

ANZEIGE

Cupral® Breites Spektrum - auch für tiefe Taschen

- Langzeitwirkung gegen alle Keime – auch bei Anaerobiern
- schnelle Aushheilung – auch ohne Antibiotika
- ohne Resistenzbildung
- Auflösung des Taschenepithels

Besuchen Sie uns auch auf den Dentalfachmessen

HUMANCHEMIE Kompetenz in Forschung und Praxis

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

Zahnerhalt oder Extraktion?

Endodontische und parodontale Probleme sowie endodontische Komplikationen stellen den Behandler oft vor die schwierige Entscheidung „Zahnerhalt oder Extraktion?“.

Die parodontale Therapie der Wurzelglättung (Root Planing) führt zwangsläufig zu Rezessionen im Zahnfleisch und in Kombination mit einer vorhandenen Lockerung oft sogar zum Verlust

blemen ist dann nicht nur der Zahn, sondern auch der Knochen gefährdet.¹ Alle diese Überlegungen müssen in die Entscheidung einfließen, ob ein Zahn in der ästhetischen Zone



eines Zahnes. Die chirurgische Intervention im Sinne einer offenen Kürettage und Lappenbildung erhöht den Erfolg der parodontalen Therapie, kann aber auch in größeren ästhetischen Beeinträchtigungen resultieren. Ähnlich groß ist das Risiko des Zahnverlustes bei wurzelbehandelten Zähnen nach Wurzelspitzenresektion. Vor allem in Kombination mit parodontalen Pro-

erhalten bzw. behandelt werden muss oder eine rechtzeitige Extraktion den Implantationserfolg erhöhen kann. Mit der Extraktion eines Zahnes in der ästhetischen Zone ist zwar eine vorhandene Entzündung beseitigt, die Behandlungsschwierigkeiten fangen aber jetzt erst an. Zahlreiche Faktoren

» Seite 4

ANZEIGE

ParoStatus.de
PA und Prophylaxe für höchste Ansprüche!

ALL-IN-ParoStatus.de

- Befunderhebung ohne Assistenz – Kosten sparen
- Umsatzsteigerung durch verbesserte Recall-Abstände
- Übersetzung der Befunde in Patientensprache

NEU Visualisierung der Entzündungsfläche

Prophylaxe TO GO
Genial einfach – einfach genial!

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

PN Aktuell

Schwerpunkt Knochen- und Geweberegeneration

Ziel Zahnerhalt

Mit der richtigen parodontalprothetischen Behandlungsstrategie erhöhen sich die Überlebensraten natürlicher Zähne.

Wissenschaft & Praxis
» Seite 6

Führungskraft

Wenn der Zahnarztkollege zum Chef wird, sind im Praxisalltag viele Fallstricke im persönlichen Umgang zu beachten.

Praxismanagement
» Seite 8

Studienreview

Neue Zahncreme bietet Rundumschutz für die Prävention und Sicherung des Behandlungsergebnisses nach einer Parodontaltherapie.

Service
» Seite 14

Parodontitistherapie bei älteren Patienten

Vom 19. bis 21. September lud die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DGParo) zur Jahrestagung nach Erfurt ein.

Das Tagungsmotto „Notwendig vs. machbar – parodontale Therapie beim älteren Patienten“ beschäftigte sich mit den aktuellen Herausforderungen in der Zahnmedizin und konnte mehr als 800 Teilnehmer zu Mainpodium, Symposien, Mitarbeiter-

Tagungsthema aus den unterschiedlichsten Perspektiven. Dabei bot der vielerorts thematisierte demografische Wandel auch in Erfurt reichlichen Diskussionsstoff und warf eine Vielzahl von Fragen auf: Welche Therapien sind für ältere, oft-



Abb. 1: DGParo-Tagungspräsident Prof. Dr. Thomas Kocher, Universität Greifswald. – Abb. 2: DGParo-Präsident Prof. Dr. Peter Eickholz auf der Jahrestagung der DGParo 2013.



programm und Ausstellung begrüßen. Unter der Leitung von DGParo-Tagungspräsident Prof. Dr. Thomas Kocher, Universität Greifswald, betrachteten bei zeitweise drei parallel laufenden Vortragsreihen etwa 60 Referenten das

mals auch morbide und gebrechliche Patienten adäquat? Wie beeinflussen altersbedingte Gegebenheiten die Behandlungsmöglichkeiten? Welche Informationen aus der Anamnese älterer

» Seite 10

DGZI unter neuer Führung

Prof. Dr. Heiner Weber, Tübingen, wurde zum neuen DGZI-Präsidenten ernannt.



Im Vorfeld ihres 43. Internationalen Jahreskongresses in Berlin wählte die DGZI (Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie) am 3. Oktober einen neuen Präsidenten. Prof. Dr. Heiner Weber, Ärztlicher Direktor der Tübinger Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, wurde einstimmig in das höchste Amt der traditionsrei-

chen Fachgesellschaft gewählt. Gleichzeitig dankte die Mitgliederversammlung dem scheidenden Präsidenten, Prof. Dr. Dr. Frank Palm, Konstanz, für die geleistete Arbeit. ☑

Quelle: ZWP online



Deutsche beim Zähneputzen unsicher

Richtiges Erlernen der Zahnpflege ist schon im Kindesalter wichtig, um Spätfolgen zu vermeiden.

Insgesamt 20 Prozent der Bundesbürger wissen nicht, wie die richtige Zahnreinigung aussieht. Und rund jeder Vierte konzentriert sich nach eigenen Angaben nur wenig auf die sorgfältige Pflege. Das sind Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage der mhplus Krankenkasse

wird es in der Hektik des Alltags schon mal vernachlässigt: Rund 18 Prozent der Bundesbürger geben an, dass sie das Zähneputzen häufiger mal vergessen. Verunsichert sind viele Menschen darüber, wie die richtige Zahnreinigung aussehen soll. Entsprechend wünschen sich

vorbeugen. Beim diesjährigen Tag der Zahngesundheit wurde daher ein besonderer Fokus auf die Schule gelegt.

Es ist eine banale Wahrheit: Wer seine Zähne im Kindesalter pflegt, profitiert ein ganzes Leben davon. Einige Krankenkassen unterstützen ihre Versicherten in besonderer Weise. So erstattet beispielsweise die mhplus Krankenkasse für ihre jungen Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen die Versiegelung der Zähne.

Neben dem täglichen Zähneputzen hat sich inzwischen auch die professionelle Reinigung beim Zahnarzt etabliert. Mehr als sieben von zehn Bundesbürgern sind überzeugt, dass die Zahnreinigung beim Fachmann zur guten Mundhygiene gehört. Auch hier setzt die mhplus Krankenkasse Anreize und übernimmt jährlich bis zu 60 Euro für eine professionelle Reinigung für Versicherte ab 18 Jahren.

Beim täglichen Zähneputzen zu Hause hat die herkömmliche Handzahnbürste noch lange nicht ausgedient: Sie wird von 63 Prozent der Deutschen am liebsten zur Reinigung verwendet. Immerhin 44 Prozent der Bundesbürger verwenden inzwischen auch Zahnzwischenraumbürsten. **PN**

Quelle: mhplus Krankenkasse



unter 1.000 Bundesbürgern zum Tag der Zahngesundheit am 25. September. Seit mehr als 20 Jahren machen Institutionen und Organisationen am Tag der Zahngesundheit auf das Thema Mundgesundheit aufmerksam. Grundsätzlich sind sich die Deutschen inzwischen durchaus bewusst, wie wichtig das regelmäßige Putzen ist. Dennoch

41 Prozent der Befragten mehr Tipps zur richtigen Pflege von ihrem Zahnarzt. Auch die Krankenkassen sind aufgerufen, ihre Mitglieder noch stärker zu informieren: Von ihnen wünscht sich jeder Dritte mehr Informationen zur Zahngesundheit. Umso wichtiger, dass schon Kindern gezeigt wird, wie sie ihre Zähne richtig putzen und Karies

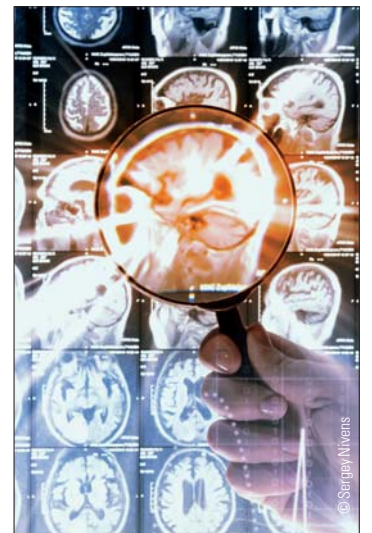
Viel Karies = wenig Krebs?

Korrelation zwischen Karieserkrankungen und Kopf-Hals-Krebs nachgewiesen.

Eine aktuelle Studie hat einen Zusammenhang zwischen Karieserkrankungen und dem Auftreten von Kopf-Hals-Krebs analysiert. Dabei wurde überraschend festgestellt, umso mehr Karies eine Person hat, desto geringer ist das Risiko, eine Krebserkrankung im Kopf-Hals-Bereich zu erleiden.

Zu diesem Ergebnis kamen die Wissenschaftler der Universität Buffalo, New York, nachdem sie die Daten von 399 Patienten mit einem Karzinom im Kopf-Hals-Bereich und 221 Patienten ohne Erkrankung auswerteten. Die Patienten mit Karzinom hatten weniger kariöse Zähne, weniger Kronen und Füllungen und weniger endodontisch versorgte Wurzeln.

Alle Schäden sind auf Karies zurückzuführen. Dabei greifen Milchsäuren den Zahnschmelz an und zerstören ihn. Die Milchsäuren haben allerdings einen positiven Effekt für Tumorerkrankte: Bestimmte Milchsäuren lassen die Karzinome aus-



hungern und bremsen so ihr Wachstum.

Ein nächster Schritt wäre die Eindämmung von Krebserkrankungen in den Schleimhäuten des Mund- und Halsbereichs mithilfe von Milchsäuren bei einer gleichzeitigen Eindämmung des Kariesrisikos. **PN**

Quelle: www.zwp-online.info

Parodontitis steigert Darmkrebsrisiko

Forscher haben Zusammenhang zwischen Fusobakterien und Darmkarzinomen entdeckt.

Wie amerikanische Wissenschaftler in zwei voneinander unabhängigen Studien^{1,2} herausfanden, regen sogenannte Fusobakterien (*Fusobacterium nucleatum*, kurz *Fn*) das Immunsystem an, bestimmte Zellme-

nismen im Plaque anhaftet. Es ist allein kein Pathogen, aktiviert aber durch sein Anhaften an anderen Pathogenen bestimmte Vorgänge. So produziert es toxische Metaboliten, die wiederum gesunde Zellen des umgebenden

das Molekül *Fusobacterium adhesin A (FadA)*, um an E-Cadherin zu binden. Das aktiviert Catenin Signale, zu senden, welche die Genese von Karzinomen im Darm beschleunigen.

Die Wissenschaftler stellten fest, dass im Gewebe von gesunden Menschen wesentlich weniger FadA zu finden ist, als bei Personen, die benigne oder maligne Darmtumore haben. FadA könnte damit ein Marker für die frühe Entstehung von Darmkarzinomen darstellen. **PN**

Quelle: www.zwp-online.info



chanismen zu aktivieren. Dadurch werden aber auch die Schalter für bestimmte Tumorzellen aktiviert.

Fn ist ein Bakterium, welches an grampositiven Mikroorga-

Gewebes (Fibroblasten) zerstören können.

Amerikanische Forscher haben nun Fusobakterien im Zusammenhang mit kolorektalen Karzinomen gefunden. *Fn* nutzt

1 Kostic et. al., *Fusobacterium nucleatum* Potentiates Intestinal Tumorigenesis and Modulates the Tumor-Immune Microenvironment, *Cell Host & Microbe*, 14.08.2013.

2 Rubinstein et. al., *Fusobacterium nucleatum* Promotes Colorectal Carcinogenesis by Modulating E-Cadherin/ β -Catenin Signaling via its FadA Adhesin, *Cell Host & Microbe*, 14.08.2013.

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: Einzelexemplar: 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 Autorenenrichtlinien. Gerichtsstand ist Leipzig.



powered
by **BRAUN**

5. Oral-B Symposium

Jahrhunderthalle Frankfurt/Main
21. März 2014
www.oralbsymposium.de

ÜBERLEGENE REINIGUNG:^{*} ORAL-B IST DIE NR. 1.

ZAHNBÜRSTEN-MARKE,
DIE ZAHNÄRZTE SELBST VERWENDEN.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen:

Auch in Deutschland sind wir Ihre Nummer 1 –
in Verwendung und Empfehlung.



Die perfekte Fortsetzung Ihrer Prophylaxe



* Gegenüber einer Handzahnbürste.

Zahnerhalt oder Extraktion?

PN Fortsetzung von Seite 1

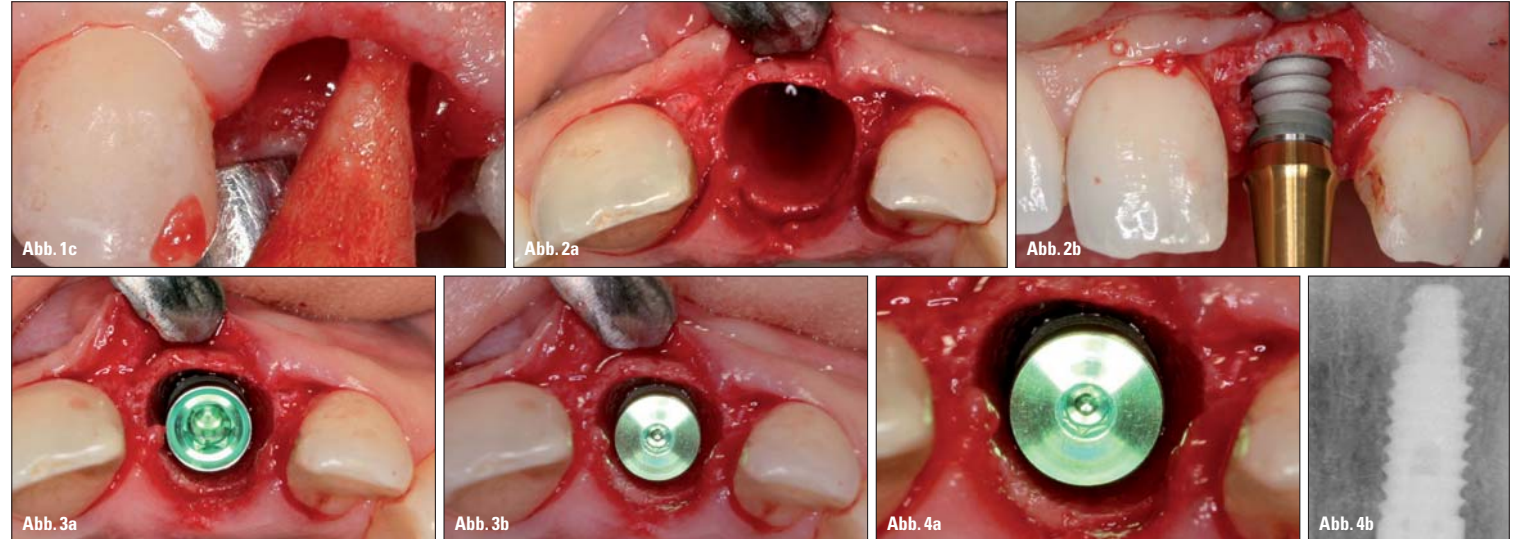
spielen nun eine wichtige Rolle für den Behandlungserfolg: Die Analyse des Weich- und Hartgewebes, das Implantatsystem, verzögerte Implantation oder Sofortimplantation, der primäre Wundverschluss, die Implantatdimensionen, die Positionierung, die provisorische Versorgung, die Gestaltung der Restauration sind zusammen für den Erfolg entscheidend. Einzelne können sie jedoch, wenn nicht optimal umgesetzt, das Endergebnis negativ ausfallen lassen.

