

ANZEIGE



Hämostatikum
Stoppt die Blutung - reduziert die Keime

- für ein sauberes, unblutiges Scalen
- ermöglicht eine schnelle und gründliche Zahnsteinentfernung
- stoppt nachhaltig Kapillarblutungen der Gingiva, Haut und Pulpa
- keimreduzierende Wirkung
- minimiert die Gefahr einer Bakteriämie

HUMANCHEMIE
Kompetenz in Forschung und Praxis

Humanchemie GmbH · Hinter dem Krug 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

PN Aktuell

**Schwerpunkt
Parodontalchirurgie**

Qualitätsleitstern
Effektives Qualitätsmanagement ist nur durch Qualitätsbewusstsein beim gesamten Praxisteam zu erreichen.
Praxismanagement
» Seite 7

EFP Kampagne
In Monaco wurde Anfang Mai die globale Outreach Campaign vorgestellt, die den Zusammenhang von parodontalen und systemischen Erkrankungen thematisiert.
Events
» Seite 14

**Jahrbuch
Implantologie**
Auf 300 Seiten informiert das Jahrbuch über die aktuellsten Trends und wissenschaftlichen Standards in der Implantologie.
Service
» Seite 18

Neugegründet: Junior Committee in der DGParo

Unterstützung für die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V.



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.

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, jahrgangsstarken 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 Weiterbildungsangeboten einzubinden.

Parodontologie interessanter machen

Die Prävalenz und die Bedeutung der Parodontologie nimmt in der Grundversorgung der Patienten eine immer wichtigere Rolle ein. „Die Bedeutung einer guten parodontalen Situation bei den meisten zahnmedizinischen Versorgungen wird aber

» Seite 2

Parodontalregeneration

Mit dem Beginn des 21. Jahrhunderts setzt sich ein Trend fort, der sich in jüngerer Zeit immer deutlicher abzeichnet: Die Zahl der erwachsenen Patienten in der kieferorthopädischen Praxis nimmt ständig zu.

Der vorliegende Artikel greift diesen Trend auf und stellt eine erwachsene Patientin vor, bei der nach parodontalen und knochenregenerativen Maßnahmen eine erfolgreiche kieferorthopädische Therapie durchgeführt wurde. Bei der Behandlung erwachsener Patienten sieht sich der Kieferorthopäde häufig nicht nur der Problematik eines konservierend und prothetisch versorgten Gebisses, sondern in manchen Fällen lokalisierten oder generalisierten parodontalen Destruktionen und/oder marginalen Parodontitiden ausgesetzt. Über die Notwendigkeit eines gesunden Parodontiums als Voraussetzung für orthodontische Zahnbewegungen besteht in der kieferorthopädischen Fachwelt dabei keinerlei Zweifel. Hierfür stehen daher je nach klinischer Situation diverse Verfahren von der Beseitigung einer Parodontitis bis hin zu parodontalregenerativen Konzepten, z.B. Guided Tissue Regeneration (GTR) mit oder ohne Knochenaugmentation, zur Verfügung.

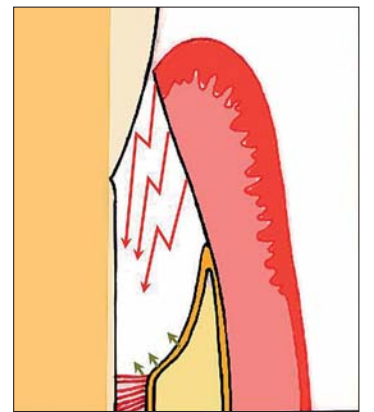


Abb. 1: Darstellung der Wundheilungsmechanismen nach einer konventionellen Lappenoperation. Eine schnelle Proliferation des Saumeithels nach apikal und dessen Besiedlung an der Wurzeloberfläche verhindern eine Regeneration.

Erwachsenen Patienten ist besonders an der Korrektur ästhetischer Unausgewogenheiten gelegen. Da Mund und Zähne einen wichtigen Anteil an der Attraktivität des menschlichen Gesichtes haben und Letzteres als herausragendes Merkmal der persönlichen Identität angesehen wird,

» Seite 4

ANZEIGE

ParoStatus.de

Setzt Maßstäbe in Befunddokumentation, Verlaufsanalyse und Patientenbindung!

jetzt mit kostenloser Praxis-App



www.ParoStatus.de
Tel.: 030 / 695 450 350

Osteology Monaco – drei Tage voller Information und Inspiration

Das Internationale Osteology Symposium vom 2. bis 4. Mai 2013 in Monaco war ein voller Erfolg.

Die Veranstaltung mit 2.700 Teilnehmern war ein Highlight: So gab es viele Überraschungen zum zehnten Geburtstag der Osteology Stiftung, einen Vorkongresstag mit praktischem Training an fast 600 Schweinekiefern, eine Ausstellung mit 200 wissenschaftlichen Postern, 60

Vorträge auf höchstem Niveau, 3-D-Operationsvideos und eine große Industrieausstellung. Die Prävention, Diagnose und Therapie der Periimplantitis bildete ein Schwerpunktthema, das zwei ganze Vortragsblöcke ausfüllte. 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.

» Seite 14

Neuer Leitfaden

Schnittstellen zwischen BEMA und GOZ.

Die KZBV hat einen neuen Leitfaden für Zahnärzte herausgebracht. Unter dem Titel „Schnittstellen zwischen BEMA und GOZ“ gibt er Zahnärzten schon vor einer aufwendigen Behandlung Tipps, wie abgerechnet werden kann. Ratschläge zur Inanspruchnahme privater Leistungen und deren Vereinbarkeit mit Zuschüssen aus der gesetzlichen Krankenversicherung sowie rechtliche Grundlagen und Vereinbarungsmöglichkeiten der Leistungen werden erklärt. Der Leitfaden soll das Beratungsgespräch zwischen Zahnarzt und Patienten erleichtern, indem Fragen zur Kostenübernahme bereits vor einer Therapie geklärt werden können. Die einzelnen GOZ-Nummern sind in einer Übersicht mit jeweiligem Kommentar entspre-



chend der Auffassung der BZÄK vom 9. Februar 2013 aufgelistet.

Quelle: www.kzbv.de

Angestellte Zahnärztinnen

20 Jahre Urteil „Berufsverbot“ bei Schwangerschaft.

Am 27. Mai 1993 hat das Bundesverwaltungsgericht mit einem Urteil die Berufstätigkeit von Zahnärztinnen erheblich beeinflusst:

„Schwangerschaftsvertretungen“ für die Zahnarztpraxen. Da an den gesetzlichen Bestimmungen nicht gerüttelt werden kann und



Es bestätigte die Rechtmäßigkeit einer Anordnung eines Gewerbeaufsichtsamtes, die schwangeren Zahnärztinnen invasiv-operative Tätigkeiten und zahnärztlich-chirurgische Eingriffe ebenso untersagt hatte wie das Assistieren bei diesen Arbeiten sowie Injektionen und Extraktionen. Seither werden in den Zahnarztpraxen schwangere angestellte Zahnärztinnen mit Blick auf das Mutterschutzgesetz weitgehend grundsätzlich von der Arbeit freigestellt. Das hat Folgen für die Praxen: Eine schwangere angestellte Kollegin stellt die Praxisinhaber vor deutliche Herausforderungen. Während vor 20 Jahren der Anteil der Frauen im Berufsstand im kleinen zweistelligen Bereich lag und zeitlich begrenzte Ausfälle vom Gesamtberufsstand gut kompensiert werden konnten, ist in Kürze jeder zweite Zahnarzt eine Frau. Nicht zuletzt mangelt es, Umfragen des Dentista Clubs zufolge, mittlerweile an ausreichender Anzahl qualifizierter

soll, sieht der Dentista Club nur die Möglichkeit, der Entwicklung mit konstruktiven Angeboten sowohl für die Arbeitgeber in den Praxen als auch für die schwangeren Kolleginnen zu begegnen. Während der Zahnärztinnenverband derzeit praxisnahe und juristisch untermauerte Lösungen erarbeitet, wird gleichzeitig in Zusammenarbeit mit der Bundeszahnärztekammer ein umfangreicher Ratgeber entwickelt, der für Arbeitgeber/-innen und schwangere Arbeitnehmerinnen gleichermaßen hilfreiche Informationen vermittelt.

PN Adresse

Buena Vista Dentista Club e.V.
Verband der Zahnärztinnen
Christstr. 29 a
14059 Berlin
Tel.: 030 3082-4682
Fax: 030 3082-4683
info@dentista-club.de
www.dentista-club.de

Junior Committee in der DGParo

Fortsetzung von Seite 1

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 näher bringen“, 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. Denn das Fach bildet die Basis für viele weiterführende Behandlungen. Eine gute parodontale Versorgung, so Fickl, trägt dazu bei, andere nötige Maßnahmen erfolgreich und nachhaltig durchzuführen.

Differenzierte Fortbildungsangebote

Eine weitere wichtige Aufgabe der Parodontologie sieht Prof. Peter Eickholz, Präsident der DGParo, darin, durch systematische UPT (unterstützende Parodontitis-therapie) 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 Fachgesellschaft 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 gewinnen

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 Inter-



essen 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

Die Junioren wollen neben dem Fachwissen der etablierten wissenschaftlichen Fachgesellschaft

auch Fragen der praktischen Tätigkeit, Praxisgründung und Patientenführung aufgreifen. Dazu setzen sie neue Medien, Themen und Formate ein, um im kontinuierlichen Dialog mit ihren jüngeren und weiblichen Zielgruppen zu sein: „interaktiver, schneller, relevant!“ lautet die Devise. Zur Jahrestagung in Erfurt wird sich das Junior Committee am 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.

Weiterhin ist ein interaktives Seminar für junge Zahnärzte und Studierende in Leipzig am 16. November 2013 geplant. Außergewöhnlich ist der Ort, das Porschewerk Leipzig. Außergewöhnlich ist auch das Programm mit viel Input für junge Kolleginnen und Kollegen. Mit der Verlosung von Hospitationstagen bei erfahrenen Parodontologen wollen die Junioren einen Einblick in die spannende Praxis ihres Faches geben.

Mit Webinaren und anderen interaktiven Formaten soll vermehrt neuestes Wissen aus der Parodontologie und den angrenzenden Bereichen vermittelt werden. „Wir sind davon überzeugt, dass sich die Faszination, die das Fach auf uns ausübt, auch auf andere übertragen lässt. Schließlich behandeln wir in einem zahnmedizinischen Bereich mit der größten Prävalenz in einer alternden Gesellschaft, bei ständig steigender Patientenzahl und das mit exzellenten Ergebnissen. Wenn das mal keine Perspektive ist!“, geben sich die Junioren optimistisch.

Weitere Informationen sind auf der Facebook-Seite der DGParo www.facebook.com/DGParo zu finden.

Quelle: www.DGParo.de

PN PARODONTOLOGIE NACHRICHTEN

IMPRESSUM

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

Redaktionsleitung
Antje Isbaner (ai)
Tel.: 0341 48474-120
a.isbaner@oemus-media.de

Projektleitung
Stefan Reichardt
(verantwortlich)
Tel.: 0341 48474-222
reichardt@oemus-media.de

Produktionsleitung
Gernot Meyer
Tel.: 0341 48474-520
meyer@oemus-media.de

Anzeigen
Marius Mezger
(Anzeigendisposition/
-verwaltung)
Tel.: 0341 48474-127
Fax: 0341 48474-190
m.mezger@oemus-media.de

Abonnement
Andreas Grasse
(Aboverwaltung)
Tel.: 0341 48474-200
grasse@oemus-media.de

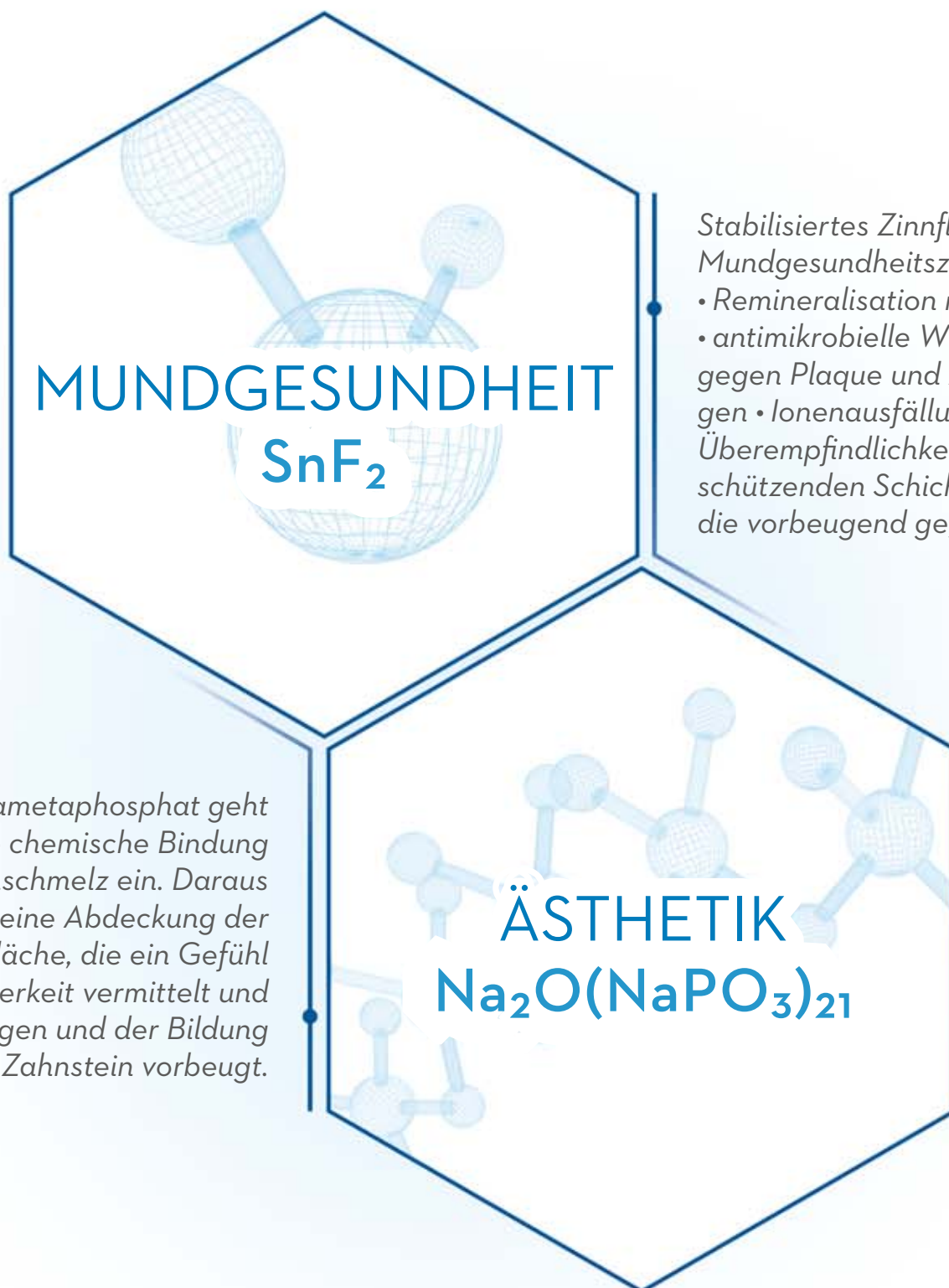
Herstellung
Matteo Arena
(Layout, Satz)
Tel.: 0341 48474-115
m.arena@oemus-media.de

Druck
Dierichs Druck+Media GmbH & Co. KG
Frankfurter Straße 168
34121 Kassel

Die PN Parodontologie Nachrichten erscheint regelmäßig als Zweimonatszeitung. Bezugspreis: Einzel exemplar: 8,- € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Jahresabonnement im Inland: 40,- € ab Verlag inkl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Abo-Hotline: 0341 48474-0. Die Beiträge in der „Parodontologie Nachrichten“ sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur nach schriftlicher Genehmigung des Verlages. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit von Verbands-, Unternehmens-, Markt- und Produktinformationen kann keine Gewähr oder Haftung übernommen werden. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung (gleich welcher Art) sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen – für alle veröffentlichten Beiträge – vorbehalten. Bei allen redaktionellen Einsendungen wird das Einverständnis auf volle und auszugsweise Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern kein anders lautender Vermerk vorliegt. Mit Einsendung des Manuskriptes gehen das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Bücher und Bildmaterial übernimmt die Redaktion keine Haftung. Es gelten die AGB und die Autorenrichtlinien. Gerichtsstand ist Leipzig.

NEU

PRO-EXPERT ZAHNCREME



Stabilisiertes Zinnfluorid verbessert den Mundgesundheitszustand durch

- Remineralisation mit Hilfe von Fluorid
- antimikrobielle Wirkung zur Vorbeugung gegen Plaque und Zahnfleischerkrankungen
- Ionenausfällung zur Linderung von Überempfindlichkeiten
- die Bildung einer schützenden Schicht auf dem Zahnschmelz, die vorbeugend gegen Säure-Erosion wirkt.

Natriumhexametaphosphat geht eine starke chemische Bindung mit dem Zahnschmelz ein. Daraus resultiert eine Abdeckung der Zahnoberfläche, die ein Gefühl der Sauberkeit vermittelt und Verfärbungen und der Bildung von Zahnstein vorbeugt.

GESÜNDERER MUND UND SCHÖNERE ZÄHNE *

Entdecken Sie die außergewöhnlichen Vorteile der exklusiven Rezeptur mit stabilisiertem Zinnfluorid und Natriumhexametaphosphat für Mundgesundheit und Ästhetik **



PRO-EXPERT
Tiefenreinigung



PRO-EXPERT
Sensitiv + Sanftes Weiß



PRO-EXPERT
Zahnschmelz Regeneration

* Im Vergleich zu einer herkömmlichen Zahncreme.

** In der Variante Sensitiv + Sanftes Weiß liegen der Zinnfluorid-Komplex und das Polyphosphat in leicht anderer Form vor. Die Wirkweise ist jedoch die gleiche wie bei den beiden anderen PRO-EXPERT Varianten.

Kieferorthopädische Behandlung nach Parodontalregeneration

PN Fortsetzung von Seite 1

muss die Korrektur dentofazialer Anomalien in die objektive Zielsetzung der Kieferorthopädie mit entsprechender Gewichtung eingebracht werden.

Die Erwachsenenbehandlung konfrontiert den Kieferorthopäden dabei mit interdisziplinären Fragestellungen, die z.B. orthodontische Zahnbewegungen in parodontal geschädigte Kieferabschnitte betreffen. Die hohe Erfolgsquote neuerer Verfahren der Parodontalbehandlung wie der gesteuerten Gewebe- bzw. Knochenregeneration warfen die Frage auf, inwiefern diese bei einer kombinierten parodontal-kieferorthopädischen Therapie sinnvoll eingesetzt werden können.

nach apikal ein New Attachment oder eine Regeneration weitgehend verhindert (Abb. 1). Die Regeneration des Parodontiums scheint nur von Zellen des Alveolarknochens und des Desmodonts ausgehen zu können.^{5,21,30,36,47}

Diese Erkenntnisse veranlassten Nyman et al. 1982, den von Granulationsgewebe, infizierten Zement- und Knochengewebe gereinigten Defekt durch eine mechanische Barriere (Membran) gegenüber dem gingivalen Epithel abzusichern. Die hierfür eingesetzten Membranen gibt es in zwei Varianten: resorbierbare (z.B. Hypro-Sorb® F, Hypro-Sorb® M Resorbable Bilayer Collagen Membrane, Firma Cardiophil) und nichtresorbierbare (z.B. Gore-Tex-Membranen). Die nichtresor-

Behandlungsmethode (GTR) nachgewiesen werden.^{1-4,6,7,13,18,29,39,40,43-46,48} Eine Restitutio ad Integrum, d.h. eine qualitativ und quantitativ vollständige Wiederherstellung des verloren gegangenen parodontalen Gewebes, ist mit den derzeit zur Verfügung stehenden Verfahren nicht möglich.

Kombination von gesteuerter Geweberegeneration und Knochenaugmentation

Die Regeneration des Parodontiums kann durch Knochentransplantate unterstützt werden. Dabei handelt es sich um autogenen Knochen, der sowohl extraoral als auch intraoral gewonnen werden kann. Als extraorale Entnahme-

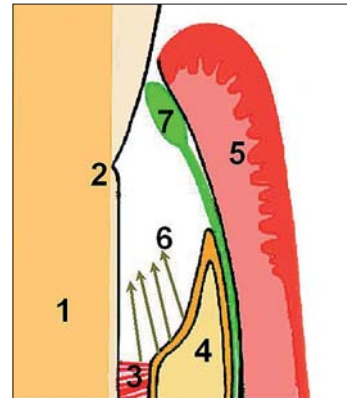


Abb. 2: Das Prinzip der gesteuerten Geweberegeneration (GTR). Die Applikation einer Membran (7) und somit die Abschirmung des gingivalen Epithels (5) von Wurzelzement und Alveolarknochen (4) schafft einen Hohlraum (6); dadurch ist die Besiedlung des Parodontaldefektes mit Zellen aus dem Desmodont (3) und dem Alveolarknochen (4) gewährleistet. (1 Dentin – 2 Schmelz-Zement-Grenze – 3 Desmodont – 4 Alveolarknochen – 5 Gingiva und gingivales Epithel – 6 Hohlraum – 7 Membran als Barriere.)

die Behandlung des Parodontaldefektes mit einem Knochenimplantat nur eine von vielen therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung darstellt und bei korrekter Durchführung in der Regel erfolgreich verläuft.

