

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

Periimplantitis	Mikrobiologische Diagnostik	Gesundheitskarte	90. AAP in Orlando
Schmerzloser Verlauf der Erkrankung ist größte Gefahr für Implantatverlust, daher ist langfristiger Recall unerlässlich.	Übersichtlich und detailliert informiert die aktuelle Marktübersicht über verschiedene Testverfahren zur Therapieplanung.	Nach der neuesten Präsentation auf der CeBIT gibt es neue Meinungen zur Umsetzung des ehrgeizigen Projekts.	PN war vor Ort im Gespräch mit Spezialisten zu aktuellen und brisanten Themen in Parodontologie und Implantologie.
PN Wissenschaft & Praxis_3	PN Marktübersicht_9	PN Berufspolitik_11	PN Kongresse_15

Leipziger Wissenschaftler stellen Verfahren der Bürstenbiopsie vor

Mundkrebsfrüherkennung

Schnelle und einfache oralmedizinische Vorfelddiagnostik zur Tumorfrüherkennung, von Dr. Torsten Remmerbach und Dr. Claus Reinhardt. Teil 1

Die am häufigsten durchgeführte (Screening-)Methode der Tumorfrüherkennung ist die visuelle Inspektion einschließlich Palpa-

hauterkrankungen und somit auch des Mundkrebses. Aber auch dem Geübten fällt es immer wieder im klinischen Alltag schwer, sol-

nen Stadium als solche erkannt. Noch viel schwieriger wird es, so genannte Präkanzerosen oder Präneoplasien



Abb. 1: Ober- und Unterlippen bei geschlossenem und geöffnetem Mund.



Abb. 2: Vestibulum Oberkiefer- und Unterkieferfront.

tion der oralen und angrenzenden Gewebe. Diese Untersuchungsmethode zeichnet sich dadurch aus, dass sie einfach und schnell ohne instrumentellen Aufwand in jeder zahnärztlichen Praxis durchgeführt werden kann und eine dem Patienten vertraute, in der Regel schmerzfreie und kostenextensive Untersuchungstechnik darstellt. Das Verständnis der klinisch normalen Struktur und der Oberflächenbeschaffenheit der verschiedenen Mundschleimhautregionen erleichtert die Frühdiagnose von Mundschleim-

che Veränderungen hinsichtlich ihres biologischen Verhaltens (Dignität) richtig zu interpretieren. Geht man davon aus, dass ein niedergelassener Kollege während seiner gesamten Berufstätigkeit im Durchschnitt etwa drei bis vier Plattenepithelkarzinome erkennen müsste, kann man leicht die Problematik erkennen. Auf Grund der oftmals mangelnden klinischen Erfahrung in der Tumordiagnostik hinsichtlich der visuellen mannigfaltigen Erscheinungsformen dieser Entität, werden diese meist erst in einem fortgeschritte-

als solche zu erkennen und die entsprechende Diagnostik und Therapie einzuleiten. Üblicherweise wird man in diesen Fällen eine Probeentnahme vornehmen lassen und die weitere Therapie vom Ergebnis der histologischen Untersuchung abhängig machen. Aber Probeexzisionen sind als Methode für die Früherkennung des oralen Plattenepithelkarzinoms wegen ihrer invasiven Vorgehensweise in der zahnärztlichen Praxis ungeeignet.

PN Wissenschaft & Praxis_6

Neue Gewichtung der Ausbildungsinhalte

Novellierung der Approbationsordnung

Interdisziplinärer Zusammenhang zwischen Zahn- und Humanmedizin bestimmt Änderung

(eb) – In Zukunft werden Studierende in Hessen mit dem Studium der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde einige Neuerungen erfahren. Der Entwurf einer novellierten Approbationsordnung für Zahnärzte ist dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) am 16. März 2005 vorgelegt worden.

Der Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) Dr. Dr. Jürgen Weitkamp sieht damit eine wesentliche Forderung des Wissenschaftsrates erfüllt. Dieser hatte bereits zu Beginn des Jahres u. a. eine stärkere Angleichung des zahnmedizinischen Studiums an die medizinische Ausbil-

dung gefordert (PN berichtete in der letzten Ausgabe). „Die Tatsache, dass wir unter koordinierter Beteiligung der maßgeblichen Organisationen unseres Berufsstandes bereits seit zwei Jahren an diesem Entwurf gearbeitet haben, zeigt, dass wir die vom Wissenschaftsrat monierten Schwächen der bestehenden Approbationsordnung längst selbst erkannt und aus eigenem Antrieb abgestellt haben“, erklärten BZÄK-Präsident Weitkamp und der Vorsitzende der Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK), Prof. Dr. Dr. Siegmund Reinert, gemeinsam. Der Grundgedanke der neuen

Approbationsordnung sieht eine engere Verbindung des Medizin-Studiums und des Zahnmedizin-Studiums vor. Somit wird die gesamte Ausbildung bis zum ersten Teil des Staatsexamens zusammengelegt. Das erste Studienjahr soll einen allgemeinmedizinischen Grundlagenüberblick vermitteln und erst danach erfolgt die gezielte zahnmedizinische Ausbildung. Eine bundeseinheitliche Prüfungsordnung sieht zukünftig vor, dem wachsenden Bedarf einer engeren Verknüpfung von Allgemein- und Zahnmedizin gerecht zu werden.

PN Berufspolitik_11

2. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin

Aktuelle Standards der Implantatprothetik in Leipzig

Die Veranstaltung vom 9. bis 10. September 2005 im The Westin Hotel Leipzig steht in diesem Jahr ganz im Zeichen der Implantatprothetik, ein Thema, das angesichts der neuen Festzuschussregelungen eine besondere Aktualität hat.

Wissenschaft und Praxis auf höchstem Niveau, das ist der Anspruch des im letzten Jahr erstmals veranstalteten Forums für Innovative Zahnmedizin. Schon die erste Veranstaltung sprengte damals alle Erwartungen. Rund 250 MKG- und Oralchirurgen sowie implantologisch tätige Zahnärzte aus dem gesamten Bundesgebiet waren der Ein-

ladung nach Leipzig zu einem sehr spezialisierten, dafür aber sehr detailorientierten wissenschaftlichen Symposium zum Thema aktuelle Standards der Knochenregeneration gefolgt. In der Zeit vom 9. bis 10. September 2005 findet jetzt unter Leitung von Prof. Dr. Wolfgang Freesmeyer aus Berlin, Prof. Dr. Rudolf Reich aus



Bonn und Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen Köhler aus Berlin als Fortsetzung der Veranstaltungsreihe ein wissenschaftliches Symposium zum Thema „Aktuelle Standards der Implantatprothetik – von der prothetischen Planung bis zur funktionellen und ästhetischen Rehabilitation“ statt.

PN Kongresse_15

ANZEIGE

Augmentative Therapie von Parodontopathien

Cupral®

Das überlegene Mittel in der Parodontologie und Endodontie

mit den Eigenschaften von Calciumhydroxid aber etwa 100fach stärkerer Desinfektionskraft. Schnelle Ausheilung. Selektive Auflösung des Taschenepithels mit Membranbildung. Sichere Abtötung aller Keime mit Langzeitwirkung ohne Resistenzentwicklung, auch bei Anaerobiern und Pilzen.

15 g Paste im Fläschchen **€ 38,20**

Einhand-Dosierspritze mit 2 g Paste und 5 Kanülen **€ 25,30**

Inhaltsstoffe im stabilisierten chemischen Gleichgewichtssystem: Hochnegativ geladenes Nano-Kupfer-II-Hydroxid, Hydroxycuprat-Anionen, Calciumsulfat-Dihydrat, Calciumhydroxid-hochdispers, Methylcellulose, Aqua dest.

Lieferungsbedingungen: Perlo- u. Verpaungsartikel pro Lieferung € 4,40; ab € 77,- Lieferart perlo- und verpaungsartikel.
Zahlungsbedingungen: innerhalb 10 Tagen 2% Skonto, innerhalb 30 Tagen netto.

HUMANCHEMIE GmbH - D-91061 Alfeld - Tel. 051 81-24633 - Fax 051 81-81225
Besuchen Sie uns im Internet: www.humanchemie.de

PN NACHRICHTEN

Gesetzliche Krankenversicherungen brauchen Imagepolitik

Private Krankenversicherer passen ihr Konzept individuellen Kundenbedürfnissen scheinbar viel besser an

Geht es nach der Studie „Branchenkompass 2004 Gesundheitswesen“ von Mummert Consulting und dem F.A.Z.-Institut, so haben die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) allein 2003 rund 300.000 Mitglieder an private Versicherungen (PKV) verloren und wollen in Zukunft stärker um ihre Kunden kämpfen. Das Problem: Die gesetzlich Versicherten sind häufig unzufriedener und fühlen sich kaum an ihre Krankenkasse gebunden. Daher hält fast jeder Topmanager deutscher Krankenkassen Investitionen in Kundenbindung und Kundenwertentwicklung für wichtig.

Gesetzlich Versicherte zahlen im Durchschnitt 7,1 Prozent des monatlichen Gehalts an die Krankenkasse. Doch nur die Hälfte der GKV-Mitglieder ist mit ihrer Versicherung zufrieden. Die freiwillig gesetzlich Versicherten sind immer häufiger bereit, in eine private Krankenversicherung zu wechseln. Die hohe Wechselbereitschaft der Mitglieder zwingt Versicherungen, stärker in Kundenbindung und Kundenwertentwicklung zu investieren. In den letzten Jahren gaben deshalb 82 Prozent der Krankenkassen und -versicherungen Geld für Kundenzufriedenheitsbefragun-

gen und Beschwerdemanagement aus. Die gesetzlichen Kostenträger wenden mehr Geld für die Kundenbindung auf: Während beispielsweise 85 Prozent der gesetzlichen Kassen Geld in das Beschwerdemanagement stecken, sind es bei den privaten Versicherungen lediglich 64 Prozent. Neun von zehn gesetzlichen Kassen wollen zudem in Kundeninformationssysteme investieren. Sie sollen helfen, die Versicherungen individueller an die Bedürfnisse der Kunden anzupassen.

Quelle: Mummert Consulting AG

Wie gesund sind die Zähne der Deutschen?

Großstudie zur Mundgesundheit gestartet

Im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) startete in diesen Tagen eine bundesweite Großstudie zum Stand der Zahngesundheit in der Bevölkerung. Die „Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV)“ nimmt bei einem repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung die Verbreitung von Zahnkaries und Erkrankungen des gesamten Zahnhalteapparates (Parodontopathien), die Mundhygiene und Ernährungsgewohnheiten, die Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen und die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität nach international vergleichbaren Maßstäben unter die Lupe. Ziel ist es, die Daten über die Mundgesundheit und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland auf einen ak-

tuellen Stand zu bringen. Dafür sind drei mobile zahnärztliche Untersuchungsteams in



den kommenden sechs Monaten an 90 Orten in ganz Deutschland im Einsatz, um rund 4.000 Menschen zu befragen und zu untersuchen. Das von KZBV und BZÄK getragene Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Köln ist für die Gesamtstudie verantwortlich. Wissenschaftliche Unterstützung erhält die Studie darüber hinaus durch die Universitäts-

zahnkliniken in Dresden, Köln und Hamburg. Untersucht werden die Altersgruppen der 12-Jährigen, der 15-Jährigen, der 35- bis 44-Jährigen und der 65- bis 74-Jährigen. Die Personen, die schriftlich zu den Untersuchungen eingeladen wurden, werden von den zahnärztlichen Teams nicht behandelt, die zahnärztlichen Befunde werden lediglich in anonymisierter Form aufgezeichnet. Die bundesweite Untersuchung ergänzt drei Großstudien aus den Jahren 1989, 1992 und 1997, bei denen erstmals genaue Daten über die Mundgesundheit der Deutschen ermittelt wurden. Ziel der beteiligten Wissenschaftler ist es, durch die aktuelle Untersuchung Veränderungen erkennen und auswerten zu können, der Öffentlichkeit und den Zahnärzten selbst fundierte medizinische Orientierungsdaten an die Hand zu geben, um das System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland den wechselnden Herausforderungen anzupassen.

Quelle und Info: BZÄK und KZBV

Implants – neuer Markenbrand für das IMOI

International Magazine of Oral Implantology präsentiert sich zur IDS im neuen Layout und wird über die weltweite Vertriebsstruktur von Dental Tribune International zusätzlich auf allen international wichtigen Messen und Kongressen präsent sein.

Das seit fünf Jahren in einer Auflage von 10.000 Exemplaren weltweit erscheinende International Maga-

zine of Oral Implantology präsentiert sich zur IDS in einem neuen Layout. Unter dem neuen Markenbrand „Implants“ wird es künftig sowohl im Direktversand an Abonnenten als auch auf allen wichtigen Messen und implantologischen Kongressen präsent sein. Damit in Zusammenhang steht die Eingliederung der Publikation in die weltweite Vertriebs- und Distributionsstruktur von Dental Tribune International. Über den Stammlererkreis hinaus ist das International Magazine of Oral Implantology künftig auch in Russland, China, den osteuropäischen Staaten, Singapur, Südafrika, Korea, den Vereinigten Arabischen Emiraten, Frankreich, Italien, Südamerika, Kanada und den USA auf Messen und Kongressen präsent. Damit erreicht das IMOI eine für eine zahnmedizinische Spezialpublikation einzigartige Präsenz und Verbreitung. Mit dem veränderten inhaltlichen Konzept ist das IMOI jetzt Plattform für alle international bedeutenden Aktivitäten rund um die Implantologie. Neben der DGZI als Herausgeber gehören weitere implantologische Fachgesellschaften aus zahlreichen Ländern zu den Partnern des IMOI.



zine of Oral Implantology präsentiert sich zur IDS in einem neuen Layout. Unter dem neuen Markenbrand „Implants“ wird es künftig sowohl im Direktversand an Abonnenten als auch auf allen wichtigen Messen und implantologischen Kongressen präsent sein. Damit in Zusammenhang steht die Eingliederung der Publika-

DGZMK/Colgate Forschungspreis

Auch im Jahr 2005 gibt es wieder die Chance für junge Wissenschaftler, das Preisgeld zu gewinnen

Unter der Schirmherrschaft der DGZMK wird der diesjährige, mit insgesamt 6.000 Euro dotierte DGZMK/Colgate Forschungspreis für Junge Wissenschaftler, im Rahmen der Eröffnungsfeierlichkeiten auf deren 129. Jahrestagung am 26. Oktober 2005 in Berlin verliehen. Durch diesen Preis sollen herausragende wissenschaftliche Arbeiten von Nachwuchswissen-

schaftlern aus dem gesamten zahnmedizinischen Bereich ausgezeichnet werden.

- 1. Preis: 3.000,- €
- 2. Preis: 2.000,- €
- 3. Preis: 1.000,- €

Einsendeschluss ist der 15. Juni 2005.

PN PARODONTOLOGIE NACHRICHTEN

Teilnahmebedingungen und weiterführende Info:

Colgate-Palmolive GmbH
„Colgate/DGZMK Forschungspreis“
Lübecker Straße 128
22089 Hamburg
Tel.: 0 40/73 19-13 24
Fax: 0 40/73 19-27 19
E-Mail: michael_warnecke@colpal.com
www.dgzmk.de

PN Kurznotiert

Bohren war mal

Zahnarztphobiker können aufatmen: Ein künstlicher Zahnschmelz soll kleine Löcher in Minuten reparieren – ganz ohne Bohren. Japanische Forscher haben einen künstlichen Zahnschmelz entwickelt, mit dem sich kleine Löcher auch ohne die manchmal schmerzhaften Prozeduren füllen lassen.

Bislang wurden auch kleine Schädstellen im Zahn zunächst ausgebohrt und dann zum Beispiel mit Amalgam gefüllt. So müsste eine unverhältnismäßig große Menge der gesunden Zahnschmelz entfernt werden, kritisieren die Wissenschaftler. Bei der Behandlung mit ihrer Paste könne dies vermieden werden.

Ein weiterer Vorteil des künstlichen Zahnschmelzes liege in seiner langen Haltbarkeit. Außerdem schütze er den Zahn auch in Zukunft vor Kariesbefall, indem er die natürliche Glasur stärke.

Quelle: Spiegel online

Frauen putzen häufiger die Zähne

Rund 80 Prozent der Deutschen putzen mindestens zweimal am Tag die Zähne, wie eine Umfrage des Offenbacher Meinungsforschungsinstituts Marplan ergeben hat. Knapp elf Prozent gaben an, sogar nach jeder Mahlzeit die Zähne zu putzen. Während es bei den Morgens- und abends-Putzern kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt, zeigen sich die Frauen nach den Mahlzeiten deutlich reinlicher. Dann pflegen mit 13,2 Prozent annähernd doppelt so viele wie bei den Männern die Zähne. Generell steigt die Putzhäufigkeit mit zunehmender Bildung. Ob man mit einem Partner zusammen lebt, bleibt dagegen fast ohne Einfluss auf die Zahnputz-Statistik.

Quelle: Berliner Morgenpost

Gesunde Zähne brauchen Fleisch

Vegetarier sollten besonders gut auf ihre Zähne achten! Untersuchungen zur Zahngesundheit in den USA und in Europa zeigen, dass die Häufigkeit von Karies zwar abnimmt, die von nichtkariösen Defekten der harten Zahnschmelzsubstanz jedoch zunimmt. Das Ergebnis: In puncto Hygiene, Karies, Parodontose, Speichelfluss und -pufferkapazität sowie Zahnpflegegewohnheiten unterschieden sich beide Gruppen nicht. Doch wiesen Vegetarier erheblich häufiger nichtkariöse keilförmige Hartsubstanzdefekte und schwere Abnutzungen der Zahnflächen auf. „Das liegt am Säurekonsum“, erklärten die Forscher. „Vegetarier trinken viel Obstsaft bzw. essen besonders oft Salat, der meist mit Essig angemacht ist. Die darin enthaltenen Säuren setzen aber der Zahnhartsubstanz zu.“ Wenn man gleich danach die Zähne schrubbt, können Defekte entstehen.

Quelle: medical-tribune.de

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
kontakt@oemus-media.de

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

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

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

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

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

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

PN WISSENSCHAFT & PRAXIS

Parodontale Medizin im Fokus

Aus Anlass des 1. Internationalen Symposiums für parodontale Medizin und Implantologie (Berlin, 23.–25. Juni 2005) widmen sich die *PN Parodontologie Nachrichten* beginnend mit der vorliegenden Ausgabe der interdisziplinären Betrachtungsweise parodontaler Erkrankungen.

Im Rahmen des Symposiums werden sich namhafte nationale und internationale Referenten in ihren Vorträgen und in Workshops mit den Auswirkungen parodontaler Erkrankungen auf den gesamten menschlichen Organismus beschäftigen. Damit wird u. a. eine aktuelle Forderung des Wissenschaftsrates nach einer stärkeren interdisziplinären Zusammenarbeit von Human- und Zahnmedizin aufgegriffen.

Die Volkskrankheit Parodontitis wirkt sich nachweislich auf die Allgemeingesundheit des Menschen aus. Umso mehr gewinnt daher die rechtzeitige Diagnose und Therapie dieser Erkrankung an Bedeutung. Dem Behandler steht heute ein breites diagnostisches und therapeutisches Spektrum zur Verfügung, das es gezielt einzusetzen gilt. Unsere Marktübersicht soll hier einen Überblick über die gegenwärtig angebotenen mikrobiologischen Testverfahren ermöglichen. In un-

serer Rubrik Wissenschaft & Praxis sollen die Beiträge der Referenten Dr. Dr. Dr. Christian Foitzik aus Darmstadt („Periimplantitis – ein Behandlungskonzept für die tägliche Praxis“) sowie Priv.-Doz. Dr. med. Maritta Kühnert aus Marburg („Spezielle Mundkeime können Ungeboresenes schädigen“) bereits einen Vorgeschmack auf das 1. Internationale Symposium „Parodontale Medizin und Implantologie“ geben (siehe Anzeige S. 21 und 22).

der Entstehung der Parodontitis kennen. Das Keimspektrum bei einer Periimplantitis ähnelt sehr stark dem einer Periodontitis und besteht hauptsächlich aus gramnegativen Anaerobiern. Wichtigster Übertragungsweg scheint die Besiedlung aus erkrankten Parodontien auf Implantate zu sein (Leonhardt et al. 1992, Koka et al. 1993, Mombelli et al. 1995). Neben Plaque und schlechter Mundhygiene stellen auch andere Faktoren wie Rauchen oder fehlende keratinisierte Gingiva begünstigende Momente für die Entstehung einer Periimplantitis dar.

Bonus-Aktion für künftige Autoren

Sie haben nach wie vor die Möglichkeit eine kostenlose Einladung zum 1. Internationalen Symposium „Parodontale Medizin und Implantologie“ zu erhalten (Kongressgebühr und Tagungspauschale), wenn Sie als Autor aktiv werden. Sie senden uns Ihre Falldarstellung mit entsprechendem Bildmaterial bis zum 15.05.2005 zu. Kriterien sind nach wie vor Qualität, Originalität, Aktualität und hohes fachliches Niveau des präsentierten Falles. Ein Gremium von Vertretern verschiedener Fachrichtungen wählt die drei besten Einsendungen aus. Die besten drei Dokumentationen werden in der *PN Parodontologie Nachrichten* veröffentlicht und die Gewinner erhalten eine Einladung zum 1. Internationalen Symposium „Parodontale Medizin und Implantologie“ nach Berlin.

Ihre Einsendungen bitte an:

Oemus Media AG, Redaktion *PN Parodontologie Nachrichten*
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
E-Mail: info@oemus-media.de



Periimplantitis in der täglichen Praxis

Besondere Gefahr für Implantatverlust liegt im schmerzlosen Ablauf der Entzündungen, daher ist regelmäßiges und langfristiges Recall unerlässlich, von Dr. Dr. Dr. Christian Foitzik

Periimplantäre Entzündungen stellen die häufigste Ursache für Misserfolge bei Implantaten dar. Sie sind durch entzündliche Infiltrate der Weichgewebe um die Implantate gekennzeichnet und durch einen fortschreitenden Abbau des periimplantären Knochens. Die Tatsache, dass diese Entzündungen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle schmerzlos verlaufen, ist besonders gefährlich, da sich die betroffenen Patienten meist erst vorstellen, wenn sie eine akute Exazerbation bekommen oder eine Lockerung des Implantats bemerken. Dies macht deutlich, dass ein regelmäßiges, langfristiges Recall für Implantatpatienten unerlässlich ist, um dauerhaften Erfolg zu erreichen.

sprünglichen Dicke der Mukosa entsteht, schützt die Zone der Osseointegration vor schädlichen Faktoren der Plaque und der Mundhöhle (Berglundh et al. 1996). Das periimplantäre Bindegewebe ist dadurch gekennzeichnet, dass es deutlich mehr Kollagen und weniger Fibroblasten enthält, als zahnumgebendes Bindegewebe. In seiner Struktur entspricht es einem Nar-

bengewebe, welches weniger vaskularisiert ist als parodontales Gewebe (Lindhe et al. 1997). All diese Kennzeichen führen zu einer erhöhten Anfälligkeit des periimplantären Gewebes für Infekte und zu einer verminderten Immunabwehr.

