



# ZAHN ÄRZTE BLATT

02  
26



**Hitzeschutz in der Zahnarztpraxis S. 10**

Fachartikel: Aplasie der unteren zweiten Prämolaren S. 18

Dentophobie – eine Herausforderung im Praxisalltag S. 22

# 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,**

**K**ein vernünftig denkender Mensch wird die dringende Notwendigkeit von Reformen in unseren Sozialsystemen, so auch im Gesundheitswesen, in Zweifel ziehen. Nicht zuletzt die vielfältigen Folgen unserer demografischen Entwicklung mit einer rasch alternden Gesellschaft und die negativen Auswirkungen stark steigender Lohnnebenkosten für die Wettbewerbsfähigkeit unserer Wirtschaft machen dies unausweichlich.

Die überproportionale Heranziehung der Zahnheilkunde bei der aktuellen Gesundheitsreform von Ministerin Warken verwundert dennoch. Denn die Daten zur Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung für das zurückliegende Jahr 2025 sprechen eine deutliche Sprache: Dank der konsequenten und zielgruppenorientierten Ausweitung unserer Präventionskonzepte (s. Beitrag zur DMS • 6-Studie auf S. 30) ist es der Zahnmedizin als einzigem Leistungsbereich gelungen, ihren Anteil an den GKV-Gesamtausgaben kontinuierlich zu senken. Mit einer Teilhabe von lediglich noch 5,7 % an den Gesamtausgaben widersteht allein die Zahnmedizin den allfälligen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Als einziger relevanter Versorgungsbereich bleibt sie bei der Ausgabenentwicklung damit auch deutlich unterhalb der Grundlohnsummensteigerung.

Aber statt sie als richtungsweisend für die anderen Bereiche des Gesundheitswesens heranzuziehen und endlich ernst zu machen mit der Prävention, werden wir Zahnärztinnen und Zahnärzte von der Politik willkürlich für Ausgabenzuwächse anderer Leistungsbereiche mit in Haftung genommen, ohne dass wir diese jemals hätten beeinflussen können.

So weit, so ungerecht!

Aber auch an einem weiteren Punkt gerät dieser Gesetzesentwurf vollends aus den Fugen. Der sogenannte Fachzahnarzt-Vorbehalt für die Erbringung kieferorthopädischer Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen lässt auch nicht im Ansatz erkennen, was er zum Erreichen der beiden genannten Reformziele, allgemeine Kosteneinsparungen und Steigerung der Behandlungsqualität, beitragen könnte. Auf der Basis völlig veralteter Daten aus dem Ausland und ohne jeden belastbaren Nachweis werden nicht nur die existenziellen Belange einer Vielzahl von Kolleginnen und Kollegen massiv missachtet und objektive Versorgungsbedarfe ignoriert, sondern auch – ebenfalls besonders schwerwiegend – Einschränkungen an den uns qua Approbation verliehenen Rechten vorgenommen.

Wenn auch nicht unbedingt auf den ersten Blick erkennbar, betrifft damit auch diese Regelung ausnahmslos alle tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte. Für einige würde sie sogar einem faktischen Berufsverbot gleichkommen, bei gleichzeitiger tiefgreifender Gefährdung der Versorgung in weiten Landesteilen. Daher arbeiten Bundeszahnärztekammer, alle Landes Zahnärztekammern und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf allen Ebenen an diesem Punkt an einem Umdenken der Politik.

Herzliche kollegiale Grüße

**San.-Rat Dr. Wilfried Woop**  
Präsident Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz

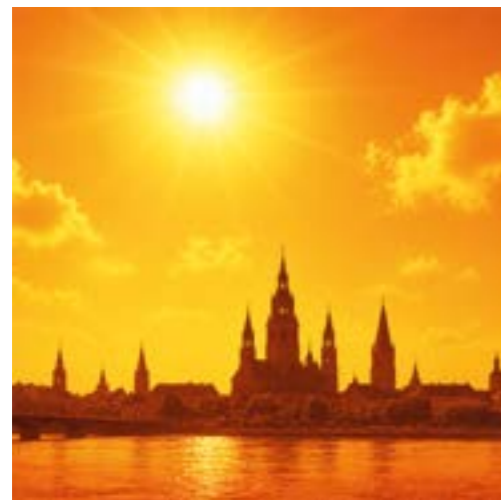
# INHALT



## 03 EDITORIAL

von San.-Rat Dr. Wilfried Woop

## 06 MELDUNGEN



## 10 TITEL

Hitzeschutz in der Zahnarztpraxis

## 14 ERFAHRUNGSBERICHT

„Ich wollte wieder selbst entscheiden“  
Rückkauf einer MVZ-Praxis

## 16 FACHARTIKEL

Sofortimplantation im Molarenbereich  
von Dr. Andreas Ehl

18 Aplasie der unteren zweiten Prämolaren  
von Thomas Sommer

## 22 HINTERGRUND

Dentophobie – eine Herausforderung im Praxisalltag  
von Dr. Susanne Nastali



## 26 ERFAHRUNGSBERICHT

Wie hypnotische Kommunikation Kindern den  
Zahnarztbesuch erleichtert  
mit Dr. Sandra Goedecke

## 30 HINTERGRUND

DMS • 6: Prävention verbessert die Mund-  
gesundheit über die gesamte Lebensspanne

## 32 SERVICE

2.000 Euro monatlicher Steuerbonus  
durch Aktivrente von Dr. Andreas Laux

## 34 FACHARTIKEL

Zahnputztabs – eine sinnvolle Alternative  
zur Zahnpasta?  
von Priv.-Doz. Dr. Jens Weusmann, M.Sc.

## 36 INTERVIEW

„Freiberuflichkeit ist kein Selbstläufer“  
mit Matthias Gloede

## 38 HINTERGRUND

Essen und zwar weise: Gesund ernähren,  
um gesund zu arbeiten  
von Susanne Just

## 42 SERVICE

Aus der Rechtsprechung  
von Dr. Wieland Schinnenburg

## 43 REGIONAL

Neues aus Trier  
von Dr. Robert Germund

44 Koblenz: Koblenzer Fachtagung  
Implantologie  
von Dr. Dr. Reinhard Lieberum

## 46 INSTITUT

Hier sind noch Plätze frei

47 Vier Fragen zum Curriculum  
Weiße Ästhetik  
an Prof. Dr. Roland Frankenberger

## 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: Andra Wolf,

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

**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 gleich-  
zeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen. Sämtliche Per-  
sonenbezeichnungen gelten für Personen aller Geschlechter. Nachdruck, auch  
auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte

Leserbriefe, Manuskripte, Fotos und Zeichnungen wird seitens der Redaktion kei-  
ne 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: axentis/Lopata, Bundeszahnärztekammer, Dr. Andreas Ehl,  
Dr. Robert Germund, Manfred Gerz, Dr. Sandra Goedecke, Institut der deutschen  
Zahnärzte (IDZ), Susanne Just, Dr. Andreas Laux, Dr. Susanne Nastali, Thomas  
Sommer, Statista, Luca Di Stefano, Dr. Jens Weusmann.

# MELDUNGEN



## TAG DER ZAHNGESUNDHEIT: KAU DICH FIT!

Ohne Schmerzen oder andere Schwierigkeiten essen zu können, ist wichtig für die körperliche und geistige Gesundheit. Unter dem Motto „Gesund beginnt im Mund – Kau dich fit!“ macht der Tag der Zahngesundheit 2026 deshalb den hohen Stellenwert einer guten Kaufähigkeit in jedem Alter zum Thema.

Im Zentrum steht die Frage, wie man die Fähigkeit, kraftvoll zuzubeißen, und die Bereitschaft, gerne zu kauen, schon als junger Mensch erwirbt und bis ins hohe Alter erhält. Gesunde Ernährung spielt dabei eine zentrale Rolle und dient als Fitness- und Präventionsprogramm zugleich: Nur, wenn der Kiefer regelmäßig gefordert wird, bleibt seine Muskulatur stark – eine wichtige Voraussetzung für einen genussvollen und abwechslungsreichen Speiseplan in jedem Alter.

Allerdings laufen viele Ernährungstrends der Stärkung der Kaufähigkeit entgegen, etwa hoch verarbeitete Lebensmittel, die auf schnellen Konsum ausgerichtet sind. Auch stark zuckerhaltige Produkte und Getränke können dem Kauapparat schaden, indem sie Karies begünstigen. Der Aktionskreis zum Tag der Zahngesundheit möchte 2026 für diese Zusammenhänge sensibilisieren und aufzeigen, dass es gesunde Alternativen wie kauintensive Nahrungsmittel, Kaugummis und vieles andere gibt. Tipps und Infos gibt es auf verschiedenen Social-Media-Kanälen.

Zahnarztpraxen können verschiedene Aktionsmaterialien bestellen und eigene Veranstaltungen eintragen.

**Mehr Infos unter [www.tagderzahngesundheit.de](http://www.tagderzahngesundheit.de)**

## EIGENE ZÄHNE – HOHES ALTER

Weltweit werden Menschen älter – die globale Lebenserwartung ist auf 73,5 Jahre angestiegen. Dabei ist die Gesundheit im Alter ein wichtiges Ziel. Die Mundgesundheit spielt hier eine große Rolle, ergab nun eine Studie in China. Wissenschaftler untersuchten, wie häufig Menschen ab 80 Jahren zahnlos waren bzw. eigene Zähne besaßen.

Die Studie umfasste 4.239 Personen zwischen 80 und 100 Jahren. Die Wahrscheinlichkeit, 100 Jahre alt zu werden, war signifikant höher bei Menschen mit eigenen Zähnen im Vergleich zu zahnlosen Personen. Dieser Zusammenhang bestätigte sich bei der Nachbeobachtung von Menschen über mindestens zwei Jahre. Eigene Zähne erhöhten die Chance, 100 Jahre alt zu werden, um 52 Prozent. Die Wahrscheinlichkeit stieg zudem signifikant mit der Zahl eigener Zähne an.

Ein sehr hohes Alter zu erreichen, steht damit mit der Mundgesundheit – speziell der Zahl eigener Zähne – in Zusammenhang. Hundertjährige hatten häufiger eigene Zähne als weniger alte Menschen. Die Zahnpflege trägt somit wesentlich zum gesunden Altern bei, so das Fazit der Wissenschaftler.

**Quelle: DeutschesGesundheitsPortal / HealthCom**

## NUR WENIGE WOLLEN „LIFESTYLE-TEILZEIT“

Der Begriff „Lifestyle-Teilzeit“ ist aktuell in aller Munde. Er stammt aus der in Politik und Öffentlichkeit entfachten Debatte über die gesamtwirtschaftliche Relevanz von Teilzeitarbeit. Der implizite Vorwurf: Menschen würden nur aus Bequemlichkeit statt aus echter Notwendigkeit heraus in Teilzeitmodellen arbeiten.

Laut Randstad Arbeitsbarometer 2026 hat Teilzeit jedoch nur wenig mit dem vermeintlichen „Lifestyle“ der Arbeitnehmer zu tun. Auf die Frage, in welcher Beschäftigungsform sie arbeiten, gaben 24 % der deutschen Umfrage-Teilnehmer an, eine Teilzeitstelle zu haben. Geht es um ihr Ideal, also darum, wie sie am liebsten arbeiten würden, möchten dies allerdings nur 16 % tun. Und dies gilt gleichermaßen für Männer (15 % vs. 10 %) und Frauen (34 % vs. 22 %) und über Generationen hinweg. 20 % der Gen Z zum Beispiel sind in Teilzeit beschäftigt, für den Idealfall halten dies nur 13 %.

**Quelle: randstad.de**



## AKTUALISIERTE LEITLINIE ZU ZAHN- NICHTANLAGEN UND SYNDROMEN

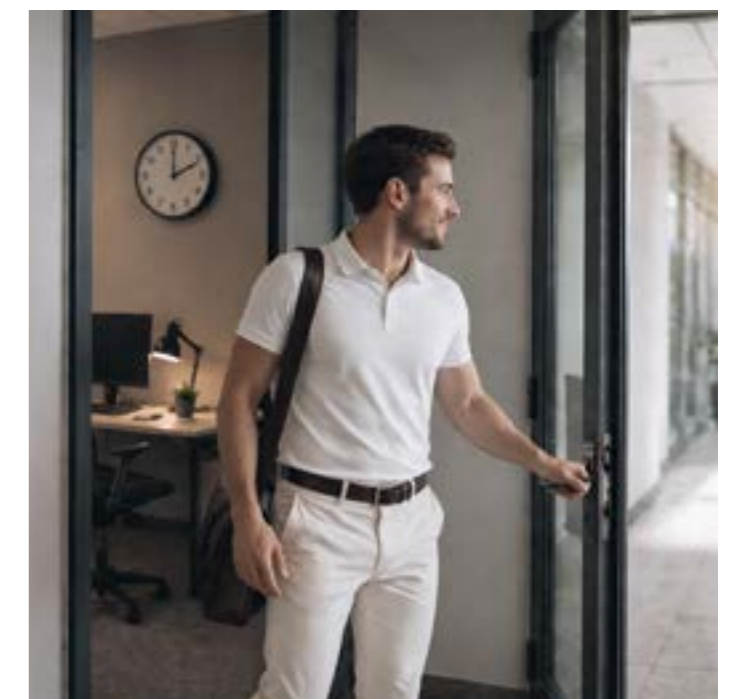
Die S3-Leitlinie „Zahnimplantatversorgungen bei Zahnnichtanlagen und Syndromen“ wurde nach den Regularien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) aktualisiert. Sie bezieht jetzt auch Patientinnen und Patienten mit Nichtanlagen einzelner Zähne ein und setzt neue Akzente bei genetischer Abklärung und Implantationszeitpunkt.

Federführend durch die DGI und die DGZMK wurde in Zusammenarbeit mit 16 weiteren beteiligten Fachgesellschaften und Institutionen eine breit konsentrierte Entscheidungshilfe zur kaufunktionellen Rehabilitation bei Patienten mit syndromalen und non-syndromalen Nichtanlagen von bleibenden Zähnen vorgelegt.

Zu den wichtigsten Änderungen zählt, dass die Leitlinie nicht mehr nur auf multiple Nichtanlagen zielt. Das Empfehlungsspektrum schließt nun ausdrücklich auch Patientinnen und Patienten mit Nichtanlagen einzelner Zähne ein. Darauf verweist auch die geänderte Bezeichnung: Aus „multiplen Nichtanlagen“ wurden allgemein „Nichtanlagen“.

Lesen Sie zum Thema Nichtanlagen auch unseren Fachartikel auf Seite 18.

**Download: [www.awmf.org/leitlinien/detail/II/083-024.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/083-024.html)**



## SPARMASSNAHMEN NICHT MEHRHEITSFÄHIG

Steigende Kosten, zum Beispiel bei den desetzlichen Krankenkassen, führen aktuell dazu, dass die Bundesregierung sich damit beschäftigt, die Sozialsysteme in Deutschland zu reformieren. Indes sind Einschnitte in die Sozialversicherungssysteme in Deutschland nicht mehrheitsfähig, wie eine im April 2026 von infratest dimap im Auftrag der ARD durchgeführte Befragung zeigt. Noch vergleichsweise viel Zustimmung erhalten Kürzungen bei der Arbeitslosenversicherung, wie der Blick auf die Statista-Grafik zeigt. In Bezug auf die Krankenversicherung halten dagegen 75 Prozent der Studienteilnehmer:innen Sparmaßnahmen für falsch. Damit dürfte auch die vor einigen Tagen beschlossene Gesundheitsreform eher auf wenig Gegenliebe stoßen. Ähnlich unpopulär sind Einschnitte bei Renten- und Pflegeversicherung.

Quelle: Statista.de



## AUSSCHREIBUNG: PRAXISAWARD PRÄVENTION 2026

Unter „Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen im sozialen Spannungsfeld“ schreibt die „Initiative für eine mundgesunde Zukunft in Deutschland“ den mit insgesamt 10.000 Euro dotierten PraxisAWARD Prävention aus. Projekte können aus Zahnmedizin oder interdisziplinärem Umfeld, etwa aus Pädagogik, Sozialer Arbeit oder dem öffentlichen Gesundheitswesen kommen.

Besonders gefragt sind Ansätze, die soziale Determinanten von Gesundheit berücksichtigen, vulnerable Gruppen erreichen und nachhaltige Präventionsstrukturen schaffen. Eingereicht werden können nur Projekte, die sich bereits in der Umsetzung befinden oder kurz davorstehen. Bewerbungen können ab sofort bis 20. September 2026 eingereicht werden.

Bewerben können Sie sich bei der Bundeszahnärztekammer:

<https://lmy.de/elKoK>



## ZAHNPUTZDAUER HAT ZUGENOMMEN

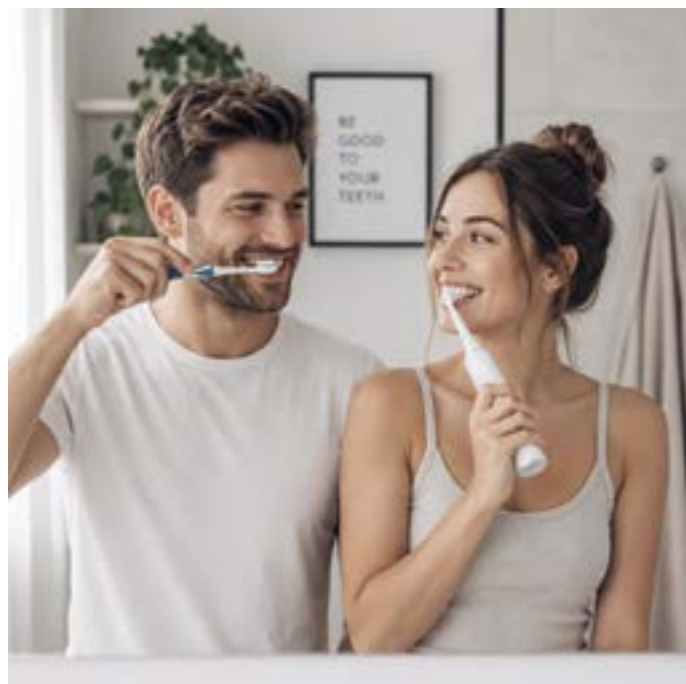
Während frühere Studien ergaben, dass viele Erwachsene nur etwa 45 Sekunden Zähne putzen, zeigt eine systematische Übersichtsarbeit aus Amsterdam, dass sich die Putzdauer in den letzten Jahren erhöht hat.

Dazu wurden 12 Publikationen mit insgesamt 1.246 Teilnehmenden und 16 Datenerhebungen analysiert. Neben Selbstauskünften gingen auch direkte Beobachtungen unter kontrollierten Bedingungen sowie technische Aufzeichnungen durch elektrische Zahnbürsten ein.

Die mittlere Zahnputzdauer reichte von 33 bis 158 Sekunden. Im Durchschnitt lag sie bei 96,8 Sekunden – also anderthalb Minuten.

Auch der Zahnbürstentyp ist offenbar entscheidend: Mit Handzahnbürsten putzten die Teilnehmenden nur durchschnittlich 87,3 Sekunden und mit elektrischen Zahnbürsten 151,1 Sekunden, wobei die Zahnputzdauer mit Handzahnbürsten zugenommen hat. Das Fazit der Studie: Wer eine Handzahnbürste verwendet, sollte die Zahnputzdauer noch erhöhen, da sie im Durchschnitt um etwa eine halbe Minute zu kurz ist. Mit elektrischen Zahnbürsten putzen die meisten dagegen lang genug.

Quelle: IME „Wissenschaftlicher Informationsdienst“ 2/2026



IRAK: Unsere jordanische Kinderärztin Tanya Haj-Hassan untersucht ein Neugeborenes in Mossul. © Peter Bräunig

## SPENDEN SIE GEBORGENHEIT FÜR SCHUTZLOSE MENSCHEN

Mit **50 Euro** finanzieren Sie zum Beispiel den Impfstoff, um 57 Kinder in Kriegs- und Krisengebieten vollständig gegen Polio zu schützen.



