



Das war der  
69. Winterfortbildungs-  
kongress  
S. 10 ff.

„Sind schlechte Zähne  
wirklich vererbt?“  
S. 34 ff.

Der KIGARU – Vorreiterrolle  
in der Jugendzahnpflege S. 28 ff.



© Mihai Simoniia | Fotolia  
© Robert Kreschke | Fotolia

## *Der Schlüssel zu Ihrer Niederlassung Hannover 22./23. April 2022*

### *Tagungswochenende für den zahnärztlichen Berufseinstieg in Niedersachsen mit den Themen:*

- Zulassungsrecht – Kooperationsformen • Ausbildung und Arbeitsverträge für Mitarbeiter/-innen
- Verträge und Versicherungen für die Zahnarztpraxis • Existenzgründung 2.0 – Neue Antworten auf neue Herausforderungen • Tipps zur Praxisgründung, was brauche ich für die Selbstständigkeit?
- Zahnarztpraxis betriebswirtschaftlich führen – Kaufpreisfindung und steuerliche Optimierung bei Praxisgründung und Praxisübernahme • Vereinbarkeit von Familie und Beruf • Marketing für die Zahnarztpraxis
- Standortanalyse und Finanzierungsmöglichkeiten einer Praxis • Kammer und KZV – Aufgaben und Chancen. • Die betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) einer Zahnarztpraxis • Anstellung, Einstieg, Übernahme oder Neugründung – Finden Sie Ihren Weg! • Anstellung, Einstieg, Übernahme oder Neugründung – Finden Sie Ihren Weg! • Verdienstmöglichkeiten angestellter und selbstständiger Zahnärztinnen und Zahnärzte in Niedersachsen und Deutschland • Fit for Future – ein postgraduales Fortbildungsprogramm für Berufseinsteigende • Unser Weg in die Selbstständigkeit – drei junge Kolleginnen und Kollegen berichten



Weitere Informationen: KZVN-Fortbildungen | Telefon 0511 8405-233 | Telefax 0511 837267  
E-Mail: [fortbildungen@kzvn.de](mailto:fortbildungen@kzvn.de) | [www.kzvn.de](http://www.kzvn.de)

*Folgen Sie uns auf Twitter*



 **KZVN**

Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

**ZKN**  
Zahnärztekammer  
Niedersachsen

# Wehrhafte Demokratie

**L**iebe Kolleginnen und Kollegen, der 24.2. hat uns allen mit dem Überfall auf die Ukraine im wahrsten Sinn des Wortes ein böses Erwachen beschert! Zu lange haben die Politiker uns allen das Gefühl vermittelt, wir hätten einen natürlichen Anspruch auf Frieden, Freiheit und Wohlstand mit dem Schwerpunkt individueller Lebensgestaltung.

Nur wenige Mitmenschen wagten noch, darauf hinzuweisen, dass eine Demokratie jederzeit nach innen und außen wehrhaft sein müsse. Dass der ehemalige Bundesinnenminister Schily einst darauf hinwies, das Gewaltmonopol müsse beim Staat liegen, ist schnell wieder verdrängt worden. Und heute liefern sich Rechte und Linke „Straßenschlachten“ mit der Polizei mit zahlreichen verletzten Beamten, weil seit dem Tod von Benno Ohnesorg die Philosophie der Deeskalation gepflegt wurde.

Und nach außen wurde die Wehrhaftigkeit nahezu für unnötig gehalten und die allgemeine Wehrpflicht ausgesetzt. Hatte sich die Bundesrepublik noch vor Jahren verpflichtet, zwei Prozent des Haushaltes für die Bundeswehr auszugeben, ist dieses Ziel niemals erreicht worden. Die Linken erklärten dieses Ziel sogar für „unverantwortlich“, weil das Geld ja dann für die Umverteilung fehle! Und jetzt?

Unser Bundeskanzler und ehemaliger Finanzminister greift routiniert in seine Trick- (Schulden-) Kiste und erklärt, alle Punkte aus dem Koalitionsvertrag würden eingehalten und bezahlt, weil man die 100 Milliarden Euro für die Bundeswehr aus einem Sondervermögen finanziere und dafür einen Kredit aufnehme.

Müssen solche Kredite – wie auch die Milliarden für die gemeinsamen Schulden der EU zur Überwindung der Pandemie – nicht irgendwann zurückgezahlt werden? Sollte das aber doch der Fall sein, dann verschärft sich auch im Gesundheitswesen die finanzielle Lage dramatisch:

Es war der Bundesrechnungshof, der aktuell moniert hat, dass sich die GKV bei seit vielen Jahren steigenden Bundeszuschüssen zusätzlich durch Versichertenentlastungen in finanzieller Schieflage befinde, und das zu Lasten zukünftiger Generationen!



Foto: NZB-Archiv

Dr. Thomas Nels  
Vorsitzender des Vorstandes  
der KZVN

Und renommierte GesundheitsökonomInnen weisen darauf hin, dass entweder die Friedensgrenze von 40% der Sozialabgaben nicht zu halten sein wird, oder der Bundeszuschuss noch erheblich steigen oder die Leistungsmenge eingeschränkt werden muss. Letzteres hat aber der neue Gesundheitsminister als erstes ausgeschlossen!

Auch das Damoklesschwert der „Kostendämpfung“ taucht in diesen Überlegungen wieder auf!

Seien wir also froh, dass der Anteil der Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen von damals rund 14% der Gesamtausgaben zum Zeitpunkt der damaligen Kostendämpfungsgesetze auf rund 6% gesunken ist. Hoffen wir auch, dass die Politik sich auch in den nächsten Jahren – und nicht nur dieses Jahr – daran erinnert, dass die jüngsten Ausgabensteigerungen im Bereich Zahnersatz durch eine Erhöhung der Festzuschüsse bewirkt wurde!

Und die gerade neu aufgenommenen Vertragsleistungen beruhen auf Beschlüssen des G-BA!

Aber alle diese finanziellen Sorgen relativieren sich vor der aktuellen Bedrohungslage! ■

*Kollegiale Grüße*

Dr. Thomas Nels  
Vorsitzender des Vorstandes der KZVN

## NIEDERSÄCHSISCHES ZAHNÄRZTEBLATT

57. Jahrgang

Monatszeitschrift für niedersächsische Zahnärztinnen und Zahnärzte mit amtlichen Mitteilungen der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KZVN), erscheint elfmal jährlich, jeweils zum 15. des Monats. Bezug nur für Mitglieder der ZKN und KZVN.

### HERAUSGEBER

Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)  
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover  
Postfach 81 06 61, 30506 Hannover  
Tel.: 0511 83391-0, Internet: [www.zkn.de](http://www.zkn.de)

Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN)  
Zeißstraße 11, 30519 Hannover  
Postfach 81 03 64, 30503 Hannover  
Tel.: 0511 8405-0, Internet: [www.kzvn.de](http://www.kzvn.de)

### REDAKTION

#### ZKN

Dr. Lutz Riefenstahl (lr)  
Breite Straße 2 B, 31028 Gronau  
Tel.: 05182 921719; Fax: 05182 921792  
E-Mail: [l.riefenstahl@gmx.de](mailto:l.riefenstahl@gmx.de)

#### KZVN

Dr. Michael Loewener (loe)  
Rabensberg 17, 30900 Wedemark  
Tel.: 05130 953035; Fax: 05130 953036  
E-Mail: [m.loewener@gmx.de](mailto:m.loewener@gmx.de)

#### Redaktionsassistenz

Kirsten Eigner (ZKN), Heike Philipp (KZVN)

### REDAKTIONSBÜRO

#### ZKN (hier auch Postvertriebsorganisation)

Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB)  
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover  
Tel.: 0511 83391-301; Fax: 0511 83391-106  
E-Mail: [nzb-redaktion@zkn.de](mailto:nzb-redaktion@zkn.de)

#### KZVN

Niedersächsisches Zahnärzteblatt (NZB)  
Zeißstraße 11, 30519 Hannover  
Tel.: 0511 8405-207; Fax: 0511 8405-262  
E-Mail: [nzb-redaktion@kzvn.de](mailto:nzb-redaktion@kzvn.de)

### GESAMTHERSTELLUNG

MQ.Design Werbeagentur  
An der Alten Fabrik 4, 30629 Hannover  
Tel.: 0511 5693790; E-Mail: [info@mqdesign-werbeagentur.de](mailto:info@mqdesign-werbeagentur.de)  
Internet: [www.mqdesign-werbeagentur.de](http://www.mqdesign-werbeagentur.de)

### REDAKTIONSHINWEISE

Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Nachdrucke und fotomechanische Wiedergaben, auch auszugsweise, bedürfen einer vorherigen Genehmigung der NZB-Redaktion. Für unverlangte Fotos wird keine Gewähr übernommen. Die Redaktion behält sich bei allen Beiträgen das Recht auf Kürzungen vor. Der Leitartikel wird von den Autoren in Eigenverantwortung verfasst und unterliegt nicht der presserechtlichen Verantwortung der Redaktion. Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in den Texten der Einfachheit halber u.U. nur eine geschlechterspezifische Form verwendet. Das andere Geschlecht ist selbstverständlich jeweils mit eingeschlossen.

ISSN 1863-3145

**ZKN**  
Zahnärztekammer  
Niedersachsen

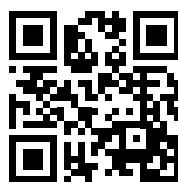
**KZVN**

Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

### REDAKTIONSSCHLUSS

Heft 05/22: 12. April 2022  
Heft 06/22: 10. Mai 2022  
Heft 07-08/22: 14. Juni 2022

Verspätet eingegangene Manuskripte können nicht berücksichtigt werden.



Homepage des NZB: <http://www.nzb.de>





## LEITARTIKEL

- 1 Dr. Thomas Nels:  
Wehrhafte Demokratie

## POLITISCHES

- 4 Lobbyregister: Ein diffuses, unscharfes wie ungerechtes Schwert  
6 Klartext der Bundeszahnärztekammer  
7 Solidarität mit der Ukraine – Nein zum Krieg! KZBV und KZVen unterstützen Spendenaktion des HDZ  
8 Den „Nachwuchs“ im Blick: Ausschuss widmet sich den Themen beruflicher Nachwuchs, Familie und Praxismanagement

## FACHLICHES

- 10 Das war der 69. Winterfortbildungskongress  
13 Bedeutet „KIAZZPlus“ nur „doppelt putzen“?



- 20 Hannoverisches Präventionskonzept zur Verbesserung der (eigenverantwortlichen) häuslichen Mundhygiene

- 28 Der KIGARU – Vorreiterrolle in der Jugendzahnpflege  
33 Neuer Rechtsrahmen für Tierarzneimittel ab 28.01.2022  
34 „Sind schlechte Zähne wirklich vererbt?“ Ein wissenschaftlich basierter Diskurs zu diesem Mythos in der Zahnmedizin  
40 GOZ  
- ZKN-Relevante Rechtsprechung  
- ZKN-Berechnungsempfehlung  
41 Rechtstipp(s): Behandlung von Patienten, die unter Betreuung stehen

## INTERESSANTES

- 42 Erfolgreiches Jahr dank großer Solidarität: HDZ-Bilanz 2021: 46 Projekte in 17 Ländern der Welt

## TERMINLICHES

- 46 ZAN-Seminarprogramm  
47 Termine  
48 Bezirksstellenfortbildung der ZKN

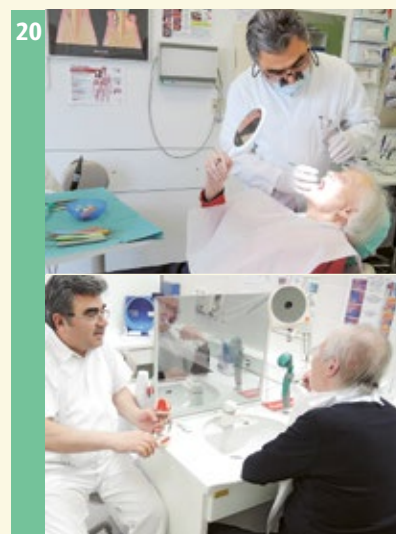


## PERSÖNLICHES

- 49 Bemerkenswerter Geburtstag  
49 Wir trauern um unsere Kolleginnen und Kollegen  
49 Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!  
49 Dienstjubiläen in der KZVN

## AMTLICHES

- 50 Mitteilungen des Zulassungsausschusses  
52 Neuzulassungen  
52 Ungültige Zahnarzausweise



# Lobbyregister: Ein diffuses, unscharfes wie ungerechtes Schwert



Foto: © stock.adobe.com - Feodora

**Z**u den Ursachen des gesellschaftlichen Wandels im 21. Jahrhundert gehört es, dass bestimmte Kreise in der Bevölkerung nur lange und laut genug öffentlich „greinen“ müssen, damit der Gesetzgeber ihre Wünsche erfüllt. Dabei muss nicht immer etwas Sinnvolles herauskommen. Seit Jahren wetteten auf öffentliche Transparenz bedachte „non-governmental Organisations“ (NGOen) wie z.B. Transparency International (TI) oder Lobbywatch gegen die (angeblich) nicht so ganz „sauberen“ Arbeitsweisen von in der Hauptstadt tätigen Lobbyistinnen und Lobbyisten. Die Zustimmung aus den Reihen der (ehemaligen) Oppositionsparteien wie Teilen der Medien war ihnen gewiss. Die letzte Große Koalition (GroKo) gab endlich nach und präsentierte am 8. September 2020 den Entwurf eines „Lobbyregistergesetzes“, das kurz vor dem Ende der 19. Legislaturperiode beschlossen wurde und am 1. Januar 2022 in Kraft trat. Angesichts seiner vielen unbestimmten wie auslegungsfähigen Begriffe sowie gravierender Ausnahmetatbestände sorgt das nun beim Deutschen Bundestag geführte Register für viel Ärger und Verdross. Nicht nur im Gesundheitswesen. Denn das Gesetz entpuppt sich als diffuses, unscharfes wie ungerechtes Schwert. Die neue „Ampel“ dürfte nun mit Wetzsteinen nachbessern müssen.

Der Versuch, eigene persönliche Interessen oder die ganzen Berufs- und Bevölkerungsgruppen zu vertreten, ist so

alt wie die Menschheit. Wer sich zusammenrottete und lauthals etwas „von den Mächtigen“ forderte, der erhält es in der Regel auch heute noch. Nicht immer vollständig, aber zu einem Interessenausgleich gehört seit jeher der Kompromiss. Je mächtiger und größer die aufgefahrenen Bataillone einer Interessensgruppe sind, umso höher sind die Erfolgsaussichten. Der Begriff „Lobbyismus“ leitet sich von der gleichnamigen Vorhalle des ältesten Parlamentes der Welt, dem englischen in London, ab. In der „Lobby“ lauerten die Interessenvertreter ihren Volksvertretern auf, um ihre Wünsche und Forderungen vorzutragen. Aus anderen, mehr monarchisch geprägten Staaten wie z.B. Frankreich trat später der Begriff „Antichambrieren“ hinzu. Man wartete zum Teil wochenlang im Vorzimmer (Ante Camera) des Herrschers, um sein Begehren vortragen zu dürfen. Heute nennt man die angewandten Techniken neudeutsch „Public Affairs“ (PA). Was aber auch nichts anderes bedeutet, dass Interessensvertretung oft genug mit dem geduldigen, langanhaltenden „Bohren dicker Bretter“ verbunden ist.

Kein Wunder also, wenn der Gesetzentwurf formuliert, dass die „Vertretung gesellschaftlicher Interessen gegenüber der Politik und der allgemeinen Öffentlichkeit zu den Wesensmerkmalen eines Staatswesens“ gehört. Dass in langen Friedenszeiten so mancher Akteur anfangs nicht so ganz sauber zu arbeiten, führte zu gewissen, nicht zu leugnenden Missständen. Wenn z.B. einer Teilnehmerin bei Koalitionsverhandlungen ein Papierkonvolut vom Verhandlungstisch gleitet und plötzlich das Logo eines wichtigen Interessenverbandes aus dem Arzneimittelbereich aufblitzt, dann denkt sich die Gegenseite schnell etwas. Vor allem, wenn man gerade über die Neuordnung dieses Sektors debattiert. Nicht anders ist es bei Veranstaltungen wie Podiumsdiskussionen, wenn ein Teilnehmer aus dem politischen Bereich seine Wortspenden aus einer Vorlage herauspickt, deren Ursprung nicht nur durch ein hell leuchtendes Logo bewiesen wird. Dass Politikerinnen und Politiker wie auch Staatsdiener zudem auch nur Menschen sind und zu bestimmten Geldflüssen nicht immer nein sagen wollen und können, zeigt die Geschichte. Nicht nur in der Bonner Republik sollen durch „Spenden“ jeglicher Art Gesetze beeinflusst worden sein. Lobbyistinnen und Lobbyisten verfügen daher aktuell nicht über den besten Ruf. Nicht erst durch die Tätigkeiten von TI oder Lobbywatch und investigativer Medien ist der Eindruck entstanden, dass durch ihre (verdeckten) Tätigkeiten „das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Politik und die Legitimität

parlamentarischer Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse beschädigt“ werden könnten. Bestimmte Teile der Gesellschaft wollen halt wissen, wer auf welche Weise in den „Hinterzimmern“ der Hauptstadt oder bestimmten Zirkeln agiert. An diesem Punkt setzte das Gesetzgebungsvorhaben an – und scheiterte letztendlich. Vermutlich am Einfluss von Interessengruppen.

Schon in Bonner Zeiten existierte ein dickleibiges Verzeichnis der beim Deutschen Bundestag akkreditierten Interessengruppen. Nur Verbände, Vereine und andere Organisationen, die sich in diesem Verzeichnis aufnehmen ließen, durften zu Anhörungen eingeladen werden bzw. Stellungnahmen abgeben. Doch in der Berliner Republik denaturierte dieser Ansatz, weil immer mehr auf Profit bedachte PA-Agenturen oder selbst ernannte Lobbyisten sich für ihre Auftraggeber einschalteten. Deren Arbeitsweisen differieren in der Regel von denen der institutionellen Interessengruppen. Einer der letzten bekannt gewordenen Fälle dürfte das berühmte „Leipziger Essen“ des damaligen CDU-Bundesgesundheitsministers Jens Spahn MdB (41) im Herbst 2020 gewesen sein.

Nach den jetzt gültigen Bestimmungen müssen sich eigentlich alle, die Interessenvertretung betreiben, in dem vom Deutschen Bundestag geführten elektronischen „Lobbyregister“ registrieren lassen. Alle? Nein! Dafür sorgen die vielen Ausnahmen in den zehn Paragraphen. So dürfte nicht jeder freiberufliche Lobbyist die Vorgabe des § 1 Abs. 1 Nr. 4 erfüllen. Die sieht nämlich vor, dass es innerhalb der „jeweils letzten drei Monate“ zu mehr als „50 unterschiedlichen Interessenvertretungskontakten“ gekommen ist. Auch kleine Berufsverbände wie der der Podologen – der sich bereits hat registrieren lassen – dürften diese Vorgabe eigentlich nicht erfüllen.

Gar nicht registrieren lassen müssen sich eine Vielzahl von Institutionen, die den Vorgaben des Absatzes 2 des § 2 „Registrierungspflicht“ genügen. Die also im Verlaufe des Gesetzgebungsverfahrens so mächtig und einflussreich waren, für sich einen Ausnahmetatbestand zu bewirken. Dazu gehören laut Ziffer 7 z.B. Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen wie die Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BOA) oder der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB). Die politischen Stiftungen u. a. der Parteien findet man in Ziffer 10. Und wen wundert es, die Religionsgemeinschaften in Ziffer 12, kommunale Spitzenverbände z.B. in Ziffer 14. Unverständlich wirkt auch der Ausnahmetatbestand der Ziffer 8. Rechtsberater müssen sich nicht registrieren lassen. Da man aber weiß, dass viele PA-Aktive sich hinter z.T. international tätigen Kanzleien „verstecken“ bzw. die Sozietäten schon erheblich in das Gesetzgebungsgeschehen eingreifen, kann man nur staunen. Völlig unverständlich, wenn nicht gerade pervers wird die Situation im Gesundheitswesen. Für die Interessen verfasste Vertragsärzte- bzw. Vertragszahnärzteschaft treten in

der Hauptstadt bekanntlich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bzw. ihr zahnärztliches Pendant KZBV auf den Plan. Für die 97 noch existierenden Krankenkassen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV). Alle drei müssen sich nicht registrieren lassen – und werden es aller Voraussicht nach auch nicht tun. Warum? Per Gesetz gehören sie als Körperschaften des öffentlichen Rechts (KdöR) zur „mittelbaren Staatsverwaltung“. Ähnliches gilt für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Für diese Institutionen ist im öffentlichen Lobbyregister kein Platz vorgesehen. Ihre Interessen-Kontrahenten wie z. B. die Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft (DKG) oder der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) bzw. die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) müssten sich jedoch registrieren lassen. Schließlich treten diese ja in der Rechtsform von eingetragenen Vereinen auf. Und was ist jedoch mit einem nicht eingetragenen, eigentlich nicht rechtsfähigen Verein von Körperschaften wie der Bundesärztekammer (BÄK)? Irgendwie klingt es ein bisschen pervers, dass die „lockere Arbeitsgemeinschaft“ namens BÄK registrierfrei „davonkommen“ soll. Während die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) als eingetragener Verein von Körperschaften sich den Vorschriften des Gesetzes unterwerfen muss.

Noch diffuser wird es bei den Kassenarten. Die Knappschaft (KBS) ist Bestandteil einer Körperschaft des öffentlichen Rechts, nämlich der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (DRV KBS). Nach dem Wortlaut des Gesetzes bestände keine Registrierungspflicht. Auch nicht für die landwirtschaftliche Krankenversicherung (SVLFG). Bei einer steuerlichen, also wirtschaftlichen Einheit wie der AOK Bundesverband GbR kommt man schon ins Grübeln. Auch wenn sie die Interessen des so genannten „grünen Lagers“ der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vertritt. Darf also die AOK-Familie öffentlich verschweigen, was sie genauso aktiv betreibt wie die eingetragenen Vereine der Ersatzkassen im vdek, der Innungskrankenkassen in ihrem „e.V.“ oder der BKK Dachverband (BKK DV)? Wenn Einzelkassen jedoch in Berlin Hauptstadtverbindungsbüros zur Vertretung ihrer singulären Interessen und „zur Pflege der gesundheitspolitischen Landschaft“ unterhalten, dann bleiben diese Aktivitäten registrierungs- und sanktionsfrei. Es handelt sich ja um Körperschaften. Stringent kann man daher das aktuelle Gesetz nicht nennen.

Wenn man wollte, so könnten die vielen Organisationen im Gesundheitswesen, die in Deutschland ihre Stimme für die Interessen der von ihnen vertretenen Gruppen erheben, fein säuberlich durchdekliniert werden. Und man käme aus dem Staunen nicht heraus. Weiteres Beispiel gefällig? Die Deutsche Stiftung Patientenschutz des nicht unumstrittenen Eugen Brysch (59) entgeht der Registrierungspflicht. Das Bonner Aktionsbündnis Patientenschutz (APS) jedoch nicht – es ist ja ein eingetragener Verein. ►►

► Noch pervertierter muten weitere Vorschriften an. Zum Registerinhalt gern. § 3 des Gesetzes gehören Angaben zu den jährlichen finanziellen Aufwendungen für die Interessenvertretung (Ziffer 6), die Höhe möglicher Zuwendungen der öffentlichen Hand oder ob Schenkungen (Ziffer 7) gemacht wurden bzw. die Vorlage der Jahresabschlüsse und Rechenschaftsberichte (Ziffer 8) ist gefordert. Viele der bereits im Lobbyregister eingetragenen Institutionen verweigern gern. Abs. 2 die Angaben. Zumal die Abgrenzung bei so manchem Verband oder Organisation nicht einfach sein dürfte. Man denke z.B. an den Verband der

forschenden Arzneimittelhersteller (VfA). Wer jedoch die Angaben gem. § 3 Abs. 2 Ziffern 6 bis 8 verweigert bzw. deren regelmäßige Aktualisierung, „soll“ jedoch gem. § 6 nicht mehr an Anhörungen des Deutschen Bundestages teilnehmen bzw. nicht mehr an Gesetzgebungsverfahren der Bundesressorts teilnehmen. Kundige Thebaner wissen, dass diese Vorschrift im politischen Berlin nicht lange durchgehalten werden kann – und es auch niemand will. Wer Transparenz will, der muss halt „nachscharfen“ und konkretisieren. ■

\_\_\_\_\_ Dienst für Gesellschaftspolitik (dfg), 10.02.2022



## Klartext DER BUNDEZAHNÄRZTEKAMMER



### Best Oral Health Practice in Europe?

Eine aktuelle Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und der TU Berlin vergleicht Mundgesundheits- und zahnmedizinische Versorgung in fünf europäischen Ländern: Belgien, Dänemark, Deutschland, den Niederlanden und Spanien.

Anders als in Belgien und Deutschland werden in Dänemark nur einige Versorgungsleistungen für Erwachsene und Senioren umfänglich öffentlich abgedeckt, in Spanien

und den Niederlanden gibt es kaum zahnmedizinische Leistungen, die öffentlich finanziert werden.

Bei der Mundgesundheits- und zahnmedizinischen Versorgung schnitt kein Land über alle Altersgruppen gleichermaßen hervorragend ab: Bei den 5- bis 7-jährigen Dänemark, die Niederlande und Spanien überdurchschnittlich, bei den 12- bis 14-jährigen Deutschland und Dänemark, bei den 35- bis 44-jährigen die Niederlande, Spanien und Belgien und bei den 65- bis 74-jährigen Belgien und die Niederlande.

