

PN Aktuell

Schwerpunkt Parodontalchirurgie

Ernährung

Den Zusammenhang zwischen Ernährung und chronischer Parodontitis stellt Dr. Andreas Erber im Interview dar.

Interview
» Seite 15

Dokumentation

Wie wichtig die vollständige Dokumentation von Patientenfällen ist, zeigt der Artikel von RA Dr. Susanna Zentai.

Recht
» Seite 16

Name-Power

Wie sich der Parodontologe als Spezialist hervorhebt, präsentiert Nikolaus B. Enkelmann in seinem Beitrag.

Praxismanagement
» Seite 17

Therapie multipler gingivaler Rezessionen

Im nachfolgenden Artikel wird neben der Ätiologie der Rezessionen, der Indikation und der Vorhersagbarkeit für die Rezessionsdeckung die modifizierte Tunneltechnik vorgestellt, bei der das transplantierte Bindegewebe mit koronal reponiertem Gewebe gedeckt wird.

Bei vielen, auch bereits bei jungen Erwachsenen, sind die Wurzeloberflächen von einem oder mehreren Zähnen durch eine Verschiebung des Margo gingivae nach apikal der Schmelz-Zement-Grenze exponiert. Röthlisberger et al. konnten in einer Kohorte von 626 Schweizer Rekruten bereits bei 8,7 Prozent der Eckzähne und bei über 17 Prozent der ersten Molaren in der Maxilla Rezessionen von mindestens einem Millimeter messen (Röthlisberger, Kuonen et al. 2007). In einer westeuropäischen, parodontal gut betreuten Population wurden bei bis zu 60 Prozent der unter 20-Jährigen und bei mehr als 90 Prozent der über 50-Jährigen Rezessionen gemessen (Löe, Anerud et al. 1992). Zur Deckung von multiplen Rezessionen liegt bisher noch wenig Literatur vor.

Ätiologie der Rezessionen

Rezessionen werden seit dem internationalen Workshop für die Klassifikation der parodontalen Erkrankungen (Armitage 1999) in entwicklungsbedingte oder erwor-

bene Deformationen eingeteilt. Anatomische Gegebenheiten, wie hoch einstrahlende Muskelzüge in der Nähe des Margo gingivae oder eine inadäquate Dicke der bukkalen Knochenplatte, die zu Dehis-



Abb. 1: Miller-Klasse I

zenzen und Fenestrations führen, erklären einen Teil der Rezessionen. Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien haben gezeigt, dass die parodontale Gesundheit unabhängig von der Ausprägung der Rezession erhalten werden kann, wenn eine optimale Plaquekontrolle gesichert ist (Ken-

nedy, Bird et al. 1985). Die Notwendigkeit einer Mindestbreite der befestigten Gingiva zur Erhaltung der parodontalen Gesundheit konnte bisher wissenschaftlich nicht untermauert werden. Eine ungünstige Zahnstellung mit stark proklinierten oder exponiert stehenden Zähnen sowie eine kieferorthopädische Bewegung der Zähne an den Rand des Alveolarfortsatzes können ein Risiko für eine Rezession bedeuten (Joss-Vassalli, Grebenstein et al. 2010). Als wohl eine der häufigsten Ursachen für Rezessionen wird die traumatische Zahnpflege beschrieben (Kassab und Cohen 2003; Litonjua, Andreana et al. 2003). Ebenfalls als lokales Trauma sind auch die weitverbreiteten Lippenpiercings zu verstehen. So wurden in einer Gruppe von 91 Personen zwischen 20 und 43 Jahren an 68 Prozent der Zähne, die den Verschlussplatten gegenüberlagen, Rezessionen nachgewiesen (Leichter und Monteith 2006). Entzündungen, die durch Plaque und Zahnstein verursacht werden, können obige Ätiologie überlagern oder alleine zu Rezessionen führen.

Klassifikation

Miller entwickelte eine Klassifikation, die auf den zu erreichenden Ergebnissen einer Rezessionsdeckung beruht (Miller 1985).

Miller-Klasse I

Die Rezession reicht nicht bis an die Mukogingivalgrenze und es liegt interdental kein Verlust von parodontalem Gewebe vor (Abb. 1).

Miller-Klasse II

Die Rezession reicht bis an oder über die Mukogingivalgrenze hinaus und es liegt ebenfalls kein Verlust von parodontalem Gewebe interdental vor (Abb. 2).

Miller-Klasse III

Die Rezession reicht bis an oder über die Mukogingivalgrenze hinaus und es liegt ein Verlust von Knochen oder Weichgewebe im Approximalraum vor. Das interdentale Weichgewebe liegt apikal der approximalen Schmelz-Zement-Grenze, jedoch koronal des bukkalen Gingivalrands (Abb. 3).

» Seite 3

Chronische hyperplastische Gingivitis

Im Nachfolgenden wird die Behandlung einer entzündlichen Gingivasituation um Metallkeramikkronen im oberen Frontzahnbereich beschrieben. Es werden die verschiedenen Schritte der Behandlung bis zur Eingliederung definitiver Kronen mit ausgeheiltem Parodontium beschrieben.

Ausgangssituation

Der Patient stellte sich mit einer persistierenden Gingivitis um die Zähne 11 und 21 vor, die seit ca. drei bis vier Jahren besteht. Die Zähne sind überkront.

Anamnese

Der Patient gibt in der Anamnese ein Trauma im Jugendalter an,

bei dem beide Oberkiefer-Inzisivi frakturierten. Wegen Pulpaexposition erfolgte die endodontische Behandlung beider Zähne mit anschließender Überkronung. Die vorliegende Versorgung war inzwischen die zweite Überkronung, die im Jahre 2005 erfolgt war. Der Patient berichtet über zunehmende Blutungsneigung in der Umgebung der Kronen und starke Reizung des Gewebes.

Befund

Weitgehend kariesfreies Gebiss ohne parodontal-pathogenen Befund. Metallkeramikkronen an den Zähnen 11 und 21. Die Interdentalräume sind schwer zugänglich. Die marginale Gingiva um die Zähne 11 und 21 ist stark hyperplastisch und dunkelrot

» Seite 8

Zahnärztliche Fortbildung maritim

Am letzten Maiwochenende fand im Hotel NEPTUN in Rostock-Warnemünde der vierte Ostseekongress/Norddeutsche Implantologietage statt.

In einem nahezu unüberschaubaren Fortbildungsangebot gibt es immer nur wenige Veranstaltungen, die in irgendeiner Form herausstechen. Mit dem Ostseekongress/Norddeutsche Implantologietage im direkt am Strand von Rostock-Warnemünde gelegenen Hotel NEPTUN ist dies

den Veranstaltern von Anfang an gelungen. Die bisher stattgefundenen Ostseekongresse haben bei den Teilnehmern sowohl in Bezug auf das hochkarätige wissenschaftliche Programm, die zahlreichen Workshops und Seminare als auch im Hinblick auf die inzwischen traditionelle

Abendveranstaltung mit Meerblick unvergessliche Eindrücke hinterlassen. Hier erneut Maßstäbe zu setzen, war sicher nicht einfach, ist aber mit dem vorliegenden Programm erneut hervorragend gelungen.

» Seite 18

ANZEIGE



Aus Leidenschaft für Perfektion

innovation

„Berner Konzept“
Prof. Dr. Dr. A. Sculean, M.S.
Modul Plastic Esthetic Surgery Set




Prof. Dr. Dr. A. Sculean,
M.S., Direktor Klinik
für Parodontologie,
Universität Bern

1 Set für 2 Behandlungsmethoden:

- **Tunneltechnik:** anatomisch geformte Instrumente der neuen Generation für eine atraumatische Rezessionsdeckung
- **chirurgische Kronenverlängerung:** grazile, indikationsgerechte Parodontalmeißel

Tunneltechnik bei ausgeprägten multiplen Rezessionen im ästhetischen Bereich



Weitere Infos zum Berner Konzept erhalten Sie unter: Stoma Dentalsysteme GmbH & Co KG
Tel +49 (0)7465 9260-10 • vertrieb@stoma.de • www.stoma.de

Alle mit Symbolen gekennzeichneten Beiträge sind in der E-Paper-Version der jeweiligen Publikation auf www.zwp-online.info mit weiterführenden Informationen vernetzt.



Ausgezeichnete Forschungsleistung

Priv.-Doz. Dr. A. Rainer Jordan wurde von der weltgrößten Vereinigung von Zahnärzten zu einem der Direktoren der Forschungsgruppe gewählt.

Die weltgrößte Vereinigung von Zahnärzten, die International Association for Dental Research (IADR), hat Priv.-Doz. Dr. A. Rainer Jordan von der Universität Witten/Herdecke zu einem der Direktoren der Forschungsgruppe ernannt. Mehr als 12.000 Mitglieder zählt die IADR, die damit die wichtigste Organisation für Forschungsarbeiten zur Mundgesundheit weltweit darstellt. Jordan wird damit für seine Forschungsleistung geehrt, die er zum Thema Mundgesundheit in den letzten Jahren erbracht hat. Er hat – noch als Studierender – ein Hilfsprojekt zur Zahngesundheit in dem westafrikanischen Staat Gambia (mit)gegründet und betreut es auch heute noch: Weit weg von der Hauptstadt Banjul müssen die Menschen immer noch tagelange Fußmärsche unternehmen, wenn sie Zahnprobleme haben. Das Projekt bildet Zahnärzte und Helfer aus, heute geht es aber auch um die Frage, wie sich die Zahngesundheit in einem Entwicklungsland unterscheidet von der in den Industrieländern.

Außerdem arbeitet Jordan seit den 1990er-Jahren an dem

Thema HIV und Zahnbehandlung. „In den 80er-Jahren hatten viele Zahnärzte Angst vor einer Aids-Ansteckung, aber sie waren auch die Ersten, die eine Infektion an der Veränderung der Mundschleimhaut feststellen konnten. Damals ging es vor allem um Aufklärung“, berichtet Jordan. Heute haben sich die Probleme mit den neuen Behandlungsarten geändert: „HIV-



Priv.-Doz. Dr. A. Rainer Jordan



Patienten bekommen heute einen Medikamenten-Cocktail, den sie täglich einnehmen müssen. Die haben Nebenwirkungen auch auf die Mundschleimhaut und das Zahnfleisch. Dazu gibt es zurzeit nur wenig Forschung.“ Die aktuellste Forschung betreibt Jordan zusammen mit den Augusta-Kranken-Anstalten in

Bochum. Darin geht es um Frauen, die nach einer Brustkrebsoperation Behandlungen mit Chemo- oder Strahlentherapie bzw. Hormonhemmern auf sich nehmen müssen. „Auch da gibt es massive Beschwerden beim Kauen. Zahnfleisch und Mundschleimhaut sind entzündet, die Patienten, die eh schon unter Appetitlosigkeit leiden, können nicht mal schmerzfrei kauen. Aber niemand weiß, welcher Wirkstoff dafür verantwortlich ist. Wir wissen auch nicht, wie sich die Effekte der einzelnen Behandlungen, die in kurzer Zeit aufeinanderfolgen, gegenseitig beeinflussen. Außerdem wird der Speichelfluss durch die Behandlung geringer, das wiederum begünstigt Karies und Parodontitis“, beschreibt Jordan die aktuelle Forschungsarbeit, die erst 2013 abgeschlossen sein wird.

Offenbar haben diese Arbeiten die IADR veranlasst, Jordan in die Position eines Direktors der Forschungsgruppe zu wählen. „Da wird immer ein Amerikaner und ein Vertreter aus dem Rest der Welt berufen. Das bin ich jetzt für drei Jahre“, freut er sich über die Auszeichnung.

Alterszahnmedizin im Fokus

Trotz der enormen Präventionserfolge der letzten zwei Jahrzehnte bleiben Karies und Parodontitis die Hauptgründe für den Verlust von Zähnen bei Erwachsenen.

Die Zahl der jährlichen Extraktionen ist deutlich zurückgegangen: von über 16 Mio. Anfang der Neunzigerjahre auf ca. 13,4 Mio. im Jahr 2009 in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dennoch

Der Vorsitzende des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz, schlussfolgert aus der Studie: „Die Zahnverluste häufen sich im höheren

dig bis ans Lebensende zu erhalten.“ Auch der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dietmar Oesterreich, sieht Handlungsbedarf: „Wir brauchen mehr Prävention und besondere Versorgungsansätze für ältere Patienten, insbesondere für jene, die zur persönlichen Mundhygiene oder zum Gang in die Zahnarztpraxis nicht mehr in der Lage sind. Gleichzeitig muss stärker über Ursachen und Folgen von Parodontalerkrankungen aufgeklärt werden, um Zahnverluste als auch die Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit zukünftig noch besser verhindern zu können.“



bleiben Karies bei 29,7 Prozent und Parodontitis bei 28,5 Prozent aller Fälle ursächlich für die Extraktion. Ab Mitte 40 nehmen die Zahnverluste deutlich zu und erreichen bei den 66- bis 70-Jährigen einen Höhepunkt. Mit zunehmendem Lebensalter ist Parodontitis der Hauptgrund für Zahnverlust.

Lebensalter und haben besondere, altersassoziierte Ursachen. Das zeigt, dass wir im Zuge der demografischen Veränderungen mehr Augenmerk auf die Alterszahnmedizin und die Versorgung älterer Menschen legen müssen. Unser Ziel ist, bei der Mehrheit der Patienten die eigenen Zähne möglichst vollstän-

Quelle: BZÄK und KZBV

PN Information

Die aktuelle IDZ-Studie „Ursachen des Zahnverlustes in Deutschland“ steht unter www.idz-koeln.de zum Download bereit.

Wegweisende Biomaterialien

Dr. Sven Henning vom Fraunhofer-Institut für Werkstoffmechanik IWM ist mit dem renommierten Preis für Materialwissenschaften geehrt worden.

Mit dem International Materials Science Prize of the Polychar World Forum on Advanced Materials wurde Hennings wissenschaftliche Forschungsarbeit zu Werkstoffen für den Knochenersatz ausgezeichnet. Geforscht wurde an einem Material, welches in naher Zukunft den menschlichen Knochen ersetzen könnte: Die Basis für Anwendungen im menschlichen Körper ist ein biologisch verträglicher Nanoverbundwerkstoff. Er besteht aus einer körperverträglichen Polymerkomponente und dem knochenähnlichen Stoff Hydroxylapatit. Die Herausforderung hierbei ist, den neuen Werkstoff so zu entwickeln, dass er nicht vom menschlichen Gewebe abgestoßen wird und die Neubildung von Knochen fördert. Im Idealfall wird der Werkstoff synchron mit dem Aufbau des neuen Gewebes biologisch abgebaut. Zusätzlich



Dr. Sven Henning

bestehen hohe Anforderungen an die mechanischen Eigenschaften solcher Werkstoffe.

Dr. Sven Henning ist seit Ende 2010 am Fraunhofer-Institut für Werkstoffmechanik IWM in Halle in dem Geschäftsfeld Biologische und Makromolekulare Materialien tätig. Zuvor hat der Physiker Materialentwicklungen und -untersuchungen an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführt.

ANZEIGE

www.zwp-online.info

FINDEN STATT SUCHEN.

ZWP online

PN IMPRESSUM

PARODONTOLOGIE Nachrichten

Verlag

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Tel.: 03 41/4 84 74-0
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: kontakt@oemus-media.de

Redaktionsleitung

Kristin Urban

Tel.: 03 41/4 84 74-3 25
E-Mail: k.urban@oemus-media.de

Redaktion

Eva Kretzschmann

Tel.: 03 41/4 84 74-3 35
E-Mail: e.kretzschmann@oemus-media.de

Projektleitung

Stefan Reichardt
(verantwortlich)

Tel.: 03 41/4 84 74-2 22
E-Mail: reichardt@oemus-media.de

Produktionsleitung

Gernot Meyer

Tel.: 03 41/4 84 74-5 20
E-Mail: meyer@oemus-media.de

Anzeigen

Marius Mezger
(Anzeigendisposition/
-verwaltung)

Tel.: 03 41/4 84 74-1 27
Fax: 03 41/4 84 74-1 90
E-Mail: m.mezger@oemus-media.de

Abonnement

Andreas Grasse
(Aboverwaltung)

Tel.: 03 41/4 84 74-2 00
E-Mail: grasse@oemus-media.de

Herstellung

Matteo Arena
(Grafik, Satz)

Tel.: 03 41/4 84 74-1 15
E-Mail: m.arena@oemus-media.de

Druck

Dierichs Druck + Media GmbH
Frankfurter Straße 168
34121 Kassel

Die *PN Parodontologie Nachrichten* erscheint regelmäßig als Zweimonatszeitung. Bezugspreis: Einzelexemplar: 8,- € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Jahresabonnement im Inland: 45,- € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Abo-Hotline: 03 41/4 84 74-0. Die Beiträge in der „Parodontologie Nachrichten“ sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur nach schriftlicher Genehmigung des Verlages. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit von Verbands-, Unternehmens-, Markt- und Produktinformationen kann keine Gewähr oder Haftung übernommen werden. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung (gleich welcher Art) sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen – für alle veröffentlichten Beiträge – vorbehalten. Bei allen redaktionellen Einsendungen wird das Einverständnis auf volle und auszugsweise Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern kein anders lautender Vermerk vorliegt. Mit Einsendung des Manuskriptes gehen das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Bücher und Bildmaterial übernimmt die Redaktion keine Haftung. Es gelten die AGB und die Autorenrichtlinien. Gerichtsstand ist Leipzig.

Therapie multipler gingivaler Rezessionen

PN Fortsetzung von Seite 1

Miller-Klasse IV

Die Rezession reicht bis an oder über die Mukogingivalgrenze hinaus, mit einem starken Knochen- und Weichgewebeerlust im Approximalraum. Das interdental Weichgewebe liegt apikal des bukkalen Gingivalrands (Abb. 4).

Während bei den Miller-Klassen I und II eine vollständige Wurzeldeckung erreicht werden kann, lässt sich bei der Miller-Klasse III die Rezession nur teilweise decken. Bei der Miller-Klasse IV ist der Knochen- und Weichgewebeerlust im Approximalraum so groß, dass sich keine Rezessionsdeckung erreichen lässt. Für die Prognose des Behandlungsergebnisses ist also die Höhe des Knochen- und Gingivagewebes im Approximalraum der kritische Faktor.

Indikation für Rezessionsdeckung

Die Hauptindikation für eine Rezessionsdeckung sind ästhetische Anliegen und empfindliche Wurzeloberflächen der betroffenen Patienten (Abb. 5 und 6). Die Erleichterung der Plaquekontrolle spielt vor allem bei weit marginal inserierenden Wangen- und Lippenbändchen und bei fehlender angewachsener Gingiva eine Rolle. Freiliegende Zahnhälse können aufgrund der Morphologie an der Schmelz-Zement-Grenze und des raueren Dentins als natürliche Prädispositionsstelle für die Plaqueakkumulation gelten und durch eine Rezessionsdeckung eliminiert werden.

Die Vorbereitung

Bevor die chirurgische Therapie ausgeführt wird, ist es unabdingbar, im Rahmen einer Hygiene-phase alle Beläge zu entfernen und die ätiologischen Faktoren so weit wie möglich zu verändern, damit die klinischen Entzündungszeichen und Traumata minimiert werden. Wurzelkaries und zervikale Füllungen stellen keine Kontraindikation dar, werden aber in aller Regel entfernt. Die freiliegende Wurzeloberfläche im Bereich der Rezession soll geglättet werden, um Rauigkeiten und Endotoxine zu entfernen (Abb. 7).

Die modifizierte Tunnel-Technik

Bei der Tunnel-Technik (Allen 1994) wird mit intrasulkulären Inzisionen, speziellen Tunnelinstrumenten oder Küretten zervi-

kal die Gingiva vom Knochen gelöst. Sobald es die Gewebedicke zulässt, kann das Periost auf dem Knochen belassen und im Bindegewebe präpariert werden. Die Präparation wird mit speziellen Tunnelinstrumenten (Abb. 8a) apikal und lateral 3 bis 5 mm über das Rezessionsgebiet hinausgeführt, wobei die Papillen unterminiert werden (Abb. 8b). Danach wird das Transplantat in den entstandenen Tunnel eingebracht und mit je einer Matratzennaht mesial und distal am Mukoperiostlappen fixiert (Abb. 10). Um die Stabilität des Transplantats zusätzlich zu erhöhen, kann dieses mit einzelnen Umschlingungsnahten an den Zähnen fixiert werden. Für die vorhersagbare Deckung der Rezessionen und für den Schutz des Transplantats wird der Mukoperiostlappen (d.h. das ganze gelockerte und tunnellierte Weichgewebe) in koronaler Richtung verschoben (Azzi und Etienne 1998; Aroca, Keglevich et al. 2010) und mit einzelnen Umschlingungsnahten oder Aufhängennahten geschlossen (Allen 2010) (Abb. 11).

Zwei klinische Beispiele

... zur Deckung multipler Rezessionen mit der modifizierten Tunnel-Technik:

- Multiple Rezessionen als Folge von traumatischem Zähneputzen. Trauma, die das ästhetische Bild der Patienten beeinträchtigen (Abb. 5).
- Multiple Rezessionen als Folge von Trauma oder kieferorthopädischer Therapie (Abb. 6).

