

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · German Edition 

No. 6/2019 · 16. Jahrgang · Leipzig, 4. September 2019 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 €



Frakturprophylaxe

Lange bevor ein Zahn bricht, schmerzt er bei Kälte oder beim Kauen. Höckerwinkel, Zentrik und Schliffacetten als Ursachen beleuchtet Dr. Walter Weilenmann, Wetzikon, Schweiz. ▶ Seite 6f



Additive Fertigung

Von technologischen Neuheiten profitieren – die internationale Fachmesse Formnext bietet vom 19. bis 22. November 2019 in Frankfurt am Main einen umfassenden Überblick. ▶ Seite 10



Parodontalprophylaxe

Der PerioChip von Dexcel trägt seit seiner Produkteinführung vor fast 20 Jahren zu langfristigen Behandlungserfolgen bei der unterstützenden Parodontitistherapie bei. ▶ Seite 14

ANZEIGE

Perfekt füllen
Nano-Hybrid-Zahnfüllungsmaterial



Zeen[®]


R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Infos, Katalog Tel. 0 40 - 30 70 70 73-0
Fax 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei
E-mail: info@r-dental.com
www.r-dental.com

Tag der Zahngesundheit 2019

„Gesund beginnt im Mund – Ich feier' meine Zähne!“

BERLIN – Wenn aus Kindern Teenager und später junge Erwachsene werden, übernehmen sie Stück für Stück mehr Verantwortung für sich selbst – auch für ihre Gesundheit. Mit dem Tag der Zahngesundheit 2019 am 25. September sollen sie motiviert werden, dabei auch an ihre Mundgesundheit zu denken.

Insgesamt ist die Mundgesundheit bei Jugendlichen in Deutschland schon sehr gut: Acht von zehn der Zwölfjährigen sind heute kariesfrei, geht aus der DMS V hervor. Auch die „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ liefert erfreuliche Ergebnisse. Mit rund 80 Prozent setzt die Mehrheit der Jugendlichen die Empfehlungen zur Zahnpflichtigkeit um und geht regelmäßig zum Zahnarzt.

Trotzdem: Karies bleibt eine der häufigsten Erkrankungen im Jugendalter. Auch Zahnfleischentzündungen gilt es, zu begegnen. Der Tag der Zahngesundheit 2019 macht sich dafür stark, Jugendlichen das nötige Know-how rund um die Zahnpflege zu vermitteln. Wie putze ich meine Zähne richtig? Spielen Zahnschmuck oder Zungenpiercing eine Rolle? Wie hängen Ernährung und Mundgesundheit zusammen? Das sind einige der Fragen, die 2019 im Fokus stehen. Informationen über den Tag der Zahngesundheit finden Sie auf tagderzahngesundheit.de. 

Quelle: Aktionskreis zum Tag der Zahngesundheit

Finanzielle Belastungen für Zahnversorgung sind wohnortabhängig

BARMER-Zahngesundheitsatlas gibt Aufschluss über gravierende Kostenunterschiede.



BERLIN – Bei der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland gibt es teils dramatische regionale Unterschiede. Bürger in Bayern zahlen im Schnitt 1.228 Euro als Eigenanteil zu ihrem neuen Zahnersatz zu und damit um fast 100 Prozent mehr als Patienten in Sachsen-Anhalt. Dort liegt der Eigenanteil bei 628 Euro. Das geht aus dem BARMER-Zahngesundheitsatlas hervor, der im Juli in Berlin vorgestellt wurde.

Deutliche regionale Unterschiede gibt es demnach auch bei Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Erneut ist Bayern an der Spitze. Hier liegt die Inanspruch-

nahmerate bei 42,5 Prozent. Schlusslicht sind die Saarländer (27,7 Prozent). „Wir wollen mit dem Atlas zur Zahngesundheit Transparenz schaffen und eine Diskussion über die bundesweiten Versorgungsunterschiede, Kosten und Nutzen anstoßen. Viele Ergebnisse aus dem Atlas lassen sich nicht zahnmedizinisch erklären. Zahnärzteschaft, Krankenkassen und Politik in Bund und Ländern sollten gemeinsam die Ursachen dieser Unterschiede diskutieren, um bundesweit einheitlich hohe Standards bei Beratung und Versorgung sicherzustellen“, sagte Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER.

Ost-West/Stadt-Land

Die Ergebnisse des aktuellen Zahngesundheitsatlases machen zwei Tendenzen deutlich. Zum einen gebe es Ost-West-Unterschiede. Zum anderen scheine ein Stadt-Land-Gefälle vorzuliegen. Der Unterschied zwischen den östlichen und westlichen Bundesländern zeige sich besonders bei dem Anteil der Bevölkerung, der zum Zahnarzt geht. Die Sachsen sind hier den Ergebnissen zufolge Spitzenreiter (77,1 Prozent), die Saarländer hingegen Schlusslicht (65,2 Prozent). „Die Gründe für die Unterschiede kennen wir nicht. Möglich wären tradierte Inanspruch-

nahme-Muster, verschiedene Präventionsaffinitäten und ein unterschiedlicher Stellenwert des Bonus-systems“, betonte Studienautor Prof. Dr. Michael Walter von der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik an der TU Dresden.

Besonders eklatant sind die Ost-West-Unterschiede bei neuem Zahnersatz. 2017 lagen die Gesamtkosten je versorgtem Versicherten in den östlichen Flächenländern mit 1.274 bis 1.379 Euro deutlich unter dem Bundesschnitt von 1.524 Euro. Am teuersten war der Zahnersatz in Niedersachsen mit

Fortsetzung auf Seite 2 – links Mitte →

Bürokratieabbau

Erste Entlastungen für Unternehmen beschlossen.


BERLIN – Bürokratie belastet die (Zahn-)Arztpraxen in Deutschland und verschlingt zu viele Patiententunden. Die BZÄK fordert seit Langem einen Rückbau und hat verzichtbare Bürokratielasten identifiziert. In ihrem Beschluss „Bürokratieabbau jetzt“ von 2018 wurden konkrete

„Weitere Forderungen aus den Bereichen Strahlenschutz, Medizinprodukte, Arbeitsrecht könnten ebenfalls rasch und ohne Verluste oder Kollateralschäden umgesetzt werden“, so Prof. Dr. Christoph Benz, BZÄK-Vizepräsident. Die drei zuständigen Bundesministe-



Prof. Dr. Christoph Benz
BZÄK-Vizepräsident

Forderungen benannt. Einer der Punkte des 2019er BZÄK-Beschlusses zum Thema wurde nun durch das Zweite Datenschutzanpassungsgesetz erfüllt: Die Pflicht zur Benennung eines Datenschutzbeauftragten besteht demnach nur noch ab einer Praxisgröße von 20 Mitarbeitern statt bislang zehn. Die BZÄK begrüßt diesen Rückbau und die zügige Entscheidung.

rien, die gesundheitspolitischen Sprecher der Fraktionen, die Gesundheitsministerkonferenz, der Normenkontrollrat und das Bundeskanzleramt erhalten die konstruktiven Vorschläge der BZÄK im Rahmen des Bürokratieentlastungsgesetzes III. 

Quelle: BZÄK

ANZEIGE

HERBSTMESSEN 2019
Besuchen Sie unsere Beratungsstände und sichern Sie sich Ihre Sammeltasse!

MIT GEWINNSPIELEN AM STAND!
Gewinnen Sie mit etwas Glück ein iPhone oder iPad!

BLUE SAFETY
Die Wasserexperten

I ♥ 

„Für Ihre individuelle Wasserhygiene-Lösung beziehen wir technische, mikrobiologische und rechtliche Faktoren ein. Damit Sie auf hygienisch einwandfreies Wasser vertrauen können.“

Wie Sie gleichzeitig tausende Euro sparen und Rechtssicherheit gewinnen, verraten wir nur bei den Herbstmessen.“

Mathias Maass
Leiter Technik und Mitglied der Geschäftsführung

BLUE SAFETY
Premium Partner
DEUTSCHER ZAHNÄRZTESKAP
für den Bereich
Praxishygiene

Einfach vorab einen Termin für Ihren Messebesuch vereinbaren. Oder abseits des Trubels in Ihrer Praxis: **Fon 00800 88 55 22 88**
www.bluesafety.com/Messen

Biozidprodukte vorsichtig verwenden. Vor Gebrauch stets Produktinformation lesen.

Zuschuss für Zahnreinigung?

85 Prozent der Krankenkassen beteiligen sich an den Kosten.

MÜNCHEN – Weltweit leiden rund 3,5 Milliarden Menschen an Erkrankungen im Zahnraum. Mit der richtigen Vorsorge ließen sich viele Erkrankungen vermeiden. Viele gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) zahlen nicht nur den Kontrolltermin beim Zahnarzt, sondern auch eine professionelle Zahnreinigung von Experten.

69 der 81 betrachteten öffentlichen zugänglichen Krankenkassen übernehmen die Kosten der PZR ganz oder teilweise – im Höchstfall bis zu 250 Euro im Jahr. Zum Teil bieten die Kassen ihren Versicherten auch ein Jahresbudget an Zusatzleistungen, das unter anderem für die Zahnreinigung verwendet werden kann. Oder sie übernehmen die Kosten nur, wenn die Behand-

lung bei bestimmten Zahnärzten erfolgt (vollständige Übersicht unter <http://ots.de/sG3j8a>). Einige Kassen haben die gute Finanzlage genutzt, ihre Leistungen auszuweiten“, so Dr. Ansgar Lamersdorf, Geschäftsführer GKV bei CHECK24.

Bis zu 300 Euro möglich

Ein Wechsel der GKV ermöglicht Versicherten, eine Kasse mit besseren Leistungen und günstigeren Konditionen zu wählen. Gesetzlich Krankenversicherte mit einem Jahreseinkommen von 54.450 Euro (Beitragsbemessungsgrenze 2019) sparen rund 300 Euro im Jahr, wenn sie von der teuersten in die günstigste GKV wechseln. **DT**

Quelle: CHECK24 GmbH

← Fortsetzung von Seite 1 „Finanzielle Belastungen für Zahnversorgung sind wohnortabhängig“

1.877 Euro. Auch bei der Kostenverteilung fielen die Unterschiede massiv aus. Der vom Patienten zu tragende Eigenanteil lag beim Zahnersatz im Osten mit 47,7 bis 50,2 Prozent deutlich unter Bayern und Baden-Württemberg. Dort trugen Patienten mit ihrem Eigenanteil 66,0 beziehungsweise 66,7 Prozent der Kosten. Eine Ursache dafür dürfte die verstärkte Wahl von aufwendigem, ästhetisch ansprechenderem und somit meist teurerem Zahnersatz sein, sagte Prof. Straub. Dabei sei die Regelversorgung nicht nur zweckmäßig, sondern auch haltbar. „Wenn aufwendiger Zahnersatz gewählt wird, stellt sich durchaus die Frage, ob das immer der alleinige Wunsch des Patienten ist“, so der Vorstandsvorsitzende.