Bakterielle Infektion und Wirtsantwort

Am Abutment eines Implan-

tats kann, wie beim natürlichen Zahn, über Plaque eine bakterielle Kolonisation aus dem Speichel zur Ausbildung eines Biofilms führen. Ebenso wie die gingivale Manschette um einen Zahn ist auch die implantatumgebende Mukosa eng an das Implantat adaptiert und bildet einen koronalen Sulkus über dem Knochen. Die bakterielle Kolonisation führt zu analogen Entzündungsmechanismen, wie wir sie aus

der Entstehung der Parodontitis kennen. Das Keimspektrum bei einer Periimplantitis ähnelt sehr stark dem einer Periodontitis und besteht hauptsächlich aus gramnegativen Anaerobiern. Wichtigster Übertragungsweg scheint die Besiedlung aus erkrankten Parodontien auf Implantate zu sein (Leonhardt et al. 1992, Koka et al. 1993, Mombelli et al. 1995). Neben Plaque und schlechter Mundhygiene stellen auch andere Faktoren wie Rauchen oder fehlende keratinisierte Gingiva begünstigende Momente für die Entstehung einer Periimplantitis dar.

Wegen der hohen Übereinstimmung zwischen der Periimplantitis und der Parodontitis ist die Periimplantistherapie analog zur systematischen Parodontalbehandlung konzipiert.

Therapiekonzept

Lang et al. (1994) entwickelte ein auffangendes, kumulatives und unterstützendes Therapiekonzept (AKUT – Schema), um im Rahmen des Implantatrecalls periimplantären Erkrankungen gezielt begegnen zu können und auf ver-

Fortsetzung auf Seite 4

Morphologie: Anatomische Strukturen um ein Implantat

In zahlreichen Studien wurden die Mikroanatomie und Funktion der periimplantären Mukosa untersucht (Berglundh et al. 1991, 1994; Abrahamsson et al. 1996; Moon et al. 1999). Es zeigte sich, dass sich in jedem Fall, unabhängig vom Implantatsystem, eine charakteristische Weichteilmanschette um das Implantat ausbildet. Diese besteht zunächst aus oralem, keratinisiertem Epithel und geht über in ein Saumepithel, welches an der Titanoberfläche durch eine Basallamina und Hemidesmosomen anheftet (Arvidsson et al. 1996).

Das ca. 2 mm lange, nicht keratinisierte Saumepithel ist an seinem apikalen Ende nur wenige Zellschichten dick. Es wird vom Knochen durch eine 1 bis 2 mm dicke Bindegewebsschicht abgegrenzt. Dies entspricht weitestgehend auch der Situation am natürlichen Zahn. Diese 3 bis 4 mm breite biologische Barriere, die unabhängig von der ur-



Gerade wer das Bewahrenswerte bewahren will, muss verändern, was der Erneuerung bedarf.

Willy Brand

Was im großen Ganzen gut und bewährt ist, gibt oft nur im Detail Anlass zur Verbesserung. Schon kleine Veränderungen können da große Fortschritte schaffen, z.B. wenn sie die Arbeit erleichtern oder weniger zeitaufwändig machen. Demnächst gibt es ein neues Im-

plantat, an dem manches anders ist, mit dem aber alles einfacher und ästhetischer geht. Wenn Sie schon jetzt mehr darüber wissen möchten, können Sie auch unter www.dentegris.de erfahren, warum wir in der Implantologie immer eine Idee besser sind. Oder rufen Sie uns einfach an.



Dentegris
MEDICAL DENTAL & CO. KG
IMMER EINE IDEE BESSER

Josef-Wirmer-Str. 1-3 · D-53123 Bonn
Fon: +49 228 429680 · Fax: +49 228 4296891

ANZEIGE

Fortsetzung von Seite 3

schieden starke Ausprägungen jeweils angemessen reagieren zu können. Dabei

- periimplantäre Taschen
- röntgenologisch sichtbarer Knochenabbau
Wird bei einem zu Beginn

sechs Monate verlängert werden.
Die parodontalen Markerkeime *P.gingivalis*, *P.intermedia* und *F. nucleatum* können

Alternativ kann die Anwendung lokal wirkender Antibiotika erwogen werden, sog. „controlled released drugs“ wie z.B. Atridox, Atri-

zelle Fallstudien zeigen jedoch Erfolge.
Bei stark progressivem Knochenabbau kann eine chirurgische Intervention ange-

Kenntnis der therapeutischen Möglichkeiten und deren Indikationen erhöhen die Erfolgsquoten der Periimplantitistherapie und damit die funktionelle Verweildauer eines implantatgestützten Zahnersatzes.



Abb. 1: Röntgenbefund bei einer Periimplantitis im rechten Unterkiefer.



Abb. 2: Klinischer Befund mit Sekretaustritt und Schwellung der umgebenden Weichteile.



Abb. 3: Granulationsgewebsreste und putrides Sekret am Explantat.

werden die folgenden Parameter, die bei jedem Recall erhoben werden, berücksichtigt:

- Plaqueakkumulation
- BOP (Bleeding on probing)
- Suppuration

vierteljährlich empfohlenen Recall keiner dieser Parameter festgestellt, so liegen physiologisch gesunde Verhältnisse vor und bei mehrfach vorliegenden reiz- und entzündungsfreien Verhältnissen kann der Recall-Zeitabstand auf

mit der Einnahme von 3 x 250 mg Metronidazol über sieben Tage eliminiert werden. Bei Nachweis von *A. actinomycetemcomitans* wird zusätzlich die Einnahme von 3 x 500 mg Amoxicillin über sieben Tage empfohlen (Socransky et al. 1993).

sorb (Fa. Kurasan, Kleinostheim). In der Parodontologie ist die Wirksamkeit lokaler Antibiotika in kontrollierten Studien nachgewiesen (Magnusson et al. 1994). Bei periimplantären Entzündungen liegen noch keine Langzeitergebnisse vor, ein-

zeigt sein, wobei sowohl reaktive als auch regenerative Maßnahmen möglich sind. In letzter Zeit werden bioaktive Substrate für die Behandlung der Periimplantitis eingesetzt. Eine richtige und umfangreiche Diagnostik und die

Zusammenfassung

Entzündliche Komplikationen im Sinne einer Periimplantitis führen unbehandelt schnell zum Implantatverlust. Heute stehen mehrere Behandlungsmethoden zur Verfügung, die bei richtiger Indikationsstellung zu einer deutlichen Verlängerung der Funktionsfähigkeit des Implantates führen. □

Die Literaturangaben sind auf Anfrage in der Redaktion erhältlich.

PN Adresse

Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. nat. Christian Foitzik
Nieder-Ramstädter-Str. 18
64283 Darmstadt

Spezielle Mundkeime können Ungeborenes schädigen

Es besteht ein nachgewiesener Zusammenhang zwischen Infektionen und ihren nachteiligen Auswirkungen auf Schwangerschaft bzw. Frühgeburt, von Priv.-Doz. Dr. med. Maritta Kühnert

Fünf bis zehn Prozent aller Geburten sind Frühgeburten, das heißt, Schwangerschaften die rechnerisch < 37+0 SSW entbunden werden. Sie haben eine alarmierend ansteigende Häufigkeit und sind ein ökonomischer Faktor von hohem Impakt; eine steigende neonatale und maternale Morbidität und Mortalität nehmen dabei eine führende Rolle ein. Primäre und sekundäre präventive Interventionen sind in diesem Zusammenhang vielfältig: Legen einer Cerclage, Gabe von Progesteron, Erkennung und Behandlung von Infektionen, Gabe von Antibiotika bei vorzeitigen Wehen und Gebrauch von Tokolytika.

zungsweise über 40 Prozent aller Frühgeburten werden durch intrauterine Infektionen mit meist subklinischem Verlauf verursacht. Je niedriger das Gestationsalter bei Geburt, desto höher ist die Rate intrauteriner Infektionen. In zehn Prozent findet sich eine mikrobielle Invasion der Amnionhöhle bei intakter Fruchtblase und in 30 Prozent bei frühem vorzeitigem Blasensprung, wenn es konsekutiv zur Frühgeburt kommt. Bei Frauen mit anamnestisch hohem Risiko für eine Frühgeburt und einer bestehenden bakteriellen Vaginose sollten definitiv Screening und Therapie erfolgen, da bakterielle Vagi-

klinischen Symptomen sollte speziell auf Trichomonaden, Gonokokken und Chlamydien untersucht werden und bei positivem Nachweis eine adäquate Therapie erfolgen. Bei anamnestisch und klinisch asymptomatischen Frauen machen Screening und Antibiose keinen Sinn, um das Frühgeburtsrisiko zu reduzieren. Im Sinne einer sekundären Prävention durch prophylaktische Antibiotikagabe konnte zwar bedingt eine Reduktion mütterlicher Infektionen erreicht werden, aber es gelang dadurch nicht, die neonatale Morbidität und Mortalität zu senken. Die Definition von Risiko-

taflora, um frühzeitig eine intrauterine Infektion zu diagnostizieren, ermög-

kokken und intrauterine Infektionen. Ein neues potenzielles Risiko für Frühgeburt und fetale Wachstumsretardierung sind parodontale Erkrankungen: hämatogene Streuung der Erreger und

waren in diesen Fällen nicht assoziiert mit definierten Markern für Entzündungen des oberen Genitaltraktes. Fazit: Im Rahmen der Schwangerenvorsorge sollte grundsätzlich bei anamnestisch vorbestehendem Risiko, rezidivierenden Urogenitalinfektionen, bakterieller Vaginose und spezifischen Infektionen (Trichomonaden, Gonokokken, Chlamydien) ein Screening mit konsekutiver adäquater Therapie auf Frühgeburtslichkeit erfolgen. Das Gleiche gilt für vorzeitige Wehen unklarer Genese: hierbei müssen parodontale Erkrankungen ausgeschlossen bzw. bestätigt und behandelt werden. Nur ein solches Procedere ermöglicht eine Reduktion der Rate mütterlicher und neonataler Morbidität und Mortalität mit konsekutiver Senkung der immensen Folgekosten für die Sozietät. □

PN Tabelle

Erkrankungen	Frühgeburtsrisiko	Untersucher
bakterielle Vaginose	OR: 1,8–6,9	Carlini (2002), Meis (1995), Mc Gregor (1995), Kurki (1992), Martius (1988), Gravett (1986)
Chlamydien	OR: 1,5–3,9	Martius (1988), Gravett (1986), Andrews (2000)
Gonokokken	OR: 2,9 (95% CI: 1,2–7,2)	Elliott (1990)
Trichomonaden	OR: 1,3–1,8	Cotch (1997), Buchmayer (2003)
Schwere periodontale Erkrankungen	OR: 3,4 (95% CI: 1,5–7,7)	Goepfert (2004)

Zusammenhang zwischen zervikovaginalen Pathogenen und Frühgeburt.

licht eine Frühgeburtslichkeit zu erkennen und zu verhindern und dadurch eine signifikante Reduktion von Spätaborten und Frühgeburten zu erreichen. Infektiöse und inflammatorische Mechanismen spielen eine wesentliche Rolle bei Frühgeburt und zerebralen Schädigungen des Neonaten, auch bei nur geringer Inzidenz für eine Frühgeburt in diesen Fällen. Zwischen Chorioamnioinonitis und fetaler Hirnschädigung besteht ein eindeutiger Zusammenhang: Gewebeinteraktionen im Bereich der fetomaternalen Austauschfläche haben eine Schlüsselfunktion bei der Induktion von vorzeitigen Wehen und fetalen Hirnschädigungen. Periventrikuläre Leukomalazie und zerebrale Schädigungen beginnen intrauterin und stehen ursächlich in Zusammenhang mit intraamniotischen Infektionen; im Wesentlichen bewirken dies: urologische Infektionen, bakterielle Vaginosen, β -hämolyisierende Strepto-

plazentarer Tropismus für spezielle Mundkeime, die als Mediator für eine fetale Wachstumsretardierung agieren, sind die Ursachen hierfür. Frauen mit spontaner Frühgeburt weisen häufiger schwere parodontale Erkrankungen auf, als Frauen mit drohender Frühgeburt oder Entbindungen am Termin. Die parodontalen Erkrankungen

PN Adresse

Priv.-Doz. Dr. med. Maritta Kühnert
Klinik für Geburtshilfe und Perinatalmedizin
Universität Marburg

PN Kurzvita

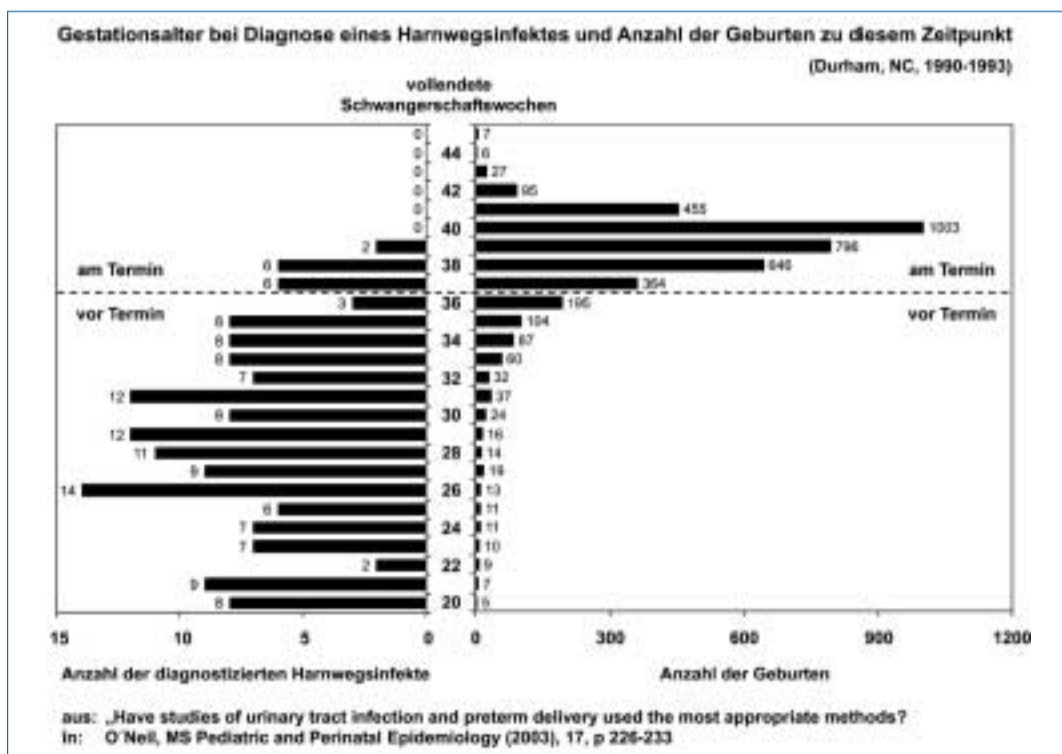


Priv.-Doz. Dr. med. Maritta Kühnert

- 1976–82 Studium Humanmedizin, Uni/Frankfurt am Main
- 1982 Approbation

- 1983 Promotion
- 1982–83 Chirurgie Stadt-KH/Hanau
- 1983–88 Facharztweiterbildung Uni-Frauenklinik/Frankfurt am Main
- 1989–91 Spez. Fakultative Geburtshilfe und Perinatalmedizin
- 1992–98 OÄ Abteilung Geburtshilfe und Perinatalmedizin, Uni/Frankfurt am Main
- 1998 Lfd. OÄ Abteilung Geburtshilfe und Perinatalmedizin, Uni/Marb.
- 2004 Habilitation

Forschung: Fetale Pulsoximetrie, Hypertonie, Diabetes mellitus u. Immunologie in graviditate, Infektion und Frühgeburtslichkeit



Gestationsalter bei Diagnose eines Harnwegsinfektes und Anzahl der Geburten zu diesem Zeitpunkt (Durham, NC, 1990-1993).

Die vordringliche primäre Prävention besteht in Screening und Therapie von Infektionen: schätz-

nosen als Marker für ein ansteigendes Risiko für einen Spontanabort oder eine Frühgeburt gelten. Bei

prädiktoren für die Routineschwangerenvorsorge wie vaginale pH-Messung und Beurteilung der Geni-

Mundkrebsfrüherkennung ...

Fortsetzung von Seite 1

Häufig werden in der Praxis Mundschleimhautveränderungen oder Präkanzerosen gar nicht entdeckt, weil sie

len Veränderungen wie Leukoplakien, Lichen, Erythroplakien und selbstverständlich bei Tumorverdacht (bei manifesten, klinisch eindeutigen Karzinomen sollten Sie

Da die Mehrheit der Tumorpatienten eine lange Rauch- und Alkoholanamnese aufweisen, ist gerade diese Patientengruppe einem besonders hohen Krebsrisiko

ausgesetzt, was diesen Patienten selbst jedoch kaum bewusst zu sein scheint.

folgen, falls möglich auch fotografisch.

- Bei neu eingegliederten Prothesen und gleichzeitigen, zweifelhaften Ulzera sollte die Passgenauigkeit selbstkritisch überprüft und ggf. korrigiert werden.
- Bei Unklarheiten bezüglich der Passgenauigkeit des

morggröße ein wichtiger prognostischer Faktor ist, muss neben einer Intensivierung der Aufklärung des Patienten über die Ätiologie des Plattenepithelkarzinoms des Mundraumes die Früherkennung dieses Tumors in der (zahn-)ärztlichen Praxis verbessert werden. So ist es die vordringliche



Abb. 3: Wangenschleimhaut: Breiten Sie mit zwei Spiegeln oder einem durchsichtigen Haken die Wangen aus. Beginnen Sie mit der rechten Wange. Gehen Sie von der vorderen Kommissur über die Wange bis in den Retromolarraum. Beachten Sie auch die Bereiche einzusehen, die Sie mit den Spiegeln verdecken.



Abb. 5: Zungenrücken, laterale und ventrale Zungenanteile: Beachten Sie die Beweglichkeit, Sensibilität und Sensorik. Veränderung der verschiedenen Papillen? Zungentonsillen? Zungengrundvarizen?



Abb. 7: Mundboden: Beachten Sie die Ausführungsgänge der Gl. submandibularis und sublingualis. Tasten Sie den Mundboden bimanuell von intra- und extraoral.



Abb. 9: Palpation der submental und submandibulären Lymphknoten-guppen.



Abb. 4: Gingiva und Alveolarfortsatz: Gehen Sie quadrantenweise vor und beginnen von vestibulär und wiederholen den Vorgang palatinal und lingual.



Abb. 6: Zungenrücken, laterale und ventrale Zungenanteile: Beachten Sie die Beweglichkeit, Sensibilität und Sensorik. Veränderung der verschiedenen Papillen? Zungentonsillen? Zungengrundvarizen?



Abb. 8: Hart- und Weichgaumen und Oropharynx.



Abb. 10: Hier besteht der dringende Verdacht auf das Vorliegen eines Plattenepithelkarzinoms des linken Mundbodens einer 60-jährigen Patientin. Die Entnahme erfolgt mit einem speziell entwickelten Zellkollektor (ORCA-Brush, DGOD, Leipzig).

entweder zu klein sind oder nicht speziell danach gesucht wird. Nach der Deutschen Mundgesundheitsstudie III weisen 2,3% aller Männer und 0,9% der Frauen Leukoplakien auf; eine Studie aus den Niederlanden (hier gibt es speziell ausgebildete Oralmediziner) weist sogar eine Prävalenz von 13,4% bei weißen Mundschleimhautveränderungen aus (Shepman et al., 1996). Da sich die orale Schleimhaut in den Niederlanden wohl nicht deutlich von denen in Deutschland unterscheidet, bedeutet dies, dass fast jeder 7. Patient somit abklärungsbedürftige Läsionen aufweist. Oftmals werden solche vermeintlich harmlose Veränderungen als nicht „biopsiewürdig“ bewertet und eine kurzmaschige Kontrolle nicht für notwendig erachtet. Gerade hier liegt der neue Ansatz einer non-invasiven Diagnostik mittels Bürstenbiopsie, dass nämlich bei al-

auf einen Abstrich verzichten, sondern eine sofortige Überweisung in eine Fachklinik veranlassen) zytologische Präparate gewonnen und vom Pathologen untersucht werden müssen. Nur somit sind wir in der Lage, frühzeitig Plattenepithelkarzinome zu erkennen und die Sterblichkeit zu senken.

Anamnese

Basis jeder Abklärung bei Veränderungen der Mundhöhle stellt die Erhebung der Anamnese (Familien-, Allgemein- und spezieller Anamnese) dar. Hier sollten auffällige oder verdachterregende Beschwerden oder Selbstbeobachtungen genauer hinterfragt werden. Fragen nach Risikofaktoren wie Tumorerkrankungen bei Eltern und Geschwister, zu Trink- und Rauchgewohnheiten oder Gefahrstoffexposition im Beruf sollten die Dokumentation vervollständigen.

Befunderhebung

Inspektion und Palpation

1. Extraorale Untersuchung
Diese sollte mit der extraoralen Inspektion des Kopfhalsbereiches auf Asymmetrien, Verfärbungen und Neubildungen beginnen und mit der bimanuellen Palpation der Kopfhaut, des Gesichtes und des Halses einschließlich der submandibulären und zervikalen Lymphknoten fortgesetzt werden (Abb. 9).

2. Peri- und intraorale Untersuchung

Es folgt die peri- und intraorale Inspektion und Palpation der Mundschleimhaut einschließlich einer kurzen Funktionsprüfung. (Sensibilitätsstörungen, Paresen, Behinderung der Nasenatmung, Einschränkung der Mundöff-

gleichbleibenden Schema vorzugehen:

- Ober- und Unterlippen bei geschlossenem und geöffnetem Mund (Abb. 1)
- Vestibulum Oberkiefer- und Unterkieferfront (Abb. 2)
- Wangenschleimhaut (Abb. 3)
- Gingiva und Alveolarfortsatz: Gehen Sie quadrantenweise vor (Abb. 4)
- Zungenrücken, laterale und ventrale Zungenanteile (Abb. 5 und 6)
- Mundboden (Abb. 7)
- Hart- und Weichgaumen und Oropharynx (Abb. 8)

Achten Sie bei allen Untersuchungen auf Verfärbungen, Oberflächenbeschaffenheit, Tastbefund, Schwellungen, abnorme oder fehlende Beweglichkeit oder sonstige Veränderungen.

Ferner sind alle erhobenen unklaren Befunde sowohl deskriptiv als auch in einer Schemazeichnung in der Patientenakte zu erfassen. Dieser scheinbar aufwändige Untersuchungsvorgang dauert bei einem geübten Untersucher in der Regel nicht länger als drei bis fünf Minuten und lässt sich problemlos in die klassische „01-Untersuchung“ integrieren. Da Schleimhautkarzinome ein sehr variables klinisches Bild zeigen können, sind diese jedoch sehr häufig als derbe Veränderung (als Platte oder Knoten) zu tasten, die gegen die Umgebung anfänglich verschieblich, später fixiert erscheinen. Bei Auffälligkeiten der untersuchten, intraoralen Schleimhaut sollten folgende Untersuchungsverfahren und -techniken zur Diagnosesicherung und Dokumentation auch in der zahnärztlichen Praxis obligat sein:

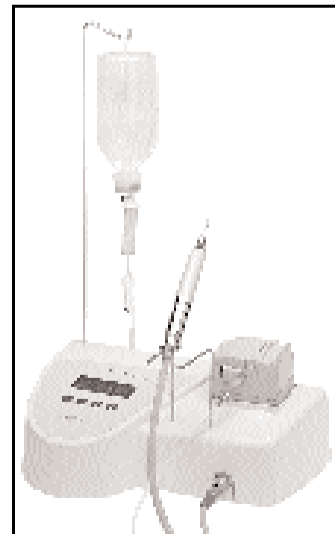
- Es sollte eine Dokumentation der Läsion bezüglich ihrer Größe mittels Lineal er-

Zahnersatzes oder bei älteren oder alio loco eingegliederten Zahnersatzes sollte eine 14-tägige Prothesenkontrolle verordnet werden. Dies lässt sich am einfachsten bewerkstelligen, indem man die Prothese einschweißt und mit Datum versehen dem Patienten wieder aushändigt. Nach sieben bis zehn Tagen sollte ein Wiederholungstermin zur Klärung vereinbart werden; die Unversehrtheit der Tüte kann ebenfalls kontrolliert werden. Sollten bis zu diesem Zeitpunkt keine Abheilung der dokumentierten Läsion erfolgt sein, erfolgt bei Tumorverdacht die Überweisung in eine onkologische Fachklinik.