Empfänger: Ärzte ohne Grenzen e.V.  
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00  
BIC: BFSWDE33XXX  
SozialBank

[www.aerzte-ohne-grenzen.de/hilfe](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/hilfe)



# HITZESCHUTZ IN DER ZAHNARZTPRAXIS

Die zunehmende Klimaerwärmung führt dazu, dass Hitzeperioden häufiger, länger und intensiver auftreten. Auch der Praxisalltag in Zahnarztpraxen ist davon betroffen: Raumklima, Arbeitsabläufe und die Belastung von Patienten und Team verändern sich spürbar. Umso wichtiger wird es, Hitzेरisiken frühzeitig zu erkennen und strukturiert gegenzusteuern.

**D**ie Zahl der heißen Tage in Deutschland hat in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen. Laut Umweltbundesamt hat sich die durchschnittliche Anzahl sogenannter „heißer Tage“ mit Temperaturen über 30° C seit 1951 von etwa drei auf rund zehn Tage pro Jahr mehr als verdreifacht. Dieser Trend setzt sich, so das Umweltbundesamt, fort. Damit verbunden sind nicht nur einzelne warme Sommertage, sondern zunehmend längere und intensivere Hitzeperioden.

Diese Entwicklung ist aus arbeitsmedizinischer Sicht besonders relevant, da der menschliche Organismus auf solche Dauerbelastungen nur begrenzt reagieren kann. Hinzu kommt, dass sich Hitzeereignisse zunehmend in die frühen Sommermonate verschieben und damit auftreten, bevor eine Anpassung (Akklimatisation) erfolgen konnte.

Die gesundheitlichen Folgen sind erheblich: In den Hitzesommern der vergangenen Jahre kam es in Deutschland zu Tausenden hitzebedingten Todesfällen. Das Robert Koch-Institut und das Umweltbundesamt berichten für die Jahre 2018 bis 2022 von mehreren Tausend zusätzlichen Todesfällen pro Jahr im Zusammenhang mit extremer Hitze.

Die zunehmende Bedeutung des Hitzeschutzes spiegelt sich inzwischen auch auf gesundheitspolitischer Ebene wider. Mit bundesweiten Initiativen wie dem Hitzeaktionstag sowie dem vom Bundesgesund-

heitsministerium entwickelten Hitzeschutzplan soll die Bevölkerung stärker für Gesundheitsrisiken sensibilisiert und Einrichtungen des Gesundheitswesens bei Präventionsmaßnahmen unterstützt werden. Der Fokus liegt dabei auf niedrigschwelliger Aufklärung und praxisnahen Schutzkonzepten.

## BESONDERS GEFÄHRDETE PERSONENGRUPPEN

Im Praxisalltag ist die Kenntnis über besonders gefährdete Gruppen zentral. Das Umweltbundesamt beschreibt hier ein breites Spektrum vulnerabler Personen, die auf Hitze besonders empfindlich reagieren. Dazu zählen insbesondere ältere Menschen ab 65 Jahren, Säuglinge und Kleinkinder, Schwangere sowie Menschen mit chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislauf- oder Atemwegsystems, aber auch Personen unter bestimmten Medikamenten oder mit eingeschränktem Durstempfinden.

Für die Zahnarztpraxis ist dies von besonderer Bedeutung, da ein erheblicher Anteil der Patienten genau diesen Risikogruppen angehört. Hinzu kommen typische Belastungssituationen wie Angst, Stress oder längeres Liegen im Behandlungsstuhl, die die Kreislaufsituation zusätzlich beeinflussen können.

Auch das Praxisteam selbst bleibt davon nicht ausgenommen. Gerade Mitarbeitende in persönlicher Schutzausrüstung, unter Zeitdruck und in körpernaher Tätigkeit sind zusätzlichen thermischen Belastungen ausgesetzt. „Gesundheitsberufe gelten als besonders belastet, da sie einer doppelten Beanspruchung ausgesetzt sind: Einerseits führt Hitze zu einer erhöhten körperlichen Belastung und schnelleren Erschöpfung, andererseits steigt während Hitzewellen häufig der Versorgungsbedarf“, erklärt Sabine Christmann, LZK-Betriebsmedizinerin.

Daten aus dem Gesundheitswesen weisen darauf hin, dass Hitzeperioden mit einem deutlichen Anstieg medizinischer Behandlungen und Krankenhauseinweisungen verbunden sein können. Diese Kombination kann sowohl die Gesundheit der Beschäftigten als auch die Versorgungsqualität beeinflussen.

## ARBEITSMEDIZINISCHER RAHMEN FÜR BESCHÄFTIGTE

Aus Sicht des Arbeitsschutzes ist die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers eindeutig geregelt.

Die Arbeitsstättenregel ASR A3.5 „Raumtemperatur“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) konkretisiert dabei die Anforderungen an thermische Belastungen am Arbeitsplatz und sieht abgestufte Maßnahmen vor, die sich an der Raumtemperatur orientieren:

- ab 26 °C: erste Schutzmaßnahmen sollten geprüft werden
- ab 30 °C: wirksame Maßnahmen sind erforderlich (z. B. Lüftung, Lockerung der Kleidung, zusätzliche Pausen)
- ab 35 °C: ein Raum ist ohne zusätzliche Maßnahmen nicht mehr als Arbeitsraum geeignet



Interessante Websites zum Thema:

**BMUKN: Den Klimawandel gesund meistern**

<https://tinyurl.com/bd5spfb4>

**BGW: Gesundheit managen – Hitzeschutz**

<https://tinyurl.com/3wzuj3ub>

**Umweltbundesamt: Hitzeknigge**

<https://tinyurl.com/4zrn6ua4>

Die BAuA weist ausdrücklich darauf hin, dass die tatsächliche Belastung nicht nur von der Temperatur abhängt, sondern auch von körperlicher Tätigkeit, Kleidung, individueller Konstitution und Akklimatisation beeinflusst wird. Für Zahnarztpraxen ergibt sich daraus eine betriebsmedizinische Notwendigkeit zur Gefährdungsbeurteilung und zur Anpassung der Arbeitsbedingungen.

Auf der Internetseite der Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege BGW (siehe Kasten) finden sich dazu konkrete technische, organisatorische und personenbezogene Maßnahmen für den Umgang mit Hitzebelastung im Arbeitsalltag.

Besondere Aufmerksamkeit verdient die Schutz- und Arbeitskleidung. Untersuchungen zeigen, dass persönliche Schutzausrüstung die Wärmebelastung deutlich erhöhen kann. Beschäftigte berichten häufiger über Erschöpfung, Atembeschwerden und Konzentrationsprobleme.

Studien deuten darauf hin, dass Schutzkleidung bereits bei normalen Raumtemperaturen zu einem messbaren Anstieg der Körpertemperatur führen kann. Dies ist besonders relevant, da steigende Körperkerntemperaturen mit einer verminderten kognitiven Leistungsfähigkeit und einem erhöhten Fehlerrisiko verbunden sein können.

„Schutzausrüstung ist unverzichtbar, erschwert aber gleichzeitig



die körpereigene Wärmeabgabe erheblich. Deshalb sind zusätzliche Erholungsphasen an heißen Tagen arbeitsmedizinisch sinnvoll“, betont Sabine Christmann.

Für die Praxisorganisation bedeutet dies, zusätzliche Pausen und Erholungszeiten einzuplanen sowie körperlich belastende Tätigkeiten – sofern möglich – in kühlere Tageszeiten zu verlagern. Auch Material und Luftdurchlässigkeit der Dienstkleidung sollten regelmäßig überprüft werden.

### ERNÄHRUNG UND FLÜSSIGKEITSVERSORGUNG

Neben organisatorischen Maßnahmen ist auch das individuelle Verhalten der Mitarbeitenden bedeutsam. Ausreichende Flüssigkeitszufuhr, regelmäßige Pausen und Möglichkeiten zur aktiven Kühlung sollten aktiv gefördert werden. Feuchte Umschläge, Sprühwasser oder kaltes fließendes Wasser können kurzfristig zur Abkühlung beitragen.

Empfohlen werden zudem leichte, wasserreiche Mahlzeiten in kleineren Portionen, beispielsweise Salate oder frisches Obst, da große und schwere Mahlzeiten den Organismus zusätzlich belasten können. Eine ausreichende Regeneration außerhalb der Arbeitszeit, insbesondere Schlaf in möglichst kühlen Räumen, trägt ebenfalls zur Belastungsreduktion bei.

### NOTFALLMANAGEMENT BEI HITZEERKRANKUNGEN

Für den Praxisalltag ist ein klar definiertes Vorgehen im Notfall unerlässlich. Bei Verdacht auf eine hitzebedingte Krise sollte die betroffene Person möglichst schnell in eine kühlere Umgebung gebracht und aktiv gekühlt werden (z. B. feuchte Tücher im Nacken- und Stirnbereich). Bei Bewusstlosigkeit ist die stabile Seitenlage, bei Atemstillstand die sofortige Reanimation erforderlich.

Ein Notruf (112) ist insbesondere bei folgenden Symptomen unverzüglich notwendig:

- Bewusstseinsstörungen oder Verwirrtheit
- Krampfanfälle
- Körpertemperatur über 39 °C
- Kreislaufversagen oder Schockzeichen
- wiederholtes Erbrechen

### FAZIT

„Hitzeschutz in Zahnarztpraxen ist längst kein ‚Nice-to-have‘ mehr, sondern ein fester Bestandteil moderner betriebsmedizinischer Prävention“, fasst die Betriebsmedizinerin zusammen. Angesichts zunehmender Hitzeereignisse müssen Arbeitsorganisation, Raumklima und Patientenmanagement konsequent an die veränderten klimatischen Bedingungen angepasst werden. Neben technischen und organisatorischen Maßnahmen gewinnen auch Schulung, Sensibilisierung und feste Hitzeschutzkonzepte zunehmend an Bedeutung. Hitzeschutz sollte als kontinuierlicher Bestandteil des Qualitäts- und Gesundheitsmanagements verstanden werden, um Patienten und Beschäftigte gleichermaßen zu schützen.

### HITZE-CHECK FÜR PRAXEN - EINE SELBSTÜBERPRÜFUNG

Der folgende Check dient als praxisnahe Orientierung, um Hitzeschutzmaßnahmen im eigenen Praxisalltag systematisch zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

#### **1. Raumklima & Infrastruktur**

- Wird die Raumtemperatur regelmäßig kontrolliert und ggf. dokumentiert?
- Sind funktionierende Kühlmöglichkeiten (z. B. Klimaanlage, Ventilatoren) vorhanden?
- Ist ein wirksamer außenliegender Sonnenschutz (Rollläden, Markisen, Folien) installiert?
- Wird konsequent zu kühlen Tageszeiten (morgens/nachts) gelüftet?
- Werden interne Wärmequellen (Geräte, Beleuchtung) bei Nichtgebrauch reduziert?
- Sind besonders hitzebelastete Räume ggf. räumlich optimiert (z. B. Nordlage, getrennte Technikräume)?

#### **2. Personal & Arbeitsschutz**

- Ist das Team über geeignete, atmungsaktive Sommerarbeitskleidung informiert?
- Gibt es verbindliche Regelungen für zusätzliche Pausen bei Hitzebelastung?
- Werden ausreichend Getränke (Wasser, ungesüßter Tee) bereitgestellt?
- Wird der Einsatz persönlicher Schutzausrüstung bei Hitze angepasst bzw. durch Pausen unterstützt?
- Sind Personalrotationen bei besonders belastenden Tätigkeiten organisiert?

#### **3. Notfallvorbereitung**

- Sind Mitarbeitende geschult, Hitzesymptome frühzeitig zu erkennen und korrekt zu handeln?
- Ist die Notfallausrüstung vollständig, geprüft und gut erreichbar?
- Sind Maßnahmen zur kurzfristigen Abkühlung (z. B. Kühlpacks, Umschläge) verfügbar?

#### **4. Patientinnen und Patienten**

- Werden besonders vulnerable Patientengruppen bevorzugt in die kühleren Morgenstunden terminiert?
- Ist der Wartebereich ausreichend belüftet oder klimatisiert?
- Werden Getränke (Wasser, ungekühlte Getränke) bereitgestellt?

#### **5. Organisation & Prävention im Praxisbetrieb**

- Gibt es einen festen Hitzeschutzplan im Qualitäts- oder Arbeitschutzmanagement?
- Sind Mitarbeitende regelmäßig zum Thema Hitzeschutz sensibilisiert oder geschult?
- Werden potenzielle Auswirkungen von Hitze auf Medikamente und Kreislauf berücksichtigt?
- Wird das bauliche und technische Konzept der Praxis regelmäßig auf Hitzetauglichkeit geprüft?



Besonders vulnerable Patientengruppen wie Senioren, Schwangere oder chronisch Kranke sollten bevorzugt in die kühleren Morgenstunden einbestellt werden.

## „ICH WOLLTE WIEDER SELBST ENTSCHEIDEN“

Hamburger Oralchirurg kauft seine Praxis zurück

**M**edizinische Versorgungszentren sollten ursprünglich die Flächenversorgung mit stabilisieren, sehr schnell jedoch geriet das lukrative Praxismodell in den Blick von versorgungsfremden Investorengruppen. Seitdem reißt die Diskussion um Renditeorientierung und Regulierung der iMVZ-Landschaft nicht mehr ab. Dass ein früherer Praxisinhaber seine Praxis wieder zurückkauft, ist eher ungewöhnlich. So geschehen jedoch in Hamburg.

Dass Zahnärzte ihre Praxis an einen Investor verkaufen, ist seit der Zulassung von fachgruppengleichen MVZ durch das Versorgungstärkungsgesetz im Jahre 2015 möglich und wurde in der Vergangenheit nicht selten praktiziert.

Kammervizepräsidentin und Organisatorin des Hamburger Stammtisches junger Zahnärzte, Dr. Kathleen Menzel, hatte den Kollegen, der den Rückkauf erfolgreich durchführte, zum Stammtisch eingeladen: Dr. Stefan Triebswetter.

Dr. Triebswetter ist Oralchirurg in Niendorf. Er hat die Praxis von den Investoren zurückgekauft und ist dort seitdem alleiniger Praxisinhaber. Beim Stammtisch schilderte er seine Erfahrungen von der Übernahme der Praxis durch Investoren über die Praxisausübung mit den Investoren bis hin zum Praxisrückkauf.

Er erinnerte eingangs an die Einführung von Medizinischen Versorgungszentren im Jahre 2004, die insbesondere die Versorgung in der Fläche zum Ziel hatte. Anhand von Daten, zum Beispiel aus dem Statistischen Jahrbuch der KZBV, zeigte er auf, dass dieses Ziel nicht erreicht wurde.

Im Gegenteil: Die Investoren haben Praxen weit überwiegend in Ballungsgebieten mit hoher Kaufkraft gekauft. In der Fläche finden sich dagegen kaum MVZ.

Sodann stellte er die Versprechen der Investoren seinen persönlichen Erfahrungen gegenüber. Geworben werde insbesondere mit Work-Life-Balance, insbesondere der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Hierzu zitierte er eine Statistik, nach der die Teilzeitquote in Investoren-MVZ gerade geringer ist als in anderen Praxen.

Die beworbene Konzentration nur auf die Zahnmedizin habe er nicht erlebt, man habe sich zum Beispiel selbst mit der Gewinnung und Betreuung der Mitarbeiterinnen befassen müssen.

Und auch die Aussicht auf modernste Praxisausstattung werde jedenfalls dann, wenn die von den Investoren erhofften Umsätze und Gewinne nicht erreicht würden und Investitionen zurückgestellt würden, nicht erfüllt.

Zudem dürften vor Ort nur Entscheidun-

gen über geringe Summen getroffen werden und die Zahnärzte hätten dabei nur ein eingeschränktes Mitspracherecht.

Er sei daher froh, dass er die Praxis zurückkaufen konnte und nun alle Entscheidungen selbst und eigenverantwortlich treffen könne.

Dr. Triebswetter befasste sich abschließend mit der Frage, welche Vorgaben an Investoren-MVZ gestellt werden sollten, damit sie den gewünschten positiven Beitrag zur (zahn-)medizinischen Versorgung der Bevölkerung leisten können:

- Räumliche Nähe zu einem Krankenhaus
- Standorte in strukturschwachen Regionen
- Versorgung vulnerabler Gruppen
- „50 + 1“-Regelung, d. h. die Mehrheit der Gesellschaftsanteile in (zahn-)medizinischer Hand

Dr. Menzel bestätigte, dass dies die zahnärztlichen Forderungen sind, die sie immer wieder in Gesprächen mit der Politik in Hamburg wie auf Bundesebene vortrage. Die Diskussion um die Regulierung der iMVZ dauert weiter an.

*Dieser Beitrag erschien im Hamburger Zahnärzteblatt 3/2026. Wir bedanken uns bei der Zahnärztekammer Hamburg für die freundliche Nachdruckgenehmigung.*

## Lässt alle Wünsche wahr werden



### 4 MM UNIVERSAL-COMPOSITE IN 5 CLUSTER-SHADES

- **Universell:** Für Front- und Seitenzahnbereich
- **Kein Schichten:** Bis 4 mm Inkrementstärke
- **Höchste Stabilität:** 91 % Füllstoffgehalt
- **Exzellente Ästhetik:** Hervorragende Polierbarkeit
- **5 Cluster-Shades:** Abdeckung aller 16 VITA® classical Farben

**GrandiSO**  
Unlimited



# SOFORTIMPLANTATION IM MOLARENBEREICH

Ein technischer Ansatz zur sicheren Implantatinserion bei intraoperativer Fraktur der interradiikulären Knochenlamelle

**D**ie Sofortimplantation gewinnt in der Implantologie zunehmend an Bedeutung. In einer Studie von Esposito et al. (2017) wurden die Parameter Implantatmisserfolg, Komplikationen und Patientenzufriedenheit in Abhängigkeit vom Implantationszeitpunkt untersucht. Dabei konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den untersuchten Gruppen festgestellt werden<sup>1</sup>.

Aus Patientensicht ergeben sich insbesondere zwei potenzielle Vorteile: die Reduktion der Behandlungsbelastung durch einen einzelnen chirurgischen Eingriff sowie eine verkürzte Zeit bis zur prothetischen Versorgung. Darüber hinaus kommt dem Erhalt von Hart- und Weichgewebe eine wesentliche Bedeutung zu. Auch Esposito et al. heben diesen Aspekt hervor, da ein früherer Implantationszeitpunkt mit besseren ästhetischen Ergebnissen assoziiert war<sup>1</sup>.

Ungeachtet dieser Vorteile stellt die Sofortimplantation ein techniksensitives Verfahren dar, das insbesondere im Molarenbereich mit spezifischen Herausforderungen verbunden ist.

Klinisch von zentraler Bedeutung sind hierbei das Erreichen einer ausreichenden Primärstabilität im Bereich von 20–25 Ncm sowie eine korrekte dreidimensionale Implantatpositionierung<sup>2</sup>. Ziel ist eine zentrierte Position des Implantates unter der geplanten definitiven Kronenversorgung.

Als ideale Insertionsregion bietet sich dabei häufig die interradiikuläre Knochenlamelle zwischen mesialer und distaler Wurzel an<sup>3</sup>.

Ein häufig auftretendes Problem besteht darin, dass es bei der Implantatbettpräparation nach Zahnextraktion zum Abgleiten des Bohrers kommen kann. Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden ein Vorgehen



Abb. 1

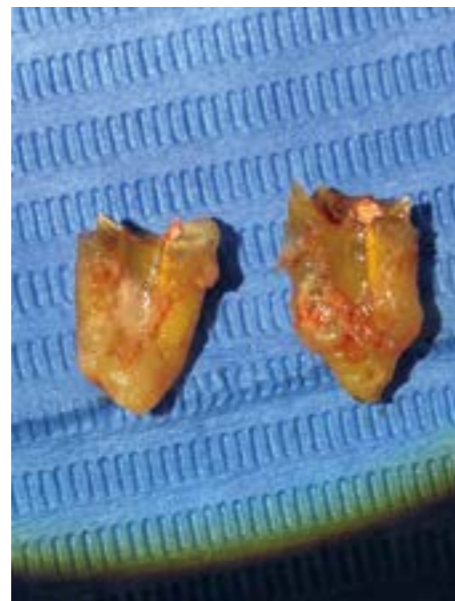


Abb. 2

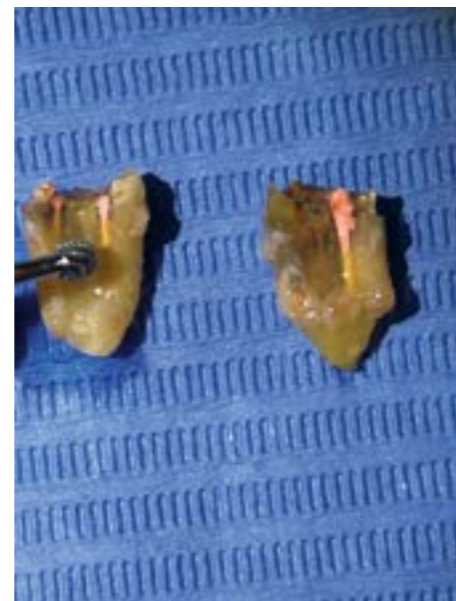


Abb. 3

beschrieben, bei dem der Zahn zunächst etwa 1–2 mm oberhalb des marginalen Gingivaneiveaus decapitiert wird. Anschließend erfolgt die Abtragung der Zahnhartsubstanz mit einer Kugelfräse in vestibulo-oraler Richtung bis zum Erreichen der interradiikulären Knochenlamelle.

