

ZAHN ÄRZTE BLATT

01
24



„Ich bin auch genervt von der Bürokratie!“ Jahresempfang der Wirtschaft S. 10
Standespolitik: Rheinland-Pfalz führt Fachzahnarzt Parodontologie ein S. 30
Fachartikel: „Adaptionsstörung oder anfängliche Demenz?“ S. 36

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!**



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,



Wenn ich heute noch einmal auf die bereits einige Zeit zurückliegende Vertreterversammlung zurückkomme, so hat dies in erster Linie diesen Grund, dass die seinerzeit beschlossenen Satzungsänderungen nach der zwischenzeitlich erteilten ministeriellen Genehmigung nun Rechtskraft erlangt haben. Damit haben wir in Rheinland-Pfalz, als zweite Zahnärztekammer überhaupt, den Weg für eine Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Parodontologie geebnet. Wegen der hohen Bedeutung dieses Themas finden Sie in dieser Ausgabe unseres Zahnärzteblattes ab Seite 30 noch einmal weitergehende Informationen und Erklärungen dazu.

Eine weitere Angelegenheit, die ich hier noch einmal ausdrücklich und in aller Offenheit an Sie herantragen möchte, ist die – ebenfalls im November 2023 beschlossene – Beitragserhöhung. Nach neun Jahren unveränderter Beitragshöhe haben es sich Vorstand, Haushaltsausschuss und Vertreterversammlung mit dieser Entscheidung keinesfalls leicht gemacht. Die alle Ausgabenbereiche betreffenden Kostensteigerungen der letzten Jahre machten den Schritt einer moderaten Beitragsanpassung letztlich aber unausweichlich. Natürlich wissen die Vertreterinnen und Vertreter ebenso wie die in den Ausschüssen und im Vorstand Tätigen, dass – gerade in einer wirtschaftlich angespannten Zeit, wie wir sie für unseren Berufsstand gerade erleben – höhere Beiträge von niemandem geliebt und immer auch kritisch hinterfragt werden. Seien Sie daher versichert, dass wir auch in Zukunft

sorgsam mit den zur Verfügung stehenden Mitteln umgehen werden.

Soweit der Blick zurück. In die Zukunft gerichtet, möchte ich an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich für unseren rheinland-pfälzischen Fortbildungskongress „Zahnheilkunde 2024“ werben, der am 12. und 13. April im Hilton Hotel in Mainz stattfinden und sich dem hochaktuellen Thema „Seniorenzahnmedizin“ widmen wird.

In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin hat unser wissenschaftlicher Leiter, Professor Dr. James Deschner, ein vielfältiges und sehr spannendes Programm mit den neuesten Entwicklungen der Seniorenzahnmedizin zusammengestellt. Ein hohes Maß an Interdisziplinarität innerhalb der Zahnheilkunde und in die relevanten Gebiete der Allgemeinmedizin hinein und ein äußerst interessanter Mix aus Expertenwissen und praxisrelevanten Workshops garantieren auch dieses Mal wieder zwei lohnenswerte Fortbildungstage in Mainz mit vielfältigen Möglichkeiten zu Begegnungen und kollegialem Austausch. Lassen Sie sich diese Gelegenheit nicht entgehen! Wir freuen uns darauf, Sie im April zu Zahnheilkunde 2024 in Mainz begrüßen zu dürfen.

Herzliche kollegiale Grüße

INHALT

03 EDITORIAL

von Dr. Wilfried Woop

06 MELDUNGEN

10 TITEL

„Ich bin auch genervt von der Bürokratie!“ -
Jahresempfang der Wirtschaft in Mainz
mit Dr. Robert Habeck



14 FACHARTIKEL

S2k-Leitlinie: „Zahnärztliche Behandlungsempfehlungen von Kindern und Erwachsenen vor und nach einer Organtransplantation“
von Dr. Dr. Thomas Morbach et al.

22 STANDESPOLITIK

Was die Krankenhausreform für uns
Zahnärzte bedeutet
von Dr. Romy Ermler

SERVICE

24 Einwilligung des Patienten in die Behandlung
von Dr. Wieland Schinnenburg

25 CIRS dent – jeder Zahn zählt

26 HINTERGRUND

Fachkräftemangel: Wie Zahnärzte von der
3-plus-2-Regel profitieren können
von Daniel Schrader

27 Fortbildungssiegel: Was ist zu beachten?

28 FACHARTIKEL

Master-Thesis: Zugewinn an transversaler
Breite im Oberkiefer unter Herbst-Therapie?
von Mira Spaeth

30 STANDESPOLITIK

Rheinland-Pfalz führt Fachzahnarzt für
Parodontologie ein –
Interview mit Dr. Wilfried Woop
und Dr. James Deschner

34 SERVICE

Jobrad: Steuern sparen durch Fahrrad fahren
von Dr. Andreas Laux

35 EINLADUNG

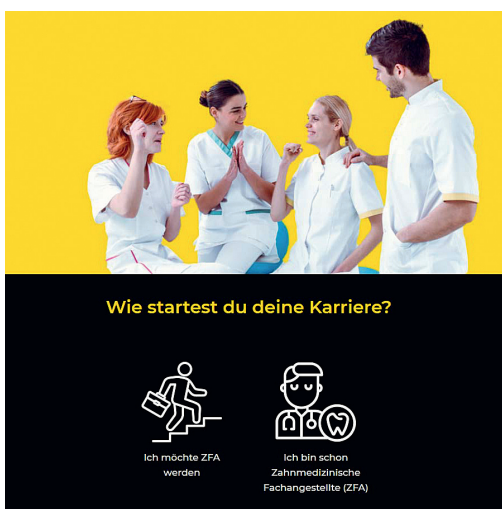
zum Zahnheilkunde-Kongress 2024

36 FACHARTIKEL

Adaptionsstörung oder anfängliche Demenz?
von Prof. Dr. Anne Wolowski

39 INTERVIEW

Karrierewege in der Zahnarztpraxis
mit ZÄ Stephanie Fischer



40 REGIONAL

Rheinhausen: Dr. Andrea Habig-Mika
mit Dr.-Horst-Sebastian-Medaille
ausgezeichnet
von Dr. Boris Henkel

42 EHRUNGEN

Auszeichnungen verdienter Mitglieder

43 NACHRUF

Prof. Dr. Bernd D'Hoedt
von Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas

44 HINTERGRUND

Helfende Hände in Madagaskar
von San.-Rat Dr. Michael Rumpf

46 REGIONAL

Trier: Schnittmengen in der Medizin
und Zahnmedizin, Prinzenumtrunk in Trier
und Schulterchluss der Heilberufe
von Dr. Robert Germund u. a.

Impressum

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

Zahnärztliche Chefredakteurin: Dr. Andrea Habig-Mika

Redaktion und Layout: Susanne Rentschler, Anja Schmoll

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

Telefon: 06131/9613660, Fax: 06131/9613689

redaktion@lzk.de, **lzk.de**

Druck und gewerbliche Anzeigen: Satztechnik Meißner GmbH

Beilage: Diese Ausgabe enthält eine Beilage vom Institut Bildung und Wissenschaft der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz

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

Der Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Um Ihnen den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir teilweise auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für Personen aller Geschlechter. Nachdruck, auch

auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Leserbriefe, Manuskripte, Fotos und Zeichnungen wird seitens der Redaktion keine Haftung übernommen. Namentlich gekennzeichnete oder signierte Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Bildnachweis:

Für das Zahnärzteblatt Rheinland-Pfalz sind Fotos und Illustrationen aus unserer eigenen Redaktion sowie der nachfolgenden Fotografen und Bilddatenbanken verwendet worden: Bezirks Zahnärztekammer (BZK) Rheinhausen, BZK Pfalz, BZK Trier/Dr. Robert Germund, Bundes Zahnärztekammer, Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), Fotolia, Dr. Julia Heider, Dr. Boris Henkel, Istockphoto, Medigames, ProDente e. V., San.-Rat Dr. Michael Rumpf, Sächsische Staatskanzlei/Pawel Sosnowski, Alexander Sell, Shutterstock, Mira Spaeth/ Praxis Dres. Zöller, Prof. Dr. Anne Wolowski.



MELDUNGEN

BOYS'DAY: MACHEN SIE MIT BEIM JUNGEN-ZUKUNFTSTAG 2024!

Nur wenige junge Männer starten eine Ausbildung in der Zahnarztpraxis. Ein Weg, Jungen für den ZFA-Beruf zu interessieren, kann der Boys' Day sein. Der Boys' Day ist ein Berufsorientierungstag für Jungen, der einmal im Jahr stattfindet, dieses Jahr am 25. April. Unternehmen und Institutionen laden Jungen ab Klasse 5 ein, an diesem Tag ihr Berufsfeld

kennenzulernen – Berufe in denen maximal 40 Prozent Männer aktuell eine Ausbildung machen oder studieren. Machen Sie mit und tragen Sie Ihr Angebot als digitales oder Angebot vor Ort ins Boys' Day-Radar ein!

Die Boys' Day-Vertretungen in Ihrer Region helfen Ihnen gerne bei Ihren Planungen. Mehr Informationen unter www.boys-day.de



**JETZT
KOMMST
DU!**

**#BOYSDAY
BOYS-DAY.DE**

**KLISCHEEFREIE BERUFS- UND
STUDIENWAHL FÜR ALLE**

25. April 24

**Jungen-Zukunftstag
Boys' Day**

PREISE FÜR ZAHNMEDIZINISCHE LEISTUNGEN KAUM GESTIEGEN

Im Jahr 2022 stiegen die Preise aller in Deutschland produzierten Güter gegenüber dem Vorjahr um durchschnittlich 9,5 Prozent. Zahnärztliche Leistungen wurden dagegen nur um 1,9 Prozent teurer. Das zeigt, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte die gestiegenen Kosten für Vorleistungen und Löhne bisher weitgehend selbst tragen. Diese und weitere Zahlen zum zahnärztlichen Berufsstand, zur Mundgesundheit und zum Ge-

sundheitsverhalten der Bevölkerung stehen in der aktuellen Ausgabe des Statistischen Jahrbuchs der Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Es kann für 10,00 Euro zzgl. Versand über die BZÄK bestellt werden: www.bzaek.de/service/broschueren-und-publikationen.html



EU-VERGLEICH: WIE GUT IST DIE ZAHNMEDIZINISCHE VERSORGUNG?

Die EU plant die Angleichung ihrer Gesundheitssysteme. Der Europäische Raum für Gesundheitsdaten (EDHS) soll dafür Fakten bereitstellen, allerdings gibt es in vielen EU-Ländern kaum valide Gesundheitsdaten. Welches empirische Wissen die Oralepidemiologie, die Krankheitskostenrechnung und die Vergleichende Internationale Gesundheitssystemanalyse auf nationaler Ebene bereithalten, zeigt eine aktuelle IDZ-Publikation (engl.).

Die zahnmedizinischen Versorgungssysteme von Belgien, Dänemark, Deutschland, den Niederlanden und Spanien wurden verglichen. Denn nur diese fünf EU-Staaten halten ausreichende Statistiken vor. Die Ergebnisse zeigen unterschiedliche Stärken und Schwächen: Während Dänemark, die Niederlande und Spanien bei Fünf- bis Siebenjährigen überdurchschnittlich gut abschnitten, schnitten Dänemark und Deutschland bei 12- bis 14-Jährigen, die Niederlande, Spanien und Belgien bei 35- bis 44-Jährigen sowie Belgien und die Niederlande bei 65- bis 74-Jährigen überdurchschnittlich gut ab. Mehr Infos unter www.idz.institute



DENTALAMALGAM – ÜBEREILTER AUSSTIEG VOM EU-PARLAMENT GEWÜNSCHT

Das Europäische Parlament (EP) hat im Januar seine Beratungen über die Revision der EU-Quecksilberverordnung vorerst abgeschlossen. Die Abgeordneten folgten dem Kommissionsvorschlag und sprachen sich aus Umweltschutzgründen für ein Verbot von Dentalamalgam ab Januar 2025 aus.

Über diesen Zeitpunkt hinaus soll der Werkstoff nur für medizinisch unerlässliche Behandlungen erlaubt bleiben. Aus Gründen der Versorgungssicherheit hatte sich EP-Berichterstatterin Marlene Mortler (CSU) im Vorfeld für ein Kompromissdatum eingesetzt: „Die Verwendung von Dentalamalgam zur Zahnbehandlung [ist] bis zum 31. Dezember 2026 in den Mitgliedstaaten zulässig, in denen Dentalamalgam ein relevantes Material für die zahnärztliche Versorgung und eine der einschlägigen öffentlich erstatteten Methoden für Zahnfüllungen ist“, für das es keine Mehrheit gab. Nach dem Parlamentsvotum entscheiden nun die im Rat versammelten Mitgliedstaaten. Offen ist, ob das Verfahren bis zu den Europawahlen im Juni abgeschlos-

sen werden kann. Von Seiten der europäischen und deutschen Zahnärzteschaft gab es Unverständnis für den viel zu kurzen Zeitraum, zumal die umweltgerechte Entsorgung sichergestellt ist.

Quelle: BZÄK



PROF. NITSCHKE ERHÄLT BUNDESVERDIENSTKREUZ

Wir gratulieren Prof. Dr. Ina Nitschke, die im Januar mit dem Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet wurde.

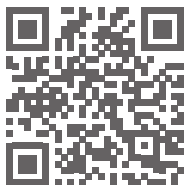
Damit werden Menschen geehrt, die sich in besonderer Weise um das Gemeinwohl verdient gemacht haben. Überreicht wurde das Bundesverdienstkreuz vom sächsischen Ministerpräsidenten Michael Kretschmer, stellvertretend für den Bundespräsidenten.

Prof. Nitschke, die auch als Oberärztin an der Universität Leipzig tätig ist, setzt sich als Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) seit vielen Jahren dafür ein, dass das Fachgebiet Seniorenzahnmedizin in Deutschland mehr Beachtung findet und sich weiterentwickeln konnte.

Prof. Nitschke hat mit Prof. James Deschner zusammen die wissenschaftliche Leitung des diesjährigen Zahnheilkunde-Kongresses in Mainz inne (s. S. 35). Herzlichen Glückwunsch!

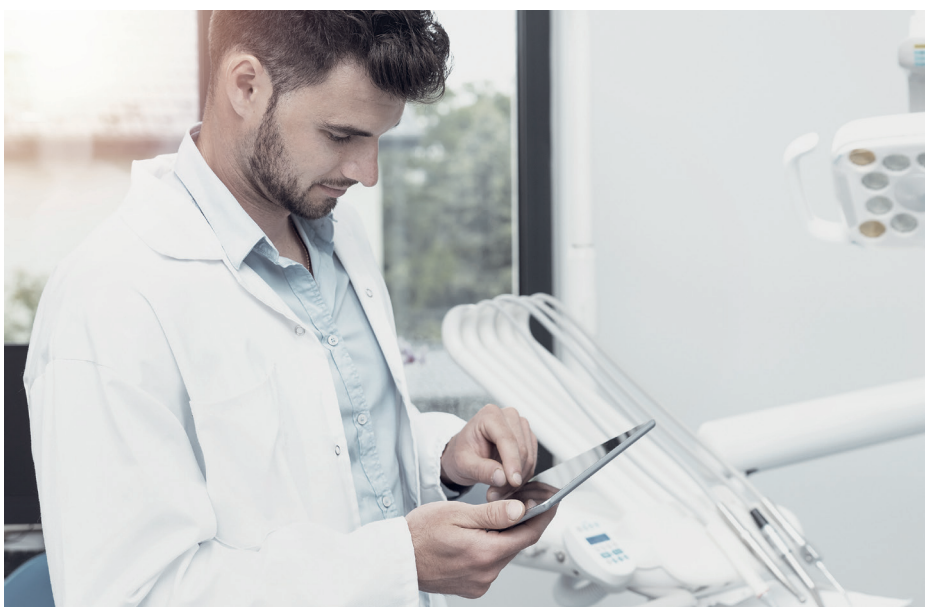


VIER WOCHEN PRAXISLUFT



Mit der neuen Zahnärztlichen Approbationsordnung (ZApprO) wird jetzt auch eine vierwöchige Famulatur im Studium Pflicht. Die Universitätsmedizin Mainz hat aktuell sowohl für Studierende als auch für interessierte Praxen Informationen hierzu bereitgestellt.

www.unimedizin-mainz.de/zmk/famulatur.html



NEUE SEITE: BESCHLÜSSE DES BERATUNGSFORUMS FÜR GEBÜHRENORDNUNGSFRAGEN

Für die Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen wurde eine neue Seite auf der Homepage der Bundeszahnärztekammer eingerichtet.

Die Nutzer haben nun die Möglichkeit, nach Suchbegriffen und/oder Themen zu filtern. Auch weiterhin ist eine Gesamtübersicht der Beschlüsse abrufbar, jetzt in zwei verschiedenen Varianten: Gruppirt nach vorgegebenen Kategorien oder numerisch aufgelistet. Beide Versionen werden als

PDF-Datei im BZÄK-Layout angeboten.

Für jeden einzelnen Beschluss steht ebenfalls eine PDF-Datei im BZÄK-Layout zum Download zur Verfügung.

<https://www.bzaek.de/goz/beratungsforum-fuer-gebuehrenordnungsfragen.html>



WEHRET DEN ANFÄNGEN!

Anlässlich des Neujahrsempfangs der Zahnärzteschaft beziehen die Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) klare Haltung gegen jede Form von Extremismus, Antisemitismus sowie Rassismus und distanzieren sich eindeutig von allen damit sympathisierenden Gruppierungen. Hierzu erklären Martin Hendges (KZBV), Professor Dr. Christoph Benz (BZÄK) und Professor Dr. Jörg Wiltfang (DGZMK):

„Wir als zahnärztlicher Berufsstand positionieren uns unmissverständlich gegen Menschenfeindlichkeit und extremistisches Gedankengut. Gerade das Treffen radikaler Rechter Ende des letzten Jahres in Potsdam, im Rahmen dessen Pläne über eine sogenannte ‚Remigration‘ bekannt geworden

sind und damit Menschen mit einem Migrationshintergrund aus Deutschland vertrieben werden sollen, macht deutlich, dass solche Gruppierungen Feinde der Demokratie und unseres Grundgesetzes sind. (...) Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen versorgen mit ihren Teams täglich Hunderttausende von Menschen, unabhängig irgendwelcher ethnischer oder sonstiger Zugehörigkeiten. Wir schätzen unsere Kolleginnen, Kollegen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund. Ohne sie wäre in Praxen und Kliniken Notstand. Es geht jetzt darum, nicht zu schweigen oder zu verharmlosen, sondern nach dem Grundsatz ‚Wehret den Anfängen!‘ gemeinsam verfassungsfeindlichen Aktivitäten und Bestrebungen entgegenzutreten, damit unsere demokratische Gesellschaft fortbestehen kann.“

Quelle: BZÄK, KZBV, DGZMK



SPORTWELTSPIELE

Olympiade für Ärztinnen und Ärzte: Die Medigames werden dieses Jahr in Saint-Tropez ausgetragen. Rund 1.500 Athleten aus über 40 Ländern treten jährlich bei den Sportweltspielen für Medizin und Gesundheit an – in über 20 Disziplinen. Termin: 16. bis 23. Juni, Anmeldung und Infos: www.sportweltspiele.de

Hochtransluzentes Zirkon, über digitalen Datentransfer

- Ästhetik pur! – Zahnersatz zu 100% hergestellt in Deutschland
- Auch mit gedruckten Modellen (Mehrkosten)
- Sie können wählen: Fräsung 29,-
Design 15,-
Glanzbrand Bemalung 30,-
Standardversand 5,90
Digital ready crown 79,90*

Kostenlose Neuanfertigung bei Fraktur (innerhalb der Garantie) auf Basis der digital gespeicherten Daten.
*Pro Einheit zzgl. MwSt.