Die Wurzel wird zunächst mit einer Gracey-Kürette geglättet, um die Endotoxine zu entfernen (Abb. 7). Die Tunnelpräparation: Im Sulcus werden unter Knochenkontakt die Fasern mit einer Kürette oder speziellen Tunnelmessern (Stoma Dentalsysteme, Liptingen) gelöst und anschließend der Lappen vorsichtig bis über die Mukogingivalgrenze hinaus frei präpariert (Abb. 8a). Erst wenn unter dem Lappen bereits etwas Bewegungsfreiheit für die Instrumente herrscht, werden auch die Papillenbasen vom Knochen des interdentalen Septums gelöst. Der Tunnel ist ausreichend vorbereitet, wenn der Lappen spannungsfrei so weit nach koronal verschoben werden kann, dass die Gingiva die ganze Rezession bedecken wird (Abb. 9). Einbringen des Transplantats: das Transplantat wird in den Tunnel eingebracht und mit je einer Matratzennaht am Lappen befestigt (Abb. 10). Anschließend wird das Transplantat zervikal mit Umschlingungsnahten befestigt. Der Lappen wird nun so weit nach koronal verschoben und mit Um-

Fortsetzung auf Seite 6 **PN**

ANZEIGE



BEAUTY N HEALTH

The supra and perio double effect



Der erste Airpolisher mit Doppelfunktion

GO Supra

- Ermöglicht jede Form der supra-gingivalen Prophylaxebehandlung
- Mit 90° oder 120° Supra-Düse

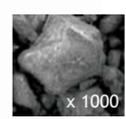
GO Perio (optional)

- Revolutioniert die Behandlung von Parodontitis und Periimplantitis
- Die Perio-Düse gleitet sanft ohne Kräfteinwirkung in die parodontale Tasche

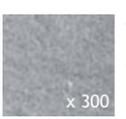


AIR-N-GO-Kursangebote oder kostenfreier Test:
 Infos unter 0800 / 728 35 32
 oder www.de.acteongroup.com

AIR-N-GO Powder



x 1000

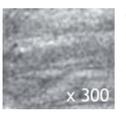


x 300

• AIR-N-GO «CLASSIC» Partikel mit abgerundeter Struktur. Schont Zahnschmelz und Gewebe.



x 1000



x 300

• Mitbewerber-geschichtete Partikel, aggressive Struktur. Zahlreiche Riefen im Zahnschmelz.

AIR-N-GO «Pearl»

- Besonders schonendes Kalziumkarbonat

AIR-N-GO «Perio»

- Subgingivales AIR-N-GO «Perio» Powder, auf der Basis natürlichen Glycins



5 frische Geschmacksrichtungen mit 100% natürlichen Aromen!

Kompatibel mit den meisten Pulverstrahlssystemen



ACTEON Germany GmbH · Industriestraße 9 · D-40822 Mettmann
 Tel.: +49 (0) 21 04 / 95 65 10 · Fax: +49 (0) 21 04 / 95 65 11
 info@de.acteongroup.com · www.de.acteongroup.com
 Hotline: 0800 / 728 35 32

PN 3/11



Das neue Lokalantibiotikum Ligosan Slow Release setzt Maßstäbe in der Behandlung von Parodontitis.

Dank des patentierten Gels dringt der bewährte Wirkstoff Doxycyclin selbst in tiefe, schwer erreichbare Parodontaltaschen vor. Er verbleibt am Wirkort und gewährleistet kontinuierliche Freisetzung des Antibiotikums in hoher Konzentration. Einfache Applikation und nachhaltige Wirksamkeit – Ligosan Slow Release sorgt für eine signifikant bessere Reduktion der Taschentiefe als SRP allein.

Bestellen über Dentalhandel

oder

Verschreibung auf Privatrezept!

NEU

Für die adjuvante Therapie von Parodontitis

Ligosan® Slow Release Der Taschen-Minimierer



Ligosan®
SLOW RELEASE 

Parodontitis-Therapie heute

Ligosan Slow Release, 14 % (w/w), Gel zur periodontalen Anwendung in Zahnfleischtaschen (subgingival), Wirkstoff: Doxycyclin • **Zusammensetzung:** 1 Zylinderkartusche zur einmaligen Anwendung enthält 260 mg Ligosan Slow Release. Wirkstoff: 1 g Ligosan Slow Release enthält 140,0 mg Doxycyclin entsprechend 161,5 mg Doxycyclinhydrochlorid. Sonstige Bestandteile: Polyglykolid, Polyethylenglykol-DL-lactid/glykolid-Kopolymer (hochviskos), Polyethylenglykol-DL-lactid/glykolid-Kopolymer (niedrigviskos) • **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der chronischen und aggressiven Parodontitis bei Erwachsenen mit einer Taschentiefe von ≥ 5 mm als Unterstützung der konventionellen nicht-chirurgischen Parodontitis-Therapie. • **Gegenanzeigen:** Bei bekannter Überempfindlichkeit gegenüber Doxycyclin, anderen Tetracyclin-Antibiotika oder einem der sonstigen Bestandteile von Ligosan Slow Release; bei Patienten, die systemische Antibiotika vor oder während der Parodontaltherapie erhalten; während der Odontogenese (während der Frühkindheit und während der Kindheit bis zum Alter von 12 Jahren); während der Schwangerschaft; bei Patienten mit erhöhtem Risiko einer akuten Porphyrie; bei Patienten mit stark eingeschränkter Leberfunktion. • **Nebenwirkungen:** Nach Behandlung mit Ligosan Slow Release waren Häufigkeit und Ausprägung von Nebenwirkungen vergleichbar den Nebenwirkungen nach konventioneller Parodontitisbehandlung. Gelegentlich auftretende Nebenwirkungen sind: Schwellung der Gingiva (Parodontalabszess), „kaugummiartiger“ Geschmack bei Austritt von Gel aus der Zahnfleischtasche. Da die Anwendung von Ligosan Slow Release nachweislich nur zu sehr geringen Doxycyclin-Plasmakonzentrationen führt, ist das Auftreten systemischer Nebenwirkungen sehr unwahrscheinlich. Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort: Überempfindlichkeitsreaktionen, Urticaria, angioneurotisches Ödem, Anaphylaxie, anaphylaktische Purpura. Innerhalb der Gruppe der Tetracyclin-Antibiotika besteht eine komplette Kreuzallergie. Bei Verabreichung von Doxycyclin an Kinder während der Zahnentwicklung ist in seltenen Fällen eine irreversible Zahnverfärbung und Zahnschmelzschädigung beobachtet worden. • Verschreibungspflichtig. • **Pharmazeutischer Unternehmer: Heraeus Kulzer GmbH, Grüner Weg 11, 63450 Hanau** • Stand der Information 02/2010

PN Fortsetzung von Seite 3

schlingungsnahten fixiert, dass die Schmelz-Zement-Grenze gut bedeckt ist (Abb. 11).

Postoperatives Vorgehen

Die Patienten werden instruiert, die operierten Stellen zu

schonen, die Wunden nicht zu berühren und die Wange nicht abzuspannen. Kühlung wirkt dem Ödem entgegen und nicht-steroidale Entzündungshemmer werden zur Schmerzbekämpfung eingesetzt. Um Infektionen, trotz Mundhygieneabstinenz, entgegenzuwirken, wird eine 0,2%ige Chlorhexidinlösung abgegeben, mit der zweimal täglich

gespült wird. Die Nähte im Gaumen können nach einer Woche entfernt werden. Die Nähte, die den Verschiebelappen halten, werden nach zehn bis 14 Tagen entfernt, worauf die mechanische Mundhygiene mit einer ultraweichen Zahnbürste vorsichtig wieder aufgenommen werden kann. Solange das Areal noch geschont werden muss und

die Reinigung der Interdentalräume noch nicht möglich ist, wird weiter mit Chlorhexidin gespült.

Die klinische Vorhersagbarkeit der modifizierten Tunnel-Technik

Bisher liegen nur zwei Publikationen vor, bei denen multiple Rezessionen bei mindestens fünf Patienten mit der modifizierten Tunnel-Technik angegangen und mindestens sechs Monate beobachtet wurden.

Aroca et al. (Aroca, Keglevich et al. 2010) behandelten in einer randomisierten, kontrollierten Studie in einem Split-Mouth-Verfahren 20 Patienten mit multiplen Rezessionen der Miller-Klasse III. Sie konnten beobachten, dass die zusätzliche Verwendung von Schmelz-Matrix-Proteinen zur modifizierten Tunnel-Technik keine weiteren Verbesserungen zur Therapie mit der modifizierten Tunnel-Technik alleine zeigt. Beide Verfahren waren nach einem Jahr Beobachtung mit einer mittleren Rezessionsdeckung von 82 Prozent in der Testgruppe, respektive 83 Prozent in der Kontrollgruppe, ähnlich erfolgreich. Eine komplette Wurzeldeckung von allen behandelten Rezessionen konnte in beiden Gruppen bei je acht Patienten beobachtet werden.

Die Therapie mit der modifizierten Tunnel-Technik kann also auch bei Miller-Klasse III vorhersagbare Resultate erzielen. Um das subepitheliale Bindegewebetransplantat zu gewinnen, muss immer eine zweite Operationsstelle eröffnet werden, und je nach Ausdehnung des Empfängerbettes kann es unmöglich werden, ein entsprechend großes Transplantat zu gewinnen. In einer Fallstudie mit fünf Patienten mit multiplen Miller-Klassen I und II verwendeten Modaresi und Wang (Modaresi und Wang 2009) stattdessen zusätzlich zur modifizierten Tunnel-Technik eine azelluläre dermale Matrix. Sie konnten damit eine durchschnittliche Rezessionsdeckung von 60,5 Prozent erzielen. Zurzeit werden weitere Studien mit der modifizierten Tunnel-Technik in unserer Arbeitsgruppe durchgeführt. Sie sollen die Vorhersagbarkeit dieser Technik, mit und ohne zusätzliche Verwendung von Biomaterialien, weiter ermitteln.

und komplette Wurzeldeckungen konnten weniger oft erreicht werden als bei Nichtrauchern. Die Dicke des Lappens ist abhängig vom Biotyp des Patienten und ist positiv assoziiert mit der mittleren und kompletten Rezessionsdeckung (Hwang und Wang 2006; Berlucchi, Francetti et al. 2005). Auch die Lappenspannung nimmt Einfluss. Sobald die Spannung des Lappens minimale 0,4 g zu übersteigen beginnt, beginnt sich die Spannung umgekehrt proportional zur erreichten Rezessionsdeckung zu verhalten (Pini Prato, Pagliaro et al. 2000). Da bei der Koronalverschiebung des Lappens die neue Position des Margo gingivae positiv mit der Rezessionsdeckung korreliert (Pini Prato, Baldi et al. 2005), soll bei der Positionierung des Lappens darauf geachtet werden, dass die Schmelz-Zement-Grenze bedeckt ist.

Die Ausrichtung des Transplantates, ob die Seite mit dem Periost zum Zahn oder gegen den Lappen ausgerichtet ist, scheint keine Rolle zu spielen (Lafzi, Mostofi Zadeh Farahani et al. 2007; Al-Zahrani, Bissada et al. 2004).

Schlussfolgerungen

Die modifizierte Tunnel-Technik birgt durch das innovative Vorgehen Vorteile für die Gewebe und den Patienten. Da die einzige Inzision auf den Sulkus beschränkt ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Gewebe gut durchblutet werden und die Ernährung der koronal verschobenen Gingiva und des darunterliegenden Transplantates gewährleistet ist.

Die marginale Lage des Transplantates und der koronal verschobenen Gingiva können gut gesteuert und mit den Umschlingungsnahten gesichert werden. Durch die Transplantation des Bindegewebes kann eine Verdickung der keratinisierten Gingiva erreicht werden (Bittencourt, Ribeiro Edel et al. 2009), welche zur Langzeitstabilität und reduzierter Dentinsensibilität führt. Weil keine Entlastungsinzisionen gelegt werden, werden keine Narben beobachtet, und da das Transplantat nicht epithelialisiert ist und unter die Gingiva zu liegen kommt, sind auch keine Farbabweichungen zu erwarten. **PN**

PN Adresse

Dr. med. dent. Petra Hofmänner
Prof. Dr. med. dent. Dr. h.c. (mult.),
M.S. Anton Sculean
Zahnmedizinische Kliniken
der Universität Bern
Klinik für Parodontologie
Freiburgstr. 7
3010 Bern, Schweiz
Tel.: +41-31/632 25 77
Fax: +41-31/632 49 15
E-Mail: anton.sculean@zmk.unibe.ch
www.zmk.unibe.ch



Abb. 2: Miller-Klasse II



Abb. 3: Miller-Klasse III



Abb. 4: Miller-Klasse IV



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8a



Abb. 8b



Abb. 9



Abb. 10



Abb. 11



Abb. 12: Heilung vier Monate nach Therapie des in Abbildung 6 dargestellten Falles.



Abb. 13: Heilung sechs Monate nach Therapie der Rezessionen aus der Abbildung 5. Es wurde eine vollständige Deckung der Rezessionen erreicht.

Beeinflussende Faktoren

Das Tabakrauchen ist ein anerkannter modifizierender Faktor in der Ätiologie der Parodontitis. Dass das Rauchen auch das Resultat einer Rezessionsdeckung beeinflusst, konnten Chambrone et al. (Chambrone, Chambrone et al. 2009) in einer systematischen Review zeigen. So war bei Rauchern die Reduktion der Rezession geringer

Varios 970

Multifunktions-Ultraschallgerät Varios 970 mit LED

Das schlanke Design des Handstückes bietet einen optimalen Zugang und gewährleistet beste Sichtverhältnisse.



NSK



Mitbewerber

1.749€*
Varios 970
ohne Licht
~~2.150€~~

Varios 970 Komplettsset bestehend aus:

- Steuergerät
- Handstück
- Handstückkabel
- Fußschalter
- 3 Scaler-Aufsätze (G4, G6, G8)
- 2 Kühlmittelbehälter
- 3 Drehmomentschlüssel
- Steribox

1.999€*
Varios 970
mit LED
~~2.450€~~

iPiezo engine Varios 970

Multifunktions-Ultraschallscaler Varios 970 mit LED

Die neue Technologie von NSK, iPiezo, gewährleistet eine stabile Leistungsabgabe durch automatische Anpassung an die optimale Vibrationsfrequenz in Abhängigkeit vom Belastungszustand. Die Leistung wird so fein geregelt, dass ein und dasselbe Handstück für Endodontie, Parodontologie und Zahnsteinentfernung verwendet werden kann. Eine breite Palette an Aufsätzen für jeden Anwendungsbereich steht zur Verfügung.



* Alle Preise zzgl. MwSt. Alle Preise gültig bis 30. Juni 2011. Änderungen vorbehalten.



Chronische hyperplastische Gingivitis

Fortsetzung von Seite 1

verfärbt. Es besteht eine starke Blutungsneigung. Das Röntgenbild zeigt eine Wurzelbehandlung an beiden Zähnen mit Stiftaufbauten. Der Gingivarand ist stark subgingival platziert und die Kronenränder sind leicht überkontouriert. Es bestehen keine apikalen Veränderungen.

Beurteilung der Situation

Es liegt hier eine Verletzung der biologischen Breite durch eine tief subgingivale Präparation der Kronen vor. Eine allergische Komponente konnte ausgeschlossen werden.

Die biologische Breite

Die Berücksichtigung der biologischen Breite ist der Dreh- und Angelpunkt einer parodontologisch wie prothetisch suffizienten Behandlung mit langfristig guter Prognose. Bei der Präparation eines Zahnes führt eine Verletzung der biologischen Breite unweigerlich zu einer pathologischen Veränderung der Gingiva und des Parodonts.

Im statistischen Mittel beträgt die biologische Breite 2,5 bis 3,1 mm. Sie gliedert sich in folgende Abschnitte in koronal-apikaler Richtung:

- den anatomischen Sulkus mit durchschnittlich 0,69 mm Breite.
- Das Saumepithel mit durchschnittlich 0,97 mm Breite
- Die supraalveolären Bindegewebsfasern mit durchschnittlich 1,07 mm Breite.

Reicht die Präparationsgrenze näher an den Knochen als es die biologische Breite zulässt, so führt dies je nach Knochen- und Gingivaqualität zu verschiedenen pathologischen Prozessen.

- Gingivaretraktion bei dünnem Gingivatyp
- reaktive Gingivahyperplasie und Pseudotaschenbildung bei dickem Gingivatyp
- langfristig marginaler Knochenabbau zur reaktiven Neuetablierung der biologischen Breite.

Ist wie im vorliegenden Fall kein ausreichender Platz für den supraalveolären Faserapparat und das Saumepithel gewährleistet, wird eine chirurgische Kronenrandverlängerung notwendig.

Behandlungsziel

Kronenverlängerung durch Apikalpositionierung der marginalen Gingiva und Neudefinition der Präparationsgrenzen, Etablierung einer neuen biologischen Breite, Anfertigung neuer Vollkeramikronen mit ausgeheiltem reizfreier marginaler Gingiva.

Behandlungsplan

1. Parodontologische Initialtherapie PZR und Plaque-Kontrolle
2. Entfernung der Metallkeramikronen an Zähnen 11, 21 Anfertigung von direkten Kurzzeitprovisorien 11,21
3. Lappenoperation 11,21
4. Neue Festlegung der Präparationsgrenzen und Anfertigung von Langzeitprovisorien 11,21
5. Nachkorrektur der Gingivakontur
6. Definitive Neuversorgung mit Vollkeramikronen

Behandlungsablauf

Initialtherapie

In zwei Sitzungen Initialtherapie wurden supra- und subgingivale Ablagerungen entfernt und

grenzen und eine vorläufige Neupräparation der Zahnstümpfe. Zusätzlich wurde das Granulationsgewebe auskürettet, jedoch erfolgte zu diesem Zeitpunkt noch keine offene Kürettage oder Lappenoperation. Nach Ergänzung der Aufbaufüllungen erfolgte die Anfertigung eines Provisoriums aus Luxatemp mittels einem zuvor angefertigten Silikonschlüssel. Die Ränder der provisorischen Kronen wurden bewusst etwas gekürzt, um dem Gewebe die Möglichkeit der reizfreien Ausheilung zu geben. Nach drei Wochen war eine relative Spontanheilung des Gewebes erfolgt. Die Schwellung war reduziert, jedoch bestanden noch stark gerötete und hyperplastische Gingivaränder um die Kronen aufgrund der weiterhin unzureichenden biologischen Breite.

getragen, um die erforderliche Distanz zu gewinnen. Anschließend wurde die Wurzeloberfläche gründlich geglättet und poliert. Zum Schluss konnte die Gingiva readaptiert, gegebenenfalls etwas gekürzt und dann mit Interdentálnähten vernäht werden. Nach dem Eingriff war die Präparationsgrenze bzw. der Kronenrand durch die apikale Positionierung des Gewebes sichtbar.

Langzeitprovisorien

Nach einer einmonatigen Ausheilung kam es zum relativen Verlust der Interdentalpapillen und zur Exposition der Kronenränder.

Im nächsten Behandlungsschritt war die Eingliederung von therapeutischen Provisorien vorgesehen. Es erfolgte eine erneute Festlegung der Präparations-

tragen werden, um eine optimale stabile Gewebesituation zu erhalten.

Ziel dieser Behandlungsphase ist:

- vollständige Ausheilung der Gingiva
- spontaner Wiederaufbau der interdentalen Papillen

Definitive Versorgung

Die therapeutischen Provisorien wurden ca. vier Monate getragen, bis die Gewebesituation zufriedenstellend war. Erst dann konnte die endgültige Versorgung erfolgen. Die Präparationsgrenzen wurden nochmals nachgearbeitet und ca. 1 mm unter die Gingiva gelegt. Hierauf erfolgte die Abformung zur definitiven Versorgung. Die endgültigen Kronen wurden aus Vollkeramik (IPS e.max) hergestellt. Bei der Herstellung der Kronen wurde besonders auf die ausreichende Öffnung und Hygienefähigkeit der Interdentalräume geachtet.

Diskussion

Die vorliegende Fallbeschreibung macht die Folgen einer Verletzung der biologischen Breite bei einer Zahnpräparation und dem Verschluss der Interdentalräume deutlich. Es ist ein hoher Aufwand nötig, um die Gewebesituation wieder zum Ausheilen zu bringen. Mit der Einhaltung einfacher Grundregeln können derartige entzündliche Gewebereaktionen vermieden werden.

Zusammenfassung

Die Verletzung der biologischen Breite bei einer Kronenpräparation kann zu einer chronischen Gingivaentzündung und reaktiven Gingivahyperplasie führen. Im vorliegenden Fall führte die Überkronung der Zähne 11 und 21 nach Frontzahntrauma zu zunehmender Gingivaentzündung und Spontanblutung im marginalen Bereich dieser Kronen. Die Behandlung erfolgte in mehreren Schritten. Die Entfernung der Kronen, Lappenoperation zur Kronenverlängerung und die Eingliederung von therapeutischen Provisorien waren Teilschritte der Behandlung. Nach einer Tragedauer von ca. vier Monaten war die marginale Gingiva ausgeheilt und die endgültigen Vollkeramikronen konnten angefertigt werden. Die Situation ist seitdem stabil. ☒



Abb. 1: Ausgangssituation.



