

Zahnärztliche Assistenz  
LIEGT DIESER AUSGABE BEI!

# DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · German Edition 

No. 4/2017 · 14. Jahrgang · Leipzig, 7. Juni 2017 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 €



## Demente Patienten

Über Besonderheiten bei der Zahnbehandlung bis hin zur Forderung, die verbliebenen Zähne bestmöglich zu erhalten. Von Dr. Walter Weilenmann, Wetzikon, Schweiz. ▶ Seite 8f



## Keramikimplantate

Die Veranstalter der 3. Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für metallfreie Implantologie e.V. (ISMI) blicken auf eine erfolgreiche Veranstaltung zurück. ▶ Seite 12



## Neues Winkelstück

Das Schweizer Unternehmen für Medizintechnik Bien-Air Dental S.A., hat mit dem EVO.15 ein Instrument im Portfolio, das mit seiner Technologie vor Überhitzung schützt. ▶ Seite 15

ANZEIGE

Perfekter abformen.



R-SI-LINE® PUTTY MATIC + LIGHT

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH  
Infos, Katalog unter Tel. 040-30707073-0  
Fax 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei  
E-mail: info@r-dental.com  
[www.r-dental.com](http://www.r-dental.com)

## Blick in die Lohntüte

Zahnärzte gehören zu den Topverdienern.

**BERLIN** – Das Statistische Bundesamt hat die Verdienste aus 144 Berufsgruppen unter die Lupe genommen: Wer wie viel in Deutschland verdient, zeigen die neuesten Zahlen. Piloten mit durchschnittlich 61,02 Euro brutto pro Stunde sowie Human- und Zahnmediziner mit einem Bruttostundenverdienst von 41,21 Euro gehören laut der Erhebung zu den Spitzenverdienern. Friseur, Kellner und Kosmetiker rangieren mit 9,05 Euro Bruttostundenverdienst auf den letzten Plätzen.

Die Daten geben darüber hinaus auch Auskunft, dass in Hamburg und Hessen am meisten in der Lohntüte landet, während Angestellte in Thüringen oder Mecklenburg-Vorpommern am wenigsten verdienen. Der akademische Abschluss ist nach wie vor Garant für mehr Lohn, und ältere Arbeitnehmer verdienen mehr als jüngere. Klar wird beim Betrachten der aktuellen Zahlen auch, dass es nach wie vor Gehaltslücken zwischen Ost- und Westdeutschland gibt.

Die Broschüre „Verdienste auf einen Blick“, herausgegeben vom Statistischen Bundesamt, bietet einen guten Überblick über die Höhe und Verteilung der Verdienste in Deutschland und ist unter [www.destatis.de](http://www.destatis.de) abrufbar. **DT**

Quelle:  
ZWP online



## Deutsche Zahnersatz-Preise im europäischen Mittelfeld

IDZ-Studie zum Ländervergleich zur zahnärztlichen und zahntechnischen Vergütung bei Zahnersatz in Europa.

**BONN/KREMS (jp)** – Vergleicht man die (wechselkursbereinigten) Preise, die für Zahnersatz in Europa gefordert werden, so zeigen sich erhebliche Preisunterschiede zwischen den einzelnen Ländern. Dies wird an fünf repräsentativen Behandlungsanlässen deutlich, unterteilt in zahnärztlichen und zahntechnischen Preisanteil.

Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) hat dazu eine empirische Studie „Zahnärztliche und zahntechnische Vergütung beim Zahnersatz – Ergebnisse aus einem europäischen Ländervergleich“ veröffentlicht.

Das Ergebnis zeigt, dass Deutschland beim Preisniveau zahnprothetischer Leistungen einen mittleren Rang einnimmt: Beim zahnärztlichen Honorar liegen die Schweiz, Dänemark und die Niederlande zum Teil deutlich über den deutschen Preisen. Bei zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten) hingegen ist lediglich die Schweiz teurer,



während in den Vergleichsländern zum Teil deutlich niedrigere Preisniveaus ermittelt wurden. Auffällig ist, dass der durchschnittliche Anteil der Material- und Laborkosten am Gesamtpreis in Deutschland mit 61,3 Prozent mehr als zehn Prozentpunkte

über dem durchschnittlichen Anteilswert der europäischen Nachbarn liegt (50,7 Prozent). Die Zahntechnikerdienste sind in Deutschland ebenfalls höher als in den Nachbarstaaten.

Die Studie zeigt, dass die Versorgung mit Zahnersatz in der

Regel vollständig vom Patienten getragen werden muss, nur in Deutschland werden die Kosten für Zahnersatz je nach Befund von den gesetzlichen Krankenkassen mit Festbeträgen bezuschusst. **DT**

## Die Paro-Therapie ist im Kommen

Die PZR wird vom Medizinischen Dienst der GKV als IGeL-Leistung desavuiert.

**BONN/KREMS (jp)** – „Die PZR ist eine wissenschaftlich anerkannte, hochwirksame Präventionsleistung. Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen sind in Deutschland oralpro-

2012 in die GOZ als medizinisch notwendige Maßnahme aufgenommen wurden. Das ist sehr bedauerlich und wirft zugleich ein schlechtes Licht auf die – angeblich neutrale – Bericht-



phylaktische Maßnahmen nach dem 18. Lebensjahr aber zu Recht in die Eigenverantwortung der Patienten gestellt. Die Klassifizierung der PZR als IGeL-Leistung ist daher sachlich falsch und eine bewusste Irreführung von Tausenden Versicherten. „Immerhin bezuschussen zwei Drittel aller gesetzlichen Krankenkassen freiwillig PZR-Leistungen bei Erwachsenen, die ab dem 18. Lebensjahr Privatleistungen sind, aber seit

erstattung des MDS in Form von Rankings und Reporten“, sagte Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV zum Vorwurf der GKV.

### Volkkrankheit mit Folgen

Die Zahl der Menschen mit Parodontalerkrankungen nimmt in Deutschland ab. Dennoch besteht Handlungsbedarf.

Fortsetzung auf Seite 2 – rechts unten →

ANZEIGE

  
**BLUE SAFETY**  
Die Wasserexperten

Wasserhygiene?



Wem vertrauen Sie bei Ihrer Wasserhygiene?  
Ihrem Depot? Ihrem Techniker?  
Ihrem Anwalt? Ihrem Glück?  
SAFEWATER von BLUE SAFETY schützt und wirkt.

Jetzt Ihre Praxis / Klinik absichern:  
Fon 00800 88 55 22 88  
[www.bluesafety.com](http://www.bluesafety.com)

Biozidprodukte vorsichtig verwenden. Vor Gebrauch stets Etikett und Produktinformationen lesen.



## Alterszahnmedizin – die große Herausforderung

Jürgen Pischel spricht Klartext



Laut 5. Deutscher Mundgesundheitsstudie (DMS V) von KZBV und BZÄK behalten immer mehr jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) ihre eigenen Zähne. War vor 20 Jahren noch jeder vierte jüngere Senior zahnelos, so ist es heute nur noch jeder achte. Eine vergleichbar positive Entwicklung gibt es auch bei Zahnverlusten: Jüngere Senioren besitzen im Durchschnitt mindestens fünf eigene Zähne mehr als noch 1997. Da immer mehr Menschen ihre eigenen Zähne behalten, verbessern sich die Voraussetzungen dafür, Zahnersatz verankern zu können. Ein schöner Erfolg im Bemühen der Zahnärzte um eine präventive Versorgung ihrer Patienten, aber dennoch bleibt die Alterszahnmedizin die große Herausforderung für die Zukunft.

Laut der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) stehen besonders ältere Menschen mit Pflegebedarf im Fokus. Sie weisen insgesamt eine schlechtere Zahn- und Mundgesundheit auf als die gesamte Altersgruppe der älteren Senioren. Rund ein Drittel von ihnen ist nicht mehr selbst in der Lage, Zähne und Zahnprothesen eigenständig zu reinigen. Sie benötigen Unterstützung bei der täglichen Mundhygiene. Rund zwei Drittel der Menschen aus dieser Gruppe sind auch nicht mehr in der Lage, eigenständig einen Zahnarzttermin zu organisieren oder eine Praxis aufzusuchen. „Hier liegt ein wichtiger Ansatz für die Zukunft“, so die DGAZ, „weil das diese Menschen betreuende Personal – gleich, ob in stationären Pflegeeinrichtungen oder zu Hause – entsprechend geschult werden muss“. Außerdem sollte die zahnmedizinische Versorgung auch dann gesichert sein, wenn Patienten nicht mehr zum Zahnarzt kommen können.

Gerade weil die Senioren – besonders mit Pflegebedarf – die in unserer Gesellschaft am stärksten wachsende Patientengruppe in der Zahnmedizin sind, werden sie künftig eines der wichtigsten zu lösenden Probleme in der Versorgung sein. Speziell in der aufsuchenden Versorgung, etwa in stationären Pflegeeinrichtungen, klaffen nach wie vor große Lücken. Aber die Erkenntnis reift, dass trotz des Umzuges in ein Pflegeheim für die Mundgesundheit weiterhin umfassend gesorgt werden muss. Erste Erfolge sind zu vermelden. Rund 5.000 Kooperationsverträge von Zahnmedizinern und Pflegeheimen sollen bereits abgeschlossen worden sein, und viele weitere Zahnarztpraxen betreuen auch ohne einen solchen Vertrag ihre Patienten in einer Pflegeeinrichtung.

Noch immer gibt es aber eine Mehrheit an Pflegeheimen ohne einen Zahnarzt und ohne ausreichende pflegerische Betreuung der Bewohner. Selbst Pflegeeinrichtungen mit einer eigenen Zahnstation beklagen, keinen fest betreuenden Zahnarzt zu finden. Das müsste doch eigentlich lösbar sein.

