

# DENTISTA



WISSENSCHAFT | PRAXIS | LEBEN

04/24

## FOKUS

Trauma

Mindset – Glaub  
nicht alles, was  
ihr denkt

Supervision ist  
gesund für Ihre  
Praxis



# im Dialog

## DIGITALE STAMMTISCHE

Der Startpunkt für Ihre digitale Transformation

HIER AN-  
MELDEN



Entdecken Sie unsere fünf kostenlosen Online-Events für Behandler und Praxismitarbeiter! Profitieren Sie von der digitalen Expertise unserer Dental-Experten in der Digital- und Scanner-Technologie. Ob erfahrene IOS-Anwender oder Teams am Anfang ihrer digitalen Reise – wir freuen uns auf den Austausch mit Ihnen!

[permadental.de/digitale-stammtische](https://permadental.de/digitale-stammtische)



# Zahntraumata in der zahnmedizinischen Praxis

Zahntraumata sind in der zahnmedizinischen Praxis häufige Notfälle, die sowohl Kinder als auch Erwachsene betreffen können. Als Zahnärztin mit dem Schwerpunkt Kinderzahnheilkunde und Spezialisierung in der Sportzahnmedizin ist die Traumatologie ein passioniertes Behandlungsfeld für mich. Die Erfahrungen von zahlreichen Fällen bisher behandelter Zahnverletzungen haben mir nicht nur wertvolle Einblicke in die verschiedenen Arten von Zahntraumata gegeben, sondern mir auch den besonderen Stellenwert einer schnellen und effektiven Behandlung verdeutlicht.

Zahnmedizinische Traumata verursacht durch sportliche Aktivitäten, Stürze oder Verkehrsunfälle, Verletzungen im Mund- und Kieferbereich können erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden unserer Patienten/-innen haben. In dieser Ausgabe des Dentista Journals werden nicht nur die verschiedenen Arten von zahnmedizinischen Traumata beleuchtet, sondern auch die häufigsten Ursachen und wichtigsten Präventions- und Erstmaßnahmen sowie Behandlungsmöglichkeiten vorgestellt. Zahntraumata sind ernstzunehmende Verletzungen, die eine schnelle und kompetente zahnmedizinische Behandlung erfordern. Beim ersten Verdacht auf ein Schädel-Hirn-Trauma sollten wir als Behandler/-innen eine umgehende Überweisung in die Notaufnahme veranlassen, damit eventuell vorliegende, schwerwiegendere Verletzungen im Kopf-Hals-Bereich diagnostiziert werden können.

Aus dem Würzburger Uniklinikum konnten wir mit Prof. Gabriel Krastl DEN Spezialisten der dentalen Traumatologie als Autor für diese Ausgabe gewinnen. In seinem Artikel gibt er einen Einblick in die Erstversorgung und den Einstieg in die notwendige Primärdiagnostik, die ein Zahntrauma mit sich bringt. Von dem traumarelevanten Aspekten der Erstdiagnostik über die Materialien bis hin zur behandlungsrelevanten Dokumentation gibt Prof. Dr. Krastl einen Einblick in einen sicheren ersten Umgang mit Zahnunfällen. Generell gilt: Je früher und gezielter eine Behandlung erfolgt, desto größer sind die Chancen

auf eine vollständige Genesung und die Wiederherstellung der Funktionalität und Ästhetik der Zähne.

Zahnarzt Jost Brinkmann beleuchtet in seinem Beitrag das Thema Prävention von Zahnunfällen. Durch präventive Maßnahmen kann das Risiko von Zahnverletzungen minimiert und die Lebensqualität der Patienten/-innen verbessert werden. Als Behandler/-innen ist es neben der Behandlung akuter Verletzungen eine unserer Aufgaben, Patienten über Präventionsmaßnahmen aufzuklären, um zukünftige Traumata zu vermeiden.

Einen Einblick in die Behandlung von Zahnunfällen gibt Ihnen die Spezialistin für Endodontologie und zahnärztlichen Traumatologie der DGET Dr. Eva Dommisch mit ihren besonders komplexen Fallbeispielen.

Das Themengebiet von der Direktversorgung über Extraktionen bis hin zur Sofortimplantation wird uns von Dr. Gertrud Fabel verdeutlicht, die als nationale und internationale Referentin eine wahre Koryphäe im Bereich CAD/CAM und prothetische Versorgung ist.

Ich freue mich sehr darüber, dass wir Ihnen in dieser Ausgabe so vielfältige und hochkarätige Fachartikel zu meinem Herzensthema „Trauma“ präsentieren können, und lade Sie nun ein zu einer Reise in die faszinierte Welt der Traumatologie.



**Dr. Sabrina Reitz**

Ihre Dr. Sabrina Reitz

In der Hauptrolle:

# iBOND UNIVERSAL

all rights reserved



## 004

Der Name Bond steht für maximale Effizienz, kompromisslose Zuverlässigkeit und grenzenlose Loyalität. Das gilt für echte Filmhelden, wie auch für iBOND Universal.

**EFFIZIENT** – hohe Haftwerte – dank MDP-Monomer

**LOYAL** – für alle Bondingtechniken

**ZUVERLÄSSIG** – sicher, seit 7 Jahren im Dienst

Weitere  
Informationen und  
Musteranfragen  
unter:  
[kulzer.de/  
ibond-universal](http://kulzer.de/ibond-universal)



Profitieren Sie von unserem **Bonding-Helden** und seinem breiten Anwendungsspektrum – für alle Adhäsivtechniken.

Mundgesundheit in besten Händen.



**KULZER**  
MITSUI CHEMICALS GROUP



6

FOKUS



WISSENSCHAFT & ZAHLEN

6 Wissenschaft & Zahlen

DENTISTA FOKUS

TRAUMA

- 8 Primärversorgung nach Zahntrauma: MUSS – SOLL – KANN
- 18 Traumaversorgung  
Extraktion und Sofortimplantation
- 21 Trauma: Fallbeispiele
- 26 AcciDent & More

DENTISTA VERBAND

- 29 Neues aus dem Vorstand
- 30 Neue Regionalgruppen
- 32 Dentista-Akademie
- 33 Synergien bündeln, um gemeinsam mehr zu erreichen – Ein standespolitischer Abend mit Dentista und dem Zahnärztinnen Netzwerk

29

DENTISTA VERBAND



- 34 Wie gelingt der Wandel zum proaktiven Gesundheitsförderungssystem?  
Runder Tisch der Frauen im Gesundheitswesen
- 35 Dentista on Tour: Praxisausflug und Fortbildung auf hoher See



Auf dem Cover dieser Dentista: Friederike Heinitz, Potsdam Dentista-Mitglied [Porträt auf S. 36]

39

PRAXISGRÜNDUNG



PRAXISGRÜNDUNG

39 Praxisübernahme: Von der Einzelpraxis zur Gemeinschaftspraxis  
Dr. Valesca Pinsel, Heroldsbach

EXPERTEN HEARINGS

43 Experten beraten über Universaladhäsive

PRAXISORGA

- 47 Supervision ist gesund für Ihre Praxis
- 51 Mindset – Glaubte nicht alles, was ihr denkt

SERVICE

- 55 Pateninfo
- 58 Impressum



Quelle: Alex Mit/shutterstock.com



Quelle: JFontan/shutterstock.com



Quelle: Kmpzzz/shutterstock.com

## Amalgam-Aus: Bewertungsausschuss legt Vorschlag für BEMA-Nr. 13 vor

Im Bewertungsausschuss für zahnärztliche Leistungen (Teil des Gemeinsamen Bewertungsausschusses) wurde offensichtlich eine Einigung in der Frage erzielt, wie nach dem von der Europäischen Union beschlossenen Aus für Amalgam als zuzahlungsfreiem Füllungsmaterial in der Gesetzlichen Krankenversicherung verfahren werden soll. Allerdings steht dafür noch die Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit aus.

Wie dem am 2. Oktober 2024 von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KZVWL) unterzeichneten Beschluss zu entnehmen ist, entfallen die BEMA-Nrn. 13e bis 13h. Als zuzahlungsfreies Füllungsmaterial für den Seitenzahnbereich sind dann selbstadhäsive Materialien, im Ausnahmefall Bulk-Fill-Komposite, einzusetzen. Kompositmaterialien, die mit Adhäsivtechnik verarbeitet werden, bleiben mehrkostenfähig.

(Quintessence News)

*Anmerkung der Redaktion:*

*Die Quintessenz Zahnmedizin 2024;75(9) hat den Schwerpunkt „Amalgamersatz“ darin finden Sie weiterführende Informationen zum Thema. Die gesamte Ausgabe sowie einzelne Beiträge können unter <https://www.quintessence-publishing.com> erworben werden.*

## Lieferengpässe: Jetzt auch Kochsalzlösung betroffen

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach verkündete stolz, es seien nur noch 1 % der Medikamente von Lieferengpässen betroffen – das sind aber immerhin noch 500 Arzneiwirkstoffe, darunter Insuline und Antibiotika. Jetzt unterliegt auch sterile Kochsalzlösung den Lieferengpässen, wie die Rheinische Post berichtete und wie der Apothekerverband Nordrhein bestätigte. Die Lieferengpässe würden wohl bis Jahresende anhalten, so das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

(Quintessence News)

## Allergien auf Materialien: Freiburger Doktorandin startet Onlinebefragung

Die Zahnärztin Annika Orlean untersucht im Rahmen ihrer Promotion in der Molekularen Präventivmedizin (Bereich Umweltmedizin am IIK) und der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde am Universitätsklinikum Freiburg die aktuelle zahnärztliche Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit allergischen/allergieähnlichen Reaktionen (inkl. MCS) auf zahnärztliche Materialien. Sie führt dazu eine anonyme Onlinebefragung durch, die sich an Zahnärztinnen und Zahnärzte und an Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren) richtet. Für die Beantwortung des Fragebogens sind etwa 5 Minuten Zeitaufwand nötig.

Alle Daten werden anonym erhoben. Die Umfrage läuft ab sofort bis zum 30. November 2024. Für Fragen und Anregungen zu dem Forschungsprojekt steht Frau Orlean per E-Mail ([annika.orlean@uniklinik-freiburg.de](mailto:annika.orlean@uniklinik-freiburg.de)) zur Verfügung und freut sich über viel Unterstützung.

(Quintessence News)



Quelle: StockTom/shutterstock.com

## 24 Stunden pro Woche nur für Bürokratie

Immer mehr Bürokratie in den Praxen sorgt für immer weniger Zeit für Patientinnen und Patienten. Im Schnitt ist ein gesamtes Praxisteam mehr als 24 Stunden in der Woche mit Bürokratieaufwand beschäftigt, so die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Sie appelliert daher an Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach, dass das für den Herbst angekündigte Entbürokratisierungsgesetz seinem Namen gerecht und Bürokratie endlich auf das Nötigste reduziert wird. (Quintessence News)



Quelle: New Africa/shutterstock.com

## Erkennen oraler und dentaler Anzeichen für Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung

Die American Academy of Pediatrics hat für Ärztinnen und Ärzte eine Anleitung herausgegeben, mit denen orale und dentale Anzeichen für Vernachlässigung und/oder Missbrauch von Kindern besser erkannt werden sollen. Gerade diese Anzeichen seien – im Gegensatz zu Verletzungen und Blutergüssen im Kopf-Hals-Bereich bei Kindern – weniger bekannt, so die Experten. Sie geben in ihrer Anleitung auch Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. (Quintessence News)



Quelle: MUNGKHOOD STUDIO/shutterstock.com

## KI-Sprachmodelle schreiben gute Arztbriefe

Forscherinnen und Forscher des Universitätsklinikums Freiburg haben die Eignung großer Sprachmodelle (LLM) für die Erstellung medizinischer Dokumentationen im deutschen Gesundheitswesen untersucht. Im Vergleich von vier Sprachmodellen zeigte sich, dass die besten Ergebnisse mit einem nichtkommerziellen Modell erreicht wurden. Hier konnten 93,1 % der Berichte mit nur minimalen Anpassungen genutzt werden.

Die Studie, die Ende August 2024 im Journal JMIR Medical Informatics veröffentlicht wurde, unterstreicht das Potenzial solcher Modelle zur Vereinfachung der Dokumentationsprozesse und damit zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal. Am Universitätsklinikum Freiburg wird die KI-Software bereits teilweise im Regelbetrieb eingesetzt.

(Quintessence News)

Alle Nachrichten lesen Sie in voller Länge unter [www.quintessence-publishing.com](http://www.quintessence-publishing.com).



## DENTISTA FOKUS

## TRAUMA

Liebe Leserinnen,

in der vierten Dentista-Ausgabe in diesem Jahr möchten wir uns einem ebenso wichtigen wie auch häufig auftretenden Fachgebiet der Zahnmedizin zuwenden – dem Zahntrauma.

Das Trauma gehört neben der konservierenden Zahnmedizin zu den klassischen Behandlungsgebieten, dem Sie in der täglichen Praxis begegnen. Es unterscheidet sich jedoch in einem grundlegendem Aspekt von allen anderen Behandlungen, denn in der Regel ist Eile geboten und für

längerfristige Planungen ist keine Zeit. Deshalb müssen die Sofortmaßnahmen und das Vorgehen für die jeweiligen Verletzungen bekannt und jederzeit abrufbar sein. Auch etwaige weitergehende und nachträgliche Behandlungen müssen dabei von Anfang an mitbedacht werden.

Deshalb beschäftigen wir uns in den folgenden Beiträgen mit der Primärversorgung nach einem Zahntrauma und blicken in einem weiteren Artikel auf die Traumaversorgung mit besonderem Augenmerk auf die Extraktion und Sofortimplantation. Außerdem

zeigen wir anhand von Fallbeispielen konkrete Vorgehensweisen auf und stellen Ihnen die AcciDent-App vor, die zur Unterstützung bei der Traumaversorgung entwickelt wurde.

Ich wünsche Ihnen viel Gewinn beim Lesen dieser Ausgabe,



Ihre  
**Susann  
Lochthofen**

# Primärversorgung nach Zahntrauma: MUSS – SOLL – KANN

Bei einem Zahntrauma bestimmt die Primärtherapie am Unfalltag maßgeblich den weiteren Heilungsverlauf und damit die Prognose der betroffenen Zähne. Falsche und nicht rechtzeitig oder nicht konsequent durchgeführte Behandlungen haben – gerade bei Kindern und Jugendlichen – oftmals weitreichende Konsequenzen, die später auch mit großem Aufwand nicht mehr kompensierbar sind. Das rechtzeitige Erreichen einer auf Zahnunfälle spezialisierten Einrichtung ist in den meisten Fällen völlig unrealistisch. Folglich gehört es zu den Pflichten jedes Zahnarztes, eine adäquate Diagnostik und Primärtherapie in seiner Praxis bereit-

zustellen, auch wenn die Routine auf diesem Gebiet fehlt. Der Beitrag dient als Hilfestellung für die Erstversorgung und zeigt anhand eines Stufenschemas, welche Maßnahmen unbedingt ergriffen werden müssen (MUSS), welche idealerweise erfolgen sollten (SOLL) und welche in der Priorität nicht ganz oben stehen, aber vorgezogen werden können, sofern Zeit, Know-how und Ausstattung vorhanden sind (KANN). Für die Weiterversorgung gilt es, die eigenen Grenzen bei der Therapie komplexer Zahnverletzungen realistisch einzuschätzen und ggf. die Weiterbehandlung durch eine spezialisierte Einrichtung zu veranlassen.

## Einleitung

Die Prognose traumatisierter Zähne hängt sowohl vom Schweregrad der Verletzungen als auch von der durchgeführten Therapie ab. Neben dem Verhalten am Unfallort bestimmen insbesondere die durch den erstbehandelnden Zahnarzt eingeleiteten Sofortmaßnahmen maßgeblich den weiteren Heilungsverlauf<sup>2</sup>. Somit sind bereits im Rahmen der Primärtherapie schnelle und kompetente Entscheidungen bei vielfältigen Verletzungsmustern gefragt. Sie bilden die Basis für die nachfolgenden Behandlungsschritte. Diese müssen einerseits negative Auswirkungen auf das Kiefer-

wachstum vermeiden und andererseits der hohen Lebenserwartung der zumeist jungen Patienten Rechnung tragen<sup>13</sup>.

Der vorliegende Beitrag fokussiert ausschließlich auf die erforderlichen Sofortmaßnahmen im Rahmen der Erstvorstellung am Unfalltag. Da Patienten mit einem Zahnunfall gewöhnlich unangemeldet in die Praxis kommen und die freien Valenzen für die Behandlung von Notfällen in der Regel limitiert sind, gilt es zu entscheiden, was zwingend notwendig ist und worauf verzichtet werden kann, ohne die Prognose der verletzten Strukturen zu kompromittieren. Anhand eines Stufenschemas wird aufgezeigt, welche Maßnahmen unbedingt ergriffen werden müssen (MUSS), welche idealerweise erfolgen sollten (SOLL) und welche in der Priorität zwar nicht ganz oben stehen, aber vorgezogen werden können, sofern Zeit, Know-how und Ausstattung vorhanden sind (KANN) (Abb. 1).

## Primärdiagnostik nach Trauma (Abb. 2)

Oberste Priorität im Rahmen der Primärdiagnostik hat der Ausschluss eines Schädel-Hirn-Traumas. Ferner sind Alveolarfortsatz-, Unterkiefer- und Mittelgesichtsfrakturen sowie andere möglicherweise schwerwiegendere nicht dentogene Verletzungen auszuschließen. Der Tetanus-Impfschutz muss überprüft werden. Aus forensischen Gründen ist zu dokumentieren, dass eine Abklärung dieser wichtigen allgemeinmedizinischen Aspekte tatsächlich stattgefunden hat. Noch bevor die weitere zahnärztliche Untersuchung erfolgt, muss sichergestellt werden, dass eventuell mitgebrachte avulsierte Zähne sofort in eine Zahnretentionsbox gelegt werden.

Bei einem dentoalveolären Trauma können fünf Gewebe potenziell verletzt sein: Zahnhartsubstanz, Pulpa, Parodont, angrenzender Alveolarknochen

### Maßnahmen im Rahmen der Primärversorgung nach Trauma

#### MUSS

- Minimalmaßnahmen, die zwingend sofort erforderlich sind und bei deren Unterlassung mit einem negativer Einfluss auf die Prognose zu rechnen ist

#### SOLL

- Maßnahmen, die idealerweise sofort erfolgen sollten, sofern Know-how und Ausstattung vorhanden sind

#### KANN

- Weiterführende Maßnahmen, die nicht zwingend im Rahmen der Sofortversorgung erforderlich sind, aber auch unverzüglich durchgeführt werden können, sofern Know-how, Ausstattung und Zeit vorhanden sind

Abb. 1 Stufenschema im Rahmen der Primärversorgung nach Trauma.

### Primärdiagnostik nach Trauma

#### MUSS

- Ausschluss eines Schädel-Hirn-Traumas
- Abklärung des Tetanus-Impfschutzes
- Ausschluss von Frakturen im Gesichtsbereich
- Ausschluss von nicht dentogenen Verletzungen
- Genaue Untersuchung (klinisch und radiologisch) aller potenziell verletzten Zähne (Pulpa, Parodont, Zahnhartsubstanzen) sowie möglicher Begleitverletzungen (orale Weichgewebe, Alveolarknochen)
- Dokumentation (Traumachart)

#### SOLL

- Fotodokumentation

#### KANN

- DVT bei speziellen Indikationen (strenge Indikation, kleines Volumen)

Abb. 2 Primärdiagnostik nach Trauma.

und Mundschleimhaut. Zur Gesamtbeurteilung des Verletzungsausmaßes und für eine adäquate Therapie ist eine ausführliche Diagnostik aller beteiligten Gewebe erforderlich<sup>6,8</sup>.

Die klinische Untersuchung umfasst die Feststellung von Zahnlockerungen, Dislokationen, zirkulären Sondierungstiefen und Verletzungen der Weichgewebe sowie die Überprüfung von Sensibilität und Perkussion. Obwohl der Sensibilitätstest unmittelbar nach dem Trauma Hinweise auf den Schweregrad der Pulpaverletzung liefern kann, hat er zunächst keinen Einfluss auf die Wahl der Therapiemaßnahmen am Unfalltag.

An die klinische schließt sich die radiologische Untersuchung der potenziell betroffenen Zähne an. Die zweidimensionale Röntgendiagnostik in Form eines Zahnfilms ist in den meisten Fällen ausreichend. Bei Dislokationen besteht die Gefahr, eine traumatisch erweiterte Alveole als apikale Läsion fehlzuinterpretieren<sup>18</sup>. Eine digitale Volumentomografie (DVT) kann in komplexen Fällen wertvolle Informationen für den späteren Therapieentscheid liefern (z. B. Darstellung der Frakturverläufe bei subgingivalen Zahnfrakturen)<sup>5</sup>, hat jedoch meistens keinen Einfluss auf die Primärversorgung am Unfalltag.

## Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung

### MUSS

- Abdecken der Dentinwunde mit Calciumhydroxidzement
- Falls Zahnfragment vorhanden: Lagerung in Wasser
- Zeitnahe Weiterversorgung in die Wege leiten (idealerweise am Folgetag)

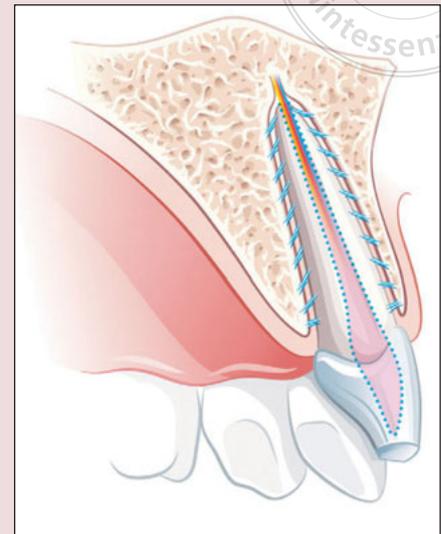
### SOLL

- Adhäsiver Dentinwundverband\* mit Adhäsiv und fließfähigem Komposit
- Weiterversorgung in die Wege leiten (innerhalb von 2 Wochen)

### KANN

- Definitiver Kompositaufbau
- Sofortige Wiederbefestigung eines vorhandenen Fragments sofern nicht ausgetrocknet

\* Kein adhäsiver Wundverband im Rahmen der Primärversorgung bei vorhandenem Fragment, das adhäsiv wiederbefestigt werden soll; stattdessen Calciumhydroxidzement



- Schmelz- oder Schmelz-Dentin-Fraktur ohne Freilegung der Pulpa

**Abb. 3** Primärversorgung nach Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung.

Da oftmals mit kombinierten Verletzungen zu rechnen ist, dürfen weniger offensichtliche Läsionen am gleichen Zahn, an Nachbarzähnen oder an antagonistischen Zähnen nicht übersehen werden. Aus der vollständigen Erfassung und der übersichtlichen Dokumentation sämtlicher Befunde leiten sich die Diagnose und alle notwendigen Therapieschritte ab.

## Primärversorgung nach Kronenfraktur ohne Pulpabeteiligung (Abb. 3)

Bei Kronenfrakturen ohne Pulpaexposition sind im Rahmen der Primärversorgung Maßnahmen zu ergreifen, die eine Infektion der Pulpa über offene Dentintubuli verhindern. Ein Abdecken der Dentinwunde mit einem Calciumhydroxidzement mag für kurze Zeiträume (wenige Tage) ausreichend sein. Bessere Voraussetzungen bietet hingegen ein adhäsiver Wundverband. Vorhandene Zahnfragmente können adhäsiv wiederbefestigt werden, sofern sie nicht aus-

getrocknet sind. Bei ausgetrockneten Fragmenten wird das Wiederbefestigen auf den nächsten Tag verlegt und das Fragment bis dahin in Wasser gelagert. Die zwischenzeitliche Rehydrierung des Fragments verbessert sowohl die Farb-anpassung als auch den Haftverbund zum Zahn<sup>14</sup>. Wenn die Fragmentwiederbefestigung am nächsten Tag erfolgen soll, ist im Rahmen der Erstversorgung von einem adhäsiven Wundverband der Dentinwunde abzusehen, da sich dieser nur schwer vollständig entfernen lässt und somit die Passgenauigkeit des Fragments reduziert ist. Stattdessen sollte die Dentinwunde mit einem einfacher zu entfernenden Calciumhydroxidzement versiegelt werden.

## Primärversorgung nach Kronenfraktur mit Pulpabeteiligung (Abb. 4)

Bei Kronenfrakturen mit Pulpaexposition stehen – weitgehend unabhängig vom Patientenalter – vitalerhaltende Maßnahmen im Vordergrund<sup>12</sup>. Insbesondere die

partielle Pulpotomie bietet eine hohe Erfolgssicherheit und kann im Gegensatz zur direkten Überkappung auch bei breitflächiger Exposition und nach längeren Expositionszeiten erfolgreich eingesetzt werden. Die partielle Pulpotomie kann, muss aber nicht zwingend im Rahmen der Erstversorgung erfolgen. Es ist auch möglich, sie als Zweitmaßnahme innerhalb der ersten Tage nach initialer Abdeckung der Pulpa mit geeigneten Materialien durchzuführen<sup>17</sup>.

