

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · German Edition

No. 5/2018 · 15. Jahrgang · Leipzig, 13. Juni 2018 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 €



Statine in Parodontologie

Die lokale Applikation von Statinen als Zusatz zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie führt zu signifikanten Verbesserungen. Von Priv.-Doz Dr. Kristina Bertl, Malmö, und Kollegen. ▶ Seite 8f



Fortbildungsprogramm

Im Herbst 2018 startet CAMLOG ein neues Programm zu betriebswirtschaftlichen Themen. Michael Ludwig, Geschäftsführer CAMLOG D-A-CH, steht Rede und Antwort. ▶ Seite 10f



Neues Abformmaterial

Die R-dental Dentalerzeugnisse GmbH hat mit R-SI-LINE® HEAVY-EXACT K ein neues Präzisionsmaterial für implantologische Abformungen auf den Markt gebracht. ▶ Seite 15

ANZEIGE

Perfekter desensibilisieren.

FANTESTIC® DESI

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Paper-app ®-Katalog Tel. 040-30707073-0
Fax 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei
E-mail: info@r-dental.com
www.r-dental.com

JETZT BEWERBEN!

EINSENDESCHLUSS:
1.7.2018

DESIGNPREIS.ORG

OEMUS MEDIA AG

Zahnärzte schützen die Daten ihrer Patienten

BZÄK und KZBV informieren über neues Datenschutzrecht.

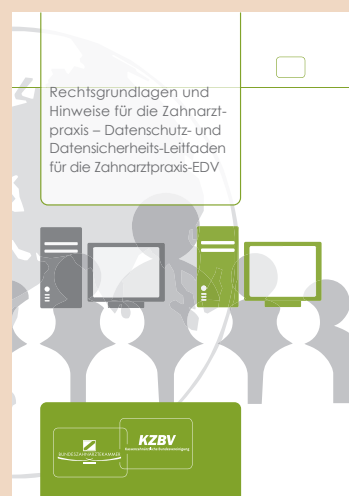
BERLIN – Die Sicherheit von Patientendaten ist für Zahnärzte seit jeher ein hohes Gut. Diese Daten müssen nach der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) seit dem 25. Mai besonders geschützt werden.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) unterstützen die Zahnarztpraxen mit umfassenden Informationen dabei, sich auf die neuen Regelungen angemessen vorzubereiten und bei Bedarf Änderungen in den Praxisabläufen vorzunehmen. Zu diesem Zweck wurde der gemeinsame „Datenschutz- und Datensicherheitsleitfaden für die Zahnarztpraxis-EDV“ grundlegend überarbeitet. Zudem informiert der Leitfaden über die Anbindung der Zahnarztpraxen an die Telematikinfrastruktur.

BZÄK-Präsident Dr. Peter Engel: „Die BZÄK hat bereits Ende des

vergangenen Jahres ein entsprechendes Merkblatt veröffentlicht, um die Zahnärzte frühzeitig über die anstehenden Änderungen zu informieren. Der Datenschutzleitfaden ergänzt und vertieft nun diese Information. Auch darüber hinaus steht die zahnärztliche Selbstverwaltung den Kollegen beim Datenschutz mit Expertise und juristischem Beistand zur Seite.“

Dr. Karl-Georg Pochhammer, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KZBV: „Auch in der digitalen Welt muss das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis jederzeit im Vordergrund stehen und vollumfänglich geschützt sein. Daher ist es wichtig, dass Praxen alle nötigen Vorkehrungen treffen, um Datenschutz und Datensicherheit auch nach der geltenden Rechtslage sicherzustellen. Allerdings war das für Zahnärzte auch schon auf Grundlage der bislang bestehenden Rechtslage der Fall. Die EU-DSGVO mit



Der Datenschutzleitfaden der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung informiert über das neue Datenschutzrecht.

ihren zusätzlichen Auflagen und auch Sanktionen schafft daher ... keinen echten Mehrwert. Angesichts der neuen Regelungen bringt

der aktualisierte Leitfaden aber immerhin Klarheit. Er hilft dabei, Rechtsrisiken zu verringern und bewahrt Praxen vor unnötigem bürokratischem Aufwand.“

Wichtig! Datenschutzerklärung auf der Praxis-Website

Zahlreiche Praxen verfügen über eine eigene Website oder eine Präsenz in sozialen Medien. Terminerinnerungen per SMS oder Patienten-Newsletter gehören zunehmend zum Serviceangebot. Dabei werden personenbezogene Daten verarbeitet, die geschützt werden müssen. Praxen sollten daher umgehend prüfen, ob auf ihrer Internet- oder Facebook-Seite eine gültige Datenschutzerklärung eingestellt ist, die alle nötigen Angaben beinhaltet. In dieser Erklärung sollte unter anderem darauf hingewiesen werden, dass personen-

Fortsetzung auf Seite 2 unten Mitte →

„Strafmaßnahmen sind der falsche Weg“

In einem Statement fordert die KZBV eine Fristverlängerung für den flächendeckenden Rollout der eGK.



„Die KZBV wird auch weiterhin aktiv die Einführung der TI fördern und damit zu einer erfolgreichen Digitalisierung im Gesundheitswesen beitragen.“

BERLIN – Zur aktuellen Diskussion in den Medien über die Zukunft der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) stellt Dr. Karl-Georg Pochhammer, zuständiger Ressortvorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), fest:

„Sowohl die Einführung der eGK als auch der andauernde Auf- und Ausbau der Telematikinfrastruktur fußen auf gesetzlichen Regelungen, die für die KZBV und die beteiligten Partner der Selbstverwaltung rechtsverbindlich sind. Diese Rechtsgrundlage kann nur durch den Gesetzgeber selbst geändert werden. Sollte es seitens der Po-

litik in welcher Form auch immer für den Fortgang des Projekts neue Strategien und Vorschläge zur Verbesserung, Beschleunigung oder Optimierung von Prozessabläufen geben, ist die KZBV jederzeit zu einer konstruktiven Zusammenarbeit bereit – unter der Voraussetzung, dass dies nicht zulasten der Zahnärzteschaft, der Selbstverwaltung und nicht zum Nachteil der Patienten erfolgt.

Die in den vergangenen Tagen geführte Diskussion um die eGK zielt insbesondere auf die Frage ab, in welcher Form Patienten künftig einen schnellen, sicheren und un-

komplizierten Zugang zu ihren eigenen Gesundheitsdaten erhalten sollten. Die grundsätzliche Einführung der TI und somit die digitale Vernetzung der Teilnehmer des Gesundheitswesens stand dabei ausdrücklich nicht zur Disposition. Die momentan im Aufbau befindliche TI ist aus Sicht der KZBV grundsätzlich eine sinnvolle und zugleich sichere Kommunikationsplattform für Zahnärzte, Kostenträger, andere Heilberufe und Krankenhäuser. Deshalb wird die KZBV auch weiterhin aktiv die Einführung der TI fördern und damit zu einer erfolgreichen Digitalisierung im Gesundheitswesen beitragen. Der laufende bundesweite Rollout der TI in den Zahnarztpraxen wird daher folgerichtig auch unverändert fortgesetzt. Die KZBV appelliert ansonsten an die Politik, durch missverständliche Interviewäußerungen und Presseverlautbarungen nicht weiter zur Verunsicherung in den Praxen beizutragen und damit den anspruchsvollen Rollout der TI zusätzlich zu hemmen. Gleiches gilt für die durch den Gesetzgeber angeordneten Sanktionen für Praxen in

Fortsetzung auf Seite 2 unten rechts →

ANZEIGE

I ♥ H₂O

Kann ich mich vor der Bildung von Biofilmen schützen?

Und ob. Denn SAFEWATER bekämpft erfolgreich Biofilme und schlechte Wasserproben.

Biofilmbildung in wasserführenden Schläuchen von Behandlungseinheiten trotz Dauereinsatz von H₂O₂

Profitieren Sie garantiert von Rechtssicherheit und Kosteneinsparungen. Vereinbaren Sie jetzt Ihren kostenfreien Termin

„Sprechstunde Wasserhygiene“.

BLUE SAFETY
Die Wasserexperten

Fon **00800 88 55 22 88**
www.bluesafety.com/Termin

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

Kettenpraxen – Geld regiert die Zahnarztpraxis

Statement von Jürgen Pischel*, Bonn/Krems.

