

dens

Mai 2026

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Zwischen Studium und Selbstverwaltung

Warum wir jungen Zahnärzte uns einmischen sollten

Prävention verbessert Mundgesundheit

Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie vorgestellt

Gesunde Zähne von Anfang an

20-Jahres-Evaluation von intensivierter Gruppenprophylaxe

Multitalent Kaugummi – von Kariesprävention bis Stressmanagement

Die Liste der Vorteile des Kaugummikaugens ist lang. Ganz oben steht sein Beitrag zur Zahn- und Mundgesundheit. Denn Kaugummikaugen nach Mahlzeiten ist eine der drei täglich empfohlenen Maßnahmen der S3-Kariespräventionsleitlinie der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) – neben Zähneputzen und geringem Zuckerkonsum.

Grund hierfür ist die durch das Kauen ausgelöste Stimulation des Speichelflusses. Dieser unterstützt das Ausspülen zuckerhaltiger und anderer Nahrungsreste aus der Mundhöhle, die Neutralisierung zahn-schädlicher Säuren und die Remineralisierung des Zahnschmelzes. Doch damit nicht genug: Die Speichelstimulation kann auch bei Sodbrennen, Mundtrockenheit und Mundgeruch helfen. Außerdem erleichtert Kaugummikaugen den Druckausgleich im Mittelohr, z. B. bei Flugreisen, und kann bei der Raucherentwöhnung und beim Abnehmen unterstützen. Die Studienlage liefert zu diesen letzten Punkten klare Hinweise. Kaugummi bewährt sich also in vielen Alltagssituationen.

Abschalten, Durchatmen und Kaugummikaugen

Viele Menschen greifen auch intuitiv zum Kaugummi, wenn sie sich konzentrieren müssen – beispielweise beim Lernen, bei

langen Autofahrten oder in stressigen Arbeitssituationen. Das Kauen kann helfen, Anspannungen zu lösen und die Konzentration zu verbessern. Diese Alltagserfahrung lässt sich inzwischen auch wissenschaftlich erklären: Durch den Kauvorgang werden wichtige Gehirnregionen aktiviert, wie eine umfangreiche Übersichtsarbeit von mehr als 30 Studien aus den Jahren 1980 bis 2025 zeigt.

Die Auswertungen von Messungen der Hirnströme (EEG), Schichtaufnahmen des Gehirns (MRT) und Untersuchungen zur Durchblutung der Hirnrinde legen nahe, dass Kaugummikaugen zuverlässig – wenn auch kurzzeitig – breite sensomotorische Schaltkreise aktiviert, die mit Aufmerksamkeit, Stressregulation und möglicherweise auch dem Gedächtnis in Verbindung stehen.

Verstärkt auf Kaugummi setzen – im Behandlungszimmer und in der Prophylaxe

Bei der Empfehlung in der Zahnarztpraxis besteht hingegen Nachholbedarf. Obwohl Kaugummikaugen Teil der aktuellen S3-Leitlinie der DGZ ist, wird es Umfragen zufolge nur in drei Prozent der Zahnarztpraxen empfohlen. Zum Vergleich: Das ist viermal weniger als die Warnung vor zu hohem Zuckerkonsum. Dabei eignet sich Kaugummikaugen hervorragend als



© wrigleys-dental

niedrigschwelliger und kariespräventiver Prophylaxe-Motivator für Patientinnen und Patienten: Kaugummi ist nach Mahlzeiten auch unterwegs schnell zur Hand, schmeckt gut und sorgt nebenbei noch für frischen Atem, insbesondere bei Minz- und Mentholvarianten.

Es ist Zeit für ein Prophylaxe-Update im Behandlungsraum: Für den Abschluss der Präventionsberatung eignet sich ein Kaugummi als kleines Give-away mit vielen Talenten hervorragend.

Weitere Informationen:
www.wrigleys-dental.de

Von reaktiver Behandlung zu Echtzeit-Steuerung: DentalMonitoring verändert die Kieferorthopädie

Mit seiner KI-gestützten Remote-Monitoring-Lösung setzt die französische Plattform DentalMonitoring einen neuen Behandlungsstandard: kontinuierliche Kontrolle statt punktueller Termine. Behandelnde sehen wöchentlich, was in der Mundhöhle ihrer Patienten passiert. Und sie greifen nur dann ein, wenn es wirklich nötig ist. Patienten scannen dafür zuhause mit ihrem Smartphone. Keine Zusatzgeräte. Keine Extratermine. Im Zentrum steht eine KI, die Patientenscans automatisiert analysiert und klinisch relevante Abweichungen erkennt. Und das oft bevor sie im Praxisalltag sichtbar werden.

46 zusätzliche Behandlungstage – gewonnen durch weniger Termine

Der Effekt lässt sich konkret messen: In einer Praxis mit über 3.000 Beobachtungspatienten an drei Standorten konnten durch den Einsatz der Plattform mehr als 3.000 Routinetermine pro Jahr eingespart werden – das entspricht rund 46 zusätz-

lichen Behandlungstagen. Das Prinzip ist auf jede Praxisgröße übertragbar. Wer Beobachtungs- und Kontrolltermine durch kontinuierliches Remote-Monitoring ersetzt, gewinnt Kapazität – für neue Patienten, komplexe Fälle oder einfach mehr Zeit. Patienten werden nur noch einbestellt, wenn tatsächlich klinischer Handlungsbedarf besteht. Das entlastet das Team und verbessert die Terminqualität. Zusätzlich erhöht es die Patientenzufriedenheit: Wer nicht grundlos in die Praxis muss, kommt lieber nur, wenn es wirklich nötig ist.

Beobachtungsphase: Frühzeitige Patientenbindung und optimales Timing

Bereits vor Beginn der aktiven Behandlung macht DentalMonitoring den Unterschied. Praxen begleiten potenzielle Patienten digital durch die Beobachtungsphase. So erhöhen sie die Wahrscheinlichkeit, dass aus Interessenten tatsächliche Behandlungen werden. Studien belegen: Die Konversionsrate von Beobachtung zu aktiver



© Dental Monitoring

Behandlung steigt auf 31,6 %. Digitale Check-ins etablieren frühzeitig Routinen, die den späteren Behandlungserfolg unterstützen.

Retention: Behandlungserfolge schützen, bevor Rückfälle entstehen

Die aktive Behandlung endet, die Verantwortung nicht. In der Retentionsphase erkennt die intelligente Plattform minimale Zahnbewegungen und Retainer-Probleme frühzeitig, bevor sie klinisch relevant werden. Für Patienten bedeutet das: maximale Sicherheit bei minimalen Praxisbesuchen. Für Praxen: eine echte Differenzierung im Nachsorgebereich und damit langfristige Patientenbindung über das Ende der Behandlung hinaus.

Alle Herstellerinformationen sind Informationen der Produzenten. Sie geben nicht die Meinung des Herausgebers/der Redaktion wieder.

Weitere Informationen:
www.dentalmonitoring.com

Reform darf Versorgung nicht gefährden

Die Vorschläge des Referentenentwurfs zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 16.04.2026 stehen im Kontext eines wachsenden Reformdrucks in unserem Gesundheitssystem – und dieser Druck ist unübersehbar. Wir als Körperschaften stellen uns dieser Realität und erkennen die Notwendigkeit tiefgreifender struktureller Veränderungen ausdrücklich an. Mit dem klaren Ziel, die Versorgung dauerhaft tragfähig und finanzierbar zu sichern. Reformbereitschaft ist vorhanden. Aber sie muss zielgerichtet sein – nicht aktionistisch, sondern durchdacht, ausgewogen und evidenzbasiert.

Was dem Referentenentwurf jedoch fehlt, ist der Mut, die richtigen Prioritäten zu setzen. Denn jede ernsthafte Reform muss bei der Ursache ansetzen – und die liegt in der konsequenten Stärkung der Prävention. Wer nachhaltig Kosten senken will, darf nicht reflexartig an Vergütungen oder bestehenden Leistungsstrukturen ansetzen. Einsparungen entstehen dort, wo Krankheitslast wirksam reduziert wird. Prävention ist kein Kostenfaktor, sondern die wirksamste und zugleich menschlich sinnvollste Form der Ausgabensteuerung.

Die Zahnmedizin liefert dafür seit Jahrzehnten den klaren Beweis. Die Ergebnisse der sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS • 6) sowie die Berichte zur Versorgungssituation im eigenen Land zeigen eindrucksvoll, was ein konsequent präventionsorientierter Ansatz leisten kann: deutliche Kariesrückgänge, eine spürbar verbesserte Mundgesundheit über alle Altersgruppen hinweg und eine stabile Versorgungssituation. Und mehr noch: Die Zahnärzteschaft hat dabei ihren Anteil an den GKV-Gesamtausgaben über Jahre hinweg kontinuierlich gesenkt – ein klarer Beleg dafür, dass präventionsorientierte Versorgung nicht nur medizinisch erfolgreich, sondern ökonomisch wirksam ist. Das ist kein Zufall, sondern das Ergebnis unserer langfristigen, stringend umgesetzten Strategie. Genau dieser Erfolgsfaktor fehlt jedoch in weiten Teilen des Referentenentwurfs.

Stattdessen setzt der Entwurf erneut auf kurzfristige Kostendämpfungsmaßnahmen – und genau hier offenbart sich ein grundlegender struktureller Fehler. Diese Maßnahmen hängen die zahnärztliche Versorgung erneut systematisch von der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung ab. Während Kosten für Personal, Material und Betrieb kontinuierlich steigen, werden die finanziellen Spielräume künstlich begrenzt. Das ist nicht nur realitätsfern, sondern gefährdet nachhaltig die Substanz der Versorgung.

Eine solche Entwicklung gefährdet die wirtschaftliche Stabilität der Praxen und sendet ein klares Fehlsignal: Qualität wird verlangt, ohne die nötigen Rahmen-

bedingungen zu sichern. Die Folgen sind absehbar – ausbleibende Investitionen, steigender wirtschaftlicher Druck auf Leistungserbringer und langfristige Einschränkungen für die Patienten. Diese Form der Kostendämpfung ist nicht nachhaltig. Sie verschiebt Probleme, verschärft bestehende Herausforderungen und führt schleichend zu einem Qualitätsverlust. Zudem greifen Maßnahmen tief in die Berufsausübung ein, beschneiden die fachliche Autonomie und gefährden die Einheit des Berufsstandes. Hochwertige Versorgung entsteht nicht durch dirigistische Vorgaben, sondern durch Kompetenz, Verantwortung und Entscheidungsfreiheit der Behandelnden. Wer diese Grundlagen schwächt, gefährdet die Versorgungsqualität.

Für uns ist daher unmissverständlich klar: Es darf keinen Eingriff im Sinne eines Facharztvorbehalts geben, der bewährte Versorgungsstrukturen infrage stellt. Die Stärke der zahnärztlichen Versorgung liegt gerade in ihrer Breite und in der hohen Qualifikation der Zahnärztinnen und Zahnärzte – auch in spezialisierten Bereichen. Diese Struktur sichert flächendeckende Versorgung und darf nicht durch künstliche Einschränkungen geschwächt werden.

Im Sinne unserer Patienten lehnen wir die geplanten Änderungen in der Kieferorthopädie entschieden ab. Sie sind fachlich nicht überzeugend und setzen auf kurzfristige Einsparungen statt auf sinnvolle Versorgung. Frühzeitige Behandlungen sind entscheidend: Werden sie eingeschränkt oder abgewertet, verschiebt sich der Bedarf nur nach hinten – mit aufwendigeren, belastenderen und teureren Therapien. Zudem steigt das Risiko, dass notwendige Behandlungen aus Kostengründen unterbleiben. Die Folgen treffen uns direkt: eine schlechtere Versorgungsqualität und wachsende Ungleichheit.

Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem braucht einen klaren Kurswechsel. Weg von kurzfristigen Kostendämpfungsgesetzen – hin zu einer konsequent präventionsorientierten Steuerung. Einsparungen müssen intelligent sein, langfristig wirken und fair verteilt werden. Die Zahnmedizin hat bereits bewiesen, dass dieser Weg funktioniert.

Unser Fazit ist eindeutig: Ja zu Reformen – aber mit Augenmaß und auf Basis nachweisbarer Erfolge. Ja zu Prävention als zentralem Steuerungsinstrument. Ein entschiedenes Nein zu kurzfristigen Kostendämpfungsmaßnahmen, zu unnötigen Eingriffen in die Berufsausübung. Nur so kann es gelingen, Versorgungssicherheit, Qualität und Finanzierbarkeit dauerhaft in Einklang zu bringen.

**Stefanie Tiede, Dr. Wolf Henrik Fröhlich,
Dr. Gunnar Letzner, Dr. Jens Palluch**

Der Versorgungsausschuss informiert

Eine einordnende Darstellung der Grundprinzipien der Arbeit

Bestimmt kennt jeder von Ihnen Freunde und Bekannte, die als Pflichtmitglied in das VZB (Versorgungswerk der Zahnärzte Berlin, Brandenburg und Bremen) Beiträge einzahlen, das manchmal schon ein ganzes Berufsleben lang oder schon Rente beziehen.

Folgt man den Nachrichten der Wirtschaftspresse und den offiziellen Verlautbarungen der amtierenden Berliner Kollegen, ist ein Teil des Anlagevermögens nicht wie geplant werthaltig und die erworbenen Anwartschaften und Renten müssen gegebenenfalls einer Neuberechnung unterzogen werden. Finanzielle Lebensplanungen müssten neu geschrieben werden.

Damit stellt sich zwangsläufig die Frage, wie stark unser eigenes Werk ist oder ob „bei uns auch der Wurm drin ist“. Um diese und andere Fragen ausgewogen und erschöpfend zu beantworten und mit Ihnen in Kontakt zu treten, kommen Mitglieder des Versorgungsausschusses gerne in Ihre Kreisstellen, um vorzutragen und sich Ihren Fragen zu stellen. Es erwarten Sie Ausführungen über die Zusammensetzung des Kapitalstockes, den Auswahlprozess der Anlagen, die maßgebliche Regulatorik und deren Überwachung, eine Vorstellung unserer Dienstleister (Berater, Aktuar, Wirtschaftsprüfer, Kapitalverwaltungsgesellschaft DEKA als Dreh- und Angelpunkt unseres Masterfonds, die Verwahrstelle bei der Landesbank Baden-Württemberg (LBBW)) und nicht zuletzt ein paar Worte über unsere Compliance und deren Überwachung. Auf den bisherigen Veranstaltungen in Rostock, Güstrow, Ludwigslust-Parchim, Waren und Ueckermünde erschienen Sie zahlreich und die Diskussionen waren ehrlich und lebhaft. Dieses Angebot können Sie über Ihre Kreisstellenvorsitzenden abrufen und wird von uns laufend aktualisiert.

In Ergänzung zum kontinuierlichen Angebot des direkten Austausches miteinander können wir Ihnen versichern: Alle Kapitalanlageentscheidungen unseres Versorgungswerkes werden regelbasiert unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften (Anlageverordnung; BaFin-Verordnungen; ABV-Leitfaden) durch den Versorgungsausschuss getroffen. Die jährliche Prüfung der wirtschaftlichen Lage des Versorgungswerkes erfolgt durch die Wirtschaftsprüfer Bansbach

und die Aktuare RZP überwacht die Einhaltung der Verpflichtungen des Versorgungswerkes gegenüber den Mitgliedern mit dem jährlichen versicherungsmathematischen Gutachten.

Durch den Consultant FERl werden sowohl die Risiken der Anlageklassen beobachtet und auf eine breite Diversifikation der Investments geachtet. Der Ausschuss erhält diesbezüglich Produktvorschläge, die in den Sitzungen beraten werden und letztlich in einer Anlageempfehlung münden. Die Abwicklung des Geschäftsverkehrs wird im Vier-Augen-Prinzip gewährleistet und durch die Kapitalverwaltungsgesellschaft Deka geprüft und bei der Verwahrstelle der LBBW verwaltet.

Durch unsere Compliance-Vorschriften wird sichergestellt, dass alle handelnden Personen keine Einzelentscheidungen treffen können (Vier-Augen-Prinzip; doppelte Unterschriften) und alle Kapitalverpflichtungen des Versorgungswerkes durch eine Beschlussvorlage vom Versorgungsausschuss sanktioniert werden müssen.

Damit können wir für unser Versorgungswerk feststellen, dass einseitige oder zu risikobehaftete Investitionen in einzelne Objekte/Firmen/Produkte ausgeschlossen werden.

