

So sollte es in jeder Praxis aussehen

Praxiskonzept Parodontologie

Rainer Buchmann

Die Parodontologie hat sich in die Zahnheilkunde inzwischen medizinisch integriert.

Der folgende Beitrag stellt ein zeitgemäßes Behandlungskonzept vor, das beschreibt, wie die moderne Parodontologie in der Praxis sinnvoll und wirtschaftlich realisiert werden kann.

Fortschritte in der Mikrobiologie, Immunologie und in der Wundheilung haben unsere Kenntnisse über die Entwicklung der Parodontalerkrankung und ihren Stellenwert in der zahnärztlichen Therapie nachhaltig erweitert. Ergebnisse interdisziplinärer Forschungsarbeiten weisen den Weg zur parodontalen Medizin. Spezielle Techniken revolutionieren das Therapiespektrum in der Parodontologie. Die Attraktivität und der Komfort der modernen Parodontaltherapie bestehen in der Verkürzung der Behandlungsdauer, einem komplikationslosen Behandlungsverlauf und der Vermeidung ästhetischer Nachteile. Die konsequente und erfolgreiche Durchführung eines ästhetischen Behandlungskonzeptes erfordert ein komplexes Grundwissen, das die Kenntnis biologischer Zusammenhänge voraussetzt. Das Spektrum der ästhetischen Behandlung spannt sich von der Prophylaxe bis zur Implantatrekonstruktion. Diese Entwicklungen eröffnen eine Vielzahl von Möglichkeiten und stellen eine Herausforderung für den parodontologisch tätigen Zahnarzt dar.

Zeitgemäße Parodontologie

Ständige Fortbildung ist ein Anliegen der Zahnärztschaft. Sie sichert dem Zahnarzt die Freude am Beruf, fördert die wirtschaftliche Attraktivität der Praxis und ermöglicht dem Patienten die Teilnahme am medizinischen Fortschritt. Die Ausweitung des Behandlungsangebotes auf ästhetische Therapieverfahren, beispielsweise die plastische Deckung freiliegender Wurzeloberflächen [1], der Ausgleich parodontaler Knochentaschen durch Regeneration [2] und der

mikrochirurgische oder prothetische Ausgleich fehlender Interdentalpapillen [3] sind für den Zahnarzt neben der Implantattherapie interessante Aufgabenfelder. Kontrollierte Studien und einzelne evidenzgesicherte Untersuchungen weisen darauf hin, dass eine erfolgreiche vorhersehbare Umsetzung der modernen Behandlungsmöglichkeiten in die Praxis von einer Vielzahl an Voraussetzungen und speziellen Detailkenntnissen in der chirurgischen Defektrekonstruktion, dem Gewebemanagement und der Wundheilung abhängig ist [4;5], die für ein erfolgreiches Wirtschaften in der Zahnarztpraxis traditionell weniger beachtet werden mussten. Zu den organisatorischen und inhaltlichen Grundvoraussetzungen einer zeitgemäßen Parodontalbehandlung zählen folgende Eckpunkte:

- 1. Anamnese:** Berücksichtigung der medizinrelevanten Kenndaten des Patienten vor, während und nach der Behandlung.
- 2. Prävention:** Selbstständig organisierte Prophylaxe von der Initialtherapie, Nachsorge bis hin zum Recall.

3. Therapieplanung: Konsequent strukturierter Behandlungsaufbau.

4. Parodontalbehandlung: Infektionstherapie, die neben dem klassischen Scaling und Root Planing eine medizinische Orientierung einschließlich der Reduktion sämtlicher aus ärztlicher Sicht bekannten Risikofaktoren hat. Im zum 1. 1. 2004 geänderten PAR-Vertrag ist mit der Nikotinkontrolle ein erster richtungsweisender Schritt unternommen worden.

