

Kieferorthopädie und Parodontologie im Dialog – Fortbildung mit Dr. Martin Hagner und Dr. Christoph Reichert im Zahnärztehaus

Am 24.11.2012 veranstaltete die Fortbildungsakademie der LZKS in Zusammenarbeit mit dem Verein Sächsischer Kieferorthopäden e.V. im Zahnärztehaus einen Fortbildungstag zum Thema Kieferorthopädie und Parodontologie. Referenten waren Dr. Martin Hagner, niedergelassener Parodontologe aus Bonn, und Dr. Christoph Reichert, Fachzahnarzt für Kieferorthopädie und Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Poliklinik für Kieferorthopädie der Universität Bonn.

Die Möglichkeit der kieferorthopädischen Behandlung von erwachsenen Patienten mit bestehender parodontaler Vorschädigung ist heute unumstritten, auch wenn sie für den Kieferorthopäden eine besondere Herausforderung darstellt. Daher gab Dr. Reichert zunächst einen allgemeinen aktuellen Überblick über die Biologie der Zahnbewegung im Gesunden und bei parodontaler Entzündung. Prinzipiell ist die kieferorthopädische Zahnbewegung eine kraftinduzierte aseptische Entzündung mit einer lokalen Erhöhung der Entzündungsmediatoren, die auch im Rahmen einer entzündlichen Parodontopathie eine Rolle spielen. Voraussetzung zur Entstehung einer Parodontitis sind jedoch das Vorhandensein eines subgingivalen bakteriellen Biofilms sowie eine vorausgehende gingivale bakterielle Entzündung (Gingivitis).

Es folgte ein Überblick über die Biomechanik in der Segmentbogentechnik. Im Hinblick auf die kieferorthopädische Behandlung im parodontal geschädigten Gebiss hat die Segmentbogentechnik eine besondere Bedeutung, da Behandlungsaufgaben für die betroffenen Zähne oder Zahngruppen möglichst mit geringen Kräften und definierten Drehmomenten erfolgen sollten. Dabei ist die Veränderung der Lage des Widerstandszentrums bei verändertem Kronen-Wurzel-Verhältnis durch Attachment- und Knochenverlust im Rahmen einer chronischen Parodontitis besonders zu

berücksichtigen. Zu diesem Thema gibt es aktuelle FE-Modelle und -Berechnungen der Universität Bonn (Prof. Dr. Bou-rauel).

Im Anschluss ging Dr. Hagner nochmals ausführlicher auf die Pathogenese der Parodontitis ein. Er gab die Empfehlung, dass vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern ein parodontaler Screening Index (PSI) erhoben werden sollte, um das Risiko zur Entstehung einer entzündlichen Parodontopathie abschätzen zu können. Bei Patienten mit parodontaler Vorschädigung sollte vor kieferorthopädischem Behandlungsbeginn immer Entzündungsfreiheit bestehen. Zusätzlich definierte Dr. Hagner noch folgende Behandlungsziele nach antiinfektiöser Therapie in Anlehnung an die Qualitätsleitlinien (Leitlinie A+) für die Parodontaltherapie in der Schweiz:

- keine Sondierungstiefen > 4 mm
- minimales Bluten auf Sondieren (< 10 %)
- keine sichtbaren harten oder weichen Beläge
- ästhetisch befriedigende Parodontalverhältnisse
- Schmerzfreiheit
- individuell optimale Funktion

Der erfolgreiche Abschluss einer Parodontitis-Behandlung sollte immer vom Behandler bestätigt werden. Dr. Hagner zeigte dann einige klinische Beispiele für verschiedene Behandlungsverläufe und Therapievarianten einschließlich der zugehörigen Dokumentation und Einordnung anhand der genannten Qualitätsleitlinien.

