

Die Zeitung für Prävention, Parodontologie und Implantologie | www.pn-aktuell.de

Parodontitis in Mexiko	Studiengruppenleitertreffen	Kostenfaktor im Dialog	Tradition St. Wolfgang
Genetischer Marker hilft bei individueller Therapie, vorgestellt anhand einer Studie durchgeführt in Mexiko	Informationen über zukünftigen Kurs des DGZI-Vorstandes und umfangreiche Aktivitäten auf fachlichem Gebiet	Vermittlung des Kostenplanes – der Zahnarzt hat als Behandler und Berater die Bedürfnisse des Patienten im Blick	Präsident Dr. Wolfgang Müller begrüßte mehr als 400 Teilnehmer zur 13. Jahrestagung der ÖGP
PN Wissenschaft & Praxis_5	PN Berufspolitik_10	PN Praxismanagement_13	PN Kongresse_17

„Präventionsorientierter Festzuschuss“

PN Parodontologie Nachrichten im Interview mit Dr. Jürgen Fedderwitz über die zukünftige Problematik der Kostenfrage bei der Parobehandlung

PN Die Menschen in der Bundesrepublik werden zunehmend älter. Auf Grund dieser demographischen Entwicklung der Bevölkerung wird in den nächsten Jahren ein enormer Behandlungsbedarf in der Parodontologie entstehen. Wie wollen Sie dieser Problematik aus politischer Sicht Rechnung tragen?

Ja sicher, aus heutiger Sicht wird der Behandlungsbedarf zukünftig steigen. Derzeit haben wir in der GKV rund 700.000 Behandlungsfälle. Dafür geben die Krankenkassen knapp 500 Millionen Euro aus. Steigende Zahlen führen zu einem massiven Kostenzuwachs für die GKV. Wir haben im Rahmen der BEMA-Neurelationierung verschiedene Therapiemodelle erarbeitet. Eine halbwegs moderne Parodontaltherapie würde pro Jahr rund 3,5 Mrd. Euro

kosten, also mehr als das Siebenfache. Das ist aber nicht zu finanzieren. Also müssen wir uns überlegen, wie wir diesen Bereich für die Zukunft vernünftig strukturieren. Das bedeutet, wir werden bei der Parodontaltherapie den Patienten noch stärker in die Verantwortung – und das heißt auch finanzielle Mitverantwortung – einbinden müssen. Das wird von den meisten Fachleuten auch so gesehen. Ich schlage ein Festzuschussmodell vor, ähnlich dem, das wir im Bereich Zahnersatz jetzt bekommen. Natürlich in der Parodontaltherapie mit etwas anderen Prämissen. Aber auch hier würde das Bonusheft ein wesentliches Element sein. Dann hätten wir einen Einstieg in die immer geforderte Förderung der Erwachsenenprävention. Es



Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender der KZBV.

gäbe Festzuschüsse für reine Präventionsleistungen – je nach Bonus – aber auch für Maßnahmen im Rahmen der Parodontaltherapie, z.B. in der initialen Phase oder auch in der bisher unberücksichtigten Unterstützungstherapie.

PN Berufspolitik_9

Jubiläumstagung der DGP in Dresden

Gelungener Mix aus Wissenschaft, Politik und kulturellem Programm – von der Hochwasserkatastrophe war kaum noch etwas zu sehen

(eb) – Malerischer hätte die Kulisse nicht sein können. Dresden und das Wetter zeigten sich zur Jubiläumsveranstaltung der DGP zum 80. Jahrestag der Gründung der ARPA, gemeinsam mit der GZMK Dresden e.V. vom 9. bis 11. September 2004 von ihren besten Sei-

des Congress Centers die Fenster abgedunkelt, sodass das schöne Wetter draußen nicht von dem ersten Themen drinnen ablenken konnte. In Deutschland ist die Parodontitis sehr weit verbreitet. Mehr als 60 Prozent der Bevölkerung sind betroffen,

tis. Doch obwohl diese Zahlen einen akuten Handlungsbedarf belegen, wird diese Krankheit, bei der am Ende der Verlust der Zähne droht, noch immer zu spät behandelt. Die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DGP) sieht bei etwa 25 Millionen Erwachsenen einen Therapiebedarf. Vor allem aber mangelt es an Prävention und Aufklärung. DGP-Präsident Thomas Hoffmann betonte angesichts dieser Beobachtungen, dass seit Anfang 2004 der PSI-Test zur Messung der Taschentiefe aller zwei Jahre als Kassenleistung angeboten wird. Der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) Dr. Jürgen Fedderwitz appellierte jedoch auch an die (finanzielle) Eigenverantwortung der Patienten im Zusammenhang mit ihrer Krankheit: „Bei Dialysepatienten oder Diabetikern erwarten wir auch eine auf die Krankheit abgestimmte Lebensweise. Warum nicht auch bei Parodontitispatienten?“

PN Kongresse_15



Bild mit Seltenheitswert – DGP-Präsidenten auf einen Blick: (v.l.n.r.) Dr. Dr. H. Erpenstein, Prof. Dr. J. Meyle, Prof. Dr. L. Flores-de-Jacoby, Prof. Dr. Dr. R. Mutschelknauss, Prof. Dr. A. Fessler und Prof. Dr. T. Hoffmann.

ten, sehr zur Freude aller Kongressteilnehmer. Zur besseren Wahrnehmung der Powerpoint-Präsentationen, wurden im Inneren

sodass zu Recht von einer Volkskrankheit gesprochen werden kann. Bei den über 30-Jährigen leiden bereits ca. 75 Prozent an Parodonti-

Vorzeitig Wehen durch Paro

Studie unterstützt Zusammenhang zwischen Parodontitis in der Schwangerschaft und Frühgeburt

Die Frühgeburt ist die führende Determinante bei der Morbidität und Mortalität von Neugeborenen und wurde in den meisten Studien als einheitlicher Sammelbegriff verwendet, obwohl sie entweder aus einer vorzeitigen Geburt (preterm delivery, PTB) oder aus intrauterinen Wachstumseinschränkungen oder aus beidem resultieren kann. Das Alter in Schwangerschaftswochen und das Geburtsgewicht sind die wichtigsten biologischen Determinanten für die Chancen eines Neugeborenen, zu überleben und gesund zu wachsen bzw. sich zu entwickeln. Mehr als 60% der Sterbefälle, die bei Säuglingen ohne angeborene anatomische oder chromosomale Defekte auftreten, sind dem niedrigen Geburtsgewicht (low birth weight, LBW) zuzuschreiben. Die Frühgeburt wird im Allgemeinen als Geburt definiert, die nach

spontanen vorzeitigen Wehen (in etwa 50% der Fälle),

einfach Wehen zur falschen Zeit, sondern ein pathologi-



Herzerreißender Anblick: Neugeborenes Frühchen nach der 34. Schwangerschaftswoche (SSW).

spontaner Ruptur von Membranen (in etwa 30%) oder als Entbindung eines unreifen Säuglings auf Grund medizinischer Indikation zum Nutzen des Säuglings oder der Mutter (in etwa 20% der Fälle) stattfindet.

Vorzeitige Wehen sind nicht

scher Zustand, der das Resultat einer Verletzung der fetalen/plazentalen Einheit ist. Vorzeitige Wehen sind ein Syndrom, das durch multiple Ätiologien verursacht wird, die alle in einen gemeinsamen Pfad münden.

PN Wissenschaft & Praxis_2

ANZEIGE

ZAHN CHECK

EMS-SWISSQUALITY.CH

PN WISSENSCHAFT & PRAXIS

Zusammenhang zwischen Parodontitis und Früh- bzw. Fehlgeburt vermutet

Produktion von Entzündungs-Zytokinen kann physiologischen Ablauf des Geburtsvorgangs stören, von Prof. Dr. Néstor López

Die Ätiologien oder Krankheitsursachen sind chronisch und umfassen Infektion, Gefäßverletzung (Ischämie von Uterus/Plazenta), Überdehnung des Uterus/primäre uterine Anomalie und Invasion des fetalen Kompartiments durch Abwehrzellen, die möglicherweise zu einer chronischen Abstoßung des Fetus führt.

In den meisten Fällen ist die eigentliche Ursache einer Frühgeburt nicht ersichtlich. Zunehmende Hinweise unterstützen einen Zusammenhang zwischen subklinischen mütterlichen Infektionen und vorzeitigen Wehen, vorzeitiger Ruptur der Membranen und vorzeitiger Geburt. Es gibt gewichtige Anhaltspunkte dafür, dass mütterliche Infektionen nicht nur für Frühgeburten, sondern auch für viele schwerwiegende Folgeerkrankungen des Neugeborenen verantwortlich sind.

Parodontale Infektionen werden durch verschiedene Bakterien ausgelöst und unterhalten, vor allem durch gramnegative, anaerobe und mikroaerophile Bakterien, die den Subgingivalbereich besiedeln. Mütterliche Infektionen während der Schwangerschaft, die speziell von gramnegativen anaeroben Bakterien hervorgerufen werden, wie parodontale Erkrankungen, haben nachweislich gezeigt, dass sie den physiologischen Ablauf des Geburtsvorgangs durch Produktion von Entzündungs-Zytokinen durch plazentale Membranen stören, was zu vorzeitigen Wehen, vorzeitiger Ruptur von Membranen und niedrigem Geburtsgewicht (PLBW) führt. In den vergangenen acht Jahren haben aufregende Informationen nahegelegt, dass parodontale Infektionen einen Risikofaktor für PLBW sein können. Zunehmende Beweise aus epidemiologischen, mikrobiologischen Tiermodell-Studien, ebenso wie aus therapeutischen Studien zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen parodontalen Infektionen und PLBW besteht.

Den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung zu beurteilen ist eine der schwierigsten Aufgaben in der klinischen Medizin. Klinische Epidemiologen verwenden mehrere Kriterien, um die Wahrscheinlichkeit zu bestimmen, ob ein Zusammenhang kausal ist. Eines dieser Kriterien ist der biologische Sinn, der sich auf die

Plausibilität zwischen der postulierten Ursache und der Wirkung bezieht, in diesem speziellen Fall zwischen der parodontalen Infektion und PLBW. Zusammengefasst zeigen die aus Tierstudien abgeleiteten Beweise, dass mehrere parodontale Pathogene in der Lage sind, eine vorzeitige Geburt und eine intrauterine Wachstums- hemmung hervorzurufen.

Eine experimentelle parodontale Erkrankung (periodontal disease, PD) in einem Modell mit schwangeren Hamstern kann Erhöhungen des intraamniotischen PGE₂ und TNF-alpha induzieren, was zu einer fetalen Wachstumsverzögerung führt. In Experimenten an schwangeren Hamstern, die eine subkutane Infektion mit *Porphyromonas gingivalis* hervorriefen, zeigte sich eine Verringerung des fetalen Gewichts um 15 bis 18. *Fusobacterium nucleatum*,

Ursache einer Zahnfleischentzündung und auch das häufigste prädominante Pathogen bei destruktiven Parodontalerkrankungen. In einer kürzlich durchgeführten Studie an schwangeren Mäusen wurde *F. nucleatum* intravenös injiziert. Die Bakterien durchquerten die Plazenta und breiteten sich in der Amnionflüssigkeit aus, was zu Frühgeburten, Totgeburten und nicht lebensfähigen Lebendgeburten führte. Die bakterielle Infektion beschränkte sich auf das Innere des Uterus, ohne systemische Ausbreitung. *F. nucleatum* wurde in den Blutgefäßen der Mäuse-Plazentas nachgewiesen, und es wurde auch eine Invasion von endothelialen Zellen durch die Bakterien beobachtet. Diese Studie stellt den ersten Beweis dar, dass *F. nucleatum* hämatogen in die Plazenta übertragen werden und Fehl- und Frühgeburten verursachen kann.

des Säuglings beurteilt, bei gleichzeitiger Kontrolle der bekannten Risikofaktoren

rungstiefe zum Zeitpunkt der Geburt mit einer Reduktion des Risikos von PLBW



Alter und Geburtsgewicht sind wichtige Determinanten, welche die Überlebenschance eines Frühgeborenen bestimmen.

des LBW. Die Serumwerte von *P. gingivalis*-spezifischem IgG wurden bei 17 Müttern mit vorzeitigen LBW- und 63 Kontrollen mit normalen Geburten gemessen. Frauen mit höheren Werten von *P. gingivalis*-spezifischem IgG hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, Kinder mit LBW zu gebären (Wahrscheinlichkeitsverhältnis, Odds ratio (OR) = 4,1, 95 % Vertrauensintervall, Confidence interval (CI) 1,3 bis 12,8).

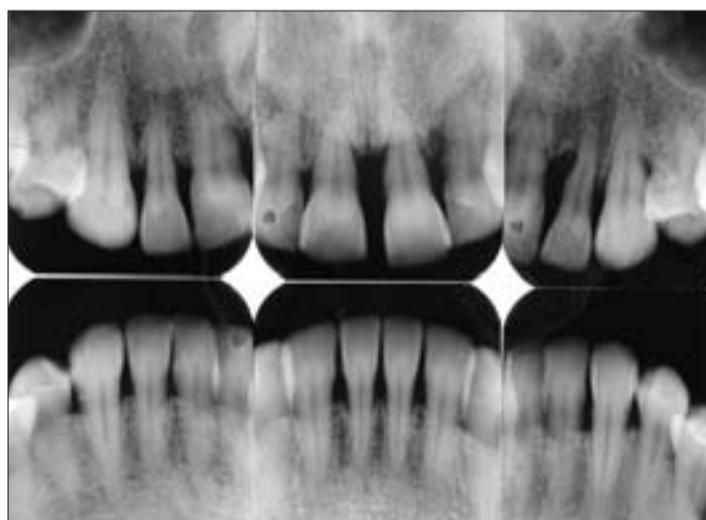
Das erste klinische Resultat, das auf eine mögliche Rolle parodontaler Erkrankungen bei PLBW hindeutete, lieferten Offenbacher et al., die eine Fallkontrollstudie von 93 Müttern mit PLBW durchführten und herausfanden, dass PLBW-Mütter signifikant schwerere Parodontalerkrankungen hatten als die Kontrollen mit normalem Geburtsgewicht. Multivariable logistische Regressionsmodelle, die auf andere bekannte Risikofaktoren und Kovariablen kontrollierten, zeigten, dass eine PD ein signifikanter Risikofaktor für PLBW mit einem Wahrscheinlichkeitsverhältnis von 7,9 ist. Dasanayake untersuchte 55 Fälle von Frauen mit PLBW und 55 Kontrollen mit normalem Geburtsgewicht. Die logistische Regression zeigte an, dass für Mütter mit gesundem Parodontium ein geringeres Risiko für Säuglinge mit niedrigem Geburtsgewicht bestand als für Mütter mit PD. Nicht alle veröffentlichten Studien unterstützen jedoch den Zusammenhang zwischen PD und PLBW. Eine Fallkontrollstudie an 236 Fällen von PLBW und 507 Kontrollen fand keinen Zusammenhang, und diese Autoren entdeckten, dass eine zunehmende mittlere Sondie-

verbunden war. Der Unterschied in der Schlussfolgerung zwischen der Studie von Davenport et al. und den anderen lässt sich möglicherweise erklären, da Davenport et al. eine multi-ethnische Patientenpopulation untersuchten, die vorwiegend aus bengalischen Einwanderern bestand und sich von der in den nord-amerikanischen Studien untersuchten Population unterschied, die vorwiegend aus Afro-Amerikanern bestand. Es ist möglich, dass unbekannte genetische Faktoren für die Unterschiede verantwortlich sind. Zusätzlich verwendete die Studie von Davenport et al. den Community Periodontal Index of

Treatment Needs (CPITN, Parodontalindex des Behandlungsbedarfs) als ein Kriterium für die Diagnose einer parodontalen Erkrankung. Die Validität des CPITN als Maß für den parodontalen Erkrankungsgrad wurde ernsthaft in Frage gestellt. Mehrere Studien haben gezeigt, dass partielle Bewertungssysteme negativ „voreingenommen“ sind und die Ausbreitung der Erkrankung unterschätzen, wogegen andere Studien festhalten, dass der CPITN die Schwere der Taschenbildung überschätzt. Demnach scheint der CPITN kein geeignetes Kriterium für die Messung der PD in klinischen Studien zu sein. Die Ergebnisse von Fallkontrollstudien zeigen einen Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer parodontalen Erkrankung und PLBW. Die Resultate von Fallkontroll- oder transversalen Studien unterstützen jedoch nicht die Kriterien einer zeitlichen Beziehung, um zu bestimmen, ob ein Zusammenhang wahrscheinlich kausal ist. Damit eine Beziehung kausal ist, muss das angenommene kausale Phänomen der Wirkung vorausgehen. Nur longitudinale Studien können zeigen, dass eine parodontale Infektion vorzeitigen Wehen oder Frühgeburten vorausgeht. Offenbacher et al. beobachtete 814 schwangere Frauen, die bis zur 26. Schwangerschaftswoche eine Parodontaluntersuchung erhielten und innerhalb von 48 Stunden nach der Entbindung nochmals untersucht wurden. Bei den parodontal gesunden Müttern gab es keine Geburten mit einem Geburtsgewicht



An fortgeschrittener Parodontitis erkrankte 32-jährige Schwangere.



Die Röntgenaufnahme des Krankheitsbildes verdeutlicht den massiven Knochenabbau.

ein gramnegativer anaerober Keim, der in der Mundhöhle ubiquitär vorkommt, war die am häufigsten isolierte Spezies aus Kulturen mit Amnionflüssigkeit bei 161 kultur-positiven Frauen mit vorzeitigen Wehen und intakten fetalen Membranen. *F. nucleatum* ist die wichtigste und häufigste

In einer anderen Studie zur Bestimmung der Verbindung zwischen Parodontal-Pathogenen und niedrigem Geburtsgewicht wurden die Parodontalpathogen-spezifischen mütterlichen Serum-IgG-Werte während des zweiten Schwangerschaftstrimesters in Relation zum Geburtsgewicht

PN Kurzvita



Prof. Dr. Néstor López, Professor of Periodontics, Faculty of Dentistry, University of Chile

- 1958: B.S. Biologie, University of Chile
- 1964: D.D.S., University of Chile
- 1964–1969 Fachdozent für Parodontologie, University of Chile
- 1964–1973 Fachdozent für Oralchirurgie, University of Chile
- 1970–1977 Assistenzprofessor für Parodontologie, University of Chile
- 1978–1985 Ordentlicher Professor für Parodontologie
- 1978–1981 Direktor, Postgraduierte Parodontologie, University of Chile

- 1985 – dato Professor für Parodontologie, University of Chile
- 1988–1997 Direktor des Master Degree Postgraduierten – Programms, University of Chile
- 2004 – dato Dekan der Zahnmedizinischen Fakultät, University of San Marcos, Concepción, Chile

Prof. López ist professionelles Mitglied folgender Gesellschaften: Chilean Society of Periodontology, American Academy of Periodontology, New York Academy of Sciences, International Association for Dental Research, American Association of Oral Biology.

Im Jahr 2002 erhielt er den SUNSTAR Award. Seine Forschungsschwerpunkthemen sind: Mikrobiologie der Parodontalerkrankungen, Effekte der Antibiotikatherapie auf parodontale Infektion, Zusammenhang zwischen parodontaler Erkrankung und Frühgeburt. Des Weiteren hat Prof. López in zahlreiche Artikel publiziert, u.a. für das Journal of Periodontology, Journal of Clinical Periodontology, Journal of Dental Research, Journal of Clinical Microbiology und International Dental Journal.

< 1000 g, aber die entsprechende Rate betrug 6,1 % LBW bei Müttern mit leichter PD (P=0,006) und 11,4 % bei Müttern mit mäßiger bis schwerer PD (P < 0,0001). Das Vorliegen oder Fortschreiten einer Parodontalerkrankung während der Schwangerschaft war mit signifikant kleineren Säuglingen bei entsprechender Dauer der Schwangerschaft und unter Berücksichtigung von Rasse, Anzahl der Geburten und Geschlecht verbunden. Madianos et al. untersuchten die mögliche Rolle einer mütterlichen Parodontalinfektion bei Frühreife, in dem sie das Vorhandensein von 15 Parodontalpathogenen, mütterlichem IgG und fetalem Nabelschnur-IgM in Relation zueinander brachten und Schwangerschaften von voller und verkürzter Dauer miteinander verglichen. Es zeigte sich ein 2,9-fach höheres Auftreten einer IgM-Seropositivität für einen oder mehrere der 15 Organismen bei frühgeborenen Babys (19,9 %), verglichen mit am Termin geborenen Babys (6,9 %), P=

beantworten. Es wurden einige wenige therapeutische Untersuchungen zur Bestimmung der Auswirkung einer Parodontaltherapie auf das Ergebnis der Schwangerschaft veröffentlicht. Die erste dieser Studien war eine Kohortenstudie mit therapeutischer Intervention, an der 213 Frauen mit hohem Risiko für eine Frühgeburt mit niedrigem Gewicht teilnahmen. Von den untersuchten Frauen im Alter von 12-19 Jahren (Durchschnitt 16,7 ± 1,4) waren 60 % Afro-Amerikanerinnen und 39 % Hispanierinnen, alle mit niedrigem sozioökonomischem Status. Alle Teilnehmerinnen erhielten die gleiche Schwangerschaftsvorsorge, einschließlich regelmäßiger Untersuchungen, Ernährungs- und Schwangerschaftsberatung durch einen behandelnden Arzt. 107 Frauen wurden während der Schwangerschaft in die Studie aufgenommen und 106 nach der Entbindung. Von den während der Schwangerschaft aufgenommenen Frauen erhielten 74 eine Parodontalbe-

ten eine Parodontalbehandlung vor der 28. Schwangerschaftswoche und 233 Frauen mit mäßiger bis schwerer Parodontitis wurden nach der Entbindung behandelt. Die Häufigkeit von PLBW war bei den parodontal gesunden Frauen signifikant niedriger (2,5 %) als bei Frauen mit Parodontitis (8,6 %, P = 0,0004). Die Parodontalerkrankung war sowohl mit Frühgeburt als auch niedrigem Geburtsgewicht verbunden (angepasstes Risikoverhältnis = 3,5, 95 % CI 1,06-11,4; P = 0,028), unabhängig von anderen Risikofaktoren. Die Reduktion der Häufigkeit von PLBW in der behandelten Gruppe betrug 71 %.

Ein randomisierter kontrollierter Versuch unter Beteiligung von 163 schwangeren Frauen mit Parodontitis (≥ 4 Zähne mit Taschentiefen ≥ 4 mm und begleitendem klinischen Attachmentverlust ≥ 3 mm), die eine Parodontalbehandlung vor der 28. Schwangerschaftswoche erhielten, verglich diese mit 188 anderen Müttern, ebenfalls mit

zweite Gruppe erhielt Scaling und Wurzelglättung (scaling and root planing, SRP) in Verbindung mit Placebo-Tabletten für die Dauer von einer Woche und die dritte Gruppe erhielt SRP plus Metronidazol 250 mg, dreimal täglich eine Woche lang. Die Häufigkeit von Frühgeburten wurde mit einer zusätzlichen Gruppe von 723 schwangeren Frauen mit unbehandelter PD als Referenzgruppe verglichen. Die Rate von Frühgeburten (< 37 Schwangerschaftswochen) betrug 8,9 % in der Prophylaxe-plus-Placebo-Gruppe, 4,1 % in der SRP-plus-Placebo-Gruppe (P = 0,12) und 12,5 % in der SRP-plus-Metronidazol-Gruppe (P = 0,37). Die Rate von PLBW bei < 35 Wochen in der Referenzgruppe betrug 6,3 % und war ebenfalls statistisch signifikant im Vergleich mit der behandelten Gruppen (11/366, 3 %, P = 0,03).

Diese vorbereitenden therapeutischen Studien liefern den Nachweis, dass eine Parodontalbehandlung die Häufigkeit von Frühgeburten mit niedrigem Geburtsgewicht reduzieren kann. Die Ergebnisse dieser überprüften Studien zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen parodontaler Infektion und PLBW besteht, und offensichtlich müssen parodontale Infektionen bei schwangeren Frauen behandelt werden, vorzugsweise vor der 28. Schwangerschaftswoche, um jegliche unerwünschten Nebenwirkungen einer PD auf den Geburtsverlauf bestmöglich zu verhindern.

Auch wenn die vorläufigen Beweise die möglichen negativen Auswirkungen einer parodontalen Infektion auf die Schwangerschaft zeigen, sind zusätzliche therapeutische Multizenter-Studien mit größeren Probandengruppen von Frauen notwendig, um diesen Zusammenhang zu bestätigen und möglichst schlüssig zu bestimmen, ob der Zusammenhang kausal ist.

Die vorzeitige Geburt ist das Resultat eines Syndroms, das durch multiple Ätiologien verursacht wird, deren häufigste eine Infektion ist, und die parodontale Infektion scheint eine der mütterlichen Infektionen zu sein, die im Zusammenhang mit PLBW steht.

Es ist nicht entscheidend, genau zu wissen, was eine Erkrankung verursacht, bevor man eine effektive therapeutische Intervention anwendet, um die Erkrankung zu verhindern, so wie die Parodontalbehandlung nachweislich die Rate von PLBW bei schwangeren Frauen mit PD reduziert hat.

In der Geschichte der Medizin gibt es viele Beispiele für wirkungsvoll eingesetzte Interventionen zur Verhütung einer Erkrankung, bevor man wusste, was diese Erkrankung tatsächlich verursacht. □

(Der Artikel ist mit den entsprechenden Literaturangaben auf Anfrage in der Redaktion erhältlich.)



Parodontalbehandlung reduziert nachweisliche Frühgeburten bei Frauen mit parodontaler Erkrankung.

0,0015). Ein Mangel an mütterlichem IgG-Antikörper gegen *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis* und *Treponema denticola* war mit einer erhöhten Rate von Frühgeburten verbunden (OR=2,2, 95 % CI 1,48 bis 3,79). Die Daten stützen die Vorstellung, dass eine mütterliche Parodontalinfektion in Abwesenheit einer schützenden mütterlichen Antikörperreaktion mit der systemischen Ausbreitung oraler Pathogene verbunden ist, die zum Fetus gelangen können und so zur vorzeitigen Geburt führen.