Ein über alle Bereiche vorzugswürdiges zahnmedizinisches Versorgungssystem ist insofern nicht eindeutig zu ermitteln. Die Verfügbarkeit oraledemiologischer Daten innerhalb der EU ist derzeit noch sehr begrenzt. Es bleibt abzuwarten, ob die EU-Kommission die Idee eines „Europäischen Gesundheitsdatenraumes“ umsetzt. Ein Best-Practice-Ansatz ist auf fundierte Daten angewiesen. ■



Foto: depositphotos.com - amedeoemaja

### Zur Studie:

→ <https://www.idz.institute/publikationen/online-journal-zahnmedizin-forschung-und-versorgung/best-oral-health-practice-in-europe.html>





# Solidarität mit der Ukraine – Nein zum Krieg!

## KZBV UND KZVEN UNTERSTÜTZEN SPENDENAKTION DES HDZ

**D**ie Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) erklären sich im Namen der gesamten Vertragszahnärzteschaft in Deutschland in vollem Umfang solidarisch mit allen Bürgerinnen und Bürgern der Ukraine. Dies gilt nicht zuletzt auch für Heil- und Pflegeberufe, die derzeit vor Ort häufig unter Einsatz des eigenen Lebens Verletzten und Menschen in Not helfen und für Patienten und Opfer des russischen Angriffskrieges Zugang zur Gesundheitsversorgung ermöglichen. Zugleich bekennt sich der Berufsstand ausdrücklich zu universellen Werten wie Freiheit, Demokratie und Rechtsstaatlichkeit und verurteilt die Gewalt und den Krieg in der Ukraine auf das Schärfste. Die schrecklichen Bilder aus dem Kriegsgebiet erschüttern uns und machen uns tief betroffen. Blutvergießen und Feindseligkeiten müssen im Namen der Menschlichkeit umgehend beendet werden! Präsident Putin und die russische Staatsführung sind aufgerufen, ihren Überfall und den Einmarsch russischer Truppen sofort zu stoppen. Denn dieser völkerrechtswidrige russische Angriffskrieg verursacht unvorstellbar großes Leid und zerstört auf Jahre die Lebensgrundlage unzähliger Menschen. Die dramatische Situation in der Ukraine verschärft sich stündlich. Viele benötigen jetzt dringende Unterstützung und medizinische Versorgung, Hunderttausende sind bereits auf der Flucht in die Nachbarländer und auch nach Deutschland. Das ukrainische Gesundheitssystem gerät mit jedem Tag, den diese durch nichts zu rechtfertigende militärische Aggression andauert, an seine Belastungsgrenzen. Um möglichst schnell

und zielgerichtet Hilfsgüter aller Art und sichere Unterkünfte bereitzustellen sowie humanitäre Hilfe zu leisten, hat das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) zu einer Spendenaktion aufgerufen.

**KZBV und die KZVen unterstützen diesen Aufruf und bitten alle Zahnärztinnen, Zahnärzte und die Praxisteams darum, mit einer solchen Spende den Menschen in der Ukraine zu helfen.**

Auch der **VDDS** als **Vertreter der Hersteller von Dentalsoftware** in Deutschland schließt sich diesem Aufruf an **Slava Ukrayina!** („Ehre der Ukraine“).

Gespendet werden kann an das

**Hilfswerk Deutscher Zahnärzte**  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
IBAN: DE28 300 60601 000 4444 000  
BIC: DAAEDED  
Stichwort: Ukraine

Eine Spendenbescheinigung wird bei genauer Adressangabe ausgestellt. Für eine Steuerbegünstigung bis zu 300,- Euro kann als vereinfachter Zuwendungsnachweis nach § 50 Abs. 2 EStDV der Kontoauszug vorgelegt werden. Neben dem HDZ kümmern sich auch zahlreiche weitere nationale und internationale Hilfsorganisationen um Nothilfe und medizinische Versorgung. ■

\_\_\_\_\_ *Gemeinsame Pressemitteilung der KZBV und der KZVen*

# Den „Nachwuchs“ im Blick

## AUSSCHUSS WIDMET SICH DEN THEMEN BERUFLICHER NACHWUCHS, FAMILIE UND PRAXISMANAGEMENT



Foto: Riefenstahl/ZKN  
Dr. Fabian Godek, Vorsitzender des Ausschuss „Beruflicher Nachwuchs, Familie und Praxismanagement“ und die den Ausschuss begleitende ZKN-Vorstandsreferentin Dr. Tilli Hanßen

**S**tandespolitik, das sind eingestaubte Strukturen und endlose Sitzungen, an deren Ende eh nichts für die Praxen vor Ort herauspringt. So oder so ähnlich lautet eine weit verbreitete Meinung vieler Kolleginnen und Kollegen. Dass dieses heute vielfach nicht mehr der Fall ist und standespolitischer Einsatz auch deutlichen Nutzen für die Kollegenschaft generiert, zeigt beispielhaft die Tätigkeit des Ausschusses Beruflicher Nachwuchs, Familie und Praxismanagement der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) seit Beginn der aktuellen Legislaturperiode im Sommer 2020.

Der achtköpfige Ausschuss unter der Begleitung der ZKN-Vorstandsreferentin Dr. Tilli Hanßen und dem Vorsitz von Dr. Fabian Godek zeigt dabei deutlich: Auch junge Kolleginnen und Kollegen engagieren sich – freiwillig und gerne. Gerade in der Synergie und der Zusammensetzung aus erfahrenen und noch jüngeren Kolleginnen und Kollegen sind die Interessen eines Großteils der „aktiven

Kollegenschaft“ vertreten und abgebildet. Auch die klassische Rollenverteilung in der Standespolitik ist mit fünf weiblichen und drei männlichen Mitgliedern deutlich durchbrochen. Dabei werden die unterschiedlichen Berufsgruppen bzw. -phasen (Angestellte, Gründer und Gründerinnen, Selbstständige) gleichmäßig im Ausschuss repräsentiert. So ist sichergestellt, dass gemäß dem neu erarbeiteten und aktiv gelebten Leitbild des Ausschusses „Zahnärztliche Berufsausübung neu gedacht: Beruf, Familie, Leben – Wir unterstützen Kolleginnen und Kollegen von der Nachwuchsförderung bis zum Praxismanagement in jeder individuellen Lebensphase“ wirklich auch die gesamte aktive Zahnärzteschaft abgebildet wird. Im Gesamten quasi paritätisch besetzt, wird konstruktiv und produktiv in regelmäßigen Sitzungen (in 2021 ca. alle 2 Monate) an Unterstützungen für die Kollegenschaft gearbeitet. So kann nun sowohl der Berufsstart als auch der Wechsel in neue Berufs- und Lebensabschnitte von Seiten der ZKN adäquat und authentisch unterstützt werden. Hierzu gehören Checklisten für schwangere Selbstständige und angestellte Kolleginnen ebenso wie eine Niederlassungs-Checkliste inkl. Zeitstrahl für potenzielle Existenzgründerinnen und Existenzgründer, die in Kürze auf der Website veröffentlicht werden. Es zeigt sich: Manche Vorurteile sind überholt und auch junge engagierte Kolleginnen und Kollegen bewirken etwas.

### Berufseinsteiger-Wochenende am 22./23. April

Zusätzlich ist in den Ausschusssitzungen gemeinsam mit der Schwesterkorperschaft Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) eine besondere Tagung für Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger im April 2022 organisiert worden. Das Berufseinsteiger-Wochenende wird nach 2 Jahren Corona-Pause zum vierten Mal in den Räumlichkeiten der ZKN und KZVN am 22./23. April 2022 in Hannover stattfinden. Das Referentenprogramm wurde aktualisiert und um einige Vorträge junger Kolleginnen und Kollegen – quasi von Zahnärztinnen und Zahnärzten für Zahnärztinnen und Zahnärzte – ergänzt. Ein gemeinsamer Grillabend soll den Teilnehmerinnen und Teilnehmern am Freitagabend dann in lockerer Atmosphäre die Gelegenheit zum Austauschen sowie Netzwerken bieten und zeigen: Du musst Deinen beruflichen Weg, egal wie dieser aussehen mag, nicht allein gehen. Durch die Möglichkeit,

bestimmte parallel stattfindende Vorträge selbst wählen zu können, werden frisch approbierte Uni-Absolventinnen und -Absolventen genauso angesprochen, wie Vorbereitungsassistentinnen und -assistenten sowie angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte. Zusätzlich gibt es auch interessante Insiderinfos für – potenzielle – Selbstständige, die durchstarten und ihren Traum der eigenen Praxis realisieren wollen.

#### Fit for Future – Unterstützung für Berufseinsteiger

Unterstützung erhalten Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger übrigens auch durch das neue, im Mai startende postgraduale Qualifizierungsprogramm „Fit for Future“ von ZKN und KZVN. In dem Programm können junge Vorbereitungsassistentinnen und -assistenten über 2 Jahre verschiedene Seminare besuchen und sich so viele essen-

zielle Wissensbausteine für das spätere Berufsleben aneignen. Wer noch dabei sein will, kann sich hier informieren: → <https://zkn.de/praxis-team/fit-for-future.html>

Bei allem wird schnell klar: „Die da oben“ in der Standespolitik sind nahbar und als Kolleginnen und Kollegen in ihren eigenen Praxen genauso mit den Alltagsproblemen konfrontiert wie Du selbst, stehen Dir zur Seite und unterstützen nach Möglichkeiten. Du hast weitere Fragen oder Anregungen, möchtest Dich vielleicht sogar selbst engagieren? Sprich mich einfach an und informiere Dich unverbindlich! ■

\_\_\_\_\_ Dr. Fabian Godek, Rinteln

Vorsitzender des ZKN-Ausschusses

Beruflicher Nachwuchs, Familie und Praxismanagement

# Fit for Future

## POSTGRADUALE QUALIFIZIERUNG

#### Was ist Fit for Future?

Nach dem Studium fehlen Ihnen noch wichtige Informationen zur beruflichen Selbstständigkeit? Sie wollen sich schon heute strukturiert weiterbilden und fit werden für Ihr zukünftiges Berufsleben? Dann nehmen Sie teil an unserem neuen Programm „Fit for Future – Postgraduale Qualifizierung“.

Anfang Mai starten die Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) mit dem neuen Qualifizierungsprogramm für junge Zahnärztinnen und Zahnärzte. Damit wollen wir Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern nach der Approbation in ihrer meist zweijährigen Vorbereitungsassistentenzeit sowie weiteren Interessentinnen und Interessenten begleitend wichtige Fähigkeiten und Fertigkeiten für ihr weiteres Berufsleben vermitteln.



Zahnärztekammer  
Niedersachsen  
Zeißstraße 11a, 30519 Hannover  
[www.zkn.de](http://www.zkn.de)



Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

Kassenzahnärztliche  
Vereinigung Niedersachsen  
Zeißstraße 11, 30519 Hannover  
[www.kzvn.de](http://www.kzvn.de)



**Jetzt anmelden!**

#### Ansprechpartnerin

Gabriele König

Tel.: 0511 83391-313

Fax: 0511 83391-42313

E-Mail: [Fit-For-Future@zkn.de](mailto:Fit-For-Future@zkn.de)

#### Kosten

806 EUR (optional in 13 Raten zahlbar)

#### Anmeldung und Basisinformationen

[www.zkn.de/praxis-team/fit-for-future.html](http://www.zkn.de/praxis-team/fit-for-future.html)







Fotos: Riefenstahl/ZKN, Treblin/ZKN

Mit viel Technik wurde die Livestream-Übertragung des 69. Winterfortbildungskongress aus dem Peppermint Pavillon realisiert.

# Das war der 69. Winterfortbildungskongress

Im vergangenen Jahr war es noch ein Herantasten, dieses Jahr schon etwas mehr Routine: Aufgrund der anhaltenden Pandemiesituation hat die Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) auch ihren 69. Winterfortbildungskongress komplett digital als Live-Stream ausgerichtet. Über modernste Video-Technik konnten die Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie das Fachpersonal die Vorträge und Seminare, die aus 6 verschiedenen Streaming-Studios im Peppermint Pavillon übertragen wurden, zuhause oder in der Praxis am Bildschirm

verfolgen. Insgesamt über 1.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer nutzten das attraktive Angebot und konnten so ihren Fortbildungshunger stillen und sich gleichzeitig mit bis zu 60 Fortbildungspunkten belohnen.

Das Thema des diesjährigen Kongresses war „Endodontologie und Traumatologie – Was ist wichtig, wenn es schmerzt und kracht?“. Prof. Dr. Thomas Attin, wissenschaftlicher Leiter des Zahnärztekongresses, unterstrich die Wichtigkeit dieser Thematik „Schmerzpatienten in der



ZKN-Präsident Henner Bunke, D.M.D./Univ. of Florida begrüßte die zahlreichen Teilnehmer des Kongresses



Der 69. Winterfortbildungskongress fand unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Thomas Attin statt.



Prof. Dr. Johannes Einwag leitete den parallel stattfindenden Kongress für das Fachpersonal.





*Im Peppermint Pavillon wurde aus sechs Studios – teilweise parallel – gesendet.*

Endodontologie haben wir immer wieder. Das kommt in jeder Praxis vor. Bei der Traumatologie sind die Fälle sehr selten. Aber gerade bei diesen seltenen Fällen, ist man vielleicht nicht mehr so im Thema und weiß vielleicht nicht mehr immer genau, was zu tun ist. Da ist es wichtig, dass man wieder gut aufgestellt ist und sich entsprechend informiert.“ Bei der Ausgestaltung der Vorträge und Seminare sei ihm sehr daran gelegen, praxisrelevante Themen auszuwählen und somit einen Nutzen für die einzelne Praxis weiterzugeben.

Dass ihm dies gelungen ist, zeigt das durchweg positive Echo der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welches schon während des Kongresses im Rahmen der Fragestellungen bei den einzelnen Vorträgen einging. Doch nicht nur live wurde das Angebot gut angenommen. Bis vor wenigen Tagen konnten sich Interessenten noch anmelden und alle Vorträge und Seminare über die Mediathek anschauen – vollkommen flexibel und unabhängig und so auf die individuelle Lebens- und Arbeitssituation angepasst. Parallel zu dem Programm für die Zahnärzteschaft fand der ►►



*Prof. Dr. Dr. h.c. Julian Nida-Rümelin hielt den Festvortrag zum Thema „Ökonomie und Ethik“.*



*Niedersachsens Gesundheitsministerin Daniela Behrens bedankte sich in einem Grußwort bei der Zahnärzteschaft.*



*Ansgar Zboron (Leiter der neuen ZKN-Ausbildungsabteilung) übergibt nach 20 Jahren die ZKN-Kongressorganisation an Katrin Jochens (Leiterin der neuen ZKN-Fortbildungsabteilung).*





Im großen Studio des Peppermint Pavillons folgten Moderatorinnen und Moderatoren sowie einige Referentinnen und Referenten den Hauptvorträgen.

► größte niedersachsenweite Fortbildungskongress für das zahnärztliche Fachpersonal unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Johannes Einwag aus Stuttgart statt. Der betonte, dass das digitale Format der Veranstaltung auch zahlreiche Vorteile für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer biete. „Wer will noch quer durch Niedersachsen fahren, um eine Fortbildung zu besuchen. Das kostet Zeit und Geld“, so Einwag.

Vorstand und Verwaltung der ZKN danken allen Beteiligten und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die im pandemiebedingten Zusammenspiel den Kongress zum Erfolg haben werden lassen. Der Dank geht auch an die niedersächsische Sozialministerin Daniela Behrens (SPD), die in ihrem Grußwort bei der Veranstaltung ihren Dank an die

Zahnärzteschaft richtete und Hilfe bei wichtigen Themen zusagte. Ebenso richtete sich der Dank an Prof. Dr. Dr. h.c. Julian Nida-Rümelin, Staatsminister a.D. und aktueller Direktor am bayerischen Institut für digitale Transformation (bidt) sowie stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Ethikrats, der mit seinem Festvortrag zum Thema „Ökonomie und Ethik – Zur Gefährdung des (medizinischen) Berufsethos durch Ökonomisierung“ die Veranstaltung abrundete.

Der 70. Winterfortbildungskongress (2. Bis 4. Februar 2023) wird sich dem Thema „Zahnmedizin für Jung und Alt“ widmen. Bleibt abzuwarten, wie weit die jetzt schon gewonnene Routine bei der Übertragung im Live-Stream dann noch weiter ausgebaut werden kann. ■ \_\_\_\_JT

SAVE THE  
DATE

# 70 ■ WINTER FORTBILDUNGS KONGRESS

**2. – 4. Februar 2023**

**Zahnmedizin für Jung und Alt**

Weitere Informationen unter  
[www.zkn-kongress.de](http://www.zkn-kongress.de)



**ZKN**  
Zahnärztekammer  
Niedersachsen



# Bedeutet „KIAZZPlus“ nur „doppelt putzen“?



Prof. Dr. Hüsamettin Günay, Dr. Karen Meyer-Wübbold, Medizinische Hochschule Hannover

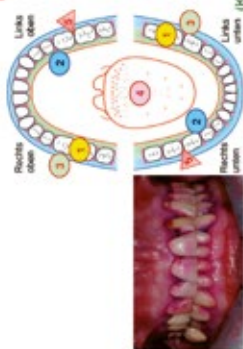
**K**aries und Parodontitis sind biofilmassoziierte Krankheiten mit multifaktoriellen Ursachen. Sie zählen nach wie vor zu den häufigsten „Volkskrankheiten“. Ein Hauptfaktor für die Entstehung oraler Erkrankungen ist der Biofilm, weshalb dessen effiziente Entfernung neben dem regelmäßigen Zahnarztbesuch und einer Ernährungslenkung bei der Prävention oraler Erkrankungen eine große Rolle spielt. Die Entfernung des Biofilms obliegt dabei nicht nur dem Zahnarzt [4], sondern sollte in erster Linie eigenverantwortlich regelmäßig über häusliche Mundhygiene durch den Patienten erfolgen [6]. Die Qualität der häuslichen Plaqueentfernung kann für weite Teile der Bevölkerung jedoch eher als unzureichend bezeichnet werden. Viele Zahnärzte empfehlen zur mechanischen Plaqueentfernung mit der Zahnbürste die „modifizierte Bass- Technik“. Diese Technik ist jedoch schwer erlernbar. In der Literatur gibt es keine Hinweise dafür, dass diese Technik beispielsweise der „horizontalen Schrubbertechnik“ in der Plaqueentfernung überlegen ist [5, 19, 25]. Man ist sich einig, dass sowohl beim Gebrauch von Hand- als auch elektrischen Zahnbürsten das Einhalten einer Systematik wichtiger sein dürfte als das Einhalten einer bestimmten Technik [5]. Durch die regelmäßige Anwendung einer bestimmten Systematik soll verhindert werden, dass Zähne bzw. Zahnflächen bei der häuslichen Mundhygiene unberücksichtigt bleiben [20]. Bereits im Jahr 1948 wurde von Bass empfohlen, bei der Reinigung der Zähne systematisch vorzugehen [3]. Da speziell die Oralflächen der Unterkieferzähne oftmals mehr harte und weiche Beläge als die übrigen Zahnflächen aufweisen und offensichtlich bei der häuslichen Mundhygiene vernachlässigt werden [17], sollte beim Zähneputzen mit der Reinigung der Zahninnenflächen begonnen werden [17, 18]. Sowohl durch unsere Beobachtungen [8, 9] als auch in anderen Untersuchungen wurde jedoch gezeigt, dass die Patienten vorwiegend die Vestibulärflächen zuerst reinigen [8, 12]. Von Van der Sluijs et al. (2018) konnte festgestellt werden, dass es bezüglich der Plaquereduktion bei jungen, parodontal gesunden Patienten im gesamten Gebiss keinen signifikanten Unterschied macht, ob die Patienten die Oral- oder Vestibulärflächen zuerst reinigen [23].

In der Literatur gibt es bisher keine eindeutigen Daten bezüglich der Dauer und Häufigkeit des Zähneputzens [2, 6]. Allgemein wird jedoch ein „zweimal tägliches, zweiminütiges“ Zähneputzen empfohlen. In Studien konnte nachgewiesen werden, dass ein zweimal tägliches Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta eine höhere kariespräventive Wirkung hat und das Kariesvorkommen mehr reduziert als ein einmal täglich durchgeführtes Putzen [6, 10, 13]. Zudem konnte nachgewiesen werden, dass durch eine Erhöhung der Putzdauer sowohl bei der Verwendung von manuellen wie auch bei elektrischen Zahnbürsten mehr Plaque entfernt wird [15, 24, 26]. Es wurde beobachtet, dass durch ein einminütiges Zähneputzen durchschnittlich eine Plaquereduktion von 27% und durch ein zweiminütiges Zähneputzen von 41% erreicht wird [21]. An der Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde der Medizinischen Hochschule Hannover wurde zunächst 2007 die Zahnputzsystematik „IAKZZPlus“ eingeführt. Nach klinischen Beobachtungen wurde diese Systematik im Jahr 2009 jedoch auf „KIAZZPlus“ umgestellt. Bei dieser Systematik reinigt der Patient zunächst mit einer Zahnbürste die **K**auflächen, gefolgt von den Zahn-**I**nnenflächen und den Zahn-**A**ußenflächen. Daraufhin werden die **Z**unge und im Anschluss die Zahn-**Z**wischenräume mit entsprechenden Hilfsmitteln gereinigt. Im Anschluss an diesen Putzvorgang werden durch den Patienten mit der Zahnbürste in kreisenden/rotierenden Bewegungen nochmals mit einer erbsengroßen Menge an fluoridhaltiger Zahnpasta alle Zahnflächen systematisch gereinigt („**P**lus“) (Abb. 1). Bei dieser Systematik handelt es sich nicht um ein „doppeltes“ Putzen im wörtlichen Sinne, da nicht der gesamte Putzvorgang auf die gleiche Art und Weise wiederholt wird. Durch das nochmalige Auftragen der fluoridhaltigen Zahnpasta werden zwar einerseits die Zahnflächen und das Zahnfleisch erneut systematisch gereinigt, andererseits findet jedoch auch eine zusätzliche Fluoridzufuhr statt. Fluoride sollten auf sauberen, plaquefreien Zahnhartsubstanzen eine höhere Wirksamkeit haben [11]. Im Folgenden werden die einzelnen Schritte der Systematik und Technik für die Zahn- und Mundhygiene im Detail erläutert: Vor dem Beginn der Zahnreinigung sollte ►►





Zahnputzsystematik und -technik für Erwachsene < KIAZZ Plus



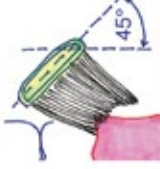
Grundregel: von rot nach weiß  
vom Zahnhals in rötlichen oder kleinen  
kreisenden Bewegungen  
zur Kaufläche wischen! → Nicht Schrubben!  
2 x täglich mit Zahnpasta putzen  
(Fluoridgehalt 1000-1500 ppm)



**Erlebnis!**  
→ Solorteknik mit runder Einbüschelbürste:  
Reinigung in kleinen Kreisbewegungen entlang der  
Zahnfleischschäume an einer Seite des Zahnes  
beginnend (blauer Pfeil) bis zur anderen Seite  
des Zahnes (roter Pfeil) unter sehr leichtem  
Druck!

Vor dem Putzen  
Mund zunächst  
kräftig mit Wasser  
ausspülen

ggf. Anfrähen  
(Kauzäpfelchen usw., um die  
Plaque sichtbar zu machen)  
Ausspülen mit Wasser



Anwendung einer elektrischen Zahnbürste

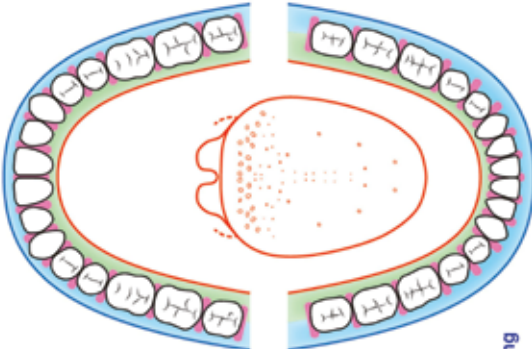


Eine Individualisierung der Zahnputztechnik bzw.  
Mundhygiene bei z.B. parodontal vorgeschädigtem  
Gebiss sollte durch den Zahnarzt/-rztin erfolgen!

**6. letzter Schritt (Plus):**  
Um die Wirkung des Fluorids und der Reinigung zu  
erhöhen, sollte man als **letzten Schritt** (einer  
**abends**) nach dem Zähneputzen noch einmal mit  
der gleichen Menge Zahnpasta (**erbseingroße**) in  
rotierenden Bewegungen das Zahntfleisch und die  
Zähne (**Kau-/Innen-/ Außenflächen**) reinigen und  
dabei die Zahnpasta gleichmäßig auftragen (ca.1  
Min.). Danach nehmen Sie einem Schluck Wasser  
und spülen Sie bis zu 30 Sekunden durch die  
Zähne und danach ausspucken!



> Bitte behandeln Sie die  
**markierten Bereiche** mit  
besonderer Aufmerksamkeit,  
reinigen Sie diese sorgsam  
und effektiv! → → → →

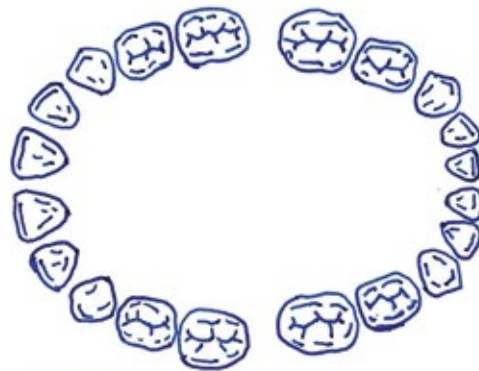


Wir empfehlen die Verwendung folgender Artikel\*

- multifluride Zahnbürste (z.B. ....)
- Einbüschelbürste (z.B. ....)
- un-igewaschte Zahnhäute (z.B. ....)
- Superfloss-Zahnseide (z.B. ....)
- Interdentälbürste (z.B. ....)
- Soft Picks (z.B. ....)
- Zungenreiner (z.B. ....)
- elektrische Zahnbürste (z.B. ....)
- fluoridhaltige Zahncreme (z.B. ....)
- Zahncreme l. empf. Zahnlös (z.B. ....)
- fluoridhaltiges Gel (z.B. ....)
- Fluorid Spülösung (z.B. ....)
- Chlorhexidin Spülösung (z.B. ....)
- Färbekautabletten (z.B. ....)
- Mundheilpaste (z.B. ....)
- Sonstige (.....)