LAUFER
ZAHNTECHNIK
WWW.LAUFER-ZAHNTECHNIK.DE

ab **34,90 €***
inkl. Standardversand
zzgl. MwSt.

„ICH BIN AUCH GENERVT VON DER BÜROKRATIE“

Jahresempfang der Wirtschaft in Mainz



Gruppenfoto mit dem Hauptredner Dr. Robert Habeck, der Ministerpräsidentin, den Kammerpräsidenten, Geschäftsführern und der Weinkönigin.

Zum 23. Jahresempfang der Wirtschaft waren mehrere Tausend Gäste in die Rheingoldhalle nach Mainz gekommen, um den diesjährigen Hauptredner, Bundeswirtschaftsminister Robert Habeck, zu hören, sich zu vernetzen und Kontakte zu pflegen. Gastgeber sind 15 rheinland-pfälzische Kammern, darunter auch die Landeszahnärztekammer (LZK).

Die Eingangsrede hielt der neue IHK-Präsident **Marcus Walden**, der direkt auf eins der größten Themen des Abends einging und einen Bürokratieabbau forderte. „Ich bin auch genervt von der Bürokratie“, gestand **Robert Habeck** in seiner Rede und gewann damit merklich Pluspunkte beim Publikum, das im Laufe der Rede zunehmend mit Applaus reagierte.

Einfach war der Besuch in Mainz nicht gewesen: Bevor Habeck sich ans Rednerpult begeben konnte, hatte er sich den kritischen Fragen der Bauernvertreter gestellt, die vor der Halle mit ihren Traktoren lautstark demonstrierten. Auch in der Halle waren vereinzelte Buh-Rufe zu hören, als der Minister die Bühne betrat.

BÜROKRATIE UND FEHLERKULTUR

Er habe für seine Rede andere Inhalte geplant, gehe aber zunächst auf die aktuelle Themen ein, die in Waldens Rede sowie in der Podiumsdiskussion angesprochen wurden, vor allem die viel beklagte Bürokratie.

Er selbst habe über absurde Vorschriften aus seinem eigenen Ministerium gestaunt. „Wir versuchen, einen Gegentrend einzuleiten, und haben bereits entbürokratisiert und beschleunigt“, beteuerte Habeck. Die Regierung versuche aufzuholen, was lange Jahre falsch gelaufen sei.

„Doch wie konnte es dazu kommen, dass wir in unserem Land so falsch abgebogen sind?“, fragte sich der Minister. Sein Erklärungsversuch: „Im Grunde entscheiden Verwaltungsgerichte, was wir machen dürfen.“

Um jedes Risiko auszuschließen, gebe es für jeden möglichen Fall Regularien und Vorschriften – oft Hemmschuhe für zügige Entscheidungen.

Er forderte, mutiger zu sein und Fehler zu riskieren. Man müsse handeln können, gerade auch unter Zeitdruck, wenn man sich auch nur mal 80–90 Prozent sicher sei. „Es darf Entscheider nicht gleich der volle Zorn treffen, wenn Fehler passieren“, betonte der Minister. „Wenn z. B. ein Zahnarzt nur dann bohrt, wenn er weiß, dass es niemals wehtun wird, werden wir alle schlimm Karies bekommen“, so sein Vergleich. Alles solle immer richtig sein, beobachte Habeck. Im Hinblick auf bevorstehende Wahlen fragte er: „Wollen wir diejenigen wählen, die aus Angst nichts entschieden haben, oder die, die Risiken eingehen?“



Hauptredner des Abends: Dr. Robert Habeck, Bundesminister für Wirtschaft und Klimaschutz, Bündnis 90/Die Grünen



Podiumsdiskussion (v. l. n. r.): Andreas Creutzmann, Landespräsident RLP der Wirtschaftsprüferkammer, Ministerpräsidentin Malu Dreyer, Hans-Jörg Frieze, Dr. Wilfried Woop, Moderatorin Patricia Küll.

GEGENSÄTZE IM DISKURS

Wie jedoch ließen sich Ziele erreichen? Zunächst einmal müsse man sich auf die Stärken unseres Landes besinnen, forderte Habeck, „das sind vor allem Kooperation, Weltoffenheit und Kompromissfähigkeit. Der Kompromiss als solcher ist bei einigen Gruppen verpönt“, so Habeck, doch es sei immens wichtig, dass Menschen mit verschiedenen Meinungen und Interessen wie z. B. Arbeitgeber mit Arbeitnehmern, Bund mit Ländern, Zivilgesellschaft und Politik miteinander gesprächsfähig blieben. Die Alternative sei Zentralismus statt Föderalismus, Einparteienlandschaft oder Schlimmeres. Er warnte vor Nationalismus und Abschottung. Deutschland sei nicht nur auf den Außenhandel angewiesen, sondern auch auf Arbeitnehmer mit Migrationshintergrund – inzwischen etwa 12 von 45 Millionen, laut aktuellen Berechnungen. „Wenn diese Menschen deportiert würden, würde Deutschland zusammenbrechen.“

Um den Fachkräftemangel zu bekämpfen, müssten, so Habeck, Menschen kommen dürfen. „Wir können alle Talente gebrauchen!“ Weltoffenheit und Willkommenskultur seien

gefragt, gerade in Rheinland-Pfalz, wo die Exportleistung bei 55 Prozent und damit über dem bundesdeutschen Durchschnitt liege.

REGELN AUF DEN PRÜFSTAND

Der Grünen-Politiker forderte, mehr Entscheidungen den Fachleuten zu überlassen, und erntete damit spontanen Applaus. Beispielsweise solle doch der Handwerker als Meister genug Fachkompetenz und Verantwortung haben, Dinge zu entscheiden, die dann nicht noch einmal umständlich von einem Bauamt geprüft werden müssten.

Auch im Bereich Datenschutz gehörten viele Regularien auf den Prüfstand, da sie teilweise den Austausch unter den 16 Bundesländern massiv erschwerten. So hinke Deutschland hinterher – insbesondere bei der Digitalisierung. „Das können wir uns nicht leisten“, betonte Habeck, insbesondere mit Blick auf China und die USA. „Die gucken gar nicht mehr auf Europa, sondern machen ihr eigenes Ding.“ Dabei stehe man sich in Europa mit seinen vermeintlich besseren Werten oft selbst im Weg und die Gefahr sei groß, angesichts historischer Aufgaben zu versagen.



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



Dr. Robert Habeck, Ministerpräsidentin Malu Dreyer, Dr. Wilfried Woop. Rechts: Archibald Salm, Direktor Institut Bildung und Wissenschaft der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz (LZK); Prof. Dr. James Deschner, Direktor der Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung Universitätsmedizin Mainz; Dr. Jochen Klemke, Vorsitzender der LZK-Vertreterversammlung.



Der Minister schloss seinen Vortrag mit einem Motto, das er vom Besuch beim Glashersteller Schott mitgenommen habe, „das Unmögliche möglich machen“. Ein mitreißender Schlussappell, der die Zuhörenden begeisterte und für Standing Ovationen sorgte.

DISKUSSIONSRUNDE: BÜROKRATIE ZENTRALES THEMA

Auf einer Podiumsdiskussion hatte sich zuvor die rheinland-pfälzische Ministerpräsidentin **Malu Dreyer** den kritischen Fragen von drei Teilnehmern aus verschiedenen Kammern gestellt, darunter der LZK-Präsident **Dr. Wilfried Woop**, der die Belange der Heilberufekammern vertrat. „Der Frust ist groß und steigt immer mehr an“, so **Hans-Jörg Friese**, Präsident der Handwerkskammer Rheinhessen. Als größtes Hemmnis für die Handwerkerschaft nannte er die Bürokratie, erst danach den Fachkräftemangel. Die Ministerpräsidentin unterstrich, dass die Landesregierung mit den Kammern im guten Dialog sei: „Wir nehmen das ernst.“

Dr. Woop betonte, welche Folgen der Fachkräftemangel gerade für die medizinische Ver-

sorgung auf dem Land habe und in Zukunft haben werde. Er forderte von der Politik, die Rahmenbedingungen zu verbessern, beispielsweise um das Bildungsniveau von Schülern zu heben oder um Fach- oder Arbeitskräfte aus dem Ausland gezielter zu unterstützen. Auch forderte er mehr Bemühungen um den Bürokratieabbau, damit Menschen in Praxen und Kliniken mehr Zeit für ihre Kernaufgaben in Behandlung und Pflege hätten.

Malu Dreyer ging darauf ein, was von Landesseite getan werde, um den Fachkräftemangel zu bekämpfen. Sie erwähnte z. B. die Schaffung regionalisierter Medizinstudiengplätze sowie ein Modellprojekt, das ausländische Arbeitnehmer dabei unterstütze, fit für den deutschen Arbeitsmarkt zu werden.

„Wir brauchen aber auch ein Willkommen“, unterstrich sie. „Ausländerfeindlichkeit ist kein gutes Aushängeschild.“ Umso ermutigender sei es, dass derzeit so viele Leute auf der Straße dagegen demonstrierten.

Danach trafen sich die Zuhörer zu Gesprächen bei Wein und Brezeln im Foyer. Sie waren sich einig, dass es wieder eine gelungene und lohnende Veranstaltung war. ■



RA Felix Schütz, LZK-Hauptgeschäftsführer; Marcus Walden, Präsident der Industrie- und Handelskammer für Rheinhessen. Rechtes Bild: Dr. Michael Orth, Vorsitzender der Bezirkszahnärztekammer Pfalz, Dr. Wilfried Woop, Dr. Birgit Klemke, Dr. Jochen Klemke, Archibald Salm, Dr. Holger Kerbeck, San.-Rätin Dr. Kerstin Bienroth, stellvertretende Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland Pfalz.

S2K-LEITLINIE: „ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN VON KINDERN UND ERWACHSENEN VOR UND NACH EINER ORGANTRANSPLANTATION“

Aktuelle evidenzbasierte Empfehlungen

von Dr. Dr. Thomas Morbach, Burkhard Tabb, Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas, PD Dr. Dr. Julia Heider

Indizes: Herztransplantation, Immunsuppression nach Organtransplantation, Lebertransplantation, Lungentransplantation, Nierentransplantation, zahnärztliche Risiken nach Organtransplantation, zahnärztliche Risiken vor Organtransplantation, Zahnsanierung Organtransplantation

Mit der im Oktober 2021 veröffentlichten S2k-Leitlinie „Zahnärztliche Behandlungsempfehlungen von Kindern und Erwachsenen vor und nach einer Organtransplantation“ (AWMF-Registernummer: 083-035) wurde ein breit konsentierter, evidenzbasierter Rahmen geschaffen, innerhalb dessen die zahnärztliche Diagnostik und Therapie vor, während und nach einer Organtransplantation abgebildet ist. Die Kapitel wurden zeitlich getrennt in einen Teil:

- vor der Organtransplantation
- die ersten sechs Monate nach der Organtransplantation
- mehr als sechs Monate nach der Organtransplantation
 - mit Abstoßungsreaktion
 - ohne Abstoßungsreaktion
- zahnärztliche Behandlungsempfehlungen von Kindern vor und nach Organtransplantation

In jedem Kapitel wurde ein allgemein gültiger Teil besprochen. Dieser untergliedert sich in Aufklärung, Mundhygiene, Recall, Stressreduktion, Therapieplan, Optimierung der Mundhygiene, Perioperative Antibiotikaphylaxe, Antibiotikatherapie. Im Anschluss wird auf Besonderheiten eingegangen, die sich durch das jeweils betroffene zu transplantierende oder bereits transplantierte Organ ergeben.

EINLEITUNG

Autoren der Leitlinie (in alphabetischer Reihenfolge):

Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas, Prof. Dr. Bettina Dannewitz, Sylvia Gabel, PD Dr. Dr. Julia Heider, Dr. Rugzan Jameel Hussein, Dr. Eric Kutschera, PD Dr. Sabine Linsen, Prof. Dr. Oliver Münsterer, Prof. Dr. Edgar Schäfer, Dr. Nelly Schulz-Weidner, Dr. Joachim Schmidt, Burkhard Tapp, Prof. Dr. Christian Witt.

Methodische Begleitung:

Dr. Silke Auras, Dr. Anke Weber

Bei der zahnärztlichen Behandlung von Patienten vor und nach Organtransplantationen bestehen häufig Unsicherheiten vonseiten der Zahnärzte, der Transplantationszentren und der Patienten. Der vorliegende Artikel soll allen beteiligten Behandlern Sicherheit in der Entscheidungsfindung zahnärztlicher Behandlungen vor und nach Organtransplantation geben. Ideal erscheint eine enge Zusammenarbeit zwischen dem

für die Transplantation zuständigen Facharzt und dem Zahnarzt, wobei die Hinzuziehung eines Oralchirurgen oder Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen erforderlich sein kann.

Insgesamt zeigt sich ein Rückgang der Zahl der postmortalen Organspender (1.296 postmortale Organspender im Jahr 2010; 913 im Jahr 2020). Am häufigsten wurden in dieser Zeit Nierentransplantationen durchgeführt, gefolgt von Leber-, Lungen-, Herz- und Pankreastransplantationen. Im Jahr 2022 ist die Zahl postmortaler Organspender um 6,9 % auf 869 gesunken. Es wurden in dem Jahr 2022 2.795 Organe nach einer postmortalen Organspende transplantiert. Dies entspricht 3,1 Organen pro Spender, die transplantiert werden konnten (<https://dso.de/SiteCollectionDocuments/DSO-Jahresbericht2022.pdf>).

Patienten, die vor einer geplanten Organtransplantation stehen, weisen im Vergleich mit gesunden Patienten häufig eine schlechtere Zahngesundheit auf. Dies wird auf eine mangelhafte (ungenügende) Mundhygiene, unbehandelte orale Erkrankungen in Kombination mit Medikamenteneinnahmen und die gesteigerte Infektionsgefahr zurückgeführt. Mit der zahnärztlichen Untersuchung vor der Organtransplantation kann dem erhöhten Risiko der Entwicklung von akuten Infektionen aufgrund der nach der Transplantation bestehen-



Dr. Dr. Thomas Morbach
MKG Rheinhessen
Bleichstraße 8
55232 Alzey
info@mkg-rheinhessen.de

den Immunsuppression vorgebeugt werden. Bei Patienten vor Organtransplantation stehen je nach Organ die Hämostase, die Infektionskontrolle und ein adäquates Schmerzmanagement im Vordergrund.

1. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN VON ERWACHSENEN PATIENTEN VOR UND NACH ERFOLGTER ORGANTRANSPLANTATION

1.1 ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG VOR DER ORGANTRANSPLANTATION

Die zahnärztliche Untersuchung von Patienten vor Organtransplantationen in Kombination mit einer Röntgendiagnostik ermöglicht es, pathologische Veränderungen der Zähne, des Zahn-

halteapparats und der Kiefer frühzeitig zu erkennen und den Patienten über diese zu informieren. Im Rahmen dieser Untersuchung steht die Aufklärung des Patienten und seiner Angehörigen über den Zusammenhang zwischen der Mundhygiene und der Vermeidung von Infektionen unter Immunsuppression im Mittelpunkt. Mögliche Prophylaxemaßnahmen in Form von Mundhygieneinstruktionen, die Verwendung von Fluoridgelen/Zahnpasten und Antiseptika (Mundspüllösungen) ermöglichen es dem Patienten, sich aktiv an seiner Mundgesundheit zu beteiligen. Binner et al. zeigte, dass nur 7 % bzw. 13 % der befragten 201 Patienten vor bzw. nach Herztransplantation über den Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und dem allgemeinen Gesundheitszustand aufgeklärt worden waren und nur 72 % bzw. 89 % sich ausreichend aufgeklärt fühlten. Bei nur 83 % der Patienten vor Herztransplantation fand eine Untersuchung durch den Zahnarzt statt, und 67 % bzw. 77 % nahmen regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen/Behandlungen in Anspruch.

Insgesamt ist, abhängig von dem befragten Patientenkollektiv, ein deutliches Defizit an ausreichender Aufklärung der Patienten vor Organtransplantation über die Wichtigkeit einer guten Mundhygiene durch die behandelnden Ärzte zu verzeichnen.

Stressreduktion:

Patienten vor Organtransplantationen können durch eine zahnärztliche Behandlung endogenen Stress entwickeln. Um Stress zu vermeiden, ist eine möglichst angstfreie Behandlung und Therapie notwendig. Nach Absprache mit den Patienten kann eine Einbestellung an erster Stelle morgens oder zu Beginn der Sprechstunde nachmittags Wartezeiten vermeiden und Stress für die Patienten reduzieren.

Aufstellung eines Therapieplans inklusive

Karies- und Parodontitistherapie:

Anhand der Untersuchung kann ein Therapieplan erstellt werden, um mögliche Infektionsrisiken z. B. durch kariöse Läsionen, Pulpanek-

ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGSSCHRITTE VOR ORGANTRANSPLANTATION

Erhebung der Anamnese	Ggf. Rücksprache mit dem behandelnden Arzt/Transplantationszentrum
Zahnärztliche Untersuchung	Erhebung des oralen Befundes
Aufklärung über den Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und Infektionen	
Aufklärung über mögliche häusliche Prophylaxemaßnahmen	Fluoridgel, Zahnpasta, Antiseptika, Zahnseide, Zahnzwischenraumbürstchen
Durchführung zahnärztlicher Prophylaxemaßnahmen	Professionelle Zahnreinigung (PZR), Fluoridgel
Durchführung von zahnärztlichen Behandlungen	Beseitigung von Infektionen bzw. möglichen Infektionsquellen
Schmerz-/Infektionstherapie?	
Kontrolle alle 6 – 12 Monate	

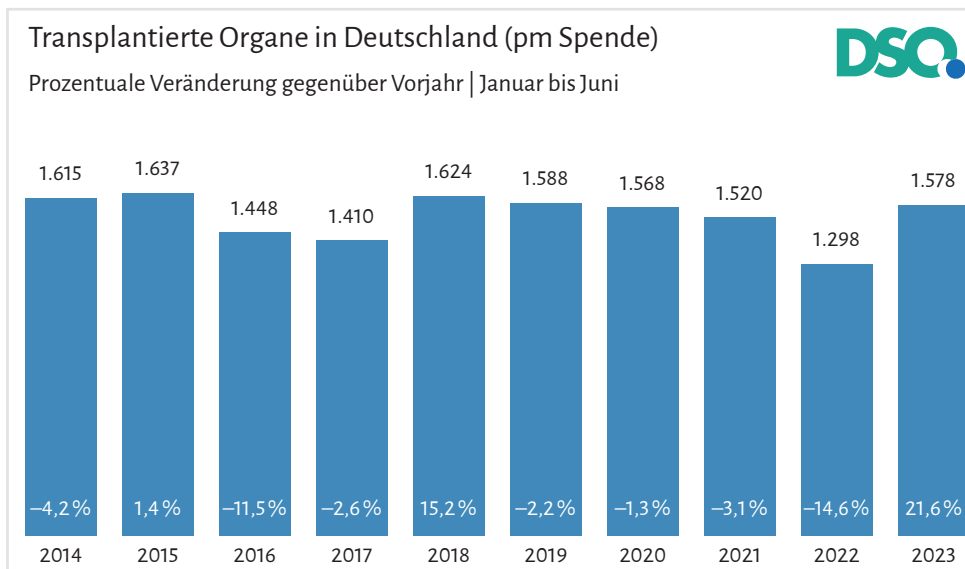


Abb. 1: Statistik der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) zum Vergleich der transplantierten Organe in Deutschland mit Darstellung der prozentualen Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr (<https://dso.de/organspende/statistiken-berichte/organtransplantation>)

rosen sowie assoziierte periradikuläre Läsionen endodontischen Ursprungs während und nach der Organtransplantation zu reduzieren. Der Therapieplan umfasst die Therapie von Gingivitis und Parodontitis und die Versorgung kariöser Läsionen. Extraktionen nicht erhaltungswürdiger und endodontisch insuffizient versorgter Zähne, die im Verlauf zu einer Bakteriämie oder Infektion führen können, werden, wenn möglich, frühzeitig umgesetzt. Teilretinierte Zähne, die im späteren Verlauf das Risiko für eine Infektion erhöhen können, werden in Abhängigkeit vom Allgemeinzustand der Patienten osteotomiert. Der Therapieplan sollte auch die Therapie von Abszessen und Zysten umfassen. Befinden sich bereits Implantate in situ, ist eine Befunderhebung bezüglich einer Periimplantitis zur Beurteilung der Erhaltungswürdigkeit notwendig.