Nach den parodontologischen Fallvorstellungen folgten kieferorthopädische Behandlungsbeispiele. Dabei gab Dr. Reichert unter anderem folgende Empfehlungen für die Therapie im parodontal reduzierten Gebiss:

- Verfolgung realistischer Behandlungsziele, ggf. Lösung von Teilaufgaben
- keine Bewegung in infiziertes Gebiet, regelmäßige Entzündungskontrolle
- kontrollierte und leichte Kräfte
- Passivierung oder Entfernung von Geräten oder Befestigungen bei Akutzuständen
- permanente Retention

Am Ende der Fortbildung machte Dr. Reichert noch einige Ausführungen zum Thema Gingivarezessionen und Schleimhautinvaginationen. Risikofaktoren und Ätiologie sind für beide bislang noch nicht wissenschaftlich umfassend geklärt. Das Entstehen einer Rezession scheint multifaktoriell bedingt und vom individuellen Fall abhängig. Die Rezessionsdeckung mittels freiem Bindegewebs-transplantat zeigt eine hohe Erfolgsrate (> 80 %). Bei einer bestehenden Rezession vor oder während einer kieferorthopädischen Behandlung sollte die Deckung nach Ansicht der Referenten erst nach Abschluss der orthodontischen Zahnbewegung erfolgen.

Für die Kursteilnehmer, leider ausschließlich Kieferorthopäden, gab der Kurs eine umfassende Übersicht über die parodontologischen Aspekte bei der kieferorthopädischen Behandlung und über entsprechende Therapiekonzepte. In der Schlussdiskussion konnten viele interessante Fragen beantwortet werden, genauso wie sich in den Pausen aufschlussreiche Gespräche mit den Referenten ergaben. Eine zusätzliche gute Zusammenfassung sowie die Darstellung des vorgestellten Therapiekonzepts als Flussdiagramm bietet der Artikel von Reichert, Ch., Hagner, M. et al. „Schnittstelle zwischen kieferorthopädischer und parodontaler Therapie“, *J Orofac Orthop (Fort-schritte der Kieferorthopädie)* 2011; 72: 165-186.

*Dr. Christine Langer
Verein Sächsischer Kieferorthopäden e.V.*

Implantologie aus Patientensicht

Anders als in der Medizin sind die Erwartungen der Patienten an orale Implantationen gekoppelt an den Mehrwert Komfort, Hygiene, Ästhetik, Funktion und Gesundheit. Je nach persönlicher Wertschätzung fällt die Entscheidung zur Implantation nach Bedeutung der Zahnerhaltung für das eigene Wohlbefinden. Ist die Implantation sicher, komplikationslos und die Implantatprothetik natürlich, sind viele Patienten langfristig zufrieden.

Patient und Implantat

Die Eigenverantwortung des Patienten für die Mundgesundheit erfährt durch Angebote aus den Medien, der Industrie, Dienstleistern im Gesundheitswesen und Krankenversicherungen eine zunehmende Fremdbestimmung. Vollkasko, Hightech-Versprechen und Kredite bieten ein Portfolio an Chancen für „zahn müde“ Patienten. Die Bedeutung eines gesunden Mundes für die Körpergesundheit ist vielen Menschen bewusst. Im Gegensatz dazu wird die Verantwortung für die orale Gesundheit und ihre Behandlung vertrauensvoll an den Zahnarzt übertragen. In der orthopädischen, kardiologischen oder gefäßmedizi-

nischen Praxis erfahren Patienten, dass Implantate unverzichtbar zur Rehabilitation bei fortgeschrittenen Organ- und Funktionschäden sind. Verständlicherweise übertragen Patienten diese langjährig bekannten Sachbezüge vorbehaltlos auf die Behandlung des erkrankten Mundes. Dies führt zu folgenden, in der Praxis häufig geschilderten Problemfeldern:

1. Patienten haben sehr/zu hohe Erwartungen an die Versorgung (Kosten, Einheilung, Ästhetik, Pflege etc.) (Abb. 1, 2).
2. Patienten sind nachlässig mit der Gesunderhaltung ihrer natürlichen Zähne in der Hoffnung auf eine spätere „Lebensdauer“ mit Implantaten.
3. Patienten erhalten „Übersorgungen“ aufgrund des Vertrauensvorschlusses in die Implantatmedizin (Abb. 3).

