

DENTAL TRIBUNE

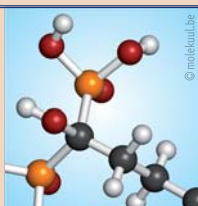
The World's Dental Newspaper · German Edition 

No. 9/2013 · 10. Jahrgang · Leipzig, 4. September 2013 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 €



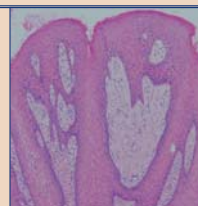
Gefäßerkrankungen und Parodontitis

Gelingt der Beweis, dass durch parodontale Behandlung eine Verbesserung der Gefäßerkrankungen erreicht werden kann, wäre das ein wichtiger Therapieansatz für die stetig älter werdende Bevölkerung. ▶ Seite 4f



Bisphosphonate in der Medizin

Der Umgang mit Bisphosphonat-Patienten ist für den Zahnarzt von wachsender Bedeutung. Ein Interview mit dem führenden Spezialisten auf diesem Gebiet – Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Wiesbaden. ▶ Seite 8f



Leukoplakie – Der weiße Fleck

Leukoplakische Schleimhautveränderungen können die unterschiedlichsten Ursachen haben. Eine zielgerichtete Therapie des Patienten erfordert daher eine histopathologische Diagnose. ▶ Seite 12

ANZEIGE

Perfekt aufbauen
mit Nano-Zirkoniumdioxid

FANESTIC® 2 CORE DC

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Informationen unter Tel. 0 40 - 22757617
Fax 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei
E-mail: info@r-dental.com
www.r-dental.com

Europaweit Karies stoppen

Zahnmediziner & Gesundheitsexperten wollen Prävention vorantreiben.

LONDON – Die Alliance for a Cavity-Free Future (ACFF) hat Ende Juli 2013 eine neue europäische Gruppe gegründet und bringt dabei Zahnmedizin- und Gesundheitsexperten zusammen, um die zahnmedizinische Prävention europaweit voranzubringen. Ergebnisse einer neuen, umfassenden Umfrage in Europa unterstreichen die Notwendigkeit, auf Ebene des öffentlichen Gesundheitswesens weiter über Karies aufzuklären. 38 Prozent der Befragten glauben, dass alle

Menschen früher oder später kariöse Defekte entwickeln. 72 Prozent sind der Ansicht, dass sie nicht genug zur Verhinderung von Karies tun, und 18 Prozent gaben zu, wenig oder kein Wissen über Kariesprävention zu haben.

Bis zu 80 Prozent der Weltbevölkerung sind von Karies betroffen. In Europa kam es in den letzten 30 Jahren zu einem deutlichen Rückgang. In vielen Bevölkerungsschichten bleibt Karies jedoch ein bedeutendes Problem. *Fortsetzung auf S. 2 unten →*

ANZEIGE

TÜV SAARLAND SEHR GUT
Kundenurteil · freiwillige Prüfung
05/2013 Nr. 2026
tuev-saar.de

Service tested

SO GEHT SERVICE HEUTE

[Hochwertiger Zahnersatz zu günstigen Preisen]  **dentaltrade**
...faire Leistung, faire Preise

freecall: (0800) 247 147-1 · www.dentaltrade.de

Mehr Geld von den Kassen für die Zahnärzte


Positive Ergebnisse bei den gesetzlich vorgeschriebenen Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen erreicht. Von Jürgen Pischel.

Bis(s) ins Alter?

Der gealterte Mensch im Mittelpunkt.

MÜNCHEN – Der 54. Bayerische Zahnärztetag vom 24. bis 26. Oktober 2013 in München bietet unter dem Thema „Biss im Alter – die Zahnbehandlung des gealterten Patienten“ drei spannende Kongresstage für Zahnärzte. „Gerade angesichts der neuen BEMA-Positionen für die zahnmedizinische Versorgung pflegebedürftiger Patienten ist das Programm dieses Zahnärztetages hochaktuell“, sagt Dr. Janusz Rat, Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB).

Veranstalter des diesjährigen Kongresses sind die Bayerische Landes-zahnärztekammer (BLZK) und die KZVB in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ). Die Leitung liegt in den Händen von Christian Berger, Vizepräsident der BLZK.

Vorträge aus den Fachgebieten der Parodontologie, Implantologie, Endodontie, Kieferorthopädie und Prothetik gehören ebenso zum Programm wie aktuelle gesundheitspolitische Themen. 

Bitte beachten Sie das Special ab Seite 25

BONN/KREMS – Insgesamt 12,7 Milliarden Euro flossen von den Krankenkassen in die Zahnarztpraxen für die Behandlung von Kassenspatienten einschließlich der Festzuschussanteile für Zahnersatz. Im 1. Quartal gaben die Kassen insgesamt 8 Prozent mehr für Zahnbehandlungen aus, 3 Prozent Minus jedoch bei Zahnersatz. Insgesamt blieb aber aufgrund des Gesamtkostenanstieges in den gesetzlichen Krankenkassenversicherungen (GKV) der Anteil der Zahnärzte bei rund 7 Prozent der Kassengesamtausgaben.


Den hohen Anstieg von 8,4 Prozent für zahnärztliche Behandlung begründet das Gesundheitsministerium mit der Abschaffung der Praxisgebühr. Daneben dürften die Aufhebung der strikten Grundlohnorientierung bei den zahnärztlichen Honoraren sowie die Punktwertangleichungen zwischen den Kassenarten, wie sie das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSt.G) vorgesehen hat, das Ausgabengeschehen beeinflusst haben, was sich auch in den unterschiedlichen Zuwachsraten der einzelnen Kassenarten widerspiegelt, so das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). So gibt es bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen mit 11,9 Prozent Plus bei den Ausgaben pro Versicherten gegen-



über dem 1. Quartal 2012 den stärksten Zuwachs, aber auch die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen und die Landwirtschaftskrankenkassen verzeichnen deutliche Zuwächse zwischen 6 und 9 Prozent.

Die meisten KZVn sprechen von durchwegs positiven Ergebnissen bei den gesetzlich vorgeschriebenen Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen. Vor allem sei es ge-

lungen, die bisher festen Budgetobergrenzen so auszuhandeln, dass wie z.B. in Bayern, bisher als Puffer angesetzte Budgetspartage nun Geschichte seien. Zum anderen wurden auch Sonderverträge zur besseren Versorgung von Null- bis Dreijährigen – so in Baden-Württemberg und in Hamburg – abgeschlossen. In Nordrhein muss die AOK – anders als die Ersatzkassen – für die vertrags-

zahnärztliche Versorgung für 2013 deutlich mehr Geld bereitstellen. Insgesamt belaufe sich der Unterschied der ausgehandelten Vergütungen 2012 zu 2013 für die Primärkassen auf mehr als 48 Millionen Euro. Zusätzlich vertritt die KZV Nordrhein die Ansicht, dass es seit 2013 keine Obergrenze/Budgets mehr gibt. 

Quelle: BMG/KZVn

ANZEIGE

Auf der Suche nach (Rechts-)Sicherer Wasserhygiene?

BLUE SAFETY



Der schnelle Weg zum Termin: Fon 0800 - 25 83 72 33 oder www.bluesafety.com



„Richtig“ wählen allein bringt nichts

Jürgen Pischel spricht Klartext

Der Wähler versteht in der Gesundheitspolitik sowieso nicht, warum es bei den hinausposaunten Reformprogrammen, wie Bürgerversicherung, Kopfpauschale, Neuordnung des Solidarsystems, integrierte Krankenversicherung und was sonst noch alles im Bundestagswahlkampf angepriesen wird, geht. Deshalb ist die Gesundheitspolitik auch kein wirklicher Faktor in den Wahlkampfauseinandersetzungen der einzelnen Lager von Schwarz-Gelb und Rot-Grün. Nur in der Ärzte- und Zahnärzte-Funktionärsmannschaft hat man sich ein Schlagwort des Unheils auserkoren: „Bürgerversicherung“.

Ohne zu sagen, dass das „Kopfpauschalenmodell“ aus CDU/CSU-Kreisen gleiche Folgerungen für die Leistungserbringer in sich birgt – weniger Geld, weil höchste Subventionen aus dem Staatssackel damit verbunden wären – wird die rot-grüne Bürgerversicherung zum Todesurteil der Privatversicherung und -versorgung abgestempelt. Und schon kämpft man Seite an Seite mit den Schwarz-Gelb-Gesundheitspolitikern für eine Stimmabgabe bei der kommenden Bundestagswahl für CDU/CSU und FDP. Vornehmlich die letztgenannte Partei wird zu deren Überlebenssicherung der eigenen Zahnärzte-Zwangsmemberschaft für das Kreuz am Wahlzettel dringend empfehlen. Eine Prozedur, die sich bereits seit Jahrzehnten wiederholt, ohne dass sich diese Parteien für die Wahlhilfe jemals dankbar gegenüber der Zahnärzteschaft gezeigt hätten.

Auch unter einem FDP-Gesundheitsminister landete die GOZ-Novellierung vor dem Bundesverfassungsgericht, weil sich der FDP-Minister den PKV-Lobbybemühungen auch nach mehr als zwei

Jahrzehnten nichts am GOZ-Punktwert zu ändern unterworfen hatte.

