

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

Offizielles Organ der	Elektrische Zahnbürsten	Periimplantitisbehandlung	Der schwierige Patient
	Nebst Marktübersicht beleuchten Prof. Dr. Kielbassa und ZÄ Derdilopoulou die kleinen aber feinen Unterschiede von Elektrozahnbürsten.	Welchen Erfolg die Laserbehandlung bei Periimplantiserkrankung haben kann, untersucht Dr. Georg Bach in seinem Artikel.	Wo verschiedene Menschen aufeinandertreffen, gibt es Komplikationen. Lesen Sie über den Umgang mit schwierigen Patienten.
	PN Wissenschaft & Praxis_4	PN Wissenschaft & Praxis_8	PN Praxismanagement_13

Mehr als 400 Teilnehmer zeigten sich begeistert von der DGZI-Frühjahrstagung Moderne Technologien der Implantologie

Seit acht Jahren wird die DGZI-Frühjahrstagung in Kombination mit dem inzwischen seit vierzehn Jahren durchgeführten IEC Implantologie-Einsteiger-Congress veranstaltet.

Die DGZI-Frühjahrstagung stand in diesem Jahr im Kontext von Innovationen auf

Auftakt bildete das außerordentlich gut besuchte Podium „Implantatprothetik und

funktioneller Aspekte im Rahmen implantatprothetischer Behandlungskonzepte und kündigte verstärkte Aktivitäten der DGZI in diesem Bereich an. Der Freitagnachmittag stand traditionsgemäß ganz im Zeichen von Vorträgen aus der Praxis. Dr. Vollmer/Wissen und Dr. Valentin/Köln eröffneten die Vortragsreihe mit einem Beitrag zur Gewinnung von autologem Knochen mit Hohlzylinderosteotomen. Dr. Wainwright/Düsseldorf stellte das Kaiserswerther Konzept der Verbindung von Ästhetik und Funktion vor und Dr. Mathias Plöger/Detmold berichtete über erste Erfahrungen mit humanen Knochenimplantaten zur Augmentation von dreidimensionalen Kieferkammdefekten. Neue Aspekte zu Knochenersatzmaterialien vermittelte im direkten Anschluss an die Pause Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz.

PN Fortsetzung auf Seite 15



Hervorragende Bedingungen für die Workshopteilnehmer der DGZI-Frühjahrstagung: Kleine Gruppen, Top-Referenten und brandaktuelle Themen.

dem Implantatmarkt. Unter dem Eindruck der IDS Internationalen Dental-Schau in Köln stand ein weitgefächertes Programm von chirurgischen und implantatprothetischen Themenstellungen auf der Tagungsordnung. Den

Funktion“, in dessen Rahmen die DGZI-Studiengruppe „Funktionelle Implantatprothetik“ gegründet wurde. DGZI-Präsident Dr. Friedhelm Heinemann/Morsbach unterstrich in diesem Zusammenhang die Bedeutung

Wissenschaftliche Herausforderungen bei der Karlsruher Konferenz Management der aggressiven Parodontitis

Einen Teilnehmerrekord konnte die Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe nach der 22. Karlsruher Konferenz am 30.3.2007 verbuchen. Im Kongresszentrum versammelten sich weit mehr als 600 Zahnärzte, um über aggressive Parodontitis zu diskutieren.

Prof. Dr. Winfried Walther freute sich bei der Begrüßung der Konferenzteilnehmer über dieses Rekordergebnis. Vier international angese-

hen des Gedenkens an Prof. Dr. Dr. Michael Heners, der die Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe über 27 Jahre geleitet hatte

Kollegen, die ihn persönlich nicht direkt kannten, äußerten in ihren Beileidsbekundungen, sie hätten das Gefühl, ein guter Freund sei gestorben. Die Akademie wird zu Ehren von Prof. Heners im Dezember ein Gedächtnissymposium veranstalten. Der erste Referent, Prof. Dr. Thomas Flemmig aus Seattle, führte in das Thema ein, indem er den Unterschied zwischen aggressiver und chronischer Parodontitis definierte. Das wichtigste klinische Zeichen ist das rasche Voranschreiten des Gewebeabbaus. Dieser Verlust von Zahnhalteapparat beschränkt sich häufig auf wenige Regionen im Mund und bedroht die betroffenen Zähne ganz erheblich. Genau wie die chronische Parodontitis hat auch die aggressive eine multifaktorielle Ätiologie. Die Zusammensetzung der beteiligten Mikroflora unterscheidet sich kaum von dem der normalen Parodontitis.

PN Fortsetzung auf Seite 16



Zahlreiche Experten begeisterten die mehr als 600 Teilnehmer der Karlsruher Konferenz mit den neuesten Erkenntnissen aus der Parodontologie. Hier: Prof. Dr. Christof Dörfer.

hene Referenten sprachen über ein brennendes Problem der zahnärztlichen Praxis, das zurzeit besonders viel wissenschaftliche Aktivität herausfordert: die aggressive Parodontitis. Die Einleitung der diesjährigen Tagungsstand ganz im Zei-

und im Dezember des vergangenen Jahres überraschend gestorben war. Prof. Dr. Walther stellte dar, dass Prof. Dr. Dr. Michael Heners die Konferenz noch selbst vorbereitet hatte. Sein plötzlicher Tod rief ein starkes Echo in der Zahnärzteschaft hervor. Selbst

Periointegrative Zahnimplantate – Die Zukunft der Implantologie Für langfristige Erfolge von Implantaten

Bereits im Dezember kam ein hochkarätiges Expertenteam in Berlin zusammen, um die Optimierung des perio-ossalen Interfaces in der Implantologie zu diskutieren und gleichzeitig die Perspektiven der Periointegration auszuloten. Was man unter Periointegration versteht und wohin das biologische Konzept führen soll, stellt Prof. Dr. Hannes Wachtel im folgenden Beitrag dar.

Orale Implantate sind offene Implantate: Sie stehen mit der bakteriell besiedelten Mundhöhle in Verbindung. Aus diesem Grund muss ein stabiles epitheliales und bindegewebiges Attachment an der Implantatschulter und dem Implantatabutment, d. h. eine vollkommene bakterielle Abdichtung zum Infektionsschutz der darunter liegenden Gewebe (Bindegewebe und Knochen) vor dem Mundhöhlenmilieu, durch eine Weichgewebemanschette, sicherge-

stellt sein. Während das Problem der dauerhaften Verankerung enossal Implantate im Knochen (Osseointegration) weitgehend gelöst erscheint, bedarf das zweite Hauptproblem, der implantatgingivale Abschluss, bestehend aus dem subepithelialen Bindegewebe und dem Epithel – zusammen auch als periimplantäre Mukosa bezeichnet – weiterhin der Diskussion und Weiterentwicklung.

PN Fortsetzung auf Seite 7



Prof. Dr. Hannes Wachtel

ANZEIGE



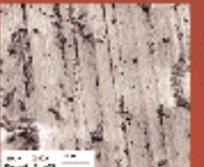
Periointegration - Aerospace meets Implantology



Gas-Flow-Sputtering miniaturisiert zur Beschichtung von Implantaten und Abutments.



RBM Vergrößerung (2'000-fach) einer zarten, gepulverten Zirkonoxid-Oberflächenstruktur.



RBM Vergrößerung (1'000-fach) einer kommerziell erhältlichen Zirkonoxid-Oberfläche mit Schlieren-Defekten.



Herstellung einer Zirkonoxid-Oberfläche unter Ionenerosion.

Gemeinsam mit dem Fraunhofer Institut für Oberflächentechnik gelang es der deutsch-schweizerischen Forschungsgruppe, ein spezielles Beschichtungsverfahren aus dem Triebwerksbau (Gas-Flow-Sputtering) für die Zahnheilkunde zu miniaturisieren. Auf diese Weise lässt sich die Hochleistungsberamit Zirkonoxid so fest mit dem PeriType Implantat oder dem prothetischen Aufbau verbinden, dass eine wesentliche Verbesserung der Weichgewebsanlagerung möglich wird – bei gleichzeitiger Nutzung der bekannten mechanischen und osseointegrativen Eigenschaften von Reintitan.



PerioType X-Part
Periointegratives Implantat mit neuem kegelförmiger Implantatschulter zur bakteriellen Abdichtung des Mikrospalts, sowie zirkonoxidbeschichteten Ti-Abutments.



PerioType TU
Transgingivales Implantat mit „morse taper“ in tiefer Verbindung. Implantat mit vormontiertem, multifunktionalem Abutment.



PerioType X-Clas
Internal Conical Tip Implantat mit zylindrisch-konischem Implantat-Gewinde-Design zur Erhöhung der Primärstabilität.



PerioType XL
Ideales Implantat für Fälle mit reduziertem Knochenaufbau. Kann auch als „Rescue Implantat“ bei Misserfolgen verwendet werden.



PerioType EK-Hex
Klassisches zylindrisches Implantat mit externer Hex-Verbindung. Ermöglicht das „Platform Switching“ Konzept.



PerioType JCI
Zur provisorischen oder permanenten Versorgung schmaler Lücken. Gas-Abutment kann bismar. 45° abgewinkelt werden.



PerioSubment
Verschiedene Abutment-Typen mit goldfarbener Titanoxid-Oberfläche zur Reduzierung der Plaqueanlagerung. Kompatibel mit verschiedenen Implantatsystemen.



PerioSupply
Präzisionsanfertigen zur Unterstützung von Zahnarzt und Zahntechniker. Vereinfachte Qualitätsanprüche mit einfachem Handling.



PerioType
A BRAND OF CLINICAL HOUSE

Clinical House Europe GmbH · Löwenstrasse 2 · CH 8001 Zürich
Tel. + 41 44 22010 60 · Fax + 41 44 22010 69
info@clinical-house.com · www.clinical-house.com

PN NEWS

Präsidentschaftswechsel beim IEC

Im Rahmen des diesjährigen IEC Implantologie-Einsteiger-Congresses übergab nach 14 Jahren Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin die Kongresspräsidentschaft und wissenschaftliche Leitung der traditionsreichen Veranstaltung an den Konstanzer MKG-Chirurgen Dr. Dr. Frank Palm.

Es ist schon eher selten, dass innovative Veranstaltungskonzepte mehrere Jahrzehnte überleben und für Generationen von Zahnärzten immer wieder spannend

gen Einsteigern implantologisches Basiswissen und einen Komplettüberblick des Implantologiemarktes als Grundlage für die eigene kompetente Entscheidungs-

gungspräsident sowie als erstklassiger Referent und Implantologe. Im Rahmen des diesjährigen Implantologie-Einsteiger-Congresses erfolgte jetzt die Übergabe der Tagungspräsidentschaft und der wissenschaftlichen Leitung in die Hände des Konstanzer MKG-Chirurgen Dr. Dr. Frank Palm. Von Seiten der Oemus Media AG als Veranstalter des IEC sprach Vorstandsmitglied Jürgen Isbaner Dr. Köhler den Dank für die langjährige erfolgreiche Zusammenarbeit aus und gab seiner Zuversicht Ausdruck, dass mit Dr. Frank Palm ein außerordentlich würdiger Nachfolger gefunden wurde.

Zur Freude aller Beteiligten, bleibt Dr. Köhler dem IEC auch weiterhin als Referent treu. Der 15. IEC Implantologie-Einsteiger-Congress findet am 23./24. Mai 2008 in Ulm wieder in Verbindung mit dem Expertensymposium „Innovationen Implantologie/DGZI-Frühjahrstagung“ statt. ☒



Der neue Tagungspräsident Dr. Dr. Frank Palm (r.) zusammen mit IEC-Veranstalter Jürgen Isbaner (l.) und dem ehemaligen Tagungspräsidenten Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler.

bleiben. Mit dem unter maßgeblicher Mitwirkung von Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin entwickeltem Einsteiger-Konzept gelingt dies inzwischen seit fast 15 Jahren. Mit der Idee, künfti-

findung zu geben, wurde über die Jahre mehr als 4.500 Einsteigern der Weg in die Implantologie eröffnet. Dr. Köhler brillierte dabei stets als didaktisch einfühlsamer und eloquenter Ta-

Effizienter Tablettenvorrat im Backenzahn

Winziges Implantat soll künftig die lästige Medikamenteneinnahme ersparen.

„Für chronisch kranke Menschen ist es oft sehr belastend, Tag für Tag an die regelmäßige Einnahme und die exakte Dosierung ihrer Medikamente denken zu müssen“, so Dr. Oliver Scholz, Wissenschaftler im Kompetenzzentrum Miniaturisierte Monitoring- und Interventionssysteme MOTIV in Sulzbach und St. Ingbert. Doch das regelmäßige Tablettschlucken könnte schon bald der Vergangenheit angehören. – Die Forscher des Kompetenzzentrums MOTIV haben jetzt in Kooperation mit anderen europäischen Wissenschaftlern ein winziges Zahnimplantat namens Intellidrug entwickelt, mit dessen Hilfe einem Patienten benötigte Medikamente kontinuierlich und in exakter Dosierung verabreicht werden können. – „Intellidrug ist so klein, dass es in zwei künstlichen Backenzähnen Platz finden kann“, erläutert Oliver Scholz.

„Das System sitzt gut zugänglich im Mundraum, kann einfach gewartet und wieder-

System gehörigen Fernbedienung können Arzt oder Patienten die abzubehende



Tablettenvorrat im Backenzahn: ein winziges Implantat kann schon bald die lästige Medikamenteneinnahme ersparen. (Foto: MOTIV)

Medikamentendosis bestimmen. Die Fernbedienung zeigt auch an, wenn der Wirkstoff aufgebraucht ist. In Abständen von einigen Wochen muss der Patient den Wirkstoff nachfüllen lassen.

Noch in diesem Jahr soll Intellidrug in die klinische Prüfung gehen. Um sicherzustellen, dass die neue Dosier-Lösung möglichst bald genutzt werden

beüllt werden. Außerdem werden durch die kontinuierliche Medikamentenzufuhr mittels Kunstzahn sogenannte Konzentrationsspitzen und entsprechend erhöhte Nebenwirkungen vermieden.“

Intellidrug verfügt über ein Reservoir, in dem sich das jeweilige Medikament befindet. Das Implantat ist mit einem Ventil, zwei Sensoren sowie elektronischen Komponenten ausgestattet. Über eine Membran gelangt Speichel in das Reservoir. Der löst einen Teil des festen Medikaments und transportiert es über einen kleinen Kanal in den Mundraum. Zwei Sensoren überwachen ständig, wie viel Wirkstoff in den Körper gelangt. Anhand der Messergebnisse steuert die Elektronik die Abgabe des Wirkstoffs über das Ventil. Mit einer zum

kann, engagieren sich die Forscher des Kompetenzzentrums MOTIV in der German Medical Technology Alliance (GMTA), einer deutschlandweit einzigartigen Vereinigung, die von dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Kompetenzzentren für Medizintechnik geschaffen wurde. ☒

PN Anmerkung

In der Marktübersicht „Implantate“ in der zweiten Ausgabe der *PN Parodontologie Nachrichten* fehlte die Firma ZL-Microdent mit dem Produkt Duraplast mit folgenden Daten:

- Implantatform:** Schraube
- Bearbeitung:** elektrochemische Transformierung
- Implantathals:** rau

PN Adresse

GMTA German Medical Technology Alliance e.V.
Geschäftsstelle c/o
Kompetenzzentrum HörTech GmbH
Marie-Curie-Str. 2
26129 Oldenburg
Tel.: 04 41/21 72-2 00
Fax: 04 41/21 72-2 50
E-Mail: info@gmta.de
www.gmta.de

Keramik wird an Bedeutung zunehmen

Im Rahmen der zweiten Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) bewerteten Experten den Werkstoff Keramik für Implantate, Aufbauten und Suprastrukturen.



Bundesverband der Implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa
European Association of Dental Implantologists

Was kann der Werkstoff Keramik in der Implantologie? Was kann er (noch) nicht? Mit diesen Fragen beschäftigte sich die 2. Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) im Februar in Köln. Unter Leitung des Bundesverbandes implantologisch tätiger Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) formulierte das 18-köpfige Expertenkomitee aus Praktikern und Wissenschaftlern Deutschlands und Europas ein Konsensuspapier, das von namhaften Organisationen und Institutionen mitgetragen wird – darunter die Universitäten Köln, Homburg, Freiburg, Witten/Herdecke und Aachen sowie der spanische Implantologenverband. Die Konferenz kam zu einer unterschiedlichen Bewertung. Während der Einsatz des Werkstoffes bei Aufbauten und Suprastrukturen als hervorragend eingestuft wurde, ist eine Ablösung der Titanimplantate durch Keramikimplantate noch nicht in Sicht.

In Zusammenarbeit mit der Universität zu Köln hatte der BDIZ EDI der Konsensuskonferenz ein Arbeitspapier vorgelegt mit dem Ziel, eine Übereinkunft in der Bewertung der Anwendung von Keramik als Werkstoff zu erreichen und einen europaweit gemeinsamen Standpunkt zu entwickeln. Die Konferenz kam zu dem Ergebnis, dass die Bedeutung der Keramik in der Implantologie in Zukunft zunehmen werde. Den erfolgreichen Einsatz des Werkstoffes im Bereich der Suprastrukturen bestätigte die Kon-

ferenz mit Teilnehmern aus Deutschland, Frankreich, Polen und der Schweiz bereits heute. Die derzeit angebotenen Verblendkeramiken erlaubten die Herstellung von ästhetisch hochwertigen Suprakonstruktionen. Die Fünf-Jahres-Überlebensstudien zeigten keinen Unterschied der mechanischen Festigkeit zwischen Metallkeramik und Vollkeramik. Insbesondere die metallfreie Suprastruktur aus computergefräster Keramik lasse sich auch durch die bekannten Techniken der konventionellen Prothetik re-

missverstanden werden, er sei eine Alternative für spezielle Indikationen.

Eine unbestritten positive Bewertung erhielten Abutments aus Keramik hinsichtlich ihres offensichtlich guten Verhaltens zur Reduzierung von Plaqueanlagerung. Langjährige Studien belegen hier die Praxistauglichkeit. Die Ergebnisse dieser 2. Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) des BDIZ EDI zum Thema Keramik werden wie bereits die der Vorgängerkonferenz zum Thema Sofortversorgung/Sofortbelastung als



Das 18-köpfige Expertenkomitee mit Teilnehmern aus Deutschland, Frankreich, Polen und der Schweiz.

alisieren. Anders bewertete die Konsensuskonferenz den Einsatz bei Implantaten. Hier seien die Möglichkeiten der Oberflächenstrukturierung bei Keramik im Vergleich zu Titan derzeit noch eingeschränkt. Die Konferenz stellte fest, dass das Implantatdesign und die Oberflächenstrukturierung bei Keramik eine auf diese Eigenschaften abgestimmte klinische Vorgehensweise erfordere. „Eine bessere Bewertung der Keramikimplantate gegenüber Titanimplantaten ist zurzeit weder klinisch noch biologisch belegbar“, so die Bewertung. Dass Zirkoniumoxid der Keramik einen vorderen Stellenplatz hinsichtlich der Werkstoffe in der Implantologie gebracht hat, steht nach Meinung aller Teilnehmer außer Zweifel – allerdings dürfe der Werkstoff nicht als Ablösung des Titan

Leitfaden von großem Nutzen für die implantologisch tätigen Praxen sein bei der Entscheidungsfindung, bei welchen Indikationen und für welche Produkte bisher positive Einschätzungen vorliegen, die einen Einsatz rechtfertigen. In Deutschland ist der Konsensus auch eine wichtige Grundlage bei Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern. Das Konsensuspapier ist auf der Internetseite des BDIZ EDI unter www.bdizedi.org abrufbar. ☒

PN Adresse

BDIZ EDI
An der Esche 2
53111 Bonn
Tel.: 02 28/9 35 92-44
Fax: 02 28/9 35 92-46
E-Mail: office-bonn@bdizedi.org
www.bdizedi.org

PN IMPRESSUM PARODONTOLOGIE Nachrichten

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

Projektleitung
Stefan Reichardt
(verantwortlich)
Tel.: 03 41/4 84 74-2 22
E-Mail: reichardt@oemus-media.de

Redaktionsleitung
Cornelia Pasold (cp), M.A.
(V.i.S.d.P.)
Tel.: 03 41/4 84 74-1 22
E-Mail: c.pasold@oemus-media.de

Anzeigen
Lysann Pohlann
(Anzeigenendisposition/
-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 (PC: Fritz!Card)
E-Mail: pohlann@oemus-media.de

Redaktion
H. David Kossmann (hdk)
Tel.: 03 41/4 84 74-1 23
E-Mail: h.d.kossmann@oemus-media.de

Herstellung
Sven Hantschmann
(Grafik, Satz)
Tel.: 03 41/4 84 74-1 14
E-Mail: s.hantschmann@oemus-media.de

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

Wie ein kontinuierliches Prophylaxekonzept zu mehr Erfolg führt

In deutschen Zahnarztpraxen wird in Zukunft ein noch größerer Trend zur Prävention gegenüber den letzten zehn Jahren zu verzeichnen sein. Demgegenüber stehen immer noch ein unbefriedigender Ausbildungsstand und oftmals Desinteresse der Zahnarztpraxen sowie Wissensdefizite in der Bevölkerung. Dr. Steffen G. Tschackert erläutert die Startvoraussetzungen, Maßnahmen und Abläufe, die geplant werden müssen, um Prävention erfolgreich ins Praxiskonzept zu integrieren.

Von dem Trend zur Prävention profitieren aber nicht nur die Patienten, sondern auch die eigenen Praxen. Die wirtschaftliche Situation lässt immer mehr Zahnärzte über die Integration von Prophylaxe in ihre Praxisstruktur nachdenken. Die erfolgreiche Umsetzung eines Prophylaxekonzeptes hängt jedoch von ihrer Fähigkeit zur Patientenmotivation und Kommunikation ab. Das Konzept und die Be-

ser Wissenstransfer kann durch praxisinterne sowie praxisexterne Fortbildungen geübt werden. Ein professionelles Termin- und Recall-System ist Grundvoraussetzung. Im Recall-System wird der Patient zum Beispiel postalisch an seinen nächsten fest vereinbarten Prophylaxetermin erinnert. Dies sorgt für eine weitgehend regelmäßige Teilnahme am Prophylaxeprogramm und erscheint dem Patienten zu-

lichen Zähne beiträgt und so wichtig ist wie regelmäßiges Duschen oder Baden. Dieses Gespräch kann auch von einer versierten Mitarbeiterin geführt werden. Die kommunikative und fachliche Kompetenz des Behandlers ist dabei ebenso gefordert wie seine psychologische Kompetenz. Zahlreiche Faktoren müssen bei dem Gesprächsverlauf mit dem Patienten beachtet werden, um ihn zur Teilnahme an

von Patient zu Patient. Prophylaxezielgruppen sind Kinder, Jugendliche, Patienten in kieferorthopädischer Behandlung und Erwachsene. Die Erwachsenen kann man wiederum unterteilen in werdende Mütter, Implantatträger, geriatrische Patienten, karies- und parodontitisgefährdete Patienten. Der Erfolg einer parodontalen Behandlung kann nur erzielt werden, wenn man den Patient zu einer

doch immer der Aufsichtspflicht.

Arbeitsplatz

Je nach räumlichen Bedingungen der Praxis erfolgt die Prophylaxe an einem speziell für die Prophylaxe konzipierten Stuhl oder zu bestimmten Zeiten an einem regulären klassischen Behandlungsstuhl. Ist die Einrichtung eines

tin Fertigungsdefizite oder Schwachstellen auffallen, die sofort korrigiert werden. Auch die Vorstellung interdentaler Hilfsmittel erfolgt, die Auswahl dieser hängt vom manuellen Geschick und der oralen Situation des Patienten ab. Zur Motivation des Patienten können Schaubilder und Demonstrationsmodelle herangezogen werden. Mundhygieneartikel können und sollten direkt zum Verkauf angeboten



Abb. 1: Ruhige und entspannte Atmosphäre im Prophylaxezimmer.



Abb. 2: Politur der Zähne ...



