

ZAHN ÄRZTE BLATT

01
20



Der „Zappelphilipp“ auf dem Behandlungsstuhl?	16
Altbewährt und doch hochaktuell? Stahlkronen in der Kinderzahnheilkunde	22
Interview mit Christian Lindner	13

Mit DZR entspannt ins neue Jahr starten!

Haben Sie keine Lust mehr auf Verwaltungskram
& Mahnwesen oder Ärger mit Kostenträgern?

Brauchen Sie stets volle Liquidität und komfortable
Patiententeilzahlung?

Wünschen Sie schnelle persönliche Unterstützung
und kostenlose Praxis-Tools?

Möchten Sie Zugriff auf Experten zur Lösung von
Praxis-Problemen oder bei Personalengpässen?

**Dann sollte Sie unser neues DZR Leistungsverzeich-
nis von A bis Z interessieren!**

Kontaktieren Sie uns unter Tel. 0711 99373-4993, per
E-Mail unter mail@dzt.de oder besuchen Sie uns auf
www.dzt.de/leistungsverzeichnis

Sicherheit. Kompetenz. Vertrauen.
Beim Marktführer in der zahnmedizinischen Privatliquidation.

DZR Deutsche
Zahnärztliche
Rechenzentren



**LIEBE KOLLEGINNEN,
LIEBE KOLLEGEN,**

Z

u den vielen Zukunftsfragen
unseres Berufes gehört ganz
sicher diejenige unserer As-
sistenzberufe.

Längst haben wir alle realisiert, dass der
herrschende und sich stetig verstärkende
Mangel an qualifizierten Mitarbeitern die Ent-
wicklung vieler Praxen einschränkt. Von Jahr
zu Jahr fällt es erkennbar schwerer, interes-
sierte und motivierte Schulabgänger für das
Berufsbild des/der Zahnmedizinischen Fach-
angestellten zu begeistern. Und ein nicht
geringer Anteil derer, die sich auf diesen Weg
begeben, scheidet bereits während der Aus-
bildung oder spätestens nach erfolgreich be-
standener Abschlussprüfung aus dem Beruf
wieder aus.

Die Gründe dafür sind vielfältig, nicht alle
können wir beeinflussen, einige aber doch.

Das Berufsbild, das für unsere Praxen so
existenziell wichtig ist, nachhaltig attraktiv
zu gestalten, muss in unser aller Interesse
liegen. Die Bedingungen in eine Richtung wei-
terzuentwickeln, die dies erreicht, setzt eben
auch voraus, den Blickwinkel, die Perspektive
zu wechseln. Neben einem hoch aktuellen

Fortbildungsteil widmet sich das aktuelle
Zahnärzteblatt diesem Thema intensiv. Die
Sicht einer engagierten Ausbildungspraxis
und die Innenansicht einer großen berufsbil-
denden Schule finden ebenso Raum wie der
ganz persönliche Blick eines zum ZMV weiter-
gebildeten ZFA. Die seit Jahresbeginn gel-
tenden Änderungen des Berufsbildungsgesetzes
schließlich werden kurz und knapp von der
zuständigen Referentin im Vorstand der Lan-
deszahnärztekammer, Frau San.-Rätin Dr.
Brecht-Hemeyer, zusammengefasst.

Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen und
uns allen eine angeregte, sachlich geführte
Diskussion über ein Thema, das wir an Bedeu-
tung kaum überschätzen können.

Freundliche kollegiale Grüße
Ihr

Dr. Wilfried Woop
Präsident Landeszahnärztekammer
Rheinland-Pfalz

INHALT

03 EDITORIAL

von Dr. Wilfried Woop

06 MELDUNGEN

10 STANDESPOLITIK

„Geld erwirtschaften statt Kamelle werfen“
Jahresempfang der Wirtschaft



13 INTERVIEW

Sieben Fragen an Christian Lindner

16 FACHARTIKEL

Der „Zappelphilipp“ auf dem Behandlungsstuhl?
Zahnheilkunde für Kinder - mit und ohne ADHS

22 FACHARTIKEL

Altbewährt und doch hochaktuell?
Stahlkronen in der Kinderzahnheilkunde



30 ERFAHRUNGEN

ZFA-Ausbildung heute:
Ein Stimmungsbild aus Schule und Praxis

34 HINTERGRUND

Neues Berufsbildungsgesetz: Das ändert sich

35 NACHRUF

Abschied von Dr. Dr. Christiane Gleissner

36 INTERVIEW

„Ich würde den Beruf jedem empfehlen“

38 FACHEXKURSION

nach Costa Rica

40 BEKANNTMACHUNG

Datenschutzinformation

42 HINTERGRUND

Alexa: Verlässlicher medizinischer Rat?

44 REGIONAL

44 Koblenz

Gemeinschaftstagung
Mundschleimhautbrennen

46 Rheinhessen

Colloquium Carnevale

47 Ehrungen

Verdienstmedaillen



48 INSTITUT

48 Neue Kooperation mit der DTMD - Interview
mit Prof. André Reuter und Dr. Wilfried Woop

50 Hier sind noch Plätze frei

Impressum

Herausgeber: Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz, Dr. Wilfried Woop, Präsident
Zahnärztliche Chefredakteurin: Dr. Andrea Habig-Mika
Redaktion und Layout: Susanne Rentschler, Anja Schmoll

Redaktionsanschrift: Zahnärzteblatt Rheinland-Pfalz,
Langenbeckstraße 2, 55131 Mainz,
Telefon: 06131/9613660, Fax: 06131/9613689,
redaktion@lzk.de, lzk.de

Druck und gewerbliche Anzeigen: gzm Grafisches Zentrum Mainz Bödige GmbH

Kleinanzeigen
Informationen und ein Formular finden Sie auf lzk.de

Beilagen: Diese Ausgabe enthält Beilagen von:
LZK-Institut, Universitätsmedizin Mainz, Young Innovations

Der Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Um Ihnen den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir weitestgehend 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 und des Verlags keine Haftung übernommen. Namentlich gekennzeichnete oder signierte Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Bildnachweis
Für das Zahnärzteblatt Rheinland-Pfalz sind Fotos und Illustrationen aus unserer eigenen Redaktion sowie der nachfolgenden Fotografen und Bilddatenbanken verwendet worden: Dr. Birgül Azrak, Dr. Boris Henkel, Dr. Vicky Ehlers, Dr. Stefan Hannen, Martin Klapproth, Mhd Said Mourad, Daniela Oberst, Pixabay, ProDente, Reisedienst Bartsch, OÄ Dr. Ruth M. Santamaria, Dr. Jürgen Schega, Dr. Julian Schmoeckel, shutterstock, Patrick Schwarz, statista, Struwwelpeter-Museum Frankfurt a. M.

MELDUNGEN

ARTE DREHT WISSENSSENDUNG IN DER KAMMER

Die Landeszahnärztekammer wurde zum Filmset, als ein Team des TV-Senders Arte die Sendung „Xenius – das Wissensmagazin“ in den Fortbildungsräumen drehte. LZK-Präsident Dr. Wilfried Woop informierte über die richtige Zahnpflege und konnte über die Tücken selbst gemachter Zahnpasta aufklären. Die Sendung „Xenius“ wird voraussichtlich Ende April ausgestrahlt, über das genaue Sendedatum informieren wir auf lzk.de.



MASERNIMPFPLICHT IN ZAHNARZTPRAXEN

Am 01.03.2020 tritt das Masernschutzgesetz in Kraft. Ab diesem Stichtag dürfen Sie Mitarbeiter, die nach 1970 geboren sind, nur noch neu in Ihrer Praxis beschäftigen, sofern ein Nachweis über einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern vorliegt.

Dies kann ein Nachweis über eine zweimalige Impfung sein oder auch ein entsprechender Titernachweis. Hiervon betroffen sind auch Auszubildende, Praktikanten und angestellte Zahnärzte.

Für zu diesem Zeitpunkt bereits bei Ihnen Beschäftigte, die nach 1970 geboren sind, sowie Sie selbst besteht die Möglichkeit, die erforderlichen Impfungen bis zum 31.07.2021 nachzuholen.

Als Arbeitgeber sind Sie verpflichtet, Mitarbeiter mit unzureichendem Impfschutz ab dem 01.08.2021 dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden.

Mehr Infos unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/impfpflicht.html>



TAG DER ZAHNGESUNDHEIT: MAHLZEIT!



Der 25. September ist der Tag der Zahngesundheit. In diesem Jahr lautet das Motto: „Gesund beginnt im Mund – Mahlzeit!“

Der Tag der Zahngesundheit 2020 möchte Orientierungshilfe sein und darüber aufklären, was eine mund- und zahngesunde Ernährung ausmacht.

Bundesweit werden Veranstaltungen am und um den 25. September über die Mundgesundheit aufklären.

Wo regionale Events stattfinden, können Veranstalter kostenfrei auf tagderzahngesundheit.de im Veranstaltungskalender eintragen.



ZWEI MAINZER STUDIEN MIT BITTE UM BETEILIGUNG:

BEILAGE IM HEFT: WIE WIRD IN FREIEN PRAXEN IMPLANTIERT?

Dieser Ausgabe des Zahnärzteblattes liegt Material zu einer Umfrage der Universitätsmedizin Mainz bei. Die Zahnärztin Azeib Tewelde, Prof. Dr. Kreisler und Prof. Dr. Dr. Al-Nawas von der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie bitten Sie, sich etwa 5 Minuten Zeit für die Fragen zu nehmen und den Bogen anonym im beigefügten Rückumschlag kostenlos zurückzusenden oder zu faxen.

Diese Standortanalyse zur implantologischen Tätigkeit in der freien Praxis wurde bereits vor 15 Jahren mit Zahnärzten in Rheinland-Pfalz durchgeführt. Auch mit den neuen Ergebnissen sollen wieder wertvolle Erkenntnisse im Bereich der Implantologie gewonnen werden. Über die Ergebnisse werden wir nach der Fertigstellung im Zahnärzteblatt berichten. Bitte machen Sie mit, denn je mehr Zahnärzte sich beteiligen, desto höher ist der Erkenntnisgewinn für alle!



Fragen beantwortet Frau Azeib Tewelde:
atewelde@students.uni-mainz.de

2,2

*beträgt der **ökonomische Fußabdruck der Zahnärzte in Deutschland**. Das bedeutet, dass jeder erwirtschaftete Euro weitere 1,2 Euro in anderen Bereichen generiert.*

Quelle: BZÄK

WAS LÖSEN SCHLECHTE ONLINE-BEWERTUNGEN AUS?

Dass Online-Bewertungen den wirtschaftlichen Erfolg von Praxen beeinflussen können, beispielsweise durch Rufschädigung, ist bekannt. Doch wie werden sie aus psychologischer Sicht von den Betroffenen wahrgenommen? Das untersuchen das Deutsche Resilienz Zentrum und die Uni Mainz. Die zentralen Ziele der Studie sind:

- zu untersuchen, unter welchen Umständen sich Onlinebewertungen auf Wohlbefinden und Leistungspotenzial auswirken,
- ein Bewusstsein für die Folgen von destruktiven/unfairen Bewertungen in der Bevölkerung zu schaffen,
- auf Basis der Ergebnisse Maßnahmen abzuleiten, die unfairen Bewertungen entgegenwirken und einen Umgang mit negativen Onlinebewertungen erleichtern.

Nach Projektabschluss erhält jeder Teilnehmer einen ausführlichen Ergebnisbericht inklusive Anregungen zur praktischen Umsetzung.

Auf <https://www.aow.psychologie.uni-mainz.de/onlinebewertungen/> (QR-Code) finden Sie Infos zum Hintergrund und Ablauf der Studie.



NEUE S3-LEITLINIEN

ZAHNBEHANDLUNGSANGST

Wie ist mit Patienten umzugehen, deren Angst vor der Behandlung ein normales Maß übersteigt und sogar krankhafte Züge annimmt? Bei solchen „Angstpatienten“ ist ein professioneller Umgang gefragt. Klare Handlungsempfehlungen finden Zahnärzte nun erstmals in einer S3-Leitlinie zur „Zahnbehandlungsangst bei Erwachsenen“. Sie wurde federführend durch die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und den Arbeitskreis Psychologie und Psychosomatik (AKPP) erstellt. Weitere 23 Fachgesellschaften und Institutionen halfen dabei, die evidenzbasierte Orientierungshilfe zur Epidemiologie, Diagnostik und Therapie der Zahnbehandlungsangst mit Krankheitswert zu erarbeiten. Sie finden die Leitlinie unter:

<https://bit.ly/20S8B86>



SUBGINGIVALE INSTRUMENTIERUNG

Federführend durch die DG PARO und die DGZMK wurde in Zusammenarbeit mit 20 weiteren beteiligten Fachgesellschaften und Institutionen eine breit konsentrierte und evidenzbasierte Entscheidungshilfe zur Auswahl geeigneter Methoden für die subgingivale Instrumentierung vorgelegt. 2018 wurden bereits drei von vier aktuellen S3-Leitlinien zur nicht-chirurgischen Parodontitistherapie veröffentlicht. Aufgrund eines erweiterten Konsentierungsprozesses verzögerte sich die Veröffentlichung der vierten S3-Leitlinie zum Thema „subgingivale Instrumentierung“ bis November 2019. Die S3-Leitlinien wurden nach der höchsten Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik erstellt und geben verlässliche Empfehlungen auf höchstem Evidenzniveau für die tagtägliche parodontologische Arbeit in der Praxis – ohne Einflussnahme von

spezifischen Interessengruppen.
<https://bit.ly/37Bo6bg>



ORIGINELL: ZAHN-GITARRE AUS DER PFALZ

Wenn Dr. Jürgen Schega mit seiner Blues-Band „Sixpack“ in die Saiten greift, trifft er den Nerv seiner Zuhörer.

Der ein oder andere erkennt vielleicht die Zähne am Gitarrenhals und reibt sich verwundert die Augen. Doch es stimmt: Das Instrument zieren „Milchzähne meiner Kinder, ein Weisheitszahn meiner Frau ein paar schöne Molaren“, so der Landauer Zahnarzt.

Jens Ritter, ein in Fachkreisen berühmter Gitarrenbauer, hat nicht nur Stars wie Lady Gaga als Kunden, sondern auch Dr. Schega. Für ihn hat der Deidesheimer die Beißerchen in Arcyl eingelassenen und verbaut.

Entstanden ist nicht nur ein Instrument mit einem tollen Klang, sondern auch eine wohl einmalige Verbindung von Zahnmedizin, Musik und Handwerkskunst. Schon Jimi Hendrix hat mit den Zähnen Gitarre gespielt. Das kann Dr. Schega nun auch, aber auf viel gesündere Art. Band-Buchung und Kontakt: schega-landau@t-online.de



BITTE SCHICKEN SIE UNS IHRE E-MAIL-ADRESSE!



Leider fehlt der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz noch von einigen rheinland-pfälzischen Praxen die E-Mail-Adresse. Um demnächst noch einen größeren Kreis von Zahnärzten per E-Mail und damit aktueller informieren zu können, bitten wir nochmals alle Mitglieder der LZK Rheinland-Pfalz, ihre E-Mail-Adresse (Praxis) unter Angabe

ihrer Mitgliedsnummer (falls bekannt) zu übermitteln. Ansonsten geben Sie bitte Vor- und Nachnamen des Mitgliedes an. Herzlichen Dank! Bitte vergessen Sie auch nicht, der LZK gegebenenfalls die Änderung Ihrer E-Mail-Adresse mitzuteilen. Ansprechpartner ist die Abteilung Mitgliederverwaltung.

Bitte nur per E-Mail schicken an mitglieder@lzk.de.

MINDESTLOHN: DEUTSCHLAND AUF RANG 7

In 22 von 28 (nach Austritt Großbritanniens aus der EU 27) EU-Staaten gibt es derzeit einen Mindestlohn. Hinzu kommen sieben Anrainerstaaten der Union. In Deutschland liegt der Mindeststundenlohn seit Anfang dieses Jahres bei 9,35 Euro.

Laut WSI-Mindestlohnbericht der Hans-Böckler-Stiftung könnte 2020 das Jahr des Mindestlohns werden: Die Europäische Kommission hat erstmals die Initiative ergriffen für eine europäische Mindestlohnpolitik. Auch hierzulande laufen schon Diskussionen, den Mindestlohn auf 12 Euro anzuheben.

Wie die Grafik von Statista zeigt, liegt Deutschland bei der Höhe aktuell auf Rang sieben. Am höchsten ist die Summe in Luxemburg mit 12,38 Euro, gefolgt von Frankreich mit 10,15 Euro und den Niederlanden mit 10,14 Euro. Am geringsten ist der Mindestlohn in Bulgarien mit nur 1,84 Euro pro Stunde. (Quelle: Statista.de)

Gesetzliche Mindestlöhne in Europa 2020

- Gesetzlicher Mindestlohn vorhanden
- Gesetzlicher Mindestlohn pro Stunde (in €)
- Kein gesetzlicher Mindestlohn



* ab April 2020
Stand: Februar 2020
Quelle: WSI



statista

Preisgünstiger Qualitäts-Zahnersatz – Made in Germany

Wir liefern Ihnen den Zahnersatz den Sie für Ihre Patienten brauchen!

Freecall-Nr.
0800 - 77 88 123
aus dem deutschen Festnetz

Saarburger Ring 30
68229 Mannheim
kontakt@laufer-zahntechnik.de
www.laufer-zahntechnik.de

- Seit über 25 Jahren spezialisiert auf hochwertige Kombi- und Implantattechnik
- Ihre Patienten können am Eigenanteil bis zu 50% einsparen
- Herstellung aller Arbeiten in unserem Mannheimer Meisterlabor
- TÜV zertifiziertes Qualitätsmanagement
- Einfache, schnelle Logistik sowie Lieferung deutschlandweit

LAUFER
Zahntechnik

Ein Unternehmen in der

Metropolregion
Rhein-Neckar



TÜV zertifiziert

Preisgünstig – Seriös – Zuverlässig

„GELD ERWIRTSCHAFTEN STATT KAMELLE WERFEN!“

Jahresempfang
der Wirtschaft in Mainz



Mehr als 2.000 Gäste waren in die Halle 45 nach Mainz gekommen – zum 21. „Jahresempfang der Wirtschaft“ der Kammern. Der diesjährige Hauptredner war der FDP-Chef Christian Lindner. Gastgeber sind 14 rheinland-pfälzische Kammern, darunter auch die Landeszahnärztekammer.

In seiner launigen und frei vorgetragenen Rede, die in der Fastnachtshochburg Mainz gut ankam, prangerte der FDP-Bundesvorsitzende Christian Lindner vor allem die „Methode GroKo“ an. Deren Problemlösungsstrategie sei wie Kamelle werfen: „Das meiste landet auf dem Boden, aber die Leute sind begeistert“.

Es gehe nur noch darum, Geld auf Probleme zu werfen und den Eindruck zu erwecken, sie seien dann gelöst. „Wir müssen uns die Frage stellen, wie das künftig finanziert werden soll.“ Nicht nur verteilen, sondern auch erwirtschaften, sei hier zielführend.

Ein weiterer Punkt, der beim Auditorium aus Entscheidern der Wirtschaft auf große Zustimmung stieß, war die Forderung an die Bundesregierung, Bürokratismus zu stoppen. Ein Haus werde schneller fertig, als es dauere, eine Baugenehmigung zu erhalten, kritisierte Lindner.

Weitere Beispiele für deutsche Langsamkeit sei auch der Berliner Flughafen, der bereits vor zehn Jahren hätte fertig gestellt werden sollen – eine Zeit innerhalb der die Chinesen große Strecken für Hochgeschwindigkeitszüge ausgebaut hätten.

Auch die Datenschutz-Grundverordnung, hemme die Wirtschaft: „Wir brauchen eine

DSGVO, vor der Apple zittert, aber doch nicht der ehrenamtliche Schriftführer im Tennisverein!“

Der einzige Satz, der im Saal merklich für – wenn auch vorübergehende – Irritation sorgte, war die These: „Der Wohnungsmarkt funktioniert perfekt“. Die hohen Preise seien logische Folge des geringen Angebotes. „Bei einer Mietobergrenze handelt es sich um die Enteignung eines künftigen Gewinns“, so Lindner. Wo fängt die Enteignung an und wo



Podiumsdiskussion (v. l. n. r.): Moderatorin Patricia Küll; Dr. Markus Mai, Präsident Landespflegekammer; Ministerpräsidentin Malu Dreyer; Handwerkskammer-Präsident Hans-Jörg Friese; Thomas Seither, Präsident der Pfälzischen Rechtsanwaltskammer Zweibrücken.

hört sie auf? Sie könne zum Beispiel bei Unternehmen wie BMW weitergehen – hier hatte der FDP-Chef wieder die Zuhörer auf seiner Seite.

Der aus seiner Sicht voreilige Atomausstieg und die fehlerhafte Bildungspolitik sorgten ebenfalls für breite Zustimmung im Saal.

Unter großem Applaus verabschiedete sich ein Politiker, der sich bei einer wohlgesonnenen Zuhörerschaft merklich gutgelaunt auf den Bundeswahlkampf vorbereitet.

DISKUSSIONSRUNDE: MEHR GELD FÜR WERTVOLLE LEISTUNGEN!

Zuvor hatte die Ministerpräsidentin Malu Dreyer erwartungsgemäß mehr Gegenwind bei der Podiumsdiskussion mit drei Kammervertretern erhalten.

Doch Hans-Jörg Friese, Präsident der Handwerkskammer Rheinhessen, und Thomas Seither, Präsident der Pfälzischen Rechtsanwaltskammer Zweibrücken, waren durchaus selbstkritisch, vor allem beim Thema Fachkräftemangel.

Präsident Seither appellierte an die Betriebe: „Wir müssen die Ausbildungsplätze attraktiver gestalten, Fortbildungsmöglichkeiten verbessern und sie auch besser bezahlen.“

Auch Dr. Markus Mai, Präsident der Landespflegekammer, hat die finanzielle Wertschätzung der Fachkräfte im Blick. Seine Vision: „Eine Pflegekraft muss mindestens 4.000 Euro erhalten, damit wir Leute von dem Beruf überzeugen können.“

GÜNSTER: BOOMJAHRE NICHT GENUTZT

Dr. Engelbert Günster, Präsident der Industrie- und Handelskammer für Rheinhessen, bedauerte in seiner Rede, dass die Boomjahre nach der Krise des Jahres 2009 nicht für die Wachstumsvorsorge genutzt worden seien.