Bei Läsionen wie Ulzera oder proliferativen Gewebsvermehrungen, die länger als zwei Wochen persistieren, ist die Verdachtsdiagnose Tumors solange gegeben, bis das Gegenteil histologisch bewiesen ist. Das orale Plattenepithelkarzinom gehört weltweit zu den sechs häufigsten Tumoren des Menschen, im Mund macht es über 9/10 aller Malignome aus. Trotz Einführung neuer chirurgischer, strahlen- sowie chemotherapeutischer Therapiemethoden ist es bisher nicht gelungen, die Fünfjahresüberlebensrate deutlich über 50% zu erhöhen. Patienten, deren Tumor kleiner als 2 cm ist, haben eine Überlebenschance in den ersten fünf Jahren von 80%, wohingegen diese auf unter 20% absinkt, wenn bereits bei der Erstdiagnose Metastasen gefunden werden. Die Hälfte aller Patienten, bei denen ein Karzinom der Mundhöhle diagnostiziert wird, weisen bereits befallenen lokoregionäre Lymphknoten sowie Fernmetastasen auf. Kurative Behandlungsmöglichkeiten bestehen somit im frühen Stadium dieser Erkrankung. Da also die Tu-

Aufgabe des Zahnarztes die Frühdiagnostik der Malignome der Mundhöhle zu übernehmen, um somit bei entsprechender frühzeitiger Erkennung und Behandlung die Prognose des Patienten bis hin zur Heilung deutlich zu verbessern. Des Weiteren besteht eine wichtige Aufgabe des Zahnarztes darin, die Bedeutung der Risikofaktoren dem Patienten in eindringlicher und verständlicher Weise nahe zu bringen. Die hier dargestellte Befunderhebung stellt die Grundlage dar, Läsionen frühzeitig zu entdecken und an diesen Läsionen eine Bürstenbiopsie vorzunehmen (Abb. 10). Die zytologische Analyse oraler Bürstenbiopsien ist eine innovative Untersuchungsmethode, die eine effektive Krebsfrüherkennung ermöglicht und damit das Risiko, an Mundkrebs zu sterben, deutlich senken kann. Diese Methode ist seit dem 01.01.2004 Bestandteil des Bewertungsmaßstabes (BEMA) für Zahnärzte und ist somit sowohl für den Zahnarzt als auch für den Pathologen im Rahmen der GKV erstattungsfähig. Der 2. Teil dieser Fortbildungsreihe wird sich mit den Indikationen für die Durchführung einer Bürstenbiopsie beschäftigen und die Handhabung anhand vieler klinischer Bilder anschaulich demonstrieren. 

ANZEIGE



PIEZOSURGERY //

Eine neue Dimension in der Knochenchirurgie

Meeting

für Anwender und Interessenten
Diverse Gastreferenten

Köln

23. April 18. Juni 9. Juli
22. Oktober 5. November 10. Dezember

2005

Fortbildungspunkte:
11, gemäß den Leitlinien und Empfehlungen BZÄO/DGZMK

ROCKER & NARJES GmbH
Waltherstr. 80/2001 + 51069 Köln
Tel.: 02 21 49 20 15 0
Fax: 02 21 49 20 15 29
www.piezosurgery.com/info@rocker-narjes.com

PN Adresse

Dr. Torsten Remmerbach
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer und Plastische Gesichtschirurgie
(Direktor: Prof. Dr. A. Hemprich)
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Universität Leipzig
Nürnberger Straße 57
04103 Leipzig
Tel.: 03 41/9 72 11 05
E-Mail:
remmt@medizin.uni-leipzig.de

Dem Zahnstein auf der Spur

Zahnstein auch dort erkennen, wo man ihn nicht sieht, also in den Zahnfleischtaschen – das ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie von Parodontitis.

Verschiedene klinische Studien lassen jedoch auf noch nicht optimale Behandlungserfolge schließen. Das Alarmierende daran: Parodontitis ist bei den Deutschen über 40 eine Volkskrankheit. Die chronische Entzündung des Zahnfleisches ist heute der

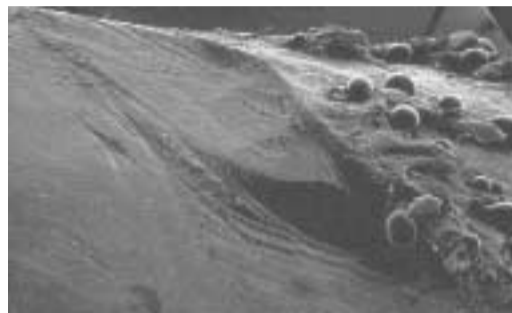
arzt kann die Behandlungsstelle oft nicht einsehen und sie häufig auch taktil nur schwer beurteilen. Die Konsequenzen dieser Tatsache hat eine Studie des Department of Periodontics (School of Dentistry) der Universität von North Carolina bereits im

dienergebnisse stellt sich die Frage, ob es ausreicht, Zahnstein manuell zu erkennen und zu entfernen.

Eine mögliche maschinelle Lösung haben Ingenieure der TU Clausthal und Parodontologen der Universität Greifswald entwickelt: Einen „intel-



Problematisch ist die Entfernung von subgingivalen Konkrementen (braun eingefärbt) im nicht einsehbaren Taschenbereich.



Die Mikroskopaufnahme zeigt die Schädigung der Wurzelsubstanz durch Übertherapie, die sowohl bei einer Kürettenbehandlung als auch bei maschinell betriebenen Entfernungsgaräten nicht ausgeschlossen werden kann.

Hauptgrund für Extraktionen und steht nach neuesten Untersuchungen auch in Verbindung mit systemischen Erkrankungen wie zum Beispiel Herzinfarkt oder Diabetes. Spezialisten der TU Clausthal und der Universität Greifswald haben nun ein neues Verfahren zur schonenden Entfernung von Konkrementen im subgingivalen Bereich vorgestellt.

... Sie hatte, was man ein strahlendes Gebiss nennt: schneeweiße Zähne, perfekt sitzend. Was die Leute nicht sahen, war das leicht gerötete Zahnfleisch an den Zahnzwischenräumen, das beim Putzen manchmal blutete ...

Wie die Story weitergehen könnte, ist den meisten Zahnmedizinern bekannt. Sie führt im schlimmsten Fall zum Verlust der Zähne, im aller schlimmsten zu den genannten organischen Krankheiten. Nun ist Zahnstein, also mineralisierte Plaque, unterhalb des Zahnfleischsaumes schwer erkennbar. Der Zahn-

Jahre 1990 deutlich gemacht: Bei der manuellen Detektion von Zahnstein im subgingivalen Bereich waren noch 57 Prozent der untersuchten Zahnflächen mit Zahnstein versehen. Defizite wie bei der Diagnose treffen auch auf die Therapie zu: Die bisher verwendeten Instrumente, so genannte Ultraschall-Scaler, können nicht zwischen Zahnbelägen oder gesunder Zahnhartsubstanz unterscheiden. Bei der Zahnsteinentfernung wird deshalb meist auch gesunde Zahnschicht mit abgetragen. Die bereits zitierte Studie der University of Carolina gibt die Erfolgsquote der manuellen Zahnsteindetektion mit nur 23 Prozent an. Das heißt, in über drei Viertel aller Fälle wurde Zahnstein nicht erkannt. Die positive Fehlerquote betrug zwölf Prozent, oder anders gesagt: In zwölf Prozent aller Fälle wurden Konkremente detektiert, obwohl gar keine vorhanden waren. Über- oder Untertherapie – angesichts eindeutiger Stu-

ligenten“ Ultraschall-Scaler, der berührte Zahnschicht von Zahnstein unterscheidet. Die Schwingungen der Spitze werden von Sensoren aus Piezokeramiken im Handgerät als elektrische Impulse wieder aufgenommen: Anhand des Schwingungsmusters erkennt die Auswertungssoftware die jeweils berührte Oberfläche. Der Behandler erhält die entsprechende Information über eine optische Anzeige am Handstück oder auch akustisch über einen Signalton. Die Methode ähnelt dabei im Prinzip dem Test von Gläsern oder Porzellan durch Anschlagen mit dem Finger: Risse hört man. Wenn der neue Ultraschall-Scaler nun Konkremente erkennt, kann der Behandler den Therapiemodus zur Konkremententfernung (mit Schwingungen von zirka 50 Mikrometern) zuschalten. Gefördert wurde das Projekt in der Anfangsphase vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), indus-

trieller Partner für die kommerzielle Umsetzung ist die Sirona Dental Systems GmbH, Bensheim.

In ersten Tests konnte die Gefahr, Zahnstein zu übersehen oder gesunde Zahnschicht durch zu starkes Abschleifen zu schädigen, deutlich minimiert werden. Mit 85-prozentiger Wahrscheinlichkeit hat das Verfahren in den Untersuchungen eine korrekte Unterscheidung getroffen. Gegenüber den herkömmlichen Verfahren, bei denen praktisch keine objektive Kontrolle möglich ist, bedeutet das eine entscheidende Verbesserung. Bisher konnten Parodontologen die behandelte Stelle nur mit einer feinen Sonde abtasten. Die Erfolgsquote, bei diesem manuellen Verfahren noch Restzahnstein zu erkennen, ist jedoch selbst bei geübten Zahnärzten nicht sehr groß. Außerdem muss der Zahnarzt – sollte er mit dem Diagnosegerät Zahnstein aufgespürt haben – die behandlungsbedürftige Stelle mit dem Therapieinstrument erst einmal wieder finden – eine zusätzliche Fehlerquelle. Das neue Verfahren kombiniert die Diagnose mit der Therapie und der Erfolgskontrolle. Kürzere Behandlungszeiten und mehr Behandlungskomfort sind Vorteile sowohl für die Patienten als auch die Zahnärzte. ☐

PN Info

Dr. med. dent. Grit Meissner
Universität Greifswald
Abt. für Parodontologie
Rotgerberstraße 8
17487 Greifswald
E-Mail:
grit.meissner@uni-greifswald.de

Prof. Dr.-Ing. habil. Jens Strackeljan
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg
Institut für Mechanik
Lehrstuhl für Technische Dynamik
Universitätsplatz 2
39106 Magdeburg
E-Mail: jens.strackeljan@mb.uni-magdeburg.de

Antibiotikaeffizienz bleibt umstritten

Stellungnahme der Cochrane Oral Health Group zu Antibiotikaprophylaxe: Es gibt keine Beweise, die für oder gegen den Einsatz von Antibiotika sprechen.

Implantatverlust kann eine bakterielle Kontamination zur Zeit der chirurgischen Implantation als Ursache haben. Periimplantitis ist sehr schwer zu behandeln und die meisten infizierten Implantate müssen irgendwann entfernt werden. Im Allgemeinen ist Antibiotikaprophylaxe während der chirurgischen Eingriffe nur indiziert bei Patienten mit Risiko einer infektiösen Endocarditis, bei Patienten mit einer reduzierten Immunabwehr, wenn die zu implantierenden Bereiche infiziert sind, in Fällen von ausgedehnten und lang andauernden chirurgischen Interventionen und wenn große Fremdmaterialien im Organismus (Knie oder Hüftprothese) eingesetzt werden. Um bakterielle Infektionen nach einer Implantation so niedrig wie möglich zu halten, werden verschiedene prophylaktische Antibiotika-Regime vorgeschlagen. Aktuelle Berichte empfehlen als Antibiotikaprophylaxe nur eine kurze Anwendung, da durchaus ungünstige Nebenwirkungen eintreten können, wie z.B. Diar-

rhöe, allergische Reaktion und nicht zu vergessen, bei der Anwendung von Breitspektrum-Antibiotika, die unerwünschte Bakterien-Resistenz. Der Einsatz von Antibiotika in der Implantologie wird kontrovers diskutiert. Es wäre gut zu wissen, ob prophylaktisch angewendet, effektiv eine Reduktion von Implantatverlust bewirkt werden könnte. Das Ziel dieses Artikels ist herauszufinden, ob die prophylaktische Anwendung von Antibiotika effektiv ist bei der Implantation und ebenfalls welches Antibiotikum sowie seine Dosierung und Dauer der Gabe am besten ist. Die Strategie der Suche war die Literatur zu studieren (Medline und Embase) der Studien-Register des „Cochrane Central Register of controlled Trials“. Persönliche Kontakte und Implantat-Firmen wurden kontaktiert, um eventuell noch nicht publizierte Artikel zu berücksichtigen. Die aktuellste Literatur stammt vom März 2003. Folgende Selektionskriterien wurden angewendet: verglichen wurden randomisierte,

kontrollierte klinische Studien (RCTs) an Implantatpatienten, bei denen sowohl verschiedene prophylaktische Antibiotika-Therapieschemen angewendet wurden als auch keine Antibiotikagabe bzw. Placebo erfolgte. Die Beurteilung der Ergebnisse dieser Studie beinhaltet Verlust der Suprastruktur und/oder der Implantate, postoperative Infektion und andere Nebenwirkungen (Gastrointestinal, Überempfindlichkeit). Datenansammlung: Auswahl von geeigneten Studien, Beurteilung der Qualität der in den Studien angewendeten Auswahlmethoden, die Gewinnung von Daten, die im Doppel von zwei unabhängigen Experten herausgefiltert wurden. Für die stetigen Parameter wurden auf der Basis eines Random-Effects-Modells die gewichteten Mittelwerte der Differenzen berechnet, für die dichotome Parameter wurde das relative Risiko zusammen mit dem 95 %-Konfidenzintervall angegeben. Heterogenität wurde durch Aufnahme beider klinischer und methodologischer Faktoren eruiert.

Hauptergebnisse: Keine randomisierten, kontrollierten klinischen Studien wurden identifiziert. Schlussfolgerung: Es gibt keinen adäquaten wissenschaftlichen Beweis, um zu empfehlen oder abzuraten, dass systemisch-prophylaktisch angewendete Antibiotika Komplikationen bzw. Implantatverluste vermeiden könnten. Auch wenn die aktuelle Abhandlung nicht die Wirksamkeit von prophylaktisch angewendeten Antibiotika für Patienten mit Endokarditis-Risiko bestätigte, scheint es empfehlenswert, systemisch-prophylaktischen Antibiotikaschutz für Patienten mit moderatem oder hohem Endokarditis-Risiko, mit Immunsuffizienz, Stoffwechselerkrankungen, im Kopf und Hals bestrahlten Bereiche und wenn eine ausgedehnte und lang andauernde chirurgische Maßnahme geplant ist, anzuwenden. ☐

Autor/Quelle: Esposito M.; Coulthard P.; Oliver R.; Thomson P.; Worthington H.V., Cochrane Oral Health Group: Antibiotics to prevent complications following dental implant treatment. (The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 3. Art. No.: CD004152)

ANZEIGE

PerioChip[®]

Chlorhexidinbis (D-gluconat)

Das EINZIGE

nicht-antibiotische,

lokal applizierbare

Arzneimittel,

das sich bei

Parodontitis

als Begleittherapie

zu SRP empfiehlt.

PerioChip[®]

Weil jeder Zahn zählt.

Kostenlose Hotline:

Tel. 0 800 / 2 84 37 42

www.dexcel-pharma.de

DEXCEL[®]
PHARMA GmbH

Jahrelang keine Zeit für den Zahnarztbesuch ...

Diagnose heute: fortgeschrittene Parodontitis!

„Guten Tag, Herr Dr. Havlicek. Leider habe ich es nicht früher geschafft, zu Ihnen zu kommen, doch jetzt ertrage ich die Schmerzen nicht mehr. All die Jahre hatte ich nie Probleme mit den Zähnen. Ich habe immer 2 x am Tag geputzt und keine Karies

zu spät ist, wie in diesem Fall. Doch was tun, wenn mal wieder ein neuer verzweifelter Patient mit schwerer Parodontitis bei Ihnen auf dem Behandlungsstuhl sitzt? Was für den Patienten wie eine simple Zahnfleischent-

und hat keine Krankheiten, die Parodontitis hervorrufen könnten. Nach einem ausführlichen und aufklärenden Gespräch, begann ich die Behandlung routinemäßig mit einer professionellen Zahnreinigung. Dabei konnte ich eine generell starke Blutung

Knochen Schwund gestoppt werden kann. In den ersten 24 Stunden werden 40 % des im Chip enthaltenen Chlorhexidins in die entzündete Zahnfleischtasche abgegeben. Während eines Zeitraums von 7 Tagen folgt eine langsame und kon-

meine „gestresste“ Patientin beruhigt wieder nach Hause schicken. Denn nach der Behandlung mit dem PerioChip entfällt ein zeitintensives und mehrmaliges Spülen am Tag mit einer Chlorhexidin-Lösung über mehrere Wochen. Weitere Vorteile: Es treten keine Zahnverfärbungen auf und es kommt zu keinerlei Geschmacksveränderungen. Änderungen der Mundhygiene- und Essgewohnhei-

konnte erfreulicherweise feststellen, dass sich die Zähne 12, 11, 21 gefestigt hatten und nur noch eine geringe Blutungsneigung, also ein deutlicher Entzündungsrückgang zu erkennen war. Zusätzlich war ein nachweislicher Entzündungsrückgang und somit ein positiver Effekt bei den Zähnen 13 und 23 zu erkennen. D.h. die Frontzahnverschiebung konnte durch die regelmäßige Zahnreinigung und die erneute Behandlung mit dem PerioChip stabilisiert werden. Die Situation wird nun durch regelmäßige PZR (Recall drei Monate) stabil gehalten.

Dies war nur ein Beispiel von vielen anderen ähnlich gearteten Fällen. Meine Erfahrungen auf diesem Gebiet kann ich daher inzwischen unter dem Motto: „Parodontitis heilt man mit einem Antiseptikum!“ zusammenfassen. PN



Gingivitis an den Kronen an Zahn 14 und 15.



Generalisierte Gingivitis.



Tasche in der Bifurkation an Zahn 47.



Fortgeschrittene Parodontitis bei einem 62-jährigen Patienten.

verspürt. Außerdem war ich geschäftlich viel unterwegs und dann kamen die Kinder, und ich habe einfach keine Zeit gehabt, zum Zahnarzt zu gehen. Das bisschen Zahnfleischbluten beim Zähneputzen oder die kleinen Schwellungen am Zahnfleisch sind ja auch immer schnell wieder abgeheilt ...“ Verehrte Kollegen, Sie kennen diese Ausreden und führen sicherlich oft genug pro Woche aufklärende Gespräche bzgl. Parodontitis. Leider allzu oft, wenn es bereits

zündung aussieht, führt schleichend zur Rückbildung des Zahnfleisches, dem Schwund von Knochenhöhe und Knochendichte und letztlich zum Zahnverlust. Ich möchte Ihnen am oben genannten Beispiel kurz meine Erfahrungen schildern:

Parodontitis heilt man mit einem Antiseptikum

Die Patientin, 37 Jahre, erschien zur ersten Behandlung mit einem recht schlechten parodontalen Befund, ist ansonsten allgemein gesund

feststellen sowie einen Lockerungsgrad 2 bei Zahn 12, 11, 21 und Grad 1 bei 13, 23. Damit ging auch eine Taschentiefe von 5 mm bei Zahn 12, 11, 21 einher. Nach der supra- und subgingivalen Reinigung empfehle ich zusätzlich die entzündeten Parodontaltaschen mit einem Antiseptikum zu desinfizieren. Hier hat sich bei meinen Patienten immer wieder die Behandlung mit dem PerioChip bewährt, da durch langfristig die Taschentiefe reduziert und der

kontinuierliche Abgabe des restlichen Medikaments, wodurch nach und nach die entzündungsverursachenden Keime zerstört werden. Die Membran löst sich nach sieben bis zehn Tagen vollständig auf und die restlichen Chlorhexidin-Moleküle werden gelöst. So kann sich das geschädigte Gewebe erholen und so kommt es schließlich zu einer Reduzierung der Taschentiefe.

Nach dem Einsetzen von je einem Chlorhexidin-Chip bei Zahn 12, 11, 21 konnte ich

ten sind nicht nötig. Der PerioChip kann bedenkenlos oft eingesetzt werden, da bei der Behandlung mit Chlorhexidin keine Gefahr der Resistenzbildung im Körper besteht wie beispielsweise bei Antibiotika. Bei stark entzündeten und tiefen Zahnfleischtaschen wie in diesem Fall, war eine wiederholte Behandlung nach drei Monaten nötig. Wiederum drei Monate später kam meine Patientin zur erneuten Kontrolle und Zahnreinigung und ich

ein Beispiel von vielen anderen ähnlich gearteten Fällen. Meine Erfahrungen auf diesem Gebiet kann ich daher inzwischen unter dem Motto: „Parodontitis heilt man mit einem Antiseptikum!“ zusammenfassen. PN

PN Adresse

Dr. Jens Rudolf Havlicek
Stormarnstraße 15
22926 Ahrensburg
Tel.: 0 41 02/5 38 58
E-Mail: info@zahnarzt-ahrensburg.de

Werkzeuge für die gezielte Parodontalbetreuung mit individueller Risikoanalyse

Mit neuer Methode lässt sich die Wahrscheinlichkeit einer fortschreitenden Parodontitis abschätzen, von Ralf Vandenhouten, Miriam Selz, Michael Doktor

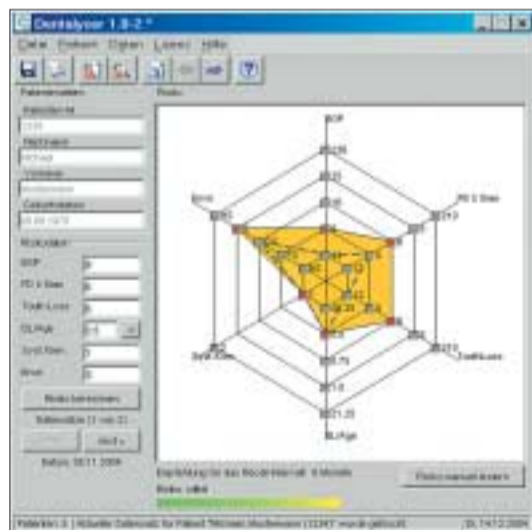


Abb. 1: Risikodiagramm, Empfehlung Recall-Intervall.

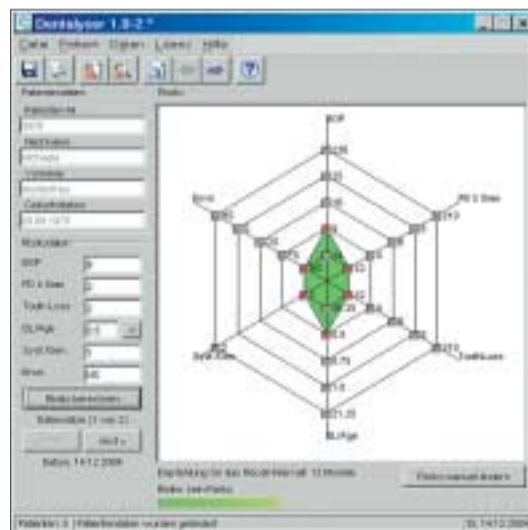


Abb. 2: Historie und aktuelles Diagramm.

Krankheitsverlaufs zu beurteilen und die Termindichte und Komplexität der Betreuungstherapie patientengerecht zu planen. Somit wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt und Parodontolo-



Abb. 3: Risiko manuell ändern.

