

PN Aktuell

Schwerpunkt

Laser in der
Parodontologie

Honorarurteil

Zahlung verweigert: Patient hat Anspruch auf „brauchbaren Zahnersatz“, entscheidet Gericht.

News
» Seite 4

GOZ-Seminar

Ab kommendem Jahr werden Neuerungen und Änderungen in der GOZ in speziellen Kursen vermittelt.

Events
» Seite 18

Empfehlungen

DGI-Fragestellungen beschreiben therapeutischen Korridor für praktisch tätige Implantologen.

Service
» Seite 22

Problemfall Periimplantitis – der Er:YAG-Laser hilft

Die Prognose bei Entzündungen des Implantatbettes verbessert sich immer mehr. Selbst bei ungünstigen Ausgangsbedingungen kann eine bestehende Periimplantitis nachhaltig therapiert werden. Als entscheidender Faktor wird hierbei der Er:YAG-Laser gesehen.

Durch den Einsatz dentaler Implantate wird heutzutage eine hohe Erfolgsrate in der oralen Rehabilitation erzielt. Allerdings können Erkrankungen der periimplantären Gewebe diesen Erfolg auch noch in der Funktionsphase der Implantate gefährden. Wegen ihres ungünstigen Verlaufs nimmt die Periimplantitis hier eine besondere Stellung unter den möglichen Spätkomplikationen ein. Bekanntlich ist die Periimplantitis eine entzündliche Veränderung der periimplantären Gewebe, in deren Folge es zu einem Verlust der knöchernen Abstützung des Implantates kommt (Sánchez-Gárce et al. 2004). Zurzeit konnte sich noch keine einheitliche Therapie der Periimplantitis etablieren, da die vorhandenen Untersuchungen bislang nur geringe Mengen an verlässlichen Daten hervorgebracht haben. Als gemeinsames Ziel steht aber bei allen Verfahren die Elimination der bakteriell besiedelten Implantatoberfläche im Mittelpunkt. Hierbei wird besonders die Wirksamkeit von pharmakologischen Präparaten, Pulverstrahlgeräten und Ultraschall intensiv dis-

kutiert (Kotsovilis et al. 2008). Auch der Einsatz von Knochenersatzmaterial und GBR-Techniken hat bisher zu unterschiedlichen Ergebnissen geführt (Claffey et al. 2008, Sahrman et al. 2009). Allein beim klinischen Vorgehen scheint ein offenes Verfahren mit geschlossener Wundheilung einer rein geschlossenen Reinigung der Implantatoberfläche überlegen zu sein (Schwarz et al. 2006). Neben den oben erwähnten Verfahren zur Implantatdekontamination sind Laser mit unterschiedlichen Wellenlängen in klinischen Studien untersucht worden. Als Beispiel dienen hierfür der Diodenlaser (Bach et al. 2000), der Nd:YAG-Laser (Gonçalves et al. 2009), der CO₂-Laser (Romanos et al. 2009) und der Er,Cr:YSGG-Laser (Azzeh 2008). Ein leichter Trend scheint sich beim Lasereinsatz zum Er:YAG-Laser hin abzuzeichnen. Mehrere klinische Studien konnten bereits seine antibakterielle Wirksamkeit in Implantattaschen belegen (Schwarz et al. 2003, Schwarz et al. 2004, Schwarz et al. 2006). In vergleichbaren In-vitro-Studien wurde dieser bakterizide

Effekt ebenfalls beobachtet (Kreisl et al. 2002a). Neben diesen positiven Eigenschaften des Er:YAG-Lasers konnten negative Effekte wie z. B. thermische Schäden durch Überhitzung nicht beobachtet werden (Kreisl et al. 2002b). Daneben traten auch keinerlei

Implantate (Straumann) inseriert worden. Diese waren nach abgeschlossener Osseointegration mit zwei einzeln verschraubten Kronen prothetisch versorgt worden. Seit ca. fünf Jahren befand sich diese Versorgung beschwerdefrei in Funktion. Die Patientin stellte



Abb. 1: Ausgangsbefund am Implantat in Regio 016. – Abb. 2: Ausgangsbefund (OPG-Ausschnitt) mit schüsselförmigem Knochendefekt am Implantat 016.

Veränderungen der Implantatoberflächen durch die Interaktion mit dem Laserlicht bei den eingesetzten Energieniveaus auf.

Ein praktisches Beispiel

Bei einer 52-jährigen Patientin waren alio loco in Regio 015 bzw. 016

sich bei uns mit einer vestibulären, nicht schmerzenden Schwellung in Regio 016 vor. In der Anamnese gab die Patientin an, dass sie Raucherin sei und täglich 0,5 mg Prednisolon zur Behandlung einer Autoimmunerkrankung als Dauermedikation einnehme. Bei der

» Seite 11

Kombinationstherapie bei Periodontitis

Die Behandlung von Patienten mit chronischer Periodontitis ist auch heute noch eine Herausforderung. So stellt die Parodontalbehandlung ein aufgabenreiches Tätigkeitsfeld im zahnärztlichen Behandlungsalltag dar.

Mehr als 50 Prozent der Gesamtbevölkerung jenseits des 40. Lebensjahres weisen einen parodontalen Knochenabbau auf, der ein Drittel und mehr an Wurzellänge umfasst und gleichmäßig horizontal verläuft. Die Anfangsdiagnostik ist daher sehr leicht anhand eines Orthopantomogramms oder mit einem Röntgenstatus durchzuführen.

Eine ausführliche Anamnese, entsprechende patientenorientierte Prävention und Therapieplanung stellen die Eckpunkte vor einer notwendigen Parodontalbehandlung dar. Heute ist Parodontitis weltweit die Hauptursache für Zahnverlust in der Gruppe der über 40-Jährigen. Parodontalerkrankungen sind entzündungsbedingte Infektio-

nen der Mundhöhle. Jeder Patient besitzt eine individuelle Flora. Hauptziel ist es, die infektiösauslösenden Bakterien während der mechanischen Therapie zu reduzieren. Dabei handelt es sich um folgenden Erregerkomplex, der als Standardflora bei chronischen und aggressiven

» Seite 10

Wirksames Risikomanagement

Demografischer Wandel zwingt Medizin und Zahnmedizin speziell im Bereich der altersgerechten flächendeckenden Versorgung nicht nur wegen der schwierigen Finanzierbarkeit zur Entwicklung neuer Konzepte.

Unter den 27 EU-Staaten wird Deutschland nach einer Untersuchung von Eurostat im Jahr 2030 mit 46,2 Prozent „Rentneranteil“ mit Abstand das demografisch am meisten belastete Land der Union sein. Es leuchtet ein, dass mit einer zunehmenden Alterung der Gesellschaft auch die Gesundheitsrisiken wachsen und deshalb ein entsprechendes Risikomanagement frühzeitig

etabliert werden muss. Speziell der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde kommt im Zusammenhang mit altersbedingten Erkrankungen eine wichtige Rolle zu, denn die Wechselwirkung zwischen Erkrankungen des Mundraums und denen des Gesamtorganismus sind mittlerweile wissenschaftlich evident. Sehr viele interessante Aspekte liefert hier die „Study of Health

in Pomerania“ (SHIP), eine bevölkerungsbezogene, epidemiologische Studie in der Region Vorpommern im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern. Dabei konnten umfangreiche Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Zahnerkrankungen und Erkrankungen wie etwa denen des Herz-Kreislauf-

» Seite 4

ANZEIGE

ParoStatus®.de

setzt Maßstäbe in Befunddokumentation, Verlaufsanalyse und Praxistauglichkeit!

Von der DGP* empfohlen!
*Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V.

QR-Reader/Scanner

www.ParoStatus.de

www.ParoStatus.de

Tel.: 030 / 695 450 350

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



Parodontopathien unter der Lupe

Einzige Forschungsprojekt der Universität Bonn erhält Förderung für weitere drei Jahre.

Das von Zahnmedizinern der Universität Bonn initiierte interdisziplinäre Verbundprojekt „Ursachen und Folgen von Parodontopathien – genetische, zellbiologische und biomechanische Aspekte“ wird nun für

vorgebeugt werden kann und wie sie sich besser diagnostizieren und behandeln lassen. Deutschlandweit handelt es sich um die erste und einzige von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte Klini-

die Zahnmedizin stärker mit der Medizin zusammenführen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit stimulieren will“, sagt Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen, Direktor der Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde des Universitätsklinikums Bonn und Sprecher des Verbundprojekts. „Dieses Bestreben wurde von der DFG ausdrücklich gelobt – der Standort Bonn sei ausgezeichnet gewählt.“

Die Gutachter sehen exzellente Möglichkeiten der Klinischen Forschergruppe am Standort Bonn und werten diese als ein Alleinstellungsmerkmal der Universität Bonn und als Leuchtturm für die Zahnmedizin in Deutschland.

Für den wissenschaftlichen Nachwuchs insbesondere aus der Zahnmedizin sei die Forschergruppe ein Anziehungspunkt von nationaler und internationaler Sichtbarkeit geworden. Sie habe deutschlandweit eine Vorreiterfunktion in der Ausbildung und Heranführung des wissenschaftlichen Nachwuchses an die Forschung übernommen. **PN**

Quelle: Universität Bonn



weitere drei Jahre mit mehr als drei Millionen Euro durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft und die Medizinische Fakultät der Alma mater gefördert. Seit 2008 forschen in dem inhaltlich breit angelegten Projekt Parodontologen, Kieferorthopäden, Dermatologen, Internisten, Molekularbiologen und Physiker gemeinsam mit Genetikern aus Kiel und Mathematikern aus Lugano, wie Parodontopathien

sche Forschergruppe in der Zahnmedizin. Aufgrund der hohen Fallzahlen von Neuerkrankten mit Parodontopathien wird das Forschungsthema als sehr aktuell und auch langfristig als sehr bedeutend eingeschätzt. „Die Klinische Forschergruppe passt sehr gut in die Schwerpunktsetzungen der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn, die

Implantatforschungspreis verliehen

Während der Jahrestagung der DGP verliehen die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V. (DGP) und Nobel Biocare Deutschland GmbH den Implantatforschungspreis 2011.

Mit dem Implantatforschungspreis werden richtungsweisende wissenschaftliche Arbeiten im Bereich der Implantattherapie ausgezeichnet. Der diesjährige Preisträger, Dr. Sven Rinke, M.Sc., M.Sc., bekam die Auszeichnung für seine Publikation über die Prävalenz periimplantärer Erkrankungen bei teilbezahnten Patienten. Dr. Rinke beleuchtete die Prozesse, die für das Entstehen und Fortschrei-

ten dieser Erkrankungen relevant sein können – ein wichtiger Beitrag, um mögliche Therapieansätze weiterzuentwickeln. Der Preis ist mit 5.000 Euro dotiert und wird von der Nobel Biocare Deutschland GmbH gefördert.

„Wir stiften diesen Preis, weil wir es uns zur Aufgabe gemacht haben, Zahnärzten wissenschaftlich fundierte Behandlungskonzepte, Techniken und Produkte

für die Versorgung ihrer Patienten an die Hand zu geben“, so Dr. Ralf Rauch, Geschäftsführer Nobel Biocare Deutschland GmbH, und weiter: „Das Thema von Dr. Sven Rinke wird in den nächsten Jahren für immer mehr Kollegen relevant. Da wir dazu noch keine evidenzbasierten Behandlungskonzepte haben, ist für uns die Förderung einer wissenschaftlich basierten Auseinandersetzung mit den periimplantären Erkrankungen eine wichtige Aufgabe.“

Mit dem Implantatforschungspreis wird seit 2008 die beste wissenschaftliche Publikation auf dem Gebiet der Implantattherapie ausgezeichnet, die zuvor in einem internationalen Peer-reviewed Journal veröffentlicht worden ist. Es können sich sowohl alle Zahnärzte als auch in der zahnmedizinischen Forschung tätigen Wissenschaftler bewerben, die in Deutschland arbeiten und Mitglied der DGP sind. **PN**



In diesem Jahr überreichten Prof. Dr. Peter Eickholz, Präsident der DGP, und Dr. Ralf Rauch, Geschäftsführer Nobel Biocare Deutschland GmbH, den Implantatforschungspreis an Dr. Sven Rinke aus Hanau.

Weniger Extraktionen

Die Zahl der Zahnextraktionen und Füllungen in Deutschland ist deutlich zurückgegangen.

Zwischen 1991 und 2009 ist die Zahl der Extraktionen, die über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet wurden, um fast 20 Prozent gefallen. Die

immer verzeichnen wir allein bei gesetzlich Krankenversicherten im Jahr ca. 56 Millionen Kariesfälle und über 13 Millionen Extraktionen. Wir müssen uns



Zahl der abgerechneten Füllungen ging in diesem Zeitraum sogar um 35 Prozent zurück. Darauf wies die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) anlässlich des Tages der Zahngesundheitsgruppen im gleichen Maße teil hätten. Es gebe eine Schief- lage in der Kariesverteilung, vor allem bei Kindern und Jugendlichen: „Bei den 12-Jährigen haben etwa 10 Prozent ein sehr hohes Kariesrisiko. Bei ihnen haben wir 60 Prozent aller Kariesfälle der Altersgruppe. Um diese Risikogruppe müssen wir uns besonders bemühen.“ **PN**

also weiter auf Aufklärung und Vorsorge konzentrieren.“ Besonders kritisch sei, so Fedderwitz weiter, dass an der allgemeinen Verbesserung der Zahn- gesundheitsgruppen nicht alle Bevölkerungsgruppen im gleichen Maße teil hätten. Es gebe eine Schief- lage in der Kariesverteilung, vor allem bei Kindern und Jugendlichen: „Bei den 12-Jährigen haben etwa 10 Prozent ein sehr hohes Kariesrisiko. Bei ihnen haben wir 60 Prozent aller Kariesfälle der Altersgruppe. Um diese Risikogruppe müssen wir uns besonders bemühen.“ **PN**

also weiter auf Aufklärung und Vorsorge konzentrieren.“ Besonders kritisch sei, so Fedderwitz weiter, dass an der allgemeinen Verbesserung der Zahn- gesundheitsgruppen nicht alle Bevölkerungsgruppen im gleichen Maße teil hätten. Es gebe eine Schief- lage in der Kariesverteilung, vor allem bei Kindern und Jugendlichen: „Bei den 12-Jährigen haben etwa 10 Prozent ein sehr hohes Kariesrisiko. Bei ihnen haben wir 60 Prozent aller Kariesfälle der Altersgruppe. Um diese Risikogruppe müssen wir uns besonders bemühen.“ **PN**

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

Georg Isbaner (gi)

Tel.: 03 41/4 84 74-1 23
E-Mail: g.isbaner@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

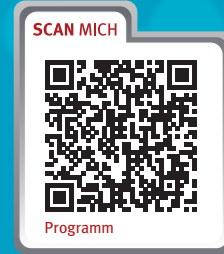
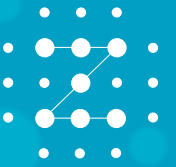
Die *PN Parodontologie Nachrichten* erscheint regelmäßig als Zweimonatszeitung. Bezugspreis: Einzelexemplar: 8,- € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Jahresabonnement im Inland: 45,- € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Abo-Hotline: 03 41/4 84 74-0. Die Beiträge in der „Parodontologie 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.

zahnheilkunde 2012

Zahnmedizin und Technik – wo bleibt der Mensch?

9. und 10. März 2012 | Hilton Hotel Mainz

Für Zahnärzte, Zahnmedizinische Fachangestellte und Zahntechniker
Veranstalter: Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz



programm | freitag 9. märz 2012

- 10.00 – 11.00 Uhr **Eröffnung/Begrüßung**
Dr. Michael Rumpf/Mainz, Ministerin Malu Dreyer/Mainz (*angefragt*), Univ.-Prof. Dr. Bernd d'Hoedt/Mainz, ZTM Manfred Heckens/Mainz
Verleihung des Martin-Herrmann-Forschungspreises
- 11.00 – 11.45 Uhr **Plasmaphysik – Chancen in der Zahnmedizin?**
Priv.-Doz. Dr. Stefan Rupf/Homburg
- 11.45 – 12.30 Uhr **FESTVORTRAG**
Menschen führen – Leben wecken
Pater Dr. Anselm Grün/Münsterschwarzach
- 12.30 – 13.30 Uhr **Pause/Besuch der Dentalausstellung**

WORKSHOPS* | 1. STAFFEL | 13.30 – 15.30 UHR

ZAHNÄRZTE/ZAHNTECHNIKER

- 1 Alveolenmanagement**
Dr. Torsten Conrad/Bingen
- 2 Virtuelles wird real – Neues vom CEREC**
Dr. Helmut Dietrich/Mainz WORKSHOP MIT HANDS-ON
- 3 Team approach 2012 – digitale Lösungskonzepte – von der Praxis für die Praxis**
Dr. Frank Kornmann/Oppenheim
Hinweis: Bitte Laptop mitbringen! PRAKTISCHE ÜBUNGEN
- 4 Die dritte Dimension – präimplantologische Planung**
Univ.-Prof. Dr. Nikolaus Behneke/Mainz, Priv.-Doz. Dr. Alexandra Behneke/Mainz PRAKTISCHE ÜBUNGEN
- 5.1 prep-veneers – aber sicher: Präparationstraining für Frontzahnkronen**
Prof. Dr. Lothar Pröbster/Wiesbaden
Dieser Workshop wird nur in der ersten Staffel angeboten. WORKSHOP MIT HANDS-ON

WORKSHOPS* | 1. STAFFEL | 13.30 – 15.30 UHR

TEAM (ZA, ZT, PERSONAL)

- 6 Kein Puls, kein Ton, wir kommen schon – Notfallmanagement**
Dr. Thomas Schneider/Mainz, Dr. Martin Emmel/ Bitburg, Horst Geis/Mainz WORKSHOP MIT HANDS-ON
- 7 Farbe bekennen**
Univ.-Prof. Dr. Herbert Scheller/ Mainz, Dr. Karl Martin Lehmann/Mainz PRAKTISCHE ÜBUNGEN
- 8 Das Implantat – eine saubere Sache. Update 2012**
Tracey Lennemann RDH, BA/USA/Europe
- 9 Salz auf Deiner Haut – Airflow**
ZMF Bianca Willems/Koblenz WORKSHOP MIT HANDS-ON
- 10 Gib mir nur ein Wort – Kommunikation „tabu“ behafteter Themen**
Christa Haas/Mainz PRAKTISCHE ÜBUNGEN

15.30 – 16.00 Uhr **Pause/Besuch der Dentalausstellung**

WORKSHOPS* | 2. STAFFEL | 16.00 – 18.00 UHR

Wiederholung der Workshops 1–4 und 6–10

Bitte beachten Sie, dass Sie in jeder Staffel nur an einem Workshop teilnehmen können. Bitte notieren Sie den von Ihnen gewählten Workshop auf dem Anmeldeformular.

- 5.2 Wann kommt die abformfreie Praxis?**
Univ.-Prof. Dr. Daniel Edelhoff/München
Dieser Workshop wird nur in der zweiten Staffel angeboten. WORKSHOP MIT HANDS-ON

*Die Workshops sind im Kongresspreis enthalten.

GET-TOGETHER-PARTY

ab 18.00 Uhr **Get-together-Party auf der MS Rhenus inklusive ZMF-Treffen**
Ab Schiffsanlegestelle Städt. Brücke Mainz (direkt am Hilton Hotel)

programm | samstag 10. märz 2012

08.45 – 09.00 Uhr **Eröffnung**

ZAHNÄRZTE/ZAHNTECHNIKER

- 09.00 – 09.45 Uhr **CAD/CAM – Welche Genauigkeit brauche ich?**
Priv.-Doz. Dr. Stefan Holst/Erlangen
- 09.45 – 10.30 Uhr **Die dritte Dimension – präimplantologische Planung**
Univ.-Prof. Dr. Nikolaus Behneke/Mainz, Priv.-Doz. Dr. Alexandra Behneke/Mainz
- 10.30 – 11.00 Uhr **Pause/Besuch der Dentalausstellung**
- 11.00 – 11.45 Uhr **Weich und hart – Ästhetik und Funktion – Wiederherstellungschirurgie in Mund und Gesicht**
Prof. Dr. Dr. Richard Werkmeister/Koblenz
- 11.45 – 12.30 Uhr **Zahnersatz der Zukunft – Mensch oder Maschine?**
Univ.-Prof. Dr. Daniel Edelhoff/München, ZTM Josef Schweiger/München
- 12.30 – 13.30 Uhr **Pause/Besuch der Dentalausstellung**
- 13.30 – 14.15 Uhr **Wie viel Mensch braucht die Technik? Praxisrelevante Darstellung von Mundscannern**
Dr. Frank Kornmann/Oppenheim
- 14.15 – 15.00 Uhr **Prothetik: Einblicke – Ausblicke**
Jan Langner/Schwäbisch-Gmünd
- 15.00 – 15.30 Uhr **Pause/Besuch der Dentalausstellung**

TEAM (ZA, ZT, PERSONAL)

- 09.00 – 09.45 Uhr **Fachliche Kompetenz – kein Garant für Erfolg!**
Christa Haas/Mainz
- 09.45 – 10.30 Uhr **Was verträgt mein Patient? Praktische Blutlabor-diagnostik in der Zahnheilkunde**
Dr. Elisabeth Jacobi-Gresser/Mainz
- 10.30 – 11.00 Uhr **Pause/Besuch der Dentalausstellung**
- 11.00 – 12.30 Uhr **Basics für Könner – Elektronische Abrechnung**
Manuela Luther/Florstadt
- 12.30 – 13.30 Uhr **Pause/Besuch der Dentalausstellung mit ZMF-Karriere-Treff und Lunch**
- 13.30 – 14.15 Uhr **Die perfekte Abformung**
Dr. Christoph Niesel/Karlsruhe
- 14.15 – 15.00 Uhr **Wie kriege ich ihn? Männer und Prävention**
Thomas Altgeld/Hannover
- 15.00 – 15.30 Uhr **Pause/Besuch der Dentalausstellung**



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

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

organisatorisches |

Veranstaltungsort

Hilton Mainz Hotel | Rheinstraße 68, 55116 Mainz
Tel.: 0 61 31/2 45-0 | Fax: 0 61 31/2 45-5 89 | www.hilton.de/mainz

Zimmerpreise

EZ: 159,00 € inkl. Frühstück DZ: 179,00 € inkl. Frühstück
Hinweis: Informieren Sie sich vor Zimmerbuchung bitte über eventuelle Sondertarife. Es kann durchaus sein, dass über Internet oder Reisebüros günstigere Konditionen erreichbar sind.

Reservierung

Bitte direkt im Übernachtungshotel unter dem Stichwort: zahnheilkunde 2012. Tel.: 0 61 31/2 45-32 01 | Fax: 0 61 31/2 45-5 89
Das Zimmerkontingent ist nach Verfügbarkeit buchbar bis 03.02.2012.

Kongressgebühren

Freitag, 9. März bis Samstag, 10. März 2012

(inkl. zwei Workshops und Get-together-Party am Freitag)	345,00 €
Zahnarzt/Zahntechniker	145,00 €
ZFA/ASS	30,00 € zzgl. MwSt.

Tageskarten

Freitag, 9. März 2012

(inkl. zwei Workshops und Get-together-Party am Freitag)	205,00 €
Zahnarzt/Zahntechniker	85,00 €
ZFA/ASS	15,00 € zzgl. MwSt.

Samstag, 10. März 2012

Zahnarzt/Zahntechniker	190,00 €
ZFA/ASS	60,00 €
Tagungspauschale*	15,00 € zzgl. MwSt.

* Beinhaltet Imbiss bzw. Mittagessen, Kaffeepausen, Tagungsgetränke und ist für jeden Teilnehmer verbindlich zu entrichten. Auf die Kongressgebühr wird keine MwSt. erhoben.

Get-together-Party am Freitag, dem 9. März 2012 ab 18.00 Uhr auf der MS Rhenus. Abfahrt an der Schiffsanlegestelle Städt. Brücke Mainz, direkt am Hilton Hotel.

Kongressteilnehmer (Fr.) in der Kongressgebühr enthalten
Begleitpersonen/Tageskarten Samstag 25,00 €

Im Preis enthalten sind Getränke, Speisen und Musik mit Dr. Feelgood

Veranstalter



Landeszahnärztekammer
Rheinland-Pfalz
Langenbeckstraße 2
55131 Mainz
Tel.: 0 61 31/96 13-6 62
Fax: 0 61 31/96 13-6 89
www.lzk.de

Organisation/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.oemus.com

Fortbildungspunkte

Workshops Freitag, 9. März 2012: **Bis zu 6 Fortbildungspunkte**
Kongress Samstag, 10. März 2012: **Bis zu 8 Fortbildungspunkte**

Hinweis: Nähere Informationen zum Programm, Veranstaltungsort und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie auf www.zahnaerztetag-rheinland-pfalz.de

Für **zahnheilkunde 2012** am 9./10. März 2012 in Mainz melde ich folgende Personen verbindlich an:

Name, Vorname, Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Freitag	WS 1. Staffel	_____
	<input type="checkbox"/> Samstag	WS 2. Staffel	_____
(Bitte ankreuzen)		(Bitte Nummer eintragen)	
Name, Vorname, Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Freitag	WS 1. Staffel	_____
	<input type="checkbox"/> Samstag	WS 2. Staffel	_____
(Bitte ankreuzen)		(Bitte Nummer eintragen)	
Get-together-Party:	_____ (Bitte Personenzahl eintragen)		

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für **zahnheilkunde 2012** erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail:



Wirksames Risikomanagement

PN Fortsetzung von Seite 1

Systems, Diabetes mellitus, psychischen Erkrankungen oder Schmerzsyndromen festgestellt werden. Aktuell werden in der seit Ende der 90er-Jahre laufenden Studie kausale Zusammenhänge zwischen Zahnerkrankungen und solchen Erkrankungen untersucht.



DGZMK-Präsident Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Henning Schliephake

Gut belegt ist auch die Wechselwirkung von Erkrankungen des Mundraums mit anderen Körperregionen schon heute bei der craniomandibulären Dysfunktion (CMD). Verspannungen und Schmerzen der Kau-, Gesichts- und Halsmuskulatur, Kiefergelenkschmerzen und -geräusche sowie Dyskoordinationen und Limitationen der Unterkieferbewegungen können – genau wie unspezifische Kopfschmerzen oder Ohrgeräusche – auf eine Kieferfehlstellung zurückgehen. Signifikante Zusammenhänge konnte auch hier die SHIP-Studie liefern.

Aber auch andere Forschungsergebnisse, wie aus der Universität Bonn, zeigen neue Zusammenhänge auf. Dass Diabetes mellitus die Entstehung und den Verlauf einer Parodontitis negativ beeinflussen kann, war bereits bekannt. Dass aber umgekehrt eine schwere Parodontitis zu einer verstärkten Insulinresistenz und schlechter Blutzuckerkontrolle führen kann, konnte erst in jüngerer Vergangenheit klinisch nachgewiesen werden. Auch kardiovaskuläre Komplikationen sind mit der Parodontitis verbunden. Inzwischen wird sogar vermutet, dass auch die Mortalität mit der Schwere der Entzündung des Zahnhalteapparates korreliert.