Besonders gefordert sind aber die Pflegekräfte in der zahngesundheitlichen Betreuung. Die Pflegekräfte von morgen benötigen dazu ein fundiertes Fachwissen, und es sollte zahnärztliches Bestreben sein, dieses zu vermitteln. Daher liegt es im besonderen Interesse unseres Faches, den Dialog mit den Pflegekräften zu suchen bzw. zu intensivieren, vor allem viel Kraft in deren Aus- und Fortbildung im zahngesundheitlichen Feld zu investieren. Geriatrische Patienten fordern aber auch eine enge Zusammenarbeit mit dem betreuenden Arzt, es müssen Grunderkrankungen und Pharmakotherapien in den Behandlungskonzepten berücksichtigt werden. Geriatrische Patienten stellen aber auch Zahnärzte vor Herausforderungen praktischer Art: etwa bei der Verständigung (Schwerhörigkeit, Denk- und Merkfähigkeit), Bewegung (Gangunsicherheit, Sehschwäche) und auch der Durchführung der Behandlung (muskuloskeletale Erkrankungen, Schmerzen, Tremor). Neben der bedarfsgerechten Versorgung muss eine angemessene Vergütung gesichert sein. Da liegt noch einiges im Argen, eine GOZ-Novellierung steht an.

Alterszahnheilkunde – eine große medizinische Herausforderung, ein wachsender Markt der Zukunft,

toi, toi, toi,  
Ihr  
J. Pischel



## Young Innovations tätigt Firmenübernahme

Der globale Dentalkonzern gibt die Akquisition von American Eagle bekannt.

HEIDELBERG – American Eagle ist einer der führenden Hersteller von Dentalinstrumenten und Zahnarztbedarf mit Sitz in Montana, USA. „American Eagle bietet als Traditionsunternehmen und weltbekannte Qualitätsmarke herausragende klinische Lösungen für Zahnärzte und Patienten“, so Dave Sproat, CEO von Young Innovations. „Die Übernahme von American Eagle vergrößert unser Portfolio und macht uns zum Komplettanbieter von Premium-Markenprodukten für die Prophylaxe. Wir werden unsere Expansionsstrategie weiter aktiv vorantreiben, um in unseren Kernsegmenten weiter zu wachsen“, ergänzt Andrew Jones, Vice President of Corporate Development bei Young Innovations.

„American Eagle und Young sind international bestens positioniert, daher erwarten wir von der

Verbindung einen Schub für unsere globale Ausdehnung, denn unser umfassendes, hochwertiges Sortiment ermöglicht uns, weltweit Premiumprodukte anzubieten“, kommentiert Dan Garrick, Vice President of Global Business Development bei Young Innovations.

„Wir haben American Eagle Instruments in den letzten 25 Jahren aufgebaut mit dem Ziel, die weltbesten Zahninstrumente zu entwickeln. Wir sind überzeugt, dass Young ein hervorragender Partner ist, der den andauernden Erfolg und die starke Entwicklung von American Eagle kontinuierlich begleiten wird“, erklärt Brad Heckerman, Gründer und CEO von American Eagle.

Brad Heckerman bleibt Young Innovations nach der Transaktion als Berater erhalten. Der Produktionsstandort von American Eagle befindet sich weiterhin in Montana;



Dave Sproat, CEO von Young Innovations.

Service und Vertrieb bleiben unverändert. DT

Quelle: Young Innovations Europe GmbH

## Bonner Parodontologe erhält Socransky-Preis

Priv.-Doz. Dr. Moritz Kebshell auf der Jahrestagung der IADR ausgezeichnet.

SAN FRANCISCO – Der an der Bonner Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde tätige Parodontologe wurde auf der Jahrestagung der International Association for Dental Research (IADR) in San Francisco mit dem IADR Sigmund S. Socransky Young Investigator Award, einem der renommiertesten internationalen Forschungspreise in der Parodontologie, ausgezeichnet.

Der Preis wird jährlich international ausgeschrieben und richtet sich an Wissenschaftler, die das vierzigste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, noch keine eigene Abteilung leiten und bei denen von einem Mitglied der Periodontal Research Group der IADR ein „signifikanter Beitrag zur parodontologischen Wissenschaft“ festgestellt wurde. Eine Selbstbewerbung ist nicht möglich. Die Nominierungen

für den Preis, in diesem Jahr eine Rekordanzahl, werden von drei internationalen Juroren aus Schweden, Japan und den USA bewertet.

Priv.-Doz. Dr. Kebshell ist neben Prof. Dr. Anton Sculean, der zur Zeit seiner Preisverleihung an der Universität Mainz tätig war,

bislang der einzige deutsche Wissenschaftler, der mit dem seit 1996 ausgelobten Preis ausgezeichnet wurde.

Die ausgezeichneten Arbeiten von Kebshell beschäftigen sich mit den Ursachen und Folgen parodontaler Erkrankungen. DT



### DENTAL TRIBUNE

#### IMPRESSUM

Verlag  
OEMUS MEDIA AG  
Holbeinstr. 29  
04229 Leipzig

Tel.: 0341 48474-0  
Fax: 0341 48474-290  
kontakt@oemus-media.de  
www.oemus.com

Verleger  
Torsten R. Oemus

Verlagsleitung  
Ingolf Döbbecke  
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner  
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller

Chefredaktion  
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (ji)  
V.i.S.d.P.  
isbaner@oemus-media.de

Redaktionsleitung  
Majang Hartwig-Kramer (mhk)  
m.hartwig-kramer@oemus-media.de

Redaktion  
Katja Mannteufel (km)  
k.mannteufel@oemus-media.de

Korrespondent  
Gesundheitspolitik  
Jürgen Pischel (jp)  
info@dp-uni.ac.at

Anzeigenverkauf  
Verkaufsleitung  
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller  
hiller@oemus-media.de

Projektmanagement/Vertrieb  
Stefan Thieme  
s.thieme@oemus-media.de

Produktionsleitung  
Gernot Meyer  
meyer@oemus-media.de

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

Layout/Satz  
Max Böhme

Lektorat  
Ann-Katrin Paulick  
Marion Herner

Mitglied der Informations-  
gemeinschaft zur Feststellung der  
Verbreitung von Werbeträgern e.V.

← Fortsetzung von Seite 1 –  
„Die Paro-Therapie ist im Kommen“

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) sieht es als präventionspolitisch übergreifende Aufgabe, Zahnärzte, Patienten, Politik und Krankenkassen gleichermaßen einzubinden, um dieser Volkskrankheit gemeinsam vorzubeugen. „Patienten, die regelmäßig eine PZR durchführen lassen, leiden bis zu 50 Prozent weniger an einer Parodontitis. Dennoch bleibt die Parodontitis eine Volkskrankheit, die stark vom Mundgesundheitsverhalten der Patienten abhängig ist. Aufgrund ihres chronischen Verlaufs und ihrer Wechselwirkungen insbesondere zum Diabetes darf sie nicht verharmlost werden. Zudem ist das Wissen um diese Erkrankung in der breiten Bevölkerung unzureichend. Aufklärung und Prävention müssen unbedingt verstärkt werden“, so Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der BZÄK.

Ein wichtiger verbindender Faktor zu Diabetes, Nieren- und kardiovaskulären Erkrankungen liegt in der mit der PAR verbundenen leichten chronischen Entzündung und der ständigen Ausschüttung von Entzündungsmediatoren. Allein in Großbritannien rechnet man mit ökonomischen Folgekosten der Parodontalerkrankungen von 3,5 Milliarden Euro pro Jahr, europaweit werden 20 Milliarden Euro jährlich geschätzt.

Die Deutschen verlieren nach wie vor ein Drittel ihrer Zähne durch Parodontitis, mehr als 11 Millionen leiden unter schwerer Erkrankung. Der Anteil an BEMA-Leistungen für die Parodontitis betrage aber KZV-abhängig nur zehn bis 20 Prozent.

Der GKV-Spitzenverband sieht im geringen PAR-Anteil an den GKV-Leistungsausgaben ein „psychologisches Problem der Patienten“. Die UPT als BEMA-Leistung hänge völlig von der Bewertung und Finanzierbarkeit ab. PAR-Spezialisten sehen dagegen eine hohe

Eigenverantwortung der Patienten, sich finanziell zu beteiligen. Das sei zudem sinnvoller, als später Geld für Zahnersatz auszugeben. Grundsätzlich müssen aber Umfang und Qualität der UPT-Maßnahmen stimmen.

### Nachhaltige Therapie

Dass die Parodontitis-Therapien in den Praxen im Kommen sind, zeigen die Ergebnisse der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Die schweren Parodontalerkrankungen haben sich bei der Altersgruppe der jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) seit dem Jahr 2005 halbiert. Auch bei den jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) gibt es einen deutlich rückläufigen Trend bei der Parodontitis. Interessant ist zudem, dass sich die Gruppe der Patienten mit keiner oder einer milden Parodontitis verdoppelt oder sogar verdreifacht hat. DT

#### Erscheinungsweise

Dental Tribune German Edition erscheint 2017 mit 8 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 7 vom 1.1.2017. Es gelten die AGB.

#### Druckerei

Vogel Druck und Medienservice GmbH, Leibnizstraße 5, 97204 Höchberg

#### 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 Sondereile 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.



## Nachbesserung kann auch durch Neuanfertigung erfolgen

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns obsiegt beim Bundessozialgericht.