Eine Methode mit mehr Aussicht auf Erfolg als die alleinige gesteuerte Geweberegeneration ist ihre Kombination mit der Knochenaugmentation. Dies ist besonders effektiv, wenn der Knochendefekt so groß oder die Defektform so ungünstig ist, dass ein Hohlraum unter der Membran nicht geschaffen werden kann.^{1,21} Kieferspaltrekonstruktionen (sekundäre Osteoplastiken) wurden erfolgreich mit Knochentransplantationen durchgeführt, bevor Zähne orthodontisch in den ehe-



Abb. 3: a) Die Zahnfehlstellungen beeinträchtigen das Erscheinungsbild beim Lächeln. b-d) Situation vor Beginn der PA- und KFO-Behandlung; eine Klasse I-Oklusion an den ersten Molaren, aufgrund der Nichtanlage des Schneidezahnes im Unterkiefer stimmt die Mitte nicht mehr. e-g) Aufsichtsaufnahme der beiden Kiefer; Zahnfehlstellungen und Engstände in beiden Fronten, eine Nichtanlage des Zahnes 41, die Zahnform der Frontzähne im Oberkiefer ist gestört. h) Eine sehr ausgeprägte Sondierungstiefe mesial des Zahnes 26, die Gingiva erscheint in dieser Region entzündet. – Abb. 4: Die Röntgenaufnahme zeigt einen Knochendefekt zwischen den Zähnen 25 und 26. – Abb. 5a und b: Operative Darstellung des Knochendefektes am Zahn 26 von bukkal und palatinal. – Abb. 6a und b: Die Granulationsgewebe wurden entfernt und der Knochendefekt wurde mit Knochen (Dexabone®, Cardiophil) und Membran (Hypro-Sorb® F, Resorbable Bilayer Collagen Membrane, Firma Cardiophil) bearbeitet. – Abb. 7: Eine Schmelzreduktion (Stripping) an der Oberkieferfront wurde durchgeführt. – Abb. 8a-c: Aufgrund der Nichtanlage des Zahnes 41 blieben Lücken in der Unterkieferfront, die durch Zahnverbreiterung mit Kompositmasse beseitigt wurden.

Eine marginale Parodontitis führt oft zu einer Zerstörung der zahntragenden Gewebe, speziell des Alveolarknochens und des bindegewebigen Attachments.²⁴ Die konventionellen Parodontaltherapien wie Scaling und Wurzelglättung haben jedoch zum Ziel, das Fortschreiten von parodontalen Attachmentverlusten und Alveolarknochenstrukturen zu stoppen und die Zähne und deren Funktion zu erhalten, sind aber nicht in der Lage, vorhandene Defekte durch Geweberegeneration zu regenerieren.^{13,24} Untersuchungen der parodontalen Wundheilungsmechanismen nach konventionellen Lappenoperationen haben gezeigt, dass die schnelle Proliferation des Saumeithels

bierbaren erfordern im Gegensatz zu den resorbierbaren zum Entfernen der Membran einen zweiten chirurgischen Eingriff. Diese sollen die Voraussetzung für eine Regeneration von Zement, Knochen und bindegewebigem Attachment unter dem Einfluss parodontaler Ligamentzellen schaffen (Abb.2).^{8,16,17,23,36,37} Dieses Vorgehen wird als gesteuerte Geweberegeneration (Guided Tissue Regeneration = GTR) bezeichnet. In histologischen Untersuchungen wie z.B. von Gottlow et al.¹⁶, Becker et al.³, Zappa⁵⁰ und Cortellini et al.⁸ konnte eine Regeneration des Parodontiums durch Neubildung von Zement, bindegewebigem Attachment und Alveolarknochen nach Anwendung dieser

stelle wird der Beckenkamm bevorzugt. Der entnommene spongiöse Knochen und das Knochenmark haben eine ausgesprochen hohe osteogene Potenz. Als intraorale Entnahmestelle eignen sich z.B. der Tuber, ein zahnloser Kieferabschnitt, eine heilende Extraktionsalveole oder die Kinnregion. Die Knochenimplantate sind Spenderknochen, die in verschiedenen Arten (gefroren, gefriergetrocknet und demineralisiert gefriergetrocknet) zur Verfügung stehen. Als Knochenimplantat und Knochenersatzmaterial, das eine hohe Biokompatibilität und Biofunktionalität besitzt, eignet sich das Präparat Dexabone® (Cancellous bone graft material of bovine origin, Firma Cardiophil).

Dieses Präparat hat sich nicht nur auf dem Gebiet der Implantologie, sondern auch bei der Behandlung von Parodontaldefekten bewährt. Über den Erfolg einer parodontalen Regeneration nach lokalisierten Augmentationen im alveolären bzw. parodontalen Defekt mit Knochentransplantaten und -implantaten haben viele Autoren berichtet.^{9,19,23,41,42} Diese knöchernen Defektauffüllungen sowie der Attachmentgewinn wurden histologisch bestätigt.^{9,41} Zusätzlich zum neuen Attachment fand man jedoch bei anderen histologischen Untersuchungen ein langes Saumeithel zwischen neu gebildetem Alveolarknochen und der Wurzeloberfläche.^{26,33} Mellonig³² kam zu der Schlussfolgerung, dass

maligen Spaltbereich bewegt wurden.^{5,10,14,28} Lokalisierte Augmentationen im alveolären bzw. parodontalen Defekt vor kieferorthopädischen Zahnbewegungen²⁷ haben sich als erfolgreich erwiesen. Bowers et al.⁶ haben eine Auswahl bereits veröffentlichter histologischer Ergebnisse zusammengestellt, die eine Regeneration nachwiesen, nachdem Knochentransplantationen angewandt wurden. Orthodontische Zahnbewegungen in Gebiete mit reduziertem Knochenangebot sind nicht begleitet von einem Verlust an bindegewebigem Attachment, wenn die marginale Entzündung präortho-

Philips Sonicare AirFloss

Die Innovation zur einfachen
Reinigung der Zahnzwischenräume

War Ihren Patienten die Reinigung der Zahnzwischenräume bisher zu mühsam?



Der Philips Sonicare AirFloss arbeitet mit patentierter Luft- und Mikrotröpfchen-Technologie. Durch seinen Hochdruck-Sprühstrahl aus Luft und winzigen Wassertropfen reinigt er tief in den Zahnzwischenräumen und entfernt dort mühelos Plaque-Biofilm. Einfach und sicher in der Anwendung. Sanft zu Zahnfleischgewebe, Zähnen und Zahnschmelz.

- **Einfach:** Gezielte und tiefe Reinigung mit nur einem Knopfdruck
- **Schnell:** Reinigung in 60 Sekunden
- **Effektiv:** Gründliche Entfernung von Plaque-Biofilm
- **28 Tage Geld-zurück-Garantie:** Bietet Patienten, die bisher nie oder selten ihre Zahnzwischenräume gereinigt haben, die Möglichkeit, den AirFloss ohne Risiko zu testen.

Mehr Informationen dazu unter www.sonicare.de/dp oder telefonisch unter: (D) 0800 0007520, (AU) 0800 180016, (CH) 0800 422944 (kostenfrei aus dem Festnetz, Mobilfunkpreise können abweichen).

PHILIPS
sonicare

sense and simplicity

Fortsetzung von Seite 4

odontisch beseitigt wurde.^{15,20,25,31,38} Auch bei diesen Patienten können eine orthodontische Therapie oder Zahnbewegungen durchgeführt werden. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass alle entzündlichen parodontalen Veränderungen eliminiert sind und saubere Wurzeloberflächen vorliegen. Polson et al.³⁸ kamen bei ihren Tierexperimenten an Rhesusaffen zur Schlussfolgerung, dass orthodontische Zahnbewegungen in Parodontaldefekte weder auf der Druck- noch auf der Zugseite zu einer Verschlechterung des bindegewebigen Attachmentniveaus führen. Geraci et al.¹³ fanden bei tierexperimentellen Untersuchungen, bei denen Zähne in Parodontaldefekte hineinbewegt wurden, heraus, dass sich neues bindegewebiges Attachment an einer Wurzeloberfläche, die zuvor an eine entzündliche Läsion angrenzte, gebildet hat. Die Autoren sind sich der Notwendigkeit der Interpretation dieser am Tiermodell gewonnenen Ergebnisse bewusst, jedoch stehen noch keine ausreichenden Studien beim Menschen zur Verfügung. Die Reaktion parodontaler und alveolärer Gewebe auf orthodontische Kräfte im Anschluss an regenerative Behandlungen fortgeschrittener parodontaler Läsionen wurde in klinischen Falldarstellungen bereits mehrmals beschrieben.^{15,20,34,35,49} Obwohl die klinische Erfahrung vermuten lässt, dass die orthodontische Bewegung im Anschluss an regenerative Maßnahmen besser möglich ist und zur Bildung eines neuen Attachments führt, liegen wenige experimentelle Hinweise zur Bestätigung dieser Hypothese vor.

Klinische Darstellung

Eine 38-jährige Patientin stellte sich wegen einer kieferorthopädischen Behandlung vor. Die intraoralen Fotos zeigen eine Klasse I-



Abb. 9a-g: Situation nach Abschluss der Gesamtbehandlung (KFO, PA, Prothetik und Kons).

(12mm) mesial, bukkal und palatal des Zahnes 26 festgestellt (Abb. 3h). Der Lockerungsgrad betrug I und der der begrenzenden Zähne 0. Die Gingiva erscheint unphysiologisch (gerötet und ödematös). Dieser Befund wurde röntgenologisch durch einen massiven Knochenverlust bestätigt, der allerdings nur mesial zu sehen ist, sodass von einer lokalisierten Parodontitis (Parodontitis marginalis profunda) gesprochen werden kann (Abb. 4). Als Behandlungsplan wurden folgende Phasen geplant:

- I) Konventionelle Parodontaltherapie
- II) Chirurgische Parodontaltherapie mit gesteuerter Gewebe- bzw. Knochenregeneration
- III) Orthodontische Therapie mit Multibandapparatur
- IV) Konservierende Therapie
- V) Retentionsphase

Nach detaillierter Motivation und Mundhygieneinstruktion wurde mit der ersten Behandlungsphase (Initialtherapie) begonnen. In der Phase der Wurzelglättung wurden zusätzlich zur Mundspülung (Dicapinal®) Antibiotika verschrieben. Nach der ersten Be-

Es folgten Wurzelglättung und die Entfernung des infizierten Weichgewebes. Die Entfernung des gesamten infizierten Hart- und Weichgewebes ist eine grundlegende Voraussetzung für den Erfolg einer gesteuerten Gewebe- bzw. Knochenregeneration. Als unterstützende Maßnahme wurde das Ultraschallgerät für das subgingivale Scaling herangezogen. Für die Regeneration des parodontalen Defektes wurde die Gesteuerte Geweberegeneration (GTR) in Kombination mit einem Knochenimplantat angewandt. Als Knochenimplantat wurde ein demineralisierter gefriergetrockneter Knochen, Partikelgröße 1.000 bis 2.000 µm, Dexabone®, Cardiophil, verwendet (Abb. 6a). Als Barriere zwischen dem mit Knochen aufgefüllten Defekt und dem Gingivalepithel wurde eine resorbierbare Membran, Hypro-Sorb® F, Resorbable Bilayer Collagen Membrane, Firma Cardiophil, appliziert (Abb. 6b).

Fünf Monate postoperativ wurde eine sorgfältige klinische Untersuchung mit erneuter Erhebung des Parodontalstatus durchgeführt. Bei der klinischen Untersuchung wurde an der präoperativ tiefsten Sondierungsstelle ein Attachmentgewinn festgestellt (postoperative Sondierungstiefe: 3 mm), außerdem zeigte sich der Alveolarknochen in bukkolingualer und vertikaler Richtung regeneriert. Dieses positive Ergebnis war die Voraussetzung für eine orthodontische Therapie zur Auflösung des frontalen Engstandes. Ein prothetischer Zahnersatz des nichtangelegten Frontzahns im Unterkiefer wurde nicht geplant. Die entstehende Lücke aufgrund der Nichtanlage in der Unterkieferfront wird auf der gesamten Frontregion verteilt, sodass eine Zahnverbreiterung mit Komposit durchgeführt wurde.

Beide Zahnbögen wurden mit Multibandapparatur beklebt. Zur Herstellung einer harmonischen Zahnform in der Oberkieferfront und zur Verhinderung einer übermäßigen Protrusion der Frontzähne bei der Auflösung des Engstandes wurden die Oberkieferfrontzähne gestrippt (Zahnschmelzreduktion; Abb. 7). Lang-

sam und mit geringen kontrollierten Kräften wurde die orthodontische Behandlung durchgeführt. Während der orthodontischen Behandlung wurde die Patientin in ein monatliches Recallprogramm aufgenommen. Danach wurden konservierend die Verbreiterung der Unterkieferfrontzähne und die Formkorrektur beider Eckzähne im Oberkiefer durchgeführt (Abb. 8a-c). Ein Retainer wurde in beiden Fronten geklebt. Die klinischen Bilder zeigen die Situation nach Auflösung des frontalen Engstandes und Ausformung eines lückenlosen Frontsegmentes (Abb. 9a-g). Die Röntgenaufnahme (Abb. 10) zeigt die Knochenverhältnisse in der regenerierten Region, in die der Zahn 26 hineinbewegt wurde.

Diskussion

Obwohl eine orthodontische Zahnbewegung in einen Bereich mit stark resorbiertem Alveolarknochen im entzündungsfreien Zustand nicht von einem Verlust an Attachment begleitet sein muss,^{15,22,25,38} kann es zu einer verringerten Knochenunterstützung und einem erhöhten Lockerungsgrad kommen. Bei Patienten mit entzündlichen Erkrankungen des Zahnhalteapparates würden orthodontische Zahnbewegungen ohne vorausgegangene Parodontalbehandlung zu weiteren parodontalen Destruktionen und zum Zahnverlust führen. Die professionelle Zahnreinigung und die Plaquekontrolle während der orthodontischen Behandlung sind obligatorisch, um die Entzündungsfreiheit des Parodontiums zu sichern. Dies ist besonders von großer Bedeutung, wenn eine aktive Intrusion von elongierten Oberkieferschneidezähnen erforderlich ist, weil durch diese orthodontische Bewegung subgingivale Plaque aus der ehemals supragingivalen Plaque entstehen kann.^{11,12} Das Ergebnis der konventionellen bzw. nichtregenerativen Parodontaltherapie ist die Bildung eines langen Saumepithels. Solche Maßnahmen zur Reduktion der Taschentiefen und Herstellung gesunder Parodontalverhält-

nisse können vor orthodontischen Zahnbewegungen zu größeren gingivalen Rezessionen führen, die darauffolgende GTR-Verfahren technisch schwierig machen. Die vorliegende Arbeit bewertet die Durchführbarkeit orthodontischer Zahnbewegungen nach der Behandlung von fortgeschrittenen parodontalen Defekten mittels GTR und Knochenaugmentation.

In dem vorgestellten Fall zeigte sich klinisch im Bereich der präoperativ größten Sondierungstiefe ein Gewinn an parodontalem Attachment. Ebenso zeigte sich röntgenologisch durch das GTR-Verfahren ein Knochengewinn im Defekt, wodurch Zahnbewegungen in die neu regenerierten Gewebe erst möglich wurden. Ohne die Anwendung der parodontologisch-kieferorthopädischen Therapie sowie eine permanente Stabilisierung hätte diese Patientin einen vorzeitigen Verlust des Zahnes.²⁶ Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Anwendung der regenerativen Parodontaltherapie vor orthodontischen Zahnbewegungen, wie sie in dem dargestellten Fall angewandt wurden, die knöchernen und parodontale Regeneration erhöht. Die Langzeitprognose von Zähnen kann verbessert werden, somit kann Patienten mit einer fortgeschrittenen Parodontitis ein Behandlungsversuch mit guter Prognose angeboten werden. Weitere klinische und histologische Untersuchungen können helfen, die biologischen Grundlagen einer solchen parodontologisch-kieferorthopädischen Therapie besser zu verstehen. 

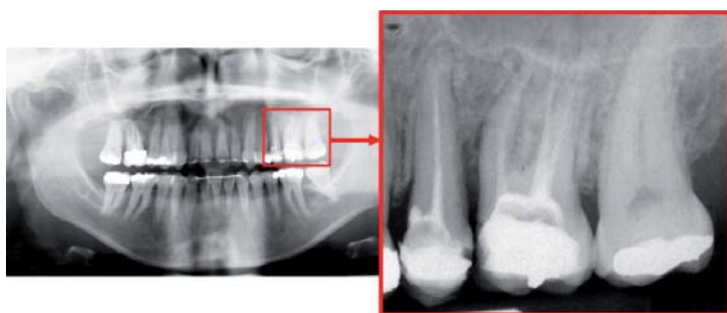


Abb. 10: Situation nach Abschluss der orthodontischen Behandlung. Die Augmentation wurde im Rahmen der parodontologischen Behandlung und vor der kieferorthopädischen Behandlung durchgeführt.

Okklusion rechts und links. Die Aufsichtsaufnahmen zeigen die Zahnfehlstellungen in beiden Zahnbögen sowie die Engstände in beiden Fronten. Nach Angaben der Patientin wurde bei ihr keine Extraktion einer der Frontzähne im Unterkiefer unternommen, was eine Nichtanlage eines Frontzahnes bestätigt (Abb. 3a-g). Bei der klinischen Untersuchung sowie bei der Erhebung des Parodontalstatus wurde eine ausgeprägte Taschensondierungstiefe

handlungsphase und dank der guten Mitarbeit der Patientin hatten sich der Papillen-Blutungs-Index (PBI) und Approximalraum-Plaque-Index (API) nahezu auf Null reduziert. Die zweite Behandlungsphase, in welcher der parodontalchirurgische Eingriff durchgeführt wurde, erfolgte einige Wochen später.

Bei dem operativen Eingriff zeigte sich ein großer Knochendefekt, der die gesamte Wurzellänge des Molaren betraf (Abb. 5a und b).



PN Adresse

Prof. Dr. med. dent. Nezar Watted
Center for Dentistry,
Research and Aesthetics
Chawarezmi Street 1
P. o. box 1340
30091 Jatt, Israel
nezar.watted@gmx.net

Qualitätsorientierung in der parodontologischen Praxis – Der Patient als Qualitätsleitstern

Qualität ist das ständige Streben nach der Begegnung mit der Vollkommenheit – und zwar mit dem Ziel der Patientenzufriedenheit. Es genügt nicht, wenn sich der Parodontologe mit dem Thema beschäftigt – vielmehr muss das gesamte Praxisteam vom Willen zur ständigen Qualitätsverbesserung infiziert sein. Leitstern dabei ist der Patient – die Patientenorientierung ist der zentrale Aspekt des Qualitätsbewusstseins.

Der erste Schritt in Richtung eines effektiven Qualitätsmanagements besteht darin, bei allen Mitarbeiterinnen ein Qualitätsbewusstsein zu wecken, in der Definition dessen, was unter „Qualität in der parodontologischen Praxis“ überhaupt verstanden werden soll. Dies sind Führungsaufgaben – der Parodontologe erläutert im Teammeeting die Bedeutung der Qualität für die Existenz der Praxis und richtet sein Qualitätsmanagement stets an der Praxisvision, seinen Zielsetzungen und vor allem an den Patientenerwartungen aus. Schriftliche Patientenbefragungen und regelmäßige Gespräche mit den Patienten helfen ihm, diese Erwartungen genau kennenzulernen. Auf dieser Basis werden alle Praxisabläufe einem Qualitäts-Check unterzogen, um daraus

weils individuelle Qualitätskriterien festlegen.

Diese sollten möglichst messbar und nachprüfbar sein. Denn nur so kann eine genaue Beurteilung darüber erfolgen, welche Qualität zum Beispiel die Terminvereinbarungen zurzeit haben, also eine Bewertung des Istzustandes vorgenommen werden. Auf dieser sicheren Analysebasis gleicht der Parodontologe die Qualitätskriterien mit dem zuvor definierten Sollzustand ab. Eine wichtige Frage dabei lautet: Wie lässt sich der qualitative Istzustand möglichst zweifelsfrei feststellen? Eine Option ist, die Qualitätsüberprüfung in der Praxis selbst vorzunehmen, zum Beispiel durch einen externen Qualitätsmanagement-Berater, der den Qualitäts-Istzustand analysiert und Verbesserungsvorschläge unterbreitet.

management. Der Parodontologe und sein Team interpretieren Beschwerden als innovative Anregungen, Schwachstellen aufzuspüren und auszumerzen.

Die Qualitätsbrille des Patienten aufsetzen

Zudem nutzt der Parodontologe Patientenbefragungen, um die Qualitätserwartungen der Patienten in Erfahrung zu bringen. Die Befragung sollte dem Patienten auf jeden Fall die Möglichkeit eröffnen, Gründe für seine Unzufriedenheit anzugeben. Eine Skalierung der Antworten etwa durch das Schulnotensystem genügt nicht. Besser ist es, wenn der Patient seine Bewertung detailliert begründen und Ursachen für seine Unzufriedenheit ausformulieren kann: „Sind Sie

Zweck des Qualitätsbriefkastens: Er soll die Patienten animieren, ausführliche Vorschläge zu formulieren, die etwa zur Verbesserung der Arbeitsabläufe und der Patientenorientierung beitragen. So ist es möglich, die Erwartungen und Wünsche der Patienten zum Qualitätsleitstern zu erheben. Die umfassende Integration der Patientenmeinung verlangt ein starkes Selbstwertgefühl seitens des Parodontologen und des Praxisteams. Denn so mancher Patient wird den Innovationsbriefkasten oder die schriftliche Befragung als Möglichkeit zur ungerechtfertigten und übertriebenen Beschwerde nutzen. Dem kann der Parodontologe einen Riegel vorschieben, indem er insbesondere den Fragebogen zur Patientenbefragung von einem Anbieter ausarbeiten lässt, der sich auf die professionelle Formulierung und Gestaltung solcher Befragungs-bogen versteht.

