

PN Aktuell

Periimplantitis

Dr. Gordon John erläutert in seinem Artikel die mechanische Dekontamination von Titanimplantaten.

Wissenschaft & Praxis
» Seite 6

Kommunikation

Coach Stefan Häseli widmet sich Konflikten in der Zahnarztpraxis und der Konfliktlösung im Team.

Praxismanagement
» Seite 9

Veranstaltung

Das IMPLANTOLOGY START UP 2015 und das 16. EXPERTENSYMPOSIUM finden am 24. und 25. April statt.

Events
» Seite 10

Aktuelle Behandlungsmethoden in der Parodontologie

Von der Anamnese über den Befund bis hin zur Therapie müssen Parodontitisfälle stets in ihrer ganzen Komplexität wahrgenommen werden. Von Dr. Lisa Hierse und Priv.-Doz. Dr. med. dent. Moritz Kechsull.

In Deutschland sind derzeit circa vier bis acht Prozent der Erwachsenen und 14 bis 22 Prozent der Senioren an einer schweren Form der Parodontitis erkrankt. Eine moderate Ausprägung der Parodontitis liegt bei 21 bis 45 Prozent der 35- bis 44-Jährigen und bei 42 bis 54 Prozent der Senioren vor.¹ Diese hohe Prävalenz verdeutlicht, dass parodontale Erkrankungen durch regelmäßige Screenings auch erkannt werden müssen. Hierfür hat sich der Parodontale Screening Index (PSI) bewährt, um schnell die parodontale Behandlungsbedürftigkeit festzustellen. Beim Vorliegen der PSI-Codes 3 und 4 sollte eine umfangreichere parodontale Diagnostik durchgeführt und die systematische Parodontitistherapie eingeleitet werden. Hier wird der aktuelle Stand zu derzeit angeratenen diagnostischen Maßnahmen dargestellt. Die parodontale Diagnostik beginnt zunächst grundlegend mit der allgemeinen Anamnese. Hierbei sollte ein besonderes Augen-



merk auf Allgemeinerkrankungen gelegt werden, die einen Einfluss auf parodontale Erkrankungen nehmen. So können systemische Erkrankungen, wie der Diabetes mellitus, bei dem auch eine bidirektionale Wirkung bestätigt wurde,² kardiovaskuläre

Erkrankungen, Blut-erkrankungen, genetische Erkrankungen, Infektionserkrankungen sowie hormonelle Einflüsse die parodontale Gesundheit beeinflussen. Weiterhin ist die regelmäßige Einnahme von Medika-

menten zu erfassen. So können zum Beispiel Antikonvulsiva, Kalziumantagonisten, Immunsuppressiva oder auch orale Kontrazeptiva zu entzündlichen

» Seite 4

„Eine einzigartige Gelegenheit“

Vom 3. bis 6. Juni lädt der EuroPerio 8 Parodontologen und Implantologen aus aller Welt nach London ein. Dieses Jahr sollen gezielt auch allgemeine Zahnmediziner und Dentalhygieniker angesprochen werden.



2015 findet der wissenschaftliche Kongress der Europäischen Fachgesellschaft für Parodontologie (EFO) erstmalig in Zusammenarbeit mit der Britischen Gesellschaft für Parodontologie (British Society of Periodontology, BSP) in London statt. Im Interview spricht der Vorsitzende von EuroPerio 8 Francis Hughes, Professor für Parodontologie am King's College London, über seine Erwartungen an die Veranstaltung.

PN Die Britische Gesellschaft für Parodontologie (BSP) gehört zu den Gründungsmitgliedern der EFP (European Federation of Periodontology). Warum hat es 20 Jahre gedauert, bis die EuroPerio nach Großbritannien kam? Die EuroPerio wurde schon immer an eine Mitgliedergesellschaft vergeben, basierend auf einer ordnungsgemäßen Ausschreibung. In frühen Jahren bot die BSP zweimal an, das Treffen in Glasgow zu veranstalten

und, obwohl Glasgow ein großartiger Ort für ein solches Treffen ist, denke ich nicht, dass es die gleiche Attraktivität wie ein Angebot in London hätte. Wir hätten gerne ein Angebot für die EuroPerio 7 im Jahr 2012 gehabt, allerdings waren die Veranstaltungsorte wegen der Olympischen Spiele einfach nicht verfügbar. Vor diesem Hintergrund ergab sich dann alles für 2015. Der Veranstaltungsort, das ExCeL London Exhibition und Convention Centre, hat seine ausgezeichnete Konferenzausstattung weiter ausgebaut, und insbesondere das London nach 2012 ist eindeutig einer der großartigsten Veranstaltungsorte für ein internationales Treffen.

PN Der Kongress findet im ExCeL London statt, in dem auch regelmäßig die BDIA Dental-Schau stattfindet. Denken Sie, dass dies ein Vorteil für die Schau ist? Wir können uns durchaus vorstellen, die 8.000er-Marke zu knacken – hauptsächlich weil Erfolg

» Seite 11

ANZEIGE

IDS 2015

Jetzt anmelden für den täglichen **today** Newsletter



Begünstigt HI-Virus Parodontitis?

Dieser Frage gingen Forscher der Case Western Reserve University in Cleveland/Ohio nach.

Den Erkenntnissen der Wissenschaftler zufolge scheint es bei HIV-Patienten einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Parodontitis und dem Ausbruch des HI-Virus zu geben: Die für die Zahnfleisch-erkrankung verantwortlichen Bakterien produzieren Nebenprodukte, sogenannte metabolische kurzkettige Fettsäuren (zu englisch: metabolic small chain fatty acid/SCFA), welche den HI-Virus in den schlafenden T-Helfer-Zellen aktivieren können. Die Ergebnisse helfen den Wissenschaftlern dabei, zu verstehen, weshalb Menschen, die mit dem lebensbedrohlichen Virus infiziert sind und zudem an Parodontitis leiden, eine höhere Anzahl der Viruszellen in ihrem Speichel aufweisen als HIV-Patienten mit gesundem Zahnfleisch. Die Resultate zeigen außerdem, wie wichtig es insbesondere für Menschen, die mit dem HI-Virus infiziert sind, ist, sich regelmäßig zahnärztlich untersuchen zu lassen.

Insgesamt können bis zu fünf verschiedene Abfallprodukte von zwei im Mundraum verbreiteten Bakterien (*Porphyromonas gingivalis* und *Fusobacterium nucleatum*) daran beteiligt sein, ruhende T-Helfer-Zellen zu

aktivieren, die den – bis dahin inaktiven – HIV1 in sich tragen. Laut Forscherteam hat jeder Mensch einen bestimmten Vorrat an ruhenden T-Helfer-Zellen, die infolge einer Entzündung „aufwachen“, um eine Infektion des Körpers abzuwenden. Bereits im vergangenen Jahr beobachteten

Haut und Schleimhäute befällt, sich jedoch auch auf andere Körperregionen ausbreiten kann. Anhand dieser Entdeckung riefen die Wissenschaftler eine tiefer gehende Studie zu der Interaktion zwischen SCFA und T-Helfer-Zellen ins Leben. Aktuelle HIV-Therapien hindern



© radub85/Fotolia.com

die Forscher, dass eine bestimmte metabolische kurzkettige Fettsäure, die Buttersäure, bei HIV-Patienten zu einer Kette von Ereignissen führte, bei der das für Aids-Patienten symptomatische Kaposiarkom in Erscheinung trat – eine bräunliche, knotige Tumorform, die vor allem die

aktive HI-Viren daran, sich zu vermehren, beeinflussen jedoch nicht inaktive Virusstämme in den schlafenden T-Helfer-Zellen. Solange diese Patienten frei von Parodontalerkrankungen seien, bleibt der Virus inaktiv, so die Forscher.

Quelle: ZWP online



Julia Thiem
(Infos zur Autorin)

Mit 3-D-Bildern Karies auf der Spur

Röntgenbilder zeigen Zahnärzten bislang nur, wo Karies vorhanden ist.

Wissenschaftler von der School of Dentistry der Queen Mary Universität in London wollen nun die Kariesursache mit modernster Bildgebungstechnik genauer erforschen: Um einen tieferen Blick in den Zahn zu erhalten, erstellen

Der extrahierte Zahn wurde auf einer Drehplatte positioniert. Die verwendete micro-focus X-Ray-Kamera macht diverse Bilder vom Zahn von allen Seiten. Die gedämpften Röntgenstrahlen, die wiederum aus dem Zahn aus-

platte befestigt wurde, welche an der CCD-Kamera angebracht wird. Bevor gescannt wird, muss der Zahn mit entsprechenden Hilfsmitteln positioniert werden, damit er genau im Röntgenstrahl liegt und Bilder so exakt wie möglich gemacht werden können.

Die erhaltenen monochromen Daten können dann je nach Dichte bunt eingefärbt werden, sodass unterschiedlich beschaffene Areale erkennbar werden. So lassen sich die einzelnen Bereiche wie Schmelz, Pulpa und kariöse Stellen genau unterscheiden. Um die Mechanismen genauer zu erforschen, die Zahnerkrankungen zugrunde liegen, sind diese Daten zu Mineralienkonzentrationen im Zahn sehr wichtig. Mithilfe dieser Bilder können wesentliche Informationen über Dichte und Struktur sowie Veränderungen dieser bei einer Karieserkrankung ausgelesen werden.



Karola A. Richter
(Infos zur Autorin)



sie ein aufwendiges 3-D-Bild eines Zahnes. Die notwendige Technik dazu sind mehrere Kameras mit speziellen Aufsätzen. Der Entstehungsprozess eines solchen Bildes nimmt einige Zeit in Anspruch.

treten, werden von einer anderen Kamera (4k x 4k CCD 800S X-ray, Spectral Instruments) festgehalten. Um die Strahlen in Photonen umzuwandeln, wurde ein spezieller Szintillator benutzt, der auf einer Faseroptik-Schirm-

Quelle: ZWP online

Paro und Schuppenflechte

Von Hautkrankheit Betroffene anfälliger für Parodontitis?

Dazu haben Forscher aus Norwegen Daten von 100 Patienten ausgewertet (50 Patienten mit Schuppenflechte und 50 Probanden in der Kontrollgruppe). Neben der Häufigkeit einer gleichzeitigen Erkrankung von Psoriasis und Parodontitis interessierte auch, ob bei den Probanden ein alveolarer Knochenabbau erkennbar war. Die Teilnehmer gaben in einem Fragebogen Auskunft über allgemeine Daten und wurden zu Zahnbelägen, Taschentiefe, fehlenden Zähnen, Zahnfleischbluten sowie Attachmentlevels untersucht. Es zeigte sich eine deutlichere Zahl an Parodontitispatienten unter den Schuppenflechtepatienten als in der Kontrollgruppe. 24 Prozent litten unter beiden Krankheiten, während in der Kontrollgruppe nur zehn Prozent von Parodontitis betroffen waren. Ähnlich verhielt es sich mit dem alveolaren Knochenabbau. Bei den Psoriasispatienten zeigten 36 Prozent an einer oder mehreren Stellen einen

Knochenabbau von mindestens drei Millimetern, bei den Kontrollprobanden nur 13 Prozent. Auch Störfaktoren wie Rauchen wurden in Betracht gezogen. Auch dadurch zeigte sich keine statistische Veränderung. Der Zusammenhang zwischen Parodontitis und Schuppenflechte wurde in vorausgehenden Studien ebenfalls hergestellt. Es herrscht aber noch Unklarheit über die Kausalität. Ältere Studien deuteten auf ein Risiko, bei einer bestehenden Parodontitis zusätzlich an Schuppenflechte zu erkranken. Beide Krankheiten haben eine starke Immunreaktion gemeinsam. Die Frage ist, ob die Immunreaktion auf eine Parodontitis der Auslöser für die Hautreaktion ist oder durch die Schuppenflechte eine Immunreaktion auf die epithelialen Mikrobiota ausgelöst wird, die eine Parodontitis verstärken.

Quelle: ZWP online

Autorin: Karola A. Richter

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
Redaktion Katja Mannteufel (km)	Tel.: 0341 48474-326 k.mannteufel@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 48474-201 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.

Lokales Antibiotikum

wirkt mindestens **12** Tage
bei einmaliger Applikation!

Ligosan® Slow Release
Der Taschen-Minimierer.



Besuchen Sie uns!

IDS Halle 10.1, A010 – C019
2015 10. – 14.03.2015

Jetzt gleich informieren auf
heraeus-kulzer.de/ligosan

Ligosan®

Das Lokalantibiotikum für die Parodontitis-Therapie von heute.

- **Für Ihren Behandlungserfolg:** Ligosan Slow Release sorgt für eine signifikant bessere Reduktion der Taschentiefe als SRP allein.
- **Für Ihre Sicherheit:** Dank des patentierten Gels dringt der bewährte Wirkstoff Doxycyclin selbst in tiefe, schwer erreichbare Parodontaltaschen vor.
- **Für Ihren Komfort:** Das Gel ist einfach zu applizieren. Am Wirkort wird Doxycyclin kontinuierlich in ausreichend hoher lokaler Konzentration über mindestens 12 Tage freigesetzt.

Mundgesundheit in besten Händen.

© 2015 Heraeus Kulzer GmbH. Alle Rechte vorbehalten. „Heraeus“ ist eine eingetragene Marke der Heraeus Holding GmbH, die auf Grundlage einer durch die Heraeus Holding GmbH gewährten zeitlich befristeten Lizenz genutzt wird. Weder die Heraeus Holding GmbH noch deren verbundene Unternehmen sind für die Herstellung des Produktes/der Produkte verantwortlich.

heraeus-kulzer.com

Pharmazeutischer Unternehmer: Heraeus Kulzer GmbH, Grüner Weg 11, 63450 Hanau • **Ligosan Slow Release, 14 % (w/w),** Gel zur periodontalen Anwendung in Zahnfleischtaschen (subgingival) **Wirkstoff:** Doxycyclin • **Zusammensetzung:** 1 Zylinderkartusche zur einmaligen Anwendung enthält 260mg Ligosan Slow Release. **Wirkstoff:** 1g Ligosan Slow Release enthält 140,0 mg Doxycyclin entsprechend 161,5 mg Doxycyclinhydrochlorid. **Sonstige Bestandteile:** Polyglykolsäure, Poly[poly(oxyethylen)-co-DL-milchsäure/glykolsäure] (hochviskos), Poly[poly(oxyethylen)-co-DL-milchsäure/glykolsäure] (niedrigviskos) • **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der chronischen und aggressiven Parodontitis bei Erwachsenen mit einer Taschentiefe von ≥ 5 mm als Unterstützung der konventionellen nicht-chirurgischen Parodontitis-Therapie. • **Gegenanzeigen:** bei bekannter Überempfindlichkeit gegenüber Doxycyclin, anderen Tetracyclin-Antibiotika oder einem der sonstigen Bestandteile von Ligosan Slow Release; bei Patienten, die systemische Antibiotika vor oder während der Parodontaltherapie erhalten; während der Odontogenese (während der Frühkindheit und während der Kindheit bis zum Alter von 12 Jahren); während der Schwangerschaft; bei Patienten mit erhöhtem Risiko einer akuten Porphyrie; bei Patienten mit stark eingeschränkter Leberfunktion. • **Nebenwirkungen:** Nach Behandlung mit Ligosan Slow Release waren Häufigkeit und Ausprägung von Nebenwirkungen vergleichbar den Nebenwirkungen nach konventioneller Parodontitisbehandlung. **Gelegentlich auftretende Nebenwirkungen sind:** Schwellung der Gingiva (Parodontalabszess), „kaugummiartiger“ Geschmack bei Austritt von Gel aus der Zahnfleischtasche. Da die Anwendung von Ligosan Slow Release nachweislich nur zu sehr geringen Doxycyclin-Plasmakonzentrationen führt, ist das Auftreten systemischer Nebenwirkungen sehr unwahrscheinlich. **Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort:** Überempfindlichkeitsreaktionen, Urticaria, angioneurotisches Ödem, Anaphylaxie, anaphylaktische Purpura. Innerhalb der Gruppe der Tetracyclin-Antibiotika besteht eine komplette Kreuzallergie. Bei Verabreichung von Doxycyclin an Kinder während der Zahnentwicklung ist in seltenen Fällen eine irreversible Zahnverfärbung und Zahnschmelzschädigung beobachtet worden • **Verschreibungspflichtig** • **Stand der Information:** 07/2013

Aktuelle Behandlungsmethoden in der Parodontologie

PN Fortsetzung von Seite 1

oder nichtentzündlichen Gingivahyperplasien führen.

Der Patient sollte zusätzlich nach seinem Rauchverhalten befragt werden, da dies von entscheidender Bedeutung für den Therapieerfolg sein kann. Dabei ist zu unterscheiden zwischen einem aktuellen Raucherstatus, ehemaligem Raucherstatus und dem Status als Nichtraucher. Bei Rauchern und ehemaligen Rauchern empfiehlt es sich, die Dauer und Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten zu dokumentieren (die Multiplikation von gerauchten Päckchen pro Tag und der Anzahl

haben, Wünsche bezüglich des Therapieziels zu äußern, und der Behandler muss sich kritisch damit auseinandersetzen. Weiterhin wird der Patient über vorherige Parodontitistherapien und parodontale Nachsorgebehandlungen befragt. Diese Informationen fließen später in die Prognoseeinschätzung mit ein.

Des Weiteren sollte eine kurze Familienanamnese erhoben werden, um eine denkbare genetische Prädisposition zu ermitteln. Hierbei wird der Patient befragt, ob bei Familienmitgliedern ersten und zweiten Grades, also Großeltern, Eltern und Geschwister, gehäuft parodontale Pro-

bleme vorgekommen sind. Die familiäre Häufung der Parodontalerkrankung spielt insbesondere bei der aggressiven Form der Parodontitis als primäres diagnostisches Kriterium eine wichtige Rolle und kann somit die Differenzialdiagnose erleichtern.

Die funktionelle Untersuchung ist von Bedeutung, da bekannt ist, dass Zähne mit okklusalen Diskrepanzen initial höhere Sondierungstiefen aufweisen⁵ und unbehandelt die Progression einer Parodontitis gefördert wird.⁶ Entgegen anderslautenden historischen Annahmen ist eine Malokklusion allein aber kein auslösender Faktor für parodontale Läsionen. Bei der Beurteilung der Zähne ist auf Stellungsanomalien zu achten. Eng stehende und stark verschachtelte Zähne können als Plaqueretentionsnischen wirken, zwischen breiten Approximalräumen kann es vermehrt

Weiterhin ist die Mobilität der Zähne zu testen. Die Zahnlockerung wird mithilfe von zwei Instrumentengriffen bestimmt und in drei Grade eingeteilt. Bei Grad I ist die Zahnkrone bis etwa 1 mm auslenkbar, bei Grad II ist die Krone mehr als 1 mm auslenkbar und bei Grad III ist der Zahn auf Lippen- und Zungendruck und/oder in axialer Richtung beweglich.

