

Parodontologie kann noch mehr

PN Fortsetzung von Seite 1

Aufgrund all dieser Aktivitäten genießt die EFP ein sehr hohes Ansehen und gilt als die weltweit anerkannte Autorität in der wissenschaftlich fundierten Parodontologie. Dabei werden wir geleitet von der EFP-Vision „Periodontal health for a better life“. Dieses wollen wir als Thema und als Auftrag in die Zahnärzteschaft, aber auch in die Öffentlichkeit transportieren.

PN Was waren die Meilensteine Ihrer Präsidentschaft?

Im Fokus stand natürlich die 25-Jahr-Feier der EFP, die wir zusammen mit der Generalversammlung in Berlin mit einem Festakt begehen konnten. Als wichtigsten Schwerpunkt meiner EFP-Präsidentschaft haben wir eine europaweite Aufklärungskampagne mit dem Ziel gestartet, das Wissen und das Bewusstsein in der Bevölkerung sowie in der Gesundheitspolitik über die Bedeutung parodontaler Erkrankungen, Gingivitis und Parodontitis entscheidend zu verbessern. Die EFP war schon immer sehr gut darin, wissenschaftliche Evidenz zu generieren und diese global in der Fachwelt zu verbreiten. Allerdings haben wir es bisher nicht vermocht, diese Erkenntnisse genauso erfolgreich auch in die nichtspezialisierte Zahnärzteschaft, an die Patienten, in die Öffentlichkeit und zu den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern zu tragen. Basierend auf den Erkenntnissen und der Evidenz aus zwei bedeutenden EFP-Konsensuskonferenzen zur Prävention und zu den Wechselwirkungen zwischen parodontaler und systemischer Erkrankung haben wir unter dem Motto „Periodontal health for a better life“ einige Kernbotschaften formuliert. Diese haben wir auf verschiedenen Wegen an die Zielgruppen transportiert. Insgesamt 21 nationale Gesellschaften – darunter selbstverständlich die DG PARO – haben am European Perio Day teilgenommen und es wurden zahlreiche sehr originelle öffentlichkeitswirksame Aktionen entfaltet, die ein großes Echo in der Presse und in den sozialen Medien fanden.

Auch haben wir wichtige Kontakte zur WHO und zur International Diabetes Federation (IDF) geknüpft. Weiter haben wir einen World-Workshop zusammen mit unseren amerikanischen Kollegen (AAP) zur Erarbeitung einer neuen weltweit gültigen Klassifikation von parodontalen und periimplantären Erkrankungen im Jahr 2017 initiiert und intensiv durchgeplant. Und auch die Vorbereitungen für den nächsten EuroPerio-Kongress 2018 in Amsterdam laufen bereits auf Hochtouren.

PN Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit im europäischen Verbund von 29 unterschiedlichen nationalen Fachgesellschaften?

Es ist erstaunlich, wie viel die EFP im Verbund mit ihren nationalen Fachgesellschaften in den vergangenen 25 Jahren erreicht hat – insbesondere wenn man bedenkt, dass die Arbeit im Wesentlichen ehrenamtlich geleistet wird. Gerade haben wir auf der letzten Vorstandssitzung den strategischen Plan der EFP für die nächsten fünf Jahre erarbeitet und verabschiedet. Es gibt konkrete Vorstellungen, wie die Zusam-

PN Wie überführen Sie diese umfangreichen wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Praxis?

Das ist natürlich ein ganz wichtiger Punkt für uns. Deshalb sind wir nicht bei den Workshop-Berichten stehen geblieben, sondern haben die Erkenntnisse aus den Workshops in neun klinische Empfehlungen für die Praxis überführt. Diese können Zahnmediziner auf der EFP-Website nachschlagen. Vereinbart wurde mit den nationalen Gesellschaften, Übersetzungen in ihre Sprache vorzunehmen.

PN Sie sind Koordinator einer neuen AWMF-Leitlinie „Diabetes und Parodontitis“. Heißt das, Sie räumen den Zahnärztinnen und Zahnärzten eine neue Rolle im Gesundheitssystem ein?