Der BARMER-Zahngesundheitsatlas zeigt zudem deutliche Unterschiede zwischen Stadt und Land. So bekamen 9,0 Prozent der Berliner und 8,7 Prozent der Hambur-

ger 2017 einen neuen Zahnersatz. Im Saarland waren es lediglich 6,4 und in Bayern und Rheinland-Pfalz jeweils 6,9 Prozent. Bundesweit traf dies auf 7,4 Prozent zu. „Dass vor allem die Versicherten in den Stadtstaaten häufiger Zahnersatz bekommen, könnte zum einen am leichteren Zugang zur Versorgung bei einer vergleichsweise hohen Zahnarztdichte liegen. Zum anderen könnten höhere ästhetische Ansprüche eine Erklärung sein“, sagte Prof. Walter.

Besonders bei den sogenannten Zahnschienen zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen Stadt und Land. Je 3,7 Prozent der Hamburger und der Berliner brauchen eine solche Hilfe bei Beschwerden im Kieferbereich, zum Beispiel durch Zähneknirschen. Zum Vergleich, in Thüringen sind es nur 1,4 Prozent. „Der vergleichsweise stressige Alltag in Großstädten könnte ein Grund für die höhere Zahl von Aufbisschienen sein“, so Prof. Walter. **DT**

Quelle: BARMER

ZAprO ist durch

Neue zahnärztliche Approbationsordnung von Bundesregierung gebilligt.

BERLIN – Die Bundesregierung hat auf ihrer Kabinettsitzung am 3. Juli die vom Bundesminister für Gesundheit (BMG) vorgelegte Verordnung zur Neuordnung der zahnärztlichen Ausbildung in der Fassung des Bundesratsbeschlusses vom 7. Juni zur Kenntnis genommen. Damit steht der Umsetzung nichts mehr im Wege.

Approbationsordnung für Ärzte im Zuge der Umsetzung des „Masterplans Medizinstudium 2020“ zunächst nicht weiter verfolgt wird. Diese Maßgabe wird vom verordnungsgebenden BMG mitgetragen.

Die BZÄK und die 17 (Landes-) Zahnärztekammern dringen nun darauf, dass die notwendigen Reformen des ersten Studienab-

besser in der zahnmedizinischen Ausbildung abgebildet werden. Orale Befunde können als Früh-, Leit- und Begleitsymptome Hinweise für Diagnostik und Therapie einer Allgemeinerkrankung geben. Umgekehrt haben allgemeinmedizinische Erkrankungen und deren Therapie Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung.



Ausbildung für Zahnärzte aus dem Jahr 1955 wird endlich modernisiert.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) begrüßt, dass die völlig veraltete Approbationsordnung für Zahnärzte (ZAprO) nun endlich modernisiert wird.

Der Bundesrat hat der Verordnung mit der Maßgabe zugestimmt, dass die ursprünglich vorgesehene Angleichung der Studiengänge Medizin und Zahnmedizin im vor-klinischen Studienabschnitt wegen der anstehenden Novellierung der

schnitts in den Entwurf für den Masterplan Medizinstudium 2020 aufgenommen werden.

Durch die Reform werden insbesondere die Grundlagen der präventiven und restaurativen Inhalte künftig besser und frühzeitiger in die Ausbildung einbezogen. Durch mehr medizinische Unterrichtsveranstaltungen im klinischen Studienabschnitt der Zahnmedizin sollen Allgemeinerkrankungen künftig

Verbessert wird darüber hinaus die Betreuungsrelation Lehrende zu Studierenden. Gestärkt werden zudem Strahlenschutz und wissenschaftliche Kompetenz.

Zugleich ist mit der Novelle die Gleichwertigkeitsprüfung für ausländische Zahnärzte geklärt worden.

Die Novelle tritt zum 1. Oktober 2020 in Kraft. **DT**

Quelle: BZÄK

Jacob-Henle-Nachwuchspreis 2019 für Forschung zu Plattenepithelkarzinom

Auszeichnung ging an Göttinger MKG-Chirurgen Dr. Dr. Phillipp Brockmeyer.



Dr. Dr. Phillipp Brockmeyer, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der UMG, erster Preisträger des Jacob-Henle-Nachwuchspreises 2019 (links) mit Prof. Michael Schön, Dekan für Allgemeine Akademische Angelegenheiten der UMG.

GÖTTINGEN – Erstmals verlieh die Medizinische Fakultät an der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) im Juni 2019 den Jacob-Henle-Nachwuchspreis. Die Auszeichnung ging an den UMG-Nachwuchswissenschaftler Dr. Dr. Phillipp Brockmeyer von der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der

UMG für seine Studien zu Biomarkern und zur Relevanz von Immunzellen für die Prognose beim oralen Plattenepithelkarzinom. Der Nachwuchspreis ist mit 10.000 Euro dotiert.

Dr. Dr. Phillipp Brockmeyer, Jahrgang 1982, studierte in Göttingen Zahnmedizin und Humanme-

dizin. Nach Abschluss seines Zahnmedizinstudiums war er zunächst in der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie als Assistenzarzt sowie im Institut für Pathologie der UMG als wissenschaftlicher Mitarbeiter tätig. Nach Erlangen der ärztlichen Approbation begann er im September 2015 die Weiterbildung zum Facharzt für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie an der UMG. 2013 promovierte er in der Zahnmedizin. 2014 folgte die Promotion in Humanmedizin mit einer onkologischen Arbeit am Institut für Pathologie. Seit 2017 leitet Dr. Dr. Brockmeyer eine wissenschaftliche Arbeitsgruppe in der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. In seinen Forschungen befasst er sich mit dem prognostischen Einfluss klinischer, pathologischer und biologischer Faktoren im oralen Plattenepithelkarzinom, eine der am häufigsten auftretenden Formen des Kopf-Hals-Karzinoms. **DT**

Quelle: Universitätsmedizin Göttingen

Editorische Notiz (Schreibweise männlich/weiblich/divers)

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

DENTAL TRIBUNE

IMPRESSUM

Verlag
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig, Deutschland

Tel.: +49 341 48474-0
Fax: +49 341 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

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

Projektmanagement/Vertrieb
Nadine Naumann
n.naumann@oemus-media.de

Produktionsleitung
Gernot Meyer
meyer@oemus-media.de

Anzeigendisposition
Lysann Reichardt
Lreichardt@oemus-media.de

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

Lektorat
Marion Herner
Ann-Katrin Paulick

WISSEN, WAS ZÄHLT
Geprüfte Auflage
Klare Basis für den Werbemarkt
Mitglied der Informations-
gemeinschaft zur Feststellung der
Verbreitung von Werbeträgern e.V.

Erscheinungsweise

Dental Tribune German Edition erscheint 2019 mit 8 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 9 vom 1.1.2019. 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 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.

Zahnärztliche Qualitätsprüfungen: Guter Verfahrensrahmen für gesetzliche Vorgaben

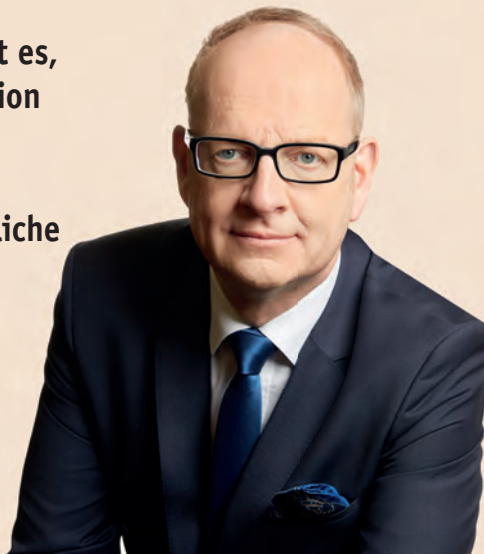
Statement von Martin Hendges, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KZBV.

BERLIN – In den kommenden Monaten beginnen bundesweit die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsprüfungen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) sind dabei verpflichtet, die Qualität der in der vertragszahnärztlichen Ver-

sorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch ausgewählte Stichproben zu prüfen. Nach dem in der vertragszahnärztlichen Ver-

sorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch ausgewählte Stichproben zu prüfen. Nach dem in der vertragszahnärztlichen Ver-

„Unser Ziel bleibt es, die hohe Motivation in den Praxen zu erhalten und die vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland flächendeckend und wohnortnah sicherzustellen.“



© KZBV/Baumann

sorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch ausgewählte Stichproben zu prüfen.

Nachdem die Qualitätsbeurteilungsrichtlinie durch das Bundesministerium für Gesundheit nicht beanstandet wurde, trat sie zum 1. Juli in Kraft. Die Prüfungen müssen spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten beginnen, also bis Ende des Jahres 2019. Da die KZVen verpflichtet sind, bis Ende März 2020 ihren entsprechenden Bericht abzugeben, müssen die Prüfungen in den Praxen rechtzeitig vorher abgeschlossen sein. Dieser zeitliche Korridor sollte bei der Planung und Umsetzung der Vorgaben unbedingt berücksichtigt werden.

Die KZBV hat den gesamten Prozess im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als stimmberechtigte Trägerorganisation aktiv begleitet und ihre Expertise sowie die zahnärztliche Perspektive auf das Thema in die Beratungen mit Kostenträgern und Patientenvertretern eingebracht. Dadurch wurde im Sinne der zahn-

sorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch ausgewählte Stichproben zu prüfen.

Wie laufen die Prüfungen ab?