So erlaubten die wirtschaftliche Stärke, die Beitragsproduktivität und unsere finanziellen Reserven (Verlustrücklage und Schwankungsrücklage) es dem Versorgungsausschuss, der Kammerversammlung im November letzten Jahres eine Dynamisierung der Anwartschaften um 4,0 % und der Renten um 2,0 % vorzuschlagen. Dieser Vorschlag fand in der Kammerversammlung eine breite Mehrheit.

Abschließend weisen wir nochmal auf die Möglichkeit hin, im Rahmen des Zahnärztetages in Hohe Düne ein Zeitfenster für eine Beratung zu buchen, um Fragen rund um Ihre persönliche Versorgungssituation in vertraulichem Rahmen zu besprechen.

Dr. Thomas Lawrenz, Vorsitzender des Versorgungsausschusses der ZÄK M-V

Dr. Cornel Böhringer, stellvertretender Vorsitzender des Versorgungsausschusses der ZÄK M-V

Aus dem Inhalt

M-V / Deutschland

Prävention verbessert Mundgesundheit.....	9-11
Austausch von eHBAs.....	12-13
Zahnärztetag 2026.....	14-15
Zuckersteuer für gesüßte Getränke einführen.....	15
Leserbriefe.....	19-21

Zahnärztekammer

Der Versorgungsausschuss informiert.....	2
Kammervorstand tagte mit Kreisstellenvorsitzenden...4	
DAHZ Hygieneleitfaden.....	6
Zwischen Studium und Selbstverwaltung.....	7-8
Erfolgreiche Nachwuchswerbung.....	13-14
Orientierung für Zahnmedizin im Alter.....	16-17

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Service der KZV.....	17-18
Blatt für Blatt ein Stück Prävention.....	22

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis / Recht

Gesunde Zähne von Anfang an.....	23-28
----------------------------------	-------

Impressum.....	3
Herstellerinformationen.....	U2

Die Geschichte zum Titelfoto des Monats Mai

Das Titelfoto dieser Ausgabe zeigt eine Tulpenmagnolie in voller Pracht. In jedem Frühling sind diese Bäume schon von weitem ein Hingucker. Etwas fürs Auge sind auch die Kastanien mit ihren Blütenkerzen. Wie schön ist es im Mai, eine Kastanienallee langzufahren. Immer öfter sieht man rot blühende Bäume. Ihr Vorteil, sie sind nicht so anfällig für Schädlinge, die bei den weiß blühenden Verwandten zu braunem Laub führt. Der Nachteil, bei ihnen gibt es weniger Früchte, was aber nicht schlimm ist, da man sie ohnehin nicht essen sollte, weil sie giftig sind. Die blühenden Obstbäume hingegen arbeiten darauf hin, dass man ihre Früchte isst, so erfreut man sich im Herbst noch einmal an ihrem Anblick.

Ihre dens-Redaktion

dens

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern mit amtlichen Mitteilungen

35. Jahrgang
14. Mai 2026

Herausgeber:

Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin
Telefon 03 85-48 93 06 80, Telefax 03 85-48 93 06 99
E-Mail: info@zaekmv.de, Internet: www.zaekmv.de
www.facebook.com/zaek.mv, www.twitter.com/zaekmv

Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin
Telefon 03 85-5 49 21 73, Telefax 03 85-5 49 24 98
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kzvmv.de, Internet: www.kzvmv.de

Redaktion: Stefanie Tiede, ZÄK, (verant.),
Dr. Jens Palluch, KZV, (verant.), Dr. Grit Czapla (ZÄK)

Anzeigenverwaltung, Druck und Versand:

Satztechnik Meißen GmbH, Andra Wolf
Am Sand 1c, 01665 Diera-Zehren OT Nieschütz
Telefon 0 35 25-71 86 24, Telefax 0 35 25-71 86 12
E-Mail: wolf@satztechnik-meissen.de

Internet: www.dens-mv.de

Gestaltung und Satz: Kassenzahnärztliche Vereinigung

Redaktionshinweise: Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Produktinformationen werden ohne Gewähr veröffentlicht. Nachdruck und fotomechanische Wiedergabe bedürfen der vorherigen Genehmigung der Redaktion. Die Redaktion behält sich bei allen Beiträgen das Recht auf Kürzungen vor.

Redaktionsschluss: 10. des Vormonats

Erscheinungsweise: Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

Bezugsbedingungen: Der Bezug ist für Mitglieder der zahnärztlichen Körperschaften Mecklenburg-Vorpommern kostenlos. Nichtmitglieder erhalten ein Jahresabonnement für 36 Euro, Einzelheft 4 Euro zuzüglich Versandkosten.

Titelbild: Nicole Schlösser

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher, männlicher und diverser geschlechtlicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle möglichen Geschlechter.

Intensiver Austausch und Diskussion

Kammervorstand tagte mit Vorsitzenden der Kreisstellen

Traditionell im Frühjahr tagt der Vorstand der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern mit den Vorsitzenden der Kreisstellen. Das diesjährige Treffen, das erste nach den Kammerwahlen im vergangenen Jahr, fand am 25. März in Güstrow statt. Da auch die Neuwahlen der Vorstände in den Kreisstellen zum Teil bereits stattgefunden hatten, waren neben vielen bekannten dieses Mal auch einige neue Gesichter in der Runde zu sehen. Neu ist seit der Konstituierung des Kammervorstandes auch, dass mit Dr. Thomas Klitsch und Christian Bartelt sich nunmehr zwei Vorstandsmitglieder die Verantwortlichkeit für die Arbeit der Kreisstellen teilen.

Beraten wurde über strategische, berufspolitische und organisatorische Themen zur Weiterentwicklung der zahnärztlichen Versorgung im Land. Nach dem ausführlichen Bericht der Präsidentin Stefanie Tiede standen insbesondere die zukünftige Ausgestaltung des zahnärztlichen Notfalldienstes, die Sicherung des beruflichen Nachwuchses sowie die Weiterentwicklung von Fort- und Weiterbildungsangeboten im Mittelpunkt.

Auf Grundlage der Auswertung der Feedbackbögen zum Notfalldienst aus dem Jahr 2025 wurden mögliche strukturelle Anpassungen ab 2027 sowie weitergehende Änderungen ab 2028 diskutiert. Dazu zählen eine Neuorganisation des Notfalldienstjahres auf den Zeitraum vom 1. Februar bis 31. Januar, die Einbeziehung von Kieferorthopäden sowie eine effizientere Einteilung der Dienste.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf Maßnahmen zur Nachwuchsförderung durch die Körperschaften. Veranstaltungen wie der „Tag der Chancen“, die Weiterentwicklung des Workshops „STARHILFE – Dein Gründungsbooster für die eigene Zahnarztpraxis“ innerhalb des Zahnärztetags sowie die Förderung von Famulaturen und Stipendien sollen junge Zahnärztinnen und Zahnärzte gezielt unterstützen. Ergänzend wird zudem die Landzahnarztquote ab 2026 eingeführt.

Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels hinsichtlich des Praxispersonals setzt die Zahnärztekammer neben der klassischen Ausbildung auch auf die Qualifizierung von Quereinsteigern, insbesondere in Zusammenarbeit mit der Fortbildungsakademie der



Der Vorstand der Zahnärztekammer beriet mit den Vorsitzenden der Kreisstellen in Güstrow über strategische, berufspolitische und organisatorische Themen.

Foto: ZÄK

Wirtschaft. Darüber hinaus stand auch die Gewinnung internationaler Auszubildender zur Diskussion.

Im Bereich der Fortbildung ist vorgesehen, insbesondere Onlineformate weiter auszubauen sowie zusätzliche Veranstaltungen speziell für Vorbereitungsassistenten zu entwickeln.

Berufspolitisch sprachen sich die Teilnehmer unter anderem für die Einführung einer Zuckersteuer auf stark zuckerhaltige Getränke aus. Ebenso wies die Präsidentin auf die mögliche Rolle der Kammer als Approbationsbehörde hin. Kontrovers diskutiert wurde die Frage einer Pflichtmitgliedschaft institutioneller Träger von zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentren.

Weitere aktuelle Themen betrafen die Rahmenbedingungen der zahnärztlichen Berufsausübung. Präsidentin Stefanie Tiede skizzierte unter anderem den Sachstand hinsichtlich der geplanten Genehmigung von Ethanol als Wirkstoff in Desinfektionsmitteln sowie den verpflichtenden Austausch der elektronischen Heilberufsausweise einiger Kartenhersteller aufgrund sicherheitstechnischer Vorgaben bis zum 30. Juni 2026.

Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten wurden die fehlende Anpassung des GOZ-Punktwertes und die Möglichkeit von §-2-Vereinbarungen zur individuellen Honoraranpassung thematisiert.

Abschließend betonte die Präsidentin die enge Zusammenarbeit mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung einschließlich Durchführung gemeinsamer Klausurtagungen sowie die Bedeutung gemeinsamer Strategien zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung.

ZÄK

DAHZ Hygieneleitfaden aktualisiert

Um für die Zahnärzte die umfangreichen Regelungen zur Hygiene in der Zahnarztpraxis zusammenzufassen, wird vom Deutschen Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin (DAHZ) der Hygieneleitfaden erarbeitet. Dieser wird regelmäßig überarbeitet und liegt nun in seiner aktuellen Form vor.

Der Deutsche Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnmedizin hat Anfang April die 17. Ausgabe des Hygieneleitfadens herausgegeben. Diese wird auf den Webseiten von DAHZ und Bundeszahnärztekammer kostenfrei zum Herunterladen angeboten. Die zentralen Änderungen befinden sich in den aktualisierten Kapiteln auf den Seiten 19 und 24/25 und befassen sich mit manuellen Aufbereitungsverfahren und der Nutzung von Schutzhüllen.

Ein kurzer Überblick

Bezüglich der Validierung von Aufbereitungsverfahren sind die Ausführungen zu den Grundsätzen der Validierung erweitert worden. Präzisiert wurde zum Beispiel, „dass bei Medizinprodukten, bei denen eine maschinelle Aufbereitung ausgeschlossen ist, z. B. Röntgensensoren, Kameras usw., dieser Äquivalenznachweis nicht möglich ist“, wie er bei Anwendung manueller Verfahren bei Verfügbarkeit maschineller Verfahren vorausgesetzt wird. Die manuelle Reinigung und Desinfektion müsse jedoch „stets nach dokumentierten Standardarbeitsanweisungen und mit auf Wirksamkeit geprüften, auf das Medizinprodukt abgestimmten (d. h. geeigneten und materialverträglichen) Mitteln und Verfahren validiert durchgeführt werden.“ Ein Beleg über die Wirksamkeit der chemischen Desinfektion bei einem manuellen Verfahren sei zum Beispiel durch die Listung des Präparates in der VAH-Liste gegeben.

Hinsichtlich der Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten wurde beispielhaft die Einstufung von Zylinderampullenspritzen sowie von Übertragungsinstrumenten für die Wurzelkanalaufbereitung entsprechend ihrem bestimmungsgemäßen Gebrauch neu mit aufgenommen. Hintergrund dafür ist, dass es in der Vergangenheit zu missverständlichen Interpretationen seitens der überwachenden Behörden gekommen ist.

Bemerkenswert ist der auf Seite 24 unter der Überschrift „Geräte mit Austritt von Flüssigkeiten und/oder Luft oder Partikeln für nichtinvasive Maßnahmen“ neu eingefügte Satz: „Sofern durch den Hersteller zugesichert wird, dass ein Rücksog über das Übertragungsinstrument hinaus nicht möglich ist, kann ggf. auf die Spülung nach der Behandlung verzichtet werden.“ Das heißt, dass unter genannten Bedingungen darauf verzichtet werden kann, im Mund von Patienten benutzte wasserführende Gerä-

te (Übertragungsinstrumente) am Ende der Behandlung für mindestens 20 Sekunden zu spülen.

Ebenfalls auf Seite 24 erläutern die Autoren des Leitfadens die Einordnung von Medizinprodukten, die in der Mundhöhle eingesetzt werden, bei denen aber ein bestimmungsgemäßer Kontakt mit der Schleimhaut durch eine Schutzhülle verhindert wird. Durch die Verwendung dieser Schutzhülle könne eine erhebliche Verminderung der Anschmutzung auf dem Medizinprodukt und damit eine Erleichterung der Aufbereitung erreicht werden. Eine grundsätzlich andere Einordnung des Medizinprodukts hingegen könne dadurch aber nicht vorgenommen werden.

Im Kapitel 10/ Wasser führende Systeme ist eine Präzisierung dahingehend vorgenommen worden, dass „eine Koloniezahl von 100 KBE/ml bei 36 Grad C im Betriebswasser als Warnwert gilt, da dies ein Zeichen für eine Stagnation des Betriebswassers in der Behandlungseinheit ist“. Bei Überschreiten dieses Wertes sei eine Ursachenermittlung (intensives Spülen und Wiederholung der Untersuchung) durchzuführen. Ferner wird auf die AWMF-Leitlinie „Hygienische Anforderungen an das Wasser in zahnärztlichen Behandlungseinheiten“ verwiesen. Diese ist bereits mehrere Jahre in Überarbeitung und wird in Kürze fertiggestellt. Wir werden darüber gesondert berichten.

Neu aufgenommen in Kapitel 10 wurde zudem auf den Seiten 42 und 43 der Punkt „Vorgehen im Fall einer Meldung verunreinigten Trinkwassers“. Hier werden mehrere Möglichkeiten zur Behandlung von Patienten für den Fall einer Verunreinigung der öffentlichen Trinkwasserversorgung und des Erlasses einer Abkochanordnung durch das zuständige Gesundheitsamt offeriert. Das ist insofern von Bedeutung, da dieser Fall im vergangenen Jahr mehrfach in verschiedenen Regionen in M-V eingetreten ist.

Abschließend wird in Kapitel 13 / Schutzausrüstung eine detaillierte Erläuterung zu den verschiedenen Arten und Eigenschaften von Mund-Nasen-Schutz und dem Einsatz bei verschiedenen Interventionen in der Zahnarztpraxis gegeben.

Der aktualisierte Hygieneleitfaden ist unter <https://dahz.org/hygieneleitfaden> oder nebenstehenden QR-Code zu finden. Hier ist ebenfalls eine Vergleichsfassung zur vorherigen Ausgabe hinterlegt.

**Ausschuss zahnärztliche
Berufsausübung und Hygiene**



Zwischen Studium und Selbstverwaltung

Warum wir jungen Zahnärzte uns einmischen sollten

Als ich mich vor zwei Jahren für die Teilnahme am Studiengang für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement der AS-Akademie entschieden habe, hatte ich keine konkreten Erwartungen. Ich wusste zwar, dass Themen wie Selbstverwaltung und Standespolitik eine wichtige Rolle in unserem Beruf spielen, konkrete Berührungspunkte hatte ich bis dahin jedoch kaum. Vermutlich geht es vielen jungen Zahnärzten ähnlich. Denn das Zahnmedizinstudium bereitet uns in erster Linie auf die klinische Tätigkeit in der Patientenversorgung vor. Kommt dabei die Vorbereitung auf die Selbstständigkeit und die aktive Mitgestaltung in der standespolitischen Selbstverwaltung zu kurz?

Mit dieser Frage habe ich mich unter anderem in meiner Zertifikatarbeit der AS-Akademie beschäftigt. Dabei habe ich untersucht, inwiefern das Zahnmedizinstudium in Deutschland und Österreich die Studierenden auf die selbstständige Berufsausübung sowie die Mitarbeit in der standespolitischen Selbstverwaltung vorbereitet.

Ergebnisse

In Deutschland und Österreich, zwei Nachbarländern mit vergleichbarer medizinischer Tradition, unterscheiden sich die Strukturen und Inhalte des Zahnmedizinstudiums sowie die Einbindung in standespolitische Organisationen teilweise erheblich.

In Deutschland ist durch die zahnärztliche Approbationsordnung das Fach „Berufskunde und Praxisführung“ ein verpflichtender Bestandteil des Studiums. Hier werden grundlegende Kenntnisse zu rechtlichen Rahmenbedingungen, Praxisorganisation, Abrechnungssystemen sowie zur zahnärztlichen Selbstverwaltung vermittelt. Ergänzt wird dies durch zahlreiche Angebote der Zahnärztekammern und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die den Übergang in die Berufspraxis unterstützen. Auch die Famulatur ermöglicht neben praktischen Erfahrungen häufig erste wichtige Kontakte für den Berufseinstieg.

In Österreich fehlt ein vergleichbares zentrales Regelwerk. Entsprechende Inhalte sind meist nur punktuell oder fakultativ im Studium

verankert, sodass die Vorbereitung auf Selbstständigkeit und standespolitische Themen in hohem Maße von der Eigeninitiative der Studierenden abhängt.