\*Alle diese Artikel können Sie in Drogerien und/oder Apotheken erwerben.  
Mit freundlicher Empfehlung  
Ihre





Die markierten Bereiche sollte mit besonderer Aufmerksamkeit sorgsam und effektiv gereinigt werden! →

Wir empfehlen die Verwendung folgender Artikel\*

- O Zahnbürste (z.B. ....)
- Lernzahnbürste (z.B. ....)
- Babys (z.B. ....)
- Kleinkinder (z.B. ....)
- Vorschulkinder (z.B. ....)
- O elektrische Zahnbürste (z.B. ....)
- O Zahnsäule für Kinder (z.B. ....)
- O Kinder Zahnpasta (z.B. ....)
- O fluoridhaltiges Gel (z.B. ....)
- O Chlorhexidin Spüllösung (z.B. ....)
- O Färbte-Kautschukleifen (z.B. ....)
- O Mundhygienepaste (z.B. ....)
- O Seifenspe (z.B. ....)

\*Alle diese Artikel können Sie in Drogerien und/oder Apotheken erwerben.

Mit freundlicher Empfehlung

Ihre

Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie/Peri-implantologie und Präventive Zahnheilkunde  
 Carl-Neuberg-Str. 1, D-30625 Hannover, [www.mh-hannover.de/209.html](http://www.mh-hannover.de/209.html)



Vor dem Putzen Mund zunächst kräftig mit Wasser ausspülen

ggf. Anfärbten (Kautschukleifen, um die Plaque sichtbar zu machen)

**K**auflächen  
 Hier ist ein Hin- und Herbürsten erlaubt, damit auch die tiefen Rillen der Backenzähne sauber werden!

**A**ußenflächen  
 Das Kind "malt" Kreise auf die Außenflächen und

**I**nnenflächen  
 Sie werden "ausgeflegt" (wie mit einem Handteller) von Rot nach Weiß in (kleinen) kreisenden Bewegungen

als letzter Schritt (**Plus**): **Kontrolle und Nachputzen** durch die Eltern\*)

Grundregel: **von rot nach weiß** vom Zahnfleisch in kleinen kreisenden Bewegungen zur Kaufläche wischen!

Wie häufig sollte bei Kindern geputzt werden ?

Ab Durchbruch der ersten Milchzähne: 1x tägl. (abends) mit einer kleinen insengroßen Menge Kinderzahnpasta (Fluoridgehalt: 500 ppm) und **ab dem 2. Geburtstag** 2 x tägl. (morgens und abends) mit einer kleinen erbsengroßen Menge Kinderzahnpasta (Fluoridgehalt: 500 ppm).

\*Um die Wirkung des Fluorids und der Reinigung zu erhöhen, sollte die Eltern (eher **abends**) nach dem Zähneputzen noch einmal in rotierenden Bewegungen das Zahnfleisch und die Zähne (**Kau-/Außen-Innenfläche**) mit einer geringen Menge Zahnpasta nachputzen. Danach mit einem Schluck Wasser ausspülen!

**ab Schuleintritt**: 2 x tägl. mit Erwachsenenzahnpasta (Fluoridgehalt: 1000-1500 ppm) und mit einer Zahnputzsystematik (**KIAZZ Plus**) putzen!

Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie/Peri-implantologie und Präventive Zahnheilkunde  
 Carl-Neuberg-Str. 1, D-30625 Hannover, [www.mh-hannover.de/209.html](http://www.mh-hannover.de/209.html)

Abb. 2: Zahnputzsystematik und -technik für Kinder (KAIPlus)



Abb. 3a: 64-jähriger Patient – 6 Wochen nach einer unterstützenden Parodontistherapie (UPT) – vor Visualisierung der Plaque



Abb. 3b: Zustand nach dem Anfärben der Plaque (Mira-2-Ton, Hager & Werken, Duisburg) (t0: QHI = 3,32 und API = 100%)



Abb. 3c: Zustand nach der Zahnreinigung unter Anwendung von KIAZZ mit einer Handzahnbürste ohne erneutes Anfärben der Plaque



Abb. 3d: Zustand nach der Zahnreinigung unter Anwendung von KIAZZ mit einer Handzahnbürste und erneutes Anfärben der Plaque (t01: QHI = 2,89 und API = 100%)

►► der Patient zunächst einmal kräftig den Mund mit Wasser ausspülen. Damit soll erreicht werden, dass bereits grobe, nicht anhaftende Speisereste aus dem Mundraum entfernt werden. Patienten haben sehr unterschiedliche Speichelqualitäten. Dieser Schritt erleichtert somit speziell Patienten mit sehr mukösem Speichel oder bei Mundtrockenheit die darauffolgende Zahnreinigung.

Als **1. Schritt** wird dann von den Patienten die fluoridierte Zahnpasta (Fluoridgehalt ca. 1450 ppm) auf den Kauflächen verteilt, und diese werden gleichzeitig gereinigt, wobei ein „Schrubben“ (kurze Hin- und Herbewegungen) durchaus erlaubt ist. Die Menge der Zahnpasta sollte „erbsengroß“ (entspricht mindestens 1 g Zahnpasta) sein [16]. Die Reinigung der Kauflächen wird der Innenflächenreinigung vorangestellt, da es einerseits den Patienten leichter fällt, mit den Kauflächen zu beginnen, und andererseits mit der Kauflächenreinigung gleichzeitig die Zahnpasta gleichmäßig im Mundraum verteilt werden soll. Außerdem konnte verhaltenswissenschaftlich gezeigt werden, dass Techniken und Verhaltensweisen, die in der Kindheit erlernt werden, oftmals in das Erwachsenenleben hineingetragen werden [22]. Deshalb ist eine gesundheitsbezogene Verhaltensänderung bei Erwachsenen schwerer zu erreichen [1]. Kindern wird bereits in frühen Jahren die „KAI-Systematik“ beigebracht, bei welcher ebenfalls mit der Kauflächenreinigung begonnen wird. Dadurch fällt es den

erwachsenen Patienten eventuell leichter, die hier empfohlene Systematik später auch umzusetzen.

Als **2. Schritt** erfolgt dann die Reinigung der Zahninnenflächen. Als „Grundregel“ gilt hier: „von Rot nach Weiß“. Der Patient führt die Reinigung im Seitenzahnbereich entweder in rüttelnden Bewegungen (analog der „modifizierten Bass-Technik“) oder in kleinen kreisenden Bewegungen (analog der „Fones-Technik“) durch. Da die „Bass-Technik“ allerdings für die Patienten schwer erlernbar und auch nicht jede Zahnbürste für die Anwendung dieser Technik geeignet ist, empfehlen wir unseren Patienten eher die kleinen kreisenden Bewegungen (wobei auch kurze Hin- und Herbewegungen erlaubt sind) und ein Abwischen in Richtung der Kaufläche. Im Bereich der Frontzähne wird der Bürstenkopf senkrecht gehalten und eine Auswischbewegung durchgeführt. Sowohl andere Studien [17] als auch eigene Beobachtungen [8, 9] haben gezeigt, dass speziell die oralen Bereiche der Unterkiefer-Seitenzähne vernachlässigt werden. Deshalb sollten die Patienten mit der Reinigung der Zahninnenflächen im Unterkiefer am letzten Zahn einer Seite beginnen und sie dann systematisch Zahn für Zahn bis zum letzten Zahn der Gegenseite fortführen. Danach wird mit den Zahninnenflächen des Oberkiefers entsprechend verfahren. Um das bestmögliche Ergebnis zu erreichen, sollte vorher eine individualisierte, beobachtungsbasierte Mundhygieneberatung erfolgen.

63-jähriger Patient	QHI-alle	API% (mAPI)	OK-v	OK-p	UK-v	UK-ling.
t0	3,32	<b>100</b>	4,07	2,21	3,36	3,64
t01	2,89	<b>100</b>	3,07	2,07	3,14	3,28
t02	1,46	<b>86,54</b>	0,17	1,43	1,28	2,43
t1 nach 10 Tagen	1,02	<b>78,85</b>	0,71	1,57	0,50	1,28
t2 nach 3 Monaten	1,39	<b>90,38</b>	1,07	1,57	1,07	1,39
t3 nach 6 Monaten	1,35	<b>80766</b>	0,71	1,42	1,43	1,71
t4 nach 12 Monaten	1,57	<b>90,40</b>	0,71	1,57	1,71	2,28
t5 nach 18 Monaten	1,08	<b>82,69</b>	0,35	0,43	1,64	1,93
t6 nach 24 Monaten	1,14	<b>56,25 (1,54)</b>	0,14	1,28	1,14	2,00
t7 nach 30 Monaten	1,28	<b>60,42 (1,77)</b>	0,07	1,43	1,21	2,42
t8 nach 36 Monaten	1,12	<b>52,08 (1,62)</b>	0,00	0,71	0,93	2,21

Tab. 1: Mundhygiene (MHY)-Status über 3 Jahre: MHY wurde von t0 bis t4 mit einer Handzahnbürste, danach mit einer elektrischen Zahnbürste durchgeführt. Durchschnittlicher QHI und API (mAPI = mod QH-API) zu den Zeitpunkten t0, t01 und t02 sowie die Reduktion der Plaque-Index-Werte zu den Zeitpunkten t1–t8. (Tab. 1: Prof. H. Günay und Dr. K. Meyer-Wübbold)

Dabei beobachtet das zahnmedizinische Fachpersonal den Patienten bei der Zahn- und Mundhygiene, die mit eigenen Mundhygieneartikeln durchgeführt wird. „Problemzonen“ werden hierbei identifiziert und die Patienten entsprechend individuell informiert, motiviert und instruiert (iIMI).

Im **3. Schritt** werden die Zahnaußenflächen gereinigt. Auch hier wird nach der Grundregel „von Rot nach Weiß“ gearbeitet, und der Patient reinigt entweder analog der „modifizierten Bass-Technik“ in rüttelnden oder analog der „Fones-Technik“ in kleinen kreisenden Bewegungen die Zahnflächen. Auch hier empfiehlt man eher die kleinen

kreisenden Bewegungen. Der Patient sollte, wie auch bei den Zahninnenflächen, die Reinigung am letzten Zahn im Unterkiefer beginnend systematisch Zahn für Zahn bis zum letzten Zahn der Gegenseite fortführen und danach mit den Zahnaußenflächen des Oberkiefers entsprechend verfahren.

Nach der Reinigung der Glattflächen erfolgt im **4. Schritt** die Reinigung der Zunge. Je nach Menge des Belags und Beschaffenheit der Zungenoberfläche kann der Patient hierfür entweder einen speziellen Zungenreiniger/-schaber oder aber auch die Zahnbürste selber verwenden. Die Reinigung der Zunge erfolgt mit dem Zungenreiniger/-schaber ►►



Abb. 4a: Zustand nach der Zahnreinigung (KIAZZ) und Schritt „Plus“ mit einer Handbürste ohne erneutes Anfärben der Plaque



Abb. 4b: Zustand nach der Zahnreinigung (KIAZZ) und Schritt „Plus“ mit einer Handzahnbürste und erneutes Anfärben der Plaque (t02: QHI = 1,46 und API = 86,54%)





Abb. 5a: Kontrolle nach 10 Tagen  
(t1: QHI = 1,02 und API = 78,85%)



Abb. 5b: Kontrolle nach 6 Monaten vor der UPT-Sitzung  
(t3: QHI = 1,35 und API = 80,76%)



Abb. 5c: Kontrolle nach 12 Monaten vor der UPT-Sitzung  
(t4: QHI = 1,57 und API = 90,40%)



Abb. 5d: Kontrolle nach 36 Monaten vor der UPT-Sitzung  
(t8: QHI = 1,12 und API = 52,08%)

► in 2–3 ziehenden Bewegungen median entlang des Sulkus und der seitlichen Zungenränder von dorsal nach ventral. Mit der Zahnbürste können die gleichen Bereiche der Zunge auch in kreisenden Bewegungen gereinigt werden. Die Reinigung der Zahnzwischenräume wird nach der Reinigung der Glattflächen und Zungenreinigung zum Schluss im **5. Schritt** durchgeführt. Dem Patienten soll dadurch verdeutlicht werden, dass die Reinigung der Interdentalräume gesondert durchgeführt werden muss. Dies erfordert Zeit und Konzentration sowie spezielle Hilfsmittel. Für die Reinigung der Interdentalräume gibt es verschiedene Hilfsmittel (z. B. Zahnseide, Interdentalbürsten, SoftPicks). Nicht jedes Hilfsmittel ist für alle Interdentalräume geeignet. Innerhalb eines Gebisses variieren die Interdentalräume bezüglich Ausdehnung und Form. D. h., für eine effektive Reinigung der Interdentalräume sollten die Hilfsmittel vorher individuell nicht nur unter Berücksichtigung von Form und Größe des Approximalraums und des parodontalen Zustands ausgewählt werden, sondern auch unter dem Aspekt der Anwendersgeschicklichkeit und Akzeptanz. Die korrekte Anwendung der empfohlenen Hilfsmittel für die Interdentalreinigung sollte von zahnmedizinischem Fachpersonal demonstriert werden. Bei der Verwendung von z. B. Zahnseide sollten beide Approximalflächen mindestens mit 2 Auf- und Abbewegungen gereinigt und die Zahnseide dann als Schleife aus dem Approximalraum entfernt werden. Für jeden Approximalraum sollte ein

neues Stück Zahnseide verwendet werden. Bei der Verwendung von Interdentalbürsten und Soft-Picks sollte jede Approximalfläche mit mindestens zwei horizontalen Bürstbewegungen (gemäß der „X-Technik“) gereinigt und die Bürsten/Soft-Picks daraufhin schräg zur Okklusalfäche hin nach vestibulär aus dem Approximalraum entfernt werden. In einer aktuellen Untersuchung wurde herausgefunden, dass eine Reinigung der Interdentalräume mit Zahnseide vor dem Reinigen der Glattflächen zu einer höheren Plaquerreduktion und Fluoridkonzentration im Interdentalraum führt als deren Reinigung nach dem Putzen der Glattflächen [14]. Dieser Aspekt spielt bei der hier beschriebenen Systematik jedoch eine eher untergeordnete Rolle, da nach der Reinigung der Interdentalräume noch ein weiterer Schritt erfolgt, in welchem fluoridierte Zahnpasta appliziert wird, was zu einem ähnlichen Effekt führen sollte. Im **6. und letzten Schritt** (in der Regel abends) sollte der Patient, um die Wirkung des Fluorids und der Reinigung zu erhöhen, in kreisenden/rotierenden Bewegungen nochmals die gleiche Menge (erbsengroß) an fluoridhaltiger Zahnpasta gleichmäßig systematisch (**KIA**) auf alle Zahnflächen mit der Zahnbürste auftragen (ca. 1 Minute). Durch das nochmalige Applizieren der fluoridhaltigen Zahnpasta soll eine zusätzliche Fluoridzufuhr stattfinden. Zusätzlich werden dabei die Zahnflächen und das Zahnfleisch erneut systematisch gereinigt. Nach diesem Vorgang sollte der Patient durch einen Schluck Wasser das Zahnpasta-Speichel-



Gemisch (Schaum) verdünnen, um dieses Gemisch im gesamten Mundraum für ca. 30 Sekunden zu verteilen, besonders interdental, und danach auszuspucken.

### „KAIPlus-Systematik“ bei Kindern – Was bedeutet hier das „Plus“?

Analog zu der oben beschriebenen Systematik für Erwachsene empfehlen wir die „KAIPlus-Systematik“ bei Kindern (Abb. 2). Zunächst einmal erfolgt auch hier ein Auftragen der fluoridierten Zahnpasta (Fluoridgehalt je nach Alter des Kindes) auf die Kauflächen, wobei ein „Schrubben“ erlaubt ist, um die Zahnpasta im Mundraum zu verteilen und gleichzeitig die Kauflächen zu reinigen. Die Zahnpastamenge variiert hier je nach Alter des Kindes (z.B. reiskorn-, linsen- oder erbsengroß). Danach werden die Zahn-Außenflächen gereinigt, wobei das Kind analog der „Fones-Technik“ „Kreise auf die Außenflächen malt“. Im Anschluss werden die Zahn-Innenflächen mit einer Auswischbewegung gereinigt. „Plus“ bedeutet, dass die Eltern im Anschluss die Zahnreinigung kontrollieren und noch einmal in rotierenden Bewegungen das Zahnfleisch und die Zähne (Kau-/Außen-/Innenfläche) mit einer je nach Alter variierenden Menge fluoridierter Zahnpasta nachreinigen.

Die Ziele der „KIAZZPlus-“ und „KAIPlus-Systematik“ sind sowohl eine effektivere Plaquerreduktion als auch eine verbesserte Fluoridverfügbarkeit an der Zahnoberfläche. Die Effektivität der „KIAZZPlus-Systematik“ konnte bereits in Studien nachgewiesen werden [7, 8]. So wurde bei älteren Patienten mit parodontal sanierten Gebissen durch die „KIAZZPlus-Systematik“ eine Erhöhung der Plaqueentfernung auf den Glatt- und im Bereich der Approximallflächen erreicht [8, 9]. Ferner konnte in einer Langzeituntersuchung gezeigt werden, dass durch diese Systematik, kombiniert mit einer effizienten regelmäßigen parodontal-prophylaktischen Nachsorge, die Neubildung von Wurzeloberflächen- und Kronenrandkaries bei älteren Menschen minimiert und die parodontalen Verhältnisse stabilisiert bzw. verbessert werden [7]. Die Effektivität der „KIAZZ-Plus-Systematik“ wird in den Abbildungen 3 bis 5 und in der Tabelle 1 an Hand eines Patientenfalls gezeigt.

### Fazit

Durch die beschriebenen Systematiken „KIAZZPlus“ und „KAIPlus“ wird eine deutlich verbesserte Plaquekontrolle/-reduktion erreicht. Um jedoch „Problemzonen“ im Bereich der Plaquekontrolle zu erkennen und somit in der Prävention von Karies und parodontalen Erkrankungen Erfolg zu haben, ist bei jedem Patienten zu Beginn eine individualisierte und beobachtungsorientierte Zahn- und Mundhygieneberatung, -information und -instruktion sowie eine regelmäßige Reinstruktion und -motivation zwingend erforderlich. Eine starre Zeitvorgabe ist bei der Durchführung der Zahn- und Mundhygiene nicht zielführend. Die

allgemein empfohlene Zeitangabe von 2 Minuten ist für die Durchführung einer suffizienten Zahn- und Mundhygiene in den meisten Fällen nicht ausreichend. Gerade bei vollbezahnten Patienten, parodontal vorgeschädigten Gebissen, umfangreichen prothetischen Versorgungen oder anderen schwierigen Gebissituationen (z.B. Engstände, festsitzende kieferorthopädische Apparaturen) wird mehr Zeit benötigt. Anstelle einer Zeitvorgabe empfehlen wir unseren Patienten, die Zahn- und Mundhygiene solange durchzuführen, bis alle Zähne, Zahnflächen und die Zunge gereinigt wurden. Lediglich bei Schritt 6 („Plus“) raten wir unseren Patienten, diesen nicht unbedingt länger als eine Minute auszuführen. Unseren Patienten wird eine zweimal tägliche Durchführung der Zahn- und Mundhygiene empfohlen. Da viele Patienten morgens oftmals unter einem gewissen Zeitdruck stehen, sollte die Zahn- und Mundhygiene speziell abends nach der oben beschriebenen Systematik erfolgen. ■

### PROF. DR. HÜSAMETTIN GÜNAY

Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde  
Medizinischen Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover  
E-Mail: Guenay.H@mh-hannover.de



### DR. KAREN MEYER-WÜBBOLD


Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover  
E-Mail: Meyer-Wuebbold.Karen@mh-hannover.de



\_\_\_\_\_ Mit freundlicher Genehmigung „Deutscher Ärzteverlag | DZZ | Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift | 2019; 74 (4)“

Das Literaturverzeichnis können Sie unter [www.kzvn.de/nzb/Literaturlisten](http://www.kzvn.de/nzb/Literaturlisten) herunterladen.





# Hannoverisches Präventionskonzept zur Verbesserung der (eigenverantwortlichen) häuslichen Mundhygiene

Prof. Dr. Hüsamettin Günay, Dr. Karen Meyer-Wübbold, Medizinische Hochschule Hannover

**K**aries und Parodontitis sind Biofilmassoziierte Krankheiten mit multifaktoriellen Ursachen. Bei der Prävention dieser Erkrankungen spielt neben regelmäßigen Zahnarztbesuchen und einer Ernährungslenkung speziell die effiziente Entfernung des oralen Biofilms eine große Rolle. Die Entfernung des Biofilms obliegt dabei nicht nur dem Zahnarzt, sondern sollte in erster Linie regelmäßig über häusliche Mundhygienemaßnahmen durch den Patienten erfolgen [10]. Die eigenverantwortliche häusliche Mundhygiene ist somit ein wichtiger tragender Pfeiler zum Erhalt der Mundgesundheit.

Das Mundgesundheitsbewusstsein der deutschen Bevölkerung hat in den letzten Jahren signifikant zugenommen. In der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) waren je nach Altersgruppe zwischen 70–85% der Befragten der Überzeugung „sehr viel“ oder „viel“ zum Erhalt oder zur Verbesserung ihrer oralen Gesundheit beitragen zu können [23]. Den Patienten scheint somit durchaus bewusst zu sein, dass die Plaque-/Biofilmentfernung im Rahmen der eigenverantwortlichen häuslichen Mundhygiene einen hohen Stellenwert in der Prävention von Karies und Parodontitis einnimmt. Speziell in der Altersgruppe der jungen Senioren (65- bis 74-Jährige) wurde in der DMS V ein deutlich gestiegenes Bewusstsein für die eigene Mundgesundheit beobachtet [23]. Allerdings zeigt die DMS V auch, dass noch immer relativ viele Patienten von Karies (besonders Wurzel- und Kronenrandkaries) und entzündlichen Parodontalerkrankungen betroffen sind. Durch erfolgreiche Präventionskonzepte kombiniert mit Fortschritten im Bereich der restaurativen Zahnheilkunde können heutzutage die natürlichen Zähne wesentlich länger oder bis zum Lebensende erhalten werden [26]. So ist ein deutlicher Trend in Richtung „Zahnerhaltung im Alter“ (auffälliger Rückgang der Zahnverluste) zu erkennen [23]. Je mehr Zähne allerdings erhalten werden, desto mehr Zähne sind aber auch einem Erkrankungsrisiko wie Parodontitis oder Karies ausgesetzt. Die Ursache für eine

erhöhte Anfälligkeit für eine Wurzel- oder Kronenrandkaries bei älteren Menschen ist multifaktoriell (z.B. erhöhter Anteil an freiliegenden Wurzeloberflächen bzw. Kronenrändern, umfangreiche prothetische Versorgungen, ungenügende Belagsentfernung, [medikamentös verursachter] verminderter Speichelfluss, vorausgegangene Parodontitis-Therapien) [1, 7, 20, 29].

Im Bereich der Parodontitis zeigt die DMS V, dass die 75,4% der jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) an einer mittelschweren (jeder zweite; 50,8%) oder schweren Parodontitis (mehr als jeder vierte; 24,6%) und 80,6% der älteren Senioren (75- bis 100-Jährige) an einer mittelschweren (jeder zweite; 50,5%) oder schweren Parodontitis (mehr als jeder dritte; 30,1%) leiden, noch weit verbreitet ist [23]. Da die Erkrankung mit dem Alter jedoch zunimmt, sollte man aufgrund der demografischen Entwicklung zukünftig eher mit einem steigenden Behandlungsbedarf rechnen. Mittlerweile gibt es zahlreiche Hinweise aus epidemiologischen Untersuchungen sowie aus klinischen und experimentellen Studien, dass parodontale Infektionen nicht nur von systemischen Faktoren beeinflusst werden, sondern auch selbst systemische Auswirkungen haben können [24]. Die Mundgesundheit, d.h. die uneingeschränkte Funktionalität und Entzündungs- bzw. Beschwerdefreiheit, ist ein wichtiger Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und einer gesunden Ernährung und somit eng verknüpft mit der Lebensqualität [8, 36]. Dem Leitsatz/Motto „Gesund beginnt im Mund“ kann man nur gerecht werden, wenn ein gut funktionierendes und gepflegtes Kausystem vorhanden ist. Die Wirksamkeit einer guten häuslichen Mundhygiene kombiniert mit regelmäßigen prophylaktischen zahnärztlichen Maßnahmen hinsichtlich der Vorbeugung von Karies und Parodontitis konnte durch Studien belegt werden [2, 6]. Die alleinige Entfernung des Biofilms durch zahnmedizinisches Fachpersonal im Sinne einer professionellen Zahnreinigung (PZR) ist zur Prävention von Karies und Parodontitis nicht ausreichend. Vielmehr sollte die PZR nur als ein individualprophylaktischer Baustein



Abb. 1: Hannoverisches Präventionskonzept für die Verbesserung eigenverantwortlicher häuslicher Zahn- und Mundhygiene

in einem Gesamt-Prophylaxe-konzept angesehen werden [38]. Neben der bedarfsgerechten Plaqueentfernung sollte in einem Prophylaxe-konzept die Vermittlung von praktischen Fertigkeiten für eine optimale häusliche Mundhygiene sowie die Vermittlung gesundheitsfördernder und -erhaltender Verhaltensmuster durch Aufklärung, Instruktion und Motivation einen zentralen Stellenwert einnehmen [30]. Wir haben an der Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und präventive Zahnheilkunde/MHH ein praxistaugliches Konzept ausgearbeitet, welches aus folgenden verschiedenen ineinandergreifenden und überlappenden Bausteinen besteht: „Anamnese/Befund – individuelle Information, Motivation und Instruktion – **AB-iIMI**“, „Zahnputzsystematik und -technik **KIAZZPlus**“, „**Mundhygiene-Selbstkontrolle**“ und „**Kontrolle der Mitarbeit**“ (Abb. 1). Die Effektivität einzelner Bausteine konnte bereits in mehreren Studien bzw. Pilotprojekten untersucht/bestätigt werden [13–18, 25]. Die Kombination/Integration der einzelnen Bausteine zu einem Gesamtkonzept soll zu einer Verbesserung der eigenverantwortlichen häuslichen Mundhygiene und der Selbstkontrolle bei der häuslichen Mundhygiene besonders bei Risikogruppen und somit zu einer nachhaltigen Zahn-, Mund- und Allgemeingesundheit führen. Im Folgenden werden die einzelnen Bestandteile des hannoverischen Präventionskonzepts vorgestellt.

