

# 17. Workshop 15./16. November 2019 - Beilngries

Am 15./16. November 2019 fand der 17. Workshop zur Mitgliederversammlung in Beilngries statt.

## Freitag 15. November 2019

Wie in jedem Jahr waren wir wieder im Fuchsbräu zu Gast. Mit über 50 Teilnehmern war der Vortragsraum gut gefüllt. Schon oft in den vergangenen Jahren nutzten wir die Vorträge am Freitag einmal in anderen Bereichen zu durchleuten.

**Dr. Nikolai Schediwy**, Jurist der KZVB brachte uns die **Vorteile der Streitbeilegung durch Mediation** nahe. Anders als vor Gericht oder bei einer Schlichtung oder bei einem Schiedsverfahren ist die Mediation nicht rückwärts gewandt mit Bestrafung, sondern in die Zukunft blickend. Hier sollte es nur Gewinner geben! Der Mediator ist dabei nur quasi ein Moderator, der die Streitenden veranlasst selbst vorzubringen, was für sie als Ergebnis besonders wichtig ist.

Ein klassisches Beispiel: Eine Mutter beobachtet, wie sich ihre beiden Kinder um eine Orange streiten. Um die Auseinandersetzung zu schlichten, schneidet sie die Frucht in zwei gleiche Teile. Doch dann sieht sie, dass das eine Kind die Schale wegwirft und das Fruchtfleisch isst, während das andere die Schale abhaspelt, um einen Kuchenteig zu aromatisieren, das Fruchtfleisch hingegen verwirft. Beide Kinder hätten in einer Mediation den vollen Nutzen erhalten können.

In der großen Politik wurde Mediation erstmalig im Camp-David-Abkommen zwischen Israel und Ägypten mit Erfolg angewandt. Gerade im Miteinander des Praxisteam scheint diese Methode ideal zu sein, um Differenzen zu klären. Wenig Aussichten auf Erfolg hat Mediation bei Auseinandersetzungen mit Patienten.

Im zweiten Referat ging es **PD Dr. Gregor Petersilka** um **Schmerzprophylaxe**. Ausführlich wurde die Rolle des Schmerzes in den Weltkulturen, aber auch über die Vorteile der Schmerzausschaltung berichtet. Ein Drittel der Bevölkerung geht nicht zum Zahnarzt aus Angst vor zu erwartenden Schmerzen. Der orale Bereich hat überproportional viele für die Schmerzleitung verantwortliche Neuronen. Zudem kann der empfundene und nicht bewältigte Schmerz die Qualität der zahnärztlichen Arbeit mindern.

Der Schmerz kann auf der psychischen Ebene, lokal oder systemisch beeinflusst werden. Auf jeden Fall sollte man bei jedem Patienten das Thema Schmerz ansprechen und über die verschiedenen Möglichkeiten der Schmerzkontrolle aufklären. Das Mittel der Wahl in der Zahnmedizin bleibt die Injektion mit Articain. Wobei der intraligamentären und der Infiltrationsanästhesie wegen der möglichen Nervschädigungen der Vorrang vor der Leitungsanästhesie zu geben ist. Articain mit Vasokonstringens verlängert die Wirkungsdauer beträchtlich. Sechs bis sieben Ampullen Höchstdosis sind möglich, ohne diesen Zusatz nur drei bis vier.

Eine elegante Methode unerwünschte Begleiterscheinungen, wie Fahruntüchtigkeit, Kreislaufprobleme, Nervläsionen oder Hämatome, zu vermeiden, ist bei kleinen Eingriffen eine Schmerzreduktion mit Dynexan Mundgel in Zylinderampullen zu applizieren. Dynexan enthält 20mg Lidocaine pro Gramm. Zwei Drittel der Befragten gaben in einer Umfrage an,

bei kleineren Eingriffen und Nachsorgebehandlungen einer Analgesierung mit Dynexan den Vorzug vor der Injektion zu geben. Diese Art der Schmerzausschaltung scheint eine brauchbare Alternative zu sein, die zudem noch delegierbar ist.

In der nachfolgenden Mitgliederversammlung sprachen die Mitglieder dem Vorstand das Vertrauen aus. Unter anderem wurde das neue Konzept der Kongressplanung in Zusammenarbeit mit der eazf vorgestellt. Das Programm und der Ablauf des Brennpunktes 2020 am 13. und 14. März in Beilngries fanden große Zustimmung.