Jetzt seien Breitbandausbau, Verkehrsinfrastruktur, Bildung und Investitionen in den Umbau der Volkswirtschaft für den Schutz des Klimas die grundlegenden Initiativen, und Investitionen, die den Wohlstand auch für kommende Generationen sichern könnten.

BEWÄHRTE VERANSTALTUNG ZUM AUSTAUSCH

Im Anschluss an die Vorträge vernetzten sich Unternehmer und Entscheider in der Halle 45 bei einem Stehempfang miteinander, Standesvertreter und Politiker trafen sich zum Meinungsaustausch, Kontakte wurden geknüpft.

Zum größten Jahresempfang der regionalen Wirtschaft laden jährlich 15 rheinland-pfälzische Kammern ein, diesmal ins Industriedenkmal Halle 45. Vor Christian Lindner waren schon die Kanzlerin Angela Merkel und weitere Spitzenpolitiker Hauptredner des Jahresempfangs. Wichtig ist den Kammern dabei, den Politikern die eigenen Standpunkte zu vermitteln, ebenso wie der Austausch mit Entscheidern aus Politik und Wirtschaft.



Industrieschick: Die Halle 45 bot der Veranstaltung einen passenden Rahmen.



Gut gelaunter Meinungsaustausch (v. l.): Die Ministerpräsidentin Malu Dreyer, LZK-Präsident Dr. Wilfried Woop und Christian Baldauf, Fraktionsvorsitzender der CDU-Landtagsfraktion.



Eine Interessengemeinschaft: Die Vertreter der rheinland-pfälzischen Heilberufekammern. Hier mit Dr. Volker Wissing, Minister für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau.

IM INTERVIEW: SIEBEN FRAGEN AN CHRISTIAN LINDNER

EU-VORGABEN: BEI DER GESUNDHEITSVERSORGUNG DÜRFEN DIE HOHEN DEUTSCHEN STANDARDS NICHT AUFGEWEICHT WERDEN. WAS IST DER ANSATZ DER FDP IM EUROPAPARLAMENT DAZU?

Als Freie Demokraten sind wir von Natur aus Europäer. Wir streben grundsätzlich eine weitere Integration der Nationalstaaten – für unterschiedliche Tiefen und Geschwindigkeiten – in die Europäische Union an.

Allerdings sind wir beim Gesundheits- wie auch beim Sozialsystem der Ansicht, dass diese auch weiterhin durch die Staaten geregelt werden müssen. Jedes Land hat seine eigene sozialstaatliche Tradition, die wir nicht aufgeben sollten. Das betrifft auch die hohen Standards bei der medizinischen und zahnmedizinischen Versorgung mitsamt der entsprechenden Ausbildung.

FREIBERUFLICHKEIT: WAS TUN DIE LIBERALEN, UM DIE GESUNDHEITSBERUFE ALS ANGEHÖRIGE DES FREIEN BERUFS ZU UNTERSTÜTZEN?

Als Freie Demokraten sehen wir uns als Anwälte der Freien Berufe. Wir wissen, dass es bei uns gewisse Einschränkungen der Berufsfreiheit gibt und diese tun auch der liberalen Seele weh.

Ich bin aber der Überzeugung, dass sie gerechtfertigt sind. Unsere gute Gesundheitsversorgung verdanken wir auch diesen Regelungen, die zwar einerseits den Wettbewerb einschränken, ihm aber auch einen Rahmen geben und für eine faire und qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten sorgen.

WAS IST DIE POSITION DER FDP ZU MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTREN (MVZ)?

Für uns steht ganz klar die Versorgungsqualität im Mittelpunkt der Debatte. Wir haben nichts gegen Medizinische Versorgungszentren und auch nichts gegen Investoren. Wir müssen jetzt erst einmal schauen, ob die Regelungen im Terminservice- und Versorgungsgesetz, die wir an dieser Stelle unterstützt haben, tragen. Danach kann man über weitergehende Regelungen nachdenken.



Dr. Wilfried Woop (links) und Christian Lindner.

DIE ZAHNÄRZTE FORDERN EINE ANPASSUNG DER GEBÜHRENORDNUNG FÜR ZAHNÄRZTE AN DIE WIRTSCHAFTLICHE REALITÄT. WIE UNTERSTÜTZT DIE FDP DIE ZAHNÄRZTE DABEI?

Mit einer einfachen Erhöhung des Punktwertes kommen wir nicht weiter. Die Leistungsbeschreibungen und -vergütungen müssen an den aktuellen wissenschaftlichen Stand angepasst werden.

Sie wissen ja, dass die Ärzte, die PKV und die Beihilfeträger seit geraumer Zeit mit der Weiterentwicklung der GOÄ beschäftigt sind. Man hört immer wieder von Fortschritten. Es wäre auch hilfreich, wenn sich die Betroffenen im zahnärztlichen Bereich auf einen gemeinsamen Lösungsvorschlag in der Frage der GOZ-Novellierung verständigen könnten.

ZAHNÄRZTE WOLLEN WENIGER BÜROKRATISCHEN BALLAST UND MEHR ZEIT FÜR PATIENTEN HABEN. WAS IST AUS IHRER SICHT ZU UNTERNEHMEN?

Da haben Sie unsere volle Unterstützung. Wir haben im letzten Jahr einen Antrag in den Bundestag eingebracht, in dem wir den Abbau der Bürokratie- und Dokumentationspflichten im {zahn-}ärztlichen Bereich fordern.

Es liegen ja auch einige Vorschläge der Bundeszahnärztekammer oder auch des Normenkontrollrates auf dem Tisch. Das betrifft zum Beispiel die Vorgaben zur Einrichtung und zum Betrieb von Röntgen-einrichtungen, vor allem aber bei der Aufbereitung von Medizinprodukten. Diese Vorschläge sollten wir umsetzen.

DIGITALISIERUNG: WAS IST ZU TUN, UM PATIENTEN UND (ZAHN-)ÄRZTE UND DEREN DATEN ZU SCHÜTZEN? WIE STEHT DIE FDP ZUR KÜNSTLICHEN INTELLIGENZ IN DER MEDIZIN?

Wir sind große Befürworter der Digitalisierung – ohne Wenn und Aber. Dass dabei die Daten der Patientinnen und Patienten geschützt werden müssen, versteht sich doch von selbst. Wo Schwachstellen auftreten, müssen diese behoben werden.

Künstliche Intelligenz kann in der Medizin zukünftig eine große Hilfe sein. Für uns ist aber auch klar, dass die letzte Entscheidung immer von einem Arzt getroffen werden muss. Wir wollen niemandem zumuten, dass die Therapie von einem Algorithmus festgelegt wird.

AUSBILDER, AUCH ZAHNÄRZTE, BEKLAGEN GROSSE WISSENSLÜCKEN BEI IHREN AZUBIS. WIE BEANTWORTET DIE FDP DIE FRAGE NACH EINER BESSEREN SCHULISCHEN AUSBILDUNG?

Einer unserer politischen Schwerpunkte ist seit Jahren die Bildungspolitik. Wir wollen die Leistungsfähigkeit des Bildungswesens deutschlandweit verbessern.

Der internationale Vergleich zeigt, wie wir bessere Schülerleistungen erreichen: Die Ergebnisse von Schulen sind dort besser, wo es autonome Gestaltungsspielräume für die einzelne Einrichtung gibt, aber möglichst einheitliche Zielvorgaben.

In Deutschland haben die Bildungseinrichtungen wenig Autonomie, dafür mangelt es an bundesweit einheitlichen Qualitäts- und Zielvorgaben.

Umgekehrt wäre es besser. Bundesweite Abschlussprüfungen für Hauptschule, Mittlere Reife und Abitur verbessern somit nachweislich die Leistungen unserer Schüler.

Auch 90 % der Deutschen fordern mittlerweile laut ifo Bildungsbarometer bundesweite Abschlussprüfungen für die Mittlere Reife und das Abitur.

DANKE FÜR DAS GESPRÄCH!


BLUE SAFETY
Die Wasserexperten



„Blicken Sie der nächsten Praxisbegehung entspannt entgegen: **Mit SAFEWATER ist keimarmes Wasser in Ihrer Praxis gewiss. Wir sorgen für rechtssichere Wasserhygiene, für Ihren Ausfallschutz.**“

Dieter Seemann

Leiter Verkauf
Mitglied der Geschäftsführung



BLUE SAFETY
Premium Partner
DEUTSCHER ZAHNÄRZTETAG
für den Bereich
Praxishygiene

Jetzt mehr erfahren und
kostenfreie Sprechstunde
Wasserhygiene vereinbaren.

Fon **00800 88 55 22 88**
www.bluesafety.com/Termin

DER „ZAPPELPHILIPP“ AUF DEM BEHANDLUNGSSTUHL?

Zahnheilkunde für Kinder - mit und ohne ADHS

Privatdozentin Dr. med. dent. Birgül Azrak, Oberärztin Dr. med. dent. Vicky Ehlers

Wir alle kennen solche Kinder, die unruhig auf unserem Behandlungsstuhl sitzen und nicht einmal eine Kontrolluntersuchung über sich ergehen lassen können, ohne zu zappeln oder unzählige Fragen zu stellen, obwohl sie sich in ihrem Alter für eine kurze Zeit konzentrieren können sollten. Während sich einige Kinder damit einfach nur von ihrer Zahnarztangst ablenken, ist dieses Verhalten bei anderen ein Symptom einer neuropsychologischen Krankheit: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADS / ADHS) bzw. hyperkinetische Störung (HKS).

Diese Krankheit, die heute noch „Zappelphilipp-Syndrom“ genannt wird, zählt zu den häufigsten Verhaltens- und emotionalen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Schon Mitte des 19. Jahrhunderts berichteten Kinderpsychiater von den „unruhigen Kindern“ und disku-

tierten die Ursachen. Im Jahr 1844 stellte Heinrich Hoffmann in seinem Kinderbuch „Struwelpeter“ mit der Figur des Zappelphilipps die Erkrankung in klassischer Weise dar.

Dieses Syndrom ist jedoch sehr kompliziert und schwer zu diagnostizieren. Da keine klaren Biomarker vorliegen, werden umfangreiche Diagnosekriterien herangezogen, und es wird großer Wert auf Differenzialdiagnostik gelegt.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass diese Störung bei vielen Fällen zwar auch im Erwachsenenalter persistiert, aber andere Symptome aufweist.

Heute wird die Diagnose nach diagnostischem und statistischem Leitfadensystem psychischer Störungen (DSM-5) und/oder nach internationaler Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) der World Health Organisation (WHO) gestellt.

In Europa, vor allem in Deutschland, hat sich in der kassenärztlichen Versorgung der ICD-10 der WHO als Diagnosesystem etabliert. Hier wird ADHS unter hyperkinetischen Störungen (F90) oder als Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (F98.8) beschrieben.

Die Diagnosekriterien beider Organisationen unterscheiden sich jedoch kaum voneinander. Die Leitsymptome dieses Krankheitsbildes werden bei beiden Systemen unter drei Überschriften zusammengefasst: Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität.

Beide Klassifikationen erfordern für die Diagnose dieses Krankheitsbildes das Bestehen einer bestimmten Anzahl von Leitsymptomen aus diesen drei Gruppen für mindestens sechs Monate in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes

nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. In allen Gruppen sind bestimmte Symptome definiert, die auf mehrere Bereiche im Alltag einen Einfluss haben können.

Bei der Diagnosestellung ist es erforderlich, dass die Leitsymptome mindestens in zwei Bereichen, wie z. B. in der Schule und zu Hause, Probleme verursachen, und die Störungen vor dem sechsten bzw. siebten Lebensjahr auftreten.

Vor der Diagnosestellung ist auch der Ausschluss einer anderen Entwicklungsstörung, bei der diese Symptome in bestimmten Phasen der Krankheit auftreten können, auszuschließen.

Im Jahr 2016 wurde in Deutschland, nach Überprüfung der Daten von sechs Millionen gesetzlich versicherten Kindern zwischen 5 und 14 Jahren, bei 260.000 Kindern die Diagnose ADHS nach ICD-10 festgestellt, was einer Prävalenz von 4,33 % entsprach.

Auch die Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland, KiGGS, erfasste in zwei Zeitabschnitten (2003-06 und 2014-17) das Vorkommen von ADHS bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen und stellte eine Prävalenz von 5,3 % in der ersten und 4,4 % in der zweiten Phase fest. Weltweit lag die Prävalenz von ADHS bis 2015 zwischen 3,4 % und 7,2 % und in EU-Ländern um die 5 %.

Bei allen Untersuchungen waren Jungen von ADHS mindestens doppelt so häufig betroffen wie Mädchen. Dieses Ergebnis könnte auch damit zusammenhängen, dass einige Symptome bei beiden Geschlechtern unterschiedlich stark ausgeprägt sind.

Während bei Mädchen körperliche Angstsymptome stärker ausgeprägt sind, sind bei Jungen eher die Verhaltensprobleme, wie z. B. sich nicht an Regeln halten zu können, häufiger zu beobachten. So ist die Wahrscheinlichkeit, dass Eltern das Problem wahrnehmen und Hilfe suchen, bei Jungen höher als bei Mädchen. Dies kann zu häufigeren ADHS-Diagnosen bei Jungen führen.

Wie bei allen Krankheiten, ist auch bei ADHS die Ätiologie von großem Interesse: Wenn wir die Risikoindikatoren und -faktoren einer Erkrankung kennen, können wir das Risiko erkennen und u. U. durch Beeinflussung einiger Faktoren dieser Krankheit vorbeugen oder die Ausprägung der Symptome einschränken.

Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien, aber auch molekulargenetische Untersuchungen weisen darauf hin, dass die genetische Prädisposition einer der Hauptrisikofaktoren bei ADHS ist.

Die molekulargenetischen Studien konzentrieren sich überwiegend auf solche Gene, welche auf die Funktionen bzw. den Transport des Neurotransmitters Dopamin einen Einfluss haben.



Ein hyperaktives Kind ist eine Herausforderung für das Team in der Zahnarztpraxis.

Bringen Sie Ihre Praxisfinanzen auf Erfolgskurs.



Mit der **mediserv Bank** kombinieren Sie **Privatabrechnung** und **Bank optimal** und können so Ihre Finanzen intelligent gestalten.

- ✓ **Tages- und Termingeld**
- ✓ **Investitionskredite**
- ✓ **100 % Ausfallschutz**
- ✓ **100 % Sofortauszahlung**

Einfach unverbindlich informieren oder direkt einen Termin vor Ort vereinbaren:
www.mediserv.de oder 06 81 / 4 00 07 97

mediserv Bank GmbH
Am Halberg 6 | 66121 Saarbrücken

Umweltfaktoren, wie z. B. Ernährung, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, sowie Nikotin und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, aber auch ungünstige psychosoziale Bedingungen werden als weitere Einflussgrößen diskutiert, die das Auftreten und/oder die Ausprägung der Symptome beeinflussen.

Das Zusammenwirken von genetischen Faktoren mit den Umwelteinflüssen in der Entwicklungsphase des Gehirns können zu strukturellen und/oder funktionellen Veränderungen in verschiedenen Gehirnregionen führen, die ADHS, aber auch andere psychische Störungen auslösen können. Bei Kindern mit ADHS scheint eine Volumenminderung des Gehirns vorzuliegen, das mit dem Schweregrad der Symptomatik einen Zusammenhang aufweist und bei fehlender Therapie im Erwachsenenalter zu anderen Veränderungen im Gehirn führen kann.

Bei der Therapie dieser Erkrankung spricht man von einem multimodalen therapeutischen Gesamtkonzept. Entsprechend der individuellen Symptomatik und dem Schweregrad, den Präferenzen des Betroffenen bzw. der Eltern und dem Alter des Kindes wird ein Behandlungsplan erstellt, der psychotherapeutische und ggf. pharmakologische sowie ergänzende Interventionen kombiniert (S3-Richtlinien).

Eine psychosoziale Intervention umfasst neben einer psychotherapeutischen Betreuung der Kinder bzw. der Heranwachsenden auch eine pädagogische und behandlungsorganisatorische Kooperation mit den Bezugspersonen und der Umwelt der Betroffenen, wie z. B. Kindergarten oder Schule. Die Psychoedukation umfasst die Aufklärung und Führung der Bezugspersonen, aber auch der Betroffenen, und geht auf Probleme und Bewältigungsstrategien ein. Sie bildet auch die Basis für eine pharmakologische Intervention.

Als eine weitere unterstützende Maßnahme kann auch das EEG-Biofeedback (Neurofeedback) eingesetzt werden. Diese Therapie wird zwar derzeit nicht für einen routinemäßigen Einsatz empfohlen, da ihre Effektivität noch nicht eindeutig nachgewiesen ist, ein positiver Effekt auf Aufmerksamkeitsprobleme wird aber in Studien erfasst.

Einen weiteren Ansatz bei der Therapie der ADHS bilden spezielle Diäten. Jedoch wurden hier eher bei Eliminationsdiäten, die auf individuelle Unverträglichkeiten ausgerichtet sind, und bei Nahrungsergänzung mit ungesättigten Fettsäuren geringe und eher kurzfristige Erfolge beobachtet. Generell wird eine ausgewogene, vollwertige Ernährung empfohlen.

Bei schweren Fällen, bei denen z. B. eine Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt oder die Ressourcen in der Familie oder im Kindergarten bzw. in der Schule sehr gering sind, wird eine stationäre oder teilstationäre Therapie in Kliniken, Jugendhilfeeinrichtungen oder in Rehabilitationseinrichtungen empfohlen (S3-Richtlinien).



Korrespondenzadresse:

PD Dr. Birgül Azrak

Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung
Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
der Universitätsmedizin Mainz

Augustusplatz 2

55131 Mainz

Tel. 06131 17-7247

azrak@uni-mainz.de

Eine medikamentöse Therapie hat das Ziel, bei Fällen, bei denen die Symptome der ADHS stark ausgeprägt sind, durch die Regulierung der gestörten Vorgänge im Dopamin-System, aber auch der Botenstoffe Noradrenalin und Serotonin eine strukturelle Normalisierung und bessere Informationsverarbeitung im Gehirn zu erreichen und die Lebensqualität zu verbessern. Diese Therapieform wird bei Kindern ab sechs Jahren empfohlen und bei jüngeren Patienten nur dann in Betracht gezogen, wenn durch eine Psychotherapie keine deutliche Besserung eintritt (S3-Richtlinien).

Besonders bei Kindern, die auch Lernprobleme haben, erwies sich die medikamentöse Unterstützung der Therapie als effektiver als alleinige Psychotherapie. Diese Medikamente erhöhen die Aufmerksamkeitsspanne und die Konzentrationsfähigkeit der Kinder.

Methylphenidat (Ritalin), ein Psychostimulans, das die Menge des extrazellulären

Dopamins und das Noradrenalin im Gehirn erhöht, ist derzeit die Medikation erster Wahl. Wegen seines Missbrauchspotenzials unterliegt es dem Betäubungsmittelgesetz. Die Dosis wird individuell abgestimmt und wird meistens gut vertragen. Nebenwirkungen wie Appetitverlust, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Irritierbarkeit, die häufiger auftreten können, verschwinden in den meisten Fällen nach einigen Wochen. In seltenen Fällen kann es aber auch zu leichten Puls- und Blutdruckerhöhungen und zur Wachstumsbeeinträchtigung führen. Entsprechend der Dauer und Art der Nebenwirkungen wird die medikamentöse Behandlung entweder vorübergehend unterbrochen oder durch andere Medikamente ersetzt.

Bei Fällen, bei denen die Methylphenidatgabe abgebrochen werden muss oder weitere Begleitsymptome, wie z. B. Angst oder Tics vorliegen, ist Atomoxetin eine Alternative. Es erhöht die Konzentration von Noradrenalin im synaptischen Spalt ohne Abhängigkeitspotenzial. Für die Ausfaltung der Wirkung ist jedoch eine Einnahmedauer von mindestens zwei bis acht Wochen erforderlich.

Wenn diese beiden Medikamente nicht wirken, werden Amphetamin (Dexoamphetamin) oder in seltenen Fällen auch Antidepressiva eingesetzt. Bei der medikamentösen Therapie werden regelmäßige Kontrollen von Blutdruck, Puls, Wachstum, Gewicht und Auslassversuche zur Überprüfung der Wirkung als unerlässlich betrachtet.

AUSWIRKUNGEN AUF DIE MUNDGESUNDHEIT

Sowohl die Durchführung der Mundhygienemaßnahmen als auch der Ablauf einer zahnärztlichen Prophylaxe- oder Therapiesitzung können unter den Symptomen des ADHS leiden. Weiterhin können auch die Nebenwirkungen der Medikamente bei einer pharmakologischen Intervention den Mundgesundheitszustand beeinträchtigen.

Die Unaufmerksamkeit mit kurzer Konzentrationszeit, Probleme beim Zuhören, beim Organisieren der Aufgaben und Zu-Ende-Bringen der Arbeiten würden sowohl die Wirksamkeit einer Prophylaxesitzung als auch die häusliche Durchführung der Mundhygienemaßnahmen beeinflussen. Das Zähneputzen ist eine feinmotorische Tätigkeit und bedarf einer gewissen Ausdauer.

Gesunde Kinder im Alter von 6-12 Jahren putzen ihre Zähne im Durchschnitt 1,71 Minuten lang, aber 12- bis 18-jährige Kinder mit ADHS nehmen sich zum Zähneputzen im Durchschnitt weniger als eine Minute Zeit und liegen somit unter dem Durchschnitt der jüngeren Kinder. Obwohl sie beim Zähneputzen häufiger von ihren Eltern begleitet werden, weisen sie signifikant höhere Plaquewerte auf. Die vermehrte Plaqueakkumulation kann Karies- und Gingivitisrisiko erhöhen und später die Entstehung der Parodontopathien begünstigen.

Aber nicht nur das Zähneputzen, sondern auch die Speichелеigenschaften beeinflussen die Plaquebildung. In einer Studie berichteten 32,5 % der ADHS-Kinder mit Medikation von Mundtrockenheit, was zu den Nebenwirkungen der ADHS-Medikamente zählt. 17,5 % der Kinder in dieser Untersuchung wiesen eine geringere unstimulierte Speichelfließrate (uSFR) auf, auch wenn der Unterschied zu den gesunden Kindern und den ADHS-Kindern ohne Medikation nicht signifikant war.