BONN – „Geld regiert die Welt“ – ein beliebtes Schlagwort, und bald greifen die Kettenpraxen in der Zahnheilkunde-Erbringung um sich. Die Dentalindustrie ist schon weitgehend in den Händen von Finanzinvestoren, nun greifen sie auch in Deutschland auf die Praxen zu. Vieles macht ihnen den Erfolg einfach. Die Generation Y scheut das Risiko der Praxisfinanzierungsverschuldung, sucht eine ausgewogene „Work-Life-Balance“, wie es neudeutsch heißt, dazu kommt die zunehmende Feminisierung des Berufsstandes mit all den bekannten Folgen.

Vor allem der Gesetzgeber hat es Investorengruppen mit der Öffnung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZen) allein für die Zahnheilkunde einfach gemacht, sich finanziell durch den Kauf von Zahnarztpraxen kettenorientiert zu engagieren.

Deutschland wird gerade als Investitionsmarkt für Praxen zu erobern gesucht. Statistiken sagen, dass in England schon 15 Prozent der Zahnärzte in fremdfinanzierten Ketten organisiert sind, in Spanien acht Prozent, in Holland fünf Prozent. Besonders aus den Niederlanden greifen dort ansässige „Private Equity-Gesellschaften“ nach Deutschland über, aber auch allein für unser Land gibt es aus Finanzanlagenriesen heraus Hunderte Millionen, die auf einen Praxiskauf gerichtet sind.

Ende der Freiberuflichkeit des Berufsstandes?

Nein, nicht wirklich, aber eine Neuorientierung in vielen Bereichen ist es schon. Erreichen die Finanz-

investoren in den nächsten fünf Jahren eine Repräsentanz von 15 Prozent, sind das über 10.000 Praxen! Das sagen Fachleute des Marktes als realistisch voraus, konzentriert auf zwei bis drei Investorengruppen. Das sind vom Marktvolumen zwei Milliarden Euro Honorarsumme.

Neue Macht auf dem Dentalmarkt

Sie werden eine nicht unbedeutende Macht im Dentalmarkt und in der Berufspolitik erlangen. Sie können eine Marke für eine bestimmte Zahnheilkunde kreieren, z.B. präventiv-ganzheitlich, implantologisch bestimmt oder gesamtmedizinisch handelnd. Sie stellen eine Einkaufsmacht im Dentalhandel dar, bestimmen die Preise. Die digitalen Fortschritte öffnen ihnen viele Tore im gemeinsam ausgerichteten Handeln und in der Durchsetzung modernster zahnmedizinischer Technologien. Sie können Sonderverträge mit Kassen – privat und gesetzlich – schließen, mehr herausholen, Sonderleistungen verabreden. Sie können Kammerpolitik, geschlossen abstimmend, in neue Richtungen lenken. Der Einfluss von KZVen und Kammern in der Berufspolitik wird geschwächt.

Die Zahnärzte werden, in Kettenpraxen eingebettet in ein starres Praxisführungskonzept, ein gesichertes Einkommen ohne finanzielle Verantwortung haben, mit flexiblen Arbeitszeiten rechnen können und rund ein Viertel bis ein Drittel – so bekannte Verträge – des Praxis-Honorarumsatzes „verdienen“. Eines ist aber auch sicher: Der „Freiberufler“ wird weiterhin dominant bleiben. **DT**

* Publizist für Themen Gesundheit/ Medizin

Dentacoin soll globale Mundgesundheits verbessern

Die Kryptowährung ist eigens für die Dentalbranche entwickelt worden.



MAASTRICHT – Die Kryptowährung Dentacoin wurde explizit für die Zahnmedizin entwickelt. Langfristig soll sie nicht nur den Zahlungsverkehr erleichtern, sondern auf globaler Ebene Zahnmediziner und Patienten zusammenführen.

Dentacoin (DCN) ist eine Kryptowährung wie Bitcoin, die allerdings in keinem Konkurrenzverhältnis zu anderen digitalen Währungen steht. Sie richtet sich eigens an die Dentalbranche. Basis der Währung ist die Ethereum Blockchain, eine Technologie, bei der

Daten dezentral auf mehreren Computern gespeichert werden. Im Vergleich zur zentralen Datenspeicherung auf sogenannten „Serverfarmen“, wie Google, Facebook & Co. es praktizieren, kann durch die Dezentralisierung der Schutz der Daten erhöht und der unbefugte Zugriff deutlich erschwert werden.

Doch welchen Mehrwert bietet die Kryptowährung für den Anwender – also Zahnärzte, Kliniken und Patienten? Dentacoin soll als Zahlungsmittel fungieren, das im Vergleich zum klassischen Zah-

lungsverkehr länderübergreifende Transaktionen vereinfacht. Zwischeninstanzen wie Banken fallen weg, wodurch Zahnärzte nicht nur Zeit, sondern auch Kosten sparen.

Hinter dem Konzept steckt ein niederländisches Unternehmen, das Dentacoin im Sommer vergangenen Jahres herausgegeben hat. Wie Gründer Prof. Dr. Dimitar Dimitrakiev auf der Plattform Dentacoin.com erklärt, soll aber nicht nur der Zahlungsverkehr vereinfacht werden. Die digitale Währung soll nachhaltig Einfluss auf die globale Mundgesundheits nehmen. Dieses Vorhaben soll einerseits durch Senkung von Behandlungskosten und andererseits durch Etablierung einer Community, die eine aufklärende Rolle einnehmen soll, erzielt werden.

Aktuell entspricht ein Euro 1,358 DCN (Stand: 1. Juni 2018). **DT**

Quelle: ZWP online

Ausschreibung DGPZM-Praktikerpreis 2018

Einsendeschluss für Bewerbungen ist der 31. Juli 2018.

WITTEN – „Mit dem Praktikerpreis wollen wir beispielhafte präventionsorientierte Handlungskonzepte in der zahnärztlichen Praxis auszeichnen“, sagt Dr. Lutz Laurisch, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Präventivzahnmedizin (DGPZM). Dabei sind etwa Konzepte denkbar, die sich mit praxisorientierten Lösungen für spezielle Zielgruppen wie ältere Menschen oder Kleinkinder, aber auch mit ganz bestimmten Krankheitsbildern bzw. besonderen Organisationsformen oder -abläufen auseinandersetzen. Primär richtet sich der DGPZM-Praktikerpreis an niedergelassene Kollegen, aber auch an in der Präventivzahnmedizin tätige Institutionen wie Gesundheitsbehörden, Kindergärten etc. „Die Resonanz und die Beiträge des vergangenen Jahres zeigen, dass wir mit diesem Preis auf eine interessierte Kollegenschaft treffen, die gerne ihre spannenden und nützlichen Konzepte der Öffentlichkeit vorstellt“, so Dr. Laurisch. Der Preis ist mit einer An-

erkennung von 500 Euro dotiert und wird von der Firma Ivoclar Vivadent gesponsert.

Bewerbung

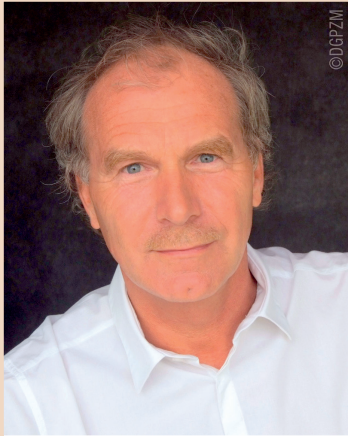
Zur Teilnahme ist eine Kurzdarstellung des Konzeptes in Form eines Abstracts per E-Mail als PDF-Datei bei der DGPZM (info@dgpzm.de) anonymisiert einzurei-

chen. Der Text des Abstracts sollte 2.000 Zeichen nicht überschreiten. Mit Eingang der Bewerbung erfolgt eine Empfangsbestätigung durch die DGPZM. Die ausführlichen Teilnahmebedingungen sind unter www.dgpzm.de/zahnaerzte/foerderungen-und-preise/preise abrufbar.

Präsentation

Die drei aussichtsreichsten Bewerber werden eingeladen, ihre Konzepte auf der DGPZM-Jahrestagung im Rahmen der 32. Jahrestagung der DGZ im Verbund mit der DGPZM und der DGR²Z, der 25. Jahrestagung der DGKiZ und der 3. Jahrestagung der AG ZMB vom 27. bis 29. September 2018 in Dortmund zu präsentieren. Sie erhalten einen Zuschuss für ihre Anreise und Übernachtungskosten sowie freien Zugang zum Kongress. Das beste Konzept wird noch auf derselben Tagung mit dem DGPZM-Praktikerpreis ausgezeichnet. **DT**

Quelle: DGPZM



Dr. Lutz Laurisch, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Präventivzahnmedizin (DGPZM).