Abb. 2: Patientin unter Dialyse vor Nierentransplantation

Optimierung Mundhygiene vor Organtransplantation:

Kieferorthopädische Brackets erschweren die Mundhygiene. Dies kann zu parodontalen und/oder kariösen Läsionen führen. Unter immunsuppressiver Therapie besteht zusätzlich die Gefahr, eine Gingivawucherung zu entwickeln. Abhängig von der Mundhygiene der Patienten kann die Entfernung kieferorthopädischer Brackets vor der Organtransplantation zu einer Erleichterung der Mundhygiene führen und der Entstehung einer Gingivawucherung entgegenwirken. Das Anpassen von herausnehmbarem Zahnersatz verringert die Reizwirkung der Kontaktflächen im Bereich der Gingiva, reduziert die Plaqueakkumulation und vermeidet die Entstehung von Gingivawucherungen. Bei nicht suffizientem Prothesensitz kann zur Vermeidung von Druckstellen ein festsitzender Zahnersatz geeigneter sein als ein herausnehmbarer.

Perioperative Antibiotikaphylaxe:

Eine perioperative Antibiotikaphylaxe (single shot) ist vor zahnärztlichen chirurgischen Eingriffen indiziert. Dazu zählen z. B. eine Zahnextraktion, eine offene Parodontitistherapie, eine Wurzelkanalbehandlung, eine Wurzelspitzenresektion und die Reimplantation von avulsierten Zähnen. Unabhängig von der American Heart Association wird zur perioperativen Antibiotikaphylaxe eine Stunde vor dem dentoalveolären Eingriff in Deutschland und Europa auch weiterhin die Gabe von Aminopenicillinen (z. B. 2 g Amoxicillin) oder bei einer Penicillinallergie von Lincosamiden (z. B. Clindamycin 600 mg) empfohlen.

Antibiotikatherapie:

Bei einer Infektion im Kopf-Hals-Bereich ist neben einer chirurgischen Intervention je nach Ausprägung der Entzündung die Gabe eines Antibiotikums indiziert. Bei der Gabe einer kalkulierten Antibiotikatherapie ist eine hohe Effektivität bei gleichzeitig möglichst geringer Toxizität anzustreben. Zur Behandlung von odontogenen Infektionen steht primär eine Therapie mit Aminopenicillinen (z. B. Amoxicillin 1.000 mg, in drei Einzeldosen), alternativ Cephalosporinen (z. B. Cephadroxil 1.000 mg, in zwei Einzeldosen) oder bei Vorliegen einer Penicillinallergie mit Lincosamiden (z. B. Clindamycin 600 mg, in drei Einzeldosen) zur Ver-

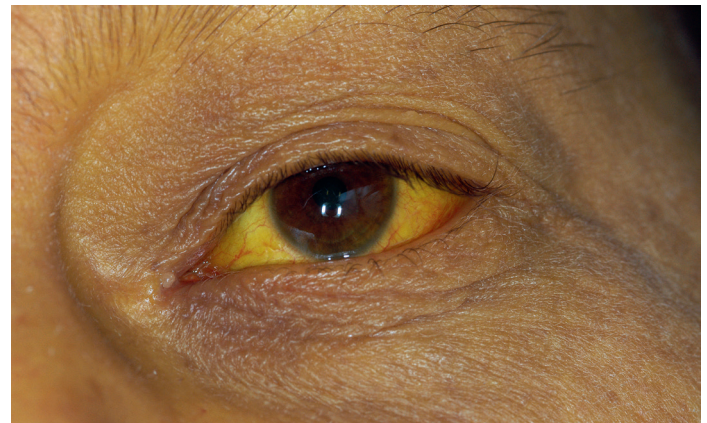


Abb. 3: Patientin mit Hämatom bei Leberzirrhose, Patientin mit Ikterus bei Leberzirrhose

fügung. Die Dosis sollte bei reduzierter Organfunktion angepasst werden, um eine Kumulation und damit Mehrbelastung des Organismus sowie die Häufung von Nebenwirkungen zu vermeiden.

1.1.1 NIERENTRANSPLANTATION

Bei der Zahnsanierung ist von einer eingeschränkten Nierenfunktion auszugehen. Die Medikation und ggf. die Dialyse (Organersatzverfahren) sind zu dokumentieren. Als Mittel der Wahl wird Paracetamol als Schmerzmittel bei Patienten vor einer Nierentransplantation eingesetzt. Da die gängigen Lokalanästhetika hauptsächlich über die Leber metabolisiert und über die Niere ausgeschieden werden, kann der Einsatz von Lokalanästhetika bei Patienten vor Nierentransplantation ohne arterielle Hypertonie ähnlich wie beim gesunden Patienten erfolgen. Aus diesem Grund wurde von den Experten die maximale Dosierung des Vasokonstriktors von 1:200.000 gewählt, um die Schmerzausschaltung adäquat zu ermöglichen und die kardialen Risiken auf ein Minimum zu reduzieren.

Eine erhöhte Blutungsgefahr kann durch eine notwendige Dialyse, Komorbiditäten der Patienten und/oder Medikamente verursacht sein und hängt von der Art des Eingriffs ab. Um Blutungskomplikationen und zusätzlichen Stress für die Patienten zu vermeiden, wird die Durchführung dentoalveolärer Eingriffe an den Tagen zwischen der Dialyse empfohlen. Ist die Nierenfunktion eingeschränkt, wird bei einer Antibiotikaphylaxe eine Anpassung der Dosis des Antibiotikums an die Nierenfunktion notwendig. Abhängig von der Nierenfunktion ist nach Rücksprache mit dem behandelnden Nephrologen/Transplantationsmediziner die Antibiotikagabe anzupassen.

1.1.2 LEBERTRANSPLANTATION

Der Stellenwert einer frühzeitigen Zahnsanierung vor Lebertransplantation zur Vermeidung von Infektionen während der Zeit der Immunsuppression ist gut belegt. Insgesamt zeigte sich eine erhöhte Infektionsrate (Sepsis, Pneumonie und andere Infektionen) bei Patienten, bei



Abb. 4: Patientin mit einer Thrombopenie bei Leberzirrhose, Entwicklung von Petechien nach Blutdruckmessung bei einer Patientin

denen keine Zahnsanierung vor der Lebertransplantation durchgeführt wurde, allerdings wurden nur in zwei von insgesamt 51 Fällen oralpathogene Bakterien/Pilze nachgewiesen. Weisen Patienten eine akute Erkrankung auf, ist damit häufig ein schlechter Allgemeinzustand der Patienten mit einer kurzen Zeitspanne bis zur Transplantation verbunden. Bei Patienten vor Lebertransplantation treten gehäuft Petechien, eine Lackzunge, Mundwinkelrhagaden und Spider-Naevi auf. Diese Symptome zählen zu den sogenannten Leberhautzeichen.

Bei der Planung eines zahnärztlichen chirurgischen Eingriffs ist von einer eingeschränkten Leberfunktion auszugehen. Bei der Durchführung einer Zahnsanierung vor einer Lebertransplantation werden mögliche Infektionsherde beseitigt, z. B. Zahnstein, kariöse Läsionen, nicht erhaltungswürdige Zähne und Candidainfektionen.

Bei Patienten mit einer Leberzirrhose ist Metamizol eine kurzzeitige Therapieoption zur Schmerztherapie. Bei längerer Einnahme steigt die Gefahr eines Nierenversagens über die Beeinflussung der Prostaglandinsynthese. Alternativ kann Paracetamol zur Schmerztherapie bei Patienten mit einer Leberzirrhose eingenommen werden, obwohl es für zwei Drittel der medikamentös induzierten Fälle eines akuten Leberversagens verantwortlich gemacht wird. Bzgl. Lokalanästhesie



Abb. 5: Bisphosphonatassoziierte Nekrose des Unterkiefers bei Patient unter Bisphosphonattherapie bei Osteoporose nach Organtransplantation im linken Unterkiefer

liegen keine Einschränkungen für Patienten vor Lebertransplantation vor. Eine Thrombozytopenie tritt häufig bei portaler Hypertension und Splenomegalie auf. Bei einfachen Restaurationen und supragingivaler Prophylaxe sowie prothetischen Versorgungungen ist das Blutungsrisiko geringer als bei chirurgischen parodontalen Eingriffen oder Zahnextraktionen. Leiden die Patienten bereits unter einer Infektion oder besteht die Notwendigkeit, mehrere Eingriffe durchzuführen, kann dies das Blutungsrisiko zusätzlich negativ beeinflussen. Eine chirurgische Zahnsanierung ist bei >50.000 Thrombozyten unter Vorsichtsmaßnahmen wie atraumatischem chirurgischen Eingriff, adaptierender Naht und einer Verbandsplatte möglich. Das Risiko einer Nachblutung steigt bei einer weiteren Reduktion der Thrombozytenzahl kombiniert mit einem $\text{INR} > 2,5$. Wegen der Lebertoxizität von β -Lactamase-Inhibitoren ist die Gabe eines Antibiotikums mit β -Lactamase-Inhibitor durch den Zahnarzt bei Patienten mit chronischer oder akuter Lebererkrankung vor Organtransplantation zu vermeiden.

1.1.3 LUNGENTRANSPLANTATION

Abhängig von der Einschränkung der Lungenfunktion und der damit verbundenen Dyspnoe kann es notwendig sein, während einer zahnärztlichen Therapie ein Sauerstoffgerät bereitzuhalten oder die Patienten mit Sauerstoff zu versorgen sowie die Sauerstoffsättigung zu überprüfen. Bei Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) zeigt sich häufig eine geringere Zahnputzfrequenz verbunden mit einem höheren Plaqueindex, mehr Gingivitis und Parodontitis im Vergleich mit gesunden Patienten. Narkotische Analgetika (Opiode) bergen aufgrund der Herabsetzung der Empfindlichkeit der Chemorezeptoren gegenüber Sauerstoff und der Aktivitätsminderung des zentralen Atemzentrums ein potenzielles Risiko für Patienten mit Lungenerkrankungen, da sie eine Atemdepression verursachen können. Besonders bei Patienten mit einer COPD ist dies zu berücksichtigen

und mit dem behandelnden Pneumologen abzusprechen.

Bzgl. der Verwendung von Lokalanästhetika bzw. der Hämostase liegen für Patienten vor Lungentransplantation keine Einschränkungen vor. Ebenso gelten die gleichen Empfehlungen wie für alle anderen Patienten vor Organtransplantation bezüglich einer Antibiotikatherapie (siehe Punkt 4.1).

1.1.4 HERZTRANSPLANTATION

In den Richtlinien der „International Society for Heart & Lung Transplantation“ (ISHLT) wird eine zahnärztliche Kontrolle zu Beginn der Planung einer Herztransplantation und im Verlauf alle sechs bis zwölf Monate vor der Transplantation empfohlen. Bei Patienten vor einer Herztransplantation ist häufig der Zahnstatus schlechter und die Zahl der Patienten mit einer behandlungsbedürftigen Parodontitis höher als unter gesunden Patienten. Daraus abgeleitet ergibt sich die Empfehlung zur Zahnsanierung mit dem Versuch der konservativen Therapie und des Zahnerhalts im Gegensatz zu einer umfangreichen Zahnsanierung durch Extraktion der Zähne.

Für Patienten mit Herzerkrankungen, bei denen auf den Einsatz eines Vasokonstriktors verzichtet werden kann, steht Mepivacain (3 %) oder Articain (4 %) zur Verfügung. In randomisierten Studien zur Verwendung von Lokalanästhetika bei Patienten mit Herzerkrankungen (z. B. Patienten mit arterieller Hypertonie, koronarer Herzerkrankung, Z. n. Myokardinfarkt, stabiler Angina pectoris und Z. n. Herztransplantation) wurde gezeigt, dass z. B. Lidocain, Mepivacain, Prilocain und Articain mit Vasokonstriktoren eingesetzt werden können, ohne dass damit ein Anstieg der Komplikationsrate einhergeht. Um das mögliche Risiko einer systemischen Wirkung der Vasokonstriktoren zu verringern, sollte der Vasokonstriktor so niedrig wie möglich dosiert werden. Aufgrund seiner geringeren vasodilatatorischen Eigenschaften können von Mepivacain höhere Dosen eingesetzt werden als von Lidocain, ohne dass die Gefahr von systemischen Nebenwirkungen zunimmt. Die Blutungs- und Nachblutungsgefahr wird durch die notwendige Antikoagulantientherapie der Patienten verursacht. Eine Überprüfung der Blutgerinnung vor der Notfalltherapie gibt über die mögliche Blutungs- und Nachblutungsgefahr Aufschluss.

1.2 ZAHNÄRZTLICHE THERAPIE NACH ERFOLGTER ORGANTRANSPLANTATION

Eine akute Abstoßungsreaktion kann sich im Verlauf nach einer Organtransplantation entwickeln. In den ersten sechs Monaten nach der Organtransplantation besteht das größte Risiko für eine Transplantatabstoßung. Bei Patienten unter immunsuppressiver Therapie sollten zahnärztliche Behandlungen nur im Notfall und in Absprache mit dem Transplantationszentrum unter stationären Bedingungen durchgeführt werden.

Aufgrund der notwendigen Immunsuppression zur Vermeidung einer Abstoßungsreaktion besteht bei den Patienten nach einer Organtransplantation längerfristig ein erhöhtes Risiko für bakterielle, virale und Pilzinfektionen.

Recall und Mundhygiene:

Halbjährliche zahnärztliche Kontrollen nach der Organtransplantation ermöglichen es dem Zahnarzt, frühzeitig Veränderungen der Mundschleimhaut, des Parodonts und der Zähne zu diagnostizieren und bei Bedarf zu therapieren. Oberstes Ziel ist es, den immunsupprimierten Patienten vor Infektionen zu schützen. Patienten unter Immunsuppression weisen im Durchschnitt eine schlechtere Mundhygiene auf als gesunde Patienten.

Mundschleimhautscreening:

Aufgrund der Immunsuppression der Patienten und des damit verbundenen erhöhten Risikos einer malignen Entartung der Mundschleimhaut gehört eine Untersuchung der Schleimhäute bezüglich Präkanzerosen (z. B.: oraler Lichen planus, orale Leukoplakie) oder maligner Veränderungen zum Routinerecall. Auch die Entstehung von viral bedingten Tumoren wie Kaposi-Sarkom oder Non-Hodgkin-Lymphom ist bei diesen Patienten häufiger. Eine frühzeitige Diagnostik eines oralen Plattenepithelkarzinoms korreliert mit dem Langzeitüberleben der Patienten.

Gingivawucherung:

Eine Gingivawucherung und/oder eine Verschlechterung des parodontalen Status kann abhängig von der Immunsuppression und der Dauer der Therapie (z. B. Calcineurininhibitoren [Cyclosporin, Tacrolimus]) auftreten. Die konservative Behandlung ist effektiv und für den Patienten weniger belastend als die chirurgische Therapie.

Infektionsherde:

Mehrere Studien konnten zeigen, dass Patienten nach Organtransplantation oft eine schlechte Mundgesundheit und eine große Notwendigkeit für zahnärztliche Behandlung aufweisen. Dies ist von erheblicher Bedeutung, da Infektionen, die von kariösen Läsionen oder parodontalen Entzündungen ausgehen, zur Entstehung von systemischen Komplikationen beitragen können und somit ein Risiko für den Erfolg der Transplantation darstellen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit regelmäßiger Kontrollen und einer frühzeitigen Sanierung.

Hämostase:

Die Einnahme von Antikoagulantien zur Prophylaxe von venösen Thromboembolien führt bei Patienten nach Organtransplantation zu einer erhöhten Blutungs- und Nachblutungsgefahr. Bei zahnärztlichen chirurgischen Eingriffen ist deshalb abhängig von der medikamentösen Antikoagulation / Thrombozytenaggregationshemmung die Bestimmung der aktuellen Blutungsparameter indiziert.

Parodontitistherapie:

Die Parodontitistherapie ist Teil der zahnärztlichen Sanierung zur Vermeidung von lokalen und systemischen Infektionen. Patienten nach Organtransplantation weisen einen erheblichen Behandlungsbedarf auf und machen die Anpassung der Therapie an ihre gesundheitliche Verfassung notwendig. Lange Therapiesitzungen können zum einen anstrengend sein und bergen zudem ein erhöhtes Risiko für Blutungen und Nachblutungen für den antikoagulierten Patienten. Deshalb ist die Durchführung mit Unterbrechungen oder die Aufteilung der Therapie in mehrere Sitzungen ratsam.

Antiresorptivtherapie:

Osteoporose und Knochenfrakturen gehören zu den Langzeitkomplikationen nach Organtransplantation und machen es gegebenenfalls notwendig, eine medikamentöse Therapie mit Antiresorptiva einzuleiten. Infolge des Eingriffs in den Knochenstoffwechsel besteht bei den Patienten die Gefahr, eine medikamentenassoziierte Knochennekrose zu entwickeln. Um dies zu verhindern, hat es sich bewährt, Extraktionsalveolen plastisch zu decken und somit eine vollständige Abheilung der Wunde zu gewährleisten.

Perioperative Antibiotikaphylaxe:

Die perioperative Antibiotikaphylaxe zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen und transienter Bakteriämien bei dentoalveolären Eingriffen wird in einer Umfrage von 83 % der Transplantationszentren in Deutschland und in den USA auch weiterhin empfohlen.

Prothetische Versorgung:

Zum Ersatz fehlender Zähne und zur Wiederherstellung der Kaufunktion nach Organtransplantation können dentale Implantate in Betracht gezogen werden. Die aktuelle Studienlage ist zwar begrenzt, zeigt aber keinen Nachteil in der Implantatüberlebensrate bei immunsupprimierten Patienten gegenüber gesunden Patienten.

1.2.1 NIERENTRANSPLANTATION

Die Zahl der Patienten mit einer therapiebedürftigen Parodontitis ist bei Patienten nach Nierentransplantation hoch.

In den ersten fünf Jahren nach der Transplantation zeigt sich ein Zusammenhang zwischen einer Parodontitis der Patienten und einer Hospitalisierung der Patienten und möglichen Abstoßungsreaktion der Niere.

Bei den Patienten nach Nierentransplantation ist nach sechs Monaten die Durchführung von zahnärztlichen Eingriffen wie einer professionellen Zahnreinigung, Kürettage oder einer endodontischen Therapie ohne extrem erhöhte Infektionsgefahr wieder möglich. Ebenso treten bei Patienten nach Nierentransplantation häufiger Mundschleimhautveränderungen auf als bei gesunden Patienten. Dazu zählen Erythroplakien, Hyperkeratosen, Gingivawucherungen und Ulcera der Schleimhaut. Auch eine Xerostomie und eine orale Candidiasis können bei Patienten nach Nierentransplantation auftreten.

