffentlicht. Eine Veröffentlichung in gedruckter Form erfolgt nicht.

FORTBILDUNGSIEGEL: WAS IST ZU BEACHTEN?

Der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz (LZK) ist die Dokumentation der Fortbildungsleistungen ihrer Mitglieder besonders wichtig. Dies wird belegt durch die Vergabe des Freiwilligen Fortbildungssiegels (FFS).

Sobald Zahnärztinnen und Zahnärzte über einen Zeitraum von drei Jahren 150 Punkte erlangt haben, können sie das Fortbildungssiegel bei der LZK beantragen. Sie finden den Erfassungsbogen auf www.lzk.de unter dem Menüpunkt „Zahnärzte – Freiwilliges Fortbildungssiegel“, oder scannen Sie den QR-Code ein.

Zu beachten ist, dass bei der Aufstellung der Fortbildungen nur abgeschlossene Kalenderjahre berücksichtigt werden, d. h. die Aufstellung für die Jahre 2022, 2023, 2024 kann nun eingereicht werden. Bitte überlassen Sie uns Ihren ausgefüllten und unterschriebenen Erfassungsbogen.

Für die Bearbeitung des Antrages wird eine Gebühr in Höhe von 70 Euro erhoben.

Bei Fragen zum Fortbildungssiegel können Sie sich gerne an Corinna Homp wenden (Tel. 06131-9613665, **E-Mail: homp@lzk.de**).

Bitte beachten Sie, dass das Freiwillige Fortbildungssiegel nicht mit der vertragszahnärztlichen Fortbildungspflicht gem. § 95d SGB V zu verwechseln ist. Nach einer Übereinkunft zwischen der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung werden jedoch die im Rahmen des Fortbildungssiegels erzielten Punkte zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtung nach § 95d SGB V anerkannt.



FORTBILDUNGSIEGEL
DER LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
RHEINLANDPFALZ



NEUES ZUR KONSTANZPRÜFUNG

A

us der Änderung der Strahlenschutzverordnung Anfang des Jahres 2024 in Kombination mit der Veröffentlichung der Rahmen-Richtlinie zur Qualitätssicherung (Rahmen-RL QS) und der Qualitätssicherungsrichtlinie zur Abnahme- und Konstanzprüfung (QS-RL Röntgendiagnostik) vor wenigen Wochen ergeben sich für den Strahlenschutzverantwortlichen (SSV) Möglichkeiten, die Intervalle von Konstanzprüfungen zu verlängern. Ein kleiner Beitrag zum Bürokratieabbau ...

DAS GRUNDPRINZIP

Bei konstanzprüfungspflichtigen Geräten der Röntgenanlage mit einem Prüfintervall von einem Monat kann der SSV das Prüfintervall auf drei Monate heraufsetzen, wenn die Konstanzprüfung in drei aufeinanderfolgenden Monaten zu keinen unzulässigen Abweichungen zur Abnahmeprüfung geführt hat. Tritt erstmals eine solche Abweichung auf, ist der Fehler zu beheben und das Intervall wieder auf monatlich zu setzen, bis frühestens nach erneut drei Monaten wieder die Voraussetzungen zur Verlängerung des Intervalls erfüllt sind.



ZA Robert Schwan
Hohenzollernstraße 25
56068 Koblenz
Tel. 0261 9151818
schwan@bzkkko.de

VON DER REGELUNG AUSGESCHLOSSENE GERÄTE

Die Konstanzprüfungsintervalle dürfen nicht verändert werden bei:

- Befundungsmonitoren, hier bleibt es bei arbeitstäglich, und
- Systemen zur Filmverarbeitung, hier bleibt es bei arbeitswöchentlich.

BEISPIEL 1: NUR DIGITALES RÖNTGEN, EINSCHLIESSLICH DVT

Wenn die o. a. Bedingungen erfüllt sind, können die Konstanzprüfungsintervalle für alle Geräte, solange fehlerfrei, auf drei Monate heraufgesetzt werden.

Für den Befundungsmonitor bleibt es bei der arbeitstäglichen Prüfung.

BEISPIEL 2: NUR ANALOGES FILMRÖNTGEN

Für das Erstgerät (i. d. R. Tubus, wenn vorhanden) führen Sie weiterhin wöchentlich Konstanzprüfungen zur Prüfung der Filmverarbeitung und gleichzeitig des Erstgerätes durch.

Für alle weiteren „analogen“ Röntgengeräte können Sie nach drei aufeinanderfolgenden erfolgreichen monatlichen Konstanzprüfungen deren Prüfintervall auf drei Monate heraufsetzen.

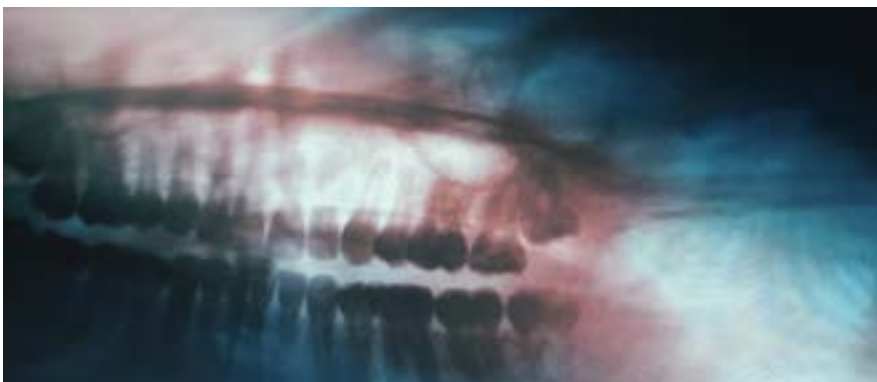
BEISPIEL 3: DIGITALER ZAHNFILM UND ANALOGES OPG

Hier müssen Sie zur Konstanzprüfung der Filmverarbeitung wöchentlich eine Konstanzprüfung mit dem OPG durchführen. Das Intervall des Tubusgerätes können Sie nach drei erfolgreichen monatlichen Konstanzprüfungen auf drei Monate heraufsetzen.

Für den Befundungsmonitor bleibt es bei der arbeitstäglichen Prüfung.

Alle anderen Kombinationen sind nach den gleichen Grundsätzen zu handhaben.

In einer der folgenden Ausgaben werden wir Ihnen die Regelungen zu den Befundungsmonitoren zusammenfassen.



Robert Schwan
Vorsitzender zahnärztliche Stelle RLP

WANN ÜBERWEISE ICH ZUM KIEFERORTHOPÄDEN?



Leena L. Krishnan, Dr. Johanna Ziebart, Prof. Dr. Dr. Dr. Thomas Ziebart



Man kennt es: ein Patient sitzt auf dem Stuhl zur Routineuntersuchung und man bemerkt einen schiefen Zahn oder einen einseitig verzögerten Zahnwechsel. Nun stellt sich die Frage: Sollte man lieber abwarten oder eingreifen? Gehört das vielleicht zur normalen Zahnentwicklung? Vor allem im Milch- und Wechselgebiss ist man sich als Zahnarzt manchmal unsicher, ab wann es sich um eine tatsächliche abnorme Entwicklung handelt und wann man den Patienten zum Kieferorthopäden überweisen sollte. Zu diesem Zwecke wird hier eine kompakte kieferorthopädische Guideline für Zahnärzte vorgestellt, die auf der aktuellen S3-Leitlinie „Ideale Zeitpunkte kieferorthopädischer Anomalien“ von 2021 und den von der kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) vorgegebenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) basiert.

Es werden folgende Aspekte thematisiert:

- Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG)
- Habits
- Milch- und frühes Wechselgebiss
- Physiologische Entwicklung
- Spätes Wechselgebiss und bleibendes Gebiss
- Kombinierte kieferchirurgisch-kieferorthopädische Behandlung

KIEFERORTHOPÄDISCHE INDIKATIONSGRUPPEN (KIG)

Die von der KZV vorgegebenen KIG beinhalten alle Varianten der Zahn- und Kieferfehlstellungen. Es liegen 11 Gruppen bzw. Arten der Fehlstellung vor, die in Tabelle 1 (s. u.) näher erläutert werden.