Anders als in der Medizin sind Implantationen in der Zahnheilkunde keine Muss-Indikationen zur Aufrechterhaltung von Vitalfunktion, Stoffwechsel oder Bewegung. Mit wenigen funktionellen Ausnahmen nach Tumoroperationen, Kieferdefekten (Zysten), angeborenen Fehlbildungen und Nichtanlagen von Zähnen gelten Implantate in der Normalversorgung als Kann-Indikationen. Dies führt zu einem wirtschaftlichen Umdenken und erfordert eine nachvollziehbare kostenbewusste Behandlung, die den Bedürfnissen des Patienten Rechnung trägt.

Natürliche Zähne versus Implantate

Der Wunsch nach Zahnerhaltung hat Priorität. Patienten treffen die Entscheidung zur Implantation

- a) zur Verbesserung von Komfort und Hygiene bei zahnlosem Unterkiefer, weit fortgeschrittener Parodontitis etc.
- b) zum Schutz der natürlichen Zähne vor Präparation bei langjährig fehlendem Zahnersatz (Abb. 4, 5)
- c) aus wirtschaftlicher Sicht, wenn die Behandlungskosten zum Zahnerhalt die Implantationskosten überschreiten, beispielsweise nach endodontischer Dekompensation oder Trauma, und
- d) aufgrund der langjährigen Erfolgsaussichten oraler Implantate mit Liegezeiten mehr als 15 Jahren.



Abb. 1 – Patientenwunsch nach Neuversorgung mit festem Zahnersatz bei Überlastung der Prothetikpfeiler, alters- und gebrauchsbbezogener Biss-Senkung, Parodontalschäden und Fehlfunktionen



Abb. 2 – Funktionelle Rehabilitation mit Wiederherstellung der ursprünglichen Einzelversorgung bei unilateral verkürzter Zahnreihe unter Pfeilervermehrung mittels Implantation



Abb. 3 – Fehl-/Übersorgung im Unterkiefer links mit Implantatengstand bei unbehandelter Parodontitis



Abb. 4 – Typischer Sanierungswunsch im linken Oberkiefer durch Implantation zur Schonung der Nachbarzähne und nachfolgender Verdickung mit Bindegewebe regio 22, 23



Abb. 5 – OPG-Befund nach Implantation mit simultanem Sinuslift

Fortbildung



Abb. 6 – Trotz fortgeschrittener Parodontitis am Zahn 46 mit Furkationsbefall Grad III und Karies im Tunnel auf Patientenwunsch zur Zahnerhaltung eingehen. Beurteilungsfrist abwarten.

Ein geringer Patientenkomfort mit freiliegender Wurzelteilungsregion, unsicherer Behandlungsprognose und häufigen Nachkontrollen ist für viele Patienten zunächst kein Grund zur Zahnerhaltung (Abb. 6). Parodontal erkrankte, nicht mehr hygienefähige Zähne mit Verlust des Biofilmschutzes stellen aus medizinischer Sicht ein Risiko für die Gesundheit von Herz, Atemwegen und des Gefäßsystems in der Peripherie dar, insbesondere bei älteren Menschen. Da es Patienten häufig an ausreichend medizinischem Urteilsvermögen mangelt, ist ärztliche Kompetenz des Zahnarztes mit Überzeugungsgeschick und Aufklärung zur Zahnerhaltung gefragt. Dies kann unter Beibehaltung einer verkürzten Zahnreihe, ergänzend auch durch nachfolgende Implantation geschehen.