Bei der Prüfung werden alle Praxen ermittelt, die in dem zu überprüfenden Zeitraum Leistungen bei ihrer KZV abgerechnet haben, die von der jeweiligen Qualitätsbeurteilungsrichtlinie erfasst sind. Aus diesen Daten werden dann in einer festgelegten Stichprobengröße Zahnärzte zufällig ausgewählt. Die Betroffenen werden aufgefordert, für zehn von der Gesonderten Stelle vorher per Zufall gezogene Patientenfälle eine zusammenhängende Dokumentation – dazu können zum Beispiel auch Röntgenbilder gehören – an die Gesonderte Stelle der zuständigen KZV zu übermitteln. Im Qualitätsgremium werden diese Fälle dann gesichtet und bewertet. Abschließend erhält der Zahnarzt einen Bescheid mit dem Gesamtergebnis der Prüfung und den sich gegebenenfalls daraus ergebenden Maß-

Datenschutz hat Priorität

Vor allem der Datenschutz spielt beim Thema Datenvalidierung und Pseudonymisierung eine große Rolle und wird von uns als äußerst wichtig erachtet. In den KZVen wurde daher die Gesonderte Stelle eingerichtet, die alle eingereichten Unterlagen bis zum Abschluss der Prüfung unverändert aufbewahrt und dann an den Zahnarzt zurückgibt. Der G-BA erstellt zudem derzeit ein spezielles Patientenmerkblatt, welches über die Datenerhebung anlässlich der Qualitätsprüfung informiert.

Hohe Motivation der Praxen erhalten

Wir wissen, dass wir qualitätsfördernde Maßnahmen nur dann erfolgreich implementieren können, wenn wir die Zahnärzte in den Praxen dabei nicht mit überbordender Bürokratie und allzu starren Reglementierungen belasten. Von dieser Maxime haben wir uns auch bei der Ausgestaltung der jetzt erstmals bevorstehenden Qualitätsprüfungen leiten lassen. Unser Ziel bleibt es, die hohe Motivation in den Praxen zu erhalten und die vertragszahnärztliche Versorgung in Deutschland flächendeckend und wohnortnah sicherzustellen. Dafür ist die Akzeptanz von Qualitätsprüfung und -beurteilung im Berufsstand eine wichtige Grundvoraussetzung. Denn Qualität lässt sich bekanntlich nicht einfach „von oben herab“ verordnen, insbesondere nicht durch die Androhung von Sanktionsmaßnahmen. Dessen sind wir uns bewusst. Zahnärzte, die sich bei ihren Behandlungen an die Vorgaben der allgemeinen Behandlungsrichtlinien halten und diese entsprechend dokumentieren, können einer möglichen Qualitätsprüfung jedoch gelassen entgegensehen. **DT**

Zehn Jahre Gutachterqualitätszirkel

Erfolgreiches Konzept der KZV und Zahnärztekammer Westfalen-Lippe.

MÜNSTER – Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV WL) und Zahnärztekammer Westfalen-Lippe (ZÄK WL) freuen sich über das Jubiläum der deutschlandweit einmaligen gemeinsamen Gutachterqualitätszirkel. Um die Qualität der Gutachten auf höchstem Standard zu sichern und um den Austausch zwischen den Gutachtern zu ermöglichen, wurden diese vor zehn Jahren etabliert.

Unter Leitung eines Qualitätszirkelmoderators aus dem Kreis der Gutachter tauschen sich die teilnehmenden Gutachter kollegial in kleinen Gruppen dabei kontinuierlich über ihre Tätigkeit aus. Im Vordergrund der Treffen stehen Fallbe-

trachtungen und deren Diskussionen, gelegentlich auch Fortbildungen zu fachlichen wie zu rechtlichen Themen. Ziel ist es dabei, die gutachterliche Tätigkeit zu optimieren. Zusätzlich werden die Qualitätszirkelmoderatoren regelmäßig von beiden Einrichtungen zu spezifischen Fortbildungen eingeladen.

Bei der Berufung zum Gutachter verpflichten sich diese in Westfalen-Lippe zur Teilnahme an der Fortbildung in Gutachterqualitätszirkeln. Mittlerweile sind zwei parodontologische Qualitätszirkel, 17 prothetische Qualitätszirkel sowie die kieferorthopädischen Gutachter fester Bestandteil dieses Konzeptes.

Hintergrund

Das auch mit den Krankenkassen vereinbarte vertragliche zahnärztliche Gutachterwesen wird in Westfalen-Lippe gemeinsam von KZV WL und ZÄK WL organisiert und dient der qualitätsgesicherten zahnärztlichen Versorgung. Zur Erfüllung der hohen fachlichen Anforderungen und zur Unterstützung des vertrauensvollen Zahnarzt-Patienten-Verhältnisses werden nur Gutachter mit ausreichend Berufserfahrung, besonderer fachlicher Qualifikation und entsprechender Sozialkompetenz von den Vorständen in das Gutachteramt berufen. **DT**

Quelle KZV WL

[dentisratio]

Der Wert Ihrer Arbeit

Unser Angebot für Ihre Praxis:

smart ZMV®

Mit einer intelligenten Abrechnungs- und Verwaltungslösung schafft [dentisratio] Freiräume in Ihrer Zahnarztpraxis.

Coaching und Fortbildung

Mit [dentisratio] bleiben Sie aktuell in den Themen

- ▶ Abrechnung und Praxisorganisation
- ▶ Personalplanung und Zeitmanagement
- ▶ Teambuilding und Praxiskultur

Betriebswirtschaftliche Beratung

Sie treffen strategische Entscheidungen, [dentisratio] berät und begleitet Sie auf Ihrem Weg zum Erfolg.

Digitalisierung der Zahnarztpraxis

[dentisratio] erarbeitet Ihr Konzept für eine zukunftssichere Transformation von der Karteikarte zum digitalen Praxissystem.

[dentisratio]

Abrechnungs- und Verwaltungsdienstleistungen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

dentisratio GmbH
Großbeerenstr. 179
14482 Potsdam

Tel. 0331 979 216 0
Fax 0331 979 216 69

info@dentisratio.de
www.dentisratio.de

Spezialisierungen zahlen sich aus

Die Höhe des Gehalts für angestellte Zahnärzte ist grundsätzlich Verhandlungssache.

DÜSSELDORF – Der angestellte Zahnarzt muss, da es keine Tarifverträge gibt, grundsätzlich sein Gehalt selber verhandeln. Empfohlen wird, nach der Assistenzzeit ein Bruttoeinstiegsgeld von 4.500 EUR monatlich zu vereinbaren, wenn es sich um ein Festgehalt handelt. Üblicherweise wird zu dem Festgehalt eine zusätzliche Beteiligung an den von dem angestellten Zahnarzt geleisteten Praxiseinnahmen vereinbart. Hierbei handelt es sich in der Regel um 15 bis 25 Prozent. Das monatliche Festgehalt für angestellte Zahnärzte wird geringer angesetzt (ca. 3.500 EUR monatlich), wenn sie am Umsatz beteiligt werden. Wenn der selbst erwirtschaftete Umsatz zum Beispiel bei 20.000 EUR im Monat liegt und die Umsatzbeteiligung ab 14.000 EUR gewährt wird, liegt durch den Überschuss von 6.000 EUR eine 25%ige Beteiligung bei 1.500 EUR. Dadurch wächst das Gesamtbruttogehalt auf 5.000 EUR pro Monat. Wenn angestellte Zahnärzte keine Umsatzbeteiligung vereinbaren, steigt das Festgehalt mit zunehmender Berufserfahrung. So kann nach zehn bis 20 Jahren das Festgehalt auf 65.000 bis 85.000 EUR pro Jahr ansteigen.

Des Weiteren gilt: Spezialisierungen für Zahnärzte zahlen sich aus! Denn Fachzahnärzte, wie Kieferorthopäden, Oralchirurgen oder aus dem öffentlichen Gesundheitswesen sowie angestellte Zahnärzte mit Zusatzqualifizierungen, wie zum Beispiel Parodontologen, erhalten in den meisten Fällen ein höheres Fest-



gehalt. Dieses kann zwischen 45.000 und 115.000 EUR pro Jahr liegen. Auch der Standort des Arbeitsplatzes macht sich im Gehalt von angestellten Zahnärzten bemerkbar. Wenn sich die Praxis in einem ländlichen Gebiet befindet, kann mit einem durchschnittlichen Festgehalt (ohne Umsatzbeteiligung) von 55.000 EUR pro Jahr gerechnet werden. In der Großstadt hingegen, mit einer Einwohnerzahl ab 100.000 Einwohnern, verdienen angestellte

Zahnärzte etwas mehr. Dort können sie mit einem durchschnittlichen Bruttogehalt von 60.000 EUR pro Jahr rechnen. [DU](#)

Die Angaben zu Gehalt, Arbeitszeiten und Umsatzbeteiligung beruhen auf den aktuellen Veröffentlichungen von Tarifverträgen/Verordnungen sowie konsolidierten Erfahrungen von Beratern der apoBank aus zurückliegenden Kundengesprächen.

Quelle: Karrierekompass apoBank

Prävention durch Zuckerreduktion

Zahnärzte fordern gesetzliche Regelungen.

MÜNCHEN – Die bayerischen Zahnärzte fordern mehr Engagement des Gesetzgebers im Kampf gegen zuckerhaltige Lebensmittel und Getränke. Durchschnittlich konsumiert jeder Deutsche pro Jahr rund 35 Kilo Zucker. Das ist mehr als das Doppelte dessen, was die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt.

Die Bundeszahnärztekammer hat gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte klare Forderungen an die Politik herangetragen. Dazu gehören die Einführung einer verständlichen Lebensmittelkennzeichnung, eine Sonderabgabe auf stark zuckerhaltige Getränke und eine Reduzierung des Zuckergehalts in Nahrungsmitteln für Kleinkinder. Dies wurde bereits im Februar mit Abgeordneten des Deutschen Bundestags diskutiert. Geschehen ist seitdem aber nichts.

„Es ist allgemein bekannt, wie schädlich sich zu viel Zucker auf die Allgemein- und Zahngesundheit von Kindern, Jugendlichen, aber auch von Erwachsenen auswirkt. Jetzt ist es an der Zeit, endlich zu handeln“, meint Christian Berger, Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer. Die Zahnärzteschaft habe in den vergangenen Jahren zwar enorme Erfolge bei der Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen erzielt, bestimmte Bevölkerungsgruppen seien aber nur schwer für Prävention und Prophylaxe zugänglich. Die Folge sei

eine ausgeprägte „Nischenkarriere“. Kinder, die ohne ausreichende Mundhygiene aufwachsen, haben deutlich mehr kariöse Zähne als ihre Altersgenossen. Das ist aus Sicht der Zahnärzte vor allem auf die Ernährung zurückzuführen. „Karies im Kleinkindalter ist weitgehend vermeidbar, wenn es gelingt, den Zuckerkonsum weiter zu reduzieren“, so Berger.