Editorische Notiz (Schreibweise männlich/weiblich)

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
Holbeinstraße 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
L.reichardt@oemus-media.de

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

Lektorat
Marion Herner
Ann-Katrin Paulick

Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V.

Erscheinungsweise

Dental Tribune German Edition erscheint 2018 mit 8 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 8 vom 1.1.2018. 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 Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, welche der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Autor des Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig.

← Fortsetzung von Seite 1 „Zahnärzte schützen die Daten ihrer Patienten“

bezogene Daten wie Name, Postanschrift, E-Mail-Adresse, Telefonnummer oder das Geburtsdatum ausschließlich in Übereinstimmung mit dem jeweils geltenden Datenschutzrecht erhoben und genutzt werden, die Daten nur gespeichert werden, wenn sie aktiv übermittelt werden, die Daten zum Beispiel nur zur Beantwortung von Anfragen oder zur Zusendung von Informationsmaterial verwendet werden, Kontaktdaten, die im Rahmen von Anfragen angegeben werden, ausschließlich für die Korrespondenz verwendet werden und

E-Mail-Adressen, die Nutzer für den Bezug eines Newsletters angegeben haben, auch nur dafür genutzt werden.

Bei Verstößen gegen die neuen Vorgaben können ansonsten hohe Geldstrafen drohen. Das Ausmaß der Sanktionen richtet sich vor allem nach Schwere und Dauer des Vorfalls sowie nach dessen Auswirkungen auf Patienten. Praxen sollten sich also angemessen vorbereiten und nötige Vorkehrungen treffen. Denn insbesondere die EU-DSGVO sieht bei Verstößen generell deutlich härtere Sanktionen vor als bisher üblich. **DT**

Quelle: BZÄK und KZBV

← Fortsetzung von Seite 1 „Strafmaßnahmen sind der falsche Weg“

Form von Honorarabschlüssen. Solche Strafmaßnahmen sind für eine Beschleunigung des Projekts der falsche Weg, denn sie befördern Misstrauen an Stellen, an denen Vertrauen dringend benötigt wird. Aus diesem Grund macht sich die KZBV auch noch einmal ausdrücklich für eine Fristverlängerung für den flächendeckenden Rollout stark. Diese Frist sollte aus unserer Sicht mindestens bis zum 1. Juli 2019, idealerweise aber bis zum 31. Dezember 2019 laufen.“ **DT**

Quelle: KZBV

Dominik Kruchen – neuer Präsident des VDZI

Engagiert und konstruktiv die Geschicke des Berufsstandes mitgestalten.



Der neue Vorstand: (v.l.) Thomas Breitenbach, Vizepräsident Klaus Bartsch, Präsident Dominik Kruchen, Rainer Struck und Heinrich Wenzel.

DÜSSELDORF – Nach sechs Jahren hat der bisherige Präsident des VDZI, Zahntechnikermeister Uwe Breuer aus München, den Staffstab an seinen bisherigen Vizepräsidenten, Zahntechnikermeister Dominik Kruchen aus Düsseldorf, übergeben. Uwe Breuer hat die Delegierten der Mitgliedsinnungen in seinem Schlussbericht an ihre wachsende Verantwortung erinnert und zu mehr Mut und Zuversicht aufgerufen. „Ich bin überzeugt, dass das Zahntechniker-Handwerk im Strukturwandel an der Spitze sein und es gestärkt aus den Veränderungen hervortreten wird. Hierzu bedarf es einer soli-

darischen und geschlossenen Vertretung des Handwerks in den Ländern und auf Bundesebene.“

Die Wahl von Zahntechnikermeister Dominik Kruchen, Obermeister der Zahntechniker-Innung Düsseldorf, zum neuen Präsidenten erfolgte einstimmig. Das eindrucksvolle Wahlergebnis bedeute für ihn und seine Vorstandskollegen ein großes Vertrauen, sei aber auch ein starker Auftrag an den gesamten Vorstand, der nun eine Menge Themen neu anpacken werde. Der neue Präsident kündigte eine Politik der ausgestreckten Hand und des Dialogs an. „Die Innungen und der VDZI müssen

und werden die Türen weit öffnen für alle jene Kollegen, die engagiert und konstruktiv die Geschicke dieses Berufsstandes mitgestalten wollen. Und wir brauchen für gute Lösungen auch die Gesprächsbereitschaft unserer Partner, allen voran die Zahnärzteschaft. Wir bauen auf die Vernunft aller, die wissen, dass für die Versorgung der Patienten auch in Zukunft ein leistungsfähiges Zahntechniker-Handwerk benötigt wird.“ [DT](#)

Quelle:
Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI)

IQWiG-Bericht „Systematische Behandlung von Parodontopathien“

KZBV begrüßt Bewertungsergebnisse des Instituts.



Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV).

KÖLN/BERLIN – Welche Vor- und Nachteile verschiedene Behandlungen bei entzündlichen Erkrankungen des Zahnhalteapparats (Parodontopathien) bieten, war Gegenstand einer Untersuchung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Seit Ende April liegt nun der Abschlussbericht vor.

Dazu sagte Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV): „Wir begrüßen die Ergebnisse des IQWiG in weiten

Teilen, eröffnen sie doch die Möglichkeit, in den anstehenden Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss substanzielle Verbesserungen im Kampf gegen die Volkskrankheit Parodontitis zu erreichen. Erfreulich ist vor allem, dass das IQWiG die seitens der Wissenschaft geäußerten berechtigten Kritikpunkte am Vorbericht aufgegriffen und in weiten Teilen im Abschlussbericht umgesetzt hat. Das ist eine gute Nachricht für die nachhaltige Verbesserung der Versorgung von Millionen von Pa-

tienten. Als stimmberechtigte Trägerorganisation wird die KZBV die Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss weiter aktiv mitgestalten. Mitentscheidende Aspekte der Erfahrung von Zahnärzten und der Erwartungen von Patienten werden dabei den nötigen Stellenwert bekommen.“

Hintergrund: Das neue PAR-Versorgungskonzept

Die KZBV hatte auf dem Deutschen Zahnärztetag im November 2017 gemeinsam mit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ihr neues Versorgungskonzept zur Behandlung parodontaler Erkrankungen vorgestellt. Es basiert auf international anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen, berücksichtigt den medizinischen Fortschritt und soll die derzeit geltende Behandlungstrecke im GKV-System aktualisieren. Damit wären die Voraussetzungen für eine wirksame Bekämpfung der Parodontitis geschaffen. Das Konzept, das unter Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) entwickelt wurde, kann auf der Website der KZBV abgerufen werden. [DT](#)

Quelle: KZBV

Ausländische Berufsabschlüsse

BZÄK für einheitliche Prüfung durch Gutachterstelle.

BERLIN – Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) spricht sich dafür aus, die gute Arbeit der Gutachterstelle für Gesundheitsberufe (GfG) als ein wichtiges Instrument bei der Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen in der Zahnmedizin weiterhin zu ermöglichen und zu unterstützen. Die (Landes-) Zahnärztekammern sind meist in den Anerkennungsprozess eingebunden, z. B. bei der Fachsprach- und der Kenntnisprüfung.

„Die Arbeit der GfG ist ein wichtiger Baustein bei der Prüfung der Gleichwertigkeit von zahnmedizinischen Berufsqualifikationen aus Drittstaaten. Bei der Entwicklung der Bewertungskriterien wurde die BZÄK frühzeitig eingebunden. Da die Gleichwertigkeit einer ausländischen Berufsqualifikation nicht immer durch eine entsprechende Prüfung, sondern auch anhand der Aktenlage festgestellt werden kann, halten wir den eingeschlagenen Weg der zentralen Begutachtung durch die GfG nach einheitlichen Kriterien und durch qualifiziertes Personal für richtig. Damit wird man dem Patientenschutz und der Integration von Zahnärzten aus dem Ausland gleichermaßen gerecht.“

Daneben ist im Rahmen der Novelisierung der Approbationsordnung für Zahnärzte eine einheitliche Regelung der Eignungs- und Kenntnisprüfung dringend erforderlich. Im Unterschied zu den Ärzten existiert diese für die Zahnärzte bisher nicht“, so Dr. Peter Engel, Präsident der Bundeszahnärztekammer.