Die Ergebnisse longitudinaler Studien, die einen Zusammenhang zwischen Parodontalerkrankung und PLBW zeigen, unterstützen die Möglichkeit einer Beziehung vom Typ Ursache-Wirkung. Die aussagekräftigsten Kriterien zur Bestimmung einer Ursache-Wirkungs-Beziehung ergaben sich jedoch aus therapeutischen Studien. Randomisierte, kontrollierte Versuche zur Testung von Interventionen, um das Auftreten einer Krankheit zu verhindern, werden als die stärksten Beweise dafür angesehen, dass sich der als Risikofaktor angenommene Zustand tatsächlich in der kausalen Kette befindet. Nur therapeutische Studien zur Bestimmung, ob die Behandlung der Parodontalerkrankung die Häufigkeit des PLBW reduziert, können diese Frage

handlung und aus der anderen Gruppe erhielten 90 keine Parodontaltherapie. Die Parodontaluntersuchung bestand aus der Beurteilung an den bukkalen und medio-bukkalen Flächen aller vorhandenen Zähne anhand folgender Parameter: Zahnstein, Plaque, Sondierungstiefe und Blutung beim Sondieren. Die untersuchte Kohorte waren Frauen mit schlechter Mundhygiene, reichlich vorhandener Plaque und Zahnstein, offenkundiger Gingivitis, jedoch geringer Häufigkeit destruktiver Parodontalerkrankungen. Die Parodontalbehandlung bestand aus Mundhygieneinstruktionen, umfassendem Scaling aller Zähne und Politur der Zahnkronen.

Die Rate von PLBW bei Frauen, die vor der Entbindung eine Parodontalbehandlung erhielten, betrug 13,5 % und bei Frauen ohne parodontale Intervention 18,9 %. Obwohl der Unterschied des PLBW zwischen der behandelten und der Kontrollgruppe nicht statistisch signifikant war (P = 0,36), betrug die Reduktion des Auftretens von PLBW 28,6 %.

Parodontitis, die eine Parodontalbehandlung nach der Entbindung erhielten. Die Parodontalbehandlung umfasste Instruktionen zur Plaquekontrolle, Scaling und Wurzelglättung, Mundspülungen mit Chlorhexidin einmal täglich und eine Erhaltungstherapie alle zwei bis drei Wochen bis zur Entbindung. Die Häufigkeit des PLBW in der behandelten Gruppe (1,63 %) war signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe (10,11 %, P = 0,001). Die Parodontalerkrankung wurde als unabhängiger Risikofaktor für PLBW identifiziert (angepasstes Wahrscheinlichkeitsverhältnis = 6,67, 95 % CI 1,89-23,52, P = 0,001). Die Parodontalbehandlung reduzierte die Rate von PLBW um 84 %.

Es wurde eine Pilotstudie gemacht, die nur dazu diente, die Durchführbarkeit einer größeren Studie zur Bestimmung der Wirksamkeit der vorgeschlagenen Therapiemaßnahmen zu erkunden. Insgesamt 366 schwangere Frauen (85 % Afro-Amerikanerinnen) mit PD (≥ 3 Stellen mit klinischem Attachmentverlust ≥ 3 mm), die sich zwischen der 20. und 23. Schwangerschaftswoche befanden, wurden randomisiert einer von drei Behandlungsgruppen zugeteilt. Die erste Gruppe erhielt eine zahnärztliche Prophylaxebehandlung in Verbindung mit Placebo-Tabletten für die Dauer von einer Woche; die

ANZEIGE

Parodontitis? Jetzt bis zu 20 Leitkeime gezielt behandeln

Mit dem Analyse-Kit **ParoCheck**® haben Sie zum ersten Mal die Möglichkeit, bis zu 20 Parodontitis-assoziierte Keime auf einmal nachzuweisen. Ihre Parodontitis-Behandlung wird dadurch gezielter und schneller, bei einfacher Handhabung. Die Probenentnahme erfolgt in der Praxis, die Auswertung der Proben mittels DNA-Chip im Labor. Ein umfangreiches Analyseergebnis ermöglicht Ihnen ein differenziertes Therapie-schem a. Behandeln Sie gezielt mit **ParoCheck**®. Ihre Patienten werden es Ihnen danken. Weitere Infos unter 07022 948-0.

www.gbo.com/biociencia/parocheck

greiner bio-one

Deutschland (Zentrale): Greiner Bio-One GmbH
Maybachstraße 2 · D-72326 Frickenhausen
T + L: (+49) 7022 948-0, Fax: (+49) 7022 948-51 4
E-Mail: info@gbg.gbo.com

Regeneration mit alternativen Transplantat Materialien

Demineralisiertes Knochen Allo-Transplantat mit CaSulfat (CaSO₄), von Dr. David Anson

In der Zukunft wird sich die Parodontologie zunehmend mit dem Thema der Regeneration beschäftigen, speziell im alveolären Bereich. Dabei geht es speziell um den Einsatz von CaSO₄ im Zuge der

mals 1992 in der Literatur erwähnt (Sotto sauti 1992). Mit CaSO₄ konnte man wesentlich mehr Knochenwachstum bewirken. 2. Die Verwendung von purem CaSO₄ als resorbierbare

man den Lappen nicht koronal platzieren, um die Barriere zu decken. In einer Studie wurden humane gingivale Fibroblasten auf drei verschiedenen Oberflächen beobachtet, auf

mentgrenze kann die biologische Breite wiederhergestellt werden. Bei der Verwendung eines anderen Materials, welches nach einer Woche exponiert wird, käme es auf jeden Fall zu einer Entzündung.



Fortgeschrittener Defekt unmittelbar nach Extraktion.



Vier Monate post-operativ.

GTR und um die Erhaltung der Alveole mit Hilfe von Transplantaten. Dr. Anson verfügt seit mehr als zehn Jahren über klinische Erfahrungen mit der CaSO₄-Technik.

Zwei Komponenten

1. Ein zusammengesetztes Transplantat von einem Teil CaSO₄ und vier Teilen Knochen. Dies wurde erst-

Barrieresubstanz. Hier entstehen jedoch anscheinend die meisten Probleme.

Der Vorteil bei der Verwendung von CaSO₄ als Barriere-Material ist die Reaktion des Weichteilgewebes. Wenn man z.B. im UK lingual den Lappen koronal platzieren will, ist das sehr schwierig. Bei Verwendung eines Barriere-Materials, das mit dem Gewebe kompatibel ist, muss

CaSO₄, expandiertem PTFE und Poly-Milchsäure.

Man konnte sehen, wie die Fibroblasten über diese unterschiedlichen Oberflächen wanderten und dass CaSO₄ nicht nur die Migration der Fibroblasten beschleunigte, es kam auch zu keinerlei morphologischen Veränderungen innerhalb der Fibroblasten. Auf den beiden anderen Oberflächen wurden die Fibroblasten signifikant verändert.

In der OK Front, wo die Ästhetik sehr wichtig ist und eine Gewebe-kompatible Barriere verwendet wird, muss das chirurgische Gebiet nicht expandiert werden. Dadurch kann eventuell vermieden, dass weitere Papillen in Mitleidenschaft gezogen werden. Teilweise können auf diese Weise vertikale Inzisionen erspart bleiben, da zu meist nur ein Minilappen gemacht wird. Wenn zwar der Defekt aufgefüllt wird, man aber die Papille verliert, hat man zwar einen biologischen Erfolg in puncto Knochen, aber ästhetisch ist es ein klinischer Misserfolg. Es ist daher sehr wichtig, ein kompatibles Material zu verwenden.

Ein anderer Vorteil von CaSO₄ ist die Adaption auf der Wurzel. Bei der GTR-Technik ist das Hauptproblem der Abschluss des Epithels, d.h. man will vermeiden, dass das Epithel an der Wurzel entlang herunterschwimmt. Wenn man einen kurzen Wurzelstamm hat, kann es sein, dass die Epithelzellen zwischen dem Zahn und der Barriere herunterwandern. Bei der Verwendung von CaSO₄ kommt es jedoch zu einer direkten Verbindung von CaSO₄ mit der Wurzel. Beim Auftragen des Barriere-Materials auf und um die Zähne sollte man darauf achten, die Wurzel trocken zu halten, da so die Kontrolle über die Barriere und die Haftung auf der Wurzel verbessert werden. Wenn das Barriere-Material exponiert wird, gibt es keinerlei Entzündungen. Nach sechs Monaten ist alles komplett verheilt, das Zahnfleisch sieht normal aus und im Bereich der Schmelz-

Teilen Knochen vermischt. Im Zweifelsfall auf jeden Fall eher mehr CaSO₄ hinzufügen. Die Oberfläche sollte trocken sein. Wenn Kollagen hinzugesetzt wird, verleiht dies der Substanz etwas mehr Festigkeit.

Röntgenologisch ist es gut erkennbar, da das zusammengesetzte Transplantat radioluzent ist. Histologisch ließ sich nachweisen, dass es zu einer echten Regeneration kam. Dies konnte sogar bei einem Raucher erfolgreich angewendet werden.

Ein derzeit hochaktuelles Thema ist die Alveole. Man muss keinen Lappen präparieren. Das ist in der OK-Front äußerst wichtig, denn man läuft hier Gefahr, dass die Papillen verletzt werden bzw. sie ganz verliert. Der Lappen muss nicht koronal platziert und die Beteiligung des mukogingivalen Gewebes ebenfalls nicht verändert werden, wie z.B. die Muskelansätze. Daher ist es auch für den Patienten nach der OP viel angenehmer. Ganz wichtig ist jedoch, die Barriere zu schützen. Es ist sehr frustrierend, wenn man die Barriere einbüßt.

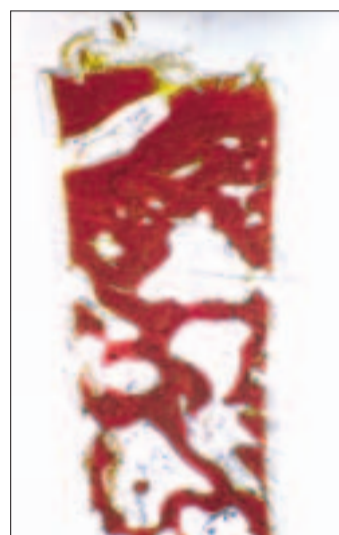
ohne regenerative OP kann dieser auch die Nachbarzähne in Mitleidenschaft ziehen. Dann müsste man anschließend eine Alveolar-kamm-Augmentation durchführen oder Knochenblocks einsetzen.

Die Verwendung einer Barriere, die mit Gewebe abgedeckt werden muss, wäre bei einem ausgedehnten Defekt sehr problematisch. Daher verwendet man eine Technik ohne Lappen. Das Gewebe wächst dann über das CaSO₄. Dies kann inzwischen sehr gut voraus gesagt werden. Wenn die Barriere verloren geht, mischt man sich neues Material an und trägt es erneut auf.

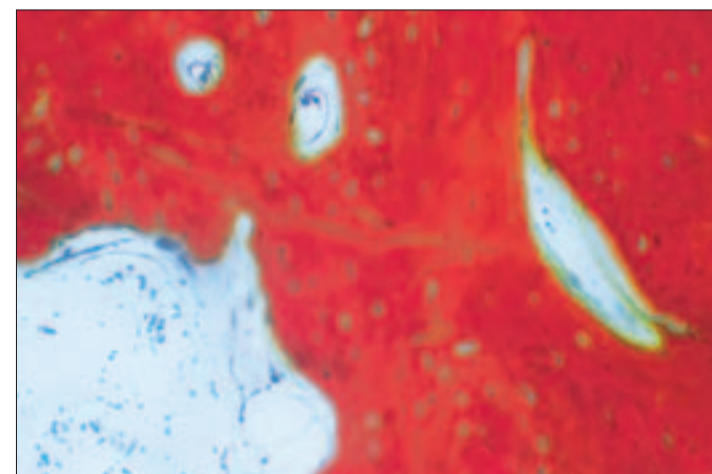
Auf diese Weise können extrem problematische Fälle wieder hergestellt und sogar Implantate in vorher vollkommen hoffnungslose Regionen gesetzt werden.

Zusammenfassung

CaSO₄ bietet sowohl biologisch als auch klinisch viele Vorteile. Alle Techniken wurden histologisch belegt. Als nächstes ist ein zusammengesetztes Trans-



15 Monate alte Bohrung während Implantatplatzierung vorgenommen von Dr. Stuart Froum.



Nicht-dekalifizierte Bohrung, vorgenommen von Dr. Michael Roher, zeigt 58% vitalen Knochen und keine residuellen DFDBA-Partikel.

Ein weiterer Vorteil ist, dass das zusammengesetzte Transplantat radioluzent ist.

Man kann zum Teil nach der GTR-Technik ein positives Ergebnis beim Sondieren haben, dies kann jedoch später wieder verloren gehen. Bei Alveolen ist dies von erheblicher Bedeutung. Wenn die Alveole mit radioluzentem Material aufgefüllt ist, kann man den Zeitpunkt, wann man das Implantat setzen kann, besser bestimmen. Da CaSO₄ vollkommen resorbierbar ist, ist keine sekundäre Operation notwendig. Das Material wird sehr gut toleriert. Die Operationszeit ist kurz, da man keine Membran fixieren muss – und das Material ist sehr preiswert.

Bei der GTR-Technik ist das Ziel, die Papillen so weit wie möglich zu erhalten, um die Barriere so weit wie möglich zu decken. Es ist auch für den Patienten viel angenehmer, wenn die Papille den Knochen postoperativ bedeckt. Zur Konditionierung der Wurzel wird hier bevorzugt Tetrazyklin verwendet. Man lässt es auf den Knochen einwirken und erhält dadurch eine viel saubere Oberfläche für die Granulation. Danach wird eine sehr genaue Degranulierung vorgenommen, sodass die Blutgefäße leichter in das Transplantat gelangen können. Für das Transplantat wird ein Teil CaSO₄ mit vier

Das Prinzip des Erhaltens der Alveole entspricht in etwa einer atraumatischen Extraktion. Man füllt die Alveole mit Knochenersatzmaterial und deckt sie mit CaSO₄ als Barriere. Apikal soll eine Distanz von mindestens 3 mm bis zum Zahnfleischrand vorhanden sein. Die Barriere kann mit lighthärtendem Material oder einer Folie geschützt werden. Idealerweise passt man dazu die Teilprothese an. Der Patient darf die Schutzfolie auf der Wunde nicht entfernen. Drei bis vier Monate später kann bereits ein Implantat gesetzt werden. Bei einem sehr großen Defekt

plantatmaterial aus CaSO₄ und anderen Komponenten geplant, mit dem man mehr neuen Knochen und weniger residuelles DFDBA erhält als es bisher möglich war. Es wird u.a. an einer CaSO₄-Masse gearbeitet, die sogar im feuchten Milieu anwendbar ist. Dies wird den Vorgang noch besser vorher-sagbar und es dem Behandler noch leichter machen, diese Technik anzuwenden. Dies sind aufregende Zeiten für die Parodontologie, denn man kann nun die wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Praxis klinisch anwenden. ☐

IMPRESSUM **PN** PARODONTOLOGIE Nachrichten

Verlag

Verlagsanschrift:
Oemus Media AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-0
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
kontakt@oemus-media.de

Chefredaktion

Prof. Dr. Lavin Flores-de-Jacoby
(v. i. S. d. P.)
PD Dr. Reiner Mengel
(v. i. S. d. P.)
Tel.: 0 64 21/2 86 32 35
E-Mail: Flores@mail.uni-marburg.de
Tel.: 0 64 21/2 86 32 79
E-Mail: mengel@mail.uni-marburg.de

Redaktion

Eva Christina Börner, M. A.
(Ressort Berufspolitik)
Tel.: 03 41/4 84 74-1 06
E-Mail: e.boerner@oemus-media.de

Projektleitung

Bernd Ellermann
(verantwortlich)
Tel.: 03 41/4 84 74-2 25
E-Mail: ellermann@oemus-media.de

Anzeigen

Lysann Pohlann
(Anzeigendisposition/
-verwaltung)
Tel.: 03 41/4 84 74-2 08
Fax: 03 41/4 84 74-1 90
ISDN: 03 41/4 84 74-31/-1 40
(Mac Leonardo)
03 41/4 84 74-1 92 (Fritz-Card)
E-Mail: pohlann@oemus-media.de

Abonnement

Andreas Grasse
Tel.: 03 41/4 84 74-2 00
E-Mail: grasse@oemus-media.de

Grafik

Christine Noack
Antje Czeranowski
Tel.: 03 41/4 84 74-1 19
E-Mail: ch.noack@oemus-media.de
Tel.: 03 41/4 84 74-1 14
E-Mail: czeranowski@oemus-media.de

Die „PN Parodontologie Nachrichten“ erscheint regelmäßig als Monatszeitung. Die Beiträge in der „Parodontologie Nachrichten“ sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur nach schriftlicher Genehmigung der Redaktion. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit von Verbands-, Unternehmens-, Markt- und Produktinformationen kann keine Gewähr oder Haftung übernommen werden. Es gelten die AGB und die Autorenrichtlinien. Bezugspreis: Einzel exemplar: 8,- € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Jahresabonnement im Inland 45,- € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Abo-Hotline: 03 41/4 84 74-0. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung (gleich welcher Art) sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen – für alle veröffentlichten Beiträge – vorbehalten. Nachdrucke, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Verlages. Bei allen redaktionellen Einsendungen wird das Einverständnis auf volle und auszugsweise Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern kein anders lautender Vermerk vorliegt. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Bücher und Bildmaterial übernimmt die Redaktion keine Haftung.

PN Kurzvita



David Anson, D.D.S., B.S.

Ausbildung

1983–1985: Zertifikat, Spezialist der Parodontologie, University of Missouri, Kansas City
1978–1983: D.D.S., University of California, Los Angeles

1974–1978: B.S., University of California, Los Angeles (Chemie)

Akademischer und Beruflicher Werdegang

1985–dato: Privatpraxis für Parodontologie und zahnärztliche Implantologie
1985–1986: Gastdozent, Klinische Parodontologie, UCLA
1996–dato: Los Angeles Dental Society, Peer Review Committee
1997–dato: Los Angeles Dental Society, Bezirksabgeordneter
1998–dato: Ausbilder, V.A. Hospital West Los Angeles, Parodontolog, Graduiertenabteilung
Dr. David Anson ist u.a. seit 1985 Mitglied der American Academy of Periodontology. Er hat zahlreiche Publikationen veröffentlicht und hält Vorlesungen im In- und Ausland.

Mexikanische Studie aggressiver Formen der Parodontitis

Bestimmung des Genotyps zur Erkennung des Risikofaktors, von Gloria Martínez de Zambrano, DDS

Parodontitis wird durch spezifische zumeist anaerobe gramnegative Bakterien verursacht (Haffajee & Soocransky 1994). Diese aktivie-

und Knochen zerstört werden (Page 1991, Genco 1994). So sind bekanntermaßen die Bakterien zwar der Auslöser dieser parodontalen Erkran-

che Patienten eine leichte oder mittlere Form der Erkrankung entwickeln werden, die mit normaler professioneller Therapie kuriert

werden. Die aggressive Parodontitis (1999) gehören zu den aggressiven Formen die folgenden Parameter:

Es ist bekannt, dass jede Person auf das gleiche Vorhan-

gezeigt, dass einige Individuen Polimorphismen in ihren Genen tragen, die mit Übersekretion bestimmter Zytokine als Folge der Einwir-

Aggressive Parodontitis

Die aggressive Parodontitis ist eine spezifische Krankheitsform mit klar erkennbaren klinischen Merkmalen und speziellen Befunden hinsichtlich der Wirt-Parasiten-Interaktion. Dazu zählen:

- Der Patient ist, abgesehen von der Parodontitis, klinisch gesund
- Rasch fortschreitende Gewebedestruktion
- Auffällige familiäre Häufung.

Oft, aber nicht immer sind zu beobachten:

- Ein Missverhältnis zwischen der Menge von bakteriellen Ablagerungen und dem Ausmaß der Gewebedestruktion
- Erhöhte Zahlen von Actinobacillus actinomycescomitans; in gewissen Populationen von P. gingivalis
- Abnormale Phagozytenfunktion
- Ein hyperresponsiver Makrophagen-Phänotyp mit erhöhter Produktion von PGE₂ und IL-1β
- Die Gewebedestruktion kann selbstlimitierend sein.

Es wird zwischen zwei Befallsformen unterschieden, die lokalisierte und die generalisierte Parodontitis. Es gelten folgende pathogenomische Unterscheidungen:

Lokalisiert

- Beginn während der Pubertät
- Befall der ersten Molaren und der Schneidezähne
- Markante Serumantikörpertiter gegen nachgewiesene bakterielle Agentien.

Generalisiert

- Patienten sind meist jünger als 30 Jahre
- Generalisierter Befall mit Attachmentverlust an mindestens drei Zähnen außer der ersten Molaren und den Schneidezähnen
- Schubhafter Verlauf
- Schwache Serumantikör-

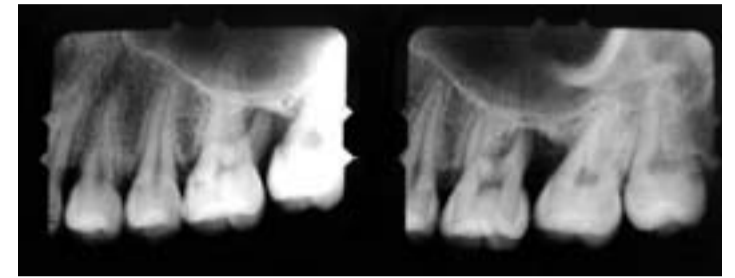


Abb. 3a: Röntgenbild der linken Seite.



Abb. 3b: II. Quadrant nach Elevation des Mukoperiostlappens. Palatinalansicht.



Abb. 3c: Ausmaß des Parodontaldefekts. Labialansicht.

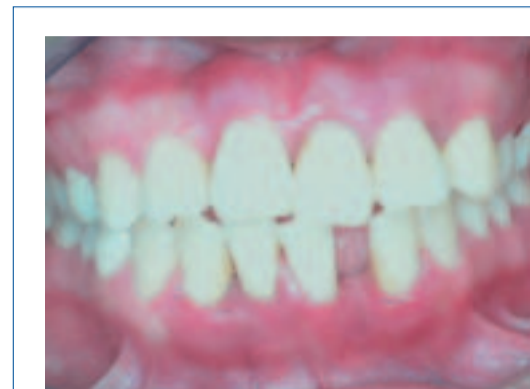


Abb. 1a: Klinisches Bild der 18-jährigen Patientin mit aggressiver Parodontitis vor der Vorbehandlung.



Abb. 1b: Okklusale Übersicht.



Abb. 1c: Übersichtsaufnahme des Unterkiefers.

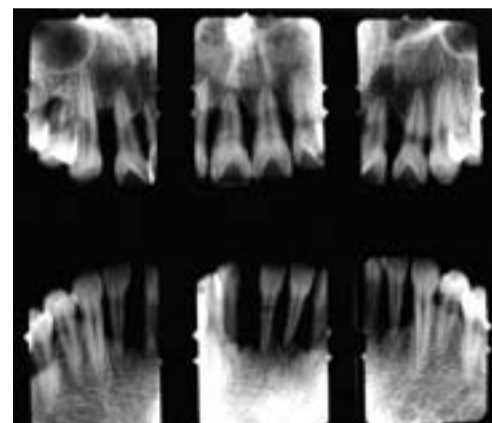


Abb. 2a: Röntgenstatus der Patientin im Alter von 18 Jahren. Ausgeprägte Parodontaldestruktion der Ober- und Unterkieferfrontzähne.

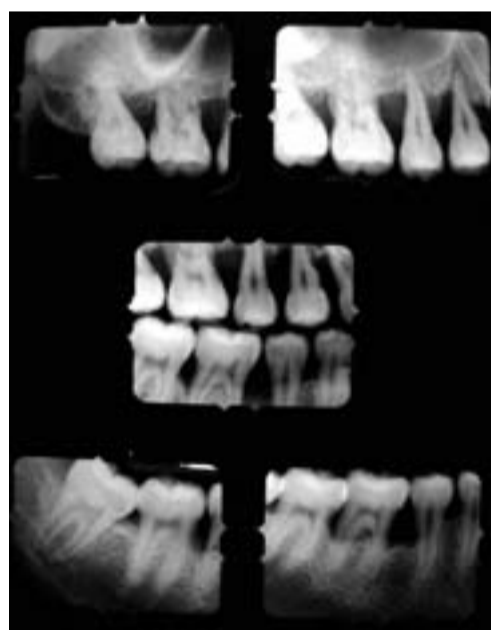


Abb. 2b: Rechte Seite vor der initialen Therapiephase: ausgeprägter Knochenabbau im Bereich aller ersten Molaren und Prämolaren.

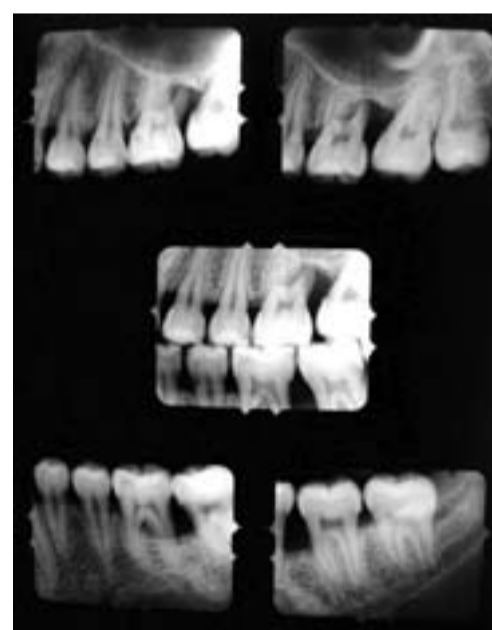


Abb. 2c: Röntgenstatus der linken Seite: Parodontaldestruktion im Bereich aller ersten Molaren.

ren im Gewebe Reaktionen, die ihrerseits wiederum eine Reihe von entzündlichen und immunologischen Veränderungen hervorrufen, durch die schließlich Bindegewebe

kung, jedoch ist bisher kein Mechanismus bekannt, nach dem der klinische Verlauf beim individuellen Patienten vorhergesagt werden kann. Auch eine Vorhersage, wel-

werden kann, oder welche Patienten eine chronische oder aggressive Parodontitis entwickeln werden, ist bisher nicht möglich. Nach der neuen Klassifizie-

densein von Bakterien verschieden reagiert. Biologische Faktoren (genetische), systemische Faktoren (Diabetes), umweltbedingte (Rauchen) und verhaltensbedingte Faktoren beeinflussen die individuelle Reaktion der Person (Caffesse 2002). In den letzten Jahren wurde

ktionstoxischer Stimuli reagieren (Melvig 1988, Lynch 1994). In der Pathogenese der Parodontitis spielen die entzündlichen Vermittler wie Prostaglandin, Interleucin 1(IL1) und die Matrix Metalloproteinase eine wichtige Rolle. Dieser genetische Marker konnte uns helfen, die Empfindlichkeit je-



Abb. 4a: Zahnfilm des III. Quadranten.



Abb. 4b: Nach Elevation des Mukoperiostlappens. Labialansicht.



Abb. 4c: Intraoperative Darstellung, Lingualansicht.



