

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · German Edition

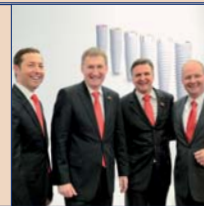


No. 6/2013 · 10. Jahrgang · Leipzig, 5. Juni 2013 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 €



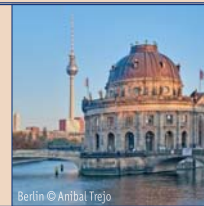
Autismus: Besondere Herausforderung

Aufgrund des abweichenden Sozialverhaltens von autistischen Kindern ist es für den Zahnarzt besonders schwierig, einen optimalen Behandlungsweg zu finden. Von Dr. Sabine Rienhoff, Hannover. ▶ Seite 4f



Nobel Biocare im Interview

Das schwedisch-schweizerische Unternehmen hat ein neues Managementteam für Deutschland, Österreich und Schweiz. Regional Director D-A-CH Ralf Barschow sprach über die Neustrukturierung. ▶ Seite 8f



Praxisorientierte Implantologie

DGZI-Kongress im Oktober in Berlin: Internationale Referenten sprechen Klartext und nehmen u.a. das „All-on-four“-Konzept unter die Lupe. Gemäß dem Motto „Aus der Praxis für die Praxis“! ▶ Seite 10

ANZEIGE

Perfekt registrieren.

2013 REALITY Four Star Award

METAL-BITE®

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Informationen unter Tel. 0 40 - 22757617
Fax 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei
E-mail: info@r-dental.com
www.r-dental.com

Uniklinikum Halle vor dem Aus?

Spardiktat bedroht zahnmedizinische Versorgung in Sachsen-Anhalt.

BONN – Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) kritisiert die Pläne der Landesregierung Sachsen-Anhalt, das Universitätsklinikum der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg zu schließen und damit auch das Aus für die einzige zahnmedizinische Ausbildungsstätte im Land zu besiegeln. Mit Blick auf die demografische Entwicklung fordert der FVDZ das Land vor allem im Interesse der Patienten auf, von der fehlgeleiteten Sparpolitik abzurücken und die Universitäts-

medizin in Halle zu erhalten. „Sachsen-Anhalt ist dringend auf den in Halle ausgebildeten zahnmedizinischen Nachwuchs angewiesen, um auch in Zukunft eine flächendeckende Versorgung im Land sicherzustellen“, unterstreicht die stellvertretende FVDZ-Bundesvorsitzende Dr.-med./IfM Timisoara Kerstin Blaschke die Bedeutung des Standorts. Etwa die Hälfte der Absolventen bleibe derzeit nach dem Studium in Sachsen-Anhalt. Fortsetzung auf S. 2 unten →

ANZEIGE

TÜV SAARLAND GUT (1,6)
Kundenurteil . freiwillige Prüfung
05/2011 Nr. 1321

Service tested

SO GEHT SERVICE HEUTE

[Hochwertiger Zahnersatz zu günstigen Preisen] dentaltrade®
...faire Leistung, faire Preise

freecall: (0800) 247 147-1 · www.dentaltrade.de

Gebührenordnung für Zahnärzte: Verfassungsbeschwerde abgewiesen

Die Verfassungsbeschwerde tragenden Verbände erheben Feststellungsklage beim Verwaltungsgericht Berlin. Von Jürgen Pischel.

PZR: wichtiger Baustein

Kostenübernahme geprüft.

Die Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz nahm die Kostenübernahme der Professionellen Zahnreinigung (PZR) durch die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen unter die Lupe. „Die Verbraucherzentrale verweist zu Recht darauf, dass die Kosten der PZR von Patient zu Patient variieren können. Sie richten sich nach der Anzahl der zu behandelnden Zähne, dem Aufwand und dem Schwierigkeitsgrad der Behandlung“, so San.-Rat Dr. Helmut Stein, Vorstandsvorsitzender der KZV Rheinland-Pfalz. „Allerdings ist es nicht richtig, den Nutzen der PZR infrage zu stellen“, kritisiert er die Einschätzung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS). „Insbesondere für Patienten mit hohem Kariesrisiko oder entzündlichen Erkrankungen des Zahnhalteapparates ist die PZR ein wichtiger Vorsorge- und Therapiebaustein“, so Stein weiter. „Die Aufnahme der PZR in die neue private Gebührenordnung trägt dem Rechnung, da nur wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethoden Eingang in Gebührenordnungen finden können. Zudem bezuschussen deswegen viele gesetzliche Kassen die PZR auf freiwilliger Basis.“ Quelle: KZV Rheinland-Pfalz

BERLIN/BONN – Das Bundesverfassungsgericht hat die Verfassungsbeschwerde gegen die Nichtanhebung des Punktwertes in der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) nicht zur Entscheidung angenommen.

Diese klare Niederlage sehen die die Verfassungsbeschwerde tragenden Verbände* – BDIZ/EDI, FVDZ, BDK (Kieferorthopäden Bayern), PZVD (Privatzahnärzte), aber auch finanziell von der BZÄK unterstützt – nicht als Rückschlag, sondern als Ermutigung, über den Instanzenweg beim Verwaltungsgericht in Berlin wieder bis zum BVG weiter zu klagen. Sie kritisieren scharf die Weigerung des BVG, sich mit einem Rechtsstillstand von mehr als 25 Jahren nicht befassen zu wollen. Obwohl das BVG keinerlei Begründung abgab, erklären die Verbände, um ihre Zurückweisung vorbräumen zu können, dass die aktuelle Diskussion um die Abschaffung der privaten Krankenversicherungen dabei eine Rolle gespielt haben dürfte und das Bundesverfassungsgericht sich durch eine Entscheidung zur GOZ nicht in diese öffentliche Diskussion einmischen wollte.

Eingereicht wurde die Klage, obwohl bereits im Vorfeld mit Gutachten



beauftragte Rechtsexperten die Erfolgsaussichten als sehr fraglich eingeschätzt hatten.

Weiterhin hoffen die Verbände, dass die Verwaltungsgerichtsklagen letztendlich beim BVG landen und dort die „betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten der Zahnärzte anerkannt werden müssen“. 11 Pfennig betrug 1988 der sogenannte Punktwert für privatärztliche Leistungen. Mit der neuen GOZ darf der Zahnarzt 5,62421 Cent berechnen. Der Punktwert hat sich somit um keinen einzigen Punkt verändert. Das Einzige, was sich nach zwei Jahrzehnten

für den Berufsstand trotz GOZ-Novelle geändert hat, ist die Währung. Die kumulative Inflationsrate seit 1988 – der letzten Novellierung der GOZ – beträgt rund 60 Prozent. Das heißt, dem zahnärztlichen Berufsstand wurde nach über 24 Jahren jegliche Steigerung verwehrt, kein Inflationsausgleich angeboten.

*Die Kläger und ihre Verbände:

- Christian Berger, Präsident des BDIZ EDI e.V. und Vizepräsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer (BLZK),
- Prof. Dr. Dr. Joachim E. Zöller, Vizepräsident des BDIZ EDI und Direktor der

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Universität Köln,

- Dr. Karl-Heinz Sundmacher, Bundesvorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V. (FVDZ),
- Dr. Claus Durlak, Vorsitzender des Landesverbandes Bayern im Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e.V. (BDK),
- Dr. Wilfried Beckmann, Präsident der Privatzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands e.V. (PZVD),
- Dr. Wilfried Forschner als Vertreter von Zahnärzten aus Baden-Württemberg. DT

ANZEIGE

Auf der Suche nach (Rechts-)Sicherer Wasserhygiene?

BLUE SAFETY



Der schnelle Weg zum Termin: Fon 0800 - 25 83 72 33 oder www.bluesafety.com



Der Preis ist heiß

Jürgen Pischel spricht Klartext

Wer von unseren Lesern in den letzten Wochen die BILD genossen hat, dem sprang sicher des Öfteren eine Anzeige eines der vielen Internetanbieter zum Preisdumping bei ZE-Arbeiten ins Auge. Besonders erfolgreich gebärden sich diese Internetportale im angeblich „gerechten“ Kampf um geringere Zahlungsbelastungen für die Patienten bei Implantatversorgungen. Viele Zahnärzte scheinen zunehmend bereit zu sein, über Honorarzugeständnisse Patienten zulasten von Kollegen zu angeln.

Wie „erfolgreich“ diese Kampagnen sind, zeigen sowohl Studien der Krankenkassen, dass bei Zahnersatz die Eigenbeteiligung der Patienten – rund 60 Prozent im großen Durchschnitt – in den letzten Jahren nicht mehr angestiegen ist, wie vor allem die Klagen der „forschenden“ Implantat Hersteller über deutliche Umsatzrückgänge. Diese nicht nur in dem von Billiganbietern in der Implantologie geprägten Märkten Spanien und Italien, sondern besonders auch in Deutschland und selbst der Schweiz.

Die Patienten werden zunehmend preisbewusster, und viele Zahnärzte, die in der Internet-Bieterschlacht um das geringste HKP-Anbot mitmachen, tun dies vornehmlich nicht über eigene Honorarzugeständnisse, sondern über Billigeinkauf bei ZE und vor allem durch Nutzung von besonders billigen Nachahmer-Implantatprodukten.

Weil der Preis für eine Zahnarzttherapie – trotz des in Deutschland europaweit hohen Kassenzuschusses – als Entscheidungsgrundlage eine immer größere Rolle spielt, wird die Situation der Implantatanbieter immer kritischer werden, und erste Edel-Anbieter positionieren sich

bereits mit Zweitmarken im unteren Preissegment.

Der Kampf im Implantatmarkt wird aber auch deshalb noch heißer werden, weil die Implantatversorgung ihren Status in den letzten Jahren als quasi Regelversorgung bei fehlenden Zähnen verloren hat. Immer mehr setzt sich wieder die Position in der Zahnarztpraxis durch, für eine Zahnücke gibt es stets mehr als eine Versorgung, und wer als Putzmuffel seine natürlichen Zähne aufs Spiel gesetzt hat, entwickelt selten mehr Sorgfalt und Verantwortung bei Implantaten. Der Boom bei Periimplantitisfällen nach dem Implantatboom spricht Bände, und Misserfolge und Probleme sprechen sich bei Patienten schneller herum als die positiven Ergebnisse mit Implantatversorgungen.

Das Sparen über „billigen“ Einkauf hat ja einmal ein Ende, und wenn die Praxen sich aufgrund der öffentlichen Preisbehauptung, was für eine entsprechende Implantatbehandlung „üblich“ sei, auf dieses Niveau begeben haben, hört ja der Preiskampf einzelner – „bei mir ist es aber günstiger zu haben“ – nicht auf. Sicher zeugt es von schlechtem Stil, ja wenig Charakter und von einer mangelnden Kollegialität im Berufsstand, sich über Internet-Versteigerungen an Patienten ranzumachen.

„Der Preis ist heiß“ und „Geiz ist geil“ werden als Mottos auch im medizinischen Bereich immer mehr Anhänger unter Patienten gewinnen, was auch dem Zahnarzt die Bewältigung neuer Herausforderungen in der Beratung seiner Patienten abverlangen wird, um ihn nicht über den Preis, sondern über Compliance und Vertrauen an die Praxis zu binden,

toi, toi, toi, Ihr J. Pischel



Infos zum Autor

Geldbußen und Haft für „korrupte“ Zahnärzte

Bahr: Gesetzliche Regelungen gegen die Korruption im Gesundheitswesen.

BERLIN/BONN (jp) – Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr will noch vor Ablauf der Legislaturperiode im Herbst 2013 gesetzliche Regelungen gegen die Korruption im Gesundheitswesen vorlegen und durchbringen. Danach sollen Bestechung und Bestechlichkeit nicht nur bei Ärzten und Zahnärzten, sondern bei allen Berufsgruppen, die an der Versorgung der Versicherten von gesetzlichen Krankenkassen beteiligt sind, strafbar werden.

Als unzulässige wirtschaftliche Vorteile eingestuft werden sollen geldwerte Zuwendungen aller Art, also auch die Überlassung von Geräten, Materialien und Räumen, das Durchführen von Schulungsmaßnahmen, das Stellen von Personal oder Kostenübernahmen dafür sowie „Einkünfte aus Unternehmensbeteiligungen, die durch das Verordnungs- und Zuweisungsverhalten maßgeblich beeinflusst werden“, heißt es im Papier. Dazu soll eine Strafvorschrift in Paragraf 307c im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeführt werden.

Mit Unterstützung der rot-grünen Länder im Bundesrat, die dort die Mehrheit haben, will Hamburg anders als Bahr die Regelungen gegen Betrug und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch verankern. In einer Hamburger Pres-



© Lisa S.

seerklärung heißt es dazu: „Durch die Verankerung im Sozialgesetzbuch schützt das Vorhaben der Koalition nur gesetzlich Versicherte. Für privat Versicherte gelten die Regeln nicht.“ Das sei eine große Schwäche der schwarz-gelben Initiative. Knapp neun Millionen Menschen in Deutschland sind vollständig bei

einer privaten Krankenversicherung versichert und könnten „korrupte“ Ärzte und Zahnärzte nicht verfolgen.

Der Hamburger Senat beziffert in der Gesetzesbegründung das Ausmaß der Schäden, die im deutschen Gesundheitswesen pro Jahr durch Fehler, Betrug und Korruption entstehen, auf etwa elf Milliarden Euro. **DT**

Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen zur GOZ gegründet

Bundeszahnärztekammer, Verband der privaten Krankenversicherung und Beihilfestellen von Bund und Ländern gründen Beratungsforum.

BERLIN – Die Bundeszahnärztekammer, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Beihilfestellen von Bund und Ländern haben die Einrichtung eines Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen vereinbart, um „im partnerschaftlichen Miteinander daran zu arbeiten, die Rechtsunsicherheit nach der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu beseitigen“.

Das neue Gremium habe die Aufgabe übernommen, grundsätzliche Auslegungsfragen der GOZ, Fragen der privatärztlichen Qualitätssicherung sowie Fragen des Inhalts und der Abgrenzung privatärztlicher Leistungen zu diskutieren und möglichst einvernehmlich zu beantworten.



© Kzenon

Man wolle sich bemühen, dass Auslegungsprobleme der GOZ nicht auf dem Rücken der Patienten ausgegossen werden. Ein die „Versozialrechtlichung der Gebührenordnung“ vorantreibendes GOZ-Bewertungs-

institut, wie es im Bundestag gefordert worden ist, „braucht niemand“, so die am GOZ-Gebührengeschehen beteiligten Institutionen. **DT**

Quelle: BZÄK

DENTAL TRIBUNE

IMPRESSUM

Verlag
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-0
Fax: 0341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Verleger
Torsten R. Oemus

Verlagsleitung
Ingolf Döbbecke
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller

Chefredaktion
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (ji), V.i.S.d.P.
isbaner@oemus-media.de

Redaktionsleitung
Jeannette Enders (je), M.A.
j.enders@oemus-media.de

Korrespondent Gesundheitspolitik
Jürgen Pischel (jp)
info@dp-uni.ac.at

Anzeigenverkauf
Verkaufsleitung
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller
hiller@oemus-media.de

Verkauf
Nadine Naumann
n.naumann@oemus-media.de

Produktionsleitung
Gernot Meyer
meyer@oemus-media.de

Anzeigendisposition
Marius Mezger
m.mezger@oemus-media.de

Bob Schliebe
b.schliebe@oemus-media.de

Lysann Reichardt
l.reichardt@oemus-media.de

Layout/Satz
Franziska Dachsels

Lektorat
Hans Motschmann
h.motschmann@oemus-media.de

Erscheinungsweise

Dental Tribune German Edition erscheint 2013 mit 12 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 4 vom 1.1.2013. Es gelten die AGB.

Druckerei

Vogel Druck und Medienservice GmbH, Leibnizstraße 5, 97204 Höchberg



Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V.

Verlags- und Urheberrecht

Dental Tribune German Edition ist ein eigenständiges redaktionelles Publikationsorgan der OEMUS MEDIA AG. Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes geht 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 Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, welche der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Autor des Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig.

← Fortsetzung von S. 1 oben

„Das Ende der zahnmedizinischen Hochschulausbildung in Halle würde hier eine gewaltige Lücke hinterlassen und die Nachwuchsproblematik vor allem in den ländlichen Regionen dramatisch verschärfen“, ist sich Blaschke sicher.

Die Universitätsmedizin in Halle ist exzellent aufgestellt und regional tief verwurzelt. Ihre Schließung würde den Wissenschaftsstandort schwächen und die zahn-/medizinische Versorgung in der Region gefährden. Der FVDZ unterstützt deshalb den Protest der Hallenser Zahnmedi-

zinstudenten gegen die Schließung ihrer Fakultät sowie das Aktionsbündnis „Halle bleibt“, das mit einer Online-Petition Unterschriften für den Erhalt des Standorts sammelt (www.hallebleibt.de). **DT**

Quelle: FVDZ

Zähne aus Zahnfleischgewebe

Sollen diese in Zukunft Implantate ersetzen können?



Möglichkeit gefunden werden, Zähne als Alternative für Implantate bei Erwachsenen zu produzieren. Bisher gelang die Züchtung nur mit embryonalen Mesenchymzellen. Grundlage dafür ist es, die Epithel- und Mesenchymzellen von Erwachsenen zu identifizieren und in ausreichenden Mengen zu vermehren. Durch die Epithelzellen erhalten

die genutzten Mesenchymzellen die notwendigen Informationen, um verschiedene Zellarten wachsen zu lassen.

LONDON – Forschern des Londoner King's College Dental Institute gelang es, Zähne aus Zahnfleischgewebe zu produzieren. Dafür nutzten sie isolierte Zellen aus dem menschlichen Zahnfleisch und Mesenchymzellen von Mäusen. Die gezüchteten Zähne bestehen aus Dentin, Zahnschmelz und sichtbaren Wurzeln. Die embryonalen Zellen der Mäuse trieben das Wachstum voran. Könnten die so entstandenen Mischzähne aus den Anlagen von Menschen und Mäusen in Zukunft Implantate ersetzen?

Nun soll mit Mesenchymzellen von erwachsenen Menschen eine

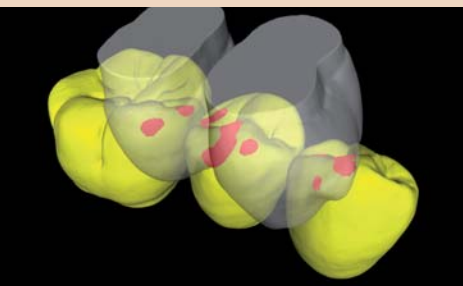
In den Kiefer eingesetzte embryonale Zahnanlagen können sich normal entwickeln und so zu immaturren Zähnen heranwachsen.

Die im Versuch benutzten Mäuse-Mesenchymzellen sollen nun durch Zellen erwachsener Menschen ersetzt werden, die dann ebenfalls als Wachstumskatalysator funktionieren sollen. [DU](#)

Quelle: ZWP online

Belastungsanalysen an menschlichen Vorbackenzähnen

Die Reduktion der natürlichen Zahnabnutzung könnte die Hauptursache für weitverbreitete Zahnhalsdefekte sein.



Zahngewebe und Stützstrukturen eines zweiten Prämolaren aus dem rechten Unterkiefer nach der Segmentierung. (Foto: MPI für evolutionäre Anthropologie)

LEIPZIG/FRANKFURT AM MAIN – Wissenschaftler am Max-Planck-Institut für evolutionäre Anthropologie in Leipzig und am Senckenberg Forschungsinstitut in Frankfurt haben gemeinsam mit Zahntechnikern Belastungsanalysen an menschlichen Vorbackenzähnen durchgeführt. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die sehr häufig auftretenden Schmelzabsprengungen am Zahnhals mit der in industrialisierten Gesellschaften reduzierten Zahnabnutzung im Zusammenhang stehen können.

Die Forscher benutzten Methoden aus der Ingenieurwissenschaft (Finite-Elemente-Analyse, FEA), nachdem zuvor mithilfe einer im Senckenberg Forschungsinstitut entwickelten Software (Occlusal Fingerprint Analyser)

die genauen Zahn-zu-Zahn-Kontakte bestimmt wurden. „Die individuellen Zahnkontakte dienen zur möglichst realitätsnahen Computersimulation der Belastungsverteilung beim Zubeißen“, erörtert Stefano Benazzi vom Max-Planck-Institut für evolutionäre Anthropologie, der die Finite-Elemente-Analysen durchführte. Um die Veränderung des Belastungsmusters in ein und derselben Zahnkrone in unterschiedlichem Abnutzungsalter zu untersuchen, wurden zwei der kleineren Vorbackenzähne, der Prämolaren, mithilfe ihrer ermittelten Bewegungsdaten im Labor künstlich abgeschliffen. Damit wurde die natürliche Abnutzung nachgestellt, und so konnte berechnet werden, wie sich das Belastungsmuster mit dem kontinuierlichen Abrieb von Zahnschmelz verändert.

In den stärker abgenutzten Zähnen verteilt sich die Belastung wesentlich besser über die gesamte Zahnkrone, sodass die Zugspannungen deutlich reduziert werden. „Die Evolution scheint hier eine durchaus erfolgreiche Kompromisslösung zwischen Materialverlust und möglichst langem Funktionserhalt gefunden zu haben“, so Benazzi. [DU](#)

Quelle: Max Planck Institute for Evolutionary Anthropology

Entwicklung von Weisheitszähnen

Forscher aus Bosten entdeckten neue Faktoren im Bezug auf die Entwicklung von Weisheitszähnen. Dafür wurden Daten einer Probandengruppe ausgewertet.



BOSTON – Wissenschaftler der Tufts University School of Dental Medicine fanden jetzt heraus, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Injektion lokaler Anästhetika bei zwei- bis sechsjährigen Kindern und dem Fehlen der unteren Weisheitszähne besteht. Die Ergebnisse wurden jetzt in der aktuellen Ausgabe *The Journal of the American Dental Association* veröffentlicht.

In einer Kontrollgruppe wurden die Daten der Patienten ausgewertet, die keine Lokalbetäubung erhielten, und in einer Vergleichsgruppe die Daten der Patienten mit Anästhesie im Alter von zwei bis sechs Jahren. Es wurden insgesamt

439 Stellen analysiert, an denen sich Weisheitszahnfollikel entwickeln könnten.

An 1,9 Prozent der 376 Stellen in der Kontrollgruppe entwickelten sich keine Weisheitszähne. In der Vergleichsgruppe, also den Patienten, die einer Betäubung ausgesetzt waren, wiesen 7,9 Prozent der 63 untersuchten Stellen im Röntgenbild keine Weisheitszahnknospen auf. Das macht eine 4,35-fach höhere Wahrscheinlichkeit bei den Probanden der Vergleichsgruppe, keine Achter zu entwickeln.

Der Autor der Studie, Prof. Anthony R. Silvestri, Tufts University School of Dental Medicine, stellt

fest, dass diese Zahlen ein Indiz dafür sind, dass der Zusammenhang zwischen einem minimalinvasiven Eingriff nahe eines Weisheitszahnfollikels und der Bildung eines solchen kein Zufall ist.

Weitere Untersuchungen sollen durch größere Probandengruppen und längerfristige Studien belegen, welche Zusammenhänge solcher Eingriffe und der Entwicklung von Weisheitszahnfollikeln bestehen. Auf diese Weise könnte eine Methode entwickelt werden, wie man die Entwicklung von dritten Molaren aufhalten kann. [DU](#)

Quelle: ZWP online

ANZEIGE



Tiefenfluorid® junior

Zwei Schritte zum Erfolg

- sichere Kariesprophylaxe durch Depot-Effekt
- Langzeit-Remineralisation auch an schwer erreichbaren Stellen
- White Spots verschwinden
- zur mineralischen Fissurenversiegelung*
- fruchtig-süß ohne Zucker, für alle Altersklassen

* ZMK 1-2/99

New!
Mit fruchtigem
Geschmack



HUMANCHEMIE
Kompetenz in Forschung und Praxis

Humanchemie GmbH • Hinter dem Krüge 5 • DE-31061 Alfeld/Leine
Telefon +49 (0) 51 81 - 2 46 33 • Telefax +49 (0) 51 81 - 8 12 26
E-Mail info@humanchemie.de • www.humanchemie.de

Besondere Behandlungswege bei Kindern mit Autismus

Autismus ist eine tief greifende Entwicklungsstörung, die in den ersten drei Lebensjahren beginnt. Die Symptome werden in der sozialen Umgebung mit Mitmenschen, in der Kommunikation und im Verhalten deutlich. Um eine effektive kinderzahnärztliche Behandlung zu erreichen, müssen daher besondere Behandlungswege eingeschlagen werden. Von Dr. Sabine Rienhoff, Hannover.

Der Begriff Autismus kommt aus dem Griechischen von („selbst“), man kann es am besten mit Selbstbezogenheit übersetzen. Die WHO bezeichnet Autismus als tief greifende Entwicklungsstörung.¹ Die Definition ändert sich laufend, und man spricht heute eher von einem Autismusspektrum aus atypischem Autismus, Autismus und Asperger-Syndrom. Entscheidend bei dieser Einteilung ist, wie schwer eine eventuelle geistige Behinderung ist. Dabei geht auf der einen Seite der atypische Autismus einher mit schwerer geistiger Behinderung und auf der anderen Seite das Asperger-Syndrom mit weitgehend normaler oder sogar hoher Intelligenz.²

Diese verschiedenen Formen sind oftmals schwierig gegeneinander abzugrenzen. „Autismus ist keine fest umrissene Störung wie z.B. Masern“³ und bleibt in der Regel das ganze Leben lang bestehen. „Es gibt aber auch Kinder, die nur in der frühen Kindheit autistische Verhaltensweisen zeigen, die aber in der weiteren Entwicklung verschwinden.“³ Jedes Kind ist dabei anders.

Prävalenz und Geschlechtsverteilung

Die Prävalenz lag bei früheren Untersuchungen bei circa 0,04 bis 0,05 Prozent,³ in neueren Untersuchungen allerdings bei bis zu 1,16 Prozent.⁴ Jungen sind deutlich häufiger betroffen als Mädchen, man findet Zahlen von 4:13 bis 10:1.⁵

Symptome

Die Symptome beim Autismus sind sehr vielfältig und bei jedem unterschiedlich ausgeprägt. Die drei wichtigsten sind:

1. abweichendes Sozialverhalten
2. gestörte Kommunikation
3. rigide, zwanghafte Verhaltensmuster⁵



© Miredi

Kinderzahnheilkunde

In Bezug auf die Symptome ergeben sich für die Behandlung in Hypnose einige Probleme:

- Körperkontakt problematisch → *Grifftechniken schwierig*
- unerwartete Bewegungen → *Verletzungsrisiko*

- anderes Schmerzempfinden → *Geräuschempfindlichkeit*

- Anweisungen verstanden? → *Unsicherheit für Behandler*

- Veränderungen problematisch → *mögliche Aggressionen*

- keine Fantasie → *Erzählungen schwierig*

- leicht aufbrechende Angst → *plötzliche Affektausbrüche*

Im Folgenden sollen Lösungsansätze aufgezeigt werden, wie diese Kinder trotz aller Widrigkeiten in der zahnärztlichen Praxis mit Hypnose behandelt werden können.

Kinderzahnärztliche Behandlung

Wie auch bei gesunden Kindern ist hier ganz besonders zu beachten, dass die autistischen Patienten sehr unterschiedlich sind. Maßnahmen, die bei einem Kind funktionieren, müssen beim nächsten nicht zwangsläufig auch hilfreich sein. Wichtig ist hier ein unkonventionelles Denken und kreatives Ausprobieren verschiedener Ideen.³

Vorbereitung der Erstbehandlung zu Hause

Da neue Dinge oftmals Angst machen, sollten die Eltern ihr Kind vorher zu Hause gut auf den Zahnarztbesuch vorbereiten, damit es weiß, was es erwartet. Sehr hilfreich kann es sein, vorher Fotos von der Praxis und dem Team zu zeigen. Dies kann z.B. erfolgen, indem die Website der Praxis im Internet gemeinsam angeschaut wird. Die Eltern könnten auch vorher in die Praxis kommen und selbst Fotos von Räumen und Team machen. Auch kann vorher zu Hause, wenn vorhanden, schon der Mundspiegel gezeigt werden.

Vorbereitung der jeweils nächsten Behandlung

Beim Erstbesuch kann schon in der Zahnarztpraxis die Vorbereitung auf den nächsten Besuch erfolgen. Die erforderlichen Behandlungsschritte für den nächsten Besuch kön-

nen z.B. am Finger oder am Modell geübt werden (Tell-Show-Do-Technik). Dadurch lassen sich Ängste vor Unbekanntem deutlich reduzieren. Zu Hause muss dann unbedingt weitergeübt werden, wenn klar ist, was beim nächsten Besuch gemacht werden soll. So können z.B. folgende Dinge zu Hause trainiert werden:

- Abdrucklöffel anprobieren
- Röntgenfilme oder Watterollen in den Mund nehmen
- mit dem Spiegel in den Mund schauen
- Eltern praktizieren Grifftechniken

Fallbeispiel Leon

Leon ist fünf Jahre alt und hat ein Asperger-Syndrom. Er ist sehr ängstlich, besonders neuen Dingen gegenüber und außerdem extrem geräuschempfindlich. Beim ersten Besuch wird der Befund aufgenommen. Leon knirscht sehr stark und hat sich bereits einen Milchfrontzahn so stark abgeknirscht, dass die mesiale Ecke abgebrochen ist. Er hat ansonsten ein kariesfreies Gebiss. Die Befundaufnahme geht prima. Danach zeigen wir ihm den Abdrucklöffel, um einen Abdruck für eine Knirscherschiene zu nehmen. Er schaut ihn sich an, nimmt ihn auch in die Hand. Nach Aufforderung nimmt er ihn auch ein Stück in den Mund, fängt aber plötzlich an zu weinen. Er bekommt einen Löffel mit nach Hause und erhält die Hausaufgabe, den Löffel in den Mund zu nehmen. Wir demonstrieren ihm auch noch die Abformmasse auf der Hand des Behandlers, er traut sich aber nicht, die Abformmasse zu berühren. Die ausgehärtete Abformmasse bekommt seine Mutter ebenfalls mit nach Hause, mit dem Auftrag, Leon solle sie zu Hause berühren. Eine Woche später folgt der zweite Besuch. Leon demonstriert gleich mit seiner Mutter zusammen,

wie gut er geübt hat. Der Abformlöffel wird sofort in den Mund genommen. Wir können die Abformmasse darauf geben, und die Mutter darf den Löffel mit Abformmasse in den Mund schieben. Die Hand der Mutter wird vom Behandler etwas korrigiert, damit der Löffel richtig platziert ist. Wichtig ist hierbei, dass die Mutter als Co-Therapeut eingesetzt wird und das Kind eine Vertrauensperson in einer wichtigen Rolle hat. Es tritt ein leichter Würgereiz auf. Dieser wird durch entsprechende Grifftechnik (Scheitelgriff und KG 24) sofort behoben. Außerdem fangen Behandler und Helferin mit einer einfachen Zähltechnik an: „Eins, zwei, drei, vier, fünf ...“ Danach erfolgt die Vorbereitung auf die nächste Behandlungssitzung. Beim nächsten Mal soll die abgebrochene Ecke am Schneidezahn mit einem Frasco-Käppchen wieder aufgebaut werden. Der Vorgang mit Bürste, Ätzgel etc. wird am Finger des Kindes demonstriert. Er schaut sich alles ruhig an, fängt aber beim Sauger wieder ganz plötzlich an zu weinen.

In der dritten Sitzung wird die Knirscherschiene problemlos eingesetzt. Nach guter Vorbereitung vom letzten Mal kann auch das Frasco-Käppchen eingegliedert werden. Dabei setzen wir die Mutter hinter den Kopf des Kindes und bitten sie, den Kopf in der Ball-Technik zu halten. Da Leon eine Vorliebe für Buchstaben hat, erzeugen wir eine Trance, indem wir ihn Buchstaben in die Luft zeichnen lassen. Dabei muss er ständig angeleitet werden, um weiterzumachen. Der laute Sauger kommt in dieser Behandlung nicht zum Einsatz. Wasser wird mit Watterollen aufgesaugt. Schließlich muss der Zahn nur noch poliert werden. Der Einsatz des Finierdiamanten am Finger ist kein Problem, am Zahn fängt Leon aber sofort an zu weinen. Das Geräusch ist offensichtlich zu laut und bereitet ihm regelrecht Schmerzen. Ein Zuhalten der Ohren ist nicht ausreichend. Wir steigen auf Polierscheiben um und erzählen ihm in leiser Flüsterrsprache, dass die bunten „Glattmacher“ ganz leise sind. Dies wird akzeptiert und der Zahn kann poliert werden.

Rituale schaffen

Gerade bei autistischen Kindern ist es wichtig, Rituale und Routinen zu schaffen. Das Kind sollte, wenn möglich, immer im gleichen Zimmer behandelt werden, es sollte immer die gleiche Helferin assistieren, das gleiche Spielzeug dabei sein und wenn möglich sollte das Team sogar gleiche Kleidung tragen.

Behandlungsplätze oder -positionen

Manche Kinder haben Angst, sich auf den zahnärztlichen Behandlungsstuhl zu setzen. Hier sollte man, noch mehr als bei gesunden Kindern, auch sehr kreative Behandlungspositionen akzeptieren. Beispiele hierfür sind: ➡



© Pixel Memoirs

Stumpfaufbau leicht gemacht... mit Encore® D/C MiniMix®



Mit unserer speziellen Einheitsdosis-Technologie MiniMix ist das Einbringen von Material ein Kinderspiel!