„Ein funktionelles Risikodiagramm kann dem Zahnarzt dabei helfen, das individuelle Risiko eines progredienten bzw. rezidivierenden Krankheitsverlaufs zu beurteilen und die Termindichte und Komplexität der Betreuungstherapie patientengerecht zu planen.“¹

Die Meinungen in den Fachkreisen stimmen überein,¹⁻³ um eine optimale Parodontalbetreuung und -therapie durchzuführen, ist die Analyse und Ermittlung des individuellen Erkrankungsrisikos eines zahnärztlichen Patienten wünschenswert, sogar gefordert, wie aus dem einleitenden Zitat ersichtlich. Nach Abschluss der aktiven Parodontaltherapie muss als Ausgangsbasis für die nachfolgende unterstützende parodontale Therapie der Gesundheitsstatus des Patienten ermittelt werden. Es ist

daher sinnvoll, zur Früherkennung von rezidivierenden bzw. progredienten Krankheitsverläufen in bereits behandelten Abschnitten des Parodonts verschiedene klinische Parameter zu bewerten,¹ diese für das individuelle Risikoprofil zu nutzen sowie die daraus resultierende Termindichte und Komplexität der Betreuungstherapie zu berechnen und vorzuschlagen.

Methodik und individuelle Risikoanalyse

Die individuelle Risikoanalyse ermöglicht abzuschätzen, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Parodontitis weiter fortschreiten wird. Dabei werden der Infektionsgrad (Blutungsindex im gesamten Mundbereich), die Sondierungstiefe, der Zahnverlust

und altersbezogener Attachmentverlust, der allgemeine Gesundheitszustand sowie Umweltfaktoren und der Lebensstil (Raucher) in die Bewertung einbezogen.

Alle diese Faktoren werden in der Gesamtheit betrachtet, und ein funktionelles Risikodiagramm kann dem Zahnarzt dabei helfen, das individuelle Risiko eines progredienten bzw. rezidivierenden

PN Vorteile für den Zahnarzt

- Früherkennung von Krankheitsverläufen
- kontinuierliche Überwachung des individuellen Risikoprofils anhand mehrerer Parameter
- Mundhygiene: Bewertung des Plaquebefalls im Verhältnis zu den fünf Entzündungsparametern
- empfiehlt den Recall-Intervall
- Vermeidung einer Über- bzw. Unterbehandlung in der Betreuungsphase
- sehr kosteneffiziente Methode zur Festlegung der Termindichte und Komplexität der Erhaltungstherapien

PN Funktionen des Diagramms

- aktuelle und historische Sicht und Darstellung auf die Risikodiagramme
- farbige Grafiken (rot: hohes; gelb: mittleres; grün: niedriges Risiko)
- automatische Ausgabe des Recall-Intervalls und Terminvorschlag
- intuitive Bedienung durch Maus (funktionelles Diagramm) und Tastatureingaben
- manuelle Eingaben geben Freiraum für die Diagnose- und Therapieentscheidungen des Zahnarztes und in folgedessen des Recalls
- Ausdruck für den Patienten, inkl. Grafik und Daten

Die Vektoren des Risikodiagramms stellen die einzelnen Faktoren bzw. Indikatoren für progredienten Attachmentverlust dar und umfassen jeweils einen unteren, einen mittleren und einen oberen Risikobereich. Alle Faktoren sind gemeinsam zu beurteilen. Die genannten Risikobereiche entsprechen den Sechsecken, das heißt, der niedrigste Risikobereich ist innen und der hohe Risikobereich ist im äußeren Sechsecks angesiedelt.

Diagrammaufbau

Die Vektoren des Risikodiagramms stellen die einzelnen Faktoren bzw. Indikatoren für progredienten Attachmentverlust dar und umfassen jeweils einen unteren, einen mittleren und einen oberen Risikobereich. Alle Faktoren sind gemeinsam zu beurteilen. Die genannten Risikobereiche entsprechen den Sechsecken, das heißt, der niedrigste Risikobereich ist innen und der hohe Risikobereich ist im äußeren Sechsecks angesiedelt.

Die Vektoren des Risikodiagramms stellen die einzelnen Faktoren bzw. Indikatoren für progredienten Attachmentverlust dar und umfassen jeweils einen unteren, einen mittleren und einen oberen Risikobereich. Alle Faktoren sind gemeinsam zu beurteilen. Die genannten Risikobereiche entsprechen den Sechsecken, das heißt, der niedrigste Risikobereich ist innen und der hohe Risikobereich ist im äußeren Sechsecks angesiedelt.

Um Rückschlüsse auf den Erfolg einer Therapie ziehen zu können, ist ein Vergleich der Risikodiagramme erforderlich. Die historischen Risikodiagramme können jederzeit und nach Bedarf zusammen mit dem aktuellen Diagramm aufgerufen und angezeigt werden (Abb. 2: blaue, gestrichelte Linie = zurückliegendes Diagramm, gelb aufgefülltes = aktuelles Diagramm).

Weitere Information:
<http://www.ixellence.com/zahn>

Die Literaturangaben sind auf Anfrage in der Redaktion erhältlich.

PN Adresse

ixellence GmbH
Bahnhofstraße, Halle VII
15745 Wildau
Tel.: 0 33 75/50 86 16
E-Mail: info@ixellence.com
www.ixellence.com

Die automatische Berech-

„Mikrobiologische Diagnostik ergänzt die zahnmedizinische Anamnese“

PN Parodontologie Nachrichten im Interview mit Dr. Sonja Trapp über das hochspezifische GABA-Testsystem zum Nachweis mikrobiologischer Markerkeime zur gezielten Parodontaltherapie

PN Welchen Stellenwert hat die mikrobiologische Diagnostik innerhalb der Parodontitistherapie?

Die Parodontitis, die bakteriell bedingte Entzündung des Zahnhalteapparates, gehört zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland: ca. 11,5 Millionen Menschen sind davon betroffen, etwa 10 % davon, also mehr als eine Million Menschen, leiden unter einer aggressiven Verlaufsform der Erkrankung mit massiven Gewebeverlusten innerhalb kurzer Zeit. Nur wenige der in der Plaque nachgewiesenen Bakterien stehen mit der Ätiologie von Parodontalerkrankungen in Zusammenhang. Sehr

starke Evidenz für die Beteiligung an der parodontalen Zerstörung konnte für *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* und *Tannerella forsythensis* gezeigt werden. Starke Evidenz besitzen weiterhin die Parodontalpathogene *Fusobacterium nucleatum*, *Prevotella intermedia* und *Treponema denticola*. Daneben sind es zudem äußere Faktoren wie Rauchen und Stress, Stoffwechselerkrankungen wie *Diabetes mellitus* oder genetische Dispositionen, die den Krankheitsverlauf beeinflussen.

Damit die mikrobiologische Diagnostik einen Wert

an sich hat, muss sie Einfluss auf die allgemeine Anamnese und die Therapieplanung haben, um ein besseres Therapieergebnis zu erzielen und einen klaren Patientennutzen zu haben. Sie muss immer in Verbindung mit der individuellen Anamnese und der Erhebung der klinischen Befunde stehen. Nur die Beurteilung aller Aspekte ermöglicht eine sichere und Erfolg versprechende Therapieplanung. Die mikrobiologische Diagnostik ergänzt die zahnmedizinische Anamnese zu einem runden Bild.

PN Welche Anforderungen muss ein Testsystem zur

mikrobiologischen Diagnostik erfüllen?

Zum einen ist natürlich die Spezifität der verwendeten Methode ein ganz wichtiger Aspekt. Je spezifischer eine Nachweismethode ist, desto geringer ist die Gefahr von so genannten falsch positiven Ergebnissen. „Falsch positiv“ hat daher nichts mit der Sensitivität, der Empfindlichkeit eines Tests oder einer Methode zu tun, sondern mit der Genauigkeit, mit der die gesuchten Bakterien in der jeweiligen Ausgangsprobe nachgewiesen werden.

Die bakterielle Kulturmethode, die von Seiten der Wissenschaft nach wie vor als Goldstandard angesehen wird, erlaubt im Grunde einen sehr spezifischen Nachweis von Bakterien. Ein darauf spezialisiertes Labor ist in der Lage, die Anzuchtmedien für die Bakterien sehr selektiv zu wählen und damit eine hohe Spezifität zu gewährleisten.



Patientin mit aggressiver Parodontitis. (Quelle: GABA GmbH)

doch nicht ermöglicht, ist ihre Anwendung für diagnostische und prognostische Zwecke, obwohl sie in der Zwischenzeit routinemäßig eingesetzt wird, sehr stark limitiert. Da die parodontalpathogenen Bakterien auch im parodontal gesunden Mund vorkommen können, reicht ein qualitativer Test, also eine Ja-Nein-Antwort, nicht aus. Zur

Überwachung der Parodontitistherapie und für ein gezieltes Monitoring ist die Quantifizierung, also die genaue Bestimmung der Erregerzahlen, notwendig. Eine ideale Nachweismethode für parodontalpathogene Bakterien vereinigt daher auf sich die Aspekte hohe Spezifität, hohe Sensitivität und exakte Quantifizierung.

PN Gibt es eine Technologie bzw. Methode, die diese Anforderungen erfüllt?

Allerdings hat diese Methode gerade beim Nachweis der überwiegend anaeroben parodontalpathogenen Bakterien große Nachteile: Sie ist sehr zeitintensiv, zum Teil dauert es mehrere Wochen, bis die gesuchten Bakterien auf den Selektivmedien anwachsen. Weiterhin muss beim Probentransport sichergestellt werden, dass die Bakterien lebend im Labor ankommen, aber auch, dass sie sich auf dem Transportweg nicht unkontrolliert vermehren und dadurch das Testergebnis drastisch verfälscht wird.

Eine weitere wichtige Anforderung an eine Testmethode ist eine hohe Sensitivität, also Empfindlichkeit, beim Nachweis der parodontalpathogenen Bakterien. Nach wie vor ist im Bereich der Parodontologie nicht eindeutig nachgewiesen, welche Schwellenwerte die Bakterien überschreiten müssen, damit eine Zerstörung am Zahnhalteapparat auftritt. Da die jeweils individuelle Immunsituation des Patienten offensichtlich eine entscheidende Rolle hat, sind definitive Angaben hierzu nur schwer zu machen. Es ist daher von Vorteil, einen Test mit einer niedrigen Nachweisgrenze, also hohen Sensitivität, zu verwenden, der frühzeitig ein Signal beim Vorhandensein pathogener Bakterien gibt. Eine hohe Sensitivität ist eine maßgebliche Forderung an jedwede analytische Methode, sei es im Bereich der mikrobiologischen Diagnostik oder z.B. im Bereich der Schadstoffanalytik.

Je höher die Empfindlichkeit, desto besser die Testmethode, selbstverständlich in Kombination mit der hohen Spezifität, die ebenfalls gewährleistet sein muss.

Die bisher sensitivste Methode, die Polymerase Kettenreaktion (Polymerase Chain Reaction PCR), ist theoretisch in der Lage, ein einzelnes DNA-Molekül in einer Probe zu vervielfältigen und damit nachweisbar zu machen. Da die herkömmliche PCR jedoch nur eine qualitative Information über das Vorhandensein der gesuchten Bakterien liefert, deren Quantifizierung je-

Fortsetzung auf Seite 20

ANZEIGE

straumann
simply doing more



Die Revolution in der parodontalen Regeneration.

Emdogain ist das einzige wissenschaftlich dokumentierte Produkt, das vorhersehbar die Regeneration des parodontalen Attachments fördert und bei jeder therapierbaren parodontal-chirurgischen Indikation eingesetzt werden kann. Durch die einfache Anwendung und die Minimierung postoperativer Komplikationen ist Emdogain nicht nur konventionellen Lappenoperationen überlegen, sondern liefert auch im Vergleich mit dem Gold Standard GTR (Guided Tissue Regeneration) hervorragende Resultate von natürlicher Ästhetik.

Straumann Emdogain® Sicher. Einfach. Flexibel.

www.straumann.com

PN BERUFSPOLITIK

Zweifel an Sicherheit bleiben bestehen

Auch nach der Präsentation der elektronischen Gesundheitskarte auf der CeBIT, driften die Meinungen zu diesem Projekt bei den Experten auseinander

(eb) – Vergleiche mit dem Mautsystem hört Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt nicht gerne im Zusammenhang mit ihrem Großprojekt: die Gesundheitskarte für alle Versicherten. Doch lassen sich auffällige Gemeinsamkeiten z.B. bei Kosten und Zeitdruck nicht von der Hand weisen. Auf der Computermesse CeBIT in Hannover wurde ein Muster des Plastikkärtchens mit dem Konterfei Ulla Schmidts vorgestellt. Laut Einschätzung der Kassenärztlichen Vereinigung und

des Branchenverbandes Bitkom wird die Einführung ungefähr 1,7 Milliarden Euro kosten. Diese Summe soll aber mit einer erwarteten Ersparnis von jährlich rund 1 Milliarde Euro wieder relativiert werden. Es bleibt also spannend. Inzwischen hat die CeBIT ihre Pforten längst wieder geschlossen, doch die Bedenken hinsichtlich der Sicherheit beim Datenschutz bleiben bestehen. Die Gesellschaft für Informatik (GI) prangert insbesondere an, dass hochvertrauliche Patientendatenzent-

ral gespeichert werden sollen, da der Speicherplatz auf der Karte hierfür nicht ausreichen wird. „Absolute Sicherheit im Internet gibt es nicht“, so der GI-Präsident Prof. Dr. Matthias Jake gegenüber der „Computer Zeitung“. Er fordert eine eingehende Aufklärung der Versicherten über das Sicherheitsrisiko, da seiner Meinung nach sonst die Gefahr bestünde, dass die Technik nicht angenommen werde. Nicht die Probleme mit der Datensicherheit, sondern die Kosten des Projekts beschäf-

tigen die KKH. Daher lautet ihr Vorschlag, die elektronische Gesundheitskarte ohne Foto des Versicherten zu produzieren. „Allein 60 Millionen Passfotos von den gesetzlichen Versicherten zu bekommen, bedeutet einen nicht akzeptablen Aufwand“, so Ingo Kailuweit, Vorstandsvorsitzender der KKH. Seiner Ansicht nach würde eine Legitimierung zusammen mit dem Personalausweis völlig ausreichen. Der finanzielle Aufwand steht in keinem Verhältnis zum Nutzen. Kailuweit sucht hier den Vergleich mit der gängigen Praxis bei Kredit-

karten werden zumeist ohne Foto des Kontoinhabers ausgestellt. „Der Effekt eines



Passfotos auf der Gesundheitskarte zur Verhinderung von Missbrauch wird überschätzt“, äußert Kailuweit seine Bedenken. „Die Politik ist verpflichtet, nicht nur die

Senkung des Beitragssatzes zu fordern, sondern diese aktiv zu begleiten und wie in diesem Fall unnötige Mehrausgaben zu verhindern.“

Bevor alle Bedenken vom Tisch sind, wird es wohl noch einige Zeit brauchen. Noch in diesem Jahr soll jedoch eine regionale Testphase starten. Frau Schmidt sieht dem Zeitplan der Einführung ab 2006 optimistisch gelassen ent-

gegen: „Nächstes Jahr ist auf jeden Fall die Karte da.“ Und sie werde „weder ein großes, noch ein kleines Toll Collect“, so die überzeugte Ministerin auf der CeBIT. ☐

Änderung der GOZ wird vorangebracht

Senatsvorschlag für „Konservierende Leistungen“ bei Arbeitstreffen vorgestellt

Lange Jahre permanenten Forderns der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) haben dazu beigetragen, die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Gang zu bringen. Gelegenheit dazu besteht bei den Arbeitstreffen im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) zur Novellierung der GOZ, dessen siebte Auflage Anfang März in Bonn stattfand. Neben Vertretern der BZÄK und des BMGS nehmen daran auch die Beihilfe gewährenden Stellen und der PKV-Verband teil. Mit dem Senat für privates Leistungs- und Gebührenrecht hat die BZÄK ein Gremium geschaffen, das in fachlicher Kompetenz mit seinen Entwürfen und Vorschlägen die Vorstellungen der Zahnärzteschaft durchsetzen und eine drohende Bematisierung der GOZ verhindern soll. Weil über die Einführung der Festzuschüsse mit andersartigen Leistungen zunehmend auch gesetzlich Krankenversicherte mit der GOZ konfrontiert werden, schwebt dem BMGS allerdings eine weitgehende Angleichung an den BEMA vor. Die Vorschläge des BMGS laufen auf eine 1:1-Kopie des BEMA hinaus, ergänzt durch fehlende GOZ-Leistungen. Diesen „Entwurf“ sollen jetzt die Vertreter der BZÄK bewerten, die auf Vorstandsbeschluss an den Gesprächen im BMGS beteiligt sind.

Auf der Tagesordnung des jüngsten Treffens stand u.a. der Abschnitt „Konservierende Leistungen“. Der Entwurf dazu war der BZÄK im Vorfeld zur schriftlichen Stellungnahme vorgelegt worden. Die Kernarbeitsgruppe des Senats für privates Leistungs- und Gebührenrecht hatte daraufhin einen fachlich fundierten Gegenvorschlag erarbeitet, der auf der „Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ fußt und darauf zielt, die in diesem Entwurf erkennbaren Mängel eines „BEMA-Effekts“ auszugleichen. Äußerst hilfreich dabei war die Unterstützung durch Prof. Dr. Elmar Hellwig, der sowohl an der Vorbereitung als auch an der Diskussion im BMGS teilnahm. Er zeichnet auch verantwortlich für den Bereich der konservierenden Leistungen im Projekt „Neubeschreibung einer präventionsorientierten ZMK“. Die Tatsache, dass sich das BMGS in den Arbeitstreffen als reiner Moderator versteht und sich nicht selbst positioniert, lässt kaum Prognosen über den Ausgang von Meinungsverschiedenheiten der jeweiligen Interessenvertreter zu. Hier beschränkt sich das BMGS jeweils auf die Feststellung eines Dissens und verschiebt die Entscheidung auf den Referentenentwurf. ☐

Quelle: BZÄK

Novellierung...

Fortsetzung von Seite 1

Dr. Michael Frank, Präsident der Landes Zahnärztekammer Hessen und Mitglied im Bundesvorstand der Bundeszahnärztekammer unterstreicht: „Mit der neuen Approbationsordnung für das Studium der Zahnheilkunde haben wir eine grundlegende

Neugewichtung der Ausbildungsinhalte vorgenommen, um das wissenschaftliche Leistungsvermögen an den Hochschulen zu steigern und um den Studierenden die fachliche Weiterentwicklung für die Anforderungen an eine moderne und interdisziplinäre ausgerichtete Zahnheilkunde zu ermöglichen. ☐

ANZEIGE

Entscheidend für eine Idee ist nie, wie sie sich verwirklicht, sondern was sie an Wirklichkeit enthält.

Stefan Zweig

LIFECORE BIOMEDICAL

40 Jahre Erfahrung ist mehr als eine Idee.

Lifecore Biomedical GmbH Jägerstraße 66 53347 Alfter
 Telefon 02222 - 92 94-0 Fax 02222 - 97 73 56
 www.lifecore.de eMail: info@lifecore.de

Implantate neuester Generation.

BPI – Das Original



Die BPI-Produktlinien weisen die patentierte Giebelkonstruktion EASYFIT auf. Diese Plattform garantiert eine rotationsfreie Aufbauverbindung ohne Schraubenlockerung zum völlig spannungsfreien Ausgleich von Implantatdivergenzen bis zu 90 Grad.

- Mit der einzigartigen ästhetischen Giebelkonstruktion EASY FIT (Estetic Anatomic SYmetric FIT)
- Anatomische Implantatschulter
- Optimale Belastungsaufnahme
- Rotationsfreie Fixierung durch Winkelvorspannung, Gegenkonis und Schraubenhalsvorspannung
- Maximaler crestaler Knochenhalt durch Kompensation von unter belastungsüblichen Mikrobewegungen an der Implantat-Knochengrenze
- Günstiges Preis-Leistungsverhältnis ab €140,- für komplette Versorgung zzgl. 7% MwSt.

Die Formel für Implantologen und Überweiser:



1 OP-Tray bedient 3 Implantatlinien, alle mit 1 patentierten Plattform

Vaihinger Straße 12, 71063 Sindelfingen
Tel (0 70 31) 76317-0, Fax (0 70 31) 76317-11
info@bpi-implants.com, www.bpi-implants.com



„Implantate: Welche Zuschüsse stehen mir zu?“

Neuer Patientenratgeber – auch sinnvoll für die Hauszahnarztpraxis

Mit dem neuesten Patientenratgeber des BDIZ/EDI werden wieder viele Fragen beantwortet zum Thema Behandlungsalternativen mit Blickrichtung auf Implantate und Kosten.

Ganz bewusst ohne Abrechnungsdetails hinsichtlich zu erwartender Preise wird hier patientennah aufgelistet, welcher Art Zuschüsse Selbstzahler, GKV-Mitglieder, Privatversicherte oder Beihilfeberechtigte erwarten können – oder auch nicht.



Basisinfos

„Mit diesem Ratgeber informieren wir aber nicht nur über wichtige Aspekte rund um die Implantologie, sondern auch über grundsätzliche Aspekte zum Thema Krankenkassen, Beihilfestellen und Private Krankenversicherungen“, so Dr. Helmut B. Engels, Präsi-

dent des BDIZ. Im Kapitel „Ich, mein Zahnarzt und meine Krankenversicherung“ wird aufgezeigt, wer mit wem und wie ein Vertragsverhältnis hat und warum Wirtschaftsunternehmen wie die Privaten Krankenversicherungen manchmal die Erstattung von Leistungen ablehnen, obwohl sie dem Patienten eigentlich zustünden.

Neues Rollenverständnis

„Vielfach ist es ja so“, so die Auffassung von BDIZ/EDI-Justitiar Dr. Thomas Ratajczak, „dass im Zuge der Ablehnung von Behandlungspositionen bei den Patienten der Eindruck erweckt wird, hier habe der Zahnarzt widerrechtlich gehandelt – in der Regel denken Patienten ja, wenn etwas nicht erstattet wird, ist es auch nicht erlaubt. Dass beides prinzipiell nichts miteinander zu tun hat, ist eine der wichtigsten Botschaften des neuen Ratgebers.“ So

lange sich ein Behandler an die Gebührenordnung halte, gebe es keinen Anlass, an der Richtigkeit der Abrechnung zu zweifeln. Für den implantologischen Bereich hat der Bundesverband der Implantologen jüngst einen umfangreichen Abrechnungsratgeber Implantologie vorgelegt, dem nicht nur anhand von Leistungsschritten die abrechenbaren Gebührenpositionen zu entnehmen sind, sondern auch juristische Diskussionen zur Frage der Erstattung durch die Versicherungen.

Ratgeber

„Was hier am Beispiel unseres Patientenratgebers zu Zuschüssen bei Implantatversorgung gezeigt wird, darunter die zahlreichen aufwändigen Behandlungsschritte beim chirurgischen Anteil einer Einzelzahnimplantatversorgung und damit die Nachvollziehbarkeit höherer Kosten, können auch nicht-implantologisch tätige Zahnärzte für die Information ihrer Patienten nutzen“, so Dr. Engels. „Hinsichtlich der Darstellung möglicher implantologischer Leistungen

im Rahmen der Aufklärung über alternative Behandlungsmaßnahmen empfehlen wir zudem unseren Ratgeber „Implantate – auch etwas für mich?“, der ebenfalls als Praxishilfe für die Zahnärzte gedacht ist: Er liefert auch eine dokumentationsfähige Grundlage für die erfolgte Aufklärung über Implantate als etablierte Alternative zu herkömmlichem Zahnersatz.“ Dieser mittlerweile über 100.000 Mal abgerufene Ratgeber wird demnächst inhaltlich überarbeitet, auch der Ratgeber zu Implantatthygiene gehört zu den vielen hoch erfolgreichen Publikationen des Verbandes.