Abb. 4d: Adaption mit Einzelknopfnähten. Labialansicht.



Abb. 4e: Lingualansicht.



Abb. 5a: Zahnfilm des I. Quadranten.



Abb. 5b: Mukoperiostlappen des I. Quadranten. Labialansicht mit Parodontaldestruktion.



Abb. 5c: Parodontaldestruktion. Palatinalansicht.



Abb. 5d: Labialansicht mit Einzelknopfnähten.



Abb. 5e: Palatinalansicht.

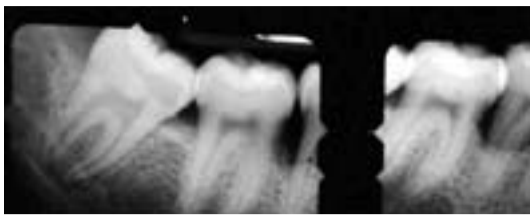


Abb. 6a: Zahnfilm des IV. Quadranten.

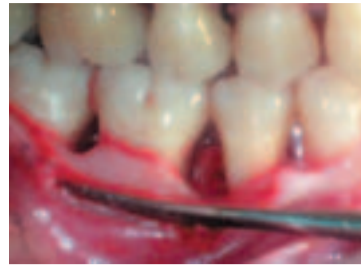


Abb. 6b: Ausmaß des Parodontaldefektes.



Abb. 6c: Knochenabbau im Bereich des ersten Molaren, Lingualansicht.



Abb. 7a: Klinische Situation zwei Monate nach Lap-Operation, Okklusalübersicht.

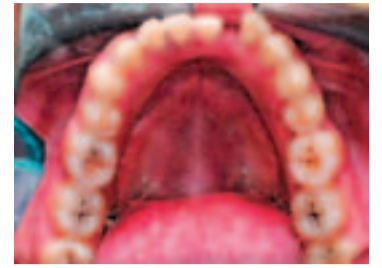


Abb. 7b: Übersichtsaufnahme des Unterkiefers.

des einzelnen Patienten im Hinblick auf die Parodontitis zu bestimmen und eine wesentlich effektivere Behandlung einzuleiten (Offenbacher 1996). In einem Cluster von humanen Chromosomen 2q 13, sind drei Interleucin-1-Gene enthalten (Nicklin 1994) (Nothwang 1997), die proinflammatorische Proteine chiffrieren (IL-1A und IL-1B, die IL-1 α bzw. IL-1 β erzeugen), während ein drittes Gen (IL-1RN) ein Protein chiffriert, das an Rezeptoren des IL-1 gebunden ist, das sich je-

doch als antagonistischer Rezeptor verhält (IL-1ra) (Symons 1995). Das Vorhandensein eines Polymorphismus in der Gruppe von Interleucin 1 wird als Risikofaktor in Verbindung gebracht mit bestimmten Krankheiten wie akutem Lupus erythematosus (Blakemore 1994), jugendlicher rheumatischer Arthritis (Mc. Dowell 1995), Colitis ulcerosa (Mansfield 1994), Alopecia areata (Tarrow 1994), einigen Formen des Diabetes mellitus und Parodontitis. Ein Polymor-

phismus auf den spezifischen Genen IL-1A und IL-1B, der aus 2 Allelen IL-1A +4845 und IL-1B +3954 besteht, wird in Verbindung gebracht mit der Parodontitis Erwachsener (Kornman 1997). 1997 haben Kornman et al. berichtet, dass die Identifizierung eines genetischen Markers für die aggressive Form der Parodontitis gelungen ist. Darüber hinaus entwickelten sie einen speziellen Test (PST Test der genetischen Empfindlichkeit Test, Interleucin Genetischen) zur Bestimmung dieser Polymor-

phismen. Dieser genetische Marker wurde auf dem Gen von Interleucin 1 auf dem Chromosom 2 lokalisiert. Polymorphismen der Allele (allele 2) der IL-1A- und IL-2B-Gene legen fest, ob das Individuum genotyp-negativ (normales Risiko) oder genotyp-positiv (hohes Risiko) ist und zu schwerer Parodontitis als Antwort auf die Anwesenheit von parodontalen Pathogenen neigt. Mit anderen Worten, um genotyp-positiv zu sein, muss ein Individuum mindestens eine Kopie des polymorphen Allels 2 im IL-

1A Gen und mindestens eine Kopie des Allels 2 im IL-1B Gen haben (Di Giovine 1995, Gore 1998). Um die Häufigkeit dieses positiven bzw. negativen Genotyps in der Bevölkerung zu bestimmen, wurden Untersuchungen in verschiedenen Populationen durchgeführt, die mit Ausnahme der chinesischen und der afro-amerikanischen Population alle zu ähnlichen Resultaten geführt haben. Um die Häufigkeit dieses Genotyps im Bezug auf die mexikanische Population zu bestimmen, haben Caffesse et al. im Jahr 2002 eine Studie durchgeführt. Einbezogen wurden 50 Mexikaner mit einem durchschnittlichen Alter von 45 Jahren (mit einer Streuung zwischen 18 und 70 Jahren). Die Ergebnisse zeigten eine Häufigkeit von 26 % genotyp-positiv Individuen, sehr ähnlich den Ergebnissen von Studien in anderen

In einer von Kornman et al. durchgeführten Studie, in die 134 Personen im Norden Europas einbezogen wurden, wird von einer Häufigkeit von genotyp-positiven Individuen von 29 % berichtet; Lang et al. Ermittelten in der Schweizer 35 %; Sanctis und Zucchelli fanden 35 % in der italienischen Population (40 Personen). In den Vereinigten Staaten berichten McGuire und Nunn von 38 %, Engbretson et al. von 29 % und McDevitt et al. von 34 %.

Zusätzlich zu einem positiven Genotyp stellt das Rauchen ein Risikofaktor für die Schwere einer aggressiven Parodontitis dar. In diesem Fall entwickelt sich die Krankheit schneller und aggressiver. In der von Kornman durchgeführten Studie wurden rauchende Individuen als eine Variable ausgeklammert, um eine klarere Vorstellung der Verbindung

ANZEIGE




PARODONTOLOGIE/PROPHYLAXE

TEAM

FORTBILDUNG

INTENSIV

30.10.2004 Bremen
13.11.2004 Stuttgart
27.11.2004 Frankfurt/M.
04.12.2004 Leipzig

30.04.2005 Bremen
04.06.2005 München
18.06.2005 Hamburg
24.09.2005 Berlin
08.10.2005 Frankfurt/M.
22.10.2005 Stuttgart
12.11.2005 Düsseldorf
03.12.2005 Leipzig

Die Kurse finden von 10.00-17.00 Uhr statt.

29.10.2004 Bremen
12.11.2004 Stuttgart
26.11.2004 Frankfurt/M.
03.12.2004 Leipzig

29.04.2005 Bremen
03.06.2005 München
17.06.2005 Hamburg
23.09.2005 Berlin
07.10.2005 Frankfurt/M.
21.10.2005 Stuttgart
11.11.2005 Düsseldorf
02.12.2005 Leipzig

Die Kurse finden von 13.00-20.00 Uhr statt.

Die Veranstaltung entspricht den Leitlinien und Empfehlungen der BZÄK zur Fortbildung vom 28. und 29. Juni 2002, einschließlich der Punktebewertungsempfehlung der BZÄK zur Fortbildung der BZÄK und DGZMK. Bis zu 6 Fortbildungspunkte.

PARODONTOLOGIE		PROPHYLAXE	
KURS 34			
Kursgebühr	Tagungspauschale	Kursgebühr	Tagungspauschale
ZÄ 220€	50€	ZÄ 220€	50€
ZH 135€	50€	ZH 135€	50€
ZÄ = Zahnarzt (ab 47 Jahre zzgl. 10€)		ZH = Zahnarzt (ab 18 Jahren)	
Die Tagungspauschale ist für jeden Teilnehmer zu entrichten. Probegebühr bis 01.12.2004.			

Allgemeine Geschäftsbedingungen

- Die Kursummeldung erfolgt schriftlich auf dem vorgedruckten Anmeldebogen oder Formlos. Ausgenommen hiervon sind die Anmeldungen, die durch die Teilnehmer selbst über das Internet erfolgt sind. Die Kursummeldungen werden nicht als Rückmeldung angenommen.
- Nach Eingang Ihrer Anmeldung bei der OEMUS MEDIA AG ist die Kursummeldung für Sie verbindlich. Sie erhalten umgehend eine Kursummeldung und die Rechnung für OEMUS MEDIA AG. Die Verbindlichkeit entfällt mit dem Eingang der Zahlung.
- Bei gleichzeitiger Teilnahme von mehreren Personen aus einem Praxisteam an dem Kurs gilt die Anmeldung auf die Kursummeldung.
- Die Kursummeldung ist die verbindliche Kursummeldung und Tagungspauschale zusätzlich der jeweiligen Mehrerhebung.
- Der Gesamterhebungsbetrag ist bis spätestens 2 Wochen vor Kurzbeginn (Eingang bei OEMUS MEDIA AG) auf dem angegebenen Konto unter Angabe der Teilnehmer-, der Rechnungs- und Rechnungsnummer zu überweisen.
- Die 4 Wochen vor Kurzbeginn ist in besondere begründeten Ausnahmefällen auch ein schriftlicher Rücktritt vom Kurzbeginn möglich. In diesem Fall ist eine Verfallungsbetragspauschale von 20€ zu entrichten. Dies eventuell, wenn die Rückmeldung eine Neumeldung verbunden ist.
- Bei einem Rücktritt bis 14 Tage vor Kurzbeginn wird die halbe Kursummeldung und Tagungspauschale zurückverrichtet, bei einem späteren Rücktritt verbleibt die Kursummeldung und die Tagungspauschale. Der Rücktritt ist ausschließlich auf einen schriftlichen Rücktrittsbogen möglich.
- Mit der Teilnahmeerklärung erhalten Sie den Anfahrtsplan und die jeweiligen Kongressorte und, sofern erforderlich, geeignete Teilnehmerhotelmöglichkeiten.
- Bei Un- oder Überlegung des Kursteilnehmers oder bei kurzfristiger Abreise eines Kursteilnehmers durch den Referenten oder bei Änderung der Kursummeldung wird ein schriftliches Nachschickung. Es gelten die jeweiligen Privatsprechstunden und die Nummer ihrer Praxiseinrichtungen. Für die aus der Abreise eines Kursteilnehmers resultierenden Kosten ist der Teilnehmer selbst verantwortlich. Die vorvertragliche Rückzahlungspflicht wird durch den Teilnehmer selbst zu verantworten.
- Änderungen des Programmablaufs behalten sich Veranstalter und Organisator ausdrücklich vor. OEMUS MEDIA AG haftet nicht für den Inhalt, Durchführung und sonstige Rahmenbedingungen einzelner Kongresse.
- Mit der Anmeldung erklärt der Teilnehmer die Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG an.
- Geschäftssitz Leipzig.
- Die Anmeldung unter der Telefonnummer +49-341-484 47 43 09, während der Veranstaltung können Sie Ihren Bekannten unter den Telefonnummern +49-1 73-2 41 07 01, +49-1 73-2 66 21 17 oder +49-1 73-2 64 05 16 erreichen.



Abb. 8a: Ansicht von Linkslateral.



Abb. 8b: Ansicht von Rechtslateral.

ethnischen Gruppen. Diesen Genotyp muss man als Risikofaktor für die Entwicklung einer aggressiven Parodontitis in Betracht ziehen (Caffesse 2002). Bei in Europa durchgeführten Studien wurde ein Durchschnitt von 30 % Genotyp-positiver Individuen ermittelt (Lang 2000, De Sanctis 2000), dagegen zeigten sich in der chinesischen wie auch der afro-amerikanischen Population genotyp-positive Individuen im Durchschnitt < 3 % bzw. 15 % (Walker 2000).

zwischen Krankheit und genetischer Disposition zu erhalten. In einer früheren Studie haben McGuire und Nunn nachgewiesen, dass ein genotyp-positives Individuum ein 2,7-fach erhöhtes Risiko hat, Zähne zu verlieren; und ein Raucher ein 2,9-faches. Die Kombination der beiden Faktoren jedoch erhöht das Risiko erheblich (7,7-fach). Gemäß dieser Untersuchung kann eine genotyp-positiv Person, die nicht raucht, erfolgreich behandelt werden und den Ge-

Anmeldeformular per Fax an +49-341-4 84 74-3 90 oder im Fensterumschlag an



OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
D-04229 Leipzig

INFO: Telefon +49-341-48 47 43 09
FN 1004

Ich melde folgende Personen für folgende Kurse verbindlich an:

Name/Vorname/Tätigkeit	Name/Vorname/Tätigkeit
Kurs-Nummer/Termin/Ort	Kurs-Nummer/Termin/Ort
Name/Vorname/Tätigkeit	Name/Vorname/Tätigkeit
Kurs-Nummer/Termin/Ort	Kurs-Nummer/Termin/Ort

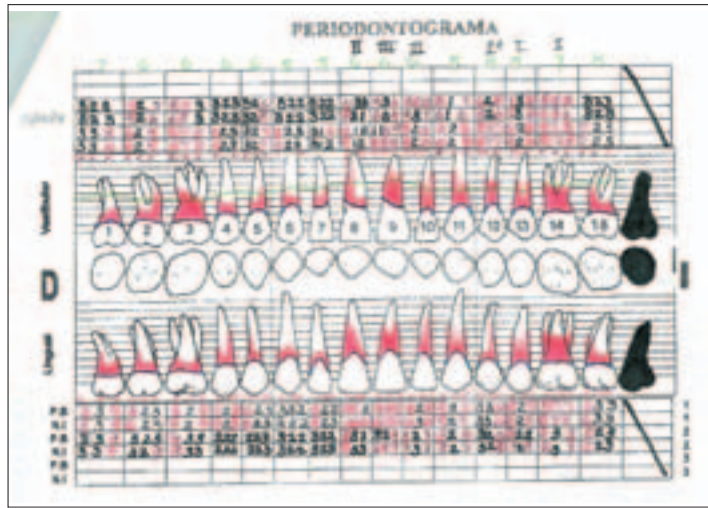
Praxisteilnehmer 4: _____

E-Mail: _____

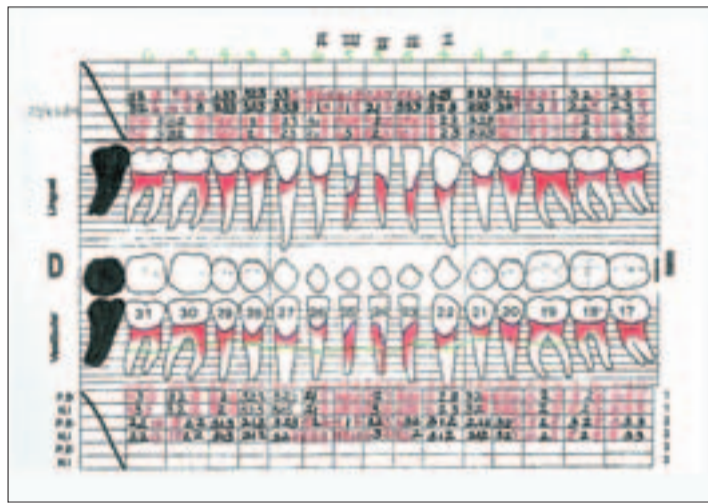
Unterschrift _____

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG gelten verbindlich an.

Falls Sie über eine E-Mail-Adresse verfügen, so tragen Sie diese bitte links in den Kästchen ein.



Parodontalstatus Oberkiefer.



Parodontalstatus Unterkiefer.

sundheitszustand ihrer Zähne über viele Jahre erhalten (Lang 2000). Es wird angenommen, dass

ein genotyp-positiver Nichtraucher beliebigen Alters eine 6,8-fach höhere Wahrscheinlichkeit hat, eine

schwere Parodontitis zu entwickeln. Erkrankten jedoch Personen zwischen 40 und 60 Jahren, besteht eine 18,9-fache Wahrscheinlichkeit für eine schwere Zerstörung des Parodonts (De la Rosa 1998). Diese Prädisposition und die zunehmende Aggressivität der Krankheit wird demonstriert in den Untersuchungen, die von Giovine et al. durchgeführt wurden. Dort wird nachgewiesen, dass als Reaktion auf die gleiche Anzahl von Bakterien genotyp-positiv Individuen eine 2- bis 4-fache Menge Interleucin 1 erzeugen, im Vergleich zu Individuen, die negativ auf die Untersuchung des Polymorphismus reagiert haben (Caffesse 2002).

Es ist wichtig hervorzuheben, dass der Genotyp des Patienten nur ein Element einer multifunktionalen Krankheit ist. Die wesentliche Erkrankungsursache ist das Vorhandensein spezifischer Bakterien, wobei individuelle Faktoren die Schwere der Krankheit beeinflussen. Daher ist es wichtig, mittels einer sorgfältigen Anamnese und der parodontalen Diagnostik zu bestimmen, ob ein Individuum genotyp-positiv oder -negativ ist (Mc. Guire 1999).

Die parodontologische Befundung des Patienten beinhaltet die Bestimmung der folgenden Parameter, die in einem Parodontogramm festgehalten werden: Index der zahnbakteriellen Plaque, Sondierungstiefe, Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Blutungen nach Sondierung, klinisches Attachmentlevel, Rezession der Gingiva, Zahnbeweglichkeit, Furkationsbefall, Gingivarandhöhe und Röntgenaufnahmen.

Die folgenden Abbildungen zeigen eine 18-jährige mexikanische Patientin mit aggressiver Parodontitis, einer spezifischen Krankheitsform mit klar erkennbaren klinischen Merkmalen und speziellen Befunden hinsichtlich der Wirt-Parasiten-Interaktion.

PN Kurzvita



Gloria Martínez de Zambrano, DDS

1976–1981: Zahnmedizinisches Studium an der Universität von

Monterrey, Nuevo Leon, Mexiko
1982: Approbation an der Universität von Monterrey, N.L. Mexiko

1983–1987: Spezialausbildung für Parodontologie an der Philipps-Universität Marburg/Lahn

Seit 1988: Privatpraxis für Parodontologie in Monterrey, N.L. Mexiko

Seit 1989: Assistenz Professor für Parodontologie an der Zahnärztlichen Fakultät der Universität von Monterrey, N.L. Mexiko

Seit 1989: Mitglied der American Academy of Periodontology, Mitglied der mexikanischen Vereinigung für Parodontologie, Mitglied der mexikanischen Nordöstlichen Vereinigung für Parodontologie

Von Hund zu Mund

Zahnpflege für Vierbeiner am Tag der deutschen Zahngesundheit

Die wohl überraschendste Meldung zum Tag der deutschen Zahngesundheit am 25. September 2004 kam von unseren vierbeinigen Freunden: 80 % aller Hunde hier zu Lande leiden unter Parodontitis. Kaum, dass man sich der Seriosität des Forschungsergebnisses vergewissert hat – stimmt, bestätigen die Experten – fragen sich be-

sorgte Hundehalter auch schon nach geeigneten Vermeidungsstrategien. Die haben anscheinend jene parat, die als Patentrezepte dem Hund von heute mit Kaninchen- und Leberwurstzahnpaste zu Maule rücken. Nun könnte man sich fragen, ob wir damit Bello und Fiffi wirklich gerecht werden. Überhaupt: Wer putzt dem besten

Freund des Menschen den Zähne? Mal ehrlich, das tun wir ja nicht einmal unseren zweibeinigen Partnern an.

Der 25. September bot an, einmal mehr darüber nachzudenken, eventuell menschliche Parodontitis-Probleme per Kauknochen zu lösen? Gestattet sei der Gedanke in umgekehrter Richtung: Warum Zahnpaste für den Hund, wenn doch jedem Mensch am Tag der deutschen Zahngesundheit gesagt werden konnte, dass ein Kauknochen – im Übrigen heute salon- bzw. hundehüttenfähig als DentaStix bezeichnet – den Zahnbelag mechanisch abschrubbt und so saubere und gesunde Zähne herbeiführt. Selbstverständlich mit Einschränkung: Gewarnt sei vor gemeinsamer Anwendung ein und des selben Kauknochens für Hund und Herrchen ...



Deutlich sichtbar, Zahnsteinbefall und Extraktion der vorderen Schneidezähne auf Grund von Zahnfleischentzündung bei einer siebenjährigen Teckelhündin.

Quelle: Pedigree DentaStix

Wir sind nicht so *nobel*,
zu behaupten *perfekt* zu sein.
BPI – das Original.

Testen Sie uns!
Probe-OPs werden
kostenfrei angeboten!

ab €140,- für
komplette Versorgung
zzgl. 7% MwSt

Die BPI Produkthighlights

- ♦ Mit der einzigartigen ästhetischen Giebelkonstruktion EASY FIT *



EASY FIT =
Esthetic Anatomic SYmetric FIT

* Patentrechtlich geschützt

- ♦ Multifunktionelles Komponentensystem
- ♦ Einbringpfosten = Abdruckpfosten = Abutement
- ♦ Einfaches Handling für den Operateur
- ♦ Hohe Zeitersparnis bei Komplettversorgung
- ♦ Günstiges Preis-Leistungsverhältnis

REDUCE TO BPI.

Vaihinger Straße 12
71063 Sindelfingen
Tel (0 7031) 7 6317-0
Fax (0 7031) 7 6317-11
info@bpi-implants.com
www.bpi-implants.com



biologisch physikalische
implantate

PN BERUFSPOLITIK

„Mein Praxiskonzept: Festzuschuss plus Kostenerstattung“

PN Parodontologie Nachrichten sprach auf dem DGP-Jubiläumskongress in Dresden mit Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender der KZBV

Fortsetzung von Seite 1

Sollten im Rahmen der Therapie an einigen Parodontien zusätzliche chirurgische Maßnahmen notwendig sein, könnte man sogar hier an eine reine GKV-Sachleistung denken. Wichtig ist aber, dass die wesentlichen Elemente mit einer Eigenleistung des Patienten belegt werden. Wir brauchen eine Festzuschuss-Systematik, die verhindert, dass die Parodontaltherapie weiterhin nach dem 100 %-Gießkannenprinzip erfolgt. Die jetzigen Paro-Richtlinien bedeuten aber ohnehin schon einen Einstieg in die finanzielle Mitbeteiligung.

PN Das heißt also, dass Patienten, die regelmäßig ohne jeglichen Verdacht auf Parodontitis aus reiner Privatinitiative eine jährliche Dentalhygiene vornehmen lassen, nach Ihrem Modell auch entsprechend bevorzugt würden?

Richtig. In solchen Fällen würde ein Patient beispielsweise 30 oder 40 Euro an Zuschuss für eine professionelle Zahnreinigung erhalten. Der Bonus ist die Richtschnur. Das wäre ein Ansatz, viel früher als bisher intervenieren zu können. Wir hätten mehr leichtere als schwierigere Fälle und damit auch weniger Aufwand, damit weniger Kosten, dazu eine bessere Prognose.

PN Sehen Sie einen Widerspruch darin, dass eine moderne Paro-Therapie nach dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ablaufen sollte, jedoch der Großteil dieser Behandlung nicht mit der GKV abgerechnet werden kann?

Nein, ich sehe keinen Widerspruch. Wenn man eine moderne Therapie innerhalb der

GKV zu den jetzigen Sachleistungsbedingungen will, dann ist das nicht zu bezahlen. Und da es keinen Bereich in der zahnärztlichen Versorgung gibt, bei dem die Mitarbeit des Patienten so wichtig ist, ist der Patient auch in der Pflicht. Da ist auch die Diskussion überflüssig, ob Parodontalerkrankungen selbstverschuldet sind oder nicht. Sie sind auf jeden Fall selbst steuerbar. Bei Dialysepatienten oder Diabetikern erwarten wir auch eine auf die Krankheit abgestimmte Lebensweise. Warum nicht auch bei Parodontitispatienten?

PN Welches Praxiskonzept schlagen Sie vor, um die Abrechnungen für eine Paro-Behandlung mit dem GKV-Leistungskatalog zu vereinbaren bzw. wie würden Sie Selbstzahler motivieren?

Das ist ganz einfach: Festzuschuss plus Kostenerstattung. Diese zwei Elemente schaffen so ein hohes Maß an Transparenz, an Kostenersparnis und an Eigenentscheidung. Die eigene Leistung des Patienten ist mit dem Ergebnis der Therapie eng verknüpft. Ich bin sicher, dass das einen ungeheuren Motivationsschub bringt. Damit erhalten auch die Vorbehandlungsphase und die unterstützende Parodontitistherapie den ihnen gebührenden Stellenwert.

PN Im Bezug auf die Kostenerstattung vertreten Sie demnach den Standpunkt, dass diese für Einzelleistungen wählbar sein soll und nicht mehr, wie bisher, auch für den gesamten ambulanten Bereich gilt? Speziell auch im Bezug auf die PAR-Behandlung?

Wir Zahnärzte haben die gesetzliche Regelung, die Kostenerstattung auf den gesamten ambulanten medizinischen Versorgungsbereich zu beziehen, immer kritisiert. Jeder Patient hat seine individuellen Präferenzen, aber auch seine individuellen Krankheitsbilder. Eine Pauschalregelung hilft hier nicht weiter. Wer ein individuelles Paro-Problem hat, sollte auch gezielt die Kostenerstattung auf die Paro-Therapie fokussieren.

PN Vorhandene Versorgungsdefizite und -probleme bei notwendigen Parodontalbehandlungen können nicht im Rahmen des geltenden Systems der GKV beseitigt werden. Wie soll Ihr Vorschlag, ein befundorientiertes Festzuschuss-System, zur Lösung dieses Problems beitragen?

Ich meine kein befundorientiertes Festzuschuss-System. Das geht beim Zahnersatz. In der Paro-Therapie ist der Befund nicht so weit differenzierbar. Daher rede ich hier von einem präventionsorientierten oder auch bonusorientierten Festzuschuss. Die Versorgungsdefizite haben wir eingangs ange-

sprochen. Bisher gab es bei den besonders schweren Fällen sicher eher eine Unterversorgung. Die BEMA-Neurelativierung kann hier nichts ausrichten.

PN Von der rasanten Weiterentwicklung in der Zahnheilkunde profitieren leider nur sehr wenige, vor allem wohl kaum GKV-Patienten. Sehen Sie eine Möglichkeit, modernste Zahnmedizin für eine breitere Bevölkerungsschicht zugänglich zu machen? Was schlagen Sie vor?

Da sind wir wieder beim Thema Festzuschuss. Denn bisher gilt: wer als GKV-Versicherter andere als Vertragsleitungen wählt, verliert seinen Leistungsanspruch und damit die Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt. Im Bereich Zahnersatz wird das jetzt besser, in der Paro-Therapie könnte das auch so sein.