Die Implantatbettpräparation wird danach schrittweise entsprechend der vorgesehenen Bohrsequenz bis zur geplanten Insertionstiefe durchgeführt (Abbildung 1).

Erst nach Abschluss dieser Präparation werden die beiden Wurzeln möglichst atraumatisch entfernt. Hierzu können Luxatoren, Wurzelzangen, piezochirurgische Verfahren oder das Benex-System eingesetzt werden. Trotz sorgfältiger Technik lässt sich ein Restrisiko für eine Fraktur der interradiikulären Knochenlamelle nicht vollständig ausschließen.

Als Lösungsansatz für diese spezifische Komplikation wird folgendes Vorgehen vorgestellt: Zunächst erfolgt die vorsichtige Reposition des weiterhin periostal gestielten Knochenfragmentes. Anschließend werden die beiden Wurzeln inspiziert und die durch die Implantatbettpräparation entstandene Bohrmulde in der Zahnhartsubstanz lokalisiert (Abbildung 2).

Unter optischer Vergrößerung lassen sich sowohl die Bohrmulde als auch die durch den Bohrer verursachten Riefen in der Regel eindeutig identifizieren. Diese Bohrmulde wird anschließend extraoral unter Verwendung eines Handstücks und einer Kugelfräse an beiden Wurzeln

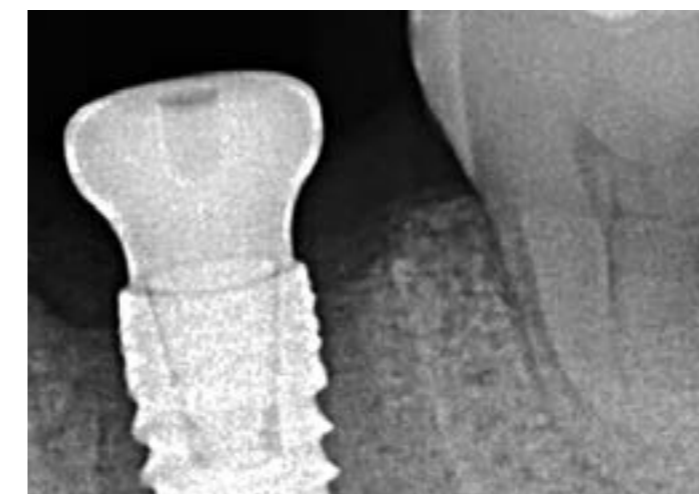


Abb. 4

**Dr. med. dent. Andreas Ehl**  
 Oralchirurgie Weißliliegasse  
 Weißliliegasse 31  
 55116 Mainz  
 Tel.: 06131 - 22 48 18  
 info@oralchirurgie-weissliliegasse.de  
 www.oralchirurgie-weissliliegasse.de



um etwa 1–2 mm erweitert (Abbildung 3). Die Erweiterung sollte unabhängig von der Verwendung konischer oder zylindrischer Implantatsysteme auch nach kaudal erfolgen.

Im Anschluss werden die Wurzeln erneut in ihre Alveolen reponiert, und das Implantat kann wie geplant inseriert werden. Der entscheidende Vorteil dieses Vorgehens liegt darin, dass das frakturierte Knochenfragment während der Implantatinserion in seiner originalen Position stabilisiert wird. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass die in den Wurzelfragmenten geschaffene Aussparung ausreichend dimensioniert ist, um einen direkten Kontakt zwischen Implantat und Wurzelanteilen sicher zu vermeiden. Nach erfolgter Implantatinserion können die Wurzelfragmente in der Regel atraumatisch, beispielsweise mithilfe einer Pinzette oder Wurzelzange, entfernt werden.

Abschließend sollte die Stabilität des reponierten Knochenfragmentes vorsichtig überprüft werden, etwa durch eine kontrollierte Mobilitätsprüfung mit einer Pinzette.

Das beschriebene Vorgehen kann somit bei intraoperativer Fraktur der interradiikulären Knochenlamelle eine kontrollierte Implantatinserion ermöglichen und zur Stabilisierung des reponierten Knochenfragmentes beitragen. Voraussetzung hierfür sind eine sorgfältige Indikationsstellung sowie ein atraumatisches operatives Vorgehen. In Abbildung 4 ist ein nach dieser Technik inseriertes Implantat mit suffizienter Primärstabilität dargestellt.

**Fußnoten:**

1. Esposito, M., et al., Immediate, immediate-delayed (6 weeks) and delayed (4 months) post-extractive single implants: 1-year post-loading data from a randomised controlled trial. *European Journal of Oral Implantology*, 2017. 10(1).
2. Righesso, L., et al., Primärstabilität dentaler Implantate-Eine Übersichtsarbeit. *Implantologie*, 2016. 24(3): p. 261-268.
3. Sayed, A.J., et al., Inter radicular bone dimensions in primary stability of immediate molar implants-A cone beam computed tomography retrospective analysis. *The Saudi Dental Journal*, 2021. 33(8): p. 1091-1097.

# APLASIE DER UNTEREN ZWEITEN PRÄMOLAREN

Von der Wertigkeit persistierender Milchmolaren bis zur definitiven Therapieentscheidung

**D**ie dentale Aplasie ist die häufigste Anomalie der Zahnentwicklung und bezeichnet das entwicklungsbedingte Fehlen mindestens eines bleibenden Zahns. Das Fehlen bleibender Zähne (2,3 % – 9,6 %) tritt häufiger auf, als das Fehlen von Milchzähnen (0,1 % – 0,7 %). Terminologisch wird das Fehlen von 1–6 Zähnen als Hypodontie bezeichnet (ausgenommen sind Weisheitszähne). Sind mehr als sechs bleibende Zähne nicht angelegt, spricht man von einer Oligodontie. Eine Anodontie bezeichnet das vollständige Fehlen aller Zähne.

Die Nichtanlage kann isoliert auftreten oder Teil eines syndromalen Krankheitsbildes sein. Im Vordergrund stehen hierbei die ektodermale Dysplasie, das Down-Syndrom, das Apert-Syndrom sowie das Ehlers-Danlos-Syndrom.

Bei den isolierten Aplasien unterstreicht die familiäre Häufung die Bedeutung genetischer Faktoren. Gen-Anomalien und Mutationen der Gene WNT10A, MSX1, PAX9, AXIN2 und EDA scheinen bei der Ausprägung von Aplasien eine entscheidende Rolle zu spielen. Darüber hinaus tragen Gene wie TSPEAR, LRP6, PITX2 und GREM2 zu unterschiedlichen

Schweregraden und Zahnverteilungen bei.

Bei Auftreten einer nonsyndromalen Nichtanlage sind am häufigsten 1-2 bleibende Zähne betroffen (80 % – 85 %). In 10 % – 15 % der Fälle sind mehr als zwei bleibende Zähne betroffen, wobei eine Oligodontie (>6 fehlende Zähne) mit knapp 1 % am seltensten auftritt.

Frauen weisen häufiger fehlende bleibende Zähne auf im Vergleich zu Männern – die Prävalenz ist 1,37 mal so hoch.

Im Vergleich zu älteren Studien zeigt sich eine Zunahme dentaler Aplasien. Diese Entwicklung lässt sich zum einen durch standardisierte radiologische Untersuchungsverfahren erklären, die zu einer verbesserten Detektion führen. Zum anderen treten Nichtanlagen bevorzugt am Ende der Zahnleisten, sowie im Bereich der Suturen auf, was darauf hindeutet, dass auch evolutionsbiologische Faktoren eine Rolle spielen könnten.

Betrachtet man die Verteilung von fehlenden bleibenden Zähnen in Deutschland, dann fehlen am häufigsten – neben den Weisheitszähnen – die unteren zweiten Prämolaren (ca. 5 %). Anschließend folgt die Nichtanlage der seitlichen Schneidezähne im Oberkiefer (ca. 4 %). Hier tritt

vermehrt eine bilaterale Aplasie (ca. 55 %) im Vergleich zur unilateralen Aplasie auf. Nach den seitlichen Oberkieferschneidezähnen fehlen seltener die zweiten Prämolaren im Oberkiefer (ca. 3 %). Mittlere Schneidezähne im Unterkiefer zeigen ebenfalls noch ein gehäuftes Auftreten (ca. 0,5 %). Weitere Nichtanlagen (OK 1er, 3er, 6er, 7er, UK 2er, UK 3er) sind relativ selten.

In der täglichen Praxis gehen dentale Aplasien mit klinischen Konsequenzen wie Beeinträchtigungen der Kaufunktion, Sprachentwicklung und Ästhetik einher. Die fehlenden Zähne können zu einer gestörten Okklusion, Kippungen und Wanderungen der Nachbarzähne sowie zu einer veränderten Entwicklung der Kiefer führen, was langfristig komplexe kieferorthopädische und prothetische Behandlungen nach sich zieht.

Die Therapie richtet sich entscheidend nach dem Alter, der Kieferrelation sowie der Okklusion der Patienten. Eine frühzeitige Diagnose und eine strukturierte, interdisziplinäre und patientenzentrierte Behandlungsplanung sind essenziell, um sowohl den funktionellen als auch den psychosozialen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden.



Behandlungsfall einer jugendlichen Patientin mit Nichtanlage der unteren zweiten Prämolaren. Es wurde ein kieferorthopädischer Lückenschluss im Unterkiefer durchgeführt, mit festsitzender Klasse-II-Apparatur zur Verankerung. V. l. n. r.: Okklusion anterior: Anfangsbefund, Zwischenbefund und Abschlussbefund



V. l. n. r.: Okklusion links: Anfangsbefund, Zwischenbefund und Abschlussbefund

## KLINISCHE ANZEICHEN EINER APLASIE

Das wichtigste klinische Anzeichen der Nichtanlage ist eine Abweichung von der natürlichen Zahndurchbruchssequenz. Eine Diskrepanz zwischen dem chronologischen und dem dentalen Alter einzelner Zähne kann ebenfalls Hinweise auf das Vorliegen dentaler Nichtanlagen liefern. Betrifft die Abweichung die gesamte Dentition liegt die Vermutung einer dentitio praecox oder dentitio tarda nahe.

Der Zahnwechsel der Schneidezähne startet i. d. R. durch die mittleren Schneidezähne im Unterkiefer, gefolgt von den mittleren Schneidezähnen im Oberkiefer. Anschließend wechseln die seitlichen Schneidezähne in der gleichen Reihenfolge. Somit tritt die häufigste Nichtanlage im Oberkiefer erst am Ende der Zahnwechselphase auf. Hier ist auf den Seitenvergleich zu achten und bei ausbleibender Exfoliation der seitlichen Milchschneidezähne ggf. radiologisch eine Retention, unterminierende Resorption der Milcheckzähne, oder auch eine Aplasie auszuschließen. Der Sei-

tenvergleich spielt auch in der zweiten Zahnwechselphase eine entscheidende Rolle, da die zweiten Prämolaren im Unterkiefer i. d. R. ebenfalls als Letztes durchbrechen. Auch hier sollte bei einseitig verzögertem Zahndurchbruch oder bereits durchgebrochenen zweiten Molaren eine mögliche Nichtanlage in Betracht gezogen werden.

Da die zweiten Prämolaren im Unterkiefer ebenfalls als letzte Zähne wechseln, hat der Seitenvergleich hierbei einen besonders hohen diagnostischen Stellenwert.

Mikrosymptome dentaler Nichtanlagen spiegeln subtilere Störungen der Zahnelemententwicklung wider und können parallel oder unabhängig vom Fehlen eines Zahnes auftreten. Zu den wichtigsten Mikrosymptomen bei der nonsyndromalen Aplasie zählt die Mikroodontie, welche insbesondere bei den oberen lateralen Schneidezähnen auftritt (Zapfenzähne). Aber auch die verzögerte Entwicklung (Spätmineralisation) oder der verzögerte Durchbruch permanenter Zähne sind auftretende Mikrosymptome.

Bei dem Fehlen der seitlichen Schneidezähne im Oberkiefer kommt es häufig zu einer mesioangulären Verlagerung der bleibenden Eckzähne, da hier die „Leitschiene“ zur Eckzahnaufrichtung fehlt. Dies führt zur Milchzahnpersistenz der Milcheckzähne, da die bleibenden Eckzähne im Bereich der seitlichen Schneidezähne durchbrechen und die Milcheckzähne nicht vollständig resorbiert werden.

Die durch Ankylose ausgelöste Infraokklusion von zweiten Milchmolaren im Unterkiefer kann ebenfalls ein klinisches Zeichen einer Aplasie darstellen. Die Ankylose ist dabei Folge eines gestörten Resorptionsprozesses und der fehlenden physiologischen Umbauvorgänge im Parodont, die normalerweise durch den nachfolgenden Zahn ausgelöst werden. Ohne diesen Reiz bleibt das Milchzahnparodont inaktiv, das Parodontalligament degeneriert, und es kommt zu einer direkten Verbindung zwischen Zahnwurzel und Alveolarknochen. Hierbei nehmen die Milchzähne durch eine Ankylose nicht mehr am Vertikalwachstum des Alveolarfortsatzes teil, sodass neben der



V. l. n. r.: Okklusion rechts: Anfangsbefund, Zwischenbefund und Abschlussbefund

regionalen Wachstumshemmung auch eine Elongation der in Okklusion stehenden Zähne beobachtet werden kann.

Ankylosiert ein Milchzahn früh, kann es durch die ausbleibende vertikale Entwicklung zum Phänomen der Reinklusion kommen, bei dem ein bereits durchgebrochener Milchzahn wieder von der umgebenden Schleimhaut bedeckt wird.

### WERTIGKEIT VON MILCHZÄHNEN IM ADULTEN GEBISS

Milchzähne, die bis ins Erwachsenenalter persistieren, unterscheiden sich je nach Zahnart deutlich in ihrer klinischen Bedeutung und Prognose. Die Zähne mit der höchsten Wertigkeit sind die zweiten Milchmolaren im Unterkiefer, gefolgt von den Milcheckzähnen. Alle weiteren Milchzähne sind deutlich seltener bei Erwachsenen zu finden.

Persistierende zweite Milchmolaren sind mit zunehmendem Alter vermehrt von Wurzelresorptionen betroffen. Erreichen sie das junge Erwachsenenalter ohne ausgeprägte Resorptionen, Ankylose oder deutliche Infrakklusion, kann von einer vergleichsweise guten Langzeitprognose ausgegangen werden, sodass ihr Erhalt als funktioneller Bestandteil der bleibenden Dentition sinnvoll erscheint.

In aktuellen Studien zeigten sich belassende Milchmolaren nach 5–13 Jahren zu 82 % bis 89 % in gutem Zustand. Die 10-Jahres-Überlebensrate wird in Studien mit 77–90 % angegeben. Wobei Milchmolaren, welche kariös waren oder konservierend versorgt werden mussten, auch stärkere Wurzelresorptionen aufwiesen. Auch besteht ein signifikanter Zusammenhang



**Thomas Sommer**  
Weinstraße 61 • 67480 Edenkoben  
T: (06323) 808890  
info@kfo-edenkoben.de  
kfo-edenkoben.de

zusammenhang zwischen Wurzelresorption und Infrakklusion, wobei die Infraposition einen größeren Einfluss auf die Langzeitprognose zu haben scheint.

Der Erhalt eines Milchmolaren hat bei geplantem implantologischen Ersatz einen signifikant positiven Effekt auf die Erhaltung des Knochenvolumens, selbst wenn der Zahn in Infraposition steht.

Die wichtigsten Kriterien, die ein Milchmolar erfüllen sollte, um eine möglichst gute Langzeitprognose zu erhalten:

- keine ausgeprägten Wurzelresorptionen
- keine Karies
- keine parodontale Schädigung
- keine konservierenden/prothetischen Versorgungen
- keine oder geringe Infraposition und physiologische Okklusion

### THERAPIE BEI APLASIE DES ZWEITEN UNTEREN PRÄMOLAREN

Die Aplasie des zweiten unteren Prämolaren ist in der europäischen Population die am häufigsten vorkommende Nichtanlage. Ihre Therapie ist vor allem aus kieferorthopädischer Sicht von vielen Einflussfaktoren abhängig und stellt eine biomechanische Herausforderung dar.

Die therapeutischen Optionen bewegen sich zwischen kieferorthopädischem Lückenschluss und der Lückenöffnung mit anschließender prothetischer Versorgung. Seltener werden die Lücken durch Autotransplantation eines Zahnes ersetzt. Einen allgemein gültigen Goldstandard gibt es nicht; alle drei Strategien können – bei richtiger Indikationsstellung – funktionell und ästhetisch zufriedenstellende Ergebnisse liefern.

Die Lückenöffnung ist vor allem bei abgeschlossener Dentition und optimaler statischer wie dynamischer Okklusion indiziert. Die Behandlungsdauer ist gering und es entfällt die Notwendigkeit, die mit ausgedehnten Zahnbewegungen verbundenen kieferorthopädischen Risiken in Kauf zu nehmen. Da es sich in der Regel um junge Patienten mit kariesfreien bzw. wenig geschädigten Nachbarzähnen handelt, findet vorwiegend die prothetische Versorgung mittels Einzelzahnimplantat statt. Der Milchzahn sollte dabei möglichst lange erhalten werden, um ein ausreichendes Knochenangebot für das spätere Implantat zu sichern und die Notwendigkeit umfangreicher Knochenaufbauten zu minimieren. Hierbei sollte eine definitive Versorgung der Lücke erst im Erwachsenenalter erfolgen, um wachstumsbedingte Nebeneffekte, wie die Infraposition des Implantats, zu reduzieren.



V. l. n. r.: Oberkiefer Aufsicht: Anfangsbefund, Zwischenbefund und Abschlussbefund

Wenn der persistierende Milchzahn eine moderate Prognose aufweist, sollten vor der Durchführung eines kieferorthopädischen Lückenschlusses mehrere grundlegende Faktoren in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Dazu zählen vor allem die Anlage der Weisheitszähne, die Lagebeziehungen der Kieferbasen zueinander sowie der individuelle Gesichtsschädelaufbau des Patienten.

Ein wichtiges Kriterium für den kieferorthopädischen Lückenschluss stellt somit die Weisheitszahnanlage dar. Fehlt diese und wird der zweite Molar im Rahmen des Lückenschlusses mesialisiert, verliert der zweite Molar im Oberkiefer seine antagonistische Abstützung. Dies kann sekundär eine Extraktion des oberen zweiten Molaren oder alternativ eine implantologische Versorgung in der Region 38/48 erforderlich machen.

Die größte Komplexität bringt der kieferorthopädische Verankerungsverlust mit sich. Sobald die Lücke der zweiten Milchmolaren geschlossen wird, treten reziproke Kräfte auf. Diese führen sowohl zu einer Mesialisation der Molaren, als auch, aufgrund der großen Wurzeloberfläche der Molaren und der dichten Knochenstruktur, zu einer vermehrten Retraktion der Frontzähne. Es entsteht eine vergrößerte sagittale Frontzahnstufe und eine Bissvertiefung. Der tolerierbare Verankerungsverlust variiert in Abhängigkeit von der sagittalen Kieferrelation sowie der zugrunde liegenden vertikalen Schädelstruktur.