MÜNCHEN – Das Bundessozialgericht (BSG) hat eine wichtige Entscheidung zum Behandlungsvertrag zwischen Zahnarzt und Patient getroffen. Demnach muss dem Zahnarzt die Möglichkeit gegeben werden, einen Mangel nachzubessern. Dies kann sogar durch eine komplette Neuanfertigung erfolgen.

fertigen. Die Krankenkasse reichte jedoch eine Klage gegen die KZVB ein und forderte das Honorar zurück.

Das Verfahren ging durch drei Instanzen. Das BSG hat nun höchst-richterlich klargestellt, dass eine Krankenkasse das zahnärztliche Honorar von einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung nicht zu-

### Grundsatzfrage

„Wir begrüßen dieses BSG-Urteil, weil es die Position des Vertragszahnarztes stärkt. Gerade bei prothetischen Versorgungen kann es vorkommen, dass der Zahnersatz nicht von Anfang an den Erwartungen des Patienten entspricht. In den allermeisten Fällen lässt sich das aber durch Nachbesserungen beheben.“



### Krankenkasse klagte

Eine Krankenkasse hatte von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) das Honorar für eine Behandlung zurückgefordert, weil die Zahnkrone einer Patientin innerhalb der Gewährleistungsfrist abgebrochen war. Dem widersetzte sich die KZVB, weil die Zahnärztin nicht die Möglichkeit bekommen hatte, die Arbeit nachzubessern. Die Zahnärztin wäre sogar bereit gewesen, kostenfrei eine neue Krone anzurückfordern kann, wenn der Patient dem Zahnarzt keine Möglichkeit zur Nachbesserung gibt. Diese Nachbesserung kann auch eine Neuanfertigung sein.

Unzumutbar für den Patienten wäre eine Nachbesserung nur dann, wenn das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Zahnarzt erheblich gestört ist. Gründe dafür könnten beispielsweise mehrfache, erfolglose Nachbesserungsversuche sein. Dies war hier jedoch nicht der Fall.

Insgesamt ist die Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Behandlung aber sehr hoch, was sich durch die geringe Zahl an Mängelgutachten belegen lässt. Die liegen in Bayern im Promillebereich“, kommentiert der KZVB-Vorsitzende Christian Berger die Entscheidung. Der stellvertretende KZVB-Vorsitzende Dr. Rüdiger Schott dankte den Juristen der KZVB für ihren Einsatz in dieser für die Vertragszahnärzte wichtigen Grundsatzfrage. [DT](#)

Quelle: KZVB

## Versorgung des zahnlosen Oberkiefers

Erneuerung der S3-Leitlinie zur Thematik.



DÜSSELDORF – Die S3-Leitlinie zu Möglichkeiten und Einschränkungen hinsichtlich der festsitzenden bzw. herausnehmbaren Versorgung des zahnlosen Oberkiefers auf Zahnimplantaten wurde erstmals nach den Regularien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) aktualisiert.

Federführend durch die Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (DGI) und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) wurde in Zusammenarbeit mit 13 weiteren beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen die evidenzbasierte und breit konsentrierte Entschei-

dungshilfe bzgl. der prothetischen Rehabilitationsmöglichkeiten des zahnlosen Oberkiefers mit Zahnimplantaten auf den aktuellen Stand gebracht. Die aktualisierte Leitlinie und der Methodenreport stehen auf der Webseite der DGZMK bereit. [DT](#)

Quelle: DGZMK

## Fissuren- und Grübchenversiegelung

Weiteres Update der bestehenden S3-Leitlinie.

DÜSSELDORF – Die S3-Leitlinie „Fissuren- und Grübchenversiegelung“ ist – bereits zum zweiten Mal seit 2005 – nach den Regularien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) überarbeitet worden. Federführend durch die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKiZ), die Deutsche Gesellschaft für Zahn-

erhaltung (DGZ) und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) wurde in Zusammenarbeit mit acht weiteren beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen ein breit konsentriertes, evidenzbasiertes Leitlinien-Update vorgelegt, das sich insbesondere mit der Indikationsstellung, dem kariespräventiven Wert, den unterschiedlichen Werkstoffgruppen sowie der klinischen Durchführung der Fissuren- und Grübchenversiegelung befasst. Die Leitlinie und der Methodenreport sind unter [www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de) abrufbar. [DT](#)

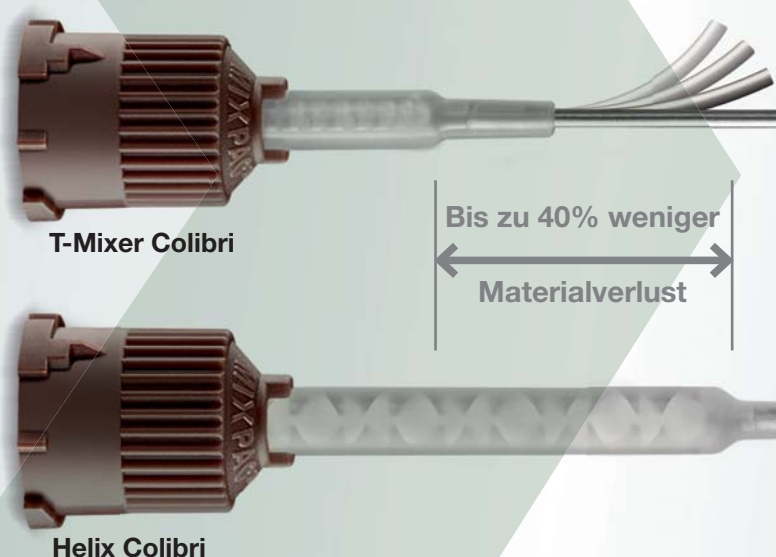
Quelle: DGZMK



© Lightspring/shutterstock.com

## MIXPAC™ Colibri

# Macht es einfach, flexibel zu sein.



Bis zu 40% weniger  
Materialverlust

360° rotierbar und  
bis zu 180° biegsam

### MIXPAC™ erleichtert Ihre Arbeit.

Die Original-Mischkanülen aus der Schweiz perfektionieren das Mischen, Applizieren und Dosieren von Multikomponenten-Materialien. Die dreh- und biegbare Kanüle des Colibri™ ermöglicht ein flexibles, punktgenaues Austragen selbst an schwer zugänglichen Stellen.

Sulzer Mixpac AG / 9469 Haag,  
Schweiz / T +41 81 772 20 00  
[mixpac@sulzer.com](mailto:mixpac@sulzer.com)  
[www.sulzer.com](http://www.sulzer.com)

**SULZER**

ANZEIGE

## Ein starkes Signal aus Bayern

Elf Forderungen der bayerischen Zahnärzte an die Politik.

MÜNCHEN – Einigkeit und zielorientierte standespolitische Arbeit prägten die diesjährige Landesversammlung des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte e.V. (FVDZ) Bayern. In München stimmten die Delegierten fast sämtliche Anträge einstimmig ab. Im Jahr der Bundestagswahl stellte der Landesverband die Forderungen der bayerischen Zahnärzte an eine künftige Bundesregierung in den Mittelpunkt der Debatte.

In ihrem einstimmig beschlossenen Leittrag brachte die Landesversammlung des FVDZ elf Wahlprüfsteine für die nahe Bundestagswahl auf den Weg. Ihre Forderungen an die politischen Parteien umfassen:



**Freier Verband  
Deutscher  
Zahnärzte e.V.  
Landesverband Bayern**

1. Den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems und damit ein klares Nein zu einer möglichen Einheitsversicherung,
2. das Bekenntnis zur berufsständischen Selbstverwaltung,
3. die zügige Umsetzung der Approbationsordnung, verbunden mit der Forderung, alle Gebiete der Zahnheilkunde im Rahmen des Studiums zu unterrichten, um die Studierenden für die Berufsausübung zu qualifizieren,

4. die Ablehnung der Substitution zahnärztlicher Leistungen,
5. das Bekenntnis zum Praxislabor als tragfähiges Element der zahnärztlichen Behandlung,
6. die Ablehnung einer Normung von Gesundheitsdienstleistungen, wie sie die EU-Kommission plant,
7. die Digitalisierung nicht losgelöst von Datenschutz und Patientenschutz umzusetzen,
8. das Festhalten an den ärztlichen Versorgungswerken und damit die Ablehnung eines einheitlichen Rentensystems für Arbeitnehmer, Angestellte und Selbstständige,
9. ein klares Nein zur Einbeziehung des zahnärztlichen und damit freien Berufes in die Gewerbesteuer sowie die Umsatzsteuer, soweit originär zahnärztliche Leistungen erfasst werden,
10. die Entbürokratisierung insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung,
11. die Beendigung von Budgetierung und Degression.

Die Forderung des FVDZ Bayern nach Anpassung des GOZ-Punktwertes an die wirtschaftliche Entwicklung wurde ebenso einstimmig beschlossen wie das Eintreten für den Erhalt des Praxislabor. Hier verurteilt der FVDZ alle Bestrebungen der Zahntechniker-Innungen, das Praxislabor unter Leitung des Zahnarztes zu verbieten.



Christian Berger, Landesvorsitzender des FVDZ Bayern.

Im Zahnärzthehaus in München wurde auch der Wahlerfolg des FVDZ Bayern und damit die Übernahme der Verantwortung in der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) nach zwölf Jahren thematisiert. Im Beisein des Bundesvorstands des FVDZ, der in München tagte, sowie der beiden Präsidenten der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel und Prof. Dr. Christoph Benz, verdeutlichte der Landesvorsitzende Christian Berger, dass der Erfolg des FVDZ Bayern bei der KZVB-Wahl nicht der Erfolg von einzelnen Personen gewesen sei, sondern der Geschlossenheit aller geschuldet sei. [DT](#)

Quelle: FVDZ Landesverband Bayern

## Versorgungsverbesserungen bei Parodontitis mittragen

Konkrete Wünsche an Kassen und Politik zum Zahnreport 2017.