Bestellhinweis:

Der neue Ratgeber „Implantate: Welche Zuschüsse stehen mir zu?“ kann schriftlich bestellt werden bei der Geschäftsstelle: BDIZ/EDI, Am Kurpark 5, 53177 Bonn. 50 Ratgeber kosten 53,-€ zzgl. Ust. und Versandkosten, ein Musterexemplar bei Einsendung eines mit 95 Cent frankierten und rückadressierten DIN-Lang-Umschlages ist kostenlos. ☐

Mediziner und Krankenkassen nähern sich an

Nach dem Düsseldorfer Urteil zur Praxisgebühr sind beide Seiten kompromissbereit

Nach den ersten hitzigen Äußerungen zum Musterurteil zur Praxisgebühr rudern Kassenärzte und Krankenkassen behutsam zurück. Dem Düsseldorfer Sozialgericht zufolge müssen säumige Zahler der Zehn-Euro-Praxisgebühr nicht mit Mahn-, Gerichts- und Portokosten belastet werden. Spontan hatte die Kassenärzteschaft noch zornig mit Revision gedroht und erwogen, die Einziehung der Praxisgebühr zu verweigern.

Noch habe allerdings kein Arzt einen Cent für unbezahlte Praxisgebühren aus eigener Tasche bezahlen müssen, weil die Abrechnungen mit den Kassen noch liefen, sagten sowohl der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Schleswig-Holstein, Klaus Bittermann, als auch Vorstandsvize der KV Nordrhein, Klaus Enderer, der WELT. Die derzeitige Regelung zur Eintreibung der Praxisgebühr durch die Kassenärzte ist nach Worten von Ärztefunktionären durch einen „Kuhhandel“ entstanden. Bei den Verhandlungen zur

Gesundheitsreform hätten die Ärztevertreter dem Druck der Regierungskoalition und dem damaligen Unionsvertreter Horst Seehofer (CSU) nur zugestimmt, um damit ein anderes unliebsames Begehren vom Tisch zu holen.

Regierung und Union wollten seinerzeit, dass die Krankenkassen mit den Fachärzten Einzelverträge über die Behandlung von Kassenpatienten abschließen sollten. Dabei wären die Fachärzte dann aus den Kassenärztlichen Vereinigungen als starker Verhandlungspartner ausgeschlossen gewesen. Weil die Zahnärzte ohne solche Belastung in die Verhandlungen gehen konnten, holten sie ein für sie besseres Ergebnis heraus. Bei der Zahnbehandlung müssen weder die Zahnärzte noch ihre Verbände bei säumigen Praxisgebührenzahlern in letzter Instanz vor Gericht ziehen. Dort übernehmen das die Krankenkassen. Zum jüngsten Urteilsspruch bei den Gebühren in der Arztpraxis wollen die Kassenärzte nunmehr „erst einmal die noch ausstehende schrift-

liche Urteilsbegründung abwarten und dann prüfen, ob wir in Revision gehen“, sagte Enderer von der beklagten KV Nordrhein. Mahnungen würden die Kassenärzte auch weiterhin an säumige Zahler der Praxisgebühr schicken.



Selbst eine finanzielle Zwangslage befreit nicht von der Zahlung von 10 € Praxisgebühr.

Auch die Krankenkassen zeigen sich zum Kompromiss bereit. Sie sagen nun nicht mehr, dass die bestehende Rechtslage unverändert bleiben müsste. Sie fordern wie Michaela Gottfried vom Ersatzkassenverband jetzt dringend eine Sonderregelung im

Sozialgerichtsgesetz. „Das heißt, dass die säumigen Zahler auch die Mahn-, Gerichts- und Portokosten übernehmen müssten.“ Allein die Gerichtsgebühren betragen derzeit pauschal 150 Euro. Ansonsten aber sollten die Ärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin die Praxisgebühr einziehen.

Sowohl der Ersatzkassenverband als auch der AOK-Bundesverband wiesen Behauptungen zurück, den Kassen würden wegen ihrer direkten Rechtsbeziehung zum zahlenden Mitglied weniger Kosten entstehen als den Kassenärzten. „Das ist keineswegs so, denn auch die Krankenkassen müssten dann über ein Gerichtsverfahren vorgehen, wobei ihnen ebenfalls 150 Euro Gebühren entstünden“, sagte AOK-Sprecherin Barbara Marnach. Ärztefunktionäre sind jedoch skeptisch, ob die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen tatsächlich ihre Mitglieder durch unpopuläre Gerichtsverfahren verschrecken würden. ☐

Quelle: Die Welt

Der große Wurf des Gesundheitswesens bleibt aus

Allianz sieht falsche Entscheidungen und verfehlte Politik als größtes Hindernis in puncto Generationengerechtigkeit

Der Vorstandsvorsitzende der Allianz PKV, Dr. Ullrich Rumm fürchtet, dass es in dieser und der nächsten Legislaturperiode keine grundlegende Reform des Gesundheitswesens geben wird. In einem Interview mit FOCUS-MONEY gab Rumm der Politik die Schuld dafür: „Das Problem wird parteipolitisch angegangen und nicht lösungsorientiert.

Jeder hat ein Modell, das er mit Zähnen und Klauen verteidigt.“ Die jetzigen Vorschläge der Parteien hält Rumm für verfehlt. Sie hielten an dem gesetzlichen umlagefinanzierten System fest, dabei komme die Generationengerechtigkeit viel zu kurz. „Das PKV-System der Kapitaldeckung ist überlegen“, so der Allianz PKV-Chef zu dem

Wirtschaftsmagazin. Er favorisiert ein eigenes Zukunftsmodell der „Generationenversicherung“. Dabei gelte langfristig für alle Versicherten die kapitalgedeckte Finanzierung, die gesetzlichen Kassen würden sich in private Unternehmen umwandeln. Die Vorgänge um die wieder rückgängig gemachte Zahnersatz-Pflichtversicherung

hält Rumm für „eine politische Frechheit“, eine weitere massive Erhöhung der Pflichtgrenze für „ökonomischen und politischen Blödsinn.“ Bei der letzten drastischen Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze hatte Rumm vor dem Bundesverfassungsgericht eine herbe Niederlage einstecken müssen. Im Interview mit FOCUS-MONEY beklagte er: „Die Beschwerden wurden abgeschmettert, ohne dass das Gericht sich inhaltlich mit der Sachprüfung beschäftigt hat. Das halte ich fast schon für Arbeitsverweigerung.“ ☐

Quelle: Focus

PN PRAXISMANAGEMENT

Erfolgreiche Teamarbeit in der Praxis

Leitfaden für ein produktives Miteinander zum Wohle des Patienten

Als Chef einer parodontologischen Praxis sind Sie für die Führung Ihrer Mitarbeiter verantwortlich. Eine bewusste Steuerung teambildender Prozesse lohnt sich, denn nur wenn alle an einem Strang ziehen, verläuft der Arbeitsalltag reibungslos.

Warum ist Teamarbeit so wichtig?

Das Gesundheitswesen verändert sich, die Kundenorientierung einer Praxis entwickelt sich immer mehr zum entscheidenden Wettbewerbsfaktor. Einen wirklich hervorragenden Service leisten jedoch nur Praxen, die nicht aus Einzelkämpfern bestehen, sondern aus

persönlichen Beziehungen stimmen, können die sachlichen Aspekte der Arbeit mit der notwendigen Professionalität und Effizienz angegangen werden.

- Die Mitarbeiter engagieren sich dafür, dass die Zusammenarbeit und der Zusammenhalt immer wieder verbessert und gestärkt werden.

dem Einzelnen sowie mit dem gesamten Team.

- Verfahren Sie nicht nach dem Motto „Jeder macht alles!“, sondern teilen Sie Ihren Mitarbeitern klar umrissene Verantwortungsbereiche zu. Wenn Sie sich um Ihre Mitarbeiter kümmern und die Zusammenarbeit fördern, ist Arbeitsteilung eine Bereicherung für alle.
- Schaffen Sie möglichst optimale Rahmenbedingungen für die Arbeitsabläufe in Ihrer Praxis und für die Zusammenarbeit.
- Verhalten Sie sich so, wie Sie es von Ihren Mitarbeitern erwarten: Geben Sie wichtige Informationen umgehend weiter und kommunizieren Sie selbst offen. Treten Sie in den Dialog mit Ihren Mitarbeitern, tauschen Sie Erfahrungen aus, diskutieren Sie Wünsche und bemühen Sie sich offen um die Klärung von Missverständnissen und Konflikten.



Teamarbeit heißt miteinander im Gespräch sein.

Menschen, die sich gemeinsam für den Erfolg ihrer Arbeit einsetzen.

Bei der Förderung eines kooperativen und ergebnisorientierten Teams muss auch der vielbeschworene Wertewandel mit einbezogen werden: stärker als früher haben Mitarbeiter das Bedürfnis nach Abwechslung im Arbeitsalltag, nach zusätzlichen Qualifizierungsmaßnahmen sowie nach Einbeziehung in Entscheidungen, die den eigenen Arbeitsbereich betreffen. Eine Erfolg versprechende Zusammenarbeit findet erst dann statt, wenn nicht nur die Leitung, sondern auch die Mitglieder des Teams Verantwortung übernehmen. Die gegenseitige Unterstützung und produktive Vernetzung der einzelnen Arbeitsbereiche ist die Voraussetzung für das Erreichen des gemeinsamen Ziels: eine florierende parodontologische Praxis!

Ein Spitzenteam entsteht nicht über Nacht, sondern braucht Raum und Zeit, um sich zu entwickeln.

- Die Mitglieder kennen die Aufgaben der einzelnen Mitarbeiter und gehen respektvoll mit den Stärken und Schwächen der Kollegen um.
- Die Mitglieder geben wichtige Informationen sofort an das gesamte Team weiter. Sie sorgen dafür, dass alle auf dem aktuellen Wissensstand sind.
- Die Mitglieder bringen Ideen, Verbesserungsvorschläge und Kritik ein, um die Arbeitsabläufe fortlaufend zu optimieren.
- Es herrscht eine offene Kommunikationskultur. Positive wie auch negative Aspekte können problemlos angesprochen werden. Konflikte werden nicht totgeschwiegen, sondern konstruktiv gelöst.

Voraussetzungen für erfolgreiche Teamarbeit

Als Leitung des Praxisteam können Sie viel dafür tun, dass „Teamwork“ nicht nur eine Worthülse bleibt, sondern tatsächlich gelebt wird:

- Entwickeln Sie eine positive Einstellung zur Teamarbeit und seien Sie von deren Wert überzeugt.
- Übertragen Sie Ihren Mitarbeitern Selbstverantwortung und Verantwortung für die Gruppe. Zeigen Sie Ihren Mitarbeitern, dass Sie ihnen diese Verantwortlichkeiten zu-trauen.
- Zu viel als auch zu wenig Führung schadet der Teamarbeit. Geben Sie Ihrem Team eine klare Richtung und eindeutige Ziele vor, halten Sie das Team zusammen, stärken Sie die Zusammenarbeit und Kommunikation, fördern und fordern Sie sowohl die einzelnen Mitarbeiter als auch das gesamte Team.
- Bleiben Sie mit Ihren Mitarbeitern im Gespräch – mit je-

Teamphasen

Ein Team braucht eine Weile bis es zu einem Spitzenteam zusammenwächst. Sobald sich innerhalb der Gruppe personelle Veränderungen ergeben, findet dieser Prozess erneut statt. Die Entwicklung eines Teams ist nicht beliebig, sondern lässt sich in vier Phasen unterscheiden:

Forming – das Team findet sich

Zu Beginn der Teamentwicklung sind sich die Mitarbeiter



Ein gutes Team arbeitet Hand in Hand.

noch nicht im Klaren darüber, welche Rolle sie im Team einnehmen können und wollen. Um das herauszufinden, tauschen sie sich aus und vergleichen ihre jeweiligen Werte, Meinungen und Erfahrungen miteinander. In dieser Phase ist die Kooperationsbereitschaft noch zweckgebunden und leicht zu erschüttern.

Storming – das Team zieht Grenzen

In dieser Phase gewinnt das

Team an Profil. Einzelne Mitarbeiter treten in den Vordergrund, andere in den Hintergrund. Jetzt gilt es, die eigene Stellung in der Gruppe herauszufinden und entsprechend Raum für sich zu schaffen. In dieser „stürmischen“ Zeit werden Sie genau beobachtet und Ihr Führungsverhalten bewertet: Schaffen Sie es, das Team zusammenzuführen? Gelingt es Ihnen, Arbeitsprozesse und die Interessen der einzelnen Mitarbeiter miteinander zu vereinbaren? Ihre Einstellung zu den Themen Sicherheit und Vertrauen prägt das Verhalten des Teams.

Norming – das Team kooperiert

Erst in dieser Phase kann sich Ihr Team auf die eigentliche Aufgabe konzentrieren. Im Idealfall bilden sich gegenseitiger Respekt und Teamgeist heraus. Die Aufregungen der Storming-Phase liegen hinter Ihnen, jetzt steht Harmonie im Vordergrund. Regeln zum Umgang miteinander und Lösungsstrategien entstehen.

Performing – das Team handelt

In dieser Phase bildet das Team eine Einheit. Eigene Interessen werden – wenn nötig – zu Gunsten der Gemeinschaft hinten angestellt, der Umgang ist zwanglos und natürlich. Nun gilt es zu verhindern, dass das Team sich zu sehr nach innen orientiert, dass außerhalb stattfindende Ereignisse und Entwicklungen nicht ausreichend beachtet werden. Priorität haben immer noch die Patienten und deren Bedürfnisse.

Qualifikationsprofile und Teamrollen

Üblicherweise werden Teams auf Basis der Qualifikationsprofile der Mitarbeiter gebildet. Das allein sollte jedoch nicht darüber entscheiden, welche Aufgabe einem Teammitglied zugeteilt wird. Behalten Sie bei der Aufgabenverteilung auch die sonstigen Stärken Ihrer Mitarbeiter im Blick. Das Geheimnis erfolgreicher Teams liegt darin, dass Verantwortlichkeiten nicht nur der Qualifikation der Mitarbeiter, sondern auch ihrem jeweiligen Typ entsprechen. So gibt es Mitarbeiter, die sich für Verwaltungsaufgaben interessieren und sehr genau arbeiten können. Andere entwickeln gerne neue Ideen, z.B. wie man die Arbeitsabläufe in der Praxis verbessern könnte – die Umsetzung dieser Ideen reizt sie jedoch weniger. Wieder andere nehmen diese Anregungen gerne auf und setzen sie in die Tat um.

Kompetenzen einer Führungskraft

Eine erfolgreiche Führungs-

kraft verfügt nicht nur über Fach-, sondern auch über Sozialkompetenz, Methodenkompetenz und Selbstkompetenz. Was verbirgt sich hinter diesen Begriffen?

Sozialkompetenz meint zum einen eine ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit, z.B. die Fähigkeit, sprachliche und nichtsprachliche Signale wahrzunehmen und auf diese angemessen zu reagieren. Auch die Gabe, die Beziehung zwischen Personen treffend einzuschätzen, sich in andere Personen hineinzusetzen und sich selbstsicher in sozialen Netzen zu bewegen, sind Kennzeichen hoher Sozialkompetenz.

Als Methodenkompetenz bezeichnen wir Techniken, die die Arbeit mit und im Team effektiver machen. Darunter fällt beispielsweise die Fähigkeit, Besprechungen ergebnisorientiert zu gestalten. Dafür sind Moderations- sowie Präsentations- und Visualisierungstechniken hilfreich.

Die Selbstkompetenz wird primär durch die Gelassenheit, mit der Sie den zahlreichen Anforderungen Ihres Arbeitsalltags entgegenreten, gekennzeichnet. Sie beinhaltet den produktiven Umgang mit Ihren Emotionen, eine realistische und positive Selbsteinschätzung sowie den ideenreichen Einsatz Ihrer Ressourcen. Sich über die eigenen Grenzen bewusst zu sein und seine Stärken und Schwächen zu akzeptieren, bleibt eine lebenslange Herausforderung.

Eine offene Kommunikationskultur als Basis

Eine offene Kommunikationskultur bildet die Basis dafür, dass sich der Teamgedanke unter Ihren Mitarbeitern durchsetzt. Häufig sind Unwissenheit, Distanz und Anonymität dafür verantwortlich, dass die Arbeit im Team nicht reibungslos funktioniert. In Kommunikationsseminaren treten Sie und Ihre Mitarbeiter in Kontakt und lernen, einen konstruktiven Dialog miteinander zu führen. Auch hier gilt: Gehen Sie als Chef mit gutem Beispiel voran und pflegen Sie eine offene Kommunikationskultur. Dazu gehört:

- Treten Sie nicht nur in Teambesprechungen oder im Arbeitsalltag (mit Anweisungen) mit Ihrem Team in Kontakt. Führen Sie persönliche Gespräche mit Ihren Mitarbeitern.
- Seien Sie für Ihr Team präsent und regen Sie den Austausch unter den Kollegen an.
- Berufen Sie regelmäßig Teambesprechungen ein. Kommunizieren Sie die anstehenden Themen bereits im Vorfeld, sodass sich alle Beteiligten vorbereiten können.
- Vereinbaren Sie klare Regeln für den Umgang im

Team und achten Sie darauf, dass diese Regeln eingehalten werden. Ein Beispiel: Sie haben vereinbart, dass Konflikte zeitnah angesprochen und gelöst werden. Das bedeutet, dass alte Geschichten nicht mehr aufgewärmt werden.

- Vermeiden Sie Schuldzuweisungen, sondern fokussieren Sie konstruktive Lösungen.
- Unterstützen Sie Ihre Mitarbeiter bei Problemen. Hören



Als Chef schaffen Sie die Voraussetzungen für erfolgreiche Teamarbeit.

Sie zu, gehen Sie dem jeweiligen Thema auf den Grund und fragen Sie den Mitarbeiter, welche Lösungsansätze er vorschlägt. Ermuntern Sie Ihre Mitarbeiter, die Dinge selbst in die Hand zu nehmen und holen Sie nicht die Kastanien aus dem Feuer.

- Achten Sie darauf, dass alle Mitarbeiter zu Wort kommen. Animieren Sie ruhiger und bremsen Sie allzu offensive Teammitglieder. Zu große Passivität oder Aktivität in Ton oder Verhalten lässt sich häufig nicht in Teambesprechungen ansprechen, sondern sollte besser im Einzelgespräch geklärt werden. Dabei ist Fingerspitzengefühl gefragt!
- Es ist nicht nur wichtig, richtig zu streiten und Konflikte zu lösen, sondern auch Freude und Lob in den Arbeitsalltag zu integrieren. Lenken Sie den Blick auf das Positive und sagen Sie Ihren Mitarbeitern, was gut läuft.

Bevor Sie nun die vielen Anregungen zur Förderung der Teamkultur in Ihrer Praxis umsetzen, sollten Sie in einer ruhigen Minute für sich klären, was Teamarbeit für Sie bedeutet und was Sie von Ihren Mitarbeitern erwarten. Setzen Sie sich dann mit Ihrem Team zusammen und definieren Sie gemeinsam Ihre Ziele. Holen Sie Ihre Mannschaft ins Boot – und einem motivierenden, patientenorientierten Teamalltag steht nichts mehr im Weg. ☑

PN Kontakt

EngelDobbin – Kompetenz in Kommunikation
Breisacher Str. 8
81667 München
Tel.: 0 89/44 40 98 08
Fax: 0 89/44 40 98 09
E-Mail: info@engeldobbin.de
www.engeldobbin.de

Unternehmen Praxis – eine realisierbare Herausforderung

Betriebswirtschaftliche Kompetenz als Schlüssel zum Erfolg

Der Dentalmediziner als Kaufmann oder Manager? Ein Thema, mit dem Zahnärzte und Kieferorthopäden während ihres Studiums kaum konfrontiert werden. Doch der härter werdende Wettbewerb, die zunehmende vertragszahnärztliche Dichte und Beschlüsse der Gesundheitspolitik führen dazu, dass ein erfolgreicher Praxisinhaber nicht nur fachlich kompetent, sondern auch ein guter Unternehmer sein muss.



Software erleichtert die Koordination im Praxisteam.

Die Lösung zahnmedizinischer Probleme ist ohne Frage die vorrangige Aufgabe eines Dentalmediziners. Doch spätestens nach Gründung der eigenen Praxis stellt sich die Frage: Wie lassen sich die eigenen Fähigkeiten und Kenntnisse in unternehmerischen Erfolg ummünzen? Wie lassen sich Umsätze halten oder sogar steigern und nicht zu vergessen, die Kosten minimieren? Wer unternehmerisch denkt und handelt, sichert seinen Ertrag dauerhaft. Zur zukunftsfähigen Führung des Unternehmens Zahnarztpraxis gehören ein strategisches Praxiskonzept mit Kostenanalyse, eine klare, unternehmerische Ausrichtung sowie gute Organisa-

Controlling – Starthilfe für junge Praxisgründer

Geplant erfolgreich: Ob es um die Steuerung von Kosten geht, die Wirtschaftlichkeitsberechnung von Investitionen oder die Entscheidung, welche Arbeiten extern oder intern durchgeführt werden sollen – junge Dentalmediziner, die eine Praxis gründen oder übernehmen wollen, suchen Hilfsmittel, um ihr Unternehmen effizient zu steuern. „Wer die Zukunft seiner Praxis sichern will, muss von Anfang an die Grundlagen für eine wirtschaftliche Unternehmensführung schaffen und notwendige Maßnahmen umsetzen“, erklärt Dr. Peter Dolezel. Der 32-jährige Zahnarzt hat im April diesen Jahres in Aachen seine eigene Praxis eröffnet. „Mir ist es wichtig, immer genau zu wissen, wo ich wirtschaftlich stehe. Eine professionelle Praxisführung mit allen betriebswirtschaftlichen Tools gibt mir als Neuling auch ein

Stück weit mehr Sicherheit und hilft mir, weitreichende Entscheidungen mit gutem Gefühl zu treffen.“ Beispielsweise überlegen sich durch die rückläufigen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen auch junge Zahnärzte wie Dolezel, ob es sinnvoll ist, zusätzliche Standbeine zu schaffen. Doch der Aufbau von Bereichen wie CAD/CAM, Individualprophylaxe, Implantologie oder die Einrichtung eines Eigenlabors sind mit hohen Investitionen sowie mit erheblichen laufenden Kosten verbunden. „Bevor ich hier Tat-

sachen schaffe, werde ich neben einer genauen Analyse meiner Praxiseinnahmen und -ausgaben sowie der Liquidität, die wirtschaftliche Entwicklung der neuen Gebiete gesondert untersuchen und in meine Praxisnavigation mit einbeziehen“, so Dolezel.



Die digitale Praxis lässt Behandlungsmaßnahmen für den Patienten transparent werden.