Behörden in Deutschland, die für die Anerkennung ausländischer zahnmedizinischer Berufsabschlüsse zuständig sind, haben anhand der Gutachten der GfG die Möglichkeit, zu einer einheitlichen und aussagekräftigen Bewertung zu kommen. Die Gutachten zeigen dabei die Übereinstimmungen und die wesentlichen Unterschiede zwischen dem ausländischen und dem deutschen Studium der Zahnmedizin auf. Auf der Grundlage des Gutachtens können die zuständigen Approbationsbehörden in den Ländern eine qualitativ aussagefähige und damit rechtssichere Entscheidung über die Anerkennung der ausländischen Qualifikation treffen. Eine bundesweit einheitliche Bewertungsgrundlage wird so ermöglicht. [DT](#)

Quelle: Bundeszahnärztekammer



BERLIN – Der Medizinische Fakultätentag e.V. und die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. begrüßen die frühe Einigung der Länder auf ein gemeinsames Zulassungsverfahren zum Medizinstudium.

Durch den geplanten Wegfall der Wartezeitquote ist der Weg frei für eine faire und transparente Auswahl der Bewerber nach Studien- und Berufseignung. Studierende und Fakultäten forderten im Februar mit dem überarbeiteten Vorschlag zur Auswahl von Medizinstudierenden ein Wegfall der Abiturbestenquote und Ersatz durch ein nationales Verfahren basierend auf der Abiturnote, Studierfähigkeits- und Situational-Judgement Tests sowie einer begrenzten Anrechnung der Berufserfahrung. Leider ist die Kultusministerkonferenz der Forderung nach komplettem Verzicht auf die Abiturbestenquote nicht gefolgt. Der Schwerpunkt des zukünftigen nationalen Verfahrens muss jedoch weiterhin aus einer Verknüpfung der genannten Auswahlkriterien bestehen. So lässt sich ein breites Bewerberprofil bei gleichzeitiger Vorhersagekraft für den Studienerfolg sicherstellen.

„Nachdem die Rahmenbedingungen feststehen, müssen die Struktur des Auswahlverfahrens und der Ablauf bis zum Eintritt der neuen Regelungen schnellstmöglich offen dargelegt werden, damit potenzielle Bewerber rechtzeitig ihre Chancen abschätzen und die Fakultäten alle notwendigen Schritte planungssicher einleiten können“, betont Peter Jan Chabiera, Vizepräsident für Externes der bvmd. „Gerade in Zeiten der Umgestaltung des Medizinstudiums hin zu mehr Wahlfreiheit im Curriculum benötigen wir ein dezentrales Verfahren, welches den Fakultäten eine Schwerpunktsetzung in der Auswahl ermöglicht“, so Dr. Frank Wissing, Generalsekretär des MFT. Oberstes Ziel muss eine zielgerichtete Erarbeitung des Staatsvertrags und eine schnelle Umsetzung der Beschlüsse sein. Diese Einschätzung wird ebenfalls von der Hochschulrektorenkonferenz geteilt. Die gemeinsame Stellungnahme ist unter dem Titel „Verfassungskonformes Modell der Studierendenauswahl in der Medizin“ auf den Webseiten der bvmd und des MFT abrufbar. [DT](#)

Quelle: MFT

Der Datenschutzbeauftragte in der Praxis

Lange war es unklar, jetzt aber hat sich die Datenschutzkonferenz festgelegt: Ein Datenschutzbeauftragter ist in der Praxis erforderlich. Doch Praxis ist nicht gleich Praxis. Von Dr. Jens-Peter Damas, Berlin.

BERLIN – Laut neuer Datenschutz-Grundverordnung muss eine Praxis zwingend einen Datenschutzbeauftragten bestellen, wenn (nach Köpfen) mindestens zehn Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten beschäftigt sind (Praxisinhaber und daher auch Gesellschafter zählen mit), bei „großen“ Praxen, Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften (Anzahl der Berufsträger bleibt unklar) und wenn neue Technologien zum Einsatz kommen, für welche kein anerkannter Standard vorliegt (z. B. Fernbehandlung über Video) oder bei Verarbeitungen außerhalb der üblichen Berufsausübung (z. B. großflächige Videoüberwachung). Zudem muss der Datenschutzbeauftragte im Rahmen der Informationspflichten gegenüber Patienten und Mitarbeitern benannt werden (Anschrift der Praxis, funktionsbezogene E-Mail-Adresse zum Beispiel [datschutz@...de](mailto:datschutz@...) und Telefonnummer des Datenschutzbeauftragten). Zugleich muss eine Meldung an die Datenschutzaufsichtsbehörde erfolgen.

Interner Datenschutzbeauftragter?

Auf den ersten Blick scheint der interne Datenschutzbeauftragte jedenfalls die kostengünstigere Wahl

zu sein, da die entsprechenden Personalkosten ja ohnehin anfallen und daher vordergründig keine Zusatzkosten entstehen. Bei genauerer Analyse verändert sich allerdings das Bild. Zunächst ist schon die Frage, ob eine ZFA, ZMF oder ZMV das Thema Datenschutz effektiv umsetzen kann und will. Denn in der Regel haben bei dieser Personalgruppe bisher keine direkten Berührungspunkte zur Thematik bestanden, und die ehrliche Interessenbekundung, sich in ein völlig fremdes Gebiet intensiv einzuarbeiten zu wollen, ist eher ein Ausnahmefall. Zudem müsste das erforderliche Wissen nicht nur aufgebaut, sondern auch immer wieder aktuell gehalten werden. Dazu dient typischerweise ein entsprechender Kurs

mit regelmäßigen Updates. Das Datenschutz-Know-how muss jedoch zusätzlich zum allgemeinen Datenschutzrecht nach der Datenschutz-Grundverordnung auch noch den bereichsspezifischen Datenschutz umfassen (§ 203 StGB, SGB V, Berufsordnung etc.). Neben einem allgemeinen Kurs zur

DSGVO wird ergänzend ein Zusatzmodul für den Datenschutz im Gesundheitswesen erforderlich sein. Und wird es dem Mitarbeiter wirklich gelingen, dem Chef zu sagen, wie er sich organisatorisch aufstellen muss? Diese Rolle steht im Konflikt mit der Hierarchie einer Praxis im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung. Für den internen Datenschutzbeauftragten besteht als weiterer unliebsamer Umstand ein Sonderkündigungsschutz. Gemäß § 38 Abs. 2 i.V.m. § 6 Abs. 4 BDSG n.F. ist die Abberufung eines Datenschutzbeauftragten (sofern die Benennung verpflichtend war) nur in entsprechender Anwendung von § 626 BGB (wegen wichtigen Grundes) zulässig. Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses ist ebenfalls unzulässig, es sei denn, dass Tatsachen vorliegen, welche zur Kündigung aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist berechtigen. Dies gilt ab dem Zeitpunkt der

Wirksamkeit einer Bestellung und damit sogar während einer vereinbarten Probezeit. Die Bestellung eines internen Datenschutzbeauftragten sollte daher immer nur befristet erfolgen.

Interessenkonflikt: Praxisinhaber kann nicht Datenschutzbeauftragter sein

Als alternativen Durchführungsweg könnte man überlegen, ob der Praxisinhaber nicht einfach selbst die Funktion des Datenschutzbeauftragten übernimmt. Doch dieser

Fazit

Mit dem 25. Mai 2018 ist die neue Datenschutz-Grundverordnung in Kraft getreten. Sie verlangt die ordnungsgemäße Bestellung eines Datenschutzbeauftragten für (fast) alle Praxen, ausgenommen sind allein sogenannte Ein-Arztpraxen, d. h. Praxen mit nur einem Arzt, ohne angestellte Ärzte und mit weniger als zehn Personen, inklusive Inhaber. Für alle anderen Praxen gilt: Eine nicht erfolgte bzw. nicht ordnungsgemäße Bestellung eines Datenschutzbeauftragten stellt ab so-

Die neue Datenschutz-Grundverordnung verlangt die ordnungsgemäße Bestellung eines Datenschutzbeauftragten für (fast) alle Praxen, ausgenommen sind allein sogenannte Ein-Arztpraxen, d. h. Praxen mit nur einem Arzt, ohne angestellte Ärzte und mit weniger als zehn Personen, inklusive Inhaber. Für alle anderen Praxen gilt: Eine nicht erfolgte bzw. nicht ordnungsgemäße Bestellung eines Datenschutzbeauftragten stellt ab sofort einen klaren Rechtsverstoß dar.