Eine weitere Untersuchung stellte bei ADHS-Kindern mit Medikation im Vergleich zu denen ohne Medikation signifikant geringere uSFR und höhere Plaque-Indexwerte sowie einen signifikant höheren Kariesbefall fest, jedoch konnte ein direkter Zusammenhang zwischen der Abnahme der Speichelfließrate durch Medikation und Kariesprävalenz nicht eindeutig nachgewiesen werden.

Während viele Studien bei den ADHS-Kindern über einen signi-

fikant erhöhten Kariesbefall berichteten, konnten andere Untersuchungen das nicht bestätigen. Hier stellt sich die Frage, warum die Ergebnisse so unterschiedlich sind, obwohl das ungünstige Mundhygieneverhalten und die hohe Plaqueakkumulation sowie die geringere Speichelfließrate wichtige Kariesrisikofaktoren sind. Karies ist ein multifaktorielles Geschehen, und das Vorliegen eines Risikofaktors ist nicht ausreichend, um zur Kariesentstehung zu führen. Die mikrobielle Zusammensetzung der Plaque und die Eigenschaften des Speichels, wie die Pufferkapazität oder der Fluoridgehalt, aber auch die Ernährungsgewohnheiten spielen hier ebenfalls eine große Rolle. Die Anzahl der kariogenen Bakterien, Mutans-Streptokokken und Laktobazillen im Speichel war aber bei ADHS-Kindern mit signifikant hohem Plaqueindex im Vergleich zu den gesunden Kindern nicht erhöht. Auch der Fluoridgehalt des Speichels der ADHS-Kinder wies keine Unterschiede zu dem der gesunden Kinder auf.

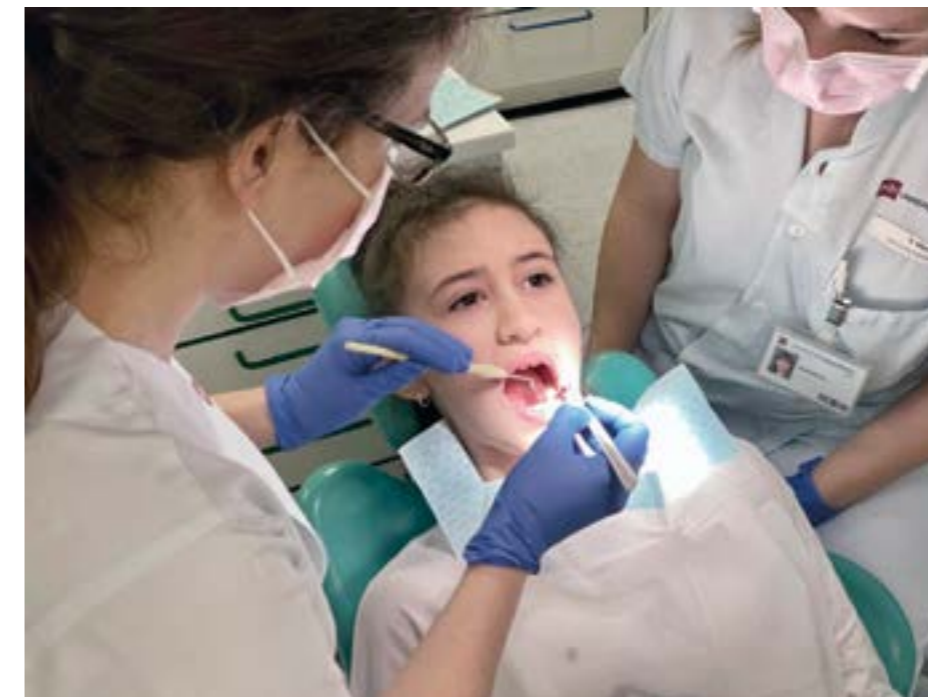
Auch sozioökonomische Faktoren, wie das Haushaltseinkommen und das Bildungsniveau der Mütter, sind belegte Kariesrisikofaktoren. Wenn diese sozioökonomischen Faktoren in den Studien mit ADHS-Kindern berücksichtigt werden, wird auch hier der Zusammenhang zwischen der erhöhten Kariesprävalenz und diesen beiden Faktoren bestätigt.

Bruxismus ist heute eine weit verbreitete Erkrankung und wird auch bei Kindern immer häufiger beobachtet. Die einheitlichen Kriterien für die Bewertung des Bruxismus haben sich bei Kindern aber noch nicht etabliert und so variiert die Prävalenz von Bruxismus bei Kindern bis 12 Jahren in der Literatur zwischen 5,9 % bis 49,9 %. Als häufigste Ursachen des Bruxismus bei Kindern werden Schlafprobleme, Verhaltensstörungen, aber auch ADHS genannt.

Bei ADHS-Kindern wurden Bruxismus, aber auch dentale Erosionen im Vergleich zu den gesunden Kindern signifikant häufiger festgestellt. Die dentalen Erosionen könnten bei ADHS-Kindern mit Medikation auch mit dem erhöhten Flüssigkeitskonsum, z. B. von säurehaltigen Getränken, zusammenhängen.

Die Hyperaktivität kann bei Kindern mit ADHS zu häufigeren Unfällen und Verletzungen im Mundbereich führen. Mehrere Studien konnten ein erhöhtes Risiko für Frontzahntraumata bei ADHS-Kindern belegen. Während bei allen Kindern und Jugendlichen weltweit die Häufigkeit solcher Traumatata zwischen 6 % und 26,6 % liegt, werden sie bei mehr als einem Drittel der ADHS-Kinder erfasst. Obwohl Überbiss als primärer Risikofaktor beim Frontzahntrauma gilt, wird ADHS heute als ein von Überbiss unabhängiger Risikofaktor beschrieben.

Die Führung der ADHS-Kinder während einer zahnärztlichen Therapiesitzung ist



Bereits in der Kinderzahnheilkunde ist auf Bruxismus zu achten. OÄ Dr. Ehlers kontrolliert die Zähne.

im Vergleich zu gleichaltrigen gesunden Kindern schwieriger, was auf die Hyperaktivität und/oder Konzentrationsprobleme dieser Kinder zurückgeführt werden kann. Aber auch Angst könnte hier eine Rolle spielen; signifikant mehr ADHS-Kinder haben nämlich im Vergleich zu gesunden Kindern vor dem Zahnarzt Angst bzw. gehen ungern zum Zahnarzt. Diese Auffälligkeit könnte im Vergleich zu gesunden Kindern auf die häufigeren Zahnarztbesuche wegen Trauma oder Zahnschmerzen zurückgeführt werden. Ein nicht zu vernachlässigender Aspekt ist der Umgang der Eltern mit dem Kind bezüglich Zahnarztbesuch und Zahnpflege.

STUDIE: MUNDGESUNDHEIT MIT UND OHNE ADHS

Bei einer eigenen Studie wollten wir den Mundgesundheitszustand der Kinder mit und ohne ADHS in einer Umgebung vergleichen, bei der die sozioökonomischen Faktoren und der Bildungsstand der Bezugspersonen als Einflussgrößen zum größten Teil ausgeschlossen werden können.

Mit diesem Ziel haben wir die Daten von 34 Kindern mit und von 45 Kindern ohne ADHS (9-15 Jahre alt) aus einer Jugendhilfeeinrichtung ausgewertet. Die Kinder lebten seit mindestens 17 Monaten in dieser Einrichtung. 22 Kinder hatten nur eine ADHS-Diagnose (F 90) nach ICD-10-GM, während 12 Kinder zusätzliche Komorbiditäten aufwiesen. 26 Kinder mit ADHS hatten eine pharmakologische Intervention; 14 Kinder/Jugendliche hatten als Medikation nur Methylphenidat und 12 weitere unterschiedliche Kombinationen von ADHS-Medikamenten.

Der durchschnittliche DMFT-Wert lag bei den Kindern mit ADHS bei 1,9 und ohne ADHS bei 1,4 und lag in beiden Gruppen weit über dem

deutschlandweiten Durchschnitt von 0,5 bei 12-jährigen Kindern.

In dieser Einrichtung leben jedoch Kinder, „deren Erziehung und Entwicklung auch mit stützenden und ergänzenden Hilfen im Sozialraum nicht sichergestellt sind, mit hoher Problembelastung im Sozialraum und vielfältigen bzw. gravierenden Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen“. Es wurde schon in anderen Studien gezeigt, dass Kinder mit einem problematischen sozioökonomischen Hintergrund auch ohne eine diagnostizierte Verhaltens- und emotionale Störung zu den Kariesrisikogruppen zählen.

Die durchschnittliche Anzahl der durch Karies geschädigten Flächen, DMFS, war bei den ADHS-Kindern mit 3,9 doppelt so hoch wie bei den gesunden Kindern, die einen Wert von 1,98 aufwiesen; die Unterschiede waren aber statistisch nicht signifikant. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass zwar die sozioökonomischen Hintergründe in beiden Untersuchungsgruppen den Kariesbefall beeinflussen, aber die zusätzlichen Risikofaktoren, wie z. B. Nebenwirkungen einer Medikation, das Ausmaß der Schäden im Gebiss vergrößert haben.

Die objektive Auswertung des Mundhygieneverhaltens durch API stärkte auch diese Vermutung, da die API-Werte in beiden Gruppen mit etwa 52 % identisch waren.

Eine weitere Erklärung für die Unterschiede in den DMFS-Werten könnte auch der häufigere Konsum von Süßigkeiten und säure- und zuckerhaltigen Getränken durch ADHS-Kinder sein, obwohl die Unterschiede zwischen beiden Gruppen nicht signifikant waren. In anderen Studien, bei denen dieses Konsumverhalten bei Kindern mit und ohne ADHS verglichen wurde, fanden die Autoren anders als in unserer Studie signifikante Unterschiede. In der Einrichtung hatten die Kinder ähnliche Angebote und Möglichkeiten, wodurch vermutlich das Konsumverhalten der Kinder beeinflusst wurde.

Bruxismus wurde in beiden Gruppen mit einer Häufigkeit von 55 % überdurchschnittlich oft erfasst, andere Untersuchungen hatten jedoch Bruxismus bei ADHS-Kindern im Vergleich zu gesunden Kindern häufiger festgestellt. Diese Abweichung in unserer Studie könnte, wie beim Kariesbefall, auch hier mit dem besonderen Hintergrund der Kinder zusammenhängen, was darauf hinweist, dass nicht nur die ADHS-Kinder, sondern auch andere Kinder mit Problemen im sozialen Leben zu Bruxismus tendieren.

Acht Kinder ohne, aber nur zwei Kinder mit ADHS waren in kieferorthopädischer Behandlung; vier Kinder mit und zwei Kinder ohne ADHS wiesen einen Therapiebedarf auf. Trotz der ähnlichen Hintergründe waren mehr Kinder ohne ADHS unter kieferorthopädischer Betreuung, was – wie in einer Studie gezeigt wurde – auf die Un-



Bei allen Kindern gilt: Kurze und klare Anweisungen sind Trumpf. OÄ Dr. Vicky Ehlers (links) instruiert die kleine Patientin zur Mundhygiene.

aufmerksamkeit und den Kooperationsmangel dieser Kinder zurückgeführt werden kann.

Beim letzten Besuch eines Zahnarztes, der bei 29 % der Kinder mit, aber bei 49 % ohne ADHS weniger als sechs Monate zurück lag, hatten 59 % der Kinder mit ADHS eine Kontrolle und nur 9 % eine zahnärztliche Therapie gehabt. Dagegen erhielten beim letzten Zahnarztbesuch 42 % der Kinder ohne ADHS eine Kontrolluntersuchung und 22 % eine Therapie. Die Kinder ohne ADHS in dieser Einrichtung gehen häufiger zum Zahnarzt und werden therapiert, obwohl die DMFS-Werte der ADHS-Kinder höher sind.

Die geringere Anzahl der Therapiesitzungen bei ADHS-Kindern kann einerseits mit der schwierigeren Führung dieser Kinder bei einer zahnärztlichen Therapie, andererseits auch mit der häufigeren Beobachtung der Zahnarztangst dieser Kinder zusammenhängen.

Um diese Ergebnisse zu erklären, wäre es aber sinnvoll zu wissen, wie der Therapiebedarf bei ADHS-Kindern aussieht, und ob sie evtl. eine zuvor abgeschlossene zahnärztliche Therapie unter Zuhilfenahme von Sedierungsmaßnahmen erhalten hatten.

WAS KÖNNEN WIR FÜR DIESE KINDER IN DER PRAXIS TUN?

Es ist wichtig, dass diese Kinder erkannt und als Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko betreut werden. Schon auf der Anamneseerhebung wäre eine direkte Erfragung von ADS/ADHS bzw. Hyperaktivität sinnvoll. Bei Kindern mit Medikation fällt zwar bei der Nachfrage nach Medikamenteneinnahmen das Syndrom auf, aber bei den restlichen ADS/AHDS-Kindern wird das Problem von den Eltern eher während eines Gespräches erwähnt und selten in den Anamnesebogen eingetragen.

Bei ADHS-Kindern sind häufigere Kontrollen und Prophylaxesitzungen zu empfehlen.

Da bei Kindern mit ADHS die Dauer des Zähneputzens durch intensive Beratung nicht stark verändert werden kann, wäre die Benutzung einer dreiköpfigen Zahnbürste, die bei jüngeren Kindern mit geringeren feinmotorischen Fähigkeiten und einer geringeren Konzentrationszeit zu einer besseren Plaqueentfernung geführt hat, eine Alternative.

Bei diesen Kindern sind kurze und klare Anweisungen während der Prophylaxesitzung und eine kurze schriftliche Anleitung zu empfehlen, da sie oft vergesslich, unorganisiert und auch während der Aufklärung unaufmerksam sind.

Durch häufigere Prophylaxesitzungen können die Prophylaxeimpulse wiederholt und die erforderlichen Informationen schrittweise weitergegeben werden.

Weiterhin ist hier auch eine stärkere Einbeziehung der Eltern in die präventive Beratung erforderlich. Eine intensive Aufklärung über Ernährung und Mundhygiene könnte besonders bei sozioökonomisch schwachen Familien zu einer Besserung der Mundhygienemaßnahmen führen, nicht nur bei Kindern, sondern evtl. auch bei den betreuenden Personen.

Die direkte Unterstützung bzw. Überwachung des Zähneputzens durch Eltern ist auch sehr wichtig.

Die Eltern und Betreuer sollten auch auf das erhöhte dentale Traumarisiko hingewiesen und über das richtige Vorgehen aufgeklärt werden.

Generell wäre es von Vorteil, mit den Eltern über die Vorbereitung der Kinder auf einen Zahnarztbesuch zu sprechen. So kann vermieden werden, dass der Zahnarzt als „Angstfigur“ gesehen wird.

Der Vorteil häufigerer Kontrolluntersuchungen bei Kindern mit ADHS liegt darin, dass die kariösen Läsionen früher erkannt und therapiert werden können. So können längere und u. U. schmerzhaftere Sitzungen und die Angst vor dem Zahnarzt vermieden bzw. reduziert werden.

Im Rahmen einer Kontrolluntersuchung sollte, wie bei allen Kindern, auch der kieferorthopädische Therapiebedarf eruiert werden. Darauf mehrfach hinzuweisen, kann bei Eltern von ADHS-Kindern erforderlich sein, da solche Empfehlungen durch die Alltagsschwierigkeiten untergehen können.

Weil diese Kinder durch Umgebungsgeräusche ablenkbar sind, sollten sowohl bei der Prophylaxe als auch bei der Therapie ablenkende Faktoren eingegrenzt werden.

Auch unterstützende Maßnahmen, wie die Anwendung von Video-Brillen, können Therapiesitzungen bei ADHS-Kindern angenehmer gestalten.

Kürzere und mehrere Sitzungen mit unterstützenden Maßnahmen können sowohl den Kindern, als auch ihren Behandlern den Ablauf der Therapie erleichtern.

Bei Kindern, die Medikamente erhalten, sind Therapiesitzungen am frühen Vormittag, nah an der Einnahme des Präparats, empfohlen, um die Behandlung für beide Seiten angenehmer zu gestalten. Nachmittags können die ADHS-Symptome durch den Rebound-Effekt verstärkt wieder auftreten und den Behandlungsablauf erschweren.

Bei Kindern mit umfangreichem Behandlungsbedarf und Schmerzen kann auch eine zahnärztliche Behandlung unter Sedierung oder Intubationsnarkose erforderlich sein. Besonders bei Kindern mit ADHS-Medikation sollte aber auf Interaktionen mit dem Narkotikum geachtet werden.

Bei ADHS-Kindern ist eine Behandlung unter Lachgas (Distickstoffmonoxid) möglich, hier scheint aber eine Kombination mit weiteren Sedativa wirksamer zu sein. Generell sollte eine Sedierung, wenn nur Lachgas eingesetzt wird, bei solchen Kindern immer mit Anästhesisten zusammen durchgeführt werden.

Es sollten jedoch nicht nur Kinder mit ADHS-Diagnose, sondern auch solche Kinder intensiver betreut werden, die emotional auffällig sind und/oder bei denen schwierige Familienverhältnisse vermutet werden.

ADHS-Kinder und andere schwierige Kinder können gut betreut werden – nicht nur in auf Kinderbehandlung spezialisierten Praxen, sondern in allen Praxen.

Einen ausführlichen Text mit Quellenangaben und Literaturverzeichnis können Sie bei der Redaktion anfordern: redaktion@lzk.de

ALTBEWÄHRT UND DOCH HOCHAKTUELL?

Stahlkronen in der Kinderzahnheilkunde

In Deutschland stellt Karies im Milchgebiss immer noch ein relevantes epidemiologisches Problem dar.

Welche Rolle können Stahlkronen in der Kinderzahnheilkunde spielen? Dazu ein Beitrag von

Dr. Julian Schmoeckel, OÄ Dr. Ruth M. Santamaría, Mhd Said Mourad, Prof. Dr. Christian H. Splieth;
Universitätsmedizin Greifswald, Abteilung für präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde

In Deutschland stellt Karies im Milchgebiss trotz des Kariesrückgangs laut den aktuellen "Epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe" immer noch ein relevantes Problem dar. Etwa jedes zweite 6-7-jährige Kind in der ersten Klasse weist bereits Karieserfahrung auf, zudem ist der Sanierungsgrad mit ca. 50 % bei diesen Kindern viel zu gering [Team DAJ, 2017]. Dies ist erstaunlich, denn die Kosten restaurativer Maßnahmen werden durch die Krankenversicherung gedeckt, somit kann dies nicht als Ausrede/Ursache in Frage kommen. Die Aussage „Karies im Milchgebiss sollte therapiert werden“ wird wohl kaum ein Zahnarzt infrage stellen [Kidd, 2012]. Doch wer kann wann, wie und wodurch Kinder mit kariösen Milchzähnen erfolgreich behandeln? [Kidd and Fejerskov, 2013]

Zurzeit erfolgt die Restauration kariöser Milchzähne in den Zahnarztpraxen meist mithilfe plastischer Materialien. Komposit- bzw. Kompomermaterialien im Seitenzahnbereich kommen häufig zum Einsatz, doch sind diese bei mäßiger Mitarbeit der Kinder, sowie bei erhöhtem Kariesrisiko und einer häufig weiterhin bestehenden Kariesaktivität oftmals

nicht bis zur Exfoliation des Zahnes erfolgreich [Qvist et al., 2004a]. Auch die alternativ dazu genutzten Glasionomerelemente können insbesondere bei mehrflächigen Läsionen zudem bestenfalls als provisorisches Restaurationsmaterial angesehen werden [Qvist et al., 2010]. Um einen Zahnerhalt bis zur physiologischen Exfoliation bei mehrflächig kariösen Milchzähne ohne Zweitbehandlungen zu gewährleisten, sollte folglich auch auf andere Restaurationstechniken bzw. -materialien, wie beispielsweise konfektionierte Stahlkronen, zurückgegriffen werden [Innes et al., 2015; Roberts et al., 2005; Tedesco et al., 2018], die im Gegensatz zu zahnfarbenen Milchzahnkronen Kassenleistung sind.

Neben der Karies gewinnt die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH, s. Ausgabe 3/2018) immer mehr an Bedeutung für die Kinderzahnheilkunde. Die MIH ist ein scheinbar immer häufiger vorkommendes Phänomen und tritt laut der DMS V in Deutschland bei 12-Jährigen mit einer Prävalenz von etwa 29 % auf, wobei klinische relevantere Formen der MIH bzw. deren Therapiefolgen (nur) bei 5,4 % der Untersuchten festgestellt wurde [IDZ, 2016]. Im Vergleich dazu liegt die Kariesprävalenz in dieser Altersgruppe bei



Korrespondenzadresse:

Dr. Julian Schmoeckel

Abt. f. präventive Zahnmedizin
u. Kinderzahnheilkunde
Walther-Rathenau-Str. 42
17475 Greifswald

Tel: 03834 867136

julian.schmoeckel@uni-greifswald.de

knapp 20 %, bei im Schnitt 0,5 DMFT. Das heißt, die Versorgung dieser MIH-Zähne könnte damit zunächst sogar wichtiger werden als die Kariestherapie an bleibenden Zähnen bei Kindern in der Wechselgebissphase. Insbesondere bei größerem Strukturverlust und Hypersensibilität an Molaren mit MIH sollte auch hier die Option der Versorgung mittels Stahlkrone berücksichtigt werden.

Bei Betrachtung der KZBV-Abrechnungsdaten der letzten Jahre ist klar, dass die Stahlkrone bislang in Deutschland eine höchst selten wahrgenommene Therapieoption darstellt [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2019], obwohl international die Stahlkrone in der Kinderzahnheilkunde kaum wegzudenken ist [Hussein et al., 2020].

Im folgenden Beitrag soll daher das Thema Stahlkronen in der Kinderzahnheilkunde näher beleuchtet werden, dazu gehören u. a. die konventionelle Technik, aber auch die eher neuere „Hall-Technik“.