## Primärversorgung nach Kronen-Wurzel-Fraktur (Abb. 5)

Der langfristige Erhalt von Zähnen mit Kronen-Wurzel-Fraktur ist durch den oftmals tief subgingivalen Frakturverlauf stark eingeschränkt und erfordert meistens aufwendige Maßnahmen<sup>10</sup>. Unabhängig davon orientiert sich die Primärversorgung dieser Zähne weitgehend am Vorgehen nach Kronenfraktur. Allerdings erfordert die Beurteilung des Frakturverlaufs die Entfernung des mobilen, aber

## Kronenfraktur mit Pulpabeteiligung

### MUSS

- Abdecken der Pulpa-Dentin-Wunde mit Calciumhydroxidzement
- Falls Zahnfragment vorhanden: Lagerung in Wasser
- Zeitnahe Weiterversorgung in die Wege leiten (idealerweise am Folgetag)

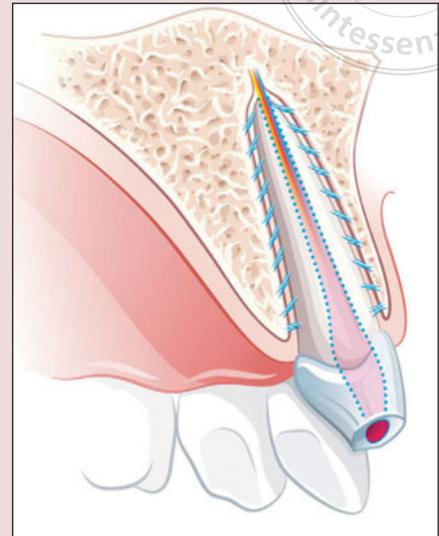
### SOLL

- Abdecken der Pulpa mit Calciumhydroxidzement (z. B. Dycal), anschließend adhäsiver Dentinwundverband\* mit Adhäsiv und fließfähigem Komposit
- Zeitnahe Weiterversorgung (> partielle Pulpotomie) in die Wege leiten (innerhalb weniger Tage)

### KANN

- Sofortige partielle Pulpotomie und adhäsive Restauration (Kompositaufbau oder Fragmentwiederbefestigung)

\* Kein adhäsiver Wundverband im Rahmen der Primärversorgung bei vorhandenem Fragment, das adhäsiv wiederbefestigt werden soll; stattdessen Calciumhydroxidzement



- Schmelz- oder Schmelz-Dentin-Fraktur mit Freilegung der Pulpa

**Abb. 4** Primärversorgung nach Kronenfraktur mit Pulpabeteiligung.

## Kronen-Wurzel-Fraktur

### MUSS

- Adhäsives Befestigen des gelockerten Fragments (eventuell Nachbarzähne einbeziehen) ohne vorherige Beurteilung des Frakturverlaufs, um Schmerzfreiheit zu erzielen
- Zeitnahe Weiterversorgung in die Wege leiten (idealerweise am Folgetag)

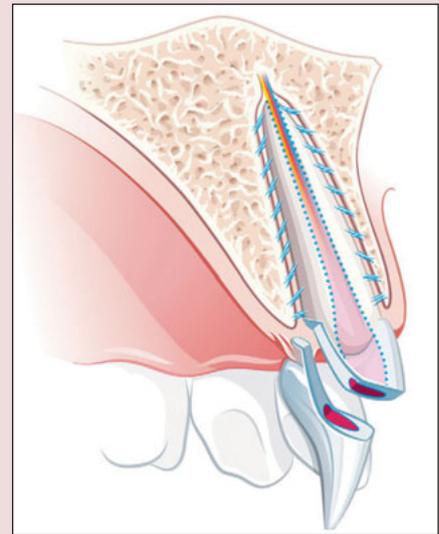
### SOLL

- Entfernung des gelockerten Fragments, Beurteilung des Frakturverlaufs
- Abdecken der Pulpa mit Calciumhydroxidzement, anschließend Dentinwundverband\* mit Adhäsiv und fließfähigem Komposit
- Weiterversorgung in die Wege leiten (innerhalb weniger Tage)

### KANN

- Sofortige partielle Pulpotomie bei offener Pulpa und adhäsive Restauration (Kompositaufbau oder Fragmentwiederbefestigung), sofern Defekt ohne zusätzliche Maßnahmen (chirurgische Kronenverlängerung, kieferorthopädische Extrusion, intraalveoläre Transplantation) restaurierbar erscheint

\* Kein adhäsiver Wundverband im Rahmen der Primärversorgung bei vorhandenem Fragment, das adhäsiv wiederbefestigt werden soll; stattdessen Calciumhydroxidzement



- Bis in die Wurzel extendierte Kronenfraktur. Mobiles Kronenfragment ist oftmals noch an der Gingiva befestigt. Eine Freilegung der Pulpa ist häufig, aber nicht zwingend.

**Abb. 5** Primärversorgung nach Kronen-Wurzel-Fraktur.

häufig noch an der Gingiva befestigten koronalen Fragments. Dies provoziert in der Regel eine Blutung und erschwert somit die Primärversorgung. Als einfa-

che und zeitsparende Alternative bietet sich das adhäsive Befestigen des gelockerten Fragments in der meist zugänglichen labialen Region an. Dieses Vor-

gehen lässt zwar die letzte Konsequenz in Bezug auf einen bakteriendichten Verschluss vermissen, sorgt aber in der Mehrzahl der Fälle für Beschwerdefrei-

## Wurzelfraktur

### MUSS

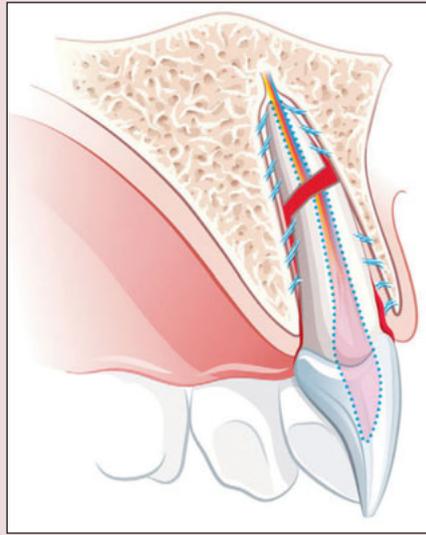
- Korrekte Reposition des koronalen Fragments (falls erforderlich) und Schienung
- Zeitnahe Weiterversorgung in die Wege leiten

### SOLL

- -

### KANN

- -



- Horizontale bzw. schräge Fraktur der Zahnwurzel
- Oftmals erhöhte Mobilität des koronalen Fragments, ggf. mit Dislokation. In Abhängigkeit von der Lokalisation des Frakturspalts ist eine Kommunikation zur Mundhöhle über den Sulkus möglich.

heit. Da die Haltbarkeit dieser Restauration stark eingeschränkt ist, sollte eine zeitnahe Weiterversorgung – idealerweise am Folgetag – in die Wege geleitet werden.

## Primärversorgung nach Wurzelfraktur (Abb. 6)

Die Primärversorgung von Zähnen mit intraalveolärer Wurzelfraktur ist einfach und beschränkt sich auf eine korrekte Reposition des koronalen Fragments mit anschließender Schienung<sup>3,4</sup>. Es sollte zügig eine Weiterversorgung erfolgen, die insbesondere dann wichtig ist, wenn im Rahmen der Primärdiagnostik kein sicherer Ausschluss einer Kommunikation zwischen Frakturspalt und Mundhöhle über den Sulkus gelingt.

Abb. 6 Primärversorgung nach Wurzelfraktur.

## Konkussion

### MUSS

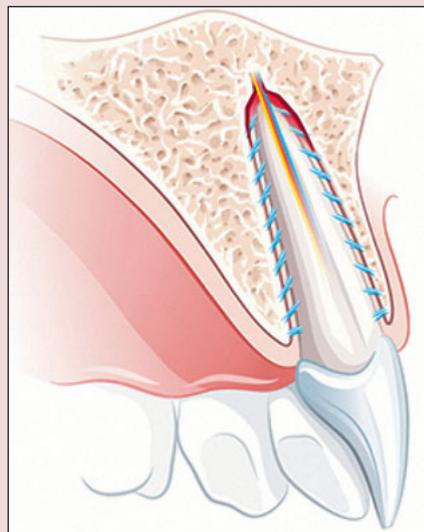
- -

### SOLL

- -

### KANN

- Flexible Schienung
- Weiterversorgung in die Wege leiten (innerhalb von einer Woche)



- Zahn berührungsempfindlich
- Keine erhöhte Mobilität
- Keine Dislokation
- Ödeme und Blutungen im Parodont und am Apex

Zähne mit Konkussion müssen im Rahmen der Primärtherapie nicht behandelt werden, da kein Einfluss auf die ohnehin sehr gute Prognose zu erwarten ist. Dennoch bietet eine flexible Schienung für den Patienten Vorteile, weil sie die Berührungsempfindlichkeit der betroffenen Zähne reduziert und damit den Kaukomfort erhöht.

## Primärversorgung nach Lockerung (Abb. 8)

Da eine traumatische Zahnlockerung immer mit einer gewissen Erweiterung der Alveole einhergeht, ist zur Reduktion der Mobilität eine Schienung sinnvoll.

Abb. 7 Primärversorgung nach Konkussion.

## Primärversorgung nach lateraler Dislokation (Abb. 9)

Zähne mit lateraler Dislokation müssen zeitnah reponiert und gesichert werden. Viele dislozierte Zähne sind mit der Wurzelspitze im Alveolarknochen verkeilt, sodass es zunächst erforderlich ist, sie vorsichtig zu lockern. Die häufig als Begleiterscheinung der Zahndislokation auftretende Fraktur der labialen Knochenwand wird durch die Reposition und Zahnschienung mittherapiert. Verstreicht zu viel Zeit bis zur Erstversorgung, steht ein verfestigtes Blutkoagulum einer korrekten und schonenden Reposition möglicherweise im Wege.

Das vermutete Ausmaß der Pulpa-Verletzung am Apex entscheidet über deren Schicksal. Beträgt die traumatische Auslenkung des Zahnes aus seiner ursprünglichen Position mehr als 1 mm, kann bei abgeschlossenem Wurzelwachstum von einem Abriss der Pulpa am Apex (= Pulpanekrose) ausgegangen werden. Eine Regeneration der Pulpa ist bei geringem Durchmesser des Foramen apicale unwahrscheinlich und die Infektion des endodontischen Systems (über Dentintubuli) auch bei intakter Zahnkrone zu erwarten. Folglich empfiehlt es sich, die Entscheidung über die Notwendigkeit einer Wurzelkanalbehandlung am Unfalltag zu fällen, selbst wenn diese nicht zwingend sofort eingeleitet werden muss.

## Primärversorgung nach Extrusion (Abb. 10)

Die Primärbehandlung unfallbedingt extrudierter Zähne entspricht im Wesentlichen der von Zähnen mit lateraler Dislokation. Die Reposition ist meistens deutlich einfacher, sofern sie rechtzeitig erfolgt und kein bereits festes Blutkoagulum die Reposition erschwert.

### Lockerung

#### MUSS

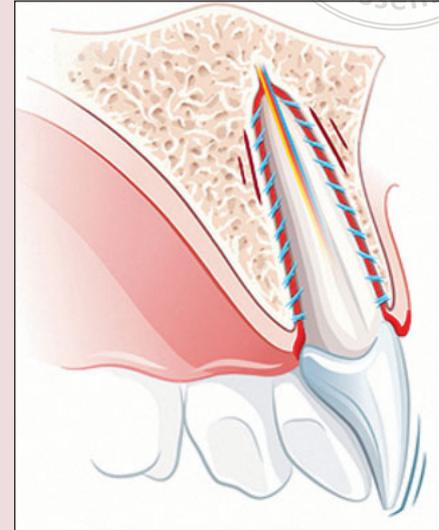
- -

#### SOLL

- Flexible Schienung
- Weiterversorgung in die Wege leiten (innerhalb von einer Woche)

#### KANN

- -



- Erhöhte Mobilität
- Parodontalfasern teils zerrissen
- Blutung aus dem Parodontalspalt
- Irritation der Pulpa am Apex

Abb. 8 Primärversorgung nach Lockerung.

### Laterale Dislokation

#### MUSS

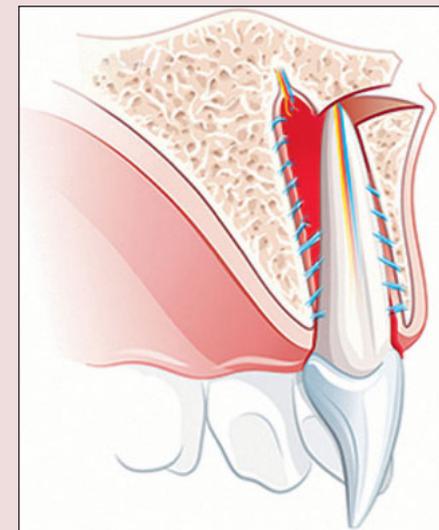
- Korrekte Reposition und Schienung
- Zeitnahe Weiterversorgung in die Wege leiten (innerhalb weniger Tage)

#### SOLL

- -

#### KANN

- Bei Pulpaabbriss nach Abschluss des Wurzelwachstums: Trepanation, Pulpaextirpation und Einlage



- Zahnkrone im Oberkiefer meist nach palatinal verlagert
- Eventuell Fraktur der bukkalen Knochenwand
- Oftmals „Verkeilung“ in dieser Position oder deutlich erhöhte Mobilität bei erweiterter Alveole
- Apikales Desmodont palatinal zerrissen und vestibulär komprimiert
- Pulpaabbriss ab ca. 1 mm Dislokation

Abb. 9 Primärversorgung nach lateraler Dislokation.

## Extrusion

### MUSS

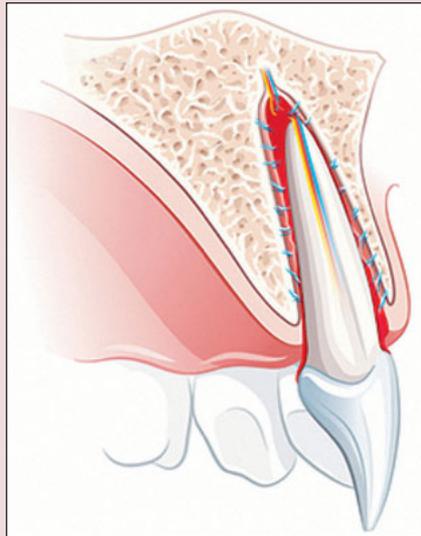
- Korrekte Reposition und Schienung
- Zeitnahe Weiterversorgung in die Wege leiten (innerhalb weniger Tage)

### SOLL

- -

### KANN

- Bei Pulpaabriss nach Abschluss des Wurzelwachstums: Trepanation, Pulpaexstirpation und Einlage



- Zahn elongiert und mobil
- Parodontalfasern weitgehend zerrissen
- Blutung aus Parodontalspalt
- Pulpa gedehnt/abgerissen

## Primärversorgung nach Intrusion (Abb. 11)

Die intrusive Dislokation erfordert eine konsequente Primärversorgung. Aufgrund der ausgedehnten Zement-schädigung und des daraus resultierenden hohen Resorptionsrisikos ist bei wurzelreifen Zähnen eine möglichst baldige Wurzelkanalbehandlung entscheidend für die Prognose. Um dies zu ermöglichen, empfiehlt es sich, der sofortigen chirurgischen statt der kieferorthopädischen Reposition des intrudierten Zahnes den Vorzug zu geben. Als frühzeitige intrakanaläre Einlage sind kortikoidhaltige Präparate geeignet. Das Warten auf eine Spontaneruption sollte – ein engmaschiges Recall vorausgesetzt – auf geringfügig intrudierte Zähne mit offenem Apex oder auf intrudierte Milchzähne beschränkt bleiben.

Abb. 10 Primärversorgung nach Extrusion.

## Intrusion

### MUSS

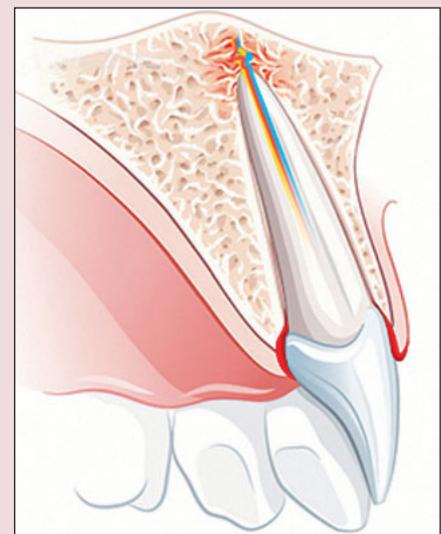
- Nur dann keine sofortige Therapie, wenn man sich das selbst nicht zutraut!
- Sicherstellen, dass Weiterversorgung innerhalb der nächsten paar Stunden (durch erfahrenen Behandler) erfolgt

### SOLL

- Sofortige chirurgische Reposition und Schienung (außer bei geringfügigen Intrusionen und offenem Apex)
- Meist auch Repositionen des Knochens und Weichgewebeversorgung erforderlich
- Orale Antibiotikagabe über 7 Tage (Doxycyclin)
- Weiterversorgung in die Wege leiten (Trepanation innerhalb weniger Tage bei wurzelreifem Zahn)

### KANN

- Bei erheblichen Intrusionen antiresorptive Therapie durch Extraktion und Zwischenlagerung in Zahnrettungsbox (mit antiresorptivem Zusatz\*) für 30 Min., Replantation mit Emdogain
- Bei Pulpaabriss nach Abschluss des Wurzelwachstums: sofortige Trepanation, Pulpaexstirpation und kortikoidhaltige Einlage (Odontopaste oder Ledermix)



- Zahn erscheint verkürzt
- Verkeilung im Alveolarknochen bei metallischem Perkussionsschall
- Großflächige Quetschungen des Parodonts
- Radiologisch fehlender Parodontalspalt

\* 1 mg Tetracyclin + 1 mg Dexamethason

Abb. 11 Primärversorgung nach Intrusion.

## Avulsion (günstige extraorale Lagerung)

### MUSS

- Lagerung des Zahns in Zahnrettungsbox
- Sicherstellen, dass Weiterversorgung innerhalb der nächsten Stunden (durch erfahrenen Behandler) erfolgt

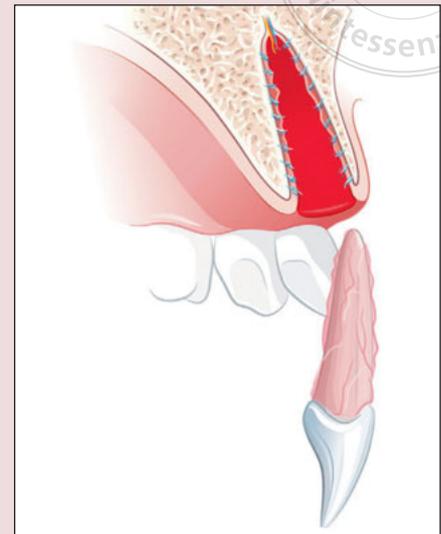
### SOLL

- Zwischenlagerung in Zahnrettungsbox (mit antiresorptivem Zusatz\*) für 30 Min.
- Korrekte Replantation und Schienung, zusätzlich orale Antibiotikagabe über 7 Tage (Doxycyclin)
- Weiterversorgung in die Wege leiten (Trepanation innerhalb weniger Tage bei wurzelreifem Zahn)

### KANN

- Zwischenlagerung in Zahnrettungsbox (mit antiresorptivem Zusatz\*) für 30 Minuten
- Korrekte Replantation mit Emdogain und Schienung, zusätzlich orale Antibiotikagabe über 7 Tage (Doxycyclin)
- Bei abgeschlossenem Wurzelwachstum: sofortige Trepanation, Pulpaexstirpation und kortikoidhaltige Einlage (Odontopaste oder Ledermix)

\* 1 mg Tetracyclin + 1 mg Dexamethason



Beispiele für günstige Lagerung, bei der eine parodontale Heilung noch möglich erscheint:

- Sofortreplantation am Unfallort
- Zahnrettungsbox, Frischhaltefolie
- Kalte H-Milch
- (Physiologische NaCl-Lösung, Speichel)

Abb. 12 Primärversorgung nach Avulsion (günstige extraorale Lagerung).

## Primärversorgung nach Avulsion (günstige extraorale Lagerung; Abb. 12)

Grundsätzlich gilt, dass ein avulsierter Zahn – sofern nicht bereits erfolgt – umgehend nach Eintreffen des Patienten in der Praxis in eine Zahnrettungsbox gelegt werden soll, da in der Regel bis zur Replantation noch einige Zeit verstreicht (Diagnostik, Aufklärung, Vorbereitung des Patienten). Eine 30-minütige Lagerung im Zellkulturmedium der Zahnrettungsbox vor der Replantation bietet zudem gute Möglichkeiten für eine Regeneration der geschädigten Zellen. Antiresorptive Zusätze für die Zahnrettungsbox (1 mg Tetracyclin + 1 mg Dexamethason) sollen diesen Effekt verstärken und außerdem die Revaskularisation von Zähnen mit offenem Apex fördern. Die topische Applikation von Emdogain (ohne vorherige PrefGel-Konditionierung!) unmittelbar vor der Replantation kann als

zusätzliche Maßnahme zur Förderung der parodontalen Heilung erfolgen, wobei jedoch angemerkt werden muss, dass die Evidenzlage in Bezug auf den tatsächlichen klinischen Vorteil nicht eindeutig ist.

Der Replantation sollte eine sorgfältige Spülung der Wurzeloberfläche mit physiologischer Kochsalzlösung vorausgehen. Das Absaugen eines bereits verfestigten Blutkoagulums, das Spülen mit physiologischer Kochsalzlösung und die Inspektion der Alveole schließen sich an. Hindernisse, die einer schonenden Replantation entgegenstehen, müssen erkannt werden. So kann eine Fraktur der (labialen) Alveolenwand eine vorsichtige Reposition unter Zuhilfenahme eines stumpfen Instruments erforderlich machen. Die Replantation erfolgt langsam und mit wenig Druck, um eine zusätzliche Schädigung des Wurzelzements zu vermeiden. Danach wird der Zahn geschient. Aktuelle antiresorptive regenerations-

fördernde Therapiekonzepte sehen eine möglichst zeitnahe Trepanation und die Anwendung einer kortikoidhaltigen intrakanalären Einlage vor. Dies kann bereits am Unfalltag unmittelbar nach Replantation und Schienung erfolgen.

## Primärversorgung nach Avulsion (ungünstige extraorale Lagerung; Abb. 13)

Ist die Rettungskette so ungünstig, dass mit Sicherheit keine parodontale Heilung mehr zu erwarten ist und stattdessen eine Ankylose in Kauf genommen werden muss, sollte der Zahn vor der Replantation vom nekrotischen Desmodont befreit (mechanische Entfernung mit Kürette) und in einer Fluoridlösung gelagert werden. Dies soll die resorptiven Vorgänge verlangsamen. Da nach ungünstiger Lagerung eine parodontale Heilung ausgeschlossen ist, kann auch die Verwendung

## Avulsion (ungünstige extraorale Lagerung)

### MUSS

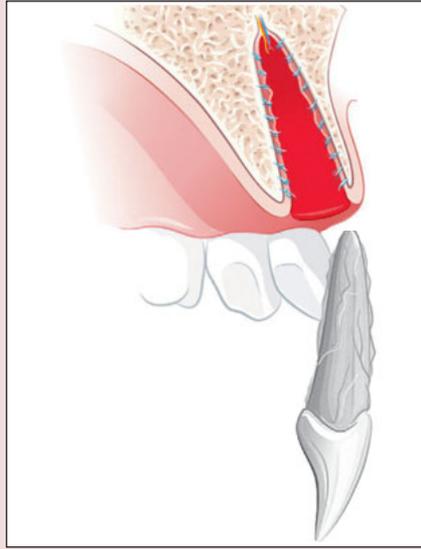
- -

### SOLL

- Zwischenlagerung in Fluoridlösung für 20 Min.
- Korrekte Replantation und Schienung

### KANN

- Extraorale Wurzelkanal-füllung
- Zwischenlagerung in Fluoridlösung für 20 Min.
- Korrekte Replantation und Schienung



### Beispiele für ungünstige Lagerung, bei der eine parodontale Heilung ausgeschlossen erscheint:

- Trockene Lagerung über eine Stunde
- Lagerung für mehrere Stunden in suboptimalen Lagerungsmedien wie Leitungswasser

Abb. 13 Primärversorgung nach Avulsion (ungünstige extraorale Lagerung).

## Minimalausstattung für Primärversorgung nach Zahntrauma

### MUSS

- Zahnrettungsbox
- Nahtmaterial
- Calciumhydroxidzement
- Universaladhäsiv und fließfähiges Komposit
- Schiene (z. B. Titan-Trauma-Schiene TTS)

### SOLL

- Kortikoidhaltige Wurzelkanal-einlage (z. B. Odontopaste oder Ledermix)

### KANN

- Antiresorptive Zusatzmedikamente für die Zahnrettungsbox [1 mg Tetracyclin + 1 mg Dexamethason]
- Emdogain

Abb. 14 Minimalausstattung für die Primärversorgung nach Zahntrauma.

von Emdogain diesbezüglich keinen positiven Effekt mehr bewirken. Allerdings gibt es Hinweise, dass die Applikation von Emdogain die als zusätzliche Komplikation möglicherweise auftretenden invasiven zervikalen Resorptionen an ankylosierten Zähnen zu verhindern vermag.

Die erforderliche Wurzelkanalbehandlung inklusive Wurzelkanalfüllung kann extraoral erfolgen, da durch die extraorale Manipulation – anders als bei noch vitalem Parodont – kein weiterer Schaden zu befürchten ist. Die Replantation wurzelunreifer Zähne mit ungünstiger Lagerung führt im Zuge der Ankylosierung auch zu einem Stopp des lokalen Kieferwachstums. Trotzdem werden zunächst die Replantation sowie der Zahnerhalt aus ästhetischen, funktionellen und psychologischen Gründen empfohlen, bis eine interdisziplinär abgestimmte Versorgungsstrategie für die nächsten Jahre vorliegt<sup>1,16</sup>.

## Primärversorgung nach Milchzahntrauma

Nach einem Milchzahntrauma gelten aus biologischer Sicht bis auf Avulsionsfälle (hier ist eine Replantation nicht indiziert) die gleichen Prinzipien für die Erstversorgung. Allerdings steht die individuelle Behandlungs- und Belastungsfähigkeit des betroffenen Kindes oftmals einer konsequenten Primärtherapie entgegen. Vor diesem Hintergrund und zur Verhinderung einer (weiteren) Schädigung des bleibenden Keims werden tief frakturierte, stark gelockerte oder dislozierte Zähne meistens entfernt<sup>7</sup>.