Falldarstellung

Die 34-jährige Patientin stellte sich vor etwa zwei Jahren in unserer Implantatsprechstunde vor. Sie klagte über Beschwerden an Zahn 21. Laut Patientin wurde dieser Zahn vor acht Jahren wurzelbehandelt. Drei Jahre nach der Wurzelfüllung wurde die endodontologische Behandlung revidiert, zwei Jahre nach der Endo-Revision frakturierte die Krone. Daraufhin wurden ein Wurzelstift gesetzt, eine Aufbauauffüllung gelegt und der Zahn überkront.

Nun klagt die Patientin über eine Lockerung des Zahnes und Blutung bei der täglichen Mundhygiene sowie gelegentliches Klopfen an diesem Zahn. Da sie lange mit diesem Zahn zu kämpfen hatte, wünschte sie sich eine endgültige Lösung. Der Allgemeinzustand und der extraorale Befund der Patientin waren unauffällig.

Der klinische Befund ergab eine gelockerte Krone 21, Lockerung Grad I des Zahnes 21 sowie ein BOP Grad 3. Das Restgebiss war konservierend und prothetisch suffizient versorgt. Die SST am Zahn 21 war mit 2–3 mm unauffällig. Die vertikale Perkussion war zur Zeit der Untersuchung negativ (Abb. 1). Radiologisch zeigte sich eine suffiziente Wurzelfüllung. Die Kronenränder waren nicht optimal geformt und die



Wurzelstiftlänge und -breite ungenügend (Abb. 1). Es bestand außerdem der Verdacht einer apikalen Aufhellung mesial der Wurzelspitze. Diese ließ sich jedoch mit einem neuen Zahnfilm nicht bestätigen.

Behandlungsziel

Die Erneuerung des Wurzelstiftes inklusive des Aufbaus und der anschließenden Anfertigung einer neuen Krone erschien uns nicht sinnvoll. Die alte Krone war kariös unterminiert und die Versorgung mit einer neuen Krone setzte eine chirurgische Kronenverlängerung voraus, um die biologische Breite²² zu erhalten. Das hätte auch bedeutet, dass der Zahn länger ausgesehen hätte als der Nachbarzahn 11 und somit kein ästhetisch zufriedenstellendes Endergebnis erzielt worden wäre. Im Anbetracht der Lockerung des Zahnes von Grad I und des Wunsches der Patientin nach einer endgültigen Lösung entschieden wir uns für die Extraktion des Zahnes 21 und eine Sofortimplantation, um das Weichgewebe zu stützen und zu erhalten.^{4,6,9,11,13,16,22} Da die Nachbarzähne gesund und nur mit kleinen Füllungen auf der palatinalen Seite versorgt waren, kam für die Patientin eine konventionelle Brücke nicht infrage. Für uns war der

gleiche Grund ausschlaggebend, um der Patientin die Implantation vorzuschlagen.^{5,6,7,8}

Aufgrund der Lokalisation des Problems im ästhetisch hochsensiblen Bereich der Oberkieferfront entschieden wir uns für eine Sofortimplantation mit GBR.^{25,26} Für die prothetische Versorgung fiel die Entscheidung zugunsten einer VMK-NEM-Krone.

Behandlungsablauf

Professionelle Zahnreinigung

Vor der Extraktion wurde eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt, damit die Oralhygiene optimal für die Implantation war. Die Patientin wurde instruiert und motiviert, eine gute Mundhygiene zu betreiben.

Extraktion

Die Extraktion wurde schonend durchgeführt. Da der Zahn schon locker war, war es möglich, den Zahn mit einem Periotom weiter zu mobilisieren und ohne Kraft mit der apikalen Entzündung zu entfernen. Die Extraktion gestaltete sich leicht und führte zu keiner Beschädigung der Alveolenwände (Abb. 1).^{10,13}

Implantation mit GBR

Für die Implantation wurde ein Implantat mit Mikrogewinde am Implantatthals gewählt. Mit diesem

Implantat erhofften wir uns eine möglichst optimale Knochenadaptation im krestalen Drittel und die Adaptation des Weichgewebes an der Implantatschulter.^{14–19} Die Extraktionsalveole wurde mit einer PA-Sonde auf Perforationen inspiziert und mit CHX und physiologischer Kochsalzlösung gespült. Danach erfolgte die Implantation. Die letzte Bohrung wurde ohne Kühlung und mit einer Umdrehung von 40/min durchgeführt, um Knochenspäne zu gewinnen.

Die Breite der Lücke betrug 10,5 mm, orovestibulär war die Lücke innerhalb der Alveole 6 mm breit. Die Alveolarenwand war im krestalen Drittel 0,5–1 mm dick (Abb. 2 bis 4).^{4,9,13} Der verwendete Durchmesser maß 4,6 mm und die Länge 12 mm. Zeitgleich mit der Implantation wurde eine GBR mit Eigenknochen und Cerabone durchgeführt.^{3,4} Das Implantat wurde weiterhin zu einem Drittel inseriert. Danach wurde Knochenaufbaumaterial mit autologen Knochenspänen in die Alveole gebracht, das Implantat wurde eingedreht und 1,5 mm subkrestal positioniert.²³ Anschließend wurde der Einbringpfosten entfernt, auf eine Länge von 2 mm gekürzt und als Deckschraube verwendet (Abb. 7 und 8).

Da das Weichgewebe in Regio 21 leicht entzündet war, entschieden wir uns gegen einen Lappen zum primären Verschluss der Wunde.

Die Extraktionsalveole wurde außen bukkal mit einer Jason-Pericardiummembran ausgekleidet. Die Membran wurde über die Alveole gelegt, palatinal zwischen Lappen und palatinaler Alveolenwand geklemmt und mit einer 4–0 Supramid horizontalen Matratzennaht fixiert. Auf die Membran wurde eine Schicht Kollagenfleece gelegt und an das Weichgewebe angenäht (5–0 Supramid Knopfnähte; Abb. 5).

Provisorische Versorgung

Die provisorische Versorgung war in diesem Fall sehr wichtig, da wir keine vollständig gedeckte Einheilung hatten. Aus diesem Grund wurde eine Maryland-Brücke mit Pontic angefertigt, um die Papillen zu stützen und das Weichgewebe unterhalb der Brücke zu formen. Die Nahtentfernung erfolgte vier Wochen postoperativ nach dem Setzen der Nähte und ohne das Provisorium zu entfernen (Abb. 6, 7 und 9).

Einheilphase

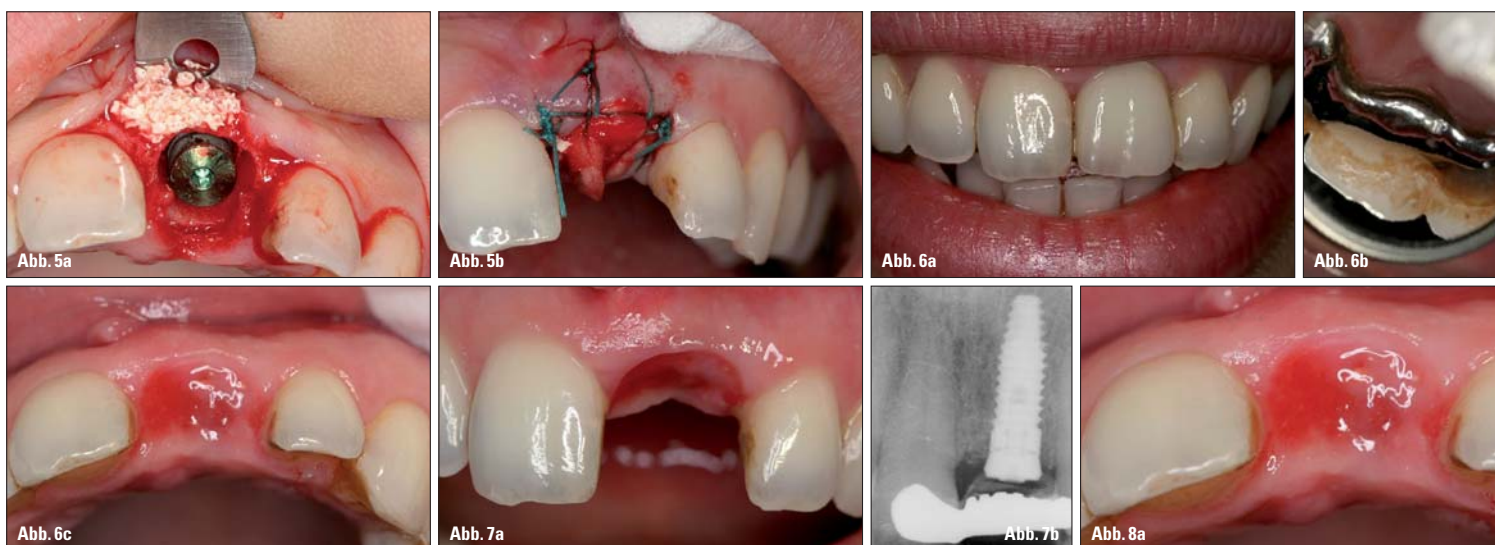
Während der Einheilphase wurde ein engmaschiges Recall eingehalten. Die Patientin wurde instruiert, eine optimale Mundhygiene zu betreiben und über die Notwendigkeit des engmaschigen Recalls aufgeklärt. Kontrolltermine erfolgten jeweils eine Woche, zwei, drei, vier, acht, zwölf und 16 Wochen postoperativ. Die Einheilphase lief entzündungsfrei ab und die Wunde wurde schnell epithelialisiert (Abb. 6, 7 und 9).

Freilegung

Das Implantat wurde 14 Wochen postoperativ mit einer Stanze freigelegt. Der Schleimhautdeckel war 1 mm dick. Daraus resultierte eine Weichgewebshöhe von 3 mm bis zur Implantatschulter. Die Papillen waren vollständig erhalten und die Konturen bukkal so gehalten, dass ein ästhetisch gutes Ergebnis voraussehen war (Abb. 10 und 11).

Präprothetische Phase

In dieser Phase entschieden wir uns gegen einen Gingivaformer



und für eine provisorische Krone aus Kunststoff, da Einbringpfosten und Abutment die gleiche Dimensionen hatten. Das endgültige Abutment wurde eingeschraubt und mithilfe einer Tiefziehschiene

subgingival. Die gesamte Kronenlänge maß 8,5mm und der Abstand zwischen Approximalkontakt und krestalen Knochen 4mm (Abb. 13).^{8,11,18,21,25} Die Patientin war mit dem Endergebnis zufriede-

gration funktioniert. Wir wissen auch, wie sie funktioniert und wir können GBR mit voraussehbaren Ergebnissen anwenden. Darüber hinaus ist der Behandler gesetzlich verpflichtet, den Patienten über

Entscheidung, den Zahn zu entfernen, um Knochenverlust und Narbenbildung zu verhindern, die hinderlich für die Implantation wären. Natürlich ist die Behandlung mit der Osseointegration des

gen und den Prothetiker dar. Eine interdisziplinäre Kooperation zwischen Master Clinician, erfahrem Prothetiker und Zahntechniker sowie die Motivation und Instruktion des Patienten sind in der modernen Zahnheilkunde unabdingbar. **PN**



eine Krone in Form der alten Krone angefertigt. Die Krone wurde vorsichtig mit TempBond befestigt. Besonderes Augenmerk lag außerdem auf der Entfernung aller Zementreste (Abb. 12).

Prothetische Phase

Zwei Wochen nach Freilegung wurde das Provisorium entfernt und die neue Krone anprobiert. Die Länge des Abutments betrug 5,5mm und die des Stumpfes 4,5mm. Die Hohlkehle lag 1mm

den und somit wurde die Krone definitiv eingesetzt. Recalltermine und radiologische Kontrollen eine Woche nach Einsetzen der Prothese sowie sechs, zwölf und 18 Monate postoperativ zeigten eine stabile Situation des umliegenden Hart- und Weichgewebes.

Schlussfolgerung

Heutzutage können wir mit Gewissheit sagen, dass die Osseointe-

alle Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären, auch im Falle einer Implantation.

Da die Implantologie insgesamt mehr und mehr an Gewicht gewinnt, müssen wir uns die Frage stellen, ob chirurgische Maßnahmen zur Erhaltung eines Zahnes durchzuführen sinnvoll ist oder durch eine frühe bzw. rechtzeitige Extraktion die Aussichten auf eine erfolgreiche Implantation maximiert werden können. In dieser Falldarstellung war es die richtige

Implantates nicht beendet. Viel wichtiger sind die richtige Versorgung des Implantats und die optimale, individuelle Vorgehensweise, um ein umfassendes ästhetisches Ergebnis zu erzielen.