Dies entgegen völlig anderslautenden FDP-Versprechungen an die Zahnärzteschaft vor der letzten Bundestagswahl vor vier Jahren. Das Ergebnis ist bekannt. Die Zahnärzteklage wurde vom BVG nicht einmal angenommen.

Die Zahnärzte sind den von Funktionären bevorzugten „Schwarz-Gelb-Regierenden“ völlig schnuppe, ebenso den Verfassungsrichtern, denen eine „Frei-Berufs-Ferne“ von Berufsverbänden und deren Rechtsvertretern unterstellt wird.

Ganz anders bei einem anderen freien Beruf, der sich wohl bewusst deutlicher Wahlempfehlungen enthält, aber in der Politik das Wohlwollen der jeweiligen Regierenden genießt und einen Ausgleich für Kostenerhöhungen bei den Honoraren gesetzlich zugesprochen bekommt. So erhöhten sich ab August nach Angaben des Deutschen Anwaltsvereins (DAV) durch das Kostenrechtsmodernisierungsgesetz die Gebühren für Anwälte um durchschnittlich 12 Prozent. Für die Dienste von Notaren müssen Verbraucher laut Bundesnotarkammer im Durchschnitt 15 Prozent mehr zahlen.

Das nenn ich erfolgreiches Lobbying. Liegt es daran, dass man sich nicht, wie die Zahnärzte- und Ärzte-Funktionäre trotz Erniedrigung bei der GOZ-Novellierung als dienende Werber um Stimmen für das Regierungslager unterworfen hat, sondern für wohlwollendes Stimmverhalten aus der Politik Vorleistungen eingefordert hat? „Richtig wählen“, das ist eine schwierige Entscheidung, die jeder für sich selbst zu treffen hat, so wünsche ich viel Glück dabei

toi, toi, toi, Ihr J. Pischel



Infos zum Autor

Berufsunfähigkeitsrente für Zahnärzte?

Große Hürden durch unterschiedliche Begriffsdefinitionen von BU.

BONN – Eine aktuell bekannt gewordene Entscheidung des Verwaltungsgerichtes (VG) Gelsenkirchen zeigt, mit welchen Hürden und Kosten ein Versorgungswerksmitglied zu rechnen hat, wenn er einen BU-Antrag stellt. Es hängt dabei sehr davon ab, wie der Begriff der Berufsunfähigkeit in der Satzung des jeweiligen Versorgungswerkes definiert wird.

Verweisbarkeit – nur Behandlung am Stuhl?

In der Sache konnte sich der Zahnarzt trotz gesundheitlicher Probleme und Schmerzen nicht vor dem VG Gelsenkirchen durchsetzen, da er die vom Versorgungswerk aufgestellte Hürde der Verweisbarkeit auf eine andere Tätigkeit als „am Stuhl“ nicht überspringen konnte.

In der Begründung machten die Gelsenkirchener Richter deutlich,

dass nach der maßgeblichen Versorgungswerksatzung berufsunfähig sei, wer infolge leistungsbeeinträchtigender Gesundheitsstörung außerstande ist, seine zahn-



© froxx

ärztlichen Fähigkeiten auch außerhalb der Praxistätigkeit wirtschaftlich in irgendeiner Weise zu nutzen. Dieser Satzungsbestimmung sei zu entnehmen, dass Berufsunfähigkeit

nur dann anzunehmen ist, wenn dem Mitglied jegliche Tätigkeit, bei der die zahnärztlichen Fähigkeiten genutzt werden können, versagt ist. Maßstab der Beurteilung sei damit weder die bisherige Tätigkeit noch die Möglichkeit, zahnärztliche Tätigkeiten mit Patientenkontakt („Arbeit am Stuhl“) auszuüben. Vielmehr müsse sich das Mitglied auf jedwede Tätigkeit verweisen lassen, bei der die zahnärztlichen Fähigkeiten verwandt werden können, also auch Tätigkeiten als angestellter oder freiberuflicher Gutachter etwa bei Versicherungsträgern – auch als Aktengutachter – /Erteilen von Fachkundeunterricht für Zahnarzt-helferinnen, diagnostische schulzahnärztliche Tätigkeiten, zahnärztliche Verbandstätigkeiten oder Tätigkeiten in Forschung und Lehre. [DU](#)

Quelle: zwp-online.de (Autor: Michael Lennartz)

Weltmarktstellung ausgebaut

VDDI: Erwartungen an 2013er Geschäftsjahr überwiegend positiv

KÖLN – Die Mitgliedsunternehmen des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie (VDDI) erwirtschafteten in 2012 einen Gesamtumsatz von rund 4,369 Mrd. Euro, ein Zuwachs von 6,3 Prozent. Davon wurden 2,684 Milliarden Euro auf den Exportmärkten erwirtschaftet, ein Plus von 10,2 Prozent, berichtete Dr. Martin Rickert, Vorstandsvorsitzender des VDDI, bei der Vorstellung des Geschäftsberichtes 2012/2013.

„Unsere deutsche Dentalindustrie konnte ihr Wachstum in 2012 auf den Exportmärkten weiter ausbauen. Der Inlandsmarkt entwickelte sich leicht über dem 2011er Niveau. Die 200 Mitgliedsunternehmen des Verbandes der Deutschen Dental-Indus-

trie beschäftigten in 2012 im In- und Ausland fast 18.500 Mitarbeiter.

Die Erwartungen an das aktuelle 2013er Geschäftsjahr sind überwiegend positiv, denn 54 Prozent der Mitgliedsunternehmen rechnen mit steigenden Absatzzahlen in Deutschland und ferner 44 Prozent mit gleichbleibenden Verkäufen.

Die Exportquote der Industrie ist mittlerweile auf rund 61 Prozent angestiegen. Die VDDI-Mitgliedsfirmen konnten mithin ihre Marktposition auf den Weltmärkten weiter stabilisieren

und in verschiedenen Märkten sogar ausbauen.

Die mit 125.000 Besuchern und mehr als 2.000 Ausstellern trotz der Wetterkapriolen äußerst erfolgreiche 35. Internationale Dental-Schau (IDS) im März 2013 habe wichtige Impulse für das laufende Geschäftsjahr geliefert, die positive Stimmung halte auch jetzt noch an, sagte Dr. Rickert.

Der Geschäftsbericht 2012/2013 kann ab sofort bei der VDDI-Geschäftsstelle bestellt werden. [DU](#)



Dr. Rickert

Quelle: VDDI

←Fortsetzung von S. 1 oben

„In ganz Europa haben wir eine Fülle von Erfahrungen, Ideen und Instrumenten, mit denen das Management der Zahngesundheit dramatisch verbessert werden kann“, bemerkte Prof. Nigel Pitts, Leiter des Dental Innovation and Translation Centre

und Praxis untermauern und in ganz Europa die Art und Weise standardisieren, wie wir dieses Problem messen, bewerten und bewältigen.“

Die ACFF startete 2010 als globale Initiative. Sie hat zum Ziel, dass alle Beteiligten Karies als ein Kontinuum verstehen, durch die Anerken-



prävention und -behandlung zu entwickeln.

„Die Ressourcen und deren Einsatz sind in ganz Europa – sowohl aus Sicht des öffentlichen Gesundheitswesens als auch aus klinischer Perspektive – inkonsistent“, fügte Prof. Svante Twetman, Prof. für Kariologie an der Universität Kopenhagen – und gemeinsam mit Prof. Pitts, Vorsitzender der Europagruppe der ACFF, hinzu.

„Karies verdient mehr Aufmerksamkeit. Es muss als wichtiges gesundheitliches Problem anerkannt werden.“

Weitere Informationen: www.family.allianceforacavityfreefuture.org/en/us/whats-new [DU](#)



Von links nach rechts: Prof. Andreas Schulte, Prof. Nigel Pitts, Prof. Svante Twetman (sitzend), Prof. Kenneth Eaton, Prof. Klaus Pieper.

am King's College London Dental Institute und Vorsitzender der globalen Initiative ACFF. „Wir müssen dieses Wissen jedoch nutzen, Richtlinien

festlegen, die Karies-Defekte vermeidbar sind und Karies in einem frühen Stadium reversibel ist, und um umfassende Programme für die Karies-

<p>DENTAL TRIBUNE</p> <p>IMPRESSUM</p> <p>Verlag OEMUS MEDIA AG Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig Tel.: 0341 48474-0 Fax: 0341 48474-290 kontakt@oemus-media.de www.oemus.com</p> <p>Verleger Torsten R. Oemus</p> <p>Verlagsleitung Ingolf Döbbecke Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller</p>	<p>Chefredaktion Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (ji), V.i.S.d.P. isbaner@oemus-media.de</p> <p>Redaktionsleitung Jeannette Enders (je), M.A. j.enders@oemus-media.de</p> <p>Korrespondent Gesundheitspolitik Jürgen Pischel (jp) info@dp-uni.ac.at</p> <p>Anzeigenverkauf Verkaufsleitung Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller hiller@oemus-media.de</p> <p>Verkauf Nadine Naumann n.naumann@oemus-media.de</p>	<p>Produktionsleitung Gernot Meyer meyer@oemus-media.de</p> <p>Anzeigendisposition Marius Mezger m.mezger@oemus-media.de</p> <p>Bob Schliebe b.schliebe@oemus-media.de</p> <p>Lysann Reichardt l.reichardt@oemus-media.de</p> <p>Layout/Satz Franziska Dachsels</p> <p>Lektorat Hans Motschmann h.motschmann@oemus-media.de</p>
---	---	---

Erscheinungsweise
Dental Tribune German Edition erscheint 2013 mit 12 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 4 vom 1.1.2013. 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.