BERLIN – Anlässlich der Veröffentlichung des diesjährigen BARMER Zahnreports mit dem Schwerpunktthema Parodontitis sagte Dr. Wolfgang Eßer, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV): „Parodontale Erkrankungen sind immer noch der Hauptgrund für Zahnverluste bei Erwachsenen. Die Defizite eines GKV-Leistungskatalogs auf 70er-Jahre-Niveau sind also offenkundig. Daher sollten die Kassen unsere Vorschläge für konkrete Versorgungsverbesserungen im Interesse der Patienten mittragen, besonders im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Parodontitis kann durch regelmäßige Prophylaxe und mundgesundes Verhalten in den meisten Fällen vermieden werden. Ich fordere daher Politik und Kostenträger auf, die Zahnärzteschaft beim präventionsorientierten Turnaround in der Parodontitistherapie zu unterstützen, der bei der Kariesbekämpfung ja schon gelungen ist.“

Die Bedeutung der zunächst schmerzlosen Volkskrankheit, ihre Zusammenhänge mit Diabetes, Pneumonien, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Frühgeburten werde unterschätzt. „Im Bewusstsein der Menschen handelt es sich fälschlicherweise um eine Bagatellerkrankung. Dagegen hilft nur mehr Prävention, mehr Aufklärung, mehr sprechende Zahnmedizin – finanziert durch die Kassen“, sagte Eßer.

„Der Leistungskatalog ist mit Blick auf Prävention und Nachsorge unvollständig, veraltet und entspricht längst nicht mehr dem Stand der Wissenschaft. Wesentliche Bausteine einer präventionsbasierten Versorgungsstrecke fehlen. Hierzu zählen die Möglichkeiten des Zahnarztes zur individuellen Aufklärung, Motivation

und Remotivation der Patienten, regelmäßige Verlaufskontrollen im Sinne einer qualitätsgesicherten Evaluation sowie ein strukturiertes Nachsorgeprogramm im Sinne der unterstützenden Parodontitistherapie.“

### Neues Versorgungskonzept zur Parodontitistherapie kommt

Eßer kündigte ein umfassendes Versorgungskonzept zur Parodontitistherapie unter Federführung der KZBV an, das zeitnah veröffentlicht werden soll. „Dann wird sich zeigen, ob die Kassen darin enthaltene, substanzelle Versorgungsverbesserungen mittragen oder aus Kostengründen blockieren.“ Zusammen mit der DG PARO und unter Beteiligung der BZÄK hinterfragt das Konzept die bisher in der G-BA-Behandlungsrichtlinie und die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) abgebildete Therapiestrecke. Geprüft wird insbesondere die Einbindung von Präventionskonzepten einschließlich der UPT in den Leistungskatalog. [DT](#)

Quelle: KZBV



Infos zur Fachgesellschaft

## „We want you!“

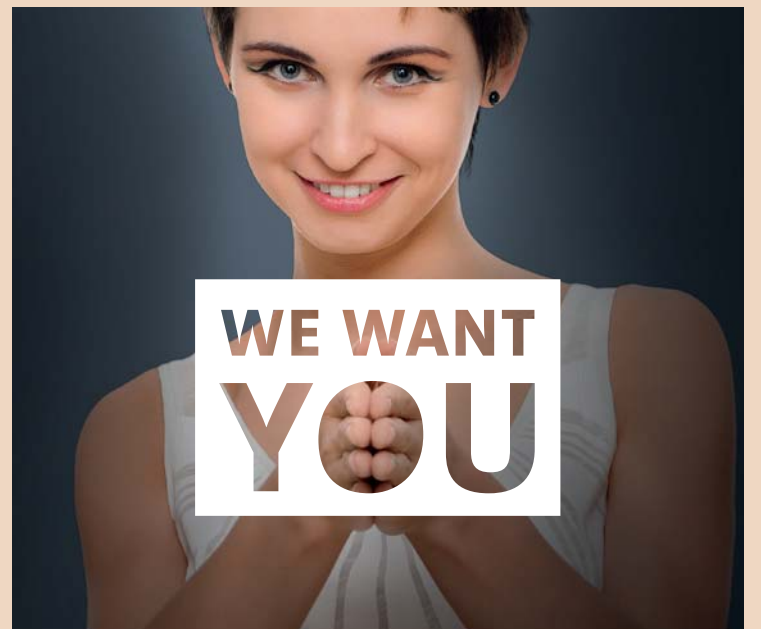
BDIZ EDI startet Informationsoffensive.

BONN – Der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) hat bereits auf der IDS 2017 mit seiner Informationsoffensive begonnen, junge Zahnärzte aus Deutschland und ganz Europa für die Orale Implantologie zu begeistern. Dies soll in den nächsten Monaten intensiviert werden. Mit der „We want you“-Kampagne will der Verband darauf aufmerksam machen, dass er über die implantologische Fortbildung für Berufseinsteiger und gestandene Praktiker hinaus eine Vielfalt an Unterstützung für alle zahnärztlichen Praxen liefert.

Mit dem Auftakt der Informationsoffensive „We want you!“ stellt der BDIZ EDI seine Arbeit im Bereich der Fortbildung heraus:

die wichtigen Bausteine der Implantologie lernen. Das Curriculum läuft ein Jahr an der Uni Köln und ist auch für Berufseinsteiger erschwinglich.

- Das Experten-Symposium des BDIZ EDI gibt jedes Jahr ein Update zu einer aktuellen Fragestellung in der Implantologie, und die angeschlossene Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) liefert dazu einen Leitfaden für die Praxis.
- Das Europa-Symposium des BDIZ EDI bietet die Gelegenheit, über den eigenen Tellerrand des zahnärztlichen Wirkens hinaus einen Blick auf das Wirken der europäischen Kollegen zu werfen und sich auszutauschen.



Wir zeigen Ihnen den richtigen Weg in die Implantologie: hochwertige Fortbildung für wenig Geld und in familiärer Atmosphäre.

Kommen Sie zum BDIZ EDI und profitieren Sie von unseren Angeboten.

Stärken Sie unseren Verband durch Ihre Mitgliedschaft und sparen Sie gleichzeitig Geld!  
Werden Sie Mitglied! Mehr unter: [www.bdizedi.org](http://www.bdizedi.org) > we want you!



- Das iCAMPUS-Programm bietet begehrte Fortbildungskurse (Hands-on etc.) für wenig Geld und im familiären Rahmen.
- Mit „Meet the Experts“ wird Berufsanfängern der Kontakt zu erfahrenen Implantologen und Top-Referenten ermöglicht.
- Ein absolutes Muss für Implantologie-Interessierte ist das Curriculum Implantologie in Kooperation mit der Universität Köln. Die Teilnehmer können in kleinen Gruppen in acht Modulen

Die Arbeit des BDIZ EDI wird in einer neuen Hochglanzbrochüre vorgestellt. Der Verband startet seine Informationsoffensive zudem mit diversen „We want you“-Motiven, um auf die Vielfalt seiner Unterstützung für die zahnärztliche Praxis aufmerksam zu machen. Weitere Aktionen, z.B. zu „Meet the Expert“, adressiert an junge Implantologen, und Hotlines zu Abrechnungsfragen sind geplant! [DT](#)

Quelle: BDIZ EDI

ANZEIGE

WERDEN SIE AUTOR  
für Dental Tribune German Edition



Kontaktieren Sie Majang Hartwig-Kramer  
Tel.: 0341 48474-113 · [m.hartwig-kramer@oemus-media.de](mailto:m.hartwig-kramer@oemus-media.de)

OEMUS MEDIA AG



# DESIGNPREIS 2017

DEUTSCHLANDS SCHÖNSTE  
ZAHNARZTPRAXIS

**ZWP** ZAHNARZT  
WIRTSCHAFT PRAXIS



[www.designpreis.org](http://www.designpreis.org)

Einsendeschluss 1. Juli 2017





## Demografischer Wandel und Ärztemangel verlangen nach mehr Delegation

AVZ unterstützt die Aufwertung nichtärztlicher Gesundheitsberufe.

**BERLIN** – Der Arbeitgeberverband Zahntechnik (AVZ) sieht sich in seiner Forderung nach mehr Delegation von ärztlichen Leistungen an nichtärztliche Leistungserbringer durch das Grundsatzpapier der