GRUPPE	BESCHREIBUNG
Kraniofaziale Anomalie	Ausgeprägte, oft genetisch bedingte Fehlentwicklung der Kiefer (z. B. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte)
Zahnunterzahl	Aplasie oder frühzeitiger Verlust eines bleibenden Zahnes mit einer daraus resultierenden Zahnücke (mit Ausnahme der 3. Molaren)
Durchbruchsstörung	Enossale Retention oder Verlagerung eines bleibenden Zahnes
Ausgeprägter positiver Overjet/Distalgebiss	Overjet (sagittale Schneidekantendistanz), der ≥ 3 mm beträgt
Negativer Overjet/Mesialgebiss	Overjet, der ≤ 0 mm beträgt
Offener Biss	Schneidekanten- oder Höckerspitzendistanz von > 0 mm
Tiefgebiss	Overbite (vertikale Schneidekantenüberlappung), der > 3 mm beträgt
Bukkal- bzw. Lingualokklusion	Die palatinale Zahnfläche eines Molaren oder Prämolaren im Oberkiefer befindet sich auf der Außenseite der bukkalen Zahnfläche des Antagonisten im Unterkiefer
Kreuzgebiss	Die bukkale Zahnfläche eines Molaren, Prämolaren oder Eckzahnes im Unterkiefer befindet sich auf der Außenseite der bukkalen Zahnfläche des Antagonisten im Oberkiefer. Der frontale Kreuzgebiss gehört hierbei zur Kategorie „Negativer Overjet/Mesialgebiss“
Engstand	Engstand im Frontzahnbereich, gemessen anhand der Kontaktpunktabweichung der mesialen/distalen Kanten der Incisivi in Relation zum idealen Zahnbogen
Platzmangel	Platzmangel für bleibende Zähne im Stützzonenbereich, welche von der distalen Kante des lateralen Incisivus zur mesialen Kante des 1. Molaren gemessen wird

Im ausführlichen KIG-Schema wird eine Gradierung für die Stärke der Ausprägung jeder Fehlstellung spezifiziert. Diese wird bis Grad 5 aufgeführt (mit individuellen Abweichungen in jeder Gruppe).

Abhängig von der Gebissentwicklung und vom Alter wird die Behandlungsart (Frühbehandlung, Hauptbehandlung, Erwachsenenbehandlung) bestimmt.

Es ist immer ein Mindestmaß an Fehlstellung als Behandlungsindikation notwendig, welches je Behandlungsart variiert. Diese werden im weiteren Verlauf vorgestellt.

HABITS

Zusätzlich zu beachtende Kriterien sind sog. Habits oder Dyskinesien – dysfunktionale Angewohnheiten, die zu einer Fehlentwicklung des Kiefers und der Zahnstellung beitragen können. Man unterscheidet hierbei zwischen primären und sekundären Habits.

Primäre sind solche, deren Ausführung zur Entstehung einer Fehlstellung beitragen kann.

Sekundäre Habits entstehen im Nachzug als Anpassung an bereits bestehende Zahn- und/oder Kieferfehlstellungen.

Man differenziert zwischen gewöhnlichen Habits (Fingerlutschen, Einsaugen der Lippen, Zungenpressen, Mentalishabit, Lutschen oder Kauen von Objekten, Nutzung eines Schnullers) und autoaggressi-



Dr. Johanna Ziebart
 Max-Hufschmidt-Str. 2
 55130 Mainz
 Tel. 06131 55 44 984
 praxis@kfo-ziebart.de
 kfo-ziebart.de

ven Habits (Lippen- oder Wangenbeißen, Lippenpressen, Nägelkauen, Bruxismus). Orofaziale Dysfunktionen wie ein viszerales Schluckmuster (Zungenstoßschlucken), Mundatmung und Lautbildungsstörungen (hauptsächlich Sigmatismus) gehören ebenfalls dazu.

MILCH- UND FRÜHES WECHSELGEBISS

Das frühe Wechselgebiss ist mit 7–8 Jahren etabliert. Hierzu gehören an bleibenden Zähnen die 6-Jahr-Molaren und alle Incisivi. Danach folgt die Ruhephase des Zahnwechsels, welche ungefähr bis zum 10. Lebensjahr andauert. Kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen im Milch- und frühen Wechselgebiss (einschließlich der Ruhephase) sind darauf ausgerichtet, eine regelrechte Zahn- und Kieferentwicklung zu gewährleisten.

Eine frühzeitige Intervention dient zum Vorbeugen der Progredienz einer Fehlstellung bzw. Fehlfunktion und Prävention von zahnstellungsbedingten Traumata (Abb. 1). Eine Behandlung ist in folgenden Fällen indiziert (Tabelle 2).

Eine Ausnahme der von der GKV übernommenen Behandlungen stellt die Verlagerung eines bleibenden Frontzahnes dar (Abb. 2 und Abb. 3). Diese Indikation gilt nur für eine Hauptbehandlung (ab der zweiten Zahnwechselphase). Sinnvoll ist es jedoch trotzdem, eine solche Ver- >

Tabelle 2: Indikationen für eine kieferorthopädische Behandlung im Milch- und frühen Wechselgebiss (*Zusatzinformation)

FEHLSTELLUNG	KONKRETISIERUNG
Ausgeprägter Distalbiss	Overjet > 9 mm
Mesialbiss	Overjet ≤ 0 mm
Offener Biss	Skelettal offen mit einer Schneidkanten- oder Höckerspitzendistanz von > 4 mm
Bukkal- bzw. Lingualbiss	* nur bei bleibenden Zähnen
Kreuzbiss	Einseitig oder beidseitig;* wenn nicht im reinen Milchgebiss, dann nur bezogen auf bleibende Zähne
Platzmangel	> 3 mm Platzmangel für einen bleibenden Zahn im Stützzonenbereich
Verlagerung eines bleibenden Frontzahnes	* sinnvoll trotz Nichtübernahme durch GKV im Rahmen einer Frühbehandlung



Abb. 1: Siebenjähriger Patient mit einem Overjet von > 9 mm und daraus resultierendem erhöhtem Risiko für ein Frontzahntrauma. Habits: Einlagerung der Unterlippe zwischen den Frontzähnen, Mentalishabit.

lagerung noch während der ersten Zahnwechselphase zu behandeln, denn eine frühzeitige Kurskorrektur des Zahnes würde Komplikationen wie die eventuelle Resorption der Wurzeln von Nachbarzähnen oder frühzeitige Resorption weiterer Milchzähne, eine fehlerhafte Sprachentwicklung, psychosoziale Beeinträchtigung und Fehlentwicklung der Dentition (z. B. durch Lückenschluss) vorbeugen.

Die kieferorthopädische Behandlung in dieser Phase des Zahnwechsels wird frühestens ab dem vierten Lebensjahr gestartet.

Um ein besseres Verständnis für pathologische Entwicklungen zu gewinnen, ist es ebenso wichtig, die vermeintlich unphysiologische Normentwicklung des Kiefers zu kennen.

PHYSIOLOGISCHE ENTWICKLUNG

Lückenstand

Ein physiologischer Lückenstand im Milchgebiss tritt im Alter von 4–6 Jahren auf. Dieser sichert angemessene Platzverhältnisse für die später durchbrechenden, deutlich breiteren bleibenden Zähne.

Ist in diesem Alter kein solcher Lückenstand zu beobachten, ist ein genaues Überwachen des Zahnwechsels notwendig, um ggf. rechtzeitig platzbeschaffende kieferorthopädische Maßnahmen einzuleiten.



Okklusale Schliiffacetten an Milchzähnen

Die physiologische Abrasion der Milchzähne gehört zur natürlichen Abnutzung. Diese plan abradierten Okklusalfächen, eine sog. „Schlittenokklusion“, ermöglichen eine ungehinderte sagittale Entwicklung des Unterkiefers, die andernfalls durch die verkeilenden Höckerkontakte behindert würde.

Diastema mediale

Ein Diastema mediale stellt in vielen Fällen ein physiologisches Vorkommen im Zuge des Zahnwechsels dar.

Bis zum Durchbruch der Oberkiefer-Eckzähne ist ein Diastema mediale nicht als auffällig zu betrachten. Während des Zahnwechsels ist ebenfalls eine mal mehr, mal weniger ausgeprägte transiente Distalkippung der seitlichen Schneidezähne im Oberkiefer zu beobachten. Diese sog. „Ugly Duckling“-Phase entsteht durch die Verdrängung der seitlichen Schneidezahnwurzeln nach mesial durch die Kronen der durchbrechenden Eckzähne. Diese abweichende Inklination, wie auch das Diastema mediale, löst sich im Normalfall nach beendetem Eckzahndurchbruch von selbst.

Besteht die Lücke nach abgeschlossenem Zahnwechsel weiterhin, bedarf es einer genauen Kontrolle des oberen Labialfrenulums mit eventueller anschließender Frenotomie. Bei einem auffällig aus-



Abb. 2: 9-jährige Patientin mit klinisch auffällig fehlendem Zahn 21. **Abb. 3:** OPG der Patientin aus Abb. 2 mit sichtbarer enossaler mesialer Verlagerung des Zahnes 21. **Abb. 4:** 8-jährige Patientin mit ausgeprägtem viszeralem Schluckmuster und einem daraus resultierenden skelettalen frontalen offenen Biss. **Abb. 5:** 6-jähriger Patient mit einem Platzmangel im Stützonenbereich in Ober- und Unterkiefer, vor allem die Eckzähne betreffend.