### Bestandteile des Hannoverischen Präventionskonzepts

Die **AB-iIMI** (**A**nmnese, **B**efund, **i**ndividuelle **I**nformation, **M**otivation und **I**nstruktion) ist der Hauptbestandteil des Prophylaxe-konzepts. Dabei sollte jedoch die AB-iIMI nicht nur als reines Mundhygienetraining verstanden werden.

### A

Zu Beginn wird eine allgemeine, spezielle und Präventions-**Anamnese** (inklusive Ernährungsanamnese) erhoben. Hierdurch können einerseits Rückschlüsse auf die Adhärenz (Gesundheitsbewusstsein und -verhalten, den individuellen Stellenwert der Mundhygiene, Veränderungsmotivation) gezogen werden, andererseits gibt dieser Schritt auch Hinweise darauf, ob eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen im Sinne einer zahnärztlichen Gesundheitsförderung-Interdisziplinär (**zGF-i**) notwendig ist (z.B. Zusammenarbeit mit Diabetologen/Allgemeinmedizinern/Hausärzten).

### B

Zur Risikoevaluation, Feststellung eines Behandlungsbedarfes und zur Evaluierung des aktuellen Mundhygienelevels erfolgen daraufhin die Erhebung eines zahnärztlichen ►►





Abb. 2: Demonstration von Problemstellen mithilfe eines Vergrößerungsspiegels bei einer 89-jährigen Patientin im Rahmen der AB-iIMI



Abb. 3: Aufklärung der gleichen Patientin im Rahmen der AB-iIMI

► **Befundes** (Zahn-/Implantat-, Parodontal-/Periimplantär- und Schleimhautbefund) und die Erhebung von quantitativen Plaqueindizes für die Glatt- und Approximalfächen der Zähne. Der Entzündungsgrad der Gingiva wird über den Index „Bluten nach Sondieren“ (BnS) und der parodontale Behandlungsbedarf über den „Periodontal Screening Index“ (PSI) ermittelt.

Zur Objektivierung und zur Verlaufskontrolle des aktuellen Mundhygienestatus des Patienten eignen sich *Blutungs- und Plaqueindizes*. Zur besseren Veranschaulichung werden die Beläge mit Plaquerevelatoren dem Patienten sichtbar gemacht, wobei eine Unterscheidung in „alte“ und „neue“ Plaque sinnvoll ist. Die Ergebnisse eines Plaqueindex, bei dem lediglich eine Ja-/Nein-Entscheidung auf das Vorhandensein von Plaque getroffen wird, kann für eine Patientenmotivation oftmals weniger gut geeignet sein als ein Index, der quantitativ den Plaquebefall beurteilt (z.B. Quigley-Hein-Index – QHI). Kaum ein Patient ist in der Lage, im Rahmen der häuslichen Mundhygiene eine komplette Plaquefreiheit zu erreichen. Das heißt, der Wert eines Plaqueindex mit einfacher Ja-/Nein-Entscheidung auf das Vorhandensein von Plaque ändert sich unter Umständen trotz deutlich verringerter Plaquemenge im Laufe einer Verlaufskontrolle nur marginal. Dies könnte zu einer Demotivation des Patienten führen. Analog zu dem QHI, der die Plaqueausdehnung im Bereich der Glattflächen beurteilt, haben wir deshalb einen Index zur Beurteilung der Plaqueausdehnung im approximalen Bereich (mAPI) vorgeschlagen [15]. Unter optimalen Lichtbedingungen und

unter Zuhilfenahme von Vergrößerungsspiegeln werden dem Patienten im Mund eventuell vorhandene „Problem- bzw. Schwachstellen“ demonstriert (Abb. 2). Hilfreich können hier auch individuelle Gipsmodelle oder intraorale Aufnahmen des Patienten sein. Eine Darstellung des eigenen Falles anhand von beispielsweise Röntgenbildern, Fotodokumentationen (nicht nur aktuelle, sondern auch vorausgegangene, falls vorhanden) in Form einer „Fallpräsentation“ individualisiert ein eventuell vorhandenes Problem und soll so den Patienten bezüglich der eigenen Zahn- und Mundhygiene und der *Eigenverantwortlichkeit* zusätzlich sensibilisieren. Bei Patienten mit herausnehmbarem Zahnersatz sollte ebenfalls eine Demonstration eventuell vorhandener Beläge an der Prothese erfolgen, da auch eine Prothesenhygiene Bestandteil der Zahn- und Mundhygiene ist.

## il

Bezogen auf die Ergebnisse der Anamnese und des Befundes erhält jeder Patient daraufhin eine **individuelle** bedarfsorientierte Aufklärung und **Information** beispielsweise bezüglich Karies (Wurzeloberflächen- und Kronenrandkaries), Gingivitis und Parodontitis/Periimplantitis sowie eine Beratung über Möglichkeiten zur Risikominimierung, der Prävention, Therapie und Erhaltungstherapie (Recall). Die ergänzende (zahn-)gesunde Ernährungsberatung sollte auch Hinweise auf entzündungsfördernde und -hemmende Lebensmittel sowie die Kaufunktion und

die Notwendigkeit eines intensiven Kauens beinhalten (Abb. 3). Bei der Feststellung einer parodontalen Behandlungsbedürftigkeit ist es unabdingbar, dem Patienten den Sinn und Zweck einer „Partnerbehandlung“ nahezubringen. In diesem Schritt sollte dem Patienten natürlich auch die Bedeutung des aktiven Mitmachens und der „Eigenverantwortlichkeit“ seiner Zahn- und Mundgesundheit verdeutlicht werden. Weiterhin sollte auch über die Wirkung einer regelmäßigen und effektiven häuslichen Zahn- und Mundhygiene auf die Mundgesundheit aufgeklärt werden, wobei dem Patienten die Wichtigkeit eines systematischen Vorgehens (z. B. die *KIAZZPlus-Systematik/-Technik*) erläutert werden sollte.

## M

Eine wichtige Voraussetzung für die anschließende **Motivation** ist zunächst einmal die Feststellung der Motivierbarkeit und Mitarbeitsbereitschaft des Patienten, wobei je nach Patient verschiedene Modelle (z. B. präventives Interventionsmodell, transtheoretisches Modell) zu Hilfe genommen werden können. Je nach Einstufung der Patienten erfolgt dann die *individuelle Motivation*, welche die Grundsätze einer motivierenden Gesprächsführung („Motivational Interviewing“, MI) zur aktiven Mitarbeit beinhalten sollte. Um diesen Bereich für den Patienten streng individuell zu gestalten, sollte die Motivation mithilfe der Darstellung des eigenen Falles in Form von Gipsmodellen des Patienten, Röntgenbildern, Fotos und der dokumentierten Befunde der Plaque- und Entzündungsindizes durchgeführt werden. Wurde bei der Befundaufnahme ein Behandlungsbedarf festgestellt, ist es unabdingbar, dass der Patient zunächst vor einer folgenden Instruktion bezüglich Mundhygienemaßnahmen eine Sanierung im Sinne eines „Gesamt-Mund-Therapie-Konzepts“ erhält, um iatrogene Reizfaktoren zu minimieren und eine Hygienefähigkeit herzustellen. Bei der AB-ilMI der Patienten sollte ein „Nullacht-fünfzehn-Vorgehen“ (standardisiertes, gewöhnliches, langweiliges, routinemäßiges Reden) dringend vermieden werden! Der Patient muss das Gefühl haben, individuell betreut zu werden! Es wird empfohlen, bei der präventiven Betreuung nicht auf Wiederholungen bekannter Slogans (z. B. „2x täglich nach dem Essen das Zähneputzen nicht vergessen!“) zurückzugreifen, da nur eine individualisierte Gesundheitsberatung ein gesundheitsgerechtes Verhalten prägt [19]. Um ein einheitliches fachliches Denken mit der gleichen Sprache zu sichern, müssen der Zahnarzt und das Praxis-Fachpersonal gemeinsam im Team über das Praxis-Phylaxekonzept sprechen und dieses auch regelmäßig durch neue Erkenntnisse aktualisieren (sehr wichtig: gemeinsame kontinuierliche praxisinterne und -externe Qualifikation). Auch der Einsatz der Methode der Motivierenden

Gesprächsführung (MI) stellt im zahnmedizinischen Bereich eine evidenzbasierte Gesprächsmethode dar, das Patientenverhalten positiv zu beeinflussen [37]. Nach dem „präventiven Interventionsmodell“ nach Weinstein et al. (1989) ist die Risikowahrnehmung des Patienten selbst („das Erkennen, ein Problem zu haben“) und die Mitarbeitsbereitschaft (Bereitschaft, an dem Problem zu arbeiten) die Grundvoraussetzung einer erfolgreichen Prophylaxe [35]. Die Gründe für ein Versagen im Bereich der Motivation und Instruktion hat meistens 3 verschiedene Ursachen: mangelndes Wissen, mangelnde Fähigkeiten oder mangelnde Motivation. Eine gründliche Verhaltensanalyse vor Beginn der Motivation und Instruktion sollte deshalb eruieren, ob die Probleme mehr auf der Kenntnis-, der Handlungs- oder der Motivationsebene liegen. Dementsprechend kann in der Folge in mehreren kleinen Schritten entweder Wissen vermittelt werden (bei Problemen auf der Kenntnisebene), Fertigkeiten trainiert (bei Problemen auf der Handlungsebene) oder am motivationalen Problem gearbeitet werden [11]. Der Patient muss sich seiner Eigenverantwortlichkeit bewusst sein. Um erfolgreich motivieren zu können, sollte vorab die Mitarbeitsbereitschaft eines Patienten evaluiert werden. Hier kann auch im zahnmedizinischen Bereich eine Einstufung in das „transtheoretische Modell“, welches ursprünglich aus der Gesundheitspsychologie stammt, hilfreich sein [9].

Im Rahmen der **Instruktion** soll der Patient zunächst seine häusliche Mundhygiene mit seinen *eigenen mitgebrachten Mundhygieneartikeln* demonstrieren. Vorher sollte die Plaque mit einem Plaquerelator dem Patienten sichtbar gemacht werden. Eine Instruktion muss beobachtungsorientiert erfolgen (Abb. 4a und b), da sie sowohl von den individuellen Fähigkeiten als auch von der intraoralen Situation des Patienten abhängt. Es ist sinnvoll, diesen Schritt gemeinsam mit dem Patienten an speziellen Mundhygieneplätzen mit einer „badezimmerähnlichen Ausstattung“ (Spiegel, Waschbecken, Vergrößerungsspiegel mit Lichtquelle, Sitzgelegenheit) durchzuführen. Der Patient wird zunächst gebeten, mit seinen eigenen mitgebrachten Mundhygieneartikeln seine tägliche Zahn- und Mundpflege zu demonstrieren. Es sollte zunächst evaluiert werden, ob die von dem Patienten bereits verwendeten Hilfsmittel eine suffiziente Mundhygiene erlauben oder ob eventuell bereits kleine Veränderungen in der Anwendung der Hilfsmittel zu einer Verbesserung der Situation führen könnten. Je nach individuellen Fähigkeiten und der Motivation des Patienten können danach auch Empfehlungen für verschiedene andere Mundhygienehilfsmittel erfolgen, und diese werden dann vor Ort gemeinsam mit dem Patienten eingeübt. Gerade Mundhygieneempfehlungen für ältere ►►

► Patienten sollten so einfach wie möglich formuliert und auf die individuellen Fähigkeiten und die Motivation des Patienten abgestimmt werden, wobei besonders eventuelle altersbedingte Funktionseinschränkungen wie das Nachlassen motorischer, sensorischer oder mentaler Fähigkeiten beachtet werden sollten [36]. Um die motorische, sensorische und auch mentale Fähigkeit eines Patienten objektiv darzustellen, können unterschiedliche „Kurztestverfahren“ zum Einsatz kommen (z.B. Geldzähltest und Nackengriff links/ rechts, ggf. auch Fausttest/FingerTip-Test) [31]. Anhand der Ergebnisse der verschiedenen Tests kann dann entschieden werden, welche Mundhygienehilfsmittel (Hand- und eZahnbürste [oszillierend/rotierend oder Schall]) in der eigenverantwortlichen häuslichen Mundhygiene zum Einsatz kommen können. Oftmals können auch „Modifikationen“ der Mundhygienehilfsmittel sinnvoll sein. Wenn ein Patient beispielsweise nicht mehr in der Lage ist, eine Handzahnbürste vernünftig zu greifen oder zu führen, hilft diesem Patienten eventuell eine individuell angefertigte „Greifhilfe“ für den Griff der Zahnbürste. Oftmals ist jedoch auch die Umstellung auf eine elektrische Zahnbürste, bei der der Griff kompakter und leichter zu greifen ist und zusätzlich keine Bewegungen aus dem Handgelenk notwendig sind, sinnvoll. Bei nachlassender Sehkraft empfehlen wir eine Lesebrille während der Mundhygiene aufzusetzen und einen Vergrößerungsspiegel mit einer integrierten Lichtquelle zu verwenden. Eine Sitzgelegenheit gibt dem Patienten die Möglichkeit, sich ausreichend Zeit für die Mundhygiene nehmen zu können. Es sollte bei Patienten mit herausnehmbarem Zahnersatz nicht vergessen werden, einige Hinweise auf die Bedeutung der regelmäßigen und effektiven Prothesenhygiene für die Mundgesundheit zu geben. Die Beläge (Biofilm) an herausnehmbarem Zahnersatz stellen ein Reservoir für Mikroorganismen dar. Deshalb sind eine sorgfältige Prothesenreinigung und ggf. Desinfektion genauso wichtig wie die der natürlichen Zähne und Implantate. Dabei sollten die Hilfsmittel für eine Reinigung des Zahnersatzes ebenfalls demonstriert und das Vorgehen erklärt/erläutert werden.

Viele Zahnärzte empfehlen zur mechanischen Plaqueentfernung mit der Zahnbürste die „modifizierte Bass-Technik“ [5]. Diese Technik ist jedoch schwer erlernbar. In der Literatur gibt es keine Hinweise dafür, dass diese Technik beispielsweise der „horizontalen Schrubbertechnik“ in der Plaqueentfernung überlegen ist [12, 27, 34]. Man ist sich einig, dass sowohl bei dem Gebrauch von Hand- als auch elektrischen Zahnbürsten das Einhalten einer Systematik wichtiger sein dürfte als das Einhalten einer bestimmten Technik [12]. Durch die regelmäßige Anwendung einer bestimmten Systematik soll verhindert werden, dass Zähne bzw. Zahnflächen bei der häuslichen Mundhygiene unberücksichtigt bleiben [28]. Daher empfehlen, erklären

und demonstrieren wir im Rahmen der Instruktion dem Patienten die Systematik und Technik „**KIAZZPlus**“ [16]. Bei dieser Systematik reinigt der Patient zunächst mit einer Zahnbürste die **K**auflächen, gefolgt von den Zahn-**I**nnenflächen und den Zahn-**A**ußenflächen. Daraufhin werden die **Z**unge und im Anschluss die Zahn-**Z**wischenräume mit entsprechenden Hilfsmitteln gereinigt. Im Anschluss an diesen Putzvorgang werden durch den Patienten mit der Zahnbürste in kreisenden/rotierenden Bewegungen nochmals mit einer gleichen erbsengroßen Menge an fluoridhaltiger Zahnpasta alle Zahnflächen und das Zahnfleisch systematisch gereinigt und dabei die Zahnpasta gleichmäßig aufgetragen („**Plus**“). Um den Patienten den Vorteil der Systematik und des Schritts „**Plus**“ zu verdeutlichen, ist es sinnvoll, die Plaque vor und nach dem Schritt „**Plus**“ noch einmal sichtbar zu machen. Insgesamt wird dem Patienten also die Plaque dreimal sichtbar gemacht: vor der Instruktion, nach der Durchführung der Systematik und Technik „**KIAZZ**“ und nach dem Schritt „**Plus**“. So kann der Patient selbst sehen und überzeugt werden, dass durch den Schritt „**Plus**“ noch einmal eine Verringerung der Plaque erreicht werden kann. Bei dieser Systematik handelt es sich nicht um ein „doppeltes“ Putzen im wörtlichen Sinne, da nicht der gesamte Putzvorgang auf die gleiche Art und Weise wiederholt wird [16]. Durch das nochmalige Auftragen der fluoridhaltigen Zahnpasta werden zwar einerseits die Zahnflächen und das Zahnfleisch erneut systematisch gereinigt, andererseits findet jedoch auch eine zusätzliche Fluoridzufuhr statt. Fluoride scheinen auf sauberen, plaquefreien Zahnhartsubstanzen eine höhere Wirksamkeit zu haben [22]. Die Ziele von „**KIAZZPlus**“ sind somit sowohl eine effektivere Plaque-Reduktion (Entfernung der supragingivalen [sichtbaren] und erreichbaren subgingivalen [nicht sichtbaren] Plaque von der Zahnoberfläche) als auch eine verbesserte Fluoridverfügbarkeit an der Zahnoberfläche. Zusätzlich wird auch das Parodont durch mechanische Reize (Plus-Funktion) stimuliert, wodurch eine Durchblutung der Epithelien und des subepithelialen Bindegewebes gefördert und der Zahnhalteapparat befestigt und bekräftigt werden soll. Die Effektivität von **KIAZZPlus** konnte bereits in mehreren Studien nachgewiesen werden [13, 15, 17, 25]. So konnte bei älteren Patienten mit parodontal sanierten Gebissen durch die Anwendung von **KIAZZPlus** nicht nur eine Erhöhung der Plaqueentfernung auf den Glatt- und im Bereich der Approximallflächen erreicht werden [13, 15, 17, 25], sondern es konnte in einer Langzeituntersuchung zudem gezeigt werden, dass hierdurch kombiniert mit einer effizienten regelmäßigen parodontalprophylaktischen Nachsorge die Neubildung von Wurzeloberflächen- und Kronenrandkaries bei älteren Menschen minimiert und die parodontalen Verhältnisse stabilisiert bzw. verbessert werden konnten [15]. Um jedoch „Problemzonen“ im Bereich der Plaquekontrolle zu erkennen und somit in der Prävention





Abb. 4a: Beobachtung einer 71-jährigen Patientin durch einen venezianischen Spiegel an einem speziellen Mundhygieneplatz bei der Durchführung der Mundhygiene im Rahmen der AB-iIMI



Abb. 4b: Beobachtungsorientierte Mundhygieneinstruktion mittels Modell bei gleicher Patientin an einem speziellen Mundhygieneplatz im Rahmen der AB-iIMI

von Karies und parodontalen Erkrankungen Erfolg zu haben, sind bei jedem Patienten vorab eine individualisierte und beobachtungsorientierte Zahn- und Mundhygieneberatung, -information und -instruktion (AB-iIMI) sowie eine regelmäßige Reinstruktion und -motivation zwingend erforderlich. Im Anschluss an das Mundhygienetraining erfolgt eine PZR.

## SK

Um ein optimales Ergebnis bei der eigenverantwortlichen häuslichen Mundhygiene zu erzielen, sollte ein Patient die Möglichkeit haben, sowohl den Putzvorgang selbst als auch das Putzergebnis eigenständig beurteilen/kontrollieren zu können.

### Selbstkontrolle des Putzvorgangs (täglich):

Vielen Patienten scheint es schwer zu fallen, regelmäßig eine bestimmte Systematik bei der täglichen Zahn- und Mundhygiene umzusetzen. Für den Patienten gibt es verschiedene Möglichkeiten, eine Selbstkontrolle des Putzvorgangs bzw. der Systematik durchzuführen. Im digitalen Zeitalter bieten eventuell Computerprogramme Apps die Möglichkeit, die Patienten bei der Durchführung der täglichen Zahn- und Mundpflege zu unterstützen [21]. Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass Computerprogramme/Apps nicht für jedermann geeignet sind. Gerade viele ältere Personen nutzen neuere technische Geräte weniger als jüngere. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zum einen haben viele Ältere weniger Berührungspunkte mit neueren

Technologien, da sie mit diesen nicht aufgewachsen sind und oftmals fehlt das Verständnis, wie moderne Technologie funktioniert [31, 32]. Zum anderen können aber auch körperliche Herausforderungen, welche im Alter auftreten wie beispielsweise Seh- oder Hörbeeinträchtigungen, Einschränkungen in der Feinmotorik und kognitive Einschränkungen eine Hürde darstellen [31, 32]. So gaben in einer Befragungsstudie 41% von über 1000 Personen über 65 Jahren an, dass die Bedienung moderner technischer Geräte ihnen schwerfalle [31, 32]. Damit auch diese Patienten eine Möglichkeit der Selbstkontrolle bei der häuslichen Mundhygiene haben, hat unsere Arbeitsgruppe „zahnärztliche Gesundheitsförderung“ zunächst ein „Mundhygieneprotokoll“ entwickelt, bei welchem der Patient täglich die von ihm durchgeführte Systematik dokumentieren kann. Wir haben die Verwendung der Protokolle in einer Studie evaluiert, und es konnte gezeigt werden, dass solche Protokolle für eine kurze Zeit zur Selbstkontrolle des Putzvorgangs gut geeignet sind und sich dadurch die Mundhygiene verbessern ließ [15]. Allerdings sind solche einfachen Protokolle oftmals für den Patienten auf lange Sicht nicht sonderlich attraktiv. Deshalb haben wir zusätzlich ein Abakus („KIAZZPlus-Abakus“) entwickelt. Mit diesen Hilfsmitteln hat es der Patient sehr leicht und auf eine spielerische Art und Weise die Möglichkeit, die Zahnputzsystematik und -technik „KIAZZPlus“ täglich zu dokumentieren, was die Motivation, dieses Tool zur Dokumentation und Selbstkontrolle auch zu benutzen, steigert. Auch besteht bei diesen Hilfsmitteln gleichzeitig die Mög- ▶▶



Abb. 5a: 72-jähriger Patient, Zustand vor Beginn der AB-iMI



Abb. 5b: Der gleiche Patient, Zustand vor Beginn der AB-iMI, Plaque mit einem Plaquarevelator sichtbar gemacht (t0) (QHI 2,4; mAPI: 4,0)



Abb. 5c: Der gleiche Patient, Zustand 3 Wochen nach der AB-iMI, Plaque mit einem Plaquarevelator sichtbar gemacht (t2) (QHI: 1,1; mAPI: 1,8)



Abb. 5d: Der gleiche Patient, Zustand 6 Monate nach der AB-iMI, Plaque mit einem Plaquarevelator sichtbar gemacht (t3a) (QHI: 2,2; mAPI: 3,5)



Abb. 5e: Der gleiche Patient, Zustand 3 Wochen nach Abb. 5d, Plaque mit einem Plaquarevelator sichtbar gemacht (t3b) (QHI: 0,6; mAPI: 1,6)

► lichkeit, die kognitiven und motorischen Fähigkeiten zu testen. Leider kann jedoch keine Auswertung über einen längeren Zeitraum erfolgen, woraufhin wir eine App/ein Computerprogramm entwickelt haben. Die Benutzung der KIAZZPlus-App und des KIAZZPlus- Abakus wurden in einer Pilotstudie getestet. Es konnte gezeigt werden, dass sich die Zahn- und Mundhygiene durch eine Selbstkontrolle des Putzvorgangs durch eine App oder einen Abakus bei Senioren deutlich verbessern ließ [18].

#### Selbstkontrolle des Putzergebnisses (1x wöchentlich):

Vielen Patienten fällt es schwer, objektiv ihr eigenes Putzergebnis zu beurteilen. Eine reine visuelle Kontrolle selbst mit Vergrößerungshilfen und optimalen Lichtbedingungen oder ein „Zungen-Fühl-Test“ zur Feststellung noch eventueller plaquebehafteter Stellen ist nicht ausreichend und kann insbesondere versteckte „Problem- bzw. Schwachstellen“ (z.B. Zahnzwischenräume, die Zahninnenflächen und die Bereiche des Zahnfleischsaums) nicht aufdecken. Wir empfehlen den Patienten, zur Selbstkontrolle des Putzergebnisses deshalb mindestens einmal wöchentlich während ihrer häuslichen Zahn- und Mundhygiene Plaquarevelatoren (z.B. Färbe-[Kau-]Tabletten, Plaquarefärlösungen) zur Visualisierung der Plaque zu verwenden. Auch hier sind Plaquarevelatoren mit einer Unterscheidung in „neue“ und „alte“ Plaque sinnvoll. Die Patienten sollten

sowohl vor Beginn als auch nach Beendigung der häuslichen Mundhygiene die Plaque sichtbar machen. Das erste Anfärben dient dabei als Leitfaden für die Durchführung der Mundhygiene, wobei sich die Patienten direkt auf die „Problem- bzw. Schwachstellen“ konzentrieren können. Das zweite Anfärben dient dann der Kontrolle des Putzergebnisses. Ein zweites Anfärben nach der Zahnreinigung ist unbedingt empfehlenswert, da in Untersuchungen

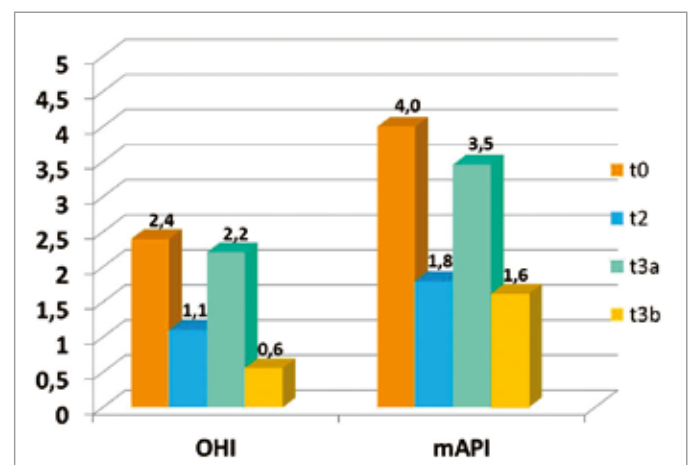


Abb. 5f: Plaqueindexwerte der Glatt- und Approximalflächen des 72-jährigen Patienten zu den unterschiedlichen Zeitpunkten

festgestellt werden konnte, dass der Plaquerevelator zum Teil durch den Putzvorgang und die Inhaltsstoffe der Zahnpasta (z.B. Tenside) aus noch vorhandenen Belägen herausgewaschen oder entfärbt wird und diese für den Patienten dann nicht mehr sichtbar sind [13]. Eine Visualisierung der Plaque hilft Patienten bei der Einschätzung und bei der Optimierung ihrer eigenen Mundhygiene [3, 4]. Vor der Empfehlung einer Selbstkontrolle des Reinigungsergebnisses muss dem Patienten jedoch von zahnärztlicher Seite aus demonstriert und erläutert werden, wie die „Färbemittel“ verwendet werden und welche räumlichen Voraussetzungen bzw. zusätzlichen Hilfsmittel (z.B. Mundspiegel, Teleskop-Vergrößerungsspiegel mit Lichtquelle) hierfür notwendig sind. Die Patienten haben durch die Visualisierung der Plaque im Rahmen der Selbstkontrolle der Putz-(Reinigungs-)ergebnisse die Möglichkeit, eigene Problem- bzw. Schwachstellen zu erkennen und so ihre Putzsystematik/-technik kontinuierlich zu verbessern! Die meisten Patienten schätzen ihre eigene Mundhygiene ohne Visualisierung der Plaque als wesentlich besser ein als nach Visualisierung der Plaque [18]. Die Selbsteinschätzung der Patienten nach der Demonstration der angefärbten Plaque korrelierte aber gut mit den objektiven Befunden der Plaqueindizes.

