

PERIO TRIBUNE

— The World's Periodontic Newspaper · Austrian Edition —

No. 12/2013 · 10. Jahrgang · Wien, 4. Dezember 2013



Parodontitistherapie

Der parodontologische Zahnerhaltung sollte ein größerer Stellenwert zugeordnet und die parodontale Behandlungslast stärker reduziert werden.

► Seite 20



Langzeiterfolge sichern

Periimplantitis und periimplantäre Mukositis gehören zu den großen Herausforderungen in der Implantologie. Prof. Dr. Andrea Mombelli, Genf, im Interview.

► Seite 21



Neues Lokalantiseptikum

Tiefe parodontale und periimplantäre Taschen können auch ohne chirurgischen Eingriff oder Antibiotika schnell und erfolgreich minimiert werden.

► Seite 23

Parodontologie als Basis des Ordinationskonzeptes

Parodontale Aspekte und Kenntnisse auf diesem Fachgebiet sind nicht nur in der Restaurativen Zahnheilkunde erfolgsentscheidend, sondern auch in der Kieferorthopädie und Implantologie.
Von Dr. Norbert Salenbauch, Göppingen, Deutschland.

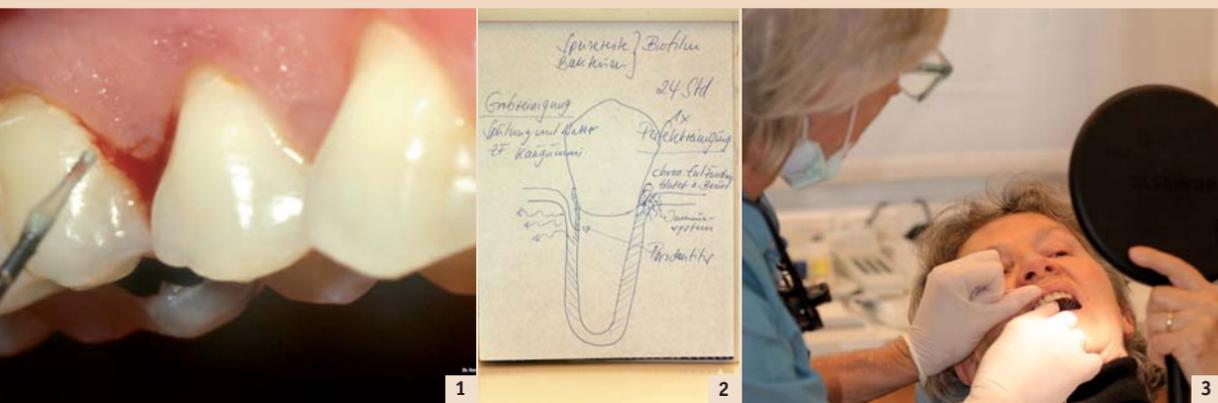


Abb. 1: Befundorientierte Problemvermittlung. – Abb. 2: Pathogenesezeichnung nach Prof. F. Henning. Befundorientierte Vermittlung wissenschaftlicher Daten. – Abb. 3: Demonstration von Dentotape (Johnson & Johnson) und einer Multitufted-Zahnbürste (Paro).

„Parodontologie ist die Königsdisziplin innerhalb der Zahnmedizinischen Fachdisziplinen“ – zu dieser Einsicht kommen bekanntlich hierzulande ausgebildete Zahnärzte kaum. Wird doch selbst der Kieferorthopädie innerhalb der zahnärztlichen Ausbildung trotz einer möglichen postdoktoralen Facharzt-ausbildung mehr Raum gegeben wie der Parodontologie.

Spätestens nach meinem Postgraduate Studium bei Prof. Ramfjord in Ann Arbor, Michigan, 1977/78, ein Jahr nach Beginn meiner beruflichen Laufbahn, war mir diese Einschätzung jedoch klar geworden und sie wird heute von vielen, vornehmlich restaurativ tätigen Zahnärzten und Spezialisten, geteilt.