Daneben können sich altersbedingt Probleme im Bereich der Mundschleimhaut ergeben, wie Mundtrockenheit in der Folge einer nachlassenden Leistung der Speicheldrüsen und geringerer Flüssigkeitsaufnahme im Alter. Geradezu alarmierend waren auch die Zahlen der jüngsten Deutschen Mundgesundheitsstudie in Bezug auf die Ausbreitung der Parodontitis, die der Karies als eine der führenden Volkskrankheiten den Rang abzulaufen droht. Speziell hier kommt der Pflege und der Prophylaxe im Alter eine herausgehobene Bedeutung zu. Dazu gesellen sich ganz neue Herausforderungen für die Gesellschaft. Der Berufsstand hat zu dieser Problematik mit einem eigenen Alters- und Behindertenkonzept Vorschläge für eine für diese Gruppen angemessene flächendeckende Versorgung geliefert, die allerdings noch immer ihrer politischen Umsetzung harren.

Neben den Zusammenhängen zwischen Erkrankungen des Mundbereiches und des übrigen Körpers nehmen diese Krankheitsbilder aber auch in stärkerem Maß Einfluss auf die tägliche Behandlung. Durch die Tatsache, dass das Durchschnittsalter der Patienten weiter zunehmen wird, sind bei zahnärztlichen Eingriffen vermehrt internistische Grunderkrankungen zu berücksichtigen und in die Planung einzubeziehen. Dazu gehören einerseits die bereits erwähnten Herz-Kreislauf-Erkrankungen und die zunehmende Zahl von Patienten mit Herzklappenersatz, bei denen das Gerinnungsmanagement angepasst, eine Endokarditisprophylaxe bedacht und das Management der Lokalanästhesie überprüft werden müssen. Aber auch Nieren- und Lungen-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie der Diabetes mellitus und Knochenkrankungen wie die Osteoporose müssen bei der Planung invasiver zahnärztlicher Eingriffe im Hinblick auf medikamentöse Therapie und Prophylaxe berücksichtigt werden. Wirksames Risikomanagement setzt genaue Kenntnisse über die Risikofaktoren voraus. Und dieses Wissen ist interdisziplinär. Die Zahnmedizin als integrativer Bestandteil der Medizin hat bei der Risikoerkennung und dem Risikomanagement eine verantwortungsvolle Aufgabe, der wir uns in der näheren Zukunft noch stärker stellen müssen. Denn dazu zwingt uns die gesellschaftliche Entwicklung.

Quelle: DGZMK

GOZ vom Kabinett beschlossen

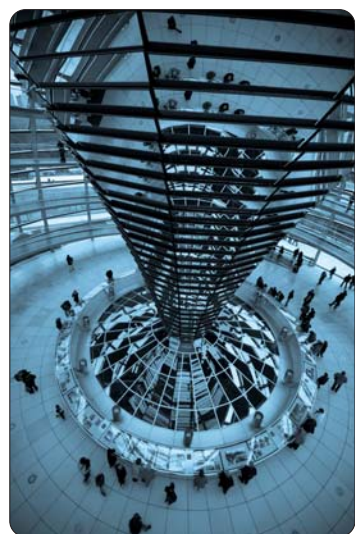
Zahnmedizinischer Leistungskatalog nur zaghaft modernisiert

Die Neufassung der privaten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) wurde am 16. November 2011 vom Bundeskabinett verabschiedet. Die Bundeszahnärztekammer bedauert, dass diese Novelle den wesentlichen Forderungen des Berufsstandes nicht nachkommt.

„Die völlig überholte Gebührenordnung hatte nach 24 Jahren einen mehr als unvollständigen Leistungskatalog“, so der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel, „hochwertigere Füllungen und Zahnersatz sowie aufwendigere Technologien spiegeln sich nicht in der Gebührenordnung wider. Nun werden einige zahnärztliche Leistungen neu aufgenommen. Auf eine Öffnungsklausel wurde verzichtet, damit bleibt die freie Arztwahl erhalten.“

Die Novellierung der GOZ orientiert sich dennoch viel zu wenig am wissenschaftlichen Stand der Zahnheilkunde und igno-

riert die Kostenentwicklungen der letzten Jahre. Der sogenannte Punktwert wurde trotz der immensen Kostensteigerun-



gen seit 1987 nicht erhöht. So wurde der GOZ Punktwert nicht einmal an den Punktwert der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

angepasst. Diese Kritik hat die Bundesversammlung der BZÄK vom vergangenen Wochenende in verschiedenen Anträgen deutlich zum Ausdruck gebracht.

„Die Vergütung zahnärztlicher Leistungen sollte am realen Leistungsbedarf der Patienten und nicht an willkürlichen, finanzpolitischen Vorgaben orientiert sein. Diese Novellierung steuert vordergründig die Ausgabenentwicklung in der privaten Krankenversicherung. Es kann nicht sein, dass medizinische Leistungen auf höchstem Niveau erbracht werden sollen, aber diese Leistungen nicht mehr bezahlt werden wollen“, kritisiert Engel.

Die novellierte Gebührenordnung soll zum 1. Januar 2012 in den Praxen Einzug halten. Sie bringt Patienten und Zahnärzten mehr Klarheit in Abrechnungsfragen.

Quelle: BZÄK

Honorarzahlung verweigert

Patient hat Anspruch auf „brauchbaren Zahnersatz“.

Ein Zahnarzt erhält für eine völlig unbrauchbare Leistung kein Honorar. Das entschied das Oberlandesgericht (OLG) Koblenz in einem am Donnerstag bekanntgewordenen Beschluss. Zwar schulde ein Arzt, anders als beispielsweise ein Handwerker, keinen Erfolg seiner Leistungen. Zumindest bei Zahnprothesen dürfe der Patient jedoch erwarten, dass sie brauchbar seien und der Zahnarzt – wenn möglich – eventuelle Mängel beseitige (Az.: 5 U 481/11). Das OLG gab mit seinem Beschluss einem Patienten Recht, der sich geweigert hatte, dem Zahnarzt das geforderte Honorar zu zahlen. Trotz mehr-

facher Nachbesserungsversuche hatte der Patient darüber geklagt, die Oberkieferprothese sitze zu fest und die Unterkieferprothese zu locker. Daraufhin erklärte der Arzt dem Patienten, er könne nichts mehr für ihn tun. Bezahlt werden wollte er trotzdem. Nach Auffassung des OLG hat der Zahnarzt allerdings seinen Zahlungsanspruch verwirkt. Denn er habe die nach Auffassung eines Gutachters möglichen Verbesserungen nicht vorgenommen. In solchen Fällen entfalle dann auch die Rechtsgrundlage für das Honorar.

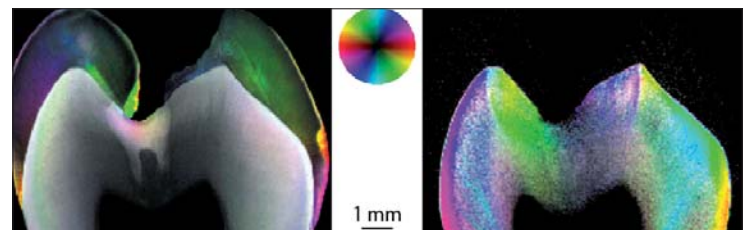
Quelle: dpa

Nanoforschung gegen Karies

Forscher der Universität Basel und des Paul Scherrer Instituts konnten im Nanomaßstab zeigen, wie sich Karies auf die menschlichen Zähne auswirkt.

Bei Karies, der häufigsten Zahnerkrankung, greifen von Bakterien produzierte Säuren die Zähne an und lösen die in Zahnschmelz, Zahnbein (Dentin) und Wurzelzement vorhandenen Mineralien heraus. Solange der äußere Zahnschmelz intakt ist, lassen sich erste Schadstellen durch Fluoridpräparate und durch eine gute Zahnhygiene in begrenztem Maß remineralisieren. Was beim Zahnschmelz noch teilweise funktioniert, gilt aber nicht für das Zahnbein: Sind die Bakte-

Basel eine Röntgenstreumethode, um die Kollagendichte von gesunden und kariösen Zahnstellen miteinander zu vergleichen. Dazu zersägten die Forscher gesunde und kariöse Zähne in dünne Scheibchen von 0,2 bis 0,5 Millimeter und untersuchten sie mithilfe eines als ortsaufgelöste Kleinwinkelröntgenstreuung (Scanning Small-Angle X-ray Scattering, SAXS) bezeichneten Verfahrens. Bei der Untersuchung stellten sie fest, dass die Kariesbakterien zunächst nur



Während man die kariöse Schädigung der keramischen Komponenten (links) im Zentrum der Zahnscheibe deutlich erkennen kann, ist diese im Kollagen (rechts) unsichtbar. Foto: Biomaterials Science Center der Universität Basel

rien und Säuren einmal tiefer ins Dentin eingedrungen, muss der Zahnarzt die betroffene Stelle weiträumig mit dem Bohrer entfernen, bevor der Zahn mit einer Füllung rekonstruiert werden kann.

Remineralisierung des Dentins angestrebt

Das Zahnbein besteht nicht nur aus keramischen Komponenten, sondern enthält etwa zu einem Fünftel auch organisches Material. Bereits früher wurde vermutet, dass diese organischen Bestandteile, insbesondere bestimmte Struktureiweiße (Kollagen), von einer Schädigung unberührt bleiben und dass ihre Struktur Ausgangspunkte für eine Remineralisierung bieten könnte. Um diese Hypothese zu überprüfen, nutzten die Forscher um Prof. Bert Müller des Biomaterials Science Center der Universität

die keramischen Komponenten des äußeren Zahnschmelzes und des darunter liegenden Zahnbeins zerstören. Ein erheblicher Teil des kollagenen Grundgerüsts des Zahns bleibt hingegen in einem frühen bis mittleren Kariestadium erhalten.

Die Wissenschaftler vermuten deshalb, dass ihr Verfahren künftig nicht nur die Entwicklung biomimetischer Zahnfüllungen ermöglichen wird, sondern dass auch Kariesbehandlungen entwickelt werden können, welche auf dem unbeschädigten Kollagengerüst aufbauen und die Remineralisierung des geschädigten Dentins beispielsweise mit Nanopartikeln erlauben.

Originalbeitrag: Hans Deyhle, Oliver Bunk, Bert Müller, www.nanomedjournal.com/article/S1549-9634(11)00362-5/abstract, Nanomedicine: Nanotechnology, Biology and Medicine (in press), doi: 10.1016/j.nano.2011.09.005

Neue Oberfläche für festeres Einwachsen

Durch eine spezielle Anwendung der plasmachemischen Oxidation ist es Thüringer Forschern gelungen, eine poröse, bioaktive Oberfläche auf Titanimplantaten zu erzeugen.

In einer vorklinischen Studie konnten die Chirurgen, Materialwissenschaftler und Implantathersteller nachweisen, dass die neuartige Oberfläche im Vergleich zu herkömmlichen Implantatoberflächen ein mehrfach festeres Einwachsen in das Knochengewebe ermöglicht. Seine Ergebnisse veröffentlichte der Forschungsverbund der Uniklinik Jena kürzlich im Fachjournal Biomaterials.

In den Knochen eingesetzte Implantate und Prothesen, die dauerhaft im Körper verbleiben sollen, müssen vor allem eines: schnell und sehr fest mit dem Knochengewebe verwachsen, um starken mechanischen Belastungen standhalten zu können. Das gilt für die Verankerung künstlicher Hüft-, Knie- oder Schultergelenke ebenso wie für Zahnimplantate im Kieferknochen.

„Aktuell sehen wir uns in der Orthopädie und Unfallchirurgie mit zwei zunehmenden Problemen konfrontiert: Erstens die frühzeitige Auslockerung von künstlichen Gelenken, und zweitens die fehlende Stabilität von Titanimplantaten im durch Osteoporose geschwächten Knochen“, sagt Dr. Michael Diefenbeck aus der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Jena. Beide Fragestellungen geht der Unfallchirurg mit Titanimplantaten an, die über eine neuartige Oberfläche verfügen.

Entwickelt und getestet wurde die neue Implantatoberfläche im interdisziplinären Verbund mit Wissenschaftlern des INNOVENT e.V. in Jena, des Instituts für Materialwissenschaft und Werkstofftechnologie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena und des Implantatherstellers Königsee Implantate GmbH. Die spezielle Außenschicht ist um ein Vielfaches dicker als die Titanoxidschicht auf herkömmlichen Implantaten oder Endoprothesen. Um sie herzustellen, modifizierte Dr. Christian Schrader von INNOVENT e.V. die Methode der plasmachemischen Oxidation, ein elektrochemisches Verfahren, bei dem es zu einer Gasentladung im Elektrolyt kommt.

„Wir konnten auf den Implantaten eine Titanoxidmatrix realisieren, die eine feinporige Oberfläche besitzt und in die Kalzium und Phosphor eingelagert ist“, so der Chemiker. „Die Poren sollen das Anwachsen und Verankern von Knochenzellen, Osteoblasten am Implantat verbessern, und die bioaktiven Elemente deren Stoffwechsel beschleunigen.“

In einer vorklinischen Studie konnten die Wissenschaftler an einem Tiermodell zeigen, dass die Implantate mit der neuen Oberfläche sich um ein Mehrfaches stabiler im Knochen verankern als herkömmliche Titanimplantate mit verschiedenen Oberflächen. Sowohl bei den mechanischen Belastungstests als auch bei histologischen Untersuchungen zur Neubildung von Knochengewebe direkt an der Implantatoberfläche erwies sich die bioaktive Titanoxidschicht als deutlich besser. „Diese neuen vorklinischen Erkenntnisse sind nicht nur wissenschaftlich interessant, sondern legen die Grundlage für verträglichere und bioaktivere Implantate“, ist sich Prof. Dr. Klaus D. Jandt sicher. Der Spezialist für Biomaterialien hat den Lehrstuhl für Materialwissenschaft an der Friedrich-Schiller-Universität Jena inne und arbeitet seit Jahren an der Entwicklung und Strukturierung von Materialien, die zu den verschiedensten Zwecken in biologische Systeme integriert werden.

Das zweijährige Verbundprojekt wurde vom Freistaat Thüringen mit EU-Mitteln in Höhe von 700.000 Euro gefördert. Für die Königsee Implantate GmbH bot es die Möglichkeit zur interdisziplinären wissenschaftlichen Zusammenarbeit. „Das stellt bei der Entwicklung neuer Verfahren für die Implantatherstellung und die Umsetzung in die industrielle Praxis einen wesentlichen Schwerpunkt unserer langfristigen Forschungs- und Entwicklungsstrategie dar“, betont Geschäftsführer Frank Orschler.

Mit ihren bisherigen Erfahrungen wollen die Wissenschaftler die neuen Implantate anschließend auch klinisch testen. „Sie könnten zum Beispiel bei Osteoporose-bedingten Brüchen oder notwendigen Verstärkungen zum Einsatz kommen“, so Chirurg Diefenbeck. Die verantwortungsvollen klinischen Studien werden noch etwa fünf Jahre in Anspruch nehmen, bevor die neuen Implantate den Patienten zugutekommen. 

Originalliteratur: Diefenbeck M, Mückley T, Schrader C, Schmidt J, Zankovych S, Bossert J, Jandt KD, Faucon M, Finger U. The effect of plasma chemical oxidation of titanium alloy on bone-implant contact in rats. Biomaterials (2011), doi: 10.1016/j.biomaterials.2011.07.046

Quelle: Uniklinikum Jena

ANZEIGE

Lichtaktivierte Desinfektion.

FotoSan 630

Indikationen:

- Endodontie
- Parodontitis
- Periimplantitis
- Gingivitis
- Perikoronitis
- Karies

Vorteile der FotoSan

Behandlung:

- Sofortiger Wirkungseintritt
- Wirksam gegenüber sämtlichen Mikroorganismen
- Keine Resistenzentwicklung
- Leicht und schnell anzuwenden
- Geringer technischer Aufwand
- Geringere Kosten pro Einzelbehandlung

FotoSan 630 Intro-Kit 1.599,-€*

*Preis zzgl. MwSt. Preisänderung vorbehalten.

Funktionsweise:

Anlagerung des Photosensitizers an Mikroorganismen

Lichtabsorption und anschließende Energieaufnahme

Aktivierung und Spaltung des Umgebungssauerstoffes

Selektive Zerstörung der Zellwände durch den gespaltenen, hochreaktiven Sauerstoff

FotoSan 630 Intro-Kit:

- FotoSan 630 Handstück,
- Halter mit Ladefunktion,
- FotoSan Agent Spritzensortiment (Viskositäten: 1 x High, 2 x Medium, 2 x Low)
- 50 Einweg-Tips (Endo, Blunt Ø 4 und 8 mm, Perio 15 und 23 mm lang – je 10 Stück)
- 10 Einweg-Schutzhülsen



FotoSan ist ein hochwirksames LED System, das FotoSan Agent (Photosensitizer) mittels rotem Licht aktiviert. International bezeichnet man das Funktionsprinzip der lichtaktivierten Desinfektion entweder als PACT (Photodynamic Antimicrobial Chemo Therapy) oder als PAD (Photo activated Disinfection).



LOSER & CO
after mal was Gutes...

LOSER & CO GMBH · VERTRIEB VON DENTALPRODUKTEN
BENZSTRASSE 1c, D-51381 LEVERKUSEN
TEL.: +49 (0) 21 71/70 66 70, FAX: +49 (0) 21 71/70 66 66
www.loser.de · email: info@loser.de

Bewährte Methode: Integration des Diodenlasers in die Praxis

Die Wertigkeit von Laserlicht bei der Biofilmbekämpfung war lange Zeit wissenschaftlich umstritten. Grund hierfür war mit großer Wahrscheinlichkeit die Anfang der 1990er-Jahre formulierte Forderung, dass Laserapplikation als alleinige Behandlungsmaßnahme zu erfolgen haben. Mit dem Scheitern dieses Ansinnens und der Erkenntnis, dass Laserlicht als Adjuvans einzusetzen ist, stieg die allgemeine Akzeptanz des oralen Einsatzes.

Nicht immer ist es uns gegönnt, Patienten mit einer tiefen marginalen Parodontopathie, welche sich einer chirurgisch-resektiven Therapie, mitunter auch mit rekonstruktiven Anteilen, unterzogen haben, über einen längeren Zeitraum zahnärztlich betreuen zu dürfen. Dieser Erkenntnis entsprechend ist auch wenig entsprechende Literatur verfügbar. Im Falle neuer Therapiekonzepte oder bei Durchführung adjuvanter Maßnahmen als Ergänzung eines bewährten Therapieschemas ist die Anzahl veröffentlichter Studien/sonstiger Publikationen noch mehr limitiert.

Im Jahre 1995 wurde auf der IDS in Köln der erste Diodenlaser (Wellenlänge 810 nm) vorgestellt. Seit 1994 war dieses damals verfügbare Gerät – zunächst noch als Prototyp – in einer Erprobungsphase im Einsatz. Bereits Ende 1994 fanden erste Behandlungen

zahnärztlichen Chirurgie üblich sind, sowie für die Entfernung benignen Tumoren in der Mundhöhle, für die Freilegung von Implantaten und zum Einsatz in der mukogingivalen Chirurgie. Dieses gute Schneidverhalten erklärt sich durch die hervorragende Absorption des Laserlichts durch das im Gewebe enthaltene Hämoglobin. Neben dem Einsatz in der Weichteilchirurgie wird der Diodenlaser auch zur Dekontamination keimbesiedelter Oberflächen (an Implantaten und Zähnen) eingesetzt. Hier konnte gezeigt werden, dass besonders das gramnegative, anaerobe Keimspektrum durch das Laserlicht suffizient geschädigt wird. Folgender Beitrag möchte – anhand dreier ausgewählter Patientenfälle – über unsere „Freiburger“ Erfahrungen mit der Integration der Laserlichtdekontamination bei der Therapie marginaler Parodontopathien berichten.

• Applikation desinfizierender Agenzien

2. Resektive Phase (Januar bzw. Februar 1995):

- Bildung eines Mukoperiostlappens
- Entfernung des Granulationsgewebes
- Dekontamination mit Diodenlaserlicht ($p = 1,0$ Watt; $t_{\max} = 20$ Sek.)
- apikales Verschieben der Weichteile

3. Rekonstruktive Phase (Januar bzw. Februar 1995):

- falls erforderlich Knochenaugmentation
- ggf. mukogingivale Korrekturen

4. Recallphase (seit Mai 1995 bis heute):

- Nach vier Wochen, sechs Monaten, einem Jahr und dann jährlich vollständiges Erheben klinischen Befundes, Anfertigung

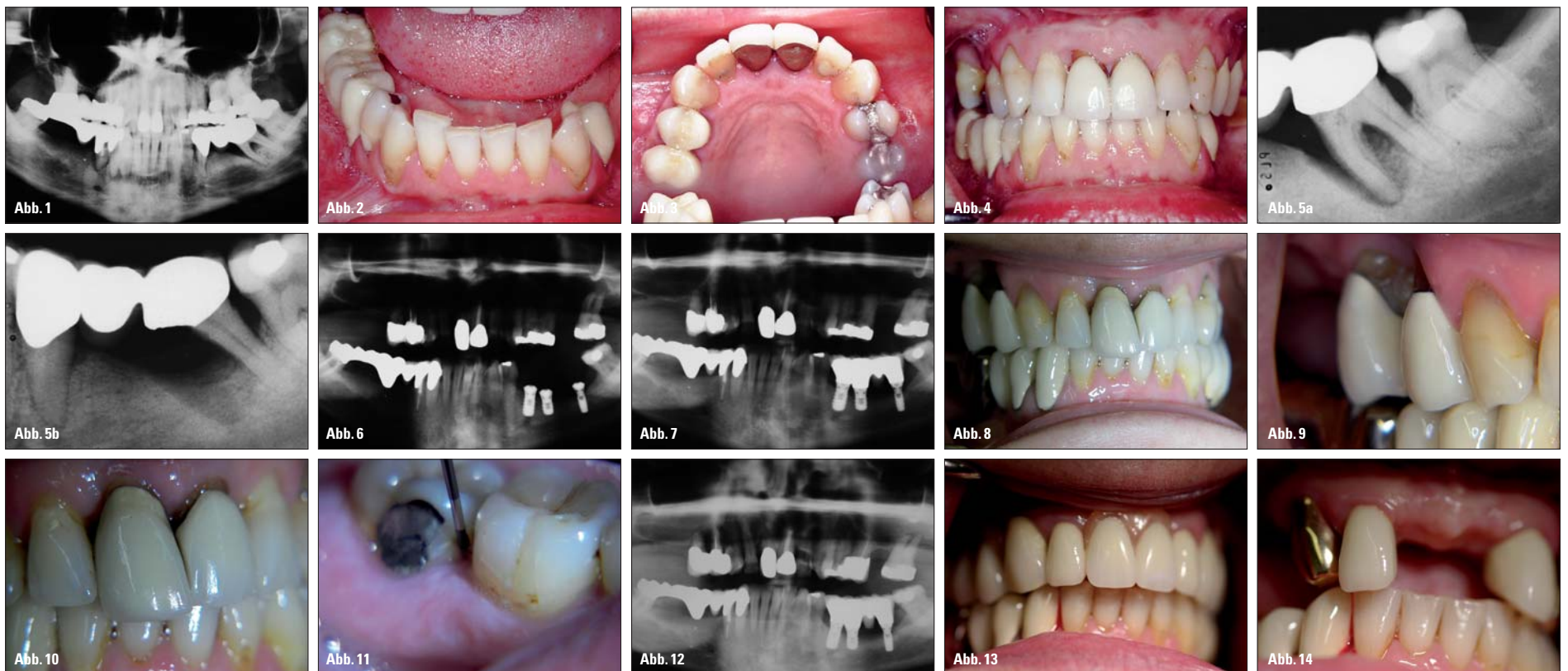
direkt postoperativ das Orthopantomogramm, und danach alle drei Jahre eine Panoramaschichtaufnahme. Der Vorteil des Orthopantomogramms ist sein panoramaartiger Überblick über sämtliche Zähne, den knöchernen Limbus alveolaris und wichtige benachbarte anatomische Strukturen. Zahnfilmaufnahmen in Paralleltechnik hingegen erlauben Aussagen über die Progrezienz, Stillstand des Stückgewebsabbaues, da hier reproduzierbare Aussagen über den Verlauf des Limbus alveolaris getroffen werden können.

Mikrobielle Diagnostik

Zu den Zeitpunkten der Röntgendiagnostik (s.o.) wurden auch Keimentnahmen der betroffenen Areale durchgeführt. Hierbei wurde nicht die klassische mikrobiologische Untersuchungstechnik

nur spezielle Markerkeime erfasst, nicht alle in der Tasche befindlichen mikrobiellen Lebewesen können bestimmt werden.

Die Stelle, an der eine Keimentnahme geplant wurde, musste mit einem Wattebausch vorsichtig getrocknet werden, anschließend wurde die Papierspitze platziert und nach einer Wartezeit von zehn Sekunden unmittelbar in ein steriles Gefäß verpackt und der Herstellerfirma zur Keimbestimmung zugeleitet. Es erfolgt dort eine Bestimmung der Keime und eine Beurteilung der sogenannten Markerkeimwerte. Als negativ wurde bewertet, wenn weniger als 0,1% als Markerkeim identifiziert wurden. Als niedrig wurde die Identifikation von 0,1 bis 0,99% als Markerkeime eingestuft. Mittel wurde bezeichnet, wenn 1,0–9,9% als Markerkeime identifiziert wurden, als hoch, wenn mehr als 10% als Markerkeime bestimmt wurden.



Fall 1 „Die Haltetherapie.“ – **Abb. 1:** Panoramaschichtaufnahme (Notdienst) aus dem Jahr 1995 – direkt vor Beginn der Behandlung. – **Abb. 2 bis 4:** Ausgangsbefund im Jahr 1995. – **Abb. 5a und b:** Zahn 37 war trotz Hemisektion nicht erhaltungswürdig (Zustand im August 1995). Somit entstand eine große Schalllücke im dritten Quadranten (Zustand Ende November 1995). – **Abb. 6:** Orthopantomogramm nach Insertion dreier kurzer Implantate („shorties“) in der linken atrophischen Unterkieferhälfte. – **Abb. 7:** Sechsjährige Kontrolle im Jahre 2001. – **Abb. 8 bis 11:** Klinischer Befund im Jahre 2009, kurz vor der Sanierung im Oberkiefer. – **Abb. 12:** Die parodontalen Läsionen (vertikale Knocheneinbrüche) an den Zähnen 15, 14, 24 und 25 sind so fortgeschritten, dass diese Zähne nicht mehr als erhaltungswürdig einzustufen sind. – **Abb. 13 und 14:** Wesentliche Änderungen im Vergleich zum Ausgangsbefund betrafen den Oberkiefer. Hier mussten Zähne entfernt werden. Ebenso wurde eine abnehmbare (teleskopierende) Teilprothese inseriert.

von Patienten mit dieser „neuen“ Laserwellenlänge, die bis dato in der Zahnmedizin nicht eingesetzt worden war, statt. Die Freiburger Laserarbeitsgruppe um Krekeler und Bach, die sich als erste mit der Integration von Diodenlaserlicht in der Zahnheilkunde beschäftigten, sahen für diese neue Technik erhebliche Vorteile: Hochleistungsdiode-laser emittieren monochromatisches, kohärentes Licht der Wellenlänge von 810 nm. Dieses wird besonders von dunklen Oberflächen hervorragend absorbiert. Deshalb eignet sich der Injektionslaser (= Diodenlaser) hervorragend zur Durchführung von Schnittführungen, wie sie in der

Material und Methode

Vorgestellt werden die Behandlungsergebnisse von drei Patienten, welche über einen 15-Jahres-Zeitraum (12/94–04/10) zahnärztlich behandelt wurden. Ursprünglich litten diese drei Patienten an einer tiefen marginalen Parodontopathie mit unadäquatem Stützgewebsabbau. Der Behandlungsablauf verlief nach folgendem Schema:

1. Initialtherapie (Dezember 1994 bis Januar 1995):

- Motivation und Instruktion des Patienten
- Reinigung und Politur

gen von Röntgenbildern, erneute Dekontamination eventuell freiliegender Wurzelareale mit Diodenlaserlicht.