Abb. 2: Situation nach Abnahme der Metallkeramikronen.



Abb. 3: Spontanreduktion der Entzündung nach drei Wochen.



Abb. 4: Eine Woche nach Kronenverlängerungsoperation.



Abb. 5: Situation mit therapeutischen Provisorien.



Abb. 6: Endergebnis nach ca. fünf Monaten Behandlungszeit.

der BOP konnte reduziert werden. Der Patient wurde in den notwendigen Mundhygienemaßnahmen unterwiesen.

Entfernung der Kronen und Anfertigung direkter Provisorien

Unter Lokalanästhesie erfolgte die Entfernung der Metallkeramikronen. Es zeigten sich stark subgingivale Präparationsgrenzen und mangelhafte Stiftaufbauten mit zementierten Wurzelstiften und Composite-Aufbauten. Es erfolgte ein Verschleifen der alten Präparations-

Lappenoperation

Zur endgültigen Ausheilung des marginalen Gewebes musste eine operative Kronenverlängerung durchgeführt werden. Diese erfolgte in Form einer Lappenoperation. Unter Lokalanästhesie wurde ein bukkaler und ein palatinaler Lappen präpariert und so aufgeklappt, dass der krestale Knochen dargestellt wurde. Von der Präparationsgrenze soll die Knochenlamelle 3 mm Abstand haben. War der Abstand kürzer, so wurde der Knochen vorsichtig mit Handinstrumenten ab-

grenzen unter Berücksichtigung der biologischen Breite. Die Langzeitprovisorien wurden für den Zeitraum bis zur vollständigen Gewebearausheilung und zur Etablierung von Interdentalpapillen eingesetzt. Hierzu wird die Regel nach Kois angewandt: Bei einem Abstand des interdentalen Kontaktpunktes zum krestalen Knochen von maximal 5 mm ist mit der vollständigen Wiederherstellung der Papille zu rechnen.

Diese Langzeitprovisorien sollten mindestens drei Monate ge-

PN Adresse

Dr. Barbara Heubisch DDS
Rosenkavaliertplatz 9
81925 München
Tel.: 0 89/91 93 93
Fax: 0 89/91 19 12
E-Mail: heubisch@roka9.de
www.zahnaerzte-roka9.de



1 + 1 = 3

DER NEUE AIR-FLOW MASTER PIEZON – AIR-POLISHING SUB- UND SUPRAGINGIVAL PLUS SCALING VON DER PROPHYLAXE № 1

Air-Polishing sub- und supragingival wie mit dem Air-Flow Master, Scaling wie mit dem Piezon Master 700 – macht drei Anwendungen mit dem neuen Air-Flow Master Piezon, der jüngsten Entwicklung des Erfinders der Original Methoden.

PIEZON NO PAIN

Praktisch keine Schmerzen für den Patienten und maximale Schonung des oralen Epitheliums – grösster Patientenkomfort ist das überzeugende Plus der Original Methode Piezon, neuester Stand. Zudem punktet sie mit einzigartig glatten Zahnoberflächen. Alles zusammen ist das Ergebnis von linearen, parallel zum Zahn verlaufenden Schwingungen der Original EMS Swiss Instruments in harmonischer Abstimmung mit dem neuen Original Piezon Handstück LED.



> Original Piezon Handstück LED mit EMS Swiss Instrument PS

Sprichwörtliche Schweizer Präzision und intelligente i.Piezon Technologie bringt's!

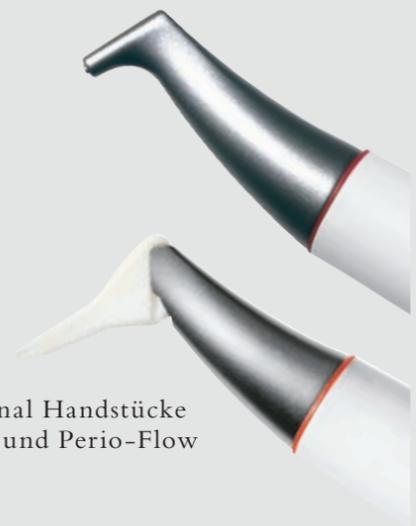
AIR-FLOW KILLS BIOFILM

Weg mit dem bösen Biofilm bis zum Taschenboden – mit diesem Argu-



ment punktet die Original Methode Air-Flow Perio. Subgingivales Reduzieren von Bakterien wirkt Zahn-ausfall (Parodontitis!) oder dem Verlust des Implantats (Periimplantitis!) entgegen. Gleichmässiges Verwirbeln des Pulver-Luft-Gemischs und des Wassers vermeidet Emphyseme – auch beim Überschreiten alter Grenzen in der Prophylaxe. Die Perio-Flow Düse kann's!

Und wenn es um das klassische supragingivale Air-Polishing geht,



> Original Handstücke Air-Flow und Perio-Flow

zählt nach wie vor die unschlagbare Effektivität der Original Methode Air-Flow: Erfolgreiches und dabei schnelles, zuverlässiges sowie stressfreies Behandeln ohne Verletzung des Bindegewebes, keine Kratzer am Zahn. Sanftes Applizieren bio-kinetischer Energie macht's!

Mit dem Air-Flow Master Piezon geht die Rechnung auf – von der Diagnose über die Initialbehandlung bis zum Recall. Prophylaxeprofis überzeugen sich am besten selbst.



Mehr Prophylaxe >
www.ems-swissquality.com

Sofortimplantation mit Sofortbelastung in der ästhetischen Zone

Die Wiederherstellung eines ästhetischen Lächelns stellt den Behandler in vielerlei Hinsicht vor eine Herausforderung. Er muss seinen, aber auch den Ansprüchen des Patienten genügen und Sorge dafür tragen, dass eine provisorische Versorgung zu keinen Einschränkungen des Patienten führt. Der vorliegende Artikel beschreibt eine Falldokumentation über operatives Vorgehen, provisorische und definitive Sofortrehabilitation im Frontzahnbereich.

Das therapeutische Ziel ist es, einen ästhetischen und funktionellen Langzeiterfolg in wenigen Behandlungssitzungen zu erzielen. Um dies zu erfüllen, bedarf es eines Therapiekonzeptes, welches ein Implantatsystem beinhaltet, das diesen Anforderungen genügt und den Langzeiterfolg sichert. Das neuartige Design des NobelActive Implantats erlaubt eine sichere Sofortbelastung durch Erzielung einer hohen Primärstabilität (bis zu 70 Ncm) und gleichzeitig eine aktive Implantatausrichtung zur optimalen prothetischen Versorgung.

Die 62-jährige Patientin stellte sich aufgrund von Beschwerden in der Oberkieferfront und dem Wunsch nach einer Implantatversorgung in unserer Klinik vor. Die Patientin wurde ausführlich über Behandlungsverlauf, Risiken, Prognosen, Kosten und Behandlungsalternativen aufgeklärt und wünschte daraufhin eine Einzelzahnversorgung und ein festzementiertes Provisorium für die Dauer der Behandlung. Allgemeinanamnestisch lagen keine Besonderheiten vor.

Klinische Ausgangssituation

Die klinischen und radiologischen Untersuchungen ergaben, dass die Zähne 12, 11, 21 und 22 endodontisch behandelt waren und mit gegossenen Stiftaufbauten sowie vollverblendeten Kronen versorgt waren. Die Kronenränder sowie die Wurzelfüllungen waren insuffizient. Das Vestibulum war stark gerötet und wies mehrere Fistelgänge auf. Das Zahnfleisch zeigte alle Entzündungszeichen wie Rötung, Schwellung und positiver

und parodontalen Zustandes waren die Zähne 12, 11, 21 und 22 nicht mehr erhaltungswürdig. Die Mundhygiene der Patientin war mäßig mit guter Compliance.

Operatives Vorgehen

Wunsch der Patientin war eine Einzelzahnversorgung und für die notwendige Behandlungszeit ein festzementiertes Provi-

veolen wurden gut gesäubert, um Weichgewebsreste sowie Granulationsgewebe zu entfernen.

Der operative Zugang erfolgte durch die Extraktionsalveolen. Auf jegliche Schnittführungen wurde verzichtet. Die Bohrungen erfolgten nach dem NobelActive Bohrprotokoll in einer palatinalen Achsenrichtung. Dabei galt es, die vestibuläre Knochenlamelle zu schonen. Das Einbringen der Implantate er-

Implantate: in Regio 12 und 22 der Dimension 3,5 x 13 mm, in Regio 11 und 21 der Dimension 4,3 x 15 mm.

Das Implantatdesign bewirkt eine sehr hohe Primärstabilität, sodass bei Implantatinsertion die letzten Umdrehungen mit einem bis 70 Ncm kalibrierten Drehmomentschlüssel durchgeführt werden können, ohne dass eine Nekrose entsteht. Darüber hinaus kann bei der Insertion des Implantates die Achse ge-

einer Membran war aufgrund der minimalen Ausdehnung überflüssig und wurde nicht vorgenommen. Das Augmentat wurde durch rückläufige Matratzennähte gesichert.

Provisorische Versorgung

Die provisorische Versorgung erfolgte auf Titanabutments. Diese wurden extraoral auf einem Halter mit einer kreuzver-

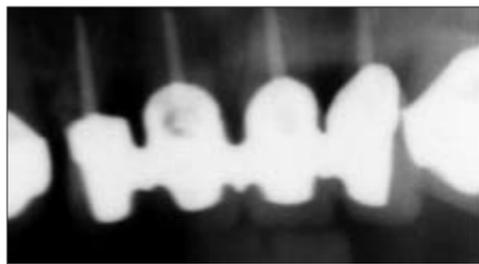


Abb. 1: Ausgangsbefund der Patientin. – Abb. 2: OPG der Ausgangssituation. – Abb. 3: Situation nach Entfernung der alten Kronen.



Abb. 4: Nach palatinal angulierte Bohrung. – Abb. 5: Inserieren des Implantats mittels der manuellen Einbringhilfe. – Abb. 6: Die nach palatinal ausgerichtete Angulation verhindert die apikale Perforation der vestibulären Knochenlamelle. – Abb. 7: Intraoperatives Bild der gesetzten Implantate.

sorium. Zuvor erfolgte eine gründliche Reinigung und Deep Scaling der Zähne sowie eine Mundhygieneschulung. Die Patientin wurde aufgeklärt über die notwendigen Maßnahmen postoperativ, Spülen mit CHX-Spüllösung sowie Auftragen von CHX-Gel und die fünftägige Antibiotikaeinnahme.

Anschließend erfolgten das Entfernen der alten Kronen und die

folgte manuell mittels einer Einbringhilfe, wodurch eine Änderung der Insertionsrichtung möglich sowie eine sichere Führung gegeben war. Somit werden die Implantate sicher in den palatinalen Anteilen der Restalveolen verankert und befinden sich prothetisch in optimaler Ausrichtung. Die Implantate wurden 2–3 mm unterhalb der Schmelz-Zement-Grenze gesetzt. Der Ab-

gebenfalls korrigiert werden. Dies erlaubt eine optimale prothetische Ausrichtung und macht eine Sofortbelastung möglich.

Augmentation

Die Inkongruenz zwischen der Wand der Extraktionsalveolen und der Implantate wurde mit ei-

zahnnten Fräse so lange beschliffen, bis ein optimales Ausgangsprofil und Länge erzielt werden konnte. Nach Einschrauben und Wundverschluss durch Einzelknopfnähte und Matratzennähte wurden die Abutments intraoral unter Wasserkühlung mit einem grob diamantierten Instrument auf die gleiche prothetische Ausrichtung gebracht. Dadurch wird ein spannungsfreier Sitz des Provisoriums gewährleistet. Anschließend wurden die Abutments verschlossen und mittels Doppelmischtechnik mit einem individuell hergestellten Löffel abgeformt. Die Bissnahme erfolgte mittels Wachsplatten über die beschliffenen Abutments. Es wurde ein laborgefertigtes Provisorium hergestellt. Als Basis für die provisorisch verblockten Kronen wurde ein Autokaltpolymerisat der Firma Biodent benutzt (Abb. 5). Das Provisorium wurde in der statischen Okklusion ohne Protrusionskontakte eingeschliffen.



Abb. 8: Titanabutments für die provisorische Versorgung in situ. – Abb. 9: Beschleifen der Titanabutments für die provisorische Versorgung mithilfe des Halters. – Abb. 10: Provisorische Versorgung mittels verblockten Kronen direkt nach Implantation.



Abb. 11: Individuelle NobelProcera Zirkoniumdioxidabutments in situ mit Kontrolle der Lage des Kronenrandes. – Abb. 12: Die definitive Kronenversorgung. – Abb. 13: Wiederherstellung eines ästhetischen Lächelns.

BOP. Aus den Fistelgängen entleerte sich Pus. Die Zähne hatten einen Lockerungsgrad von 1–2. Aufgrund ihres endodontischen

atraumatische Extraktion der Zähne 12, 11, 21 und 22 unter Aufrechterhaltung der vestibulären Knochenlamellen. Die Al-

stand zwischen den Implantaten sollte 3 mm betragen, zwischen Implantat und Zahn 1,5 mm. Insetriert wurden vier NobelActive

genem Knochen aufgefüllt. Der eigene Knochen wurde mittels Knochenfalle aus den Bohrlöchern gewonnen. Das Einsetzen

Definitive Versorgung

Nach vierwöchiger Tragedauer der provisorisch verblockten Kronen und somit Sicherstellung einer primären Weichgewebskonsolidierung erfolgte die Anfertigung der definitiven Versorgung. Die definitive Abfor-

mung der Implantate und der Weichgewebsstrukturen wurde mit einem offenen Verfahren mittels eines individuellen Löffels vorgenommen (Impregum). Um dem ästhetischen Anspruch zu genügen und aufgrund der guten Biokompatibilität keramischer Werkstoffe, wurden sowohl die individuellen Abutments als auch die Kronengerüste aus Zirkoniumdioxidkeramik gefertigt. Nach der Modellation der individuellen Abutments unter ästhetischen und optimal prothetischen Gesichtspunkten in Kunststoff wurden diese mittels CAD/CAM-Technik gescannt und in Zirkoniumdioxid überführt. Die Bissregistrierung wurde mittels Zentriregistrat, Gesichtsbogen und Clinometer vorgenommen. Die Anprobe der individuellen Abutments erfolgte in einer separaten Sitzung (Abb. 7). Dabei wurde der Kronenrand der späteren prothetischen Versorgung, der zirkulär 0,5-1 mm unterhalb des Gingivaesumes liegen sollte, überprüft und ge-

Entscheidend hierbei sind der Erhalt der vestibulären Knochenlamelle und ein ausreichendes apikales Knochenangebot, damit eine sichere Implantatverankerung möglich wird. Darüber hinaus sollten keine akuten Entzündungen vorliegen. Im Falle chronischer Entzündungsprozesse, wie im beschriebenen Fall, wird eine antibiotische Behandlung einen Tag vor und fünf Tage nach dem Eingriff empfohlen. Für die Sofortversorgung ist eine ausreichende Primärstabilität Voraussetzung. Für die Einheilzeit werden die Implantate durch das Provisorium primär verblockt. Das spezielle Schraubendesign als auch die hohe Primärstabilität des NobelActive Implantats erlauben in vielen Fällen die Beschleunigung der prothetischen Versorgung. Oftmals ist es möglich, sofort nach Extraktion zu implantieren, weil die Implantate mit ihren selbstschneidenden Gewinden sehr präzise platziert werden können, ohne in Achsrichtung und Position durch die vorhandenen Alveolen

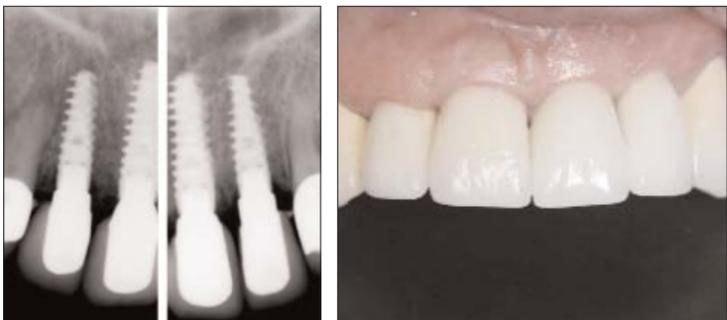


Abb. 14: Röntgenologische Kontrolle drei Monate nach Implantation. – Abb. 15: Klinische Situation ein Jahr nach Implantation.

gebenenfalls korrigiert. Erforderliche Korrekturen können je nach Lage intraoral unter Zuhilfenahme diamantierter Instrumente oder nach Einzeichnung auf dem Modell durch den Techniker vorgenommen werden. Dabei ist immer auf ausreichende Wasserkühlung zu achten.

In der nachfolgenden Sitzung wurden die Gerüste der vollkeramischen Kronen (Zirkoniumdioxidkappen) anprobiert. Dabei wurde erneut der Kronenrand kontrolliert.

Die Kappen wurden anschließend vollverblendet (Duceram Kiss von der Firma DeguDent). Eine Woche nach Kappenanprobe wurde die fertige Arbeit eingegliedert und zunächst provisorisch zementiert (Abb. 8). Circa drei Monate später, nach dem sicheren Abschluss der Weichgewebskonsolidierung, erfolgt eine erneute Qualitätskontrolle und das endgültige Zementieren.

Fazit

Eine Extraktion und Sofortversorgung in der ästhetischen Zone ist in manchen Fällen eine sinnvolle Behandlungsmöglichkeit. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die entsprechende Selektion der Fälle.

beeinträchtigt zu werden. Dies ermöglicht in vielen Fällen auch eine Sofortversorgung, sodass dem Patienten das Tragen eines herausnehmbaren Provisoriums erspart bleibt. Das NobelActive Implantat ist aus unserer Sicht für Sofortimplantationen das Implantat der Wahl. Die klinische Untersuchung ein Jahr post implantationem weist völlig stabile und reizfreie Hart- und Weichgewebsverhältnisse auf. Die Sondierungstiefen betragen 2-3 mm und spiegeln das erhaltene Knocheniveau wider. Die Patientin ist mit dem Ergebnis der Behandlung sehr zufrieden. Das Ziel eines ästhetischen und funktionellen Langzeiterfolges ist somit erfüllt. **PN**

PN Adresse

Dr. Richard J. Meissen, M.Sc.
 Ärztlicher Direktor der Kaiserberg Klinik

Dr. Mariana Mintcheva, M.Sc.
 Zahnärztin in der Kaiserberg Klinik
 Fachklinik für ästhetische Zahnmedizin, Implantologie und Plastische und Ästhetische Chirurgie GmbH

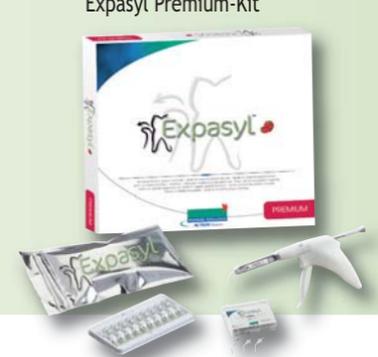
Mülheimer Straße 48
 47057 Duisburg
 Tel.: 02 03/39 36-0
 Fax: 02 03/39 36-1 99
 E-Mail: info@kaiserberg-klinik.de
 www.kaiserberg-klinik.de



ANZEIGE




Expasyl Premium-Kit



Inhalt: 1 Applikator, 10 Kapseln mit Erdbeergeschmack, 40 gebogene Kanülen zum Einmalgebrauch



Paste statt Faden

- Mit Erdbeergeschmack! Angenehm neuer Geschmack und verbesserte Wirkung
- Gebogene Kanülen! Bequemes, schnelleres und präziseres Einbringen der Kanüle in den Sulkus
- Schmerzlos - blutstillend - reversibel
- Retraktion in 1-2 Minuten

Neugierig geworden? Rufen Sie uns an!
 Infos unter 0800 / 728 35 32
 oder fragen Sie Ihr Depot!

ACTEON Germany GmbH · Industriestraße 9 · D-40822 Mettmann
 Tel.: +49 (0) 21 04 / 95 65 10 · Fax: +49 (0) 21 04 / 95 65 11
 info@de.acteongroup.com · www.de.acteongroup.com
 Hotline: 0800 / 728 35 32



Therapieverfahren für Oberkiefermolaren mit Furkationsbeteiligung

Molaren mit Furkationsbeteiligung haben ein erhöhtes Risiko für frühzeitigen Zahnverlust. Verschiedene Faktoren beeinflussen die Prognose dieser Zähne. Bekannt ist ferner, dass Molaren weniger gut auf eine nichtchirurgische Parodontitistherapie reagieren. Persistierende erhöhte Sondierungstiefen ab 6 mm sollten einer weiteren Therapie unterzogen werden, da sonst häufig zusätzlicher Attachmentverlust auftritt.