Der Patient sollte deshalb eindringlich auf die Notwendigkeit einer Selbstkontrolle der häuslichen Mundhygiene aufgeklärt werden. Vorab sollten die hierfür notwendigen häuslichen Voraussetzungen (Optimierung des Platzes zur häuslichen Mundhygiene durch einen Vergrößerungs- bzw. Teleskopspiegels mit Lichtquelle, eventuell Sitzgelegenheit) besprochen werden.

## K

Alle guten Vorsätze lassen mit der Zeit nach. So sind die Erfolge in Bezug auf die Mitarbeit des Patienten eher kurzfristig [4]. Die Abbildungen 5a-f zeigen einen Patientenfall. Der Patient wurde 3 Wochen nach der „AB-iIMI“ erneut untersucht, und es wurde anhand der Plaqueindexwerte der Glatt- und Approximalfächen eine deutliche Verbesserung der häuslichen Zahn- und Mundhygiene beobachtet. Der gleiche Patient wurde daraufhin nach 6 Monaten erneut untersucht. Es konnte dann jedoch festgestellt werden, dass die Plaqueindexwerte der Glatt- und Approximalfächen eher wieder den Ausgangswerten entsprachen. Um in der Prävention von Karies und parodontalen Erkrankungen langfristig Erfolg zu haben, ist neben der AB-iIMI (inklusive Umsetzung der Systematik/Technik KIAZZPlus) und der Selbstkontrolle bei der häuslichen Mundhygiene somit eine regelmäßige Kontrolle der Mitarbeit im Rahmen einer *Reinstruktion und -motivation* zwingend erforderlich. Es ist sinnvoll, den Patienten 10 bis 14 Tage nach der erstmalig erfolgten AB-iIMI zu einer (Erfolgs-)Kontrolle einzubestellen,

um eventuelle Fragen zu klären, die Umsetzung der gegebenen Empfehlungen zur häuslichen Zahn- und Mundhygiene zu kontrollieren ggf. noch einmal zu *re-instruieren* und zu *remotivieren*. Während der Recall-Sitzungen werden dem Patienten nochmals eventuelle Schwachstellen und Problemzonen der häuslichen Mundhygiene demonstriert. Um den Patienten nicht zu demotivieren, sollte dabei jedoch behutsam vorgegangen werden.

Auch zu diesem Termin wird der Patient gebeten, die eigenen Mundhygieneartikel mitzubringen, und anhand von Plaque- und Entzündungsindizes kann eine objektive Beurteilung erfolgen. Bei diesem Termin sollten dann bedarfsgerecht (risikoorientiert) die nächsten Recall-Termine festgelegt werden. Je nach Bedarf werden Intervalle in ¼-, ⅓- oder ½-jährlichen Abständen gewählt. Der Ablauf der Recall-Termine ist ebenfalls individuell und bedarfsorientiert und beinhaltet die gesamten Bausteine des Konzepts.

## Fazit

Die Verbesserung der häuslichen Mundhygiene bei Risikogruppen stellt sowohl für das Praxis-Team als auch für den Patienten selbst eine individuelle Herausforderung dar. Das vorgestellte Konzept kann dabei helfen, einen Beitrag für eine nachhaltige Zahn-, Mund- und Allgemeingesundheit bei diesen Gruppen zu leisten. ■

### PROF. DR. HÜSAMETTIN GÜNAY

Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde  
Medizinischen Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover  
E-Mail: Guenay.H@mh-hannover.de



### DR. KAREN MEYER-WÜBBOLD

Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover  
E-Mail: Meyer-Wuebbold.Karen@mh-hannover.de



— Nachdruck mit freundlicher Genehmigung „Deutscher Ärzteverlag | DZZ | Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift | 2020; 75 (4)“

Das Literaturverzeichnis können Sie unter [www.kzvn.de/nzb/Literaturlisten](http://www.kzvn.de/nzb/Literaturlisten) herunterladen.





Fotos: Treblin/ZKN, Tezclaff/ZKN

# Der KIGARU – Vorreiterrolle in der Jugendzahnpflege

**I**m kommenden Sommer ist es so weit: Der KIGARU\* ersetzt die Zahngesunde Schultüte in Niedersachsen. Die Jugendzahnpflege in Niedersachsen ist mit dieser neuen Aktion bundesweit Vorreiter und passt ihre Aktion für eine bessere Mundgesundheit bei Kindern an die aktuellen Herausforderungen an.

Dieser Artikel gibt Ihnen Einblick in den Entstehungsprozess des KIGARU und somit auch, welche Abläufe und Entscheidungsprozesse in einer Ausschussarbeit der Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) zu Ergebnissen führen.

Seit über 27 Jahren begleitet die „Zahngesunde Schultüte“ Einschulungen in Niedersachsen. Sie wurde von den in den Bezirks- und Kreisstellen gewählten Jugendzahnpflegereferenten und referentinnen, meist eingebunden in Mal- und/

oder Verlosungsaktionen, an die Schulkinder verteilt. Dafür konnte ein von der ZKN zur Verfügung gestelltes finanzielles Budget genutzt werden.

Ziel der Aktion war es, Schulkindern mit der Zahngesunden Schultüte eine Motivation für Mundgesundheit vom Beginn der Schulzeit an mit auf den Weg zu geben.

## Warum überhaupt KIGARU?

Die gesamte Aktion „Zahngesunde Schultüte“ wurde aus den Beiträgen der Mitglieder der ZKN finanziert. Zielsetzung für den ZKN-Ausschuss für Jugendzahnpflege nach dessen Neukonstituierung nach den Kammerwahlen in 2020 war es, diese Beiträge so effektiv wie möglich im Hinblick auf die Förderung der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen zu nutzen. Alle bisherigen Aktionen und Maßnahmen wurden auf den Prüfstand gestellt.

Dabei fiel unter anderem auf, dass die Zahngesunde Schultüte seit einigen Jahren offenbar an Beliebtheit massiv

---

\* KIGARU: KInderGArtenRUcksack



eingebüßt hatte. Von ehemals bis zu 2209 verteilten Schultüten im Jahr 2009 sank die Zahl auf nur noch 787 Schultüten im Jahre 2019. Eine Abnahme von 64%.

Daraus ergab sich die Frage: Wird die Schultüte den heutigen Anforderungen noch gerecht?

Dieser Frage gingen die Referentin des ZKN-Vorstandes Silke Lange sowie der Vorsitzende des ZKN-Ausschusses für Jugendzahnpflege Dr. Tobias Tetzlaff im Winter 2020/21 nach. Sie recherchierten intensiv, ob die Schultüte mit den sechs- bis siebenjährigen Kindern als Zielgruppe überhaupt noch den Ansprüchen gerecht wird, die Mundgesundheit von Kindern zu verbessern.

Rückschlüsse auf die Herausforderungen bei der Kariesbekämpfung bei Kindern lassen sich u.a. aus der aktuellen DAJ-Studie (DAJ – Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege), dem BARMER Zahnreport, aber auch aus dem Jahrbuch der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) seriös schließen.

So wird mit der DAJ-Studie aus 2018 gezeigt, dass die Karies im Milchgebiss bei den eingeschulerten Kindern kaum abgesenkt werden konnte und seit 2009 auf dem Niveau von im Durchschnitt zwei betroffenen Milchzähnen verharrt. Im Vergleich zu den 12-Jährigen haben sie somit eine nach wie vor höhere Karieslast.

In den Kitas waren sogar 13,7% der 3-Jährigen bereits von Karies betroffen.

Es wird deutlich: Ein Teil der Karies entsteht schon unmittelbar nach Durchbruch der Milchzähne. Dabei fällt auf, dass eine sehr kleine Gruppe von Kindern unter starkem Kariesbefall ( $dmft=3,57$ ) leidet, der aufgrund der schlechten Mitarbeit in diesem Alter nur mit hohem (finanziellen) Aufwand zu behandeln ist. Dies zeigt sich im schlechten Sanierungsgrad dieser Läsionen von gerade einmal 26%. Diese beschriebene Polarisation der Karies wird durch den Zahnreport 2020 der BARMER bestätigt. Hier heißt es: „Etwa 10 Prozent der Inanspruchnehmer konzentrieren 70 bis 90 Prozent der zahnärztlichen Therapieleistungen auf sich, das heißt, wenige Kinder und Jugendliche tragen

fast die gesamte Karieslast. (...) Kinder aus Familien mit geringerem Einkommen haben demnach einen höheren Versorgungsbedarf und eine höhere Karieslast.“

Diese Polarisation der Karies im Kindergartenalter mit den entsprechenden Folgen für die Kinder und unser Gesundheitssystem muss aufgehalten werden!

Maßnahmen dazu müssen schon frühzeitig ansetzen, idealerweise schon bei oder unmittelbar nach dem Durchbruch der Milchzähne.



Foto: © stock.adobe.com - Victoria M

Dies hat auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) durch aktive Einwirkung von Akteuren der Jugendzahnpflege erkannt und stellt den niedergelassenen Zahnärztinnen und -ärzten seit Juli 2019 frühprophylaktische Leistungen wie die FU1, FU2, FLA und die FUPR zur Verfügung. Die Umsetzung dieser Maßnahmen lässt sich aus dem Jahrbuch der KZBV ablesen:

Statt 20% der Kinder im Jahre 2000 nahmen im Jahre 2020 bereits 39% der Kinder eine Früherkennungsuntersuchung (FU) in Anspruch. Bei den 2,5-jährigen Kindern lag die Inanspruchnahmequote bei 33%.

Hier ist trotz der Zunahme der Untersuchungen allerdings zu befürchten, dass die Kinder mit hohem Kariesrisiko die FU-Leistungen in den zahnärztlichen Praxen gar nicht in Anspruch nehmen, da deren Eltern die Notwendigkeit einer solchen Untersuchung nicht erkennen. Kinder aus sozialschwachen Familien fallen durch das Raster, da es, anders als bei der pädiatrischen, keine Pflicht zur zahnärztlichen Frühuntersuchung gibt.

**Genau hier muss eine gruppenprophylaktische Leistung ansetzen – hier ist die Jugendzahnpflege gefragt!**

Wo die Aufklärung der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen wegen ausbleibender Besuche durch die Kinder nicht greifen kann, setzen die gruppenprophylaktischen Maßnahmen der Jugendzahnpflege an. ►►

## ► Entstehungsgeschichte des KIGARUs

Vor diesem Hintergrund galt es, Möglichkeiten zur Neuausrichtung der gruppenprophylaktischen Maßnahme für die Jugendzahnpflegerreferentinnen/-referenten der ZKN zu finden.

Zielvorgabe war: möglichst junge Kinder – unabhängig vom sozialen Status, der Motivation ihrer Eltern und einem Besuch in einer Zahnarztpraxis – anzusprechen.

Eine Ähnlichkeit in der Änderung des Tagesablaufs und Familienlebens gibt es zwischen dem Zeitpunkt der Einschulung von 6-Jährigen und dem Eintritt in den Kindergarten oder vergleichbaren Betreuungsangeboten für die 3-Jährigen. Losgelöst von Mama und Papa starten sie, meist im August, erstmals selbstständig in den Vormittag. Sie lernen neue Bezugspersonen, Kinder, Tagesabläufe und Gruppendynamiken kennen.

Als Vater von zwei Kindern im Kindergartenalter entwickelte Dr. Tetzlaff die Idee, hier den Kindern etwas mitzugeben.

Als Pate der Idee diente etwas, das die Kinder ab dem ersten Tag in der neuen Einrichtung begleitet und von den Eltern mit ähnlicher Sorgfalt wie ein Schulranzen ausgewählt wird: der eigene Rucksack.

Diesen persönlichen Rucksack kann und will der Jugendzahnpflegeausschuss nicht ersetzen, aber es sollte ihm ein würdiger Begleiter für Wechselklamotten, Sportsachen oder Matsch/Schneehosen zur Seite gestellt werden. Alltag in niedersächsischen Kindertagesstätten sind für diesen Zweck häufig Einkaufstaschen aus Plastik. Bedarf zur Verbesserung – auch im Hinblick auf Nachhaltigkeit – ist also gegeben.



Auf Suche nach einer geplanten Alternative wurde unter anderem Kontakt zur jungen Firma OGATA aufgenommen, die bundesweit mit ihrem „JohnJohn“, einer Mischung aus Einkaufstasche und Rucksack, von sich Reden gemacht hatte. Allerdings bisher nur im Format für Erwachsene und deren Rücken.

Einen „JohnJohn“ für Kinder gab es so noch nicht, sodass die drei Jahre alte Tochter von Dr. Tetzlaff als maßgebendes Modell herangezogen wurde. Bestätigt durch ihren Kinderarzt liegt sie bei Größe und Gewicht passenderweise auf der 50er Perzentile ihres Jahrganges und hat somit repräsentative Mittelwerte aufzuweisen.

Die gewonnenen Messwerte wie Rückenlänge, Breite und das erforderliche Rucksackvolumen flossen direkt in die Entwicklung des **KIGARU** ein: Ein Einzelstück speziell für die Bedürfnisse der Jugendzahnpflege wurde geboren zu Kosten unterhalb einer Großserie durch ehrenamtlichen Einsatz bei der Entwicklung und das junge Unternehmen OGATA im Hintergrund.

Im nächsten Schritt wurde auf der Sitzung des Jugendzahnpflegeausschusses im Februar 2021 zusammen mit den Ausschussmitgliedern Dr. Julia Schmilewski und Dr. Markus Braun, sowie Dipl. Biol. Jeanette Kluba, M. Sc. (Geschäftsführerin LAG) und Rena Umlandt (ZKN-Verwaltung) das Material und die Gestaltung des **KIGARU** aufeinander abgestimmt: Die Wahl fiel aus Gründen der Nachhaltigkeit auf organische Baumwolle und den mehrfarbigen Druck von Willie (dem Logo-Tier der Jugendzahnpflege in Niedersachsen).

Der Kleinserie zum Opfer fielen unterschiedliche Farbgebungen, auch ist eine geschlechterspezifische Trennung, etwa in rosa und blaue **KIGARUs**, nicht mehr zeitgemäß und vielfältige Farbvarianten hätten die Herstellungskosten extrem ansteigen lassen.

In der weiteren Abstimmung fand noch eine Schlaufe zum Aufhängen sowie ein auch schon durch dreijährige Trägerinnen und Träger gut bedienbarer Druckknopf den Weg an den fertigen **KIGARU**. Somit wird verhindert, dass möglicherweise der Inhalt auf dem Weg zum Kindergarten oder beim Verstauen verloren werden kann.

Aus dem Projektnamen „Kindergartenrucksack“ wurde abschließend der leicht aussprechbare Eigenname abgeleitet: **KIGARU** – einprägsam auch schon für die jüngsten Kids.

Ein passender Rucksack allein trägt allerdings noch nicht zur besseren Mundgesundheit bei. Daher wurde nun durch alle Ausschussmitglieder der Inhalt sorgfältig ausgewählt und aufeinander abgestimmt, was unkompliziert und kostenreduziert in zwei Videokonferenzen im April und Juni 2021 geschah.

Der gesamte Zeitaufwand der Projektentwicklung von vielen Arbeits- und Besprechungsstunden, gerne auch am



Wochenende außerhalb der Praxiszeiten, geschah dabei ehrenamtlich und mit Fokus auf die finanziellen Ressourcen der von Mitgliedsbeiträgen finanzierten ZKN.

Über Silke Lange als den Ausschuss immer aktiv mit konstruktiver Kritik sowie Rat und Tat bei der Neuausrichtung begleitendes Vorstandsmitglied war auch stets der ZKN-Vorstand involviert und ebnete über seine das Projekt flankierenden Beschlüsse dem **KIGARU** seinen Projektstart.

Ein weiteres Ziel des Ausschusses war es, die Schwelle zum Verteilen der **KIGARUs** vor Ort in den Kreisstellen so niedrig wie möglich für die regional aktiven Referentinnen und Referenten zu gestalten: Statt – wie noch bei der Zahngesunden Schultüte nötigem – eigenem Zusammenstellen und Einkaufen des Inhaltes im Rahmen eines vorgegebenen Budgets wird der Inhalt nun zentral durch die ZKN eingekauft, was zudem nicht unerhebliche Kostenspareffekte mit sich bringt. Zudem werden die **KIGARUs** bereits in der ZKN befüllt und können als fertiges Gesamtpaket von den jeweiligen Jugendzahnpflegerreferentinnen/-referenten per E-Mail (rumlandt@zkn.de) bestellt werden.

Bei der Inhaltszusammenstellung kam es zu einer regen Beteiligung von allen damit Involvierten und es konnte ein sowohl für die Kinder als auch die Eltern interessantes Gesamtpaket geschnürt werden:



#### Inhalt des KIGARU – Startpaket für eine zahngesunde Kindheit ab Kita-Alter

- ▶ Zahnputzbeutel – inkl. Kinderzahnbürste und -pasta
- ▶ Zahnseidesticks – für die engen Milchmolarenkontakte
- ▶ Mundspiegel – zum Entdecken der Zähne
- ▶ Flyer „Eltern putzen Kinderzähne“ – damit den Eltern auch nicht langweilig wird
- ▶ Heftchen „Zahnindianer“ – das Pixi-Buch für Zahnbegeisterte
- ▶ Xylitlutscher – als zahngesunde Alternative
- ▶ Willie-Paket – inkl. Ausmalbild, Luftballon und Aufkleber



Julia Treblin (li.) und Rena Umlandt (re.) aus der ZKN-Verwaltung organisieren zusammen mit Dr. Tobias Tetzlaff die KIGARU-Aktion.

Spannend wurde es dann nach Bestellung des **KIGARUs** im späten Sommer 2021 durch das Pandemiegeschehen. Die Herstellung und der Versand der **KIGARUs** verzögerten sich enorm und auf das ursprüngliche Lieferdatum Ende November 2021 folgten viele Wochen bangen Wartens bis Anfang Februar 2022. Nun endlich konnten Rena Umlandt, Julia Treblin (beide aus der ZKN-Verwaltung) und Dr. Tetzlaff die **KIGARUs** aus den angelieferten Kartons holen und das Ergebnis all der kreativen Bemühungen der vergangenen 1,5 Jahre in den Händen halten. Etappenziel erreicht – nun geht es an die Verteilung.

#### Verteilung des KIGARUs

Um die Verteilung zu vereinfachen, hat der Ausschuss für Jugendzahnpflege beschlossen, dass vorgefertigte Texte für Social Media und lokale Zeitungen sowie adäquate Bilder durch den Ausschuss zur Verfügung gestellt werden. So ist die Schwelle für die Zielgruppe, an der Aktion teilzunehmen, denkbar niedrig.

#### Der Ablauf der Verteilung ist dann analog zur Zahngesunden Schultüte:

Die Referentinnen und Referenten rufen auf den genannten Kanälen die dreijährigen Kinder im Bereich ihrer jeweiligen Kreisstelle zum Mitmachen bei einem Malwettbewerb zu einem vorgegebenen Zahnthema auf. Gesendet werden die Werke der jungen Künstlerinnen und Künstler via E-Mail oder postalisch bis zum 15.06.2022 an die Pressestelle der ZKN, die das Sichten und Auswerten übernimmt, Rückmeldung gibt und im Juli die angeforderten **KIGARUs** an die Referentinnen/Referenten der Kreisstellen versendet. Pünktlich zum 01.08.2022, also zum Kindergartenstart, können die **KIGARUs** dann verteilt werden. ▶▶



► Die Jugendzahnpflegereferentinnen und -referenten haben bei einer Teilnahme durch den geänderten Organisations- und Logistikablauf deutlich weniger eigenen Aufwand als in der Vergangenheit, als die Schultüten sowie deren Inhalt selbst organisiert und auch Texte und Bilder für die Bewerbung der Aktion selbst erstellt werden mussten. Sie müssen zukünftig nur noch eine Kita oder einen Kindergarten auswählen und bei der ZKN die gewünschte Anzahl an **KIGARU**s für ihre Kreis-/Bezirksstelle ordern und erhalten ein zielgerichtetes Gesamtpaket. Alle Referentinnen/Referenten erhalten rechtzeitig vor dem ersten Projektstart von der ZKN eine detaillierte Auflistung über den Ablauf des gesamten Projektablaufs und auch bei der demnächst stattfindenden turnusmäßigen Schulung der Referentinnen/Referenten wird ebenfalls der Projektablauf en détail besprochen.

Auch dabei: Eine Anleitung für die Eltern und Kinder, wie sich der **KIGARU** individuell verschönern lässt. So können die Kinder relativ einfach durch Stoffstifte eigene Motive oder ihren Namen auf den **KIGARU** malen, Biegelbilder ihrer Lieblingshelden aufbringen oder den gesamten **KIGARU** durch Farbe innerhalb eines Waschganges mit ihrer Lieblingsfarbe umfärben. So wird schnell ein individuelles Lieblingsstück aus dem **KIGARU**.

### Zusammenfassung

Nach zwei Jahren ehrenamtlicher Entwicklungsarbeit und Abstimmungen im Ausschuss für Jugendzahnpflege konnten Ausschuss und Vorstand der ZKN ein neues indirekt wirksames Hilfsmittel gegen frühkindliche Karies entwickeln und auf den Weg bringen. Dieses zielt direkt auf die Kariesentstehung nach dem Durchbruch der Milchmolaren und hört auf den einprägsamen Namen: **KIGARU**. Altersgerecht und gefüllt mit sinnvollem Inhalt zum Erreichen einer Mundgesundheit ab dem dritten Lebensjahr. Der **KIGARU** ist unabhängig vom Zahnarztbesuch und holt durch die Bewerbung via Instagram, Facebook und kostenfreien lokalen Zeitungen auch die Kinder aus sozialschwachen Familien mit ins Boot.

Durch das neu geschaffene Gesamtpaket, das die ZKN schnürt, ist der Aufwand für die Jugendzahnpflegereferen-

tinnen und -referenten bewusst niedrig gehalten worden. Die Kosten konnten ebenfalls gering gehalten werden: Ein komplett gefüllter **KIGARU** liegt bei Kosten von rund neun Euro.

Der **KIGARU** ergänzt das in den letzten Jahren immer besser gewordene Angebot für Kinderzahnheilkunde in den zahnärztlichen Praxen und nimmt die Jüngsten unserer Patientinnen und Patienten gleich nach Erreichen des vollständigen Milchgebisses mit. Für eine bessere Mundgesundheit – von Anfang an! ■

— Dr. Tobias Tetzlaff, Hannover

Vorsitzender des ZKN-Ausschusses für Jugendzahnpflege





# Neuer Rechtsrahmen für Tierarzneimittel ab 28.01.2022

**D**ie neue EU-Tierarzneimittelverordnung ist zusammen mit dem neuen Tierarzneimittelgesetz ab dem 28. Januar 2022 anzuwenden. Der neue Rechtsrahmen wird nicht nur für die pharmazeutische Industrie und die zuständigen Behörden, sondern auch für Tierärzte und Tierhaltende Veränderungen mit sich bringen – wie das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) in Berlin mitteilt.

Die neuen Vorschriften sollen die Sicherheit und die Verfügbarkeit von Tierarzneimitteln weiter erhöhen sowie dazu beitragen, das Risiko antimikrobieller Resistenzen zu verringern. Auch der Verwaltungsaufwand für Unternehmen und Regulierungsbehörden soll verringert werden. BVL-Präsident Friedel Cramer erklärte dazu: „Durch die neue EU-Tierarzneimittelverordnung wird die Anwendung von Antibiotika weiter beschränkt. Außerdem führt sie zu einer Neuordnung des gesamten Tierarzneimittelrechts in der EU und in Deutschland zur Trennung der Regelungen für Human- und Tierarzneimitteln in zwei spezifischen Fachgesetzen.“

Die Verfügbarkeit sicherer und wirksamer Tierarzneimittel ist unverzichtbar – zum Schutz der Tiere selbst, aber auch zum Schutz des Menschen vor der Übertragung von Krankheiten durch Tiere oder Lebensmittel tierischen Ursprungs. Dafür enthält die EU-Verordnung wichtige Änderungen:

- ▶ Der Einsatz von Antibiotika bei Tieren wird weiter eingeschränkt, um die Entstehung und Verbreitung von Antibiotikaresistenzen zu begrenzen. So wird z.B. die prophylaktische Anwendung von Antibiotika bei Tiergruppen verboten und bei Tieren die Anwendung von solchen Antibiotika untersagt, die der Humanmedizin vorbehalten sind. Zusätzlich wird eine nationale Erfassung der Antibiotikaverbrauchsmengen bei den unterschiedlichen Tierarten vorgeschrieben.
- ▶ Die Überwachung der Arzneimittelsicherheit nach der Zulassung (sog. Pharmakovigilanz) wird künftig schwerpunktmäßig auf der statistischen Auswertung von Meldungen unerwünschter Arzneimittelwirkungen beruhen. Diese Meldungen durch Tierärzte und



Foto: Aleksandar Malivak/shutterstock.com

Die neue EU-Tierarzneimittelverordnung ist ab dem 28. Januar 2022 anzuwenden.