Unser Encore D/C MiniMix-Kit enthält 36 Kartuschen und zwei Mischdüsen pro Kartusche sowie unsere spezielle Kanülenspitze. Dieses Kit reicht für 72 Stumpfaufbauten praktisch ohne Abfälle! Unser Produkt ist dualhärtend, für eine schnelle Lichtaktivierung, und die Kanülenspitze ermöglicht das Einbringen des Materials bis zum Boden eines Wurzelkanals. Darüber hinaus reduziert die geringere Größe und die einfache Verwendung die Behandlungszeit und verringert den Stress beim Patienten. Testen Sie Encore D/C MiniMix noch heute, und lassen Sie sich davon überzeugen, wie Centrix Zahnbehandlungen einfacher macht!



Bei Bestellung von Encore D/C MiniMix erhalten Sie **KOSTENLOS** eine 32er Packung unseres **Fluorid-Kavitätenlacks FluoroDose®!**

Bestellen Sie telefonisch unter 0800 2368749
und geben Sie den Code an: **DT-ENC-613**

Weitere Informationen unter centrixdental.de
Dieses Angebot gilt bis zum 31. Juli 2013



centrix®

Macht Zahnheilkunde einfacher.™

- Kind auf dem Schoß der Eltern
- Kind auf dem Schoß der Eltern auf einem normalen Stuhl, der so gestellt wird, dass die Behandlungsleuchte noch den Mund erreicht
- Knie-zu-Knie-Position
- Kind sitzt im 90-Grad-Winkel auf dem Behandlungsstuhl, sodass die Beine nach unten hängen
- Kind auf eine Decke auf den Fußboden legen

Der Fantasie des Behandlers sind hier keine Grenzen gesetzt, häufig geben uns die Patienten auch die Position vor, die sie zu akzeptieren bereit sind.

Keine Reizüberflutung

Mit Geräuschen sollte man vorsichtig sein, da sie oft als Rauschen gehört oder als Schmerz wahrgenommen werden. Eventuell sollte man das Kind oder die Eltern die Ohren zuhalten lassen, dies ist gut kombinierbar mit der Ball-Technik. Es gibt jedoch auch Kinder, bei denen zum Beispiel Musik besonders hilfreich sein kann.

Fallbeispiel Lea

Lea ist vier Jahre alt, hat Trisomie 21 und Autismus. Die Mutter erzählt uns vor der Behandlung, dass Lea gern Musik hört und tanzt. Sie weigert sich zunächst, auf dem Behandlungsstuhl Platz zu nehmen, wehrt ab und weint. Im Hintergrund startet die Helferin eine CD mit Kinderliedern. Sobald Lea die Musik hört, schaut sie ganz aufmerksam hoch. Die Mutter fängt zudem noch an, ihr den Bauch zu streicheln. Lea beruhigt sich innerhalb weniger Sekunden und setzt sich lieb auf den Behandlungsstuhl.

Körperkontakt

Autistische Kinder akzeptieren Körperkontakt oft nur schwer oder gar nicht. Wir haben jedoch die Erfahrung gemacht, dass Körperkontakt bei der zahnärztlichen Behandlung auch oder gerade bei autistischen Kindern sehr wichtig ist.

Eine entscheidende Rolle scheint hierbei zu spielen, wer den Körperkontakt aufnimmt und auf welche Weise dies geschieht. Nach unseren Erfahrungen wird der Körperkontakt vernünftigerweise durch die Eltern hergestellt. Die Eltern kennen ihre Kinder am besten und wissen, was sie mögen und akzeptieren und was nicht. Wenn Körperkontakt vom Kind abgelehnt wird, sollte man ihn natürlich nicht zwanghaft einnehmen.



Man sollte die Kinder berühren, um ihre Aufmerksamkeit zu erlangen. Oft ist ein „Halten“ auch notwendig, um unkontrollierte Bewegungen zu kontrollieren und Verletzungsgefahr für Kind und Team zu verringern oder zu vermeiden. Auch das „Wie“ der Berührung ist sicherlich entscheidend. So beschreibt Temple Grandin,⁸ dass Autisten in der Regel Druck mögen. Ein Halten oder Berühren der Kinder mit einem leichten Druck ist daher meistens möglich. In Ausnahmefällen kann aber auch einmal Streicheln das Richtige sein. Wichtig ist hier immer, die Eltern zu befragen oder mit in die Behandlung einzubeziehen.

Fallbeispiel Mahmut (Fallbeispiel aus der Kinderzahnarztpraxis S. und J. Rienhoff⁶)

Mahmut, acht Jahre, hat über den Autismus hinaus auch eine geistige Behinderung und zeigt viele unkontrollierte Bewegungen, vor allem der Hände. So kam es am Anfang vor, dass er uns spitze Instrumente aus der Hand geschlagen hat. Um dies zu verhindern, haben wir uns mit dem Vater gemeinsam eine abgewandelte Ball-Technik überlegt. Der Vater nimmt hierzu die Hände des Kindes und legt sie mit den Handrücken an die Schläfen, sodass die Finger nach vorn zeigen und die Handgelenke die Ohren verdecken. Darüber legt der Vater seine eigenen Hände. Dadurch werden die Hände des Kindes gehalten, unkontrollierte Bewegungen

sind nicht mehr möglich, und es kommt zusätzlich zu einem beruhigenden Schläfengriff. Außerdem hat der Vater auch noch die Möglichkeit, dabei die Ohren mit verschlossen zu halten, um laute Geräusche abzuhalten. Auf diese Art und Weise kann Mahmut gut behandelt werden.

Sprache

Wichtig ist es, das Kind mit seinem Namen anzusprechen, oft reagiert es nicht auf „Du“, evt. sollte es sogar in der dritten Person angesprochen werden. Weiterhin sollte man auch beachten, in einfachen Sätzen zu sprechen. Sarkasmus, Witze, Metaphern und Redewendungen sollten vermieden werden, und man sollte das Kind nicht necken, da es alles wörtlich nimmt.³

Behandler und Assistenz sollten möglichst nicht gemeinsam reden, sondern immer nur einer. Die typischen Doppelinduktionstechniken und Konfusionstechniken sollte man besser nicht anwenden, da die Kinder die Stimmen nicht filtern können. Gut möglich ist es dagegen, „im Chor“ zu reden, indem z.B. Helferin und Zahnarzt gemeinsam im gleichen „Singsang“ zählen.

Allgemein sollten klare deutliche Anweisungen gegeben und die Wahrheit gesagt werden.³ Kinder mit Autismus mögen häufig Zahlen oder Buchstaben, daraus kann man bei der Behandlung ein Spiel machen. So können die kleinen Patienten bspw. aufgefordert werden, Buchsta-

ben in die Luft zu malen oder Zahlenfolgen zu wiederholen. Interessant ist es z.B., immer wieder im Chor bis drei zu zählen. Dies kommt der von Autisten gern selbst verwendeten Echolalie entgegen.⁵ Bei der Echolalie werden Sätze, Wörter oder Geräusche immer wieder wiederholt.³ Hierzu können auch einfache Wortfolgen oder immer das gleiche Wort benutzt werden wie „putzen, putzen, putzen ...“. Nach Möglichkeit sollte man keine abstrakten Fantasiegeschichten erzählen, da die meisten Kinder sie aufgrund mangelhafter Vorstellungskraft meist nicht verstehen können.

Stereotype Bewegungen

Diese wiederkehrenden Bewegungsmuster können, wie Tito Mukopadhyay⁷ berichtet, von Kindern mit Autismus zum Stressabbau verwendet werden. Eltern können diese Bewegungsmuster durch ein „Halten“ sanft unterbinden. Sie können im Behandlungsraum allerdings auch als bewusste Pausenzeit eingebaut oder während der Behandlung auch genutzt werden, um den Stress der Kinder zu reduzieren.

Fallbeispiel Can

Der achtjährige Can zeigt viele unkontrollierte und stereotype Bewegungen. Wir wollten zunächst lediglich eine Untersuchung der Zähne vornehmen, was er aus früheren Besuchen schon kannte. Immer wieder hat er uns die Instrumente durch seine Bewegungen aus der Hand geschlagen und hatte kurze aggressive Episoden. Auch ein Halten der Hände durch den Vater hatte keinerlei Erfolg. Wir haben Can dann etwa zehn bis 15 Minuten mit einer Helferin und dem Vater im Behandlungszimmer gelassen. In dieser Zeit hat er sich auf den Zahnarztstuhl gesetzt und sich darauf die ganze Zeit im Kreis gedreht. Durch diese Zeit, in der er sich seinen stereotypen Bewegungen hingeben konnte, hat er sich offenbar so entspannt, dass die zahnärztliche Untersuchung danach problemlos möglich war. Es wurde dabei festgestellt, dass ein entzündeter Milchzahn extrahiert werden musste. Aufgrund der starken Bewegungen haben wir uns mit den Eltern gemeinsam dafür entschieden, die Extraktion durch

eine Dormicumsedierung zu unterstützen. Durch das Dormicum waren seine unkontrollierten Bewegungen auch etwas abgemildert. Bei der Behandlung haben wir vor allem mit der Zähltechnik gearbeitet. Die Mutter hat immer, wenn behandelt wurde, den Kopf in der Ball-Technik gehalten. Sobald Behandlungspausen waren, durfte er sich hinsetzen und seinen Stereotypen nachkommen. Bei der Injektion und Extraktion hat die Helferin seine Hand gehalten und Hand und Unterarm leicht hin- und hergeschaukelt. Diese kleine Bewegung kam seinem natürlichen Bewegungsmuster sehr entgegen und hat ihn erheblich beruhigt. Mit diesen, vor allem nonverbalen Hypnosetechniken konnte der Zahn sehr einfach entfernt und so eine Behandlung in Narkose vermieden werden.

Fazit

Zusammenfassend kann man sagen, dass autistische Kinder gut in der zahnärztlichen Praxis behandelt werden können, wenn man kreativ an die Behandlung herangeht und sich als Behandler vorher Gedanken über die Welt der Kinder macht. Man muss sich vorher klar machen, was die Kinder verstehen können und was eben auch gerade nicht. Sehr wichtig ist es, die Eltern in die Behandlung mit einzubeziehen und vorher zu befragen, welche Vorlieben und auch Abneigungen das Kind hat. Die Eltern sind meistens die besten Therapeuten. Sehr bedeutend ist es auch, die Kinder sehr gut vorzubereiten, sodass sie wissen, was auf sie zukommt. Die Eltern sollten auch auf jeden Fall ermuntert werden, sehr regelmäßig mit dem Kind in die Praxis zu kommen, damit der Zahnarztbesuch an sich auch zu einer Routine für das Kind wird. Unserer Erfahrung nach läuft es von Besuch zu Besuch immer besser. [\[4\]](#)



Zuletzt noch die Antworten auf die oben gestellten Fragen in Kurzform:

- Körperkontakt problematisch → Grifftechniken Eltern
- unerwartete Bewegungen → Kind halten (lassen)
- anderes Schmerzempfinden → ruhiger Raum, Ohren zuhalten
- Anweisungen verstanden? → evtl. mehrfach nachfragen
- Veränderungen problematisch → Rituale schaffen
- keine Fantasie → Wiederholungen, zählen
- leicht aufbrechende Angst → möglichst viel vorbereiten

Ersterscheinung: ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis 6/12

ANZEIGE

M1 SL

die neue Tradition



LED- OP Lampe komplett
an jede Einheit adaptierbar
für 1.896,--€

second life ✓
Ihr geliebter Klassiker ✓
mit modernster Technik ✓
und gewohnter Bedienung ✓

Jetzt Info anfordern!
Brückkanalstraße 3 · 90537 Feucht · 09128 / 92 66 - 60 · info@dent-unit.de

ANTERAY GmbH

Kontakt

Kinderzahnarztpraxis
Dr. Sabine Rienhoff
Dr. Jan Rienhoff
Hunaeusstraße 6
30177 Hannover,
Deutschland
Tel.: +49 511 628197
kontakt@magic-dental.de
www.magic-dental.de



43.

INTERNATIONALER „Praxisorientierte Implantologie“ JAHRESKONGRESS DER DGZI

16
FORBILDUNGSPUNKTE

4./5. Oktober 2013
Berlin | Hotel Palace Berlin



PROGRAMM
43. INTERNATIONALER
JAHRESKONGRESS DER DGZI

Organisation:
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de
www.dgzi-jahreskongress.de
www.oemus.com

Veranstalter: DGZI e.V., Paulusstraße 1, 40237 Düsseldorf
Tel.: 0211 16970-77, Fax: 0211 16970-66
sekretariat@dgzi-info.de, www.dgzi.de



Goldsponsor:
Otomedical

Silbersponsor:
straumann

Bronzesponsor:
curasan
Regenerative Medizin

PROGRAMM FREITAG, 4. OKTOBER 2013

09.00 – 10.30 Uhr//FIRMENWORKSHOPS 1. Staffel

- 1.1 OT medical
- 1.2 3M ESPE
- 1.3 OSSTEM
- 1.4 Dexcel Pharma GmbH

10.30 – 11.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

11.00 – 12.30 Uhr//FIRMENWORKSHOPS 2. Staffel

- 2.1 curasan
- 2.2 SCHÜTZ DENTAL
- 2.3 biodenta

12.30 – 13.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass Sie in jedem Zeitraum nur an einem Workshop teilnehmen können (insgesamt also an zwei Workshops). Notieren Sie die von Ihnen gewählten Workshops auf dem Anmeldeformular.

MAINPODIUM

Simultanübersetzung Deutsch/Englisch, Englisch/Deutsch

Kongresspräsident: Prof. Dr. Dr. Frank Palm/DE
Wissenschaftliche Leitung: Dr. Roland Hille/DE

13.00 – 13.15 Uhr Kongresseröffnung
Dr. Roland Hille/DE
Wissenschaftliche Leitung

Podium: Erfolgreiche und bewährte Implantatkonzepte aus der Praxis

Chairman: Dr. Roland Hille/DE

- 13.15 – 13.45 Uhr Dr. Bernhard Drüke/DE
Sofortimplantation mit Sofortversorgung in der ästhetischen Zone – Ein Risiko für Funktion und Ästhetik?
- 13.45 – 14.15 Uhr Dr. Matthias Stamm/DE
Das Konzept: One Abutment – One Time
- 14.15 – 14.45 Uhr Dr. Thomas Hanser/DE
Weichgewebsmanagement im Rahmen vertikaler Kieferkammaugmentationen
- 14.45 – 15.15 Uhr Dr. Sebastian Becher/DE
Therapiemöglichkeiten periimplantärer Infektionen – Was ist wirklich möglich?
- 15.15 – 15.45 Uhr Diskussionsrunde
- 15.45 – 16.15 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

INTERNATIONALES PODIUM

Simultanübersetzung Deutsch/Englisch, Englisch/Deutsch

Chairmen: Prof. Dr. Amr Abdel Azim/EG, Prof. Dr. Mazen Tamimi/JO

REFERENTEN

Christine Zachriat/DE, Prof. Dr. James R. Winkler/US, Prof. Dr. Monish Bholra/US, Prof. Dr. Yoshishige Taniguchi/JP, Dr. Keiichi Naruse/JP, Dr. Shohei Ikeda/JP, Prof. Dr. Khaled A. Abdel-Ghaffar/EG, Prof. Dr. Faleh Tamimi/CA

THEMEN

„Superstructures – cemented or screw retained.“ A systematic literature review | „Save the teeth or Implant?“ That is the question | Surgical lip repositioning – Treating a „Gummy Smile“ | A recovery case with maxillary sinusitis and inferior alveolar nerve paralysis | Three types of mandibular bone resorption and their respective bone augmentation techniques for successful dental implant treatments | Effect of metal artefact in Cone beam computed tomography and Volumetric tomography images on visualization of periimplant anatomy | Hard and soft tissue reconstruction in implant site development | Risk factors in maxillofacial bone regeneration

ab 20.00 Uhr Abendveranstaltung im Wasserwerk Berlin

PROTHETIK PODIUM

Chairmen: Dr. Georg Bach/DE, ZTM Christian Müller/DE

REFERENTEN

ZTM Volker Weber/DE, Dr. Bernd Quantius, M.Sc./DE, Priv.-Doz. Dr. Roland Strietzel/DE, Dr. Georg Bach/DE, ZTM Christian Müller/DE, ZTM Joachim Maier/DE, Dr. Hans Jürgen Nonnweiler/DE

THEMEN

Verschraubte Brückenkonstruktionen – Ist das zeitgemäß? | Das All-on-4-Konzept aus Sicht des Prothetikers – verschiedene Versorgungsmöglichkeiten und deren zahntechnische Umsetzung | Werkstoffkundliche Aspekte zu Abutments – Korrosion und Herstellungsmethoden | Neues vom implantatprothetischen Troubleshooting | Vollkeramik auf Implantaten: Einflussnahme auf die Langzeitstabilität durch Material und Methode | Der Locator: Problemlöser oder Problem? Implantatfixierte Hybridprothetik

ab 20.00 Uhr Abendveranstaltung im Wasserwerk Berlin

CORPORATE PODIUM

Chairmen: Dr. Rainer Valentin/DE, Dr. Rolf Vollmer/DE

REFERENTEN

Dr. Dan Brüllmann/DE, Dr. Ulrich Volz/DE, Dr. Henrik-Christian Hollay/DE, Dr. Urs Brodbeck/CH, Dr. Olaf Daum/DE, Fabian Hirsch/DE, Prof. Eli E. Machtei, D.M.D./IL, Jan Papenbrock/DE

THEMEN

Durchmesserreduzierte Implantate – ein Literaturupdate | Zweiteilige Zirkonimplantate – was geht bereits? | AlveoCare – Sichere Socket Preservation mit easy-graft | Was zeichnet eine moderne Implantat-Abutment-Verbindung aus? | Praxisnahes Konzept der Sinusbodenelevation – Innovatives Bohrsystem für den sicheren und schnellen Sinuslift | Wundmanagement 2.0 – Strikt Biologisch – Einsatz körpereigener Wachstumsfaktoren in der Implantologie | Neuer Ansatz in der nichtchirurgischen Periimplantitistherapie | RKI-konforme und rechtssichere Wasserhygiene

ab 20.00 Uhr Abendveranstaltung im Wasserwerk Berlin

PROGRAMM SAMSTAG, 5. OKTOBER 2013

MAINPODIUM

Simultanübersetzung Deutsch/Englisch, Englisch/Deutsch

Chairmen: Dr. Dr. Martin Bonsmann/DE,
Prof. Dr. Matthias Kern/DE

- 09.00 – 09.25 Uhr Dr. Shahram Ghanaati/DE
Knochenregeneration mit einem neuartigen, pastösen Material auf der Basis von β -TCP und Hyaluronsäure: in vitro, tierexperimentelle und klinische Ergebnisse
- 09.25 – 09.50 Uhr Dr. Dr. Martin Bonsmann/DE
Fehlpositionierung von Implantaten – Konsequenzen und Tipps zur Vermeidung
- 09.50 – 10.15 Uhr Prof. Dr. Douglas Deporter/CA
Gesinterte Implantate mit poröser Oberfläche – das kurze Implantat mit der längsten Historie
- 10.15 – 10.40 Uhr Prof. Dr. Matthias Kern/DE
Besser eins als keins: Das mittige Einzelimplantat im zahnlosen Unterkiefer
- 10.40 – 11.00 Uhr Diskussion
- 11.00 – 11.30 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung
- 11.30 – 12.00 Uhr Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner/DE
Moderne Sofortkonzepte in der Implantologie

Spezialpodium: Das „All-on-four“-Konzept – praxistauglich und wissenschaftlich basiert?

Moderation: Dr. Georg Bach/DE

- 12.00 – 12.20 Uhr Prof. Dr. Christoph Bouraue/DE
„All-on-four“ – Eine biomechanische Analyse
- 12.20 – 12.50 Uhr Paulo Malo, DDS, PhD/PT
All-on-four: State-of-the-art Concept for Total Edentulous Rehabilitation
- Diskussion mit den Referenten: Paulo Malo, DDS, PhD/PT
Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner/DE
Prof. Dr. Christoph Bouraue/DE
- 13.30 – 14.30 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

Chairmen: Priv.-Doz. Dr. Friedhelm Heinemann/DE,
Dr. Roland Hille/DE

- 14.30 – 15.00 Uhr Dr. Andreas Hentschel/DE
Vorhersagbare Ergebnisse durch neue Implantatoberflächen und -materialien
- 15.00 – 15.30 Uhr Priv.-Doz. Dr. Friedhelm Heinemann/DE
Durchmesserreduzierte Implantate – Klinische Indikationen und Grenzen
- 15.30 – 16.00 Uhr Prof. Dr. Wolf-D. Grimm/DE
Einzeitige stammzellgestützte vertikale Augmentation mit allogenen ringförmigen Knochentransplantaten
- 16.00 – 16.15 Uhr Abschlussdiskussion

PROGRAMM ZAHNÄRZTLICHE ASSISTENZ

Das Programm für die Zahnärztliche Assistenz finden Sie auf www.oemus.com und www.dgzi-jahreskongress.de

Unter anderem:

- Pre-Congress WS
 - ① Kompaktseminar „Parodontologie in der Praxis“
 - ② Versorgung von Implantat-Patienten mit PerioChip®
- GOZ, Dokumentation und PRG
- Seminar A – Hygieneseminar
- Seminar B – Ausbildung zur zertifizierten Qualitätsmanagementbeauftragten QMB

ORGANISATORISCHES

Veranstaltungsort/Hotelunterkunft

Hotel Palace Berlin, Budapester Straße 45, 10787 Berlin, www.palace.de

Kongressgebühren

(Freitag, 4. Oktober bis Samstag, 5. Oktober 2013)

Zahnarzt/Zahntechniker DGZI-Mitglied	245,- €*
Zahnarzt/Zahntechniker Nichtmitglied	295,- €*
Assistenten (mit Nachweis) DGZI-Mitglied	120,- €*
Assistenten (mit Nachweis) Nichtmitglied	135,- €*
Studenten (mit Nachweis)	nur Tagungspauschale

* Die Buchung erfolgt inkl. 7% MwSt. im Namen und auf Rechnung der DGZI e.V.

Tagungspauschale** 98,- € zzgl. MwSt.

Frühbucherrabatt für alle Anmeldungen bis zum 29. Juli 2013 5% auf die Kongressgebühr.

Zahnärztliche Assistenz

GOZ-Seminar (Freitag)	99,- € zzgl. MwSt.
Seminar A oder Seminar B (Samstag)	99,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale** (pro Tag)	49,- € zzgl. MwSt.

** Umfasst Kaffeepausen, Tagungsgetränke und Mittagessen. Die Tagungspauschale ist für jeden Teilnehmer verbindlich zu entrichten.

Abendveranstaltung im Wasserwerk Berlin

In der atemberaubenden Kulisse des Wasserwerks Berlin findet am Freitag ab 20.00 Uhr die Kongressparty unter dem Motto „Lounging, Dining, Clubbing“ anlässlich des 43. Internationalen Jahreskongresses der DGZI statt. Ein Abend, den man nicht versäumen sollte!

Preis pro Person 75,- € zzgl. MwSt.
Im Preis enthalten sind Abendessen, Wein, Bier, Softdrinks, Busshuttle und Live-Band!

Nähere Informationen zu den Workshops, zum Programm, zu den Seminaren und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen erhalten Sie unter www.oemus.com

Anmeldeformular per Fax an +49 341 48474-390 oder per Post an

Für den 43. Internationalen Jahreskongress der DGZI vom 4. bis 5. Oktober 2013 in Berlin melde ich folgende Personen verbindlich an

(Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen):

HINWEIS: Bitte beachten Sie, dass Sie in jeder Staffel nur an einem Workshop teilnehmen können.

Titel, Name, Vorname, Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ①	Workshops ZA 1. Staffel: ___ 2. Staffel: ___ (Nr. eintragen)	<input type="checkbox"/> GOZ Seminar (Fr.)
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③		<input type="checkbox"/> Seminar A (Sa.) <input type="checkbox"/> Seminar B (Sa.)
<input type="checkbox"/> DGZI-Mitglied <input type="checkbox"/> Podium (ZA) <input type="checkbox"/> Programm ZAH				

Abendveranstaltung im Wasserwerk Berlin: ___ (Bitte Personenzahl eintragen)

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für den 43. Internationalen Jahreskongress der DGZI erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail:

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

„Wir verfolgen einen allumfassenden Ansatz für Arzt und Patient“

Anlässlich der Internationalen Dental-Schau in Köln 2013 stellte sich das neue Managementteam von Nobel Biocare für die Länder Deutschland, Österreich und Schweiz vor. *Dental Tribune* sprach mit Regional Director D-A-CH Ralf Barschow über die Neuausrichtung, innovative Partnerschaften und Produkte sowie die Gründung der „Foundation for Oral Rehabilitation (FOR)“.

KLOTEN – Nobel Biocare nutzte die Internationale Dental-Schau in Köln 2013 zur Bekanntmachung wichtiger Neuigkeiten. Neben der Vorstellung neuer Produkte, wie die NobelProcera Lösungen, gab das Unternehmen die Gründung der „Foundation for Oral Rehabilitation (FOR)“ bekannt. Gleichzeitig stellte sich das neue Team der Managementleitung für die Region Deutschland, Österreich, Schweiz vor. Jeannette Enders, *Dental Tribune*, im Interview mit Regional Director Ralf Barschow.

Pünktlich zur IDS präsentierte sich das neue Managementteam für Deutschland, Österreich und Schweiz. Unter Ihrer Leitung, Herr Barschow, führen zukünftig Michael Studer, Verkaufsleitung D-A-CH, Thomas Stahl, Marketing und Produktmanagement D-A-CH, sowie Dr. Ralf Rauch, Geschäftsführer Deutschland, die Geschäfte der Nobel Biocare in diesen Märkten. Welche Effekte erhoffen Sie sich aus dieser Neustrukturierung?

Die Region D-A-CH unter einer Leitung zusammenzufassen entsprach der organisatorischen Neuausrichtung mehrerer Landesgesellschaften in Europa. Die Steigerung der Effektivität und Effizienz der Vertriebs- und Marketingorganisation stand für uns im Vordergrund. Gleichzeitig stre-



V. l. n. r.: Michael Studer, Verkaufsleitung D-A-CH, Dr. Ralf Rauch, Geschäftsführer Deutschland, Thomas Stahl, Marketing und Produktmanagement D-A-CH, und Ralf Barschow, Regional Director D-A-CH, am Stand von Nobel Biocare auf der Internationalen Dental-Schau 2013 in Köln.

„„Designing for Life‘ ist die Mission unseres Unternehmens ...“

ben wir eine optimale Unterstützung unserer Kunden auf allen Gebieten an. Ich kann mich glücklich schätzen, diese Aufgabe im Team mit sehr erfahrenen, lang-

jährigen Mitarbeitern jetzt umsetzen zu können.

Unter der Überschrift „Designing for Life“ hat Nobel Biocare bereits

Anfang des Jahres ein umfangreiches Vertriebs- und Marketingprogramm auf den Weg gebracht. Was verbirgt sich dahinter?

„Designing for Life“ ist die Mission unseres Unternehmens und leitet unsere Strategie. Womit Nobel Biocare vor 48 Jahren begann, ist auch heute noch für uns Auftrag und Verantwortung zugleich: maximale Kundenzufriedenheit.

Wir wollen, dass unsere Kunden mit unseren Qualitätsprodukten in Implantologie und Zahntechnik noch mehr Patienten noch besser behandeln können – mit dem Anspruch, dass unsere Produkte das ganze Leben der Patienten lang halten.

Ein unübersehbares Kernthema – die Digitalisierung – zog sich wie ein roter Faden durch die IDS. Nobel Biocare gab bedeutende CAD/CAM-Entwicklungen für NobelProcera bekannt, einschließlich des neuen NobelProcera Scanners der zweiten Generation. Über welche progressiven Elemente verfügt der Scanner? Welche Vorteile bieten diese innovativen Behandlungslösungen für die zahnmedizinische Therapie?

Der neue NobelProcera 2G Scanner bietet neue Automatisierungsfunktionen, die für die Steigerung der Produktivität entwickelt wurden. Zum Beispiel das automatisierte Scannen und eine dynamische Scanstrategie für minimale Benutzerinteraktion und höchste Präzision. Mit dem 2G Scanner erschließt sich der Zugang zum gesamten NobelProcera Leistungspaket und der weltweit größten industriellen CAD/CAM-Fertigung.

Welche strategischen Überlegungen führten zu der auf der IDS angekündigten Partnerschaft mit 3Shape?

Diese Kooperation ermöglicht einer noch breiteren Anwendergruppe den Zugang zur globalen NobelProcera CAD/CAM-Fertigung – im ersten Schritt im Bereich der individualisierten Abutments. Hier sind wir am Weltmarkt führend und kommen einem vielfach geäußerten Kundenwunsch nach.

Gehen wir noch einmal zurück zu den auf der IDS präsentierten Produktinnovationen: Mit welchen Funktionen überzeugt die neue Version der NobelClinician Software? Und welchen Zuegwinnt verspricht die neue NobelClinician Communicator iPad® App?

Bereits mit der Markteinführung der NobelClinician Software 2011 setzten wir weltweit einen neuen Standard. Wir forschen und entwickeln fortlaufend weiter. In der neuesten Version führen wir eine 3-D-Rendering-Technologie zur Volumendarstellung ein – also eine weitere wesentliche Verbesserung der Diagnosefunktionen. Die neue NobelClinician Communicator iPad® App wurde entwickelt, damit Kliniker ihre Behandlungspläne professionell darstellen und somit noch besser den Patienten vermitteln können. Der Patient ist stärker in die Behandlungsplanung eingebunden und kann besser informiert seine Entscheidung treffen.

Die Produktlinien NobelReplace Conical Connection und Replace Select Tapered sind mit dem neuen Partially Machined Collar (PMC) Implantat erweitert worden. Welche neuen Optionen liefert das erweiterte System?

Durch die Erweiterung der Produktlinie NobelReplace Coni-



„Wir verfolgen einen gesamtheitlichen Ansatz und möchten den Behandlungsprozess für Arzt und Patient effizienter und angenehmer gestalten.“

cal Connection und Replace Select Tapered durch das Partially Machined Collar (PMC) wird eine vollständige Behandlungsflexibilität geboten. Das Replace Select Tapered ist mit einer 1,5 mm maschinieren Schulter für Versorgungen auf Weichgewebshöhe verfügbar, das neue NobelReplace Connical Connection PMC verfügt mit einer 0,75 mm maschinieren Schulter nun über eine weitere Option.

Über viele Jahre bestimmte Nobel Biocare u. a. den Markt, den Innovationsrhythmus und den Preis. In den letzten Jahren änderte sich der Implantologiemarkt fundamental: Billiganbieter, deren Zahl sich täglich erhöht, machen den Premiumanbietern im Hauptmarkt Europa das Leben schwer. Sind Sie für diese Herausforderungen gewappnet?

Es ist richtig, dass die Anzahl der Anbieter sich erhöht hat und ein eigenes Segment entstanden ist. Seit zwei Jahren ist die Zahl der Wettbewerber unseres Erachtens aber weitgehend stabil. In diesem Bereich sind die Firmen auch mit hohen wirtschaftlichen Herausforderungen konfrontiert. Wir verfolgen einen gesamtheitlichen Ansatz und möchten den ganzen Behandlungsprozess für den Arzt und Patienten effizienter und angenehmer gestalten. Und ich weiß, dass die verantwortungsvollen Behandler Wert auf wissenschaftliche Evidenz und Nachhaltigkeit legen – zum Wohle des Patienten.

Als Pionier der dentalen Implantologie sind wir verlässlicher Partner der Zahnärzte und schaffen seit Jahrzehnten Klarheit und Sicherheit für den Kliniker. Wir unterstützen unsere Kunden mit dem eigenen Anspruch, ein erstklassiges Produktangebot und ein hoch qualifiziertes Mitarbeiter-Team zu bieten. Zudem haben wir von allen Anbietern klinische Studien zur Wirksamkeit unserer Produkte.

Welche Wachstumsstrategie verfolgen Sie generell in dem heiß umkämpften Markt? Und ist diese mit einer Expansion in neue Märkte verbunden?

Unsere Wachstumsstrategie baut auf drei strategischen Pfeilern: Innovative Produkte, Partnerschaft mit unseren Kunden und die Schulung und Ausbildung. In all diesen Bereichen ist eine Ausweitung möglich und gleichermaßen unverzichtbar, will man sich am heutigen und zukünftigen Markt gut aufgestellt wissen.

Die Angebotsvielfalt in der Implantologie ist sowohl für Zahnärzte als auch für Patienten unüberschaubar geworden. Welche Kriterien können Sie Behandlern und Patienten in die Hand geben?