Abb. 3: ... und danach.

deutung der Prophylaxe werden zudem unterstrichen durch die mittlerweile einzigartige 30-Jahres-Studie von Professor Per Axelsson. Professor Axelsson aus Schweden begann bereits 1972 mit einer wissenschaftlichen Untersuchung zur Individualprophylaxe, die zeigt, dass Zahnlosigkeit, Karies und Parodontalerkrankungen durch entsprechende Maßnahmen vermeidbar sind. Patienten aus dieser experimentiellen Studie werden seit 30 Jahren zwei- bis viermal im Jahr zum Recall einbestellt. Die Resultate nach dieser Zeit zeigen, dass der Gebisszustand der Patienten weitgehend stabil gehalten werden konnte. Diese Studie zeigt deutlich die Notwendigkeit der Prophylaxe und die Notwendigkeit eines Prophylaxeangebotes in der eigenen Praxis auf.

gleich als angenehme Serviceleistung der Praxis. Die Hilfsmittel, die zur verbesserten Zahnpflege empfohlen werden, sollten direkt im Prophylaxeshop angeboten werden. Das gesamte Praxisteam ist informiert über die Anwendung, Bezeichnungen und Lagerung der Hilfsmittel. Eine Preisliste sollte erstellt und den Praxismitarbeitern für den schnellen und reibungslosen Verkauf zur Verfügung gestellt werden.

Externe Kommunikation

Die externe Kommunikation kann sowohl direkt als auch indirekt erfolgen. Indirekt werden die Patienten angesprochen durch Plakate im Wartezimmer und Aufsteller an der Rezeption. Auch eine Vitrine mit Prophylaxeartikeln im Wartezimmer erregt die Aufmerksamkeit der Patienten während ihrer Wartezeit. Eine Praxisbroschüre oder Praxiszeitung, die im Wartezimmer ausgelegt wird, kann die Patienten über die angebotene Prophylaxe informieren. Mittels eines Internetauftritts oder einer Anzeige in den gelben Seiten kann zudem auf die Prophylaxeabteilung in der Praxis hingewiesen werden. Die externe Kommunikation sollte auch direkt erfolgen, um wirklich alle Patienten zu erreichen. Optimal wäre es, dieses Gespräch in einem Besprechungsraum, außerhalb des Behandlungszimmers zu führen, sofern die Zeit dafür vorhanden ist. Sowohl Zahnarzt als auch der Patient sollten auf einer Ebene sitzen. Eine weitere Voraussetzung für den Erfolg dieses Gesprächs ist es, dies ohne erkennenden Zeitdruck zu führen. Die Tür sollte geschlossen sein, sodass der Patient von der Hektik des Tagesgeschäftes nichts mitbekommt. Dem Patienten sollen die Vorteile und Nutzen der Prophylaxe erklärt werden, er muss erkennen, dass die regelmäßige Zahnreinigung zum lebenslangen Erhalt der natür-

der Prophylaxe zu überzeugen. Die Gesprächs- und Motivationsstrategie des Behandlers sollte variabel sein, da jeder Patient über eine unterschiedliche Auffassungsgabe verfügt. Der Behandler klärt den Patienten zunächst über das Präventionskonzept und die damit verbundene Vermeidung von Karies und Zahnfleischerkrankungen auf. Dabei sollten möglichst wenig Fremdwörter und Fachausdrücke benutzt werden, um den Patienten nicht zu überfordern. Der Behandler oder die Mitarbeiterin werden am Verhalten des Patienten merken, ob dieser den Ausführungen zustimmt, diese anzweifelt oder ablehnt. Normalerweise sind unsere motivierten und gut aufgeklärten Patienten leicht zu überzeugen und bereiten, die Vorteile der Prophylaxe für sich zu nutzen. Zur weiteren Überzeugung des anzweifelnden Patienten ist es wichtig auf seine persönlichen Wünsche und Bedürfnisse einzugehen. Gezielte Fragen, die an den Patienten gerichtet werden, geben diesem das Gefühl von Interesse an seiner Person. Ebenso erfährt der Behandler oder die Mitarbeiterin viel über die Denkweise des Patienten und kann ihn durch seine Fragen geschickt lenken. Zweifelt der Patient immer noch an seinem persönlichen Nutzen der Prophylaxe, wird das Gespräch beendet. In Folgeterminen des Patienten kann eventuell das Gespräch nochmals vorsichtig auf das Thema Prophylaxe gelenkt werden. Genauso sollte beim ablehnenden Patienten vorgefahren werden. Nicht jeder Patient ist sofort oder überhaupt in deutschen Praxen für die Prophylaxe zu begeistern, dies sollte beachtet werden.

Zielgruppen

Nicht nur das Gespräch zur Motivation an der Teilnahme der Prophylaxe, sondern auch der Aufbau und Ablauf der Prophylaxesitzung differiert

nahezu perfekten Mundhygiene erzieht und eine dreimonatige Nachsorge betreibt, die den Zustand der parodontalen Gesundheit stabil hält. Eine Möglichkeit, Prophylaxepatienten für die eigene Praxis zu gewinnen, ist durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit z. B. mit Gynäkologen gegeben. Die Zahngesundheit von werdenden Müttern ist durch die Hormonumstellung in der Schwangerschaft gefährdet. Durch die Erhöhung des Hormonspiegels nimmt die Entzündungsbereitschaft des Zahnfleisches, bei gleicher Plaque-menge wie vor der Schwangerschaft, bis zum Ende der Schwangerschaft zu. In der Individualprophylaxe werden die Mütter über die nötige intensivere Zahnpflege und die Übertragung von *Streptococcus mutans* auf das Kind informiert. Der Mutter wird verständlich, dass ihr persönliches Verhalten über die eigene Zahngesundheit und die des Kindes entscheidet.

Personal

Die Ausübung der Prophylaxe wird von geschultem Personal ausgeführt. Hier werden unterschieden: die Dentalhygienikerin, die Zahnmedizinische Fachassistentin, die Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin und die fortgebildete Zahnmedizinische Fachangestellte. Diese müssen neben den fachlichen Fähigkeiten und manuellen Geschick auch qualifiziert in der Patientenführung sein. Kommunikationsfähigkeit fördert das Verhältnis zum Patienten, weckt dessen Interesse an der Prophylaxe und stärkt seine Motivation. Organisationstalent ist gefordert für die Vergabe von Terminen und die Verwaltung des Recalls. Durch das eigenverantwortliche Arbeiten der Dentalhygienikerin oder Prophylaxeassistentin ist eine hohe Motivation Grundvoraussetzung. Der Praxisinhaber unterliegt in Deutschland je-

eigenen Prophylaxezimmer möglich, sollte mit Musik und Bildern an den Wänden und der Decke ein Wohlfühlambiente geschaffen werden. Eine beruhigende Atmosphäre hilft Ängste abzubauen und verleiht dem Patienten ein Wellnessgefühl (Abb. 1).

Prophylaxesitzung

Die Dentalhygienikerin oder Prophylaxeassistentin holt den Patienten persönlich aus dem Wartezimmer ab. Ein herzlicher Empfang und die Frage nach dem Befinden des Patienten führen schon vor der Behandlung zu einer positiven Grundstimmung des Patienten. Das aktive Benutzen des Patientennamens wirkt sich zudem positiv aus. Der Ablauf der Prophylaxesitzung umfasst die Entfernung von harten und weichen Belägen, die Politur und die Fluoridierung der Zähne. Die zunehmende Verbesserung des Gebisszustandes und zahlreiche Studien haben bewiesen, dass die tägliche Einnahme von Fluoriden das Kariesrisiko bis zu 50 % reduziert. Anstatt der täglichen Einnahme von Fluoriden kann in der Prophylaxebehandlung in Form von Gelen oder Lacken Fluoride verwendet werden, welche einen Schutz wie oben beschrieben von drei bis sechs Monaten bieten. Fluoride beschleunigen die regelmäßige Wiedereinlagerung von Mineralien. An den Patienten wird weitergegeben, die häusliche Anwendung in Form von fluoridierten Zahnpasta und fluoridiertem Speisesalz durchzuführen. Eine Unterweisung des Patienten in der häuslichen Zahnpflege erfolgt ebenfalls bei Bedarf in der Prophylaxesitzung (Abb. 2 und 3). Hierzu gehören nicht nur die Demonstration von elektrischer oder manueller Zahnpfutztechnik, sondern auch das praktische Üben des Patienten unter Aufsicht. Nur so können der Dentalhygienikerin oder Prophylaxeassistenten

werden. Um den Zustand der erworbenen Zahngesundheit zu sichern, werden Recallabstände von 3 bis 12 Monaten individuell vereinbart. Nur eine regelmäßige Kontrolle des Patienten und Reinigung der Zähne garantieren den Erfolg, wie Anfangs des Artikels schon beschrieben. Die Abstände können während einer länger dauernden präventiven Betreuung bei entsprechender Patientenmitarbeit verkürzt oder wahlweise bei schlechter Mitarbeit verlängert werden. Der ideale Recall ist, wenn der Patient beim Verlassen der Praxis sofort einen neuen Termin für die nächste Prophylaxesitzung ausmacht. Sollte dies aus welchen Gründen auch immer nicht gehen, wird dem Patienten angeboten, ihn telefonisch oder postalisch über seinen nächsten Termin zu informieren. Sollte es tatsächlich einmal der Fall sein, dass durch die professionelle Zahnreinigung nicht ausreichend und befriedigend das ursprüngliche Lächeln wiederhergestellt werden kann, bieten wir unseren Patienten neben dem Bleichen der Zähne etwas wirklich Neues an: Um ein schönes Lächeln wieder hervorzuzaubern, gibt es als neues Konzept „pure Tschackert“. Dr. Tschackert hat das perfekte und pure Lächeln nach Deutschland geholt und als erster Zahnarzt europaweit die komplette Zertifizierung des Las Vegas Institute (LVI) erlangt. Ein Vorteil zum Beispiel ist, die Patienten können ihr neues Lächeln zum Probetragen sogar mit nach Hause nehmen. Mehr Infos unter: www.tschackert.com

Interne Kommunikation

Erfolg für die konsequente und ständige Umsetzung der Prophylaxe ist die Motivation des Patienten, aber vor allem auch die Motivation des Praxisteam. Die Fähigkeit des Teams ist gefordert, die Inhalte und Ziele der Prophylaxe kompetent erläutern zu können und entsprechend umzusetzen und an die Patienten weiterzugeben. Nur so versteht der Patient die Prophylaxe als sinnvolle Prävention, die ihn weitgehend vor invasiven Behandlungsmaßnahmen schützen kann und kostenaufwendige Therapien vermeiden hilft. Nur wenn die Ziele der Prophylaxe dem Patienten transparent und verständlich erklärt werden, wird dieser auch die Kosten der Prophylaxe als sinnvolle „Investition“ in seine Zahngesundheit einsehen. Auch die immer höheren Eigenleistungen für die Versorgung kariöser Läsionen können den Patienten davon überzeugen, weitaus weniger Geld für die Erhaltung seines Gebisszustandes in Form von Prophylaxe zu bezahlen. Die-

PN Adresse

Dr. Steffen G. Tschackert
Praxis für Zahnheilkunde
Goethestraße 23
60313 Frankfurt am Main
Tel.: 0 69/28 30 30
Fax: 0 69/28 30 60
E-Mail:
dr.tschackert@tschackert.com
www.tschackert.com

Für langfristige Erfolge von ...

PN Fortsetzung von Seite 1

Da der Begriff der Osseointegration selektiv die Wechselwirkung des Implantates

deutung. Da im Gegensatz zum Zahn keine Insertion von kollagenen Fasern auf der Implantatoberfläche zu beobachten ist, muss dieser

fig komplex gestalteten Implantatkonstruktionen immer schwieriger und damit nimmt das Risiko einer Periimplantitis deutlich zu.

Auch im ästhetisch kritischen Bereich muss die langfristig stabile Inkorporation des Implantates ohne Rezession der papillären und bukkalen Strukturen das Ziel jeglicher Implantatbehandlungen sein. Der Gewebeerhalt und die marginale Stabilität ist gerade in diesem Bereich von essenzieller Bedeutung zur ästhetischen und gesunden Integration eines dentalen Implantats. Hier bestehen heute jedoch große Limitationen gerade im Bereich zwischen zwei benachbarten Implantaten. In diesen Fällen kommt es durch den von beiden Seiten auftretenden schüsselförmigen Defekt zu einem vertikalen Verlust von Knochen und damit folgend einem parti-

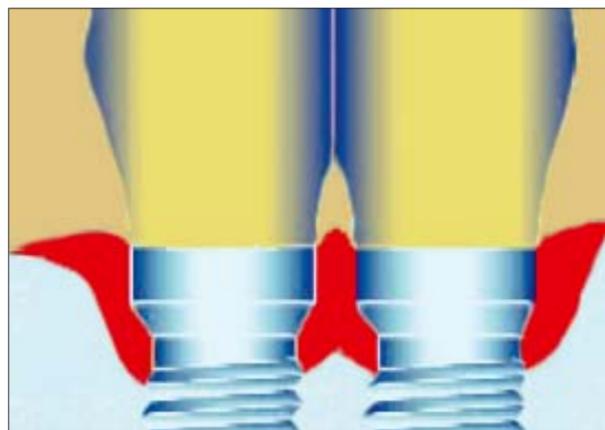


Abb. 3 (nach D. Tarnow)

len Verlust der interproximalen Weichgewebe (Abb. 3). Eine verbesserte Anhaftung der periimplantären Strukturen an moderne Implantat- und Abutmentmaterialien und ein reduzierter schüsselförmiger Defekt durch Techniken wie z.B. Plattform-reduzierte Aufbauten – „Plattform Switching“ – könnten dafür sorgen, dass gerade bei multiplen benachbarten Implantaten bessere ästheti-

sche und langfristig stabile Behandlungsergebnisse erzielt werden können. ■

PN Adresse

Prof. Dr. Hannes Wachtel
Zentrum für Zahnheilkunde
Praxisklinik am Rosenkavalierplatz
Dr. Bolz, Prof. Wachtel,
Prof. Hürzeler, Dr. Zuhr, Dr. Richter
Rosenkavalierplatz 18
81925 München

PN Info

Um den Erhalt von Zahnimplantaten auch bei Risikopatienten dauerhaft zu sichern, hat sich am 15. Dezember 2006 in Berlin die „Academy of Periointegration“ (AP) gegründet, ein Zusammenschluss führender Vertreter aus Forschung, Lehre, Praxis und Industrie. Das internationale Netzwerk von Parodontologen, Implantologen und Zahnmedizinern verfolgt das Ziel, durch fachübergreifende Zusammenarbeit Designkriterien für Zahnimplantate zu entwickeln, die den natürlichen Zahn so authentisch wie möglich nachbilden. Gleichzeitig soll Menschen mit Vorerkrankungen wie Diabetes oder Osteoporose eine sichere Versorgung ermöglicht werden. Im November 2007 wird sich die Academy of Periointegration zur Jahresklausurtagung zum Thema „Periointegration und Stabilization of Clinical Results“ in Berlin treffen. Im direkten Austausch mit Wissenschaftlern und Experten aus Implantologie, Parodontologie sowie Physik und Biologie werden aktuelle Forschungsergebnisse zum Thema Periointegration diskutiert.

Periointegration	
Integration – Gewebe	Epithel Bindegewebe Alveolarknochen
Integration – Mundhöhle	Biofilm Plaquadhäsion
Integration – Ästhetik	Gewebeerhalt marginale Stabilität

Abb. 1

mit dem Knochen unter Belastung darstellt, beinhaltet der Ausdruck „Periointegration“ nicht nur die knöchernen und weichgewebigen

Bereich des periimplantären Weichgewebes als ein Locus minoris resistentiae eingeschätzt werden. Der Begriff „Periointegra-

Wie unterscheiden sich Zahn und Implantat?	
Zahn	Implantat
<ul style="list-style-type: none"> eigene Zahnwurzel Zahnhalteapparat Knochen Zahnfleisch 	<ul style="list-style-type: none"> künstliche Zahnwurzel Osseointegration Knochen Zahnfleisch

Abb. 2

Aspekte der Implantatintegration, sondern auch die ästhetischen und mikrobiologischen Faktoren der Implantatversorgung. Periointegration bedeutet die Integration eines Implantats in seine Umgebung im weitesten Sinn (Abb. 1). Hinsichtlich der Integration des Implantates in die oralen Gewebe spielen Faktoren wie die Stabilität des periimplantären Knochenniveaus und die Dauerhaftigkeit des periimplantären Weichgewebekomplexes eine große Rolle. Insbesondere die langfristig stabile Anhaftung der Weichgewebssmanschette an der Implantatschulter oder dem Abutment scheint in diesem Zusammenhang von großer Be-

tion“ beschreibt jedoch auch Möglichkeiten der langfristig reduzierten Plaqueakkumulation und Biofilmbildung auf den Implantat- und Suprastrukturen durch moderne Materialien und Oberflächen. Neue Studien konnten zeigen, dass bei ungenügender Mundhygiene und fehlender Nachsorge mit Entzündungen – Periimplantitis – nicht nur der periimplantären Weichgewebe, sondern auch der knöchernen Stützgewebe in bis zu 30 % aller Fälle gerechnet werden muss. Dies kann gerade im Hinblick auf die demografisch beobachtete Altersentwicklung große Konsequenzen haben, denn mit zunehmendem Lebensalter wird die Reinigung von häu-

PN Kurzvita



Prof. Dr. Hannes Wachtel

- 1952 Geboren in München
- 1982 Promotion an der Universität Tübingen
- 1983/84 Postgraduiertenprogramm im Fachgebiet Prothetik an der University of Southern California, Los Angeles, USA

- 1984–1992 Oberarzt in der Abteilung Parodontologie der Freien Universität Berlin
- 1992 Habilitation
- seit 1993 Privatpraxis in München mit Wolfgang Bolz
- 1994 Gründung des Privat Instituts für Parodontologie und Implantologie in München (IPI)
- 1998 Gründung der Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde in München
- seit 1994 Lehrauftrag Charité Medizin Berlin und 2002 Ernennung zum Professor
- seit 1998 im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) und Ernennung zum Facharzt für Parodontologie
- seit 2005 als Gastprofessor an der Universität Göteborg, Schweden, in der Abteilung für Parodontologie, Postgraduierten Programm

ANZEIGE

Die neue Dimension der Knochen-Regeneration!

Immunhistochemischer Nachweis wichtiger Proteine der Osteogenese im NanoBone® Granulat kurz nach der Implantation: Braunfärbung. (Ergebnisse aus Eur.J.Trauma 2005;32:132-40)

Sie erhalten NanoBone®:

BEGO Implant Systeme GmbH & Co. KG
Tel.: +49-421/2 02 82 45

msk GmbH
Bereich Dental
Tel.: +49-3 64/24 91 10

DENTALURUM IMPLANTS
Tel.: +49-72 31/90 30

ARTOSS GmbH • Friedrich-Barnewitz-Str. 3 • 19119 Rostock
Tel.: +49-391/54 34 57 01 • Fax: +49-391/54 34 57 02 • E-Mail: info@artoss.com • www.artoss.com

Periimplantitis bedeutet nicht zwangsläufig Implantatverlust

Über die möglichen Erfolge von laserunterstützten Periimplantitisbehandlungen berichtet Dr. Georg Bach im folgenden Beitrag. Er geht dabei auf drei Fallbeispiele von Periimplantitis ein und beschreibt die unterschiedlichen Therapieschemen, und zu welchem Ergebnis diese jeweils geführt haben.

Kein anderes chirurgisch-orientiertes Fachgebiet der Medizin kann solch hohe Erfolgsquoten aufweisen wie die zahnärztliche Implantologie. Dank verbesserter, wenig invasiver Operationstechniken, feinerem chirurgischen Instrumentarium und modifizierter Implantatoberflächen sind enorale Implantationen sicher und zu einer Standardtherapie geworden. Deutliche Differenzen gibt es allerdings in der Wertung der Periimplantitis, deren Auftreten von einigen Autoren nach wie vor mit einem zwangsläufigen Verlust des künstlichen Zahnpfählers und damit in der Regel auch mit dem Verlust der entsprechenden Suprakonstruktion in Zusammenhang gebracht wird. Frühe Komplikationen in Form von Nichtakzeptanz des künstlichen Zahnpfählers, wie sie in der Anfangsphase der oralen Implantologie gefürchtet waren, sind aufgrund verfeinerter OP-Techniken und vor allem verbesserter Implantatoberflächen selten geworden. Für diese positive Entwicklung sind neben der nahezu vollständig erfolgten Hinwendung zu Titan als Implantatoberflächenmaterial vor allem technische Möglichkeiten zur Erzielung einer möglichst rauen und großen Oberfläche verantwortlich zu machen.

Zugenommen hingegen, nicht zuletzt auch aufgrund der zwischenzeitlich stark angewachsenen Zahl inkorporierter Implantate, haben Spätkomplika-tionen, die unbehandelt in der Regel zum

Verlust des künstlichen Zahnpfählers führen.

Dieses als Periimplantitis beschriebene Phänomen kann zwei Ursachen haben:

1 Jasty et al. beschrieben eine aseptisch-funktionelle Periimplantitis, die durch grobe Missachtung des Kronenlängen-Implantatlängen-Verhältnisses und durch unphysiologische Belastungsphänomene entsteht; diese Form der Periimplantitis tritt jedoch außerordentlich selten auf.

2 Die häufigsten Spätkomplika-tionen sind hingegen entzündlicher Natur und häufen sich bei fehlendem Recall und bei mangelnder Mundhygiene des Patienten. Letzteres ist oftmals nicht durch Nachlässigkeit, sondern mitunter auch durch nachlassende manuelle Fähigkeiten zu einer ausreichenden Pflege der Suprakonstruktion und der in die Mundhöhle ragenden Anteile der enossalen Implantate bedingt, wie dies beim älter werdenden Patienten oft der Fall ist.

Die signifikante Zunahme periimplantärer Läsionen ist also nicht allein durch den rasanten Anstieg inkorporierter Implantate erklärbar, sie ist vielmehr auch ein Tribut an die Altersentwicklung unserer Gesellschaft. Der vorliegende Beitrag möchte einige Fälle einer Periimplantitis schildern und über das entsprechende Therapieschema berichten.

Patientenfälle

Patientenfall 1, der übrigens den ersten Fall einer laser-

unterstützten Periimplantitis-therapie mit einem Dioden-laser (810 nm Wellenlänge) in Kombination mit OSTIM® Augmentation darstellt, wird im Ablauf und in seinen Bestandteilen ausführlich dargestellt. In der Darstellung der weiteren Fälle kann dann eine Beschränkung auf den wesentlichen Ablauf erfolgen.

Fall 1

Der Patient hatte im Jahre 1995 alio loco vier Implantate Regio 44, 43, 33, 34 inkorporiert bekommen. Ein halbes Jahr nach Inkorporation der vier künstlichen Zahnpfähler erfolgte eine Versorgung mit einer Stegprothese. Bis auf die verbliebenen Zähne 15, 13, 23 ist auch der Oberkiefer entzahnt worden. Auf den erwähnten Zähnen im Oberkiefer ist eine teleskopierende Prothese verankert. Nach Abschluss der prothetischen Phase erfolgte aufgrund eines Wohnortwechsels des Patienten kein Recall mehr. Ersuchte nun unsere Praxis aufgrund einer selbst beobachteten Veränderung auf-beim Putzen an den Weichteilen des Implantatpfählers 34 imponierte ein profuses Bluten. Der klinische Befund verifiziert diese Beobachtung. Beim Sondieren mit einer druck-kalibrierten Kunststoff-PA-Sonde konnte BOP festgestellt werden, ebenso eine zirkuläre 6-mm-Sondierungstiefe.

Die Therapie der Periimplantitis

Nach eingehender Aufklärung des Patienten und

PN Fall 2



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4

Durchführung einer Lokalanästhesie wurde eine Aufklappung am Implantat im Sinne eines Mukoperiostlappens durchgeführt. Das Granulationsgewebe wurde gründlich mit Kunststoffküretten entfernt, die Ränder des Lappens ausgedünnt. Nun wurde das volle Ausmaß des knöchernen Attachment-Verlustes offensichtlich; es imponierte der typische Knochenkrater der Periimplantitis.

