



DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · German Edition



WISSENSCHAFT: Implantatversorgung

Im Fachbeitrag widmet sich Dr. med. dent. Malin Janson, Köln, den altersspezifischen Aspekten in der Implantatversorgung bei Senioren und erklärt, welche Kriterien bei der Behandlung zu beachten sind.

PRAXIS: Alterszahnheilkunde

Mit zunehmendem Anteil älterer Menschen steigt die Nachfrage nach verschiedenen zahnmedizinischen Leistungen. Doch welche Bedürfnisse wird die ältere Bevölkerung haben?

FÜLLUNGSTHERAPIE: ArtOral® Chroma FILL

Mit dem lichthärtbaren, röntgenopaken Composite von R-dental gelangen farbstufenlose, ästhetische Füllungen im Front- und Seitenzahnbereich sowie direkte Veneers.

DPAG Entgelt bezahlt · OEMUS MEDIA AG · Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · No. 4/2024 · 21. Jahrgang · Leipzig, 21. Mai 2024 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 EUR · www.zwp-online.info **ZWP ONLINE**

ANZEIGE

Ästhetisches,
zahnärztliches
Restaurations-
material

1
eine Farbe für alle Restaurationen

ArtOral® Chroma FILL

R-dental
Dentalerzeugnisse
T 040-30707073-0
E info@r-dental.com
I www.r-dental.com

ANZEIGE

**Besuch des
minilu Wunderland**

Der dentale
Festival-Kongress
am 13. & 14.9.24
in Düsseldorf

TICKET 15

minilu.de

Europäischer Tag der Parodontologie

„Die Politik muss endlich die Budgets abschaffen.“

BONN – Am 12. Mai 2024 fand wieder der Europäische Tag der Parodontologie statt. Passend dazu lag der Fokus auf der Mundgesundheit werdender Mütter. „Die Parodontitis zählt als entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Körper, und mit ihr steigt das Risiko für Schlaganfälle, koronare Herzkrankungen, Diabetes – aber eben auch für Frühgeburten“, erläutert Zahnarzt Dr. Christian Öttl, Bundesvorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ).

Etwa die Hälfte der Erwachsenen sei laut der Deutschen Mundgesundheitsstudie von einer Parodontitis betroffen. „Häufig ist Frauen während der Schwangerschaft aber nicht bewusst, dass ihre parodontale Gesundheit jetzt besondere Aufmerksamkeit benötigt“, führt Öttl weiter aus. „Gerade in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten verändert sich der Hormonhaushalt derart, dass die Zahnfleischdurchblutung beeinflusst wird. Schwellungen und Zahnfleischbluten sind oft die Folge. Zahnbeläge können eine Schwangerschaftsgingivitis, also Entzündungen des Zahnfleisches, verursachen.“

„Zur Gesunderhaltung von Zähnen und Zahnfleisch sind das tägliche dreiminütige Putzen der Zähne nach dem Frühstück und nach dem

Abendessen mit einer fluoridhaltigen Zahncreme, die Verwendung von Zahnseide und Zahnzwischenraumbürstchen und vor allem die regelmäßige professionelle Zahnreinigung (PZR) in der Zahnarztpraxis wichtige Elemente der Vorsorge während einer Schwangerschaft“, ergänzt Öttl.

„Bedingt durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) sind die Parodontitis-Neubehandlungsfälle stark zurückgegangen“, so Öttl weiter. Daraus sei aber nicht zu schlussfolgern, dass die Erkrankung rückläufig sei. „Denn fast jeder zweite Erwachsene in Deutschland ist betroffen.“

„Die Politik muss endlich die Budgets abschaffen. Krankheit lässt sich nicht berechnen. Außerdem ist der zahnärztliche Anteil an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen von rund 9 Prozent im Jahr 2000 auf nur noch 6,11 Prozent 2022 gesunken. Diese Zahlen belegen, dass gerade vom vertragszahnärztlichen Bereich kein finanzielles Risiko für die Gesetzlichen ausgeht“, resümiert der FVDZ-Bundesvorsitzende. **DT**

Quelle: FVDZ

Unbedingt weitersagen:

Die neue Zahnärztliche Assistenz ist da!

Die brandneue Ausgabe der *Zahnärztlichen Assistenz* ist endlich da und vollgepackt mit fesselnden Themen.

In der Rubrik Praxismanagement vertieft sich Mark Peters in die Themen Führung und Teambildung, nachdem im ersten Teil die Sandwich-Position im mittleren Management beleuchtet wurde. Führung wird zum Dreh- und Angelpunkt für den Erfolg moderner Zahnarztpraxen. Im „Brot-Krümel-System“ erklärt er, wie agile und transformationale Führungskonzepte erfolgreich umgesetzt werden können.

Das Thema Interdentalhygiene scheint oft ausgereizt zu sein, aber die Meinungen gehen hier auseinander. Dr. Birte Holtfreter und ihre Arbeitsgruppe haben sich neu damit befasst und präsentieren ihre aktuellen Studienergebnisse in der Rubrik Theorie & Praxis.

Dentalhygienikerin und Referentin Ester Hoekstra führt durch die komplexen Wege der Ausbildung zur/zum Dentalhygieniker/-in. Sie beleuchtet die verschiedenen Ausbildungspfade von traditionellen Fortbildungen bis hin zu Bachelorstudiengängen und bietet einen detaillierten Einblick in die Möglichkeiten, diesen Beruf zu ergreifen und weiterzuentwickeln.

Dazu gibt es jede Menge spannende Veranstaltungstipps, einen fesselnden Artikel über Kommunikationshindernisse im Praxisalltag und vieles mehr aus dem dentalen Leben.

Darüber hinaus bietet die neue Ausgabe der *Zahnärztlichen Assistenz* eine breite Palette an interessanten und relevanten Themen für alle ZFAs und Zahnarztpraxen. Von Interdentalhygiene über Einblicke in die Zahn- & Mundgesundheit chronisch nierenkranker Patienten bis hin zu rechtlichen Fragen und Tipps zu Krankschreibungen – diese neue Ausgabe hat für jeden etwas zu bieten. Schnappt sie euch also und taucht ein in die Welt der Zahnmedizin!

DT



In dieser Ausgabe

ANZEIGE

kuraray

Noritake

ONE STRONG FAMILY

PANAVIA™ Veneer LC

Der Veneerspezialist

PANAVIA™ V5

Stark und ästhetisch

PANAVIA™ SA

Cement Universal

Ihr täglicher Begleiter

DIE KRAFT DER DREI

Aufgrund individueller Präferenzen und indikationsspezifischer Bedürfnisse bedarf es im klinischen Alltag verschiedener Befestigungsmaterialien. Kuraray Noritake Dental Inc. ist davon überzeugt, dass drei Befestigungskomposite reichen und hat diese in einer außergewöhnlich leistungsstarken Familie vereint. Die PANAVIA™-Familie: Eine für alle! Für jedwede Situation die richtige Lösung.



MEHR ERFAHREN

BORN IN JAPAN

Kuraray Europe GmbH, BU Medical Products,
Philipp-Reis-Str. 4, 65795 Hattersheim am Main, Deutschland,
+49 (0)69-30 535 835, dental.de@kuraray.com, kuraraynoritake.eu

Digitale Notfall-App

Sicherheit und Effektivität der zahnärztlichen Versorgung optimiert.

MEDFORD – Eine neue Studie hat die Wirkung einer digitalen Notfall-App namens „Ten Minutes Saves a Life!“ auf die zahnärztliche Versorgung untersucht. Die App bietet einen Leitfaden für Zahnärzte und ihre Teams in Notfallsituationen. Die Untersuchung, durchgeführt von Fachleuten der Anesthesia Research Foundation der American Dental Society of Anesthesiology, zeigt, dass die App die Reaktionszeit bei medizinischen Notfällen verkürzt und die Behandlungseffizienz verbessert. Seit ihrer Einführung im Jahr 2018 hat die App weltweit über 100.000 Downloads verzeichnet und wurde in mehrere Sprachen übersetzt, darunter Deutsch, Russisch und Japanisch.

Dr. Morton Rosenberg, emeritierter Professor an der Tufts University School of Dental Medicine (TUSDM) und Mitentwickler der App, betont, dass digitale Tools wie die „Ten Minutes Saves a Life!“-App zur Sicherheit und Effektivität der zahnärztlichen Versorgung beitragen können. Die App bietet Schritt-für-Schritt-Anleitungen für die Reaktion auf verschiedene medizinische Notfallsituationen, angefangen von Synkope bis hin zu schwerwiegenden Herz-Kreislauf-Problemen. Darüber hinaus ermöglicht sie auch einen direkten Notruf an die örtlichen Rettungsdienste.

Dr. Jonathan Stephens, Assistenzprofessor und Chefarzt an der TUSDM, hebt hervor, dass die App bereits in der Ausbildung von Zahnmedizinstudenten integriert ist und weltweit von Zahnärzten eingesetzt wird. Die Ergebnisse der Studie betonen die Bedeutung digitaler Technologien für die zahnärztliche Praxis und unterstreichen die Notwendigkeit von Investitionen in innovative Lösungen zur Verbesserung der Patientenversorgung. **DT**

Quelle: ZWP online

Zahlen des Monats

34,79 Mrd.

So hoch beziffern Botelho et al. (2022) die indirekten Kosten durch Parodontitis in Deutschland. Sie sind auf die fehlende präventive Ausrichtung der Parodontitisbehandlung in Deutschland zurückzuführen.

7,6

Im Jahr 2020 investierten Zahnärzte in Deutschland durchschnittlich 7,6 Stunden pro Woche in die Bewältigung administrativer Aufgaben im Rahmen der Praxisverwaltung.

2.500

Trotz der aktuellen politischen Rahmenbedingungen für den zahnärztlichen Berufsstand ist die Begeisterung des Nachwuchses ungebrochen: Mit mehr als 2.500 Approbationen im Jahr 2022 lässt sich ein neuer Höchststand konstatieren.