Wir sind überzeugt, dass Parodontologen und Zahnärzte eine wichtige Rolle spielen können, um Verhaltensänderungen und Gesundheitsförderung zu unterstützen. Es ist doch so, dass die Zahnarztpraxis eine Gesundheitseinrichtung ist, die von gesunden Menschen am häufigsten besucht wird. Darin liegt eine Chance, Krankheiten vorzube-

zuklären. Deshalb gehen wir mit unserer Arbeit in die Öffentlichkeit und weisen auf die hohe Prävalenz der Parodontitis hin. Wir zeigen jedoch auch auf, wie bedeutsam Früherkennung ist und dass durch aktive und effektive Nachsorge Parodontitis verhindert bzw. auch schwere Parodontitis von qualifizierten Parodontologen gut behandelt werden kann. Auf unserer Agenda steht daher auch, uns für eine bessere und breitere postgraduale Ausbildung einzusetzen und den Fachzahnarzt für Parodontologie zu etablieren. Zu-



Abb. 2: Der EFP-Vorstand.

menarbeit zwischen der EFP und den fünf großen nationalen Gesellschaften mit über 1.000 Mitgliedern noch weiter optimiert werden kann. Die DG PARO ist mit ca. 4.800 Mitgliedern die größte nationale Fachgesellschaft innerhalb der EFP und bereichert die EFP durch ihre vielfältigen Aktivitäten. Davon könnten kleinere Fachgesellschaften europaweit profitieren.

PN Das Thema Prävention ist in der aktuellen Diskussion. Auch die EFP hat dies zu einem Thema gemacht. Was konnte die EFP hier beisteuern?

Prävention war das Leitthema unseres EFP-Workshops Ende 2014. In vier Arbeitsgruppen wurden Forschungsergebnisse zu diesem Thema von 75 internationalen Experten systematisch begutachtet und aufbereitet. Sie betreffen die Grundlagen von Präventionskonzepten sowie die Behandlung von Gingivitis und periimplantärer Mukositis zur primären Prävention von Parodontitis und Periimplantitis. Außerdem beschäftigen wir uns mit den Konzepten, die bei zuvor erkrankten und bereits therapierten Patienten ein Wiederauftreten der Erkrankung verhindern sollen.

PN Was sind darin leitende Gedanken zum Thema Prävention?

Wichtig ist uns zu differenzieren zwischen der Primärprävention für Gesunde bzw. lediglich an Gingivitis Erkrankten und einer Sekundärprävention bei zuvor erkrankten, bereits therapierten Patienten. Die PZR ist eine wichtige Maßnahme der Primärprävention. Es gilt weiterhin, Risikofaktoren wie z.B. Rauchen und Diabetes zu berücksichtigen, darüber aufzuklären und Verhaltensänderungen in Richtung eines gesunden Lebensstils zu vermitteln. Zur Therapie einer Parodontitis ist eine alleinige PZR allerdings nicht geeignet. Sekundärprävention nach aktiver Parodontitistherapie beginnt, wenn ein definierter Endpunkt (nach Möglichkeit deutliche Reduktionen von Sondierungstiefen (<5 mm) und Sondierungsblutung (<15 Prozent) erreicht ist, und bedeutet unterstützende Parodontitistherapie (UPT), welche die regelmäßige jährliche Erhebung des Parodontalstatus und gegebenenfalls eine frühzeitige erneute aktive Therapie mit subgingivalem Scaling beinhaltet. Die DG PARO berät die KZBV in dieser Richtung intensiv bei der Neugestaltung der PAR-Versorgung in Deutschland.