Implantation und Kosten

Implantationen zählen zu Komfortleistungen in der Zahnmedizin. Sie gehören zum Rüstzeug der modernen zahnärztlichen Versorgung. Patienten schätzen eine komfortable Implantatchirurgie, die zeitlich komprimiert, beispielsweise durch Implantation im ortständigen Knochen oder entspannt und angstfrei mit intravenöser Sedierung verläuft. Folgende Patientenwünsche sollten in der chirurgischen Implantologie Beachtung finden:

1. OP-Aufklärung: Als Respekt gegenüber dem Patienten und der Verletzung der körperlichen Integrität bei Implantation, zur Transparenz des Eingriffs, als Eigenkontrolle und zur Dokumen-

tation bei späteren Unstimmigkeiten.

2. Minimale Chirurgie: Bei ausreichender Restknochenhöhe interner Sinuslift, reduzierte Implantatlängen und -durchmesser zur Vermeidung von Augmentationen, Anwendung von Piezo-Surgery, Lupenbrille, OP-Mikroskop etc. Hinweis: Bei Implantationen immer eine Kauseite belassen.

3. Vermeidung eines chirurgischen Zweiteingriffs: Nach Möglichkeit Augmentation und Implantation simultan. Patienten akzeptieren die Entnahme retromolarer Knochenblöcke, Beckenkammaugmentationen und Auflagerungsplastiken aufgrund der hohen Zeitdauer, des Behandlungsumfanges und des OP-Risikos einmalig. Sie sollten bevorzugt in Tageskliniken mit Möglichkeit der ambulanten Nachsorge durchgeführt werden (Abb. 7).

Ist die Entscheidung zur Implantation getroffen, tritt die Kostenfrage zunächst hinter den Komfortwunsch und die praktische Durchführung zurück und taucht erst bei Rechnungslegung erneut auf. GKV-Patienten mit Implantatwunsch besitzen Versicherungsschutz durch eine Zusatzversicherung (Abb. 8, 9). Während die Patienten über die Höhe ihrer Selbstbeteiligung informiert sind, entsteht häufig Unzufriedenheit über die Nichterstattung einzelner GOZ-Leistungspositionen im Nachlauf, da der Patient eine erhöhte Liquidation vermutet. Nur eine **Therapie- und Kostenaufklärung** im Vorfeld zusammen mit einem konkreten Kostenvoranschlag und Prüfung durch den



Abb. 7 – Vertikale Augmentationen (hier: horizontal aufgelagerter Knochenblock mit einlagerten Spongiosachips) sind patientenbelastend. Alternativ kurze Implantate anraten.



Abb. 8 – Patientin mit behandelter aggressiver Parodontitis und Wunsch nach Implantatversorgung (alternativlos) im linken Oberkiefer



Abb. 9 – Sanierungsziel bei fortgeschrittener Parodontalerkrankung ist die Erhaltung der natürlichen Zähne, ergänzt durch Pfeilervermehrung. Hier: Implantation 26 plus separatem Sinuslift bei Restknochenhöhe von weniger als 4 mm.

Leistungsträger vor Implantation schaffen Abhilfe. Auch werden dadurch Implantatübersorgungen vermieden. „Billig“-Implantationen (1.000 Euro) sind für einzelne Patienten ohne Zusatzversicherungsschutz in Standardsituationen interessant. Aufgrund der durch den Patienten gewünschten Bindung und des Vertrauensvorschlusses an den Hauszahnarzt wird der normal versicherte Patient im Regelfall die über den GKV-Festzuschuss oder die PKV-Erstattung hinausgehenden Mehrkosten tragen.