Bei Patienten mit Klasse-III-Verzahnung und vertikaalem Gesichtsschädelaufbau kann durch die beschriebenen dentalen Nebeneffekte eine dentoalveoläre Kompensation der skelettalen Dysgnathie erreicht werden. Mit

zunehmend distal-basaler Kieferrelation sind diese Effekte hingegen therapeutisch nachteilig. Der Verankerungsverlust gewinnt an klinischer Relevanz und die kieferorthopädische Therapieplanung wird anspruchsvoller. So kann den reziproken Kräften auf die Frontzähne bei Klasse I- oder leichter Klasse-II-Verzahnung über intermaxilläre Verankerung (Gummizüge, festsitzende Klasse-II-Geräte) entgegengewirkt werden. Bei ausgeprägten Angle-Klasse-II-Fällen sollte der Einsatz skelettaler Verankerungen in Betracht gezogen werden. Eine weitere Möglichkeit, die Mesialisationsstrecke bei kieferorthopädischem Lückenschluss zu verringern, bietet die frühzeitige Hemisektion des zweiten Milchmolaren mit Entfernung des distalen Anteils.

Durch die Nutzung des physiologischen mesialen Drifts des ersten Molaren vor Durchbruch des zweiten Molaren lässt sich die Extraktionslücke reduzieren, wodurch Umfang und Komplexität der anschließend erforderlichen kieferorthopädischen Behandlung abnehmen. Als zusätzlicher Effekt des zeitigen chirurgischen Vorgehens ist das wiederholte Auftreten des regional acceleratory phenomenon (RAP) zu beachten, dass infolge einer lokal induzierten Entzündungsreaktion zu einer vorübergehenden Steigerung der Knochenremodellierungsrate und damit zu einer beschleunigten Zahnbewegung führt.

Als zentraler Vorteil des Lückenschlusses gilt, dass auf eine spätere prothetische oder implantologische Versorgung verzichtet werden kann und eine geschlossene Zahnreihe mit frühzeitigem, definitivem Behandlungsergebnis bereits im Jugendalter erreichbar ist. Zudem ermöglicht der Lückenschluss eine

simultane Korrektur weiterer Zahn- und Kieferfehlstellungen. Insgesamt resultiert durch die Nutzung der natürlichen Dentition ein ästhetisch ansprechendes und langfristig stabiles Behandlungsergebnis, welches im Frontzahnbereich durch konservierende Maßnahmen hoch ästhetisch optimiert werden kann.

Nachteilig wirkt sich eine überdurchschnittlich lange kieferorthopädische Behandlungsdauer aus. Hierbei spielen sowohl die Mundhygiene als auch mögliche kieferorthopädische Risiken und die Motivation der Patienten eine wichtige Rolle.

### FAZIT

Zusammenfassend stellt die dentale Aplasie – insbesondere die Nichtanlage der zweiten unteren Prämolaren – trotz ihrer hohen Prävalenz eine komplexe diagnostische und therapeutische Herausforderung dar. Frühe Erkennung klinischer und radiologischer Hinweiszeichen sowie die realistische Einschätzung der Wertigkeit persistierender Milchzähne sind entscheidend, für eine optimale kieferorthopädische oder prothetische Behandlungsplanung. Aufgrund der individuellen Situation der Patienten muss die Therapieentscheidung stets unter Berücksichtigung von Okklusion, Kieferrelation, Schädelstruktur, Knochenangebot, Mundhygiene und Patientenwunsch getroffen werden. Eine interdisziplinäre, langfristig ausgelegte Behandlungsplanung ermöglicht, stabile funktionelle Ergebnisse, ein harmonisches Erscheinungsbild und eine gute Langzeitprognose in Einklang zu bringen.

Ein Literaturverzeichnis erhalten Sie auf Anfrage bei der Redaktion.



V. l. n. r.: Unterkiefer Aufsicht: Anfangsbefund, Zwischenbefund und Abschlussbefund

# DENTOPHOBIE – EINE HERAUSFORDERUNG IM PRAXISALLTAG

**A**ngstpatienten gehören zum zahnärztlichen Praxisalltag und stellen eine Herausforderung im Hinblick auf Planung und Durchführung einer Behandlung dar. Neben den bisher bekannten Therapieempfehlungen soll dieser Artikel weitere Möglichkeiten aufzeigen, die den Umgang mit Angstpatienten erleichtern können.

Ängste haben der Menschheit in ihrer Evolution geholfen, gefährliche Situationen zu meiden und schadenfrei zu überstehen. Werden Ängste allerdings so groß, dass sie unser Leben oder unseren Alltag negativ beeinflussen oder gar krankhaftes Verhalten auslösen, spricht man von einer Phobie.

Spezifische Phobien werden als übermäßige und häufig irrationale Ängste vor bestimmten Ereignissen, klar definierten Situationen oder Objekten definiert und können unterschiedliche Bereiche des Lebens betreffen.

Die am häufigsten auftretenden spezifischen Phobien sind die Arachnophobie (Angst vor Spinnen), Akrophobie (Höhenangst) und die Dentophobie (Angst vor dem Zahnarztbesuch).

Die Dentophobie, auch als Zahnbehandlungsphobie, Odontophobie oder Oralphobie bezeichnet, wird im klinischen Klassifikationssystem den spezifischen Phobien (ICD F40.2) zugeordnet.



Die Dentophobie wird im klinischen Klassifikationssystem den spezifischen Phobien (ICD F40.2) zugeordnet.

## PRÄVALENZ

Der überwiegende Anteil der Bevölkerung empfindet ein als normal empfundenen Unbehagen vor einer zahnärztlichen Behandlung. Etwa 20 bis 30 % geben Angst vor Zahnarztbesuchen an. Von einer starken Dentophobie wird bei circa 10 bis 15 % der Bevölkerung ausgegangen. Eine höhere Prävalenz wird bei Frauen beschrieben, sie berichten häufiger als Männer über ihre Ängste. Die ständige Zunahme genereller Angststörungen lässt auch einen Anstieg der Anzahl an Dentophobikern erwarten. Laut einer Auswertung anonymisierter Daten von Versicherten hat die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) herausgefunden, dass der Anteil von Menschen mit Angststörungen in den Jahren 2013 bis 2023 um 57 % zugenommen hat, bei Frauen im Alter von 15 bis 29 Jahren sei er gar um 133 % gestiegen.

## WAS SIND AUSLÖSER FÜR DIE DENTOPHOBIE?

- Angst vor dem Kontrollverlust, Gefühl des Ausgeliefertseins (erzwungene Passivität)
- Angst vor Schmerzen
- Angst vor Spritzen
- Angst vor zahnärztlichen Instrumenten und ggf. dem Auslösen eines Würgereizes
- Angst vor Gerüchen und Geräuschen
- Angst vor Einschränkungen und optischen Veränderung nach Behandlungen, insbesondere bei Restaurationen im Frontzahnbereich

Die Entstehung der Dentophobie geht meist in die Kindheit oder Jugend zurück, in der Behandlungen als traumatisch empfunden wurden, da sie in dieser Lebensphase vorrangig mit der Angst vor dem Unbekannten einhergehen. Ein Vertrauensverhältnis zum behandelnden Zahnarzt konnte noch nicht aufgebaut werden und zahnärztliche Instrumente waren meistens vollkommen unbekannt. Negative Erfahrungsberichte aus dem Familien-, Mitschüler- und Freundeskreis verstärkten diese Unsicherheit. Zahnarztpraxenspezifische Gerüche wie ChKM (Chlorphenol-Kampfer-Menthol) und Nelkenöl (Eugenol) sind seitdem häufig mit dem Gefühl des Unbehagens oder sogar Angst assoziiert.

Ein Zusammenhang zwischen aus Patientensicht traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und Jugend sowie späterer Zahnbehandlungsangst wurde in zahlreichen Studien bestätigt.

Bei Patienten mit einer PTBS (posttraumatischen Belastungsstörung) insbesondere als Folge von Missbrauch kann die Behandlungser-



**Dr. med. dent. Susanne Nastali**  
Praxis Dr. Britt von Estorff  
Kirchstr. 93  
46514 Schermbeck-Gahlen  
[dr.nastali@t-online.de](mailto:dr.nastali@t-online.de)

forderliche körperliche Nähe und die Intrusion in die Mundhöhle eine übermäßige Angst auslösen.

Eine vom Dentophobiker empfundene mangelnde Empathie des Zahnarztes oder eine gesteigerte Schmerzerwartung trotz Lokalanästhesie lösen ebenso wie der Anblick zahnärztlicher Instrumente mitunter Panikattacken aus, die eine zahnärztliche Behandlung extrem erschweren oder gar unmöglich machen können.

Diese exogenen Ursachen sollten von endogenen Faktoren abgegrenzt werden, hier besteht häufig eine Assoziation mit anderen Phobien des Patienten.

Dentophobie geht häufig mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten einher, so vermeidet jeder Zehnte Zahnarztbesuche. Zahnbehandlungsängste stehen des Weiteren häufig

mit mangelnder Zahngesundheit und desolatem Zahnstatus im Zusammenhang. Ein Patient mit einer Dentophobie befindet sich somit in einem Teufelskreis, durch die Vermeidung von Zahnarztbesuchen steigt die Gefahr der Verschlechterung seines Zahnstatus. Die Dentophobie stellt ein erhebliches Hindernis in der Prävention von Zahnerkrankungen und deren notwendigen Behandlungen dar.

## Erste Hinweise auf das Vorliegen einer Zahnbehandlungsangst können sein:

- Wiederholtes Absagen und Nichtwahrnehmen vereinbarter Termine
- Zeitlich weit zurückliegende Zahnarztbesuche
- Auffällig hoher Sanierungsbedarf
- Komorbidität mit weiteren psychischen Störungen, Traumata aus früheren, auch fachübergreifenden Behandlungen
- Ablehnung oder sogar Aggression gegenüber dem Behandler/Praxisteam
- übersteigerte Aktivität, unangemessene Lockerheit, Versuch des Überspielens der Angst

## Typische Symptome bei Zahnbehandlungsangst

- Vegetative Symptome (z. B. Herzklopfen, Schweißausbrüche)
- Thorax und Abdomen betreffende Symptome (z. B. Atembeschwerden, Nausea)
- Psychische Symptome (z. B. Derealisation; Depersonalisation)
- Allgemeine Symptome (z. B. Hitzewallungen, Kribbelgefühle, z. B. Fingerkribbeln)

Die defizitäre Selbsteinschätzung des Patienten hinsichtlich seiner Behandlungsangst stellt ein weiteres Hindernis zum Erreichen optima-

ler Zahngesundheit dar, da dadurch der Behandlungsablauf signifikant gestört werden kann, indem der Betroffene bereits eingeplante Termine verschiebt oder absagt (Ausweichverhalten) oder gar eine begonnene Behandlung vor der Beendigung abbricht, was gesundheitliche Probleme verursachen kann.

Das Phänomen der Dentophobie ist Zahnärzten schon lange bekannt. Gezieltes Erfragen von Behandlungsängsten sowie einfache und schnell zu beantwortende Fragebögen erlauben eine adäquate Einschätzung der Situation und können den Behandlungsablauf und die weitere Behandlungsplanung positiv beeinflussen.

Bereits 1969 hat Corah die DAS (Dental Anxiety Scale) zur Bewertung von Zahnbehandlungsangst entwickelt. Es folgten Modifizierungen, so im Jahr 1995 die MDAS (Modified Dental Anxiety Scale) durch Humphris et al., die um die Frage zur Lokalanästhesie erweitert wurde. Ein weiteres Screening zur Einschätzung des Ausmaßes der Angst vor und während zahnärztlicher Behandlungen stellt die DFS (Dental Fear Survey) nach Kleinknecht et al. aus dem Jahr 1973 dar.

### THERAPIEANSÄTZE BEI DENTOPHOBIE

Verschiedene Therapieansätze stehen für die betroffenen Patienten zur Verfügung.

Lange Wartezeiten für den Patienten gilt es zu vermeiden. Coffey und di Gusto (1983) stellten fest, dass sich bei längeren Wartezeiten die Angst vor der Behandlung signifikant steigert.

Elementar ist der Aufbau einer von Vertrauen geprägten Zahnarzt-Patienten-Beziehung. Empathie, Einfühlungsvermögen und Verständnis für die Dentophobie sind unerlässlich.

#### **Ansätze nicht-pharmakologischer Intervention zur Angstreduktion:**

- Screening mittels Fragebogen
- durch Aufklärung und ‚Ernstnehmen‘ der Angst ein Vertrauensverhältnis aufbauen
- Vertrauensperson zur Behandlung mitbringen
- Handzeichen vereinbaren
- Entspannungstechniken
- Ablenkung durch Musik (klassische) oder Film
- Zahnärztliches Instrumentarium sollte außerhalb des Sichtbereichs des Patienten sein
- „Handschmeichler“: bestimmte Edelsteine wie der Hsliutiee-Kristall oder der Lepidolith gelten in der Steinheilkunde als beruhigend und ausgleichend.
- Anti-Stress-(Knet-)Bälle zum Stressabbau, zur Entspannung und damit Linderung von Angst
- Aromatherapie: Ätherische Öle wie Orange, Lavendel und Zirbelkiefer

mittels Diffusor zeigten bei einer Untersuchung der Charité eine signifikante Herabsetzung des Stresslevels.

- Therapiebegleithunde, die einen Teil oder während der kompletten Behandlung bei Stressreduktion helfen. Das Streicheln des Hundes fördert die Ausschüttung von Oxytocin und damit die Blutdrucksenkung und Entspannung von Angstpatienten. Eine randomisierte Studie von Thakkar et al. zeigte bei Kindern eine signifikant niedrigere Pulsrate in Anwesenheit eines Therapiebegleithundes.
- Einen neuen alternativen Ansatz stellt der Einsatz von virtueller Realität durch Tragen einer VR-Brille während der Behandlung dar.

#### **Therapieansätze, die in Kombination als sinnvoll eingeschätzt werden:**

- Professionelle Hilfe in Form von psychotherapeutischer Behandlung
- Interdisziplinärer Therapieansatz von Zahnarzt und Psychotherapeut
- Hilfreiche Literatur, etwa von Krankenkassen, z. B. AOK-Gesundheitsmagazin 02/23 ‚Angst vorm Zahnarzt: Was tun?‘

#### **Therapieansätze im Rahmen der Pharmakotherapie:**

- Oberflächenanästhesie zur Minderung des Einstichschmerzes bei LA, Lokalanästhetikum nadelfrei oder in Gelform, auch bei Zahnreinigungen
- Lokalanästhesie: Bestimmte Anästhesiemethoden können tendenziell höhere Ängste auslösen (Weichteilanästhesie von Lippen und Zunge können Angstgefühle verstärken)
- Leichte Sedierung mit Lachgas oder Betablocker
- Moderate Sedierung (kontrollierte Bewusstseins Einschränkung)
- Tiefe Sedierung (sollte immer durch einen Facharzt für Anästhesie durchgeführt werden)
- Allgemeinanästhesie (Narkose)

#### **Therapie durch Hypnoakupunktur oder separat**

- Akupunktur
- Hypnose

### BEDEUTUNG

Dem Thema Dentophobie kommt im Rahmen des umfangreichen Studiums der Zahnmedizin bisher nur geringe Bedeutung zu. Diese curriculare Lücke wird durch einige Universitäten bereits geschlossen, so bietet die Universität Leipzig im Rahmen des zahnmedizinischen Studiums das Angst-Management als Spezifikum der zahnärztlichen Ausbildung an.

Dem Praxisteam kommt zusammenfassend bei der Betreuung von Angstpatienten eine zentrale Rolle zu. Basierend auf dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses durch Empathie, Kommunikation und Anwendung der Möglichkeiten zur Angstreduktion kann eine angstreduzierte oder gar angstfreie Behandlung ermöglicht werden und damit eine Grundlage für die Zahngesundheit geschaffen werden. ■

# OHNE WITZ?



## Zahnmedizin von heute zu Preisen von 1988?

Deutschland ist in der Bekämpfung von Karies hervorragend aufgestellt. Die Mundgesundheit der Deutschen hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert. Im Gegensatz zu den Abrechnungsmöglichkeiten der Zahnärzte.

Wegen Tatenlosigkeit der Bundesregierungen ist die Gebührenordnung (GOZ) aus den 80er Jahren und damit aus der Zeit gefallen. § 2 Abs. 1 und 2 GOZ können das ändern, wenn wir mit den Patienten ehrlich sprechen.



goz-honorarvereinbarung.de

### Anfangsgehalt ZFA

1988: 920 Euro  
2025: 2.500 Euro

## WIE HYPNOTISCHE KOMMUNIKATION KINDERN DEN ZAHNARZTBESUCH ERLEICHTERT

Zahnarztangst kann schon früh beginnen und sich tief verankern. Doch es gibt Wege, Kinder behutsam durch die Behandlung zu begleiten: Hypnotische Kommunikation schafft Vertrauen, reduziert Stress und eröffnet jungen Patienten einen geschützten inneren Raum. Ein Einblick aus der Praxis von **Dr. Sandra Goedecke** zeigt, wie wirkungsvoll diese Methode sein kann.

**I**m Wartezimmer der Kinderzahnheilpraxis sitzt ein Junge, der die Tür zum Behandlungsraum nicht aus den Augen lässt, während die Mutter seine Hand hält und versucht, ihn zu beruhigen. Hinter dieser Tür bereitet Dr. Sandra Goedecke die Behandlung vor und weiß, dass es in diesem Moment um Wahrnehmung, Angst und Vertrauen geht, ebenso wie um die Zähne. Genau hier zeigt sich, warum die Rolle der hypnotischen Kommunikation in der Kinderzahnheilkunde häufig unterschätzt wird.

„Hypnose gibt Kindern einen geschützten inneren Raum“, erklärt Dr. Goedecke. Gerade bei Kindern befinde sich das Gehirn noch im Wachstum und die Schmerzweiterleitung sei besonders sensibel. Zudem betont sie: Sicherheit entstehe vor allem durch Struktur, etwa durch wiederkehrende Abläufe und klare Rahmenbedingungen. „Zu wissen, was einen erwartet, nimmt Unsicherheit. Das merken wir bei Kindern genauso wie bei Erwachsenen“, so die Kinderzahnärztin.

### MIT ALLEN SINNEN ZUR RUHE KOMMEN

In der praktischen Umsetzung kämen unterschiedliche Methoden zum Einsatz, die an Alter und Entwicklungsstand des Kindes angepasst würden. „Die Basis ist dabei erstaunlich einfach“, findet Goedecke. „Erst einmal gemeinsam zur Ruhe kommen. Über die Atmung.“ Dabei würden auch die gestressten Eltern aktiv einbezogen. Sie erklä-

ren häufig: „Ich verstehe Ihre Sorge, jetzt sind Sie hier, jetzt atmen wir einmal gemeinsam durch und dann zeige ich Ihnen Lösungsmöglichkeiten.“ Dies wirke oft Wunder.

Aufgrund der engen Bindung spürten Kinder die emotionale Verfassung ihrer Eltern unmittelbar. Entspannten sich diese, folge das Kind meist ganz automatisch.

Generell sei das Feedback an die Eltern ein zentraler Bestandteil. Sie betont: „Der Behandler darf den Eltern keine Konkurrenz machen. Es ist ihr Kind, und es ist ihre Entscheidung, was sie für ihr Kind möchten.“ Eltern verbringen die meiste Zeit mit ihrem Kind und kennen es daher am besten. „Wir können nur Therapieangebote machen und, wenn gewünscht, hypnotisch begleiten und unterstützen.“ Entscheidend bleibe immer, ob die Eltern dem Sinn und Nutzen des jeweiligen Vorgehens folgen wollten und welche Zielsetzung sie für ihr Kind hätten.

Eine besonders wirkungsvolle Technik sei die gezielte Reizüberflutung aller Sinne: Sehen, Hören, Riechen und Fühlen würden gleichzeitig angesprochen. Dies könne beispielsweise durch visuelle Reize wie Deckenfernseher oder die Punktfixation auf eine Fingerpuppe, durch auditive Reize wie Kopfhörer mit Musik oder therapeutisch ausgewählte Geschichten sowie durch kinästhetische Reize wie das Halten eines Zauberstabs oder einer Fingerpuppe erfolgen. Visuelle und kinästhetische Reize könnten dabei auch kombiniert werden, etwa

durch das gleichzeitige Halten und Betrachten einer Fingerpuppe. Die Musik und die Geschichten dienten dazu, die bildhafte Vorstellungskraft der Kinder von der Frage „Was passiert in meinem Mund?“ wegzulenken. „Das führt dazu, dass die Sinneswahrnehmung im Mund herabgesetzt wird.“ Gerade weil Kinder sich in einer kognitiven Entwicklungsphase befänden, lasse sich dieser Effekt hypnotherapeutisch nutzen.