STAHLKRONEN: MATERIAL UND ARTEN

Zurzeit verwendete konfektionierte Stahlkronen bestehen aus einer Legierung aus Eisen, Chrom, Nickel sowie einem geringen Prozentsatz an Magnesium, Silizium, Phosphor und Schwefel. Die Stahlkronen sind in einer Vielzahl an Größen für alle Milchmolaren von verschiedenen Firmen verfügbar (Abb. 1). Es existieren u. a. folgende Arten von Stahlkronen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- nicht-präkonfektionierte Stahlkronen (Fa. Denovo, Baldwin Park, CA; Fa. 3M ESPE, St. Paul, MN),
- präkonfektionierte Stahlkronen (Fa. 3M ESPE "ION", St. Paul, MN und Fa. Hu-Friedy „Pedo Crowns“ Chicago, IL) und
- verblendete Stahlkronen (Fa. NuSmile, Houston, TX; Fa. Kinder Crowns, St. Louis Park, MN; Fa. Cheng Crowns, Exton, PA).

KOSTEN UND ABRECHNUNG

Die Kosten der Stahlkronen sind zudem überschaubar, so kostet eine einzelne Stahlkrone in der Anschaffung in etwa 5 Euro, doch im Gegensatz zu Kompositen sind diese im Grunde ewig verwendbar (kein Ablaufdatum) und einfach zu lagern.



Abb. 1a



Abb. 1b

Abb. 1a/b: Sets für präkonfektionierte Stahlkronen für Milchmolaren sind beispielsweise von Hu-Friedy und 3M Espe verfügbar.

Die Anschaffung eines Startsets für Stahlkronen ist empfehlenswert und relativ kostengünstig. Die Stahlkrone ist zudem Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen und der privaten Krankenkassen: Position 14 im Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA) mit einer Bewertungszahl von 50; und Ziffer 2250 in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) mit einer Punktzahl von 210.

ALLERGIE?

Es ist bekannt, dass Nickel eine der häufigsten Ursachen für allergische Kontaktdermatitis darstellt. Bei einer relativ alten Studie [Feasby et al., 1988] wurden bei Patienten mit Nickel-Chrom-Kronen signifikant höhere Reaktionen auf Epikutantests gefunden. Mittlerweile wurden die alten Nickel-Chrom-Kronen (72 % Nickel) durch neue Stahlkronen mit nur noch 8-10 % Nickel ersetzt.

Die heute auf dem Markt erhältlichen Stahlkronen haben einen vergleichbaren Nickelgehalt wie routinemäßig verwendete kieferorthopädische Apparaturen (Bänder, Bögen, etc.). Dabei ist zu beachten, dass die orale Reizschwelle gegenüber einem Allergen sehr viel höher ausfällt als an der Haut. Das heißt, die Nickelkonzentration muss wesentlich höher sein, um in der Mundschleimhaut eine allergische Reaktion auszulösen. Aktuelle Studien zeigten, dass die Freisetzung von Nickel signifikant unter den Werten lag, die ungewünschte bzw. allergische Reaktionen auslösen können [Kulkarni et al., 2016; Ramazani et al., 2014].

INDIKATIONEN

Das Indikationsspektrum von Stahlkronen ist vielfältig (Tab. 1), so sind u. a. neben der Versorgung von kariösen Milchzähnen [Innes et al., 2015], diese auch nach endodontischen Behandlungen, Milchmolaren in Infraokklusion oder Zähnen mit Anomalien der Zahnform und -struktur wie z. B. bei MIH (z. B. Milchmolaren oder permanente Molaren), indiziert [Lygidakis et al., 2010].

TAB. 1: MÖGLICHE INDIKATIONEN FÜR STAHLKRONEN IN DER KINDERZAHNHEILKUNDE

- Mehrflächige kariöse Defekte (Milchmolaren, aber auch permanente Molaren/Prämolaren)
- Hohe Karieserfahrung / Kariesrisiko
- Hohe Kariesaktivität
- Geringe Compliance
- Behandlung in Narkose oder Sedierung
- Bei Frakturgefahr für Füllung oder Zahn
- Nach endodontischer Behandlung (z. B. Pulpotomie am Milchmolaren)
- Schmelz-/Dentinbildungsstörungen (z. B. Dentinogenesis imperfecta)
- Zahnhartsubstanzdefekten (z. B. MIH)

EINFLUSSFAKTOREN ZUR THERAPIEENTSCHEIDUNG BEI KARIES

Vor einer Therapieempfehlung bzw. -entscheidung eines kariösen Milchmolaren sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen (Tab. 2). Eine Einschätzung des Kariesrisikos des Kindes, der Größe und Lokalisation, sowie der Kariesaktivität der Läsion ist essenziell. Es ist davon auszugehen, dass die prognostizierbare Haltbarkeit einer Füllung maßgeblich durch die beim Patienten vorherrschende Kariesaktivität und die Sekundärkariesrate beeinflusst wird [Käkilehto et al., 2013].

Die Milchzahn-anatomie unterscheidet sich zudem substanzial vom permanenten Zahn. So sind Schmelz und Dentin nur halb so dick wie bei bleibenden Zähnen. Außerdem tragen die mikromorphologische Struktur des Dentins und das ausgedehnte Pulpakavum mit den prominenten Pulpahörnern der Milchzähne dazu bei, dass eine bakterielle Infektion der Pulpa, verglichen mit der eher langsamen Progression der Karies im bleibenden Gebiss, schon nach relativ kurzer Zeit auftritt. Bei Approximalkaries im Milchgebiss muss aufgrund der erwähnten geringen Schmelz-Dentin-Schicht stets an eine mögliche Pulpabeteiligung gedacht werden [Kassa et al., 2009]. Ein Röntgenbild ist dafür meistens sehr hilfreich. Außerdem ist die Kariesprogressionsrate im Schmelz bei Milchmolaren mehr als doppelt so hoch wie bei den ersten bleibenden Molaren [Mejàre and Stenlund, 2000]. Der Behandler sollte sich bewusst sein, dass die korrekte Diagnose der Milchzahn-pulpa eine zentrale Herausforderung darstellt, da die Anamnese (Eltern, Kind) und auch die Rückmeldung der (kleinen) Kinder auf Vitalitätstests selten valide sind.

Bei Patienten mit höherem Kariesrisiko (Abb. 2), die mehrflächige Kariesläsionen aufweisen, ist folglich die Verwendung von Stahlkro-

TAB. 2: ÜBERSICHT ZU MÖGLICHEN EINFLUSSFAKTOREN FÜR DIE ART DER KARIESTHERAPIE AN MILCHZÄHNEN

- Alter des Kindes
- Kooperationsbereitschaft
- Therapiemodus (ambulant/Lokalanästhesie, Sedierung, Narkose)
- Zu erwartende Verweildauer des Zahnes bis zur Exfoliation
- Morphologische Besonderheiten der Milchzähne
- Gebisszustand insgesamt und Notwendigkeit der Therapie an anderen Zähnen
- Größe der kariösen Läsion und Lokalisation (welcher Zahn bzw. Zahnfläche)
- Kariesprogressionsrate
- Kariesrisiko des Kindes
- Kariesaktivität der Läsion
- Zerstörungsgrad & Pulpabeteiligung
- Verfügbare Materialien/Werkstoffe (u. a. Füllungsmaterialien)
- Kompetenz des Fachpersonals

nen zu empfehlen, um eine möglichst lange Haltbarkeit der Restaurationen sicherzustellen [Innes et al., 2015].

Die Unterscheidung von aktiver und inaktiver Dentinkaries kann entscheidend sein (Abb. 2), denn inaktivierte Dentinläsionen tragen ein geringes Risiko, zukünftig pulpa-le Beschwerden zu verursachen, da das kariöse Gleichgewicht wiederhergestellt ist und die Karies somit gestoppt ist. Bei aktiven Dentinläsionen, insbesondere bei Approximalkaries im Milchgebiss, ist das Risiko von Pulpakomplikationen stets vorhanden und eine Pulpatherapie mit anschließender Stahlkronenversorgung als Therapieoption zu berücksichtigen [Innes et al., 2015].



Abb. 2: Oberkiefer eines 4-jährigen Kindes mit zahlreichen kariösen Defekten aufgrund von „Nuckel-flaschenkaries“. Insbesondere bei approximalen Dentinläsionen muss an eine mögliche Pulpabeteiligung gedacht werden. Zudem belegt eine solch hohe Karieserfahrung ein sehr hohes Kariesrisiko.

Abb. 3: Die hier am Phantommodell gezeigte konventionelle Stahlkronenpräparation erfordert eine okklusale Reduktion der Zahnhartsubstanz um 1-1,5 mm und eine approximale Tangentialpräparation, sowie ein Abrunden der Übergänge für ein vereinfachtes Zementieren der konfektionierten Stahlkrone.



Abb. 4a/b: Spezielle Instrumente (Zangen und Schere) zur Anpassung der Edelstahlkrone.

KONVENTIONELLE TECHNIK – PRAKTISCHES VORGEHEN

Die konventionelle Applikationstechnik für Stahlkronen wird seit vielen Jahrzehnten erfolgreich praktiziert. Sie erfordert eine proximale und okklusale Reduktion der Zahnhartsubstanz und damit auch meist eine Lokalanästhesie. Nicht selten wird vorab eine Pulpotomie durchgeführt.

Bei der Präparation muss der Zahnarzt alle Regeln für Kronen an permanenten Zähnen vergessen. Die Krone hält durch das Einschnappen über den bukkalen Schmelzwulst. Nach einer minimalen okklusalen Reduktion um ca. 1–1,5 mm werden die Approximalfächen als Scheibenschliff reduziert. Alle Ecken und Kanten sollten abschließend abgerundet werden, um die Anpassung der Krone zu erleichtern (Abb. 3). Dann wird die konfektionierte Krone anhand der mesio-distalen Distanz ausgewählt (meist Kronengröße 3 oder 4). Die ideale subgingivale Tiefe beträgt ca. 1 mm.

Das Anpassen, Drehen und Abnehmen der Krone wird durch die Verwendung spezieller Zangen erleichtert (Abb. 4). Abschließend müssen bearbeitete Kronenränder poliert sowie die Approximalkontakte und die Okklusion geprüft werden. Nach dem Befüllen mit einem dünnfließenden GIZ wird die Krone lingual aufgesetzt und bukkal über den Schmelzwulst geführt, sodass der Zementüberschuss bukkal austritt. Nach der Entfernung der Zementüberschüsse sollte die Okklusion und die Passung überprüft werden (Abb. 5).

Viele Studien zeigen, dass die Überlebensrate konfektionierter Stahlkronen bei Milchmolaren im Vergleich zu Füllungen deutlich höher ist. Das heißt, Stahlkronen weisen bei der Restauration größerer kariöser Läsionen an Milchmolaren eine deutlich bessere klinische Wirksamkeit auf als Füllungen [Attari and Roberts, 2006; Randall et al., 2000]. So liegt die Verlustrate von Stahlkronen bei 2-30 % [Innes et



Abb. 5: Klinische Bilder nach Versorgung mit Stahlkronen in der konventionellen Technik. Die Kronenränder sollten leicht subgingival liegen; dies sollte direkt bei der Zementierung überprüft werden, um ggf. nachzujustieren.

TAB. 3: ÜBERSICHT ZU WESENTLICHEN MERKMALEN DER STAHLKRONE IN DER HALL-TECHNIK

MERKMAL	BEMERKUNG
Keine Kariesentfernung	<ul style="list-style-type: none"> • Geringeres Risiko der Pulpaeröffnung • Keine / weniger Beschwerden bei der Behandlung
Keine Präparation des Zahns	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierte Gefahr der Reizung der Pulpa • Keine Angst vor dem „Bohrer“ • Verkürzte Behandlungsdauer
Keine Lokalanästhesie	<ul style="list-style-type: none"> • Lokalanästhesie bei Kindern ist nicht immer ganz leicht • Verkürzte Behandlungsdauer
Akzeptanz/Beliebtheit	Der Großteil der Patienten, Eltern und Zahnärzte bevorzugt die Hall-Technik gegenüber der konventionellen Füllung [Santamaria et al., 2015]
Sekundärkaries	Durch die Überkronung des gesamten Zahnes wird bei korrekter Platzierung der Krone Sekundärkaries an dem Zahn vermieden
Handhabung und Durchführung	Gesamte Prozedur ist relativ einfach und mit ein wenig Übung innerhalb weniger Minuten durchführbar
Kosteneffizienz im Vergleich zur Füllung	Aufgrund der hohen Erfolgsrate und dem hohen Anteil an Re-Dentistry bei Füllungen im Milchgebiss ist die Hall-Technik auch für die Krankenversicherung günstiger [Schwendicke et al., 2015]
Okklusion / Bisserrhöhung	Direkt nach der Zementierung ist die Okklusion erhöht. Dies reguliert sich bei Kindern innerhalb weniger Tage/Wochen [van der Zee and van Amerongen, 2010]. Mit jedem Zahndurchbruch erleben Kinder sowieso physiologisch eine Bisshebung.
Hohe Erfolgsrate	90 %-100 % vs. ca. 50 %-80 % bei Füllungen [Chisini et al., 2018; Innes et al., 2015; Ludwig et al., 2014; Qvist et al., 2010; Santamaria et al., 2014; Schüler et al., 2014]

al., 2011; Santamaría, Innes et al., 2018; Schüler et al., 2014] und von Füllungen bei 11-88% [Qvist et al., 2004b; Qvist et al., 2010]. Aufgrund des überlegenden klinischen Erfolges der Stahlkronen gegenüber der Füllungstherapie zur Versorgung kariöser Milchmolaren gilt diese Restaurationsoption, insbesondere bei mehrflächigen Läsionen, u. a. bei Approximalkaries, als adäquate Therapie [Ludwig et al., 2014].

STAHLKRONENVERSORGUNG IN DER HALL-TECHNIK

Die sogenannte „Hall-Technik“ ist eine innovative, minimal-invasive Methode zur Behandlung kariöser Milchmolaren ohne Zeichen irreversibler Pulpitis, mit folgenden Hauptmerkmalen:

- Zementierung einer Stahlkrone mit dünnfließendem Glasionomerzement ohne jegliche Kariesentfernung
- Kein Bedarf weder an Lokalanästhesie, Kariesexkavation noch Zahnpräparation

Diese Therapie ist vorzugsweise bei Caries media (Abb. 6) oder inaktiven Defekten indiziert, jedoch nicht bei profunden Läsionen mit hohem Risiko einer Pulpabeteiligung oder irreversibler Pulpitis (d. h. Indikationsbereich ist vergleichbar mit der Füllung).

Vor mehr als 10 Jahren wurde diese Therapieoption sowie deren retrospektive Analyse unter dem Namen „Hall-Technik“ präsentiert [Innes et al., 2007]. Die Pilotstudie zur neuen Behandlungsart von

kariösen Milchmolaren [Stahlkrone auf 978 Milchmolaren bei 259 Kindern; ohne Kariesentfernung, ohne Lokalanästhesie und ohne Präparation der Zähne] durch Dr. Norna Hall zeigte nach drei bzw. fünf Jahren, dass die Mehrheit der behandelten Zähne (86% und 80,5%) bei den Nachkontrollen als erfolgreich eingeschätzt werden konnte, da keine pathologische Symptomatik aufgetreten ist [Innes et al., 2011]. Die Idee hinter der Hall-Technik ist, dass der kariöse Prozess unterhalb der Krone durch den dichten Verschluss inaktiviert wird, da biologisch plausibel kein weiteres Substrat zu einem an der Zahnhartsubstanz liegenden Biofilm gelangen kann [Innes et al., 2019].

Viele aktuelle Studien mit verschiedenen Designs [BaniHani et al., 2018; Elamin et al., 2019; Innes et al., 2011; Midani et al., 2019; Santamaría, Innes et al., 2018; Santamaría, Pawlowitz et al., 2018; van der Zee and van Amerongen, 2010] belegen eine hohe Effektivität der Hall-Technik. Die Erfolgsraten von über 90% liegen äquivalent zu konventionellen Stahlkronen und deutlich über den Erfolgsraten der Füllungstherapie mit ca. 50-80% [Innes et al., 2007; Santamaría, Innes et al., 2018].

Aufgrund der höheren Erfolgsrate bei der Hall-Technik sind nicht nur weniger Zweitbehandlungen nötig, sondern langfristig betrachtet ist die Therapieform auch kostengünstiger für das Krankenkassensystem [Elamin et al., 2019; Schwendicke et al., 2016; Schwendicke et al., 2018]. Zudem kann diese Technik auch ohne zahnärztliches Setting

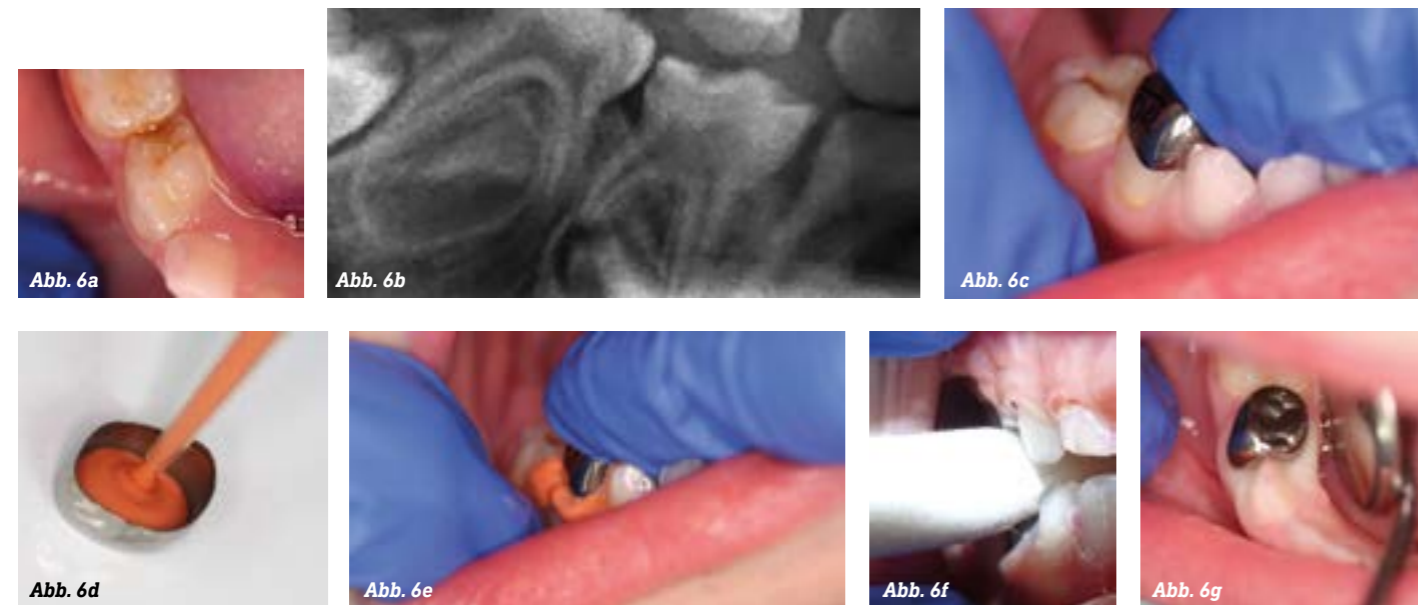


Abb. 6 a-g: Fallserie zur Hall-Technik: Klinischer Befund (a) und röntgenologischer Befund (b) Zahn 84: distal kavitierte kariöse Läsion mit Verlust der Randleiste ohne Anhalt auf irreversible Pulpitis. (c) Ermittlung der richtigen Größe der Stahlkrone, bzw. Anprobe. Die mit Glasionomerzement befüllte Stahlkrone (d) wird einfach – vorzugsweise von lingual kommend – über den Zahn gestülpt und in richtiger Position festgedrückt, so dass die Kronenränder idealerweise leicht subgingival liegen (e). Das Kind beißt anschließend fest zusammen (f) und Zementüberschüsse werden möglichst vor dem Aushärten entfernt und die finale Passung geprüft (g).

durchgeführt werden, was z. B. für die Versorgung in Schulen oder abseits der Zivilisation interessant ist [Elamin et al., 2019]. Der herausragende Erfolg der „Hall-Technik“ basiert wohl auch auf der vollständigen Bedeckung des Zahnes, die eine prophylaktische „Versiegelung“ der restlichen Zahnhartsubstanz darstellt.

Im Gegensatz zur Füllungstherapie funktioniert die Hall-Technik dadurch auch bei Kindern mit hohem Kariesrisiko bzw. hoher Kariesaktivität, da das Risiko von „Sekundärkaries“ dadurch ausgeschaltet wird. Auch bei mäßig kooperativen Kindern oder Kindern mit Angst vor Bohrern und Spritzen ist diese Technik i. d. R. gut durchführbar (Abb. 2). Nähere Informationen zum praktischen Vorgehen sind frei verfügbar (in englischer Sprache) unter: <https://bit.ly/2t0e0ed>

Bei sehr engen Approximalkontakten kann nach einer Zahnseparation für ca. 1-3 Tage mittels orthodontischer Separiergummis in der Regel eine Stahlkronenversorgung in der Hall-Technik sehr leicht durchgeführt werden (Abb. 7).

Aus praktischen und organisatorischen Erwägungen (z. B. lange Anfahrt, kein freier Termin) ist jedoch ein zweiter Termin nicht immer die optimale Lösung. So kann oftmals bereits nach Zahnseparation für 1 Stunde mittels orthodontischer Separiergummis ausreichend sein.

Alternativ kann bei gleichem Erfolg auch eine modifizierte Variante der Hall-Technik in Betracht gezogen werden (Abb. 8), bei der mittels Bohrer approximal die Kontaktpunkte aufgelöst werden (≠ Kariesent-

fernung), um direkt im gleichen Termin die Stahlkrone zementieren zu können [Midani et al., 2019]. Falls Bedenken wegen der Okklusion bestehen, obwohl Studien zeigen, dass sich die Okklusion innerhalb weniger Wochen wieder anpasst [Elamin et al., 2019; van der Zee and van Amerongen, 2010], können zugleich (leicht) die Höckerspitzen eingekürzt werden, so wird die initiale Bisserrhöhung geringer ausfallen oder ggf. gar vermieden. Dabei wird dann aber auf den Vorteil der Hall-Technik, dass der Zahn ohne „Bohren“ versorgt wird, verzichtet.