Dies sind nur einige wenige Faktoren, an deren Umsetzung es in bundesdeutschen Praxen bis heute mangelt [6]. Standort-, Mitarbeiterprobleme oder ein wachsender Kostendruck sind neben persönlichen Gründen, wie Gesundheit, Zeit, Privatinteressen oder dem Alter, die häufigsten Ursachen für eine mangelnde Motivation [7]. Fehlen die genannten Voraussetzungen, sind Behandlungsmisserfolge vorprogrammiert. So kommt es, dass sich viel versprechende Therapieverfahren in der Praxis nicht entwickeln.

Das nachfolgende Praxiskonzept Parodontologie wird sowohl den Eckpunkten einer modernen Parodontologie als auch den Ansprüchen der Praxis gerecht (Abb. 1). Es beinhaltet einzelne Maßnahmen, deren Nutzen noch durch „Utility (Nützlichkeits)-Studien“ weiter abzuklären ist. Dazu gehören der Einsatz bakteriologischer Testverfahren und die Anwendung biomimetischer Proteine in der regenerativen Therapie, beispielsweise Emdogain. Die Praxiserprobung der Industrieprodukte erfolgt durch die

Behandlungskonzept Parodontologie

■ 1. Termin:	PAR-Grunduntersuchung	(30 Min.)
■ 2. Termin:	1. PAR-VB	(1 Std.)
■ 3. Termin:	2. PAR-VB (1 Woche später)	(1 Std.)
■ 4. Termin:	PAR-Status (2 Wochen später)	(15 Min.)
■ 5.-6. Termin:	Scaling und Root Planing*	(je 45 Min.)
■ 7. Termin:	Nachkontrolle (2 Wochen später) (PAR-Abrechnung)	(10 Min.)
■ 8. Termin:	Reevaluation (6 Wochen später) (Entscheidung über Parodontalchirurgie, ggfs. GTR)	(10 Min.)
*therapieunterstützende systemische Antibiose!		

Abb. 1: Behandlungskonzept „Zeitgemäße Parodontologie“. Die konsequente Umsetzung jedes einzelnen Behandlungsschritts (nicht chirurgische Parodontaltherapie) ist Voraussetzung für den Erfolg regenerativer und ästhetischer Therapiemaßnahmen. * Nur aggressive Parodontitis

Erstellung des Risikoprofils am Patienten

Faktoren	Risiko
Vorherige Parodontalerkrankung	+
Parodontale Erregerzahl jenseits Schwellenkonzentration von 10^5 KBE/ml	++
Nikotinkonsum	+++
Genetische Faktoren, nicht kompensierter Stress, Diabetes mellitus, Osteopenien, HIV-Infektion	++++

Abb. 2: Risikodiagnostik in der Parodontologie. Bei erhöhtem parodontalen Risiko sollte in jedem Fall allein schon aus forensischer Sicht ein Spezialist (Fachzahnarzt für Parodontologie oder Spezialist der DGP) zu Rate gezogen werden.

Zahnärzte und ihre Patienten. Bei mangelnder klinischer Resonanz oder ausbleibendem Erfolg wird die industrielle Produktpalette auf attraktivere Produkte umgestellt. Die Grundbausteine des vorliegenden „Praxiskonzeptes Parodontologie“ beziehen sich auf wissenschaftlich fundierte Basisuntersuchungen, die auch in absehbarer Zukunft gültig sind [8; 9].

Therapieplanung

Ist die Entscheidung gefallen, eine zukunftsorientierte Parodontalbehandlung in der eigenen Praxis anzubieten, ist ein Zehn-Punkte-Programm als Fahrplan empfehlenswert, dass sich klinisch bestens bewährt:

1. Parodontales Screening: bei jedem Patienten als 04-Befund. Bei behandlungsbedürftiger Situation Befunddokumentation (Sondiertiefenbestimmung auf Formblatt) im Praxis-PC.