So wurde meine ursprüngliche damalige Intention, Okklusion und Funktionslehre in den USA fundiert zu erlernen, vom Leiter der Abteilung, Prof. Ash, schnell relativiert, indem er mich zu seinem Kollegen Prof. Ramfjord in die PA-Abteilung führte, die damals durch ihre Forschungsergebnisse zur sogenannten Michigan-Studie bereits Weltruhm besaß, und meinte: „This is going to become the way most important disciplin in the field.“

35 Jahre später kann ich nur sagen, er hatte Recht, denn ich kann die Parodontologie in ihrem gesamten heutigen Wissensumfang als das wichtigste Korrektiv für die Qualität des gesamten zahnmedizinischen Behandlungsspektrums

tagaus, tagein erkennen. Ramfjords klassisches Paper aus 1974 „Periodontal aspects of restorative dentistry“¹ hat mir dabei immer den Weg gewiesen, wobei auch die später dazugekommene Implantologie keine Ausnahme macht.

Und wenn wir uns heute um die geriatrischen Probleme in der Zahnheilkunde kümmern, hat z.B. die kompetente Biofilamentfernung bei hospitalisierten Patienten zum Ziel, die oft letale Alterspneumonie, die durch Aspiration² entsprechender Keime aus der Mundhöhle entsteht, zu vermeiden. Erneut eine wichtige Aufgabenstellung für die Parodontologie.

Fortsetzung auf Seite 18 →

Parodontitis in aller Munde?

Statement von Dr. Axel Mory*



Damit dem nicht so ist, bemüht sich die Österreichische Gesellschaft für Parodontologie (ÖGP) kontinuierlich um Aufklärung in der Bevölkerung und Kollegenschaft. Wir wollen die Parodontitis aus den Mündern eliminieren und deren Vorbeugung im Bewusstsein verankern.

Ein wichtiger Schlüssel dazu ist die parodontale Grunduntersuchung. Wenige Sondierungen mit der geeigneten Parodontalsonde reichen aus, um zu erkennen, ob ein Parodontitisproblem vorliegt und wie schwerwiegend es ist. Die Durchführung dieser Screeninguntersuchung ist auf der Webseite der ÖGP (www.oegp.at) im Submenü „Ärztinnen“ genau erklärt.

Die konsequente Plaque- und Konkremententfernung ist sicher eine der tragenden Säulen in der Parodontitistherapie. Mindestens ebenso wichtig aber ist die Einschätzung des individuellen Erkrankungsrisikos. Patienten mit erhöhter Empfänglichkeit erleiden rascher Schäden am Zahnhalteapparat und bedürfen einer wesentlich gründlicheren und intensiveren Behandlung als Patienten mit geringer Disposition. Dem individuellen Risiko muss demnach in der Parodontitistherapie Rechnung getragen werden.

Prekär wirkt sich die genetische Parodontitidisposition an Implantaten aus. Bereits im klinisch unauffälligen periimplantären Weichgewebe zeigt sich eine unbedenkliche und diskrete Granulozyteninfiltration.

Eine klinisch manifeste periimplantäre Entzündung mit Lockerung der ZF-Manschette um Zahnimplantate führt aber zu deutlich rascherem Knochenverlust als an natürlichen Zähnen. Der Perimukositis bzw. der Periimplantitis werden wir uns in den nächsten Jahren verstärkt zuwenden müssen, da die stetig steigende Zahl an Zahnimplantaten auch vermehrt periimplantäre Probleme nach sich ziehen wird. Im Recall muss nach initialen periimplantären Symptomen Ausschau gehalten werden. Sind die Kriterien einer operativen Intervention erfüllt, wird im Gegensatz zur Parodontitis nicht auf eine Abheilung nach konservativer Taschenreinigung gewartet, sondern frühzeitig chirurgisch interveniert. Das chirurgische Protokoll ist bis heute nur zum Teil vereinheitlicht, da wissenschaftlich noch nicht endgültig gezeigt werden konnte, welche Defektreinigung und -sanierung den bestmöglichen Erfolg verspricht.