Bildgebende Verfahren

Als bildgebende Verfahren wurden im Regelfall das Orthopantomogramm (Panoramaschichtaufnahme) und bei speziellen Fragestellungen/als Ergänzung Zahnfilmaufnahmen in Paralleltechnik verwendet. In einigen Fällen exazerbierter Entzündungen kamen auch A- und B-Scan-Ultraschallverfahren zum Einsatz. Präoperativ wurde ein Orthopantomogramm erhoben,

nik (Keimentnahme, Anzuchtung, Reinkulturen, Mikroskoppräparate, Gaschromatografie, Antibiotikaempfindlichkeit und bunte Reihen) durchgeführt. Vielmehr wurden DNA-RNA-Hybridisierungssonden verwendet. Diese Hybridisierungssonden haben/hatten den Vorteil, dass kein Lebendmaterial aus den sondierten Gebieten zur Anzuchtung erforderlich war. Dies minimierte den Aufwand in der Praxis. Zudem waren die Ergebnisse bedeutend schneller als bei der klassischen mikrobiologischen Untersuchung verfügbar. Nachteil dieser Schnelltests sind der recht hohe Preis. Zudem werden bei dem verwendeten Produkt

Laserlichtdekontamination

Wesentlicher Bestandteil der gesamten Therapie war die Dekontamination: Diese erfolgte mit Diodenlaserlicht der Wellenlänge 810 nm und einer Leistung von 1 Watt und 20 Sekunden Applikationsdauer pro Zahn und Implantat unter Faserkontakt im continuous-wave-mode (Dauerstrichverfahren).

Bei Einhaltung dieser Parameter (Zeitlimitierung und Limitierung der Leistung) ist gewährleistet, dass das die Krankheit verursachende Keimspektrum suffizient geschädigt wird, gleichzeitig aber auch, dass Pulpa bzw. periimplantäre bzw. peridontale

Gewebestrukturen keine thermische Schäden erleiden (Bach und Krekeler, 1994).

Die Patientenfälle

Aus dem ursprünglichen Patientenkontingent der „Diodenlaser-Grundstudie“ (25 Patienten) aus dem Jahre 1995 (Krekeler-Bach, Sektion Parodontale Chirurgie der Universitätszahnklinik Freiburg im Breisgau) werden drei Patienten vorgestellt, die „typische Verlaufsmuster“ zeigen und dennoch den Vorteil der Integration von Diodenlaserlichtapplikation in ein bewährtes Therapie-schemata zur Behandlung marginaler Parodontopathien veranschaulichen soll.

Fall 1: Die Haltetherapie

Vorgeschichte

Die Patientin (geb. 1954) suchte den Sonntagsnotdienst der Zahnklinik in Freiburg auf. Grund hierfür waren Schmerzen an Zahn 37. Dort wurde eine profunde Parodontopathie festgestellt (Abb. 1 bis 4), die Patientin suchte unsere Sektion gleich am darauffolgenden Montag mit der Bitte um Behandlung auf. Sie war von ihrem Hauszahnarzt vor sechs Monaten komplett neu mit festsitzendem Zahnersatz versorgt worden. Eine präprothetisch Röntgendiagnostik fand nicht statt. Bei der Patientin handelt es sich um eine

mige Defekte. Die Trifurkation 34 ist radiologisch geöffnet.

Diagnose

Schwerstform einer adulten marginalen Parodontitis, durchaus mit Anteilen einer rasch verlaufenden Komponente.

Behandlungsverlauf 1995–2010

Im Rahmen einer ersten Schmerzbehandlung wurde Zahn 37 extrahiert, ebenso die Zähne 26, 17 und 35. Es folgte die Eingliederung abnehmbarer Immediatprothesen, da im Rahmen der Extraktionstherapie alle drei Brückenrekonstruktionen zerstört werden mussten. Die Vorbehandlungsphase gestaltete sich unproblematisch, die Patientin war sehr motiviert und lernte bald die instruierten Mundhygienetechniken. Im Zeitraum von Juni bis August 1995 wurden die verbliebenen Zähne offen kürettiert. Die Patientin war über einen langen Zeitraum rezidivfrei und wurde im dritten Quadranten mit Implantaten und die verbliebenen Seitenzähne im Oberkiefer mit festsitzendem Zahnersatz versorgt (Abb. 6). Dabei blieb die Schaltlücke im zweiten Quadranten auf Wunsch der Patientin bestehen, im ersten Quadranten wurde das Prinzip der verkürzten Zahnreihe verwirklicht (von 5 zu 5). Dieser Zustand konnte von Ende 1996 bis 2008 gehalten werden. Die Patientin nahm die Recall-Termine sehr gewissenhaft wahr. Hier wurde neben den üblichen Reinigungs-

zähne) eingliedert (Abb. 13 und 14). Im Unterkiefer hingegen ist der seit 15 Jahren eingegliederte Zahnersatz nach wie vor im Munde, es sind keine Anzeichen für einen Stützgewebsabbau an den natürlichen und künstlichen Zahnpfeilern zu verzeichnen.

Epikrise

Sehr bemerkenswert bei dieser Patientin war das große Maß an Vertrauen, welches sie – trotz schlechter Erfahrungen in der Vergangenheit – dem neuen, damals außergewöhnlichen laserunterstützten Therapiekonzept entgegenzubringen vermochte. Ihre Compliance war die gesamten 15 Jahre hindurch außerordentlich gut, dank gewissenhafter Mundhygiene und striktem Einhalten des Recall-Systemes war sie weit über ein Jahrzehnt hindurch rezidivfrei. Dies gilt nach wie vor für den Unterkiefer, im Oberkiefer bedingte der vorgängig erfolgte massive Stützgewebsverlust letztendlich die Entfernung dreier Zähne. Dank der diodenlaserunterstützten Parodontaltherapie und dem engmaschigen Recall konnte der Patientin jedoch über einen längeren Zeitraum ein wesentlicher Anteil ihres Oberkieferzahnbestandes und das Konzept des festsitzenden Zahnersatzes erhalten bleiben. Erst in jüngster Zeit musste dieses Konzept im Oberkiefer zugunsten eines abnehmbaren Zahnersatzes geändert werden, dies jedoch 15 Jahre

(Beschwerden) habe der Kollege jedoch wenig Aufmerksamkeit geschenkt und einmal bemerkt, dass „man da nichts machen könne“. Für die Erstuntersuchung in unserem Hause hatte der Patient das zuletzt angefertigte OPG besorgt (Abb. 15), verweigerte jedoch (drei Monate danach bei uns) eine erneute Röntgendiagnostik. Er gab an, gesund zu sein.

Klinischer Ausgangsbefund (1995)

Die Zähne 27, 37 und 38 zeigten einen Lockerungsgrad von I–II. Im Seitenzahnggebiet imponierten hohe Sondierungstiefen, dort wurde generell auch BOP festgestellt. Die Unterkieferfront stellte sich reizlos dar. Interdental wurden weiche Beläge festgestellt. Es imponierten Schaltlücken in Regio 16, 25, 26, 27, 45, 46, 35 und 36 (Abb. 16 bis 18).

Röntgenbefund (1995)

Die Panoramaschichtaufnahme (Orthopantomogramm) zeigt ein adultes Gebiss mit generellem horizontalen Knochenabbau und profunden vertikalen Knochenläsionen an den Zähnen 17, 24, 27, 47, 48 (Abb. 19). Der Patient ist vorwiegend mit gegossenen Restaurationen versorgt. Zahn 24 weist zwei apikale röntgendichte Strukturen an den Wurzelspitzen und eine diskrete periapikale Aufhellungszone auf.

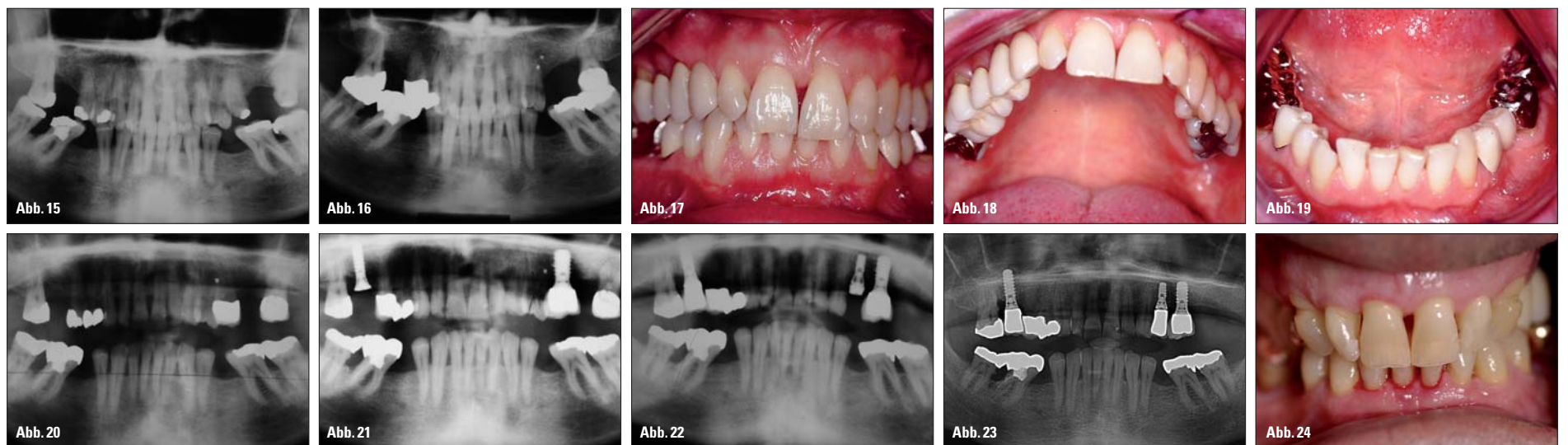
Diagnose

Adulte marginale Parodontitis.

mehrfach blieb der Patient trotz vereinbarter Termine fern oder verschob kurzfristig die Termine. Anfang 2003 konnten an Zahn 23, 24 und 27 erhöhte Sondierungstiefen und an drei weiteren Zähnen Blutung auf Sondieren festgestellt werden. Eine erneute Kürettage mit Laserlichtdekontamination ließ die klinischen Entzündungszeichen abklingen, wobei sich 27 als nicht rettbar herausstellte und entfernt wurde, ebenso wie Zahn 24 (Zustand nach Wurzelspitzenresektion), der subgingival frakturierte. Die somit entstandene Freundsituation ab Zahn 23 in der linken Oberkieferhälfte und die seit Längerem bestehende Schaltlückensituation in der rechten Oberkieferhälfte wurden mittels dreier Implantate gelöst, die nach jeweils dreimonatiger Osseointegrationszeit mit Kronen versorgt wurden (Abb. 21). Wir einigten uns mit dem Patienten auf ein vierteljährliches Recall mit Vereinbarung des nächsten Termins bei Beendigung einer jeweiligen Recallsitzung. Seither besteht Rezidivfreiheit (Abb. 24).

Weitere Röntgenbefunde im Behandlungsverlauf bis zum aktuellen Zustand

Die knöcherne Stützgewebsituation an Zahn 24 zeigte im Verlauf der angefertigten Bilder deutliche Tendenzen einer Reduktion (Anmerkung: Dieser Zahn wurde auch extrahiert). Bei allen anderen Zähnen konnten keine wesentlichen



Fall 2 „Erfolg durch (laserunterstützten) Recall.“ – **Abb. 15:** Aus dem Jahr 1994 (vor Behandlungsbeginn) ist eine Panoramaschichtaufnahme verfügbar gewesen. – **Abb. 16:** Ausgangsröntgenbild im Jahre 1995. – **Abb. 17 bis 19:** Ausgangsbefund im Jahre 1995. – **Abb. 20:** Vier-Jahres-Kontrolle 1999. – **Abb. 21:** Panoramaschichtaufnahme aus dem Jahr 2004: Es erfolgte eine Pfeilervermehrung mittels dentaler Implantate. – **Abb. 22:** OPG aus dem Jahr 2007: Auch zwölf Jahre nach Behandlungsbeginn ist das Prinzip der Pfeilervermehrung weiter verfolgt worden. – **Abb. 23:** Aktuelle Panoramaschichtaufnahme aus dem Jahre 2010. – **Abb. 24:** Klinisches Bild aus 2010: Es imponieren weitestgehend reizlose Verhältnisse.

fitte und sehr gesundheitsbewusste Physiotherapeutin.

Klinischer Ausgangsbefund (1995)

Pfeilerzahn 17 wies einen Lockerungsgrad von 2 auf, ebenfalls Zahn 26 und Zahn 45. Beim Sondieren mesial 37 wurde eine profunde, schwer stillbare Blutung und generell BOP und hohe Sondierungstiefen festgestellt. Interdental wurden weiche Beläge angetroffen, auch unter den Brückengliedern.

Röntgenbefund (1995)

Die Panoramaschichtaufnahme (Orthopantomogramm) zeigt schwere horizontale und vertikale Knochenläsionen. An Zahn 35 und 26 bestehen schüsselför-

Motivations- und Instruktionsschritten stets auch eine Diodenlaserlichtapplikation durchgeführt. Besonderer Schwerpunkt hierbei waren die parodontal schwer angeschlagenen Prämolaren und der verbliebene Molar 27. Erste Reinflamationen der marginalen Parodontopathie waren im Jahre 2009 zu verzeichnen, woraufhin nochmals eine Kürettage der Zähne 14, 15 und 27 durchgeführt wurde. Aufgrund unterschiedlicher, aber latenter Beschwerden erfolgte Anfang 2010 die Entfernung der Zähne 15, 14, 27 und eine Neukonzeption für die Versorgung des Oberkiefers (Abb. 12). Hier wurde nun eine abnehmbare teleskopierende Prothese (Eckzähne sind Pfeiler-

nach einem ähnlichen Vorschlag (abnehmbarer Zahnersatz) durch den damaligen behandelnden Zahnarzt.

Fall 2: Erfolg durch (laserunterstützten) Recall

Vorgeschichte

Der im Folgenden vorgestellte Patient (geb. 1938) war seit seiner Kindheit bei einem Zahnarzt in Behandlung, der 1991 verstarb. Seit geraumer Zeit klagte er über Zahnschmerzen und Zahnfleischbluten, letzteres auch spontan. Es erfolgte eine Konsultation des Praxisnachfolgers seines früheren Zahnarztes – seinen entsprechenden Schilderungen

Behandlungsverlauf 1995–2010

Die gesamte Vorbehandlungsphase gestaltete sich aufgrund der zunächst großen Compliance des Patienten sehr unkompliziert. Die Zähne des Oberkiefers wurden in der anschließenden chirurgischen Phase im gemischt offenen (Seitenzahnggebiet)-geschlossenen (Frontzahnggebiet) kürettiert. Der chirurgische Teil der Parodontalbehandlung war im April 1995 abgeschlossen; seither befindet sich der Patient im Recall-System, welches er anfänglich sehr ernst nahm und nach Abschluss der chirurgischen Behandlung über vier Jahre auch rezidivfrei blieb (Abb. 20). 1999 bis 2003 gab es Schwierigkeiten beim Recall,

Änderungen beim Verlauf des knöchernen Limbus alveolaris festgestellt werden. Auch die Implantate wiesen seit deren Insertion bis zum heutigen Tage keine Veränderungen bezüglich der periimplantären knöchernen Situation auf.

Epikrise

Wir sehen die Prognose nach der Entfernung der nicht zu rettenden Zähne und der systematischen Pfeilervermehrung als sehr günstig an. Die Compliance des Patienten ist – nach Schwankungen im mittleren Beobachtungszeitraum – stabil und gut, auch das lange rezidivfreie Intervall ist überaus erfreulich.



Fall 3 „Der komplett erfreuliche Langzeitpatient.“ – **Abb. 25:** Röntgenbild aus dem Jahr 1994 (Anforderung von früherem Zahnarzt). – **Abb. 26:** Panoramaschichtaufnahme aus dem Jahr 1995 (Beginn der Behandlung). – **Abb. 27 und 28:** Klinische Ausgangsbilder aus dem Jahr 1995. – **Abb. 29:** Kontrollröntgenbild aus dem Jahr 2001 (Sechs-Jahres-Kontrolle). – **Abb. 30:** Elf-Jahres-Kontrolle aus dem Jahr 2006. – **Abb. 31:** Die Panoramaschichtaufnahme des Jahres 2010 gibt keinen Hinweis auf Progredienz des Stützgewebsabbaus. Es liegen vielmehr „stabile knöcherne Verhältnisse“ vor. – **Abb. 32 bis 34:** Klinische Bilder 2010: Es liegen „reduzierte“, jedoch überaus stabile Verhältnisse vor. Auch die Situation im Unterkiefer gestaltet sich unauffällig, was auch die Detailansicht der Unterkieferfront bestätigt.

PN Fortsetzung von Seite 7

Fall 3: „Der komplett erfreuliche Langzeitpatient“

Vorgeschichte

Der Patient (geb. 1952) hatte viele Jahre den gleichen Zahnarzt, den er regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen konsultierte. Für den Patienten überraschend wurden im Januar 1994 die Zähne 12 und 11 „locker“ und mussten extrahiert werden (Abb. 25). Es erfolgte eine Überweisung in unser Haus. Der Patient war durch die Zahnverluste und die Überweisung („fühle mich abgeschoben“) sichtlich unzufrieden. Er ist als Sportlehrer tätig und gab an, gesund zu sein.

Klinischer Befund (Stand 1995)

Es lagen nahezu an allen Zähnen erhöhte Sondierungstiefen vor, im Seitenzahnggebiet blutete es zudem beim Sondieren. Die Glattflächenreinigung war sehr gut, interdental wurden jedoch Beläge festgestellt. Es lagen keilförmige Defekte an den Zahnhälften der OK-Prämolaren vor. Prothetisch war der Patient vorwiegend mit gegossenen Restaurationen versorgt (Abb. 26 bis 28).

Röntgenbefund (Stand 1995)

Im Oberkiefer verlief der knöcherne Limbus alveolaris auf einem sehr deutlich reduzierten Niveau. Der Kieferkamm im Bereich der Zahnücke 12, 11 war

überaus stark atrophiert. Auch im Unterkiefer erwies sich das Knochenangebot als reduziert, wenngleich nicht in dem Maße wie im Oberkiefer. Zahn 45 ist wurzelkanalbehandelt. Die Kronenränder der gegossenen Restaurationen passen sich nicht genau der Kontur des Zahnes an, sie sind sehr überhängend gestaltet.

Diagnose

Schwere adulte marginale Parodontitis.

Behandlungsverlauf 1995 bis heute

Die schwierigste Aufgabe war zunächst, den Unmut des Patienten, der sich „verschaukelt“ fühlte, zu besänftigen. Nachdem uns dies gelang, nahm er sehr willig unsere Instruktionen an und betrieb rasch eine emsige und suffiziente Mundhygiene. Besonders die Interdentalraumhygiene, über die er noch nie instruiert worden war, hatte es ihm bald angetan. Noch im Mai 1995 begann die korrektive Phase, die im Juli abgeschlossen wurde. In allen Quadranten wurden Lappenoperationen mit apikaler Weichteilfixierung durchgeführt.

Dem Patient wurden zudem zwei Implantate in Regionen 12 und 11 inseriert und nach deren Osseointegration zwei verblockte Kronen eingegliedert. Aufgrund des großen Knochendefekts und des Wunsches des Patienten, nicht zu augmentieren, kamen wir bei ei-

ner oralen Implantation weit unter die Schmelz-Zement-Grenze der Nachbarzähne, was angesichts der extrem tief liegenden Oberlippe des Patienten jedoch kein Problem darstellte. Der Patient ist nunmehr seit 15 Jahren in unserem Recall-System, er hat keinen Termin versäumt und ist bis heute rezidivfrei. Eine sukzessive prothetische Neuversorgung einiger insuffizient gewordener Einzel(teil)kronen wurde über verschiedene Jahre hinweg verteilt durchgeführt.

Epikrise

Auf der „Habenseite“ stehen meines Erachtens die gute Mitarbeit des Patienten, die auch bis heute nicht nachgelassen hat, und die seit Langem andauernde Rezidivfreiheit. Nicht vergessen darf man in diesem Zusammenhang das Ausmaß der vorgängigen Parodontopathie. Diese Aspekte hinterlassen einen überaus zufriedenstellenden Eindruck.

Diskussion

Von einst 25 Patienten der im Jahre 1994 auf 1995 begonnenen Diodenlaserlichtdekontaminationsstudie (Krekeler-Bach; Universitätszahnklinik Freiburg im Breisgau) sind aktuell noch sieben in Behandlung – der sehr lange Untersuchungszeitraum limitierte naturgemäß das Patientenkontingent, welches wir

untersuchen und behandeln konnten. Einige der Patienten, die nicht mehr in unserem Recall-System sind, sind bedauerlicherweise zwischenzeitlich verstorben, andere verzogen oder haben sich in die Hände eines ihrem neuen Wohnort (in der Regel ein Pflegeheim) näher gelegenen Behandlers begeben.

Über die Jahre haben sich drei „Patiententypen“ herauskristallisiert, der der „Haltetherapie“, der „unbedingte Recalltyp“, da sonst „Misserfolgstyp“, und der „Erfolgstyp“. Diese an ausgesuchten Einzelbeispielen exemplarisch vorzustellen, war Anliegen dieses Beitrages. Bei allen untersuchten Patienten hat sich die Integration der Diodenlaserlichtdekontamination als sehr hilfreich erwiesen – aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ist m.E. die Einschätzung zulässig, da die Integration der Diodenlaserdekontamination in bewährte Behandlungsschemata der Parodontitis eine deutliche Senkung der Rezidivquote und eine deutliche Verbesserung der Prognose dieser Erkrankungsbilder zu Folge hat.

Diskussionswürdig ist sicherlich die Beurteilung der Wertigkeit des Lasereinsatzes, der in unserer Behandlungsphilosophie als integraler Bestandteil eines bewährten Therapieschemas etabliert ist.

Laserkritiker werden hier anführen wollen, dass ein engmaschiges und konsequentes Recall, ggf.

unter Zuhilfenahme anderer adjuvanter Maßnahmen, zu ähnlich positiven Ergebnissen geführt hätte. Das mag unbestritten so sein, ich bin sogar sicher, dass diese Einschätzung zutrifft!

Wenn der Schlüssel zum Behandlungserfolg dann eher die Konsequenz in der Behandlung und die Frequenz ist, dann sehe ich die Unterstützung durch Laserlicht als eine der vielen Möglichkeiten auf dem großen Feld der Parodontaltherapie. Die laserunterstützte Parodontaltherapie erhebt somit keinen Anspruch auf ein Alleinstellungsmerkmal, sie versteht sich vielmehr als Adjuvanus und hat hingegen jedoch den Anspruch, effizient, schonend und in letzter Konsequenz erfolgreich zu sein. ☐

Diesen Beitrag möchte ich meinem akademischen Lehrer, Herrn Professor Dr. Gisbert Krekeler, widmen. Seiner Initiative ist die Möglichkeit der Diodenlaserdekontamination und die Einführung der Diodenlaser in die Zahnmedizin schlechthin zu verdanken!

PN Adresse

Dr. Georg Bach
Fachzahnarzt für
Oralchirurgie
Rathausgasse 36
79098 Freiburg im Breisgau
E-Mail: doc.bach@t-online.de



ANZEIGE



frohe
weihnachten

wünscht Ihnen das PN-TEAM!



0277113

Kaum Blutvergießen bei der PA-Behandlung

Zahnarzt Stefan Gottschalk aus Bensberg, der bei der Behandlung von Parodontitis auf moderne Technologie setzt, spricht im Interview über die Vorteile des Einsatzes von Laser – für Anwender und Patienten.



SIROLaser Advance



PerioScan

tens nutzen wir in mehreren Sitzungen PerioScan und SIROLaser Advance in Kombination. Das Ultraschallgerät setzen wir zum Auffinden und Entfernen von Konkrementen ein, es unterstützt uns optimal beim Root Planning und Scaling. Mithilfe des Lasergeräts töten wir Bakterien unter dem Zahnfleischsaum ab. Somit werden bestehende Entzündungen behandelt und gleichzeitig wird neuen vorgebeugt. Drittens betreuen wir unsere Patienten nach der Behandlung engmaschig. Wir ordnen sie in ein Parodontal-Ranking ein. Je nachdem in welchem Zustand sich ihr Zahnfleisch befindet, kommen sie drei bis vier Mal im Jahr zur Kontrolle. Nach einem Jahr wird eine erneute Bestandsaufnahme gemacht. Unser Ziel ist es, alle PA-Patienten abschließend in einen sechsmonatigen Recall-Rhythmus zu bekommen.

Bisher haben wir sehr viel positives Feedback erhalten. Wir konnten sogar Zähne retten, die manch anderer vielleicht schon aufgegeben hätte. Die Alternative zu unserer Laserbehandlungsmethode wäre eine Lappenoperation – ein im Vergleich zur Laserbehandlung recht blutiger Eingriff, der für den Patienten deutlich belastender ist. Zudem wird bei der chirurgischen Entfernung entzündeten Gewebes verfahrensbedingt gesundes Gewebe in nicht unerheblichem Maß entfernt. Aus unserer Sicht ist das nicht nötig. Die Parodontalbehandlung mit dem SIROLaser Advance und dem PerioScan ist im Vergleich deutlich leichter, schneller und weniger schmerzhaft. Davon profitieren beispielsweise auch viele ältere Patienten oder Patienten mit chronischen Erkrankungen, für die eine konservative PA-Behandlung eine zusätzliche gesundheitliche Belastung darstellt.



Zahnarzt Stefan Gottschalk

PN Wie reagieren Patienten auf Ihre Behandlungsmethode?

PN Vielen Dank für das Gespräch!

PN Adresse

Zahnarzt Stefan Gottschalk
Zahnärztliche Praxisgemeinschaft
Gottschalk & Kreft
Friedrich-Offermann-Straße 5
51429 Bensberg
Tel.: 022 04/5 16 16
E-Mail: info@zahnarzt-bensberg.de
www.zahnarzt-bensberg.de

PN Herr Gottschalk, wie gehen Sie bei einer Parodontalbehandlung vor?

Am Anfang steht natürlich die Diagnose. Bei uns in der Praxisgemeinschaft ist die Parodontaldiagnostik ein selbstverständlicher Bestandteil jeder Routineuntersuchung. Die Statistiken besagen, dass rund 90 Prozent der Patienten unter Entzündungen von Zahnfleisch oder Zahnhalteapparat leiden. Und was nützt die schönste Krone, wenn das Fundament des Zahns instabil wird, weil sich der Knochen zurückbildet?

PN Wie sieht eine moderne PA-Behandlung aus Ihrer Sicht aus?