2. Anamnese: Erhebung der medizinischen Anamnese (Grunderkrankungen, Medikation, Medikamentenunverträglichkeiten) einschließlich parodontaler Anamnese. Bei Unsicherheit oder unklaren Allgemeinerkrankungen Überweisung zum Hausarzt oder spezialisierten Facharzt zur Zieldiagnostik (Blutbild, Leber, Infektionen, Osteoporose, Östrogen). Bei erhöhtem parodontalen Risiko (Abb. 2) Überweisung des Patienten an Spezialisten, wie Fachzahnärzte für Parodontologie, Spezialisten der DGP oder Zahnärzte mit Master of Science Abschluss in der Parodontologie.

3. Therapieplanung: Besprechung mit Dokumentation der vorläufigen Therapieplanung im Praxis-PC.

4. Eigenanteil: Information über den Eigenanteil an den Behandlungskosten am besten vor weiterer Terminabsprache. Bei

motivierbaren Patienten kann die Kostenaufklärung auch durch geschulte Mitarbeiter erfolgen (Zeit). Einfühlungsvermögen in den Patienten und kaufmännisches Geschick zeigen. Individuelle Patientenbedürfnisse, wie Ratenzahlung oder Preisnachlässe, berücksichtigen. Preise im Umfeld kennen. Die Kostenaufklärung wird man nur dann als „selbstverständlich“ führen, wenn die Qualität der angebotenen Leistung tatsächlich stimmt. Schriftliche Vergütungsvereinbarung gemäß § 2 Absatz 3 GOZ. Obwohl erst durch sie das Rechtsverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient begründet wird, empfiehlt sich aus psychologischer Sicht, die Patientenunterschrift eher „beiläufig“ einzuholen.

5. Mundhygienisches Intensivprogramm: Mindestdauer 45 Minuten je Sitzung, abhängig von Zahnzahl, Parodontalzustand, Patienteninformation als delegierte kostenpflichtige Leistung über zwei Sitzungen (Zeitabstand sieben bis zehn Tage). Motivation, Instruktion und Reinigung mit Kontrolle der Risikofaktoren in erster Sitzung. In der zweiten Sitzung: Remotivation, Instruktion und Nachreinigung, falls erforderlich. Begleitend: Durchführung der kassenzahnärztlich notwendigen konservierenden Therapie. Bei Kassenausschluss: 50 bis 100 Euro pro Kanal für die endodontische Behandlung.

6. Erregerspektrum: Nachweis des Erregerspektrums bei aggressiver Parodontitis zur Antibiotikaauswahl durch gendiagnostische Untersuchung in der zweiten Sitzung des mundhygienischen Intensivprogramms oder zusammen mit dem PAR-Status erstellen. Zur Schnelldiagnose der aggressiven Parodontitis reicht häufig die Beurteilung des Missverhältnisses zwischen Lebensalter und Ausmaß des parodontalen Knochenabbaus.

An- zeige 1/3 hoch

Logistische Regressionsanalyse der Einflussfaktoren für einen CAL-Gewinn von ≥ 3 mm bei Anwendung von EMD

Parameter	Odds ratio	95 % C.I.
Behandlungsort (Center)	0.73	0.57 – 0.9
Rauchen	0.26	0.1 – 0.9
Kortikaler Knochendefekt	0.14	0.03 – 0.5
Anzahl der Knochenwände	2.69	1.1 – 7.5
Periostinzision zur Lappenstreckung	0.25	0.05 – 1.1 n.s.
Plauebefall sämtlicher Zähne	0.91	0.82 – 1.0 n.s.

172 Patienten, 12 Center, 7 Länder

Tonetti MS, Lang NP, Cortellini P et al.: EMD (Emdogain) in intrabony pockets. J Clin Periodontol 29, 317-325 (2002)

Abb. 3: Behandlungserfolg bei Regeneration parodontaler Knochentaschen. Der maßgebliche Einflussfaktor ist die Anzahl der vorhandenen Knochenwände [13].