Das Gespräch mit „Stammpatienten“ suchen

„Qualitätsdialoge“ sollte der Parodontologe am besten mit Patienten führen, zu denen bereits ein Vertrauensverhältnis besteht. Ihnen fällt es leichter, den Finger in die Wunde zu legen und auch kritische Aspekte anzusprechen. Je ausgeprägter das Vertrauen zwischen dem Parodontologen und dem Patienten ist, desto größer die Wahrscheinlichkeit, dass dieser auch Verhaltensaspekte anspricht.

Dies kann so weit reichen, dass der Patient zum Beispiel auf Mitarbeiterschwächen direkt eingeht: „Was mir aufgefallen ist, Ihre Mitarbeiterin, die Frau Müller, ist in letzter Zeit immer so hektisch. Darunter leidet die Freundlichkeit!“ Natürlich darf der Parodontologe den Hinweis nicht ausnutzen, um die Mitarbeiterin abzustrafen. Er dient ihm vielmehr dazu, mit ihr ein sachliches Kritikgespräch zu führen und die Patientenorientierung in der Praxis zu verbessern – und damit die Qualität.

Ein ungewöhnlicher Weg, die so wichtige Kommunikationskompetenz des Parodontologen und des Teams zu verbessern, ist, dem QM-Berater zu gestatten, sich als „stiller Beobachter“ in der Praxis aufzuhalten und bei den Gesprächen – sofern der Patient damit einverstanden ist – dabei zu sein. So kann er unmittelbar nach einem Gespräch ein konstruktiv-produktives Feedback geben, Schwachstellen benennen, Stärken hervorheben und Verbesserungsvorschläge

PN Autoren

Michael Letter ist Führungskräfte- und Management-Coach, Spezialist zu den Themen Smart Leadership und Commitmenttraining sowie Geschäftsleiter der Letter Consulting GmbH in Neuss.



Karin Letter ist zertifizierte Qualitätsmanagementbeauftragte (Ausbildung TÜV Süd) und Datenschutzbeauftragte. Die Geschäftsführerin des Unternehmens 5medical management GmbH (Neuss) bietet für kleine und mittelständische Unternehmen zertifiziertes Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen an.



für die Patientenkommunikation unterbreiten. Die Vorschläge lassen sich im nächsten Patientengespräch einsetzen – und wiederum gibt der Berater Feedback. Im Idealfall setzt sich ein kontinuierlicher Qualitätsverbesserungsprozess in Gang.

Fazit

Das wichtigste Kriterium für die Qualitätsorientierung in der Praxis ist die Patientenzufriedenheit. Gelebte Qualität ist erreichbar durch die Optimierung der Beziehungen zwischen dem Parodontologen, den Mitarbeiterinnen, den Patienten und den Praxisprozessen. **PM**

PN Information

So entwickeln sich Parodontologe, Mitarbeiterinnen und Patienten zum Qualitätsteam

- Im Team Qualitätsbewusstsein schärfen
- Praxisprozesse beschreiben, Qualitäts-Sollzustand definieren
- Durch Befragungen, Qualitätsbriefkasten und Gespräche die Erwartungen der Patienten bezüglich des Qualitäts-Istzustandes feststellen, mit Sollzustand abgleichen und Qualitätslücken schließen
- Ziel bei Patientenbeschwerden: Das Praxisteam versteht und nutzt Beschwerden als Anregungen und Chancen zur Qualitätsverbesserung
- Qualitätsverbessernde Maßnahmen und Aktionen umsetzen

PN Adresse

5medical management GmbH
Matthiasstr. 33a
41468 Neuss
Tel.: 02131 1331166
info@5medical-management.de
www.5medical-management.de
www.smart-qm.eu



Aktivitäten und Maßnahmen abzuleiten, die helfen, den angestrebten Qualitätsstandard zu erreichen. Letztendlich definiert der Parodontologe also einen gewünschten Qualitäts-Sollzustand, um ihn mit dem Qualitäts-Istzustand abzugleichen und den Qualitätslücken auf die Spur zu kommen, die durch geeignete Maßnahmen geschlossen werden müssen.

Qualität der Patientenkontakte im Fokus

Mit einiger Wahrscheinlichkeit werden die Qualität der Patientenkontakte und die Kommunikationskompetenz der Mitarbeiter einen elementaren Qualitätsaspekt darstellen. Das bedeutet: Der Parodontologe definiert, welche Merkmale einen qualitativ hochstehenden Patientenkontakt auszeichnen. Dabei kann er zwischen den verschiedenen Phasen eines Patientengesprächs unterscheiden und je-

Beschwerden als Quelle für Qualitätsverbesserungen

Ein entscheidendes Kriterium bei der Festlegung des Qualitätsstandards sollte die Wahrnehmung des Patienten sein. Konkreten Anlass zur Verbesserung der Qualität geben meistens die Kritikpunkte oder die Patientenbeschwerden. Dazu braucht es ein Klima in der Praxis, in dem das Team Kritik und Beschwerden nicht als Angriffe versteht, sondern als Chancen zur Verbesserung.

Bei einer Beschwerde räumt die Mitarbeiterin den Beschwerdegrund zunächst aus und fragt dann: „Vielen Dank, dass Sie die Mühsal auf sich genommen haben, uns Ihre Beschwerde vorzutragen. Wir nehmen sie gerne als Anregung, unsere Qualität zu verbessern. Gibt es Ihrer Meinung nach weitere Schwachstellen bei uns?“ Durch diese offensive Vorgehensweise entwickelt sich das Beschwerdemanagement zum innovativen Qualitäts-

management. Der Parodontologe und sein Team interpretieren Beschwerden als innovative Anregungen, Schwachstellen aufzuspüren und auszumerzen.

mit den Beratungsgesprächen in der Praxis zufrieden?“ – diese geschlossene Frage ist zu unspezifisch. Aussagekräftiger ist es, wenn der Patient darstellt, warum er unzufrieden ist. Der große Vorteil: Der Parodontologe erhält so Hinweise, welche Praxisprozesse Zufriedenheit und -begeisterung bzw. Unzufriedenheit in den Bereichen erzeugt, die dem Patienten wichtig sind. Indem er sich die Qualitätsbrille des Patienten aufsetzt, kann er die aus Patientensicht entscheidenden Qualitätsmerkmale entwickeln, welche aktuell Unzufriedenheit hervorrufen.

Qualitätsbriefkasten aufstellen

Eine Alternative, um von den Patienten Vorschläge zur Qualitätsverbesserung zu erhalten, ist der Qualitätsbriefkasten. Dazu liegen Zettel im Wartezimmer oder am Eingangsbereich aus, die der Patient ausfüllen kann.



BILDER
DENTALHYGIENE
START UP 2012

PROGRAMM II freitag | 4. oktober 2013

09.00 – 12.30 Uhr Pre-Congress Workshops (inkl. Pause 10.30 – 11.00 Uhr)

1 Priv.-Doz. Dr. Gregor Petersilka/Würzburg
Kompaktseminar „Parodontologie in der Praxis“
Aktueller Stand der Wissenschaft zu Diagnostik, Prognose,
chirurgischer und nichtchirurgischer Parodontitistherapie

oder

2 ZMF Anja Wolf/Bremen
Versorgung von Implantat-Patienten mit PerioChip®
(Suprakonstruktionen und Einzelzahn-Implantate)
Sponsor: Dexcel® Pharma

12.30 – 13.00 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

Vorträge

- 13.00 – 13.40 Uhr Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten
Eröffnung
Karies: Ätiologie und Pathogenese – Einfluss auf
Diagnose und Therapie – Diagnose des Kariesrisikos:
Was mache ich wann in der Praxis?
- 13.40 – 14.10 Uhr Priv.-Doz. Dr. Gregor Petersilka/Würzburg
Mundschleimhautveränderungen (kein Buch mit
sieben Siegeln)
- 14.10 – 14.40 Uhr Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg
Der Einsatz antibakterieller Mundpflegeprodukte und
Antibiotika in der Parodontologie
- 14.40 – 15.10 Uhr Prof. Dr. Thorsten M. Ausschil/Köln
Parodontologie und Allgemeinerkrankungen
- 15.10 – 15.40 Uhr Prof. Dr. Rainer Buchmann/Düsseldorf
Gesundheit, Lebensgewohnheiten und
Parodontalerkrankungen
- 15.40 – 15.45 Uhr Diskussion
- 15.45 – 16.15 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung
- 16.15 – 16.45 Uhr Priv.-Doz. Dr. Gregor Petersilka/Würzburg
Periimplantitis erkennen, vermeiden und behandeln
- 16.45 – 17.35 Uhr Ute Rabling/Dörverden
Update Prophylaxe – Ist meine Prophylaxesitzung
noch am Puls der Zeit oder schon überholt?
- 17.35 – 17.55 Uhr ZMF Anja Wolf/Bremen
Wie sag ich's meinen Patienten? (Praxiskonzept,
Patientenansprache, Dokumentation)
- 17.55 – 18.15 Uhr Christoph Jäger/Stadthagen
Qualitäts- und Hygienemanagement: Einfacher geht's
nicht mehr und der Staat gibt noch was dazu
- 18.15 – 18.30 Uhr Abschlussdiskussion
- 20.00 Uhr Abendveranstaltung im Wasserwerk Berlin

II Parallel zu den Vorträgen II Seminar GOZ, Dokumentation und PRG Referentin: Iris Wälter-Bergob/Meschede

Kursinhalte

- die wichtigsten Änderungen des Paragrafen-Teils
- der richtige Umgang mit den neuen Formularen
- die verordnungskonforme Berechnung aller geänderten Leistungen
- die richtige Dokumentation
- die richtige Umsetzung der Faktorerhöhung mit den richtigen Begründungen
- Materialkosten sind berechnungsfähig
- was/wann darf noch aus der GOÄ berechnet werden
- erste Reaktionen der PKVen
- die wichtigsten Punkte für die Praxis aus dem PRG

PROGRAMM II samstag | 5. oktober 2013

II Seminar A Hygieneseminar Referentin: Iris Wälter-Bergob/Meschede

inklusive umfassendem Kurskript

Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Inkl. neuer RKI-Richtlinien

- 09.00 – 11.00 Uhr **Rechtliche Rahmenbedingungen für ein Hygienemanagement**
Informationen zu den einzelnen Gesetzen und Verordnungen
Aufbau einer notwendigen Infrastruktur
- 11.00 – 11.30 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

PROGRAMM II samstag | 5. oktober 2013

- 11.30 – 13.30 Uhr Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten
Anforderungen an die Ausstattungen der Aufbereitungsräume
Anforderungen an die Kleidung
Anforderungen an die maschinelle Reinigung und Desinfektion
Anforderungen an die manuelle Reinigung

13.30 – 14.30 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

- 14.30 – 16.00 Uhr **Wie setze ich die Anforderungen an ein Hygienemanagement in die Praxis um?**
Risikobewertung
Hygienepläne
Arbeitsanweisungen
Instrumentenliste

16.00 – 16.15 Uhr Pause

- 16.15 – 18.00 Uhr **Überprüfung des Erlernten**
Praktischer Teil
Übergabe der Zertifikate

II Seminar B Ausbildung zur zertifizierten Qualitätsmanagementbeauftragten QMB Referent: Christoph Jäger/Stadthagen

inklusive umfassendem Kurskript

- 09.00 – 11.00 Uhr **Gesetzliche Rahmenbedingungen, mögliche Ausbaustufen**
Was müssen wir und was können wir? | Grundlagen eines einfachen QM-Systems | Weniger ist mehr | Sind alle Kolleginnen und die Chefs im QM-Boot? | Die QMB als Einzelkämpferin? | Die richtige Projektplanung | Auf das Wesentliche kommt es an

11.00 – 11.30 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

- 11.30 – 13.30 Uhr **Die wichtigsten Unterlagen in unserem QM-System**
Alles andere ist nur Ballast | Wie gehe ich mit den vielen QM-Dokumenten und Aufzeichnungen um? | Warum wurde eigentlich der Papierkorb erfunden? | Wie bringen wir die Unterlagen in ein einfaches und geniales Ordnungssystem? | Wer Ordnung hält, ist nur zu faul zum Suchen. Oder?

13.30 – 14.30 Uhr Pause/Besuch der Dentalausstellung

- 14.30 – 16.00 Uhr **Was ist das Mittel der Wahl, Computer oder Handbuch?**
Auch die Chefs müssen sich im QM-System zu rechtfinden | Das Organigramm für Ihre Praxis | Die gesamte Praxis auf einem Blick | Zertifizierung eines QM-Systems | Was ist das denn? | Belehrungen, Vorsorgeuntersuchungen und Schülerpraktikanten | Worauf müssen wir besonders achten?

16.00 – 16.15 Uhr Pause

- 16.15 – 18.00 Uhr **Wie können wir Fotos z.B. einer Behandlungsvorbereitung in einen Praxisablauf einbinden?**
Ein Foto sagt doch mehr als tausend Worte | Woher bekomme ich die ganzen Unterlagen aus dem Seminar? | Download ist besser als selbst schreiben | Übergabe der Zertifikate | Zur Vorlage der Praxisleitung und als Ausbildungsnachweis für Behörden oder möglicher Zertifizierungsgesellschaften

II Lernerfolgskontrolle durch Multiple-Choice-Test II

DENTALHYGIENE
START UP 2013

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

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

PN 3/13

ORGANISATORISCHES

Zimmerbuchungen im Veranstaltungshotel und in unterschiedlichen Kategorien

PRIMECON

Tel.: 0211 49767-20, Fax: 0211 49767-29
info@prime-con.eu oder www.primcon.eu

Veranstaltungsort



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

Organisation/Anmeldung

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



Kongressgebühr | Teilnahme am Freitag und Samstag Workshops, Vorträge oder GOZ-Seminar, Seminar A oder B

Tagungspauschale* 189,- € zzgl. MwSt.
98,- € zzgl. MwSt.

Kongressgebühr | Tageskarten Freitag, 4. Oktober 2013

Workshops, Vorträge oder GOZ-Seminar 99,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale* 49,- € zzgl. MwSt.

Samstag, 5. Oktober 2013

Seminar A oder B 99,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale* 49,- € zzgl. MwSt.

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

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 Kongresses statt. Ein Abend, den man nicht versäumen sollte!
Preis pro Person 79,- € zzgl. MwSt.
Im Preis enthalten sind Abendessen, Wein, Bier, Softdrinks, Busshuttle und Live-Band!

So kommen Sie zum Kongress



Entfernungen:
Bahnhof Zoologischer Garten: 500 Meter
Stadtautobahn Ausfahrt „Zentrum“: 2 Kilometer
Flughafen Tegel: 8 Kilometer

Das komplette Programm, die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie weitere Informationen u.a. zur Abendveranstaltung finden Sie unter www.startup-dentalhygiene.de

Für das **DENTALHYGIENE START UP 2013** am 4./5. Oktober 2013 in Berlin melde ich folgende Personen verbindlich an:

Name/Vorname/Tätigkeit
Bitte Zutreffendes ankreuzen
Freitag: Pre-Congress Workshops, Vorträge, GOZ-Seminar
Samstag: Seminar A, Seminar B

Name/Vorname/Tätigkeit
Bitte Zutreffendes ankreuzen
Freitag: Pre-Congress Workshops, Vorträge, GOZ-Seminar
Samstag: Seminar A, Seminar B

Abendveranstaltung im Wasserwerk Berlin: _____ (Bitte Personenzahl eintragen)

Praxisstempel/Laborstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an.

Datum/Unterschrift

E-Mail

Adjuvante minimalinvasive Parodontitis- und Periimplantitistherapie

Die antimikrobielle Photodynamische Therapie (aPDT) und ihre Wirksamkeit – eine longitudinale Kohortenstudie aus der Praxis mit 5-Jahres-Ergebnissen. Von Dr. med. dent. Tilman Eberhard M.Sc. und Dr. med. dent. Freimut Vizethum.

Für die Therapie biofilmassoziiertter Entzündungen scheint die Entfernung des pathogenen Biofilms von der subgingivalen Wurzeloberfläche zwar ein wichtiges Ziel, jedoch nimmt der Erfolg des mechanischen Debridement bei der Parodontaltherapie mit zunehmender Sondierungstiefe und Furkationsbeteiligung ab.^{17,27,30} Daher wird die vollständige Entfernung bakterieller Ablagerungen in vivo eher selten erreicht¹⁰ und bakterielle Reservoire persistieren in unzugänglichen Bereichen. Zur Aufrechterhaltung stabiler Langzeitergebnisse ist eine unterstützende Therapie daher in engen regelmäßigen Abständen durchzuführen. Konventionelle unterstützende antimikrobielle Therapieformen führen oftmals nicht zu langfristigen Verbesserungen.

Bei subgingivaler Irrigation mit antibakteriellen Lösungen gelangt die antiseptische Substanz nur in die marginale Hälfte der parodontalen Tasche,¹⁸ und die Wirkung einer Mundspülung ist ohne Irrigation⁵ sogar nur auf den supragingivalen Bereich beschränkt. Der Einsatz invasiver Behandlungsprotokolle unter Anwendung von systemischen Antibiotika muss vor dem Hintergrund des chronischen Charakters der Erkrankung, der starken Nebenwirkungen und der Resistenzbildung als eher kritisch¹ betrachtet werden.

Seit einigen Jahren wird über Therapieerfolge der antimikrobiellen Photodynamischen Therapie (aPDT, Fa. bredent medical, HELBO[®], Walldorf) als ergänzende gewebeschonende Therapie berichtet. Durch diese Therapie wird es möglich, an Stellen, die von einem speziellen Farbstoff benetzt und von niedrigerenergetischem Laserlicht erreicht werden können, eine sofort wirksame Bakterienreduktion in der Regel um zwei bis vier Zehnerpotenzen zu erreichen.^{3,4,8,14,36} Dies geschieht durch laseraktivierte Anregung eines an die Bak-

Der Singulett-Sauerstoff zerstört lokal durch Lipidkettenoxidation wesentliche Strukturen der Bakterienwand und tötet so die angefärbten Mikroorganismen ab. Durch die sehr kurze Diffusionsreichweite des Singulett-Sauerstoffs von weniger als 0,2 µm¹⁶ werden Schäden im weiteren Umfeld vermieden. Für Viren und Pilze wird ein ähnlicher Eliminationsmechanismus angenommen.^{32,35}

Weiterhin wird auch eine direkte Wirkung der aPDT auf Virulenzfaktoren der Bakterienpopulation postuliert.²³ Zusätzlich sorgt der biodynamische Effekt der LILT (low intensity laser therapy) für Schmerzreduktion,³³ schnelle Remission der Entzündung und Regeneration der befallenen Gewebe.³¹ Patienten mit Implan-

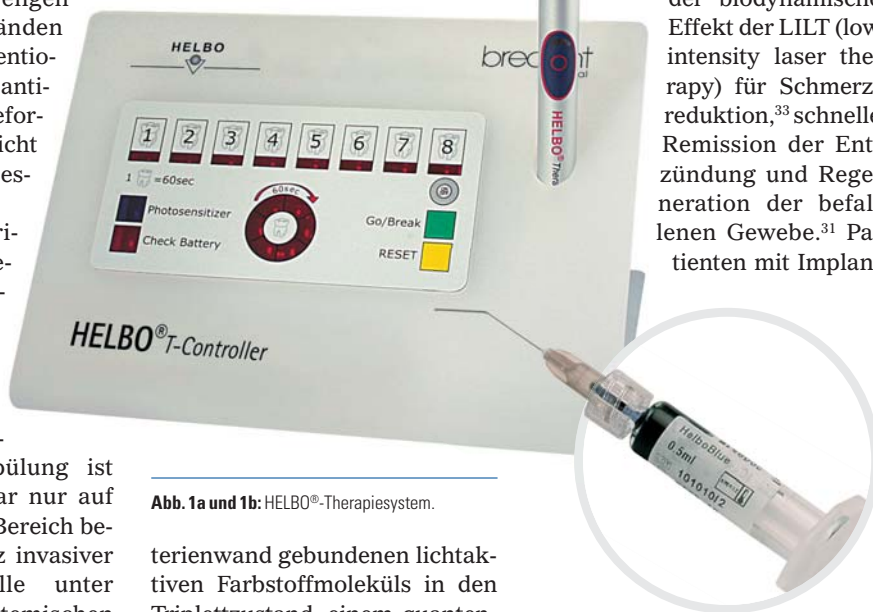
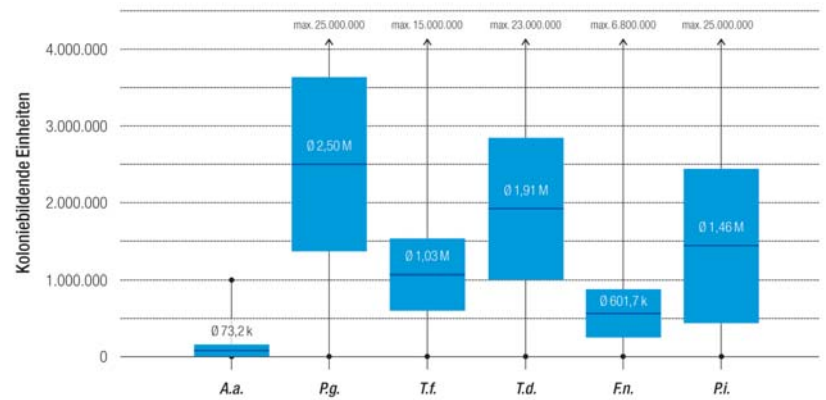


Abb. 1a und 1b: HELBO[®]-Therapiesystem.

terienwand gebundenen lichtaktiven Farbstoffmoleküls in den Triplettzustand, einem quantenmechanisch hochenergetischen Zustand. In der Folge entstehen dann durch einen Energietransfer auf lokal vorhandene Sauerstoffmoleküle hoch aggressive Singulett-Sauerstoffmoleküle.

taten und zusätzlich einer Vorgeschichte von chronischer oder aggressiver Parodontitis zeigen signifikant größere Langzeit-Sondierungstiefen und einen stärkeren periimplantären mar-



Anteile der Patienten mit folgender Bakterienbeteiligung

A.a. = 40,00% • P.g. = 95,71% • T.f. = 100,00% • T.d. = 95,71% • F.n. = 98,57% • P.i. = 58,57%

Diagramm 1a: Mikrobiologischer Ausgangsbefund.