Glaspartikel können Karies bremsen

Innovationspreis für Zahncreme mit karieshemmender Wirkung.



© Subbotina Anna

LONDON – Ein britisches Wissenschaftlerteam unter Leitung von Prof. Robert Hill von der Queen Mary Universität in London hat eine Zahncreme entwickelt, die mithilfe von kleinen Glasparkeln winzigste Hohlräume in den Zähnen ausfüllt. Diese Partikel sind so klein wie die Hohlräume selbst, die durch Karies an der Zahnoberfläche entstehen. Die Glaspartikel lösen sich beim Zähneputzen mit der neuen Zahncreme im Mund auf und hinterlassen Kalzium und Phosphate dort, wo neues Zahnmineral gebildet werden soll.

Diese Vorgehensweise gegen Karies und schmerzempfindliche Zähne ist nicht neu. Neu jedoch sind die Eigenschaften dieser Parti-

kel. Sie sind weicher als der Zahnschmelz selbst und ermöglichen mit ihrer offenen Struktur eine schnellere Abgabe der Kalzium- und Phosphationen. Die weichen Glaspartikel sollen zudem den Zahnschmelz auch nicht abreiben, wie das bei bereits verwendeten härteren Teilchen der Fall ist.

Die Londoner Worshipful Company of Armourers and Brasiers zeichnete diese Erfindung im Juni mit ihrem Innovationspreis aus. Das Preisgeld von 25.000 £ soll nun dahingehend investiert werden, die Zahncreme zu einem marktfähigen Produkt zu entwickeln. [DI](#)

Quelle: ZWP online

Bewerbungscountdown für ITI-Forschungspreis

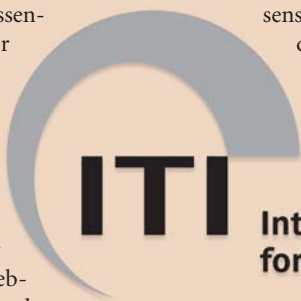
Bewerbungen werden ab sofort entgegengenommen.

BASEL – Alle Wissenschaftler, die über neue Forschungserkenntnisse auf dem Gebiet der dentalen Implantologie verfügen, können sich bis zum 15. Oktober 2013 auf der Website des Internationalen

Teams für Implantologie (ITI) für den renommierten André Schroeder-Forschungspreis 2014 bewerben. Der Gewinner erhält ein Preisgeld in Höhe von 20.000 Schweizer Franken und wird vom 24. bis 26. April 2014 zum ITI World Symposium nach Genf eingeladen, wo die offizielle Preisverleihung stattfindet.

Der André Schroeder-Forschungspreis wird seit mehr als 20 Jahren an unabhängige Wissenschaftler vergeben mit dem Ziel, neue wis-

senschaftliche Erkenntnisse in dentaler Implantologie, oraler Geweberegeneration und verwandten Gebieten zu fördern. Das ITI verleiht den Preis zu



International Team for Implantology

Ehren des 2004 verstorbenen ITI-Gründungspräsidenten Professor Dr. André Schroeder, der die moderne Zahnheilkunde maßgeblich beeinflusst hat. Weitere Informationen zum Bewerbungsverfahren und den Teilnahmebedingungen sowie das Bewerbungsformular sind ab sofort auf www.iti.org verfügbar. [DI](#)

Quelle: ITI

Infos zum Unternehmen



HPV-Antikörpertest als Frühwarnsystem für Krebs im Mundraum

Forscher bringen mit dem Nachweisverfahren vielversprechende Ergebnisse.

HEIDELBERG – Der Nachweis von Antikörpern gegen Humane Papillomviren des Hochrisikotyps HPV 16 könnte in Zukunft dazu beitragen, die Gefahr einer Tumorerkrankung im Mund-/Rachenraum lange vor Ausbruch des Krebses aufzudecken. Dies ist das Ergebnis einer internationalen Studie von Forschern des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), der International Agency for Research on Cancer (IARC) und des amerikanischen National Cancer Institute, die jetzt in der Fachzeitschrift *Journal of Clinical Oncology* veröffentlicht wurde.

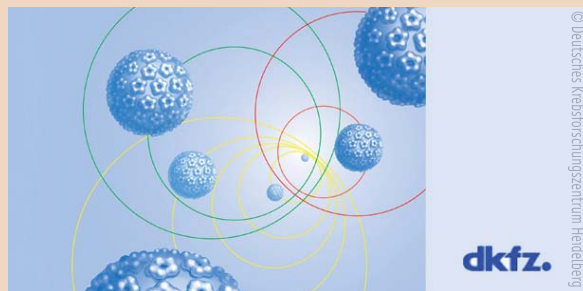
„Unser Labor hat einen speziellen Test entwickelt und ist eine von weltweit ganz wenigen Einrichtungen, die dieses Nachweisverfahren durchführen können“, sagt Michael Pawlita, HPV-Forscher. Mit seinem Test konnten die Studienpartner prüfen, ob sich die Antikörper gegen HPV 16 als Biomarker zur Früherkennung von HPV-verursachtem Krebs des Mund-/Rachenraums eignen. Paul Brennan, Leiter der Sektion und Gruppe für Genetische Epidemiologie der IARC und Senior-Autor der Studie: „Unsere Ergebnisse sind in dieser Hinsicht sehr vielversprechend. Lange wussten wir nicht, ob Antikörper gegen HPV 16 zu einem Zeitpunkt im Blut vorkommen, zu dem noch gar kei-



© Matej Kastelic

ne klinischen Anzeichen der Krebserkrankung erkennbar sind. Nun haben wir nachgewiesen, dass bereits

nach der Diagnose. Patienten mit Mund-/Rachentumoren, die Antikörper gegen das HPV 16-spezifische Protein E6 im Blut aufwiesen, haben offenbar eine bessere Prognose als Patienten, bei denen dies nicht der Fall war. Die Wahrscheinlichkeit, fünf Jahre nach der Krebsdiagnose noch am Leben zu sein, war bei den positiv getesteten Patienten dreimal so hoch. [DI](#)



© Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg

dkfz.

12 Jahre vor Ausbruch von Tumoren im Mund-/Rachenraum Antikörper im Serum auftreten.“

Eine weitere wichtige Erkenntnis der Studie betrifft die Überlebenszeit

Originalpublikation: AR Kreimer et al. Evaluation of Human Papillomavirus Antibodies and Risk of Subsequent Head and Neck Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2013. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2012.47.2738>. Quelle: DKFZ

ANZEIGE



Tiefenfluorid® junior
Zwei Schritte zum Erfolg

- sichere Kariesprophylaxe durch Depot-Effekt
- Langzeit-Remineralisation auch an schwer erreichbaren Stellen
- White Spots verschwinden*
- zur mineralischen Fissurenversiegelung**
- fruchtig-süß ohne Zucker, für alle Altersklassen

*ZMK 9/1995; **ZMK 1-2/1999

New!
Mit fruchtigem Geschmack

20%*
Messenachlass



*auf alle HCH Tiefenfluorid®- und HCH Tiefenfluorid® junior-Packungen bei Bestellung bis 15.11.2013

Besuchen Sie uns auch auf den Dentalfachmessen.



HUMANCHEMIE
Kompetenz in Forschung und Praxis

Humanchemie GmbH • Hinter dem Krüge 5 • DE-31061 Alfeld/Leine
Telefon +49 (0) 51 81 - 2 46 33 • Telefax +49 (0) 51 81 - 8 12 26
E-Mail info@humanchemie.de • www.humanchemie.de

Interaktionen zwischen kardiovaskulären Erkrankungen und Parodontitis

Gelingt es, zu beweisen, dass durch parodontale Behandlung eine Verbesserung der Gefäßerkrankungen zu erreichen ist, wäre das ein wichtiger Therapieansatz für die demografisch gesehen stetig älter werdende Bevölkerung. Von Dr. Behrouz Arefnia und Univ.-Doz. Prof. Dr. Gernot Wimmer, Medizinische Universität Graz.