Deshalb begrüßen die bayerischen Zahnärzte Maßnahmen wie das Ende der Subventionierung von stark gesüßtem Schulkakao. Wichtig sei es aber, auch den Zuckerverbrauch in privaten Haushalten deutlich zu reduzieren.

Einen wichtigen Beitrag für die Verbesserung der Zahngesundheit leistet die Bayerische Landesärzteschaft Zahngesundheit (LAGZ), die seit Jahrzehnten Aufklärungsarbeit in Kindergärten und Schulen betreibt. „Die Zahnärzte, die sich dort ehrenamtlich engagieren, würden sich sehr darüber freuen, wenn der Gesetzgeber ihre Arbeit durch entsprechende Maßnahmen unterstützt“, so Berger. Lebensmittelindustrie, Schulen, Eltern, Politiker, Ärzte und Zahnärzte müssten an einem Strang ziehen, um die Zuckerflut endlich wirksam einzudämmen. Die Erfahrung habe gezeigt, dass sich mit freiwilligen Maßnahmen allein dieses Ziel nicht erreichen lasse. [DU](#)

Quelle: BLZK/KZVB



ZFA im Mittelfeld: Image-Ranking der Ausbildungsberufe

Deutliche Unterschiede im Ansehen dualer Ausbildungsberufe in Deutschland.

BONN – Das gesellschaftliche Ansehen der 25 am stärksten besetzten dualen Ausbildungsberufe in Deutschland unterscheidet sich zum Teil deutlich. Dies zeigen erste Ergebnisse einer noch laufenden Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) in Zusammenarbeit mit der Technischen Universität (TU) Braunschweig. Demnach werden einige duale Ausbildungsberufe im Ansehen ähnlich hoch eingeschätzt wie Berufe, für die in der Regel ein Hochschulstudium erforderlich ist. Ein geringes Ansehen zeigt sich dabei eher in Ausbildungsberufen, die auch hohe Anteile von unbesetzten Ausbildungsstellen aufweisen.

Besonders hoch angesehen sind den Ergebnissen zufolge die Ausbildungsberufe Fachinformatiker und Mechatroniker, gefolgt von Industriekaufleuten, Kfz-Mechatroniker, Elektroniker, Maler und Lackierer sowie Kaufleuten im Groß- und Außenhandel. Vergleichsweise weniger hoch angesehen sind Ausbildungsberufe wie Fachkraft für Lagerlogistik, Fachverkäufer im Lebensmittelhandwerk oder Koch. Der Ausbildungsberuf zur Zahnmedizinischen Fachangestellte landete bei der Studie im Mittelfeld und erreichte Platz 13 von insgesamt 25 ausgewählten Ausbildungen.

Der Studie liegt eine Befragung von rund 9.000 in Deutschland lebenden Personen ab 15 Jahre zugrunde, die im Zeitraum zwischen Oktober 2017 und Mai 2018 durchgeführt wurde. Darin wurden die Befragten gebeten, für eine Zufallsauswahl unter 402 Berufen auf einer Skala von 0 (sehr gering) bis 10 (sehr



hoch) anzugeben, welches Ansehen diese Berufe ihrer Meinung nach in Deutschland haben. Die Studie ist Teil des noch laufenden

BIBB-Forschungsprojekts „Berufe in Deutschland: Gesellschaftliche Wahrnehmung und Persönlichkeitseigenschaften“.

Für BIBB-Präsident Friedrich Hubert Esser kommt dem Ansehen von Berufen in der Gesellschaft in mehrfacher Hinsicht eine hohe Relevanz zu. „Das Image von Berufen spielt eine entscheidende Rolle bei der Berufsorientierung und Berufswahl, und es beeinflusst Stellenbesetzungsprozesse am Ausbildungs- und Arbeitsmarkt, da Auszubildende und Erwerbstätige aufgrund ihres Berufes eine mehr oder weniger hohe soziale Anerkennung in der Gesellschaft erfahren. Wenn wir in Zukunft mehr Jugendliche vor allem für Berufe mit Besetzungsproblemen gewinnen wollen, müssen wir die Rahmenbedingungen dieser Berufe verbessern. Hierzu gehören neben guten Übernahmemöglichkeiten nach der Ausbildung in erster Linie sichere Beschäftigungsaussichten, gute Karriereperspektiven und ein angemessenes Einkommen.“ Das BIBB wird in seinen weiteren Forschungsarbeiten innerhalb des noch laufenden Projekts untersuchen, welche Faktoren überhaupt dazu führen, dass Berufe von der Bevölkerung höher oder weniger hoch angesehen werden. Von Interesse wird dabei sein, welche Rolle das Alter, das Geschlecht oder der Bildungsabschluss der Befragten bei der Beurteilung des Ansehens von Berufen spielen. Aber auch Attraktivitäts- beziehungsweise Statusdimensionen von Berufen, wie zum Beispiel die Höhe des Einkommens, die Arbeitsplatzbelastungen und die Arbeitsplatzsicherheit sowie die Vereinbarkeit des Berufs mit Familie und Privatleben, werden Berücksichtigung finden. [DU](#)

Quelle: BIBB

Terminservicestellen kommen beim Patienten noch nicht an

Lediglich 13 Prozent der Deutschen nutzten bislang die Möglichkeit, schnell einen Termin beim Facharzt zu bekommen.

DÜSSELDORF – Die Hotline ist bereit – doch keiner ruft an. So könnte es ab Januar 2020 den Terminservicestellen im deutschen Gesundheitswesen gehen, die künftig bundesweit unter der einheitlichen Rufnummer 116117 erreichbar sein

angenommen, obwohl die Terminservicestellen bereits 71 Prozent der Bürger bekannt sind. Immerhin können sich in Zukunft 65 Prozent vorstellen, die zentrale Anlaufstelle für Patienten zu kontaktieren. Das ist Ergebnis einer repräsentativen

Wenig Wissen zu Terminservicestellen

Der Ausbau der Terminservicestellen ist Kern des neuen Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), das im Mai 2019 in Kraft getreten ist und deutliche Verbesse-

mal vier Wochen betragen darf. Lediglich 17 Prozent wissen, dass Patienten einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus wahrnehmen können, wenn der Dienst keinen Termin beim Facharzt innerhalb von vier Wochen vermitteln kann. Unter den wenigen, die bereits eine Terminservicestelle genutzt haben, ist die Zufriedenheit aber hoch – 88 Prozent würden den Dienst wieder in Anspruch nehmen.

Neun von zehn Deutschen sind bereit, Daten preiszugeben

Der Digitalisierung des Gesundheitswesens stehen die Bürger abgeschlossen gegenüber. So sind neun von zehn Deutschen dazu bereit, für die elektronische Patientenakte unter bestimmten Voraussetzungen ihre Daten preiszugeben. Etwa jeder Dritte kann sich sogar vorstellen, alle notwendigen medizinischen Informationen hinterlegen zu lassen. Andere schränken die Datenpreisgabe ein, etwa auf allgemeine Gesundheitsinformationen wie Medikamente, Allergien und Unverträglichkeiten (26 Prozent). Gänzlich lehnen nur neun Prozent der Befragten die elektronische Patientenakte ab. Wichtige Voraussetzung für die Datentreue: Der Datenschutz muss

gewährleistet sein, wie 44 Prozent bestätigen, wobei nur 26 Prozent selbst bestimmen möchten, wer welche Daten einsehen kann.

Zwei Drittel würden Beitragserhöhung akzeptieren

Mit dem TSVG weitet das Bundesgesundheitsministerium auch einige Leistungen für gesetzlich Versicherte aus. Das schätzen die Studienteilnehmer. So begrüßen die Bürger unter anderem, dass sich die Festzuschüsse bei Zahnersatz von 50 auf 60 Prozent erhöhen (89 Prozent). Zwei Drittel würden für bessere Leistungen eine Erhöhung ihres Krankenkassenbeitrags in Kauf nehmen, die Mehrheit will allerdings maximal 20 Euro monatlich mehr zahlen. Welche Leistungen die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen sollen, würden die Deutschen künftig gerne stärker mitbestimmen: Statt des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen nach Willen von 35 Prozent der Befragten künftig Patientenvertreter darüber entscheiden, die in dem Gremium derzeit nur Antrags- und Mitberatungs-, aber kein Stimmrecht haben. ¹

Quelle: PwC Germany



werden. Lediglich 13 Prozent der Deutschen haben den Service bereits genutzt, der einen schnellen Termin beim Facharzt gewährleisten soll und bislang bei den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelt war. Der Dienst wurde wenig

Bevölkerungsbefragung der Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PwC unter 1.000 Bürgern, die Auskunft darüber gibt, wie die Deutschen zu den aktuellen politischen Vorhaben der Bundesregierung im Gesundheitsbereich stehen.

rungen für gesetzlich Versicherte erbringen soll. Dass die Bürger den Service bislang kaum nutzen, liegt vermutlich an mangelnder Kenntnis: So sind nur 49 Prozent darüber informiert, dass die Wartezeit auf einen Termin beim Facharzt maxi-

ANZEIGE

SRP plus PerioChip®

Das eingespielte Team bei mäßiger bis schwerer Parodontitis

einfach | effizient | nachhaltig

SRP plus PerioChip®
reduziert Taschentiefen
signifikant besser als SRP* allein.¹

PerioChip®

Die zuverlässige Lösung
in der Parodontitis-Therapie

Informieren Sie sich jetzt bei unserem kostenfreien Beratungsservice:
0800 - 284 37 42 oder unter www.periochip.de