Dass bei einer adäquaten zahnärztlichen Therapie, also konsequente Parodontitistherapie, Wurzelkanalbehandlung, postendodontische sowie entsprechende prothetische Versorgung, auch Molaren „überleben“ können, ist seit den nunmehr klassischen Publikationen von Carnevale und Mitarbeitern gut dokumentiert. Regenerative, parodontalchirurgische Verfahren sind für die Furkationstherapie, wohl mit Ausnahme bukkaler Unterkiefer-Molaren-Furkationen, ungeeignet. Im Mittelpunkt der Überlegungen stehen daher resective Therapieverfahren mit

Furkationsbereich ist bei guter Zugänglichkeit eine konservative, nichtchirurgische Instrumentierung mit geeigneten Ultraschallspitzen zumeist ausreichend. Der Furkationsbefund sollte jedoch in regelmäßigen Abständen im Rahmen der unterstützenden Parodontitistherapie erhoben werden, sodass ggf. rechtzeitig interveniert werden kann. Bei fortgeschrittenem Furkationsbefall (> 3 mm, Grad II, III) sind meist parodontalchirurgische Verfahren indiziert. Grundsätzlich sollte hierbei der größtmögliche Erhalt von parodontalem Attachment und Zahn-

der distalen Wurzel (91 mm²). Diese Daten dienen lediglich als grobe Orientierung. Mittels dreidimensionaler bildgebender Verfahren (z. B. DVT – Digitale Volumetomografie) kann der konventionell nur begrenzt eruierbare Furkationsbereich und das knöcherne Attachment jeder einzelnen Wurzel sehr gut dargestellt werden. Dies erleichtert die genaue operative Planung und hilft intraoperative Überraschungen zu vermeiden. DVT-basierte Analysen des Furkationsbereichs stimmen sehr gut mit intraoperativ erhobenen Befunden überein. Ein offener

möglicherweise separierten Molarenwurzeln durchgeführt wird (Abb. 1b). Es folgen Verfahren, bei denen eine Wurzel – ohne oder mit dem dazugehörigen Kronenteil – entfernt wird (Abb. 1c). Zusätzlich kann eine

werden (Abb. 1d). Die maximal mögliche Invasivität ist erreicht, wenn der gesamte Zahn extrahiert werden muss. **PN**

Erstveröffentlichung: *Dental Tribune Swiss Edition* 11/10



Abb. 1: Klassische parodontale Chirurgie im Oberkiefer: von (a) nach (d) zunehmende Invasivität. (a) Apikal reponierter Lappen mit Tunnelierung bei maximalem Erhalt der Zähne. (b) Apikal reponierter Lappen und Separation der Wurzeln. (c) Apikal reponierter Lappen und Entfernung (Trisektion) der distobukkalen Wurzel. (d) Apikal reponierter Lappen und Entfernung von distobukkalen und palatinalen Wurzeln.

dem Ziel der „Taschenelimination“ und dem Ermöglichen einer lebenslangen supragingivalen Plaquekontrolle auch zwischen den (verbleibenden) Wurzeln. Wann eine umfangreiche zahnerhaltende Therapie im Zeitalter der Implantologie sinnvoll ist, muss im Einzelfall (Aufwand?, Kosten?, Zeit?, Risiko?, Langzeitprognose?) abgewogen und mit dem Patienten diskutiert werden. Die kritische Risikoabwägung sollte den parodontalen Zustand der Restbezaugung (stabil?), die Beziehung der Kiefer zueinander (Antagonist?), die endodontischen Verhältnisse (Revision?), die Rauchgewohnheiten (Anzahl Packyears?), etwaige systemische Erkrankungen (unkontrollierter Diabetes mellitus?), lokale Besonderheiten der (voroperierten?) Kieferhöhle sowie verschiedene Medikationen berücksichtigen. Im parodontal vorgeschädigten Oberkiefer-Seitenzahngelände ist das Knochenangebot zudem häufig nicht ausreichend, sodass umfangreiche oralchirurgische Eingriffe, wie Sinusbodenelevation oder vertikale Augmentation, in Erwägung gezogen werden müssen. In vielen Fällen erscheint nach dieser Analyse der Erhalt des natürlichen Seitenzahnes nicht nur berechtigt, sondern die Therapie der Wahl. Bei geringem horizontalen und vertikalen Attachmentverlust (< 3 mm, Grad I) im

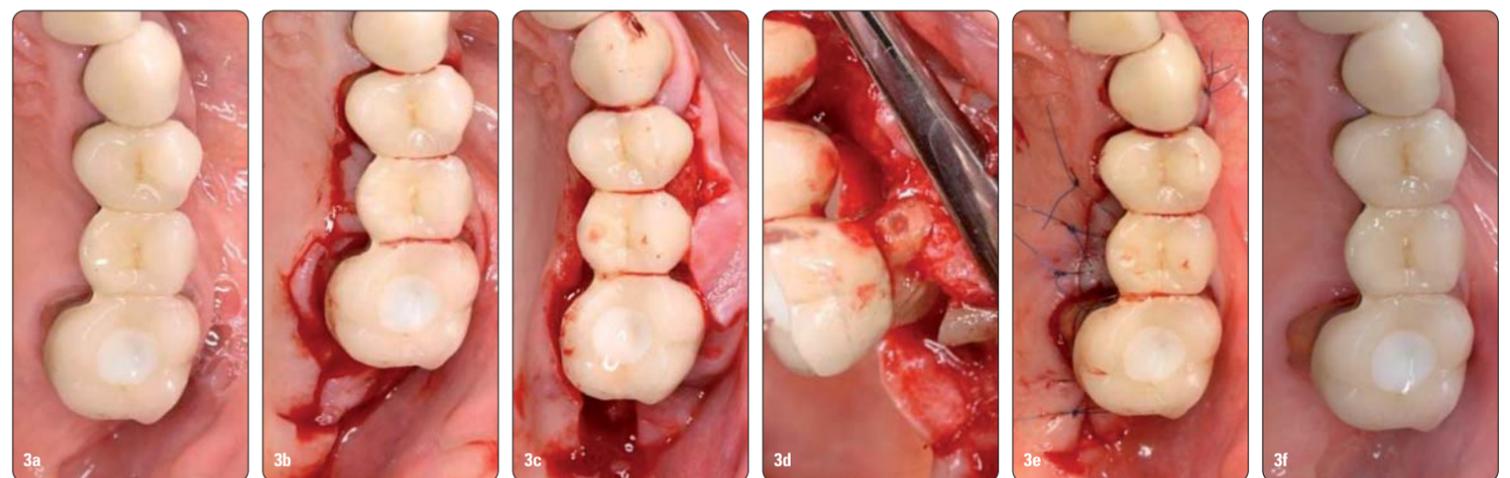


Abb. 3: Chirurgisches Vorgehen Step by Step. Palatinal wurde eine paramarginale Schnittführung kombiniert mit einer distalen Keilexzision gewählt. Der Mukoperiostlappen wurde mobilisiert und unter dem Brückenwischenglied hindurch präpariert. Nach sorgfältiger Degranulierung mit Hand- und Ultraschallinstrumenten wurde die distobukkalen Wurzel abgetrennt. Der Wundverschluss erfolgte mit monofilen Kunststofffäden der Stärke 6 x 0. Die Wundheilung verlief unauffällig. Der kompromittierte Zahn 26 sowie die prothetische Versorgung konnten erhalten und aufwendige chirurgisch-prothetische Rekonstruktionen vermieden werden.

hartschubstanz angestrebt werden. Für die Therapieverfahren furkationsbefallener (Oberkiefer-)Molaren wurde kürzlich eine Graduierung bezüglich der Invasivität des Eingriffs vorgeschlagen. Die Invasivität nimmt zu, je mehr Zahnhartschubstanz und parodontales Attachment geopfert werden muss. Dieser Graduierung liegt die durchschnittliche Wurzeloberfläche und damit das maximal zur Verfügung stehende parodontale Attachment der jeweiligen Wurzel zugrunde. Die mesiobukkalen Wurzel des ersten Oberkiefermolaren weist eine durchschnittliche Wurzeloberfläche von 118 mm² auf, gefolgt von der palatinalen Wurzel (115 mm²) und

chirurgischer Zugang zu den Wurzeloberflächen ist demnach das am wenigsten invasive Vorgehen (Abb. 1a). Der Wundverschluss kann über einen apikal reponierten Lappen vorgenommen werden und dient dabei dem Ziel der Taschenelimination. Der Patient sollte zur täglichen Reinigung des eröffneten Furkationsbereichs mit Interdentalraumbürstchen – teilweise alternierend mit elmex gelée (Karies-Prophylaxe) und Plak Out Gel (Parodontitis-Prophylaxe) – instruiert werden. Die nächsthöhere Invasivität liegt vor, wenn eine zusätzliche Tunnelpräparation durch Osteo- und/oder Odontoplastik zwischen allen drei verbleibenden,

Tunnelpräparation zwischen den verbleibenden Wurzeln oder eine Separation der Wurzeln durchgeführt werden. Die in solchen Situationen notwendige Wurzelkanalbehandlung erfolgt idealerweise vor dem chirurgischen Eingriff.

Es bietet sich an, die oberen Wurzelkanaldrillritze der zu entfernenden Wurzeln sowie das Kavum mit farbigem Kompositfüllungsmaterial zu füllen, damit das Wurzelkanalsystem während der Operation nicht der Mundhöhlenflora exponiert wird und der Wurzelkanalabschluss intraoperativ gut sichtbar ist.

Die Invasivität nimmt weiter zu, wenn zwei Wurzeln entfernt

Ein Beitrag von Dr. Clemens Walter und Prof. Dr. Nicola U. Zitzmann in Zusammenarbeit mit OA Dr. med. dent. Leonard Büttel.

PN Adresse

OA Dr. Clemens Walter
Klinik für Parodontologie,
Kariologie und Endodontologie,
Universität Basel,
Leiter des Spezialisierungsprogrammes
Parodontologie (SSP/SSO), Spezialist
für Parodontologie (DGP)
Hebelstr. 3
4056 Basel
Schweiz
Tel.: +41-61/267 26 23
Fax: +41-61/267 26 59



sticky granules

«the swiss⁺ jewel...»



bionic



easy-graft®CRYSTAL

Genial einfach das easy-graft®CRYSTAL Handling!

Soft aus der Spritze • direkt in den Defekt • die gewünschte Form modellieren
• härtet in Minuten zum stabilen Formkörper aus • stützt mobilisierte Knochenlamellen • in der Regel keine Membran notwendig!

Genial innovativ!

Die synthetische Alternative easy-graft®CRYSTAL, mit der biphasischen Biomaterial-Formel (60% HA / 40% β -TCP). Das Hydroxylapatit beschleunigt die Osteokonduktion und sorgt für eine nachhaltige Volumenstabilität. Der β -TCP-Anteil löst sich und bewirkt eine optimale Porosität und Osteointegration.

Vertrieb Deutschland



Hager & Meisinger GmbH
Hansemanstraße 10
41468 Neuss
Telefon 02131 20120
www.meisinger.de



Nemris GmbH & Co. KG
Marktstraße 2
93453 Neukirchen b. Hl. Blut
Telefon 09947 90 418 0
www.nemris.de



paropharm GmbH
Ihr Partner für Swiss Quality
Julius-Bührer-Straße 2
78224 Singen
Telefon 0180 137 33 68
www.paropharm.de

DS
DENTAL

Degradable Solutions AG
Wagistr. 23, CH-8952 Schlieren
Telefon +41 43 433 62 60
dental@degradable.ch
www.degradable.ch

Gezielte Aromatherapie – gegen Parodontitis und Lippenherpes

Parodontitis und Lippenherpes sind heute weit verbreitet: Mehr als die Hälfte der 35- bis 44-Jährigen in Deutschland leidet an einer Parodontitis, mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit noch deutlich an. Den Herpesvirus HSV-1 tragen sogar über 90 Prozent der Bevölkerung in sich. In beiden Fällen bietet die gezielte Aromatherapie eine wirksame Alternative oder Ergänzung zur Behandlung mit Antibiotika oder Virostatika.

Bei einer Parodontitis ist das Keimspektrum in der Mundhöhle verändert. Während bei gesunden Menschen grampositive, fakultativ anaerobe Bakterien vorherrschen, überwiegen bei einer Parodontitis die gramnegativen Anaerobier. Die Verschiebung in der bakteriellen Zusammensetzung ist ein schleicher Prozess: zuerst siedeln sich fakultativ anaerobe, moderat pathogene Brückenkeime an. Durch ihren Stoffwechsel schaffen sie dem aggressiven Parodontitiserregern eine ökologische Nische, die letzteren das Wachstum erst ermöglicht. Denn die Parodontitiserreger verfügen über einen strikt anaeroben Stoffwechsel und sind sehr anspruchsvoll. Haben sie sich erfolgreich angesiedelt, bilden sie Virulenzfaktoren, Toxine und abbauende Enzyme. Die Parodontitiserreger wirken als bakterielle Antigene und lösen die Bildung von proinflammatorischen Zytokinen aus. So kommt es zur typischen Entzündungsreaktion und zu Sondierungsblutungen.

Hemmhof zeigt Wirksamkeit ätherischer Öle

Doch die aggressiven Parodontitiserreger wie *Aggregatibacter*, *Porphyromonas* und *Prevotella* sind empfindlich – nicht

der Nährboden in einen Brutraum, bis ein dichter Bakterien- oder Pilzrasen gewachsen ist. „Ist ein ätherisches Öl gegen den ausgestrichenen Erreger wirksam, bildet sich ein Hof um das Plättchen. In diesem Hof kann der Erreger nicht wachsen“, erklärt Schwiertz weiter. Die wirksamsten ätherischen Öle können dann für eine gezielte Phytotherapie gegen die vorliegenden Erreger eingesetzt werden. Zur Behandlung der Parodontitis eignen sich Mundwasser mit den entsprechenden Ölmischungen, die der Apotheker zubereitet. Ein angenehmer Nebeneffekt der Aromatherapie: mehrere ätherische Öle haben oft eine vergleichbare Wirkung und die Nase des Patienten kann dann das angenehmste Öl auswählen. Nach den bisherigen klinischen Erfahrungen eignen sich ätherische Öle nicht nur für die Behandlung einer Parodontitis, sondern auch für die Therapie von Erkrankungen der Atemwege, der Haut und des Vaginalbereichs.

Antibakteriell und antiviral

Die antibakterielle Wirkung ätherischer Öle ist seit Langem bekannt. Bereits 1979 veröffentlichte der französische Arzt

Gleichzeitig wirken die ätherischen Öle gegen den Virus selbst, wie Prof. Dr. Paul Schnitzler vom Department für Infektiologie am Universitätsklinikum Heidelberg auf der ersten Fachtagung für wissenschaftliche Komplementärmedizin erläuterte. Die Tagung fand vom 21. bis 22. Mai 2011 in Darmstadt statt und wurde unter anderem vom Arbeitskreis für Mikrobiologische Therapie e.V. (AMT) ausgerichtet.

Teebaumöl gegen HSV-1

Schnitzler und Mitarbeiter haben verschiedene ätherische Öle im Plaquereduktionstest auf ihre Wirkung gegen das Herpesvirus HSV-1 getestet. Der Plaquereduktionstest basiert auf einem ähnlichen Prinzip wie das Aromatogramm oder das Antibiogramm. Nur werden hier spezielle, mit dem Virus infizierte Zellen auf einer Kulturplatte ausgestrichen und bebrütet. Haben sich im Zellrasen nach der Bebrütung viele Löcher gebildet, konnten sich die Viren gut vermehren und die infizierten Zellen zerstören. Würden die Herpesviren dagegen mit einem ätherischen Öl mit antiviraler Wirkung vorbehandelt, waren kaum noch Löcher im Zellrasen zu sehen – die Viren konnten sich nicht mehr vermehren und damit die Zellen nicht mehr zerstören. Unter den getesteten ätherischen Ölen zeigte sich das Teebaumöl besonders wirksam.

Um den Wirkmechanismus des ätherischen Öls herauszufinden, behandelten die Wissenschaftler Wirtszellen und Viren zu verschiedenen Zeiten des viralen Infektionszyklus. Das Ergebnis: Die ätherischen Öle wirken vor allem gegen freie Viren, denn mit dem Testölen behandelte Viren konnten nicht mehr in die Wirtszellen eindringen. Waren die Viren aber bereits in der Zelle, konnten die ätherischen Öle die Vermehrung nicht mehr stoppen. Wahrscheinlich greifen die ätherischen Öle die Strukturen der Virushülle an, können aber gegen die Viren-DNA selbst nichts ausrichten.

Hoffnung bei Resistenzen

Die Ergebnisse stimmen die Wissenschaftler vor allem deshalb hoffnungsvoll, weil immer mehr Herpesviren gegen das Standardtherapeutikum Acyclovir resistent sind. Die ätherischen Öle wirken auch gegen die Acyclovir-resistenten Viren effektiv, da sie an einer anderen Stelle des Infektionszyklus eingreifen. Auch der Grippevirus H1N1



Bildnachweis: Thymianöl® Cogipix fotolia.

zeigte sich empfindlich gegenüber dem Teebaumöl, wie Dr. Adriana Garozzo, Privatdozentin an der Fakultät für Medizin und Chirurgie der Universität von Catania in Sizilien, herausfand. Die Vermehrung anderer getesteter Viren wie Polio- oder Adenoviren konnte das ätherische Öl allerdings nicht stoppen. Noch stammen die Erkenntnisse jedoch ausschließlich aus In-vitro-Experimenten. „Um die vielversprechenden Ergebnisse unserer Experimente zu bestätigen, müssen noch Untersuchungen am Patienten folgen“, so Garozzo.

Kaum sensibilisierend

Doch Schnitzler ist vom Potenzial der ätherischen Öle überzeugt. „Ätherische Öle sind kaum sensibilisierend und nur selten allergisierend“, betonte Schnitzler, deshalb seien sie für die Therapie gut geeignet. Allerdings müsse auf eine ausreichende Verdünnung geachtet und eine Oxidation durch Überalterung oder Lichteinstrahlung vermieden werden. Die Isolierung einzelner aktiver Wirkstoffe eines ätherischen Öles sei jedoch nicht sinnvoll, wie zahlreiche Untersuchungen gezeigt haben. „In ihrer natürlichen Zusammensetzung sind die ätherischen Öle wirksamer als die einzelnen Inhaltsstoffe. Offensichtlich verstärken sich die Bestandteile gegenseitig“, erklärte Schnitzler. Bei Bakterien würden ätherische Öle sichtbar die Form verändern und zum Teil die Integrität der Zellmembran stören. Als Beispiel einer interessanten antibakteriellen Wirkung nannte Schnitzler die Wirksamkeit des Teebaumöls bei Trägern von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA). Eine Studie hatte ge-

zeigt: Nach einer Standardtherapie waren 49 Prozent der Träger im Nasenrachenraum MRSA-frei. Eine Therapie mit Teebaumöl war fast genauso effektiv – bei 42 Prozent der Testpersonen konnte kein MRSA mehr nachgewiesen werden.

Bei Mischinfektionen: Erreger bestimmen

Bei Infektionen, die auf einen einzelnen Bakterienstamm oder Virustyp zurückgehen, sind pauschale Empfehlungen geeigneter ätherischer Öle für eine Aromatherapie möglich. Handelt es sich aber um eine Erkrankung wie die Parodontitis, an der mehrere Bakterienarten beteiligt sind, sollten zuerst die vorliegenden Erreger bestimmt werden. Diagnostik-Tools wie der ParoCheck weisen nicht nur die vorliegenden Parodontitiserreger nach, sondern listen im Befund bereits die ätherischen Öle auf, gegen die die nachgewiesenen Erreger empfindlich reagieren. So lassen sich in der Apotheke Mundwasser herstellen, die auf das individuelle Keimspektrum des jeweiligen Patienten abgestimmt sind. Das hilft nicht nur, Antibiotika einzusparen und damit die Resistenzentstehung einzudämmen, viele Patienten nehmen eine Therapie mit ätherischen Ölen auch dankbar an. 



nur gegenüber Antibiotika und antiseptischen Mitteln, sondern auch gegenüber ätherischen Ölen. Allerdings wirkt nicht jedes ätherische Öl gegen jeden Parodontitiserreger. Mithilfe des Aromatogramms lässt sich jedoch gezielt herausfinden, welche ätherischen Öle die nachgewiesenen Erreger im Wachstum hemmen. Dr. Andreas Schwiertz, Leiter der Abteilung Forschung und Entwicklung am Institut für Mikroökologie in Herborn, erläutert, wie das Aromatogramm funktioniert: „Unsere Mitarbeiter streichen die isolierten Erreger auf Nährböden aus und legen dann Plättchen darauf, die verschiedene ätherische Öle enthalten.“ Anschließend komme

Paul Belaiche ein Werk, das ätherische Öle mit starker antibiotischer Wirkung auflistet. Inzwischen haben zahlreiche wissenschaftliche Studien die Wirkung bestätigt. Beispiele für antibiotisch besonders aktive ätherische Öle sind das Lemongrasöl, Teebaumöl, Manukaöl und Thymianöl.

Der antiviralen Wirkung der ätherischen Öle kamen Wissenschaftler dagegen erst im letzten Jahrzehnt auf die Spur. Dabei wirken ätherische Öle bei einer Herpesinfektion sogar in mehrfacher Hinsicht: das Teebaumöl und das Pfefferminzöl können Entzündungen lindern und einer bakteriellen Infektion der Herpesbläschen vorbeugen.