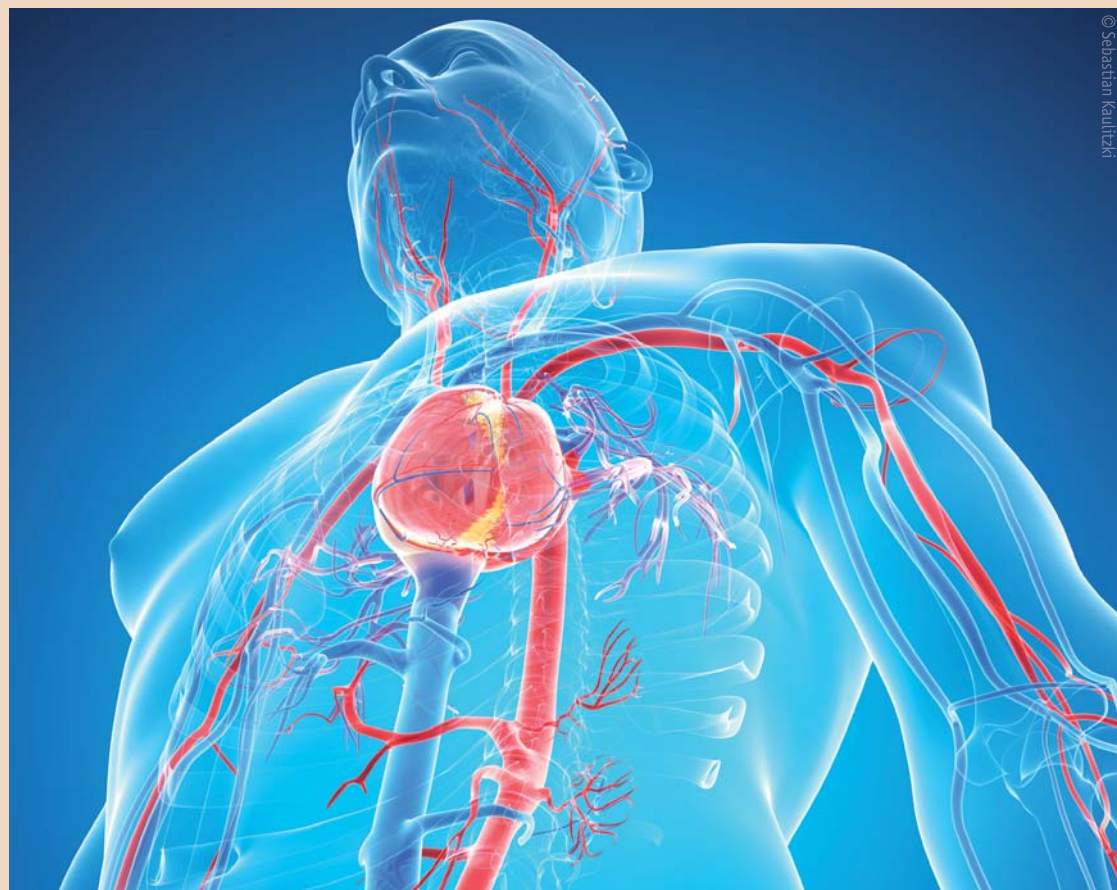
Atherosklerotische vaskuläre Erkrankungen sind weltweit die häufigste Todesursache. Etwa 30 Prozent aller Todesfälle sind Folge einer Atherosklerose. In Österreich führen die Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems deutlich und mit großem Abstand die Statistiken der Todesursachen mit über 40 Prozent (Krebserkrankungen als zweithäufigste mit 26 Prozent) an (Abb. 1) und nehmen mit steigendem Alter am raschesten zu (Abb. 2).

In der Schweiz liegen besonders deutlich in der älteren Bevölkerung die Herz-Kreislauf-Erkrankungen als Todesursache an erster Stelle (Abb. 3).²

Wenn man, aufgrund mangelnder Daten aus Österreich, die Prävalenz der Parodontitis anhand epidemiologischer Erhebungen aus Deutschland heranzieht, ist festzustellen, dass in der Altersgruppe der Senioren die Anzahl der parodontal erkrankten Menschen unverkennbar ansteigt (Abb. 4).³

Regionale Erhebungen aus der Schweiz konnten zeigen, dass fortgeschrittener Attachmentverlust und erhöhte Sondierungstiefen vor allem in den älteren Bevölkerungsschichten auftreten.⁴⁵

Konkludierend könnte man sagen, dass mit zunehmendem Alter die Anzahl der Prävalenz der Parodontitis und kardiovaskuläre Erkrankungen als Todesursache



Nummer 1 ansteigt. Der Verdacht, dass beide Erkrankungen nicht nur nebeneinander koexistieren, sondern sich auch wechselseitig beeinflussen, erhärtet sich mit zunehmendem Verständnis ihrer Ätiopathogenese.

Auch sozioökonomisch ist dieser Krankheitskomplex eine große gesellschaftliche Belastung. Schätzungen in den USA aus dem Jahre 2008 berechnen direkte und indirekte Kosten aufgrund von atherosklerotischen vaskulären

Erkrankungen auf 298 Milliarden US-Dollar.⁶ Zum Vergleich betrug das Bruttoinlandsprodukt in Österreich im Jahr 2008 281,9 Milliarden Euro.⁷

Die Beziehungen zwischen vielen sog. systemischen Erkran-

kungen und Erkrankungen des Zahnhalteapparates werden in den letzten Jahren immer besser untersucht. Dabei stützt sich die Theorie, dass beide Krankheitskomplexe miteinander korrelieren können, auf eine stetig breitere Zustimmung in der rezenten Literatur und wurde durch Metaanalysen durchaus bestätigt.⁸⁹

Entzündung als bindendes Glied

Atherosklerotische Veränderungen, welche das Herz und die Blutgefäße betreffen, sind ursächlich für ischämische Herzerkrankungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen und periphere vaskuläre Erkrankungen. Begünstigend für die Entwicklung von atherogener Plaque in den Gefäßen sind neben den durch Cholesterin induzierten Mechanismen auch inflammatorische Prozesse.

Es kann jedoch nicht von einem einfachen, konsequenten Zusammenhang zwischen der Entzündung des Parodonts und des Vorhandenseins von vaskulären Veränderungen ausgegangen werden; die Vorgänge, wie sich diese beiden multifaktoriellen Volkskrankheiten beeinflussen, sind durchaus komplex.

Atherogenesis durch Entzündung

Endotheliale Dysfunktion ist eine der ersten Anzeichen für eine atherosklerotische Veränderung. Endothelzellen reagieren auf entzündliche Stimuli mit der Ausbildung von bestimmten Adhäsinen (ICAM-1, VCAM-1 etc.), welche die Anlagerung von Leukozyten an die Zellwand ermöglichen.¹⁰ Das Eindringen von Leukozyten in die Gefäßintima wird begünstigt durch das Vorhandensein von Matrixmetalloproteinasen (MMP-9).

Durch die Ausbildung und das Vorhandensein von Makrophagen, welches durch Makrophagen stimulierende Faktoren (M-CSF) induziert wird, kommt es zur Ausschüttung einer Reihe von proinflammatorischen Zytokine (IL-1 beta, TNF-alpha), die das lokale entzündliche Geschehen verstärken. Lipide, welche in das Zytoplasma der Makrophagen aufgenommen werden, führen zur Ausbildung sogenannter Schaumzellen. Nach dem Absterben der „foam cells“ verbleiben Lipide in der Gefäßintima und können dort akkumulieren.¹¹

Diese Prozesse sind begünstigend für die Ausbildung atherosklerotischer Veränderungen und ungünstig für die Endothelfunktion.