Eine Zahnlockerung kann Ausdruck eines stark vorangeschrittenen Attachmentverlustes sein, aber auch durch funktionelle Überbelastung verursacht werden. Abschließend sollten noch die Perkussionsempfindlichkeiten der Zähne sowie Vitalitätsproben durchgeführt werden.

Attachmentstatus

Im Attachmentstatus werden die wichtigsten Befunde der parodontalen Diagnostik dokumentiert. Als klinische Parameter werden hierbei die Sondierungstiefen als Distanz zwischen der marginalen Gingiva und dem Taschenboden sowie Rezessionen als Abstand zwischen der Schmelz-Zement-Grenze bzw. bei überkronten Zähnen der Restaurationsrand und der marginalen Gingiva gemessen. Optimalerweise werden beide klinischen Parameter an sechs Messstellen pro Zahn erhoben (mesiobukkal, bukkal, distobukkal, mesiooral, oral, distooral) und ergeben zusammen den klinischen Attachmentverlust parodontal erkrankter Zähne. Aus diesen wichtigen Befunden lassen sich der Behandlungsbedarf (erhöhte Sondierungswerte) und auch die Prognose (verbleibendes Restattachment) abschätzen.

Die Sondierung sollte mit einer starren Metallsonde erfolgen. Empfehlenswert sind leicht ablesbare Skalierungen von 2–3 mm. Das Sondierungsergebnis hängt von der Breite der Sonde (empfohlen wird ein Durchmesser von 0,6 mm),⁷ der Sondierungskraft (0,25 N) und der korrekten Einschubrichtung der Sonde entlang der Zahnachse unter ständigem Zahnkontakt ab. Hilfreich ist auch, dass man sich vor dem Sondieren einen Überblick über die Zahnanatomie und eventuelle subgingivale Konkremente macht, um Fehlsondierungswerte zu vermeiden.

Aus praktischer Sicht erweist es sich als effizient, das Erheben und Dokumentieren der klinischen Parameter Sondierungswerte und Rezessionen in standardisierten Abläufen durchzuführen. So könnten zum Beispiel zunächst alle fehlenden Zähne markiert werden und die anschließende Messung beginnt von distobukkal des endständigen

Zahnes im ersten Quadranten. Dann wird für jede Messstelle aufeinanderfolgend der Sondierungswert und die Rezession diktiert. Um dabei frühzeitig Fehler festzustellen, sollten markante

Punkte festgelegt werden (z. B. Mittellinie, Fortsetzung oral oder Ähnliches). Bei einer fortgeschrittenen Parodontitis kann es vorkommen, dass der intraradikuläre Knochen mehrwurzeliger Zähne abgebaut wurde. Daher ist die Messung der Furkationsbeteiligung ebenfalls ein essenzieller Bestandteil des Attachmentstatus. Die Messung gestaltet sich dabei nicht immer einfach, da in Abhängigkeit von der Wurzelkonfiguration und Zahnstellung nur schwer in diesem Bereich zu sondieren ist. Um dem gekrümmten Verlauf der Furkation folgen zu können, wird eine gebogene Sonde nach Nabers verwendet. Die Einteilung der Furkationsbeteiligung erfolgt danach, wie tief die Sonde in die Furkation eindringen kann. Eine häufig verwendete Klassifikation teilt die Furkationsbeteiligung in drei Grade auf:⁸

- **Grad I:** die Furkation ist mit der Sonde in horizontaler Richtung bis 3 mm sondierbar
- **Grad II:** die Furkation ist über 3 mm tief tastbar, allerdings noch nicht komplett durchgängig
- **Grad III:** die Furkation ist durchgängig sondierbar

Weiterhin sollte die Dokumentation der Blutungspunkte auf Sondierung (BoP, Bleeding on Probing)⁹ ein integraler Bestandteil des vollständigen Attachmentstatus sein. Dabei sollte die Blutung 30 Sekunden nach dem Sondieren festgehalten werden. Hier bietet es sich an, nach der Messung eines Quadranten diese Stellen zu diktieren. Blutung auf Sondierung ist ein wichtiger klinischer Parameter als ein Maß für die Entzündungsaktivität einer parodontalen Tasche am Taschenboden.

Der BoP gilt als wichtiger prognostischer Faktor, da er eine hohe Spezifität besitzt (88 Prozent), also bei gesunden Taschen keine Blutung nachweist. Allerdings liegt die Sensitivität bei lediglich 29 Prozent. Eine hohe Sensitivität wird angestrebt, wenn eine Erkrankung mit hoher Sicherheit ausgeschlossen werden soll. Demnach deutet das Ausbleiben einer Sondierungsblutung im Rahmen der unterstützenden Parodontitistherapie mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine stabile Situation hin, währenddessen ein positiver BoP ein unzuverlässiger Prädiktor für weiteren Attachmentverlust zu sein scheint.¹⁰



Abb. 1 und 2: Vergleich von Mundschleimhautveränderungen. – Abb. 1: Pemphigus vulgaris. – Abb. 2: Schwere Parodontitis mit ödematöser Gingiva.

an Jahren mit Tabakabusus ergibt die international anerkannte Kennzahl der „Pack Years“), da sie einen akkumulierenden Einfluss auf die parodontale Gesundheit nehmen.

Bei Rauchern ist im Vergleich zu Nichtrauchern in Abhängigkeit vom Ausmaß des Rauchens das Risiko, an einer Parodontitis zu erkranken, um das Sechsfache erhöht.³ Da bekannt ist, dass rauchende Patienten schlechter auf die Parodontitistherapie ansprechen,⁴ sollte jedem Patienten die Teilnahme an einem Raucherentwöhnungsprogramm empfohlen werden. Auch andere Faktoren

bleme vorgekommen sind. Die familiäre Häufung der Parodontalerkrankung spielt insbesondere bei der aggressiven Form der Parodontitis als primäres diagnostisches Kriterium eine wichtige Rolle und kann somit die Differenzialdiagnose erleichtern.

Befunde

Extraorale Untersuchung

Bei der extraoralen Befunderhebung wird die Farbe und Durchblutung der Gesichtshaut, das Lippenrot, eventuelle Asymmetrien im Kopfbereich, Schwel-

lungen, Narben und die Mundöffnung beurteilt. Des Weiteren werden die regionären Lymphknoten sowie die Austrittspunkte des Nervus trigeminus palpiert.

Intraorale Untersuchung

Bei der intraoralen Befunderhebung werden die Tonsillen, der Rachenring, die Schleimhäute

zu Speiseimpaktionen kommen. Weiterhin müssen vorhandene Füllungs- und Kronenränder auf Suffizienz und Passung überprüft werden. Alle kariösen Läsionen müssen erfasst werden. Erosionen, keilförmige Defekte, Ablagerungen und extrinsische sowie intrinsische Verfärbungen sind zu dokumentieren.

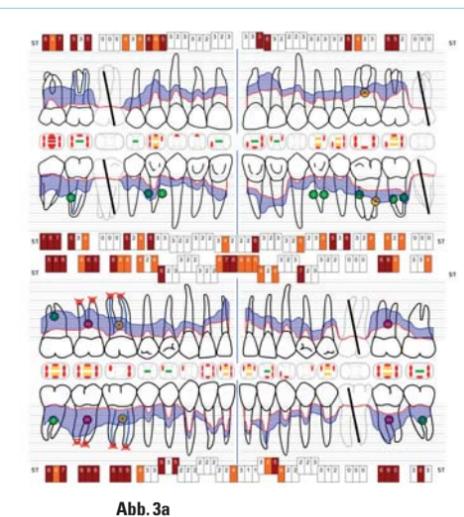


Abb. 3a

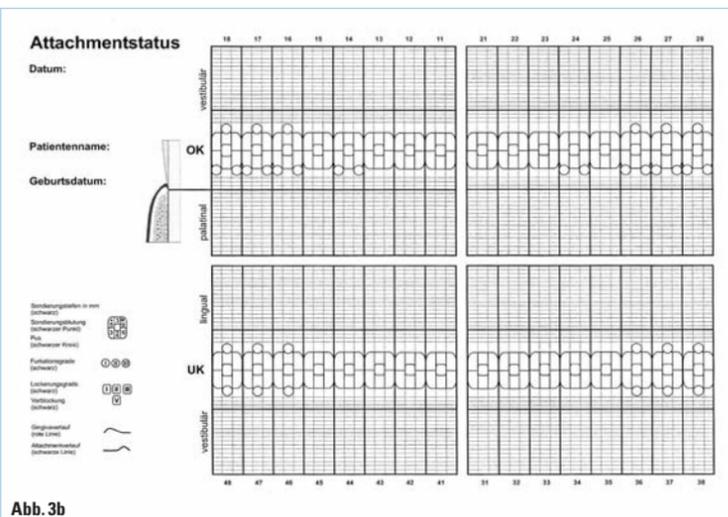


Abb. 3b

Abb. 3a und b: Beispiel für ein konventionelles Formblatt und einen digitalen Attachmentstatus (Fa. ParoStatus.de, Berlin).

wie Stress oder Alkoholabusus können sich negativ auf die parodontale Gesundheit auswirken. In der speziellen Anamnese wird auf die subjektiven Beschwerden des Patienten wie Mundgeruch, Zahnfleischbluten, Zahnlockerung, Zahnwanderung oder Schmerzen eingegangen. Hier sollte der Patient die Möglichkeit

Hauptgruppe	Erkrankung
I	Gingivale Erkrankungen
II	Chronische Parodontitis
III	Aggressive Parodontitis
IV	Parodontitis als Manifestation einer Systemerkrankung
V	Nekrotisierende Parodontalerkrankungen
VI	Parodontalabszesse
VII	Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen
VIII	Entwicklungsbedingte oder erworbene Deformationen und Zustände

Tab. 1: Klassifikation der Parodontalerkrankungen.¹⁴

Allerdings sollte bei Rauchern bezüglich des Ausbleibens der Sondierungsblutung besonders Acht gegeben werden, da diese durch die verschlechterte periphere Mikrozirkulation trotz entzündlichen Prozessen am Taschenboden ausbleiben kann. Zusätzlich werden im Attachmentstatus die Zahnlockerungen und eventueller Pusaustritt eingetragen. Die erhobenen Daten werden in ein Formblatt oder in digitale Befundbögen, die eine spezielle Software voraussetzen, übertragen (Abb. 3a und b). Somit kann das Attachmentniveau vor und nach der Therapie und im Laufe des unterstützenden Paro-

das Knochenniveau nicht immer eindeutig erkennbar. Daher empfiehlt sich, entweder das Orthopantomogramm mit zusätzlichen Zahnfilmen zu ergänzen oder grundsätzlich einen Röntgenstatus mit Zahnfilmen in Paralleltechnik durchzuführen. Beurteilt wird der horizontale Knochenabbau in Prozent, gemessen an der Distanz zwischen der Schmelz-Zement-Grenze beziehungsweise den Restaurationsrändern und dem Limbus alveolaris. Eine korrespondierende parodontale Tasche ist bei einem gleichmäßigen horizontalen Knochenabbau als supraalveolär zu bezeichnen.

gebenfalls eine exzentrische Aufnahme angefertigt werden. Hier ist das Vorhandensein des sogenannten Furcation Arrow von diagnostischem Wert. Dabei handelt es sich um eine dreieckige radiologische Struktur im interradikulären Bereich,¹¹ die ein Indikator für das Vorhandensein einer Furkationsbeteiligung des Grades II oder III ist (Abb. 5a bis c). Ein Fehlen dieses Furcation Arrows bedeutet im Umkehrschluss allerdings nicht, dass es klinisch keinen interradikulären Knochenabbau gibt. Als weiterführende radiologische Diagnostik kann zum zusätzlichen Informationsgewinn die Anfertigung eines digitalen Volumentomogramms in Betracht gezogen werden. Besonders bei Therapieentscheidungen furkationsbefallener Zähne kann die dreidimensionale Darstellung des interradikulären Knochens ausschlaggebend sein. Allerdings wird der Wert einer dreidimensionalen Bildgebung wegen der nicht unerheblichen Strahlenbelastung der Patienten



ZWP online CME Lernkontrolle No. 59178
Aktuelle Behandlungsmethoden in der Parodontologie Teil I
 Zum Beantworten des Fragebogens registrieren Sie sich bitte unter:
www.zwp-online.info/cme-fortbildung

2
CME-Punkte

Dies kann beispielsweise über die sogenannte Sulkusflüssigkeitsfließrate erfolgen, bei der die Menge an Sulkusflüssigkeit mit einem Filterpapierstreifen innerhalb einer Zeiteinheit bestimmt und in einem Messgerät (Periotron, Fa. Oraflow, New York, USA) ausgewertet wird. Die Menge dieser Flüssigkeit nimmt mit dem Schweregrad der parodontalen Entzündung zu. Ein weiteres diagnostisches Hilfsmittel stellt der Nachweis von Kollagenasen, wie der Matrix-Metalloproteinase-8 (aMMP-8), die beim entzündlichen Abbau parodontaler Strukturen freigesetzt werden, dar. Dieser ELISA-basierte Schnelltest ist kommerziell erhältlich, aber derzeit nur unzureichend wissenschaftlich belegt. Daher kann hier keine Empfehlung ausgesprochen werden, eine derartige Testung routinemäßig durchzuführen. Die sicherlich populärste weiterführende Diagnostik

geachtet werden, dass der Schweregrad und das Ausmaß zusätzlich mit angegeben werden. Der Schweregrad der Parodontitis richtet sich nach dem Attachmentverlust (leicht: 1–2 mm, moderat: 3–4 mm, schwer: ≥5 mm). Das Ausmaß bezieht sich auf die Anzahl der betroffenen Zahnflächen. Weisen weniger als 30 Prozent einen Attachmentverlust auf, so spricht man von einer lokalisierten Parodontitis, sind es mehr als 30 Prozent, so bezeichnet man dies als generalisiert. Die Unterscheidung zwischen einer chronischen und einer aggressiven Parodontitis wird anhand spezieller Charakteristika getroffen (Tab. 2), ist allerdings häufig nicht ganz einfach und eindeutig.

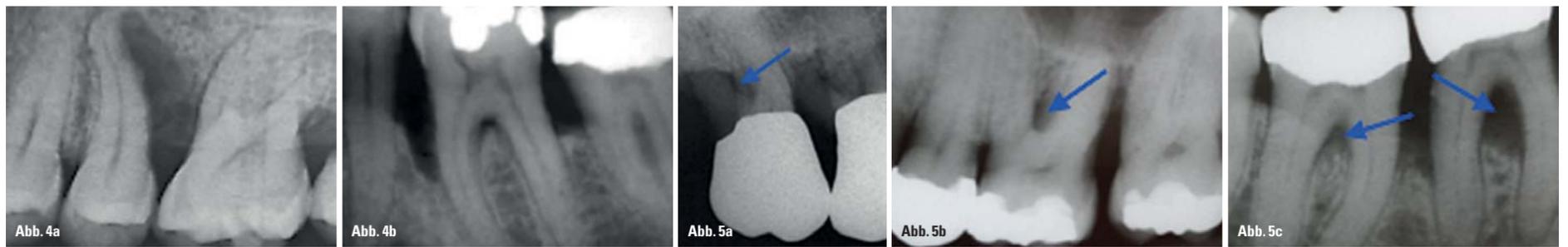


Abb. 4a und b: Vergleich eines mehrwandigen vertikalen Knochendefekts (4a) mit einem einwandigen (4b). – Abb. 5a bis c: Furcation Arrow als diagnostisches Mittel, dreieckige Struktur im interradikulären Bereich.

odontitisprogramms miteinander verglichen und rekurrende Problemstellen leichter identifiziert werden.

Röntgenbefund

Ein wichtiges diagnostisches Mittel stellt neben den klinischen Befunden der Röntgenbefund dar. Um das knöcherne Attachment exakter beurteilen zu können, sind aktuelle Röntgenbilder von entscheidender Bedeutung. Hierbei ist ein Orthopantomogramm nur bedingt aussagekräftig. Durch technisch bedingte Unschärfe und Überlagerungen vor allem im Frontzahnbereich ist

Zusätzlich werden vertikale Knocheneinbrüche angegeben. Hier erfolgt die Messung von der Schmelz-Zement-Grenze bis zum Boden des intraossären Defektes, also dem Bereich, in dem der Defekt in den Parodontalspalt übergeht. Eine parodontale Tasche bezeichnet man als intraalveolär. Oftmals lässt sich bereits röntgenologisch feststellen, ob ein einwandiger oder mehrwandiger Knochendefekt vorliegt (Abb. 4a und b). Weiterhin kann an mehrwurzeligen Zähnen der interradikuläre Knochenabbau beurteilt werden, was klinisch häufig schwierig ist. Zusätzlich kann ge-

kontrovers diskutiert und kann daher nicht uneingeschränkt empfohlen werden. Wenn durch die spezielle Anamnese bekannt wurde, dass der Patient bereits in parodontaler Behandlung war, ist es sinnvoll, alte Befunde und Röntgenbilder zur Einschätzung der Krankheitsprogression anzufordern.

Diagnostische Mittel

Zusätzlich gibt es eine Vielzahl weiterführender diagnostischer Tests. So wurden beispielsweise Mitte der 1990er-Jahre genetische Tests populär, allen voran der Interleukin-1(IL-1)-Test, um das Parodontitisrisiko vorherzusagen. Als Hintergrund wurde vermutet, dass es aufgrund des Polymorphismus infolge der Infektion mit parodontalen Bakterien zu einer überschießenden Produktion dieses Entzündungsmoleküls kommt und im Folgenden der parodontale Knochen vermehrt abgebaut wird. Allerdings konnte in aktuelleren, ausreichend dimensionierten genetischen Assoziationsstudien eine Assoziation eines Polymorphismus im IL-1 Gen (oder anderer postulierter Kandidatengene) mit der aggressiven Parodontitis nicht bestätigt werden.¹² Weiterhin kann am Behandlungsstuhl auch der aktuelle Entzündungsstatus einer Zahnfleischtasche bestimmt werden.

stellt die mikrobiologische Analyse der subgingivalen Bakterienbesiedlung dar. Hierbei werden unter relativer Trockenlegung mittels steriler Papierspitzen Proben der subgingivalen Plaque entnommen und diese durch molekularbiologische Methoden (Polymerase-Ketten-Reaktion, DNA-Sonden), analysiert. Seltener erfolgt die Bakterienidentifikation durch Kultivierungsverfahren. Der therapeutische Mehrwert einer solchen Keimbestimmung ist jedoch zu hinterfragen.¹³ So wird beispielsweise eine adjuvante systemische Antibiose bei schwerer chronischer oder aggressiver Parodontitis empfohlen, unabhängig vom nachgewiesenen Bakterienspektrum. Umgekehrt ist beim Vorliegen der parodontalpathogenen Leitbakterien nicht automatisch die adjuvante Antibiotikagabe zu empfehlen. Jedoch kann die mikrobiologische Testung im Einzelfall zur Bestätigung des klinischen Befundes oder zur Verlaufskontrolle durchgeführt werden.

