

Parodontologie: Internationale Einflüsse bereichern die Praxis hierzulande

FACHINTERVIEWS VON MARLENE HARTINGER

In der vorliegenden Interviewreihe schildern drei Zahnärzte ihren individuellen Weg in das Fachgebiet der Parodontologie und gehen auf Fragestellungen und Erkenntnisse ein, die ganz entscheidend ihr tägliches Arbeiten am Patienten beeinflussen. Dabei zeigt sich: Die Parodontologie ist Referenz- und Ausgangspunkt aller zahnmedizinischen Betrachtungen. Denn nicht diagnostizierte und/oder unzureichend therapierte Entzündungsprozesse konterkarieren den möglichen Erfolg einer jeden zahnärztlichen Versorgung – von prothetisch bis implantologisch.

Zugleich machen die Biografien und Aussagen der Interviewten deutlich: Wer sich in der Parodontologie spezialisieren möchte, sollte ins Ausland gehen. Von dem dort gewonnenen Know-how profitieren dann Forschung, Praxis und Patienten gleichermaßen hierzulande.



„Die neuen Paro-Klassifikationen haben in vielen Praxen noch keinen Einzug gehalten.“

Dr. Nadja Tzinis ist angestellte Zahnärztin in der Zahnarztpraxis „Zahnärzte am Adlmannsberg“ in Wettstetten bei Ingolstadt. Schon frühzeitig legte sie ihren Forschungs- und Behandlungsfokus auf die Parodontologie. Was unter anderem das renommierte Forsyth Institute in Boston (Massachusetts, USA) damit zu tun hat, verraten die nächsten Seiten.

Frau Dr. Tzinis, starten wir mit dem Stichwort systemische Erkrankungen: Welche Rolle kommt der Parodontologie mit Blick auf eine ganzheitliche Zahnmedizin zu? Wo liegen in diesem Zusammenhang ihr Potenzial und ihre Grenzen?

Wir alle wissen es und zahlreiche Studien belegen es: Parodontitis hat einen negativen Effekt auf die Gesundheit. Über die Blutbahnen gelangen die pathogenen Keime in andere Organe und können dort zur Verschlechterung des Allgemeinzustandes führen. Bekanntermaßen reicht

© Rohde Fotografie



„Es wäre wünschenswert, wenn Humanmediziner besser über die kausalen Zusammenhänge zwischen zahnmedizinischen und Allgemeinerkrankungen informiert und für diese sensibilisiert werden würden. Ich persönlich informiere die Ärzte von Risikopatienten per Arztbrief über deren parodontale Situation und versuche so, eine Zusammenarbeit und ganzheitliche Betrachtung zu initiieren.“

dies von der Erhöhung des Herz- und Schlaganfallrisikos über Lungenerkrankungen und Diabetes bis zu einem erhöhten Risiko für Frühgeburten. Sogar ein direkter Einfluss auf neurologische Erkrankungen wird diskutiert. Nachweislich kann ein entzündungsfreies Parodont zur Verbesserung des Gesundheitszustandes beitragen. Soweit das Potenzial. Eine Heilung der Grunderkrankung oder das Ersetzen von Medikamenten kann durch eine Parodontitistherapie jedoch nicht erzielt werden. Es wäre wünschenswert, wenn Humanmediziner besser über die kausalen Zusammenhänge zwischen zahnmedizinischen und Allgemeinerkrankungen informiert und für diese sensibilisiert werden würden. Ich persönlich informiere die Ärzte von Risikopatienten per Arztbrief über deren parodontale Situation und versuche so, eine Zusammenarbeit und ganzheitliche Betrachtung zu initiieren. Ein weiterer Aspekt, der die Parodontologie ausbremst, ist die Compliance, denn Therapieergebnisse hängen stark von der Mitarbeit der Patienten ab. Hier gilt es, gute Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit zu leisten.

Im vergangenen Jahr wurde eine neue, erweiterte S3-Leitlinie von DG PARO und DGZMK beschlossen – was bedeutet das konkret für Sie im täglichen Arbeiten?