7. Nicht chirurgische Parodontaltherapie:

in zwei Sitzungen (rechte und linke Seite) im Abstand von sieben Tagen. Bei aggressiver Parodontitis unterstützt durch systemische Antibiotika, beginnend mit dem ersten Behandlungstermin.

8. Nachbehandlung: nach sieben Tagen PAR-Abrechnung. Vereinbarung eines festen Termins zur ersten parodontalen Nachsorge je nach Schweregrad der Erkrankung und Patientenmitarbeit nach vier bis sechs Wochen. Kostenpflichtige Zahnreinigung, falls erforderlich.

9. Chirurgische Revision/Ästhetik: Entscheidung über die Notwendigkeit zur chirurgischen Revision oder ästhetischen Therapie frühestens sechs Wochen nach nicht chirurgischer Behandlung. Beide Behandlungsoptionen sind selten. Als Privatleistungen schriftlich vereinbaren. Ergänzungstherapie über PAR-Status schrumpft das Budget.

10. Recall: Weiterführende chirurgische Therapie mit Nachbehandlung oder Aufnahme des Patienten in ein parodontales Recallsystem. Falls kein separates PAR-Recall stattfindet, ist es am einfachsten, das Patientenrecall mit Anschreiben über das Selektionskriterium „01-Befund“ zu organisieren.

In folgenden Situationen können abweichend von Punkt sieben in einer Sitzung zusammen mit der nicht chirurgischen Therapie in begrenztem Umfang gingivoplastische Korrekturen notwendig werden:

a. chronische Fibrosierung der Gingiva

bei langjährig bestehender Kronenversorgung

b. Vakaturwucherungen durch Teleskopkronen

c. medikamenteninduzierte, lokalisierte Gingivahyperplasie durch Adalat, Cyclosporin oder Nifedipin.

Da bei GKV-Patienten die parodontale Primärversorgung lediglich die Positionen P 200 und P 201 umfasst, ist es empfehlenswert, den erhöhten Zeitaufwand durch Mischkalkulation bereits im Eigenanteil an den Behandlungskosten (Punkt vier) zu berücksichtigen.

Das vorgestellte Therapiekonzept beansprucht im Regelfall einen Zeitraum von mindestens acht bis zwölf Wochen. Es sollte zunächst parallel zur vorhandenen Behandlungsweise erprobt werden. Nicht jeder Patient lässt sich einbinden. Die Aufbauarbeit kann je nach vorhandener Praxisstruktur (Raumplanung, Mitarbeiter, PC-Dokumentation, Instrumente) und sozialem Umfeld (Lage der Praxis, Klientel, Bedarf an zahnärztlicher Grundversorgung) bis zu zwei Jahren dauern. Die Zeitvorgaben sind Richtwerte, die je nach Information und Kenntnisstand des Patienten, des Zahnarztes und seiner Mitarbeiter variieren.

Spezielle Parodontologie

Ohne die konsequente Durchführung des Zehn-Punkte-Programms ist eine weiterführende Parodontaltherapie erfolglos. Die

meisten der behandelten Patienten sind zufrieden, so dass sich selten ein unmittelbarer Behandlungsbedarf stellt. Ein Zeitraum von sechs Wochen schafft Übersicht über die Richtigkeit und Notwendigkeit weiterer parodontaler Therapieschritte, insbesondere auch hinsichtlich des finanziellen Aufwandes als Privatleistung mit einem Honorar von mindestens 500 Euro pro Parodontium.

1. Resektive Parodontologie: Der Strukturwandel in der Parodontaltherapie durch die regenerativen Erfolge, die Bemühungen um höheren Patientenkomfort und die zunehmende Bedeutung des Weichgewebserhaltes aus ästhetischer Sicht haben resective Eingriffe nahezu vollständig aus der Praxis verdrängt:

a. Bei prothetischer Versorgung eher Resttaschenerhalt mit wiederholtem subgingivalen Scaling und Root Planing (SRP) im parodontalen Recall zur Vermeidung von Hygieneschwierigkeiten und Dentinhypersensibilität anstelle chirurgischer Taschenelimination [10].

b. Bei fortgeschrittenen parodontalen Schäden entweder konservativer Zahnerhalt im Recall mit SRP oder alternativ frühzeitige Implantation anstatt funktionelle Schwächung durch Wurzelamputation oder Hemisektion.