Diagnose

Nach der Analyse aller erhobenen Befunde erfolgt die Diagnosestellung entsprechend der seit 1999 geltenden Nomenklatur der Parodontalerkrankungen¹⁴ (Tab. 1). Zur genaueren Definition sollte bei der Parodontitis darauf

Prognose

Nachdem alle Befunde sorgfältig erhoben wurden, sollte eine Prognoseeinschätzung der gesamten Dentition stattfinden. Hierbei wird der Zahnerhalt als sicher, fraglich, unsicher und hoffnungslos in Abhängigkeit verschiedener Faktoren beurteilt und ein entsprechender Therapieplan aufgestellt. Prognosebeeinflussende Faktoren sind auf Zahn- (u. a. klinisches Attachment, Zahntyp), Patienten- (u. a. Mundhygiene, Raucherstatus, Compliance) und Behandlerbene (Erfahrung des Behandlers, Vorhandensein eines Recallsystems in der Praxis) vorhanden.

CHRONISCHE Parodontitis

- Meist bei Erwachsenen, kann aber auch bei Kindern und Jugendlichen vorkommen
- Parodontale Destruktion steht mit lokalen Reizfaktoren in klarem Zusammenhang
- Subgingivaler Zahnstein wird häufig gefunden
- Plaqueszusammensetzung variabel
- Vorwiegend langsame bis moderate Progression, Aktivitätsschübe können vorkommen
- Kann auf der Basis von Ausdehnung und Schweregrad weiter klassifiziert werden
- Kann mit lokalen prädisponierenden Faktoren (z. B. zahnbezogene oder iatrogene Faktoren) einhergehen
- Kann modifiziert sein durch und/oder verbunden sein mit systemischen Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, HIV-Infektion)
- Kann durch andere Faktoren als systemische Erkrankungen modifiziert sein, wie Rauchen und emotionaler Stress

AGGRESSIVE Parodontitis

PRIMÄRE Merkmale

- Patient ist bis auf die Parodontitis klinisch gesund
- Rasch fortschreitende Gewebedestruktion
- Familiäre Häufung

SEKUNDÄRE Merkmale

- Missverhältnis zwischen Menge der bakteriellen Ablagerungen und dem Ausmaß der Gewebedestruktion
- Subgingivale Plaque enthält erhöhte Anteile an *A. actinomycetemcomitans* und (manchmal) *P. gingivalis*
- Abnormale Phagozytenfunktion
- Hyperreaktiver Phänotyp der Makrophagen, erhöhter Spiegel von Prostaglandin PGE₂ und Interleukin-1β
- Progression des Attachmentverlusts kann unter Umständen selbstlimitierend sein

Tab. 2: Typische klinische Merkmale einer chronischen¹⁵ und aggressiven Parodontitis.¹⁶

PN Adresse

Dr. med. dent. Lisa Hiersche
 DG PARO-Spezialistin für Parodontologie
 Zahnarztpraxis Dr. H. Hiersche
 Ernst-Reuter-Allee 28
 39104 Magdeburg
 Lisa.Hiersche@gmx.net

Priv.-Doz. Dr. med. dent. Moritz Kepschull
 Poliklinik für Parodontologie,
 Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde
 Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
 Universitätsklinikum Bonn
 Welschnonnenstraße 17
 53111 Bonn
 Moritz.Kepschull@ukb.uni-bonn.de

Mechanisches Biofilmmanagement auf Titanimplantaten

Die Implantatoberflächendekontamination und Modifikation der rauen Implantatoberflächen stellen große Herausforderungen dar. Von Dr. Gordon John.

Periimplantäre Infektionen stellen zunehmend einen Fokus in der Zahnmedizin dar. Periimplantäre Mukosiden treten in bis zu 80 Prozent der untersuchten Patienten und an 50 Prozent der untersuchten Implantate auf, währenddessen Periimplantitiden in bis zu 56 Prozent der untersuchten Patienten und an bis zu 43 Prozent der evaluierten Implantate festgestellt wurden.¹ Der primäre Faktor für die Entstehung periimplantärer Infektionen ist die Anlagerung von Biofilm.² Die Ansätze der

- Korrekturen bei ungünstigem Knochenverlauf
- Modifikation der rauen Implantatoberflächen
- Erstellung eines individuellen Biofilmmanagements

Insbesondere die Punkte der Implantatoberflächendekontamination sowie der Modifikation der rauen Implantatoberflächen stellen Herausforderungen der meist in der Praxis mechanisch durchgeführten Instrumentierung der Oberflächen dar.



Infos zum Autor

oberflächen von $68,5 \pm 6,8$ Prozent⁵ beziehungsweise ein Restbiofilmannteil von $61,1 \pm 11,4$ Prozent⁶ nachgewiesen. Eine aufwendigere Methode stellt der Einsatz von Ultraschallgeräten dar. Nach Oberflächenbehandlung konnten auf rauen Implantatoberflächen Restbiofilmannteile von etwa 37 Prozent nachgewiesen werden.⁶ Klassische Ultraschallspitzen bestehen aus Stahl, die aufgrund der bereits erwähnten Problematik der Oberflächenartefakte nur

der eingeschätzt wird als Bicarbonatpulver, so sind auch nach Anwendungen von Glycinpulver dezente Oberflächenartefakte in Form von Abflachungen und Abrundungen des Reliefs der rauen Titanoberflächen nachweisbar.⁵ Mittels Pulverstrahlgeräten lassen sich Biofilmannteile nicht nur effektiv, sondern auch sehr effizient entfernen, allerdings birgt diese Methode klinisch auch das Risiko einer möglichen Emphysemstehung.⁸ In In-vitro-Studien, die verschiedene Defektsituationen

Implantatplastik

Eine sehr effektive Methode zur Oberflächendekontamination an Titanimplantaten ist die Implantatplastik. Hierbei werden die suprakrestalen Gewindgänge unter Verwendung rotierender Schleifkörper, wie feinen Diamanten und Arkansassteinen, komplett abgetragen und die Implantatoberfläche in eine glatte, maschinerte Oberfläche überführt.

Somit wird nicht nur eine vollständige Dekontamination der Implantatoberflächen erreicht, sondern durch den Materialabtrag ebenso die kontaminierte oberflächliche Titanoxidschicht entfernt. Von einigen Arbeitsgruppen wurde empfohlen, im nichtästhetischen Bereich die rauen suprakrestalen, transmuskulalen Anteile zu polieren.¹⁰ Klinische Untersuchungen konnten zeigen, dass eine resektive Therapie, kombiniert mit einer Implantatplastik, einer alleinigen resektiven Therapie überlegen ist.⁴ Nach zwei Jahren mussten die Untersuchungen in der Kontrollgruppe ohne Implantatplastik aufgrund akuter periimplantärer Infektionen abgebrochen werden, wobei die Überlebensrate zu dieser Zeit bei 87,5 Prozent lag, währenddessen in der Testgruppe mit Durchführung einer Implantatplastik nach drei Jahren die Überlebensrate bei 100 Prozent lag.

Die Implantatplastik stellt zwar eine sehr effektive Methode zur Implantatoberflächendekontamination dar, muss allerdings mit der entsprechenden Vorsicht durchgeführt werden, sodass die bearbeiteten Implantate nicht durch starken Substanzabtrag zu sehr geschwächt werden. Implantatfrakturen durch die normale Kaubelastung könnten sonst die Folge sein. Wenn der Substanzabtrag so stark ist, dass das Innengewinde der Implantate auch nur punktuell freigelegt wird, ist eine Explantation unvermeidbar.

Klinische Defektklassifikation

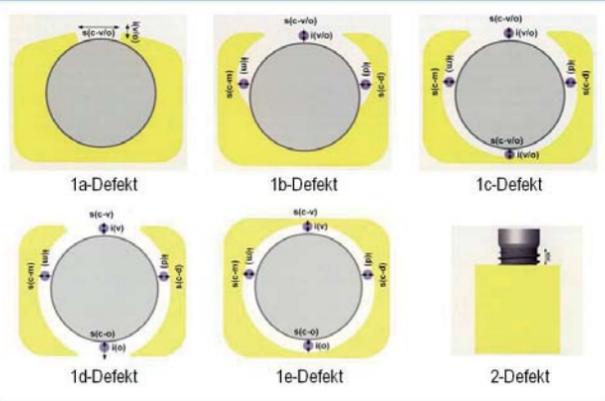


Abb. 1

Abb. 1: Klinische Defektklassifikation nach Schwarz et al., wobei die Klasse 1-Defekte intraossäre Defektkomponenten verschiedener Formen beschreiben, währenddessen der Klasse 2-Defekt eine suprakrestale Komponente darstellt. – Abb. 2: Titanbürstchen mit flexiblem Bürstnkern und radiär abgehenden Titanborsten (a und b), Hans K RB-Line 5 mit Borsten an der Spitze (c). Die Bürste (a) zeigt, dass bei Bürsten mit radiär abgehenden Borsten bei seitlicher Kräfteinwirkung der flexible Bürstnkern den Anpressdruck abfedert.

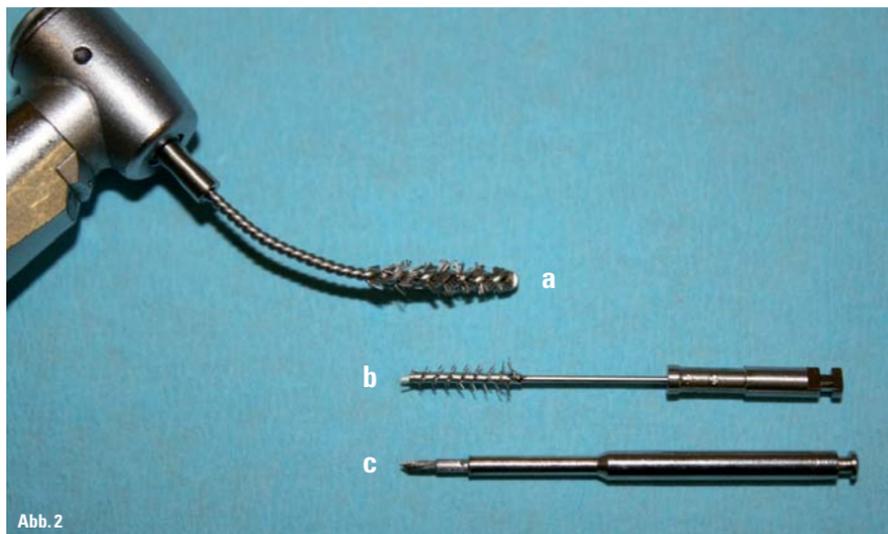


Abb. 2

Periimplantitistherapien sind dementsprechend zielgerichtet auf eine Dekontamination der Implantatoberflächen. Schwarz et al. beschrieben die typischen knöchernen Defekte, die im Zusammenhang mit Periimplantitiden auftreten³ (Abb. 1) und ordneten diesen Defekten Therapieoptionen zu, die vorhersagbare Ergebnisse liefern. Insbesondere der Klasse 2-Defekt, der eine suprakrestale Defektkomponente beschreibt, ist mit den derzeit zur Verfügung stehenden Materialien und Therapieformen nicht regenerativ erfolgreich zu behandeln. Hier steht vielmehr eine resektive Therapie im Vordergrund, die eine möglichst vollständige Entfernung der Biofilmannteile, die Schaffung guter Hygienefähigkeit der interimplantären Räume, die Reduktion der Taschentiefen und, insofern möglich, die Schaffung einer neuen biokompatiblen Oberfläche durch Erneuerung der Titanoxidschicht erreicht. Romeo et al. definierten folgende Ziele einer Periimplantitistherapie an suprakrestalen Defekten⁴:

- Entfernung der supragingivalen Biofilme
- Chirurgische Lappenpräparation
- Entfernung des periimplantären Granulationsgewebes sowie Dekontamination der freiliegenden Implantatoberflächen

Instrumentarium

Die klassischen Instrumente, die zur Oberflächendekontamination von Implantatoberflächen eingesetzt werden, sind Küretten. Um Oberflächenartefakte auf den Titanimplantaten zu vermeiden, sollten die eingesetzten Instrumente von geringerer Härte sein. Die von harten Instrumenten erzeugten Rillen und Riefen begünstigen eine Rebesiedelung der Implantatoberflächen mit Biofilm. Es sollten beispielsweise Plastik-, Karbon- oder Titanküretten verwendet werden. Unter standardisierten Bedingungen wurde beim Einsatz von Plastikküretten ein Anteil dekontaminierter Implantat-

begrenzt zu empfehlen sind. Um diese Schwierigkeiten zu umgehen, wurden die Ultraschalltips mit Kunststoffen ummantelt. Die Bearbeitung von rauen Titanoberflächen führt allerdings zu starkem Abrieb, der in der periimplantären Tasche als Rückstand zu Fremdkörperreaktionen führen kann. Eine weitere Möglichkeit zur mechanischen Implantatoberflächendekontamination ist der Einsatz von Pulverstrahlgeräten. Diese führen unter standardisierten Bedingungen zu einer nahezu vollständigen Entfernung der Biofilmannteile mit Restbiofilmannteilen von $94,3 \pm 5,7$ bis $100 \pm 0,0$ Prozent.⁷ Auch wenn Glycinpulver als schonen-

imitieren, konnten auch Schwachstellen, gerade von Pulverstrahlgeräten, aufgezeigt werden. Sobald der Strahl nicht senkrecht zur Implantatachse geführt werden kann, ergeben sich durch die Gewindgänge „Strahlschatten“, in denen keine effektive Entfernung von Biofilmannteilen möglich ist.⁹ Dies gilt natürlich ebenso für Küretten oder Ultraschallscaler, mit denen, aufgrund ihrer Form und Größe, eine gleichmäßige und vollständige Instrumentierung der Implantatoberflächen in schmalen, tiefen Defekten limitiert und somit die Effektivität von diesen Instrumenten in solchen Situationen eingeschränkt ist.

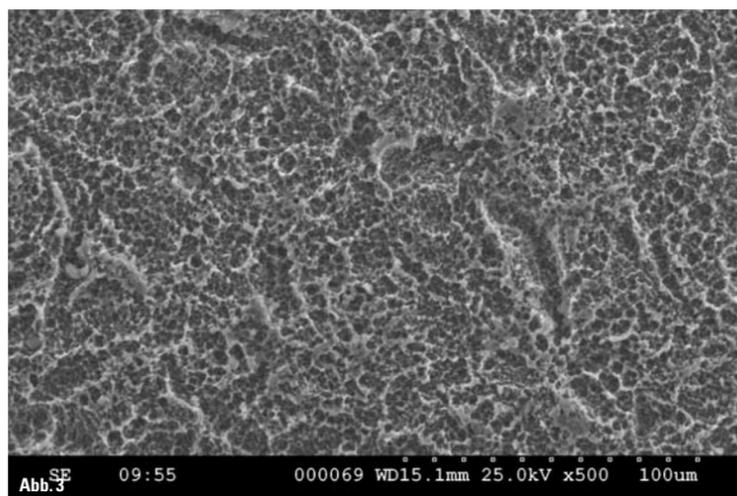


Abb. 3

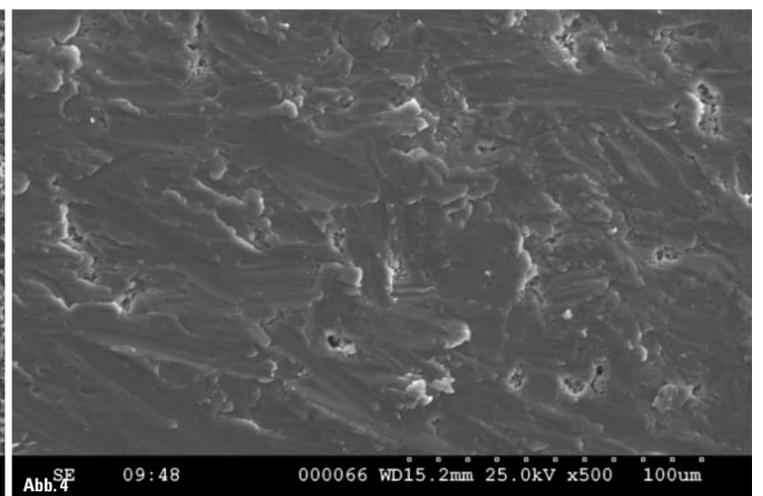


Abb. 4

Abb. 3: Rasterelektronenmikroskopische Aufnahme einer säuregeätzten und gestrahlten Titanoberfläche (Promote®, CAMLOG Vertriebs GmbH, Wimsheim) in 500-facher Vergrößerung. – Abb. 4: Rasterelektronenmikroskopische Aufnahme nach Behandlung einer Promote®-Oberfläche mit der Hans K Titan-Reinigungsbürste (HK RB-Line 5, Kentzler-Kaschner Dental GmbH, Ellwangen) in 500-facher Vergrößerung. Die Makro- und Mikroporositäten werden in eine glatte Oberfläche überführt, die ähnlich einer maschinerten Titanimplantatoberfläche erscheint.