Leben mit Implantaten

Die Einheilzeiten von 4 bis 6 Monaten zwischen Implantation und prothetischer Restauration sind für viele Patienten „Behelfsphasen“. Sie werden gemäß der Kenntnisse/Erfahrungen aus der medizinischen Rehabilitation akzeptiert. Der Wunsch nach einer Sofortbelastung/-versorgung ist immer vorhanden. In den ersten Tragewochen des Implantatersatzes

entsteht ein neues Zahngefühl, nach umfangreichen Implantationen ist das Kauen „härter“. Abgesehen von Problemen in der frühen Funktionsphase im 1. Jahr unterteilt sich das Leben mit Implantaten ab dem 2. Jahr je nach klinischem Ausgangsbefund in drei Qualitäten:

1. Implantation im ortsständigen Knochen (Einzelzahnersatz, Brücken, bedingt festsitzender Ersatz): Aufgrund der günstigen Knochenanatomie und des bereits vor der OP vorhandenen periimplantären Weichgewebsschutzes berichten Patienten über Langzeitstabilität und unproblematisches Trageverhalten. Hohe Kaukräfte führen manchmal zu Lockerung oder Bruch

von Befestigungsschrauben oder intraimplantären Connectoren. Dem wird durch Zementierung entgegenge wirkt.

2. Implantation mit lateraler Augmentation: Je nach lateralem Defizit vor Implantation werden durch Resorption Weichgewebsdehiszenzen am Abutment beobachtet, die im Frontzahnbe reich stören (Ästhetik), in den Molarenzonen akzeptiert werden (Abb. 10, 11). Sofern intraoperativ zur Kompensation keine laterale Verdickung mit Bindegewebe erfolgte, ist die Gingiva bei initial dünnem Phänotyp empfindlich, besonders während der Reinigung.

3. Implantation mit vertikaler Augmenta-

tion: Patienten beobachten in der Funktionsperiode (ab 2. Jahr) eine dreidimensionale Schrumpfung des Augmentats als Folge ungleicher funktioneller Voraussetzungen von Beckenkamm, retromolarem Knochenblock und Implantatrestknochen. Zusätzlich erschweren Implantatengstände nach platzbeengter Implantation die Reinigung und führen zur Speiseresteinlagerung. Lappenrotation und Narbenbildung reduzieren die Vaskularisation, so dass erhöhte Berührungsempfindlichkeit und Knochentaschenbildung mit Entzündungen am Implantat die häufigsten Patientenbeschwerden darstellen.



Abb. 10 – Wunsch nach ästhetischer Korrektur der störenden Weichgewebsdehiszenz am Implantat 15 bei lateralem Knochendefizit vor Implantation durch Fehlfunktion



Abb. 11 – Ausgleich des Patientenwunsches durch Volumenverdükung mit koronaler Lappenplastik und freiem Bindegewebsstransplantat zur Kompensation und Abdichtung des Implantats

Je umfassender und langandauernder Ausgangsbeschwerden vor Implantation waren, umso eher werden die unter Punkt 2 und 3 geschilderten Begleitsymptome toleriert. Um die Nebeneffekte aus Augmentationen zu vermeiden, dem Patientenwunsch entgegenzukommen und die Wirtschaftlichkeit der Implantation zu sichern, ist eine kostenbewusste frühzeitige Therapie ratsam.

Ästhetik

Die hohen Patientenerwartungen an die Ästhetik beziehen sich auf zwei Kerngebiete:

Anzeige

Erlernen Sie die Lachgassedierung von Spezialisten

Lachgas
Fortbildung

Exklusivschulungen mit nur 15 Teilnehmern:

Düren	22. / 23.02. 2013
Kitzbühel	01. / 02.03. 2013
Passau	12. / 13.04. 2013
Osnabrück	19. / 20.04. 2013
Chemnitz	26. / 27.04. 2013
Brake	24. / 25.05. 2013
Hamburg	07. / 08.06. 2013
Wien	14. / 15.06. 2013
Leipzig	20. / 21.09. 2013

Aktuelle Termine unter: www.ifzl.de

Teamschulungen vor Ort in Ihrer Praxis:

Das rundum Sorglospaket - Wir kommen mit unseren Referenten in Ihre Praxis und schulen Ihr gesamtes Team inklusive Supervision!