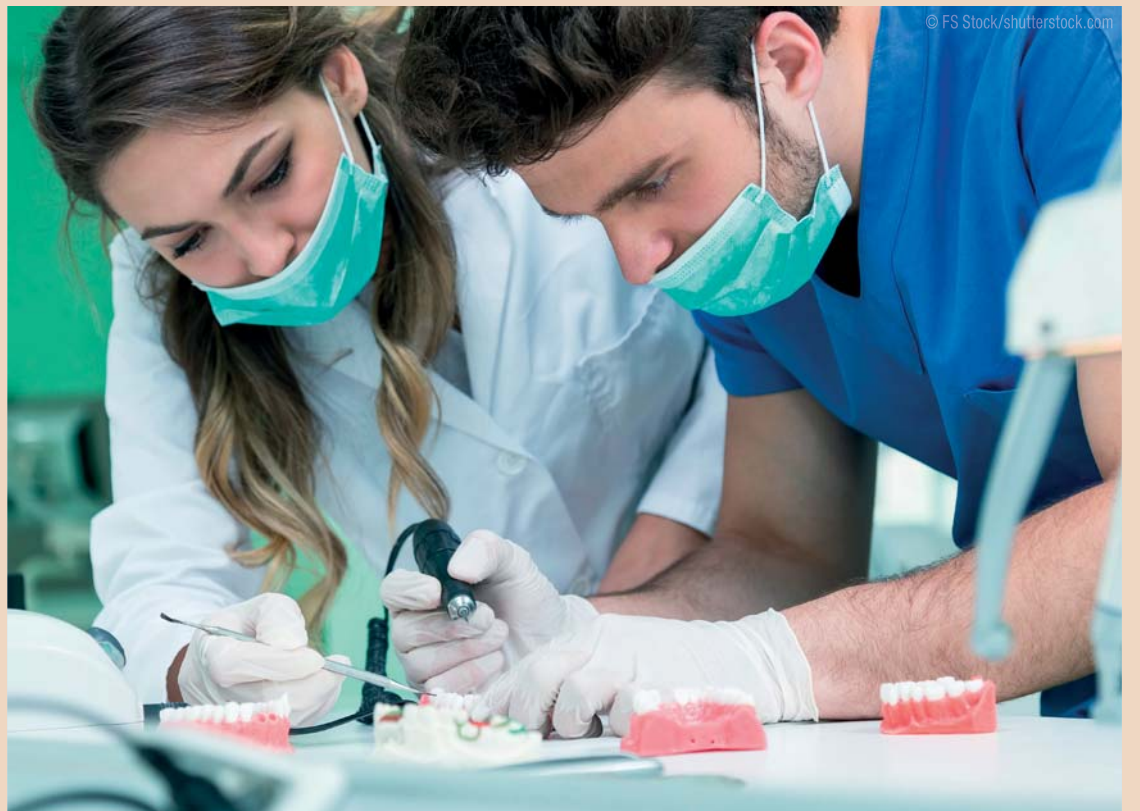


CDU bestätigt. Danach soll der Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die „delegierte“ ärztliche Leistungen erbringen, verstärkt ermöglicht und dann auch leistungsgerecht vergütet werden. Die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe sollen nach Forderung aus der CDU/CSU-Fraktion stärker gefördert werden, ihre Akademisierung soll vorangetrieben werden, die Delegation und der Direktzugang der Patienten zu Therapeuten soll weiter in Modellprojekten erprobt werden. Das, so die CDU, betraf alle infrage kommenden Berufe.

Das Zahntechniker-Handwerk mit seinen qualifizierten Meister-

laboratorien ist ein Beispiel dafür, dass die Delegation von Leistungen an spezialisierte beteiligte Betriebe und Menschen zu herausragend guten Ergebnissen für die Patienten führt. Das Gutachten der Professoren Dr. Steffen Detterbeck und Dr. Hermann Plagemann geht noch einen Schritt weiter, indem es im Ergebnis darauf hinweist, dass es im Sinne des Patientenschutzes geradezu geboten ist, die Herstellung von Zahnersatz durch Delegation dem dafür spezialisierten und qualifizierten Meisterlabor zu überlassen und nicht im Praxislabor anzufertigen. Damit würde auch die wettbewerbsverzerrende Selbstbeauftragung des Zahnarztes im Sinne des Patientenschutzes verhindert.

Die Zahntechnikermeister könnten mit ihrer Qualifizierung einen weitergehenden wichtigen Beitrag zur Zahngesundheit einer älter werdenden Gesellschaft auch in der Fläche, in Pflegeheimen sowie altengerechten Wohngemeinschaften bei der Kontrolle und Pflege herausnehmbaren Zahnersatzes leisten. Zudem könnten – nach entsprechender Qualifizierung – Zahntechnikermeister die auch heute schon in vielen Zahnarztpraxen geübte Unterstützung des Zahnarztes am Stuhl, dann



legitimiert und mit einer leistungsgerechten Vergütung versehen, erbringen.

Das hohe Niveau zahntechnischer Leistungen und Produkte wird allein von den Zahntechnikermeistern mit der Ausbildung

qualifizierter Zahntechniker gefördert und sichergestellt. Was liegt also näher, als die hier vorhandenen Potenziale für die zukünftige Versorgung in der Fläche stärker durch Delegation und Substitution zu nutzen.

Der AVZ begrüßt daher die CDU-Initiative zu mehr Delegation und Substitution medizinischer Leistungen. **DI**

Quelle: Arbeitgeberverband Zahntechnik e.V.

## Zufriedenere Patienten dank Online-Terminlösung

Praxen mit Online-Service haben effizienteres Praxismanagement.



**MÜNCHEN** – Das Angebot einer Online-Terminbuchung wirkt sich sehr positiv auf die allgemeine Zufriedenheit von Patienten mit ihren Ärzten aus. Das zeigt eine Auswertung der Arztbewertungen auf jameda.de. Demnach erhalten Mediziner, die ihren Patienten eine Online-Terminbuchung anbieten, auf einer Schulnotenskala von 1 bis 6 die Durchschnittsnote<sup>1</sup> 1,28, womit sie deutlich besser abschneiden als ihre Kollegen ohne Online-Terminbuchung. Letztere werden von ihren Patienten mit der Durchschnittsnote 1,80 bewertet.

### Arztpraxen profitieren vielfach von Online-Terminbuchungsfunktion

Patienten bewerten zahlreiche Aspekte ihres Arztbesuchs besser, wenn es sich um eine Praxis mit

Online-Terminbuchung handelt. So fällt zum Beispiel die Wartezeit auf einen Termin (1,42) bei diesen Arztpraxen deutlich besser aus als bei Mediziner, die diesen Service nicht anbieten (1,88).

Zusammenhängen dürfte dies damit, dass sich Patienten online einen Überblick über freie Termine verschaffen können und daraufhin die Praxis auswählen, die den nächsten freien Termin anbietet. Zudem entlastet eine Online-Terminbuchungsfunktion das Praxistelefon, sodass Patienten, die sich für eine telefonische Terminvereinbarung entscheiden, den Arzt leichter erreichen anstatt in der Warteschleife zu landen. So werden Ärzte mit diesem Patientenangebot in der Kategorie „Telefonische Erreichbarkeit“ mit einer 1,32 bewertet, ihre Kollegen ohne diese Möglichkeit mit einer 1,88.

### Patienten schätzen effizientes Praxismanagement

Offenbar haben Ärzte, die bei der Terminvergabe auf digitale Möglichkeiten setzen, generell ein besseres Praxismanagement als ihre Kollegen, die darauf verzichten – das ist zumindest das Empfinden ihrer Patienten. So bewerten sie die Zeit, die sich Ärzte mit dem Angebot einer Online-Terminbuchung für sie genommen haben, deutlich besser, nämlich mit einer 1,30 anstatt einer 1,82. Ein effizienteres Praxismanagement zeigt sich auch in der Wartezeit in den Arztpraxen: Ärzte mit Online-Terminbuchung erhalten von ihren Patienten hierfür eine 1,55. Ihre Kollegen ohne diese Funktion erhalten hingegen nur eine 2,07.

Dass sich der Terminalservice positiv auf die Patientenzufriedenheit und die Praxisabläufe auswirkt, bestätigt der Orthopäde und Unfallchirurg Dr. Holger Conrad aus Rheinstetten: „Meine Patienten nehmen die Online-Terminbuchung sehr gut an und ich erhalte dadurch zahlreiche neue Patienten. Auch meine Mitarbeiter am Empfang schätzen die Funktion, da unser Praxistelefon dadurch spürbar entlastet wird.“ **DI**

<sup>1</sup> Durchschnittsnote für Gesamtzufriedenheit = Durchschnittsnote aus den Kategorien „Zufriedenheit mit Behandlung“, „Zufriedenheit mit der Aufklärung durch den Arzt“, „Beurteilung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt“, „Zufriedenheit mit der Freundlichkeit des Arztes“ und „Zufriedenheit mit der genommenen Behandlungszeit“.

Quelle: jameda

## Aufbruch zu neuen Ufern

Mercy Ships Deutschland mit neuer Adresse.

**LANDSBERG AM LECH** – Seit dem 1. April befindet sich Mercy Ships Deutschland nicht mehr in Kaufbeuren, sondern im oberbayerischen Landsberg am Lech. Der Umzug bot sich an, da Landsberg am Lech, Augsburg, Österreich und der Schweiz verkehrsgünstig gelegen ist: „Wir hoffen, so für Unterstützer und Mitarbeiter gut erreichbar zu sein und mit diesem attraktiven Standort den Dienst weiter voranzubringen“, begründet Udo Kronester, Geschäftsführer von Mercy Ships Deutschland e.V., diesen Schritt.

Mercy Ships betreibt mit der „Africa Mercy“ das größte private Hospitalschiff der Welt und bietet den Ärmsten der Armen an den Küsten Afrikas kostenlose Operationen an. Die Mitglieder des internationalen Teams an Bord, vom medizinischen Fachpersonal bis zu den Mitarbeitern in Küche, Verwaltung oder an Deck, arbeiten fast alle ehrenamtlich und tragen ihre Kosten selbst. Aber wer sich für diesen Dienst entscheidet, erlebt, wie wichtig dieser Einsatz ist: „Besonders habe ich mich darüber gefreut, dass ich während meines

Einsatzes so vielen Patienten helfen konnte“, fasst Dr. Sylva Götschl, Zahnärztin aus München, ihre Erfahrungen zusammen.

Wer ehrenamtlich mitarbeiten möchte, wende sich nun an Mercy Ships Deutschland e.V., Rudolf-Diesel-Straße 5, 86899 Landsberg am Lech. Ansprechpartnerin Recruiting & Mitarbeiterbetreuung ist Doris Rypke, Tel. +49 8191 98550-14, E-Mail [mitarbeiten@mercyships.de](mailto:mitarbeiten@mercyships.de). **DI**

Quelle: Mercy Ships Deutschland e.V.



Dr. Sylva Götschl im Einsatz.