Tabelle 3: Indikationen für eine kieferorthopädische Behandlung im späten Wechselgebiss und bleibenden Gebiss (*Zusatzinformation)

FEHLSTELLUNG	KONKRETISIERUNG
Kraniofaziale Anomalie	
Zahnunterzahl	
Durchbruchsstörung	
Ausgeprägter positiver Overjet/Distalbiss	Overjet > 6 mm
Negativer Overjet/Mesialbiss	Overjet ≤ 0 mm
Offener Biss	Schneidekanten-/Höckerspitzendistanz > 2 mm
Tiefbiss	Overbite > 3 mm mit traumatischem Kontakt zur palatinalen Gingiva
Bukkal- bzw. Lingualokklusion	
Kreuzbiss	Beidseitiger/einseitiger Kreuzbiss; *Kopfbiss gehört zu dieser Kategorie, stellt aber als alleinige Fehlstellung keine Indikation zur Behandlung dar
Engstand	> 3 mm Kontaktpunktabweichung der Incisivi vom idealen Zahnbogen
Platzmangel	> 3 mm Platzmangel für einen bleibenden Zahn im Stützzonenbereich

geprägten Diastema mediale ist jedoch differentialdiagnostisch darauf hinzuweisen, dass dieses in manchen Fällen einem Mesiodens geschuldet sein kann.

Lutschgewohnheiten

Neugeborene und Kleinkinder weisen entwicklungsbedingte Lutschgewohnheiten auf. Diese können sich auf Objekte wie Schnuller und/oder Finger beziehen. Solche Gewohnheiten sind in der Regel selbstlimitierend und sistieren bis zum 5.–6. Lebensjahr.

Aus diesem Grunde ist eine zu frühe Entwöhnung vom Schnuller kontraindiziert, denn diese begünstigt den Ersatz durch Finger und fördert das Fingerlutschen.

Persistiert das Habit über den angemessenen Zeitraum hinaus bis zum Durchbruch der bleibenden Incisivi, so ist eine Überweisung zum Kieferorthopäden empfohlen.

Viszerales Schluckmuster

Das viszerale Schluckmuster, auch infantiles Schluckmuster oder Zungenstoßschlucken genannt, entwickelt sich aus dem angeborenen Saugreflex. Dieses Schluckmuster wird im Alter von 3–4 Jahren graduell vom somatischen Schluckmuster ersetzt.

Besteht das viszerale Schluckmuster über das vierte Lebensjahr hinaus, kann im Falle einer starken Ausprägung neben einer logopädischen Behandlung eine kieferorthopädische Begutachtung eingeholt werden. Bei Patienten mit außerordentlichem persistierenden viszeralem Schluckmuster kann das Entstehen eines skelettalen frontal offenen Bisses beobachtet werden (Abb. 4).

SPÄTES WECHSELGEBISS UND BLEIBENDES GEBISS

Das späte Wechselgebiss bezieht sich auf die zweite Phase des Zahnwechsels, welche um das zehnte Lebensjahr herum beginnt (bei Mädchen früher als bei Jungen), in der die Milchzähne in der Stützzone durch bleibende Zähne ersetzt werden. Während dieser Zeit wird die sog. Hauptbehandlung durchgeführt. Oft nutzt diese den Vorteil des Wachstumsschubes, um effektiv skelettale Abweichungen zu therapieren. Während dieser Gebissphase wird nicht nur auf umfangreiche, skelettale Diskrepanzen geachtet, sondern auch kleinere, wie beispielsweise einen frontalen Engstand. Mit regelrechter Retention ist nach Abschluss einer Hauptbehandlung, anders als nach einer Frühbehandlung, ein stabiles Endergebnis zu erwarten. In Tabelle 3 werden alle während dieser Gebissphase behandelten Fehlstellungen aufgeführt.

Tabelle 3 stellt die Mindestwerte je Fehlstellung dar, welche eine Übernahme durch die GKV gewährleisten. In vielen Fällen ist trotz Unterschreitung dieser Werte eine kieferorthopädische Behandlung sinnvoll und sollte zum Einstellen einer stabilen Verzahnung und physiologischen Belastbarkeit in Erwägung gezogen werden.

KOMBINIERTE KIEFERCHIRURGISCH-KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG

Bei erwachsenen Personen ab 18 Jahren werden von der GKV ausschließlich kieferorthopädische Behandlungen von ausgeprägten skelettalen Fehlstellungen übernommen, welche durch eine alleinige kieferorthopädische Einstellung nicht beseitigt werden können. Es ist hierbei >

Tabelle 4: Indikationen für eine kieferchirurgisch-kieferorthopädische Behandlung bei Erwachsenen ab 18 Jahren

FEHLSTELLUNG	KONKRETISIERUNG
Kraniofaziale Anomalie	
Ausgeprägter positiver Overjet/Distalbiss	Overjet > 6 mm
Negativer Overjet/Mesialbiss	Overjet ≤ 0 mm
Offener Biss	Schneidekanten-/Höckerspitzendistanz > 4 mm, skelettal offen
Bukkal- bzw. Lingualokklusion	
Kreuzbiss	Ausschließlich einseitiger Kreuzbiss

essenziell, dass die Fehlstellungen nicht rein dental sind, sondern auch eine skelettale Komponente besitzen. Die Fehlstellungen in Tabelle 4 gehören zu dieser Kategorie:

Wie bei der Hauptbehandlung und in manchen Fällen bei der Frühbehandlung, ist bei erwachsenen Patienten auch eine Fehlstellung ohne skelettale Beteiligung oft Grund für eine kieferorthopädische Behandlung, um die Entwicklung von Fehlbelastungen, Dysfunktionen und Störungen der physiologischen Funktionalität vorzubeugen.

ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend kann man sich als Zahnarzt an einige grundsätzliche Prinzipien halten, um sich entwickelnde Fehlstellungen rechtzeitig zu erkennen. Insbesondere bei Patienten im Zahnwechsel und vor dem Wachstumsschub ist eine korrekte Einschätzung der Lage oft der Unterschied zwischen einer harmonischen Entwicklung der Kiefer und einer später notwendigen operativen Korrektur.

Habits:

Vor allem im frühen Kindesalter ist neben ausgeprägten Kieferfehlstellungen auf Störfaktoren einer regelrechten Entwicklung zu achten.

Alle oben aufgeführten Habits können zur Entwicklung einer neuen bzw. Progredienz einer bestehenden Fehlstellung beitragen. Ebenso können sie ein Hinweis auf eine Weichteil-Kompensation bereits vorhandener Fehlstellungen sein.

Wenn solche Angewohnheiten sich über den altersbedingt akzeptablen Zeitraum hinaus halten, sollte man darauf aufmerksam werden.

Als Hauptbehandler hat der Zahnarzt die Aufgabe, solche Habits zu erkennen und ggf. eine Überweisung zum Kieferorthopäden für eine erweiterte Untersuchung zu tätigen.

Asymmetrien:

Vor allem in Bezug auf den Zahnwechsel ist immer auf eine relative Symmetrie zu achten. Bei einer einseitigen Exfoliation der Milchzähne mit einer Verzögerung der kontralateralen Seite von über sechs Monaten ist eine erweiterte, röntgenologische Untersuchung indiziert. Häufig ist der Grund für einen asymmetrischen Zahnwechsel eine einseitige Nichtanlage oder eine Durchbruchsstörung (enossale Retention/Verlagerung) des bleibenden Zahnes. Der oft dafür verantwortliche Platzmangel kann bei der zahnärztlichen Untersuchung selten durch eine millimetergenaue Stützzonenvermessung festgestellt werden. Stattdessen orientiert man sich klinisch an einem fehlenden Lückenstand im Milchgebiss, einer Verschachtelung der Frontzähne (vor allem im Unterkiefer) und einem kompletten Lückenschluss nach Milchzahnverlust (z. B. bei Unterkiefer-Eckzähnen). Röntgenologisch ist auf dem OPG eine sichtbare „Zusammenquetschung“ der Zähne zu vernehmen (Abb. 5). Ebenso fällt beispielsweise extraoral ein kompensatorischer lateraler Zwangsbiss als Asymmetrie auf. Der Grund dafür ist in nahezu jedem Fall eine transversale Breitendiskrepanz von Ober- und Unterkiefer zugunsten des Unterkiefers. Dies führt zunächst zu einem „Suchen des Bisses“ und letztendlich zu einer dentalen Anpassung an die neue Unterkieferlage. Bei ausbleibender Behandlung führt diese Verkeilung wiederum zu einer asymmetrischen skelettalen Entwicklung des Unterkiefers.