Bei intrudierten Milchzähnen ist das Abwarten auf eine Reeruption gerechtfertigt, sofern es durch den Unfall zu einer Labialverlagerung in Relation zum bleibenden Zahnkeim kam und dieser damit voraussichtlich nicht in Mitleidenschaft gezogen wurde. Sollte der Keim jedoch von der Intrusion betroffen sein, ist die Extraktion als Maßnahme zur Schadensbegrenzung angezeigt<sup>11,15</sup>.

## Minimalausstattung für die Primärversorgung nach Zahntrauma (Abb. 14)

Zur Primärversorgung nach einem Zahnunfall sollte in jeder Praxis eine Minimalausstattung vorhanden sein. Diese beschränkt sich auf wenige Materialien, die größtenteils ohnehin zur Grundausstattung gehören. Entscheidend ist vor allem, dass eine Zahnrettungsbox zur Verfügung steht, um im Notfall schnell darauf zurückgreifen zu können.

## Systemische Gabe von Doxycyclin

Bei schweren Dislokationsverletzungen bleibender Zähne (insbesondere Intrusion und Avulsion) wird ab dem 8. Le-



bensjahr aufgrund der antiresorptiven Eigenschaften die systemische Gabe von Doxycyclin empfohlen, obwohl die Datenlage in Bezug auf den tatsächlichen klinischen Vorteil nicht eindeutig ist<sup>9</sup>. Der Einsatz beginnt am Tag der Replantation und wird über 7 Tage beibehalten. Die Dosierung beträgt für Erwachsene und Jugendliche über 50 kg Körpergewicht 100 mg pro Tag und für Kinder ab 8 Jahre, die weniger als 50 kg wiegen, 2 mg/kg Körpergewicht, wobei jeweils am ersten Tag die doppelte Dosis einzunehmen ist. Tetracyclinverfärbungen sind ab dem 8. Lebensjahr sehr unwahrscheinlich, da bei den Zahnkronen – bis auf diejenigen dritter und eventuell zweiter Molaren – bereits eine vollständige Mineralisierung stattgefunden hat. Darüber hinaus sind sichtbare Verfärbungen auch aufgrund der kurzen Gatedauer nicht zu erwarten.

## Weiterversorgung

Trotz optimaler Primärversorgung kann der weitere Therapieerfolg durch eine suboptimale oder zu spät eingeleitete Weiterbehandlung kompromittiert werden. Dies betrifft vor allem das zügige Einleiten der Wurzelkanalbehandlung bei schweren Dislokationsverletzungen mit einem hohen Risiko für infektionsbedingte externe Resorptionen. Um den richtigen endodontischen Therapieentscheid fällen zu können, ist der Nachbehandler auf die im Rahmen der Primärdiagnostik erfassten Befunde (insbesondere Ausmaß der Dislokation) angewiesen. Daher muss der Erstbehandler so gut wie möglich sicherstellen, dass eine adäquate Weiterversorgung erfolgt und die wichtigen, therapielevanten Informationen an den Patienten bzw. Nachbehandler weitergegeben werden.

## Literatur

- Andersson L, Andreasen JO, Day P et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. Dent Traumatol 2012;28:88–96.
- Andreasen JO, Andreasen FM, Andersson L. Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth. Oxford: Wiley-Blackwell, 2007.
- Cvek M, Tsilingaridis G, Andreasen JO. Survival of 534 incisors after intra-alveolar root fracture in patients aged 7–17 years. Dent Traumatol 2008;24(4):379–387.
- Diangelis, AJ, Andreasen JO, Ebeleseder KA et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. Dent Traumatol 2012;28:2–12.
- Dula K, Bornstein MM, Buser D et al. SADMFR guidelines for the use of cone-beam computed tomography/digital volume tomography. Swiss Dent J 2014; 124:1169–1183.
- Ebeleseder K, Glockner K. Diagnostik des dentalen Traumas – Erstuntersuchung und Verletzungsarten. Endodontie 1999;2:101–111.
- Filippi A, Krastl G. Traumatologie im Milch- und Wechselgebiss. Quintessenz Zahnmed 2007;58(7):739–752.
- Filippi A, Tschan J, Pohl Y, Berthold H, Ebeleseder K. A retrospective classification of tooth injuries using a new scoring system. Clin Oral Investig 2000;4:173–175.
- Hinckfuss SE, Messer LB. An evidence-based assessment of the clinical guidelines for replanted avulsed teeth. Part II: Prescription of systemic antibiotics. Dent Traumatol 2009;25:158–164.
- Krastl G, Weiger R. Kronen-Wurzel-Frakturen. Quintessenz Zahnmed 2009;60(5):573–582.
- Krastl G, Weiger R. Milchzahntrauma. Quintessenz Zahnmed 2009;60(5):531–539.
- Krastl G, Weiger R. Vital pulp therapy after trauma. Endodontic practice today 2014;8:293–300.
- Krastl G, Filippi A, Weiger R. Therapie von Zahnunfällen bei Kindern und Jugendlichen: eine Übersicht. Wissen kompakt 2008;2:31–43.
- Krastl G, Filippi A, Zitzmann NU, Walter C, Weiger R. Current aspects of restoring traumatically fractured teeth. Eur J Esthet Dent 2011;6:124–141.
- Malmgren B, Andreasen JO, Flores MT et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. Dent Traumatol 2012;28:174–182.
- Trope M. Avulsion of permanent teeth: theory to practice. Dent Traumatol 2011;27:281–294.
- Wang G, Wang C, Qin M. Pulp prognosis following conservative pulp treatment in teeth with complicated crown fractures – A retrospective study. Dent Traumatol 2017;33:255–260.
- Weiger R, Krastl G. Spätfolgen nach Zahntrauma. Quintessenz Zahnmed 2009;60(5):621–629.

Erstveröffentlichung: Quintessenz Zahnmed 2019;70(9):990–1002.



**Gabriel Krastl**

Prof. Dr. med. dent.  
Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie/Zahnunfallzentrum  
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kiefergesundheit  
Universitätsklinikum Würzburg  
Pleicherwall 2, 97070 Würzburg  
E-Mail: krastl\_g@ukw.de

**Andreas Filippi**

Prof. Dr. med. dent.  
Klinik für Oralchirurgie/  
Zahnunfallzentrum  
Universitäres Zentrum für Zahnmedizin  
Basel (UZB), Schweiz

**Roland Weiger**

Prof. Dr. med. dent.  
Klinik für Parodontologie,  
Endodontologie und Kariologie/  
Zahnunfallzentrum  
Universitäres Zentrum für Zahnmedizin  
Basel (UZB), Schweiz

# Traumaversorgung

## Extraktion und Sofortimplantation

Für besonders schwerwiegende Verletzungen durch Unfälle oder durch das Aufbeißen auf unerwartet harte Speisen, z. B. Kirschkerne oder Olivensteine, ist manchen Fällen nur die Entfernung des Zahnes möglich. Allein die zeitliche Dringlichkeit aber gebietet es, auch wegen der umfangreichen Folgetherapien besonders aufmerksam aufzuklären. Die S2k-Leitlinie „Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne“ sieht folgende Indikationen dafür als gegeben: „Bei sehr weit nach apikal reichenden Kronen-Wurzel-Frakturen und/oder zusätzlichen Frakturen im Wurzelbereich ... sollte der Zahn extrahiert und eine in Abhängigkeit vom Patientenalter geeignete Art der Lückenversorgung gewählt werden.“

Die digitale Zahnheilkunde, allem voran Intraoralscanner sowie CAD/CAM-Verfahren zur Anfertigung prothetischer Versorgung haben eine Direktversorgung nach Zahnentfernung nicht nur mit einem Implantat, sondern auch mit der entsprechenden Abutmentkrone möglich gemacht.

### Definition

Nach der S2k-Leitlinie „Implantationszeitpunkte“ von 2022 ist das Einbringen eines Implantats innerhalb eines Tages nach Entfernung des Zahns als Sofortimplantation zu bezeichnen.

Die Implantat Insertion in eine frische Extraktionsalveole ist technisch deutlich anspruchsvoller als in einer ausgeheilten Situation mit ausreichendem Knochenangebot. Technische Aspekte wie u.a. das Angebot des Restknochens, interradikuläres Septum, Alveolarfortsatzfrakturen, daraus resultierende Notwen-

Tab. 1 S2k-Leitlinie Implantationszeitpunkte.

Implantationszeitpunkt	Einteilung nach ITI – Konsensuskonferenz 2004 (Hammerle, Chen et al. 2004)	Zeitfenster	physiologische Heilungsphasen nach Zahnextraktion (Chen, Wilson et al. 2004)
Sofortimplantation	Typ I	< 1 Tag	Blutkoagel
Frühimplantation	Typ II	4–8 Wochen	weichgewebliche Abheilung abgeschlossen
	Typ III	12–16 Wochen	partielle knöcherne Ausheilung (ca. 2/3 der Aveole)
Spätimplantation	Typ IV	> 16 Wochen	knöcherne Ausheilung der Aveole abgeschlossen



digkeit von Augmentationen etc. spielen eine genau so große Rolle wie die patientenseitigen systemischen und lokalen Faktoren, etwa allgemeinmedizinische Einschränkungen (Tab. 1).

„Die Sofortimplantation ist eine techniksensitive Behandlungsmethode und somit mit einem relevanten Komplikationsrisiko behaftet. Dieses Risiko kann durch additive Maßnahmen wie Augmentation oder Sofortversorgungen im Rahmen der Sofortimplantation er-

höht werden. Eine engmaschige Nachsorge in der Anfangsphase erlaubt es, biologische und technische Komplikationen zeitnah zu erkennen und diesen entgegenzuwirken.“

Hier spielt erneut die konsequente Aufklärung der Patienten eine kritische Rolle. Einerseits muss genug Zeit gegeben werden für die Einverständniserklärung andererseits kann durch die Dringlichkeit auch ein gewisser Zeitdruck herrschen.

### Klinische Relevanz in der allgemeinärztlichen Praxis

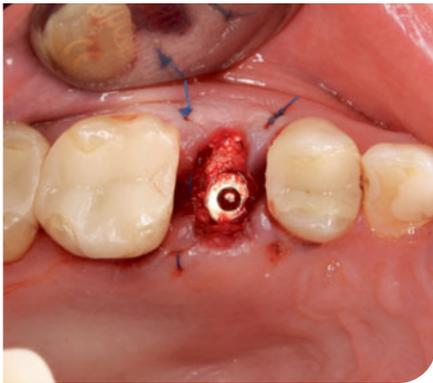
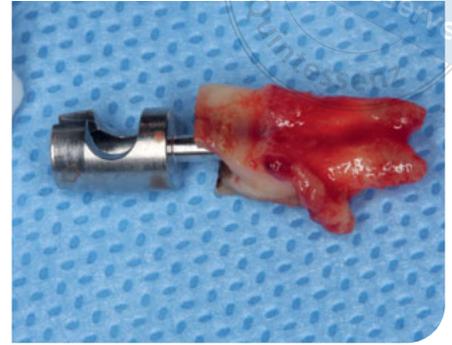
Die allgemeine Literatur sowohl in Fachmedien als auch in wissenschaftlichen Datenbanken sind hinsichtlich der Erfolgsraten bei Sofortimplantation sehr vielversprechend. Dennoch – und vielleicht besonders in der Allgemeinpraxis – empfehle ich die Orientierung an den deutschen Leitlinien, die allgemein eine etwas schlechtere Überlebensrate dokumentieren.



**Abb. 1** Längsfrakturierter Zahn 25.



**Abb. 2 und 3** Nach Lokalanästhesie wurde die Zahnwurzel 25 vorsichtig mit dem Benex-Instrument entfernt.



**Abb. 4** Die Distanz zur bukkalen Knochenlamelle wurde aufgefüllt mit Bio-Oss (Geistlich) vermengt mit PRF (platelet-rich-fibrin).



**Abb. 5 und 6** Direkt nach der Blutstillung wurde die Stabilität gemessen, sog. T-Base eingeschraubt und der Scanbody aufgesetzt.



Im Folgenden stelle ich das Vorgehen vor, wie wir es mit kleinen Änderungen in den o. g. Indikationen seit 2015 in unserer Praxis praktizieren. Das voll-digitale klinische Prozedere umfasst folgende Schritte:

- klinische und röntgenologische Untersuchung,
- Dokumentation durch Fotografie,
- Intraoralscan und DVT,
- Aufklärung sowie nachfolgend Einverständnis der Patienten,
- Intraoralscan von Ausgangssituation, Gegenkiefer und Biss,
- Entfernung der Zahnfragmente mit dem sog. Benex-System,
- PRF und Bio-Oss als Knochenersatz,
- Implantation eines Titanimplantats,
- Prüfung der Implantatstabilität durch Messung mithilfe der Resonanzfrequenzanalyse (RFA),

- Scan des Implantats und separat des Scanbodys und CAD in der CEREC-Software,
- „Manufacturing“ in der Milling-Unit MCXL (Fa. DentsplySirona, Bensheim),
- Finalisierung und Verkleben auf T-Base,
- Insertion der Abutmentkrone ca. 3 Monate post operationem Anfertigung der definitiven Prothetik.

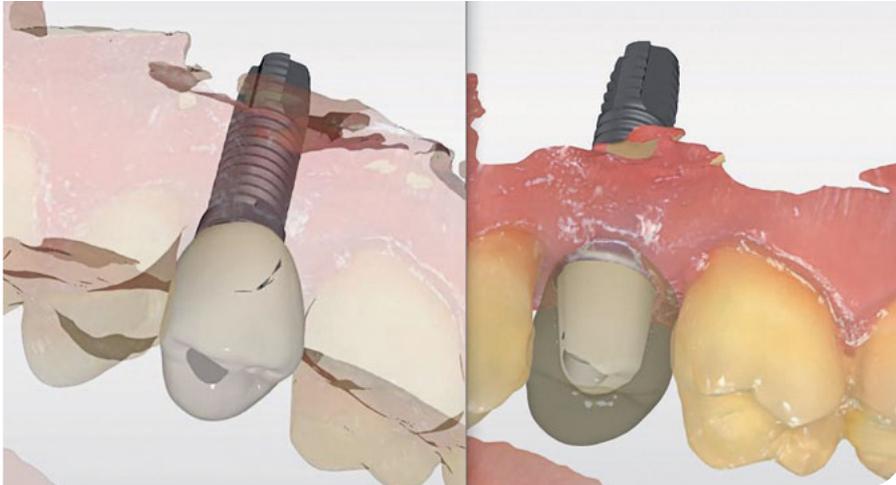
### Patientenfall – klinisches Vorgehen

Die 63-jährige Patientin kam mit einem längsfrakturiertem Zahn 15 in die Praxis, der durch Aufbeißen auf einen Olivenstein in mesiodistaler Richtung quer durch ein keramisches Inlay gebrochen war. Die Nachbarzähne waren suffizient versorgt (Abb. 1).

Aufgrund der Schmerzsymptomatik wurde die Therapie zeitnah am übernächsten Tag durchgeführt. Nach Aufklärung über das operative Vorgehen und alternative Behandlungen entschied sich die Patientin für ein möglichst schonendes Vorgehen, die Nachbarzähne sollten nicht durch eine Brücke angefasst werden.

Der erste Schritt vor dem Eingriff ist immer ein Intraoralscan von Oberkiefer, Unterkiefer und Biss, der vorhandene Zahn konnte in diesem Fall reponiert werden und diente nach der Implantation als sog. Biocopy für das zu erstellende Abutment.

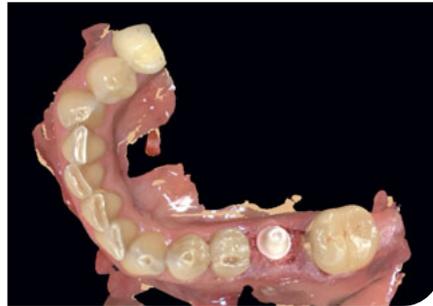
Nach Lokalanästhesie wurde die Zahnwurzel 15 vorsichtig mit dem Benex-Instrument entfernt (Abb. 2 und 3). Die bukkale Knochenlamelle blieb dadurch erhalten und die Planung der Sofortimplantation konnte realisiert werden. Implantatlänge und -durchmesser



**Abb. 7** Beispiel-Konstruktionsdesign.



**Abb. 8** Der Schraubenkanal wird mit Teflonband und Kunststoff verschlossen (Beispiel aus einem anderen Fall).



**Abb. 9** Die infraokklusal designte Krone wird mesial und distal an den Nachbarzähnen verklebt.

können vorab durch Röntgenbilder und ggf. DVT bestimmt werden, die Insertion erfolgte etwas nach palatinal versetzt. Die dadurch entstandene Distanz zur bukkalen Knochenlamelle wird in unserer Praxis aufgefüllt mit Bio-Oss (Fa. Geistlich) vermengt mit „Platelet-rich fibrin“ (PRF; Abb. 4). Direkt nach der Blutstillung wurde die Stabilität gemessen, sog. T-Base eingeschraubt und der Scanbody aufgesetzt (Abb. 5 und 6; Quelle: Dentsply Sirona).

Intraoperative Scans sind hygienisch möglich durch Einmalhülsen auf dem Scanner, und die bereits prä operationem angefertigten Daten werden ergänzt durch die Bildkataloge der Implantatsituation (Emergenzprofil) und des Scanbodys, durch den die Designsoftware die exakte Implantatposition berechnet.

Das Design kann nun in zweierlei Form geschehen: als sog. Hybrid-Abutmentkrone einteilig oder als Hybrid-Abutment mit einer separaten Krone jeweils ohne okklusale und dynamische Kontakte (Abb. 7 – Beispiel-Konstruktionsdesign).

In unserem Fall wurde eine verschraubte Krone geschliffen aus Hybridkeramik, anschließend poliert und mit der Ti-Base verklebt. Diese Sofortversorgung konnte sofort im Implantat verschraubt werden, der Schraubenkanal wird mit Teflonband und Kunststoff verschlossen (Abb. 8 – Beispiel aus einem anderen Fall).

Die finale Versorgung kann dann durch den Austausch der Krone erfolgen („one abutment – one time“, Münchner Konzept) oder aber durch den Wechsel der einteiligen Abutmentkrone und Einstellen in Funktion und Okklusion.

## Epikrise

In unserer Praxis wurden seit 2015 ca. 500 Implantate mit dem geschilderten digitalen Verfahren durch Hybrid-Abutments versorgt. Etwa 10 % sind Direktimplantationen. Die Auswahl wird überlegt getroffen nach eingangs beschriebenen Kriterien. Bisher kamen ca. 3 % Schraubenlockerungen vor, wir hatten 2 Fälle, in denen sich die Keramik von der Ti-Base gelöst hat.

In den letzten Jahren haben sich mehr und mehr Keramikimplantate etabliert, hier ist das Procedere noch einmal einfacher nach der Implantation: Die provisorische Krone kann direkt als Kopie des frakturierten Zahns aus Komposit oder PMMA gefräst werden. Die infraokklusal designte Krone wird mesial und distal an den Nachbarzähnen verklebt (Abb. 9).

Rückblickend kann ich sagen, das Versorgen von Einzelzahnlücken nach tiefen Frakturen hat sich in unserer Praxis als Routine etabliert. Durch konsequente Datenerfassung in Form von Intraoralscans als zahnärztliche Routine sowie eine lückenlose Speicherung all dieser Daten ggf. in der Cloud liegen in Zukunft noch viel mehr Daten vor, die in solchen Fällen die adäquate Vorlage für Ersatz darstellen werden.

*Literatur kann bei der Autorin angefordert werden.*



### Dr. Gertrud Fabel

Zahnarztpraxis Dres. Fabel  
Cosimastr. 2, 81927 München  
E-Mail: dr.gertrudfabel@gmail.com

# Trauma: Fallbeispiele

Weltweit ist das dentale Trauma die fünfthäufigste Erkrankung bzw. Verletzung, was auf einer hohen Prävalenz von 25 bis 30 % beruht<sup>1</sup>. Daraus ergibt sich eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit, in Klinik oder Praxis mit betroffenen Patienten/-innen konfrontiert zu sein. Einen sehr guten Überblick über Diagnostik und Therapie dentaler Traumata gibt die aktuelle AWMF-S2k-Leitlinie „Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne“<sup>1</sup>, die online frei verfügbar ist. Da inadäquat diagnostizierte oder behandelte dentale Traumata Folgen für die geschädigten Zähne und auch die Lebensqualität der Patienten/-innen haben können<sup>2</sup>, ist es besonders wichtig, gut vorbereitet zu sein, um in der entsprechenden Situation schnell und richtig handeln zu können. Im Folgenden wird daher das Vorgehen in Diagnostik, Therapie und Nachsorge anhand von zwei Fallbeispielen aufgezeigt.

## Fall 1

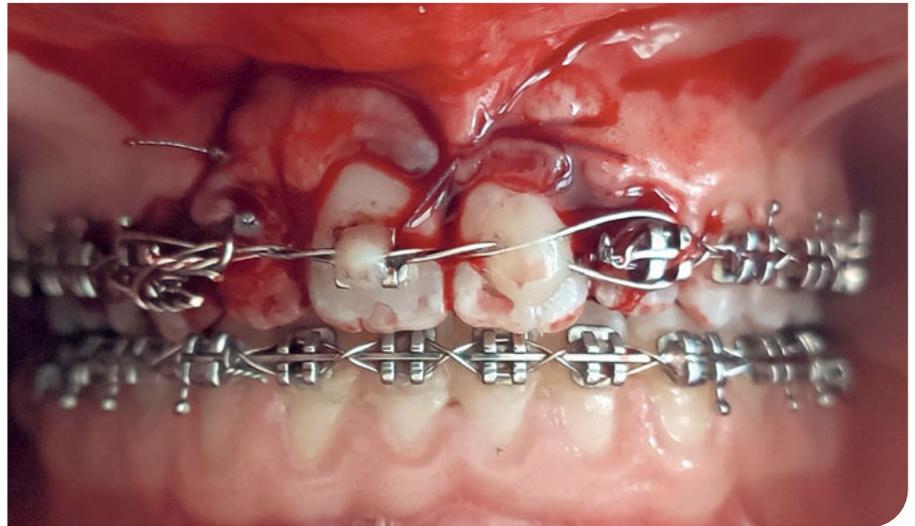
Z. n. intrusiver und lateraler Dislokation 12, 11, 21 und Alveolarfortsatzfraktur

### Allgemeinmedizinische Anamnese

Die allgemeinmedizinische Anamnese der 12-jährigen Patientin ist unauffällig, sie hat keine Allergien und nimmt keine Medikamente.

### Spezielle Anamnese

Die Patientin stellte sich nach einem komplexen Trauma im Oberkiefer infolge einer Sportverletzung vor, beim Turnen hatte sie einen Schlag ins Gesicht durch das Knie eines anderen Kindes erlitten. Die um mehrere Millimeter nach palata-



**Abb.1** Z. n. Repositionierung der Zähne 12-21 und rigider Schienung mit Drahtbogen-Kunststoff-Konstruktion.

tinal und apikal dislozierten Zähne 12, 11 und 21 waren bereits im Rahmen der Akutversorgung im Notdienst repositioniert und geschient worden, die Patientin hatte eine systemische Antibiose mit Penicillin verordnet bekommen. Eine Bildgebung war nicht erfolgt. Die Patientin stellte sich eine Woche nach dem Unfall zur weiteren Therapie vor, sie hatte vor allem noch Missempfindungen im Bereich der verletzen Gingiva und Schleimhaut.

### Klinischer Befund

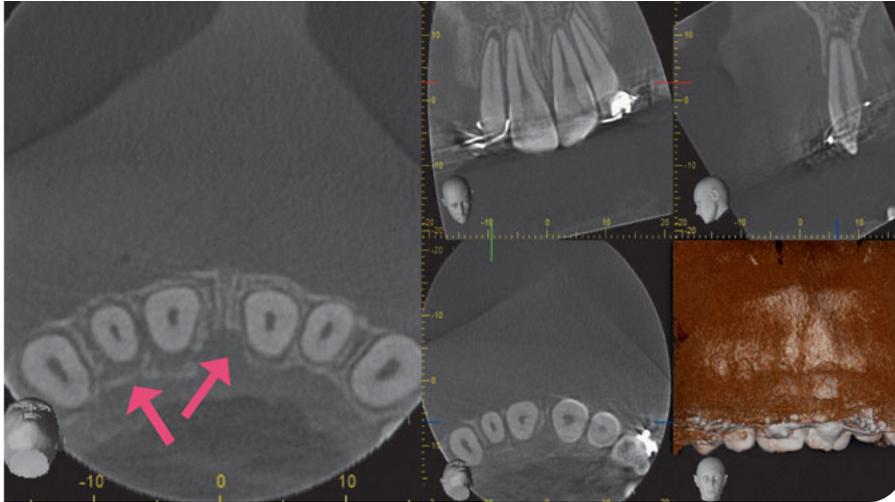
Klinisch zeigten sich die Zähne 12, 11 und 21 rigide geschient, 12 zusätzlich mit einer Drahtschlinge stabilisiert (Abb. 1). Die anderen Zähne waren mit einer Multi-bandapparat versorgt, an der die Schienung verankert war. Die Weichgewebe waren mit Nähten versorgt und partiell noch ödematös. An den Zähnen gab die Patientin keinerlei Beschwerden an.