Die Dekontamination mit Dioden-Laserlicht

Auf die nun entblößten Teile der Implantatoberfläche wurde Laserlicht der Leistung von 1,0 Watt über einen

Zeitraum von 20 Sekunden aufgebracht. Diese Parameter reichen aus, um das gramnegative anaerobe Keimspektrum der Periimplantitis verursachenden Keime zu schädigen; gleichzeitig aber kann eine thermische bzw. mechanische Schädigung der Implantatoberfläche bzw. der periimplantären Gewebe (Knochen, Schleimhäute) ausgeschlossen werden (siehe Krekeler, G., Bach, G.: Unsere ersten Erfahrungen mit einem Dioden-Laser – Eine Studie; Universität Freiburg im Breisgau [1994] und Bach, G., Krekeler, G.: Laserunterstützte Periimplantitis-therapie – Eine Fünf-Jahres-Studie, Phillip-Jour-

nal 2000). Die Laserlichtdekontamination wurde nach Abheilung der Weichteile nach sechs und zwölf Wochen wiederholt.

Weitere therapeutische Schritte

Nach Abschluss der Dekontamination wurde zur Rekonstruktion der verloren gegangenen Knochenkapazitäten periimplantär augmentative Maßnahmen mit Knochensersatzmaterial (OSTIM) durchgeführt. Die Wundlücken wurden mittels intraoraler Nähte auf Stoß genähert, um eine Heilung per primam intentionem zu gewährleisten. Das Nahtmaterial wurde nach einer Woche entfernt. Weitere

PN Fall 1



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7



Abb. 8



Abb. 9



Abb. 10



Abb. 11

Recallsitzungen fanden nach sechs Wochen und drei Monaten statt. Bei der Abschlusskontrolle der chirurgisch-resektiven Phase nach sechs Monaten stellte sich das ehemalige OP-Areal reizlos dar (Abb. 3). Es konnte keine Sondierungstiefe gemessen werden. Die Unterkiefersteg-Prothese ist reizfrei in situ (Abb. 4).

Der Patient befindet sich seither bei uns im Sechsmonats-Recall-System, welches er sehr gewissenhaft wahrnimmt. Aktuell stellt sich die klinische Situation im Ober- und Unterkiefer unverändert stabil dar. Das Implantat Regio 34, das von der Periimplantitis betroffen war, befindet sich im gesunden, reizlosen Umfeld (Abb. 6), auch nach Abnahme des Steges werden gesunde periimplantäre Verhältnisse offensichtlich.

Fall 2

Im Jahre 1996 erfolgte die Inkorporation jeweils zweier Implantate in den Oberkieferhälften rechts und links (Prämolarenregionen) zum Ersatz verloren gegangener Seitenzähne. Die Freundsituation beidseits wurde ein halbes Jahr nach Inkorporation der künstlichen Zahnpfeiler mit Extensionsbrücken (distaler Anhänger) versorgt. Die Patientin trug die Versorgung beschwerdefrei. Im Rahmen eines Routinetermins drei Jahre nach Eingliederung entschied der Behandler die Suprakonstruktion (verschraubt) abzunehmen, um eine gründliche Reinigung durchführen zu können. Hier kam es zum „worst case“: Bei Abnahme der Suprakonstruktion avulierte das Implantat Regio 24! Nach Anfertigung einer Panoramaschichtaufnahme imponierten neben dem knöchernen Defekt Regio 24 auch deutliche vertikale Einbrüche an allen verbliebenen Implantaten. Es erfolgte eine Zuweisung in unsere Praxis.

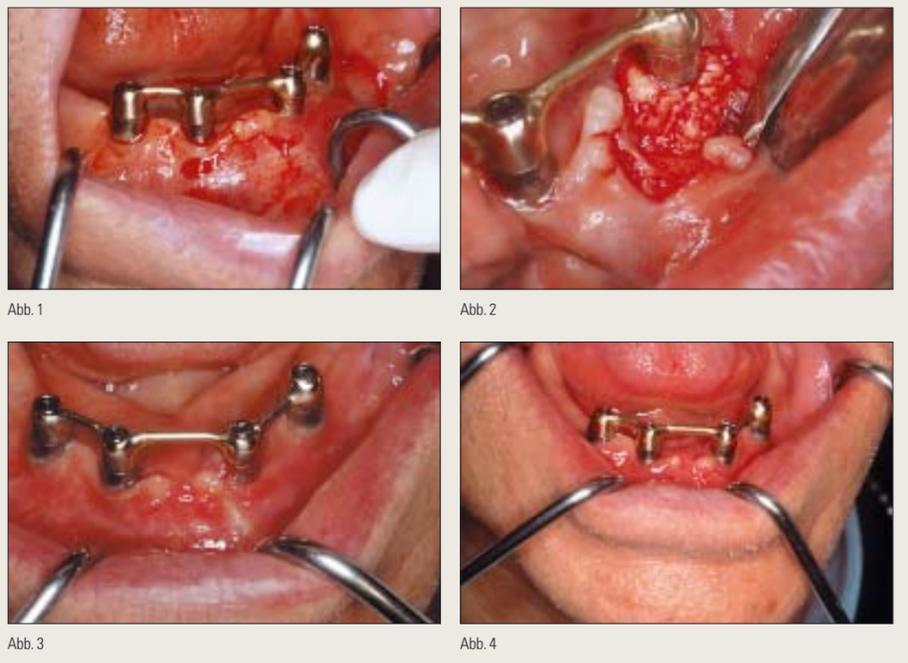
Die Therapie der Periimplantitis/Dekontamination und Augmentation

Nach Darstellung der periimplantären Knochendefekte erfolgte eine gründliche Entfernung des Granulationsgewebes und eine Anfrischung des Knochens. Im Anschluss daran erfolgte die Diodenlaserdekontamination (810 nm) in der im vorhergehenden Fall beschriebenen Systematik. Die Augmentation im kraterförmigen Defekt erfolgte mit OSTIM, den Abschluss des operativen Eingriffes stellte der Wundverschluss mit einer speicheldichten Naht dar. Vier Wochen nach Abschluss der Periimplantitistherapie erfolgte Regio 24 und 25 die Inkorporation zwei weiterer Implantate.

Verlauf und Recall

Nach Osseointegration der beiden weiteren Implantate erfolgte eine prothetische Neuversorgung der Patientin. Die ursprüngliche Philosophie einer festsitzenden Versorgung des Oberkiefers mittels Extensionsbrücken wurde beibehalten, allerdings wurde bei den neuen festsitzenden Restaurationen Wert auf eine Reinigung

PN Fall 3



der Suprakonstruktion im Bereich des Überganges Implantatschulter zur Krone und in den Kronenzwischenräumen geachtet. Weitere Reinigung außer der mit der Zahnbürste hatte die Patientin bis dato nicht betrieben. Sie befindet sich nun seit zwei Jahren im Recall, bis dato sind die klinisch-radiologischen Parameter stabil.

Fall 3

Im Rahmen einer Pfeilervermehrung vor prothetischer Neuversorgung des teilbezahnten Unterkiefers erhielt dieser heute 74-jährige Patient im Jahre 1998 von einem kieferchirurgisch tätigen Kollegen, zu dem er von seinem Hauszahnarzt überwiesen worden war, zwei ITI-Implantate Regio 34, 35 gesetzt, die dann – nach Osseointegration – im Verbund mit natürlichen Seitenzähnen im vierten Quadranten mit einer teleskopierenden Brücke versorgt wurden. Bereits ein Jahr nach Eingliederung der prothetischen Versorgung traten permanente Entzündungszeichen im Sinne von Schleimhautwucherungen zwischen den Implantatprimärteleskopen und von Bluten bei der Reinigung auf. Durch stetige Verschlimmerung bedingt, suchte der Patient auf Empfehlung seiner Tochter unsere Praxis auf. Das Panoramaschichtbild bestätigte die klinische Verdachtsdiagnose: Periimplantitis, ferner wurde distal des Implantates 35 ein röntgendichter Fremdkörper festgestellt.

Die Therapie der Periimplantitis/Dekontamination und Augmentation

Nach Darstellung der periimplantären Knochendefekte erfolgte eine gründliche Entfernung des Granulationsgewebes und eine Anfrischung des Knochens.

Es fand eine diskrete Osteotomie an den nicht von der Periimplantitis betroffenen Knochenarealen des distalen Implantates statt. Im Anschluss daran erfolgte die Diodenlaserdekontamination (810 nm) in der im vorhergehenden Fall beschriebenen Systematik. Die Augmentation der beiden kraterförmigen Defekte erfolgte mit OSTIM, den Abschluss des operativen Eingriffes

stellte der Wundverschluss mit einer speicheldichten Naht dar. Der Patient trug vier Tage keine Prothese, die

Außenteleskope wurden um 1 mm und im Implantatzwischenraum gar um 2,5 mm gekürzt.

Verlauf und Recall

Da definitiv an der ungünstigen Platzierung des distalen Implantates nichts zu ändern war und der Patient auch nicht bereit war, dieses „schlafen zu legen“, liegt nach Abschluss der chirurgischen Intervention das Hauptaugenmerk auf der Mundhygiene des Patienten. Durch die Modifikation an der bestehenden Arbeit (Kürzen der Ränder) besteht nun eine deutlich verringerte Tendenz zur Bildung von Schleimhautwucherungen durch Vermeidung einer „feuchten Kammer“, zudem betreibt der Patient sehr gewissenhaft eine Reinigung des Raumes zwischen den Implantaten mit einer Interdentärbürste. Bis heute, drei Jahre nach Abschluss der chirurgisch-resektiven Phase, ist kein Rezidiv aufgetreten.

Schlussfolgerung

Unbehandelt hätten alle entzündlichen periimplantären

Veränderungen den Verlust der Implantate bedingt. Diese Verluste der künstlichen Zahnpfeiler hätte für die Patienten zweifellos schwerwiegende Folgen gehabt. Dank der laserunterstützten Periimplantitisbehandlung konnte nicht nur ein Stoppen der Entzündung, sondern eine Restitutio ad integrum erreicht werden. Die ursprüngliche, alio loco festgelegte Philosophie der Kieferrehabilitationen, die an dieser Stelle von ihrer Wertigkeit nicht beurteilt werden soll, kann nun weiterverfolgt werden. ☐

PN Adresse

Dr. Georg Bach
Zahnarzt/Oralchirurgie
Rathausgasse 36
79098 Freiburg im Breisgau
Tel.: 07 61/2 25 92
Fax: 07 61/2 02 08 34
E-Mail: doc.bach@t-online.de

ANZEIGE

Glückwunsch!

Jeder Sieg setzt intensives Training voraus...

... wir unterstützen Sie dabei!

Personal Trainer:

ORALIA MORE THAN A LASER

ora-laser jet / ora-laser 2100 – more than a laser

ORALIA MORE THAN A LASER

ORALIA GmbH • Weiherstr. 20 • D-78465 Konstanz • Tel.: +49-7533-94 03-0
Fax: +49-7533-94 03-33 • laser@oralia.de / Filiale Paderborn: Tel.: +49-5252-97 18 18-0

Minimalinvasive Behandlung gegen die Volkskrankheit Parodontitis?

In der Medizin gewinnen minimalinvasive Behandlungsmethoden immer mehr an Bedeutung. Auch in der Zahnmedizin werden zunehmend minimalinvasive Behandlungstechniken propagiert, insbesondere in der konservierenden Zahnheilkunde. Dr. Wolfgang M. Zimmer stellt im folgenden Wissenschaftsartikel die Frage, ob minimalinvasive Techniken auch in der Parodontologie hilfreich sind und welche Möglichkeiten sich dem Behandler bieten.

Nach invasiver Parodontitis-therapie klagen zahlreiche Patienten über Schmerzen oder Schwellungen des behandelten Zahnfleisches. Postoperative Zahnhalsempfindlichkeit, freiliegende Zahnwurzeln und offene Interdentalräume sind weitere Ursachen für Enttäuschungen. Insbesondere dann, wenn trotz durchlittener Behandlung nach einiger Zeit erneut Parodontitis auftritt. Solche Ergebnisse manch gut gemeinter Parodontitisbehandlung zeigen, dass ein Bedarf für minimalinvasive Behandlungsmethoden besteht.

Ziel dieses Beitrages ist es, minimalinvasive Methoden der Parodontitisbehandlung aufzuzeigen.

Dazu werden verschiedene Methoden der Wurzelbearbeitung und unterschiedliche parodontale Operationstechniken unter den Aspekten Invasivität und Effektivität näher betrachtet. Unberücksichtigt bleiben medikamentöse Behandlungsmethoden, die ebenfalls minimalinvasiv sein können. Ihre Abhandlung würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen und erfordert eine separate Darstellung.

Ziele in unterschiedlichem Ausmaß erfüllen, ist zu klären, welche der postulierten Ziele für die Taschenheilung wichtig sind und welche nicht.

ab. Daneben starten die Endotoxine bei anfälligen Patienten eine destruktive Entzündungsreaktion, zerstören dabei parodontales Gewebe und verhindern seine Regenera-

Zemententfernung

Bakterien und Endotoxine dringen nicht tief ins Zement ein. Bei mikroskopischen Untersuchungen wurden Ein-

nach Instrumentation mit Ultraschallscalern entsprach der Rauheit unbehaltener Zahnwurzeln. Die Wurzelrauheit hatte jedoch keinen Einfluss auf die supragingivale

wandte Kraft stark variiert und der Behandler seinen Kraftaufwand nur begrenzt steuern kann. Eine intensive Wurzelbearbeitung mit Handküretten entfernt bereits bei relativ geringem Kraftaufwand in vielen Fällen das gesamte Wurzelzement bis tief ins Dentin hinein. Vergleichende Untersuchungen zum Substanzabtrag zwischen Handküretten, Ultraschall- und Schallscalern sowie Finierdiamanten ergaben für Ultraschallscaler den geringsten Substanzabtrag. Schallscaler, Handküretten und Finierdiamanten wirkten dagegen sehr viel invasiver. Instrumentation mit Handküretten führt zu wesentlich glatteren Wurzeloberflächen als die Bearbeitung mit herkömmlichen Ultraschallscalern oder mit den meisten rotierenden Instrumenten. Micro-Ultrasonics führen zu noch glatteren Oberflächen als Handküretten. Allerdings ist die Glätte der Wurzeln für die Heilung nicht wesentlich, wie oben beschrieben. Zur Wurzelinstrumentation werden auch Laser propagiert, insbesondere CO₂-Laser, Nd:YAG-Laser und neuerdings Er:YAG-Laser. In-vitro-Studien zeigten, dass CO₂- und Nd:YAG-Laser Krater und Risse bilden, die Wurzeloberfläche



Abb. 1: Intraalveoläre Inzision an 21/22.



Abb. 2: Abhalten des Papillenlappens 11/21.



Abb. 3: Debridement des Zahnes 21 mit Micro-Ultrasonics.



Abb. 4: Resorbierbare Nähte der Papillenlappen zwischen 11 und 22.

Definition

Unter minimalinvasiver Parodontitisbehandlung verstehen wir eine Behandlung, welche die Unversehrtheit der Patienten nur wenig beeinträchtigt. Minimale Invasivität kann sich sowohl auf die Behandlungstechnik als auch auf das Behandlungsergebnis beziehen. Der Nutzen einer Behandlungstechnik hängt neben der Invasivität auch von ihrer Effektivität ab. Wünschenswert ist eine Technik, die wenig invasiv, aber trotzdem wirkungsvoll ist. Die Wirksamkeit einer Behandlungstechnik wird am Ziel der Parodontistherapie gemessen. Entscheidendes Ziel der Parodontitisbehandlung ist, das Gebiss der Patienten langfristig funktionsfähig und schmerzfrei zu halten und dabei die ästhetischen Erwartungen der Patienten zu erfüllen.

Ziele der Wurzelbearbeitung

Im Zentrum der Parodontitisbehandlung steht die Bearbeitung der Wurzeloberflächen. Sie verfolgt unterschiedliche Ziele. In der Literatur wurden als Ziele der Wurzelbearbeitung genannt: die Entfernung subgingivaler Plaque, die Entfernung bakterieller Endotoxine, die Entfernung subgingivaler Konkreme, die Entfernung

Entfernung von Plaque

Die bakterielle Plaque bildet auf der Wurzeloberfläche einen mikrobiellen Biofilm. Er schützt darin enthaltene Bakterien gegen Ablösung, gegen die Wirkung von Netzmitteln und Antibiotika sowie gegen Phagozytose und Lyse durch Makrophagen. Die Plaquezusammensetzung des Biofilms entscheidet wesentlich über die Wirksamkeit der körpereigenen Abwehr. So hemmt das parodontalpathogene Bakterium *P. gingivalis* die Immunabwehr gegen sich und andere Bakterienarten und begünstigt mit diesem „Schutzschirm-Effekt“ die Vermehrung pathogener Bakterien. Die Plaqueentfernung bei der Wurzelbearbeitung will den bakteriellen Biofilm soweit als möglich reduzieren und die Plaquezusammensetzung ändern, weg von einer mit Parodontitis-assoziierten Plaque hin zu einer mit Gesundheit-assoziierten Plaque. Deshalb ist die subgingivale Plaqueentfernung ein entscheidend wichtiges Ziel der Wurzelbearbeitung. Dabei soll eine biologisch akzeptable Wurzeloberfläche entstehen, welche die Taschenheilung gestattet.

Entfernung von Endotoxinen

Gramnegative Bakterien setzen aus Vesikeln massenweise Zellwandbestandteile (Endotoxine) frei. Die Zellwandbestandteile wirken als Antigene, binden Immunabwehrstoffe an sich und lenken sie damit von den Bakterien

tion. Die Entfernung bakterieller Endotoxine von der Wurzeloberfläche ist deshalb ein wichtiges Ziel der Wurzelbearbeitung.

Konkremententfernung

Bakterielle Plaque führt zu parodontaler Entzündung. Bei subgingivaler Entzündung



Abb. 5: Inzision der Gingiva zwischen den Zähnen 21-23.

verkalkt die Plaque und bildet harte Konkreme, die die weitere Entzündung fördern. Nach Instrumentation an der Wurzel zurückgebliebene harte Konkreme führen zu einem entzündlichen Infiltrat im Gingivagewebe und verzögern die Heilung. In klinischen Studien führte die Entfernung von subgingivaler Plaque und von Konkrementen zu weniger Bluten und besserem Attachmentlevel als nur subgingivale Plaqueentfernung. Dies belegt die Bedeutung der Entfernung subgingivaler Konkreme bei der Wurzelbearbeitung.

dringtiefen von 3 bis 12 µm gemessen. Vorhandene Endotoxine lassen sich außerdem leicht von der Zementoberfläche entfernen, z.B. durch Abbürsten. Eine klinische Studie über den Einfluss der Zemententfernung auf die parodontale Taschenheilung nach Lappenoperation ergab, dass die Zemententfernung per se keinen Einfluss auf die Taschen-

heilung hatte. Dies lässt den Schluss zu, dass das Wurzelzement nicht infiziert ist und dass die Zemententfernung kein wesentliches Ziel der Wurzelbearbeitung ist.

Glätten der Wurzeln

Eine Studie untersuchte den Einfluss der Wurzelrauheit nach Instrumentation mit Küretten bzw. Ultraschallscalern auf die supragingivale Plaqueanlagerung und auf die gingivale Entzündung. Dabei führten Handküretten zu glatteren Wurzeloberflächen als Ultraschallscaler. Die Rauheit

Plaquesanlagerung und auf die gingivale Entzündung. Eine andere Studie untersuchte den Einfluss der Wurzelrauheit auf die Heilung nach Lappenoperationen. Während der Operation wurden an Zähnen mit fortgeschrittener Parodontitis die Wurzeln geglättet. Anschließend wurde die Hälfte der Wurzeln aufgeraut. Die Behandlung führte bei beiden Gruppen zu Attachmentgewinn und reduzierten Sondertiefen, ohne signifikante Unterschiede zwischen rauhen und glatten Wurzeln. Daraus folgt, dass die Glättung der Wurzeloberflächen kein wichtiges Ziel der Wurzelbearbeitung ist. Aus dem Obengenannten ergeben sich als wesentliche Ziele der Wurzelinstrumentation: die Entfernung von bakterieller Plaque, von Endotoxinen und von harten Konkrementen. Dagegen sind die Entfernung von Wurzelzement und das Glätten der Wurzeloberfläche für die Heilung nicht wichtig. Im Sinne einer minimalinvasiven Behandlung sollte deshalb jeder unnötige Substanzabtrag unterbleiben.

Instrumente zur Wurzelbearbeitung

Um die oben genannten Ziele zu erreichen, können Handküretten, Ultraschallscaler, rotierende Instrumente und Laser verwendet werden. Im Folgenden werden die Invasivität und Effektivität dieser Instrumente näher betrachtet. Eine Untersuchung zur Wurzelbearbeitung mit Handküretten stellte fest, dass die aufge-

schmelzen und verkohlen. Der Er:YAG-Laser bildet bei geringer Energiedichte Mikrofrakturen, ohne die Wurzeloberfläche zu schmelzen oder zu verkohlen. Bei höherer Energiedichte bildet er ebenfalls tiefe Krater in der Wurzeloberfläche und schmilzt das Dentin in geringem Maße. Diese Untersuchungen zeigen, dass CO₂- und Nd:YAG-Laser sowie Er:YAG-Laser bei höherer Energiedichte eine invasive Wurzelbearbeitung bewirken. Neben der Invasivität ist auch die Effektivität der verschiedenen Instrumente von Bedeutung. In klinischen Studien zeigten sich Handküretten und herkömmliche Ultraschallscaler gleichermaßen effektiv zur Plaqueentfernung. Auch bezüglich der Konkremententfernung ergab sich kein Unterschied zwischen beiden. Micro-Ultrasonics dagegen entfernten mehr Plaque und Konkreme als Handküretten und herkömmliche Ultraschallscaler. Zur Endotoxinentfernung zeigten sich sowohl Handinstrumente als auch Ultraschallscaler geeignet, wobei Handinstrumente noch effektiver waren als herkömmliche Ultraschallscaler. Eine minimalinvasive, effektive Wurzelbearbeitung lässt sich am ehesten mit Micro-Ultrasonics und (eingeschränkt) mit Handküretten bei niedrigem Kraftaufwand verwirklichen. Dagegen führen Handküretten bei höherem Kraftaufwand und längerer Instrumentation, rotierende Instrumente und insbesondere Laser zu einer invasiven Wurzelbearbeitung.

Fortsetzung auf Seite 12 **PN**



Abb. 6: Freilegen der Knochendefekte zwischen 21–23.

Abb. 7: Einbringen von Emdogain® zur Knochenregeneration.

Abb. 8: Naht des Zahnfleischlappens zwischen 21–23.

PN Fortsetzung von Seite 10
Operationstechniken

Tiefere Taschen erschweren die Entfernung von subgingivaler Plaque, von Konkrementen und von Endotoxinen. Verschiedene Operationstechniken wurden entwickelt, um den Zugang zum Behandlungsbereich zu verbessern, um die erkrankten Zahnwurzeln unter Sicht behandeln zu können und um die parodontalen Taschen zu reduzieren bzw. zu eliminieren. Dazu zählen die sog. offene Kürettage, die modifizierte Widman-Lappen-OP, der apikal verschobene Lappen, Gingivektomie und Osteoplastik/Ostektomie. Die meisten dieser Techniken sind relativ invasiv und führen postoperativ nicht selten zu Schmerzen, Schwellungen und freiliegenden Zahnhälsen. Bei freilie-

genden Zahnhälsen und nach Verlust der Interdentarpapillen klagen viele Patienten über Zahnhalschmerzen, unschönes Aussehen oder über Zischlaute beim Sprechen.