Es herrscht zunehmend Unsicherheit, besonders zu Fragen der Haftung und des Medizinproduktegesetzes. Sowohl der Behandler als auch der Patient sollten daher sehr sorgfältig auf langjährige Evidenz, Wissenschaftlichkeit und Erfahrung achten – eben auf den Standard eines globalen



„Wir unterstützen unsere Kunden mit dem eigenen Anspruch, ein erstklassiges Produktangebot und hoch qualifiziertes Mitarbeiter-Team zu bieten.“

Medizinprodukteherstellers. Ein Preisvorteil kann sich plötzlich in eine ausufernde Risikoinvestition wandeln. Unsere umfangreichen zahnmedizinischen und zahn-technischen Ausbildungsangebote,

Unter der Überschrift „Designing for Life – today and in the future“ werden minimalinvasive Behandlungskonzepte als Patient Journey vorgestellt. Über 100 hochkarätige Spezialisten aus Wissenschaft, For-

von und an Zahnärzten und -technikern abzudecken. Sind neue Schulungsangebote in Planung?

Unsere Weiterbildungsangebote haben Tradition und wurden über die Jahre immer weiter entwi-

„Ein Preisvorteil kann sich plötzlich in eine ausufernde Risikoinvestition wandeln.“

Mentorenprogramme und die gemeinsam mit unseren Kunden organisierten Patientenveranstaltungen helfen, hier zusätzlich für Klarheit und Sicherheit zu sorgen.

Auf der IDS gab Nobel Biocare die Gründung der neuen Foundation for Oral Rehabilitation (FOR) bekannt. Welches Ziel hat diese Stiftung und welchen Nutzen bringt diese Behandler und Patienten?

Die vielen Stiftungen und Verbände, die es auf der Welt gibt, sind sehr spezialisiert auf einzelne Aspekte oder Bereiche der Behandlung. Die unabhängige Foundation for Oral Rehabilitation (FOR) hat das klare Ziel, möglichst viele Teildisziplinen des Fachgebiets zusammenzubringen, um so dem Patienten eine bessere Behandlung zukommen zu lassen.

Nobel Biocare begleitet und unterstützt den Start, der Stiftungsrat (FOR) wird hierzu noch weitere Partner benennen und die zukünftige Ausrichtung bestimmen.

Die offizielle Einführung der Foundation for Oral Rehabilitation soll im Rahmen des „Nobel Biocare Global Symposium“ vom 20. bis 23. Juni 2013 in New York stattfinden. Welche Schlüsselthemen werden bei diesem besonderen Kongress im Fokus stehen und mit welchen Experten wird das Wissenschaftsprogramm aufgestellt sein?

schung und Praxis stellen ihre Ergebnisse und ihre Erfahrungen zur Diskussion. Mit 2.000 Teilnehmern ist das Platzkontingent im Waldorf Astoria vollständig ausgebucht. Die Teilnehmer erwartet ein Zahnmedizin-, -chirurgie- und Zahn-technik-Kongress der Extraklasse.

Nobel Biocare bietet ein umfangreiches Fortbildungsprogramm an, um sämtliche Anforderungen

ckelt. Allein im letzten Jahr registrierten wir in der D-A-CH-Region über 2.500 Kursteilnehmer. Unter der Überschrift Learning for Life wurde das Ausbildungsangebot in diesem Jahr sowohl für die Region D-A-CH neu aufgelegt als auch ein neuer globaler Kurskatalog erstellt. Vom qualifizierten Einsteiger über Fortgeschrittene bis hin zur Meisterklasse Zygoma bieten wir ein Ausbildungspro-

gramm auf höchstem Niveau – eben Learning for Life.

Herr Barschow, verlief das erste Quartal im Rahmen Ihrer Erwartungen? Wie ist Ihre Prognose für das zweite Halbjahr 2013?

Das erste Quartal verlief für uns in D-A-CH entsprechend unseren Erwartungen noch etwas zurückhaltend, allerdings konnten wir schon zur IDS ein wesentlich stärkeres Interesse feststellen. Für den restlichen Verlauf des Jahres sind wir verhalten optimistisch, da sich der Markt insgesamt noch nicht wieder belebt hat. In einzelnen Produktsegmenten, und hier vor allem im hochwertigen Bereich, z. B. All-on-4 Behandlungskonzept, NobelActive, NobelClinician, Osseocare Pro und bei unserem neuen 2G Scanner liegen bereits Auftragszahlen vor, die uns in unserem eingeschlagenen strategischen Kurs bestätigen.

Welches sind derzeit die wichtigsten Projekte für Sie?

Der weitere aktive Auf- und Ausbau unserer Partnernetzwerke stehen im Vordergrund der nächsten Monate. Alle speziell für unsere Nobel Biocare und Nobel Procera Kunden entwickelten Programme finden sehr großen Anklang. Hier arbeiten wir beständig weiter. Das All-on-4 Behandlungskonzept entwickelt sich sehr positiv, und aus der anfänglichen Projektphase entstehen bereits die ersten regionalen All-on-4 Kompetenzzentren, mit zum Teil großen Zuwächsen der Behandlungszahlen. Durch die Nobel Biocare Sales Academy läuft derzeit zudem ein umfangreiches internes Ausbildungsprogramm, mit dem unsere D-A-CH-Mitarbeiter weiter gefördert werden, um unserem Anspruch eines qualifizierten Kundendienstes und einer erstklassigen Kundenberatung weiterhin gerecht werden zu können.

Vielen Dank für das Gespräch.

Interview: Jeannette Enders



„Unsere Wachstumsstrategie baut auf drei strategischen Pfeilern: Innovative Produkte, Partnerschaft mit unseren Kunden und die Schulung.“



easy-graft® CRYSTAL



easy-graft®
CRYSTAL

Genial einfaches Handling!
beschleunigte Osteo-
konduktion, nachhaltige Volu-
menstabilität

Vertrieb Deutschland:

Sunstar Deutschland GmbH
Aiterfeld 1
DE-79677 Schönau
Telefon: 07673 885108-0
service@de.sunstar.com

easy-graft® Hotline: 0180 13 73 368
easy-graft® Bestellfax: 07673 885108-44

SUNSTAR
GUIDOR®

Degradable Solutions AG
A Company of the Sunstar Group
Wagistrasse 23
CH-8952 Schlieren/Zürich
www.easy-graft.com

„Bei uns wird Klartext gesprochen“

DGZI-Kongress in Berlin – Internationale Referenten stellen am 4. und 5. Oktober 2013 den aktuellen Wissensstand für die Praxis im Hotel Palace vor.



© Anibal Trejo

BERLIN – „Bei uns wird ‚Klartext‘ gesprochen“, bringt es Dr. Roland P. H. Hille (Viersen, Niederrhein), Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie (DGZI) und wissenschaftlicher Leiter des diesjährigen DGZI-Kongresses auf den Punkt. „So werden wir dieses Jahr für und mit unseren Kolleginnen und Kollegen zum Beispiel das stark beworbene ‚All-on-four‘-Konzept unter die Lupe nehmen: Ist es praxistauglich und wissenschaftlich basiert?“ Diesen Fragenkomplex diskutieren anlässlich des Spezialpodiums Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner (Universität Mainz), Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Phys. Christoph Bourauel (Universität Bonn) sowie der Entwickler des „All-on-four“-Konzepts Dr. Paulo S. Malo, Lissabon, Portugal. Sie teilen ihre Erfahrungen mit den Kongressteilnehmern beim kollegialen Austausch.

„Das ist schon immer eines der Hauptziele der DGZI gewesen: praxiserprobte und bewährte Konzepte nach dem Motto ‚aus der Praxis für die Praxis‘ zusammenzustellen“, erklärt Hille ein Herzensanliegen der ältesten wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Implantologie in Europa und ergänzt: „Dabei laden wir jedes Jahr neue Referenten aus dem nationalen und internationalen Raum ein – das ist ein Markenzeichen der DGZI. Sie präsentieren den Zuhörern für ihren individuellen Praxiserfolg implantologische praxisnahe und nachhaltige Behandlungskonzepte, die die Teilnehmer unmittelbar umsetzen können. Beim „internationalen Podium“ (mit Simultanübersetzung) am ersten Kongressnachmittag werden internationale Referenten (u.a. Prof. Dr. Monish Bhola und Dr. James R. Winkler, beide University of Detroit Mercy, USA; Dr. Keiichi Naruse, Yamagata, Japan; Dr. Khaled A. Abdel-Ghaffar, Kairo, Ägypten) ihr Fachwissen dem

Auditorium präsentieren und sich den Fragen der Besucher stellen.

Parallel hierzu diskutieren Referenten aus Zahnmedizin und Zahn-technik prothetisch orientierte Sichtweisen u.a. zu den Themen „Vollkeramik auf Implantaten“, „Verschraubte Brückenkonstruktionen“, „Verbindungselemente wie Locatoren“, „Das All-on-four-Konzept in der Praxis“, „Implantatprothetisches Troubleshooting“.

und zahnmedizinische Fachgesellschaften aktuelles Wissen zum Beispiel rund um Prophylaxe bei Implantaten, Parodontitis- und Kariesdiagnostik sowie zum Thema Hygienemanagement (inkl. umfassendem Kursskript und neuer Richtlinien des Robert Koch-Instituts). Parallel zu den Vorträgen am Freitag informiert Iris Wälter-Bergob, Meschede, beim GOZ-Seminar über die „wichtigsten Änderungen des Paragrafenteils, den richtigen Umgang mit den neuen Formularen und der korrekten Umsetzung der Faktorerhöhung inkl. einer passenden Begründung“, so Hille.



© DEMUS MEDIA AG

Dr. Roland P. H. Hille, Vizepräsident DGZI.

„Unser reich gefächertes Programm untermauert den Anspruch der DGZI, den aktuellen Kenntnisstand aus Zahnmedizin und Zahn-technik zu verknüpfen; denn nur im Team wird zukünftig moderne Zahnmedizin erfolgreich umzusetzen sein“, betont Hille. Darüber hinaus werden Praxiserfahrungen und Sichtweisen u. a. zu zweiteiligen Zirkonimplantaten, zu durchmesserreduzierten sowie kurzen Implantaten und außerdem chirurgische Herangehensweisen (z.B. sichere Socket Preservation, Einsatz körpereigener Wachstumsfaktoren, sicherer und „schneller“ Sinuslift) vorgestellt und im Plenum fachlich besprochen.

Der Kongress spricht das gesamte Praxisteam an: So erwartet an beiden Tagen die implantologische Assistenz

Es lohnt sich, auch schon Freitagfrüh in der Metropole an der Spree zu sein. Hille: „Dann laufen kombinierte Theorie- und Demonstrationskurse zu unterschiedlichen Themen. Darüber hinaus bietet sich ein Besuch der an beiden Tagen stattfindenden Dentalausstellung mit mehr als 80 Ausstellern an oder die Teilnahme an einem der sieben Firmenworkshops.“

Das Kongressprogramm inkl. Anmeldeformular kann per Fax unter +49 341 48474-390 angefordert werden. www.dgzi.de



DGZI
Tel.: +49 211 16970-77
www.DGZI.de

Monaco: Drei Tage voller Informationen und Inspirationen

Das vielseitige Programm beleuchtete alle Aspekte der regenerativen Zahnmedizin.



LUZERN – Das Internationale Osteology Symposium vom 2. bis 4. Mai 2013 in Monaco wird den 2.700 Teilnehmern noch lange in Erinnerung bleiben. Nicht nur wegen der vielen Überraschungen im Zusammenhang mit dem zehnten Geburtstag der Osteology Stiftung, sondern auch wegen eines Vorkongressstages mit praktischem Training an fast 600 Schweinekiefern, einer Exposition mit 200 wissenschaftlichen Postern, 60 Vorträgen auf höchstem Niveau, spektakulären 3-D-Operationsvideos und einer Industrieausstellung, an der neben den acht Goldpartnern fast 50 weitere Firmen mit einem Stand vertreten waren. Einige thematische Highlights im Überblick.

Ein Thema im Fokus: die Periimplantitis

Die Prävention, Diagnose und Therapie der Periimplantitis bildeten ein Schwerpunktthema, das zwei ganze Vortragsblöcke ausfüllte. Die schwierig zu behandelnde Infektion rund ums Implantat löst derzeit große Besorgnis bei den Behandlern aus. „Wie häufig eine Periimplantitis wirklich ist, kann schwer abgeschätzt werden“, erklärte Björn Klinge, Schweden. Denn in der Literatur gab es bisher unterschiedliche Definitionen der Erkrankung und teilweise widersprüchliche Angaben zur Prävalenz. Eine neue systematische Literaturanalyse zeigt, dass nach fünf bis zehn Jahren zehn Prozent der

Implantate und 20 Prozent der Patienten von einer Periimplantitis betroffen sind.

Die Infektion rund um das Implantat gleicht zwar in verschiedener Hinsicht einer Parodontitis, es gibt jedoch relevante Unterschiede. So wirkt das parodontale Ligament bei der Parodontitis wie eine natürliche Barriere. Die Infektion wird bindegewebig eingeschlossen und vom Knochen abgeschirmt.

Dagegen sind Periimplantitisläsionen gemäß Tord Berglundh, Schweden, nur ungenügend eingekapselt, schreiten aggressiver voran und breiten sich zum Knochen hin aus, der in der Folge resorbiert wird.



1



2



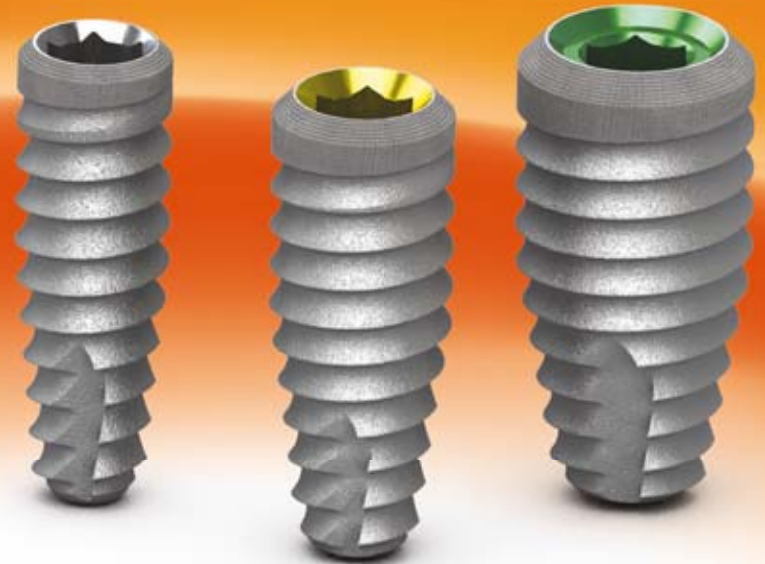
3



4

Abb. 1 und 2: Eröffnungszereemonie. – Abb. 3: Workshop. – Abb. 4: Christoph Hämmerle.

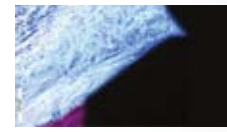
Tapered Internal
plus
Implantatsystem



make the switch

Platform-Switching
Design zur Vermehrung des Weichgewebenvolumens auf der Implantatschulter

Laser-Lok®-Bereich
Unterstützt die Anlagerung von Weichgewebe und erhält den krestalen Knochen



Optimiertes Gewindedesign
Selbstschneidendes Buttress-Gewinde zur Erhöhung der Primärstabilität



Restaurative Leichtigkeit
Farbkodierung der konischen Innensechskantverbindung zur schnellen Identifikation und eindeutigen Komponentenabstimmung



*Clinical and histologic images are courtesy of Myron Nevins, DDS and Craig Misch, DDS.

Fragen Sie nach unseren aktuellen Angeboten!

Nutzen Sie unsere Kontaktdaten zur Anforderung weiterführender Informationen.

BioHorizons GmbH
Bismarckallee 9
79098 Freiburg
Tel. 0761 55 63 28-0
Fax 0761 55 63 28-20
info@biohorizons.com
www.biohorizons.com

BIOHORIZONS®
SCIENCE • INNOVATION • SERVICE

Welche Faktoren eine Periimplantitis begünstigen, fasste Andrea Mombelli, Schweiz, zusammen: eine ungenügende Menge keratinisierter Mukosa, zu geringes Knochenvolumen, ein kleiner Abstand zwischen Implantaten sowie eine ungünstige dreidimensionale Implantatposition. Lisa Heitz-Mayfield, Australien, wies zudem darauf hin, dass bei zementierten Rekonstruktionen auch überschüssige Zementreste ein Risiko darstellen und Entzündungen verursachen können. Um das Implantat zu überwachen, sollte der Zahnarzt periapikale Röntgenbilder zum Zeitpunkt der definitiven prothetischen Versorgung und anschließend einmal jährlich im Rahmen der obligaten Nachkontrolle erstellen. Neben den Röntgenbildern sind Implantatmobilität, Taschentiefe und klinische Entzündungszeichen wichtige Parameter.

Welche Therapien haben sich bewährt?

Giovanni Salvi, Schweiz, und Frank Schwarz, Deutschland, präsentierten den aktuellen Stand der Wissenschaft zur Periimplantitis-therapie. Nach einer vorbereitenden Phase, in der Risikofaktoren wie mangelhafte Mundhygiene oder schlecht zu reinigende Rekonstruktionen eliminiert werden, folgt die nichtchirurgische Behandlung mit Entfernung des Biofilms und antimikrobieller Therapie. Systemische oder lokale Antibiotika, Laser, aber auch die photodynamische Therapie können mit gutem Erfolg eingesetzt werden.

Ein bis zwei Monate später wird der Defekt reevaluiert und bei Bedarf eine chirurgische Therapie mit Entfernung des Granulationsgewebes und Dekontamination der Implantatoberfläche durchgeführt. Zusätzlich können Antibiotika verabreicht werden. Eine Implantoplastik im Anschluss kann die erneute Besiedelung der Implantatoberfläche verhindern. Frank Schwarz stellte das Verfahren näher vor. Dabei wird das Schraubenrelief des Implantats abgeschliffen, und das Implantat heilt anschließend gedeckt ein. Will man außerdem verlorenes Gewebe durch regenerative Maßnahmen ersetzen, sind unbedingt bewährte Produkte zu verwenden.

Die Tatsache, dass im parodontal kompromittierten Gebiss die Entwicklung einer Periimplantitis begünstigt wird, gilt vielen als ein Argument dafür, auch Zähne mit starkem Knochenverlust und Furkationsproblemen zu erhalten. Niklaus P. Lang, Schweiz, stellte deshalb in der ersten Session des Symposiums eine Orientierungsleitlinie für die Entscheidung Zahnerhalt vs. Zahnextraktion bei parodontal kompromittierten Zähnen vor. Im Anschluss präsentierten die Redner ermutigende Daten zum Management von intraossären Defekten und Furkationsproblemen.

Früh eingreifen lohnt sich

Die optimale Therapie beginnt früh. Ein Vortragsblock in Monaco kreiste deshalb um die Entscheidungen, die schon vor oder gleich nach der Zahnextraktion anstehen.

Mit welchen Resorptionen ist durch den Kollaps der Extraktionsalveole zu rechnen? Lässt sich das Volumen dennoch erhalten? Was muss der Zahnarzt in der ästhetischen Zone bedenken? Mariano Sanz, Spanien, zeigte histologische Daten aus einer präklinischen Studie zum frühen Heilungsverlauf nach Zahnextraktion. Lingual blieben die Knochenverhältnisse fast unverändert, die bukkale Knochenlamelle resorbierte in der horizontalen Dimen-

durchführt. Das verwendete Biomaterial sollte sehr langsam resorbieren, damit das Volumen stabil bleibt. So kann man dem Knochen vor der Implantatsetzung ausreichend Zeit für die Heilung geben. Um auch im Fall einer Sofortimplantation der unvermeidlichen Resorption entgegenzuwirken, füllt der Referent den Spalt zwischen Implantat und bukkaler Knochenlamelle ebenfalls mit einem Bio-

material als Schutz vor Periimplantitis zu wirken. Am Osteology Symposium in Monaco stellten die Referenten deshalb verschiedene Methoden der Weichgewebeaugmentation vor.

Ein Schwerpunkt lag auf der Frage, in welchen Fällen Biomaterialien anstelle von Bindegewebe-transplantaten oder freien Schleimhauttransplantaten verwendet werden können. Das „Weichgewebe aus der Dose“ erspart sowohl Operationszeit als auch Schmerzen, da

tionsrisiko in Verbindung gebracht. Gut kontrolliert stellt die Erkrankung keine Kontraindikation für regenerative Maßnahmen respektive Implantatsetzungen dar. Da die Heilung aber länger dauert, sollte nach GBR-Maßnahmen mindestens zwei Monate länger als normal gewartet werden, bevor ein Implantat gesetzt wird, sagte Nikos Donos, Großbritannien.

Eine schwerwiegende Erkrankung diskutierte Wilfried Wagner, Deutschland: die Kiefernekrose. Sie tritt vor allem nach zahnmedizinischen Eingriffen an Patienten auf, die im Rahmen einer Tumortherapie intravenös mit Bisphosphonaten behandelt werden. Patienten mit Prostatakrebs sind häufiger betroffen als Patienten mit multiplem Myelom oder Brustkrebs. „Das Risiko ist nicht, ein Implantat zu verlieren, sondern Teile des Kiefers“, machte der Referent die Gefahr deutlich. Bei einer malignen Primärerkrankung, intravenös applizierten hochpotenten Bisphosphonaten über einen langen Zeitraum und einer zusätzlichen Chemo- oder Kortisontherapie sind deshalb Augmentationen und Implantatsetzungen dringend zu vermeiden. Auch wenn das Risiko wesentlich kleiner ist, kann aber auch die orale Bisphosphonatgabe zu Kiefernekrosen führen.

Wissenschaft am Kongress erlaubte einen Blick in die Zukunft

Die Regenerationsforschung zu fördern sowie Forschung und Klinik enger zusammenzubringen, sind Kernanliegen der Osteology Stiftung. Entsprechend gab es in Monaco nicht nur eine große Posterausstellung, sondern auch zwei sehr gut besuchte Workshops für Wissenschaftler und ein ganztägiges Forum mit Präsentationen aktueller Arbeiten. Zum Schluss wurde der Osteology Research Prize verliehen. Für den Bereich präklinische Forschung ging er an Elena Martínez-Sanz, Spanien, und ihre Arbeit: „Minimally invasive cleft palate repair using injectable hydrogels“. Im Bereich klinische Forschung gewann Mario Rocuzzo, Italien, den Preis mit einer Arbeit zu: „Long-term (ten year) stability of soft tissues around implants following ridge preservation technique by means of collagen-coated bovine bone“.

Führungsrolle in der regenerativen Zahnmedizin

Mit ihrem Geburtstags-symposium hat die Osteology Stiftung ihre Führungsrolle in der regenerativen Zahnmedizin gefestigt, sowohl hinsichtlich Weiterbildung als auch in Bezug auf Forschungsförderung. Ihr Engagement macht sie unverzichtbar. In ihrer Kongresskampagne stellte die Stiftung deshalb fest: „Regenerative dentistry without Osteology is like a smile without teeth“.

Das nächste Internationale Osteology Symposium wird 2016 stattfinden. www.osteology.org

Osteology Foundation

Tel.: +41 41 3684447
www.osteology.org



Abb. 5: Massimo Simion. – Abb. 6: Kongresskampagne. – Abb. 7: Niklaus P. Lang. – Abb. 8: Pressekonferenz.

sion jedoch stark. In einer klinischen Studie, die 120 zahnlose Patienten einschloss, konnten die Ergebnisse präklinischer Untersuchungen zur Knochenresorption bei Spontanheilung bestätigt werden. Jan Lindhe, Schweden, zeigte hierzu unveröffentlichte Daten in seiner Keynote Lecture. Eine Sofortimplantation kann Knochenresorptionen zwar in der mesialen/distalen, nicht aber in der bukkalen/palatalen Dimension verhindern. Die bukkale/palatinale Dimension lässt sich jedoch durch eine Ridge Preservation mit Biomaterialien weitgehend erhalten.

Ronald E. Jung, Schweiz, ging daraufhin die Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten durch – Sofortimplantation, spätere Implantation in Kombination mit einer Ridge Preservation oder Spontanheilung. Falls das Implantat nicht innerhalb von drei Monaten nach Extraktion gesetzt werden kann, sollte die Extraktionsalveole mit einem Biomaterial gefüllt und mit einer Membran abgedeckt werden. Will der Zahnarzt aber die Qualität der Weichgewebe noch verbessern, kann er einen Socket Seal mit einem Weichgewebetransplantat aus dem Gaumen (mit der Stanze präpariert) oder mit einer Kollagenmatrix machen.

Auch Dietmar Weng, Deutschland, ging auf die Vorteile der Ridge Preservation nach Zahnextraktion ein. Die Notwendigkeit, später größere Augmentationen durchzuführen, ist fünfmal größer, wenn der Zahnarzt keine Ridge Preservation

Klare Richtlinien für größere Augmentationen

Neben der „frühen Regeneration“ gleich nach der Zahnextraktion stand die klassische Knochenregeneration im Fokus – etwa die Frage, wie sich die GBR-Techniken im Laufe der Jahre verändert haben. Daniel Buser, Schweiz, betonte den großen Fortschritt, den resorbierbare Membranen in Kombination mit einem Knochensatzmaterial für die tägliche Praxis bedeuten. Das am besten bewährte Protokoll ist die frühe Implantatsetzung (nach vier bis acht Wochen) in Kombination mit einer simultanen Konturaugmentation, für die Biomaterial und autologe Knochenchips verwendet werden. Wissenschaftlich geprüfte Biomaterialien stellen für Daniel Buser einen maßgeblichen Faktor für den Therapieerfolg dar. Massimo Simion, Italien, beschrieb die Entwicklung der horizontalen und vertikalen Augmentationstechniken über die Jahre. Gemäß seinen Ausführungen geht es mittlerweile darum, die bewährten Verfahren zu vereinfachen. Dennoch sollten technisch anspruchsvolle Augmentationen nach wie vor nur von Spezialisten durchgeführt werden.

Weichgewebemanagement – immer wichtiger für Ästhetik und Funktion

Nicht nur die gestiegenen ästhetischen Ansprüche der Patienten machen das Weichgewebemanagement zu einem so wichtigen Thema. Ausreichend keratinisierte Mukosa rund um Implantate scheint auch

dem Patienten kein Gewebe aus dem Gaumen entnommen werden muss. Misst man die Patientenakzeptanz resp. den „patient reported outcome“, zeigt sich dieser Vorteil in einer größeren Patientenzufriedenheit, wie Todd Scheyer, USA, in einer Studie zeigte.

Anton Sculean, Schweiz, und Giovanni Zuchelli, Italien, fokussierten in ihren Vorträgen auf die Rezessionsdeckung. Wird dazu nur ein koronaler Verschiebelappen gebildet, kommt es seltener zur kompletten Wurzeldeckung, als wenn zusätzlich ein Bindegewebetransplantat oder Emdogain eingesetzt werden. Eine Alternative zum Verschiebelappen ist der modifizierte Tunnel. Dabei wird ein Bindegewebetransplantat aus dem Gaumen oder ein vergleichbares Biomaterial in einem Tunnel unter die Gingiva gezogen und dort vernäht. Die Vorteile des technisch anspruchsvollen Verfahrens: kaum Narbenbildung, bessere Durchblutung, perfekte farbliche Anpassung. Die Methode ist vor allem für multiple Rezessionen der Miller-Klasse I und II geeignet.

Orale Regeneration bei medizinisch kompromittierten Patienten

Mit der oralen Regeneration bei kompromittierten Patienten befasste sich eine Session unter der Leitung von Friedrich W. Neukam, Deutschland. So wird beispielsweise Diabetes mellitus mit einer verringerten Knochendichte, verzögerter Knochen- und Wundheilung sowie erhöhtem Komplika-



Infos zum Unternehmen

Handarbeit: Die Herstellung eines Veneers

Neugier ist der Anlass, um neue Erfahrungen zu machen. Mit diesem Artikel möchte ZTM Haristos Girinis, Nagold, dazu motivieren, sich mit einer bewährten prothetischen Fertigungsart auseinanderzusetzen: Die Herstellung eines Veneers auf einem feuerfesten Stumpf.

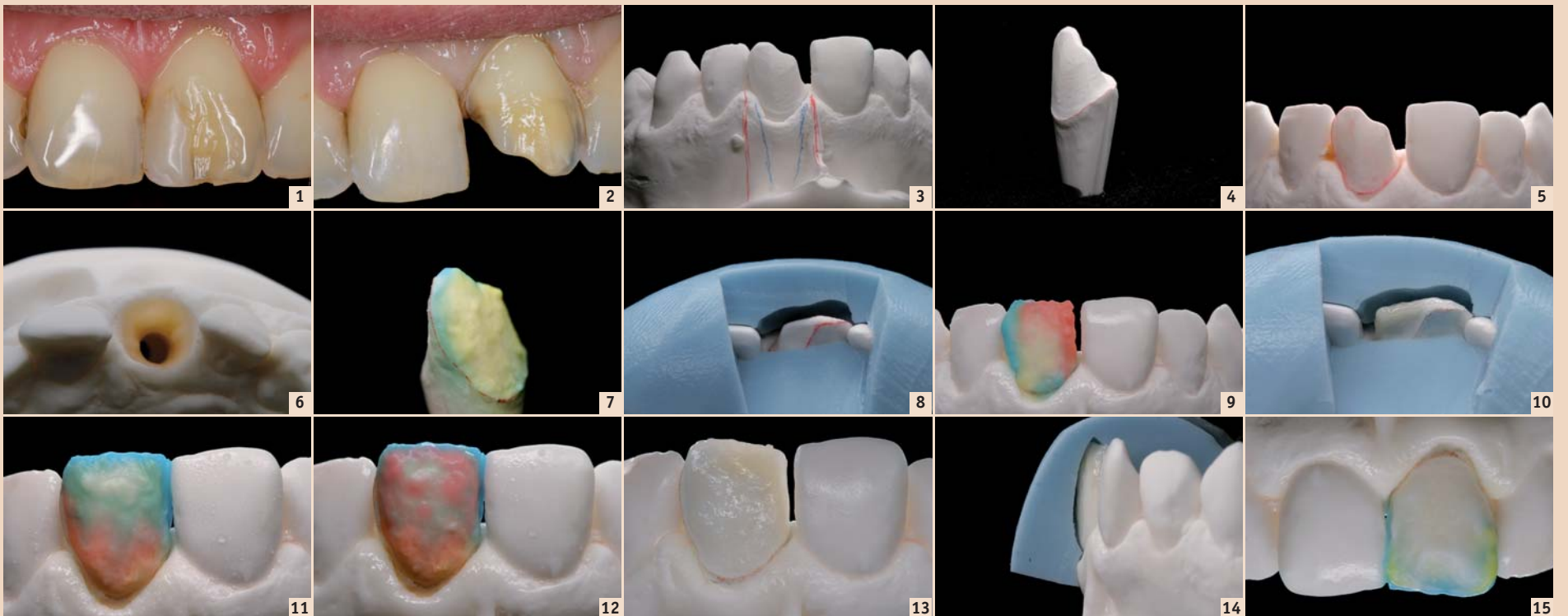


Abb. 1: Ausgangssituation: Zahn 21 war insuffizient mit Kunststofffüllungen versorgt. Mit möglichst wenig Verlust von Zahnhartsubstanz sollte die Situation restauriert werden. – **Abb. 2:** Aufgrund der Vorschädigungen des Zahnes ist ein modifiziertes Veneer indiziert. Nach der Entfernung der alten Versorgungen erfolgt die Präparation für die Aufnahme eines Veneers. Anhaltspunkt war ein Silikonwax vom Waxup. – **Abb. 3:** Vorbereitungen für das Gellermmodell. Auf dem Gipsmodell werden die Wurzelform sowie die Sägeschnitte angezeichnet. – **Abb. 4:** Nach dem Segmentieren wird der Einzelstumpf im apikalen Bereich in Form einer Wurzel beschliffen und mit Führungsrillen versehen. – **Abb. 5:** Nach erneutem Ausgießen erhalten wir ein Modell, welches die orale Situation bestens wiedergibt. Der Einzelstumpf kann jederzeit dem Modell entnommen werden. – **Abb. 6:** Die künstlich geschaffene „Alveole“ im Modell macht sichtbar, was wir mit „Leben“ füllen müssen. Wir müssen das Ganze betrachten, und das ist mehr als „nur“ die Verblendschale. – **Abb. 7:** Mit einem Konnektorbrand wird die Basis geschaffen. – **Abb. 8:** Der Silikonwax vom Wax-up leistet wertvolle Dienste. Wir arbeiten mit derselben Vorlage, wie der Zahnmediziner bei der Präparation des Zahnes. – **Abb. 9:** In diesem – modifizierten – Fall bedarf es der Rekonstruktion von Dentin. Distal und mesiozervikal werden Schmelzleisten mit der Masse „Inzisal 2“ angelegt. – **Abb. 10:** Die Situation nach dem ersten Brand ergibt die verkleinerte Kronenform. – **Abb. 11:** Zervikal wird eine Mischung aus Dentin-, Transpa- und ein bisschen Schneide- oder Inzisalmasse angebracht und von palatinal ein Schmelzplateau geschaffen. – **Abb. 12:** Die Interna werden mit einer Transpamasse-Clear-Schicht bedeckt. Um die Schmetterlingsstellung nachzuahmen, wird der Zahn mit einer Mischung aus Transpa- und Effektmasse nach „außen gedreht“. – **Abb. 13 und 14:** Nach dem zweiten Brand sind wir dem Ergebnis schon sehr nah. Das Veneer wächst quasi aus dem Zahn heraus. – **Abb. 15:** Mesial und distal werden Leisten aus Schmelzmasse aufgetragen. – **Abb. 16 und 17:** Die einzelnen Massen schwimmen ineinander über, ohne ineinander zu verlaufen. Die Kunst besteht darin, eine Mischung zwischen Separation und Verschmelzung zu erreichen.