PN Adresse

 INSTITUT FÜR
MIKROÖKOLOGIE

Auf den Luppen 8
35745 Herborn
Tel.: 0 27 72/98 12 47
Fax: 0 27 72/98 11 51
E-Mail: paro@mikrooek.de
www.mikrooek.de

Einfluss von Antioxidantien auf chronische Parodontitis

Der Zusammenhang zwischen Parodontitis und Ernährung ist unbestritten. Wir sprachen dazu mit dem Experten Dr. Andreas Erber, Molekularbiologe, von der Gesellschaft zur Information über Vitalstoffe und Ernährung e.V.

PN Herr Dr. Erber, Parodontitis ist weitverbreitet. Kann das auch an der Ernährung liegen?

Parodontitis ist eine chronische Entzündung des Zahnfleisches und wird durch Bakterien hervorgerufen, die im Zahnbelag leben. Sie wird in aller Regel durch mangelnde Zahnhygiene und schlechte Ernährung ausgelöst und durch zu wenig Vitamine und Mineralstoffe begünstigt. Leider verläuft die weitverbreitete Krankheit oft lange Zeit unbemerkt, weil sie nicht unbedingt mit Schmerzen einhergeht. Wenn solche spürbaren Beschwerden auftreten – dazu gehören auch lockere Zähne oder Blutungen –, ist die Parodontitis meistens weit fortgeschritten. Das Essverhalten ändert sich dann häufig, beispielsweise wird frisches, knackiges Obst gemieden, dafür werden sehr weich gekochte Speisen bevorzugt. Dies hat Einfluss auf die Vitaminversorgung und kann leicht Defizite zur Folge haben.

PN Gibt es bestimmte Vitamine, die in diesem Zusammenhang besonders wichtig sind?

Da wäre zuallererst Vitamin C zu nennen. Skorbut, die Seefahrerkrankheit früherer Zeiten, ist eine klassische Vitamin-C-Mangelerkrankung, die bis zum Zahnausfall oder im Extremfall zum Tode führte. Vitamin C ist ein wichtiges Antioxidans, es wirkt gegen Entzündungen und fördert die Wundheilung.



Top zur Prophylaxe von Entzündungen und zur Förderung der Wundheilung: Vitamin C.

Außerdem unterstützt Vitamin C das Immunsystem. In Studien konnte nachgewiesen werden, dass gut mit Vitamin C versorgte Personen seltener an Parodontitis erkranken als solche, die weniger davon zu sich nehmen.

PN Spielen auch noch andere Vitamine bei Parodontitis eine Rolle?

Da es sich um eine entzündliche Erkrankung handelt, kommen alle entzündungshemmenden Vitalstoffe in Betracht. Das sind

vor allem die Vitamine E und A, vorzugsweise in der Kombination ACE. Beide unterstützen das Immunsystem. Bei einem Vitamin-A-Mangel kommt es zudem zu einer Austrocknung der Mundschleimhäute, unter Umständen leiden auch die Spei-



Dr. Andreas Erber

cheldrüsen. In einem trockenen Mund können die Parodontitis verursachenden Bakterien sehr gut gedeihen.

Nicht außer Acht lassen sollte man Vitamin D – allein schon wegen dessen Bedeutung für den Kalzium-Stoffwechsel und damit für die Gesundheit der Zähne. Darüber hinaus wirkt es antimikrobiell und unterstützt die Immunabwehr. Folsäure hat eine Schlüsselfunktion bei Zellteilung und -wachstum und fördert somit die Regeneration des erkrankten Gewebes. Folsäure kann darüber hinaus Blutungsneigung und Schleimhautentzündungen schnell verringern.

PN Haben auch Spurenelemente einen Einfluss auf Zahnbettentzündungen?

Ja, teilweise im Zusammenspiel mit anderen Mikronährstoffen: Die Wirkung von Vitamin E ist abhängig von ausreichend Vitamin C, Coenzym Q10, Selen und Zink. Zink ist zudem wichtig für das Immunsystem und für die Wundheilung. Coenzym Q10 stimuliert das Zellwachstum und fördert den Heilungsprozess bei Wunden; Letzteres gilt auch für Selen – es ist ein starkes Antioxi-

dans und unterstützt die Immunabwehr. Zudem wirkt es synergistisch mit Vitamin E. Ein Mangel an Selen erhöht das Risiko für Zahnfleischentzündungen um ein Vielfaches.

PN Gibt es Personen beziehungsweise Risikogruppen, die besonders gefährdet sind?

Raucher sind besonders gefährdet; auch deshalb, weil der Rauch mit all seinen Giften unmittelbar Kontakt mit der Mundschleimhaut hat. Sie leidet darunter und wird weniger gut durchblutet. Die freien Radikale im Rauch fördern natürlich Entzündungen. Auch Diabetiker und Schwangere haben ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Dazu eben auch alle Menschen, die ihre Zahnpflege vernachlässigen, und alle, die sich einseitig ernähren. Grundsätzlich steigt das Risiko in dem Maße an, wie das Immunsystem leidet – deshalb ist starker Stress sehr ungünstig.

PN Was können Zahnärzte ihren Patienten raten, die bereits eine fortgeschrittene Parodontitis haben und für die bestimmte Nahrungsmittel, wie etwa knackiges Obst, kaum noch infrage kommen, weil das Zahnfleisch empfindlich und einzelne Zähne locker geworden sind?

Sie können ihnen raten, dass man die Gesundheit des Zahnfleisches mit einer guten Vitalstoffzufuhr unterstützen kann. In einem fortgeschrittenem Parodontitis-Stadium bietet es sich an, reichlich Obstsaft zu sich zu nehmen, am besten frisch gepresst. Darüber hinaus sollte der Patient seine Vitalstoffversorgung mit Nahrungsergänzungsmitteln optimieren. Wenn man sich dabei an Kombinationspräparate hält, lassen sich auch Defizite bei anderen Vitaminen und Mineralstoffen ausgleichen.

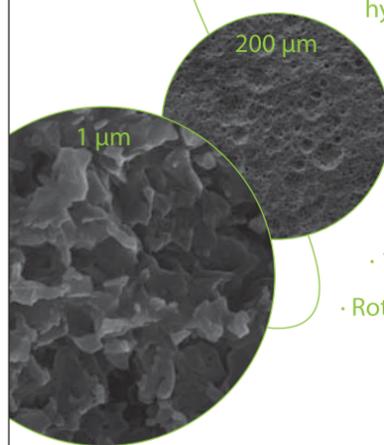
PN Welche Folgeerkrankungen kann eine fortgeschrittene Parodontitis auslösen?

Die Entzündungsmediatoren fördern die Blutgerinnung, wodurch ein Herzinfarkt oder ein Gehirnschlag begünstigt wird. Die Patienten mit ausgeprägten Zahnfleischerkrankungen haben ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden. Für Männer gilt Parodontitis sogar als Risikofaktor für einen Schlaganfall. Bei Diabetikern wirkt sich eine Zahnbettentzündung ungünstig auf die Einstellung der Blutzuckerwerte aus.

PN Herr Dr. Erber, vielen Dank für das interessante Gespräch.

bpisys.ceramic

die zweiteilige Zirkon Lösung



- Nanostrukturierte hydrophile Oberfläche
- Zylindrisch und selbstschneidend
- Beschleunigte Einheilzeit
- Drei apikale Schneidflächen
- 100% Zirkon Integration
- Rotationsschutz

The Biological Solution
in Implant Dentistry.



BPI Biologisch Physikalische Implantate GmbH & Co. KG
Tilsiter Straße 8 · D-71065 Sindelfingen
Tel.: +49 (0) 70 31 / 7 63 17-0 · Fax: +49 (0) 70 31 / 7 63 17-11
info@bpi-implants.com · www.bpi-implants.com

Die Dokumentationspflicht in der vertragszahnärztlichen Versorgung

Die Bedeutung der vollständigen Dokumentation wird immer wieder unterschätzt. Manchem mag die lückenlose Dokumentation eine lästige Pflicht sein. Eine unvollständige Dokumentation kann aber spätestens im Zusammenhang mit Gerichtsverfahren unangenehm werden.

Das Sozialgericht Marburg unterstrich in seiner Entscheidung vom 06.04.2011 (Az. S 12 KA 831/10) die Bedeutung der Dokumentationspflicht. Dieser kommt im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung eine ganz besondere Bedeutung zu.

Die Leitsätze der Entscheidung des SG Marburg lauten:

1. Soweit die (zahn-)ärztliche Dokumentationspflicht in erster Linie therapeutischen Zwecken dient, wird sie im Rahmen des Sachleistungsprinzips innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert und dient auch zum Nachweis einer wirtschaftlichen und ordnungsgemäßen Leistungserbringung.
2. Fehlt es an einer ausreichenden Dokumentation zum Nachweis einer der Behandlungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses entsprechenden Parodontosebehandlung, so kann die gesamte Behandlung wegen Unwirtschaftlichkeit abgesetzt werden.

Der Fall

In dem Gerichtsverfahren vor dem Sozialgericht Marburg wurde wegen einer Honorarkürzung wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise in 46 Parodontose-Behandlungsfällen gestritten. Mehrere Krankenkassen beantragten die Prüfung verschiedener Parodontose-Behandlungsfälle. Der Prüfungsausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen lud die behandelnde Zahnärztin zu einer Prüfung ein. Man kam zu dem Ergebnis, dass teilweise keine Beanstandungen zu machen seien, teilweise aber auch komplette PAR-Behandlungen abzusetzen seien. Im Ergebnis wurde mit Bescheid Honorarberichtigungen festgesetzt.

Die Position der behandelnden Zahnärztin

Die Zahnärztin legte gegen die Bescheide Widerspruch ein. „Sie trug vor, bei der Prüfung durch den Prüfungsausschuss sei es nicht darum gegangen, ob die von der GKV genehmigte und bezahlte Behandlung erfolgreich gewesen sei, sondern ob sich Angriffspunkte in Einzelpositionen ergeben habe, um die Behandlung als nichtvertragsgerecht abstempeln zu können. Die Prüfung könne sich nur auf vertragszahnärztliche Leistungen erstrecken. Im Gegensatz zu den bis Ende 2003 gültigen

Richtlinien (Vorbehandlung sei pauschal in der P200 enthalten gewesen) habe man die Vorbehandlung aus dem vertragszahnärztlichen Leistungskatalog (aus Kostengründen) herausgenommen und ganz bewusst als Privatleistung eingeführt. Insofern könne eine Prüfung diesbezüglich nicht erfolgen. Die Forderung bezüglich der Angaben der Daten der Vorbehandlung oder Forderungen nach Erhebung verschiedener Indizes, die Aussagen zur gingivalen/parodontalen Gesundheit erlaubten (API/Quigley-Hein), seien nicht durch die Richtlinien gedeckt. Die Forderung des Prüfungsausschusses nach lehrbuchhaftem Ablauf einer jeden PA-Therapie widerspreche klinischer Realität. Beispielhaft zu nennen sei die Forderung nach „Fehlen von Zahnstein und sonstigen Reizfaktoren“. Bei Patienten, denen eine professionelle Zahnreinigung aus ökonomischen Gründen nicht möglich sei, dürfe keine PA-Therapie

wäre nur durch eine Erfolgskontrolle durch Nachbegutachtung sinnvoll. Vor Genehmigung einer PA-Therapie bestehe für die gesetzliche Krankenversicherung die Möglichkeit der Vorbegutachtung, wobei die gutachterliche Überprüfung der Vorbehandlungen nach Aktenlage (PA-Status und Röntgenbild) sowie die nachträgliche Prüfung von Prüfungsausschüssen aufgrund von Statistiken, Behandlungsdaten und Röntgenbildern dem Charakter der Erkrankung und den daraus resultierenden Fragestellungen und individuellen Befunden nicht gerecht werde. Wenn die Möglichkeit der klinischen Untersuchung von den Krankenkassen nur spärlich in Anspruch genommen werde, könne dies nicht dem Behandler angelastet werden. ...

Soweit ihr vorgeworfen werde, in einigen Fällen sei es unmittelbar nach der Kürettage erneut zur Zahnsteinentfernung gekommen, sei der Begriff unmittelbar sehr dehnbar. Es dürfte

Dokumentation rechtfertigte nach Auffassung des Sozialgerichts Marburg die Honorarkürzungen. Das Sozialgericht Marburg führt aus: „Der Beklagte war auch nicht verpflichtet, der Klägerin einen Hinweis auf die Komplettabsetzung in allen Fällen wegen mangelnder Dokumentation zu erteilen. Der Beklagte ist im Ergebnis nicht über die Honorarkürzung des Prüfungsausschusses hinausgegangen. Bereits der Prüfungsausschuss hat in fast allen Fällen eine Komplettabsetzung vorgenommen und im Wesentlichen auf die nicht erkennbare vertragsgerechte Vorbehandlung hingewiesen. Damit hatte er hinreichend zum Ausdruck gebracht, dass es insofern an einem Nachweis und/oder einer ausreichenden Dokumentation fehle. Der Klägerin war dies auch bewusst.“

In dem Verfahren ist die Zahnärztin so verstanden worden, die nicht vollständige Dokumentation sei ihr nicht nur bewusst, sie

lungsablaufs ohne nähere Angaben – es werden lediglich die Leistung und der Zahn bezeichnet – und z. T. der Kopie eines Orthopantomogramms. Damit kann auch für einen Zahnmediziner nicht ansatzweise der Behandlungsablauf nachvollzogen werden.

Der Beklagte konnte bei einer fehlenden Dokumentation auf die Unwirtschaftlichkeit schließen. Fehlt es bereits an der Dokumentation, so fehlt es damit bereits an einer Begründung, weshalb Kosten angefallen sind. Grundsätzlich ist für die Erbringung einer zahnärztlichen Leistung der Vertragszahnarzt als Leistungserbringer nachweislich. Im vertragszahnärztlichen Leistungssystem reicht hierfür im Regelfall der Nachweis durch die Angaben des Vertragszahnarztes auf dem Behandlungsausweis aus. Bestehen allerdings Zweifel an der ordnungsgemäßen und/oder vollständigen Erbringung der Leistung, so ist der Vertragszahnarzt wiederum nachweislich. Ein Mittel für den Nachweis der Leistungserbringung sind seine Aufzeichnungen in der Karteikarte, die auch elektronisch geführt werden kann, oder die angefertigten technischen Aufzeichnungen wie z. B. Röntgenbilder.“

Fazit

Diese Entscheidung zeigt wieder einmal, welche wichtige Bedeutung der ordnungsgemäßen und vollständigen Dokumentation zukommt. In dem Verfahren vor dem Sozialgericht Marburg kam es auf die Fragen der durchgeführten Behandlung teilweise alleine wegen der unvollständigen Dokumentation gar nicht mehr an. Selbstverständlich hat die Dokumentationspflicht Grenzen.

Dies bestätigt auch das Sozialgericht Marburg: „Die (zahn-)ärztliche Dokumentationspflicht dient der Sicherstellung wesentlicher medizinischer Daten und Fakten für den Behandlungsverlauf. Eine Dokumentation, die aus medizinischer Sicht nicht erforderlich ist, ist nach Haftungsgrundsätzen auch aus Rechtsgründen nicht geboten.“

Ein Mindestmaß muss aber in jedem Fall gefordert werden. Wie dieser Fall zeigt, aus eigenen Beweisgründen. **PN**



durchgeführt werden. Den Patienten dürfe aber eine solche Therapie nicht verweigert werden. Allein unter diesem Aspekt seien die Entscheidungen des Prüfungsausschusses in den Fällen inakzeptabel, bei denen bestimmte Fristen und Daten der Vorbehandlung bemängelt würden. In keinem Abschnitt der Richtlinien seien bestimmte Fristen festgelegt. Die Richtlinien überließen den Behandlern die Entscheidung der zeitlichen Abfolge der einzelnen Behandlungsschritte im Rahmen der konservierend-chirurgischen und PA-Therapie. Extraktionen könnten auch in Sitzungen der PA-Therapie erfolgen, bei denen ohnehin anästhesiert werde. Auch spreche nichts dagegen, chirurgische oder konservierende Maßnahmen, die nicht mit der PA-Therapie interferierten (Zahnfüllungen, proximale supragingivale Füllungen, Wurzelreste) im Verlauf der PA-Behandlung durchzuführen (Anästhesie!). Der Prüfungsausschuss nehme eine einseitige Interpretation der Richtlinien zum Nachteil des Behandlers vor. Die Wirtschaftlichkeit einer PA-Therapie

bekannt sein, dass sich bei einigen Patienten mit entsprechendem Mineralgehalt im Speichel Zahnstein, unabhängig von Mundhygiene, innerhalb weniger Wochen bilden könne. Bei sämtlichen Patienten seien die notwendigen Füllungen vor der Antragstellung vorgenommen worden. Lagen allerdings Klasse V-Defekte, Füllungen ohne Einfluss auf die Mundhygiene (ohne Approximalfächen) oder ausgewaschene Füllungen vor, so seien diese aus Wirtschaftlichkeitsgründen während der PA-Therapie durchgeführt worden (teilweise auf Wunsch des Patienten, um eine Doppelanästhesie zu vermeiden und um die daraus resultierende körperliche Belastung zu reduzieren). ...“

Das Problem der unzureichenden Dokumentation

Das Hauptproblem der behandelnden Zahnärztin war eine unzureichende Dokumentation. Sie wurde mehrfach auf eine nicht erkennbare vertragsgerechte Vorbehandlung hingewiesen. Allein die unzureichende

vertrete vielmehr die Auffassung, eine vollständige Dokumentation sei nicht erforderlich.

Unzureichende Dokumentation = Unwirtschaftlichkeit?

Das Sozialgericht Marburg kommt zu dem Schluss, dass eine unvollständige Dokumentation gleichbedeutend sei mit einer Unwirtschaftlichkeit: „Der Beklagte hat die Absetzungen im Wesentlichen damit begründet, dass die vorgelegten Dokumentationen unzureichend gewesen seien. Dies war von der Kammer nicht zu beanstanden. Die Durchsicht der von dem Beklagten in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Unterlagen der insoweit fachkundig mit einem Vertragszahnarzt besetzten Kammer hat ergeben, dass eine auch nur annähernd aussagefähige Dokumentation nicht vorgelegt wurde. Die Unterlagen beschränken sich auf den Parodontalstatus, die Abrechnungsscheine mit den Abrechnungsdaten, eine kurze chronologische Auflistung des Behand-

PN Adresse

Dr. Susanna Zentai
Kanzlei Dr. Zentai – Heckenbucker
Rechtsanwälte Partnergesellschaft
Hohenzollernring 37
50672 Köln
www.goz-und-recht.de



Name-Power – So werden Sie als Spezialist wahrgenommen

Erfolg braucht einen Namen und die richtige Assoziation. Oder umgekehrt: Namen erzeugen Vorstellungen und kreieren bestimmte Bilder. Große Leistungen werden erst durch einen guten Namen bekannt und in die Welt hinausgetragen. Ohne diesen Namen ist auch die Leistung schnell vergessen. Der gute Ruf, die Parodontologie-Praxis als Spezialist und Marke und der große Erfolg – das gehört langfristig zusammen, ist identisch.

Sie kennen sie alle: Steffi Graf, Otto Waalkes, Mutter Theresa, Beate Uhse, Jil Sander, Alice Schwarzer, Boris Becker, Herbert von Karajan, Jürgen Schrempp, Albert Einstein, Kleopatra, Jesus-Namen, die geläufig sind, Menschen, die Macht und Einfluss haben. Sie erkannten bewusst oder unbewusst, worauf es ankommt, um mächtig und sehr einflussreich zu werden. Doch selbst diese außergewöhnlichen Persönlichkeiten haben klein und unbekannt begonnen; im Gegensatz zu den meisten Menschen auf dieser Welt haben sie sich jedoch einen Namen gemacht. Gleiches gilt natürlich auch für Unternehmen, für bekannte Marken in der Wirtschaft und nicht zuletzt für Parodontologen.

les Onassis für Reichtum, Nelson Mandela für Frieden und Aussöhnung. Wofür steht Ihr Name? Im Idealfall natürlich für einen sehr guten Parodontologen! Und wofür steht der Name Ihrer Praxis? Im Idealfall natürlich für außergewöhnlich erfolgreiche Leistungen in der Parodontologie!

Ein Profil entwickeln

Der Name eines Parodontologen ist eng damit verbunden, ob die Praxis als Experte wahrgenommen wird. Eine Marke entsteht dann, wenn zur Name-Power auch noch die Spezialisierung hinzukommt. Natürlich sind Parodontologen bereits spezialisiert, das sagt der Name ja schon

hat diese Methode erhebliche Vorteile. Ein Spezialist profitiert davon, dass er enormes Wissen in einem Bereich besitzt, die besten Kontakte zu Experten unterhält und sich dadurch einen guten Ruf erwirbt. Im Gegensatz zu den Generalisten, die überall mitmischen, die keiner richtig kennt und die ihre Energie sowie ihre Finanzen wahllos verstreuen, kommt er zu einem Ziel.