Methoden. Eine über acht Jahre reichende Langzeitstudie beispielsweise verglich die Behandlungsergebnisse dreier Operationstechniken: a. subgingivale Weichgewebs-

die Patienten alle drei Monate parodontal nachgesorgt und jährlich nachuntersucht. Die Ergebnisse zeigten umso mehr postoperative Taschenreduktion, je tiefer die Taschen

(Abb. 1), die sich dann abheben und mit einem graziilen Instrument abhalten lassen (Abb. 2). Die marginale Gingiva zwischen 11 und 22 bleibt dagegen unberührt, da midbukkal und midpalatal keine Taschen bestehen. Dann werden die Wurzeloberflächen von 11, 21 und 22 mit einem graziilen Ultraschallscaler unter Sicht gereinigt (Abb. 3). Besonders betont sei, dass das zwischen der bukkalen und palatinalen Papille verbliebene, entzündete Gingivabindegewebe nicht entfernt, sondern vollständig belassen wird.

tionsmaterial (Emdogain) aufgefüllt (Abb. 7). Abschließend werden die Papillen repositioniert und mit 7–0 Nähten fixiert (Abb. 8). Ein Zahnfleischverband ist nicht nötig. In der Regel heilen schonend behandelte Papillen komplikationslos ab, ohne nekrotisch zu werden. Wichtig sind dabei eine ausreichende Papillenbreite von mehr als 2 mm und eine ausreichende Papillendicke. Das Ergebnis der Operation wird ein Jahr postoperativ mit einer Röntgenaufnahme kontrolliert. In den meisten Fällen zeigt sich röntgenologisch eine umfangreiche bis vollständige Auffüllung der Knochenkrater (Abb. 9 und 10) mit neuem Hartgewebe.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine minimalinvasive Parodontitisbehandlung in der Praxis möglich ist. Sie kann in vielen Fällen invasive Techniken ersetzen. In der Erfahrung des Autors verbessern die beschriebenen minimalinvasiven Techniken das klinische Behandlungsergebnis und steigern die Zufriedenheit der Patienten. **PN**



Abb. 9: Knochendefekte um den Zahn 33 vor der Regeneration.

Abb. 10: Aufbau der Knochendefekte um den Zahn 33, ein Jahr postoperativ.

Langzeitstudien

Zahlreiche Studien haben geprüft, ob invasive Techniken langfristig zu besseren Behandlungsergebnissen führen als weniger invasive Me-

kürettage plus Wurzelglättung; b. modifizierte Widman-Lappen-OP; c. Tascheneliminierungs-OP (Knochenkonturierung plus apikalem Verschiebelappen bzw. Gingivektomie). Postoperativ wurden

präoperativ gewesen waren. Alle drei OP-Techniken zeigten acht Jahre postoperativ ähnliche Ergebnisse. Bei präoperativ mitteltiefen Taschen reduzierte die Tascheneliminierungs-OP die Taschentiefen um durchschnittlich 0,4 mm mehr als eine Weichgewebskürettage. Bei präoperativ tiefen Taschen waren es 0,7 mm mehr. Der Attachementgewinn war generell nach Widman-Lappen-OP am ausgeprägtesten und nach Tascheneliminierungs-OP am geringsten. Auch andere Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Diese Erkenntnisse werfen die Frage auf, ob man Patienten mit invasiven und resektiven Operationstechniken postoperative Schmerzen und Schwellungen sowie weit freiliegende Zahnhälsen zumuten soll und darf, wenn weniger invasive Operationstechniken zu vergleichbaren Langzeitergebnissen führen. Zumal weitere Studien gezeigt haben, dass letztlich entscheidend für den langfristigen Erfolg der Parodontitisbehandlung nicht eine bestimmte Operationstechnik ist, sondern gute Mundpflege und regelmäßige, intensive postoperative Nachsorge.

Minimalinvasive, offene Kürettage

Im Folgenden wird eine modifizierte, offene Kürettage dargestellt. Sie erlaubt direkte Sicht sowie einen guten Zugang zu den erkrankten Wurzeloberflächen und hat gegenüber der herkömmlichen offenen Kürettage den Vorteil, dass das Gingivagewebe vollständig erhalten bleibt. Nach der nichtchirurgischen Vorbehandlung waren approximal zwischen den Zähnen 11 und 22 blutende, 5 bis 6 mm tiefe Taschen verblieben. Midlabial und midpalatal dagegen waren die Sondertiefen normal. Intrasulkuläre Inzisionen lösen die bukkalen und palatinalen Papillen zwischen 11 und 22

ANZEIGE

Tiefenfluorid

einfache Anwendung ▶ sicherer Schutz

Schritt 1

Durch Aufbringen der Touchierlösung mittels Watte pellet wird die Schmelzstruktur freigelegt und komplexe Fluor- und Kupferionen dringen tief in die Trichterporen des Zahnschmelzes.

Schritt 2

Die Nachtouchierlösung dringt ebenfalls tief ein und führt in der Tiefe des Schmelzes zur sofortigen Reaktion.

Ergebnis

Submikroskopisches Calciumfluorid von 60 Å Größe hat die Trichterporen der Auflockerungszone homogen aufgefüllt. Es wirkt dort langfristig vor Abrasion geschützt.

die optimale Remineralisation für:

<p>Kariesprophylaxe</p> <p>Im Vergleich zur üblichen Fluoridierung wurde die höchste über 2-jährige anhaltende Wirkung erreicht.</p> <p><small>Q. Schatzmann, Schulz, Jahnke, Hall, Die Zahnärztin und ihre Assistenten, Berlin 1995</small></p>	<p>Kariesprophylaxe bei Brackets</p> <p>Remineralisation auch an sonst schwer erreichbaren Stellen. White spots verschwinden.</p> <p><small>A. Knappwies, ZMK 01/06</small></p>	<p>Zahnhalsdesensibilisierung</p> <p>Bei 113 Testpersonen wurde in 100 Fällen ein über 6 Monate während Behandlungserfolg erzielt.</p> <p><small>N. Abu Tara, Hamburg, ZP 85, He 8 11</small></p>	<p>Mineralische Rissurenversiegelung</p> <p>Erfolgsquote bei 715 Fällen 95%. Keine Kariesentwicklung nach 5 Jahren.</p> <p><small>R. Lehmann, H. Trödel, FJ Zahnmedizin, Inst. F. Physikal. Chemie, Univ. Hamburg, ZMK 1-2/06</small></p>
---	--	--	--

Probierversuch mit jeweils 5 ml Touchier- und Nachtouchierlösung € 20,50
 Groß-Sparpackung mit jeweils 20 ml Touchier- und Nachtouchierlösung € 60,50 und zusätzlich mit Tropfpipetten

Inhaltsstoffe: Magnesiumfluorid, Kupfer-Fluoroxid, Natriumfluorid, Arabisches Gummi, Aqua dest.
 Die Nachtouchierlösung enthält Calciumhydroxid-Nanopartikel, Methylolcellulose, Aqua dest.

Die genannten Preise verstehen sich zzgl. € 4,10 für Verpackung und Versand und gesetzl. MwSt.
 Ab € 77,00 Lieferung porto- und verpackungsfrei. Ergebnisse ausschließlich unter KGB.

HCH HUMANCHEMIE

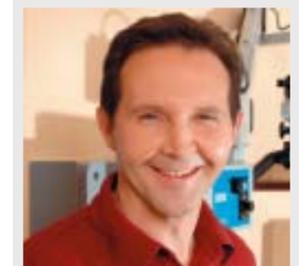
Praxisnahe Wissenschaft

D-31051 Alfeld/Leine · Hinter dem Krug 5 · Tel. 051 81-22 46 33 · Fax 8 12 25
 Internet www.humanchemie.de · E-Mail: info@humanchemie.de

PN Adresse

Dr. Wolfgang M. Zimmer
 M.Sc.-Periodontology
 (University London)
 M.S.-Periodontics
 (Mayo Graduate School, USA)
 Nibelungenstraße 84
 80639 München
 Tel.: 0 89/17 55 05
 Fax: 0 89/17 09 49 77
 E-Mail: info@dr-wm-zimmer.de
 www.dr-wm-zimmer.de

PN Kurzvita



Dr. Wolfgang M. Zimmer

- Jahrgang 1958
- 1978–1983 Studium der Zahnheilkunde an den Universitäten Marburg und Heidelberg
- 1983 Approbation als Zahnarzt
- 1987 Promotion zum Dr. med. dent. an der Universität Heidelberg
- 1988–1989 Weiterbildung zum Parodontologen am Institute of Dental Surgery, University of London
- 1989 Master of Science in Periodontology (University London)
- 1989–1992 Fachweiterbildung zum Parodontologen an der Mayo Clinic in Rochester/USA
- 1992 Master of Science in Periodontics (Mayo Graduate School, USA)
- seit 1993 private Spezialistenpraxis für Parodontologie in München

- Mitgliedschaften:
- American Academy of Periodontology
 - Deutsche Gesellschaft für Parodontologie
 - Bayerische Zahnärztekammer

PN PRAXISMANAGEMENT

Ängste, Vorurteile und unberechtigte Kritik abbauen – Vertrauen in die Praxis schaffen

Wie die Kommunikation auch mit „schwierigen“ Patienten gelingen kann

Der Patient unterbricht andauernd, lässt die Mitarbeiterin – zuweilen auch den Zahnarzt – nicht ausreden, nörgelt, meckert, weiß alles besser. Wie sollen Assistentin und Zahnarzt reagieren? Welche Strategien stehen zur Verfügung, um trotzdem souverän zu bleiben und das Gespräch wieder in geordnete Bahnen zu lenken? Praxiscoach Alfred Lange weiß Antworten.

Eine Möglichkeit, Ordnung in das Gespräch zu bringen, ist, sich vor dem Patientengespräch ein „Worst-Case-Szenario“ mit den entsprechenden Reaktionsweisen zu erarbeiten, die auf einer Typologie schwieriger Patienten beruhen. Eine weitere Option: die Anwendung geeigneter Argumentationsstrategien, die in der „Auseinandersetzung“ mit schwierigen Patienten eingesetzt werden können.

Auf der anderen Seite gibt es sie natürlich, die Patienten, die aus Prinzip nörgeln, bei einer Minute Wartezeit bereits das „HB-Männchen“ spielen und in die Luft gehen und dem Therapieversuch des Zahnarztes vehement mit Scheinargumenten widersprechen.

Der „Kampf“ um den schwierigen Patienten

Wie so oft ist die Einstellung entscheidend: Ob ein Patient

Voraussetzung ist, dass der Zahnarzt es überhaupt

muss, nicht schädlich sein, sich mit Strategien zu beschäftigen, mit denen schwierige Charaktere überzeugt werden können.

Im Beratungs- und im „Zuzahler“-Gespräch ist es bereits jetzt wichtig, dass Zahnarzt und Mitarbeiterinnen strategisch geschickt argumentieren und ihre Argumente wirkungsvoll und anschaulich darstellen. Gerade diese für die Praxis so wichtige Zielgruppe muss und will argumentativ überzeugt werden – und dies fällt umso schwerer, je „schwieriger“ der Patient vom Charakter her ist. Das heißt: Es geht nicht um den „Kampf“ gegen die schwierigen Patienten, sondern um den „Kampf“ um die schwierigen Patienten, die für die Praxis gewonnen werden sollen.

Sach- und Beziehungsebene trennen

Auf jeden Fall sollte der Zahnarzt das Gespräch mit einem schwierigen Patienten als Herausforderung ansehen, die er positiv bewältigen und bei der er und das Praxisteam sich ganz besonders bewähren können. Falls dies gelingt, trägt die Bewältigung einer konfliktreichen Situation zur Profilierung der Praxis und zur Patientenbindung bei. Denn ein Patient, der erkennt, dass man zum Beispiel seine Beschwerden, Ängste und Befürchtungen ernst nimmt, selbst wenn sie sich als unbegründet herausstellen, fühlt sich in dieser Praxis wohler als in einer Einrichtung, in der Einwände von vornherein abgeblüht werden.

In Gesprächen mit Problempatienten spielt zumeist die Tatsache, dass ein Großteil der zwischenmenschlichen Kommunikation auf der unbewussten Gefühlsebene abläuft, eine große Rolle. Bei Patienten, die den Zahnarzt offensiv auf der verbalen Ebene angreifen, muss dieser einen kühlen und klaren Kopf bewahren. Dazu trennt er Sach- und Beziehungsebene und interpretiert selbst den schlimmsten Verbalangriff als Ausdruck der Verärgerung des Patienten. Und den Grund für diese Verärgerung gilt es aufzuspüren.

Darum darf auch der schwierigste Patient keinesfalls von vornherein als lästiger Nörgler behandelt werden, mit dem man sich auf ein verbales Scharmützel oder gar einen Streit einlässt. Selbst in hitzig geführten Gesprächen müssen der Zahnarzt und seine Mitarbeiterinnen fair bleiben. Sind beide Seiten bereit, dem anderen etwas entgegenzukommen, entstehen Gewinner-Gewinner-Situationen, die allen Beteiligten nutzen.

Geeignete Reaktionsmöglichkeiten im Brainstorming finden

Das Praxisteam sollte sich ein „Worst-Case-Szenario“ mit den entsprechenden Reaktionsweisen überlegen. Dazu setzt es sich zu einem Brainstorming zusammen, in dem die Beteiligten Erfahrungen austauschen und sich „die schlimmsten aller Fälle“ ausmalen und gemeinsam geeignete Deeskalationsstrategien austüfteln. Dazu zwei Beispiele:

Ob ein aggressiver Patient einwand nun gerechtfertigt ist oder nicht: Der Zahnarzt nimmt den Druck aus dem Gespräch, indem er äußert: „Danke, dass Sie mir das so deutlich sagen.“ Anschließend federt er den Einwand ab, zeigt Verständnis, nimmt dem Gespräch die Schärfe und fragt nach den Ursachen für den Einwand. Die meisten Patienten werden nun

Gründe nennen, auf die der Zahnarzt sachlich eingehen kann.

In Gesprächen über Zuzahlerleistungen kommt es vor, dass Patienten die Kompetenz des Zahnarztes als „Verkäufer“ vehement bestreiten. Sie vermuten, er wolle sie zu etwas überreden. Zu empfehlen ist, diese Gespräche von einer kompetenten Assistentin führen zu lassen. Sie ist ebenso wie die meisten Patienten Kassenpatientin und kann sich daher mit mehr Feingefühl in die Situation eines Gesprächspartners versetzen, der vor der Entscheidung steht, eine Zuzahlerleistung zu „kaufen“.

Typologie schwieriger Patienten

Der Ablehner

Hilfreich ist es, wenn das Team eine Typologie schwieriger Patienten entwirft, um

dann die entsprechenden Verhaltensweisen zu entwickeln. Fangen wir mit dem Ablehner an. Dieser stellt alles grundsätzlich infrage – ob es nun die ärztliche Diagnose, die vorgeschlagene Therapie oder der Kostenvorschlag ist. Die grundsätzlich negative Einstellung des Kritikers und Nein-Sagers wirkt recht störend, weil man den Eindruck hat, man könne es ihm nie recht machen. Sogar den Terminvorschlag für die nächste Sitzung, die die Assistentin an der Rezeption unterbreitet, empfindet er zuallererst als Angriff auf seine Person.

Bei dem Ablehner sind Geduld und Fingerspitzengefühl angesagt. Wer es aber zu bunt treibt, gehört in die Schranken verwiesen. So kann der Zahnarzt zumindest bei medizinischen Fragen auf seinen Expertenstatus verweisen.

Fortsetzung auf Seite 14 PN

PN Info

Schwierige Patienten auch sprachlich überzeugen

Je komplizierter sich der Umgang mit einem Patienten darstellt, desto bedeutsamer ist es, dass der Zahnarzt und sein Team Argumente überzeugend kommunizieren. Dazu gehört:

- sich klar und verständlich auszudrücken,
- konsequent sein Ziel zu verfolgen,
- eine emotionale Botschaft zu transportieren,
- neben der Sachebene die Gefühlsebene des Gesprächspartners zu berücksichtigen,
- in den Köpfen des Gesprächspartners begeisternde und überzeugende Vorstellungen zu wecken,
- zwischen kurzen und längeren Sätzen abzuwechseln,
- Fragen in die Argumentation einzubauen, um den Gesprächspartner so direkt anzusprechen,
- eine kurze Pause vor besonders wichtigen Aussagen einzulegen,
- das Gesagte durch die Körpersprache (Gestik, Mimik, Blickkontakt halten, nonverbale Signale) zu unterstützen und seine Stimme einzusetzen.

„schwierig“ ist, liegt letztendlich im Ermessen des Zahnarztes und seiner Mitarbeiterinnen. Oft bezeichnen wir einen Menschen ja nur deshalb als „schwierig“, weil er einen „eigenen Kopf“ und eine eigene Meinung hat, und nicht gleich der Meinung eines Experten folgt.

wünscht, mit schwierigen Patienten zurechtzukommen. Er könnte ja auch argumentieren, er habe dies nicht nötig und verzichte lieber auf die Behandlung solcher Patienten. Dies aber ist zu kurz gedacht. Es kann für die Bewältigung von Situationen, in denen um den Patienten geworben, ja gekämpft werden



ANZEIGE



Symposium – Orofaziales Syndrom

Diagnostik und Therapie orofazialer Dysfunktionen – mit Live-Demonstrationen am Patienten

16. Juni 2007 in Berlin | 08. September 2007 in Leipzig

Die Veranstaltung entspricht den Leitlinien und Empfehlungen der KZBV vom 23.06.06 einschließlich der Punktebewertungsempfehlung der Bundesärztekammer vom 1.4.06 und der DGZMK vom 24.10.06, gültig ab 01.01.06.
3 Fortbildungspunkte pro Veranstaltung

PROGRAMM	
Hauptthema:	Orofaziales Syndrom
09.30 – 09.45 Uhr	Dr. Wolfgang Bartel/Halberstadt Die Bedeutung des orofazialen Syndroms
09.45 – 11.15 Uhr	Rainer Schötl D.D.S. (USA) Erlangen Die Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) und deren Auswirkungen im Orofazialen Syndrom aus zahnärztlicher Sicht
11.15 – 11.45 Uhr	Kaffeepause
11.45 – 13.00 Uhr	Dr. Wolfgang Bartel/Halberstadt Das Orofaziale Syndrom aus manuellen-therapeutischer Sicht
13.00 – 14.00 Uhr	Mittagspause
14.00 – 15.15 Uhr	Rainer Schötl D.D.S. (USA) Erlangen CMD erkennen und behandeln
15.15 – 15.45 Uhr	Kaffeepause
15.45 – 17.00 Uhr	Dr. Wolfgang Bartel/Halberstadt Demonstrationen von Untersuchungstechniken der HWS, Kiefergelenk, Becken
17.00 – 17.15 Uhr	Diskussion, Ende

ORGANISATORISCHES

Veranstalter Oemus Media AG Holbeinstraße 29 04229 Leipzig Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 kontakt@oemus-media.de www.oemus-media.de	Anmeldung/Information Mit Anmeldeformular per Post an OEMUS MEDIA AG oder per Fax: 03 41/4 84 74-2 90	Veranstaltungsort: Berlin: Maritim Hotel Berlin Stauffenbergstraße 26 10785 Berlin Leipzig: Hotel „The Westin Leipzig“ Gerberstraße 15 04103 Leipzig
--	---	---

Weitere Informationen zum Programm und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen erhalten Sie auf unserer Internetseite www.oemus-media.de

PN Fortsetzung von Seite 13

Ansonsten sollte er nachhaken und den Patienten auffordern, seine ablehnende Haltung ausführlich zu begründen. So ergeben sich vielleicht konkrete Aspekte, auf die er sachlich eingehen kann: „Den Zeitungsbericht, in dem die Nachteile dieser neuen Behandlungsmethode beschrieben werden, habe ich auch gelesen. Lassen Sie mich dazu aus meiner Erfahrung sagen ...“ Und jetzt entkräftet er die Einwände des Ablehners – sachlich und argumentativ.

Der Besserwisser und der Streitsüchtige

Der Alles- und Besserwisser stellt sein Wissen gerne in den Vordergrund und ist stets auf der Suche nach Fehlern. Er selbst scheint unfehlbar zu sein – er weiß alles, kann alles – und das natürlich immer besser als die Mitarbeiterinnen, zuweilen sogar besser als der Behandler. Dieses Verhalten ist angesichts des fachspezifischen Kompetenzvorsprungs des Praxisteams häufig recht erstaunlich. Auch hier sollte die Assistentin – oder der Arzt – den Patienten auffordern, seine Äußerungen explizit zu begründen, um sich dann wiederum sachlich und argumentativ damit auseinanderzusetzen.

Der streitsüchtige Patient scheint den Konflikt zu suchen, er liebt ihn geradezu. Was kann der Zahnarzt tun? Er sollte dem Patienten auf ruhige und sachliche Art und Weise, aber doch bestimmt klarmachen, dass sein Verhalten inakzeptabel ist. Mit Schlagfertigkeit und Humor kann es gelingen, dem Streitsüchtigen den Wind aus den Segeln zu nehmen.

Ist dem Team bekannt, dass es sich um einen schwierigen Patienten handelt, ist dies natürlich eine Erleichterung – es kann sich entsprechend vorbereiten. Darum sollten alle Assistentinnen und der Zahnarzt nach jedem Gespräch einen detaillierten Gesprächsbericht anfertigen, in dem sie vermerken, wie der schwierige Patient in welchen Situationen reagiert und auf welche Argumente er „anspringt“.

Mit Argumentationstechnik überzeugen

Das Team sollte stets sachlich und argumentativ vorgehen. Notwendig ist daher eine intensive Schulung des gesam-

ten Praxisteams in der Argumentationstechnik – etwa, wenn der Patient den Sinn und Nutzen eines Behandlungskonzepts nicht nachvollziehen kann oder will, die Assistentin in der therapiesichernden Beratung dem Patienten mehrere Behandlungsalternativen aufzeigt, ihm die Vor- und Nachteile erläutert, der Patient misstrauisch ist und Erläuterungen oder eine verständliche Aufklärung verlangt.

PN Info

Vom Umgang mit schwierigen Patienten – ein Fazit

Fragen Sie sich grundsätzlich:

- Wollen Sie um die schwierigen Patienten kämpfen?
- Welche Gründe sprechen dafür?

Beim Umgang mit schwierigen Patienten gilt:

- Trennen Sie Gefühls- und Sachebene, gehen Sie fair, sachlich und argumentativ vor!
- Entwerfen Sie im Team geeignete Reaktionsweisen für den „Kampf“ um schwierige Patienten!
- Erarbeiten Sie dazu eine Typologie schwieriger Patienten! So ist es möglich, typen- und patientenspezifisch vorzugehen. (Mögliche Typen: der Ablehner, der Besserwisser, der Streitsüchtige.)
- Nehmen Sie in der Kommunikation mit schwierigen Patienten deren Perspektive ein!
- Entwickeln Sie Gesprächsstrategien, mit denen Sie schwierige Patienten argumentativ überzeugen können!
- Stellen Sie Ihre Argumente wirkungsvoll, einfach, anschaulich und sprachlich überzeugend dar!

In aller Regel ist der Argumentenkocher des Zahnarztes oder der Mitarbeiterin gut gefüllt, wenn es um die fachliche Beratung geht. Problematisch wird es, wenn intensive Überzeugungsarbeit geleistet werden muss. Dann verschießt das Praxisteam die Argumentationspfeile zuweilen recht planlos:

Da wird ein Argument an das andere gereiht und der Patient mit Gründen quasi erschlagen, er fühlt sich überfallen und wird den Eindruck nicht los, man wolle ihn überreden – anstatt überzeugen. Das stärkste Argument wird gleich zu Beginn vorgetragen. So steht am Schluss des Gesprächs kein schlagkräftiges Argument mehr zur Verfügung.

Die nutzenorientierte Argumentation wird vernachlässigt. Statt durch Fragetechnik dem Bedarf des Patienten auf die Spur zu kommen, um die entsprechenden Argumente bezogen auf dessen Nutzenerwartung vorzutragen, spult etwa die Mitarbeiterin ihre Argumentations-

liste ab – in der Hoffnung, eines der Argumente werde sich schon verfangen.

Die Perspektive des Gesprächspartners

Der Grund für das berühmteberühmte Aneinandervorbeireden liegt darin, dass in den meisten Gesprächen unterschiedliche und subjektive Weltbilder und Einstellungen aufeinandertreffen.

Korrektur natürlich auch ästhetische Vorteile habe und dazu beitragen könne, sich seinen Kunden mit einem strahlenden Lächeln vorzustellen. Vielleicht überzeugt den Patienten dies eher als jedes noch so fundierte Preisargument.

Argumente den Gesprächsphasen zuordnen

Die oben erwähnten Fehler im Gespräch kommen zustande, weil die Argumente zwar wohlüberlegt sein mögen, aber nicht strategisch eingesetzt werden. Eine Lösung besteht darin, sich für jedes Argument Einsatzalternativen zu überlegen und sie den verschiedenen Phasen des Gesprächs zuzuordnen: Die Assistentin sammelt in der Vorbereitungsphase alle verfügbaren Argumente und ordnet sie den Gesprächsphasen zu, etwa der Begrüßungs-, Informations-, Bedarfsermittlungs- und Nutzenargumentationsphase.