Eine reduzierte Speichelfließrate und die Zahl der täglich eingenommenen Medikamente korrelieren mit einer niedrigen mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten nach Nierentransplantation.

Vor allem Patienten mit schlechter Mundhygiene und/oder chronischer Parodontitis sind je nach der immunsuppressiven Therapie gefährdet, an einer Gingivawucherung zu erkranken.

Vor dentoalveolären Eingriffen (z. B. Zahnextraktionen, Implantationen) ermöglicht es die Überprüfung der Gerinnungsparameter, Blutungs- und Nachblutungskomplikationen zu vermeiden.

Infolge der langfristigen Cortisontherapie kann sich im Verlauf nach Nierentransplantation eine Osteoporose entwickeln. Ist eine Antiresorptivtherapie bei diesen Patienten notwendig, besteht zusätzlich die Gefahr einer medikamentenassoziierten Osteonekrose.

1.2.2 LEBERTRANSPLANTATION

Bei Patienten nach Lebertransplantation, die länger als ein Jahr nicht zahnärztlich kontrolliert worden waren, wurden, abhängig von der Frequenz der Zahnarztbesuche, erhöhte Karieswerte vorgefunden.

Zudem ist die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Dysphagien nach Lebertransplantation erhöht. Dies betrifft vor allem Patienten, die zusätzlich Medikamente gegen Erkrankungen des zentralen Nervensystems, gegen Depressionen oder Schlafstörungen einnehmen, da diese zu einer verminderten Speichelproduktion beitragen und somit den Schluckakt erschweren können. Die Parodontistherapie sollte in mehreren Sitzungen durchgeführt werden, um das Blutungs- und Nachblutungsrisiko zu verringern.

Herpes-Zoster-Infektionen treten in einem vergleichbaren Rahmen bei Patienten nach Lebertransplantation wie nach Nierentransplantation auf und können mit einem hohen Alter der Patienten und der Einnahme von Mycophenolatmofetil assoziiert sein. Aber auch Cytomegalie-Virus-Infektionen und Infektionen mit humanem Papillomavirus können sich enoral manifestieren. Die Durchführung einer Probebiopsie der Mundschleimhaut kann bei unklaren enoralen Läsionen zur Diagnostik beitragen.

In Abhängigkeit von einem teilweise reduzierten Speichelfluss, dem erhöhten Risiko, eine Candida-Infektion zu entwickeln, und der Gefahr, unter der Belastung durch eine herausnehmbare Prothese eine Gingivawucherung zu entwickeln, sollte ggf. eine festsitzende Versorgung einer herausnehmbaren vorgezogen werden. Dies kann durch die geringen postoperativen Komplikationen und guten Implantatüberlebensraten (100 %) bei Patienten nach Lebertransplantation bestätigt werden.

1.2.3 LUNGENTRANSPLANTATION

Patienten nach Lungentransplantation weisen häufig eine schlechte Mundhygiene und parodontale Erkrankungen bei einer niedrigen Zahl kariöser Läsionen und einer hohen Zahl an fehlenden und mit Füllungen versorgten Zähnen auf.

Aufgrund der schlechten Mundhygiene und der parodontalen Erkrankungen der Patienten kann es zu einer Kolonisation der Mundhöhle mit für die Atemwege pathologischen Bakterien kommen, aus der sich eine erhöhte Infektionsgefahr der Patienten ergibt.

An bereits vor der Lungentransplantation osseointegrierten dentalen Implantaten scheint durch die Immunsuppression bei einer guten Mundhygiene und regelmäßigen Kontrollen keine erhöhte Infektionsgefahr für eine periimplantäre Entzündung zu bestehen, allerdings steht dazu keine Literatur zur Verfügung.



Priv.-Doz. Dr. Dr. Julia Heider
Klinik und Poliklinik für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Operationen, Unimedizin Mainz,
Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz,
julia.heider@unimedizin-mainz.de

1.2.4 HERZTRANSPLANTATION

Patienten nach Herztransplantation weisen analog zu den Patienten nach Lungen- und Lebertransplantationen häufig eine Parodontitis auf. Die Gefahr der Entstehung einer Gingivawucherung besteht bei Patienten nach Herztransplantation analog zu den Patienten nach anderen Organtransplantationen. Die Gingivawucherung kann sowohl durch eine schlechte Mundhygiene als auch durch die immunsupprimierende Therapie induziert werden. Auch nach Herztransplantation werden häufig orale Virusinfektionen, z. B. mit Herpes-Zoster-Virus, nachgewiesen. Eine zeitnahe Diagnose und Therapieeinleitung spielt bei diesen Patienten eine besondere Rolle, um einer Reduktion der Lebensqualität entgegenzuwirken und eine Infektionsausbreitung zu verhindern.

2. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN VON KINDERN VOR UND NACH EINER ORGANTRANSPLANTATION

Eine frühzeitige Aufklärung der Eltern vor der Organtransplantation über den Zusammenhang zwischen der Zahngesundheit und möglichen Infektionen vor und nach der Organtransplantation sowie eine konsequente zahnärztliche Nachsorge durch den Haus- oder Kinderzahnarzt nach der Organtransplantation sollen bei allen Kindern stattfinden, um frühzeitig gingivalen oder/und dentalen Komplikationen vorzubeugen.

In Studien wird darauf hingewiesen, dass viele Kinder vor Nierentransplantation ein kariesfreies Gebiss aufweisen, sich allerdings nach der Transplantation die Plaguescores verschlechtern und die Isolation von kariogenen Bakterien steigt. Die Kariesinzidenz ist bei Kindern sowohl nach Nieren-, aber auch nach Lebertransplantation hoch und korreliert mit einem niedrigen Mundhygienestatus der Kinder.

Passend zu dem hohen pH-Wert des Speichels wurden in der Gruppe der transplantierten Kinder hohe Zahnsteinscores nachgewiesen. Somit zeigen sich auf der einen Seite Veränderungen, die im Zusammenhang mit der Grunderkrankung und dem Alter der Kinder stehen, auf der anderen Seite beeinflusst die jeweilige immunsupprimierende Therapie den dentoalveolären Komplex und die Mundgesundheit. Das Auftreten von Gingivawucherungen unter einer immunsupprimierenden Therapie mit Cyclosporin A und Nifedipin wird in mehreren Studien bei Kindern nach Organtransplantation beschrieben. Entwickelt sich im Verlauf eine Gingivawucherung, besteht die Therapie in einer Verbesserung der Mundhygiene der Patienten und je nach Ausprägung der Gingivawucherung in einer konservativen Therapie oder chirurgischen Abtragung des Zahnfleisches. In Kombination mit einem Wechsel der immunsupprimierenden Medikation – nach Absprache und durch das behandelnde Transplantationszentrum – kann dies zu einem vollständigen Rückgang der Gingivawucherung führen.

Bei älteren Kindern und Jugendlichen nach Nieren- und Lebertransplantationen (Alter: $13,95 \pm 4,2$ Jahre) wurden im Langzeitverlauf ($3,62 \pm 2,98$ Jahre) Veränderungen der Mundhygiene und der Zahn- und Knochenentwicklung festgestellt. Odontogene Veränderungen zeigen sich in diesem Patientenkollektiv unter einer Therapie mit Tacrolimus (75 %) häufiger als unter einer Therapie mit Cyclosporin A (60 %). Pulpasteine hingegen treten unter Immunsuppression mit Cyclosporin A (15,0 %) doppelt so häufig auf wie unter einer Therapie mit Tacrolimus (7,14 %).

Betrachtet man die Verteilung der odontogenen Veränderungen, so werden diese bei Kindern nach Lebertransplantation (76,0 %) häufiger festgestellt als bei Kindern nach einer Nierentransplantation (60,86 %). Zu den odontogenen Veränderungen zählen die Hypodontie, die Retention von Zähnen sowie Abweichungen in der Form oder der Größe der Zähne und Schmelzdefekte. Von den Knochenwachstumsstörungen ist ein Viertel der nierentransplantierten Kinder und etwas weniger als ein Fünftel der lebertransplantierten Kinder betroffen.

3. ZUSAMMENFASSUNG

Die interdisziplinäre Betreuung, die Aufklärung über den Zusammenhang von oraler Mundgesundheit und Infektionen vor, während und nach Organtransplantationen, die Therapie und ein regelmäßiges Recallsystem bilden die Voraussetzungen für eine umfassende Betreuung der Patienten. Abhängig von dem zu transplantierenden Organ variieren die Anforderungen an die zahnärztlichen Behandler und die Risiken für den Patienten. Ziel ist es, die Patienten bezüglich der oralen Gesundheit auf die Transplantation vorzubereiten und nach der Organtransplantation langfristig zu betreuen.

Nachdruck aus der DZZ 4/2023, mit freundlicher Genehmigung des Quintessenz-Verlags und der DGZMK. Ein Literaturverzeichnis erhalten Sie auf Anfrage bei der Redaktion.



Sicher? Mit uns schon!

Die Einlagensicherung gilt bei uns auch für Ihre Honorarforderungen. Bei uns ist Ihr Geld sicher verwahrt.



WAS DIE KRANKENHAUSREFORM FÜR UNS ZAHNÄRZTE BEDEUTET

Eine Krankenhausreform, so hören und lesen wir es von Fachleuten unterschiedlicher Disziplinen seit Jahren, ist unumgänglich, wenn wir eine gute medizinische Versorgung in Deutschland dauerhaft sichern wollen. Wie ist eine Reform für die Zahnärzteschaft zu bewerten?

Professor Karl Lauterbach, Bundesminister für Gesundheit, hat die Gespräche zur Umstrukturierung mit Einberufung einer Expertenkommission initiiert.

Damit erfüllt er ein Versprechen aus dem Koalitionsvertrag zwischen SPD, FDP und Bündnis 90/Die Grünen. Weiterhin soll die Versorgung laut Koalitionsvertrag wesentlich stärker sektorenübergreifend und „ambulan-

tisiert“ ausgestaltet werden. Die Länder verfügen (eigentlich) über die Planungshoheit der Krankenhäuser und sind in Sachen „Investitionskosten“ finanziell für die Krankenhausausrüstung verantwortlich.

Die Krankenkassen hingegen verantworten die Behandlungskosten. Die verschiedenen Interessenlagen zu vereinen, um die komplexe und teure Reform in die Umsetzung zu bringen, ist schwierig.

Die Bundesländer bestehen auf ihrer Entscheidungsmacht, der Bundesminister besteht auf Veränderungen, die teilweise in die Hoheit der Länder eingreifen.

Seit Anfang Juli stehen die Eckpunkte – nun beginnt die Ausarbeitung eines Referentenentwurfs.



Dr. Romy Ermler MBA

Vizepräsidentin

der Bundeszahnärztekammer

Chausseestraße 13 • 10115 Berlin

Tel. (030) 400050

info@bzaek.de

www.bzaek.de

Krankenhaus Level I i

„Den Krankenhäusern des Levels I wird eine besondere Bedeutung zugemessen. Sie müssen flächendeckend eine wohnortnahe Versorgung garantieren. Sie werden daher unterteilt in Krankenhäuser, die Notfallversorgung sicherstellen (Level I n) und solche, die integrierte ambulant/stationäre Versorgung anbieten (Level I i). Krankenhäuser des Levels I i soll eine Schlüsselrolle auf dem Weg zur Überwindung der zu häufig noch stationär-ambulant getrennten Gesundheitsversorgung zukommen. Deshalb empfiehlt die Regierungskommission, sie sektorenübergreifend regional zu planen, sie vollständig aus dem DRG-System herauszunehmen und über Tagespauschalen zu vergüten. Zudem soll durch entsprechende gesetzliche Änderungen ermöglicht werden, dass sie unter pflegerischer Leitung stehen können.“

Quelle: BGM, Vorschläge der Regierungskommission: www.bundesgesundheitsministerium.de »Presse« Pressemitteilungen – oder per QR-Code direkt zum Artikel.



NEUE STRUKTUREN?

Wieso ist das für die Zahnärzteschaft relevant? Auf den ersten Blick mag es scheinen, als seien die Zahnärztinnen und Zahnärzte von strukturierten Veränderungen und gewaltigen Umbauten im stationären Sektor nicht unmittelbar betroffen. Doch bei genauerer Betrachtung könnten hier neue Strukturen entstehen, parallel bzw. in Konkurrenz zu den Kollegen in Niederlassung.

Im Zuge der Reform sollen die Krankenhäuser ihrer Ausstattung entsprechend in unterschiedliche „Level“ eingeteilt werden. Darunter auch sogenannte Level-I i-Kliniken (siehe Infokasten), die vor allem in der sektorenübergreifenden Versorgung eine größere Rolle spielen werden.

Hierzu ist angedacht, die wohnortnahe medizinische Versorgung zu sichern, indem interdisziplinäre und interprofessionelle Leistungen gebündelt werden – dabei könnten auch zahnärztliche Leistungen gemeint sein. Sie können nicht nur aus dem stationären Bereich, sondern auch aus bestehenden ambulanten Versorgungsmodellen entwickelt werden.

BESSERE RESSOURCEN?

Im Gegensatz zu den niedergelassenen (Zahn-)Ärzten sollen diese „Ii-Kliniken“ durch die öffentliche Hand finanziert werden. Laut Entwurf sollen sie Anspruch auf Finanzierung der Investitionskosten durch die Länder und damit potenziell eine deutlich höhere Ressourcenausstattung als eine durchschnittliche Praxis haben. In der Folge könnte sich eine direkte Konkurrenz zu den niedergelassenen (Zahn-)Arztpraxen entwickeln, die sich auch – aber nicht nur – in den finanziellen Ressourcen ausdrückt.

WIRD DER FREIE BERUF GESCHWÄCHT?

Auch in Personalangelegenheiten stehen sich die beiden Modelle nach jetziger Lesart gegenseitig im Weg: Wer sich anstellen lässt, kann sich nicht niederlassen.

Die Kassensitze werden teilweise auch nicht mehr für die Niederlassung verfügbar und bleiben in den Einrichtungen. Dies kann Zahnarztpraxen betreffen, wenn die Zahnärzteschaft ebenfalls Leistungen in den Kliniken erbringt (MKG).

PRÄVENTION IM HAUSÄRZTLICHEN BEREICH?

Ganz unabhängig von der Frage, ob diese Entwicklung nicht auch fachliche Weiterentwicklungsoptionen für die Zahnärzte bietet:

Möglich wäre es zum Beispiel, dass die Zahnärzteschaft Aufgaben im Bereich der hausärztlichen Prävention unterstützt.

Die enge Verknüpfung zwischen der Mundgesundheit und unter anderem Diabetes mellitus, koronaren Herzerkrankungen, Schlaganfällen, Krebserkrankungen, Pneumonien, unerwünschten Schwangerschaftsereignissen, demenziellen Erkrankungen und rheumatoider Arthritis würde es möglich machen, Präventionsmaßnahmen einzuleiten.

SELBSTVERWALTUNG IST TRAGENDE SÄULE DER GESUNDHEITSVERSORGUNG!

Für uns als niedergelassene Zahnärzte bedeutet es, dass wir eigene Mittel und Wege finden müssen, unsere jungen Kollegen darin zu unterstützen, sich niederzulassen. Die Standespolitik muss Anreize und Förderprogramme entwickeln, um die Selbstverwaltung und die ambulante Versorgung zu sichern. Sie ist die tragende Säule unserer hervorragenden Gesundheitsversorgung. Auch zukünftig werden wir uns für eine Stärkung der Niederlassung einsetzen, damit wir nicht über kurz oder lang ein zentralistisches Gesundheitssystem nach Vorbild des britischen National Health Service (NHS) bekommen. Die nächsten Monate können dafür wegweisend sein.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der LZK Brandenburg aus dem ZBB 5/23.

Gegen ZÄHNEKNIRSCHEN bei Steuern und Buchhaltung.

Die Fischer Steuerberatungsgesellschaft kümmert sich um Steuern, Buchhaltung und betriebswirtschaftliche Fragen, damit Sie Zeit für das Wesentliche haben: Ihre Patienten.

Jetzt informieren: stb-heilberufe.com



Steuerberatung
für Heilberufe

EINWILLIGUNG DES PATIENTEN IN DIE BEHANDLUNG

Bekanntlich ist eine invasive ärztliche Behandlung nur zulässig, wenn der Patient in diese einwilligt. Diese Einwilligung setzt voraus, dass er zuvor ordnungsgemäß vom Arzt aufgeklärt wurde. Diese Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient in Ruhe überlegen kann, ob er einwilligt.

Ein Patient hat nun geltend gemacht, dass er zwar ordnungsgemäß aufgeklärt wurde und dies auch rechtzeitig erfolgte. Jedoch sei seine sofortige Unterschrift unter das Aufklärungsformular unwirksam, da diese sofort nach der Aufklärung erfolgte und er nicht mehr über die Aufklärung nachdenken konnte. Das Berufungsgericht ist dieser Argumentation gefolgt. Wenn dies ständige Rechtsprechung geworden wäre, hätte dies die Abläufe in einer Zahnarztpraxis erheblich komplizierter gemacht. Der Patient hätte nach der Aufklärung zunächst nach Hause gehen und am nächsten Tag wiederkommen müssen, um seine Einwilligung zu erteilen.

Zum Glück sah das der Bundesgerichtshof (BGH), das höchste deutsche Gericht in Zivilsachen, anders (Az. VI ZR 375/21): Es gebe

keine „Sperrfrist“, die einzuhalten sei, bis nach der Aufklärung die Einwilligung des Patienten erfolgen könne. Natürlich sei es dem Patienten unbenommen, eine Bedenkzeit zu erbitten. Jedoch müsse er dies ausdrücklich verlangen. Ansonsten ist seine Unterschrift grundsätzlich wirksam.

Allerdings wies der BGH nachdrücklich darauf hin, dass dies nur für die Unterschrift gelte. Die Aufklärung selber müsse so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient eine ausreichende Überlegungszeit hat, also nicht unmittelbar vor dem Eingriff. Im Übrigen sei noch einmal daran erinnert, dass das bloße Übergeben eines Aufklärungsformulars nicht ausreicht, auch dann nicht, wenn der Patient dieses unterschreibt. Entscheidend ist das mündliche Gespräch zwischen Arzt und Patient. Formulare können nur unterstützend eingesetzt werden.

Dr. med.dent. Wieland Schinnenburg, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Hamburg, www.rechtsanwalt-schinnenburg.de





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 praxis-relevanter kritischer Ereignisse
- Nutzerkommentare
- Diskussionsforum

www.cirsdent-jzz.de



FACHKRÄFTEMANGEL: WIE ZAHNÄRZTE VON DER 3-PLUS-2-REGEL PROFITIEREN KÖNNEN

Die 3-plus-2-Regel bietet geduldeten Geflüchteten einen Zugang zur Ausbildung. Zahnarztpraxen bietet sie die Chance, neue Fachkräfte zu gewinnen und dadurch den eigenen Fachkräftemangel signifikant zu lindern.

Um die Ausbildung von geduldeten Menschen in Deutschland zu erleichtern, hat der Gesetzgeber die sogenannte 3-plus-2-Regelung eingeführt. Ziel ist es, dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken und gleichzeitig Geduldeten eine Perspektive für einen langfristigen Aufenthaltsstatus zu ermöglichen.

Die Regelung gewährt den geduldeten Personen bei Abschluss eines Ausbildungsvertrags eine dreijährige Ausbildungsduldung, sodass die Absolvierung der Ausbildung während der gesamten Zeit rechtlich gesichert ist und weder Praxis noch der Auszubildende Sorgen vor einem vorzeitigen Abbruch haben müssen.