PN Es geht ja nicht darum, dass nur privat versicherte Patienten in den Genuss der optimalen Behandlung kommen, sondern

auch die gesetzlich Versicherten, die Wert auf sehr gute Zahngesundheit legen, es sich aber dennoch nicht leisten können. Mit intelligenten Lösungen zur Erwachsenenprävention können wir dem begegnen. Festzuschüsse in diesem Bereich sind da ein – wie ich finde – guter Weg. Bonussysteme sind ein gutes Beiwerk.

PN Wie sieht der neue PAR-Status aus?

Mit Verlaub: der neue PAR-Status gilt bereits seit 1. Januar

2004. Er ist längst eingeführt – und liegt in jeder Praxis.

PN Ist ein neuer PAR-Vertrag in Aussicht?

Nein. Es ist ein modernes Konzept vom Bundesausschuss erarbeitet. Das liegt aber in der Schublade oder besser gesagt: im Giftschrank. Denn es ist ein reines Sachleistungskonzept und nicht umsetzbar, weil viel zu teuer.

Fortsetzung auf Seite 10

ANZEIGE

Waterpik: Inbegriff professioneller Prophylaxe. Seit über 40 Jahren. Weltweit.

1962 Waterpik Octopus



Ingenieure von Waterpik entwickeln in enger Zusammenarbeit mit Zahnärzten die erste Munddusche. Bis zum heutigen Tag ist Waterpik die erfolgreichste und meistverkaufte Mundduschen-Marke der Welt.

1979 Waterpik travel



Waterpik bringt die erste Reise-Munddusche auf den Markt. Dank Akku-Betrieb arbeitet sie netzunabhängig und ist daher überall einsetzbar. Neben elegantem Reise-Etui gehört ein separates Akku-Ladegerät zur Ausstattung.

1988 Pik Pocket



Die erste Subgingival-Düse. Eine Spezialdüse mit kegelförmigem Aufsatz aus Weichgummi für Mundduschen von Waterpik. Sie ermöglicht die gefahrlose und einfache Verabreichung antibakterieller Lösungen in Zahnfleischtaschen.

1996 Waterpik Sonic Speed



Mit einer neuartigen, elektronischen Schallzahnbürste revolutioniert Waterpik abermals die moderne Zahn- und Mundhygiene.

2000 Waterpik Flosser



Waterpik präsentiert zum ersten Mal sein neu entwickeltes und patentiertes Gerät zur automatischen Plaque-Entfernung in den Zahnzwischenräumen.

2002 Waterpik Tongue Cleaner



Als kleines, praktisches Zubehör zu Mundduschen. Ermöglicht erstmals die Säuberung der Zunge mit Wasserunterstützung von überbleibenden Belägen und damit die Beseitigung des Mundgeruchs.

2004

Professionalität, die sich für Sie und Ihre Patienten bezahlt macht. In Deutschland exklusiv vertreten von:



PN Kurzvita



Dr. Jürgen Fedderwitz
Amtierender Vorsitzender der KZBV

- geboren am 25.7.1950
- 1969–1974 Studium der Zahnmedizin
- Staatsexamen in Mainz
- seit 1980 niedergelassen in eigener Praxis
- seit 1994 Mitglied des Vorstandes der KZBV
- Vorstandsreferent für: Politische Kontakte, Haushalt und Finanzen
- Sonstige Ehrenämter: Vorsitzender der KZV Hessen

Fortsetzung von Seite 9

PN Ist eine neue Gebührenabrechnung für die Paro-Leistung geplant?

Nein, das ist im Moment nicht geplant. Die BEMA-Umrelationierung hat die Änderungen vorgenommen, die im bisherigen System noch machbar waren.

PN Werden Leistungen wie subgingivales Scaling und Root planing ordentlich honoriert? Nein, natürlich nicht. Aber was wird in der GKV schon ordentlich honoriert?

PN Werden chirurgische Leistungen abhängig von dem Gebiet (Frontzähne oder Seitenzähne) honoriert? Wie hoch wird oder ist die Honorierung von Leistungen, die im Recall vorgenommen werden (z.B. PAR-Befundung; Plaque-Diag-

für regenerative Verfahren, ebenso wie für mikrobiologische Tests oder auch professionelle Zahnreinigungen.

PN Sind Leistungen und Befunde wie Abdrücke des Gebisses und Anfertigung von Modellen noch angebracht? Nein. Sie werden aber auch nicht mehr verlangt.

PN Welchen Platz belegt die Paro-Behandlung gegenüber der gesamten zahnärztlichen Behandlung der Patienten? Gibt es Werte? Auch im Vergleich mit der gesamtmedizinischen Behandlung?

Die GKV gab im Jahre 2002 – das sind die letzten zuverlässig verfügbaren Zahlen – rund 11 Mrd. Euro für die zahnärztliche Behandlung aus. Davon entfallen auf die Paro-Therapie noch nicht einmal eine halbe Milliarde Euro. Im Vergleich zur

Wie eben gesagt: in 2002 waren es 400 Mio. Euro.

PN Ist es Ihnen bekannt, wie viele Fälle werden nur konservativ (Scaling & Root planing) behandelt und wie viele chirurgisch?

Da wir im alten PAR-Vertrag mit der P 200 eine reine Komplexgebührenposition hatten, hatten weder die KZVen noch die KZBV einen Anhaltspunkt über die Zahl der konservativ bzw. chirurgisch behandelten Fälle. Für beide Varianten galt dieselbe Position, ja sogar dieselbe Bewertung. Schätzungen sagen allerdings aus, dass auf keinen Fall mehr als 10% aller Fälle chirurgisch angegangen werden – eher weniger.

PN Welche chirurgische Technik wird am häufigsten durchgeführt?

Ich gehe davon aus, dass das der modifizierte Widmann-Lappen ist – nach wie vor.

PN Wie hoch ist die Anwendung adjuvanter Therapie (lokal oder systemisch verabreichte Antibiotika bei der Parodontalbehandlung) im Rahmen der Paro-Behandlung?

Auch das wissen wir nicht. Da es bisher keine Kassenleistung war – sicher eher gering.

Das ist auch gut so, weil niemand die Antibiotikatherapie als Ersatztherapie zu konventionellen Methoden will. Seit Jahresbeginn ist eine adjuvante systemische Antibiotikatherapie im Rahmen der GKV unter bestimmten Voraussetzungen erbringbar. Lokale Maßnahmen bleiben glücklicherweise nach wie vor außen vor.

PN Welches Antibiotikum wird am meisten verabreicht als Adjuvanz?

„Das“ Antibiotikum gibt es nicht. In der lokalen Therapie ist einiges in der Entwicklung, manches leider schon wieder vom Markt. In der systemischen Therapie gelten die Winkelhoff-Empfehlungen immer noch.

PN Herr Dr. Fedderwitz, vielen Dank für das Interview. ☒



Auf dem DGP-Kongress in Dresden erläutert Dr. J. Fedderwitz sein Festzuschussmodell zur Stärkung der Patienten-Eigenleistung.

nostik und Indices, professionelle Zahnreinigung, Remotivation etc.)?

Ja, der Bundesausschuss hat eine Differenzierung ebenso vorgenommen wie zwischen geschlossenen und offenen chirurgischen Verfahren. Sonst wäre aus der potenziellen Unterversorgung schnell eine Quasi-Nichtversorgung geworden. Recall-Leistungen – sie werden jetzt in der „unterstützten Parodontitis-Therapie“ erbracht – sind nach wie vor reine Privatleistungen. Grundlage ist die GOZ. Das gleiche gilt

Morbiditätsrate ist das ein krasses Missverhältnis. Das sagt wohl alles zum Stellenwert.

PN Wie viele Zahnärzte gibt es in Deutschland niedergelassen und mit Kassenzulassung? In 2002 hatten wir knapp 55.000 niedergelassene Vertragszahnärzte.

PN Wie hoch sind die finanziellen Ausgaben der Kassen für Paro-Behandlung? Wie hoch für die gesamtzahnärztliche Behandlung?

DGZI-Studiengruppenleitertreffen in Berlin

Fachlicher Informationsaustausch und Gespräche über zukünftige Verbandsarbeit

Am 28. August 2004 trafen sich auf Einladung des Vorstandes die Studiengruppenleiter der DGZI. Ziel des Meetings war es, im Hinblick auf die künftigen Vorhaben der DGZI den Kurs des Vorstandes mit den Studiengruppenleitern abzustimmen.

Das Studiengruppenleitertreffen am letzten Augustwochenende in Berlin hatte verschiedene Funktionen. Zum einen ging es darum, die Studiengruppenleiter über die umfangreichen Aktivitäten der DGZI auf fachlichem Gebiet zu informieren, zum anderen war das Treffen eine der seltenen Gelegenheiten, bei der die Studiengruppenleiter die Möglichkeit hatten, ihre Vorstellungen von der Verbandsarbeit gemeinsam mit dem Vorstand zu diskutieren.

In seiner Begrüßungsansprache ging DGZI-Präsident Dr. Friedhelm Heinemann/Morsbach auf die Grundzüge der

Politik des DGZI-Vorstandes ein und legte seine Vorstellungen über ein von Kameradschaft und Kollegialität geprägtes Miteinander innerhalb der DGZI dar, bei dem insbesondere die Studiengruppen als ein entscheidendes Element der Basisarbeit der ältesten europäischen implantologischen Fachgesellschaft eine entscheidende Rolle spielen. So wird der DGZI-Vorstand künftig die Tätigkeit der Studiengruppen sowohl inhaltlich als auch materiell noch stärker mit dem Ziel unterstützen, den Mitgliedern aber auch interessierten Kollegen einen fachlichen Gedankenaustausch auf hohem Niveau auf regionaler Ebene zu bieten.

DGZI-Vize-Präsident Dr. Rolf Vollmer/Wissen, ging in seinem Vortrag auf die Historie der DGZI-Studiengruppenarbeit ein, die insbesondere seit Anfang der 90er

Jahre ein wichtiger Bestandteil der permanenten Fortbildungstätigkeit der DGZI wurde. Heute verfügt die Ge-



Blick in den Konferenzraum des DGZI-Studiengruppenleitertreffens.

sellschaft über 19 regionale Studiengruppen in Deutschland. Mit besonderer Freude

Mehr Wahlfreiheit durch Festzuschüsse ab 2005

Zahnersatz bleibt Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung

Ab dem 1. Januar 2005 erhalten Patienten durch die Umstellung auf die „befundorientierten Festzuschüsse“ mehr Wahlfreiheit bei ihrer Entscheidung für den Zahnersatz. Gleichzeitig bleibt der Zahnersatz weiterhin Teil der gesetzlichen Krankenversicherung und der Umfang des Leistungsanspruchs für Patienten überwiegend erhalten. Das vom Bundestag am 1. Oktober 2004 verabschiedete Gesetz zur Regelung der Versicherung des Zahnersatzes sieht bereits zum Anfang des kommenden Jahres vor, sich bei der Berechnung der Kosten für den Zahnersatz künftig an einem Befund und nicht mehr wie bisher an der Art des verwendeten Zahnersatzes zu orientieren. Ein Befund ist zum Beispiel die Lage und Anzahl von fehlenden Zähnen bzw. der Grad des Zerstörungszustandes der zu versorgenden Zähne.

Der Unterschied zum derzeit noch gültigen System besteht darin, dass der Patient ab dem nächsten Jahr frei entscheiden kann, welchen Zahnersatz er wählt. Den Zuschuss seiner Krankenkasse behält er auch dann, wenn er sich aus der Fülle

der Möglichkeiten des modernen Zahnersatzes für eine höherwertige Versorgung entscheiden sollte. Zum Beispiel ging der Patient bei der Versorgung mit Implantaten bislang leer aus. Künftig zahlt die Krankenkasse also nicht mehr einen prozentualen Anteil eines Zahnersatzes, sondern einen „befundbezogenen Festzuschuss“.

Einkommensabhängiger Beitrag

Es wurde beschlossen, dass gesetzlich Versicherte ab 1. Juli 2005 für Zahnersatz einen prozentualen, einkommensabhängigen Beitragssatz in Höhe von 0,4 Prozentpunkten bezahlen, der allein von den Arbeitnehmern zu leisten ist. Dieser Beitrag wird mit dem im Gesundheitsmodernisierungsgesetz ab 2006 vorgesehenen zusätzlichen Beitragssatz von 0,5 Prozent für das privat aufzubringende Krankengeld zu einem einheitlichen Beitragssatz von insgesamt 0,9 Prozent zusammen eingezogen. Bezieher von Arbeitslosengeld II sind ebenso von der Erhebung des zusätz-



Ab nächsten Jahr kann über die Qualität des Zahnersatzes selbst entschieden werden.

lichen Beitragssatzes ausgenommen. Familienangehörige bleiben mitversichert.

Krankenkassen zur Beitragssenkung verpflichtet

Die gesetzlichen Krankenkassen sind jedoch gesetzlich verpflichtet, die durch diese Regelung entstandene Belastung von 0,9 Prozent als Beitragssenkung an die Versicherten weiterzugeben. ☒

Quelle: Initiative proDente e.V.

PN PARODONTOLOGIE NACHRICHTEN

Der Arbeitskreis Fachzahnärzte für Parodontologie informiert:

Im vergangenen Jahr wurde bereits die Satzungsänderung beschlossen, um sich in einen Berufsverband zu wandeln. Damit öffnet sich dieser seit mehr als 25 Jahren bestehende Zusammenschluss der Parodontologen auch denjenigen Kollegen, die sich als Spezialisten der DGP oder in einer gleichwertigen postgraduierten in- oder ausländischen Ausbildung qualifiziert haben. Leider gab es danach einige juristische Hürden zu überwinden, bevor das zuständige Amtsgericht dieser neuen Satzung anerkennen wollte. Diese Hindernisse scheinen aber nun beiseite geräumt und Anfang 2005 wird eine konstituierende Mitgliederversammlung einberufen, zu der auch alle Spezialisten der DGP (und soweit bekannt auch die andernorts ausgebildeten) eingeladen werden. Es wird dort ein neuer Vorstand gewählt, der weitere – dringend notwendige – Aktivitäten forcieren muss. Dabei werden berufspolitische Fragen, wie sich beispielsweise der neue PAR-Vertrag in der Praxis bewährt hat, eine Rolle spielen und andererseits die nächsten Fortbildungsveranstaltungen vorbereiten. Über unsere bisherigen Fortbildungen, so zuletzt mit Professor Tonetti, lesen Sie auf unserer website www.fachzahnarzte-parodontologie.de. Themen und Referenten werden immer durch die Mitgliederversammlung bestimmt.

Info & Kontakt:

Dr. Klaus Höcker, Brandstr. 29, 45127 Essen, Tel.: 02 01/22 22 62, Fax: 02 01/20 77 69, E-Mail: khoeh@paro-praxis.de, www.fachzahnarzte-parodontologie.de

konnte Dr. Vollmer in Berlin über die in Vorbereitung befindliche Gründung weiterer Studiengruppen in Süd- und

bote der DGZI noch engmaschiger werde.

Die Tätigkeit des wissenschaftlichen Beirates der DGZI war Gegenstand des Vortrages des 2. Vize-Präsidenten der DGZI, Dr. Roland Hille/Viersen. Dr. Hille konnte ein beeindruckendes Bild der langjährigen Aktivitäten des wissenschaftlichen Beirates aufzeigen, was sich u. a. in zahlreiche von der DGZI initiierten oder unterstützten nationalen und internationalen Forschungsprojekten niederschlägt. Zum Thema Medien und Marketing – Die Publikationen und Kongresse der DGZI im Dentalmarkt sprach Oemus Media-Vorstandsmitglied Jürgen Isbaner, Leipzig. Sein Vortrag spannte ausgehend vom internationalen Dentalmarkt den Bogen hin zur Markt- und Fortbildungssituation in Deutschland. Mit beeindruckenden Zahlen wurden die Aussagen untermauert

und machten so sehr anschaulich klar, dass die DGZI sich trotz sehr guter Positionierung auch immer wieder in einem sehr harten Konkurrenzumfeld behaupten muss. Dr. Rainer Valentin/Köln, Organisationsreferent der DGZI und Dr. Winand Olivier/Oberhausen, Fortbildungsreferent stellten das Fortbildungskonzept der DGZI in der Verbindung Curriculum, Kongresse, Symposium und Spezialistenausbildung vor, wodurch die DGZI über ein fachlich anspruchsvolles, anerkanntes und seit vielen Jahren bewährtes Angebot zur fachlichen Qualifizierung verfügt. Die Teilnehmer des Studiengruppentreffens waren von der ergebnisorientierten Arbeitsweise und der Atmosphäre der Berliner Veranstaltung sehr angetan. Für die künftige Arbeit der Studiengruppen dürfte Berlin deutliche Impulse gesetzt haben. ☒

Hase und Igel der Gesundheitsreform

Die Online-Patientenakte läuft der elektronischen Gesundheitskarte voraus



Leonardo's Genitalien in Zukunft züchtig vom Chip bedeckt.



Die Rückseite der Gesundheitskarte wird mit dem europäischen Patientenausweis ausgestaltet.

(eb) Am 1. Januar 2006 soll planmäßig die neue Gesundheitskarte die bisherige Chipkarte ablösen. Da die Einhaltung dieses Zeitplanes schon jetzt in Frage gestellt wird, haben insgesamt fünf Betriebskrankenkassen (BKK) und die private Deutsche Krankenversicherung AG (DKV) die Idee der elektronischen Patientenakte bereits auf ihre Weise online in die Tat umgesetzt. Seit 2002 bieten die BKK PwC, BKK Ernst & Young und die BKK kpmg eine Online-Patientenakte an, nach eigenen Angaben mit sehr guten Erfahrungen.

Bei regelmäßiger Datenpflege wird sogar mit der Rückerstattung der Praxisgebühr geworben. Zwar seien die Seiten gesichert und nur autorisierten Personen zugänglich, doch werden gewiefte Hacker vor diesen Toren halt machen? Sollte man doch lieber auf die Chipkarte warten? Wie kann man sich schützen vor Gefahren gegen Missbrauch des personenbezogenen Datenschutzes? Wer erhält Zugriffsrechte und wem werden sie verwehrt? Wer entscheidet darüber? Wie wird das technisch in Notfallsituationen re-

alisiert? Fragen, die auf jeden Fall noch vor Einführung der neuen Patientenakte geklärt werden müssen. Der Kernidee der konzentrierten elektronischen Patientenverwaltung liegt der Wille nach Vermeidung von teuren und zumeist unnützen Doppeluntersuchen zu Grunde. Auch soll die Mini-Datenbank vor Einnahme falscher Medikamente schützen und die Vorsorge generell verbessern. Zusätzlicher Vorteil der Online-Patientendatenbank gegenüber der Gesundheitskarte: Man kann sich per E-Mail an den nächsten Arzttermin erinnern lassen. Die Resonanz auf die Nutzung der online-Patientendatenbank ist sehr unterschiedlich. Die höchste Anwenderzahl, mehr als 50 Prozent ihrer Mitglieder, verzeichnen BKK PwC, BKK KPMG und BKK Ernst & Young. Im Vergleich, die Onlineakte der BKK Braun-Melsungen wird nur von 10 % ihrer Mitglieder genutzt. Bedenken in Sachen Datenschutz gibt es keine: „Die Sicherheit“, so Peter Klufmüller, Vorstandsvorsitzender von BKK PwC, BKK KPMG und BKK Ernst & Young, „ist vergleichbar mit dem von Onlinebanking. Der Versicherte bekommt einen geheimen Code und so lange dieser geheim bleibt, sind die Daten vor Missbrauch geschützt. Die Krankenkasse bekommt auch keinen Einblick in die Akte. Vom Bundesdatenschutzbeauftragten wurde dieses System als sicher beurteilt.“ Das sich die webbasierte Variante der Gesundheitskarte schneller verbreitet, als es der Zeitplan der Chipkarte vorgesehen hatte, ist nur zu verständlich, dass einige Krankenkassen dieser den Vorzug geben würden. Dennoch hält das Gesundheitsministerium an seinem Projekt fest. Selbst dann, wenn schon fest steht, dass eine flächendeckende Verfügbarkeit der Gesundheitskarte erst nach 2006 möglich sein wird. Der Termin 1.1.2006 ist vor allem schon aus dem Grund illusorisch, da viele Ärzte zunächst ihre vorhandene PC-Technik dem neuen System entsprechend anpassen bzw. aufrüsten müssen. Das ist natürlich mit zusätzlichem Zeit- und Kostenaufwand verbunden, der in der derzeitigen Situation nicht gerne investiert wird. Das von der Firma IBM geführte Industriekonsortium bit4health hat bereits vorgerechnet, dass wahrscheinlich herkömmliche

ISDN-Leitungen nicht für den immensen Datenaustausch ausreichen werden. Seit Sommer dieses Jahres läuft eine Testphase. Es soll demonstriert und getestet werden, wie die ersten Anwendungen der zukünftigen Telematikinfrastruktur und das E-Rezept genau aussehen und funktionieren. Angesichts der Größe des Projekts steigt die Skepsis bei vielen Ärzten. Es kursiert die Angst vor dem Chaos, was ja auch nicht ganz unbegründet ist. Die Erinnerung an das Debakel bei der versuchten Einführung der LKW-Maut ist noch nicht aus dem Gedächtnis verschwunden ...

PN Kurznotiert

Neue Zähne in 30 Minuten

Schwedische Wissenschaftler fanden eine Methode, die es ermöglicht, fehlende Zähne in einer Zahnarztsitzung zu befestigen. Eine CT-Aufnahme des Kiefers wird am Computer in ein 3-D-Bild umgewandelt. Anhand dieser Information wird die individuelle Prothese gefertigt. Die Methode eignet sich für Implantate, die alle Zähne im Ober- oder Unterkiefer ersetzen, vereinzelt auch für einzelne Zähne. Derzeit befindet sie sich noch in der Testphase. Es fehlen noch Langzeiterfahrungen. *Quelle: Zahn-online*

Flourid-Salz gut für Zähne

Speisesalz mit Flourid schützt vor Karies, so die Techniker Krankenkasse in Berlin. Daher sollte bereits beim Kauf auf Flouridhaltigkeit geachtet werden. Doch das Würzen von Speisen allein ist nicht ausreichend für eine optimale Kariesvorsorge. Sowohl Zahn- als auch Zahnfleischpflege sind nach wie vor unverzichtbar. *Quelle: Ivz-online*

Gummi gegen Zahnbelag?

In einem Test wurden Herstellerversprechungen bezüglich der Reinigungswirksamkeit so genannter Zahnpflegekaugummis auf die Probe gestellt. Das Ergebnis: Nicht einmal 20 Prozent des Belages lassen sich „wegkauen“ und bei den Zahnzwischenräumen konnten nur sieben Prozent der vorhandenen Plaque durch Kauen weggeputzt werden. Zum Vergleich: Mit herkömmlichen Zahnputzen können mühelos 70 bis 90 Prozent der Plaque weggeschrubbt werden. *Quelle: Öko-Test*

ANZEIGE

SCHLUSS MIT ROT-GRÜN!

Macht doch öfters mal blödi

NEU!

Tapered

RENOVA™ RBM

mit Innensechskant

- Lebenslange Garantie
- Für die überwiegenden Versorgungen ist nur 1 Schraubendreher (blau) nötig
- Gutschriften oder Umtausch ohne zusätzliche Kosten
- Erfahrene, kompetente, freundliche und motivierte Mitarbeiter
- Kurze Entscheidungswege
- Zuverlässiger Lieferservice
- 3% Skonto bei jeder Lieferung
- Teilzahlungsprogramm für Ihre Patienten
- Flexible & individuelle Paketangebote

Straight

JETZT EIN- ODER UMSTEIGEN!

LIFECORE
BIOMEDICAL

Lifecore Biomedical GmbH
Jägerstr. 66 · 53347 Alfthor (bei Bonn)
+49 22 22 / 92 94 0 · 97 73 56
kundeninfo@lifecore.de · www.lifecore.de

Fax: +49 22 22 / 97 73 56

Bitte senden Sie mir weitere Informationen!

Bitte senden Sie mir ein Bestellformular!

Bitte besuchen Sie mich in meiner Praxis!

Fräsesadrede/Siebm.pel

Name

Strasse, Nr.

PLZ/Ort

Telefon / Fax

PN 10/04

PN PARODONTOLOGIE NACHRICHTEN

Zu der aktuellen Berichterstattung über die Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte stellt die KZBV fest:

„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung weist den Vorwurf, die Zahnärzteschaft trete in den Vorbereitungen zur Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte als Blockierer auf, entschieden zurück. Entgegen den Darstellungen in einzelnen Presseberichten hat die KZBV in sämtlichen Verhandlungen flexibel und kompromissbereit agiert. Auch bei den künftigen Verhandlungen sind die Zahnärzte weiterhin zur Kooperation bereit. Dasselbe erwartet die KZBV allerdings auch von den Krankenkassen. Schon in früheren Stellungnahmen hat die KZBV verdeutlicht, dass für die Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte sowohl die Speicherung des E-Rezeptes auf der Karte als auch die servergestützte Lösung in Frage kommen müssen. Nach Ansicht der KZBV muss der Patient entscheiden können, auf welchem Medium das E-Rezept gespeichert und transportiert werden soll. Dies stärkt die Akzeptanz bei der Einführung der Gesundheitskarte in der Bevölkerung, die Patientensouveränität und die ordnungsgemäße Aushändigung von Medikamenten bei einem Systemausfall. Bei einer ausschließlichen Speicherung auf zentralen Servern wäre dies nicht möglich. Die KZBV zweifelt nach wie vor daran, dass der ehrgeizige Zeitplan zur Einführung der Gesundheitskarte eingehalten werden kann – dies unter anderem deswegen, weil es sich, entgegen der Darstellung des BMGS, eben nicht um eine erprobte Technik handelt.“

KOMMENTAR

PN KONGRESSSE

Jubiläumstagung der DGP in Dresden

Einer der Höhepunkte neben den wissenschaftlichen Vorträgen war die meridol®-Preisverleihung

Fortsetzung von Seite 1

Neben den zahlreichen interessanten Vorträgen, welche sich nicht nur der Wissenschaft, sondern auch der Entstehungsgeschichte der ARPA bzw. der DGP in West- und Ostdeutschland widmeten, wurden im Rahmen der Gala-Veranstaltung im Finanzministerium u.a. der meridol®-Preis an Dr. Barbara Noack (1. Preis), Dr. Peter Meisel (2. Preis) sowie an Dr. Thomas Beikler und Dr. Jörg Eberhard (beide 3. Preis) verliehen.