Es lag aufgrund der Schienung keine Lockerung vor, die Sensibilitätsprobe mit Hilfe des Kältetests (Kältespray, -50°C)

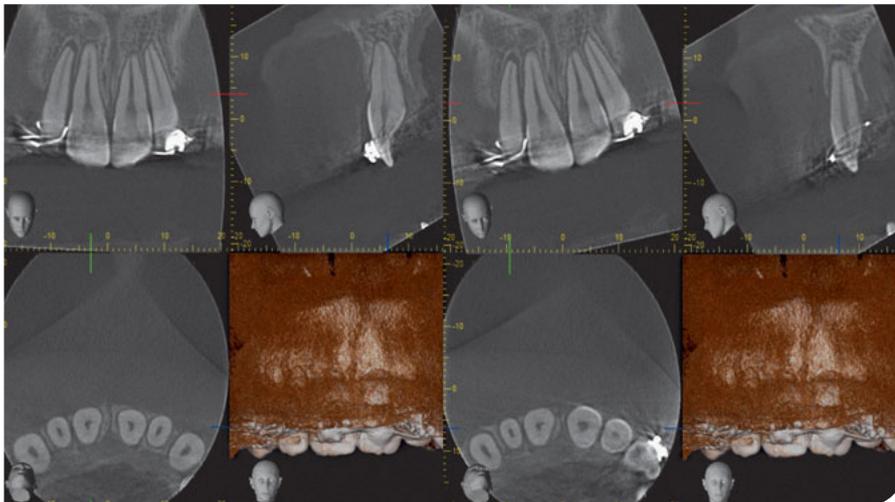
fiel im Vergleich zu den Nachbarzähnen erwartungsgemäß an 12, 11 und 21 negativ aus. Der Perkussionstest war vertikal und horizontal positiv, es lag eine generalisierte leichte Druckdolenz im Bereich der Oberkieferfrontzähne vor. Die parodontalen Befunde wurden aufgrund der komplexen Schädigung des Parodonts nicht primär erhoben, der PSI war in den anderen 5 Sextanten bei 0.

### Röntgenologischer Befund

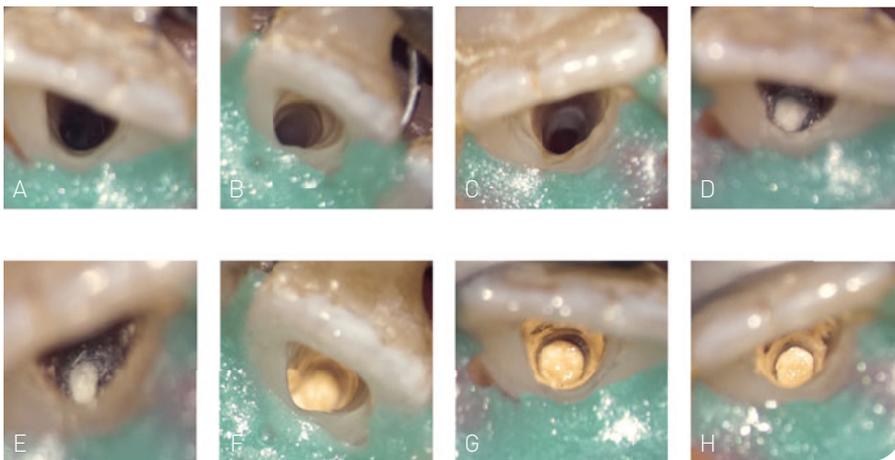
Röntgenologisch zeigten die Zähne 12, 11 und 21 im intraoralen Zahnfilm in ihren Alveolen apikal dezente Aufhellungen. Da aufgrund der Komplexität des Traumas Frakturen des Knochens und der Zahnschmelz (intraalveolär) nicht ausgeschlossen werden konnten, haben wir ein kleinvolumiges DVT (40 × 40 mm) regio 12-22 angefertigt. Hier imponierten diverse Alveolarfachfrakturen, die Apices von 12, 11 und 21 erschienen abgeflacht und es lagen apikale Aufhellungen vor (Abb. 2 und 3).



**Abb. 2** Ausschnitte aus dem DVT regio 13-23; Pfeile zeigen Alveolarfachfrakturen palatinal.



**Abb. 3** Ausschnitte aus dem DVT regio 13-23; 12-21 Z. n. Repositionierung und Schienung, apikale Aufhellungen.



**Abb. 4** Endodontische Therapie der Zähne 12-21. Nach Desinfektion und Aufbereitung (A-C), apikale MTA-Plugs 11 und 21 (D und E), mit Guttapercha obturierte Kanalsysteme (F-H).

### Diagnosen

Zustand nach intrusiver und lateraler Dislokation 12, 11, 21 mit nachfolgenden Pulpanekrosen und apikalen Resorptionen, Alveolarfortsatzfraktur regio 12-21.

### Therapieplan

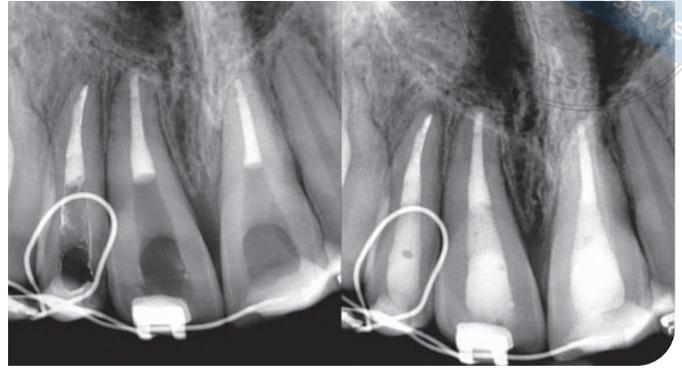
Aufgrund der ausgeprägten Dislokation (> 4 mm) der Zähne 12, 11 und 21 war es zu einem Abriss des Gefäßnervenbündels am Apex gekommen, sodass von Pulpanekrosen ausgegangen werden musste. In Bezug auf die pulpale Situation waren hier die endodontischen Therapien der Zähne 12-21 indiziert<sup>1</sup>. Bezüglich der parodontalen Schädigung haben wir das Belassen der rigiden Schienung für weitere 3-5 Wochen aufgrund der Alveolarfortsatzfrakturen geplant.

### Therapie

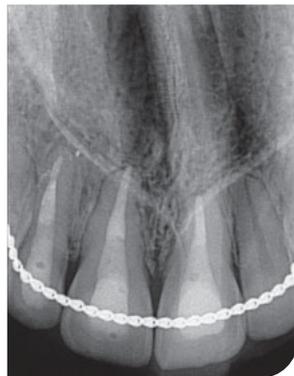
Die endodontische Therapie der Zähne 12, 11 und 21 (Abb. 4) wurde unter Kofferdamisolierung mithilfe des OP-Mikroskops durchgeführt. Der Trepanationsbefund zeigte nekrotisches Pulpagewebe in allen 3 Wurzelkanalsystemen. Zur Prävention von infektionsbedingten Entzündungsresorptionen wurde zunächst eine medikamentöse Einlage mit Ledermix (Fa. Esteve, Berlin) vorgenommen, welche einen anti-resorptiven und antiinflammatorischen Effekt haben soll<sup>3</sup>. Nach 2 Wochen erfolgten die nochmalige Desinfektion der Wurzelkanalsysteme und der Wechsel auf eine medikamentöse Einlage mit Calciumhydroxid, um eine maximale antibakterielle Wirkung zu erzielen. Die Patientin war zu jedem Zeitpunkt beschwerdefrei. Vor der letzten Sitzung mit abschließender Desinfektion und Obturation wurde die rigide Schienung entfernt und durch eine flexible Schienung mit einer Titan-Trauma-Schiene (TTS) ersetzt, da die Patientin noch ein „unsicheres“ Gefühl mit den betroffenen Zähnen angab (Abb. 5). Die Obturation der Zähne 11 und 21 erfolgte aufgrund des weiten apikalen Foramens mit einem apikalen MTA-Plugs, Zahn 12 wurde mithilfe



**Abb. 5** Titan-Trauma-Schiene (TTS) in situ, blande Weichgewebeverhältnisse.



**Abb. 6** Röntgenologische Kontrolle der apikalen Obturation 12 mit Guttapercha/Sealer, 11 und 21 mit MTA-Plugs.



**Abb. 7** Röntgenologische Kontrolle 12-21 nach 3 Jahren mit Retainer, unauffällige gesunde knöcherner Verhältnisse.



**Abb. 8** Klinische Situation nach Entfernung der TTS.

von warm-vertikaler Kompaktion mit Guttapercha/Sealer gefüllt. Nach adhäsivem Verschluss der Trepanationsöffnungen erfolgte nach 2 Wochen die Entfernung der TTS, die nachfolgenden klinischen und röntgenologischen Kontrollen über nunmehr 3 Jahre zeigen einen sehr guten komplikationslosen Heilungsprozess (Abb. 6, Abb. 7, Abb. 8).

Von Dislokationen betroffene Zähne sollten möglichst schnell exakt repositioniert und geschient werden<sup>1</sup>. Empfohlen wird eine flexible Schienung<sup>4</sup>, die zusätzlich vorliegenden Frakturen des Alveolar-knochens erforderten in diesem Fall eine rigide Schienung für einen Zeitraum von 4-6 Wochen<sup>1</sup>. Bei um  $\geq 2$  mm dislozierten Zähnen mit abgeschlossenem Wurzelwachstum sollte die endodontische Therapie während der Schienungsphase eingeleitet werden<sup>5</sup>. Da es sowohl bei Zähnen mit abgeschlossenem als auch mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum im weiteren Verlauf zu Kom-

plikationen kommen kann, sind engmaschige klinische und röntgenologische Nachuntersuchungen von großer Bedeutung. Diese sollten der Komplexität der Verletzung angepasst geplant werden. Besonders häufig auftretende Komplikationen bei Dislokationsverletzungen sind Pulpanekrosen und Obliterationen<sup>6</sup>.

## Fall 2

Z. n. Avulsion 21, infektionsbedingte entzündliche Resorptionen

### Allgemeinmedizinische Anamnese

Die allgemeinmedizinische Anamnese des 8-jährigen Patienten ist unauffällig, er hat keine Allergien und nimmt keine Medikamente.

### Spezielle Anamnese

Der Patient stellte sich mit einer Überweisung aus der Mund-, Kiefer- und

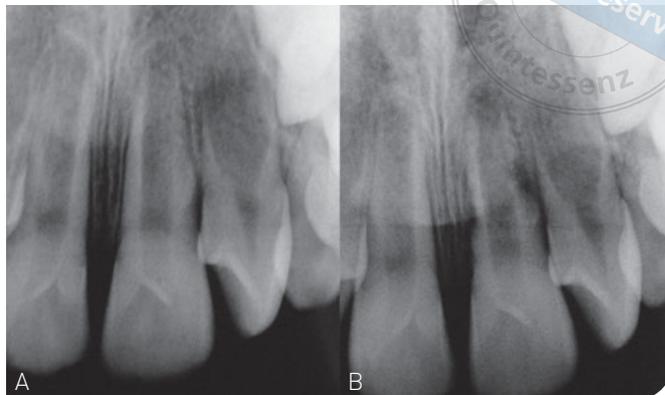
plastischen Gesichtschirurgie vor. Der Zahn 21 hatte bei einem Fahrradsturz eine Avulsion erlitten und war im Notdienst replantiert und geschient worden. Zuvor war der Zahn ungefähr 60 Min. unphysiologisch gelagert und zudem die Wurzeloberfläche mit einem Tuch „gesäubert“ worden. Der Patient bekam eine systemische Antibiose (Penicillin) und war zu regelmäßigen Nachkontrollen in der Mund-, Kiefer- und plastischen Gesichtschirurgie. Auf einem 4 Wochen nach dem Trauma angefertigten Zahnfilm waren ausgedehnte Wurzelresorptionen erkennbar, der Patient wurde deshalb zur endodontischen Therapie überwiesen. Der Patient hatte keine Beschwerden.

### Klinischer Befund

Klinisch zeigte sich ein koronal unversehrter Zahn 21, die Schienung war bereits entfernt worden (Abb. 9). Es lag eine Lockerung von Grad 0-I vor, die Sensibilitätsprobe mithilfe des Kältetests



**Abb. 9** Klinische Situation bei Erstvorstellung 4 Wochen nach Replantation des Zahns 21.



**Abb. 10** Röntgenologische Kontrolle der Replantation (A) alio loco und 4 Wochen nach Replantation (B) mit ausgeprägten Aufhellungen im Bereich des Wurzelkambiums.

(Kältespray,  $-50^{\circ}\text{C}$ ) fiel im Vergleich zu den Nachbarzähnen erwartungsgemäß negativ aus. Der Perkussionstest war in vertikaler Richtung positiv, vestibulär lag eine leichte Druckdolenz vor. Die parodontalen Befunde waren bis auf eine leichte Gingivitis unauffällig, der parodontale Screening-Index (PSI) lag bei 1.

#### Röntgenologischer Befund

Röntgenologisch zeigte sich der Zahn 21 mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum, Frakturen der Zahnhartsubstanz und des Knochens lagen nicht vor. Im Zahnfilm sind mesial und distal auf der Wurzeloberfläche Aufhellungen im Sinne von Resorptionen zu erkennen (Abb. 10), die distal bis in den Wurzelkanal zu reichen scheinen. Apikal war eine Aufhellung sichtbar, außerdem erschien die Zahnhartsubstanz im Vergleich zur Situation auf dem Zahnfilm nach Replantation resorbiert.

#### Diagnosen

Zustand nach Avulsion und Replantation mit Pulpanekrose 21 sowie infektionsbedingten entzündlichen Wurzelresorptionen.

#### Therapieplan

Aufgrund der schnell progredienten Resorptionen war die Prognose des

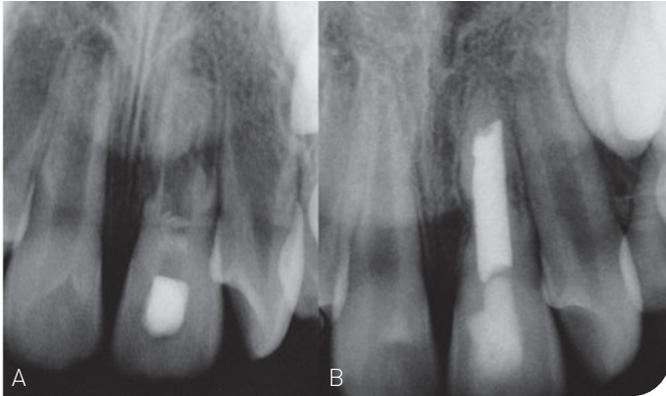
Zahns 21 als sehr fraglich einzuschätzen. In Absprache mit den Eltern und den Kollegen aus der Mund-, Kiefer- und plastischen Gesichtschirurgie sollte zunächst der (temporäre) Erhalt angestrebt werden, ggf. eine Prämolaren-Transplantation zu einem späteren Zeitpunkt. Eine besondere Rolle spielte im Hinblick auf diese Entscheidung auch der Mangel an Therapieoptionen aufgrund des Alters des Patienten.

#### Therapie

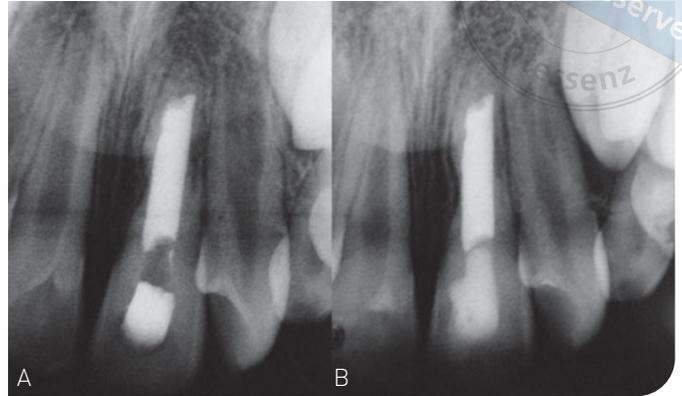
Die Therapie umfasste zunächst die endodontische Therapie des Zahns 21 im Sinne einer sorgfältigen Reinigung und Desinfektion des Wurzelkanalsystems unter Kofferdamsolation und dem OP-Mikroskop. Hierbei wurde der Fokus auf die chemische Reinigung gelegt, die mechanische Reinigung mithilfe von sterilen Wurzelkanalinstrumenten wurde sehr zurückhaltend durchgeführt, um die grazen Wurzelkanalwände nicht zusätzlich zu schwächen. Nach der Trepanation zeigte sich ein leeres Wurzelkanalsystem, die Resorptionen perforierten den Wurzelkanal nicht. Entsprechend der Empfehlungen wurden mehrfache Einlagen mit Calciumhydroxid geplant und durchgeführt und so eine Stagnation der Resorptionsvorgänge erreicht<sup>1</sup> (Abb. 11a). Zudem kam es zu einer Apexi-

fikation, die unter dem OP-Mikroskop visuell kontrolliert werden konnte. Die medikamentösen Einlagen erfolgten über einen Zeitraum von mehreren Monaten, in regelmäßigen Abständen wurde der Therapieerfolg klinisch und röntgenologisch kontrolliert. Abschließend wurde das Wurzelkanalsystem mit einem apikalen MTA-Plug und Guttapercha in Squirting-Technik verschlossen, der Verschluss der Zugangskavität erfolgte adhäsiv mit Komposit. In den nachfolgenden Kontrollen über einen Zeitraum von mittlerweile mehreren Jahren zeigt sich eine stabile und infektionsfreie Situation (Abb. 11b).

Um nach einer Avulsion das Auftreten von Komplikationen, die die Prognose des Zahns kompromittieren, zu vermeiden, sollten einige Punkte beachtet werden. Zunächst ist es von großer Bedeutung, die mechanische Schädigung der Wurzeloberfläche sowie eine lange Trockenzeit des Zahns und damit Austrocknung der Wurzeloberfläche zu vermeiden. Dies kann durch die Lagerung des Zahns in einem Nährmedium, im besten Fall einer Zahnrettungsbox erfolgen. Alternativen hierzu sind die Lagerung in der Alveole, in H-Milch oder isotoner Kochsalzlösung<sup>7</sup>. Im Anschluss an diese Sofortmaßnahme sollte der Zahn möglichst zeitnah replantiert und



**Abb. 11a** Röntgenologische Kontrolle 8 Wochen nach Trepanation und medikamentöser Einlage (A) und nach Obturation mit MTA/Guttapercha 6 Monate nach Trauma, beginnende parodontale Regeneration (B).



**Abb. 11b** Röntgenologische Kontrolle ein Jahr nach Trauma (A) und 3,5 Jahre nach Trauma (B).

flexibel für 1–3 Wochen geschient werden. Das weitere Vorgehen richtet sich dann zum einen nach dem Stadium des Wurzelwachstums, zum anderen nach dem vermeintlichen Zustand der desmodontalen Zellen (Schädigung der Wurzeloberfläche, Trockenlagerungszeit). Bei Zähnen mit abgeschlossenem Wurzelwachstum ist innerhalb von 7–10 Tagen die endodontische Therapie indiziert. Bei Zähnen mit nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum und günstiger Prognose der desmodontalen Zellen (Trockenlagerungszeit < 60 Min.) wird empfohlen, zunächst die spontane Revaskularisation und Einsprossung von Gewebe über den offenen Apex abzuwarten. Sollten sich im Rahmen der engmaschigen Kontrollen pathologische Befunde wie z. B. Resorptionen zeigen, ist eine endodontische Therapie mit nachfolgender Apexifikation/MTA-Verschluss/Revitalisierung indiziert<sup>8</sup>. Die Ziele aller Maßnahmen sollten im besten Fall der dauerhafte Zahnerhalt, in jedem Fall aber der Erhalt des Alveolarknochens und das Vermeiden eines nicht fortschreitenden vertikalen Knochenwachstum sein<sup>9</sup>. Um dies zu erreichen, sind je nach individueller Situation und Heilungsverlauf engmaschige Kontrollen und ggf. auch weitere Interventionen zu planen.

## Fazit

Abschließend ist festzuhalten, dass dentale Traumata meist sehr komplex sind und daher einer guten Dokumentation bedürfen, um Therapien adäquat planen und Heilungsverläufe richtig einschätzen zu können. Hilfreich kann hier neben der Fotodokumentation auch die Integration eines Traumabogens sein, auf dem alle relevanten Befunde übersichtlich erfasst werden.

## Literatur

1. Nolte D. S2k-Leitlinie „Therapie des dentalen Traumas bleibender Zähne“ [Langfassung]. AWMF-Reg.-Nr. 083-004.
2. Celikel P et al. Evaluation of pediatric oral health-related quality of life score in children with traumatic dental avulsion injury: A questionnaire-based cross-sectional survey. *Dent Traumatol* 2024;40(5):567–572.
3. Abbott PV. Prevention and management of external inflammatory resorption following trauma to teeth. *Aust Dent J* 2016;61(Suppl 1):82–94.
4. Kahler B et al. Splinting of teeth following trauma: A review and a new splinting recommendation. *Aust Dent J* 2016;61(Suppl 1):59–73.
5. Ferrazzini Pozzi EC, von Arx T. Pulp and periodontal healing of laterally luxated permanent teeth: Results after 4 years. *Dent Traumatol* 2008;24(6):658–652.

6. Andreasen JO. External root resorption: its implication in dental traumatology, paedodontics, periodontics, orthodontics and endodontics. *Int Endod J* 1985;18(2):109–118.
7. Fouad et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dent Traumatol* 2020;36(4):331–342.
8. Galler et al. European Society of Endodontology position statement: Revitalization procedures. *Int Endod J* 2016;49(8):717–723.
9. Cohenca N, Stabholz A. Decoronation – A conservative method to treat ankylosed teeth for preservation of alveolar ridge prior to permanent prosthetic reconstruction: literature review and case presentation. *Dent Traumatol* 2007;23(2):87–94.



### Dr. Eva Dommissch

Spezialistin für Endodontie der DGET  
Praxis für Endodontie Berlin-Mitte  
Voxstr. 1, 10785 Berlin  
E-Mail: dr.dommissch@endodontie-berlin-mitte.de

# AcciDent & More

Zahnunfälle nehmen zu! Und dennoch ist die Zahntraumatologie in der Praxis ein Gebiet, in dem oftmals die Routine fehlt. Um das Behandlersteam in solchen Notfällen zu unterstützen, hat die Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e. V. (DGET) in Zusammenarbeit mit den Zahnunfallzentren der Universitäten Basel und Würzburg die App AcciDent entwickelt. Die umfassend überarbeitete und aktualisierte Version 4.0 für iOS und Android ist zweisprachig (Deutsch und Englisch). AcciDent bietet alle wichtigen Informationen für eine schnelle und präzise Diagnostik sowie eine fundierte Therapie – jederzeit und ohne langes Suchen. Klinische Videos, ein digitaler Befundbogen und der „Ankylose-Rechner“ sind wertvolle Hilfsmittel, die den Praxisalltag bei Zahnunfällen deutlich erleichtern.

## DGET & Trauma

Das Zahnunfälle häufig die Pulpa betreffen, ist bekannt. Die entscheidende Rolle des Endodonts beim Zahntrauma wird allerdings erst deutlich, wenn das endodontische Management bei schweren Verletzungen mangelhaft ist – leider ein häufiges Ereignis. In den letzten fünf Dekaden hat sich in der zahnärztlichen Traumatologie sowohl wissenschaftlich als auch klinisch viel getan. Jedes der fünf potenziell bei einem Zahntrauma verletzten Gewebe (Zahnhartsubstanz, Endodont, Parodont, Alveolarknochen, Gingiva) profitiert von neuen Materialien und neuen Techniken. Und doch hapert es viel zu oft bei der klinischen Umsetzung. Als interdisziplinäres Fach ist die



Zahntraumatologie auf ein fundiertes Wissen in verschiedenen Disziplinen der Zahnmedizin angewiesen. Gerade in komplexen Fällen müssen oft Entscheidungen auch außerhalb der eigenen therapeutischen Komfortzone getroffen werden.

Die DGET setzt sich aktiv für eine flächendeckende Verbesserung der Versorgung in der Traumatologie in Deutschland ein. In den vergangenen Jahren wurden hierzu verschiedene Ansätze verfolgt. Neben der App AcciDent stehen dem Behandlersteam auf der DGET-Homepage auch aktuelle Therapierichtlinien, Posi-



tionspapiere, Kompaktempfehlungen und Befundbögen zur Verfügung.

Die aktuelle DGET-Initiative „Rette-Deinen-Zahn.de“ richtet sich an Patienten/-innen und bietet umfassende Informationen und Hilfestellungen nach Zahnunfällen. Darüber hinaus unterstützt und begleitet die DGET das Projekt „Zahnrettungskonzept“ (zahnrettungskonzept.info; Projektleiter: J. Knieper). Dieses Projekt setzt sich seit Jahren dafür ein, die Verfügbarkeit von Zahnrettungsboxen an strategisch wichtigen Standorten – Schulen, Sporteinrichtungen und anderen öffentlichen Einrich-

tungen – zu erhöhen, um eine optimale Erstversorgung avulsierter Zähne zu gewährleisten.

## Initiative „Rette Deinen Zahn“

Im vergangenen Jahr wurde deutschlandweit eine repräsentative Umfrage zu Zahntraumata im Auftrag der DGET durchgeführt. Hierbei zeigte sich, dass ca. zwei Drittel der Deutschen entweder selbst oder im nahen Familienumfeld von einem dentalen Trauma betroffen waren. Diese hohe Prävalenz geht jedoch mit einer großen Unsicherheit in der Bevölkerung einher, wie man sich im Fall der Fälle verhalten sollte. 65 % der Befragten wissen demnach nicht, wie sie sich verhalten sollen, wenn ein Zahn im Rahmen eines Traumas abgebrochen ist, und 62 % sind nicht sicher, ob abgebro-

chene Zahnteile überhaupt wieder befestigt werden können oder ein avulsierter Zahn replantiert werden kann. 85 % halten es sogar für nicht sinnvoll, einen avulsierten Zahn (selbst) in die Alveole zurückzusetzen. Aus diesen Umfrageergebnissen lässt sich ein dringender Aufklärungsbedarf der breiten Bevölkerung ableiten, zumal ca. 50 % aller dentalen Traumata durch Stürze oder Haushaltsunfälle verursacht werden, also potenziell Jede/-r betroffen sein kann. Hier hat die DGET in Kooperation mit den Universitäten/Zahnunfallzentren Regensburg, Würzburg, Erlangen und Basel [rette-deinen-zahn.de](http://rette-deinen-zahn.de) ins Leben gerufen. Diese Webseite bietet Patienten/-innen schnelle Hilfe im Fall eines dentalen Traumas. Durch einfache Sprache, schematische Illustrationen und intuitive Bedienbarkeit können Betroffene hier jederzeit sofort Informationen bekommen, wie sie sich verhalten sollten.