Bei den neuen S3-Leitlinien der Parodontologie handelt es sich um Ergänzungen zur bereits bestehenden Leitlinie. Hier werden vor allem adjuvante Maßnahmen zur subgingivalen Instrumentierung diskutiert und vor allem der Frage nachgegangen, ob der Erbium:YAG-Laser die konventionellen Handinstrumente ersetzen könnte. Ich persönlich greife in der Praxis nach wie vor bei der subgingivalen Instrumentierung auf Ultraschallgeräte, Handinstrumente und Pulver-Wasser-Strahlgeräte zurück. Es gibt meines Wissens nach bisher noch keine Studien, welche belegen, dass durch eine Laserbehandlung signifikant bessere Ergebnisse erzielt werden können als durch die konventionelle Behandlung mit Handinstrumenten. Was adjuvante Maßnahmen, wie die Anwendung von Antiseptika während der Parodontitistherapie, angeht, so befolge ich die Vorgaben der Leitlinien und verwende diese kaum noch. Da ich meine Masterarbeit zum Abschluss des Studienganges „Parodontologie und Implantattherapie“ der DG PARO und der DIU (Dresden International University) bei Prof. Holger Jentsch über Probiotika verfasst habe, verordne ich diese häufig nach der Parodontitistherapie. Leider ist die Datenlage zum Probiotikaeinsatz in der Zahnmedizin bisher noch recht dünn, in anderen medizinischen Bereichen, wie der Gastroenterologie, sind Probiotika bereits besser erforscht und vielversprechende Ergebnisse bei inflammatorischen Erkrankungen nachgewiesen.

Wie sieht es mit den seit 2018 geltenden Paro-Klassifikationen aus? Sind diese für den Praxisalltag wirklich relevant oder spielen sie eher weniger eine Rolle?

Ich glaube, dass die aktuellen Paro-Klassifikationen noch keinen Einzug in der Praxis gehalten haben. Das wird sich erst ändern, sobald die Zahnärzte sich damit auseinandersetzen müssen, um Parodontitistherapien bei der Krankenkasse zu beantragen. Ich selbst hatte das Glück und durfte die neuen Klassifikationen im Rahmen meines Masterstudiengangs kennenlernen. Für unseren Abschluss waren die neuen Klassifikationen relevant, weshalb ich sie bereits in der Praxis umsetze. Für mich ist dabei wichtig, dass nicht mehr die Unterteilung in aggressive und chronische Parodontitis vorgenommen wird, sondern neben dem Schweregrad der Erkrankung allgemeinmedizinische Risikofaktoren durch das Grading mehr Gewichtung finden und einen Anhaltspunkt für die Progression bieten. Außerdem war es höchste Zeit, auch die Periimplantitis mit zu berücksichtigen. Dies war in der alten Nomenklatur nicht gegeben.

Sie waren am Forsyth Institute in Boston als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig und besuchten Seminare der Harvard School of Dental Medicine. Wie gestaltete sich Ihre Mitarbeit und worin lagen Ihre Aufgaben?

Nach zwei Auslandsausbildungsstipendien ergab sich für mich die einmalige Möglichkeit, als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Forsyth Institute tätig zu sein. Unter der Leitung von Dr. Alpdogan Kantarci und Prof. Thomas van Dyke, welcher einer der international bekanntesten und renommiertesten Parodontologen und zugleich Professor an der Harvard School of Dental Medicine ist, habe ich im Rahmen meiner Mitarbeit unter anderem daran geforscht, ob sich Stammzellen des parodontalen Ligamentes und der Pulpa eignen, um parodontale Knochendefekte zu regenerieren.