### STRUKTUR ODER SCHEINBARE WAHLFREIHEIT

Ein zentraler Aspekt sei die individuelle Ansprache. Dr. Goedecke erläutert: „Wichtig ist, den Patienten präsent wahrzunehmen und individuell auf ihn einzugehen. Seine Bedürfnisse je nach Situation zu errahnen oder gezielt abzufragen.“ Manchmal geben klare Vorgaben Sicherheit, manchmal helfe die Illusion von Wahlmöglichkeiten. Ein Beispiel sei die Frage: „Gucken wir mit dem Mundspiegel die Zähne an, oder mit der Zahnbürste?“ Das Kind entscheidet scheinbar mit, denkt jedoch nicht mehr darüber nach, ob es die Untersuchung überhaupt zulassen möchte.

Erst ab dem dritten Lebensjahr beginne die bildhafte Vorstellung von Worten. Fantasiereisen und „Storytelling“, also das Erzählen einer kleinen Geschichte, würden dann zu wirksamen Werkzeugen. „Wenn ich sage: Denk mal an einen Baum, dann hat jeder sofort ein Bild im Kopf. Einen Kirschbaum? Einen Weihnachtsbaum? Hier kann es lustig sein,

sich über den Baum zu unterhalten, an den jeder gerade gedacht hat.“

Über die sogenannte Punktfixation werde die Vorstellung vertieft. „Wir sind präsent in der Situation Zahnbehandlung und unser Gehirn sitzt gleichzeitig unter dem Kirschbaum oder Weihnachtsbaum. Durch eine Punktfixation wird das Gehirn aufgefordert, in einen entspannten Modus zu wechseln, die Fantasiereise beginnt.“ Dadurch treten die Empfindungen im Mund in den Hintergrund und die Behandlung werde stressfreier wahrgenommen.

### WENN ANGST SCHON DA IST

Mit zunehmendem Alter verändere sich die Situation. „Ab etwa sieben, acht Jahren werden die Kinder häufig verkopfter. Sie hinterfragen mehr.“ Kinder, die bereits ab dem ersten Zahn in der Praxis betreut würden und deren Vertrauen durch ritualisierte Verhaltens-techniken und hypnotische Sprache gefestigt sei, hätten häufig einen stabilen Ablauf: „Da läuft vieles wie im Autopilot.“

Anders sei es bei Kindern mit negativen Vorerfahrungen. Goedecke erklärt: „Wenn ein Kind erst im Schulalter zu uns in die Praxis kommt und schon Schmerzen erlebt hat, vielleicht das Gefühl hatte, allein gelassen worden zu sein, das ist eine große Herausforderung.“

Die Eltern seien in solchen Situationen oft hilflos und nicht in der Lage, eine stabile Stütze für ihr Kind darzustellen, da sie selbst >



Besonders Kinder profitieren von hypnotischer Kommunikation.

überfordert seien und häufig einen Schuldigen für das Erlebte suchten.

Dadurch entstünden mitunter Widerstände, die überwunden werden müssten. Hier brauche es besondere Techniken aus der sogenannten Widerstandshypnose.

Diese Hypnosetechniken würden in zertifizierten Curricula der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose (DGZH e. V.) vermittelt und erforderten einige Übung.

### KLARE INDIKATIONEN

Besonders hilfreich sei Hypnose bei akuten Situationen wie Frontzahntraumata oder ausgeprägter Behandlungsangst. „Kinder, die im zahnärztlichen Kontext mit Hypnose behandelt wurden, erleben weniger Angst und Schmerz, sowohl während der Behandlung als auch noch Stunden danach. Und oft brauchen wir weniger Schmerzmittel.“

Leider komme es bereits in den ersten fünf Lebensjahren häufig zu Stürzen auf das Gesicht – nicht selten mit einem Milchfrontzahntrauma als Folge. In solchen Situationen könne eine besondere hypnotische Intervention hilfreich sein: die sogenannte Schreitrance.

„Kinder zwischen null und drei Jahren versetzen sich bei unbekanntem Situationen oft selbst in eine Schreitrance. Das ist ein natürlicher Schutzmechanismus“, erklärt die Kinderzahnärztin. Für Eltern sei dieser Zustand jedoch häufig schwer auszuhalten, da er emotional stark belaste. Eingesetzt werde diese Methode ausschließlich in Ausnahmesituationen – etwa dann, wenn nach einem Frontzahnunfall Zähne entfernt werden müssten und das Risiko einer ambulanten Narkose oder Sedierung zu hoch eingeschätzt werde.

Wichtig sei dabei die professionelle Begleitung der gesamten Familie. „Das kindliche Gehirn kann solche Eingriffe gut verarbeiten und später sogar vergessen, wenn Eltern und Kind entsprechend durch die Situation geführt werden.“ Dazu gehörten sowohl eine vorbereitende als auch eine nachbereitende Begleitung mit hypnotischen Sprachtechniken.

Ab dem dritten Lebensjahr würden ritualisierte Verhaltenstechniken Kindern Sicherheit in der Zahnarztpraxis vermitteln, vergleichbar mit der Eingewöhnung im Kindergarten oder in der Grundschule. Bewährt hätten sich dabei sogenannte „Tell-show-do-Techniken“. Wie sie erläutert, seien dies kindgerechte Schritte aus Erklären, Zeigen und anschließender Durchführung einzelner Maßnahmen. „Mit hypnotischer Sprachführung gelingt das oft deutlich entspannter und erfolgreicher“, so ihre Erfahrung. Kinder reagierten besonders sensibel auf Sprache und hörten häufig vor allem das letzte Wort eines Satzes. Deshalb würden Formulierungen bewusst positiv ge-



**Dr. Sandra Goedecke**  
Emmerich-Josef-Straße 1A,  
55116 Mainz  
Tel. (06131) 222293  
info@zauberhaftes-lachen.de  
zauberhaftes-lachen.de

wählt: „Alles, was du anfassen kannst und sich gut am Finger anfühlt, geht leicht.“

### ELTERN ALS SCHLÜSSEL ZUM ERFOLG

Die Einbindung der Eltern sei entscheidend. „Ich hole sie erst einmal dort ab, wo sie stehen, und frage: Was kann ich für Sie tun?“ Durch gezielte Fragen werde schnell klar, welche Erwartungen bestünden. Transparenz im Behandlungsablauf schaffe Vertrauen.

Auch die Vorbereitung zu Hause spiele eine wichtige Rolle. „Über Geschichten, z. B. ‚Neues aus der Milchzahnstraße‘, können Eltern ihr Kind gut einstimmen.“ Geschichten dienten als Transportmittel für Informationen und Emotionen. Im Idealfall verändere sich dabei auch die Haltung der Eltern. „Viele verlieren

ihre eigenen Zahnarztbehandlungsängste, wenn sie sehen, wie leicht die Behandlung bei ihrem Kind möglich ist.“

### QUALIFIKATION IST UNERLÄSSLICH

Der Einsatz hypnotischer Techniken erfordere eine fundierte Ausbildung. Die DGZH biete verschiedene Curricula an, die neben theoretischem Wissen auch Supervisionsstunden und mindestens drei gefilmte Fallberichte umfassten.

Abschließend stellt Dr. Goedecke fest: „Hypnotische Kommunikation kann den Praxisalltag für die Kinder, die Eltern und das gesamte Team enorm erleichtern. Gleichzeitig ist sie kein Werkzeug, das man nebenbei erlernt. Es braucht Übung, Erfahrung und die Bereitschaft, sich intensiv mit Sprache, Wahrnehmung und zwischenmenschlicher Kommunikation auseinanderzusetzen.“

*Dr. Sandra Goedecke praktiziert seit mittlerweile 18 Jahren in ihrer Kinderzahnarztpraxis „Kamilla“ in Mainz Hypnose in der Kinderzahnheilkunde.*

Infos zu Schulungen zu Hypnose und Kommunikation finden Sie auf dem Ausbildungsportal der Deutschen Gesellschaft für Hypnose [dgzh.org](http://dgzh.org)



## 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](http://www.cirsdent-jzz.de)



## DMS • 6: PRÄVENTION VERBESSERT DIE MUNDGESUNDHEIT ÜBER DIE GESAMTE LEBENSSPANNE

In der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS • 6) wurden erstmals Längsschnittanalysen vorgenommen. Dazu wurden Studienteilnehmende aus der 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) von 2014 erneut untersucht, um die Entwicklung der Mundgesundheit der Bevölkerung nachzuvollziehen und erstmalig detaillierte Einblicke in individuelle Krankheitsverläufe zu erhalten. Die Ergebnisse stellten das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) vor.

Die konsequent präventionsorientierte Ausrichtung in der Zahnmedizin führt dazu, dass nur sehr wenige Zähne neu von Karies betroffen sind: Bei zum Zeitpunkt der DMS V kariesfreien Kindern, also die heute 20-Jährigen, erkrankte innerhalb des Untersuchungszeitraums im Schnitt maximal ein Zahn an Karies. Das zeigt, dass diese Altersgruppe bereits vollständig vom zahnmedizinischen Präventionsangebot profitiert. Bei den heute jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) zeigt sich erstmals der volle Effekt der präventionsorientierten Versorgung seit den 1990er-Jahren.

Auch Zahnverlust ist heute deutlich seltener als früher: In allen Altersgruppen behält ein großer Teil der Menschen über viele Jahre alle eigenen Zähne; auch dies unterstreicht die nachhaltige Wirkung von präventiven Maßnahmen.



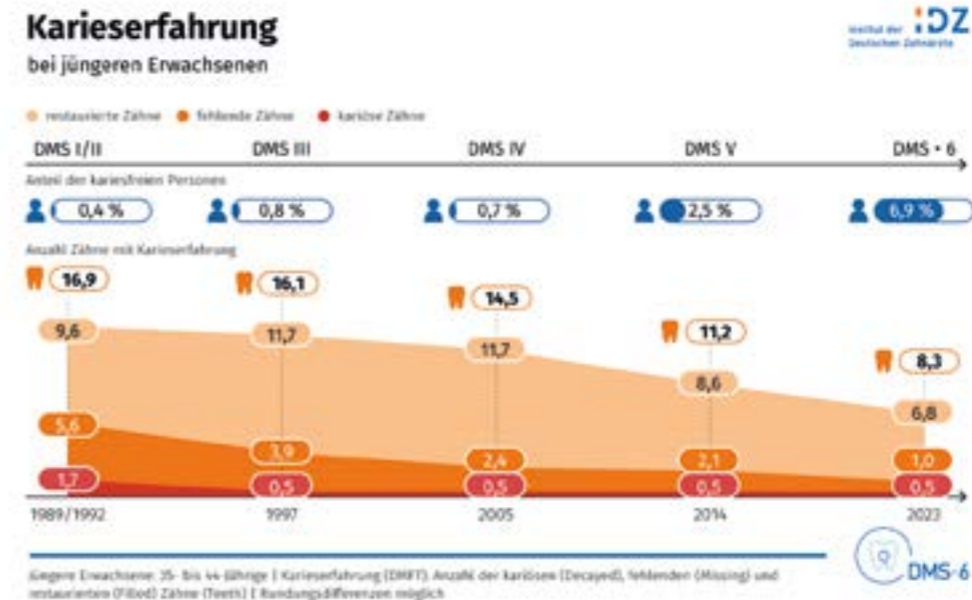
V. l. n. r.: Martin Hendges, Dr. Romy Ermler, Prof. Dr. A. Rainer Jordan

Die Parodontitis verläuft als chronische Erkrankung in der Regel langsam und Zahnverluste haben sich in der gesamten Bevölkerung stark reduziert. Gleichzeitig belegen die Daten, dass die entscheidende Krankheitsdynamik bereits im mittleren Erwachsenenalter stattfindet. Zu diesem Zeitpunkt kippen viele Verläufe in schwere Formen. Im höheren Alter resultiert daraus das Risiko für Zahnverluste. Betroffene Seniorinnen und Senioren können jedoch durch regelmäßige Zahnarztbesuche parodontal gut behandelt werden und somit lange von ihren eigenen Zähnen profitieren. Frühe Diagnostik und rechtzeitige therapeutische Maßnahmen sind daher grundsätzlich wichtig, um parodontale Verschlechterungen möglichst zu verhindern.

Am Beispiel der Diabetes belegt die DMS • 6 auch den engen Zusammenhang zwischen Mund- und Allgemeingesundheit. Denn Diabetikerinnen und Diabetiker weisen oftmals eine schlechtere Mundgesundheit auf als Menschen ohne Diabetes: Sie haben häufiger eine schwere Parodontitis, mehr Wurzelkaries und im Durchschnitt doppelt so viele fehlende Zähne. Eine frühzeitig behandelte Parodontitis kann beispielsweise zu einer besseren Diabeteseinstellung beitragen, womit hohe Folgekosten für das Gesundheitssystem vermieden werden können.

**Prof. Dr. A. Rainer Jordan**, Wissenschaftlicher Direktor des IDZ: „Die 9-Jahres-Ergebnisse der DMS • 6 zeigen eine überwiegend langsame Progression zahnmedizinischer Erkrankungen, denn vielfach bleibt ein gut eingestellter Mundgesundheitszustand über Jahre stabil. Die DMS • 6 unterstützt die bekannte These, dass die chronischen zahnmedizinischen Erkrankungen Karies und Parodontitis nicht linear verlaufen, sondern in Phasen von (kurzen) Progressionsschüben und (langen) Stagnationsphasen. Diese Erkenntnis hat Auswirkungen auf strategische Überlegungen einer lebenslangen Prävention, die künftig nicht standardisiert, sondern risikoadaptiert und personalisiert erfolgen sollte.“

**Dr. Romy Ermler**, Präsidentin der BZÄK: „Die Längsschnittergebnisse der DMS • 6 belegen eindeutig, wie wirkungsvoll die langjährige, strukturierte Präventionsorientierung der Zahnmedizin ist. Im internationalen Kariesvergleich ist Deutschland Weltklasse. Wer als Kind gesunde Zähne hat, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch als Senior oder Seniorin noch viele gesunde, eigene Zähne haben – bei den heute 73- bis 82-Jährigen haben in den vergangenen knapp zehn Jahren 40 Prozent keinen Zahn verloren. Prävention in jungen Jahren spart also auch Geld im Alter. Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben allerdings einen über-



durchschnittlichen Zahnverlust. Hier bedarf es einer intensivierten Zusammenarbeit der Zahnärzteschaft mit den Allgemeinärztinnen und -ärzten sowie weiteren Fachgruppen, um diese Menschen noch besser interprofessionell zu betreuen.“

**Martin Hendges**, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV: „Mit den heute vorgestellten Ergebnissen der DMS • 6 beweist die Zahnärzteschaft erneut, dass Prävention der Schlüssel zum Erfolg bei der Mundgesundheit ist. Die Daten im Bereich Parodontitis zeigen jedoch, dass hier noch dringender Handlungsbedarf besteht. Um dieser Volkskrankheit mit schweren Folgen für die Allgemeingesundheit endlich Herr zu werden, muss sie möglichst früh behandelt werden. Denn die entscheidende Krankheitsdynamik der Parodontitis findet bereits im mittleren

Erwachsenenalter statt. Mit unserer präventionsorientierten Parodontitisbehandlungstrecke haben wir eine wirksame und auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Therapie in der Versorgung, die aber durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz mit seiner strikten Budgetierung ausgebremst wurde. Daher ist es höchste Zeit, dass die Politik Prävention zum Leitbild gesundheitspolitischer Handelns macht. Jegliche Sparmaßnahmen hingegen schränken die Präventionsfähigkeit massiv ein und haben fatale Folgen – sowohl für die Gesundheit unserer Patientinnen und Patienten als auch für die GKV-Finanzien durch hohe Folgekosten.“

*Quelle: Bundeszahnärztekammer (BZÄK)*

*Mehr Infos unter [deutsche-mundgesundheitsstudie.de](https://deutsche-mundgesundheitsstudie.de)*

### HINTERGRUND ZUR DMS • 6

Methodisch anspruchsvoll untersucht die DMS • 6 die Mundgesundheit der gesamten Bevölkerung in Deutschland. Dazu wurden von 2021 bis 2023 an 90 Untersuchungszentren in Deutschland rund 3.400 Menschen aus diversen Altersgruppen und sozialen Gruppen in einer repräsentativen Erhebung befragt und zahnmedizinisch-klinisch untersucht.

Für die erstmals erhobenen Längsschnittergebnisse wurden Studienteilnehmende aus der DMS V von 2014 erneut untersucht.

Folgende Altersgruppen nahmen an der Studie teil:

- Ältere Kinder (12-Jährige) DMS V → junge Volljährige (20-Jährige) DMS • 6
- Jüngere Erwachsene (35- bis 44-Jährige) DMS V → ältere Erwachsene (43- bis 52-Jährige) DMS • 6
- Jüngere Seniorinnen und Senioren (65- bis 74-Jährige) DMS V → ältere Seniorinnen und Senioren (73- bis 82-Jährige) DMS • 6

## 2.000 EURO MONATLICHER STEUERBONUS DURCH AKTIVRENTE

**U**m dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, wurde zum 01.01.2026 mit dem „Gesetz zur steuerlichen Förderung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Rentenalter“ ein neuer Steuerbefreiungstatbestand eingeführt. Steuerberater Dr. Andreas Laux erläutert die steuerlichen Aspekte der neuen Aktivrente.



**Dipl.-Kfm. Dr. Andreas Laux**  
Steuerberater  
117er Ehrenhof 3 • 55118 Mainz  
[www.steuerlaux.de](http://www.steuerlaux.de)

Die Aktivrente gilt zusätzlich zum steuerlichen Grundfreibetrag, unterliegt zudem nicht dem Progressionsvorbehalt und Kosten im Zusammenhang mit der Aktivrente werden nicht als Werbungskosten berücksichtigt. Das Bundesministerium der Finanzen stellt klar, dass die Aktivrente ein neuer Steuerfreibetrag nach § 3 Nr. 21 EStG ist.<sup>2</sup> Es handelt sich also ausschließlich um einen Steuerbonus und nicht, wie das Wort vermuten lässt, um eine neue Rentenart.

### NEUER STEUERFREIBETRAG

Nach § 3 Nr. 21 EStG sind Einnahmen aus nicht-selbstständiger Arbeit bis zu einer Höhe von insgesamt 24.000 EUR pro Jahr steuerfrei. Der Arbeitgeber hat den Freibetrag im Lohnsteuerabzugsverfahren zu berücksichtigen, d. h. der Steuerbonus wird bereits bei der Gehaltszahlung des entsprechenden Monats gewährt.<sup>1</sup> Dabei ist zu beachten, dass der Freibetrag strikt monatsbezogen ausgestaltet ist, weshalb der monatliche Steuerbonus maximal 2.000 EUR beträgt. Ein nicht in Anspruch genommener Freibetrag kann also nicht auf andere Monate übertragen werden, weshalb Zahnärzte bei einer Praxisvertretung oder schwankender Umsatzbeteiligung besonders darauf achten sollten.