Schauen wir uns um, schärfen wir einmal den Blick, dann bemerken wir, wie erfolgreich Spezialisten sind. Eine Buchhandlung neben dem Dolmetscherinstitut hat sich auf fremdsprachliche Literatur spezialisiert; die Umsätze sind sehr gut. Ein Wellness-Institut direkt neben einem großen Konzern bietet Massagen ohne Voranmeldung von früh bis spät in angenehmem Ambiente an. Viele Parodontologen besitzen Profiquitäten, aber sie machen nicht viel daraus und bleiben No-Names. Wer all seine Talente ein wenig pflegt, ist vergleichbar mit einem ungeschliffenen Diamanten. Erst der Schliff macht den Wert aus – das gilt auch für die Parodontologie-Praxis. Mit einer klaren Entscheidung und der Konzentration auf ein Ziel erreichen Sie die Wirkung eines Laserstrahls! Zielen Sie jedoch mit einer Schrotflinte jeden Tag auf ein anderes Ziel, so verpufft die Energie.

Give me five! Die fünf wichtigsten Punkte zur Profilierung als Experte

1. Wer von allem etwas anbietet, hat als Experte nichts zu bieten.
2. Parodontologen müssen sich entscheiden: Menge oder Spezialisierung?
3. Spezialisierung bedeutet nicht Einschränkung, sondern sinnvolle Konzentration.
4. Eine klare Entscheidung und begeisterte Umsetzung der Nischenstrategie wirkt wie ein Laserstrahl.
5. Erfolgreiche Parodontologen machen sich einen Namen, werden zur Marke.

Der Name als Kapital

Es gibt viele wertvolle Menschen, es gibt mehr Genies als wir denken, doch wer es nicht versteht, sich einen Namen zu machen, bleibt im Dunkeln. Lassen Sie uns hier Vincent van Gogh erwähnen, der in seinem Leben nur ein einziges Gemälde verkauft hat – weit unter Wert, nebenbei bemerkt. Seine Bilder konnte er nicht einmal verschenken; keiner wollte sie haben. Später hat man mit diesen Bildern Millionen gemacht! Da hat

es Joseph Beuys geschickter angestellt: Er hat schon zu Lebzeiten gewaltige Summen für seine Kunstwerke verlangt. Er konnte das, denn er war berühmt, hat sich selbst wirkungsvoll inszeniert und so die Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Welche inneren Bilder entstehen bei Ihren Mitarbeitern oder Kollegen, wenn sie den Namen Ihrer Parodontologie-Praxis hören? Haben sie Vertrauen in Ihren Namen? Besitzt Ihr Name einen Klang, der ein positives Echo hervorruft? Jeder kann sich einen Namen machen. Man muss dazu nicht in die Kennedy-Familie geboren werden. So hat z.B. Max Schmeling wie viele andere gezeigt, dass man aus dem Nichts kommen und Großes leisten kann.

Give me five! Der Name als Suggestion

- Ihr Name erzeugt immer eine Wirkung.
- Ihr Name ist ein Versprechen
- Je bekannter Ihr Name, umso größer sind Vertrauen und Autorität (und Erfolg ist ohne Vertrauen und ohne Autorität nicht möglich).
- Das Prestige ist abhängig von Ihrer Aufgabe, Ihrem Ruf und damit Ihrem Namen.
- Sie werden nicht nach Ihrer fachlichen Qualifikation bezahlt, sondern nach Ihrem Ruf!

Branding: Großer Name – gute Praxis

Vielleicht spüren Sie immer mehr, wie wichtig der Name wirklich ist. Dabei dürfen wir natürlich nicht vergessen, dass der Name nicht im luftleeren Raum existiert. Der Besitzer muss sich mit ihm identifizieren und sollte ihn akzeptieren und mögen. Funktioniert das, verleiht der Name seinem Träger Selbstbewusstsein. Wer mit seinem Namen hadert, nicht eins mit ihm ist, wird überall und immer wieder Probleme bekommen. Wer sich nicht mit seinem Namen anfreunden kann, fühlt sich nicht wohl in seiner Haut. Dann leidet die Persönlichkeit, und von einer positiven Ausstrahlung ist nichts zu spüren. Wollen Sie sich einen Namen machen, muss er Ihnen entsprechen, zu Ihnen passen und Sie so darstellen, wie Sie wirklich sind. Zudem müssen Sie einen Markennamen entwickeln, sich als Marke bzw. als Name profilieren. Und so können Sie vorankommen:

1. Marktanalyse: Die Nische für Ihr spezielles Angebot als Parodontologie-Praxis finden.
2. Eigenanalyse: Wofür sind Sie (in Ansätzen vielleicht) bereit oder wollen Sie ein Spezialist sein? Auf welchem Gebiet

könnten Sie sich am leichtesten als Experte etablieren?

3. Erstellung des USP (unique selling proposition): Festlegung Ihres Spezialgebiets.
4. Identifikation mit dem Ziel: Warum ist dieses Spezialgebiet so wichtig? Was gefällt Ihnen daran so gut? Welchen Nutzen können Sie damit erbringen?
5. Festlegung eines, Ihres größten, Ziels innerhalb Ihres Spezialgebiets.
6. Konzentration auf das Ziel und Entwicklung von Strategien zur Verwirklichung.
7. Arbeit an der Stärkung Ihrer einzigartigen Unternehmens-Persönlichkeit, zum Strahlen bringen, die äußere Erscheinung optimieren (Outfit, Broschüren, Briefbogen etc.)
8. Aufmerksamkeit auf sich ziehen: Events anbieten, Medienberichte, Vorträge halten etc.

Wer glaubt, ein hohes Niveau erreicht zu haben und sich auf seinen Lorbeeren ausruhen zu können, ist schnell out – denn die Welt dreht sich weiter und schneller als je zuvor. Einmalige Erfolge bleiben nicht lange im Gedächtnis haften. Hören Sie nicht auf, an Ihrer Praxis zu arbeiten, an Ihrer Profilierung zu feilen, Ihren Markenauftritt zu verbessern, denn Schonung ist der schnellste Weg zum Abstellgleis! **PN**



Name = Identität bzw. Identifikation

Jedes Unternehmen – und nichts anderes ist ja auch eine Parodontologie-Praxis – ist erst einmal ein „No-Name-Produkt“, erhält aber, wie ein Baby, möglichst schnell einen Namen. Und so wie jeder Mensch instinktiv auf seinen Namen reagiert, verleiht der Name auch jedem Unternehmen eine ganz eigene Identität. Der Name ist das wichtigste Wort im Leben eines Menschen und während des Bestehens eines Unternehmens. Sie glauben das nicht? Dann zählen Sie einfach einmal einige wichtige Ereignisse auf. Ist nicht jedes mit einem Namen verbunden? Wir erinnern uns an Namen von Orten (Cape Canaveral), Namen von Veranstaltungen (Oscar-Verleihung) und vor allem natürlich an die Namen bekannter Marken wie Coca-Cola, Tempo, Google oder, derzeit wohl die wertvollste Marke weltweit, Apple.

An einige Namen erinnern wir uns sofort, andere geraten schnell in Vergessenheit. Manche Namen scheinen wir uns von Anfang an nicht merken zu können, andere interessieren uns nicht, und viele Namen verblasen mit der Zeit in unserer Erinnerung. Alles, was in unserem Gedächtnis erhalten bleibt, hat einen Namen. Und jeder Name wiederum ist belegt mit bestimmten Assoziationen: Bill Gates steht für Erfolg, Aristote-

aus – allerdings gibt es selbst hier Unterschiede, wenn auch nicht immer fachlicher Art. Erfolgreiche Parodontologen haben sich bereits entschieden – für eine Spezialisierung in drei Schritten:

1. Sie heben sich vom Umfeld ab = Differenzierung
2. Sie werden erkannt und zugeordnet = Identifizierung
3. Sie sind begehrenswert = Profilierung

Alle anderen, die den Weg der sogenannten Mitte gehen, werden es zukünftig noch schwerer haben. Profilieren können Sie sich nur als Experte. Ein wesentlicher Faktor für die eigene Profilierung liegt in der besonderen Fähigkeit, für sich ein Fachgebiet zu entdecken, in dem man wirklich einmalig ist oder werden will. In einer Praxis spielt hier übrigens aus dem Blickwinkel der Patienten oft der Servicefaktor eine wesentliche und entscheidende Rolle, ob Sie als Marke und Spezialist wahrgenommen werden.

Spezialisten werden als Marke wahrgenommen

Die Konzentration auf eine Sache ängstigt viele Menschen, vermittelt ihnen ein Gefühl der Unsicherheit. Spezialisierung bedeutet für sie Einschränkung, denn sie haben Angst, sich auf eine Sache festzulegen. Dabei

PN Autoren



Nikolaus B. Enkelmann ist der wohl bedeutendste Erfolgstrainer im deutschsprachigen Raum. Mehr als eine Million Menschen besuchten in den letzten 40 Jahren seine Seminare. Gemeinsam mit seiner Tochter Dr. Claudia E. Enkelmann, einer ebenso gefragten Beziehungs- und Erfolgstrainerin, leitet er das Institut für Persönlichkeitsbildung, Rhetorik und Zukunftsgestaltung (www.enkelmann.de) in Königstein im Taunus.

PN Adresse

Enkelmann-Institut
Altkönigstr. 38c
61462 Königstein/Taunus
Tel.: 0 61 74/39 80
Fax: 0 61 74/2 43 79
E-Mail: info@enkelmann.de
www.enkelmann.de

Zahnärztliche Fortbildung maritim

PN Fortsetzung von Seite 1

Bei der Programmgestaltung hatten sich die Veranstalter von dem Ziel leiten lassen, neueste Erkenntnisse aus Wissenschaft

Hauptpodium. Der Freitag stand ganz im Zeichen von Workshops, Hands-on-Kursen sowie Seminaren mit einer breit gefächerten Themenpalette, während der Samstag den wissen-

Berlin, Prof. Andrea Mombelli/Genf, Prof. Frank Palm/Konstanz, Prof. Wolf-Dieter Grimm/Witten, Prof. Torsten Remmerbach/Leipzig, Prof. Knut Groetz/Wiesbaden, Prof. Rainer Buchmann/Düsseldorf, Priv.-Doz. Dr. Christian R. Gernhardt/Halle (Saale) sowie zahlreiche erfahrene Praktiker.

Einer der Höhepunkte des Kongresses war die Kongressparty am Freitagabend, die in der Sky-Bar des NEPTUN-Hotels stattfand. In rund 65 Meter Höhe, mit einem wunderbaren Panoramablick über die Ostsee, konnten die Teilnehmer bei Musik und Tanz die im Meer untergehende Abendsonne genießen und den ersten Kongresstag ausklingen lassen. PN



und Praxis anwenderorientiert aufzubereiten und zu vermitteln. In diesem Kontext war auch der Ostseekongress 2011 neben den wissenschaftlichen Vorträgen im Hauptpodium durch ein umfangreiches anwenderorientiertes Programm gekennzeichnet. In diesem Jahr gab es auf Wunsch vieler Zahnärzte und Zahnärztinnen ein komplettes nichtimplantologisches Parallelprogramm mit einem eigenen

schaftlichen Vorträgen in den beiden Hauptpodien vorbehalten blieb.

Die wissenschaftliche Leitung der Veranstaltung hatten Prof. Dr. Dr. Bernhard Frerich/Unirostock (Podium Implantologie) sowie Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten und Dr. Jens Voss/Leipzig (Podium Allgemeine Zahnheilkunde) inne. Zum Referententeam gehörten darüber hinaus u.a. Prof. Dr. Hans Behrbohm/

PN Adresse

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08
Fax: 03 41/4 84 74-3 90
E-Mail: event@oemus-media.de
www.oemus.com
www.ostseekongress.com



Wechselwirkungen

Ein interdisziplinäres Treffen in Hamburg beleuchtete den aktuellen Forschungsstand im Hinblick auf „Parodontitis und systemische Erkrankungen“.

Das bisschen Zahnfleischbluten? Von wegen ... Mehr als die Hälfte aller Deutschen leidet unter Parodontitis – aber sechs von zehn Menschen wissen nicht, wie gefährlich eine solche Zahnbetterkrankung auch für andere Organe werden kann. Umgekehrt können aber auch andere Krankheiten das blutige Gesche-

manmediziner, um diese Wechselwirkungen deutlich aufzuzeigen und über die Vorteile einer besseren Zusammenarbeit von Zahn- und Allgemeinmedizinern aufzuklären. Sieben renommierte Mediziner und Zahnmediziner aus den Bereichen Parodontologie, Kardiologie, Rheumatologie und Diabe-



hen im Mund beeinflussen – das Wissen über diese komplexe Wechselwirkung hat allerdings noch längst nicht Einzug in alle Praxen der Zahnmediziner gehalten. Unter dem Motto „Parodontitis und systemische Erkrankungen“ veranstaltete der „Seattle Study Club Hamburg“ (SSC) am 16. April 2011 ein Symposium für Zahnärzte und Hu-

tologie informierten dabei die Fachbesucher über die Auswirkungen von Parodontitis auf den gesamten menschlichen Körper. PN

PN Information

Den kompletten Artikel lesen Sie auf www.zwp-online.info

Globaler Erfahrungsaustausch in Köln

„Implantologie – Ansprüche, Möglichkeiten und Erwartungen“ ist das Thema des 41. Internationalen Jahreskongresses der DGZI.

Die Vorbereitungen für den diesjährigen Internationalen Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie, der am 30. September und 1. Oktober im Kölner Maritim Hotel stattfinden wird, sind in vollem Gange. Der Kongress wird mindestens genauso stark aufgestellt sein wie der Jubiläumskongress anlässlich des 40-jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie im letz-

ten Jahr in Berlin, welcher mit über 500 Teilnehmern, mehr als 70 Referenten und einer hochzufriedenen Fachgesellschaft erfolgreich durchgeführt wurde. So hat momentan die Referenten- und Themenauswahl bei den Planungen für den DGZI-Event dieses Jahres höchste Priorität. Nach Informationen von DGZI und Kongresspräsident Prof. Dr. Dr. Frank Palm wird unter wissenschaftlicher Leitung von Dr. Roland Hille das Thema „Im-

plantologie – Ansprüche, Möglichkeiten und Erwartungen“ fokussiert. Mit dem Ziel eines globalen Erfahrungsaustausches hat die DGZI renommierte nationale und internationale Referenten eingeladen. Die traditionelle Podiumsdiskussion wird in diesem Jahr zur Frage „Digitale Implantologie – was soll, was muss?“ am zweiten Kongresstag wieder die ideale Möglichkeit bieten, Aspekte kritisch zu hinterfragen und vom Erfah-

rungsschatz der Referenten zu profitieren.

Von der Theorie zur Praxis

Praktisch wird es gleich zu Beginn des Kongresses mit einer großen Auswahl von Workshops und Hands-on-Kursen. Die Teilnehmer können sich hier im Detail mit den aktuellsten



Entwicklungen bei Implantaten, Knochenersatzmaterialien und Membranen sowie Diagnostik, Navigation und CAD/CAM-Technologie vertraut machen.

Gerade im IDS-Jahr 2011, das eine Fülle von neuen Produkten und Technologien brachte, besteht ein erhöhter Informationsbedarf. Der kollegiale Austausch, verbunden mit dem ein oder anderen Tipp, ist hier besonders wichtig. Der durch die zahlreichen Aussteller gegebene direkte Kontakt zur Industrie ermöglicht zudem, sich vor Ort über Produkte und deren Anwendung zu informieren.

Neben dem Programm für Zahnärzte gibt es ein komplettes Begleitprogramm für die implantologische Assistenz. Hier stehen die Themen Karies- und Parodontitisprophylaxe, OP-Assistenz, Patientenkommunikation sowie Praxishygiene auf der Tagesordnung. PN

PN Information

Call for Paper zum Download unter: www.dgzi.de

Anmeldung unter: www.zwp-online.info/events

ANZEIGE

PN NACHRICHTEN
STATT NUR ZEITUNG LESEN!

Bestellung auch online möglich unter: www.oemus.com/abo

Fax an 03 41/4 84 74-2 90

www.pn-aktuell.de

www.pn-aktuell.de

Ja, ich abonniere die **PN Parodontologie Nachrichten** für 1 Jahr zum Vorteilspreis von € 40,- (inkl. gesetzl. MwSt. und Versand). Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraums schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

Name

Vorname

Straße, PLZ/Ort

Telefon/Fax

E-Mail

Datum Unterschrift

Widerrufsbelehrung:
Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt.

Datum Unterschrift

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig, Tel.: 03 41/4 84 74-0, Fax: 03 41/4 84 74-2 90, E-Mail: grasse@oemus-media.de PN 3/11





8. LEIPZIGER forum für innovative zahnmedizin

9./10. September 2011 // Leipzig



- Implantation bei stark reduziertem Knochenangebot – von Sinuslift bis Short Implants
- Parodontologie Update

Wissenschaftliche Leitung/Vorsitz

Prof. Dr. Axel Zöllner/Witten
Prof. Dr. Wolf-D. Grimm/Witten
Dr. Peter Gehrke/Ludwigshafen



FREITAG 9. SEPTEMBER 2011 PROGRAMM ZAHNÄRZTE

10.00 – 12.00 Uhr Workshops



12.00 – 13.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

Vorsitz/Moderation: Prof. Dr. Wolf-D. Grimm/Witten

13.00 – 13.15 Uhr Eröffnung

13.15 – 13.45 Uhr **Dr. Michael Sachs/Oberursel**
Implantologie: Keine Krise – sondern eine großartige Zukunft

13.45 – 14.15 Uhr **Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin**
Interdisziplinäres Komplikationsmanagement nach Sinuslift

14.15 – 14.45 Uhr **Prof. Dr. Wolf-D. Grimm/Witten**
Neue Konzepte für die Perimukositis- und Periimplantitis-Therapie

14.45 – 15.00 Uhr Diskussion

15.00 – 15.30 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

Vorsitz/Moderation: Prof. Dr. Wolf-D. Grimm/Witten, Dr. Peter Gehrke/Ludwigshafen

15.30 – 16.00 Uhr **Prof. Dr. Mauro Marincola/Rom (IT)**
Moderne implantologische Maßnahmen zur Minimierung von augmentativen Konzepten

16.00 – 16.25 Uhr **Dr. Dominik Schmider/Herrenberg**
Wenig Knochen? Sofortbelastung? Kostenreduktion?

16.25 – 16.50 Uhr **Dr. Jochen Mellinghoff M.Sc./Ulm**
Zirkondioxidimplantate – ästhetisch-biokompatibel-zuverlässig

16.50 – 17.00 Uhr Diskussion

17.00 – 17.30 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

17.30 – 17.55 Uhr **Dr. Winfried Walzer/Berlin**
Prothesenstabilisierung mit Mini-Implantaten als Behandlungskonzept bei reduziertem Knochenangebot

17.55 – 18.20 Uhr **Prof. Dr. Nezar Watted/Würzburg**
Erweitertes Behandlungsspektrum durch Implantate in der Kieferorthopädie

18.20 – 18.45 Uhr **Dr. Mathias Plöger/Detmold**
Dreidimensionale Rekonstruktion des Hart- und Weichgewebes mit allogenen Knochenblocktransplantaten/allogenen Knochenersatzmaterial

18.45 – 19.00 Uhr Diskussion

SAMSTAG 10. SEPTEMBER 2011 IMPLANTOLOGISCHES PROGRAMM ZAHNÄRZTE

Vorsitz/Moderation: Prof. Dr. Axel Zöllner/Witten

09.00 – 09.30 Uhr **Dr. Peter Gehrke/Ludwigshafen**
Liefert die computergestützte Implantatnavigation einen echten Mehrwert für den Patienten?

09.30 – 10.00 Uhr **Prof. Dr. Axel Zöllner/Witten**
Prothetische Komplikationen bei implantatgetragem Zahnersatz

10.00 – 10.30 Uhr **Vis. Prof. Dr. Dr. Andreas H. Valentin/Mannheim**
Komplikationen bei der Sinusbodenelevation – Was ist reparabel?