Gedanke ist rechtlich ausgeschlossen, da hier ein Interessenkonflikt vorläge. Der Praxisinhaber, Partner einer Gemeinschaftspraxis oder Geschäftsführer eines MVZ kann nicht als Datenschutzbeauftragter fungieren, da er sich nicht wirksam selbst kontrollieren kann. Auch wenn der Praxisinhaber zwar nicht selbst Datenschutzbeauftragter sein kann, so kann er doch wesentliche Vorarbeiten leisten und damit Aufwand sowie Kosten des externen Datenschutzbeauftragten reduzieren.

fort einen klaren Rechtsverstoß dar. Vergleicht man beide Möglichkeiten, einen Datenschutzbeauftragten aus dem bestehenden Praxisteam zu bestellen oder auf einen externen Anbieter zurückzugreifen, so zeigt sich schnell, in der konkreten Gegenüberstellung und entgegen der ersten Annahme, dass ein externer Datenschutzbeauftragter die bessere Wahl ist. Sowohl in Bezug auf ein konfliktarmes Mitarbeiterverhältnis wie in Bezug auf die geringeren finanziellen Ausgaben. **DT**

Externer Datenschutzbeauftragter

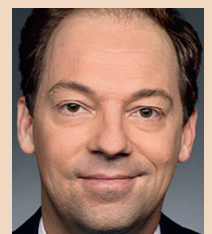
Damit spricht letztendlich vieles für den externen Datenschutzbeauftragten. Man vermeidet mit ihm mögliche Rollenkonflikte, und es gibt keinen zeitlichen Ausfall bei der eigentlichen Praxisarbeit. Zudem muss der notwendige Wissensaufbau nicht zusätzlich gezahlt werden, und ein abgeschlossener Vertrag lässt sich innerhalb der gängigen Richtlinien ohne Probleme kündigen. Hingegen sind, wie oben aufgeführt, interne Datenschutzbeauftragte praktisch unkündbar. Außerdem spricht auch eine hohe Umsetzungseffizienz für die Ernennung eines externen Datenschutzbeauftragten.

Und auch finanziell wird diese Überlegung gestützt. Denn nimmt man an, dass der interne Mitarbeiter insgesamt mit Fortbildung und Umsetzung des Datenschutzes vier Wochen aufwendet, dann kommen an Gehalt und Sozialversicherung bereits substanzielle Belastungen zustande. Dazu wird man noch mit Fortbildungskosten in Höhe von 3.000 bis 5.000 EUR rechnen müssen. Bereits überschlägig kalkuliert zeigt sich, dass der finanzielle Vorteil des internen Datenschutzbeauftragten eine Milchmädchenrechnung ist.

Information

Beispielsweise bringt HanChaDent Dental- und Medizintechnik im August eine Software speziell für Zahnärzte heraus, die den Nutzer in einfachen, separaten Schritten durch die professionelle Umsetzung des Datenschutzkonzeptes führt. Anfragen können Interessierte an datschutz@ermerling.de senden.

Kontakt



Dr. Jens-Peter Damas

Rechtsanwalt
Fachanwalt für Steuerrecht

ETL Rechtsanwälte GmbH
Rechtsanwaltsgesellschaft
NL Berlin
Mauerstraße 86–88
10117 Berlin, Deutschland
Tel.: +49 30 22641220
datschutz@ermerling.de



Infos zum Autor

DESIGNPREIS 2018

Deutschlands schönste Zahnarztpraxis

ZWP ZAHNARZT
WIRTSCHAFT PRAXIS

JETZT BEWERBEN!

EINSENDESCHLUSS:
1.7.2018

DESIGNPREIS.ORG





Voucher-Code
dental-tribune-g0618
50% off first year

Füllungen, Kronen, Brücken, Implantate usw.

Sanierungen, wie Füllungen, Zahnersatz, Teilkronen, komplette Kronen, Onlays oder Inlays können mittels dem intuitiven "tooth-pad" festgehalten werden.



Erfassung des Zahn-Status

Erfassen, administrieren und zeigen Sie Ihre klinischen Befunde auf Ihrem iPad. derec® zeigt Ihnen und Ihren Patienten ein klares und verständliches Bild des oralen Status.

derec® verfügt über eine Schnittstelle (API) für den Datenaustausch mit Ihrer Praxis-Lösung. Schnittstelle beinhaltet: Patientenname, Kalenderdaten, Zahnstatus (falls vorhanden).

Parodontalstatus

Erfassung eines komplexen Parodontalstatus. Sondierungstiefen, Zahnfleischbluten, Zahnstein, Furkationsbeteiligung und Eiter kann bei jedem Zahn an 6 verschiedenen Stellen erfasst werden.

visit **derec.ch**

 Swiss made



Nr. 1 für den Zahnstatus

Jetzt mit: "voice feedback"

Multilingual iPad-App, start for free

Keramisch basierte Füllungen für okklusale Seitenzahnkavitäten

Gefragt sind innovative Materialien mit Leistungsfähigkeit und Ästhetik. Von Dr. Sanzio Marques, Belo Horizonte, Brasilien.



Abb. 1: Zähne 46 und 47, deren Amalgamfüllungen aus ästhetischen Gründen ersetzt werden sollen. – **Abb. 2:** Trockenlegung mit Kofferdam. – **Abb. 3:** Präparierte Kavitäten der Klasse I. – **Abb. 4:** Aufbringen des Adhäsivsystems Futurabond DC (VOCO). – **Abb. 5:** Photopolymerisation der Adhäsivschicht für zehn Sekunden. – **Abb. 6 bis 9:** Kavitäten wurden mit jeweils einem einzigen Inkrement gefüllt. Ohne Zwischenhärtung dieser Inkremente wurden die Okklusalfächen mit feinen Spateln und Sonden modelliert. Anschließend wurden die Füllungen jeweils 20 Sekunden lang photopolymerisiert. – **Abb. 10:** Mittels einer feinen Sonde wurden okklusale Fissuren modelliert.

Zahnfarbene Füllungen mit Composite im Seitenzahnbereich sind mittlerweile fester Bestandteil der Zahnheilkunde. Denn immer mehr Patienten wünschen sich eine farblich einheitliche Restauration. Angesichts der hohen okklusalen Belastung der Zähne im Seitenzahnbereich müssen Materialien mit einer hohen Leistungsfähigkeit verwendet werden. Com-

posite sind deshalb in den letzten Jahren in ihrer Zusammensetzung signifikant und positiv verändert worden, was vor allen Dingen ihren physikalischen Eigenschaften zugutekam.

Adhäsivtechniken bieten außerdem weitere Vorteile, wobei besonders die Schonung der verbliebenen Zahnhartsubstanz hervorzuheben ist. Die Kavitätenpräpa-

rationen orientieren sich nicht länger einzig und allein an geometrischen Modellen, die auf biomechanisch aufgestellte Prinzipien abzielen. Bei direkten Füllungen mit Composites wird, da sie mit der Zahnschubstanz verklebt werden, praktisch nur eine selektive Entfernung von Karies und vorhandenen Füllungen sowie eine Glättung der Kavitätenränder an-

gestrebt. Damit werden die Zähne nicht nur weniger geschwächt, sondern mit der Fertigstellung der adhäsiven Füllungen gleichzeitig in ihrer Widerstandsfähigkeit gestärkt.

Die Adhäsivfüllungen werden unter Anwendung sensibler Techniken gelegt. Dabei ist zu beachten, dass die Regeln dieser Techniken eingehalten werden, um vor allem Undichtigkeiten und Hypersensibilitäten zu vermeiden. Werden diese Voraussetzungen eingehalten, heben sich Compositefüllungen durch die hohe Qualität und gute Ästhetik, beispielsweise gegenüber Amalgamfüllungen deutlich ab.

Ein Material, welches in den letzten Jahren mit der Indikation für Seitenzahnfüllungen auf den Markt kam, war das ORMOCER® (organically modified ceramics), welches aus organisch-anorganischen Hybridpolymeren besteht. Zu seinen Eigenschaften gehören ein sehr niedriger Schrumpf, eine exzellente Biokompatibilität und eine sehr gute Ästhetik.

Klinischer Fall

Eine Patientin erschien in der zahnärztlichen Praxis mit dem Wunsch, die Amalgamfüllungen an den Zähnen 46 und 47 aus ästhetischen Gründen zu ersetzen (**Abb. 1**).

Ästhetische Füllungen mit dem Nanohybrid-ORMOCER®-Füllungsmaterial Admira Fusion (VOCO) waren indiziert. Unter

Kofferdam (**Abb. 2**) wurden die Amalgamfüllungen entfernt und die Kavitätenpräparation durchgeführt (**Abb. 3**). Das Adhäsivsystem Futurabond DC (VOCO) wurde rund 20 Sekunden lang einmassiert (**Abb. 4**) und anschließend mittels Luftstrom das Lösungsmittel entfernt. Das Adhäsiv wurde zehn Sekunden lang photopolymerisiert (**Abb. 5**).