PerioChip® 2,5 mg Insert für Parodontaltaschen
Wirkst.: Chlorhexidinbis(D-gluconat). Zus.: 2,5 mg Chlorhexidinbis(D-gluconat) Sonst. Best.: Hydrolysierte Gelatine (vernetzt mit Glutaraldehyd), Glycerol, Gereinigtes Wasser. Anw.: In Verb. mit Zahnsteinentfernung u. Wurzelbehandlung zur unterstütz. bakterio-stat. Behandl. von mäßigen bis schweren chron. parodont. Erkr. m. Taschenbildg. b. Erwachsenen, Teil eines parodont. Behandl. programm. Gegenanz.: Überempf. geg. Chlorhexidinbis(D-gluconat) o. einen der sonst. Bestandt. Nebenw.: Bei ungef. einem Drittel der Patienten treten während der ersten Tage n. Einleg. des Chips Nebenw. auf, die normalerweise vorübergeh. Natur sind. Diese können auch auf mechan. Einlegen des Chips in Parodontaltasche od. auf vorhergehende Zahnsteinentfernung zurückzuführen sein. Am häufigsten treten Erkr. des Gastrointestinaltr. (Reakt. am Verabr.ort) auf. Gelegentl.: Infekt. d. ob. Atemwege, Lymphadenopathie, Schwindel, Neuralgie, Zahnfleischhyperplasie, -schrumpfg., -juckreiz, Mundgeschwüre, Zahnempfindl., Unwohlis., grippeähnli. Erkrank., Pyrexie. Nicht bekannt: Überempfindlichkeit (einschl. anaph. Schock), allerg. Reaktionen wie Dermatitis, Pruritus, Erythem, Ekzem, Hautausschl., Urticaria, Hautreiz. u. Blasenbildg. aus Berichten nach Zulassg.: system. Überempfindl. (einschl. anaph. Schock), Weichteilnekrose, Zellgewebsentzünd. u. Abszess am Verabr.ort, Geschmacksverlust, Zahnfleischverfärbg. Weitere Hinw.: s. Fachinform. Apothekenpflichtig. Stand: 08/2018. Pharmaz. Untern.: Dexcel® Pharma GmbH, Carl-Zeiss-Straße 2, 63755 Alzenau, Deutschland, Tel.: +49 (0) 6023 94800, Fax: +49 (0) 6023 948050

¹ Soskolne, W.A. et al. (2003): Probing Depth Changes Following 2 Years of Periodontal Maintenance Therapy Including Adjunctive Controlled Release of Chlorhexidine. J Periodontol, Vol. 74, Nr. 4, p. 420 - 427; *Scaling und Root Planing



Frakturprophylaxe: Höckerwinkel, Zentrik und Schliiffacetten im Fokus

Lange bevor ein Zahn bricht, beginnt er zu schmerzen. Dann ist es höchste Zeit, die Überlastung zu entfernen. Von Dr. med. dent. W. Weilenmann, Wetzikon, Schweiz.

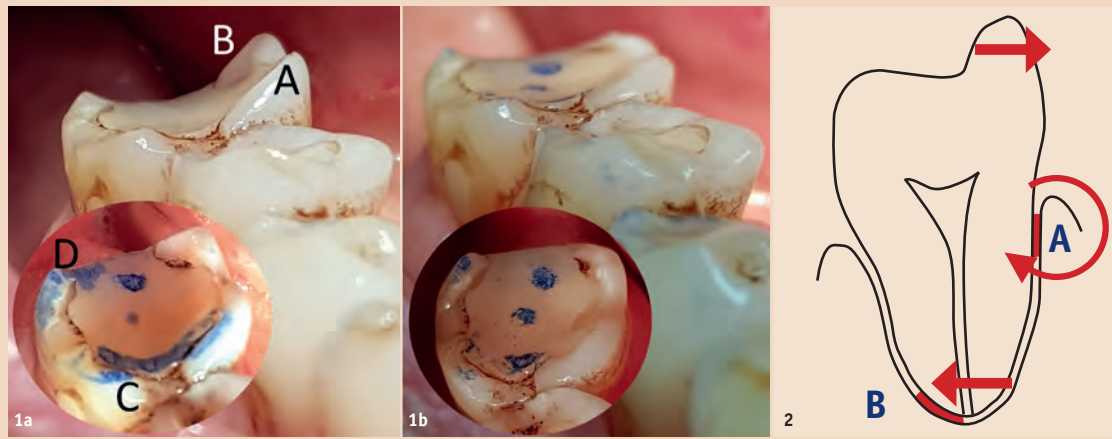
Seit der Publikation des Artikels „Vertikale Zahnfrakturen bedeuten keinesfalls das Ende eines Zahnlebens“ in der *Dental Tribune* 1/2015 sind über 150 betroffene Patienten (davon über 50 aus Deutschland) beim Autor erschienen. Alle besuchten zuerst mehrmals ihre Zahnärzte wegen den typischen Vorzeichen einer Fraktur: blitzartige oder stumpfe Kauschmerzen und/oder eine Kaltempfindlichkeit. Die Kollegen haben aber nichts gesehen, und oft auch ein zweiter Zahnarzt nicht. Dann aber litten die Patienten sehr große Schmerzen, und es hieß, der Zahn sei frakturiert und verloren. Die Patienten verweigerten die Extradition und fanden im Internet die obige Publikation. Der Autor konnte bis auf elf Zähne alle wieder symptomfrei machen und mit der beschriebenen verstärkten Kompositfüllung versorgen. Zähne sind gekerbte Körper und unterliegen der Kerbwirkung. Sie ist im Maschinenbau ein wichtiges Thema. Frakturen entstehen erst, wenn drei bestimmte Formfaktoren gewisse Ausmaße annehmen und zugleich hohe Kräfte auftreten, Schwachstellen vorhanden sind und genügend viele Belastungszyklen stattgefunden haben. Die Formfaktoren lassen sich auf die Zähne übertragen. Es sind der Höckerwinkel, die Zentrik und die Schliiffacetten. Erst wenn man die Pathomechanismen der Formfaktoren (Abb. 1a und b) und die Vorzeichen der Fraktur (Abb. 2) versteht, begreift man sie als Okklusionsfehler und wie man diese eliminiert.

1. Okklusionsfehler: steiler Höckerwinkel

Die Höckerwinkel diagnostiziert man, indem man in sagittaler Richtung über die Kauflächen der Seitenzähne schaut (Abb. 1a und b, 4a und b sowie 15). Ihre Pathomechanismen sind:

- Überproportional starke Bildung von Spaltkräften (Abb. 3).
- Überlastungen bei fehlendem Gruppenkontakt (Abb. 4a und b).

Beißt man beispielsweise mit einer Kraft von einem Kilopond auf zähe Nahrung, so entsteht bei 180° Höckerwinkeln keine Spaltkraft (Zahn 46 in Abb. 1b), bei Höcker-



1. Okklusionsfehler: steiler Höckerwinkel

$$\text{Spaltkraft} = \frac{\text{Kaukraft}}{\tan(\text{Höckerwinkel}/2)}$$

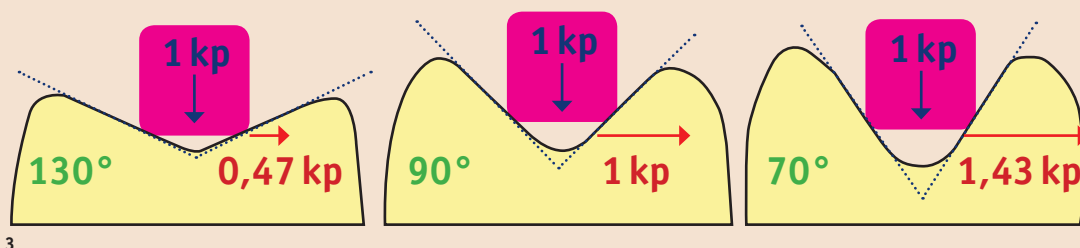


Abb. 1a und b: Zahn 46 mit Kauschmerz, Kaltempfindlichkeit und Schmelzriss mesial wegen den vier Okklusionsfehlern A (steiler Arbeitskontakt), B (steiler breitflächiger Nahkontakt), C und D (je gleichzeitige Arbeits- und Balancekontakte resp. Kerben beim Antagonisten). Rechts: Nach dem Einschleifen konnte der Patient sofort wieder kräftig und schmerzfrei kauen. Die Kaltempfindlichkeit verschwand bereits nach wenigen Tagen. – Abb. 2: Pathogenese der Kaltempfindlichkeit: Der wiederholte Druck gegen den steilen Höcker quetscht das Parodont bei A und B gleichermaßen. Aber A wirkt wie ein Hypomochlion, sodass sich bei B der Apex bewegt. Dies führt rein mechanisch zu einer bakterienfreien, reversiblen Pulpitis, die den Zahn kaltempfindlich werden lässt. – Abb. 3: Höckerwinkel bei 130°, 90° und 70° und seine Spaltkraft (rot), alle bei einer Kaukraft von 1 kp auf ein zähes Kaugut. Der Tangens in der Formel bewirkt einen überproportional starken Anstieg der Spaltkraft bei kleinen Höckerwinkeln (Wirkungsprinzip der Axt). Belastet die Kaukraft nur einen der beiden Höcker (wie bei einer Mahlbewegung), so ist die Spaltkraft höchstens so groß wie die Kaukraft.

winkeln von nahezu 0° aber eine sehr große. Letztere finden sich zum Beispiel bei schlechten Provisorien, die zirkulär den senkrechten Kavitätenrand entblößen. Da kann ein einziger Biss auf ein Körnchen den ganzen Zahn spalten. Provisorien bei steilen Höckerwinkeln, vor allem nach Endodontie, können nach kurzer Zeit eine Fraktur provozieren.

Überlastete Höcker brechen gerne ab, wonach die Patienten jeweils sofort wieder schmerzfrei kauen können.

2. Okklusionsfehler: gekerbte Zentrik

Kerben sind scharfkantige zentrale Kontakte. Die antagonistische Höckerspitze ist ebenfalls scharfkantig. Zudem bestehen gleichzeitige Kontakte auf der Arbeits- und

Balanceseite. Ihre Pathomechanismen sind:

- Bildung von Spannungsspitzen und Haarrissen (Abb. 5 und 6).
- Blockierung der Seitbewegungen, deshalb Zahnlockerung (Abb. 14b) oder Quetschung der Pulpa im apikalen Desmodont (wie in Abb. 2).

Die Haarrisse entstehen besonders dann, wenn der Zahn eine Materialschwäche aufweist, beispielsweise in Form einer tiefen Fissur (= dünnes Pulpdach), Amalgamfüllung oder D1-Karies. Geschwächte Höcker sind mikrobeweglich und verursachen sehr viel Spaltkorrosion (Abb. 7). Die Quetschung der Pulpa führt zu Schmerzen, die oft unnötigerweise mit einer Wurzelbehandlung statt mit Frakturprophylaxe therapiert werden.