Und auch danach ist eine Weiterbeschäftigung möglich und erwünscht: Nach erfolgreichem Abschluss kann ein zweijähriger Aufenthaltstitel beantragt werden, sofern die Person in ihrem ausgebildeten Beruf weiterarbeitet.

VORAUSSETZUNGEN ZUR AUSBILDUNGSDULDUNG

Für eine dreijährige Ausbildungsduldung müssen einige Voraussetzungen erfüllt werden.

Für Personen, die sich im Asylverfahren befinden, gilt: Fangen diese während des laufenden Verfahrens eine Ausbildung an, bleibt die Duldung auch im Falle einer Ablehnung des Asylantrages bestehen, sodass die Ausbildung immer fortgeführt werden kann. Auch der mögliche Antrag auf einen Aufenthaltstitel nach Abschluss der Ausbildung ist dadurch gesichert.

Die geflüchtete Person darf jedoch nicht aus einem sicheren Herkunftsstaat stammen, die Identität muss geklärt sein (beziehungsweise wurden alle Schritte zur Identitätsklärung unternommen) und es dürfen keine Vorstrafen vorliegen, damit eine Duldung erteilt werden kann.

Die Ausbildungsduldung kann bereits sieben Monate vor Beginn der Ausbildung beantragt werden, wird jedoch frühestens sechs Monate vor Beginn der Ausbildung genehmigt. Danach dürfen Inhaber dieser speziellen Duldung nicht abgeschoben werden. Zur Überbrückung geringer Zeiträume bis zum Erreichen der Antragsfrist kann auch ein Antrag auf Erteilung einer Ermessensduldung gestellt werden.

Anders sieht es für Personen aus, deren Asylantrag bereits abgelehnt wurde. Diese müssen seit mindestens drei Monaten im Besitz einer Duldung sein, ohne dass bereits Maßnahmen zur Abschiebung eingeleitet wurden, was in vielen Fällen jedoch bereits durch die Ausländerbehörde veranlasst wurde, sodass dann in der Regel keine Ausbildungsduldung durch die Behörde mehr erteilt wird.

NOTWENDIGE UNTERLAGEN ZUR BEANTRAGUNG DER AUSBILDUNGSDULDUNG

Zur Beantragung einer Ausbildungsduldung müssen folgende Unterlagen bei der Ausländerbehörde eingereicht werden:

- Formloser Antrag
- Unterschriebener Ausbildungsvertrag und Anmeldebestätigung der Berufsfachschule
- Nachweis über die Eintragung des Ausbildungsverhältnisses bzw. Nachweis, dass der vorgelegte Berufsausbildungsvertrag eintragungsfähig ist (zuständige Stelle)



VORAUSETZUNG FÜR DEN ZWEIJÄHRIGEN AUFENTHALTSTITEL NACH ABGESCHLOSSENER AUSBILDUNG

Um nach der Ausbildungsduhlung einen zweijährigen Aufenthaltstitel zu bekommen, muss die Ausbildung erfolgreich abgeschlossen worden sein und eine Weiterbeschäftigung im ausgebildeten Beruf erfolgen.

Außerdem muss die Person über einen selbst finanzierten Wohnraum (Wohnung oder WG-Zimmer) und über einen gültigen Pass oder Passersatz verfügen.

Zuletzt müssen auch ausreichende Deutschkenntnisse nachgewiesen werden, was aber in aller Regel durch die erfolgreich abgeschlossene Abschlussprüfung erfolgt.

Wichtig: Der Aufenthaltstitel sollte frühzeitig beantragt werden.

NOTWENDIGE UNTERLAGEN ZUR BEANTRAGUNG DES ZWEIJÄHRIGEN AUFENTHALTSTITELS NACH ERFOLG- REICHER AUSBILDUNG

Zur Beantragung der Weiterbeschäftigung nach Abschluss der Ausbildung müssen diese Unterlagen bei der Ausländerbehörde eingereicht werden:

- Formloser Antrag
- Abschlusszeugnis der Ausbildung
- Unterschriebener Arbeitsvertrag
- Nachweis über Wohnraum (Mietvertrag)

SONDERFALL EINSTIEGSQUALIFIZIERUNG (EQ)

Eine Einstiegsqualifizierung (EQ) ist ein von der Agentur für Arbeit gefördertes maximal zwölfmonatiges Langzeitpraktikum. Für eine EQ soll nach den Vorgaben des Gesetzgebers ebenfalls eine Ermessensduhlung durch die Ausländerbehörde erteilt werden, sofern bereits ein anschließender Ausbildungsvertrag im gleichen anerkannten Ausbildungsberuf vorliegt.

Daniel Schrader,

*Nachdruck aus dem Rheinischen Zahnärzteblatt
mit freundlicher Genehmigung der LZK Nordrhein*

FORTBILDUNGSSIEGEL: WAS IST ZU BEACHTEN?

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

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

Zu beachten ist, dass bei der Aufstellung der Fortbildungen nur abgeschlossene Kalenderjahre berücksichtigt werden, d. h. die Aufstellung für die Jahre 2021, 2022, 2023 kann nun eingereicht werden. Bitte überlassen Sie uns Ihren ausgefüllten und unterschriebenen Erfassungsbogen.

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

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

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



**FORTBILDUNGSSIEGEL
DER LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
RHEINLANDPFA LZ**



MASTER-THESIS: ZUGEGWINN AN TRANSVERSALER BREITE IM OBERKIEFER UNTER HERBST-THERAPIE

Unter der wissenschaftlichen Leitung von **Univ. Prof. Dr. Christina Erbe**, Mainz und **Dr. Joachim Weber**, Ludwigshafen fand im Dezember die Abschlussveranstaltung des theoretischen Moduls im Rahmen der dreijährigen Weiterbildung zum Fachzahnarzt Kieferorthopädie statt. Eine zentrale Anforderung in diesem über zwei Jahre laufenden Programm war die Erstellung einer fachbezogenen Masterthesis. Im Rahmen eines Forums stellten die Assistentinnen und Assistenten ihre Arbeiten vor und diskutierten bzw. verteidigten sie im kollegialen Gespräch. Die drei besten wurden von der Landeszahnärztekammer ausgezeichnet. Hier lesen Sie eine Zusammenfassung der Arbeit von **Mira Spaeth** zum Thema „Der Zugewinn an transversaler Breite im Oberkiefer unter Herbst-Therapie mit und ohne Versteifung mittels gegossenem Transpalatinalbogen – eine retrospektive Studie“. Ihre Arbeit überzeugte das Gremium am meisten. Ihre Weiterbildung absolviert Spaeth in der kieferorthopädischen Praxis von **Dr. Claudia Zöller** und **Dr. Georg Zöller**.

HINTERGRUND

Bereits 1909 von Emil Herbst unter anderem zur Therapie von Klasse II Anomalien vorgestellt und 40 Jahre später unter Pancherz wieder eingeführt, gehört das Herbst-Scharnier nun zu den wichtigsten kieferorthopädischen Apparaturen mit sehr guten Behandlungsergebnissen. Das Herbst-Scharnier findet hauptsächlich in der Therapie einer basalen

und dentalen Klasse II Anwendung, wobei diese sich in den vergangenen Jahren vor allem auf therapieresistente Patienten mit fehlender Compliance oder geringem Restwachstum beschränken. Auch bei Erwachsenen ist noch eine erfolgreiche Therapie mit dem Herbst-Scharnier möglich, vermutlich durch die Umbaufähigkeit aufgrund zeitlebens vorhandenen Sekundärknorpels auf kranialen Anteilen des Kondylus und der Fossa condylaris.

Tatsächlich wird aber auch eine Anwendung bei noch bestehendem Wachstum empfohlen und trotz guter Ergebnisse der oben genannten Indikationen sollte die Apparatur nicht nur als eine Methode für den letzten Ausweg gesehen werden. Auch wenn die Klasse-II-Dysgnathie nicht direkt mit transversalen Problematiken assoziiert wird, treten diese häufig in Kombination auf.

Bisherige Studien konzentrierten sich hauptsächlich auf die vertikalen und sagittalen Effekte des Herbst-Scharniers. Vor allem die effiziente Vorverlagerung des Unterkiefers als Hauptziel der Herbst-Therapie ist vielfach belegt. Auch die Distalisierung und Intrusion des Oberkiefermolars als Folge des High-Pull-Headgear-Effekts wurden bereits beschrieben. Aus einer Studie mit 45 Probanden bei Anwendung der ursprünglichen Gerätekonstruktion wurden bei 96 % der Patienten maximal 4,5 mm Distalisation der OK-Molaren festgestellt. Veränderungen in der Transversalen sind dagegen wenig untersucht. Klinisch ist auch bei

massiver Vorverlagerung unter Herbst-Therapie jedoch nur selten eine Verschlechterung der transversalen, intermaxillären Beziehungen zu beobachten. Das lässt eine Zunahme der transversalen Breite durch Wirkung des Headgear-Effekts entlang der nach disto-lateral angulierten, intermaxillären Stangen-Hülsen-Verbindung vermuten.

STUDIENAUFBAU UND METHODIK

In dieser Studie wurden an 60 Patienten mit einem Alter zwischen 10 bis 18 Jahren und einer im Schnitt circa 0,7 Jahre andauernden Therapie mit einem laborgefertigten, gegossenen Herbst-Scharnier bereits beschriebene Effekte ergänzend untersucht. Der Patientenpool wurde in zwei gleich große Gruppen geteilt, wovon in einer die Scharniere zusätzlich mit einem TPA versteift wurden. Der Transpalatinalbogen (TPA) kann als potentes Verankerungsgerät eine Zunahme der transversalen Breite unterbinden. Durch die ellipsoide Oberkieferbogenform wäre es außerdem denkbar, dass eine dem Alveolarkammverlauf entsprechende Distalisierung der Oberkiefermolaren nicht mehr im gleichen Maße möglich ist.

Transversale Veränderung im Oberkiefer konnten am Gipsmodell im posterioren Bereich an den von Pont festgelegten Punkten zwischen den Oberkiefer-Molaren und im anterioren Bereich an den von Schmuth beschriebenen Punkten zwischen den ersten



Drei Arbeiten wurden ausgezeichnet (v. l. n. r.): Julia Wagner (2. Platz), Mira Spaeth (1. Platz) und Dr. Julian Textor (3. Platz).

Prämolaren gemessen werden. Sagittale Auswirkungen der Therapie auf die Sechsjahresmolaren und das knöcherne Kinn wurden im FRS nach der SO-Analyse (Sagittale Okklusionsanalyse) von Pancherz dokumentiert. Hier konnten die Veränderungen der Lage des ersten Oberkiefer-Molaren und des Pog-Punktes zu der Referenzlinie RLp, aber auch zum A-Punkt, vermessen werden.

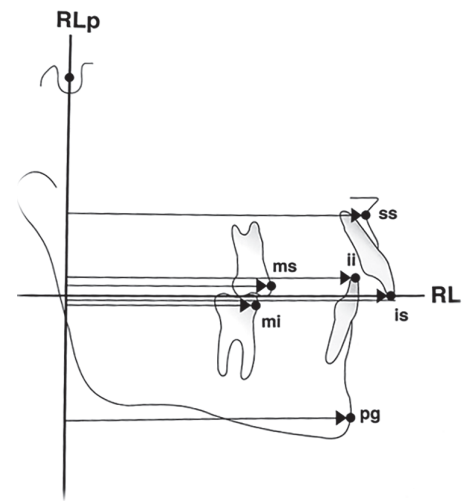
ERGEBNISSE

Die vermutete Zunahme der transversalen Breite im Oberkiefer unter Herbst-Therapie durch die disto-lateral angulierte intermaxilläre Stangen-Hülsen-Verbindung konnte bestätigt werden: im posterioren Bereich wurde

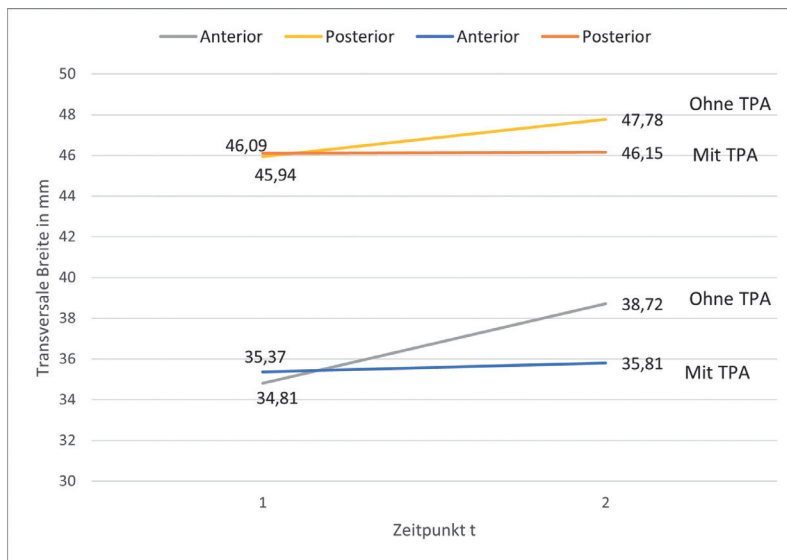
eine Breitenzunahme von 1,66 mm und im anterioren Bereich eine Breitenzunahme von 3,77 mm verzeichnet. Die stärkere Zunahme der anterioren Breite lässt zusätzlich zum disto-lateralen „shift“ der Apparatur eine Bukkalrotation des anterioren Segments des Scharniers vermuten. In der Referenzgruppe mit TPA versteiften Herbst-Scharnieren wurde die Zunahme der transversalen Breite unterbunden.

In der Sagittalen wurde bei der Messung des Abstandes des oberen ersten Molars zur hinteren Referenzebene RLp eine Distalisierung von durchschnittlich 3 mm dokumentiert. Eine geringere Distalisierung durch eine Versteifung der Apparatur mit TPA konnte nicht dargestellt werden.

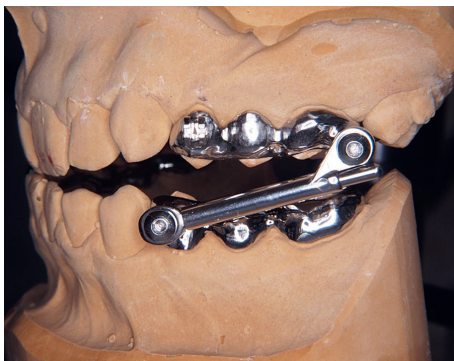
Literaturverzeichnis auf Anfrage bei der Redaktion.



FRS-Messpunkte nach Pancherz



Links: Darstellung der Veränderung der gemittelten transversalen Breiten im Oberkiefer vor (t1) und nach (t2) Herbst-Therapie



Herbst-Scharnier im Artikulator mit angebrachtem Gewindesockel distovestibulär am ersten Oberkiefer-Molaren und mesiovestibulär am unteren ersten Prämolaren.



Herbst-Apparatur in situ am Tag der Entfernung der Apparatur im Oberkiefer mit gegossenem Transpalatinalbogen als Versteifung.



Herbst-Apparatur in situ am Tag der Entfernung der Apparatur im Oberkiefer ohne Transpalatinalbogen (alle Fotos: Praxis Dres. Zöller).

RHEINLAND-PFALZ FÜHRT FACHZAHNARZT FÜR PARODONTOLOGIE EIN

Die Delegierten der Vertreterversammlung der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz stimmten am 25. November 2023 einer geänderten Weiterbildungsordnung zu und damit der Einführung des Fachzahnarztes für Parodontologie im Bundesland. Die formellen Weichen sind gestellt. LZK-Präsident Dr. Wilfried Woop und Prof. Dr. James Deschner erläutern Hintergründe und zeigen den konkreten Fahrplan auf.

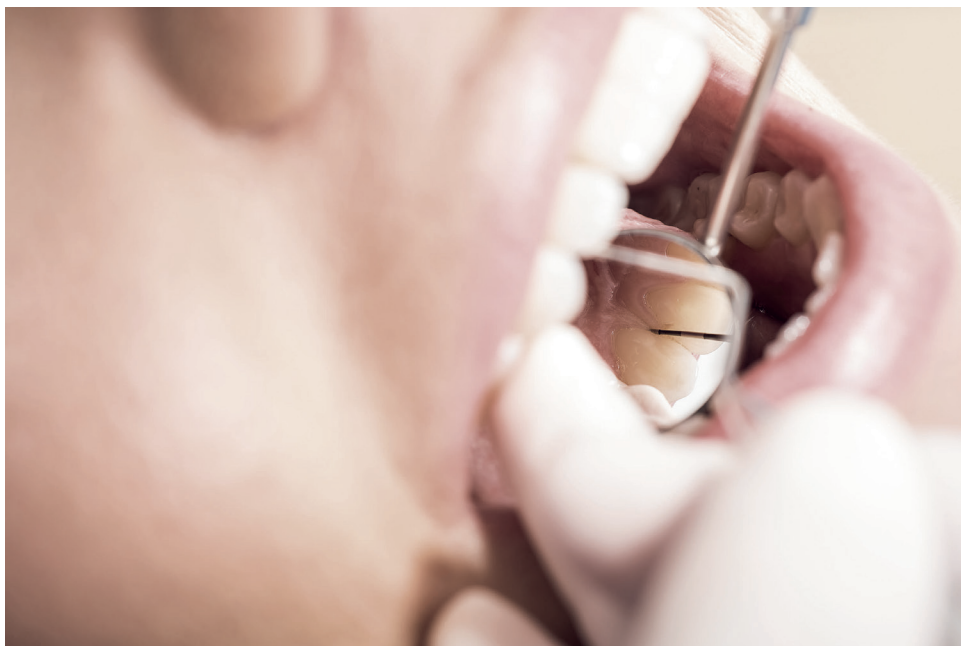
DIE LZK-DELEGIERTEN STIMMTEN FÜR DIE EINFÜHRUNG EINES FACHZAHNARZTES FÜR PARODONTOLOGIE. WIE KAM ES ZU DIESER ENTSCHEIDUNG?

Dr. Woop: Die VV-Delegierten hatten bereits im November 2022 den Auftrag erteilt, die Einführung eines solchen Fachzahnarztes zu prüfen. Grund: die unverändert hohe Rate an parodontalen Erkrankungen, gut belegt durch die Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS) sowie das neu hinzugekommene Wissen über die Bedeutung der „stummen

Volkskrankheit“ Parodontitis sowie deren Wechselwirkungen mit einer ganzen Reihe von Allgemeinerkrankungen wie etwa Diabetes. In der Folge haben sich Vorstand und Satzungsausschuss intensiv mit diesem Thema befasst und schließlich eine neue Weiterbildungsordnung (WBO) erarbeitet, die den Fachzahnarzt für Parodontologie beinhaltet.

PROF. DESCHNER, WARUM HABEN SIE SICH PERSÖNLICH SO DAFÜR EINGESETZT, DASS EIN FACHZAHNARZT FÜR PARODONTOLOGIE EINGEFÜHRT WIRD?