Da die Kavitäten klein und flach waren und Admira Fusion eine geringe Polymerisations-schrumpfung besitzt, wurde die Füllung der Kavitäten mit jeweils einem einzigen Inkrement durchgeführt (**Abb. 6**). Mithilfe eines Spatels wurden die Materialüberschüsse entfernt und eine erste Gestaltung der anatomischen Zahnform erzielt (**Abb. 7 und 8**). Die oberste Schicht wurde mit einem Pinsel geglättet, um das Ausarbeiten und die Politur zu erleichtern.

Noch vor der Polymerisation des ORMOCER®-Füllungsmaterials wurden mittels einer feinen Sonde die okklusalen Fissuren modelliert (**Abb. 9 und 10**). Die Füllung wurde 20 Sekunden lang photopolymerisiert. Anschließend wurden dezente Charakterisierungen der Fissuren mit einer Compositefarbe (FinalTouch, VOCO) durchgeführt (**Abb. 11**) und für 20 Sekunden ausgehärtet, bevor eine abschließende Compositeschicht appliziert wurde. Danach wurde die Restauration für weitere 20 Sekunden ausgehärtet.

Noch vor Abnahme des Kofferdams konnte man die zufriedenstellenden morphologischen Charakteristika der Füllungen gut erkennen (**Abb. 12 und 13**).

Die Ausarbeitung und Politur erfolgten mit abrasiven diamantierten Gummipolierern, Bürstchen und Filzpolierern (**Abb. 14 bis 18**).

Das Endergebnis der Füllungen wurde von der Patientin als ausgezeichnet bewertet, erkennbar in den **Abbildungen 19 bis 21**.

Fazit

Das Nanohybrid-ORMOCER®-Füllungsmaterial Admira Fusion hat sich als hervorragendes Material erwiesen. Es ist leicht zu verarbeiten und bestens zu modellieren beziehungsweise zu polieren. Die vorgestellte Technik war relativ einfach, und selbst die Materialverwendung nur einer Farbe erwies sich als ausreichend für die ästhetischen Ansprüche beim Legen einer Seitenzahnfüllung. **DT**

Kontakt

Dr. Sanzio Marques

Belo Horizonte, Brasilien
sanzio@sorrisobelo.com.br
www.sorrisobelo.com.br



Abb. 11: Dezente Färbung der Fissuren mit brauner Compositefarbe zur Akzentuierung und für einen Tiefeneindruck. – **Abb. 12 und 13:** Füllungen vor dem Ausarbeiten und Polieren. – **Abb. 14 bis 18:** Ausarbeitung und Politur der Füllungen mit einer Abfolge von diamantierten Gummipolierern, Ziegenhaarbürstchen mit Diamantpaste, Siliciumcarbid-Bürstchen und Filzpolierern ohne Zusatz. – **Abb. 19 und 20:** Fertige Restaurationen mit harmonischem Zusammenspiel von Ästhetik und Funktion. – **Abb. 21:** Abschließend zeigten die Füllungen gleichmäßige Okklusalkontakte.

Planmeca Emerald™

Kostbarkeit im Kleinformat

Für den perfekten Schliff: Der brandneue Intraoralscanner **Planmeca Emerald™** ist klein, leicht und sensationell schnell – und dabei außerordentlich präzise. Der brillante Begleiter für einen geschmeidigen Chairside-Workflow – so einfach und exakt wie nie zuvor.

Dieses Juwel verändert alles.



Mehr Infos und Händlersuche auf
www.planmeca.de



PLANMECA

Planmeca Vertriebs GmbH Nordsternstr. 65, 45329 Essen, Tel. +49 201 316 449 0, info@planmeca.de

Die nichtchirurgische Parodontaltherapie – ein neuer Einsatzbereich für Statine?

Statine erlangen auch im Bereich der Parodontologie immer mehr Aufmerksamkeit. Von Priv.-Doz. Dr. Kristina Bertl, PhD, MSc, Malmö/Schweden und Wien/Österreich, Dr. Ilse Steiner, MSc, Taiskirchen/Österreich und Prof. Dr. Andreas Stavropoulos, PhD, Dr. odont., Malmö/Schweden.

Parodontitis wird mit rund 750 Millionen Betroffenen als die sechsthäufigste Erkrankung weltweit angesehen¹ und gilt neben Karies als die häufigste Ursache für Zahnverlust. Aktuelle Daten der 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie belegen zwar einen positiven Trend und damit einen leichten Rückgang der Prävalenz – vor allem in Bezug auf schwere parodontale Erkrankungen – nichtsdestotrotz sind 50 Prozent der 35- bis 44-Jährigen und 65 Prozent der 65- bis 74-Jährigen zumindest von einem moderaten Erkrankungsgrad betroffen.² Dementsprechend hoch ist auch der Therapiebedarf parodontaler Erkrankungen, und neue Therapieansätze zur Unterstützung der etablierten Methoden werden laufend getestet.

Parodontale Erkrankungen wie Gingivitis oder Parodontitis gelten als multibakteriell bedingte entzündliche Erkrankungen des Zahn-

führt. Diese Antwort des Immunsystems, um den bakteriellen Angriff zu stoppen, ist somit hauptverantwortlich für die destruktive Komponente im Rahmen einer Parodontitis.³⁻⁷ Als Risikofaktoren für schwere und/oder progressive Parodontitis werden unter anderem Rauchen, mittlerer oder geringer Bildungsgrad, ledig oder geschieden lebend, Diabetes mellitus, männliches Geschlecht und fehlende Zahnzwischenraumreinigung diskutiert.⁸

Parodontaltherapie

Zu Beginn jeder Parodontaltherapie erfolgt stets eine antiinfektiöse, konservative (nichtchirurgische) Behandlung. Diese umfasst die globale Reinigung aller bakteriell infizierten Zahn- und Wurzeloberflächen im supra- und subgingivalen Bereich mittels Handinstrumenten und/oder maschinellen Verfahren (z.B. [ultra]schallbe-

parodontal abgebauten Knochens oder aber auch die Regeneration parodontaler Gewebe. Um den Therapieerfolg nach Abschluss der aktiven konservativen und gegebenenfalls parodontalchirurgischen Behandlungsphase aufrechtzuerhalten, ist aufgrund des chronischen Charakters der Erkrankung eine lebenslange, unterstützende und individuell auf den Patienten abgestimmte Erhaltungstherapie erforderlich.^{9,10}

Speziell im Rahmen der initialen, nichtchirurgischen Therapie werden vermehrt lokale und/oder systemische Adjuvantien (z.B. Chlorhexidin, Hyaluronsäure, Probiotika, Antibiotika u.Ä.) zur Unterstützung des mechanischen Debridements eingesetzt¹¹⁻¹⁵; mit dem Ziel einer verbesserten Infektionskontrolle, einer reduzierten Gewebeerstörung durch die Immunantwort und/oder einer verbesserten Heilungstendenz. Die adju-

Statine – Cholesterin-Synthese-Enzym-Hemmer

Statine (3-Hydroxy-3-Methylglutaryl-Coenzym-A-Reduktase-Inhibitoren; Cholesterin-Synthese-Enzym-Hemmer) gehören zur Arzneimittelgruppe der Lipidsenker und gelten als potenteste sowie weltweit am häufigsten rezeptierte Medikamente zur Senkung der Serumlipide bei diätresistenter, primärer Hypercholesterinämie und kombinierter Hyperlipidämie. Eine breite Anwendung finden sie auch in der Primär- und Sekundärprophylaxe der koronaren Herzkrankheit.¹⁶⁻²⁰

Unabhängig von ihrer lipidsenkenden Wirkung können Statine zahlreiche therapeutisch relevante, indirekte, sogenannte „pleiotrope“ Effekte auslösen. Zu den wichtigsten pleiotropen Wirkungen von Statinen in Bezug auf parodontale Gewebe zählen unter anderem antiinflammatorische, immun-

Statine in der nichtchirurgischen Parodontaltherapie

Statine können im Rahmen der nichtchirurgischen Parodontaltherapie sowohl lokal als auch systemisch verabreicht werden. Eine kürzlich publizierte systematische Übersichtsarbeit³² fasste die Ergebnisse von 15 Studien (13 mit lokaler³³⁻⁴⁵ und zwei mit systemischer Applikation^{46,47}) zusammen, die den Einsatz von Statinen im Rahmen der nichtchirurgischen Parodontaltherapie getestet hatten (für Studiendetails und -ergebnisse siehe **Tabelle 1**). Bis auf eine⁴⁵ zeigten alle Studien, die den Effekt eines lokal applizierten Statingels als Adjuvans zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie untersucht hatten, einen statistisch signifikant positiven Effekt im Vergleich zur Kontrollgruppe (= ohne Statin-Applikation) in Bezug auf relevante klinische Parameter (Sondierungstiefe, Attachmentlevel und/oder Blutungsindex). Zusätzlich wiesen jene Studien, die gezielt vertikale Knochendefekte therapierten (ebenfalls nichtchirurgisch mittels subgingivaler Statingel-Applikation), eine statistisch signifikante Verbesserung in Bezug auf die radiologische Defekttiefe auf. Auch jene Studien mit Statin-Applikation in Furkationsdefekte zeigten verbesserte klinische und radiologische Parameter.