3. Okklusionsfehler: breitflächige Schliiffacetten

Schliiffacetten macht man am besten mit dem textilen Hanel® Artikulationsband sichtbar (Abb. 1a und b sowie 8 und 14). Aber Achtung: Der Patient schont den schmerzhaften Zahn, sodass die Schliiffacetten erst nach mehreren Anfärbungen sichtbar werden. Ihre Pathomechanismen sind:

- Erhöhung der Kaukraft wegen schlechter Schneidleistung (Abb. 8).
- Erhöhung der Bruchgefahr beim Knirschen (Abb. 9).

Zähne mit punktförmigen Kontakten erleiden nur kleine Spaltkräfte (Abb. 8, links). Bei abgenutzten Zähnen hingegen muss der Patient kräftiger kauen (wie wenn er das Kaugut mit dem Messergriff statt mit der Messerspitze zerschnei-

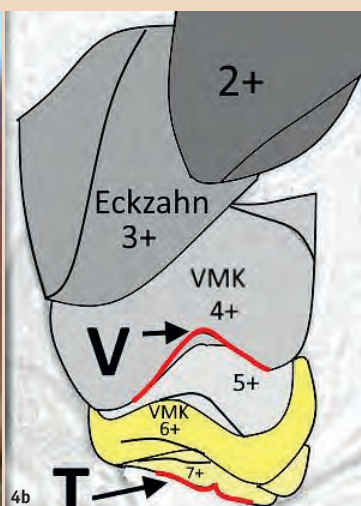
den müsste). Es entstehen bis zehnfach höhere Spaltkräfte (Abb. 8, Mitte).

Beim Knirschen reibt man zwei Schliiffacetten gegeneinander. Eine Knirschbewegung auf einer großen Schliiffacetten dauert ein bis zwei Sekunden und erzeugt vier bis neun Spannungsspitzen (Abb. 9). Beim Verschieben der Zähne über die Schliiffacetten verschwinden die Spannungsspitzen mehrmals ruckartig und bauen sich sofort wieder auf. Das beschleunigt die Materialermüdung. Kurze Schliiffacetten ermöglichen nur kleine Knirschbewegungen mit wenigen Spannungsspitzen.

Die Frakturprophylaxe

Die Frakturprophylaxe reduziert die Spaltkräfte und Spannungsspitzen, indem sie alle drei Formfaktoren verändert.

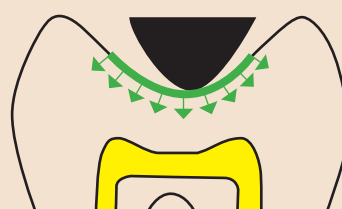
- **Steile Höckerwinkel:** Sie werden durch Abflachen der Höckerabhängige und Entfernen der Kontakte auf der Balanceseite eliminiert. Das Ziel ist ein 130°-Höckerwinkel, weil dann die Spaltkraft nur 50 Prozent der Kaukraft beträgt. Er war der Normalfall in vorindustrieller Zeit (Abb. 10).
- **Kerben am Zentrikboden:** Wenig eingesunkene Kerben werden bloß an ihrem Rand entlang beschliffen (Abb. 16). Tief eingekerbte Zentriken werden mit Komposit erhöht. Dazu wird zuerst der antagonistische Höcker ein bis zwei Millimeter gekürzt und seitlich reduziert, damit er schlanker wird. Eine allenfalls vorhandene alte Amalgam- oder Kompositfüllung wird entfernt. Kommt ein Haarriss zum Vorschein, wird er mindestens teilweise ausgebohrt. Nach der adhäsiven Vorbereitung wird absichtlich zu viel Komposit in die Kavität eingefüllt. Nun werden die prospektiven Kontakte durch Zubeißen (nach Anwendung von Distelöl als Separierflüssigkeit) sichtbar gemacht (Abb. 16). Allenfalls muss man jetzt den Antagonisten noch mehr kürzen und schlanker machen. Nach der Polymerisation wird die Zentrik unter sorgfältigem Erhalt des zentralen Kontaktpunktes flach ausgerundet (Abb. 5, rechts).



2. Okklusionsfehler: gekerbter Zentrikboden

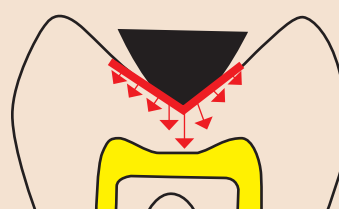
Zentrik ausgerundet

Spannungen gleichmäßig verteilt



Zentrik mit Kerbe

Spannungsspitzen unter der Kerbe



Zentrik mit Haarriss

mit Komposit verstärkt und ausgerundet

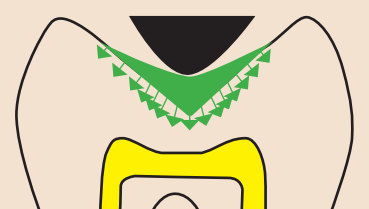
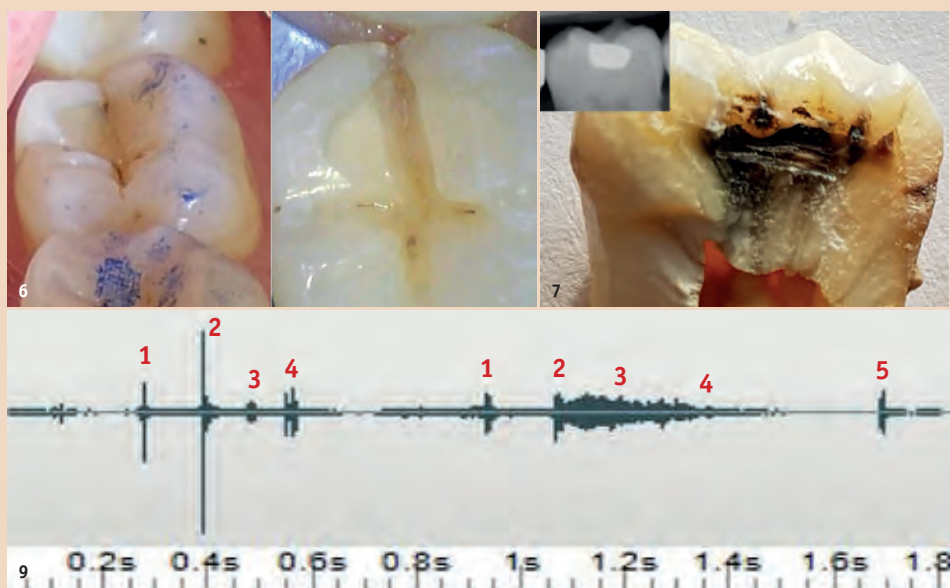


Abb. 4a und b: Steile (V = 90°) und flache (T = 180°) Höckerwinkel im selben Quadranten verunmöglichen den Gruppenkontakt. Der Zahn 4+ wird zwangsläufig überlastet. – Abb. 5: Links: Zentrikboden ideal ausgerundet. Mitte: Kerbe wegen scharfer Höckerspitze und mit Spannungsspitzen an der schwächsten Stelle. Rechts: Frakturprophylaktisch therapiert mit abgerundeter Höckerspitze und einem Kontakt in der Mitte der Zentrik.



3. Okklusionsfehler: breitflächige Schliffacetten

$$\text{Nötiger Kaudruck} = 5 \text{ at} = \frac{\text{Kaukraft}}{\text{Kontaktfläche}} = \frac{5 \text{ kp}}{100 \text{ mm}^2}$$

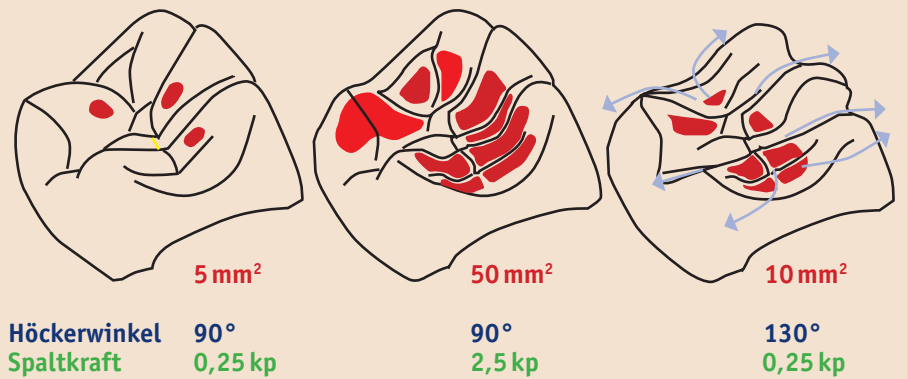


Abb. 6: Zahn 37 mit blitzartigem Kauschmerz (Dehnung des Haarrisses) und Kaltempfindlichkeit (gemäß Abb. 2). Die zentrale Fissur wirkt wie eine Kerbe, und die minimale Fissurenkaries ist eine Materialschwäche. Man beachte den Haarriss (rechts). – Abb. 7: Zahn 37 mit einer kleinen, etwa 40 Jahre alten Amalgamfüllung. Pulpnekrose und Versprödung des Dentins durch Spaltkorrosion. Keine Schmerzen bis zum Moment der Fraktur. – Abb. 8: Um die nötige Schneidleistung (= Kaudruck) zu erreichen, muss die Kaukraft proportional zur Kontaktfläche erhöht werden. Links: Jugendliche punktförmige Kontakte. Mitte: Breitflächige Kontakte mit zehnfacher Spaltkraft(!). Rechts: nach der Frakturprophylaxe wird die Spaltkraft wieder harmlos. – Abb. 9: Visualisiertes Geräusch einer Knirschbewegung. Schliffacetten mit vier bis neun Knacktönen resp. Spannungsspitzen pro Sekunde.



Abb. 10: Flache Höckerwinkel und minimale Fissuren. Archäolog. Gebiss aus dem 7.–14. Jh. – Abb. 11: Wurzelbehandelter 27 mit frakturierter, erst vier Jahre alter Kompositfüllung. Adhäsion stärker als Kohäsion. Ätiologie: Breite Schliffacetten auf der Balanceseite bei starkem Knirschen, breiter Nahkontakt auf der Arbeitseite. – Abb. 12: Typische Höckerfraktur neben einer etwa 30 Jahre alten Amalgamfüllung. Inset: Schrittweises Risswachstum im verfärbten Dentin. – Abb. 13a und b: Bitewings 2010. Direkte Überkappung unter Komposit bei 26, vier kleine Amalgamfüllungen. – Abb. 14a und b: Zähne 36/37 vorher (a) und nachher (b) bukkal gekürzt, die Zentriken ausgerundet und die Balancekontakte entfernt. – Abb. 15a und b: Zähne 26/27 vorher (a) und nachher (b) mit erhöhten, flach ausgerundeten Zentriken, kleinen Arbeitskontakten und entfernten Balancekontakten. – Abb. 16: Zähne 26 und 27. Tentative, noch zu tiefe Zentriken im weichen Komposit vor dem zweiten Einschleifen der bukkalen Höcker 36/37.