Trotz der strukturierteren Vorbereitung in Deutschland ist der Anteil selbstständig tätiger Zahnärztinnen und Zahnärzte dort deutlich geringer als in Österreich. Im Jahr 2023 waren in Österreich rund 72 Prozent der Zahnärzte selbstständig tätig, in Deutschland hingegen etwa nur 43 Prozent (Abb. 1).

Ein Grund hierfür sind unter anderem die unterschiedlichen Rahmenbedingungen. In Österreich begünstigen autonome Honorarrichtlinien und das Wahlarztssystem die Niederlassung, führen jedoch gleichzeitig zu einer stärkeren Segmentierung der Versorgung und erschweren teilweise den Zugang für Patientinnen und Patienten. Deutschland hingegen verfügt über strukturierte Ausbildungs- und Unterstützungsangebote, steht jedoch vor der Herausforderung einer sinkenden Niederlassungsbereitschaft.

Grundsätzlich zeigt sich in beiden Ländern, dass die Themen Selbstständigkeit und Selbstverwaltung im Studium nur begrenzt verankert sind. Dies ist nachvollziehbar, da der Fokus der universitären Ausbildung in erster Linie auf der klinischen und wissenschaftlichen Qualifikation liegt. Die Auseinandersetzung mit wirtschaftlichen, rechtlichen und berufspolitischen Fragestellungen erfolgt daher häufig außerhalb des



Am 6. Dezember 2025 erhielt Janina Merkel, Absolventin des 13. Studiengangs der Akademie für freiberufliche Selbstverwaltung und Praxismanagement (AS Akademie), in Berlin ihre Zertifikatsurkunde aus den Händen von Prof. Christoph Benz.

Foto: © Sandra Kühnapfel

Verlauf 2021-2023: Prozentualer Anteil angestellter und niedergelassener Zahnärzte

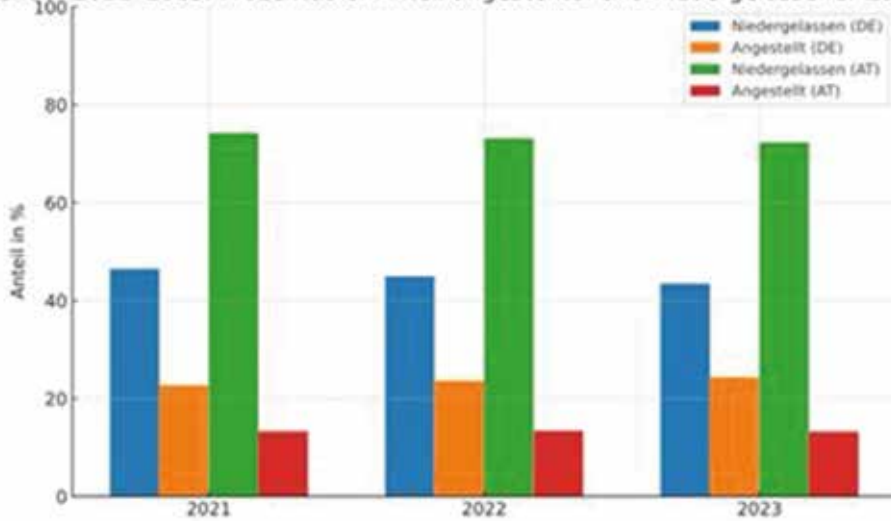


Abb. 1: Prozentualer Anteil angestellter und niedergelassener Zahnärzte in Deutschland und Österreich im Zeitraum von 2021 bis 2023 (ÖZÄK 2025, BZÄK 2025)

regulären Curriculums. Entsprechende Weiterbildungs- und Informationsangebote sind vorhanden, ihre Nutzung liegt jedoch in der Eigeninitiative der Studierenden beziehungsweise jungen Zahnärzte.

AS-Akademie

Genau hier setzt die AS-Akademie an und bietet die Möglichkeit, sich strukturiert mit den Grundlagen der freiberuflichen Selbstverwaltung, gesundheitspolitischen Zusammenhängen sowie betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Aspekten auseinanderzusetzen.

Für mich persönlich hat die AS-Akademie nicht nur Wissen vermittelt, sondern vor allem ein Bewusstsein für die Bedeutung der Selbstverwaltung, die Verantwortung unseres Berufsstandes sowie die ei-

genen Möglichkeiten, diesen aktiv mitzugestalten, geschaffen.

Vor diesem Hintergrund stellt sich für uns als junge Zahnärztinnen und Zahnärzte die Frage, welche Rolle wir in der Weiterentwicklung unseres Berufs einnehmen wollen. Denn die Rahmenbedingungen unserer täglichen Arbeit werden aktiv gestaltet und ohne unser Engagement fehlt unsere Perspektive in diesen wichtigen Entscheidungsprozessen.

Standespolitisches Engagement bedeutet dabei nicht zwangsläufig, sofort ein Amt zu übernehmen

oder sich langfristig zu binden. Vielmehr beginnt es oft im Kleinen durch Interesse, Austausch und erste Einblicke in die Strukturen und Aufgaben der Kammer und Kassenzahnärztlichen Vereinigung.

Ich kann daher nur dazu ermutigen, sich einzubringen, sowohl im Kleinen als auch im Großen, und sich mit den Strukturen unseres Berufs auseinanderzusetzen. Die AS-Akademie bietet hierfür einen idealen Einstieg.

Für die Unterstützung und die Möglichkeit zur Teilnahme an der AS-Akademie möchte ich mich herzlich bei der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern sowie bei Dr. Astrid Sauerschnig bedanken.

Janina Merkel

TECOM passt Fahrkostenpauschale an

Die TECOM Consult und Ing. GmbH hat mitgeteilt, dass sie angesichts der Entwicklung der Kosten für Kraftstoff und der allgemeinen Fahrzeugkosten eine Neuregelung der Fahrkosten vornehmen muss.

Das bedeutet, dass sich für Zahnärzte in Mecklenburg-Vorpommern, die mit TECOM einen Vertrag über die betriebsmedizinische und/oder sicherheitstechnische Betreuung abgeschlossen haben, ab dem 1. Juli 2026 die Fahrkostenpauschale von bislang 25,00 Euro auf 35,00 Euro pro Anfahrt (netto) erhöht. Diese Anfahrtpauschale wird auf alle in Anspruch genommenen Leistungen erhoben.

ANZEIGE

Praxisanalyse mit MLP.

Legen Sie mit den detaillierten Auswertungen unseres **MLP Praxisanalysetools** eine fundierte Basis für die zukunftsweisenden Entscheidungen in Ihrer Praxis. Vereinbaren Sie einen unverbindlichen Gesprächstermin. Wir freuen uns auf Sie.

MLP Finanzberatung SE • Geschäftsstelle Rostock I • Tel 0381 • 49282 • 0 • mlp-rostock.de



Prävention verbessert Mundgesundheit

Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie vorgestellt

In der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS • 6) wurden erstmals Längsschnittanalysen vorgenommen. Dazu wurden Studienteilnehmende aus der 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) von 2014 erneut untersucht, um die Entwicklung der Mundgesundheit der Bevölkerung nachzuvollziehen und erstmalig detaillierte Einblicke in individuelle Krankheitsverläufe zu erhalten. Die Ergebnisse stellen das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) am 14. April vor.

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

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

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

Am Beispiel **Diabetes** belegt die DMS • 6 auch den engen Zusammenhang zwischen Mund- und Allgemeingesundheit. Denn Diabetikerinnen und Diabetiker weisen oftmals eine schlechtere Mundgesundheit auf als Menschen ohne Diabetes: Sie haben häufiger eine schwere Parodontitis, mehr Wurzelkaries und im Durchschnitt doppelt so viele fehlende Zähne. Eine frühzeitig behandelte Parodontitis kann

beispielsweise zu einer besseren Diabeteseinstellung beitragen, womit hohe Folgekosten für das Gesundheitssystem vermieden werden können.

Prof. Dr. A. Rainer Jordan, Wissenschaftlicher Direktor des IDZ: „Die 9-Jahres-Ergebnisse der DMS • 6 zeigen eine überwiegend langsame Progression zahnmedizinischer Erkrankungen, denn vielfach bleibt ein gut eingestellter Mundgesundheitszustand über Jahre stabil. Die DMS • 6 unterstützt die bekannte These, dass die chronischen zahnmedizinischen Erkrankungen Karies und Parodontitis nicht linear verlaufen, sondern in Phasen (kurzer) Progressionsschübe und (langen) Stagnationsphasen. Diese Erkenntnis hat Auswirkungen auf strategische Überlegungen einer lebenslangen Prävention, die künftig nicht standardisiert, sondern risikoadaptiert und personalisiert erfolgen sollte. Unsere Studie hat die wichtigsten Risikofaktoren für Zahn- und Munderkrankungen identifiziert, um diese personalisierten Präventionsprogramme zu entwickeln.“

Dr. Romy Ermler, Präsidentin der BZÄK: „Die Längsschnittergebnisse der DMS • 6 belegen eindeutig, wie wirkungsvoll die langjährige, strukturierte Präventionsorientierung der Zahnmedizin ist. Patienten sollten die vielfältigen Präventionsangebote von Anfang an und über den gesamten Lebensbogen in Anspruch nehmen. Im internationalen Kariesvergleich ist Deutschland Weltklasse. Wer als Kind gesunde Zähne hat, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch als Senior noch viele gesunde, eigene Zähne haben – bei den heute 73- bis 82-Jährigen haben in den vergangenen knapp zehn Jahren 40 Prozent keinen Zahn verloren. Prävention in jungen Jahren spart also auch Geld im Alter. Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben allerdings einen überdurchschnittlichen Zahnverlust. Hier bedarf es einer intensivierten Zusammenarbeit der Zahnärzteschaft mit den Allgemeinärzten sowie weiteren Fachgruppen, um diese Menschen noch besser interprofessionell zu betreuen.“

Martin Hendges, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV: „Mit den heute vorgestellten Ergebnissen der DMS • 6 beweist die Zahnärzteschaft erneut, dass Prävention der Schlüssel zum Erfolg bei der Mundgesundheit ist. Die völlige Kariesfreiheit bei einem Großteil der Kinder ist ein sensationelles Ergebnis und Beleg dafür, dass unser zielgruppenrechtes und präventionsorientiertes zahnmedi-

ziniertes Angebot umfangreich genutzt wird. Die Daten im Bereich Parodontitis zeigen jedoch, dass hier noch dringender Handlungsbedarf besteht. Um dieser Volkskrankheit mit schweren Folgen für die Allgemeingesundheit endlich Herr zu werden, muss sie möglichst früh behandelt werden. Denn die entscheidende Krankheitsdynamik der Parodontitis findet bereits im mittleren Erwachsenenalter statt. Mit unserer präventionsorientierten Parodontitisbehandlungsstrecke haben wir eine wirksame und auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Therapie in der Versorgung, die aber durch das GKV-

Finanzstabilisierungsgesetz mit seiner strikten Budgetierung ausgebremst wurde. Daher ist es höchste Zeit, dass die Politik Prävention zum Leitbild gesundheitspolitischen Handelns macht. Jegliche Sparmaßnahmen hingegen schränken die Präventionsfähigkeit massiv ein und haben fatale Folgen – sowohl für die Gesundheit unserer Patienten als auch für die GKV-Finzen durch hohe Folgekosten.“

Weiteres Informationsmaterial kann auf der Website zur DMS 6 abgerufen werden unter: www.deutsche-mundgesundheitsstudie.de

Hintergrund zur DMS • 6

Methodisch anspruchsvoll untersucht die DMS • 6 die Mundgesundheit der gesamten Bevölkerung in Deutschland. Dazu wurden von 2021 bis 2023 an 90 Untersuchungszentren in Deutschland rund 3400 Menschen aus diversen Altersgruppen und sozialen Gruppen in einer repräsentativen Erhebung befragt und zahnmedizinisch untersucht.

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

Folgende Altersgruppen nahmen an der Studie teil:

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



Während der Pressekonferenz, v.l.: Dipl.-Des. Jette Krämer-Götte, Leiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der BZÄK; Dr. Romy Ermler, Präsidentin der Bundeszahnärztekammer; Martin Hendges, Vorsitzender des Vorstands der KZBV, und Prof. Dr. Reiner Jordan, Wissenschaftlicher Direktor des IDZ

Foto: axentis_Lopata

Kommentar der Präsidentin zu den DMS • 6 Ergebnissen

Die vorgelegten Ergebnisse der DMS•6 lesen sich auf den ersten Blick wie eine Erfolgsgeschichte moderner Zahnmedizin – und das sind sie in vielerlei Hinsicht auch. Dass junge Erwachsene heute nahezu kariesfrei aufwachsen und Zahnverlust über die Lebensspanne deutlich zurückgeht, ist kein Zufall, sondern das Resultat jahrzehntelanger, konsequenter Präventionsarbeit. Die Daten liefern damit ein starkes Argument für ein Gesundheitssystem, das nicht erst dann eingreift, wenn Probleme entstehen, sondern sie frühzeitig verhindert.

Doch gerade weil die Studie so differenziert hinschaut, zeigt sie auch die Grenzen dieser Erfolgsgeschichte auf. Parodontitis bleibt die große Herausforderung – eine schleichende Erkrankung, deren kritische Dynamik offenbar genau in jener Lebensphase einsetzt, in der Prävention oft an Priorität verliert. Hier offenbart sich eine Lücke zwischen vorhandenem Wissen und tatsächlichem Verhalten: Früherkennung und kontinuierliche Betreuung sind möglich, werden aber nicht immer konsequent genutzt oder strukturell ausreichend gefördert.

Besonders relevant ist zudem der enge Zusammenhang zwischen Mund- und Allgemeingesundheit. Dass Menschen mit Diabetes deutlich schlechtere orale Gesundheitswerte aufweisen, unterstreicht, wie künstlich die Trennung zwischen zahnmedizinischer und allgemeinmedizinischer Versorgung oft noch ist. Die Studie liefert damit nicht nur zahnmedizinische, sondern gesundheitspolitische Erkenntnisse: Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist kein „Nice-to-have“, sondern Voraussetzung für wirksame Prävention.

Kritisch wird es dort, wo politische Rahmenbedingungen den präventiven Ansatz konterkarieren. Wenn Budgetierungen präventionsorientierte Therapien ausbremsen, entsteht ein Widerspruch zwischen wissenschaftlicher Evidenz und gesundheitspolitischer Praxis. Die DMS • 6 macht deutlich: Wer heute an Prävention spart, zahlt morgen doppelt – gesundheitlich wie ökonomisch.

Unterm Strich bestätigt die Studie, dass Prävention wirkt – aber eben nur, wenn sie konsequent, lebenslang und systemisch gedacht wird. Der nächste Schritt besteht darin, diese Erkenntnisse nicht nur zu feiern, sondern strukturell umzusetzen: personalisiert, vernetzt und politisch unterstützt.

Mit Blick auf Mecklenburg-Vorpommern:

Die Ergebnisse der DMS•6 sind auch für Mecklenburg-Vorpommern von besonderer Relevanz – und werfen zugleich ein differenziertes Licht auf regionale



Stefanie Tiede

Herausforderungen. Denn während die bundesweiten Daten den Erfolg präventionsorientierter Zahnmedizin eindrucksvoll belegen, stellt sich die Frage, wie gleichmäßig diese Fortschritte tatsächlich im Flächenland ankommen.

Gerade in einem strukturell eher ländlich geprägten Bundesland wie Mecklenburg-Vorpommern spielen Faktoren wie Versorgungsdichte, Erreichbarkeit von Zahnarztpraxen und soziale Unterschiede eine entscheidende Rolle. Prävention lebt von Kontinuität – regel-

mäßige Kontrollbesuche, frühzeitige Diagnostik und langfristige Betreuung. Doch genau hier können längere Wege, Fachkräftemangel oder eine geringere Inanspruchnahme medizinischer Angebote dazu führen, dass die positiven Effekte der Prävention nicht überall gleichermaßen greifen. Wie man hier erfolgreich gegensteuern kann, zeigt sehr eindrucksvoll die Einführung und Evaluation des Programms „Gesunde Zähne von Anfang an“ zur Prävention frühkindlicher Karies, über das Prof. Splieth gemeinsam mit der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege M-V ab Seite 23 in dieser Ausgabe berichtet.

Die DMS•6 zeigt deutlich, dass die entscheidende Phase für Parodontitis im mittleren Erwachsenenalter liegt. Für Mecklenburg-Vorpommern bedeutet das: Präventionsstrategien müssen gezielt auf diese Altersgruppe zugeschnitten und aktiv in die Fläche getragen werden. Insbesondere in Regionen mit älterer Bevölkerungsstruktur – wie sie in M-V überdurchschnittlich vertreten ist – gewinnt zudem die zahnmedizinische Betreuung von Seniorinnen und Senioren weiter an Bedeutung.