Interaktion zwischen parodontopathogenen Keimen und Endothelzellen

Die parodontale Tasche bietet vor allem anaeroben Keimen einen

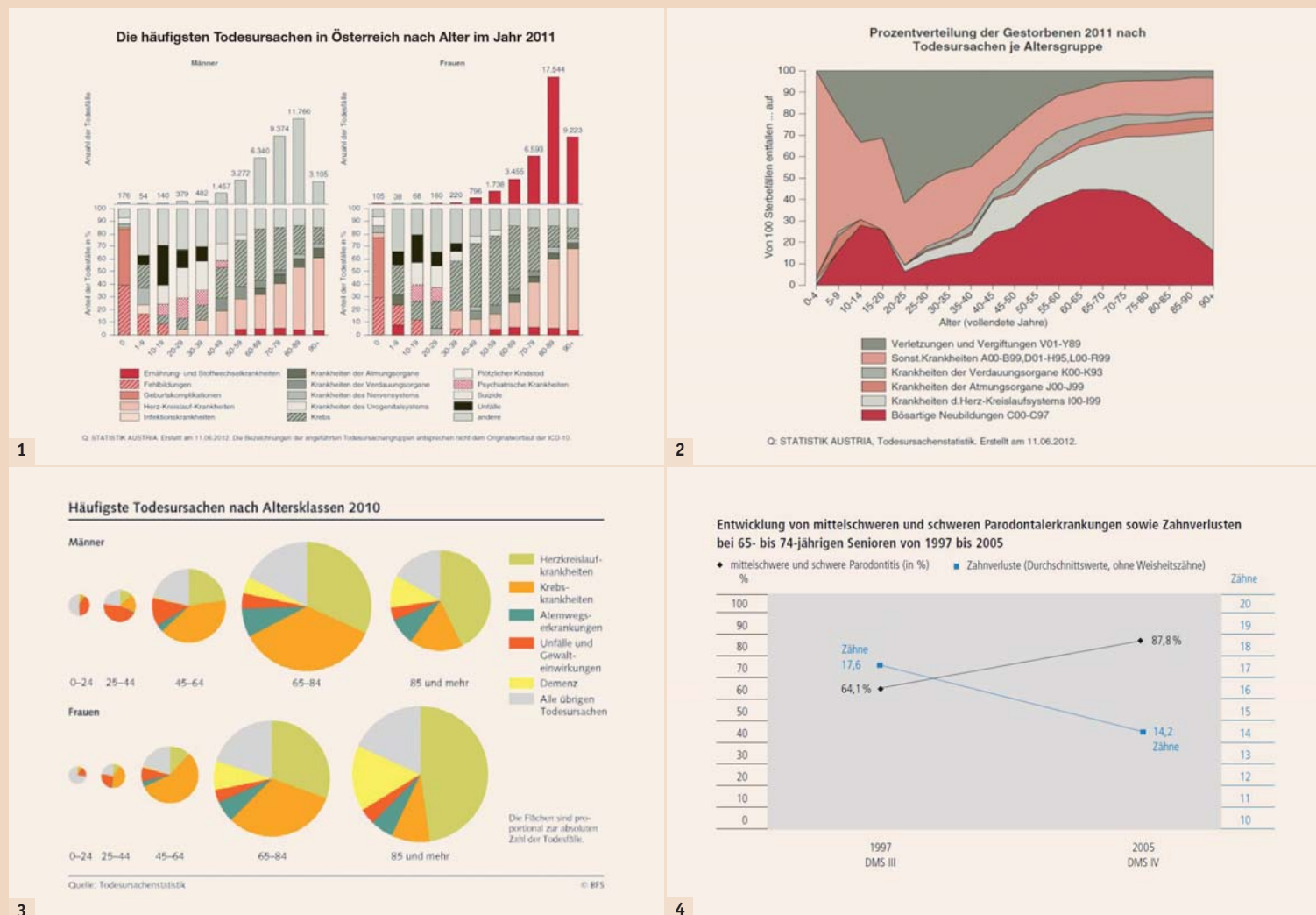


Abb. 1: Todesursachen Österreich. – Abb. 2: Prozentverteilung Todesursachen Österreich. – Abb. 3: Todesursachen Schweiz. (Quelle: Statistik Austria, www.statistik.gv.at, Stand: 14. Mai 2013) – Abb. 4: Entwicklung von mittelschweren und schweren Parodontalerkrankungen sowie Zahnverlusten bei 65- bis 74-jährigen Senioren von 1997 bis 2005. (Quelle: BZÄK)

RETRAKTION LEICHTER GEMACHT!

Mit dem neuen Access® FLO

Besuchen Sie uns
auf der Messe:
Leipzig: Stand A79
Hamburg: Stand E03



Schnell. Einfach. Fließfähig.

AccessFLO ist eine fließfähige auf Tonerde basierende Gingiva-Retraktionspaste, die sanft das Gewebe verdrängt und Blutungen und das Aussickern von Flüssigkeiten kontrolliert. Vorgesehen ist AccessFlo für die Verwendung im Rahmen von Abformungen für Kronen und Brücken. Im praktischen Einheitsdosis-Aufsatz spart AccessFlo Zeit und verhindert eine Kreuzkontamination. Führen Sie einfach einen Aufsatz in Ihre Centrix-Spritze ein und injizieren Sie das Material in und um den Sulkus. Minimal invasiv und gewebeschonend sorgt AccessFlo für eine schnelle und einfache Gewebeverdrängung ohne Fadenlegen.



Access® FLO

**ERHALTEN SIE GRATIS EINE MARK II™
SNAP-FIT™ SPRITZE BEIM KAUF EINES
BELIEBIGEN ACCESSFLO PRODUKTES!**

Bestellen Sie telefonisch unter unserer
kostenlosen Service-Nummer 0800-2368749
Promotion-Code: DTG-0913
Weitere Informationen unter www.centrixdental.de

Gültig bis zum 31. Oktober 2013.



QR-CODE FÜR WEITERE
INFORMATIONEN ÜBER
ACCESSFLO



Finden Sie uns auf Facebook
Centrix, Inc



Folgen Sie uns unter @
CentrixInc



centrix®

Making Dentistry Easier.™

Ort, wo sie geschützt vor körpereigenen Abwehrmechanismen und mechanischen bzw. antibakteriellen Reizen proliferieren und interagieren können. Jedoch kommt es vor allem durch Mastikation und mechanischer Irritation (Zähneputzen, Mundhygiene) immer wieder zur Aussaat parodontaler Keime in den Körper. Ein möglicher Translokationsmechanismus in den Gefäßkreislauf über die Lymphbahnen wird diskutiert.¹²

Der Nachweis von Parodontitisleitkeimen in atherogener Plaque wurde mehrfach in der Literatur bestätigt. Pathogene Keime infiltrieren humanes Gewebe, um sich der Immunabwehr zu entziehen, und Gewebe-Invasion ist ein häufiger Virulenzfaktor vieler krankheitsserregender Keime.

Besonders gut untersucht hinsichtlich seiner Interaktion mit Endothelzellen ist der parodontopathogene Erreger *Porphyromonas gingivalis*. Infektion mit *P. gingivalis* führt zu einer Reihe von bereits oben genannter Entzündungsprozesse, wie etwa Monozyten-/Makrophagenmigration und Ausbildung proinflammatorischer Zytokine,¹³ welche die Endothelfunktion empfindlich stören können.

Einfluss von Parodontaltherapie auf kardiovaskuläre Erkrankungen

In einem erst kürzlich von der American Heart Association (AHA) publizierten Statement wurde festgestellt, dass anhand der Studien der letzten 30 Jahre bis heute kein kausaler Zusammenhang zwischen Parodontitis und Herz-Kreislauf-Erkrankungen beweisbar ist.¹⁴ Jedoch erhärtet sich immer mehr der Verdacht, dass entzündliche Prozesse eine Schlüsselrolle spielen bei der Entstehung von atherosklerotischen Veränderungen.

Parodontitis, eine (meist) chronisch verlaufende, bakterieninduzierte entzündliche Erkrankung, hat sehr viele gemeinsame Risikofaktoren mit kardiovaskulären Erkrankungen. Die prominentesten und am besten untersuchten sind klassische Risikofaktoren wie Rauchen, Alter, Diabetes, Bluthochdruck, Geschlecht, sozioökonomischer Status und Übergewicht.

Oben genanntes Statement der AHA kritisiert aber nicht den Effekt der Parodontaltherapie auf die Gefäßerkrankungen; sie for-



© Robert Kneschke

dern vielmehr neue, gut durchgeführte und geplante Studien, welche den Einfluss der Parodontalbehandlung auf die Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems besser verständlich machen könnten. In der Vergangenheit konnte gezeigt werden, dass die Parodontalbehandlung erkrankter Patienten einen positiven Einfluss auf die Gefäßfunktion und eine signifikante Abnahme von C-reaktiven Proteinkonzentrationen im Blutserum hat.¹⁵

Interessant ist die Tatsache, dass unmittelbar nach der Parodontaltherapie eine akute, kurz andauernde entzündliche Reaktion im Körper ausgelöst wird.¹⁶ Jedoch bringt die verringerte entzündliche Belastung im Mund zumindest mittelfristig eine Verbesserung der endothelialen Funktion.

Parodontalbehandlung und Verringerung der Gefäßentzündung bei Patienten mit peripheren arteriellen Verschlusskrankheiten (PAVK) – eine Grazer Studie

Bis heute gibt es jedoch lediglich eine einzige multizentrische randomisierte Pilotstudie, welche die Durchführbarkeit einer größer angelegten Studie zum Einfluss von Parodontaltherapie auf vasculäre Ereignisse untersucht hat.¹⁷ Die Autoren kommen zur Schlussfolgerung, dass, wenn angemessene

Rekrutierungsmaßnahmen angewendet werden, die Durchführung solch einer Studie durchaus Sinn macht.

So kam es dazu, dass angeführt von der klinischen Abteilung für Angiologie, unter der Mitwirkung der klinischen Abteilungen für Zahnersatzkunde, Nuklearmedizin und medizinisch-chemischer Labordiagnostik der Medizinischen Universität Graz, ein Projekt gestartet hat, welches den Einfluss parodontaler Therapie auf die Entzündungen in Gefäßen bei Patienten mit einer PAVK untersucht.

Die Rekrutierung der Patienten wird seitens der klinischen Abteilung für Angiologie sichergestellt. Es werden nach sorgfältiger Überprüfung der Einschlusskriterien 90 Patienten in drei Therapiearmen eingeschlossen. Umfassende internistische Voruntersuchungen sind Voraussetzung für eine Vorstellung an der Grazer Zahnklinik, wo in einem Screeningverfahren wiederum zahnmedizinisch anamnestisch die Einschlusskriterien für die Zulassung zur jeweiligen Therapiegruppe geprüft werden.

Wenn alle Kriterien geprüft und erfüllt sind, wird der/die Patient/-in, nach umfangreicher Aufklärung und Einweisung in das Studienprocedere, einer je-

weiligen Therapiegruppe mittels PC-gestützter Randomisierung zugeteilt.

Ein detaillierter Parodontalstatus aller Patienten der Therapiegruppen wird von einer einzigen, kalibrierten, geblindeten Fachkraft erhoben. Es werden unter Zuhilfenahme von elektronisch unterstützten druckkalibrierter Sonden folgende Parameter an sechs Stellen des Zahnes erhoben: Vorhandensein/Fehlen von Plaque, Vorhandensein/Fehlen von Blutung auf Sondierung, Vorhandensein/Fehlen von Suppuration, Sondierungstiefe, gingivale Rezessionen und klinischer Attachmentverlust.

Die Parodontaltherapie wird von einem einzigen, ebenfalls geblindeten Behandler durchgeführt. Es erfolgt eine nicht chirurgische Standardtherapie mit supragingivalem Scaling und Polieren und eingehenden Mundhygiene-Instruktionen. In einer oder zwei weiteren Sitzungen wird eine one stage full mouth disinfection (OSFMD) nach genauem Protokoll^{18,19} durchgeführt, und der Patient bzw. die Patientin wird angehalten, für zwei Monate nach der letzten Behandlungssitzung zweimal täglich mit 0,2% Chlorhexidin-Lösung zu spülen.