ZAHNFARBENE KINDERKRONEN

Selbstverständlich sind auf dem Markt auch zahlreiche zahnfarbene Kinderkronen für das Milchgebiss erhältlich. Zum einen existieren verblendete konfektionierte Stahlkronen, aber auch Kronen aus Zirkonoxid oder Kunststoff. Diese sind meist sowohl für den Front- als auch den Seitenzahnbereich verfügbar, jedoch sind zahnfarbene Kinderkronen bei Weitem nicht so zahlreich in hochwertigen Studien untersucht wie Stahlkronen, auch wenn sich andeutet, dass die Erfolgsraten bei richtiger Diagnosestellung und Durchführung ähnlich gut sein können [Aiem et al., 2017; Donly et al., 2018].

Eine Übersicht zu den wesentlichen Vor- und Nachteilen dieser Kronen im Vergleich zu den Stahlkronen sind in Tab. 3 zusammengefasst. >

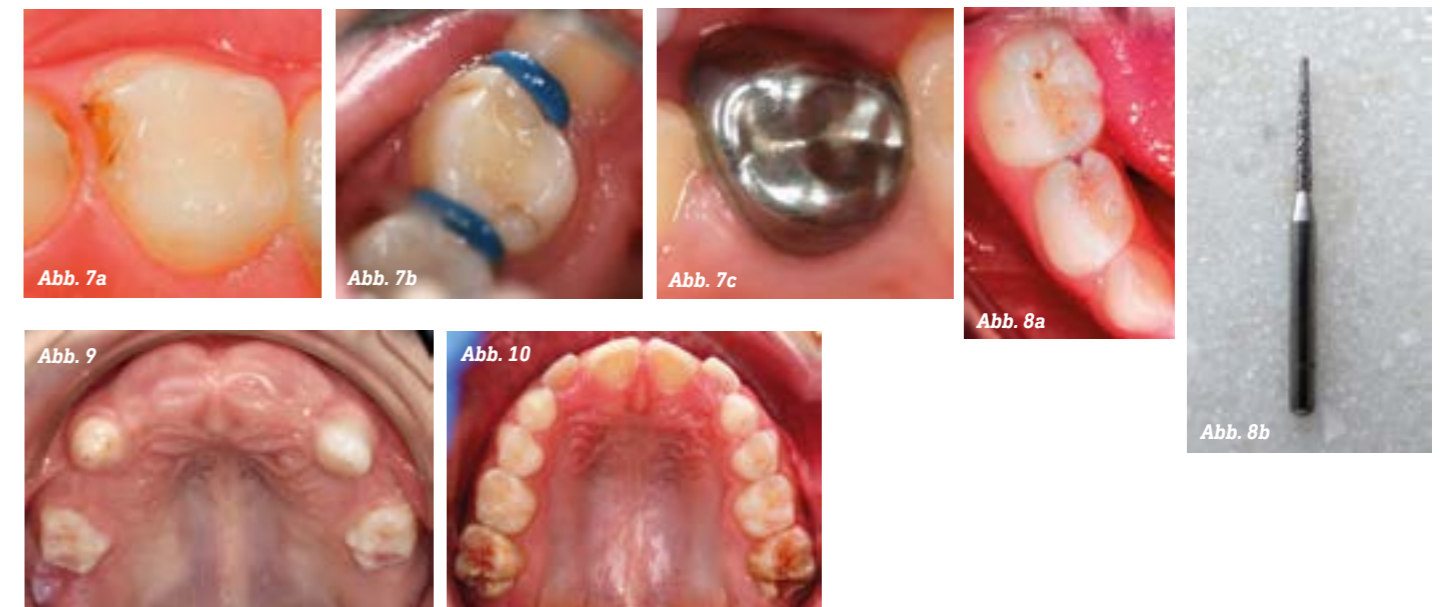


Abb. 7 a-c: Mesiale caries media an einem Milchmolaren mit Eignung für die Hall-Technik (a). Nach einer Zahnseparation (distal) mittels eines KFO-Separiergummis (b) für 1-2 Tage kann i. d. R. eine Stahlkronenversorgung in der Hall-Technik (ohne Lokalanästhesie, ohne Kariesexkavation und ohne Präparation des Zahns) erfolgen (c). **Abb. 8a/b:** Bei sehr engen Approximalkontakten (a) kann auch eine modifizierte Variante der Hall-Technik in Betracht gezogen werden, bei der mittels Bohrer approximal die Kontaktpunkte aufgelöst werden (b), um direkt im gleichen Termin die Stahlkrone zementieren zu können. **Abb. 9:** Zahnfarbene Kinderkrone bei einem 6-jährigen Kind am oberen linken Milcheckzahn (Zahn 63). **Abb. 10:** MIH bei einem 8-jährigen Kind an beiden oberen ersten Molaren. Diese Zähne sind oft hypersensibel.

TAB. 3 GEGENÜBERSTELLUNG VON VOR- UND NACHTEILEN BEI WESENTLICHEN ASPEKTEN DER STAHLKRONEN VS. ZAHNFARBENE KRONEN

ASPEKT	STAHLKRONEN (insb. konventionelle Technik)	ZAHNFARBENE KRONEN (z. B. Zirkonoxid oder Kunststoff)
Ästhetik	Finden Eltern eher ungünstig Kinder mögen i. d. R. ihre Piratenzähne / Prinzessinnenkronen. Verblendete Varianten sind erhältlich, diese platzen jedoch mitunter ab.	Zahnfarben und daher sehr gut
Präparation	Einfacher, da sich die Krone auch biegen lässt und bei Zementierung anpasst. In der Hall-Technik gar nicht nötig.	Die Präparationsgrenze liegt meistens subgingival und die Präparation muss sehr präzise sein, da die Kronen sich nicht flexibel anpassen lassen. Die Prozedur dauert daher eher länger.
Zahnhartsubstanztrag	Geringer (oder gar nicht in der Hall-Technik)	Ausgedehnter und somit liegt ein höheres Risiko für begleitende Pulpatherapie vor.
Trockenlegung und Blutungskontrolle	Relative Trockenlegung i. d. R. ausreichend	Essenziell, v. a. bei Kunststoffkronen / adhäsivem Einsetzen, da diese anfällig für Sulkusblutungen und Feuchtigkeit sind
Randdichtigkeit	Gut, da Tangentialpräparation und die Kronen biegsam sind	Schwieriger zu gewährleisten; s. o. Abschnitt Präparation
Preis	Relativ günstig, ~ 5 €	teurer, je nach Firma ~10-50 €
Abrechnung	Über BEMA, GOZ möglich, also ohne Zuzahlung für den Patienten	Zuzahlung für den Patienten, daher teurer
Handhabung insgesamt	Leichter, zudem Hall-Technik möglich	Schwieriger
Abrasivität	Keine abrasive Wirkung auf den Antagonisten	Mögliche abrasive Wirkung auf den Antagonisten, da die Kronen härter sind als Zahnschmelz
Erfolgsraten	Sehr hoch, ~95 %	Unklar, doch laut weniger Studien wohl annähernd vergleichbar mit Stahlkronen

MOLAREN-INZISIVEN-HYPOMINERALISATION

Wie bereits erwähnt, stellt neben der Karies die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH) auch eine mögliche Indikation für die Anwendung von Stahlkronen in der Kinderzahnheilkunde dar. Oftmals sind betroffene Zähne insbesondere bei Kälte und Hitze sehr empfindlich, was die Lebensqualität einschränken kann (Abb. 10). Vor Kurzem wurde ein recht umfassendes, doch einfaches Therapieschema für MIH-Zähne bei Kindern entwickelt, das sogenannte Würzburger Konzept [Bekes et al., 2016; Steffen et al., 2017], das in Abhängigkeit vom Schweregrad stufenweise präventive, verschiedene restaurative Maßnahmen und auch die Zahnextraktion berücksichtigt.

Die Schmerzausschaltung und der Schutz der Pulpa haben daher Priorität, und dazu eignet sich nach initialer Abdeckung mit Glasionomerzement als temporäre bzw. mittelfristige Versorgung die Stahl-

krone meist sehr gut. Allerdings ist eine invasive Behandlung trotz Lokalanästhesie aufgrund einer verlangsamten oder schlechteren Wirkung (wg. chronischer Pulpitis) nicht immer ganz leicht [Lygidakis et al., 2010]. Zudem sind diese Kinder mit einer schweren Form der MIH aufgrund der Überempfindlichkeit oftmals ängstlich und nur mäßig kooperativ (Abb. 11a). Die Schmerzausschaltung spielt daher eine wichtige Rolle. Dabei gibt es verschiedene Herangehensweisen: 1) Zum einen die Anästhesietechnik, bei der die Autoren i. d. R. eine Kombination aus Infiltration und intraligamentärer Anästhesie empfehlen. 2) Zusätzlich für invasive Zahnbehandlungen insbesondere bei ängstlichen Kindern eine Lachgassedierung. 3) Außerdem kann beispielsweise durch die Gabe von Schmerzmitteln wie Paracetamol oder Ibuprofen 24 h, 12 h, 6–8 h und direkt vor der eigentlichen Zahnbehandlung mit Lokalanästhesie eine bessere Schmerzausschaltung gewährleistet werden [Steffen and van Waes, 2011].

Aus persönlicher Erfahrung ist bei Zähnen mit Hypersensibilität eine GIZ-Abdeckung beim Erstbesuch sehr sinnvoll, da dies einfach durchführbar ist und schnelle Linderung verschafft. Zudem scheint dann auch die Wirksamkeit der Lokalanästhesie bei einem späteren Termin zur Versorgung mittels Stahlkrone verbessert.

Die MIH-Zähne, die mit Stahlkronen versorgt werden sollen (Abb. 11), sind oftmals dann noch im Durchbruch, daher kann die Präparation zahnhartsubstanzschonend erfolgen (vgl. modifizierte Hall-Technik). Außerdem gilt es zu beachten, dass sich die Form der präkonfektionierten Stahlkronen für Milchmolaren und permanente Molaren unterscheidet (Abb. 12), da auch die Anatomie verschieden ist.

FAZIT

Die Versorgung kariöser Milchzähne mit Stahlkronen hat in der Kinderzahnheilkunde eine lange Tradition, doch zugleich stellt sie über die Hall-Technik eine innovative und zugleich sehr erfolgreiche Therapieoption für kariöse Milchzähne ohne Pulpitis dar. Zudem sollte auch im bleibenden Gebiss, z. B. bei MIH-Molaren mit Substanzverlust/Hypersensibilitäten, eine Stahlkronenversorgung zumindest als temporäre Therapieoption in Erwägung gezogen werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Für die Therapie eines kariösen Defekts im Milchgebiss stellen das Alter und die Kooperationsbereitschaft des Kindes und seiner Eltern, das Kariesrisiko, die Kariesaktivität, die Zeit bis zur physiologischen Exfoliation der Zähne, die Langlebigkeit des Versorgungsmaterials und der Kavitätentyp (Lokalisation & Größe) zentrale Faktoren bei der Auswahl der Therapie dar.

MERKBOX FÜR DIE PRAXIS

- Aufgrund der deutlich höheren Überlebensraten von Stahlkronen im Vergleich zu Füllungen ist es empfehlenswert, diese v. a. bei Kindern mit hohem Kariesrisiko und -aktivität als primäre Therapieoption für mehrflächig-kariöse Milchzähne in Betracht zu ziehen. Denn nach der Versorgung mit einer Stahlkrone ist deutlich seltener eine weitere Behandlung bis zur physiologischen Exfoliation notwendig.
- Die recht einfache und innovative Methode der Stahlkronenapplikation in der Hall-Technik stellt bei Milchmolaren ohne Pulpabeteiligung eine sehr erfolgreiche Therapieoption dar.
- Auch bei schweren Formen der MIH, v. a. bei Symptomatik, ist die Überkronung der betroffenen 1. permanenten Molaren mittels einer konfektionierten Stahlkrone ein probates Therapiemittel.

Im Falle von größeren Defekten oder bei hohem Kariesrisiko sollten Stahlkronen als Restaurationsmethode für Milchzähne präferiert werden. Auch die Hall-Technik ist eine einfache und effektive Therapieoption zur Versorgung mehrflächig-kariöser Milchmolaren und bietet den Vorteil, dass dabei keine Kariesexkavation erforderlich ist und eine mäßige Kooperation des Kindes ausreicht. Vor jeder Restauration eines Milchzahns sollte der Pulpazustand untersucht werden und bei Bedarf nicht nur eine Überkronung erfolgen, sondern auch eine Pulpatherapie. Zudem bietet sich die Stahlkrone zur symptomatischen bzw. langfristig temporären Versorgung von ersten Molaren mit einer schweren Form der MIH als probate Therapieoption an.

(Ein Literaturverzeichnis erhalten Sie auf Anfrage bei der Redaktion.)



Abb. 11: Schwere Form der MIH an Zahn 36: Bereits leichte Berührung und Luftpusten sind schmerzhaft. Dies kann nach initialer Desensibilisierungsphase eine Indikation zur Versorgung mit einer Stahlkrone darstellen (a). Alternativ zur Versorgung durch eine konfektionierte Stahlkrone (b) sollte hier je nach Gesamtbefund auch eine Zahnextraktion in Betracht gezogen werden.

Abb. 12: Gegenüberstellung von Form und Größe der Stahlkronen für einen unteren 1. permanenten Molaren (links), einen unteren 2. Milchmolaren (Mitte) und unteren 1. Milchmolaren.

ZFA-AUSBILDUNG HEUTE: EIN STIMMUNGSBILD AUS SCHULE UND PRAXIS

Ein sonniger Mainzer Morgen. Die Fahnen der Berufsschule BBS3 am Mainzer Hartenberg flattern sanft im Wind. In der Schule herrscht rege Betriebsamkeit. Zwischen den Schulstunden gibt es, so berichtet Matthias Treiber, Abteilungsleiter Gesundheitsberufe an der BBS3, ein rotierendes System. Die Klassenräume werden in den Pausen verlassen, so dass die Schüler von den Klassenzimmern ganz oben nach ganz unten müssen und umgekehrt. Das fördert die Bewegung und macht den Kopf frei.

Gemeinsam mit Studienrat Martin Klapproth (Foto rechte Seite) und Oberstudienrat Martin Grigat ist er einer von drei Gesprächspartnern. Aktuell gibt es knapp 260 Schüler in drei Jahrgangsstufen im Ausbildungszweig Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA). Der jüngste Mainzer Jahrgang war mit 35 Schülern pro Klasse in diesem Ausbildungsjahr ungeahnt groß, so dass man aus „nachvollziehbaren pädagogischen Gründen eine weitere Klasse eingerichtet hat“, erklärt Matthias Treiber.

HÄUFIG GEHEN DIE BESTEN

Nach wie vor ist der Anteil junger Männer in diesem Ausbildungsberuf sehr gering. „Und

dass sie dann auch wirklich die Ausbildung beenden, das ist noch seltener“, fügt Klapproth an. Die besten Schüler seien seiner Erfahrung nach Abiturienten, die den Ausbildungsberuf oftmals nur als Zwischenschritt zum Zahnmedizinicum durchlaufen. „Die Einser-Kandidaten“, ergänzt Grigat, „sind für die Schule sehr wertvoll, weil sie den Unterricht voranbringen.“ Die Vertreter der Berufsschule vermuten, dass es schwierig sei, ambitionierte Absolventen im Beruf der ZFA zu halten. Von daher wäre es aus ihrer Sicht sinnvoll, dass diesen neue Wege – möglicherweise ein duales Studium – angeboten werden.

In diesem Zusammenhang berichtet Klapproth, dass es Teil des Lehrplans sei, die Schüler über Aufstiegsfortbildungen zu informieren. PD Dr. Dr. Christiane Gleissner † (ZMF-Direktorin des Fortbildungsinstituts der LZK) hatte zu Lebzeiten die Abschlussjahrgänge besucht und über die Abschlüsse zur ZMP, ZMV und ZMF berichtet. Das Interesse der Schüler hieran sei groß gewesen, so Martin Klapproth.

AUSBILDUNG JA – BERUF NEIN

Trotz diverser beruflicher Aufstiegsmöglichkeiten erhalte er, so Klapproth, auch zahlreiche Rückmeldungen, dass die angehenden ZFAs die Ausbildung zwar beendeten, aber

danach nicht in der Praxis weiterarbeiten wollten. Treiber sucht nach möglichen Erklärungen: „Dadurch, dass es viele Frauen sind,



Der BBS-Standortatlas verzeichnet aktuell 14 berufsbildende Schulen für den Ausbildungsberuf zur ZFA in Rheinland-Pfalz.



Die BBS3 in Mainz: zuständig für die Schulbezirke Bingen, Ingelheim, Mainz und Teile des Kreises Alzey-Worms

kommt in der Lebensplanung eine andere Phase. Bereits während der Ausbildung werden einige schwanger.“ Natürlich gebe es auch solche, die sich den Beruf und die Arbeitszeiten anders vorgestellt hatten oder andere Interessen entwickelten.

Eine finanzielle Aufwertung – unabhängig vom Bildungsabschluss – würde insgesamt die Attraktivität des Berufsstandes heben, so die Berufsschullehrer. Gute Mitarbeiter würden wohl jetzt schon überdurchschnittlich bezahlt. „Die Zahnärzte sprechen auch offen darüber. Sie sagen: Ohne meine Mitarbeiter wäre ich aufgeschmissen“, erzählt Treiber. Grigat, Klapproth und Treiber sind sich jedoch einig, dass der überwiegende Teil der Auszubildenden zufrieden sei. Grigat, selbst Apotheker, hebt die Besonderheit des ZFA-Berufs hervor: „ZFAs assistieren dem Zahnarzt und kriegen daher jeden Behandlungsschritt unmittelbar am Patienten mit. Sie werden für den kompletten Prozess gebraucht. Das gibt es in keinem anderen Gesundheitsberuf.“

ZEIGEN SIE INTERESSE!

„Es gibt immer ein paar Kandidaten, die nicht in der Schule auftauchen“, erzählt Grigat. Da ist der Austausch zwischen Lehrer und Ausbilder gefragt, sodass diese schnell wissen, „die lassen sich nicht gegeneinander ausspielen.“ Insgesamt wünscht das Kollegium, dass die Praxen noch mehr Interesse an einer qualitativ guten Ausbildung zeigen.

Man müsse erkennen, dass eine Ausbildung eine Investition in die Zukunft sei, die auch im Praxisalltag einige Zeit beanspruche. Das könne im Alltagsstress gelegentlich untergehen. Treiber: „Ehrlich gesagt, lieber gar nicht ausbilden, wenn die Ausbildung so nebenherläuft.“ Die Ausbildung müsse, um den jungen Menschen gerecht zu werden, eine gewisse Qualität erfüllen.

Auf der anderen Seite gebe es, nach Aussage von Grigat und Treiber, auch unglaublich vorbildliche Praxen, die extra Personal damit beauftragten, sich um die Ausbildung zu kümmern. Erfahre der Azubi Wertschätzung und Bedeutung, dann laufe die ganze Ausbildung besser. „Dazu kann man die Ausbilder nur ermutigen“, so Grigat.



Martin Klapproth ist Berufsschullehrer aus Leidenschaft. Der SWR hat über die BBS 3 in Mainz einen kleinen Beitrag gesendet. Hier finden Sie den Film: <https://bit.ly/2QEGStf>, oder scannen Sie den QR-Code ein.



Nach dem Interview hat Martin Klapproth zwei Stockwerke höher zu einer kurzen Stippvisite in seine Klasse geladen. Die jungen Frauen und ein junger Mann beschreiben im Rollenspiel unterschiedliche Patientengruppen. Noch ein bisschen zaghaft erarbeitet dieser erste Berufsschuljahrgang den geeigneten Umgang mit Angst- oder auch alten Patienten. Bald schon werden sie das in der Praxis direkt anwenden können.

Szenenwechsel: Die Zahnarztpraxis Dres. Henkel und Henkel-Gutjahr bildet seit 25 Jahren in einer allgemeinzahnärztlichen Praxis aus. Dr. Boris Henkel und seine Kollegin und Schwester Dr. Jeanette Henkel-Gutjahr haben dem Zahnärztleblatt ihre Einschätzung zur aktuellen Berufsausbildung gegeben. Mit dabei ist ihre Auszubildende, Carmela Rio, im zweiten Ausbildungsjahr.

WARUM BILDEN SIE AUS?

Dr. Boris Henkel: „Wir möchten mit Nachwuchskräften unser Team stetig verjüngen und somit längerfristig erhalten.“

WAS RATEN SIE IHREN KOLLEGEN, DIE ÜBER EIN AUSBILDUNGSANGEBOT NACHDENKEN?

Dr. Jeanette Henkel-Gutjahr: „Zunächst sollte man sich die Frage stellen: Kann ich eine passende Ausbildungsstätte anbieten? Es sollte ausreichend Mitarbeiter – bestenfalls eine oder zwei erfahrene ZFAs – geben, die der Auszubildenden unterstützend zur Seite stehen. Ein Azubi ist nicht einfach eine ‚günstige Arbeitskraft‘, sondern ein junger

Mensch, der es verdient hat, dass man ihn auf seinem Ausbildungsweg kompetent und fair fördert und motiviert.“

Dr. Boris Henkel: „Die Bewerbungsmappe sollte ein ‚rundes Bild‘ abgeben. Der Bewerber sollte mindestens einen sehr guten Haupt- oder besser, einen soliden Realschulabschluss haben. Die Zensuren sollten auf ein gewisses Sprach- und Zahlenverständnis schließen lassen. Es sollten möglichst keine unentschuldigten Fehlstunden oder -tage verzeichnet sein. Die Beurteilung der Lernbereitschaft bzw. -fähigkeit, sowie der Disziplin und Belastbarkeit ist unerlässlich. Lieber keine Auszubildende anstellen als eine, deren Gesamteindruck eine mangelnde Eignung vermuten lässt.“

Dr. Jeanette Henkel-Gutjahr: „Ein Praktikum vor Vertragsabschluss ist sehr empfehlenswert. Auch in der Probezeit lässt sich die Eignung über einen längeren Zeitraum feststellen. Teamfähigkeit und Verlässlichkeit sind unabdingbar. Dabei sollte eine erfahrene, vertrauenswürdige ZFA als ständige Ansprechpartnerin ausgewählt werden, die auch eine Beurteilung abgibt. Falls sich herausstellen sollte, dass es trotz aller Bemühungen nicht reicht, sollte vom Kündigungsrecht innerhalb der Probezeit Gebrauch gemacht werden.“

ERFAHREN SIE ETWAS ÜBER DEN BERUFSSCHULALLTAG?