Die Sehnsucht des Menschen nach wohlthuenden visuellen Erfahrungen ist allgegenwärtig. Auch in der Zahnmedizin sind wir bemüht, ein harmonisches, „schönes“ Lächeln zu schaffen. Aus diesem Bestreben heraus wurden zum Beispiel zahlreiche Theorien über Zahnformen entwickelt. Doch trotz aller Forschung und Bewertung ist es bis heute nicht gelungen, eine befriedigende Übereinkunft bei der Charakterisierung von Frontzähnen aufzustellen. Jede Zahnform ist ein Unikat. Erst wenn wir verstehen, dass der einzelne Zahn in einem komplexen System eingebettet ist, kommen wir dem Ziel „Ästhetik“ einen großen Schritt näher.

Nicht immer hilft viel auch viel

Die Adhäsivtechnik, kombiniert mit modernen Keramiken, die eine zahnnahe Transluzenz besitzen, stellt für die restaurative Zahnheilkunde eine der größten Revolutionen dar. Moderne Behandlungskonzepte fokussieren ein defektorientiertes und additiv ausgerichtetes Vorgehen und lassen das subtraktiv ausgerichtete Arbeiten zunehmend in den Hintergrund geraten. Minimal- beziehungsweise noninvasives Arbeiten ist patientenorientiert und ermöglicht Ergebnisse, die sehr nahe an das natürliche Ausgangsbild herankommen können. Auch der Zahntechniker profitiert: Vor allem bei minimalinvasiven Frontzahnrestorationen (zum Beispiel Veneers) bedarf es oft nur eines relativ geringen zahntechnischen Aufwandes, um eine Restauration herzustellen, die von der natürlichen Zahnhartsubstanz nicht zu unterscheiden ist.

Mit einer optimalen Keramikmasse (zum Beispiel Reflex, Wieland Dental), welche eine verlässliche Farbtreue aufweist, liegt die Herausforderung einzig in der Erarbeitung der Zahnform. Wenn wir uns hier an den Vorgaben der Natur orientieren, ist leichtes Spiel erlaubt. Mit hauchdünnen Veneers und einer damit einhergehenden minimalinvasiven Präparation wird ein maximal ästhetisches sowie funktionelles Ergebnis erzielt.

In dieser Patientendokumentation werden die zahntechnischen Arbeitsschritte bei der Herstellung eines Veneers auf einem feuerfesten Stumpf dargestellt. Von der Verwendung einer Platinfolie sehen wir bei einer solch diffizilen Arbeit ab. Wir sehen keinen plausiblen Grund für dieses Vorgehen, eher im Gegenteil. Die Folie stört das Form- und Farbgefühl. Außerdem werden die ohnehin schon beschränkten Platzverhältnisse noch verringert.

Ausgangssituation

Der Patient konsultierte die Praxis mit einem für ihn schon seit Langem ästhetischen Makel. Der Zahn 21 wies infolge eines Unfalls in der Vergangenheit großflächige Kunststofffüllungen auf (**Abb. 1**). Die Füllungen waren insuffizient und werden auch von einem nicht fachkundigen Betrachter auf den ersten Blick als unschön entlarvt. Der Zahn war ansonsten kariesfrei und bedurfte keiner konservierenden Maßnahme. Nach einer Beratung entschieden wir uns für die Herstellung eines vollkeramischen Veneers.

Die Präparation des Zahnes 21 erfolgt auf Basis eines Wax-up. Gerade bei ästhetisch initiierten Therapien ist

dies Status quo und entspricht unserem Anspruch an patientenorientierter, verantwortungsbewusster Zahnheilkunde. Mit einem Silikonwax vom Wax-up erhält der Zahnmediziner eine exakte Vorlage für eine zielgerichtete Präparation. Das Credo war: So wenig wie möglich und so viel wie nötig (**Abb. 2**). Aufgrund der Vorbehandlung des Zahnes beziehungsweise des Defektes ist im mesialen Bereich mehr Substanz aufzubauen als distal. Können diese unterschiedlichen Schichtstärken nachteilig auf die farbliche Adaption des Veneers wirken?

Die Natur liefert uns die Vorgabe für unser Tun – wenn wir verstehen, wie Zähne aufgebaut und strukturiert sind, kommen wir der Imitation eines natürlichen Zahnes einen Schritt näher. Die Innenansicht eines Zahnes vermittelt zahlreiche Informationen und ist der ideale – und auch einzige – Lehrer.

Der natürliche Zahn ist aus optisch unregelmäßigen Strukturen aufgebaut, was ein komplexes Farbspiel zur Folge hat. Betrachten wir den präparierten Zahn 21: In der Mitte sind die hochchromatischen und beigen Anteile zu erkennen, die einerseits ineinander übergehen und andererseits stark abgegrenzt sind. Die distale Präparationsgrenze befindet sich im Schmelz, daher ist dieser Bereich eher transluzent und bläulich. Der unbehandelte Nachbarzahn wirkt in seiner Gesamtheit jedoch eher einfach. Das zeigt, wie der Zahn von innen heraus lebt, und stellt uns vor eine Herausforderung. Unsere Aufgabe ist es, die Farbspiele zwischen hell, dunkel, transparent, opak, hochchromatisch und eher

blass so zu rekonstruieren, dass das Veneer in der Gesamtheit „sichtbar unsichtbar“ wirkt. Mit dem Wissen darum und mit modernen vollkeramischen Systemen haben wir optimale Grundlagen, um dies nachzuahmen. Allerdings sei auch gesagt, dass es eine Illusion ist, die Natur exakt kopieren zu können.

Arbeitsgrundlage: Modell

Von der präparierten Situation nimmt der Zahnmediziner idealerweise eine Silikon- sowie zwei Hydrokolloidabformungen, wovon eine als Teilabformung für die Herstellung des Stumpfes dient. Im Labor erfolgt die Fertigung eines sogenannten „Gellermodells“, das unschätzbare Vorteile für ästhetisch anspruchsvolle Frontzahnrekonstruktionen hat. Bei einem konventionellen Sägemodell gehen wichtige Informationen verloren, es sei denn, es wurde in einem aufwendigen Vorgehen eine weichbleibende Zahnfleischmaske gefertigt. Diese birgt allerdings Probleme im Handling, respektive beim Reponieren auf das Modell. Das Gellermmodell kommt dem Vorbild „Natur“ sehr nahe. Indem der Gipsstumpf im apikalen Bereich beschliffen wird, imitieren wir eine Wurzel und bekommen ein Gefühl für die Zahnform und die Zusammenhänge Rot (Gingiva) und Weiß (Zahn). Anhand dieser Vorlage lernt der Techniker, sich in die anatomische Form des Zahns hineinzudenken. Vor dem Heraustrennen des Einzelstumpfes aus dem Modell werden die Zahnmerkmale grob angezeichnet (**Abb. 3**). Nach dem Segmentieren erhalten wir einen Stumpf mit konischem Wurzelanteil und mesialer sowie distaler Führungsrille. Ein apikaler Stopp dient

dazu, den feuerfesten als auch den Modellstumpf 1:1 in das Gellermmodell reponieren zu können (**Abb. 4**). Nach dem Anzeichnen der Präparationsgrenze wird der Stumpf mit einem Spacer lackiert und in der Silikonabformung platziert. Im apikalen Bereich dient etwas Vaseline der Isolierung. Ein aufgesetzter Wachsdraht bildet später den basalen Zugang zum Stumpf.

Um nun ein definitives Arbeitsmodell mit allen oralen Informationen zu erhalten, benötigen wir noch den „Gingivasockel“. Hierfür eignet sich ein Superhartgips. Die Modellherstellung auf diesem Weg scheint zwar aufwendig, die Präzision zahlt sich aber im Laufe der Arbeit aus.

Nach dem Aushärten des Gipses wird das Modell von basal soweit getrimmt, dass der Wachsdraht sichtbar wird. Dieser wird entfernt und der Stumpf durch die Öffnung herausgedrückt (**Abb. 5**). Die künstlich geschaffene „Alveole“ im Modell macht deutlich (**Abb. 6**), was wir mit „Leben“ füllen müssen: Es ist mehr als „nur eine Verblendschale“. Wir geben dem Patienten einen Teil seines „Ichs“ zurück, und hierzu müssen unser handwerkliches Können sowie das anatomische Wissen ineinanderfließen.

Beim Duplizieren des Gipsstumpfes ist das Mischungsverhältnis des feuerfesten Stumpfmaterials ebenso zu beachten wie das Entgasen des Stumpfes nach dem Abbinden. Der feuerfeste Stumpf ist nun im Modell reponierbar. Mit einem feuerfesten Stift ist die Präparationsgrenze angezeichnet, und der Stumpf wird für fünf bis zehn Minuten





Abb. 18 und 19: Mit der Masse „Inzisal 2“ wird der Zahn im mesialen und distalen Bereich komplettiert (überkonturiert). Die freie Fläche wird aufgefüllt und an den erhabenen Stellen das Torsionsband angelegt, wodurch die Verwindung des Zahnes herausgestellt wird. – Abb. 20: Abschließend wird Opal-Inzismasse (Snow) aufgelegt. Je weiter wir mit unserer Schichtung „nach außen kommen“, desto heller wird sie. – Abb. 21: Die Situation nach dem Brennen. Schon jetzt zeigt sich der Erfolg des Schichtkonzepts. – Abb. 22: Die Philosophie des natürlichen Zahnes beinhaltet markante Formen, die über Rundungen miteinander verbunden sind. – Abb. 23: Der Rahmen wird verfeinert. Hierfür übertragen wir die Kriterien des Nachbarzahnes auf das Veneer. – Abb. 24 und 25: Perikymatien verlaufen von inzisal bogenförmig in Richtung Zahnmitte. Hier verdichten sie sich und entfernen sich im zervikalen Bereich wieder bogenförmig voneinander. – Abb. 26: Durch eine abschließende manuelle Politur wird die Restauration an das orale Umfeld angepasst und die Oberfläche vergütet. – Abb. 27 und 28: Das Veneer zeigt bei indirekter Beleuchtung (ähnlich den natürlichen Lichtverhältnissen im Mund) ein subtiles Farbenspiel. – Abb. 29: Die verwendete Keramik präsentierte sich so mustergültig feinkörnig, dass sich nach dem Brennen eine extrem hohe Dichte zeigt. Die Oberfläche ist völlig homogen. – Abb. 30 und 31: Der Modellstumpf wird mit Aufpasspaste eingepinselt und die Passung kontrolliert. Auf dem ungesägten Modell werden insbesondere die Approximalkontakte geprüft. – Abb. 32 und 33: Gelungen! Das Veneer schmiegt sich „nahtlos“ in das gingivale Umfeld. Keinerlei demaskierende Bereiche beeinträchtigen das Ergebnis. Dank der modernen Materialien haben wir den Patienten auf minimalinvasivem Weg versorgen können. Die Alternative wäre eine Krone gewesen – doch der Verlust gesunder Zahnhartsubstanz scheint uns nicht patientenorientiert.

in destilliertes Wasser gelegt. Durch das Wässern kann die Feuchtigkeit der Keramik beim Schichten nicht vom trockenen Stumpfmateriale aufgesogen werden. Das erleichtert die Arbeit ungemein.

Naturnahe Imitation mit einer Keramikmasse

Auf dem feuchten Stumpf wird nun der Konnektorbrand vorgenommen. Hierfür dient eine Transpamasse (clear oder neutral). Der Konnektor verschließt die Oberfläche des feuerfesten Stumpfs und garantiert einen blasenfreien homogenen Verbund zum Untergrund (später also zur Zahnoberfläche) (Abb. 7). Außerdem entfällt bei den darauffolgenden Arbeitsschritten das Wässern, da der Untergrund nur noch wenig beziehungsweise keine Feuchtigkeit mehr aus der Keramik zieht. An den zum Schmelz angrenzenden Bereich wird mesial etwas Schmelzmasse angebracht. Die Transpamasse unterstützt den gewünschten Chamäleoneneffekt. Die Farbinformationen der natürlichen Zahnschicht (vgl. Abb. 2) werden an den entsprechenden Stellen in die keramische Restauration transportiert. Um Verfärbungen zu blocken, kann man stattdessen fluoreszierende Dentine verwenden. Bei der Brandführung ist zu berücksichtigen, dass der feuerfeste Stumpf „Wärme schluckt“. Daher muss bei jedem Brand die Temperatur um circa 20 bis 30 °C erhöht werden, sonst wird die Keramik unterbrannt.

Von dem zu Beginn der Behandlung gefertigten Wax-up wird ein Silikonvorwall genommen, der nun wertvolle Hilfe leistet. Aufgesetzt auf das Modell können wir „ablesen“, wo und wie viel Keramikmasse aufzutragen ist (Abb. 8). Wir arbeiten mit derselben Vorlage wie der Zahnmediziner bei der Präparation des Zahnes. So wird sichergestellt, dass beide Behandlungspartner die „gleiche Sprache sprechen“.

Jetzt beginnt die eigentliche Keramischichtung – das hochchromatische Dentin des präparierten Zahnes wird im

Zentrum mit Chromatix A3 und im mesioinzisal Bereich (vgl. Abb. 2) mit dem etwas helleren Dentin A2 nachgebaut. Zervikal werden Halstranspamassen angetragen. Das Charmante an diesem Vorgehen ist, dass wir uns um die Dentinschichtung kaum kümmern müssen. Die Farbe wird vom natürlichen Zahn vorgegeben, und wir werden alles dafür tun, diese in die Restauration einfließen zu lassen. Distal und mesiozervikal wird bereits eine Schmelzleiste mit Inzisal 2 angelegt (Abb. 9) und dies mit dem Vorwall kontrolliert. Schon nach dem ersten Brand (Abb. 10) wird deutlich, dass das Konzept „aufgegangen“ ist. Das chromatische Dentin ist bestens zu erkennen. Die verkleinerte Kronenform gibt jetzt bereits ein Bild des zu erwartenden Ergebnisses. Für den zweiten Brand wird der Zahn beziehungsweise die Restauration mit hochchromatischem Dentin ergänzt. Wir befinden uns schon nahe dem Schmelz, daher ist nun eine Dentin-Transpa-Mischung indiziert.

Im Zervikalbereich wird eine Mischung aus Dentin, Transpa und eventuell etwas Schneide- oder Inzismasse als Halstranspamasse angebracht. Anschließend wird von palatinal ein Schmelzplateau geschaffen. Dadurch wird der inzisal haarfein auslaufende Dentinkeil in der Mitte mit Schmelz ummantelt (Abb. 11). Die Interna werden nun mit einer Transpamasse-Clear-Schicht bedeckt und somit eine Tiefe erzeugt, wie sie sich auch bei natürlichen Zähnen erkennen lässt. Der Weg des Lichts, welches in die Verblendung einstrahlt, wird verlängert – vergleichbar mit der Linse eines Teleobjektivs. Es entsteht der Eindruck von Tiefe. Bereits in diesem Stadium wird auf das Merkmal der Torsion eingegangen. Hierzu „verwinden“ wir den Zahn mit Mischungen aus Transpa- und Effektmasse. Der natürliche Zahn weist auch gelblich-orangene Bereiche auf (vgl. Abb. 1), was wir mit verschiedenen Massen von innen heraus gut imitieren können (Abb. 12). Die Brennparameter für den zweiten Brand: 925 °C, 1 Minute, Aufheizrate

55 °C. Schritt für Schritt nähern wir uns dem Ergebnis (Abb. 13 und 14).

Jetzt können wir uns vollends auf die Schichtung des Schmelzes konzentrieren. Um den Zahn in seiner Form an den Nachbarzahn anzupassen, muss er distal noch etwas gedreht werden. Hierzu tragen wir etwas Dentin auf und imitieren so die gewünschte Schmetterlingsstellung. Jetzt wird die Restauration „nur“ noch mit Schmelzmassen ergänzt. Der bläuliche Bereich der Inzisalkante ist für die natürliche Wirkung der Restauration wichtig. Für dessen Imitation sollte das Dentin nicht zu weit in den Inzisalbereich ragen. Die einzelnen Massen schwimmen ineinander über, ohne ineinander zu verlaufen (Abb. 15 bis 17).

Die Kunst besteht darin, eine Mischung zwischen Separation und Verschmelzung zu erreichen. Die mesiale und distale Schmelzleiste wird mit Inzismasse 2 angetragen (Abb. 18), die freie Fläche aufgefüllt (Abb. 19) und an der erhabenen Stelle das Torsionsband angelegt. Somit garantieren wir die Dreidimensionalität des Zahnkörpers. Auf diesen Körper legen wir Opal-Inzismasse (Snow) auf. Je weiter wir mit unserer Schichtung „nach außen kommen“, desto heller wird sie (Abb. 20). Die Abbildung 21 zeigen die Situation nach dem Rohbrand.

Farbe ist nicht alles

Pulver und Pinsel werden zur Seite gelegt und es erfolgt die sukzessive Erarbeitung der morphologischen Kriterien. Jetzt wird der „Rahmen“ verfeinert und Leisten sowie Furchen eingearbeitet. Die Philosophie des natürlichen Zahnes beinhaltet markante Formen, die über Rundungen miteinander verbunden sind. Begonnen wird mit groben Schleifkörpern. Schon bald werden die „nachbarschaftlichen Beziehungen“ ersichtlich (Abb. 22). In feiner Detailarbeit übertragen wir die Charakteristika der Nachbarzähne auf unsere Restauration. Auch hier gilt die Devise: so viel wie nötig und so wenig wie möglich, denn die Natur ist nie absolut symmetrisch (Abb. 23).

Es werden viele, feine Strukturen eingearbeitet und ungefähr die Situation eines jugendlichen Zahnes nachgeahmt. Im Verlauf der folgenden Arbeitsschritte wird die Oberfläche immer wieder mechanisch aufbereitet, wodurch das Veneer nach und nach seine definitive, altersgerechte Oberfläche erhält; genauso wie der natürliche Zahn im Laufe der Lebenszeit eine mechanische Aufbereitung erfährt. Mit einem feinen Steinchen werden die Perikymatien herausgearbeitet. Sie verlaufen von inzisal bogenförmig in Richtung Zahnmitte, wo sie sich verdichten und zur Tischebene verlaufen. Erst zervikal entfernen sich die Wachsungsstrahlen wieder leicht bogenförmig voneinander (Abb. 24 und 25). Nach dem Profilieren wird die Oberfläche geschmirgelt, gummiert und ein modifizierter Glanzbrand vorgenommen. Durch eine abschließende manuelle Politur wird die Restauration an das orale Umfeld angepasst und die Oberfläche vergütet. (Abb. 26)

Der Natur sehr nahe

Dentin, Transparenz, Sättigung, Transluzenz: Wir haben das Spiel der einzelnen Substanzen miteinander erreicht und kommen den Vorgaben der Natur nahe. Das Veneer zeigt bei indirekter Beleuchtung (ähnlich den natürlichen Lichtverhältnissen im Mund) ein subtiles Farbenspiel (Abb. 27 und 28). Die verwendete Keramik präsentierte sich so mustergültig feinkörnig, dass sich nach dem Brennen eine extrem hohe Dichte zeigte. Die Oberfläche wirkte homogen (Abb. 29).

Der feuerfeste Stumpf wird bei einem Druck von 1 bis 1,5 bar mit Glasperlen abgestrahlt. Um zu vermeiden, dass bei diesem Arbeitsschritt wertvolle „Informationen im Kantenbereich“ verloren gehen, sollte der Abstand zum Objekt ausreichend groß sein. Es hat sich bewährt, die Übergänge direkt auf Stoß zu bestrahlen. Dadurch verhindert man, dass ein Hebel entsteht und fragile Randbereiche abbrechen. Der Modellstumpf wird mit Aufpasspaste eingepinselt und

die Passung kontrolliert (Abb. 30). Letztendlich erfolgt eine Kontrolle auf dem ungesägten Modell – insbesondere der Approximalkontakte. Nach dem Konditionieren der Oberflächen (Zahn/Keramikveneer) kann die Restauration adhäsiv eingesetzt werden. Durch die nur minimale Präparation von Zahnhartsubstanz war die Vorlage für die förmliche Gestaltung des Veneers eindeutig.

Fazit

Die wahre Stärke dieser Restaurationsart offenbarte sich im „realen“ Leben (Abb. 31 und 32). Gelungen! Das Veneer schmiegt sich „nahtlos“ und harmonisch in das gingivale Umfeld. Keinerlei demaskierende Bereiche beeinträchtigen das Ergebnis. Dank der modernen Materialien ist es möglich, dem Patienten minimalinvasive Versorgung anzubieten und ihn mit derartigen Restaurationen zu beeindrucken. Ohne hohe Investitionen können wir mit einem vollkeramischen Veneer die lichteptische Wirkung eines natürlichen Zahnes nachbilden. Voraussetzungen sind die handwerklichen Fähigkeiten des Technikers, etwas Demut vor der Natur und ein Keramiksystem mit gut aufeinander abgestimmten Massen. Naturwissenschaftliche Versuche, Schönheit zu definieren, beschränken sich oft auf die Angabe von „Idealmaßen“. Doch die dentale „Ästhetik“ resultiert aus dem harmonischen Zusammenspiel aller Komponenten. [DT](#)



Haristos Girinis
Girinis Dental Design
Marktstraße 28
72202 Nagold
Tel.: +49 7452 6003333
info@girinis-dentaldesign.de

Kontakt

Infos zum Autor



Wasseraufbereitung einfach wie nie zuvor

Umkompliziert zu installierendes System für die Wasserentkeimung in der Praxis.



Wortwörtlich „easy“ funktioniert die Wasseraufbereitung ab sofort mit der aquadent easy der doctorwater GmbH. Dabei handelt es sich um ein im Rahmen der diesjährigen IDS vorgestelltes Neuprodukt, das aus der Weiterentwicklung der aquadent Wasseraufbereitungssysteme resultiert. Bei der Produktentwicklung rückte jedoch nicht das Thema Komplexität in den Vordergrund, sondern das Thema Vereinfachung. Schließlich ist der Bereich Wasserhygiene mit all seinen Richtlinien, Normen und Empfehlungen komplex genug, sodass der Zahnarzt sich auf dem Weg zur richtigen Produktauswahl nicht auch noch durch umfangreiches Informations- und Anleitungsmaterial arbeiten sollte. Stattdessen profitiert der Kunde durch das einfache und leicht zu installierende System der aquadent easy von einem

Produkt, das unkompliziert zu handhaben sowie selbsterklärend ist und ihm so Zeit für seine eigentliche Aufgabe verschafft: die Versorgung von Patienten!

Für Praxen mit wenig Platz

Die aquadent easy ist das jüngste und zugleich kleinste Gerät der doctorwater-Produktfamilie und deshalb auch für Praxen mit wenig Platz bestens geeignet. Sie bietet zentralen Schutz vor mikrobiologischer Belastung des Praxiswassers und garantiert eine ökologische, sanfte und zentrale Wasserentkeimung. Der Einsatz erfolgt unabhängig von der Anzahl der Behandlungseinheiten. Methodisch funktioniert die aquadent easy durch die Zugabe des pH-neutralen und alkoholfreien Entkeimungsmittels Iodent. Dabei handelt es sich um eine elektrolytisch erzeugte Natriumhypochloritlösung auf Was-

serbasis, die bakterizid, viruzid, fungizid sowie levurozid wirkt. Iodent baut sich zu 100 Prozent selbst ab, da es zu 99 Prozent aus Wasser besteht, ist absolut materialverträglich und hochwirksam. Die Mindest-Depotwirkung beträgt sechs Monate, sodass die Praxis auch bei stehendem Wasser über lange Zeit vor Verkeimung geschützt ist.

Wasserqualität per Informationsmodul im Blick

Ab September 2013 besteht zudem die Möglichkeit, die aquadent easy durch ein Informationsmodul zu erweitern. Dadurch wird eine automatische Kontrolle ermöglicht und bei einem Verbrauch von 80 Prozent eine E-Mail an den Zahnarzt sowie die Zentrale von doctorwater generiert. So gelingt es, die Wasserqualität immer im Blick zu behalten – die Lieferung erfolgt nur wenige Tage nach Bestellbestätigung.

doctorwater GmbH
Tel.: 0800 2000 260, www.doc-water.com



Ästhetische Füllung bei Kindern

Attraktives Füllungsmaterial EQUIA für die Kinderzahnheilkunde.

Mit EQUIA* hat GC ein leistungsfähiges Restaurationskonzept geschaffen, das hinsichtlich einer modernen Patientenversorgung neue Möglichkeiten eröffnet. Auch bei der Behandlung von Kindern stellt EQUIA eine einfache und ästhetische Versorgungsalternative dar. Zahnärztin Dr. Birgit Gmeiner erklärt im Interview, was das Füllungsmaterial in der Kinderzahnheilkunde so attraktiv macht.



Dr. Birgit Gmeiner

eine Option, wenn kurzfristig und ohne großen Aufwand eine Füllung gelegt werden muss. Ich setze EQUIA aber auch gerne bei der Behandlung von Kindern ein. In der Kinderzahnheilkunde und damit bei der Füllungstherapie im Milchgebiss wird häufig Glasionomerzement (GIZ) empfohlen, da es eine fluoridabgebende Wirkung hat und somit die Remineralisation des Milchgebisses unterstützt. Das macht

gefertigt. Das kommt aber eigentlich nur bei kleinen Kindern vor. Wenn die Kinder älter werden, wollen die meisten dann selbst eine unauffällige Versorgung, und auch die Eltern finden in der Regel mehr Gefallen an einer zahnfarbenen Füllung bei ihren Kindern. Mit EQUIA in den verschiedenen Farbnuancen und dem leicht glänzenden Schutzlack sind die meisten meiner Patienten – also auch die kleineren Patienten – sehr zufrieden.

Was macht EQUIA in der Kinderzahnheilkunde so attraktiv?

In der Kinderzahnheilkunde kommen EQUIA und die Glasionomerzemente auch wegen der leichten Handhabung zum Einsatz. Die Behandlungszeit ist kürzer, da einige Arbeitsschritte wie Ätzen, Primern und Bonden wegfallen. Auch die relative Trockenlegung kommt mir entgegen. Sehr positiv zeichnet sich Glasionomerzement durch die hohe Fluoridfreigabe aus, die vor Sekundärkaries schützen soll. Zusätzlich kann durch eine exogene Fluoridzufuhr aus Lacken und Gelen die Füllung wieder aufgeladen werden, sodass wieder vermehrt Fluorid in die Füllungsperipherie abgegeben werden kann.

GC Germany GmbH
Tel.: +49 6172 99596-0
www.germany.gc-europe.com



Wann setzen Sie EQUIA in der Füllungstherapie ein?

Für uns ist EQUIA in den angegebenen Indikationsbereichen immer

für mich EQUIA bei der Behandlung von Milchzähnen zum Material der Wahl.

Macht es für Kinder denn einen Unterschied, ob eine Füllung unsichtbar ist oder nicht?

Das kommt ganz darauf an. Ich habe schon mal bei einem vierjährigen Kind auf Wunsch eine blaue Füllung gelegt oder auch eine gestreifte Füllung

*Nutz- und abrechenbar für die empfohlenen Indikationen: Restaurationen der Klasse I, unbelastete Restaurationen der Klasse II, kaudruckbelastete Restaurationen der Klasse II (sofern der Isthmus weniger als die Hälfte des Interkuspidualraumes beträgt), Interdentale Restaurationen, Klasse V und Wurzelkariesbehandlung, Stumpfaufbauten.

Semi-permanente Implantat-Befestigung

ZAKK® Implant ermöglicht passgenaue Positionierung der Restauration.



ZAKK® Implant aus dem Hause R-dental ist ein innovativer, dualhärtender, semi-permanenter Implantat-Befestigungszement für kombinierte Implantatprothetik.



Biß zur Perfektion

spaltverhalten und verhindert Auswaschungen an den Klebefugen.

ZAKK® Implant ist sehr druckfest, wodurch die Restauration auch un-

ter Kaubelastung langfristig stabil bleibt. Die elastische Materialeigenschaft des ausgehärteten ZAKK® Implant ermöglicht den großen Vorteil einer beschädigungsfreien Wiederausgliederung. Eine lange Verarbeitungszeit gewährleistet zudem eine stressfreie Eingliederung.

Der selbstadhäsive Befestigungszement ist anwendbar mit allen Materialkombinationen bezüglich Abutment und/oder Zahnstumpf und Restauration/Suprakonstruktion. Eine leichte Expansion des Zements während der Aushärtung führt zu einer hohen Randdichtigkeit. Die geringe Schichtstärke ermöglicht eine passgenaue Positionierung der Restauration ohne Mikrobeweglichkeit. Eine sehr geringe Löslichkeit des polymerisierten Zements verbessert das Rand-

R-dental
Dentalerzeugnisse GmbH
Tel.: +49 40 22757617
www.r-dental.com

ANZEIGE

PureMotion™

M8 für 5 bis 8 Behandler



M2 für bis zu 2 Behandler

M4 für 3 bis 4 Behandler

Das komplette Amalgam-Separations-System auf Sedimentationsbasis

- > integrierter Entsorgungsservice
- > wartungs- und störungsfrei
- > mit und ohne Trocken-Saugmaschine
- > für jede Praxisgröße das passende Produkt



Innovative Materialien zur Socket Preservation

Extraktionsalveolen einfach membranfrei versorgen.



und Vorbereiten der entzündungsfreien Alveole kann das pastöse easy-graft® Material direkt aus der Spritze eingebracht werden.

Ein flächiges Kompriermieren stellt einen engen Kontakt zwischen Knochenlager und Aufbaumaterial sicher. Die Granulate sind druckstabil und splintern nicht.

easy-graft® eignet sich zur membranfreien Socket Preservation. In Kontakt mit Blut härtet das poröse Material in der Alveole zu einem festen Körper aus. Ein Annähern der Wundränder genügt; ein dichter Wundverschluss ist in vielen Fällen nicht nötig. Zudem heilt das Material offen ein. Membranfreie Techniken haben den Vorteil, dass eine Lappenbildung, welche invasiv und mit einer Knochenresorption verbunden ist, entfällt.

Genial innovativ – das Material
Die beiden Materialien unterscheiden sich durch ihr Abbauverhalten im

Körper. Das klassische easy-graft® aus phasenreinem β -Tricalciumphosphat (β -TCP) resorbiert aufgrund seiner Reinheit im Laufe mehrerer Monate vollständig und wird durch Knochen ersetzt. Im Gegensatz dazu ist easy-graft®CRYSTAL (40% β -TCP und 60% Hydroxylapatit) teilresorbierbar, da der Hydroxylapatitanteil integriert im Knochen verbleibt und so für eine nachhaltige Volumensstabilität sorgt.

Das Knochendefektfüllmaterial besteht aus zwei Komponenten: Granulat in einer Einwegspritze und Biolinker™. Im Kontakt mit Körperflüssigkeit härtet es innerhalb weniger Minuten aus und bildet einen stabilen Formkörper. Die hohe Porosität erlaubt die Aufnahme von Blut und beeinflusst den Heilungsprozess positiv. [DT](#)

Degradable Solutions AG
Member of SUNSTAR Group
Tel.: +41 43 4336260
www.easy-graft.com



Um die Atrophie des Alveolarkamms nach Zahnextraktion zu limitieren, kommen neben einer schonenden Zahnentfernung Verfahren zur Anwendung, bei welchen die Alveole mit Knochen oder Knochensatzmaterialien befüllt werden („Socket Preservation“). Im Zentrum stehen dabei einfache und sichere Maßnahmen mit einer minimalen Patientenbelastung.

Die synthetischen Knochenaufbaumaterialien easy-graft®CLASSIC und easy-graft®CRYSTAL von Degradable sind besonders geeignet für den Kammerhalt nach Zahnextraktion. Nach einem gründlichen Reinigen

Präzise Applikation

NeedleTube der Gr. 24 ermöglicht eine Materialplatzierung auch in äußerst schmalen Präparationen.

Centrix hat seine Kanülen und Stopfen vor 40 Jahren entwickelt und ist seither weltweit führend im Bereich Abgabesysteme für alle Dentalmaterialien. Jetzt wurde die Produktreihe AccuDose durch eine NeedleTube der Gr. 24 ergänzt.

Die NeedleTube der Gr. 24 kann zum Spritzen vieler niedrigviskoser Materialien, wie z. B. Zemente, Glasionomere, Abformmaterialien und andere fließfähige Produkte, verwendet werden. Wie mit allen NeedleTubes kann der Anwender auch mit der NeedleTube der Gr. 24 Zeit sparen, da ein umständliches Anmischen des Materials entfällt und keine wiederholte Bewegung vom Anmischblock zum Mund erforderlich ist. Die längere Kanüle gestattet eine präzise Applikation nie-



drigviskoser Materialien und verringert Rillen und Porositäten in Restaurationen. Die NeedleTube der Gr. 24 kann einfach geladen und nach einmaligem Gebrauch entsorgt werden, sodass Reinigung und das Risiko einer Kreuzkontamination entfallen. Und ebenso wie die ande-

ren NeedleTubes von Centrix kann auch diese mit allen auf dem Markt erhältlichen Spritzen verwendet werden. [DT](#)



Centrix, Inc.
Tel.: 0221 530978-0
www.centrixdental.de

Optimale Belichtung

OP-Lampen mit leistungsstarker LED-Lampentechnik.