Jeder Patient der Therapiegruppe wird unmittelbar vor der ersten und nach der letzten Parodontaltherapiesitzung einer Ganzkörper-Fluorodeoxyglucose Positron-Emissions-Tomografie und Computertomografie (FDG-PET/CT) unterzogen. Diese Technologie erlaubt die gleichzeitige Beurteilung metabolischer (FDG-PET) und morphologischer Begebenheiten. Die Anwendung von FDG-PET bzw. FDG-PET/CT zur Tumorfondierung bzw. Staging in der Zahnheilkunde ist eigentlich die Domäne des MKG-Chirurgen.

Es konnte jedoch bereits gezeigt werden, dass auch entzündetes Parodontalgewebe vermehrt radiologisch markierte Glukose speichert und ein Zusammenhang zu atherosklerotisch veränderten

Gefäßen besteht.²⁰ So ist es sehr elegant möglich, Entzündungen im Parodont und in peripheren Gefäßen gleichzeitig „sichtbar“ zu machen.

Ziel soll es schließlich sein, zu zeigen, dass eine Parodontaltherapie die Aufnahme der FDG im Parodont und in den peripheren Gefäßen vermindert. Zusätzlich werden von allen Patienten vor bzw. nach der Therapie Proben aus der parodontalen Tasche bzw. dem Sulkus genommen, um auch ein besseres Verständnis der mikrobiologischen, sprich bakteriellen Veränderungen zu bekommen.

Das probateste Mittel zur Diagnose von Entzündungen im Parodont im klinisch-praktischen Alltag stellt nach wie vor das Vorhandensein bzw. die Abwesenheit von Blutung auf Sondierung dar. Sicherlich ist der Nachweis der Entzündung mittels aufwendigen radiologischen bzw. nuklearmedizinischen Technologien nicht für die Standardtherapie geeignet. Es könnte jedoch sehr schön zeigen, ob bzw. welchen Einfluss die Therapie der Parodontitis auf Gefäßebene hat.

Konklusion

Kardiovaskuläre Erkrankungen und Parodontitis sind beide mitunter die häufigsten Erkrankungen der Welt. Sie teilen sich nicht nur eine Reihe von Risikofaktoren, es gibt auch immer mehr Beweise dafür, dass sie sich in ihrer Entstehung gegenseitig beeinflussen. Wenn es gelingt zu beweisen, dass durch parodontale Behandlung eine Verbesserung der Gefäßerkrankungen zu erreichen ist, wäre das sicherlich ein guter Therapieansatz in der Bevölkerung, die demografisch gesehen immer älter wird und damit die Prävalenz und Inzidenz beider Krankheiten immer weiter ansteigt. □



Literaturliste



Kontakt

Infos zum Autor



Dr. med. dent. Behrouz Arefnia
Medizinische Universität Graz
Universitätsklinik für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Klinische Abteilung
für Zahnersatzkunde
Auenbruggerplatz 12
8036 Graz, Österreich
Tel.: +43 316 385-12535
Fax: +43 316 385-14064
behrouz.arefnia@medunigraz.at
www.meduni-graz.at



Infos zum Autor



Univ.-Doz. Prof. Dr. Gernot Wimmer
Tel.: +43 316 385-12535
Fax: +43 316 385-14064
gernot.wimmer@medunigraz.at

ANZEIGE

M1 SL

Basis Modernisierung bereits ab 9800,-- €

nicht's muss!
alles kann!

second life

Ihr geliebter Klassiker

mit modernster Technik

und gewohnter Bedienung

ANTERAY GmbH

Brückkanalstraße 3 · 90537 Feucht · 09128 / 92 66 - 60 · info@dent-xray.de

BE AMAZED BY WATERLASE®

Der neue WaterLase iPlus ist einfach unglaublich.
Er ist unser fortschrittlichster, kraftvollster und einfachster
WaterLase. Aber überzeugen Sie sich selbst.
Besuchen Sie uns auf AMAZEDBYWATERLASE.COM.

+ DURCHBRICHT DIE GESCHWINDIGKEITSGRENZE

- Pulsraten bis zu 100 Hertz
- Patentierte Technik für bis zu 600 mJ/Puls
- So schnell wie ein Hochgeschwindigkeitsbohrer

+ ILASE 940nm DIODENLASER-DOCKINGSTATION

- Leichteres Arbeiten dank doppelter Wellenlänge
- Der erste komplett kabellose Diodenlaser
- Batteriebetrieben und mit Fingerschalter

+ INTUITIVE BEDIENOBERFLÄCHE

- 52 illustrierte Voreinstellungen
- Touchscreen
- Vereinfacht die Lernkurve

+ BIOKOMPATIBLE ZAHNMEDIZIN

- Keine Mikrofrakturen oder thermische Beschädigungen
- Präziseres und minimalinvasives Arbeiten
- Schneidet mit Wasser und Licht

**KONTAKTIEREN SIE UNS, UM MEHR
ÜBER WATERLASE IPLUS ZU ERFAHREN!**

ODER BESUCHEN SIE AMAZEDBYWATERLASE.COM UND SEHEN SIE DIE
ERSTEN UNMITTELBAREN REAKTIONEN VON ÄRZTEN UND PATIENTEN!

**FÜR DIE SUCHE NACH HÄNDLERN VOR
ORT BESUCHEN SIE BIOLASE.COM.**



**DER EINZIGE LASER FÜR:
WEICHGEWEBE • ZAHNAUFHELLUNG
SCHMERZTHERAPIE**

©BIOLASE, Inc. All rights reserved. For use by licensed professionals only. BIOLASE, WaterLase, iPlus, and Deep Pocket Therapy with New Attachment are trademarks of BIOLASE, registered in the U.S. and other countries.

FOLLOW US!



www.biolase-germany.de

+49 171 4885866

BIOLASE®

Was Sie bei Bisphosphonat-Patienten beachten sollten: Diagnose- und Therapiestrategien

Am Rande des diesjährigen Ostseekongresses, den 6. Norddeutschen Implantologietagen am 7. und 8. Juni 2013 in Rostock-Warnemünde, traf Georg Isbaner, Redakteur des *Oralchirurgie Journals*, Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz aus Wiesbaden zum Interview.

Bisphosphonate sind aus der heutigen Medizin nicht mehr wegzudenken und somit ist auch der Umgang mit Bisphosphonat-Patienten für die Zahnärzteschaft heute von wachsender Bedeutung. Dieser Patientengruppe gebührt eine besondere Aufmerksamkeit. Prof. Grötz, einer der führenden Spezialisten auf diesem Gebiet, sieht es als zwingend notwendig an, die unterschiedlichen Risikoprofile der Betroffenen zu identifizieren, um eine angemessene orale Rehabilitation gewährleisten zu können. Entgegen der Lehrmeinung der vergangenen Jahrzehnte spielt die Implantologie dabei eine wichtige Rolle.

Georg Isbaner: Thema dieses Kongresses ist die „Implantologie zwischen Standard- und Extremfällen“. Herr Prof. Grötz, ich möchte Sie in diesem Zusammenhang zu einer besonderen Patientengruppe befragen: den sogenannten Bisphosphonat-Patienten, die aus zahnärztlicher Sicht einer gezielten Behandlung bedürfen. Was unterscheidet denn den Bisphosphonat- vom normalen Patienten?

Prof. Dr. Dr. Grötz: Das ist tatsächlich die Eingangsfrage, die ganz wichtig ist. Die Bisphosphonate sind eine Medikamentengruppe, die mittlerweile seit über 30 Jahren im klinischen Einsatz ist und in ihrer Indikation nicht hinterfragt werden kann – auch in ihrer Janusköpfigkeit. Auf der einen Seite sind sie bei bestimmten Erkrankungen Segen stiftend, auf der anderen Seite aber können sie auch Anlass für Kiefernekrosen sein. Das ist erst seit 2003 bekannt und in das Bewusstsein von Zahnärzten, Oral- und MKG-Chirurgen getreten. Was unterscheidet also den Bisphosphonat-Patienten vom Nicht-Bisphosphonat-Patienten?

Bisphosphonate beeinflussen den Knochen insofern, als dass sie sowohl den Abbau als auch den Knochenaufbau vermindern, aber so, dass der Knochenabbau stärker vermindert wird als der Aufbau. Das führt zu einer positiven Knochenbilanz, das heißt der Osteoporose-Patient hat eine Stabilisierung seines Skelettes, onkologische Patienten mit Knochenmetastasen haben einen nachhaltigen Vorteil durch diese Stabilisierung. Aber, und das ist die andere Seite des Januskopfes: Durch diese Verminderung der Knochenabbauenden Aspekte haben wir auch eine Reduktion der Knochenneubildungsrate und eine Verringerung des Bone Remodeling, also der eigent-



Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz (links) im Gespräch mit Redakteur Georg Isbaner über den Umgang mit Bisphosphonat-Patienten. (Foto: OEMUS MEDIA AG)

lichen Umbaurate. Beides ist für den Kieferknochen von herausragender Bedeutung. Es kann auf dieser Basis in der Endstrecke zu einer Kiefernekrose kommen und deshalb unterscheiden sich diese Patienten von Nicht-Bisphosphonat-Patienten.