gen oder sie zumindest im Frühstadium zu erkennen. Deshalb haben wir konsequenterweise die Gesundheitsfachkräfte dazu aufgerufen, das EFP-Manifest „Perio and General Health“ zu unterzeichnen. Darin geht es um die Schlüsselrolle, die das zahnmedizinische Team bei der Verbesserung der Allgemeingesundheit spielen kann. Möglichkeiten speziell im Hinblick auf Diabetes wären zum Beispiel, ein Screening auf Diabetes in der zahnärztlichen Praxis durchzuführen oder umgekehrt die Selbsttest-App der DG PARO in Arztpraxen einzusetzen. Mit der Leitlinie „Diabetes und Parodontitis“ wollen wir die Vernetzung von Arzt- und Zahnarztpraxen bei der Prävention und Behandlung der beiden Erkrankungen weiter vorantreiben. Die Leitlinie soll im Sommer 2017 beschlossen werden.

PN Dazu wird es aber nicht reichen, die Zahnärzte und die Allgemeinärzte einzubinden. Die Aufklärung der Patienten wird damit umso wichtiger.

Wir sehen uns als EFP und als DG PARO in der Pflicht, Patienten, aber auch gesundheitspolitische Entscheidungsträger auf-

gleich fordern wir einen stärkeren Fokus auf Parodontologie in der studentischen Ausbildung. Natürlich sind dies langfristige Aufgaben. Wir haben mit dem europäischen Parodontologietag ein wichtiges Zeichen gesetzt und Aufklärungsmaterialien erstellt, die an Patienten adressiert sind.

PN Was steht denn nun für Sie persönlich auf der Agenda?

Zunächst gilt es, unsere EFP-Patientenkampagne „Perio for a better life“ zu fördern. Die neue AWMF-Leitlinie „Diabetes und Parodontitis“ wird wesentlich dazu beitragen, das große gemeinsame Thema von EFP und DG PARO zum Zusammenhang von Mund- und Allgemeingesundheit weiter voranzutreiben. Und natürlich ist die EuroPerio9 2018 in Amsterdam ein äußerst spannendes und herausforderndes Projekt. Ich möchte gerne weiterhin Bindeglied zwischen den EFP-Ländern sein, aber auch zwischen Wissenschaft und Praxis – sowie ein Botschafter für Mundgesundheit in Richtung Bevölkerung und Politik. ☐

BZÄK: Neue Legislaturperiode

Dr. Peter Engel erneut im Amt bestätigt.



Abb. links: Dr. Peter Engel (Präsident der BZÄK). – Abb. Mitte: Prof. Dr. Dietmar Oesterreich (Vizepräsident der BZÄK). – Abb. rechts: Prof. Dr. Christoph Benz (Vizepräsident der BZÄK). © BZÄK/Lopata

Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wählte auf dem Deut-


schen Zahnärztetag 2016 den geschäftsführenden Vorstand der Bundeszahnärztekammer.

Der geschäftsführende Vorstand besteht aus dem Präsidenten und den beiden Vizepräsi-

denten der Bundeszahnärztekammer.

So wählten die Delegierten der Bundesversammlung erneut Dr. Peter Engel zum Präsidenten der Bundeszahnärztekammer. Als Vizepräsidenten wurden Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Prä-

Landeszahnärztekammer, nochmals im Amt bestätigt.

Der geschäftsführende Vorstand wird von der Bundesversammlung auf vier Jahre gewählt, ist ehrenamtlich tätig und nimmt im Rahmen der Beschlüsse des Vorstandes und der Bundesversammlung die gesundheits- und standespolitische Vertretung der Bundeszahnärztekammer nach innen und außen wahr, die Erledigung der laufenden Geschäfte sowie die Leitung der Verwaltung. 

sident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, und Prof. Dr. Christoph Benz, Vorstandsmitglied der Bayerischen

Quelle: BZÄK

Neue S3-Leitlinie

Empfehlungen für Zahnimplantate bei Patienten mit Medikamenten gegen Knochenabbau und Knochenmetastasen.

Mit der neuen S3-Leitlinie „Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inklusive Bisphosphonate)“ legen die Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI) und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) binnen weniger Monate eine weitere Empfehlung zu einem wichtigen Thema der Implantologie vor.