Welche Argumente dies konkret sind, lässt sich nicht verallgemeinern, denn entscheidend sind der individuelle Verlauf des Patientenkontakts und die zur Diskussion stehenden Behandlungskonzepte. Indem die Assistentin Gesprächsphasen und Argumente kombiniert, verteilt sie die Argumente auf die gesamte Dauer des Gesprächs und spielt ihre Trümpfe nach und nach aus. Klug ist es, wenn sie bereits in der Eröffnungsphase ein starkes – wenn auch nicht das stärkste – Argument bringt, um das Interesse des Patienten zu wecken, starke Argumente für die Einwandbehandlung in der Hinterhand behält und ein Argument auswählt und zurückhält, um eine kritische Gesprächsphase zu überstehen.

Je besser das Praxisteam den Patienten kennt, desto eher kann es entscheiden, durch welche Argumente er sich am ehesten überzeugen lässt. Über die Information, dass der Patient beruflich mit vielen Menschen zu tun hat und deshalb ästhetische Gründe bei der Entscheidung für ein Behandlungskonzept eine Rolle spielen könnten, kann die Mitarbeiterin nur verfügen, wenn die Information in der Patientenakte vermerkt ist, die bei der Vorbereitung dann auch genutzt werden muss.

Argumente wirkungsvoll darstellen

Bei der wirkungsvollen Präsentation der Argumente helfen die „Fünf-Satz-Technik“ weiter. Ihr Vorteil: Sie heben auf die Selbstüberzeugung des Gesprächspartners ab:

Pro & Contra: Bei dieser klassischen Variante stellt der Zahnarzt – die Techniken können natürlich auch von den Assistentinnen eingesetzt werden – dem Patienten die Vor- und Nachteile etwa einer Zuzahlerleistung dar. Dann nimmt er eine Bewertung der Argumente vor und zieht eine Schlussfolgerung.

These und Gegenthese: Der Zahnarzt stellt eine These (Standpunkt 1) und dann eine Gegenthese (widersprechender Standpunkt 2) auf, um das

Ganze zusammenzufassen. Im Unterschied zum Pro- und Contra-Aufbau wird der Konsens oder eine (Kompromiss-) Lösung angestrebt.

Argumentationskette: Einer einleitenden These („Dieses Behandlungskonzept ist das richtige für Sie, weil ...“) folgen die Argumente 1, 2 und 3, die die Meinung des Patienten integrieren, aufeinander aufbauen, eine „Kette“ bilden und in einen Appell münden: „Ich rate Ihnen also dazu, ...“ Durch den stringenten Aufbau der Argumentationskette eignet sich der Einsatz dieser Strategie insbesondere, wenn dem Zahnarzt wenig Zeit zur Verfügung steht, um seine Position darzulegen.

Debattentechnik: Der Zahnarzt stellt eine Meinung vor, die nicht seine, sondern die des Patienten ist, um sie in einem „Einerseits“-Satz zu begründen. Dann formuliert er die eigene Meinung als Gegenbehauptung, trägt dazu zwei „Andererseits“-Argumente (für eigene Meinung) vor und zieht eine Schlussfolgerung. Ein einfaches Beispiel: Patientenmeinung aufgreifen: „Sie sagen, Sie können sich mit dem Vorschlag, die Schiefstellung zu regulieren, nicht so recht anfreunden.“ Bestätigung: „Einerseits stimme ich Ihnen zu. Der Preis ist gewiss nicht gering.“ Andererseits-Argumente: „Aber ohne die Schiefstellung Ihrer Zähne würde sich Ihr gesamter Gesichtsausdruck aufhellen. Und bedenken Sie: Aufgrund der regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen dürfen Sie einen hohen Kassenanteil erwarten.“ Schlussfolgerung: „Vielleicht können Sie diese Argumente überzeugen.“

Vor allem die letzte Technik ist für den Umgang mit schwierigen Patienten geeignet, weil sie aktiv die Ansicht des Patienten in die eigene Argumentation integriert. Er fühlt sich wertgeschätzt und ernst genommen.

Argumente einfach und anschaulich präsentieren

Oft fällt es Zahnärzten und Mitarbeiterinnen schwer, den Patienten Sachverhalte und Argumente nachvollziehbar zu erläutern. Das wiederum könnte diesen veranlassen, zu nörgeln oder zu meckern – dieses Mal wohl zu Recht.

Mit einer bildhaften und anschaulichen Sprache, umfassender Information und treffenden Vergleichen ist es möglich, Komplexität zu reduzieren und in der Sprache und Vorstellungswelt des Patienten zu argumentieren. Der einfachste Weg besteht darin, Komplexität von vornherein zu vermeiden, indem man sich auf seine Kernaussagen beschränkt. Der Zahnarzt sollte verwirrende und überflüssige Nebenaspekte bei der Erläuterung medizinischer und damit für den Patienten zumeist schwieriger Sachverhalte von vornherein weglassen. Natürlich darf er bei dem Versuch, sich anschaulich zu äußern, Aussagen und Informationen nicht unzulässig verkürzen. Wenn er seine Kernaussagen erläutert hat, kann der Patient ja immer noch

nachfragen – erst dann geht's ins Detail.

Bei der Erläuterung der Kernaussagen sollte der Zahnarzt Fremdwörter und Fachsprache vermeiden und sich der Lebens- und Sprachwelt des Patienten anpassen. Und eine bildhafte Sprache sorgt für Anschaulichkeit. Die Aussage, der Patient solle seine zahnerhaltenden Maßnahmen (Arztbesuch, Rauchentwöhnung, eigene Prophylaxe) möglichst breit streuen, veranschaulicht er so: „Stellen Sie sich vor, Sie hätten drei Berufsausbildungen in verschiedenen Bereichen. Würde sich dadurch nicht die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Sie in einem der Bereiche einen sicheren Job finden?“

Fazit: Der sachliche und argumentative Umgang mit schwierigen Patienten ist am ehesten geeignet, diese Patienten zufriedenzustellen und an die Praxis zu binden. ☒

PN Literatur

Seßler, Helmut; Kanders, Dirk: Die Dentalberaterin. Therapiesichernde Beratung in der täglichen Praxis. Georgsmarienhütte 1999.

PN Adresse

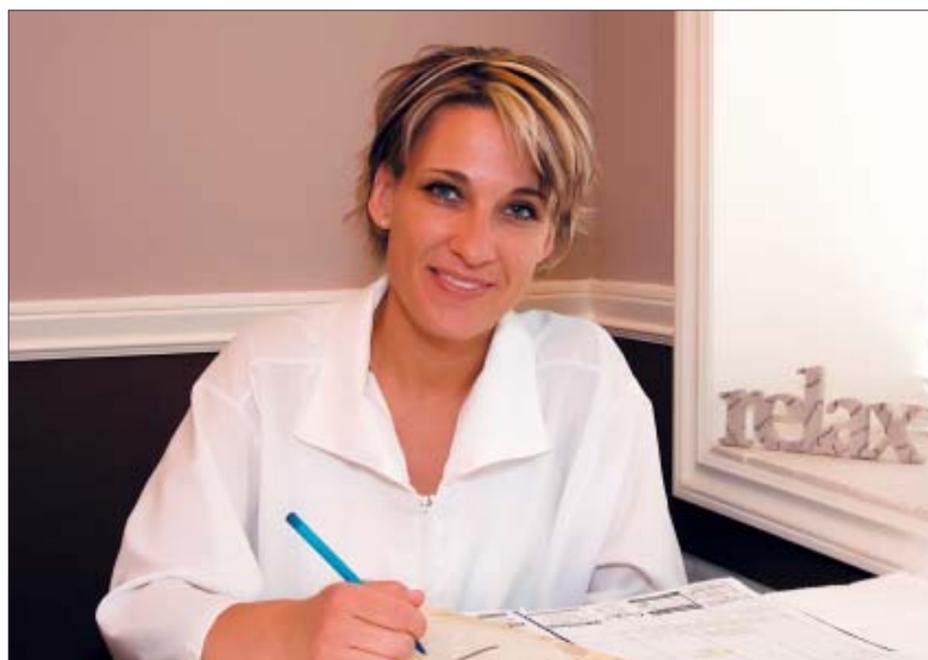
Alfred Lange
medizinisches dienstleistungszentrum medicen
Augustusburger Str. 331
09127 Chemnitz
Tel.: 03 71/7 25 43-36
Fax: 03 71/7 25 43-40
E-Mail: a.lange@medicen.de
www.medicen.de

PN Kurzvita



Alfred Lange

Der Autor dieses Artikels ist Leiter des medizinischen dienstleistungszentrums medicen in Chemnitz. Der Praxiscoach hat sich darauf spezialisiert, Arztpraxen beim Aufbau eines effektiven Praxismanagements zu unterstützen. Dazu gehört auch die Beratung und das Training im Bereich Mitarbeiterinnenführung und Delegation. In den individuell aufgebauten Seminaren und Coachings nutzt der Trainer das sogenannte Intervalltraining: Zahnärzte, Zahnärzte und ihr Personal lernen in bis zu zwölf Seminarintervallen, die zumeist einen halben oder einen ganzen Trainingstag dauern, ihre persönliche Managementfähigkeiten zu erweitern. Dabei erlernen die Zahnärzte auch den professionellen Einsatz des Führungsinstruments „Delegation“. Jedem Seminarintervall schließt sich eine Umsetzungsphase von ein bis zwei Wochen an. In den Umsetzungsphasen setzen die Teilnehmer das neu erworbene Wissen in der Praxis direkt ein und um. Am Ende eines Intervalls erhalten sie messbare Umsetzungsaufgaben. Im nächsten Intervall berichten die Teilnehmer über ihre Erfahrungen, vom Trainer gibt es produktiv-kritisches Feedback.



PN KONGRESSE

Moderne Technologien der ...

Fortsetzung von Seite 1

Im Zentrum des Vortrages von Dr. Achim W. Schmidt/München stand der Einsatz von verkürzten Implantaten als Alternative zu Sinuslift oder Augmentation, Dr. Dr. Stefan Schermer/Berlin referierte über moderne Defektrekonstruktion und Dr. Stefan Neumeyer/Eschlkam über Sofortimplantation mit Sofortversorgung. Im letzten Teil des ersten Kongresstages stellte Dr. Werner Mander/Mondsee eine Langzeitstudie zur Sofortbelastung vor, Dr. Alexander Moegelin/Berlin widmete sich den unterschiedlichen Aspekten der zeitlichen Abfolge bei Implantationen und zum Abschluss des ersten Tages gewährte Dr. Jörg Brachwitz/Herne noch einen Ausblick in die Welt der Zirkonoxidimplantate. Fazit des ersten Kongresstages – ein vielschichtiges und anspruchsvolles Programm mit genügend „Zündstoff“ für Diskussionen. Der Samstag stand zu einem großen Teil im Zeichen universitärer Referenten wie Prof. Dr. Axel Zöllner/Witten (Sofortbelastung vs. Frühbelastung), Prof. Dr. Herbert Deppe/München (Materialkunde und Design), Prof. Dr. Heiner Weber/Tübingen (Funkenerosionstechnik), Prof. Dr. Dr. Herbert Dumfahrt/Innsbruck (A) (Abdrucknahme), Prof. Dr. Dr. Brigitte König/Magdeburg

(Molekularbiologisches Management) und Prof. Hannes Wachtel/München (Periointegration). In den sich an den Vor-

also auf den 37. Internationalen Jahreskongress der DGZI am 5. und 6. Oktober 2007 in Düsseldorf gespannt sein.



Eine umfangreiche Industrieausstellung zeigte neueste Produkte rund um die Implantologie.

trägen anschließenden Workshops und Seminaren hatten die Teilnehmer der Frühjahrstagung die Gelegenheit, sich vertiefend mit den Details der Problematik vertraut zu machen. Im Umfeld der Veranstaltungen fanden zahlreiche Gespräche des DGZI-Vorstandes mit Referenten, Vertretern der Industrie und befreundeter Fachgesellschaften statt, und auch die Industrie nutzte die Gelegenheit, ihre Top-Referenten an einem Ort versammelt zu finden. Einmal mehr hat sich somit die DGZI in Berlin mit Erfolg als Praktikergesellschaft mit wissenschaftlichem Anspruch präsentiert. Man darf

Auch der IEC Implantologie-Einsteiger-Congress war 2007 von Erfolg gekrönt. Mit mehr als 400 Teilnehmern und 60 Ausstellern gehört die Veranstaltungskombination IEC Implantologie-Einsteiger-Congress und Expertensymposium „Innovationen Implantologie“/DGZI-Frühjahrstagung seit Jahren zu den wichtigsten implantologischen Events in Deutschland. Nicht zuletzt deswegen wird der IEC Implantologie-Einsteiger-Congress auch von den größten implantologischen Praktikergesellschaften bzw. Berufsverbänden offiziell als „die“ Einsteigerveranstaltung anerkannt und

unterstützt. Die Implantologie hat sich heute mit einer Erfolgsquote von über 90 % als eine der sichersten, aber auch komplexesten zahnärztlichen Therapien etabliert. Kein Zahnarzt wird künftig darauf verzichten können, die

eigenen Praxis umzusetzen. So bot der IEC Implantologie-Einsteiger-Congress auch in diesem Jahr wieder Zahnärzten, Zahntechnikern und Zahnarztthelferinnen als Team die einzigartige Gelegenheit zur komplexen Information.

technische Programm wurde von Günter Rübeling/Bremerhaven, ZTM Peter Finke/Erlangen, ZTM Michael Menzel/Görlitz und Dipl.-ZT Martin Lamp/Dornbirn (A) bestritten. Ein separates Helferinnenprogramm mit ZMF Ute Rabing und der Abrechnungsexpertin Iris Wälter-Bergob rundete die Veranstaltung ab und wie schon in den letzten Jahren nahmen rund 50 Helferinnen am gemeinsamen Helferinnenprogramm von IEC Implantologie-Einsteiger-Congress und DGZI-Frühjahrstagung teil. Das wissenschaftliche Programm des Kongresses wurde darüber hinaus von 50 Workshops namhafter Anbieter von Implantatsystemen, Knochenersatzmaterialien und von implantologischem Equipment begleitet. Letztlich erhielt jeder Teilnehmer das Handbuch „Implantologie“ 2007 – de facto den Kongress zum Mitnehmen, mit allen fachlichen Basics, Marktübersichten, Produktinformationen und der Vorstellung der wichtigsten implantologischen Fachgesellschaften und Berufsverbände. Kurzum, ein praxisrelevantes, fachlich anspruchsvolles und hervorragendes organisiertes Kongresswochenende für Einsteiger und Experten. Eine gute Ausgangsbasis für das nächste Jahr, wenn der IEC Implantologie-Einsteiger-Congress und die DGZI-Frühjahrstagung/Expertensymposium am 23./24. Mai 2008 in Ulm stattfinden. ☐



Die angebotenen Workshops boten abwechslungsreiche Themen und reichlich Zeit, um Hand anzulegen.

Implantologie in sein Praxis-spektrum zu integrieren. Egal wie dabei die Entscheidung ausfällt, ob eigene implantologische Tätigkeit oder die Zusammenarbeit mit einem Spezialisten, es geht darum, sich zunächst einen fachlichen Überblick über das neue Therapiegebiet und die damit in Zusammenhang stehenden Produkte und Anbieter zu verschaffen. Maßstab für die Programmgestaltung des IEC Implantologie-Einsteiger-Congresses ist daher seit nunmehr 14 Jahren das Informationsbedürfnis des niedergelassenen Zahnarztes, der vor der Entscheidung steht, die Implantologie in der

An beiden Kongresstagen reichte die Themenpalette der Vorträge von Therapiestrategie und Operationsplanung, Standardsituationen für implantologische Versorgungen, Einsatz von Knochenersatzmaterialien bis hin zur Sofortimplantation und Sofortbelastung. Zu den Referenten aus Wissenschaft und Praxis zählten Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin, Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz, Dr. Dr. Peter A. Ehrh/Berlin, Dr. Michael Hopp/Berlin sowie DGZI-Präsident Dr. Friedhelm Heinemann/Morsbach, Dr. Milan Michalides/Bremen und Dr. Detlef Hildebrand/Berlin. Das zahn-

Laser – Relevanz in der Oralchirurgie und Implantologie?

Auf hervorragende Resonanz stieß die gemeinschaftlich von der Arbeitsgemeinschaft Laserzahnheilkunde (AGLZ) und der Oralchirurgie der Düsseldorfer Universitätszahnklinik veranstaltete 4. Jahrestagung. 450 Teilnehmer füllten den „Großen“ Konrad-Henkel-Hörsaal bis auf den letzten Platz, wie Dr. Georg Bach zu berichten weiß.

Bei früh Sommerlichen Kaiserwetter war es dem Chef der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie des Universitätsklinikum Karlsruhe, Herrn Prof.

aus positiv bewertet werden, dass es die Düsseldorfer Crew um Privatdozenten und Oberarzt Dr. Frank Schwarz vermochte, Hunderte Kollegen

tierten klinischen Fälle; eindeutiger Favorit unter den Dentalwellenlängen des Schweizer Zahnchirurgen ist eindeutig der CO₂-Laser. Große Vorteile beim Einsatz des Kohlendioxidlasers sieht Bornstein in der Erzielung einer „quasi sterilen“ Oberfläche, die ferner zu extrem wenigen postoperativen Infektionen führe. Der eidgenössische Referent sieht den Gaslaser dem Skalpell ebenbürtig. Tröstlich für bundesdeutsche Anwender war auch das Statement, dass in der Schweiz oftmals die Patientenakzeptanz für den Laser weitaus höher ist, als die der Hochschulen und der Kollegenschaft liegen würden – wie sich die Bilder doch gleichen!

Schwarz wies unter anderem darauf hin, dass mit Laserlicht die effektivste Form der Entfernung des Biofilms erfolgen könne.

Zukunft und in die Welt der (bereits teilweise verwirklichten) Vision. Er stellte ein an seinem Institut entwickeltes System zur Anfertigung holografi-

Photodynamische Therapie KANN zur Reduktion parodontaler Entzündungen führen, allerdings sind umfangreiche weitere Studien bis zu einer endgültigen Bewertung erforderlich!

ZA Olaf Oberhofer sprach über „Integration des Lasers in die Praxis“ und forderte vor dem Kauf eines Lasers die Erarbeitung eines Praxis-konzeptes, aus welchem die Erfordernis, der Bedarf und die Integrationsmöglichkeit eines Dentallasers hervorgehen sollten. Ein Einsatz monochromatischen Lichtes mache seiner Ansicht nach nur dann Sinn, wenn dieser Bestandteil eines konsequenten Behandlungsschemas sei.

Die die mittägliche Pause begleitende Dentalausstellung ermöglichte den Kongressteilnehmern die aktuellen Lasergerätschaften kennenzulernen und entsprechendes Wissen zu vertiefen. Nach Abschluss des wissenschaftlichen Programms wurde noch rege und durchaus auch kontrovers diskutiert, in einem Punkt erzielten jedoch Auditorium und Referenten sofort Übereinstimmung – „Die 4. AGLZ-Tagung war einer der Laserhöhepunkte der letzten Jahre!“ ☐



Nach einer überaus gelungenen Veranstaltung konnten sich Organisatoren und Referenten der 4. AGLZ-Tagung frohgemut zum Gruppenfoto versammeln. (v.l.n.r.: Prof. Dr. Jürgen Becker, Dr. Michael Bornstein, Prof. Peter Hering und Mitarbeiter, Prof. Anton Sculean, ZA Olaf Oberhofer, Priv.-Doz. Dr. Andreas Braun)

Dr. Jürgen Becker, vorbeladen, Grußworte an das Auditorium zu sprechen. Besonders lobende Erwähnung fand hierbei das von Priv.-Doz. Dr. Frank Schwarz und seinen AGLZ-Vorstandskollegen zusammengestellte wissenschaftliche Programm, welches die hohe wissenschaftliche Aktivität dieser Arbeitsgemeinschaft reflektiere. Nach dem eher verhaltenen Echo der Kollegenschaft bei Laserkongressen der Vergangenheit muss es als über-

zu mobilisieren und für das Thema „Laser in der Zahnheilkunde“ zu begeistern. Aus der Schweiz, genauer gesagt aus der Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie und Parodontologie der Universitätszahnklinik der eidgenössischen Hauptstadt Bern kommend, referierte Dr. Michael Bornstein über die „Relevanz (des Lasers) in der Oralchirurgie und Stomatologie“. Auf großes Wohlwollen des Auditoriums stieß hier vor allem die Vielzahl der präsentierten klinischen Fälle; eindeutiger Favorit unter den Dentalwellenlängen des Schweizer Zahnchirurgen ist eindeutig der CO₂-Laser. Große Vorteile beim Einsatz des Kohlendioxidlasers sieht Bornstein in der Erzielung einer „quasi sterilen“ Oberfläche, die ferner zu extrem wenigen postoperativen Infektionen führe. Der eidgenössische Referent sieht den Gaslaser dem Skalpell ebenbürtig. Tröstlich für bundesdeutsche Anwender war auch das Statement, dass in der Schweiz oftmals die Patientenakzeptanz für den Laser weitaus höher ist, als die der Hochschulen und der Kollegenschaft liegen würden – wie sich die Bilder doch gleichen!

In Person von Priv.-Doz. Dr. Frank Schwarz ergriff als nächster Referent der AGLZ-Gründer und -Macher das Mikrofon, Schwarz sprach über die „Relevanz (des Lasers) in der Implantologie“, zweifellos seine Königsdisziplin, hatten doch die intensiven Forschungsergebnisse des Düsseldorfer Wissenschaftlers in den vergangenen Jahren zu zahlreichen Forschungspreisen und auch zur Herausgabe eines wissenschaftlichen Buches geführt.



Aus den Niederlanden nach Düsseldorf gekommen: Prof. Dr. Anton Sculean, der über die Photodynamische Therapie referierte.



Erneut war es Priv.-Doz. Dr. Frank Schwarz gelungen, ein attraktives wissenschaftliches Programm zusammenzustellen.

Priv.-Doz. Dr. Andreas Braun stellte „Aktuelle Aspekte der Laserdiagnostik“ vor. Der aus dem Umfeld des DGL-Generalsekretärs Prof. Frentzen stammende Bonner Hochschullehrer ging besonders auf die Themenbereiche Laserfluoreszenzmessung und Diagnostische Laserfluoreszenz ein, mit einem kleinen Exkurs auch auf die Photodynamische Therapie. Prof. Dr. Peter Hering vom Laserinstitut c a e s a r (Bonn) führte das Auditorium in die

scher Aufnahmen für die 3-D-OP-Planung vor; die Holografien werden anschließend digitalisiert und können dann im Maßstab 1:1 für die virtuelle OP genutzt werden. „Photodynamische Therapie“ das Vortragsthema des an der Universität Nijmegen lehrenden Prof. Dr. Anton Sculean, aber auch das Thema, das in den vergangenen Jahren entscheidende und neue Impulse in der Laserzahnheilkunde gegeben hat. Fazit des DGG-Vorstandsmittgliebes: „Die

Management der aggressiven ...

PN Fortsetzung von Seite 1

Die familiäre Häufung von aggressiven Parodontitisformen weist auf eine genetische Vorbelastung einzelner Patienten hin. Es ist Aufgabe der Familienanamnese, solche Zusammenhänge aufzudecken. Der wichtigste exogene Faktor für die Ausprägung des Krankheitsbildes ist das Rauchen. Diabetes mellitus und Beeinträchtigungen der zellulären und humoralen Immunabwehr verschlechtern die Prognose ebenfalls. Als unerlässliche Schwerpunkte der spezifischen Therapie nannte Prof. Flemmig: mechanisches Debridement, Antibiotika, Immunmodulation und gezielte Risikoreduktion. Prof. Dr. Christof Dörfer, der seit Kurzem den Lehrstuhl für Parodontologie und konservierende Zahnheilkunde in Kiel leitet, stellte sich der Frage, ob im Immunsystem die Optionen für eine bessere Therapie zu finden seien. Hierfür stellte er die Achsen der Immunabwehr des menschlichen Organismus dar. Der rasch fortschreitende Gewebsabbau bei der aggressiven Parodontitis ist auf eine überschießende Reaktion des Immunsystems zurückzuführen, die dem eigentlichen Reiz, der Infektion auf der Wurzeloberflä-

che, nicht adäquat ist. Es gibt Hinweise, dass die betroffenen Patienten Variationen im Genom haben, sogenannte Polymorphismen. Diese Unregelmäßigkeiten des Genoms führten zum Beispiel zur Bildung atypischer Entzündungsmediatoren, was wiederum die individuell sehr unterschiedlichen Entzündungsreaktionen erklären würde. Allerdings gibt es innerhalb des Immunsystems Regulationsmechanismen, die die Effekte einzelner Polymorphismen kompensieren können. Prof. Dörfer ging ausführlich auf weitere mögliche Beeinträchtigungen des Immunsystems ein. Ein Ansatz einer therapeutischen Gegensteuerung besteht in der Gabe von gering dosiertem Doxycyclin. Jedoch ist die Wirkung dieser Therapie, wie auch die anderer pharmakologischer Behandlungsmethoden, klinisch kaum dokumentiert. Auch Prof. Dörfer kam deswegen zu dem Schluss, dass die herkömmlichen Behandlungsmethoden, insbesondere die mechanische Reinigung der Wurzeloberflächen, das Rückgrat jeder zahnärztlichen Therapie bilden. Eine aggressive Parodontitis ist schwer von einer chronischen Verlaufsform zu unterscheiden. Hierauf wies Prof.