Die systemische Gabe von Statinen als Zusatz zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie konnte die positiven Ergebnisse der lokalen Anwendung jedoch nicht bestätigen; hier zeigte sich kein Unterschied zur Kontrollgruppe.

Lokal verabreichte Produkte im Rahmen der nichtchirurgischen Parodontaltherapie zielen auf eine bessere Infektionskontrolle, reduzierten Gewebeabbau und/oder eine verbesserte Wundheilung ab. Dies sollte klinisch in einer größeren Reduktion der Sondierungstiefe, in einem zusätzlichen Gewinn an Attachment sowie in einer verbesserten radiologischen Knochendefektheilung resultieren. Beispielsweise wies die lokale Applikation von Hyaluronsäure als Ergänzung zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie zwar einen zusätzlichen Effekt bei der Sondierungstiefenreduktion von 0,2 bis 0,9 mm auf, aber nur einen begrenzten zusätzlichen Effekt im Hinblick auf Attachmentlevel-Gewinn.¹¹ Betrachtet man die Ergebnisse diverser Übersichtsarbeiten, zeigt sich generell für nichtantibiotische Zusätze im Rahmen der nichtchirurgischen Parodontaltherapie ein zusätzlicher Effekt von 0,2 bis 0,9 mm und 0,1 bis 0,9 mm in Bezug auf Sondierungstiefenreduktion beziehungsweise Attachmentlevel-Gewinn (Chlorhexidin^{12,14}, Povidon-Iod⁴⁸, niedrig dosiertes Doxycyclin⁴⁹, Probiotika¹⁵, diverse Produkte⁵⁰). Der zusätzliche Effekt nach Statin-Applikation in Bezug auf Sondierungstiefenreduktion, Attachmentlevel-Gewinn



Abb. 1: 47-jährige Patientin mit generalisierter chronischer Parodontitis gravis et complicata. Plaque-, Zahnstein- und Konkrementablagerungen im supra- und subgingivalen Bereich sind auf den klinischen und radiologischen Bildern deutlich erkennbar und als ätiologischer Faktor für das Entstehen der Parodontitis anzusehen.

halteapparates (Parodont).^{3,4} Die entzündliche Reaktion bedingt durch den bakteriellen Trigger ist zunächst auf die Gingiva beschränkt (Gingivitis), kann sich jedoch bei anfälligen Individuen weiter auf den Alveolarknochen ausbreiten (Parodontitis) (**Abb. 1**). Die bakterielle Infektion in Form des Biofilms gilt als Hauptinitiator der Erkrankung und ruft eine entzündliche Immunantwort mit Expression großer Mengen an proinflammatorischen Zytokinen hervor, was in weiterer Folge wiederum zu einer Hochregulierung der Osteoklastogenese sowie destruktiver Enzyme und somit zum Verlust des parodontalen Weich- und Hartgewebes

triebene Instrumente) („Scaling and Root Planing“) und gilt als Goldstandard der nichtchirurgischen Therapie. Ein weiteres Hauptaugenmerk richtet sich auf die Etablierung einer sehr guten häuslichen Mundhygiene mit dem Ziel einer langfristigen, effizienten Biofilmkontrolle. Können die Therapieziele mithilfe der nichtchirurgischen Therapie nicht erreicht werden, bestehen weiterführende chirurgische Therapiemöglichkeiten. Verschiedene Verfahren ermöglichen, je nach Indikation, den Zugang zu residualen parodontalen Läsionen zur effizienten Wurzeloberflächenreinigung, die Rekonturierung eines unregelmäßig

vante Gabe systemischer Antibiotika wird aufgrund der Bedenken hinsichtlich zunehmender bakterieller Resistenzen immer kritischer angesehen, und deren Einsatz sollte auf ausgewählte Fälle beschränkt bleiben.¹³ Dementsprechend werden vermehrt nichtantibiotische Zusätze zur konservativen Parodontaltherapie getestet. Einen neuen Ansatz könnte hier die lokale und/oder systemische Applikation von Statinen darstellen. Im Folgenden wird ein Überblick über den Wirkmechanismus von Statinen sowie die derzeitige Datenlage zu deren Einsatz im Rahmen der nichtchirurgischen Parodontaltherapie gegeben.

modulierende, antioxidative, antimikrobielle und knochenanabole beziehungsweise knochenmodulierende Effekte.²¹⁻²⁸ Aufgrund dessen erlangten Statine auch in der Forschung diverser zahnmedizinischer Fachdisziplinen und im Speziellen im Bereich der Parodontologie immer mehr Aufmerksamkeit. Querschnittsstudien wiesen auf eine mögliche protektive Wirkung von Statinen auf das Parodont hin^{29,30}, und dementsprechend wurde in den letzten rund zehn Jahren gezielt die lokale und systemische Applikation von Statinen in zahlreichen präklinischen und klinischen Studien untersucht.^{31,32}