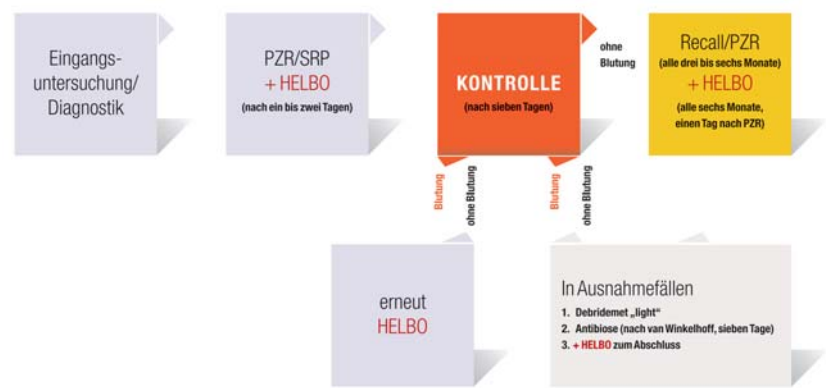


Abb. 2: Therapieschema Photodynamik (nach Eberhard).

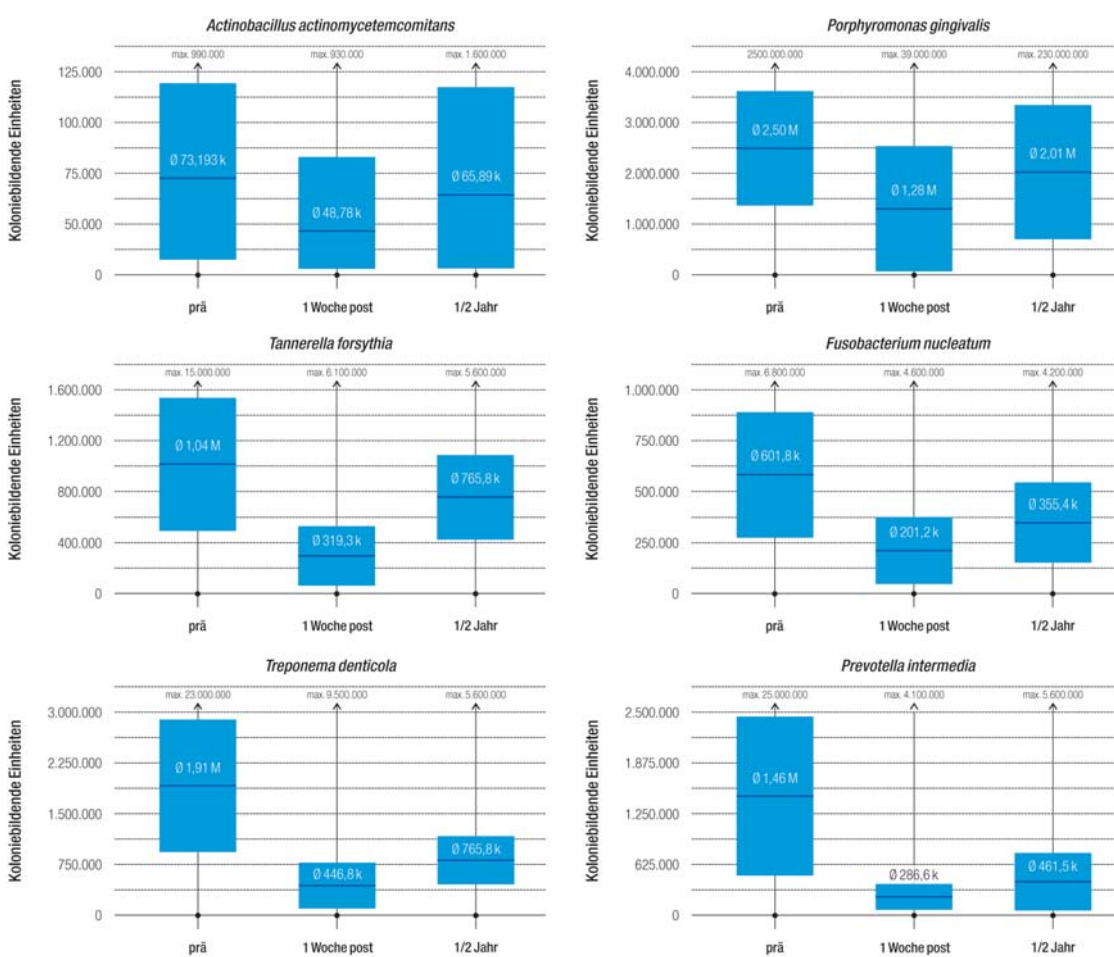


Diagramm 1b: Bakterienentwicklung innerhalb der ersten sechs Monate nach Therapiebeginn.

ginalen Knochenverlust (Periimplantitis) verglichen mit parodontal Gesunden.²² Für die periimplantäre Mukositis und Periimplantitis wird heute, analog zur Parodontitis, der Biofilm und die bakterielle Aktivität, welche zu Entzündung und Gewebeeränderung führt, als Ursache akzeptiert.^{7,26} Dabei sind von periimplantärer Mukositis vier von fünf Patienten und von Periimplantitis zwischen 25 Prozent und 56 Prozent aller Implantatpatienten betroffen.² Von den Autoren wurde die Forderung nach Dekontamination als Voraussetzung für jedweden Therapieerfolg erhoben. Diese Forderung ist, wie oben erläutert, durch eine begleitende konventionelle antiseptische Therapie nur schwer zu realisieren. Somit bietet sich für die Praxis der Einsatz der antimikrobiellen Photodynamischen Therapie aufgrund des völlig anderen Wirkungsmechanismus zur Dekontamination als therapeutische Alternative sowohl bei Parodontalpatienten ohne als auch mit Implantatversorgung an. Um die langfristigen Effekte in der Parodontitis- und Periimplantitistherapie und die klinischen Möglichkeiten bei konsequenter, auch prophylaktischer Anwendung zu überprüfen, wurde die vorliegende longitudinale Kohortenstudie initiiert.

namischer Prozesse seit Langem bekannt, aber für eine lange Zeit²⁰ ohne klinische Relevanz und ohne Interesse an der breiten praktischen Verwendung. Im zahnmedizinischen Bereich beschränkten sich bis Ende des letzten Jahrhunderts wissenschaftliche Evaluationen überwiegend auf In-vitro- bzw. Tierversuche.^{14,20} Arbeiten zum Beispiel von Dobson,¹⁴ Haas,¹⁹ Dörtbudak¹⁵ und Wilson³⁵ lieferten erste Anhaltspunkte über die klinische Wertigkeit dieser Therapie. Jedoch waren auch die medizintechnischen und therapeutischen Konzepte zu dieser Zeit nicht ausgereift und von gering entwickeltem technischem Standard. Weitere Untersuchungen belegten dennoch die Wirksamkeit der Photodynamik bei Bakterienreduktion in vitro bei planktonischen Bakterien und bei ligaturinduzierter Parodontitis und Periimplantitis im Tierversuch. Es konnte gezeigt werden, dass die Anwendung der aPDT einen wichtigen Einfluss auf die Verringerung z.B. von *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a.) hat und die Expression von Zytokinen direkt beeinflusst.^{12,13} In weiteren Studien wurde gezeigt, dass die Reduktion sowohl von grampositiven als auch gramnegativen Bakterien möglich ist.^{25,29,34} Die Frage, ob die Wirkung der aPDT auch im Biofilm zu erreichen ist, konnte in einer In-vitro-Studie gezeigt werden.²⁸ Diese Arbeit zeigt, dass

Literatur

In der wissenschaftlichen Literatur war die Wirkung photody-

Fortsetzung von Seite 9

die antimikrobielle Photodynamische Therapie vermehrungsfähige Bakterien auch im künstlichen Biofilmmodell reduzieren kann. Entscheidend für die künftige Anwendung war die Entwicklung und Untersuchung entsprechender Therapieprotokolle. Heute liegen unterschiedliche klinische Studien zu relevanten Fragestellungen vor.

Zur Bewertung der Auswirkungen der aPDT bei der Behandlung der aggressiven Parodontitis in vivo ohne vorherige Reinigung zeigen aPDT und SRP ähnliche klinische Ergebnisse.¹¹ In einer randomisierten Studie konnte im Quadrantenvergleich gezeigt werden, dass mit einem einfachen Behandlungsprotokoll bei Patienten mit chronischer Parodontitis die Resultate der konventionellen Reinigungstherapie durch die zusätzliche Anwendung der

aPDT verbessert werden konnten.⁶ Die Wirkung jeweils einer einzigen Behandlung mit aPDT auf parodontale Entzündungszeichen bei refraktären Taschen konnte noch sechs Monate nach Behandlung nachgewiesen werden.⁹ Die Frage, wie sich eine Intensivtherapie auf die Parodontalparameter bei refraktären Fällen auswirkt, wurde in einer randomisierten Doppelblindstudie untersucht.²⁴ Dabei zeigte die wiederholte Anwendung eine deutliche Verbesserung dieser Parameter in der aPDT-Gruppe. Die Literaturlage lässt also einen deutlichen klinischen Effekt der aPDT bei systematischer Anwendung in der parodontologischen Praxis vermuten. Um die langfristigen Effekte in der Parodontitis- und Periimplantitistherapie und die klinischen Möglichkeiten bei konsequenter auch prophylaktischer Anwendung zu überprüfen, wurde vor sechs Jahren

die vorliegende longitudinale Kohortenstudie begonnen.

Studienkonzept, Material und Methode

Das Patientenkollektiv der Praxisstudie besteht aus 70 Patienten, circa zwei Drittel weiblich, ein Drittel männlich. Zu Beginn dieser Studie betrug das Durchschnittsalter 54 Jahre, die Patienten befanden sich minimal zwei Jahre, maximal 19 Jahre, im Durchschnitt 14 Jahre in parodontologischer Betreuung in der gleichen Praxis. Bei den in die Studie aufgenommenen Patienten wurde trotz regelmäßiger konventioneller Therapie und Prophylaxe kein stabiles Ergebnis erzielt. Für alle Patienten wurde die Diagnose persistierende chronische oder aggressive Parodontitis bzw. Periimplantitis gestellt.



Abb. 3 und 4: Für die Studienpatienten häufiger röntgenologischer Verlauf. – Abb. 3: Ausgangssituation. – Abb. 4: Röntgenkontrolle nach vier Jahren.

Mit Studienbeginn wurden alle Patienten im Rahmen eines festen Therapieschemas unter Einbeziehung der antimikrobiellen Photodynamischen Therapie behandelt.

Zum Einsatz kam das HELBO®-Therapiesystem der Firma bredent medical, Walldorf, bestehend aus dem Photosensitizer HELBO® Blue (sterile Phenothiazinlösung), einem Low-Intensity-Laser der Wellenlänge 660 nm, einer Diodenleistung von 100 mW und einer Therapieleistung der Lichtleiter von circa 40 mW. Dieses System ist seit 2003 für alle Indikationen im oralen Bereich zugelassen. Der HELBO® Diodenlaser ist in einem 80 Gramm leichten, ergonomisch konzipierten Handstück eingebaut, die Übertragung des Laserlichts erfolgt durch sterile, dreidimensional abstrahlende Einmalsonden in die Tasche. Der Photosensitizer liegt steril in Spritzenform vor.

Alle Patienten wurden mikrobiologisch vor Therapiewechsel, eine Woche nach der Ersttherapie und nach einem halben Jahr mit dem meridol-Parotest (GABA) untersucht.

Bei sämtlichen Einheiten (Zähne und Implantate) wurde die Taschentiefe mesial und distal regelmäßig über die Zeit gemessen. Nach Initialtherapie, bestehend aus PZR (sofern erforderlich Deep Scaling) und der Photodynamischen Therapie in einer separaten Sitzung, erfolgte gemäß Therapieschema (Abb. 2) im Rahmen der halbjährigen Recalls immer eine schonende PZR mit zusätzlicher Photodynamischer Therapie an sämtlichen Units. Diese wurde innerhalb von ein bis zwei Tagen nach der PZR durchgeführt. Zur Evaluierung der Blutungsneigung kam zeitgleich ein modifizierter SBI mit der Skalierung 0 bis 3 zum Einsatz.

- 0 = keine Blutung auf Sondierung
- 1 = punktförmige Blutung auf Sondierung
- 2 = flächige Blutung auf Sondierung
- 3 = blutgefüllter Sulkus/Papille

Bei periimplantären Taschen über 6 mm Tiefe erfolgte zusätzlich bei der Erstbehandlung eine vorsichtige Kürettage der Weichgewebe.

Therapieoption B

Falls nach zweimaliger Anwendung der HELBO®-Therapie (innerhalb von acht Tagen) bei erneuter Kontrolle nach weiteren

sieben Tagen eine persistierende Blutung auf leichtes Sondieren diagnostiziert werden sollte, wurden als Therapieoption Antibiotika rezeptiert (van Winkelhoff-Cocktail: Metronidazol und Amoxicillin) und nach einem leichten Debridement eine Woche lang eingenommen. Zusätzlich wurde die aPDT am Ende dieser Woche erneut durchgeführt. Dies liegt darin begründet, dass die aPDT die Taschen und den darin befindlichen Biofilm inaktiviert, gewebegängige aggressive Keime wie *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a.) oder *Porphyromonas gingivalis* (Pg.) in der Tiefe jedoch nicht erreicht werden. Dies stellt dann die adjunktive Antibiose sicher, wobei die zusätzliche aPDT am Ende der Antibiotikatherapie für die Elimination der in die Zahnfleischtaschen zurückgewanderten Bakterien sorgt. Auch für diese Gruppe wurde ein halbjährlicher Recall festgelegt. Abbildung 2 zeigt das Therapieschema der um die antimikrobielle Photodynamische Therapie ergänzten Parodontitis und Periimplantitistherapie.

Ergebnisse

Der mikrobiologische Test (Diagramm 1a) zeigt den Ausgangsbefund vor Therapiewechsel. Sowohl A.a. als auch Pg. waren mit 40 Prozent und 95 Prozent deutlich präsent. Im Diagramm 1b zeigt sich initial ein Rückgang der Parodontalpathogene eine Woche nach der Therapie. Nach einem halben Jahr befindet sich ein Teil der parodontalpathogenen Keime immer noch auf niedrigem Stand, ein Teil war jedoch leicht, ein anderer wieder deutlich angestiegen. Im Rahmen der Behandlung mit dem beschriebenen Standardprotokoll konnte ohne zusätzliche Maßnahme bei 53 Patienten mit chronisch-rezidivierender oder aggressiver Parodontitis ein weitestgehender Rückgang der Entzündung beobachtet werden. Dies belegt das Absinken des modifizierten Sulkus-Blutungs-Index (Diagramm 2). Von 0,99 fällt der Durchschnittswert bereits eine Woche nach Therapie auf 0,2 und verbleibt über einen Zeitraum von fünf Jahren in einer Bandbreite von 0,3 bis 0,2 stabil. Ein tendenzieller Anstieg ist über die Zeit nicht festzustellen. Die durchschnittliche Taschentiefe der Patienten geht bereits eine Woche nach Behandlung nach dem Wechsel zur HELBO®-

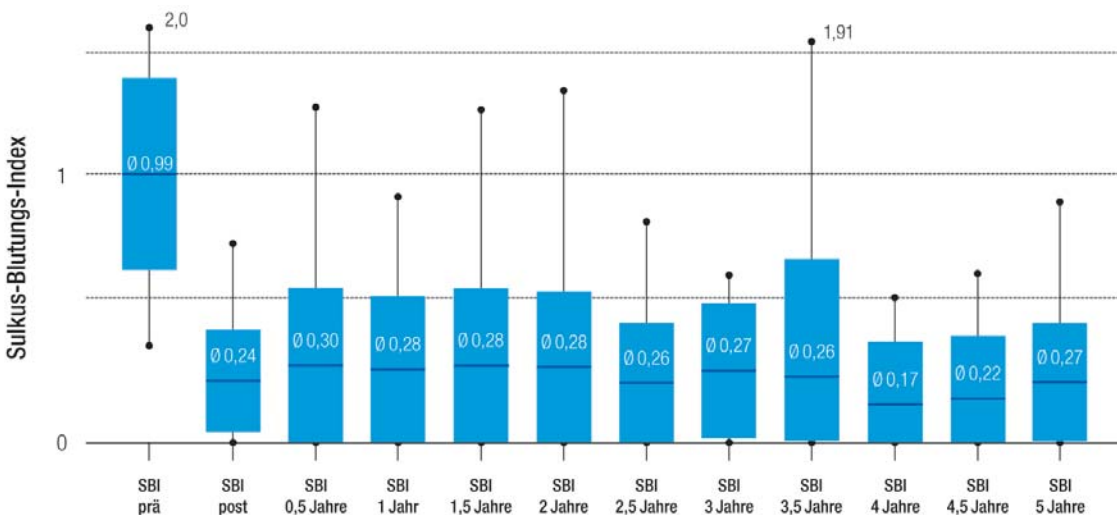


Diagramm 2: Entwicklung des SBI über fünf Jahre.

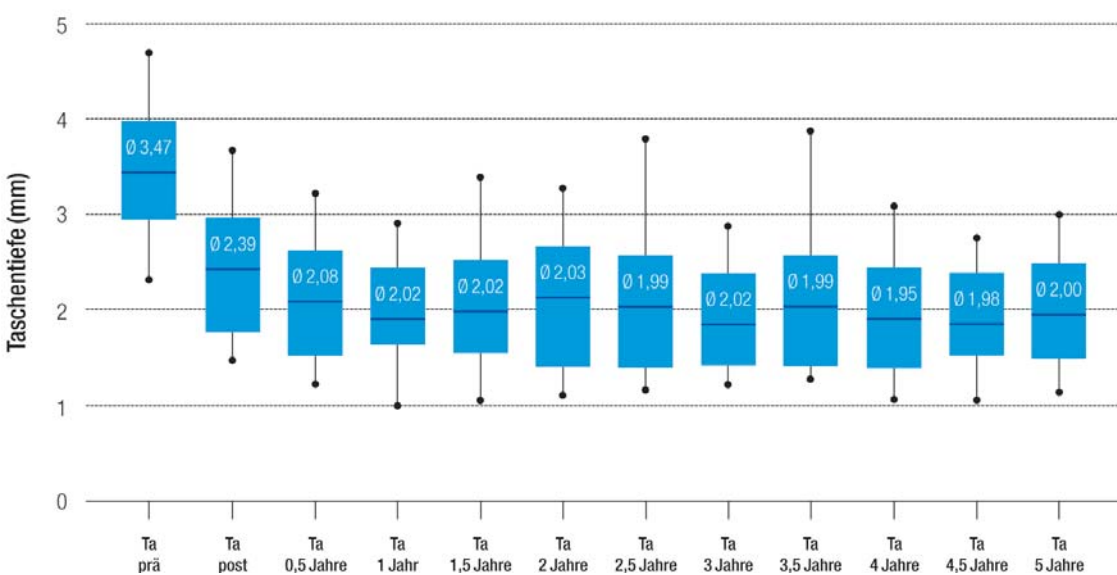


Diagramm 3: Entwicklung der durchschnittlichen Taschentiefe.

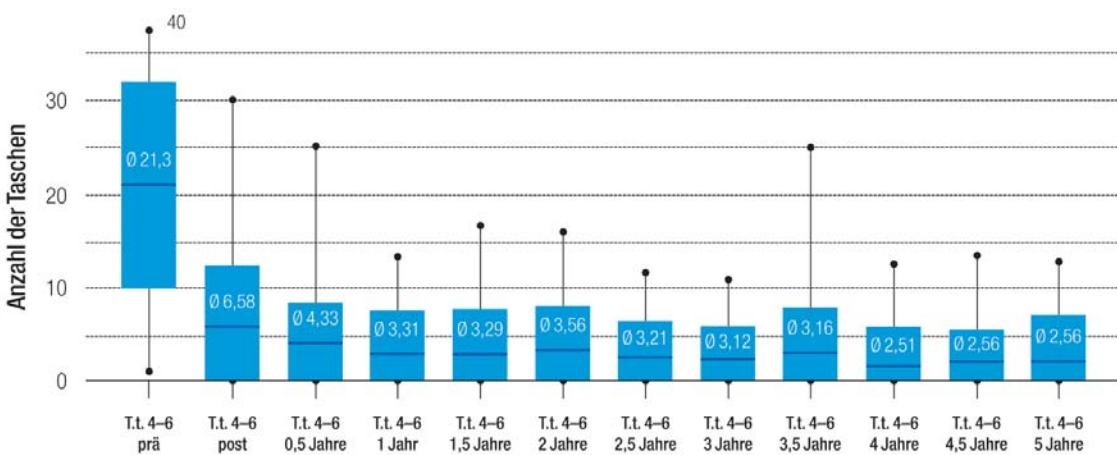


Diagramm 4: Entwicklung der Anzahl Taschen zwischen 4 und 6 mm.