Weitere Ehrungen bekamen der Community Mediziner Dr. med. habil. Henry Völzke (Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin) und Diplom-Mathematiker Christian Schwahn (Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde). Der Fröhlichpreis ist die renommierteste Auszeichnung im Bereich der Parodontologie und wurde 1996 zum letzten Mal verliehen, da in der Zwischenzeit keine preiswürdigen Arbeiten eingereicht wurden. Auf demselben Kongress erhielt Privatdozent Dr. Peter



meridol®-Preisträger v. l. n. r.: Dr. Jörg Eberhard, Dr. Thomas Beikler, Dr. Peter Meisel und Dr. Barbara Noack

Meisel (Institut für Pharmakologie) den Oral-B-Preis für seine Publikation „Dose-effect relation of smoking and the interleukin-1 gene polymorphism in periodontal disease“ (J Periodontol., 2004). Dr. med. dent. Jutta Fanghänel und Prof. Dr. med. dent. Thomas Kocher vom Zentrum Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erhielten ebenfalls einen Oral-B-Preis zusammen mit ihrer Erstautorin Dr. Barbara Noack von der TU Dresden für eine Studie über „Novel mutations in the cathepsin C gene in pa-



V. l. n. r.: Prof. Dr. Jörg Meile, Bärbel Kiene, Dr. Jörg Eberhard, Prof. Dr. Dr. Soren Jepsen, Dr. Barbara Noack, Dr. Peter Meisel, Dr. Thomas Beikler und Prof. Dr. Thomas Hoffmann.

tients with pre-pubertal aggressive periodontitis and Papillon-Lefevre syndrome“,

das heißt einer Sonderform von aggressiver Parodontitis. **PN**

„Für die Routinebehandlung steht die Plaquebeherrschung im Vordergrund“

PN Parodontologie Nachrichten sprach auf der DGP Jubiläumstagung in Dresden mit Prof. Dr. Heinz H. Renggli



Prof. Dr. Heinz H. Renggli

zwischen verschiedenen Parodontitisformen differenzieren kann und die therapeutischen Methoden, die nicht mehr primär resektiver, sondern reparativer/regenerativer Natur sind.

PN Welche Konsequenzen entstehen für die Routinebehandlung der parodontal erkrankten Patienten?

Für die Routinebehandlung parodontal erkrankter Patienten steht die Plaquebeherrschung im Vordergrund. Eine der wichtigsten Konsequenzen dabei ist, dass nicht nur die persönliche Plaquekontrolle sowohl mit mechanischen wie chemischen Hilfsmitteln wichtig ist, sondern auch die professionelle Plaqueentfernung in regelmäßigen Intervallen. Dabei fällt den Mitarbeiterinnen auf verschiedens-

ten Niveaus eine bedeutende Rolle zu. Die Nachsorge ist ebenso wichtig wie die aktive Behandlung.

PN Was halten Sie von neuen diagnostischen Entwicklungen in der Parodontologie (z.B. Polymorphismus von Zytokinen, Mikroorganismen-Nachweis)?

Der Mikroorganismen-Nachweis ist eine echte Bereicherung in der Diagnostik geworden, weil damit aggressive Parodontitiden frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Auch das Erkennen übertrieben reagierender Entzündungstypen (Phänotyp) ist bedeutungsvoll, um Konsequenzen für den Gesamtorganismus, wie Hirn und Herzinfarkte sowie Frühgeburten zu minimalisieren.

PN Was halten Sie von Schmelz-Matrix-Proteine in der Parodontaltherapie?

Schmelz-Matrix-Proteine sind eine Bereicherung der therapeutischen Methoden, weil sie zur Reparatur oder gar Regeneration der parodontalen Gewebe beitragen. Sie sind allerdings – sollen sie einen methodischen Mehrwert haben – sehr sorgfältig zu indizieren und applizieren.

PN Ist die Anwendung von Membranen in der regenerativen Therapie nicht mehr aktuell?

Die Anwendung von resorbierbaren Membranen für die parodontale Regeneration ist bei strenger Indikation immer noch aktuell. Die gelenkte Geweberegeneration hat den größten Attachmentgewinn zur Folge.

PN Wird die Anwendung der einfachen Lappenoperation nicht mehr erforderlich? Und wenn ja, bei welcher Situation?

Einfache Lappenoperationen (Accessflap) sind immer noch aktuell, nämlich in Situationen, wo unter Sicht die Wurzeloberflächen gereinigt werden müssen. Der dadurch erzielte Attachmentgewinn ist größer als bei einem Scaling/Root planing. Wenn es gelingt, mit der einfachen Lappenoperation durch Attachmentgewinn die Tasche auf weniger als 5 mm Sondiertiefe einzuebren und keine Blutungsneigung mehr besteht, ist der primäre Zweck der Paro-therapie erreicht, die Destruktion ist zum Stillstand gekommen.

PN Welche ist die beste Me-

thode zur Behandlung des Furkationsbefalls?

Man muss zwischen Ober- und Unterkiefer unterscheiden. Im Unterkiefer sind Furkationen mit einer Zugänglichkeit bis zum Grad II bei günstigem Knochenangebot mittels GTR-Technik erfolgreich zu behandeln. Furkationsdefekte des Grades III sind – wiederum bei gutem Knochenangebot und breiter Furkation – durch Prämolarsierung zu sanieren. Im Oberkiefer funktioniert die GTR-Technik ebenfalls bei den Graden I und II. Grad III Furkationen sind sehr schwierig zu beherrschen. Meistens drängt sich dann die Exzision auf mit implantologischen und/oder restaurativen Maßnahmen.

PN Prof. Renggli, vielen Dank für das Interview. PN

„Klassifikationssysteme sind kein Diagnosesystem“

PN Parodontologie Nachrichten sprach auf der DGP Jubiläumstagung in Dresden mit Dr. Gary C. Armitage

PN Welche modernen Vorstellungen basieren auf der Klassifikation parodontaler Erkrankungen durch die AAP aus dem Jahre 1999?

Ich bin mir nicht sicher, auf welche „modernen Vorstellungen“ Sie sich beziehen. Die Klassifikation parodontaler Erkrankungen und Zustände von 1999 versucht, eine breite Palette von Krankheitsbildern des Parodonts auf systematische Weise zu organisieren. Die internationale Gruppe, die die Klassifikation schuf, hat viele der Probleme korrigiert, die mit der vorherigen Klassifikation (1989) verbunden waren, wie etwa die Gruppierung parodontaler Erkrankungen anhand solcher nicht bestätigter Kriterien wie Alter des Patienten und Geschwindigkeiten des Fortschreitens. Darüber hinaus wurde eine Kategorie „Gingivale Erkrankungen“ hinzugefügt, da sie in der Klassifikation von 1989 fehlte. Meiner Meinung nach ist die Klassifikation von 1999 nur eine Verfeinerung des bisherigen

Systems. Sie ist keine revolutionäre Neufassung und auch kein wesentlicher Paradigmenwechsel in der Art und Weise, wie wir parodontale Erkrankungen und Zustände gruppieren. Was gemacht



Auf der anschließenden Podiumsdiskussion konnten Dr. G. C. Armitage, Prof. U. van der Velden und Prof. Dr. J. Meyle zu ihren Vorträgen befragt werden.

wurde und warum, wird in der Literatur eindeutig gesagt (Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Ann Periodontol 1999;4:1–6).

Klassifikationssysteme dienen mehreren Zwecken: 1) Sie liefern einen allgemeinen Rahmen zum Studium der Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese verschiedener Kategorien der Erkrankung. 2)

sie können wertvoll bei der Beurteilung optimaler Behandlungsmethoden für eine bestimmte Art von Erkrankung sein. 3) Sie können hilfreich für Drittparteien (Versicherungen) und 4) als Ausgangs-

punkt für die Bestimmung sein, welchen Typ einer parodontalen Erkrankung ein einzelner Patient möglicherweise hat. Es sollte betont werden, dass Klassifikationssysteme und Diagnosen unterschiedlichen Zwecken dienen. Klassifikationssysteme gruppieren ähnliche Erkrankungen und Zustände in allgemeine Kategorien und sind nützlich beim Studium des gesamten Spektrums von Erkrankungen, das in großen Patientenpopulationen zu finden ist. Diagnosen werden auf einzelne Patienten angewandt und erleichtern die Formulierung eines Behandlungsplans, der die Bedürfnisse des Patienten anspricht. Klassifikationssysteme dienen nicht als die primäre Grundlage, auf der die Erkrankung eines Patienten diagnostiziert wird. Klinische Diagnosen werden von Krankheitszeichen, Symptomen und Laborbefunden (falls zutreffend) eines individuellen Patienten abgeleitet. Klassifikationssysteme sind Verall-

gemeinerungen und dienen nur als Ausgangspunkt für das Nachdenken über eine Diagnose. Sie sind kein Diagnosesystem. Bedauerlicherweise ist es ein unter einigen Klinikern weit verbreiteter Irrtum, dass die Klassifikation einer Erkrankung das gleiche ist wie das Stellen einer Diagnose. Die Klassifikation von 1999 räumt ein, dass einige parodontale Erkrankungen keine Infektionen sind (z.B. „Gingivale Läsionen genetischen Ursprungs“ wie die hereditäre gingivale Fibromatose; „Gingivale Manifestationen systemischer Erkrankungen“ wie etwa Lichen planus, allergische Reaktionen; „Traumatische Läsionen“ wie z.B. chemische Verätzungen). Nichtsdestoweniger sind die meisten parodontalen Erkrankungen Infektionen. Dementsprechend folgt die Klassifikation dem Paradigma der „Infektion-Wirt-Antwort“, nach dem die meisten parodontalen Erkrankungen als Infektionen angesehen werden und ein Großteil der Gewebeschäden auf Reaktionen des Wirtsorganismus auf die infizierenden Wirkstoffe beruhen. Dies traf auch auf die Klassifikation von



Gary C. Armitage, DDS, MS

1989 zu. Tatsächlich hat in den letzten drei Jahrzehnten die Mehrheit der parodontalen Gemeinschaft diese moderne Sicht parodontaler Erkrankungen akzeptiert (Armitage GC. Classifying periodontal diseases – a long-standing dilemma. Periodontol 2002;30:9–23).

PN Auf welche Faktoren konzentriert sich dieses spezielle Klassifikationssystem (Alter des Patienten, Mikrobiologie,

Fortsetzung auf Seite 16

Fortsetzung von Seite 15

histologische oder pathohistologische Befunde)?

Plaquesinduzierte parodontale Erkrankungen wie Gingivitis, lokalisierte und generalisierte aggressive Parodontitis sowie chronische Parodontitis werden entsprechend der Unterschiede ihrer klinischen Erscheinungsbilder gruppiert. So ist beispielsweise die plaqueinduzierte Gingivitis das Vorhandensein einer Entzündung ohne klinischen Attachmentverlust. Auf histologischer Ebene zeigt die Gingivitis das Vorhandensein eines entzündlichen Infiltrats (Lymphozyten und Plasmazellen) in der Gingiva ohne apikale Migration des Saumepithels auf der Wurzel; die apikale Begrenzung des Saumepithels befindet sich an der Schmelz-Zement-Grenze (cemento-enamel junction, CEJ). Bei allen Formen der Parodontitis ist das Epithel über die CEJ hinaus gewandert und befindet sich auf der Wurzeloberfläche; dieses pathohistologische Geschehen wird normalerweise von einem Verlust des Alveolarknochens begleitet. Die Klassifikation von 1999 ignoriert nicht die Bedeutung des Alters, in dem die Erkrankung auftritt, als Merkmal bestimmter Krankheitsbilder. Beispielsweise wird bei Fällen von lokalisierter aggressiver Parodontitis die Erkrankung

normalerweise bei Einsetzen der Pubertät entdeckt; die generalisierte aggressive Parodontitis betrifft für gewöhnlich Patienten unter 30 Jahren (Lang N, Bartold PM, Cullinan M, et al. Ann Periodontol 1999;4:53). Die Klassifikation verwendet jedoch keine starren Altersklassen als Basis für die Einteilung. In ähnlicher Weise berücksichtigt die Klassifikation, dass bei manchen Patienten bestimmte Bakterien wie etwa Actinobacillus actinomycetemcomitans und Porphyromonas gingivalis wichtige Pathogene sein können. Die vorhandenen Daten erlauben jedoch keine Klassifikation verschiedener Formen der Parodontitis auf der Grundlage der nachweisbaren Mikroorganismen (Mombelli A, Casagni F, Madianos PN. Can the presence or absence of periodontal pathogens distinguish between subjects with chronic and aggressive periodontitis? A systematic review. J Clin Periodontol 2002;29 [Suppl 3]:10-21). Es wäre in der Tat zum gegenwärtigen Zeitpunkt unklar, parodontale Infektionen auf der Basis nachweisbarer Mikroorganismen zu klassifizieren, da nur etwa 50 % der Flora mit konventionellen Methoden nachgewiesen werden können (Wilson MJ, Weightman AJ, Wade WG. Applications of molecular ecology in the characterisation of uncultured microorganisms associated with

human disease. Rev Med Microbiol 1997;8:91-101). Die Anwendung molekularer Verfahren zum Nachweis nicht kultivierbarer Mikroorganismen hat eine breite mikrobielle Vielfalt in der subgingivalen Flora enthüllt. Selbst nicht-bakterielle Gruppen wie Archaea können in subgingivalen Plaques gefunden werden und scheinen mit chronischer Parodontitis in Verbindung zu stehen (Lepp PW, Brinig MM, Ouverney CC, Armitage GC, Relman DA. Methanogenic Archaea and human periodontal disease. Proc Natl Acad Sci USA 2004;101:6176-6181). Obwohl unser Verständnis der Mikrobiologie, Immunologie und Pathogenese parodontaler Infektionen in den letzten zwei Jahrzehnten beträchtliche Fortschritte gemacht hat, sind wir immer noch nicht in der Lage, diese komplexe Gruppe von Erkrankungen anhand ursachenbezogener Kriterien zu klassifizieren. Dementsprechend sollte die Klassifikation von 1999 als „laufende Arbeit“ betrachtet werden. Solange wir nicht mehr über die Ursachen und die ganzen biologischen Abläufe parodontaler Infektionen wissen, werden sie weiterhin auf der Grundlage ihrer traditionellen klinischen Merkmale klassifiziert werden.

PN Dr. Armitage, vielen Dank für das Interview.

16. Wintersymposium

Entgegen alter Gewohnheit findet die Veranstaltung im IDS-Jahr 2005 schon im Januar statt

Das 16. Wintersymposium, die vom IDS-Jahr 2005 terminlich beeinflusste Fortbildungsveranstaltung in Sölden-Hochsölden/Tirol, wird in der Zeit vom 22. bis 29. Januar 2005 wieder begehrtes Ziel sein, sich sowohl wissenschaftlichen als auch praxisrelevanten Höhepunkten hinzugeben. So werden Themen wie „3-D-Simulation bei implantologischen Eingriffen“ und „Prognos-Meridiagnostik/Therapie“ am ersten Veranstaltungstag ebenso interessant sein wie „Hypnose“, „Die sanfte Herz-Kreislauftherapie“ und „Notfallmanagement“ am nächsten Tag. Zu „Notfallmanagement“, „Knochenregeneration“, „Ästhetisches Weichteilmanagement“ und „Magnetfeldtherapie“ werden die Referenten den Teilnehmern am Dienstag die neuesten Erkenntnisse mitteilen. Die „Praktische Implantologie“ sowie „Das Orofaziale Syndrom“ werden am Mittwoch beleuchtet. Weiter geht es am Donnerstag mit „Neuheiten bei multiplen Implantat-Systemen“, dem Abrechnungsteil um „GOZ/GOÄ/BEMA“, der „Ganzheitlichen Implantologie“ sowie der „Modernen Kommunikationstechnik“. Bevor am Freitagabend die Teilnehmerzertifikate und Zertifizie-

rungsurkunden zum erweiterten Fachkundenachweis der Röntgenverordnung 2005 übergeben werden können, widmen sich die Referenten zuvor den „Personaldienstleistungen“, „Praxisrelevanten Rechtsfällen“ und „Rechtssicheren Formularen“. Neben Vorträgen, die täglich von 9 bis 11 Uhr und von 16 bis 18 Uhr besucht werden können, besteht die Möglichkeit, an Workshops bzw. Handson-Kursen in der Zeit von 11.15 Uhr und 12.30 Uhr bzw. 14 bis 15 Uhr teilzunehmen. Nach Vereinbarung und bei Vorliegen der Voraussetzungen kann der bundesweit geltende Fachkundenachweis der neuen Röntgenverordnung 2005 durchgeführt werden. Auch 2005 werden sich wieder namhafte Referenten wie z. B. Prof. Dr. Georg H. Nentwig, Prof. Dr. Wilfried Engelke, Prof. Dr. Norbert Kübler, Dr. Milan Michalides, Dr. Michael Sachs oder RAin Birgit Reuber in Sölden mitteilen. Anmeldungen können üblicherweise über das Team Sölden, Frau Claudia Siebenaller bzw. Frau Silke Krenz, erfolgen. Die Teilnehmergebühr beträgt für jeden ärztlichen Teilnehmer 2.300,- € inkl. MwSt., für jeden Mitarbeiter 1.800,- € inkl. MwSt. Zahnärzte, die implantologisch tätig sind, erhalten

200,- € Ermäßigung. Die Teilnehmergebühr umfasst sieben Übernachtungen mit Halbpension, die Benutzung der Hotel-einrichtungen sowie eine Reisekostenrücktrittsversicherung. Anmeldungen bis 30. November 2004 profitieren vom



Frühbucherrabatt. Hier verringern sich die Gebühren um jeweils 50,- €. Wichtig ist die Punktebewertung der Veranstaltung nach BZÄK/DGZMK, welche den „Leitsätzen“ des Beirates Fortbildung entspricht und mit der vorgegebenen Punktezahl bewertet wird. Weitere Auskünfte erteilt das Kongress-Sekretariat gern telefonisch unter 02 21/12 30 12.

PN Kontakt

VIP Congress Service International
Kaiser-Wilhelm-Ring 50
50672 Köln

Passt dazwischen

Neue Interdentalbürsten mit Dreiecksschnitt

Wissenschaftler haben die innovativen elmex® Interdentalbürsten mit konventionellen Zahnzwischenraumbürsten verglichen. Ergebnis: Dank seinem Dreiecksschnitt reinigt das neue Produkt deutlich besser als Bürsten mit rundem Querschnitt. Die neuen elmex® Interdentalbürsten sind optimal an die Form des Zahnzwischenraums angepasst.

Innovativ sind die neuen Zahnzwischenraumbürsten aus der elmex® Forschung. Die sogenannten Interdentalbürsten überzeugen nicht nur durch ein ausgeklügeltes Design, sondern reinigen auch deutlich besser als herkömm-

ten gibt es in sechs verschiedenen Größen mit Außendurchmessern von zwei bis acht Millimetern und größen-spezifischer Farbcodierung. Die tägliche Reinigung der schwer zugänglichen Zahnzwischenräume ist besonders wichtig: Denn hier entsteht Karies bei Erwachsenen am häufigsten. Interdentalräume machen rund 40 Prozent aller Zahnflächen aus. Ihre Tiefe beträgt bis zu elf Millimeter. Zahnbürsten erreichen nur vier bis sechs Millimeter davon. Das neue Produkt gelangt dank seines Dreiecksschnitts mühelos in jede Lücke. Zusammen mit Zahnmedizinern und Spezialisten der Eidgenössischen



Neue elmex® Interdentalbürsten: Überlegene Reinigungsleistung mit Dreiecksschnitt.

gen. Die neu entwickelte Form der elmex® Interdentalbürste führt die Benutzer zu einer einfachen und natürlichen Handhabung und unterstützt sie dabei, mit den richtigen Bewegungen zu putzen. Die rutschfeste Griffmulde der elmex® Interdentalbürste ermöglicht eine präzise Führung des Bürstchens, während mit den verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten von Griff und Griffverlängerung den individuellen Bedürfnissen entsprochen werden kann. Dadurch ist die Bürste flexibel zu handhaben. Die Griffverlängerung dient gleichzeitig als Schutzkappe, sodass sich die elmex® Interdentalbürsten auch ideal für unterwegs eignen. Jede Packung enthält vier Interdentalbürsten einer Größe. Seit Anfang Oktober sind die neuen Bürsten in der Apotheke erhältlich.

PN Adresse

GABA GmbH
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 0 76 21/9 07-0
Fax: 0 76 21/9 07-1 24
E-Mail: info@gaba-dent.de
www.gaba-dent.de



Expertenpanel während der DGZMK-Presskonferenz am 30. September 2004 in Stuttgart (v. l. n. r.): Thomas Stüdeli, Priv.-Doz. Dr. Christof Dörfer, Bärbel Kiene und Dr. Stefan Hartwig.

liche Bürsten. Zu diesem Ergebnis kommt das Team von Privatdozent Dr. Christof Dörfer von der Universität Heidelberg: „Die neuen Interdentalbürsten haben im Unterschied zu herkömmlichen Zahnzwischenraumbürsten einen dreieckigen Querschnitt. Sie sind damit optimal an die Form des Zahnzwischenraumes angepasst. Die Bürsten reinigen dadurch viel gründlicher und lassen sich leichter benutzen.“ Die elmex® Interdentalbür-

Technischen Hochschule (ETH) Zürich hat die elmex® Forschung die neuen Bürsten entwickelt.

Thomas Stüdeli, Ergonom an der ETH Zürich, erklärt: „Neben der Reinigungsleistung ist eine Handhabung wichtig. Denn der Bewegungsraum im Mund ist klein, vielfältig ausgerichtet und erschwert einsehbar. Deshalb ist es für die meisten Menschen schwierig, ihre Zahnzwischenräume zu rein-

128. Jahrestagung der DGZMK

Präsidentenwahl und Verleihung von Wissenschaftspreisen in Stuttgart. Prof. Dr. Georg Meyer ist neuer DGZMK-Präsident

Turnusmäßig stand auf der 128. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) in Stuttgart der Wachwechsel in der Präsidentschaft an Prof. Dr. Heiner Weber (Tübingen) übergeben sein Amt an Prof. Dr. Georg Meyer (Greifswald).

Im Rahmen der Mitgliederversammlung wurde Prof. Dr. Thomas Hoffmann (Dresden) ohne Gegenstimme zum neuen Präsident elect der DGZMK gewählt, Dr. Günter Dhom (Ludwigshafen) wurde mit gleichem Ergebnis neuer Vorsitzender der Akademie Praxis und Wissenschaft. Neu in den DGZMK-Vorstand wurden Prof. Dr. Wolfgang Freesmeyer (Berlin) sowie Prof. Dr. Dr. Ludger Figgener (Münster) gewählt.

Die DGZMK ist die wissenschaftliche Dachorganisation zahlreicher Fachgesellschaften in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit derzeit über 13.000 Mitgliedern. Traditionell verleiht die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) während ihrer Jahrestagung begehrte wissenschaftliche Auszeichnungen in verschiedenen Kategorien. Auf der 128. Jahrestagung wurden folgende Preisträger geehrt: Der Millerpreis 2004 wurde an Priv.-Doz. Dr. Pascal Tomakidi vergeben für seine Arbeit „Einsatz einfacher und komplexer Zellkulturen aus Keratinozyten und Fibroblasten als Modellsysteme zur Untersuchung von Aspekten der Gewebshomö-

ostase, Tumorprogression und Gewebeverträglichkeit in Plattenepithelien“. Für seine Arbeit „Das Schöne, das Gesicht und die Zähne: Blicke in die Ästhetik“ wurde Prof. Dr. Martin Karrer mit dem DZZ-Preis 2004 ausgezeichnet. Der Jahresbestpreis 2004 geht an Dr. Till Dammaschke, Prof. Dr. Udo Stratmann, Dr. Kai Mokrys, Dr. Markus Kaup, Prof. Dr. Klaus Ott für



Neuer DGZMK-Präsident Prof. Dr. Georg Meyer.

ihre Arbeit „Histozytologische Untersuchung zur Kurzzeit-Reaktion der Pulpa auf drei verschiedene Dentinhaftvermittler“. Den Colgate/DGZMK Forschungspreis für Zahnmedizin 2004 (1. Preis) erhielt Dr. Susanne Winter für ihre Arbeit „Expression of mRNAs Encoding for Growth Factors, ECM Molecules an MMP13 in Mono- and Co-Cultures of Human Periodontal Ligament Fibroblasts and Alveolar Bone-Cells“ zugesprochen. Der 2. Preis ging an Dr.

Falk Wehrhan und die Co-Autoren Dr. Gerhard G. Grabenbauer, Dr. Franz Rödel, Dr. Kerstin Amman, Priv.-Doz. Dr. Stefan Schultz-Mosgau für ihre Arbeit „Exogenous modulation of TGFβ1 influences TGFβR-III associated vascularisation during wound healing in irritated tissue“. Für seine Arbeit „Changes of mineralisation of free autogenous bone grafts used for sinus augmentations“ erhielt Dr. Michael Thowarth mit den Co-Autoren Dr. Safan Srour und Dr. Andreas Schlegel den 3. Preis zugesprochen. Den 1. Preis für die beste Posterpräsentation erhielt die Arbeitsgruppe Dr. Karin Huber, Doreen Diez, Prof. Dr. Matthias Hannig (Homburg/Kiel) mit dem Thema „Marginale Adaption verschiedener Komposit-Adhäsiv-Systeme in Klasse II Kavitäten“. Der 2. Preis ging an die Arbeitsgruppe Dr. Janine Schweppe, Dr. Helga Maria Schaffner, Zahntechnikermeister Michael Anger und Priv.-Doz. Dr. Dr. Gernot Weibrich (Mainz/Remagen) für „Implantologische Rekonstruktion bei Sjögren-Syndrom“. Mit dem IPJ-Poster-Award 2004 wurden Christopher Eulzer, Dr. Thomas Teltzrow und Dr. Dr. Christian Küttner ausgezeichnet für das Poster „Treatment of gustatory sweating with botulinum toxin: A prospective study on long-term efficacy an quality of life“ erschienen im International Poster Journal, Volume 5, No. 4, Poster 194 am 15. Dezember 2003.