Studie	Anzahl Patienten (m/w, Alter) Raucherstatus/Zusatzinfo Defektart/Follow-up (Monate)	Testgruppe	ST (mm)		AL-Gewinn (mm)	RDT (mm)	
		Kontrollgruppe	Baseline	Outcome		Baseline	Outcome
Nichtchirurgische Parodontaltherapie – Lokale Applikation							
Pradeep & Thorat (2010) ³⁶	60 (33/31, Ø 31) NR/– Vertikaler KD/6	SRP + SMV	7,4±1,6	3,2±1,6	4,4±1,9	4,4±1,1	2,9±1,1
		SRP + Placebo	6,9±1,6	5,7±2,1	1,6±2,0	4,4±1,2	4,3±1,3
Pradeep et al. (2012) ³⁷	72 (38/34, 30–50) NR/– Furkationsdefekt/6	SRP + SMV	7,3±1,5	3,3±0,8	v: 4,6±1,0 h: 4,3±1,2	4,6±1,1	3,4±1,0
		SRP + Placebo	6,8±1,3	5,5±1,3	v: 2,5±1,5 h: 2,4±1,3	4,3±1,0	4,3±0,9
Rath et al. (2012) ⁴⁴	60 (33/27, 25–45) NR/– Vertikaler KD/6	SRP + SMV	6,3±1,7	2,3±0,6	4,7±1,4	7,2±1,2	6,6±1,3
		SRP + Placebo	6,6±1,5	4,5±1,7	2,3±1,1	7,3±1,1	7,2±1,0
Pradeep et al. (2013) ³⁹	38 (20/18, 30–50) NR/DMT2 Vertikaler KD/9	SRP + SMV	8,3±1,0	4,3±1,0	4,0±1,2	4,9±0,5	3,3±0,6
		SRP + Placebo	7,9±1,1	6,3±0,9	1,1±0,8	4,9±0,6	4,7±0,6
Pradeep et al. (2013) ³⁸	67 (35/32, 30–50) NR/– Vertikaler KD/9	SRP + ATV	7,8±1,3	4,1±1,0	4,5±0,6	4,8±0,5	3,1±0,4
		SRP + Placebo	7,7±1,1	6,3±1,1	2,3±0,5	4,8±0,5	4,7±0,5
Rao et al. (2013) ⁴³	40 (40/0,30–50) R/–– Vertikaler KD/9	SRP + SMV	7,9±0,9	4,0±0,9	3,6±1,1	4,8±0,9	3,2±0,9
		SRP + Placebo	7,9±1,1	6,4±1,0	1,5±1,4	4,9±0,5	4,7±0,5
Pradeep et al. (2015) ⁴⁰	70 (33/37, 25–55) NR/– Vertikaler KD/6	SRP + RSV	7,1±0,7	3,0±0,4	4,2±0,2	4,6±0,6	2,4±0,3
		SRP + Placebo	7,1±0,7	5,7±0,9	1,4±0,2	4,6±0,7	4,1±0,7
Surve et al. (2015) ⁴⁵	45 (NB, 35–55) NR/– –/6	SRP + SMV	v	3,3±0,6	1,1±1,6	2,5±0,9	1,8±0,8
		SRP + ATV	5,7±0,7	3,4±0,8	0,9±1,3	3,0±0,8	2,4±0,7
		SRP	5,5±0,7	3,2±0,6	0,7±1,3	2,8±0,9	2,7±0,8
Kumari et al. (2016) ³⁵	71 (NB, 30-50) R/- Vertikaler KD/9	SRP + ATV	7,0±1,4	3,8±0,8	4,1±1,6	4,7±0,5	3,2±0,4
		SRP + Placebo	7,0±1,4	6,1±1,1	1,9±1,3	4,7±0,5	4,6±0,5
Kumari et al. (2016) ³⁴	75 (38/37, 40–50) NR/DMT2 Vertikaler KD/9	SRP + ATV	8,2±1,1	4,4±1,0	3,8±1,4	4,8±0,5	3,3±0,5
		SRP + Placebo	8,0±1,2	6,5±1,3	1,4±1,5	4,8±0,5	4,7±0,5
Pradeep et al. (2016) ⁴²	99 (53/51, 30–50) NR/– Vertikaler KD/9	SRP + ATV	6,6±1,4	3,0±0,7	4,3±1,1	5,5±0,8	3,5±0,7
		SRP + Placebo	6,8±1,2	5,3±0,6	1,5±1,1	5,2±0,4	5,0±0,4
Pradeep et al. (2016) ⁴¹	90 (45/45, 25–45) NR/– Vertikaler KD/6	SRP + ATV	7,3±0,7	5,0±1,0	2,3±0,5	6,0±0,2	3,7±0,1
		SRP + RSV	7,4±0,6	4,3±0,8	2,9±0,4	6,0±0,4	3,1±0,7
		SRP + Placebo	7,3±0,6	5,9±0,6	1,4±0,5	5,9±0,3	5,9±0,5
Garg & Pradeep (2017) ³³	90 (NB, 30-50) NR/- Furkationsdefekt/6	SRP + ATV	7,2±1,3	4,8±0,9	v: 3,0±1,2 h: 2,7±1,2	4,1±0,3	3,0±0,1
		SRP + RSV	7,4±1,1	4,1±0,9	v: 3,6±1,2 h: 3,2±1,2	4,2±0,2	2,9±0,2
		SRP + Placebo	7,6±1,1	6,0±1,1	v: 1,8±1,0 h: 1,9±1,2	4,1±0,4	3,9±0,3
Nichtchirurgische Parodontaltherapie – Systemische Gabe							
Fajardo et al. (2010) ⁴⁶	38 (6/32, 40–60) NR/– –/3	SRP + ATV	3,5±0,6	1,7±0,2	–	–	–
		SRP + Placebo	3,4±0,4	1,9±0,5	–	–	–
Fentoglu et al. (2012) ⁴⁷	80 (40/40, 30–57) NR/HL –/3	HL: SRP + ATV	2,7 (1,1–4,1)	2,4 (2,0–3,5)	0,1	–	–
		HL: SRP + Diät	3,1 (1,2–7,1)	2,3 (1,8–3,8)	0,1	–	–
		Gesund: SRP	2,9 (1,8–3,9)	2,3 (1,8–2,7)	0,4		

Tabelle 1: Übersicht zu den Charakteristika und Ergebnissen der (randomisierten) kontrollierten Studien zur lokalen und systemischen Gabe von Statinen als Zusatz zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie. – **Legende:** AL - Attachmentlevel, ATV – Atorvastatin, DMT2 – Diabetes mellitus Typ 2, HL – Hyperlipidämie, h – horizontal, KD – Knochendefekt, m – Monate, NB – nicht beschrieben, NR – Nichtraucher, R – Raucher, RDT – radiologische Defekttiefe, RSV – Rosuvastatin, SRP – Scaling & Root Planing/nichtchirurgische Parodontaltherapie, SMV – Simvastatin, ST – Sondierungstiefe, v – vertikal.



und Reduktion der radiologischen Defekttiefe wies in etwa 1,0 bis 3,0 mm bei tiefen Sondierungstiefen (d.h. >6,5 mm vor Therapie) auf. Dementsprechend erscheint die Größenordnung des zusätzlichen klinischen Nutzens einer lokalen Statinapplikation als Zusatz zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie bemerkenswert größer zu sein als jener von bislang veröffentlichten nicht antibiotischen Zusätzen. Zusätzlich sollte erwähnt

werden, dass für tiefe Sondierungstiefen nach nichtchirurgischer Parodontaltherapie im Durchschnitt eine Sondierungstiefenreduktion und ein Attachmentlevel-Gewinn von etwa 1 bis 2 mm beziehungsweise 0,5 bis 1 mm erwartet werden kann⁵¹; da diese Werte auch in den Kontrollgruppen (ohne Statin-Applikation) erreicht wurden, können die beobachteten zusätzlichen Vorteile nicht auf ein schlechteres Therapieansprechen in der Kontroll-

gruppe zurückzuführen sein. Inwieweit die Applikation von Statinen auch zu einer parodontalen Regeneration führen können, ist bislang noch unklar und humane Histologien liegen noch nicht vor. Eine Übersicht über die vorhandenen präklinischen Studien zeigte jedoch, dass eine Heilung nach lokaler Applikation von Statinen bei akuten/chronifizierten Parodontaldefekten nicht durch eine vollständige parodontale Regene-

ration gekennzeichnet ist; insbesondere konnte bis dato keine neue Zementbildung beobachtet werden.³¹ Im Gegensatz zu den positiven Effekten nach lokaler Statin-Applikation scheint die systemische Statin-Gabe als Zusatz zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie keinen signifikanten Effekt zu haben. In beiden inkludierten Studien mit systemischer Statin-Gabe^{46,47} wurde kein signifikanter Vorteil

beobachtet, weder bei klinischen parodontalen Parametern noch bei Entzündungs- und Knochenmetabolismus-Markern. Ein Grund dafür könnte die verabreichte Statin-Dosis von 10 bis 20 mg pro Tag darstellen. In einer weiteren Studie ohne Kontrollgruppe wies die Gabe von 10 mg Atorvastatin keine signifikante Wirkung auf, aber bei einer Dosis von 80 mg pro Tag zeigte sich eine signifikante Reduktion der parodontalen Entzündung.⁵² Jedoch werden 80 mg als Tageshöchstdosis für Atorvastatin angesehen, und berücksichtigt man, dass gerade bei einer höheren Dosis häufig Muskelsymptome (ca. bei zehn bis 25 Prozent der Patienten) auftreten können sowie ein erhöhtes Risiko für Myopathie und ein leicht erhöhtes Risiko für Diabetes mellitus vorliegt⁵³, sollte der lokalen Anwendung in der Parodontaltherapie der Vorzug gegeben werden; nach lokaler Applikation wurden bislang keine Nebenwirkungen beschrieben.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse sollte jedoch berücksichtigt werden, dass der Großteil der Studien zur lokalen Statin-Applikation bislang von derselben Forschungsgruppe durchgeführt wurde, und jene zwei Studien, die von einer anderen Forschungsgruppe veröffentlicht wurden, konnten diesen sehr stark positiven Effekt nicht bestätigen; daher bleiben die Ergebnisse zukünftiger Studien ebenso wie ein kommerziell erhältliches Produkt noch abzuwarten.

Schlussfolgerung

- Die lokale Applikation von Statinen als Zusatz zur nichtchirurgischen Parodontaltherapie führt im Speziellen bei vertikalen Knochendefekten zu signifikanten zusätzlichen klinischen und radiologischen Verbesserungen im Vergleich zur alleinigen nichtchirurgischen Parodontaltherapie.
- Dieser Vorteil nach Statin-Gabe scheint auch bei Rauchern und gut regulierten Diabetikern sowie bei Furkationsdefekten vorzuliegen.
- Bislang wurde zumeist nur eine Statin-Konzentration (1,2% Statingel) als einmalige Applikation nach der nichtchirurgischen Parodontaltherapie getestet.
- Die systemische Statin-Gabe zeigte keine Verbesserung des Ergebnisses nach der nichtchirurgischen Parodontaltherapie. [DT](#)

Kontakt



Priv.-Doz. Dr. Kristina Bertl, PhD, MS

Abteilung für Parodontologie
Universität Malmö, Schweden
kristina.bertl@mau.se