Nicht nur Weihnachten steht vor der Tür. 2014 kommt auch die Jahrestagung paroknowledge® in Kitzbühel wieder, für die wir bereits intensiv mit den Vorbereitungen beschäftigt sind.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen einen angenehmen Jahreswechsel.

*Vorstandsmitglied der ÖGP, zertifizierter Spezialist für Parodontologie und Implantologie.



Infos zum Autor

Spezialisten-Newsletter

Fachwissen auf den Punkt gebracht



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

www.zwp-online.at

FINDEN STATT SUCHEN.

ZWP online



ANZEIGE

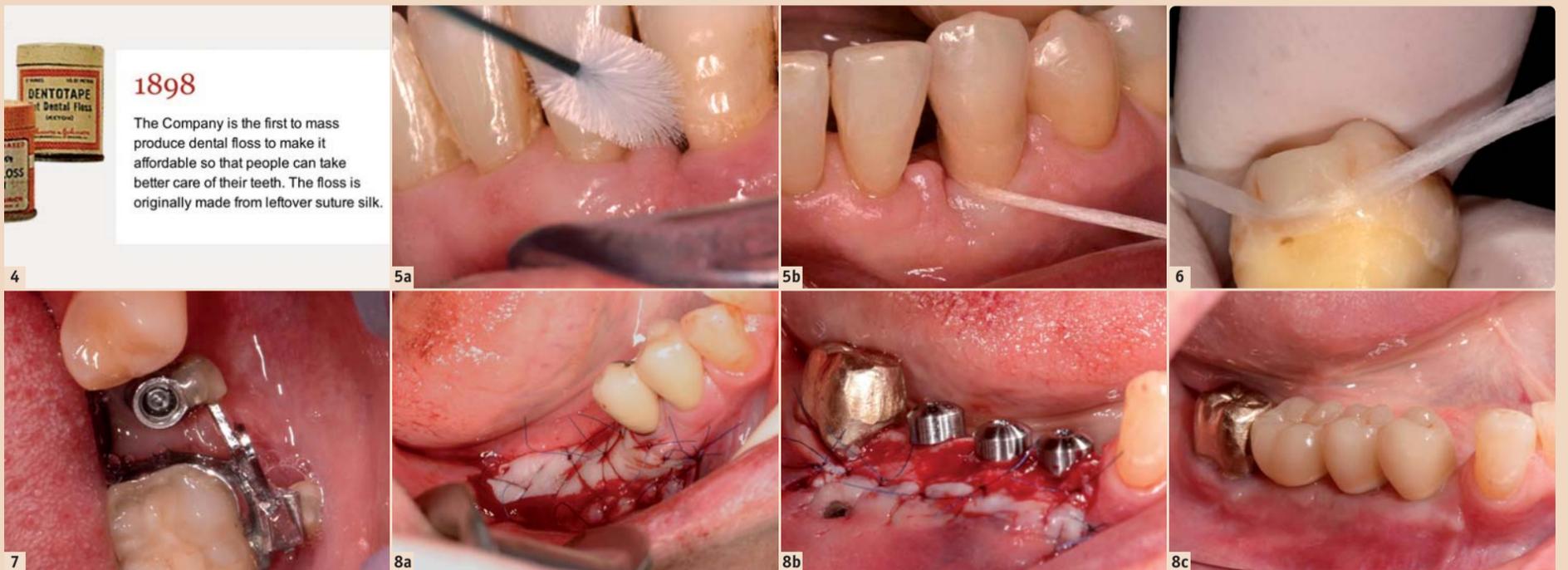


Abb. 4: Zahnseide und Dentotape der Firma Jonson & Johnson werden seit 1898 mit gleichbleibender Qualität vertrieben. – Abb. 5a und b: Interdentalbürstchen erreichen sulkusnahe Bereiche im Gegensatz zum Dentotape oft nicht, sicherlich ein Problem beim PA-erkrankten Patienten. – Abb. 6: Nur Zahnseide oder Tape ist in der Lage, Obstruktionen an Füllungs- oder Kronenrändern zu identifizieren. – Abb. 7: Aufgerichteter zweiter Molar nach Entfernung eines verlagerten Weisheitszahns und der konservativen Therapie einer parodontalen Tasche von 6 mm mesial. – Abb. 8a–c: Schaffung von Attached Gingiva und Verdickung der gesamten Weichgewebe um Implantate, beides sind erwiesene Kriterien für die Vermeidung von Periimplantitis.

← Fortsetzung von Seite 17

Standardisiertes Motivationsgespräch

Im Zeitalter von „Periodontal Medicine“ geht es beileibe nicht mehr nur um den Verbleib von Zähnen in einer Mundhöhle, sondern viel eher um eine Mundhöhle, die frei ist von chronischer Entzündung. So ist meines Erachtens heute auch eine Mundhöhle voller, auf Berührung blutender Papillen, nicht mehr nur als eine zu vernachlässigende lokale Entzündung zu betrachten, sondern muss vielmehr als ernstzunehmender Beitrag zum Risiko des gesamten chronischen Entzündungspools eines Organismus mit all seinen bekannten Konsequenzen betrachtet und als solcher dem Patienten zum Bewusstsein gebracht werden.