Im ästhetisch sensiblen Bereich der oberen Schneidezähne reichen Tragekomfort und Funktionalität des Zahnersatzes nicht aus, um den Patienten zufriedenzustellen. Vor allem junge und „high-scalope“-Patienten stellen eine Herausforderung für den Chirurg-

PN Adresse

Dr. med. dent. cand. med. Nikolaos Papagiannoulis
Zahnärztliche Berufsausübungsgemeinschaft
Dr. G. Hondralis & Partner
Leuschnerstr. 1a
67063 Ludwigshafen
Tel.: 0621 510608
www.hondralis.de



Dr. Olaf Daum
Private Praxis
Dr. Daum & Dr. Mutzek
Heltenstraße 16
69181 Leimen
Tel.: 06224 75031
md@zahnarzt-leimen.de
www.lifesmile.de



Dr. Marius Steigmann
Steigmann-Institut
Bahnhofstraße 64
69151 Neckargemünd
Tel.: 06223 73819
m.steigmann@t-online.de
www.steigmann-institut.de



ANZEIGE



Cavitron®

- **NEU:** Tap-On Technologie: Aktivierung von Scaler und Air Polishing per kabellosem Funk - Fußschalter
- **NEU:** Turbo-Funktion für konstant 25 % mehr Leistung im Ultraschallbereich
- **NEU:** Prophy – Modus: Automatikzyklen ermöglichen automatischen Wechsel von Pulverwasserstrahl und Spülen
- Minimalinvasives Arbeiten in der „Blue Zone“
- Schafft unvergleichlichen Patientenkomfort
- „Power Boost“ – Funktion für hartnäckige Ablagerungen
- Personalfreier Geräte-Reinigungsmodus

NEU
mit Tap-On Technologie!



Ihr nächster großer Schritt in der Ultraschall-Technologie!

www.hagerwerken.de
Tel. +49 (203) 99269-0 · Fax +49 (203) 299283



Scan me



Parodontalprothetische Behandlungsstrategie – Lebenslanger Erhalt von Zähnen?

Das primäre Ziel der zahnärztlichen Prophylaxe sollte ein lebenslanger Erhalt der natürlichen Zähne in einem gesunden, funktionell und ästhetisch akzeptablen schmerzfreien Zustand sein (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft, 2000).

Dass dieses Ziel erreicht werden kann bei entsprechender parodontaler Entzündungsfreiheit über mehr als ein halbes Jahrhundert, konnte von Schätzle et al. (2009) und Lang et al. (2009) gezeigt werden. Trotz allem bleibt die Schlüsselfrage: „Wie lange funktionieren parodontal geschädigte Zähne?“ (Eickholz 2009).

Mittels einer adäquaten aktiven Parodontal-(APT) und anschließender regelmäßiger, risikoorientierter unterstützender Parodontitistherapie (UPT) sind Überlebensraten von Zähnen im parodontal behandelten Gebiss um die 90% über ein Jahrzehnt möglich (Pretzl et al. 2008, Matulienė et al. 2008, Chambrone et al. 2010). Selbst bei Behandlung kritischer Zähne mit fragwürdiger Prognose aufgrund eines Attachmentverlusts von mehr als 60% wurden Überlebensraten von 88 bis 93% in der UPT erreicht (Checchi et al. 2002, Eickholz et al. 2008, Graetz et al. 2011). Deshalb sollte grundsätzlich die Planung und Durchführung einer definitiven prothetischen Rekonstruktion erst nach Abschluss der APT mit Reevaluation der parodontalen Verhältnisse während der risikoorientierten UPT (Lang und Tonetti 2003) erfolgen. Es sei aber angemerkt, dass auch bereits initial prothetischer Behandlungsbedarf bestehen kann, wenn zum Beispiel nicht erhaltungsfähige Frontzähne extrahiert werden müssen (Rühling et al. 2004, Zitzmann et al. 2012). Zumeist erscheint es aber sinnvoll, sich erst mit der Zahnerhaltung, vor allem aber dem Erhalt der geschlossenen Zahnreihe oder einer suffizienten festsitzenden Versorgung, ggf. Ersatz eines einzelnen Zahnes zu beschäftigen, um sich die Therapieoption einer umfassenden prothetischen Neuvorsorgung für einen späteren Zeitpunkt offenzuhalten.

Langzeitdokumentierter Fallbericht: Anamnese und Befund (1985)

Der 59-jährige Patient suchte 1985 zur parodontalen Vorbe-

handlung vor prothetischer Neuvorsorgung die Abteilung für Parodontologie des Universitätsklinikums in Kiel auf. Der Patient war zeitlebens Nichtraucher und die Allgemeinanamnese war unauffällig. Intraoral zeigte sich ein prothetisch insuffizient versorgtes Gebiss (ZE ca. 15 Jahre in situ) mit weichen und harten Belägen (PI: 77%). Die Gingiva war lokal livide gerötet und ödematös geschwollen, mit lokalisierten Rezessionen und Retractionen der interdentalen Papillen (Abb. 1a). Ferner fanden sich sowohl zervikale kariöse Läsionen an 17, 14, 27, 37 und 47 (Abb. 1b) bzw. Sekundärkaries an den überstehenden Kronenrändern 13, 21, 23 als auch okklusale kariöse Läsionen an den Zähnen 24, 38 und 48. Die generalisierten Sondierungstiefen (ST) lagen zwischen 4 und 6 mm (Abb. 2). Alle Zähne, mit Ausnahme von 17, 15, 14, 37, 47 (Grad I) sowie 27 (Grad II) zeigten keine erhöhte Beweglichkeit (Lindhe und Nyman 1977). Die horizontale Sondierung der Furkationen ergab Grad I an 17, 14, 37, 47 und Grad II an 27 (Hamp et al. 1975). Die Panoramaschichtaufnahme (Abb. 3) zeigte einen generalisierten horizontalen Knochenabbau von circa einem Viertel, im Bereich der Unterkieferfront bis zur Hälfte der Wurzellänge. Weiterhin waren röntgenologische Aufhellungen in der Furkation 27, Verschattungen im Sinne überstehender Kronenränder an 17, 24, 37 und 47 sowie Verschattungen im Sinne von Wurzelfüllungen an 15, 23, 27 und 47 jeweils ohne periapikale Aufhellungen zu erkennen.

Diagnose und Therapieplanung (1985)

Eslagen eine generalisierte chronische Parodontitis (Armitage 1999) sowie multiple kariöse Läsionen und überstehende Kronenränder vor. Es wurde ein Erhaltungsversuch aller Zähne mit Ausnahme des Zahnes 27 aufgrund der fortgeschrittenen Sekundärkaries und der Furkationsbeteiligung vorgeschlagen. Dem Patienten wurde eine ver-

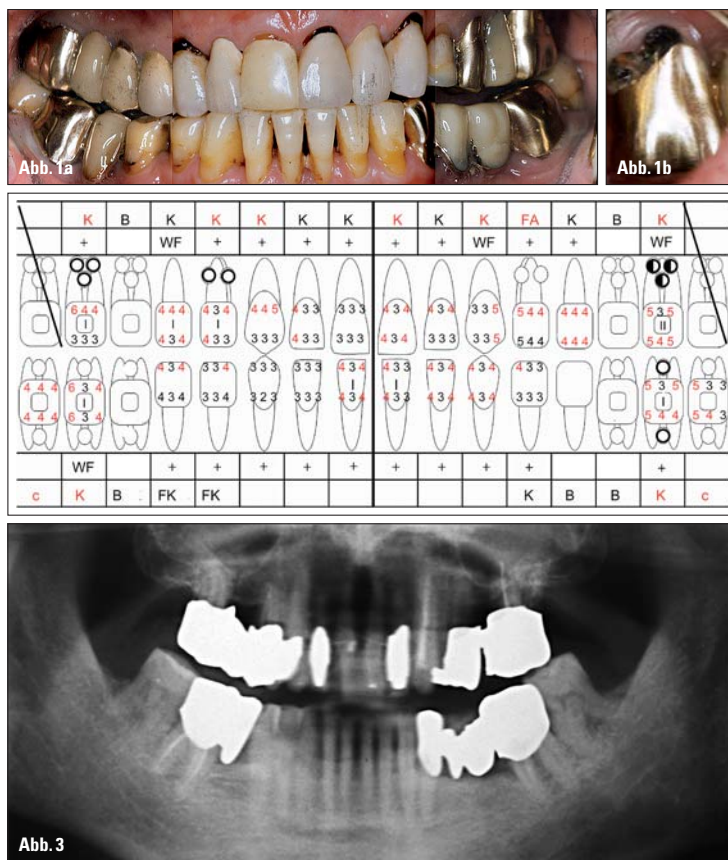


Abb. 1a: Intraorale Ansicht bei Neuaufnahme 1985. – Abb. 1b: Intraorale Ansicht bukkal Zahn 27. – Abb. 2: Klinischer Befund bei Erstvorstellung mit Sondierungstiefen, Furkationsbefund, Beweglichkeitsgraden, Sensibilität und dentalem Befund vom 25.2.1985. – Abb. 3: Panoramaschichtaufnahme vom 15.2.1985.

kürzte Zahnreihe im Oberkiefer links bei einer späteren primären Verblockung der Unterkieferseitenzähne empfohlen. Da der Patient Nichtraucher war und eine gute Mitarbeit erkennen ließ, wurde die Prognose der übrigen Zähne insgesamt als gut bezeichnet, wobei weiterführende Therapiemaßnahmen erst während der Reevaluation nach der APT entschieden werden sollten.

Aktive parodontale Therapie (1985)

Nach Unterweisung bezüglich einer effektiveren Zahnpflichtechnik und dem Gebrauch von individuell angepassten Interdentalbürsten erfolgte eine geschlossene Wurzeloberflächenbearbeitung aller Zähne sowie eine Zugangslappenoperation zur Instrumentierung der Wurzeloberflächen unter Sicht an 37, 38 und 25 einschließlich der Extraktion des Zahnes 27. Bei einer Reevaluation nach sechs Monaten wurden generalisiert

Sondierungstiefen von 2–3 mm gemessen (Jahr 1986).

Unterstützende Parodontitistherapie (1986–2013)

Die UPT umfasst bisher 27 Jahre und erfolgte regelmäßig in sechsmonatigem Intervall. Bei persistierenden ST \geq 4 mm und Blüten auf Sondieren (BOP) sowie bei ST \geq 5 mm erfolgte eine subgingivale Reinstrumentierung in der jeweiligen Sitzung. Bei einer Reevaluation 1990 wurde der Erhalt des Zahnes 38 als nicht sinnvoll eingestuft und er wurde entfernt. Bis zu diesem Zeitpunkt war röntgenologisch kein progressiver Knochenabbau erkennbar (Abb. 4a–c). Die Wurzel des Zahnes 12 wurde 1994 infolge einer erfolglosen endodontischen Behandlung unter der verblockten Rekonstruktion der Oberkieferfront entfernt (Abb. 5b, intraorale Ansicht 2005, elf Jahre nach Entfernung der Wurzel 12). Im Jahr 2010 wurde

der Zahn 21 nach einer fehlgeschlagenen endodontischen Behandlung (alio loco) und einer Perforation der Wurzel im mittleren Wurzeltrakt ebenfalls unter der bestehenden verblockten Krone entfernt. Ebenso musste die Wurzel des Zahnes 22 im Jahr 2012 aufgrund einer Längsfraktur unter Erhalt der bestehenden prothetischen Versorgung entfernt werden (Abb. 5c, intraorale Ansicht 2012, nach Entfernung der Wurzeln 21, 22 und 12). Bei einer Reevaluation 2012 zeigte die Panoramaschichtaufnahme gegenüber dem Ausgangsbefund keinen klinisch relevanten weiteren Knochenabbau.

Prothetische Behandlung (1986 und 1993)

Die Zähne 34 bis 37 wurden durch eine Metallkeramikbrücke 1986 nach APT neu versorgt. Die Oberkieferfrontzähne 13 bis 22 erhielten Einzelzahnkronen. Der Zahn 26 wurde mittels eines Freindbrückengliedes in Prämolarenbreite an den verblockten Zähnen 23, 24 und 25 ersetzt, ebenso wie der fehlende Zahn 46 an Zahn 47. Die Lücke des Zahnes 16 wurde durch eine Metallkeramikbrücke an den Zähnen 14, 15 und 17 geschlossen. Im Jahr 1989 wurde der Zahn 11 mithilfe einer transdentalen Schraube alio loco nach Retentionsverlust der Krone fixiert und mit einer neuen Einzelzahnkrone versorgt (Abb. 5a). Im Jahr 1992 musste dieser Zahn aufgrund einer Wurzelfraktur entfernt werden, und es erfolgte 1993 eine erneute prothetische Versorgung der Oberkieferfront mittels einer Brücke von 22 und 21 auf 12 und 13. Der Zahn 22 wurde noch während der prothetischen Behandlungsphase wegen pulpitischer Beschwerden endodontisch behandelt. Die 1993 bzw. 1986 eingesetzten festsitzenden prothetischen Rekonstruktionen blieben bis zum bisher letzten Nachsorgetermin im März 2013 erhalten (Abb. 6b und c). Nach Entfernung des Zahnes 22 im Jahr 2012 wurde der Brückenanker 23 mit dem nun vorhandenen



Abb. 4a: Panoramaschichtaufnahme 1989 (drei Jahre nach APT). – Abb. 4b: Panoramaschichtaufnahme 2005 (19 Jahre nach APT). – Abb. 4c: Panoramaschichtaufnahme 2012 (26 Jahre nach APT).



Abb. 5a: Einzelzahnfilm 1989 und intraorale Ansicht nach transdentaler Fixation 11 und neuer Einzelzahnkrone. – Abb. 5b: Intraorale Ansicht 2005. – Abb. 5c: Intraorale Ansicht 2012.

Brückenglied 22 mittels einer Slotpräparation und Einlage eines glasfaserverstärkten Bandes (Ribbond®, Seattle, US) von palatinal adhäsiv verblockt (Abb. 5c).

Diskussion: Zeitpunkt der prognostischen Entscheidung?