Hinzu kommt der Zusammenhang zwischen Mund- und Allgemeingesundheit, etwa bei Diabetes. Auch hier steht ein Bundesland wie Mecklenburg-Vorpommern vor besonderen Herausforderungen, da chronische Erkrankungen regional häufiger auftreten können. Umso wichtiger ist eine enge Verzahnung zwischen Zahnmedizin, Hausärzten und anderen Fachdisziplinen – gerade außerhalb der großen Städte.

Die Studie liefert somit nicht nur eine Erfolgsbilanz, sondern auch einen klaren Handlungsauftrag für Mecklenburg-Vorpommern: Prävention muss noch stärker regional gedacht werden. Mobile Versorgungskonzepte, stärkere interprofessionelle Netzwerke und gezielte Ansprache von Risikogruppen könnten entscheidend dazu beitragen, die bundesweiten Fortschritte auch flächendeckend im Land zu verankern.

Denn der Befund ist eindeutig: Prävention wirkt – aber sie muss die Menschen auch erreichen.

Stefanie Tiede, Präsidentin der Zahnärztekammer M-V

Erinnerung: Austausch von eHBAs

Seit einigen Monaten laufen zwei Maßnahmen zum Tausch von elektronischen Heilberufsausweisen (eHBA): Sowohl eHBAs der Generation 2.0 als auch eHBAs mit IDEMIA-Chips müssen bis 30. Juni 2026 getauscht werden. Ein Aufruf an alle Betroffene, die noch nicht aktiv geworden sind.

Über beide Maßnahmen wurde bereits berichtet. Der Termin, bis zu dem die entsprechenden elektronischen Heilberufsausweise getauscht werden müssen, rückt näher. Nach Auskunft der gematik ist keine Fristverlängerung zu erwarten. Betroffene Zahnärzte, die den Tausch noch nicht vollzogen haben, werden dringend gebeten, auf die Nachrichten der Anbieter zu reagieren und den Tauschprozess zu starten. Die zu tauschenden Karten werden spätestens zum 30. Juni 2026 gesperrt – auch ohne Zutun der KarteninhaberInnen. Ein Unterzeichnen von E-Rezepten, elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) oder Nachrichten über das Elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren Zahnärzte (EBZ) ist dann nicht mehr möglich.

Wer ist betroffen?

Bis zum 30. Juni 2026 müssen alle elektronischen Heilberufsausweise der Generation 2 sowie eHBAs mit Chips des Herstellers Idemia gegen neue Karten ausgetauscht werden.

Betroffen sind hier

- alle eHBAs von SHC, die bis Mitte November 2025 ausgegeben wurden,
- alle eHBAs von D-Trust, die bis einschließlich Januar 2025 ausgegeben wurden, sowie
- alle eHBAs von medisign, die auf der Rückseite die Kennung „G2“ statt „G2.1“ tragen.

Die meisten betroffenen Zahnärzte sind bereits tätig geworden. Jedoch fehlt den Anbietern von einigen Kunden eine Rückmeldung. Diese sollten bei Bedarf dringend handeln.

Was bedeutet das für Zahnärzte?

Sofern diese von Ihrem Anbieter eine entsprechende Aufforderung erhalten haben, sollten sie schnellstmöglich reagieren. Betroffene erhalten neue, sichere Karten – als Austausch- oder Folgekarten, sofern alle Daten gleich geblieben sind, oder als Neuantrag, falls Name oder Meldeadresse sich geändert haben. Sofern sich keine wesentlichen Kundendaten geändert haben, ist ein vereinfachtes Austauschverfahren vorgesehen. Bitte ausreichend Zeit für die Kartenbestellung einplanen!

Wieso müssen eHBAs manchmal ausgetauscht werden?

Die elektronischen Heilberufsausweise (eHBAs) sind wesentliche Bausteine einer Sicherheitsinfrastruktur. Da sie weitreichende Funktionen haben (eine Unterschrift mit dem eHBA ist der handschriftlichen Unterschrift rechtlich gleichgestellt), unterliegen sie hohen Sicherheitsanforderungen. Diese Sicherheitsanforderungen beziehen sich auf Komponenten (Chip), Herausgabeprozesse und Anbieter/Herausgeber. Das Gesamtpaket muss zu jeder Zeit höchsten Anforderungen genügen, einzelne Aspekte werden regelmäßig überprüft. So wird z. B. die Einschätzung, welche Kryptographie für die nächsten fünf Jahre als sicher erachtet werden kann, jährlich überprüft. Sobald ein Detail des Gesamtpakets nicht mehr als ausreichend sicher erachtet wird, muss gehandelt werden.

Zeitplan und Ablauf:

- Start: Die Maßnahmen der o. g. Anbieter laufen seit Mitte 2025 (G2-Kartentausch) bzw. Dezember 2025 (Idemia-Kartentausch)
- Kommunikation: Anschreiben per E-Mail und ggf. Post
- Austausch: Bis spätestens 30.06.2026. Bitte ausreichend Zeit für die Kartenbestellung einplanen!
- Sperrung: „Altkarten“ werden abhängig vom Anbieter eine gewisse Zeit nach Austausch, spätestens jedoch zum 30.06.2026 deaktiviert
- Kosten: Der Kartentausch erfolgt bei allen Anbietern kostenneutral. Für betroffene Kunden von D-Trust: Sofern Ihr eHBA getauscht werden muss und noch länger als ein Jahr Restlaufzeit hat, oder wenn Sie umgezogen sind: Bitte kontaktieren Sie vor Bestellung den Support der D-Trust. Dort erhalten Sie zur Restlaufzeit abgestimmte Gutscheine.

Warum ist der Austausch wichtig?

Nur mit einem gültigen elektronischen Heilberufsausweis können Sie weiterhin sicher auf die Telematikinfrastruktur zugreifen und die Anwendungen wie bspw. E-Rezept, Elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren Zahnärzte sowie elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nutzen.

Mit einem eHBA der zu tauschenden Kartentypen ist spätestens ab 1. Juli 2026 kein Unterzeichnen von E-Rezept, EBZ und eAU mehr möglich!

Weitere Informationen und Unterstützung finden Sie unter:

D-Trust:

News: <https://www.d-trust.net/de/newsroom/news/austauschaktion-fuer-ehbas-d-trust-reagiert-auf-sicherheitsluecke-infineon-chips>

FAQ: <https://www.d-trust.net/de/support/ehba#idemia-kartentausch>

SHC + CARE:

News & FAQ: <https://shc-care.de/aktuelles/kartenausgabe-status/austausch-ehba/401>

Medisign:

FAQ: <https://www.medisign.de/support/article/sondertausch-2025-jetzt-zum-ehba-der-generation-2-1-wechseln/>

BZÄK

Erfolgreiche Nachwuchswerbung

Großes Interesse für Berufsbild ZFA auf Berufsmesse

Die Berufsmesse Vocatium am 25. und 26. März in Neubrandenburg erwies sich auch in diesem Jahr als voller Erfolg und zog an zwei Tagen zahlreiche Schülerinnen und Schüler sowie Interessierte an. Von 8.30 bis 15 Uhr konnten sich die Besucher bei freiem Eintritt umfassend über verschiedenste Berufsfelder informieren. Dank der intensiven Vorwerbung an den Schulen war der Andrang groß und die Messe durchgehend sehr gut besucht.

Mit besonderem Engagement waren die beiden Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA) Elisa Voß und Celina Knop im Auftrag der Zahnärztekammer vor Ort. Als Mitarbeiterinnen aus einer Praxis brachten sie nicht nur Fachwissen, sondern auch wertvolle Einblicke in den Berufsalltag mit. Ihr Ziel: das Berufsbild der Zahnmedizinischen Fachangestellten umfassend, realistisch und zugleich begeisternd darzustellen.

Dabei klärten sie die Jugendlichen zunächst über den generellen Ablauf der Ausbildung auf und erläuterten anschaulich, was eine duale Ausbildung



Elisa Voß und Celina Knop (v.li.) warben im Auftrag der Zahnärztekammer M-V bei der Berufsmesse Vocatium in Neubrandenburg für das Berufsbild ZFA. Das Interesse war groß.

Foto: privat

bedeutet – also die Kombination aus praktischer Tätigkeit in der Zahnarztpraxis und theoretischem Unterricht in der Berufsschule. Auch informierten sie darüber, an welchen Standorten im Land die Berufsschulen angesiedelt sind.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf den Ausbildungsinhalten: Neben klassischen Fächern wie Deutsch, Englisch, Sozialkunde und Sport erklärten Elisa und

Celina auch die verschiedenen Lernfelder, die speziell auf den Beruf zugeschnitten sind. Ebenso wurde das breite Tätigkeitsfeld der ZFA dargestellt – von der Assistenz bei Behandlungen über Organisation und Verwaltung bis hin zu Hygienemaßnahmen und Patientenbetreuung.

Besonders großes Interesse weckten die vielfältigen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten innerhalb des Berufs. Die beiden informierten ausführlich über Aufstiegsfortbildungen, zum Beispiel zur Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin (ZMP) oder auch zur Zahnmedizinischen Verwaltungsassistentin (ZMV). Dadurch wurde deutlich, wie vielseitig und entwicklungsfähig dieses Berufsbild ist und welche langfristigen Perspektiven es bietet.

Auch für Schüler, die das Abitur anstreben, hielten Elisa und Celina wichtige Informationen bereit: Sie erklärten, dass grundsätzlich auch ein Studium – beispielsweise der Zahnmedizin – möglich ist. Dabei empfahlen sie, sich frühzeitig bei der Studienberatung der Universitäten zu informieren, da sich Voraussetzungen und Auswahlverfahren regelmäßig ändern können. Neben der klassischen Zulassung über die Abiturbesten-Quote wurden auch alternati-

ve Wege angesprochen, etwa über eine abgeschlossene Ausbildung und gesammelte Berufserfahrung. Zudem wiesen sie darauf hin, dass ab 2026 möglicherweise auch die Landzahnarztquote eine zusätzliche Chance für Studieninteressierte darstellen kann.

Der große Einsatz zahlte sich aus: Am ersten Messetag konnten 24 Anmeldungen verzeichnet werden, ergänzt durch 26 spontane Gespräche. Am zweiten Tag kamen weitere 22 Anmeldungen hinzu, während die Zahl der ungeplanten Beratungsgespräche mit 45 sogar noch deutlich anstieg.

Die Berufsmesse selbst bot mit den beteiligten Branchen wie Landwirtschaft, Einzelhandel, Gesundheit und Pflege breite Orientierungsmöglichkeiten. Am Stand der ZÄK zeigte sich, wie wichtig eine persönliche Ansprache und authentische Einblicke bei der Berufswahl sind.

Insgesamt war die Teilnahme ein voller Erfolg: Elisa und Celina gelang es, ein lebendiges, vielseitiges und zukunftsorientiertes Bild des Berufs ZFA zu vermitteln – und damit viele junge Menschen für diesen wichtigen und entwicklungsfähigen Beruf zu begeistern.

ZÄK

ZAHNÄRZTETAG

4. - 5. September 2026

ZAHNÄRZTLICHE PROTHETIK

Herausforderungen und Perspektiven

FORTBILDUNGSTAGUNG

für die zahnmedizinische Assistenz



Tagungsort

Yachthafenresidenz
„Hohe Düne“ Warnemünde

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Torsten Mundt

Professionspolitik

Stefanie Tiede

Informationen und Anmeldung

www.zaekmv.de

**Während der Tagung findet eine
berufsbezogene Fachausstellung statt.**



Zuckersteuer für gesüßte Getränke einführen

Eine halbe Liter Flasche Cola enthält 53 Gramm Zucker, das entspricht 18 Würfelzucker. Bei einem klassischem Energy-Drink sind es etwa 25 bis 30 Gramm Zucker pro 250 ml-Dose (zirka neun Stück Würfelzucker). Es ist nichts Neues, dass zu viel Zucker Krankheitsbilder wie Adipositas, Diabetes Typ 2, Herz-Kreislauferkrankungen sowie Karies fördert – und damit das Gesundheitssystem belastet. Zivilisationskrankheiten binden im deutschen Gesundheitssystem zunehmend Ressourcen sowohl im Hinblick auf die Zeit durch medizinisches Personal als auch im Hinblick auf Folgekosten. Der gesundheitliche Schaden ist erheblich. In Zeiten eines angespannten Gesundheitssystems ist es jetzt an der Zeit, in Prävention zu investieren.

Die Ärztekammer M-V sowie die Zahnärztekammer M-V fordern die Landesregierung daher auf, sich der Bundesratsinitiative von Schleswig-Holstein anzuschließen und sich so für eine herstellergetragene Zuckersteuer für so genannte Soft Drinks einzusetzen, um stark gesüßte Getränke für den Verbraucher unattraktiver zu machen und vor

allem Kinder zu schützen. Außerdem könnten Hersteller dazu motiviert werden, den Zucker in den Produkten zu reduzieren. Wie sinnvoll das ist, hat 2022 eine Meta-Studie mit Daten aus 15 Ländern gezeigt, die alle zu dem Schluss kommen, dass eine Zuckersteuer nachweislich die Lebensqualität verbessert. Im zahnmedizinischen Bereich gingen die kariesbedingten Krankenhausaufenthalte laut einer britischen Studie von 2023 bei Kindern um zwölf Prozent zurück. Großbritannien hatte eine Zuckersteuer bereits 2018 eingeführt.

Durch die gewonnenen Mehreinnahmen stünden mehr Haushaltsmittel z. B. für gesundheitliche Präventionsleistungen zur Verfügung – Gesundheitsunterricht an den Schulen, Förderung von Breitensport, fiskalische Subventionierung gesundheitsfördernder Lebensmittel.

**Der Vorstand der Ärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern**

sowie

**Der Vorstand der Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern**

Versorgungswerk der Zahnärztekammer M-V

Buchen Sie Ihr 30-minütiges Beratungsgespräch

4. September 2026 von 10.30–16.30 Uhr

Anmeldung unter info@vw-mv.de
oder 0385-20094440



Orientierung für Zahnmedizin im Alter

Erstmals Leitlinie zur Betreuung geriatrischer Patienten erschienen

Mit der neuen S2k-Leitlinie „Zahnmedizinische Betreuung geriatrischer Patienten“^[1] liegt erstmals in Deutschland ein konsentierter Handlungsrahmen für die zahnmedizinische Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen vor. Das interdisziplinäre Leitlinienprojekt wurde unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) zusammen mit 16 Fachgesellschaften und Organisationen erarbeitet.

Die demografische Entwicklung stellt die Zahnmedizin vor neue Herausforderungen: Immer mehr ältere Menschen verfügen über eigene Zähne oder mitunter über komplexen Zahnersatz, während gleichzeitig Multimorbidität, kognitive Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit zunehmen. Orale Erkrankungen verschieben sich in höhere Lebensalter, während Mundhygienefertigkeiten und Therapiefähigkeit häufig abnehmen. Das Thema Seniorenzahnmedizin ist komplex. Der Betreuungsbedarf ist schon heute groß und wird in Zukunft noch steigen.

Alter ist keine Zahl

Hohes Lebensalter und/oder Pflegebedürftigkeit erhöhen nachweislich das Risiko für eine Verschlechterung der Mundgesundheit und sollen laut Empfehlung 2 in der zahnmedizinischen Betreuung berücksichtigt werden. Entscheidend ist dabei weniger das kalendrische Alter als die allgemeine und zahnmedizinische funktionelle Kapazität eines Menschen.

Die „Giganten der Altersmedizin“ – die geriatrischen „I“, wie zum Beispiel intellektueller Abbau, Immobilität, Instabilität, Inkontinenz und/oder die insuffiziente Mundgesundheit kommen immer mehr in den Vordergrund. Für diese Einschätzung nutzen Mediziner und Zahnmediziner verschiedene geriatrische Assessments. Die Leitlinie beschreibt ergänzend Aspekte eines oral-geriatrischen Assessments für die Zahnmedizin. „Wir müssen uns fragen, an welcher Stelle des Lebensstrahls sich der Patient befindet“, sagt Prof. Dr. Ina Nitschke, Leitlinien-Koordinatorin und Präsidentin der DGAZ. „Die Gruppe der Senioren ist sehr heterogen – von sehr fitten und selbstständigen Menschen bis zu gebrechlichen und pflegebedürftigen, geriatrischen Patienten. Entsprechend müssen Kommunikation, Therapie und Empfehlungen über die Behandlungsjahre angepasst werden.“

Mundhygiene im (Pflege-)Alltag umsetzen

Weitere Empfehlungen und Statements thematisieren die praktische Umsetzung der Mundhygiene im Alltag. *Zahnärztinnen und Zahnärzte sollen die häusliche Mundhygiene aktiv unterstützen und individuell geeignete Hilfsmittel empfehlen (Empfehlung 7). Wenn ältere Patientinnen und Patienten auf Unterstützung angewiesen sind, sollen – nach deren Einverständnis – Angehörige und Pflegepersonen aktiv in die Mundpflege-Anleitung einbezogen werden (Statement 1).*

Für den Praxisalltag ist dabei entscheidend zu wissen, wie viel Unterstützung ein Patient benötigt. Ein bewilligter Pflegegrad kann helfen, diesen Bedarf einzuschätzen. „Ob jemand seine Zähne oder eine Prothese tatsächlich noch selbstständig reinigen kann, zeigt sich am besten, wenn man die Patientinnen und Patienten bittet, dies praktisch vorzuführen. Die bloße Aussage ‚Ich putze meine Zähne regelmäßig‘ reicht dafür nicht aus“, sagt Leitlinien-Koordinator Dr. Elmar Ludwig. Der Verein ‚mund-pflege e. V.‘ beantwortet viele Fragen zur Mundgesundheit in der Pflege auf seinem reich bebilderten Webportal^[2].