Auch für die Zeit nach dem dentalen Trauma sind Hinweise und Empfehlungen nachzulesen, zudem gibt es einen Downloadbereich für weiterführende Informationen zum Thema. In Zukunft wird es weitere Materialien geben, die Zahnärzte/-innen bestellen können, zusätzlich Fortbildungsmaterialien für Einrichtungen wie Schulen, Sportvereine etc., um den Bekanntheitsgrad der Webseite weiter zu steigern und diese relevanten Informationen zum Umgang mit dentalen Traumata einer breiten Bevölkerung zugänglich machen zu können.

### Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie e.V. (DGET)

Sohnstr. 65  
40237 Düsseldorf  
Tel.: 0211-417 46 46 0  
Fax: 0211-417 46 46 9  
E-Mail: [sekretariat@dget.de](mailto:sekretariat@dget.de)

 **39. BERLINER  
ZAHNÄRZTETAG**

**DIE STADT DER KONGRESS**

**JETZT  
ANMELDEN!**

**39. BERLINER  
ZAHNÄRZTETAG**

# **DER GENERALIST ALS SPEZIALIST**

**MUSS MAN HEUTE ALLES KÖNNEN?  
EINE HERAUSFORDERUNG MIT HINDERNISSEN?**

**WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG:**

DR. DERK SIEBERS

**9. UND 10. MAI 2025**

ESTREL CONVENTION CENTER



Mehr Informationen zum Programm und  
den Referierenden unter: [www.quint.link/bzt2025](http://www.quint.link/bzt2025)

 **QUINTESSENCE PUBLISHING**

## Neues aus dem Vorstand

Liebe Mitglieder,  
liebe Freunde/-innen des Verbandes,

der Dentista-Vorstand freut sich, Euch einige spannende Neuigkeiten und Entwicklungen mitteilen zu können, die in den kommenden Monaten auf Euch zukommen werden.

Unter dem Titel „Mehr Power von :innen – Mit dem richtigen Coach Deinen Weg finden“ startete am 15. Oktober unsere zweite Webinarreihe. Es erwartet euch wieder ein spannendes Programm mit erstklassigen Expertinnen auf ihren jeweiligen Themengebieten. In den Vorträgen geht es unter anderem um eine systematische und wirksame Führung, das Dreamteam aus Kontrolle und Motivation sowie die richtige Zielsetzung als Schlüssel zum Erfolg. Für unsere Mitglieder sind die Webinare wieder kostenfrei, meldet euch gerne noch über das Formular auf unserer Website an, um die kommenden Vorträge nicht zu verpassen!

Unsere Vizepräsidentin für den Bereich Fortbildung Dr. Juliane von Hoyningen-Huene hat nicht nur diese Webinarserie für Euch zusammengestellt, sondern plant derzeit auch gemeinsam mit den Leading Ladies in Dentistry den Dentista:Kongress 2025, der am 30. und 31. Mai in Berlin stattfindet und ein absolutes Highlight des kommenden Jahres werden wird! Seid dabei, wenn renommierte Experten/-innen

aus Forschung und Praxis zusammenkommen, um über die Zukunft der Zahnmedizin zu berichten und zu diskutieren. Mit inspirierenden Vorträgen, praxisorientierten Workshops und jeder Menge Gelegenheit zum Networking wird der Kongress wieder ein unvergessliches Erlebnis. Ein Highlight wird das Galadinner am Freitagabend im Ballsaal des Hotel de Rome sein. Sichert Euch am besten jetzt schon eines der begehrten Kongresstickets per Mail an [info@dentista.de](mailto:info@dentista.de).

Unser Vorstand blickt auf ein erfolgreiches Dentista-Jahr zurück und die Planungen für 2025 und 2026 laufen bereits auf Hochtouren. Wir freuen uns darauf, Euch auch im kommenden Jahr ein starkes Programm bieten zu können und Euch mit neuen Ideen im Praxisalltag zu unterstützen!



Eure  
Dr. Rebecca Otto

Dentista bedankt sich für die Unterstützung der Verbandsarbeit herzlich bei seinen Paten:



# Neue Regionalgruppen



Dr. Amelie Osthoff

## Region Dortmund / Ruhrgebiet

Die neue Dentista-Regionalgruppe im Ruhrgebiet für Dortmund und Umgebung hat Dr. Amelie Osthoff ins Leben gerufen. Auf Dentista ist sie während ihrer Schwangerschaft über den Social-Media-Kanal des Verbandes aufmerksam geworden und hat sich für eine Mitgliedschaft entschieden, da ihr die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sehr am Herzen liegt. Für die Stammtische wünscht sie sich eine bunt gemischte Truppe aus Zahnärztinnen jeden Alters und mit vielen verschiedenen Schwerpunkten. Die Regionalgruppenleiterin freut sich auf einen regen Erfahrungsaustausch zu fachlichen und zwischenmenschlichen Themen im Kreise anderer engagierter Kolleginnen. Die Treffen sind offen für alle interessierten Zahnärztinnen, der nächste Stammtisch findet am 3. Dezember um 19:30 Uhr im Restaurant Hoeschkind statt (Phoenixplatz 3, 44263 Dortmund).

**Kontakt & Anmeldung:** [amelie.heppelmann@web.de](mailto:amelie.heppelmann@web.de)



Dr. Mona Shaghayegh Maes

## Region Göttingen

Die Regionalgruppe in und um Göttingen wurde von unserem neuen Dentista Mitglied Dr. Mona Shaghayegh Maes gegründet. Die Stammtische dienen dem Erfahrungsaustausch unter Kolleginnen in entspannter Runde und der regionalen Vernetzung. Unter anderem geht es hier auch um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie die gegenseitige Unterstützung auf dem Weg in die Selbstständigkeit. Der Auftakt-Stammtisch fand bereits am 25. September statt, die Regionalgruppenleiterin freut sich bereits auf das nächste Treffen, das am 4. Dezember ab 18:30 Uhr stattfindet.

**Kontakt & Anmeldung:** [mona.maes@gmx.de](mailto:mona.maes@gmx.de)



Dr. Zina Younan

## Region Bremen

Auch in Bremen gibt es nun eine Regionalgruppe, deren Gründung von Dr. Zina Younan initiiert wurde. Sie ist Fachzahnärztin für Oralchirurgie und hat bereits vor einiger Zeit einen Zahnärztinnen-Stammtisch in Bremen gegründet, der sich als wertvolle Plattform für den fachlichen Austausch, die persönliche Weiterentwicklung und das Networking unter Kolleginnen etabliert hat. Der Stammtisch bietet Raum, um über berufliche Herausforderungen zu sprechen, aktuelle Themen zu diskutieren und sich über Weiterbildungsangebote auszutauschen. Die regelmäßigen Treffen fördern nicht nur den professionellen Dialog, sondern auch den Zusammenhalt unter Kolleginnen. Das bestehende Netzwerk wird nun als Dentista-Stammtisch weitergeführt, um Synergien zu bündeln, neue Impulse zu setzen und den Austausch intensiver zu fördern.

**Kontakt & Anmeldung:** [zina.younan@googlemail.com](mailto:zina.younan@googlemail.com)



## Dentista Webinarreihe: „Mit dem richtigen Coach Deinen Weg finden“

Die Dentista Webinarreihe startete am 15. Oktober 2024 in die zweite Runde! Unter dem Titel „Mehr Power von :innen – Mit dem richtigen Coach Deinen Weg finden“ können sich die Teilnehmer/-innen diesmal auf Vorträge rund um das Thema Coaching freuen.

3. Dezember 2024

**Systemisch führen heißt wirksam führen (Dr. Anke Handrock)**

14. Januar 2024

**Kontrolle und Motivation – ein Dreamteam! (Sabine Kittel)**

11. Februar 2024

**Frauen und ihr Kapitalmarkt (Astrid Stubenvoll)**

**Praktische Tipps & Tricks für den Führungsalltag (Dipl.-Psych. Bianca Rieken)**

Die Vorträge starten jeweils um 20 Uhr. Nach einem einstündigen Vortrag folgt immer ein ca. halbstündiger Austausch zwischen Teilnehmer/-innen und Referenten/-innen.

**Teilnahmegebühr für Nicht-Mitglieder: 250 EUR**

**Für Dentista Mitglieder ist die Teilnahme kostenfrei.**

**Weitere Infos & Anmeldung:** <https://dentista.de/webinarreihe-mit-dem-richtigen-coach-deinen-weg-finden/>

## Dentista Female Founder 2024

Du hast dir in diesem Jahr den Traum von deiner eigenen Zahnarztpraxis erfüllt und bist Dentista Mitglied – oder möchtest es dringend noch werden? Dann bewirb dich jetzt noch bis zum 30. November und werde unser DENTISTA FEMALE FOUNDER 2024! Schick uns hierfür einfach eine kurze Zusammenfassung deiner Niederlassungsgeschichte und deines Praxiskonzepts an [info@dentista.de](mailto:info@dentista.de) (max. eine DIN-A4-Seite als PDF-Datei) und erzähl uns, warum du dieses Jahr „Mehr Power von :innen“ gezeigt hast!

Die Gewinnerin wird Anfang nächsten Jahres in einem ganz besonderen Rahmen ausgezeichnet – wann und wo genau wird in Kürze bekannt gegeben.

## Dentista:Kongress 2025 – „Shaping the Future of (Female) Dentistry!“

Am 30. und 31. Mai 2025 findet in Kooperation mit den Leading Ladies in Dentistry der Dentista:Kongress unter dem Motto „Shaping the Future of (Female) Dentistry!“ statt. Im einzigartigen Ambiente des Ballsaals im Hotel de Rome in Berlin erwartet die Teilnehmer/-innen ein umfangreiches Vortragsprogramm von nationalen und internationalen Top-Referent/-innen, das mit einem breiten Spektrum von Parodontologie, Chirurgie und Implantologie, über Restaurative Zahnheilkunde, Kinderzahnmedizin bis hin zu Leadership-Themen aufwartet. Außerdem können sich die Teilnehmer/-innen auf ein exklusives Galadinner mit einem musikalischen Highlight eines Special Guest freuen.

**Programm & Anmeldung:**

[www.dentista.de/dentista-kongress](http://www.dentista.de/dentista-kongress)



### Gewinnerin des Friedrich-Kreter-Promotionspreises

Wir gratulieren herzlich unserem Dentista-Mitglied Dr. Lea Beck zur Verleihung des diesjährigen Friedrich Kreter-Promotionspreises des Zahnärztlichen Vereins zu Frankfurt am Main. Ihre innovative Arbeit mit dem Titel „Der Einfluss einer Ernährungsumstellung auf eine rein mediterrane Diät bei Gingivitis: Eine randomisierte, kontrollierte, einfach verblindete Interventionsstudie“ ging als Sieger unter den fast zwanzig Einsendungen hervor. Mit ihrer Arbeit, die sie an der Poliklinik für Zahnerhaltung der Universität Tübingen angefertigt hatte, konnte sie unter anderem aufzeigen, dass die Ernährungsumstellung auf eine mediterrane Diät mit viel pflanzlicher Kost und Fisch bei gleichzeitiger Reduktion des Anteils von Milch, Eiern, Fleisch und Zucker zu einer Reduktion sowohl des Gingival- als auch des BOP-Indexes führen kann.

Dr. Lea Beck und Prof. Dr. Robert Sader.



# Dentista-Akademie

## IFG: 25. Best Day

Unter dem Motto „Optimierte Selbstorganisation – als Schlüssel zu mehr privatem Glück und beruflichen Erfolg“ unseres Kooperationspartners IFG hat Geschäftsführer Wilhelm Hakim wieder ein fantastisches Workshop- und Vortragsprogramm für den 25. Best Day auf die Beine gestellt. Die Teilnehmer/-innen dürfen sich auf viele hochkarätige Referenten/-innen, spannende Themen und ein einzigartiges Rahmenprogramm freuen.

Bei **Anmeldungen** bis zum 31.12.2024 gilt der Sonderpreis i. H. v. 549€, bei Teamanmeldungen ab 10 Personen nur 449€ p. P.

**Termin:** 21./22. Februar 2025

**Ort:** MARITIM Hotel Düsseldorf

**Infos & Anmeldung:** [www.ifg-bestday.de](http://www.ifg-bestday.de)

## DGSZM: Jahreskongress 2024

Unser Kooperationspartner die DGSZM veranstaltet ihren diesjährigen Jahreskongress im November im Country Club Kitzbühel. Die Teilnehmer/-innen können im Rahmen des Kongresses unter anderem den Zertifizierungskurs Invisalign GO zu exklusiven Sonderkonditionen absolvieren sowie einen Dental-fotografie-Workshop besuchen. Dentista Mitglieder erhalten 10 % Rabatt auf die Teilnahmegebühr.

**Termin:** 29. November bis 1. Dezember 2024

**Ort:** Kitzbühel Country Club

**Infos & Anmeldung:** <https://dgszm.de/news/jahreskongress-2024-kitzbuehel/>

## 2N Intensiv Curriculum: Ästhetik, Funktion & Praxisführung

Das 2N Intensiv-Curriculum Ästhetik und Funktion, bei dem unter anderem unser Mitglied Dr. Johanna Herzog als Referentin dabei ist, bildet die Teilnehmer/-innen als Experten/-innen zu den Themen Weiße Ästhetik, Rote Ästhetik, Funktionsdiagnostik sowie Praxisführung fort. Die Module sind einzeln oder als Gesamtpaket buchbar. Dentista Mitglieder erhalten 10 % Rabatt auf die Teilnahmegebühr.

### Termine:

**A-Kurs – Weiße Ästhetik:** 02./03. Mai 2025

**B-Kurs – Rote Ästhetik:** 22./23. November 2024, 04./05. Juli 2025

**C-Kurs – Funktion:** 03./04. Oktober 2025

**D-Kurs – 7 Säulen des Praxiserfolges:** 14./15. November 2025

**Ort:** 2N Fortbildung für Zahnärzte in Nürnberg

**Weitere Infos:** <https://www.2nurse.de/2n-curriculum/>

## Curriculum: Zahnärztliche Chirurgie für Zahnärztinnen

Das Curriculum unseres Mitglieds Prof. Dr. Margrit-Ann Geibel an der Zahnärztlichen Akademie Karlsruhe bietet Zahnärztinnen seit 2016 einen geschützten Raum für geschlechtsspezifische Belange in Verbindung mit einem hochintensiven Training. Die Teilnehmer/-innen werden in sieben Intensivkursen fit gemacht in Theorie und Praxis unter anderem für klassische den-toalveoläre Eingriffe, die Insertion von Einzelimplantaten oder die chirurgische Behandlung im mobilen Einsatz. Mit erfolgreichem Abschluss der Kursreihe erlangen die Teilnehmerinnen die Voraussetzung zum Ausweisen des Tätigkeitsschwerpunktes „Zahnärztliche Chirurgie“. Alternativ sind die Kurse auch als Einzelmodule buchbar.

**Termine:** 7. März bis 25. Oktober 2025

**Ort:** Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe

**Infos & Anmeldung:** <https://www.za-karlsruhe.de/de/akademie/fortbildungsangebot>  
Kurs-Nr. 9673 – 9678

## Komet Dental: EndoFIT Kursangebot

Das Angebot von Produkten am Markt ist bisweilen undurchsichtig – hier setzen die EndoFIT Kurse an, in denen den Teilnehmer/-innen step by step gezeigt wird, mit welchen Instrumenten aus dem Sortiment unseres Paten Komet die einzelnen Schritte der Wurzelkanalbehandlung schnell, effizient und sicher durchgeführt werden können. Dentista Mitglieder erhalten 20 % Rabatt auf die Kursgebühren.

**Infos, Orte & Termine:** <https://endofit.azurewebsites.net>

# Synergien bündeln, um gemeinsam mehr zu erreichen – Ein standespolitischer Abend mit Dentista und dem Zahnärztinnen Netzwerk

Am Vorabend des Kongresswochenendes in München fand ein inspirierender standespolitischer Abend unter dem Motto „Gemeinsam stärker“ statt, organisiert von Dentista und dem Zahnärztinnen Netzwerk. Moderiert wurde die Veranstaltung von Claudia Huhn, der Gründerin von Zahnärztinnen Netzwerk.

Im Mittelpunkt des Abends stand eine intensive Diskussion rund um die Themen Standespolitik und Frauen in der Zahnmedizin. Gemeinsam mit Dr. Cosima Rücker, Sabine Steding, Dr. Gertrud Fabel, Dr. Petra Volz und Dr. Rebecca Otto wurden wichtige Fragen erörtert: Warum engagieren sich noch zu wenige Frauen in der Standespolitik? Welche kulturellen Veränderungen sind notwendig, um ehrenamtliche Tätigkeiten für junge Zahnärztinnen und Zahnärzte attraktiver zu gestalten? Diese und weitere Fragen führten zu einem regen Austausch – auch mit den anwesenden Teilnehmerinnen, deren Impulse wertvolle Denkanstöße lieferten.

Der Abend machte eines deutlich: Gemeinsam sind wir stärker! Es war sicherlich nicht das letzte Mal, dass wir uns zu diesen Themen austauschen, und es wurde klar, dass wir unsere Synergien auch in Zukunft nutzen werden, um noch mehr zu erreichen. Abgerundet wurde der Abend mit einem leckeren Buffet, das den idealen Auftakt für den 10. Zahnärztinnenkongress am 14. September bildete.

## Zahnärztinnenkongress in München: Wissenstransfer und Netzwerken auf höchstem Niveau

Zahnärztinnen aus ganz Deutschland nutzten den Kongress, um sich zu vernetzen, Erfahrungen auszutauschen und gemeinsame Visionen zu entwickeln. Die Energie und das Engagement waren in jeder Phase des Tages spürbar.

### Drei erstklassige Vorträge prägten den Kongress

- Cornelia Wanke referierte über „Gesundes Leadership im Gesundheitswesen: Vom Ich zum Du zum Wir“ und zeigte eindrucksvoll, wie empathisches und nachhaltiges Leadership den Erfolg von Praxen und Teams fördert.
- Christina Hofmeister begeisterte mit ihrem Vortrag „Mind Matters: Neuromarketing- & Leadership-Hacks, die dein Business transformieren“ und gab wertvolle Impulse, wie man durch gezielte Ansätze das eigene Unternehmen revolutionieren kann.



Die Teilnehmerinnen des standespolitischen Abends im Gespräch.



Die Speakerinnen (v. l. n. r.): Claudi Huhn, Dr. Cosima Rücker, Dr. Rebecca Otto, Sabine Steding, Dr. Petra Volz, Dr. Gertrud Fabel.

- Franzi von Hardenberg teilte in „Wachstum, Wagnisse, Weisheiten“ ihre wichtigsten Learnings aus einem Jahrzehnt Unternehmertum – ein praxisnaher Leitfaden für persönliches und berufliches Wachstum.

### Abschluss in stilvoller Atmosphäre

Den krönenden Abschluss des Tages bildete ein exklusives Networking-Event im Brenner Operngrill. Bei kulinarischen Köstlichkeiten und anregenden Gesprächen ließen die Teilnehmerinnen den ereignisreichen Tag in entspannter Atmosphäre ausklingen.

Ein besonderer Dank gilt dem Zahnärztinnen Netzwerk für die hervorragende Organisation und die großartige Zusammenarbeit. Wir freuen uns schon auf die kommenden Veranstaltungen!



# Wie gelingt der Wandel zum proaktiven Gesundheitsförderungssystem?

## Runder Tisch der Frauen im Gesundheitswesen



### Zitat

„Der Name Gesundheitspolitik muss endlich halten, was er verspricht!“

Dentistas vor Ort (v. l. n. r.): Dr. Johanna Herzog, Dr. Susanne Fath, Dr. Juliane von Hoyningen-Huene, Dr. Rebecca Otto

Prävention stärken, Eigenverantwortung fördern und Gesundheitsaspekte in alle gesellschaftlichen und politischen Bereiche integrieren. Das sind aus Sicht des Rundes Tisches der Frauen im Gesundheitswesen die wichtigsten Faktoren, um das deutsche Gesundheitssystem zukunftsfähig aufzustellen und von einem reaktiven Krankheits- zu einem proaktiven Gesundheitsförderungssystem umzuwandeln. „Der Name ‚Gesundheitspolitik‘ muss endlich halten, was er verspricht“, forderte der Runde Tisch heute anlässlich seines jährlich stattfindenden Parlamentarischen Abends die Politik zur Neuausrichtung auf.

Mehr als 120 Teilnehmende haben darüber diskutiert, wie der seit Jahren eingeforderte Paradigmenwechsel „from sick care to health care“ gelingen kann. „Gesundheit wird als Kostenfaktor und nicht als Investition in Zukunftsfähigkeit verhandelt. Ihre soziale, ökonomische und politische Bedeutung wird verdrängt. Nur durch Anerkennung der volkswirtschaftlichen Bedeutung der weiblichen Care-Arbeit werden wir die auf uns zukommenden Gesundheits Herausforderungen bewältigen können. Dem verschließt sich Politik und Gesellschaft“, so Keynote-Speakerin Prof. Ilona Kickbusch, Gründerin des Global Health Centre beim Graduate Institute in Genf. „Gesundheitsförderung

ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, der sich die Politik stellen muss. Ohne politische Entscheidungen, welche gesundheitsschädlichen Lebensumstände und Produkte ins Visier genommen werden müssen, lassen sich die großen Gesundheits Herausforderungen nicht bekämpfen. Dazu fehlt bisher der Mut.“

Insgesamt herrschte bei den Teilnehmenden Einigkeit darüber, dass Deutschland den Herausforderungen des demografischen Wandels aktiver begegnen muss, indem Prävention und Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik gestellt werden. Der bisherige Fokus auf ein krankheitszentriertes Versorgungssystem reicht nicht aus, um die gesundheitlichen und systemischen Herausforderungen der Zukunft zu meistern.

Deutlich wird dies auch beim „Gesundes-Herz-Gesetz“, das in der Konstruktion nicht zielführend ist, da Primärprävention nur ungenügend berücksichtigt wird. Umso wichtiger ist es, dass Prävention als eigenständige Säule der Gesundheitspolitik stärker etabliert wird, so die Forderung des Rundes Tisches der Frauen im Gesundheitswesen. In einem gemeinsamen Aufruf skizziert der Runde Tisch, wie eine ganzheitliche Präventionsstrategie aussehen kann, und unterstreicht die Bedeutung von Gesundheit in allen Politikbereichen („Health in all policies“), Verhältnis- und Verhaltensprävention.

Eine besondere Rolle bei der Neuausrichtung der Versorgung spielen Frauen im Gesundheitswesen, denn dafür sind insbesondere andere Leadership-Qualitäten gefragt. Somit ist eine paritätische Besetzung von Frauen und Männern in Führungspositionen unverzichtbar. Bislang sieht der Runde Tisch der Frauen im Gesundheitswesen dies allerdings selten – sowohl in den existierenden Bundesbehörden, den Organisationen der

Selbstverwaltung, in Institutsleitungen als auch in Verwaltungen. So sind beispielsweise alle Bundesoberbehörden zurzeit unter männlicher Führung. Um die weibliche Perspektive stärker in die Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse einzubinden, bedarf es einer Quote. Denn: Nur gemeinsam kann es gelingen, das deutsche Gesundheitssystem zukunftsfähig zu gestalten und weiterzuentwickeln.

## Dentista on Tour: Praxisausflug und Fortbildung auf hoher See

Am 5. September endete die dentale Fortbildungsreise für Zahnärzte/-innen, welche die Teilnehmer/-innen nach Kopenhagen und Oslo geführt hatte. Über 130 Zahnärzte/-innen und deren Mitarbeiter/-innen nutzten die Gelegenheit, sich in entspannter Atmosphäre nicht nur weiterzubilden, sondern auch intensiv mit Kollegen/-innen und den Referenten/-innen auszutauschen. Dentista war zum ersten Mal mit an Bord und durfte den Verband und dessen Aufgaben und Ziele vorstellen. Auch Birgit Wolff, die Gründerin von Dentista, war dabei und hat mit Stolz auf die aktuelle Arbeit des Verbandes geblickt.

Organisiert wurde die Reise von dem führenden Spezialisten für Fortbildungsreisen Dental on Tour. Geschäftsführer Abdou Nakhla und sein Sohn schufen dabei ein Rahmenprogramm, das mit viel Herzblut und Liebe zum Detail überzeugte. Die reibungslose Organisation und die angenehme Atmosphäre ließen keine Wünsche offen. Neben den spannenden Vorträgen und Workshops gab es genügend Raum für tiefgründige Gespräche, die im hektischen Praxisalltag sonst oft zu kurz kommen.

Die Themen der Vorträge deckten ein breites Spektrum ab: Dr. Rebecca Otto beleuchtete aktuelle Entwicklungen in der Standespolitik und die Veränderungen in der Arbeitswelt, während Kinderzahnärztin Dr. Anne Heinz das Thema „Das Kind als Patient“ behandelte. Die Vertriebsleiterin von der DZR Iris Hanßen führte in die Feinheiten der Abrechnung und Benchmarking ein und Wilfried Böttjer sowie Kai Weiffen (Projekt Deutschland Dental) widmeten sich den digitalen Prozessen „Vom Scannen zum Modell bzw. zur Schiene“. Die Expertise der Referenten/-innen wurde von den Teilnehmern/-innen hoch geschätzt, was durch die durchweg positive Resonanz und die hohe Teilnehmerzahl deutlich wurde. Unser persönliches Highlight war der fantastische Vortrag von Dentista Beirat für Praxisgründung und Praxisabgabe Thomas Kirches (DentBera-



Vortrag von Dentista-Mitglied Dr. Anne Heinz auf hoher See

tion) zum Thema „Gutes noch besser machen“. Er zeigte uns viele hilfreiche Fälle aus der Praxis, beispielsweise wie Abläufe optimiert werden können.