Unsicherheiten:

Zu guter Letzt bewährt sich immer wieder das Prinzip „doppelt hält besser“. Bei klinischen oder radiologischen Zufallsbefunden mit eventueller kieferorthopädischer Relevanz oder bei Unsicherheiten bezüglich des weiteren Prozederes ist gerne eine kieferorthopädische Fachmeinung einzuholen, um die bestmögliche Versorgung für den Patienten zu garantieren.



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 ca. 6500 Mitgliedern und ca. 200 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



AMALGAM IST WEG – UND JETZT?



Mit dem Amalgamverbot zum 1. Januar 2025 stehen viele Praxen vor der Frage: Wie geht es weiter? Welche alternativen Füllungsmaterialien stehen zur Verfügung? Prof. Dr. Roland Frankenberger gibt ausführliche Antworten auf diese Fragen.



Die Füllungstherapie ist noch immer das „Brot- und Buttergeschäft“ der meisten Praxen in Deutschland. Während Amalgam über 100 Jahre der Standard in der Basisversorgung kariöser Läsionen war, spielte es bereits in den letzten Dekaden immer weniger eine Rolle, weil die Patientinnen und Patienten heute unsichtbare Füllungen favorisieren und weil Komposite minimal-invasiv und ästhetisch hervorragend funktionieren.

Das EU-Parlament hat auf der Zielgeraden der letzten Legislatur nun gegen alle Empfehlungen der Wissenschaft Amalgam aus reinen Umweltschutzgründen verboten. Aber was konkret sind nun die Konsequenzen des Amalgamverbots für die tägliche Füllungstherapie?

Dieser Artikel beschreibt die neue Materialklassifikation sowie die Regelversorgung mit ihren Optionen im Rahmen der kassenzahnärztlichen Tätigkeit.

THEMATIK

Die Kariologie ist das erfolgreichste Präventionsfach in der gesamten Medizin. Die Kombination aus Mundhygieneoptimierung und Fluorid bescherte uns 54 % weniger Füllungen in 34 Jahren. Trotzdem füllen wir noch täglich Zähne. Amalgam war die perfekte Basisversorgung – billig, langlebig, kariostatisch, und trotz aller Unkenrufe von der Wissenschaft als gesundheitlich undenklich eingestuft (außer bei Allergien oder Nierenschädigungen).

Amalgam war jedoch seit Jahren stark rückläufig, weil die Patienten eine unsichtbare Restauration bevorzugen. Hauptgrund für das Amalgamverbot war letztlich das Minamata-Übereinkommen von 2017, seit dem 1.7.2018 wurde dann auch kein Amalgam mehr bei Milchzähnen, Schwangeren, Stillenden, Patienten unter 15 Jahren, mit Niereninsuffizienz oder Allergien verwendet. Das Amalgamverbot zum 1.1.25 war die logische Konsequenz. Somit handelt es sich beim Amalgamverbot um eine primär umweltpolitische Entscheidung, wobei weder die Interessen der Patienten noch die Interessen der Zahnärzteschaft (wissenschaftlich und standespolitisch) berücksichtigt wurden. Da aber ohnehin bereits 2023 nur noch 2,3 % der „Kassenfüllungen“ tatsächlich Amalgamfüllungen waren, scheint das Problem überschaubar zu sein. Und: Womit wurden denn die anderen 97,7 % der Füllungen gelegt?

Vertragszahnärztliche Leistungen sind als ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich definiert und mit dem BEMA (hier: Nr. 13) geregelt. Gesetzlich Krankenversicherte haben einen Anspruch auf

eine zuzahlungsfreie Füllungstherapie mit anerkannten und erprobten plastischen Füllungsmaterialien. Aufgrund des Amalgamverbots wurde die Neubeschreibung der Positionen 13 a-d anhand einer neuen Klassifikation plastischer Füllungsmaterialien durchgeführt, daher wird seit 2025 zwischen selbstadhäsiven Materialien (Glasionomerzemente unterschiedlicher Klassen, Komposit-Hybride und selbstadhäsive Komposite) auf der einen Seite sowie adhäsiven Materialien (alle harzbasierten Materialien, die einen Primer oder ein Adhäsivsystem benötigen, um an den Zahnhartsubstanzen zu haften) auf der anderen Seite unterschieden.

SELBSTADHÄSIVE FÜLLUNGSMATERIALIEN

Glasionomerzemente (GIZ)

GIZ sind durch eine Reaktion von basischen, pulverförmigen Gläsern (meist Calcium-Aluminium-Fluoro-Silikatgläser) mit einer Polyalkensäure (meist Polyacrylsäure) charakterisiert. Diese ist feuchtigkeits- und austrocknungsempfindlich.

GIZ haften chemisch an Schmelz und Dentin und sie setzen Fluorid frei. Bei der Verwendung von GIZ muss darauf geachtet werden, dass sie vom Hersteller auch für die gewählte Indikation freigegeben sind.

Glashybride

Eine Weiterentwicklung der GIZ sind die Glashybride. Die Kombination mit einem Coating schützt die empfindliche Abbinde-reaktion und führt zu besseren Langzeitergebnissen (Equia Forte HT).

Hier ist die klinische Datenlage sehr ordentlich, die jährliche Verlustquote wird mit 3–4 % beschrieben. Das ist zwar etwas niedriger als bei Komposit, dafür ist der Aufwand aber geringer und eher durch „wirtschaftlich“ charakterisiert. Glashybride sind somit eine gute Option als Basisversorgung, zumindest bis zu einer gewissen Breite.

Kunststoffmodifizierte GIZ (KGIZ)

Aufgrund der nie zu 100 % perfekten Biegefestigkeit der GIZ wurden die KGIZ entwickelt, da diese durch die lichthärtende Zusatzreaktion deutlich verbessert wurde. KGIZ enthalten normale GIZ-Bestandteile plus Methacrylatmonomere (HEMA, GDMA) mit Photoinitiator.

KGIZ geben ähnlich hohe Mengen Fluorid ab wie GIZ, aber auch HEMA wird eluiert. Klinische Daten im Milchgebiss sind sehr gut, an bleibenden Zähnen hat sich die Abrasionsresistenz als zu niedrig erwiesen. >

GIZ-Komposit-Hybride (GKH)

GKH wiederum sind eine Weiterentwicklung der KGIZ. Bislang einziger Vertreter war Surefil One, welches tatsächlich die positiven Eigenschaften von GIZ und Kompositen vereinigte. Dies wurde durch eine Reihe präklinischer und klinischer Daten bestätigt, Surefil One ist jedoch nicht mehr auf dem Markt.

Trotzdem sind GKH eine tolle Option für eine Basisversorgung, die unbedingt von der Industrie weiterverfolgt werden sollte.

Selbstadhäsive Komposite (SAK)

Die Idee der SAK kommt von den sehr gut etablierten selbstadhäsiven Befestigungssystemen für indirekte Restaurationen. Daher ist es nicht überraschend, SAK auch als Komplettrestauration zu denken. SAK sind jedoch bisher auf die Black-Klasse V sowie die Postendodontie limitiert, daher sind sie als Amalgamersatz nur selten eine Option.

ADHÄSIVE FÜLLUNGSMATERIALIEN

Alkasite

Alkasite sind dualhärtende, ionenfreisetzung Bulk-Fill-Komposite. Zu Beginn der Vermarktung waren Alkasite als selbstadhäsive Materialien gedacht (Cention N). Der Nachfolger – Cention Forte – beinhaltet einen recht effektiven Primer, der mit dem neuen Kapselsystem sehr gut wirkt.

Dadurch sind Alkasite per definitionem nicht selbstadhäsiv. Trotzdem stellen Alkasite eine gute und gut untersuchte Option für Basisversorgungen dar.

Komposite

Hierunter fallen alle Komposite, die mit einem Adhäsivsystem verwendet werden (müssen), da sie keine Eigenhaftung an Schmelz und Dentin aufweisen. Man unterscheidet korrekterweise zwischen 2-mm-, 4-mm-, Bulk-Fill-Kompositen und Kompomeren (die auch Komposite sind, es sind lediglich polyalkensäuremodifizierte Komposite; engl: Polyacid-modified resin composites).