Auf den Punkt ...

Plaque

Wissenschaftler haben entdeckt, dass das Molekül 3,3'-Diindolylmethan die Bildung von Plaque und Karies verursachenden Biofilmen um 90% reduziert. Es weist zudem antikarzinogene Eigenschaften auf.

Langzeitfolgen

Viele Betroffene von Langzeitfolgen einer Coronainfektion leiden nach einer Studie des Universitätsklinikums Jena mehr als ein Jahr danach an der Erschöpfungserkrankung ME/CFS.



© tiero - stock.adobe.com

Zahnschmelzregeneration

Forscher der Uni Washington haben erfolgreich Zahnschmelz-Organoiden aus Stammzellen entwickelt. Dieser Fortschritt kann die Grundlage für zukünftige stammzellbasierte Therapien sein.

„Cheat Days“

Eine Studie zeigt, dass wiederholte, kurzfristige Abweichungen von ausgewogener Ernährung hin zu fettreicher, ballaststoffarmer Kost das menschliche Immunsystem erheblich beeinträchtigen.

„Ein guter Tag für Patienten und Versicherte“

Bayern und KZVB einigen sich über Honorare 2023 und 2024.

MÜNCHEN – Die AOK Bayern und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns konnten Ende April die Vergütungsverhandlungen für die Jahre 2023 und 2024 auf dem Verhandlungsweg abschließen. Damit bleibt die zahnmedizinische Versorgung der rund 4,7 Millionen AOK-Versicherten weiterhin gesichert, die Praxen bekommen Rechts- und Planungssicherheit. Die Vertragspartner sprechen von einem guten Tag für die Patienten, die Versichertengemeinschaft sowie auch für die zukünftige vertragspartnerschaftliche Zusammenarbeit.

Dem Ergebnis ging ein längerer Verhandlungsprozess über den Umfang der Budgeterhöhung für das Jahr 2023 voraus, die zur Anrufung des Landesschiedsamts führte. Die KZVB und die AOK Bayern suchten gemeinsam nach einer Lösung, um die Auswirkungen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes, das Anfang 2023 in Kraft getreten ist, auf die bayerischen Zahnarztpraxen und die Beitragszahlenden auszubalancieren. Das Ergebnis ist jetzt ein Zweijahresvertrag.

Für das Jahr 2023 wurde eine Regelung getroffen, die für beide Vertragsparteien Rechts- und Honorarsicherheit begründet. Auf dieser Basis wurden dann weiterführende Bestimmungen zur Vergütung für das Jahr 2024 getroffen.

Dazu erklärt Dr. Rüdiger Schott, Vorsitzender des Vorstands der KZVB: „Die Wiedereinführung der Budgetierung durch die Ampelkoalition war ein grundfalsches Signal. Dadurch geht die Niederlassungsbereitschaft zurück, und die flächendeckende Versorgung ist in Gefahr. Das Verhandlungsergebnis, das wir nun mit der AOK Bayern erzielen konnten, ist ein wichtiges Zeichen. Die Selbstverwaltung in Bayern hat es jetzt geschafft, auch unter den Rahmenbedingungen des Berliner Spargesetzes, ausreichend Mittel für die zahnmedizinische Versorgung bereitzustellen. Dies ist ein wichtiger Beitrag dazu, dass wir unseren Sicherstellungsauftrag weiterhin erfüllen können. Noch gibt es in Bayern keine zahnmedizinisch unterversorgten Bereiche. Wir werden alles dafür tun, dass das auch künftig so bleibt.“



Vertragspartnerschaftliche Zusammenarbeit: Dr. Irmgard Stippler (AOK Bayern) und Dr. Rüdiger Schott (KZVB) konnten die Vergütungsverhandlungen für die Jahre 2023 und 2024 auf dem Verhandlungsweg abschließen.

Dr. Irmgard Stippler, Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern ergänzt: „Das Ziel unserer Verhandlungen war es, die vertragszahnärztliche Versorgung der Versicherten der AOK in Bayern weiterhin sicherzustellen und zugleich den Beitragszahlenden gerecht zu werden. Das ist uns mit der nun vorliegenden Vereinbarung gemeinsam gelungen. Der konstruktive Austausch mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns in den letzten Wochen ist im Ergebnis eine gute Grundlage für die weitere vertrauensvolle vertragspartnerschaftliche Zusammenarbeit im Sinne einer guten Versorgung der Versicherten. Angesichts der vielfältigen Herausforderungen, die vor uns liegen, wollen wir weiter gemeinsam innovative Wege der Versorgung miteinander gestalten und mit weiteren Schritten in der Digitalisierung von Prozessen unsere Partnerschaft erfolgreich voranbringen.“ **DT**

Quellen: KZV Bayern/AOK Bayern

CHE Hochschulranking 2024

Zahnmedizin der UW/H mit überdurchschnittlichen Bewertungen ausgezeichnet.

WITTEN – Das bundesweite CHE Hochschulranking bescheinigt der Universität Witten/Herdecke (UW/H) erneut sehr gute Studienbedingungen sowohl in der Humanmedizin als auch in der Zahnmedizin.

Spitzenwerte in fast allen Kategorien bei der Zahnmedizin

Die Studierenden der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sind nicht nur sehr zufrieden mit der allgemeinen Studienorganisation (4,5 von 5 Sternen), sondern auch mit dem Zustand und der technischen Ausstattung der Räumlichkeiten (4,6) und der Vernetzung der Studierenden untereinander (4,7). Außer-

dem loben sie die Angebote zur Förderung des Berufseinstiegs, z. B. durch Stellenbörsen, Messen und die Vernetzung mit Arbeitgebern (4,4), sowie die praktische Ausstattung des Studiengangs, etwa mit Simulationsplätzen (4,6) und Behandlungsstühlen (4,4). In all diesen Kategorien liegt die UW/H über dem Mittelwert aller Hochschulen.

„Wir freuen uns sehr, dass sich unsere Arbeit in solch guten Ergebnissen des CHE Rankings widerspiegelt“, sagt Prof. Dr. Stefan Zimmer, Dekan der Fakultät für Gesundheit und Leiter des Departments für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der UW/H. „Wir arbeiten kontinuierlich daran, unseren Studierenden eine exzellente fachliche Ausbildung und eine erstklassige Vorbereitung auf den Beruf zu bieten. Dass sich dieser Einsatz wieder einmal ausgezahlt hat, macht uns stolz.“ Ein Kritikpunkt aus dem letzten CHE Ranking (2021) konnte dieses Mal auch verbessert werden: Die Bibliotheksausstattung wurde zum ersten Mal überdurchschnittlich bewertet (4,1). **DT**

Quelle: Universität Witten/Herdecke



© Little Monster 2070 - stock.adobe.com

IMPRESSUM

Verlag
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Deutschland
Tel.: +49 341 48474-0
Fax: +49 341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Herausgeber
Torsten R. Oemus

Vorstand
Ingolf Döbbecke
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller
Torsten R. Oemus

Chefredaktion
Katja Kupfer

Redaktionsleitung
Dr. med. stom. Alina Ion
a.ion@oemus-media.de

**Anzeigenverkauf/
Verkaufsleitung**
Stefan Thieme
s.thieme@oemus-media.de

**Projektmanagement/
Vertrieb**
Simon Guse
s.guse@oemus-media.de

Produktionsleitung
Gernot Meyer
meyer@oemus-media.de

Anzeigenposition
Lysann Reichardt
l.reichardt@oemus-media.de

Art Direction
Dipl.-Des. (FH) Alexander Jahn
a.jahn@oemus-media.de

Satz
Aniko Holzer, B.A.
a.holzer@oemus-media.de

Erscheinungsweise
Dental Tribune German Edition
erscheint 2024 mit 8 Ausgaben,
es gilt die Preisliste Nr. 12 vom
1.1.2024.
Es gelten die AGB.

Druckerei
Dierichs Druck+Media GmbH,
Frankfurter Str. 168
34121 Kassel
Deutschland

Verlags- und Urheberrecht
Dental Tribune German Edition ist ein eigenständiges redaktionelles Publikationsorgan der OEMUS MEDIA AG. Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes geht das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, welche der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Autor des Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig.

**Editorische Notiz
(Schreibweise männlich/
weiblich/divers)**

Wir bitten um Verständnis, dass – aus Gründen der Lesbarkeit – auf eine durchgängige Nennung der männlichen, weiblichen und diversen Bezeichnungen verzichtet wurde. Selbstverständlich beziehen sich alle Texte in gleicher Weise auf Männer, Frauen und diverse Personen.

DENTALTRIBUNE
The World's Dental Newspaper - German Edition

„GOÄ und GOZ jetzt novellieren“

Keine Anpassung des Punktwertes seit 1988.



BERLIN – Die Bundeszahnärztekammer unterstützt den auf eine Novellierung der Gebührenordnungen für Ärzte und für Zahnärzte (GOÄ/GOZ) gerichteten Antrag der Fraktion der CDU/CSU. Eine Novelle der Gebührenordnung für Zahnärzte ist dringend notwendig. Die GOZ ist fachlich wie betriebswirtschaftlich völlig veraltet und als Abrechnungsgrundlage für eine moderne Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde nicht mehr bzw. nur noch bedingt geeignet.

Insbesondere ist seit 1988 keine Anpassung des Punktwertes an veränderte gesamtwirtschaftliche bzw. strukturelle Verhältnisse in der Zahnarztpraxis erfolgt. Demgegenüber hat im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung eine kontinuierliche Anhebung der dort geltenden Punktwerte stattgefunden.