Außerdem habe ich an einem neuen parasitären Bakterium („TM7“) geforscht, dessen Rolle in der Parodontitis noch ungeklärt ist. Zudem besuchte ich Seminare der parodontologischen Facharztausbildung an der Harvard School of Dental Medicine unter Prof. David Kim und Dr. Marc Nevins. Der Fokus der Seminare lag auf der Diskussion parodontologischer und implantologischer Paper und der Auswertung von Fallplanungen und Literaturverweisen. Auch konnte ich während meiner Zeit in den USA an zahlreichen Symposien und Kongressen wie beispielsweise der AAP in Chicago teilnehmen und hatte die Möglichkeit, „Größen“ wie Prof. Dennis Tarnow oder Prof. William Giannobile persönlich kennenzulernen. Für mich war dies eine unglaubliche Bereicherung als Zahnärztin und eine Ehre zugleich. Es war definitiv eine der besten Erfahrungen meines Lebens. An dieser Stelle möchte ich gerne meinem Mentor Prof. Stefan Fickl danken, der mich auf diesem Weg stets unterstützt hat und ohne den diese Erfahrungen nicht möglich gewesen wären. ●



Dr. Nadja Tzinis
Infos zur Person



ZWP 1+2/21
Fachinterviews
Implantologie



© studio thomas von aagh photography

„Ich sehe die Parodontologie neben der Funktionstherapie als zentrale Säule erfolgreicher Zahnmedizin.“

Dr. Dennis Schaller hat an der Sahlgrenska Academy der Universität Göteborg ein dreijähriges Studium zum Fachzahnarzt in Parodontologie und Implantologie absolviert. Lediglich drei deutsche Zahnärzte vor ihm erhielten die Chance zum Studium an der Universität Göteborg, welche gemeinhin als die Wiege der Parodontal- und Implantattherapie gilt. Die dort gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen kommen den Patienten seiner Spezialistenpraxis in Planegg bei München zugute.

Herr Dr. Schaller, welche wesentlichen Erkenntnisse in Bezug auf PA-Patienten und PA-Therapie konnten Sie während Ihrer Zeit an der Universität Göteborg gewinnen?

Ein postgraduales Studium dreht sich nicht um einzelne Erkenntnisse. Es geht vor allem darum, ein grundlegendes Verständnis für das Fach zu gewinnen. Solch ein Studiengang soll ein detailliertes Wissen um die Ätiologie parodontaler bzw. periimplantärer Erkrankungen vermitteln. Profunde Kenntnisse der Anatomie aller beteiligten Gewebe bilden die Grundlage für klinische Praxis und zur Abschätzung der Heilungsvorgänge. Vorausgesetzt werden ein umfassendes Studium klassischer sowie aktueller Literatur, das Verfassen wissenschaftlicher Texte und die wöchentliche Präsen-

tation und Verteidigung eigener Fälle vor einem kritischen Fachpublikum. Ein ganz schöner Drill also. Ich habe sicher nie so viel gelesen und so wenig geschlafen wie in diesen drei intensiven Jahren. Aber von dieser harten Zeit profitiere ich noch heute an jedem Praxistag. Will man eine einzelne Erkenntnis hervorheben, dann die, wie simpel doch erfolgreiche Parodontalbehandlung sein kann: konsequente Infektionskontrolle und das Abstellen von Risikofaktoren lösen 90 Prozent aller Probleme.

Wird das Thema Paro in Schweden anders erforscht und „praktiziert“ als in Deutschland? Und wenn ja, in welcher Weise?

Parodontologen haben in Schweden den Status von staatlich anerkannten Fachzahnärzten, wie in Deutschland nur Kieferorthopäden oder Oralchirurgen. Somit läuft die Behandlung parodontal erkrankter Patienten in einem Überweisersystem weitgehend aus der Hand von Spezialisten. Besonders fortgeschrittene Fälle können hiervon profitieren. Die Abteilung für Parodontologie der Universität Göteborg mit den leitenden Professoren Jan Lindhe,

Jan Wennström und Tord Berglundh ist die Wiege der europäischen Parodontologie. Aktuell liegt der Forschungsschwerpunkt im Bereich Implantattherapie. Ich hatte das Glück, Dr. Jan Derks bei seiner Arbeit zur Prävalenz der Periimplantitis unterstützen zu können. Unsere Analyse eines sehr großen repräsentativen Patientenkollektivs aus ganz Schweden konnte darstellen, dass etwa neun Jahre nach Implantation jeder achte Implantatpatient von schwerer Periimplantitis mit Knochenverlust größer oder gleich zwei Millimeter betroffen ist.

Sie engagieren sich im Junior Committee der DG PARO. Warum und wie genau bringen Sie sich dort ein?