Diese Klassifizierung ist deshalb verwirrend, da gerade die 4-mm-Komposite als Bulk-Fill-Komposite vermarktet werden, obwohl sie z. B. in einer 7mm tiefen Kavität nicht in einer Schicht durchhärtbar sind. Die klinische Evidenz ist für alle geschichteten (2/4mm) Komposite



Univ.-Prof. Dr. Roland Frankenberger

Poliklinik für Zahnerhaltung

UniversitätsZahnMedizin

Philipps-Universität Marburg

Georg-Voigt-Str. 3 • 35039 Marburg

frankbg@med.uni-marburg.de

sehr gut. Für die „echten“, dualhärtenden Bulk-Fill-Komposite ist die klinische Datenlage im Moment noch zu dünn. Klarer „Sieger“ in der Gesamtbetrachtung für die von der KZBV definierte Ausnahmeindikation sind somit die 4-mm-Komposite.

ZUSAMMENFASSUNG

Plastische Füllungsmaterialien auf GIZ-Basis, vor allem deren Weiterentwicklungen (Glashybride, GIZ-Komposit-Hybride) stellen im Rahmen der selbstadhäsiven plastischen Füllungstherapie heute die Regelversorgung dar.

Die klinische Evidenz auch im Kaulast tragenden Seitenzahnbereich ist bereits heute gut.

Durch die bei allen nicht polymerisierbaren GIZ nicht perfekte Biegefestigkeit sehen wir aber in der Kavitätenbreite eine wichtige Grenze. Die Kavitätentiefe ist weniger ein Problem, hier sind GIZ im Vergleich zu Kompositen eher günstig, da die Kontaminationsgefahr signifikant geringer ist. Somit funktionieren GIZ-basierte Biomaterialien nur bis zu einer gewissen Kavitätenbreite. Daher war man gezwungen, in dieser Ausnahmeindikation Komposit anzubieten, da der GKV-Patient (s. o.) einen Anspruch auf eine funktionierende Versorgung hat.

Der Erfolg der restaurativen Therapie der Karies wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst, so sehen wir bei kariesaktiven Patienten oder Knirschern natürlich auch mehr Misserfolge. Amalgam war nun einmal extrem universell einsetzbar, billig in der Anschaffung, langlebig, fehlertolerant und kariostatisch. So ein Material kommt nie wieder. Somit kann auch im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung nach dem gegenwärtigen Stand der Evidenz kein singuläres Material Amalgam komplett ersetzen. Wir sehen uns aber auch nicht mehr der Karies von 1970 gegenüber. Es stehen jedoch genügend Optionen zur Verfügung, wobei generell darauf geachtet werden sollte, dass das gewählte Material vom Hersteller auch für die beabsichtigte Indikation freigegeben ist.

Der größte Erfolg der neuen BEMA-Regelung ist zweifelsfrei der Erhalt der Mehrkostenvereinbarung bei hochwertigen Kompositrestaurationen. Letztere belohnt minimalinvasiv handelnde Kolleginnen und Kollegen. Wermutstropfen bleibt die Elimination der Kinderzahnmedizin-Positionen 13 e-h.

Ein Literaturverzeichnis ist auf Anfrage bei der Redaktion erhältlich.

AUSGEZEICHNET FÜR BESONDERE VERDIENSTE

Die Zahnärzte **Dr. Walter Schülin** und **Dr. Peter Ehmer** wurden im Rahmen der Vertreterversammlung der Bezirkszahnärztekammer Pfalz am 29. November 2024 mit der Verdienstmedaille der rheinland-pfälzischen Zahnärzte ausgezeichnet. **Dr. Michael Orth**, Vorsitzender der Bezirkszahnärztekammer (BZK) Pfalz, hob in seiner Laudatio das Engagement von Dr. Walter Schülin als Gutachter und Sachverständiger sowie sein ganz besonderes Qualitätsbewusstsein hervor. Weiter dankte er Dr. Peter Ehmer für seine engagierte und bereits sehr langjährige Tätigkeit in vielen

verschiedenen Gremien der zahnärztlichen Körperschaften und Selbstverwaltung. Der Vorstand der BZK Pfalz gratuliert den Kollegen Dr. Walter Schülin und Dr. Peter Ehmer zu dieser besonderen Auszeichnung.

Dr. Jürgen Simonis

Am 29. November 2024, auf der Vertreterversammlung der Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen (BZKR), ehrte die Vorsitzende der Kammer, **Dr. Andrea Habig-Mika**, zwei engagierte Persönlichkeiten mit der Verdienstmedaille der rheinland-pfälzischen Zahnärzte:

Matthias Gloede ist Mitglied des Vorstandes der BZKR und bringt sich seit vielen Jahren mit großer Hingabe und bemerkenswerter Vielseitigkeit ein. Als Ausbildungsberater, stellvertretender Leiter der örtlichen Vertretung der Zahnärztlichen Stelle und Vorsitzender des Haushaltsausschusses hat er wesentliche Beiträge geleistet. Sein Engagement für das Ausbildungswesen, das er als Vorstandsmitglied federführend betreut, wird ebenso geschätzt wie sein Einsatz als Kreisgruppenobmann. **Carola Lichtenfels** (ZMF) ist seit 15 Jahren als Arbeitnehmervertreterin im ZFA-Prüfungsausschuss

und im BBA-Z Prüfungsausschuss der BZKR tätig und hat sich als zuverlässige und engagierte Kraft etabliert. Ihre fundierten Urteile und ihre Bereitschaft, sich für die Belange der Auszubildenden einzusetzen, machen sie zu einer tragenden Säule im Prüfungsausschuss. Ihr Einsatz wird sowohl von ihren Kolleginnen und Kollegen als auch von den Prüfungsteilnehmenden sehr geschätzt.

Dr. Andrea Habig-Mika

Am 20. November 2024 wurde der Zahnarzt **Hendrik Scheiderbauer (MKG)** durch den Vorstandsvorsitzenden der BZK Trier, **San.-Rat Dr. Peter Mohr**, für seine vielseitigen Verdienste um die Kollegenschaft mit der Verdienstmedaille der rheinland-pfälzischen Zahnärzte ausgezeichnet. In der Laudatio hoben San.-Rat Dr. Mohr, **ZA Stefan Chybych M.Sc., M.Sc.** und **Dr. Robert Germund** das langjährige Engagement in vielen Gremien der zahnärztlichen Selbstverwaltung hervor – neben der BZK Trier und der LZK RLP auch in der KZV RLP. Seine Bereitschaft, sich für die Kollegenschaft einzusetzen, wird allseits sehr geschätzt. Herzlichen Glückwunsch!

Dr. Robert Germund



Bild oben (v. l. n. r.): Dr. Jürgen Simonis, Dr. Walter Schülin, Dr. Peter Ehmer, Dr. Michael Orth; 2.-3. Bild: Dr. Andrea Habig-Mika, Matthias Gloede, Carola Lichtenfels, PD Dr. Dan Brüllmann. Bild rechts: ZA Stefan Chybych M.Sc., M.Sc., San.-Rat Dr. Peter Mohr, ZA Hendrik Scheiderbauer MKG, ZA Florian Dehne.

NACHHALTIGKEIT IN DER ZAHNMEDIZIN DURCH PRÄVENTION

In der Zahnmedizin wird Nachhaltigkeit in hohem Maße durch Vorbeugung erreicht, die einen lebenslangen Zahnerhalt zum Ziel hat. Ein gutes Beispiel dafür ist der Kariesindex (DMFT) bei Zwölfjährigen, der von 4,1 im Jahr 1989 auf 0,44 im Jahr 2016 gesunken ist – ein Rückgang um 89 Prozent. Wie groß die Rolle von Fluorid dabei ist, beleuchtete Prof. Dr. Stefan Zimmer auf der 31. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnmedizin (DGKiZ) in Erlangen.

KARIESPRÄVENTION AUF MEHREREN EBENEN

Die Kariesvorbeugung spielt sich auf mehreren Ebenen ab: zu Hause durch eine geeignete Mundhygiene und Ernährung, in der Gruppe (Kindergarten und Schule), professionell in Zahnarztpraxen sowie kollektiv durch Maßnahmen wie eine Fluoridierung von Speisesalz.

Beiträge zur Prävention lieferten u. a. politische Maßnahmen wie die Einführung der Gruppenprophylaxe (1989), die von gesetzlichen Krankenkassen übernommenen zahnmedizinischen Untersuchungen und Maßnahmen für Kinder und Jugendliche, die ab dem 34. Lebensmonat beginnen, eine Erhöhung des Fluoridgehalts in Zahnpasten und fluoridiertes Speisesalz, aber auch das gestiegene Bewusstsein in der Bevölkerung.

NUTZEN DER PRÄVENTION DURCH FLUORID

Der Nutzen der einzelnen Maßnahmen ist mittlerweile gut belegt. Die Mundhygiene ist



Prof. Dr. Stefan Zimmer

DGPZM Deutsche Gesellschaft
für Präventivzahnmedizin e. V.
Universität Witten/Herdecke
Tel.: 02302-926660
stefan.zimmer@uni-wh.de
dgpzm.de

zwar selten perfekt, doch dies wird durch die Verwendung von fluoridhaltiger Zahnpasta weitgehend aufgefangen: Sie hemmt Karies zu über 40 Prozent. Die rein mechanische Reinigung ohne Fluorid beugt dagegen nur Gingivitis und Parodontitis vor, aber nicht Karies.