Soweit der Verordnungsgeber ungeachtet dessen seine Betrachtungen hinsichtlich der Ausgestaltung eines Honorarzuwachses infolge der GOZ-Novellierung an der Entwicklung der Einnahmenüberschüsse aus zahnärztlicher Tätigkeit insgesamt in einem bestimmten Zeitraum orientiert, darf dabei die Realwertentwicklung nicht unberücksichtigt bleiben. Die Steigerungsraten des durchschnittlichen Einnahmenüberschusses belegen nämlich tatsächlich gerade nicht die damit offenbar insinuierte Aussage, zahnärztliche Leistungen seien bereits danach zumindest angemessen honoriert, sodass auf eine Punktwertanpassung bzw. auf einen weiteren Honorarzuwachs insgesamt verzichtet werden könnte. Die Entwicklung des Einnahmenüberschusses ist nämlich jeweils in Relation zur gleichzeitig erfolgenden Geldwertentwicklung zu setzen. Hierzu ist zu konstatieren, dass die Realwertentwicklung des durchschnittlichen Einnahmenüberschusses in der langjährigen Entwicklung nahezu kontinuierlich rückläufig ist.

Durch die allgemeine Inflation hat sich seit 1988 das Honorar für zahnärztliche Leistungen bis heute um knapp 109 Prozent entwertet; allein die letzten drei Jahre haben mit ca. 16 Prozent nochmals gravierend dazu beigetragen (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2024).

Auch die Teilnovellierung 2012 hat daran nichts Wesentliches geändert: Der kleine, nach Evaluation im Jahr 2013 festgestellte Volumenzuwachs von 9,2 Prozent durch Modernisierung, Neubeschreibung und Erhöhung der Punktzahlen einiger Gebührennummern ändert nichts daran: Es verbleiben immer noch 100 Prozent echter Verlust.

Statt diesem Umstand Rechnung zu tragen, erfährt der Punktwert seit 35 Jahren überhaupt keine Anpassung.

Veralteter Leistungskatalog

Seit 1988 hat sich die Zahnmedizin rasant weiterentwickelt. Viele 1988 beschriebene Leistungen sind heute als fachlich überholt anzusehen und haben sich in ihrem Inhalt und in ihrer Ausführung stark verändert. Inzwischen gibt es über 160 zahnärztliche Leistungen, die in der GOZ nicht beschrieben sind.

Wenn sich die Bundeszahnärztekammer nicht mit der PKV und der Beihilfe in einem Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen darum kümmern würde, durch gemeinsame Empfehlungen dem Reformstau zu begegnen, wären die Probleme noch viel größer. Es ist und bleibt aber Aufgabe des Verordnungsgebers, die Probleme der GOZ zu beseitigen. **DI**

Quelle: BZÄK

Verbändeanhörung zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz

Chance für reale Verbesserung der Patientenversorgung.

BERLIN – Anlässlich der Verbändeanhörung zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) findet der Vorsitzende des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Martin Hendges, erneut klare Worte: „Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz ist vielleicht die letzte Chance für die Ampelkoalition, das Ruder noch einmal in Richtung einer präventionsorientierten und hochwertigen Patientenversorgung herumzureißen. Der bisherige Gesetzesentwurf geht jedoch an den wesentlichen Problemen im zahnärztlichen Versorgungsbereich völlig vorbei.“

Daher muss unbedingt gesetzlich geregelt werden, dass die Leistungen zur Behandlung von Parodontitis sofort extrabudgetär vergütet werden, um wenigstens die schlimmsten Folgen für die Patientinnen und Patienten abzufedern und hohe Folgekosten zu vermeiden. Denn Parodontitis nimmt Einfluss auf schwere Allgemeinerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie rheumatische Erkrankungen und steht unter anderem unmittelbar in Wechselwirkung zu Diabetes mellitus.

Zudem sieht das GVSG trotz mehrfacher Ankündigung von Minister Lauterbach bislang keine Regulierung von versorgungsfremden Investoren-MVZ vor. Auch hiervon gehen erhebliche Gefahren für die Patientenversorgung aus. Um dem entgegenzutreten, brauchen wir endlich zeitnah eine gesetzlich verankerte räumliche und vor allem fachliche Gründungsbeschränkung von iMVZ.

Das GVSG lässt weiterhin Regelungen vermissen, um die dringend notwendige Entbürokratisierung im Gesundheitswesen wirksam anzugehen. Nur so haben Kollegen in den Praxen wieder die angemessene Zeit für ihre eigentliche Aufgabe, die Patientenbehandlung.

Unsere Vorschläge für eine patientenorientierte Weiterentwicklung des GVSG liegen auf dem Tisch. Es ist höchste Zeit, dass die Politik auf die Expertise der Selbstverwaltung setzt und uns in die Fortentwicklung des Gesundheitswesens einbezieht.“ **DI**

Quelle: KZBV



© vegefox.com – stock.adobe.com

Composi-Tight® 3D Fusion™ Teilmatrixsystem

Das neue und verbesserte
Teilmatrixsystem
für alle Klasse II Kavitäten



FX-KFF-00-VM
Preis € 536,00*



Onlinekatalog

FX-KFF-00-VM Starter Set

- 1x Composi-Tight® 3D Fusion™ Ring kurz blau,
- 1x Composi-Tight® 3D Fusion™ Ring lang orange,
- 1x Composi-Tight® 3D Fusion™ Ring breit grün,
- 80x Composi-Tight® 3D Fusion™ Keile, 4 Größen
(je 20x FXYL, FXBL, FXOR, FXGR)
- 70x Composi-Tight® 3D Fusion™ Matrizenbänder, 5 Größen
(je 20x FX100, FX175, FX200; je 5x FX150, FX300)
- 1x verbesserte Ringseparierzange aus geschmiedetem Edelstahl
- 4x VariStrips
- 5x Margin Elevation Matrizenbänder

Testen ohne Risiko mit der
60-Tage-Geld-zurück-Garantie!

Fit Strip™



Approximale Finier- und Konturierstreifen für
aerosolfreies Stripping und Kompositnachbearbeitung



FPSK01
Preis € 182,00*

Sets Alle Sets beinhalten 10 FitStrips und 2 Griffe.

FPSK01 Starter Set zum Finieren, Polieren und ASR
(approximale Schmelzreduktion) bis 0,30 mm

- 2 gezackte FitStrips, 2 Griffe
- 4 einseitig beschichtet
(je 1x super fein/gelb 0,08 mm, fein/rot 0,10 mm,
medium/blau 0,13 mm, grob/grün 0,18 mm)
- 4 doppelt beschichtet
(je 1x super fein/gelb 0,11 mm, fein/rot 0,15 mm,
medium/blau 0,21 mm, grob/grün 0,30 mm)

Wie können wir helfen?

Rufen Sie uns an:

02451 971 409

Garrison
Dental Solutions

Tel: +49 2451 971 409 • info@garrisdental.net • www.garrisdental.com

THE LEADER IN MATRIX SYSTEMS

*Alle Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen
zzgl. MwSt. Es gelten unsere AGB.

© 2022 Garrison Dental Solutions, LLC

ADGM524 DT

Vergabe von Studienplätzen stärker am eigenen Bedarf ausrichten!

Zahnärztekammern unterstützen Vorschlag der ostdeutschen Ministerpräsidenten.

DRESDEN – Die Universitäten in Mitteldeutschland Leipzig, Dresden, Jena und Halle (Saale) sollen ihre Studienplätze in der Zahnmedizin an mehr junge Menschen vergeben, die aus der Region kommen und auch hier arbeiten wollen. Das fordern die Zahnärzte in Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt.

Die Zahnärztekammern der drei Länder unterstützen damit einen Vorschlag der ostdeutschen Ministerpräsidenten, die sich für eine sogenannte Landeskinder- oder Landarztquote bei Studienplätzen in der Medizin ausgesprochen hatten. Die zahnärztlichen Landesvertreter fordern nun, auch die Zahnmedizin in solche Überlegungen miteinzubeziehen.

Zahnmedizin-Absolventen für ein Berufsleben in der Region begeistern

Künftig sollen die von einem Bundesland bezahlten Studienplätze zu einem festen Anteil mit Studierenden aus dem eigenen Land besetzt werden, fordern die Zahnärztekammern. Sie verweisen auf die zunehmenden Versorgungsprobleme vor allem in kleineren Städten und Dörfern.

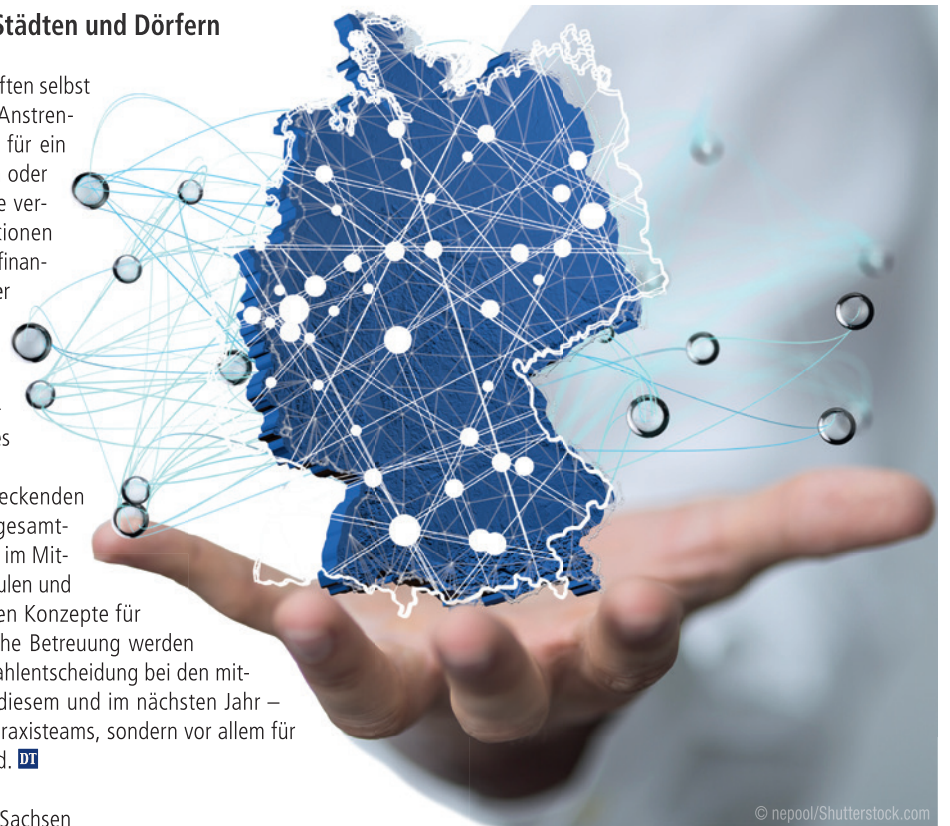
Die drei Zahnärztekammern unterstützen deshalb das Vorhaben der ostdeutschen Ministerpräsidenten, den Staatsvertrag zwischen allen Bundesländern über die Hochschulzulassung zu ändern, um Ländern und Hochschulen weitere Freiheiten zu gewähren. Zugleich fordern die Zahnärzte aber auch, die bereits jetzt bestehenden Möglichkeiten auf Landesebene konsequenter zu nutzen. Denn schon heute dürfen Länder und Hochschulen einen Teil ihrer Studienplätze anhand selbst gewählter Kriterien neben dem Notendurchschnitt im Abitur (Numerus clausus) vergeben.