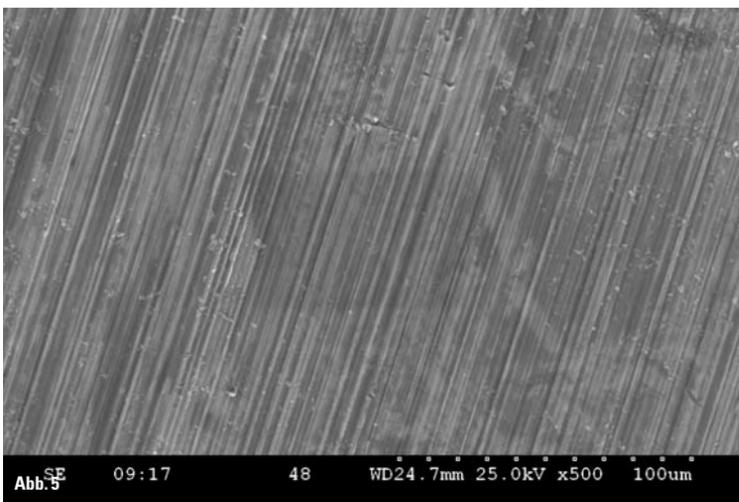


Abb. 5: Rasterelektronenmikroskopische Aufnahme einer industriell gefertigten, maschinieren Titanoberfläche in 500-facher Vergrößerung. Charakteristisch sind die feinen, parallel verlaufenden Rillen. – Abb. 6: CAMLOG-Implantat im Kunststoffkiefer bei Simulation einer periimplantären Defektsituation. Der untere Anteil zeigt die unbehandelte Promote®-Oberfläche, die sich grau und matt darstellt. Der obere Anteil des Implantates wurde bereits mit der Hans K RB-Line 5-Bürste bearbeitet. Die Oberfläche erscheint nach Bürstung deutlich glänzend.



Abb. 6



Oberflächenstruktur und Qualität nach der Bearbeitung hat. Eigene rasterelektronenmikroskopische Untersuchungen zeigten, dass durch diese Bearbeitung der Titanoberfläche die ursprünglich rauhe (Abb. 3) in eine Art maschinerte Oberfläche überführt wird (Abb. 4 und 5). Der Substanzabtrag ist bei dieser Methode deutlich geringer als bei der klassischen Implantatplastik, aber ausreichend, um die Titanoxidschicht zu erneuern. Es wird nur die Rauheit weggenommen. Makrostrukturen, wie Gewindgänge, können mit dieser Methode nicht abgetragen werden. Durch diesen, im Vergleich zur Implantatplastik, schonenderen Substanzabtrag werden die Implantate nur minimal verändert (Abb. 6). In vitro zeigen sich mit diesen Bürstchen vollständige Dekontaminationen der Implantatoberfläche. Klinische Studien liegen derzeit noch nicht vor. **PN**

Titanbürsten

Eine neue Methode zur Implantatoberflächendekontamination stellt der Einsatz von rotierenden oder oszillierenden Titanbürsten dar. Mit diesen Instrumenten ist eine effektive Biofilmentfernung möglich. Aufgrund ihrer dünnen Titanborsten erzeugen sie bei einem Anpressdruck von $0,25 \pm 0,05$ N, der vergleichbar zu jenem bei Verwendung von Küretten ist, keine Oberflächenartefakte. In einer präklinischen Studie konnte gezeigt werden, dass bei nur geringem Anpressdruck (ver-

gleichbar den Karbonküretten) Biofilme bis auf einen Restanteil von $8,57 \pm 4,85$ Prozent entfernt werden können, sodass die Effektivität dieser Bürsten deutlich höher ist als nach dem Einsatz von Stahlküretten mit $28,99 \pm 5,51$ Prozent Restbiofilmanteil. Dabei erzeugten Letztere deutliche Oberflächenartefakte, die sich in einer Abflachung des Oberflächenreliefs zeigten.¹¹ Die meisten dieser Bürsten haben einen flexiblen Metallkern, von dem radiär ausstrahlend die feinen Titanborsten abgehen. Aufgrund dieser Bauweise ist es mög-

lich, die Bürsten parallel zur Implantatachse in den Defekt einzuführen und eine möglichst gleichmäßige Dekontamination, auch zwischen den Gewindgängen, zu erreichen. Der flexible Bürstenkern minimiert den Anpressdruck, sodass keine Oberflächenartefakte erzeugt werden. Allerdings ist mit diesen Methoden, ebenso wie mit der Oberflächenbehandlung mit Küretten, Ultraschallinstrumenten sowie Pulverstrahlgeräten, trotz mehr oder weniger effektiver Oberflächendekontamination, keine Wiederherstellung der biokompatiblen

Titanoxid-Implantatoberfläche möglich. Ein alternatives Bürstendesign (Hans K RB-Line 5-Titanreinigungsbürstchen) eröffnet diesbezüglich neue Möglichkeiten. Die Borsten sind nicht radiär angeordnet, sondern an der Spitze. Dadurch wird diese Bürste nicht parallel zur Implantatoberfläche angewendet, sondern senkrecht. Der flexible Kern der Bürste kann somit den Druck nicht wie bei dem klassischen Bürstendesign abfedern (Abb. 2). Deshalb sind deutlich höhere Anpressdrücke zu erzielen, was einen erheblichen Einfluss auf die

PN Adresse

Dr. Gordon John
 Poliklinik für Zahnärztliche
 Chirurgie und Aufnahme
 Moorenstraße 5
 40225 Düsseldorf
 Tel.: 0211 8118155
 Gordon.John@med.uni-duesseldorf.de

ANZEIGE

Cavitron®

Neu
FITGRIP™

- Gelenkschonend
- Ermüdungsfreies Arbeiten
- Einzigartiges Design mit größerem Griffdurchmesser

- **Tap-On Technologie:** Aktivierung per kabellosem Funk - Fußschalter
- **Turbo-Funktion** für konstant 25% mehr Leistung
- **Prophy – Modus:** Automatikzyklen ermöglichen automatischen Wechsel von Pulverwasserstrahl und Spülen
- Minimalinvasive „Blue Zone“
- Schafft unvergleichlichen Patientenkomfort
- „Power Boost“ – Gegen hartnäckige Ablagerungen
- Personalfreier Geräte-Reinigungsmodus

Ihr nächster großer Schritt in der Ultraschall-Technologie!



Behandlung bei Zahnfleischerkrankungen

Für eine erfolgreiche Parodontitistherapie sind das Verständnis und die Compliance des Patienten besonders wichtig und sollten deshalb immer gefördert werden. Von Zahnärztin Charlotte Pfeifer.

Viele Menschen leiden an Zahnfleischerkrankungen, die je nach klinischer Ausprägung und Schweregrad vom Patienten als mehr oder weniger störend empfunden werden. Oftmals verbirgt sich hinter Zahnfleischbluten, schlechtem Geruch/Geschmack etc. eine behandlungsbedürftige Parodontitis. Eine eindeutige Diagnostik des Schweregrades ist mithilfe des Parodontalen Screening Index (PSI) schnell durchgeführt und gehört mit zu der Eingangsuntersuchung. Schwieriger ist es, dem Patienten die Erkrankung seines Zahnhalteapparates zu verdeutlichen und ihm mögliche Risiken, wie schlimmstenfalls den Zahnverlust, darzulegen, da die Parodontitiserkrankung, wie oben beschrieben, vom Patienten nur partiell durch klinische Symptome wahrgenommen wird und zumeist nicht mit akuten Schmerzen einhergeht.

Patienten sanft heranzuführen und nachhaltig aufklären

Die spezielle Anamnese wird in Form eines zwanglosen Gespräches über tägliche Mundpflegegewohnheiten erfragt. So bekommt man einen ersten Eindruck über die Intensität, Art und Dauer der häuslichen Zahnpflege des Patienten.

Gleichzeitig hilft ein zwangloses Gespräch besonders bei Neu- und/oder Angstpatienten, vorhandene Anspannung oder Ängste zu reduzieren.

- Wie pflegen Sie Ihre Zähne?
- Benutzen Sie eine elektrische oder Handzahnbürste?
- Blutet das Zahnfleisch beim Putzen?
- Benutzen Sie weitere Zahnpflegeartikel, wie z. B. Interdentalbürsten?
- Leiden Sie unter schlechtem Geschmack?
- Haben Sie schon mal eine Zahnreinigung durchführen lassen?
- Wurde eine Zahnfleischbehandlung in der Vergangenheit durchgeführt?

Dies sind nur einige Beispiele, um sich der Thematik in erster Richtung zu nähern und Informationen über bereits stattgefundene Zahnfleischbehandlungen zu bekommen.

Insbesondere das Zahnfleischbluten wird von den meisten Patienten nicht als Risikoparameter wahrgenommen, sondern auf falsche und/oder zu starke Putztechniken zurückgeführt, mit der Folge, dass spezielle Bereiche „geschont“ werden und es hier zu einer vermehrten Plaqueablagerung kommt. Der zweite Schritt besteht darin, dem Patienten seinen eigenen klini-

schen Befund schrittweise zu erklären unter Verwendung möglichst verständlicher Begriffe, wie z. B. erhöhte Sondierungstiefen, Entzündung des Zahnfleisches, Knochenabbau, eventuell in Kombination mit anschaulichen und erklärenden Schaubildern, die den Aufbau des Parodontiums zeigen oder den Unterschied zwischen gesundem und erkranktem Zahnhalteapparat. Die große Kunst besteht nun in



Als angenehm empfundene Produkte wie parodur-Spülung und -Gel steigern die Bereitschaft des Patienten zur Mundhygiene.

Schritt drei, den Zusammenhang zwischen Zahnpflege, klinischem Befund sowie notwendigen Behandlungsmaßnahmen zu verdeutlichen. Auch sollten weitere Risikoparameter wie eventuelle Grunderkrankungen, Medikamenteneinnahmen, Nikotinabusus etc. thematisiert werden, die Auswirkungen auf die Zahnfleischerkrankung haben könnten.

Arbeitsgrundlage für Behandlung und Complianceförderung schaffen

Die Behandlungsphase gliedert sich in mehrere Abschnitte, beginnend mit der Initialphase oder auch Hygienephase genannt. Hier wird mithilfe indizierter Vorbehandlungen eine hygienefähige Situation geschaffen.

Zusätzlich erfolgt eine Einweisung in die richtige Mundhygiene, in der Regel zusammen mit einer professionellen Reinigung. Die Compliance des Patienten ist ein entscheidender Faktor für den späteren Behandlungserfolg. Entscheidend dabei ist, die erneute Plaquebildung durch mechanische Reinigung zu vermeiden, Spüllösungen oder andere chemische Detergenzien alleine sind nicht ausreichend. Hat der Patient diesen wichtigen Grundsatz verinnerlicht, ist eine Verbesserung des entzündlichen Befundes oftmals nach kurzer Zeit feststellbar.

Nach erfolgreichem Abschluss der Initialphase folgt die erneute Reevaluation mit Bewertung der durch geschlossene PA-Therapie behandlungsbedürftigen Zahntaschen. Zu diesem Zeitpunkt sollte der Patient die tägliche Zahnpflege verinnerlicht haben. Parallel zur geschlossenen PA-Behandlung empfehlen wir – je nach klinischem Befund und Umsetzbarkeit durch den Patienten – die parodur-Mundspüllösung und/oder das parodur-Gel, um das Risiko der erneuten Taschenbesiedlung mit pathogenen Keimen zu verringern. Gel und/oder Mundspüllösung werden dabei morgens und

abends angewendet (Spülung ca. 1 Min. im Mund behalten). Das parodur-Gel kann großflächig auf die Gingiva aufgebracht werden (als Ersatz zur Mundspüllösung) oder lokal bei tiefen Taschen (mithilfe eines Wattestäbchens oder einer Interdentalbürste) appliziert werden, teilweise zusätzlich nach der parodur-Mundspüllösung. Insbesondere das parodur-Gel wird, was Geschmack und Konsistenz betrifft, von den Patienten als sehr angenehm empfunden. Auch ist der Austausch der vorhandenen Zahnbürste und Reinigungsartikel aufgrund der Bakterienbesiedlung zu empfehlen, nachdem subgingivale Konkremente entfernt wurden.

Neben dem Einsatz bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien verwenden wir parodur-Gel und -Mundspüllösung auch bei anderen Schleimhautrekrankungen (Prothesendekubitus, lokale traumatische Zahnfleischentzündungen, als Prophylaxe nach subgingivalen Präparationen, nach chirurgischen Eingriffen zur Wundprophylaxe) oder zur unterstützenden Therapie bei vorliegenden eingeschränkten mechanischen Fähigkeiten, die eine Zahnpflege erschweren, z. B. bei multimorbiden Patienten. ☒

PN Adresse

Charlotte Pfeifer
Zahnarztpraxis Dr. Holger Pfeifer
& Charlotte Pfeifer
Wallstr. 51
21335 Lüneburg
Tel.: 04131 42722
charlottepfeifer@hotmail.com
www.dr-holger-pfeifer.de

ANZEIGE

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

14
FORTBILDUNGSPUNKTE

Ostseekongress

5./6. Juni 2015
Rostock-Warnemünde
Hotel NEPTUN

8. Norddeutsche Implantologietage

VERANSTALTER: OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308 | Fax: 0341 48474-290
event@oemus-media.de | www.oemus.com

www.ostseekongress.com

Programm, Preise und
Anmeldeformular

Praxisstempel

FAXANTWORT | 0341 48474-290

Bitte senden Sie mir das Programm zum Ostseekongress/
8. Norddeutsche Implantologietage zu.

Titel/Vorname/Name _____

E-Mail-Adresse (Bitte angeben!) _____

PN 1/15

Als Zahnarzt Konflikte rechtzeitig erkennen

Über Konflikt-Signale und -Muster und die konstruktive Konfliktbewältigung im Team. Von Stefan Häseli.

Wo Menschen zusammenarbeiten, entstehen Konflikte – deshalb sind Konflikte auch in einer Zahnarztpraxis nichts Ungeöhnliches und haben nicht unbedingt mit einer schlechten Praxiskultur zu tun. Vielmehr sorgen manchmal unterschiedliche Vorstellungen und Wünsche einfach dafür, dass ein Konflikt entsteht. Wichtig ist jetzt, dass dieser erkannt, richtig gehandhabt und so zeitnah aufgelöst wird. Ansonsten ist die Gefahr groß, dass Konflikte immer wieder auflodern und nicht nur intern enormen Schaden anrichten, sondern sich auch auf die Patienten auswirken.

Von Spannungssituationen, Problemen und Konflikten ...

Die beiden Autoren Bruno Rüttinger und Jürgen Sauer definieren in ihrem Buch „Konflikt und Konfliktlösen“ (Rosenberger Fachverlag 2000) soziale Konflikte als „Spannungs-Situatio-

Ein Problem ist erst einmal nur eine Aufgabe, die im Moment nicht lösbar ist, weil beispielsweise noch zusätzlicher Informationsbedarf besteht. Ein Konflikt hingegen resultiert aus zwei komplett unterschiedlichen Zielvorstellungen, die sogar bis zu einem Streit zwischen den beteiligten Personen führen können.

Konflikte in einer Zahnarztpraxis können sehr unterschiedlich verlaufen: Gerade zu Beginn sind die Beteiligten meistens bereit zur direkten Konfrontation und wollen die andere Seite unbedingt überzeugen. In dieser Phase ist es sinnvoll, zunächst die persönlichen Beziehungen zu klären. Im weiteren Verlauf des Konfliktes sind die Parteien oft eher enttäuscht und glauben nicht mehr an eine Lösung. Sie gehen einer direkten Konfrontation aus dem Weg und beziehen sich auf den „Dienstweg“. Dann ist es wichtig, den Hang zu Isolierung und Rückzug zu unterbinden. Denn nur wenn die Beteiligten dazu bereit sind,

also jemand, der nicht am Konflikt beteiligt ist. Schwieriger sind verdeckte Konflikte. Diese keimen zunächst langsam vor sich hin. Entsteht zusätzlicher Druck (z.B. durch krankheitsbedingte Ausfallzeiten oder eine zu enge Terminvergabe) brechen sie auf und werden plötzlich zu offenen Konflikten, die nur schwer unter Kontrolle zu bringen sind. Eine allgemeine Achtsamkeit in der Zahnarztpraxis erleichtert es, solche Situationen frühzeitig zu erkennen. Aber Achtung: Chefs bekommen Konflikte im Team oft als letzte mit.

Trotz dieser Vielfalt lassen sich Muster finden, die für das Verständnis aller Konflikte wichtig sind. Tritt ein Konflikt auf, läuft er meist in den folgenden vier Phasen ab:

1. Entstehung des Konflikts

Sind die Meinungen, Interessen und Wünsche einer Helferin mit den Ansichten einer anderen Helferin oder des Chefs nicht zu vereinbaren, gibt es einen

kennen? Einige typische Konfliktsignale sind

- schlechte Stimmung im Praxisteam (aggressiver Kommunikationsstil, verhärtete Diskussionen, Killerphrasen, Themen werden zerredet, fehlende Kompromissbereitschaft),
- Helferinnen ziehen sich zurück (Weigerung, Aufgaben zu übernehmen und Verweis auf andere, Abwesenheit, Unaufmerksamkeit, Passivität, Vermeidung von Augenkontakt, Flucht in andere Arbeiten außerhalb des Konfliktes),
- Helferinnen halten sich nicht – wie bislang – an Vereinbarungen (Unpünktlichkeit, Unzuverlässigkeit).

3. Analyse des Konflikts

Wurde ein Konflikt im Team wahrgenommen, ist eine gründliche Analyse durch den Zahnarzt erforderlich.

- Wer ist am Konflikt beteiligt?
- Um welchen Konflikt handelt es sich?
- Wie wichtig ist die Streitfrage?

Diese Einschätzungen nehmen einen großen Einfluss auf das Verhalten der Beteiligten. Wichtig ist, wie differenziert die verschiedenen Handlungsweisen wahrgenommen werden und wie realistisch die Konfliktursache beurteilt wird. Zahnärzte sollten sich hüten, einen Konflikt nur vom eigenen Standpunkt aus zu betrachten. Ein Perspektivenwechsel in die Situation seiner Praxismitarbeiterinnen ermöglicht Verständnis für die unterschiedlichen Situationen und Sichtweisen der Konfliktpartner.

4. Umgang mit dem Konflikt

Konflikte können auf drei Arten reguliert werden:

- Mithilfe von Macht (d.h. der mächtigere Konfliktpartner oder eine Drittpartei erzwingt eine Lösung; zu deren Durchsetzung stehen Machtmittel wie Gewalt, Geld, Beziehungen zur Verfügung).
- Mithilfe des Rechts (d.h. es wird entschieden, wer im Recht ist; diese Verfahrensweise setzt Rechtsmittel und Instanzen voraus).
- Unter Berücksichtigung von Interessen (d.h. die Konfliktpartner eruieren ihre tiefer liegenden Wünsche, Ansprüche, Bedürfnisse und erarbeiten einen Interessensausgleich).