10.30 – 10.45 Uhr Diskussion

10.45 – 11.30 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

11.30 – 12.00 Uhr **Prof. Dr. Gregor-Georg Zafiropoulos/Düsseldorf**
Neue Methode zur Abformung und Registrierung von implantatgetragenen Restaurationen

12.00 – 12.30 Uhr **Dr. Thomas Hermann/Markkleeberg**
Ein standardisiertes Konzept zur Versorgung des extrem atrophierten Oberkiefers

12.30 – 12.50 Uhr **Dr. Joachim Eifert/Halle (Saale)**
Zusammenhänge zwischen Periodontitis und Periimplantitis

12.50 – 13.00 Uhr Diskussion

13.00 – 14.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

14.00 – 14.30 Uhr **Prof. Dr. Rainer Buchmann/Düsseldorf**
Praxiskonzept Implantologie

14.30 – 15.00 Uhr **Univ.-Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach/Leipzig**
Implantate und Allgemeinmedizin – Was der Zahnarzt wissen muss

15.00 – 15.30 Uhr **Enrico Steger/Gais (IT)**
Vom Provisorium zur fertigen Arbeit – CAD/CAM-gefräst

15.30 – 15.45 Uhr Abschlussdiskussion

FREITAG 09. SEPTEMBER 2011 NICHTIMPLANTOLOGISCHES PROGRAMM ZAHNÄRZTE

10.00 – 12.00 Uhr Workshops



12.00 – 13.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

SAMSTAG 10. SEPTEMBER 2011 NICHTIMPLANTOLOGISCHES PROGRAMM ZAHNÄRZTE

REFERENTEN

Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin | Prof. Dr. Rainer Buchmann/ Düsseldorf | Univ.-Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach/Leipzig | Prof. Dr. Wolf-D. Grimm/Witten | Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten | Prof. Dr. Nezar Watted/ Würzburg | Dr. Jürgen Wahlmann/Edewecht | Jens Voss/Leipzig | Christoph Jäger/Stadthagen

THEMEN

Der Sinus maxillaris – State of the Art der Therapie von Entzündungen, Trauma und Tumoren | Parodontologie: Therapiefokus Medizin | Früherkennung und Behandlung präkanzeröser Läsionen der Mundschleimhaut | Chirurgische Parodontitis-Therapie: Minimalinvasiv, regenerativ, rekonstruktiv, zahnerhaltend | Von der Prävention zur Erhaltungstherapie | Parodontologie und Kieferorthopädie – Möglichkeiten und Grenzen unter besonderer Berücksichtigung der dentofazialen Ästhetik | Misserfolge bei Veneers – Ursachen und Fehlervermeidung | Minimalinvasive Verfahren der orofazialen Ästhetik – Gesichtsanalyse/Von Bleaching bis Non-Prep Veneers | Fördermittel für die Einführung eines QM-Systems und Zertifizierung

ORGANISATORISCHES KONGRESSGEBÜHREN

Veranstaltungsort

Hotel „The Westin Leipzig“, Gerberstraße 15, 04105 Leipzig
Tel.: 03 41/9 88-0, Fax: 03 41/9 88-12 29

Veranstalter/Anmeldung

OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08, Fax: 03 41/4 84 74-3 90
event@oemus-media.de, www.leipziger-forum.info, www.oemus.com

Kongressgebühren Implantologisches Programm

Zahnärzte (Frühbucher/Bei Anmeldung bis 30. Juni)	150,- € zzgl. MwSt.
Zahnärzte (Anmeldungen nach dem 30. Juni)	175,- € zzgl. MwSt.
Zahn techniker	100,- € zzgl. MwSt.
Helferinnen/Assistenten (mit Nachweis)	100,- € zzgl. MwSt.
Helferinnen (Teilnahme nur am Seminar zur Hygienebeauftragten)	75,- € zzgl. MwSt.
Studenten (mit Nachweis)	nur Tagungspauschale
Tagungspauschale*	90,- € zzgl. MwSt.

Kongressgebühren Nichtimplantologisches Programm

Die Teilnahme an den Workshops am Freitag ist kostenfrei.

Zahnärzte (Frühbucher/Bei Anmeldung bis 30. Juni)	75,- € zzgl. MwSt.
Zahnärzte (Anmeldungen nach dem 30. Juni)	87,50,- € zzgl. MwSt.
Zahn techniker	50,- € zzgl. MwSt.
Studenten (mit Nachweis)	nur Tagungspauschale
Tagungspauschale*	45,- € zzgl. MwSt.

* Die Tagungspauschale ist für jeden Teilnehmer zu entrichten (beinhaltet Kaffeepausen, Tagungsgetränke, Mittagessen bzw. Imbiss).

Nähere Informationen zum Programm und Workshopinhalten, Allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie eine Anmelde-möglichkeit finden Sie in dem aktuellen Programmheft als E-Paper auf www.leipziger-forum.info

FREITAG UND SAMSTAG 9./10. SEPTEMBER 2011 PROGRAMM HELFERINNEN

10.00 – 12.30 Uhr (Fr.) **Seminar Praxisknigge**
Weiterbildungskurs zum Auftreten und Erscheinungsbild in der Zahnarztpraxis
Iris Wälter-Bergob/Meschede

13.00 – 17.00 Uhr (Fr.) **Prävention Prophylaxe Parodontologie** (inkl. Pause)
3P-Mitarbeiter Update
Prof. Dr. Rainer Buchmann/Düsseldorf
Iris Wälter-Bergob/Meschede

09.00 – 18.00 Uhr (Sa.) **Seminar zur Hygienebeauftragten** (inkl. Pause)
Iris Wälter-Bergob/Meschede

8. LEIPZIGER forum für innovative zahnmedizin

Anmeldeformular per Fax an
03 41/4 84 74-3 90
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

PN 3/11

Für das 8. LEIPZIGER forum für innovative zahnmedizin am 9. und 10. September 2011 in Leipzig melde ich folgende Personen verbindlich an:

Name, Vorname, Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> Programm Zahnärzte	Workshop (Fr.): _____
	<input type="checkbox"/> Samstag	<input type="checkbox"/> Programm Helferinnen	<input type="checkbox"/> Impl. Programm <input type="checkbox"/> Nicht-Impl. Programm
(Teilnahme bitte ankreuzen)		(Teilnahme bitte ankreuzen)	(bitte Nr. eintragen/ankreuzen)

Name, Vorname, Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> Programm Zahnärzte	Workshop (Sa.): _____
	<input type="checkbox"/> Samstag	<input type="checkbox"/> Programm Helferinnen	<input type="checkbox"/> Impl. Programm <input type="checkbox"/> Nicht-Impl. Programm
(Teilnahme bitte ankreuzen)		(Teilnahme bitte ankreuzen)	(bitte Nr. eintragen/ankreuzen)

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zum 8. LEIPZIGER forum für innovative zahnmedizin erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail:

System für gesundes Zahnfleisch

Mit PeriCare bietet Merz Dental ein System zum Schutz und zur Verbesserung von Zahnfleisch und Zähnen.

Mittlerweile gehen mehr Zähne durch bakteriell bedingte Entzündungen des Zahnhalteapparates verloren als durch



Karies. Das Unternehmen Merz Dental bietet unter der Dachmarke PeriCare Produkte zur Prophylaxe und Behandlung von parodontalen Defekten und Mundschleimhauterkrankungen an. Bei akuten parodontalen Belastungen kommt die PeriCare Periodontal Paste mit Cal-

ciumhydroxid zum Einsatz. Sie begünstigt die Keimzahlreduktion und hat eine ausschließlich lokale Wirkung. Symptome wie Schmerzen, Ödeme und Entzündungen werden gelindert und die natürliche Geweberegeneration unterstützt.

Die PeriCare Mundspüllösung ergänzt die tägliche Zahnpflege und schützt vor bakteriellen Belastungen auch dort, wo die Zahnbürste nicht hinkommt. Vor und nach chirurgischen Eingriffen kann die PeriCare Mundspüllösung zur Keimzahlreduktion eingesetzt werden. Sie fördert die Wundheilung und schützt vor Infektionen des Zahnhalte-

apparates. Dank des bewährten Polyhexanid-Betain-Komplexes verzichtet sie ganz auf belastende Inhaltsstoffe wie Alkohol oder Zucker.

Die PeriCare Zahncreme schützt vor Karies, Gingivitis und Parodontose. Sie enthält natürliches MicroSilver BG™ zum Schutz vor schädlichen Bakterien im Mund- und Rachenraum und verhindert so auch die Entstehung von Halitose. **PN**

PN Adresse

Merz Dental GmbH
Eetzweg 20
24321 Lütjenburg
E-Mail: info@merz-dental.de
www.merz-dental.de

Früherkennung von Karies

Spitzentechnologie macht die direkte Messung der Kariesausprägung möglich.

CarieScan PRO™ ist das erste dentale Diagnosegerät, das auf AC-Impedanzspektroskopie (ACIST) zurückgreift, um Karies mittels Messung von Veränderungen der Zahndichte festzustellen. Zahlreiche Studien bestätigen eine Messgenauigkeit von 92,5%. Damit ist der Einsatz von CarieScan PRO™ präziser als optische, radiografische Methoden oder sonstige Laser-Fluoreszenz. Mit der Bildung von Karies geht ein Demineralisationsprozess und somit die Erhöhung



der elektrischen Leitfähigkeit des Zahns einher. Mittels AC-Impedanzspektroskopie misst CarieScan PRO™ präzise die Veränderungen der Zahndichte. In der Karies-Früherkennung ist mit der ACIST-Technologie eine direkte Messung der Kariesausprägung möglich, auch bei kleinen kariösen Läsionen und versteckter Karies. Die Messergebnisse werden nicht durch Ablagerungen auf den Zähnen oder durch visuelle Mängel beeinflusst. CarieScan PRO™ ist ein

kompaktes, leichtes und batteriebetriebenes Gerät, das automatisch kalibriert wird. Es ist Bluetooth-fähig und sehr anwenderfreundlich. In Deutschland, Österreich und der Schweiz wird CarieScan PRO™ exklusiv über orangedental, Biberach/Riß, vertrieben. **PN**

PN Adresse

orangedental
GmbH & Co. KG
Aspachstraße 11
88400 Biberach/Riß
E-Mail: info@orangedental.de
www.orangedental.de



Gel ist nicht gleich Gel

Innovatives Implantat-Pflege-Gel haftet, wirkt und schmeckt.

Jährlich werden in Deutschland laut Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) etwa 500.000 Implantate gesetzt – Tendenz steigend. Mit der Implantation ist jedoch auch das Risiko einer periimplantären Infektion verbunden, die durch subgingivale Plaque entsteht. Untersuchungen haben gezeigt, dass das für die Entstehung von Periimplantitis verantwortliche Keimspektrum identisch ist mit den Keimen, die eine Parodontitis verursachen. Zur Behandlung und Prävention dieser bakteriellen Entzündungen haben sich chlorhexidin-haltige (CHX) Präparate bewährt. Das CHX ist in den meisten Produkten als Chlorhexidindigluconat enthalten und zudem in



einer hydrophilen Matrix gelöst. Das hat zur Folge, dass ein CHX-Gel in einer Konzentration von 0,1 bis 2 Prozent nicht so gut auf dem Zahnfleisch und der Mundschleimhaut haftet und nur kurze Zeit am Aufbringungsort verbleibt. Eine aktuelle randomisierte Studie der Klinik für MKG-Chirurgie der Christian-Albrechts-Universität Kiel hat gezeigt, dass das durimplant Implantat-Pflege-Gel aufgrund seiner Viskosität und hydrophoben Eigenschaft sehr gut haftet und somit auch deutlich länger am Aufbringungsort verbleibt. Das Gel wird in einer linsen- bis erbsengroßen Menge gezielt auf die zu behandelnde Stelle aufgetragen und bildet eine dünne, weiche Schutzschicht. Ein weiterer Vorteil

von durimplant ist, dass das Gel keine Zahnverfärbungen hervorruft. Neben dem guten Geschmack ruft das Implantat-Pflege-Gel keine Geschmacksbeeinträchtigungen hervor. durimplant kann bei der Pflege von Implantaten das Periimplantitis-Risiko wirksam senken, wie die Studie an der Universität Kiel belegt. **PN**

Quellen: Pilotstudie zur Anwendung des Implantat-Pflege-Gels durimplant, Universität Kiel, Dr. Eleonore Behrens, Dez. 2005 – Jan. 2006.

PN Adresse

lege artis Pharma GmbH + Co. KG
Breitwasenring 1
72135 Dettenhausen
E-Mail: info@legeartis.de
www.durimplant.com

Air-Flow kills biofilm

Effektive Reinigung auch unter dem Zahnfleischsaum dank Perio-Flow.

Tausende von tief in den Parodontaltaschen sitzenden Bakterienstämmen sind für das Entstehen verschiedener Krankheiten verantwortlich. Das Ausmaß ist enorm und dementsprechend groß ist die Notwendigkeit der Behandlung parodontaler Erkrankungen. Das schweizerische Unternehmen EMS Electro Medical Systems, berühmt für Air-Flow, die Originalmethode für supragingivale Luftstromreinigung, verkündet „Air-Flow goes subgingival“ und bringt es damit auf den Punkt. Eine einzigartige Düse leitet das Pulver-Luft-Gemisch tief in die Tasche ein; mit Wasser werden die entfernten Ablagerungen anschließend ausgespült.

Die patentierte Perio-Flow-Düse für den Einmalgebrauch ist speziell auf die Anwendung tief in den Parodontaltaschen (bis zu 10mm) ausgelegt. Laut EMS sorgt sie für optimale und gleichzeitig sanfte Luftwirbel im subgingivalen Bereich, wobei drei horizontale Öffnungen für das Pulver-Luft-Gemisch und eine vertikale Düsenöffnung für Wasser Emphyseme des Weichgewe-

bes verhindern. Auch das Perio-Pulver habe spezifische Eigenschaften für den parodontalen



Die bei einer leichten Parodontitis entzündete Wundfläche in der gesamten Mundhöhle entspricht der Größe einer Handfläche.

Gebrauch. Das Pulver auf Glycerinbasis ist besonders feinkörnig (~25 µm). Darüber hinaus haben die Körner eine besonders niedrige spezifische Dichte (D 50). Zahnoberfläche und Zahnbein würden nicht angegriffen. **PN**

PN Adresse

EMS Electro Medical Systems GmbH
Schatzbogen 86
81829 München
E-Mail: info@ems-ch.de
www.ems-dent.de



Der Alleskönner

Unterstützt durch die neueste technische Errungenschaft von NSK – dem iPiezo-engine – bietet das Varios 970 für jede Anwendung optimale und stabile Vibrationsfrequenzen.

Die Leistungseinstellung des Varios 970 wird so fein geregelt, dass ein und dasselbe Gerät höchst



effizient in der Endodontie, der Parodontologie und der Prophylaxe eingesetzt werden kann. Mit dem neuen Handstück, dem Varios2, verfügt NSK über das schlanke und leichteste seiner Klasse und bietet dem Anwender hervorragenden Zugang zum Behandlungsfeld. Darüber hinaus ist das Varios2 Lux-Handstück mit Doppel-LED ausgestattet, was in Kombination mit der grazilen Form für einmalige Sichtverhältnisse sorgt.

Das Varios 970 verfügt über zwei unabhängige Kühlmittelflaschen (je 400 ml) und ein großes, intuitiv zu benutzendes Bedienfeld sowie ein Display, auf dem alle aktuellen Einstellungen übersichtlich angezeigt werden. Als Varios 170 können die Vorteile des Varios2-Handstücks auch in Ihre Behandlungseinheit integriert werden. Dabei ist das Varios 170 LED-Einbaumodul das kleinste der Welt und findet in praktisch jeder Einheit Platz. Varios 970 und Varios 170 sind jeweils im Set mit drei Aufsätzen (G4, G6, G8) sowie drei Drehmomentschlüsseln und einer Steribox erhältlich. **PN**

PN Adresse

NSK Europe GmbH
Elly-Beinhorn-Str. 8
65760 Eschborn
E-Mail: info@nsk-europe.de
www.nsk-europe.de



ANZEIGE

www.zwp-online.info

FINDEN STATT SUCHEN.

ZWP online

Schmerzarm

Wenn es um Behandlungen an schmerzempfindlichen Zahnhälsen geht, ist Sensibilität gefragt.

Bei der Millimeterarbeit auf engstem Raum muss der Zahnarzt nicht nur sein Handwerk perfekt beherrschen, sondern auch sein Werkzeug. Dies ist mit dem Ultraschallinstrument Vector Paro von Dürr Dental ein Leichtes: Die ausgefeilten Funktionen „verzahnen“ sich mit hochwertigem Design zu einem Gerät, das eine besonders schmerzarme Parodontaltherapie ermöglicht. „Mit Vector Paro kann



sich der Anwender während der Behandlung ganz auf sein Gefühl verlassen. Denn die einzigartige Schwingungsumlenkung ermöglicht es, diese hochsensitive Arbeit exakt zu kontrollieren, da die Ultraschallinstrumente völlig erschütterungsfrei arbeiten“, erläutert Michael Kratt aus der Entwicklungsabteilung von Dürr Dental. Wichtig ist neben der patentierten linearen Umlenkung der Ultraschallenergie das kompakte und

ergonomische Design des Vector Paro. „Der Anspruch an das Design waren höchster Bedienkomfort und absolute Hygiene. Zudem mussten die vielen Funktionen möglichst kompakt am Zahnarztstisch untergebracht werden, um einen dynamischen Arbeitsfluss zu ermöglichen“, beschreibt Prof. Octavio Nüsse, Inhaber von oco_design. So wurden Bestückung und Ablage in das Basisgerät integriert. Auch das für die Behandlung verwendete Wasser findet hier in einem großzügigen und abnehmbaren Tank Platz. Die Handstücke sind durch flexible Schläuche mit dem Basisgerät verbunden, dessen Bedientasten sich ästhetisch in das Basisgerät schmiegen und intuitiv betätigen lassen. Vor allem die Ausgestaltung des Paro-Handstücks mit Wasser- und Schleifmittelzufuhr war aufwendig. Es galt, den schwingenden Kern zu verkleiden, ohne ihn zu beeinträchtigen. Das schmalere Scaler-Handstück funktioniert ohne Schleifmittel und dient der intensiven Zahnreinigung mit Wasser. **PN**

PN Adresse

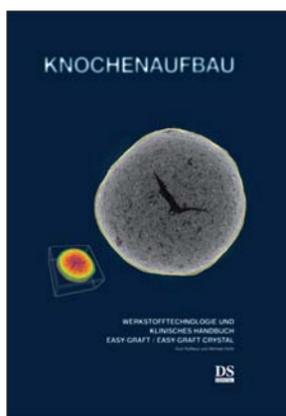
Dürr Dental AG
Höppfigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
E-Mail: info@duerr.de
www.duerrdental.de
www.oco-design.de



Praktisches Handbuch

Die Herstellerfirma des innovativen Knochenersatzmaterials easy-graft® veröffentlicht ihr erstes Handbuch zum Thema Knochenaufbau.

Das klinische Handbuch „Knochenaufbau“ bietet jedem etwas. Egal ob der Leser sich grundsätzlich für das Thema Knochen/Knochenaufbau interessiert oder er bereits viele Erfahrungen im Bereich Knochenaufbau gesammelt hat – mit seinen spannenden, wissenschaftlichen Fallstudien begeistert es. Das Buch ist in zwei Teile gegliedert. Der erste Teil vermittelt die wichtigsten Grundlagen zu Knochen und Knochenaufbaumaterialien, aufgeteilt in folgende Kapitel: Knochen – Begriffe und Grundlagen, Anwendung und Funktionsweise der easy-graft®-Produkte, Knochenaufbaumaterialien – resorbierbar oder volumenstabil?, Werkstoffinformation, Antworten zu den häufigsten Fragen.



Der zweite Teil lotet die Möglichkeiten und Grenzen der easy-graft®-Produkte in verschiedenen Indikationen anhand von Fallbeispielen aus: Socket Preservation, Verschluss von Mund-Antrum-Verbindungen, Parodontologie, Implantologie, augmentative Verfahren. Das Buch kann im Buchhandel unter der ISBN-Nummer 978-3-033-02628-5 erworben oder via E-Mail bestellt werden. **PN**

PN Adresse

Degradable Solutions AG
Wagistr. 23
8952 Schlieren
Schweiz
E-Mail: dental@degradable.ch
www.degradable.ch



Erster Airpolisher mit Doppelfunktion

Der AIR-N-GO Airpolisher ermöglicht supra- und subgingivales Arbeiten in einem Gerät.

Das optimierte Griffdesign des neuen AIR-N-GO Airpolishers überzeugt mit perfekter Ergonomie, guter Funktionalität und präziser Führung. Mit kurzen und langen Griffhülsen lässt er sich einfach und schnell an jede Handgröße anpassen. Die ausgewogene Gewichtsbalance gewährleistet ermüdungsfreies Arbeiten. Eine Supra-Düse steht für gewebe schonende, schmerzarme und zahnerhaltende Politur und Reinigung. Sie sorgt für optimale Hygiene und ein ästhetisch einwandfreies Ergebnis. Die Perio-Funktion ermöglicht kontrolliertes, subgingivales Arbeiten und eine effiziente Behandlung aller Zahn- und Implantatoberflächen. Mittels sanfter Entfernung des Biofilms werden periimplantäre Entzündungen reduziert und Knochenverlust vorgebeugt.

Die feine Perio-Düse und das AIR-N-GO Perio-Pulver (auf Glycinbasis) sorgen in der Initialphase wie in der Erhaltungsphase der Parodontalbehandlung für gute, vorhersagbare Ergebnisse. Düse, Handstückkörper und Griffhülse des AIR-N-GO Airpolisher sind auto-



klavierbar und lassen sich einfach reinigen.

AIR-N-GO Powder und AIR-N-GO „Classic“

AIR-N-GO Powder wurden für die supragingivale Prophylaxe und den Erhalt empfindlicher Gewebe entwickelt. Die abgerundete Struktur und der hohe Feinheitsgrad von AIR-N-GO „Classic“ Powder mindern deutlich Schmerzen und Blutungen. Sie sind in fünf dezente Geschmacksrichtungen erhältlich.

AIR-N-GO „Pearl“

Die ultraaktive Schutz-Politur entfernt Plaque und Verfärbungen sicher. Überzeugende Vorteile des geschmacksneutralen Pulvers auf der Basis von natür-

lichem Kalziumkarbonat sind außerdem: Schutz des empfindlichen Gewebes, Erhaltung des Zahnschmelzes, keine Irritation der Gingiva und keine Schmerzempfindungen für den Patienten.