Praxissterben in kleineren Städten und Dörfern aufhalten

Die zahnärztlichen Körperschaften selbst unternehmen seit Jahren enorme Anstrengungen, um junge Zahnmediziner für ein Berufsleben in Sachsen, Thüringen oder Sachsen-Anhalt zu begeistern: Sie vermitteln Praktika, fördern Hospitationen in ländlichen Zahnarztpraxen auch finanziell, arbeiten bei der Verteilung der studienverpflichtenden Praxisfamilien eng mit den Universitäten zusammen, organisieren die Fortbildung und Vernetzung des zahnärztlichen Nachwuchses sowie vieles andere mehr.

Die Sicherung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nur im Miteinander von Heilberufen, Hochschulen und Politik gelingen kann. Die richtigen Konzepte für eine wohnortnahe zahnmedizinische Betreuung werden ganz gewiss zu einer wichtigen Wahlentscheidung bei den mitteleuropäischen Landtagswahlen in diesem und im nächsten Jahr – nicht nur für Zahnärzte oder ihre Praxisteams, sondern vor allem für Millionen Wähler in Stadt und Land. [DT](#)

Quelle: Landeszahnärztekammer Sachsen



Digitalisierung des Gesundheitssystems

Neue Länder auf der Digital-Health-Europakarte.

BERLIN – Wie weit sind unsere europäischen Nachbarn mit der Digitalisierung im Gesundheitsbereich? Die gematik hat die Daten von neun neuen Ländern auf ihrer Europakarte aufgenommen und gibt einen aktuellen Überblick über den Status quo. Mit dabei sind beispielsweise Italien, die Niederlande, Norwegen und Litauen.

Der Blick ins europäische Ausland zeigt: Digitale Anwendungen bringen echten Mehrwert im Gesundheitsbereich – besonders dann, wenn der Zugang niedrigschwellig und damit die Nutzung der Anwendungen so unkompliziert wie möglich ist.



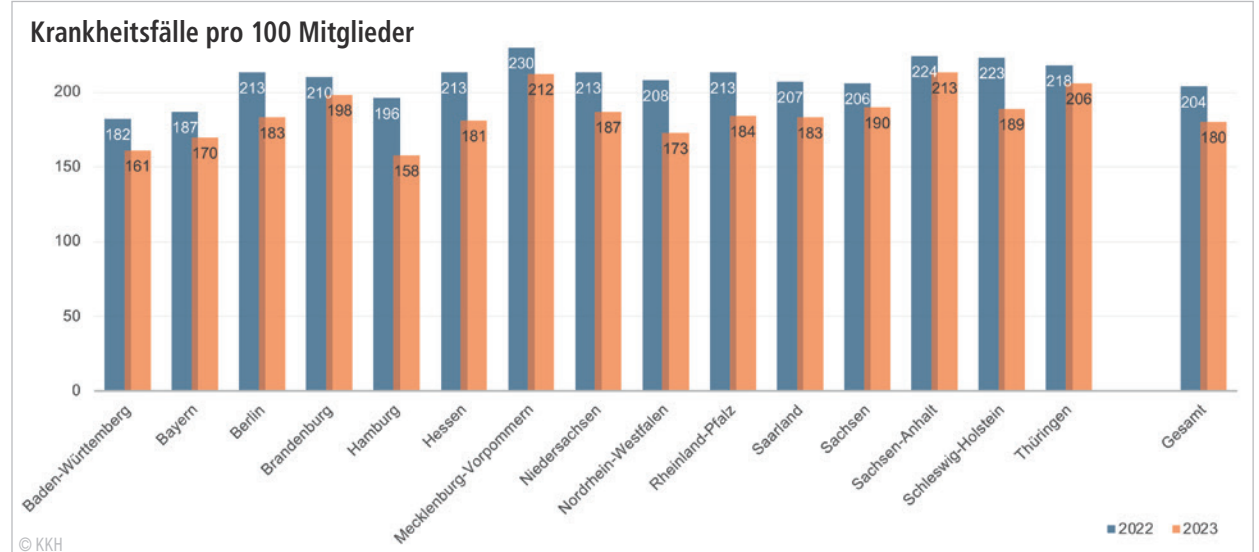
Mit Daten und Erfahrungsberichten

Die Europakarte zeigt übersichtlich, wie digitale Anwendungen in das Gesundheitssystem unserer Nachbarländer eingebettet sind. Dabei stehen drei Schlüsselanwendungen im Fokus: das E-Rezept, die elektronische Patientenakte und die digitalen Identitäten. Unterschiedliche Kategorien – beim E-Rezept beispielsweise der Verbreitungsgrad oder der Einlöseweg – machen den Status quo in ausgewählten Ländern vergleichbar. So werden in Norwegen und Slowenien beispielsweise über 90 Prozent aller Verschreibungen als E-Rezepte ausgestellt. In Litauen ist es bereits seit 2015 möglich, die elektronische Patientenakte zu nutzen. Video-Interviews und Statements von Bürgern aus verschiedenen europäischen Staaten geben zusätzlich Einblick in die praktische Nutzung vor Ort. [DT](#)

Quelle: gematik

Führt hoher Krankenstand zu Dominoeffekt?

Ausfälle 2023 weiter gestiegen.



Basis: Rund 700.000 ganzjährig versicherte KKH-Mitglieder mit Krankengeldanspruch – ohne Arbeitslose und Rentner. Für Bremen liegen keine repräsentativen Daten vor.

HANNOVER – Die KKH Kaufmännische Krankenkasse registriert für das vergangene Jahr 204 Krankheitsfälle pro 100 Mitglieder. Jedes Mitglied war also durchschnittlich zweimal krankgeschrieben. Im Vergleich zum Vorjahr – da waren es noch 179 Fälle – bedeutet das einen Anstieg von fast 14 Prozent.

Auch die Fehlzeiten bewegen sich mit 2.392 Tagen pro 100 Versicherte weiterhin auf höchstem Niveau. Zum Vergleich: Im Vorjahr waren es 2.346 Tage, 2021 mit 1.804 Tagen hingegen noch deutlich weniger. Die durchschnittliche Fehlzeit pro Fall ist wiederum von 13,1 auf 11,7 Tage gesunken. Somit haben Angestellte im vergangenen Jahr mehr kurzzeitige Krankschreibungen eingereicht als zuvor.

Aus diesen Daten ergibt sich für 2023 ein leicht gestiegener Krankenstand von 6,6 Prozent. Zum Vergleich: 2022 waren es 6,4 Prozent, im Jahr zuvor hingegen nur 4,9 Prozent.

Im Bundesländervergleich verbucht die KKH den höchsten Krankenstand mit 8,1 Prozent in Sachsen-Anhalt, den niedrigsten mit 5,4 Prozent in Baden-Württemberg.

„Der nach wie vor hohe Krankenstand hat starke Auswirkungen auf die Arbeitswelt“, sagt KKH-Arbeitspsychologin Antje Judick. Es sei wichtig, dass sich Beschäftigte weiter schützen und am Arbeitsplatz geschützt werden, etwa durch Hygieneregeln, Schutzimpfungen oder vermehrte Arbeit im Homeoffice. Doch dies gelte nicht nur mit Blick auf das Ansteckungsrisiko etwa bei Atemwegs- oder Magen-Darm-Infekten. Denn: „Häufige und lange Arbeitsausfälle bedeuten für die verbliebenen gesunden Kollegen eine starke Zusatzbelastung,

wenn sie die liegen gebliebene Arbeit auffangen müssen“, erläutert Judick. Dies könne in der Folge zu einem Dominoeffekt führen, sprich zu Überlastung, Erschöpfung und weiteren Krankmeldungen. Führungskräfte sollten in solchen Fällen möglichst frühzeitig mit der Anpassung von Zeitplänen und der Priorisierung von Aufgaben reagieren. „Sprechen Sie mit ihren Mitarbeitenden, um die vorhandenen

Sprechen Sie mit ihren Mitarbeitenden, um die vorhandenen Kapazitäten so gut wie möglich auszuloten und das Stressniveau zu ermitteln.

Kapazitäten so gut wie möglich auszuloten und das Stressniveau zu ermitteln“, rät Judick. Auch Arbeitnehmer sollten nicht zögern, ihre Führungskraft anzusprechen, wenn sie sich dauerhaft überlastet fühlen. [DT](#)

Quelle: KKH



Rein, raus, fertig.