Institut für zahnärztliche Lachgassedierung
Stefanie Lohmeier

Kontakt:

IfzL – Stefanie Lohmeier
Bad Trißl Straße 39
D-83080 Oberaudorf
Tel: +49 (0) 8033-9799620
E-Mail: info@ifzl.de
Internet: www.ifzl.de

IDS: Halle 11.2 Stand M018 N019

Beide Fortbildungsmöglichkeiten werden mit Fortbildungspunkten gemäß BZÄK und DGZMK validiert

Bezugsquelle TECNOGAZ
Lachgasgerät - TLS med
sedation GmbH
Tel: +49 (0)8035-9847510
Vorteilspreise bei Buchung
eines Seminars bei
IfzL Stefanie Lohmeier!

Referenten:

Wolfgang Lüder, Zahnarzt & Lachgastrainer:
Lachgassedierung in der Erwachsenen Zahnheilkunde
Andreas Martin, Facharzt für Anästhesie
Cynthia von der Wense, **Dr. Isabell von Gymnich**,
Kinderzahnärztinnen: N₂O in der Kinderzahnheilkunde
Malte Voth, Notfalltrainer für Zahnärzte

Facharzt für Anästhesie und
Notfallmedizin
Andreas Martin

NEU



a) Implantatposition und Gingivaverlauf:

Bei nicht ausreichender oraler Positionierung empfinden Patienten die Restauration aufgrund der transgingivalen Dunkelzonen und des vestibulär freilie-



Abb. 12 – Transgingival einheilendes Zirkonoxidimplantat als praktikable Alternative zur zeitintensiven zweizeitig geschlossenen Einheilung

Foto: Krause, Dresden



Abb. 13 – Biologisch reizfreie Adaptation und natürliche Ästhetik ohne transgingivale Dunkelfelder

Foto: Krause, Dresden

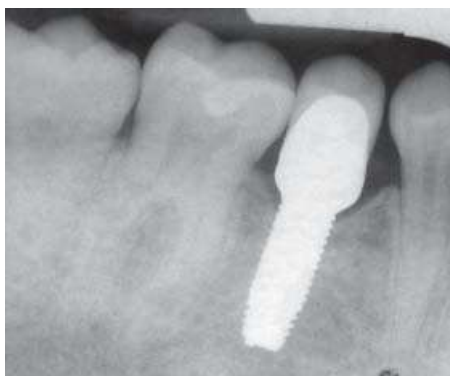


Abb. 14 – Zirkonoxidimplantat regio 45 mit dichter krestaler Anlagerung des Implantatknochens nach 6 Monaten

Foto: Krause, Dresden

genden Implantathalses als kosmetisch störend. Bei geringer Dehiszenz von 1–2 mm lässt sich durch Verdickung mittels Bindegewebe ein Ausgleich erzielen.

b) Farbgebung bei Titanabutments am Pfeilerdurchtritt: Dunkel schimmernde Implantatdurchtritte aus dem Weichgewebe bei Titanabutments werden aus Patientensicht als unnatürlich beschrieben. Heller und damit freundlicher wirken individualisierte keramische Abutments aus Zirkonoxid. Die Realisation im Frontzahnbereich erhöht die Patientenzufriedenheit. Zur einfachen Versorgung von Einzelzahnücken bieten sich einteilige, transgingival einheilende Zirkonoxidimplantate als Alternative an. Die Anlagerung der Gingiva am Implantatdurchtritt ist biologischer, die Mineralisation im Bereich des krestalen Kieferknochens solide. (Abb. 12, 13, 14).

Die Imitation des Chameleoneffektes natürlicher Zähne bei implantatprothetischen Versorgungen schlägt sich in hohen Labor- und Materialkosten nieder, die die Technik auf Einzelimplantate oder kleine Einheiten in der Front begrenzt. Bei umfangreicher Implantation, gerade im Unterkiefer, ist die metallkeramische Versorgung auf Titanabutments empfehlenswert.