Seit 1993 ist die Deutsche Gruppe ANTERAY GmbH federführend in Elektronik und Radiologie für den Dentalbereich. Zu ihren Stärken zählt eine umfassende Produktpalette, welche in Bezug auf unterschiedliche Anwendungsbereiche moderner Zahnarztpraxen frei konfigurierbar ist. Die modulare Bauweise ermöglicht jede denkbare Kombination von klassischen und digitalen Belichtungskomponenten.

Die OP-Lampenmodelle sind mit leistungsstarker LED-Lampentechnik ausgestattet und bieten optimale Belichtung des OP-Bereiches. Die Lampen sind mit einem flexiblen triaxialen Gestänge (Pantomograf) montiert und somit in allen Freiheitsgraden einstellbar. Diese Konstruktion ermöglicht eine sehr flexible Positionierung der Belichtungsrichtung. Einen besonderen Komfort bietet die berührungslose Infrarotsteuerung der Lampen.

Technik

Die Lampe gibt es in einer Vier- sowie Sechsstahl-Ausführung. Dabei liegt die maximale Leistungsaufnahme bei der Vierstrahl-Version bei 15 Watt und bei der Sechsstahl-Lampe bei 20 Watt, jeweils ohne Kühlventilator. Die LUX-Werte liegen bei beiden Ausführungen zwischen 8.000 LUX und 45.000 Lux. Standardmäßig wird die UV-Strahlung unterdrückt, sodass es bei den UV-empfindlichen Füllstoffen nicht zu frühzeitiger Aushärtung kommt. Die einfache Wartung und Reinigung der Lampe wird durch robuste Schnellspannerhebeltechnik ermöglicht.

Letztendlich überzeugen die OP-Lampen durch ihr elegantes und funktionales Design für den professionellen Einsatz. Die Haltestangen sind so konzipiert, dass sie an jede Einheit angebaut werden können. Spezialadapter sind vorhanden und

werden ggf. in der eigenen CNC-Dreherei maßgefertigt. Die einfachen Spannungsversorgungen von 12–24 V Gleich- oder Wechselspannung erleichtern den Anschluss.



Kameraoption

Ein Highlight für den 6-Strahler ist die optional integrierbare Kamera. Ein Spezialobjektiv, einem Teleskopobjektiv vergleichbar, ermöglicht perfekte Bildaufnahmen als Videostream oder Einzelbildaufnahmen. Als Aufnahmesoftware hat sich ANTERAY für die Softwareversion DIXI 64 eine leistungsstarke 64-Bit-Dentalversion entschieden.

Support

Selbstverständlich steht ANTERAY mit der Qualität deutscher Wertarbeit sowie umfassendem Service für seine Produkte seinen Kunden als starker Partner zur Seite. Dem Zahnarzt steht ein engmaschiges Service-Netz mit drei Basisniederlassungen zur Verfügung. Ersatzteile kommen direkt aus Feucht bei Nürnberg und sind somit am nächsten Tag beim Kunden. [DT](#)

ANTERAY GmbH
Tel.: +49 9128 926660
www.anteray.de

ANZEIGE

4 Fortbildungspunkte

veneers von a-z

Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs
Dr. Jürgen Wahmann/Edewecht

DVD-Vorschau
„Veneers von A-Z“

inkl. DVD

Termine 2013/2014		Organisatorisches
Wann?	Wo?	Hauptkongress
13.09.2013 12.00 – 18.00 Uhr	Ost Leipzig	10. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin
05.10.2013 09.00 – 15.00 Uhr	Ost Berlin	43. Internationaler Jahreskongress der DGZI
29.11.2013 12.00 – 18.00 Uhr	West Essen	3. Essener Implantologietage
16.05.2014 12.00 – 18.00 Uhr	Nord Hamburg	11. Jahrestagung der DGKZ
30.05.2014 12.00 – 18.00 Uhr	Nord Rostock-Warnemünde	Ostseekongress/7. Norddeutsche Implantologietage
26.09.2014 12.00 – 18.00 Uhr	West Düsseldorf	44. Internationaler Jahreskongress der DGZI
10.10.2014 12.00 – 18.00 Uhr	Süd München	5. Münchener Forum für Innovative Implantologie

Kursgebühren inkl. DVD 295,- € zzgl. MwSt. DGKZ-Mitglieder erhalten 10% Rabatt auf die Kursgebühr!

Tagungspauschale 49,- € zzgl. MwSt. Bei der Teilnahme am Hauptkongress wird die Kursgebühr angerechnet.

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308, Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de, www.oemus.com

Dieser Kurs wird unterstützt
Stand: 22.03.2013

Nähere Informationen zu den Kursinhalten erhalten Sie unter www.oemus.com.

Fax an 0341 48474-390 | Für die Kursreihe „Veneers von A-Z“ melde ich folgende Personen verbindlich an:

OST | 13.09.2013 | Leipzig

NORD | 16.05.2014 | Hamburg

OST | 05.10.2013 | Berlin

NORD | 30.05.2014 | Rostock-Warnemünde

WEST | 29.11.2013 | Essen

WEST | 26.09.2014 | Düsseldorf

SÜD | 10.10.2014 | München

Bitte senden Sie mir das Programm zum Hauptkongress

Name, Vorname _____

DGKZ-Mitglied Ja Nein

PERIO TRIBUNE

— The World's Periodontic Newspaper · German Edition —

No. 6/2013 · 10. Jahrgang · Leipzig, 5. Juni 2013



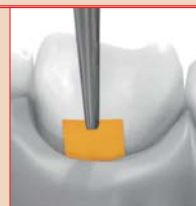
EFP Pressekonferenz in Monaco

Das öffentliche Bewusstsein für Zahnfleischerkrankungen schärfen – das Ziel der Outreach Campaign. Das gemeinsame Projekt von EFP, AAP und Colgate Gaba wurde am 4. Mai in Monaco vorgestellt. ▶ Seite 19



Notwendig vs. machbar

Viele Faktoren beeinflussen die Behandlungsmöglichkeiten beim älteren Patienten. Welche Behandlung ist also angemessen, was muss gemacht und welche Therapie kann außer Acht gelassen werden? ▶ Seite 20



Chronische Parodontitis behandeln

PerioChip® ist ein Antiseptikum, das keine Resistenzen bildet. Es wird in Taschen ab ≥5 mm lokal appliziert und eliminiert selbst hartnäckige parodontogene Keime. ▶ Seite 23

„Bearbeitung“ von Wurzeloberflächen bei Parodontitis: Wie viel ist nötig?

Eine multidirektionale Parodontistherapie muss immer alle Risikofaktoren berücksichtigen.

Von Dr. Corinna Bruckmann, MSc, Wien, Österreich.

Welche Methoden und Technologien zur Depuration von Wurzeloberflächen kennen Sie? Welche Geräte haben Sie dafür in der Praxis – wissen Sie, was die können? Arbeiten Sie effizient?

genannten Risikofaktoren. Für das zahnärztliche Team am unmittelbaren zu beeinflussen sind die Mundhygiene und die bakterielle Besiedlung der parodontalen Taschen.

Maßnahmen, Füllungskorrektur, Kariessanierung) helfen, erneute Plaqueanlagerung zu verhindern.

Die alleinige supragingivale Reinigung ist nicht ausreichend – wohl aber unbedingt notwendig, um den subgingivalen Biofilm dauerhaft auch zu Hause unter Kontrolle zu halten.

Durch subgingivale Instrumentation und mechanische Zerreibung des Biofilms kommt es zu einer (vorübergehenden) Veränderung der mikrobiellen Flora. Spülungen – mit welcher Chemikalie auch immer – haben eine zu kurze Kontaktzeit und zu geringe Eindringtiefe und sind dafür nicht geeignet. Potenziell gewebsinvasive Mikroorganismen (A.a., P.g.) können durch alleinige mechanische Therapie oft nicht eradiziert werden, was möglicherweise nach der Depuration eine zusätzliche Antibiose erfordert. Aus intraoralen Reservoirs (Zungengrund, Tonsillen, Pseudotaschen, unbehandelten Stellen) kann es innerhalb weniger Wochen zur Wiederbesiedlung der behandelten Taschen kommen. Daher ist eine unterstützende Langzeitbetreuung (Recall) im Sinne einer Tertiärprophylaxe unbedingt nötig.

Zahnerhalt ist ein nur langfristig überprüfbarer Faktor, zur Erfolgskontrolle der Therapie werden daher klinische Parameter herangezogen, die rascher sichtbar sind. Bereits acht bis zwölf Wochen nach der sub-

Fortsetzung auf Seite 18 →



Abb. 1: OPG einer 46-jährigen Patientin bei Aufnahme: generalisierte schwere Parodontitis.

Auf Grundlage der derzeit besten Evidenz zu den abgesicherten und neuen Methoden der Depuration erfolgt eine Beurteilung betreffend klinische Langzeitparameter und Effizienz.

Parodontitis wird nicht durch Zahnstein ausgelöst! Es handelt sich vielmehr um ein multifaktorielles Geschehen, bei dem neben pathogenen Mikroorganismen Faktoren wie genetische Prädisposition, zusätzliche Erkrankungen (Diabetes!) und persönliche Verhaltensmuster (Rauchen, Stress, Mundhygienegewohnheiten, Diät) die entzündliche Immunantwort des Wirts modulieren.

Eine multidirektionale Parodontistherapie berücksichtigt daher alle

„Ursachengerichtete Parodontaltherapie“ ist dafür die unabdingbare Basis. Sie zielt auf den funktionellen Langzeiterhalt der eigenen Zähne und stellt den zu Unrecht oft wenig ernst genommenen und dennoch wichtigsten Teil der Parodontistherapie dar. Unter Bedacht auf Substanzschonung werden „geschlossen“ (d.h. ohne chirurgischen Eingriff) die in Biofilmen organisierten Mikroorganismen im Mund, in den Taschen und auf den Wurzeloberflächen auf ein für die individuelle Wirtsabwehr tolerierbares Maß reduziert. Begleitende Maßnahmen (Motivation, Instruktion, Extraktion von „Zahnruinen“, endodontische

„Noch ein Kongress zu Senioren?“

Statement von Prof. Dr. Thomas Kocher*



Dieses Jahr findet in Erfurt die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie unter dem Thema „Notwendig vs. machbar – parodontale Therapie beim älteren Patienten“ vom 19. bis 21. September statt. Sicherlich kommt Ihnen in den Sinn: „Noch ein Kongress zu Senioren, brauchen wir dies wirklich?“ Bei zahlreichen meiner Vorträge oder Fortbildungen tauchte mit großer Regelmäßigkeit die Frage auf, was machen wir mit parodontal erkrankten Zähnen beim älteren Patienten? Sollen wir diese Zähne nicht lieber extrahieren, damit sich die Patienten besser an einen herausnehmbaren Zahnersatz gewöhnen können, solange sie noch über eine größere orale Adaptionsfähigkeit verfügen?

Wenn man diesen Gedanken weiterspinnt, dann muss man sich fragen, wann ist denn der richtige Zeitpunkt, die Zähne zu extrahieren und eine Teil- oder gar Totalprothese einzugliedern? Ist dies überhaupt die richtige Strategie: Viele Kollegen, die ein Altersheim betreuen, berichten, dass Teil- und Totalprothesen nicht getragen werden, dass sie verwechselt werden und häufig auf dem Nachttisch liegen. In diesem Rahmen wird auch immer wieder die Frage aufgeworfen, wie viele Patienten sind in Deutschland in häuslicher Pflege oder in einem Heim, wie stark sind sie denn erkrankt und welche Behand-

lungsmöglichkeiten haben wir in solch einer Umgebung? Hat die veränderte Demografie auch eine Auswirkung auf unsere zahnärztliche Praxis, wie stark werden sich unsere Patientenströme in den nächsten zehn Jahren ändern? Neben diesen eher theoretischen Themen wird aber auch über das praktische Vorgehen bei der Therapie von Erosionen und über Therapieplanung beim Älteren gesprochen werden.

Wir werden Tischdemonstrationen als ein neues Format der Fortbildung organisieren. In kleinen Gruppen können Sie mit dem jeweiligen Referenten den Umgang mit durchmesserreduzierten oder kurzen Implantaten im parodontal geschädigten Gebiss oder Aspekte der Qualitätssicherung diskutieren. Bei diesen Veranstaltungen können Sie direkt in Austausch mit den Referenten treten und Ihre Fragen an ihn stellen.

Kommen Sie zu uns nach Erfurt und holen Sie sich neue Anregungen und Informationen für Ihren zahnärztlichen Alltag.

Bis dahin

Ihr Thomas Kocher

*Leiter der Abt. Parodontologie der Univ. Greifswald



Infos zum Autor

Spezialisten-Newsletter

Fachwissen auf den Punkt gebracht



Anmeldeformular – Spezialisten-Newsletter
www.zwp-online.info/newsletter

www.zwp-online.info

FINDEN STATT SUCHEN.

ZWP online



ANZEIGE

← Fortsetzung von Seite 17

gingivalen Depuration sollten deutliche Verbesserungen messbar sein, auch wenn die komplette Ausheilung bis zu zwölf Monaten betragen kann.

Erfolgsparameter

- Reduktion der Sondierungstiefen (ST) unter 4 mm. Als Faustregel für einwurzelige Zähne gilt: ST nach Therapie ist die Hälfte der alten ST plus 1 mm (z.B.: ST alt = 6 mm, ST neu = 6/2 + 1 = 4 mm). Daraus ergibt sich, dass bei sehr tiefen Taschen im Anschluss an das geschlossene Vorgehen eventuell noch eine chirurgische Intervention nötig ist.
- Attachmentgewinn (AL): Die Verringerung der anfänglichen Sondierungstiefe kommt sowohl durch Schrumpfung (Rezession) des Gewebes als auch durch „New-“ und „Re-Attachment“ an der Basis der Tasche zustande. Achtung: Instrumentation von normalen Sulci führt zu Attachmentverlust!
- Abwesenheit von Blutung auf Sondieren (BoP) als Parameter mit großer negativer Voraussagekraft: Stellen, die im Recall nie bluten, haben ein geringes Risiko für zukünftigen Attachmentverlust.



Abb. 2: Vor der Therapie: deutliche livide Verfärbung und Schwellung der Gingiva (ST bis 8 mm mit BoP). – Abb. 3: Nach der Therapie: blande Verhältnisse, ST bis 4 mm, kein BoP, deutliche Rezessionen (v.a. UK).

Bei geschlossenem Vorgehen ist eine komplette Belagsentfernung nicht möglich: Abhängig von der Erfahrung des Behandlers, ST und Zahnmorphologie bleiben 20 bis 40 Prozent des Konkrements zurück, in Taschen ab 6 mm sogar mehr. Eine „ganz saubere“ Wurzeloberfläche wäre nur bei kompletter Zemententfernung und Ausdünnung des Dentins (Bakterien sind auch in Dentintubuli nachweisbar) unter Sicht zu erreichen. Ein derart übermäßiger Substanzabtrag muss jedoch vermieden werden. Denn die Eröffnung von Dentinkanälchen führt zur Empfindlichkeit und er-

höhtem Risiko für Wurzelkaries. Unabhängig von der Technik stellen Approximalräume, Furkationen, die Schmelz-Zement-Grenze und mehrwurzelige Zähne zusätzliche Problemstellen dar.

Trotz dieser anatomischen Beschränkungen bringt die subgingivale Depuration – in mehreren systematischen Übersichtsarbeiten nachgewiesen – deutlichen Attachmentgewinn und Reduktion der ST gegenüber der alleinigen supragingivalen Reinigung. Dies macht deutlich, dass es um die Veränderung der Mikroflora und nicht primär um die Zahnsteinentfernung geht.

Depurationstechniken**Handinstrumente**

Als „Goldstandard“ zur Zahnsteinentfernung werden seit mehr als 1.000 Jahren (Abu I-Qasim, Córdoba, 10. Jahrhundert) erfolgreich Handinstrumente angewandt. Bei Beherrschung der schwierig zu erlernenden subgingivalen Technik sind Ergebnisse zu erzielen, an denen sich alle anderen Verfahren messen lassen müssen. Und auch hier kommen interessante neuere Entwicklungen (kürzere Arbeitssenden, neue Konfigurationen) auf den Markt. Der Nachteil besteht in der aufwendigen Instrumentenaufbereitung (regelmäßiges Schärfen und Schleifen), der komplexen Technik und der Gefahr übermäßigen Substanzabtrags.

Schall und Ultraschall

(magnetostruktiv, piezoelektrisch, Vector®)

Welche Technologie verwendet wird, hängt vom Praxissetting ab (mobiles Gerät oder direkt an der Einheit angeschlossen, Zusatzfunktionen wie Endodontie, Kavitätenpräparation, sterile Kühlmittelführung). Auf das Endresultat (ST, AL, BoP) bezogen, werden heute die Depuration mit Handinstrumenten und (Ultra-)Schall als gleichwertig betrachtet. Der Zusatz von Antiseptika zur Kühlung/Spülung ergibt keinen zusätzlichen Langzeiteffekt und ist daher nicht nötig.

Der Effekt der Kavitation, oft ein Verkaufsargument, ist physikalisch nur bei Ultraschall möglich, stark abhängig von der Insertdicke, bislang nur in vitro nachgewiesen und nicht voraussagbar. Bei Nichtbeachtung der relevanten Arbeitsparameter (Anstellwinkel des Inserts, Anpressdruck, Amplitude) ist auch bei (Ultra-)Schall eine schwere Schädigung von Wurzeloberflächen, Restaurationen und Pulpen möglich.

Vorteile von (Ultra-)Schall sind die um bis zu 40%ige Zeitersparnis, die bessere Zugänglichkeit im Furkationsbereich sowie die leichter erlernbare Technik. Größter Nachteil: Aerosolbildung (cave: infektiöse Patienten!). Durch unmittelbar vorausgehende Spülung mit Chlorhexidin (15 ml 0,12 Prozent oder 10 ml 0,2 Prozent für eine Minute) kann die bakterielle Belastung jedoch deutlich minimiert werden.

Photodynamische Therapie (PDT)

Die lichtinduzierte Zytotoxizität eines Farbstoffs soll antimikrobielle Effekte in der Tasche bewirken. Obwohl diese in vitro sehr ausgeprägt sind, ist der Einfluss auf die Mikroflora in vivo weniger deutlich. Als Monotherapie ist die PDT gänzlich ungeeignet. Auch längerfristig (> sechs Monate) wurden zusätz-

zur Depuration gegenüber der rein mechanischen Therapie klinisch keine besseren Effekte nachgewiesen. Nachteil ist der beträchtliche zusätzliche Zeitaufwand von ca. 60 Sekunden/Tasche.

Glycin Powder Air Polishing (GPAP)

Die seit vielen Jahren etablierte Pulverstrahltechnik wurde durch Entwicklung eines niedrigabrasiven wasserlöslichen Pulvers auf Glyzinbasis und Verwendung eines neuartigen Ansatzes auf den subgingivalen Einsatz im Recall ausgedehnt. Bei hohen ST ist die Datenlage bislang noch dünn. Im Recall hat sich GPAP als der (Ultra-)Schallbehandlung gleichwertig erwiesen und wird von Patienten als angenehmer empfunden. Es ist nicht zur Konkremententfernung in der Basistherapie geeignet, die Zeitersparnis im Recall (30 Sekunden pro Stelle versus 1,4 Minuten) ist beträchtlich. Vorsicht: Bei unsachgemäßer Anwendung sind Luftemphyseme möglich!

Laser

Grundsätzlich eignet sich für die Depuration in der Initialtherapie nur der Er:YAG-Laser. Er besitzt hämostatische und bakterizide Effekte sowie die Möglichkeit selektiver Konkremententfernung. Drei aktuelle systematische Übersichtsarbeiten konnten in Studien mit bis zu zweijähriger Dauer jedoch keinen klinischen Vorteil gegenüber der herkömmlichen Therapie feststellen. Auch der Einfluss auf die Mikrobiota war nicht signifikant verschieden. Vorteil dieses modernen Marketing-Tools ist die kürzere Behandlungszeit, der allerdings sehr hohe Kosten gegenüberstehen. Auch die nötige Ausbildung, Einrichtung eines Laserarbeitsplatzes sowie die potenzielle Gefahr für die anderen Hartgewebe sollten beachtet werden.

Fazit

Am wichtigsten ist die Entfernung des subgingivalen Biofilms. Der Erfolg zeigt sich primär klinisch durch Verringerung der Sondierungstiefen, Gewinn von Attachment und Reduktion der Blutung, langfristig im funktionellen Zahnerhalt. Zusätzliche Parameter sind die Schonung von Zahnhartsubstanz und die Berücksichtigung von Patientenwünschen. Besonders im Recall sind minimalinvasive Methoden zur Biofilmentfernung zu bevorzugen.

Der Einsatz von (Ultra-)Schallgeräten ergänzt bzw. ersetzt bei gleichwertigen Ergebnissen und deutlicher Zeitersparnis die klassische Handinstrumentation. Zukunftspotenzial weisen PDT, GPAP und Laser auf.

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.

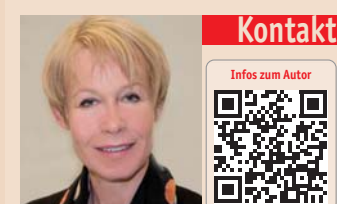
Neues Modulkonzept – Einstieg jederzeit möglich!

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.: 0211 16970-77, Fax: 0211 16970-66, www.dgzi.de
 oder kostenfrei aus dem deutschen Festnetz: 0800-DGZITEL, 0800-DGZIFAX

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.



Dr. Corinna Bruckmann, MSc
 c/o BGZMK Wien
 Zahnerhaltung und Parodontologie
 Sensengasse 2a
 1090 Wien, Österreich
 Tel.: +43 1 40070-4785
 corinna.bruckmann@meduniwien.ac.at
 www.paroknowledge.at

Risiko: Zahnfleischerkrankungen

Am 4. Mai stellte die EFP im Rahmen einer Pressekonferenz in Monaco ihre globale Outreach Campaign vor.

Das Projekt will das öffentliche Bewusstsein für den Zusammenhang zwischen Zahnfleischerkrankungen sowie lebensbedrohlichen Erkrankungen schärfen.

Von Jürgen Isbaner, Chefredakteur ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis und Claudia Jahn, Redaktion Internationale Journale.

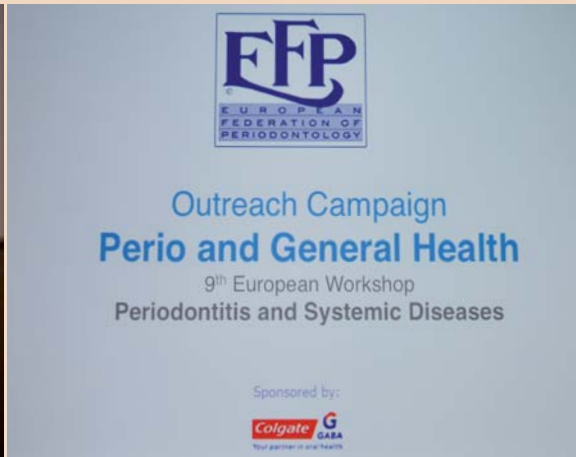


Abb. links: Marianne Steinbeck, Director of International Media Relations. – Abb. rechts: Niklaus Lang, Wissenschaftlicher Vorstand der Osteology und Sprecher des European Workshop, Mariano Sanz, Vorstand des EFP European Workshop, Maurizio Tonetti, Vorstand der Arbeitsgruppe Cardiovascular and Periodontal Disease.

Am 4. Mai 2013 fand die offizielle Präsentation der European Federation of Periodontology (EFP) zur Outreach Campaign Perio and General Health in Monaco statt. Die Outreach Campaign ist ein gemeinsames Projekt von EFP, AAP und Colgate Gaba und steht für einen interdisziplinären Dialog, der die Verbindung zwischen Erkrankungen des Zahnfleisches und des Zahnhalteapparates mit lebensbedrohlichen systemischen Krankheitsbildern wie kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes zum Thema hat.

Ziel der von Marianne Steinbeck, Director of International Media Relations der Kampagne, moderierten Pressekonferenz war es u. a., die Spezialistenmedien der Zahnmedizin über die Ergebnisse des 9. European Workshop „Periodontitis and Systemic Diseases“ vom letzten November in Spanien zu informieren. Der gemeinsam von EFP und AAP, der American Academy of Periodontology, organisierte und von Colgate Gaba gesponserte Workshop hatte den Zusammenhang von parodontalen und systemischen Erkrankungen thematisiert. Während der Pressekonferenz wurde zudem die neue Videodokumentation Perio and General Health: The Vital Connections and the Official Launch of the EFP Manifesto – Perio and General Health vorgestellt.

Im Anschluss an die kurze Präsentation der Outreach Campaign stellte Niklaus Lang, Wissenschaftlicher Vorstand der Osteology und Sprecher des European Workshop, den European Workshop vor. Mariano Sanz, Vorstand des EFP European Workshop, präsentierte dann die Ergebnisse der Arbeitsgruppe zum Zusammenhang zwischen Diabetes und Parodontalerkrankungen. Abschließend erläuterte Maurizio Tonetti, Vorstand der Arbeitsgruppe Cardiovascular and Periodontal Disease, die Schlussfolgerungen seiner Arbeitsgruppe und gab einen ausführlichen Einblick in das EFP-Manifest Perio and General Health.

Zahnfleischgesundheit – Das große Anliegen

Europäische Zahnärzte sind die Zielgruppe der großen Weckrufkampagne, die den Zusammenhang zwischen Zahnfleischerkrankungen und lebensbedrohlichen Erkrankungen zum Thema hat. Der Nachweis einer Verbindung zwischen Parodontitis und

systemischen Krankheitsbildern wie Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen durch die Forschung gab den Ausschlag für die European Federation of Periodontology (EFP), eine große Bewusstseinskampagne ins Leben zu rufen, die sich an Zahnmediziner und an die Öffentlichkeit richtet.

Breites Informationsangebot als Grundlage der Kampagne

Die kontinuierliche Veröffentlichung von Dossiers, Dokumentarvideos, Internetquellen und Werbemaßnahmen trägt dazu bei, die avisierten 340.000 Zahnärzte und Dentalhygieniker in ganz Europa zu erreichen. „Diese Initiative der Zahngesundheit ist ein entscheidender Beitrag zur großen Aufgabe, die Allgemeingesundheit zu verbessern“, so Dr. Foti Panagakos, Global Director Scientific Affairs der Colgate-Palmolive Co. „Die Beziehung zwischen parodontalen und anderen körperlichen Erkrankungen ist ein grundlegender Faktor. Wir sind stolz darauf, diese Kampagne zu unterstützen und dabei zu helfen, das Bewusstsein für Zahnfleischgesundheit als fundamentaler Bestandteil für die Lebensqualität des Patienten zu steigern“, so Dr. Panagakos weiter.

Initialzündung zum Workshop in Spanien

Im Zentrum dieser großen Bewegung für ein besseres Bewusstsein für Zahngesundheit steht das kürzliche Workshop-Meeting europäischer und amerikanischer Experten der Zahnmedizin in Segovia, Spanien. Während eines intensiven dreitägigen Workshops fertigten vier Arbeitsgruppen eine umfangreiche systematische Übersicht entscheidender Studien zur Verbindung zwischen Erkrankungen des Mundes und solchen, die andere lebenswichtige Körperbereiche betreffen.

Dass einige der Keime, die zu einer Erkrankung des Zahnfleisches führen, beispielsweise beim Kauen in die Blutbahn gelangen können, ist für Wissenschaftler weltweit ein bekanntes Phänomen – auch für die 81 Wissenschaftler, die im November 2012 in Spanien zum Workshop Periodontitis and Systemic Diseases zusammengekommen waren. Als Folge wird das Immunsystem des Körpers dazu angeregt, starke Wirkstoffe in den Blutkreislauf zu entsenden, die den Körper beim Kampf gegen die Keime unterstützen.

Immunabwehr kann krank machen

Diese Wirkstoffe haben jedoch auch ungewollte schädigende Auswirkungen auf andere Teile des Körpers. Bleibt Parodontitis unbehandelt, kann sie die Allgemeingesundheit schädigen und entzündliche Erkrankungen wie ACVD (atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankungen) auslösen oder das Risiko für Diabetes erhöhen. Außerdem kann sie zu Diabetes-Komplikationen führen, denn sie erschwert die Diabeteskontrolle erheblich. Es wurde nachgewiesen, dass Parodontitis das Risiko für einen ersten ACVD-Vorfall, wie beispielsweise einen Herz- oder Schlaganfall, unabhängig von anderen kardiovaskulären Risikofaktoren erhöht. Die Forschung hat zudem gezeigt, dass solche Risiken selbst für Menschen gelten, die niemals geraucht haben.

Outreach Campaign zeigt Risiken auf

Diese Gefahren sowohl Zahnmedizinern als auch ihren Patienten aufzuzeigen, ist ein Hauptziel der European Federation of Periodontology geworden, einer der führenden Organisationen im dentalen Sektor mit über 13.000 Mitgliedern. Die Medienkampagne zum 9. European Workshop on Periodontal and Systemic Diseases wird 2013 bei allen großen europäischen Dental-Events und durch den Kontakt mit nationalen Fachgesellschaften unterstützt.

EFP und AAP

Die European Federation of Periodontology (EFP) ist eine der größten Organisationen auf dem dentalen

Sektor Europas und vereint aktuell 26 nationale parodontologische Mitgliedsgesellschaften. Die EFP veranstaltet zudem die sehr erfolgreiche Dental-Konferenz Europerio. Die American Academy of Periodontology (AAP) ist eine professionelle Organisation für Parodontologen mit 8.400 Mitgliedern – Spezialisten für die Prävention, Diagnose und Therapie von Erkrankungen des Zahnfleisches und des Zahnhalteapparates sowie für die Platzierung dentaler Implantate. www.efp.org



ANZEIGE

Diabetes, Mundgesundheit & Ernährung:

Zusammenhänge, Innovationen & Interaktion

Ein CME- und CDE-zertifiziertes Symposium

Freitag, 20. September 2013

Starhotel Rosa Grand, Mailand

Registrierung/Frühstück:
9.00 – 10.00 Uhr

Seminar:
10.00 – 16.30 Uhr

Melden Sie sich an auf www.jsdei-seminars.com

Partner

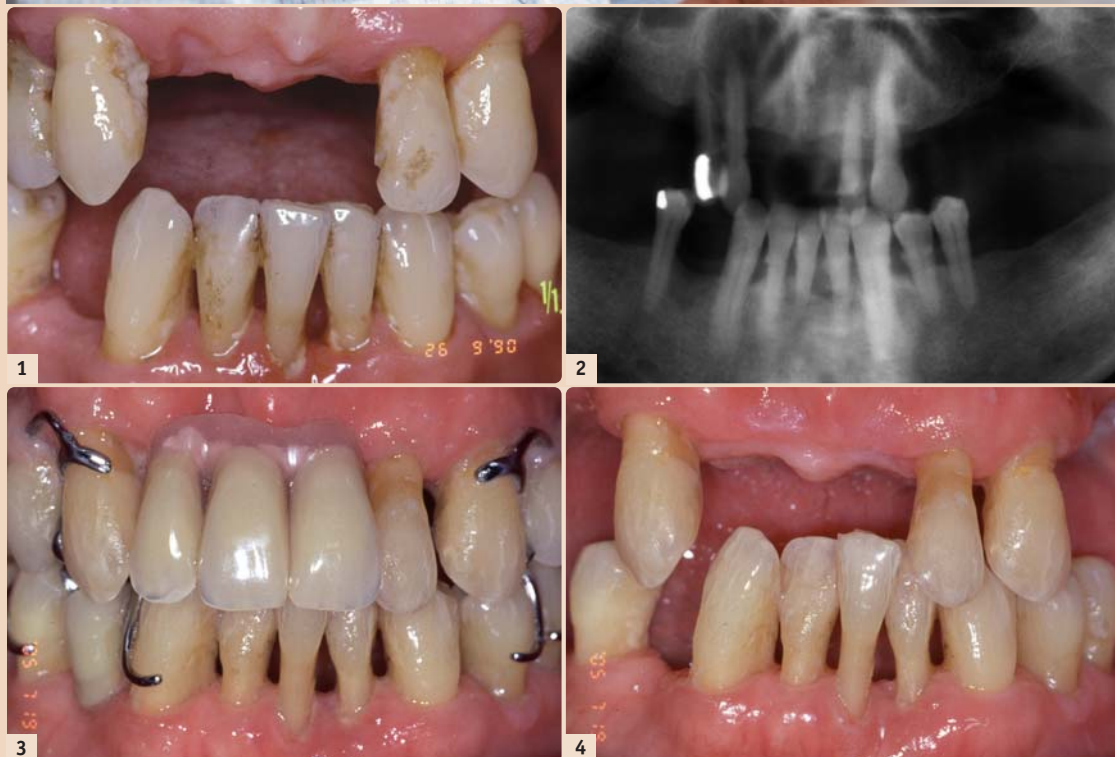
Parodontale Therapie am älteren Patienten – notwendig vs. machbar

Der demografische Wandel wird zunehmend auch in der Zahnarztpraxis zu einem wichtigen Thema. Von Prof. Dr. Thomas Kocher, Greifswald.