13. ÖGP Jahrestagung 2004

Traditionelles Treffen der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie in St. Wolfgang. Von Dr. Peter Schöberl

Im April 2004 trafen sich mehr als 400 parodontologisch tätige ÄrztInnen und AssistentInnen zu der bereits traditionellen Veranstaltung in St. Wolfgang. Präsident Dr. Wolfgang Müller konnte die Teilnehmer, die der Einladung der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie gefolgt waren, zur bereits 13. Jahrestagung begrüßen. Besonders begehrt war das Seminar bei Prof. Dr. Ulrich Saxer, Zürich, bereits ein Stammgast in St. Wolfgang, mit dem Thema „Full-mouth therapy“ (FMT), die kurz zusammengefasst auf folgenden Erkenntnissen beruht: Parodontitis, als eine in einem Biofilm getarnte Infektion, kann sich als endogen, exogen oder auch opportunistisch verursacht sowie als Mischform manifestieren. Neben der parodontalen Tasche besiedeln die auslösenden Bakterien intraorale Nischen, Zunge, Tonsillen, Kiefer- und Nasenhöhlen, Speichel, Wurzelkanäle und muköse Membranen oder gar andere Wirte. Eine derartige Infektion muss daher unter Einbeziehung des Wirtes, eventuell auch des Partners, behandelt werden. Um die Gefahr einer Re-Infektion von bereits behandelten Taschen auszuschließen, wird das PDS (professionelles Deep Scaling) nicht in Wochenabständen, sondern innerhalb von 24 Stunden durchgeführt. Die dafür erforderliche Behandlungszeit und die begleitende Bakteriämie kann durch eine intensive, über Wochen bis Monate gehende Initial- und Hygienephase im erträglichen Ausmaß gehalten werden. Prof. Saxer stellte in diesem Zusammenhang mittels praktischer Demonstration auch das neu entwickelte Perio-Endoskop vor, bei dem – ohne Aufklappung und dennoch unter Sicht – Plaque und Konkremente entfernt werden können.

Dipl.-Biologe Hans Falk sprach zu Beginn des Hauptprogramms über die Bedeutung der mikrobiologischen Diagnostik in der Parodontologie und dem Zusammenwirken der Mikroorganismen im Ökosystem Mund. Bakterien liegen, in Biofilmen geschützt, in verschiedensten Untergattungen vor. Stämme, die singular vorkommend keine Infektionen auslösen, können in bestimmten Kombinationen für ein Individuum pathogen werden (Synergismus oraler Bakterien).

Andererseits sind Bakterien in der Lage, so genannte Bakteriozine zu bilden; das sind toxische Substanzen, die gegen andere Keime gerichtet sind. Bei der Zusammensetzung der Biofilme ist zu bedenken, dass per se nicht pathogene Flora sehr wohl Andockstelle für pathogene Keime sein kann. Die Pathogenitätsmerkmale sind recht unterschiedlich, wobei praktisch immer Zahnhalteapparat abbauende Proteasen gebildet werden. Von den verschiedenen mikrobiologischen Nachweisverfahren werden zwei am häufigsten eingesetzt, nämlich einerseits die Bakterienkultur und andererseits der molekularbiologi-

sche Nachweis mittels PCR (Polymerasekettenreaktion). Allerdings konnte Falk anhand von Vergleichsuntersuchungen belegen, dass sich bisweilen erhebliche Differenzen im Ergebnis beider Methoden ergeben können. Entscheidend über Therapiebedarf, betont der Mikrobiologe, ist in jedem Fall das klinische Bild, denn Bakterien können etwas auslösen, müssen aber nicht. Andererseits gelingt manchmal kein mikrobiologischer Nachweis trotz klinisch manifester Infektion. Klassisches Scaling und Root planing mit Schall, Ultraschall und Handinstrumentation gilt nach wie vor als Referenzmethode der Taschenbehandlung. Andere Therapieformen wie z. B. lokale oder systemische Antibiose, Laserbehandlung oder photodynamische Therapie etc. können als Ergänzung hilfreich sein. Singular angewandt, gelingt eine vollständige Keimelimination in vielen Fällen nicht.

Bis zu einem Viertel der eingesandten Proben, bezifferte Falk, sind zudem mit Hefepilzen oder Fäkalkeimen superinfiziert, was Misserfolge in der Behandlung erklären kann. „Die Mikrobe wird immer das letzte Wort haben“, war denn auch sein ernüchterndes Schluss-Statement. Im chirurgischen Teil der diesjährigen Tagung ging es um die Evidenz der parodontalen Regeneration. Prof. Dr. Søren Jepsen, Bonn, begann mit Aktuellem aus Klinik und Forschung. Seit Einführung der Guided Tissue Regeneration (GTR)-Technik Mitte der achtziger Jahre ist die Wiederherstellung des Parodontalligamentes, im Gegensatz zur parodontalen Reparatur, das zu erstrebende Behandlungsergebnis nach chirurgischen Eingriffen. Mittlerweile existieren klinische Studien in ausreichender Anzahl, die zeigen, dass bei Anwendung der Membrantechnik signifikant bessere Ergebnisse in Bezug auf Attachmentgewinn und Taschentiefenreduktion erreicht werden als bei alleiniger offener Kürettage mit Ausbildung eines langen Saumeithels. Auch der humanhistologische Beweis der Regeneration des Zahnhalteapparates ist immer wieder angetreten worden. Allein die Techniksensitivität der GTR-Methode – Membranexposition führt bekanntlich fast immer zu einem Miss- oder nur Teilerfolg – hat eine echte Revolution in der PAR-Therapie verhindert. Auch Knochenaufbaumaterial, wenn ohne Membranabdeckung eingebracht, bringt oft nur eine bindegewebige Einscheidung des Fremdmaterials.

Die Verwendung porciner Schmelzmatrixproteine (SMP) zur parodontalen Regeneration, führte Jepsen weiter aus, habe bei erheblich geringerer Komplikationsrate die Ergebnisse der GTR-Technik erreichen und sogar übertrumpfen können. Durch die auf der Wurzeloberfläche anhaftende Proteinmatrix entsteht eine biologische Oberfläche, die die Einwanderung von

Zement bildenden Zellen bewirkt. Eine weitere seit Jahren diskutierte Therapiemöglichkeit, die Anwendung von rekombinanten Wachstumsfaktoren, hat noch keine Praxisreife erlangt. Gemeinsam mit Dr. Bernd Heinz, Betreiber einer Praxis mit parodontologischem Schwerpunkt in Hamburg, zeigte Prof. Jepsen in den folgenden Vorträgen die konkreten Möglichkeiten der PAR-Regeneration bei verschiedenen Indikationen. Bei vertikalen Defekten sollen offene Verfahren in der Regel ab 7 mm Taschentiefe zum Einsatz kommen, wobei der Erfolgsschlüssel in atraumatischer, lupenunterstützter Operationstechnik und in optimaler Nachsorge liegt. Ebenso müsse hohes Verantwortungsbewusstsein und Erfahrung in

der Einschätzung von Erfolgswahrscheinlichkeiten bei aufwändigen augmentativen Regenerationstechniken vorhanden sein. Aufsehen erregend sind erfolgreiche Versuche von Replantationen elongierter, als parodontal in-

Alveole zurückverpflanzt. Schmelzmatrixproteine sollen dabei eine ankylotische Einheilung verhindern können.

Die regenerative Furkationstherapie ist mit oben erwähnten Methoden erfolgreich in

oft ein Implantatersatz überlegenwert. Im abschließenden Vortrag „Rote Ästhetik“ sprachen Dr. Bernd Heinz, Hamburg, und Prof. Dr. Søren Jepsen, Bonn, über Rezessionsdeckungen, für die drei unterschiedliche Methoden abzuwägen sind. Neben Membranabdeckung mit Regeneration des Wurzelzementes oder Einbringung eines Bindegewebs-transplantates mit lediglicher Ausbildung eines Saumeithels können auch bei dieser Indikation SMP in Verbindung mit einem koronalen Verschiebelappen, insbesondere bei Serienanwendung, eine Alternative sein. Jedenfalls muss auch die Putztechnik des Patienten evaluiert und gegebenenfalls geändert werden. Zusammenhänge zwischen Stress und Parodontologie erläuterte anschließend Dr. Gernot Wimmer, Graz. Parallel zu den Vorträgen für ÄrztInnen wurde wieder ein vielfältiges, auf die Bedürfnisse der Pro-

Fortsetzung auf Seite 18



Tagungsleiter Dr. Gernot Wimmer, Graz (li.), und Dr. Fritz Mühlthau, Eugendorf (r.).

faust bewerteter Zähne. Diese werden extrahiert und nach endodontischer Behandlung in die durch Bohrung vertiefte

der Behandlung von Grad I- und II-Befall, bei Grad III hingegen ist nur eine Teilung oder Teilerhaltung realistisch oder

ANZEIGE





combi s

für die professionelle Zahnreinigung

UVP 2.590,00 €
zzgl. gesetzl. MwSt.

Ultraschall und Pulverstrahl in seiner besten Form

- Extra feiner, kontrollierter Pulverstrahl für schnelles und zielgenaues Arbeiten
- Extra starker Ultraschall für ein entspannteres Arbeiten
- Permanente Kontrolle des Instrumentenverschleiß durch integrierte Automatic Protection Control
- Clearfunktion reinigt auf Knopfdruck selbständig die Luft- und Wasserwege
- Permanenter Luftstrom verhindert Verstopfen des Spraykopfes zuverlässig
- Optional mit mectron starlight plus als LED-Polymerisationslampe verwendbar

smile into the future!

mectron Deutschland Vertrieb GmbH
Kätheberg 17
D-82241 Oberhaching
Tel: +49 89 53 86 60 0
Fax: +49 89 53 86 69 74
Info@mectron-dental.de

Fortsetzung von Seite 17

phylaxe-AssistentInnen abgestimmtes Programm mit durchwegs renommierten Redner geboten. Reges Publikumsinteresse fand auch wieder die umfangreiche Dentalausstellung. Zum Abschluss wurde den scheidenden Tagungsleitern der letzten drei Jahre DDr. Fritz Mühlthau und Dr. Gernot Wimmer für ihre hervorragende Arbeit mit Recht großes Lob ausgesprochen. Für die nächste Jahrestagung vom 7.-10. April 2005 werden nach dem turnusmäßigen Wechsel der Organisatoren die Erwartungen an das neue Team – Dr. Klaus Charvat/Dr. Walter Wadsak – sehr hoch geschraubt sein. ☐

PN Info

Informationen zur Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie finden Sie auf der Homepage www.oegp.at.

Fortbildung via Live-OP

DGP Frühjahrstagung in München

(sw/eb) – Ein besonderes Bonbon bot die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie den Mitgliedern auf ihrer diesjährigen „Frühjahrstagung“: Live-Operationen zum Thema „Aspekte des Weichgewebemanagements um Implantate im Front- und Seitenzahnbereich“. Damit zeigte die Gesellschaft den Weg in die Zukunft der Weiterbildung auf. Vier namhafte und engagierte Zahnmediziner zeigten während der live und via Broadcasting übertragenen Operationen ihr chirurgisches Können zum Thema Ästhetik im mukogingivalen Bereich, Zahn und Implantat. Die ersten beiden OPs wurden parallel von Hannes Wachtel und Markus Hürzeler, beide aus München, vorgenommen. Der Patient von Gerd Körner aus Bielefeld hatte in den vergangenen zwölf Jahren keinen Zahnarzt besucht. Dementsprechend umfangreich fiel die

Sanierungsmaßnahme aus. Markus Schlee aus Forchheim stand vor dem Problem, dass auf Grund einer massiven Kammatrophie Regio 12 nicht



einphasig implantiert werden konnte. Mit einem Knochenblock aus der Linea obliqua, der mit der Piezosurgery Technik (mectron) gewonnen wurde, konnte der Kamm augmentiert werden. Dargestellt wurden die am Weichgewebe notwendigen Maßnahmen, um das Augmen-

tat spannungsfrei decken zu können. Das Arabella Sheraton wurde zeitweise zum Operationssaal umfunktioniert. Verfolgen konnte man das Ganze natürlich live am Tagungsort, aber auch an acht Hochschulen im deutschsprachigen Raum, nämlich in Berlin, Bonn, Dresden, Gießen, Graz, Kiel, München, Münster und auf Usedom. Darüber hinaus bestand die Option, sich die Veranstaltung auch „live“ im Internet anzuschauen. Vor Beginn der Operationen wurde die jeweilige Patientensituation vom Operateur selbst ausführlich erläutert. Zudem wurde ein Ausblick gegeben, was bei dem Patienten im Endeffekt erreicht werden soll. An jedem der Standorte stand ein Moderator zur Verfügung, der mit den Operateuren und Teilnehmern vor Ort kommunizierte. In der abschließenden Diskussionsrunde mit den Operateuren gab es die Gelegenheit für Fragen und zum Erfahrungsaustausch. Belohnt wurde die Veranstaltung mit sechs Fortbildungspunkten. ☐

„Live-OP scheint Technik der Zukunft zu sein“

PN Parodontologie Nachrichten sprach mit Dr. Gerd Körner aus Bielefeld

PN Welche Technik benutzen Sie zur Rezessionsdeckung am Zahn?

Die häufigste Technik. Diese ist definitiv nach wie vor die koronale Verschiebung in Verbindung mit Bindegewebe oder auch mit Emdogain. Sicherlich auch sehr häufig, zunehmend bei Einzeldeckungen, Bi-Papilla-Lappen, also laterale Verschiebung von beiden Seiten, wenn notwendig, mit Bindegewebe. Ich bevorzuge nach wie vor Bindegewebe, weil dadurch eine bessere Volumenvermehrung zu Stande kommt, was nicht primär beim Emdogain gegeben ist.



Dr. Gerd Körner

PN Welches Implantatsystem verwenden Sie?

Also ich verwende zurzeit unterschiedliche Implantatsysteme. Vorwiegend sind das DENTSPLY Friadent, aber auch 3i-Implantate und einige spezielle Implantat-Typen, die zurzeit aus Holland kommen, dem Publikum aber noch nicht bekannt sind, weil es Zirkonoxid-Implantate sind. Das sind nur einige einzelne Fälle, die aber jetzt noch keine große Menge bedeuten.

PN Welche Materialien verwenden Sie für gesteuerte Geweberegeneration (GTR) am Zahn?

Wir verwenden vorwiegend Bindegewebestransplantate und seit ungefähr zwei Jahren sind wir dabei, dieses Material zu ersetzen. Der Nachteil von Bindegewebestransplantaten ist natürlich die begrenzte Verfügbarkeit und die zweite Operationsstelle. Zunehmend verwenden wir eine Membran aus bovinem Pericard (Tutodent, Tutogen), das auf eine bestimmte Art und Weise aufbereitet wurde, so dass das Kollagen in seiner ursprünglichen 3-D-Struktur erhalten wird. Das Material ist insofern sehr schön, weil es dem Patienten die Entnahmeoperation erspart. Wir konnten jetzt histologisch nachweisen, dass das Material „ersatzresorbiert“ wird. Das Wortgebilde „ersatzresorbiert“ soll zum Ausdruck bringen, dass das Material durch körpereigenes Bindegewebe ersetzt wird. Wir konnten ähnlich wie beim Bindegewebestransplantat eine Verdickung des Gewebes nachweisen. Das ist aus meiner Sicht für den Langzeiterfolg besonders wichtig.

Am meisten verwende ich Perio-Guide in Verbindung mit Bio-Oss Kollagen, wenn ich Volumen schaffen muss. Ansonsten routinemäßig eher Emdogain.

PN Wie gefällt Ihnen die Veranstaltung?

Sehr aufregend, muss ich sagen, weil die Technik absolut überwiegt. Das scheint die Technik der Zukunft zu sein, wobei sicherlich noch Feinabstimmungen notwendig werden. Vor allem bei der Parallelschaltung scheinen zukünftig noch Verbesserungen erforderlich. ☐

PN Vielen Dank für das Interview.

„Dezentral organisierte Fortbildung ist spannend“

PN Parodontologie Nachrichten sprach mit Dr. Markus J. Schlee aus Forchheim

PN Welche Technik benutzen Sie zur Rezessionsdeckung am Zahn?

Wir verwenden vorwiegend Bindegewebestransplantate und seit ungefähr zwei Jahren sind wir dabei, dieses Material zu ersetzen. Der Nachteil von Bindegewebestransplantaten ist natürlich die begrenzte Verfügbarkeit und die zweite Operationsstelle. Zunehmend verwenden wir eine Membran aus bovinem Pericard (Tutodent, Tutogen), das auf eine bestimmte Art und Weise aufbereitet wurde, so dass das Kollagen in seiner ursprünglichen 3-D-Struktur erhalten wird. Das Material ist insofern sehr schön, weil es dem Patienten die Entnahmeoperation erspart. Wir konnten jetzt histologisch nachweisen, dass das Material „ersatzresorbiert“ wird. Das Wortgebilde „ersatzresorbiert“ soll zum Ausdruck bringen, dass das Material durch körpereigenes Bindegewebe ersetzt wird. Wir konnten ähnlich wie beim Bindegewebestransplantat eine Verdickung des Gewebes nachweisen. Das ist aus meiner Sicht für den Langzeiterfolg besonders wichtig.

PN Welche Materialien verwenden Sie für gesteuerte Geweberegeneration (GTR) am Zahn?

Wir setzen natürlich Emdogain ein und verwenden für bestimmte Indikationen immer noch Membranen. Für die Indikation resorbierbarer Membranen setzen wir die Bio-Gide und die Tutodentmembran ein. In bestimmten Indikationen sehe ich nach wie vor Sinn darin, eine titanverstärkte GoreTex-Membran einzusetzen.



Dr. Markus J. Schlee

PN Wie gefällt Ihnen die Veranstaltung?

Sehr gut. Dezentral organisierte Fortbildung ist ein spannendes Projekt. Dieses Pilotprojekt wird nicht nur die DGP voranbringen, sondern die Kongresslandschaft nachhaltig verändern. Fortbildung wird leichter zugänglich, billiger und effektiver. Man kann von zu Hause oder nach kurzer Fahrstrecke an weltweiten Veranstaltungen teilnehmen. Das ist doch faszinierend. ☐

PN Vielen Dank für das Interview.

ANZEIGE

Nr. 10 | Oktober 2004 | 1. Jahrgang | ISSN: 1613-7191 | PVSt: 64583

PN PARODONTOLOGIE NACHRICHTEN

Die Zeitung für Prävention, Parodontologie und Implantologie | www.pn-aktuell.de

Die PN Parodontologie Nachrichten ist das Nachrichtenformat für Parodontologen und Implantologen in Deutschland.

Im Vordergrund der aktuellen Berichterstattung steht die permanente fachliche parodontologische Fortbildung auf hohem internationalen Niveau. Parodontologen aus aller Welt schreiben für ihre deutschen Kollegen. In leicht lesbarer Nachrichtenform wird dem beschäftigten Praktiker ein schneller Überblick über den aktuellen wissenschaftlichen Fortschritt der jeweiligen Fachrichtung vermittelt und in die deutschen gesundheitspolitischen Marktverhältnisse eingeordnet.

Mit dem Prinzip „vom Spezialisten für den Spezialisten“ bereichern die PN Parodontologie Nachrichten die wissenschaftliche Fachberichterstattung und tragen so zur Erfolgssicherung der gesamten Branche maßgeblich bei.

Ja, ich möchte das kostenlose Probeabo beziehen.
Bitte liefern Sie mir die nächste Ausgabe frei Haus.

Soweit Sie bis 14 Tage nach Erhalt der kostenfreien Ausgabe keine schriftliche Abbestellung von mir erhalten, möchte ich die PN Parodontologie Nachrichten im Jahresabonnement zum Preis von 40 EUR inkl. MwSt. und Versandkosten pro Jahr beziehen. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

Name/Praxis _____
 Straße _____
 PLZ/Ort _____
 Telefon _____
 Fax _____ E-Mail _____
 Datum _____ Unterschrift _____

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Halbeinstr. 29, 04229 Leipzig schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Abendung genügt.

Unterschrift _____

Bitte faxen
0341/
4 84 74-2 90.

Antwort
 OEMUS MEDIA AG
 Aboservice
 Halbeinstr. 29
 04229 Leipzig

PN 10/04

Good News für Parodontologen

PN PRODUKTE

Effektive und wirtschaftliche Investition für die Praxis

KaVo SONICflex LUX 2003L: Das universelle Handstück

Das KaVo SONICflex Handstück ist in der Zahnmedizin universell einsetzbar. Ob Prophylaxe, Endodontie, Konservierende Zahnheilkunde, Parodontologie oder Chirurgie: Es gibt kaum einen Bereich, in dem dieses Instrument, mit einer Vielzahl an Spitzen, nicht verwendet werden kann.

Die niedrige Schallfrequenz des SONICflex ermöglicht eine schmerzarme und besonders schonende Behand-

lung. Das oszillierende Bewegungsmuster der Spitze sorgt für eine effektive Abtragsleistung auch an schwer zugänglichen Stellen, da die Abtragsleistung unabhängig von der Lokali-

sation der Arbeitsspitze am Zahn ist. Durch die große Schwingweite erfolgt ein wesentlich besserer Abtrag mit diamantierten Spitzen, da der Diamant bis zum 5-fachen seines Durchmessers



SONICflex – Unübertroffen vielfältig und ungeheuer leistungsstark.

über die Zahnschubstanz streicht. Das SONICflex verfügt über drei verschiedene Leistungsstufen, die je nach Indikation geregelt werden. Die niedrigste Stufe empfiehlt sich für besonders schonendes Arbeiten, wie bei der Paro-Behandlung, die höchste Stufe zur kurzfristigen Effektivierung der Arbeitsleistung, z.B. bei der Präparation einer approximalen Kavität.

Zwei Glasstäbe sorgen mit 12.000 LUX an der Arbeitsspitze für eine gute Ausleuchtung des Arbeitsfeldes und ermöglichen so ein kontrolliertes Arbeiten. Die Plasmatec Beschichtung des SONICflex gibt sicheren Halt, vermittelt ein angeneh-

mes Greifgefühl und verhindert auf Grund der speziellen Oberflächenbeschaffenheit unerwünschte Schmutzablagerungen. Durch das einfache Aufstecken auf die Multiflexkuppelung ist das SONICflex sehr flexibel. Auf Grund seiner vielen Indikationen lässt sich das Handstück perfekt in verschiedene Behandlungskonzepte einbinden und stellt eine effektive und wirtschaftliche Investition für die Praxis dar.

Folgende Spitzen stehen dem Anwender zur Verfügung:

- Prophylaxe: SONICflex scaler, paro, clean
- Parodontologie: SONICflex paro, rootplaner, clean
- Minimalinvasive Kariesthe-

- rapie: SONICflex microinvasive, seal, carieux, angle, SONICsys micro
- Kariestherapie: SONICflex carieux, SONICsys approx
- Prothetik: SONICflex prep ceram, prep gold, SONICflex cem
- Endodontie und Endochirurgie: SONICflex endo, retro
- Implantologie: SONICflex clean

PN Adresse

KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39
88400 Biberach/Riss
Tel.: 0 73 51/56-15 99
Fax: 0 73 51/56-16 59
E-Mail: info@kavo.de
www.kavo.com

ULTRAOZON – Die universelle Ozon-Therapie

System für die vielseitige und günstige Ozon-Therapie. Made in Germany.

Der Einsatz von Ozon im medizinischen Bereich ist schon lange bekannt. Auch die Verwendung in der Zahnarztpraxis ist nichts Neues.

Neu dagegen ist die ULTRAOZON-Therapie. Und durch viele Anwendungen auch bereits bewährt. Mit einer neuartigen Ozonerzeugung ermöglicht das ULTRAOZON-System eine direkte Behandlungsmethode. Erst dadurch konnte

Die Sauerstoffatome wirken wie Geschosse, die die Zellmembranen der Bakterien durchlöchern, indem sie die Doppelkohlenstoffbrücken der Proteine zerstören. Dies funktioniert nur bei der zellkernlosen Spezies (z.B. Bakterien), die körpereigenen Zellen (Zellkern tragende Spezies) werden auf Grund ihres vorhandenen Cholesterins nicht geschädigt.



die zahnmedizinische Ozon-Therapie revolutioniert werden. Sie bietet durch die einfache und völlig gefahrlose Anwendung ein bis dahin nicht nutzbares Anwendungsspektrum mit höchstem Erfolgspotenzial. Da das ULTRAOZON-System ausschließlich mit einer minimalen und daher verträglichen Konzentration, ohne einen abzusaugenden Überschussanteil, arbeitet, ist die Behandlung für Zahnarzt und Patienten absolut sicher. Ozon (O₃) hat die gleiche Wirkung wie das schon seit 100 Jahren als wässrige Lösung verwendete Wasserstoffperoxid (H₂O₂). Beide Substanzen sind instabil und zerfallen unter Abgabe eines Sauerstoffatoms (Sauerstoff im statu nascendi) in das wichtigste Element für den Menschen: Sauerstoff und bei Wasserstoffperoxid zusätzlich noch in Wasser. Daraus ergibt sich, dass die Zerfallsprodukte nicht toxisch sind, und, was für die Therapie besonders wichtig ist, sie führen nicht zu Resistenzbildungen bei Bakterien, Viren und Pilzen.

Die Ozon-Therapie mit ULTRAOZON ist non-invasiv, nahezu schmerzfrei und völlig frei von Nebenwirkungen. Die Utilisation beginnt bereits in den ersten Sekunden, die Behandlung kommt daher mit einer minimalen Konzentration aus. Zusätzlich nimmt auch das

Gewebe im Bereich der behandelten Stelle durch die elektrophile Struktur des Ozonmoleküls bei dieser Therapie Sauerstoffatome auf und bewirkt so eine bakterizide Wirkung über einen längeren Zeitraum. Das ULTRADENT Gerät erzeugt das Ozon durch ein elektromagnetisches Feld direkt und partiell an der Stelle des Ansatzstückes. Dabei entsteht Sauerstoff im „statu nascendi“ in einer Konzentration von ca. 525 ppm, sowohl bei der Bildung von Ozon als auch beim Zerfall, also kann dieses System das Ozon gleich doppelt nutzen, was die Wirkung erhöht. Dieser molekulare Sauerstoff reagiert mit den umliegenden Zellen im Millisekundenbereich.

Für die verschiedenen Indikationen stehen sechs unterschiedlich geformte Aufsatzelemente zur Verfügung, die einfach in das Handstück eingesetzt werden. Über einen Regler kann die Stromstärke und damit die Ozonkonzentration auf die jeweilige Anwendung eingestellt werden. ULTRAOZON bietet durch die

spezielle Ozonerzeugung ein breites Spektrum an Indikationen, die alle für die tägliche Praxis eine große Bedeutung haben. Sie lassen sich in drei Hauptanwendungsgebiete zusammenfassen:

- Entzündungsbehandlung und Entzündungsprophylaxe (z.B.: Gingivitis, Parodontitis, Herpes, Aphthen)
- Kariesbehandlungen (z.B.: Caries superficialis bis Caries profunda, Hypersensibilität, Endodontie)
- Wundbehandlung (z.B.: Extraktionswunden, Fräskanal vor Implantat-Inkorporation)

Gerade bei der Karies-Therapie bietet die Ozonerzeugung direkt an der Behandlungsstelle große Vorteile gegenüber der Bestrahlung, da der nekrotische Anteil eine Ozonbarriere bedeutet. Bei ULTRAOZON kann eine Restschicht belassen werden und trotzdem wird die Eliminierung der Pilzkeime auch in den Dentinkanälchen erreicht. Das Gerät wird mit Netzteil, 5 Sonden und einer Patientenelektrode ausgeliefert. Als Zubehör stehen einzelne Sonden und ein Fußschalter zur Verfügung. Es kann als Tischgerät oder als integrierte Einbauvariante für die meisten ULTRADENT-Behandlungsplätze geordert werden. In Zusammenarbeit mit dem Dentalfachhandel wird ULTRADENT ab Herbst das System auf allen Fachdentalausstellungen präsentieren.