Wir setzen in allen Behandlungsbereichen unserer Praxis auf moderne Technologie. So auch bei der PA-Behandlung, bei der uns der SIROLaser Advance unterstützt. Im ersten Schritt entfernen wir subgingivales entzündetes Gewebe schonend und gründlich. Beim Einsatz des Lasers wird nur das entzündete Gewebe entfernt. Technisch funktioniert das sehr intelligent, denn beim Lasern verdampft das dunkelpigmentierte Entzündungsgewebe, das die Strahlen absorbiert, während das helle, gesunde Gewebe unbehelligt bleibt. Die Behandlung ist minimalinvasiv und blutungsarm. Neben der Entfernung des kranken Gewebes werden zusätzlich auch Bakterien getötet.

PN Wie schätzen Sie das Handling des Lasers ein?

Der Einsatz eines Lasers erfordert ein gewisses Fingerspitzengefühl, das man aber schnell entwickelt. Mit etwas Erfahrung merkt man genau, wie man den Laser am besten durch die Zahnfleischtasche führt und wann die behandelte

Tasche weitgehend frei von entzündetem Gewebe ist.

PN Wie gehen Sie weiter vor?

Das Entfernen von Belägen und Konkrementen ist der zweite Behandlungsschritt. Hier unterstützt uns das Ultraschallgerät PerioScan, ebenfalls von Sirona. Das Gerät hat den Vorteil, dass es den Großteil der Konkreme von selbst erkennt. Sobald die Ultraschallspitze in der Zahnfleischtasche anliegt, gibt es in Form von optischen und akustischen Signalen zuverlässig Rückmeldung über den Zustand der Wurzeloberfläche. Wenn es auf Konkreme stößt, können wir diese in einem Arbeitsgang entfernen und abschließend nochmals kontrollieren, ohne die Spitze aus der Zahnfleischtasche zu nehmen. Das Umschalten zwischen Detektion und Entfernung erfolgt schnell und einfach über den Fußschalter, sodass der Arbeitsvorgang nicht unterbrochen werden muss. Wir als Behandler können also mit dem PerioScan gezielt vorgehen, was die Behandlung sehr effizient macht und die Substanz der Wurzeloberfläche schont. Unsere Patienten wiederum profitieren von einer schonenden und schmerzarmen Behandlung.

PN Inwieweit sind die Ergebnisse Ihrer Behandlungsmethode nachhaltig?

Das A und O ist das Bakterienmanagement. Hierbei spielen drei Faktoren eine Rolle: Erstens können wir ohne die Mitarbeit unserer Patienten nichts ausrichten. Bevor wir eine Behandlung beginnen, machen wir eine professionelle Zahnreinigung und klären unsere Patienten über Zahn- und Interdentalraumpflege auf. Zwei-

ANZEIGE

COMIC-POSTER FÜR DIE PRAXIS

Ab sofort ist unter dem Motto „Schöne Zähne mit Biss – Ihr Zahnarzt“ eine neue Hochglanzposter-Reihe mit witzigen Comic-Motiven erhältlich. Comics als Praxisdekoration?! Nach dem großen Erfolg der ersten Hochglanzposter-Trilogie „Schöne Zähne – Schönes Lächeln“ mit Cover-Motiven der Fachzeitschrift cosmetic dentistry, die sich außerordentlich großer Beliebtheit erfreut und die auch weiterhin erhältlich ist, bietet die OEMUS MEDIA AG ab sofort eine komplett neue Poster-Reihe zur kreativen Praxisgestaltung an. Diesmal sind es vier lustige Comic-Poster mit den Motiven Hund, Katze, Haifisch und Vampir, die in der gewohnt hochwertigen Qualität als Hochglanzposter im A1-Format (594 x 840 mm) erhältlich sind. Das Einzelposter ist zum Preis von 29 € und das Poster-Quartett für 89 € jeweils zzgl. MwSt. + Versandkosten erhältlich.

Bestellung auch online möglich unter: grasse@oemus-media.de

Hinweis: Die Ware ist vom Umtausch ausgeschlossen.

Bestellformular

Ja, ich möchte ein/mehrere Poster bestellen: (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Motiv 1

Motiv 2

Motiv 3

Motiv 4

Poster-Quartett
alle 4 Poster für 89 € zzgl. MwSt. + Versandkosten

Antwort per Fax 03 41/484 74-290 oder per Post an OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig

Name, Vorname

Firma

Straße

PLZ/Ort

E-Mail

Unterschrift

Kombinationstherapie bei Periodontitis

PN Fortsetzung von Seite 1

Parodontalerkrankungen regelmäßig nachweisbar ist und daher jedem parodontologisch tätigen Zahnarzt geläufig sein sollte: *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Fusobacterium species*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella oralis*.

Durch einen gewissen Paradigmenwechsel in der Parodontaltherapie während der letzten Jahre rücken die nichtchirurgischen Behandlungen der Taschen mittlerer Tiefe (4–5 mm) in den Vordergrund. Diese Fälle repräsentieren den größten Teil jener Patienten, die an parodontalen Erkrankungen leiden. Mit dem Einzug von Lasern auf diesem Gebiet ergeben sich interessante Perspektiven, die heutzutage im Grunde genommen zum Behandlungsspektrum eines jeden Behandlers gehören sollten. Lasergeräte können gerade in Verbindung mit Scaling und Root Planning nur Vorzüge im klinischen Behandlungsverlauf bewirken.

Die subgingivale Plaque ist der Hauptfaktor bei der Entstehung der Parodontitis. Zahnstein spielt als Retentionsstelle für die Besiedelung mit Mikroorganismen eine wichtige Rolle. Das subgingivale Konkrement findet sich in den Zahnfleischtaschen und trägt wesentlich zur Unterhaltung einer Parodontitis bei. Dem Weichgewebe der Taschen zugewandt, finden sich lockere Bakteriansammlungen, die sogenannte nichtadhärente Plaque, in der Literatur auch als „Swimmers“ bezeichnet, die fast ausschließlich aus gramnegativen Anaerobiern bestehen. Diese nehmen in akuten Phasen stark zu und scheinen beim Fortschreiten der Parodontitis eine wesentliche Rolle zu spielen.

In den letzten Jahren haben verschiedene Lasersysteme in Therapie der Parodontitis immer mehr an Bedeutung gewonnen. Prinzipiell ist die Laseranwen-



Abb. 1: OPG zeigt röntgenologisch einen extrem fortgeschrittenen horizontalen und vertikalen Knochenabbau bei einem 48-jährigen männlichen Patienten.



Abb. 2: Sondierung und Vermessung der Taschentiefe. – Abb. 3: Scaling und Root Planning.

derung aber nur als Ergänzung der konventionellen systematischen Therapie zu betrachten, wenn auch der Bereich der nichtchirurgischen Parodontaltherapie mittlerweile durch die Laserapplikation erweitert werden konnte. Bevor Lasergeräte zum Einsatz gelangen können, muss der Patient im Sinne einer vollständigen Initialtherapie vorbereitet sein. Mit den jüngsten Entwicklungen auf dem Gebiet der Lasertechnik erscheint es vorstellbar, dass auch die Entfernung von Konkrementen mithilfe des Lasers vorgenommen werden kann.

In erster Linie macht man sich jedoch die bakterizide Wirkung einer bestimmten Wellenlänge zunutze. Zahlreiche Studien und Veröffentlichungen aus den verschiedensten Bereichen der Zahnmedizin haben nachgewiesen, dass Laser im Infrarotbereich eine ausgezeichnete antibakterielle Wirkung aufweisen und auch in der Lage sind, bakterielle Toxine zu deaktivieren. Diese Wirkung entfaltet sich bereits bei einer Abgabeleistung, die deutlich unterhalb der Schwelle für eine thermische Schädigung von Weich- und Hartgewebe liegt. Dünne und flexible Lichtleitersysteme leiten die Laserstrahlung an nahezu jeden gewünschten Ort und lassen sich selbst im Bifurkationsbereich von Molaren gut verwenden. Es liegt daher nahe, sich dieser Vorteile im Zusammenhang mit einer systematischen Parodontaltherapie zu bedienen. Wird die abgegebene Leistung erhöht, kann

mit einem Nd:YAG- oder Dioden-Laser auch Taschenepithel im Sinne einer geschlossenen Kürettage entfernt werden. Die Taschendeckontaminierung mit Laser ist deshalb auch bei einer akuten lokalen Parodontitis sehr effektiv.

Behandlungsablauf

Der praktische Behandlungsablauf gestaltet sich folgendermaßen:

1. Anwendung von Ultraschallgeräten auf Schmelzoberflächen zur Entfernung von mineralisierten Zahnbelägen (Zahnstein) und Konkrementen.
2. Einsatz von Schallscalern auf dem Wurzelentin, zur systematischen Bearbeitung der Wurzeloberfläche. Zusätzlich mechanische Wurzelglättung mit Handinstrumenten.
3. Finishing, Scaling und Root Planings mit Handinstrumenten bei feiner Takttilität.
4. Abschließende Spülung mit Chlorhexidin.
5. Taschendeckontaminierung mit Lasertechnik.
6. Einbringen von Chlorhexidinbisgluconat in den Taschenbereich in Form von PerioChips.

Die äußerst vorteilhafte keimreduzierende Wirkung von Chlorhexidinbisgluconat ist jedem zahnärztlichen Kollegen seit seinem Studium hinreichend bekannt. Ein PerioChip enthält 2,5 mg Chlorhexidin und weist eine feste

Konsistenz auf. Nur so lässt er sich zielgenau in das betroffene Taschenareal einbringen. Durch die Nutzung und das Einbringen von PerioChips in tiefe parodontale Taschen erfolgt über ca. zehn Tage eine kontinuierliche Abgabe des erwünschten Wirkstoffs. Dadurch wird die sofortige bakterizide Wirkung der Laserapplikation zusätzlich durch eine mindestens zehn Tage andauernde Chlorhexidinfreisetzung mit einer gewünschten Keimreduktion und Vermeidung einer Neubesiedelung der Tasche durch pathogene Mikroorganismen unterstützt.

Die Effektivität dieser Behandlungsmethode zeigt sich in einem klinisch reizlosen, in der Regel schmerzfreien und blutungsfreien Heilungsverlauf, welcher von den Patienten als sehr positiv eingeschätzt wird. Die Sondierungstiefen der erkrankten Taschen nehmen durch die einmalige Anwendung eines PerioChips pro Parodontium um ca. 2–2,5 mm ab. Röntgenologische Kontrollen zeigen ca. drei Monate nach der oben beschriebenen Therapie eine deutliche Verminderung der Radioluzenz im angrenzenden Knochenbereich. Ein wesentlicher klinischer Vorteil der Anwendung von Perio Chips in parodontalen Taschen gegenüber der sogenannten Full-Mouth-Desinfektion besteht darin, dass keine Nebenwirkungen wie „schwarze Haar-Zunge“, Inaktivierung von Fibroblasten bei Regenerationsbehandlung, Geschmacksstörun-

gen oder Chlorhexidin-Staining auf Kompositfüllungen gefunden werden.

Schlussfolgerung

Der Einsatz von PerioChip und Laser im Rahmen einer systematischen Parodontaltherapie erhöht die Attraktivität und den Komfort für den Patienten. Diese moderne und meiner Meinung nach zeitgemäße Parodontaltherapie zeichnet sich durch eine Verkürzung der Behandlungsdauer, einen komplikationslosen Heilungsverlauf und die Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen einschließlich der Vermeidung einer Antibiotikagabe aus.

Für den praktisch tätigen Zahnarzt ist es von großer Bedeutung, Therapiemethoden zu nutzen, die die Regeneration von parodontalen Weich- und Hartgeweben begünstigen. Nicht unerwähnt sollen auch die jeder Hard-Laseranwendung vorhandenen Effekte im Sinne eines Soft-Lasers bleiben. Je nach abgegebener Leistung und Eindringtiefe wird das Laserlicht beim Durchtritt durch das bestrahlte Gewebe in einer gewissen Tiefe bis auf eine Energiedichte abgeschwächt, die der Strahlung eines Soft-Lasers entspricht. Hier kommen dann dessen Effekte, wie Zellstimulation und gegebenenfalls auch schmerzhemmende Wirkung zum Tragen. Den Dioden- und dem Nd:YAG-Laser ist gemein, dass sich beide Wellenlängen mithilfe äußerster dünner, flexibler Lichtleiter direkt an den Applikationsort bringen lassen. So lassen sich mühelos alle Bereiche der Wurzeloberfläche einschließlich der Bifurkationen erreichen. Temperaturbedingte Nebenwirkungen lassen sich durch die Wahl geeigneter Parameter (Pulsrate, Energie, Applikationszeit) und eine korrekte Handhabung des Lasers minimieren. PN



Abb. 4: Laserfaser im Taschenbereich. – Abb. 5: Das Chlorhexidinbisgluconat in Großaufnahme. – Abb. 6: Der Chip unmittelbar über dem Sulkus.



Abb. 7: Versenken des Chips in die Tasche. – Abb. 8: Rö-ZF: Horizontaler und vertikaler Knochenabbau vor Therapie. – Abb. 9: Rö-ZF: Drei Monate nach der PerioChip Applikation.

Literatur beim Verfasser.

PN Adresse

Prof. (Hangzhou Normal University, China) Dr. med. Frank Liebaug, Gastprofessor University Shandong, China
Praxis für Laserzahnheilkunde und Implantologie
Arzbergstraße 30
98587 Steinbach-Hallenberg
E-Mail: frankliebaug@hotmail.com



Problemfall Periimplantitis – der Er:YAG-Laser hilft

PN Fortsetzung von Seite 1

vorsichtigen Sondierung entleerte sich Pus aus einer 7–10 mm tiefen periimplantären Tasche (Abb. 1). Beide Implantate waren fest im Knochen inseriert und nicht perkussionsempfindlich. Okklusale Vorkontakte bestanden nicht.

es zu einer teilweisen Exposition des Knochenersatzmaterials gekommen war. Die Wunde wurde daraufhin intensiv mit 0,2%iger CHX-Lösung gespült. Bei der Abschlusskontrolle nach 14 Tagen post OP zeigten sich die periimplantären Gewebe reizlos. Durch die Reduktion der vestibulären Weichge-

sches Vorgehen, da wir wegen der tulpenförmig-konischen Implantatgeometrie keine sichere Keimelimination in der Tasche auf andere Weise gewährleisten konnten. Der Er:YAG-Laser bot sich aufgrund der evidenzbasierten Untersuchungen (siehe oben) an. Besonders die geringe Schädigung

große Palette an Möglichkeiten, die es bietet, wäre es durch entsprechende Leistungsparameter auch möglich gewesen, im selben Arbeitsschritt Knochentanten zu glätten oder Gingivaüberschüsse abzutragen. Das eingesetzte R14-Handstück garantierte durch seine Saphierspitze (Abb. 10) zwar eine

kommt, ist in diesem Fall sicher vorzuziehen, da es auch bei engen Platzverhältnissen ein hohes Maß an Flexibilität und Übersichtlichkeit garantiert. Wegen der Tiefe des Knochendefekts bot sich eine Augmentation mit Knochenersatzmaterial an. Auf eine zusätzliche Membranstabilisierung vorzuziehen gewesen. Die aufgetretene Nahtdehiszenz und die am Ende beobachtete Gingivarezession wären durch ein solches Vorgehen wahrscheinlich weniger prominent aufgetreten. Trotz dieser leichten Einschränkung kann die oben beschriebene Behandlung dennoch als Erfolg gewertet werden, da nicht nur die Symptome der Periimplantitis beseitigt wurden, sondern es zusätzlich zu einer Neubildung von Knochen am Implantat gekommen ist. **PN**

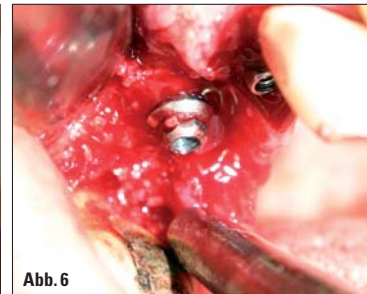
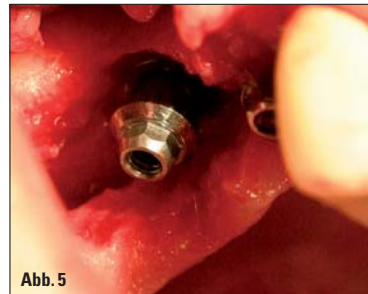
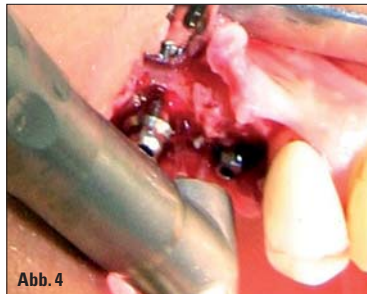
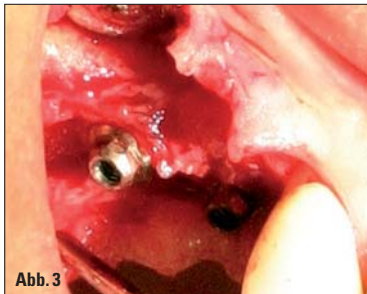


Abb. 3: Infiltrierte periimplantäre Strukturen. – Abb. 4: Abtragung des Granulationsgewebes mit dem Er:YAG-Laser unter Wasserkühlung. – Abb. 5: Gereinigte Implantatoberfläche direkt nach dem Lasereinsatz. – Abb. 6: Augmentation des Knochendefekts mit TCP-Granulat.

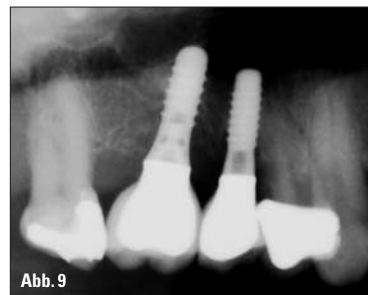
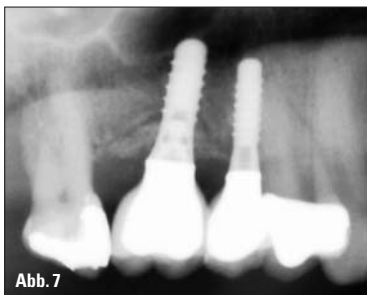


Abb. 7: Röntgenkontrolle der Augmentation am Implantat 016. – Abb. 8: Zustand der Gewebe sechs Monate post OP. – Abb. 9: Röntgenkontrolle nach sechs Monaten post OP mit knöchern regeneriertem Defekt. – Abb. 10: Handstück R14 (links) und R02 (rechts) für den Fidelis Plus III-Laser.

In der Panoramaschichtaufnahme zeigte sich ein schüsselförmiger Knochendefekt am Implantat 016 (Abb. 2), was eine Periimplantitis nahe legte (Heitz-Mayfield 2008). In der ersten Sitzung wurde die Schwellung über der periimplantären Tasche entlastet und diese im Anschluss mit 0,2%iger CHX-Lösung intensiv gespült. Erst in der darauffolgenden Sitzung erfolgte die systematische Dekontamination der Implantatoberfläche mit dem Er:YAG-Laser. Hierfür wurden beide Kronen entfernt. Danach wurde in LA ein vestibulärer Trapezlappen gebildet und das periimplantäre Weichgewebe dargestellt (Abb. 3). Mit dem R14-Handstück des Er:YAG-Lasers (Fidelis Plus III, Fa. Fotona) erfolgte die Entfernung dieses Granulationsgewebes bis in den Fundus der periimplantären Tasche (Pulsdauer: SP ca. 275 µs; Pulsenergie: 150 mJ; Pulsfrequenz: 15 Hz; Luft und Wasser). Im Anschluss wurde mit denselben Laserparametern auch die Implantatoberfläche dekontaminiert (Abb. 4). Durch die Wahl einer niedrigen Pulsenergie von 150 mJ blieb der ortständige Knochen unbeschädigt und zeigte keinerlei thermische Nekrosen (Abb. 5). Zur Auffüllung des Knochendefektes, der bis zur Implantatschulter eine Tiefe von 5–7 mm zeigte, wurde Knochenersatzmaterial (Bioreorb, Fa. Oraltronics) eingelagert (Abb. 6 und 7). Es erfolgte eine Wundversorgung mit Nähten und die Kronen wurden wieder verschraubt. Post OP rezeptierten wir Rp.: Clindamycin N2 300 mg; 3/d und Ibuprofen N1 400 mg ad lib. Eine Woche nach dem Eingriff erfolgte die Nahtentfernung. Hierbei zeigte sich eine leichte Dehiszenz zwischen den Implantaten, bei der

websmanschette war die Implantatschulter am Implantat 016 jetzt exponiert. Bei der Spülkontrolle nach sechs Monaten zeigten sich dieselben stabilen klinischen Verhältnisse (Abb. 8). Die periimplantäre Tasche am Implantat 016 betrug 2–3 mm ohne Sekretabfluss. Die Panoramaschichtaufnahme zeigte eine deutliche knöcherne Regeneration sowohl distal als auch mesial am Implantat (Abb. 9).

Diskussion

Die Behandlung der Periimplantitis stellt eine besondere Herausforderung an den Behandler, da es wegen der schlechten Zugänglichkeit der infizierten Oberflächen häufig zu Misserfolgen kommen kann. Im oben geschilderten Fall wird das Misserfolgsrisiko zusätzlich durch die ungünstige Allgemeinanamnese gesteigert. Besonders der Nikotinkonsum fördert nicht nur das Auftreten einer Periimplantitis, sondern führt auch in gesteigertem Maß zu Komplikationen während der Therapie (z. B. Wundheilungsstörungen, Nahtdehiszenzen und Rezidiven) (Heitz-Mayfield et al. 2009). Die ständige Einnahme von Kortisonpräparaten verstärkt diesen Effekt zusätzlich. Da es neben den Veränderungen an den Weichgeweben (Schwellung, Blutung bei Sondierung und Suppuration) auch zu einem Abbau des ortständigen Knochens gekommen war, konnte eine Mukositis ausgeschlossen werden. Im oben geschilderten Fall musste daher von der Diagnose Periimplantitis ausgegangen werden. In der Therapie entschieden wir uns trotz der ungünstigen Anamnese für ein offenes chirurgi-

gesunder Strukturen bei selektiver Abtragung des Granulationsgewebes ist ein besonderer Vorteil dieses Verfahrens. Der eingesetzte Fidelis Plus III-Laser erwies sich hierfür als optimale Wahl, da es möglich war, die Leistung des Gerätes präzise auf die vorgefundenen Gegebenheiten einzustellen. Durch die

definierte Ausrichtung des Laserstrahles parallel zur Implantat-achse, nachteilig ist allerdings, dass sich die fragile Spitze leicht in der Tiefe der Knochenkavität bzw. am Implantatgewinde verkeilen kann und dann vom Handstück abbricht. Das R02-Handstück, welches ohne Saphirspitze aus-



PN Adresse

Dr. Timo Simniok
Rabensberg 17
30900 Wedemark
E-Mail: praxis@simniok.de
www.simniok.de



ANZEIGE

Bestellen Sie das neue Kompendium 2012

59€

Anwenderberichte Fallbeispiele

Marktübersichten Produktübersichten

„Jahrbuch Laserzahnmedizin“

_____ Exemplar(e)

Preis versteht sich inkl. MwSt. und Versandkosten.

Faxsendung an
03 41/4 84 74-2 90

Bitte senden Sie mir mein(e) Exemplar(e) an folgende Adresse:

Praxisstempel

Jetzt bestellen!

Name:	Vorname:
Straße:	PLZ/Ort:
Telefon/Fax:	E-Mail:
Unterschrift:	

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-0
Fax: 03 41/4 84 74-2 90

PN 6/11

Parodontales Risikomanagement – systematisch und standardisiert

In Deutschland stehen den wahrscheinlich 35 Millionen Menschen, die Anzeichen einer parodontalen Erkrankung aufweisen, nur etwa eine Million Parodontaltherapien gegenüber. Dass hier noch ein deutlicher Handlungsbedarf besteht, ist offensichtlich. Zumal die Zusammenhänge zwischen der oralen und der allgemeinen Gesundheit evident sind.



Abb. 1: Parodontal vorgeschädigter Patient acht Jahre nach Initialtherapie – Der Zustand ist langfristig stabil.



Abb. 2: Plaquefreiheit – auch bei Patienten mit erhöhtem Schwierigkeitsgrad.

Warum werden viele Parodontalerkrankungen nicht erkannt? Sicherlich werden einige der Erkrankten nicht in Zahnarztpraxen vorstellig. Teilweise werden in den Praxen die Erkrankungen auch nicht ausreichend diagnostiziert. Gelegentlich entwickeln aber auch Patienten/-innen, die sich regelmäßig in der Praxis vorstellen, unbemerkt eine Parodontitis. Man kennt Patienten/-innen über viele Jahre, kontrolliert in festen Abständen die Hartschicht und übersieht die Veränderungen im Weichgewebe. Um dieses zu verhindern, ist eine standardisierte, dokumentierte und reproduzierbare Diagnostik notwendig. Diese Diagnostik muss auch über Jahre nachvollziehbar und vergleichbar sein. Nur so können Veränderungen frühzeitig auffallen und eine schnelle Intervention möglich machen.

Anamnese und Befunde

Zur Diagnostik einer Parodontalerkrankung stehen uns eine Vielzahl von Verfahren, Hilfsmitteln und Indizes zur Verfügung. Nach Erhebung einer ausführlichen zahnärztlichen Anamnese, ergänzt durch die wichtigsten durchlebten und aktuellen allgemeinmedizinischen Krankheitsbilder, der Abklärung verordneter Medikationen, Angaben zur häuslichen Mundhygiene und zum stärksten extrinsischen Risikofaktor – dem Rauchverhalten der Patienten/-innen –, folgt die parodontale Befundung.

Als Schwerpunkte der allgemeinen Krankheitsgeschichte sind vor allem Diabetes mellitus, Leukämien, Autoimmunerkrankungen, Organerkrankungen sowie familiäre Neutropenie oder

Interleukin-1-Polymorphismus ebenso wie stattgefundene operative Eingriffe anzusehen.

Bei der Medikation sollten Präparate mit Einfluss auf den Hormonhaushalt (Cave: derartige Medikamente können auch bei Männern Verwendung finden), Antiepileptika, Immunsuppressiva, Biphosphonate und Medikamente mit Einfluss auf die Blutgerinnung besonders beachtet werden.

Für die parodontale Diagnostik ist neben des obligatorischen Hartgewebefundes einschließlich iatrogen geschaffener Prädelektionsstellen zuerst die Erhebung eines Mundhygienestatus wichtig. Hier sollte der Approximal-Plaque-Index (API) durch ein BOP (Bleeding on Probing) ergänzt werden. Auf die Erhebung vom Parodontal-Screening-Index (PSI) zur Ermittlung des parodontalen Behandlungsbedarfs durch den Zahnarzt folgt die erste Reinigung der Zähne.

Bei festgestellter Behandlungsbedürftigkeit des Zahnhalteapparats, also einem PSI Grad von mehr als 2, muss ein vollständiger Parodontalstatus erhoben werden. Neben der Sondierungstiefe und dem Gingivaverlauf – was zusammen das Attachmentlevel ergibt – müssen Furkationsbefall und Zahnbeweglichkeit berücksichtigt werden. Ergänzend sind mukogingivale Befunde (Lippen-/Wangenbändchen, Tiefe des Vestibulums) sinnvoll.