Prof. Deschner: Zuallererst geht es um unsere Patientinnen und Patienten. Der Fachzahnarzt für Parodontologie wird zu einer besseren Versorgung (z. B. Zahnerhalt, Kaukomfort, Wohlbefinden und systemische Gesundheit) beitragen. Aufgrund der Zunahme fortgeschrittener und komplexer Parodontitisfälle, oftmals bei Polymedikation und Multimorbidität, ist diese Weiterbildung mehr als je zuvor ein Gebot der Zeit, basierend auf der Demografie, Epidemiologie und der starken wissenschaftlichen Evidenz. Wir leben in einer alternden Gesellschaft. Immer mehr Zähne sollen bis ins hohe Lebensalter erhalten werden. Dafür benötigen wir oft eine sehr spezielle und/oder interdisziplinäre Behandlung, wobei sich interdisziplinär sowohl auf die verschiedenen Fächer





Dr. Wilfried Woop

Präsident Landes Zahnärztekammer
Rheinland-Pfalz (LZK)
Langenbeckstraße 2 • 55131 Mainz
Tel. (06131) 9613660
dr.woop@lzk.de
www.lzk.de

„Die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen sind und bleiben diejenigen, die diese Erkrankung detektieren, diagnostizieren und vorrangig auch therapieren.“
Dr. Wilfried Woop

innerhalb der Zahnmedizin als auch auf die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten bezieht.

AN WELCHE FÄLLE DENKEN SIE KONKRET?

Prof. Deschner: Bei komplexen fortgeschrittenen Parodontitisfällen muss man der prothetischen Versorgung durch die parodontale Situation und Anfälligkeit ganz besonders Rechnung tragen (Paro-Prothetik). Auch die Entscheidung, Zahnerhalt versus Implantat bei Paro-Patienten, die oftmals starken Knochenverlust und zudem ein erhöhtes Risiko für Periimplantitis aufweisen, kann eine interdisziplinäre Herausforderung darstellen, ebenso wie junge Menschen, die kieferorthopädisch behandelt werden sollen, aber an einer sehr progredienten Parodontitis leiden. Viele Betroffene leiden an altersassoziierten Erkrankungen, z. B. Typ-2-Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen, rheumatoider Arthritis, neurodegenerativen Erkrankungen und Osteoporose. Osteoporose-, aber auch Tumorpatienten werden oftmals mit Antiresorptiva behandelt. Deren Behandlung erfordert Spezialwissen und fachspezifische Erfahrung sowie eine gewisse Praxisinfrastruktur und -logistik. Weit fortgeschrittene Parodontitiden bedürfen in speziellen Fällen zusätzlich einer regenerativen und/oder resektiven Therapie. Auch hier ist Fachexpertise erforderlich. Ebenso können parodontalplastische Therapien Herausforderungen in allgemein Zahnärztlichen Praxen darstellen.

WAS SIND DIE UNTERSCHIEDE ZWISCHEN EINEM ZAHN-ARZT, DER PARODONTOLOGIE BEHANDELT, UND EINEM FACHZAHNARZT FÜR PARODONTOLOGIE?

Dr. Woop: Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte behandeln parodontale Erkrankungen. Der Spezialisierungsgrad eines Fachzahnarztes wird in erster Linie da gefragt sein, wo medizinische und organisatorische An-

forderungen bestehen, die sich in die Abläufe einer Generalisten-Praxis nur sehr schwer integrieren lassen. Patienten mit einem speziellen Bedarfsprofil sind in den Händen eines Fachzahnarztes an der für sie richtigen Stelle. Zukünftig wird die allgemein Zahnärztliche Kollegenschaft kompetente Ansprechpartner für schwierige Fälle haben, an die sie zur Weiterbehandlung oder gemeinsamen Behandlung überweisen kann.

WAS SIND WEITERE VORTEILE FÜR DIE ZAHNÄRZTESCHAFT?

Prof. Deschner: Durch die Weiterbildung werden effektive, kontrollierte und transparente Strukturen für die Ausbildung von Expertinnen und Experten im Bereich der Parodontologie etabliert (zugelassene Weiterbildungsstätten). Außerdem wird der Fachzahnarzt für Parodontologie helfen, das Bewusstsein in der medizinischen Kollegenschaft zu schärfen, wie hoch spezialisiert und komplex die Zahnmedizin geworden ist. Dass sich unsere Landes Zahnärztekammer für die Einführung des Fachzahnarztes entschieden hat, wofür ich allen Beteiligten sehr herzlich danke, spricht für die Gestaltungskraft, Realitätsnähe und Zukunftsorientierung unserer Kammer. Darauf können wir sehr stolz sein.

WELCHE WEITERBILDUNGSMÖGLICHKEITEN GIBT ES HIERFÜR BISLANG?

Prof. Deschner: Die Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Parodontologie war bisher lediglich im Bereich der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe möglich. Seit 1992 existiert aber bereits der DG PARO-Spezialist für Parodontologie® der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie. Auch die DG PARO setzt sich mit Nachdruck und nachvollziehbaren Argumenten für die Einführung des Fachzahnarztes ein.

WER KANN IN RLP DIE WEITERBILDUNG ABSOLVIEREN?

Prof. Deschner: Grundsätzlich kann jeder approbierte Zahnarzt eine Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Parodontologie absolvieren. Bei dieser vierjährigen Weiterbildung muss zunächst ein allgemein Zahnärztliches Jahr absolviert werden. Sie kann nur an einer zugelassenen >

"Die Einführung des Fachzahnarztes spricht für die Gestaltungskraft, Realitätsnähe und Zukunftsorientierung unserer Kammer."
Prof. James Deschner



Univ.-Prof. Dr. med. dent. James Deschner
Direktor der Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität
Augustusplatz 2 • 55131 Mainz
Tel.: 06131-17-7247 • james.deschner@uni-mainz.de
www.unimedizin-mainz.de/parodontologie

Weiterbildungsstätte in Rheinland-Pfalz erfolgen. Damit sind die Möglichkeiten in gewissem Sinne auch begrenzt.

WAS ENTGEGNEN SIE ZAHNÄRZTEN, DIE BEFÜRCHTEN, DASS IHNEN PATIENTEN ABHANDENKOMMEN?

Dr. Woop: Die Mehrheit der Parodontaltherapien wird auch in Zukunft in den allgemein Zahnärztlichen Praxen erfolgen. Die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen sind und bleiben diejenigen, die diese Erkrankung detektieren, diagnostizieren und vorrangig auch therapieren.

In Zukunft werden sie ergänzt durch Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte für die schweren und schwersten Fälle. Das sind Behandlungsfälle, die aufgrund ihrer Komplexität und ihrer vielfältigen Wechselbeziehungen zu internistisch determinierten Erkrankungen nach Therapieansätzen verlangen, für die allgemein Zahnärztliche Praxen nur bedingt ausgerichtet sein können. Einen weiteren Bedarf sehe ich bei hochkomplexen regenerativen Verfahren, für die das Gleiche gilt.

Deshalb: Niemandem wird etwas genommen. Die Zahnärzteschaft, ebenso wie Patientinnen und Patienten, werden gewinnen.

WANN UND WO GEHT ES LOS?

Dr. Woop: Das zuständige Ministerium hat der geänderten Weiterbildungsordnung Mitte Februar zugestimmt, sodass nun Weiterbildungsermächtigungen beantragt werden können.

Um die Qualität und den Erfolg der Weiterbildung zum Fachzahnarzt zu gewährleisten, sind die Kriterien für eine Weiterbildungsermächtigung verständlicherweise sehr hoch.

Sobald die Ermächtigungen erteilt worden sind, kann die Weiterbildung erfolgen. Das wird noch seine Zeit dauern, denn zunächst müssen die Strukturen für eine solche Weiterbildung (z. B. Ermächtigungen, Prüfungsausschuss) etabliert werden. Die Anzahl der weiterbildungsermächtigten Stätten wird sehr begrenzt sein.

AN WEN SOLLEN SICH INTERESSIERTE KOLLEGEN WENDEN?

Dr. Woop: Eine erste Adresse ist die Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung der Universitätsmedizin in Mainz. Eine Liste der zur Weiterbildung ermächtigten Stellen wird auf der Homepage der Landes Zahnärztekammer veröffentlicht und aktuell gehalten.



AB WANN KÖNNEN PATIENTEN IN RLP ZU EINEM FACHZAHNARZT PARO GEHEN?

Prof. Deschner: Die ersten in Rheinland-Pfalz selbst weitergebildeten Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte wird es in ca. 4 Jahren geben. Aber bereits während ihrer Fachzahnarztweiterbildung werden diese Kolleginnen und Kollegen, wenn auch unter Aufsicht und Anleitung, schon zunehmend für komplexe Parodontitisbehandlungen zur Verfügung stehen. Auch schwierige regenerative oder parodontalplastische Therapien werden diese Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten zunehmend durchführen.

AUSSERHALB VON RHEINLAND-PFALZ WIRD DIE EINFÜHRUNG MIT GEMISCHTEN GEFÜHLEN WAHRGENOMMEN.

Dr. Woop: Ich will nicht bestreiten, dass es kritische Stimmen gibt. Es wird befürchtet, der zahnärztliche Berufsstand könne fragmentiert und in seiner Einheitlichkeit geschwächt werden. Das kann ich in Teilen nachvollziehen, ohne es allerdings zu teilen. Ich bin vielmehr der festen Überzeugung, dass die Schaffung unserer neuen Fachzahnarztbezeichnung der Therapie parodontaler Erkrankungen insgesamt einen Schub geben wird. Für mich persönlich ist dabei von ganz besonderer Bedeutung, dass dieser Prozess von uns als Zahnärztekammer aktiv gestaltet und eng begleitet wird. Übrigens ist in Westfalen-Lippe der Fachzahnarzt für Parodontologie seit rund vierzig Jahren etabliert. Auch in Rheinland-Pfalz wird sich die Parodontologie in der Spitze und in der Breite weiterentwickeln.

WELCHEN EINFLUSS HAT DIE BUDGETIERUNG AUF DIE SCHAFFUNG EINES FACHZAHNARZTES FÜR PARODONTOLOGIE?

Dr. Woop: Kurz gesagt: keinen! Als Vertreterversammlung, Satzungsausschuss und Vorstand der LZK RLP begonnen haben, sich mit diesem Thema zu befassen, war von Budgetierung notwendiger zahnärztlicher Leistungen nicht die Rede. Die Einfallslosigkeit der Politik, die immer noch zu glauben scheint, die von ihr selbst herbeigeführten Defizite im Gesundheitswesen mit dem untauglichen Mittel einer strikten Budgetierung lösen zu können, ändert absolut nichts an der Sinnhaftigkeit dieses Weiterbildungsweges. Die Einführung des Fachzahnarztes für Parodontologie bei uns ist notwendig. Sie folgt einem valide belegten, echten Bedarf und nicht einer wie auch immer gearteten Kassenlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Auch in diesem Punkt sind die Delegierten unserer Vertreterversammlung ihrer Überzeugung gefolgt.

VIELEN DANK FÜR DAS GESPRÄCH!

MANCHER ZAHN
WAR NICHT MEHR ZU
ERHALTEN, ABER
DURCH IHRE SPENDE
KÖNNEN WIR UNSER
DENTALES ERBE
BEWAHREN.



500.000
EXPONATE
AUS 5.000
JAHREN



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

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

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



JOBRAD:STEUERN SPAREN DURCH FAHRRAD FAHREN



Das Jobrad nimmt einen immer höheren Stellenwert ein. Wird es durch Gehaltsumwandlung richtig gemacht, profitieren Arbeitgeber und Arbeitnehmer davon.

STEUERFREIE GEHALTSUMWANDLUNG

Stellt der Praxisinhaber seinem Arbeitnehmer ein Dienstrad zur Verfügung, radelt der Arbeitnehmer bis 2030 steuer- und sozialabgabenfrei in die Zahnarztpraxis.

Das Rad kauft der Arbeitgeber oder least es, sodass der Verwaltungsaufwand gering gehalten wird. Durch Verzicht auf einen Teil seines Bruttogehaltes zahlt der Arbeitnehmer dann das Jobrad in Raten ab.

Aufgrund dieser Bruttogehaltsumwandlung spart der Arbeitnehmer entsprechend Lohnsteuer und Sozialversicherungsbeiträge. Der Praxisinhaber spart den entsprechenden Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung.

Zur steuerlichen Anerkennung ist es empfehlenswert, dass sich der Praxisinhaber an den Kosten zumindest in geringem Umfang beteiligt (z. B. Reparatur, Versicherung oder Leasingrate), da sonst der Mitarbeiter als Leasingnehmer angesehen werden könnte und es sich somit im ungünstigsten Fall nicht um ein begünstigtes Jobrad handeln könnte.

Da der Arbeitnehmer die Entfernungskilometer zur Praxis dennoch als Werbungskosten



Dipl.-Kfm. Dr. Andreas Laux
Steuerberater

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

ten in seiner Einkommensteuererklärung als Pendlerpauschale ansetzen darf, besteht für ihn ein weiteres Steuersparpotenzial.

GELDWERTER VORTEIL

Da der Mitarbeiter bei der Gehaltsumwandlung üblicherweise das Jobrad auch in seiner Freizeit nutzen darf, muss er dies als geldwerten Vorteil mit 0,25 % (Sonderregelung bis 2030 statt 1 %) des Bruttolistenpreises bei seiner monatlichen Gehaltsabrechnung versteuern.¹

Wie Berechnungsbeispiele von Leasinganbietern im Internet zutreffend zeigen, ist das Jobrad dennoch mindestens 25 % günstiger als der private Kauf des Arbeitnehmers aus Nettogehalt.²

Steuertipp: Wenn der Praxisinhaber das Jobrad vollständig und zusätzlich zum Gehalt zahlt und somit alle Kosten selbst trägt, liegt kein geldwerter Vorteil des Mitarbeiters vor und das Dienstrad ist steuer- und sozialabgabenfrei. Diese Steuerfreiheit gilt übrigens auch für den Praxisinhaber selbst, da die private Nutzung keine Privatentnahme darstellt.

ÜBERNAHME DES JOBRADES

Nach Ablauf des Leasingvertrags können Arbeitnehmer das Dienstrad meist günstig vom Leasinganbieter privat übernehmen. Diese Übernahmeoption darf aus steuerlichen Gründen nicht im Leasingvertrag stehen, da sonst der Arbeitnehmer (statt der Praxisinhaber) als Leasingnehmer beurteilt wird und es sich somit nicht um ein begünstigtes Jobrad handeln würde.

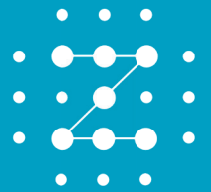
Beträgt der Übernahmepreis bzw. ein nachgewiesener niedrigerer Wert weniger als 40 % des Bruttolistenpreises zum Zeitpunkt des Kaufs, ist die Differenz steuerpflichtig, wobei der Leasinganbieter diese Lohnsteuer nach § 37b EStG pauschal übernehmen darf.

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

1.) Bei E-Bikes schneller als 25 km/h gelten die Dienstwagen-Richtlinien, weshalb zusätzlich 0,03 % des Bruttolistenpreises je Entfernungskilometer steuer- und sozialversicherungspflichtig sind.

2.) Berechnungsgrundlage: mtl. Bruttogehalt 3.000,00 EUR. Bruttolistenpreis Jobrad 2.000,00 EUR, Steuerklasse 1, vereinfachend ohne Kirchensteuerpflicht, 20,00 EUR mtl. Zuschuss des Arbeitgebers, Arbeitgeber nicht vorsteuerabzugsberechtigt, private Übernahme nach 36 Monaten Leasingdauer.

zahnheilkunde 2024



zahnheilkunde 2024

Seniorenzahnmedizin

12./13. April 2024
Hilton Mainz



Veranstalter:
Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz

Kooperationspartner:
Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin



ADAPTATIONSSTÖRUNG ODER ANFÄNGLICHE DEMENZ?

Eine altersbedingte Multimorbidität geht mit teils diffusen Beschwerden einher. In diesem Kontext bereitet die diagnostische Einordnung von Krankheitsbildern mit psychischen Einflussfaktoren Probleme, da sich die Frage stellt, ob auffälliges Verhalten oder ein „Nichtzurechtkommen“ mit Zahnersatz eine Facette einer beginnenden oder bestehenden mehr oder weniger stark ausgeprägten kognitiven Einschränkung ist oder ob es sich dabei um eine „ganz normale“ altersabhängige Gebrechlichkeit z. B. im Sinne einer Adaptationsstörung handelt. Davon sollte differenzialdiagnostisch das Vorliegen einer somatoformen Prothesenunverträglichkeit oder des Krankheitsbildes der okklusalen Dysästhesie im Sinne einer somatischen Belastungsstörung abgegrenzt werden. Um Ordnung in dieses Wirrwarr zu bringen, soll in dem Beitrag aufgezeigt werden, was sich hinter den unterschiedlichen Aspekten verbirgt.

KOGNITIVE EINSCHRÄNKUNG

Kognitive Einschränkungen erscheinen fast normal, denn nur einer von 100 Menschen altert ohne kognitiven Abbau. Kognitive Einschränkungen



Die Patientin kommt mit dem neuen Zahnersatz nicht zurecht. Dahinter kann auch eine altersbedingte Adaptionsstörung stecken.

gen im Alter sind das Resultat eines neuronalen Abbaus in begrenzten kortikalen Regionen. Frontale Hirnareale sind davon stärker betroffen. Die damit assoziierten Symptome können von einer leichten kognitiven Beeinträchtigung (Mild Cognitive Impairment) bis hin zu demenziellen Erkrankungen reichen. Es gibt jedoch kompensatorische Mechanismen in der Form, dass andere Hirnareale Defizite ausgleichen.

Während eine demenzielle Störung durch typische „Warnsignale“ zu erkennen ist, bereitet in der Bewertung der Reaktionen von PatientInnen die sogenannte kognitive Beeinträchtigung (Mild Cognitive Impairment [MCI]) deutlich mehr Probleme.

Warnsignale, die auf eine Demenz hindeuten, sind das Vergessen kurz zurückliegender Ereignisse, die Schwierigkeit, gewohnte Tätigkeiten durchzuführen oder sich in fremder Umgebung zurechtzufinden, Sprachstörungen, nachlassendes Interesse an Dingen, die immer gerne unternommen wurden, der fehlende Überblick hinsichtlich finanzieller Angelegenheiten sowie die Fehleinschätzung von Gefahren und neu auftretende, teils heftige Stimmungsschwankungen.

Bei einem MCI handelt es sich um ein Übergangsstadium zwischen altersentsprechendem Abbau und einer Demenzerkrankung, was bei bis zu 20 % der über 65-Jährigen und in gleicher Größenordnung bei den über 75-Jährigen der Fall ist. Bei diesem Krankheitsbild sind die Kriterien einer demenziellen Erkrankung noch nicht erfüllt. Bei Verdacht auf ein MCI muss nach Winblad et al. ein nachweislicher kognitiver Abbau durch Selbst- oder Fremdbeurteilung zu verzeichnen sein und/oder sich ein kognitiver Abbau über die Zeit hinweg in neuropsychologischen Tests zeigen. In Bezug auf die funktionellen Aktivitäten müssen entsprechend den Diagnosekriterien von Winblad et al. vor allem die grundlegenden Alltagsaktivitäten (z. B. die Körperpflege und Nahrungsaufnahme) erhalten sein, wodurch die Selbstständigkeit im Alltag erhalten bleibt. Eine geringe Beeinträchtigung der komplexen instrumentellen Aktivitäten (z. B. die Regelung von Finanzen, Medikamenteneinnahme oder Haushaltsführung, Überwinden größerer Distanzen außerhalb der



Prof. Dr. med. dent. Anne Wolowski

Poliklinik für Prothetische Zahnmedizin & Biomaterialien
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
am Universitätsklinikum Münster (UKM)
Albert-Schweitzer-Campus 1 • 48149 Münster
anne.wolowski@ukmuenster.de

Wohnung) kann allerdings vorliegen. Funktionale Defizite werden bei MCI von Betroffenen nicht in dem Ausmaß unterschätzt, wie das bei Demenzerkrankten der Fall ist.