Diese besondere Fortbildungsveranstaltung bot jedoch nicht nur wertvollen fachlichen Input. Die entspannte und gleichzeitig inspirierende Atmosphäre ermöglichte es den Zahnärzten/-innen zudem, abseits des Arbeitsalltags wertvolle Kontakte zu knüpfen und Ideen auszutauschen. Gespräche, die auf Reisen in einem gelösteren Umfeld stattfinden, sind oft tiefgründiger und nachhaltiger, so das Fazit vieler Teilnehmer/-innen.

Die Fortbildungsreise Praxis Days kann abschließend definitiv als voller Erfolg gewertet werden. Dank der engagierten Organisation und der hochkarätigen Vorträge freuen sich viele bereits auf eine mögliche Wiederholung – und Dentista war mit Sicherheit nicht zum letzten Mal dabei.

Für weitere Informationen über zukünftige Reiseseminare: [www.dental-on-tour.de](http://www.dental-on-tour.de).



## Wir besuchen Friederike Heinitz, Potsdam



Was bringt eine selbstständige Zahnärztin, die gleichzeitig junge Mutter von 4 Kindern ist, dazu, den Spagat zwischen Job und Familie noch weiter zu strapazieren und mit einer eigenen Liste bei der Kammerwahl in Brandenburg anzutreten? Die Liebe zum Beruf und das Gefühl, dass es mehr Berufung als Job ist und sich Einsatz immer auszahlt! Nach ihrer ersten Wahl 2020 – bei der sie mit ihrer Liste bereits 2 Sitze gewinnen konnte – tritt Friederike Heinitz auch bei der nächsten Wahl erneut an. Ihre Liste „Dentista Zahnärztinnen Land Brandenburg“ ist dank der in den vergangenen Jahren geknüpften Kontakte nun deutlich breiter aufgestellt. Und ihr Engagement und der Wille, Dinge zu verändern, ist nach den ersten Kammerjahren weiter gewachsen.

Friederike Heinitz studierte in Leipzig Zahnmedizin. Bereits während des fordernden Studiums war Sport ihr Ausgleich und so finanzierte sie sich das Studium, indem sie in den Wintermonaten als Skilehrerin arbeitete. Nach dem erfolgreich abgeschlossenen Studium kehrte Friederike zurück in die Heimat. Ihr erstes Jahr der Assistenzzeit verbrachte sie in einer kleinen Einzelpraxis am Rand von Berlin. Allerdings wünschte sie sich mehr Austausch unter Kollegen/-innen. So wechselte sie für das zweite Jahr der Assistenzzahnarzt Ausbildung in eine große Zahnklinik nach Bernau. Das Lernen und Arbeiten in einem sehr großen Team empfand sie als bereichernd und sie ist rückblickend sehr dankbar für diese intensive Zeit. Anschlie-

ßend bot sich ihr die Möglichkeit, sich niederzulassen und Teilhaberin einer Praxisgemeinschaft zu werden. Im Rahmen einer KZV-übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft (KüBAG) ist sie dort bis heute in einem Verbund aus derzeit 11 Kollegen/-innen tätig, die gemeinsam 10 Praxen in Brandenburg und Berlin betreiben.

Aus ihrer Sicht hat dieses Konstrukt den großen Vorteil, eine eigene Praxis leiten zu können und gleichzeitig innerhalb der Gesellschaft administrative Aufgaben zu teilen. Friederike und ihre Kollegen/-innen haben einen engen und vertrauensvollen Austausch, unterstützen sich fachlich, vertreten sich gegenseitig und können Personalengpässe besser ausgleichen. Dabei sind sie als Zahnärzte/-innen gleichzeitig die Gesellschafter, haben keinen übergeordneten Investor und können so frei und unabhängig agieren.

Friederike hat sich niedergelassen, als ihr erster Sohn gerade 5 Monate alt war. Ohne diesen Verbund hätte sie nicht noch 3 weitere Kinder bekommen und die Praxis so unproblematisch weiterführen können. „Wobei unproblematisch natürlich Understatement ist. Alle arbeitenden Eltern kennen den Drahtseilakt der Vereinbarkeit von Familie und Beruf“, stellt Friederike fest. Dass sie diesen Drahtseilakt trotzdem meistert, erfüllt sie mit Stolz. Was sie dabei immer wieder antreibt, ist die Leidenschaft, die sie für ihren Beruf verspürt, sowie das Verbundenheitsgefühl ihren Patienten/-innen gegenüber. Und trotzdem ist es für sie sehr wichtig, dass darüber gesprochen wird. So beobachtet sie, dass viele junge Zahnmediziner/-innen davor zurückschrecken, Praxen zu übernehmen, aus Angst, nicht genügend Zeit für die Familie übrig zu haben.

Hinzu kommen immer mehr Anforderungen im Bereich Arbeitsschutz, Qualitätsmanagement und Hygiene, die teilweise nicht nur schwer nachvollziehbar seien, sondern vor allem auch viel Zeit in Anspruch nehmen würden – Zeit, die dann nicht am Stuhl den Patienten/-innen zur Verfügung gestellt werden könnte. Dies sei ein großes Problem, stellt sie fest: „Die Unterversorgung, gerade auf dem Land, schreitet damit immer weiter voran.“ So gäbe es immer wieder Beispiele von älteren Kollegen/-innen im ländlichen Raum, die niemanden fänden, um die Praxen weiterzuführen, und damit zum Ende des Arbeitslebens ihr Lebenswerk auflösen und so eine große Lücke in die ländliche Versorgungslandschaft schlagen müssten.

Diese Beispiele berühren Friederike stark. Und genau so genauso sehr verärgern sie sie auch. „Ich konnte noch nie



Dinge, die mich stören, einfach so hinnehmen“, sagt sie. Und so kam sie dazu – ziemlich spontan 2020 – für die Kammer zu kandidieren. Mitdenken, mitgestalten und Strukturen verändern, das sind ihre Ziele und diese Ambitionen begleiten die frühere Klassen- und heutige Elternsprecherin schon ein Leben lang. „Ich habe schnell gemerkt, dass ich als Praxisinhaberin zwar nach innen meine Praxis genauso leiten kann, wie ich mir das vorstelle, aber viele Parameter, die eine bestmögliche und patientenzentrierte Versorgung bedingen, außerhalb von meinem Einfluss liegen“, erzählt Friederike, wenn man sie danach fragt, warum sie sich in der Kammer engagieren möchte. Ihre erste Legislaturperiode war geprägt vom Zuhören und Lernen, vom Verstehen, was wie genau passiert, und vom Einordnen. Diesen Weg möchte sie fortführen und sich so darauf vorbereiten, eines Tages mehr Verantwortung zu übernehmen und die Veränderung von Strukturen selbst mit beeinflussen zu können.

Vernetzung ist für Friederike eines der Kernelemente ihres Engagements: „Wir stehen so viel allein am Stuhl – natürlich

haben wir unsere Assistenten/-innen, aber ich fühle mich doch oft wie eine Einzelkämpferin.“ Den Wert des Miteinanders lebt sie zu einem großen Teil in der KüBAG. Doch auch über die KüBAG hinaus möchte sie sich weiter vernetzen und sieht den Wert darin für alle Zahnärztinnen: „Wenn wir uns gemeinsam über unsere Sorgen, unsere Ideen und Herausforderungen austauschen, nicht als Konkurrentinnen, sondern als Support-System, dann ist geteiltes Leid schnell halbes Leid.“ Friederike freut sich über alle Mitstreiterinnen, die sich mit ihr austauschen und sich ihr anschließen wollen. Daran mitzuwirken, dass in der Standespolitik ein ausgeglichenes Verhältnis von Frauen und Männern besteht, welches die tatsächliche Struktur in der Zahnärzteschaft widerspiegelt, ist ihr ein Anliegen. „Ich denke, für uns Frauen ist das schon oftmals schwieriger, einfach weil wir häufiger ein schlechtes Gewissen unseren Kindern gegenüber haben, wenn wir von der wenigen Familienzeit etwas für unser Engagement abzwacken“, erzählt sie. Doch lohnt es sich, ist ihre Erfahrung.

## Wahlprogramm der Liste „Dentista Zahnärztinnen Land Brandenburg“ (gekürzt)

### Aktualisierung der Bereitschaftsdienstordnung für Zahnärzte/-innen im Land Brandenburg

Die Bereitschaftsdienstordnung regelt nach § 3 die Zugehörigkeit der ZÄ nach Kreisen und regionalen Besonderheiten. Wir fordern die LZÄK und KZV Brandenburg dazu auf, die Neuordnung und Aktualisierung der Bereitschaftsdienstkreise vorzunehmen. Durch Praxisschließungen reduziert sich die Anzahl der tätigen ZÄ im Land Brandenburg stetig, dies führt unter anderem zu einer Reduzierung der Anzahl an ZÄ in einem tätigen Bereich. Folglich kommt es zu einer Mehr- bzw. Überbelastung der im Landkreis tätigen ZÄ. Wir fordern, dass die Körperschaften über aktuelle Registerauszüge die Anzahl der im Bereitschaftsdienstkreis partizipierenden ZÄ – auf mindestens 60 ZÄ – konstant halten. Zudem sollte eine Befreiung vom Bereitschaftsdienst nach ärztlichem Vorbild auch für ZÄ mit Erreichung des 65. Lebensjahres möglich sein.

### Mehr Digitalisierung – weniger Bürokratie

Digitalisierung führt zur Reduktion der Arbeitsbelastung und erleichtert den Workflow der Zahnarztpraxis. Weitere positive Effekte sind Nachhaltigkeit, Material- und Platzersparnisse. Bis dato werden von den Krankenkassen keine digitalen Abformungen und Modelle bezuschusst, obwohl dies im Sinne der Nachhaltigkeit obligat ist. Aufbewahrungsfristen für zahnärztliche Modelle von 10 Jahren sprengen ganze Kellerräume. Auch die Kommunikation mit zahnärztlichen Fremdlaboren wird über digitale Abformungen deutlich erleichtert. Ebenso entfallen Transportpauschalen, Fahrzeiten, CO<sub>2</sub>-Emissionen und Kosten der ohnehin durch Fachkräftemangel überforderten Fremdlabore. Eine Gleichstellung digitaler gegenüber analogen Konzepte ist zeitgemäß. Wir fordern die LZÄK zur Aufnahme dieses Vorschlags und zur Weitergabe an bzw. zu Verhandlungen mit Bundes- und Landesgremien auf.

### Aktualisierung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde

Das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde von 1958/2018/2020 entspricht nicht dem aktuellem Stand und europäischen Richtlinien. Wir fordern eine Anpassung des Gesetzes an EU-Richtlinien und den innereuropäischen Standard. Die Gesetzeskonformität nach EU-Richtlinien ist obligat, innereuropäische ZÄ sollten in jedem EU-Land die gleichen Befugnisse haben. Das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde schränkt deutsche Zahnärzte maßgeblich ein, eine ganzheitliche orale Rehabilitation und Betreuung unserer Patienten ist nur unzureichend möglich.

# KOMPENDIUM DER SUPERLATIVE



Otto Zuhr | Marc Hürzeler

## Entscheidungsfindung im Spannungsfeld von Parodontologie und Implantattherapie

Zeit für personalisierte Oralmedizin

3 Bände im Hardcover im Schuber

1.900 Seiten, 4.900 Abb.

ISBN 978-3-86867-625-9

Artikelnr. 21070

**Einführungspreis € 398,-**

(gültig bis 31.12.2024, danach € 498,-)



**Inklusive 19 Videos mit  
34 Minuten Gesamtlaufzeit!**

Auf Basis aktueller Forschungsdaten ist es heute nicht mehr gerechtfertigt, als Zahnarzt oder Zahnärztin für oder gegen den Erhalt stark vorgeschädigter Zähne beziehungsweise für oder gegen Implantate zu sein. Vielmehr ist die Zeit gekommen, sich von Dogmen zu lösen und beide Welten – Zahnerhaltung und Implantattherapie – zum Wohle der Patienten zu einem sinnvollen Ganzen zusammenzufügen.

In dieser einzigartigen Publikation zeigen die beiden Autoren, wie sich unter Beachtung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und

der individuellen Risikoprofile und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten gesunde und stabile gingivale und periimplantäre Weichgewebe erzielen lassen.

Das dreibändige Kompendium enthält dafür alle biologischen und technischen Grundlagen (Band 1) sowie sämtliche chirurgischen Techniken (Band 2 und 3) – in herausragender Form aufbereitet, brillant illustriert und durch umfangreiches Videomaterial ergänzt. Dieses Werk ist ohne Zweifel ein Novum in der zahnmedizinischen Fachliteratur!



# Praxisübernahme: Von der Einzelpraxis zur Gemeinschaftspraxis

## Dr. Valesca Pinsel, Heroldsbach



### Wie kam es dazu, dass Du Dich für die Niederlassung entschieden hast?

Der Wunsch danach, irgendwann in meiner eigenen Zahnarztpraxis arbeiten zu können, war schon seit dem Studium präsent. Meine Tante ist ebenfalls selbstständige Zahnärztin und musste ihre Praxisräumlichkeiten aufgrund einer Eigenbedarfsanmeldung verlassen. Aus dieser Situation heraus entwickelten sich dann bei mir die ersten Pläne zur Übernahme ihrer Praxis und die Suche nach neuen Praxisräumlichkeiten begann.

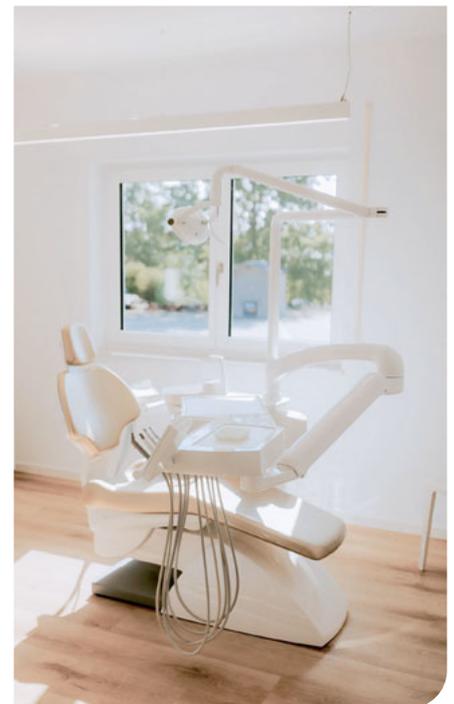
### Für welche Praxisform hast Du Dich bei der Niederlassung entschieden?

Meine Zahnarztpraxis ist keine klassische Einzelpraxis, da meine Tante – nun als angestellte Zahnärztin – weiterhin in

der Praxis mitarbeitet. Langfristig gesehen wollen wir unser Ärzteteam auch noch ausbauen und zu einer größeren Gemeinschaftspraxis heranwachsen.

### Auf welchem Weg habt Ihr die neuen Praxisräume gefunden und wie gestaltete sich der Aus- bzw. Umbau bis hin zu Deiner Traumpraxis?

Den Standort für die neuen Praxisräumlichkeiten in unserem Heimatort Heroldsbach haben wir über eine Chiffre-Anzeige im lokalen Gemeindeblatt gefunden. Mit unserem zukünftigen Vermieter haben wir dann einen Grundriss geplant und danach alles bis ins Detail mit „Leben“ gefüllt. Der Weg hin zur eigenen Zahnarztpraxis war von Höhen und Tiefen geprägt. Aufgrund von vielen bürokratischen Hürden haben sich





manche Angelegenheiten viel zeitintensiver als erwartet herausgestellt. Ich hatte jedoch auch viel Spaß daran, vor allem bei der Entwicklung des Innendesigns. Der große Vorteil war, dass ich insgesamt zwei Jahre Planungszeit hatte und somit genügend Zeit vorhanden war, verschiedene Angebote einzuholen und Details zu planen.

**Welche Art von Unterstützung und Beratung hattest Du? Was davon war sinnvoll und worauf hättest Du im Nachhinein betrachtet auch verzichten können?**

Ich habe ein familiär geführtes Dentaldepot ausgewählt, welches mich in der gesamten Planungs- und vor allem auch Bauphase sehr gut begleitet hat. Das hat mir enorm geholfen, da durch das Depot die Kommunikation mit den verschiedenen Gewerken gut funktioniert hat. Ich hatte lokal ansässige Gewerke, auf die ich mich immer verlassen konnte. Mein Partner, der auch in der Baubranche tätig ist, hat mich während der Planungs- und Bauphase sehr unterstützen können. Die eine oder andere kleine Fehlentscheidung wird man immer haben, aber retrospektiv betrachtet würde ich mich immer wieder so entscheiden.

**Was waren die größten Herausforderungen? Welche Schwierigkeiten gab es und wie konnten diese gelöst werden?**

Die größte Herausforderung war es, die Zahnarztpraxis zum 1. Oktober 2023 voll funktionsfähig eröffnen zu können. Es sind so viele verschiedene kleine Zahnradchen, die am Ende ineingreifen müssen – von der Installation des EC-Kartenlesegeräts über die neue Praxissoftware bis hin zur Lampe im Eingangsbereich – kurz vor Eröffnung schien die To-do-Liste noch unendlich lang zu sein. Ich habe großes Glück, dass ich ein sehr motiviertes Praxisteam und meine Familie an meiner Sei-

te hatte. So konnten wir alle Aufgaben verteilen und die Praxis wie geplant Anfang Oktober erfolgreich eröffnen. Meine schönste Herausforderung war, dass ich zeitgleich zur Eröffnung hochschwanger war und unsere Tochter im November 2023 geboren wurde.

**Wie erlebst Du bisher den Wettbewerb unter Kollegen/-innen in Deiner Region?**

In unserer Region gibt es sowas wie einen „Wettbewerb“ nicht. Es ist vielmehr eine Art „Zusammenarbeit“ und jeder unterstützt bei Bedarf den anderen. Der Austausch mit Kollegen/-innen ist meiner Meinung nach extrem wichtig und bringt vor allem in der Gründungsphase sehr viel wertvollen Input.

**Was würdest Du Kolleginnen, die sich niederlassen möchten, an wertvollen Tipps anhand deiner Erfahrungen mit auf den Weg geben?**

Mein Tipp ist, sich genügend Zeit für die Planung und Realisierung der eigenen Zahnarztpraxis einzuräumen. Viele Entscheidungen sollten gut durchdacht werden und es spart viel Geld, Angebote in Ruhe vergleichen zu können und sich im Zweifel nochmal an anderer Stelle beraten zu lassen. Sollte die Familienplanung noch nicht abgeschlossen sein, würde ich mich immer wieder für das Modell einer Praxisübernahme mit Unterstützung durch den/die Vorbesitzer/-in oder der bereits angestellten Zahnärzte/-innen entscheiden. Mama-Sein UND Existenzgründerin ist eine herausfordernde Kombination, aber mit der richtigen Unterstützung keinesfalls unmöglich.

**Für wen, würdest Du sagen, ist eine Landzahnarztpraxis wie Deine ein gutes Modell?**

Ich würde eine Landzahnarztpraxis jedem empfehlen, der ein breites Behandlungsspektrum anbieten möchte. Unsere

Patienten/-innen sind sehr zuverlässig und dankbar, eine Zahnarztpraxis direkt vor Ort zu haben.

**Hat die Landzahnarztpraxis aus Deiner Sicht eine Zukunft?**

Absolut! Die Menschen schätzen es sehr, für einen Zahnarztbesuch nur einen kurzen Fahrtweg auf sich nehmen zu müssen und das gesamte Team persönlich zu kennen.



**Dr. Valesca Pinsel**

Zahnarztpraxis Dr. Valesca Pinsel

Am Kübelweiher 5

91336 Heroldsbach

[www.zahnarztpraxis-heroldsbach.de](http://www.zahnarztpraxis-heroldsbach.de)

E-Mail:

[info@zahnarztpraxis-heroldsbach.de](mailto:info@zahnarztpraxis-heroldsbach.de)

# Wir schaffen das gemeinsam



shutterstock/Marian Fil

**Patientenkommunikation –  
Mitarbeiterbindung –  
Praxisorganisation**

Hier Gratisgeschenk  
und mehr Infos sichern



**DKV**  
**goDentis**

**Ihr Partner für Zahngesundheit  
und Kieferorthopädie**

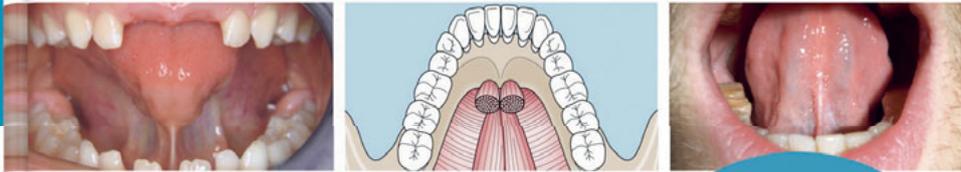
# ORALE RESTRIKTIONEN ERKENNEN UND BEHANDELN



NEU

ANITA BECKMANN | ULRIKE UHLMANN

## DAS RESTRIKTIVE ZUNGENBAND



EINE  
INTER-  
DISZIPLINÄRE  
HERAUS-  
FORDERUNG



QUINTESSENZ PUBLISHING

QUINTESSENZ PUBLISHING



Anita Beckmann | Ulrike Uhlmann (Hrsg.)

### Das restriktive Zungenband

Eine interdisziplinäre Herausforderung

256 Seiten, 370 Abbildungen

Artikelnr. 23910, € 128,-

Die Zunge hat eine wichtige Funktion für die Entwicklung des myofunktionellen Gleichgewichts und darüber hinaus. Aus diesem Grund kann ein Zungenband, das die Zunge in ihrer Funktion einschränkt, weitreichende Folgen haben. Auch Zahn- und Kieferfehlstellungen, Auffälligkeiten bei der Sprachentwicklung, der Atmung oder der sensomotorischen Entwicklung sind möglich. Die Autorinnen und Autoren beleuchten das Thema aus den verschiedenen therapeutischen Blickwinkeln und wissenschaftlich fundiert für alle Alterstufen. Sie liefern die theoretisch notwendigen Grundlagen und besprechen mögliche therapeutische Interventionen im interdisziplinären Ansatz. Dieses Buch soll den Leserinnen und Lesern das umfassende theoretische und praktische Rüstzeug geben, orale Restriktionen zu erkennen, einzuschätzen und vor allem patientenorientiert zu behandeln.



[www.quint.link/zungenband](http://www.quint.link/zungenband)



[buch@quintessenz.de](mailto:buch@quintessenz.de)



+49 30 76180-667

QUINTESSENZ PUBLISHING

# Experten beraten über Universaladhäsive

Beim „Experten Hearings – zu Gast bei Quintessence Publishing“ erarbeiten die Teilnehmer gemeinsam Statements, die den Kollegen/-innen in den Praxen eine bessere Orientierung geben sollen. Diesmal lud der amtierende Chefredakteur der Quintessenz, Univ.-Prof. Dr. Roland Frankenberg, ausgewählte Experten in das Berliner Verlagshaus, um über die Auswahl des geeigneten Adhäsivsystems zu sprechen. Mit dabei die Berliner Zahnärztin Dr. Johanna Leonhardt. Für sie ermöglichen Adhäsive eine ganze Reihe von vorteilhaften Behandlungsmöglichkeiten – u. a. substanzschonende, minimalinvasive, additive, direkte, schmerzarme Versorgungen.



**Abb. 1** „Experten Hearings – zu Gast bei Quintessence Publishing“ mit Kulzer.

Univ.-Prof. Dr. Roland Frankenberg, Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltung an der Philipps-Universität Marburg, übernahm es die Meilensteine in der Entwicklung der Adhäsive zu präsentieren. Heute würden die Universaladhäsive die bislang beste klinische Effektivität erreichen.

Angefangen habe aber alles, so Frankenberg, mit Mehrflaschensystemen. Diese waren effektiv, wenig techniksensitiv, erforderten aber mehrere Arbeitsschritte. Dem Wunsch vieler Zahnärzte/-innen nach Vereinfachung folgend, wurden die ersten Einflaschen- und „All-in-one“-Produkte entwickelt. Doch diese Vereinfachung ging auf Kosten der Haftwerte und der Techniksensitivität. Nicht zu verwechseln seien diese „Kompromiss-Produkte“ mit der jüngsten Entwicklungsstufe – den Universaladhäsiven. Denn diese erreichen hinsichtlich Haftung und Randspaltvermeidung eine Effektivität, die den Mehrflaschensystemen mindestens ebenbürtig ist. Diese klare Differenzierung sei wichtig, „da aus

allen drei Entwicklungsstufen auch heute noch Produkte auf dem Markt sind“, so Frankenberg.

Vier Themenblöcke bildeten den Rahmen der Veranstaltung, zu denen insgesamt 15 Statements erarbeitet wurden. Die Teilnehmer des Experten Hearings begrüßten außerdem, dass die Adhäsivtechnologie erstmals dezidiert mit empfehlenswerten Produktgruppen in der aktuellen S3-Leitlinie zu Kompositrestaurationen genannt ist.

## Statements zum Themenblock „Was hat uns die Adhäsivtechnik gebracht“

### Statement #1

Die Adhäsivtechnologie ermöglicht eine schonende Therapie kariesbedingter Defekte, sodass so viel gesunde Zahnhart-

Videobotschaft von Prof. Roland Frankenberg und Johanna Leonhardt aus dem Quintessenz Studio



substanz wie möglich und damit auch der gesamte Zahn langfristig erhalten werden kann.

### Statement #2

Durch die Adhäsivtechnologie werden Behandlungen wie bspw. Zahnumformungen im Frontzahnbereich direkt,



**Abb. 2** Dr. Johanna Leonhard sagte: „Durch die Adhäsivtechnologie ist eine schonende Therapie möglich, bei der viel gesunde Zahnhartsubstanz erhalten werden kann.“

### Die Teilnehmer

- Dr. Johanna Leonhard, niedergelassene Zahnärztin in Berlin
- OA Dr. Uwe Blunck, Abteilung für Zahnerhaltung, Präventiv- und Kinderzahnmedizin an der Charité in Berlin
- Wolfgang Boer, Autor, Referent, Mitautor von Leitlinien und niedergelassener Zahnarzt in Euskirchen
- Simon Hanner, Brancheninsider und Leiter des Vertriebsmarketings DACH bei Kulzer
- Prof. Dr. Michael Naumann, niedergelassener Zahnarzt in Berlin

sofort, oft rein additiv, schmerzfrei und ästhetisch möglich. Im Sinn der hippokratischen Tradition kann somit eine medizinisch erstrebenswerte und ethisch wichtige zahnhartsubstanzschonende Versorgung realisiert werden.