Dr. Jeanette Henkel-Gutjahr: „Unsere Auszubildende berichtet über den Berufsschulalltag. Unsere Kommunikation mit der Berufsschule ist begrenzt auf Telefonate mit dem Klassenlehrer, falls wichtige Fragen bei der Ausbildung auftreten.“



Das Team der Praxis Henkel-Gutjahr in Mainz (v. l.): Dr. Boris Henkel, Carmela Rio, Dr. Jeanette Henkel-Gutjahr

WAS GIBT ES ÜBER DEN UNTERRICHT ZU BERICHTEN?

Carmela Rio: „Ich bin grundsätzlich zufrieden mit meinen Lehrern. Allerdings wären kleinere Klassen wünschenswert. Anfangs waren wir 32 Schülerinnen, jetzt durch Abbrüche 22. Denkbar ist auch, das Fach ‚Religion‘ durch das Fach ‚Ethik‘ zu ersetzen. Darin könnte man z. B. über Empathie oder ‚Wie begegne ich Stress?‘, ‚Wie verhalte ich mich patientengerecht?‘ oder ‚Was bedeutet es, ein Team-Mitglied zu sein?‘ sprechen.“

GIBT ES THEMEN, DIE SIE IN DER SCHULISCHEN AUSBILDUNG VERMISSEN?

Carmela Rio: „Ich würde mir wünschen, dass noch mehr am PC mit einer Abrechnungs-Software anhand virtueller Patientenfälle geübt wird. Übertragbar wäre dies auch auf Gebiete wie Praxisorganisation, Rechnungswesen und Materialbestellungen.“

WAS MEINEN SIE PERSÖNLICH, WARUM SO VIELE AZUBIS ABBRECHEN ODER SPÄTER NICHT IM BERUF BLEIBEN?

Dr. Boris Henkel: „Aufgrund der physisch und auch mental anspruchsvollen Ausbildung kommt es vor, dass Auszubildende sich überlastet fühlen und den beruflichen Anforderungen nicht gewachsen sind.“

Dr. Jeanette Henkel-Gutjahr: „Zudem hat sich die Auswahl an geeigneten Bewerbern aufgrund der gestiegenen Konkurrenzsituation mit anderen Ausbildungsbetrieben erschwert. Auch ist es eine Tatsache, dass größere Anteile eines Jahrgangs studieren. Der Personalmangel begünstigt, auch manche auf den Ausbildungsweg zur ZFA zu schicken, die weniger geeignet sind, weil sie den ZFA-Beruf als zu anstrengend ansehen und sich beispielsweise an den Arbeitszeiten stören. Die Gehaltsaussichten und Aufstiegsmöglichkeiten sowie ein stets pünktliches Dienstende in anderen Branchen klingen mitunter verlockender, was zu einem Berufswechsel führen kann.“

Dr. Boris Henkel: „Dabei wird manchmal übersehen, wie sicher der Arbeitsplatz ist, auch nach möglicher Pause durch Familiengründung. Wertschätzung in einem langjährig eingespielten Praxisteam gehören zu den Vorzügen im ZFA-Beruf.“



Medical & Dental Service
Ihre Partner mit Qualität
www.mds-dental.de

Ihre mds-Partner in Rheinland-Pfalz und dem Saarland immer „am Zahn der Zeit“



Doris Frohneberg
mobile Festnetz-Nr.:
+49 (0) 26 24 9 06 92 56
doris.frohneberg@mds-dental.de



Melanie Flocke
mobile Festnetz-Nr.:
+49 (0) 26 24 9 06 92 52
melanie.flocke@mds-dental.de



Exklusiv bei mds

**citoMant
XXL**

– der schwarze Hai!

Das Original in schwarz
– mit noch mehr Biss!

Für besonders viele Präparationen

Exklusiv bei mds

**citoGum – Abformung
ohne Kompromisse**
medimix 380



- Maximaler Stempeldruck
- Einfache Mundentnahme
- Maschinelles Anmischen



Exklusiv bei mds

CERASORB®
... mit Sicherheit Knochen

Knochen- und Gewebe-Regeneration

exklusiver Vertriebspartner
der CURASAN AG

Exklusiv bei mds

GELCIDE

– Parodontitisbehandlungen
zielgerichtet erfolgreicher machen

exklusiver
Vertriebspartner



Medical & Dental Service GmbH

Büroanschrift:
Am Damm 8
D – 56203 Höhr-Grenzhausen
E-Mail: service@mds-dental.de
Tel.: +49 (0) 26 24 - 94 99 - 0
Fax: +49 (0) 26 24 - 94 99 - 29

NEUES BERUFSBILDUNGSGESETZ: DAS ÄNDERT SICH

Am 1. Januar 2020 ist das neue Berufsbildungsgesetz in Kraft getreten. Nachfolgend die wichtigsten Änderungen für die Ausbildungspraxis im Überblick:

MINDESTAUSBILDUNGSVERGÜTUNG

Für alle Ausbildungsverträge, die ab dem 1. Januar 2020 abgeschlossen werden, gilt die gesetzlich festgeschriebene monatliche Mindestausbildungsvergütung als Untergrenze. Sie beträgt im ersten Ausbildungsjahr 515,- Euro, im zweiten Ausbildungsjahr 608,- Euro und im dritten Jahr 695,- Euro. Im zweiten Jahr einer Berufsausbildung erhöht sich der Betrag für das jeweilige Jahr, in dem die Berufsausbildung begonnen worden ist, um 18 Prozent, im dritten Jahr einer Berufsausbildung steigt der Betrag für das jeweilige Jahr, in dem die Berufsausbildung begonnen worden ist, um 35 Prozent (siehe folgende Tabelle). Bis 2023 wird die Mindestausbildungsvergütung jährlich um 35,- Euro auf dann 620,- Euro im ersten Ausbildungsjahr angehoben. Ab 2024 wird sie sich nach dem Durchschnitt aller Ausbildungsverträge erhöhen.

	1. JAHR	2. JAHR (+18 %)	3. JAHR (+35 %)
2020	515 Euro	608 Euro	695 Euro
2021	550 Euro	649 Euro	743 Euro
2022	585 Euro	690 Euro	790 Euro
2023	620 Euro	732 Euro	837 Euro

BERUFSSCHULE

Die Regelungen für die Freistellung und Anrechnung des Berufsschulunterrichtes auf die Arbeitszeit werden für Jugendliche und Erwachsene vereinheitlicht.

- Auszubildende dürfen vor einem vor 9 Uhr beginnenden Berufsschulunterricht nicht beschäftigt werden.
- Auszubildende sind für den Berufsschulunterricht und für Prüfungen freizustellen.
- Auszubildende sind an Berufsschultagen mit mehr als 5 Unterrichtsstunden, einmal in der Woche, und in Berufsschulwochen mit einem



San.-Rätin Dr. Margrit Brecht-Hemeyer
LZK-Vorstand mit dem Referat Zahnärztinnen und Zahnmedizinische Fachangestellte

- planmäßigen Blockunterricht von mindestens 25 Unterrichtsstunden (an mindestens fünf Tagen) freizustellen.
- Auszubildende sind an dem Arbeitstag vor einer Prüfung freizustellen.
- Der Berufsschulunterricht einschließlich der Pausen und die Teilnahme an Prüfungen werden auf die betriebliche Ausbildungszeit angerechnet.

FACHLITERATUR

Im neuen Berufsbildungsgesetz wird klargestellt, dass auch Fachliteratur unter die Ausbildungsmittel fällt, die Auszubildenden kostenlos zur Verfügung zu stellen sind.

TEILZEITAUSBILDUNG

Eine Teilzeitausbildung kann im Ausbildungsvertrag frei vereinbart werden, jedoch nur bis max. 50 % der täglichen oder wöchentlichen Ausbildungszeit bei einer Vollzeitausbildung. Ein wichtiger Grund ist nicht mehr erforderlich, es besteht jedoch kein Anspruch auf eine Ausbildung in Teilzeit. Die Ausbildungsdauer verlängert sich entsprechend der vereinbarten Kürzung, jedoch maximal nur bis zum anderthalbfachen der Ausbildungsdauer in Vollzeit (4,5 Jahre bei der ZFA-Ausbildung).

FREISTELLUNG VON PRÜFERN

Nach dem neuen Berufsbildungsgesetz sind ehrenamtliche Prüfer freizustellen, wenn keine wichtigen betrieblichen Gründe entgegenstehen.

ABSCHIED VON DR. DR. CHRISTIANE GLEISSNER

Die Zahnärzteschaft in Rheinland-Pfalz trauert um PD Dr. med. Dr. med. dent. Christiane Gleissner, die am 16. Januar nach kurzer schwerer Krankheit verstorben ist.

Dr. Dr. Christiane Gleissner war Zahnärztin, Ärztin, Dozentin und Direktorin des Fortbildungsinstituts der Zahnmedizinischen Fachangestellten im Institut für Bildung und Wissenschaft der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz. Zusätzlich war sie in verschiedenen Ausschüssen der Landeszahnärztekammer aktiv, unter anderem als Vorsitzende des Prüfungsausschusses der ZMP/ZMV/ZMF und BBA-Z, im Arbeitskreis Aus- und Fortbildung ZFA, sowie im Ausschuss Zahnheilkunde-Kongress.

Für ihr großes Engagement wurde Dr. Dr. Gleissner im Jahr 2010 mit der Verdienstmedaille der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz ausgezeichnet.

Mit Dr. Dr. Gleissner hat die Zahnärzteschaft in Rheinland-Pfalz eine engagierte Ständesvertreterin verloren, die sich mit besonderem Einsatz, hohem Sachverstand und großer Verantwortung für die Fortbildung der Zahnmedizinischen Fachangestellten eingesetzt hat. Sie prägte als Direktorin das ZMF-Institut für Zahnmedizinische Fachassistentinnen, wofür ihr unser Dank und große Anerkennung gebührt.

Dr. Dr. Gleissner war vielseitig interessiert an Menschen, neuen Entwicklungen und Innovationen, außergewöhnlich gut vernetzt und hatte stets gute Tipps und Ideen. Sie bereicherte uns durch ihr fundiertes Wissen und ihre Intelligenz.

Ihre ausgleichende und kollegiale Art hat gutgetan. Sie war frei von Allüren, diskussionsbereit und sogar kämpferisch, wenn es um Themen ging, die ihr am Herzen lagen. Sie hatte einen ausgeprägten Sinn für Gerechtigkeit und förderte gern junge Talente.

Dr. Dr. Gleissner hatte noch viele Pläne. Ihr plötzlicher Tod hat uns tief erschüttert. Wir werden ihr Andenken in Ehren behalten und sie sehr vermissen. Unser tiefes Mitgefühl gilt ihrer Familie.

San.-Rat Dr. Peter Mohr, Vizepräsident der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz



Dr. Dr. Christiane Gleissner in der Uniklinik Mainz, fotografiert von Dr. Vicky Ehlers

„ICH WÜRDEN DEN BERUF JEDEM EMPFEHLEN“

Noch immer üben fast nur Frauen den ZFA-Beruf aus. Warum ist das so?

Der frisch gebackene Zahnmedizinische Verwaltungsassistent (ZMV)

Patrick Schwarz, 26, aus Hohen-Sülzen, hat dazu eine ganz persönliche Meinung.

HERR SCHWARZ, SIE HABEN DIE ZMV-FORTBILDUNG ALS JAHRGANGSBESTER ABGESCHLOSSEN. GLÜCKWUNSCH! WAS MOTIVIERT SIE?

Nicht nur als Jahrgangsbester, sondern sogar als Bester, seitdem es den Kurs überhaupt gibt. Darüber habe ich mich sehr gefreut. Mich motiviert der Drang nach Wissen und Bildung. Ich lerne gerne Neues dazu, und verbessere mich, wo ich nur kann.



Am Empfangstresen: Patrick Schwarz begrüßt die Patienten als Erster.

DERZEIT SIND NUR 3 PROZENT DER ZFA-AZUBIS MÄNNER. WARUM IST DAS IHRER MEINUNG NACH SO?

Die Bezahlung ist wohl der Hauptgrund. Meistens ist es doch so, dass man sich von unserem Gehalt entweder eine eigene Wohnung oder ein Auto finanzieren kann – von Familie ganz zu schweigen ... Natürlich gibt es da auch Ausnahmen unter den Arbeitgebern, aber wenn wir ehrlich sind, dann trauen viele der Zahnärzte ihren Mitarbeitern leider weniger zu, als sie können, und das spiegelt sich dann auf dem Gehaltszettel wider.

WÜRDEN SIE DEN BERUF ANDEREN JUNGEN MÄNNERN EMPFEHLEN?

Generell würde ich den Beruf jedem empfehlen, egal ob Mann, Frau oder dazwischen. Es gehört in der Berufsschule schon viel Engagement dazu, die vielen Fachbegriffe, die Anatomie, die komplexe Abrechnung und vieles mehr zu lernen.

Die Berufsaussichten sind mehr als gut. Heutzutage besteht in unserem Beruf ja ein Arbeitnehmermarkt, das heißt, dass ich mir als ZMV bzw. auch als ZFA meinen Arbeitgeber aussuchen kann und nicht mehr der Arbeitgeber seine Mitarbeiter ... Fachkräftemangel lässt grüßen!

Zudem gibt es Dutzende von Fortbildungsmöglichkeiten, sei es ZMF, ZMP, DH, ZMV, um nur mal die von den Kammern zu nennen. Außerdem besteht die Möglichkeit, nach der Ausbildung zu studieren, auch ohne Abitur – mit sehr gutem Abschluss, versteht sich. Dazu kommt noch der Kontakt mit den Patienten, welche einem viel zurückgeben. Ebenso wie die abwechslungsreichen Aufgaben, kein Tag ist wie der gestrige und langweilig wird es sicher nicht.

WIE SIND SIE AUF DIE IDEE GEKOMMEN, EINE AUSBILDUNG ZUM ZFA ZU MACHEN?

Also, eigentlich war es damals mehr ein Müssen, statt einem Wollen. Nach der Schule habe ich erstmal 3 Jahre gejobbt. Ich hatte keine Lust auf eine Ausbildung und darauf, noch mal die Schulbank zu drücken. Nach drei Jahren dachte ich dann, jetzt wird's aber mal Zeit, was zu lernen. Zu dem Zeitpunkt hat auch meine Mutter Druck gemacht, ich solle doch mal was Gescheites lernen. Dann habe ich mit 19 nach einem Praktikum festgestellt, dass mir die Arbeit extrem viel Spaß macht. Besonders gefallen mir die ständig wechselnden Aufgaben, der Umgang mit den Patienten und ebenso die verwaltenden und organisatorischen Arbeiten.

Nach ausführlichen Recherchen im Internet zu den Aufstiegsmöglichkeiten des ZFA habe ich dann die Ausbildung begonnen und übrigens auch nach vorgezogener Prüfung beendet.

WIE HAT IHR UMFELD REAGIERT?

In der Berufsschule waren alle begeistert, dass endlich mal wieder ein Mann dabei ist. Privat war es überhaupt kein Thema und eher nichts Außergewöhnliches. Es kann ja jeder machen, was er will.

WIE HAT IHRE CHEFIN, FRAU SCHLOSSARECK, REAGIERT, ALS SIE SICH BEWORBEN HABEN?

Ich weiß nur, dass ich ihr und meinen Arbeitskolleginnen direkt sympathisch war, vielleicht lag es auch am Dialekt. Empfangen wurde ich sehr freundlich und habe auch direkt am ersten Probearbeitstag den Vertrag unterschrieben.

KOMMT ES VOR, DASS PATIENTEN ES KOMMENTIEREN, DASS EIN MANN ZFA IST, ODER WERDEN SIE MANCHMAL FÜR DEN ZAHNARZT GEHALTEN?

Ich kümmere mich um das Praxismanagement und die korrekte Abrechnung. Durch die Arbeit an der Anmeldung bin ich der Erste, den die Patienten beim Betreten der Praxis sehen und da staunen manche schon nicht schlecht.

Vor allem neue Patienten sind häufig erstaunt und begeistert zugleich. Für unsere Stammpatienten ist es mittlerweile selbstverständlich. Wenn ich mal nicht da bin, wird direkt gefragt, wo denn der junge Mann steckt. Während meiner Ausbildung – in meiner alten Praxis – dachten viele, ich sei ein Zahnarzt, der die Praxis übernehmen will. Bei meiner jetzigen Chefin haben viele Patienten erst mal überlegt, ob ich ihr Sohn bin. Negative Kommentare gab es noch keine.



Die Chemie stimmt: Chefin Monika Schlossareck und Patrick Schwarz in der Praxis in Grünstadt.

VERRATEN SIE UNS IHRE ZUKUNFTSPLÄNE?

Im Juli 2020 beginnt meine Fortbildung zum Dental-Betriebswirt. Danach möchte ich gerne noch den Abrechnungsmanager, ein Hochschulzertifikatsstudium im Bereich Wirtschaftspsychologie und eventuell noch den Gesundheitsökonom (FH) machen.

Ich überlege, mich nach dem Dental-Betriebswirt teilweise selbstständig zu machen. Eine Tätigkeit als Referent oder bei der KZV würde mir z. B. auch Spaß machen. Wer weiß, was die Zukunft bringt.

ZUM SCHLUSS: WAS WÜNSCHEN SIE SICH FÜR DEN ZFA-BERUF?

Für die Zukunft des Berufes gibt es auf jeden Fall noch viel zu tun. Ich wünsche mir, dass die Arbeitgeber ihre Mitarbeiter mehr wertschätzen, besser bezahlen, den Nachwuchs engagierter ausbilden und fördern.

Azubis sollten nicht nur als billige Arbeitskräfte angesehen werden. Gleichzeitig brauchen wohl viele – gerade junge – Auszubildende einen Anstoß, um auf die richtige Bahn zu kommen, zu lernen und sich zu engagieren. Ohne gute Mitarbeiter läuft keine Praxis.

DANKE FÜR DAS GESPRÄCH!

NATURPARADIES ZWISCHEN KARIBIK UND PAZIFIK

Auf vielfachen Wunsch bietet die Landeszahnärztekammer 2021 wieder eine Fortbildungsreise für Mitglieder an. Diesmal nach Costa Rica! **Termin: Do. 24.3. bis 04.04.2021** (optional bis 08.04.2021).

IHR REISEPROGRAMM IM ÜBERBLICK:

Costa Rica ist das ideale Ziel für Naturliebhaber, Abenteuerer und Genießer – es vereint auf engstem Raum eine unglaubliche Vielfalt: weite Ebenen im Norden, das zentrale Hochland mit Bergen bis über 3.000 m, aktive Vulkane, tropische Regenwälder und traumhafte Strände an der Pazifik- und Karibikküste.

30 Prozent der Fläche Costas Ricas steht unter Naturschutz, so viel wie in keinem anderen Staat unserer Erde.

Während dieser Reise lernen Sie einige der absoluten Höhepunkte kennen.

Im Kreis Ihrer Kollegen und Freunde erleben Sie ein sehr vielfältiges Programm mit spannenden Begegnungen und interessanten Fachbesuchen.



Tag 1: Ankunft in San José

Tag 2: San José – Nationalpark Braulio Carillo

Fahrt durch den Braulio Carillo-Nationalpark und tropischer Regenwald

Tag 3: Sarapiquí – Nationalpark Tortuguero

Inkl. Ausflug zum „kleinen Amazonas von Costa Rica“ und SPA-Angebot

Tag 4: Nationalpark Tortuguero

Bootsfahrt durch die natürlichen Kanäle des Nationalparks

Tag 5: Tortuguero – Vulkan Arenal

Fahrt nach La Fortuna, an den Fuß des Vulkans Arenal

Tag 6: Vulkan Arenal

geführter „Sky Walk“, über 5 Hängebrücken durch den üppigen Regenwald des Vulkans

Tag 7: Vulkan Arenal – Rincón de la Vieja

Arenalsee/ Panamericana /Nationalpark Rincón de la Vieja

Tag 8: Nationalpark Rincón de la Vieja

Tag 9: Fahrt von Rincón de la Vieja nach San José/ Fachprogramm

Tag 10: San José: Fachprogramm

Tag 11: San José – Deutschland (Nachtflug).

Tag 12: Ankunft in Frankfurt/Main und individuelle Heimreise

OPTIONALE BADEVERLÄNGERUNG SÁMARA:

Tag 11: San José – Sámara / Playa Carrillo

Tag 12 bis 14: Sámara / Playa Carrillo

Tag 15: Sámara – San José – Deutschland

Vormittags Transfer zum Flughafen San José und Rückflug nach Deutschland (Nachtflug).

Tag 16: Ankunft in Deutschland und individuelle Heimreise.

PREIS: VORAUSSICHTLICH 2.995 EURO

– EINGESCHLOSSENE LEISTUNGEN:

- Linienflüge mit renommierter Fluggesellschaft von Deutschland nach San José und zurück in der Economy-Class, zulässiges Freigeäck, Bordverpflegung nach Tageszeit
- Flughafensteuern, Flugsicherheitsgebühren und aktuelle Kerosinzuschläge
- 10 Übernachtungen in Hotels bzw. Lodges der guten Mittelklasse in Doppelzimmern mit Bad oder Dusche/WC
- Täglich reichhaltiges Frühstück
- 4 x Mittagessen und 5 x Abendessen wie im Programm beschrieben (ohne Getränke)
- Sämtliche im Programm ausgewiesenen Exkursionen sowie Transfer- und Transportkosten in klimatisierten, landestypischen Bussen



- Besichtigungen und Eintrittsgelder/Nationalparkgebühren wie im Programm beschrieben
- Qualifizierte, deutsch sprechende Reiseleitung
- Insolvenzversicherung/Reisepreis-Sicherungsschein
- Reise-Rücktrittskosten-Versicherung
- Reiseführer zur Reisevorbereitung

NICHT EINGESCHLOSSENE LEISTUNGEN (ZUSATZKOSTEN SIEHE REISEANMELDUNG):

- Fakultative Ausflüge
- RDB/HanseMercur-Reiseversicherungspaket inkl. Reisegepäck-, Reiseunfall-, Notfall- und Auslandsreise-Krankenversicherung
- Nicht erwähnte Mahlzeiten
- Trinkgelder und Ausgaben persönlicher Art

ANSCHLUSSPROGRAMM (MIT ZUSÄTZLICHEN KOSTEN):

- 4 Übernachtungen mit Frühstück im Strandhotel Nammbu an der Playa Carrillo / Sámara
- Unterbringung in Doppelzimmern DeLuxe mit Bad oder Dusche/WC
- Transfers San José – Sámara – Flughafen San José

Flug-, Hotel- und Programmänderungen bleiben vorbehalten. Es gelten die Allgemeinen Reisebedingungen des Reiseveranstalters.