### VORAUSSETZUNGEN

- Um Steuermindereinnahmen zu vermeiden, ist die zentrale Voraussetzung das Erreichen der gesetzlichen Regelaltersgrenze. Maßgeblich ist dabei ausschließlich das Erreichen dieser Altersgrenze, nicht der tatsächliche Rentenbezug. Die Steuerbefreiung greift ab dem Kalendermonat, der auf das Erreichen der Regelaltersgrenze folgt.
- Der persönliche Anwendungsbereich ist eng gefasst und beschränkt sich auf Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit im Sinne des § 19 EStG. Zudem muss es sich um ein weiterhin bestehendes oder neu begründetes sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis han-

### Fußnoten:

<sup>1</sup> Sollte das Lohnprogramm des Arbeitgebers die Aktivrente in der aktuellen Gehaltsabrechnung noch nicht berücksichtigen können, ist eine korrigierende Nachberechnung in den Folgemonaten möglich. Notfalls kann der Arbeitnehmer den Steuerbonus stattdessen in seiner Einkommensteuererklärung geltend machen.  
<sup>2</sup> Vgl. Bundesministerium der Finanzen, <https://www.bundesfinanzministerium.de>, FAQ zur Aktivrente, abgerufen am 18.04.2026.  
<sup>3</sup> Für Minijobs ist daher keine Aktivrente möglich.  
<sup>4</sup> Vereinfachende Annahmen insb.: Arbeitnehmeranteil Gesetzliche Krankenversicherung 8,1% und Pflegeversicherung 1,7%, Ergebnisse gerundet, keine Kirchensteuerpflicht.

deln.<sup>3</sup> Bei einem angestellten Zahnarzt in Aktivrente fallen somit Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an. Während angestellte Zahnärzte vom Steuerbonus profitieren können, gilt die Regelung demnach für freiberuflich tätige Praxisinhaber nicht.  
 • Der Steuerfreibetrag kann nur in einem Arbeitsverhältnis in Anspruch genommen werden.

Stellt das Finanzamt fest, dass die Voraussetzungen nicht erfüllt waren, kann der Freibetrag rückwirkend aberkannt werden.

### BEISPIEL

Das folgende vereinfachte Beispiel<sup>4</sup> zeigt die steuerliche Auswirkung der Aktivrente für einen Angestellten: Ein bisher freiberuflich tätiger Zahnarzt arbeitet nun als Angestellter bei seiner Praxisnachfolgerin und erhält ein monatliches Gehalt von 3.500 EUR brutto.

<b>Brutto</b>	<b>3.500,00 EUR</b>
Krankenversicherung (8,10 % von 3.500 EUR)	– 284,00 EUR
Pflegeversicherung (1,70 % von 3.500 EUR)	– 60,00 EUR
Lohnsteuer auf 1.500 EUR (=3.500 brutto – 2.000 steuerfrei)	– 25,00 EUR
<b>= Netto-Auszahlung</b>	<b><u>3.131,00 EUR</u></b>

### STEUERTIPP

Die Steuerfreiheit gilt nach § 3 Nr. 21 EStG nicht, wenn die Einnahmen bereits nach anderen Vorschriften steuerfrei sind. Demnach sind, unabhängig von der Aktivrente, unter den jeweiligen Voraussetzungen ein Minijob bis monatlich 603 EUR, der Übungsleiterfreibetrag bis 3.300 EUR pro Jahr (§ 3 Nr. 26 EStG) und die Ehrenamtszuschale bis 960 EUR pro Jahr (§ 3 Nr. 26a EStG) möglich.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass diese Ausführungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und keine Haftung übernommen werden kann. Für weitergehende Fragen zur Aktivrente ist die Homepage des BMF [www.bundesfinanzministerium.de](http://www.bundesfinanzministerium.de) und das Gespräch mit Ihrem Steuerberater zu empfehlen.



Die Aktivrente ist ein Steuerbonus und nicht – wie der Name vermuten lässt – eine neue Rentenart.

## ZAHNPUTZTABS – EINE SINNVOLLE ALTERNATIVE ZUR ZAHNPASTA?



**Z**ahnputztabs haben in den vergangenen Jahren als Alternative zu konventionellen Zahnpasten zunehmend Marktanteile erlangt. Im Mittelpunkt der öffentlichen Wahrnehmung stehen dabei vor allem ökologische Argumente wie Verpackungsreduktion, Ressourcenschonung und eine vereinfachte Mitnahme auf Reisen. Aus zahnmedizinischer Sicht ist jedoch

weniger die Darreichungsform entscheidend als die Frage, ob ein Produkt die Anforderungen an ein wirksames häusliches Zahnpflegemittel erfüllt.

Genau hier ist eine sachliche Differenzierung erforderlich. Zahnputztabs sind weder grundsätzlich abzulehnen noch unkritisch pauschal zu befürworten. Ihre präventive Eignung hängt – ebenso wie bei klassischen

Zahnpasten – maßgeblich von ihrer Zusammensetzung ab. Im Vordergrund steht dabei der Fluoridgehalt. Für die häusliche Kariesprävention bleibt die regelmäßige Anwendung fluoridhaltiger Zahnpasta mit ausreichender Fluoridkonzentration der wissenschaftlich etablierte konsensuelle Standard. Die aktuelle deutsche S3-Leitlinie zur Kariesprävention bei bleibenden Zähnen unterstreicht die zentrale



Zahnputztabs werden häufig als ökologisch verträgliche Produkte beworben. Auch auf Reisen können die kleinen Tabletten einfach mitgenommen werden.

Bedeutung fluoridhaltiger Zahnpasten und belegt eindeutig, dass deren kariesprotektiver Effekt bei adäquater Fluoridkonzentration und regelmäßiger Anwendung konsistent belegt ist.

Vor diesem Hintergrund ist die Bewertung von Zahnputztabs auf den ersten Blick vergleichsweise unkompliziert: Fluoridhaltige Zahnputztabs können eine sinnvolle Alternative sein, fluoridfreie Zahnputztabs sind aus präventivzahnmedizinischer Sicht dagegen kritisch zu sehen. Auch bei einem modernen, nachhaltig positionierten Produkt bleibt daher die Frage zentral, ob es die bekannten Anforderungen an ein kariespräventiv wirksames Zahnputzmittel erfüllt.

Die bislang verfügbare Literatur in der Datenbank PubMed zu Zahnputztabs ist noch auf den einstelligen Bereich begrenzt, zeigt aber erste belastbare Hinweise. Eine randomisierte kontrollierte Kurzzeitstudie konnte zeigen, dass fluoridhaltige Zahnputztabs in Bezug auf die kurzfristige Kontrolle von supragingivaler Plaque und Gingivitis einer konventionellen Natriumfluorid-Zahnpasta nicht unterlegen waren.

Dieser Befund ist klinisch zwar durchaus relevant, sollte jedoch mit Augenmaß interpretiert werden. Zum einen war die Beobachtungsdauer mit lediglich zwei Wochen kurz, zum anderen erlauben solche Daten keine Aussagen zur langfristigen Kariesprävention. Gerade für diese existiert eine robuste Evidenzlage nur für klassische fluoridhaltige Zahnpasten.

Eine Studie zeigte, dass die Textur der gelösten Zahnputztablette verglichen mit konventioneller Zahnpasta als weniger angenehm empfunden wurde.

Auch zur Abrasivität von Zahnputztabs liegen inzwischen Untersuchungen vor. Diese sprechen dafür, dass Zahnputztabs nicht grundsätzlich abrasiver sind als konventionelle Zahnpasten. Eine pauschale Annahme, gepresste oder pulverbasierte Formulierungen würden automatisch zu stärkerem Hartsubstanzabtrag führen, lässt sich nach derzeitigem Stand daher nicht aufrechterhalten. Entscheidend ist auch hier die jeweilige Produktformulierung.

Besondere Zurückhaltung ist dort geboten, wo Zahnputztabs gezielt als fluoridfreie



**OA Priv.-Doz. Dr. Jens Weusmann, M.Sc.**  
 Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz  
 Zahn-, Mund-, Kiefer-Klinik  
 Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung, Augustusplatz 2  
 55131 Mainz, unimedizin-mainz.de  
 Tel. (06131) 17-3556  
[jens.weusmann@unimedizin-mainz.de](mailto:jens.weusmann@unimedizin-mainz.de)

oder „natürliche“ Alternative positioniert werden. Derartige Konzepte treffen zwar auf ein zunehmendes Verbraucherinteresse, stehen jedoch in Spannung zu einer sehr gut abgesicherten wissenschaftlichen Evidenz zugunsten fluoridhaltiger Zahnpasten. Gerade die zunehmende Zahl fluoridfreier oder fluoridreduzierter Produkte auf dem Markt zeigt, dass Verbraucherkommunikation und präventivmedizinische Evidenz keineswegs immer deckungsgleich sind. In unserer zahnärztlichen Beratung sollten ökologische oder marketingbezogene Argumente nicht an die Stelle der klinisch-medizinischen Wirksamkeit treten dürfen.

Das häufig vorgebrachte Nachhaltigkeitsargument verdient ebenfalls eine differenzierte Betrachtung. Es ist plausibel, dass Zahnputztabs durch reduzierte Primärverpackung Vorteile gegenüber der Darreichungsform in Tuben haben können. Allerdings zeigen erste Ökobilanzanalysen, dass die Umweltwirkung eines Produkts nicht allein an der Verpackung festzumachen ist. Auch Rohstoffe, Herstellungsprozesse, Transport und Nutzungsbedingungen beeinflussen die Gesamtbilanz. Die intuitive Annahme „Tab gleich nachhaltiger

als Pasta“ ist daher wissenschaftlich bislang nicht belastbar. Das ökologische Potenzial ist durchaus vorhanden, sollte aber nicht vorschnell mit einer gesicherten Überlegenheit verwechselt werden.

Für die tägliche präventive Zahnheilkunde ergibt sich daraus eine klare, pragmatische Position. Bei Erwachsenen mit niedrigem bis moderatem Kariesrisiko können fluoridhaltige Zahnputztabs eine vertretbare Alternative zu herkömmlicher Zahnpasta darstellen, sofern sie regelmäßig und korrekt angewendet werden und eine adäquate Fluoridkonzentration aufweisen. Entscheidend ist, dass sie in ihrer präventiven Funktion einer klassischen fluoridhaltigen Zahnpasta entsprechen. Bei Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Kariesrisiko, Wurzelkaries, festsitzenden kieferorthopädischen Apparaturen, reduziertem Speichelfluss oder allgemein erschwelter Mundhygienesituation sollte die Empfehlung dagegen besonders zurückhaltend sein. In diesen Gruppen ist es sinnvoll, sich konsequent an Produkten und Strategien zu orientieren, deren Nutzen breit und langfristig abgesichert ist.

Noch kritischer ist die Anwendung im Kindesalter zu bewerten. Hier bieten konventionelle Kinderzahnpasten einen offensichtlichen Vorteil, weil sie altersgerecht dosiert werden können und die etablierten Empfehlungen zur Fluoridmenge gut umsetzbar machen. Zahnputztabs sind in dieser Hinsicht weniger praktikabel. Für die zahnärztliche Prophylaxe im Kindesalter bleibt daher die klassische fluoridhaltige Kinderzahnpasta derzeit die überzeugendere und alltagstauglichere Option.

Zahnputztabs sind somit aus zahnmedizinischer Sicht kein grundlegend neues präventives Konzept, sondern eine alternative Darreichungsform. Ihr präventiver Nutzen steht und fällt mit ihrer Zusammensetzung. Fluoridhaltige Produkte können eine sinnvolle Option sein, insbesondere für informierte und gut motivierte Erwachsene. Fluoridfreie Produkte erfüllen die Anforderungen an eine evidenzbasierte Kariesprävention dagegen nicht in gleicher Weise.

Literaturliste auf Anfrage bei der Redaktion.

## „FREIBERUFLICHKEIT IST KEIN SELBSTLÄUFER“

Seit November 2026 ist Matthias Gloede aus Worms neu in den Vorstand der Landeszahnärztekammer (LZK) gewählt. Warum er sich engagiert, wo er aktuell die größten Herausforderungen sieht und was er konkret verändern möchte, erklärt er im Interview.

### WAS HAT SIE DAZU BEWEGT, SICH IN DER STANDESPOLITIK ZU ENGAGIEREN?

Wenn ich ehrlich bin, gab es keinen Plan, sondern es hat sich ganz organisch entwickelt. Durch meine regelmäßige Teilnahme am Qualitätszirkel und in der Kreisgruppe in Worms bin ich früh in den Austausch mit Kollegen gekommen, die sich bereits in der Kammerarbeit engagieren. Konkret wurde es dann, als ich eine Anfrage der Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen bekam, ob ich mir vorstellen könnte, als Ausbildungsberater tätig zu werden.

Mir ist dabei eines besonders wichtig: Unsere Freiberuflichkeit ist kein Selbstläufer. Sie ist ein hohes Gut und ein Privileg, das wir nur erhalten können, wenn wir uns dafür einsetzen.

Gerade daraus ergibt sich für mich auch der Auftrag, unsere Perspektive aus dem Praxisalltag in die Gremien einzubringen. Entscheidungen sollen nicht fernab der Berufsrealität getroffen werden, sondern nach dem Prinzip „von Kollegen für Kollegen.“

### WO DRÜCKT AKTUELL IM BERUFSALLTAG AM MEISTEN DER SCHUH?

Es gibt aktuell drei große Baustellen im Praxisalltag: Bürokratie, politische Verlässlichkeit und der Fachkräftemangel. Was uns am meisten im Alltag ausbremst, ist sicherlich die Bürokratie. Die Zeit, die wir eigentlich am Patienten verbringen wollen, wird immer weniger. Stattdessen bindet uns eine immense Dokumentationspflicht, u. a. beim Qualitätsmanagement oder bei der Telematikinfrastruktur. Vieles davon hat sicher seinen Sinn, aber in der Summe ist es einfach zu viel und geht zu Lasten unserer eigentlichen Aufgabe.

Dazu kommt die Frage der politischen Verlässlichkeit. Wer heute eine Praxis gründet oder übernehmen möchte, braucht Planungssicherheit über viele Jahre hinweg. Ständig wechselnde Rahmenbedin-

gungen machen genau das schwierig. Wir brauchen eine Gesundheitspolitik, die langfristig denkt und verlässlich gestaltet.

Und schließlich spüren wir alle den Fachkräftemangel. Es wird immer schwieriger, qualifiziertes und engagiertes Fachpersonal zu finden. Noch herausfordernder ist es, dieses langfristig zu binden und unter den aktuellen Marktbedingungen auch zu halten. Das ist für viele Praxen inzwischen eine der zentralen Fragen für die Zukunft.



Auf der diesjährigen Zahnheilkunde fiel der Startschuss für die Infokampagne zur Kammerwahl 2027. Aktuelle Infos finden Sie auf [lzk.de](http://lzk.de).

### WELCHE AKTUELLE THEMEN UNTERSTÜTZEN SIE BESONDERS?

Ein zentraler Punkt ist für mich die Transparenz nach außen, damit die Kollegenschaft sieht, was die Kammer alles leistet. Ein großer Vorteil unserer Selbstverwaltung besteht darin, dass wir die staatlich übertragenen Aufgaben eigenständig erfüllen. Dadurch können wir deutlich flexibler und praxisnäher handeln, als es eine staatliche Stelle könnte, die häufig starrer, aufwendiger, teurer und bürokratischer organisiert ist.

Gleichzeitig ist mir wichtig, das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass wir unter der Rechtsaufsicht der Politik stehen. Das ist der Rahmen, in dem wir uns bewegen und den wir aktiv mitgestalten sollten.

Ein weiteres Anliegen ist die Entbürokratisierung. Prozesse müssen schlanker werden, damit wieder die Zahnmedizin im Mittelpunkt steht.

Und schließlich braucht es aus meiner Sicht dringend eine Anpassung der GOZ hin zu einer leistungsgerechten Vergütung, die die gestiegenen Kosten in den Praxen realistisch abbildet.

### WIE KÖNNEN JUNGE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN STÄRKER EINGEBUNDEN WERDEN?

Wir sollten uns von starren Strukturen lösen und stattdessen flexible Teilnehmungsformate stärken. Dazu gehören zum Beispiel digitale Gremienarbeit, Mentorenprogramme sowie gezielte Workshops für Praxisgründer und junge Kolleginnen und Kollegen.

### WIE SCHAFFEN SIE DEN AUSGLEICH ZWISCHEN PRAXIS UND EHRENAMT?

In meiner Freizeit bin ich gern in der Natur und verbringe besonders im Sommer viel Zeit am und auf dem Wasser. Außerdem entspanne ich mich gern bei Wellness und gehe regelmäßig in die Sauna. Auch das Reisen in nahe und ferne Länder spielt für mich eine wichtige Rolle.

### WARUM IST DIE KAMMERWAHL 2027 WICHTIG?

Die Kammer ist unsere Selbstverwaltung und lebt vom Engagement der Kolleginnen und Kollegen. Wer nicht wählt, überlässt anderen die Entscheidungen über die eigenen Arbeitsbedingungen, auch wenn die Kammer zugleich unter der Rechtsaufsicht des Staates steht. Entscheidend ist, dass wir als Berufsstand eine starke und unabhängige Stimme gegenüber der Politik behalten und nicht zum reinen Erfüllungshelfen staatlicher Vorgaben werden.

### WAS SAGEN SIE ZUR EINSTELLUNG „MEINE STIMME ÄNDERT OHNEHIN NICHTS“?

Jede einzelne Stimme trägt dazu bei, die Legitimation unserer Forderungen gegenüber der Politik zu stärken. Eine von der breiten Basis legitimierte Landesvertretung hat ein deutlich größeres Gewicht und ein stärkeres Standing in den Verhandlungen.

#### **Kurzvita:**

Matthias Gloede ist seit 2005 in eigener Praxis in Worms niedergelassen. Sein Studium absolvierte er an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz. Seit 2022 ist er Vorstandsmitglied der BZK Rheinhessen, deren stellvertretender Vorsitzender er seit 2025 ist. Seit der Vertreterversammlung im November 2025 ist er gewähltes Vorstandsmitglied der LZK.

Dass Beteiligung tatsächlich Wirkung zeigt, lässt sich an konkreten Beispielen gut erkennen. Beim Protest gegen das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hat der breite Rückhalt aus der Basis entscheidend dazu beigetragen, dass die problematischen Folgen der Budgetierung zumindest öffentlich wieder diskutiert und in Teilen auch abgemildert wurden. Ohne eine geeinte Standespolitik wäre dieser Druck gar nicht erst entstanden.

Auch in anderen Bereichen zeigt sich, dass gemeinsames Auftreten etwas bewegt, etwa bei der Beibehaltung der Zulassung ethanolhaltiger Desinfektionsmittel oder bei der kritischen Auseinandersetzung mit praxisfernen Vorgaben wie der Validierung der Wischdesinfektion und Anforderungen aus der Trinkwasserverordnung.

### WAS WÜNSCHEN SIE SICH FÜR DIE ZUKUNFT DER SELBSTVERWALTUNG?

Ich wünsche mir eine selbstbewusste und moderne Selbstverwaltung, die stärker digital aufgestellt ist, dadurch schneller reagieren kann und von den Mitgliedern auch als moderner Dienstleister wahrgenommen wird.

Gleichzeitig braucht es mehr Wissen und Akzeptanz in der Kollegenschaft dafür, dass die Kammer keine reine Interessenvertretung wie klassische Gewerkschaften wie ver.di oder Cockpit ist. Sie handelt stets innerhalb des gesetzlichen Rahmens, der durch die Politik vorgegeben wird, und setzt sich dafür ein, die Vorgaben bestmöglich und praxisnah im Sinne einer funktionierenden Zahnmedizin umzusetzen.

### WELCHE DREI DINGE WÜRDEN SIE SOFORT VERÄNDERN, WENN SIE KÖNNTEN?

Die Reduzierung der Dokumentationspflichten und Bürokratie um mindestens 50 %, eine GOZ-Anpassung, die die Kostensteigerung der letzten 30 Jahre abbildet sowie langfristig politisch stabile Rahmenbedingungen, die eine Wertschätzung gegenüber der Zahnmedizin abbildet und Vertrauen in die Selbstverwaltung gibt.

**VIELEN DANK FÜR DAS INTERVIEW !**

# ESSEN UND ZWAR WEISE: GESUND ERNÄHREN, UM GESUND ZU ARBEITEN

Nach den Erkenntnissen aus der Ausgabe 3/25 des Zahnärzteblatts wissen Sie, wie Sie Ihre Arbeit mit guten Stühlen und einer optimierten Lagerungssystematik sowie mit cleveren Ausgleichsübungen ergonomisieren können. Seit dem ZB 4/25 können Sie auch dem Stress die Stirn bieten und sich bei auftretenden körperlichen Beschwerden selbst therapieren. Jetzt fehlt nur noch eine weitere Ergonomiesäule – das „Energiemanagement“, also die optimale Ernährung im Arbeitsalltag.

**U**numstritten ist, dass gute Ernährung enorm wichtig ist, damit der Mensch „funktioniert“. Es ist wie bei einem edlen Fahrzeug. Der beste Ferrari fährt nur gut, lange und ohne Schäden, wenn der richtige Sprit getankt wird (Super, kein Diesel), ausreichend gutes Schmieröl in Motor und Getriebe vorhanden ist, genug Luft in den Reifen usw.