Schluckstörungen und Aspirationsgefahr

Eingeschränkte Mundhygienefähigkeiten werden häufig durch eine deutliche Plaqueansammlung oder unzureichend gereinigtem Zahnersatz sichtbar. Daneben gibt es jedoch Risiken, die nicht sofort erkennbar sind. „Auf Symptome einer Schluckstörung sollte bei der Anamnese besonders geachtet werden“, betont Ludwig, „denn das erhöht die Aspirationsgefahr.“ Zahnärztinnen und Zahnärzte können bei entsprechendem Verdacht oder anhand des „Dysphagie Screening Tools Geriatrie“ auch eine logopädische Behandlung verordnen. Die Leitlinie empfiehlt dazu: *Jeder Zahnarzt soll Schluckprobleme im Blick haben und – wenn nötig – z. B. über den Hausarzt oder Logopäden weitere diagnostische bzw. therapeutische Maßnahmen anregen (Empfehlung 16).*

Praxiswissen als Grundlage der Leitlinie

Die geriatrische Zahnmedizin basiert in vielen Bereichen stärker auf klinischer Erfahrung als auf klassischen evidenzbasierten Studien. „Das liegt in der Natur des Faches“, erklärt Prof. Dr. Cornelia Frese, Leitlinien-Koordinatorin und Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Präventivzahnmedizin (DGPZM). „Randomisierte kontrollierte Langzeitstudien mit sehr alten oder pflegebedürftigen Men-

schen sind häufig weder praktikabel noch ethisch vertretbar.“ Die Leitlinie wurde deshalb bewusst als S2k-Leitlinie entwickelt – auf Basis eines strukturierten Expertenkonsenses mit konsensbasierten Empfehlungen und Statements.

Sie enthält daher auch praxisnahe Hinweise, die in wissenschaftlichen Leitlinien selten sind. Dazu gehören etwa organisatorische und rechtliche Aspekte bei der Behandlung pflegebedürftiger Menschen, der Delegationsrahmen im Praxisteam sowie Anforderungen an eine möglichst barrierearme Praxisgestaltung – als ein Teilbereich des „gerostomatologischen Wohlfühlfaktors“.

Auch für die Lehre schafft die Leitlinie eine wichtige Grundlage. „Die Senioren Zahnmedizin wurde lange nicht an allen Universitäten unterrichtet, doch inzwischen ist die ‚Medizin und Zahnmedizin des Alters und des alten Menschen‘ als Querschnittsbereich in der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen aufgenommen worden“, sagt Prof. Dr. Julia Jockusch, Leitlinien-Koordinatorin und Direktorin der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Senioren Zahnmedizin an der Medizinischen Hochschule Brandenburg.

Senioren Zahnmedizin gewinnt an Bedeutung

Das Fach Senioren Zahnmedizin bietet großes, fächerübergreifendes Potenzial. „Wir möchten möglichst viele Kolleginnen und Kollegen ermutigen, sich in diesem Bereich fortzubilden und geriatrische Pa-

tienten aufsuchend zu betreuen“, sagt Dr. Ludwig, stellvertretender Vorsitzender im Ausschuss Alters Zahnmedizin der Bundes Zahnärztekammer (BZÄK). Für ihn ist die aufsuchende Betreuung vulnerabler Patientengruppen, die seit 2018 im Bundesmantelvertrag ausdrücklich Teil des Versorgungsauftrages ist^[3], gelebter Praxisalltag. *Der Einsatz einer mobilen Behandlungseinheit ist nicht Voraussetzung für die aufsuchende Zahnmedizinische Betreuung, lautet das Statement Nr. 6 in der Leitlinie.*

„Mit dieser Leitlinie steht den Kolleginnen und Kollegen ein von Expertinnen und Experten erarbeiteter Rahmen für die Zahnmedizinische Betreuung geriatrischer bzw. pflegebedürftiger Menschen zur Verfügung. Da diese Versorgung häufig mit besonderen Herausforderungen und Abwägungen verbunden ist, soll die Leitlinie mehr Orientierung und Sicherheit im Praxisalltag geben“, betont Prof. Nitschke.

Quellen

[1] DGAZ, DGZMK: „Zahnmedizinische Betreuung geriatrischer Patienten“, Langfassung, Version 1.1, 2026, AWMF-Registriernummer: 083-047, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/083-047>, (Zugriff am: 20.03.2026)

[2] gemeinnütziger Verein „mund-pflege e. V.“, <https://mund-pflege.net/>

[3] Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z) in der Fassung vom 25.04.2018, § 3, Abs. 2, <https://www.kzbv.de/wp-content/uploads/bmv-z-2025-07-01-gesamtausgabe.pdf>

PM der DGAZ und der DGZMK

Service der KZV

Nachfolger gesucht

In folgenden Planungsbereichen werden Nachfolger für **allgemeinzahnärztliche** Praxen gesucht:

Demmin, Greifswald, Güstrow, Ludwiglust, Mecklenburg-Strelitz, Müritzt, Neubrandenburg, Nordwestmecklenburg, Ostvorpommern, Parchim, Rostock und Schwerin.

Nachfolger für **kieferorthopädische** Praxen werden gesucht in den Planungsbereichen Rostock und Landkreis Rostock/Güstrow. Die Praxis abgebenden Zahnärzte bleiben zunächst anonym.

Führung von Börsen

Bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern werden nachstehende Börsen geführt und können bei Bedarf angefordert werden:

- Vorbereitungsassistenten/angestellte Zahnärzte suchen Anstellung

- Praxis sucht Vorbereitungsassistent/Entlastungsassistent/angestellten Zahnarzt
- Praxisabgabe
- Praxisübernahme
- Übernahme von Praxisvertretung

Sitzungstermine des Zulassungsausschusses

2. September (Annahmestopp von Anträgen: 5. August bzw. Anträge MVZ-Zulassung 22. Juli)

Anträge an den Zulassungsausschuss sind **vollständig** mindestens vier Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses bei der KZV M-V, Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses in 19055 Schwerin, Wis marsche Straße 304, einzureichen. **Anträge zur Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)** sollten **vollständig spätestens 6 Wochen vor der entsprechenden Sitzung** bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses **vorliegen**.

Der Zulassungsausschuss beschließt über Anträge gemäß der §§ 18, 26-32b der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte grundsätzlich nur bei Vollständigkeit der Antragsunterlagen. Anträge mit unvollständigen Unterlagen, nichtgezahlter Antragsgebühr oder verspätet eingereichte Anträge werden dem Zulassungsausschuss nicht vorgelegt.

Nachstehend aufgeführte Anträge/Mitteilungen erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses:

- Zulassung, Teilzulassung, Ermächtigung

- Ruhen der Zulassung
- Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes
- Verlegung des Vertragszahnarztsitzes (auch innerhalb des Ortes)
- Führung einer Berufsausübungsgemeinschaft (Genehmigung nur zum Quartalsanfang)
- Verzicht auf die Zulassung

Interessenten erfahren Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (Tel. 0385-54 92-130 oder unter der E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de).

KZV

Beschlüsse des Zulassungsausschusses		
Angestelltenverhältnisse		
angestellter Zahnarzt	in Praxis	zum
Ende der Anstellung		
Marie-Thérèse Bohl	Anne Schuster, 18507 Grimmen	30.04.2026

Fortbildung der KZV

Die vertragszahnärztliche Abrechnung von kieferorthopädischen Leistungen/DOKU

Grundkenntnisse werden vorausgesetzt

Referent: Susann Wünschowski, Bereichsleiterin KFO KZV M-V

Zielgruppe: Das Seminar richtet sich an alle Mitarbeiter der Praxis und an Quer- und Wiedereinsteiger, die mit den Leistungen aus dem Bereich Kieferorthopädie vertraut sind.

Inhalt:

- a) Kieferorthopädische Abrechnungsgrundlagen
 - gesetzliche und vertragliche Bestimmungen – KFO Behandlung
 - Kieferorthopädische Plan- und Einzelleistungen
 - Kurze Hinweise zur Abrechnung von Material- und Laborkosten sowie die Zuordnung von BEL-II-Positionen
 - Hinweise zur Vermeidung von Abrechnungsfehlern => Vermeidung von Anträgen der Krankenkassen auf sachlich-rechnerische und gebührenordnungsmäßige Berichtigung
- b) Dokumentation in der Zahnarztpraxis
 - gesetzliche und vertragliche Grundlagen
 - wie, wann und was => plausibel dokumentieren/abrechnen

- Mindestangaben von Leistungen für den Fachbereich KFO => Erläuterung anhand von Fallbeispielen

- Fallkommentare wann und warum

Im Vorfeld eingereichte Fragen zum Thema sind wünschenswert und werden im Seminar gern beantwortet: : susann.wuenschowski@kzvmv.de

Wann: 10.06.2026, 14–17.30 Uhr in Güstrow

Punkte: 4

Gebühr: 75 Euro (inkl. Schulungsmaterial und Verpflegung)

Die vertragszahnärztliche Abrechnung von Zahnersatz-Leistungen

Grundkenntnisse in der vertragszahnärztlichen Abrechnung werden vorausgesetzt

Referent: Anke Schmill, Abteilungsleiterin Prothetik KZV M-V

Zielgruppe: Das Seminar richtet sich an alle Mitarbeiter der Praxis und an Quer- und Wiedereinsteiger, die mit den Leistungen aus dem Bereich Zahnersatz vertraut sind.

Inhalt: Dieses Seminar ermöglicht ein tieferes Kennenlernen der Festzuschuss-Systematik mit folgenden Schwerpunkten: Regelversorgung, gleichartiger- und andersartiger Zahnersatz, Begleit-

leistungen, Härtefälle, Mischfälle, Ausfüllhinweise der Heil- und Kostenpläne, Beispiele zu den Befundklassen 1–8 in Bezug auf die Zahnersatz- und Festzuschuss-Richtlinien des G-BA, Hinweise zur Vermeidung von Abrechnungsfehlern, Dokumentation, Praxisfälle – Vermeiden von Berichtigungsanträgen.

Im Vorfeld eingereichte Fragen zum Thema sind wünschenswert und werden im Seminar gern beantwortet: anke.schmill@kzvmv.de

Wann: 4.11.2026, 14–17.30 Uhr in Schwerin (HWK)

Punkte: 4

Gebühr: 75 Euro (inkl. Schulungsmaterial und Verpflegung)

Kombi-Seminar: KCH-Abrechnung / Dokumentation und Qualitätsprüfung in der Zahnarztpraxis

Grundkenntnisse in der vertragszahnärztlichen Abrechnung werden vorausgesetzt

Referenten: Mandy Funk, Bereichsleiterin Kons./Chir. KZV M-V, Denise Waselin, Bereichsleiterin Berichtigung, KZV M-V

Zielgruppe: Das Seminar richtet sich an alle Vertragszahnärzte, Mitarbeiter/-innen der Praxis, die mit den Abrechnungen und Leistungen aus dem KCH-Bereich vertraut sind.

Inhalt:

- Die Grundlagen des BEMA, Wirtschaftlichkeitsgebot und Dokumentation
- gesetzliche und vertragliche Grundlagen
- Allgemeine Leistungen – Ä1/Ber, 01/U, 02/Ohn, 03/Notdienst u.v.m.
- Füllungstherapie, Füllungspositionen, Aufbaufüllungen, Composite-Füllungen (wie, wann und was plausibel dokumentieren anhand von Beispielen)

- Wurzelkanalbehandlung privat oder Kasse und im Notdienst
- die „e-Abrechnung“: ePA1, ePA2, eAU, eRezept, eMP und NFD
- Abrechnung § 4 Asylbewerberleistungsgesetz
- Neuerungen zu den Früherkennungsuntersuchungen
- Mindestangaben von Leistungen für regresssichere Dokumentation
- Fallkommentare nutzen => wann und was

Qualitätsprüfung und -beurteilung

- Prüfmethode per Gesetz
 - was, warum und wer wird geprüft
 - Prüfablauf anhand von Fallbeispielen
 - die Konsequenzen aufgrund der Prüfergebnisse
- Im Vorfeld eingereichte Fragen zum Thema sind wünschenswert und werden im Seminar gern beantwortet: denise.waselin@kzvmv.de und mandy.funk@kzvmv.de*

Wann: 18.11.2026, 11–17 Uhr in Schwerin (HWK)

Punkte: 6

Gebühr: 75 Euro (inkl. Schulungsmaterial und Verpflegung)

Die Anmeldung kann per E-Mail: doreen.eisbrecher@kzvmv.de oder per Fax: 0385-54 92-498 unter Angabe von **Nachname, Vorname; Praxisname; Abrechnungsnummer, Seminar/Termin**, erfolgen. (Ansprechpartnerin: Doreen Eisbrecher, Tel. 0385-54 92-131, KZV M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin)

Leserbrief

„Ein Leben für die Zahnmedizin“ dens 2/2026

Guten Tag Herr Kollege Morgenstern, mein Name ist Dr. Gisela Böhme aus Sassnitz/Rügen, ich bin 84 Jahre alt und möchte Ihnen Mut machen, wenn es Ihr Wunsch ist, noch eine Promotion anzugehen, es zu versuchen.

Ich selbst habe auch erst mit 48 Jahren zu DDR-Zeiten mit vielen Schwierigkeiten ohne Computer, nur mit Schreibmaschine, promoviert.

Nachdem unsere 3 Kinder aus dem Haus waren, habe ich mit großem Elan bei voller Berufstätigkeit in 2,5 Jahren, 26.01.87 bis 26.06.89, mit großartiger Unterstützung von meinem Dr-Vater, Prof. Dr. Beethke, Uni Rostock, und der Hilfe meines Mannes, der schon am Ende seines Medizin-Studiums

promoviert hatte, alles geschafft. Mein Ziel war, bis zu unserer Silberhochzeit im August 1989 fertig zu sein. Dieses Ziel habe ich vor der gestellten Frist mit Stolz erreicht.

Im Alter von 50 Jahren kam nach der Wende noch die große Herausforderung der Selbständigkeit. Da hat mir der Titel und die damit verbundene Arbeit doch noch etwas genützt. Also, ran an die Arbeit, Herr Kollege Morgenstern, seien Sie mutig! Sie schaffen es.

Zu einem Gespräch und Fragen bin ich immer bereit.

Mit kollegialem Gruß
Dr. G. Böhme

Leserbrief

Alltagsfront – Ein Status-quo

Triage – willkommen im täglichen Sein zahnärztlicher Profession. Sie sind von mir in den letzten Jahren offene Worte gewöhnt.

Man will es nicht glauben, aber wohin mit den Patienten? Wir wissen zumeist nicht mehr, wie wir sich ad hoc anbahnende Schmerzbehandlungen und deren Folgetherapien im Terminplan bei Wartezeiten von +/- sechs Monaten unterbringen sollen. Auch das Gros von ZE-Anträgen geht mittlerweile in die Verlängerung. Erschöpfung macht sich seit Jahren breit, man mutiert kräftemäßig dauerhaft zum Grenzgänger, manchmal schon Zombie. Auch aus diesem Grunde halbierten wir vor einigen Jahren die Kassenzulassung. Der nicht mehr kontrollierbare Zulauf unterterminierter, vor allem praxisfremder, zahnarztloser Patienten ließ keinen anderen Ausweg mehr zu. Arbeiten im Umfang einer vollen Zulassung, dabei aber nur noch zwölf Stunden offizielle Sprechzeit, ließ – zumindest temporär – eine bessere Steuerung zu und half, in zusätzlichen Therapiezeiten nur für Bestellpatienten diese überhaupt noch adäquat behandeln zu können. Ich verstehe daher Kollegen, die unter diesen Bedingungen auch innerhalb von Sprechzeiten an den Notdienst verweisen. Ich verstehe allerdings auch die Notdienstleistenden sowie betroffene Patienten. Kein Verständnis habe ich für die Kammer, deren einzige Option in diesem zusammenbrechenden System nur noch Androhung sowie Vollzug von Restriktionen nach unten zu sein scheint. Wir stehen hier im Dauerfeuer zwischen allen Fronten. Die Zitrone ist ausgequetscht, der Tag hat nur 24 Stunden und es gibt auch ein Leben außerhalb der Praxis.