Die beste Lösung eines Konflikts ist der Konsens

Mit dieser Strategie wird der Kreislauf durchbrochen. Nur die gemeinsame Suche nach ge-

die Verantwortung für die Folgen ihres (Nicht-)Handelns zu übernehmen, können diese vielleicht auch Fantasie entwickeln, wie es in nächster Zukunft in der Praxis weitergehen soll.

Die vier Phasen eines Konfliktes

Konflikte entwickeln sich unterschiedlich: Sie können lange oder kurz andauern, sie können sachlich oder aggressiv ausgeprägt werden, sie können offen angesprochen oder indirekt angegangen werden. Im Falle eines offenen Konfliktes ist es empfehlenswert, eine dritte unabhängige Person hinzuzuziehen,

„Zusammenstoß“. Jeder möchte seine eigenen Ziele und Bedürfnisse durchsetzen. Konflikte sind umso wahrscheinlicher, je

- verschiedenartiger die fachlichen Kenntnisse und Erfahrungen der Beteiligten sind,
- je unklarer die Rollen, Funktionen und Kompetenzen in der Praxis sind und
- je weniger die Ziele präzisiert, bekannt gegeben und verstanden werden.

2. Wahrnehmung des Konflikts

Menschen nehmen Konflikte aus unterschiedlichen Perspektiven wahr. Eine sachlich richtige Beurteilung der Konfliktsituation ist dadurch oftmals schwierig. Woran lassen sich Konflikte er-

PN Autor



Stefan Häseli ist Betriebswirtschaftler, Coach, Schauspieler, Unternehmer und Experte für das „kommunikative Überleben im Alltag“. Dank seiner Erfahrung als Comedian und Autor von ganzen Kabarett-Programmen zeigt er auf unterhaltsame Weise auf, wie Menschen im Alltag kommunizieren und wie jeder in seiner Art Pointen setzen kann. Kommunikation, die Spaß macht, fördert die zwischenmenschliche Beziehung und hilft, die persönliche Kommunikation, auch als Führungskraft, zu verfeinern. Stefan Häseli ist Goldpreisträger des Internationalen Deutschen Trainingspreises 2012/2013. Er ist Gründer und Inhaber des etablierten Trainingsunternehmens Atelier Coaching & Training AG.



nen, in denen zwei oder mehr Parteien, die voneinander abhängig sind, mit Nachdruck versuchen, scheinbar oder tatsächlich unvereinbare Handlungspläne zu verwirklichen und sich dabei ihrer Gegnerschaft bewusst sind.“

Bewusste Gegner sind in einer Zahnarztpraxis, in der sich alles um das Wohl des Patienten drehen sollte, wohl eher hinderlich. Vielmehr sollte im gesundheitlichen Dienstleistungsbereich die reibungslose Zusammenarbeit des gesamten Praxisteams eine Selbstverständlichkeit sein. Dabei muss eines festgestellt werden: Nicht jedes (kleine, womöglich zwischenmenschliche) Problem ist gleich ein Konflikt!

meinsamen Wegen führt zu Konfliktlösungen, die in der Zahnarztpraxis von allen Seiten akzeptiert und mitgetragen werden. Dabei sollte nicht nur die sachliche Einigung im Vordergrund stehen, sondern die konstruktive Konfliktbewältigung. Wer eigene Verhaltensweisen erkennt und zugleich die Verschiedenheit akzeptiert, hat eine wertvolle Basis im Umgang mit Konflikten und Konfliktgegnern. Aktives Zuhören und Ich-Botschaften erleichtern das Erkennen der unterschiedlichen Standpunkte und Bedürfnisse. Denn: Wer als Gewinner eines Konfliktes einen Verlierer zurücklässt, ist früher oder später selbst der Verlierer. Nur Gewinner sind in der Lage, im Praxisteam dauerhaft Produktives zu leisten. **PN**

PN Adresse

Stefan Häseli
Neuchlenstr. 44a
9200 Gossau SG
Schweiz
Tel.: +41 71 2602226
Fax: +41 71 2602227
info@stefanhaeseli.ch
www.stefanhaeseli.ch
www.atelier-ct.ch

Frühjahrstagung der DG PARO in Kooperation mit der DGI

Die Tagung am 27. und 28. Februar 2015 in Frankfurt am Main steht unter dem Titel „Klinische Entscheidungsfindung im Zeitalter evidenzbasierter Medizin“.

Die Tagung wird erstmalig gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) durchgeführt. Als Tagungsort dient das ehrwürdige Casinogebäude des Campus Westend der Johann Wolfgang Goethe Universität in Frankfurt. Moderiert wird die Frühjahrstagung von dem DG PARO Junior Committee und der DGI Next^e Generation – den Nachwuchsorganisationen der beiden Fachgesellschaften. Die Zusammenarbeit ist für Dr. Otto Zuhr, Zahnarzt und Vorstandsmitglied der DG PARO, zukunftsweisend: „Wir üben ganz bewusst den Schulterschluss mit unseren Kolleginnen und Kollegen aus der DGI, denn durch interdisziplinäre Kooperation können wir für unsere Patienten die bestmöglichen Behandlungsergebnisse erzielen.“ Die Interdisziplinarität spiegelt sich auch in der inhaltlichen Ausrichtung der Frühjahrstagung. Leitgedanke ist das Synoptische Behandlungskonzept, welches das Zusammenwirken der verschiedenen zahnmedizinischen Disziplinen, wie Parodontologie, Implantologie und rekonstruktive Prothetik, über alle Behandlungsschritte, das heißt Diagnose, Behandlung, Vor- und Nachsorge, vorsieht. In den insgesamt vier Themenschwerpunkten der Tagung wird unter anderem danach gefragt, bis zu welchem Schweregrad eine parodontale Behandlung und Zahnerhalt indiziert sind oder unter welchen Voraussetzungen Prothetik auf parodontal kompromittierten Zähnen Erfolg versprechend ist. Die Diskussionsleitung übernehmen dabei Dr. Stefanie Kretschmar und Priv.-Doz. Dr. Stefan Fickl aus dem DG PARO Junior Committee und Dr. Jaana-Sophia Kern und Dr. Frederic Herrmann aus der DGI Next^e Generation. Sie verantworten auch ein verjüng-



tate erzielen.“ Die Interdisziplinarität spiegelt sich auch in der inhaltlichen Ausrichtung der Frühjahrstagung. Leitgedanke ist das Synoptische Behandlungskonzept, welches das Zusammenwirken der verschiedenen zahnmedizinischen Disziplinen, wie Parodontologie, Implantologie und rekonstruktive Prothetik, über alle Behandlungsschritte, das heißt Diagnose, Behandlung, Vor- und Nachsorge, vorsieht. In den insgesamt vier Themenschwerpunkten der Tagung wird unter anderem danach gefragt, bis zu welchem Schweregrad eine parodontale Behandlung und Zahnerhalt indiziert sind oder unter welchen Voraussetzungen Prothetik auf parodontal kompromittierten Zähnen Erfolg versprechend ist. Die Diskussionsleitung übernehmen dabei Dr. Stefanie Kretschmar und Priv.-Doz. Dr. Stefan Fickl aus dem DG PARO Junior Committee und Dr. Jaana-Sophia Kern und Dr. Frederic Herrmann aus der DGI Next^e Generation. Sie verantworten auch ein verjüng-

tes Rahmenprogramm. Am Freitagabend können in der ungezwungenen Atmosphäre einer Tapas-Bar persönliche Gespräche geführt und Erfahrungen ausgetauscht werden. Für die Teilnahme an der Veranstaltung am 27. und 28. Februar 2015 werden pro Tag 8 Fortbildungspunkte gutgeschrieben. Die Veranstaltung entspricht den Leitlinien der BZÄK, der DGZMK und der KZBV.

tes Rahmenprogramm. Am Freitagabend können in der ungezwungenen Atmosphäre einer Tapas-Bar persönliche Gespräche geführt und Erfahrungen ausgetauscht werden. Für die Teilnahme an der Veranstaltung am 27. und 28. Februar 2015 werden pro Tag 8 Fortbildungspunkte gutgeschrieben. Die Veranstaltung entspricht den Leitlinien der BZÄK, der DGZMK und der KZBV.

tes Rahmenprogramm. Am Freitagabend können in der ungezwungenen Atmosphäre einer Tapas-Bar persönliche Gespräche geführt und Erfahrungen ausgetauscht werden. Für die Teilnahme an der Veranstaltung am 27. und 28. Februar 2015 werden pro Tag 8 Fortbildungspunkte gutgeschrieben. Die Veranstaltung entspricht den Leitlinien der BZÄK, der DGZMK und der KZBV.

PN Adresse

Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V.
Neufferstraße 1
93055 Regensburg
Tel.: 0941 942799-0
kontakt@dgparo.de
www.dgparo.de

Das gesunde Implantat

Prävention, Gewebestabilität und Risikomanagement stehen am 24. und 25. April 2015 in Düsseldorf auf der Agenda.

Mit der zunehmenden Zahl der gesetzten Implantate rückt immer mehr auch die Frage nach dem Langzeiterfolg von Implantaten und implantatgetragenen Zahnersatz in den Fokus. Erfolg und Misserfolg hängen dabei von einer Vielzahl von Faktoren ab. Das EXPERTENSYMPOSIUM „Innovationen Implantologie“ wird sich im Radisson Blu Scandinavia Hotel Düsseldorf dieser Thematik widmen. Die Veranstaltungskombination IMPLANTOLOGY START UP und EXPERTENSYMPOSIUM

Bemühen, auch neue Wege zu gehen und das Konzept der Veranstaltung weiterzuentwickeln. Neben der Zusammenarbeit mit den implantologischen Praktikersgesellschaften ist dies seit einigen Jahren vor allem auch die Kooperation mit regionalen Partnern aus der Wissenschaft. Neben dem UKE (Hamburg) waren in den letzten Jahren u. a. die Technische Universität München, die Universität Witten/Herdecke und die Charité (Berlin) wissenschaftliche Kooperationspartner der Veranstaltungen.

schaft des IMPLANTOLOGY START UP 2015 und des 16. EXPERTENSYMPOSIUMS übernehmen Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz (Chefarzt MKG-Chirurgie, Klinikum Konstanz) sowie vonseiten der Poliklinik Prof. Dr. Jürgen Becker/Düsseldorf (Direktor). Zum Referententeam gehören neben den wissenschaftlichen Leitern ausnahmslos renommierte Experten von Universitäten und aus der Praxis. Beide Veranstaltungen laufen parallel und haben eine gemeinsame Industrieaus-



Abb. links: Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz. – Abb. rechts: Prof. Dr. Jürgen Becker/Düsseldorf.

lung „Das gesunde Implantat – Prävention, Gewebestabilität und Risikomanagement“ Fragen des Langzeiterfolgs von Implantaten und von implantatgetragenen Zahnersatz praxisbezogen diskutiert werden. Abgesehen vom Basic-Programm für die Einsteiger steht der Freitag ganz im Zeichen von Hands-on-Kursen, Workshops und Industrievorträgen, während das gemeinsame Podium am Samstag mehr den universitär geprägten Vorträgen vorbehalten ist. Jeder Teilnehmer (Zahnarzt und Zahntechniker) erhält das in der 21. Auflage erscheinende Jahrbuch Implantologie 2015 – das aktuelle und komplett überarbeitete Kompendium zum Thema „Implantologie in Zahnarztpraxis und Dentallabor“. Renommierte Autoren aus Wissenschaft, Praxis und Industrie widmen sich im Jahrbuch Implantologie sowohl den Grundlagen der Implantologie als auch Anwenderthemen und geben Tipps für wirtschaftlich sinnvolle Integration der Implan-

logie in die Praxis. Fallbeispiele und farbige Abbildungen dokumentieren das breite Spektrum der Implantologie. Relevante Anbieter stellen ihr Produkt- und Servicekonzept vor. Thematische Marktübersichten ermöglichen einen schnellen Überblick über Implantatsysteme, Ästhetikkomponenten aus Keramik, Knochenersatzmaterialien, Membranen, Chirurgieeinheiten, Piezo-Geräte sowie Navigationssysteme. Das Jahrbuch Implantologie 2015 beinhaltet zusätzlich Fortbildungsangebote, Organisationen der implantologisch tätigen Zahnärzte und Berufsverbände.

PN Adresse

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

„Innovationen Implantologie“ gehört zu den traditionsreichsten deutschen Implantologie-Events und eröffnete seit 1994 rund 4.000 Zahnärzten den Weg in die Implantologie bzw. begleitete mehr als 2.200 von ihnen in der Folgezeit auch als Anwender. Erklärtes Ziel und eine Grundlage des Erfolgs war stets das

Wissenschaftliches Programm

2015 ist die Poliklinik für zahnärztliche Chirurgie und Aufnahme der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf – wie bereits 2010 – wissenschaftlicher Partner der Veranstaltungskombination. Die Tagungspräsidenten-

stellung sowie am Samstag ein gemeinsames wissenschaftliches Programm. Für die Teilnehmer des IMPLANTOLOGY START UP stehen im Rahmen eines eigenen Programmblocks zunächst die Basics der Implantologie auf der Tagesordnung, während beim EXPERTENSYMPOSIUM unter der Themenstel-

„ISU/ESI 2014“ [Video]

„16. EXPERTENSYMPOSIUM“ [Programm]

„IMPLANTOLOGY START UP 2015“ [Programm]

DAS GESUNDE IMPLANTAT - PRÄVENTION, GEWEBESTABILITÄT UND RISIKOMANAGEMENT
IMPLANTOLOGIE FÜR EINSTEIGER, ÜBERWEISER UND ANWENDER
24./25. APRIL 2015 // DÜSSELDORF // RADISSON BLU

16. EXPERTENSYMPOSIUM
INNOVATIONEN IMPLANTOLOGIE
24. UND 25. APRIL 2015
DÜSSELDORF | RADISSON BLU

IMPLANTOLOGY START UP 2015
DAS GESUNDE IMPLANTAT - PRÄVENTION, GEWEBESTABILITÄT UND RISIKOMANAGEMENT
24. UND 25. APRIL 2015
DÜSSELDORF | RADISSON BLU

„Eine einzigartige Gelegenheit“

PN Information

EuroPerio 8 in London

Der EuroPerio hat sich als weltweit führender Kongress für den Bereich Parodontologie und Implantologie fest etabliert. Tausende Mitglieder der Berufsgruppe werden auch wieder auf dem diesjährigen EuroPerio 8 im Juni in der ExCeL London Exhibition und im Convention Center erwartet. Den wissenschaftlichen Vorsitz hat dabei Prof. Francis Hughes vom Londoner King's College. Nach seinen Angaben können sich die Teilnehmer auf einen der größten und erfolgreichsten Kongresse im Gebiet der Parodontologie und zahnärztlichen Implantologie in Europa freuen.

Mehr als 100 unterschiedliche internationale Sprecher haben ihre Teilnahme am wissenschaftlichen Programm bestätigt. Dieses wird abgerundet durch eine Vielzahl gesponserter Veranstaltungen und freien mündlichen Vorträgen, die aus den eingereichten Abstracts ausgewählt werden. Laut einer aktuellen Studie von Barts und der London School of Medicine and Dentistry leidet heute fast jeder Zehnte an einer schweren Form der Parodontitis – Diese Entwicklung sowie weitere Themen aus dem Gebiet der Parodontologie werden auf der EuroPerio 8 von Experten diskutiert. Darüber hinaus werden auf der Veranstaltung Produktinnovationen innerhalb der Mundgesundheit von bis zu 80 Sponsoren präsentiert, darunter sind Großbritanniens eigenes DentaId sowie die international agierenden Unternehmen Johnson & Johnson, Oral-B und Sunstar. Derzeit repräsentiert die EFP 16.000 Zahnärzte, die zu ihren 29 Mitgliedergesellschaften gehören, u. a. die Britische Gesellschaft für Parodontologie (British Society of Periodontology) ansässig in Bubwith, Yorkshire. Zum letzten Kongress 2012 in Wien kamen mehr als 7.000 Teilnehmer.

Interessierte Teilnehmer können sich auf der Webseite der Gesellschaft zur Veranstaltung in London anmelden: www.efp.org/europerio8/registration

PN Fortsetzung von Seite 1

zu weiterem Erfolg führt und die Anzahl der Teilnehmer der EuroPerio jedes Jahr deutlich angestiegen ist. Darüber hinaus erleben die meisten großen internationalen Treffen einen „London-Effekt“, der dazu beiträgt, die Teilnehmerzahl von Übersee zu erhöhen, was der Attraktivität der Stadt zu verdanken ist. Unser erstes konkretes Maß für das Interesse am Treffen ist letztlich die Anzahl der eingereichten Abstracts. Die liegt momentan mit circa 1.500 Stück bei ungefähr 20 Prozent mehr als in Wien.

PN Die EuroPerio 8 ist in erster Linie ein internationales Event. Wie viele Teilnehmer der Britischen Inseln erwarten Sie für die Schau?

Wir hoffen, mit unserem Event circa 25 Prozent aller Delegierten aus Großbritannien und der Republik Irland anzuziehen. Der BSP hat eine beträchtliche Mitgliederbasis, und angesichts der großen Anzahl praktizierender Zahnärzte in Großbritannien, die ein Interesse an Parodontologie und Implantologie haben, erwarten wir auch viele Teilnehmer, die nicht Mitglied beim BSP sind. Zusätzlich haben wir sehr viele enthusiastische und engagierte Hygieniker in Großbritannien, von denen wir sicher sind, dass sie mit aller Kraft vertreten sein werden.

PN Sie haben ausdrücklich erwähnt, dass EuroPerio 8 nicht nur Spezialisten auf dem Gebiet ansprechen soll, sondern alle Mitglieder des zahnärztlichen Teams. Wie wollen Sie das erreichen?

Bei der lokalen Organisation des Treffens arbeitet der BSP in Kooperation mit der Britischen Gesellschaft für Dentalhygiene

und Therapie (British Society of Dental Hygiene and Therapy), deren vollster Unterstützung und Engagement wir uns bei dieser Veranstaltung sicher sind. Einer der Hauptprogrammpunkte richtet sich speziell an Dentalhygieniker, andere Praktizierende der



zahnärztlichen Pflege und allgemeine Zahnärzte. Unserer Meinung nach ist dies ein großartiger Weg, die meisten Themen in der parodontologischen Primärversorgung auf den neuesten Stand zu bringen. Zudem denken wir, dass die Größe und Reichweite des Events und die zusätzlichen Angebote rundherum eine attraktive Möglichkeit bieten, alle Mitglieder des Teams auf den neuesten Stand zu bringen und dabei gleichzeitig Punkte für die kontinuierliche Weiterbildung zu verdienen.