Der Abend des ersten Workshoptages klang traditionell beim abendlichen Festessen aus.

Dr. Friedrich Grelle

## **Samstag 16. November 2019**

Nach dem traditionellen Morgenlauf entlang des Rhein-Main-Donau-Kanals und einem ausgiebigen Frühstück startete am Samstagmorgen, dem 16. November 2019, **Dr. Willem van den Bosch** mit seinem Vortrag „**Taschenbehandlung mit Oxysafe Professional - Aktivsauerstoff zur effektiven Behandlung von Parodontitis und Peri-Implantitis**“.

Der Referent erklärte den Behandlungsablauf und die Wirkungsweise dieses Produkts. Die anaeroben Bakterien seien nach der Behandlung mit diesem Aktivsauerstoff stark reduziert, den Bakterien wird durch die Zerstörung des Biofilms die Nahrung genommen. Nach einer Studie von Berendsen et al. (2014, Ardox-X® adjunctive topical active oxygen application in periodontitis and periimplantitis – a pilot study, 2 – 18) konnte innerhalb von 3 Monaten nach Behandlung eine Reduzierung der Taschentiefe um durchschnittlich 56 % festgestellt werden.

Anschließend stand **Prof. Dr. Anton Friedmann** mit seinem Vortrag „**Therapie und Prophylaxe parodontaler Erkrankungen – Strategien für langfristigen Erfolg**“ auf dem Programm.

Bei der aktuellen Klassifikation parodontaler und peri-implantärer Erkrankungen und Zustände von 2017 wird nicht mehr zwischen chronischen und aggressiven Parodontitiden unterschieden. Neu ist die Einteilung in Stadien und Grade. Außerdem sind iatrogene Faktoren wie „traumatische okklusale Kräfte“ und „Zahn- und Zahnersatz bedingt“ in der neuen Klassifikation enthalten.

Nach Prof. Dr. Anton Friedmann muss der Patient lernen, adäquat mit Bürsten umzugehen. Ohne mechanische Reinigung ist die Parodontitis nicht in den Griff zu bekommen. Bakterientests sind nicht indiziert, da die getesteten Bakterien auch bei parodontal gesunden Menschen vorhanden sind. Aus kranken Patienten sind mündige Patienten zu machen. „Sie müssen begreifen, um was es geht!“

Die Eindringtiefe von Mundhygieneartikeln unter die Gingivagrenze liegt bei circa 3 mm (Petersilka et al. 2006). Herstellen der Mundhygiene-Fähigkeit ist deshalb oberstes Ziel.

Spülungen mit CHX sind zur Reduktion einer akuten Entzündung sinnvoll, bis eine mechanische Reinigung möglich ist.

Primäres Ziel in der Parodontitistherapie ist die Entzündungskontrolle, sekundäres Ziel ist die Reduktion der Sondierungstiefen.

Die Effektivität der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) ist unweigerlich mit der Mitarbeit des Patienten verknüpft.

Nach einer kurzen Kaffeepause referierte **Dr. Christian Diegritz** über „**Die Paro-Endo Läsion – ein differential-diagnostisches wie therapeutisches Dilemma**“. Bei dieser Läsion handelt es sich um eine pathologische Kommunikation zwischen Parodont und Endodont. Klassisch wurden 3 Formen unterschieden:

- Läsionen mit primär endodontalem Ursprung
- Läsionen mit primär parodontalem Ursprung
- Läsionen mit kombiniertem endodontalen und parodontalen Ursprung

Der Referent stellte klar, dass parodontale Infektionen weniger Einfluss auf das Endodont haben als umgekehrt.

Heute werden Endo-Parodontale Läsionen eingeteilt in

- mit Beschädigung der Wurzel
  1. Wurzelfraktur oder -riss
  2. Perforation eines Wurzelkanals oder der Pulpenkammer
  3. Externe Wurzelresorption
- ohne Beschädigung der Wurzel
  1. bei Patienten mit Parodontitis
  2. bei Patienten ohne Parodontitis

Der Behandlungserfolg bei der Therapie Endo- Parodontaler Läsionen ist nicht planbar. Der Patient muss bereit sein, Zeit und Geld zu investieren trotz hoher Unsicherheit.

Nach Verabschiedung der Teilnehmer durch den ersten Vorsitzenden Dr. F. W. Grelle endete die wieder sehr gelungene Tagung in Beilngries mit einem gemeinsamen leckeren Mittagsimbiss.

Dr. Axel Cerny