Neben Bundespolitikern in unserer Praxis, eile ich von Krisentreffen zu Krisentreffen: zweimal Chef Gesundheitsamt, zweimal Bürgermeister, einmal Landrat. Letzterer bestärkt mich in meinem Ansinnen, bei der nächsten Prüfbelästigung in einen berufsunrechtlichen Streik zu treten. Sie dürfen sich darauf verlassen.

Zum Jahresende schlossen in Nordwestmecklenburg die nächsten Praxen ersatzlos, weil nachfolgeverpönt. Schon im September 2025 vegetierten wir bei 55,3% Niederlassungsquote. Und selbst diese Statistik ist noch märchenhaft geschönt, rechnete man innerhalb der Bestandspraxen die Abnahme von Behandlungszeiten wegen dauerhafter Überlastung ein, die Vervielfachung bürokratischen Aufwandes sowie zeitaufwändigere Therapieschritte durch neue Behandlungsmethoden. Der reale Versorgungsgrad liegt also noch deutlich darunter.

Eine Notfallpatientin aus Bad Kleinen veranschaulicht mir erneut, was Statistiken im Allgemeinen tau-

gen, hier am Beispiel der 150%-Quote in Wismar: Als ihre Suche nach einer neuen Hauszahnarztpraxis in Warin und Brühl scheiterte, erhielt sie auch aus 17 Praxen in Wismar Absagen.

2026 stürzen wir in NWM unter die Halbierung. Dann erst beginnt in der Politik formal das große Backen. Abzusehen ist, dass dies wohl wie Max und Moritz letzter Streich enden wird. In Berlin feiert man sich schon für die eventuelle Abschaffung des Leiterschutzbefragten, während eine bürokratieentlastende Nichtigkeitsgrenze für Regressprüfungen auf sich warten lässt. Das Rezept Landzahnarztquote soll nun als süßes Puderzuckerhäufchen alle Nachwuchssorgen befriedend verdecken. Wird nur keiner mehr Lust haben unter den bestehenden Professionsbedingungen, zumindest nicht im mecklenburgischen Ländle. Die Gen Y und Gen Z work-lifen mittlerweile scheinbar in Balance, obwohl sie sich (verständlicherweise) niederlassungsscheu in investoren gesteuerten MVZs einer offensichtlich vermehrt industrialisierten, maximalprofit gesteuerten Gesundheitsversorgung unterwerfen. Und dabei mangelt es mir wahrlich nicht an Empathie für die Nachrückenden, die das Genfer Ärztegelöbnis als Gegenwartsinterpretation des Hippokratischen Eides auch bis zum Schluss gelesen haben müssen: *Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.* Die meinige Vorgängergeneration wird derweil hard-worked ausgeixt. Mir deutet, es sei ein unausgesprochenes politisches Ziel: die Abschaffung der niedergelassenen Praxis.

Einer meiner anwaltlich kanzelnden Patienten gesteht, vor mir auf dem Stuhl liegend, dass er seit 2013 schon dreimal eine ordnungsgerechte Gebührenerhöhung aushalten musste. Da sieht man mal wieder, was es ausmacht, im Bundestag die bestpräsentierte Berufsgruppe zu sein. Ich schwanke, im Sitzen, innerlich. Seitdem ich Zahnarzt bin, 34 Jahre, habe ich ein solches veritabel-monetäres Privatvergnügen in der GOZ noch nicht zu verspüren vermocht.

Das bereitet mir im Negativum allerdings die DAK. Sie hat, fast zwei Jahre zurückliegend, die Abrechnung einer Ä1 während einer UPT-Phase moniert und lässt es dabei an Lockerheit missen. Der Schriebs wandert hochnotpeinlich wegen 10,63 € von Kasse zu KZV, dann zu mir, meine schriftlich examinierte Rechtfertigung zur KZV zurück, die mich vom Vorwurf befreit, es der Kasse ab- und mir zuschlägig deklariert. Die Kasse legt schmerzbefreit Widerspruch bei der

KZV ein, die mich sodann erneut formularverzetteln muss und die Patientenkartei für eine Vorstandsentscheidung anfordert. Status: open end. Die nächste Kasse ist bereits auf diesen Ackergaul gesprungen und ich überlege, ob ich den Vorgang schon als Nötigung interpretieren darf oder besser das Kartellamt informiere. Seit zehn Jahren nehmen wir bereits keine neuen Patienten mehr auf und ich sage es unverblümt ehrlich: Dieses Gebaren der Kassen ist für ihre Versicherten kein Bonmot mehr, die Brandmauer der Hoffnungslosigkeit von Suchenden in unserer Praxis auch im Ausnahmefall zu durchbrechen. Die Zeit dafür bleibt mir gestohlen.

An einem Novemberwochenende herzliches Wiedersehen unter Studienkollegen mit ostdeutschem Migrationshintergrund. Mit über 40 Teilnehmern schaffte es die gute Hälfte nach mehr als drei Dekaden, in alter Verbundenheit nach Rostock zurück und dort zusammenzufinden. War wahrlich keine einfache Zeit damals, ein Jahr nach dem Point of no return, von dem der eine oder andere vielleicht noch ein paar abgeschlagene Mauerkrümel in der Erbmasse liegen hat. Eine Phase des Bangens, eine Phase der Hoffnung und eine kleine Ära von Wiederaufstehung der Gründerzeit. Das Studienjahr säte sich über Gesamtdeutschland aus. Und während die Wiedersehensfreude zunächst alle erquicklichen Emotionen in den Äther schickte, öffneten sich im Laufe des Abends die Schleusen vereinter tiefer Unzufriedenheit. In vino veritas. Diese, unsere Generation ist das letzte Bollwerk gegen die Involution ins Mittelalter, wo der Barbier wieder sein zahnloses Werk auf dem Marktplatz mit einem bürokratiebefreiten, hono(r)rig selbstbestimmten Lächeln verrichten kann oder man es mit der Taktik der Quereinsteiger versuchen muss. Das Gros der Anwesenden plant keine berufliche Fremdzermürbung bis zum Regelrentenalter mehr, ein nicht unerheblicher Teil ist gesundheitsbedingt bereits vorverrentet arbeitsbefreit oder hat sich deutlich eingeschränkt, um die versorgungswerklichen Pfründe wenigstens temporär noch selbst emittieren zu können. Wir sind uns alle einig: Das System ist schon gegen die Wand gefahren. 50 Prozent Versorgungsgrad hin oder her: wir befinden uns seit langem in einem akuten Versorgungsnotstand. Alle wissen es, keiner erzählt es. Und keiner könnte sagen, wir hätten's nicht besser gewusst.

Quid faciendum restat? Immer mehr verstetigt sich der Entschluss, die Kassenzulassung ganz zurückzugeben. Zeiten von Verknappung eröffnen auch andere Alternativen und mit jedem zusätzlich oktroyierten Würgegriff wächst auch der Mut, es zu tun.

Und, während ich hier schreibe, entfernen sie bei meiner Frau neun Tumoren. Peritonealkarzinose. Das für mich mutigste Mädchen der Welt wird ebenfalls aus unserem Beruf aussteigen. Ich weiß noch nicht, wie die Belastung in unserer Praxis zukünftig

zu stemmen ist. Aber eins weiß ich schon jetzt: Ab diesem für uns späten Moment lernt man, was im Leben wirklich wichtig ist.

alea iacta est?

wo wir gefangen sind
in Ketten unseres Seins
in all der Herrlichkeit
illustren falschen Scheins

in all den täglich Lügen
die man für uns erdacht
uns unsrem Sein zu fügen
in scheinbar wundersamer Pracht

man predigt der Schlaraffen Land
in endlos gleichen Reimen
doch sind's bloß Affen im Gewand
die falsche Träume meinen

der Geist ist tot
sie haben ihn verbrannt
blick ich zurück
solch Zeiten ich gekannt

wo sie das Wort erstickten
von dem der anders denkt
und letztlich Menschen metzeln
weil keiner mehr den Bruder kennt

den Zwist sie heimlich züchten
durch Neides Saat im ganzen Land
und laut`re Menschen richten
mit unsichtbarer Hand

man schürt den Hass
die Angst sich nährt
es wächst das Leid
das Chaos gärt

die Freiheit wird zu Grab getragen
im immer gleichen Schritt
doch niemand will das Wagnis wagen
und fällt im Marsch zurück

wo ist es nur geblieben
des Genius freies Kind
man hat es wohl vertrieben
auf dass es niemand find

Thomas Klemp 2020
aus `Vom Mut, ich selbst zu sein`

Blatt für Blatt ein Stück Prävention

Einlegeblätter für das Gelbe U-Heft

Seit dem **1. Januar 2026** ist die zahnärztliche Früherkennung offiziell im Gelben U-Heft verankert. Die sechs Untersuchungen (Z1–Z6) für Kinder vom sechsten Lebensmonat bis zum sechsten Lebensjahr werden nun verbindlich dokumentiert – inklusive Beratung zu Mundhygiene, Ernährung und Fluoridanwendung. Damit ist die zahnärztliche Prävention endlich sichtbar gemachter Teil der medizinischen Vorsorgekette.

Für Neugeborene werden seit Februar 2026 aktualisierte Hefte ausgegeben. Für ältere Jahrgänge erfolgt die Dokumentation über verpflichtende Einlegeblätter. Wichtig: Diese werden zentral bereitgestellt und sind nicht frei reproduzierbar. Die Fristen für die Früherkennungsuntersuchungen werden mit Hilfe eines Aufklebers eingepflegt. Diese Neuerung ist eine klare Aufforderung zum Handeln.

1. Prävention beginnt vor der Karies

Die frühe Untersuchung dient nicht der Behandlung, sondern der Steuerung:

- Ernährungslenkung
- Mundhygieneinstruktion der Eltern
- Fluoridberatung
- Früherkennung von Fehlentwicklungen
- Aufbau eines angstfreien Zahnarztbezugs

Wer hier ansetzt, reduziert spätere invasive Eingriffe signifikant.

2. Patientenbindung ab dem ersten Zahn

Durch die Integration ins U-Heft wird die Zahnarztpraxis automatisch Teil der kindlichen Vorsorge.

Frühe Kontakte zu den Kleinsten bedeuten:

- langfristige Bindung über Jahre hinweg
- höhere Prophylaxe-Compliance
- stabile Recall-Systeme
- Weiterempfehlungen im Familienumfeld

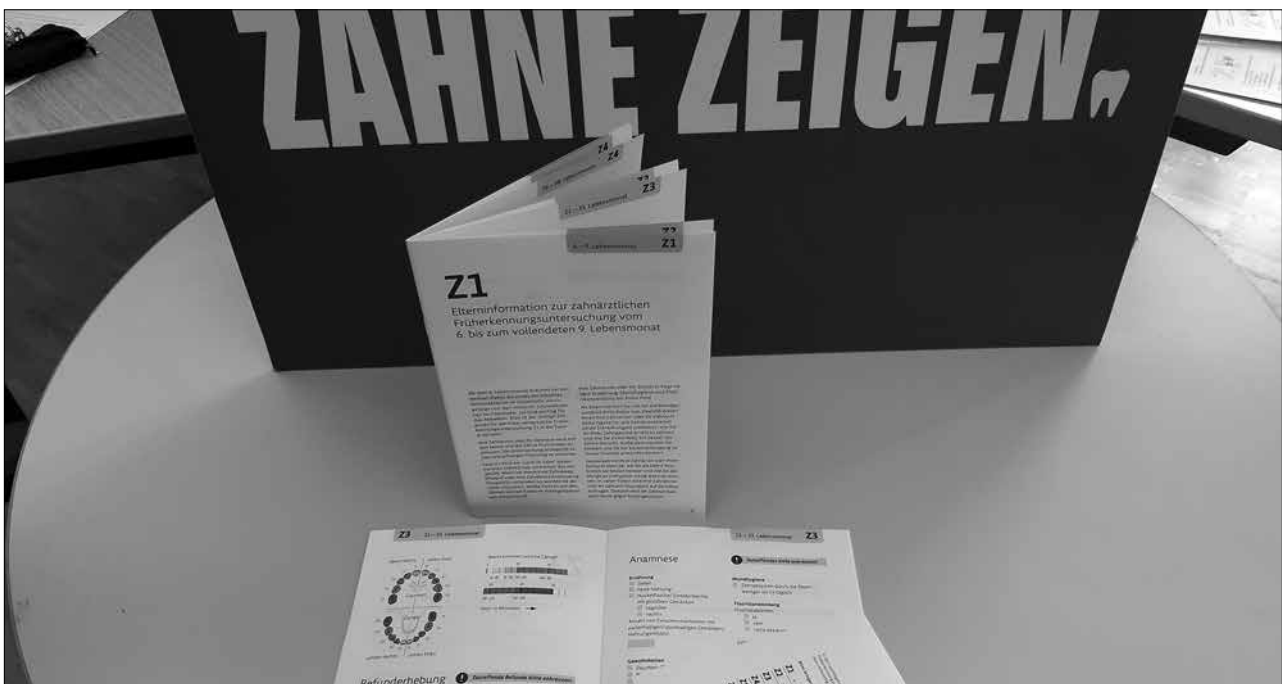
3. Positionierung als moderne Praxis

Frühkindliche Zahnmedizin ist Ausdruck evidenzbasierter, präventionsorientierter Versorgung. Wer diese Leistung aktiv kommuniziert, zeigt Haltung: langfristig denken, Vertrauen aufbauen, Gesundheit gestalten.

Fazit:

Die Integration der zahnärztlichen Früherkennung ins Gelbe Heft ist ein Meilenstein – und ein klarer Auftrag. Praxen, die jetzt aktiv informieren und einladen, stärken nicht nur die Mundgesundheit der Kleinsten, sondern auch ihre eigene Zukunft.

KZV M-V



Die Einlegeblätter fürs Gelbe U-Heft endlich auch für zahnärztliche Prävention

Foto: KZV

Gesunde Zähne von Anfang an

20-Jahres-Evaluation von intensivierter Gruppenprophylaxe

Christian H. Splieth & Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Mecklenburg-Vorpommern

Zusammenfassung

Die Karieswerte in Deutschland waren lange Zeit hoch und daher hat die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Mecklenburg-Vorpommern (LAJ MV) ab 2003 ihre Gruppenprophylaxe intensiviert. Dies erfolgte über die Aufstellung eines evidenzbasierten Basis- und Intensivprogramms und die Finanzierung einer zusätzlichen Prophylaxefachkraft pro Kreis. Das Programm „Gesunde Zähne von Anfang an“ zielte primär auf die Prävention von frühkindlicher Karies in Kinderkrippen als Basisprophylaxe sowie die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit über Intensivprophylaxe in Einrichtungen mit erhöhter Kariesprävalenz. Gleichzeitig wurde die regelmäßige Evaluation beschlossen.

Das Programm führte zu einem massiven Aufwuchs der Prophylaxeimpulse: Während sich die Basisimpulse von 56 Tsd auf 109 Tsd erhöhten, vervierfachte sich sogar die Zahl der Intensivimpulse von 23 Tsd auf 96 Tsd. Die epidemiologischen Begleituntersuchungen belegen bei den 3-, 6-, 9- und 12-Jährigen einen kontinuierlichen Kariesrückgang, der im bleibenden Gebiss eine internationale Spitzenposition mit nur 0,43 DMFT bei 12-Jährigen erzielt. Im Milchgebiss wurden lange deutlich geringere Verbesserungen festgestellt und erst nach der Corona-Pandemie wurden wieder signifikante Kariessenkungen dokumentiert. Mit 0,35 dft bei Dreijährigen und 1,4 dft bei Sechsjährigen liegen die Werte erkennbar unter den letzten deutschlandweiten Zahlen (1). Dies geht zeitlich mit der Erhöhung der Fluoridkonzentration in Kinderzahnpasten von 500 auf 1000 ppm im Jahr 2019 einher, die eine wirksamere Gruppen- und Individualprophylaxe ermöglicht. Damit konnte die lange bestehende Lücke zwischen den höheren Karieswerten in Mecklenburg-Vorpommern und dem deutschen Mittel parallel zum Intensivprophylaxeprogramm der LAJ Mecklenburg-Vorpommern (LAJ MV) geschlossen werden.