### Statement #3

Der Erfolg der direkten Füllungstherapie mit Kompositmaterialien ist primär ein Verdienst der Adhäsive in Kombination mit einer signifikanten Reduktion der Schrumpfkraft bei Kompositen während der Polymerisation.

### Statement #4

Dank der stetigen Verbesserung der Adhäsive und der Komposite erreichte die Füllungstherapie bei richtiger Anwendung eine stetig steigende Qualität. Entsprechende wissenschaftliche Erkenntnisse spiegeln sich in den Leitlinien.

### Statement #5

Das Verhältnis der Kosten zum Nutzen ist besonders gut und die Therapie nachhaltig.

## Statements zum Themenblock „Evolution der Adhäsivsysteme und Bedeutung für direkte- und indirekte Restaurationen“

### Statement #6

Die erste Stufe der Produktentwicklung sind die Mehrflaschensysteme. Diese sind klinisch wirksam bzgl. der relevanten Parameter Haftverbund und Randspaltvermeidung. Sie erfordern mehrere Applikationsschritte.

### Statement #7

Dem Wunsch vieler Zahnärzte/-innen nach weniger Arbeitsschritten und Zeiterparnis folgend wurden die ersten Einflaschen- und „All-in-one“-Adhäsive entwickelt. Sie zeigten jedoch eine geringere klinische Wirksamkeit.

### Statement #8

Die Universaladhäsive sind die jüngste Entwicklungsstufe bei den Adhäsiven. Die allermeisten bestehen aus nur einer, einige wenige aus 2 Komponenten (Flaschen). Universaladhäsive erreichen eine klinische Wirksamkeit bzgl. Haftverbund und Randspaltvermeidung, die den Mehrflaschensystemen mindestens ebenbürtig ist.

### Statement #9

Die Universalität bezieht sich vor allem auf die Konditionierungstechniken. Universaladhäsive bieten dem Anwender die Freiheit, jede gewünschte Oberflächenkonditionierungstechnik zu nutzen: Phosphorsäureätzung auf Schmelz und Dentin („Etch-and-rinse“), Phosphorsäureätzung nur auf Schmelz („Selective-etch“) und ohne Phosphorsäureätzung („Self-etch“).

## Statements zum Themenblock „Klinische Anwendung Evidenz und Marktdaten – ein Widerspruch?“

### Statement #10

Es ist notwendig, dass Hersteller bei der Einführung von Produkten unabhängige wissenschaftliche Studien vorlegen können, die relevante klinische Parameter untersuchen.



### Statement #11

Die Effektivität von Adhäsivsystemen erweist sich in vitro einfach und zuverlässig mit reproduzierbaren Kavitätentests mit relevantem C-Faktor. Die höchste Aussagekraft haben Randanalysen im REM. Auch Microtensile-Tests sind zum Nachweis der Haftkraft geeignet.

### Statement #12

Leitlinien bieten den Praktikern wertvolle Orientierung. Kernaussagen der aktuellen S3-Leitlinie zu Komposit sind, dass

- direkte Frontzahnrestaurationen mit Komposit restauriert werden sollen,
- mit Komposit im Seitenzahnbereich auch Höckerersatz gut funktioniert,
- bei Kompositrestaurationen 3-Schritt-tch-and-Rinse-, 2-Schritt-Self-Etch- oder Universal-Adhäsive eingesetzt werden sollen,
- der Schmelz bei Kompositrestaurationen geätzt werden soll,
- die Lichtpolymerisation ein entscheidender Erfolgsfaktor ist und
- bei korrekter Polymerisation „Bulk fill“-Komposite bis 4 mm zuverlässig durchgehärtet werden können.

### Statement #13

Marktanteile und Bestellverhalten korrelieren nicht immer mit wissenschaftlich belegten Produktfähigkeiten. Wenngleich die Verwendung der Universaladhäsive seit Jahren kontinuierlich zunimmt, ist ein kompletter Wechsel noch nicht abgeschlossen.

### Statements zum Themenblock „Aspekte neben der direkten Füllungstherapie“

#### Statement #14

Im Rahmen der Korrektur und Reparatur von Restaurationen zeigen Universaladhäsive an präexistentem Komposit und Zirkonoxidkeramik gute Haftwerte.

#### Statement #15

Da das Adhäsiv bei der Verwendung dualhärtender Befestigungskomposite immer vorher gehärtet werden muss, haben Universaladhäsive bei der adhäsiven Befestigung von indirekten Restaurationen einen Vorteil. Sie bilden dünne

Schichtstärken aus und können somit separat lichtgehärtet werden, ohne die Passung der Restauration zu gefährden. Letzteres ist ein klarer Schwachpunkt der Mehrflaschen-Adhäsive.

Die erarbeiteten Statements basieren auf evidenzbasierten Informationen, aber eben auch auf der Praxiserfahrung. Zu jedem Themenblock wurden dazu die besten verfügbaren wissenschaftlichen Daten gemeinsam diskutiert, und über die formulierten Statements abgestimmt.

In den kommenden Monaten werden in den Medien des Quintessenz Verlags weitere Hintergründe zu den 15 Statements des Experten Hearings veröffentlicht. Bisherige Publikationen und weitere Infos zum Experten Hearing unter [quint.link/eh\\_kulzer](http://quint.link/eh_kulzer).

#### Kontakt

Quintessenz Verlags-GmbH  
Ifenpfad 2-4 | 12107 Berlin  
[info@quintessenz.de](mailto:info@quintessenz.de)



st.  moritz

# SNOW DENT 2025

Jetzt anmelden unter  
[www.quint.link/  
snowdent2025](http://www.quint.link/snowdent2025)



6. – 8. FEBRUAR 2025 | SUVRETTA HOUSE ST. MORITZ

# Supervision ist gesund für Ihre Praxis

**Viele Zahnarztpraxen haben heute ähnliche Probleme, beispielsweise Personalengpässe, überhand nehmende Verwaltungsaufgaben, den Spagat zwischen ärztlichen Aufgaben und unternehmerischer Verantwortung. Einige Probleme sind ganz praxisspezifisch.**

In einer Praxis gibt es eine unerklärlich hohe Personalfuktuation. In der anderen wird von morgens bis abends auf vier Zimmern gearbeitet, aber die Praxis steht trotzdem kurz vor der Insolvenz. In der nächsten ist das Team so zerstritten, dass eine gesunde Zusammenarbeit kaum mehr möglich ist ... u. v. m.

Dazu passt eine beunruhigende „Zahl des Monats“, die in der letzten ZM veröffentlicht wurde: 74,4 %, also fast drei Viertel der Zahnärztinnen und Zahnärzte, fühlen sich ausgebrannt. Dabei wollen sie doch einfach nur in Ruhe „am Patienten arbeiten“.

Wer und was kann da helfen? Seriöse und am Menschen orientierte Beratungsformate wie Organisationsberatung, Supervision und Coaching.

## Die Standardlösung, die keine ist

Googelt man die Begriffe „Beratung Zahnarztpraxis“, taucht an erster Stelle „Unternehmensberatung – mehr Erfolg und Umsatz für Ihre Praxis“ auf. An zweiter Stelle erscheinen Unternehmen, die „Gewinnung guter Neupatienten und die Steigerung der Anziehungskraft für kontinuierlichen Gewinn“ versprechen! Es folgen Angebote wie Qualitätsmanagementberatung, Abrechnungcoaching und Beratung zum Zeitmanagement. Von Reflexion, Organisations- und Teamentwicklung oder Burn-out-Prophylaxe ist keine Rede. Alles geht

in die Richtung: noch schneller, besser, höher, weiter ... – oft im Rahmen von Beratungs-Patentrezepten, die Zahnärzten/-innen versprechen, dass z. B. nach einer Schulung alle Veränderungen effektiv und reibungslos in der Praxis umzusetzen sind.

Leider ist das Erwachen nach solchen „Beratungen“ und „Fortbildungsveranstaltungen“ am Montagmorgen in der eigenen Praxis böse: Das Team, die Rollen, die Haltung, eigentlich ist alles gleichgeblieben, nur – und das weiß ich aus eigener Erfahrung – die eigene Vorstellung von einer Veränderung ist neu. Manche Mitarbeiterinnen stöhnen schon, wenn sie das Wort „Veränderung“ hören, andere sind gespannt, welche Maßnahmen sie sofort umsetzen sollen, manche sind bemüht, andere gleichgültig bis starr, wieder andere boykottieren offen. In der Regel versiegt das Veränderungsinteresse nach solchen Schulungen oder „strategischen Interventionen“ innerhalb von 4 Wochen.

Alles bleibt beim Alten und als Zahnärztin oder Zahnarzt dreht man sich weiter im Stress-Hamsterrad – im schlimmsten Fall bis zum Burn-out.

## Supervision: Hilft Ihnen bei der Praxisführung

Was ist anders bei den Beratungsformaten Supervision, Coaching, Organisationsberatung? Wo setzen sie an und was kennzeichnet sie? Fangen wir mit Supervision an. Im Gegensatz zu Schulungen oder Weiterbildungen, die auf die Unternehmensstrategie einer Praxis fokussieren, bedeutet Supervision: Es gibt einen vertraulichen, geschützten Raum, in dem Sie als Praxisverantwortliche/-r, aber auch Ihre Mitarbeiter/-innen alles ansprechen können, was ihnen auf der Seele brennt.



Bildquelle: Alicia97/shutterstock.com

Gemeinsam mit dem gesamten Team werden Veränderungsstrategien und praxisspezifische Lösungen für die akuten (und schon lange schwelenden) Probleme entwickelt. Besonders wichtig: Die Supervisorin agiert dabei nicht als verlängerter Arm der Praxisleitung, sondern arbeitet von außen am gesamten Praxissystem, indem sie Veränderungs- und Reflexionsprozesse anstößt.

Mitarbeiter/-innen bekommen die Möglichkeit, Arbeitsbedingungen und -probleme zu reflektieren und neue Perspektiven gemeinsam zu entwickeln. Sie werden von Betroffenen zu Beteiligten und entwickeln eine neue Haltung und Offenheit gegenüber Veränderungen, weil sie diese selbst mittragen und gestalten können.

Die Möglichkeit, in einem geschützten Raum Probleme zu bearbeiten und Konflikte zu lösen, stärkt das Teamgefühl und wirkt sich auf eine gute emotionale Bindung an die Praxis aus. Es entsteht mehr Verständnis füreinander, und die Bereitschaft auch für andere im Team einzustehen wächst. Das Resultat ist ein besseres Miteinander. Davon profitieren alle: die Mitarbeitenden, die Patienten/-innen und natürlich auch Sie als Praxisverantwortliche.

Zur Supervision in Praxen gehört oft auch die Arbeit an zeitgemäßen Führungsstrategien. Zeitgemäßes Führen heißt nicht Laisser-faire, sondern zeichnet sich

aus durch Zugewandtheit, Mitgefühl, Verständnis und konsequentes Arbeiten an der Primäraufgabe: nämlich die Praxis voranzubringen und ein Klima zu etablieren, in dem jede/-r gerne und effektiv arbeitet.

## Organisationsberatung: Nimmt das Praxisganze in den Blick

Organisationsberatung nimmt die Praxis als Ganzes, als Organisation in den Blick, sozusagen aus Adlerperspektive. Vorrangiges Ziel ist, die Funktions- und Leistungsfähigkeit der Praxis zu erhalten oder zu steigern.

Organisationsberatung kann für eine überschaubare Zeit Sinn machen, wenn grundlegende Strukturen sich verändern, z. B. eine Einzelpraxis zu einer Gemeinschaftspraxis wird oder ein transgenerationaler Übergang stattfindet.

Oft gehen solche großen Veränderungen mit großen Befürchtungen im Team einher. Wenn es gelingt, die Ängste und Befürchtungen rechtzeitig offen zu legen und besprechbar zu machen, lassen sie sich gut bändigen – und alle können ihre Kräfte auf den notwendigen Veränderungsprozess ausrichten. Organisationsberatung bedient sich verschiedenster Formate, mit denen in die Praxis hinein Wirkung entfaltet werden kann. Auch Supervision und Coaching können wichtige Elemente in Organisationsberatungsprozessen sein – etwa in Form von Teamentwicklungssitzungen mit Mitarbeiter/-innen und Führungskraft-Coachings.

## Coaching: Erweitert Ihr Handlungsrepertoire

Coaching richtet sich an Personen, oft solche in Führungsverantwortung, die ihr Handlungsrepertoire erweitern wollen. Im Unterschied zur Supervision wird Coaching zeitlich begrenzt und anlassbezogen eingesetzt – mit Blick auf eine ganz bestimmte professionelle Fragestellung oder

Herausforderung. Coaching unterstützt bei der Selbstreflexion und bei der Erprobung neuer Verhaltensweisen. Oft kann man in 3 bis 6 Sitzungen konkrete Fragen bearbeiten und Problemlösungen finden. Coaching konzentriert sich also auf die individuelle Entwicklung und Förderung.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Veränderungsprozesse dann stagnieren, wenn tiefer liegende Ursachen der Grund für das Festhängen in alten Strukturen sind. Das Verhaftetsein in alten Mustern oder Glaubenssätzen macht eine Veränderung unmöglich. Solche Themen sind prädestiniert dafür, in Coachings besprochen zu werden. Ein Coaching kann fundamental dazu beitragen, das Selbstbewusstsein und die Selbstreflexion von Mitarbeitenden zu stärken, ihre Kommunikationsfähigkeiten zu verbessern und sie dabei unterstützen, ihre beruflichen Ziele zu erreichen.

Für Sie als Praxisverantwortliche besonders interessant: Coaching, das auf die Entwicklung von Führungskompetenz fokussiert, kann einen wertvollen Beitrag in Ihrem Transformationsprozess „von der Zahnärztin zur Unternehmerin“ leisten. In diesem Kontext ist es möglich, Themen wie „die strategische Ausrichtung des Unternehmens“, „die Verinnerlichung der Führungsrolle“, aber auch „Selbstfürsorge und Burn-out-Prävention“ zu reflektieren; und dann Strategien entwickeln, die sich langfristig auf ein gesundes Betriebsklima, gut eingebundenes und zuverlässiges Personal und zufriedene Patienten/-innen auswirken.

## Fazit

Organisationsberatung, supervisorische Beratung und Coaching haben sich als Reflexionsformate für Fach- und Führungskräfte, Gruppen und Teams in vielen Bereichen der Arbeitswelt durchgesetzt. In immer mehr Organisationen, die mit und am Menschen arbeiten, sind sie selbstverständlich.

Es ist an der Zeit, dass sich diese Formate auch im medizinischen Bereich, in Arzt- und Zahnarztpraxen, Gemeinschaftspraxen, Praxismgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren etablieren – als Standard einer guten Kultur der Praxis- und Mitarbeiterentwicklung.

Organisationsberatung, Supervision und Coaching bereiten den Boden für ein positives Arbeitsumfeld, verbessern nachweislich die Qualität der Patientenversorgung und tragen dazu bei, wertvolles Personal an die Praxis zu binden. So können Sie als Zahnärzte/-innen ihr volles Potenzial entfalten.

## PS

Wenn Sie die Entscheidung getroffen haben, sich durch Supervision und Coaching in der eigenen Praxis begleiten zu lassen, brauchen Sie natürlich bestens qualifizierte und zertifizierte Supervisor/-innen und Coaches. Sie finden sie ganz in Ihrer Nähe über den bundesweiten Beraterscout der DGsv.

**Lesen Sie in der nächsten Ausgabe:** Welche Probleme tun sich bei der Praxisübergabe von Senior- an Juniorpartner/-innen auf? Und wie kann man sie gut bewältigen? Ein Erfahrungsbericht.



**Susanne Helmke**

Zahnärztin und Dentista-Mitglied Supervisorin und Coach DGsv, Repräsentantin der DGsv im Gesundheitswesen, Mentorin im Mentorenprogramm der Landes Zahnärztekammer Hessen [www.mein-resonanzraum.de](http://www.mein-resonanzraum.de) E-Mail: [susanne-helmke@t-online.de](mailto:susanne-helmke@t-online.de)

EINDEUTIG.  
ANSCHAULICH.  
INSPIRIEREND.



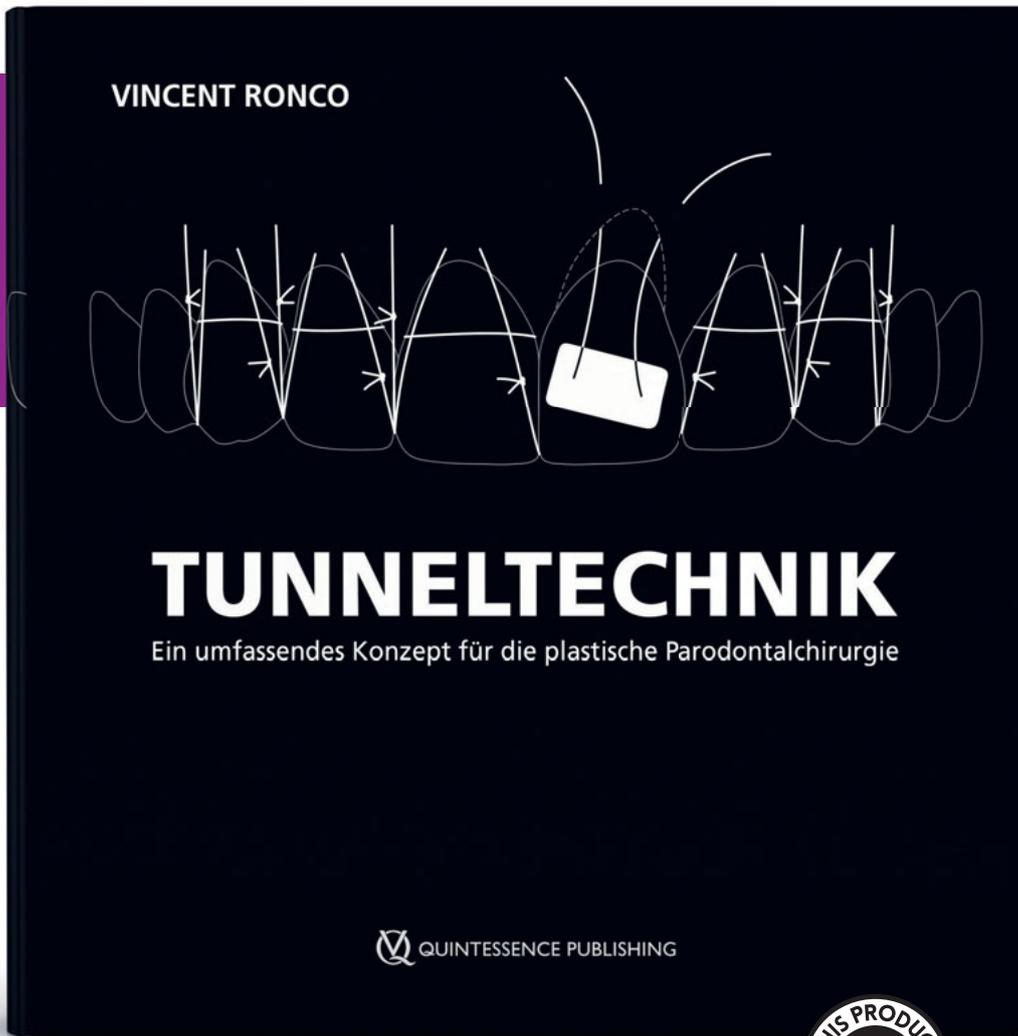
Vincent Ronco

### Tunneltechnik

Ein umfassendes Konzept für die plastische Parodontalchirurgie

304 Seiten, 682 Abbildungen

Artikelnr. 24000, € 188,-



Die Tunneltechnik ist eine minimalinvasive Behandlungsmöglichkeit bei parodontalen Rezessionen mit vorhersagbar sehr guten ästhetischen Ergebnissen. Der Autor vermittelt mit diesem Buch ein tiefes Verständnis der Grundsätze dieses chirurgischen Ansatzes und erklärt detailliert, wie mit einer sorgfältigen Analyse der Übergangzone zwischen Krone und Wurzel, der Anwendung neuartiger Nahttechniken und einem verbesserten Vorgehen mit Bindegewebettransplantaten die Behandlung zum Erfolg wird. Eindrucksvolle Falldarstellungen zeigen die Vielseitigkeit des Verfahrens und machen das Buch zu einem Handbuch für den Einsatz der Technik in den verschiedenen klinischen Anwendungsfällen.



[www.quint.link/tunneltechnik](http://www.quint.link/tunneltechnik)



[buch@quintessenz.de](mailto:buch@quintessenz.de)



+49 30 76180-667

 QUINTESSENCE PUBLISHING

copyright by  
all rights reserved

# JOIN THE SHARPEST MINDS IN DENTISTRY AT ISPRD25



Edward Allen



Florian Beuer



Stephen Chu



Mia Geisinger



Joseph Kan



Pascal Magne



Pamela McClain



Irena Sailer



Martina Stefanini



Frank Spear



Istvan Urban



Eric Van Dooren



Otto Zuhr



Giovanni Zucchelli



For our full speaker lineup and program, visit [quint.link/isprdprogram](https://quint.link/isprdprogram)

15<sup>TH</sup> INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON PERIODONTICS & RESTORATIVE DENTISTRY

# ISPRD25

JUNE 12-15 • BOSTON





Auch ihre anderen Überzeugungen hat sie hinterfragt und als Produkt ihrer eigenen Gedanken identifiziert.

Vielleicht denkt ihr jetzt: „Bei der Vielzahl der täglichen Herausforderungen ist es doch kein Wunder, dass Andrea gestresst ist, das kommt doch nicht von ungefähr.“ Ja, die Vielzahl der Anforderungen an Andrea in der Praxis sind real. Doch der Druck, den sie spürt, resultiert aus ihrer Interpretation dieser Herausforderungen.

Wenn sie denkt, der Situation nicht gewachsen zu sein, wird sie sich überfordert fühlen und mit wenig Energie an die Erledigung ihrer Aufgaben herangehen. Das wird ihren Erfolg beeinträchtigen.

Wenn sie jedoch denkt „Wir sind ein tolles Team, das haben wir auch beim letzten Mal gemeinsam geschafft, da werden wir das heute auch hinkriegen“, wird sie sich kraftvoll fühlen und mit Elan an die Bewältigung der Herausforderung gehen. Das gibt ihr am Abend ein gutes Gefühl, weil sie stolz auf ihren daraus resultierenden Erfolg sein wird.

## Vom Horrorszenario zum Realitätscheck

Noch ein schönes Beispiel: Andrea nahm Spannungen zwischen ihren Mitarbeiterinnen wahr und interpretierte jede kleine Meinungsverschiedenheit als Zeichen für eine größere Dysfunktion ihres Teams. Ich fragte sie darauf: „Ist das wirklich so? Hast Du darüber einmal mit Deinem Team gesprochen? Oder ist es wieder nur dein Kopfkino, das dir erzählt, die Konflikte seien unüberwindbar?“

Dieses Phänomen bezeichne ich gern als „Kopfkinoitis“. Immer dann, wenn uns Informationen fehlen, füllen wir die Lücken mit dem, was wir für wahrscheinlich halten. Das innere Kopfkino läuft an. Je nach Persönlichkeitstyp und Erfahrungen kommt da bei jedem etwas Individuelles, bei dem einen oder anderen sogar horrormäßiges heraus. Spätestens

jetzt sollten wir uns die Frage stellen „Ist das, was wir denken, wirklich wahr?“ und einen Realitätscheck machen.

Im vorliegenden Fall der vermeintlich größeren Team-Dysfunktion könnte Andrea mit jedem Teammitglied einzeln das Gespräch suchen. In diesem Gespräch kann sie ihre Wahrnehmungen schildern und der damit verbundenen Sorge Ausdruck geben, dass der Teamfrieden ernsthaft in Gefahr ist. Wichtig ist, bei der Beschreibung auf Bewertungen zu verzichten. Abschließend die Frage: „Wie nimmst Du die Situation wahr? Ist meine Sorge berechtigt?“

Wahrnehmung ist subjektiv. Das, was wir wahrnehmen, beurteilen wir vor dem Hintergrund unserer eigenen Persönlichkeit, Erfahrungen, Werte usw. Dabei wirken neuere Erfahrungen stärker als ältere, die wir entweder schon vergessen oder verdrängt haben. Dadurch gibt jeder von uns der jeweiligen Situation eine eigene Bedeutung. Da wir nur unseren eigenen Bewertungsrahmen kennen, nicht jedoch den des anderen, können wir ein und dasselbe Ereignis völlig unterschiedlich bewerten. Daher lohnt es sich für uns, unsere Interpretationen zu hinterfragen: Ist das wirklich wahr?

Wenn wir das Kopfkino unseres Gegenübers mit einer neugierigen Haltung ergründen, erweitern wir unseren Blick auf die Situation. Das Gute daran: Je besser wir die Perspektive des anderen kennen, desto eher werden wir gemeinsam tragfähige Lösungen für unsere Themen finden.

Umgekehrt können wir auch dadurch, dass wir andere an unserem eigenen Kopfkino teilhaben lassen, zu mehr Verständnis für uns sorgen.

## Das Team ins Boot holen

Andrea traute sich die Gespräche mit dem Team zunächst nicht zu und bat mich, die Teamsituation zu analysieren.

Also fuhr ich in die Praxis und führte mit jedem Einzelnen aus dem Team Gespräche in einem für uns reservierten Raum, in dem wir vertraulich miteinander sprechen konnten.