Die Leitlinie bietet Zahnärztinnen und Zahnärzten Entscheidungshilfen bei der implantologischen Versorgung von Patienten, die mit sogenannten Knochenantiresorptiva behandelt werden. Unter dieser Bezeichnung werden verschiedene Medikamente zusammengefasst, die dem Knochenabbau entgegenwirken und beispielsweise zur Behandlung von Osteoporose oder Knochenmetastasen bei Krebspatienten eingesetzt werden. Die wichtigsten Vertreter dieser Medikamentengruppe sind verschiedene Bisphosphonate oder der monoklonale Antikörper Denosumab. Eine seltene, aber schwierig zu therapierende Komplikation dieser Behandlung sind Kiefernekrosen, kurz ONJ (englisch: osteonecrosis of the jaw). „Das Ziel der Leitlinie ist

es, Kolleginnen und Kollegen eine Entscheidungshilfe zu geben, wie sie das individuelle Risikoprofil ihrer Patienten ermitteln können“, sagt Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Wiesbaden, der Koordinator der Leitlinie. Zusammen mit vier anderen Experten haben Professor Grötz und der federführende Autor der Leitlinie, Prof. Dr. Dr. Christian Walter, Mainz, auf der Basis einer systematischen Literaturauswertung sowie im Konsens Empfehlungen zur Implantatindikation erarbeitet. Es ist die zweite von insgesamt vier Leitlinien, mit deren Entwicklung Experten von 16 Fachgesellschaften und Organisationen bei der letzten DGI-Leitlinienkonferenz im September 2015 begonnen haben.

Die Prävalenzen von Kiefernekrosen variieren

In Deutschland werden jährlich über 200 Millionen Tagesdosen von Bisphosphonaten verordnet. Die Prävalenz Bisphosphonat-assoziiierter Osteonekrosen variiert in Abhängigkeit von der Grunderkrankung. Bei der primären Osteoporose liegt die Ereignisrate einer ONJ bei 0,1 Pro-

zent, d. h. einer von 1.000 Patienten ist betroffen. Bei der sekundären Osteoporose und prophylaktischer Einnahme bei Krebspatienten sind zehn von 1.000 (1 Prozent) Patienten betroffen. Bei malignen Grunderkrankungen variiert die Prävalenz zwischen einem und 20 Prozent bei entsprechenden Risikopatienten. Unter einer Denosumab-Therapie liegen die Ereignisraten in Studien häufig etwas höher als in der Kontrollgruppe mit Bisphosphonat-Therapie.

Auslöser der Kiefernekrose

Bei den meisten Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrosen sind Auslöser in der Mundhöhle identifizierbar. Hierzu gehören parodontal erkrankte Zähne, Prothesendruckstellen und auch zahnärztlich chirurgische Eingriffe, meist Zahnextraktionen ohne Sicherheitskautele, bei denen Keime in den Kieferknochen einwandern. Auch die Insertion von Implantaten könnte somit ein Auslöser sein. Gleichwohl können Implantate auf der anderen Seite helfen, Prothesendruckstellen zu vermeiden und damit das bilanzierte Kiefernekrose-Risiko zu senken. Die lite-

Die Leitlinie gibt Hinweise, wie das Risiko für eine Osteonekrose präoperativ, etwa durch die Beobachtung der individuellen Knochenneubildungsrate nach einer Zahnextraktion, beurteilt werden kann. Kieferaugmentationen sollten, so die Empfehlung der Experten, möglichst vermieden oder die Indikation besonders streng überprüft werden. Auch die Motivierbarkeit und die Möglichkeiten der Patienten für eine gute Mundhygiene sollten in den Entscheidungsprozess einfließen. Hinzu kommen muss auch eine risikoadaptierte Nachsorge. Kommt eine Implantation infrage, lautet die evidenzbasierte Empfehlung, dass eine perioperative systemische Antibiotika-Prophylaxe eingeleitet wird. „Auf der Basis unserer Empfehlungen können Kolleginnen und Kollegen nach individuellen Kriterien zusammen mit dem Patienten eine nachvollziehbare Entscheidung für oder gegen die implantatgetragene Versorgung entwickeln“, sagt Professor Grötz.