Aufgrund der stetig wachsenden Zahl älterer Menschen nehmen deren Probleme ein größeres Feld in der zahnärztlichen Tätigkeit in Anspruch. Wir Zahnärzte müssen uns häufig die Frage stellen, welche Behandlung ist noch adäquat, was muss gemacht und welche Therapie kann außer Acht gelassen werden. Häufig sind ältere Patienten multimorbid, nehmen verschiedene Medikamente ein und werden im Laufe der Zeit immer gebrechlicher und sind in ihren Bewegungen eingeschränkt. Diese Gegebenheiten können unsere Behandlungsmöglichkeiten beeinflussen.¹

Anhand der Behandlungsabfolge von Herrn C.D. möchte ich einige dieser Probleme schildern. Als dieser Patient mit 70 Jahren das erste Mal zu uns kam, gab er in der Anamnese an, dass er gerne alle vorhandenen Zähne behalten würde und dass er mit seiner Prothese zu recht käme. Er war seit fünf Jahren in Rente und früher in einer Autowerkstatt tätig. Herr C.D. machte einen sehr rüstigen Eindruck und war gut orientiert. Bei ihm wurde bisher keine Parodontalbehandlung durchgeführt, und er verwendet keine interdentalen Hilfsmittel. Seit zehn Jahren ist er Nichtraucher, er ist übergewichtig und sein BMI beträgt 32 (Körperlänge 173 cm, Körpergewicht 95 kg), zudem hat er einen schlecht eingestellten Diabetes mellitus Typ II (HbA1c 8,1 Prozent, Behandlung mit Metformin). Sein hoher Cholesterinspiegel wird mit Statinen und der hohe Blutdruck mit Amlipidin therapiert. Seine Rente ist knapp bemessen, er wünscht günstigen Zahnersatz.

Von klinischer Seite her bestehen keine großen Auffälligkeiten, seine Sondierungstiefen weisen im Durchschnitt 5 bis 6 mm auf – außer an Zahn 14, der auch stark gelockert war. Der Zahn 14 konnte nicht erhalten werden. Der Patient wurde in Mundhygiene unterwiesen, ein Deep Scaling durchgeführt und eine neue Einstückgussprothese angefertigt. Trotz schlechter Blutzuckereinstellung war das parodontale Behandlungsergebnis günstig,² die Sondierungstiefen wurden auf durchschnittlich 3 bis 4 mm reduziert.



Der Patient wurde von Dr. Andreas Rühling, Kiel, behandelt, und er hat auch die Fotos zur Verfügung gestellt. **Abb. 1:** Vorstellung 1990, 70 Jahre alt. – **Abb. 2:** OPG 1990, Erstaufnahme. – **Abb. 3:** 2005, 85 Jahre alt. – **Abb. 4:** 85 Jahre alt.

Die weitere Behandlungsabfolge war unauffällig, der Patient kam zwei bis drei Mal im Jahr zur Erhaltungstherapie. Einmal im Jahr wurde die Anamnese erneuert, und dabei zeigte sich, dass der Patient jetzt mit Rivaroxaban (Xarelto)

wegen Vorhofflimmern antikoaguliert wird. Wie gehen wir Zahnärzte mit diesem neuen Gerinnungshemmer um, was müssen wir darüber wissen?³

Mit 78 bekam unser Patient ein Prostatakarzinom, das operativ entfernt wurde. Drei Jahre später wurden ihm wegen Metastasen Bisphosphonate verordnet. Durch Zufall bekamen wir dies mit, er sprach darüber mit einer unserer Prophylaxehelferinnen. Wie müssen wir Zahnärzte auf diese Information reagieren? Macht es einen Unterschied, ob wir parodontal erkrankte oder parodontal behandelte Patienten vor uns haben, die wegen eines metastasierenden Tumors Bisphosphonate bekommen oder bekommen sollen?⁴

Bis zu seinem 85. Lebensjahr kam es durch seine gute Mitarbeit zu keinem weiteren Verlust

am Zahnhalteapparat, und der Patient verlor keine weiteren Zähne. Seine Mundhygiene wurde jedoch schlechter, ihm fiel es zunehmend schwerer, Interdentalbürsten zu gebrauchen, und auch auf den Glattflächen fanden sich häufig Beläge.

Welche Maßnahmen müssen unsere Helferinnen in den Erhaltungssitzungen bei diesen Patienten durchführen? Ist es noch angebracht, hochbetagte Patienten auf Mundhygienedefizite hinzuweisen, oder entfernen wir die Beläge, ohne dies weiter zu kommunizieren? Wie gehen wir und das gesamte Praxispersonal damit um, dass unsere älteren Patienten zunehmend schwerhöriger, langsamer und auch vergesslicher werden? Wie sollen diese Senioren von unserem Praxispersonal angesprochen werden?

Nach seinem 85. Lebensjahr kam der Patient nicht mehr zu uns in die Sprechstunde. Seine Tochter informierte uns, dass ihr Vater inzwischen stark gehbehindert sei und deshalb die Praxis nicht mehr aufsuchen kann. Sie berichtet außerdem, dass ihr Vater über lockere Zähne in der Unterkieferfront klagt und erkundigt sich, ob wir nicht die Therapie bei ihm zu Hause fortsetzen könnten. Was kann bei der aufsuchenden Behandlung gemacht werden, und welche Organisationsmöglichkeiten gibt es dabei? Zudem wollte die Tochter von uns wissen, ob sie weiterhin die Zähne ihres Vaters putzen und ob sie die Prothesen reinigen sollte. Sind diese Maßnahmen reine Kosmetik oder haben sie auch Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit?

Japanische Kollegen⁵ konnten zeigen, dass auch Patienten in Pflegeheimen von einer regelmäßigen Zahnreinigung und Mundhygienemaßnahmen profitieren. Die behandelten Patienten bekamen im Vergleich zu Kontrollgruppen seltener eine Pneumonie, und die Mortalitätsrate war während der zweijährigen Beobachtungsphase reduziert.

Viele der von mir angerissenen Fragen werden auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGParo), die vom 19. bis 21. September 2013 in Erfurt stattfindet, behandelt werden. **PT**

Literatur

- 1 Böhm K. et al., Gesundheit und Krankheit im Alter, Robert Koch-Institut 2009.
- 2 Demmer RT. et al., The influence of type 1 and type 2 diabetes on periodontal disease progression: prospective results from the Study of Health in Pomerania (SHIP). Diabetes Care. 2012.
- 3 Bayer Vital Information zu Xarelto für Zahnärzte, Postsendung Zahnärzte April 2013.
- 4 Grötz KA. et al., Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose (BP-ONJ) und andere medikamenten-assoziierte Kiefernekrosen S 3 Registernummer 007/091, Leitlinie AWMF online: www.awmf.org
- 5 Yoneyama T. et al., Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes, Journal of the American Geriatrics Society 2002, 50(3)430–433.

ANZEIGE

Unser Tipp: Wirksam gegen Periimplantitis



+++ 2-wöchige CHX Wirkdauer +++



Tel: 0203 . 80 510 45 www.zantomed.de

zantomed



Prof. Dr. Thomas Kocher
Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Zentrum für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde
Abteilung Parodontologie
Walther-Rathenau-Straße 42a
17487 Greifswald, Deutschland
kocher@uni-greifswald.de
www.uni-greifswald.de

Auch das Parodontium altert!

30 Jahre nach Parodontitistherapie: Dumm gelaufen oder alles wunderbar? Von Dr. med. dent. Wolfgang Westermann, Emsdetten.

Eine Vielzahl wissenschaftlicher Publikationen zeigt, dass parodontal mittel bis stark geschädigte Zähne mit konsequenter Therapie über Jahrzehnte erhalten werden können. Selbst Zähne mit stark reduziertem Stützgewebe können über lange Zeiträume funktionell voll funktions-tüchtig bleiben.

Voraussetzung für diese Ergebnisse ist eine systematische Behandlung, bestehend aus Initialbehandlung, weiterführender chirurgischer Behandlung und erfolgreicher Erhaltungstherapie. Ein weiterer Erfolgsbaustein ist die Mitarbeit des Patienten.

Messen lässt sich dies alles in Millimetern und Prozenten: Sondierungstiefen, Attachmentgewinn oder -verlust, Furkationsbeteiligungen, Plaque- oder Blutungsindizes.

Was wir jedoch messen, ist immer der Status quo zum Zeitpunkt unserer Messungen und Untersuchungen. Bestenfalls sind wir noch in der Lage, unsere Werte mit den früher erhobenen in Relation zu setzen und so zu beurteilen, ob der „Fall“ progressiv verläuft,

oder ein „Stillstand“ der destruktiven Vorgänge eingetreten ist.

Bekanntermaßen kann es aber gar keinen Stillstand geben, weil der Patient lebt und seine Zähne im täglichen Leben benutzt! Zu allem Überfluss werden unsere Patienten, und auch wir Behandler, immer

älter; das bedeutet, das Kauorgan ist funktionellen Belastungen und auch Pflegemaßnahmen immer länger ausgesetzt!

Seit 1977 haben wir in unserer Praxis Patienten dokumentiert, vor allem komplexe und profunde PAR-Fälle. Ich werde Ihnen im Rahmen

meines Vortrages bei der Jahrestagung der DGParo in Erfurt vom 20. bis 21. September 2013 unterschiedliche Fälle zeigen (Fotos, Röntgenbilder, PAR-Statens), die alle nach den o. g. Prinzipien konsequent behandelt wurden. Es handelt sich ausnahmslos um profunde Fälle und Personen, die zu Beginn ca. 35 bis 45 Jahre alt waren.

Wie sehen diese Patienten heute aus? Sondierungstiefen sind das eine. Aber horizontaler Knochenabbau als Alterungsprozess, „lange“ Zähne, Lockerungen aufgrund längerer Hebel, Zahnschubstanzverlust durch Pflegemaßnahmen usw. sind das andere. Entwickeln sich alle Fälle gleich? Gibt es Trends, die voraussagbar sind? Wer seine Patienten über einen längeren Zeitraum betreut, muss manchmal Demut üben, mit Zweifeln an sich und der Wissenschaft fertig werden. Sind Langzeiterfolge planbar und voraussagbar? Was ist eigentlich

ein Langzeiterfolg? Welche Bedeutung spielt die voraussichtliche „Restlebenszeit“ des Patienten für meine Therapieplanung? Bei welchem Attachmentverlust ist Parodontaltherapie vielleicht sinnlos? Sind Extraktion oder Implantation die bessere Therapie? Waren sie es auch noch 30 Jahre nach der Extraktion oder Implantation?

Mit diesen Themen werden sich alle Behandler weltweit immer wieder auseinandersetzen müssen. Meine Erfahrungen auf diesem Gebiet werde ich auf der DGParo-Tagung in Erfurt präsentieren. Die Gelegenheit, über diese Problematik zu diskutieren, besteht unabhängig von Ländergrenzen und Tagungsorten. Der kollegiale Austausch führt dazu, dass Fragen beantwortet und neue aufgeworfen werden. Und das ist gut so, denn sonst gibt es kein Fortkommen. **PT**



Abb. 1: Fall A. Unmittelbar nach PAR-Therapie und prothetischer Versorgung 1979 (Patientin 49 Jahre alt). – Abb. 2: Fall A. Selber Fall 2012. Hartschubstanzdefekte. – Abb. 3: Fall A. Selber Fall 2012. Versorgung der Defekte mit Komposit (Patientin jetzt 84 Jahre alt). – Abb. 4: Fall B. Anfangsbefund 1992 (Patientin 43 Jahre alt). – Abb. 5: Fall B. Selber Fall 2011 (Patientin jetzt 62 Jahre alt). – Abb. 6: Fall B. Selber Fall. Röntgenbild 24–27, 1992. – Abb. 7: Fall B. Selber Fall. Röntgenbild 24–27, 2010.



Dr. med. dent.
Wolfgang Westermann
Nordwalder Straße 19
48282 Emsdetten, Deutschland
Tel.: +49 2572 81646
praxis.westermann@t-online.de
www.westermann-perio.de

ANZEIGE

Your winning team

Parodontitis erfolgreich managen → **Slow-Release über 7 Tage mit CHX-Dosis von mind. 125 µg/ml**

→ **99%ige Eliminierung der subgingivalen Bakterien**

SRP +



PerioChip®

PerioChip 2,5 mg Insert für Parodontaltaschen
Wirkst.: Chlorhexidinbis(D-gluconat). Zusammensetzung: 2,5 mg Chlorhexidinbis(D-gluconat) • Sonst. Best.: Hydrolysierte Gelatine (vernetzt m. Glutaraldehyd), Glycerol, Gerein. Wasser. Anwggeb.: In Verb. m. Zahnsteinentf. u. Wurzelbehandl. wird PerioChip z. unterstütz. bakterio-stat. Behandl. von mäß. bis schweren chron. parodont. Erkr. m. Taschenbild. b. Erw. angew. PerioChip kann als Teil ein. parodont. Behandl.progr. einges. werd. Geganz.: Überempf. geg. Chlorhexidinbis (D-gluconat) o. ein. d. sonst. Bestandt. Nebenw.: Bei ungef. ein. Drit-tel d. Pat. treten währ. d. erst. Tage n. Einleg. d. Chips Nebenw. auf, d. normalerw. vorübergeh. Natur sind. Diese könn. auch auf d. mechan. Einleg. d. Chips in d. Parodonttasche o. auf d. vorhergeh. Zahnsteinentf. zurückzuf. sein. Am häufig. tret. Erkr. d. Gastroint. tracts (Reakt. an d. Zähnen, am Zahnfleisch o. d. Weichteil. im Mund) auf, d. auch als Reakt. am Verabreichungsort beschrieb. werd. könn., Infekt. d. ob. Atemwege, Lymphadenopathie, Schwindel, Neuralgie, Zahnschmerz, Zahnfleischschwell., -schmerz., -blutung., Zahnfleischhyperplasie, -schrumpf., -juckreiz, Mundgeschwüre, Zahnempfindl., Unwohlsein, grippeähn. Erkr., Pyrexie, system. Überempfindl., Weichteilnekrose, Zellgewebsentz. u. Abszess am Verabreich.ort., Geschmacksverlust u. Zahnfleischverfärb. Weitere Hinw.: s. Fach- u. Gebrauchsinform. / Lagerungshinweis beachten. Apothekenpflichtig. Stand: Juli 2011 (103P). Pharmazeutischer Unternehmer: Dexcel* Pharma GmbH, Carl-Zeiss-Straße 2, D-63755 Alzenau, Telefon: 06023/9480-0, Fax: 06023/9480-50

Neues Junior Committee bringt frischen Wind in die DGParo

Die wissenschaftliche Fachgesellschaft für Parodontologie in Deutschland, die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DGParo), hat sich um ein Junior Committee erweitert.

Fünf Nachwuchszahnmedizinerinnen und -mediziner aus Wissenschaft und Praxis kümmern sich gezielt bei jüngeren Kolleginnen und Kollegen um das Thema Parodontologie. Das Junior Committee unterstützt den Vorstand der DGParo unter Präsident Prof. Peter Eickholz.

Denk-, Kommunikations- und Arbeitsweise der Digital Natives, wie die Soziologen die jüngeren Generationen nennen, unterscheiden sich deutlich von der der älteren, jahrgangstarken Babyboomer-Generation um die 50 Jahre, die auch in der Zahnärzteschaft noch die Mehrheit darstellt. Für die Zukunft gilt es aber, auch die jüngeren Generationen stärker in zahnmedizinische Aus- und Weiterbildungsangebote einzubinden. Diese wollen anders angesprochen werden, haben andere Fragen und auch andere Erwartungen an Aus- und Weiterbildung.

zinnischen Versorgungen wird aber offensichtlich noch zu wenig erkannt“, so die Einschätzung von Priv.-Doz. Dr. Stefan Fickl, der Mitglied des Junior Committees ist und an der Universität Würzburg lehrt. „Genau da wollen wir ansetzen und unser Fach, das wir als zentrales Schnittstellenfach verstehen, den jungen Kolleginnen und Kollegen näherbringen“, so Fickl. Der DGParo ist es wichtig, bereits bei den jüngeren Zahnärzten Parodontologie als ein spannendes und vielseitiges Tätigkeitsfeld zu positionieren, das weit über PZR und Scaling hinausgeht.

Schnittstellenfach Parodontologie interessanter machen

Gleichzeitig nimmt die Prävalenz und die Bedeutung der Parodontologie in der Grundversorgung der Patienten eine immer wichtigere Rolle ein. „Die Bedeutung einer guten parodontalen Situation bei den meisten zahnmedi-



Das Junior Committee bringt frischen Wind in die DGParo. V.l.n.r.: Dr. Katrin Nickles, Priv.-Doz. Dr. Stefan Fickl, Dr. Stefanie Kretschmar, Stephan Rebele, Dr. Inga Harks.

Differenzierte Fortbildungsangebote

Eine weitere wichtige Aufgabe der Parodontologie sieht Prof. Peter Eickholz, Präsident der DGParo, darin, durch systematische UPT (unterstützende Parodontitistherapie) dazu beizutragen, Zähne nachhaltig auf der Basis eines funktionstüchtigen Zahnhalteapparats und eines gesunden Parodonts zu erhalten. Er setzt sich seit Jahren für eine umfassende Weiterqualifizierung von Zahnärztinnen und Zahnärzten in diesem Sektor ein. Als wissenschaftliche Fachgesell-

schaft bietet die DGParo dazu differenzierte Qualifizierungsangebote an. Das Spektrum reicht von der Basisfortbildung, den sogenannten Curricula, für breit aufgestellte Hauszahnärzte bis hin zu Masterabschlüssen in Parodontologie und Implantattherapie sowie postgraduierter Weiterbildung zu DGParo-Spezialisten für Parodontologie.

Mehr Frauen für die Parodontologie

Junior Committee Mitglied Dr. Inga Harks sieht noch weitere interessante Ansatzpunkte für die Verjüngung der DGParo. „Wir wissen aus

Studien, aber auch aus unserem eigenen Umfeld, dass sich viele Frauen in der Zahnmedizin besonders für Prävention und Mundgesundheit interessieren. Bislang aber haben wir noch zu wenige weibliche Mitglieder bei der DGParo. Das wollen wir ändern und vermehrt junge Zahnärztinnen informieren, damit sie die optimale Qualifizierung für ihre Interessen bei der DGParo erhalten. Dazu wollen wir auch Kontakte verknüpfen und Netzwerke aufbauen – online und durch persönliche Begegnung“, so Dr. Inga Harks, die sich gemeinsam mit

Dr. Katrin Nickles und Dr. Stefanie Kretschmar im gemischten Team des Junior Committees engagiert. Fünfter im Bunde der Junioren ist Stephan Rebele. Der niedergelassene Parodontologe will sich insbesondere um eine engere Verbindung zu den Niedergelassenen und Praxisgründern kümmern.

Neue Veranstaltungsformate und mehr Praxisbezug

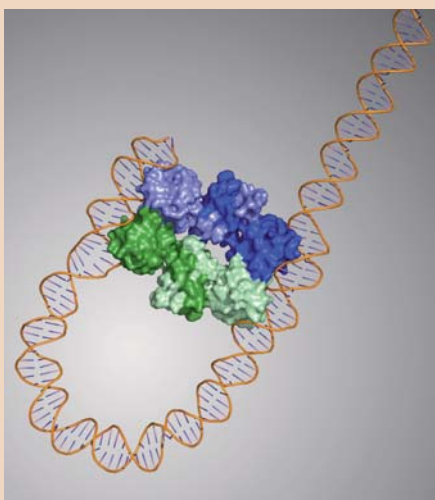
Zur Jahrestagung in Erfurt wird sich das Junior Committee am Samstag, 21. September 2013, im Rahmen des wissenschaftlichen Programms mit „frischem Wind“ erstmals präsentieren. Dabei sollen Fragestellungen junger Zahnärztinnen und Zahnärzte an die Parodontologie im Fokus stehen. Erstmals wird auch am Abend mit einem Rookie Dinner und anschließendem Clubbing junges Programm als Alternative zum klassischen Dinner angeboten.

Weiterhin ist ein interaktives Seminar für junge Zahnärzte und Studierende in Leipzig am 16. November 2013 geplant. Mit der Verlosung von Hospitationstagen bei erfahrenen Parodontologen wollen die Junioren einen Einblick in die spannende Praxis ihres Faches geben. Dazu kooperieren sie mit den Fachschaften der Universitäten.

Weitere Informationen unter: www.DGParo.de **PT**

Neue Erkenntnisse über Entstehung von Biofilmen

Forscher untersuchten, was Bakterienkolonien dazu veranlasst, einen Biofilm zu bilden.



Struktur des Proteins SinR, gebunden an die DNA.

DNA gebunden oder nicht. Richard Lewis, Professor am Institut für Zelluläre und Molekulare Biowissenschaft, vergleicht SinR mit einem simplen Kippschalter. Im Falle der Bindung von SinR an die DNA sind die anderen Proteine, die für die Bildung eines Biofilms notwendig sind, inaktiv. Die Bakterien können sich frei bewegen und bilden keine zusammenhängende Struktur. Wenn SinR aktiv wird, der Schalter also auf „an“ umgelegt wird, dann ist es von der DNA losgelöst und interagiert mit den anderen Proteinen. In diesem Fall bilden sie einen Biofilm. Die Eigenschaft von SinR, sich an die DNA zu binden, ist die Grundlage, dass andere Proteine daran gehindert werden, einen molekularen „Klebstoff“ zu bilden, der den Biofilm zusammenhält.

Biofilme sind zähe Schleimstrukturen, unter denen sich Bakterienkolonien gegen ihre Feinde schützen. Sie können Zahnbelag und diverse Entzündungen verursachen sowie an Implantaten zu lebensbedrohlichen Infektionen führen. Forscher der Newcastle University untersuchten die Biofilmbildung des Heubazillus (*Bacillus subtilis*), um die Ursache für dessen Entstehungsmechanismus zu ergründen.

Das Protein SinR ist der Hauptregulator für die Bildung von Biofilmen. Dieses Protein interagiert mit drei anderen Proteinen. Je nach Einfluss dieser ist es entweder an die

Aus der Erkenntnis, wie die Proteine aufeinander wirken und mit der DNA reagieren, können die Forscher die Grundlage zur Bildung neuer Moleküle gewinnen. Diese ermöglichen dann eventuell, in die Wechselwirkungen zwischen den Proteinen einzugreifen und somit die Bildung von Biofilmen zu verhindern. **PT**

Quelle: ZWP online

Diabetes, Mundgesundheit und Ernährung

Europäische Joslin-Sunstar Diabetes Education Initiative startet 2. Seminar in Mailand.

Im Jahr 2008 trafen das Joslin Diabetes Center, Boston, USA, und die Sunstar Foundation eine Vereinbarung, um eine Reihe von fortlaufenden Aufklärungsprogrammen unter der Schirmherrschaft der Joslin-Sunstar Diabetes Education Initiative (JSDEI) durchzuführen. Seitdem wurden verschiedene hochrangig besetzte wissenschaftliche JSDEI-Seminare auf breiter internationaler Ebene, darunter Japan, USA und Europa, organisiert.

Das 1. Europäische JSDEI-Seminar wurde am 12. Oktober 2012 in Genf durchgeführt. Am Freitag, dem 20. September 2013, wird das 2. JSDEI-Seminar in Mailand zum Thema: Diabetes, Mundgesundheit und Ernährung: Wechselbeziehungen, Innovationen und Interaktion stattfinden.

Das Ziel dieses Seminars ist, den wesentlichen Zusammenhang zwischen Parodontose und Diabetes hervorzuheben, der immer noch häufig unterschätzt wird, indem eine interdisziplinäre (von medizinischer und zahnmedizinischer Seite) Sensibilität dafür geschaffen wird. Etwa 250 europäische Experten aus



Das 1. Europäische JSDEI-Seminar wurde am 12. Oktober 2012 in Genf durchgeführt.

den Bereichen Zahnheilkunde, Parodontologie, Zahnhygiene, Innere Medizin sowie Allgemeinmedizin werden zu diesem ganztägigen Seminar erwartet, das von der Sunstar Foundation und vom Joslin Diabetes Center, Boston, MA, USA, mit Unterstützung ihrer Partner, Sunstar, FDI, SIDP (Società Italiana di Parodontologia e Implantologia), AIDI (Associazione Igienisti Dentali Italiani) und SID (Società Italiana di Diabetologia) organisiert wird.

The Sunstar Foundation

The Sunstar Foundation for Oral Health Promotion wurde im

Jahr 1977 mit dem Ziel der Verbesserung der Mundgesundheit gegründet.

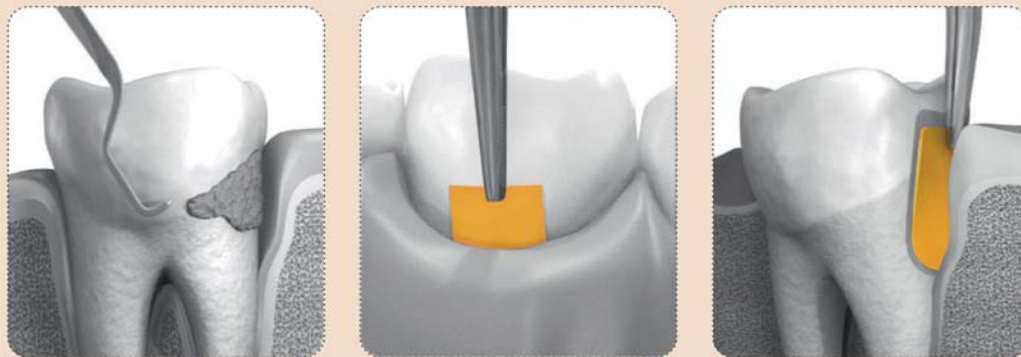
Im April 2008 traf Sunstar mit dem Joslin Diabetes Center eine Vereinbarung darüber, die Joslin-Sunstar Diabetes Education Initiative ins Leben zu rufen, zu der auch internationale Symposien für Fachleute gehören. Vierzehn JSDEI-Seminare wurden seitdem in Japan und in den USA abgehalten. **PT**

www.sunstar-foundation.org
www.sunstar.com
www.jsdei-seminars.com

Alle Bakterien in Taschen wirksam eliminieren

PerioChip® ist ideal einsetzbar für die kontinuierliche, effektive Behandlung von Patienten, die an chronischer Parodontitis leiden.

Parodontitis ist eine bakterielle Entzündung, die das Zahnfleisch und den Zahnhalteapparat angreift und zerstört. Paropathogene Keime breiten sich immer weiter aus und lösen das Zahnfleisch sukzessive vom Zahn. Es entstehen Taschen, die regelmäßig professionell gesäubert und medizinisch versorgt werden müssen. Nach Schätzung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGParo) sind noch immer ca. 30 Mio. Erkrankungsfälle in Deutschland unbehandelt. Vor allem bei Taschen ab 5 mm Tiefe ist es empfehlenswert, zusätzlich



Mit 36 % Chlorhexidin unterstützt PerioChip aktiv und nachträglich die Keimbekämpfung bis zu drei Monaten.

Nähere Informationen zu Studien und zur Vorgehensweise

- **Häufige Applikation:**
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12006/full>
- **Periimplantitis:**
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-051X.2011.01779.x/full>

tiefenreduktion von 2 mm erzielt. Ein ähnliches Protokoll wurde auch bei einer Periimplantitisstudie angewandt. Für das Krankheitsbild der Periimplantitis gibt es noch kein Behandlungsprotokoll, das konstant genutzt wird. Mit dem Intensivprotokoll wurden durchschnittlich über 2 mm Taschentiefenreduktion erzielt und es konnten Implantate erhalten werden. **PT**

Professionelles Biofilm-Management

ChloSite Perioschutz-Gel für die rasche Paro-Therapie entwickelt.

Zahnmedizin Report 1/2012
ChloSite® Perioschutz
sehr gut

Gesamtwertung: 4,5 von 5
www.zahnmedizin-report.de

Rasche Therapieerfolge

Nach bereits zwei bis drei Behandlungsphasen sind bereits eine erste Verringerung der Taschentiefe und eine Erholung der Gingiva sichtbar. Blutungen werden deutlich reduziert und eine einsetzende Heilung der Entzündungen wird erkennbar.



Sehr ökonomische Anwendung

Dank einer seitlich geöffneten, abgerundeten Kanüle lässt sich ChloSite Perioschutz-Gel ohne Druck und Traumatisierung des Weichgewebes angenehm, schnell und präzise in der benötigten Menge applizieren. Im Vergleich zu festen oder gelatineartigen Tascheninsertionen erreicht das Gel ohne auszuübenden Druck sämtliche

Die manuelle Therapie zur Entfernung von Konkrementen und die konsequente Eliminierung aggressiver Keime sind zusammen mit gründlicher und regelmäßiger häuslicher Mundhygiene die Eckpfeiler einer erfolgreichen parodontalen Behandlung. Chlorhexidin (CHX) gilt wissenschaftlich belegt als das bakterizide Mittel der Wahl.



Damit diese Wirkung über einen längeren Zeitraum erhalten bleibt, wurde das ChloSite Perioschutz-Gel entwickelt. Das Material besteht aus einem patentierten, mukoadhäsiven Xanthan-Gel. Es enthält CHX-Digluconat für eine rasch einsetzende antibakterielle Aktivität und CHX-Dihydrochlorid. Diese CHX-Verbindung ermöglicht in Verbindung mit dem Xanthan durch die Bildung eines dreidimensionalen Netzwerkgeflechts eine sichere und lang anhaltende subgingivale Haftung in der Zahntasche. Hier wird das CHX bis zu 2 Wochen verzögert freigesetzt und bewirkt einen nachhaltigen, wissenschaftlich belegten Schutz der behandelten Zahntaschen.^{1,2} Das Xanthan-Gel selbst wird allmählich abgebaut und muss nicht aus der Tasche entfernt werden.^{3,4}

Stellen des Gewebes in einem 360-Grad-Umfang. Die exakte Dosierbarkeit führt zu einer sparsamen Anwendung des Produktes. Eine Spritze mit 0,25 ml reicht für die Behandlung von etwa 5 Taschen, sodass der Materialwert pro Tasche nur bei etwa 2,37 € liegt. Die Applikationskanülen lassen sich einfach tauschen.

ChloSite enthält keine Antibiotika, ist also ohne Gefahr einer bakteriellen Resistenz anzuwenden. **PT**

Quellen

- 1 The Dentist, June 2007
- 2 Periodontology 2009, 80
- 3 J Int Oral Health 2010
- 4 J Dental Research 2008



zantomed GmbH

+49 203 8051045, www.zantomed.de

Arzneimittel zu verwenden. So stellt man sicher, dass alle Bakterien eliminiert werden, das Zahnfleisch sich regeneriert und der Zahn stabilisiert wird.

Mit PerioChip® gibt es ein Produkt, das dieses Ziel verfolgt. Der Depot-Chip trägt 36 % Chlorhexidin auf einer Gelatinematrix und wird nach der PZR einfach mit der Pinzette in Taschen ab ≥ 5 mm lokal appliziert. Das Slow-Release-System hält in der kompletten Tasche die CHX-Konzentration mind. 7 Tage über der minimalen Hemmkonzentration [MHK] von 125 $\mu\text{g/ml}$ und eliminiert selbst hartnäckige paropathogene Keime.

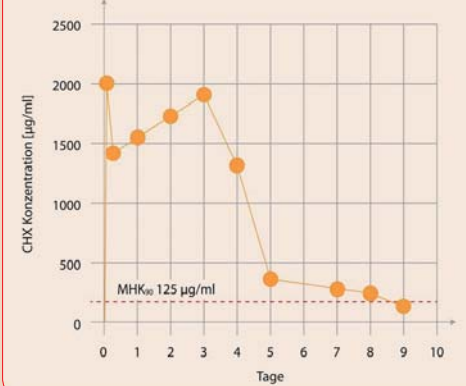
Ebenso verhindert PerioChip die schnelle Neubesiedelung von Bakterien. Nach 7 Tagen ist der Chip zwar aufgelöst, die Tasche bleibt aber bis zu 11 Wochen keimfrei. PerioChip® ist reines Antiseptikum und bildet im Gegensatz zu Antibiotika auch keine Resistenzen. Auch Nebenwir-

kungen sind selten, da Chlorhexidin allgemein gut verträglich ist. Daher ist PerioChip® ideal einsetzbar für die kontinuierliche, effektive Behandlung von Patienten, die an chronischer Parodontitis leiden.

Neue Behandlungskonzepte für PA- und Periimplantitistherapie

Doch auch in kurzen Intervallen kann der Chip angewandt werden: Mit einem Intensivprotokoll lassen sich sogar tiefe Taschen ohne Operation schnell in den Beobachtungsstatus heben. Damit setzte sich das Wissenschaftsteam um Prof. Eli Machtei der Uni Haifa, Israel, auseinander. In einer Studie wurden 60 Probanden 2 Monate lang wöchentlich PerioChips eingesetzt und so im Durchschnitt eine Taschen-

Verlauf der CHX-Freisetzung in Tagen



ANZEIGE

peridenta care
Dental Produkte GmbH

Ihr Hersteller für die Prophylaxe

Occluale Polierbürsten ohne Paste

Natur Nylon extra soft Nylon
Miniatur Reinigungs- und Polierbürsten

Prophy und Micro Bürsten

3-6 mm 6 mm 3 mm 2-5mm 2 mm
Rotierende Interdentalbürsten

Soft Medium Hart
Profiline Nylon Reinigungsbürsten

Sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gern.