AIR-N-GO „Perio“

Bei Parodontitis und Periimplantitis lassen sich in wenigen Tagen eine deutliche Reduzierung der Tiefe von Zahnfleischtaschen und ein signifikanter Rückgang von Entzündungen erreichen. Das subgingivale AIR-N-GO Perio Pulver auf der Basis natürlichen Glycins wurde in zahlreichen Studien und Tests nachgewiesen. Nach Sondierung der parodontalen Taschen und Reinigung mithilfe von Ultraschallinstrumenten (Debridement) werden überzeugende Ergebnisse nach einer Behandlungszeit von 20 Sekunden erzielt. **PN**

PN Adresse

Acteon Germany GmbH
Industriestraße 9
40822 Mettmann
E-Mail: info@de.acteongroup.com
www.de.acteongroup.com



Höhere Leistung für mehr Effizienz

Der KaVo KEY Laser 3 bietet neben der schonenden, effektiven und schmerzarmen Anwendung bei zahlreichen Indikationen das breiteste Einsatzspektrum aller dentaler Lasersysteme.

Mit seiner schonenden, effektiven und schmerzarmen Anwendung in Parodontologie, konservierender Zahnheilkunde, Endodontie und Chirurgie überzeugt der KaVo KEY Laser 3 seit Jahren Anwender und Patienten. Der KaVo KEY 3 plus, Nachfolgemodell des KEY 3, verfügt über eine höhere Leistung als der Vorgänger und variable Puls-längen. Durch die höhere Ablationsgeschwindigkeit in der Zahnhartsubstanz und im Knochen verkürzt sich die Behandlungsdauer gegenüber konventionellen Lasern erheblich. Der feine Abtrag mit variablen Puls-längen ermöglicht unter anderem ein Finieren des Kavitätenrandes. Dadurch können ästhetisch bessere Ergebnisse als mit herkömmlichen Technologien erzielt werden. Im Markt befindliche KEY Laser 3 können problemlos aufgerüstet werden, mit deutlich positiver Auswirkung auf den Werterhalt bestehender Systeme. In der Parodontologie ermöglicht das einzigartige Feedbacksystem des KEY 3 plus Lasers die selektive, vollständige und schmerzarme Entfernung von Konkrementen bei hochgradi-

ger Schonung des Wurzelzements. Bakterien werden zerstört und vorhandener Biofilm auf der Zahnoberfläche dehydriert und deaktiviert.



Das Parodontologie-Handstück 2261 ist klein, handlich und überzeugt durch den einfachen Wechsel der Applikationstipps. In der konservierenden Therapie wird der Er:YAG-Laser unter anderem für die Kariespräparation, die Schmelz-Dentin-Konditionierung oder die erweiterte Fissurenversiegelung eingesetzt. Mithilfe eines speziellen Kontakt-Karieshandstücks lässt sich kariöse Zahnschubstanz taktile und im direkten

Kontakt zur Zahnoberfläche unter Nutzung des Feedbacksystems abtragen. Darüber hinaus ist der KEY 3 plus Laser für zahlreiche weitere Indikatio-

nen in Endodontie und Chirurgie, wie Trocknung und Sterilisation des Wurzelkanals, Implantatfreilegung oder Wurzelspitzenresektion geeignet. **PN**

PN Adresse

KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39
88400 Biberach/Riß
E-Mail: info@kavo.com
www.kavo.com



Wrigley Prophylaxe Preis 2011

Arbeiten unter dem Aspekt der nachhaltigen Gesundheitsförderung dank frühzeitiger und langfristig angelegter Prophylaxearbeit ausgezeichnet.

Zum 17. Mal wurde der mit 10.000 Euro dotierte Wrigley Prophylaxe Preis verliehen. Unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) fand die Verleihung im Rahmen der 25. Jahrestagung der DGZ in Düsseldorf statt. Aus insgesamt 16 Einreichungen kürte die Jury – in diesem Jahr besetzt mit Prof. Thomas Attin, Zürich; Dr. Sabine Breitenbach, Mannheim, 2. Vorsitzende des Bundesverbandes der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BZÖG); Prof. Werner Geurtsen, Hannover; Prof. Joachim Klimek, Gießen; Prof. em. Klaus König, Nijmegen, Niederlande; Prof. Wolfgang Raab, Düsseldorf, derzeit amtierender DGZ-Präsident – zwei Gewinner. Eine Arbeit stammte aus dem universitären Forschungsbereich, die andere aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Beide Preisträger setzen in ihren Arbeiten auf frühzeitig einsetzende und langfristig angelegte Gesundheitsförderung im Sinne einer nachhaltigen Prophylaxearbeit.

Preisträger

Wie viele Kinder kommen bereits mit der sogenannten frühkindlichen Karies („Early Childhood Caries“ ECC) in die Krippe? Was sind die Ursachen? Können Gruppenprophylaxe-Programme, die bereits bei den Unter-Dreijährigen starten, die Milchzahnkaries eindämmen? Diesen Fragen gingen Astrid Hippke und Christine Zabel in ihrer Dissertation „Karies bei ein- und zweijährigen Krippenkin-

dern“ unter Leitung von Professor Ulrich Schiffner von der Universität Hamburg nach. Dafür wurden sie mit dem Wrigley Prophylaxe Preis 2011 im Bereich Wissenschaft (Dotierung: 5.000 Euro) ausgezeichnet. 511 Ein- bis Zweijährige wurden zahnmedizinisch untersucht und ihre Befunde mit



v.l.n.r.: Jutta Reitmeier (Wrigley Oral Healthcare Programs), Dr. Sabine Breitenbach (Jury, Mannheim), Dr. Klaus-Günther Dürr (Gewinner, Hofheim), Prof. Dr. Joachim Klimek (Jury, Gießen), Dipl.-Stom. Renate Müller-Balzarek (Gewinner, Hofheim), Astrid Hippke und Prof. Dr. Ulrich Schiffner (Gewinner, Hamburg), Prof. Dr. Werner Geurtsen (Jury, Hannover), Prof. Dr. Klaus König (Jury, Nijmegen), Prof. Dr. Thomas Attin (Jury, Zürich), Prof. Dr. Wolfgang Raab (Jury, Düsseldorf). Nicht im Bild: Christine Zabel (Gewinner, Hamburg). Foto: Wrigley Oral Healthcare Programs

soziodemografischen und kariesrelevanten Parametern wie Mundhygiene, Fluoridierung und Ernährung abgeglichen. Zusätzlich wurden die Eltern über die Mundhygiene ihrer Kinder befragt. Das Ergebnis: Rund 85 Prozent aller Kinder waren kariesfrei. Als erschreckend bezeichneten die Autoren jedoch die Tatsache, dass von den restlichen 15 Prozent der Kinder mit Karies rund 80 Prozent die für die Saugerflaschenkaries typischen Schäden an den Oberkieferfrontzähnen aufwiesen.

Auch die zweite ausgezeichnete Einreichung aus dem ÖGD unterstrich die Effizienz frühzeitiger und langfristiger Prophylaxearbeit. Dr. Klaus-Günther Dürr und Dipl.-Stom. Renate Müller-Balzarek vom Gesundheitsamt Hofheim

(Main-Taunus-Kreis) überzeugten die Jury mit ihrer Arbeit „Gruppenprophylaxe und Jugendzahnpflege – ein nachhaltiges Konzept“ und erhielten ebenfalls ein Preisgeld von 5.000 Euro. Die Autoren stellten ihr kontinuierliches Engagement in der Gruppenprophylaxe während der letzten 20 Jahre vor,

das zudem Anstoß für die Entwicklung allgemeiner Gesundheitsförderprogramme gab. Ihr Erfolgskonzept beruht auf der Definition einfacher altersspezifischer Ziele, die unter Nutzung in der Region gut vernetzter Strukturen fortlaufend umgesetzt werden.

Schnelle Translation

Der Jury ist es ein besonderes Anliegen, die Translation von der Versorgungsforschung in nachhaltige Projekte für eine positive Entwicklung der Mundgesundheit in der Bevölkerung voranzutreiben. Eine enge Verzahnung von Universität und öffentlichem Gesundheitswesen spielt dabei eine entscheidende Rolle. **PN**

Heraeus Travel Award verliehen

Neue Ideen für die Dentalwerkstoffe von morgen gesucht – jetzt für 2012 bewerben!

Die International Association for Dental Research (IADR) und Heraeus haben den Travel Award vor einem Jahr ins Leben gerufen, um die Erforschung von dentalen Ma-

terialien zu fördern. Fünf Preisträger aus vier Kontinenten erhielten je 2.500 US-Dollar Reisekostenzuschuss für die Teilnahme an der IADR-Tagung. Bei der Verleihung des 2. Travel Awards am 16. März unterstrich IADR-Präsidentin Dr. Maria Fidela de Lima Navarro die Bedeutung des Preises: „Diese

Art, junge Forscher zu unterstützen, ist ein gutes Beispiel für den fruchtbaren Austausch von Wissenschaft und Industrie.“ Dr. Janine Schweppe, Scientific Affairs

Manager Restoratives & Impressions International bei Heraeus, betonte: „Für uns ist Forschung der Schlüssel zu verlässlichen Produkten für die Zahnmedizin von morgen. Mit dem Travel Award wollen wir junge Forscher in aller Welt ermutigen, neue Ideen für die Erprobung und Verbesserung von Den-

talwerkstoffen zu entwickeln – und diese mit der wissenschaftlichen Welt zu teilen. Das ist das Prinzip von Heraeus Dental Science: Experts in dialogue.“ Die Preisträger 2011 präsentierten ihre Forschungsprojekte während der 89. IADR-Tagung vor einem internationalen Publikum von über 70 führenden Dentalwissenschaftlern.

Travel Award 2012

Der IADR/Heraeus Travel Award ist bereits für das 90. IADR Meeting im nächsten Juni in Rio de Janeiro, Brasilien, wieder ausgeschrieben. Nachwuchswissenschaftler können ihre Forschungsprojekte im Bereich Dentalmaterialien bis zum 13. Januar 2012 bei der IADR einreichen. Mehr zum Bewerbungsverfahren und den Teilnahmevoraussetzungen unter www.iadr.com (Rubrik „Awards & Fellowships“ – „Awards“ – „IADR/Heraeus Travel Award“). **PN**



Preisträger des IADR/Heraeus Travel Awards 2011, v.l.n.r.: Dr. Nathaniel Casselman Lawson (Universität Alabama), Dr. Giulio Marchesi (Universität Triest), Dr. Carina Strano Castellani (Universität São Paulo), Dr. Neshka Atanasova Manchorova-Veleva (Universität Plovdiv) und Dr. Hiroyuki Miyajima (Osaka Universität).

Materialien zu fördern. Fünf Preisträger aus vier Kontinenten erhielten je 2.500 US-Dollar Reisekostenzuschuss für die Teilnahme an der IADR-Tagung. Bei der Verleihung des 2. Travel Awards am 16. März unterstrich IADR-Präsidentin Dr. Maria Fidela de Lima Navarro die Bedeutung des Preises: „Diese

Materialien zu fördern. Fünf Preisträger aus vier Kontinenten erhielten je 2.500 US-Dollar Reisekostenzuschuss für die Teilnahme an der IADR-Tagung. Bei der Verleihung des 2. Travel Awards am 16. März unterstrich IADR-Präsidentin Dr. Maria Fidela de Lima Navarro die Bedeutung des Preises: „Diese

Postgradual qualifizieren

Universität Manchester bietet flexible Online-Weiterbildung

Moderne restaurative Zahnheilkunde stellt nicht mehr allein die funktionelle Wiederherstellung des Kauorgans in den Vordergrund, sondern auch die ästhetische Rehabilitation mit dem Ziel, der Natur so nahe wie möglich zu kommen. Eine Rehabilitation in diesem Sinne stellt in der Regel eine multidisziplinäre Herausforderung dar. Parodontologie, Zahnerhaltung und Prothetik sowie nicht selten Implantologie und ggfs. Kieferorthopädie müssen für ein optimales Ergebnis zusammenwirken. Dies hat nach aktuellen wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen zu geschehen. Solche aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse lassen sich in Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen vermitteln. Um dauerhaft auf dem aktuellen Stand des Wissens zu sein, ist es aber auch wichtig, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte in der Lage sind, aktuelle wissenschaftliche Literatur kritisch zu lesen und nur die wirklich gesicherten Erkenntnisse in ihre tägliche Behandlung einfließen zu lassen. Diesen und anderen Herausforderungen an die postgraduale Qualifikation von Zahnärztinnen und Zahnärzten stellt sich ein Master-Studiengang der Universität Manchester, der bequeme und flexible Online-Weiterbildung mit Hands-on-Kursen kombiniert. Ab Januar 2012 wird dieser berufsbegleitende Masterstudiengang, der mit einem Master of Science der University of Manchester abschließt, in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke angeboten. Der online und damit sehr flexibel zu absolvierende Teil des Studienganges beträgt ca. 80 % des Gesamtumfanges und wird von renommierten Referenten, wie z. B. Prof. Nasser Barghi, Prof. David

Watts sowie Prof. Nigel Pitts, angeboten und betreut. Der Hands-on-Anteil findet in insgesamt drei viertägigen Blöcken jeweils donnerstags bis sonntags in Witten statt und wird auf Deutsch abgehalten. Renommierte Referenten, wie z. B. Prof. Edelhoff von der LMU München, Prof. Ernst von der Universität Mainz sowie die Professoren Friedmann, Jackowski und Zimmer von der Universität Witten/Herdecke, werden das Programm bestreiten. Das Online-Studium dauert insgesamt 24 Monate. Bewerbungsschluss ist September 2011; Studienbeginn ist Januar 2012, die Kursgebühren liegen bei 25.000 €. Zulassungskriterien sind ein zahnmedizinischer Abschluss einer anerkannten Universität sowie mindestens zwei Jahre Berufserfahrung. Da die webbasierten Inhalte des Studienganges auf Englisch angeboten werden, muss ein Nachweis entsprechender Sprachkenntnisse z. B. durch ein IETLS Zertifikat (Punktzahl > 6.5) oder einen TOEFL Test (Punktzahl > 575 papierbasierter/ > 230 computerbasierter Test oder 90 iBT Test) erfolgen. Bei erfolgreicher M.Sc.-Anmeldung werden die hierbei entstehenden Kursgebühren zurückerstattet.

Weitere Informationen zu dem Studiengang und dem Bewerbungsverfahren unter: www.dentistry.manchester.ac.uk/postgraduate/taught/ms_restorative/ oder im Zentrum für Fort- und Weiterbildung der Universität Witten/Herdecke. **PN**

PN Information

Universität Witten/Herdecke
E-Mail: Patricia.Heufers@uni-wh.de
Tel.: 0 23 02/9 26-1 15

Tag der Zahngesundheit

Zum Tag der Zahngesundheit kann auch dieses Jahr wieder ein umfangreiches Info-Paket für die Patientenaufklärung angefordert werden.

In der Zahnarztpraxis ist jeder Tag ein Tag der Zahngesundheit – die Medien konzentrieren sich auf den 25. September. Bundesweit und regional gibt es in ganz Deutschland Hunderte von Events, Wettbewerben und Vorträgen. Es ist also auch ein Tag der Kreativität, an dem gesunde und schöne Zähne im Mittelpunkt stehen. Die beste Aufklärung bekommt man allerdings in der Zahnarztpraxis. Auch hier können die Patienten den 25. September als einen Aktionstag erleben. Dafür bietet das Info-Paket des Aktionskreises Tag der Zahngesundheit einiges: Es enthält Plakate, Flyer, Aufklärungsbroschüren, Proben und manches mehr.

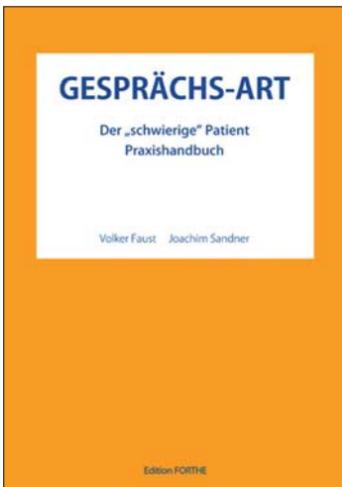


Damit gesunde Zähne bei möglichst vielen Bundesbürgern weiterhin an Bedeutung gewinnen, engagiert sich der Aktionskreis Tag der Zahngesundheit für eine starke Verbreitung des Info-Paketes. Es kann ab sofort angefordert werden. **PN**

Weiterführende Informationen: www.tag-der-zahngesundheit.de

Praxishandbuch: Der „schwierige“ Patient

Das Buch Gesprächs-Art vereinigt auf neue Weise medizinisches Fachwissen mit Erkenntnissen über gute Kommunikation.



Mit der Zahl der Betroffenen wächst – zwangsläufig – die Zahl schwieriger seelisch, psychosomatisch und psychosozial Bedürftiger – und damit auch die Zahl schwieriger Therapeut-Patient-Situationen. Schon heute werden bis zu 20 % der Patienten in

einer Hausarztpraxis vom Arzt als „schwierig“ eingestuft. Was tun? Resignieren? Zurechtweisen? Oder sie verstehen und neue Zugangswege auch zum „schwierigen“ Patienten finden? Wichtig ist immer, der Ursache für eine gestörte Kommunikation auf die

Spur zu kommen. „Schwieriger“ Patient ist keine Diagnose! Als schwierig werden Patienten wegen ihrer Art, nicht wegen eines komplizierten Krankheitsbildes, eingestuft. Oft sind die Patienten gar nicht schwierig, sondern werden es nur durch ungeeigneten Um-

gang, mangelnde Achtsamkeit und schlechtes Zeitmanagement. Jeder Patient ist anders, jedes Störungsbild ist anders, Ärzte und Pflegepersonal müssen sich in ihrer Kommunikation auf die individuelle Krankheitssituation eines jeden Patienten neu einstellen.

Die Autoren, Joachim Sandner und Volker Faust, vermitteln einen Überblick über die Grundlagen der Kommunikation speziell ausgerichtet auf den Patientenkontakt und eine umfassende Darstellung relevanter Störungsbilder aus dem seelischen und psychosozialen Bereich. Mit seinem ausführlichen Sachwortverzeichnis dient es auch als Nachschlagewerk im Praxis- und Klinikalltag. Das Buch richtet sich an verschiedene Zielgruppen: niedergelassene Ärzte, medizinische Fachangestellte, Klinikärzte, Schwestern und Pfleger, Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen. Kommunikation mit „schwierigen“ und nichtschwierigen Patienten ist das wichtigste Instrument in einer Arztpraxis oder im Krankenhaus. Wer die Grundlagen der Kommunikation kennt und anwendet und dabei sein Gegenüber besser einschätzen kann, trägt wesentlich dazu bei, eine Gesprächssituation positiv zu beeinflussen und wird in schwierigen Kontakten mehrere Lösungswege kennen und anwenden können. Die kranke Seele hat Konjunktur. Entsprechende Berechnungen der Weltbank ergeben, dass im Jahre 2020 fünf seelische Störungsbilder (u. a. Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen) unter den zehn wichtigsten Erkrankungen zu finden sind. Laut Bundesgesundheitsministerium stehen inzwischen über 40 % der Krankenschreibungen mit psychischen Störungen in Zusammenhang und nach Daten der Deutschen Rentenversicherung geht mehr als jede vierte Frühberentung auf psychische Ursachen zurück. Auch eine große und nicht allseits bekannte Zahl von körperlichen Leiden verursacht seelische Störungen mit psychosozialen Konsequenzen.

PN Information

Faust, Volker; Sandner, Joachim: Gesprächs-Art, Praxishandbuch: Der „schwierige“ Patient, Grafische Werkstatt Druckerei und Verlag, Gebrüder Kopp GmbH & Co.KG, Köln 2010, 700 Seiten, 49,90 Euro, ISBN 978-3-926509-33-8, zu beziehen über den Verlag, den Buchhandel und per Internet (Amazon) bzw. direkt über FORTHE unter Publikationen@FORTHE-net.de

ANZEIGE



SPEZIALSEMINAR

ANATOMIEKURS (Hands-on)
16./17. September 2011 in Dresden

DGZI-Fortbildung – Ihre Chance zu mehr Erfolg!

Neugierig geworden? Rufen Sie uns an und erfahren Sie mehr über unser erfolgreiches Fortbildungskonzept!

DGZI – Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Fortbildungsreferat, Tel.: 02 11/1 69 70-77, Fax: 02 11/1 69 70-66, www.dgzi.de
oder kostenfrei aus dem deutschen Festnetz: 0800-DGZITEL, 0800-DGZIFAX



PeriCare®

NEU

**Das System für
gesundes Zahnfleisch
und einen kräftigen Biss**



PeriCare® Mundspüllösung

Mit klinisch bewährtem Polyhexanid-Betain-Komplex

- ▶ Fördert die Wundheilung und schützt vor Infektionen des Zahnhalteapparates

PeriCare® Zahncreme

Mit natürlichem MircoSilver BG™

- ▶ Schutz vor schädlichen Bakterien im Mund- und Rachenraum durch MicroSilver BG™

PeriCare® Periodontal Paste

Auf Basis von Calciumhydroxid

- ▶ Zur Taschenbehandlung bei parodontalen Defekten