raturbasierte Evidenz spiegelt jedoch die noch immer begrenzte Kenntnis des tatsächlichen Risikos einer Implantat-assoziierten Kiefernekrose beziehungsweise eines Bisphosphonat-bedingten Implantatverlusts wider. Dennoch konnte die Arbeitsgruppe der Leitlinie sieben evidenzbasierte Empfehlungen formulieren und diese auf der Basis vorliegender Erfahrungen durch 14 Empfehlungen im Konsensverfahren ergänzen.

Laufzettel für die Risikostratifizierung

Bei allen Patienten unter bzw. nach antiresorptiver Therapie, die eine Indikation für dentale Implantate haben, soll zunächst das individuelle Kiefernekrose-Risiko evaluiert werden, da die Osteonekrose Folge einer entzündlichen Implantatkompli-

kation sein kann. Neben der Grunderkrankung müssen Applikationsart, Dauer und Frequenz der antiresorptiven Therapie und weitere Medikationen und Behandlungen erhoben werden, ebenso zusätzliche Allgemeinerkrankungen und systemische Faktoren, die bei Wundheilungsstörungen eine Rolle spielen können. Zur Risikostratifizierung kann der „DGI-Laufzettel Risiko-Evaluation“ herangezogen werden. Dieser steht auf der Homepage der DGI zum Download zur Verfügung. Zu klären ist im individuellen Fall jeweils auch, inwieweit die Implantatversorgung das ONJ-Risiko auch mindern kann, indem Prothesendruckstellen vermieden werden. 

Die vollständige Leitlinie ist abrufbar unter: www.goo.gl/aaJ8wk

Quelle: DGI



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3

Volkskrankheit Parodontitis

Präventionsbasierte Bekämpfung – KZBV benennt Grundzüge für künftige GKV-Versorgung.

Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) verabschiedete jüngst in Berlin eine entsprechende Positionierung. Alle Entscheidungsträger in Politik, Wissenschaft und Selbstverwaltung seien jetzt aufgefordert, gemeinsam mit der Vertragszahnärzteschaft eine dem Stand der Wissenschaft entsprechende Behandlungsstrategie gegen diese Volkskrankheit zu etablieren.

Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV: „Heute leidet jeder zweite Erwachsene in Deutschland an einer solchen behandlungsbedürftigen Erkrankung des Zahnhalteapparates. Jedes Jahr kommen etwa 500.000 Neuerkrankungen hinzu. Der demografische Wandel führt zu einem erheblich steigenden Behandlungsbedarf. Die Parodontitis ist eine schleichende, chronische Erkrankung, deren gravierende Folgen sowohl für die Mund- wie auch für die Allgemeingesundheit der Bevölkerung weitestgehend unbekannt sind. Die Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen wie Dia-



Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes.

betes Typ II, chronischen Erkrankungen der Atemwege und des Herz-Kreislauf-Systems sind ebenso wenig bekannt wie der Einfluss der Parodontitis auf Frühgeburten.“

KZBV » Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Zahnverluste und negative Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit müssen aber nicht zwingend in Kauf genommen werden,

betonte Eßer. „Wir wissen heute, dass die Parodontitis durch regelmäßige Prophylaxe beim Zahnarzt und mundgesundes Verhalten in den allermeisten Fällen vermieden und eine bestehende

Erkrankung in ihrer Verlaufsform wesentlich abgemildert werden kann.“ Um die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen

dieser Volkskrankheit in den Griff zu bekommen, müsse neben einer flächendeckenden Aufklärung der Bevölkerung, mit dem Ziel der Entwicklung eines spezifischen Krankheitsbewusstseins, auch der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zwingend den wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst und entsprechend ergänzt werden.