# Wann ist der Einsatz von Antibiotika sinnvoll?

Prof. Dr. Dr. h.c. Niklaus P. Lang im Gespräch mit Marlene Hartinger, Redakteurin der OEMUS MEDIA AG.

„Update Antibiotika: Rationaler Einsatz in der Parodontologie“ lautete das Thema einer Anfang April durchgeführten Fortbildungsveranstaltung der Hain Lifescience GmbH in Stuttgart.

Mit Prof. Dr. Dr. h.c. Niklaus P. Lang, einem der hochkarätigen Referenten des Events, sprachen wir über die Problematik immer größer werdender Antibiotikaresistenzbildung.

**Marlene Hartinger: Herr Prof. Dr. Dr. Lang, Antibiotika werden im Rahmen einer Parodontistherapie eingesetzt, um gegen Bakterien vorzugehen, die entzündliche Erkrankungen des Zahnhalteapparates verursachen. Literatur und klinische Untersuchungen zeigen jedoch, dass die Anwendung von Antibiotika durchaus kritisch zu betrachten ist, da meist nur eine geringe klinische Wirkung bestätigt werden kann. Wann ist der Einsatz von Antibiotika sinnvoll?**

**Prof. Dr. Dr. h.c. Niklaus Lang:** Während man bei einer klassischen Infektion ein Antibiotikum appliziert, das auf den pathogenen Keim gerichtet ist und diesen eliminiert, ist diese Art der Therapie bei einer opportunistischen Infektion wie der Parodontitis nicht sinnvoll, da man hierbei davon ausgeht, dass bestimmte Bakterienarten sich aufgrund von einem sich verändernden oralen Milieu, das heißt begünstigenden Faktoren innerhalb der Plaque, optimaler vermehren können als andere. Bei der Parodontitis geht es somit nicht darum, die pathogenen Keime zu eradizieren, sondern diese zu vermindern und unter das tolerable Niveau zu redu-

zieren. Daher muss einer individuellen Antibiotikatherapie immer eine mechanische Therapie vorangehen, die den Biofilm zerstört. Nur wenn dies erfolgt, macht die Verabreichung von unterstützender Antibiotika nach Abschluss der mechanischen Therapie Sinn.

Es besteht grundsätzlich keine Notwendigkeit, bei einer generalisierten chronischen Parodontitis Antibiotika zu applizieren, da dies nur eine temporäre Verbesserung der klinischen Situation zur Folge hat und keine wirkliche Therapie der Grundursache darstellt. Vielmehr bedarf es nur bei einer einzigen Indikation – die der aggressiven Parodontitis, ausgelöst durch den hochpathogenen *A.a.*-Keim – den unterstützenden Einsatz von Antibiotika, da ein allein rein mechanisches, chirurgisches Debridement als Therapie nicht ausreichend wäre. Es muss also immer die Frage gestellt werden: Ist der Patient *A.a.*-indiziert oder nicht?

**Stichwort Resistenzproblematik. Inwieweit sehen Sie in modernen Diagnostikverfahren eine Möglichkeit, den Einsatz von Antibiotika abzuwägen beziehungsweise zu reduzieren und so einer Resistenzbildung entgegenzuwirken?**

Fest steht: Eine Parodontitis chronica sollte ohne Antibiotika behandelbar sein. Stellt jedoch die klinische Diagnose eine aggressive Parodontitis fest, helfen mikrobiologische Tests zu identifizieren, welche Antibiotika genau für die Therapie notwendig sind. Damit wird der Einsatz von Antibiotika auf das notwendige Maß reduziert und



einer Resistenzbildung durch eine falsche, systemische Antibiotikabehandlung entgegengewirkt. Wir müssen in der Zahnmedizin von unserem überwiegend mechanischen Denken abkommen und langsam – dafür plädiere ich seit Jahrzehnten – Ärzte werden. Nehmen Sie einen Internisten – dieser

wird Patienten nicht weiter untersuchen, wenn er nicht den Blutdruck oder weitere Laborwerte hat. Wir aber in der Zahnmedizin ignorieren all dies. Wir könnten eine ganz andere zahnmedizinische Behandlung bereitstellen, wenn wir mit Werten zu Mikrobiotika argumentieren würden. Damit könnte

zudem viel adäquater der dynamischen Natur dieser oralen Ökologieprozesse entsprochen werden. All dies braucht ein Umdenken, von dem dann auch die Debatte um eine sinnvolle Antibiotikavergabe profitieren würde.

**Abschließend gefragt: Inwieweit spielt die Patientencompliance eine wesentliche Rolle bei der erfolgreichen Parodontistherapie?**

Wird ein Medikament verabreicht, ist es natürlich absolut wichtig, dass es eingenommen wird, und zwar konsequent wie vorgeschrieben. Setzen Patienten Medikamente eigenverantwortlich ab, ist jede Therapie vergebens. Dies gilt natürlich übergreifend für alle Bereiche der Medizin.

**Vielen Dank für das Gespräch.**



ANZEIGE

## SOMMERAKADEMIE 2017

in Zusammenarbeit mit Gender Dentistry International

7./8. Juli 2017  
Forum Ludwigsburg

## Der kleine Unterschied



Jetzt anmelden auf [zfz-stuttgart.de](http://zfz-stuttgart.de)

## Parodontitis und Leberzirrhose

Studie belegt erhöhte Mortalitätsrate betroffener Patienten.

Dass die Entzündung des Zahnbetts nicht nur Auswirkungen auf die Mundgesundheit und damit auf die direkte Entzündungsumgebung hat, ist bereits durch mehrere Studien belegt, die bewiesen haben, dass Parodontitis auch systemische Auswirkungen hat. Eine niederländische Studie konnte jetzt sogar zeigen, dass Parodontitis die Sterblichkeit bei Leberzirrhose erhöht.

Vergangene Studien konnten bereits nachweisen, dass eine schlechte Mundhygiene und daraus resultierende Parodontitis bei Patienten mit

Leberzirrhose sehr häufig sind. Ebenfalls wurde bereits gezeigt, dass eine vorhandene Parodontitis das Vorschreiten der Krankheit begünstigt und selbst den Erfolg einer Lebertransplantation negativ beeinflusst.

Die aktuelle Studie der niederländischen Forscher mit 184 Probanden untersuchte nun die Sterblichkeit der Leberzirrhosepatienten. 44 Prozent der 184 Teilnehmer litten zu Studienbeginn an einer schweren Parodontitis. Für die Untersuchung wurden auch Alter, Geschlecht, Raucherstatus, Alkoholkonsum usw. in Betracht gezogen. Das Ergebnis zeigt, dass eine vorhandene Parodontitis die Symptome der Leberzirrhose verschlimmerte. Innerhalb der Studiedauer, die ein Jahr betrug, starb fast die Hälfte der Probanden. Als Ursache wurden Komplikationen durch die Leberzirrhose ausgemacht.

In nachfolgenden Untersuchungen muss nun geklärt werden, ob eine bessere Mundhygiene bei Patienten mit Leberzirrhose die Mortalitätsrate in Zusammenhang mit Parodontitis senken kann. [DI](#)



Quelle: ZWP online





# Zahnbehandlungen bei dementen Menschen

Von der Empfehlung einer Räumung zur Empfehlung, die Frontzähne mit Komposit zu erhalten.  
Von Dr. med. dent. Walter Weilenmann, Wetzikon, Schweiz.



Abb. 1: Die Lippen und Wangen kippen alle Zähne nach oral (Aufnahme post mortem). – Abb. 2: Nach oral gekippte Eckzähne. – Abb. 3: Flach gedrückter Eckzahn. – Abb. 4: Röntgenstatus post mortem: Nur kleine Granulome trotz massiver Karies und Parodontitis.

Im Laufe einer demenziellen Entwicklung kann ein weitreichender Zahnzerfall entstehen. Erstaunlicherweise ist er praktisch schmerz- und medizinisch harmlos. Die ästhetische Einbuße bewirkt bei den Angehörigen jedoch oft dringende Behandlungswünsche. Sie sind ohne Anästhesie erfüllbar, wenn der Zahnarzt reizarm arbeitet. Die folgenden Beobachtungen entstanden im Laufe der letzten 30 Jahre im Alzheimer Kompetenzzentrum in Wetzikon (Sonnweid) und in der Praxis des Autors.

## Demenz

In Deutschland leben in 13.000 Heimen etwa 1,5 Millionen demente Menschen. In 30 Jahren werden es doppelt so viele sein. Die Demenz hat viele Ursachen, und ihr Verlauf ist entsprechend vielfältig. Im Durchschnitt dauert der Aufenthalt in einem Pflegeheim drei bis vier Jahre. Die Pflege ist ausschlaggebend für das Wohlbefinden der Betroffenen. Sie werden in der Sonnweid je nach Krankheitsstadium verschieden betreut.

Im **ersten Stadium** leben die Betroffenen in Wohngruppen zu acht Bewohnern. Sie haben die örtliche und zeitliche Orientierung weitgehend verloren, können aber noch verständlich miteinander sprechen und im Haushalt mithelfen, und sie wirken auf Außenstehende eher normal. Auf unangenehme Reize reagieren sie sehr ängstlich. Sie putzen ihre Zähne zum Teil selber oder lassen sich gerne dabei helfen. Süßigkeiten sind ein wichtiges Element in ihrer Ernährung. Ihr Genuss trägt unbestritten zur Lebensqualität bei, und Zucker ist ein wichtiger Nährstoff für das demente Gehirn. Mit der zunehmenden Steifigkeit der Hände und oralen Weichteile entsteht multiple Karies.