Bei leichten bis moderaten Fällen sollte eine Panoramaschichtaufnahme (PSA) zur Bewertung des Knochenabbaus besonders in Relation zum Alter der Patienten/-innen angefertigt werden. Bei schweren Fällen kann ein Zahnfilmstatus sinnvoll sein.

Zusätzliche diagnostische Möglichkeiten ergeben sich aus der Nutzung von Interleukin-1-Tests oder Bakterientests. Hier steht eine breite Auswahl unterschiedlicher Tests zur Verfügung. Ob ein Gensonden-Test oder das Anlegen einer Kultur indiziert ist, muss im Einzelfall durch den Zahnarzt festgelegt werden. Die aktuelle Progression und Risiko einschätzung zur Schwere der Erkrankung lässt sich durch eine Messung der aktiven humanen Metallo-Matrixproteinase-8 gut abschätzen. Ein hoher aMMP-8-Spiegel kann auf akute Kollagen-destruktionsprozesse, also eine aktive Entzündung, und damit auf einen sofort behandlungsbedürftigen Zustand hinweisen. Die Messung des Entzündungsmarkers erfolgt entweder mit einem einfachen Chairside-Test oder durch eine quantitative Bestimmung im Labor.

Dokumentation und Qualitätssicherung

Besonders wichtig, wegen der Fülle der Erhebungen, ist eine einfache, übersichtliche und standardisierte Befunddokumentation. Hier stößt das Niederschreiben auf Papier schnell an seine Grenzen – besonders bei einem idealerweise lebenslangen parodontologischen Recall.

Den Erfolg einer systematischen Parodontaltherapie – wie auch der anschließenden unterstützenden Nachsorge (UTP) – gilt es über Jahre hinweg nachzuvollziehen und langfristig Trends zu beobachten. Es ist unverzichtbar, eine eventuelle erneute Interventionsnotwendigkeit frühzeitig festzustellen. Das ist mit konventionellen Möglichkeiten nicht zu erreichen. Zur Dokumentation der Befunderhebung stehen viele computergestützte Programme zur Verfügung.

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie ist das Programm ParoStatus.de entwickelt und akkreditiert worden (Abb. 3 bis 6). Dieses Programm bietet nicht nur die oben geforderten Möglichkeiten der Dokumentation, sondern unterstützt auch die Prophylaxemitarbeiter/-innen in der Risikobewertung. Zudem fördert und fordert das ParoStatus.de-Programm ein sehr systematisches Vorgehen in der Patienten/-innen-Betreuung und dient damit einer – grundsätzlich notwendigen – Standardisierung (Abb. 3). Durch Verwendung eines einheitlichen Programms lassen sich auch komplikationslos die von Zahnärzten/-innen und Mitarbeiter/-innen erhobenen Befunde zusammenfügen, was eine zügige Diagnosestellung erleichtert (Abb. 3, 5 und 6).

Aufgrund der Komplexität der Parodontitis mit ihren zahlreichen Einflussfaktoren und dem ständigen Gegenspiel von Noxen und Immunantwort muss eben diese Bewertung des individuellen Risikos umfassend vorgenommen und in regelmäßigen Abständen evaluiert werden. Einschätzungen auf Grundlage einzelner Parameter werden dem multifaktoriellen Geschehen nicht gerecht und führen oft zu Fehleinschätzungen des Krankheitsverlaufs.

Damit sich die an die systematische Parodontaltherapie anschließende Parodontitisnach-sorge (UTP) nicht unspezifisch gestaltet, sondern an die Bedürf-

nisse der Erkrankten angepasst werden kann, ist eine weitergehende Risiko- bzw. Verlaufseinschätzung unerlässlich. So ist auch nach der Ausheilphase der Parodontitistherapie eine erneute Beurteilung notwendig.

Risikomanagement im Recall

Je nach den ermittelten Befunden erfolgt die Zuordnung der Betroffenen zu einer von drei Risikogruppen. Eine farbliche Darstellung der unterschiedlichen Parameter im Programm (Ampelfunktion) dient der zusätzlichen optischen Orientierung



Abb. 3: Bildschirmfoto ParoStatus.de-Software – rechts Zusammenfassung der Befunde mit Risikoanalyse, links oben Systematik der Prophylaxesitzung.

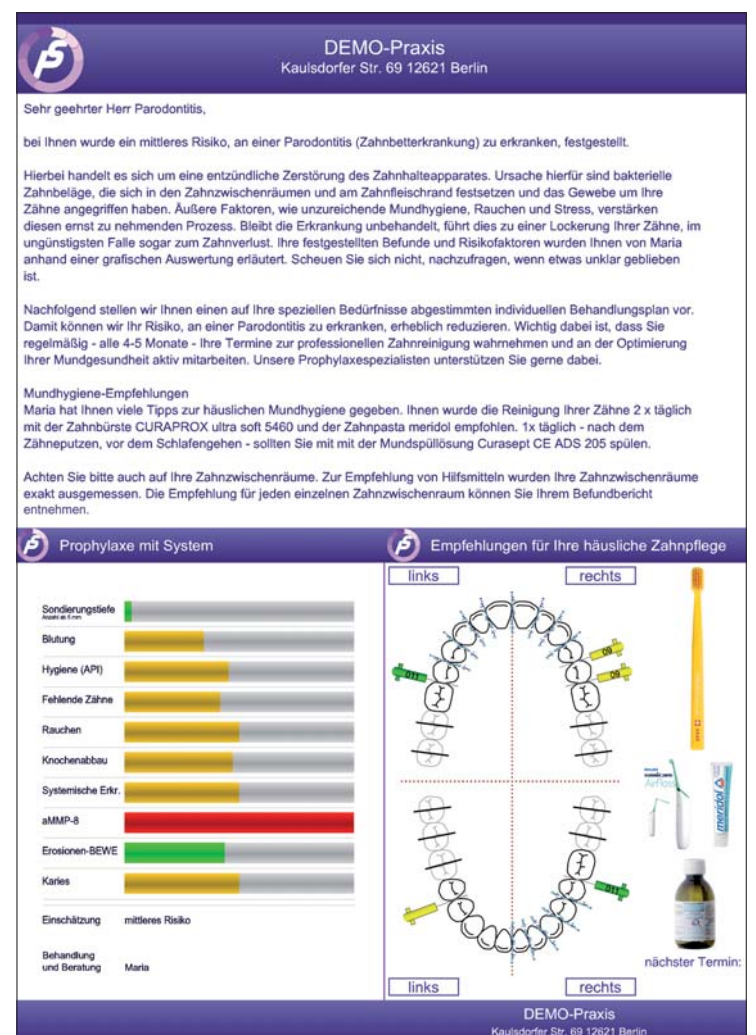


Abb. 4: Patientenausdruck ParoStatus.de-Software – Ausdruck mit automatisch generiertem, individuellen Text, Risikoanalyse und persönlichen Putzempfehlungen.

der Patienten/-innen. Dies kann die Prophylaxefachkraft nutzen, um die praktischen Konsequenzen für die weitere Therapie zu erläutern und begreiflich zu machen (Abb. 3 und 4).

Diese Skalierung der Parameter erfolgt in den Stufen: „niedriges“, „mittleres“ und „hohes Risiko“. Daraus ergeben sich Empfehlungen für individuellen Recallfrequenzen und Therapiemaßnahmen: Bei eher niedrigem Risiko werden Prophylaxesitzungen im Abstand von sechs Monaten empfohlen und bei mittlerem Risiko im Abstand von vier bis fünf Monaten.

Bei festgestellt hohem Risiko sind alle drei Monate Prophylaxesitzungen angezeigt.

Eine erneute Risikoeinstufung nach jeweils etwa einem Jahr erscheint sinnvoll, um den Krankheitsverlauf und den Behandlungserfolg dokumentieren und nachverfolgen zu können. Nach

ten/-innen die parodontalen Verhältnisse über viele Jahre stabilisiert werden (Abb. 1).

Compliance: „Ohne Mitarbeit läuft nichts!“

Von entscheidender Bedeutung für die Nachhaltigkeit des Behandlungserfolgs ist die Integration der Patienten/-innen in den Betreuungsablauf. Ohne eine ausreichende Compliance kann eine komplexe Therapie nicht langfristig erfolgreich sein. Nur aufgeklärte und informierte Patienten/-innen können verstehen und folglich motiviert werden, die unterstützende Parodontaltherapie und die Recalltermine regelmäßig wahrzunehmen. Eine professionelle Unterstützung in diesem Kommunikationsprozess liefert das ParoStatus.de-System. Seine Stärke liegt unter anderem in der individuel-

Unterstützung der häuslichen Mitarbeit alle relevanten Informationen laienverständlich auf DIN A4-Größe auszudrucken (Ein-Blatt-Version) (Abb. 4). Die Patienten/-innen erkennen jetzt auf einen Blick ihr persönliches Risikoprofil, das sich daraus ergebende Recall-Intervall und – sehr wichtig! – ihre „Mundhygiene-Hausaufgaben“. Die „Mundhygiene-Hausaufgaben“ werden übersichtlich in einem Zahnschema auf DIN A6-Größe (zweimal gefaltetes Din A4-Blatt) dargestellt. Zusätzlich sind alle vereinbarten Hilfsmittel – wie Zahnbürste, Interdentalraumreiniger, medikamentöse Unterstützung etc. – abgebildet (Abb. 4). Dies ermöglicht den Patienten/-innen auch nach dem Verlassen der Zahnarztpraxis in einer für sie entspannteren Atmosphäre das Gehörte nachzuvollziehen und verhindert, dass Wichtiges vergessen wird.

Da das ParoStatus.de-Programm auf der Grundlage der ermittelten Daten und der Auswertung aller erhobenen Befunde einschließlich der Risikoeinschätzung eigenständig den nächsten Termin vorschlägt, werden der weitere Behandlungsablauf und die vorgeschlagenen Recallabstände für die Patienten/-innen auf einen Blick nachvollziehbar. Diese individuelle Form der Patienten/-innen-Information berücksichtigt ein bereits vorhandenes Bedürfnis nach Aufklärung bzw. hilft uns „Prophy-Profit“ ein solches zu wecken und steigert somit die erforderliche Compliance.

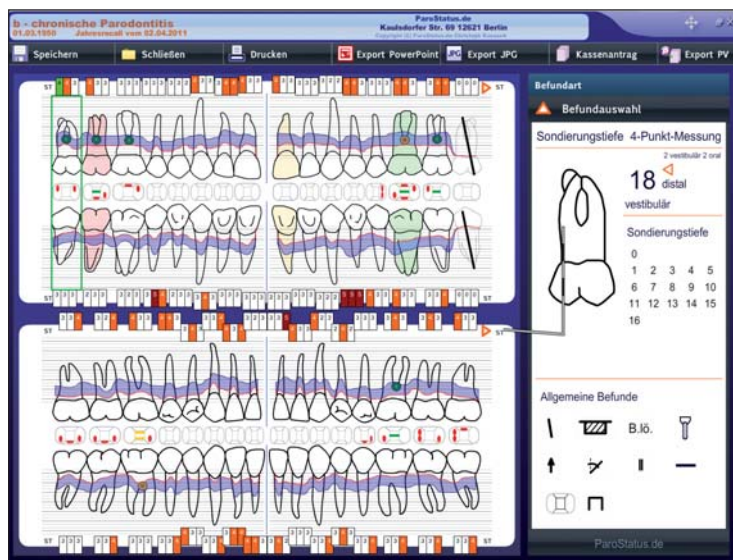


Abb. 5: Bildschirmfoto ParoStatus.de-Software – parodontale Befunderhebung.



Abb. 6: Bildschirmfoto ParoStatus.de-Software – Schnellanalyse des parodontalen Befundes.

einer Neubewertung des persönlichen Risikos werden eventuell notwendige, neuerliche Behandlungsschritte festgelegt, Maßnahmen zur Intensivierung beziehungsweise Verbesserung der Compliance besprochen sowie die Recallabstände individuell angepasst.

Damit entsprechen Letztere immer dem Erfordernis eines kontinuierlichen, aktualisierten Risikomanagements der parodontal Erkrankten. Bei konsequent durchgeführter Prophylaxe in risikoorientierten Zeitabständen können bei den meisten Patien-

ten, patienten/-innengerechten und anschaulichen Aufbereitung der Befunde sowie deren Auswirkungen auf den Zahnhalteapparat und in der Folge auf die Gesamtgesundheit der Betroffenen (Abb. 4).

Aufgrund der rationell und hygienisch vorteilhaft (kein Stift!) erfassten Befunde (PSI, ST, BOP/API) stellt das ParoStatus.de-System grafisch sehr anschaulich die zur Patienten/-innen-Beratung nötigen Daten zunächst auf dem Monitor dar (Abb. 3). Nach einer Erläuterung chairside besteht die Möglichkeit, zur

Parodontitismanagement: Eine „never-ending story“

Von entscheidender Bedeutung für die Nachhaltigkeit des Behandlungserfolgs ist die konsequente Einbeziehung der Patienten/-innen in den Behandlungs- bzw. Betreuungsablauf. Wie schon mehrfach angesprochen, kann ohne eine ausreichende Compliance eine komplexe Therapie nicht erfolgreich sein. Hierzu ist die Aufklärung und – wie unsere langjährigen Erfahrungen immer wieder zeigen – eine stetig sich wiederholende, angepasste Information und Instruktion zur persönlichen Mitarbeit vonnöten. Wie oben ausführlich beschrieben, liefert uns das ParoStatus.de-System auch dazu eine sehr wertvolle Unterstützung und fördert insgesamt durch Standardisierung die Vollständigkeit von Therapie und Betreuung in der zahnmedizinischen Praxis. **PN**

PN Adresse

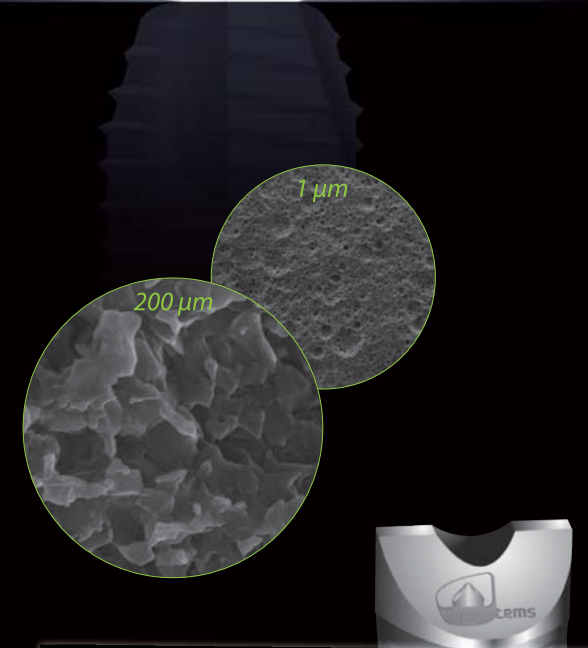
ZMF Christiane Schuler, M. A.
Dr. Björn Eggert
E-Mail: BjEggert@aol.com

Praxis Claudia Klatte
Friedrich-Breuer-Str. 62
53225 Bonn-Beuel

bpisys.ceramic

die zweiteilige Zirkon Lösung

100% Zirkon Integration
Drei apikale Schneidflächen
Zylindrisch und selbstschneidend
Hydrophile Oberfläche
Rotationsschutz
Beschleunigte Einheilzeit



Giebel förmige Implantate

von bpi systems

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

Parodontitis: mit inaktivierten Erregern gegensteuern

Der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie zufolge leiden 52,7 Prozent der Erwachsenen unter einer mittelschweren Parodontitis, 20,5 Prozent sind von der schweren Form betroffen.¹ Nach einer Behandlung siedeln sich die Parodontitiserreger oft schnell wieder an und es kommt zum Rezidiv. Eine Möglichkeit zur Rezidivprophylaxe bieten die Parovaccinen. Sie können auch alternativ zur Antibiotikatherapie eingesetzt werden.

Bei schweren Parodontalerkrankungen empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in einer wissenschaftlichen Stellungnahme den Einsatz von Antibiotika, da Bakterien die Ursache von entzündlichen Erkrankungen des Zahnhalteapparats darstellen.² Um die Parodontitiserreger der Antibiotikatherapie zugänglich zu machen, ist eine kurzfristige Desintegration des Biofilms über ein supra- und subgingivales Débridement notwendig. Allerdings sind die Bakterien im Biofilm nicht nur für Antibiotika schlechter erreichbar, sie besitzen auch eine höhere Resistenz. Das birgt eine weitere Gefahr: Wird der entsprechende Erreger nicht komplett eliminiert,

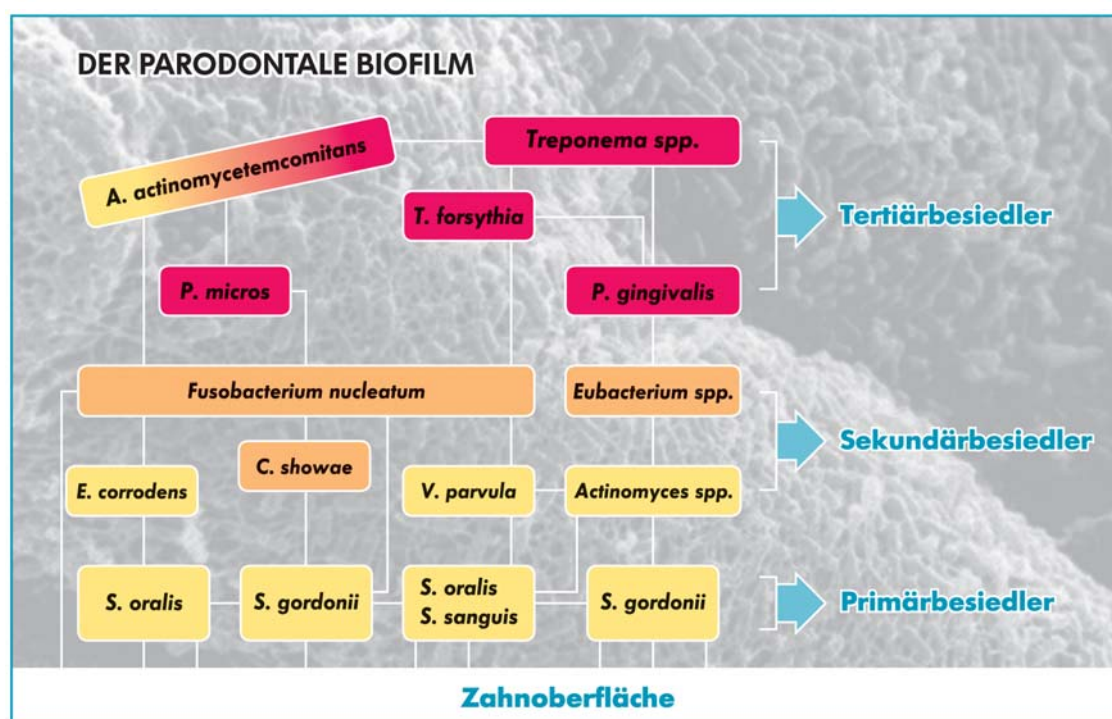
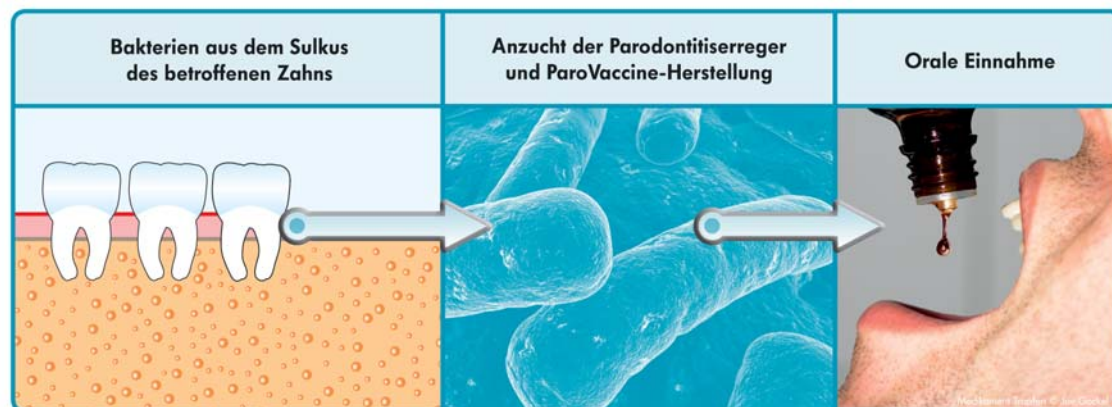
der Antibiose bieten die Parovaccinen. Die Therapie mit Parovaccinen ist ebenfalls gegen die Parodontitiserreger gerichtet – allerdings tötet die Parovaccine die Bakterien nicht direkt ab, sondern stimuliert das Immunsystem gezielt gegen die Erreger. Dafür nimmt der Patient hohe Dosen inaktivierter Parodontitiserreger ein, die aus dem Sulkus-Abstrich des jeweiligen Patienten isoliert worden sind. Die inaktivierten Parodontitiserreger wirken nicht mehr pathogen, können aber das Immunsystem über ihre Oberflächenantigene gezielt stimulieren und so die Immunreaktion auf die vorliegenden Parodontitiserreger stärken. Dabei ist die Immunstimulation stammspezifisch: die Im-

det. Der Hersteller isoliert die enthaltenen Parodontitiserreger unter anaeroben Bedingungen und züchtet sie an. Anschließend werden die Erreger in einem speziellen Verfahren inaktiviert und zur Parovaccine verarbeitet. In der Regel dauert die Produktion vier Wochen.

Der Patient nimmt die Parovaccine anschließend oral ein. Die Parovaccinen werden in zwei Verdünnungsstufen hergestellt; der Patient beginnt mit der höheren Verdünnung und nimmt die Tropfen zweimal wöchentlich oral ein. Daraufhin wird die Dosierung langsam gesteigert, um die Eigenregulation der Immunabwehr anzuregen. Die Therapie dauert etwa drei Monate.

Bildung eines Biofilms: hier treffen die feste Phase von Zahn und Zahnhalteapparat auf die wässrige Phase des Speichels. Die Bakterien können sich an der festen Phase verankern, während der Nährstoffzufluss über den Speichel gesichert ist. Es entwickeln sich kleine Kolonien, die makromolekulare Substanzen ausscheiden. Das bietet anderen Bakterienarten geeignete Lebensbedingungen. Sie lagern sich an und der Biofilm wächst – bis zu einer maximalen Dicke, bei der sich Biofilmbildung und Abtrag die Waage halten. Für die Bakterien bedeutet der Biofilm Sicherheit: Schutz gegen Zugriffe von außen und eine optimale Nährstoffversorgung. Ein Biofilm kann mehrere hundert verschiedene Bakterienarten enthalten.

schon Raum publiziert.⁴ Auch Alexander Fleming arbeitete in seinen jungen Forscherjahren intensiv an den Autovaccinen, bis er per Zufall mit dem Penicillin das erste Antibiotikum entdeckte. In der Folgezeit verdrängten die Antibiotika den Gebrauch der Autovaccinen in Westeuropa weitgehend und das Wissen um die Autovaccinen geriet bei den meisten Ärzten in Vergessenheit. Während die Arbeiten zu Autovaccinen vorwiegend im osteuropäischen Raum weitergeführt wurden, hielt in Deutschland eine kleine Gruppe von Ärzten an der Autovaccine-Forschung fest. Sie legte den Grundstein für die heutige SymbioVaccin GmbH, dem derzeit einzigen Hersteller von Autovaccinen in Deutschland. Die Therapie mit infektionsbezogenen Autovaccinen ist neben der Behandlung von Parodontalerkrankungen auch für die Therapie anderer chronischer oder rezidivierender Erkrankungen geeignet. Beispiele sind chronisch-rezidivierende Harnwegsinfekte, Candida-Mykosen, bakterielle Vaginosen, chronisch-rezidivierende Abszesse und Furunkel und chronische Atemwegsinfektionen.



kann die Antibiotikatherapie die Entstehung weiterer Resistenzen fördern. Darüber hinaus greifen Antibiotika nicht nur aggressive Parodontitiserreger an, sondern auch die physiologischen Bakterien der Mundflora. Das schwächt eine der natürlichen Kolonisationsbarrieren des Körpers und die Parodontitiserreger können sich zum Teil schnell wieder ansiedeln.

Therapie mit Parovaccinen

Eine Behandlungsalternative und Möglichkeit zur Nachsorge nach

munreaktion ist genau auf den Erregerstamm zugeschnitten, der die Entzündung auslöst.

Herstellung und Anwendung

Die Parovaccinen werden individuell aus den Parodontitiserregern des jeweiligen Patienten hergestellt. Dafür wird mithilfe von Papierspitzen ein Abstrich aus dem Sulkus des betroffenen Zahns genommen. Die Papierspitze wird in ein mit Transportmedium für Anaerobier gefülltes Gefäß gegeben und an den Hersteller gesen-

Bakterien als Ursache

Typische Erreger einer Parodontitis sind:

- *Tannerella forsythensis*
- *Porphyromonas gingivalis*
- *Treponema denticola*
- *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*.

Die Bakterien im Plaque sind als Biofilm organisiert, die in die Antibiotika nur schwer eindringen können. Ein Biofilm besteht aus einer dünnen Schleimschicht, in die verschiedene Mikroorganismen eingebettet sind. Der Mund bietet ideale Voraussetzung für die

Entstehung der Parodontitis

Bei einer Parodontitis hat sich das Keimspektrum im Biofilm verändert. Das geschieht nicht von heute auf morgen. Zuerst siedeln sich fakultativ anaerobe, moderat pathogene Brückenkeime an, die den aggressiven Parodontitiserregern den Weg bereiten. Durch ihren Stoffwechsel schaffen die Brückenkeime den klassischen Parodontitiserregern eine ökologische Nische. Denn die eigentlichen Parodontitiserreger verfügen über einen strikt anaeroben Stoffwechsel und sind sehr anspruchsvoll. Haben die Parodontitiserreger geeignete Lebensbedingungen vorgefunden, vermehren sie sich. Dabei wirken sie als bakterielle Antigene. Sie produzieren Lipopolysaccharide, die die Bildung von proinflammatorischen Zytokinen auslösen – es kommt zur typischen Entzündungsreaktion. Außerdem verfügen die Parodontitiserreger über Virulenzfaktoren und bilden Toxine und abbauende Enzyme. Entsprechend kommt es meist zu Sondierungsblutungen und tiefen Zahntaschen, wenn die aggressiven Parodontitiserreger nachweisbar sind.