PN EuroPerio bietet ein vielfältiges wissenschaftliches Programm mit Präsentationen von mehr als 100 Referenten aus Großbritannien und dem Ausland. Was sind die wichtigsten Themen?

Das Spezialistenprogramm wird sich auf die fortgeschrittene Behandlung von Hart- und Weich-

gewebe um Implantate konzentrieren und parodontale Chirurgie, einschließlich Techniken der regenerativen und parodontalen, plastischen Chirurgie. Ganz allgemein haben wir ein stark akademisch angelegtes Programm, um alle Teilnehmer auf den neu-

esten wissenschaftlichen Stand in diesem Gebiet zu bringen, wie auch unser zeitgemäßes praktisches, parodontologisches Programm, das sich auf nicht chirurgische Behandlungstechniken, Risikofaktoren, antimikrobielle Mittel etc. konzentriert.

PN Forschungsarbeiten von Barts und der London School of Medicine and Dentistry haben kürzlich auf eine sich abzeichnende globale Krise hinsichtlich schwerer parodontaler Erkrankungen hingewiesen. Wird der Kongress sich auch mit dieser Entwicklung beschäftigen?

Das Bewusstsein über eine anhaltende Verbreitung schwerer parodontaler Erkrankungen und deren Folgen ist eine Schlüsselbotschaft von einer Vielzahl der Programmsitzungen. Ich freue mich besonders, dass wir eine Sitzung mit Einbeziehung der Öff-

entlichkeit und Patienten abhalten werden, in der Patienten über ihre Erfahrungen mit schwerer Parodontitis berichten. Dies wird unserem Wissen nach erstmalig in dieser Form auf einer parodontologischen Konferenz durchgeführt und im Mittelpunkt der Premiere eines Videos mit dem Titel „Das Geräusch von Parodontitis“ (The Sound of Periodontitis) stehen, das wir extra zu diesem Thema in Auftrag gegeben haben.

PN Ein Ziel der EFP ist es, die Anerkennung der Parodontologie innerhalb von Aufsichtsbehörden, Genehmigungsbehörden und politischen Entscheidungsträgern in ganz Europa zu fördern. Laut einem Bericht Ihrer Kollegen der University of Sheffield und der Newcastle University hat Großbritannien hier noch einiges aufzuholen. Stimmen Sie dem zu und, wenn ja, was sind die Hauptpunkte bezüglich der Parodontologie, die einer Anerkennung bedürfen?

Die EuroPerio nach Großbritannien zu bringen, ist eine einzigartige Gelegenheit, um allgemeinen Zahnärzten sowie anderen zahnärztlichen Experten, Gesundheitsexperten und einer größeren Öffentlichkeit die Wichtigkeit der Parodontologie näherzubringen.

PN Vielen Dank für das Interview.

Übersetzt aus dem Englischen.

PN Adresse

Prof. Francis Hughes
Prof. of Periodontology/
Honorary Consultant
Guy's Hospital
London SE1 9RT, United Kingdom
francis.hughes@kcl.ac.uk

ANZEIGE

MUNDHYGIENETAG 2015

DENTALHYGIENE START UP

TERMINE 2015

2./3. Oktober 2015 • Wiesbaden – Dorint Hotel Pallas
27./28. November 2015 • Berlin – Hotel Palace

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG:
Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten

VERANSTALTER/ANMELDUNG

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 || 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308 || Fax: 0341 48474-290
event@oemus-media.de || www.oemus.com

www.mundhygienetag.de

Programm, Preise und
Anmeldeformular



FAXANTWORT

0341 48474-290

Bitte senden Sie mir das Programm zum MUNDHYGIENETAG 2015 (identisches Programm an beiden Terminen) zu.

Titel/Vorname/Name

E-Mail-Adresse (Bitte angeben!)

Praxisstempel

PN 1/15



PN PRODUKTE

Digitale Mundpflege

Compliance in neuer Dimension.

In der heutigen modernen Welt spielt das Thema Vernetzung eine immer größere Rolle – der Bereich der Mundpflege ist dabei keine Ausnahme. Auch hier gewinnen digitale Informationswege und das Zusammenspiel von Hightech-Geräten zusehends an Bedeutung. Wohin dieser Weg führt, welche Chancen sich daraus für Patient und Praxis ergeben und welche Features uns

nur einen Blick auf das „Zähneputzen von morgen“ werfen, sie werden es selbst erleben können. Live-Demos der neuesten Oral-B Produkte und ein eigenständiger Stand rund um das Informations- und Fortbildungsportal www.dentalcare.com gehören ebenso zu diesem besonderen Messeerlebnis wie das Probeputzen mit elektrischen Zahnbürsten der aktuellsten Generation in einer wortwörtlich smarten Umgebung. Auch in künstlicher Hinsicht wird der Besuch am Oral-B-Stand zu einem Erlebnis auf der diesjährigen IDS. Denn als Souvenir wird für Besucher ein individuelles Erinnerungsstück angefertigt – natürlich digital!

Der Messestand von Procter & Gamble Professional Oral Health befindet sich in Halle 11.3, Stand J010 – K019 und J020 – K021. **PN**



im Badezimmer der Zukunft erwarten, zeigt der Mundpflege-spezialist Oral-B bei seinem Messeauftritt auf der kommenden Internationalen Dental-Schau (IDS) in Köln. Wie also lassen sich Smartphone, Tablet und Co. dazu nutzen, die Compliance und damit die Mundgesundheit des Patienten zu verbessern? Welche Alltagsgegenstände im Badezimmer werden vielleicht schon bald zu interaktiven Prophylaxe-Tools upgegradet? Kurz: Wie sieht die Zukunft der Mundpflege aus? In interaktiver Weise gibt Oral-B auf der IDS 2015 Antworten auf diese Frage. So werden die Besucher am Messestand nicht



Infos zum Unternehmen

PN Adresse

Procter & Gamble GmbH
Sulzbacher Straße 40–50
65824 Schwalbach am Taunus
Tel.: 0203 570570
www.dentalcare.com

Klinisch geprüfte Interdentalreinigung

Für die unkomplizierte Anwendung.

Eine gute Empfehlung stellen die metallfreien Interdentalreiner GUM® SOFT-PICKS® dar. Studien belegen, dass Gingivitis signifikant reduziert wird und die Plaqueentfernung interdental genauso effektiv ist wie bei der Verwendung von Zahnseide (Yost et al.; J Clin Dent 2006, Vol. 17; 3: 79–83). Eine weitere Studie zeigt, dass die Compliance bei der Verwendung des metallfreien Interdentalreiners höher ist als bei einer klassischen Interdentalbürste. Bezüglich Reinigungsleistung gab es keine signifikanten Unterschiede.

Beide Produkte zeigten nach vier Wochen eine deutliche Verringerung der gingivalen Entzündung (Abouassi et al.; Clin Oral Invest 2014; 18:1873–1880). Der Reinigungsbereich der GUM® SOFT-PICKS® mit über 80 ultrafeinen Reini-



Infos zum Unternehmen

gungsnoppen besteht aus thermoplastischem Elastomer – einem latex- und silikonfreien Kunststoff, bei dem ein Allergiepotezial nahezu ausgeschlossen ist. Es stehen drei verschiedene Größen zur Verfügung. Für die Größe „Regular“ gab es vom ÖKO-TEST Magazin (Ausgabe 3/2014) das Gesamturteil „sehr gut“.

Der Messestand von Sunstar Deutschland GmbH ist zu finden in Halle 11.3, Stand K030–L039. **PN**

PN Adresse

Sunstar Deutschland GmbH
Aiterfeld 1
79677 Schönau
Tel.: 07673 885-10855
Fax: 07673 885-10844
service@de.sunstar.com
www.gum-professionell.de

Parodontitis gezielt behandeln

Doxycyclin-Gel wirkt von Frankfurt bis Neapel.

Parodontitis und ihre Behandlung gewinnen im Praxisalltag immer mehr an Bedeutung. Zur adjuvanten Therapie bietet Heraeus Kulzer das Doxycyclin-Gel Ligosan® Slow Release an. In die Zahntasche eingebracht, gibt das Gel seinen Wirkstoff kontinuierlich über mindestens zwölf Tage ab. In dieser Zeit könnte man die Strecke von Frankfurt am Main nach Neapel in Italien zu Fuß zurücklegen. In vielen Fällen reicht die konventionelle Parodontitis-Therapie mit Scaling und Root Planing allein nicht aus, um eine Ausheilung entzündlicher Reaktionen in aktiven Taschen zu erzielen. Hier ergänzt Ligosan® Slow Release von Heraeus Kulzer die nicht chirurgische Standardtherapie bei Erwachsenen. Das Lokalantibiotikum unterstützt die Behandlung chronischer und aggressiver Parodontitis bei einer Taschentiefe von ≥ 5 mm. Durch die gezielte Appli-

Quelle: Matesanz-Pérez P, García-Gargallo M, Figuero E, Bascones-Martínez A, Sanz M, Herrera D.J.: A systematic review on the effects of local antimicrobials as adjuncts to subgingival debridement, compared with subgingival debridement alone, in the treatment of chronic periodontitis. Clin Periodontol. 2013 Mar;40(3):227-41



Infos zum Unternehmen

kation in die betroffene Zahnfleischtasche verbleibt das Gel an Ort und Stelle. Dort wird der Wirkstoff kontinuierlich und in ausreichend hoher Menge für die Dauer von mindestens zwölf Tagen abgegeben. Das 14-prozentige Doxycyclin-Gel erfasst die relevanten parodontopathogenen Leitkeime und wirkt doppelt: antibiotisch und entzündungshemmend. Die patentierte gelartige Konsistenz ermöglicht eine einfache Behandlung, da das Gel einmalig angewendet wird und resorbierbar ist.

In einer systematischen Übersichtsarbeit von Matesanz-Pérez et al. wurde der zusätzliche Nutzen von Lokalantibiotika als Ergänzung zum Scaling und Root Planing (SRP) im Rahmen der Behandlung der chronischen Parodontitis erneut bestätigt.

Untersucht wurde der Effekt der ergänzenden subgingivalen Applikation lokaler Antimikrobiotika im Vergleich zu SRP allein bei Patienten mit chronischer Parodontitis. Die Autoren kamen zu der Schlussfolgerung, dass lokale Antibiotika ergänzend zu SRP eine signifikante klinische Wirkung zeigen, insbesondere bei tiefen oder rezidivierenden Taschen. **PN**

PN Adresse

Heraeus Kulzer GmbH
Grüner Weg 11
63450 Hanau
Tel.: 0800 43723368
Fax: 0800 4372329
info.dent@kulzer-dental.com
www.heraeus-kulzer.com

IDS-Aktion: Rückenfreundlicher Sattelsitz

Schmerzreduzierender ergotherapeutischer Spezialsitz für kurze Zeit mit Sonderleder.

Pünktlich zur IDS 2015 in Köln ist der Bambach Spezialsitz für kurze Zeit mit einem hochwertigen Leder aus der deutschen Automobilindustrie erhältlich. Das Leder zeichnet sich durch eine spezielle Optik, Haptik, Qualität und Strapazierfähigkeit aus. Der Bambach Sattelsitz von Hager & Werken ist ein ergotherapeutischer Spezialsitz für den Einsatz am Behandlungsstuhl oder im Labor. Der patentierte Sattelsitz zeichnet sich durch seine Sitzfläche aus, die beim Sitzen ganz automatisch den natürlichen s-förmigen Verlauf der Wirbelsäule herstellt.

Das Ergebnis ist eine ausgeglichene, rückenfreundliche Sitzhaltung, die länger fit hält und hilft, Rückenschmerzen zu vermeiden. Der Anwender erhält beim Sitzen eine natürliche Becken- und Wirbelsäulenposition aufrecht und mindert dadurch signifikant den Bandscheibendruck und reduziert Spannungs-



Der ergonomische Bambach Sattelsitz (Video (eng.))



schmerzen. Neben der Höhe lässt sich der Neigungswinkel der Sitzfläche anpassen. Das kommt der typischen, nach vorne geneigten Arbeitshaltung

des Behandlers bzw. Zahn-technikers entgegen. „In meiner Praxis verwende ich Bambach Sattelsitze, weil ich massive Rückenschmerzen hatte. Seit ich den Bambach Sattelsitz verwende, habe ich keine Beschwerden mehr“, so Dr. Christian Liebel, Mitinhaber der Praxis Dres. Liebel und Suntov aus Ingolstadt. Zur speziellen Pflege der Lederoberfläche empfiehlt sich das Bambach Lederpflegeöl.

Weitere Informationen zum Bambach Sattelsitz gibt es direkt auf der IDS 2015, Halle 11.2, Stand P008–Q009. **PN**



Infos zum Unternehmen

PN Adresse

Hager & Werken GmbH & Co. KG
Ackerstraße 1
47269 Duisburg
Tel.: 0203 992690
Fax: 0203 299283
info@hagerwerken.de
www.hagerwerken.de

DAS GESUNDE IMPLANTAT - PRÄVENTION, GEWEBESTABILITÄT UND RISIKOMANAGEMENT



24./25. APRIL 2015 | DÜSSELDORF | RADISSON BLU SCANDINAVIA HOTEL

IMPLANTOLOGY START UP 2015
www.startup-implantology.de

16. EXPERTENSYMPOSIUM „INNOVATIONEN IMPLANTOLOGIE“
www.innovationen-implantologie.de



KONGRESSVIDEO 2014

IMPLANTOLOGIE FÜR EINSTEIGER UND ÜBERWEISERZAHNÄRZTE

Freitag, 24. April 2015 | **PROGRAMM ZAHNÄRZTE**

12.00 – 12.30 Uhr Welcome Lunch in der Industrieausstellung
12.30 – 14.30 Uhr **GRUNDLAGEN DER IMPLANTOLOGIE**

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz

Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz

Allgemeine Grundlagen der Implantatchirurgie

- Diagnostik: Braucht man immer ein DVT?
- Möglichkeiten und Grenzen der Knochenregeneration
- Behandlungsempfehlung (Konstanzer Augmentationsalgorithmus)

Dr. Andreas Kraus/Peiting

Allgemeine Grundlagen der Implantatprothetik

- Prothetische Therapiekonzepte
- Implantatgetragene vs. konventionelle Prothetik
- Wann festsitzend, wann herausnehmbar
- Verschrauben vs. Zementieren
- Wieviele Implantate für welche Versorgung
- Abutmentauswahl: Material und Gestaltung
- die Bedeutung der präimplantologischen Planung
- Faktoren für den Langzeiterfolg

15.15 – 18.00 Uhr **Teilnahme an den Industrieworkshops** (inkl. Pause)

1 Otmedical
Dr. Daniel Ferrari, M.Sc./Düsseldorf
Erste Schritte in die Implantologie mit OT medical (inkl. Hands-on)

2 camlog
Dr. Andreas Kraus/Peiting
Go first with Camlog – Start in die Implantologie über die Prothetik – Grundlagen der praktischen Implantatprothetik (inkl. Hands-on)

3 straumann
Dr. Stefan Schnitzer/Münster
Einstieg in die Implantologie mit dem Straumann Implantatsystem (inkl. Hands-on am Kunststoffkiefer)

4 Dentium
Dr. Sven Kurth/Berlin
Sinuslifttechniken für Einsteiger (inkl. Hands-on)

Hinweis: Die Workshops sind mit Hands-on. Bitte beachten Sie, dass Sie nur an einem Workshop teilnehmen können! Notieren Sie den von Ihnen gewählten Workshop bitte auf dem Anmeldeformular.

(Änderungen vorbehalten!)

IMPLANTOLOGIE FÜR VERSIERTE ANWENDER

Freitag, 24. April 2015 | **PROGRAMM ZAHNÄRZTE**

12.00 – 12.30 Uhr Welcome Lunch in der Industrieausstellung
12.30 – 14.00 Uhr **INDUSTRIEWORKSHOPS**

1 Heraeus Kulzer
Dr. Patrick Heers/Coesfeld
Minimalinvasives prothetisches Implantatkonzept mit einteilig verschraubter Lösung (inkl. Hands-on)

2 phibo
Dr. Götz Grebe/Dortmund
Risikominimierung und vorhersehbare Ergebnisse durch perfekte Implantatplanung – Die digitale Abdrucknahme und Implantatplanung mit dem 3Shape TRIOS (inkl. Hands-on)

3 SUNSTAR GUIDOR
Dr. Jens Schug/Zürich (CH)
Minimalinvasives Verfahren zur Alveolarkammprävention und Augmentation

4 ZIRKOLITH
Dr. Ralf Lüttmann/Eckernförde
Das Keramikimplantat-System für alle Knochenqualitäten – von minimalinvasiv bis Augmentation (inkl. Hands-on)

Hinweis: Die Workshops sind zum Teil mit Hands-on. Bitte beachten Sie, dass Sie nur an einem Workshop teilnehmen können! Notieren Sie den von Ihnen gewählten Workshop bitte auf dem Anmeldeformular.

15.00 – 18.30 Uhr **INDUSTRIEPODIUM**

Vorsitz/Moderation: Prof. Dr. Thomas Weischer/Essen, Dr. Jens Schug/Zürich

Prof. Dr. Thomas Weischer/Essen

Das gesunde Implantat beim vorerkrankten Patienten: Was ist zu berücksichtigen?

Dr. Patrick Heers/Coesfeld
Minimalinvasives prothetisches Implantatkonzept mit einteilig verschraubter Lösung

Dr. Jens Becker M.Sc./Hannover
Die kleinen Besonderheiten machen den großen Unterschied – das AUREA Implantatsystem

Dr. Jens Schug/Zürich
Kammerhalt als implantatologische Voraussetzung

Matthias Mergner, M.Sc./Bayreuth
Laser in der Parodontitis-/Periimplantitistherapie: antimikrobielle Photodynamische Therapie (aPDT) – Ein Weg zur Infektionskontrolle

Dr. Bernd Neuschulz, M.Sc./Hamel
Sicherung des implantatologischen Erfolges bei Patienten mit reduzierter Compliance

Dr. Ralf Lüttmann/Eckernförde
Zirkolith® Keramikimplantate: Weniger Plaque. Weniger Periimplantitis-Risiko. Was ist dran?

Dr. Daniel Ferrari, M.Sc./Düsseldorf
Ein gesundes Implantat – was ist das eigentlich?

Dr. Uwe Steinhaus/Krefeld
Optimierte Wundheilung und Osseointegration durch Plasmatherapie

(Änderungen vorbehalten!)