Diese Reise ist für Gäste mit eingeschränkter Mobilität nicht geeignet. Zur Einreise wird ein noch 6 Monate über den Aufenthalt hinaus gültiger Reisepass benötigt.

Weitere Informationen:

Dagmar Wepprich-Lohse, Tel. (06131) 961 36-62
wepprich-lohse@lzk.de



DATENSCHUTZINFORMATION DER LANDESZAHNÄRZTEKAMMER RHEINLAND-PFALZ (LZK)

INFORMATION NACH ART. 13, 14 DSGVO

Die LZK verarbeitet im Rahmen der Erfüllung der ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben Daten ihrer Mitglieder, von Angestellten und Auszubildenden ihrer Mitglieder, von anfragenden Patienten sowie von sonstigen Personen (z. B. Vertragspartnern, Behördenangehörigen, Pressevertretern), die mit der LZK in Kontakt treten. Betroffene Personen haben das Recht, nach Art. 13, 14 DSGVO informiert zu werden. Dieser Informationspflicht kommen wir nachfolgend nach.

1. NAME UND KONTAKTDATEN DES VERANTWORTLICHEN

Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO ist die LZK, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Langenbeckstraße 2, 55131 Mainz. Nach § 11 Abs. 3 des Heilberufsgesetzes RLP vom 19. Dezember 2014 vertreten der Präsident, Herr Dr. med. dent. Wilfried Woop, der Vizepräsident, Herr San.-Rat Dr. med. dent. Peter Mohr oder der Hauptgeschäftsführer, Herr Rechtsanwalt/Syndikusrechtsanwalt Felix Schütz die LZK gerichtlich und außergerichtlich. Sie können über die Geschäftsstelle der LZK postalisch, über die Telefonnummer: +49 6131 9613660 oder per E-Mail: geschaeftsstelle@lzk.de kontaktiert werden.

2. NAME UND KONTAKTDATEN DES DATENSCHUTZBEAUFTRAGTEN DER LZK

Für die LZK ist Herr Harald Pultar, Bäckergasse 4, 55128 Mainz, Tel. +49 (0) 6131 330821, Fax +49 (0) 6131 330822, E-Mail: info@pultar.de, als Datenschutzbeauftragter bestellt.

3. ZWECK UND RECHTSGRUNDLAGE DER DATENVERARBEITUNG

Die LZK verarbeitet Daten zu dem Zweck der Erfüllung der ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. c DSGVO. Die gesetzlich übertragenen Aufgaben ergeben sich unter anderem aus dem Heilberufsgesetz RLP, dem Berufsbildungsgesetz, den Vorschriften zum Strahlenschutz (in Bezug auf die Röntgenstelle) sowie hygiene- und satzungsrechtlichen Vorschriften. In den Fällen einer Einwilligung in die Datenverarbeitung ergibt sich die Rechtsgrundlage aus Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO widerrufen werden. Dazu reicht eine Mitteilung per E-Mail

an die LZK. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Anfallende Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen. Rechtsgrundlage dafür ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO. Bei einer Verarbeitung von Daten auf Grundlage einer Einwilligung werden die Daten innerhalb von 30 Tagen nach Widerruf der Einwilligung, oder, sofern ein Widerruf nicht erfolgt, nach Erreichung des Zweckes, zu dem die Daten erhoben wurden, gelöscht.

4. VON WEM ERHEBEN WIR PERSONENBEZOGENE DATEN?

Wir verarbeiten, also erheben, speichern, nutzen, übermitteln oder löschen personenbezogene Daten von folgenden natürlichen Personen:

- Zahnärztinnen und Zahnärzte, die Pflichtmitglied der LZK werden oder sind oder an Fortbildungen der LZK teilnehmen,
- Angestellte oder Auszubildende (ggf. deren Erziehungsberechtigte) von Zahnärztinnen und Zahnärzten,
- Prüflinge, die an der Fachsprachenprüfung oder an Prüfungen nach dem Berufsbildungsgesetz teilnehmen,
- Patienten bzw. ihre gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreter,
- alle anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit der LZK stehen.

Nach § 1 Abs. 5 des Heilberufsgesetzes RLP sind Zahnärztinnen und Zahnärzte verpflichtet, die Aufnahme, Beendigung und Verlegung ihrer beruflichen Tätigkeit anzuzeigen und ihre Berechtigung zur Ausübung des Berufs und zur Führung der Berufsbezeichnung nachzuweisen. Ein Verstoß gegen Meldepflichten kann berufsrechtlich sanktioniert werden.

5. WELCHE PERSONENBEZOGENEN DATEN ERHEBEN WIR UND WO?

In der Regel werden die personenbezogenen Daten unmittelbar bei der betroffenen Person erhoben. Ansonsten werden die Daten u. a. von Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, anderen Zahnärztekammern, Ärztekammern, Gerichten, Behörden (z. B. Ministerium, Gesundheitsamt, Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung), Krankenkassen und allen anderen natürlichen und juristischen Personen, die mit uns in Kontakt treten, über-

6. WER ERHÄLT GGF. IHRE PERSONENBEZOGENEN DATEN?

Mitgliederdaten

Soweit gesetzlich vorgeschrieben, übermittelt die LZK personenbezogene Daten an andere Behörden und öffentliche Stellen zur Erfüllung deren gesetzlicher Aufgaben. Bei Amtshilfeersuchen dazu berechtigter Behörden erhalten die betreffenden Behörden die gesetzlich zulässigen Mitteilungen. Ferner werden der Bundeszahnärztekammer Kontaktdaten von Mitgliedern zur Zustellung der ZM überlassen. Außerdem werden Mitgliedsdaten auf der Internetseite der LZK im Zahnarztsuchverzeichnis eingestellt.

Datenverarbeitung im Auftrag der LZK

Von der LZK eingesetzte Auftragsdatenverarbeiter (Art. 28 DSGVO) können im Zusammenhang mit der Aufgabenerfüllung Daten erhalten (z. B. im Rahmen des Versands des Zahnärzteblatts oder anderer Publikationen).

Datenübermittlung in Drittland

Datenübermittlungen in ein Drittland oder an eine internationale Organisation werden nicht veranlasst.

7. WELCHE RECHTE HABEN SIE IM ZUSAMMENHANG MIT DEM DATENSCHUTZ?

Sie haben uns gegenüber hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten das Recht,

- gemäß Art. 15 DSGVO Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen,
- gemäß Art. 16 DSGVO die Berichtigung Sie betreffender unrichtiger Daten zu verlangen,
- gemäß Art. 17 DSGVO die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, wenn Sie für den Zweck, zu dem sie erhoben wurden, nicht mehr benötigt werden und keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen bestehen,
- gemäß Art. 18 DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung Sie betreffender Daten zu verlangen,
- gemäß Art. 20 DSGVO auf Übertragung Sie betreffender personenbezogener Daten,
- gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten einzulegen.

8. WO KÖNNEN SIE SICH GGF. BESCHWEREN?

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren bei:

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz, Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz, Tel. +49 (0) 6131 208-2449 oder Fax +49 (0) 6131 208-2497, E-Mail: poststelle@datenschutz.rlp.de

mittelt. Wir verarbeiten zudem personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (allgemein zugängliche Verzeichnisse, Presse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Mitgliederdaten

Dazu gehören sämtliche persönlichen Angaben allgemeiner Natur (z. B. Vor- und Nachnamen, Praxis- und Privatadresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Bankverbindung) und Berufsdaten (Approbation, ggf. Promotion, weitere fachliche Qualifizierungsnachweise, behördliche Mitteilungen, ggf. vertragszahnärztliche Daten). Außerdem werden davon Informationen zu berufsrechtlichen Verfahren, Patientenfragen, Anfragen wegen Gutachten und Schlichtung sowie Anfragen von Mitgliedern zu berufsbezogenen Sachverhalten erfasst. Wird der Zahnarzt als Ausbilder tätig, werden auch Daten im Zusammenhang mit dem Berufsausbildungsverhältnis erhoben.

Angestellte und Auszubildende der Praxen

Dazu gehören sämtliche persönliche Angaben der/des Angestellten (z. B. Vor- und Nachnamen, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer) sowie Sachverhalte, die im Rahmen von Anfragen bekannt werden. Im Rahmen der Aufstiegsfortbildungen werden zusätzlich zu den Angaben auch Daten zur Arbeitsstelle, Fortbildungsnachweise zu durchgeführten Prüfungen sowie Begabtenförderungen verarbeitet. Bei Auszubildenden gehören neben den persönlichen Angaben auch schulische Daten (Schulabschluss, Berufsschule) sowie Informationen über die Zwischen- und Abschlussprüfung sowie die Prüfungsergebnisse und den Ausbildungsabschluss dazu.

Patienten bzw. ihre gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreter

Dazu gehören sämtliche persönlichen Angaben (z. B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, behandelnde Ärzte und Zahnärzte, Versicherungsstatus, Gerichtsakten, Gesundheitsdaten in zahnärztlichen Rechnungen sowie bei Gutachten und Schlichtungsverhandlungen) sowie die Anliegen, die an den Schlichtungsausschuss sowie im Rahmen von Beschwerden erfolgen. Angaben zu minderjährigen Kindern werden nur erhoben, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten mitgeteilt werden.

Sonstige natürliche Personen

Dazu gehören alle personenbezogenen Daten, die z. B. bei der Kontaktaufnahme von Mitarbeitern der Vertragspartner der LZK, der Presse oder von behördlichen Angehörigen bekannt werden. Dies sind in der Regel die persönlichen Angaben (Vor- und Nachname, Arbeitgeber oder Behörde, Adresse, Telefonnummer, E-Mail) und der betreffende Sachverhalt der Anfrage.

VERLÄSSLICHER MEDIZINISCHER RAT? "ALEXA, ICH HABE ZAHNSCHMERZEN!"

Von Kirsten Behrendt

Britische Patienten müssen bei Zahn- und Kopfschmerzen oder Erkältungssymptomen nicht unbedingt gleich zum Arzt gehen. Seit Juli 2019 können sie auch erst einmal Alexa, die digitale Sprachassistentin des Internetkonzerns Amazon, konsultieren. „Alexa, wie sind die Symptome einer Migräne?“, könnte die Anfrage in etwa lauten.

Der National Health Service (NHS), der auf seiner Homepage umfangreiche Informationen zu Krankheitssymptomen und Behandlungen zur Verfügung stellt, kooperiert seit einigen Monaten mit Amazon. Der Konzern hat nach eigenem Bekunden mit dem Update seiner smarten Echo-Lautsprecher begonnen, um sie in die Lage zu versetzen, die Webseiten des NHS zu durchsuchen, damit Alexa adäquate Antworten auf Gesundheitsfragen geben kann. Diagnosen stellt die Sprachassistentin allerdings nicht.

Nun sind Gesundheits-Ratschläge von Alexa nicht neu. Schon seit 2017 arbeitet Amazon mit der amerikanischen Gesundheitsseite WebMD zusammen. Neu ist allerdings die Verbindung mit einem staatlichen Gesundheitssystem. Diese Technologie sei ein „großartiges

Beispiel“ dafür, wie Menschen von zu Hause aus „verlässlichen medizinischen Rat“ einholen könnten, erklärte der britische Gesundheitsminister Matt Hancock dazu. Er rechne damit, dass bereits bis zum Jahr 2020 die Hälfte aller Internet-Recherchen über Sprachassistenten erfolgen werde. Daher wolle er den NHS „fit“ für die Zukunft machen. Im Zuge dessen sind laut Medienberichten auch Kooperationen mit ähnlichen Diensten wie beispielsweise dem „Google Assistant“ geplant.

Durch die Zusammenarbeit mit Amazon will Hancock die chronisch überlasteten Ärzte und Apotheker im National Health Service entlasten. Einen Vorteil sieht der Gesundheitsminister insbesondere auch für ältere Menschen, Blinde und all jene, die das Internet nicht auf herkömmlichem Wege durchsuchen können.

AMAZON-MITARBEITER HÖREN MIT

Kritik an der Zusammenarbeit der britischen Regierung mit Amazon kam von Datenschützern wie Big Brother Watch. Sie befürchten ein „Datenschutzdesaster“: Der Internetkonzern könnte sensible Gesundheitsdaten speichern und für gezielte Werbung nutzen, mahnen sie.

Amazon selbst bestreitet das, und auch das National Health Department erklärt, der Konzern werde keinen Zugang zu den Gesundheitsdaten der britischen Bevölkerung erhalten. Das sei nicht Teil der „Vereinbarung“, zitiert die Zeitung „The Star“ aus einer Stellungnahme des Gesundheitsministeriums gegenüber der Nachrichtenagentur AFP.

Von der Hand zu weisen sind datenschutzrechtliche Bedenken indes nicht. So ist die Auswertung von Nutzerdaten aus Alexa im letzten Jahr zunehmend in die Kritik geraten, nachdem im Frühjahr durch einen Bericht des Mediendienstleisters Bloomberg bekannt geworden war, dass nicht nur Maschinen, sondern auch Menschen aufgezeichnete Fragmente der Unterhaltungen von Nutzern

anhören und transkribieren, um die Spracherkennung zu verbessern. Im Mai war ein Gutachten der wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestags zur „Zulässigkeit der Transkribierung und Auswertung von Mitschnitten der Sprachsoftware Alexa durch Amazon“ zu dem Schluss gekommen, dass Fragen zur Einwilligung des Nutzers zur Datenverarbeitung und zur Weitergabe von Daten an Dritte bislang ungeklärt seien. Als zusätzlichen Schwachpunkt machten die wissenschaftlichen Dienste die versehentliche Aktivierung der Sprachsoftware aus. So würden möglicherweise Sätze und Unterhaltungen aufgezeichnet, ohne dass der Nutzer das überhaupt bemerke. Unklar bleibe mit Blick auf die USA auch, zu welchen Zwecken Amazon seine Daten zukünftig nutzen könnte:

„Der Erkenntnisgewinn aus den gesammelten Daten könnte gerade vor dem Hintergrund der zahlreichen Verknüpfungen mit anderen Plattformen groß sein“, schlossen die Datenschutzexperten. Außerdem könne auch ein Datendiebstahl aus der Amazon Cloud nicht ausgeschlossen werden. „Wegen der Masse an dort gespeicherten Informationen könnte dies die Nutzer von Alexa ‚besonders sensibel‘ treffen“, heißt es im vorliegenden Bericht.

Anfang August ergaben Recherchen der Zeitung „Die Welt“, dass Sprachaufzeichnungen von Alexa unter anderem auch von Mitarbeitern einer Zeitarbeitsfirma in Polen transkribiert würden. Diese Mitarbeiter hörten die Aufzeichnungen mit Hilfe eines speziellen Fernarbeits-Programms ab – und zwar nicht nur in Büros von Amazon, sondern auch in der eigenen Wohnung oder unterwegs. Damit seien persönliche Angaben der Nutzer in der privaten Umgebung der Auswerter hörbar, schloss die „Welt“. Nach Angaben der Zeitung bestätigte Amazon diese Rechercheergebnisse. Die Online-Stellenangebote der Zeitarbeits-Firma in Polen wurden nach den Anfragen der „Welt“ gelöscht.

In den Nutzungsbedingungen für die Alexa-App erwähnt Amazon, dass Menschen „einen sehr kleinen Anteil“ der Anfragen überprüften, „um Alexa zu helfen, Anfragen zutreffend zu interpretieren“. In den Datenschutzeinstellungen können Nutzer ihre Sprachbefehle inzwischen für die menschliche Nachbearbeitung sperren. Wie der Branchendienst golem.de herausstellte, ist das jedoch verbunden mit einem Warnhinweis, dass dies möglicherweise zu Funktionseinschränkungen führe.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des ZB Schleswig-Holstein

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 Muldentale
Sonderkonto Dentales Erbe
IBAN DE06 8605 0200 1041 0472 46

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



GEMEINSCHAFTSTAGUNG MUNDSCHEIMHAUTBRENNEN – URSACHEN UND THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN

Von Oberstabsarzt Dr. Felix Wörner und Oberstarzt Dr. Thomas Eger

Am Koblenzer Bundeswehrzentraltrankrankenhaus (BwZKrhs) trafen sich über 150 zivile Zahnärzte mit Sanitätsoffizieren der Bundeswehr zu einer gemeinsamen Fortbildung. Bemerkenswert war der interdisziplinäre Ansatz, mit dem die Veranstalter das Thema Mundschleimhautbrennen und Schmerz beleuchteten. Referenten aus Parodontologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Onkologie, Strahlentherapie und Dermatologie stellten an zwei Tagen ihre Sicht auf das Thema dar. Viele Fallbeispiele unterstrichen die Praxisnähe der Tagung.

Die Kommandeurin und ärztliche Direktorin des BwZKrhs Koblenz Frau Generalarzt **Dr. Almut Nolte**, ebenso wie Herr Oberstarzt **Dr. Stefan Schelleis** aus dem Kommando Sanitätsdienst, die Vorsitzende der Bezirkszahnärztekammer Koblenz, Frau **Sanitätsrätin Dr. Margrit Brecht-Hemeyer**, und der Vorsitzende der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie Herr **Prof. Dr. James Deschner** begrüßten das zivil-militärische Forum mit mehrheitlich jungen Zahnärztinnen und Zahnärzten.

Frau **Priv.-Doz. Dr. Anne Wolowski**, Vorsitzende des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde, führte die Zuhörerschaft in der voll besetzten neuen Aula des BwZKrhs Koblenz mit Hinweisen auf die aktuellen Leitlinien zu körperdysmorphen Störungen, Schmerz und Angst sowie Ausführungen zu aktuellen Forschungsansätzen in das Tagungsthema ein.

Oberstabsarzt **Dr. Felix Wörner** (BwZKrhs Koblenz) berichtete über Häufigkeiten und Bedeutung schmerzhafter akuter Parodon-



V. l.: Oberstarzt Dr. Eger, Prof. Dr. Deschner, Prof. Dr. Eickholz, Dr. Wolowski, Generalarzt Dr. Nolte, Sanitätsrätin Dr. Brecht-Hemeyer, Oberstarzt Dr. Schelleis, Oberstabsarzt Dr. Dr. Pabst, Oberstabsarzt Dr. Wörner

talerkrankungen in Deutschland. Akute nekrotisierende Parodontitisformen, Parodontalabszesse, endoparodontale Läsionen, mit speziellen Syndromen oder Infektionen assoziierte Parodontitisformen sowie erosive Mundschleimhauterkrankungen wurden epidemiologisch bisher wenig beachtet. Gemäß verfügbarer Daten sind sie bei ca. 1 % der Bevölkerung zu finden. Zur Beseitigung der akuten Schmerzsituation ist die rasche mechanische Infektionskontrolle die Methode der Wahl.

Prof. Dr. James Deschner (Mainz) referierte über die Zusammenhänge von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Parodontalerkrankungen. Hier ist die Zusam-

menarbeit mit dem behandelnden Internisten erforderlich, wenn es etwa um die Auswahl eines ggf. notwendigen Antibiotikums geht. Auch können orale Symptome mitunter ein erster Hinweis auf eine subklinische entzündliche Darmerkrankung sein.

Oberstarzt **Dr. Thomas Eger**, klinischer Direktor der Abteilung Zahnmedizin des BwZKrhs, konstatierte, dass die Diagnostik erosiver und blasenbildender Mundschleimhauterkrankungen immer eine Biopsie des betroffenen Gewebes erfordert, denn klinische Verdachtsdiagnosen erweisen sich nach Biopsie nur in einem Drittel der Fälle als zutreffend. Bei vielen Autoimmunerkrankungen ist neben einer Vermeidung der auslösenden

Substanzen eine palliative Therapie mit lokalen Corticoiden oder Immunmodulatoren die Therapie der ersten Wahl. Allergien, Medikamenteninteraktionen, Candida- und Virusinfektionen machen die Zusammenarbeit mit Dermatologen und Hausärzten notwendig.

Oberstabsarzt **Dr. Dr. Andreas Pabst** aus der Abteilung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des BwZKrhs Koblenz berichtete über die Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten der Mucositis durch Strahlen- und/oder Chemotherapie, die von den Patienten insbesondere wegen der häufig auftretenden Mundtrockenheit nach Strahlentherapie als äußerst quälend empfunden wird. Die prätherapeutische Zahnreinigung und Anpassung der Mundhygiene sowie die Versorgung mit Strahlenschutz- bzw. Fluoridierungsschienen zur Reduktion des Wurzelkariesrisikos sind überaus sinnvoll.

Prof. Dr. Ulrich T. Egle (Zürich) präsentierte das aktuelle Modell der bio-psycho-sozialen Zusammenhänge bei Erkrankungen und Schmerzen. Biologische, psychologische und soziologische Faktoren beeinflussen sich wechselseitig und das Krankheitsgeschehen. Spannende Zusammenhänge erschlossen sich durch neuere Erkenntnisse der Epigenetik. Geradezu schicksalhaft sind frühkindliche Einflüsse, wo mittlerweile verschiedene Risikofaktoren für die spätere Gesundheit wissenschaftlich belegt sind. Seine Forderung: mehr Prävention, etwa in Form eines „Elternführerscheins“.

Prof. Dr. Norbert Enkling (Kreuztal, Bonn und Bern) erläuterte die im Dezember 2019 verabschiedete Leitlinie zur Zahnbehandlungsangst, die unter Federführung des AKPP in den letzten 5 Jahren entstanden ist. Langfristig ist die kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition die erste Therapiewahl zur Reduktion von Zahnbehandlungsphobie. EMDR, die psychotherapeutische Desensibilisierung und Aufarbeitung mittels Augenbewegungen, kommt als zweite Wahl in Frage. Kurzfristig kann die Therapie mit Benzodiazepinen indiziert sein, eventuell auch der Einsatz von Lachgas oder Vollnarkose. Die Notwendigkeit professioneller posttherapeutischer Betreuung ist dabei zu beachten.