Aber worin besteht eine gesunde Ernährungsweise? Die Antwort darauf steckt bereits im Wort selbst, nämlich in einer weisen Ernährung.

Dabei gibt es nicht DIE eine Ernährungsform, die universell für jeden gleichermaßen bekömmlich und gesund ist. Sie sollte immer individuell an den Menschen angepasst sein, an dessen Lebensumstände (Stress, Dienstreisen etc.), die jeweilige körperliche Verfassung (genetische Veranlagung, Schwangerschaft usw.) und auch daran, wo der Mensch lebt (Afrika, Nordpol).

„Weise“ ist also individuell, eine generelle Regel über gute oder schlechte Nahrung gibt es nicht. Das heißt, dass jeder für sich austesten muss, was ihm bekommt und was nicht. Das können Sie ganz einfach herausfinden durch die Beobachtung Ihres Körpers. Wird mir eher warm oder kalt nach dem Essen? Werde ich müde oder bekomme ich mehr Energie? Fühle ich mich wohl oder eher vollgestopft? Oder zeigen sich sogar Symptome wie allergische Reaktionen, Bauchschmerzen, Kopfweh oder Übelkeit? Auf den Körper zu hören, ist das A und O.

Zudem sollte jedem bewusst werden, dass Ernährung mehr umfasst als die Frage nach der Art des Lebensmittels. Sie ist vielmehr ein Zusammenspiel aus den Fragen:

- WAS und WIE VIEL esse und trinke ich?
- WIE nehme ich meine Nahrung zu mir?
- WANN tue ich das?

Es ist also sinnvoll, sich von der einseitigen Frage, WAS gegessen werden soll, zu lösen und das Thema ganzheitlicher zu betrachten.

## WAS ESSE UND TRINKE ICH?

Hand aufs Herz: Eigentlich wissen wir, welche Lebensmittel wir meiden sollten (Industriezucker, Alkohol, Weißmehl, Milchprodukte, Fleisch etc.), aber wenn wir ehrlich sind, schmeckt es den meisten von uns einfach zu gut, als dass wir diese Lebensmittel komplett vom Speiseplan streichen wollen. Und selbst wenn, fehlt häufig die nötige Routine beim Kochen. Sie müssen neue Rezepte aussuchen, andere Zutaten als vorher einkaufen und Sie müssen sich auch auf neue Geschmacksrichtungen einlassen.

Und selbst wenn das „geschafft“ ist, kommt da der Berufsalltag, der einen immer wieder vor Schwierigkeiten stellt, wie beispielsweise:

- Ich habe Hunger, aber es gibt gerade nichts zu essen.
- Ich bekomme etwas zu essen, aber nicht das, was gerade richtig wäre.
- Ich bekomme das Richtige, aber in schlechter Qualität bzw. schlecht zubereitet.
- Oder alles passt, aber ich habe keine Zeit und schlinge das Essen schlecht gekaut, schlecht gelaunt und hastig hinunter.

Aber fangen wir vorne an. Denn auch, wenn es kein allgemeingültiges Rezept für „gute“ Ernährung gibt, so können Sie sich doch an ein paar Grundregeln halten:

- Je weniger verarbeitet ein Lebensmittel ist, desto weniger Zusatzstoffe sind enthalten.
- Bio anstatt konventionell: Schmeckt zwar nicht unbedingt jedem besser, bringt aber weniger Gift mit sich.

- Die Dosis macht das Gift! Ab und zu Wurst, Milch oder Zucker bringt einen nicht gleich um, aber wenn man es isst, dann bitte mit Genuss.
- Iss wie ein Bauer vor 100 Jahren – also möglichst frisch, unverarbeitet und ohne industrielle Zusätze.

Und was trinke ich am besten? Die Antwort darauf ist, ganz klar, reines und unbelastetes Wasser. Zum Hintergrund: Ein erwachsener Mensch besteht bis zu 70 Prozent aus Wasser. Dieses ist an nahezu allen Stoffwechselfvorgängen beteiligt und daher lebenswichtig. Für einen funktionierenden, gesunden Körper ist es also unabdingbar, genug reines Wasser zu trinken. Erwachsene sollten mindestens 1,5 Liter pro Tag zu sich nehmen (bei körperlicher Anstrengung, Schwangerschaft, Krankheit etc. natürlich entsprechend mehr). Wichtig dabei ist, regelmäßig zu trinken – wir sind ja keine Kamele, die Wasser speichern können. Faustregel: Trinken Sie jede Stunde ein Glas Wasser.

## WARUM EXPLIZIT REINES WASSER?

Mittlerweile enthalten unser Leitungswasser und auch die Mineralwässer, welche wir in Flaschen kaufen können, diverse krank machende Substanzen (trotz Einhaltung der gesetzlichen Grenzwerte). Hormone, Medikamente, Mikroplastik oder Schwermetalle sind in unserem Grundwasser vorhanden und auch unsere Kläranlagen können diese nicht mehr abfiltrieren.

Zusätzlich fungiert Wasser als Transportmittel: Es befördert wichtige Stoffe in unsere Zellen, ist aber auch für den Abtransport von „Müll oder Schlacken“ aus unseren Zellen zuständig. Wenn jetzt das Wasser

### DIE FLÜSSIGKEITSFORMEL

mind. 1,5 Liter pro Tag + Menge X  
X = Stress, Hitze, Sport, Schwangerschaft,  
Krankheit, Nahrungszusammensetzung

schon angereichert ist mit Stoffen, wie beispielsweise Kaffee, Aromen oder Zucker, hat es nicht mehr genug „Sitzplätze“ frei für die Stoffe, die aus dem Körper abtransportiert werden sollen. Es bleiben also „Schlacken“ übrig und der Körper kann nicht vollständig entgiften.

Ideal wäre es demnach, das Wasser von den Schadstoffen zu befreien und anschließend mit einem weiteren Verfahren wieder zu vitalisieren, also zu „beleben“. Abhilfe können unter anderem Wasserfilteranlagen für den Haushalt schaffen.

Doch auch wer keine Filteranlage zu Hause hat, kann seinem Körper Gutes tun. Durch die Wahl des Wassers können die Schadstoffe, wenn nicht komplett eliminiert, zumindest reduziert werden.

Natürliches Quellwasser aus einer reifen Quelle, abgefüllt in Glasflaschen, wäre eine gute Option (z.B. von St. Leonhard, Black Forest Still, Plöse, Lauretana). Wenn möglich, sollte es stilles Wasser sein, da Kohlensäure eine saure Wirkung auf den Körper hat.



Leckere und gesunde Mahlzeiten sind unter anderem Belugalinsensalat, Rucolasalat mit Nüssen und rote Bete, Energyballs und Gemüsequiche. Die Rezepte gibt es hier: [just-institut.de/rezeptvorschlaege](https://www.just-institut.de/rezeptvorschlaege)

**WANN UND WIE ESSE ICH?**

Viele Berufstätige ernähren sich im Arbeitsalltag ungünstig, da Zeit und Motivation für ausgewogene Mahlzeiten fehlen. Statt selbst zu kochen, wird häufig zu schnellen, meist unausgewogenen Alternativen aus Kantine, Automaten oder von Lieferdiensten gegriffen. Auch die oft einladend dastehenden Snacks und Süßigkeiten von Kolleginnen oder Patienten tragen dazu bei. Kurzfristig liefern solche Lebensmittel zwar Energie, langfristig können sie jedoch den Stoffwechsel belasten und das Risiko für ernährungsbedingte Krankheiten erhöhen. Dazu kommen häufig noch Störfaktoren, wie beispielsweise:

- Gespräche über Arbeit, Probleme oder Politik
- Ablenkungen durch Handy, Zeitung oder Ähnliches
- Essen in Gesellschaft oder alleine (beides kann sowohl positiv als auch negativ wirken)
- Zeitdruck: schlingen, ohne genug zu kauen

Aber keine Sorge – mit ein paar Tricks klappt's auch in der Praxis mit der ausgewogenen Ernährung! Schon kleine Schritte helfen:

- vorbereitetes Essen einpacken und, falls nötig, vor Ort erwärmen
- gesunde Snacks: Obst, Nüsse, Gemügesticks stehen immer im Pausenraum parat
- Rezeptaustausch untereinander bringt Abwechslung in den Essensalltag
- gemeinsame Mahlzeiten, eventuell auch regelmäßiges Team-Kochen
- genug Zeit, um auch ausreichend zu kauen (Verdauung beginnt bereits im Mund!)
- Trinkrituale einführen, z. B. 1 Glas Wasser nach jedem Patienten
- Abstand vom Arbeitsalltag gewinnen: Essen im Freien oder mit anschließendem (kurzen) Spaziergang
- keine Gespräche über die Arbeit während der Pause

Übrigens: Auch Arbeitgeber können im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements gesunde Ernährung unterstützen – etwa durch steuerfreie Gesundheitsmaßnahmen bis zu 600 Euro pro Jahr (§ 3 Nr. 34 EStG), beispielsweise in Form von bereitgestelltem Obst und Gemüse oder gemeinsamen Kochkursen.

**VIELE FRAGEN – VIELE ANTWORTEN: JETZT WIRD'S KONKRET**

Beim Thema gesunde Ernährung scheiden sich bekanntlich die Geister. Fakt ist: Auf keine Frage gibt es die eine, pauschal richtige Antwort. Dennoch haben wir uns exemplarisch folgende häufig gestellte Fragestellungen herausgepickt:

**Susanne Just**

Dipl.-Ing. Lebensmitteltechnologie, Gesundheitsberaterin u. a. für Ergonomie, Schmerztherapie  
Just-Institut für Gesundheit und Management  
Am Ries 6, 91301 Forchheim  
Tel. 09191 735700  
info@just-institut.de  
www.just-institut.de

**Gibt es eine Zuckerart, die besser ist als andere, und wenn Zucker, welchen verwendet man?**

Generell muss hier unterschieden werden zwischen industriell hergestelltem Zucker und Zucker bzw. Kohlenhydraten, welche natürlich in Obst und Gemüse enthalten sind. Industriezucker ist ein Auszugsprodukt, d. h. es wird dem jeweiligen Lebensmittel künstlich entzogen und aus der Lebensmittelmatrix gerissen. Diese ist aber essenziell wichtig für die „richtige“ Aufnahme des Zuckers. Industriezucker unterscheidet sich von anderen kohlenhydrathaltigen Lebensmitteln: Er wird nicht langsam verdaut, sondern gelangt direkt ins Blut. Der Abbau erfordert eine vermehrte Zufuhr von Vitaminen, die dafür kurzfristig aus anderen Körperregionen abgezogen werden. Diese fehlen dann beim Abbau anderer Nährstoffe – der Stoffwechsel gerät aus dem Gleichgewicht, die Zellatmung wird gestört.

Zwar braucht der Körper Kohlenhydrate als Energiequelle, doch industrieller Zucker ist dafür nicht notwendig. Bisher gibt es jedoch wenig wissenschaftlich bestätigte Erkenntnisse über seine negativen Wirkungen.

**Ist brauner Zucker besser als weißer?**

Ganz klar: nein. Es ist ein Mythos, dass brauner Zucker Mineralstoffe und Spurenelemente enthält, die ihn gesünder machen. Brauner Zucker ist nur braun, weil er nicht sauber gereinigt wird. Untersuchungen haben ergeben, dass der Unterschied im Gehalt von Mineralstoffen und Spurenelementen in braunem und weißem Zucker praktisch null sind.

**Müssen es warme Mahlzeiten sein oder kann man auch immerzu kalt essen?**

Lebensmittel lassen sich laut Prof. Dr. Werner Kollath nach ihrem biologischen Wert einteilen. Er unterscheidet zwischen „lebenden“ Lebensmitteln und „toten“ Nahrungsmitteln. Durch Erhitzung, Konservierung oder andere Behandlungen werden Stoffe in Lebensmitteln „abgetötet“ – sie verlieren Vitamine, Aroma- und Duftstoffe sowie ihr natürliches Gleichgewicht an Nährstoffen. Natürliche, unerhitzte Produkte wie frisches Obst, Gemüse oder ganze Getreidekörner sind daher wertvoll für die Gesundheit. Das Vorhandensein biologischer Wirkstoffe, wie sie in der unerhitzten Frischkost vorkommen, ist für einen gesunden Stoffwechsel von essenzieller Bedeutung.

Als Faustregel gilt: Kurzes Erhitzen bei hoher Temperatur (z. B. im Druckkochtopf) ist schonender als langes Kochen bei niedrigerer Temperatur. Gewisse Lebensmittel wie die Kartoffel müssen aber sogar erhitzt werden, damit sie essbar und verdaulich für uns werden. Und die heiße Suppe im Winter wärmt und tut dem Körper somit ebenfalls gut. Auch hier ist also eine Mischung aus warmen Speisen und Rohkost optimal.

**ERNÄHRUNGSTIPPS ZUSAMMENGEFASST**

Das **WIE**:

- Mahlzeit = mahlen/kauen und Zeit nehmen
- Aufhören, bevor das Sättigungsgefühl eintritt. Es kommt oft zeitverzögert.
- keine unangenehmen Themen wie Arbeit (Arbeitsessen abschaffen) oder Ärger beim Essen
- „Wenn du isst, dann iss!“ = keine zusätzlichen Ablenkungen (Handy, Tablet, Zeitung etc.)
- essen, wenn man Hunger hat, nicht wenn Zeit ist oder andere es tun
- ausreichend Zeit für Verdauung nehmen und nicht alle zwei Stunden etwas essen
- ca. jede Stunde ein Glas Wasser trinken

Das **WAS**:

- Bioregionalismus = „Ethnodiät“ = kaufen und essen, was in der Heimat wächst
- möglichst naturbelassen und „unzerstört“
- möglichst giftfrei produziert = Bio-Nahrungsmittel
- keine chemischen Zusätze, die nicht hineingehören (z. B. Aromastoffe, Geschmacksverstärker etc.)
- keine Behandlungen, die nicht nötig sind (Homogenisierung etc.)
- so zubereiten, dass Inhaltsstoffe erhalten bleiben
- wenig Zucker, vor allem Industriezucker meiden
- Mehl aus vollem Korn gemahlen, Auszugsmehle meiden
- Fett: naturbelassene Fette, z. B. unraffinierte, kaltgepresste Öle
- keine Dinge, die der Körper nicht verträgt: auf Körperreaktionen achten!

**Gibt es simple Empfehlungen, um Übersäuerung zu vermeiden?**

Übersäuerung (medizinisch: Azidose) bezeichnet einen Zustand, bei dem der Säure-Basen-Haushalt des Körpers aus dem Gleichgewicht gerät – also wenn im Blut oder Gewebe zu viele saure Stoffwechselprodukte vorhanden sind oder zu wenig basische Substanzen, um diese auszugleichen. Entscheidend ist das Verhältnis von Säuren zu Basen, das über den pH-Wert bestimmt wird. Übersäuerung kann akut oder schleichend auftreten. Der Körper bildet ständig Säuren – durch Stoffwechsel und Ernährung. Normalerweise neutralisiert oder scheidet er sie aus. Wenn aber zu viele entstehen, kann die Balance kippen.

**Hauptursachen für eine Übersäuerung**

- säurebildende Ernährung durch zu viel Zucker, Weißmehl, Kaffee, Alkohol, Fleisch- und Milchprodukte sowie zu wenig Gemüse und Obst
- Bewegungsmangel
- verstärkte Säurebildung durch intensive Muskelarbeit, Krankheiten, Infektionen, Stoffwechselstörungen
- chronischer Stress
- verminderte Säureausscheidung durch Lungenerkrankungen, Nierenfunktionsstörungen, Enzymmangel, überlastete Puffersysteme (= chemische Systeme im Körper, die das Säure-Basen-Gleichgewicht stabil halten)
- Flüssigkeitsmangel
- Medikamente und Krankheiten, etwa Entwässerungsmittel oder Diabetes mellitus
- verminderte Basenaufnahme/-bildung, zum Beispiel durch nährstoffarme Ernährung oder Enzymstörungen
- verstärkte Basenausscheidung/-abbau, wie durch Nierenerkrankungen oder Gifte

**Maßnahmen gegen Übersäuerung**

- Eine überwiegend pflanzliche Ernährung mit viel Gemüse, Salat und Obst, unterstützt den Säure-Basen-Haushalt. Auch wenn so gut wie alle Obst- und Gemüsesorten an sich sauer sind, so haben sie trotzdem eine basische Wirkung auf den Körper.
- Vermeidung/Reduzierung von Säurebildnern wie Weißmehlprodukten, Industriezucker, Kaffee, Alkohol sowie Fleisch- und Milchprodukten
- ausreichende Flüssigkeitszufuhr, vorzugsweise reines, stilles Wasser. Stark gesüßte und somit säurebildende Getränke sollten vermieden werden (z. B. Cola, Limo).
- Bewegung, ruhiges und gleichmäßiges Atmen, Stressreduktion, ausreichend Schlaf und gute Entspannung, denn sie unterstützen die Ausscheidung von Säuren und die Säureneutralisation des Körpers.
- Ein „Basentag“ pro Woche (nur Obst, Gemüse, Kartoffeln, Wasser) kann helfen, das Gleichgewicht wiederherzustellen.
- Langsam essen und gut kauen reduziert die Säurebildung.

Susanne Just/Manfred Just

Nachdruck aus dem Zahnärzteblatt Sachsen  
mit freundlicher Genehmigung der LZK Sachsen  
Literaturliste auf Anfrage bei der Redaktion.

## AUS DER RECHTSPRECHUNG: BEHANDLUNGSFEHLER BEWEISEN / ANSTELLUNG BEI VERTRETUNG

**I**n Zivilprozessen müssen die Parteien konkret darlegen, warum die Gegenseite gegen ihre Pflichten verstoßen hat und deshalb zu einer Zahlung verpflichtet ist. Das Gericht entscheidet nur aufgrund des ihm unterbreiteten Vortrags. An dieser Hürde scheitern manche Kläger. In Arzthaftungsprozessen ist diese Hürde für den Patienten deutlich geringer. Die Gerichte erkennen an, dass es dem Patienten an der nötigen Kenntnis medizinischer Zusammenhänge fehlt und er deshalb regelmäßig nicht exakt darlegen kann, was der Arzt hätte anders machen müssen.

Allerdings geht dieses Patientenprivileg nicht beliebig weit. Das Oberlandesgericht Düsseldorf (OLG) hat sogar die Durchführung eines selbstständigen Beweisverfahrens verweigert, weil der Patient nur pauschal behauptete, es liege ein Behandlungsfehler vor (Az. 8 W 21/24). Der Patient fügte Hunderte Seiten von Behandlungsunterlagen bei und wollte, dass ein vom Gericht zu bestellender Gutachter diese auf einen möglichen Behandlungsfehler durchsucht. Wörtlich formulierte das OLG: „Es genügt nicht die pauschale Frage nach dem Vorliegen eines Behandlungsfehlers. Vielmehr müssen im Antrag gewisse Anhaltspunkte bezeichnet werden, aus denen sich das Vorliegen eines Behandlungsfehlers ergibt [...] Anderenfalls ist nicht erkennbar, welches Fehlverhalten dem Arzt vorzuwerfen ist.“

Solchem unzureichenden Vortrag der Gegenseite ist sofort entgegenzutreten, damit verhindert wird, dass ein Gutachter dem Patienten erst die Argumente liefert, die dieser für seinen Prozess braucht.

### PRAXISVERTRETER SIND MEIST ARBEITNEHMER, DAS HAT DRASTISCHE KONSEQUENZEN

Bekanntlich kann sich ein Vertragszahnarzt für eine gewisse Zeit unter bestimmten Bedingungen von einem anderen Zahnarzt vertreten lassen. Dies geschieht auch häufig, es gibt Zahnärzte, die fast bundesweit kurzfristig verfügbar sind.

Wichtig ist dabei, ob der Vertreter rechtlich ein „freier Mitarbeiter“ oder ein angestellter Arbeitnehmer ist. In letzterem Falle hat er um-

fangreiche Rechte, z. B. Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, und der Vertragszahnarzt muss Lohnsteuer und Sozialabgaben einbehalten und abführen. Tut er das nicht und zahlt das vereinbarte Honorar vollständig an den Vertreter aus, muss er damit rechnen, dass Finanzamt und Sozialversicherung Forderungen an ihn stellen.