Peridenta Care Dental Produkte GmbH
Ernst-Grote-Str. 37A • 30916 Isernhagen
Tel. 0511-69 600 90 • Fax. 0511-69 600 91
info@peridenta-care.de • www.peridenta-care.de



10. leipziger forum

13./14. September 2013 | pentahotel Leipzig

Knochen- und Geweberegeneration –
Biologische Grundlagen, aktuelle
Standards und Visionen



FÜR INNOVATIVE ZAHNMEDIZIN

Informationen zum
10. Leipziger Forum für
Innovative Zahnmedizin



PROGRAMM ZAHNÄRZTE » IMPLANTOLOGISCH Freitag, 13. September 2013

Freitag

10.00 – 12.00 Uhr Workshops



Dr. Olaf Daum/Leimen
Intensivworkshop Sinuslift mit Hands-on. Intern & extern mit CAS & LAS-Sinuslifts. Schnell – einfach – sicher (Mit Live-OP-Videos). Workshop kostenfrei



Experte vom Team Sander Concept
Mehr Neupatienten mit Facebook – Wie Sie mit Social Media Ihren Praxisgewinn effizient steigern. Workshop für Zahnärzte und Praxispersonal Workshopgebühr: 50,00 €

12.00 – 13.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

Vorsitz/Moderation: **Prof. Dr. Werner Götz/Bonn**

13.00 – 13.05 Uhr Eröffnung

13.05 – 13.45 Uhr **Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Hescheler/Köln**
Stammzellen: Zukunft für die Medizin?

13.45 – 14.25 Uhr **Prof. Dr. Werner Götz/Bonn**
Knochenregeneration – Biologische Grundlagen, aktuelle Standards und Visionen

14.25 – 14.45 Uhr **Priv.-Doz. Dr. Dr. Daniel Rothamel/Köln**
Knochenersatzmaterialien: Möglichkeiten und Grenzen

14.45 – 15.00 Uhr Diskussion

15.00 – 15.45 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

15.45 – 16.15 Uhr **Prof. Dr. Rainer Buchmann/Düsseldorf**
Knochen- und Geweberegeneration: Autogener Knochen, bioaktive Proteine und Platelets

16.15 – 17.00 Uhr **Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets/Hamburg**
Allogene Knochenimplantate – eine Alternative zum autogenen Knochentransplantat?

17.00 – 17.20 Uhr **Dr. Urs Brodbeck/Zürich (CH)**
Die Implantat-Abutment-Verbindung – ein für den Knochen unüberbrückbares Hindernis?

17.20 – 17.40 Uhr **Dr. Olaf Daum/Leimen**
Mit dem Bohrer in den Sinus. Nur eine Vision? Oder schon aktueller Standard beim Sinuslift zur Regeneration des vertikalen Knochenangebots?

17.40 – 17.50 Uhr Diskussion

PROGRAMM ZAHNÄRZTE » IMPLANTOLOGISCH Samstag, 14. September 2013

Samstag

Vorsitz/Moderation: **Dr. Peter Gehrke/Ludwigshafen**

09.00 – 09.30 Uhr **Dr. Dr. Peter Ehrl/Berlin**
Prothetisch orientierte 3-D-Implantat- und Augmentatplanung

09.30 – 10.00 Uhr **Dr. Peter Gehrke/Ludwigshafen**
Weichgewebsintegration vs. Osseointegration: Was wir wissen, was wir zu wissen glauben und was wir wissen sollten!

10.00 – 10.20 Uhr **Dr. Mario Kirste, M.Sc./Frankfurt (Oder)**
Der Alveolenerhalt ist klüger als jedes chirurgisch rekonstruktive Verfahren – Ein erfolgreiches Socket Preservation Konzept mit einem biphasischen Knochenersatzmaterial

10.20 – 10.30 Uhr Diskussion

10.30 – 11.15 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

11.15 – 11.45 Uhr **Priv.-Doz. Dr. Frank Peter Strietzel/Berlin**
Risikofaktoren für die membrangesteuerte Knochenregeneration – ein Update

11.45 – 12.15 Uhr **Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin**
Dr. Theodor Thiele/Berlin
Augmentation in der Praxis – Ein 20-Jahres-Report

12.15 – 12.35 Uhr **Dr. Derk Siebers, M.Sc./Berlin**
Sofortfunktion in der ästhetischen Zone – Theoretische Grundlagen sowie Möglichkeiten und Grenzen der Sofortfunktion und -implantation

12.35 – 12.45 Uhr Diskussion

12.45 – 14.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

» Gemeinsames Podium (implantologisch/nichtimplantologisch)

14.00 – 14.30 Uhr **Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach/Leipzig**
Antikoagulantien in der Zahnarztpraxis – ein Update

14.30 – 15.00 Uhr **Dr. Tomas Lang/Essen**
Endodontie versus Implantologie – Entscheidungsfindung für die tägliche Praxis

15.00 – 15.30 Uhr **Prof. Dr. Thomas Sander/Hannover**
Vom Zahnarzt zur Markenpraxis – Wie Sie Ihren Erfolg durch die richtige Strategie steigern können

15.30 – 15.45 Uhr Diskussion

PROGRAMM ZAHNÄRZTE » NICHTIMPLANTOLOGISCH Samstag 14. September 2013

Samstag

Vorsitz/Moderation: **Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten**

09.00 – 09.40 Uhr **Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten**
Moderne Verfahren für die Diagnose und Exkavation der Karies

09.40 – 10.20 Uhr **Prof. Dr. Rainer Buchmann/Düsseldorf**
Parodontaler Weichgewebsschutz vor orthodontischer Protrusion

10.20 – 10.30 Uhr Diskussion

10.30 – 11.15 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

11.15 – 11.40 Uhr **Dr. Tomas Lang/Essen**
Restauration wurzelkanalbehandelter Zähne

11.40 – 12.05 Uhr **Dr. Jürgen Wahlmann/Edewecht**
Risiken und Fehler bei Veneers

12.05 – 12.30 Uhr **Prof. Dr. Torsten W. Remmerbach/Leipzig**
Orale Manifestationen systemischer Erkrankungen und Infektionen

12.30 – 12.45 Uhr Diskussion

12.45 – 14.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

14.00 – 15.45 Uhr **» Gemeinsames Podium**
(Inhalt siehe implantologisches Programm)

» ORGANISATORISCHES

Nähere Informationen zu den Seminarinhalten, Veranstaltungsort und AGB finden Sie unter: www.leipziger-forum.info

Kongressgebühren

» Implantologisches/Nichtimplantologisches Programm

Freitag, 13. September 2013 und Samstag, 14. September 2013

Zahnarzt (Frühbucherrabatt bis 28.06.2013) 150,- € zzgl. MwSt.
Zahnarzt 175,- € zzgl. MwSt.
Zahntechniker/Assistenten (mit Nachweis) 99,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale* 98,- € zzgl. MwSt.

» Tageskarten (Kongress Freitag oder Samstag)

Zahnarzt (Frühbucherrabatt bis 28.06.2013) 75,- € zzgl. MwSt.
Zahnarzt 87,50 € zzgl. MwSt.
Zahntechniker/Assistenten (mit Nachweis) 49,50 € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale* 49,- € zzgl. MwSt.

» SEPARATES PROGRAMM FÜR HELFERINNEN

Freitag, 13. September 2013

12.00 – 18.00 Uhr **» Seminar GOZ, Dokumentation und PRG**
(inkl. Pausen) Referentin: Iris Wälter-Bergob/Meschede

Samstag, 14. September 2013

09.00 – 18.00 Uhr **» Seminar A**
(inkl. Pausen) **Seminar zur Hygienebeauftragten**
Referentin: Iris Wälter-Bergob/Meschede

09.00 – 18.00 Uhr

» Seminar B
(inkl. Pausen) **Ausbildung zur zertifizierten QM-Beauftragten**
Referent: Christoph Jäger/Stadthagen

» Teilnahmemöglichkeit an den Spezialistenseminaren (separate Gebühren)

Freitag, 13. September 2013

12.00 – 18.00 **SEMINAR 1**
Endodontie praxisnah // Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs **Dr. Tomas Lang/Essen**
Kursgebühr 250,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale* 49,- € zzgl. MwSt.

12.00 – 18.00 **SEMINAR 2**
Veneers von A-Z // Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs **Dr. Jürgen Wahlmann/Edewecht**
Kursgebühr 295,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale* 49,- € zzgl. MwSt.

14.00 – 18.00 **SEMINAR 3**
Minimalinvasive Augmentationstechniken – Sinuslift, Sinuslifttechniken // Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs **Prof. Dr. Klaus-U. Benner/München, Dr. Dr. Karl-Heinz Heuckmann/Chieming**
Kursgebühr 195,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale* 35,- € zzgl. MwSt.

14.00 – 18.00 **SEMINAR 4**
Beratung mit Biss – Wirtschaftliche Praxisführung – Von der Existenzgründung bis zur Praxisabgabe Intensivworkshop zu typischen Irrtümern in der Praxiserfahrung
Dipl.-Volksw. Karl Alexander Mandl/Aachen, WOTAX Steuerberatungsgesellschaft mbH
in der Kongressgebühr enthalten

Bei der Teilnahme am Seminar ①, ② und ③ entfällt die Kongressgebühr für den Hauptkongress am Samstag. Hier ist lediglich die Tagungspauschale in Höhe von 49,- € zzgl. MwSt. zu entrichten.

» Helferinnen

Freitag, 13. September 2013 (GOZ/Dokumentation) 99,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale* 49,- € zzgl. MwSt.
Samstag, 14. September 2013 (Seminar A oder B) 99,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale* 49,- € zzgl. MwSt.

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

» Veranstalter/Anmeldung

OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308, Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de, www.oemus.com
www.leipziger-forum.info



PROGRAMM ZAHNÄRZTE » IMPLANTOLOGISCH Samstag, 14. September 2013

Samstag

Vorsitz/Moderation: **Dr. Peter Gehrke/Ludwigshafen**

09.00 – 09.30 Uhr **Dr. Dr. Peter Ehrl/Berlin**
Prothetisch orientierte 3-D-Implantat- und Augmentatplanung

09.30 – 10.00 Uhr **Dr. Peter Gehrke/Ludwigshafen**
Weichgewebsintegration vs. Osseointegration: Was wir wissen, was wir zu wissen glauben und was wir wissen sollten!

10.00 – 10.20 Uhr **Dr. Mario Kirste, M.Sc./Frankfurt (Oder)**
Der Alveolenerhalt ist klüger als jedes chirurgisch rekonstruktive Verfahren – Ein erfolgreiches Socket Preservation Konzept mit einem biphasischen Knochenersatzmaterial

10.20 – 10.30 Uhr Diskussion

10.30 – 11.15 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

11.15 – 11.45 Uhr **Priv.-Doz. Dr. Frank Peter Strietzel/Berlin**
Risikofaktoren für die membrangesteuerte Knochenregeneration – ein Update

11.45 – 12.15 Uhr **Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin**
Dr. Theodor Thiele/Berlin
Augmentation in der Praxis – Ein 20-Jahres-Report

12.15 – 12.35 Uhr **Dr. Derk Siebers, M.Sc./Berlin**
Sofortfunktion in der ästhetischen Zone – Theoretische Grundlagen sowie Möglichkeiten und Grenzen der Sofortfunktion und -implantation

12.35 – 12.45 Uhr Diskussion



Anmeldeformular per Fax an
0341 48474-390
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

DTG 6/13

Für das **10. leipziger forum für innovative zahnmedizin** am 13. und 14. September 2013 in Leipzig melde ich folgende Personen verbindlich an:

<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> Programm Zahnärzte Workshop (Fr.): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Programm Helferinnen	Spezialistenseminare: <input type="checkbox"/> ① Endodontie praxisnah
<input type="checkbox"/> Samstag	<input type="checkbox"/> Impl. Programm	<input type="checkbox"/> GOZ 2013 (Freitag)	<input type="checkbox"/> ② Veneers von A-Z
	<input type="checkbox"/> Nichtimpl. Programm	<input type="checkbox"/> Seminar A (Samstag)	<input type="checkbox"/> ③ Minimalinvasive Augmentationstechniken
		<input type="checkbox"/> Seminar B (Samstag)	<input type="checkbox"/> ④ Beratung mit Biss

Name, Vorname, Tätigkeit (Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen)

<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> Programm Zahnärzte Workshop (Fr.): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Programm Helferinnen	Spezialistenseminare: <input type="checkbox"/> ① Endodontie praxisnah
<input type="checkbox"/> Samstag	<input type="checkbox"/> Impl. Programm	<input type="checkbox"/> GOZ 2013 (Freitag)	<input type="checkbox"/> ② Veneers von A-Z
	<input type="checkbox"/> Nichtimpl. Programm	<input type="checkbox"/> Seminar A (Samstag)	<input type="checkbox"/> ③ Minimalinvasive Augmentationstechniken
		<input type="checkbox"/> Seminar B (Samstag)	<input type="checkbox"/> ④ Beratung mit Biss

Name, Vorname, Tätigkeit (Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen)

Praxisstempel

Datum/Unterschrift

E-Mail

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zum **10. leipziger forum für innovative zahnmedizin** erkenne ich an.

Dentale Implantologie in Bern



Am 27. April kamen Allgemein- und Fachzahnärzte zur Jahreshauptversammlung des ITI, um Fachbeiträgen aufmerksam zu folgen.

mehr auf Seite » 27

„Focus your Imagination“



Ende September findet das 2. Symposium der DGmikro in der Universitätszahnklinik Witten/Herdecke inkl. Hands-on-Kurse statt.

mehr auf Seite » 29

Damit der Patient wiederkommt



Eine sympathische Begrüßung, freundliches Auftreten und das Anbieten von Kaffee garantieren einen erfolgreichen Zahnarztbesuch.

mehr auf Seite » 31

10. Internationaler Jahreskongress der DGOI in Kooperation mit dem VDZI

Dr. Georg Bayer, Präsident der DGOI, und ZTM Uwe Breuer, Präsident des VDZI, erwarten innovative Konzepte für die Zusammenarbeit im digitalen Workflow. Von Eva-Maria Hübner, Pulheim.

„Implantologie: Technik und Medizin“ lautet das Leitthema des 10. Internationalen Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Orale Implantologie (DGOI), der in Kooperation mit dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) vom 19. bis 21. September 2013 im Hotel Sofitel München Bayerpost stattfindet. Im Mittelpunkt steht die Bedeutung der modernen Zahntechnik für das chirurgische und prothetische Vorgehen in der Implantologie. Zahnärzte und Techniker beleuchten im Mainpodium am Samstag jeweils ein Thema nacheinander aus ihrer Perspektive. Warum es so wichtig ist, die jeweils andere Sichtweise kennenzulernen, erläutern Dr.



ZTM Uwe Breuer, Präsident des VDZI, und Dr. Georg Bayer, Präsident der DGOI.

Georg Bayer, Präsident der DGOI, und ZTM Uwe Breuer, Präsident des VDZI.

Herr Dr. Bayer, was erwartet die Teilnehmer?

Dr. Bayer: Im Fokus steht der digitale Workflow von der Planung bis zur CAD/CAM-gefertigten Prothetik und welche Bedeutung dem Zahntechniker in der Therapie zukommt. Einzelne Themen sind beispielsweise Guided-Surgery, Sofortversorgung, CAD/CAM-gefertigte Abutments und neue wie bewährte Materialien. Wir

freuen uns auf namhafte Zahntechniker und Zahnärzte, die am Samstag im Mainpodium nacheinander aus zahnärztlicher und zahntechnischer Sicht die Themen referieren. Dadurch lernen wir die Vorgehensweise aus der jeweils anderen Perspektive kennen. Es geht uns um das gemeinsame, partnerschaftliche Lernen.

Herr Breuer, was hat Sie zur Kooperation mit der DGOI bewogen?

Breuer: In der DGOI sind die Zahn-techniker als Mitglieder gleichgestellt,

und dass diese Gleichstellung gelebt wird, haben wir in den Vorgesprächen mit dem DGOI-Vorstand festgestellt. Die Wahrnehmung der Techniker auf Augenhöhe ist eine wichtige Voraussetzung, um das gemeinsame Gespräch zu finden. Nur dann können sie ihr Wissen auch einbringen. Innerhalb der DGOI wird dieser Teamansatz klar herausgestellt.

Wie wichtig ist die Teamarbeit in der Implantologie?

Breuer: Der Erfolg der Behandlung hängt wesentlich von der Zusammenarbeit des Technikers und Implantologen ab. Einer implantiert die Stützen und der andere setzt ein Gerüst oben drauf, das er mit dem blendet, was für den Patienten als neue Zähne sichtbar wird. Dabei haben beide ein gemeinsames Ziel: Der Patient soll sich über die fertige Versorgung freuen, wieder richtig essen und lachen können. Wir haben verschiedene Konzepte von günstig bis hochpreisig, mit denen wir Vieles verwirklichen können – wenn wir uns gemeinsam im Team darüber verständigen.

Dr. Bayer: So ist es. Um für jeden Patienten die individuell passende Lösung



rend des Kongresses sollten wir hinter den Kollegen auch den Menschen entdecken und schätzen lernen.

Breuer: Ich wünsche mir, dass unsere Mitglieder das Angebot annehmen, sich gemeinsam mit den Zahnärzten

für den implantatgetragenen Zahn-ersatz zu finden, sollten Implantologen und Zahntechniker auf Augenhöhe zusammenarbeiten. Wir empfehlen schon seit einigen Jahren, den Zahntechniker mit seiner Erfahrung und seinem Fachwissen stärker in den Therapieverlauf einzubinden. Gerade in der Planungsphase kann seine Sichtweise hilfreich sein, um prothetisch- und patientenorientiert zu planen. Es besteht aus meiner Sicht die dringende Notwendigkeit, das zahntechnische Handwerk intensiver mit in die Behandlungsplanung und -umsetzung einzubringen.

Was wünschen Sie sich persönlich im Hinblick auf den Kongress?

Dr. Bayer: Wir haben in München die Möglichkeit, eventuell bestehende Vorurteile und Hierarchien abzubauen. Wir pflegen in der DGOI ein freundschaftliches Miteinander und wünschen uns, dass sich die Techniker in unserer Gemeinschaft als gleichwertige Partner im implantologischen Team fühlen. Wäh-

fortzubilden. Fachlich erwarte ich innovative Konzepte, die uns neue Wege im digitalen und CAD/CAM-Zeitalter aufzeigen. Ich freue mich, wenn sich beide Seiten in Diskussionen miteinander vermischen und zu einer Symbiose werden. Ich erwarte ein freundschaftliches Miteinander und den Austausch auf Augenhöhe. Wenn das für unsere Kollegen erlebbar wird, werden Berührungsängste verloren gehen. Das Zusammenrücken von Zahntechniker und Zahnarzt zu mehr Teamplay ist das eigentliche Ziel des Kongresses.

Vielen Dank für das Gespräch!

Weitere Informationen und Anmeldung:

DGOI Büro
Tel.: +49 7251 618996-0
www.dgoi.info



ANZEIGE

DENTALHYGIENE START UP

KARIES- UND PARODONTITISPROPHYLAXE MIT KONZEPT

4./5. OKTOBER 2013 // HOTEL PALACE BERLIN

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten

VERANSTALTER/ ORGANISATION

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de
www.oemus.com

PROGRAMM

Wissenschaftliche Vorträge zu den Themen:
Karies: Ätiologie und Pathogenese – Einfluss auf Diagnose und Therapie // Diagnose des Kariesrisikos: Was mache ich wann in der Praxis? // Mundschleimhautveränderungen // Parodontologie // Update Prophylaxe // Qualitäts- und Hygienemanagement

FAXANTWORT

0341 48474-390

Bitte senden Sie mir das Programm zum DENTALHYGIENE START UP 2013 am 4./5. Oktober 2013 in Berlin zu.

E-Mail-Adresse (bitte angeben)

Praxisstempel

DTG 6/13

ITI-Präsidentenwechsel und Berufung des neuen Vorstands

Prof. Dr. David L. Cochran wird neuer Präsident des International Team for Implantology.

■ BASEL - Im Anschluss an die dreitägige ITI Consensus Conference fand am 27. April 2013 die Jahreshauptversammlung des ITI statt, an der Prof. Dr. David L. Cochran die Präsidentschaft der unabhängigen akademischen Organisation übernahm. Er tritt die Nachfolge von Prof. Dr. Daniel Buser an, dessen Amtszeit nach knapp vier Jahren endete. Prof. Dr. Cochran dankte seinem Vorgänger: „Unter der Präsidentschaft von Daniel Buser ist das ITI enorm gewachsen und ist heute mit seinen mehr als 15.000 Mitgliedern die weltweit größte Organisation auf dem Gebiet der dentalen Implantologie. Es ist mir eine besondere Ehre, das Amt von Daniel Buser zu übernehmen, und ich freue mich sehr auf die kommenden vier Jahre.“

Prof. Dr. Cochran studierte Zahnmedizin, promovierte in Biochemie und spezialisierte sich anschließend in Parodontologie. Derzeit ist Prof. Dr. Cochran Vorsitzender des Departments of Periodontics am University of Texas Health



Abb. 1: Prof. Dr. Daniel Buser (links) übergibt die ITI-Präsidentschaft an Prof. Dr. David Cochran. - Abb. 2: Der aktuelle ITI-Vorstand (von links): Dr. Luca Cordaro (Italien), Prof. Dr. Daniel Wismeijer (Niederlande), Marco Gadola (Schweiz), Gilbert Achermann (Schweiz), Prof. Dr. Frauke Müller (Schweiz), Prof. Dr. David Cochran (USA), Prof. Dr. Lisa Heitz-Mayfield (Australien), Prof. Dr. Daniel Buser (Schweiz), Prof. Dr. Gerhard Wahl (Deutschland), Prof. Dr. Hans-Peter Weber (USA), Prof. Dr. Hideaki Katsuyama (Japan), Dr. Stephen Chen (Australien).



Science Center in San Antonio, eines der führenden zahnmedizinischen Zentren in den USA.

2010 erhielt Prof. Dr. Cochran den Ehrendokortitel von der Medizinischen Fakultät der Universität Bern verliehen. Seit 1992 ist Prof. Dr. Cochran Fellow des ITI und hat sich seitdem kontinuierlich für die Organisation engagiert und deren Weiterentwicklung mitgestaltet.

Als Vorsitzender des ITI Research Committees war er von 2003 bis 2007 Mitglied des ITI-Vorstands und wurde 2011 erneut in den Vorstand gewählt.

2012 war er Präsident der Academy of Osseointegration (AO).

Neuer ITI-Vorstand

Während der Jahreshauptversammlung wurde außerdem Prof. Dr.

Daniel Wismeijer (Academic Center for Dentistry, Amsterdam, Holland) in den ITI-Vorstand gewählt. Er ersetzt Dr. Anthony Dickinson (Glen Iris, Australien).

Auf Prof. Dr. Thomas Taylor (University of Connecticut, USA) folgt als Vorsitzende des ITI Research Committees und, einhergehend damit, als neues Vorstandsmitglied, Prof. Dr. Lisa Heitz-Mayfield (University of Sydney, Australien).

ITI-Ehrenmitgliedschaft für Prof. Dr. Urs Belser

Prof. Dr. Urs Belser wurde während der Jahreshauptversammlung für seine mehr als 20-jährigen Verdienste um das ITI mit einer Ehrenmitgliedschaft ausgezeichnet. Prof. Dr. Belser war von 2004 bis 2006 Vorsitzender der ITI-Sektion Schweiz sowie Mitglied des ITI Development und später des ITI Research Committees. Bis 2012 war er Leiter der Abteilung für Kronen-Brücken-Prothetik und Okklusion am Zahnärztlichen Institut der Universität Genf und ist heute als Gastprofessor an den Zahnmedizinischen Kliniken der Universität Bern tätig. Als neuer Chefredakteur des ITI-Mitgliedermagazins „Forum Implantologicum“ wird er sich weiterhin aktiv im ITI engagieren. ◀



ITI International Team for Implantology

Tel.: +41 61 2708383, www.iti.org

ANZEIGE

Referent | Dr. Andreas Britz/Hamburg

Unterspritzungskurs

Für Einsteiger, Fortgeschrittene und Profis

Kursreihe – Anti-Aging mit Injektionen ●●●

Unterspritzungstechniken: Grundlagen, Live-Demonstrationen, Behandlung von Probanden

Weitere Termine der Unterspritzungskurse

Termine 2013/2014			
18./19.10.2013	München	10.00 – 17.00 Uhr	
29./30.11.2013	Basel (CH)	10.00 – 17.00 Uhr	
04./05.04.2014	Wien (AT)	10.00 – 17.00 Uhr	
16./17.05.2014	Hamburg	10.00 – 17.00 Uhr	
26./27.09.2014	Düsseldorf	10.00 – 17.00 Uhr	

Kursinhalt

1. Tag: Hyaluronsäure

- ! Theoretische Grundlagen, praktische Übungen, Live-Behandlung der Probanden
- ! Injektionstechniken am Hähnchenschenkel mit „unsteriler“ Hyaluronsäure

Unterstützt durch: Pharm Allergan, TEOXANE

2. Tag: Botulinumtoxin A

- ! Theoretische Grundlagen, praktische Übungen, Live-Behandlung der Probanden
- ! Lernerfolgskontrolle (multiple choice) und Übergabe der Zertifikate

Unterstützt durch: Pharm Allergan, TEOXANE

Organisatorisches

Kursgebühr (beide Tage) **690,- €** zzgl. MwSt.
 (Dieser reduzierte Preis gilt nach Beantragung der Mitgliedschaft und Eingang des Mitgliedsbeitrages.)

IGÄM-Mitglied 790,- € zzgl. MwSt.
 * Die Tagungspauschale umfasst die Pausenversorgung und Tagungsgetränke, für jeden Teilnehmer verbindlich.

Nichtmitglied 49,- € zzgl. MwSt.

In Kooperation mit

IGÄM – Internationale Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V.
 Paulusstraße 1 | 40237 Düsseldorf | Tel.: 0211 16970-79
 Fax: 0211 16970-66 | E-Mail: sekretariat@igaem.de

Veranstalter

OEMUS MEDIA AG
 Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig
 Tel.: 0341 48474-308 | Fax: 0341 48474-390
 event@oemus-media.de | www.oemus.com

Hinweis: Die Ausübung von Faltenbehandlungen setzt die medizinische Qualifikation entsprechend dem Heilkundengesetz voraus. Aufgrund unterschiedlicher rechtlicher Auffassungen kann es zu verschiedenen Statements z.B. im Hinblick auf die Behandlung mit Fillern im Lippenbereich durch Zahnärzte kommen. Klären Sie bitte eigenverantwortlich das Therapiespektrum mit den zuständigen Stellen ab bzw. informieren Sie sich über weiterführende Ausbildungen, z.B. zum Heilpraktiker.

Faxantwort | 0341 48474-390

Hiermit melde ich folgende Person zur Kursreihe „Anti-Aging mit Injektionen“ verbindlich an:

München	18./19.10.2013	<input type="checkbox"/>	
Basel (CH)	29./30.11.2013	<input type="checkbox"/>	
Wien (AT)	04./05.04.2014	<input type="checkbox"/>	
Hamburg	16./17.05.2014	<input type="checkbox"/>	
Düsseldorf	26./27.09.2014	<input type="checkbox"/>	

Ja
Nein

Titel | Vorname | Name

IGÄM-Mitglied

E-Mail (Bitte angeben)

Praxisstempel

016/6/13

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an.

Datum | Unterschrift

Neues eBook und ZWP-Thema rücken Nebenschauplatz in den Fokus

„Erkrankungen der Mundschleimhaut“ stehen im Mittelpunkt des neuen eBooks und aktualisierten ZWP-Themas, das ab sofort auf ZWP online zur Verfügung steht.

■ Nicht alle Mikroorganismen wie Pilze, Viren oder Bakterien, die in der Mundhöhle ihr Unwesen treiben, sind für die Balance der Mundflora ungefährlich. Erkrankungen der Mundschleimhaut können vielschichtig auftreten. Oftmals führen sie zu schmerzhaften Schwellungen, Reizungen und Entzündungen und im schlimmsten Fall zu Mund- und Rachenkrebs. In der neuesten Artikelsammlung auf ZWP online, dem eBook „Erkrankungen der Mundschleimhaut“ melden sich renommierte Experten zur Thematik Schleimhautveränderungen des Zahnfleisches, der Mundhöhle oder der Zunge zu Wort. Bei der Auswahl der Fachartikel standen vor allem die Diagnostik und moderne Therapieverfahren im Fokus.

Das eBook ist auch in gedruckter Form als Print on Demand als Broschüre erhältlich und kann ab sofort im Online-shop bestellt werden. Weitere informative eBooks zu Themen wie „Sinuslift“, „Knochenregeneration“, „Moderne Endodontie“ oder dem „Lasereinsatz in der Zahnmedizin“ finden Interessierte in der umfangreichen Library.

Schneller & aktueller Überblick

Analog zum neuen eBook in der ZWP online Library erhielt auch das beliebte

ZWP-Thema „Erkrankungen der Mundschleimhaut“ auf ZWP online ein fachliches Fresh-up. Neben zahlreichen News, Videobeiträgen und diversen Bildergalerien werden dem Leser hier gebündelt fachübergreifend, wissenschaftliche Informationen in Form von Fach- bzw. Anwenderberichten zum Spezialthema schnell abrufbar zur Verfügung gestellt.

Neben den Dauerbrennern „Kinderzahnheilkunde“ und „Rot-weiße Ästhetik“ stehen dem User weitere, aktuelle Themen-Specials zu „Knochen- und Geweberegeneration“, „Modernes Controlling in der Zahnarztpraxis“, „Zähne 50+“, „Sinuslift im Praxisalltag“, „Ästhetischer Medizin und Zahnmedizin“, „Der Zahnarzt als Unternehmer“ sowie „Hygiene und QM in der Zahnarztpraxis“ zur Verfügung. ◀

Quelle: www.zwp-online.info

Seite 26 6/2013

Internationale Implantatspezialisten trafen sich zur ITI-Jahreshauptversammlung in Bern

Hochrangiges wissenschaftliches Programm zu verschiedenen Fragestellungen rund um die dentale Implantologie überzeugte.

■ BERN - Am Samstag, dem 27. April 2013, fand die Jahreshauptversammlung des International Team for Implantology (ITI) in der Schweiz statt. Über 500 Teilnehmer kamen in das Kongresszentrum des Kursaal Bern.

Zuvor, vom 23. bis 25. April, veranstaltete das ITI seine, im Fünf-Jahres-Rhythmus organisierte, Konsensuskonferenz, bei der über 110 Implantologen aus aller Welt klinisch relevante Themen diskutierten. Die erarbeiteten Behandlungsrichtlinien und klinischen Empfehlungen wurden am Samstag erstmals in einem öffentlich zugänglichen Kongress präsentiert.

Allgemeinzahnärzte, Fachzahnärzte wie Oralchirurgen und Parodontologen, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Zahntechniker und Dentalhygieniker gehörten zu



den Aktiven, die sich ab 9 Uhr in der Arena des hochmodernen Kongresszentrums zusammenfanden und den in englischer Sprache gehaltenen Referaten aufmerksam folgten.

Nach der Begrüßung durch den Präsidenten des ITI, Prof. Dr. Daniel Buser, den Rektor der Universität Bern, Prof. Dr. Martin Täuber, und den Vorsitzenden des



ITI Education Committees, Dr. Stephen Chen, gab es Fachbeiträge zu den fünf Schwerpunktthemen: Aktuelle chirurgische und radiografische Techniken, Restaurative Materialien und Techniken in der Implantologie, Optimierung von ästhetischen Resultaten in der Implantologie, Belastungsprotokolle in der Implantologie sowie Vermeidung und Therapie von technischen und biologischen Komplikationen.

Parallel dazu lud erstmals eine Industrieausstellung im großzügig gestal-

teten Forum West ein. Das ITI ermöglichte den Ausstellern hier, ihre Produkte und Neuentwicklungen auf dem Gebiet der Implantologie einem informierten Publikum zahnmedizinischer Praktiker vorzustellen.

Von Vorteil erwies sich die integrierte Gestaltung der Ausstellungsflächen, der Catering-Inseln und des Hauptkonferenzraumes, da sich dadurch die Aussteller während der gesamten Veranstaltung im unmittelbaren Kontakt zu den Kongress-

teilnehmern befanden und als Ansprechpartner permanent zur Verfügung standen.

Mit dem Konferenz-Fazit und dem Schlusswort durch Dr. Stephen Chen schloss der fachliche Teil der Jahreshauptversammlung des International Team for Implantology.

Der Abend hielt für die Konferenzteilnehmer noch einen besonderen Höhepunkt bereit: Ab 20 Uhr wurden die Gäste zum Galadiner empfangen, bei dem auch Prof. Dr. Daniel Buser die ITI-Präsidentschaft an Prof. Dr. David Cochran übergab. Ab 23 Uhr wurde zur Conference Party in die Arena des Kursaal Bern geladen. Frohgelaut feierten die Anwesenden bis in die frühen Morgenstunden. ◀

www.iti.org



Neues Design sorgte für Aufsehen

Dr. Ronald M. Roncone stand Besuchern des FORESTADENT-Standes beim AAO-Kongress in Philadelphia Rede und Antwort.



* Am neu designten FORESTADENT-Stand des AAO-Jahreskongresses tauschten Tagungsteilnehmer klinische Erfahrungen mit Dr. Ronald M. Roncone aus und informierten sich über aktuelle Entwicklungen des Pforzheimer Unternehmens.