Die Bewohner befinden sich im **zweiten Stadium** in der Pflegeabteilung und werden Tag und Nacht betreut. Sie benötigen Hilfe beim Ankleiden, Essen, Auffinden ihrer Zimmer usw., und oft befällt sie eine motorische Unruhe (Wandertrieb). Sie sprechen unverständlich, aber Angehörige können den Sinn erahnen. Unangenehme Reize wehren sie energisch ab. Mit dem Erstarren der Muskeln und Gelenke hören die Kaubewegungen auf und flüssige Nahrung wird notwendig. Die festen Lippen, Wangen und die Zunge verunmöglichen jede wirksame Mundhygiene und erzeugen einen übermäßigen, meistens nach oral gerichteten Druck gegen die Zähne. Wegen des Ausbleibens der Kautätigkeit entstehen

Elongationen und die Okklusion wird dysfunktional (Abb. 1). Die Frontzähne dienen aber noch zum Nagen (an der Bettwäsche), zum Fletschen (bei Angst vor einem Unbekannten) und zum Beißen (zur Abwehr einer unerwünschten Person). Typisch sind erste Wurzelreste bei den Molaren und große, labiale Frontkaries.

Die Patienten im **dritten Stadium** sind nun bettlägerig und befinden sich in der Pflegeoase (mehrere Betten in einem großen Saal). Einige liegen, ohne den Kopf abzulegen, und andere bewegen sich ständig, stoßen Rufe aus und können kraftvoll zupacken, wenn ihnen jemand zu nahe kommt. Die meisten sind jedoch ruhig, beobachten still den Betrieb im Saal oder scheinen gar zu schlafen. Sie genießen es, wenn die Pfleger ihre Körper mit kinästhetischen Lockerungen wieder beweglich machen. Begrüßt man sie, so antworten sie vielfach mit einem Augenaufschlag oder mit einigen Worten, die irgendeinen losen Bezug zur aktuellen Situation oder zu früheren Erlebnissen haben. Sie erkennen gut, ob eine Stimme vertraut, respektvoll oder respektlos klingt, und reagieren entsprechend zutraulich oder abweisend. Unangenehme Reize lösen einen Abwehrreflex aus, der jedoch sofort verebbt, wenn der Reiz aufhört. Einzelne Zähne sind nach oral gekippt (Abb. 2) oder können flach auf der Gingiva liegen (Abb. 3). In der Regel sind multiple Wurzelreste im ganzen Gebiss vorhanden.

## Die Harmlosigkeit des Zahnzerfalls

Erstaunlicherweise konnte in der Sonnweid in den letzten 30 Jahren an den anfänglich 100 und heute 150 Bewohnern kein einziger dentogener oder parodontaler Abszess oder eine Wangenschwellung beobachtet werden. Der einzige Notfall betraf einen jüngeren Bewohner zu Beginn des zweiten Stadiums, der Kettenraucher war und eine ANUG entwickelte. Anfangs vermuteten die Pfleger oft Zahnschmerzen, wenn ein Bewohner nicht mehr richtig essen wollte. Der herbeigerufene Zahnarzt fand jedoch nie einen erklärenden Befund. Mit der Zeit wurde klar, dass das regungslose Sitzen vor dem vollen Teller eher den Übergang ins dritte Stadium als einen Zahnschmerz andeutet. Heute besteht große Gewissheit, dass der Zahnzerfall schmerzfrei und ohne medizinische Komplikationen verläuft.

Um sicher zu sein, dass keine versteckten Granulome oder andere pathogene Veränderungen in den Kie-

ferknochen vorlagen, wurden 2007 mit Bewilligung der Ethikkommission in Bern die Zähne von zehn verstorbenen Alzheimerpatienten geröntgt. Es fanden sich bei über 100 kariösen Zähnen und Wurzelresten nur wenige apikale Aufhellungen von lediglich einem Millimeter Größe, die meisten Wurzelreste waren deutlich verkürzt und die Pulpen weitgehend obliteriert (Abb. 4). Bei einem Molar mit schwerer Parodontitis war nur noch die palatinale Wurzel im Knochen verankert. Die anderen beiden Wurzeln befanden sich außerhalb des Zahnfleisches (Abb. 5).

Für einen schmerzlosen Zahnzerfall sprechen zudem die fehlende Kautätigkeit, die rasante Karies und die demenzielle Nichtbeachtung. Ohne Kaubewegungen gibt es keine Aufbisschmerzen. Die Karies erweicht in kurzer Zeit allfällige spitze Kanten an den Wurzelresten. Und weil der Zahnzerfall den Betroffenen weder Angst noch Scham noch sonst irgendwelche Sorgen bereitet, verläuft er ohne Stress und bleibt subjektiv unbemerkt (Abb. 6).

## Räumung und implantatgestützte Vollprothesen?

2010 empfahlen die Professorinnen Dr. Frauke Müller und Dr. Ina Nitschke (im Buch „Der alte Patient in der täglichen Praxis“, S. 252 ff., Quintessenz Verlag), zu Beginn der Krankheit, die Zähne durch Prothesen und Implantate zu ersetzen, um eine langfristig stabile Situation herzustellen. Die Retention an Implantaten soll sicherstellen, dass die Prothesen auch bei Prothesenunfähigkeit getragen werden können. Diese Empfehlung ist aus der Außensicht eines Angehörigen oder Laien gut zu verstehen. Aber die Innensicht der Betroffenen sieht ganz anders aus. Ihre Kaufähigkeit ist nicht als langfristig zu bezeichnen, und der demenzielle Abbau hat keine stabilen Phasen. Die Betroffenen haben zu Beginn der Krankheit weitgehend gesunde Zähne, kauen feste Nahrung und wollen auf keinen Fall eine Prothese. Bei der Räumung würden zahlreiche Neuronen zwischen Gebiss, Gehirn und Kaumuskeln zerstört. Mund und Zähne belegen im sensorischen und motorischen Cortex („Homunculus“) etwa gleich viel Platz wie die Beine, und ihre Verbindungen zum assoziativen Cortex sind bedeutungsvoll. 2012 hat Brand-Luzi (Universität Basel) zeigen können, dass Prothesenträger einen weniger sicheren Gang haben als bezahnte Menschen. Damit erhöht die Räumung möglicherweise

die Sturzgefahr und beschleunigt mit Sicherheit den zerebralen Abbau. Im zweiten Stadium der Krankheit erkennen sich die Betroffenen im Spiegel nicht mehr und wissen nicht, wozu eine Prothese dient. Sie könnten nicht auf eine Druckstelle oder kauinstabile Zahngruppe hinweisen, sich weder mit Beißen wehren noch sich beim Nagen selber spüren. Und wenn die Kaumuskeln so steif werden, dass man lieber Löffelnahrung schlürft, sind Prothesen keine Hilfe, sondern eher hinderliche Fremdkörper. Im Endsta-

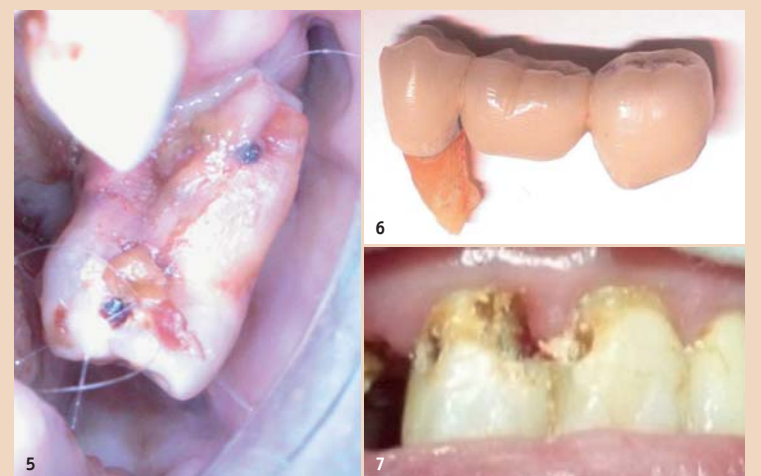


Abb. 5: Enorme Parodontitis ohne Verhaltensauffälligkeit. – Abb. 6: Eine Bewohnerin hat diese Brücke während des Mittagessens selber aus dem Mund genommen, neben den Teller gelegt und weitergegessen, als ob nichts passiert wäre. – Abb. 7: Karies bei 1+1 ohne Schmerzsignale.

dium könnten sich die verspannten Lippen und Wangen an einem Implantat wund reiben. Die Innensicht hat demzufolge mehrere Aspekte, die gegen Prothesen und Implantate sprechen.

## Zahnbehandlungen

### Behandlungen in Narkose

1990 wurden in der Sonnweid vier Sanierungen in Narkose durchgeführt. Leider führte jedoch die vierte Narkose zum Tod der Patientin. Offenbar haben demente Menschen ein hohes Narkoserisiko, weswegen die Sonnweid keine Zahnbehandlungen in Narkose mehr durchführen lässt.

### Extraktionen im Bett

Seither werden Extraktionen mit leichter Sedation (7,5 mg Dormicum) und unter Lokalanästhesie am Bett der Patienten durchgeführt.

**Indikation:** Die Indikation ist selten und betrifft vorwiegend Zähne, bei denen Angehörige oder Pfleger vermuten, dass sie schmerzen oder zu einer Selbstverletzung geführt haben.

**Prinzip:** Die Extraktion wird so ausgeführt, dass keine oder nur eine

milde Abwehr entsteht. Der Eingriff geschieht bei Dämmerlicht und abends, wenn der Pflegebetrieb reduziert ist. Stimmen und Geräusche im Rahmen der normalen Geräuschkulisse eines Mehrbettzimmers stören nicht. Wenn der Patient zu einer Abwehr- oder Ausweichbewegung ansetzt, wird die Manipulation angehalten, bis er wieder ruhig liegt.