2. Regenerative Parodontologie: Therapieverfahren zum Furkationsbehandlung und Knochentaschenregeneration haben hohe Perfektion erreicht. Vor dem Hintergrund der Kosten-Nutzen-Relation, des Behandlungsaufwandes und der Schwierigkeiten in der Ergebnisbeurteilung bleibt ihre klinische Relevanz für die Praxis jedoch weiter fraglich. Die Entwicklungen auf dem Gebiet sind ständig im Fluss, die vorhandene Experimentation durch Wissenschaft und Industrie erschwert die abschließende Beurteilung für Zahnarzt, Patient und Versicherer [11].

Gegenwärtig lassen sich folgende Empfehlungen ableiten, die allein aus anatomischen Gegebenheiten resultieren:

a. Defektanatomie: Die Anzahl der den parodontalen Knochendefekt begrenzenden

Abb. 4: Präoperativer Röntgenbefund (OPG). Die interapproximale Mindestbreite von zwei Millimetern bietet gute Voraussetzungen für die PPT-Technik.



den Defektwände ist der maßgebliche Einflussfaktor für die Regenerationsbehandlung und damit den klinischen Erfolg [12] (Abb. 3).

b. Papilla Preservation Technik: Die konsequente Anwendung der Papilla Preservation Technik mit Schnittführung über vorhandenem Knochengewebe ist die zweitwichtigste Einflussgröße für den Regenerationserfolg. Die Mehrgewinne gegenüber der alleinigen Lappenoperation schwanken beträchtlich. Sie betragen im Durchschnitt allerdings weniger als einen Millimeter [13] (Abb. 4; 5; 6; 7).

c. Postoperative Komplikationen: Die Anwendung von Emdogain geht mit weit aus geringeren postoperativen Komplikationen einher als die Membrantherapie. Dieses ist zumindest bei der Furkationsbehandlung von Unterkiefermolaren der Fall [14].

Obwohl das Potential der parodontalen Regeneration unstrittig ist [15], ist sie in der klinischen Anwendung als Bestandteil parodontalchirurgischer Maßnahmen unsicher. Die individuelle Variabilität im Ablauf der Wundheilung (Neoangiogenese) ist ein weiterer nicht kontrollierbarer Belastungsfaktor. Die Anforderungen an die eigene operative Ausbildung (Zahnarzt und Team) sind hoch. Wenn alle Voraussetzungen vorliegen, kann aus pragmatischer Sicht bei motivierten Patienten und strategisch wichtigen Zähnen eine Einzeltherapie sinnvoll sein. Die Langzeitprognose behandelter Zähne ist nicht von der durchgeführten Behandlung oder dem verwendeten Regenerationsmedium abhängig, sondern von der Patientenbindung in ein konsequentes Recallsystem und der Reduktion der aus ärztlicher Sicht bekannten Risikofaktoren [16].



Abb. 5: Präoperativer Röntgenbefund (Einzelzahrfilm). Die Behandlungsprognose ist aufgrund der Einwandigkeit der parodontalen Knochen tasche begrenzt.



Abb. 6: Schnittführung zur Papilla Preservation Technik (PPT) mit nachfolgender GTR-Therapie im Oberkiefer interdental regio 25, 26 bei einer 32-jährigen Patientin



Abb. 7: Nahtversorgung nach Papilla Preservation Schnittführung. Eine horizontale Matrazennaht zur basalen Fixierung des mobilisierten Lappens wird mit einer vertikalen Matrazennaht zur Stabilisierung des interdentalen Weichgewebes kombiniert.