Therapie im Durchschnitt aller Taschen von 3,5mm auf 2,4mm zurück. Zum ersten Recall ist ein weiterer Rückgang auf 2,1mm festzustellen. Im Verlauf der fünf Jahre verbleibt der Wert auf dieser Höhe (Diagramm 3). Die durchschnittliche Anzahl der Taschen mit Sondierungstiefe zwischen 4 und 6 mm als Maß für parodontale Stabilität reduziert sich von im Durchschnitt 21,3 bereits nach einer Woche auf 6,6, erreicht nach einem Jahr 3,3 und liegt nach fünf Jahren bei einem Durchschnittswert von 2,6 (Diagramm 4). Hinsichtlich der Anzahl der Taschen tiefer als 6 mm ist das Ergebnis ähnlich, aufgrund der langen Vorbehandlungszeit ist deren Anzahl bereits initial jedoch geringer.

Therapieoption B

Bei 17 Patienten (20 Prozent), in der Regel deutlich A.a.-belastet mit gleichzeitigem sehr hohem Pg.-Nachweis, lag bei der Kontrolle nach zwei Mal sieben Tagen immer noch persistierende Blutungsneigung vor. Entsprechend Therapieoption B wurde daher nach nochmaligem leichtem Debridement eine einwöchige Antibiose nach van Winkelhoff durchgeführt mit daran direkt anschließender Photodynamischen Therapie. Diese Patienten zeigen im weiteren Verlauf bei identischer Therapie dieselben klinischen Verbesserungen wie die Patienten ohne diese einmalig durchgeführte Antibiose.

Der modifizierte SBI als Maßstab für den Entzündungszustand fällt von 1,1 auf 0,4 und verbleibt von einem halben Jahr bis zu fünf Jahren Follow-up in einer Bandbreite von 0,3 bis 0,2 (Diagramm 6). Rezidive traten nicht auf.

Die durchschnittliche Taschentiefe der Patienten mit Antibiose geht mit dem Therapiewechsel von im Durchschnitt 3,7 auf 2,7 mm zurück und erreicht nach einem halben Jahr einen Wert von 2,1. Im Mittel aller Taschen verbleibt auch bei dieser Patientengruppe über fünf Jahre Beobachtungszeitraum die Taschentiefe ohne weitere Antibiose in einer Bandbreite von 2,0 bis 1,7 mm (Diagramm 7). Rezidive waren nicht festzustellen. Die Therapie nach Antibiose entsprach in allen Aspekten der Standardgruppe.

Diskussion

Durch das beschriebene neue Therapieschema wird ein initialer Rückgang parodontalpathogener Keime eine Woche nach der Therapie festgestellt. Nach einem halben Jahr befindet sich ein Teil der pathogenen Keime auf sehr niedrigem Stand, ein Teil ist leicht, ein anderer wieder deutlich angestiegen. Dieser Wiederanstieg scheint jedoch überraschenderweise keine klinischen Auswirkungen hinsichtlich der parodontalen Parameter und des Entzündungszustandes zu haben. Dies könnte als Hinweis auf

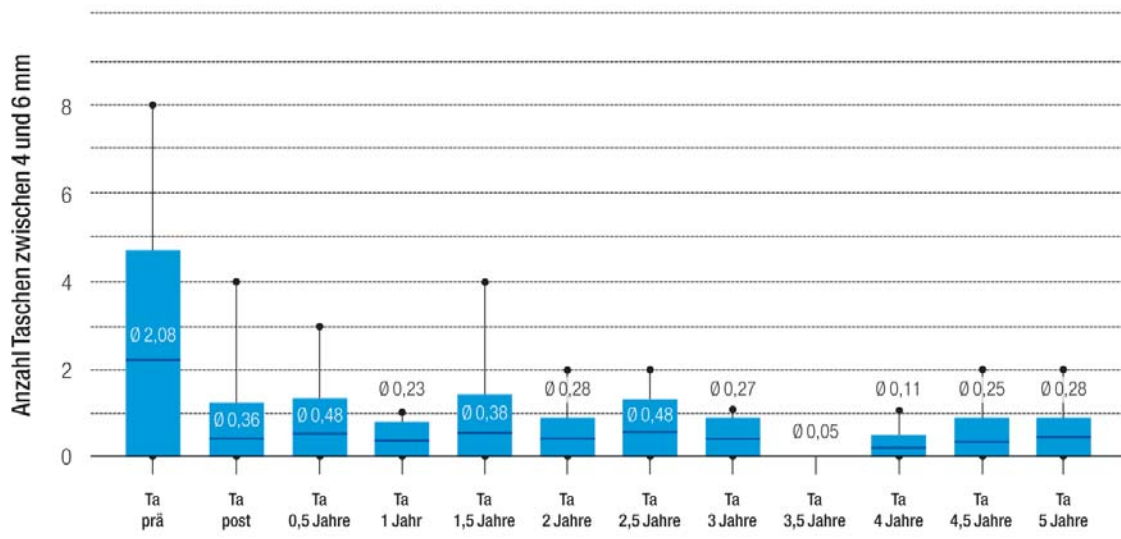


Diagramm 5: Entwicklung der Anzahl Taschen tiefer 6 mm.

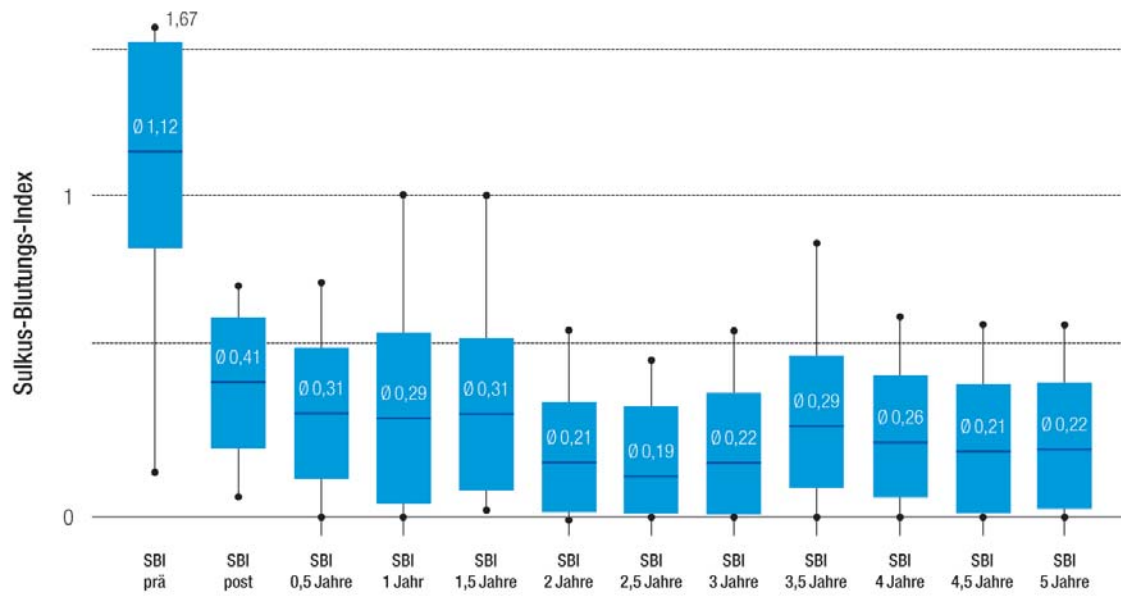


Diagramm 6: Entwicklung des SBI mit einmaliger zusätzlicher Antibiose.

ein deutlich verbessertes lokales Abwehrverhalten des vormals erkrankten Gewebes interpretiert werden. Die Anwesenheit pathogener Keime, wie A.a., Pg., Pi., T.d., und Tf., kann als nicht alleine entscheidender Faktor für das Auftreten entzündlicher Exazerbationen beurteilt werden.⁷ *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* ist sowohl bei parodontaler Gesundheit als auch bei sämtlichen Formen der Parodontitis nachweisbar.²¹

Auch im periimplantären Gewebe scheint das Auftreten der Pathogene nicht alleine entscheidend mit der periimplantären Entzündung verknüpft.²⁶ Somit wird die Aussagekraft der klini-

schen Parameter in der Beurteilung des Krankheitsverlaufes gestärkt, während ein Monitoring des bakteriellen „Fingerprints“ des Patienten nicht sinnvoll erscheint. Die gefundenen Langzeitdaten bestätigen dies eindrucksvoll. Klinische Entzündungszeichen und Taschentiefen verringerten sich signifikant und blieben über einen Zeitraum von fünf Jahren stabil.

Im Rahmen der Studie betragen die Recall- und aPDT-Abstände standardisiert sechs Monate, sollten außerhalb von Studienbedingungen jedoch weiterhin individuell entschieden werden. Dadurch ist in Einzelfällen nochmals eine leichte Verbesserung

zu erwarten. Als minimalinvasive Maßnahme scheint die regelmäßige Anwendung durch das Ausbleiben von Rezidiven gerechtfertigt und kann vor allem im Hinblick auf die Verbesserung der oralen Entzündungssituation der Patienten mit langjährigen instabilen parodontalen Verhältnissen kaum als Übertherapie interpretiert werden.

Die zusätzliche antimikrobielle Photodynamische Therapie nach dem HELBO®-Verfahren erweist sich über den betrachteten Beobachtungszeitraum von fünf Jahren im Rahmen dieser longitudinalen Kohortenstudie als deutlicher Fortschritt in der Parodontitistherapie und -prophylaxe

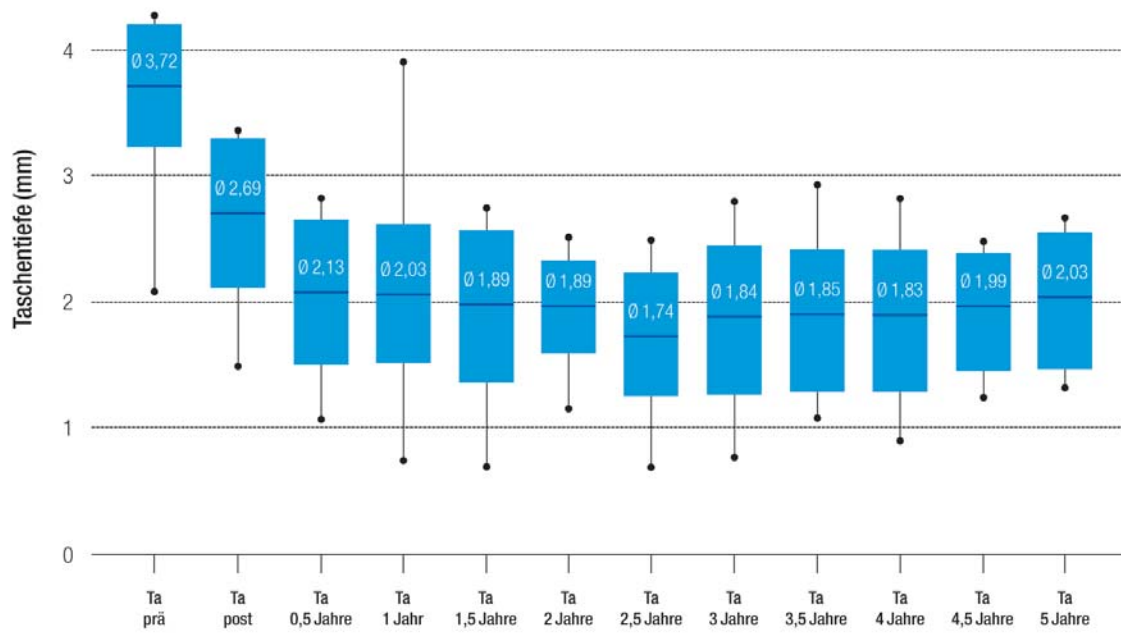


Diagramm 7: Durchschnittliche Taschentiefe bei Patienten mit einmaliger zusätzlicher Antibiose.

und scheint in diesem Bereich neue Behandlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Wichtig sind die Kontrolle eine



Woche nach der Ersttherapie und gegebenenfalls die Nachbehandlung von immer noch blutenden Taschen bei vorsichtiger Prüfung mit der Sonde. Sollte ein ungenügendes Therapieergebnis auch noch bei der zweiten Reevaluation nach 14 Tagen vorliegen, ist eine Antibiose nach Winkelhoff mit zusätzlicher aPDT zu empfehlen (s. Therapieschema). In der Folge können auch in dieser Patientengruppe stabile Ergebnisse erwartet werden. Bei andauernder Therapieresistenz empfiehlt sich eine internistische Abklärung.

Durch die Anwendung des HELBO®-Verfahrens wird die Indikation zur systemischen Antibiose in der Parodontitistherapie künftig sehr eng zu stellen sein. Die Indikation für eine Resistenz fördernde lokale Antibiose entfällt vollständig.

Ein vorheriges Debridement zur möglichst weitgehenden Zerstörung, zumindest aber zur starken Auflockerung des Biofilms, wurde im Rahmen der Studie konsequent verfolgt.

Die Ergebnisse dieser Fünf-Jahres-Studie sind keinesfalls auf die Anwendung anderer Photodynamik-Therapiesysteme und Behandlungsabläufe übertragbar. Auch heute variieren wichtige Systemparameter verfügbarer Konzepte zum Beispiel nach Art, Konzentration und Darreichung des Photosensibilizers, Applikationsform, therapeutisch wirksamer Lichtquelle, Wellenlänge, Energie- und Leistungsdichte des Anregungslichtes und bezüglich des Behandlungsablaufs. Wesentlich bleibt die Mitarbeit des Patienten, da ohne gute individuelle Mundhygiene die beobachteten Ergebnisse nicht gehalten werden können. Die Kosten der zusätzlichen antimikrobiellen Photodynamik bewegen sich durch die mögliche Delegation in einem Rahmen, der in der Praxis für fast alle Patienten, die Prophylaxe gewohnt sind, auch bei regelmäßiger Anwendung gar kein Problem darstellt. PN



PN Adresse

Dr. med. dent. Tilman Eberhard M.Sc.
Untere Zeiselbergstr. 18
73525 Schwäbisch Gmünd
Tel.: 07171 2435
info@zahnarzt-eberhard.de

Dr. med. dent. Freimut Vizethum
Am Mannenberg 7
69231 Rauenberg
Tel.: 06222 6840398
info@evidae.net

Parodontitis, eine Geißel des Älterwerdens?

Der letzten Deutschen Gesundheitsstudie zufolge sind fast 75 Prozent aller 35- bis 44-Jährigen von einer mittelschweren bzw. schweren Parodontitis betroffen, wobei bei steigendem Alter das Erkrankungsrisiko noch zunimmt. Hierbei ist jedoch festzustellen, dass es sich bei dieser Erkrankung keineswegs um eine zwangsläufige Folge des Älterwerdens handelt.

Vielmehr begünstigen z.B. Rauchen, Stress, unzureichende Mundhygiene und systemische Erkrankungen diese ernst zu nehmende Krankheit. Hinzu kommen häufig anzutreffende altersspezifische Problemstellungen, wie freiliegende Zahnhälse, Zahnhalskaries und Attachmentverluste. Ein großes Problem ist, dass bei unregelmäßigen oder seltenen Zahnarztbesuchen Parodontalerkrankungen oft relativ lange Zeit unentdeckt bleiben. Schmerzen treten zunächst nicht auf, und gelegentliches Zahnfleischbluten wird aus Unkenntnis der Zusammenhänge und der Wechselbeziehungen zur Allgemeingesundheit toleriert.

Diesen Prozess, der in letzter Konsequenz zu Zahn- und Implantatverlusten führt sowie gravierende Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit (z.B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) haben kann, gilt es möglichst frühzeitig zu unterbrechen.

Gesundheitsrisiken vermeiden

Zur Vermeidung und zur Behandlung von Parodontalerkrankungen ist es erforderlich, die individuellen Risikofaktoren des Patienten systematisch innerhalb eines parodontalen Risikomanagements zu erheben, zu bewerten und zu dokumentieren. Diese Faktoren sind die Grundlage der anschließenden individuellen Behandlungstherapie.

Eine zentrale Rolle hierbei spielt der Patient. Nur wenn es gelingt, sein Risikobewusstsein zu entwickeln und ihn zur konsequenten Mitarbeit zu bewegen, kann der zuvor beschriebene Prozess wirkungsvoll unterbrochen werden. Hierzu ist der Patient von Beginn an aktiv mit einzubeziehen. Er muss den Prozess verstehen und die notwendigen (Behandlungs-)Konsequenzen akzeptieren und umsetzen.

Parodontales Risikomanagement in der praktischen Umsetzung

Parodontales Risikomanagement ist als systematischer Ablauf zu verstehen, der mit einer umfassenden Anamnese beginnt. Orale und allgemeingesundheitliche Beschwerden/Besonderheiten, Medikationen, persönliche und familiäre Dispositionen, Allergien, Unverträglichkeiten, Vorerkrankungen etc. werden ebenso erhoben und dokumentiert, wie der Konsum von Genussmitteln (Nikotin, Alkohol)

und sonstigen die Gesundheit beeinflussende Lebensgewohnheiten.

Im Rahmen der anschließenden Befunderhebung wird der parodontale Status des Patienten erfasst. Klinische Parameter und die zuvor genannten individuellen Risikofaktoren bilden dabei die Grundlage für die individuelle Einschätzung des Erkrankungsrisikos des Patienten.

subgingivale Mikroflora) die patientenbezogenen Faktoren von besonderer Bedeutung:

BOP (Bleeding on Probing)

Erhoben wird hier der Anteil der Stellen in Prozent, die bei der Sondierung des Sulkusbodens geblutet haben (6 Messpunkte pro Zahn, 1 x pro Jahr). Dieser Wert ist ein Maß für die subgingivale Entzündung. Zu berücksichtigen ist, dass Nikotin die Blutungsneigung signifikant vermindert.

Pathologisch vertiefte Zahnfleisch-taschen weisen auf eine subgingivale Entzündung hin. In einem Teufelskreis erhöht

sich mit zunehmender Sondierungstiefe das Risiko zu weiterem Abbau. Die Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung einer Parodontitis steigt mit der Anzahl der über 5 mm tiefen Zahnfleisch-taschen.

Parodontaler Knochenabbau, Zahnverlust

Knochenabbau in Relation zum Lebensalter und Zahnverlust weisen als Indikatoren auf ein erhöhtes Parodontitisrisiko hin.

Patientenverhalten und allgemeingesundheitliche Verhältnisse

Rauchen: Nikotin ist der stärkste extrinsische Risikofaktor für Parodontitis.

Systemische und genetische Faktoren:

- Diabetes
- Leukämie
- Autoimmunerkrankungen
- Candidiasis
- Herpesvirus-erkrankungen
- Schleimhautpemphigoid
- Familiäre Neutropenie
- Interleukin-1-Polymorphismus-komplex

Medikamente:

- Antiepileptika
- Immunsuppressiva
- Kalziumantagonisten

Mundhygiene: Das Vorhandensein von Plaque ist zwar kein Risikofaktor im eigentlichen Sinne, lässt aber Rückschlüsse auf die Compliance des Patienten zu.

Aktive Matrixmetalloproteinase-8 (aMMP-8)

Ein hoher aMMP-8-Spiegel weist auf akute Entzündungsprozesse und damit auf einen akuten, behandlungsbedürftigen Zustand hin. Die Messung des Entzündungsmarkers erfolgt anhand eines in der Gingivatasche applizierten Teststreifens mit anschließender biochemischer Auswertung.

Blutzuckertest

Parodontitis und Diabetes sind weitverbreitete chronische Erkrankungen, die in einer bidirektionalen Beziehung stehen – Diabetes begünstigt die Entstehung, Progression und den Schweregrad einer Parodontitis – Parodontitis erschwert die glykämische Kontrolle des Diabetes und erhöht das Risiko diabetesassoziierter Komplikationen. Die Zahnarztpraxis kann ein Screeningort für Diabetes und Prä-Diabetes sein – Die Werte eines Blutzuckerschnelltests (Accu-Check) werden in ParoStatus.de eingetragen und ausgewertet – Bei Bedarf wird ein Arztbesuch mit weitergehender Diagnostik empfohlen.

Die Komplexität der Parodontitis sowie das zu berücksichtigende ständige Gegenspiel von Noxen und Immunantwort, machen die Bedeutung der Bewertung des individuellen Risikos deutlich.

Je nach Ergebnis wird der Patient einer von drei Risikogruppen zugeordnet.

Die Skalierung der Parameter in den Stufen „niedriges“, „mittleres“ und „hohes Risiko“ ermöglicht die Ableitung von Empfehlungen für individuelle Recallfrequenzen und Therapie-maßnahmen.

- Niedriges Risiko
UPT 1 x Jahr
- Mittleres Risiko
UPT 2 x Jahr
- Hohes Risiko
UPT 3–4 x Jahr

Zur zusätzlichen optischen Orientierung können die Risikogruppen farblich differenziert dargestellt werden (Ampelfunktion).

Nach ca. einem Jahr empfiehlt sich eine erneute Risikoeinstufung, um Krankheitsverlauf und Behandlungserfolg nachvollziehen zu können. Auf Grundlage dieser erneuten Risikoeinstufung können dann, im Sinne eines kontinuierlich anzupassenden Risikomanagements, Behandlungsschritte, Maßnahmen zur Verbesserung der Patientencompliance sowie Recallabstände individuell angepasst werden.

Bei konsequenter Durchführung der UPT in risikoorientierten Abständen können bei den meisten Patienten die parodontalen Verhältnisse über längere Zeiträume stabilisiert werden.