Hintergrund der Parovaccine

Die Parovaccine zählt zu den infektionsbezogenen Autovaccinen. Das Konzept der infektionsbezogenen Autovaccine basiert auf der von Wright und Douglas verfassten Theorie der Opsonie.³ Sir Almroth Wright setzte bereits Anfang des 19. Jahrhunderts abgetötete Mikroorganismen zur Prävention und Therapie von Infekten ein. Ihre Blütezeit erlebten die Autovaccinen zwischen den Weltkriegen. Bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs wurden knapp 400 Arbeiten zu Autovaccinen aus dem europäischen und amerikani-

Fazit

Im Bereich der Zahnheilkunde ist die Behandlung mit Parovaccinen eine sinnvolle Alternative oder auch Ergänzung zur herkömmlichen Antibiotikatherapie. Gerade mit Blick auf die hohe Rezidivrate bei Parodontalerkrankungen und das Risiko der Resistenzentstehung beim Einsatz von Antibiotika sind die Parovaccinen interessant. □

PN Literaturliste

1. Micheelis, W. und U. Schiffner: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). 2006, Deutscher Zahnärzte Verlag
2. http://www.dgparo.de/PDF/PDF_Wissen/Adjuvante-Antibiotika-in-der-Parodontitistherapie-2003-01-30.pdf
3. Wright, A. E. und S. R. Douglas: Experimentelle Untersuchung über die Rolle der Blutflüssigkeiten bei Phagozytose. In Studien über Immunisierung und ihre Anwendung in der Diagnose und Behandlung von Bakterieninfektionen. 1909, Gustav Fischer Verlag
4. <http://www.autovaccine.de/english/references.html>

PN Adresse

**SYMBIO
VACCIN**

SymbioVaccin GmbH
Auf den Luppen 8, 35745 Herborn
Tel.: 027 72/981-191
Fax: 027 72/981-151
E-Mail: info@symbiovacin.de
www.symbiovacin.de

11. UNNAER IMPLANTOLOGIE TAGE

3./4.2.2012 | UNNA

PARK INN HOTEL KAMEN/UNNA

12
FORTBILDUNGSPUNKTE

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG
Dr. Klaus Schumacher, Dr. Christof Becker

SCAN MICH



Artikel



Bilder

0377713

FREITAG, 3.2.2012 | SEMINARE

14.00 – 18.00 Uhr (inkl. Pause)
GOZ 2012 // IRIS WÄLTER-BERGOB/MESCHEDÉ

SEMINAR 1

- Schwerpunkte des GOZ Seminars sind:
- die Änderungen des Paragrafen-Teils
 - die ordnungskonforme Berechnung aller Leistungen
 - die richtige Dokumentation
 - die richtige Umsetzung der Faktorerhöhung
 - der Vergleich GOZ alt/neu
 - Materialkosten sind berechnungsfähig
 - was/wann darf noch aus der GOÄ berechnet werden

14.00 – 18.00 Uhr (inkl. Pause)
MINIMALINVASIVE AUGMENTATIONSTECHNIKEN –
SINUSLIFT, SINUSLIFTTECHNIKEN // EIN
KOMBINIERTER THEORIE- UND DEMONSTRATIONSKURS.
PROF. DR. KLAUS-U. BENNER

SEMINAR 2

THEORIE

- Allg. Grundlagen der Knochen- und Geweberegeneration
- Anatomie des Kiefers und der Kieferhöhle
- Sinuslifttechniken und Knochenaufbau (Socket Preservation, externer/interner Sinuslift, Tunneltechnik und Auflagerungsplastik)
- Risiken und Komplikationen bei Eingriffen im Bereich der Kieferhöhle

PRAXIS

- Rich Socket Preservation
- Auflagerungsplastik
- Externer Sinuslift
- Interner Sinuslift
- Interner Sinuslift mit Ballon-Control-System

FREITAG, 3.2.2012 | PARALLELSEMINAR

13.00 – 18.00 Uhr
UNTERSPRITZUNGSTECHNIKEN //
BASISSEMINAR MIT LIVE- UND VIDEODEMONSTRATION
DR. ANDREAS BRITZ/HAMBURG

TEIL 1 // VORTRAG

Hyaluronsäure und Botulinumtoxin-A für Anfänger · Theoretische Grundlagen und Praktische Demonstrationen

TEIL 2 // PRAKTISCHE DEMONSTRATIONEN

Hyaluronsäure und Botulinumtoxin-A (Behandlung der Probanden)

TEIL 3 // VORTRAG

Die ästhetische Gesichtsbehandlung, Praktische Demonstrationen Hyaluronsäure und Botulinumtoxin-A (Behandlung der Probanden)

Änderungen des Programmablaufs vorbehalten! Hinweis: Die Ausübung von Faltenbehandlungen setzt die entsprechenden medizinischen Qualifikationen voraus. Aufgrund unterschiedlicher rechtlicher Auffassungen und Rechtsbegrifflichkeiten im föderalen System der Bundesrepublik kann es seitens der einzelnen KZVen/Kammern zu verschiedenen Statements im Hinblick auf die Behandlung durch Zahnärzte mit Fillern kommen. Klären Sie bitte eigenverantwortlich das Therapiespektrum mit Ihrer Kammer ab bzw. informieren Sie sich über fortführende Ausbildungen, z. B. zum Heilpraktiker. Separate Kursgebühr. Bitte notieren Sie Ihre Teilnahme auf dem Anmeldeformular.

Separate Kursgebühr // Bitte notieren Sie Ihre Teilnahme auf dem Anmeldeformular.

SAMSTAG, 4.2.2012 | HELFERINNEN

09.00 – 18.00 Uhr (inkl. Pausen)
SEMINEAR ZUR HYGIENEBEAUFTRAGTEN //
IRIS WÄLTER-BERGOB/MESCHEDÉ

SEMINAR A

- Rechtliche Rahmenbedingungen für ein Hygienemanagement
 - Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten
 - Wie setze ich die Anforderungen an ein Hygienemanagement in die Praxis um?
 - Überprüfung des Erlernten
- Lernerfolgskontrolle durch Multiple-Choice-Test

09.00 – 18.00 Uhr (inkl. Pausen)
AUSBILDUNG ZUR QUALITÄTSMANAGEMENT-
BEAUFTRAGTEN // CHRISTOPH JÄGER/STADTHAGEN

SEMINAR B

- Gesetzliche Rahmenbedingungen, mögliche Ausbaustufen
 - Die wichtigsten Unterlagen in unserem QM-System
 - Was ist das Mittel der Wahl, Computer oder Handbuch?
 - Wie können wir Fotos z.B. einer Behandlungsvorbereitung in einen Praxisablauf einbinden?
- Lernerfolgskontrolle durch Multiple-Choice-Test

SAMSTAG, 4.2.2012 | PROGRAMM

09.00 – 09.15 Uhr
DR. KLAUS SCHUMACHER/UNNA
DR. CHRISTOF BECKER/UNNA
Begrüßung/Eröffnung

09.15 – 09.45 Uhr
PROF. DR. THOMAS WEISCHER/ESSEN
Implantologie bei alten Patienten

09.45 – 10.15 Uhr
PROF. DR. CHRISTOPH BOURAUDEL/BONN
CO-AUTOREN: ISTABRAK HASAN,
MARIA AITLAHRACH,
DR. FRIEDHELM HEINEMANN
Sind Mini- und Short-Implantate aus bio-
mechanischer Sicht zu empfehlen?

10.15 – 10.30 Uhr
Diskussion

10.30 – 11.00 Uhr
Pause/Besuch der Dentalausstellung

11.00 – 11.40 Uhr
PROF. DR. JOCHEN JACKOWSKI/WITTEN
Gerinnungsstörungen und Antikoagulationstherapie –
ambulante zahnärztliche Chirurgie und
Implantologie ja oder nein?

11.40 – 12.20 Uhr
PRIV.-DOZ. DR. DR.
DANIEL ROTHAMEL/KÖLN
Hydrophile Implantatoberflächen – was steckt
dahinter?

12.20 – 12.30 Uhr
Diskussion

12.30 – 13.30 Uhr
Pause/Besuch der Dentalausstellung

13.30 – 14.10 Uhr
PROF. DR. KLAUS U. BENNER/GERMERING
DR. DR. KARL-HEINZ HEUCKMANN/
CHIEMING
Minimalinvasive Möglichkeiten zur Augmentation
der menschlichen Kiefer

14.10 – 14.50 Uhr
PROF. DR. WOLF-D. GRIMM/WITTEN
Neue Konzepte für die Perimukositis- und
Periimplantitistherapie

14.50 – 15.00 Uhr
Diskussion

15.00 – 15.30 Uhr
Pause/Besuch der Dentalausstellung

15.30 – 16.10 Uhr
PROF. DR. FOUAD KHOURY/OLSBURG
Ästhetische und funktionelle Rehabilitation nach
traumatischem Zahnverlust

16.10 – 16.50 Uhr
PROF. DR. THOMAS SANDER/HANNOVER
Effektiv werben für die Praxis
Aktuelle Entwicklungen – Optimaler Nutzen

16.50 – 17.15 Uhr
Abschlussdiskussion

ORGANISATORISCHES



VERANSTALTUNGSORT //
Park Inn Hotel Kamen/Unna
Kamen Karree 2/3, 59174 Kamen
Tel.: 0 23 07/96 90

ZIMMERPREISE

EZ 93,91 € bzw. 80,82 €* inkl. Frühstück
DZ 115,88 € bzw. 98,11 €* inkl. Frühstück
*Übernachtung 3. bis 4. Februar 2012

ZIMMERBUCHUNG IM PARK INN HOTEL KAMEN/UNNA

Bitte direkt im Übernachtungshotel unter Buchungscode: „Implantologie 2012“ · Tel.: 0 23 07/96 90 · Fax: 0 23 07/96 96 66.
Abrufkontingent gültig bis 05.01.2012

ZIMMERBUCHUNGEN IN UNTERSCHIEDLICHEN KATEGORIEN

PRIMECON Tel.: 02 11/4 97 67-20, Fax: 02 11/4 97 67-29
info@prime-con.eu oder www.prim-con.eu

VERANSTALTER

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.oemus.com

KONGRESSGEBÜHREN //

FREITAG, 3. FEBRUAR 2012

Seminar 1 (GOZ)	75,- € zzgl. MwSt.
Seminar 2 (Augmentationstechniken) inkl. DVD	195,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale*	25,- € zzgl. MwSt.

PARALLELSEMINAR

Unterspritzungstechniken (inkl. Demo-DVD)	225,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale*	45,- € zzgl. MwSt.

FREITAG, 3. FEBRUAR 2012 UND SAMSTAG, 4. FEBRUAR 2012

Seminar 2 inkl. DVD + Kongressteilnahme am Samstag	195,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale*	70,- € zzgl. MwSt.

SAMSTAG, 4. FEBRUAR 2012

Zahnärzte (Frühbucherrabatt bis 20.12.2011)	125,- € zzgl. MwSt.
Zahnärzte	150,- € zzgl. MwSt.
Seminar A (Hygiene)	85,- € zzgl. MwSt.
Seminar B (QM)	85,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale*	45,- € zzgl. MwSt.

* Die Tagungspauschale beinhaltet Kaffeepausen, Tagungsgetränke und Imbissversorgung und ist für jeden Teilnehmer verbindlich zu entrichten.

Nähere Informationen zu den Seminaren und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen erhalten Sie unter Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 oder unter www.oemus.com

11. UNNAER IMPLANTOLOGIETAGE

Anmeldeformular per Fax an

03 41/4 84 74-3 90

oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Für die 11. UNNAER IMPLANTOLOGIETAGE am 3./4. Februar 2012 in Unna melde ich folgende Personen verbindlich an:

Titel, Name, Vorname, Tätigkeit	Freitag	Samstag
	<input type="checkbox"/> Seminar 1 (GOZ) <input type="checkbox"/> Seminar 2 (Augmentationstechniken) <input type="checkbox"/> Unterspritzung <small>(Bitte ankreuzen)</small>	<input type="checkbox"/> Zahnärzte <input type="checkbox"/> Seminar A <input type="checkbox"/> Seminar B <small>(Bitte ankreuzen)</small>
Titel, Name, Vorname, Tätigkeit	Freitag	Samstag
	<input type="checkbox"/> Seminar 1 (GOZ) <input type="checkbox"/> Seminar 2 (Augmentationstechniken) <input type="checkbox"/> Unterspritzung <small>(Bitte ankreuzen)</small>	<input type="checkbox"/> Zahnärzte <input type="checkbox"/> Seminar A <input type="checkbox"/> Seminar B <small>(Bitte ankreuzen)</small>

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für die 11. UNNAER IMPLANTOLOGIETAGE erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail

Tätigkeitsschwerpunkt „Laserbehandlung“ erlaubt

Mit einer Entscheidung des Verwaltungsgerichts Gelsenkirchen vom 31.03.2010 (Az. 7 K 3164/08) wurde festgestellt, dass ein Zahnarzt den Tätigkeitsschwerpunkt „Laserbehandlung“ führen kann. Das Gericht stellte klar, dass diese Bezeichnung keine Irreführung der Patienten verursachen würde.

Der Sachverhalt

Ein Zahnarzt zeigte seiner neuen Zahnärztekammer u. a. seinen Tätigkeitsschwerpunkt „Laserbehandlung“ an. Die zuständige Zahnärztekammer teilte ihm daraufhin per Bescheid mit, dieser Tätigkeitsschwerpunkt sei im Kammerbezirk nicht anerkannt und die Führung dieses Tätigkeitsschwerpunktes wurde untersagt.

Der betroffene Zahnarzt argumentierte, es handle sich bei der „Laserzahnheilkunde“ um eine fachlich anerkannte Behandlungsmethode und er verfüge über die entsprechende Befähigung. Unter Berücksichtigung der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 23. Juli 2001 (1 BvR 873/00) ergebe sich aus dem Recht zur freien Berufsausübung gemäß Art. 12 GG die Befugnis zur Führung dieser Bezeichnung.

Die Zahnärztekammer sah das anders. Sie war nicht bereit, den Tätigkeitsschwerpunkt anzuerkennen. Die Kammer vertrat die Auffassung: Der Einsatz eines Lasers stelle bereits begrifflich keine Zahnmedizin und insbesondere keinen „fachlich anerkannten Teilbereich“ derselben dar. Sinn und Zweck der Tätigkeitsschwerpunkte liege nicht darin, eine spezielle Ausstattung oder Anwendung von technischen Geräten anzuzeigen. Auch nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts könne gemäß § 21 Abs. 2 ihrer Berufsordnung (BO) eine zur Irreführung geeignete und die Bevölkerung verunsichernde Bezeichnung untersagt werden. Davon sei bei der „Laserbehandlung“ auszugehen, da dieser Begriff weder heilkundlich noch aufgrund eines allgemeinen Verständnisses hinreichend definiert oder konkretisiert sei.

Nachdem der Zahnarzt den Tätigkeitsschwerpunkt weiterführte, kam es zu dem Gerichtsverfahren, über welches das Verwaltungsgericht Gelsenkirchen mit Urteil vom 31.03.2010 entschied.

Die Entscheidungsgründe

Das Verwaltungsgericht Gelsenkirchen gab dem Zahnarzt Recht. Die Führung des Tätigkeitsschwerpunktes „Laserbehandlung“ dürfe nicht untersagt werden. Das Gericht teilte nicht die Auffassung der Zahnärztekammer, die Führung des Tätigkeitsschwerpunktes „Laserbehandlung“ sei irreführend und damit berufswidrig. Ganz im Gegenteil unterstrich das Verwaltungsgericht die Berufsfreiheit, von der das Führen dieses Tätigkeitsschwerpunktes gedeckt

ist. Das Verwaltungsgericht Gelsenkirchen führt in seinen Entscheidungsgründen aus: „Die Berufsrechtswidrigkeit der vom Kläger verwendeten Bezeichnung ‚Tätigkeitsschwerpunkt Laserbehandlung‘ lässt sich unter Beachtung der Freiheit der Berufsausübung, die dem (Zahn-) Arzt grundsätzlich auch Werbung für seine Tätigkeit erlaubt, (vgl. Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Urteil vom 23. Juli 2001 – 1 BvR 873/00 u. a. –, juris, Rdnr. 22 ff), nicht auf die genannten Vorschriften stützen. Werbebeschränkungen für (Zahn-) Ärzte rechtfertigen sich allein dann, wenn die Werbung zu Irrtümern und damit zu einer Verunsicherung der Patienten führen würde, weil sie das Vertrauen in den (Zahn-)Arztberuf untergraben und langfristig negative Rückwirkungen auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung haben könnten und damit schützenswerte Gemeinwohlbelange gefährdet wären. Für interessengerechte und sachan-

verfahren ausdrücklich erklärt hat.

Der Begriff ‚Laserbehandlung‘ wird aber auch nicht deshalb irreführend – wie die Beklagte weiter ausführt –, weil er als ‚Tätigkeitsschwerpunkt‘ geführt wird. In Übereinstimmung mit der Beklagten geht die Kammer zunächst davon aus, dass der Patient mit dem Begriff ‚Tätigkeitsschwerpunkt‘ verbindet, dass der Zahnarzt in dem betreffenden Bereich umfangreiche – theoretische und praktische – Erfahrungen gesammelt hat, weil er nachhaltig hier tätig ist. Diese Erwartung des Patienten knüpft aber nicht nur an Krankheitsbilder an, deren Behandlung sich der Zahnarzt vornehmlich widmet, sondern erstreckt sich gleichermaßen auf die Methoden, die der Zahnarzt beherrscht. Die Bezeichnung ‚Tätigkeitsschwerpunkt‘ ist insoweit nicht auf die Art der Eingriffe beschränkt, wie die Beklagte meint. Eine solche einschränkende Auslegung ist aus

Bandbreite der zahnärztlichen Leistungen bildet.“

Durchaus Berücksichtigung fand die Tatsache, dass der betroffene Zahnarzt über eine entsprechende Qualifikation verfügte: „Für den hier streitigen Tätigkeitsschwerpunkt ‚Laserbehandlung‘ hat der Kläger auch seine besondere personenbezogene Qualifikation hinsichtlich der Behandlungsmethode nachgewiesen. Denn er arbeitet seit Jahren praktisch und wissenschaftlich in diesem Bereich; entsprechend ist ihm von der Zahnärztekammer Nordrhein, in deren Zuständigkeitsbereich er vor der Verlegung seiner Praxis von P. nach C. bis ins Jahr 2006 tätig war, schon im Februar 2003 bestätigt worden, dass er diesen Tätigkeitsschwerpunkt führen darf. Soweit ersichtlich, wird diese persönliche Qualifikation auch von der Beklagten nicht bestritten. Dass er die Behandlungsmethode als ‚Tätigkeitsschwerpunkt‘ ausweist, ist mit Rücksicht auf den dargelegten

klar herausgearbeitet: „Das Rechtsgut der Gesundheit der Bevölkerung und das hierdurch veranlasste Werbeverbot zur Vermeidung einer gesundheitspolitisch unerwünschten Kommerzialisierung des Arztberufs rechtfertigen es nicht, alle Angaben und Zusätze, die nach der Berufsordnung nicht als zulässige Berufsqualifikation auf einem Briefbogen oder einem Praxisschild erscheinen dürfen, ohne Rücksicht auf ihren Sinn und Zweck oder ihren Informationswert für Dritte generell zu verbieten (vgl. BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats, NJW 1993, S. 2988 <2989>). Sofern die Angaben über die Qualifikation des Zahnarztes in sachlicher Form erfolgen und nicht irreführend sind, sind sie nach den oben genannten Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts erlaubt (vgl. BVerfG, Urteil vom 5. April 2001 – 3 C 25.00–; ebenso LG Aachen, Urteil vom 4. April 2000 – 1 O 481/99–, Umdruck S. 8;



gemessene Informationen, die keinen Irrtum erregen, muss im rechtlichen und geschäftlichen Verkehr Raum bleiben.“

Zu dem Begriff der „Laserbehandlung“ und wie ihn die Patienten verstehen, machte das Verwaltungsgericht Folgendes klar: „Allein die Verwendung des Begriffs ‚Laserbehandlung‘ kann nicht zu einer Irreführung des Patienten führen. Dabei handelt es sich um eine Behandlungsmethode, die dem informierten Patient als solche bekannt ist und über die er sich aus zugänglichen Quellen leicht näher informieren kann, weil es sich um ein – auch in der Zahnheilkunde – etabliertes Verfahren handelt. Diese Bewertung teilt offenbar auch die Beklagte, da sie damit einverstanden wäre, wenn der Kläger die Laserbehandlung als ‚Praxisbesonderheit‘ oder ‚im Rahmen seines allgemeinen Leistungsspektrums‘ benutzen würde, wie sie in ihrem Schriftsatz vom 17. Oktober 2008 zur Beschwerdebegründung im zugehörigen Eil-

den dargelegten Gründen des Patientenschutzes nicht erforderlich. Aus der Sicht des Patienten ist es nicht irreführend sondern informativ, wenn er die Art der in der Praxis beherrschten und zur Anwendung kommenden Behandlungsmethoden erfährt.

Dabei kommt es auch nicht darauf an, ob die ‚Laserbehandlung‘ kein (von der Beklagten anerkannter) Teilbereich der Zahnmedizin ist. Dies kann man offenbar auch anders beurteilen, wie die Anerkennung als ‚Tätigkeitsschwerpunkt‘ in anderen Kammerbereichen wie (mindestens) Nordrhein, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern zeigt. Auf die darüber wissenschaftlich kontrovers geführte Diskussion in der Fachwelt kommt es allerdings nicht an, sondern auf das Verständnis des Normalbürgers als Patient. Dieser wird den Begriff – wie dargelegt – so verstehen, dass in einer so ausgewiesenen Praxis der Einsatz eines Lasers einen Schwerpunkt innerhalb der


Erfahrungshorizont des Klägers nicht irreführend. Auch die weiteren von der Beklagten normierten Voraussetzungen beim Führen eines Tätigkeitsschwerpunktes (Schriftgröße, Anzahl etc.) hält der Kläger ein, sodass die Frage, ob diese Anforderungen mit der dargelegten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesverwaltungsgerichts vereinbar sind, keiner weiteren Klärung bedarf.“

Grenzen des Werbeverbots

Das im Grundgesetz geschützte Recht der Berufsfreiheit (Art. 12 GG) setzt dem allgemeinen Werbeverbot klare Grenzen. Also muss stets eine Interessenabwägung vorgenommen werden. Nur dann kann wirksam in das Recht auf Außendarstellung einer Praxis eingegriffen werden. Das Bundesverfassungsgericht hat dies bereits im Jahre 2001 in seiner Entscheidung vom 23.07.2011 (Az. 1 BvR 873/00)

OLG Köln, Urteil vom 26. Mai 2000 – 6 U 167/99 –, Umdruck S. 5 ff.; Urteil vom 1. Dezember 2000 – 6 U 99/00 –, Umdruck S. 8; alle Entscheidungen unveröffentlicht). Das folgt aus Art. 12 Abs. 1 GG.“

Fazit

Diese Entscheidung zeigt wieder einmal, dass es zu einem Tätigkeitsschwerpunkt in verschiedenen Kammerbezirken zu unterschiedlichen Auffassungen kommen kann. Wenn eine Einigung im Einzelfall nicht möglich ist, bleibt letztlich nur der Weg über die Gerichte. 

PN Adresse

Dr. Susanna Zentai
Kanzlei Dr. Zentai – Heckenbücker
Rechtsanwälte Partnergesellschaft
Hohenzollernring 37
50672 Köln
www.goz-und-recht.de
www.d-u-mr.de



Leistungsträger/-innen an die Praxis binden

Wenn die besten Mitarbeiter/-innen die Stelle wechseln, ist dies kaum zu verkraften. Denn mit dem Leistungsträger verliert der Parodontologe nicht nur ein Vorbild und eine engagierte Kraft – auch Wissen verlässt die Praxis. Und es gibt weitere Gründe, warum der Arzt darauf achten sollte, die Höchstleister nicht „auf dumme Gedanken“ kommen zu lassen.

„Wir sind gut aufgestellt und für die Herausforderungen der Zukunft gerüstet.“ Wenn sich ein Parodontologe so äußert – was heißt das konkret? Zumindest drei Aspekte sind wichtig: medizinische Kompetenz, Patientenorientierung – und leistungsstarke Mitarbeiter/-innen, die es als ihre Verpflichtung ansehen, das Beste für die Praxis zu leisten.

Topmitarbeiter/-innen zeichnen sich dadurch aus, dass sie intrinsisch motiviert und voller Eigenengagement, stressresistent und durchsetzungsfähig, risikobereit und ständig auf der Suche nach neuen Herausforderungen sind. Gerade dies verleitet so manchen Vorgesetzten zu der irrigen Annahme, sie müssten sich um sie nicht weiter kümmern, nach dem Motto: „Die arbeiten auch ohne Unterstützung gut!“ Bis sie von der Konkurrenz abgeworben werden. Wer seine Leistungsträger/-innen an die Praxis „fesseln“ will, sollte Instrumente zur Mitarbeiterbindung nutzen, die individuell auf sie zugeschnitten sind.

Topmitarbeiter/-innen individuell führen

Der erste Schritt besteht darin, die Leistungsträger/-innen zu identifizieren: Was überhaupt ist ein/e „Topmitarbeiter/-in“, wie kann er/sie erkannt werden? Sobald dies geschehen ist, sollte der Parodontologe prüfen, über welche individuelle Motivationsstruktur ein/e Mitarbeiter/-in verfügt.

Gerade die Leistungsträger/-innen dürfen nicht über einen Motivationskamm geschoren werden, es gilt, den individuellen „Motivationsknopf“ zu finden. Dieser muss nicht immer materieller Natur sein – im Gegenteil: Viele Leistungsträger/-innen achten darauf, dass die Praxiskultur und die Führungsphiloso-

phie des Parodontologen zu ihren eigenen Werten und Überzeugungen passen. Die Möglichkeit, sich am Arbeitsplatz frei entfalten, Entscheidungen eigenverantwortlich treffen und selbstverantwortlich arbeiten zu können, sind ihnen oft ebenso wichtig wie der materielle Aspekt – der natürlich auch stimmen muss.

Also: Wenn der/die Prophylaxeassistent/-in permanente Anerkennung braucht, um Loyalität zur Praxis aufzubauen und gute Leistungen zu erbringen, dann spendet der Parodontologe be-

ten, sondern sich von Einstellung und praktischen Know-how her vor allem als Dienstleister der Leistungsträger/-innen verstehen.

Warum also nicht einmal intensiv darüber nachdenken, ob der/die leistungsstarke Top-Prophylaxeassistent/-in zum/zur ZMF weitergebildet werden sollte.

Übrigens: Eine Studie der Leipzig Graduate School of Management belegte 2011: Ein ambitioniertes Weiterbildungsangebot erhöht die Mitarbeiterloyalität deutlich – Weiterbildung schafft Mitarbeiterbindung.

„entdecken“ und ihre Begabung zu fördern.

Zudem lässt sich so verhindern, dass gute Mitarbeiter/-innen vorzeitig die Praxis wechseln, weil sie nicht ausreichend gefördert wurden.

Vertrauen aufbauen

Nicht nur Leistungsträger/-innen binden sich gerne an eine Praxis, wenn sie spüren und wissen, dass man ihnen vertraut. Klar ist: Hierbei spielt der unmittelbare Vorgesetzte eine ent-

Beispiel den/die Dentalhygieniker/-in an der Zielformulierung, zumindest aber an der Frage, wie die Ziele konkret umgesetzt werden können, beteiligt, stellt er sicher, dass sie sich engagierten – und vielleicht sogar den/die nicht so leistungsstarke Prophylaxeassistent/-in mitreißen.