PN Adresse

ULTRADENT
Dental-Medizinische Geräte
GmbH & Co. KG
Stahlgruberring 26
81829 München
Tel.: 0 89/42 09 92 70
Fax: 0 89/42 09 92 50
E-Mail: info@ultradent.de
www.ultradent.de

Ein sauberer Schnitt – denn mit Feedback schneiden Sie sicher ab!

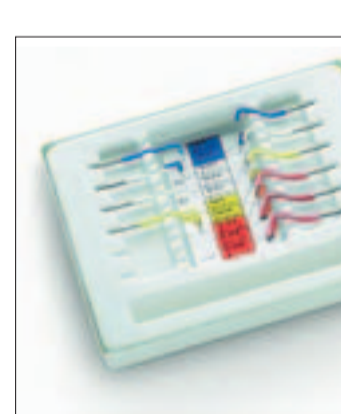
Servotome II von Satelec – Elektrochirurgie der Extraklasse

Präzise Sicherheit bei größtmöglichem Behandlungskomfort und verfeinerte Technologie der Spitzenklasse – die neueste Generation der HF-Elektrochirurgie-Geräte von Satelec (Acteon Group) schneidet bei jeder Indikation gut ab. Denn Servotome II bietet dem Zahnarzt ab sofort optimale Sicherheitsbedingungen durch eine automatische Leistungsanpassung beim Elektroschnitt, farbcodierte Aktiv-Elektro-

HF-Elektrochirurgie mit Sicherheitsgarantie
Gezielte Sicherheit bei der Anwendung durch perfekte Funktionalität, Ergonomie



und richtungswisende Elektronik – all das bietet das neue zuverlässige HF-Chirurgiemodell von Satelec. Denn Servotome II steuert die Leistungsstärke automatisch über einen kapazitiven Koppler und sorgt dadurch für eine stets gleich bleibende, genau definierte Schnittqualität. Hat der Behandler den Leistungsregler einmal auf einen bestimmten Bereich eingestellt, passt das Feedbacksystem den gleichgerichteten damit auch die lokale Schnittintensität dem Gewebe an – für eine optimale Wundheilung!



teilretinierter Zähne, die Kronenverlängerung, Durchtrennung von Lippenbändern und Entfernung von hypertropher Gingiva oder die nachhaltige Koagulation. Je mehr Leistungskontrolle der Behandler dabei über die kleinflächigen Elektroden hat, desto vorhersehbarer und schonender wird die Schnittführung und das Ergebnis für Behandler und Patienten ausfallen.

wechslung wird dadurch von vornherein ausgeschlossen und eine risikofreie Handhabung garantiert. Durch ihre grazile Form bieten die sterilisierbaren Aktiv-Elektroden zudem einen uneingeschränkten Zugang zum

jeweiligen Einsatzgebiet. Höchster Bedienkomfort und Sicherheit auch für den Patienten: Denn dieser spürt von der Neutralelektrode nichts mehr. Sie wird vor der Behandlung einfach unter seinen Rücken oder sein Gesäß gelegt – am besten unter Druck. Ein direkter Hautkontakt des Patienten zur Elektrode ist dank der neuen Technik also nicht mehr notwendig. Zur Ausstattung des Servotome II gehören ab sofort: das autoklavierbare Handstück mit abnehmbarem Silikonkabel, der kapazitive Koppler, eine Aufbewahrungsbox mit den farbcodierten Elektrodentypen sowie die Neutralelektrode und eine Bedienungsanleitung, die die chirurgischen Indikationsmöglichkeiten und diversen Leistungsstufen detailliert auflistet.

Einfach unverwechselbar: farbcodierte Elektroden
Eine weitere Besonderheit des platzsparenden 50-

Watt Hochfrequenzgerätes: die zehn feinen Nadel-, Schlingen- bzw. Kugel-Elektroden sind erstmals farbcodiert. Eine Ver-

PN Adresse

ACTEON Germany GmbH
Industriestraße 9
40822 Mettmann
Tel.: 0 21 04/95 65-10
Fax: 0 21 04/95 65-11
E-Mail: info@de.acteongroup.com
www.de.acteongroup.com

ALDEHYDFREI – die Mikroloid® AF Produktfamilie

Mikroloid® ist bereits Synonym für die Flächendesinfektion. Ob klassisch als Sprühprodukt oder als Desinfektionstuch. Um deutlich werden zu lassen, dass Mikroloid® Präparate schon seit langem frei von Aldehyden sind, heißen sie ab sofort Mikroloid® AF. Außerdem erhält die

Achten Sie auf die Inhaltsstoffangaben bei der Auswahl Ihrer Produkte!

Eine repräsentative Umfrage in Dentalpraxen hat ergeben, dass die Mehrheit aldehydfreie Flächendesinfektionspräparate bevorzugt. Häufig jedoch

das verwendete Präparat aldehydfrei ist, sollte nur Produkte verwenden, die entsprechend ausgelobt sind. Mit Schülke & Mayr-Präparaten sind Sie hier auf der sicheren Seite. Mikroloid® AF ist garantiert aldehydfrei und überall im Dentalfachhandel erhältlich. Mikroloid® AF Liquid gibt es in 250 ml Sprühflaschen, 1 l Flaschen, die mit einer zusätzlichen Handsprühpumpe versehen werden können, und in 10 l Kanistern. Mikroloid® AF Desinfektionstücher gibt es in Praxis-Spenderdosen mit 150 Tüchern im Format 14 x 18 cm und in der Jumboausführung in Dosen mit 200 Tüchern im Format 20 x 27 cm für große Flächen. ☐



gesamte Produktgruppe von Mikroloid® AF ein neues, modernes Design, was deutlich macht, dass es sich hierbei um eine Produktfamilie mit gleicher Wirkstoffbasis handelt.

wird Formaldehydfreiheit mit Aldehydfreiheit verwechselt, da vielfach Aldehyde (z.B. Glyoxal) nicht als solche erkannt werden. Wer also sichergehen will, dass

PN Adresse

Schülke & Mayr GmbH
Robert-Koch-Str. 2
22851 Norderstedt
Tel.: 0 40/5 21 00-6 66
Fax: 0 40/5 21 00-2 53
E-Mail: mail@schuelke-mayr.com
www.schuelke-mayr.com

Kommunikationszentrum der Praxis

KaVo CCC. Chairside Communication Concept

Die optische Unterstützung von Patientenaufklärung und -beratung gewinnt in unserer visuell veranlagten Gesellschaft zunehmend an Bedeutung. Das KaVo Chairside Communication Concept lässt sich ideal in die Arbeits- und Behandlungsabläufe integrieren und bietet dem Anwender eine praxiserrechte Lösung.

Mit dem KaVo Chairside Communication Concept steht dem Behandler ein System zur Verfügung, mit dem er seine Patienten von der Befunderhebung bis zum endgültigen Behandlungsergebnis bestens mit einbeziehen kann. Dies bedeutet einerseits eine zeitliche Einsparung bei den Beratungsgesprächen und steigert andererseits die Bereitschaft des Patienten, in höherwertige und ästhetische Versorgung zu investieren. Mit Hilfe des Kommunikationszentrums ERGOcom 3 verfügt der Anwender direkt am Arbeitsplatz über alle Informationen, Funktionen, Bilder und Daten. Ob Röntgenaufnahme, letzter Befund, Lehrvideo oder Musik: Alles ist ohne Zeitverlust und Arbeitsaufwand per Knopfdruck abrufbar. Das ERGOcom 3 verbindet alle Multimedia Komponenten, wie Praxisrechner, Displays, Multimedia PC, Kamera,

Videorecorder und DVD-Player zu einem System. Die Daten werden nach den Wünschen des Behandlers aufgenommen und im System weitergegeben: Ein Knopfdruck genügt. Das modulare ERGOcom 3



ERGOcom 3: Flexibel, modular und alle Daten per Knopfdruck direkt am Arbeitsplatz.

System gibt es von standard bis excellence mit zwei Nachrüstalternativen: Dem Display Interface und der ERGOremote. Das Display Interface ist ein integrierter Bildspeicher für Standbilder auf dem Monitor. Die Standbild-darstellung des Live-Video-bildes erfolgt in 4-fach Splitt-screen, die Bildstabilisierung über



ERGOcam 4: Überzeugende Bilder mit optimaler Tiefenschärfe.

adaptives Deinterlacing. Die Funktionen können entweder über den Fußanlasser der Einheit oder die Funkfernbedienung ERGOremote, die über eine integrierte Mausfunktion zur Bedienung des PCs verfügt, gesteuert werden. ERGOremote ermöglicht auch die drahtlose Kommunikation mit zukünftigen KaVo Produkten. Die Intraoralkameras ERGOcam 3 und ERGOcam 4 liefern die gewünschten Bilder. Während die ER-

GOcam 3 über eine stufenlos einstellbaren Fokusregler, CCD-Sensor, Halogenbeleuchtung und einem Metallgehäuse mit Plasmatec-Beschichtung verfügt, wurde die preiswertere ERGOcam 4 mit einer patentierten Blenden-Fokus-Steuerung für hohe Tiefenschärfe, LEDs und einem Kunststoffgehäuse ausgestattet. Bei der ERGOcam 4 können Fokuseinstellungen von Makro bis Porträt einfach durch Rastpositionen ausgewählt werden. Die Kamera ist hinsichtlich Weißabgleich, Lichtaktivierung, Verstärkung, Bildspiegelung und Bildfilter jederzeit über PC-Software konfigurierbar.

Mit Hilfe der Software ERGOcam Viewer können die Bilder beider Kameras leicht auf dem PC archiviert werden. Zum Chairside Communication Concept gehört ein Flachbildschirm, der in 15" bzw. 19" erhältlich ist. Der 19" Monitor steht auch als Touchscreen Ausführung zur Verfügung. Das System lässt sich ideal in die Arbeits- und Behandlungsabläufe integrieren und bietet dem Anwender eine praxiserrechte Lösung. ☐

PN Adresse

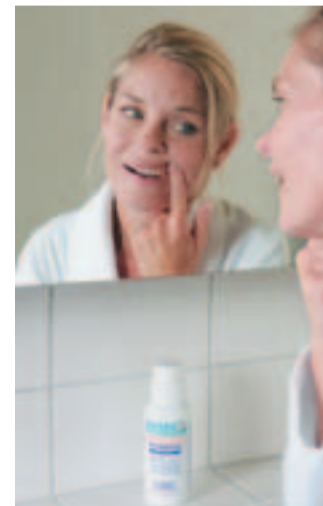
KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39
88400 Biberach/Riss
Tel.: 0 73 51/56-15 99
Fax: 0 73 51/56-16 59
E-Mail: info@kavo.de
www.kavo.com

Hilfe bei Paro-Therapie

Neu von GABA: meridol® Chlorhexidin 0,2 % Mundspülung ist Kombination von Plaquehemmung und Remineralisation und fördert die Heilung

Zur Unterstützung der zahnärztlichen Maßnahmen in der Gingivitis- und Parodontitis-Therapie kann eine vorübergehende drastische Reduktion der Plaquebakterien notwendig sein, um den Heilungsprozess zu fördern. Auf Grund seiner antibakteriellen Wirkung wird Chlorhexidin in höheren Konzentrationen (0,2 %) als Goldstandard angesehen. meridol® Chlorhexidin 0,2 % Mundspülung, die Neuentwicklung von GABA – Spezialist für orale Prävention – erfüllt die Anforderungen an eine CHX-Mundspülung voll und pflegt das Zahnfleisch. Sie hemmt die Anheftung von Plaquebakterien am Zahnfleischsaum und auf den Zähnen und reduziert darüber hinaus das bakterielle Wachstum. Durch die Kombination mit Fluorid (250 ppm aus Natriumfluorid) wirkt meridol® Chlorhexidin 0,2 % Mundspülung – ein kosmetisches Mittel – anders als fluoridfreie Mundspülungen mit 0,2 % CHX, zusätzlich remineralisierend auf den Zahnschmelz. Die Ergebnisse der klinischen Untersuchungen mit meridol® Chlorhexidin 0,2 % Mundspülung wurden jetzt bei einem Pressegespräch im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie in Dresden vorgestellt.

In einer doppelblinden, randomisierten klinischen In-vivo-Studie an der Universität Dresden wurde von der Arbeitsgruppe um Professor Thomas Hoffmann der Einfluss von CHX-Mundspülungen auf die Entwicklung gingivaler Entzündungen untersucht. Während eines 21-tägigen Untersuchungszeitraumes wendeten die Probanden als alleinige Mundhygienemaßnahme 2x täg-



Empfohlen wird eine zweiwöchige häusliche Anwendung.

lich unter anderen folgende Mundspülungen an: meridol® Chlorhexidin 0,2 % Mundspülung (ohne Alkohol), eine kommerzielle Mundspülung mit 0,2 % CHX (alkoholhaltig) und eine Placebo-Mundspülung. Hinsichtlich der Untersuchungsparameter Gingival-Index und Plaque-Index gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den beiden chlorhexidinhaltigen Mundspülungen. Der Unterschied zur Pla-

cebo-Mundspülung war mit beiden CHX-Mundspülung deutlich und statistisch signifikant. Die plaquehemmende und antibakterielle Wirkung von meridol® Chlorhexidin 0,2 % Mundspülung und die damit verbundene Verringerung gingivaler Entzündungen wurden bestätigt. Ziel einer In-situ-Studie in der Arbeitsgruppe um Pro-

seiner Wirkung beeinträchtigt. Wenn eine natriumlaurylsulfathaltige Zahnpasta verwendet wird, sollte mindestens 30 Minuten gewartet werden, bevor mit einer CHX-Mundspülung gespült wird. meridol® Zahnpasta mit Aminfluorid/Zinnfluorid enthält kein Natriumlaurylsulfat. Sie kann zusammen mit der meridol® Zahnbürste



Die Produktvorstellung auf dem DGP-Kongress lockte viele interessierte Besucher an den GABA-Stand.

fessor Elmar Hellwig von der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Universität Freiburg war die Bestimmung der Remineralisation von initialen Kariesläsionen nach Anwendung von meridol® Chlorhexidin 0,2 % Mundspülung. 21 Probanden trugen demineralisierte Proben von Rinderzahnschmelz im Unterkiefer und verwendeten während der jeweils 14-tägigen Untersuchungszeiträume 2x täglich eine der Mundspülungen – meridol® Chlorhexidin 0,2 % Mundspülung (mit Fluorid), fluoridfreie CHX-Mundspülung, Placebo-Mundspülung. Die Fluoridaufnahme in den Zahnschmelzproben wurde mittels einer ionenselektiven Fluoridelektrode gemessen. Der Mineralgehalt in den Zahnschmelzproben wurde mikroradiographisch bestimmt. Die Anwendung von meridol® Chlorhexidin 0,2 % Mundspülung bewirkte im Vergleich zu fluoridfreier CHX-Mundspülung und Placebo-Mundspülung eine 20- bis 33-fach höhere Fluorid-anreicherung in den Schmelzproben. Auch die Remineralisation der demineralisierten Schmelzproben war signifikant höher. „So werden die Zähne, und insbesondere freiliegende Wurzelflächen nach zahnmedizinischen Eingriffen, durch die Anwendung von meridol® Chlorhexidin 0,2% Mundspülung vor Karies geschützt“, schlussfolgert Dr. Sonja Trapp in ihrem Statement.

Neben den zahnärztlichen Maßnahmen bei Gingivitis und Parodontitis bildet die häusliche Mundhygiene eine zentrale Säule für den Erfolg der Behandlung. Soweit möglich sollte auch nach einem zahnärztlichen Eingriff und während der Anwendung einer CHX-Mundspülung die regelmäßige und konsequente mechanische Plaqueentfernung mit Zahnpasta und Zahnbürste erfolgen. Chlorhexidin wird durch anionische Tenside, z.B. Natriumlaurylsulfat, in

ohne Wartezeit mit meridol® Chlorhexidin 0,2 % Mundspülung kombiniert werden. Durch seine starke antibakterielle und plaquehemmende Wirkung ist CHX 0,2 % zur Unterstützung der Therapie bei Gingivitis und Parodontitis in der Kurzzeitanwendung geeignet. „Im Anschluss an die zahnärztlich kontrollierten Maßnahmen kommt es dagegen auf die Wiederherstellung einer gesunden Mundflora an“, so Dr. Trapp weiter. Diese Fähigkeit besitzt die in der meridol® Mundspül-Lösung erfolgreich eingesetzte Wirkstoffkombination Aminfluorid/Zinnfluorid. Sie inaktiviert vorrangig gingivitis-assoziierte Bakterien und fördert eine gesunde Mundflora. Trapp empfiehlt daher nach der zweiwöchigen Anwendung von meridol® Chlorhexidin 0,2 % Mundspülung eine Ergänzung der täglichen Mundhygiene mit meridol® Mundspül-Lösung mit Aminfluorid/Zinnfluorid zur Wiederherstellung gesunder gingivaler Verhältnisse. Die Anwendung ist empfehlenswert in der Kombination mit meridol® Zahnpasta und Zahnbürste. ☐

Quellen: Hoffmann T. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie, Dresden (2004) Bordas A, Cibenel M, Guillaume M. Effect of CHX/NaF mouthrinse on plaque regrowth. IADR-CED (2004) (abstract 0209); Altenburger MJ, Klaser M, Umland N, Hellwig E. In situ remineralisation of demineralized enamel using CHX/NaF mouthrinse. J Dent Res 83 (2004), Special Issue A (abstract 3584)

PN Adresse

GABA GmbH
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 0 76 21/9 07-0
Fax: 0 76 21/9 07-4 99
E-Mail: info@gaba-dent.de
www.gaba-dent.de

PN SERVICE

Auch nach 65 noch kraftvoll zubeißen können ...

Nobel Biocare lanciert einzigartige Behandlungslösungen auf Implantatbasis für Millionen von Patienten mit Zahnverlust und herausnehmbaren Zahnprothesen zur Steigerung der Lebensqualität im Alter.

Auf Grund von Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO sind in vielen Ländern zwischen 30 und 65 Prozent der über 65-Jährigen völlig zahnlos. In den USA benötigen rund 28 Prozent der Menschen im Alter von mehr als 65 Jahren eine Vollprothese. In Japan liegt diese Zahl bei 20 Prozent, in Europa allgemein zwischen 30 und 50 Prozent. Mit mehr als 50 Prozent liegen insbesondere Länder wie Großbritannien, Australien und die Niederlande über diesen Durchschnittswerten. Schon in 20 Jahren werden knapp 25 Prozent der Bevölkerung in den Industriestaaten über 65 Jahre alt sein. Im Jahre 2020 wird dieses Segment alleine in den

USA beinahe 38 Millionen Menschen zählen. Die sich wandelnden Lebensgewohnheiten bringen es mit sich, dass auch ältere Menschen immer länger fit und gesund bleiben und auch nach ihrem 65. Geburtstag ein aktives Leben führen wollen. Dank dem Ersatz von Prothesen durch Versorgungslösungen auf Implantatbasis werden sie sich diesen Wunsch erfüllen können. Mit der Einführung des neuen Konzepts „Edentulous Jaw“, das ganz klar auf Komfort, Funktion und Aussehen setzt, bietet Nobel Biocare den Patienten eine Lösung ihrer Probleme im Zusammenhang mit der Zahnlosigkeit. Patienten mit Zahnverlust im Unter-

und/oder Oberkiefer steht jetzt eine Reihe von innovativen und wirksamen Behandlungsmöglichkeiten offen, die den Kieferknochen schonen und den Patienten zu einer Steigerung ihrer Lebensqualität verhelfen.

Behandlungslösungen auf Implantatbasis für alle Indikationen

1. „Overdenture“ ist ein kostengünstiger, einfacher und patientenfreundlicher Ansatz, bei dem ein neuer oder bestehender Zahnersatz auf zwei Implantaten verankert wird. Dank dieser Lösung kann der Patient unverzüglich und ohne jegliche Beschwerden wieder jede Art von Speisen essen.

2. „All-on-4“ ist ebenfalls eine kostengünstige Lösung. Hier werden vier Implantate in den Kieferknochen eingesetzt und sorgen so für eine optimale Positionierung und Verankerung einer Vollprothese. Mit dieser innovativen Lösung von Nobel Biocare können Patienten in einer einzigen Konsultation innerhalb von nur zwei Stunden mit einer fest sitzenden Brücke versorgt werden.

3. Das „Brånemark System“ Zygoma“ eignet sich für Patienten, die seit Jahren einen Zahnersatz im Oberkiefer tragen und unter schwerwiegendem Knochenverlust leiden. Das Zygoma-Protokoll,

das die Prothese fest verankert, ist sowohl für den Zahnarzt als auch für den Patienten weniger zeitaufwändig und komplex. „Wir bieten individuelle, auf die einzelnen Patientenbedürfnisse zugeschnittene Lösungen an. Wir möchten dazu beitragen, dass sich Prothesenträger mit Knochenverlust an jene Zahnärzte wenden, die sie mit Zahnersatzlösungen auf Implantatbasis versorgen können. Der Patient soll sich für die Lösung entscheiden können, die seinen Bedürfnissen am besten entspricht“, sagt Heliane Canepa, Präsident und CEO von Nobel Biocare. Zahnersatzlösungen auf Implantatbasis sind eine perfekte Lösung für alle

zahnlosen Patienten und weisen auf Grund klinischer Langzeitstudien eine außerordentlich hohe Erfolgsquote auf. Sie bieten eine permanente Versorgung, wirken und fühlen sich an wie natürliche Zähne und bestehen aus sehr gewebefreundlichem Material. ☒

PN Adresse

Nobel Biocare Deutschland GmbH
Stolberger Str. 200
50933 Köln
Tel.: 02 21/5 00 85-0
Fax: 02 21/5 00 85-3 33
E-Mail: info@nobelbiocare.de
www.nobelbiocare.com

Innovative Systeme für die „Moderne Parodontologie“

Was die Oxpecker dem Zebra Gutes tun, ist natürlich auch eine Art der Oberflächenbearbeitung ...



... in der Parodontaltherapie sind jedoch ausgefeiltere Strategien und die richtigen Hilfsmittel nötig, um optimale Ergebnisse zu erzielen. Die moderne Parodontologie bietet dabei alle Möglichkeiten, diese wesentlich komplexeren Aufgaben zu meistern. Die Gelegenheit, diese Therapiemöglichkeiten intensiv kennen zu lernen, bietet die Pluradent AG & Co KG ab Oktober im Rahmen ihrer Veranstaltungsreihe „Erfolgskonzepte für die Zahnarztpraxis“. Alle an diesem Thema interessierten Zahnärzte erhalten hier einen umfangreichen Überblick über den „State of the Art“ der Parodontologie. In

aufeinander aufbauenden, bundesweiten Veranstaltungen haben Zahnärzte die Gelegenheit, vorhandenes Wissen Schritt für Schritt zu aktualisieren, zu vertiefen und praktisch zu erfahren. Denn gerade die Parodontologie, die im Zusammenhang mit vielschichtigen Organerkrankungen steht, wird in Zukunft eines der bestimmenden Themen in der Zahnheilkunde sein. Die Veranstaltungs- und Workshopreihe ist in drei Stufen unterteilt:

1. In der „Parodontologie-Basisveranstaltung“ referieren hochkarätige Experten über den aktuellen

Stand der Wissenschaft und eigene praktische Erfahrungen.

2. Etwa vier Wochen später bietet der „Parodontologie-Workshop“ die Möglichkeit, durch Kurzvorträge (u. a. zu den Themen Lasereinsatz und Mikroendoskopie) und im Rahmen einer Ausstellung Systeme und Produkte für ein optimales Therapiekonzept kennen zu lernen und zu vergleichen.

3. Zum Abschluss verknüpft der „Parodontologie-Fachtag“ theoretisches Wissen mit praktischen Übungen unter Anleitung von Experten. Hier wird das Wissen vermittelt (z. B. im Bereich

der Mikrochirurgie), das die Teilnehmer für eine erfolgreiche Parodontologiebehandlung in der Praxis fit macht. Abgerundet wird auch dieses Erfolgskonzept wieder durch einen speziell auf das Thema abgestimmten Produkt-Folder, der ausführlich über die gesamten Inhalte der Parodontologie informiert und zudem die Möglichkeit bietet, via Fax-Bestellblatt weiteres kostenloses Informationsmaterial abzurufen. Diese Broschüre steht interessierten

Zahnärzten ab sofort zur Verfügung und kann kostenfrei bei Pluradent AG & Co. KG, Kaiserleistraße 3, 63067 Offenbach oder unter offenbach@pluradent.de angefordert werden. Mit kompetenter Unterstützung der Pluradent kann so jeder sein individuelles Erfolgskonzept zum Wohle der Patienten entwickeln. Auch zukünftig wird Pluradent kontinuierlich die Trends in der Zahnmedizin analysieren, geeignete Produktneuheiten selektieren und daraus erfolgreiche Ver-

anstaltungskonzepte und umfangreiche Informationspakete schnüren – immer getreu dem Firmenmotto „Ihr Partner für Erfolg“. ☒

PN Adresse

Pluradent AG & Co. KG
Kaiserleistr. 3
63067 Offenbach
Tel.: 0 69/8 29 83-0
Fax: 0 69/8 29 83-2 71
E-Mail: offenbach@pluradent.de
www.pluradent.de

Jetzt auch auf DVD: „Kalle, Klops und Karies“

Preisgekrönter Film vom Verein für Zahnhygiene e.V.

Wenn Kalle und Kommissar Bürste gegen den unheimlichen Klops antreten, wird Kinderprophylaxe zum spannenden Krimi. Der für den Verein für Zahnhygiene e.V. produzierte Streifen „Kalle, Klops und Karies“ setzt neue Maßstäbe im zahnärztlichen Lehrfilm – ab sofort ist das preisgekrönte Puppenabenteuer zum Preis von 14,90 € auch auf DVD über den Verein für Zahnhygiene e.V. erhältlich.