Tierhaltende gewinnt daher an Bedeutung. Wer unerwünschte Arzneimittelwirkungen nach deren Anwendung an Tieren feststellt, sollte dies dem BVL melden (<https://www.vet-uaw.de>).

- ▶ Die Einrichtung öffentlich zugänglicher Datenbanken z.B. der Produktdatenbank zur Erfassung aller zugelassenen Tierarzneimittel und der Pharmakovigilanzdatenbank zur Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen.

## Hintergrund

Das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) ist die zuständige deutsche nationale Behörde für die Zulassung und Registrierung von Tierarzneimitteln in Deutschland, für Angelegenheiten der Pharmakovigilanz und setzt Maßnahmenprogramme zur Begrenzung von Antibiotikaresistenzen um. Das BVL ist und war intensiv in den Umsetzungsprozess der neuen EU-Tierarzneimittelverordnung eingebunden. Die Mitarbeitenden der für die Tierarzneimittel zuständigen Abteilung 3 des BVL arbeiten in zahlreichen nationalen und europäischen Gremien u.a. an der Weiterentwicklung der neuen Tierarzneimittelgesetzgebung, einschließlich der dazugehörigen delegierten Rechtsakte und Durchführungsrechtsakte. Auf nationaler Ebene unterstützt das BVL das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) sowie das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und auf europäischer Ebene die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) sowie das Netzwerk der Heads of Medicines Agencies (HMA). ■  
\_\_\_\_\_ Pressemitteilung BVL



# „Sind schlechte Zähne wirklich vererbt?“

## EIN WISSENSCHAFTLICH BASIERTER DISKURS ZU DIESEM MYTHOS IN DER ZAHNMEDIZIN

Zahnärztin Annina Vielhauer, Prof. Dr. Christian H. Splieth, OA Dr. Julian Schmoeckel  
Abt. Präventive Zahnmedizin & Kinderzahnheilkunde, ZZMK Universitätsmedizin Greifswald

### Einleitung

„Bei mir in der Familie haben alle schlechte Zähne, da kann ich machen, was ich will.“

Diesen oder einen ähnlichen Satz hört man in der Zahnarztpraxis immer wieder. Viele Patienten schieben die Verantwortung für ihre „schlechten“ Zähne mit diesem Mythos weit von sich weg, in ein Gebiet, das man ja doch nicht beeinflussen kann. Insbesondere in der Kinderzahnarztpraxis hört man häufig auch Eltern sagen: „Ich habe selbst schlechte Zähne und leider habe ich meinem Kind diese schlechten Zähne vererbt!“

Klar ist es bequemer, die Schuld anderswo als bei sich selbst zu suchen, doch wie viel ist wirklich dran an diesem Mythos?

Dazu betrachten wir zuallererst die Begrifflichkeit „schlechte Zähne“ etwas dezidiierter: Was genau ist gemeint mit den sogenannten „schlechten Zähnen“?

Im folgenden Beitrag sollen die Erkrankungen, die diesbezüglich die größte Rolle spielen, erläutert werden. Dazu gehören Karies und Parodontitis, die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation, aber auch seltenerer Erkrankungen wie die Amelogenesis imperfecta und die Dentinogenesis imperfecta.

### 1. Karies

In der Kinderzahnarztpraxis und auch bei jungen Erwachsenen handelt es sich in den allermeisten Fällen, wenn von „schlechten Zähnen“ die Rede ist, um das Problem Karies. Auch heute haben leider noch fast 50% der 6-7-Jährigen in Deutschland Karies im Milchgebiss.<sup>1, 2</sup> Im bleibenden Gebiss der 12-Jährigen sieht das allerdings viel besser aus, hier sind heutzutage fast 81% auf Defektniveau kariesfrei, im Durchschnitt weist jedes Kind etwa 0,5 Zähne mit Karieserfahrung auf.<sup>1, 3</sup> Seit 1994/95 ergibt sich bei 12-Jährigen in Deutschland somit ein Kariesrückgang von ca. 80% innerhalb von nur 20 Jahren! Wie sollte solch ein enormer Rückgang innerhalb einer Generation ohne umfangreiche Genmutationen oder -veränderungen möglich gewesen sein, wäre Karies tatsächlich rein genetisch bedingt?

Seit längerem ist schon bekannt, dass es einzelne vererbte Faktoren gibt, die für die Kariesanfälligkeit eine Rolle spielen. So hätten v.a. Gene, die mit der Schmelzbildung, den Eigenschaften des Speichels, der Immunregulierung und Essensvorlieben zu tun hätten, Einfluss auf das Kariesrisiko.<sup>4</sup>

Inwieweit die genetische Komponente ausschlaggebend sein könnte, wurde in zahlreichen Zwillingsstudien untersucht. Jedoch konnten diese keinen signifikanten

Fotos: Dr. J. Schmoeckel



Abb. 1a/b: Oberkieferansicht von zwei 3-jährigen eineiigen Zwillingsschwesterpaaren, die gemeinsam aufwachsen. Die Zwillingsschwester mit einigen kariösen Zähnen (ECC) trinke laut Angabe der Eltern regelmäßig Saftschorlen (a), die andere Zwillingsschwester mit den gesunden Milchzähnen nicht (b). Zudem berichten die Eltern, dass sich das Zähneputzen auch bei der einen Zwillingsschwester schwieriger gestalte (a) als bei der anderen Zwillingsschwester (b).

Unterschied zwischen dem Kariesbefall von eineiigen im Vergleich zu zweieiigen Zwillingspaaren feststellen.<sup>5, 6</sup> So wurde geschlussfolgert, dass es wohl primär die Umweltfaktoren sind, die, verglichen mit genetischen Faktoren, einen Einfluss auf das Kariesrisiko und die Kariesentstehung haben müssen, wie dieser interessante Zwillingfall zeigt (Abb. 1a/b).

### Wie kann das sein?

Karies ist ein multifaktorieller Prozess, d.h. es müssen mehrere ungünstige Komponenten zusammen kommen, ehe es zur Entstehung von kariösen Defekten kommt. Die vier Hauptkomponenten in der Kariesätiologie sind der Wirt (Zähne), das Substrat (Zucker), die Mikroflora (Bakterien) und die Zeit. Erst wenn lange genug Substrat im Mund vorhanden ist, aus dem Bakterien ungestört Säure produzieren können, kommt es zur Demineralisation am Zahn. Wird jedoch der kariogene Belag (Biofilm) regelmäßig komplett entfernt und zusätzlich noch mit Hilfe von Fluorid die Remineralisation unterstützt, ist Karies allein durch richtiges Verhalten vermeidbar.

Wieso also korreliert dies trotzdem oft: Kariesbefall bei Eltern und Kindern? Wo doch die Studienlage zeigt, dass Umweltfaktoren die genetisch bedingten Faktoren überwiegen?

Die Ursache liegt ganz einfach darin, dass wir von unseren Eltern nicht nur Gene erben, sondern auch oftmals (unbewusst) deren Verhaltensweisen imitieren und erlernen. Das betrifft in Bezug auf Karies nicht nur naheliegende Dinge wie unser Zahnputzverhalten (Wann putze ich?, Wie oft putze ich?, Wie lange putze ich?).<sup>7</sup> Auch Ernährungsgewohnheiten und unser Gesundheitsbewusstsein übernehmen wir zuerst einmal von unserer Familie.<sup>8, 9</sup> Das bedeutet, in unserer Kindheit übernehmen wir großteils den Lebensstil der Eltern.<sup>10</sup>

Doch über welchen „Mechanismus“ und wie genau werden „schlechte Zähne“ nun von den Eltern an die Kinder weitergegeben („vererbt“)?

Wissenschaftlich ist es klar belegt, dass Karies bei Kindern, die in bildungsfernen bzw. einkommensschwachen Familien aufwachsen, weiter verbreitet ist. So sind im Jahr 2018 für Kinder von Eltern mit einem geringen Einkommen deutlich mehr Kosten für zahnärztliche Therapien entstanden als für Kinder von Eltern mit einem höheren Einkommen.<sup>2</sup> Außerdem nimmt der Bildungsstatus der Eltern Einfluss auf den Karieszuwachs bei Kindern – ein höherer Bildungsstatus ist assoziiert mit einem niedrigeren Karieszuwachs.<sup>11</sup> Auch bei Erwachsenen in Deutschland ist diese Korrelation deutlich und zeigt sich z.B. in stark unterschiedlichen Zahlen der völligen Zahnlosigkeit je nach Sozialstatus.<sup>3</sup> Soziale Nachteile und die jeweiligen Ressourcen eines Haushaltes

beeinflussen den Gesundheits-Lifestyle von Kleinkindern – ein hoher sozioökonomischer Status ist assoziiert mit einem gesünderen Lebensstil.<sup>10</sup> Außerdem wirken sich Gesundheitsrisiken wie z.B. ungesunde Ernährung oder der Genuss von Nikotin im Lebensstil von Eltern auch auf den Lifestyle von Jugendlichen aus.<sup>12</sup>

Eine weitere wichtige Komponente stellt die Weitergabe der mütterlichen oralen Bakterienflora auf den Säugling dar. Die orale Bakterienflora eines Neugeborenen ist nicht kariogen. *Streptokokkus mutans*, Leitkeim der Karies, wird in der Regel von der Mutter auf das Kind übertragen, z.B. über abgeleckte Beruhigungssauger oder Verwendung desselben Löffels.<sup>13</sup> Die Besiedelung mit Mutansstreptokokken kann sogar schon beim zahnlosen Säugling beobachtet werden.<sup>14</sup> Eine frühe Besiedelung ist einer der Hauptrisikofaktoren für Frühkindliche Karies und sollte daher so lange wie möglich hinausgezögert werden.<sup>15</sup>

Wie oben beschrieben, kann Karies erst durch die Zufuhr von Substraten – Zuckern – entstehen. Wie oft und in welchem Maße wir diese zu uns nehmen, wird ebenfalls stark familiär beeinflusst. Erste Geschmackspräferenzen bilden sich bereits im Mutterleib, da das Ungeborene über die Amnionflüssigkeit und postnatal über die Muttermilch Geschmacksstoffe aus der mütterlichen Ernährung aufnimmt.<sup>16</sup> Später entscheiden Eltern zum einen aktiv, was in der Familie auf den Tisch kommt und gegessen wird, zum anderen dienen sie als Modell für die Nahrungsauswahl und Essgewohnheiten.<sup>8</sup>

In folgender Tabelle soll ein kurzer Literaturüberblick über die verschiedenen Aspekte der „Vererbung“ bzw. Weitergabe von „schlechten Zähnen“ gegeben werden (Tab. 1).

Zusammenfassend für Karies, als die am häufigsten anzutreffende orale Erkrankung im Kindesalter, scheinen die schlechten Zähne zwar oftmals als „vererbt“, jedoch spielen hier die Weitergabe des Lifestyles, des sozioökonomischen Umfelds, des Gesundheitsbewusstseins, des Putzverhaltens, der Ernährung, etc. die zentrale Rolle im Kariesgeschehen und nicht die Gene.

## 2. Parodontitis

Mit zunehmendem Alter der Patienten verlagert sich das Problem der „schlechten Zähne“ mehr und mehr in den Bereich der Parodontologie. Laut der fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie leiden bereits in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) 52% der Deutschen an einer moderaten oder schweren Parodontitis.<sup>3</sup> Bei den 65- bis 74-jährigen sind es bereits 65%. Jedoch sind auch bei dieser Erkrankung starke Verbesserungen zu verzeichnen. So hat sich in beiden Altersgruppen der Anteil von Patienten mit schwerer Parodontitis von ►►

Aspekt der „Vererbung“/ Weitergabe „schlechter Zähne“	Weiterführende Erklärung	Evidenz
<b>Sozioökonomischer Status</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Geringes Einkommen assoziiert mit höheren Zahnbehandlungskosten bei Kindern (Deutschland)</li> <li>▶ Early Childhood Caries tritt häufiger bei Kindern auf, die in Armut oder unter schlechten wirtschaftlichen Bedingungen leben</li> </ul>	<p>Barmer Zahnreport 2020<sup>2</sup></p> <p>Colak H et al. 2013 (Early childhood caries update: A review of causes, diagnoses, and treatments.)<sup>34</sup></p>
<b>Bildung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Kinder in Gymnasien weisen niedrigere Karieswerte auf als in anderen Schulformen (Deutschland)</li> <li>▶ Hoher Bildungsstand des Vaters (Hochschulabschluss) assoziiert mit niedrigerem Karieszuwachs (Deutschland)</li> <li>▶ Kinder von Eltern, die Analphabeten sind, weisen ein höheres Kariesrisiko auf (Australien, Indien)</li> </ul>	<p>Team DAJ 2017 (Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016)<sup>1</sup></p> <p>Schmoeckel et al. 2015 (Long-term caries development in schoolchildren and the role of educational status.)<sup>11</sup></p> <p>Kumar et al. 2016 (Dental Caries and its Socio-Behavioral Predictors – An Exploratory Cross-Sectional Study.)<sup>35</sup></p>
<b>Ernährungsgewohnheiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Eltern formen Ernährungsgewohnheiten durch Anbieten bestimmter Nahrung und als Modell</li> <li>▶ Snack-Limitierung durch die Eltern assoziiert mit geringerer Prävalenz von unbehandelter Karies (Brasilien)</li> <li>▶ nächtliches Füttern mit Nuckelflasche (und unregelmäßiges Putzen) assoziiert mit höherem Karieszuwachs (Japan)</li> <li>▶ Stillen länger als 12 Monate sowie Gebrauch der Nuckelflasche im Bett assoziiert mit schwerer Early Childhood Caries (Deutschland)</li> </ul>	<p>Birch et al. 2007 (Influences on the Development of Children’s Eating Behaviours: From Infancy to Adolescence.)<sup>8</sup></p> <p>Bonotto et al. 2017 (Association of parental attitudes at mealtime and snack limits with the prevalence of untreated dental caries among preschool children.)<sup>36</sup></p> <p>Nishide et al. 2018 (Homecare protective and risk factors for early childhood caries in Japan.)<sup>37</sup></p> <p>Bissar et al. 2014 (Factors contributing to severe early childhood caries in south-west Germany.)<sup>38</sup></p>
<b>Lifestyle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ potenziell gesundheitsschädigende Gewohnheiten von Eltern wirken sich auch auf den Lebensstil von Jugendlichen aus</li> </ul>	<p>Wickrama et al. 1999 (The intergenerational transmission of health-risk behaviors: adolescent lifestyles and gender moderating effects.)<sup>12</sup></p>
<b>(Mund)gesundheitskompetenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Mundgesundheitsverhalten der Eltern hat sowohl direkten Einfluss auf die gingivale Gesundheit und Karies des Kindes als auch indirekt durch die Beeinflussung des Mundgesundheitsverhalten des Kindes (Japan)</li> <li>▶ Mundhygieneverhalten der Eltern hat einen größeren Einfluss auf das Mundhygieneverhalten von Kindern als die Einstellung oder das Wissen der Eltern zur Mundgesundheit (Finnland)</li> <li>▶ Mundgesundheitsverhalten der Eltern beeinflusst die orale Gesundheit ihrer Kinder; Gewohnheiten werden von den Eltern und speziell von der Mutter angenommen (Review)</li> </ul>	<p>Okada et al. 2002 (Influence of parents’ oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique.)<sup>39</sup></p> <p>Poutanen et al. 2006 (Parental influence on children’s oral health-related behavior.)<sup>40</sup></p> <p>Castilho et al. 2013 (Influence of family environment on children’s oral health: a systematic review.)<sup>7</sup></p>
<b>Bakterielle Flora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Übertragung von Mutansstreptokokken erfolgt meist über die Mutter</li> <li>▶ frühe Infektion mit Mutansstreptokokken wichtiger Risikofaktor für ECC</li> <li>▶ hohe Konzentrationen von Mutansstreptokokken im Speichel von Müttern ist ein Risiko für eine frühe Infektion des Kindes</li> </ul>	<p>Alaluusua S. 1991 (Transmission of mutans streptococci.)<sup>13</sup></p> <p>Berkowitz RJ. 2003 (Causes, treatment and prevention of early childhood caries: a microbiologic perspective.)<sup>15</sup></p> <p>Berkowitz RJ et al. 1982 (Maternal salivary levels of Streptococcus mutans and primary oral infection of infants.)<sup>41</sup></p>
<b>Zahnarztangst</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Zahnarztangst von Kindern korreliert mit vorhandener Zahnarztangst der Eltern und wird v.a. durch den Vater vermittelt</li> </ul>	<p>Lara et al. 2012 (Emotional contagion of dental fear to children: the fathers’ mediating role in parental transfer of fear.)<sup>42</sup></p>

Tab. 1: Kurzer Literaturüberblick über die verschiedenen Aspekte der „Vererbung“ bzw. Weitergabe von „schlechten Zähnen“ in Bezug auf Karies



- 2005 bis 2014 jeweils halbiert. Auch hier führen die Autoren der DMS V den Rückgang auf die Präventionsmaßnahmen beim Zahnarzt und Interdentalraumreinigung zurück.

Eine chronische Parodontitis entsteht auf der Grundlage einer Gingivitis. Die primäre Ursache für beide Erkrankungen stellt der subgingivale Biofilm dar.<sup>17</sup> Durch die Entwicklung einer Dysbiose kommt es zu einer nicht adäquaten, überschießenden Immunantwort des Wirtes und damit zum entzündlichen Abbau des Zahnhalteapparates, der Parodontitis.<sup>18</sup>

Ist der supra- und subgingivale Biofilm auch der primäre ursächliche Faktor der Parodontitis, so gibt es in der Ätiologie der chronischen Parodontitis nichtsdestotrotz tatsächlich eine nicht zu leugnende genetische Komponente.

Bereits in den 80er-Jahren stellte man innerhalb einer homogenen Gruppe von männlichen Teeplantagenarbeitern in Sri Lanka, die weder konventionelle Mundhygiene betrieb noch Zugang zu zahnärztlicher Versorgung hatte, fest, dass bei allen Arbeitern ein über die Dauer der Studie kontinuierlicher Attachmentverlust vorlag. Dieser war jedoch trotz gleicher Ethnizität, Umwelt, Bildung und Ernährung stark unterschiedlich ausgeprägt und bei einem geringen Anteil sogar beinahe nicht vorhanden.<sup>19</sup> Weitere Hinweise zur genetischen Komponente der Parodontitis lieferten Zwillingsstudien und in jüngerer Zeit auch die Erforschung von Polymorphismen in bestimmten mit Parodontitis assoziierten Gen-Loci sowie genomweite Assoziationsstudien.<sup>20, 21, 22</sup>

In einem Review von 2019 wurde geschätzt, dass die unterschiedlichen Ausprägungen von Parodontitis zu ca. einem Drittel genetischen Faktoren zuzuschreiben seien, v.a. bei den schwereren Ausprägungen bei jüngeren Patienten.<sup>23</sup>

Dabei geht es z.B. um Gene, die Immunrezeptoren kodieren oder auch Moleküle, die die Intensität einer Immunantwort regulieren.<sup>24</sup>

Eine genetische Prädisposition für Parodontitis zu haben, heißt, dass man anfälliger ist, eine Parodontitis zu entwickeln, nicht aber, dass man zwingend eine Parodontitis ausbilden muss. Die tatsächliche Entstehung der Parodontitis beruht weiterhin zum Großteil auf dem Lebensstil und Umweltfaktoren.<sup>33</sup> Jedoch ist der Umwelteinfluss als desto kleiner anzunehmen, je früher die Erkrankung auftritt.

Auch systemische Erkrankungen können Attachment- und Knochenverlust verursachen. Dazu gehören erworbene Erkrankungen wie eine HIV-Infektion, aber auch genetisch bedingte wie Diabetes mellitus, Down-Syndrom oder ein systemischer Lupus erythematosus. Zudem gibt es sehr



Abb. 2: Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation bei einem 7-jährigen Kind an beiden oberen ersten Molaren. An Zahn 26 liegt kein Substanzdefekt vor, jedoch eine Hypersensibilität (MIH-TNI Code 3), während der hypersensible Zahn 16 zusätzlich einen Substanzdefekt distopalatinal aufweist (MIH-TNI Code 4a).

seltene mit Parodontitis vergesellschaftete Syndrome wie z.B. das Chediak-Higashi-Syndrom oder das Papillon-Léfavre-Syndrom.<sup>25</sup>

Allerdings scheint auch die Parodontitis nicht nur über Gene weitergegeben werden zu können: Wie bei der Karies auch können Leitkeime der Parodontitis wie *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* und *Porphyromonas gingivalis* vertikal auf die eigenen Kinder oder auch horizontal auf Ehegatt\*innen übertragen werden und so das Risiko einer Parodontitis erhöhen.<sup>26</sup>

Zusammenfassend lässt sich zur Parodontitis sagen: Es gibt genetische Risikofaktoren, die zu einer erhöhten Anfälligkeit für die Ausbildung einer Parodontitis führen können. Diese scheinen im Fall einer früh ausbrechenden aggressiven Parodontitis sogar die Umweltfaktoren zu übertreffen. Je später die Krankheit ausbricht, desto größer wird jedoch der Einfluss von anderen, umweltbedingten Faktoren. Dazu gehören z.B. schlechte Mundhygiene, Rauchen, ein schlecht eingestellter Diabetes und andere mehr. Und nicht zuletzt sollte man bedenken, dass jeder Parodontitis eine Gingivitis vorausgeht, die sich zumeist durch eine gute Mundhygiene vermeiden lässt.

### 3. Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation

Neben der Karies gewinnt die Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH, Abb. 2) immer mehr an Bedeutung für die Kinderzahnheilkunde. Die MIH ist ein scheinbar immer häufiger vorkommendes Phänomen und tritt in Deutschland bei 12-Jährigen mit einer Prävalenz (mindestens ein MIH-Zahn vorhanden) von 28,7% auf, wobei klinisch relevantere Formen der MIH bzw. deren Therapiefolgen (nur) bei 5,4% der Untersuchten festgestellt wurden.<sup>3</sup> Andere Studien der ►►

► vergangenen Jahre ergaben, dass etwa 10% der 6-9-jährigen betroffen waren<sup>27</sup> bzw. dass ca. 24% mindestens einen MIH-Zahn aufwiesen.<sup>28</sup> Die Versorgung dieser Zähne könnte damit demnächst sogar wichtiger werden als die Kariestherapie an bleibenden Zähnen bei Kindern in der Wechselgebissphase.

Die Ätiologie der MIH und damit auch die Frage, ob diese Erkrankung vererbt wird, ist nach wie vor unklar. Da es sich bei der MIH i. d. R. um eine Hypomineralisation der 6-Jahresmolaren und ggf. auch der Inzisiven handelt, muss die Ursache im Zeitraum der Mineralisation dieser Zähne liegen, also vor, während oder in den ersten Jahren nach der Geburt. Laut einem systematischen Review von 2016 werden als Ursachen u. a. pränatale Faktoren wie Probleme während der Schwangerschaft, perinatale Einwirkungen wie Frühgeburt, Kaiserschnitt und Komplikationen bei der Geburt, sowie postnatale Faktoren diskutiert. Zu letzteren gehören Erkrankungen in früher Kindheit wie Asthma, Fieber, respiratorische Erkrankungen und Ohrinfektionen, aber auch die Gabe von Antibiotika. Die Autoren schlussfolgern aus der gesichteten Literatur, dass frühkindliche Erkrankungen (v. a. mit Fiebergeschehen) mit MIH assoziiert seien.<sup>29</sup> Auch Umwelteinflüsse werden vermutet, da in ländlichen Gegenden teilweise eine höhere Prävalenz von MIH gefunden wurde als in städtischen.<sup>30</sup> Weiterhin könnten soziale Einflussfaktoren eine Rolle spielen: Der diesjährige Barmer Zahnreport konnte eine zweigipflige Verteilung der MIH bezogen auf das Einkommen der Eltern zeigen. So wurden die höchsten Prävalenzen von MIH (berechnet nach Therapiebedarf) für Kinder von Eltern mit dem geringsten und mit dem höchsten Einkommen gefunden.<sup>2</sup> Auf regionaler Ebene zeigten sich höhere Prävalenzen in reicheren Gegenden. Eine Erklärung für diese Ergebnisse konnte bisher jedoch nicht gefunden werden.



Abb. 3: Oberkieferansicht eines 7-jährigen Patienten mit Amelogenesis Imperfecta im Wechselgebiss. Sowohl die Milchzähne als auch die durchbrechenden bleibenden 1er und 6er sind von der Zahnschmelzfehlbildung betroffen.



Abb. 4: Unterkieferansicht eines 3,5 Jahre alten Kindes mit Dentinogenesis imperfecta im Milchgebiss. Das transluzente Erscheinungsbild (bemsteinfarben) ist an allen Milchzähnen zu erkennen.

Eine Vererbarkeit von MIH wurde bisher weder bewiesen noch widerlegt. Da jedoch nur Zähne betroffen sind, die innerhalb desselben Zeitfensters, nämlich um den Zeitpunkt der Geburt herum, mineralisiert werden, ist diese eher unwahrscheinlich. Sollte es sich um eine genetische Ursache handeln, stellte sich nämlich die Frage, weshalb die anderen Zähne gesund/ohne Schmelzhypomineralisationen durchbrechen.

#### 4. Amelogenesis imperfecta/Dentinogenesis imperfecta

Diese beiden seltenen Erkrankungen sind in der Tat erblich bedingt.

Bei der Amelogenesis imperfecta (A.I.) handelt es sich um eine vererbte Fehlbildung des Zahnschmelzes, die unterschiedliche Schweregrade annehmen kann. Sie tritt mit einer globalen Prävalenz von < 0,5% sehr selten auf (d. h. weltweit leiden weniger als 1 von 200 Personen an A.I.) und ist immer vererbt (oder eine spontane Mutation, die dann weitervererbt wird).<sup>31</sup> Um A.I. von anderen, meist nicht erblichen Erkrankungen oder Veränderungen wie Karies oder MIH zu unterscheiden, kann man sich an vier simple Fragen halten:<sup>32</sup>

1. Zeigt irgendein anderes Familienmitglied ein ähnliches Krankheitsbild?
2. Sind alle Zähne, also das gesamte Gebiss, davon betroffen?
3. Gibt es eine chronologische Verteilung der detektierten Erscheinungen?
4. Gibt es in der Anamnese etwas, das eine ausreichende metabolische Störung ausgelöst haben könnte, um die Schmelzbildung zu beeinflussen (z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung)?