Regelmäßige Selbstanalysen bewahren aber auch langjährige Praxisinhaber davor, ein falsches Konzept zu verfolgen und zu verhindern, dass bei Einnahmen und Ausgaben ein Ungleichgewicht entsteht. „Praxiscontrolling zeigt mir in ganz konkreten Zahlen, ob sich meine Individualprophylaxe rentiert und wie viel mich beispielsweise eine Arbeitsstunde kostet. Ich vergleiche mein Leistungsangebot ständig mit den Anforderungen des Marktes und reagiere, wenn ich Diskrepanzen feststelle“, erklärt Dolezel. „Denn auch als Dentalmediziner muss ich mittlerweile markt- und dienstleistungsorientierte Betrachtungsweisen annehmen.“

Praxismanagement für mehr Rentabilität

Wer Patienten gewinnen bzw. „Stammkunden“ bin-

den will, muss sich – neben einer erstklassigen medizinischen Leistung und einem hohen Maß an Serviceorientierung – auch mit einem eigenständigen Praxisprofil am Markt positionieren. Es gibt eindeutig eine Entwicklung von der reinen „Erfüllungswerkstatt“ hin zum aktiven Gesundheitspartner. Doch Zeitmangel, bedingt durch viele Routinetätigkeiten oder unrentable Organisationsstrukturen, schränkt den Arzt in seiner Handlungsfreiheit ein. Er hat kaum Gelegenheit, kreative

Ideen zur Optimierung seiner Praxis zu entwickeln, geschweige denn umzusetzen. Effizientes Praxismanagement sorgt dafür, dass das bestehende Arbeitsvolumen in weniger Zeit bewältigt wird und schafft so Freiräume – ohne dass zusätzliches Personal eingestellt werden müsste. „Es ist wichtig, die Resource Zeit richtig zu planen und einzusetzen“, erklärt Dr. Eva-Maria Coenen-Thiele, Kieferorthopädin in Minden. Mit modernen Managementmethoden lassen sich Zeitfresser entlarven und Abläufe definieren.

Durch Instrumente wie Benchmark oder ABC-Analyse werden erbrachte Leistungen, Leistungserbringer (Mitarbeiter) und Leistungsempfänger (Patienten) dargestellt. „Nur wenn ich weiß, wo meine Stärken liegen und wo Potenzial liegt, kann ich die Prozesse in meiner Praxis und damit auch meine Ergebnisse tatsächlich optimieren“, erklärt Coenen-Thiele.

Teamarbeit in der vernetzten Praxis

Computergesteuerte Praxisführung hilft bei der Koordination der unterschiedlichen Ärzte- und Mitarbeiterteams

und der verschiedenen Patientengruppen. „Wir decken ein so großes Spektrum zahnmedizinischer Leistungen ab – von umfassenden Prophylaxe-Services, über Kinderzahnheilkunde und ästhetischer Zahnmedizin bis hin zu Implantologie und Oralchirurgie – da ist perfekte Organisation unabdingbar“, so Zahnärztin Dr. Ina Bustorff. Terminplanung, aber auch die interne Verständigung über Aufgaben funktioniert auf elektronische Weise schnell und unproblematisch. Mithilfe von Software werden die Mitarbeiter bedarfsgerecht eingesetzt und die Prozesse und Abläufe insgesamt optimiert. „Seit wir auf die digitale Praxis umgestellt haben, behalten wir unsere Ausgaben deutlich besser im Griff. Für die Zusammenarbeit im Team ist die vernetzte Praxis aber auf jeden Fall ein Pluspunkt. Alles läuft weniger hektisch und viel geord-

neteter ab“, versichert Bustorff. Beispielsweise kann im Behandlungszimmer alles punktgenau für den Arzt vorbereitet und somit Zeit gespart werden, die dem Patienten zugute kommt. Viel Aufwand erspart die Software auch im Bereich Abrechnung. „Stundenlanges Sortieren von Scheinen, Befunden und erbrachten Leistungen ist in einer modernen Praxis einfach nicht mehr zeitgemäß“, so Bustorff. Die gewonnene Zeit investiert die Dentalmedizinerin lieber in Beratung und Information ihrer Patienten. Im Bereich Kundenbindung kommt ihr die Praxissoftware aber auch direkt zu Hilfe. So können alle Befunde, Patientendaten und auch Aufklärungshilfen an jedem Arbeitsplatz auf dem Computerbildschirm abgerufen werden. Die problemlose Dokumentation des Be-

handlungsverlaufs und die ständige Verfügbarkeit aller Daten unterstützt das Team im Gespräch mit den Patienten.

„Ein Kundenservice auf Knopfdruck und wichtiger Mehrwert für unsere Patienten ist beispielsweise



Optimierte Prozesse und Abläufe schaffen Freiräume für zusätzliche Beratung.

auch der SMS-Benachrichtigungsdienst“, so die Zahnärztin. Rund fünf Prozent der vereinbarten Sprechzeiten werden jährlich von den Patienten nicht wahrgenommen – oft, weil der Termin vergessen wurde. Mit dem automatischen SMS-Dienst erhalten die Patienten schnell und zuverlässig eine kurze Erinnerung auf ihr Handy. Ein zusätzlicher Service, der Patienten und Dentalmediziner gleichermaßen das Leben erleichtert. ☐

Weitere Informationen zu diesem Thema sowie das Wirtschafts-1x1 für Dentalmediziner erhalten Sie unter renditeprophylaxe@pharmatechnik.de, Info-Telefon: 0 81 51/44 42-500 sowie im Internet unter www.pharmatechnik.de/renditeprophylaxe

PN Adresse

PHARMATECHNIK GmbH & Co. KG
Münchner Straße 15
82319 Starnberg
Tel.: 0 81 51/44 42-0
Fax: 0 81 51/44 42-70 00
E-Mail: info@pharmatechnik.de

Beraten statt bohren

ISM-Studie belegt: Der Zahnarzt der Zukunft muss sich stärker als bislang als Unternehmer begreifen

Angst vorm Zahnarzt? Ist nicht länger nötig, denn die Praxis als reine Reparaturwerkstatt könnte es schon bald nicht mehr geben. „Der steigende Wettbewerb wird nur solche Zahnarztpraxen überleben lassen, die sich zu Gesundheitspraxen weiterentwickeln“, sagt Prof. Ralf Brickau von der International School of Management (ISM). Will heißen: Im Gedächtnis der Patienten soll der Mediziner mit dem gefürchteten Bohrer schon bald einem freundlichen Berater rund um Mundgesundheit weichen. Das jedenfalls ist das Idealbild des modernen Zahnarztes, das Prof. Brickau und vier ISM-Diplomanden, in Kooperation mit der ERFA-Gruppe Dental-Deutschland in Essen, über die Zahnarztpraxis der Zukunft zeichnen. „Bis es so weit ist, muss sich in den Praxen aber noch einiges ändern“, sagt Prof.

Brickau. Eine seiner Diplomandinnen, Sigrid Basedow, hat beispielsweise herausgefunden, dass viele Ärzte nur unzureichend auf ihr Angebot an hochwertigen



In moderner Atmosphäre internationale Betriebswirtschaft mit unterschiedlichen Schwerpunkten studieren: ISM, Dortmund.

gen Zusatzleistungen aufmerksam machen. Veranstaltungen wie ein „Tag der offenen Tür“ würden kaum

genutzt, obwohl sie entscheidend für den wirtschaftlichen Erfolg einer Zahnarztpraxis seien.

Auch eine hochwertige Ausstattung der Behandlungsräume ist keine Selbstverständlichkeit, wie Jennifer Raulwing in einer Zufriedenheitsanalyse unter mehr als 500 Patienten erkannte. „Nur wenn der Zahnarzt für ein angenehmes Ambiente sorgt und seinen Kunden innovative Behandlungsmethoden und verständliches Informationsma-

terial anbietet, wird er die Patienten langfristig an sich binden“, erklärt sie. So gibt es in jeder medizinischen

Disziplin delegierbare Leistungen, die einzelne, speziell dafür ausgebildete Praxisteammitglieder erbringen können. Durch das selbstständige Erbringen von Dienstleistungen wie Beratungen, Informationen über Therapien und Preisgespräche für Selbstzahlerleistungen wird die Motivation aller Mitarbeiter gefördert. Auch Patienten und Kunden einer Praxis fühlen sich besser betreut, wenn die Kommunikation vom gesamten Team ausgeht und nicht wie früher allein vom Chef des Unternehmens. Darüber hinaus hält ISM-Diplomand Oliver Rechtsprecher eine prozessorientierte Organisation der Zahnarztpraxis für dringend erforderlich, um wettbewerbsfähig zu bleiben. Tragende Säule dieser Managementform seien die Mitarbeiter, weshalb sich Zahnärzte intensiv mit dem Thema Personalführung auseinander setzen sollten. „Insgesamt müssen sich Zahnärzte viel stärker als bislang als Unternehmer begreifen und ihre Patienten als Kunden ansehen“,



Prof. Dr. Ralf Brickau, Dekan der ISM.

sagt ISM-Dozent Ralf Brickau. Das erfordere auch ein gezieltes Marketing, das ISM-Absolvent Florian Müller bei 58 Praxisinhabern auf den Prüfstand stellte. „Die meisten Zahnärzte haben die Wichtigkeit dieses Instruments bereits erkannt und setzen insbesondere auf eine marketinggerechte Gesprächsführung“, so Müller. Die Mehrheit der befragten Ärzte wünsche sich allerdings weitere Unterstützung durch technische Hilfsmittel wie intraorale Kameras, einen mit interak-

tiven Medien ausgestatteten Behandlungsraum und einen professionellen Internetauftritt. Was viele für sinnvoll erachten, aber oft noch nicht umgesetzt haben, ist ein Markenauftritt der gesamten Dentalfamilie. „Das könnte beispielsweise durch Zweckbündnisse von Zahnarztpraxen, Dentallaboren und dem Dentalhandel geschehen“, erklärt Florian Müller. Einige erfolgreiche Kooperationen gebe es bereits.

„Sie werden in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen und den Partnern ökonomische Vorteile bringen“, ist er sicher. ☐

PN Adresse

International School of Management
Unternehmenskommunikation
Otto-Hahn-Str. 19
44227 Dortmund
Tel.: 02 31/97 51 39 31
Fax: 02 31/7 97 81 08
E-Mail: ism@ism-dortmund.de
www.ism-dortmund.de

PN KONGRESSE

Aktuelle Standards der Implantatprothetik ...

Fortsetzung von Seite 1

Mit dieser Konzentration auf implantatprothetische Fragestellungen wird das Symposium dem Wunsch vieler Implantologen, aber auch rein prothetisch orientierter Zahnärzte nach umfassenderen Informationen über aktuelle fachliche und technologische Entwicklungen auf diesem Gebiet gerecht. Die Themenpalette reicht von der prothetischen Planung, über die Umsetzung von implantatprothetischen Konzepten im teilbezahnten und zahn-

losen Kiefer, den Einsatz von Zirkon in der Implantologie, CAD/CAM-gesteuerte Restaurationen auf Implantaten bis hin zu chirurgischen Aspekten der Ästhetik. Durch diese Komplexität und die hochkarätige Besetzung mit Referenten aus Wissenschaft und Praxis verspricht das Symposium ein interessantes Programm sowohl für versierte Anwender als auch für Überweiserzahnärzte. Im Rahmen der Pre-Congress-Workshops namhafter Anbieter von Knochenersatzmaterialien und Im-

plantatsystemen sowie einem Abrechnungswor-

shop erhalten die Teilnehmer zudem die Möglichkeit der spezialisierten Beschäftigung mit der Problematik.



shop erhalten die Teilnehmer zudem die Möglichkeit

Höhepunkt des ersten Kongresstages wird wie im ver-

gangenen Jahr eine Podiumsdiskussion sein, bei der die Hauptreferenten ihre Positionen mit den Teilnehmern diskutieren werden. Bundesweite Bedeutung gewinnt das Symposium insbesondere durch die Tatsache, dass als Partner und Mitveranstalter die großen implantologischen Praktikergesellschaften DGZI, BDO, DGMKG und DZOI beteiligt sind. Selbstverständlich wird die Veranstaltung entsprechend den Richtlinien der Bundeszahnärztekammer/DGZMK bewertet. **PN**

PN Info

Oemus Media AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-3 08
Fax: 03 41/4 84 74-3 90
E-Mail: kontakt@oemus-media.de

Veranstaltungsort:

The Westin Leipzig
Gerberstr. 15
04105 Leipzig
Tel.: 03 41/98 80
Fax: 03 41/9 88 12 29
www.westin-leipzig.com

„Es gibt immer irgendwo Bewegung im System“

PN sprach auf dem AAP Kongress mit Dr. R. J. Lazzara über die Probleme der Zahnintrusion, Periimplantitis und Sofortbelastung

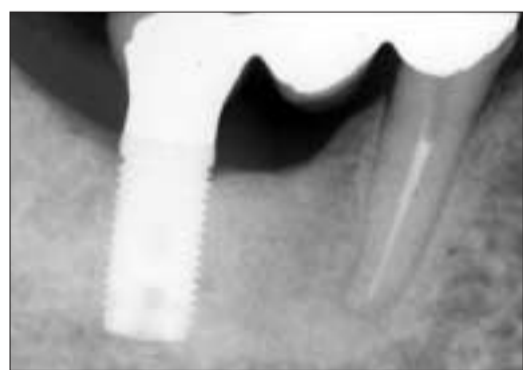


Richard J. Lazzara, DMD, MScD praktiziert Parodontologie und Implantologie in West Palm Beach, Florida, USA.

Welches sind die Gründe für die Intrusion von Zähnen, wenn Suprakonstruktionen auf Implantaten verwendet werden? Das bezieht sich auf ein

es besteht eine lockere Verbindung. Das führt zu einer Intrusion des Zahnes entweder durch Fremdmaterial im Verbindungsteil oder dadurch, dass der Zahn bewegt und dabei eingekeilt wird. Diese mechanische Reibung führt dann dazu, dass der Zahn intrudiert, weiter verkeilt und sich noch weiter nach unten bewegt.

Wenn Sie eine Verbindung zu Pfeilerkappen herstellen, mit Kappen auf den natürlichen Zähnen und einer Suprastruktur auf dem Implantat, diese Elemente mit provisorischem Zement befestigen, wird der provisorische Zement ausgewaschen. Es sammelt sich noch mehr Fremdmaterial an und zwingt den Zahn weiter nach unten. Im Prinzip gibt es immer irgendwo eine Bewegung im System.



Einzelzahnimplantat, fest verbunden mit natürlichem Zahn.



Verbindung von Implantaten und Zähnen nach elf Jahren.

Glauben Sie, dass beim teilbezahnten Patienten eine Intrusion vermieden werden kann, wenn Zähne und Implantate durch Suprakonstruktionen wie etwa Teleskope verbunden werden? Ja, solange die Teleskope

Fortsetzung auf Seite 16

oder zwei Dinge. Grundsätzlich findet dabei irgendwo im System eine Bewegung statt, das heißt,

ANZEIGE

zahngesund - ein Leben lang

XYLIX[®] 100

100% XYLITOL
FÜR 100%
ZAHNGESUNDE
ATMUNGSACTIV

Einführungspreis
6 x 90 Kaugummi
€ 33,-

Einführungspreis
12 x 18 Kaugummi
€ 33,-

Einführungspreis
12 x 50 Pastillen
€ 22,-

6 x 90 Kaugummi im Display

6 x 90 tropic	€ 23,00 €*
6 x 90 zahn	€ 23,00 €*
6 x 90 lacrom	€ 23,00 €*
6 x 90 zahn (2 x 3)	€ 23,00 €*

* Ab 3 Wochen Versandbestand! Preis sagt Markt und Versand.

12 x 18 Kaugummi im Display

12 x 18 tropic	€ 33,00 €*
12 x 18 zahn	€ 33,00 €*
12 x 18 lacrom	€ 33,00 €*
12 x 18 zahn (4 x 3)	€ 33,00 €*

* Ab 3 Wochen Versandbestand! Preis sagt Markt und Versand.

12 x 50 Pastillen im Display

12 x 50 zahn	€ 22,80 €*
12 x 50 zahn lacrom	€ 22,80 €*
12 x 50 zahn (5 x 2)	€ 22,80 €*

* Ab 3 Wochen Versandbestand! Preis sagt Markt und Versand.

Bestellen Sie jetzt zum Einführungspreis:

Kaugummi

Pastillen

Einmal alle 6 Tage kauen oder 12 Pastillen mit jeder Mahlzeit nach dem Essen.

Fax 07731-827810

Name, Vorname _____
 Straße, Hausnummer _____
 PLZ, Ort _____
 Name, Berufsbezeichnung _____

Top Careline GmbH | Tel.: +49 (0) 77 31 82 78-0
 Industriepark 200 | Fax: +49 (0) 77 31 82 78-10
 D-76244 Glotzheim | www.topcareline.com

Fortsetzung von Seite 15

fest verbunden sind. Wenn also Teleskope verwendet werden, dann muss die Suprastruktur definitiv auf die Teleskopkronen zementiert werden.

teten Implantaten wesentlich häufiger der Fall war. So bekamen wir mit der Hybridform, bei der der koronale Teil poliert ist, vermutlich die besten Eigenschaften beider Varianten. Die säuregeätzte Oberfläche im

Oberfläche oberhalb des Weichgewebes bekommen, und glätten diese so weit wie möglich.

PN Was ist Ihre Einstellung zur Sofortbelastung?

Ich meine, die Sofortbelastung funktioniert normalerweise gut und ist in hohem Maße vorhersagbar, beispielsweise bei der Querstabilisierung des Zahnbogens im Unterkiefer. Die Literatur sagt sehr deutlich, dass dieses Verfahren sehr gut vorhersagbar ist, dem Patienten mit Sicherheit einen großen Vorteil bietet und zunehmend Verbreitung in der Praxis findet.

Der Schlüssel dazu liegt in der Querstabilisierung des Zahnbogens und darin, dass der Unterkiefer eine hohe Vorhersagbarkeit aufweist. Auch im Oberkiefer ist eine Querstabilisierung möglich und vorhersagbar, jedoch auf Grund von Knochenqualität, Exaktion und Ästhetik etwas komplizierter. Der Ersatz von einem oder zwei Zähnen im Frontzahnbereich aus ästhetischen und psychologischen Gründen ist ebenfalls möglich. Da hier keine Okklusion erfolgt, ist es keine echte Sofortbelastung, sondern eine sofortige Restauration ohne Okklusion. Wenn Sie so wollen, eine nichtokklusale Sofortbelastung oder nichtokklusale Funktion.

„Keratinisierung des Gewebes, um Attachmenthöhe zu erhalten“

PN sprach auf dem AAP Kongress mit Dr. J. Gary Maynard, Jr. über die Erweiterung keratinisierten Gewebes bei unterschiedlichen Patiententypen

PN Wird keratinisiertes Gewebe benötigt, um die parodontale Gesundheit an Zähnen und Implantaten zu erhalten?

Ich glaube nicht, dass es ausreichende Beweise dafür gibt, zu sagen, dass es notwendig ist, aber wenn man über die Erhaltung der Attachmenthöhe spricht, ist es besser, keratinisiertes Gewebe im dünnen, gesunden Parodont zu haben. Dünner Knochen um ein Implantat herum ist jedoch die beste Voraussetzung für die Keratinisierung des Deckgewebes, besser als Schleimhaut. Ist es also notwendig für die Gesundheit, notwendig für die knöchernen Integration? Nein! Doch im dünnen Parodontium ist es wesentlich besser, keratinisiertes Gewebe zu haben, um die Attachmenthöhe zu erhalten.

PN Wann ist die Erweiterung der keratinisierten Gingiva notwendig?

Ich denke, dass keratinisiertes Gewebe in einer Breite von fünf Millimetern oder mehr notwendig ist bei dünnem Parodont und bei jüngeren Patienten wie etwa Kindern oder Jugendlichen im Wechselgebissalter. Ich halte es weiterhin für notwendig beim gleichen Patiententyp mit dünnem Parodont vor einer kieferorthopädischen Behandlung mit Labialstellung der unteren Schneidezähne und wenn der Knochen über diesen unteren Schneidezähnen Dehiszenzen oder Fenestrations aufweist. Das Deckgewebe,

keratinisiertes Gewebe, ist hilfreich, vorteilhaft und muss mit einem Transplantat verbreitert werden, um eine Rezession während der Zahnbewegungsphase der Behandlung zu vermeiden.

Bei der restaurativen Zahnheilkunde ist es ähnlich. Wenn eine Krone auf einen Zahn mit ähnlich dünnem Parodont gesetzt werden soll und der Rand dieser Restauration in den Zahnfleischsulkus, also intrakrevikulär, gelegt wird, dann halte ich es für unverzichtbar, vor der Eingliederung der Restauration ein keratinisiertes Gewebetransplantat einzubringen, da der darunter liegende Knochen sehr dünn ist. Im Gegensatz dazu haben wir bei einem dicken Knochen keinen Attachmentverlust. Es gibt also drei verschiedene Situationen: Erstens den heranwachsenden Patienten, dann den kieferorthopädischen Patienten und drittens den restaurativen Patienten. Für Implantate gilt das gleiche. Wenn man versucht, ein Implantat in einen Kieferknochen zu setzen, der in bukkolingualer Richtung labial und lingual nur jeweils einen Millimeter breiter als das Implantat ist, fordert man Probleme in Bezug auf Knochenverlust geradezu heraus. Wenn die Differenz eineinhalb Millimeter beträgt, ist es immer noch fragwürdig. Bei zwei Millimetern könnte man jedoch etwas beruhigter sein. Es geht also um die Patienten, die am Implantationsort



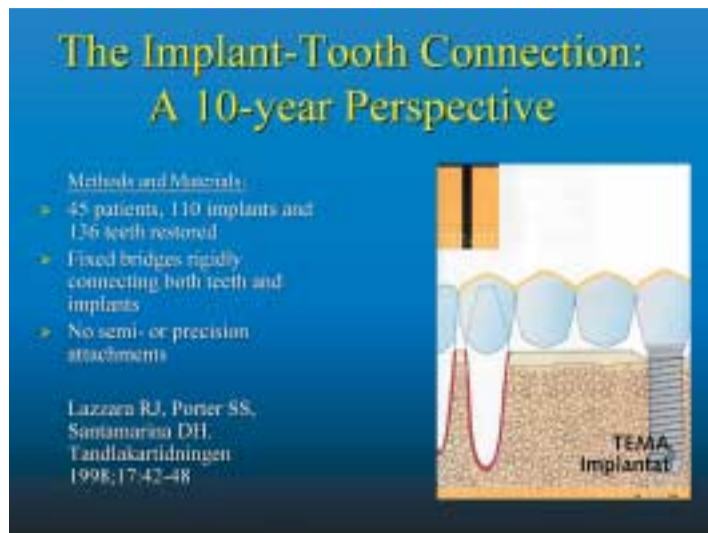
J. Gary Maynard, Jr., DDS, praktiziert Parodontologie sowohl am Medical College in Virginia als auch in seiner Privatpraxis in Richmond, Virginia, USA.

nicht nur den dünnen Knochen, sondern als Deckgewebe Alveolarschleimhaut ohne ausreichend breite Keratinisierungszone haben. Die Verbreiterung dieses keratinisierten Gewebes ist beim Implantatpatienten entscheidend.

PN Welche Methode empfehlen Sie zur Erweiterung der keratinisierten Gingiva?

Das hängt wiederum von dem Fall ab, um den es geht. Das „Arbeitsstier“ für die parodontale Augmentation von Gingiva und keratinisiertem Gewebe ist jedoch immer noch das klassische, freie Gingivatransplantat. Beim freien Gingivatransplantat ist die Verbreiterung des keratinisierten Gewebes besser vorhersagbar. Ich denke, wir können auch mit einem Bindegewebstransplantat verbreitern, aber bei dem dünnen Parodont läuft man Gefahr, etwas Knochen zu verlieren, wenn man es damit versucht.

PN Dr. Maynard, herzlichen Dank für das Interview.



Ein Zehn-Jahres-Ausblick einer Implantat-Zahn-Verbindung.

PN Worin sehen Sie Gründe für eine Periimplantitis?