Faktor Entzündung

In der Medizin ist die Notwendigkeit des **Implantatschutzes** vor Thrombenbildung an Gefäßstents, Herzklappen oder bakterieller Kontamination in Gelenkspalträumen hinreichend bekannt. Im Mund unterschätzen Patienten die Notwendigkeit der Pflege der Suprakonstruktion einschließlich des Pfeilerdurchtritts. Auch wenn durch die positiven Oberflächeneigenschaften des Titanoxids die Plaqueanlagerung gering und kaum sichtbar ist, fehlt Patienten die Aufklärung über den Implantatdurchtritt als „Schwachstelle“ und die Entstehung einer unkalkulierbaren Fremdkörperinfektion mit Schwächung des Implantatknochens und erheblichem Komfortverlust (Abb. 15). Im Regelfall sind Implantate vollständig im Knochen durch Osseointegration ge-

schützt und damit funktionell in den Körper integriert. Dies erklärt die hohen Liegezeiten oraler Implantate. Die Kombination von

1. dünnem oder fehlendem Weichgewebsschutz bei Phänotyp-II-Gewebe,
 2. funktioneller Überlastung durch Stress, Habbits oder fehlender Front-Eckzahnführung und
 3. Verlust des Biofilmschutzes durch Parodontalerkrankungen
- führt zu Schäden des Implantatknochenverbundes. Die Enttäuschung der Patienten ist verständlich, wenn nach hohen Implantationskosten Entzündungen auftreten, die den Implantathals freilegen, aufgrund geringer Widerstandskraft im Implantat-Knochen-Verbund einen Reizschmerz verursachen und den anfänglichen Implantatkomfort gefährden (Abb. 16). Wünschenswert aus Patientensicht sind eine zurückhaltende Implantationsentscheidung, ein festes, stabiles bedeckendes Weichgewebe und ein Pflegetraining



Abb. 15 – Fremdkörperinfektion mit Schwächung des Implantatpfeilers 43 und tiefem Knochenschaden bei weit oraler Implantatpositionierung und fehlender keratinisierter Gingiva



Abb. 16 – Druckschmerzhaftigkeit der Implantate im linken Oberkiefer nach Insertion bei unbehandelter aggressiver Parodontitis

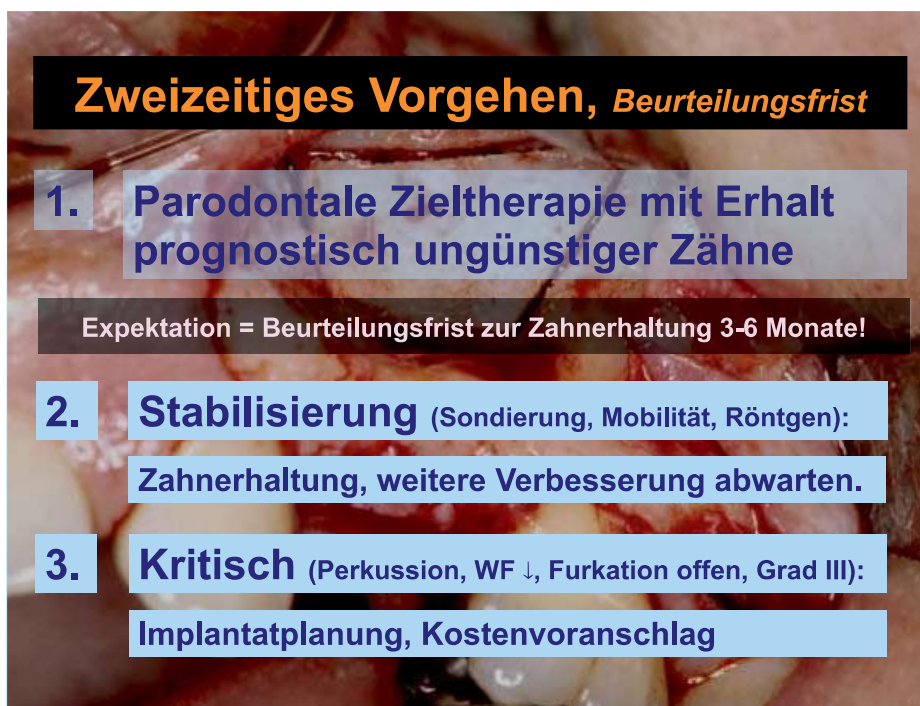
vor Implantation durch systematische PAR-Therapie (Hygiene). Eine funktionelle Implantatentlastung durch Wiederherstellung der Front-Eckzahnführung ist selbstverständlich.