46% WENIGER BLUTEN NACH 1 WOCHE*

Ja, das ist die CPS prime. Dank ihr lassen Sie Ihre Patient:innen Schluss mit Gingivitis machen. – Unsere Produkte entwickeln wir in Zusammenarbeit mit Expert:innen aus der dentalmedizinischen Lehre, Forschung und Praxis. Seit 1972 zählen Dentalmediziner:innen auf unsere Kompetenz, mittlerweile weltweit.

* ...and 72% less at 3 months: Bourgeois D, Saliassi I, Llodra JC, Bravo M, Viennot S, Carrouel F. Efficacy of interdental calibrated brushes on bleeding reduction in adults: a 3-month randomized controlled clinical trial. Eur J Oral Sci. 2016 Dec; 124(6): 566-571. doi: 10.1111/eos.12302. Epub 2016 Sep 29. PMID: 27681016. www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27681016

Gängigkeit
Wirksamkeit



Für Ihre Praxis: Testen Sie die CPS prime.

Per Telefon: +49 (0)7249 9130610 oder per Mail:

kontakt@curaden.de oder per Fax: +49 (0)7249 9130619

Altersspezifische Aspekte in der Implantatversorgung bei Senioren

Implantate und Zahnersatz im Alter – welche Aspekte sind bei der Behandlung zu beachten? Von Dr. med. dent. Malin Janson, Köln.

Durch den demografischen Wandel unserer Bevölkerung werden immer häufiger Konzepte für die zahnärztlich-chirurgische Behandlung benötigt, die vor allem auf ältere und pflegebedürftige Menschen eingehen. In den vergangenen Jahren ist der Therapiewunsch dieser Altersgruppe nach implantatgestütztem Zahnersatz angestiegen.

In der zahnärztlichen Praxis sollte der Fokus deshalb auch in der Beachtung und Berücksichtigung komplexer altersspezifischer Aspekte liegen.

Heutzutage tritt durch etablierte Präventionsmaßnahmen erst im höheren Alter eine teilweise oder völlige Zahnlosigkeit auf. Durch diese Morbiditätskompression verlagern sich demnach komplexe prothetisch-chirurgische Rehabilitationen immer weiter nach hinten. Da alte und sehr alte Patienten häufig eine funktionelle Abhängigkeit, Multimorbidität und Gebrechlichkeit aufweisen, kann ein Risiko für die Implantatinsertion, -erhaltung und -überlebensdauer vorliegen, muss es aber nicht (Abb. 1).

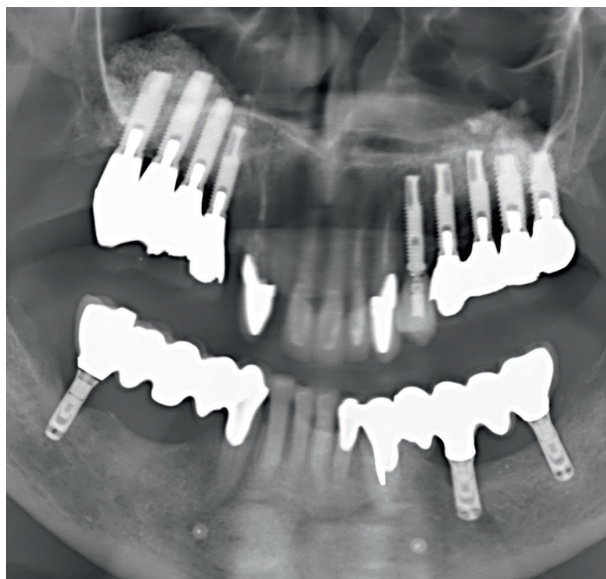


Abb. 1: Präoperatives OPG einer Patientin mit multiplen Implantaten und Knochenaufbauten bei verschiedenen Komorbiditäten und chirurgischem und konservierendem Behandlungsbedarf.

Klinische Studien haben gezeigt, dass die Versorgung älterer oder geriatrischer Patienten mit implantatgetragenem Zahnersatz eine Behandlungsoption mit hohen Überlebensraten ist.¹ Es konnte gezeigt werden, dass mit einer positiven Implantatüberlebensrate bei geriatrischen Patienten zu rechnen ist und die Ein-Jahres- und Fünf-Jahres-Überlebensraten mit denen jüngerer Kohorten vergleichbar sind. Trotz dieser positiven Aspekte ist und bleibt der entscheidende Faktor für den Therapieerfolg die Individualprophylaxe des Implantats selbst.^{2,3} Ein indirekter Behandlungsmisserfolg kann aufgrund vernachlässigter Mundhygiene und unsachgemäßer Implantatpflege auftreten, wie es wegen kognitiver oder motorischer Gründe häufig bei dementen Patienten zu beobachten ist.¹

Insbesondere bei dieser Patientengruppe sollte eine genaue Befundung, Diagnostik und Therapieplanung erfolgen, um den Einfluss dieser Risikofaktoren zu minimieren.⁴ Generell kann die individuelle Lebens- und Gesundheitssituation des Patienten dabei essenziell für den Erfolg der Osseointegration, der Reaktion des Weichgewebes sowie für das langfristige Überleben des Implantats sein.⁵

Geriatrisches Assessment

Im Rahmen einer umfassenden zahnmedizinischen Untersuchung vor möglicher Implantatversorgung werden häufig die kognitiven,



Abb. 5a und b: Klinische Ausgangssituation: feststehend implantatgestütztes Restgebiss mit freiliegenden plaquebelegten Implantathälsen, Wurzelresten 12, 14, abgesunkener Okklusionsebene mit offenem Biss linksseitig.

funktionellen, körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie die sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen erfasst. Individuell kann hierbei die Mundöffnung über längere Zeit, die Mobilität auf dem Behandlungsstuhl, Anpassungsschwierigkeiten an neuen Zahnersatz, Mundhygienefähigkeit sowie der Zugang zu Mundhygieneprodukten bewertet werden (Abb. 2).

Medikation und Gesundheitszustand

Bei der klinischen Entscheidungsfindung sollte der orale und systemische gesundheitliche Status eines jeden Patienten mit Komorbiditäten in Form einer individuellen Risikobewertung berücksichtigt werden und falls nötig eine Rücksprache mit Fachärzten erfolgen. Für die Erfassung des Gesundheitsstatus des zu behandelnden Patienten stellt sich die Erhebung der täglichen Medikation als einfaches und sicheres Hilfsmittel dar.

Die Zahl der regelmäßig konsumierten Medikamente nimmt mit dem Alter zu, was mit dem Auftreten oraler Erkrankungen und für ältere Menschen typischer Symptome wie Mundtrockenheit zusammenfällt. In Deutschland leiden 75,8 Prozent der Senioren im Alter von 65 bis 74 Jahren an mindestens zwei chronischen Krankheiten.⁶ Die Prävalenz der Polypharmazie (d. h. Patienten mit mindestens fünf gleichzeitig eingenommenen Medikamenten) liegt in der Gruppe der Senioren im Alter von 70 bis 79 Jahren bei etwa 50 Prozent.^{7,8} Seit einiger Zeit wird zusätzlich ein ACB-Score erhoben, der vor allem die anticholinerge Last der Medikation erfasst.⁹

Kardiovaskuläre Erkrankung

Beleuchtet man die kardiovaskulären Erkrankungen, verändert sich das allgemeine Risiko bei chirurgischen Eingriffen aufgrund von Antikoagulanzen und Thrombozytenaggregationshemmern. Ist der Patient doppelt antikoaguliert, wird aufgrund der besseren Kontrolle der Gerinnungsparameter auf Heparin zurückgegriffen. Dies sollte im Rahmen einer Fachklinik erfolgen, da das Nachblutungsrisiko erhöht ist.¹⁰

Diabetes

Bei Diabetes mellitus Typ 2 handelt es sich um eine Erkrankung, die in der Regel ältere Patientengruppen betrifft. Der Behandlungserfolg dieser Erkrankung wird über den Langzeitblutzuckerspiegel (HbA1c) evaluiert, wobei ein gut eingestellter Diabetiker einen Wert von <8,5 aufweist. Dies kann bei der implantatchirurgischen Behandlung mit einem Nichtdiabetiker gleichgesetzt werden. Ein unbehandelter Diabetes mellitus bzw. ein HbA1c-Wert >8,5 kann zu Wundheilungsstörungen und gestörter Osseointegration führen, was u. a. am hyperreaktiven Makrophagenphänotyp liegt. Daher sollte der Patient in solchen Fällen vor einer chirurgischen Behandlung antibiotisch abgeschirmt werden.^{11,12}

Antiresorptive Therapie und Osteoporose

Bei der antiresorptiven Therapie mit Wirkstoffen wie Bisphosphonaten oder Denosumab ist zwischen Patienten zu unterscheiden, die an Knochenmetastasen oder multiplem Myelom erkrankt sind und aufgrund dessen eine intravenöse Therapie mit hoch dosierten antiresorptiven Wirkstoffen erhalten, und an Osteoporose erkrankten Patienten, die in der Regel geringe Dosen von Antiresorptionsmitteln erhalten. Bei beiden Patientengruppen liegt eine relative Kontraindikation vor, sodass Implantate inseriert werden können, jedoch anhand der Anamnese alle Risikofaktoren abgefragt werden sollten, um eine Bisphosphonat- oder Antiresorptiva-assoziierte Kiefernekrose zu vermeiden. Nach der Leitlinie richtet sich das Risiko einer Osteonekrose sowohl nach der Grunderkrankung, dem genauen antiresorptiven Medikament, deren Applikationsfrequenz und weiteren Begleiterkrankungen (cave: Immuntherapie).¹² Auch weitere Medikamente, wie die Einnahme von Glukokortikoiden, können ein poten-