Dokumentation und Qualitätssicherung

Mit dem am 26. Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz werden die Rechte der Patienten gestärkt. Klar zum Ausdruck kommt, dass Patienten umfassend über alles informiert und aufgeklärt werden müssen, was für die Behandlung wichtig ist. Hierzu gehören alle wesentlichen Umstände wie Diagnose, Abläufe, Folgen, Risiken und mögliche Behandlungsalternativen, so wie auch finanzielle Folgekosten.

Unter diesem Gesichtspunkt erhält die Dokumentation in den Praxen eine ganz wesentliche Bedeutung, die, je nach Ausgestaltung, mit nicht unerheblichem Aufwand einhergeht.

Zur Unterstützung der Praxen stehen einige computergestützte Programme zur Verfügung, die die altbewährte Patientenakte ergänzen bzw. ersetzen.

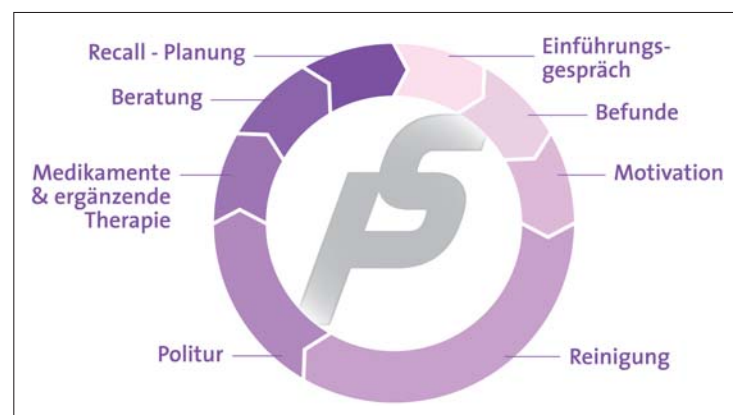


Abb. 1: Ablauf UPT.

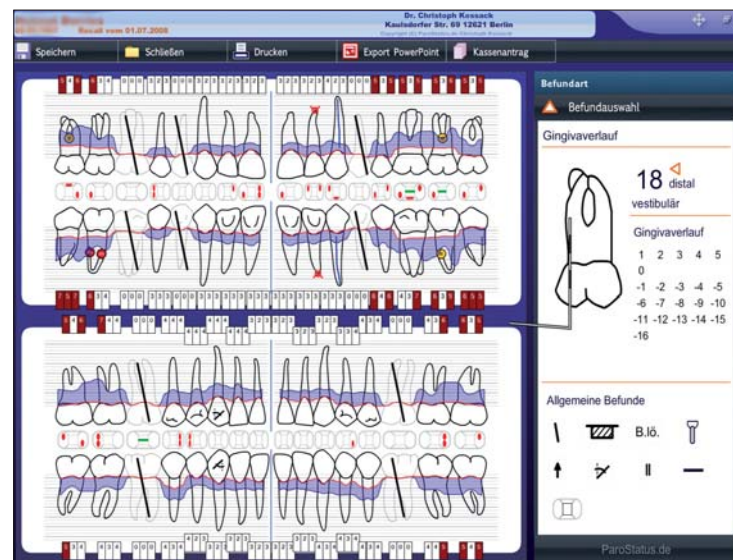


Abb. 2: Parodontalstatus nach ParoStatus.de-Konzept.

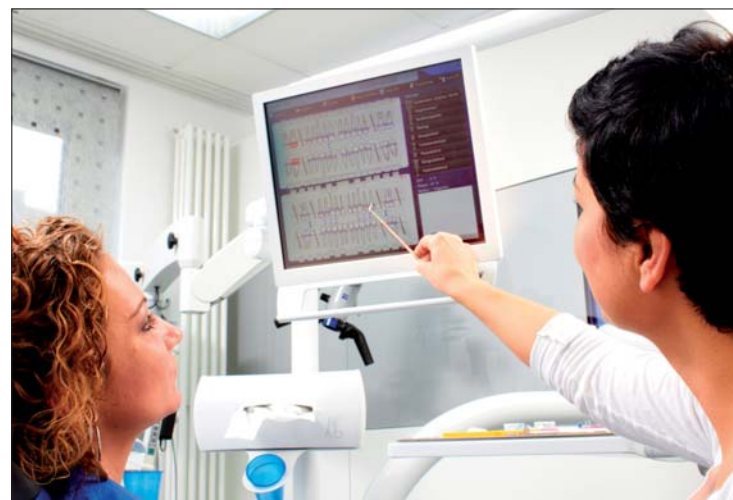


Abb. 3: Patientenaufklärung.

Auf der Basis dieser Befunde wird die individuelle Therapie und Behandlung festgelegt.

Im Rahmen der Befunddokumentation und der Einschätzung des parodontalen Risikos sind neben den zahnbezogenen (Furkationsbeteiligung, iatrogene Faktoren, partielle Attachmentverluste) und stellenbezogenen Faktoren (ST/PSI, Suppuration,

sichtigen ist, dass Nikotin die Blutungsneigung signifikant vermindert.

Gesamtzahl der residualen Taschen (Sondierungstiefe > 5 mm)

Pathologisch vertiefte Zahnfleisch-taschen weisen auf eine subgingivale Entzündung hin. In einem Teufelskreis erhöht

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie, der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und verschiedenen Universitäten wurde mit „ParoStatus.de“ ein besonders benutzerfreundliches Programm entwickelt. Mit diesem Programm werden erhobene Befunde, Risikobewertungen, Maßnahmen und Empfehlungen systematisch, über-

fohlene Recallfrequenz sowie Behandlungs- und Therapievorschläge hervorgehen.

Kommunikative Überzeugungsarbeit: „Wie sage ich es meinem Patienten?“

Vielfach bereitet es Probleme, Patienten verständlich und überzeugend zu informieren und auf-

arbeiten. Eine überzeugende Unterstützung im Rahmen dieses Kommunikationsprozesses bietet das zuvor genannte ParoStatus.de-System mit einer patientengerechten Aufbereitung der Daten. Dem Patienten steht ein farbig codierter Ausdruck mit seinen Befunden, der entsprechenden Auswertung und der Bewertung seines persönlichen Erkrankungsrisikos zur Verfügung.

Allgemein verständliche textliche Ausführungen zu den wesentlichen Inhalten, selbsterklärende Schaubilder sowie eine farbige Darstellung (Ampelfunktion) des persönlichen Risikoprofils ermöglichen es dem Patienten, sich in Ruhe zu Hause mit seinen Ergebnissen auseinanderzusetzen. Grün bedeutet alles o.k., Gelb hingegen Achtung, Vorsicht, dieser Bereich muss beobachtet werden, und Rot wird gleichgesetzt mit sofortigem Handlungsbedarf. Am Ende der Auswertung wird von dem Programm, auf der Grundlage der individuellen Risikoeinschätzung, der nächste Termin vorgeschlagen. Das unterstützt und erleichtert die Kommunikation. Die Prophylaxemitarbeiterin kann sich auf diese Empfehlung beziehen.

Dass der „Computer“ den nächsten Termin vorschlägt, ist für die Patienten in der Regel beeindruckend und neutral. Empfehlungen für den weiteren Behandlungsablauf und die vorgeschlagenen individuellen Recallabstände werden so für den Patienten transparent und nachvollziehbar. Er erhält mit dem Ausdruck eine individuelle Handlungsanleitung einschließlich der Empfehlung individueller geeigneter Mundhygienehilfsmittel für seine häusliche Mundhygiene.

Für technikaffine Patienten stehen diese Funktionen auch als App für das Smartphone zur Verfügung.

Fazit

Ein konsequent strukturiert durchgeführtes Risikomanagement ist die Grundlage für ein frühzeitiges Erkennen parodontaler Erkrankungen. Auf dieser Basis können zielgerichtet Behandlungskonzepte umgesetzt werden, die auch dem bereits parodontal erkrankten Patienten den langfristigen Erhalt seiner Zähne und den Schutz seiner Allgemeingesundheit ermöglichen. **PM**

PN Adresse

Deutsche Gesellschaft für
Dentalhygieniker/-innen e.V.
Sylvia Fresmann
Fasanenweg 14
48249 Dülmen
Fresmann@t-online.de
www.dgdh.de



Abb. 4: Erklärung Patientenausdruck.

Abb. 5: Patientenausdruck.

sichtlich und reproduzierbar dokumentiert. Die Abläufe des Programms folgen dabei einem immer wiederkehrenden logischen Ablauf, kein Parameter kann unbeabsichtigt vergessen werden. Die Eingabe der Werte erfolgt ohne zusätzliche Assistenz innerhalb weniger Minuten per Fußsteuerung und kabelloser Tray-Tastatur, eine sprachgesteuerte Erhebung ist optional möglich. Im Anschluss steht eine Auswertung zur Verfügung, aus der sowohl das individuelle Erkrankungsrisiko als auch die emp-

zuklären. Die Fülle der Informationen kann Patienten ebenso leicht überfordern wie die Verwendung von Fachbegriffen, was der Intention des zuvor genannten Patientenrechtegesetzes zuwiderlaufen würde. Der Zeitfaktor spielt bei häufig eng getakteten Behandlungsterminen in diesem Zusammenhang eine nicht unwesentliche Rolle. Im Ergebnis kann aber nur ein aufgeklärter und überzeugter Patient, der die Befunde und Konsequenzen versteht und akzeptiert, dauerhaft und erfolgreich an seiner Behandlung mit-



HELBO®

unterstützt
AKTIONSBÜNDNIS
gesundes Implantat



HELBO
beherrscht die Infektion

Die HELBO-Therapie ist die optimale Ergänzung, um Ihre Patienten zuverlässig, **neben- und wechselwirkungsfrei** von parodontalen und periimplantären Entzündungen zu befreien und Wiedererkrankungen vorzubeugen.

Interesse an einer erfolgreichen und gewinnbringenden Integration der HELBO-Therapie in Ihrer Praxis zum Wohl Ihrer Patienten?

Mehr Informationen auf www.helbo.de oder telefonisch unter 0 62 27 / 5 39 60-0.

bredent group

40 YEARS DENTAL INNOVATIONS
1 9 7 4
2 0 1 4

bredent medical GmbH & Co. KG
Geschäftsbereich HELBO
Josef-Reiert-Str. 4 | 69190 Walldorf | Germany
www.bredent-medical.com | www.helbo.de
e-mail info@helbo.de

Scannen Sie diesen QR-Code



mit Ihrem Smartphone!

EFP und AAP: Interdisziplinäre Forschung im Fokus

Jüngst stellte die EFP im Rahmen einer Pressekonferenz in Monaco ihre globale Outreach Campaign vor. Das gemeinsame Projekt von EFP, AAP und Colgate GABA will das öffentliche Bewusstsein für Zahnfleischerkrankungen als Risikofaktor für die Allgemeingesundheit schärfen.

Anfang Mai fand die offizielle Präsentation der European Federation of Periodontology (EFP) zur Outreach Campaign Perio and General Health in Monaco statt. Die Outreach Campaign steht für einen interdisziplinären Dialog, der die Verbindung zwischen Erkrankungen des Zahnfleisches und des Zahnhalteapparats mit lebensbedrohlichen systemischen Krankheitsbildern wie kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes zum Thema hat.

„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

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.



Marianne Steinbeck, Director of International Media Relations.

Workshop in Spanien

Im Zentrum dieser großen Bewegung steht das kürzliche Workshop-Meeting europäischer und amerikanischer Experten der Zahnmedizin in Segovia, Spanien. Vier Arbeitsgruppen fertigen eine umfangreiche systematische Übersicht entscheidender Studien zur Verbindung zwischen Erkrankungen des Mundes und solchen, die andere lebenswichtige Körperbereiche betreffen. Die Wirkstoffe der Immunabwehr haben jedoch auch ungewollte schädigende Auswirkungen auf andere Teile des Körpers. Bleibt Parodontitis, eine progressive, chronische Entzündungskrankheit, unbehandelt, kann sie die Allgemeingesundheit schädigen und entzündliche Erkrankungen wie ACVD (atherosklerotische kardiovaskuläre Erkrankungen) auslösen oder das Risiko für Diabetes erhöhen. **PN**



Niklaus P. 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.

Zahnfleischgesundheit – Das große Anliegen

Europäische Zahnärzte sind die Zielgruppe der großen Weckruffkampagne, 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 Zahnärzte richtet, aber auch so gestaltet wurde, dass sie die Aufmerksam-

keit der Öffentlichkeit durch Gesundheitswarnungen und Empfehlungen zur Mundhygiene auf sich zieht.

Breites Informationsangebot

Die kontinuierliche Veröffentlichung von Dossiers, Dokumentarvideos, Internetquellen und Werbemaßnahmen trägt dazu bei, die avisierten 340.000 Zahnärzte und Dentalhygieniker in ganz Europa zu erreichen. Der Informationsfluss wird über mehr als 26 nationale Parodontologiegesellschaften, Kongresse sowie Spezialisten- und Newsmedien Europas gesteuert. Auch Social Networks werden für die Kampagne eingesetzt, um die Hauptzielgruppe zu erreichen.

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 „Perio-

Official Launch of the EFP Manifesto – Perio and General Health vorgestellt.

Im Anschluss an die kurze Präsentation der Outreach Campaign stellte Nikolaus Lang, Wissenschaftlicher Vorstand der

PN Adresse

EFP & MS Media Service
Marianne Steinbeck
Tel.: 08025 5785
mariannesteinbeck@efp.org

Peter Wix
peterwix@efp.org
Tel.: +34 913 142 715
www.efp.org

Osteology Monaco – drei Tage voller Information und Inspiration

PN Fortsetzung von Seite 1

Lisa Heitz-Mayfield, Australien, wies darauf hin, dass bei zementierten Rekonstruktionen auch überschüssige Zementreste ein Risiko darstellen und Entzündungen verursachen können.

Giovanni Salvi, Schweiz, und Frank Schwarz, Deutschland, präsentierten den aktuellen Stand der Wissenschaft zur Periimplantantistherapie. Frank Schwarz stellte das Verfahren der Implantoplastik näher vor. Niklaus P. Lang, Schweiz, zeigte einen Entscheidungsbaum für die Entscheidung Zahnerhalt vs. Zahnextraktion bei parodontal kompromittierten Zähnen.

Mariano Sanz, Spanien, stellte histologische Daten aus einer präklinischen Studie zum frühen Heilungsverlauf nach Zahnextraktion vor. Lingual blieben die Knochenverhältnisse fast unverändert, die bukkale Knochenlamelle resorbierte in der horizontalen Dimension jedoch stark. Ronald E. Jung, Schweiz, ging daraufhin die Vor- und Nachteile von Sofortimplantation, spätere Implantation in Kombination mit einer Ridge Preservation oder Spontanheilung durch.

Auch Dietmar Weng, Deutschland, thematisierte die Vorteile

der Ridge Preservation nach Zahnextraktion. Neben der „frühen Regeneration“ gleich nach Zahnextraktion stand die klassische Knochenregeneration im Fokus. Daniel Buser, Schweiz, betonte den großen Fortschritt, den resorbierbare Membranen in



Kombination mit einem Knochenersatzmaterial für die tägliche Praxis bedeuten. Massimo Simion, Italien, beschrieb die Entwicklung der horizontalen und vertikalen Augmentationstechniken über die Jahre. Beim Osteology Symposium in Monaco stellten die Referenten ebenfalls verschiedene Methoden der Weichgewebeaugmentation vor. Der Vorteil des „Weichge-

webes aus der Dose“ mit der Ersparung von Operationszeit und Schmerzen spiegelt sich in einer größeren Patientenzufriedenheit wider, wie Todd Scheyer, USA, in einer Studie zeigte. Anton Sculean, Schweiz, und Giovanni Zucchelli, Italien, fokussierten in

ihren Vorträgen auf die Rezessionsdeckung. Mit der oralen Regeneration bei kompromittierten Patienten befasste sich eine Session unter der Leitung von Friedrich W. Neukam, Deutschland. Eingegangen wurde dabei u. a. auf Patienten mit Diabetes mellitus. Da die Heilung bei diesen länger dauert, sollte nach GBR-Maßnahmen mindestens zwei Monate länger als

normal gewartet werden, bevor ein Implantat gesetzt wird, sagte Nikos Donos, England. Eine andere schwerwiegende Erkrankung diskutierte Wilfried Wagner, Deutschland: die Kiefernekrose. Bei einer malignen Primärerkrankung, intravenös applizier-

ten hochpotenten Bisphosphonaten über einen langen Zeitraum und einer zusätzlichen Chemo- oder Kortisontherapie sind Augmentationen und Implantatsetzungen dringend zu vermeiden. Auch wenn das Risiko wesentlich kleiner ist, kann auch die orale Bisphosphonatgabe zu Kiefernekrosen führen. Die Regenerationsforschung zu fördern und Forschung und Kli-

nik enger zusammenzubringen, sind Kernanliegen der Osteology Stiftung. Entsprechend gab es in Monaco 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 Martinez-Sanz, Spanien. Im Bereich klinische Forschung gewann Mario Rocuzzo, Italien, den Preis. Mit ihrem Geburtstags-symposium hat die Osteology Stiftung ihre bedeutende Rolle in der regenerativen Zahnmedizin gefestigt. Das nächste Internationale Osteology Symposium findet 2016 statt. **PN**



PN Adresse

Osteology Stiftung
Landenbergstr. 35
6002 Luzern/Schweiz
Tel.: +41 41 3684444
Fax: +41 41 4926739
info@osteology.org
www.osteology.org

Aminfluorid – eine besondere Erfolgsgeschichte


International besetztes Symposium würdigt 50 Jahre positive Kariesprophylaxe.

Führende Zahnmediziner aus ganz Europa kamen im Universitätsspital Basel zusammen, um im Rahmen des Symposiums „Mundhygiene für eine moderne Lebensweise – 50 Jahre erfolgreiche Kariesprophylaxe mit Aminfluorid“ zu feiern. Die Veranstaltung wurde von GABA International als einem der ersten Anbieter von oralen Mundhygieneprodukten mit Aminfluorid unterstützt. Prof. Dr. Thomas Attin, Direktor der Kli-

Den Auftakt des ganztägigen Symposiums bildete ein historischer Überblick zu den Entwicklungen, die den Fortschritt in der Dentalhygiene mitbegründet haben. In den darauffolgenden Präsentationen erfuhren die rund 160 Teilnehmer mehr über die vielen Meilensteine der Forschung der vergangenen 50 Jahre sowie über aktuelle Untersuchungen auf dem Gebiet der Aminfluoride und Kariesprophylaxe.

tur (Benetzungsmittel) ermöglicht eine schnelle und effektive Anreicherung auf Zahnoberflächen und die Bildung einer fluoridhaltigen Schicht, die die Zähne vor Säureangriffen schützt.

Dennoch zählt Karies noch immer zu einer der weltweit am weitesten verbreiteten chronischen Krankheiten. Die Zahl der Karieserkrankungen bei Kindern ist seit den letzten Jahren zwar rückläufig, aber es besteht vor allem in sozial schwächeren Schichten ein erhöhter Bedarf an Aufklärung.

Nicht nur regelmäßige Zahnpflege ist ausschlaggebend bei dem Schutz vor Karies, auch ungesunde und vor allem zuckerhaltige Ernährung ist die Hauptursache von Kavitäten. Vor diesem Hintergrund fällt auch die Prognose von Prof. Dr. Elmar Reich trotz technologischer Innovationen und Revolutionen nüchtern aus: Eine Zahnbürste und Zahncreme werden auch in 30 Jahren nicht aus unserem Alltag wegzudenken sein – zumindest für den, der Wert auf gesunde Zähne legt. 



Referenten des GABA-Symposiums in Basel.

nik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie der Universität Zürich, führte charmant durch die mit hochkarätigen Wissenschaftlern besetzte Vortragsreihe. Ehrengast war Prof. Dr. Thomas M. Marthaler, der seit Anbeginn auf dem Gebiet von Aminfluorid und seiner Anwendung in der Mundhygiene gearbeitet hat.

Aminfluorid gehört zu einer Familie organischer Fluoridverbindungen, die speziell wegen ihrer wirkungsvollen Mineralisierung und Stärkung der Widerstandsfähigkeit von Zähnen gegen Karies entwickelt wurden. Die Wirksamkeit von Aminfluoriden wurde in über 500 wissenschaftlichen Studien belegt. Ihre spezielle chemische Struk-

Jubiläumskongress: „100 Jahre – 100 Euro“


Humanchemie veranstaltet eine Fortbildung in Hamburg.



Am 29. April war der 100. Geburtstag von Prof. Dr.-Ing. Dr. med. dent. h. c. Adolf Knappwost, dem Begründer der Depotphorese® und der Tiefenfluoridung. Dieses besondere Jubiläum nimmt die Humanchemie GmbH zum Anlass für eine zweitägige Fortbildungsveranstaltung unter dem Motto „100 Jahre – 100 Euro“ am 25. und 26. Oktober in Hamburg. Der erste Tag wird ganz im Zeichen der Dentalhygiene stehen. Die Tiefenfluoridierung, die auf der Remineralisationstheorie beruht, für die Prof. Knappwost den ORCA-Preis erhielt, wird ein Schwerpunkt sein. Auch das neue Tiefenfluorid Junior mit seinem fruchtig-süßen Aroma besonders für Kinder wird thematisiert werden. Der zweite Tag wird dann der Depotphorese® mit Cupral® gewidmet. Hier werden u.a. die vielfältigen Therapiemöglichkeiten der neuesten Depotphorese®-Gerätegeneration MAGIS® im Detail behandelt werden. Damit auch der kollegiale Austausch unter den Anwendern, Interessierten und Neueinsteigern nicht

zu kurz kommt, wird für ausreichend Zeit zum Diskutieren gesorgt sein.