Fluoridiertes Speisesalz liefert ebenfalls einen wichtigen Beitrag. Beispielsweise verhinderte nur eine Mahlzeit mit fluoridiertem Speisesalz täglich bei Kindern in Gambia Karies zu 66 Prozent. Der Vorteil dieser Maßnahme ist, dass keine Compliance nötig ist und auch Menschen mit geringem sozioökonomischen Status erreicht werden. Allerdings ist der Fluoridzusatz nur bei Packungsgrößen von bis zu einem Kilogramm Speisesalz erlaubt, die in Bäckereien und Großküchen nicht verwendet werden.

Die Gruppenprophylaxe in Kindergarten und Schule hat den Vorteil, nahezu alle Kinder

zu erreichen – darunter auch diejenigen, bei denen zu Hause die Zähne nicht geputzt werden.

Eine weitere Säule sind die zahnärztlichen Maßnahmen. So liegt die Karieshemmung durch Fluoridlack zwischen 31 und 55 Prozent. Sie muss nicht bei jedem Kind eingesetzt werden, ist bei hohem Kariesrisiko aber sinnvoll. Der Nutzen der Fissurenversiegelung ist ebenfalls gut belegt: Die Karieshemmung beträgt 75 Prozent über 15 Jahre.

WIE WIRKSAM SIND DIE MASSNAHMEN?

Für den Einsatz der begrenzten Mittel des Gesundheitswesens spielt es eine wichtige Rolle, wie effizient die Maßnahmen sind. Die Prävention eines kariösen Zahns kostet in der Individualprophylaxe 700 Euro, zeigt aber die beste Effektivität. Die Gruppenprophylaxe ist mit 164 Euro am effizientesten, Fluoridsalz mit 5 Euro am günstigsten.

FRÜHKINDLICHE KARIES – IMMER NOCH EIN PROBLEM

Der Kariesrückgang im Milchgebiss beträgt seit 1997 nur 28 Prozent, und 14 Prozent der Dreijährigen haben einen durchschnittlichen Kariesindex (dmft) von 3,5. Deshalb wurden 2018 neue Empfehlungen zu Früherkennungsuntersuchungen ausgesprochen und der Fluoridgehalt in Kinderzahnpasta, dem wichtigsten Produkt für die häusliche Anwendung, auf 1.000 ppm erhöht.

Die Fluoridwirkung ist nahezu ausschließlich lokaler Natur: Fluorid verhindert, dass Calcium bei Säurewirkung aus dem Apatit



Mit dem Durchbruch der Sechsjahr-Molaren wird eine erbsengroße Menge Fluoridzahnpaste zum Zähneputzen empfohlen.

der Zähne verloren geht. Dafür ist der direkte Kontakt mit der Oberfläche des durchgebrochenen Zahnes ausreichend, Fluorid muss also nicht systemisch aufgenommen werden. Dann ist auch das Risiko einer Fluorose gering. Dieses ist bis zum Alter von zwei Jahren am größten, weshalb für diese Altersgruppe nur eine reiskorngroße Menge Fluoridzahnpaste empfohlen wird.

Danach sinkt das Risiko kontinuierlich, bis es mit dem Durchbruch der Sechsjahr-Molaren vollständig ausgeräumt ist. In dieser Zeit wird eine erbsengroße Menge Fluoridzahnpaste zum Zähneputzen empfohlen.

IST FLUORID GESUNDHEITSSCHÄDLICH?

Zunächst einmal darf Fluorid, das natürlicherweise im Körper vorkommt, nicht mit dem giftigen Fluor verwechselt werden. Die Deutsche

Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt eine Fluoridzufuhr pro Tag vom vierten Lebensmonat bis zum Alter von zwölf Jahren von 0,5 bis 1,1 Milligramm. Tatsächlich liegt die Zufuhr bei 0,2 bis 0,4 Milligramm pro Tag, sie ist also eher zu niedrig.

Akute Vergiftungserscheinungen sind ab einer Aufnahme von 100 Milligramm bzw. 5 Milligramm pro Kilogramm Körpergewicht zu erwarten. 100 Milligramm entsprechen einer ganzen Tube Zahnpaste für Erwachsene. Laut einer Befragung des Leiters der Giftnotzentrale Göttingen kam es in 26 Jahren zu 1.696 Fällen mit Verschlucken von Zahnpaste – fast alle symptomlos oder mit leichten Magen-Darm-Symptomen, nur einmal gab es mehrfaches Erbrechen.

Beim Auftragen von hochdosiertem Fluoridlack in der Zahnarztpraxis oder bei der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen wird eine Dosis von 5 bis 23 Milligramm ver-

abreicht, allerdings wird das Fluorid aus dem Lack sehr langsam freigesetzt, sodass keine Spitzenkonzentrationen erreicht werden. Die Karieshemmung beträgt dagegen bei zweimaligem Auftrag pro Jahr bis zu 55 Prozent.

In den Medien wurde über einen Zusammenhang der Fluoridaufnahme mit dem Intelligenzquotienten berichtet. Dem liegen Studien aus Mexiko und Kanada zugrunde, in denen das Trinkwasser mehr als 1,5 mg/l Fluorid enthält. Hierzulande wird eine solch hohe Fluoridaufnahme nicht erreicht, und darunter wurde keine Neurotoxizität nachgewiesen. Aus diesem Grund haben die Ergebnisse für Europa keine Relevanz.

Literaturverzeichnis auf Nachfrage bei der Redaktion. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von Wissenschaftlicher Informationsdienst (IME), 4/2024.

STEUERLICHE BERÜCKSICHTIGUNG VON STUDIENKOSTEN

S

tudienkosten steuerlich geltend zu machen kann, sich für viele Studierende der Zahnmedizin lohnen. Steuerberater Dr. Andreas Laux erklärt warum:

ERST- ODER ZWEITAUSBILDUNG

Art und Umfang der Absetzbarkeit des Zahnmedizinstudiums unterscheiden sich dadurch, ob es sich entweder um die erste Ausbildung handelt oder ob es bereits als zweite Ausbildung und damit steuerlich als Weiterbildung eingestuft werden kann.

STUDIUM ALS ERSTAUSBILDUNG

Ist das Studium die erste Ausbildung, werden die Kosten dafür der privaten Lebensführung zugeordnet und können jährlich bis maximal 6.000 EUR als Sonderausgaben abgesetzt werden.¹ Dies bedeutet, dass die entstandenen Studienkosten ausschließlich im Jahr der Zahlung bis zum genannten Höchstbetrag mit steuerpflichtigen Einkünften verrechnet werden können. Da jedoch die meisten Studierenden während des Studiums keine nennenswerten Einkünfte erzielen² und damit keine Einkommensteuer zahlen, entfalten die Stu-

dienkosten im Rahmen der ersten Ausbildung in der Regel keine steuerliche Wirkung.

STUDIUM ALS ZWEITAUSBILDUNG

Liegt jedoch vor Beginn des Studiums eine abgeschlossene erste Ausbildung vor, die den Kriterien einer Mindestdauer von zwölf Monaten sowie einer bestandenen Abschlussprüfung entspricht, gilt das Studium als zweite Ausbildung und damit als Weiterbildung.³ Daraus ergeben sich weitaus interessantere Möglichkeiten, das Studium steuerwirksam als vorweggenommene Werbungskosten geltend



zu machen. Denn erstens entfällt die Begrenzung von jährlich 6.000 EUR. Zweitens sind die Kosten nicht mehr im Jahr der Entstehung eingeschlossen und können somit im Rahmen des Verlustabzugs nach § 10d EStG verrechnet werden. Das bedeutet, dass über die Jahre des Studiums erhebliche Verlustvorträge generiert werden, welche dann die Steuerbelastung zum Berufsstart verringern. Gemäß Rechtsprechung ist es grundsätzlich möglich, die Kosten für das Studium sieben Jahre rückwirkend geltend zu machen⁴, also im Jahr 2025 zurück bis 2018.



Dipl.-Kfm. Dr. Andreas Laux
Steuerberater

117er Ehrenhof 3 • 55118 Mainz
www.steuerlaux.de

WELCHE STUDIENKOSTEN ABSETZBAR SIND

Unabhängig davon, ob das Studium Erst- oder Zweitausbildung ist, handelt es sich um alle Kosten, die notwendigerweise anfallen, um das Studium durchführen zu können. Dazu gehören:

- Studien-/Semestergebühren, Kursgebühren, Fahrtkosten zur Uni und zu Lerngruppen
- Arbeitsmittel wie unter anderem Hard-/Software, Fachliteratur, Instrumentenkoffer, Bürobedarf, Lupenbrille etc.