Abb. 2: Festsitzender implantatgestützter Zahnersatz bei einer älteren motorisch eingeschränkten Patientin. – **Abb. 3:** Klinische Ausgangssituation rechtsseitig, Wurzelreste 12, 14, schwierig zu reinigende plaquebelegte Suprakonstruktion mit freiliegenden Implantathälsen und schwebendem Zwischengliedbereich. – **Abb. 4:** Implantatversorgtes Gebiss einer älteren Patientin mit freiliegenden Implantathälsen, eingeschränkter Mundhygiene bei hohem Reinigungsbedarf.

zielles Risiko in der Implantatchirurgie und für die Überlebensrate der Implantate darstellen, da sie Osteoporose verursachen und somit den Knochenstoffwechsel negativ beeinflussen können.^{11,14}

Hyposalivation

Xerostomie und Hyposalivation treten vermehrt bei älteren und geriatrischen Patienten aufgrund der Polypharmazie auf und wirken sich negativ auf die allgemeine und orale Gesundheit aus. Diese Faktoren können wiederum negative Auswirkungen haben, wie z. B. Dysphagie oder Kariesinzidenz. Die Hyposalivation bei geriatrischen Patienten ist häufig die Folge einer vorausgegangenen Strahlentherapie, des Sjögren-Syndroms, Alters, Geschlechts oder steht im Zusammenhang mit der Polypharmazie.¹⁵ Eine Studie zur genauen Analyse des Einflusses der Hyposalivation auf die Überlebens- und Erfolgsraten von Implantaten zeigt zumal eine Wissenslücke in der Gerioimplantologie auf, wobei das Sjögren-Syndrom in einer geringen Anzahl zu frühzeitigem Implantatversagen geführt hat.^{1,16}

Periimplantäres Gewebe

Da auch die Prävalenz der Parodontitis und ihr Schweregrad mit zunehmendem Alter steigen, spielen die Prävention sowie regelmäßige Kontrollen eine wichtige Rolle. Zwar unterscheiden sich die Risikofaktoren der älteren Bevölkerungsgruppe nicht von denen jüngerer Patienten, doch verschlechtert sich das Krankheitsbild häufig aufgrund einer unzureichenden Mundhygiene. Die Entscheidung, wie häufig eine professionelle Zahn- und Implantatreinigung ergänzend zur häuslichen Mundhygiene erfolgen soll, richtet sich dabei nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten.¹⁷



Abb. 6: Patientin nach Entfernung der Wurzelreste 12, 14 und verbesserter häuslicher Mundhygiene. – Abb. 7a und b: Verbesserte häusliche Mundhygiene und provisorischer herausnehmbarer Zahnersatz im Oberkiefer.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es keine absoluten Kontraindikationen für die Implantatrehabilitation bei systemisch beeinträchtigten Patienten gibt. Dennoch sollte zur Risikominimierung bei implantatgestützten Rehabilitationen zunehmendes Alter, rheumatologischer Zustand, kardiovaskulärer Zustand und Hepatitis aufgrund ihres negativen Einflusses auf das Ergebnis berücksichtigt werden, da es bis zu 40 Prozent höhere Ausfallraten geben kann.¹⁸

Prothetik

Herausnehmbare und festsitzende Implantatversorgungen sollten so gestaltet sein, dass sie sich vom Patienten oder vom Pflegepersonal gut reinigen lassen. Bei Bedarf sollten Angehörige oder das Pflegepersonal in die prothetische Planung und in die Anleitung zur Implantatreinigung miteinbezogen werden, um den Erhalt der Implantate und den Mundgesundheitszustand des Patienten aufrecht zu halten (Abb. 3 und 4).



Abb. 8: Situationsmodell vor implantatchirurgischer und prothetischer Planung, Lücke 33 sowie fehlende Okklusionskontakte linksseitig. – Abb. 9a und b: Situationsmodelle vor chirurgischer Planung mit Lückensituation 14–12, 33.

Bei der Zahnersatzplanung älterer Patienten wird häufig die „Back-off“-Strategie angewandt, die zwar den aktuellen Behandlungsbedarf der Patienten deckt, aber auch zukünftige Schwierigkeiten und Hindernisse beleuchtet. Falls der Patient im letzten Lebensabschnitt motorisch oder kognitiv nicht mehr in der Lage ist, eine ausreichende Mundhygiene der osseointegrierten Implantate zu betreiben, sollten die Implantatsuprakonstruktionen ausbaufähig sein oder durch einfachere Konstruktionen ersetzt werden können.¹¹

Wenn ein Funktionsverlust eingetreten ist und medizinische Aspekte die Behandlungsplanung beeinflussen, lassen sich weitere Strategievorschläge benennen.

Bei teilbezahnten Patienten kann zur Vermeidung von herausnehmbarem Zahnersatz und Adaptionsschwierigkeiten eine Implantation erfolgen. Hierbei steht zunächst die Beurteilung des Restgebisses im Vordergrund, um eine Prognose des Zahnerhalts zu geben (cave: multiple Zahnhalskaries, Xerostomie). Auch in komplexeren oder unsicheren Fällen des Zahnerhalts kann die Implantation in strategischen Positionen hilfreich sein, um umfangreiche, schwer zu erweiternde Prothesen zu vermeiden.

Findet bei älteren Patienten, die bereits eine Teilprothese tragen, ein Verlust eines strategischen Pfeilers statt, kann es jedoch aus Adaptiongründen und zur Vermeidung einer komplett neuen Prothese hilfreich sein, ein Implantat an strategischen Stellen zu inserieren und die Prothese umzuarbeiten.¹¹

Gaumenfreie implantatgetragene Deckprothesen im zahnlosen Oberkiefer werden bei älteren Patienten in der Regel zur Vermeidung von Komplikationen nur ohne komplexe augmentative Verfahren geplant. Im Oberkiefer sollten aus Stabilitätsgründen mindestens vier Implantate eingesetzt werden. Im Unterkiefer bewirken zwei bis vier Implantate eine ausreichende Stabilisierung der Prothesen und können sowohl die Kau-effizienz und die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität erhöhen sowie die periimplantäre Knochen- oder Kaumuskelatrophie reduzieren.¹⁹

Festsitzender implantatgetragener Zahnersatz wird bei älteren Patienten als komplex gesehen. Da sich der Zahnersatz bezüglich Kaukraft und Lebensqualität nicht stark unterscheidet, kann bei älteren Patienten eher zur herausnehmbaren Implantatprothetik tendiert werden.⁸

Zweiteilige Implantate bieten zur späteren Erweiterbarkeit und Anpassung des Zahnersatzes an den Allgemeinzustand der Patienten einige Vorteile, da sich verschraubte Suprakonstruktionen einfacher modifizieren lassen. An die Mundhygiene und den Allgemeinzustand des Patienten angepasst, kann beispielsweise komplexer festsitzender implantatgetragener Zahnersatz in eine einfacher zu pflegende herausnehmbare Prothese umgeändert werden. In späteren Stadien, in welchen der ältere Patient kognitiv und motorisch der Mundhygiene des implantatgetragenen Zahnersatzes nicht mehr gerecht wird, können Abutments von Einheilkappen ersetzt und der Zahnersatz somit gingival gelagert werden, um eine komplexe operative Explantation zu umgehen.¹¹

Gerade in der prothetischen Behandlungsplanung der Alterszahnmedizin stellt die partizipative Entscheidungsfindung (PEF) einen bedeutenden Faktor dar. An die patientenindividuelle Lebenssituation angepasst, hilft die PEF, den alten Patienten umfassend zu informieren und ihm zu ermöglichen, für sich selbst die bestmögliche Entscheidung für eine verbesserte Mundgesundheit zu treffen.²⁰

Fallbericht

Eine 72-jährige Patientin stellte sich erstmalig zur zahnärztlichen Kontrolle und Prophylaxe im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Uniklinik Köln vor. Im Rahmen dieser Behandlung wurde ihr Hauptanliegen erörtert: das ästhetische Erscheinungsbild und die ästhetische Rekonstruktion ihrer Frontzähne mit Implantaten.

Allgemeinanamnestisch gab die Patientin eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz (zweimal wöchentlich), einen Morbus Parkinson, kognitives Impairment, Colitis ulcerosa (ausgeheilt), eine Penicillinallergie und einen Pflegegrad 4 an. Zudem wurde die Patientin über ein Jahr nach einem Verkehrsunfall im künstlichen Koma ohne Schluckaktivität über eine Magensonde ernährt.

Klinisch wies die Patientin festsitzende implantatgestützte Einzelzahn- bzw. Brückenversorgungen in Regio 18–15, 24–28, 37, 35, 47

sowie einige wenige Restzähne 13, 11-23, 33-43 und die Wurzelreste 14, 12 auf. Die Implantate waren fest, jedoch lagen viele Implantathälse frei. Röntgenologisch zeigte sich rechts- und linksseitig ein Kieferhöhlenaugmentat sowie ein horizontaler Knochenabbau von 60/40/60/40/30/40 Prozent. Der Biss der Patientin war lateral linksseitig prothetisch nicht abgestützt (vgl. Abb. 1, 5a und b).

Die häusliche Mundhygiene der Patientin war mäßig, was zum einen auf ihre eingeschränkte motorische Fähigkeit aufgrund des durch das Parkinson ausgelösten Tremors und zum anderen auf die verschachtelt stehenden Zähne und freiliegenden Implantathälse zurückgeführt werden kann. Die motorischen Einschränkungen der Patientin zeigten sich ebenfalls im Behandlungsstuhl, da zum einen die Mundöffnung reduziert war und die Patientin sich auch auf dem Behandlungsstuhl nicht mobil bewegen konnte.