Hamburg wurde gewählt, da Prof. Knappwost dort seinen letzten Lehrstuhl als Institutsleiter innehatte und es sich durch die Vielzahl an Möglichkeiten – wie Deutschlands berühmtesten Tierpark Hagenbeck und der größten Modellbahnausstellung der Welt, dem Miniaturwunderland in der Speicherstadt – für ein Rahmenprogramm geradezu anbietet.

Alle Bausteine der Veranstaltung sind einzeln buchbar. So kann sich jeder Teilnehmer seine 100-Jahre-Tour mit Humanchemie in Hamburg individuell gestalten. 

PN Adresse

GABA GmbH
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 07621 907-0
Fax: 07621 907-499
info@gaba.com
www.gaba-dent.de

PN Adresse

Humanchemie GmbH
Hinter dem Krüge 5
31061 Alfeld/Leine
Tel.: 05181 24633
Fax: 05181 81226
info@humanchemie.de
www.humanchemie.de

„Praxisorientierte Implantologie“ beim DGZI-Kongress in Berlin

Internationale Referenten stellen am 4. und 5. Oktober aktuellen Wissensstand für die Praxis vor.

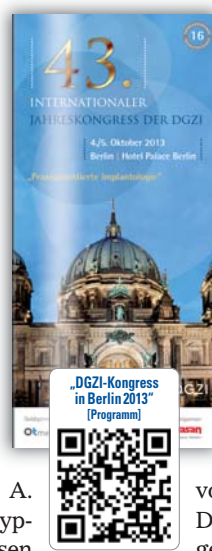
„Bei uns wird ‚Klartext‘ gesprochen“, bringt es Dr. Roland P.H. Hille (Viersen, Niederrhein), Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie (DGZI) und wissenschaftlicher Leiter des diesjährigen am 4. und 5. Oktober in Berlin stattfindenden DGZI-Kongresses (Hotel Palace), auf 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 und „Streitgesprächs“ Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner (Uni Mainz), Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Phys. Christoph Bourauel (Uni Bonn) sowie der Entwickler des „All-on-four“-Konzepts Dr. Paulo S. Malo (Lissabon, Portugal).

„Das ist schon immer eines der Hauptziele der DGZI gewesen: praxiserprobte und bewährte Konzepte nach dem Motto ‚aus der Praxis für die Praxis‘ zusammen-

zustellen“, erklärt Hille ein Herzanliegen der ältesten wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Implantologie in Europa. Beim „internationalen Podium“ am ersten Kongressnachmittag überzeugen internationale Referenten (u.a. Prof. Dr. Monish Bhola und Dr. James R. Winkler, beide University of Detroit Mercy, US; Dr. Keiichi Naruse, Yamagata, Japan; Dr. Khaled A. Abdel-Ghaffar, Kairo, Ägypten) mit ihrem Fachwissen

das Auditorium. Parallel hierzu diskutieren Referenten aus Zahnmedizin und Zahntechnik prothetisch orientierte Sichtweisen u.a. zu den Themen „Vollkeramik auf Implantaten“, „Verschraubte Brückenkonstruktionen“, „Verbindungselemente wie Locatoren“, „Das All-on-4-Konzept in der Praxis“, „Implantatprothetisches



Troubleshooting“ u.a. 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.

Der Kongress spricht das gesamte Praxisteam an, z.B.

aktuelles Wissen rund um Prophylaxe bei Implantaten, Parodontitis- und Kariesdiagnostik sowie zum Thema Hygienemanagement. Parallel zu den Vorträgen am Freitag informiert Iris Wälter-Bergob (Meschede) beim GOZ-Seminar über die „wichtigsten Änderungen des Paragrafen-Teils, den richtigen Umgang mit den neuen For-

mularen und der korrekten Umsetzung der Faktorerhöhung inklusive einer passenden Begründung“, so Hille. „Dann laufen kombinierte Theorie- und Demonstrationen zu unterschiedlichen Themen. Darüber hinaus bietet sich ein Besuch der an beiden Tagen stattfindenden Dentalausstellung mit mehr als 80 Ausstellern an, um sich über Produkte und ihre Anwendung direkt zu informieren oder die Teilnahme an einem der sieben Firmenworkshops.“ 



PN Adresse

DGZI – Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Paulusstr. 1
40237 Düsseldorf
Tel.: 0211 16970-77
Fax: 0341 48474-390
sekretariat@dgzi-info.de
www.dgzi.de

Unser Tipp: Wirksam gegen Parodontitis

+++ 2-wöchige CHX Wirkdauer +++

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

Zahnseidenspender

Zur Verwendung von Zahnseide am Behandlungsstuhl.

Der Mirafloss® Big aus dem Hause Hager & Werken ist zeitsparend und praktisch. Dem Behandler wird durch die besondere Spenderbox mühsames Abschneiden von Zahnseidenfäden erspart und durch die scharfe Edelstahl-Metallkante ist eine schnelle Einhandbedienung gewährleistet.

Der Mirafloss® Big Zahnseidenspender kann platzsparend unter anderem an der Wand oder auch direkt am Behandlungsstuhl durch ein spezielles Klebeband, im Lieferumfang enthalten, angebracht werden. Das spezielle Design ermöglicht den Faden abzureißen, ohne mit dem Zahnseidenspender in Kontakt zu treten. Durch die glatte, konturenfreie Oberfläche wird eine einwandfreie Desinfektion garantiert.

Die Schneidevorrichtung der Spenderbox kann zusätzlich demontiert und sterilisiert werden. Für den nachfüllbaren Zahnsei-



denspender sind unterschiedliche Ersatzrollen mit je 200m Zahnseide erhältlich. **PN**

Infos zum Unternehmen



PN Adresse

Hager & Werken GmbH & Co. KG
Ackerstr. 1
47269 Duisburg
Tel.: 0203 99269-0
Fax: 0203 299283
info@hagerwerken.de
www.hagerwerken.de

Erfolgreiches Hygienemanagement

Henry Schein unterstützt Praxen mit innovativen Hygiene-Schulungen.

Das Thema Hygiene ist für viele Praxisteam mit Fragen verbunden. Im Rahmen seines neuen Hygiene-Konzeptes unterstützt Henry Schein Dental seine Kun-

an Hygienespezialisten eine Überprüfung des Hygienemanagements in der Praxis an. Der PraxisCheck sorgt nach einhelliger Rückmeldung der Teilnehmer dafür, dass die Praxisbegehung durch Gesundheitsämter oder Gewerbeaufsichtsämter ihren Schrecken verliert. Die Bedeutung von Hygiene für die Wirtschaftlichkeit in der Praxis ist Thema der Schulung „Hygienemanagement und Werterhaltung in der Zahnarztpraxis“, das in den Depots in Zusammenarbeit mit einem führenden Hersteller angeboten wird. Das Seminar vermittelt den Teilnehmern, wie sie durch die richtige Pflege und Reinigung den Wert der Praxisausstattung erhalten. Die Schulungen finden statt am 19. Juni in Kiel, am 26. Juni in Gütersloh, am 12. Juli in München, am 14. August in Hannover und am 6. Dezember in Stuttgart; weitere Termine werden folgen. **PN**



HYGIENEKONZEPT

den deshalb durch ein umfassendes Aus- und Weiterbildungsangebot für Praxismitarbeiter. Die Teilnehmer der Veranstaltungen erlernen die fachlichen Grundlagen, werden umfassend über die rechtlichen Bedingungen informiert und bekommen praxisorientierte Anregungen zur Steigerung der Effizienz im Hygienemanagement.

Das Schulungsangebot reicht von dreistündigen Kompakt-schulungen zu den RKI-Richtlinien bis zu mehrtägigen Workshops, deren Teilnehmer als „Geprüfte Hygienebeauftragte in der Zahnarztpraxis“ oder als „Sterilgutassistent/-in“ abschließen. Unter dem Titel „PraxisCheck“ bietet Henry Schein mit einem ausgebildeten Team

Infos zum Unternehmen



PN Adresse

Henry Schein Dental Deutschland GmbH
Monzastr. 2a
63225 Langen
Tel.: 0800 1400044
Fax: 0800 400044
hygiene@henryschein.de
www.henryschein-dental.de/fortbildung

Sanfte Spezialzahncreme

Erzielt optimale Reinigungswirkung bei minimaler Abrasion.

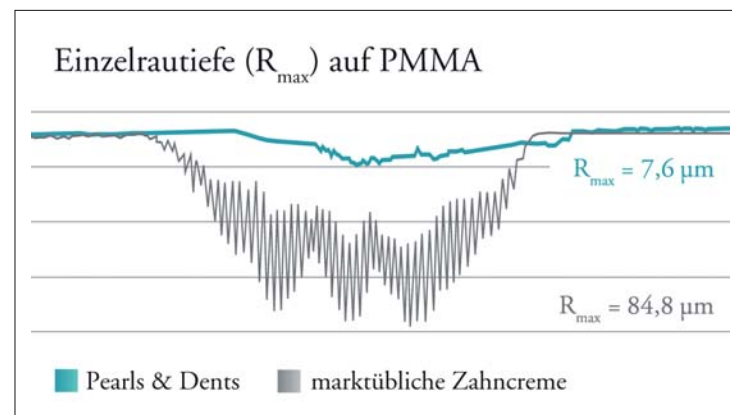
Die Spezialzahncreme „Pearls & Dents“, hergestellt von Dr. Liebe, dem Spezialisten für medizinische Zahncremes, reinigt auch freiliegende Zahnhälse nachweislich äußerst schonend und dennoch sehr effizient. Der RDA-Wert, der über den Abrieb des Dentins durch eine Zahncreme Auskunft gibt, liegt bei „Pearls & Dents“ bei niedrigen 45 (zum Vergleich: handelsübliche Normal-Zahncremes haben einen RDA-Wert zwischen 60 und 90). Daher eignet sich die Spezialzahncreme auch hervorragend für die empfohlene, drei Mal tägliche Zahnreinigung.

Die sehr effiziente und dennoch schonende Reinigung wird möglich durch das patentierte Perlsystem: Spezielle Perlen in der Zahncreme, die weicher sind als die Zahnhartsubstanz und diese somit nicht abreiben können, rollen Beläge auch dort weg, wo die Zahnbürste nicht hinkommt. Einen Nachweis der Sanftheit von Pearls & Dents liefert zum Beispiel die Betrachtung der maximalen Einzelrautiefe (R_{max}). Dieser Wert sagt aus, wie tief die

Kratzspuren einer Zahncreme im Zahnschmelz sind. Pearls & Dents schneidet hier mit der geringsten Einzelrautiefe von allen getesteten Zahncremes am besten ab.¹

Der Härteunterschied zwischen Perlen und Zahn ist so groß,

türliche Zahnweiß ohne Scheuern und Bleichen wieder herstellt. Das Doppel-Fluorid-System aus Amin- und Natriumfluorid leistet eine optimale Karies-Prophylaxe. Die Kombination hochwertiger natürlicher Wirkstoffe wie Bisabolol, Panthenol



dass eine Schädigung der Zahnhartsubstanz bei freiliegenden Zahnhälse, aber auch bei Implantaten, Kunststofffüllungen, Kronen, Fissurenversiegelungen und sonstigen Restaurationen ausgeschlossen werden kann. Aufgrund ihrer hoch effizienten und sehr sanften Reinigung ist „Pearls & Dents“ bestens für alle gesundheitsbewussten Zahnpfutzer geeignet. Raucher, Tee-, Rotwein- oder Kaffeegenießer finden in „Pearls & Dents“ die Spezialzahncreme, die das na-

und ätherische Öle wirkt entzündungshemmend und antibakteriell. Sie kräftigt und schützt das Zahnfleisch nachhaltig. **PN**

PN Adresse

Dr. Rudolf Liebe Nachf. GmbH & Co. KG
Max-Lang-Straße 64
70771 Leinfelden-Echterdingen
Tel.: 0711 7585779-11
Fax: 0711 7585779-26
service@drliede.de
www.drliede.de

Aufsätze für Scaler

Entwickelt zur zuverlässigen Implantat- und Zahnersatzerhaltung.

Oszillation hat sich in der Parodontalbehandlung als eine effiziente Behandlungsform erwiesen. Die schlanken Ultraschall- oder Air-Scaler Aufsätze eignen sich ausgezeichnet, um in parodontale Taschen zu gelang-

Perio-Control Aufsätze mit ihrem Arbeitsteil aus einem hochwertigen, sterilisierbaren Spezialkunststoff stellen eine wirtschaftliche und effektive Lösung dar. Insgesamt sechs Perio-

samen Bereich – je nach Type – von den Frontzähnen bis hin zu den Molaren angewandt werden können. Sie decken damit auch die Bereiche ab, die mit konventionellen Mitteln und Maßnahmen nicht erreicht werden können.

Die Perio-Control Aufsätze sind erhältlich für die NSK Ultraschall-Scaler der Varios-Serie sowie die Ultraschall-Chirurgieeinheiten der VarioSurg-Reihe. Ebenso können vier der insgesamt sechs zur Verfügung stehenden Aufsätze mit den NSK Air-Scalern betrieben werden, für die wie für Varios und VarioSurg ebenfalls ein spezieller Aufsatzhalter als Verbindungsstück zwischen Perio-Control Aufsatz und Handstück verfügbar ist. **PN**



gen und Zahn- bzw. Wurzeloberflächen zu reinigen, ohne Schädigungen an der Zahnschmelz selbst hervorzurufen. Für die Parodontalbehandlung von Implantaten bzw. anderem Zahnersatz sind metallische, oszillierende Parodontal-Aufsätze aber nicht geeignet, da sie an diesen Beschädigungen hervorrufen können. Die neuen NSK

Control Aufsätze in unterschiedlichen Längen und mit unterschiedlichen Krümmungen stehen ab sofort zur Verfügung, um Implantate und prothetische Konstruktionen zu reinigen, ohne an diesen Schäden zu verursachen. Dabei ist die Form der Aufsätze so ausgelegt, dass sie zu praktisch allen Zahnformen passt und die Aufsätze im ge-

Infos zum Unternehmen



PN Adresse

NSK Europe GmbH
Elly-Beinhorn-Straße 8
65760 Eschborn
Tel.: 06196 77606-0
Fax: 06196 77606-29
info@nsk-europe.de
www.nsk-europe.de

Zwei Prophylaxe-Pulver

Allrounder-Pulversorten sind für alle klinischen Anwendungen geeignet.

Das neue Air-Flow Pulver Plus von EMS bietet mehrere klinische Vorteile. Es kann subgingival eingesetzt werden, um Biofilm selbst aus tiefsten Zahnfleischtaschen zu



entfernen. Auch lässt es sich supragingival zum Reinigen und Polieren der Zähne nutzen. Damit benötigen Anwender in Zukunft nur noch zwei Pulver, um in allen klinischen Situationen effektiv, sicher und mit optimalem Patientenkomfort zu arbeiten: das Air-Flow Classic Comfort für die schweren supragingivalen Flecken und das Air-Flow Pulver Plus für alles andere. Die spezielle Wirkung des Pulvers basiert auf dem neuen Inhaltsstoff Erythritol und die besonders feine Körnung von nur 14 Mikron. Erythritol ist ein

bewährter Lebensmittelzusatzstoff. „Die kleinen Erythritol-Körner ermöglichen einen sehr dichten Pulverstrahl. Der Impact pro Korn auf die Behandlungsfläche ist minimal“, so Torsten Fremerey, Geschäftsführer von EMS Electro Medical Systems, Deutschland. Nun behandelt man mit nur einem einzigen Pulver verschiedene klinische Indikationen ohne Unterbrechungen, Pulverwechsel und extra Zeitaufwand. Eine weitere Politur entfällt. Für hartnäckige Flecken im supragingivalen Bereich empfiehlt EMS sein neues Air-Flow Classic

Comfort. Es ist genauso effizient wie das altbewährte Classic-Pulver, zugleich aber aufgrund seiner kleineren Korngröße viel angenehmer für den Patienten. **PN**

PN Adresse

EMS Electro Medical Systems GmbH
Schatzbogen 86
81829 München
Tel.: 089 427161-0
Fax: 089 427161-60
info@ems-ch.de
www.ems-dent.com



Professionelles Biofilm-Management

Langfristig aktives CHX-Gel zur wirkungsvollen Bekämpfung von Parodontitis und Periimplantitis entwickelt.

Die manuelle Therapie zur Entfernung von Konkrementen und die konsequente Eliminierung aggressiver Keime sind zusammen mit gründlicher und regel-



Zahnmedizin Report 1/2012

ChloSite® Perioschutz
sehr gut

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

mäßiger 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-gel durch die Bildung eines dreidimensionalen Netzwerkgeflechts eine sichere und lang-

anhaltende subgingivale Haftung in der Zahntasche. Hier wird das CHX bis zu zwei 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}

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 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 fünf Taschen, sodass der Materialwert pro Tasche nur bei etwa 2,37 Euro liegt. Die Applikationskanülen lassen sich einfach tauschen. ChloSite enthält keine Antibiotika, ist also ohne Gefahr einer bakteriellen Resistenz anzuwenden. **PN**

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



PN Adresse

Zantomed GmbH
Ackerstr. 1
47269 Duisburg
Tel.: 0203 8051045
Fax: 0203 8051044
info@zantomed.de
www.zantomed.de

Neue Zahnbürste

Wachsendes Problem der Zahnerosionen greift immer mehr um sich – Zahnbürste ergänzt Schutzsystem.

Jeder dritte Erwachsene ist inzwischen von Zahnerosionen betroffen – Tendenz weiter steigend. Aber: Noch immer findet dieses Problem viel zu wenig Beachtung. Der Begriff „Zahnerosion“ bezeichnet den allmählichen Abbau von Zahnhartsubstanz durch nicht kariöse Säureangriffe. Die Ursachen dieses säurebedingten Verlusts von Zahnhartsubstanz liegen vor allem im häufigen Konsum saurer Nahrungsmittel und Getränke (Obst, Limonaden, Sport- und Energydrinks); aber auch saure Arzneimittel, reduzierter Speichelfluss sowie Reflux können die Ursachen sein. Darüber hinaus können mechanische Belastungen den Abbau von Zahnschmelz beschleunigen. Erosionen sind auch bei guter Mundhygiene möglich und nicht reversibel. Nun hat GABA – Spezialist für Mund- und Zahnpflege – in Zusammenarbeit mit Experten



die neue elmex EROSION Zahnbürste entwickelt. Die Zahnbürste ist sanft zum Zahnschmelz. Sie stellt eine optimale Ergänzung des EROSIONSSCHUTZ-Systems dar, das bislang aus einer Zahnpasta bestand, und wartet mit einer einzigartigen Borstenkombination auf.

Optimal abgerundete Reinigungsborsten und extra sanfte Filamente mit mikrofeinen Enden ergänzen einander. Der Bürstenkopf ist weich ummantelt, der Bürstengriff ergonomisch geformt. Weiche zugespitzte Filamente sorgen für eine Reinigung bis in die Zahnzwischenräume. **PN**

PN Adresse

GABA GmbH
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 07621 907-0
Fax: 07621 907-499
info@gaba.com
www.gaba-dent.de

Zuverlässige Karieskontrolle

Mit Kontrollsystem ist Karies während der Exkavation sicher, schnell und einfach erkennbar.

Für das Karies-Detektionssystem SIROInspect bietet Sirona einen neuen Aufsteckfilter an. Mithilfe dieses Filters kann der Zahnarzt die rotfluoreszierenden kariösen Bereiche erkennen, sobald er die Kavität während der Exkavation mit der Sonde anstrahlt. Der neue Aufsteckfilter ist eine praktische Alternative zur Diagnosebrille. Der Aufsteckfilter lässt sich ganz leicht mit einem Silikonring an der schmalen Sonde befestigen und ausrichten. Er besteht aus einem hochwertigen Kunststoff und filtert Licht mit kurzen Wellenlängen unter 500nm heraus. Licht mit höherer Wellenlänge bleibt – ebenso wie bei der Diagnosebrille – gut sichtbar, wenn der Zahn mit violetterem Licht im Bereich von circa 405 nm angeleuchtet wird. Deshalb eignet er sich zur Karieskontrolle mit SIROInspect, das auf der „Fluorescence Assisted Caries Excavation-Technologie“, kurz FACE®-Technologie, beruht und die Fluoreszenzeigenschaften von Zähnen nutzt. Während gesundes Zahn-gewebe grün leuchtet, fluoreszieren Porphyrin-Verbindun-

gen, die bei der Zersetzung von Zahnhartsubstanz durch Kariesbakterien entstehen, rot. Vorteil der schon nach wenigen Monaten bei den Anwen-



arbeiten, müssen auf diese nun nicht mehr verzichten, sondern können direkt durch den Aufsteckfilter in die Kavität blicken.

den akzeptierten und stark nachgefragten FACE®-Technologie ist, dass der Zahnarzt während der Exkavation mit höherer Sicherheit als beispielsweise bei Einfärbemitteln erkennen kann, welche Bereiche kariös sind und welche nicht. Mit SIROInspect arbeitet der Zahnarzt absolut minimalinvasiv und patientenfreundlich. Die Sonde ist einfach zu bedienen und lässt sich flexibel in den Behandlungsablauf integrieren. Der neue Aufsteckfilter ersetzt im Lieferumfang die bewährte Diagnosebrille. Zahnärzte, die beispielsweise mit Lupenbrille

Nach der Behandlung lässt sich der Aufsteckfilter ebenso einfach und schnell für Reinigung und Desinfektion entfernen, wie er montiert wurde. **PN**



PN Adresse

Sirona – The Dental Company
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 06251 16-0
Fax: 06251 16-2591
contact@sirona.de
www.sirona.de

Jahrbuch „Implantologie 2013“

Die 19. komplett überarbeitete Auflage des Jahrbuchs Implantologie informiert aktuell über Fachthemen und den nationalen Implantologiemarkt.