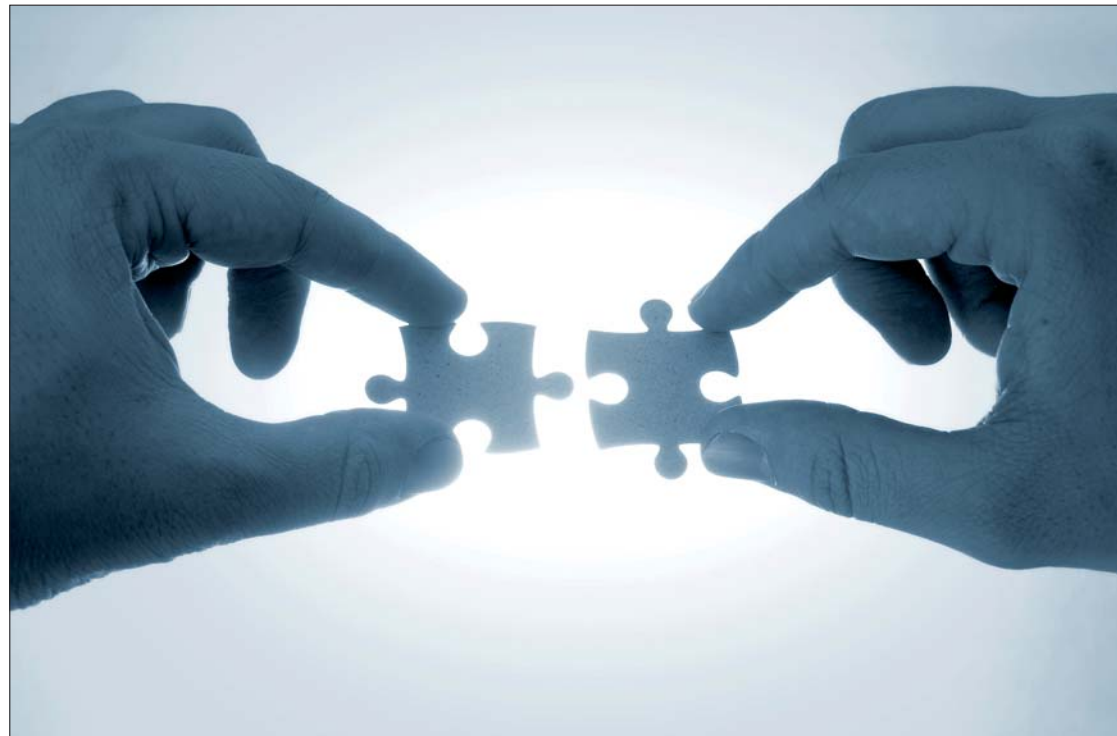
Durch das Recht zur Mitbestimmung wird der/die Mitarbeiter/-in hinsichtlich der Zielerreichung in die Pflicht und in die Verantwortung genommen – und genau das ist es, was ein/e Leistungsträger/-in wünscht. Ein Beispiel: Die Zielsetzung lautet „Patientenorientierung erhöhen“. Parodontologe und Mitarbeiter/-in überlegen gemeinsam, was notwendig ist, um das Ziel zu erreichen. Der Chef bittet den/die Leistungsträger/-in darum, eigene Vorschläge zu unterbreiten – sie sollen spüren, dass ihm an ihrer Meinung und ihren Ideen gelegen ist.

Lernkultur etablieren

Es ist eine Selbstverständlichkeit: Wer viel leistet, macht mehr Fehler als derjenige, der Dienst nach Vorschrift abliefern. Für Leistungsträger/-innen gilt: Wenn ihnen ein Fehler unterläuft, betrachten sie ihn als Ansporn, es beim nächsten Mal besser zu machen. Freilich setzt dies eine Lernkultur in der Praxis voraus, in der ein Fehler nicht als Grund für Kritik, sondern als Möglichkeit gesehen wird, sich weiterzuentwickeln. Die Erfahrung zeigt, dass Leistungsträger/-innen in Praxen, in denen solch eine Lernkultur herrscht, eine hohe Loyalität entwickeln.

Fazit

Leistungsträger/-innen bleiben gerne in einer Praxis, in der sie fit gemacht werden für eine individuelle berufliche Zukunft. Darum ist es notwendig, für sie Programme aufzulegen, die sie langfristig binden. Individuelle Entwicklungspläne, punktgenaue Weiterbildung, das offensiv-aktive Bemühen, sie halten zu wollen, die Berücksichtigung immaterieller Werte – all dies erhöht ihre Loyalität. **PN**



gründendes Lob. Wenn der/die Zahnmedizinische Fachangestellte (ZMF) den Wettkampf und Vergleich mit den Kollegen/-innen benötigt, prämiiert er alle vier Wochen den/die „Mitarbeiter/-in des Monats“. Und wenn der/die Dentalhygieniker/-in die finanzielle Verstärkung als Antriebsreiz wünscht, denkt der Parodontologe über Belohnungssysteme nach.

Individuelle Weiterbildungsmöglichkeiten schaffen

Der Parodontologe sollte den Leistungsträger/-innen konsequent veranschaulichen, welche Perspektive sich für sie in der Praxis eröffnen. Topmitarbeiter/-innen wollen wissen, welche individuellen Weiterbildungsmöglichkeiten es für sie gibt, welche Aufstiegsperspektiven sich für sie auftun. Der Arzt muss Weiterbildungen wie Seminare und Trainings darum punktgenau auf ihre Erwartungen und Bedürfnisse abstimmen. Dazu arbeitet er am besten mit Weiterbildungszusammenarbeit, die Standardweiterbildungen gar nicht erst anbie-

Entwicklungspool etablieren

Ambitionierte Ziele verlangen nach ungewöhnlichen Maßnahmen: So kann der Parodontologe – vielleicht im Verbund mit anderen parodontologischen Praxen – einen „Entwicklungspool“ einrichten, in dem diejenigen Mitarbeiter/-innen Aufnahme finden, die gezielt darauf vorbereitet werden sollen, in Zukunft größere Verantwortung zu übernehmen und besonders hochgesteckte Ziele zu erreichen. Diese Mitarbeiter/-innen erfahren eine bevorzugte Förderung – dafür werden nach dem Prinzip „Fordern und Fördern“ aber auch hohe Erwartungen an sie gestellt.

Zudem sollte der Parodontologe ständig prüfen, ob Mitarbeiter/-innen über Talente verfügen, die bisher brachlagen oder noch nicht erkannt worden sind. Mit anderen Worten: Ein/e Mitarbeiter/-in, der/die bisher durchschnittliche Leistungen erbracht hat, kann sich zum/zur Leistungsträger/-in entwickeln – aber bisher ist seine/ihre wahre Begabung noch nicht erkannt worden. Das Talentscouting des Parodontologen hilft, sie zu

scheidende Rolle. Der Parodontologe baut zu den Mitarbeiter/-innen ein Vertrauensverhältnis auf, wenn er ehrlich und offen agiert, dem/der Leistungsträger/-in Möglichkeiten eröffnet, Arbeitsprozesse selbstständig zu steuern, und ihnen zu verstehen gibt, sie interessieren ihn nicht nur als Funktionsträger, sondern auch und vor allem als Mensch. Leistungsträger/-innen wollen gefördert werden – und gefordert. Sie sehen es gern, wenn der Parodontologe ihnen verantwortungsvolle Aufgaben überträgt, sie betrachten dies als Vertrauensbeweis.

Beteiligung an Zielfestlegung

Leistungsstarke Mitarbeiter/-innen lehnen es vehement ab, Anweisungen „von oben“ ohne Begründung erteilt zu bekommen. Sie möchten sich mit den Zielen der Praxis und des Parodontologen identifizieren und aktiv zur Zielerreichung beitragen. Dazu ist es notwendig, dass sie diese Ziele nachvollziehen können und zugleich das Recht haben, sie auch einmal zu hinterfragen. Indem der Parodontologe zum

PN Information

So binden Sie Ihre Leistungsträger/-innen

- Finden Sie heraus, über welche Motivationsstruktur die Höchstleister verfügen, sodass Sie eine Grundlage für individuelle Motivationsstrategien haben.
- Beteiligen Sie sie an der Zielfestlegung.
- Bieten Sie ihnen optimale Weiterbildungsmöglichkeiten.
- Räumen Sie ihnen Einflussnahme auf die Praxisabläufe ein.
- Verdeutlichen Sie die Werte, die für die Praxis und für Sie leitend sind, sodass sich die Leistungsträger mit ihnen identifizieren können.
- Etablieren Sie eine positive Lernkultur.

PN Adresse

Dr. Wolfgang Schmehl
ZahnRat® GmbH
Unternehmensberatung
für Zahnärzte
Bahmannstraße 6
48147 Münster
Tel.: 02 51/3 97 29 72
E-Mail: zahnrat-gmbh@hotmail.com
www.zahnrat.com



Erfolgskonzept Implant expo geht in zweite Runde

Am 25./26. November 2011 fand die Implant expo, die zweite internationale Fachmesse der Implantologen, parallel zum Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI), im Maritim Hotel & International Congress Center in Dresden statt.

Auf 3.500 m² präsentierten 110 Aussteller ihre neuesten Produkte und Trends aus Implantologie, Zahntechnik und dem allgemeinen zahnärztlichen Bereich. Das Angebotsspektrum umfasste unter anderem Implantate, Arbeitsmittel, Hilfsstoffe,

Implant expo als neue spezialisierte Fachmesse für Implantologie hat offenbar das richtige Konzept und das richtige Organisationsteam: „Wir sind komplett ausverkauft“, sagt Stefan C. Werner, Geschäftsführer der youvivo GmbH, die mit der Im-

planter mit einer Selektion an Messebesuchern zusammenbringt, die sich gezielt für Implantologie interessieren – als Angebot der eigenen Praxis, als Überweiser, als zahntechnisches Labor und auch als Praxismitarbeiter. „Die Implantologie gilt als Innova-

tion und 2008 verdreifacht. Bei den rund zwölf Millionen Zahnzusatzversicherungen spielt offenkundig die abgedeckte Implantologie eine deutlich relevante Rolle. Das Potenzial bestätigte auch Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden, Präsident der Deut-

schon Gesellschaft für Implantologie. Deutschland verzeichnete zweistellige Zuwachsraten, weltweit sei Deutschland nach den USA und Italien der drittgrößte Implantatmarkt mit circa eine Million jährlich verkauften Implantaten. **PN**



Werkstoffe und Werkzeuge für die Zahntechnik, Pharmazeutika, Prophylaxe, Zahn- und Mundhygiene sowie Zahnarztstühle und Praxismöbel.

Die vergangenes Jahr anlässlich des 25. DGI-Jahreskongresses in Hamburg erstmals gestartete

plant expo die Marktlücke einer Implantologie-Fachmesse geschlossen hat.

Grund für die große Nachfrage sei einerseits, dass die spezialisierte Implant expo die Ausstel-

tionsmotor der Zahnmedizin – entsprechend breit ist das Spektrum, das die Implant expo in Dresden präsentieren wird. Hier sind wirklich für jeden in der Zahnmedizin passende Angebote dabei“, so Werner. Andererseits er-

Wachstumsmarkt Implantologie

Implantologie ist für die dentalen Hightech-Unternehmen ein Wachstumsmarkt. Der Implantologieanteil in den Praxen hat sich zwischen den Jahren 2000

schon Gesellschaft für Implantologie. Deutschland verzeichnete zweistellige Zuwachsraten, weltweit sei Deutschland nach den USA und Italien der drittgrößte Implantatmarkt mit circa eine Million jährlich verkauften Implantaten. **PN**

Gut beraten mit dem neuen GOZ-Seminar

Die renommierte Referentin Iris Wälter-Bergob klärt rund um die Thematik „Neue GOZ“ auf.

Jetzt ist es amtlich, am 1. Januar 2012 tritt die neue Gebührenordnung für Zahnärzte in Kraft. In einer neuen Seminarreihe zur GOZ werden die wichtigsten Änderungen und Neuerungen an-

gen anhand zahlreicher Beispiele zu einfachen und komplexen Behandlungsfällen.

Schwerpunkte des GOZ Seminars sind:

- Die Änderungen des Par. - Teils
- Die ordnungskonforme Berechnung aller Leistungen
- Die richtige Dokumentation
- Die richtige Umsetzung der Faktorerhöhung
- Der Vergleich GOZ alt/neu
- Welche Materialkosten sind berechnungsfähig
- Was/wann darf noch aus der GOÄ berechnet werden

Die GOZ-Seminare finden statt am:

3. Februar 2012 im Rahmen der 11. Unnaer Implantologietage
23. März 2012 während des 5. Landsberger Implantologie-Symposiums in Landsberg am Lech
28. April 2012 auf der 9. Jahrestagung der DGKZ in Essen
1. Juni 2012 zum Ostseekongress in Rostock-Warnemünde **PN**



Iris Wälter-Bergob wird über die neue Gebührenordnung aufklären.

gesprochen und anhand zahlreicher Beispiele zu einfachen und komplexen Behandlungsfällen optimal veranschaulicht.

Wie geht man mit Absenkungen und Aufwertungen um, welche Rolle spielt der betriebswirtschaftliche Sollumsatz? Wie können qualitätsorientierte Honorare in Zukunft umgesetzt werden und welche Vereinbarungen werden dafür benötigt?

Das Seminar bietet die Antworten auf diese Fra-

PN Anmeldung

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: event@oemus-media.de
www.oemus.com

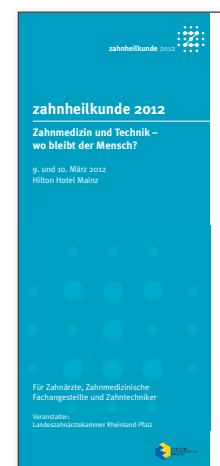


„zahnheilkunde 2012“ in Mainz

Der Zahnärztetag Rheinland-Pfalz findet alle zwei Jahre statt. Im März 2012 ist es wieder soweit. Unter dem Thema: „Zahnmedizin und Technik – wo bleibt der Mensch?“ erwartet die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein breit gefächertes wissenschaftliches Programm.

Im März 2012 ist es wieder soweit: *zahnheilkunde* unter dem Thema: „Zahnmedizin und Technik – wo bleibt der Mensch?“ öffnet in Mainz ihre Pforten. Neu im kommenden Jahr ist der Tagungsort – diesmal im Hilton Hotel; wiederum direkt am Rhein. Das Hilton Mainz hat in den vergangenen Jahren große Anstrengungen unternommen und seine Räumlichkeiten umgestaltet. Vorträge, Workshops und die Dentalausstellung finden nun – anders als bisher – auf einer Ebene mit Blick auf den Rhein statt und bieten somit ideale Bedingungen für den Kongress.

die Überschrift im Jahr 2012. Mit atemberaubendem Tempo nimmt die moderne Technik Einfluss auf sämtliche Bereiche unseres Lebens. Die Zahnmedizin ist von dieser Entwicklung in besonderem Maße betroffen. Wie schafft es die Zahnärzteschaft, dieser Entwicklung einerseits Rechnung zu tragen, andererseits aber den Menschen weiterhin in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen zu rücken? Wie das Tagungsprogramm zeigt, versucht *zahn-*



zung zum Hauptthema. Auf den kollegialen Austausch in entspannter Atmosphäre legt *zahnheilkunde* tradi-



Die Veranstalter des Kongresses sind sich sicher, die Attraktivität von *zahnheilkunde* auch mit dieser räumlichen Veränderung nochmals gesteigert zu haben. „Zahnmedizin und Technik – wo bleibt der Mensch?“ – so

heilkunde 2012 auf diese Fragen Antworten zu geben. Als Festredner konnte Pater Anselm Grün gewonnen werden. Sein Festvortrag „Menschen führen – Leben wecken“ erscheint als die logische Ergän-

tionell besonderen Wert. Getreu dem diesjährigen Motto „... wo bleibt der Mensch?“ wird die Get-together-Party an Bord eines komfortablen Rheinschiffes stattfinden. Für Speis' und Trank sowie schwungvolle Musik ist gesorgt. Somit erwartet die rheinland-pfälzischen Zahnärzte und ihre Gäste am 9. und 10. März 2012 in Mainz ein rundum gelungenes Programm. **PN**

PN Anmeldung

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: event@oemus-media.de
www.oemus.com



Berner Konzept

Anwender sensibilisieren ihre Fingerfertigkeit unter Anleitung von Prof. Dr. Dr. Anton Sculean, M.Sc.

Erstmalig wurde in eigenen Seminarräumen der Fabrikationsstätte der stoma®-Instrumente in Liptingen unter Leitung eines international geschätzten Hochkaräters der Dentalbranche ein erfolgreicher Hands-on-Workshop durchgeführt. Interessierte und bereits versierte Parodontologen aus dem süddeutschen Raum folgten der Einladung der Stoma Dentalsysteme GmbH & CO KG. Die begrenzte Teilnehmergruppe war begeistert von Prof. Dr. Dr. Anton Sculean, M.Sc., der fundiert und anschaulich über „Innovative Konzepte zur vorhersagbaren Deckung singulärer und multipler Rezessionen“ referierte. Vormittags vermittelte Prof. Sculean, Direk-

tion, Kontraindikation und Auswahl der optimalen Technik zur vorhersagbaren Deckung von Rezessionen diskutiert. Der großzügig angelegte praktische Teil des Workshops wurde von den Teilnehmern/-innen hoch geschätzt, um nachmittags an Schweinekiefern ihre Fingerfertigkeit zu sensibilisieren. Unter professioneller Anleitung übten sie die Entnahme von Bindegewebsstransplantaten, verschiedene Lappentechniken und die Vorgehensweise beim modifizierten koronal verschobenen Tunnel. Hierzu kamen die jeweils geeigneten Instrumente aus den handlich organisierten Modulen des „Berner Konzepts“ zur Anwendung. Auf besonde-



Prof. Dr. Dr. Anton Sculean, M.Sc. bei der individuellen Betreuung der Kursteilnehmer.

tor der Klinik für Parodontologie an der Universität Bern, eine Übersicht über die verschiedenen, in der plastisch-ästhetischen Parodontaltherapie angewendeten chirurgischen Techniken sowie Therapieoptionen, die das Erzielen von vorhersagbaren Ergebnissen ermöglichen. Dabei wurden u.a. auch Indika-

res Interesse stießen, neben dem micro-chirurgischen Instrumentarium, die mit Prof. Sculean und Stoma entwickelten Tunnelinstrumente. Die engagierten Kursteilnehmer/-innen konnten viel theoretisch dargelegtes, im Hands-on-Teil trainiertes und sofort anwendbares Wissen für ihre Praxis mitnehmen. **PN**

11. Unnaer Implantologietage

Am 3. und 4. Februar 2012 finden im Hotel Park Inn die 11. Unnaer Implantologietage mit erstklassigen Referenten und einer großen Themenvielfalt statt.

Der Initiator der Veranstaltung, Dr. Klaus Schumacher, hatte von Beginn an besonders die wissenschaftliche Ausrichtung der Implantologie im Fokus und so gehört es noch heute zum Konzept der Implantologietage, das vornehmlich Professoren von Universitäten und aus der Praxis referieren.

Es gibt in der Tat attraktivere Standorte für implantologische Fortbildungen als das Kamener Kreuz, aber kaum welche in Nordrhein-Westfalen, die so verkehrsgünstig liegen und auf ausreichend Parkplätze in unmittelbarer Nähe verweisen können. Und so gehört der Standort auch irgendwie zum Erfolgskonzept dieser Veranstaltung. Die Unnaer Implantologietage erfreuen sich deshalb, aber vor allem aufgrund ihrer Themenvielfalt sowie durch eine erstklassige Referentenbesetzung, seit Jahren besonderer Beliebtheit. Auch für 2012 waren die Veranstalter im Rahmen der wissenschaftlichen Vorträge bestrebt, möglichst das gesamte Spektrum der oralen Implantologie auf höchstem fachlichen Niveau abzubilden. Die Themenpalette reicht daher von augmentativen Konzepten, über klinisch physiologische Aspekte der Implantologie bis hin zu Fragen der Funktion und Ästhetik sowie Marketingstrategien für die zahnärztliche Praxis. Experten von Universitäten und aus Praxis wer-



den ihre Ergebnisse vorstellen und mit den Teilnehmern diskutieren, wie moderne Behandlungskonzepte erfolgreich in den Praxisalltag überführt werden können. Die spannenden Vorträge und Diskussionen im Hauptpodium werden durch ein Pre-Congress-Programm am Freitag sowie ein begleitendes Programm für die zahnärztliche Assistenz mit Themen wie GOZ, Hygiene und Qualitätsmanagement abgerundet. Als Referenten wirken u. a. mit: Prof. Dr. Klaus-Ulrich Benner/Germeling, Prof. Dr. Jochen Jackowski/Witten, Prof. Dr. Fouad Khoury/Olsberg, Prof. Dr. Thomas

Sander/Hannover und Prof. Dr. Thomas Weischer/Essen sowie Priv.-Doz. Dr. Dr. Daniel Rothamel/Köln. Damit versprechen die Unnaer Implantologietage erneut hochkarätige Fachinformationen für das gesamte Praxisteam. Die Kongressleitung haben in bewährter Weise Dr. Klaus Schumacher und Dr. Christof Becker, beide Unna. **PN**



PN Anmeldung

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 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.unnaer-implantologietage.de

Rot-weiße Ästhetik als Königsklasse

Unter dem Thema „Rot-weiße Ästhetik – Die Königsklasse der Zahnmedizin“ lädt die Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. (DGKZ) zu ihrer neunten Jahrestagung am 27./28. April 2012 in das ATLANTIC Congress Hotel Essen ein. Es werden hochkarätige Referenten aus Wissenschaft und Praxis mit den Teilnehmern diskutieren, was in diesem Kontext als „State of the Art“ gilt.

Es gab in den letzten Jahren kaum eine zahnärztliche Veranstaltung, in der nicht auch kosmetisch/ästhetische Gesichtspunkte der zahnärztlichen Therapie beleuchtet worden wären, und auch zahnärztliche Fachpublikationen widmen sich der Thematik in zahlreichen Beiträgen. Eines wird dabei immer wieder deutlich – die Qualität der zahnärztlichen Leistung ist entscheidend für den Erfolg. Um den Selbstzahler, der eine vor allem kosmetisch motivierte Behandlung wünscht, zufriedenstellen zu können, bedarf es absoluter High-End-Zahnmedizin. Da in diesem Zusammenhang unter anderem eine intensive Fortbildung unabdingbar ist, bietet die DGKZ

im Rahmen ihrer 9. Jahrestagung erneut ein anspruchsvolles Programm. Ständen in den letzten Jahren die Funktion sowie Kera-

die „Rot-weiße Ästhetik“ sein. Den Organisatoren ist es erneut gelungen, ein hochkarätiges Referententeam zusammenzustellen,

leuchten wird. Traditionell wird es auch wieder den Blick über den Tellerrand in Richtung Ästhetische Chirurgie geben.

von A-Z“ mit Dr. Jürgen Wahlmann statt.



mik- und Kompositrestaurationen in der ästhetischen Zahnmedizin im Mittelpunkt, so wird es 2012

len, das die Thematik sowohl im Hinblick auf funktionelle, chirurgisch-prothetische bis hin zu parodontologischen und kieferorthopädischen Aspekten be-

Im Rahmen des Pre-Congress-Programms am Freitag, dem 27. April findet erstmals das neue, kombinierte Theorie- und Demonstrationsseminar „Veneers

Zahnärztliche Assistenz

Parallel zum zahnärztlichen Programm gibt es an beiden Kongressstagen ein Programm für die zahnärztliche Assistenz mit den Themen Hygiene, Qualitätsmanagement, GOZ-Abrechnung und „Praxisknigge“. **PN**



PN Anmeldung

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 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.zwp-online.info/events

Präziser Abdruck mit Langzeiterfolg

Test bestätigt ORBAT sensitive Verträglichkeit mit herkömmlichen Abdruckmaterialien, eine schnelle Retraktion der Gingiva und keine Beeinträchtigungen auf das Abdruckmaterial.

In der Zahnarztpraxis ist Präzision gefragt: Jede kleinste Abweichung kann gravierende Folgen haben – sowohl für den Arzt als auch für den Patienten. Festsitzende Restaurationen etwa erfordern eine Präzisionsabformung, um passgenau zu sein. Damit eine präzise Abformung erzielt werden kann, gilt es nicht nur, die geeignete Abformtechnik und ein entsprechendes

Material zu wählen. Auch das Weichgewebsmanagement bildet eine grundlegende Voraussetzung für eine deutliche Präparationsgrenze. Je präziser diese Grenze in der Abformung dargestellt ist, desto besser ist die Qualität des Randschlusses. Ungenauigkeiten in der Darstellung des Präparationsrandes sind jedoch immer noch das Hauptproblem bei Abformungen. Um eine exakte Wiedergabe zu erreichen, ist häufig eine Retraktion der Gingiva erforderlich. Sie erfolgt mithilfe von Retraktionsfäden oder -ringen, die vor der Abdrucknahme mit Flüssigkeiten getränkt werden können. Hierbei hat sich Aluminiumsulfat wie etwa in ORBAT sensitive enthalten, bewährt, da es adstringierend ist und damit eine lokale Blutstillung bewirkt. Zahnfleischblutungen und Exsudationen müssen jedoch auch gestoppt werden, um die Zahnoberfläche für den präzisen Abdruck durch die hydrophobe Abformmasse trocken zu halten.

sensitive getränkt. Anschließend wird der Retraktionsfaden entfernt und bei Bedarf gespült. Bei Exsudation und Zahnfleischbluten kann die 25-prozentige Aluminiumsulfat-Lösung nach dem Abtupfen mit einem getränkten Wattepellet unter leichtem Druck direkt aufgetragen werden. **PN**



Wie bei einem nicht imprägnierten Retraktionsfaden entstehen mit ORBAT sensitive exakte Abdrücke.

PN Information

Zahnärzte erhalten ORBAT sensitive als 20-ml-Lösung in der PE-Tropfflasche zum Preis von ca. 16 bis 19 Euro beim Dental-Depot und oder Dental-Versandhandel.

Die Lösung für Präzision

Wenn also das Weichgewebsmanagement ausschlaggebend ist für die Präzisionsabformung und damit auch für den Langzeiterfolg einer festsitzenden Restauration, liegt die Frage nach der Verträglichkeit von Abformmaterial und Adstringens nahe. Ein aktueller Test hat ergeben, dass ORBAT sensitive keine Beeinträchtigungen auf herkömmliche Abformmaterialien hat. Zur Zahnfleischretraktion wird der Faden vor Abdrucknahme ein bis drei Minuten in ORBAT

Verbesserte Übertragung

Auf der IDS 2011 wurde V-CLASS erfolgreich als Standardausrüstung für die EMS Goldstandardprodukte eingeführt.

Die einzigartige Piezon-Technologie ist nun ab Jahresende auch als Upgrade-Kit zur Aufrüstung der meisten EMS-Geräte, wie z.B. Air-Flow Master Piezon*, Piezon Master 700, miniPiezon, miniMaster, Air-Flow S2 und verschiedene Piezon-Einbaukits, auf dem Markt verfügbar. EMS bietet Zahnmedizinern hiermit die Möglichkeit, ihre Piezon-Standardeinheiten mit mehr Effizienz, verbesserter Ergonomie und schnelleren Behandlungszeiten auszustatten. Jedes Original Piezon V-Upgrade-System kommt mit drei EMS Swiss V-Instrumenten^{PM} (V-A, V-P und V-PS) und dem entsprechenden Original Piezon V-Handstück (LED). Die Verbindung zum Handstück ist konisch konstruiert. Somit sitzt das Instrument schon nach einer halben Umdrehung fest. Laut EMS macht dies den Anschluss zehnmal schneller als vorher. „Darüber hinaus haben wir es geschafft, die Verbindungsfläche

zwischen Handstück und Instrument zu vervielfachen. Diese verbesserte Kraftübertragung auf die Spitze des Instruments führt zu einer optimalen Behandlungseffizienz und letztendlich schnellerem Scaling“, erklärt Dr. Claudio Garlatti, Direktor von EMS Electro Medical Systems Italien. Eine neue hochwertige Legierung der V-Instrumente sowie ein verbessertes technisches Design der Handstücke führen außerdem zu einer merklich höheren Lebensdauer. Die Kosten pro Behandlung sind somit reduziert, so das Schweizer Unternehmen. **PN**

*Piezon® und Air-Flow® sind eingetragene Marken von EMS Electro Medical Systems.