Alle Befunde wurden interdisziplinär diskutiert und die Patientin umfassend über ihre Therapieoptionen aufgeklärt. Als Vorbehandlung erfolgte zunächst eine Mundhygieneinstruktion sowie eine professionelle Zahn- und Implantatreinigung, die in einem Recall von drei Monaten wiederholt wurde. Nach EKR fand die Entfernung der Wurzelreste 14, 12, 33 statt (Abb. 6). Das Hauptanliegen der Patientin von neuen Implantaten im Oberkiefer zum Lückenschluss wurde von einem weiteren Implantat im Unterkiefer ergänzt. Im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) wurde die Patientin ausführlich über Befunde, alle Behandlungsoptionen (herausnehmbare Interimsversorgung, Brücke, Implantat), Prognose, mögliche Risiken und Komplikationen aufgeklärt und lehnte zunächst einen provisorischen herausnehmbaren Zahnersatz für die Lückensituation ab, da sie ausschließlich Implantate als Versorgung akzeptierte. Erst nach mehrmaligen Behandlungsterminen bat die Patientin um eine herausnehmbare Prothese als Interimsersatz bis zur Etablierung einer suffizienten Mundhygiene (Abb. 7a und b).

Zur Beurteilung des Knochenangebots und zur weiteren digitalen chirurgischen Planung wurde ein DVT angefertigt, was ergab, dass eine Implantation ohne augmentatives Verfahren in Regio 14, 12 und 33 trotz einer generellen Knochenatrophie möglich wäre (Abb. 8). In einem ausführlichen Beratungsgespräch wurde der Patientin der Reinigungsbedarf der Implantate erläutert und auch auf die Risiken, wie Implantatverlust, Periimplantiden, Infektionen bei Nichteinhaltung einer adäquaten Pflege, hingewiesen und mit anderen prothetischen Alternativen (Brücke) verglichen. Nach PEF entschied sich die Patientin für die Versorgung der Lückensituation mit festsitzender Implantatprothetik sowie für eine prothetische Neuversorgung der Implantatkronen im dritten Quadranten zur Stabilisierung des Bisses (Abb. 9a und b).

Fazit für die Praxis

Die Notwendigkeit einer umfangreichen Befundung, Diagnostik und Erarbeitung individueller Therapiekonzepte bei älteren Patienten ist unstrittig für einen langfristigen Erfolg in der Implantologie und Aufrechterhaltung der Mundgesundheit. Auch wenn Implantate für den Einzelzahnersatz eine oft simple und effektive Behandlungsoption bei hohen Erfolgsraten darstellen, sollten patientenindividuelle Risiken angesprochen und falls möglich interdisziplinär diskutiert werden, um auch in komplizierten Patientenfällen eine langlebige Versorgung zu ermöglichen. **DT**

Alle Bilder: © Dr. Malin Janson



Dr. Malin Janson
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Köln
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Kerpener Straße 32
50931 Köln
Deutschland
malin.janson@uk-koeln.de



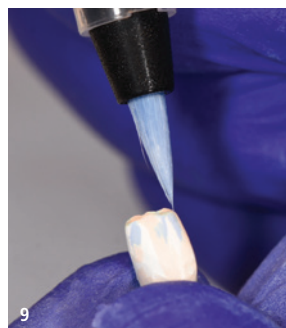
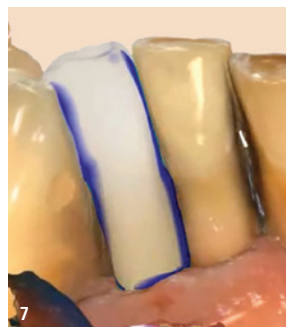
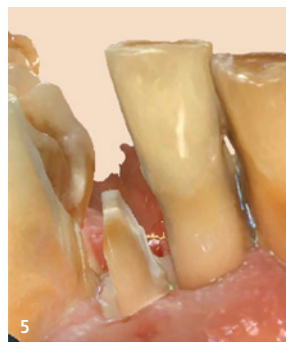
ANBIETERINFORMATION

One-Visit Dentistry

Sofortrestauration im unteren Frontzahnbereich mit Zirkonoxidkrone – Ein Beitrag von Dr. Hendrik Zellerhoff.

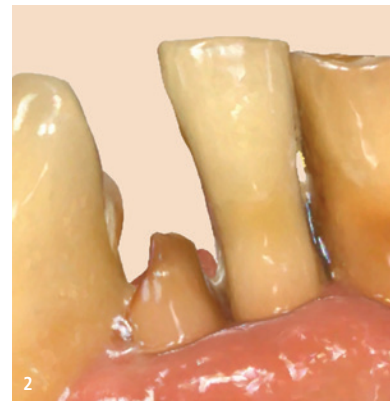
Digitale Technologien in Kombination mit modernen Werkstoffen spielen in der restaurativen Zahnmedizin eine wichtige Rolle. So kann beispielsweise durch die Kombination von digitaler Datenerfassung, automatisierter Fertigung und modernen Werkstoffen eine qualitativ hochwertige Restauration in nur einer Sitzung erreicht werden. Im Beitrag wird ein Therapieansatz vorgestellt, der die Synergie zwischen CAD/CAM-Fertigungseinheit (CEREC-System, Dentsply Sirona) und transluzentem, mehrschichtigem Zirkonoxid (KATANA™ Zirconia STML, Kuraray Noritake) nutzt, um eine ästhetisch ansprechende prothetische Sofortversorgung im unteren Frontzahnbereich zu realisieren.

Die digitale Transformation hat zahnmedizinische restaurative Therapien deutlich verbessert. Hierbei zeigen insbesondere die Entwicklungen im Bereich der digitalen Datenerfassung bzw. Bildgebung (Intraoralscanner) und der dentalen Werkstoffe (z. B. Zirkonoxid) eine faszinierende Dynamik: Die Fortschritte in der digitalen Zahnmedizin gehen Hand in Hand mit den Entwicklungen im Bereich der modernen Werkstoffe. Es besteht eine klare Korrelation zwischen digitalen Verfahren und modernen Werkstoffen. Ein Beispiel dafür ist Zirkonoxid. Dessen werkstoffgerechte Verarbeitung hängt entscheidend von digitalen Technologien ab. Ohne fortschrittliche CAD/CAM-Systeme wäre eine derart präzise Anpassung und Bearbeitung von Zirkonoxid kaum denkbar. Umgekehrt würde der Einsatz digitaler Technologien ohne geeignete Werkstoffe im klinischen Alltag kaum einen Mehrwert bieten. Die Anforderungen an das Material beschränken sich dabei nicht nur auf die maschinelle Bearbeitbarkeit. Es müssen eine Reihe weiterer wesentlicher Eigenschaften erfüllt werden, wie zum Beispiel Mundbeständigkeit, Biokompatibilität, mechanische Stabilität und die ästhetische Qualität. Hier nimmt Zirkonoxid mittlerweile auch im Chairside-Bereich eine zentrale Rolle ein.



Chairside Dentistry: Zirkonoxid als Block

Der Einsatz von Zirkonoxid in der zahnärztlichen Praxis erfordert Flexibilität bei der Verarbeitung und gute optische Eigenschaften. Besondere Beachtung verdienen mehrschichtige Zirkonoxide, die aufgrund des Farbverlaufs in Verbindung mit ausgefeilten Fertigungstechniken ästhetisch anspruchsvolle Ergebnisse ermöglichen. Ursprünglich als Disks im Dentallabor eingesetzt, sind sie heute auch als mehrschichtige Blöcke für die Chairside-Anwendung erhältlich. Kuraray Noritake hat 2013 mit der Einführung von KATANA™ Zirconia ML einen Meilenstein in diesem Bereich gesetzt – es war das erste mehrschichtige Zirkonoxid. Für den direkten Einsatz am Behandlungsstuhl wurde KATANA™ Zirconia STML entwickelt, ein Zirkonoxidblock mit hoher Transluzenz und gleichmäßigem Farbübergang. Ein modernes Zirkonoxid ist ein vielseitig einsetzbares Material, das in verschiedenen



Bereichen verwendet werden kann. Es eignet sich für vollanatomische Restaurationen, Cut-back-Gerüste für das Micro-Layering sowie sogar für monolithische Veneers und Kronen im Frontzahnbereich. Durch intensive Forschung und Entwicklung konnten die spezifischen Herausforderungen, die bei der Verwendung von Zirkonoxid im Chairside-Bereich auftreten, erfolgreich bewältigt werden. Dazu gehören eine reduzierte Sinterzeit, eine effiziente farbliche Anpassung und die Option der adhäsiven Befestigung.

Patientenfall

Anamnese und Diagnostik

Ein 55-jähriger Patient stellte sich in unserer Praxis zur Behandlung des frakturierten Zahns 42 vor (Abb. 1 und 2). Die Anamnese und Diagnostik beinhalteten neben einem Scan zur genauen Visualisierung des betroffenen Zahns eine detaillierte radiologische Untersuchung. Während des Aufklärungsgesprächs wurden verschiedene Möglichkeiten der restaurativen Therapie besprochen und die damit verbundenen Kosten erörtert. Die Konsultation fand um 16 Uhr statt. Aus dem Gespräch ging hervor, dass der Patient eine schnelle definitive Lösung wünschte. Nachdem er dem vorgeschlagenen Behandlungsplan zugestimmt hatte, begannen wir direkt mit den therapeutischen Maßnahmen.

Endodontische Versorgung

Zunächst wurde der Zahn 42 in Lokalanästhesie endodontisch behandelt (EndoPilot, Feilensystem F360, Komet Dental). Anschließend erfolgte für eine Kronenversorgung die Präparation des Zahns. Hierfür kam ein glasfaserverstärkter Kompositstift (ER DentinPost X coated DPXCL6, Komet Dental) zum Einsatz. Wichtiger Schritt bei diesem Verfahren ist die Verwendung eines speziellen Erweiterers, der gleichzeitig zur Präparation des Retentionskastens und des Stiftbetts dient. Diese Technik minimiert das Risiko von Frakturen im Übergangsbereich zwischen Zahn und Stift erheblich (Abb. 3).