Dr. Peter Eickholz von der Universität Frankfurt hin, der über die diagnostischen Schwierigkeiten zur Bestimmung des Krankheitsbildes

Zahnerhalt auch solcher Zähne, die 60 bis 80 Prozent ihres Zahnhalteapparates verloren haben. Diese Zähne können über zehn Jahre erhalten werden, wobei die Erfolgsquote über 78 Prozent liegt. Entscheidend sind die rechtzeitige Diagnose und

prinzip" vor. Von Parodontitis betroffene Zähne werden entsprechend ihrem Knochenabbau und ihrer Mobilität in nicht erhaltungsfähig (rot), fraglich (gelb) und erhaltungsfähig (grün) eingeteilt. Die Anwendung von Implantaten bei Patienten mit

Patienten eine *Conditio sine qua non*. Die Konferenz wurde bereichert durch zwei Berichte aus dem Masterstudiengang „Integrated Practice in Dentistry“, der von der Karlsruher Akademie in Zusammenarbeit mit der Universität Magdeburg durchgeführt wird. Die Teilnehmer erlebten die Präsentationen von zwei großartigen Masterarbeiten, die Absolventen des Masterstudienganges „Integrated Practice in Dentistry“ verfasst hatten. Dieser Masterstudiengang vermittelt den Absolventen ein umfassendes Bild der aktuellen Zahnheilkunde und für die zusätzlich in die Welt der Wissensorganisation und des Qualitätsmanagements ein. Sie lernen somit sich selbst professionell weiterzuentwickeln. Zwei interessante Zeugnisse wurden den Teilnehmern der 22. Karlsruher Konferenz vorgeführt. Dr. Thomas Schug aus Saarbrücken sprach über seine Masterarbeit: Die Behandlung von Patienten unter oraler Antikoagulantientherapie. Dr. Schug hat auf methodisch ausgefeilten Ebenen eine Leitlinie zu diesem Thema zusammengestellt. Sowohl eine umfassende Literaturrecherche wie auch ein Gruppenprozess zur Konsensfindung wurde von ihm durchgeführt. Das Ergebnis setzt einen neuen und interessanten Stan-



Die mehr als 600 Zahnärzte und Zahnärztinnen fanden im Kongresszentrum Karlsruhe Platz, um den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Experten zu lauschen.

sprach. Ein gutes Screening des Gewebsverlustes über die Jahre der zahnärztlichen Betreuung sei erforderlich. Prof. Eickholz diskutierte ausführlich die Behandlungsmöglichkeit von Zähnen, die von aggressiver Parodontitis betroffen sind. Sein Vortrag war ein leidenschaftliches Plädoyer für den

die konsequente Behandlung. Dr. Martin Zilly aus Münster hatte die Aufgabe, Implantate als Lösungsmöglichkeit für Patienten mit aggressiver Parodontitis vorzuführen. Für die heikle Entscheidungsfindung „Zahnerhalt ja oder nein“ stellte Dr. Zilly ein sogenanntes „Ampel-

vorausgegangener aggressiver Parodontitis hat ein ganz spezifisches Risiko. Die neuesten wissenschaftlichen Reviews weisen darauf hin, dass in solchen Fällen ein höheres Risiko für Komplikationen besteht. Ein engmaschiges Recall und eine gründliche Nachsorge sind deswegen für die betroffenen

Fortsetzung auf Seite 18 PN

ANZEIGE



37. INTERNATIONALER JAHRESKONGRESS DER DGZI



05.-06. Oktober 2007 in Düsseldorf Hilton Hotel Düsseldorf

Implantologie - Biologische Prinzipien und technische Möglichkeiten

organisiert von:

Platzsponsor: Goldsponsor: Silbersponsor:

Die Veranstaltung entspricht den Leitlinien und Empfehlungen der KZBV vom 22.09.05 hinsichtlich der Punktebewertungsempfehlung des 54ten Fortbildung der DGZI vom 14.09.05 und der DGZMK vom 24.10.05, gültig ab 01.01.06. Bis zu 16 Fortbildungspunkte.

DGZI-Jahrestagung widmet sich der Implantologie

Am 5./6. Oktober 2007 findet im Congress Centrum des Düsseldorfer Hilton Hotels der 37. Internationale Jahreskongress der DGZI statt. Unter der Themenstellung „Implantologie – Biologische Prinzipien und technische Möglichkeiten“ werden Experten aus dem In- und Ausland die Zukunftsfragen der Implantologie diskutieren.

Der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie (DGZI) ist es in den letzten Jahren hervorragend gelungen, ihr internationales Engagement auszubauen. Mit ihren direkten Kooperationen mit implantologischen Fachgesellschaften in den USA, Asien, dem arabischen Raum und in Europa ist die DGZI heute Bestandteil eines Netzwerkes von weltweit über 10.000 Implantologen. Ganz im Zeichen dieser Internationalität steht auch der 37. Jahreskongress der DGZI, der sich in diesem Jahr sehr spezifisch den aktuellen Fragestellungen in der Implantologie widmet.

Die rasante technische Entwicklung auf dem Gebiet der Implantologie, die Einführung immer neuer Implantatdesigns, -oberflächen und -materialien bis hin zur computergestützten Diagnostik- und Planungsverfahren erzeugt mitunter eine Euphorie, die Glauben macht, dass durch eine immer weiterführende technische Perfektionierung der Implantatsysteme und Hilfsmittel auch grundlegende biologische Gesetzmäßigkeiten außer Kraft gesetzt werden könnten. So innovativ die technischen Neuerungen auch sein mögen, weder können sie

die grundlegenden biologischen Prinzipien der Osseo- und Periintegration von Implantaten, noch die grundlegenden funktionellen Gesetzmäßigkeiten bei implantatgetragenem Zahnersatz außer Kraft setzen. Und dennoch – die inzwischen über Jahrzehnte gewonnenen Erfahrungen können genutzt



sich in der Langzeitprognose als wesentlich hartnäckiger als bisher angenommen.



werden, um diese Prozesse immer besser zu verstehen und das chirurgisch/prothetische Vorgehen des Implantologen – auch unter Nutzung der heutigen technischen Möglichkeiten – weiter zu optimieren und Lösungen zu finden, die der Natur noch näherkommen. Gleichwohl lässt sich die Natur nur bedingt überlisten und viele, scheinbar bereits gelöste Probleme erweisen

ckiger als bisher angenommen. Mit der Themenstellung für den 37. Internationalen Jahreskongress der DGZI „Implantologie – Biologische Prinzipien und technische Möglichkeiten“ greift die DGZI diese, für die Zukunft der Implantologie so entscheidende Fragestellung auf und sucht in der Diskussion zwischen Wissenschaft und Praxis die Entwick-

lungstendenzen aufzuzeigen.

Das außerordentlich vielschichtige und qualitativ hochwertige wissenschaftliche Hauptprogramm des Jahreskongresses wird ergänzt durch eine Vielzahl von interessanten Nebenpodien, Workshops und einem umfassenden Programm für Praxismitarbeiterinnen. Die Veranstaltung entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der KZBV vom 23.09.05, einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK und der DGZMK. Bis zu 16 Fortbildungspunkte.

PN Adresse

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
Feldstraße 80
40479 Düsseldorf
Tel.: 02 11/1 69 70-77
Fax: 02 11/1 69 70-66
E-Mail: sekretariat@dgzi-info.de
www.dgzi.de

PN Fortsetzung von Seite 16

dard zum Umgang mit den betroffenen Patienten. Zur Leitlinie gehört ein grafisch gesetzter Algorithmus, Aufklärungsbögen und Laufzettel für den Patienten sowie eine wissenschaftlich begründete Handlungsanweisung für die Praxis. Ein Teil des Dokumentes steht für die Verwendung in der Praxis zum Download bereit.

Dr. Harald Hildenbrand aus Schwalbach hatte sich für seine Masterarbeit ein medienwissenschaftliches Thema gewählt. Für die Profession ist es nicht ohne Belang, wie sie in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird. Dies zu erkunden ist Aufgabe von geisteswissenschaftlichen Analysemethoden. Filmdeutung ist ein relativ junges Fach und wurde hier erstmalig eingesetzt, um das Bild des Zahnarztes im Spielfilm zu erkunden. Über 80 Spielfilme hat Dr. Hildenbrand gesichtet, um Klischees und Stereotypen

zu ergründen, die dem Zahnarzt im Spielfilm zugeschrieben werden. Das Ergebnis ist etwas ernüchternd. Zahnärzte werden im Film häufig



Dr. Martin Zilly

instrumentalisiert, um Gewalt, Habsucht und deviante Persönlichkeitsmuster darzustellen. Das Publikum konnte sich im Spiegelbild der eingesetzten Filmbeispiele betrachten und war nicht unbedingt erfreut. Dr. Hildenbrand zog die

Schlussfolgerung, dass jeder Zahnarzt/jede Zahnärztin aufgerufen sei, durch privates liebes Beispiel den Klischees entgegenzuwirken.



Dr. Harald Hildenbrand

Karlsruher Vortrag 2007

Vor großem Auditorium würdigte Professor Walther die Leistung des Gründers des Karlsruher Vortrages. Auf Initiative von Michael Heners fand im Jahre 1983 der erste

Karlsruher Vortrag statt. Das Konzept dieser Veranstaltung trägt noch immer. Vierundzwanzig Vorträge haben bedeutende und faszinierende



Prof. Dr. Winfried Walther

Personlichkeiten nach Karlsruhe geführt. Prof. Heners, der die Akademie für zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe 27 Jahre lang geleitet hat, schuf mit dieser Institution ein lebendiges Forum für den Diskurs über die Probleme unserer Welt.

Der Referent von 2007 – Dr. Siegfried Jaschinski – veranschaulichte in seinem Vortrag „Zur Rolle der Banken für die deutsche Wirtschaft im Zeitalter der Globalisierung“, welche tiefgreifender Wechsel in der Welt der Banken in den letzten zehn Jahren stattgefunden hat. Die Auswirkungen dieser Veränderung auf die Wirtschaft und somit auch auf unsere Gesellschaft dauern an und sind Quelle neuer Sorgen und Befürchtungen. Das Auditorium erhielt einen spannenden Einblick in die Welt des internationalen Geldmarktes.

Zunächst sprach Jaschinski über die Rolle der Banken vor der Globalisierung. Am Ende seines Vortrages drückte Dr. Jaschinski seine Sorge darüber aus, dass die heimischen Unternehmen zunehmend in Gefahr geraten könnten, einen der kurzfristigen Gewinnmaximierung verpflichteten Kapitalismus anzufangen. Er ist überzeugt, dass wir wieder

eine engere Partnerschaft zwischen Banken und Unternehmen brauchen. Es muss eine neue Balance zwischen zwei Polen gefunden werden. Der eine Pol sind die immer kurzfristigeren Renditeerwartungen der Investoren, der andere Pol ist der Raum, den ein Unternehmen für eine nachhaltige Entwicklung braucht. Die Banken müssen zwischen diesen Polen das richtige Maß finden, um die Wertschöpfung unserer Volkswirtschaft anzubringen und gleichzeitig Verkrustungen zu vermeiden. **PN**

PN Adresse

Akademie für Zahnärztliche Fortbildung
Sophienstraße 41
76133 Karlsruhe
Tel.: 07 21/9 18 12 00
Fax: 07 21/9 18 12 22
E-Mail: fortbildung@za-karlsruhe.de
www.za-karlsruhe.de

ANZEIGE

„Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“

Kursreihe 2007

1. Kurs = 08. September 2007 in Leipzig = 10.00-17.00 Uhr
(anlässlich des 4. Leipziger Forums für Innovative Zahnmedizin)
Hotel The Westin Leipzig
▪ Kollagen
▪ Hyaluronsäure

2. Kurs = 05. Oktober 2007 in Düsseldorf = 10.00-17.00 Uhr
(anlässlich des 37. Internationalen Jahreskongresses der D-GZI)
Hotel Hilton Düsseldorf
▪ Botulinumtoxin

3. Kurs = 17. November 2007 in Berlin = 10.00-17.00 Uhr
(anlässlich der 24. Jahrestagung des BDO)
Hotel Palace Berlin
▪ Poly-L-Milchsäureimplantate
▪ Filler der neuesten Generation

Crash-Kurs (Kurs mit Live-Demonstrationen)
14. September 2007 in Konstanz = 14.00-19.00 Uhr
(anlässlich der Süddeutschen Implantologietage)
Konzil Konstanz
▪ Kollagenimplantate, Zyderm, Zypplast
▪ Botulinumtoxin
▪ Hyaluronsäure, Milchsäureimplantate

Organisatorisches

Kursgebühren	
Kursgebühr Crash-Kurs	150,00 € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale * Crash-Kurs	45,00 € zzgl. MwSt.
Kursgebühr Kursreihe (pro Kurs)	250,00 € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale * Kursreihe (pro Kurs)	60,00 € zzgl. MwSt.

* umfasst Kaffeepause/Imbiss und Tagungsgetränke

Bitte beachten Sie, dass die Kursreihe nur im Paket gebucht werden kann.

Veranstalter/Anmeldung
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 06
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: events@oemus-media.de
www.oemus-media.de

Allgemeine Geschäftsbedingungen

- Die Kongressanmeldung erfolgt schriftlich auf den vorgedruckten Anmeldekarten oder formlos. Aus organisatorischen Gründen ist die Anmeldung so früh wie möglich wünschenswert. Die Kongressanmeldungen werden nach der Reihenfolge der Anmeldestandorte vorgenommen.
- Nach Eingang Ihrer Anmeldung bei der OEMUS MEDIA AG ist die Kongressanmeldung für Sie verbindlich. Sie erhalten umgehend eine Kongressanmeldung und die Rechnung. Für OEMUS MEDIA AG tritt die Verbindlichkeit erst mit dem Eingang der Zahlung ein.
- Die organisatorische Kongressgebühr und die Tagungspauschale versteht sich zzgl. der jeweils gültigen Mehrwertsteuer.
- Der Gesamtbetrag ist bis spätestens 2 Wochen vor Kongressbeginn (Eingang bei OEMUS MEDIA AG) auf das angegebene Konto unter Angabe des Teilnehmers, der Scheck- und Rechnungsnummer zu überweisen.
- Bis 4 Wochen vor Kongressbeginn ist in besonderen begründeten Ausnahmefällen auch ein schriftlicher Rücktritt vom Kongress möglich. In diesem Fall ist eine Verwaltungskostenpauschale von 25,-€ zu entrichten. Diese entfällt, wenn die Abgabe mit einer Neuanmeldung verbunden ist.
- Bei einem Rücktritt bis 14 Tage vor Kongressbeginn werden die halbe Kongressgebühr und Tagungspauschale zurückbestattet, bei einem späteren Rücktritt verfallen die Kongressgebühr und die Tagungspauschale. Der Kongressplatz ist selbstverständlich auf einen Ersatzteilnehmer übertragbar.
- Zitiert der Teilnehmerbestätigung erhalten Sie den Anfahrtsplan zum jeweiligen Kongressort und, sofern erforderlich, gesonderte Teilnehmertickets.
- Bei Unter- oder Überbuchung des Kongresses oder bei kurzfristiger Abgabe eines Kongressortes durch den Referenten oder die Änderung des Kongressortes werden Sie schriftlich benachrichtigt. Bitte geben Sie deshalb Ihre Privatadresse an und die Nummer Ihres Faxgerätes an. Für die von der Abgabe eines Kongressortes anfallenden Kosten ist OEMUS MEDIA AG nicht haftbar. Der von Ihnen bereits bezahlte Rechnungsbetrag wird Ihnen umgehend zurückbestattet.
- Änderungen des Programmablaufs behalten sich Veranstalter und Organisatoren ausdrücklich vor. OEMUS MEDIA AG haftet auch nicht für Inhalt, Durchführung und sonstige Rahmenbedingungen eines Kongresses.
- Geschlossen ist Leipzig.

Anmeldeformular per Fax an
03 41/4 84 74-2 90
oder per Post an
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für die Kursreihe „Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“
melde ich folgende Personen an (Zweifelhafte bitte ankreuzen bzw. ankreuzen)

Kursreihe: 08. September 2007 in Leipzig Crash-Kurs: 14. September 2007 in Konstanz
 05. Oktober 2007 in Düsseldorf
 17. November 2007 in Berlin

Name/Namen: _____ Name/Namen: _____

Praxis/Einrichtung: _____ Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an.

Unterschrift: _____ Datum/Unterschrift: _____

Multidisziplinäre Aspekte

Rund 120 Teilnehmer konnten in Salzburg auf der 17. Jahrestagung des Deutschen Zentrums für orale Implantologie begrüßt werden.

Vorträge nationaler und internationaler Experten sowie informative Workshops zu den aktuellen Trends in der Implantologie, Parodontologie und der Laserzahnmedizin standen am 27. bis 29. April 2007 zur 17. Jahrestagung des Deutschen Zentrums für orale Implantologie (DZOI) auf dem Programm. Der Vormittag des ersten Tages stand zunächst im Zeichen der sechs Pre-Congress-Workshops führender Anbieter von Implantatsystemen, Knochenregenerationsmaterialien und Lasern. Eigent-

Function – Rekonstruktion komplexer Kieferathropien mit modernen Techniken und Materialien“ und Dr. Jörg Brachwitz/Herne zum Thema „Keramikimplantate im Praxiseinsatz – Eine sinnvolle Ergänzung der Therapie?“ Am zweiten Tag bildeten neben implantologischen Themen vor allem die Parodontologie und die Laserzahnheilkunde die Schwerpunkte. Das Laser-Podium wurde unter Leitung der Sektion Laserzahnheilkunde des DZOI durchgeführt. Zu den Referenten gehörten unter ande-



licher Kongressauftakt erfolgte mittags mit der Begrüßung durch Dr. Heiner Jacoby, Präsident des DZOI. Im Anschluss referierte Prof. Dr. Rolf Ewers/Wien zum Thema „Lösung schwieriger Fälle mithilfe von Knochenaufbau, Implantaten und Implantat-Prothetik“. Im Fokus des Vortrages von Prof. Dr. Dr. Wilfried Engelke/Göttingen standen Implantatverluste und Komplikationen sowie deren Handlung anhand von Praxiserfahrungen. Dr. Matthias Plöger/Detmold berichtete über erste klinische Erfahrungen mit dem humanen Block-P. Nach einer kurzen Pause, die Gelegenheit zum Besuch der Dentalausstellung bot, sprachen Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz zum Thema „Esthetics follows

rem Dr. Steven Parker/Harrogate, UK, der sich in seinem Vortrag der Frage „Are surgical lasers justified in implantology?“ widmete. Die Referenten des Parodontologie-Podiums waren neben anderen auch Prof. Dr. Heinz H. Renggli/Nijmegen, der einer für den Langzeiterfolg in der Implantologie entscheidenden Frage nachging, nämlich: „Ist Periimplantitis zu verhindern?“ Darüber hinaus wurde die Möglichkeit der Teilnahme an einem Crash-Kurs für „Unterspritzungstechniken zur Faltenbehandlung im Gesicht“ unter der Leitung von Dr. Kathrin Ledermann geboten. Insgesamt bot die Jahrestagung wie gewohnt ein außerordentlich vielschichtiges und fachlich anspruchsvolles Programm. **PN**

PN PRODUKTE

Prophylaxe – Das große Plus für Arzt und Patient

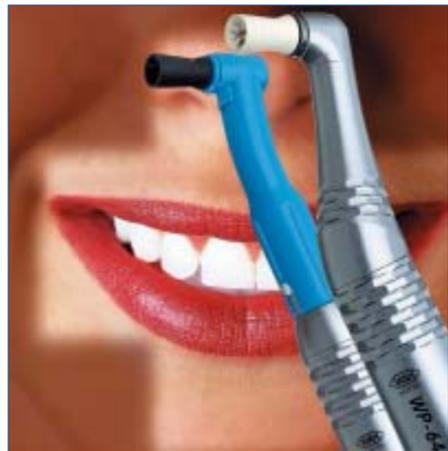
Instrumente, die bis ins letzte Detail durchdacht sind, bietet W&H für die optimale Prophylaxe in der Praxis an.

Professionelle Zahnprophylaxe gewinnt immer mehr an Bedeutung. Der gesundheitsbewusste Patient erwartet von seinem Zahnarzt längst

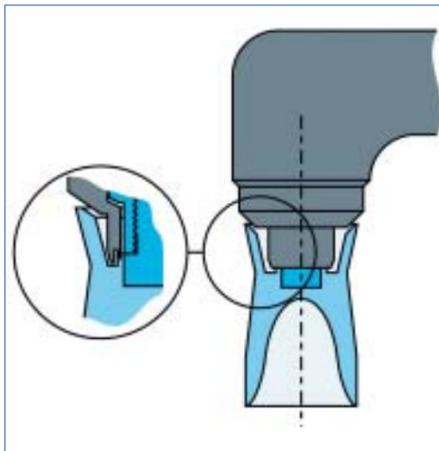
krative Möglichkeiten für das zahnärztliche Leistungsangebot. Die Prophy-Hand- und Winkelstücke von W&H in Kompakt-Bauweise: bes-

ermöglicht eine weitgehend glatte, durchgängige Oberfläche des Instrumentes, die leicht zu reinigen ist. Die Besonderheit des WP-64 M Pro-

wechsel. Die ständige Erneuerung der Dichtung verhindert das Eindringen selbst kleinster Mengen Schleifpaste. Das schützt die Präzisionstechnik im Instrumentenkopf und bewirkt eine lange Lebensdauer. Der Kappenwechsel nach jedem Patient gewährleistet eine hygienisch einwandfreie Prophylaxebehandlung. Das HP-44 M Prophy-Handstück für Young-Einwegkappen zeichnet sich durch seinen geringen Bedienungs- und Pflegeaufwand aus. Durch die Verwendung von einzeln verpackten Winkelstücken ist die Gefahr einer Kreuzinfektion gebannt. Die Winkelstücke sind rasch und problemlos zu wechseln. ☐



WP-64 M Prophy-Winkelstück und HP-44 M Prophy-Handstück.



Das einzigartige Dichtsystem „Triple Seal“ versiegelt die Kontaktstelle zwischen Winkelstück und den dort immer neu eingeschraubten Young-Einwegkappen bei jedem Kappenwechsel.

nicht mehr nur „Reparaturleistungen“, sondern zunehmend auch prophylaktischen Service. Konsequente, effektive Zahnpflege gehört in regelmäßigen Abständen in die Hände eines Zahnarztes. Hier eröffnen sich kostengünstige und gleichzeitig lu-

sere Hygiene, bleibende Laufruhe, einfache Handhabung. Wer hohe Anforderungen an ausgereifte Technik und kompromisslose Hygiene stellt, hat die Wahl zwischen zwei innovativen Prophylaxe-Instrumenten – in Kompakt-Bauweise. Diese

phy-Winkelstückes für Kappen und Bürsten ist das „Triple Seal System“. Dieses einzigartige Dichtsystem „versiegelt“ die Kontaktstelle zwischen Winkelstück und den dort immer neu eingeschraubten Young-Einwegkappen bei jedem Kappen-

PN Adresse

W&H Dentalwerk Bürmoos GmbH
Ignaz-Glaser-Straße 53
5111 Bürmoos
Austria
Tel.: +43-62 74/62 36-0
Fax: +43-62 74/62 36-55
E-Mail: office@wh.com
www.wh.com

Sichere Parodontitis-Prophylaxe DIAGNOdent spürt erkrankte Zahnschubstanz auf.