Das Junior Committee der DG PARO wurde ins Leben gerufen, um gerade jungen Zahnärzten die Bedeutung der Parodontologie im klinischen Alltag aufzeigen und – weit wichtiger – die weitreichenden Behandlungsmöglichkeiten und den Spaß an diesem Fachgebiet zu vermitteln. Das fand ich toll, da die parodontologische Ausbildung im Grundstudium leider häufig als lästige Pflicht empfunden wird. Seit

ANZEIGE

Haben Sie gut geschlafen?



Narval CC™ – Die professionelle Lösung gegen Schnarchen und Atemaussetzer

- Zahnärztliche Unterkieferprotrusionsschiene
- Exakte Passgenauigkeit mit bestem Tragekomfort
- Sehr hohe Wirksamkeit
- Gefertigt mit modernster CAD/CAM Technologie



Narval CC™



Jetzt informieren
[L.lead.me/Narval](https://lead.me/Narval)



ResMed | Healthcare

2018 ist die Aktivität des Junior Committee im weiterentwickelten Fort- und Weiterbildungskonzept der DG PARO aufgegangen. Angebote speziell für junge Kollegen tragen nun das Siegel DG PARO Basic.

Wie sieht es Ihrer Meinung nach mit der Diagnostik und Therapie von Parodontitis in Deutschland aus: Werden beide ausreichend betrieben oder besteht hier noch Spielraum nach oben? Und inwieweit unterstützen die aktuellen Paro-Klassifikationen und S3-Leitlinien ein proaktives und engmaschiges Vorgehen?

Ich denke, die meisten Zahnarztpraxen bieten heute eine parodontologische Grundbehandlung sowie vor-/nachbereitend die Betreuung durch eine Prophylaxefachkraft an. Das ist gut so, denn für die Mehrheit der leicht bis mittelschwer erkrankten Patienten ist bereits hierdurch die Kontrolle des Erkrankungsfortschritts möglich. Kritisch sehe ich, wenn keine routinemäßige Reevaluation, das heißt Ergebniskontrolle der nicht-chirurgischen Wurzelinstrumentierung stattfindet. Die restaurative oder implantatchirurgische Weiterbehandlung sollte nicht ohne konsequente Elimination pathologischer Sondierungstiefen begonnen werden. Ich wünsche mir, dass auch nicht parodontologisch spezialisierte Zahnärzte ihre Fähigkeit zur sicheren Diagnose, Klassifikation und prognostischen Bewertung der Parodontalerkrankung schärfen. Nur so können komplexere Fälle (Stadium III und IV) identifiziert und erfolgreich behandelt werden – eventuell durch einen erfahrenen Spezialisten für Parodontologie.

Die aktualisierten europäischen S3-Leitlinien zur Therapie der Parodontitis Stadium I bis III erlauben, Parodontitispatienten strukturiert und auf höchstem derzeit verfügbaren Evidenzniveau zu behandeln. Das Stufenkonzept der EFP (European Federation of Periodontology) bietet ein praktisches Tool zur Therapieplanung, zur Abstimmung im Team Zahnarzt–Dentalhygieniker als auch zur Patientenkommunikation. Diese neuen Leitlinien sind übrigens Hauptthema der Jahrestagung der DG PARO am 4. und 5. Juni 2021 in Würzburg.

Worin liegt für Sie die größte Relevanz der Parodontologie?

Die Parodontologie sehe ich neben der Funktionstherapie als die zentrale Säule erfolgreicher Zahnmedizin. Eine Missachtung oder Vernachlässigung dieser Disziplinen führt über kurz oder lang sicher zum Scheitern. ●



Dr. Dennis Schaller
Infos zur Person



„Die Parodontologie hat in Deutschland bei Weitem nicht den Stellenwert, den sie haben müsste.“

Dr. Katja Greenberg blickt auf die Parodontologie aus einer nicht alltäglichen Perspektive: Nach ihrem Zahnmedizinstudium an der FU Berlin begab sich die junge Absolventin in die USA, um an der University of California, San Francisco, ein Vollzeitstudium in Parodontologie und Implantologie aufzunehmen. Nach zwölf Jahren in Kalifornien kehrte die nunmehr erfahrene Parodontologin nach Berlin zurück. Doch die Rückkehr ging mit einer fachlichen Ernüchterung einher.