Adhäsive Stiftbefestigung

Das Röntgenbild und die Einprobe brachten Klarheit über die Gesamtsituation. Die adhäsive Befestigung des Stifts erfolgte mittels Befestigungskomposit (PANAVIA™ V5). Die anschließende subgingivale Präparation des Zahns diente der maximalen Ausnutzung der biologischen Breite bei gleichzeitigem Erhalt der Ästhetik (Abb. 4 und 5).

Intraorales Scannen und Aufklärung

Die Ober- und Unterkiefersituation sowie die Okklusion wurden mit dem Intraoralscanner Primescan (Dentsply Sirona) erfasst und die Daten zeitgleich in DS Core übertragen. In unserer Praxis klären wir seit der Einführung von DS Core die Patienten am Intraoralscan auf und teilen die Scans mit den Patienten per E-Mail. Dies unterstützt die Patientenaufklärung und fördert das Verständnis für den Behandlungsablauf. Auf Basis des virtuellen Modells konnte das Design der Krone entwickelt werden, wobei besonderes Augenmerk auf eine adäquate optische und funktionelle Eingliederung in die vorhandene Bezahnung gelegt wurde (Abb. 6 und 7).

Fräsung der Krone

Die Krone wurde mit der inLab CAM-Software auf der DS MCX5 aus dem Zirkonoxidrohling (KATANA™ Zirconia STML A3, Höhe 14 mm) gefräst. Für die Fertigung in der höchsten Auflösungsstufe bei mittlerer Geschwindigkeit benötigte die Maschine 13 Minuten. Unsere Erfahrungen mit dem mehrschichtigen STML-Material sind durchweg positiv. In diesem speziellen Fall bestand die Herausforderung jedoch darin, die lichteoptischen Eigenschaften des zervikalen Zahnbereichs zu reproduzieren. Daher wurde vor dem Sintern mit einem speziellen Infiltrationsstift Esthetic Colorant (Kuraray Noritake) in der Farbe Cervical Brown auf den zervikalen Bereich der Krone aufgetragen (Abb. 8). Für den inzisalen Bereich wurde die Farbe Blue gewählt, um ein ästhetisch harmonisches Erscheinungsbild im Frontzahnbereich zu erzielen (Abb. 9).

Sinterprozess und Individualisierung der Krone

Der Sinterungsprozess der Krone erfolgte im Sinterofen DS Speedfire innerhalb von 18 Minuten, basierend auf einem bereits be-

stehenden Auftrag. Für die anschließende Individualisierung der Krone diente ein Micro-Layering mit entsprechenden Schichtkeramiken (CERABIEN ZR FC Paste Stain clear glaze, Reddish Brown, Cervical 1 und White, Kuraray Noritake). Es folgte ein Glanzbrand, der ebenfalls 18 Minuten dauerte (Programat CS, Ivoclar Vivadent).

Vorbereitung Restauration und präparierter Zahn

Nach der finalen Einprobe der Krone wurden sowohl die Restauration als auch der präparierte Zahn nach Herstellerangaben für die adhäsive Befestigung vorbereitet. Dazu gehörte das Abstrahlen des Kronenlumens (Korundstrahlmittel, Korngröße ≤ 50 µm; ca. 1 bar) und das Silanisieren. Danach erfolgte die Reinigung der Oberflächen mit einem modernen Universalreiniger (KATANA™ Cleaner, Kuraray Noritake). Für die adhäsive Befestigung einer Zirkonoxidkrone hat sich PANAVIA™ V5 bewährt. Nach gründlicher Reinigung der Restaurationsränder von überschüssigem Befestigungsmaterial und Kontrolle der Okklusion konnte der Patient die Praxis verlassen. Es vergingen weniger als zwei Stunden, sodass die Behandlung noch vor 18 Uhr abgeschlossen werden konnte (Abb. 10).

Positives Behandlungsergebnis

Der Patient, der ursprünglich mit der Erwartung einer Exzision des Wurzelrestes in die Praxis gekommen war, freute sich umso mehr über das harmonische und stabile Ergebnis der Behandlung, die in so kurzer Zeit finalisiert werden konnte. Dieser Erfolg war nur durch die Kombination moderner Behandlungsmethoden und fortschrittlicher Werkstoffe möglich. Sieben Tage später kam der Patient erneut in die



Praxis, um eine professionelle Zahnreinigung vornehmen zu lassen. Dabei bestätigte sich das positive Behandlungsergebnis (Abb. 11). Die Nachuntersuchung zeigte, dass die Okklusion und die approximalen Kontakte nicht mehr adaptiert werden mussten und der Patient mit dem Aussehen und der Funktion seiner neuen Krone zufrieden war.

Fazit

Die erfolgreiche Behandlung des Patienten bestätigt die positiven Auswirkungen der Integration digitaler Technologien und fortschrittlicher Materialien auf den zahnärztlichen Praxisalltag. 

Alle Bilder: © Dr. Hendrik Zellerhoff



Dr. Hendrik Zellerhoff

Am Rolevinckhof 35
48366 Laer
Deutschland
Tel.: +49 2554 940761
dr.zellerhoff@gmx.de
www.dr-zellerhoff.de

* Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von dem Anbieter und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.



Lokale Fluoridierung

Humanchemie bietet für jeden die optimale Fluoridierung.

In der Tiefenfluorid-Familie findet jeder das passende Produkt. Neben dem bewährten klassischen Tiefenfluorid, das sich besonders auch für Allergiker eignet, gibt es die Varianten Tiefenfluorid junior und Tiefenfluorid balance.

Kinder lieben den fruchtig-süßen Geschmack des Tiefenfluorid juniors, das in der gleichen Konzentration vorliegt wie das klassische Tiefenfluorid. So können beide Produkte sowohl für Kinder als auch für Erwachsene eingesetzt werden.

Tiefenfluorid balance unterstützt mit seinem hohen pH-Wert und der Kupfer-Dotierung in der Nachtouchierlösung zusätzlich die Behandlung einer beginnenden Gingivitis oder Parodontitis.

Einfache Anwendung in der Praxis

Zur Durchführung wird der nur relativ trocken-gelegte Zahn mittels Pinsel oder Wattepellet mit der Touchierlösung ausgiebig touchiert.

Kein Zwischenspülen und Trocknen

Dann touchiert man mit einem zweiten Pinsel oder Wattepellet mit der Nachtouchierlösung gründlich nach. Der Patient kann jetzt sofort aus-



spülen und darf auch wieder essen und trinken. Es verbleibt ein für das menschliche Auge nicht sichtbarer Niederschlag.

Anwendung 1–2-mal jährlich. **DTI**

Humanchemie GmbH

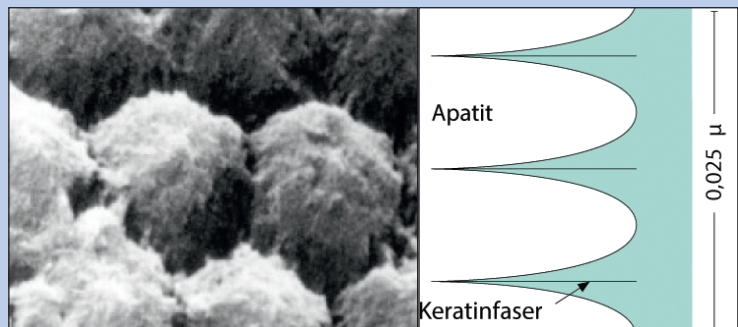
Tel.: +49 5181 24633
info@humanchemie.de
www.humanchemie.de

Einfache Anwendung

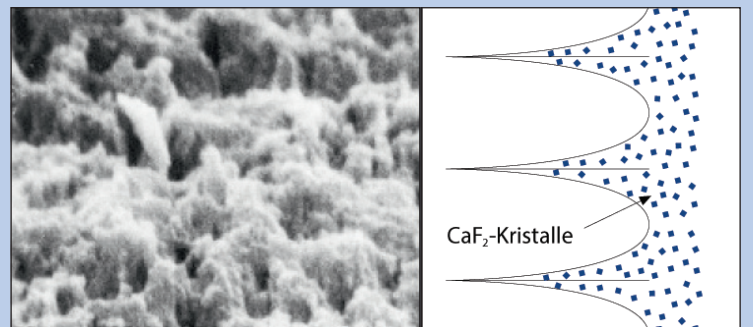
- nur relative Trockenlegung
- aufschütteln, auftragen, fertig
- kein Trocknen und Härten
- sofortiges Essen und Trinken möglich
- ideal auch bei Brackets

Nachhaltiges Ergebnis

- stoppt den Schmerz sofort
- kein Nachdunkeln
- starke Remineralisation
- Reduzierung von White Spots
- Depoteffekt mehr als 6 Monate



Aufbringen der Nachtouchierlösung



Durch Auftragen der Touchierlösung mittels Wattepellet oder Pinsel wird die Schmelzstruktur freigelegt und komplexe Fluor- und Kupferionen dringen tief in die Trichterporen des Zahnschmelzes ein.

Die Nachtouchierlösung dringt tief ein und führt in der Tiefe des Schmelzes zur sofortigen Reaktion.

Submikroskopisches Calciumfluorid von 50 Å Größe hat die Trichterporen der Auflockerungszone homogen aufgefüllt. Es wirkt dort langfristig vor Abrasion geschützt.

* Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Anbietern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

ANZEIGE



Einfach. Doppelt. Gut.
Tiefenfluorid® balance

- aufschütteln, auftragen, fertig
- langanhaltender Depoteffekt
- sofortiges Essen und Trinken



**Zahnalsdesensibilisierung,
mineralische Fissurenversiegelung,
Kariesprophylaxe mit Parodontitisschutz**

Karte schon weg? Dann einfach mit
Code: DTI2024
online bestellen!



HUMANCHEMIE
Kompetenz in Forschung und Praxis

Humanchemie GmbH · Hinter dem Krüge 5 · DE-31061 Alfeld (Leine)
Telefon +49 5181 24633 · Telefax +49 5181 81226
info@humanchemie.de · www.humanchemie.de