Der KaVo DIAGNOdent, ein einzigartiges Kariesdiagnose-Instrument, das Karies über die

Heilungserfolgen. Klinische Studien belegen, dass sich bei Verwendung der DIAGNOdent Paro-Sonde zur Konkrementdetektion und Behandlungskontrolle im Vergleich zum Einsatz einer konventio-



unterschiedliche Fluoreszenz gesunder und erkrankter Zahnschubstanz bereits im Frühstadium erkannt, kann mit einer speziellen Paro-Sonde auch für eine zuverlässige und komfortable Parodontitis-Prophylaxe eingesetzt werden. Die DIAGNOdent Paro-Sonde erfasst Konkreme auch trotz Vorhandensein von Speichel oder Blut zuverlässig und schmerzfrei bis in die tiefsten Taschen und dient somit als ideales Kontrollinstrument nach der Wurzelreinigung. Dies ermöglicht eine schonende, gründliche und gezielte Taschenreinigung mit wesentlich verbesserten

nellen Sonde der Blutungsindex postoperativ verbessert und die Taschentiefe spürbar reduziert. ☐

PN Adresse

KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39
88400 Biberach/Riß
Tel.: 0 73 51/56-0
Fax: 0 73 51/56-14 88
E-Mail: info@kavo.com
www.kavo.com

3.000 Gäste testeten Sonicare Elite Mini Bürstenkopf

Am IDS-Stand der Firma Philips wurden im März 3.000 Messegäste zu Produkttestern: Sie hatten die Gelegenheit, sich von der Qualität des Sonicare Elite Mini Bürstenkopfes zu überzeugen.

Der Mini Bürstenkopf gewann die Vergleichsstudie „Comperative Efficacy of Two Sonic Toothbrushes on Plaque and Abrasion“. Fazit der Studie: Der Sonicare Elite Mini Bürstenkopf entfernt signifikant mehr Plaque sowohl im gesamten Gebissbereich als auch in schwer zu erreichenden Bereichen als die Oral-B Sonic Complete. Das Fazit der IDS-Gäste: Der Sonicare Elite Mini Bürstenkopf wurde zwar speziell für Kinder, Patienten mit kleinem Mund und Zahnsparagenträger entwickelt, ist aber generell für jeden geeignet. Wichtig war den IDS-Gästen die Information, dass der Sonicare Elite Mini Bürstenkopf in seiner Effizienz dem Sonicare



Elite Standard Bürstenkopf in nichts nachsteht. „Auch bei dieser IDS war der Philips-Messestand ein Publikumsmagnet. Die Gäste erlebten unsere Interpretation des

Themas „Zahnarztpraxis der Zukunft“. Ein wahres Highlight war die Premiere von Sonicare Connect“, so Olivier Sogno, Director Sales und Marketing Health & Wellness bei Philips. Dieses innovative Programm wurde zusammen mit dem Psychologen Professor Stephen Rollnick und dem renommierten Eastman Dental Institute in London entwickelt. Mit dem Programm liefert der Patient dem Praxisteam wertvolle Informationen über seine Ansprüche und Wünsche zur Mundhygiene. Dieses Wissen erleichtert es dem Pra-

xisteam, den Patienten zu aktivieren sowie die Zahnpflege und das Biofilmmangement seines Patienten positiv zu entwickeln. Was nutzen schließlich die besten Mundhygiene-Produkte, wenn sie im Badezimmer nicht konsequent und aus Überzeugung eingesetzt werden. Mit Sonicare Connect zeigt Philips, wie man als verantwortungsbewusstes Unternehmen die häusliche Mundhygiene positiv entwickeln kann: durch bessere Prophylaxe und Compliance. Dabei kommt es auf die richtigen Produkte und die Umsetzung der Empfehlung des Praxisteams an. Für eine bessere Compliance bietet Sonicare Connect dem Praxisteam eine hervorragende Unterstützung. Demnächst steht das Sonicare Connect Programm Deutschlands Praxen zur Verfügung. Geplant sind Seminare, in denen Interessierte den Einsatz von Sonicare Connect in der Praxis erlernen. ☐

PN Adresse

Philips GmbH
Lübeckertordamm 5
20099 Hamburg
Tel.: 0 40/28 99-0
www.philips.de



Der Sonicare Elite Mini Bürstenkopf steht in seiner Effizienz dem Sonicare Elite Standard Bürstenkopf in nichts nach.

Mehr als nur ein Diodenlaser

Bereits seit dem Jahr 1985 entwickelt das Unternehmen ORALIA kontinuierlich Laser für die moderne Zahnarztpraxis.

Insidern ist bekannt: Das Unternehmen aus Konstanz entwickelt seit 1985 kontinuierlich Diodenlaser und hat den Grundstein für die Diodenlaser-Anwendung in der Zahnmedizin 1995 mit dem weltweit ersten GaAlAs-Laser (ora-laser) gelegt. Nicht allen bekannt: Die wesentlichen Neuentwicklungen im Bereich der Diodenlaser stammen bis dato aus dem

rem Weg zur erfolgsorientierten Laserpraxis aktiv unterstützen und begleiten.“ Für Deutschland stehen z. B. ein fachlich gut ausgebildetes Team sowie ein hervorragender Referentenpool allen Anwendern und Interessenten zur Verfügung. Und wenn das Budget den momentanen Kauf eines Hardlaser nicht zulässt, so ist ORALIA in der Lage, dem



Fortbildungsveranstaltung in Münster im September 2006. Referent: DGKZ-Präsident Prof. Dr. Martin Jörgens.

Hause ORALIA. Den wenigsten bekannt: ORALIA konnte als erstes Unternehmen die Zulassung für einen Diodenlaser in China vorweisen. Ohne großes Getöse auf dem Markt, dafür grundsolide baut ORALIA einen Markt nach dem anderen auf und ist heute in vielen Ländern präsent. Und das verbunden mit einer sauberen Preispolitik. Nach wie vor lautet das Credo des Unternehmens: „Wir wollen die Ärzte und Zahnärzte auf ih-

Wunsch „eine Laserpraxis“ sein zu wollen, trotzdem zu entsprechen. Ein Kontakt zu ORALIA lohnt sich in jedem Fall! ☐

PN Adresse

ORALIA GmbH
Weiberstr. 20
78465 Konstanz
Tel.: 0 75 33/94 03-0
Fax: 0 75 33/94 03-33
E-Mail: laser@oralia.de
www.oralia.de

Im neuen zeitgemäßen Design

Die neue Waterpik Sensonic Professional SR-1000E begeistert dank neuem Design und den überzeugenden Putzeigenschaften der Vorgängermodelle.

Waterpik Technologies, eines der ersten Unternehmen, die sich mit der Schalltechnologie im Bereich Zahnbürsten befasst haben, brachte Mitte der 90er-Jahre die erste Waterpik Schallzahnbürste auf den Markt. Das damalige Modell Waterpik Sonic Speed wurde im Laufe der Zeit durch noch weiterentwickelte Modelle Waterpik Sonicmax, Waterpik Sensonic abgelöst. Nun hat Waterpik vor Kurzem das allerneueste Modell Waterpik Sensonic Professional SR-1000E in den europäischen Markt eingeführt. Innerhalb kürzester Zeit hat es viele neue Freunde gewonnen. Waterpik Sensonic Professional SR-1000E, deren Innenleben nach neuesten technischen Erkenntnissen entwickelt wurde, erscheint im neuen, zeitgemäßen Design. Die bewährten Merkmale früherer Modelle wie 30.000 Schwingungen pro Minute und geringe Amplitude der Bürstenkopfschwingungen wurden beibehalten. Zahlreiche wissenschaftliche Forschungsarbeiten von Universitäten aus dem In- und Ausland belegen die zahnmedizinische Leistung der Schalltechnologie:

- wirksame Plaqueentfernung in kurzer Zeit
- macht Zähne glatt und sauber – reduziert selbst hartnäckige Beläge
- vermindert wirksam durch



Die neue Schallzahnbürste Waterpik® Sensonic Professional SR-1000E mit bewährten 30.000 Schwingungen pro Minute.

- Kaffee-, Tee- oder Nikotingenuss verursachte Schmelzverfärbungen
- verwandelt Zahnpasta in Aktivschaum, der die Plaque auch an schwer zugänglichen Stellen erreicht und von dort entfernt
- sorgt für gesündere Zähne und kräftigeres, festes Zahnfleisch
- verhindert nach dem Zähneputzen im Mund und auf den Zähnen ein unbeschreibliches, bislang nicht gekanntes Gefühl von Sauberkeit und Frische, ähnlich wie nach einer professionellen Zahnreinigung. ☐

PN Adresse

intersanté GmbH
Berliner Ring 163 B
64625 Bensheim
Tel.: 0 62 51/93 28-10
Fax: 0 62 51/93 28-93
E-Mail: info@intersante.de
www.intersante.de

Neue Zahnbürste für freiliegende Zahnhäse

GABA entwickelte eine besonders schonend reinigende Zahnbürste mit innovativem Borstenfeld. Sie bietet eine geprüft hohe Reinigungsleistung – sowohl an Zahnoberfläche als auch in den Interdentalräumen.

Rund jeder vierte Patient hat freiliegende Zahnhäse oder schmerzempfindliche Zähne. Wegen unangenehmer Schmerzempfindungen reduzieren Betroffene oft ihre Mundhygiene und erhöhen damit das Risiko für Zahnhalskaries. Gefahr für das Dentin droht auch durch falsche Zahnputztechniken oder zu harte Zahnbürsten: Abrasionsschäden können die Folge sein. Speziell für diese Problematik hat GABA – Spezialist für orale Prävention – die neue elmex SENSITIVE Zahnbürste entwickelt. Ihre samtweichen, konisch zugespitzten Filamente reinigen freiliegende Zahnhäse besonders schonend und dennoch gründlich. Durch die spezielle Anordnung der Filamente, die in zwei Zonen des Bürstenkopfes schräg gestellt sind, entfernt sie Plaque sogar bis weit in die Interdentalräume.

Die hervorragende Reinigungsleistung der elmex SENSITIVE Zahnbürste ist wissenschaftlich belegt. So zeigte sie in einer In-vitro-Studie eine signifikant höhere Reinigungsleistung bis weit in die Interdentalräume als die ADA (American Dental Association) Referenzzahnbürste. Bei der Untersuchung der Reinigungsleistung am Zahnhals zeigte sich die elmex SENSITIVE Zahnbürste ebenfalls überlegen: Sie leistete in vitro eine signifikant bessere Plaqueentfernung an den Zahnoberflächen als die ADA Referenzzahnbürste. Auch in der Handhabung überzeugt die innovative Bürste: Der weich ummantelte Bürstenkopf schützt vor Traumatisierungen von Hart- und

Weichgewebe und erreicht durch seine optimale Größe selbst die hinteren

der weiche Daumenstopp gewährleisten eine sichere Führung und erleichtern die Anwendung der für freiliegende Zahnhäse empfohle-

SENSITIVE Zahnbürste die Ansprüche der Profession an eine für freiliegende Zahnhäse geeignete Zahnbürste, die schonende Putzeigenschaften mit einer hohen Reinigungsleistung verbindet.

Wissenswertes zum Thema Zahngesundheit finden Sie auch auf der neuen Internetpräsenz www.zahngesundheit-aktuell.de ☐



Die neue elmex® SENSITIVE Zahnbürste.

Molaren und die Innenflächen der Zähne problemlos. Der ergonomische Griff und

nen Stillmann-Zahnputztechniken der Zähne problemlos. Mit ihren Produkteigenschaften erfüllt die elmex



Von der neuen Zahnbürste für besonders schonende Reinigung überzeugten sich die Fachbesucher der IDS bereits im März 2007.

PN Literatur

Yankell SL, Shi X, Emling RC: Laboratory interproximal access efficacy and gingival margin cleaning of the elmex SENSITIVE SOFT, EXTRA SOFT and ADA reference tooth brushes. J Clin Dent. In press (2007).

PN Adresse

GABA GmbH
Bernar Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 0 76 21/90 71 20
Fax: 0 76 21/90 71 24
E-Mail: info@gaba.com
www.gaba-dent.de

Für sprudelnde und saubere Effekte

Mit den neuen FLASH pearls präsentiert NSK Europe ein Granulat, das für sanftere Oberflächenpolierung sorgt und sowohl für den Prophy-Mate aus dem eigenen Hause als auch für alle anderen Pulverstrahlensysteme geeignet ist.

Das neue Reinigungspulver FLASH pearls für den Pulverstrahler Prophy-Mate ist ein Granulat, das mit seinen Reinigungskugeln sanft über die Zahnoberfläche rollt und unzugängliche Ecken des Gebisses schnell reinigt. Die kugel-

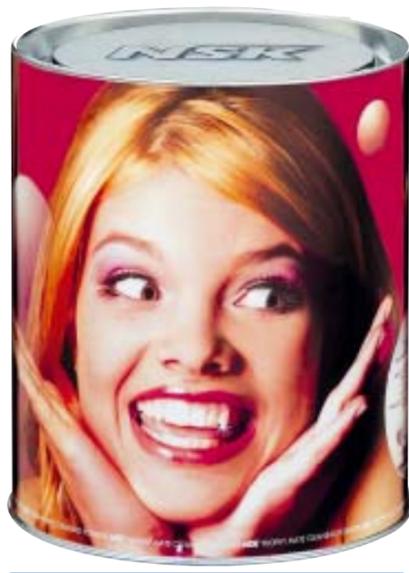


förmigen Teilchen verringern das Risiko von Beschädigungen der Zähne und des Zahnfleisches und entfernen dabei Flecken, Zahnbelag und Zahnstein schnell, sanft und sicher. Damit wird auch eine sanftere Oberflächenpolierung im Vergleich zu den scharfkantigeren Teilchen des Natriumbikarbonats gewährleistet. FLASH pearls sprudeln auf den Zähnen, ohne den Zahnschmelz anzugreifen. FLASH pearls sind auf der Grundlage von natürlich schmeckendem Kalzium hergestellt. FLASH pearls nicht durch Klumpenbildung verstopft und biologisch abbaubar

ist. Dadurch reduziert sich der Wartungsaufwand Ihres NSK Pulverstrahlers deutlich. Das Pulver verringert außerdem die Speichelaktivität und verhindert die Entwicklung von Bakterien bei gleichzeitiger Herabsetzung der Bildung von Zahnbelag. Das Produkt ist daher ideal für die Reinigung der Zähne von Patienten, die Natriumbikarbonat nicht vertragen oder unter Bluthochdruck leiden. FLASH pearl ist für alle Pulverstrahlensysteme anderer Hersteller geeignet. ☐

PN Adresse

NSK Europe GmbH
Westerbachstraße 58
60489 Frankfurt am Main
Tel.: 0 69/74 22 99-0
Fax: 0 69/74 22 99-29
E-Mail: info@nsk-europe.de
www.nsk-europe.de



Für die sanfte Zahnsteinentfernung: die neuen FLASH pearls von NSK.

Süß wie Zucker und dennoch gesund

Der Zuckeraustauschstoff Xylitol hat nicht nur eine süßende Wirkung. Nachweisbar bietet der in Pflanzen und im menschlichen Organismus vorkommende Stoff eine effektive und „schmackhafte“ Möglichkeit der Kariesprophylaxe.

Ursprünglich wurde Xylitol aus der Rinde finnischer Birken gewonnen, er kommt auch in Früchten wie Pflaumen und Himbeeren vor. Entdeckt wurde die Wirkung des Xylitols bereits um 1900 von dem deutschen Nobelpreisträger Emil Fischer. Der gezielte Einsatz in der Kariesprophylaxe wurde in den 70er-Jahren wissenschaftlich verfolgt. Finnische Studien von 1972 und 1975 wiesen eine signifikante Kariesreduktion um bis zu 90 Prozent durch Xylitol nach. Im Unterschied zu Zucker und anderen Zuckeraustauschstoffen kann Xylitol von Bakterien, die sich in der Mundhöhle üblicherweise befinden, nicht verwertet werden. Mangels Nahrung sterben die Bakterien also ab. Gleichzeitig steigt der pH-Wert im Mundraum. Diese plaquehemmende und säurereduzierende Wirkung vermindert die Kariesbildung nachhaltig. Mit diesem Prozess trägt Xylitol aktiv zur Remineralisierung der Zahnhartsubstanz bei und macht den Zahn widerstandsfähiger. Zur systematischen Prophylaxe wird für Erwachsene eine tägliche Aufnahmemenge von 5–10 Gramm Xylitol, über den Tag verteilt, empfohlen. Eine besonders schmackhafte und zugleich komfortable Möglichkeit der Xylitol-Aufnahme besteht in Form von Kaugummi, die zu 100 Prozent mit Xylitol gesüßt sind. Diese Methode verbindet gleich mehrere Vorteile miteinander. Einerseits wird die Speichelproduktion durch das Kauen verdreifacht. Folglich werden an der Zahnober-

fläche anhaftende Bakterien leichter abgelöst. Zudem schafft die erhöhte Speichelproduktion bei dem von vielen Menschen beklagten „trockenen Mund“ wirksame Abhilfe. Besonders alltags-tauglich erweist sich diese kauende Variante der gezielten

wird durch die zwei Geschmacksnoten Cranberry und Grüner Tee ergänzt. Beide neuen Kaugummisorten



Kauen gegen Karies – Cranberry und Grüner Tee erweitern das Sortiment.

Zahnpflege und Kariesprophylaxe allerdings in Situationen, in denen ein gründliches Zähneputzen nur eingeschränkt möglich ist. Eine weitere sinnvolle generationsübergreifende Prophylaxewirkung kann bereits im Kindesalter erzielt werden. Denn reduziert die werdende Mutter durch Xylitol die kariesauslösenden Mikroorganismen in der Mundhöhle, profitieren die Kinder bis ins Vorschulalter davon: Sie haben nachweislich weniger Karies als andere Kinder. Die große Verbrauchernachfrage nach Xylitol-Kaugummi bestätigt das Konzept „Kauen gegen Karies“ der Prophylaxemarke miradent. Das bisherige Geschmackssortiment (Spearmint, Minze, Zimt, Frucht)

ten sind seit April 2007 in wiederverschließbaren Dosen mit 30 Dragees über den Dental- und Pharmahandel erhältlich.

Gleichzeitig werden für alle Sorten kleine Kartonaufsteller mit Schüttvorrichtung angeboten. Diese Abverkaufshilfe beinhaltet 200 zu zweit abgepackte Dragees. ☐

PN Adresse

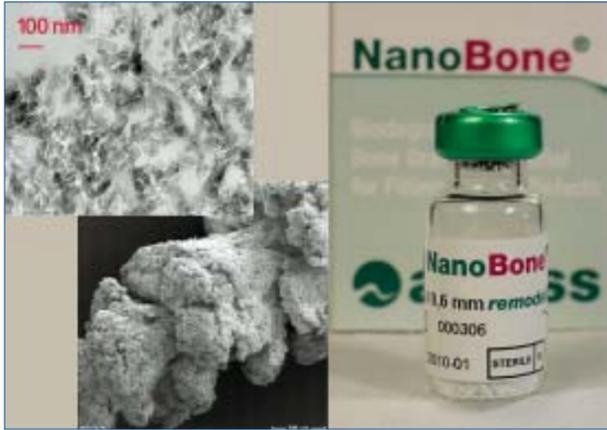
Hager & Werken GmbH & Co. KG
Postfach 10 06 54
47006 Duisburg
Tel.: 02 03/9 92 69-0
Fax: 02 03/29 92 83
E-Mail: info@miradent.de
www.miradent.de

Sicher, ergiebig, wirtschaftlich

NanoBone® aus dem Hause Artoss eröffnet eine neue Dimension der Knochenregeneration.

Das ideale Knochenersatz- und -aufbaumaterial koppelt den Biomaterialabbau an den Aufbau von neuem eigenen

Indikationsspektrum von NanoBone® umfasst Augmentationen im Bereich der Mund-, Kiefer- und Gesichts-



NanoBone® mit seinem besonders hohen Anteil an Nanoporen (10–20 nm).

Knochen. Das ist nur möglich, wenn das Knochenaufbaumaterial am natürlichen Ab- und Aufbau des Knochens – am Remodelling – teilnimmt. NanoBone® führt zu diesem Ziel. NanoBone® ist ein vollständig synthetisches Knochenersatz- und -aufbaumaterial. Es besteht aus nanokristallinem ungesinterten Hydroxylapatit und Kieselgel. Immunhistochemische Untersuchungen nach Tierexperimenten haben gezeigt, dass die Kieselgelphase bei NanoBone® bereits nach fünf Wochen durch organische Substanzen ersetzt ist. Diese sind die extrazellulären Matrixproteine. So konnten die für die Osteogenese besonders wichtigen Proteine Osteocalcin und Osteopontin nachgewiesen werden. Von herausragender Bedeutung ist sicherlich der Nachweis des Vorhandenseins von BMP-2 an NanoBone®. Das

chirurgie sowie im Speziellen der Implantologie und Parodontologie. Mit NanoBone® steht dem chirurgisch tätigen Arzt ein sicheres, ergiebiges und wirtschaftliches Knochenaufbaumaterial zur Verfügung. Es ist einfach anwendbar und gut am Knochendefekt modellierbar. Auch schwieriger zugängliche Stellen lassen sich mit NanoBone® gut versorgen. NanoBone® kann bei den Firmen BEGO Implant Systems GmbH & Co. KG, m&k gmbh und DENTAURUM bezogen werden. ☒

PN Adresse

Artoss GmbH
Friedrich-Barnewitz-Str. 3
18119 Rostock
Tel.: 03 81/5 43 45-7 01
Fax: 03 81/5 43 45-7 02
E-Mail: info@artoss.com
www.artoss.com

Erfolgreiches Gesamtkonzept

Das Duraplant-Implantatsystem reduziert das Risiko von Knochenabbau und Periimplantitis.

Optimale Oberfläche, Biologische Breite, Plattform Switching, Knochenverdichtung und Konusschlussverbindung sind nur einige Anforderungen, die heute an ein modernes Implantatsystem gestellt werden. Wenig bekannt aber wahr, das Duraplant-Implantatsystem vereint all diese Eigenschaften bereits seit mehr als 20 Jahren. Wissenschaftlich dokumentiert, basiert das erfolgreiche Gesamtkonzept des Duraplant-Systems auf Implantate aus dem kaltverfestigten ReintitanTIMEDUR. Die Implantate mit den Durchmessern von 2,9 bis 4,1 mm und den Längen von 9 bis 15 mm besitzen die innovative mit Kalzium und Phosphat dotierte Oberfläche „TICER“. Die TICER-Oberfläche beschleunigt die Osseointegration und unterstützt nachweislich die Adaption des Weichgewebes. Seit mehr als 20 Jahren ist die Oberfläche klinisch dokumentiert und bietet daher dem Anwender

höchste Sicherheit und Zuverlässigkeit. Die geringen Implantatdurchmesser erleichtern die Operation und erfordern in den seltensten Fällen knochenlagerverbessernde Maßnahmen. Zur Erzielung perfekter ästhetischer Ergebnisse stehen unterschiedliche Aufbauten zur Verfügung. Die für die Implantation benötigten Bohrer sind ebenso wie das Implantat aus TIMEDUR gefertigt, somit wird das Implantatlager nicht mit Fremdmetallen kontaminiert. ☒

PN Adresse

ZL Microdent-Attachment GmbH & Co. KG
Schützenstraße 6–8
58339 Breckerfeld
Tel.: 0 23 38/8 01-0
Fax: 0 23 38/8 01-40
E-Mail: info@zl-microdent.de
www.zl-microdent.de

Innovativer SicherheitsPass

Bei Dentaorium Implants wird Produktsicherheit groß geschrieben. Das belegt der tioLogic® SicherheitsPass, der jetzt kostenlos erhältlich ist.