Frau Dr. Greenberg, auch Ihr Weg in die Spezialisierung führte Sie ins Ausland: Wann und durch welche Impulse begannen Ihr Interesse für die Parodontologie und Ihr Bemühen um eine Fortbildung in den USA?

Das Zahnmedizinstudium an der FU Berlin hatte ich eigentlich mit der Absicht begonnen, Fachzahnärztin für Kieferorthopädie zu werden. Aber im siebten Semester besuchte ich eine Vorlesung bei Prof. Dr. Hannes Wachtel. Dabei ging es um verschiedene Arten der PA-Chirurgie. Danach war mir klar: das ist spannend, das will ich unbedingt machen. Nach der Vorlesung sprach ich Prof. Wachtel an und fragte ihn, wie ich mich spezialisieren kann. Damals gab es, soweit ich mich erinnere, noch keine Masterstudiengänge oder Ähnliches in der Parodontologie in Deutschland. Er empfahl mir, am besten in die USA zu gehen und ein postgraduales Studium an einer Uni zu absolvieren.

Der Parodontologie muss weiterhin mehr Beachtung zukommen! Ich war ehrlich gesagt recht erschrocken, als ich nach zwölf Jahren in Kalifornien nach Berlin zurückkam und feststellen musste, dass Parodontitis sehr, sehr oft nicht behandelt wird oder nur die erste Phase der geschlossenen PA-Behandlung stattfindet. Als ich vor über 20 Jahren in die USA ging, war erst der Anfang der PZR in Deutschland zu sehen. Mittlerweile ist die PZR allgemein angenommen. Mit der UPT ist es noch nicht so.



Und dann haben Sie das einfach gemacht?

Das ist natürlich leichter gesagt als getan! Es war ein sehr anstrengender Weg bis zum Ziel, mit viel Stress und Arbeit verbunden. Im Anschluss an mein Studium in Berlin habe ich das US-amerikanische und kalifornische Staatsexamen abgelegt, zwei Externships (Hospitationen) an der University of California, San Francisco (UCSF), gemacht und mich dann dort für das Postgraduierten-Programm Parodontologie und Implantologie beworben. Der damalige Programmdirektor, Dr. Randal Rowland, ist mit dem Ehepaar Priv.-Doz. Dr. Karin und Prof. Dr. Søren Jepsen gut bekannt. Er wusste daher, wie gut und auch wie schwer das Zahnmedizinstudium in Deutschland ist. Das war sicherlich mit ein Grund, weshalb ich dann einen von nur drei Studienplätzen ergattern konnte. Mein beruflicher Traum ging in Erfüllung, und ich bin rückblickend sehr dankbar, eine so fantastische Ausbildung bekommen zu haben.

Wie war das Weiterbildungsprogramm an der UCSF aufgebaut?

Ich habe über drei Jahre das Programm absolviert, von 2001 bis 2004. Vormittags wurde unter direkter Anleitung operiert und nachmittags gab es Vorlesungen, Seminare mit anderen Fachrichtungen oder die Besprechung der klassischen und aktuellen Studien. Hier hatte ich das große Glück, unter anderem von Gary Armitage (Professor für Orofacial Sciences) und Dr. Max Listgarten (renommierter Forscher und Referent im Bereich der Parodontologie) viele Einsichten in die Fachliteratur zu erhalten. Außerdem musste eine wissenschaftliche Arbeit verfasst werden, die zum Titel Master of Science in Oral Biology geführt hat. Die Studie konnte dann auch im *Journal of Periodontology* veröffentlicht werden. Damit habe ich das wissenschaftliche Arbeiten aber letztlich für mich abgeschlossen. Ich bin lieber klinisch tätig.

Was macht für Sie den absoluten Kern der Parodontologie aus?