Ähnlich verhält es sich bei der Dentinogenesis imperfecta. Diese stellt eine erbliche Fehlbildung des Dentins dar. Auch hier sind stets alle Zähne einer Dentition betroffen und es muss eine positive Familienanamnese vorliegen.<sup>33</sup>

Es gibt also Erkrankungen der Zähne, bei denen Vererbung ganz klar eine Rolle spielt (wie A.I. und D.I.), jedoch sind diese ausgesprochen selten und liegen wohl bei den meisten Patienten, die „schlechte Zähne“ haben, nicht vor.

### Fazit

Ja, es gibt „schlechte Zähne“, die vererbt sind. Rein vererbte Zahnerkrankungen wie Amelogenesis imperfecta oder Dentinogenesis imperfecta sind jedoch sehr selten und, wenn sie auftreten, sind stets alle Zähne im Gebiss davon betroffen. Bezüglich der MIH wurde eine Vererbbarkeit von MIH bisher weder bewiesen noch widerlegt, erscheint jedoch eher unwahrscheinlich.

Im Gegensatz dazu ist aber für die am häufigsten anzutreffende orale Erkrankung im Kindesalter (Karies) diese These „Bei mir in der Familie haben alle schlechte Zähne, da kann ich machen, was ich will.“ kaum haltbar,

da Karies im Wesentlichen durch Verhaltensänderungen vermieden werden kann. Allerdings scheint es oftmals „vererbt“, da primär das sozio-ökonomische Umfeld (Eltern) eine wichtige und prägende Rolle in Bezug auf die Mundgesundheitskompetenz (Gesundheitsbewusstsein, Putzverhalten, Ernährung, etc.) spielt. So haben Kinder von Eltern mit überdurchschnittlichen Karieswerten ein höheres Kariesrisiko und folglich auch häufiger Karies. An den Genen liegt dies aber nicht.

Bei der Parodontitis verhält es sich in puncto genetische Veranlagung zwar etwas anders, da hier eine genetisch bedingte Anfälligkeit, insbesondere für frühe, aggressive Formen, vorliegt. Trotzdem muss die Erkrankung nicht zum Ausbruch kommen, wenn andere Risikofaktoren wie z.B. schlechte Mundhygiene und Rauchen vermieden werden. Jedoch werden auch hier in Sachen (Mund)Gesundheitskompetenz schon in der Kindheit wesentliche Grundlagen gelegt, die langfristige Auswirkungen haben können. ■

Das Literaturverzeichnis können Sie unter [www.kzvn.de/nzb/Literaturlisten](http://www.kzvn.de/nzb/Literaturlisten) herunterladen.

# ZKN

## „UZ-Heft“ und „Beileger in den Mutterpass“ der ZKN – hier können Sie beide bekommen

Das „Zahnärztliche Kinderuntersuchungsheft“ (UZ-Heft; Infos darüber s. NZB 07-08/2017) sowie den „Beileger in den Mutterpass“ können Sie mit Hilfe eines Formulars in Ihrer Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) anfordern. Dazu laden Sie sich das Anforderungsformular von der Homepage der ZKN herunter, füllen es entsprechend Ihren Wünschen aus und senden es auf einem der beiden möglichen Wege an die ZKN.



### Hier der Downloadlink:

[https://zkn.de/fileadmin/user\\_upload/patienten/jugendzahnpflege/UZ-Heft\\_Bestellung.pdf](https://zkn.de/fileadmin/user_upload/patienten/jugendzahnpflege/UZ-Heft_Bestellung.pdf)

Shortlink: <https://t1p.de/98yt>

### Bestellmöglichkeiten:

E-Mail: [rumlandt@zkn.de](mailto:rumlandt@zkn.de)







Sie haben **Fragen, Anregungen rund um die GOZ** und deren Anwendung? Nehmen Sie Kontakt auf unter [rechtsabteilung@zkn.de](mailto:rechtsabteilung@zkn.de).

Foto: © Münster Zudio - stock.adobe.com

## ZKN-Relevante Rechtsprechung

**M**it Inkrafttreten der novellierten GOZ am 01.12.2012 haben sich die Voraussetzungen einer analogen Bewertung und Berechnung gegenüber der zuvor gültigen GOZ geändert.

Gemäß den Bestimmungen der bis zum 31.12.2011 geltenden GOZ war Voraussetzung der analogen Berechnung einer Leistung, dass diese erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt wurde.

Mit der GOZ-Novellierung wurde diese Anforderung aufgegeben. Gemäß § 6 Abs. 1 der geltenden GOZ ist es nunmehr hinreichend, dass die betreffende Leistung keine Aufnahme in das Gebührenverzeichnis der GOZ erfahren hat und auch nicht einer Gebührennummer der GOÄ unterfällt, auf die der Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 2 GOZ Zugriff hat. Der Ordnungsgeber hat mit dieser Änderung dem Umstand Rechnung getragen, dass bei der Novellierung der GOZ keine vollständige Neubeschreibung der Zahnheilkunde gemäß aktuellem Standard erfolgt ist. Durch diesen Umstand haben analoge Leistungen eine wesentlich größere Bedeutung erlangt.

Nach einer Entscheidung des OLG Düsseldorf (Az.: I-4 U 70/127 vom 25.10.2019) hat in diesem Zusammenhang die nicht erfolgte Aufnahme einer in der bis zum 31.12.2011 geltenden GOZ enthaltenen Leistung in das aktuelle Gebührenverzeichnis zur Folge, dass eine solche Leistung nach dem Willen des Ordnungsgebers nicht mehr abrechenbar ist. Sofern es sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung handelt, ist vielmehr deren analoge Berechnung angezeigt.

Konkret bestätigt das Gericht die analoge Berechnung des Periotestverfahrens, dass in der bis zum 31.11.2011 geltenden GOZ noch unter der Geb.-Nr. 401 GOZ beschrieben war. ■

## ZKN-Berechnungsempfehlung

Die Exstirpation der vitalen Pulpa ist unter der Geb.-Nr. 2360 in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) beschrieben.

Die Entfernung nekrotischen Pulpengewebes vor der Aufbereitung eines Wurzelkanals jedoch stellt eine nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ beschriebene selbstständige Leistung dar.

Daher ist eine analoge Berechnung der Entfernung nekrotischen Pulpengewebes auf Grundlage von § 6 Abs.1 GOZ erforderlich. Diese analoge Leistung ist auch in derselben Sitzung neben der Wurzelkanalaufbereitung nach der Geb.-Nr. 2410 GOZ und einmal je Wurzelkanal berechnungsfähig.

Die vorstehende gebührenrechtliche Auslegung entspricht dem gemeinsamen Beschluss Nr. 9 des Beratungsforums von Bundeszahnärztekammer, der privaten Krankenversicherung und der Beihilfe aus Bund und Ländern.

### **Geb.-Nr. XXXXa**

GOZ Entfernung nekrotischen Pulpengewebes gem. § 6 Abs.1 GOZ entsprechend ... (einfügen: Leistungsbezeichnung der zur analogen Berechnung herangezogenen Gebührennummer)

*Dr. Michael Striebe,  
GOZ-Referent des ZKN-Vorstandes*



## Behandlung von Patienten, die unter Betreuung stehen

**D**ie Behandlung von Patientinnen und Patienten, für die vom Gericht eine Betreuung angeordnet wurde, stellt den Behandler häufig vor allem dann vor Probleme, wenn die Betreuerin/der Betreuer die Patientin/den Patienten nicht zur Behandlung begleitet, sondern z.B. telefonisch die Nachricht hinterlässt, dass die Patientin/der Patient in der Lage sei, die Aufklärung zu verstehen und die benötigte Einwilligung zu erteilen. Die Betreuerin/der Betreuer müsse lediglich informiert werden und brauche nicht bei der Aufklärung dabei zu sein. Im Falle der Anordnung einer Betreuung herrscht weitgehend Unkenntnis in der Praxis:

Zunächst sollte sich die Behandlerin/der Behandler stets, wenn sie/er davon Kenntnis erhält, dass für die Patientin/den Patienten eine Betreuung vom Gericht angeordnet wurde, die Bestellsurkunde der Betreuerin/des Betreuers zeigen lassen. Aus dieser ist nämlich zu entnehmen, für welchen Bereich das Gericht eine Betreuung angeordnet hat. Von Bedeutung für die Behandlerin/den Behandler ist, ob eine Betreuung für die Gesundheitsvorsorge und/oder eine Betreuung für alle finanziellen Angelegenheiten angeordnet wurde.

Ist eine Betreuung in der Gesundheitsvorsorge angeordnet worden, hat das Gericht festgestellt, dass die Patientin/der Patient nicht in der Lage ist, Entscheidungen über seine Gesundheit zu treffen, sondern hierzu der Hilfestellung der Betreuerin/des Betreuers bedarf. Zwar kann die Patientin/der Patient durchaus in der Lage sein, die erforderliche Aufklärung zu verstehen und in die Behandlung einwilligen. Jedoch sollte in diesen Fällen auf jeden Fall auch das

Einverständnis der Betreuerin/des Betreuers zur Behandlung eingeholt werden, da es schwer für die Behandlerin/den Behandler sein wird, entscheiden zu können, ob die Patientin/der Patient tatsächlich die Aufklärung verstanden hat. Lehnt die Betreuerin/der Betreuer es ab, in der Praxis zu erscheinen, sollte sie/er schriftlich erklären, dass sie/er eine Aufklärung ablehnt und in die konkrete Behandlung der Patientin/des Patienten ausdrücklich einwilligt.

Ist für eine Patientin/einen Patienten die Betreuung für finanzielle Angelegenheiten angeordnet worden, kann die Patientin/der Patient durchaus in der Lage sein, die Aufklärung zu verstehen und rechtswirksam in die Behandlung einwilligen. Das Risiko der Behandlerin/des Behandlers liegt hier aber darin, dass in der Regel für die Behandlung Kosten anfallen, die nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden – z.B. für Zahnersatz oder für eine Behandlung in Vollnarkose etc., die die Patientin/der Patient wünscht. Bei der Liquidation kann es dann zum Streit kommen, weil die Betreuerin/der Betreuer die Zahlung der angefallenen Behandlungskosten verweigert. Aus diesem Grund sollte die Betreuerin/der Betreuer über die geplante Behandlung und die zu erwartenden Behandlungskosten, in die die Patientin/der Patient eingewilligt hat, am besten schriftlich, informiert werden. Zugleich sollte ein Heil- und Kostenplan erstellt werden, aus dem deutlich der von der Patientin/vom Patienten zu tragende Eigenanteil entnommen werden kann. Auch dies sollte der Betreuerin/dem Betreuer mit der Aufforderung übermittelt werden, sie/er möge schriftlich erklären, dass für die von der Patientin/vom Patienten zu tragenden Kosten ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung stehen und die Betreuerin/der Betreuer der Ausgabe für die Behandlung zustimmt. Auch dies kann im schriftlichen Wege erfolgen.

Das Verfahren ist mit erheblichem Mehraufwand für die Praxis verbunden, minimiert aber die Gefahr, dass die Behandlerin/der Behandler mit der Zahlung der Liquidation ausfällt. ■

Wencke Boldt

Fachanwältin für Medizinrecht, Hannover

# Erfolgreiches Jahr dank großer Solidarität

**HDZ-BILANZ 2021: 46 PROJEKTE  
IN 17 LÄNDERN DER WELT**



**E**s ist eine gewaltige Summe, die die Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) im vergangenen Jahr in 46 Projekte in 17 Ländern dieser Welt investieren konnte: rund 1,5 Mio. Euro. „Die große Spendenbereitschaft, gerade jetzt, in diesen schwierigen Zeiten, war überwältigend“, sagt Dr. Klaus Winter, stellv. Vorsitzender.

Das Ungewöhnliche an der HDZ-Bilanz 2021: die mit Abstand größte Katastrophe ereignete sich nicht irgendwo

in Afrika oder Asien, sondern quasi direkt vor der Haustür – im Ahrtal. 134 Menschen kamen bei dem verheerenden Hochwasser ums Leben, unzählige Häuser wurden zerstört, circa 40 Zahnarztpraxen verwüstet. Soforthilfen waren dringend erforderlich. „Dank der gemeinsamen Spendenaktion von BZÄK, KZBV und HDZ und der Solidarität der Kollegenschaft sowie einer beträchtlichen Großspende der apoBank, Düsseldorf konnten wir die betroffenen Zahnarztpraxen im Ahrtal mit 1.040.000 € unterstützen“, freut sich Dr. Winter.



Fotos: HDZ

Schulkinder auf Madagaskar





Neubau des Patientenhauses im Tuberkulose-Zentrum St. Rock auf Madagaskar

Bau des neuen Klinikabschnitts im St. Joseph's Hospital

Soforthilfemaßnahmen des HDZ waren aber auch in anderen Ländern willkommen, denn die Corona-Pandemie hat die Armut in der Welt dramatisch verstärkt. Vielerorts fehlt den Menschen buchstäblich „das tägliche Brot“ zum Überleben. Das HDZ spendete daher mehrere zehntausend Euro an Lebensmittel-Hilfen nach Nigeria, in die Slums von Neu Dehli in Indien, an bedürftige Familien in der Diözese Satu Mare, Rumänien und an eine Schule mit Frauenhaus auf Madagaskar.

### 223.000 € für (Zahn-)medizinische Projekte

Rund 223.000 € flossen dagegen in (zahn-)medizinische Projekte in Afrika, Europa und Südamerika. Für den Klinikneubau des St. Joseph's Hospital in Zimbabwe stellte die Stiftung beispielsweise 53.000,00 € bereit. In den vergangenen zwei Jahren wurden mit HDZ-Mitteln bereits zwei Operationssäle und eine Entbindungsstation gebaut. In dem Klinik-Neubau können sich jetzt frisch operierte Patienten und Patientinnen erholen – zum Beispiel Mütter nach einem Kaiserschnitt.

In einer anderen Ecke der Welt, in Peru, profitierte ein anderes Projekt von den deutschen Spenden: Das Urwaldkrankenhaus Franklin Tello erhielt eine neue Zahnstation. Das Amazonas-Krankenhaus bietet für die meist indigene

Bevölkerung der Region den einzigen Zugang zu moderner medizinischer Versorgung in einem Umkreis von 250 km.

Zwei weitere Zahnstationen im Wert von 30.000 € wurden per Container an Krankenhäuser im afrikanischen Togo verschifft. Auch dort ist das staatliche Gesundheitssystem in einem katastrophalen Zustand. Täglich sterben Patienten in den Krankenhäusern, weil es am Nötigsten fehlt. Lediglich 36,63 Euro pro Jahr und Bürger veranschlagte der Staat 2021 für gesundheitliche Maßnahmen. Auf 10.000 Patienten kommen gerade einmal drei Ärzte, modernes medizintechnisches Equipment ist Mangelware, die beiden Zahnstationen aus Deutschland wurden daher sehnsüchtig erwartet.

### 240.000 € für Bildungsprojekte

Weitere 240.000 € investierte das HDZ in Bildungsprojekte. Hiervon flossen rund 31.000 € in den Bau eines Kindergartens und einer Schule in Antanimora auf Madagaskar. Auf der von Krankheiten, Dürren und Armut gebeutelten Insel ist Hilfe in unterschiedlichster Form nötig, das HDZ fördert daher gleiche mehrere Projekte, u.a. eine Tuberkulose-Station sowie zwei Schulkantinen in Fort Dauphin. Hunderte Kinder mit ihren Familien stehen dort Schlange, um wenigstens einmal am Tag etwas zu essen zu bekommen. ►►



Der Verein „Ausbildung statt Abschiebung e.V.“ erhielt einen Ausbildungspaten.

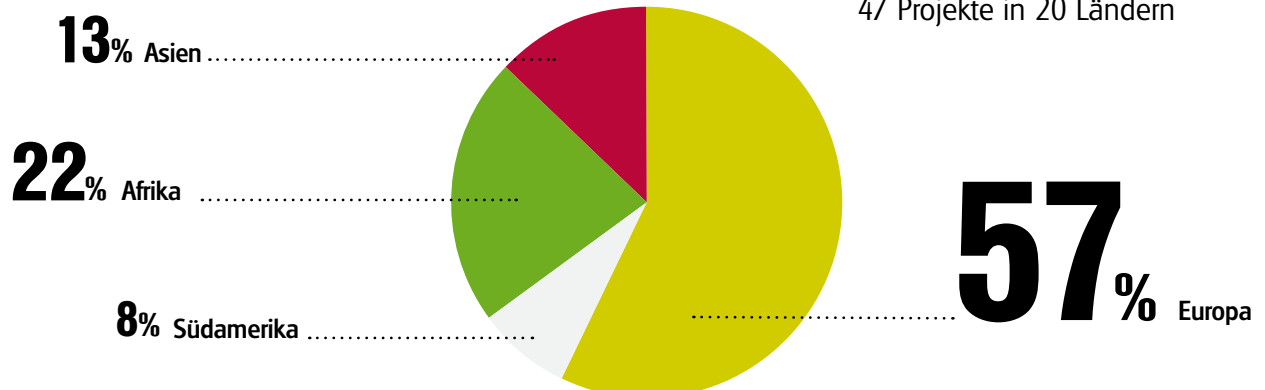


Leprahospital in Indien

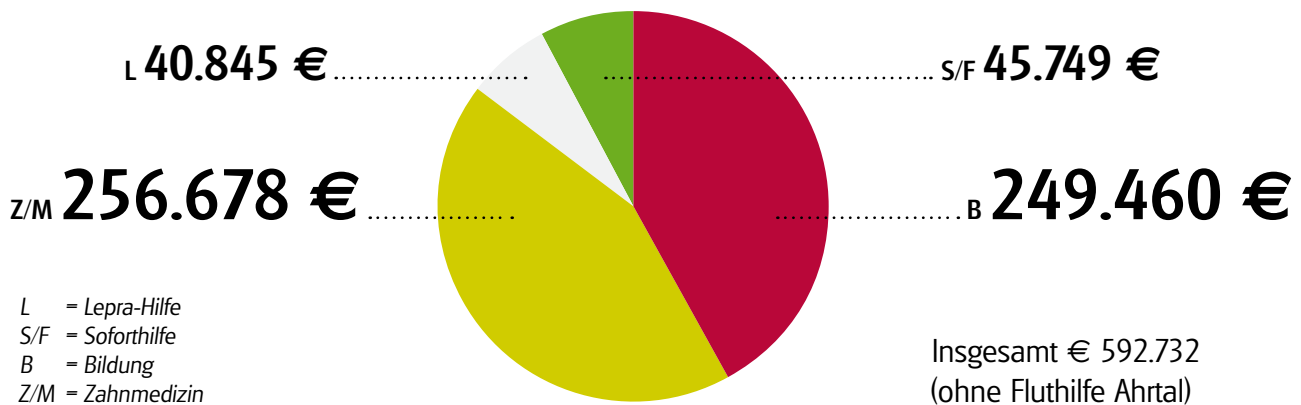
► Und da Bildung einer der Schlüsselfaktoren für ein besseres Leben ist, spendete das HDZ auch 5.500 € an das Mogra Rescue Centre in Nairobi, Kenia für Schulbücher und Prüfungsgebühren. Dank einer weiteren Investition in Höhe von 50.000 € kann endlich auch der Ausbau der HDZ-Primary School Juja, ebenfalls in Nairobi, beginnen. Und im rumänischen Dorf Csomortan in Siebenbürgen dürfen sich schon bald Kinder aus armen Verhältnissen und Straßenkinder über eine neue kleine Dorfschule mit Wohnheim freuen. Das HDZ hat hierzu ein altes Haus mit Scheune gekauft und investierte bereits 66.000€ für die Sanierungsarbeiten.

Doch nicht nur in den Entwicklungsländern dieser Welt, sondern auch hierzulande unterstützt das HDZ sinnvolle Bildungsprojekte, die jungen Menschen den Start in ein besseres Leben ermöglichen. Davon profitierten zum Beispiel junge Flüchtlinge, die im Rahmen des Vereins „Ausbildung statt Abschiebung e.V.“ einen Ausbildungspaten erhielten. Das neue Konzept der „Ausbildungspatenschaft“, bei dem ein ehrenamtlicher Betreuer jungen Azubis bei sprachlichen, bürokratischen und sozialen Herausforderungen mit Rat und Tat zur Seite steht, wurde mit einer HDZ-Spende in Höhe von 10.000 € bedacht.

## WO WIR DANK IHRER HILFE IN 2021 UNTERSTÜTZEN KONNTEN



## WAS WIR DANK IHRER HILFE IN 2021 UNTERSTÜTZEN KONNTEN



Untersuchung eines Leprakranken im Sudan

### Über 40.000 € an Lepra-Hilfen

Ein weiterer Fokus im jährlichen Hilfsprogramm des HDZ liegt auf der Lepra-Hilfe. 41.000 € erhielten daher Lepra-Projekte in Indien und im Sudan. Während die Projekte in Indien – das Bombay Leprosy Project und die Lepraklinik von Dr. Remy Rousselot – schon seit vielen Jahren vom HDZ unterstützt werden, um zum Beispiel Lepra-Operationen an den Händen und Beinen der Betroffenen durchzuführen, medizinisches Personal im Umgang mit der Krankheit zu schulen und Monitoring-Reisen zur Früherkennung von Erkrankungen durchführen, fiel für das Projekt im Sudan erst in 2021 der Startschuss.

Ziel dieses dreistufigen Projekts ist die Wiederherstellung und Verbesserung des Lepra-Kontrollprogramms im Sudan. Aufgrund des 20 Jahre dauernden Bürgerkriegs, waren viele Regionen bis 2018 nicht für ausländische Hilfsorganisationen zugänglich, so dass die Dunkelziffer an Lepra-

Erkrankungen hoch ist. Im ganzen Land gibt es kaum Ärzte und lediglich ein Krankenhaus, in dem eine Lepra-Behandlung überhaupt möglich ist.

Die Betroffenen haben ohne Hilfe von außen so gut wie keine Chance auf Heilung. Hunger, Armut und mangelnde Hygiene begünstigen die Ausbreitung von Krankheiten zusätzlich. Was aber noch schlimmer ist: „Lepra“ ist ein Tabu-Thema. Wer daran erkrankt, ist nicht nur körperlich gezeichnet, sondern auch gesellschaftlich geächtet. Ehemänner lassen sich von ihren Frauen scheiden, alte Menschen werden verstoßen, ganze Familien in isolierte Lepra-Kolonien verbannt. Oftmals müssen gesunde Kinder, deren Eltern erkrankt sind, das gleiche Schicksal teilen, so dass es für sie praktisch keinen Ausweg aus dem Teufelskreis von Armut und Stigmatisierung gibt. Hilfe ist also auch hier dringend erforderlich. ■

\_\_\_\_\_ Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte – HDZ

i

### Spendenkonto

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte  
 IBAN: DE2830060 6010004444000  
 BIC (SWIFT-Code): DAAEDED  
 Deutsche Apotheker- und Ärztebank

Oder online unter  
<https://www.stiftung-hdz.de/ihre-spende/spendenformular/>



## SEMINARPROGRAMM

Zahnärztekammer Niedersachsen  
Zeißstraße 11a · 30519 Hannover

Ansprechpartnerin: Melanie Milnikel  
Tel.: 0511 83391-311 · Fax: 0511 83391-306  
E-Mail: mmilnikel@zkn.de

### → Für Zahnärztinnen und Zahnärzte

**30.04.2022 Z 2226 9 Fortbildungspunkte**

#### Die Versorgung tief subgingivaler Restaurationen mit Komposit

Prof. Dr. Diana Wolff, Tübingen  
30.04.2022 von 09:00 bis 18:00 Uhr  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 512,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 517,- €

**13.05.2022 Z 2230 4 Fortbildungspunkte**

#### Online Seminar

#### Prothetische Zahnmedizin von Adhäsiv bis Zirkonoxid – ein Update

PD Dr. Nicole Passia, Kiel  
13.05.2022 von 15:00 bis 18:00 Uhr  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 72,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 77,- €

**01.06.2022 Z/F 2231 4 Fortbildungspunkte**

#### Klare Worte, überzeugende Argumentationstechniken – so gewinnen Sie Ihre Patienten und das Team für Ihre Anliegen

Birgit Stülten, Kiel  
01.06.2022 von 15:00 bis 18:00 Uhr  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite bis zum 01.04.2022 105,- €, danach 115,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung bis zum 01.04.2022 110,- €, danach 120,- €

**03.06.2022 Z/F 2232 8 Fortbildungspunkte**

#### Online Seminar

#### Das Prophylaxe-Handbuch Ihr Erfolgskonzept aus der Praxis für die Praxis

Sona Alkozei, Bruchhausen-Vilsen  
03.06.2022 von 09:00 bis 14:00 Uhr  
Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite bis zum 03.04.2022 75,- €, danach 83,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung bis zum 03.04.2022 80,- €, danach 88,- €

### Dokumentation in der Stuhlassistenz – so läuft's richtig

In der Regel gilt der Grundsatz, dass nur dokumentierte Leistungen auch tatsächlich erbracht wurden. Die unmittelbar direkte Folge einer fehlenden oder lückenhaften Dokumentation ist somit der Honorarverlust – dies betrifft sowohl den BEMA- als auch den GOZ-Bereich.



Foto: Privat

Marion Borchers

**Die abrechenbaren Leistungen müssen sich aus der Behandlungsdokumentation ergeben und nicht die Behandlung aus der Abrechnungsdokumentation!**

Herzlich willkommen ist das zahnärztliche Fachpersonal, Praxisinhaber/innen, Assistenten/innen, Auszubildende und Wiedereinsteiger/innen, die sich in die Dokumentation alltäglicher Behandlungsleistungen einarbeiten oder ihre Grundlagen auffrischen möchten.

#### Ein Übungsseminar mit sehr vielen praxisnahen Beispielen

#### Themeninhalt:

- ▶ Alltäglich vorkommende, konservierende Leistungen (Füllungen und Endo)
- ▶ Korrekte Befunddokumentation unter Beachtung der BEMA-Richtlinien
- ▶ Der neue Patient – was ist zu beachten
- ▶ Beratungen und Untersuchungen – korrekt dokumentiert und berechnet
- ▶ Aufgepasst bei der Zahnersatzplanung! Worauf ist bei der Planung zu achten
- ▶ Viele Übungen und Besprechung von Behandlungsfällen
- ▶ Dokumentation von verwendeten Materialien
- ▶ Unter aktiver Einbindung der Teilnehmer werden viele Beispiele besprochen, diskutiert und geübt.