Unbestritten ist, dass eine intensive und im Rahmen einer UPT nachhaltige Parodontitistherapie einen Zahnerhalt auch bei bereits fortgeschrittenem Knochenabbau ermöglicht, wobei ein lebenslanger Erhalt eine frühzeitige Behandlung der Parodontitis oder noch besser eine frühzeitige präventive Betreuung erfordert (Lang et al. 2009). Bei Erstvorstellung des beschriebenen Patienten lag jedoch bereits ein fortgeschrittener Attachmentverlust vor, sodass einzelne Zähne in ihrer Prognose bereits initial als fraglich bezeichnet werden konnten (McGuire 1991, McGuire et al. 1996, Checchi et al. 2002, Machtei and Hirsch 2007). Grundsätzlich wird diese initiale Untersuchung einer adäquaten prognostischen Einschätzung aber nicht gerecht (Zitzmann et al. 2010). Badersten et al. (1984) zeigten, dass eine Reevaluation erst nach Abschluss der APT erfolgen sollte. Dies sollte insbesondere dann beachtet werden, wenn prothetische Rekonstruktionen erforderlich und prognostisch fragliche Zähne als potenzielle Pfeilerzähne einbezogen werden müssen. Trotzdem werden bereits vorher ebensolche Zähne extrahiert, da die Therapieentscheidung mit einer prognostischen Einschätzung des Zahnes einhergeht, die primär unter dem Aspekt der Gewährleistung für den nachfolgend geplanten Zahnersatz zu sehen ist und nicht den Erhaltungsmöglichkeiten des noch vorhandenen Zahnes entspricht (Rühling et al. 2010, Schlagenhaut 2013). Mit Ausnahme weniger Zähne, die bereits initial als nicht erhaltungswürdig einzuschätzen sind (Kombination aus fortgeschrittenen kariösen, parodontalen und/oder endodontischen Läsionen, Wurzelfrakturen), sollte die prognostische Bewertung grundsätzlich erst im Rahmen der Reevaluation circa drei bis sechs Monate nach erfolgter APT vorgenommen werden. Je nach Schwere der Erkrankung können auch längere Beobachtungszeiträume angezeigt sein. Im vor-

liegenden Patientenfall wurden auch einzelne strategisch wichtige Zähne mit fortgeschrittenem Knochenabbau sowie Molaren mit Furkationsbeteiligung mit in die Therapieplanung einbezogen. Eine frühzeitige Extraktion dieser Zähne hätte eine Vielzahl erforderlicher therapeutischer Maßnahmen nach sich gezogen, wobei auch weitere initial als kritisch eingestufte Zähne gegebenenfalls nicht als prothetische Pfeiler infrage gekommen wären. Durch die beschriebene Behandlungsstrategie konnte im vorliegenden Fall eine präprothetisch stabile Situation für die festsitzende Versorgung erreicht werden, welche bis zum heutigen Zeitpunkt Bestand hat. Abbildung 6 zeigt die schematisierte Übersicht des Patientenfalls.

Zahnerhalt durch Pfeilerzahngestützte Rekonstruktion?

Zähne werden aus sehr unterschiedlichen Gründen extrahiert, wie zum Beispiel kariöse Zerstörung, fortgeschrittene und fortschreitende Parodontitis, endodontische Komplikationen oder Frakturen. Neben der patienteneigenen Wertschätzung der Zähne beeinflusst auch der Zahnarzt die Therapieplanung maßgeblich (Lundgren et al. 2008, Rühling et al. 2010). Die parodontologisch-prothetische Behandlung im vorliegenden Fallbeispiel führte zu sechs Zahnverlusten im Beobachtungs-

fortgeschrittenem Attachmentverlust auch als Brückenpfeiler Überlebensraten von bis zu 90% aufweisen, zumindest wenn eine regelmäßige Erhaltungstherapie durchgeführt wurde (Nyman und Lindhe 1979, Laurell et al. 1991, Yi et al. 1995, Tan et al. 2004). Fardal und Linden (2010) haben zeigen können, dass es auch bei langspannigen Brücken zu wenigen technischen Komplikationen und zu einer niedrigeren Zahnverlustrate kommt. Einschränkung muss hier aber er-

et al. 1986b, Rühling 2004). Eine weitere Folge endodontischer Komplikationen wird trotz erfolgreicher Wurzelbehandlung in der erhöhten Frakturgefahr des Pfeilerzahnes gesehen, wie dies im vorliegenden Fallbeispiel zweimal aufgetreten ist. Nach Hämmerle et al. (2000) kann eine Wurzelfraktur zum Verlust der gesamten Rekonstruktion führen. Nyman und Lindhe (1976) geben ca. 3% Pfeilerzahnfrakturen bei reduziertem Attachment an – wohingegen aber bis zu 35%

ANZEIGE

Unser Tipp: Wirksam gegen Parodontitis

+++ 2-wöchige CHX Wirkdauer +++

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

wähnt werden, dass vor allem endodontische Komplikationen begrenzend auf das Überleben nicht nur der prothetischen Rekonstruktion, sondern auch der Pfeilerzähne wirkt. Circa 10% der initial vitalen Pfeilerzähne zeigen einen Sensibilitätsverlust innerhalb von zehn Jahren nach Präparation (Karlsson S. 1986, Schwartz und Whitsett 1970). Es werden aber deutlich mehr endodontische Komplikationen bei langspannigen Brücken und reduziertem Attach-

nach Wurzelkanalbehandlung diskutiert werden (Landolt und Lang 1988, Randow und Glantz 1986a, Rühling 2004). Eine Lösung zur Vitalerhaltung des Pfeilers besteht hier nur durch eine sehr substanzschonende Präparation der Pfeilerzähne (Glantz und Nyman 1982, Mezzomo et al. 2003, Zhi-Yue und Xu-Xing 2003, Rühling 2004). Zusätzlich steigert die Insertion eines Stiftkerns die Frakturgefahr der verbliebenen Zahnhartsubstanz nochmals stark (Strub et al. 2011). Ist wie im vorliegenden Fall der Zahnhartsubstanzverlust der Krone so groß, dass die Verwendung eines Stiftes notwendig wird, ist das Stiftsystemdesign von Bedeutung. Auch sollte ausreichend Dentinwandstärke verbleiben und das Umfassen der Restzahnkrone mit ca. 1,5 mm erfolgen (Libman und Nicholls 1995, Strub et al. 2011, Fokkinga et al. 2007). Als obsolet erscheinen heute Stiftbohrungen bis in das apikale Wurzeltrittel – wie im vorliegenden Fall – da diese die Gefahr der Perforation gegenüber aktuellen Stiftsystemen (max. V der Wurzellänge) wesentlich erhöhen. Auch geschraubte Stiftsysteme, die Spannungen und Mikrorisse verursachen (Schmitter et al. 2007), sind nicht mehr indiziert. Abgesehen dieser vielfältigen technischen Komplikationen zeigt eine aktuelle Untersuchung über rund 15 Jahre UPT hohe Pfeiler-

zahnüberlebensraten, wobei sich eindeutig Hinweise auf die zwingende Notwendigkeit einer parodontalen Therapie vor prothetischer Versorgung (100% Überleben der Rekonstruktion nach APT vs. 49% vor APT) finden und es dann sogar möglich war, bis zu 96% der Pfeilerzähne mit weit fortgeschrittenem Knochenabbau zu erhalten (Graetz et al. 2013). Spekulativ kann nur diskutiert werden, ob beim vorgestellten Patientenfall die enossale Implantation zu Behandlungsbeginn im Jahr 1985 vergleichbar gute Langzeitergebnisse erzielt hätte. Heute weist vieles darauf hin, dass Patienten, die wegen einer Parodontitis behandelt wurden, ein höheres Risiko für periimplantäre Entzündungen tragen (Karoussis et al. 2003, Roos-Jansäker et al. 2006, Schou et al. 2006) und dass selbst nach erfolgreicher Implantation aufgrund biologischer oder technischer Komplikationen deutlich höhere Kosten in der langfristigen Erhaltungstherapie zu erwarten sind (Fardal und Grytten 2013). Zusammenfassend kann man feststellen, dass der Erfolg oder Misserfolg der prothetischen Rekonstruktion weniger von der biologischen Kapazität des Restparodonts, sondern vielmehr von technischen und biomechanischen Faktoren beeinflusst wird (Nyman und Ericsson 1982). Dieses Wissen um potenzielle Komplikationen muss schon frühzeitig in der prothetischen Planungsphase bei Patienten mit reduziertem Attachment Berücksichtigung finden, wobei nicht nur die aktive parodontale Behandlung zum Ausschluss möglicher Risiken bereits abgeschlossen und reevaluiert sein sollte, sondern auch eine konsequente und qualitativ hochwertige UPT folgen muss. **PN**

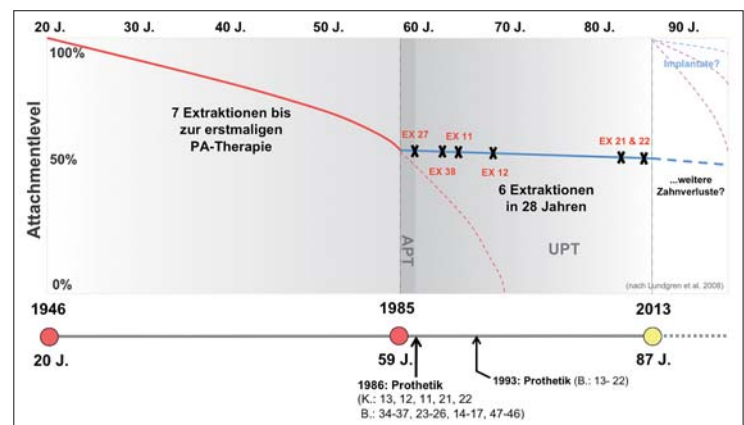


Abb. 6: Im vorliegenden Fallbeispiel wurde eine Überlebenszeit der Pfeilerzähne und der festsitzenden prothetischen Rekonstruktion bis zu einem Alter von 87 Jahren erreicht.

zeitraum von 28 Jahren ohne relevanten weiteren Knochenabbau (Abb. 5a–c). Retrospektive Untersuchungen (König et al. 2002, Lundgren et al. 2008, Graetz et al. 2013) mit Beobachtungszeiträumen von bis zu 30 Jahren dokumentieren, dass parodontal behandelte Zähne mit

ment der Pfeilerzähne beschrieben. Erklärt wird dies durch ein erhöhtes Traumatisierungsrisiko aufgrund einer invasiven Präparation bei einer langen klinischen Krone und dem Versuch des Divergenzausgleichs gekippter Pfeilerzähne (Bergenholtz und Nyman 1984, Randow

PN Adresse

Dr. Christian Graetz
 Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
 Universitätsklinikum
 Schleswig-Holstein
 Campus Kiel
 Arnold-Heller-Str. 3 (Haus 26)
 24105 Kiel
 graetz@konspar.uni-kiel.de

Gestern Kollege – heute Führungskraft: Was ist zu beachten?

Eben noch hat der Zahnarzt in der Gemeinschaftspraxis die Kollegen und Mitarbeiter geduzt und im Team mit ihnen zusammengearbeitet – und heute ist er ihr „Chef“, weil ihm Führungsaufgaben übertragen worden sind.

Wie meistens im (Berufs)Leben gilt: Wichtig ist es, aktiv und offen klärende Gespräche zu führen. Denn in Gemeinschaftspraxen können Konflikte durch Beförderungen entstehen, etwa wenn ein Mitarbeiter oder ein angestellter Zahnarzt Führungsaufgaben übernehmen soll. Zuweilen mischen sich in die Beförderung Befürchtungen. Nehmen wir folgendes Beispiel: Ein Zahnarzt wird zum Teamleiter ernannt – wobei die Hinweise natürlich auch Mitarbeitern helfen, die mehr Verantwortung erhalten. Der Zahnarzt, der zur „rechten Hand“ des Chefs der Praxis aufgestiegen ist, fragt sich: „Kann ich der Herausforderung auch wirklich gerecht werden?“ Das Hauptproblem: „Wie gehe ich mit den Kollegen um, denen ich früher gleichgestellt war und jetzt Anweisungen geben soll?“ Hinzu kommen weitere mögliche Konfliktherde:

- Wie geht der beförderte Mitarbeiter mit dem ehemaligen Kollegen um, mit dem er sich noch nie so richtig gut verstanden hat?
- Das andere Extrem ist der Duzfreund, mit dem er sich auch privat getroffen hat. Ist jetzt wieder das Siezen angesagt?

Die neue Rolle annehmen und Gemeinsamkeiten betonen

Wer die Herausforderung, den ehemaligen Kollegen Anweisungen erteilen zu müssen, mit Respekt, Fingerspitzengefühl und einer klaren Haltung zu der neuen Rolle löst, dem wird ebenfalls Respekt entgegengebracht. Abzuraten ist von einem „Kumpelverhalten“, das oft als Anbiederei missverstanden wird. So droht die Gefahr, dass einige ehemalige Kollegen die nachgiebige Haltung auszunutzen versuchen, nach dem Motto: „Wir haben uns doch immer so gut verstanden. Könntest du jetzt als Teamleiter nicht mal...“

„Everybody's Darling“ sein zu wollen funktioniert meistens nicht. Andererseits: Unsichere

Praxismitarbeiter, die nach der Beförderung nicht wissen, wie sie sich den ehemaligen Kollegen gegenüber verhalten sollen, kompensieren ihre Unsicherheit zuweilen mit übertriebenem Autoritätsgehabe und einer „Politik der Schärfe“. Sie wollen demonstrieren, dass sie sich von den ehemaligen Kollegen keinesfalls auf der Nase herumtanzen lassen – mit genau der Konsequenz, die sie verhindern wollten: „Was



spielt der sich auf und lässt den Chef raushängen?“, heißt es aufseiten der Mitarbeiter.

Die Beispiele zeigen, wie schwierig es ist, die richtige Balance zu finden. Dies kann gelingen, wenn der Zahnarzt in unserem Beispiel die neue Rolle als Führungskraft annimmt und sie im Praxisteam kommuniziert. Er sollte dazu eine Haltung an den Tag legen, die signalisiert: „Obwohl sich das Binnenverhältnis zwischen uns geändert hat, sitzen wir immer noch im selben Teamboot. Ich bin nun der Teamkapitän – aber nur gemeinsam können wir das Teamboot zum Erfolg steuern.“ Natürlich sind andere Einstellungen möglich – meistens aber ist eine Position, die den Teamgedanken in den Mittelpunkt rückt und die neue Führungskraft als Baustein eines Teams sieht, das von ihr zugleich geführt werden muss, eine Strategie, die Erfolg verspricht. Aber gleich, welche Haltung sie einnimmt: Entscheidend ist, diese Haltung konsequent beizubehalten und jeden Anschein zu vermeiden, man würde einige Mitarbeiter anders behandeln als andere.

Im Teammeeting mit offenen Karten spielen

Einer der ersten Schritte nach der Beförderung besteht darin, in einem Meeting die neue Rollenverteilung anzusprechen und die Folgen zu thematisieren. Bei diesem Meeting sollte – in unserem Beispiel – der Chef der Gemein-

schaftspraxis zugegen sein. Er erläutert die neue Rollenverteilung aus seiner Sicht und fordert die Mitarbeiter auf, den neuen Teamleiter zu unterstützen.