Welche Konsequenz hat das für die zahnärztliche Behandlung?

Nach all dem, was wir jetzt in den letzten zehn Jahren über die Problematik Kiefernekrose unter Bisphosphonat-Medikationen gelernt haben, ist es offensichtlich ganz

Keimeintrittspforten eröffnet sind, und als Drittes ist die „unkomplizierte“ Zahnextraktion ohne plastische Deckung zu nennen. Dies sind die drei Hauptauslöser einer Kiefernekrose.

Es gibt ja nicht nur den einen Bisphosphonat-Patienten, sondern auch eine große Patientengruppe, die aufgrund unterschiedlicher onkologischer Erkrankungen ganz differenziert mit Bisphosphonat-Präparaten behandelt wird. Wie schlägt sich das dann bei der Therapie nieder?

man denkt, es gibt zwei Gruppen: Osteoporose- und onkologische Patienten – leider falsch. Es gibt viele onkologische Patienten, die eine Hormontherapie erhalten und die auf Basis dieser Hormontherapie eine Osteoporose entwickeln und die deshalb dann eine osteoporosebedingte Bisphosphonat-Medikation bekommen, aber letztlich auch Risikoaspekte des onkologischen Patienten mit einbringen.

Das heißt, die Risikoprofile sind sehr sehr verschieden. Sie können durch ganz unterschiedliche Faktoren beeinflusst sein: durch die

der Krebsgesellschaft, einen Laufzettel entwickelt, der es den Bisphosphonat-Verordnenden und auch dem Hauszahnarzt leicht macht, die wichtigen, das Risikoprofil beeinflussenden Faktoren zu dokumentieren. Damit ist die Kommunikation hergestellt und der Patient als Bisphosphonat-Patient erkennbar, wenn er diesen Zettel bei sich trägt. Das erleichtert schon einmal die Einordnung in die für den jeweiligen Patienten notwendige Betreuung. Wichtig ist dabei auch zu wissen, dass das Ganze dynamisch ist. Es gibt nicht nur mehrere Bisphosphonate, die immer weiter entwickelt werden, es gibt noch eine weitere Medikamentengruppe, nämlich den monoklonalen Antikörper, Denosumab, Handelsna-

me PROLIA® für Osteoporose-, XGEVA® für onkologische Patienten. Dieser monoklonale Antikörper geht, das haben alle Zulassungsstudien gezeigt, mit dem gleichen Risikopotenzial für eine Kiefernekrose einher wie es auch von den Bisphosphonaten bekannt ist. Das bedeutet, auch dieser Medikamentengruppe müssen wir Aufmerksamkeit widmen, um die Patienten dann entsprechend evaluieren zu können. Niedriges, mittleres oder hohes Risiko – das sind näherungsweise Einordnungskriterien. In Wirklichkeit ist das ein Kontinuum von ganz niedrigem bis zu sehr hohem Risiko, das es pro Patient einzuschätzen gilt.

„In Wirklichkeit ist das ein Kontinuum von ganz niedrigem bis zu sehr hohem Risiko, das es pro Patient einzuschätzen gilt.“

selten die Bisphosphonat-Medikation alleine, die zu dem Eklat Kiefernekrose führt. Vielmehr ist es das Zusammentreffen von kontinuierlich vorhandener Infektion oder einer Keimeintrittspforte und der Bisphosphonat-Medikation. Das bedeutet, wir müssen im Grunde zunächst einmal in der Mundhöhle das machen, was jedem Patienten zugute kommt: Infektionen beseitigen, Infektionen vermeiden. Das sind in erster Linie drei „Baustellen“: Erstens – die Parodontitis, also die entzündliche Zahnhalteapparaterkrankung, dabei insbesondere die marginale Parodontitis. Die apikale Parodontitis, also das Geschehen um die Wurzelspitze, spielt hier eine nachgeordnete Rolle. Zweitens – Prothesendruckstellen, die dann Anlass geben, dass

Das Entscheidende ist dabei tatsächlich, dass diese Patienten ganz unterschiedliche Risikoprofile haben, eine Kiefernekrose zu entwickeln, und dass es schwierig und aufwendig ist – für den Zahnarzt, den Implantologen, den Oral- oder MKG-Chirurgen, dieses Risikoprofil zu evaluieren. Es ist schon angesprochen worden: Unterschiedliche Patientenkollektive erhalten Bisphosphonate: Osteoporose-Patienten, also mit einer nichtmalignen Grunderkrankung; onkologische Patienten, in erster Linie Mamma- und Prostatakarzinom-Erkrankte mit ossärer Metastasierung, aber auch das primäre maligne Geschehen innerhalb des knöchernen Lagers, also das multiple Myelom. Das verleitet so ein bisschen dazu, dass

Grunderkrankung, die Art des Bisphosphonats, welches genommen wird, die Art der Applikation (oral oder intravenös), die Dauer der Bisphosphonat-Einnahme und durch weitere Aspekte. Deshalb müssen diese Aspekte leider auch alle bei der Risikoanalyse erfasst werden, was die interdisziplinäre Kommunikation zwischen den Bisphosphonat-Verordnenden auf der einen Seite und den Mundhöhlen-Betreuenden auf der anderen Seite schwierig macht.

Wie könnte die interdisziplinäre Kommunikation aussehen?

Wir haben schon 2007 unter dem Dach der ASORS, also der Arbeitsgemeinschaft Supportive Maß-

Wichtig scheint also die wirklich intensive Kommunikation zwischen Verordnendem, Patient, Zahnarzt, Oralchirurg, und dazu dann den von Ihnen angesprochenen Laufzettel als erste Maßnahme, um die Risikoprofile der jeweiligen Patienten überhaupt erst mal zu identifizieren. Jetzt wollen wir über das Thema Therapie sprechen. Inwiefern hat sich denn die Implantologie für diese Patientengruppe etabliert?

Wir haben im Rahmen der S3-Leitlinie, die mit relativ großem Aufwand etwas Notwendiges bewerkstelligt hat, nämlich einen Konsens in der Betreuung der Patienten zwischen Bisphosphonat-Verordnenden und Zahnärzteschaft/Mundhöhlen-Betreuenden herzustellen, eine Nomenklatur entwickelt: Wir differenzieren in der zeitlichen Abfolge Prophylaxe bei diesen Patienten vor Beginn einer Bisphosphonat-Therapie, Prävention lebenslang unter Bisphosphonat-Therapie oder auch danach. Therapie haben wir nur als Begrifflichkeit für die manifeste

Kiefernekrose. Ganz kurz gesagt: Die Therapie der manifesten Kiefernekrose ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle in die Hände des MKG-Chirurgen gelegt.

Wir wissen heute, dass die alte Diskussion aus dem angloamerikanischen und dem europäischen Bereich (eher wenig oder eher doch invasiv operieren) wissenschaftlich geklärt ist. Wenn man es mit entsprechenden, in der Leitlinie hinterlegten Kautelen operativ angeht und die entsprechenden Rahmenbedingungen stimmen, sind die Erfolgsaussichten für den Patienten, die Nekrose zur Ausheilung zu bringen, deutlich höher (20 Prozent zu 80 Prozent Ausheilungsrate). Diese Frage ist also beantwortet.

In der Prävention sind wir auch schon einen wesentlichen Schritt weiter. Wir wissen, was die wichtigsten Inhalte sind, um unter Kiefereingriffen das Risiko einer Nekrose zu vermindern, das heißt, in erster Linie eine antibiotische Absicherung zu realisieren (perioperativ, d.h. Einnehmen des Antibiotikums vor der Operation). Zweitens – atraumatisches Operieren, aber dazu gehört unbedingt, dass alle scharfen Knochenkanten geglättet werden müssen. Man sollte sich wieder die Pharmakologie klarmachen: Diese Patienten glätten ihre scharfen Knochenkanten nicht selbst, d.h. sie spießen eventuell Wochen später durch die Schleimhaut durch und geben dann Anlass für eine Kiefernekrose. Ein weiterer, ganz wesentlicher Punkt: Jede offene Kieferwunde muss plastisch gedeckt, muss vernäht werden. Wenn man diese Basiskautelen einhält, dann sind die Voraussetzungen gegeben, dass man bei notwendigen operativen Maßnahmen das Risiko der Kiefernekrose sehr gering halten kann.

Es gehört ja für den behandelnden Zahnarzt auch dazu, das Thema Früherkennung richtig anzugehen. Was sind dabei die wichtigsten Kriterien?