Eine Periimplantitis ist grundsätzlich eine Infektion, im Allgemeinen verbunden mit PlaqueRetention an der Oberfläche des Implantats. Zumeist typisch auf beschichteten Implantaten wie Titan-Plasmaspray (TPS) und Hydroxylapatit (HA), da dies sehr raue Oberflächen sind, an denen sich Plaque mehr oder weniger bis zum oberen Ende des Implantats ab-

Knochen, mit stärkerer Knochenapposition und besserem Halt, und der polierte koronale Teil tragen dazu bei, eine Periimplantitis zu vermeiden.

PN Welche Therapie empfehlen Sie im Falle einer Periimplantitis?

Bei einer Periimplantitis an einem beschichteten Implantat entfernen wir typischerweise die Beschichtung. Wir führen eine Operation durch, entfernen die



Versorgung aus dem Jahr 1988 mit natürlichen Zähnen, welche zur distalen Stütze behalten wurden.



Röntgenaufnahme nach zwölf Jahren zeigt eine erfolgreiche Verbindung von Zähnen und Implantaten.

lagert. Wenn dieses Ende frei liegt, treten Infektionen auf, die zu massiven und schwer zu reparierenden Knochendefekten um das Implantat herum führen. Diese können schließlich

Beschichtung mit einem Diamantbohrer und präparieren die Oberfläche, indem wir sie glätten. Im Vergleich zu einer maschinell polierten Oberfläche immer noch rau, aber zumin-

Auch hier sind die chirurgischen Verfahren etwas komplizierter. Das Implantat muss eine gute Primärstabilität haben sowie eine angemessene Stützokklusion auf anderen Zähnen, aber wir machen das regelmäßig, wenn wir eine gute Primärstabilität erreichen können. Wo dies offensichtlich nicht möglich ist, machen wir es nicht, aber das funktioniert auch. Der Bereich, der sich immer noch nicht vorhersagen lässt, sind die einseitig teilbezahnten Fälle. Hier können wir zum jetzigen Zeitpunkt nach keine Stabilität erreichen.

Die Reihenfolge sieht demnach so aus: Unterkiefer – sehr gut vorhersagbar und sollte gemacht werden; Oberkiefer – etwas komplizierter, kann aber vorhersagbar sein; Querstabilisierung des Zahnbogens und ein oder zwei Frontzähne; solange diese außer Okklusion sind und wir eine gute Primärstabilität haben, scheint es zu funktionieren.

PN Dr. Lazzara, vielen Dank für dieses interessante Gespräch.

„Verblockung ist kosteneffiziente Lösung“

PN Parodontologie Nachrichten sprach auf dem AAP-Kongress in Orlando, FL, mit Dr. Harold S. Baumgarten

PN Halten Sie Verblockung für eine geeignete Methode, um Implantate mit natürlichen Zähnen zu kombinieren?

Es kann auf jeden Fall biologisch gelöst werden. Jedoch gibt es hierbei oft Fragen zu Reinigung und Pflege wie z.B. der dabei notwendige gelegentliche Eingriff am Zahn. Wenn man aber geeignete Voraussetzungen schafft, also den entsprechenden Fall mit permanentem Gips zu zementieren, dann kann darauf fast gänzlich verzichtet werden.

PN Welche Art von Schiene verwenden Sie? Bestehen diese aus einem besonderen Material?

Alle unsere Fälle sind unbewegliche Metallgestelle, einige davon sind Akrylat-Veneers mit Zahnersatz wie bei einer Hybrid-Prothese. Die große Mehrheit sind Keramik-Metall-Verblockungen.

PN Was sind die Vor- und Nachteile, Implantate mit natürlichen Zähnen zu schienen?

Von Nachteil sehen wir das Reinigungsproblem, wie z.B. der gelegentlich notwendige Eingriff. Die Vorteile sind eindeutig. Die Methode erlaubt es uns, den Patienten einen Service anzubieten, der viel kosteneffizienter vor allem dadurch ist, dass nicht so viele Im-

plantate gesetzt werden müssen und auch viel weniger Knochentransplantate notwendig sind. Vor allem aber sind wir dadurch in der Lage, die Rekonstruktion zu unterstützen, indem möglichst viele der vorhandenen natürlichen Zähnen einbezogen werden.

PN Kurzvita



Harold S. Baumgarten, DMD

- 1973 Bachelor of Arts am Brooklyn College
- 1977 Doktor der Zahnmedizin an der University of Pennsylvania.
- 1979 zurück an die University of

Pennsylvania (nach zwei Jahren Militärdienst)

- 1981 Zertifizierungen für Parodontologie
- 1982 Zertifizierung für Parodontalprothetik – Zahnärztliche Prothetik
- dato klinischer Professor an der University of Pennsylvania (ehem. Direktor der Post-Doktoraler Implantatprothetik) und klinischer Assistenzprofessor am Medical College of Pennsylvania

– zahlreiche Vorträge weltweit über die Themen Implantatprothetik, fortgeschrittene restaurative Zahnheilkunde, Ästhetik, Okklusion und Computer in der Zahnmedizin

– Veröffentlichung zahlreicher Themen in Lehrbüchern und Artikeln



Zwei gesunde Frontzähne wurden mit einem Implantat verbunden, um die Ästhetik zu wahren.

den Verlust des Implantats verursachen. Demnach müssen wir sorgfältig überlegen, wie wir den koronalen Teil des Implantats handhaben. Dies war einer der Gründe, warum 3i eine Hybridform entwickelte. Aus der Literatur wussten wir, dass bei hochglanzpolierten Implantaten nur sehr selten eine Periimplantitis auftrat, diese bei beschich-

dest so, dass keine Spitzen zurückbleiben. Danach transplantieren oder replizieren wir das Weichgewebe. Bei hydroxylapatitbeschichteten (HA) Implantaten ist die Situation etwas kritischer, aber wir behandeln sie grundsätzlich auf die gleiche Weise. Wir nehmen die Beschichtung weg, sodass wir eine maschinell bearbeitete

1. Internationales Symposium „Parodontale Medizin und Implantologie“ Zahnheilkunde in der Medizin

Vom 23.–25. Juni 2005 wird in Berlin der interdisziplinäre Ansatz als Brücke zwischen Zahnheilkunde und Humanmedizin im Mittelpunkt des Interesses stehen

Die Abteilung für Parodontologie und der Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg veranstalten mit Unterstützung zahlreicher Fachgesellschaften und in Zusammenarbeit mit der Oemus Media AG vom 23. bis 25. Juni 2005 in Berlin das 1. Internationale Symposium „Parodontale Medizin und Implantologie“. Ein Blick in das Kongressprogramm verspricht eine hochkarätige Veranstaltung mit namhaften nationalen und internationalen Referenten aus den verschiedensten medizinischen Fachgebieten. Das Symposium legt dabei den Schwerpunkt der Betrachtung auf den menschlichen Organismus als Einheit. So werden medizinische Inhalte, die bislang weitgehend nebeneinander themati-

siert wurden, erstmals in komplexer Form interdisziplinär betrachtet. Ziel dieses Ansatzes ist es, den Dialog und die Kooperation zwischen Zahnärzten und Medizinern unterschiedlicher Fachrichtungen zu verstärken und zu fördern. Insbesondere die Parodontologie bietet hier ein breites Spektrum an Möglichkeiten, klinische und grundlagenorientierte Forschungsschwerpunkte von Zahn- und Humanmedizin zu verknüpfen. Präsentiert werden in diesem Zusammenhang assoziierte humanmedizinische Themen, ein abwechslungsreiches Workshop-Programm zu aktuellen Themen aus Parodontologie, Implantologie und Prävention sowie ein anspruchsvolles Programm für Zahnarzt-



helferinnen und zahnmedizinische Fachangestellte. Das erklärte Ziel des „1. Internationalen Symposiums für parodontale Medizin und Implantologie“ ist es, nicht nur „Spezialisten“ zu erreichen, sondern angesichts des interdisziplinären Ansatzes und der Bedeutung des Themas auch verstärkt Allgemein Zahnärzte und Praxisteams anzusprechen. □

6. Kongress der International Federation of Endodontic Associations (IFEA) „Bridging Technology and Biology“

Im September vergangenen Jahres trafen sich Endodontologen aus aller Welt in Brisbane (Australien), von Dr. David Sonntag

Prof. Gunnar Bergenholtz (Schweden) (Abb. 1) referierte in seinem Vortrag über den Wechsel der Vorgehensweise in der endodontischen Behandlung im Verlauf seiner 40-jährigen Karriere als Endodontologe. Er stellte die Entwicklung des „multivisit treatments“ in den 50er und 60er Jahren lebhaft dar, als der Geruchssinn des Behandlers eine immer geringere Rolle in der Entscheidungsfindung spielte, ob ein Zahn keimfrei war oder nicht. Von dem behandelten Zahn wurden mithilfe von Dentinspänen Bakterienkulturen angelegt. Daraus resultierend wurde in den 70er Jahren die Therapie mit medikamentöser Zwischen-

einlage nahezu weltweit gelehrt und damit zum Standard. In den 90er Jahren haben Untersuchungen, die zur bakteriziden Wirkung von CaOH widersprüchliche Ergebnisse lieferten dazu geführt, dass die Behandlung innerhalb einer Sitzung wieder in den Vordergrund trat. Trotz widersprüchlicher Ergebnisse favorisiert Prof. Bergenholtz weiterhin eine medikamentöse Zwischeneinlage. Der Präsident der IFEA, Prof. Adam Stabholz (Israel) (Abb. 1), gab in seiner

Vorlesung Einblicke in aktuelle Ergebnisse seiner mehr als 15-jährigen Forschung im Bereich der Lasertechnologie. Für den von ihm für die Applikation in der Endodontie bevorzugten Er:YAG-Laser entwickelte seine Forschungsgruppe einen neuartigen Ansatz, der seitliche Austrittsfenster für die Laserenergie hat. Mit diesem

ment den apikalen Durchmesser zu bestimmen. Abschließend hob der Referent noch einmal deutlich hervor, dass der apikale Aufbereitungsdurchmesser in jedem Fall individuell zu bestimmen sei und wir mit Durchschnittswerten zumeist keine befriedigenden Ergebnisse erzielen können. □



Abb. 1: Prof. Bergenholtz (Schweden) (links) mit dem IFEA-Präsidenten Prof. Stabholz (Israel).

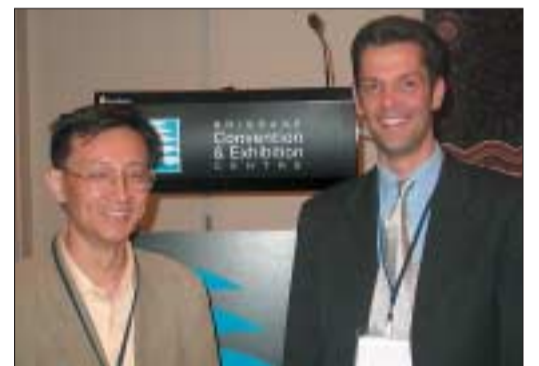


Abb. 2: Prof. Sung Kyo Kim (Südkorea) und Dr. Helmut Walsch (München) im Gespräch über den apikalen Aufbereitungsdurchmesser.

„RCTM Laser side-firing spiral tip“ ist es erstmals möglich geworden, eine sichere Desinfektion des Kanalsystems nach konventioneller Wurzelkanalaufbereitung durchzuführen. Durch die seitlichen Öffnungen und die für Laserlicht undurchlässige Spitze des Ansatzes kann keine Schädigung des periapikalen Gewebes erfolgen. Dr. Helmut Walsch (München) hielt als „country representative speaker“ einen Vortrag mit dem

provokanten Titel „Is the MAF size 20 sufficient?“ (Abb. 2.). Anhand zahlreicher Studien sowie mit Wurzelquerschnitten verdeutlichte er eindrucksvoll, dass es für eine effiziente biomechanische Aufbereitung unausweichlich ist, einen hinreichend großen Zugang bis zum physiologischen Apex zu schaffen. Zur klinischen Entscheidungsfindung des richtigen Aufbereitungsdurchmes-

Wir bedanken uns bei Dr. Helmut Walsch (München) für die zur Verfügung gestellten Abbildungen.



Abb. 3: Empfehlungen zur apikalen Erweiterung, nach der in jedem Fall gewährleistet werden sollte, dass die Spülkanüle bis 1 mm vor den Apex geführt werden kann.

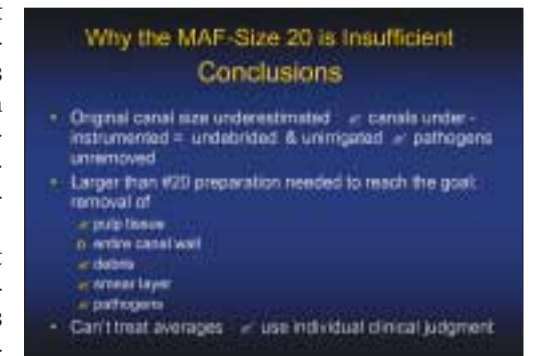


Abb. 4: Zusammenfassend stellte Dr. Walsch noch einmal heraus, warum eine apikale Präparation bis zur Größe ISO 20 nicht ausreichend sein kann.

ANZEIGE

Verblüffend!



**SSO-Implantat mit Oktagon.
Katalog bitte gleich anfordern!**

Dr. Ihde Dental GmbH

Erfurter Str. 19 · 85386 Eching bei München · Tel. (0 89) 31 97 61-0 · Fax (0 89) 31 97 61-33

E-Mail: in fo@ihde.com · www.implant.com

PN Adresse

OA Dr. David Sonntag
Klinik für Zahnerhaltungskunde
Leiter: Prof. Dr. V. Stachniss
Philipps-Universität Marburg
Georg-Voigt-Str. 3
35033 Marburg

PN PRODUKTE

Varios 560 von NSK

Multi-Funktions Ultraschallscaler – kompakt und vielseitig

Das neue Varios 560 wird mit dem Varios Handstück mit Licht geliefert und bietet drei Leistungsstufen, die mit einem Tastendruck angewählt werden können.

Jede Stufe entspricht verschiedenen Typen von NSK Spitzen. Die Auswahlmöglichkeiten sind „G“ (General, Allgemein), „E“ (Endo) und „P“ (Paro). Die gewählte Stufe wird visuell auf der LED-Anzeige dargestellt. Mit den Powertasten können in jeder Stufe Feineinstellungen der Leistung vorgenommen werden.

Kreisrundes Licht

Die optionale kreisrunde Lichtausstrahlung aus dem Handstück mit Licht VALUXHP leuchtet den Be-



Varios 560 – das leichteste Ultraschall-Scalerhandstück der Welt.

überwacht die Krafteinwirkung und führt sofort einen entsprechenden Ausgleich durch, wenn sich diese erhöht. Diese automatische Überwachung gewährleistet eine konstante Leistungsabgabe bei jeder Leistungseinstellung.

Breite Auswahl an Spitzen

Varios Ultraschall-Scaler-Spitzen sind für zahlreiche klinische Anwendungen erhältlich.

Varios 560 ist sowohl mit als auch ohne Licht erhältlich. ☒

Leicht, kompakt und leistungsstark

Das kleine, leichte und gut zu handhabende Handstück wiegt nicht mehr als 33 g und ist damit das leichteste Ultraschall-Scalerhandstück der Welt. Die Handermüdung wird auch bei längerem Behandeln mit dem Gerät minimiert.

handlungsbereich gut aus und ermöglicht somit eine schnellere und genauere Behandlung.

Automatische Abstimmung
Ein besonderer Schaltkreis

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

Intelligente Zahnsteinentfernung

Neues Diagnose- und Therapie-Instrument PerioScan wurde nach Wünschen von Zahnärzten entwickelt.

Diagnose und Therapie mit einem Gerät – was Mediziner im Allgemeinen begeistert, ist natürlich auch für Zahnärzte hoch interessant. Woher die Dentaltechnikhersteller das wissen? Marktforschung heißt das Zauberwort. Kontinuierlich, kundennah und produktorientiert sind die Attribute solcher Recherchen.

Wenn im April PerioScan vorgestellt wird, liegen über 30 Monate Entwicklungsarbeit hinter den Ingenieuren der Sirona Dental Systems GmbH, Bensheim.

Monate, in denen auch Zahnärzte aus ganz Deutschland sowie Fokusgruppen weltweit, also potenzielle Kunden, in das Projekt eingebunden waren. Das neuartige Instrument zur intelligenten Zahnsteinentfernung PerioScan wurde nach konkreten Kundenwünschen konzipiert und gebaut. Mit einer Studie hatte Sirona im letzten Sommer Erwartungen und Anforderungen an das Gerät ausgelotet, durchgeführt durch das unabhängige Marktforschungsinstitut Prof. Homburg&Partner, Mannheim. An der Online-Befragung

hatten sich Zahnmediziner aus der ganzen Republik beteiligt. Im Vordergrund standen Kriterien wie Funktionalität, Bedienerfreundlichkeit und Rentabilität eines neu zu

stammt aus der akademischen Forschung. Wir sind darauf gestoßen, da unsere Vertreter ständig Kontakt mit Zahnmedizinern weltweit haben. Das direkte Feedback un-



Berührt die Spitze Konkrement, leuchtet das Handstück des PerioScan blau. Sind keine Konkremente vorhanden, so leuchtet es grün.

serer Kunden ist enorm wichtig, da sie ja oft viele Jahre mit einem bestimmten Gerät arbeiten.“ Bei PerioScan gab es zudem eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Das Prinzip war von Physikern der TU Clausthal ursprünglich für die industrielle Prozessüberwachung entwickelt worden. Anschließend wurde es mit

entwickelnden Geräts, mit dem sich Zahnstein gleichzeitig erkennen und entfernen lässt – und zwar in den Zahnfleischtaschen, wo kein Zahnarzt hinein schauen, sondern Zahnstein nur ertasten kann.

Jörg Riedmiller, Produktmanager im Bereich Instrumente bei Sirona Dental Systems, sieht die enge Zusammenarbeit mit dem Kunden als entscheidend für Erfolg oder Misserfolg eines neuen Produkts an: „Die Idee des PerioScan, Parodontitis-Therapie und Diagnose zu verbinden gibt es schon einige Jahre und

Zahnmedizinern der Universität Greifswald auch für Dentalanwendungen optimiert. Sirona Dental Systems übernahm die Entwicklung und die Tests eines serienreife n Geräts. ☒

PN Adresse

Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Tel.: 0 62 51/16 33 88
Fax: 0 62 51/16 30 91
E-Mail: info@perioscan.de
www.sirona.de

Süßes entspannt

XYLIX100 ist die konsequente Umsetzung der Erkenntnisse und Forderungen von Wissenschaft und Forschung über Zuckerersatzstoffe und Zahngesundheit.

Forschungen der letzten Jahrzehnte über nichtkariogene Zuckerersatzstoffe haben gezeigt, dass der im menschlichen Körper natürlich vorkommende Zuckeralkohol Xylit am besten geeignet ist, die Zahngesundheit des Menschen zu erhalten.

Die Ergebnisse von zahlreichen weltweit unabhängigen durchgeführten Studien beweisen, dass eine Langzeiteinnahme von Xylit geeignet ist die unerwünschten Wirkungen der kariesauslösenden Bakterien der Streptococcus mutans-Gruppe und deren zahnschädigende Stoffwechselprodukte signifikant zu senken.

Die Säure- und Plaquebildung wird durch regelmäßige Einnahme von Xylit gehemmt und die Remineralisation gefördert.



6 x Dose à 90 Kaugummi im Display in den Geschmacksrichtungen mint, lemon und tropic.

Xylit hat zwar einen anderen Wirkansatz, aber eine ähnlich zahnschützende Wirkung wie Fluor.

kenntnissen hat es sich Top Caredent®, der Spezialist für Mundhygiene und Prophylaxe, zur Aufgabe gemacht, ein Produkt zu entwickeln, das die aus den Studien abgeleiteten Forderungen der Wissenschaft attraktiv umsetzt.

Verlangt waren:

- geeignete Produkte zum Erreichen einer Tagesmenge von 4-6 g Xylit
- Xylitkonzentration 100%, d.h. ausschließlich mit Xylit gesüßte Produkte, da andere Zuckerersatzstoffe evtl. die Wirkung von Xylit stören
- Abwechslungsreiches Geschmacks- und Produkteangebot, um eine Langzeiteinnahme attraktiv zu machen
- Eignung für jedes Alter
- Verbraucherfreundliches Konzept bezüglich Packungsgröße für die Langzeiteinnahme
- Preis eines „normalen“ zuckerfreien Kaugummi

Mit der Entwicklung von XYLIX100 Kaugummi und Pastillen hat Top Caredent®

die aus den Studien gezogenen Schlüsse in die Praxis umgesetzt und Produkte geschaffen, die die natürliche Süßkraft von Xylit zu 100% in den Dienst der Zahngesundheit stellen und daher mit dem Qualitätssiegel der „Aktion Zahnfreundlich“ ausgezeichnet wurden. Die Einnahme von sechs bis



12 x Schiebebox à 50 Pastillen im Display in den Geschmacksrichtungen mint und mixed berries.

sieben XYLIX100 Kaugummi oder Pastillen pro Tag genügt, um von den wissenschaftlich erwiesenen Vorteilen von Xylit zu profitieren. Um maximal von den Vorteilen von Xylit zu profitieren, wird die regelmäßige und langzeitliche Einnahme von XYLIX100 Kaugummi und Pastillen empfohlen. XYLIX100 wird für die Langzeiteinnahme im 3-Monats-Display zu sechs Dosen à 90 Kaugummi sowie zu zwölf Schiebeboxen à 50 Pastillen angeboten. ☒

PN Adresse

Top Caredent GmbH
Industriepark 200
78244 Gottmadingen
Tel.: 0 77 31/82 78-0
Fax: 0 77 31/82 78-10
E-Mail: mail@topcaredent.de
www.topcaredent.com

Erweitertes Spektrum zum Nachweis von 11 Markerkeimen

Steigerung des Therapieerfolges mit micro-IDent®plus von Hain Lifescience

Die molekulargenetische Analyse parodontopathogener Markerkeime ist als effizientes diagnostisches Werkzeug zur Therapieplanung und -op-

krankung nicht nur durch Vorhandensein und Konzentration einzelner Keime bestimmt werden. Vielmehr kann auch das gemeinsame Vorkommen

IDent®plus bietet die optimale Grundlage für eine individualisierte Therapieplanung, die abhängig von der mikrobiologischen Indikation aus mechanischen Therapieformen und adjuvanten Antibiotikagaben besteht. Bei beiden Testsystemen erhält der Zahnarzt neben Angaben zum nachgewiesenen Bakterienspektrum auch Informationen bezüglich der Zugehörigkeit dieser Keime zu verschiedenen „Bakterien-Komplexen“, eine wichtige Zusatzinformation zur Einschätzung der Erkrankungsprogredienz und somit für die Therapieplanung. Die Erfolgsquote der Therapie kann auf diese Weise deutlich gesteigert, die Rezidivrate zum Wohle der Patienten erfolgreich gesenkt werden. ☒



ProbenentnahmeSet micro-IDent®, micro-IDent®plus.

timierung bei Parodontalerkrankungen anerkannt. Auf Grund seiner hohen diagnostischen Qualität ist der micro-IDent® von Hain Lifescience der am häufigsten eingesetzte Test in Europa.