Wie so häufig war ich fasziniert von der Vielzahl der unterschiedlichen Perspektiven auf die Teamsituation. Danach war ich sicher, dass das Fundament stimmt: Das Team schätzt sowohl Andrea als auch sich gegenseitig. Dennoch kam es zu etlichen Missverständnissen, die daraus resultierten, dass zu wenig kommuniziert wurde. In Folge litten auch einige Mitarbeiterinnen unter „Kopfkinoitis“. Darüber hinaus vermisste das Team auch klare Strukturen und Abläufe.

Neben der selbstverständlich anonymisierten Auswertung der Teamgespräche habe ich Andrea auch einen Handlungsplan vorgeschlagen, den wir in Folge gemeinsam erfolgreich umgesetzt haben. Dabei haben wir mit dem ganzen Team die Rollen und Kompetenzen geklärt, Prozesse neu strukturiert, Spielregeln des Miteinanders definiert und insbesondere an der Kommunikation gearbeitet. Ziel war es, jeden im Team einschließlich Andrea dazu zu befähigen, offen seine Anliegen bei demjenigen anzusprechen, den es betrifft, und gemeinsam tragfähige Lösungen zu finden.

Andrea bewertet unsere Zusammenarbeit heute als bereichernd. Sie fühlt sich in ihrer Praxis wieder wohl und von ihrem Team unterstützt. Seitdem jeder im Team Rollenklarheit hat und weiß, innerhalb welcher Grenzen er frei entscheiden kann, ist das Arbeiten für alle im Team wieder leichter geworden. Andrea hat das Gefühl, für alles allein verantwortlich zu sein, ad acta legen können. Jetzt laufen die Prozesse runder und es bleibt sogar Zeit für den einen oder anderen Scherz untereinander. „Wir lachen viel miteinander. So macht die Arbeit deutlich mehr Spaß. Ich weiß, dass ich auf mein Team zählen kann, und fühle mich in meiner Rolle als Che-

fin um so viel leichter. Es ist fast so wie in den Anfangsjahren, nur noch schöner, weil ich es jetzt mehr zu schätzen weiß“, so Andrea bei unserem letzten Treffen. Das Team ist nun wieder voll motiviert. Es freut sich sehr über das Vertrauen, dass Andrea jetzt in sie setzt und übernimmt gern die Verantwortung. Seit unserem Workshop ist auch die Kommunikation besser geworden. Das Team hat Verständnis füreinander entwickelt und spricht offen an, wenn etwas stört oder belastet. Die Rezeptionsmitarbeiterin hat mir eine PN via Instagram geschickt „Ich habe das Gefühl, wir sind von Schachfiguren zu aktiven Spielern geworden. Es macht so Spaß, dass wir jetzt aktiv mitgestalten können. Wenn wir das so durchhalten, gehe ich mit der Chefin in Rente.“ Und noch jemand profitiert: die Patienten. Auch sie spüren, dass sich die Stimmung in der Praxis verändert hat.

## Der Katalysator

Meine Rolle in dem Entwicklungsprozess war die des Katalysators. Ich habe nach der Zielformulierung durch Andrea den Prozess geplant, gestaltet und begleitet. Von Anfang an habe ich dem Team und Andrea klargemacht, dass die Ergebnisverantwortung bei ihnen liegt. Wenn der Prozess ins Stocken kam, habe ich Impulse gegeben, um ihn zu befruchten. Wenn Missverständnisse aufkamen,

habe ich geholfen, die Motivation hinter den Anliegen aufzudecken, und so für gegenseitiges Verständnis gesorgt. Das hat ihnen die Möglichkeit gegeben, selbst Lösungen zu finden, die allen gerecht werden.

## Ein gedanklicher Neustart

Es geht nicht nur darum, was ihr denkt, sondern auch darum, wie ihr denkt. Andrea hat für sich eine bewusste Entscheidung getroffen: Sie hat beschlossen, ihre innere Kamera zukünftig neu zu justieren und primär Positives zu fokussieren: Was läuft gut? Welche Tätigkeiten machen mir besonders viel Freude? Und vor allem: Was kann ich aktiv tun, um mehr von dieser Freude in meinen Alltag zu integrieren?

## Fazit

Glaubt nicht alles, was ihr denkt – besonders dann nicht, wenn diese Gedanken euch belasten und in eurem Arbeitsalltag zur Belastung werden. Wenn ihr dabei Unterstützung benötigt, alte Gedankenmuster abzulegen, meldet euch gern bei mir. Ich bin sicher, dass ihr die Lösung schon in euch tragt. Probiert es aus – und spürt, wie Schweres leicht wird, wenn ihr die volle Verantwortung für euer Leben und eure Gedanken übernehmt.



**Dr. Susanne Woitzik**

Die ZA

Dipl.-Kff., B.Sc. Psychologie, Expertin für betriebswirtschaftliches Praxismanagement, Team- und Persönlichkeitsentwicklung  
E-Mail: swoitzik@die-za.de

# BESTSELLER JETZT AUCH AUF DEUTSCH!



Vincent Fehmer (Hrsg.)

## **Komplexe Restaurationen und digitale Technologien**

Die Quintessenz klinischer und zahntechnischer Innovationen

260 Seiten, 730 Abbildungen  
Artikelnr. 21090, € 98,-

Die deutsche Ausgabe der QDT macht ihrem Namen als Quintessenz klinischer und zahntechnischer Innovationen alle Ehre: Die weltweit besten restaurativen Teams zeigen anhand umfassend dokumentierter Fälle, wie digitale Technologien komplexe Behandlungen vereinfachen und präzise Diagnosen die Grundlage für exzellente Ergebnisse sind. Diese Ausgabe ist ein Must-Have für alle, die sich für modernste dentale Technologien interessieren. Lassen Sie sich inspirieren!



[www.quint.link/qdt-deutsch](http://www.quint.link/qdt-deutsch)



[buch@quintessenz.de](mailto:buch@quintessenz.de)



+49 30 76180-667

**QUINTESSENCE PUBLISHING**

copyright by  
all rights reserved



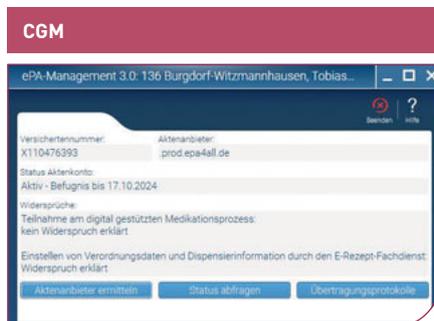
### Kostenlose AERA-Online-Schulungen – Effiziente Materialwirtschaft leicht gemacht

Die Materialbeschaffung ist essenziell für die Versorgungssicherheit in der Zahnarztpraxis. Die Preisvergleichsplattform für Dentalprodukte AERA-Online hilft Zahnärztinnen, Zahnärzten und Praxisteams dabei, den Bestellprozess stressfrei und effizient zu gestalten. In kostenlosen Online-Schulungen geben die Profis von AERA wertvolle Tipps und Tricks zum Materialeinkauf über die Plattform. Nach der Schulung bekommen die Teilnehmenden ein Zertifikat.

Die Schulungsinhalte umfassen relevante Features vom Vergleich der Preise und Lieferanten bis zur intelligenten Produktsuche und der einfachen Lagerverwaltung. Mithilfe des 1-Klick-Warenkorboptimierers sind Preisersparnisse von bis zu 50 % möglich.

Anmeldungen für die Schulung mit Terminwunsch sind auf [www.aera-online.de](http://www.aera-online.de) möglich.

[www.aera-online.de](http://www.aera-online.de)

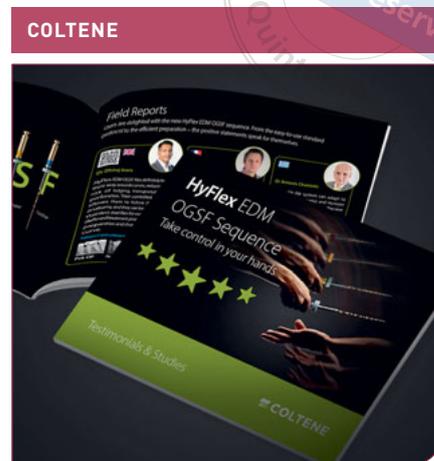


### Stets vornean mit CGM Z1.PRO

CGM Dentalsysteme passt seine Praxissoftware CGM Z1/Z1.PRO kontinuierlich an technische, gesetzliche und medizinische Neuerungen an. Anwenderinnen und Anwender können sich daher darauf verlassen, immer up to date zu sein.

Ab 15. Januar 2025 wird mit der Initiative ePA4ALL die elektronische Patientenakte (ePA) etabliert. Im ePA-Management von CGM Z1/Z1.PRO erhalten Nutzerinnen und Nutzer einen Überblick über den genauen Aktenzustand. KIM (Kommunikation im Medizinwesen) ist ein sicherer Dienst für den Austausch medizinischer Dokumente über die Telematikinfrastruktur (TI). KIM 1.5 ist die neue Version des KIM-Clients. Nachdem 2023 die Budgetierung im zahnärztlichen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) wieder eingeführt wurde, stellte CGM das Modul Z1 HVM plus 2023 bereit, das Praxen hilft, Budgetüberschreitungen zu erkennen. Das Z1.PRO PAR UPT Modul unterstützt Praxen digital bei UPT-Terminplanung und Abrechnung, indem es eine umfassende Dokumentation der Behandlungsfälle ermöglicht und ein strukturiertes Behandlungskonzept fördert.

[www.cgm-dentalsysteme.de](http://www.cgm-dentalsysteme.de)



### 4 Feilen, 5 Sterne

2023 präsentiert der internationale Dentalspezialist Coltène erstmals seine optimal aufeinander abgestimmte Feilensequenz. Nun gibt es ein umfassendes Booklet in 5 Sprachen zur OGSF-Sequenz, das Erfahrungsberichte und klinische Fälle aus europäischen Zahnarztpraxen dokumentiert. Ergänzt wird es durch Studienübersichten zur Bruchfestigkeit der HyFlex EDM, einen Film und ein Videotutorial von Prof. Eugenio Pedullà.

Die Abkürzung OGSF steht für die prägnante Feilenreihenfolge: Der Opener eröffnet den zu behandelnden Zahn. Der Glider hilft, den Gleitpfad entsprechend des natürlichen Kanalverlaufs zu schaffen. Anschließend kommt der Shaper zum Einsatz. Unter Berücksichtigung der Kanal Anatomie entfernt er schnell und effizient Bakterien sowie infiziertes Gewebe und schafft die Voraussetzung für eine gute Abfüllung. Der Finisher stellt sicher, dass der apikale Bereich ausreichend gesäubert ist und Platz entsteht, damit Spüllösungen bis zum Apex vordringen. Die Sequenz deckt so alle wesentlichen Behandlungsschritte ab.

[www.coltene.de](http://www.coltene.de)

**AERA**  
EINFACH. CLEVER. BESTELLEN.

**CGM** CompuGroup Medical

**COLTENE**

## DAISY



### Mit DAISY zur Praxismanagerin (IHK)

„Wer immer an die Hand genommen wird, hat auch nur eine Hand frei für das, was zu tun ist.“

Zeit loszulassen und Selbstständigkeit zu fördern mit dem IHK-Zertifikatslehrgang zur zahnmedizinischen Praxismanagerin bei DAISY. In nur 6 Tagen erarbeiten sich die Teilnehmerinnen gemeinsam mit erfahrenen DAISY-Trainerinnen ihren individuellen Werkzeugkasten für die wichtigsten „Nebentätigkeiten“ in der Praxis rund um Organisation, Management, QM und Marketing.

Unterschätzt wird hierbei gerne, welche Möglichkeiten sich aufseiten der Teilnehmerinnen UND der Zahnärztin ergeben. Die Praxismanagerin kann mit neuem Handwerkszeug zum einen schwierige organisatorische Herausforderungen meistern, Praxisziele definieren und maßgeblich zu deren Erreichung beitragen. Zum anderen gewinnt die Zahnärztin dadurch weit mehr als nur zeitliche Freiheiten und kann sich mehr auf das Wesentliche konzentrieren: die Behandlung der Patienten.

Sie haben schon eine passende Kandidatin im Kopf? Die neuen Termine finden sie auf [zukunft.daisy.de](http://zukunft.daisy.de).

[www.daisy.de](http://www.daisy.de)

## HUFRIEDY



### Sterify Gel bietet neuen Ansatz in der Parodontologie

Parodontitis ist eine chronische, multifaktorielle Erkrankung, die zur Zerstörung der Strukturen führt, welche für den Zahnhalteapparat verantwortlich sind. Mit Sterify Gel setzt HuFriedyGroup neue Maßstäbe für Schutz und Therapie und bietet mit dem mukoadhäsiven Polymer-Hydrogel einen neuen Ansatz in der Parodontologie.

Sterify Gel bietet eine einzigartige Lösung für die Behandlung von Parodontalerkrankungen, indem es bakterielle Kontamination verhindert und die Gewebeheilung unterstützt.

[www.hufriedy.eu](http://www.hufriedy.eu)

## IVOCLAR



### Variolink Esthetic – Die Lösung für ein einheitliches Befestigungsprotokoll

Seit über 30 Jahren unterstützt Variolink Esthetic von Ivoclar Zahnärztinnen und Zahnärzte weltweit dabei, mit adhäsiven Befestigungsverfahren beeindruckende ästhetische und verlässliche Ergebnisse zu erzielen. Laut einer internationalen Umfrage sind 96 % der Variolink Esthetic-Anwenderinnen und -Anwender mit dem Produkt sehr zufrieden<sup>1</sup>. Zuverlässige, konstante Befestigungsergebnisse sind das, was die adhäsive Befestigung mit Variolink Esthetic so einzigartig und beliebt macht.

Entdecken Sie jetzt unsere letzten Neuheiten, darunter Variolink Esthetic mit der zusätzlichen Farbe „White opaque“ für die effiziente Abdeckung verfärbter Zahnhartsubstanz. Profitieren Sie außerdem von der optimierten Konsistenz des lichthärtenden Materials in unserem Gratis-Testpack!



Jetzt gratis Testpack anfordern:

1. Ivoclar Vivadent AG, customer survey (approx. 700 participants) in Europe/USA, September 2016.

[www.ivoclar.com](http://www.ivoclar.com)

**DAISY**  
AKADEMIE + VERLAG GMBH

**HuFriedyGroup**  
The Best In Practice

**ivoclar**

## KOMET

**Let's go – mit EnGO!**

Das Komet-Handstück EnGO ist das neue Multitalent für die Endodontie. Es eignet sich sowohl für die reziprozierende als auch rotierende Arbeitsweise und bietet individuelle Einstellungsmöglichkeiten zu Drehzahl, Torque und Winkel. Die integrierte Speicherfunktion bietet Platz für bis zu 10 unterschiedliche Bewegungsmodi. Die Spezifikationen für die meistgenutzten Feilen in der Praxis können im Gerät gespeichert werden, die Parameter aller Komet-Feilensysteme sind vorinstalliert. Der integrierte Apexlokator arbeitet in Echtzeit und das integrierte LCD-Display lässt sich nach den persönlichen Bedürfnissen einstellen. EnGO ist eben ein Multitalent, das den Schnellstart direkt ab der ersten Behandlung erlaubt!

Dem Anwender wird außerdem die durchdachte Ergonomie auffallen: EnGO liegt geschmeidig und ausgewogen in der Hand, eignet sich für Rechts- wie auch Linkshänder und bringt maximale Kontrolle in die Behandlung. Dank seines um 360° drehbaren Winkelstücks erlaubt EnGO einen optimalen Zugang zum Behandlungsort, während der schlanke Winkelstückkopf ein besonders großes Sichtfeld auf die Behandlungsfläche ermöglicht – alles kabellos mit maximaler Flexibilität.

[www.kometdental.de](http://www.kometdental.de)



## MANI

präzise zuverlässig sicher

**TRY & TRUST MANI**

DAS PERFEKTE DUO.  
Jetzt unter [morita-webshop.de](http://morita-webshop.de)

MORITA

Tri Auto ZX2+  
Endo. Optimized.

Ihr +:

- > Effizient: Ein Modus für Durchgängigkeit, Gleitfadenstellung und Formgebung
- > Sicher: Reduziert Frakturrisiko auf ein Minimum
- > Präzise: Integrierter Morita Apex-Lokator für hochpräzise Messung
- > Persönlich: Service & Vertrieb direkt von MORITA

Höchste Präzision auch bei komplexer Anatomie

JIZAI Rotationsfeilen von Mani: passen sich jedem Wurzelkanal exakt und flexibel an

[www.morita.de/mani](http://www.morita.de/mani)

**JIZAI: NiTi-Feilen der neuesten Generation aus Japan**

Die neuen JIZAI-Feilen zeichnen sich durch 3 wesentliche Eigenschaften aus:

- Sicherheit,
- Flexibilität,
- Beibehaltung der ursprünglichen Kanal-anatomie.

Die JIZAI-Feilen werden einer speziellen Wärmebehandlung unterzogen. Dies und der einzigartige, geringe Querschnitt sind wichtige Faktoren für die hohe Flexibilität und herausragende Behandlungssicherheit der Feilen. Ein Alleinstellungsmerkmal in der heutigen Feilentechnologie sind die als „Radial lands“ bezeichneten, glatt polierten Oberflächen, die als Führungsflächen im Wurzelkanal dienen. In Kombination mit scharfen Schneidkanten und einer passiven Führungsspitze gewährleisten sie gleichzeitig eine effektive und minimalinvasive Kanalpräparation unter Beibehaltung der ursprünglichen Kanal-anatomie. So können auch anspruchsvolle Kanal-anatomien sicher und effektiv behandelt werden.

[www.mani.co.jp/en](http://www.mani.co.jp/en)

**MANI**

## SDS

**SDS-Implantate aus biokompatiblen Zirkonoxid**

Die Sofortimplantation mit Swiss Dental Solutions (SDS)-Implantaten nach einem Trauma bietet eine biologisch effiziente Lösung für Zahnverlust durch Verletzungen. SDS-Implantate aus biokompatiblen Zirkonoxid sind sicher, vorhersagbar und ideal für die sofortige Platzierung in frischen Extraktionsalveolen. Sie erhalten die Knochensubstanz und verkürzen die Behandlungszeit. Ihre tulpenförmige Struktur ähnelt natürlichen Zähnen, minimiert Gewebetrauma und fördert eine schnellere Heilung bei Frakturen oder Zahnverlust.

Im Gegensatz zu Titan eignet sich Zirkonoxid dank seiner natürlichen weißen Farbe besonders gut für ästhetisch sichtbare Bereiche. Seine Biokompatibilität verringert das Risiko von Entzündungen oder allergischen Reaktionen und bietet eine metallfreie Alternative. Die sofortige Platzierung einer provisorischen Krone ermöglicht eine schnelle funktionelle und ästhetische Wiederherstellung.

Herausforderungen können Knochenschwund oder Weichgewebeschäden sein, die eine Augmentation erfordern. Das SDS-System, integriert mit digitaler Planung und einem metallfreien, führungslosen Operationssystem, gewährleistet eine präzise Implantat-Platzierung und funktionelle Ergebnisse, um nach einem Trauma Funktion und Ästhetik wiederherzustellen. Hier registrieren und mehr erfahren, wie man erfolgreiche, voll-digitale Sofortimplantationen mit Keramikimplantaten durchführt.

[www.education.swissdentalsolutions.com/alle-kurse/](http://www.education.swissdentalsolutions.com/alle-kurse/)

**SDS** SWISS DENTAL SOLUTIONS

ICH BEANTRAGE DIE AUFNAHME IN DEN DENTISTA VERBAND

Name/Vorname \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
 Telefon/Telefax \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_  
 Website \_\_\_\_\_  
 Beruf \_\_\_\_\_

... als

- ordentliches Mitglied: 175,- EUR Jahresbeitrag
- Mitglieder Studium / Assistenz / Elternzeit / Ruhestand: 15,- EUR Jahresbeitrag
- alleinerziehendes Mitglied: 87,50 EUR Jahresbeitrag
- Fördermitglied / natürliche Person: 175,- EUR Jahresbeitrag
- Fördermitglied / juristische Person: 450,- EUR Jahresbeitrag
- Ich überweise selbst nach Rechnungseingang
- Ich bitte um SEPA-Lastschriftzug von meinem Konto:

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC (bei Auslandsgeldverkehr) \_\_\_\_\_

Die Gläubiger-Identifikationsnummer des Dentista Verbandes: DE02ZZZ00000302282

Freiwillige statistische Angaben:

Kinder:  Nein  Ja, Anzahl \_\_\_\_\_  
 Ort der Tätigkeit:  
 Einzelpraxis  BAG  Labor  
 Unternehmen  Hochschule  Anderes  
 Fachliche Schwerpunkte \_\_\_\_\_

Die Satzung des Verband der Zahnärztinnen – Dentista e. V. ist mir bekannt. Mit der Zusendung des Mitgliederjournals/des Newsletters bin ich einverstanden (falls nicht, bitte Entsprechendes streichen).

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte per Fax an Dentista:  
 030 / 26 39 17 30 32 46  
 Oder per Post an: Dentista e.V.,  
 Amelie Stöber, Schuckertdamm 332, 13629 Berlin

DENTISTA-KONTAKT

Telefon: 030 / 2581 1757 • info@dentista.de  
 www.dentista.de

Anzeige

**Kennen Sie schon unsere Podcasts?**

Logos: Dental Lab Inside, Dental Minds, DENTAL ENGLISH TO GO, Spotify, Apple Music, Amazon Music.



IMPRESSUM

**Dentista**

Wissenschaft | Praxis | Leben

Offizielle Zeitschrift des Verband der Zahnärztinnen – Dentista e. V.

Herausgeber:

Christian Wolfgang Haase

Herausgeber Emeritus:

Dr. h. c. H.-W. Haase

Geschäftsführung:

Christian Wolfgang Haase

Redaktionsleitung Zeitschriften:

Dr. Marina Rothenbücher

Verlag: Quintessenz Verlags-GmbH,

Ifenpfad 2-4,  
 12107 Berlin

Redaktion: Susann Lochthofen

Vertrieb: Adelina Hoffmann, abo@quintessenz.de

Anzeigen: Markus Queitsch,

queitsch@quintessenz.de, 0172 / 9 33 71 33

Layout: Nina Kückler

Herstellung: Ina Steinbrück

Kontakt und Redaktion Dentista Verband:

Amelie Stöber, stoeber@dentista.de

Copyright © 2024 Quintessenz Verlags-GmbH Berlin

Die „Dentista“ erscheint in der Quintessenz Verlags-GmbH, Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin, Geschäftsführer Christian Wolfgang Haase, 93 HRB 15 582, Telefon 030/761 80-5,

Fax 030/761 80 680, E-Mail: info@quintessenz.de,

Web: www.quintessencepublishing.com;

Zweigniederlassung: 83700 Rottach-Egern.

Bei redaktionellen Einsendungen ohne besonderen diesbezüglichen Vermerk behält sich der Verlag das ausschließliche Recht der Vervielfältigung in jeglicher Form sowie das der Übersetzung in fremde Sprachen ohne jede Beschränkung vor. Die in der Zeitschrift veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Der Verlag haftet

nicht für die Richtigkeit mitgeteilter Angaben. Als Originalarbeiten werden grundsätzlich nur Erstveröffentlichungen angenommen. Nach Annahme für eine Veröffentlichung dürfen diese Arbeiten nicht in gleichem oder ähnlichem Wortlaut an anderer Stelle angeboten werden. Die Redaktion behält sich vor, den Zeitpunkt der Veröffentlichung zu bestimmen.

Die „Dentista“ erscheint vierteljährlich im März, Mai, August und November.

Bezugspreise: Jahresabonnement 2024 Inland 48,- EUR (Ausland: 56,- EUR), Einzelheft 15,- EUR. Die Abonnementpreise verstehen sich einschl. MwSt. und sämtlicher Versandkosten. Sofern nichts anderes vereinbart ist, laufen Abonnements zunächst für 12 aufeinander folgende Monate und verlängern sich anschließend automatisch auf unbestimmte Zeit zu den dann jeweils gültigen Preisen. Nach Ablauf der ersten Bezugszeit können Abonnements mit einer Frist von 30 Tagen zum Monatsende gekündigt werden. Bei Ausfall der Lieferung durch höhere Gewalt, Streik oder dergleichen ergeben sich hieraus keine Ansprüche auf Lieferung oder Rückzahlung des Bezugsgeldes durch den Verlag, Lieferung erfolgt auf Gefahr des Empfängers.

Zahlungen:

Quintessenz Verlags-GmbH,  
 Commerzbank AG Berlin,  
 IBAN: DE61100400000180215600, BIC: COBADEFF;  
 Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG,  
 IBAN: DE36300606010003694046,  
 BIC: DAAEDEDXXX.  
 Anzeigenpreisliste Nr. 74, gültig ab 1. Januar 2024.  
 Erfüllungsort und Gerichtsstand Berlin.

ISSN: 2366-3634

Druck: WKS Print Partner GmbH, Felsberg,  
 www.wksgruppe.de

# Besuchen Sie uns in Köln!



Quintessence Publishing  
Halle 11.2 | Stand S20/T21



AMALGAMVERBOT

GESETZ-  
GEBUNG

NEWS

**HERBST-SEMINAR 2024**

AKTUELLES

ABRECHNUNGS-  
WISSEN

Bringt zusammen, was zusammengehört.

# Herbst-Seminar 2024

## DAS Abrechnungs-Update für alle!

- ✓ Gesundheitswesen: Chancen erkennen und nutzen
- ✓ Abrechnungstechnische Auswirkungen des **Amalgamverbots** ab 01.01.2025
- ✓ Quer durch die Oralmedizin: Auswirkungen der neuen Leitlinien auf die Abrechnung
- ✓ Schienen: Must-have oder Nice-to-have?
- ✓ Prothetik: Schraube locker? 😊 Wir haben die Lösung!

**Buchen Sie jetzt!** Es sind noch wenige Plätze bei unseren **Live Webinaren** frei. Oder Sie entscheiden sich gleich für den Komfort unserer **Streaming-Videos**.