Die strukturellen Rahmenbedingungen waren hierfür in Mecklenburg-Vorpommern aufgrund des flächendeckenden Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), verpflichtend gestellter schulzahnärztlicher Untersuchungen, jährlicher Gesundheitsberichtserstattung und eines kooperativen Stils in der LAJ MV besonders günstig.

Auch bei den Kleinsten konnten in 261 Krippen 16 Tsd Kinder unter drei Jahren durch den ÖGD

erreicht werden, was knapp der Hälfte eines Jahrgangs in Mecklenburg-Vorpommern entspricht. Diese hohe Reichweite in den Krippen und die Etablierung des täglichen Zähneputzens mit fluoridhaltiger Zahnpasta für 88 Prozent der Kinder bieten gute strukturelle Voraussetzungen, um auch weitere Kariesreduktionen vom ersten Zahn an zu erzielen.

Einleitung

Wegen der höheren Karieswerte in Mecklenburg-Vorpommern und der Konzentration von vielen kariösen Läsionen auf eine Hochrisikogruppe von Kindern wurde das Intensivprophylaxeprogramm „Gesunde Zähne von Anfang an“ von der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Mecklenburg-Vorpommern initiiert. Den Kreisarbeitsgemeinschaften und Kommunen in Mecklenburg-Vorpommern wurde im Jahre 2003 angeboten, von der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege finanzierte Prophylaxeassistentinnen (max. 25 Std/Woche) einzustellen. In den Verträgen wurde dies inhaltlich an den Aufbau einer Intensivprophylaxe geknüpft, deren Umfang und Effektivität kontinuierlich wissenschaftlich zu beleuchten war. Begleitend wurden zu Beginn und dann einmal jährlich Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für die Verantwortlichen sowie die Prophylaxeassistentinnen angeboten, um eine Kalibrierung der zahnärztlichen Untersuchungen und der Prävention sowie einen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen. Diese Veranstaltungen zum internen Qualitätsmanagement entwickeln sich ausgesprochen produktiv und werden von der LAJ MV gezielt strukturiert und unterstützt.

Organisationskonzept

Entsprechend der Vorgaben sollen sich die über die LAJ-MV finanzierten Prophylaxefachkräfte schwerpunktmäßig auf die Intensivprophylaxe, also zusätzliche Impulse zur Gesundheitserziehung mit gleichzeitigem Fluorideinsatz, konzentrieren. Programmschwerpunkt waren evidenzbasierte Prophylaxemaßnahmen wie Mundhygieneübungen mit fluoridierter Zahnpasta und zusätzliche Fluoridlack-/gelapplikationen. In den begleitenden Treffen wurden die hohe Wirksamkeit der Fluoridnutzung hervorgehoben und eine Sicherstellung durch verhältnispräventive Maßnahmen wie das tägliche Putzen mit fluoridhaltigen Zahnpasten oder der wöchentliche Einsatz von höher konzentrierten Fluoridgelees, vor allem in Förderklassen, angestrebt.

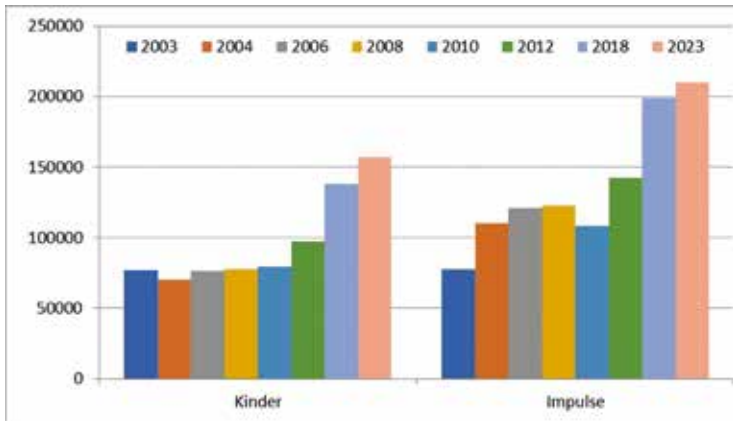


Abb. 1: Kinderzahlen versus Gesamtimpulse 2003-2023 (ohne 7.-10. Kl.)

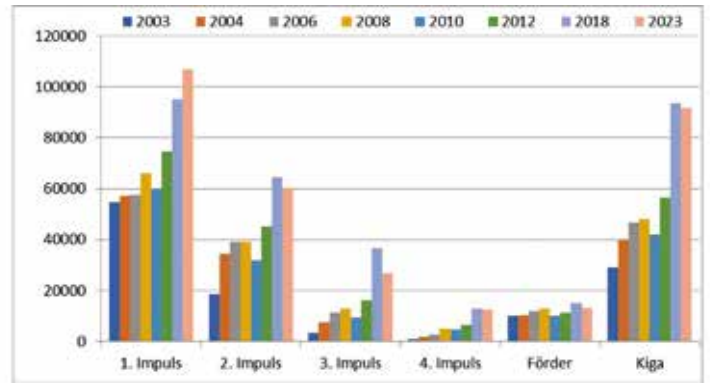


Abb. 2: Entwicklung der Impulse nach Impulsnummer in allen Einrichtungen und aller Impulse in Förderschulen und Kindergärten zwischen 2003 und 2023

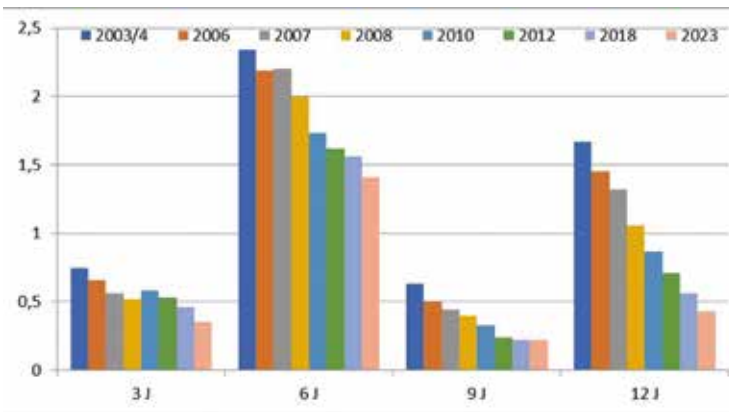


Abb. 3: Karieswerte für 3-, 6- (dmft), 9- und 12-Jährige (DMFT) von 2003 bis 2023

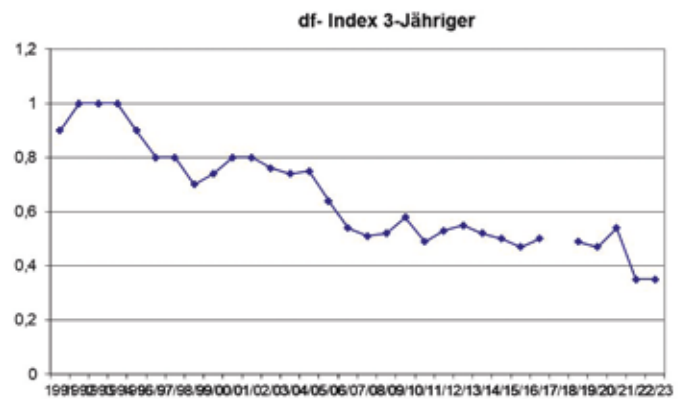


Abb. 4: Kariesentwicklung (dft) bei 3-Jährigen laut Landesstatistik (SozMin 2024)

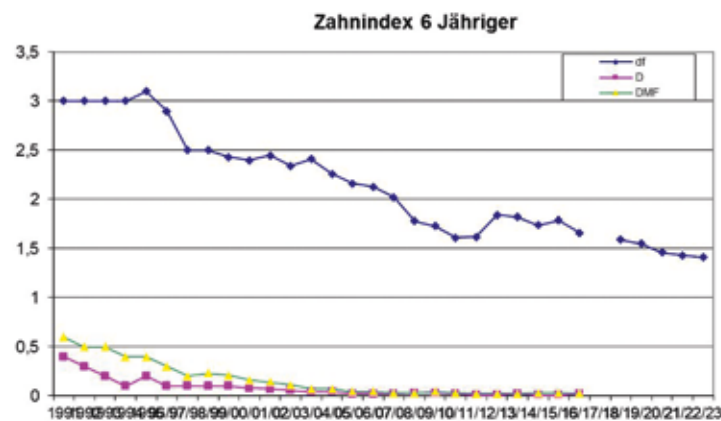


Abb. 5: Kariesentwicklung für Milchzähne (dft) und bleibende Zähne (kariöse Defekte DT und Gesamtkarieserfahrung DMFT) bei 6-Jährigen laut Landesstatistik (SozMin 2024)

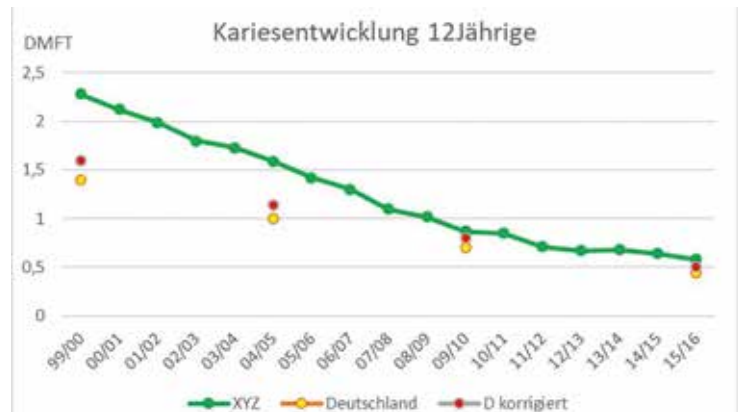


Abb. 6: Kariesrückgang bei 12-Jährigen in Mecklenburg-Vorpommern und Deutschland (DAJ 2017; korrigiert von 12-Jährige in 6. Klassen auf alle 12-Jährigen)

Ergebnisse

Entwicklung der Gesamtimpulse

Die Akzeptanz der Gruppenprophylaxe ist in Mecklenburg-Vorpommern hoch und damit sind die strukturellen Voraussetzungen für einen Erfolg des Programms gegeben. Insgesamt stiegen die Kin-

der- und Impulszahlen bis 2023 (Abb. 1), die Kinderzahlen allerdings stärker, sodass die durchschnittliche Betreuungsfrequenz nach einem Anstieg von 1,0 Impulse pro Kind und Jahr (2003) auf 1,44 (2018) dann im Jahr 2023 wieder geringfügig auf 1,34 sank.

Entwicklung der Impulse in Risikoeinrichtungen

Die Zahl der schon durch die Basisprophylaxe abgesicherten ersten Impulse (56 Tsd, 2003; Abb. 2) erhöhte sich während des Programms bis 2018 auf 95 Tsd und stieg noch einmal beträchtlich auf 107 Tsd (2023) an. Wie von der LAJ-MV vorgegeben, sollten in Einrichtungen mit hohen Karieswerten vor allem die 2.-4. Impulse zur Gesundheitsförderung mit gleichzeitigem Fluorideinsatz als Intensivierung ausgebaut werden. Dies wurde im Programm konsequent umgesetzt und die 2.-4. Impulse vervierfachen sich (2.-4. Impulse 2003: 23 Tsd; 2023: 96 Tsd).

Zwischen 2003 und 2008 stieg die Anzahl der Impulse bei Förderschülern von 10 auf 13 Tsd, aber durch die Einführung von Inklusionskonzepten sank die Zahl von Förderschülern von 8,5 auf 5,7 Tsd im Jahr 2012, sodass sich auch die Impulse dort reduzierten (2012: 10 Tsd). Insgesamt konnte die Impulsfrequenz pro Kind und Jahr von 1,25 auf 2,12 angehoben werden (2018), sank aber leider wieder auf 1,71 (2023) ab. Hier sollte die Konzentration auf eine besondere Risikogruppe erneut verstärkt werden.

Insgesamt konnte damit im Rahmen des Intensivprophylaxeprogramms der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege die Anzahl der Prophylaxeimpulse nach der Corona-Pandemie wieder auf hohem Niveau in Mecklenburg-Vorpommern flächendeckend aufgenommen werden. Von 2012 bis 2018 sind die Impulse ohne generellen personellen Aufwuchs deutlich gesteigert worden. Die Betreuungsintensität pro Kind sollte allerdings in der Förderschule noch ausgebaut werden.

Das Programm kam vorrangig Kindern in Kindergärten und Einrichtungen mit hohen Karieswerten zugute. Die exzellenten Kooperationen zwischen den Kreisarbeitsgemeinschaften und Kommunen/ÖGD konnten in den letzten Jahren trotz der Corona-Pandemie stabilisiert werden.

Kariesentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern

Karies im bleibenden Gebiss verursacht lebenslange Schäden und damit fortlaufende Kosten. Umso erfreulicher ist es, dass ein starker, kontinuierlicher Kariesrückgang für die permanente Dentition in Mecklenburg-Vorpommern laut ÖGD/Landestatistik in den Jahren des Intensivprophylaxeprogramms festgestellt werden kann (Abb. 3): Bei den Grundschulern (9 J) konnte die Anzahl von Karies betroffener bleibender Zähne im Zeitraum 2003–2018 von 0,63 auf 0,22 um zwei Drittel gesenkt und auch nach der Corona-Pandemie auf diesem niedrigen Niveau gehalten werden.

Bei den Zwölfjährigen sank der Wert von 0,56 Zähne (2018) auf 0,43 DMFT (2023). Hervorzuheben ist, dass in der Landesstatistik alle Zwölfjährigen in allen Kassen erfasst werden, also auch zurückgestellte Kinder mit höheren Karieswerten z. B. in 7. Klassen, während bei den DAJ-Untersuchungen nur zwölfjährige Regelschüler aus der 6. Klasse untersucht werden. In MV werden bevorzugt Schulen mit höherer Kariesprävalenz betreut, während z. B. Gymnasien weniger häufig aufgesucht werden.

Die deutlich erhöhten Karieswerte bei zwölfjährigen Förderschülern am Anfang des Programms (MV: >2,5 DMFT, Regelschüler <1,5 DMFT) – wie auch in der DAJ-Studie (1) nachgewiesen – belegen die Schwerpunktbildung des Programms. Förderschüler profitieren üblicherweise weniger von Präventionsangeboten (6). Daher ist gerade bei ihnen eine intensive, zugehende Betreuung in der Gruppenprophylaxe sinnvoll. Die Kariesreduktionen in Mecklenburg-Vorpommern von 2019 (Förderschule 1,5 Δ DMFT, Regelschule 0,9 Δ DMFT) und in der DAJ-Studie (1) belegen, dass Förderschüler in gleichem Maße proportional von der Prophylaxe profitieren können.

Besonders erfreulich und bemerkenswert sind die deutlich erkennbaren Kariesrückgänge im Milchgebiss trotz und nach der Corona-Pandemie. Die Repräsentativität der Untersuchungen kann mit einer ca. 50%igen Ausschöpfung der vollständigen Jahrgangsstichprobe in Mecklenburg-Vorpommern sowohl bei den Drei- als auch den Sechsjährigen als hoch angesehen werden.

Allgemeine epidemiologische Einordnung

Die epidemiologischen Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe sind ein repetitiver Querschnitt, der durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen drei und zwölf Jahren zum sechsten Mal erhoben wird (1).

Mundgesundheit bei Dreijährigen

Die Dreijährigen im Mecklenburg-Vorpommern wiesen in der DAJ-Untersuchung 2016 im Mittel 0,51 kariöse Defekte, Füllungen oder wegen Karies fehlende Zähne auf, was leicht über dem Deutschlandwert von 0,48 dmft lag. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und der Landesberichterstattung liegen seit den 1990er-Jahren Untersuchungsdaten zu Dreijährigen in Mecklenburg-Vorpommern vor, die seit 2006 einen annähernd stagnierenden Karieswert von gut 0,5 betroffenen Zähnen ausweisen und damit die DAJ-Untersuchung bestätigen (Abb. 4). Nach über zehn Jahren Stagnation sanken die aktuellen Zahlen nach der Corona-Pandemie mit im Mittel 0,35 Zähnen pro Kind erfreulicherweise deutlich.

In der DAJ-Studie hatten 85 % der Dreijährigen naturgesunde Milchzähne (dmft = 0). Die aktuellen Erfassungen in Mecklenburg-Vorpommern fassen die drei- bis sechsjährigen Kindergartenkinder zusammen, mit einem Gesamtwert von 76 % naturgesunden Milchgebissen. Dennoch bleiben 4 % der unter Dreijährigen und wohl ca. 10 % der Dreijährigen mit kariösen Defekten übrig, was mit im Mittel ca. drei offenen, kariösen Defekten häufig eine Behandlung in Narkose bei diesen sehr kleinen Kindern zur Folge hat. Insgesamt waren 82 % der kariösen Milchzähne nicht saniert.