GEMEINSAMES PODIUM

Samstag, 25. April 2015 | **PROGRAMM ZAHNÄRZTE**

HAUPTKONGRESS | 09.00 – 16.45 Uhr
Das gesunde Implantat – Prävention, Gewebestabilität und Risikomanagement
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Jürgen Becker/Düsseldorf

Prof. Dr. Jürgen Becker/Düsseldorf

Das Düsseldorfer Therapiekonzept zur Prävention und Therapie entzündlicher Komplikationen an Implantaten

Dr. Gordon John/Düsseldorf

Periimplantäre Entzündungen bei Keramikimplantaten?

ZÄ Hatice Eren/Düsseldorf

Sind Implantate bei Autoimmunerkrankungen möglich?

Dr. Manuel Nienkemper/Düsseldorf

Stabilität orthodontischer Mini-Implantate

Dr. Gerd Körner/Bielefeld

Implantatgetragener Ersatz in einem parodontologischen Gesamtkonzept

Prof. Dr. Irena Sailer/Genf (CH)

Gestaltung von festsitzendem Zahnersatz

Dr. Katrin Becker/Düsseldorf

ZTM Reinhardt Lucas/Mönchengladbach

Neue Konzepte zur dreidimensionalen Planung

Dr. Regina Becker/Düsseldorf

Erhaltungstherapie des implantatgetragenen Zahnersatzes bei Risikopatienten

Implantate bei Risikopatienten

(Osteoporose, Bisphosphonate, vor und nach Tumorthherapie)

Ein interdisziplinäres Konzept zur Vermeidung von Komplikationen:

Prof. Dr. Tanja Fehm/Düsseldorf
aus gynäkologischer Sicht

Prof. Dr. Rainer Haas/Düsseldorf
aus onkologischer Sicht

Dr. Daniel Martens/Düsseldorf
aus zahnärztlicher Sicht

anschließend Diskussion*

* Fragen können während der Veranstaltung oder vorab per E-Mail an event@oemus-media.de eingereicht werden.

Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets/Hamburg

Implantate beim stark atrophierten Kiefer – Welche Therapieoptionen gibt es heute?

(Änderungen vorbehalten!)

ORGANISATORISCHES

Veranstalter/Anmeldung

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29 | 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308 | Fax: 0341 48474-290
event@oemus-media.de | www.oemus.com



Wissenschaftliche Leitung

(Freitag – IMPLANTOLOGY START UP 2015)

Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz

Wissenschaftliche Leitung Hauptkongress

(Samstag – Gemeinsames Podium)

Prof. Dr. Jürgen Becker/Düsseldorf
Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie und Aufnahme
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Fortbildungspunkte

Die Veranstaltung entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der KZBV vom 23.09.05 einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK vom 14.09.05 und der DGZMK vom 24.10.05, gültig ab 01.01.06.

Bis zu 16 Fortbildungspunkte.

Veranstaltungsort



Radisson Blu Scandinavia Hotel
Karl-Arnold-Platz 5
40474 Düsseldorf
Tel.: 0211 4553-0
www.radissonblu.de

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG sowie nähere Informationen zum Programm finden Sie auf unserer Homepage www.oemus.com

KONGRESSGEBÜHREN

Kongressgebühren Hauptkongress

Freitag, 24. April 2015 und Samstag, 25. April 2015

Zahnarzt (Frühbucherrabatt bis 14.03.2015)	195,- € zzgl. MwSt.
Zahnarzt	220,- € zzgl. MwSt.
ZT/Assistent (Frühbucherrabatt bis 14.03.2015)	95,- € zzgl. MwSt.
ZT/Assistent	120,- € zzgl. MwSt.
Student (mit Nachweis)	nur Tagungspauschale
Tagungspauschale*	98,- € zzgl. MwSt.

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

ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

- Die Kongressanmeldung erfolgt schriftlich auf den vordruckten Anmeldekarten oder formlos. Aus organisatorischen Gründen ist die Anmeldung so früh wie möglich wünschenswert. Die Kongresszulassungen werden nach der Reihenfolge des Anmeldeeinganges vorgenommen.
- Nach Eingang Ihrer Anmeldung bei der OEMUS MEDIA AG ist die Kongressanmeldung für Sie verbindlich. Sie erhalten umgehend eine Kongressbestätigung und die Rechnung. Für OEMUS MEDIA AG tritt die Verbindlichkeit erst mit dem Eingang der Zahlung ein.
- Bei gleichzeitiger Teilnahme von mehr als 2 Personen aus einer Praxis an einem Kongress gewähren wir 10 % Rabatt auf die Kongressgebühr, sofern keine Teampreise ausgewiesen sind.
- Die ausgewiesene Kongressgebühr und die Tagungspauschale versteht sich zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
- Die ausgewiesenen Gebühren für Studenten werden nur für Studenten der Medizin/Zahnmedizin im Erststudium mit Nachweis gewährt. Das heißt, nicht für Masterstudiengänge im Zweitstudium (z. B. Uni Krems) und/oder vergleichbare postgraduierte Studiengänge und Ausbildungen.
- Der Gesamtrechnungsbetrag ist bis spätestens 2 Wochen vor Kongressbeginn (Eingang bei OEMUS MEDIA AG) auf das angegebene Konto unter Angabe des Teilnehmers, der Seminar- und Rechnungsnummer zu überweisen.
- Bis 4 Wochen vor Kongressbeginn ist in besonders begründeten Ausnahmefällen auch ein schriftlicher Rücktritt vom Kongress möglich. In diesem Fall ist eine Verwaltungskostenpauschale von 25,- € zu entrichten. Diese entfällt, wenn die Absage mit einer Neuanmeldung verbunden ist.
- Bei einem Rücktritt bis 14 Tage vor Kongressbeginn werden die halbe Kongressgebühr und Tagungspauschale zurückerstattet, bei einem späteren Rücktritt verfallen die Kongressgebühr und die Tagungspauschale. Der Kongressplatz ist selbstverständlich auf einen Ersatzteilnehmer übertragbar.
- Mit der Teilnahmebestätigung erhalten Sie den Anfahrtsplan zum jeweiligen Kongresshotel und, sofern erforderlich, gesonderte Teilnehmerinformationen.
- Bei Unter- oder Überbelegung des Kongresses oder bei kurzfristiger Absage eines Kongresses durch den Referenten oder der Änderung des Kongressortes werden Sie schnellstmöglich benachrichtigt. Bitte geben Sie deshalb Ihre Privattelefonnummer und die Nummer Ihres Faxgerätes an. Für die aus der Absage eines Kongresses entstehenden Kosten ist OEMUS MEDIA AG nicht haftbar. Der von Ihnen bereits bezahlte Rechnungsbetrag wird Ihnen umgehend zurückerstattet.
- Änderungen des Programmablaufs behalten sich Veranstalter und Organisatoren ausdrücklich vor. OEMUS MEDIA AG haftet auch nicht für Inhalt, Durchführung und sonstige Rahmenbedingungen eines Kongresses.
- Mit der Anmeldung erkennt der Teilnehmer die Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG an.
- Gerichtsstand ist Leipzig.

IMPLANTOLOGY START UP 2015
16. EXPERTENSYMPOSIUM „INNOVATIONEN IMPLANTOLOGIE“

Anmeldeformular per Fax an
0341 48474-290
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

PN 1/15

Für das **IMPLANTOLOGY START UP 2015** am 24./25. April 2015 in Düsseldorf melde ich folgende Personen verbindlich an:

	<input type="checkbox"/> Freitag	Workshop 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Samstag	
TITEL, NAME, VORNAME, TÄTIGKEIT	KONGRESS-TEILNAHME	PROGRAMM ZAHNÄRZTE
oder		

Für das **16. EXPERTENSYMPOSIUM** am 24./25. April 2015 in Düsseldorf melde ich folgende Personen verbindlich an:

	<input type="checkbox"/> Freitag	Workshop 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Samstag	
TITEL, NAME, VORNAME, TÄTIGKEIT	KONGRESS-TEILNAHME	PROGRAMM ZAHNÄRZTE

PRAXISSTEMPEL

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für das **IMPLANTOLOGY START UP 2015/16. EXPERTENSYMPOSIUM** erkenne ich an.

DATUM/UNTERSCHRIFT

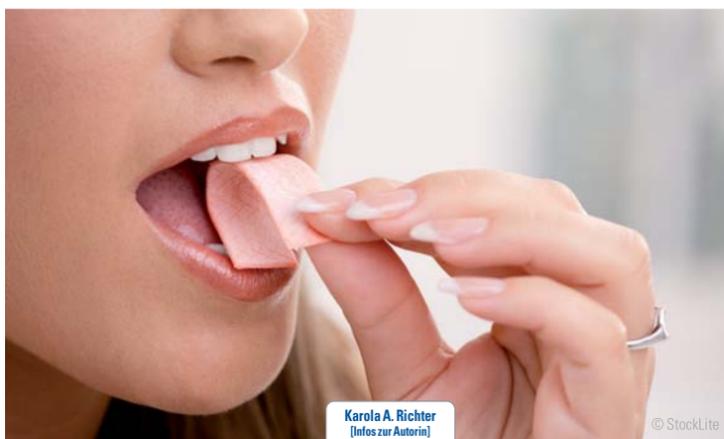
E-MAIL-ADRESSE (BITTE ANGEBEN)

Kauen statt Zahnseide?

Gleichwertige Prophylaxewirkung von Kaugummi.

Niederländische Zahnärzte zeigen jetzt, was viele schon immer gehofft haben: Das Kaugummikauen ist unter bestimmten Voraussetzungen genauso effektiv wie das Benutzen von Zahnseide. Die Studie der Universität Groningen mit dem Namen „Quantification and Qualification of Bacteria Trapped in Chewed Gum“ erschien Anfang 2015 im Journal PLOS ONE.

Zahnseide sein. Kauen über einen längeren Zeitraum hinweg sei aber wiederum nicht zu empfehlen, denn irgendwann beginne sich die Konsistenz des Kaugummis zu verändern: Dann gibt er laut Studie wasserlösliche Stoffe sowie die zuvor aufgenommenen Bakterien zurück in den Mundraum ab. Von zuckerhaltigem Kaugummi ist abzuraten, da er die Bakterien an-



Karola A. Richter
(Infos zur Autorin)



Demnach soll das Kauen von zuckerfreiem Kaugummi in den ersten 30 Sekunden am effektivsten sein. In einem Zeitraum von zehn Minuten können damit 100.000.000 Bakterien von der Zahnoberfläche beseitigt werden. Damit kann ein Kaugummi so wirksam wie

füttern würde. Die Wissenschaftler wollen nun einen Kaugummi entwickeln, der gezielt schädliche Bakterien absorbiert und so die Mundgesundheit wesentlich verbessert. **PN**

Quelle: ZWP online

Wrigley Prophylaxe Preis 2015

Last Call – Einsendeschluss für Bewerbungen ist der 1. März 2015.

Unter der Schirmherrschaft der **DGZ**



Wissenschaftler und Praktiker, die sich mit der Prävention oraler Erkrankungen oder den Zusammenhängen zwischen Mund- und Allgemeingesundheit befassen, sind zur Bewerbung um den Wrigley Prophylaxe Preis 2015 aufgerufen. Der Preis wird in den Kategorien „Wissenschaft“ und „Öffentliches Gesundheitswesen“ ausgeschrieben und ist mit 10.000 Euro dotiert. Zusätzlich wird der 2014 erstmals verliehene, mit 2.000 Euro dotierte Sonderpreis „Niedergelassene Praxis und gesellschaftliches Engagement“ in diesem Jahr erneut ausgeschrieben.

Der Wrigley Prophylaxe Preis ist eine der renommiertesten Auszeichnungen auf dem Gebiet der Kariesprophylaxe und steht unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ). Gestiftet wird er alljährlich vom Wrigley Oral Healthcare Program (WOHP), der Mundgesundheits-Initiative der Wrigley GmbH. Verliehen wird die Auszeichnung für herausragende Arbeiten zur Forschung und Umsetzung der Prophylaxe. „Neben dem wissenschaftlichen Niveau legen wir bei der Beurteilung der Arbeiten auch Wert auf Kreativität und Innovation. So kann der Preis immer wieder neue Impulse für weitere Forschung und für zukunftsweisende Prophylaxeprogramme in der Praxis geben“, erklärte Professor Hendrik Meyer-Lückel, Mitglied der unabhängigen Fachjury, am Rande der Preisverleihung 2014 in Hamburg. Auch der im letzten Jahr erstmals ausgelobte Sonderpreis „Niedergelassene Praxis und

gesellschaftliches Engagement“ wird aufgrund des großen Interesses und der überzeugenden Einreichungen für 2015 erneut ausgeschrieben. Mit ihm erhalten auch kleinere, nicht wissenschaftlich ausgerichtete Projekte aus Zahnarztpraxen, Schulen, Kindergärten und anderen Institutionen Anerkennung und Aufmerksamkeit. Um den Sonderpreis bewerben können sich Praxisteam-Mitarbeiter, Lehrer, Pädagogen und alle, die sich – auch ehrenamtlich – für die Oralprophylaxe engagieren. Informationsflyer und Bewerbungsformulare mit Teilnahmebedingungen – auch zum „Sonderpreis Praxis“ – sind unter www.wrigley-dental.de abrufbar. Bewerbungen sind bis zum 1. März 2015 willkommen. **PN**

PN Adresse

Wrigley Oral Healthcare Program
Biberger Str. 18
82008 Unterhaching
Tel.: 089 66510-0
Fax: 089 66510-457
infogermany@wrigley.com
www.wrigley-dental.de

Kariesprävention im Fokus

Nationale Offensive zur Patientenaufklärung startet ins vierte Jahr.

Bereits seit vier Jahren engagiert sich CP GABA mit seiner nationalen elmex® INITIATIVE. Ziel ist es, der breiten Öffentlichkeit die hohe Bedeutung einer konsequenten Mundhygiene näherzubringen. Um möglichst viele Menschen über die „Volkskrankheit“ Karies aufzuklären, wird eine Tour durch zehn deutsche Städte veranstaltet. Im Aktionszeitraum bis Ende März werden die Zahnarztpraxen und Apotheken bei ihrem Kampf gegen Karies zusätzlich durch verschiedene Aktionen unterstützt. Zudem erhalten Interessierte an den Roadshow-Orten einmalig eine kostenlose Intensivfluoridierung unter zahnärztlicher Aufsicht.

Intensivfluoridierungen in der häuslichen Mundhygiene

Dem Ziel der breiten Aufklärung ist CP GABA seit dem Start der Initiative kontinuierlich näher gekommen. In zehn Städten wurden allein im letzten Jahr über 24.000 Beratungsgespräche und mehr als 1.400 Fluoridierungen

durchgeführt. Im Mittelpunkt der Initiative 2015 steht das Thema Intensivfluoridierungen. Aufgrund der Häufigkeit von Karieserkrankungen sollten Intensivfluoridierungen nicht nur in der Zahnarztpraxis durchgeführt werden. Vielmehr sollten sie zusätzlich ein wesentlicher Bestandteil der häuslichen Mundhygiene sein. Das bestätigen die Ergebnisse der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie: Demnach hat nur etwa ein Prozent der Erwachsenen ein kariesfreies Gebiss. Bei einer aktuellen Umfrage unter Verbrauchern gaben lediglich 17 Prozent an, dass

sie die häusliche Intensivfluoridierung als Bestandteil einer guten Prophylaxe ansehen. Hinzu kommt, dass die Experten in den Praxen grundsätzlich zwischen der in der Praxis durchgeführten Intensivfluoridierung und der regulären Fluori-

beratung. Die elmex® INITIATIVE setzt genau da an. Denn zahlreiche Untersuchungen belegen inzwischen, dass eine regelmäßige Intensivfluoridierung sowohl bei Kindern und älteren Patienten, aber auch bei Erwachsenen mit einer guten Mundgesundheit zur Verringerung von Karieserkrankungen beitragen kann. Das Motto der elmex®-Tour: „Gesunde Zähne ein Leben lang“ passt genau zum Ansatz, bereits im Kindes- und Jugendalter mit einer guten Fluorid-Versorgung zu beginnen. CP GABA engagiert sich bei dieser Patientengruppe in besonderem Maße. Unter anderem wird eine erweiterte Kooperation mit den SOS-Kinderdörfern durchgeführt.

in der Öffentlichkeit bekannt gemacht. Den Zahnarztpraxen und Apotheken steht umfangreiches Informationsmaterial im Aktionszeitraum zur Verfügung (anzufordern unter CSDentalDE@CPGaba.com für die Zahnarztpraxen). Neben elmex® gelée, das den Zahnschmelz zusätzlich härtet und bereits entkalkten Zahnschmelz remineralisiert, stehen die Zahnpasta elmex® KARIESCHUTZ PROFESSIONAL™, basierend auf der PRO-ARGIN®-Technologie, sowie die Schallzahnbürste elmex® ProClinical® im Fokus der diesjährigen elmex® INITIATIVE. Bis auf elmex® gelée sind alle Produkte sowohl in Zahnarztpraxen als auch in Apotheken erhältlich. **PN**

PN Adresse

CP GABA GmbH
Beim Strohhause 17
20097 Hamburg
Tel.: 040 7319-0
info@gaba-dent.de
www.gaba-dent.de
www.elmex.de/initiative

Unterstützung der Profession

Die Tour wird durch weitere Maßnahmen wie TV-Spots, Mailings sowie Anzeigen unterstützt und



standteil der häuslichen Mundhygiene sein. Das bestätigen die Ergebnisse der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie: Demnach hat nur etwa ein Prozent der Erwachsenen ein kariesfreies Gebiss. Bei einer aktuellen Umfrage unter Verbrauchern gaben lediglich 17 Prozent an, dass

dierung zu Hause unterscheiden. Produkte wie elmex® gelée werden bisher primär in der Praxis für Intensivfluoridierungen verwendet. Dass Patienten auch zu Hause selbst mit einer Intensivfluoridierung Karies vorbeugen können, ist noch nicht ausreichend Bestandteil der Patienten-

Spezialzahncreme erfolgreich getestet

„Ich würde sie meinen Patienten empfehlen“, lautete das Urteil von 96,1 Prozent der Fachanwender.¹

In einer breit angelegten, bundesweiten Fragebogen-Aktion testeten rund 964 Zahnärzte und deren Praxisteams im Juli und August 2014 die neue, optimierte Formulierung der medizinischen Spezialzahncreme Pearls & Dents. Sie ist seit September 2014 auf dem Markt. Als besonders positiv bewerteten die Tester unter anderem, dass die Zahncreme äußerst schonend reinigt (98,4 Prozent) und dabei eine sehr gute Reinigungsleistung erzielt (97,5 Prozent).¹

Konkret gaben rund 97,5 Prozent der Tester¹ an, dass sich die Zähne nach dem regelmäßigen Putzen mit der Zahncreme (mindestens zwei Mal täglich über mehrere Wochen) zungenglatt und sauber anfühlten“, so Dr. Jens-Martin Quasdorff, Geschäftsführer von Dr. Liebe. „Die Meinung unserer

Fachanwender bestätigt damit, dass wir mit der optimierten Pearls & Dents deren Produktversprechen einlösen: optimale Reinigungswirkung bei minimaler Abrasion.“

Rund 97,7 Prozent der Tester bewerten positiv, dass Dr. Liebe den Fluoridgehalt von 1.200 ppm auf 1.450 ppm erhöht hat.¹

Den Einsatz von Xylit als weiteren Bau-

Das enthaltene Xylit unterstützt aufgrund seiner antikariogenen Wirkung² im Kampf gegen Karies.