Kinder für die Gesundheit ihrer Zähne zu begeistern, ist keine leichte Aufgabe. Doch genau dies gelingt ein paar piffigen Puppen namens Kalle, Schnuff, Kommissar Bürste und Klops von und zu Zuckerberg in nur 15 Minuten. Sie sind die Stars in dem spannenden Streifen „Kalle, Klops und Karies“. Jetzt gibt es das turbulente Abenteuer für Kinder ab 4 Jahre auch auf DVD. Der Film ist der beste Beweis, dass Prophylaxe eine mitreißende Geschichte sein kann. Denn was da nachts in den dunklen Hallen und Gängen eines Museums geschieht, hat echte Krimi-Qualitäten: Der gewitzte Rotschopf Kalle wird auf der Suche nach seinem Hund Schnuff versehentlich im Museum eingeschlossen

und trifft dort auf den unheimlichen Klops von und zu Zuckerberg, der so gerne Zähne mit Süßem kaputt macht. Sein Zuckerschleim ernährt gefährliche Bakterien, die Löcher in die Zähne ätzen. Als der smarte Kommissar Bürste plötzlich auftaucht, flieht der wabbelige Klops. Kalle wird vom Kommissar in die Gefahren eingeweiht, die von dem süßen Schleim ausgehen. Jetzt steht auch für ihn fest: Der widerliche Klops muss aus dem Museum vertrieben werden! Gemeinsam mit Schnuff und Kommissar Bürste nimmt Kalle die Verfolgung auf ... ☒

PN Adresse

Verein für Zahnhygiene e.V.
Feldbergstraße 40
64293 Darmstadt
Tel.: 0 61 51/89 48 14
Fax: 0 61 51/89 51 98
E-Mail: kontakt@zahnhygiene-ev.de
www.zahnhygiene-ev.de

ACTEON Germany feiert 20-jähriges Firmenjubiläum

Technologisch immer einen Schritt voraus – zu einer besseren und sicheren Zahnheilkunde

Was vor 20 Jahren mit vier Mitarbeitern in zwei Kellerräumen und einem revolutionären Zahnsteinentferner begann, präsentiert sich heute als bedeutende Unternehmensgruppe mit einer vielseitigen Produktpalette rund um Dentalhygiene, Prophylaxe, pharmazeutische Materialien und Imaging-Geräte.

Am 1. Januar 1984 wurde die Firmengruppe Satelec-Su-

räumen im Keller sehr bescheiden angefangen. Ich war zwei Tage im Lager tätig und bin drei Tage im Außendienst gewesen. Der persönliche Kontakt zum Dentalfachhandel sowie direkt zum Zahnarzt war für uns enorm wichtig“, sagt Geschäftsführer Hans-Joachim Hoof rückblickend, „und das gilt auch heute noch so. Denn wir wollen unseren Kunden stets ein verlässlicher und serviceorientierter Partner im Praxisalltag sein.“

Erster piezobetriebener Zahnsteinentferner weltweit

Seit ihrer Gründung hat sich die deutsche Niederlassung des in Frankreich 1946 gegründeten Mutterkonzerns Satelec-Pierre Rolland (jetzt: Acteon Group) stetig weiterentwickelt: Neue praxistgerechte Produkte und Technologien, richtungsweisende Patente sowie mehrere Firmenaquisitionen. Heute realisiert ACTEON Germany einen Jahresumsatz von mehr als 10 Millionen Euro – Tendenz weiterhin steigend. Zudem gewährleisten die 22 Mitarbeiter in der jetzigen Firmenzentrale in Mettmann einen optimalen Rundum-Service für ihre Kunden, u.a. mit einer telefonischen Hotline (08 00-7 28 35 32), persönlichem Kundendienst und einem eigenen La-

ger. Und auch die in Kooperation mit praxisDienste.de deutschlandweit veranstalteten Prophylaxe-Workshops sind immer wieder restlos ausgebucht – nach der Devise: Mehr Know-how bringt mehr Zufriedenheit und einen langfristigen Erfolg.

Technik und Design in zeitgemäßer Harmonie

Doch auch im Forschungs- und Entwicklungsbereich hat die deutsche Unternehmensgruppe in den vergangenen 20 Jahren innovative Schritte nach vorne getan und so ihr Produktportfolio stark ausgeweitet: Zum Kernbereich der Prophylaxe sind viele neue Geschäftsfelder wie z.B. Autoklaven, Intraoralkameras, Röntgengeräte und Lokalanästhetika hinzugekommen – jedes Produkt mit einem hohen Maß an Funktionalität, Präzision und Qualität.

Nach den ersten Schwierigkeiten, die Zahnärzte von der neuartigen Piezoelektronik zu überzeugen, wurde kontinuierlich ein Meilenstein nach dem anderen gesetzt. Einige Highlights aus der Firmengeschichte: 1994 stellte Herr Hoof mit seinem Team z.B. die auch heute noch sehr erfolgreichen X-Mind-Röntgengeräte in Deutschland vor. Ein Jahr später feierte die neue Max-Gerätelinie für

Ultraschall und Airpolishing mit dem bekannten Sänger Roberto Blanco als Promoter auf der Internationalen Dental-Schau in Köln große Erfolge.

Ganz neue Blickwinkel und nie wieder Fäden!

Und das neuartige Expasyl, seit dem Jahr 2000 auf dem Dentalmarkt, ist aus den Zahnarztpraxen von heute



Geschäftsführer Hans-Joachim Hoof.

nicht mehr wegzudenken. Allein in Deutschland arbeiten bereits knapp 10.000 Zahnärzte mit der temporären Retraktionspaste. Die gelungene fadenfreie Alternative zur Verdrängung des Zahnfleischsaums bringt dem Anwender dabei vor allem Zeiterparnis und einen präzisen Abdruck; für die Patienten bedeutet es dagegen eine schmerzfreie Behandlung ohne Blutungen sowie keinerlei postoperative Beschwerden. Durch den Kauf der



ACTEON-Gebäude.

Firma Sopro hat das Dentalunternehmen in Mettmann im Folgejahr 2001 dann seine Imaging-Produktlinie optimal vervollständigt: So verbindet ACTEON Germany im Kamerasystem Sopro 595 neueste Digitaltechnik mit einfachem Handling und außergewöhnlicher Bildqualität. Und auch die nunmehr dritte Generation der Max-Geräteserie beeindruckt seit vergangenem Jahr durch moderne Technologie, drei neue Patente, eine intuitive Bedienführung sowie zukunftsweisende Zusatzfunktionen.

„Wir sind auf einem marktführenden Trend“

Herr Hoof erläutert dazu: „Auf die Erfolge der neuen Max-Linie sind wir in Deutschland besonders stolz. Immerhin hat ACTEON Germany die komplette Werbung – und zwar weltweit – für die Ultraschall- und Airpolishing-Geräte entwickelt und gesteuert; also: Motive bereitgestellt, die Unterlagen ausgearbeitet, die Texte für die Broschüren geschrieben, die Filme machen lassen ... Seit der neuen Max-Generation sind wir auf einem wirklich marktführenden Trend und

haben die Mitbewerber weit hinter uns gelassen!“ 20 Jahre ACTEON Germany – das heißt: 20 Jahre Qualität, eine harmonische Partnerschaft mit Zahnarzt und Handel, exzellenter Service und anwenderorientierte Lösungen bis ins kleinste Detail. Und so viel ist sicher: Auch in Zukunft wird die Firmengruppe mit immer neuen technischen Innovationen ihre Position als Weltmarktführer für Zahnsteinentferner behaupten und sich mit zukunftsweisenden Produkten auch in anderen Geschäftsbereichen weitere Marktanteile sichern. Der Geschäftsführer abschließend: „Mit unseren zeitgemäßen Produkten sind die Zahnärzte technologisch und wirtschaftlich immer einen Schritt voraus – und auch die Patienten fühlen sich mit ACTEON einfach wohler.“ ☒

PN Adresse

ACTEON Germany GmbH
Industriestraße 9
40822 Mettmann
Tel.: 0 21 04/95 65-10
Fax: 0 21 04/95 65-11
E-Mail: info@de.acteongroup.com
www.de.acteongroup.com



ACTEON P Max.

prasson, die erst seit kurzem ACTEON Germany heißt, in Düsseldorf gegründet. Zuständig für ganz Nordeuropa erwirtschafteten die vier Mitarbeiter im ersten Betriebsjahr bereits einen Umsatz von mehr als 400.000 Euro. Ihr Flaggschiff: der damals ultramoderne P1 Suprasson – das weltweit erste piezoelektrische Gerät zur Zahnsteinentfernung.

„Ich erinnere mich noch genau: Wir haben in zwei Büro-

Bärenstarke Charity-Aktion von New Image Dental und Steiff

New Image Dental, Deutschlands führende Unternehmensberatung für Zahnärzte, initiiert zurzeit gemeinsam mit der Firma Steiff eine Charity-Aktion der besonderen Art.

Ab September 2004 wird das New Image Denti-Bärchen, ein Plüschteddy, der in einer limitierten Auflage von 2.004 Stück von Steiff hergestellt wird, zum Maskottchen in

zahlreichen Zahnarztpraxen und zum guten Freund für viele Kinder. Und das Tolle daran: Wer kauft, der hilft! 39 Euro gehen pro verkauften Bären direkt an die Stiftung

Bärenherz e. V., die sich in Wiesbaden und Leipzig um die Betreuung schwerstkranker Kinder und deren Eltern kümmert.

Der Bär ist exklusiv entworfen von New Image Dental und der Firma Steiff. Er wird in 30 Arbeitsschritten von Hand gefertigt, besteht aus Mohair und trägt eine Zahnarztjacke und in der Jackentasche eine Zahnbürste. Als Zeichen der Limitierung ist er am linken Ohr mit dem vergoldeten Knopf und einer weißen, einzeln durchnummerierten Fahne versehen! Zu bestellen ist das Denti-Bärchen zum absoluten Sonderpreis von 89 Euro zzgl. MwSt. und 7 Euro Versandkostenpauschale unter der Telefonnummer 0 67 31/94 70 00 oder unter www.new-image-dental.de ☒

PN Adresse

New Image Dental GmbH
Mainzer Str. 5
55232 Alzey
Tel.: 0 67 31/94 70 00
Fax: 0 67 31/94 70 00-33
E-Mail:
zentrale@new-image-dental.de
www.new-image-dental.de



„Die Zahnmedizin von morgen“

Achtes Scientific Meeting von Ivoclar Vivadent

Bereits zum achten Mal trafen sich 60 führende Experten aus aller Welt Mitte September zum dreitägigen Scientific Meeting von Ivoclar Vivadent in Liechtenstein. Dabei werden zum einen firmeninterne und externe Forschungsergebnisse präsentiert, zum anderen sprechen

forscht an so genannten achten dritten Zähnen. Ein Zahnkeimling wird in den Kiefer „gepflanzt“, der dann im Mund des Patienten zu einem neuen Zahn heranwächst. Die Experimente bei Tieren sind erfolgreich verlaufen. „Es wird allerdings noch einige Jahre dauern, bis wir tatsäch-



Prof. Dr. Mörmann beim 8. Scientific Meeting von Ivoclar Vivadent in Schaan.

Gastreferenten zu aktuellen Trends und Chancen in der Dentalmedizin. Das diesjährige Scientific Meeting von Ivoclar Vivadent stand ganz im Zeichen der dentalen Biotechnologie. Der renommierte Wissenschaftler Prof. Paul T. Sharpe referierte dabei über seine Forschungsarbeit zu nachwachsenden Zähnen. Der britische Forscher vom Londoner King's College gilt als führender Experte auf diesem Gebiet. Er

lich bei Erwachsenen Zähne nachwachsen lassen können“, räumt Paul Sharpe ein. Weitere Gastreferenten sprachen über CAD/CAM in der Zahnmedizin (Prof. Dr. Werner Mörmann, Universität Zürich), das Potenzial von nano-verstärkten Compositen (Prof. Jon Goldberg, University of Connecticut) und die aktuellen Entwicklungen in der Wurzelbehandlung (Priv.-Doz. Dr. Claudia Barthel, Heinrich-Heine-Universi-



Prof. Dr. Paul Sharpe (links) und Dr. Volker Rheinberger (rechts).

sität, Düsseldorf). „In einem kleinen Land wie Liechtenstein mit wenig Rohstoffen ist die Forschung enorm wichtig. Daher investieren wir sehr viel in die Forschung und Entwicklung, um auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu bleiben“, betont Dr. Volker Rheinberger, Forschungsleiter und Mitglied der Geschäftsleitung von Ivoclar Vivadent in Liechtenstein, abschließend. ☒

PN Adresse

Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2
FL-9494 Schaan
Tel.: +423/2 35 35 35
Fax.: +423/2 36 37 27
E-Mail: info@ivoclarvivadent.com

PN Kursliste Dezember 2004 – Januar 2005

Datum	Ort	Veranstaltung	Info
Dezember 1.12.2004	Karlsruhe	Plastisch-ästhetische Parodontalchirurgie – Deckung freiliegender Wurzeloberflächen Referent: Priv.-Doz. Dr. P. Ratka-Krüge	Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe, E-Mail: fortbildung@za-karlsruhe.de, Tel.: 07 21/91 81-2 00, www.za-karlsruhe.de
3./4.12.2004	Münster	Chirurgische Taschenreduktion/-elimination Referent: Prof. Dr. Heinz H. Renggli	Akademie für Fortbildung der ZÄK-WL Tel.: 02 51/50 76 04, Fax: 02 51/50 76 19 E-Mail: Ingeborg.Rinker@zahnaerzte-wl.de, www.zahnaerzte-wl.de
8.12.2004	Münster	Parodontales Debridement mit Schall- und Ultraschallscalern Referent: Priv.-Doz. Dr. Gregor Petersilka	Akademie für Fortbildung der ZÄK-WL Tel.: 02 51/50 76 04, Fax: 02 51/50 76 19 E-Mail: Ingeborg.Rinker@zahnaerzte-wl.de, www.zahnaerzte-wl.de
10./11.12.2004	Münster	Integration der Parodontologie in die Praxis – Professionelle Zahnreinigung Referent: Dr. Klaus-Dieter Hellwege	Akademie für Fortbildung der ZÄK-WL Tel.: 02 51/50 76 04, Fax: 02 51/50 76 19 E-Mail: Ingeborg.Rinker@zahnaerzte-wl.de, www.zahnaerzte-wl.de
10./11.12.2004	Berlin	Curriculum Allgemeine Parodontologie Referenten: Prof. Dr. J.-P. Bernimoulin, Prof. Dr. R. Biffar, Dr. S. Fath, Dr. S. Hägewald, Prof. Dr. T. Kocher, Dr. G. Körner, Dr. P. Purucker, ZA G. Scherpf	Philipp-Pfaff-Institut Tel.: 0 30/41 47 25 24 Fax: 0 30/4 14 89 67 E-Mail: info@pfaff-berlin.de www.pfaff-berlin.de
10./11.12.2004	Berlin	Grundlagen ursachengerichteter Parodontaltherapie/Intensivseminar Referent: Prof. Dr. U. Schlägenhauf	Philipp-Pfaff-Institut Tel.: 0 30/41 47 25 24 Fax: 0 30/4 14 89 67 E-Mail: info@pfaff-berlin.de www.pfaff-berlin.de
11.12.2004	Heidelberg	Aktuelle Trends der restaurativen und ästhetischen Zahnheilkunde Referent: Prof. Dr. Dr. H.J. Staehle	DGZMK, Tel.: 02 11/61 01 98-0 Fax: 02 11/61 01 98-11 E-Mail: dgzmk@t-online.de
10./11.12.2004	Karlsruhe	par 8, 2. Reihe: MasterKurs als öffentliches Fachgespräch Referent: Prof. Dr. Winfried Walther	Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe, Tel.: 07 21/91 81-2 00 E-Mail: fortbildung@za-karlsruhe.de www.za-karlsruhe.de
15.12.2004	Münster	Parodontitistherapie beim älteren Patienten Referenten: K.T.A. Barakos und Dr. M. Zilly	Akademie für Fortbildung der ZÄK-WL Tel.: 02 51/50 76 04, Fax: 02 51/50 76 19 E-Mail: Ingeborg.Rinker@zahnaerzte-wl.de, www.zahnaerzte-wl.de
18.12.2004	Berlin	Chirurgische Techniken in der Zahnmedizin, Lappen-Naht-Augmentation Referenten: Dr. D. Hildebrand, Dr. M. Hohl	Philipp-Pfaff-Institut Tel.: 0 30/41 47 25 24, Fax: 0 30/4 14 89 67 E-Mail: info@pfaff-berlin.de www.pfaff-berlin.de
17./18. 12 2004	Tegernsee	Orale Implantate in der Behandlung des parodontal geschädigten Gebisses 1. Teil eines dreiteiligen Modellkurses Vorsitz: Prof. Dr. mult. N.P. Lang	Z.a.T. Fortbildungs GmbH Frau I. Liedl, Tel.: 0 80 22/7 06 55-6 Fax: 0 80 22/7 06 55-8 E-Mail: info@z-a-t.de, www.z-a-t.de
Januar 16.1./17.1. 2005	Karlsruhe	imp 1: Therapieplanung – Die unverzichtbare Methodik zur Integration der zahnheilkundlichen Tätigkeit Referenten: Prof. Dr. Michael Heners, Prof. Dr. Winfried Walther	Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe, E-Mail: fortbildung@za-karlsruhe.de, Tel.: 07 21/91 81-2 00, www.za-karlsruhe.de
21.1./22.1.2005	Karlsruhe	imp 8, Termin von 2. Reihe: MasterKurs als öffentliches Fachgespräch Referenten: Prof. Dr. Michael Heners, Prof. Dr. Winfried Walther	Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe, E-Mail: fortbildung@za-karlsruhe.de, Tel.: 07 21/91 81-2 00, www.za-karlsruhe.de
28.1./29.1.2005	Karlsruhe	par 4, Reihe 2004/2005: Konservative, chirurgische und rekonstruktive Techniken der Parodontitistherapie Referenten: Prof. Dr. T. Flemming	Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe, E-Mail: fortbildung@za-karlsruhe.de, Tel.: 07 21/91 81-2 00, www.za-karlsruhe.de

Die Redaktion erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Neue Seminare für das Praxisteam

Fortbildungspunkte mit der inform-Akademie

Ein umfangreiches Seminarangebot für Zahnärzte und Zahnarzthelferinnen hat die inform-Akademie auf die Beine gestellt. Denn der Schulungsbedarf ist auf Grund der gesetzlichen Änderungen über die Festzu-

2005“, „GOZ aktuell – Entwicklungen 2004 / 2005“ oder „Der Zahnarzt als Unternehmer“ sind Themen dieser Seminarreihe. Aber auch der Bereich „Rhetorik und Kommunikation“ wird bei der inform-Akademie groß geschrieben, denn wenn die Patienten zukünftig mehr aus eigener Tasche bezahlen müssen, gewinnt der persönliche Umgang mit dem Patienten und eine professionelle Beratung große Bedeutung. Die rund 20 Referenten bringen in ihrem Fachgebiet langjährige Erfahrungen mit und ermöglichen ein sehr breites Themenspektrum. „Qualifiziertes Know-how und fachbezogene Kompetenz sind absolut notwendig, um ein Seminar mit vielen praxisnahen Beispielen interessant und anschaulich gestalten zu können“, ist Ursula Führer, Schulungsleiterin der inform-Akademie, überzeugt. Für alle Seminare wurden bei den zuständigen Zahnärztekammern die Fortbildungspunkte beantragt. Jeder Teilnehmer erhält umfangreiche Seminarunterlagen und ein

Zertifikat mit der Anzahl der erreichten Fortbildungspunkte. Weitere Informationen gibt es im Internet unter www.inform-akademie.de. In der Koblenzer Zentrale beraten drei Mitarbeiter bei der Auswahl der Seminare, sodass Interessenten ihr persönliches Weiterbildungsprogramm erhalten. Tel.: 02 61/8 07 00-1 60.

Die inform-Akademie bietet seit fast zehn Jahren regelmäßig Seminare für den zahnmedizinischen Bereich an. Sie wurde 1995 als Schulungs-Abteilung der CompuDENT Praxiscomputer GmbH & Co. KG gegründet und gehört heute zur CompuGROUP. Insgesamt wurden seither über 10.000 Praxismitarbeiter fachspezifisch geschult. ☒

PN Kontakt

Ursula Führer
Tel.: 02 61/8 07 00-9 76
Fax: 02 61/8 07 00-9 88
E-Mail: fuh@compugroup.com
www.inform-akademie.de



Ursula Führer, Schulungsleiterin der inform-Akademie.

schüsse beim Zahnersatz, die zum 1. Januar 2005 in Kraft treten, deutlich gestiegen. Die Tages- und Halbtages-Seminare, die in über 30 Städten Deutschlands durchgeführt werden, beginnen Mitte Oktober 2004 und werden zum Teil bis ins Frühjahr 2005 hinein angeboten. „Zahnersatz-Neuregelungen

Die Prophylaxe in der modernen Zahnheilkunde

Neu: Bildatlas zur Patientenaufklärung

Gerade heute, in einer Zeit, in der viele Prophylaxe-Leistungen von Patienten aus eigener Tasche bezahlt werden müssen, steigt die Nachfrage nach kompetenter und überzeugender Beratung in den Praxen. Der neue Bildatlas aus dem Spitta Verlag unterstützt Zahnarzt und Praxisteam durch anschauliches Aufklärungsmaterial. Er stellt gängige wie spezielle Behandlungsmethoden der Prophylaxe sehr übersichtlich dar.



Mit Hilfe dieses Werks kann die Praxismitarbeiterin Patienten selbstständig zur Prophylaxe motivieren und so den Zahnarzt entlasten. Die Patientenseiten sind leicht und verständlich in Wort und Bild und schaffen zielgerich-

tet eine größere Akzeptanz für Selbstzahlerleistungen. Die Textseiten für Zahnarzt und Prophylaxeassistentin informieren über den neuesten Stand auf dem Gebiet der Prophylaxe und helfen so bei einer überzeugenden Bera-

tung. Dieser Bildatlas besticht patienten-verständlich und fachkundig durch Klarheit und Praxisnähe. ☒

Die Prophylaxe in der modernen Zahnheilkunde
Bildatlas zur Patientenaufklärung
Loseblattwerk
1 Band DIN A4, ca. 250 überwiegend folienkaschierte Seiten, mit ca. 400 Abbildungen
178,- € inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten
ISBN 3-934211-79-8

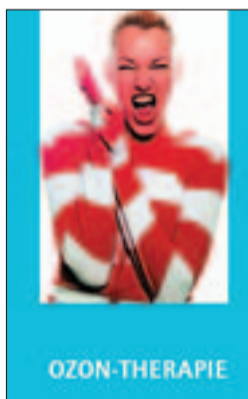
PN Adresse

Spitta Verlag GmbH & Co. KG
Ammonitenstraße 1
72336 Balingen
Tel.: 0 74 33/9 52-0
Fax: 0 74 33/9 52-3 21
www.spitta.de

Ein starker Partner für Ozon

ULTRADENT präsentiert Ultraozon

Seit 1. September hat sich die Firma Ultradent (dentalmedizinische Geräte, München), alle Rechte zum Vertrieb in Deutschland für das, von der Firma My-med (Töging am Inn) entwickelte, Ozon erzeugende Gerät, Ozonytron gesichert. Unter dem Namen Ultraozon soll, die mit dem medizinischen Gerät durchführbare Ozontherapie, zukünftig nun endlich in allen Zahnarztpra-



OZON-THERAPIE

xen Einzug halten. Die treffsichere und schmerzfreie Behandlung, die bei z.B. Parodontitis, Karies, Aphthen, ohne Resistenzen und Komplikationen durchgeführt werden kann und sorgt so für eine sichere und schnelle Heilung. Beim Vertrieb der neuen Erfindung kann sich Ultradent auf die bereits von My-med erzielte therapeutischen Erfolge mit der Ozontherapie berufen. Zahlreiche wissenschaftliche Studien und

unzählige Praxiseinsätze, so Diplomingenieur Harald Mylius, Geschäftsführer der My-med GmbH, begleiten seit langen Jahren unsere Entwicklung und unsere Projekte. ☒

PN Adresse

ULTRADENT
Medizinische Geräte GmbH & Co. KG
Stahlgruberring 26
81829 München
Tel.: 0 89/42 09 92 70
Fax: 0 89/42 09 92 50
E-Mail: info@ultradent.de
www.ultradent.de

PN Kongresse und Veranstaltungen

28. Jahrestagung und Mitgliederversammlung der Studiengruppe für Restaurative Zahnheilkunde

„Endodontie oder implantologische Alternative – Ein Spannungsfeld in der Praxis“
29./30. Oktober im Hotel Hilton in Köln
Info & Anmeldung:
Service Concept – Congress & Seminar-Agentur
Auerstr. 3, 45663 Recklinghausen
Tel.: 0 23 61/4 95 09 62
Fax: 0 23 61/9 60 66 45
E-Mail: service-concept@t-online.de

Team Fortbildung 34/35

29./30. Oktober 2004 in Bremen
Info & Anmeldung:
Oemus Media AG
Tel.: 03 41/4 84 74-3 09
Fax: 03 41/4 84 74-3 90
www.oemus.com

90. Jahrestagung der AAP (American Academy of Periodontology)

14.–17. November 2004 in Orlando, Florida
Info & Anmeldung:
www.perio.org

Tagungen „Neue Gruppe“

„Update 2004 – Ursachen von Misserfolgen – Konsequenzen für die Therapie“
18.–20. November 2004 in Hamburg
„Kontroversen in der Parodontologie“
17.–19. November 2005 in Hamburg
Info & Anmeldung:
Sekretariat Dr. Jürgen E. Koob, Präsident „Neue Gruppe“
Fax: 0 40/2 79 52 27

3. Gemeinschaftstagung der SGI/DGI/ÖGI

2.–4. Dezember 2004 in Bern
„Timing in der Implantologie“
Info & Anmeldung:
Barbara Bühlmann
Tel.: +41-31-3318275,
Fax: +41-31-3329879,
E-Mail: barbara.buehlmann@bscongress.ch,
www.dgi-ev.de

8. BDIZ/EDI-Symposium

10./11. Dezember 2004 in Köln
„Implantologie als Schrittmacher für die Praxis“
Info & Anmeldung:
BDIZ/EDI: Tel.: 02 28/93 59-2 44
Fax: 02 28/93 59-2 46,
E-Mail: office@bdiz.de,
www.bdiz.de

Paro-Symposium 2004

10.–12. Dezember 2004 in Rottach-Egern
Referent: Dr. S. Jovanovic, Dr. E. Euwe, Dr. R. Glauser
Info: Z.a.T. Fortbildungs GmbH
Frau I. Liedl, Tel.: 0 80 22/7 06 55-6
Fax: 0 80 22/7 06 55-8
E-Mail: info@z-a-t.de
www.z-a-t.de

4. Unnaer Implantologie Tage

25./26. Februar 2005 in Unna/Kamen
Info & Anmeldung: Oemus Media AG
Tel.: 03 41/4 84 74-3 09, Fax: 03 41/4 84 74-3 90
www.oemus.com

Die Redaktion erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