**Ausführung:** Zu Beginn der Behandlung verabreicht ein Pfleger dem Patienten die Dormicum-Tablette. 15 Minuten später beginnt die

Wirkung. Unterdessen richtet sich der Zahnarzt am Kopfende des Bettes mit Lupenbrille und Stirnlampe ein, sodass ihn der Patient nicht gut sehen kann. Der Patient wird so gelagert, dass sein Kopf für den Zahnarzt gut erreichbar ist. Die Assistentin bereitet die Handinstrumente und Hilfsmittel auf einem Tischchen neben dem Bett vor. Der Spiegel zum Abhalten der Weichteile wird mit der Hand vorgewärmt. Die Lippen werden etappenweise geöffnet, sodass die reaktiven Versteifungen abklingen können und der Patient immer nur eine kleine Veränderung spürt. Die Nadel wird zunächst nur 1–2 mm tief in die Umschlagfalte eingestochen. Dann wird das Anästhetikum sehr langsam injiziert. Danach wird eine allfällige palatinale Wurzel intraligamentär (und nicht über den N. pal. major) betäubt. Die Anästhesie wird mit Desmotomen geprüft. Die Zange lockert den Zahn mit wenig Kraft und mit Rotationsbewegungen, sodass der Kopf nicht hin und her schaukelt. Die Luxationsbewegungen werden mit Pausen unterbrochen. In den Pausen finden intraalveolär zusätzliche desmodontale Ablösungsvorgänge statt.





Abb. 8: Reizarmes, bimanuelles Exkavieren. – Abb. 9: Eröffnete Pulpa. Die Karies muss noch entfernt werden. – Abb. 10: Fertig exkaviert, Ätzen ohne Anschrägung, dann direkte Überkappung mit Syntac Classic und Flow. – Abb. 11: Komposit ohne Politur.

Nach der Entfernung des Zahnes wird die Alveole mit einem Finger und evtl. mit einer unterlegten Watterrolle zuge-drückt, sodass möglichst wenig Blut entweicht. Nach der Koagulation wird mit trockenen und feuchten Watterrollen das Blut im Mund und an den Lippen weggeputzt. Die Patienten schlafen meistens schon während der Behandlung ein. Die Heilung erfolgte bisher immer komplikationslos und ohne beobachtbare Schmerzsignale oder Verhaltensänderungen.

#### Kompositfüllungen im Rollstuhl

2017 wurden die ersten Kompositfüllungen an zwei Frontzähnen bei einer Patientin im zweiten Stadium gemacht.

**Transport und Betreuung:** Ihr Mann und ihr Sohn brachten sie im Auto in die Praxis. Die Anfahrt dauerte eine Stunde und war nicht komplikationslos. Die Patientin musste sich nämlich auf den Kreiseln des Nahverkehrs übergeben. In der Praxis kam sie im Rollstuhl schlafend an. Letzterer hatte eine schalenförmige Kopfstütze und eine Liegefunktion und wurde so neben den Patientenstuhl platziert, dass die Instrumente des Units benutzt werden konnten. Ihr Mann nahm auf dem Patientenstuhl Platz und sprach ihr während der Behandlung immer wieder ruhig zu und erklärte, dass jetzt der Zahnarzt ihre Zähne schön macht. Ihr Sohn bedeckte ihr mit der Hand die Augen, damit die Stirnlampe nicht blenden konnte. Aufgrund der beabsichtigten reizarmen Behandlung wurden weder eine Lokalanästhesie noch eine Sedation verabreicht.

**Indikation:** Erhalt der Frontzähne ohne Narkose im Wissen um die lebenslang große ästhetische Bedeutung und nun basale Funktion dieser Zähne für die Patientin (Abb. 7).

**Reizarme Behandlung:** Auf Wasserkühlung, Spraynebelsauger, Kofferdam etc. wurde verzichtet. Einzig zwei kurze Watterrollen unter der Oberlippe hielten die Zähne frei. Ein OpraGate musste nach wenigen Minuten wegen eines Hustenreizes entfernt werden. Exkaviert wurde mit neuen Rosenbohrern bei etwa 1.000 Umdrehungen pro Minute (die Blätter des drehenden Bohrers sind gerade noch sichtbar) und mit einer Anpresskraft von 0–5 Gramm. Um jeden Ausschlag zu vermeiden, wurde das Handstück bi-

manuell geführt. Die beiden Mittelfinger lagen auf den Frontzähnen auf, die Daumen und Zeigfinger führten das Winkelstück am Mittelteil und am Kopf (Abb. 8). Der Bohrer wurde nicht wischend bewegt, sondern Punkt für Punkt seitlich abgesenkt und wieder angehoben. Am Bohrerkopf klebende Karies wurde mit Zellstofftupfern abgestreift. Die Kavität wurde nur wenige Male vorsichtig gespült. Der Bohrer streifte die Pulpa zweimal milde und verursachte beide Male eine minimal kleine, kurze Blutung (Abb. 9). Die direkte Überkappung geschah mit Syntac am Microbrush-Applikator und Tetric Flow. Der Schmelzrand wurde nicht angeschrägt (das rote Winkelstück ist nicht reizarm), sondern nur angeätzt (Abb. 10). Die letzte Schicht Komposit wurde mit dem Spatel und etwas Heliobond geglättet. Die Füllungen wurden weder poliert noch eingeschliffen (Abb. 11).

**Reaktion auf die Behandlung:** Während der Behandlung schnarchte die Patientin kurz und wollte zwischendurch Wasser trinken. Einzig bei den beiden Berührungen der Pulpa zuckte sie zusammen, entspannte sich aber beide Male sofort wieder. Als der Rollstuhl nach der Behandlung in die Sitzposition zurückgestellt wurde, öffnete sie sofort die Augen und lachte uns an. Die Rückreise verlief unauffällig, aber am Abend wurde eine leichte Kreislaufschwäche mit 38°C Fieber gemessen. Tags darauf war sie in guter Verfassung, hatte Appetit und zeigte eine den Betreuern zugeneigte Haltung.

#### Beispiele kognitiver Lebendigkeit in der Demenz

Demenzielle Menschen verfügen bis zuletzt über erstaunlich große und erfreuliche soziale und kognitive Möglichkeiten. Insbesondere reagieren sie positiv auf einen freundlichen Umgang, auch wenn sie es kaum mehr zeigen können. Das ist auch bei Zahnbehandlungen zu berücksichtigen. Zur Illustration dienen die folgenden Erlebnisse anlässlich meines kürzlich erfolgten Besuches in der Sonnweid:

– Ein Patient im dritten Stadium ruft mir aus seinem Bett entgegen: „Nein, nein, nein.“ Also geh ich an ihm vorbei zum nächsten Bett. Offenbar beobachtet er nun, wie ich

die anderen Bewohner in ihren Betten besuche und Fotos von ihren Zähnen mache. Als ich mich ihm zufällig wieder nähere, ruft er „ja“ und versucht, mit seinen steifen, ungelinkten Händen seine Lippen auseinander zu ziehen. Dann kooperiert er mit viel gutem Willen, um auch fotografiert zu werden.

– Eine Patientin scheint im Bett zu schlafen. Bei der ersten winzigen Berührung ihrer Lippen öffnet sie schnell die Augen und schaut mich an. Ganz verlegen sage ich zu ihr: „Grüezi Frau R., ich bin der Zahnarzt und möchte ihre Zähne kontrollieren.“ Mit freundlicher Stimme antwortet sie: „Hier gefällt es mir. Nehmen Sie doch Platz und machen Sie es sich gemütlich!“

– Ein Patient schreit beim Untersuchen plötzlich „Aui!“, sodass ich erschrecke. Seine Lippen waren sehr steif und ich versuchte mit etwas Kraft, sie zu öffnen. Aber dann ergänzt er sofort: „Ich habe es jetzt nur etwas laut gesagt“ und hält mir wieder bereitwillig den Mund entgegen für den Zahnuntersuch.

– Eine Patientin im mittleren Stadium kann nicht mehr verständlich sprechen und hat sich unglücklich bei einem Sturz den rechten Arm gebrochen. Sie sitzt nun behindert am Fenster mit dem geschienten Arm und betrachtet den besonnenen Waldrand in der Nähe. Da sagt sie mir unvermittelt: „So möchte ich noch vier Jahre leben.“ ☺

#### Kontakt



Dr. med. dent.  
Walter Weilenmann

Zentralstr. 4  
8623 Wetzikon, Schweiz  
Tel.: +41 44 9303303  
w.weilenmann@hispeed.ch  
www.zahnarztweilenmann.ch



Wenn Design und Funktion aufeinandertreffen... erhalten Sie

# FUSION!



## NEU! Composi-Tight® 3DFusion™ Sectional Matrix System



**Exklusiv!**  
Ein Ring für breite Präparationen.

FX-KFF-00

Das neue Composi-Tight® 3D Fusion™ Teilmatrixsystem bietet die Lösung für alle Klasse II Kavitäten.



1x Composi-Tight® 3D Fusion™ Ring kurz blau,  
1x Composi-Tight® 3D Fusion™ Ring lang orange,  
1x Composi-Tight® 3D Fusion™ Ring breit grün,  
1x verbesserte Ringseparierzange  
80x Composi-Tight® 3D Fusion™ Matrizenbänder  
70x Composi-Tight® 3D Fusion™ Keile

Preis:  
€ 449,00\*

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

Rufen Sie uns an:  
02451 971 409

**Garrison**  
Dental Solutions

Tel.: +49 2451 971 409 • Fax: +49 2451 971 410  
info@garrisonsdental.net • www.garrisonsdental.com

ADGM0617

THE LEADER IN MATRIX SYSTEMS

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

© 2017 Garrison Dental Solutions, LLC