Referentin: Marion Borchers, Rastede-Loy  
**Mittwoch, 29.06.2022 von 14:00 – 18:00 Uhr**

Kursgebühr:  
bei Onlineanmeldung über unsere Webseite bis zum 29.04.2022 140,- €, danach 154,- €  
bei Papier-/ Mail- oder Faxanmeldung bis zum 29.04.2022 145,- €, danach 159,- €  
Kurs-Nr.: Z/F 2238  
5 Fortbildungspunkte nach BZÄK

## Das 1x1 der GOZ-Abrechnung

GOZ-BASICS zur konservierenden und chirurgischen Therapie

Grundlagenseminar für Zahnärztinnen/  
Zahnärzte, zahnärztliche Mitarbeiterinnen.

**Auch geeignet zur Vorbereitung auf die Abschlussprüfung zur ZFA.**

In diesem Seminar machen wir Sie mit vielen Abrechnungsbedingungen der GOZ vertraut.



Foto: Privat

Marion  
Borchers

### Themeninhalte:

- ▶ Der allgemeine Teil der GOZ
- ▶ Auszüge aus den GOZ-Paragrafen
- ▶ Allgemeine Leistungen inkl. Auszüge aus der GOÄ
- ▶ Beratungen und Untersuchungen nach GOZ und GOÄ
- ▶ Konservierende und chirurgische Leistungen (ohne Implantat- und PAR Abrechnung)
- ▶ Berechnung der Zuschläge (Laser, OP-Mikroskop, OP-Zuschläge)
- ▶ Hinweise zur korrekten Dokumentation von Leistungen
- ▶ Honorarverluste vermeiden
- ▶ Abrechnungsbeispiele aus den Bereichen konservierende und chirurgische Therapie
- ▶ Unter aktiver Einbindung der Teilnehmer werden viele Beispiele besprochen, diskutiert und geübt.

Referentin: Marion Borchers, Rastede-Loy

**Freitag, 06.05.2022 von 09:00 bis 18:00 Uhr**

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 220,- €  
bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 225,- €

## Termine

📅 22.+23.04.2022

**Der Schlüssel zu Ihrer Niederlassung, Hannover**

E-Mail: [fortbildungen@kzvn.de](mailto:fortbildungen@kzvn.de)

📅 Ab 04.05.2022

**Fit for Future, Hannover**

E-Mail: [Fit-For-Future@zkn.de](mailto:Fit-For-Future@zkn.de)

📅 14.05.2022

**Vetreterversammlung der KZVN, Hannover**

E-Mail: [Info@kzvn.de](mailto:Info@kzvn.de)

### WIR BITTEN UM BEACHTUNG!

Bitte informieren Sie sich bei Teilnahmeinteresse vorab auf der ZKN-Homepage [www.zkn.de](http://www.zkn.de) oder telefonisch unter 0511 83391-311 oder -313, ob die Sie interessierenden Seminare stattfinden.



## → Für zahnärztliches Fachpersonal

19.03.2022 Z/F 2242

### Online Seminar

**PAR-Richtlinie ab dem 01.07.2021 – praxisnahe Umsetzung**

Dr. Silke Meyer-Rollwage, Pinneberg

19.03.2022 von 10:00 bis 13:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 50,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 50,- €

26.03.2022 Z/F 2222

**Dem Stress aktiv begegnen – Burnout vermeiden**

Manfred Just, Forchheim

26.03.2022 von 09:00 bis 16:30 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 413,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 418,- €

26.03.2022 Z/F 2221

**Zahnersatz Festzuschuss aktuell – 2022**

Monika Popp, Hannover

26.03.2022 von 10:00 bis 14:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite 109,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung 114,- €

30.03.2022 Z/F 2223

**Aufbauseminar BEMA II**

Seminar für ZFA's, die in die Abrechnung umsteigen,  
Wiedereinsteigerinnen und Zahnärzte

Alma Ott, Hamburg

30.03.2021 von 13:00 bis 19:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 127,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 132,- €

30.04.2022 Z/F 2227

**Ergonomisch arbeiten „rund um den Zahn“**

Korrekte Arbeitshaltung, gezielter Ausgleich,  
wirksame Selbstbehandlung

Manfred Just, Forchheim

30.04.2022 von 09:00 bis 16:30 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite: 413,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung: 418,- €

13.07.2022 Z/F 2244

**Die aktuelle Abrechnung von zahnärztlichen PAR-Leistungen im GKV-Bereich**

Marion Borchers, Rastede-Loy

13.07.2022 von 14:00 bis 18:00 Uhr

Kursgebühr:

bei Onlineanmeldung über unsere Webseite

bis zum 13.05.2022 140,- €, danach 154,- €

bei Papier-/Mail- oder Faxanmeldung

bis zum 13.05.2022 145,- €, danach 159,- €

**WIR BITTEN UM BEACHTUNG!**

Bitte informieren Sie sich bei Teilnahmeinteresse vorab auf der ZKN-Homepage [www.zkn.de](http://www.zkn.de) oder telefonisch unter 0511 83391-311 oder -313, ob die Sie interessierenden Seminare stattfinden.

# Bezirksstellenfortbildung der ZKN

## BEZIRKSSTELLE BRAUNSCHWEIG

Ort: Vorerst ausschließlich Online

Fortbildungsreferent: Dr. Arthur Buscot, Waisenhausdamm 7, 38100 Braunschweig, Tel.: 0531 49 695, E-Mail: [info@buscot.de](mailto:info@buscot.de)

Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: [mmilnikel@zkn.de](mailto:mmilnikel@zkn.de)

TERMIN	THEMA/REFERENT
30.03.2022, 18:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	<b>Online Seminar</b> Schnittführung und Nahttechniken in der Oralchirurgie, <i>Prof. Dr. Andreas Filippi, Basel</i>

## BEZIRKSSTELLE HANNOVER

Ort: Vorerst ausschließlich Online

Fortbildungsreferent: Dr. Philip L. Keeve, M.Sc., Süntelstr. 10-12, 31785 Hameln,

Tel.: 0511 83391-311, E-Mail: [bezirksstellenfortbildung@zkn.de](mailto:bezirksstellenfortbildung@zkn.de)

Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: [mmilnikel@zkn.de](mailto:mmilnikel@zkn.de)

TERMIN	THEMA/REFERENT
11.05.2022, 18:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	<b>Online Seminar</b> Minimalinvasive Wurzelspitzenresektionen, <i>Dr. Christian Passin</i>
24.09.2022, 10:00 Uhr – ca. 12:00 Uhr	<b>Online Seminar</b> Weichgewebsmanagement an Zähnen und Implantaten, <i>Dr. Kai Fischer</i>
30.11.2022, 18:00 Uhr – ca. 20:00 Uhr	<b>Online Seminar</b> Chirurgische Parodontaltherapie, <i>Dr. Sebastian Becher</i>

## BEZIRKSSTELLE OLDENBURG

Ort: Vorerst ausschließlich Online

Fortbildungsreferent: Dr. Volker Schaper, Burgstr. 11, 27243 Harpstedt, Tel. 04244 1671, E-Mail: [fortbildunginoldenburg@gmx.de](mailto:fortbildunginoldenburg@gmx.de)

Zugangsdaten werden per E-Mail versendet oder wenden Sie sich per E-Mail an: [mmilnikel@zkn.de](mailto:mmilnikel@zkn.de)

TERMIN	THEMA/REFERENT
04.05.2022, 18:30 – 20:30 Uhr	<b>Online Seminar</b> Implantation im Spannungsfeld von Augmentation und Minimalinvasivität, <i>Dr. Martin Müllauer</i>

ÄRZTLICHE SCHULUNG  
ZUR IMPFBERECHTIGUNG  
THEORIE UND PRAXIS ONLINE

MEDIATHEK  
NUTZEN



## BEMERKENSWERTER GEBURTSTAG

In der Kreisstelle Hameln Pyrmont beging ein zahnärztlicher Kollege einen bemerkenswerten runden Geburtstag.

Unser Kollege Helge Krause konnte am 14.01.2022 bei bester Gesundheit seinen 80. Geburtstag feiern.

Er praktiziert seit über 50 Jahren allein in seiner eigenen Zahnarztpraxis in Hameln. Diesen nicht alltäglichen Geburtstag nahm ich zum Anlass, ihm nachträglich die Geburtstagsgrüße der Kreisstelle Hameln/Pyrmont zu überbringen. Dazu musste ihn seine Mitarbeiterin kurz aus der Behandlung holen, was ihm auch sichtlich Freude machte!

An einen Nachfolger für seine immer noch frequent von Patientinnen und Patienten aufgesuchte Praxis denkt er aktuell noch nicht, da er ja keine Probleme bei und mit der Berufsausübung habe. So seine Antwort auf meine Frage nach einer eventuellen Praxisübergabe. ■

\_\_\_\_\_ Dr. Claus Klingeberg, Aerzen



Foto: privat



Foto: © iStockphoto.com

## Wir trauern um unsere Kolleginnen und Kollegen

**Dr. Holger K. Essiger MSc mult.**  
geboren am 24.10.1954, verstorben am 13.12.2021

**Rosita Kozok-Suchodolski**  
geboren am 06.09.1958, verstorben am 22.01.2022

**Dr. Raissa Ellinghaus**  
geboren am 29.03.1922, verstorben am 18.11.2021

**Manfred Drangmeister**  
geboren am 13.01.1950, verstorben am 01.01.2022

Die Vorstände  
der Zahnärztekammer Niedersachsen und der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen



Foto: © stockwerk-foto.de

## Herzliche Glückwünsche zum Geburtstag!

15.02.2022 Hans-Bernd Schröder (75), Nienburg

16.02.2022 Dr. Helga Suhling (85), Langwedel

16.02.2022 Renate Schröder (89), Wilhelmshaven

18.02.2022 Sylvia Kettler (70), Peine

23.02.2022 Dr. Wolfgang Löffler (75), Uelzen

24.02.2022 Doctor-Medic/IMF Bukarest  
Josefina Popescu (75), Rodewald

25.02.2022 Dr. Renate Völkel (70), Wilhelmshaven

27.02.2022 Dr. Amir Hossein Pishdad (89),  
Bad Fallingb. b. Bad Fallingb. b. Bad Fallingb. b.

28.02.2022 Dr. Egbert Pietsch (91), Bad Gandersheim

01.03.2022 Dr. Hermann Präger (70), Wittingen

04.03.2022 Rudolf Schreiner (75), Hannover

07.03.2022 Dr. Michael Hoffmann (70), Wildeshausen

08.03.2022 Dr. Henning Gode (92), Neustadt

## Dienstjubiläen in der KZVN



### 25-jähriges Jubiläum

- ▶ am 15.02.2022 Sabine Eggert (Abt. Honorar)
- ▶ am 11.03.2022 Ricardo López (Abt. Informationstechnologie)

Der Vorstand der KZVN gratuliert herzlich und dankt – auch im Namen der Mitglieder – für die geleistete Mitarbeit in den zurückliegenden Jahren.

## Mitteilungen des Zulassungsausschusses

Anträge und zulassungsrechtliche Fragen richten Sie an

**Zulassungsausschuss Niedersachsen**  
Geschäftsstelle  
Zeißstraße 11  
30519 Hannover  
Tel.: 0511 8405-323/361  
E-Mail: [zulassung@kzvn.de](mailto:zulassung@kzvn.de)

Antragsformulare erhalten Sie im öffentlichen Bereich auf der Internetseite der KZVN ([www.kzvn.de/Zahnärzte/Zulassung](http://www.kzvn.de/Zahnärzte/Zulassung)) als PDF-Dokument oder von der Geschäftsstelle.

Sämtliche Anträge müssen grundsätzlich zum Abgabetermin vollständig eingereicht werden, ansonsten können sie nicht verhandelt werden.

### Zulassung einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

- ▶ ein vollständig ausgefülltes und unterschriebenes Antragsformular (Seite 1+2 mit den entsprechenden Erklärungen)
- ▶ der Auszug aus dem Zahnarztregister (wenn nicht in Niedersachsen eingetragen)
- ▶ eine Bescheinigung über die bisherigen Tätigkeiten; bei Niederlassungen oder Anstellungen in anderen KZV-Bereichen ist diese bei der jeweiligen KZV anzufordern
- ▶ ein unterschriebener Lebenslauf
- ▶ das behördliche Führungszeugnis der Belegart „0“, bei längerem Aufenthalt im Ausland wird entweder ein europäisches oder zusätzlich ein nationales Führungszeugnis aus dem Ausland benötigt

### Gemeinsame Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Zum Abgabetermin ist einzureichen bei:

#### Bildung einer Berufsausübungsgemeinschaft

- ▶ der schriftliche Gesellschaftsvertrag von allen Partnerinnen und Partnern der BAG unterschrieben

Folgende Regelungen müssen u.a. getroffen sein:

- ▶ Beteiligung am Vermögen der Praxis (nach Kennenlernzeit)
- ▶ Beteiligung am Gesamtgewinn und -verlust der Praxis
- ▶ Freiberuflichkeit muss gewährleistet bleiben

#### Fortführung einer bereits bestehenden

##### Berufsausübungsgemeinschaft

- ▶ der aktuelle Gesellschaftsvertrag der bereits bestehenden BAG mit einer Regelung, nach der die BAG bei Ausscheiden oder Aufnahme einer Gesellschafterin oder eines Gesellschafters fortgeführt wird
- ▶ eine Änderungsvereinbarung der neuen Gesellschafterinnen oder Gesellschafter über die Vermögensbeteiligung sowie Gewinn- und Verlustbeteiligung

#### Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

- ▶ das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Antragsformular
- ▶ alle im Antragsformular genannten Unterlagen
- ▶ insbesondere: der Gesellschaftsvertrag, bei einer GmbH der aktuelle Handelsregisterauszug der Trägergesellschaft, die aktuelle Gesellschafterliste, eine selbstschuldnerische Bürgschaft

Müssen die vollständigen Unterlagen und Angaben nachgebessert werden und kann deren Prüfung aufgrund des Umfangs nicht rechtzeitig vor dem Sitzungstermin abgeschlossen werden, kann der Zulassungsausschuss über den Antrag nicht entscheiden. Der Antrag wird vertagt und in der nächsten Sitzung verhandelt.

#### Verlegungen

Die Zulassung wird für einen konkreten Niederlassungssitz erteilt. Die Verlegung ist erst möglich, wenn der Zulassungsausschuss diesem Antrag stattgegeben hat.

Zum Abgabetermin ist einzureichen:

- ▶ formloser Antrag auf Verlegung von ... (Ort der bisherigen Zulassung) nach ... (zukünftiger Sitz) zum ... (Datum der Verlegung, nur für die Zukunft möglich)

## Sitzungen des Zulassungsausschusses Niedersachsen

Abgabe bis	17.03.2022
für die Sitzung am	20.04.2022
Abgabe bis	02.05.2022
für die Sitzung am	01.06.2022
Abgabe bis	15.06.2022
für die Sitzung am	13.07.2022
Abgabe bis	27.07.2022
für die Sitzung am	24.08.2022
Abgabe bis	12.09.2022
für die Sitzung am	12.10.2022
Abgabe bis	08.11.2022
für die Sitzung am	07.12.2022

## Hinweise auf Praxisorte für Niederlassungen

### a) Vertragszahnärzte

#### Verwaltungsstelle Ostfriesland

- Planungsbereich Landkreis Aurich: Unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines Nordsee-Kurbades ist auf den Inseln Baltrum und Norderney vertragszahnärztlicher Versorgungsbedarf.
- Planungsbereich Landkreis Leer: Unter Berücksichtigung der Besonderheiten eines Nordsee-Kurbades ist auf der Insel Borkum vertragszahnärztlicher Versorgungsbedarf.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Ostfriesland der KZVN, Vorsitzender: Dr. Dr. Wolfgang Triebe, Rudolf-Eucken-Allee 17, 26603 Aurich, Tel.: 04941 5752, Fax: 04941 2835, E-Mail: ostfriesland@kzvn.de

### b) Fachzahnärzte für Kieferorthopädie

In folgenden Planungsbereichen besteht Bedarf an Fachzahnärzten für Kieferorthopädie:

#### Verwaltungsstelle Braunschweig

- Planungsbereich Landkreis Helmstedt:  
Der Planungsbereich Landkreis Helmstedt mit 14.496 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 46,9% versorgt.



© diego cervo / iStockphoto.com

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Braunschweig der KZVN, Vorsitzender Dr. Helmut Peters, Hildebrandstraße 38, 38112 Braunschweig, Tel. 0531 30292143, Fax 0531 239760006, E-Mail braunschweig@kzvn.de

#### Verwaltungsstelle Oldenburg

- Planungsbereich Landkreis Oldenburg:  
Der Planungsbereich Landkreis Oldenburg mit 22.451 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 44,5% versorgt.

Auskünfte erteilt: Verwaltungsstelle Oldenburg der KZVN, Vorsitzende: Zahnärztin Silke Lange, Bloher Landstraße 24, 26160 Bad Zwischenahn, Tel.: 0441 6990288, Fax: 0441 691650, E-Mail: oldenburg@kzvn.de

#### Verwaltungsstelle Ostfriesland

- Planungsbereich Landkreis Leer:  
Der Planungsbereich Landkreis Leer mit 29.430 zu versorgenden Einwohnern ist derzeit zu 46,2% versorgt.

Auskunft erteilt: Verwaltungsstelle Ostfriesland der KZVN, Vorsitzender: Dr. Dr. Wolfgang Triebe, Rudolf-Eucken-Allee 17, 26603 Aurich, Tel. 04941 5752, Fax 04941 2835, E-Mail ostfriesland@kzvn.de

\_\_\_\_\_Stand: 15.02.2022





# Neuzulassungen

## Vertragszahnärzte/-ärztinnen

### Verwaltungsstelle Göttingen

Bad Gandersheim	Maximilian Mogwitz
Göttingen	Julian Tilcher

### Verwaltungsstelle Hannover

Celle	Florian Heimlich
Hannover	Victoria Behrens
Hannover	Dr. Jennifer Rublack
Hannover	Maryam Rührich
Hessisch Oldendorf	Pauline Döring

### Verwaltungsstelle Oldenburg

Oldenburg	Marco Garcia Trujillo
-----------	-----------------------

### Verwaltungsstelle Osnabrück

Bramsche	Dr. Sophia Krech
----------	------------------

### Verwaltungsstelle Ostfriesland

Emden	Dr. Rica Retzlaff
-------	-------------------

### Verwaltungsstelle Stade

Beverstedt	Alice Brigitte Kröning
Harsefeld	Dr. Klaus-Henning Schwetje

### Verwaltungsstelle Verden

Verden	Birte Reichert
--------	----------------

## Medizinische Versorgungszentren

### Verwaltungsstelle Hildesheim

Hildesheim	Dr. med. Benedikt Lenzner MVZ GmbH
------------	---------------------------------------

### Verwaltungsstelle Osnabrück

Osnabrück	DDent MVZ GmbH Zahnarztpraxis Osnabrück-Hasehaus
Quakenbrück	DDent MVZ GmbH Zahnarztpraxis Quakenbrück

**Wir heißen die Kolleginnen und Kollegen im Kreise der KZVN-Mitglieder herzlich willkommen und wünschen ihnen und ihren Praxisteams für die Zukunft viel Erfolg!**  
*Der Vorstand der KZVN*

# ZKN AMTLICH

## UNGÜLTIGE ZAHNARZTAUSWEISE

### Die Ausweise von

Hubert Krüger.....	Nr. 5055	vom 14.07.2004
Siegfried Lewitzke.....	Nr. 7131	vom 23.03.2011
Dr. Bernd Rieckeheer.....	Nr. 931	vom 14.09.1978
Dr. Angelika Rieckeher.....	Nr. 930	vom 14.09.1975
Dr. Klaus Wappler.....	Nr. 6978	vom 06.10.2010
Dr. Carsten Haase.....	Nr. 8939	vom 11.07.2016
Dr. Manfred Döpkins.....	Nr. 112	vom 21.08.1970
Dr. Heinz Bitter.....	Nr. 3667	vom 16.02.2000
Dr. Heinrich Buse.....	Nr. 3685	vom 01.03.2000
Dr. Wolfgang Fäth.....	Nr. 6654	vom 22.09.2009
Florian Berger.....	Nr. 9717	vom 13.12.2018
Dr. Hermann Ewe.....	Nr. 2277	vom 22.05.1989
Dr. Dieter Borgmann.....	Nr. 1542	vom 28.03.1984
Dr. Sigrid Brüggemann.....	Nr. 6881	vom 08.06.2010
Dr. Karsten Brüggemann.....	Nr. 6880	vom 08.06.2010
Dr. Ute Eggeling.....	Nr. 545	vom 02.05.1980
Dr. Günter Böckmann.....	Nr. 6460	vom 03.03.2009
Dr. Lutz Ferber.....	Nr. 1382	vom 23.02.1990
Dr. Karl Berger.....	Nr. 10689	vom 19.07.2021
Günter Trutenau.....		vom 01.07.1996
Dr. Kurt Papenfuß.....	Nr. 4125	vom 15.08.2001
Klaus Masche.....	Nr. 559	vom 25.02.1975
Dr. Ralf Reidenbach.....	Nr. 949	vom 11.01.1978
Dr. Gerda Schild.....	Nr. 1237	vom 24.08.1981
Dr. Josef-Bernd Meyer.....	Nr. 4366	vom 23.04.2002
Eduard Zerbe.....	Nr. 7979	vom 16.09.2013
Peter Bornatsch.....	Nr. 4080	vom 21.06.2001
Dr. Petra Stempel.....	Nr. 8972	vom 22.08.2016
Michael Heidloff.....	Nr. 1945	vom 12.02.1987
Dr. Ingeborg Zierleyn.....	Nr. 653	vom 16.01.1976
Dr. Günther Bock.....	Nr. 2794	vom 30.03.1992
Dr. Wilhelm Dopjans.....	Nr. 7982	vom 18.09.2013
Dr. Hans-Dieter Reimus.....	Nr. 4037	vom 24.04.2001
Dr. Michael Hertrampf.....	Nr. 5714	vom 18.09.2006
Dr. Gerd Bahrke.....	Nr. 753	vom 28.12.1976
Marianne Diehr.....	Nr. 8307	vom 22.08.2014
Dr. Eckhart Wille.....	Nr. 1465	vom 07.09.1983
Dr. Michael Blömer.....	Nr. 1104	vom 24.06.1980
Erika Eiben.....	Nr. 1003	vom 15.05.1979
Yasar Gültepe.....	Nr. 3573	vom 05.11.1999
Dr. med. dent. Maria Grove.....	Nr. 5599	vom 21.04.2006
Dr. Bernd Altmann.....	Nr. 10268	vom 02.06.2020

wurden verloren, gestohlen, beziehungsweise nicht zurückgegeben und werden für ungültig erklärt.

\_\_\_\_\_ZKN



# KZVN – Wir sind für Sie da!

➤ *Sie fragen – wir antworten*

## ➤ **Abrechnung**

**Sprechzeiten** Montag bis Donnerstag: 08:00 bis 13:00 Uhr und 14:00 bis 17:00 Uhr | Freitag: 08:00 bis 15:00 Uhr

**Hotline für Abrechnungsfragen** Telefon: 0511 8405-390 | Fax: 59097067 | E-Mail: [hotline-abrechnung@kzvn.de](mailto:hotline-abrechnung@kzvn.de)

**Kch-Service** E-Mail: [kch-service@kzvn.de](mailto:kch-service@kzvn.de) | Fax: 59097060

**Kfo-Service** E-Mail: [kfo-service@kzvn.de](mailto:kfo-service@kzvn.de) | Fax: 59097062

## ➤ **Honorar**

**Sprechzeiten** Montag bis Donnerstag: 09:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 17:00 Uhr | Freitag: 09:00 bis 15:00 Uhr

**HVM-Fragen** Telefon: 0511 8405-440 | Fax: 8405-362

**Punktwerte** Telefon: 0511 8405-460 | Fax: 8405-362

**Krankenkassenstammdaten** Telefon: 0511 8405-470 | Fax: 8405-362

## ➤ **Finanzen**

**Sprechzeiten** Montag bis Freitag: 09:00 bis 12:00 Uhr

Telefon: 0511 8405-400 | E-Mail: [finanzen@kzvn.de](mailto:finanzen@kzvn.de)

## ➤ **Mitgliederportal/Telematik**

**Sprechzeiten** Montag bis Donnerstag: 08:00 bis 17:00 Uhr | Freitag: 08:00 bis 15:00 Uhr

Telefon: 0511 8405-395 | Fax: 59097063 | E-Mail: [telematik@kzvn.de](mailto:telematik@kzvn.de)

## ➤ **Vertragsfragen**

**Sprechzeiten** Montag bis Donnerstag: 09:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 17:00 Uhr | Freitag: 09:00 bis 12:00 Uhr

Telefon: 0511 8405-206 | E-Mail: [service@kzvn.de](mailto:service@kzvn.de)

## ➤ **Geschäftsstelle Zulassungswesen**

**Sprechzeiten** Montag bis Freitag: 09:00 bis 12:00 Uhr und 13:00 bis 15:00 Uhr

Telefon: 0511 8405-455 | Fax: 59097040 | E-Mail: [zulassung@kzvn.de](mailto:zulassung@kzvn.de)



# Spendenaufruf für die Ukraine

Mit dem Überfall auf die Ukraine sind Hunderttausende dort ohne Strom und Wasser, es werden zudem Hilfsgüter, Nahrungsmittel, Medikamente, medizinische Materialien und vieles mehr gebraucht.

Das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte und die Bundeszahnärztekammer rufen gemeinsam dazu auf, mit einer Spende für die Ukraine zu helfen.

Die Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) unterstützen diesen humanitären Aufruf ausdrücklich.



## Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank

IBAN: DE28 300 60601 000 4444 000

BIC: DAAEEDDD

Stichwort: Ukraine

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

### Spendenformular online:

<https://www.stiftung-hdz.de/ihre-spende/spendenformular/>