• **Breitflächige Schliffacetten und Nahkontakte:** Liegen sie der Zentrik an, so verkleinert man sie durch mehrere Abflussrillen nach lingual, bukkal und approximal; liegen sie bukkal oder oral, verkleinert man sie rundum zu kleinen Farbpunkten. Auf der Balanceseite eliminiert man alle Kontakte (Abb. 8, rechts).

Die neuen Zahnformen führen bei fast allen Patienten sofort zu einem besseren Kaugefühl. Sie ändern auch die Bewegungsabläufe beim Knirschen. Die Adhäsion des Komposits am Dentin ist höher als die Kohäsion des Dentins. Deshalb können Haarrisse mindestens teilweise repariert werden. Neben adhäsiven Kompositfüllungen bricht selten ein Höcker ab, und Frakturen

entstehen eher im Komposit als zwischen Komposit und Höcker (Abb. 11). Im Gegensatz dazu brechen überlastete Höcker neben alten Amalgamfüllungen gerne ab, weil Amalgam keine Adhäsion besitzt (Abb. 12). Bei nicht klebbaren Flächen wie Gold und Porzellan genügen ein Millimeter tiefe Retentionen zur Verankerung des Komposits.

Fallbeispiel

Der 57-jährige Patient hat typische Frakturvorzeichen: blitzartige Kauschmerzen an Zahn 26 seit drei Wochen. Die bevorzugte Kauseite ist links wegen der Zahnlucke bei Zahn 16 (Abb. 13a). Der Zahn 26 war immer unauffällig außer 2004, da bekam er ein tiefes Komposit mit direkter Überkappung (CaOH₂) als Ersatz für eine

alte Amalgamfüllung (Abb. 13b). Es könnte also eine irreversible Pulpitis vorliegen. Der Kauschmerz ist heftig, vergeht aber jeweils rasch und entsteht nur genau in dem Moment, wenn er auf ein hartes Körnchen beißt. Das rasche Abklingen weist auf eine gesunde Pulpa hin. Also fällt der Verdacht auf Okklusionsfehler. Zwar ist kein Haarriss zu sehen, dafür aber Höckerwinkel von teilweise 90°, Kerben in den Amalgamfüllungen an 36 und 37, viele breite Kontakte auf schiefen Flächen und kaum eine Abflussrinne (Abb. 14a und 15a). Welche Höcker soll man kürzen und welche Zentriken erhöhen? Die einfachste Lösung war, das Komposit von 26 zu erhöhen, das kleine Amalgam bei 27 zu ersetzen und 36/37 lediglich einzuschleifen.

Zuletzt liegt die Hauptlast auf horizontalen Flächen und abgerundeten tragenden Höckern (OK palatinal und UK bukkal) (Abb. 14b und 15b). Ein Einbiss ins weiche Komposit (mit Distelöl als Separierflüssigkeit, Abb. 16) erlaubt ein zweites, korrigierendes Einschleifen vor dem Härten. So können ideale Zentriken und Höckerwinkel modelliert werden, und so entstehen sichere Kontaktpunkte in der Mitte der Zentriken (Abb. 15b). Der Patient konnte in der Folge sofort wieder schmerzfrei kauen. Preis: 310 CHF/ca. 280 Euro.

Danksagung

Der Autor bedankt sich bei Marvin Rueppel, MSc ETH in Mechanical Engineering, für die hilfreichen Erklärungen zu den Frak-

turmechanismen bei Polymeren und Faserverbundwerkstoffen. DT

Kontakt



Dr. med. dent. Walter Weilenmann

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

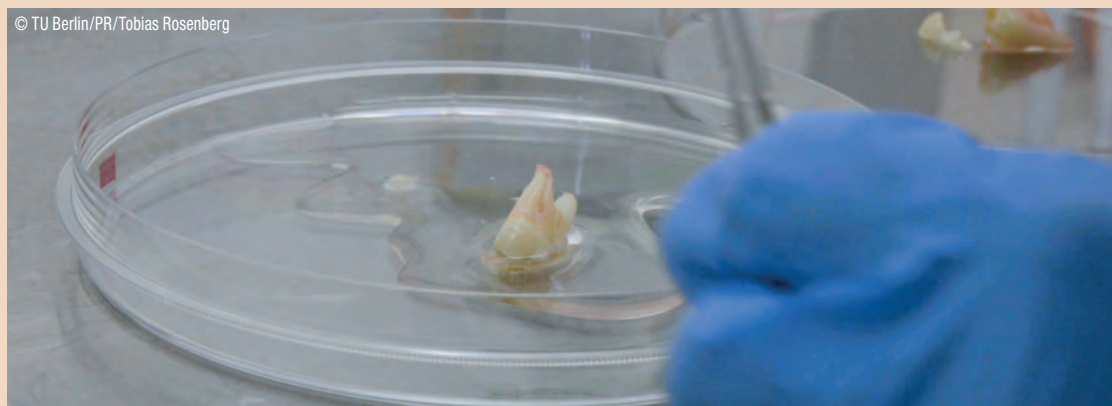


Kultivierung natürlicher dritter Zähne

Wissenschaftler der TU Berlin arbeiten an Zähnen aus körpereigenem Material.

BERLIN – Haie können es, Krokodile können es, Nagetiere können es auch. Die Rede ist von nachwachsenden Zähnen. Wie sieht es aber beim Menschen aus? „Grundsätzlich geht die Wissenschaft davon aus, dass auch der menschliche Kiefer lebenslang über die Informationen verfügt, die für das Wachstum neuer Zähne notwendig sind“, so Dr. Jennifer Rosowski, wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Prof. Dr. Roland Lauster, Abteilung Medizinische Biotechnologie an der TU Berlin, die dem Thema der nachwachsenden Zähne ihre Doktorarbeit gewidmet hat. Die Frage ist, wodurch dieser Prozess getriggert wird.

Natürlicherweise entstehen Haare, Zähne oder auch Nägel als Folge der sogenannten mesenchymalen Kondensation. Als Folge dieser Kondensation beginnen sie, über spezifische Botenstoffe mit den umliegenden Zellschichten im Kiefer zu interagieren. Die Information, welcher Zahn gebildet werden soll – Schneide-



Aus den Pulpazellen gezogener Zähne werden im Labor durch eine spezielle Kultivierung die Zahnkeime generiert.

oder Backenzahn –, kommt dabei aus dem umliegenden Kiefergewebe.

Der Ansatz der Forscher der TU Berlin für die natürlichen dritten Zähne klingt ebenso simpel wie genial: Sie gewinnen aus dem Inneren eines extrahierten Zahnes dentale Pulpazellen, die sie so kultivieren und dedifferenzieren, dass sich daraus ein aktiver Zahnkeim bildet. Würde man diesen Zahnkeim einem

Patienten einpflanzen, so die Idee, beginnt er mit dem umliegenden Gewebe zu kommunizieren und löst damit die gesamte Kaskade an Botenstoffen aus, die die Zahnbildung initiiert.

Konkurrierende Arbeitsgruppen haben im Tiermodell bereits den konzeptionellen Beweis erbracht: Sie konnten zeigen, dass ein in den Kiefer implantierter Zahnkeim tatsäch-

lich wieder zu einem kompletten Zahn auswächst. Das Team um Prof. Lauster sieht jedoch in der eigenen Methode einen entscheidenden Wettbewerbsvorteil: Alle konkurrierenden Forschungsgruppen verwenden embryonale Stammzellen, um Zahnkeime herzustellen. „Damit ist die reale Anwendung des Verfahrens eigentlich ausgeschlossen, da die Verwendung von Stammzellen in

den meisten Ländern ethisch hoch umstritten und gesetzlich nicht zugelassen ist“, erläutert Jennifer Rosowski. „Wir würden dagegen ausschließlich Zellmaterial aus patienteneigenen Zähnen nutzen. So vermeiden wir alle ethischen und rechtlichen Bedenken und haben dazu den entscheidenden Vorteil, dass es sich im Falle einer realen Anwendung um körpereigenes Gewebe handelt: Der neue Zahn würde also keine Abstoßungsreaktion hervorrufen.“

Die für die Forschung benötigten Zähne stellte die Oralchirurgie der Charité Universitätsmedizin Berlin in Form von herausoperierten Weisheitszähnen zur Verfügung. Das Verfahren wurde inzwischen weltweit patentiert. Nachdem alle In-vitro-Versuche erfolgreich abgeschlossen wurden, stehen die Zahnkeime jetzt vor den ersten präklinischen Tests. [DU](#)

Quelle: TU Berlin

Erkennung von Influenzaviren durch neu entdecktes Molekül

Es bildet einen neuen Ausgangspunkt für Alternativen zur Influenzaimpfung.



BELLINZONA – Wissenschaftler des Instituts für biomedizinische Forschung (IRB, angeschlossen an die USI Università della Svizzera Italiana, Schweiz) haben mit SIGN-R1 ein Molekül entdeckt und identifiziert, das in der Lage ist, die verschiedenen Varianten der Influenza zu erkennen und damit die Immunreaktion der betroffenen Patienten zu „lenken“. Die Forschungsergebnisse, die den Weg für die Entwicklung alternativer Therapien zur Impfung ebneten, wurden in der Fachzeitschrift *Nature Microbiology* veröffentlicht.

Jährliche Neuimpfung obsolet?