Noch besser ist es, wenn der Zahnarzt diese Situation selbst bewältigt: „Ich bin zum Teamleiter ernannt worden – und dieser Rollenwechsel hat für unsere Zusammenarbeit folgende Konsequenzen:...“ Er beschreibt, welche Aufgaben er ab sofort zu be-

scheidend für die Akzeptanz bei Vorgesetzten und ehemaligen Kollegen. Der neue Teamleiter muss sich darüber im Klaren sein, dass er nun schneller als früher in der Kritik steht – wenn etwas nicht klappt, hat er zumeist die Verantwortung dafür zu übernehmen. Und dass er mit Neid oder Missgunst konfrontiert wird, ist trotz aller vorgenannten Bemühungen nicht auszuschließen. Darum muss er seine ersten

stehen, er wolle den neuen Teamleiter protegieren. Denn dies würde dessen Stellung vielleicht schwächen und ihm das Leben in der neuen Führungsrolle erschweren. Das heißt: Der Teamleiter muss die Möglichkeit haben, sich ohne Hilfe durchzusetzen. Erst bei Konflikten, die auf der Ebene des Praxisteam nicht mehr zu klären sind und zu eskalieren drohen, sollte der Praxischef eingreifen.

Hinzu kommt: Bereits im Vorfeld der Ernennung zum Teamleiter kann der Praxischef Unterstützung bieten, indem er seinen Mitarbeiter auf eine Fortbildung schickt, bei der er auf die Übernahme der Führungsverantwortung vorbereitet wird und Führungskompetenzen aufbaut.

Fazit

Wer Führungsverantwortung übernimmt, sollte sich mit der neuen Rolle beschäftigen, die Herausforderung annehmen und eine Haltung dazu aufbauen, die konsequent beibehalten wird. Ein Teammeeting ist der richtige Ort, um die neue Rollenverteilung darzulegen, die Folgen zu diskutieren und problematische Beziehungen zu klären. Konfliktbrandherde werden mit den Beteiligten in Einzelgesprächen gelöscht. Die erste Entscheidung als Führungskraft ist eine Bewährungsprobe und sollte besonders gut vorbereitet werden. **PN**

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.



PN Information

Als neue Führungskraft Unterstützung suchen

- Vorgesetzten bitten, die Besetzung der Position rechtzeitig zu kommunizieren
- Vorgesetzten fragen, ob er bereit ist, zu Beginn des Teammeetings die Rolle der neuen Führungskraft zu erläutern
- Austausch mit anderen Personen, die ähnliche Situationen bewältigt haben; sie um Rat fragen

größeren Entscheidungen gut vorbereiten – zumal, wenn diese die Ex-Kollegen unmittelbar betreffen. Zuweilen ist es zielführend, ein Einzelgespräch zu führen – etwa dann, wenn ein ehemaliger Kollege des Teamleiters vielleicht ebenfalls gehofft hatte, mehr Führungsverantwortung zu erhalten. Der Teamleiter muss ausloten, wie der Mitarbeiter die Zurückstellung verkraftet und die Situation bewertet: Ist er neidisch? Oder ein „schlechter Verlierer“? Akzeptiert er die Entscheidung des Praxischefs für jemand anderen? Ist die Beziehung zum „übergangenen“ Mitarbeiter nicht geklärt, tickt hier eine Zeitbombe, die entschärft werden muss. Falls das persönliche Gespräch zu keiner oder nur einer unbefriedigenden Lösung führt, sollte der Praxischef als schlichtende Instanz hinzugezogen werden, die letztendlich eine verbindliche Entscheidung fällen muss.

Führungskompetenzen erwerben

Wie soll sich der Praxischef verhalten? Natürlich gibt er seine Entscheidung, dass nun der entsprechende Zahnarzt als Teamleiter agiert, bekannt. Er begründet sie, erläutert die Konsequenzen für Praxis und Team und bringt zum Ausdruck, er hoffe auf ein weiterhin kollegiales Verhältnis. Dann aber sollte er sich zunächst einmal zurückhalten. Es darf nicht der Eindruck ent-

wältigen hat: Er ist zum Beispiel befugt, Arbeitsaufträge zu erteilen, Urlaub zu genehmigen, Ziele zu vereinbaren und deren Erreichung zu überprüfen. Das bedeutet zugleich: Er wird Entscheidungen treffen müssen, die nicht immer jedem gefallen werden. Die neuen Aufgaben werden so detailliert wie möglich erläutert. Wichtig ist der Hinweis, dass diese Aufgaben nichts Entscheidendes an den jeweiligen persönlichen Beziehungen zu den ehemaligen Kollegen ändern. Der Duzfreund wird also nicht plötzlich wieder gesiezt. Allerdings darf der Teamleiter die gute Beziehung zum Duzfreund nicht ausnutzen, etwa um Anhaltspunkte über die Stimmung im Praxisteam zu erhalten. Nichts ist schlimmer als ein ehemaliger, nun höhergestellter Kollege, der alte Seilschaften zu pflegen versucht. In dem Meeting können und sollten potenzielle Konfliktherde direkt diskutiert werden. Dabei beachtet der neue Teamleiter: Nicht nur er fühlt sich angesichts des Rollenwechsels vielleicht ein wenig unwohl – einigen Mitarbeitern wird es wohl ebenso ergehen. Der Kollege, mit dem er einst gestritten hat, befürchtet vielleicht eine „späte Rache“. Auch hier sorgt eine Aussprache frühzeitig für Klarheit.

Erste Entscheidungen klug vorbereiten

Auch in der Arztpraxis gilt: Die „ersten hundert Tage“ sind ent-

PN Adresse

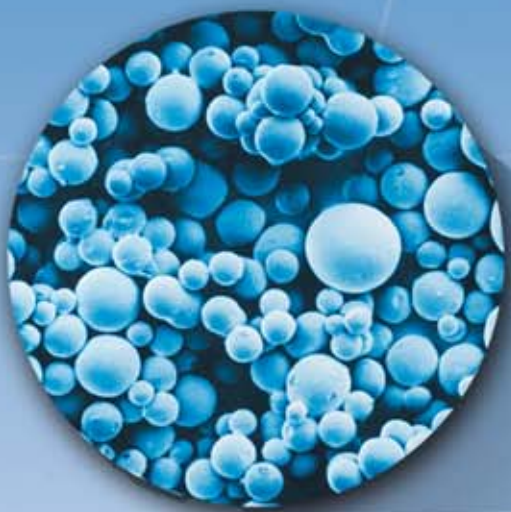
5medical management GmbH
Matthiasstr. 33a
41468 Neuss
Tel.: 02131 1331166
info@5medical-management.de
www.5medical-management.de

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.

Parodontitistherapie im Alter – „Notwendig vs. machbar“

PN Fortsetzung von Seite 1

Patienten sind bei der Behandlungsplanung zu beachten und welche Medikamente zu berücksichtigen? Zwei Aspekte der zahnmedizinischen Therapiefindung wurden dabei besonders beleuchtet: das oftmals schwierige Abwägen der Notwendigkeit gegen die Machbarkeit bei Therapiebehandlungen und der immer deutlicher werdende Zusammenhang zwischen Allgemeinerkrankungen und Parodontopathien.

Highlights der Jahrestagung

Einen besonderen Programmpunkt der Fachtagung bot Dr.

tert. Zusätzlich zu den Fachvorträgen wurden in kleinen Gruppen und mittels Tischdemonstrationen alltägliche Herausforderungen der Implantologie, Parodontologie und Qualitätssicherung interaktiv und praxisnah dargelegt.

Ebenso setzten die fördernden Unternehmen inhaltliche Akzente: So veranstaltete der Implantathersteller Straumann das Symposium „Moderne Regenerative Parodontaltherapie: wissenschaftlich – rentabel – praxisbewährt“. Dagegen beschäftigte sich das Symposium der Firma Heraeus Kulzer mit dem Thema „Parodontitis-Therapie heute – Neue Perspektiven für die zahnärztliche Praxis“. GABA setzte den Schwerpunkt seines Symposiums auf „Orale Prävention



Abb. 3



Abb. 4

Abb. 3: DGParo-Präsident Prof. Dr. Peter Eickholz. – Abb. 4: Mitarbeiterprogramm auf der DGParo-Jahrestagung 2013.

Novum und Ausblick

Sehr positiv aufgenommen wurde die konzeptionelle Neuausrichtung des Kongressprogramms, das auch auf Anregungen des neu gegründeten Junior

versteht“, erklärte Dr. Inga Harks, „sehen unsere Altersgenossen oft noch gar nicht“. Auch das Erfurter Rahmenprogramm setzte den Akzent bei der jüngeren Generation: Es wurde zu Abwechslung, Interaktivität und

näre, synoptische Behandlung des PARO-Patienten“. Das Amt des Tagungspräsidenten übernimmt Prof. Dr. Heinz H. Topoll aus Münster; Veranstaltungsort ist das MCC Messe und Congress Centrum Halle Münsterland. **PN**



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8



Abb. 9



Abb. 10



Abb. 11

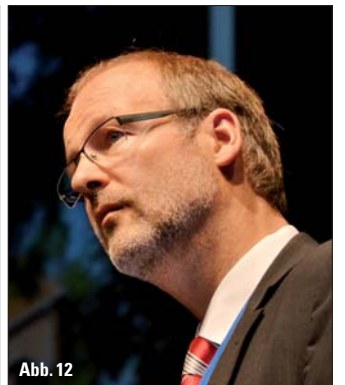


Abb. 12



Abb. 13



Abb. 14



Abb. 15



Abb. 16

Abb. 5: Mitglied des Junior Committees der DGParo Priv.-Doz. Dr. Stefan Fickl, Universitätsklinikum Würzburg. – Abb. 6: Prof. Dr. Petra Ratka-Krüger, Universität Freiburg. – Abb. 7: Am Stand von American Dental Systems. – Abb. 8: Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf, Universität Würzburg. – Abb. 9: Eine der zahlreichen Tischdemonstrationen während der DGParo-Jahrestagung 2013. – Abb. 10: Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin Prof. Dr. Christoph Benz, Universität München. – Abb. 11: Schatzmeister der DGParo Dr. Kai Worch, Garbsen. – Abb. 12: Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Universität Greifswald. – Abb. 13: Am Stand von ParoStatus. – Abb. 14: Dr. Wolfgang Westermann, Emsdetten. – Abb. 15: Tischdemonstration. – Abb. 16: Tagungspräsident Prof. Dr. Thomas Kocher und Dr. Stefanie Kretschmar auf der DGParo-Jahrestagung 2013.

Wolfgang Westermanns Rückblick auf 30 Jahre Parodontitistherapie. Unter dem Titel „Dumm gelaufen oder alles wunderbar? Auch das Parodont altert“ wurde, anhand ausgewählter Fallbeispiele, nicht nur das ganze Spektrum möglicher parodontaler Schädigungen gezeigt, sondern gleichzeitig Potenzial und Bedeutung systematischer Behandlungstherapien erläut-

bei Risikopatienten und was ist zu beachten?“. Weiterhin bot Sunstar Deutschland unter dem Titel „Probiotika in der Zahnheilkunde – der nächste Paradigmenwechsel?“ ein Symposium an. Und nicht zuletzt veranstaltete Procter & Gamble ein Symposium unter dem Gesichtspunkt „Attraktive Best Ager“ auf der DGParo-Jahrestagung in Erfurt.

Committees der DGParo zurückging. So konnte die Tagung dieses Jahr auch ein „First“ vorweisen – erstmals in einer eigenen Sektion des Programms thematisierte das Junior Committee die Vielfalt und Relevanz der Parodontologie. Denn „was das Fach bietet, welche Perspektiven sich öffnen und wie spannend dieser Bereich sein kann, wenn man ihn als Schnittstellenfach

Lockerheit eingeladen und damit ein modernes und informelles Vernetzen und fachlich übergreifendes Austauschen angeregt. Bereits heute laufen die Planungen für die kommende Jahrestagung der DGParo. Diese findet vom 18. bis 20. September 2014 im westfälischen Münster statt unter der Themenstellung „Gemeinsam zum Ziel: Interdiszipli-

PN Adresse

DGParo
Deutsche Gesellschaft für
Parodontologie e.V.
Clermont-Ferrand-Allee 34
93049 Regensburg
Tel.: 0941 9427990
Fax: 0941 94279922
kontakt@dgparo.de
www.dgparo.de

Im Selbststudium zum Prophylaxeberater

Das diesjährige Thema der Prophylaxe Summer School ist „Ästhetische Zahnheilkunde und Prophylaxe“.

Ein gepflegtes Erscheinungsbild, zu dem auch schöne, gesunde Zähne gehören, spielt gesellschaftlich eine große Rolle. In diesem Zusammenhang gewinnen Möglichkeiten und Grenzen der Ästhetischen Zahnmedizin, aber auch die zahnmedizinische Vorsorge und der Erhalt der Zahngesundheit zu-

Die erfolgreiche Teilnahme wird durch das Zertifikat „Prophylaxeberater/-in der Johnson & Johnson Prophylaxe Summer School“ attestiert. Approbierte Zahnärzte erhalten 2 CME-Fortbildungspunkte. Im ersten Studienteil der diesjährigen Fortbildung sollen Möglichkeiten und Grenzen der Ästhetischen Zahnmedizin im anterioren Gebiet dargeboten werden; in einem zweiten Teil wird man sich der Bedeutung oraler Prophylaxe und der Ästhetischen Zahnmedizin widmen können. Interessierte Dentalexperthen können sich telefonisch über die kostenfreie Hotline 00800 22210010, per Fax an 00800 22210020 oder per E-Mail an summerschool@cscde.jnj.com anmelden. Anmeldeschluss ist der 31. Oktober 2013. **PN**

Johnson & Johnson
PROPHYLAXE
SUMMER SCHOOL
2013

nehmend an Bedeutung. Daher lautet das Motto der diesjährigen Johnson & Johnson Prophylaxe Summer School „Ästhetische Zahnheilkunde und Prophylaxe“. Die kostenfreie Fortbildungsreihe, für die ab sofort Anmeldungen entgegengenommen werden, wendet sich an Zahnärzte, Dentalhygieniker und Zahnmedizinische Fachangestellte, die sich im Selbststudium, anhand von Studienheften, weiterbilden möchten.