Wesentliche Bausteine einer präventionsbasierten Versorgungsstrecke fehlen derzeit noch. Hierzu zählen unter anderem:

- Die Möglichkeit des Zahnarztes zur individuellen Aufklärung, Motivation und Remotivation der Patienten,
- Die regelmäßige Verlaufskontrolle im Sinne einer qualitätsgesicherten Evaluation,
- sowie ein strukturiertes Nachsorgeprogramm im Sinne der unterstützenden Parodontistherapie (UPT).

Eßer kündigte ein neues, wirksames und umfassendes Versorgungskonzept der KZBV und renommierter Wissenschaftler an. Dieses werde derzeit unter Federführung der KZBV und

maßgeblicher Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGParo) sowie der European Federation of Periodontology (EFP) erstellt.

Hintergrund: Parodontitis

Die Parodontitis zerstört als bakteriell bedingte Entzündung Teile des Zahnhalteapparates und ist bei Erwachsenen ab dem 40. Lebensjahr einer der Hauptgründe für den Verlust von Zähnen. Unbehandelt verläuft die Krankheit meist schmerzlos, schreitet zugleich aber langsam und unaufhörlich voran. In zunehmendem Umfang belegen wissenschaftliche Studien die zum Teil erheblichen Wechselwirkungen mit anderen Allgemeinerkrankungen. Die Behandlungskosten der GKV summierten sich im Jahr 2014 auf insgesamt 424 Millionen Euro. Dabei betragen die Kosten pro Fall etwa 413 Euro, wobei je Fall durchschnittlich 20,7 Parodontien versorgt wurden.

Quelle: KZBV

» EXPERTENTIPP

Parodontales Risikomanagement und Patientenbindung

In diesem Sommer wurde die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) präsentiert: Die Prävalenz für Karies und Parodontitis ist in fast allen Bevölkerungsgruppen rückläufig. Dennoch haben immer noch rund 11 Millionen Deutsche eine Parodontitis. Mit ihr sind zahlreiche weitere Erkrankungen assoziiert – wie z.B. Diabetes, koronare Herzkrankheiten, Rheuma, Schwangerschaftskomplikationen, Arteriosklerose oder auch Morbus Alzheimer.

Ein guter Grund, unsere Bemühungen in der Praxis zu verstärken, denn die Krankheit kann gestoppt bzw. unter Kontrolle gebracht werden. Grundlagen hierfür sind: Früherkennung, regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen, eine risikoorientierte unterstützende Parodontaltherapie (UPT) und eine gute Motivation zur täglichen häuslichen Mundhygiene. In Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern der DGZMK, der DG PARO und verschiedenen Hochschulen

wurde mit dem Programm „ParoStatus.de“ ein System entwickelt, das systematisch alle relevanten Befunde auf einem Befundblatt übersichtlich darstellt. Der Patient erhält eine Zusammenfassung in Form eines Patientenausdruckes mit einer verständlichen Auswertung und Prognose seines individuellen Risikos.

Tipp: Geben Sie die mit der PA-Sonde gemessenen Befunde mit der kabellosen, desinfizierbaren Tray-Tastatur, einer Fußsteuerung oder per Sprachsteuerung mit einem Headset ein. Durch ein Dialogsystem, der PC spricht und wiederholt die eingegebenen Werte, muss der Bildschirm nicht angeschaut werden. Man kann sich voll auf seinen Patienten konzentrieren. Klinische Parameter und individuelle Risikofaktoren wie Alter, Rauchverhalten, systemische und genetische Disposition, Medikation etc. bilden die Grundlage für die spezifische Einschätzung des Patienten mit anschließender Therapie- und Behandlungsfestlegung. Weitere Beurteilungs- und Prognosekriterien sind die zahnbezogenen Faktoren wie Furkationsbeteiligung, iatrogene Faktoren, partielle

Attachmentverluste etc. und die stellenbezogenen Faktoren wie ST, BOP, Suppuration, subgingivale Flora etc.