Mundgesundheit bei Sechs-(Sieben-)Jährigen

Wie in Gesamtdeutschland war bei der Karieserfahrung für das Milchgebiss lange eine Stagnation zu verzeichnen: Seit 2009 war bei der Karieserfahrung für die Sechs- bis Siebenjährigen in der 1. Klasse mit ca. 2,2 dmft kaum eine Änderung festzustellen und die Kariesprävalenz verharrte mit 57,4 % ebenfalls immer noch auf (zu) hohem Niveau. Die Kariesreduktion in den 22 Jahren der DAJ-Studien betrug nur 44 %, in den letzten sieben Jahren nur 1 %. Die Erstklässler in Mecklenburg-Vorpommern hatten in der letzten DAJ-Studie im Mittel 2,23 kariöse Defekte, Füllungen oder wegen Karies fehlende Milchzähne, was erkennbar über dem Deutschlandwert von 1,73 dmft lag. In der Landesstatistik von Mecklenburg-Vorpommern (Abb. 5) werden statt der Sechs- bis Siebenjährigen in der 1. Klasse alle Sechsjährigen als Indexgruppe genutzt. Der Mittelwert liegt für 2023 bei 1,41 betroffenen Milchzähnen, was sehr deutlich unter dem Wert der sechsjährigen Erstklässler in Mecklenburg-Vorpommern in der DAJ-Studie lag (2,02 dmft). Damit ergeben sich nach der Corona-Pandemie rückläufige Karieswerte, die mit gut 8 Tsd regelmäßig untersuchten Sechsjährigen, also ca. 50 % der Grundgesamtheit, ein repräsentatives Bild erlauben sollten.

Dieser deutliche Rückgang bei der Milchgebisskaries nach langer Stagnation in Mecklenburg-Vorpommern (Abb. 5) folgt auf die Erhöhung der Fluoridkonzentration in Kinderzahnpasten ab 2019, die dann in Gruppen- und Individualprophylaxe um die Corona-Pandemie Einzugs hielt.

Mundgesundheit bei Zwölfjährigen

Die Zwölfjährigen in der 6. Klasse hatten in der letzten DAJ-Studie im Mittel nur 0,46 kariöse Defekte, Füllungen oder wegen Karies fehlende Zähne, was fast dem Deutschlandwert von 0,44 entspricht. Der Wert der Landesstatistik von 2018 bei allen Zwölfjährigen in Mecklenburg-Vorpommern dürfte mit 0,49 DMF keinen Karieszuwachs bedeuten, da eine Analyse der DAJ-Studien zeigte, dass die Beschränkung auf Zwölfjährige in der 6. Klasse einen um 10–15 % zu niedrigeren Wert gegenüber allen Zwölfjährigen in allen Klassen ergibt (3). Die vergleichbaren, kontinu-

ierlichen zahnärztlichen Untersuchungen ergeben einen weiteren leichten, aber kontinuierlichen Kariesrückgang bei den Zwölfjährigen auf einem sehr niedrigen Niveau für 2023 (0,43 DMFT; Abb. 3).

Bei den Zwölfjährigen finden sich in den DAJ-Untersuchungen (Abb. 6) für Mecklenburg-Vorpommern und Deutschland insgesamt Kariesreduktionen um 80 % bis 2016, sodass ein internationaler Spitzenplatz eingenommen wird. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt lagen die DMFT-Werte der Zwölfjährigen 1994/95 dabei in Mecklenburg-Vorpommern deutlich höher, was sich aber kontinuierlich bis 2015/2016 anglich. Die Werte der deutschen DAJ-Untersuchungen für Zwölfjährige aus 6. Klassen wurden rechnerisch auf den Wert für alle Zwölfjährige in allen Klassen, also auch zurückgestellte Kinder korrigiert.

Insgesamt spiegeln die Landesstatistiken für Mecklenburg-Vorpommern den Deutschlandtrend der letzten zwei Jahrzehnte wider. Die kontinuierliche Erfassung als Gesundheitsberichterstattung in Mecklenburg-Vorpommern war von hoher Bedeutung für die Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe.

Es lässt sich feststellen, dass parallel zum Intensivprophylaxeprogramm der LAJ Mecklenburg-Vorpommern die Karieswerte bei Drei-, Sechs-, Neun- und Zwölfjährigen deutlich gesenkt werden konnten. Dies gilt proportional auch für Kinder mit erhöhten Karieswerten wie z. B. Förderschülern. Die Lücke zwischen den hohen Karieswerten bei Zwölfjährigen in Mecklenburg-Vorpommern und Gesamtdeutschland konnte erkennbar geschlossen werden.

Erstmalig ist für Mecklenburg-Vorpommern nach langer Stagnation ein deutlicher Kariesrückgang im Milchgebiss zu erkennen, der zeitlich mit der Erhöhung der Fluoridkonzentration in Kinderzahnpaste von 500 auf 1000 ppm korreliert. Für Kinder mit sozialer Benachteiligung könnte daher das im Kindergartenfördergesetz Mecklenburg-Vorpommern verankerte Zähneputzen in den Kitas im Rahmen der Gruppenprophylaxe eine besondere Bedeutung bekommen.

Diskussion

Die Wirksamkeit kariespräventiver Maßnahmen ist gut untersucht und dokumentiert. Systematische Literaturübersichten und (inter)nationale Konsensempfehlungen (7, 8) belegen den starken Einfluss der Fluoride für die Kariesreduktion. Dies gilt auch für die frühkindliche Karies. Daher hat die Europä-

ische Akademie für Kinderzahnheilkunde bereits 2008 evidenzbasierte Empfehlungen zur Prävention von frühkindlicher Karies herausgegeben (9) und 2019 die Fluoridkonzentration in Kinderzahnpasten angehoben (10).

Die bisherige Prävention in den Kinderkrippen/-gärten umfasst in Mecklenburg-Vorpommern fast flächendeckend das sehr wirksame Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpaste (88 Prozent). Gerade der zugehende Ansatz in den Krippen bietet die Möglichkeit, die erfolgreiche Gruppenprophylaxe für Risikokinder im Kindergarten und in der Schule jetzt auch auf die Krippe zu übertragen (11-13).

Das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern hat bei dem Kariesrückgang der Kindergartenkinder und Jugendlichen gegenüber anderen Bundesländern deutlich aufgeholt. Dies könnte an dem gesetzlich gut verankerten Öffentlichen Gesundheitsdienst, dessen etablierter und konsequenter Kariesprävention in Kindergärten und auch an dem koordinierten Programm zur Intensivierung der Gruppenprophylaxe liegen. Der Schwerpunkt dabei ist die tägliche Anwendung von fluoridhaltiger Zahnpasta, die eine kostengünstige und effektive Möglichkeit darstellt, um Karies auch im Kleinkindalter zu vermeiden (7-9, 15).

Das Ziel, das Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta in Kindergärten oder mit Gelee in Schulen zu einem regelmäßigen Bestandteil des Alltags zu machen, erscheint umsetzbar und wirksam. So konnte in einem Intensivprophylaxe-projekt, dass in Erfurter Kindertagesstätten implementiert wurde, die Zahngesundheit von Vorschulkindern durch vierteljährliche Aufklärungsimpulse (Erährungsberatung, Instruktion und Motivierung zur Zahn- und Mundhygiene) sowie halbjährliche Fluoridlackapplikation zusätzlich zum täglichen Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta verbessert werden (11). Besonders durch zielgerichtete Prävention in Einrichtungen mit hoher Kariesprävalenz kann über die Erzieher(innen) den Defiziten in der häuslichen Prävention gegengesteuert werden. Eine 20- bis 30-prozentige Kariesreduktion konnte beim Zähneputzen mit fluoridierter Kinderzahn-pasta in Kindertagesstätten erzielt werden, indem die Kinder unter Begleitung und Unterstützung ihrer Erzieher(innen) die Zähne reinigten (17-18).

Schlussfolgerungen

Die erhöhten und lange stagnierenden Karieswerte im Milchgebiss in Mecklenburg-Vorpommern konnten parallel mit dem LAJ-MV-Projekt „Gesunde Zähne von Anfang an“, das auf eine Intensivierung der Gruppenprophylaxe abzielte, seit 2003 sukzessive abgesenkt werden. Dies verstärkte sich seit 2019 mit der Erhöhung des Fluoridgehalts von Kinderzahn-paste auf 1000 ppm. Daher erscheint der An-

satz, über verpflichtendes Zähneputzen in Kitas in Mecklenburg-Vorpommern gerade die benachteiligten Kinder zu erreichen, sinnvoll. Die gleichzeitige Einführung von neuen FU-Leistungen (FU 1a–c) in der zahnärztlichen Praxis könnte dies zusätzlich befördert haben, auch wenn hier die Ausschöpfung noch gering ist (19).

Auch im bleibenden Gebiss ist während der Implementierung des LAJ-MV-Projektes bei den Zwölf-jährigen neben dem deutlichen Kariesrückgang eine kontinuierliche Annäherung an die niedrigeren Deutschlandwerte gelungen. Die regelmäßigen schulzahnärztlichen Untersuchungen und die darauf aufbauende jährliche Gesundheitsberichterstattung erlauben eine Konzentration auf Brennpunkteinrichtungen, während die zusätzlichen LAJ-Mittel eine klare Erhöhung der Gruppenprophylaxeimpulse und Impulsfrequenz ermöglichten.

Das LAJ-Projekt dürfte damit die überproportionalen Kariesrückgänge in Mecklenburg-Vorpommern unterstützt haben.

Prof. Dr. Christian H. Splieth
Universität Greifswald
Poliklinik für Kinderzahnheilkunde
Fleischmannstr. 42, 17487 Greifswald/Germany
Tel.: 0 38 34/86 71 01
Tel.: 0 38 34/86 71 36 (Clinics)
Fax: 0 38 34/86 72 99
E-Mail: splieth@uni-greifswald.de

Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der
Jugendzahnpflege in Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Tel.: 0385-48 93 06-94
Fax: 0385-48 93 06-99

Literaturverzeichnis

1. DAJ. *Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2016*. Bonn 2017.
2. *Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport. Ergebnisse der Zahnärztlichen Reihenuntersuchungen des ÖGD*. 2024.
3. Schmoeckel J, Wahl G, Santamaría RM, Basner R, Schankath E, Splieth CH. Influence of school type and class level on mean caries experience in 12-year-olds in serial cross-sectional national oral health survey in Germany-proposal to adjust for selection bias. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(4):467.
4. Stumpf D. *Frühkindliche Karies: Wissen und Handeln bei Eltern von kleinen Kindern*. Diss. Mecklenburg-Vorpommern, 2012.
5. Koletzko B, Bergmann KE, Przyrembe H. Prophylaktische Fluoridgabe im Kindesalter. *Monatsschr Kinderheilkd*. 2013;161:508-9. <https://doi.org/10.1007/s00112-013-2934-3>.
6. Ammari JB, Baqain ZH, Ashley PF. Effects of

- programs for prevention of early childhood caries. A systematic review. *Med Princ Pract.* 2007;16:437-42.
7. US Preventive Services Task Force; Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, Donahue KE, Doubeni CA, Kubik M, Li L, Ogedegbe G, Pbert L, Silverstein M, Stevermer J, Tseng CW, Wong JB. Screening and interventions to prevent dental caries in children younger than 5 years: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2021;326(21):2172-8.
 8. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VC, Jeroncio A. Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;3(3):CD007868.
 9. EAPD (European Academy of Pediatric Dentistry). Guidelines on prevention of early childhood caries – An EAPD policy document. 2008. <http://www.eapd.gr/dat/1722F50D/file.pdf>.
 10. Toumba KJ, Twetman S, Splieth C, Parnell C, van Loveren C, Lygidakis NA. Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2019;20(6):507-16.
 11. Borutta A, Hufnagl H, Möbius S, Reuscher G. Kariesinhibierende Wirkung von Fluoridlacken bei Vorschulkindern mit erhöhtem Kariesrisiko. *Oralprophylaxe und Kinderzahnheilkd.* 2006;28:8-14.
 12. Guindy JS, Weber C, Meyer J: Die Zahngesundheit von 7- und 12-jährigen Schülerinnen und Schülern im Kanton Solothurn. *Acta Med Dent Helv.* 2000;5:119-24.
 13. Trummler A, Weiss V. DMFT scores in 12 year old school children in the city of St. Gallen. *Oralprophylaxe.* 2000;22:206-8.
 14. Ekstrand KR, Christiansen ME, Qvist V: Influence of different variables on the inter-municipality variation in caries experience in Danish adolescents. *Caries Res.* 2003;37(2):130-41.
 15. Marinho VC. Cochrane reviews of randomized trials of fluoride therapies for preventing dental caries. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2009;10:183-91.
 16. Brunner-Strepp B: Intensive fluoridation in group prevention programs, a long term observation. *Community Dent Health.* 2001;18:199 (Abstr. 32).
 17. Rong WS, Bian JY, Wang WJ, Wang WD. Effectiveness of an oral health education and caries prevention program in kindergartens in China. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31:412-6.
 18. You BJ, Jian WW, Sheng RW, et al. Caries prevention in Chinese children with sodium fluoride dentifrice delivered through a kindergarten-based oral health program in China. *J Clin Dent.* 2002;13:179-84.
 19. KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung). *Jahrbuch 2023.* Berlin: 2024.

Sportweltspiele in Kroatien

Wettkämpfe der Medizin und Gesundheit vom 13. bis 20. Juni

Die nächsten Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit, international bekannt als Medigames, finden vom 13. bis 20. Juni 2026 in Kroatien an der Adria statt. Schauplatz sind die beiden Nachbarorte Pula und Medulin. Dort können Sie wieder in den sportlichen Wettstreit mit Kollegen aus den Gesundheitsberufen gehen. Sport und Natur treffen in der schönsten Gegend der Halbinsel Istrien zusammen.

Die Details zu den Orten, Hotels und Sportstätten finden Sie in der PDF-Broschüre, online auf www.sportweltspiele.de. Dort ist auch ein Anmeldeformular als PDF hinterlegt. Die Online-Anmeldung ist ebenfalls möglich. Die Nachfrage nach Hotelunterkünften ist groß. Verpassen Sie nicht, rechtzeitig zu buchen, noch ist Auswahl vorhanden. Detaillierte Hotelinformationen finden Sie auf der Website <https://www.sportweltspiele.de/unterkunft.html>

Die Sportweltspiele bieten allen Teilnehmenden die Möglichkeit, auch neue Sportarten unkompliziert

auszuprobieren. In mehr als 20 verschiedenen Sportdisziplinen können Sie und Ihre Begleiter an den Start gehen. Die Sportwettkämpfe werden außer bei Mannschaftssportarten und Golf in sieben Altersklassen gewertet. Die Eröffnungs- und Abschlussfeiern und die allabendlichen Siegerehrungen sowie in der Wochenmitte die Medigames-Party runden das Sportevent ab.

In Kroatien erwartet Sie eine abwechslungsreiche Landschaft mit herrlichen Naturparks, langen Stränden, pittoresken Fischerdörfern und mittelalterlichen Städten. Die Region ist eine führende Sportdestination, in der internationale Veranstaltungen in allen wichtigen Disziplinen sowie Trainingskurse für Amateure und Profis stattfinden.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung; schreiben Sie uns einfach eine E-Mail an <mailto:info@sportweltspiele.de>. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Anmeldeunterlagen auch gerne als PDF oder ausgedruckt zu.

Michael Kipp



ZÄK
Mecklenburg-
Vorpommern

FORTBILDUNGEN Juni 2026

Bild: Freepik.com

Update Dokumentation

03.06.2026 um 13 Uhr in Rostock
Referentin: Helen Möhrke

Prophylaxe Power Special

06.06.2026 um 9 Uhr in Rostock
Referentin: DH Solveyg Hesse

Der Patient mit Handicap - Prävention in der Alters- & Behindertenzahnheilkunde

13.06.2026 um 9 Uhr in Schwerin
Referentin: Denise Hintze

ZÄKMV-Online 56: Abrechnung privater prothetischer Leistungen Prothetische Leistungen der GOZ korrekt und effizient berechnet

16.06.2026 um 19 Uhr als Onlineseminar
Referentin: Helen Möhrke

Patientenfälle mit komplexer Anamnese - Prophylaxe maßgeschneidert planen

27.06.2026 um 9 Uhr in Rostock
Referentin: DH Simone Klein



Fragen und Anmeldung

Zahnärztekammer M-V
Sandra Bartke
Fon: 0385 489306-83
E-Mail: s.bartke@zaekmv.de