■ PHILADELPHIA - Mit einem völlig neuen Standkonzept präsentierte sich FORESTADENT beim diesjährigen Kongress der American Association of Orthodontists (AAO) in Philadelphia. Das völlig offene wie funktionelle Design des bislang größten Messestandes des Pforzheimer Dentalanbieters sorgte für einiges Aufsehen unter den Besuchern der Industrieausstellung und zog diese in großer Zahl an.

Am Stand selbst konnte sich zum einen wie gewohnt über aktuelle Produktneuheiten sowie bewährte Behandlungslösungen aus dem Hause FORESTADENT informiert werden. Zum anderen bestand an allen Messtagen die Möglichkeit eines Meet & Greet mit Dr. Ronald M. Roncone. Der durch seine technischen Innovationen rund um vorprogrammierte Behandlungsapparaturen bekannte Experte steht FORESTADENT seit Anfang des Jahres exklusiv als fachlicher Berater sowie Referent zur Seite und genoss es sichtlich, seinen

umfangreichen Erfahrungsschatz in angeregten Gesprächen mit den Standbesuchern zu teilen. Seit Kurzem ist bei FORESTADENT auch die von Dr. Roncone entwickelte und nach ihm benannte Roncone Prescription in modifizierter Form erhältlich. Diese wird mit den bekannten SL-Bracketsystemen BioQuick® und QuicKlear® angeboten. Die „Modified Roncone Prescription“ ist zusätzlich zu den bisherigen MBT, Roth, SMILE und SWING-Systemen erhältlich.

Dr. Roncone, der auf über 40 Jahre klinische Erfahrung zurückblicken kann, wird auch als Referent beim diesjährigen VI. FORESTADENT Symposium in Cascais, Portugal, dabei sein. Wer ihn sowie weitere international namhafte Experten hautnah erleben sowie neue Konzepte ästhetischer Kieferorthopädie kennenlernen möchte, erhält hierzu am 4./5. Oktober die Möglichkeit (nähere Infos sowie Anmeldung unter www.forestadent.com).

Die Teilnahme am diesjährigen AAO-Kongress nutzte FORESTADENT nicht nur, um auf aktuelle Neuheiten hinzuweisen. Parallel zur Tagung fand auch ein internationales Händlermeeting statt. An diesem nahmen neben dem Team der US-Niederlassung des weltweit agierenden Unternehmens auch Händler aus Südamerika, Europa und Asien sowie einige Kieferorthopäden, mit denen FORESTADENT bei der Entwicklung von Produkten zusammenarbeitet, teil. ◀



* Selbstligierende Brackets BioQuick® und QuicKlear® von FORESTADENT werden neben bisher erhältlichen Systemen MBT, Roth, SMILE und SWING jetzt auch in der „Modified Roncone Prescription“ angeboten.

FORESTADENT
Tel.: +49 7231 459-0, www.forestadent.com

ANZEIGE

6 Months Clinical Masters Program in Implant Dentistry
2 May 2013 to 10 November 2013, a total of 12 days in Heidelberg (DE), Como (IT), Maspalomas (ES)

Live surgery and hands-on with the masters in their own institutes plus online mentoring and on-demand learning at your own pace and location.

Learn from the Masters of Implant Dentistry:

--	--	--	--	--	--	--

Registration information:
2 May 2013 to 10 November 2013, a total of 12 days in Heidelberg (DE), Como (IT), Maspalomas (ES) [Find out more on www.TribuneCME.com](http://www.TribuneCME.com)

Curriculum fee: € 11,900 contact us at: tel.: +49-341-48474-302 / email: info@tribunecme.com

			100 ADA CERP C.E. CREDITS
--	--	--	----------------------------------

ADA CERP Continuing Education Recognition Program
Tribune Group GmbH is the ADA CERP provider. ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by boards of dentistry.

Cosmetic Dentistry – praxisnah und interdisziplinär

„Cosmetic Dentistry – State of the Art“ hieß das Motto der diesjährigen Jahrestagung. Hochkarätige Referenten beleuchteten alle relevanten Aspekte dieser Fachdisziplin.



Am 26. und 27. April 2013 lud die Deutsche Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin (DGKZ) ins Hotel Palace Berlin zu ihrer 10. Jahrestagung ein. Die Teilnehmer erwartete ein interessantes wissenschaftliches Programm mit Fachvorträgen und Seminaren rund um die ästhetisch/kosmetische Zahnmedizin. Das wissenschaftlich ausgesprochen anspruchsvolle Programm stand in diesem Jahr unter dem Motto: „Cosmetic Dentistry – State of the Art“ und wurde von den Teilnehmern begeistert aufgenommen. Hochkarätige Referenten beleuchteten alle relevanten Aspekte.

Seminare

Den Auftakt des Fortbildungsprogramms am Freitag bildeten die Seminare „Veneers von A-Z“, Dr. Jürgen Wahlmann, „Chirurgische Aspekte der rot-weißen Ästhetik“, Prof. Dr. Marcel Wainwright, sowie der interdisziplinäre Kurs „Implantate und Sinus maxillaris“ von Prof. Dr. Hans Behrbohm und Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler. Auch die Pre-Congress Workshops „Minimalinvasive Verfahren für die Frontzahnästhetik, Bleaching, Komposit, Veneers – ein Überblick“, Dr. Jens Voss, sowie „Was geht noch mehr mit dem Inter-

net?“, Dr. Michael Visse und Dr. Bernd Hartmann, wurden von den Teilnehmern begeistert aufgenommen.

Hauptprogramm und Dentalausstellung

Der Hauptkongress wurde am Samstag durch den wissenschaftlichen Leiter, Prof. Dr. Martin Jörgens, mit einem kurzen Überblick zum Thema „Cosmetic Dentistry“ eröffnet. Anschließend standen die Grundlagen der Zahnästhetik im Fokus. Über die rot-weiße Ästhetik referierte Prof. Dr. Marcel Wainwright, Dr. Jürgen

Wahlmann klärte über Risiken und Fehler bei Veneers auf, und zur Implantatprothetik sprach Dr. Peter Gehrke. Die postodontischen Versorgungsmöglichkeiten waren Thema des Vortrages von Priv.-Doz. Dr. Christian Gernhardt, und Prof. Dr. Rainer Buchmann beleuchtete die Möglichkeiten in der Parodontologie. Den Stellenwert der Zahnaufhellung beschrieb Dr. Sven Rinke. Weitere Themen wie das „Smile Design“, Dr. Julia Hehn, Erwachsenen-Kieferorthopädie, Prof. Dr. Nezar Watted, sowie die Patientenkommunikation, Dr. Michael Visse, gaben spannende

Einblicke in die „Cosmetic Dentistry – State of the Art“.

Abgerundet wurde die 10. Internationale Jahrestagung der DGKZ durch zwei Seminare für die zahnärztliche Assistenz (Hygiene und GOZ) sowie eine informative Dentalausstellung. ◀

Infos zum Unternehmen



OEMUS MEDIA AG

Tel.: +49 341 48474-308
www.oemus.com

Zahnlose Patienten sofort versorgen

Modul-Fortbildung für All-on-4®-Behandlungskonzept.



All-on-4® ist ein vielversprechendes Behandlungskonzept nach Prof. Paulo Malo für zahnlose Kiefer. Auf nur vier Implantaten pro Ober- und Unterkiefer kann ein festsitzender implantatgetragener Zahnersatz verankert werden, bei entsprechender Primärstabilität sofort nach Implantatinsertion. Um interessierten Zahnärzten und Zahntechnikern den strukturierten und sicheren Einstieg in diese Behandlungsmethode zu ermöglichen, hat Nobel Biocare eine dreiteilige Modul-Fortbildung aufgestellt. An der Seite von renommierten Referenten erfahren die Teilnehmer im Detail, wie sie das Therapiekonzept effizient und erfolgreich in ihre Praxis integrieren können. Die Kursreihe findet an mehreren Terminen statt, z.B. in Leipzig, Bad Homburg, Nürnberg/Erlangen, Hamburg, Hannover, Heidelberg, Schwäbisch-Gmünd und Berlin.

Teamarbeit: Zahnarzt – Zahntechniker

Im ersten Modul stellen die Referenten die Vorteile der All-on-4®-Behand-

lungsmethode anhand klinischer Fallbeispiele vor. Da es bei dem Sofortversorgungskonzept auf das optimale Zusammenspiel von Zahnarzt und Zahntechniker ankommt, geht es im Modul 2 um die Details der Teamarbeit. Deshalb ist es empfehlenswert, dieses und auch das dritte Modul im Team Zahnarzt – Zahntechniker zu absolvieren. Erläutert werden zum Beispiel Patientenauswahl und Beratungsgespräch, Implantatplanung und -insertion im zahnlosen Kiefer, provisorische Versorgung, schablonengeführte Chirurgie, mögliche restaurative Versorgung und die Vorteile individuell angefertigter CAD/CAM-Lösungen. Wie die einzelnen Arbeitsschritte der All-on-4®-Therapie ablaufen, erfahren Zahnarzt und Zahntechniker im dritten Modul während einer Live-OP. Sie sehen die prothetischen, chirurgischen und zahntechnischen Arbeitsschritte bei einer Sofortversorgung von der Planung bis zum fertigen Ergebnis. Jedes Modul ist einzeln buchbar. Sind bereits entsprechende Vorkenntnisse vorhanden, kann entweder mit Modul 2 begonnen oder nur Modul 3 gebucht werden. ◀

Nobel Biocare Deutschland GmbH

Gönül Kayan, Tel.: +49 221 50085151
Alisa Pickel, Tel.: +49 221 50085128
www.nobelbiocare.com

Infos zum Unternehmen



Wann gehen Implantate verloren?

EXPERTENSYMPOSIUM: Wissenschaftler und Praktiker zeigten Strategien auf, wie Implantatverluste auch unter komplizierten Bedingungen vermieden werden können.

Aus Fehlern lernt man bekanntlich am besten, und so hatte sich das am 26. und 27. April 2013 im Berliner Palace Hotel veranstaltete 14. EXPERTENSYMPOSIUM „Innovationen Implantologie“ dieses Thema auf die Tagesordnung gesetzt. Experten von Universitäten und aus der Praxis stellten sich an den beiden Kongresstagen der Thematik und versuchten, Antworten zu geben. Gleichzeitig war man bestrebt, Strategien aufzuzeigen, wie Implantatverluste auch unter komplizierten Bedingungen vermieden werden können.

Ohne Zweifel, die Implantologie ist die Erfolgsgeschichte schlechthin, und mit einer Erfolgsquote von über 90 Prozent gehört sie zu den sichersten ärztlichen Therapien überhaupt. Aber trotz aller positiver Ergebnisse sowie modernster Diagnostik- und Planungsverfahren bis hin zum CAD/CAM-gefertigten Zahnersatz – nicht immer klappt alles wie von Behandler und Patient gewünscht. Der Grat zwischen Erfolg und Misserfolg ist mitunter schmal. Unzureichendes Knochenangebot, falsche oder zu frühe Belastung der Implantate, Dysfunktionen, systemische Erkrankungen, mangelnde Implantatpflege oder letztlich die Periimplantitis – es gibt viele Faktoren, die den Erfolg in der Implantologie beeinflussen, und in den seltensten Fällen ist das Implantat selbst die Ursache. Über 40 Jahre zahnärztliche Implantologie



bedeuten über 40 Jahre Erfahrung, bedeuten zugleich aber auch über 40 Jahre Fehler und Misserfolge, nur finden die auf den großen Podien nicht immer den Raum, der ihnen gebühren sollte.

Die wissenschaftliche Leitung der Tagung lag in den Händen von Prof. Dr. Dr. Frank Palm, Konstanz, und Priv.-Doz. Dr. Frank Peter Strietzel,

Berlin. Offizieller wissenschaftlicher Partner aus der Region war in diesem Jahr die Charité, Centrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. ◀

OEMUS MEDIA AG

Tel.: +49 341 48474-308
www.innovationen-implantologie.de
www.startup-implantologie.de

„Focus your Imagination“

27. und 28. September: DGmikro Symposium 2013 in Witten.



■ „Focus your Imagination“ – unter diesem Motto lädt die Deutsche Gesellschaft für mikroinvasive Zahnmedizin e.V. (DGmikro) zum 2. Symposium in die Universitätszahnklinik Witten/Herdecke ein. Vom 27. bis 28. September 2013 stehen Hands-on-Kurse, Seminare und Fachvorträge auf dem Programm.

Den Auftakt der Veranstaltung bilden die Hands-on-Kurse bzw. Seminare von Dr. Maxim Belograd zu mikroinvasiver Endodontie und Kompositrestauration sowie von Prof. Dr. Peter Kotschy zum „Einsatz der kinetischen Therapie in der Mikroskopzahnheilkunde“. Weiter zeigt Priv.-Doz. Dr. Sebastian Paris die wissenschaftlichen Hintergründe zur Kariesinfiltration und übt diese Technik gemeinsam mit den Teilnehmern in einem Workshop. Ebenso zeigen Dr. Tomas Lang und Andreas Gehre in einem Ergonomieworkshop die optimale ergonomische Position bei der Behandlung unter dem Operationsmikroskop.

Der zweite Veranstaltungstag steht ganz im Zeichen von Fachvorträgen, z.B. zu den Themen „Diagnostik,



Visualisierung, Klassifizierung und Therapie von Cracks“ und „Neue Laserentwicklungen für mikroinvasive Behandlungsmethoden“. Ebenso werden die Schwerpunkte der Hands-on-Kurse bzw. Seminare behandelt. Das Symposium der DGmikro wird weiterhin von einer Dentalausstellung begleitet.

Die DGmikro wurde 2009 gegründet als Gemeinschaft von qualitätsorientierten Zahnärzten, die die Vorteile des Dentalmikroskopes schätzen. Ziel ist es, das Dentalmikroskop und mikroinvasive Behandlungstechniken in sämtlichen Bereichen der Zahnmedizin zu etablieren, um die Behandlungsqualität zum Wohle des Patienten zu steigern. ◀

Infos zum Unternehmen



DGmikro
Deutsche Gesellschaft für mikroinvasive Zahnmedizin e.V.

Tel.: +49 221 4972365
www.dgmikro.de

Für Jung und Alt

Tiefenfluorid gibt es jetzt in einer geschmacksverbesserten Variante.

■ Für alle Patienten, bei denen die Anwendung lokaler Fluoridierungen aufgrund des meist unangenehmen Geschmacks bisher auf Ablehnung stieß, hat Humanchemie eine geschmacksverbesserte Variante des Bestsellers Tiefenfluorid entwickelt – das Tiefenfluorid junior. Die Anwendung des Tiefenfluorids bzw. des Tiefenfluorid junior führt zu einer lang anhaltenden Remineralisation. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass im Anschluss an die Behandlung nur ausgespült wird und die Patienten sofort wieder essen und trinken können. Die Applikation erfolgt durch eine einfache Doppeltouchierung.

Der Begriff „Tiefenfluoridierung“ und das Imprägnierverfahren selbst stammen von Prof. Dr.-Ing. Dr. med. dent. h. c. Adolf Knappwost und basiert auf seiner Remineralisationstheorie, für die er auch den ORCA-Preis erhielt. Bei der Tiefenfluoridierung werden hochdisperses Kalziumfluorid und Magnesiumfluorid in der Tiefe der Trichterporen der Auflockerungszone



ausgefällt. Dort sind die Kristallite sicher vor Abrasion geschützt. Die F-Ionen werden nach und nach abgegeben und führen so mit den OH-Ionen und Phosphat-Ionen des Speichels zu einer fortwährenden Remineralisation.

Symposium in Hamburg

Die Anwendung und Wirkungsweise des Tiefenfluorids beziehungsweise des Tiefenfluorid junior ist auch ein Hauptprogramm der Fortbildungsveranstaltung anlässlich des hundertsten Geburtstags von Prof. Knappwost. Dieses zweitägige Symposium wird von Humanchemie am 25. und 26. Oktober 2013 in Hamburg veranstaltet. Ausführliche Informationen zu den einzelnen buchbaren Programmpunkten gibt es unter: www.humanchemie.de/100jahre ◀

Humanchemie GmbH

Tel. +49 5181 24633
www.humanchemie.de



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT
FÜR ORALE
IMPLANTOLOGIE

Ihre Zukunft heißt: Implantologie

Curriculum Implantologie „8+1“

Die DGOI bietet über neun Wochenenden eine konsequent praxisorientierte Fortbildung in der oralen Implantologie inkl. Praxismanagement, Abrechnung und Recht an.

■ Führende Referenten aus Hochschule und Praxis:

Dr. Georg Bayer, Dr. Fred Bergmann,
Prof. Dr. Herbert Deppe, Prof. Dr. Georg-H. Nentwig,
Ady Palti, Dr. Marius Steigmann, Dr. Paul Weigl,
Dr. Achim Wöhrle, Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller, u.a.

■ Intensiver Wissensaustausch mit den Referenten

■ Einmalig in Deutschland:

Anerkennung durch die New York University
College of Dentistry mit Zertifikat
(bei voller Mitgliedschaft)



■ Begeisterte Teilnehmer sprechen für die Qualität dieses Curriculums

Kursreihe 24 beginnt am 10.–11. Januar 2014

Zahlreiche Live-OPs
und Hands on



Nähere Informationen und aktuelle Termine erhalten Sie beim DGOI-Büro in Kraichtal:

DGOI · Bruchsaler Straße 8 · 76703 Kraichtal
Frau Semmler · Tel. 07251 618996-15 · Fax 07251 618996-26
semmler@dgoi.info · www.dgoi.info

Kampagne will Früherkennung bei Mundkrebs durch gezielte Aufklärung verbessern

Regionale Aktion „Gemeinsam gegen Mundkrebs in Schleswig-Holstein“ verläuft erfolgreich/Lob vom DGZMK-Präsidenten.

■ Als „eine beispielhafte regionale Initiative zur gesundheitlichen Prävention im Bereich der deutschen Zahnmedizin“, lobt Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake, Universität Göttingen, die letztes Jahr im April ins Leben gerufene Kampagne „Gemeinsam gegen Mundkrebs in Schleswig-Holstein“. „Diese regionale Präventionskampagne hat bundesweiten Modellcharakter“, stellt der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) heraus; sie helfe, Tumore in der Mundhöhle früher zu erkennen und damit die Prognose und Lebensqualität Betroffener zu verbessern. Die Aufklärungskampagne „Gemeinsam gegen Mundkrebs in Schleswig-Holstein“ führe außerdem Medizin und Zahnmedi-



Priv.-Doz. Dr. Katrin Hertrampf

zin beispielhaft zusammen, so Schliephake.

Das Forscherteam besteht aus Priv.-Doz. Dr. Katrin Hertrampf, MPH, Prof. Dr. Jörg Wiltfang und Prof. Dr. Hans-Jürgen Wentz. Die Kampagne verknüpft eine Kombination von Massenmedien, wie Postern in Bussen und Bahnen, Faltblättern bei Ärzten, Zahnärzten und Apotheken sowie von Institutionen wie Stadtmissionen, Verbraucherzentralen, Gesundheitsämtern und Wohlfahrtsverbänden und anderen. Außerdem werden Ärzte und Zahnärzte direkt angesprochen.

Feinaufschlüsselung der Daten zur Tumorentität

„Die Idee entstand vor dem Hintergrund, dass die Standards in Diagnostik

und Therapie bei dieser Tumorentität sich kontinuierlich verbessert haben, die Betroffenen aber nach wie vor sich erst im fortgeschrittenen Tumorstadium vorstellen“, erläutert die Initiatorin, Priv.-Doz. Dr. Katrin Hertrampf. „So lag die Vermutung nahe, dass die Bevölkerung diesen Tumor nur ungenügend kennt und somit auch Anzeichen, Symptome, mögliche Risikofaktoren, aber auch Präventionsmöglichkeiten nicht bekannt sind.“ Das wollte Hertrampf gemeinsam mit ihren Mitstreitern ändern.

Dazu musste aufwendige wissenschaftliche Vorarbeit geleistet werden. Neben der Ermittlung des repräsentativen Kenntnisstandes der Bevölkerung zu dieser Erkrankung und einer Zielgruppenerhebung nebst qualitativer Analyse von Probanden daraus, zählte auch eine



Das begehbare Mundmodell sorgt regelmäßig für Aufsehen. (Foto: Hertrampf)

Feinaufschlüsselung der Daten zu dieser Tumorentität aus dem Krebsregister dazu. Zur weiteren Vorbereitung zählte die Einbindung von Zahnärzten und später auch Ärzten (wie HNO, Dermatologen oder Hausärzte) in die Kenntnisstandserhebung. „Bei den Zahnärzten schloss sich eine einjährige Schulungsintervention an, wo wir über verschiedene Medien zur Erkrankung und über die Durchführung einer standardisierten Mundschleimhautuntersuchung informiert haben. Nach dieser einjährigen Schulungsphase haben wir den Kenntnisstand der Zahnärzte erneut erhoben“, beschreibt Priv.-Doz. Dr. Hertrampf die umfangreichen Vorarbeiten, die sich über mehrere Jahre hinzogen.

Modell macht neugierig

Der Aufwand hat sich gelohnt, so das Fazit, nachdem mehr als die Hälfte der auf zwei Jahre vorerst angelegten Kampagnendauer verstrichen ist. „Inwieweit die messbare Wahrnehmung innerhalb der Bevölkerung jetzt schon einen ersten positiven Trend zeigt, wird die gerade laufende erste große Befragungswelle präsentieren.

„Das Modell macht Menschen neugierig, und sie können sich auf unkonventionelle Weise über dieses Thema informieren“, stellt Katrin Hertrampf zufrieden fest. Das Modell wanderte durch Einkaufspassagen, Rathäuser und Kreishäuser u.a. in Lübeck, Kiel und Flensburg und stieß jedes Mal auf große Resonanz. Neue Standorte und Termine für 2013 sind bereits vereinbart. ◀◀

DGZMK Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.
Tel.: +49 2104 5056713
www.dgzmk.de

ANZEIGE

»» Aktuell, vielschichtig, crossmedial.





Sales Tool auf ZWP online – Informieren, kontaktieren, bestellen!

ZWP online iPad App

Spezialisten-Newsletter

Jetzt anmelden!

ZWP online auch als mobile Version verfügbar

Entdecken Sie noch mehr Vorteile von ZWP online!
Video Guided Tour ZWP online



www.zwp-online.info

FINDEN STATT SUCHEN. 

Fachdental Leipzig – Regionales Highlight für den Dentalmarkt

Aussteller präsentieren die IDS-Höhepunkte und setzen thematische Akzente in der CAD/CAM-Technologie, Praxishygiene und Ergonomie.

■ Jedes Jahr ist die Fachdental Leipzig das Highlight für die Dentalbranche in Ost- und Mitteldeutschland. Zahlreiche Besucher kommen jährlich nach Leipzig, um sich das Angebot der mehr als 200 Aussteller anzusehen. Am 7. und 8. September 2013 zeigt die Fachdental die neuesten Entwicklungen in Zahnmedizin und Zahntechnik. Dieses Jahr präsentieren die veranstaltenden Dental-Depots und Marktführer aus der Industrie die Höhepunkte der IDS. Ein Fortbildungsprogramm für Zahnärzte ergänzt das Angebot der Fachmesse.

Aktuelle Themen

Auf der Fachdental Leipzig können sich Zahnärzte von neuen Entwicklungen und Möglichkeiten in der CAD/CAM-Technologie überzeugen lassen und lernen, wie sie diese Technologie gewinnbringend in ihrer Praxis einsetzen können. Zu einem weiteren zentralen Thema hat sich die Praxishygiene entwickelt. Es werden Geräte präsentiert, die die automatisierte Instrumentenpflege aufgrund höherer Reinigungsvolumen wirtschaftlicher und effizienter machen. Der demografische Wandel hin zu einer alternden Gesellschaft und somit auch zu älter werdenden Patienten erfordert eine Verbesserung der



zahnmedizinischen Versorgung. Zudem wachsen die Bedeutung der Prävention und der Wunsch der Patienten nach Zahnersatzleistungen. Die Fachdental Leipzig stellt deshalb neue Materialien und Technologien vor, die neue Therapien in der Zahnersatzversorgung ermöglichen. In der Zahnmedizin stehen allerdings nicht nur der Patient, sondern auch die Zahnärzte und ihr Fachpersonal im Vordergrund. Eine ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes und gut organisierte Arbeitsabläufe sind für die Gesundheit des zahnärztlichen Teams sehr wichtig und werden daher auch auf der Fachdental in Leipzig vorgestellt. Darüber hinaus ist der Dental Tribune Study Club live on stage. Das Forum, welches mitten in der Halle stattfindet, ist für alle Messebesucher kostenlos. Weitere Informationen gibt es unter: www.fachdental-leipzig.de ◀◀

Was der Patient weitergibt

Was macht einen erfolgreichen Zahnarztbesuch aus?

Give-aways und Patientenratgeber

Die sogenannten Give-aways sind nicht nur kleine positive Überraschungen für den Patienten, sondern auch wichtige Erinnerungstützen. Zudem wird darüber oft noch mehr geredet bzw. ein witziges oder schön gestaltetes Mitgabegeschenk auch rumgezeigt. So sind Lippenpflege-
stifte insofern sinnvoller als Zahnseide, als dass sie öffentlich benutzt

werden und somit eine größere Reichweite entfalten können. Gibt es ein Give-away, welches Nützlichkeit, Seriosität und Sympathie in sich vereint? Insbesondere für hochwertige Leistungen (z.B. Zahnimplantate) wurde ein Patientenratgeber in Buchform entwickelt, der ohne großen Aufwand in Herausgeberschaft publiziert wird. Ein hochwertig gedrucktes Taschenbuch zur Implantologie oder ästhetischen Zahnmedizin mit dem Namen des Zahnarztes als Herausgeber auf dem Cover und der Praxis auf den ersten Seiten. Das Buch trägt damit nicht nur die Kompetenz des Zahnarztes in der seriösesten Form weiter, sondern lässt dem Patienten auch eine hohe Wertschätzung zuteil werden. Die Erfahrung zeigt, dass ein solches Buch eine große Zirkulation im Freundes- und Verwandtenkreis erfahren kann. Mehr Infos beim nexilis verlag unter: www.nexilis-verlag.com ◀◀

■ Ist der Patient mit seinem Zahnarztbesuch zufrieden, wird er im besten Fall im Bekannten- oder Verwandtenkreis davon berichten. Denn Positives wird längst nicht so oft kundgetan wie negative Erfahrungen. Die fachlich überzeugende Leistung sollte dabei die Basis sein. Abgesehen von der erfolgreichen Behandlung, die der Patient nur bedingt beurteilen kann, sind es im Nachhinein meistens die „weichen“ Faktoren, die in der Schilderung seines Besuches vorkommen: die sympathische Begrüßung durch das Praxispersonal, das Anbieten von Kaffee oder Wasser im Wartezimmer oder das freundliche Auftreten auf Augenhöhe. Wahr ist, dass die Mund-zu-Mund-Empfehlung für die meisten Praxen noch am bedeutendsten ist, um Neupatienten zu gewinnen. Aber was von dem, was berichtet wird, bleibt beim Empfänger hängen?



Infos zum Unternehmen

Designpreis 2013

360grad-Praxistour zu gewinnen: Die Bewerbung um „Deutschlands schönste Zahnarztpraxis“ lohnt sich!

■ Die OEMUS MEDIA AG sucht auch in 2013 die Zahnarztpraxis mit Charakter und Wohlgefühlgarantie: Durch ungewöhnliche Farbgebung, raffinierte Formsprache, hochwertige Materialien und ein durchdachtes Lichtkonzept. Dabei muss es nicht immer modern-innovativ zugehen, auch ein interessanter Stilmix und die gelungene Umsetzung von klassischer Eleganz können überzeugen. Einladen sollen die Räume zum Ankommen und Entspannen, vielleicht sogar zur Inspiration. Doch nicht nur die Patienten sollen sich in der Zahnarztpraxis bestens aufgehoben fühlen – auch die Praxisinhaber und das gesamte Praxisteam können von der richtigen Arbeitsatmosphäre profitieren. Die OEMUS MEDIA AG stiftet für „Deutschlands schönste Zahnarztpraxis“ in 2013 einen ganz besonderen Preis: Die Gewinnerpraxis erhält eine exklusive 360grad-Praxistour im Wert von 3.500 Euro. Der virtuelle Rundgang bietet per Mausklick die einzigartige Chance, Praxisräumlichkeiten, Praxisteam und Praxiskompetenzen informativ, kompakt und unterhaltsam zu präsentieren. So können sich die Nutzer bequem mithilfe des Grundrisses oder von Miniatur-Praxisbildern durch Empfang, Wartebereich oder

Behandlungszimmer bewegen – als individuelles Rundum-Erlebnis aus jeder gewünschten Perspektive. Gleichzeitig lassen sich während der 360grad-Praxistour auch Informationen zu Praxisteam und -leistungen abfragen. Ebenso möglich sind Direktverlinkungen zu Webinhalten.

Gewinnen Sie mit der 360grad-Praxistour Patienten: Einfach, preiswert und modern – bequem abrufbar mit allen PCs, Smartphones und Tablets. Ideal zur Ergänzung Ihres professionellen Praxisauftritts im Internet.



„360grad-Praxistour“ [Imagevideo]

Und so gehts

Schicken Sie uns Ihre Unterlagen bis zum 1. Juli 2013. Enthalten sein sollten die Eckdaten Ihrer Praxis sowie Angaben zum Architekten, zum Konzept bzw. der Praxisphilosophie, ebenso der Grundriss sowie zum Druck freigegebene Bilder Ihrer Praxis auf Fotopapier und in digitaler Form. Das Bewerbungsformular finden Sie auf: www.designpreis.org ◀◀

OEMUS MEDIA AG

Stichwort: ZWP Designpreis 2013
Tel.: +49 341 48474-120
zwp-redaktion@oemus-media.de

Unkompliziert endodontisch aufbereiten

Erfolgreiches Team: 1-Feilen-System One Shape® und Endomotor ENDOAce®.

■ Die Produktgruppe der 1-Feilen-Systeme wird zurzeit von den reziprok laufenden NiTi-Systemen inklusive der notwendigen Spezialendomotoren beherrscht. Jetzt beweist MICRO-MEGA mit dem One Shape® System, dass 1-Feilen-Systeme aus NiTi auch einfacher gehen.

Volle 360° Rotation, asymmetrischer Querschnitt und einzigartige Architektur der Schneiden kennzeichnen das Instrument. „Nach entsprechender protokollgerechter Vorselektion und gegebenenfalls Anlegen eines Gleitpfades mit G-Files wird tatsächlich nur ein einziges Instrument eingesetzt, um den Wurzelkanal aufzubereiten“, freut sich Dr. Gruner, Area Manager für MICRO-MEGA in Deutschland und Österreich.



„MICRO-MEGA One Shape in der Anwendung“ [Video]

One Shape® ist in der Größe ISO 25 und in den Längen 21, 25 und 29 mm erhältlich. Der aktive Teil der Feile ist 16 mm lang. Die Konizität von 6 Prozent sorgt für eine erfolgreiche Aufbereitung bis hin zum Apex und ermöglicht eine effektive Spülung.

Die Feile kann mit bis zu 4 Ncm Torque eingesetzt werden. One Shape® wird in Blistern mit fünf sterilen, einzeln verpackten Instrumenten angeboten, sodass die Feilen sofort einsatzbereit sind.

Es empfiehlt sich der Einmalgebrauch. Dadurch wird die Materialermüdung des Instrumentes vermieden und die Sicherheit der Behandlung erhöht.



Starker Partner: Endomotor ENDOAce®

One Shape® ist optimal einsetzbar auch in Kombination mit dem MICRO-MEGA Endomotor ENDOAce®. Er verfügt über eine integrierte Längenmessung, Torque-Control und Geschwindigkeitskontrolle. Dabei stehen verschiedene Auto-Stop-Einstellungen zur Wahl. Neun individuell belegbare Programmplätze für behandlerdefinierte Sequenzen und 14 voreingestellte Programme werden für komfortables Arbeiten angeboten. ◀◀



Infos zum Unternehmen

MICRO-MEGA
Tel.: +49 30 28706056
www.micro-mega.com

ANZEIGE



BriteVeneers® to go

Das Vollkeramik Instant Veneersystem in drei Farben, Größen und Formen.



Formen	Größen
I trapezförmig OK	L, M, S
I rechteckig OK	L, M, S
I quadratisch OK	L, M, S



BriteDent GmbH
Brühl 4, 04109 Leipzig | Tel.: 0341/9600060
info@brite-veneers.com | www.brite-veneers.com

Faxanwort

0341 48474-600

Ja, ich möchte Informationsmaterial anfordern!

Name | Vorname:

E-Mail-Adresse (Bitte angeben!):

Stempel:



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT
FÜR ORALE
IMPLANTOLOGIE

10. Internationaler Jahreskongress der DGOI



19.–21. September 2013
Hotel Sofitel Munich Bayerpost
München

In Kooperation mit:



Implantologie: Technik & Medizin

Die Bedeutung moderner Zahntechnik für das chirurgische und prothetische Vorgehen in der Implantologie



Information & Anmeldung: www.dgoi.info

Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie (DGOI)

Bruchsaler Straße 8 · 76703 Kraichtal · Tel. 07251 618996-0 · Fax: 07251 618996-26 · mail@dgoi.info