Das ParoStatus.de-System begleitet die systematische Prophylaxesitzung und PA-Therapie Schritt für Schritt. Befunde können schnell dokumentiert und übersichtlich dargestellt werden. Die Steuerung innerhalb des Systems folgt einem logischen Ablauf, sodass kein Parameter unbeabsichtigt ausgelassen werden kann. Ohne Assistenz lassen sich die o.g. Parameter in wenigen Minuten lückenlos erheben.

Nach abgeschlossener Befunderhebung steht ein Patientenausdruck zur Verfügung, der sowohl das individuelle Erkrankungsrisiko als auch die empfohlene Recallfrequenz sowie die Mundhygieneempfehlungen enthält.

Tipp: Per QR-Code kann der Patient sich „seine“ Daten, die Inhalte des Patientenausdruckes, auch auf sein Smartphone laden. Die dazu erforderliche neue Prophylaxe-App kann kostenlos im

Google Play Store (Android) und im App Store (Mac) heruntergeladen werden.

Ein so informierter Patient kann sehr viel einfacher auch außerhalb der Praxis „geocacht“ werden: Neben dem zusätzlichen Informationstransfer sind Terminvereinbarungen und gegebenenfalls auch -verschiebungen problemlos möglich. Zusätzlich kann die mobile App mit dem Praxisnamen, dem Praxislogo und den Praxisfarben in den jeweiligen Stores individualisiert werden.

Autorin: Sylvia Fresmann
www.ParoStatus.de



Parodontale Befunderhebung mit dem Programm ParoStatus.de





Erfolgreiche Parodontitis-Therapie? Mit molekularer Diagnostik kein Problem.

Um die multifaktorielle Erkrankung Parodontitis erfolgreich zu behandeln, muss die Therapie individuell auf den Patienten abgestimmt sein. Daher basiert ein umfassender Therapieplan nicht nur auf dem klinischen Befund, sondern bindet auch immer die molekulare Diagnostik mit ein. Braucht mein Patient aufgrund der Bakterienbelastung eine adjuvante Antibiose und wenn ja, welches Antibiotikum ist optimal wirksam? Wie muss ich den genetischen Risikotyp bei der Behandlung berücksichtigen? Diese und noch mehr Fragen beantworten Ihnen unsere Testsysteme **micro-IDent®** und **GenoType® IL-1**. Sie können damit das Keimspektrum und das individuelle Entzündungsrisiko Ihres Patienten bestimmen und mit diesem Wissen die Therapie erfolgreich planen.



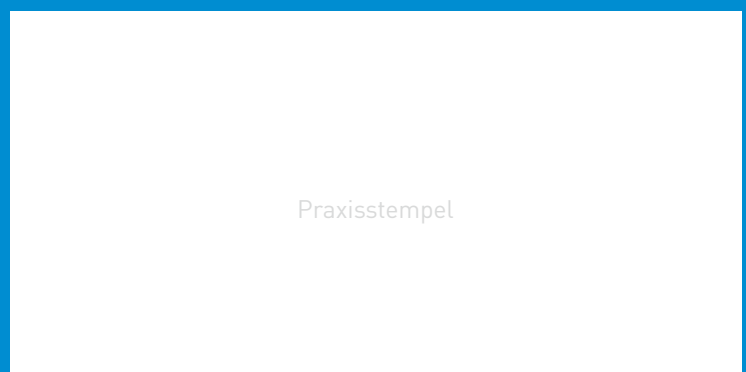
Kostenfreie Hotline: 00 800 - 42 46 54 33 | www.micro-IDent.de



Faxantwort an: +49 (0) 74 73- 94 51- 31

Bitte senden Sie mir kostenfrei:

- Infopaket Dentaldiagnostik (inkl. Probenentnahmesets)
- Probenentnahmeset **micro-IDent®**, **micro-IDent® plus**
- Probenentnahmeset **GenoType® IL-1**
- Probenentnahmeset **Kombitest Basis**, **Kombitest Plus**



Praxisstempel

Praxisstempel

DENT10616IPN