Als ganz wichtigen Punkt möchte ich an den Anfang der Beantwortung Ihrer Frage stellen, was NICHT zu beachten ist – nämlich der Schmerz. Er ist kein Leitsymptom der Kiefernekrose. Das Fehlen des Schmerzes sagt nichts darüber aus, ob eine Kiefernekrose vorliegt oder nicht. Das ist bemerkt worden, als man bei retrospektiven Untersuchungen mittels Telefoninterviews sehr häufig auf die Frage, ob Beschwerden im Kiefer aufgetreten sind, mit NEIN geantwortet wurde. Somit kann von einer großen Dunkelziffer an vorhandenen Kiefernekrosen ausgegangen werden, die in diese statistischen Erhebungen gar nicht aufgenommen wurden. Deshalb ist die Inspektion der Mundhöhle von herausragender Bedeutung. Sie rückt in den Mittelpunkt der Früherkennung, weil man auch unter den radiologischen, unter den bildgebenden Diagnostiken fast nichts an der Hand hat, was uns pathognomonische Indizien für das Vorliegen einer Nekrose liefert. Wenn das so wäre, dann würden alle Bisphosphonat-Verordnenden, die bei der Anwendung von Computertomogrammen und ionisierenden Strahlen sehr wenige Hemmungen

haben, ihre Patienten einmal im Jahr durch das CT (Kopf/Hals) schicken, dem Radiologen die Verantwortung zuordnen, dass dort keine Auffälligkeiten sind, und damit sozusagen eine scheinbare Früherkennung durchführen. In Wirklichkeit – und das ist das Entscheidende – bedarf es der fachkundigen Inspektion der Mundhöhle durch den Hauszahnarzt. Freiliegender Kieferknochen ist das wichtigste Leitsymptom, und

ist dabei, zu erreichen, dass die Bisphosphonat-Verordnenden dieses als notwendig erkennen. Das haben wir durch die Konsensuierung innerhalb der S3-Leitlinie versucht auf den Weg zu bringen, machen dort aber im Sinne der Implementierung immer noch Aufklärungsarbeit. Der Krebs-Kongress lädt mich jetzt seit Jahren zu Vorträgen ein, weil die unterschiedlichen Facharztgruppierungen an Bis-

Herr Prof. Grötz, die Implantattherapie war noch nicht von Anfang an im Fokus der zahnmedizinischen Therapien für Bisphosphonat-Patienten. Wie erklärt sich das bzw. was hat sich dahingehend schon geändert?


Implantate haben einerseits einen wirklichen Siegeszug in der Rehabilitation des Kauvermögens und der Kaufunktion angetreten, und wir können uns die Implan-

Jetzt kommen wir sozusagen zu einem Indikationsalgorithmus, bei dem wir uns fragen: Erstens, wie hoch ist denn das individuelle Risiko für diesen Patienten, eine Kiefernekrose zu entwickeln. Zweitens, birgt das Implantat wirklich nur Risiken für die Kiefernekrose oder schafft es über die Vermeidung von Kiefernekrosen auf der Basis von Prothesendruckstellen sogar, dieses Risiko zu senken. Und drittens: Ist neben der eigentlichen Implantation im ortsständigen knöchernen Lager auch noch eine augmentative Maßnahme erforderlich, von der wir nicht wirklich wissen, wie der Bisphosphonat-Patient pharmakologisch getriggert damit umgeht. Wenn wir diese drei Zugangswege insgesamt betrachten, kommen wir eigentlich bei nahezu jedem Patienten zu einem ärztlichen Empfehlungsgrad zwischen „absolut empfehlungswürdig“ oder „mäßige Empfehlung“. In jedem Fall wird man mit dem Patienten das Ergebnis besprechen, ihm die Vor- und Nachteile darlegen und dann gemeinsam für oder gegen eine Implantation entscheiden. Das schafft den aufgeklärten Patienten und uns letztlich die Möglichkeit, wirklich nach medizinischen und intellektuell fassbaren Kriterien die Implantationsindikation zu fassen.

Um diese Indikation richtig fassen zu können, dient ja am Ende auch dieser Laufzettel, den Sie im Rahmen einer DGI-Konsensus-Veranstaltung erstellt haben. Wie gelangt der Zahnarzt an diesen Laufzettel?

Die DGI ist ein wirklich großer und aktiver wissenschaftlicher Verein, der sich um die Implantologie kümmert. Die DGI-Website findet man sehr leicht. Es gibt 10.000 Mitglieder der DGI, die regelmäßig mit Informationen ausgestattet werden. Im Auftrag der DGI haben wir – abgeleitet von dem ASORS-Zettel – ein reines Risikoevaluationspapier entwickelt, das vor einer Implantation ausgefüllt werden kann. In ihm ist gut erkennbar – mit farbiger Markierung (grün, gelb und rot) – die niedrige, mittlere oder hohe Risikograduierung. Zudem sind die einzelnen Faktoren aufgeführt, sodass, wenn man diesen DGI-Zettel systematisch durcharbeitet, eine hervorragende Dokumentation des Risikoprofils erhält und zu einer Indikation findet. Damit hat man eine hervorragende Basis für die Beratung und kann auch seine Empfehlung mit einem gesunden wissenschaftlichen und medizinischen Fundament untermauern.

Herr Prof. Grötz, ich danke Ihnen für das wirklich sehr aufschlussreiche Interview. Ganz sicher wird uns das Thema auch in den nächsten Monaten und Jahren begleiten, denn die Forschung wird die bestehenden Diagnose- und Therapiestrategien für Bisphosphonat-Patienten weiterentwickeln oder gar neue Ansätze aufgreifen. Nochmals vielen Dank.

Da gebe ich Ihnen recht, Herr Isbaner. Vielen Dank für Ihr Interesse. 

Weitere Informationen: www.dginet.de



Prof. Dr. Grötz: „Die Inspektion der Mundhöhle rückt in den Mittelpunkt der Früherkennung von Kiefernekrosen.“ (Foto: OEMUS MEDIA AG)

jede floride Entzündung, die nicht durch Behandlung einer Inflammation zu einer Ausheilung gebracht werden kann, ist ein Risikofaktor, d.h. also Früherkennung und dauerhafte Prävention gehen dort sozusagen miteinander Hand in Hand. Die Bedeutung des Hauszahnarztes in der Betreuung dieser Patienten ist unschätzbar. Auch wenn er dann manifeste Nekrosen überweist, auch wenn er operative Maßnahmen zu einer noch höheren Präventionskategorie zur Operation überweist – in der eigentlichen Betreuung ist der Hauszahnarzt die Schlüsselfigur!

phosphonat-Verordnenden sich unterrichten lassen wollen. Das ist auf dem Weg – aber das Ziel ist noch nicht erreicht.

Der zweite Punkt ist folgender: Beim Patienten muss ein anderes Bewusstsein geschaffen werden, und das betrifft die Kommunikation Patient – Zahnarzt. Jeder kennt die Situation, dass ein Hauszahnarzt sagt, ein drittgradig gelockerter, also nicht mehr erhaltbarer Zahn muss entfernt werden, und die typische Antwort gerade des Patienten, der schon Zähne verloren hat, lautet „Herr Doktor/Frau

logie aus der heutigen Versorgung auch von kompromittierten Patienten, von onkologischen Patienten, die ein Kopf/Hals-onkologisches Problem haben, gar nicht mehr wegdenken.

Aber mit dem Aufkommen der Erstbeschreibungen der Nekrosen gab es sofort ein ängstliches Zurückzucken bei Implantologen, die gesagt haben, auf gar keinen Fall möchte ich durch ein Implantat – als elektiven Eingriff – das Risiko eingehen, eine Nekrose auszulösen. Das hat dann recht schnell zu einer nichtwissenschaftlichen Formulie-

„Unsere Vision ist, dass jeder Bisphosphonat-Patient vor Aufnahme der Bisphosphonat- oder auch Denosumab-Medikation seinen Hauszahnarzt aufsucht.“

Jetzt würde ich noch einmal das Thema Prophylaxe vor der Therapie aufgreifen. Letztlich ist das ja etwas, was alle Patienten angeht, nicht nur die Bisphosphonat-Patienten. Inwieweit aber unterscheidet sich in der Therapie eine Patientengruppe, die bisphosphonatvorbekannt ist, von normalen Patienten?

Unsere Vision ist, dass jeder Bisphosphonat-Patient vor Aufnahme der Bisphosphonat- oder auch Denosumab-Medikation seinen Hauszahnarzt aufsucht und sich ganz aktuell dahingehend untersuchen lässt, ob irgendwo eine Infektionseintrittspforte oder eine chronische Infektion vorliegen und er diese entweder vor oder mit Beginn der Bisphosphonat-Therapie überlappend therapieren lässt. Wichtig

Doktor, nicht schon wieder einen Zahn verlieren“. Das ist eine rein psychologische Herangehensweise durch den Patienten.

Man darf in diesem Dialog dann nicht ermüden und sagen, der Patient möge den Zahn so lange behalten, bis er spontan ausfällt. Man muss ihm bewusst machen, dass die Problematik über den reinen Zahnverlust hinausgeht, dass damit sein Kiefer gefährdet ist und dass die Lebensqualität mit Verlust eines Teils des Kiefers nachhaltig verschlechtert werden kann. Neben der wissenschaftlichen Implementierung ist die Kommunikation mit dem Patienten von enormer Bedeutung, auch die der jeweiligen Facharztgruppen mit dem Patienten, um Empfehlungen aussprechen zu können.

lung einer Kontraindikation geführt. Die Kontraindikation ist immer eine schwierige Begrifflichkeit, weil sie apodiktisch ist, weil sie eine Therapie tatsächlich verbietet und damit unsere Diagnosefindung eigentlich verhindert. Und wir können uns gar nicht mehr als approbierte Menschen intellektuell mit der Fragestellung auseinandersetzen.

Deshalb werben wir in den letzten Jahren dafür, diesen Begriff Kontraindikation durch den Terminus Indikationseinschränkung zu ersetzen, die unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Niedrig ausgeprägt heißt, es kann sehr wohl implantiert werden, und mittel bzw. hoch ausgeprägt heißt, es kann unter bestimmten Bedingungen implantiert werden.