Zusammenfassung

Implantationen werden in der Bevölkerung immer beliebter. Kostengünstige Angebote treiben diese Entwicklung voran. Gerade junge Patienten ziehen die Implantation der „Zahnersatzerfahrung“ vor. In Anbetracht der immer komplexeren Befundsituationen und Therapiemöglichkeiten wünschen Patienten klare, nachvollziehbare und dauerhafte Lösungen. Normale Schadenssituationen erfordern die Sofortentscheidung zur Implantation. Bei fortgeschrittener Parodontalerkrankung wird zunächst die Erhaltung der natürlichen Zähne nachgefragt. Daher ist ein zweizeitiges Vorgehen mit Expektation und Beurteilung der Zahnerhaltung nach parodontaler Grundtherapie empfehlenswert (Abb. 17). Sind primär feste, hygienefähige und ästhetische Versorgungen gefragt, gilt die Empfehlung zu einer frühzeitigen Implantation. Augmentationen erfolgen zurückhaltend. Ist Zahnerhaltung auch unter Kompromissen gewünscht, wird die parodontale Behandlung fortgesetzt, bei tiefen Knochentischen und erschwelter Mundhygiene ergänzt durch chirurgische Revision. Vom Zahnarzt werden Empathie, Entscheidungsfindung und die Organisation der Behandlung erwartet. Die praktische Durchführung kann in einem Team von spezialisierten Kollegen oder durch Hinzuziehen/Überweisung an einen Fachzahnarzt erfolgen. Aus Patientensicht bleibt die Gesamtverantwortung der Behandlung beim Praxisinhaber.

Prof. Dr. Rainer Buchmann
Fachzahnarzt Parodontologie
Königsallee 12
D-40212 Düsseldorf
T +49 211 8629120
E info@rainer-buchmann.de
www.rainer-buchmann.de

Literaturverzeichnis abrufbar unter:
www.zahnaerzte-in-sachsen.de



Zweizeitiges Vorgehen, Beurteilungsfrist

- 1. Parodontale Zieltherapie mit Erhalt prognostisch ungünstiger Zähne**
Expektation = Beurteilungsfrist zur Zahnerhaltung 3-6 Monate!
- 2. Stabilisierung** (Sondierung, Mobilität, Röntgen):
Zahnerhaltung, weitere Verbesserung abwarten.
- 3. Kritisch** (Perkussion, WF ↓, Furkation offen, Grad III):
Implantatplanung, Kostenvoranschlag

Abb. 17 – Aus Patientensicht ist vor Implantation ein zweizeitiges Vorgehen mit Expektation und Beurteilung der Zahnerhaltung durch parodontale Sanierung wünschenswert



**1. Dresdner Ball
DER HEILBERUFE**

**Samstag,
6. April 2013
Empfang ab 19 Uhr**

Albertinum
Lichthof und Skulpturensammlung
Tzschirnerplatz 2
01067 Dresden

Weitere INFOS und KARTENBESTELLUNG auf www.kreisaerztekammer-dresden.de.

Kreisärztekammer Dresden (Stadt)
Sekretariat: Frau Riedel
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
Tel. 0351 8267-134 • Fax 0351 8267-132
Telefonische Bestellung: Dienstag 09:00 - 14:00 Uhr
info@kreisaerztekammer-dresden.de

Ballkarte
(mit Tischreservierung) **130 €**

Wir empfehlen eine rechtzeitige Anmeldung, da Bestellungen in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt werden.

Präsentiert von der Kreisärztekammer Dresden