Ästhetische Parodontologie

Plastisch-parodontale Eingriffe zur Rezessionsdeckung haben bei ästhetisch anspruchsvollen Patienten und Beachtung der Operationsindikation eine gute Prognose, da die aus der Wundheilung parodontaler Knochen taschen bekannten Probleme der raschen Defektepithelisierung entfallen. Aufgrund der kosmetischen Belange und

der leichten operativen Zugänglichkeit sollte die Therapie auf das Oberkieferfront- und Prämolarengebiet konzentriert werden. Die Eigenschaften biomimetischer Proteine oder gentechnisch hergestellter Wachstums- und Differenzierungsfaktoren (BMPs) werden für den Operationserfolg häufig überschätzt, und sind eher aus betriebswirtschaftlichem Interesse (Mischkalkulation) empfehlenswert. Das klinische Vorgehen richtet sich primär nach anatomischen Limitationen:

Abb. 8: Miller-Klasse I und II: Aufgrund der erhaltenen Interdentalpapillen ist die Prognose der Wurzeldeckung gut. Die Beteiligung der mukogingivalen Grenzlinie am Rezessionsdefekt ist nachrangig.



a. Miller-Klassen: Zunächst strenge Zuordnung der präoperativen Ausgangsbefunde zu den Miller-Befunden (Abb. 8; 9; 10). Lediglich die Miller-Klassen I und II mit vollständigem Erhalt der Interdentalpapille bieten geeignete Voraussetzungen für eine erfolgreiche Wurzeldeckung [17] (Abb. 8). Die Ausdehnung der Rezession über die mukogingivale Grenzlinie in die Alveolarmukosa hinein ist für den Operationserfolg nachrangig. Befunde der Miller-Klasse III mit interapproximalem Knochenabbau und Weichgewebsabbau und Verlust der Interdentalpapille (Abb. 10) sowie vollständigem Verlust des interdentalen Weichgewebes mit vertikalen Knochendefekten (Miller-Klasse IV) haben aufgrund fehlender koronaler Lappenfixationspunkte und reduzierter Vaskularisierung im subepithelialen Bindegewebe eine schlechte Prognose. Perioprothetisch bieten hier vollkeramische Rekonstruktionen ideale Lösungskonzepte.

b. Gingivaler Phänotyp: Unabhängig von der Wahl des Therapieverfahrens ist der gingivale Phänotyp I mit hohen kollagenen Faseranteilen und derber, vaskularisierter Gingiva mit ausreichender Neoangionese (Neueinsprossung von Gefäßen nach chirurgischer Trennung) operationstechnisch sicherer beherrschbar als der Phänotyp II mit elastischen Faserelementen, graziler Gingiva und in Anzahl und Durchmesser variablen Gefäßanteilen [18].

c. Lappentension: Intraoperativ ist die Lappenspannung nach Periostschlitzung genau zu kontrollieren. Generell gilt, dass eine erhöhte Zugspannung nach koronaler

Lappenverschiebung zu einer verminderten Wurzeldeckung führt. Eine geringe Restspannung des koronal verschobenen Lappens ist häufig nicht zu vermeiden. Bei flachen Rezessionen der Miller-Klasse I ist eine Restspannung bei sorgfältiger koronaler Lappenfixation tolerierbar und beeinträchtigt das Behandlungsergebnis nicht [19].

d. Gingivavolumen: Die Indikation zur freien Bindegewebs transplantation stellt sich dann, wenn zur Rezessionsdeckung zusätzlich eine Volumenvermehrung im Sinne einer Verbreiterung der keratinisierten Gingiva beabsichtigt ist [20]. Die Indikation ist selten. Kontraindikationen der Bindegewebs transplantation sind ein flacher Gaumen mit dünnem subepithelialen Bindegewebe und ausreichender Keratinisierung der Gingiva im Empfängergebiet [21]. Die Entwicklungen in der molekularen Parodontaltherapie, die vermehrte Nachfrage nach attraktiven, nicht invasiven Therapieverfah-

ren, der operative Zeitnachteil sowie das Auftreten von Resorptionen auf der vom Transplantat bedeckten Wurzeloberfläche [22] sind ernst zu nehmende Faktoren, die diese Therapieform zwar als klassisch, jedoch als nicht zeitgemäß ausweisen.