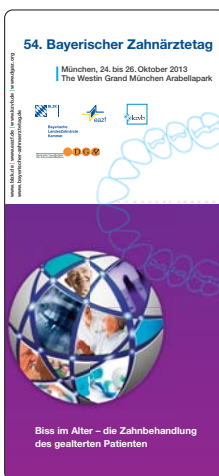
PN Adresse

Johnson & Johnson GmbH
Johnson & Johnson Platz 2
41470 Neuss
Tel.: 0211 43050
www.jnjgermany.de

Von fit bis gebrechlich

54. Bayerischer Zahnärztetag stellt Alterszahnmedizin in den Mittelpunkt.

„Biss im Alter – die Zahnbehandlung des gealterten Patienten“, so heißt der Titel des 54. Bayerischen Zahnärztetages 2013. Die zentrale Fortbildungsveranstaltung der bayerischen Zahnärzte findet vom 24. bis 26. Oktober 2013 in München statt. Das Wissenschaftliche Programm für Zahnärzte beleuchtet Aspekte rund um die Zahnmedizin für ältere Menschen. Parallel läuft das Programm „Praxiswissen mit Biss“ für das zahnärztliche Personal sowie eine Dentalausstellung.



dontie, Kieferorthopädie und Prothetik. Prof. Dr. Christoph Benz, Präsident der BLZK und Vizepräsident der DGAZ, zeigt die Zahnmedizin auf neuen Wegen – „Von fit bis gebrechlich“. Auch über das Betreuungskonzept älterer Menschen der Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg sowie über Möglichkeiten der mobilen Behandlung wird berichtet.

Neben den Vorträgen zu der zahnmedizinischen Behandlung von älteren Menschen stehen auch Referate über ausgewählte Aspekte der Pflege sowie aktuelle Themen wie das Pflege-neuordnungsgesetz auf dem Programm. **PN**

PN Adresse

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-390
zaet2013@oemus-media.de
www.bayerischer-zahnarzttag.de
www.oemus.com



Implantologie in Baden-Baden

Vom 6. bis 7. Dezember 2013 finden die 3. Badischen Implantologietage statt.

Die Tagung steht unter der Themenstellung „Moderne Konzepte der Knochen- und Geweberegeneration“. Wie im vergangenen Jahr hat die wissen-

ergebnissen mit den Teilnehmern diskutieren. Im Fokus stehen diverse Sinuslift- und Augmentationstechniken, Fragen der Ästhetik bei stark kompromittiertem Knochenangebot sowie Konzepte des Knochenerhalts nach Extraktion. Darüber hinaus

Gelegenheit, eine Live-OP inkl. Hands-on in der DENTCLINIC Baden-Baden zu verfolgen oder am kombinierten Theorie- und Demonstrationskurs zum Thema „Minimalinvasive Augmentationstechniken“ teilzunehmen. An beiden Tagen bietet die Veranstaltung ein Programm für die zahnärztliche Assistenz mit den Themen GOZ, Hygiene und Qualitätsmanagement, d. h. ein Programm für das gesamte Praxisteam. **PN**



schaftliche Leitung Priv.-Doz. Dr. Dr. Roland Bucher aus Baden-Baden inne. Internationale Referenten von Universitäten und aus der Praxis werden die Thematik sowohl seitens der wissenschaftlichen Grundlagen als auch in Bezug auf die praktische Relevanz von Forschungs-

werden u. a. die Eigenschaften von Zirkon-Implantaten oder auch die Bedeutung der Implantat-Abutment-Verbindungen im Hinblick auf die Osseo- und Gewebeintegration diskutiert. Im Rahmen des Pre-Congress-Programms am Freitagnachmittag haben die Teilnehmer die

PN Adresse

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

ANZEIGE

Spezialisten-Newsletter

Fachwissen auf den Punkt gebracht



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

www.zwp-online.info

FINDEN STATT SUCHEN.

ZWP online

PN PRODUKTE

Breitbandtherapeutikum

Bewährt in der Parodontologie.



Cupral® ist ein stabilisiertes Gleichgewichtssystem, das durch seine Wirkstoffe eine signifikant höhere Wirksamkeit gegenüber parodontopathogenen Bakterien (Aerobier und Anaerobier) als vergleichbare Präparate zeigt. Diese Wirkung ist durch unterschiedliche Reaktionswege polyvalent und aufgrund des Regenerationsprozesses permanent.

Cupral® bietet so eine schnelle Ausheilung von Parodontalerkrankungen, auch ohne den Einsatz von Antibiotika.

Dabei ist Cupral® gegenüber nichtinfiziertem Material durch die von Calciumhydroxid-Präparaten bekannte Membranpräparat gewebeschonend. Als Breitbandtherapeutikum ohne Resistenz-

bildung ist es in der Parodontologie langjährig bewährt. Zudem löst Cupral® das Taschenepithel selektiv auf und hat eine starke augmentative Wirkung.

In der Praxis sind verschiedene Anwendungsmöglichkeiten von Cupral® erprobt, die sich durch ihre unkomplizierte Handhabung auszeichnen: Üblicherweise wird das Cupral® einfach mit einem Spatel oder direkt mit der Dosierspritze appliziert. Bei deutlicher Taschenbildung kann auch ein 3–5 cm langer 1–1,5 mm starker Cupral®-getränkter Baumwollfaden in die Tasche eingebracht werden. Weiterhin ist es möglich, die Taschen mit einem Cupral®-getränktem Schwämmchen auszutampfen. Auch die einfache Applikation mit einem Pinsel bietet sich an. **PN**

PN Adresse

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

Desensitizer effektiv und natürlich

Als dauerhafte Lösung für empfindliche Zähne.



Patienten profitieren vom neutralen Geschmack, einem unsichtbaren Ergebnis und vor allem von der Beschwerdefreiheit. Ein von Kuraray Noritake Dental Inc. erstellter und an

der Zähne vor und nach dem Bleaching geeignet. Ebenso verwendbar ist TEETHMATE™ DESENSITIZER in Kombination mit dem vom Behandler bevorzugten Adhäsiv

oder Zement.

Dank der Bildung von HAP ist die Behandlung von empfindlichen Zähnen damit clever, unsichtbar und dauerhaft. **PN**



285 japanische Zahnärzte verteilter Fragebogen zeigte besonders gute Ergebnisse: 92 Prozent der Befragten waren zufrieden mit der Wirksamkeit von TEETHMATE™ DESENSITIZER. Dieser bietet eine wirkliche Lösung zur Schließung von freiliegendem oder präpariertem Dentin und ist zur Behandlung

PN Adresse

Kuraray Europe GmbH, BU Medical
Philipp-Reis-Str. 4
65795 Hattersheim
Tel.: 069 305-35835
Fax: 069 305-9835835
dental@kuraray.de
www.kuraray-dental.eu

Nachhaltige Prophylaxe für Jung und Alt

Eine passende Mundspülung für verschiedene Bedürfnisse.

Mit regelmäßiger Mundhygiene bleiben Zähne und Zahnfleisch bis ins hohe Alter gesund. Um sich vor Karies und Parodontalerkrankungen zu schützen, spielt die sogenannte Dreifachprophylaxe eine grundlegende Rolle. Da die mechanische Zahnreinigung mit Zahnbürste und Interdentalbürste oder Zahnseide nur 25 Prozent des gesamten Mundraumes abdeckt, ist die Anwendung einer antibakteriellen Mundspülung, z. B. mit dem Listerine®-Sortiment, wichtig. Diese erreicht auch für Zahnbürste und Zahnseide nicht zugängliche Regionen.

Die antibakterielle Wirkung von Listerine basiert auf der speziellen Kombination aktiver Inhaltsstoffe, die die bakterielle Zellmembran durchdringen und zerstören.¹ Die in allen Listerine Mundspülungen enthaltenen lipophilen ätherischen Öle (Eukalyptol, Thymol und Menthol²) und das entzündungshemmende Methylsalizylat bekämpfen effektiv den Biofilm und führen nachweislich zu einer deutlichen Reduktion der Keimzahl.³ Keine anderen Substanzen weisen ein breiteres Wirkspektrum auf.⁴ In einer Studie reduzierte sich nach der zweimaligen täglichen Anwendung von Listerine

die Plaquebildung um 56 Prozent und es trat 70 Prozent weniger Zahnfleischbluten als in der Kontrollgruppe auf.⁵ In einer weiteren Studie unter denselben Anwendungsbedingungen führte die zweimalige Spülung mit Listerine zu einer Reduktion der Gingivitis um 36 Prozent.⁶



Listerine bietet für die Patientenbedürfnisse von Jung bis Alt das passende Produkt: Mit Listerine Smart Kidz™ können Kinder ab sechs Jahren anschaulich die Wirksamkeit einer Mundspülung aufgezeigt bekommen und so zu einer besseren Mundhygiene motiviert werden. Der antibakterielle Wirkstoff Cetylpyridiniumchlorid (CPC) koagulierte Speisereste und bindet Bakterien, die die Zahnbürste nicht erreicht hat. Durch einen speziellen Farbstoff werden diese

Partikel angefärbt und die Kinder sehen den Effekt eindrucksvoll beim Ausspülen im Waschbecken. Listerine Smart Kidz™ enthält zudem Fluorid, das den Zahnschmelz stärkt und so für 40 Prozent weniger Karies sorgt als Zahnputzen alleine.^{7,8,9} Listerine Zero™ ist milder im Geschmack und enthält keinen

Alkohol. Aufgrund der innovativen Zero-Formulierung können die in Listerine enthaltenen Öle erstmals ohne den Lösungsvermittler Alkohol in eine stabile Lösung gebracht werden. Die Bioverfügbarkeit und das breit gefächerte Wirkspektrum der ätherischen Öle bleiben dabei erhalten.^{1,3,4} Listerine Zero™ empfiehlt sich für geschmackssensible Patienten, denen Mundspülungen bisher zu intensiv waren oder für Patienten, die auf alkoholhaltige Mundspülungen

verzichten möchten. Listerine Total Care bietet für Patienten mit Veranlagung zu Karies, Zahnfleischbluten und Zahnsteinbildung eine sinnvolle Unterstützung bei der täglichen Mundhygiene. Es enthält zusätzlich Natriumfluorid für eine Remineralisierung und Stärkung des Zahnschmelzes sowie Zinkchlorid. Zinkchlorid verändert die Kristalle des Zahnsteins so, dass sich neu bildende Beläge leichter entfernen lassen. Dadurch wird die Neubildung von Zahnstein gehemmt und als kosmetischer Nebeneffekt bleibt das natürliche Weiß der Zähne erhalten.

Für Patienten mit hohem Kariesrisiko oder für Träger von Zahnspangen ist Listerine Zahn- & Zahnfleisch-Schutz mit Natriumfluorid (100 ppm Fluorid) geeignet. Es fördert die Fluoridaufnahme in den Zahnschmelz und stärkt so die Zähne gegen Kariesbefall. **PN**

PN Adresse

Johnson & Johnson GmbH
Johnson & Johnson Platz 2
41470 Neuss
Tel.: 00800 26026000 (gebührenfrei)
www.listerine.de

PN Literatur

- 1 Ouhayoun J-P: Penetrating the plaque biofilm: impact of essential oil mouthwash. J Clin Periodontol 30 (5), 10–12 (2003).
- 2 außer in Listerine Smart Kidz™
- 3 Fine DH et al.: Comparative antimicrobial activities of antiseptic mouthrinses against isogenic planktonic and biofilm forms of Actinobacillus actinomycetemcomitans. J Clin Periodontol 28 (7), 697–700 (2001).
- 4 Data on file A, McNEIL-PPC, Inc.
- 5 Charles CH et al.: Comparative efficacy of an antiseptic mouthrinse and an antiplaque/antigingivitis dentrifice. JADA 132, 670–675 (2001).
- 6 Overholser CD et al.: Comparative effects of 2 chemotherapeutic mouthrinses on the development of supragingival dental plaque and gingivitis. J Clin Periodontol 17, 575–579 (1990).
- 7 Driscoll WS et al.: Caries-preventive effects of daily and weekly fluoride mouthrinse in a fluoridated community: final results after 30 months. J Am Dent Assoc. 1982 Dec; 105(6): 1010–3.
- 8 Hirokawa K: Supervised daily mouth-rinsing with a 0,023% weak acid NaF solution. Results of a school-based program started at the age of four. Kanagawa Shigaku. 1990 Sep; 25(2): 221–35.
- 9 Ilg D: Fluoride uptake in incipient enamel lesions after mouth rinse treatments in vitro. Research Report No. 103–0119.

Neue Mundspülungen

Mit ätherischen Ölen besonders für Diabetiker geeignet.

Der ParoCheck des Instituts für Mikroökologie in Herborn weist bis zu 20 verschiedene Arten der Parodontitiserreger nach. Das Spektrum reicht von den noch nicht pathogenen Brückenkeimen bis hin zu den aggressiven Parodontitisern. Die natürliche Mundflora verändert sich bei einer Parodontitis schleichend



und bietet ausreichend Zeit für eine Intervention. Ist bereits eine Entzündung des Zahnhalteapparats aufgetreten, können ganz verschiedene Bakterienarten dafür verantwortlich sein. Ätherische Öle können das Wachstum der Bakterien hemmen und helfen, einem drohenden Zahnverlust vorzubeugen. Die SymbioVaccin GmbH hat deshalb die Parodolium-Mundspülungen entwickelt: Sie enthalten jeweils die ätherischen Öle, die besonders wirksam gegen die Parodontitiserreger des einzelnen Patienten sind. Die Parodontitiserreger wurden dafür im Aromatogramm auf ihre Empfindlichkeit gegen

über verschiedenen ätherischen Ölen getestet. „Unsere Mitarbeiter streichen die isolierten Erreger auf Nährböden aus und legen dann Plättchen darauf, die verschiedene ätherische Öle enthalten“, erläutert Dr. Andreas Schwiertz, Leiter der Abteilung Forschung und Entwicklung am Institut für Mikroökologie. Anschließend komme der Nährboden in einen Brutraum, bis ein dichter Bakterienrasen gewachsen ist. „Ist ein ätherisches Öl gegen den ausgestrichenen Erreger wirksam, bildet sich ein Hof um das Plättchen. In diesem Hof kann der Erreger nicht wachsen“, erklärt Schwiertz weiter. Beispiele für antibiotisch besonders aktive Öle sind das Lemongrasöl, Manukaöl, Lavendelöl und Pfefferminzöl.