- Eventuell Kosten für auswärtige Unterbringung „doppelte Haushaltsführung“⁵, also erhebliche Kosten, nämlich insbesondere Mietkosten am Studienort, Kosten für Familienheimfahrten und Verpflegungskosten.

DOPPELTE HAUSHALTSFÜHRUNG – VORAUSSETZUNGEN

- Es wird ein eigener Hausstand am Ort des Lebensmittelpunktes unterhalten, an wel-

chem Studierende sowohl finanziell als auch persönlich beteiligt sind. Leben Studierende dabei weiterhin im Haus ihrer Eltern, wird ein eigener Hausstand nur dann anerkannt, wenn sie eine eigenständige, vom Haushalt der Eltern abgeschlossene Wohneinheit bewohnen.

- Eine zusätzliche Wohnung am auswärtigen Hochschulort ist vorhanden. Das Studium muss die Ursache für die Gründung dieses zweiten Haushalts sein.
- Die doppelte Haushaltsführung muss beruflich veranlasst sein.

Vorsorglich sollten Studierende sämtliche Rechnungen und Nachweise aufbewahren, sodass bei Bedarf darauf zurückgegriffen werden kann.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass diese Ausführungen den allgemeinen steuerlichen Hintergrund darstellen und keine Haftung übernommen werden kann. Die individuelle Beratung durch den Steuerberater ist zu empfehlen.

Fußnoten:

1) vgl. § 10 Abs. 1 Nr. 7 EStG. Schulabschlüsse zählen steuerlich nicht als Erstausbildung.

2) Einnahmen aus Minijobs sind steuerfrei und zählen deshalb hier nicht dazu.

3) vgl. § 9 Abs. 6 EStG. Beispiele für eine Erstausbildung sind u. a. Zahntechniker, ZFA, Bachelor.

4) vgl. BFH-Urteil v. 13.01.2015 - IX R 22/14, BStBl 2015 II S. 829.

5) vgl. § 9 Abs. 1 Nr. 5 EStG.

HIER SIND NOCH PLÄTZE FREI!

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
Oralchirurgisches Kompendium M2, 258112	Mi, 09.04.2025 14–18 Uhr	LZK	Gutachten und wissenschaftliches Arbeiten	Dr. Sebahat Kaya	5
Curriculum lege artis Endodontologie, 258800	23.04.2025 – 23.08.2025	Sirona Bensheim/online	Strukturierte Fortbildung in 4 Online-Modulen und 2 Präsenzmodulen und Abschlussgespräch	Dr. Josef Diemer	63
Existenzgründungsseminar 258131	Sa, 10.05.2025 10–17:15 Uhr	NN	„Perspektive Zahnarztpraxis“ – Beste Chancen oder Risiken mit Nebenwirkungen?	Dr. Andreas Laux und weitere	8
Oralchirurgisches Kompendium M3, 258113	Mi, 21.05.2025 13–18 Uhr	LZK	Blutkonzentrate, Socket- und Ridge Preservation	Dr. Torsten Conrad	6
ZQMS Workshop 258225	Do, 05.06.2025 14–18 Uhr	LZK	ZQMS	Sabine Christmann Archibald Salm	6
BuS Einsteiger- und Aktualisierungsseminar, 258222	Mi, 11.06.2025 14–18:30 Uhr	LZK	inkl. Lernerfolgskontrolle	Sabine Christmann Archibald Salm	7
Oralchirurgisches Kompendium M4, 258114	Mi, 18.06.2025 14–18 Uhr	LZK	Seltene Erkrankungen	Prof. Dr. Dr. Christan Walter	5
Hygiene I 258275	Di, 24.06.2025 11–19 Uhr	LZK	Anforderungen an die Allgemeine Hygiene	Sabine Christmann Archibald Salm	10
Hygiene II 258276	Mi, 25.06.2025 11–19 Uhr	LZK	Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten	Sabine Christmann Archibald Salm	10
Adhäsive Zahnmedizin mit Komposit, 258132	Mi, 02.07.2025 15–20 Uhr	LZK	Ein Nachmittag mit 100 % Hands-on	Prof. Dr. Roland Frankenberger	8
Curriculum Parodontologie 258170	26.09.2025 – 28.02.2025	LZK	Strukturierte Fortbildung in 4 Modulen und Abschlussgespräch	Prof. Dr. Ralf Rössler und weitere	90

MIT ERFOLG UND ELAN ZUM ZMV-ABSCHLUSS – BZK PFALZ FEIERT DIE NEUEN FACHKRÄFTE!

Nachdem die abschließende mündliche Prüfung von 17 TeilnehmerInnen des ZMV-Kurses bestanden wurde, waren diese zu einem festlichen Empfang eingeladen, um ihren Abschluss gebührend zu feiern. Hierzu begrüßte der Vorsitzende der Bezirkszahnärztekammer Pfalz, **Dr. Michael Orth**, die Absolventinnen, deren Arbeitgeber/-innen sowie zahlreiche Gäste und die Referentinnen **Anne-Katrin Fensterer-Lamott**, **Birgit Stetter**, **Sigrid Hauck** sowie die Referenten **Rechtsanwalt Denis M. Baumgartner** und **Christian Dietl** ganz herzlich. Besonders würdigte der BZK-Vorsitzende **Irene Oelmann**, die erneut in hervorragender Weise für die Organisation des gesamten Kurses und der Feier verantwortlich zeichnete.

In seiner Ansprache dankte Dr. Orth den Absolventinnen für den Ehrgeiz und die Anstrengung, die sie ohne Zweifel aufgebracht hatten, und unterstrich dabei, dass diese sich über einen Zeitraum von 18 Monaten an 65 Unterrichtstagen und mehr als 400 Unter-

richtsstunden berufsbegleitend – also neben Arbeit, Familie und Haushalt – vorwiegend an Mittwoch- und Freitagnachmittagen sowie Samstagen intensiv und sehr erfolgreich um ihre berufliche Weiterqualifikation gekümmert hatten. So konnte Dr. Orth im Rahmen dieser feierlichen Stunde alle zum erfolgreichen Abschluss ihres ZMV-Kurses mit einem Gesamtnotendurchschnitt von 2,0 beglückwünschen.

Stellvertretend für die Referentinnen und Referenten dieses Erfolgsprojekts der Bezirkszahnärztekammer Pfalz gratulierte und motivierte gleichzeitig Anne-Katrin Fensterer-Lamott unter dem Motto „Wer hohe Türme bauen will, muss lange beim Fundament verweilen“ die Absolventinnen der Berufsbegleitenden Aufstiegsfortbildung (BBA-Z) zur Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin (ZMV): „Sie gehen alle fachlich gestärkt und persönlich gereift in Ihr Berufsleben, aber auch in Ihren Alltag zurück“, so Fensterer-Lamott im Rahmen der Abschlussfeier am 29. Januar 2025 in den neuen Räumen der BZK Pfalz in Lud-

wigshafen. Besonderes Augenmerk legte sie auf die ausgesprochen gute Zusammenarbeit der Kursteilnehmerinnen untereinander. „Alle haben sehr viel voneinander gelernt, sich im Positiven unterstützt und fest zusammengehalten.“



Ganz besonders freuen konnte sich die frisch gebackene ZMV Jana Vogt aus Rhens (Bild oben mit Dr. Michael Orth), von der KZV Rheinland-Pfalz, Mainz, die als Prüfungsbeste mit der Note „sehr gut“ (mit 670,5 von 700 Punkten) abschloss und mit einem Blumenstrauß sowie einem Gutschein geehrt wurde.

Die Kursteilnehmerinnen dankten in ihrem Beitrag den Referentinnen und Referenten sowie allen Verantwortlichen, die zum Gelingen und dem erfolgreichen Verlauf des Kurses beigetragen haben.

Noch lange wurden in geselliger Runde viele Erinnerungen aus der gemeinsamen Zeit ausgetauscht, und man verabedete sich bereits für das nächste ZMV-Update bei der Bezirkszahnärztekammer Pfalz.



DIE AUSBILDUNGSBEAUFTRAGTE: EIN SCHLÜSSELFaktor FÜR DIE AUSBILDUNG

Die Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen lud Ende November zu einer Veranstaltung der Reihe „Treffpunkt-Ausbildung“ alle Inhaber und für die Ausbildung verantwortlichen Praxismitarbeiter ein. Diesmal ging es um die Rolle einer Ausbildungsbeauftragten beim Einstieg von Azubis.