¹ Befragung von rund 964 Zahnärzten und Praxismitarbeitern im Rahmen einer Test- und Fragebogenaktion, durchgeführt von Dr. Rudolf Liebe Nachf. GmbH & Co. KG, 07-08/2014.

² Scheinin, A., Mäkinen, K.K. (1975) Turku Sugar Studies I-XXI. Acta Odontol. Scand. 33 (Suppl. 70): 1-349.

stein für die effektive Kariesprophylaxe erachten ebenfalls rund 97,9 Prozent als positiv.¹ Für optimale Kariesprophylaxe sorgt die neue Pearls & Dents durch das optimierte Doppel-Fluorid-System aus Amin- und Natriumfluorid (Gehalt nun 1.450 ppm).

„Dass die neuen Perlen zu 100 Prozent biologisch abbaubar sind, bewerte ich positiv.“ So äußerten sich 99,4 Prozent der Tester.¹ Dass die neuen, zum Patent angemeldeten Reinigungsperlen zu 100 Prozent aus nachwachsenden Quellen hergestellt

werden, bewerteten ebenfalls 99,4 Prozent der Tester als positiv.¹ „Ein Hauptanspruch bei der Weiterentwicklung unserer medizinisch anspruchsvollen Zahncremes war und ist immer auch die Natürlichkeit der Wirkstoffe, die wir zum Einsatz bringen“, so Dr. Jens-Martin Quasdorff. „Aus unserer heutigen Sicht bot der Einsatz von EVA-Copolymeren in der Ursprungs-version von Pearls & Dents Optimierungspotenzial.“ Und weiter: „In der Richtigkeit dieses Anspruchs bestätigt uns zusätzlich die öffentliche Diskussion zu den Auswirkungen von in Kosmetika eingesetztem Mikroplastik auf die Umwelt.“ Fast zwei Jahre hat das Unternehmen an einem naturbasierten Substitut für die EVA-Kügelchen geforscht. Es sollte der Philosophie von Dr. Liebe, natürliche Wirkstoffe zum Einsatz zu bringen, ebenso genügen wie dem hohen medizinischen Anspruch an Reinigungseffizienz und minimalen Abrieb der Zahnhartsubstanz. Möglich macht dies das 1997 in Zusammenarbeit mit Univ. Prof. Dr. Franz Günter Sander (†) entwi-

ckelte Perlssystem. Dr. Liebe hat es in Kooperation mit dessen Söhnen, Priv.-Doz. Dr. Christian Sander und Priv.-Doz. Dr. Franz Martin Sander sowie weiteren ausgewählten Zahnärzten weiterentwickelt und optimiert. Auch die neue, optimierte Pearls & Dents ist aufgrund ihrer sehr guten Reinigungsleistung bei minimaler Abrasion (RDA 32) besonders zu empfehlen für Raucher, Kaffee-, Tee- und Rotweingenießer, bei Kronen, Implantaten und Brücken, Fissurenversiegelungen und Kunststofffüllungen. Zahnspangenträger finden in ihr die Zahncreme, die auch an den Spangenträgern und unter den Bögen hocheffizient, schonend und schnell reinigt.

PN Adresse

Dr. Rudolf Liebe
Nachf. GmbH & Co. KG
Max-Lang-Straße 64
70771 Leinfelden-Echterdingen
Tel.: 0711 758577911
Fax: 0711 758577926
service@drliede.de
www.drliede.de

Behandlungsrealität bei der Periimplantitis-Prophylaxe

Praxen thematisieren bei der Patientenaufklärung vor einer Implantation die Bedeutung der Implantatpflege zu selten.

Das Aktionsbündnis gesundes Implantat hat 127 Zahnarztpraxen zur Prophylaxe von periimplantären Erkrankungen befragt. Die Ergebnisse sind größtenteils erfreulich, zeigen aber auch einige Defizite – besonders bei den Themen der präoperativen Patientenaufklärung. Das Aktionsbündnis konnte anhand der Umfrage weitere zentrale Ziele für eigene Projekte zur Förderung der periimplantären Gesundheit identifizieren.

Implantate boomen

Immerhin 30 Prozent der weiblichen und 57 Prozent der männlichen Zahnmediziner haben sich den Arbeitsschwerpunkt Implantologie gesetzt.¹ Gleichzeitig ist die Implantologie mit einem verhältnismäßig hohen Risiko für Patienten verbunden: Eine europäische Konsensusstudie aus dem Jahr 2006 diagnostiziert an über 50 Prozent der Implantate eine periimplantäre

Mukositis und an 12 bis 40 Prozent der Implantate eine Periimplantitis.² Vor diesem Hintergrund wollte das Aktionsbündnis gesundes Implantat wissen, wie gut Patienten über die Risiken periimplantärer Infektionen aufgeklärt werden und welche Maßnahmen Zahnarztpraxen zur Prophylaxe von Entzündungen am Implantat ergreifen.

Informationen über Risiken der Implantattherapie kommen zu kurz

In den befragten Praxen wird sich für die Patientenaufklärung größtenteils erfreulich viel Zeit genommen. Über zwei Drittel gaben an, mindestens 10 bis 20 Minuten Zeit für die Aufklärung vor einer Implantation aufzuwenden. Nur fünf Prozent der befragten Praxen klärt in maximal 10 Minuten auf. Da bei der Patientenaufklärung über die Hälfte der befragten Praxen das Assistenzpersonal hinzuzieht, will das Aktionsbündnis zukünftig noch gezielter diese Personengruppe ansprechen, um so Patienten schon präoperativ bestmöglich auf die Implantatpflege vorzubereiten. Am häufigsten werden die Patienten bei der Aufklärung über mögliche Therapiealternativen, den Behandlungsablauf und die

Initialkosten einer Implantation informiert. Die Notwendigkeit der sorgfältigen Implantatpflege nach Einheilung, eine gute Mundhygiene präoperativ, Risikofaktoren für periimplantäre Infektionen und die Gefahr und Häufigkeit periimplantärer Infektionen standen hingegen am wenigsten im Fokus der befragten Praxen. Hier muss das Bündnis ansetzen: Für die Langlebigkeit einer Implantatversorgung sind diese Punkte essenziell. Bei der Implantatplanung mit bildgebender Diagnostik gibt es große Unterschiede zwischen den befragten Praxen. Ein Groß-

alle Patienten mindestens zwei Mal jährlich zur Implantatprophylaxe, in 20 Prozent der Fälle sogar quartalsweise. Die Prophylaxe wird in den meisten Fällen von einer ZMP oder einer ZMF durchgeführt. Die Mitarbeit der Patienten bei der Implantatprophylaxe wird von knapp 60 Prozent der teilnehmenden Praxen als gut oder sehr gut bewertet. Allerdings schätzen auch 29 Prozent der Praxen die Compliance lediglich als befriedigend ein, neun Prozent sogar als ausreichend oder mangelhaft.



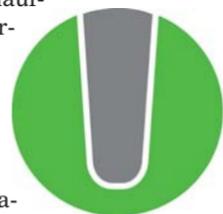
Chlorhexidin-Präparate. 28 Prozent der befragten Praxen reinigen Implantate mit Schallschalern, 35 Prozent mit Ultraschallschalern (Mehrfachnennung war möglich). Am häufigsten gaben die befragten Praxen an, mit der Methode Piezon zu arbeiten.

Umfrage weist Aktionsbündnis den Weg

Ziele dieser nicht repräsentativen Umfrage zur Behandlungsrealität bei der Prophylaxe periimplantärer Erkrankungen des Aktionsbündnisses gesundes Implantat waren die Evaluation von Defiziten in der Periimplantitis-Prävention, die Erhebung eines Status quo als Grundlage für kontinuierliche Erhebungen in den kommenden Jahren und die Identifizierung konkreter Ansatzmöglichkeiten für weitere Projekte des Aktionsbündnisses gesundes Implantat.

PN Adresse

Aktionsbündnis gesundes Implantat
c/o DentaMedica GmbH
Karl-Heine-Str. 85
04229 Leipzig
Tel.: 0800 2290710
Fax: 0341 22907162
info@gesundes-implantat.de
www.gesundes-implantat.de



AKTIONSBÜNDNIS gesundes Implantat

teil nutzt bereits digitales Röntgen, Filmaufnahmen sind aber noch immer sehr verbreitet. An Platz eins der Hilfsmittel für die Implantatplanung steht die digitale Panoramaaufnahme, an zweiter Stelle die Planung auf dem Modell und an dritter Stelle die 3-D-Aufnahme.

Patienten zeigen hohe Prophylaxe-Motivation

Erfreulicherweise kommen in den befragten Praxen praktisch

Hier zeigt sich für das Aktionsbündnis die Notwendigkeit der Patientenmotivation für die Implantatprophylaxe. Bei der Durchführung der Implantatprophylaxe wird in den befragten Praxen am häufigsten mit Handinstrumenten aus Kunststoff oder Titan gearbeitet – Stahlküretten wurden jedoch ebenfalls genutzt. Über die Hälfte aller Praxen nutzt für die Implantatprophylaxe Luft-Pulver-Wasserstrahlgeräte. 28 Prozent der Praxen verwenden für die Implantatprophylaxe

¹ IDZ-Information Nr. 1/10. Micheelis, W., Bergmann-Krauss, B., Reich, E. Rollenverständnisse von Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland zur eigenen Berufsausübung – Ergebnisse einer bundesweiten Befragungsstudie, S. 23.

² Lindhe J, Meyle J: Peri-implant diseases: Consensus report of the Sixth European Workshop on Periodontology, Group D. J Clin Periodontol 2008; 35 (8 Suppl): 282-28.

PRÄVENTIONS- UND MUNDGESUNDHEITSTAG

2015

8. Mai 2015 | Essen | ATLANTIC Congress Hotel Essen

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg
Prof. Dr. Thorsten M. Auschill/Marburg
Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten



Programm, Preise
und Anmeldeformular

Freitag, 8. Mai 2015 | Programm

Wissenschaftliche Vorträge

09.00 – 09.05 Uhr	Eröffnung
09.05 – 09.45 Uhr	Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten Zahnpasta – Ein Kosmetikum mit medizinischer Wirkung
09.45 – 10.25 Uhr	Prof. Dr. Thorsten M. Auschill/Marburg Systematik der Parodontitisbehandlung im Praxisteam
10.25 – 10.30 Uhr	Diskussion
10.30 – 11.00 Uhr	Pause/Besuch der Industrieausstellung

Table Clinics (TC)

11.00 – 11.40 Uhr	1. Staffel
11.50 – 12.30 Uhr	2. Staffel
12.30 – 13.30 Uhr	Pause/Besuch der Industrieausstellung
13.30 – 14.10 Uhr	3. Staffel
14.20 – 15.00 Uhr	4. Staffel
15.00 – 15.20 Uhr	Pause/Besuch der Industrieausstellung

Wissenschaftliche Vorträge

15.20 – 16.00 Uhr	Priv.-Doz. Dr. Gregor Petersilka/Würzburg Mundschleimhaut unauffällig. Oder vielleicht doch nicht?
16.00 – 16.40 Uhr	Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg Nachsorge beim Parodontitispatienten (UPT) – Recall mit System
16.40 – 16.45 Uhr	Abschlussdiskussion

Table Clinics (TC) in der Industrieausstellung

Die Referenten betreuen unter einer konkreten Themenstellung einen „Round Table“. Es werden Studien, Techniken sowie praktische Anwendungsmöglichkeiten vorgestellt, bei denen die Teilnehmer/-innen die Gelegenheit haben, mit den Referenten und anderen Teilnehmer/-innen zu diskutieren und Fragen zu stellen.

Bitte beachten Sie, dass Sie in jeder Staffel nur an einer Tischdemonstration teilnehmen können (also insgesamt vier) und kreuzen Sie die von Ihnen gewählten Table Clinics auf dem Anmeldeformular an.

Jahrbuch Prävention & Mundhygiene



Über 150 Seiten Inhalt | aktuelle Gesamtübersicht deutscher Prophylaxemarkt | Grundlagen/Parodontologie/Hygiene und Desinfektion | Karies-Diagnostik | Paro- und Periimplantitis-Test | Versiegelungsmaterialien | Fluoridierungsmittel | Elektrische Zahnbürsten und Mundduschen | Vorstellungen Anbieter A–Z

Alle Teilnehmer/-innen erhalten das Jahrbuch **Prävention & Mundhygiene 2015** kostenfrei.

Table Clinics (TC)

TC 1		Sabine Hiemer/Dresden Biotop Mundhöhle – die Erhaltung des bakteriellen Gleichgewichts als Schlüsselfaktor für Patienten aller Altersgruppen und besonders für Risikopatienten
TC 2		Dr. Wolfgang Stoltenberg/Bochum Schmerzfreie Anästhesie bei PZR und PA
TC 3		Daniela Wiedemann/Ellwangen Fluorid und Chlorhexidin – ein starkes Team
TC 4		Dirk-Rolf Gieselmann/Bassersdorf (CH) Dr. Peter Nicolai Möller/Bassersdorf (CH) PerioSafe: Das revolutionäre Prophylaxe- und Perio-Präventionskonzept: MMP-8 Frühdiagnostik (Dection) – Biorepulsiver Zahnschutz (Protection) – Antimikrobielle Pflege (Care)
TC 5		Dr. Uwe Steinhaus/Krefeld Corinna Alff/Bad Ems Plasma in der Zahnmedizin – die sanfte Waffe gegen Keime und Wunden, dargestellt an einem Querschnitt aus 400 Behandlungsfällen
TC 6		Sonja Weber-Matthies/Osterholz-Scharmbeck „Sprechen Sie schon Patient?“ Zielgruppenorientiertes Prophylaxemanagement – Neue Wege, neue Methoden
TC 7	Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten	Häusliche Mundhygiene: Mysterien und Fakten
TC 8	Prof. Dr. Thorsten M. Auschill/Marburg	Neues aus der Welt der Zahnaufhellung und Darlegung der aktuellen Gesetzeslage
TC 9	Priv.-Doz. Dr. Gregor Petersilka/Würzburg	Pulverstrahl in der Prophylaxe: Ganz so einfach ist es doch nicht!
TC 10	Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg	Antibakterielle Mundhygieneprodukte – was, wann, wie?

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG sowie nähere Informationen zum Programm finden Sie auf unserer Homepage www.oemus.com

PRÄVENTIONS- UND MUNDGESUNDHEITSTAG 2015

Anmeldeformular per Fax an
0341 48474-290
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Organisatorisches

Kongressgebühren

Freitag, 8. Mai 2015 (Wissenschaftliche Vorträge und Table Clinics)	
Zahnarzt (Frühbucherrabatt bis 20. März 2015)	150,- € zzgl. MwSt.
Zahnarzt	175,- € zzgl. MwSt.
Assistenten mit Nachweis	99,- € zzgl. MwSt.
Helferinnen	99,- € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale*	49,- € zzgl. MwSt.

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

Veranstaltungsort

ATLANTIC Congress Hotel Essen
Norbertstr. 2a | 45131 Essen | Tel.: 0201 94628-0 | Fax: 0201 94628-818
info@atlantic-essen.de | www.atlantic-essen.de

Zimmerbuchungen im Veranstaltungshotel und in unterschiedlichen Kategorien

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

Begrenzte Zimmerkontingente im Kongresshotel bzw. weiteren Hotels bis zum 6. März 2015. Nach diesem Zeitpunkt: Zimmer nach Verfügbarkeit und tagesaktuellen Raten.

Fortbildungspunkte

Die Veranstaltung entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der KZBV vom 23.09.05 einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK vom 14.09.05 und der DGZMK vom 24.10.05, gültig ab 01.01.06. Bis zu 8 Fortbildungspunkte.

Veranstalter

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308 | Fax: 0341 48474-290
event@oemus-media.de
www.oemus.com

www.praevention-mundgesundheit.de

Für den **Präventions- und Mundgesundheitsstag 2015** am 8. Mai 2015 in Essen melde ich folgende Personen verbindlich an:

Table Clinics (bitte wählen Sie 4 TC aus)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 LOSER & CO | <input type="checkbox"/> 6 EMS |
| <input type="checkbox"/> 2 Kreussler Pharma | <input type="checkbox"/> 7 Prof. Zimmer |
| <input type="checkbox"/> 3 Ivoclar Vivadent | <input type="checkbox"/> 8 Prof. Auschill |
| <input type="checkbox"/> 4 dentagnostics | <input type="checkbox"/> 9 Priv.-Doz. Petersilka |
| <input type="checkbox"/> 5 plasma MEDICAL | <input type="checkbox"/> 10 Prof. Arweiler |

TITEL, NAME, VORNAME, TÄTIGKEIT

Table Clinics (bitte wählen Sie 4 TC aus)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 LOSER & CO | <input type="checkbox"/> 6 EMS |
| <input type="checkbox"/> 2 Kreussler Pharma | <input type="checkbox"/> 7 Prof. Zimmer |
| <input type="checkbox"/> 3 Ivoclar Vivadent | <input type="checkbox"/> 8 Prof. Auschill |
| <input type="checkbox"/> 4 dentagnostics | <input type="checkbox"/> 9 Priv.-Doz. Petersilka |
| <input type="checkbox"/> 5 plasma MEDICAL | <input type="checkbox"/> 10 Prof. Arweiler |

TITEL, NAME, VORNAME, TÄTIGKEIT

PRAXISSTEMPEL

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für den **Präventions- und Mundgesundheitsstag 2015** erkenne ich an.

DATUM/UNTERSCHRIFT

E-MAIL-ADRESSE (Bitte angeben!)