Mit dem Jahrbuch „Implantologie 2013“ legt die OEMUS MEDIA AG das Kompendium zum Thema Implantologie in der Zahnarztpraxis und im Dentallabor vor. Auf über 300 Seiten berichten renommierte Autoren aus Wissen-

Navigationssysteme. Präsentiert werden bereits eingeführte Produkte sowie Neuentwicklungen. Zusätzlich vermittelt das Jahrbuch Wissenswerte über Fachgesellschaften und die Berufspolitik. Das Kompendium wendet sich sowohl an Einsteiger und erfahrene Anwender als auch an alle, die in der Implantologie eine



schaft, Praxis und Industrie über die aktuellsten Trends und wissenschaftlichen Standards in der Implantologie.

Zahlreiche Fallbeispiele und Abbildungen dokumentieren das breite Spektrum der Implantologie. Rund 170 relevante Anbieter stellen ihr Produkt und Servicekonzept vor. Thematische Marktübersichten ermöglichen einen schnellen und einzigartigen Überblick über Implantatssysteme, Ästhetikkomponenten aus Keramik, Knochenersatzmaterialien, Membranen, Chirurgieeinheiten, Piezo-Geräte sowie

vielversprechende Chance sehen, das eigene Leistungsspektrum zu erweitern.

Die Jahrbücher sind u. a. auch zu den Themen Laserzahnmedizin und Digitale Dentale Technologien erhältlich. Bei allen von der OEMUS MEDIA AG organisierten implantologischen Veranstaltungen erhalten die Teilnehmer das Jahrbuch Implantologie kostenfrei. Sichern Sie sich Ihre Ausgabe auf einer der folgenden Fortbildungsveranstaltungen:

- 20. IMPLANTOLOGY START UP, Berlin
- 14. EXPERTENSYMPOSIUM Innovationen Implantologie, Berlin
- Ostseekongress/6. Norddeutsche Implantologietage, Rostock
- 10. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin
- 10. Internationaler Jahreskongress der DGOI, München
- EUROSYMPOSIUM/8. Süddeutsche Implantologietage, Konstanz
- 43. Internationaler Jahreskongress der DGZI, Berlin
- 4. Münchner Forum für Innovative Implantologie
- 30. Jahrestagung des BDO, Berlin
- 3. Nose, Sinus & Implants, Berlin
- 3. Essener Implantologietage
- 3. Badische Implantologietage

Das Jahrbuch Implantologie 2013 ist zum Preis von 69 Euro (inkl. MwSt. + Versand) im Onlineshop oder direkt bei der OEMUS MEDIA AG erhältlich. **PN**



PN Adresse

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-0
Fax: 0341 48474-290
grasse@oemus-media.de
www.oemus.com

Innovativer Dental Coach

Diese App bringt Zahnputzempfehlung ins Patienten-Badezimmer und hilft, Zähne besser zu putzen.



Der Dental Coach braucht für die Zahnputzempfehlung das Praxisteam-Wissen. Danach erinnert und unterstützt die App den Patienten ganz individuell dabei, die Zähne richtig zu pflegen. Und wenn die Empfehlung zum Erfolg geführt hat, wird sie beim nächsten Praxisbesuch aktualisiert. Und so einfach geht's:

- Das Praxisteam zeigt dem Patienten den Gratis-Download im Apple App Store.
- Dann klickt das Praxisteam den verwendeten Philips Sonicare Zahnbürsten-Typ an. Auch der empfohlene Reinigungsmodus wird festgelegt.
- Der Patient kann dann noch seine Lieblings-Zahnputz-Musik aus seinem eigenen Musikarchiv wählen.

Schließlich gibt das Praxisteam die individuellen Zahnpflegetipps ein: Einfach mit dem Kennwort „sonicare“ den Zahnarztbereich öffnen und die Zähne

oder Regionen auswählen, die besondere Pflege brauchen. Jetzt erhält der Patient seine persönlichen Putzanweisungen und wird immer auf diese Stellen hingewiesen – bis es das Praxisteam ändert.

Und auch bei der Kaufempfehlung einer Philips Sonicare Schallzahnbürste ist die App hilfreich. Der Patient zeigt die App mit der Empfehlung des Praxisteam und der Elektrofachhändler überreicht das richtige Gerät. **PN**



PN Adresse

Philips GmbH
Lübeckertordamm 5
20099 Hamburg
Tel.: 040 2899-1509
Fax: 040 2899-71500
sonicare.deutschland@philips.com
www.philips.de/sonicare

Parodontologie-Weiterbildungsstudiengang

„MasterOnline Parodontologie & Periimplantäre Therapie“ der Universität Freiburg startet.

Gerichtet ist er an Zahnärztinnen und Zahnärzte, die sich in drei Jahren berufsbegleitend zum Master of Science weiterbilden wollen. Das Konzept ist praxis-

tätig montagabends stattfindet, mit Referentenvorträgen und Fallvorstellungen. Drei Präsenzveranstaltungen pro Studienjahr konzentrieren sich auf

liert, Helferinnen werden integriert und es finden Trainings mit Simulationspatienten statt. Durch kleine Gruppengrößen (maximal 20 Teilnehmer pro Jahrgang) und zwei Teletutoren pro Gruppe, die zudem Spezialisten für Parodontologie sind, wird eine optimale Betreuung gewährleistet.

Für Absolventen, die die Weiterbildung nach Abschluss des Studiums noch fortsetzen möchten, wird ein regelmäßiges Kontinuum angeboten. Interessenten sind eingeladen, als Gast am „Virtuellen Klassenzimmer“ teilzunehmen. **PN**

PN Adresse

Universitätsklinikum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Hugstetter Str. 55
79095 Freiburg im Breisgau
Tel.: 0761 270-47550
info@masteronline-parodontologie.de
www.masteronline-parodontologie.de



und familienfreundlich: Die theoretischen Anteile des Studiums werden sehr vielseitig online auf einer Lernplattform vermittelt; ein Highlight ist das „Virtuelle Klassenzimmer“, das vierzehn-

Hands-on-Kurse. Bei diesen Kursen werden mitunter auch die Räumlichkeiten des Anatomischen Instituts genutzt, Patienten werden nicht nur operiert, sondern auch nachkontrol-

Freiburger Kariesforscher ausgezeichnet

Distinguished Scientist Award für Professor Hellwig.

Prof. Dr. Elmar Hellwig, Ärztlicher Direktor der Abteilung für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie am Universitätsklinikum Freiburg, wurde für seine wissenschaftlichen Leistungen in der Kariesforschung auf der Jahrestagung der International Association for Dental Research (IADR) in Seattle am 20. März 2013 mit dem Distinguished Scientist Award ausgezeichnet. Hellwig ist in der neunzigjährigen Geschichte der IADR der zweite deutsche Forscher, dem die traditionsreiche Auszeichnung zuteil wird. Die International Association for Dental Research ist eine weltweite Vereinigung von Zahnmedizinern mit Sitz in den USA. Zu ihren Zielen gehört es, die zahnmedizinische Forschung zu unterstützen, zur Verbesserung von Behandlungsmethoden beizutragen und Forschungsergebnisse in der renommierten Fachzeitschrift „Journal of Dental Research“ publik zu machen. **PN**



Prof. Dr. Elmar Hellwig

PN Adresse

Prof. Dr. Elmar Hellwig
Ärztlicher Direktor
Abteilung für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
Tel.: 0761 270-49500
elmar.hellwig@uniklinik-freiburg.de

Testsieger bei Elektrozahnbürsten

Oszillierend-rotierendes Einstiegsmodell von „Stiftung Warentest“ als einziges mit „sehr gut“ bewertet.

Die Oral-B Vitality Precision Clean ist Testsieger – zu diesem Ergebnis kommt Stiftung Warentest in der April-Ausgabe von „test“ (Artikel Billig schlägt teuer, „test“ 4/2013). Mit der Bestnote 1,5 errang die Zahnbürste von Oral-B den Spitzenplatz im Feld der 14 untersuchten Elektrozahnbürsten – und war als einzige „sehr gut“!

Mit dem Testsieg der Vitality Precision Clean liegt eine elektrische Zahnbürste von Oral-B bereits zum fünften Mal in Folge beim Test der Stiftung Warentest ganz vorn („test“-Ausgaben 12/2000, 5/2003, 11/2006, 5/2011, 4/2013). Erst 2011 konnten zwei Zahnbürsten von Oral-B mit oszillierend-rotierender Reinigungstechnologie einen Doppel-

sieg verzeichnen. Das Modell Oral-B Vitality Precision Clean überzeugte im aktuellen Test mit der Gesamtnote 1,5 sowie in den Einzelkategorien mit den Beurteilungen 1,1 (Zahnreinigung), 2,3 (Handhabung) und 1,1 (Haltbarkeit/Umwelteigenschaften).

„Diese Rundkopfbürste erhält als einzige das test-Qualitätsurteil ‚sehr gut‘. Sie reinigt die Zähne sehr gut, heißt es im Bericht der Stiftung Warentest. Mit der Note 1,1 in der wichtigsten Einzelkategorie Zahnreinigung überzeugt also bereits die Einstiegsvariante von Oral-B.

Die Oral-B Vitality Precision Clean stellt damit einen hervorragenden Einstieg in die elektrische Mundpflege mit oszillierend-rotierender Reinigungstechnologie dar. Zur gründlichen und schonenden Plaque-Entfernung muss sie lediglich an die Zahnoberfläche gehalten



werden. „Einfach zu handhaben“, urteilt daher auch die Stiftung über die Oral-B Vitality Precision Clean. Im Oral-B Produktportfolio gibt es darüber hinaus auch elektrische Zahnbürsten mit hilfreichen Extras wie Andruckkontrolle, Timerfunktion und mehreren Reinigungsmodi, wie z.B. die Oral-B Triumph 5000.

Die oszillierend-rotierende und weiterentwickelte 3-D-Reinigungstechnologie (oszillierend-rotierend und pulsierend) entfernt bis zu 100 Prozent mehr Plaque als herkömmliche Handzahnbürsten. Über die positive Beurteilung durch Stiftung Warentest hinaus bewiesen entsprechende Modelle bereits in klinischen Langzeitstudien ihren Goldstandard zur effektiven und sanften Mundpflege. Auch das renommierte Cochrane-Institut¹ verwies 2011 nach Auswertung

klinischer Studien auf Effizienz und Sicherheit der Technologie. Mit dem vorliegenden Testergebnis unterstreicht Oral-B einmal mehr seine Position als einer der führenden Anbieter von Elektrozahnbürsten für eine effektive und schonende Mundhygiene. Mit ihrer breiten Produktpalette unterstützt die Marke aus dem Hause Procter & Gamble somit das Praxisteam dabei, die Mundgesundheit der Patienten zu verbessern. **PN**

Infos zum Unternehmen



PN Adresse

Procter & Gamble GmbH
Sulzbacher Str. 40–50
65824 Schwalbach am Taunus
Tel.: 06196 89-01
Fax: 06196 89-4708
www.pg.com

¹ Deacon SA, Glenny AM, Deery C, Robinson PG, Heanue M, Walmsley AD, Shaw WC, The Cochrane Library 2011, Issue 6

Qualität, Komfort und Service in der Prophylaxe

Das Programm ParoStatus.de unterstützt die Zahnarztpraxen mit weiteren Tools.

Patienten, die pünktlich zum nächsten Prophylaxetermin erscheinen und immer wissen, welche Zahnpflegetechnik der Zahnarzt ihnen empfohlen hat, müssen keine Utopie gestresster Zahnarztteams mehr sein.

Eine im ParoStatus.de-Programm implementierte App erfasst und speichert zum Abschluss der Prophylaxesitzung per QR-Code im Smartphone des Patienten die wesentlichen Daten. Der aktuelle Mundgesundheitsstatus samt Empfehlungen und Tipps für die häusliche Mundhygiene sind somit jederzeit bei Bedarf abrufbar. Der vereinbarte Recalltermin wird sofort in den persönlichen Terminkalender des Patienten samt Erinnerungsfunktion übernommen. Unnötige Leerlaufzeiten werden dadurch reduziert. Die Termintreue der Patienten kann so positiv beeinflusst werden.

In der neuesten Version von ParoStatus.de steht nun auch die Möglichkeit zur Verfügung, Zahnzusatzversicherungen der Patienten mit den jeweiligen Tarifen zu erfassen. Einfach und zeitsparend kann so eine Auswertung der Patienten generiert werden, die, z.B. gegliedert nach Anzahl der in Anspruch genommenen Prophylaxebehandlungen, einen schnellen Überblick über Prophylaxepotenziale bietet. Praktisch per



Mausklick erkennt man seine „Prophylaxeverweigerer“, die vielleicht einer besonderen Erinnerung bedürfen.

ParoStatus.de bietet ein vollständig integriertes System zur wirkungsvollen Unterstützung der Prophylaxe und der Parodontaltherapie in der Zahnarztpraxis. Sämtliche Befunde können in kurzer Zeit von einer Mitarbeiterin ohne Assistenz erfasst werden. Durch die vorgegebene und systematische Abfrage von Einzelfunden und praxisbezogene Dokumentation von Behandlungsschritten bis hin zu empfohlenen Mundhygienemitteln wird ein hohes Maß an Qualitätssicherung, Reproduzier-

barkeit und Effektivität erreicht. Aspekte, die unter dem Blickwinkel des im Februar in Kraft getretenen neuen Patientenrechtgesetzes eine noch größere Bedeutung bekommen haben. **PN**

PN Adresse

ParoStatus GmbH
Hauptniederlassung Berlin
Kaulsdorfer Str. 69
12621 Berlin
Tel.: 030 695450-350
Fax: 030 695450-351
Post@ParoStatus.de
www.parostatus.de

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 Konferenz 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

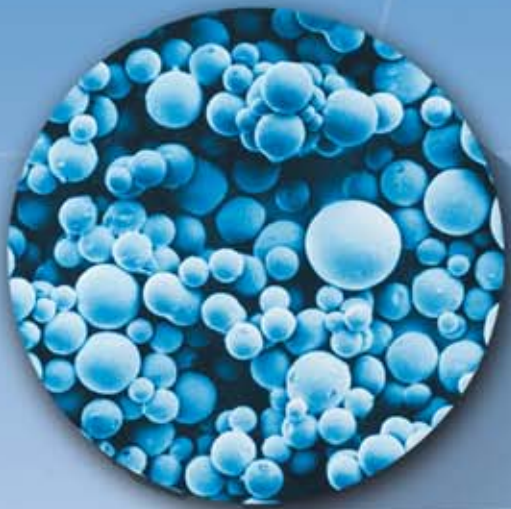
Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.

Arestin® 1mg

Pulver zur periodontalen Anwendung

Die wirksame, gut verträgliche, einfach anzuwendende Periodontitis-Behandlung.

- Das lokal wirksame ARESTIN® verbessert erwiesenermaßen signifikant das Ergebnis gegenüber SWG allein.^{1,2}
- Ist das einzige lokal verabreichte Antibiotikum mit Minocyclin, einem bewährten antimikrobiellen Wirkstoff mit nachweislich entzündungshemmenden Eigenschaften.³



ARESTIN® Pulver besteht aus Polymerkugeln verschiedener Größen mit mikroverkapseltem Wirkstoff, die das Antibiotikum über einen längeren Zeitraum hinweg freisetzen.

Fachinformation für ARESTIN® (Verschreibungspflichtig)

Bezeichnung des Arzneimittels Arestin® 1mg Pulver zur parodontalen Anwendung Qualitative und quantitative Zusammensetzung 1 Einzeldosisbehältnis enthält: 1 mg Minozyklin als Minozyklinhydrochlorid. Klinische Angaben Anwendungsgebiete Arestin® Pulver zur parodontalen Anwendung wird zur lokalen Behandlung der chronischen Parodontitis bei Erwachsenen mit Zahnfleischtaschen von einer Tiefe von >5 mm angewendet. Arestin® muss immer in Verbindung mit einer konventionellen, nichtchirurgischen Behandlung verwendet werden. Die offiziellen Empfehlungen für die angemessene Verwendung von antibakteriellen Wirkstoffen müssen beachtet werden. Dosierung, Art und Dauer der Anwendung Arestin® darf nur von fachlich ausgebildeten und in der Behandlung von parodontalen Erkrankungen erfahrenen Personen angewendet werden. Dosierung **Erwachsene:** Die erste Behandlung mit Arestin® muss so bald wie möglich nach der konventionellen, nichtchirurgischen Behandlung (Zahnstein-, Konkremententfernung und Wurzelglättung) erfolgen. In jede zur Behandlung bestimmte Zahnfleischtasche darf nur ein Einzeldosisbehältnis mit 1 mg Arestin® Pulver zur parodontalen Anwendung gegeben werden. Die Gesamtdosis hängt von der Gesamtzahl der Zahnfleischtaschen ab, die maximale Dosis ist 140 mg. Es können bis zu zwei weitere Behandlungen im Abstand von je mindestens drei Monaten durchgeführt werden. Eine reduzierte Wirksamkeit bei Rauchern ist möglich. **Kinder und Jugendliche (<18 Jahre):** Zur Sicherheit und Wirksamkeit bei Kindern unter 18 Jahren liegen keine Daten vor. Bezüglich Kindern unter 12 Jahren, siehe Abschnitt 3.3, Gegenanzeigen. Art der Anwendung Ausschließlich zur subgingivalen Anwendung. Zur subgingivalen Anwendung von Arestin® wird die Spitze des Behältnisses, welches die 1 mg Einzeldosis enthält, auf den Boden der Zahnfleischtasche platziert. Danach wird der Daumenring des Griffmechanismus gedrückt, um das Pulver zu applizieren, während die Spitze des Behältnisses langsam aus der Tasche gezogen wird. Nach der Behandlung ist das Zähneputzen 12 Stunden lang zu meiden. Patienten sind anzuweisen, harte, knusprige und klebrige Speisen sowie das Berühren der behandelten Stellen eine Woche lang zu vermeiden. Darüber hinaus ist die Verwendung interdentaler Reinigungsinstrumente in den mit Arestin® behandelten Bereichen zehn Tage lang zu unterlassen. Arestin® muss nach der Behandlung nicht entfernt werden, da es vom Körper resorbiert wird. Ein Auftragen von Klebern oder Verbänden, um das Arzneimittel in der Zahnfleischtasche zu halten, ist nicht notwendig. Gegenanzeigen Arestin® darf nicht angewendet werden:

- bei bekannter Überempfindlichkeit gegenüber Minozyklin, anderen Tetracyklinen oder einem der sonstigen Bestandteile des Pulvers
- bei Kindern unter 12 Jahren
- bei schwangeren oder stillenden Frauen
- bei Patienten mit schwerer Leberfunktionsstörung
- bei akutem oder chronischem Nierenversagen im Endstadium Nebenwirkungen Es wird angenommen, dass Nebenwirkungen, die mit der systemischen Anwendung von Minozyklin in Verbindung gebracht werden, nach subgingivaler Anwendung aufgrund des niedrigen und kurzen Plasmaspiegels eher selten auftreten. Allerdings muss mit der Möglichkeit gerechnet werden, dass derartige Reaktionen auftreten können. Wie bei der systemischen Verabreichung von Minozyklin sind Überempfindlichkeitsreaktionen möglich.



Sichert die Konzentration im therapeutischen Bereich für nachweislich 14 Tage.

Arestin® 1mg
Pulver zur periodontalen Anwendung

Zusätzliche Informationen über ARESTIN® befinden sich in der beiliegenden Fachinformation für ARESTIN®.

Die folgenden Reaktionen wurden in klinischen Studien beobachtet, bei der alle Behandlungen in den Monaten 0, 3 und 6 an 923 Erwachsene verabreicht wurden. Verträglichkeit Folgende Reaktionen wurden in einer klinischen Studie beobachtet, bei der in den Monaten 0, 3 und 6 bei 923 Erwachsenen Arestin® appliziert wurde (Häufig, >1/100, <1/10): Zentrales und peripheres Nervensystem: Kopfschmerzen; Magen-Darm-Trakt: Dyspepsie; allgemeine Nebenwirkungen: Infektion, grippeähnliche Systeme; lokale Nebenwirkungen (oral): Parodontitis, vorübergehende einschließende Schmerzen, Zahnschmerzen, Gingivitis, stomatitis, orale Ulzera, Schmerzen und Pharyngitis. Pharmazeutischer Unternehmer, OraPharma, Inc. Europe, Professor JH Bavinckln 7, 1183AT Amstelveen, p/a Postbus 7827, 1008AA Amsterdam, Niederlande

Literatur:

1. Dean JW, Branch-Mays GL, Hart TC, et al. Topically applied minocycline microspheres: why it works. Compendium 2003;24:247-257.
2. Williams RC, Paquette DW, Offenbacher S, et al. Treatment of periodontitis by local administration of minocycline microspheres: a controlled trial. J Periodontol 2001;72:1535-1544.
3. Oringer RJ, Al-Shammari KF, Aldredge WA, et al. Effect of locally delivered minocycline microspheres on markers of bone resorption. J Periodontol 2002;73:835-842.
4. O'Connor BC, Newman HN, Wilson M. Susceptibility and resistance of plaque bacteria to minocycline. J Periodontol 1990;61:228-233.

Arestin® 1mg
Pulver zur periodontalen Anwendung

oraPHARMA, INC.

Exklusiv bei Ihrem

HENRY SCHEIN®
DENTAL

FreeTel: 0800-1400044

FreeFax: 08000-400044

© OraPharma, Inc. 2008 AE-043-08 9/08

ARESTIN® ist eine eingetragene Handelsmarke von OraPharma, Inc.