Speziell für die Risikogruppe der Diabetiker sind die Mundspülungen zu empfehlen, da sie auch über einen längeren Zeitraum ohne die Gefahr einer Resistenzentstehung eingesetzt werden können. Die Patienten können die Mundspülungen direkt beim Zahnarzt erwerben oder auf parodolium.de bestellen. Ein angenehmer Nebeneffekt der Öle: Die meisten Mischungen duften ansprechend und sorgen für ein frisches Mundgefühl. **PN**

PN Adresse

SymbioVaccin GmbH
Auf den Luppen
35745 Herborn-Hörsbach
Tel.: 02772 981-191
Fax: 02772 981-151
info@symbiovacin.de
<http://symbiovacin.de>

Nützliche Probiotika

Aktuelle Studienergebnisse auf der DGParo-Jahrestagung 2013 in Erfurt vorgestellt.

Prof. Dr. Ulrich Schlagenhaut von der Universität Würzburg wies nach, dass es in der Zahnheilkunde Sinn macht, etablierte Therapie- und Präventionskonzepte zu erweitern und Probiotika einzubinden. Unter anderem zeigte er auch anhand eigener Studienergebnisse mit GUM® PerioBalance® bei Schwangerschaftsgingivitis eindrücklich, dass die Anwendung von Probiotika eine deutliche Reduktion des Blutungs- sowie des Plaque-Index bewirkt. GUM® PerioBalance® enthält die klinisch getestete, patentierte Kombination von zwei sich ergänzenden Stämmen des Lactobacillus reuteri, die im Speichel natürlich vorkommen. Durch seine probiotische Wirkungsweise stellt GUM® PerioBalance® das Gleichgewicht der oralen Mikroflora wieder her und stärkt dabei die natürlichen Abwehrmechanismen des Mundes. Die Plaque-Neubildung sowie die Besiedelung der Mundhöhle mit



pathogenen Bakterien wird gehemmt und das Produkt ist daher besonders für den Einsatz bei Gingivitis und Parodontitis geeignet. Das Produkt ist als Lutschtablette erhältlich, hat einen angenehmen Minzgeschmack und ist einmal täglich anzuwenden. **PN**

PN Adresse

Sunstar Deutschland GmbH
Aiterfeld 1
79677 Schönau
Tel.: 07673 88510-855
Fax: 07673 88510-844
service@de.sunstar.com
www.sunstargum.com

Hochwirksames Gingiva-Gel

Bei Entzündungen von Zahnfleisch und Mundschleimhaut.

Nicht nur in der Anti-Aging-Therapie bewährt sich die Behandlungsmethode mit Hyaluronsäure, sondern auch in der Zahnheilkunde wird sie bereits verstärkt eingesetzt. Das biologische Wirksamkeitsprofil der Hyaluronsäure ist mit klinischen Studien sowie langjähriger Erfahrung belegt.

Bei entzündlichen Prozessen des Zahnfleisches und der Mundschleimhaut besteht ein erhöhter Bedarf an Hyaluronsäure, um die Regeneration des Gewebes zu beschleunigen. PeriGel® führt dem Zahnfleisch diese wichtige Substanz für ein intaktes Gewebe wieder zu. Durch seine biologische Wirkstoffbasis Hydeal-D®, ein Derivat der Hyaluronsäure (0,2%), unterstützt PeriGel® die natürliche Wundheilung bei akuten Zahnfleischproblemen nachhaltig.

Das Gel dient zur unterstützenden Behandlung von entzündlichen Gingivaveränderungen aufgrund der Parodontalerkrankungen (Gingivitis, Zahnfleisch-



bluten, Zahnfleischtaschen, Gingivarezession) oder eines Traumas nach Ultraschallreinigung, Abrasionen, Zahnextraktionen oder nach Eingriffen an der Schleimhaut.

PeriGel® ist ein besonderes Hydrogel, das speziell für die Anwendung an Zahnfleisch und Mundschleimhaut entwickelt wurde. Die maximale Anhaftung an der Mundschleimhaut infolge der besonderen Formulierung des Produktes lässt die Hyaluronsäure lang anhaltend am Wirkort verbleiben.

Mit dem angenehmen Geschmack kann PeriGel® auch für Babys beim Zahnen, bei Kindern im Zahnwechsel eingesetzt werden. Ideal auch für Diabetiker und Prothesenträger. **PN**

PN Adresse

Merz Dental GmbH
Eetzweg 20
24321 Lütjenburg
Tel.: 04381 403-0
Fax: 04381 403-100
info@merz-dental.de
www.merz-dental.de

Innovatives Behandlungssystem

Entwickelt für die Initial-, Erhaltungs- und Periimplantitistherapie.

Allgemeine Erkrankungen des Parodontiums und insbesondere auch der Indikationsbereich Periimplantitis stellen die moderne Zahnmedizin vor anspruchsvolle Aufgaben. Die Zahl der Patienten mit implantatgestütztem Zahnersatz wächst. Mit zunehmender Liegedauer und steigendem Patientenalter wachsen auch die Probleme. Oft treten sie erst zutage, wenn die klinische Fünf-Jahres-Marke überschritten ist. Nach Expertenmeinung ist nahezu jedes zweite Implantat auf längere Sicht durch Periimplantitis gefährdet.

Als effektive und zugleich schonende Behandlungsmethode lässt sich das innovative Vector®-System von Dürr Dental sehr gut in eine systematische, patientenindividuelle Parodontitis- und Periimplantitistherapie integrieren.

Es ist das übergeordnete Ziel einer systematischen Parodontitistherapie, bakteriell verursachte Entzündungen und dadurch entstehende Attachmentverluste zu stoppen. Im Rahmen der Initialtherapie erfolgt daher eine gründliche sub- und supragingivale Belagentfernung.

In der Praxis hat sich das schonende piezoelektrische Vector®-Ultraschallsystem bewährt. Der Scaler arbeitet schnell und effektiv bei der Initialtherapie. Ergänzt wird das System durch ein zweites, spezialisiertes Handstück für die Erhaltungs- und Periimplantitistherapie.

Die metallischen Implantatoberflächen dürfen bei der Belagentfernung nicht beschädigt werden. Oberflächenrauigkeiten könnten eine erneute Anlagerung von Belägen begünstigen und da-



durch eine periimplantäre Entzündung wieder aufflammen lassen, ein minimalinvasives Arbeiten ist unumgänglich. Durch die Schwingungsumlenkung erzeugt der Vector®-Paro eine oszillierende, vertikale Hubbewegung entlang der Zahnachse und schlägt somit nicht gegen das Implantat. Nicht metallische Instrumentenaufsätze aus Faserverbundwerkstoff schonen die Implantatoberfläche.

Die sondenförmigen, grazilen, teilflexiblen Instrumentenaufsätze eignen sich für eine gründliche Behandlung, ohne die Mu-

kosa zu irritieren. Die Hydroxylapatitsuspension Vector® Fluid Polish unterstützt die wirkungsvolle und schonende Belagentfernung an allen sub- und supragingivalen Oberflächen des Implantats.

Im Vergleich zu konventionellen Behandlungsmethoden ermöglicht das Vector®-System eine besonders schmerzarme Behandlung; so kann in den meisten Fällen auf eine Lokalanästhesie verzichtet werden. Je nach klinischer Situation empfiehlt sich ein ergänzender Einsatz von Antibiotika, deren Wirkspektrum auf die patientenspezifische Keimbeseidelung abgestimmt wird. Eine erneute Befunderhebung nach dem initialen, nicht chirurgischen Therapieabschnitt bildet die Basis für die weitere Behandlungsplanung. Nach Abklingen der Entzündung ist eine unterstützende Periimplantitistherapie zur Entfernung potenziell pathogener Beläge indiziert: Je nach den klinischen Erfordernissen werden die Recall-Intervalle auf das Risikoprofil und die individuellen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt. **PN**

PN Adresse

DÜRR DENTAL AG
Höpfungheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 07142 7050
Fax: 07142 705500
info@duerr.de
www.duerrdental.de

Innovative Zahncreme

Hilft nach aktuellem Studienergebnis, den dauerhaften Therapieerfolg zu sichern. Von Dr. Christian Ehrensberger.

Das Risiko für entzündliche parodontale Tascheninfektion, Parodontitiden, Knochen- und Weichgewebsabbau, Zahnlockerung und Zahnverlust steigt in der Bevölkerung tendenziell. Die Gegenmaßnahmen sind bekannt: eine supra- und subgingivale Entfernung von Biofilm, bakteriellen Endotoxinen und Zahnstein sowie gegebenenfalls parodontalchirurgische Eingriffe. Hinzu kommen heute zusätzliche Therapieoptionen wie die photoaktivierte Chemotherapie (PACT) oder die gesteuerte Geweberegeneration. Für die langfristige Sicherung des Therapieergebnisses ist eine gewissenhafte und dabei effektive häusliche Mundpflege unerlässlich. Zum mechanischen tritt dabei immer häufiger das chemische Biofilmmanagement. Neben der Wahl der geeigneten Zahnbürste spielt auch die Zahncreme mit ihren Inhaltsstoffen eine entscheidende Rolle – wie der nachstehende Studien-Review zeigt. Nach einer parodontaltherapeutischen Maßnahme lässt sich der Patient zwar leicht auf seine häusliche Mundpflege ansprechen und gegebenenfalls von

(keine bloße Variierung von Geschmack oder Farben) auf den Markt bringen. Dann jedoch kann es sein, dass die häusliche Mundpflege einen echten Schub bekommt – wie mit der Zahncreme Oral-B/blend-a-med PRO-EXPERT. Den Zusatznutzen dieses Produkts gegenüber gängigen Zahnpasten stützen über 80 Studien. Im Folgenden liegt der Fokus auf den praxisrelevanten Aspekten. Die Zahncreme Oral-B/blend-a-med PRO-EXPERT trat anlässlich der Internationalen Dental-Schau 2013 in Köln ans Licht der Öffentlichkeit – und das mit einem hohen Anspruch: Für jeden Patienten im Erwachsenenalter sollte dieses Produkt genau das Richtige sein. Das betrifft neben der Verbesserung der Plaqueentfernung und der Kariesprävention, der Vorbeugung von Schmelzerosionen und von schlechtem Atem sowie von Zahnstein und Verfärbungen insbesondere auch die Prophylaxe von Gingivitis bzw. Parodontitis. So werden Zahnfleischerkrankungen und, im Gefolge, ein möglicher Abbau des Zahnhalteapparats von vornherein bekämpft. Die dazu verwendeten

fluoridhaltiger Mundpflegeprodukte auftreten können. Die Forscher von Procter & Gamble hatten ein einzigartiges System aus Zinnfluorid und Natriumhexametaphosphat designed. Der Clou besteht in der Stabilisierung des hochreaktiven und in wässrigen Formulierungen instabilen Zinnfluorids. Eine der wichtigsten Voraussetzungen ist somit die Reduktion des Wassergehalts auf lediglich vier Prozent. Damit minimiert man Vorgänge wie die Oxidation, die Ausfällung und die Adsorption von Zinn an anderen Inhaltsstoffen signifikant – und maximiert die biologische Wirksamkeit. Als zweite Wirksubstanz kommt Natriumhexametaphosphat hinzu, und zwar mit weiterentwickelten Eigenschaften, die im Endeffekt zur Vorbeugung von Verfärbungen wie auch von Zahnsteinbildung beitragen. Dieser zweite Inhaltsstoff liegt in der Tube in Form von Mikroaktivkugeln vor*. Erst im Mund lösen sie sich unter dem Einfluss des Speichels zu einer Wirkflüssigkeit auf, die anschließend aktiv wird. Dann löst sie oberflächliche Zahnverfärbungen chemisch (und somit nichtab-



Unter Fachleuten herrscht über die präventive Wirkung von Fluorid weitgehend Einigkeit¹, insbesondere bei der PRO-EXPERT-Technologie² (Abb. 1). Das Zinn-(II)-Kation ist für seine antimikrobiellen Eigenschaften bekannt. Dass es die gewünschte Wirkung zeigt, ist speziell für PRO-EXPERT-Technologie belegt³ (Abb. 2). Ihre Wirkungen gegen Erosion und Hypersensitivitäten, wovon bis zu 82 Prozent der Erwachsenen davon betroffen sind⁴, konnten ebenfalls belegt werden.^{5,6}

Gegen Erkrankungen der Gingiva

Trotz des hohen Aufwands, der in den genannten Untersuchungen steckt, gelten die Wirkung

wendet wurde eine weiche Handzahnbürste. Zu Studienbeginn, nach drei und nach sechs Monaten erfolgte die Bestimmung des Zahnfleischzustandes gemäß dem Gingivaindex nach Silness und Loe (GI). Die Ergebnisse der korrigierten GI-Mittelwerte der „PRO-EXPERT-Gruppe“ lagen sowohl nach drei Monaten als auch nach sechs Monaten erheblich niedriger (um 42,6 Prozent bzw. 25,8 Prozent) als zu Studienbeginn. Ebenso war hier die Anzahl der Blutungsstellen wesentlich geringer als in der Vergleichsgruppe (nach drei Monaten um 43,4 Prozent und nach sechs Monaten um 27,4 Prozent). Mit einem ähnlichen Studiendesign bestätigten Mankodi et al.⁹ diese Ergebnisse (Abb. 3). In einer Metaanalyse untersuchten He et al.¹⁰ zwei klinische

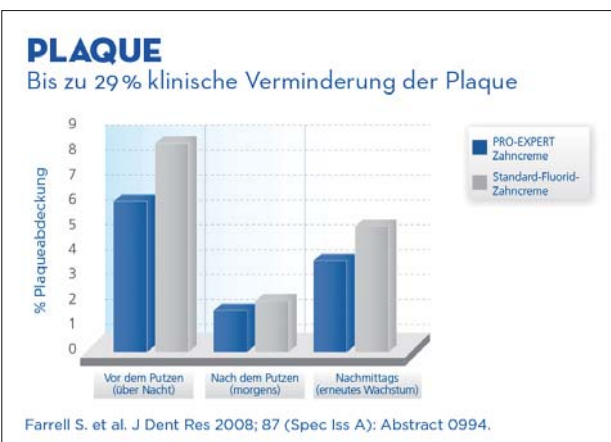
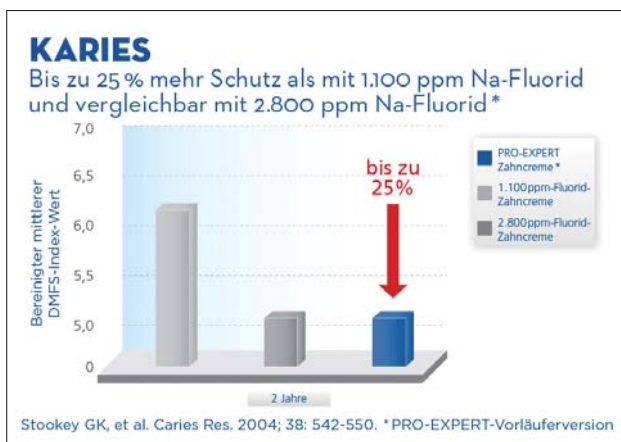


Abb. 1: PRO-EXPERT-Zahncremes bieten bis zu 25 Prozent mehr Schutz vor Karies als eine Natriumfluorid-Zahncreme mit 1.100 ppm. Somit lässt sich ihre kariespräventive Wirkung sogar mit einer hoch dosierten Natriumfluorid-Zahncreme vergleichen.² – Abb. 2: Zahncreme auf Basis der PRO-EXPERT-Technologie vermindert Plaque im Vergleich zu einer Standard-Fluorid-Zahncreme um bis zu 29 Prozent besser. – Abb. 3: Zahnfleischprobleme werden im Vergleich zu einer herkömmlichen Fluorid-Zahncreme um 57 Prozent vermindert.

einer Intensivierung überzeugen. Neben der Zahnbürste bleibt die Zahncreme in der allgemeinen Wahrnehmung allerdings in der Regel stark zurück. Mechanik lässt sich vielleicht einfacher verstehen als Biochemie und pharmazeutische Technologie – und genau darum geht es doch: Wie und mit welchen Inhaltsstoffen wirkt eine Zahncreme, und wie muss sie darum formuliert sein? Das sind komplexe Fragestellungen. Erst nach Jahren lässt sich daher ein neues Produkt

beiden Wirkstoffe werden so manchem bekannt vorkommen – hier bringt die innovative Formulierung den entscheidenden Fortschritt.