Was bedeutet das für die zahnmedizinische Versorgung? Hier kann als Grundlage für die Einschätzung dessen, was noch möglich ist, die sogenannte zahnmedizinische funktionelle Kapazität nach Nitschke et al. eine hilfreiche Orientierung darstellen.

Zahnmedizinische funktionelle Kapazität nach Nitschke

et al.: Die Therapiefähigkeit, die Mundhygienefähigkeit und Eigenverantwortlichkeit werden in die Belastbarkeitsstufen BS 1 bis 4 von normal bis nicht mehr möglich eingeteilt. Der jeweils schlechteste Wert gibt den Ausschlag.

Somit ist es hinsichtlich der kognitiven Fähigkeit wichtig, die Mundhygienefähigkeit insgesamt, die Zuverlässigkeit im Einhalten von Absprachen und die Eigenständigkeit zu beurteilen. Sollten dabei zunehmende Defizite festgestellt werden, ist es entscheidend, dass nach möglichen Unterstützungen gesucht wird, um eine einmal hergestellte gute Befundsituation auch langfristig erhalten zu können.

ADAPTATION

Mit Adaptation ist die kurz- oder langfristige Anpassungsfähigkeit des Organismus gemeint. Im Bereich der Sinnesphysiologie kann diese Anpassung so vollständig sein, dass die Erregungsleitung unterbunden wird und damit der Reiz gar nicht mehr als solcher wahrgenommen wird. Ein Beispiel dafür ist der Berührungsreiz durch Kleidungsstücke. Analog dazu ist nach einer Veränderung in der Mundhöhle das Maximum an

Adaptation erreicht, wenn diese nicht mehr wahrgenommen wird und z. B. Prothesen „selbstverständlich“ in die Bewegungsabläufe eingebunden sind und nicht mehr als Fremdkörper wahrgenommen werden. Gelingt dieser Prozess nach Eingliederung neuen Zahnersatzes nicht mehr bzw. nicht mehr vollständig und wird aufgrund dessen Zahnersatz dauerhaft als Fremdkörper wahrgenommen, spricht man von einer Adaptationsstörung. Dieses Phänomen beobachtet man vor allem bei älteren und alten Menschen, die viele Jahre unverändert Zahnersatz ohne Beschwerden getragen und gut adaptiert haben, aber mit einer neuen Prothese nicht zurechtkommen. Die Verzweiflung aller Beteiligten ist in einem solchen Fall groß. Betroffene können nicht nachvollziehen, weshalb sie mit dem neuen Zahnersatz entgegen den jahrzehntelangen guten Erfahrungen mit altem Zahnersatz nicht zurechtkommen und suchen die Verantwortung dafür in einer aus ihrer Sicht mangelhaften Ausführung. Dem entgegen steht die berechtigte Überzeugung des Behandlungsteams, alles den Regeln der Kunst entsprechend gut und sehr gut hergestellt zu haben. Untersuchungen von Landt konnten zeigen, dass dieses „Nichtzurechtkommen“ weniger an der Fähigkeit der muskulären Feinkoordination als vielmehr an der nachlassenden/verlangsamten Fähigkeit, Formen zu erkennen, liegt. Damit ist die Voraussetzung reduziert, Veränderungen so wahrzunehmen, dass diese in der Folge muskulär adäquat gesteuert werden können. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Fähigkeit, Veränderungen wahrzunehmen, nicht vollständig verloren geht, sondern verlangsamt ist und deutliche Grenzen hinsichtlich des Ausmaßes und der Vollständigkeit der Umgewöhnungsfähigkeit aufweist. Dementsprechend sollte im Rahmen von geplanten Veränderungen in der Mundhöhle immer überlegt werden, wie größere Maßnahmen in kleinen Schritten im Sinne der Umarbeitung des vorhandenen Ersatzes auf Basis des Originals oder eines Duplikates umgesetzt werden können.

PSYCHOSOZIALE EINFLUSSFAKTOREN

In Abgrenzung zu den bisher beschriebenen altersbedingten Einschränkungen sollten die sogenannte somatoforme Prothesenunverträglichkeit und die okklusale Dysästhesie differenzialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden. Beide Erkrankungen treten in höherem Lebensalter auf. Beide PatientInnengruppen sind fixiert auf eine somatische/zahnmedizinische Ursache eines oft langen Leidens mit teils diffusen vielfältigen Beschwerden. Während Betroffene bei dem Krankheitsbild der okklusalen Dysästhesie davon überzeugt sind, dass der Zubiss nicht stimmt, sind die Ursachenüberzeugungen der PatientInnen mit somatoformer Prothesenunverträglichkeit vielfältig. Nicht selten steht bei beiden PatientInnengruppen eine zahnmedizinische Maßnahme am Beginn des Leidenswegs. Viele dann folgende symptomabhängige Maßnahmen bringen nicht die erhoffte Entlastung.

SOMATOFORME PROTHESENUNVERTRÄGLICHKEIT

Müller-Fahlbusch und Marxkors prägten den Begriff der „psychogenen Prothesenunverträglichkeit“. Darunter fassen sie „Beschwerden, die

nicht ins Bild der jeweiligen Befundsituation passen und eher allgemeiner Art sind“, zusammen. Ein von den Betroffenen oft angenommener Zusammenhang zum Zahnersatz lässt sich in der Regel nicht objektivieren. Müller-Fahlbusch formulierte fünf Kriterien zur Erkennung eines solchen Krankheitsbildes.

Fünf Kriterien, die nach **Müller-Fahlbusch** ein Hinweis auf eine „psychogene“ Prothesenunverträglichkeit sind:

- Diskrepanz zwischen Beschreibung der Beschwerden und anatomischen Grenzen
- Diskrepanz zwischen Chronologie der Beschwerden und den bekannten Verläufen
- Ex non juvantibus (eine normalerweise hilfreiche Behandlung führt nicht zum Erfolg)
- Ungewöhnliche Mitbeteiligung des/der Patienten/Patientin am Krankheitsgeschehen
- Koinzidenz von biografisch-situativen Ereignissen und Beginn der Beschwerden

Bei einer **somatischen Belastungsstörung** ist es typisch, dass selbst vorübergehenden körperlichen Symptomen/Befindlichkeitsstörungen ein teils hoher Krankheitswert beigemessen wird. Das kann unabhängig von der Ursache der Beschwerden, die somatischen wie auch psychischen Ursprungs sein können, der Fall sein. Betroffene beschäftigen sich intensiv auf allen Ebenen (kognitiv, emotional und im Verhalten) mit der Symptomatik, erleben diese als Belastung bzw. Störung im Alltag, was zudem länger als sechs Monate anhält.

Grundsätzlich gilt im Umgang mit diesen PatientInnen, dass eine zügige und nicht redundante Ausschlussdiagnostik geleistet werden muss. Dabei sollte der zeitliche Druck, den Betroffene ausüben, nicht aufgegriffen werden. Weiterhin sollten frühzeitig psychosoziale Einflussfaktoren berücksichtigt und darüber als mögliche Ursache aufgeklärt werden. Auf dieser Basis können Hinweise gefunden werden, die einen solchen Verdacht stützen und damit ggf. eine Zuweisung an entsprechende Fachrichtungen eingeleitet werden. Es ist empfehlenswert, Betroffene in der Form zu „begleiten“, dass regelmäßige Kontrolltermine vereinbart werden, um sie angesichts einer immer wieder aufkeimenden Sorge, dass doch etwas übersehen wurde, zu beruhigen.

2008 wurde in Anlehnung an die allgemeinmedizinische Klassifikation die Bezeichnung „somatoforme Prothesenunverträglichkeit“ eingeführt.

Oftmals werden die PatientInnen als Simulanten und notorische Nörgler abgestempelt, was in keinem Fall zutrifft.

Die Betroffenen verspüren die körperlichen Beschwerden unter anderem in Form eines brennenden Gefühls oder diffusen und nicht eindeutig lokalisierbaren Schmerzes oder eines quälenden Fremdkörpergefühls. Sie sind dadurch in hohem Maß belastet.

Daraus erklärt sich die intensive Suche nach Hilfe, was nicht als Zeichen der Provokation des Behandlungsteams fehlgedeutet werden sollte. Es ist vielmehr Ausdruck der Verzweiflung. Dieses gilt es auszuhalten, um nicht durch ausschließlich symptomgeleitete diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen in einem immer wieder beschriebenen Polypragmatismus zu enden.

Jede nicht streng indizierte Maßnahme hat eine weitere somatische Fixierung der Betroffenen zur Folge. Das Risiko einer iatrogenen Schädigung ist groß.

Ein weiteres Problem dieser Erkrankung ist die Chronifizierung, was bedeutet, dass die Beschwerden länger als 3 bis 6 Monate bestehen und Betroffene einen beschwerdezentrierten Lebensstil „pflegen“. Damit passt dieses Krankheitsbild in die neuere Beschreibung der Gruppe der sogenannten „somatischen Belastungsstörung“.

OKKLUSALE DYSÄSTHESIE (OD)

Das Krankheitsbild der OD kann gleichfalls der Gruppe der somatischen Belastungsstörungen zugeordnet werden. Betroffene fallen dadurch auf, dass sie extrem darauf fixiert sind, dass „der Biss“ nicht stimmt. Trotz suffizienter Versorgung fordern sie immer wieder Korrekturmaßnahmen ein. Es besteht in der Regel eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Befund und dem subjektiven Erleben, auch bezogen auf eine mögliche komorbid bestehende craniomandibuläre Dysfunktion, durch welche in keiner Weise das komplette Ausmaß der Beschwerden und des Leidensdrucks erklärt werden kann. Ebenso kann die OD begleitet sein von einer Depression und/oder Angststörung.

Als ätiologische Faktoren werden psychopathologische Ursachen, Neuroplastizität, Phantomphänomene und Veränderungen der propriozeptiven Reize und ihrer Übertragung diskutiert. Grundsätzlich gilt, dass eine OD nicht durch weitere okklusale Maßnahmen behandelt werden sollte. Andererseits ist es grundsätzlich kein Fehler, objektivierbare Befunde nach eingehender Aufklärung zu behandeln. In diesem Zusammenhang ist es entscheidend, dass PatientInnen die prognostische Einschätzung hinsichtlich der okklusalen Empfindungsstörung aufgezeigt wird.

Literaturverzeichnis auf Anfrage bei der Redaktion

Prof. Wolowski spricht auf dem Zahnheilkunde-Kongress in Mainz am 12.-13. April, siehe Seite 35.

KARRIEREWEGE IN DER ZAHNARZTPRAXIS



Das Institut Bildung und Wissenschaft der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz hat ein neues Internetangebot.

Unter **www.zfa-karriere.lzk.de** können Interessierte herausfinden, wie gut ein Job in der Zahnmedizin zu ihnen passt und welche Karriere-möglichkeiten es in der Zahnarztpraxis gibt. Diese Microsite wurde von ZÄ **Stephanie Fischer**, Direktorin des Fortbildungsinstitutes der zahnmedizinischen Fachangestellten bei der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz, ins Leben gerufen. Sie hat der zb-Redaktion hierzu ein paar Fragen beantwortet.

FRAU FISCHER, WAS WAR DER GRUND FÜR DIESES NEUE INTERNETANGEBOT?

Wir wollten von Seiten des Fortbildungsinstitutes eine zahnärztekammernübergreifende Plattform bieten, auf der man gebündelt alle mög-



ZÄ Stephanie Fischer

Bismarckstraße 28

67454 Haßloch

info@zahnärzte-hassloch.de



Wie startest du deine Karriere?



Ich möchte ZFA werden



Ich bin schon Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA)

lichen regionalen Fortbildungsangebote übersichtlich vorfindet, um sich umfassend über die Karrieremöglichkeiten des zahnmedizinischen Assistenzberufs informieren zu können.

WER SOLL SICH HIER INFORMIEREN?

Gedacht ist die Microsite sowohl für Schülerinnen und Schüler in Abschlussklassen, um sich grundsätzlich über die Ausbildung zur ZFA zu informieren, als auch für ausgelernte ZFAs, die dann durch die Microsite mögliche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten berufsbegleitend oder auch in Vollzeit aufgezeigt bekommen.

WAS ERHOFFEN SIE SICH VON DER MICROSITE?

Ich erhoffe mir durch die Microsite, ein höheres Interesse für den Beruf der Zahnärztlichen Fachangestellten zu bewirken. Durch die Microsite bietet sich noch mal eine neue Möglichkeit, die Vielfältigkeit des Berufes und seine Karrieremöglichkeiten umfassend und dennoch übersichtlich darzustellen.

Das Angebot ist als Microsite konzipiert. Darunter versteht man eine schlanke Website mit wenigen Unterseiten und geringer Navigationstiefe innerhalb eines größeren Internet-Auftritts.

VIELEN DANK!

DR. ANDREA HABIG-MIKA

MIT DR.-HORST-SEBASTIAN-MEDAILLE AUSGEZEICHNET



Es gibt nur wenige, die die höchste Auszeichnung erhalten, welche die Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen zu vergeben hat. Geknüpft ist die Verleihung an ein herausragendes Engagement in der Standesvertretung und in der Selbstverwaltung. Der Namensgeber, **Dr. Horst Sebastian**, vor mehreren Jahrzehnten unter anderem Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinhessen, der Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen und Präsident des Bundesverbandes der deutschen Zahnärzte, setzte einst Maßstäbe durch sein standespolitisches Wirken, auch über Rheinhessen hinaus.

Nun wurde am 15. Dezember 2023 die Vorsitzende der Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen (BZKR), **Dr. Andrea Habig-Mika**, für ihr großes Engagement mit der Dr.-Horst-Sebastian-Medaille geehrt. Der Ort der Verleihung, das „Weinzuhaus“ im Herzen ihres Kammerbezirkes, war wie geschaffen für diesen denkwürdigen Anlass.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung der Bezirkszahnärztekammer, **Dr. Christopher Köttgen**, begrüßte die eingeladenen Gäste, darunter viele Weggefährten und Förderer der Hauptperson, und moderierte durch den Abend.

Nicht fehlen durfte auch der Ehrenvorsitzende der BZKR und ihr Vorgänger im Amt, **Dr. Klaus Bernauer**, der in seiner einleitenden Ansprache die herausragenden Verdienste von Dr. Habig-Mika im Sinne der Freiberuflichkeit hervorhob und dabei betonte, dass viele unverzichtbare Ideen und Beiträge in der Zeit ihrer standespolitischen Tätigkeit von ihr ausgingen und weiterhin ausgehen. Er dankte ihr zudem für harmonische Jahre und eine herzliche gemeinsame Freundschaft.

Im Anschluss daran sprach der Präsident der Landeszahnärztekammer, **Dr. Wilfried Woop**, dessen beide Vorgänger, **San.-Rat Dr. Michael Rumpf** und **San.-Rat Dr. Rüdiger Krebs**, ebenfalls zugegen waren. Woop führte aus, dass die mit der Medaille ausgezeichnete BZKR-Vorsitzende einen großen Rückhalt in der Vertreterversammlung genieße, ja von den Delegierten geliebt werde, was nicht zuletzt auf die Art zurückzuführen sei, wie sie kontroverse Sachverhalte löse. „Wohlthuende Kultiviertheit, Engagement, Loyalität und Treue“ – mit diesen Begriffen umriss der LZK-Präsident das Charakteristische an Dr. Habig-Mika und wünschte ihr noch möglichst viele gute Jahre.

Ein ebenso persönlicher Beitrag kam von **Dr. Hubertus Utz**, der viele Jahre Dr. Andrea Habig-Mika bei ihrer standespolitischen Tätigkeit, auch als Vorstandsmitglied, begleiten konnte. Er betonte, dass sich durch Kompetenz, Charme und Herzlichkeit dieser ebenso liebenswürdigen

wie durchsetzungsstarken Persönlichkeit, die Frage nach „Frauenquote“ bei der BZKR nie gestellt habe.

Im Anschluss an den Verleihungsakt kam die Trägerin der Medaille selbst zu Wort. Sie sagte, dass sie diese Auszeichnung mit Stolz und Rührung erfülle und berichtete, dass Horst Sebastian und ihr Vater viele gemeinsame Stationen als junge Kollegen, die freundschaftlich einander zugetan waren, durchlebt hatten. Sie selbst sei wohl nun die letzte Preisträgerin, die Horst Sebastian persönlich gekannt habe. Dr. Habig-Mika zählte in einem Rückblick wichtige Förderer auf ihrem standespolitischen Weg auf.

Zuallererst nannte sie ihren Ehemann, **Dr. Holger Mika**, der ihr seit 30 Jahren „den Rücken freihalt“. Aus dem zahnärztlichen Kollegenkreis waren es **Dr. Wolfram Köttgen**, mit dem sie zu Beginn ihrer Laufbahn für die Jugendzahnspflege aktiv war, und Dr. Klaus Bernauer, mit dem sie später ein erfolgreiches Duo als zweite Vorsitzende an der Führungsspitze der Bezirkszahnärztekammer bildete.

Auch San.-Rat Dr. Rüdiger Krebs, San.-Rat Dr. Michael Rumpf und Dr. Wilfried Woop gehörten zu den Persönlichkeiten, die sie in ihren Ausführungen als besonders prägend hervorhob. Herzlich dankte sie allen, die sie in ihrer Laufbahn unterstützten, und vergaß dabei auch nicht, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Verwaltung zu erwähnen, allen voran die Geschäftsführerinnen **Ulrike Brühl-**



V. l. n. r.: Dr. Klaus Bernauer, Dr. Andrea Habig-Mika, Dr. Holger Mika, Dr. Christopher Köttgen



V. l. n. r.: Dr. Klaus Bernauer, LZK-Präsident Dr. Wilfried Woop; San.-Rat Dr. Rüdiger Krebs; Dr. Andrea Habig-Mika mit Dr. Christopher Köttgen.

Stark in früheren Jahren und seit Längerem nun **Joanna Bockholt**.

Die abschließende Laudatio hielt der frühere LZK-Präsident San.-Rat Dr. Rüdiger Krebs. Er begann diese mit einem Kompliment. Dr. Andrea Habig-Mikas Vater, **Dr. Willibald Habig**, so Krebs, habe er stets bewundert und er stellte fest, dass sie ihm in vielem ähnlich sei. Weiterhin würdigte Krebs Dr. Horst Sebastian als Namensgeber des Preises und bezeichnete ihn als „Leuchtturm, der der Zahnärzteschaft den Weg zeigte“. Freiberuflichkeit und höchste Effizienz statt Dirigismus und Sozialismus seien entscheidende Eckpfeiler seiner standespolitischen Ausrichtung gewesen und der Abbau veralteter Strukturen, so zum Beispiel in Bezug

auf das Berufsbild der damaligen Zahnarthelferin und die Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe, gingen auf ihn zurück.

Mit der Vorstandsvorsitzenden der Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen Dr. Andrea Habig-Mika, so die durchgängige, einhellige Zusammenfassung, wurde eine Kollegin ausgezeichnet, die sich in allen Facetten ihrer Persönlichkeit für die Vergabe der Horst-Sebastian-Medaille auf das Beste empfahl und der die Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen für ihr herausragendes Wirken zutiefst zu Dank verpflichtet ist."

Dr. Boris Henkel

Öffentlichkeitsreferent der BZKR



#WIRfürdieWelt stiftung-hdz.de

WIR
stärken das
Gemeinwohl
– weltweit

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

Stiftung Hilfswerk
Deutscher Zahnärzte



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



AUSZEICHNUNGEN VERDIENTER MITGLIEDER

A

us den Händen des Präsidenten der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz,

Dr. Wilfried Woop, und in Anwesenheit des Vorsitzenden der Bezirkszahnärztekammer Pfalz, **Dr. Michael Orth**, erhielt die Zahnärztin **Dorothee Hof** aus Kaiserslautern anlässlich der Vertreterversammlung der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz in Mainz am 25.11.2023 die Silberne Ehrennadel der Bundeszahnärztekammer.