Die Parodontologie ist die einzige Fachrichtung der Zahnmedizin, bei der echte Regeneration erreicht werden kann. Sie ist die Grundlage für alle anderen Fachrichtungen, denn ohne gesunden Zahnhalteapparat wird die schönste Brücke nicht halten. Es passiert derzeit viel in der Forschung im Bereich regenerativer Materialien und neuer OP-Techniken, und das ist sehr zu begrüßen.

Wie sieht es mit der Umsetzung der S3-Leitlinien in den Praxen aus? Ist da Ihrer Meinung nach schon alles ausgeschöpft?

Die aktuellen S3-Leitlinien sind extrem wichtig bei dem Versuch, die Parodontitistherapie in Deutschland zu verbessern. Denn fest steht: Bei 20 Millionen Menschen mit Parodontitis, aber nur einer Million PA-Behandlungen, die pro Jahr über die GKV abgerechnet werden, muss eindeutig mehr passieren! Ich hoffe sehr, dass die Leitlinien vielen Zahnärzten helfen, Parodontopathien zu diagnostizieren und dann auch entsprechend der Leitlinien zu behandeln. Aber ich fürchte, die Leitlinien allein bewirken kein Vorankommen. Die Parodontologie hat in Deutschland bei Weitem nicht den Stellenwert, den sie haben müsste.

Können Sie den letzten Punkt bitte noch etwas weiter ausführen?

Der Grund, warum die Parodontologie noch nicht ihr volles Potenzial erreicht hat, liegt meiner Meinung nach unter anderem an der geringen Vergütung im Vergleich zum hohen Arbeits- und Zeitaufwand. Parodontitis ist ja meist nicht einfach mit einer PA-Vorbehandlung und anschließender geschlossenen PA-Behandlung fertig therapiert. Es folgen wiederholte Kontrollen, PA-Status und oft auch eine chirurgische PA-Behandlung. Die ist sehr zeit- und ressourcenaufwendig und nur sehr gering vergütet. Das muss sich ändern, damit eine umfassende PA-Therapie viele erreichen kann.

Wie handhaben Sie persönlich die S3-Leitlinien in Ihrer eigenen Arbeit?

Durch mein Studium an der UCSF kenne ich die wichtigsten Studien, auf denen auch die S3-Leitlinien basieren, und arbeite schon seit jeher in Compliance mit der Guideline der AAP (American Academy of Periodontology), die der S3-Leitlinie sehr ähnelt. Ich orientiere mich allerdings nicht nur an der TST (Taschensondierungstiefe), wie in der Leitlinie empfohlen, sondern messe auch den CAL (Clinical Attachment Level). Denn nur so kann man feststellen, ob regenerative Therapien zu neuem Attachment geführt haben.

Immer mehr Praktiker vergrößern ihren Fokus auf eine ganzheitliche Zahnmedizin. Welche Rolle übernimmt in diesem Zusammenhang die Parodontologie?

Die Parodontologie ist die zahnärztliche Disziplin mit der engsten Verbindung zur Medizin. Das zeigt sich zum Beispiel, wenn sich der HbA1c-Wert bei einem Diabetiker im Zuge einer PA-Therapie verbessert. Oder wenn Patienten bestätigen, dass sich durch die Parodontitisbehandlung nicht nur ihr Zahnfleisch gesünder anfühlt, sondern sie sich insgesamt besser fühlen. Leider gibt es jedoch noch wenig Unterstützung vonseiten der Mediziner. Ich habe zumindest noch keinen Patienten betreut, der auf Anraten seines Arztes zu mir in die Praxis kam. Dabei ist erwiesen, dass Parodontitis ein Risikofaktor für verschiedene systemische Erkrankungen ist oder den Krankheitsverlauf mit beeinflusst. Sogar COVID-19-Patienten scheinen, das zeigt gerade erst eine aktuelle Studie, bei Vorliegen einer Parodontitis schwerer zu erkranken. Umso wichtiger ist es, mehr Patienten adäquat zu therapieren. Dabei ist das Ziel einer Therapie, keine Taschen tiefer als fünf Millimeter nachzuweisen und keine Blutung beim Sondieren hervorzurufen. Meiner Beobachtung nach ist es jedoch leider noch allzu oft der Fall, dass eine Parodontitis entweder gar nicht erst diagnostiziert und behandelt oder nicht ausreichend behandelt wird, bis sie wirklich kontrolliert ist. Natürlich kann dies auch an der Compliance der Patienten scheitern und den Zahnarzt trifft in solchen Fällen keine Schuld.