Neue Erkenntnisse haben gezeigt, dass Verlaufsform und Therapie einer Parodontaler-

verschiedener Bakterienspezies und deren Interaktion von entscheidender Bedeutung sein. Basierend auf diesen Erkenntnissen und auf Grund der Identifizierung weiterer relevanter Spezies wurde ein zusätzliches Testsystem zum Nachweis von 11 Markerkeimen entwickelt. Der micro-

PN Adresse

Hain Lifescience
Hardwiesenstraße 1
72147 Nehren
FreeCall: 08 00/7 51 66 33
Fax: 0 74 73/94 51-99
E-Mail: info@hain-lifescience.de
www.hain-lifescience.de

Mit Hightech in die Zahnfleischtasche

Empfindliche und spezifische Nachweismethode liefert Aussagen über den Behandlungsbedarf

Über 500 verschiedene Bakterienarten konnten bisher in der menschlichen Mundhöhle nachgewiesen werden. Einige von ihnen gelten als besonders aggressive Erreger und können Entzündungen des Zahnfleisches (Gingivitis) und des Zahnhalteapparates (Parodontitis) verursachen. Allein in Deutschland haben ca. 11,5 Millionen Personen Parodontitis, etwa zehn Prozent davon eine besonders aggressive Form. Ab 40 Jahren ist Parodontitis der häufigste Grund für Zahnverlust. Mit meridol® Paro Diagnostik, einem neuen molekularbiologischen Testverfahren der GABA GmbH, Spezialist für orale Prävention, werden die sechs wichtigsten Markerkeime der Parodontitis analysiert und ihre Anzahl sowie die Gesamtkeimzahl in der subgingivalen Plaqueprobe exakt bestimmt. Das Standardverfahren zum Nachweis von Bakterien ist sicherlich nach wie vor das Anlegen einer mikrobiologischen Kultur. Allerdings benötigt die Kulturmethode Lebendkeime,

und daneben alle parodontalpathogenen Erreger anaerob sind, müssen Sauerstoffkontaminationen bei Probenentnahme und Probentransport vermieden werden. Die Kultivierung einer subgingivalen Plaqueprobe ist also sehr arbeits- und zeitaufwändig. Molekularbiologische Verfahren dagegen weisen nicht die Bakterien, sondern deren artspezifische DNA – die Erbsubstanz – nach. Daher sind Probenentnahme und -transport problemlos. Bestehende Testsysteme arbeiten mit DNA-Sonden oder mit herkömmlichen PCR-Methoden (Polymerase chain reaction). Die DNA-Sonden erkennen spezifisch eine bestimmte bakterielle DNA und binden an diese. Eine spezielle Markierung der DNA-Sonden ermöglicht den Nachweis. Mit der PCR werden kleinste DNA-Mengen durch einen Vervielfältigungsprozess nachweisbar. Ein spezielles

Enzym (die namensgebende Polymerase) multipliziert die artspezifischen Genfragmente der gesuchten Erreger-DNA, die so genannten Zielsequenzen. Für die Vervielfältigung jeder Zielsequenz werden zwei spezifische Primer verwendet. Dies sind kurze DNA-Fragmente, die an die jeweilige gesuchte Zielsequenz binden. Nach dem Vervielfältigungsprozess muss das Ergebnis über weitere Laborschritte sichtbar gemacht werden. Die herkömmlichen PCR-Methoden liefern nur sehr begrenzte Informationen über die Anzahl der in der Probe vorhandenen

Bakterien. Eine verlässliche Quantifizierung ist nicht möglich.

Bei meridol® Paro Diagnostik verläuft der Nachweis der parodontalpathogenen Erreger über ein innovatives molekularbiologisches Verfahren, die Real-Time-PCR. Sie ist eine Weiterentwicklung der herkömmlichen PCR-Methoden. Dabei wird während des Vervielfältigungsprozesses zusätzlich zu den beiden Primern ein weiteres artspezifisches DNA-Fragment (die TaqMan-Sonde) eingesetzt, das innerhalb der gesuchten Zielsequenz bindet. Dadurch wird einerseits die Spezifität beim Nachweis der Markerkeime deutlich erhöht und andererseits eine Quantifizierung der Bakterien möglich. Denn während der Vervielfältigung der DNA wird diese Sonde von der Zielsequenz abgespalten und zerstört. Diese Zerstörung setzt ein Fluoreszenzsignal frei, das durch



meridol® Paro Diagnostik – Verfahren zur Bestimmung von Parodontitiskeimen. (Quelle: GABA GmbH)

automatische Laserdetektion online gemessen und direkt aufgezeichnet wird. Die Intensität des Fluoreszenzsignals ist ein Maß für die Menge des gebildeten Produktes und direkt proportional zur Ausgangsmenge des gesuchten Erregers in den Patientenproben. Das ermöglicht eine verlässliche Quantifizierung von sowohl Markerkeimen als auch Gesamtkeimzahl. Weitere Laborschritte zur Sichtbarmachung des Ergebnisses sind bei dem Real-Time-PCR-Verfahren nicht mehr nötig, der Prozess läuft vollautomatisch ab. Die Nachweisgrenze des Verfahrens von meridol® Paro Diagnostik liegt bei lediglich 100 Erregern. Die Analyse von Markerkeimen und Gesamtkeimzahl unterstützt die gesicherte und patientenorientierte Behandlungsplanung, hilft bei der Wahl der geeigneten Antibiotikatherapie und dient zur Identifizierung von gefährdeten Zahnfleischtaschen. Klinische Studien haben gezeigt, dass die Beseitigung oder drastische Reduktion der Markerkeime in der Mehrzahl der Fälle zu einer deutlichen Verbesserung der Parodontalerkrankung führt. Eine Gabe von Antibiotika sollte nach Anga-

ben der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie nur nach einer vorherigen mikrobiologischen Diagnostik erfolgen. meridol® Paro Diagnostik liefert darüber hinaus Informationen bei der Bestimmung des Behandlungsendpunktes und zur Dokumentation des Therapieerfolgs. Der Einsatz von meridol® Paro Diagnostik zur Risikoeinschätzung vor implantologischer, prothetischer oder orthodontischer Behandlung bei Parodontitispatienten ist sinnvoll. meridol® Paro Diagnostik gibt es in zwei Varianten: Zur Einzelanalyse/Poolprobe und zur differenzierten Analyse von vier Stellen. meridol® Paro Diagnostik bietet die Vorteile: Verlässliche Quantifizierung, hohe Spezifität im Nachweis der Markerkeime und hohe Sensitivität. **PN**

Entwicklungsmaßnahmen bei Raumtemperatur bis 30 °C lagerfähig. Die Haltbarkeit beträgt zwei Jahre ab Herstellungsdatum.

PN Adresse

GABA GmbH
Berner Weg 7
79539 Lörrach
Tel.: 0 76 21/9 07-0
Fax: 0 76 21/9 07-499
E-Mail: info@gaba-dent.de
www.gaba-dent.de

PIEZOSURGERY II – Eine neue Dimension in der Knochenchirurgie

Nach der sehr erfolgreichen Markteinführung der PIEZOSURGERY-Technik hat die Firma Mecron S.r.l. nun eine zweite Generation entwickelt, dessen Technik noch ausgereifter ist. Diese eröffnet dank kontrollierter, dreidimensionaler Ultraschall-schwingungen ein neues Zeitalter der Osteotomie und Osteoplastik in



PIEZOSURGERY II.

möglicht ein Höchstmaß an chirurgischer Präzision und intraoperativer Sensibilität. Der „selektive Schnitt“ ermöglicht ein sicheres und einfaches Arbeiten auch in sensiblen Gewebestrukturen (ohne Weichgewebe zu traumatisieren). Durch die „Kavitationswirkung“ entsteht eine blutfreie intraoperative Sicht. PIEZOSURGERY bietet neben der großen Basisausstattung auch eine Vielzahl von speziellen Instrumenten, sodass ein sehr großes Indika-

tionsspektrum ermöglicht wird. Zwei Grundprogramme stehen zur Verfügung: „Bone“ und „Root“. Im Bone-Programm kann die Leistung der jeweiligen Knochenqualität zugeordnet werden. Im Root-Programm kann die Leistung wahlweise auf Perio oder Endo eingestellt werden. Die Kühlflüssigkeitsmenge kann über Tasten stufenlos eingestellt werden. **PN**

PN Adresse

Rocker & Narjes GmbH
Waltherstraße 80/2001
51069 Köln
Tel.: 02 21/49 20 15-0
Fax: 02 21/49 20 15-29
E-Mail: info@rocker-narjes.com
www.piezosurgery.com

ben der großen Basisausstattung auch eine Vielzahl von speziellen Instrumenten, sodass ein sehr großes Indika-

Flacher Chip gegen tiefe Taschen

PerioChip® ist ein Arzneimittel, das die Heilung von Parodontitis erfolgreich und effizient unterstützt. Es handelt sich um eine kleine rechteckige, orangefarbene Membran, die mit Chlorhexidin ver-



Applikation des PerioChip®.

netzt ist. PerioChip® sollte vor allem nach der supra- und subgingivalen Reinigung (SRP) und der Einweisung des Patienten in die Feinheiten der Mundhygiene in die entzündeten Parodontaltaschen

ab einer Tiefe von 5 mm appliziert werden. In den ersten 24 Stunden werden 40 % des im PerioChip® enthaltenen Chlorhexidins in die entzündete Zahnfleischtasche abgegeben. Während eines Zeitraums von sieben Tagen folgt eine langsame und kontinuierliche Abgabe des restlichen Medikaments, wodurch nach und nach die entzündungsverursachenden Keime zerstört werden. Die Membran löst sich nach sieben bis zehn Tagen vollständig auf und die restlichen Chlorhexidin-Moleküle werden gelöst. So kann sich das geschädigte Gewebe erholen und so kommt es schließlich zu einer Reduzierung der Taschentiefe. Bei stark entzündeten und tiefen Zahnfleischtaschen ist eine wiederholte Behandlung nach drei Monaten zu empfehlen. PerioChip® ist dank neuester

Drei Kernargumente genügen, um den Patienten von PerioChip® zu überzeugen:

- Keine Zahnverfärbung
- Keine Geschmacksveränderungen
- Keine Änderungen der Mundhygiene- und Essgewohnheiten
- Keine Gefahr der Resistenzbildung wie beispielsweise bei Antibiotika. **PN**

PN Adresse

Dexcel Pharma GmbH
Röntgenstr. 1
63755 Alzenau
Tel.: 08 00/2 84 37 42 (kostenlos)
Fax: 0 60 23/94 80 50
E-Mail: dexcel.pharma@dexcel-pharma.de
www.dexcel-pharma.de

„Mikrobiologische Diagnostik ...“

Fortsetzung von Seite 10

PN Wann sollte eine mikrobiologische Diagnostik im Rahmen der Parodontalbehandlung vorgenommen werden?

Sicherlich ist nicht bei jedem Parodontitispatienten die Durchführung einer mikrobiologischen Diagnostik notwendig. Es empfiehlt sich, immer dann, wenn der Patient eine begleitende Antibiotikatherapie erhalten soll, vorher eine mikrobiologische Diagnostik durchzuführen, um basierend auf dem Ergebnis das geeignete Anti-

biotikum auszuwählen. Wichtig ist, dass die Antibiotika-Therapie nie alleine, sondern immer begleitend zur mechanischen Infektionsbekämpfung durchgeführt wird. Laut gemeinsamer Stellungnahme von DGZMK (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde) und DGP (Deutsche Gesellschaft für Parodontologie) ist die mikrobiologische Diagnostik bei aggressiver Parodontitis und schwerer chronischer Parodontitis, bei Parodontitis, die trotz einer vorangegangenen Therapie fortschreitenden At-



Röntgenaufnahme einer aggressiven Parodontitis. (Quelle: GABA GmbH)

tachmentverlust aufweist und bei Parodontitispatienten mit systemischen Erkrankungen indiziert. Die subgingivale Plaque sollte immer vor Beginn der Therapie analysiert werden, sodass das Ergebnis nach der mechanischen Infektionsbekämpfung vorliegt und das

erforderliche Antibiotikum direkt im Anschluss daran eingenommen werden kann.

Mit meridol® Paro Diagnostik liegt das Analyseergebnis spätestens fünf Arbeitstage nach Eingang der Probe im Labor in der Zahnarztpraxis vor. Bei gewünschter Faxzusendung erfolgt die Ergebniszustellung noch schneller. Der Ergebnisbericht von meridol® Paro Diagnostik ist sehr detailliert und übersichtlich und eignet sich darüber hinaus auch besonders gut für die Patientenaufklärung und -motivation. Mit meridol® Paro Diagnostik mit der Real-Time-PCR steht jetzt für die Zahnarztpraxis eine innovative und

verlässliche Methode zur Verfügung, um die gesuchten parodontalpathogenen Bakterien hoch spezifisch und hoch sensitiv nachzuweisen und ihre Zahl sowie die Gesamtkeimzahl exakt zu quantifizieren. **PN**

PN Vielen Dank für das Interview.

PN Adresse

Weiterführende Literaturhinweise zum Thema können angefordert werden bei:
GABA GmbH
Dr. Sonja Trapp
Postfach 25 20
79515 Lörrach

PN SERVICE

Patientenservice im Netz – Zahnarzt online

Homepage wird zunehmend wichtiger im Zusammenhang mit Patientenkommunikation und Praxisschwerpunkt

Ein eigener Online-Auftritt spielt eine zunehmend wichtigere Rolle bei der Patienteninformation. Im Fachgebiet der Parodontologie kann ein Internetauftritt beispielsweise genutzt werden, um aufzuklären und einen Überblick zu geben – denn vielen Patienten ist dieser medizini-

nisse und hohe Kosten für externe Dienstleister erschweren es häufig, sich entsprechend im Internet zu präsentieren. Internet-Service-Provider wie beispielsweise T-Online bieten mittlerweile günstige und ansprechende Lösungen als Alternative zu teuren Web-Agenturen – so

ten und Farben kann anschließend das Basisdesign bearbeitet und an individuelle Wünsche angepasst werden. In den folgenden Schritten legt der Nutzer die Gliederung fest, fügt Texte sowie Bilder ein und kann optional Elemente wie Flash-Intro oder Newsticker integ-



Die persönliche Note: Durch die vielfältigen Vorlagen verleihen Sie der Homepage ihr individuelles Design.



Gestalten mit Pep: Extras wie Flash-Intro oder Newsticker geben der Homepage den letzten Schliff.

sche Bereich wenig bis gar nicht bekannt.

Nach einer Untersuchung von TNS Emnid im Juni 2004 sind mittlerweile knapp 34 Millionen Deutsche online – mehr als die Hälfte der Bundesbürger über 14 Jahre. Da immer mehr Menschen im Internet recherchieren und sich informieren, stellt eine eigene Homepage für Mediziner eine attraktive Plattform dar, um sich neuen wie bestehenden Patienten zu präsentieren. Sei es, um einen ersten Eindruck von der Praxis zu vermitteln, Öffnungs- oder Urlaubszeiten bekannt zu geben oder das individuelle Dienstleistungsangebot zu beschreiben.

Mit einer eigenen Homepage können Parodontologen ihren Berufszweig vorstellen und bei ihren Patienten zusätzlich durch Service und Informationen punkten. Doch fehlende Computerkennt-

genannte Baukasten-Systeme. Diese Homepage-Lösungen bauen aufeinander auf und in kurzer Zeit ist der professionelle Webauftritt erstellt, ganz ohne Programmierkenntnisse. Von der „Visitenkarte“ im Netz bis hin zu einer professionellen Internetpräsenz werden die Homepage-Pakete den unterschiedlichen Anforderungen gerecht und können bei Bedarf problemlos erweitert werden. Beim Erstellen einer T-Online Homepage wird der Nutzer von einem Design-Assistenten unterstützt, der den Anwender in wenigen Schritten zur eigenen Webpräsenz führt.

Dabei wird aus einer Vielzahl von Designvarianten zunächst die Optik der Homepage festgelegt. Die Vorlagen bieten branchenspezifische Designvarianten – auch für Zahntechniker. Über Gestaltungselemente wie Schriftar-

rieren. Ist das Ergebnis zufriedenstellend, wird die Homepage per Mausklick online gestellt.

Das Internet wird als Präsentationsmedium von der Gesundheitsbranche bereits erkannt und vielfach genutzt. Es besteht bereits ein breites Angebot an allgemeinen Informationsportalen bis hin zu speziellen Ärzte-Suchmaschinen. Und auch der einzelne Mediziner kann „Gesicht zeigen“: Mit der eigenen Homepage kann der Parodontologe Fragen seiner Patienten schon im Vorfeld begegnen und ihnen dadurch eine optimalere Behandlung bieten. ☒

Bei Fragen zu diesem Thema können Sie die allgemeine und kostenlose Produkthotline von T-Online nutzen: 0800/3 30 55 00.

Weitere Infos: www.t-online.de

Gesundheitsmagazine liegen voll im Trend – „my“ magazin Zähne 50 +

Immer mehr Menschen achten verstärkt auf ihre Gesundheit und möchten noch möglichst lange fit und attraktiv sein. Gesundheit liegt damit im Fokus des allgemeinen Interesses und die Medien haben diesen Trend bereits erkannt und darauf reagiert. Fernsehsender bringen immer neue Gesundheits- und Wellnessformate auf den Markt und auch die Printmedien offerieren ihren Lesern ein breites Spektrum an Gesundheitsmagazinen.

Ein Randthema dieser Informationsflut ist aber nach wie vor das Thema Zahngesundheit und hier setzt „my“ magazin – das Patientenmagazin für die Zahnarztpraxis an. In frischem Layout, informativ und allgemeinverständlich für den Leser bietet das seit 2004 erscheinende Themenmagazin Zahnheilkunde auf patientenfreundliche Art, man könnte auch sagen die „Apotheken Umschau“ für die Zahnarztpraxis.

Jeder, der schon einmal eine Apotheke betreten hat, kennt sie – die Apotheken Umschau. Sie bietet Unterhaltung und Information, sie ist etabliert und wird von tausenden gelesen. Viele suchen inzwischen die Apotheke regelmäßig auf, um sich die aktuelle Ausgabe zu sichern – ein ideales Instrument der Kundenbindung.

Bisher gab es kein vergleichbares Kommunikationsmittel für die Zahnmedizin. Dies hat sich seit Herbst letzten Jahres geändert. Mit den ers-

ten Ausgaben des „my“ magazins zu den Themen „cosmetic dentistry“ und „Zahnimplantate“ traf die Oemus Media AG den Nerv der Zeit. Die Resonanz auf die ersten beiden Ausgaben war überwältigend. Schon heute nutzen viele Praxen dieses neue Tool zur Patienteninformation und Patientenbindung. 2005 erscheinen sechs neue Ausgaben des „my“ magazins u.a. zu den Themen:



- Zähne 50 +
- Zahnfleischerkrankungen
- Cosmetic Dentistry
- Zahnpflege
- Kieferorthopädie
- Zahnimplantate. ☒

PN Info

Oemus Media AG
Tel.: 03 41/4 84 74-2 21
Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: kontakt@oemus-media.de

2. BPI-Symposium auf Mallorca

Über 100 Anwender waren im Oktober letzten Jahres der Einladung von BPI zu einer anspruchsvollen Fortbil-

und das außerordentlich ansprechende Rahmenprogramm hatten für ein so überaus positives Echo gesorgt,

rund 150 Teilnehmer aus dem gesamten Bundesgebiet. Die Zusagen von namhaften Referenten liegen bereits vor. BPI-Verkaufsleiter Albert Cousin wird im Mai vor Ort die direkten Vorbereitungen übernehmen, sodass wieder eine perfekte Organisation gewährleistet sein wird. Das BPI-Team wird alle Anstrengungen unternehmen, um auch das zweite Symposium zu einem vollen Erfolg werden zu lassen. ☒



dungsveranstaltung an den herbstlichen Gardasee erfolgt. Das hochkarätige wissenschaftliche Programm

dass sich BPI bestärkt sieht, in diesem Jahr erneut ein BPI-Symposium durchzuführen. So findet das 2. BPI-Symposium vom 22. bis 25. September 2005 auf Mallorca statt. Das wissenschaftliche Programm, der Standort und das geplante Rahmenprogramm versprechen auch diesmal wieder eine herausragende Fortbildungsveranstaltung. Erwartet werden

PN Info

Anmeldung und weitere Informationen bei BPI, Frau Dirner
Tel.: 070 31/76 31 70

Sonderkonditionen bei Maritim Hotels und Europcar

Member Card für Mitglieder und Member Card Gold für „Spezialist Implantologie – DGZI“

Ende des letzten Jahres erhielten die Mitglieder der DGZI ihre persönlichen Member Cards. Ziel dieser Aktion ist es, den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. die Gelegenheit zu geben, sich als Mitglied einer starken Gemeinschaft zu fühlen und auszuweisen. Die Member Card erhält jedes Mitglied der DGZI, die Member Card Gold nur der „Spezialist Implantologie – DGZI“. Die Versendung der Member



Cards ist aber keine rein organisatorische Maßnahme, sondern bietet den Mitgliedern und Spezialisten der DGZI

oder telefonisch über die Zentrale von Maritim Hotels erhalten DGZI-Mitglieder ab sofort für ihren Aufenthalt spezielle Raten. Auch bei Europcar sind Sonderkonditionen drin. Ob Lust auf einen Geländewagen im Winter oder Cabrio Feeling im Sommer, die Eurocar-Autovermietung erfüllt die Wünsche der DGZI-Mitglieder ebenfalls zu speziellen Raten. Weitere Vorteile als Mitglied der DGZI mit den persönlichen Member Cards sind in Vorbereitung. Informationen und Konditionen erteilen die Partnerunternehmen oder die DGZI-Geschäftsstelle (sekretariat@dgzi-info.de). ☒

eine Reihe zusätzlicher Benefits. So erhalten sie in allen Maritim Hotels ab sofort Sonderpreise über ihre Karte. Bei Buchung über Internet

PN Kongresse und Veranstaltungen

Fortbildung Parodontologie

5. – 7. Mai 2005 in Bad Homburg
Achtung: nur für Mitglieder der DGMKG/BDO!
Info & Anmeldung:
DGMKG-Geschäftsstelle
Andrea Theobald
Tel.: 0 61 92/20 63 03, Fax: 0 89/27 37 25 59,
postmaster@mkg-chirurgie.de, www.mkg-chirurgie.de

6. Expertensymposium „Innovationen Implantologie“ und Frühjahrstagung der DGZI 2005 – „Implantate versus Zahnerhaltung“

27. – 28. Mai 2005 in Köln
Info & Anmeldung: www.oemus.com

2. Jahrestagung der DGKZ

3. – 4. Juni 2005 in Düsseldorf
„Frontzahnästhetik“
Info & Anmeldung: www.uptodayte.com

Nobel Biocare World Conference

5. – 9. Juni 2005 in Las Vegas, USA
Info & Anmeldung: www.nobelbiocare.com

1. Internationales Symposium „Parodontale Medizin und Implantologie“

23. – 25. Juni 2005 in Berlin
Info & Anmeldung: www.uptodayte.com

2. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin

9. – 10. September 2005 in Leipzig
Info & Anmeldung: www.uptodayte.com

9. BDIZ EDI Symposium

15. – 17. September 2005 in Königswinter/Bonn
„Der neue Zahn“ – Implantologie in Europa
Info & Anmeldung: office@bdiz.de

Jahrestagung der Neuen Gruppe

17. – 19. September 2005
Info & Anmeldung: www.neue-gruppe.com

AAP 91st Annual Meeting

25. – 28. September 2005 in Denver, Colorado, USA
Info & Anmeldung:
<http://www.perio.org/meetings/fam/fmac.html>

2nd Annual Meeting – European Society of Esthetic Dentistry (ESED)

29. September – 1. Oktober 2005 in Berlin
Info & Anmeldung: www.uptodayte.com

35. Internationaler Jahreskongress der DGZI

30. September – 1. Oktober 2005 in Berlin
Info & Anmeldung: www.uptodayte.com

Die Redaktion erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