e. Emergenzprofil: In der Regel sind die ästhetischen Patientenbedürfnisse höher als der Wunsch nach kompletter Rezessionsdeckung. Durch die regenerative Wurzeldeckung wird generell ein natürliches Erscheinungsbild (Emergenzprofil) der Gingiva erreicht, was dem Patientenwunsch nach Komfort und Ästhetik am ehesten entspricht [21]. Der höhere Materialanteil durch die Verwendung einer GTR-Membran oder von Emdogain entspricht dem operativen Mehraufwand der freien Bindegewebsentnahme am harten Gaumen. Im Regelfall liegen die privat zu veranschlagenden Behandlungskosten zwischen 800 bis 1 000 Euro pro Rezession. Bei der regenerativen Wurzeldeckung sollte aus klinischer Sicht gegenwärtig die Anwendung von Emdogain bevorzugt werden, da geringere postoperative Komplikationen als nach Membrantherapie zu erwarten sind [14]. Erste vergleichende Untersuchungen zeigen allerdings keinen zusätzlichen Behandlungsvorteil [23].

Zusammenfassung

Die in Deutschland vielerorts vorhandene prothetische Orientierung hat zu einer Vernachlässigung des biologischen und ästhetischen Behandlungsspektrums in der



Abb. 9: Miller-Klasse III: Der interapproximale Hart- und Weichgewebsabbau mit Verlust der Interdentalpapille macht die Behandlungprognose unsicher.



Abb. 10: Miller-Klasse IV: Der vollständige Verlust des interdentalen Weichgewebes und die Existenz von Knochenaschen zusammen mit negativen Papillen sind Kontraindikationen der Rezessionsdeckung.

Zahnmedizin geführt. Die Ursachen reichen bis in die universitäre Ausbildung zurück. Einfache Parodontalbehandlungen werden aufgrund der guten Honorierung schnell durchgeführt. Vielen Zahnärzten sind die medizinischen Aspekte der Zahnheilkunde, die Probleme der verschiedenen oralen und parodontalen Infektionen sowie die Bedeutung der Ästhetik in der Mundhöhle durchaus bewusst. Heute wächst die Notwendigkeit, sich mit neuen seriösen Therapieangeboten um seine Patienten zu bemühen,

auch wenn die Realisierung zunächst schwierig und daher wenig lukrativ erscheint. Gerade Kassenpatienten sind bereit, bei richtiger Beratung mehr zu zahlen. Die neue Selbstzahlerwelt wird bereits eifrig erobert.

Die moderne Zahnmedizin, in der die Prävention, die Parodontaltherapie und die Ästhetik die Zukunftsaufgaben des Zahnarztes sind, darf nicht einen Eigenweg beschreiten, sondern muss in bestehende Praxen integriert werden. Die Chancen für die

Zahnärzteschaft bestehen in ihrer traditionell guten Patientenbindung. Spezialkliniken verlieren nach anfänglich großem Patienten- und Medieninteresse durch Anonymität, hohe Kosten und lange Anfahrtswege ihren Vertrauensvorsprung.

Dr. Rainer Buchmann, Privatdozent
Fachzahnarzt für Parodontologie
Poliklinik für Parodontologie
Heinrich-Heine Universität Düsseldorf
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf

c/o Bussardstraße 6, 59071 Hamm
Fax: 02302/53 304
E-Mail: rainer_buchmann@yahoo.de

zm Leser-
service

Die Literaturliste können Sie in der Redaktion anfordern. Den Kupon finden Sie auf den Nachrichtenseiten am Ende des Heftes.

Anzeige 1/2 quer