Worin sehen Sie aktuelle Herausforderungen in der Parodontologie?

Der Parodontologie muss weiterhin mehr Beachtung zukommen! Ich war ehrlich gesagt recht erschrocken, als ich nach zwölf Jahren in Kalifornien nach Berlin zurückkam und feststellen musste, dass Parodontitis sehr, sehr oft nicht behandelt wird oder nur die erste Phase der geschlossenen PA-Behandlung stattfindet. Als ich vor über 20 Jahren in die USA ging, war erst der Anfang der PZR in Deutschland zu sehen. Mittlerweile ist die PZR allgemein angenommen. Leider hapert es noch mit der UPT (unterstützende Parodontistherapie).

Dass eine UPT bei PA-Patienten zumindest im ersten Jahr nach der Behandlung alle drei Monate stattfinden sollte, ist allgemein gültig. Forschungsarbeiten, wie die Michigan-Studie und Göteborg-Studie, haben das bereits in den 1960er-Jahren belegt. Dennoch wird es selten so gemacht. Es fehlen auch Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker in den Praxen, um die wachsende Anzahl an geschlossenen PA-Behandlungen und UPTs stemmen zu können. Ich hoffe, dass sich mehr Interessierte für diesen spannenden Beruf entscheiden und mehr Praxen sich dann entschließen, DHs zu beschäftigen.

Sie sind freiberuflich tätig und derzeit in sechs verschiedenen Praxen für die Bereiche Paro und Implantologie verantwortlich. Warum haben Sie sich für diese freischaffende Ausübung entschieden?

Ich hatte nie die Absicht, eine eigene Praxis zu haben. Ich bin keine gute Geschäftsfrau und würde mich mit der Riesenverantwortung sehr schwertun. Stattdessen komme ich an bestimmten Tagen in die jeweilige Praxis und sehe dort PA- und Implantatpatienten. Den Patienten gefällt es, dass sie zur Behandlung in den gewohnten Praxisräumen bleiben können. Die Zahnarztkolleginnen und -kollegen freuen sich, Fälle direkt mit mir besprechen und so den Verlauf und das Timing der Therapie im Auge behalten zu können. Die ZMFs freuen sich über die Möglichkeit, bei OPs assistieren zu können. Das klappt alles sehr gut. Und die Akzeptanz der Therapie ist bei den Patienten sehr hoch.

In den USA ist diese Art zu arbeiten bei Neuabsolventen der postgraduierten Studiengänge sehr beliebt. Viele haben einen hohen Schuldenberg aufgrund hoher Studiengebühren und können so erstmal Geld verdienen, ohne große Investition in eine eigene Praxis tätigen zu müssen. Ich habe in dieser Art freischaffend in San Francisco und der Bay Area gearbeitet und setze es jetzt in Berlin und Brandenburg fort. ●



Dr. Katja Greenberg
Infos zur Person

S.O.S.

SAVE OUR SMILES

NUR MIT DEN ORIGINAL EMS PRODUKTEN



Schützen Sie Ihre Patienten und Ihre Geräte. Vertrauen Sie nur auf das original PIEZON® PS Instrument und AIRFLOW® PLUS Pulver von EMS Schweiz. Mit sogenannten „kompatiblen“, gefälschten oder kopierten Spitzen riskieren Sie, Zähne, Zahnfleisch und Ihre wertvollen EMS Komponenten zu ruinieren. Nur original EMS Produkte sind homologiert und garantiengeschützt, um eine Guided Biofilm Therapy erfolgreich und hochwertig praktizieren zu können.

► Warum wertlose Me-too-Spitzen kaufen, wenn eine Behandlung mit dem original PS Instrument nur 5-10 Cents kostet? Ohne PS = S.O.S.

MEHR
DAZU AUF:



WARUM BILLIG
TEUER IST:



EMS 
MAKE ME SMILE.