PN Adresse

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

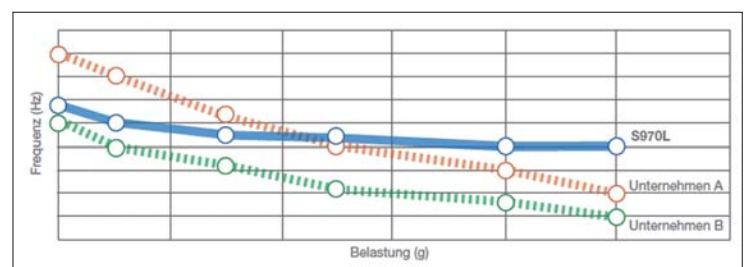


Kraftvolle Leistung

Neuer Air-Scaler von NSK: Gute Ergebnisse auch bei zunehmendem Anpressdruck.

Air-Scaler erfreuen sich einer großen Beliebtheit, weil sie ein breites Anwendungsspektrum abdecken und sich dank ihrer einfachen Verwendung auf der Turbinenkupplung durch besondere Flexibilität und schnelle Einsatzbereitschaft auszeichnen. Einsatzgebiete der luftbetriebenen Zahnsteinentfernungsgeräte (ZEGs) sind zum Beispiel die Zahnsteinentfernung, die Parodontologie oder die Endodontie. Sie sind damit eine interessante Ergänzung oder ggf. Alternative zu Piezo-ZEGs. Mit dem neuen Air-Scaler Ti-Max S970 – erhältlich für den Anschluss an Turbinenkupplungen der Typen NSK PTL, KaVo®

ein verlässliches Oszillationslevel abgerufen werden kann, ohne die sonst bei Air-Scalern übliche Leistungsabnahme in Relation zu einem zunehmenden Anpressdruck wahrzunehmen. Die NSK Volltitan-Hülse mit DURACOAT-Beschichtung steht für leichtes Gewicht und lange Lebensdauer und der neue Glasstab-Lichtleiter für perfekte Ausleuchtung des Behandlungsfelds. Selbstverständlich ist der S970 sterilisierbar und thermodesinfizierbar. Im Lieferumfang des NSK Air-Scalers S970 enthalten sind drei Scaling-Ansätze



MULTIflex® LUX und Sirona® Schnellkupplung – gelingt es NSK, konstante, kraftvolle Leistung an den Zahn zu bringen und somit auch bei starkem Anpressdruck effiziente Arbeitsergebnisse zu erzielen. Gleichzeitig wurde die maximale Leistung des S970 im Vergleich zum Vorgängermodell um ca. 10% gesteigert. So ist gewährleistet, dass in jeder der drei per Power-Control-Ring regulierbaren Leistungsstufen

(S1, S2, S3), ein Drehmoment-schlüssel für sicheres Anbringen der Ansätze sowie ein Aufsatzschutz. **PN**

PN Adresse

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



Lichtaktivierte Desinfektion

Mit dem neuen FotoSan630 bietet LOSER & CO dem Zahnarzt die passende Lösung zur Therapie bakterieller Infektionen.



Das erfolgreiche und preisgünstige LED-Gerät FotoSan wurde perfektioniert. Es sichert durch die erweiterte Akkuleistung eine längere Behandlungszeit. Das neue Design bietet außerdem eine ausgewogene Ergonomie. FotoSan 630 wird dort eingesetzt, wo traditionelle Verfahren an Grenzen stoßen: Orale Therapeutika wie Gele oder Spülungen wirken verzögert und sind aufgrund des schnellen Flüssigkeitsverlustes im Sulkus nur begrenzt wirksam. Mechanisches Scaling und Root Planing

reinigt Parodontaltaschen, desinfiziert aber nicht. Antibiotika-Therapien wiederum bergen die Gefahr der Resistenzentwicklung und werden von vielen Patienten heute eher kritisch betrachtet. Die lichtaktivierte Desinfektion mit FotoSan 630 ist einfach und zuverlässig: eine fotoaktive Substanz (Photosensitizer) wird mit einem LED-Licht von 630 nm bestrahlt. Die dabei aufgenommene Energie spaltet Sauerstoff in Radikale, die selektiv die Zellwände von Bakterien zerstören. Das Ver-

fahren ist völlig schmerzfrei und für jeden Zahnarzt sofort durchführbar. Die Wirkung gegenüber Bakterien und anderen Mikroorganismen wie Pilzen und Protozoen ist bewiesen und tritt sofort ein, Nebenwirkungen sind nicht bekannt.

Neben dem klassischen Einsatz in der Parodontologie und der Endodontie findet FotoSan 630 auch bei der Behandlung von Karies profunda, Periimplantitis und Gingivitis Anwendung.

Die geringen Investitionskosten machen das System für jede Praxis interessant. Die fotoaktivierte Desinfektion wird, frei von Budgetzwängen, analog abgerechnet und bietet damit auch wirtschaftlich betrachtet einen sinnvollen Einsatz des Produktes. **PN**

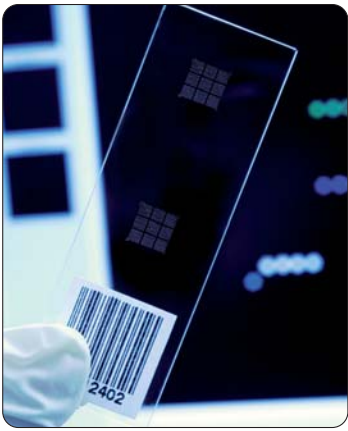
PN Adresse

LOSER & CO GmbH
Benzstr. 1c, 51381 Leverkusen
Tel.: 0 21 71/70 66 70
Fax: 0 21 71/70 66 66
E-Mail: info@loser.de
www.loser.de

Bakterienanzahl exakt bestimmen: „Nutze das Gen!“

Führender Diagnostik-Anbieter Carpegen feiert zehnjähriges Jubiläum.

Im September 2011 feierte die Carpegen GmbH (www.carpegen.de) aus Münster zehnjähriges Bestehen. Das Unternehmen hat sich bei Zahnärzten und Ärzten einen Namen als Spezialist für molekularbiologische Verfahren erworben. Viele Zahnarztpraxen beispielsweise nutzen regelmäßig das Testsystem Carpegen Perio Diagnostik, um für ihre Patienten die jeweils beste Therapie gegen Zahnfleischentzündungen (Parodontitis) zu finden. Andere Carpegen-Testsysteme dienen der Charakterisierung von Bakterien- und Pilzstämmen oder werden als Nachweisverfahren in der Humangenetik eingesetzt. Getreu dem Firmennamen Carpegen, zu deutsch etwa: „Nutze das Gen“, konzentriert sich das Unternehmen auf moderne Genanalyse-Verfahren. „Insbesondere entwickeln wir Real-Time-PCR-Verfahren und innovative Diagnostik-Tests für die Arztpraxis“, erläutert die Molekularbiologin und Carpegen-Geschäftsführerin



Der DNA-Chip als Miniaturlabor: Das Unternehmen Carpegen aus Münster entwickelt molekularbiologische Diagnostiktests.

Dr. Antje Rötger. Die Entwicklungsarbeiten werden unter anderem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert.

Referenzmethode zur Parodontitis-Erkennung


Der im Jahr 2003 erstmals vorgestellte Test Carpegen Perio Diagnostik ermöglicht es, Art und Anzahl Parodontitis-auslösender Bakterien in der Mundhöhle exakt zu bestimmen. Mit diesem Wissen können Zahnfleischentzündungen, unter denen fast jeder dritte Deutsche leidet, zielgerichtet behandelt werden. Zahlreichen Zahnärzten gilt der seither vielfach eingesetzte Carpegen-Test als Referenzmethode. Auch wissenschaftliche Untersuchungen belegen regelmäßig die qualitative Marktführerschaft des Verfahrens – zuletzt eine Vergleichsstudie, die an der Steinbeis-Hochschule Berlin in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie durchgeführt wurde (Untch, Martin/Schlagenhaut, Ulrich: Veröffentlichung in Vorbereitung).

Weiterentwicklung geplant

Aktuell arbeitet das Carpegen-Entwicklungsteam daran, das molekularbiologische Verfahren hinter dem Carpegen Perio Diagnostik-Test weiterzuentwickeln: Künftig soll der Zahnarzt die Test-

ergebnisse erhalten, noch während der Patient auf dem Behandlungsstuhl sitzt. So kann er sofort mit einer gezielten Therapie beginnen. „Die Technologie hinter der Point-of-Care-Diagnostik wird universell einsetzbar sein“, berichtet Rötger. So sei bereits ge-

plant, das System neben der Parodontitis-Keim-Erkennung auch für die Diagnose anderer Infektionserkrankungen anzupassen, etwa zur Erkennung der gefährlichen multiresistenten „Krankenhauskeime“ (MRSA) oder der für Durchfallerkrankungen ver-

antwortlichen Erreger, zum Beispiel Noroviren. Das Forschungsministerium (BMBF) hat der Carpegen GmbH bereits zugesagt, die Entwicklung dieser sogenannten Point-of-Care-Diagnostik über die kommenden vier Jahre hinweg zu unterstützen. 

ANZEIGE

Alle Lernmittel/Bücher zum Kurs inklusive!

Implantologie ist meine Zukunft ...

Schon mehr als 1.000 meiner Kollegen und Kolleginnen haben das erfolgreiche und von erfahrenen Referenten aus Wissenschaft und Praxis getragene DGZI-Curriculum erfolgreich abgeschlossen. Mit 100% Anerkennung durch die Konsensuskonferenz ist das Curriculum der DGZI eines der wenigen anerkannten Curricula und Aufbaustudium auf dem Weg zum Spezialisten Implantologie und zum Master of Science.

STARTTERMIN
Kurs 152 ► **16. März 2012**

DGZI-Curriculum – 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

 **DGZI**
Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.

DGI veröffentlicht Empfehlungen

Vier neue Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Implantologie zu verschiedenen wichtigen implantologischen Fragestellungen sollen einen therapeutischen Korridor für praktisch tätige Implantologen beschreiben.

Pünktlich zum 25. Jubiläumskongress der Deutschen Gesellschaft für Implantologie veröffentlicht die Gesellschaft vier systematische Übersichtsarbeiten und Konsensuserklärungen zu implantologischen Fragestellungen in deutscher und englischer Sprache als Supplement des *European Journal of Oral Implantology (EJOI)*. „Unser Ziel war, einen therapeutischen Korridor für den praktisch tätigen Implantologen zu formulieren, in dem Bereiche soliden und abgesicherten Wissens beschrieben werden und Bereiche offengehalten werden, in denen bislang noch keine definitive Stellungnahme formuliert werden kann, da die wissenschaftliche Datenlage unzureichend ist“, erklärt Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden, Kassel. Der DGI-Präsident hatte im vergangenen Jahr die erste wissenschaftliche Konsensuskonferenz der DGI zusammen mit der DGZMK, der AWMF sowie 15 weiteren Fachgesellschaften und Verbänden auf den Weg gebracht, auf denen die Grundlagen für die neuen Empfehlungen gelegt wurden.

Erwartungsgemäß: Bei jungen Verfahren fehlen Langzeitstudien

Bei einigen der behandelten Fragen mangelte es erwartungsgemäß an Evidenz durch randomisierte, kontrollierte klinische Studien und daraus berechneten Metaanalysen. Ein Grund: Die Implantologie entwickelt sich so schnell, dass viele Verfahren noch zu jung sind, um etwa lange Nachbeobachtungszeiten zu erlauben. „Der Praktiker muss aber trotzdem heute schon Ent-

scheidungen fällen und benötigt dafür in aufbereiteter Form die Informationen aus der Wissenschaft“, betont Terheyden. Genau dies leistet die Methode der bestverfügbaren Evidenz.

Statements mit Empfehlungsrang

Die nun vorliegenden Konsensus-Statements haben den Rang von Empfehlungen einer Fachgesellschaft. Dies ist der erste Schritt. „Drei der vier Empfeh-

reits in der Zertifizierung als Leitlinie (Stufe S2k). Das Team hatte den Einsatz der dreidimensionalen Bildgebung in der Implantologie untersucht. Die Frage lautete: „Welche Indikationen bestehen für eine dreidimensionale Röntgendiagnostik und bildatengestützte navigierte Methoden in der dentalen Implantologie?“

Da diese Diagnosemethode jedoch sehr jung ist, können bestimmte Studien noch nicht vorliegen. Es fehlen randomisierte oder kontrollierte Studien am

weichungen oder pathologische Veränderungen zeigt oder wenn anatomisch wichtige Strukturen in der Nähe der Implantatstelle röntgenologisch nicht sicher dargestellt werden können. Auch bestimmte Vorerkrankungen oder spezielle chirurgische oder prothetische Konzepte können den Einsatz der digitalen Volumetomografie rechtfertigen.

Indikationen für Knochenersatzmaterialien. Zur S1-Leitlinie weiterentwickelt werden soll

material aufgefüllt, damit Implantate eingepflanzt werden können.)

Den zahnlosen Oberkiefer versorgen. Die Frage, wie Patienten mit einem zahnlosen Oberkiefer am besten mit Implantaten versorgt werden, kann zur Zeit nicht abschließend beantwortet werden – zu heterogen sind die chirurgischen und prothetischen Herangehensweisen in den analysierten Studien. Einige evidenzbasierte Schlussfolgerungen konnten die Autoren gleichwohl aus den vorliegenden Studien zu prothetischen Behandlungsoptionen im zahnlosen Oberkiefer ziehen. Darum wird das derzeitige Statement bei nachfolgenden Treffen der Arbeitsgruppe zu einer S2e-Leitlinie entwickelt.

Noch zu jung sind auch Methoden, die nach einer Zahnextraktion den **Knochenabbau des Kieferkamms vermeiden** sollen. Dazu wird das Zahnfach (Alveole) nach der Extraktion mit verschiedenen Materialien aufgefüllt, beispielsweise mit Knochenmaterial oder Ersatzmaterialien. Aufgrund der unterschiedlichen Materialien und Strategien, die bei diesen im Fachjargon „Socket Preservation“ und „Ridge Preservation“ genannten Verfahren eingesetzt werden, sind derzeit keine Empfehlungen für eine spezifische Technik oder ein bestimmtes Material möglich. Darum beschloss die Experten die Leitlinienentwicklung auf diesem Gebiet für zwei Jahre aufzuschieben. **PM**

Quelle: DGI, Pressekonferenz Dresden, 25.11.2011



V.l.n.r.: Prof. Dr. Dr. Peter Tetsch, Prof. Dr. German Gómez-Román, Barbara Ritzert (Moderation), Prof. Dr. Dr. Hendrik Terheyden.

lungen werden bis zum Sommer 2012 zu Leitlinien weiterentwickelt“, erklärt Terheyden. Dieses wären dann international die ersten qualitativ hochwertigen, evidenzbasierten Leitlinien in der Implantologie – was bei einem noch vergleichsweise jungen Fach nicht ungewöhnlich ist, dessen rasante Entwicklung erst in den letzten 20 Jahren einsetzte.

3-D-Bildgebung – wann ist sie sinnvoll? Ein Konsensusstatement befindet sich aktuell be-

Menschen, welche die Überlegenheit einer 3-D-Bildgebung hinsichtlich des chirurgischen Erfolgs oder des Auftretens von Komplikationen in der Implantologie im Vergleich zur konventionellen Diagnostik belegen. Darum formulierten die Experten der Arbeitsgruppe mögliche Indikationen.

Die 3-D-Bildgebung kann beispielsweise dann sinnvoll sein, wenn die konventionelle zweidimensionale Röntgenuntersuchung in bestimmten Bereichen deutliche anatomische Ab-

das Konsensusstatement der Arbeitsgruppe, die analysiert hatte, bei welchen klinischen Indikationen in der dentalen Implantologie die Verwendung von Knochenersatzmaterialien wissenschaftlich belegt ist. So bescheinigt das Team den Ersatzstoffen beispielsweise, dass alle untersuchten Knochenersatzmaterialien bei der sogenannten Sinusbodenaugmentation prinzipiell gleich gut abschnitten. (Bei diesem Eingriff wird ein zu dünn gewordener Boden der oberen Kieferhöhle durch Knochenersatz-

Statistisches Jahrbuch 2010/2011 der BZÄK erschienen

Jeder Zehnte knirscht mit den Zähnen – das und noch mehr Fakten zur Zahnmedizin sind im Statistischen Jahrbuch 2010/2011 der Bundeszahnärztekammer zusammengefasst.

80 Prozent der Zahnärzte beobachten eine Zunahme von Knirschen und Pressen mit den Zähnen. Die Ursachen für diese sogenannten oralen Parafunktionen sind meist psychosomatisch bzw. stressbedingt. Etwa

8–15 Prozent der Frauen und 3–10 Prozent der Männer knirschen. Besonders häufig ist die Altersgruppe der 35- bis 45-Jährigen von diesem Krankheitsbild betroffen. Diese und weitere Zahlen zu (Mund-)gesundheit

und Zahnmedizin meldet das neue Statistische Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer. Das Jahrbuch liefert auf rund 200 Seiten Fakten zum Gesundheitsverhalten der Deutschen, zum Gesundheitssystem, zur zahnmedizinischen Versorgung und zum zahnärztlichen Berufsstand. Die überarbeitete Ausgabe 2010/2011 ist Mitte November erschienen. Neben der Veröffentlichung aktueller Zahlen führt das Jahrbuch Einzelinformationen zusammen. So entstehen Zeitreihen und Vergleiche, aktuelle Entwicklungen und Trends im Gesundheitswesen werden visualisiert. „Mit dem Statistischen Jahrbuch bereitet die Bundeszahnärztekammer Datenlagen systematisch auf-



Zukunftstrends werden so frühzeitig sichtbar. Soziale, ökonomische und krankheitsbezogene Zusammenhänge können mit

einer gut aufbereiteten Datengrundlage erkannt werden“, erklärt der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Peter Engel. Ausgewertet wurden neben den Erhebungen der (Landes-)Zahnärztekammern, der Bundeszahnärztekammer, des Instituts der Deutschen Zahnärzte und weiteren Statistiken auch nationale und internationale Datenquellen. Das Statistische Jahrbuch 2010/2011 kann zum Preis von 10,00 Euro zzgl. Versand über die Bundeszahnärztekammer bei Frau Höhne (E-Mail: i.hoehne@bzaek.de, Tel.: 030/4 00 05-1 22) oder im Internet unter www.bzaek.de bezogen werden. **PM**

Quelle: BZÄK



Comic-Poster für die Praxis

Ab sofort ist unter dem Motto „Schöne Zähne mit Biss – Ihr Zahnarzt“ eine neue Hochglanzposter-Reihe mit witzigen Comic-Motiven erhältlich.

Comics als Praxisdekoration?! Nach dem großen Erfolg der ersten Hochglanzposter-Trilogie „Schöne Zähne – Schönes Lächeln“ mit Cover-Motiven der Fachzeitschrift *cosmetic dentistry*, die sich außerordentlich großer Beliebtheit erfreut und die auch weiterhin erhältlich ist, bietet die OEMUS



im A1-Format (594 x 840 mm) erhältlich sind. Das Einzelposter ist zum Preis von 29 Euro und das Poster-Quartett für 89 Euro jeweils zzgl. MwSt. + Versandkosten erhältlich. Die Poster können bequem per E-Mail oder Telefon oder im Praxis-Shop der OEMUS MEDIA AG online bestellt werden. **PN**



MEDIA AG ab sofort eine komplett neue Poster-Reihe zur kreativen Praxisgestaltung an. Diesmal sind es vier lustige Comic-Poster mit den Motiven Hund, Katze, Haifisch und Vampir, die in der gewohnt hochwertigen Qualität als Hochglanzposter

PN Adresse

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-2 00
E-Mail: grasse@oemus-media.de



ParoStatus.de akkreditiert

Die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V., DGP, hat erstmals eine Software für parodontale Befundung akkreditiert.

ParoStatus.de wurde von Zahnarzt Dr. Christoph Kossack und der Dentalhygienikerin Sylvia Fresmann in Zusammenarbeit mit den führenden Fachgesellschaften entwickelt und erfüllt die Richtlinien der DGP. „Die Integration eines professionellen Prophylaxekonzeptes bietet den Zahnarztpraxen interessante wirtschaftliche Potenziale und die Chance, sich als Prophylaxepaxis zu positionieren“, so Sylvia Fresmann, Mitgeschäftsführerin der ParoStatus.de GmbH. „Hier die Behandlungsqualität auf einem hohen Niveau zu halten, ist eine große Herausforderung für das gesamte Prophylaxeteam in der Praxis“, ergänzt die Dentalhygienikerin. ParoStatus.de bietet den Praxen ein vollständig integriertes System zur wirkungsvollen Unterstützung der Prophylaxe und der Parodontaltherapie. Sämtliche Befunde können in kurzer Zeit von einer Mitarbeiterin ohne Assistenz erfasst werden, durch die vorgegebene und systematische Abfrage von Einzelbefunden wird ein hohes Maß an Qualitätssicherung, Reproduzierbarkeit und Effektivität erreicht. Auch für die Patientent motivation ergeben sich neue



Möglichkeiten: ParoStatus.de bietet eine verständliche Aufbereitung der Daten, die jedem Patienten als Ausdruck mit nach Hause gegeben werden. So wird das persönliche Risikoprofil über Texte und Grafiken dargestellt und Fortschritte in der Behandlung können bei der nächsten Recall-Sitzung verdeutlicht werden. Durch die professionelle Patientenführung mit kontinuierlicher Verlaufsdokumentation kann das Verständnis der Patienten für Prophylaxe und die benötigten, regelmäßigen

Recall-Sitzungen deutlich verbessert werden. Weitere Informationen: www.ParoStatus.de **PN**

PN Adresse

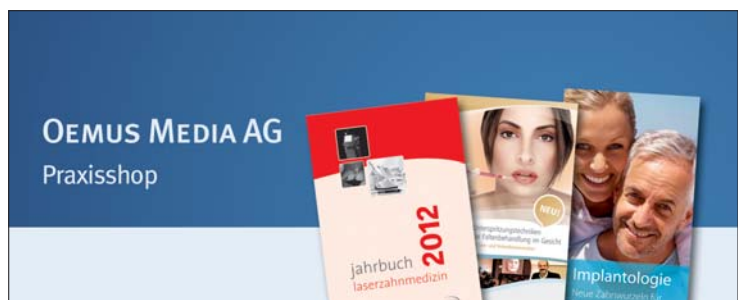
ParoStatus.de GmbH
Hauptniederlassung Berlin
Kaulsdorfer Str. 69
12621 Berlin
Tel.: 0 30/69 54 50-3 50
Fax: 0 30/69 54 50-3 51
E-Mail: Post@ParoStatus.de
www.ParoStatus.de

Neuer Praxis-Online-Shop

Patientengerechtes Informationsmaterial der OEMUS MEDIA AG für die Praxis kann online bestellt werden.

Ab sofort können die verlagseigenen eBooks, DVDs, Jahrbücher, Poster sowie Patientenflyer im neuen Praxis-Online-Shop der OEMUS MEDIA AG unter www.oemus.com/praxisshop schnell und unkompliziert be-

einander abgestimmt? Bestellen Sie ganz einfach unser hochwertiges, patientengerechtes Informationsmaterial. Ästhetische 3-D-Grafiken veranschaulichen dabei das jeweilige Thema und unterstützen Ihre Aufklärung.



stellt werden. Dank der einfachen Navigationsstruktur der Webseite sind Bestellungen mit nur einem Klick erledigt.

Passend zu Ihrer Zielgruppe stehen Ihnen alle Patientenflyer in zwei verschiedenen Motiven zur Verfügung. Schauen Sie einfach mal vorbei. **PN**

Patientenflyer Zahnmedizin

Sie möchten Ihre Patienten über die Möglichkeiten der Zahnheilkunde informieren und über verschiedene Themen aufklären? Am besten einheitlich und auf-

PN Adresse

OEMUS MEDIA AG
Andreas Grasse
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-2 00
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: grasse@oemus-media.de
www.oemus.com/praxisshop



Patienten für den Notfall rüsten

Weltweit erste mobile Zahnapotheke bietet Patienten Soforthilfe für Unterwegs.

Was tun, wenn bei einem Sportunfall ein Zahn abbricht oder im Urlaub eine Füllung verloren geht? Der vertraute Zahnarzt ist oft weit entfernt und im Ausland einen Deutsch sprechenden Spezialisten zu finden, ist schwer. Mit der mobilen Zahnapotheke steht jetzt erstmalig ein zahnärztliches Erste-Hilfe-Set zur effektiven Notfallversorgung zur Verfügung. Zahnärzte können diese Zahnapotheke ab sofort testen und ihren Patienten so eine zusätzliche Serviceleistung anbieten – ohne Risiko: Zum Einkaufspreis und mit Geld-zurück-Garantie innerhalb der ersten 30 Tage. In mehrjähriger Forschung hat der in Hof/Bayern praktizierende Zahnarzt Dr. Ulrich Reiß ein Notfallpaket entwickelt: „Mit unserer mobilen ‚Zahnarztpraxis‘ kann jeder Laie bei einem Zahnunfall Sofortmaßnahmen ergreifen. Die schnelle Erstversorgung ist dabei entscheidend“, betont der Dentist. „Natürlich ersetzt diese Eigenbehandlung nicht den Gang zum Zahnarzt. Sie ist lediglich als Soforthilfe gedacht, als solche aber höchst wirkungsvoll.“ So lässt sich mit dem Zahnrettungsfläschchen z.B. ein ausgeschlagener Zahn konservieren, so dass eine Reimplantation mög-

lich wird. Auch herausgefallene Kronen oder Inlays können mit der Zahnapotheke provisorisch wieder einzementiert werden. Der Vorteil für den Patienten liegt auf der Hand: Unaufschieb-

treten, wenn man sie am wenigsten gebrauchen kann. „Mich sprachen immer wieder Patienten darauf an, ob ich ihnen nicht etwas für den Urlaub, sozusagen eine Notfallausrüstung, mitgeben könnte“, erzählt Dr. Ulrich Reiß, daraus entstand



bare Termine können wahrgenommen, der Urlaub muss nicht abgebrochen werden bzw. die Suche nach einem Zahnarzt im Ausland erübrigt sich. Auch für die Eigenbehandlung überempfindlicher Zähne ist die mobile Zahnapotheke ausgerüstet: Ein spezielles Fluorid-Präparat zum Auftragen stillt kurzfristig Schmerzen, die immer dann auf-

diese handliche Spezial-Apotheke. Inzwischen bieten immer mehr Zahnärzte ihren Patienten die Dr. Reiß Zahnapotheke als besonderen Service an. **PN**

PN Adresse

WertVision GmbH
Uferstraße 27
95028 Hof
Tel.: 0800/2 71 71 71 22
www.zahnapotheke.de

Varios 970

Multifunktions-Ultraschallgerät Varios 970 mit LED

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



NSK



Mitbewerber

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€~~

1.749€*

Varios 970 ohne Licht

~~2.150€~~

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. Änderungen vorbehalten.