Eine maximale Sicherheit ist neben perfekter Ästhetik und einfachem Handling ein zentraler Parameter für die Bewertung und die Erfolgsaussichten eines modernen Implantatsystems. Das Statement „Ein Implantatsystem ohne Sicherheit ist nichts – Sicherheit ohne wissenschaftliche Dokumentation ist auch nichts“ präzisiert die Anforderungen an das Sicherheitsprofil noch weiter.

Bei der Entwicklung des tioLogic® Implantatsystems war die enge Zusammenarbeit der Spezialisten von Dentaorium Implants mit Experten in Hochschulen, Kliniken, Praxis und Labor stark sicherheitsorientiert.

Eine wesentliche Bedeutung wurde hierbei der wissenschaftlich korrekten Dokumentation und Reproduzierbarkeit der unterschiedlichen



Analysen beigemessen. So wurden z.B. an der Universität Bonn umfangreiche biomechanische Untersuchungen mithilfe von FEM-Analysen durchgeführt. Unter anderem wurde dabei der Einfluss der Implantat-Außengeometrie auf die verschiedenen Knochenbereiche (Kompakta, Spongiosa) bei vertikaler und transversaler Belastung gemessen. Die Er-

gebnisse flossen direkt in die Gestaltung der Implantatform oder der Gewindegeometrien ein.

Aber nicht nur Implantate unterschiedlicher Dimensionen wurden mithilfe modernster wissenschaftlicher Methoden entwickelt, sondern auch

beziehung technologischer Neuerungen unter dem Aspekt einer maximalen Sicherheit realisiert.

Als abschließendes Beispiel für die umfangreichen Entwicklungsdetails sei das S-M-L-Konzept erwähnt. Mit nur drei Aufbauvarianten lassen sich einfach und sicher alle fünf Implantatdurchmesser und -längen individuell und ästhetisch versorgen.

Dieses Spektrum an Sicherheitsüberlegungen im tioLogic® Implantatsystem ist ausführlich in Wort und Bild im innovativen tioLogic® SicherheitsPass beschrieben. Dieser kann ab sofort kostenlos bestellt werden. ☒

PN Adresse

DENTAURIUM
J. P. Winkelstroeter KG
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 0 72 31/8 03-0
FreeFax: 0800/4 14 24 34
E-Mail: info@dentaorium.de
www.dentaorium.com

ANZEIGE



PN Nachrichten, statt nur Zeitung lesen.

Fax an 03 41/4 84 74-2 90

Titel/Vorname _____
Name _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____ Fax _____
E-Mail _____

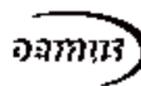
☐ Ja, ich abonniere die PN Parodontologie Nachrichten für 1 Jahr zum Vorteilspreis von € 40,00 (inkl. gesetzl. MwSt. und Versand). Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt).

Datum/Unterschrift _____

Widerrufbelehrung:
Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der Oemus Media AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Abendung genügt.

Datum/Unterschrift _____

OEMUS MEDIA AG
Abteenteich
Holbeinstraße 29
0 4229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 94 74-2 00
Fax: 03 41/4 94 74-2 90
E-Mail: grass@oemus-media.de
www.oemus.com



PN SERVICE

„Rütteln und Fädeln so einfach wie nie“

Unter diesem Motto fand am 9. Mai 2007 in Hamburg das Dr.BEST-Innovationsforum statt. Es wurden die neuesten Produktentwicklungen des Hauses vorgestellt und mit wissenschaftlichen Erkenntnissen untermauert.

Neben lockerer Atmosphäre und einem attraktiven Ambiente boten die Organisato-

Eröffnet wurde der Abend mit einem Referat der Dr.BEST-Produktmanagerin, Mana

weise nur wenig effektiv ist, wurde relativ schnell klar und leitete direkt zum nächsten Vortrag über.

Prof. Dr. Stefan Zimmer von der Abteilung Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde der Uni Düsseldorf legte im Rahmen seines Vortrages dar, dass die Quantität des Zähneputzens in Deutschland durchaus gut sei, aber die Qualität des Zähneputzens verbesserungswürdig. Er zeigte weiter, dass trotz umfangreicher Motivationsarbeit und Instruktionszeit der langfristige Erfolg der Mundhygiene nicht immer durchzusetzen sei. Denn trotz intensiver Instruktion durch die Hygieneassistentinnen oder den Zahnarzt komme es immer wieder zu Putzdefekten z. B. durch zu hohen Bürstendruck. Neben der korrekten Putztechnik ging Prof. Zimmer auch auf das Thema Interdentalreinigung ein. Da die Reinigung der Interdentalräume Approximalkaries und Parodontitis zu großen Teilen verhindern könne, präsentierte Prof. Zimmer einige Statistiken zur Verbreitung von Zahnseide und Interdentalbürstchen in deutschen Haus-

halten. Wie viele Konsumenten jedoch ihre Interdentalräume reinigten, konnte nicht geschlussfolgert werden, da die Werte der verschiedenen Institute zwischen 44 und 3 Prozent schwankten. Ursachen für die wahrscheinlich eher geringe Verbreitung und Nutzung von Zahnseide bzw.

Produktneuheiten Dr.BEST Professional Zahnseidenhalter, Dr.BEST Professional Interdental-Starter-Set und die Dreikopfbürste Dr.BEST Vibration vor. Dr. Murad erläuterte, dass es gelungen sei, mit der Dr.BEST Vibration eine batteriebetriebene Zahnbürste zu entwi-

formten Kurz-Griff könnten Plaque und Essensreste auch in den hinteren Zahnzwischenräumen mühelos entfernt werden, stellte die Referenten aus dem Hause GlaxoSmithKline fest.

Als letzter der vier Redner beleuchtete Dipl.-Psych. Heinz Rehbein zahlreiche Fakten zur Wahrnehmung von Interdental-Produkten, zu den Wünschen der Experten und den Zielgruppen.

Etwas später angereist, aber trotzdem rechtzeitig zu einem zusätzlichen – eher praktischen Vortrag –, übte Dr. Susanne Fath (niedergelassene Zahnärztin) zusammen mit dem Fachpublikum, wie der Zahnseidenhalter und die Interdentalbürstchen optimal angewendet werden. Aufgelockert durch diese praktische Übung klang der Abend mit einer lebhaften Diskussion und Antworten auf die durchaus vielfältigen Fragen aus dem Fachpublikum aus. ☒



Mit ihrem Vortrag „Dr.BEST Vibration – das erste Produkt einer neuen Zahnbürstengeneration“ weckte Dr. Dinah Murad Interesse an den neuen Produkt-Features.

ren des Dr.BEST-Innovationsforums den rund 20 anwesenden Fachjournalisten einen äußerst informativen Abend. Die vier Referenten stellten nicht nur die Produktneuheiten der GlaxoSmithKline-Gruppe vor, sondern veranschaulichten, wie diese die Mundhygiene der Patienten optimieren.

Rezvani. Sie zeigte, welche Zahnbürstentypen im Handel erhältlich sind, konzentrierte sich aber auf die verschiedenen Putztechniken: den „Schrubber“ und „Techniker“-Typen. Dabei putze der „Schrubber“ ohne jegliches Konzept „bis der Arm weh tut und er überall mal war“, so Rezvani. Dass diese Putz-



Neuheit auf dem Markt: Die batteriebetriebene Dr.BEST Vibration reinigt dank Vibration besonders gründlich und eignet sich gut für die Zahnreinigung.

Interdentalbürstchen seien Schwierigkeiten bei der Anwendung, fehlende Kenntnisse, Schmerzen nach der ersten Anwendung und die oftmals unhandlichen Produkte. Prof. Zimmer resümierte, dass nicht allein die Motivation und Instruktion verbessert werden müsse, sondern auch die Instrumente.

Anschließend trat Dr. Dinah Murad (GlaxoSmithKline Consumer Healthcare) ans Rednerpult und stellte sowohl einige Eckpfeiler der Zahnputztechnik als auch die drei

ckeln, die mit ihren sanft vibrierenden Borsten Zahnbeläge auf den Zahnoberflächen und am Zahnfleischrand besonders gut anlöse. Der neue Dr.BEST Professional Zahnseidenhalter zeichne sich durch seine einfache Anwendung aus, so Murad. Die innovative Interdentalbürste Professional entferne Plaque in größeren Zwischenräumen sorgfältig, da sie aufgrund der Borsten die Zahnflächen berührt und Hohlräume zwischen den Zähnen erreicht. Durch den ergonomisch ge-

Top-Niveau im Profinetzwerk

Hochspezialisierte Zentren mit Erfahrung und gezielter Qualitätsorientierung offerieren ihren Patienten signifikant bessere Erfolgsquoten.



Für den Erfolg dentaler Implantate ist die Qualifikation des Teams bestehend aus Chirurgen, Prothetikern und Zahntechnikern entscheidender als das verwendete Implantatsystem.

Internationale Studien belegen, dass hochspezialisierte Zentren mit Qualitätsorientierung Patienten nachweislich mit größerem Erfolg behandeln als andere. Wer Patienten die beste Behandlungsqualität bieten möchte, muss deshalb noch stärker auf Aus- und Weiterbildung setzen. Eine Zertifizierung der Praxis oder Praxisklinik zum Beispiel durch die Academy of Periointegration (AP) ist in diesem Zusammenhang der richtige Weg. Die AP, ein fachübergreifender Zusammenschluss führender Experten aus Forschung, Wissenschaft, Praxis und Industrie, widmet sich der Entwicklung von dentalen Implantaten, Insertions- und Versorgungsstrategien sowie von Nachsorgestrategien, die das hart- und weichgewebliche Implantatlager dauerhaft gesund erhalten (Periointegration). Parallel dazu wurden von dem Scientific Board der AP unter der Leitung von

Prof. Dr. Axel Zöllner Kriterien erarbeitet, die es implantologischen Praxen und Praxiskliniken ermöglichen, in das internationale Qualitätsnetzwerk der Dental Highcare Center (DHC) aufgenommen zu werden.

Für die DHC-Mitgliedschaft gelten strenge Zugangskriterien: Sie betreffen die implantologische Erfahrung und Praxiskonzeption der behandelnden Mediziner, den Nachweis anerkannter Fortbildungen sowie nicht zuletzt den qualitätsorientierten Einsatz materieller Ressourcen (QM-System). ☒

INFORMATIONSVORANSTALTUNG

„Dental Highcare Netzwerk“

Freitag, 31. August 2007
Hotel Adlon, Berlin
13.30–18.00 Uhr
Pro Person 99,- Euro

Anmeldung und Information:
dhc@dentalhighcare.de
www.dentalhighcare.de

PN Adresse

Dental Highcare Communications
c/o PubliCreation GmbH
Straßburger Straße 32
44623 Herne
Tel.: 0 23 23/9 94 96-0
Fax: 0 23 23/9 94 96-19
E-Mail: dhc@dentalhighcare.de
www.dentalhighcare.de

Verein für Zahnhygiene feierte 50. Jubiläum

Schon viel erreicht und noch viel mehr vor: Der Verein für Zahnhygiene e.V. (VFZ) zur Förderung der Zahngesundheit blickte am 10. Mai in Frankfurt a. M. auf 50 Jahre Vereinsgeschichte zurück und gab einen Ausblick auf die Zukunft. Dabei mahnten die Referenten, dass weiterhin Aufklärungsbedarf im Bereich Prophylaxe bestehe.

Es war vor genau 50 Jahren, und es war in Frankfurt, als sich Firmen der Zahn- und Mundpflagemittelindustrie zusammenschlossen, um die Prophylaxe in Deutschland in Absprache mit der Zahnärzteschaft und unter Verzicht auf kommerzielles Konkurrenzdenken und eigennützige Werbung zu fördern: Es entstand der Verein für Zahnhygiene e.V. (VFZ) mit dem Ziel, „die Öffentlichkeit über die Bedeutung

Karies vom obersten in den untersten Bereich verbessert. Mit seinen vielfältigen Akti-



Jörg Scheffler, amtierender Vorstandsvorsitzender des Vereins, hat es sich zum Ziel gesetzt, alle Kinder und Jugendlichen über Prophylaxe zu informieren.

der Zahngesundheit und die Gefahren, die dem Körper von erkrankten Zähnen drohen, aufzuklären, eine Intensivierung der Zahn- und Mundhygiene anzuregen und auf die Notwendigkeit vorsorglicher Zahnbehandlung hinzuweisen“. Zum Jubiläum gab der Verein nun im Rahmen einer Pressekonferenz für Dentalmedien am 10. Mai 2007 im Frankfurter ArabellaSheraton Grand Hotel Einblicke in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Arbeitsgemeinschaft, die heute ihren Sitz in Darmstadt hat.

„Deutschland hat sich in der weltweiten Verbreitung der

vitäten hat zweifelsohne auch der VFZ zu diesem außerordentlich erfreulichen Ergebnis mit beigetragen“, lautete dabei das Fazit des Referenten Prof. Dr. Hans-Jürgen Gülzow vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. In seinem Beitrag beschrieb er die wichtigsten Aktionen des VFZ, der seit jeher einen besonderen Fokus auf die Gruppenprophylaxe legte: So wurden schon früh sogenannte „Zahnpflegebeutel“ mit verschiedenen Mundpflageutensilien zur Einschulung der Kinder zur Verfügung gestellt. Gleichzeitig erhielten Grundschulen entsprechende Lehr-

und Lernmitteln – die Leitfäden für Kindergärten und Schulen wurden dabei immer wieder aktualisiert und zählen immer noch zu den wichtigsten Angeboten des VFZ. Der Verein beteiligte sich an der Gründung von Landesarbeitsgemeinschaften zur Förderung der Jugendzahnpflege, schuf den „Arbeitskreis zahnmedizinische Information“ sowie die Fachzeitschrift „Kariesprophylaxe“ und verleiht mit der „Tholuck-Medaille“ eine begehrte

Auszeichnung für besondere Verdienste auf dem Gebiet der Zahngesundheitsförderung. 1973 wurden erstmals Lern- und Unterrichtseinheiten sowie Kurzfilme herausgebracht, aus denen ein zahngesundheitliches Curriculum entstand, das noch immer genutzt wird.

Bis weit in die 90er-Jahre initiierte der VFZ auch hochkarätige Fachtagungen zu Prophylaxe-Themen. Und mit dem begehrten „Kariestunnel“ wendet sich der Verein ebenso direkt an die Bevölkerung wie mit dem „Tag der Zahngesundheit“, der immer zum 25. September die Öffentlichkeit

über den aktuellen Stand der Mundgesundheit informiert.

„Das Hauptziel des VFZ besteht heute vor allem darin, die existierenden hervorragenden Lehr-, Lern- und Motivationsmaterialien noch stärker zu distribuieren, um eine 100-prozentige Abdeckung in der Gruppenprophylaxe anzustreben, d. h. alle Arbeitsgemeinschaften, Landesarbeitsgemeinschaften, Kindergärten und Schulen – und damit letztlich alle Kinder und Jugendlichen – hierzulande anzupfeifen“, kündigte Jörg Scheffler, amtierender Vorstandsvorsitzender des Vereins, in seinem Beitrag an. Bereits zur Begrüßung hatte VFZ-Geschäftsführer Dr. Matthias Lehr ebenfalls auf die große Bedeutung der Arbeitsgemeinschaft und ihre guten Perspektiven zur weiteren Förderung der Zahngesundheit in Deutschland hingewiesen. ☒

PN Adresse

Verein für Zahnhygiene e.V.
Darmstadt
Liebigstr. 25
64293 Darmstadt
Tel.: 0 61 51/1 37 37-10
Fax: 0 61 51/1 37 37-30
E-Mail: info@zahnhygiene.de
www.zahnhygiene.de

„Prince Felipe Award To Technological Innovation“

Am 10. April 2007 überreichte der spanische Kronprinz Felipe den „Prince Felipe Award To Technological Innovation“ an Dr. Eduardo Anitua, dem wissenschaftlichen Direktor des spanischen Unternehmens B.T.I. Biotechnology Institute.

Unter allen nominierten Unternehmen wurde B.T.I. von der Jury für diesen Preis ausgewählt, weil „B.T.I. seit sei-

gischer Materialien zur Zell- und Geweberegeneration. B.T.I. hat auf diesem Gebiet Pionierarbeit geleistet.“

Wettbewerbsfähigkeit unter Beweis stellen konnten“. Mittlerweile ist der „Prince Felipe Award“ zur bedeutendsten Auszeichnung Spaniens im Bereich der Wirtschaft avanciert. Dank des großen Engagements in Forschung und Entwicklung hat B.T.I. 15 eigene Patente hervorgebracht. Darüber hinaus hat man folgende Qualitäts- und Produktzertifizierungen erlangt: ISO 9001: 2000, ISO 13485: 2003, CE TÜV Product Service and FDA Clearance. Auch die schnelle und effektive Internationalisierung von B.T.I. fand hohe Anerkennung. Inzwischen verfügt B.T.I. über eigene Niederlassungen in den USA, in Mexiko, in Deutschland sowie in Italien und Portugal. In anderen Ländern wie

nische Hersteller im Bereich der dentalen Implantologie und auf dem besten Wege auch international seine Position erfolgreich auszubauen. In der Geweberegeneration und der Anwendung autologer Wachstumsfaktoren (mit Anwendungsbereichen in zahlreichen medizinischen Fachrichtungen) hat sich B.T.I. eine herausragende Stellung erarbeitet. Hinter dem Erfolg des Instituts steht ein überzeugendes Gesamtkonzept, das in vielen Facetten die Biologie, Chirurgie und Technologie in der modernen, minimalinvasiven Implantologie maßgeblich mit beeinflusst hat. Wer Dr. Anitua zu aktuellen Trends in der Implantologie live erleben möchte, hat hierzu bei folgenden Terminen Gelegenheit: 5. Oktober 2007 Potsdam und 6. Oktober 2007 Hamburg. ☒



Der spanische Kronprinz Felipe überreicht höchstpersönlich die bedeutendste spanische Auszeichnung im Bereich Wirtschaft.

nen Anfängen wichtige Arbeit im Bereich Forschung und Entwicklung geleistet hat. Dies geschah in besonderem Maße im Bereich der Entwicklung neuer Produkte und Materialien sowie neuer Verfahren zur Gewinnung biolo-

Sinn dieser Auszeichnung ist es, „die öffentliche Aufmerksamkeit auf die spanischen Unternehmen zu lenken, die durch bemerkenswerte Anstrengungen mit dem firmeneigenen Potenzial und Kerngeschäft ihre

z.B. Indien, Iran, Japan, Taiwan, Griechenland, Russland usw. erfolgt die Vermarktung durch Vertriebspartner. Die jahrelange Forschungsarbeit hat nun Früchte getragen: B.T.I. Biotechnology Institute ist der wichtigste spa-

Für die Ansprüche der Patienten

Philips unterstützt bundesweit die Seminarreihe „zukunftsorientierte Zahnarztpraxis“.

Das präventive Leistungsprofil der Praxen entwickelt sich oft erst parallel mit den steigenden Ansprüchen der Patienten. Besser ist es, proaktiv zu handeln: Die Praxis der Zukunft macht sich heute fit für die Anforderungen von morgen. Hierbei helfen ausgeklügelte Praxiskonzepte, die Prioritäten und Verantwortlichkeiten festlegen. Mit Unterstützung von Philips bietet DENT-x-press bundesweit das Seminar „Die Elemente der modernen zukunftsorientierten Zahnarztpraxis“ an. Am Beispiel der Prophylaxe werden praxisnahe Konzepte für den Verkauf von Selbstzahlerleistungen und modernes Zahnarzt-Marketing vorgestellt. Der Schwerpunkt: Der erfolgreiche Aufbau eines Prophylaxeshops, in dem der Patient ein umfangreiches Mundhygieneartikel-Sortiment vorfindet. Die Kursgebühr für das vierstündige Seminar beträgt für Zahnärzte, ZMA und ZMF 149 Euro. Alle Teilnehmer erhalten am Ende des Seminars eine Philips Sonicare Schallzahnbürste im Wert von 149 Euro. Weitere Informationen zu den Seminaren

und das Anmeldeformular finden Sie unter www.dent-x-press.de ☒

PN Termine

- Berlin**
22. Juni, 14–18 Uhr
25. September, 17–21 Uhr
- Dresden**
16. Juli, 17–21 Uhr
- Frankfurt**
7. September, 14–18 Uhr
- Hamburg**
18. Juni, 17–21 Uhr
19. November, 17–21 Uhr
- Hannover**
5. September, 14–18 Uhr
- Köln**
30. August, 17–21 Uhr
- Leipzig**
9. Juli, 17–21 Uhr
- München**
13. Juli, 14–18 Uhr
- Nürnberg**
14. September, 14–18 Uhr
- Stuttgart**
24. Juli, 17–21 Uhr

PN Adresse

Philips GmbH
UB Elektro-Hausgeräte
Lübeckertordamm 5
20099 Hamburg
Tel.: 0 40/28 99-0
www.sonicare.de

PN Adresse

B.T.I. Deutschland GmbH
Rastatter Str. 22
75179 Pforzheim
Tel.: 0 72 31/4 28 06-10
Fax: 0 72 31/4 28 06-15
E-Mail: info@bti-implant.de
www.bti-implant.de

Noch umfangreicher und informativer

Das Handbuch „Implantologie“ 2007 überzeugt mit Vielfalt und 230 Seiten erstklassigen Informationen rund um den Trendbereich Implantologie.

Mit zweistelligen Zuwachsraten und ungebrochenem Innovationstempo ist die Implantologie zweifellos einer der wesentlichen Motoren der Zahnmedizin. Weit mehr als 50 Anbieter von Implantatsystemen werben bereits jetzt allein in Deutschland um die Gunst der Kunden – ein Trend, der sich wei-

reiches und geben Tipps für dessen wirtschaftlich sinnvolle Integration in die tägliche Praxis. Zahlreiche Fallbeispiele und mehr als 300 farbige Abbildungen auf über

Zusätzlich vermittelt das Handbuch Wissenswertes über Fortbildungsangebote, die Organisationen der implantologisch tätigen Zahnärzte und berufspolitische Belange. Das Kompendium wendet sich an Implantologie-Einsteiger, Überweiserzahnärzte



ter fortsetzen wird. Das aktuelle Handbuch Implantologie 2007 für Einsteiger, versierte Anwender und Spezialisten sollte deshalb in keiner Praxis fehlen. Mit dieser Publikation legt die Oemus Media AG in der 13. Auflage ein übersichtliches und komplett überarbeitetes Kompendium zum Thema Implantologie in Zahnarztpraxis und Dentallabor vor. Im Handbuch Implantologie informieren renommierte Autoren über die Grundlagen dieses Trendbe-

230 Seiten dokumentieren auf fachlich hohem Niveau das breite Spektrum der Implantologie. Relevante Anbieter stellen ihr Produkt- und Servicekonzept vor. Thematische Marktübersichten ermöglichen zudem einen schnellen und einzigartigen Überblick über Implantatsysteme, Ästhetikkomponenten aus Keramik, Knochenersatzmaterialien, Membranen, Chirurgieeinheiten sowie implantologisches Equipment. Präsentiert werden bereits eingeführte Produkte sowie innovative Entwicklungen, die neues Potenzial erschließen.

und erfahrene Anwender, die in der Implantologie eine viel versprechende Chance sehen, ihr Leistungsspektrum zu erweitern und damit die Zukunft ihrer Praxis zu sichern. ☒

PN Adresse

Oemus Media AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-0
Fax: 03 41/4 84 74-290
E-Mail: grasse@oemus-media.de
www.oemus.com

ANZEIGE

IMPLANTOLOGIE Handbuch '07



- Gesamtübersicht deutscher Implantologiemärkte
- Vorstellung Implantatsysteme
- Marktübersichten Implantatsysteme und Ästhetikkomponenten aus Keramik
- Marktübersicht Knochenersatzmaterialien
- Marktübersicht Membranen
- Vorstellung Implantologie Equipment
- Marktübersicht Chirurgieeinheiten
- Implantologie-Zahntechnik/Prothetik
- Fachgesellschaften, Berufspolitik und
- Patienteninformation

Faxsendung an 03 41/4 84 74-2 90

Bitte senden Sie mir das aktuelle Implantologie Handbuch '07 zum Preis von 50 € zzgl. MwSt. und Versandkosten (kein Rückgaberecht).

Produktstempel

Name, Vorname: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon/Fax: _____
 E-Mail: _____
 Unterschrift ✕ _____

OEMUS MEDIA AG



Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-0
Fax: 03 41/4 84 74-2 90

PN307