Die Referentin, **Jenny Förster** (Foto), ist ZMV, Dentale Betriebswirtin und Inhaberin der Beratungsfirma dent-a-vision. Die BZK-Vorsitzende, **Dr. Andrea Habig-Mika**, begrüßte Frau Förster und das Auditorium, indem sie die zentrale Bedeutung des Ausbildungswesens für die Praxen hervorhob.

Jenny Förster machte zunächst auf den Begriff des „Onboardings“ aufmerksam. Dieser ist untergliedert in das Preboarding, das sich von der Vertragsunterzeichnung bis zum ersten Arbeitstag erstreckt. Das eigentliche Onboarding beginnt innerhalb der ersten Arbeitswoche, das Postboarding läuft bis zum Ende der Probezeit. Gemeinsam wurden diese Begriffe mit Inhalten gefüllt und auch aus dem Auditorium Möglichkeiten vorgeschlagen, die es Auszubildenden erleichtern, den Einstieg zu finden, beispielsweise mit strukturierten Infos über die Praxis, aber auch kleinen Geschenken.

Im anschließenden Postboarding ginge es darum, die beiderseitigen Erwartungshaltungen zu klären. Entscheidend sei, so Förster, Rückmeldungen in einem vertraulichen Gespräch aktiv und mit Einfühlungsvermögen einzuholen. Es sei nicht ausreichend, darauf zu warten, bis sich der Azubi von selbst melde. Ein Teenager im Alter von beispielsweise

16 Jahren sei häufig noch nicht in der Lage, in einem neuen, komplexen Umfeld eigenes Befinden und vielleicht auch Unwohlsein in seiner Ausbildungssituation selbstständig gegenüber den Verantwortlichen zu äußern.

Sobald eine Sicherheit bei der Erledigung von kleinen Aufgaben erreicht sei, die dem Ausbildungsstand entspreche, könne damit begonnen werden, diese im Rahmen der Delegation den Auszubildenden schrittweise zu übertragen, ohne die Beauftragten damit zu überfordern.

Wichtig sei es, dabei Selbstwirksamkeit herzustellen, was zu einer gesteigerten Motivation führe. Auch solle man verstehen, dass einmal erklärte Arbeitsabläufe nicht automatisch vom Empfänger repliziert werden könnten, sondern geduldig und empathisch mehrfach wiederholt eingeübt werden müssten. Den Ablauf mit eigenen Worten durch die Auszubildenden erklären zu lassen, helfe dabei, das Programm zu verinnerlichen.



Allgemein solle die Motivation gefördert werden, etwa indem man auf Begriffe wie „müssen“ verzichte und stattdessen die betreffende Person selbst die Notwendigkeiten einer Handlung begreifen lassen und das korrekte Handeln loben.

Da die „Generation Z“ eine hohe Bildaffinität besitzt, könne es auch hilfreich sein, entsprechende „Mini-Tutorials“ zu filmen. Jenny Förster warnte vor Stereotypen, dennoch sei es wichtig zu wissen, wie junge Leute ticken. Beispielsweise falle es ihnen mitunter schwer, sich langfristig an ein Unternehmen zu binden. Eine klare Trennung zwischen Beruf und Freizeit („Work-Life-Separation“) stehe häufig im Vordergrund.

Sind Auszubildende in der Praxis „angekommen“, gelte es, durch wertschätzende Kommunikation die Bindung an die Praxis aufrechtzuerhalten. Kommunikation, so die Referentin, sei in erster Linie definiert durch Körpersprache, weiterhin durch die Stimme und schließlich durch den informationellen Inhalt.

In einem Brainstorming wurden Gründe zusammengetragen, die dazu führen, dass Auszubildende die Ausbildung abbrechen. Letztlich seien viele der aufgeführten Gründe in mangelnder Führung zu finden, was den Arbeitgebern wiederum die Chance gebe, diese in den meisten Fällen auszuräumen.

Zu den wichtigen Aufgaben bei der Bindung von Mitarbeitern zählen demnach: die Mentorenrolle aktiv wahrnehmen, klares Feedback geben, Geduld haben, verständnisvoll agieren sowie Struktur, Klarheit, Motivation und Sicherheit bieten.

Dr. Boris Henkel

75-JÄHRIGES JUBILÄUM UND JAHRESEMPFANG

Am 24. Januar 2025 war es endlich so weit: Nach monatelanger Vorbereitung wurde das 75. Jubiläum der Bezirkszahnärztekammer Trier und der Jahresempfang gemeinsam mit der Ärztekammer und der Versorgungsanstalt der Ärzte Trier feierlich begangen.

Mehr als 250 Gäste – darunter Zahnärzte, Ärzte, politische Vertreter aus Land, Bund und der EU sowie aus unseren Nachbarländern – nahmen an der Veranstaltung teil. Die Festrede von Sanitätsrat Dr. Peter Mohr, Ansprachen von Dr. Christina Schneider (Vorsitzende der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier) und Dr. Walter Gradel (Präsident der Bezirksärztekammer Trier) sowie Grußworte von Dr. Christine Ehrhardt, Vorsitzende der KZV RLP, und Triers Oberbürgermeister Wolfram Leibe gaben dem Festakt einen würdigen Rahmen.

Wir danken unseren Mitgliedern und ihren Praxisteams für die gute Zusammenarbeit und freuen uns auf die weitere gemeinsame Arbeit – für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung in Rheinland-Pfalz!



Feierlicher Moment (v. l. n. r.): Stefan Chybych, M.Sc., M.Sc., San.-Rat Dr. Peter Mohr, Dr. Carolin Wunsch und ZA Florian Dehne schneiden die Jubiläumstorte an.



Die Ausschussmitglieder sowie Gesundheitsminister Clemens Hoch

BEIRATSSITZUNG IM LANDTAG

Am 11. Februar 2025 nahmen Sanitätsrat Dr. Peter Mohr und Dr. Robert Germund an der gesundheitspolitischen Beiratssitzung des „Arbeitskreises Gesundheit“ im rheinland-pfälzischen Landtag teil. Auf der Agenda standen unter anderem die Umsetzung des Krankenhausverbesserungsgesetzes (KWVG), das der Bundesrat am 22. November 2024 gebilligt hatte, sowie die Krankenhausstrukturreform in Rheinland-Pfalz. Besonders erfreulich war die Möglichkeit, die Interessen der Zahnärzteschaft in diesem Gremium zu vertreten – auch im direkten Austausch mit Gesundheitsminister Clemens Hoch.

ERFOLGREICHE KOOPERATION MIT DER SGD NORD:

Die BZK Trier freut sich über die gelungene Zusammenarbeit sowie Kooperation mit der Struktur- und Genehmigungsdirektion (SGD) Nord – Regionalstelle Gewerbeaufsicht Trier und über die gemeinsame Seminarreihe des Jahres 2025.

Am 12. Februar fand das erste von drei Seminaren zum Thema „Arbeitsschutz in Zahnarztpraxen – Anforderungen an einen gesunden Arbeitsschutz“ statt. „Arbeitsschutz!? Was muss ich denn machen?“ Ziel des Vortrages war es, zu vermitteln, welche Verpflichtungen Sie gegenüber Ihren Beschäftigten hinsichtlich des Arbeitsschutzes in Ihrer Zahnarztpraxis zu erfüllen haben und Hilfestellungen für den Arbeitsalltag zu geben. Hierbei wurde neben der grundsätzlichen Arbeitsschutzorganisation die zwingend erforderliche Dokumentation thematisiert und sich auch kollegial über die Möglichkeiten und Grenzen des Verwaltungswesens ausgetauscht.

Wir freuen uns auf die weiteren gemeinsamen Seminare in diesem Jahr: „Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung in einer Zahnarztpraxis“ (21.05.2025) und „Strahlenschutz in Zahnarztpraxen – Der Rundumblick“ (10.09.2025). Melden Sie sich gern an unter www.bzk-trier.de/bzk-kurs.

Bild rechts (v. l. n. r.): Dr. Robert Germund, Referent Christian Fuchs (SGD Nord), Dr. Carolin Wunsch.





CURRI CULUM

PARODONTOLOGIE

2 0 2 5



Kurs-Nr.: 258170
Sept. 2025 bis Feb. 2026

Kurszeiten:

freitags 10:00 - 18:00 Uhr

samstags 09:00 - 17:00 Uhr

Ort: Institut Bildung und Wissenschaft
der LZK Rheinland-Pfalz

Fortbildungspunkte: 90

Gebühr: 2.980,00 €



Begrenzte Teilnehmerzahl

Ansprechpartner:

fachlich:

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Ralf Rössler

ralf.roessler@dtmd.eu

organisatorisch:

Alexandra Albrecht-Ochss

albrecht-ochss@lzk.de