Dr. Kai-Peter Zimmermann aus Dudenhofen und **Dr. Michael Hof** aus Kaiserslautern wurden im Rahmen der Vertreterversammlung der Bezirkszahnärztekammer Pfalz am 01.12.2023 in Ludwigshafen mit der Verdienstmedaille der rheinland-pfälzischen Zahnärzte ausgezeichnet.

Dr. Michael Orth hob in seiner Laudatio das jahrelange standespolitische Engagement von Dr. Kai-Peter Zimmermann, als Vertreter der Zahnärzteschaft im Vorstand der Bezirkszahnärztekammer Pfalz und langjährige Tätigkeit in verschiedenen Gremien der Selbstverwaltung, hervor. Weiter dankte er Dr. Michael

Hof für sein jahrzehntelanges Engagement in der Jugendzahnpflege und langjährige Tätigkeit als Gutachter.

Dr. Jürgen Simonis, ZÄ Stephanie Fischer

Dr. Carolin Wunsch (Trier) und **Dr. Robert Germund** (Trier) wurden im Rahmen der Vertreterversammlung der Bezirkszahnärztekammer (BZK) Trier, am 22.11.2023, jeweils mit der Verdienstmedaille der rheinland-pfälzischen Zahnärzte ausgezeichnet.

Sanitätsrat Dr. Peter Mohr, Vorstandsvorsitzender der BZK Trier und Vizepräsident der Landeszahnärztekammer (LZK) Rheinland-Pfalz, und Herr Zahnarzt **Stefan Chybych M.Sc., M.Sc.**, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BZK Trier, hoben in ihrer Laudatio das außerordentliche Engagement von Frau Dr. Wunsch und Herrn Dr. Germund in verschiedenen Gremien der zahnärztlichen Selbstverwaltung und in der Geschäftsstelle sowie ihre langjährigen Tätigkeiten hervor. Der Vorstand und die Mitglieder der Vertreterversammlung dankten beiden Geehrten sehr herzlich für die Tatkraft, gratulierten zu dieser ganz besonde-

ren Auszeichnung und freuen sich auf die weitere Zusammenarbeit.

San.-Rat Dr. Peter Mohr

Die Verdienstmedaille der rheinland-pfälzischen Zahnärzte wurde dem stellvertretenden Vorsitzenden der Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen (BZKR), **PD Dr. Dan Brüllmann**, verliehen. Die Vorsitzende der BZKR, **Dr. Andrea Habig-Mika**, hob hervor, dass Dr. Brüllmann sich in umfassender Weise um das Sachverständigenwesen und das Referat Honorierungssysteme verdient gemacht habe. Intelligenz und Humor, so Dr. Habig-Mika, gehörten zu den charakteristischen Eigenschaften des Geehrten. Die vergangenen fünf Jahre der Zusammenarbeit seien auch davon mitgeprägt worden, was zum Erfolg beigetragen habe.

In seinem Dankeswort betonte Dr. Brüllmann: „Wir müssen uns des Wertes unserer Arbeit stets bewusst sein.“ Dies gelte besonders im Bundesland Rheinland-Pfalz, das mit dem Hambacher Schloss ein wichtiges Symbol der Freiheitlichkeit innehave.

Dr. Boris Henkel



1. Bild (v. l. n. r.): Dr. Michael Orth, Dr. Michael Hof, Dorothee Hof, Dr. Kai-Peter Zimmermann, Dr. Jürgen Simonis; 2. Bild: San.-Rat Dr. Peter Mohr, ZÄ Stefan Chybych M.Sc., M.Sc., Dr. Carolin Wunsch, Dr. Robert Germund; Bild 3: PD Dr. Dan Brüllmann, Dr. Andrea Habig-Mika.

ZUM TOD VON PROF. DR. BERND D'HOEDT



Die traurige Nachricht vom Tod unseres lieben Kollegen Prof. Dr. Bernd d'Hoedt erreichte uns in den Weihnachtstagen.

Er war von 1993 bis zu seiner Emeritierung im Jahr 2017 Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie der Universitätsmedizin der J.-Gutenberg-Universität, Mainz.

Nach seinem Studium der Zahnmedizin in Tübingen folgte dort auch die Promotion und Habilitation. Hervorzuheben ist sein besonderer Einsatz als Leiter mehrerer Teilprojekte im DFG-Sonderforschungsbereich 175 „Implantologie“, einem Meilenstein in der wissenschaftlichen Implantologie.

Im Jahr 1993 folgte er dann dem Ruf auf die C3-Professur für Zahnärztliche Chirurgie in Mainz und setzte sich viele Jahre als Geschäftsführender Direktor für das Zentrum der Kliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ein.

Auch nach seiner Emeritierung blieb er ruhelos und aktiv als Zahnarzt in verschiedenen Praxen.



Er hat die Mainzer zahnärztliche Chirurgie und das Fach Oralchirurgie nicht nur in der Lehre vertreten, sondern auch in Zusammenarbeit mit den Zahnärztekammern für die Ausgestaltung und Sichtbarkeit gesorgt. Bernd war ein aktiver, präsenter Mensch mit einer eignen Meinung. Er liebte klare Worte und war auch nach einem Disput nie nachtragend. Seine Verbindlichkeit war beeindruckend. Er hat nicht nur seine eigenen „Schüler“ auf dem Weg in die Habilitation begleitet, sondern war auch mir in dieser Phase ein wohlwollender Unterstützer.

Bernd war damit nicht nur das Bild der Oralchirurgie in Rheinland-Pfalz, er war prägend für eine ganze Generation Oralchirurgen, die er ausgebildet und begleitet hat. Im Privaten war er passionierter Jäger. Aber seine Augen haben immer gestrahlt bei den Erzählungen über seine Tochter, die er als liebevoller Vater verehrt hat. Er hinterlässt eine Lücke und bleibt dennoch als Vorbild präsent. Nicht nur die Mainzer Zahnklinik ehrt ihn im Andenken an einen tollen Menschen.

Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas

Der Vorstand und die Präsidenten der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz trauern um

Prof. Dr. Bernd d'Hoedt (22.05.1952–20.12.2023)

der sich neben seiner Karriere in Forschung und Lehre auch für die Kollegenschaft in den Gremien der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz viele Jahre engagiert hat.

Er hat sich insbesondere als Mitbegründer des „Zahnheilkunde“-Kongresses verdient gemacht, dessen wissenschaftliche Leitung er von 1994 bis 2018 innehatte. Auch als langjähriger Hochschulreferent für die Landes Zahnärztekammer hat er für einen guten Austausch zwischen Kollegenschaft und Universitätsmedizin gesorgt und war viele Jahre aktives Mitglied der LZK-Vertreterversammlung.

Unser Beileid gilt seiner Familie und seinen Freunden. Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Dr. Wilfried Woop, Präsident der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz

HELFENDE HÄNDE IN MADAGASKAR

A

m 21. Oktober 2023 war es wieder so weit: Wir fuhren nach 2018 und 2019 zum dritten Mal zu einem zahnärztlichen Hilfseinsatz in den Süden von Madagaskar.

Obwohl durch die Corona-Epidemie fast drei Jahre lang kein Einsatz möglich war, fand sich das gleiche Team, bestehend aus vier angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten und einem weiteren niedergelassenen Kollegen, zu einem erneuten Hilfseinsatz zusammen.

Die Vorbereitung und Planung wurde wiederum unterstützt von der Nichtregierungsorganisation (NGO) „Planet action – Helfende Hände e. V.“.

KRISENFOLGEN IM SÜDLICHEN MADAGASKAR

In der Zwischenzeit hatten sich die Bedingungen in Madagaskar wesentlich verändert. War schon beim letzten Aufenthalt der Süden ein besonders unterentwickeltes Gebiet, so war es in den letzten drei Jahren durch eine lang anhaltende Trockenheit zu einer schweren Hungersnot gekommen, bei der viele Menschen starben.

Besonders hoch war die Sterblichkeit bei Kindern. Jedes dritte Kind hat diese Zeit nicht überlebt. Erst durch den – leider verspäteten – Einsatz der Welthungerhilfe konnte die Not etwas gelindert werden.

Außerdem entstanden durch die große Armut regelrechte Bandenkriege, sodass die Ärmsten der Armen häufig überfallen, ausgeraubt und umgebracht wurden.

EINSATZORT SISALFARM

Zum Zeitpunkt unseres Einsatzes hatte sich die Situation etwas gebessert und so konnten wir an dem gleichen Ort wie vor drei Jahren unsere zahnärztliche Tätigkeit zügig aufnehmen.

Erneut war unser Einsatzort die Krankenstation auf einer Sisalfarm, die etwa 150 km von der nächsten Zivilisation und damit auch von einer zahnärztlichen Versorgungsmöglichkeit entfernt ist. Mit Unterstützung der sehr hilfreichen Besitzerin der Farm bauten wir unsere Instrumente auf und verteilten die Materialien, die zum großen Teil von zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen, aber auch von Dentalfirmen gestiftet worden waren. Danke an dieser Stelle allen Spenderinnen und Spendern!



Obere Reihe, v. l. n. r.: Schwester Victoria, Svenja Hornig, Samira Becker, Marie-Luise Bloching, Tim Halstenbach. Untere Reihe, v. l. n. r.: Michael Rumpf, Schwester Molly, Bené de H'eaulme (CEO der Sisalfarm), André Halstenbach, Mahafaga (Dolmetscher).

ALLE HÄNDE VOLL ZU TUN

Wie wertvoll diese waren, zeigte sich darin, dass wir viele Materialien nicht nur gebraucht, sondern fast verbraucht haben. Vor allem durch „Mundpropaganda“ hatte sich herumgesprochen, dass die „weißen Zahndoktoren“ wieder da sind und so hatten wir von der ersten Minute an alle Hände voll zu tun. Aus der Erfahrung des letzten Einsatzes gestalteten wir die Arbeit effizienter und behandelten, nachdem wir eine Triage der erforderlichen Behandlung durchgeführt hatten, an fünf Arbeitsplätzen gleichzeitig.

MUNDHYGIENE BEI KINDERN

Auffallend und erfreulich war, dass im Gegensatz zum letzten Aufenthalt die Kinder aus der dort ansässigen Schule fast alle zur Untersuchung und, wenn nötig, zur Behandlung kamen. Dadurch konnten wir



San.-Rat Dr. Michael Rumpf
Zahnarztpraxis Dr. Barth
Im Borner Grund 46
55127 Mainz-Marienborn
michaelrumpf@web.de

auch direkt Mundhygieneaufklärung durchführen und den Kindern Zahnbürsten und Zahnpasta mitgeben.

Später besuchten wir dann aber auch noch die Schule und verteilten dort Geschenke und konnten uns sehr über die Begeisterungsfähigkeit der Kinder in unvorstellbarer Lautstärke freuen.

Die Behandlung der Erwachsenen bestand zu ca. 90 % aus Extraktionen meist tief zerstörter Zähne. Obwohl wir versuchten, ohne Osteotomie die Zähne zu luxieren, waren Aufklappungen oft nicht vermeidbar. Dies stellte uns vor Probleme, da wir nur eine kleine, mobile Behandlungseinheit mit Mikromotor und Absaugung zur Verfügung

hatten. Trotzdem konnten wir weit über 1.000 Zähne entfernen, ohne abgebrochene Wurzelreste in situ zu belassen.

Die extreme Schmerzunempfindlichkeit und die Geduld der Menschen ist bemerkenswert. Weder bei der Anästhesie noch bei lang andauernden Eingriffen zeigten die Patientinnen und Patienten irgendeine Schmerzreaktion.

Leider mussten wir feststellen, dass die Armut und Ernährungssituation noch schlimmer war als beim letzten Mal. Dennoch hat uns die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Madagassen wieder tief beeindruckt.

Auch deshalb möchte ich zum Abschluss meines Berichtes herzlich dazu auffordern, mit Spenden die Tätigkeit von „Planet Action“ zu unterstützen, die nicht nur einige neue Einsätze planen, sondern auch durch Projekte wie die Herstellung von Bambuszahnbürsten in Madagaskar zu einer nachhaltigen Unterstützung der einheimischen Bevölkerung beitragen.

Weiterhin werden für neue Einsätze vor allem erfahrene Kolleginnen und Kollegen gesucht. Ich kann versprechen, dass es einerseits zwar eine Herausforderung, aber andererseits ein unvergessliches Erlebnis ist. Die intensive Zusammenarbeit mit einem guten Team bleibt prägend in Erinnerung und so bin ich meinen Mitstreiterinnen und Mitstreitern sehr dankbar für die tolle Zusammenarbeit und das freundschaftliche Miteinander.

Mehr Infos zur Tätigkeit von Planet Action finden Sie unter <https://planet-action.de> oder nehmen Sie Kontakt auf unter: info@planet-action.de



Links und Mitte: Geduldige Patienten vor der Krankenstation auf der Sisalfarm. Rechts: Die Schmerzunempfindlichkeit der Patientinnen und Patienten ist bemerkenswert.

SCHNITTMENGEN IN DER MEDIZIN UND ZAHNMEDIZIN

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Bezirksärztekammer Trier und der Bezirkszahnärztekammer Trier: Bei strahlendem Sonnenschein konnte unser gemeinsames Seminar „Schnittmengen in der Medizin und Zahnmedizin“ in Trier erfolgreich mit über einhundert Teilnehmern begangen werden. Nach den begrüßenden Worten der Vorstandsvorsitzenden **Dr. Walter Gradel** und **Sanitätsrat Dr. Peter Mohr**, referierten: **Sabine Steinbach M.Sc.** (Leitende Apothekerin Klinikum Mutterhaus Trier und Fachapothekerin für Klinische Pharmazie) zu den Nebenwirkungen von Medikamenten auf die Zahngesundheit, **Dr. Jutta Gradel** (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) zu den Wechselwirkungen zwischen Psychopharmaka und Antibiotika/Anästhetika, San.-Rat Dr. Peter Mohr (Fachzahnarzt für Oralchirurgie) über Blutverdünner, **ZA Hendrik Scheiderbauer** (Mund-Kiefer-Gesichtschirurg) über Bisphosphonate und Dr. Walter Gradel (Facharzt für Innere Medizin) über die Auswahl und Dosisanpassung von Antibiotika und Schmerzmitteln bei internistischen Erkrankungen. Wir bedanken uns bei den Referenten, den Teams beider Kammern und insbesondere bei den Teilnehmern aus ganz Deutschland, Luxemburg und Frankreich!

Dr. Robert Germund



V. l. n. r.: Dr. Carolin Wunsch, ZA Hendrik Scheiderbauer, Sabine Steinbach M.Sc., Dr. Jutta Gradel, Dr. Walter Gradel, San.-Rat Dr. Peter Mohr.

PRINZENUMTRUNK IN TRIER

„Respekt & Toleranz – Trier kann's!“ „Prinzenumtrunk“ der Bezirkszahnärztekammer Trier (BZK) am 09.02.2024: Auf vielfältigen Wunsch hin lud die BZK Trier alle Mitglieder sowie Freunde zum kollegialen sowie multidisziplinären Austausch ein, dies mit Vertretern aus der Politik und Industrie. Besonderer Höhepunkt der karnevalistischen Gastfreundschaft für die ca. 100 Gäste war der Besuch des Trierer Karnevalsprinzen **Thomas III. vom Heuschreck** (2. v. l.) mit Gefolge und Hofmusikanten sowie der Besuch unserer Bundestagsabgeordneten **Verena Hubertz** (mit San.-Rat Dr. Peter Mohr, links, und Dr. Robert Germund, rechts).

Dr. Robert Germund



SCHULTERSCHLUSS DER HEILBERUFE

Am 26.01.2024 fand der erste gemeinsame Jahresempfang der Trierer Bezirkszahnärztekammer zusammen mit der Bezirksärztekammer und der Versorgungsanstalt der Ärzte in Trier statt. Der mit ca. 260 Zahnärzten, Ärzten, politischen Vertretern und weiteren Gästen aus ganz Rheinland-Pfalz sehr gut besuchte Empfang wurde durch die Ansprachen von **Dr. Christina Schneider**, **Sanitätsrat Dr. Peter Mohr** und **Dr. Walter Gradel**, dem Grußwort von **Dr. Albrecht Winkler** aus dem Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit Rheinland-Pfalz sowie den ehrenden Worten von **Dr. Robert Germund** umrahmt. Wir gratulieren nochmals allen Geehrten unserer Kammern sowie den Goldenen Promovenden!

Dr. Robert Germund



CURRI CULUM

SENIOREN- ZAHNMEDIZIN

2 0 2 4

Kurs-Nr.: 248500

Juli 2024 bis April 2025

Kurszeiten:

freitags 10:30 - 17:30 Uhr

samstags 09:00 - 16:00 Uhr

Sonntag 10:00 - 14:00 Uhr

Ort: Institut Bildung und Wissenschaft
der LZK Rheinland-Pfalz

Fortbildungspunkte: 100

Gebühr: 3.450,00 €



Begrenzte Teilnehmerzahl

Ansprechpartner:

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Ina Nitschke MPH, Leipzig/Zürich CH

ina.nitschke@dgaz.org

Prof. Dr. James Deschner, Mainz

james.deschner@uni-mainz.de

organisatorisch:

Janina Emrich

Tel.: 06131-9613684

emrich@lzk.de

in Kooperation mit:

Deutsche Gesellschaft
für Alters ZahnMedizin





DENTALLEGIERUNGEN
SCHNELLE ABRECHNUNG
IHRER WERTE



FÜR DENTALSCHIEDGÜTER
AUS LABOR UND PRAXIS



UMFORMUNG - DER GÜNSTIGE
WEG ZUM FEINGOLD
ZUR KAPITALANLAGE

DIREKT ZUR SCHEIDEANSTALT



Verschenken Sie keine Werte an Goldankäufer

Aus unseren täglichen Gesprächen mit Ihren Kollegen wissen wir genau, was Sie erwarten. Deshalb können wir Ihnen optimale Lösungen beim Verkauf, beim Ankauf oder für die Umformung von Edelmetallen anbieten.

Die Wertschöpfungskette durch industrielles Recycling, genaue Analysen und börsenkorrelierte Preise liefert Ihnen Vorteile gegenüber den pauschalen Verkäufen beim Goldankauf.

Als zweitgrößter Edelmetallerzeuger in unserer Metropolregion neben der Aurubis bieten wir Ihnen einen **kostenfreien Ankauf gesammelter Dentallegierungen** mit Schmelze, 4fach Analyse und hervorragender Vergütung für die Edelmetalle Gold, Silber, Platin und Palladium. Verzichten Sie darauf nicht, denn gerade der Palladiumpreis ist enorm gestiegen. Auf Wunsch beauftragen Sie die Scheidung und Umformung in Feinmetalle, die Ihnen die kostengünstigste Variante ermöglicht, um Gold und Silber als Kapitalanlagemetalle zu erhalten.

Auch für
Kleinmengen von
Patienten geeignet:

Kostenfreie
Auszahlung der
Edelmetall-Gehalte
nach Schmelze und
Analytik für

Gold
Platin
Palladium
Silber

Norddeutsche Edelmetall Scheideanstalt GmbH

Scheideanstalt: 22844 Norderstedt – Oststraße 128 – Telefon: +49 (0)40 609 26 89-0
Servicebüro: 20354 Hamburg – Neuer Wall 80 – Telefon: +49 (0)40 609 26 89-11
kontakt@norddeutsche-es.de – <https://norddeutsche-edelmetall.de>