Erfolgsformel Zinnfluorid plus Natriumhexametaphosphat

Im Einzelnen handelt es sich um Zinnfluorid (SnF₂) und Natriumhexametaphosphat (NHMP). Dank der besonderen Formulierung können die bewährten Vorteile des Zinnfluorids (kariesprotektiv, antimikrobiell, desensibilisierend) mit der neuen Zahncreme endlich ohne Nebenwirkungen ausgeschöpft werden. Damit sind im Wesentlichen Zahnverfärbungen gemeint, wie sie bei Verwendung anderer zinn-

siv!) auf, damit der Patient sie durch das Putzen leichter entfernen kann. Außerdem bildet sie einen unsichtbaren, aber anhaltenden Schutzschild, der Verfärbungen und Zahnstein abweist.

Gegen Karies

Es sind gleich zwei Mechanismen, mit denen Zinnfluorid gegen Karies wirkt. Das Fluorid wird in die Zahnhartsubstanz integriert, setzt ihre Säurelöslichkeit herab und schützt so den Schmelz und das Dentin vor der Demineralisation durch von Bakterien abgesonderte Säuren. Die antimikrobielle Wirkung des Zinns wiederum führt zu einer Verminderung der Anzahl der potenziell pathogenen Bakterien.

gegen Karies, gegen Erosion und gegen Hypersensitivitäten noch als vergleichsweise einfach nachweisbar – im Vergleich zu Studien zur prophylaktischen bzw. therapeutischen Wirkung gegen Erkrankungen der Gingiva. Der Grund liegt auf der Hand: Hier braucht man Langzeitstudien. Eine davon hat die Arbeitsgruppe um Archila⁸ durchgeführt und darin die PRO-EXPERT-Technologie einer handelsüblichen Natriumfluorid-Zahncreme gegenübergestellt (Eckdaten: 0,243 Prozent Natriumfluorid, 0,30 Prozent Triclosan, 2,0 Prozent Gantrez-Copolymer). Insgesamt 186 gesunde Studienteilnehmer wurden in zwei Gruppen aufgeteilt und putzten mit jeweils einem der beiden Produkte (2 x täglich 1 Min. über sechs Monate). Ver-

Sechs-Monats-Studien mit 265 Teilnehmern unter der Fragestellung: Lassen sich die ermittelten Vorteile der PRO-EXPERT auch für spezielle Areale nachweisen? Tatsächlich war dies speziell für den Front- bzw. den Seitenzahnbereich, für den Oberkiefer wie für den Unterkiefer und sowohl vestibulär als auch oral möglich. In einer weiteren Studie ergab sich¹¹: Auch bei manifester Gingivitis lässt sich die Blutung bei Verwendung einer SnF₂/NHMP-Zahncreme signifikant stärker vermindern als mit handelsüblicher Zahncreme. Klukowska et al.¹² zeigten mittels einer digitalen Plaque-Bildanalyse sogar: Bei kombinierter Anwendung von SnF₂/NHMP-Zahncreme plus Elektrozahl-

* in den Ausführungen Oral-B/blend-a-med PRO-EXPERT Tiefenreinigung** und Oral-B/blend-a-med PRO-EXPERT Zahnschmelz-Regeneration, dagegen nicht enthalten in der Ausführung Oral-B/blend-a-med PRO-EXPERT Sensitiv + Sanftes Weiß
** bekämpft Plaque selbst zwischen den Zähnen

ParoStatus.de mit neuen Funktionen

Für anschauliche Patientengespräche und eine bessere Recallverwaltung.

Im Oktober erscheint die neue Version von ParoStatus.de. Mit dem Update werden wieder zahlreiche neue praxisorientierte Funktionen eingeführt.



tern zur Visualisierung auf die Hand der Patienten projizieren. Auch in der Recallverwaltung bietet ParoStatus.de Neues. Für die Suche in der Datenbank der Stammpatienten können verschiedene Filter gesetzt werden, um die Auswahl effektiver zu gestalten: Risikoprofil, Prophylaxetermine, noch nicht in Anspruch genommene Leistungen aus Zahnzusatzversicherungen. Die Filter können beliebig kombiniert werden und das Ergebnis lässt sich als Anrufliste zur Terminvereinbarung ausdrucken.

Mit ParoStatus.de verfügen Zahnarztpraxen über ein Computersystem zur wirkungsvollen Diagnostik und Unterstützung der Prophylaxe- und Parodontaltherapie. **PN**

PN Information

Das System wurde von führenden Fachgesellschaften und Hochschulen entwickelt und wird von der DGP (Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e.V.) empfohlen.

PN Adresse

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

Unter anderem wird die Entzündungsfläche des Zahnhalteapparates aus dem PA-Befund heraus automatisch berechnet. Für den Patienten kann so das gesamte Ausmaß seiner Parodontitis anschaulich dargestellt werden. Vielen Patienten fällt es schwer, sich die Größe einer chronischen Entzündung im Mund vorzustellen und die Bedeutung relevanter Maßnahmen nachzuvollziehen. Mit der neuen Funktion lässt sich die Entzündungsfläche in Quadratmillime-

PN Fortsetzung von Seite 14

bürste mit oszillierend-rotierender Technologie (Oral-B Triumph) wird die Wirksamkeit der Mundhygiene durch diese Zahncreme nochmals signifikant gesteigert. Forschungsergebnisse belegen darüber hinaus: Die Verwendung von SnF₂/NHMP-Zahncreme bewirkt eine signifikante Verminderung von schlechtem Atem – sowohl kurz- wie auch langfristig und sogar über Nacht.¹³ Der vielseitige Wirkkomplex bietet zusätzlich ästhetische Vorzüge.¹⁴

Für jeden erwachsenen Patienten

Den hier vorgestellten Studien liegt ein Kompendium von Gerlach et al.¹⁵ zugrunde, das belegt: Die Wirkstoffkombination Zinnfluorid/Natriumhexametaphosphat weist ein breites Spektrum vorteilhafter Wirkungen auf. Entscheidend für den Parodontologen: So manche Zahncreme wird als „gegen Karies gerichtet“

oder „speziell gegen sensible Zahnhäule“ o.ä. deklariert. Der Patient braucht aber ein Produkt für den Rundumschutz. Die Oral-B/blend-a-med PRO-EXPERT basiert auf der SnF₂/NHMP-Technologie und eignet sich auf der Basis der vorliegenden Studien zur Vorbeugung von praktisch allen oralen Erkrankungen. Insbesondere dem Patienten mit parodontalen Risiken lässt sie sich daher empfehlen – zur Prävention wie zur Sicherung des Behandlungsergebnisses nach erfolgreicher Parodontaltherapie. **PN**



PN Adresse

Procter & Gamble GmbH
Sulzbacher Straße 40
65824 Schwalbach am Taunus
www.dentalcare.com

Periimplantitis im Fokus

Neues ZWP-Thema auf www.zwp-online.info bündelt zeitgemäße Fachinformationen und klinische Fachbeiträge zu periimplantären Entzündungen.

Der Verlauf einer Periimplantitis ist gleichzusetzen mit einer Parodontitis bei natürlichen Zähnen. Werden Beläge und Bakterien nicht gründlich und vor allem

delt werden kann bzw. eine periimplantäre Entzündung nicht in einem implantologischen Desaster endet, zeigt die aktuelle Artikelsammlung im Rahmen

ausführlich diskutiert. Gemixt mit tagesaktuellen Fachinformationen aus Wissenschaft und Forschung sowie Produktvorstellungen, zahlreichen Videos und Bildergalerien, gibt der Neuling in der umfangreichen ZWP-Themen-Sammlung einen rundum gelungenen und vielfältigen Überblick zur Thematik. Die ZWP-Themen erfreuen sich aufgrund von Aktualität und Vielfältigkeit seit Langem bei der Leserschaft großer Beliebtheit und stellen in ihrer Vollständigkeit ein unverzichtbares digitales Nachschlagewerk für ZWP online-Leser dar. Jedes ZWP-Thema wird wöchentlich von einem erfahrenen Redaktionsteam aktualisiert, damit Interessierte immer auf dem neuesten Stand bleiben. Mit einem Klick finden Sie weiterhin alle Specials im Überblick. **PN**



regelmäßig entfernt, führt dies zu einer periimplantären Mukositis, einer Entzündung der Schleimhaut und kann sich im schlimmsten Fall in Form der Periimplantitis – dem Verlust des Kieferknochens und dem damit einhergehenden Verlust des Implantates – äußern. Dank moderner Diagnostik- und Therapieverfahren ist der Behandler aber heutzutage in der Lage, frühzeitig zu intervenieren. Wie eine Periimplantitis erfolgreich behan-

des neuesten ZWP-Themas „Periimplantäre Erkrankungen“. Namhafte Experten melden sich in Form von Fallberichten und klinischen Fachbeiträgen aus dem Praxisalltag zu Wort, erläutern moderne Therapiekonzepte und zeigen Lösungswege zur Behandlung auf. Hierbei werden klassische Prophylaxemaßnahmen, der Einsatz von Laserlicht oder auch minimalinvasive, nichtchirurgische Therapiemöglichkeiten näher betrachtet und

PN Adresse

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



„meridol Preis 2013“ verliehen

DGParo und GABA zeichnen vier wissenschaftliche Arbeiten aus.

Im Rahmen ihrer Jahrestagung hat die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DGParo, vormals DGP) zusammen mit GABA – Spezialist für orale Prävention – den „DGParo meridol Preis 2013“ verliehen.

In der Kategorie „Grundlagenforschung, Ätiologie und Pathogenese von Parodontalerkrankungen“ wurden ausgezeichnet mit dem:

- 1. Preis:** Michael Nowak et al. für ihre Arbeit „Activation of Invariant NKT Cells in Periodontitis Lesions“ (Immunobiology 190 (2013), 2282–2291)
- 2. Preis:** Benjamin Krämer, Moritz Kepschull et al. für ihre Arbeit „Role of the NK Cell-Activating Receptor CRACC in Periodontitis“ (Infection and Immunity 81 (2013), 690–696).

In der Kategorie „Klinische Studien, Diagnose und Therapie von Parodontalerkrankungen“ erfolgten ebenfalls zwei Preisvergaben:

- 1. Preis:** Amelie Meyer-Bäumer et al.: „Prognostic Value of the Pe-



(v.l.n.r.): Dr. Manuel Vögtli (GABA), Dr. Amelie Meyer-Bäumer, Priv.-Doz. Dr. Henrik Dommisch, Dr. Moritz Kepschull, Prof. Dr. Peter Eickholz (Präsident der DGParo).

- 2. Preis:** Karin Jepsen et al.: „Treatment of Gingival Recession Defects with a Coronally Advanced Flap and a Xenogeneic Collagen Matrix: a Multicenter Randomized Clinical Trial“ (J Clin Periodontol 40 (2013), 82–89).

Der erste Preis ist jeweils mit 2.000 Euro, der zweite jeweils mit 1.000 Euro dotiert. Außerdem freuten sich Dr. Birte Holtfreter

und Dr. Lisa Hierse über jeweils 10.000 Euro im Rahmen der DGParo/GABA-Forschungsförderung. Sie dient dem Ziel, Projekte im Bereich der parodontalen Forschung zu unterstützen. **PN**

PN Adresse

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

PeriCare®

**Parodontitis
schonend behandeln**



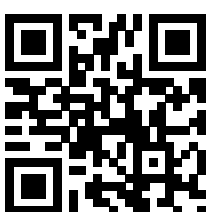
PeriCare® Periodontal Paste

Auf Basis von Calciumhydroxid

- ▶ Zur Taschenbehandlung bei parodontalen Defekten
- ▶ Biologische Wirkstoffkombination zur Förderung der parodontalen Regeneration
- ▶ Begünstigt die Keimzahlreduktion

Das Calciumhydroxid ist in einer öligen Suspension enthalten, welches eine Steigerung der Alkalisierung bis hin zu einem pH-Wert von 10,5 bewirkt.

- Unterstützt die natürliche Geweberegeneration nach traumatischen Ereignissen
- Linderung von Symptomen nach parodontalen Eingriffen, wie Schmerzen, Ödeme und Entzündungen
- Unterstützt die antiödematösen und antiinflammatorischen Vorgänge
- Hat eine ausschließlich lokale Wirkung



Merz Dental GmbH, Eetzweg 20, 24321 Lütjenburg
Tel +49 (0) 4381 / 403-0 · Fax +49 (0) 4381 / 403-403
info@merz-dental.de · www.merz-dental.de

MERZ
DENTAL