Nach einem Beschluss des Landesarbeitsgerichts Schleswig-Holstein (LAG) dürfte ein Vertreter im Regelfall angestellter Arbeitnehmer sein (Az. 2 Ta 27/25). Eine Vertragszahnärztin konnte krankheitsbedingt ihren Beruf einige Zeit nicht ausüben und vereinbarte mit einem Zahnarzt im Ruhestand, dass dieser sie für rund drei Monate zu einem Stundenlohn von 100 € vertrete. Urlaubstage und Feiertage sollten nicht vergütet werden. Es kam dann zum Streit über die Höhe der Zahlungspflicht der Vertragszahnärztin. Diese machte geltend, dass der Vertreter auf Honorarbasis und nicht im Wege eines Arbeitsverhältnisses tätig werden sollte. Das sah das Arbeitsgericht Kiel, die erste Instanz, genauso. Die zweite Instanz, das LAG, entschied jedoch, dass es sich um ein Arbeitsverhältnis handle.

Das LAG führt hierzu aus, dass eine Gesamtbetrachtung anzustellen sei. Arbeitnehmer sei jemand, der im Dienste eines anderen zur Leistung weisungsgebundener, fremdbestimmter Arbeit in persönlicher Abhängigkeit stehe. Dabei kommt es weniger auf den Inhalt eines geschlossenen Vertrages, sondern „auf die gelebte Praxis“ an. Diese Gesamtbetrachtung führte im konkreten Falle zu einer Arbeitnehmer-eigenschaft des Vertreters:

- Der Vertreter konnte seine Arbeitszeit nicht frei einteilen, sondern musste sich an die Praxiszeiten halten
- Er konnte rein faktisch nicht parallel für andere Auftraggeber tätig werden
- Er konnte sich keinen eigenen Patientenstamm aufbauen
- Er hatte keine eigenen Betriebsmittel, insbesondere kein eigenes Personal
- Er trug kein unternehmerisches Risiko

Dies dürfte vermutlich bei fast allen Vertretern von Vertragszahnärzten so sein, daher sind diese Arbeitnehmer mit den oben beschriebenen Konsequenzen.

Quelle: Dr. med. dent. Wieland Schinnenburg, Fachanwalt für Medizinrecht, [www.rechtsanwalt-schinnenburg.de](http://www.rechtsanwalt-schinnenburg.de)

## NEUES AUS TRIER



Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland steht vor tiefgreifenden Reformen, um ein drohendes Defizit auszugleichen. Gesundheitsministerin Warken plant ein Maßnahmenpaket, das höhere Zuzahlungen für Versicherte, Beitragssatzerhöhungen und erhebliche Einschnitte bei Ärzten, Zahnärzten und Kassen vorsieht. Zu all diesen aktuellen Themen tauschen wir uns beständig mit den Verantwortlichen des Gesundheitswesens aus und engagieren uns nachdrücklich für die Belange sowie berechtigten Anliegen unserer Mitglieder und der Patienten. (Im Bild: Bundesministerin für Gesundheit **Nina Warken** und BZK-Geschäftsführer **Dr. Robert Germund**)



Die Jugendzahnpflege ist eines der erfolgreichsten Prophylaxeprogramme unserer Zeit und so freuen wir uns über die sehr gute Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e. V. und mit unseren örtlichen Arbeitsgemeinschaften. Ein besonderes Highlight war zuletzt auch die Zusammenarbeit mit der Freiburger Puppenbühne, welche bei mehreren regionalen Terminen die Kinder und Erwachsenen begeisterte. Danke an alle, die dies ermöglicht haben und begleiten! Wir freuen uns auf ein Wiedersehen! (V. l. n. r. **Norbert Dixius** (AGZ Trier), **Dr. Johannes Minuth** (Freiburger Puppenbühne), **Ellen Erken-Müller** (AGZ Bernkastel-Wittlich) und **Gabe Baumeister**.)



Recruiting 2026 – die BZK Trier bei zahlreichen regionalen und überregionalen Ausbildungsmessen: Als BZK Trier sind wir ganzjährig für unsere Mitglieder bei vielen Berufsorientierungs-, Schul- und Ausbildungsmessen mit unseren Ausbildungsbotschafterinnen sowie -scouts unterwegs, beantworten alle Fragen zur ZFA-Ausbildung, informieren zur Fort- und Weiterbildung und üben auch praktisch verschiedene Fertigkeiten. Wir stehen auch interessierten Mitgliedern jederzeit bei Fragen rund um die Themen der Mitarbeitergewinnung gerne unterstützend zur Verfügung. (V. r. n. l.: **Heike Mentchen**, Ausbildungsbotschafterin der BZK Trier, **Sahar Sadaf**, Ausbildungsscout der BZK Trier und Dr. Robert Germund, bei der „Future 2026“ in Trier)

Dr. Robert Germund

# KOBLENZER FACHTAGUNG IMPLANTOLOGIE



**D**ie Frühjahrssitzung 2026 der Koblenzer Fachtagung Implantologie beschäftigte sich diesmal mit aktuellen Konzepten der Periimplantitis-Therapie sowie Möglichkeiten durch neue digitale implantat-prothetische Therapieansätze.

Vor ca. 100 Zahnärzten und Zahntechnikern aus dem nördlichen Rheinland-Pfalz diskutierten Univ.-Prof. Dr. Frank Schwarz, Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie, Implantologie und Orale Medizin, Goethe Universität Frankfurt sowie PD Dr. Paul Weigl, Leiter der Abteilung für Postgraduale Ausbildung, ZZMK, Goethe Universität Frankfurt.

## PROF. DR. FRANK SCHWARZ

Univ.-Prof. Dr. Frank Schwarz stellte evidenzbasierte Strategien und Wege zur klinischen Entscheidungsfindung bei der Periimplantitis-Therapie vor.

„Die Periimplantitis stellt trotz signifikanter Fortschritte in der Implantologie weiterhin eine der größten klinischen Herausforderungen dar. Die verfügbaren Daten zeigen, dass der Therapieerfolg weniger von einzelnen Maßnahmen als vielmehr von einem komplexen Zusammenspiel aus Defektmorphologie, chirurgischem Vorgehen, implantatbezogenen Faktoren und patientenspezifischen Einflussgrößen bestimmt wird.“

Nicht-chirurgische Therapieansätze zeigen insbesondere bei moderaten bis fortgeschrittenen Läsionen eine limitierte Vorhersagbarkeit. In der Mehrzahl der Fälle ist daher ein chirurgisches Vorgehen erforderlich, um eine suffiziente Dekontamination der Implantatoberfläche zu ermöglichen und entzündliche Prozesse nachhaltig zu kontrollieren.

Grundsätzlich lassen sich chirurgische Therapiestrategien in nicht-rekonstruktive (resektive) und rekonstruktive Verfahren unterteilen. Resektive Ansätze zielen primär

auf die Reduktion von Sondierungstiefen sowie die Schaffung hygienefähiger Verhältnisse ab. Rekonstruktive Verfahren verfolgen darüber hinaus das Ziel einer knöchernen Defektauffüllung und Stabilisierung der periimplantären Gewebe.

Die aktuelle Evidenz zeigt, dass rekonstruktive Maßnahmen zwar konsistent zu einer verbesserten radiologischen Defektauffüllung führen können, jedoch keinen klaren Vorteil hinsichtlich der vollständigen Entzündungsauflösung gegenüber nicht-rekonstruktiven Verfahren aufweisen. Die Wahl des Therapiekonzepts sollte daher primär defektorientiert erfolgen.

Ein entscheidender prognostischer Faktor ist die Defektmorphologie. Insbesondere „Contained defects“ (3- bis 4-wandige intraossäre Defekte) zeigen eine signifikant bessere Eignung für regenerative Verfahren als nicht-contained Defekte. In letzteren Fällen sind resektive oder kombinierte Ansätze

häufig die biologisch sinnvollere Option.

Hinsichtlich adjuvanter Maßnahmen wie Membranen, systemischen Antibiotika oder biologischen Zusatzstoffen zeigt die aktuelle Datenlage kein konsistentes Bild. Ein routinemäßiger Einsatz kann derzeit nicht evidenzbasiert empfohlen werden und sollte individuell kritisch abgewogen werden.

Neben chirurgischen Faktoren spielen lokale und patientenbezogene Einflussgrößen eine zentrale Rolle für den Therapieerfolg. Ein fortgeschrittenes Ausgangsstadium mit ausgeprägtem Knochenverlust, tiefen Taschen und Suppuration ist mit einer deutlich reduzierten Erfolgswahrscheinlichkeit assoziiert. Ebenso relevant sind implantatbezogene Faktoren wie Oberflächencharakteristika sowie die Präsenz keratinisierter Mukosa.

Ein wesentlicher, häufig unterschätzter Faktor ist die postoperative Nachsorge. Die langfristige Stabilität periimplantärer Verhältnisse ist maßgeblich von der Compliance des Patienten sowie einer strukturierten unterstützenden Therapie abhängig. Unzureichende Biofilmkontrolle und mangelnde Recall-Teilnahme stellen zentrale Risikofaktoren für Rezidive dar.

Darüber hinaus zeigen aktuelle Analysen, dass auch der Behandler selbst einen relevanten Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Chirurgische Erfahrung, standardisierte Vorgehensweisen und intraoperative Entscheidungsprozesse wirken sich signifikant auf die klinischen Ergebnisse aus.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die erfolgreiche Therapie der Periimplantitis eine konsequent individualisierte und

evidenzbasierte Entscheidungsfindung erfordert. Zentrale Elemente sind eine präzise Diagnostik, eine defektspezifische Therapieplanung sowie eine konsequente postoperative Betreuung.

Die größte Herausforderung liegt dabei nicht in der Verfügbarkeit therapeutischer Optionen, sondern in deren indikationsgerechter Anwendung.“

## PD DR. PAUL WEIGL

PD. Dr. Paul Weigl referierte über das Thema „Effizienz trifft Präzision: digitale implantatprothetische Therapiekonzepte in der Praxis“:

„In der oralen Implantologie sind digitale Prozesse längst kein Nischenthema mehr. Sie transformieren die klinischen Behandlungsabläufe grundlegend und schaffen Synergien, von denen insbesondere die Implantatprothetik profitiert. Gerade für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die selbst nicht implantieren, eröffnen digital unterstützte Behandlungskonzepte neue Möglichkeiten, implantologische Therapien prothetisch sicher, effizient und vorhersagbar zu gestalten.“

Die Digitalisierung des Patienten in Form eines DVTs und eines optischen Scans der beiden Kiefer erlaubt es uns heute, den Zahnersatz bereits vor dem eigentlichen chirurgischen Eingriff herzustellen. Alternativ ermöglichen Chairside-3D-Druckverfahren die unmittelbare Herstellung provisorischer Versorgungen direkt im Anschluss an die Implantatinsertion.

Diese Sofortversorgung und damit Sofortbelastung von Einzelzahnimplantaten ist

klinisch nur erfolgreich, wenn durch moderne Implantatsysteme eine hohe Primärstabilität erzielt wird. Letzteres wird insbesondere durch ein horizontal ausgeprägtes Implantatgewinde erreicht.

Ein weiterer zentraler Vorteil digitaler Verfahren liegt in der verbesserten Kommunikation zwischen Oralchirurgie, Prothetik und Zahntechnik. Plattformbasierte Lösungen erleichtern den strukturierten Austausch von Planungsdaten, intraoralen Scans, radiologischen Informationen und zahntechnischen Konstruktionsdaten. Auf Basis dieser vernetzten Daten kann der Zahntechniker das Design von Abutment und Krone unter genauer Kenntnis der dreidimensionalen periimplantären Knochenstruktur gestalten. Dies ermöglicht eine Prothetik, die optimal auf die anatomischen Gegebenheiten abgestimmt ist und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen folgt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die digitale Transformation weit mehr ist als nur der Ersatz konventioneller Abformungen. Die konsequente digitale Herstellung von Implantatprothetik ermöglicht einen hochgradig effizienten klinischen Arbeitsablauf, minimiert Fehlerquellen und steigert die Wirtschaftlichkeit der Praxis.“

*Literaturliste auf Anfrage bei der Redaktion.*

*Die Herbstsitzung der Koblenzer Fachtagung Implantologie findet am 18. November 2026 statt.*

*Dr. Dr. Reinhard Lieberum*



# 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](http://institut-lzk.de).

THEMA, KURSNUMMER	WANN	WO	BESCHREIBUNG	REFERENTEN	PUNKTE
Oralchirurgisches Kompendium M3, 268113	Mi, 01.07.2026 14–18 Uhr	LZK	Sofortimplantation leicht gemacht – Erfolgreicher Einstieg mit gezieltem Hart- und Weichgewebemanagement	Prof. Dr. Dr. Keyvan Sagheb	6
Sommerakademie Hygiene, 268277	Di/Mi 28./29.07.2026 10–18 Uhr	LZK	Kompaktkurs Hygiene I und II – Aktualisierung der Sachkenntnisse in der Zahnheilkunde	Sabine Christmann Archibald Salm	20
Oralchirurgisches Kompendium M4, 268114	Fr, 21.08.2026 14–18 Uhr	LZK	Digitale Diagnostik und OP-Planung in der Oralchirurgie	Prof. Dr. Tabea Flügge	5
Oralchirurgisches Kompendium M5, 268115	Mi, 16.09.2026 14–18 Uhr	LZK	Modul 5, Evidenzbasierte Konzepte zur Knochenaugmentation des Kieferkamms	Prof. Dr. Christian Mertens	5
Strategische Praxisnachfolge, 268132	Sa, 26.09.2026 10–15:30 Uhr	Atrium-Hotel Mainz	Steuerliche, rechtliche und betriebswirtschaftliche Bedingungen für die Praxisabgabe	Dr. Andreas Laux und weitere	7
Hygiene I, 268282	Mo, 28.09.2026 10–18 Uhr	LZK	Anforderungen an die allgemeine Hygiene	Sabine Christmann Archibald Salm	10
Hygiene II, 268283	Di, 29.09.2026 10–18 Uhr	LZK	Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten	Sabine Christmann Archibald Salm	10
Datenschutz für die Praxis, 268301	Mi, 30.09.2026 14–18 Uhr	LZK	Sicher, rechtskonform und patientenorientiert arbeiten	Dr. Robert Germund	5
Curriculum Weiße Ästhetik, 268701	09.10.2026 – 21.11.2026	LZK	Strukturierte Fortbildung in 3 Modulen und Abschlussgespräch	Prof. Dr. Roland Frankenberger	79
Curriculum Implantologie, 268191	16.10.2026 – 17.04.2027	LZK	Strukturierte Fortbildung in 5 Modulen und Abschlussgespräch	Prof. Dr. Ralf Rössler und weitere	104
Hygiene I, 268284	Di, 27.10.2026 10–18 Uhr	LZK	Anforderungen an die allgemeine Hygiene	Sabine Christmann Archibald Salm	10
Hygiene II, 268285	Mi, 28.10.2026 10–18 Uhr	LZK	Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten	Sabine Christmann Archibald Salm	10

# VIER FRAGEN ZUM CURRICULUM WEISSE ÄSTHETIK

**D**as Curriculum Weiße Ästhetik ist ein Erfolgsmodell am Institut für Bildung und Wissenschaft der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz (LZK). Es findet in dieser Form bereits zum sechsten Mal statt. Dazu vier Fragen an den Leiter, **Prof. Dr. Roland Frankenberger**, Geschäftsführender Direktor der UniversitätsZahnMedizin Marburg (links im Bild):

## BRAUCHEN DIE TEILNEHMENDEN VORKENNTNISSE ODER IST DAS CURRICULUM AUCH FÜR BERUFSEINSTEIGER GEEIGNET?

**Prof. Frankenberger:** Nein, Vorkenntnisse sind nicht notwendig. Man kann ein Basis-Curriculum auch direkt nach dem Studium buchen.

## WIE IST DER INHALT UND DER AUFBAU DES CURRICULUMS?

Es geht um das A bis Z der Kompositrestauration im Front- und Seitenzahnbereich, und zwar um Adhäsivtechnik, Deep Margin Elevation, Schichttechnik, Diastemaschluss, direkte Veneers, Klasse IV und Wurzelkaries. Dazu behandeln wir Bleaching, Keramik im Front- und Seitenzahnbereich wie Veneers, Inlays, Teilkronen sowie Tabletops.

## WAS IST DER BENEFIT FÜR DIE TEILNEHMENDEN IM PRAXISALLTAG?

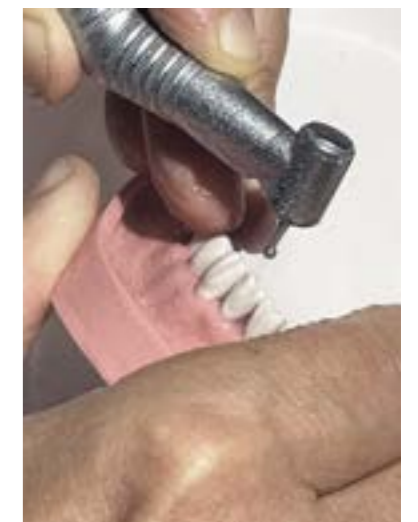
Die Teilnehmenden können sich auf einen sehr großen Hands-on-Teil von ca. 50 Prozent freuen. Wir arbeiten an Komposit Klasse II, Klasse II mit DME, Klasse IV, Klasse V, Diastemaschluss, Black Triangle / 25 Präparationen für Keramikinlay, Vonlay, Teilkrone, Tabletop, Veneers, inklusive der Befestigung eines Veneers und einer Teilkrone aus Keramik.

## WELCHEN BEZUG HABEN SIE ZU MAINZ, WARUM KOMMEN SIE SEIT SO VIELEN JAHREN GERN HIERHER?

Ich hatte einen der schönsten Vorträge meines ganzen Lebens in Rheinland-Pfalz, nämlich beim Zahnärztetag 2015 auf dem Hambacher Schloss zusammen mit Reinhold Messner. Das war ein unvergessliches Erlebnis und es wird mich immer mit der Kammer Rheinland-Pfalz verbinden.

Außerdem ist die Gastfreundschaft in Mainz herausragend und ich fühle mich als Referent pudelwohl und immer maximal unterstützt. Daher ist Mainz ein fester Ankerpunkt in meinem Kalender.

## DANKE FÜR DAS GESPRÄCH!



Die genauen Daten und Infos finden Sie in unserer Kurswerbung auf der Umschlagseite hinten oder unter [institut-lzk.de](http://institut-lzk.de).

# CURRI CULUM

## WEISSE ÄSTHETIK 2026



**Kurs-Nr.: 268701**  
**Oktober bis**  
**November 2026**

**Prof. Dr. Roland Frankenberger, Marburg**  
Susanne Storch B.A., Gabsheim  
Prof. Dr. Ralf Rössler, Meggen/CH

Kurszeiten:

freitags	14:00 - 19:00 Uhr
(ausgenommen Modul 3	09:00 - 19:00 Uhr)
samstags	09:00 - 17:00 Uhr

### TERMINÜBERSICHT

#### **Modul 1: Grundlagen der minimalinvasiven Ästhetischen Zahnmedizin / Komposit I**

Fr, 09.10.2026

Sa, 10.10.2026

Prof. Dr. Roland Frankenberger, Marburg

#### **Modul 2: Komposit II / Keramikinlays und -teilkronen**

Fr, 30.10.2026

Sa, 31.10.2026

Prof. Dr. Roland Frankenberger, Marburg

#### **Modul 3: Abrechnung / Keramikveneers**

Fr, 13.11.2026

Sa, 14.11.2026

Susanne Storch B. A., Gabsheim

Prof. Dr. Roland Frankenberger, Marburg

#### **Kollegiales Abschlussgespräch**

Sa, 21.11.2026

Prof. Dr. Ralf Rössler, Meggen/CH

Ort: Institut Bildung und Wissenschaft  
der LZK Rheinland-Pfalz

Fortbildungspunkte: 79

Gebühr: 2.790,00 €

### **Begrenzte Teilnehmerzahl**

#### **Ansprechpartner:**

fachlich:

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Ralf Rössler, Meggen/CH

organisatorisch:

Ina Weinheimer.

weinheimer@lzk.de