Influenza ist eine der häufigsten Krankheiten weltweit. Trotz der Entwicklung wirksamer Impfstoffe kann das Virus jedoch mutieren und der körpereigenen Abwehr entkommen. Zum Schutz ist daher eine jährliche Neuformulierung des Impfstoffs erforderlich – in den letzten Jahren wurden alternative Methoden untersucht, die das Virus vollständig neutralisieren und eine jährliche Neuimpfung obsolet machen könnten. Das Forscherteam am IRB in Bellin-

zona hat nun unter der Leitung von Dr. Santiago González ein Molekül identifiziert, das von den Zellen des Immunsystems exprimiert wird und für die Erkennung des Virus und die Alarmierung der Wirtsabwehr verantwortlich ist. Dieses Molekül – SIGN-R1 – kann mehrere Varianten des Influenzavirus erkennen und steuert die Immunantwort, um das Virus zu zerstören. Interessanterweise kann SIGN-R1 sich auch an andere wichtige Atemwegserreger wie *Streptococcus pneumoniae* binden.

Die Forschungsergebnisse eröffnen die Möglichkeit, alternative Therapien zur Impfung gegen respiratorische Krankheitserreger, einschließlich Influenzaviren, auf der Grundlage der Verwendung neuer Moleküle aus derselben Familie wie SIGN-R1 zu entwickeln. Die potenziellen Behandlungsmöglichkeiten erstrecken sich auf alle klinischen Fälle, in welchen Patienten bereits infiziert sind, die Impfung nicht effizient genug ist oder die Impfstoffe nicht geeignet sind (ältere Menschen und Kinder). [DU](#)

Quelle: IRB

Entscheidender Faktor bei Alzheimer: Gingiva-Bakterien

Norwegische Studie liefert DNA-basierten Beweis.

BERGEN – Norwegische Forscher haben festgestellt, dass Zahnfleisch-erkrankungen eine entscheidende Rolle dabei spielen, ob ein Mensch an Alzheimer erkrankt oder nicht.

„Wir haben nun einen DNA-basierten Beweis dafür entdeckt, dass sich das Bakterium, welches Gingivitis verursacht, vom Mund zum Gehirn bewegen kann“, sagt Studienleiter Piotr Mydel, MD, PhD vom Broegelmanns Forschungszentrum der Abteilung für klinische Wissenschaft, Universität Bergen.

Diese Bewegung der Gingiva-Bakterien war bereits bekannt – im Gehirn scheiden sie dann schädliche Enzyme aus, die die lokalen Nerven-

zellen zerstören können. Jetzt hat Mydel gemeinsam mit seinem Team zum ersten Mal DNA-Beweise für diesen Prozess aus dem menschlichen Gehirn extrahiert. Dafür wurden 53 Personen mit Alzheimer untersucht – in 96 Prozent der Fälle wurde das Enzym entdeckt.

Er betont, dass das Bakterium nicht allein für eine Erkrankung an Alzheimer verantwortlich sei, sein Vorhandensein das Risiko für die Krankheit aber erheblich steigere und auch zu einem schnelleren Fortschreiten beitrüge. Laut Mydel bietet dieses Wissen Forschern einen möglichen neuen Ansatz zur Bekämpfung von Alzheimer.

„Wir haben es geschafft, ein Medikament zu entwickeln, das die schädlichen Enzyme der Bakterien blockiert und die Entwicklung von Alzheimer verzögert. Wir planen, dieses Medikament noch dieses Jahr zu testen“, so Mydel.

Die gute Nachricht ist dabei, dass Patienten selbst zu einer Verlangsamung von Alzheimer beitragen können – indem sie ernsthafte Mundhygiene betreiben und regelmäßig ihren Zahnarzt aufsuchen.

Die Studie wurde in *Science Advances* veröffentlicht. [DU](#)

Quelle: Universität Bergen (UiB)

Risiko Triclosan: Osteoporose durch Zahnpasta?

Chinesische Studie untermauert negative Wirkung des Desinfektionsmittels.

HANGZHOU – Neben Brustkrebs, Spermien-, Leber- und Muskelschädigungen, Förderung von Antibiotika-Resistenzen, Allergien und Hautreizungen ist die Liste der Nebenwirkungen von Triclosan mit einer aktuellen Studie aus China um einen weiteren Punkt ergänzt worden: Osteoporose.

Schon länger wird von Medizinern und Experten gefordert, das Desinfektionsmittel Triclosan als Zusatz in Reinigungsmitteln, Kosmetika, Kleidung und vor allem Zahnpasta zu verbieten. Die Nachteile überwiegen eindeutig gegenüber den Vorteilen. Manche Experten behaupten sogar, dass Triclosan oft keinen Nutzen hat.

Eine chinesische Studie, die im *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* erschienen ist, untermauert die negativen Wirkungen von Triclosan nun erneut. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass das Desinfektionsmittel zu porösen Knochen führen kann und somit Osteoporose begünstigt, besonders bei Frauen in und nach der Menopause.

Die Wissenschaftler der Hangzhou Medical College School of Public Health analysierten Daten aus den Jahren 2005 bis 2010 von über 1.800 amerikanischen Frauen ab 20 Jahren, die sie der National Health and Nutrition Examination Survey entnahmen. Verglichen wurde der Triclosan-Gehalt

im Blut mit der Knochenmineraldichte im Femur, intertrochantär sowie der Lendenwirbelsäule. Auffällig war dabei, dass Frauen mit niedrigem Triclosan-Gehalt im Urin eine höhere Knochenmineraldichte aufwiesen als Frauen, die eine größere Menge Triclosan im Urin hatten. Letztere litten zudem zweieinhalb Mal häufiger an Osteoporose.

Da es sich bei dieser Studie lediglich um eine epidemiologische Untersuchung handelt, raten die Forscher dringend dazu, diese Ergebnisse in einem experimentellen Versuch zu verifizieren. [DU](#)

Quelle: ZWP online

ANZEIGE

So macht Endo richtig Spaß - www.legeartis.de

Die lege artis-Endo-Lösungen MIT INTEGRIERTEM



ESD-ENTNAHMESYSTEM: Einfach - Sicher - Direkt

Prof. Dr. Anton Sculean zum IAP-Präsidenten gewählt

Über die Ziele seiner Präsidentschaft spricht der Wissenschaftler im Interview mit Majang Hartwig-Kramer, Redaktionsleitung *Dental Tribune D-A-CH*.

Prof. Dr. Anton Sculean, Direktor der Klinik für Parodontologie und geschäftsführender Direktor der zmk Bern, wurde beim diesjährigen Kongress der International Academy of Periodontology (IAP) Anfang Juni in Bangkok zum Präsidenten der Organisation gewählt.

Herr Professor, beim Kongress der IAP in Bangkok sind Sie für die nächsten zwei Jahre zum Präsidenten gewählt worden. Was haben Sie sich für die Zeit Ihrer Präsidentschaft vorgenommen?

Prof. Dr. Anton Sculean: Es ist eine große Ehre für mich, zum Präsidenten der IAP gewählt worden zu sein. Die IAP ist die globale Organisa-

Einige wissenschaftliche Daten liefern den Hinweis, dass in den meisten westeuropäischen Ländern, USA und Kanada durch die Verbesserung der Prophylaxekonzepte, der verbesserten zahnärztlichen Ausbildung in den Bereichen der Prophylaxe, aber auch durch die bessere Aufklärung der Bevölkerung die Prävalenz der schweren Formen parodontaler Erkrankungen abgenommen hat. Zu der Prävalenz in den meisten Ländern in Osteuropa, Asien, Afrika sowie Mittel- und Südamerika gibt es wenige Daten, es ist jedoch anzunehmen, dass hier keine signifikanten Verbesserungen erreicht wurden. Genau in diesen Regionen der



Prof. Dr. Sculean (5. v. r.) nach seiner Wahl zusammen mit den Mitgliedern des IAP-Vorstands.

tion, die sich als Ziel gesetzt hat, die Parodontologie in Forschung und Behandlung in allen Ländern der Welt zu fördern. Für meine Amtszeit habe ich mir Folgendes vorgenommen:

1. Die enorme Bedeutung der Parodontologie für den langfristigen Erhalt der Zähne, der Mundgesundheit und der Lebensqualität zu unterstützen.
2. Die Rolle der IAP als internationale Organisation für die Förderung „evidenzbasierter Therapiekonzepte“ zur Behandlung parodontaler und periimplantärer Erkrankungen zu stärken.
3. Die neue Generation von Zahnärzten, vor allem in den Ländern, in denen die Parodontologie nicht optimal vertreten ist, wissenschaftlich und klinisch zu fördern. Ein erster Schritt in diese Richtung ist die Vergabe von Stipendien, die den Aufenthalt und die Durchführung von wissenschaftlichen Projekten an Top-Universitäten weltweit ermöglicht.

Parodontitis ist weltweit eine der am weitesten verbreiteten Krankheiten überhaupt: Haben die Bemühungen, diese Krankheit einzudämmen, schon Erfolge erzielt?

Welt gibt es noch viel zu tun, und das ist eben auch eine der Hauptaufgaben der IAP.

Prävention – Diagnose – Behandlung: An welchen Stellschrauben müsste Ihrer Meinung nach gedreht werden, um die Ausbreitung parodontaler Erkrankungen zu stoppen?

Die ersten beiden Punkte, d.h. die Prävention und Diagnose, sind sicherlich die wichtigsten. Wie bereits erwähnt, sehe ich hier die Möglichkeit, durch die bessere Ausbildung und die Sensibilisierung der Zahnärzte und des gesamten zahnärztlichen Personals im Bereich Prophylaxe und Diagnose (z.B. PGU oder PSI) Änderungen herbeizuführen. Parallel dazu ist es enorm wichtig, die Gesamtbevölkerung in den Bereichen der Selbstdiagnostik, der Rolle der häuslichen Mundhygiene-Maßnahmen mittels verschiedener Kampagnen aufzuklären.

Vielen Dank für das Gespräch und vor allem auch viel Erfolg für die Umsetzung Ihrer Ziele während Ihrer Präsidentschaft. ☑

Steigern Sie den Erfolg Ihrer Praxis.

Mit dem Marktführer jameda – Ihrem Partner für den digitalen Patientenkontakt.

jameda bietet Ihnen:

- ✓ Gezielte Akquise von passenden **Wunschpatienten**
- ✓ **Effizienzsteigerung** Ihrer Praxis und **Entlastung** in Ihrer täglichen Arbeit
- ✓ **Umfassender persönlicher Support** und Schulungen



3 Monate geschenkt!

Besuchen Sie uns auf dem **60. Bayerischen Zahnärztetag am Stand A8** und profitieren Sie von unserem **Kongressrabatt:**

Sie erhalten das jameda Premium-Profil Ihrer Wahl für 15 Monate – zum Preis von 12 Monaten.

 **jameda**
einfach zum passenden Arzt