Prof. Dr. Peter Eickholz (Frankfurt a. M.)



Dank der Kooperationen der beteiligten Fachgruppen konnte dem Publikum ein breites Spektrum möglicher ätiologischer Faktoren des Mundschleimhautbrennens vorgestellt werden.

präsentierte fünf Patientenfälle mit Papillon-Lefèvre-Syndrom und über 20 Jahren Beobachtungszeitraum. Es fand sich eine rasch fortschreitende Parodontitis als Symptom dieser seltenen ektodermalen Dysplasie bereits bei Milchzähnen. Bis in die Mitte der 90er-Jahre wurde bei diesen Patienten kein Zahnerhalt für möglich gehalten. Entscheidend für die heutzutage mögliche Zahnerhaltung ist eine erfolgreiche nichtchirurgische Parodontaltherapie mit erregerspezifischer Antibiose im Kindesalter und die anschließende, lebenslängliche unterstützende Parodontitistherapie. Anhand seiner Fallbeispiele zeigte Eickholz, dass unter diesen Voraussetzungen auch Implantatversorgungen bei diesen Patienten erfolgreich sind.

Oberstarzt **Priv.-Doz. Dr. Staffan Vanderssee**, klinischer Direktor der Dermatologie am BwZKrhs, nahm den Ball der seltenen Erkrankungen auf. Eindrucksvoll führte er das Auditorium durch das weite Feld schmerzhafter und brennender Hauterkrankungen im Kopfbereich, zeigte Verbindungen mit Autoimmunerkrankungen, vernachlässigter Mundhygiene, Candidainfektionen, spezifischen bakteriellen und viralen Infektionen sowie mit Tumoren und modernen Tumortherapien auf.

Vier Sanitätsoffiziere der Bundeswehr stellten in einem separaten Forum eigene Parodontitisbehandlungsfälle aus den letzten drei Jahren ihrer Tätigkeit beispielhaft vor. Starkes Übergewicht, ausgeprägter Tabakkonsum, schlechte Compliance und Zahnextraktionen alio loco wurden als Risikofaktoren für

Auslandsdienstverwendung und das langfristige Therapieergebnis herausgearbeitet und diskutiert. Mit der Fallpräsentationen schlossen sie das Curriculum Parodontologie der Bundeswehr erfolgreich ab. Die Übergabe der Zertifikate erfolgte feierlich im Rahmen der Hauptveranstaltung.

Die interdisziplinäre Vielfalt der Beiträge prägte die beiden Tage am Koblenzer Bundeswehrzentraltrankrankenhaus, an denen Schmerzgeschehen im Mundbereich im Fokus standen. Ein Beispiel, das Schule machen sollte, denn nur interdisziplinäre Diagnostik, Diskussion und Therapie werden komplexen Krankheitsbildern gerecht. Dies gilt für die Bundeswehr und auch für die zivile Praxis.



Die Veranstalter des 28. Symposiums Parodontologie der Bundeswehr 26. Frühjahrstagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie e. V. sowie 31. Jahrestagung des Arbeitskreises Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde

COLLOQUIUM CARNEVALE: FORTBILDUNG UND KLAMAUK

Auch dieses Jahr fand das „Colloquium Carnevale“ – die traditionelle Fortbildung der Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen – wieder im Hotel Hilton in Mainz statt.

Diesmal hielten **Prof. Dr. Dr. Bilal Al-Nawas** und **Prof. Dr. James Deschner** der ZMK der Universitätsmedizin Mainz die Fachvorträge. Die Themen waren hochaktuell.

So berichtete Professor Deschner über „die neue PA-Klassifikation und die Umsetzung in den Praxisalltag“ sowie den aktuellen Sachstand der neuen PA-Nomenklatur.

Professor Al-Nawas erläuterte brisante Zusammenhänge zwischen neuen Medikamenten und mögliche Komplikationen für Zahnärzte und Oralchirurgen im Vortrag „Welche Medikamen-

te verursachen welche Probleme?“.

Zur Stärkung gab es anschließend im festlich geschmückten Goldsaal des Hotels neben dem für Rheinhessen typischen Weck, Woscht & Woi ein einladendes Buffet mit allerlei regionalen Leckereien. Als Überraschung debütierte der Kollege **Dr. Florian Sitte** aus Mainz diesmal als Greta Thunberg-Parodie und löste damit seine bisher beliebte Rolle als Angela Merkel ab.

Das Essen war auch eine notwendige Grundlage für die mehrstündige Fastnachtssitzung, zu der die Kolleginnen und Kollegen samt Begleitungen gut gelaunt und kostümiert angetreten sind. In der Pause trafen wir uns zu einem exklusiven gemeinsamen Empfang mit

dem Sitzungskomitee des MCV.

Alles in allem war es eine gelungene Veranstaltung und die Teilnehmer waren durchweg begeistert.

Mir als junger Kollege ist dabei aufgefallen, dass ich den Altersdurchschnitt deutlich gesenkt habe. Deshalb möchte ich hier auch mal eine Lanze unter Gleichaltrigen für die Prunkfremdensitzung des MCV brechen: Ja, ich habe auch jedes Mal Bedenken, es sei so dröge, wie ich die Fastnachtssitzungen aus dem Fernsehen kenne. Aber nach einiger Zeit fällt mir auf, dass hier ähnliche politische Themen parodiert werden mit den gleichen Witzen und Kalauern, wie man sie auch oft in den sozialen Medien findet.

Und mal ehrlich, seit der eigenen Niederlassung werde ich

zusehends wieder analoger und freue mich auf ein Glas Wein zusammen mit den Kollegen und auf den Klamauk. Also lasst mich 2021 nicht hängen und helft mir, den Altersdurchschnitt weiter zu senken.

Vielleicht kommt ja einer auf die Idee, eine Facebook-Gruppe mit Umtrunk und Hotel zu organisieren.

Zusammen feiern hilft dann wieder für neue Kraft in der folgenden Woche beim einsamen Bohren.

Vielen Dank an die Sponsoren Camlog, Straumann, Dentsply Sirona, Bösing Dental, DGI und DGÖI.

*PD Dr. Dan Brüllmann,
stellv. Vorsitzender der BZKR*



EHRUNGEN VERDIENTER MITGLIEDER

Die jährlichen Vertreterversammlungen der Bezirkszahnärztekammern (BZK) sind auch Anlass, sich bei verdienten Kollegen für ihren Einsatz zu bedanken. Ende 2019 wurden die folgenden Ehrenamtsträger mit Verdienstmedaillen der rheinland-pfälzischen Zahnärzte ausgezeichnet:



PFALZ:
**INA ANDERJE-ORTIZ UND
GERD RAINER BORNSCHEIN**

Dr. Holger Kerbeck (oben rechts), Vorsitzender der BZK Pfalz, hob in seiner Laudatio das jahrelange Engagement von Zahnärztin **Ina Anderje Ortiz** als zahnärztliche Fachlehrerin an der Berufsbildenden Schule Rodalben und als Mitglied im Prüfungsausschuss hervor. Weiter dankte er **Gerd Rainer Bornschein** (unten, Mitte, neben **Dr. Michael Orth**, stellv. Vorsitzender) für seine langjährige Tätigkeit als Kreisvorsitzender der Kreisvereinigung Frankenthal/Grünstadt sowie in verschiedenen Gremien der Selbstverwaltung und als Gutachter.



KOBLENZ:
DR. ANKE GOECKE-ZOSEL

Auf der Vertreterversammlung der BZK Koblenz wurde **Dr. Anke Goecke-Zosel** (rechts) aus Bad Kreuznach geehrt. Für ihr besonderes Engagement für den Berufsstand erhielt sie die Verdienstmedaille der Rheinland-Pfälzischen Zahnärzte. **Sanitätsrätin Dr. Margrit Brecht-Hemeyer**, Vorstandsvorsitzende der BZK Koblenz, lobte insbesondere ihren langjährigen Einsatz als Fachlehrerin an der Berufsschule Bad Kreuznach und im Prüfungsausschuss. Mit großer Tatkraft und Hingabe setzte sich Dr. Goecke-Zosel für die ZFA-Ausbildung ein. Außerdem ist sie seit 2017 als Kreisobfrau Ansprechpartnerin ihrer Kolleginnen und Kollegen im Landkreis. Delegierte und Vorstand der BZK Koblenz gratulierten herzlich zu dieser besonderen Ehrung.



RHEINHESSEN:
MICHAELA MEISSNER

2019 wurde die Verdienstmedaille an eine Persönlichkeit aus der Verwaltung verliehen: **Michaela Meißner** (links, mit **Dr. Andrea Habig-Mika**, BZKR-Vorsitzende).

Direkt nach dem Abschluss ihrer Ausbildung bei Dr. Horst Sebastian begann sie 1986 als kaufmännische Verwaltungsangestellte bei der damaligen KZV Rheinhessen.

Seit nun 33 Jahren ist sie im Zahnärzthehaus Mainz für das Vertrags- und Abrechnungswesen zuständig und von 2005 bis 2019 Ansprechpartnerin der Patienteninformationsstelle. Zu Zeiten der Kooperation mit der KZV betreute Frau Meißner das Sachverständigenwesen und die GOZ-Anfragen der BZKR. Ab 2020 gibt sie für die BZKR Abrechnungsintensivkurse für Auszubildende. Die BZKR sagt herzlichen Dank!



TRIER:
DR. DR. WOLFGANG JAKOBS

Auf dem Vorabend der LZK-Vertreterversammlung wurde **Dr. Dr. Wolfgang Jakobs** aus Speicher mit der Verdienstmedaille geehrt. Dr. Dr. Jakobs ist ein international wissenschaftlich anerkannter und ausgezeichnete Experte, vor allem auf seinem Spezialgebiet, der zahnärztlichen Anästhesiologie und der Sedationsverfahren.

1983 wurde er Fachzahnarzt für Oralchirurgie. Seit 2008 ist er Bundesvorsitzender des Berufsverbandes deutscher Oralchirurgen. Seinen beeindruckenden Lebenslauf hob der LZK-Vizepräsident Dr. Peter Mohr in seiner Laudatio hervor. Trotz seiner vielen Verpflichtungen findet Dr. Dr. Jakobs immer Zeit zu persönlichem fachlichen Austausch und zur Unterstützung seiner Kollegenschaft.

NEUE KOOPERATION VERBINDET KLASSISCHE BERUFS- UND AKADEMISCHE HOCHSCHULBILDUNG

Die University for Digital Technologies in Medicine and Dentistry in Luxemburg (DTMD) und die Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz (LZK) kooperieren jetzt in der Mitgliederfort- und Weiterbildung. Professor Dr. André Reuter, Präsident der DTMD und LZK-Präsident Dr. Wilfried Woop sprechen darüber im Interview.

WIE KAM ES ZU DIESER KOOPERATION?

Dr. Woop: Ich freue mich sehr über die Kooperation zwischen der LZK und der DTMD. Damit tragen wir dem grundlegenden Wandel in der europäischen Bildungswelt Rechnung. Die Vernetzung von Fort- und Weiterbildungsangeboten und -abschlüssen rückt in den Fokus. Modulare, institutsübergreifende Konzepte werden verstärkt nachgefragt, weil sie dem Bildungswilligen Flexibilität und Transparenz gewährleisten. Die Kooperation mit der DTMD ist für uns ein erster wichtiger Schritt, weitere sollen folgen.

WIE SIEHT DIE KOOPERATION MIT DER DTMD KONKRET AUS?

Woop: Die Zahnmedizin entwickelt sich ständig weiter. Um den Patienten die beste Behandlung bieten zu können, bilden sich unsere Mitglie-



(v. l.) Dr. Wilfried Woop, Prof. Dr. André Reuter

der kontinuierlich fort. Die Kooperation mit der DTMD bietet unseren Mitgliedern nun die Möglichkeit, über das europäische Leistungspunktesystem ECTS in unseren Kammerfortbildungen erworbene Kenntnisse, auf akademische Bildungsprogramme (Master) anrechnen zu lassen. Das bringt den Kollegen Zeit- und Kostenvorteile. Ganz konkret werden die Curricula der Kammer, z. B. im Fachbereich Implantologie, Parodontologie oder Endodontologie auf die akademische Masterfortbildungen der DTMD angerechnet.

HERR PROFESSOR REUTER, WAS WAREN DIE GRÜNDE DER DTMD FÜR DIESE KOOPERATION?

Prof. Reuter: Auch ich freue mich sehr über unsere Kooperation. Sie wird den Bildungswilligen nachhaltige Potenziale in der Aus- und Weiterbildung sowie in der Forschung von digitalen Technologien in der Medizin und Zahnmedizin eröffnen.

WAS IST DAS BESONDERE AN DER DTMD?

Reuter: Die DTMD University ist in verschiedener Hinsicht eine etwas andere Hochschule. Dies ist ihrem Selbstverständnis, ihrem Gesellschaftszweck, ihrer Organisation, vor allem aber ihren Dozenten und Studenten geschuldet. Die DTMD University ist keine medizinische Hochschule traditioneller Prägung mit einem physikalischen Standort für ihre Lehrveranstaltungen und Forschungsvorhaben. Vielmehr stellt die DTMD University ein internationales Netzwerk hoch qualifizierter Professoren und Dozenten europäischer Hochschulen und Universitätskliniken, universitärer Hochschulinstiute, akademischer Lehrpraxen und internationaler Fachgesellschaften dar – und den Ärzte- sowie Zahnärztekammern. Sie bilden den Link zur Berufswelt und zur Praxis und sind aus der Sicht des Gesetzgebers die Institution für postgraduale Weiterbildung. Daher sind die Kammern ideale Partner.

WAS IST DER VORTEIL FÜR DIE KAMMERMITGLIEDER?

Woop: Kammern können grundsätzlich selbst keine akademischen Grade verleihen. Diese gewinnen für den Berufsstand aber an Bedeutung. Dabei ist der zeitliche, aber auch der finanzielle Aufwand für den Zahnarzt erheblich. Gleichzeitig stellen wir fest, dass eine wachsende Zahl der Absolventen unserer Curricula später eine Masterfortbildung anstrebt. Eine Anrechnung des Abschlusses war bislang nicht möglich. Das ändert sich nun. Im Unterschied zu traditionellen Universitäten ist die DTMD fachlich und organisatorisch anders fokussiert; fachlich auf digitale Technologien in der Medizin und der Zahnmedizin, organisatorisch auf berufs begleitende postgraduale Weiterbildungsmaßnahmen. Für uns als Kammer eine ideale Ergänzung.

Reuter: Die postgradualen Masterstudiengänge richten sich ausschließlich an approbierte Ärzte und Zahnärzte und an geprüfte Medizintechniker. Die Masterstudiengänge der DTMD University sind also duale universitäre Weiterbildungsmaßnahmen, die mit einem Masterzertifikat (MSc) abschließen. Sie integrieren Elemente der beruflichen und der akademischen Bildung und verbinden dabei die Lernorte Praxis und Hochschule. Genau an diesem Punkt kommt, wie ich vorhin bemerkt habe, die Interaktion mit der Landeszahnärztekammer zum Tragen.

INWIEFERN?

Woop: Die DTMD University wird für ausgewählte curriculare Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz ECTS-Credits anerkennen. Diese europaweit anerkannten Leistungspunkte können nicht nur auf die berufs begleitenden postgradualen Masterkurse der DTMD University angerechnet werden, sondern auch an anderen Bildungsinstituten.

Reuter: Dies gewährleistet den Absolventen der LZK-Curricula einen klaren Zeit- und Kostenvorteil. Genauso wichtig ist vielleicht der Austausch von Dozenten, Forschern, Studenten und Auszubildenden sowie die Bereitstellung von wissenschaftlichen Veröffentlichungen, Lehrmaterialien und Best-Practice-Beispielen zur Förderung digitaler Kompetenzen in Lehre und Forschung. Ziel ist eine homogene Bildungsstruktur über die verschiedenen Institute hinweg und damit einen für alle Seiten vorteilhaften Transferprozess von Informationen, Wissen und Technologien zu implementieren und zu fördern.

WELCHE ZERTIFIZIERUNG BRINGT DIE DTMD MIT?

Reuter: Die DTMD University hat sich eindeutig den hohen Qualitätsstandards ihrer ISO-Zertifizierung sowie des Brügge-Kopenhagen-Prozesses verpflichtet.

Der Brügge-Kopenhagen-Prozess des universitären Quali-

täts- und Transparenzmanagements geht eindeutig über die Ambitionen des Bologna-Prozesses hinaus.

EINEN BESONDEREN SCHWERPUNKT SETZT DIE DTMD BEI DIGITALEN TECHNOLOGIEN IM GESUNDHEITSWESEN. WAS BEDEUTET DAS KONKRET?

Woop: Die rasante technologische Entwicklung in der Medizin verlangt eine berufs begleitende Aktualisierung des Wissens und eine kontinuierliche Erweiterung der fachlichen Kompetenz auf allen Ebenen des Gesundheitswesens. Um dem gerecht zu werden, ist die Vernetzung unseres Instituts in alle Richtungen notwendig und wird weiter ausgebaut.

Reuter: Die Studiengänge der DTMD folgen dem Prinzip des lebenslangen Lernens und sind auf die Bedürfnisse berufstätiger Personen ausgerichtet. Vor allem geht es uns darum, aus dem Blickwinkel eines in Klinik oder Praxis tätigen (Zahn-)Arztes Kompetenzen im Bereich von „Data Literacy“ oder Datenkompetenz zu vermitteln. Gemeint sind damit das Wissen und die Fähigkeit mit medizinisch relevanten Daten sachgerecht umzugehen, sie zu interpretieren und die Ergebnisse dem Patienten zu erläutern. Der Druck aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft, sich den Herausforderungen von „big data“ zu stellen, wird immer größer und muss kontinuierlich in den Praxisalltag integriert werden.

Woop: Ich bin gespannt, wie gut und wie schnell wir die Potenziale unserer Zusammenarbeit nutzen können.

VIELEN DANK FÜR DAS GESPRÄCH!

Kleinanzeige

RAUM BERNKASTEL + UMGEBUNG (20 KM)

Sie denken schon über die Rente nach, weil zu alt, um noch tägl. zu arbeiten, aber noch fit genug für 1-2 Tage pro Woche? Kollege sucht Gleichgesinnte, die an einer (Jung-)Senioren-PG interessiert sind. Praxis mit 4 Stühlen und Team ist vorhanden.

**Tel. (06533) 94 75 47
oder (0171) 95 462 54, ab 19 Uhr**

HIER SIND NOCH PLÄTZE FREI!

Hier eine Auswahl an Kursen, die in der nächsten Zeit beginnen und für die es jetzt noch freie Plätze gibt. Weitere Informationen und Anmeldung unter institut-lzk.de.

THEMA, KURSNUMMER	WANN	WO	BESCHREIBUNG	REFERENTEN	PUNKTE
Notfallkurs 208302	Mi., 22.04.2020 14-20 Uhr	LZK Mainz	Notfalltraining für das Praxisteam (hands-on)	Horst Geis Dr. med. Marc Kriege	10
Halitosis 208303	Mi., 29.04.2020 14-18 Uhr	LZK Mainz	Mundgeruch-Sprechstunde – ein innovatives Behandlungskonzept für die Prophylaxe	Susanne Lauterbach	5
Oralchirurgisches Kompodium, 208112	Mi., 29.04.2020 15-19 Uhr	LZK Mainz	Pharmakologie-Update	Dr. Dr. Frank Halling	5
Existenzgründungsseminar, 208135	Sa., 09.05.2020 10-17 Uhr	Atrium Hotel Mainz	Perspektive Zahnarztpraxis – Beste Chancen oder Risiken mit Nebenwirkungen?	Verantwortlich: Dr. Andreas Laux	8
Z-QMS Fortgeschrittenen-Workshop, 208312	Mi., 27.05.2020 14-18 Uhr	HWK Wiesbaden	Vertiefung eines routinierten Umgangs mit Z-QMS in der Zahnarztpraxis	Sabine Christmann Archibald Salm	6
Vis-à-Vis Aligner-Kurs (Invisalign-Technik) 208133	Mi., 27.05.2020 14-20 Uhr	LZK Mainz	Indikationen, Möglichkeiten, Grenzen, Kombination mit skelettaler Verankerung und Herbst-Apparatur (hands-on)	OÄ Dr. Christina Erbe Dr. Thomas Drechsler	10
Adhäsive Zahnmedizin 2020 – rundherum an einem Wochenende, 208132	Fr., 29.05.2020 14-19 Uhr bis Sa., 30.05.2020 9-17 Uhr	LZK Mainz	Dieser Kurs beschäftigt sich mit der Adhäsivtechnik in allen Facetten (hands-on)	Prof. Dr. Roland Frankenberger	17
Altern – aber mit Biss, 208300	Mi., 24.06.2020 14-18 Uhr	LZK Mainz	Zielgruppe 55+, ein spezielles Präventionsfeld	Sona Alkozei	5
Honorarverluste vermeiden, 208304	Mi., 24.06.2020 14-18 Uhr	LZK Mainz	Häufige Abrechnungsfehler und vergessene Leistungen	Susanne Storch	5

Gesucht und gefunden: Wir bringen die richtigen Partner zusammen!

Sie suchen einen geeigneten Nachfolger für Ihre Praxis?

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

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



Ich berate Sie persönlich!

Marco Schneider

Service-Center Mainz

Kaiserstraße 39 · 55116 Mainz

Telefon 0 61 31/89 29 23 15

marco.schneider@aerzte-finanz.de



Standesgemäße Finanz- und Wirtschaftsberatung



zahnheilkunde 2020

ONLINE-ANMELDUNG/
KONGRESSPROGRAMM



Bestens verzahnt

www.zahnaerztetag-rheinland-pfalz.de

24. und 25. April 2020

Hilton Hotel Mainz

NEU

Young Corner

inkl. Bewerberspecial

**Jetzt
anmelden!**

Veranstalter:
**Landeszahnärztekammer
Rheinland-Pfalz**



**FORTBILDUNGSIEGEL
DER LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
RHEINLANDPFALZ**



Organisation/Anmeldung:

OEMUS MEDIA AG · Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Tel.: 0341 48474-308 · Fax: 0341 48474-290 · event@oemus-media.de · www.oemus.com