Nur ein sehr hoher Standard bei der täglichen Mundhygiene und eine hohe Qualität an professioneller Hilfestellung und regelmäßiger Erhaltungstherapie durch hochmotiviertes und gut ausgebildetes Hilfspersonal kann dieses Ziel erreichen. Dies beginnt in unserer Ordination bei der ersten Sitzung des schmerzfreien Patienten mit seinem zukünftigen Behandler. Dabei haben wir in den letzten dreißig Jahren ein standardisiertes Motivationsgespräch entwickelt, das aus drei Teilen besteht:

1. Die intraorale Demonstration des Bezugs zwischen gingivalem Belag und Blutung sowie einer belagsfreien, gesunden Stelle ohne Gingivablutung (Abb. 1).
2. Pathogenesezeichnung, welche die Entwicklung der papillären Entzündung und ihre Risiken für die orale und systemische Gesundheit auf der Basis der heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisse verständlich entwickelt, und daraus die korrekte Mundhygienefrequenz sowie die fallspezifisch richtigen Hilfsmittel, zeichnerisch erklärt (Abb. 2).³
3. Die Erstdemonstration dieser Hygienemittel konsequent durch sämtliche Interdentalräume und Oral-/Lingualflächen, sowie die Erklärung ihrer tech-

nisch richtigen Anwendung; Einführung der Rolle der Hygienikerin während der Hygienephase und des gesamten Therapieverlaufs und posttherapeutisch durch den Zahnarzt selbst sowie Einbettung einer ganz grob beschriebenen Therapievorstellung in die Sitzungen bei der Hygienikerin und deren Funktion als Hilfestellerin bei der Verwirklichung dieser Vorgaben auf Dauer (Abb. 3).

Diese Vorgehensweise bei der ersten Sitzung ist essenziell und wurde über drei Jahrzehnte, motiviert durch den kontinuierlichen Erfolg, verfeinert und dem neuesten wissenschaftlichen Stand angepasst. Bei vielen Patienten löst sie eine direkte persönliche Betroffenheit aus und macht die Pforten für eine mögliche Verhaltensänderung bei den täglichen Hygienegewohnheiten in ihrer Mundhöhle weit auf.

Es ist so gut wie nie eine Frage, dass neue Patienten im Anschluss an diese Sitzung ihre Termine bei der Hygienikerin gerne vereinbaren, auch wenn ihr Kostenträger dafür nicht aufkommt. Aufwendige Behandlungen beginnen wir erst, wenn der Entzündungswert für eine papilläre Blutung (PBI) in akzeptable Bereiche kommt.

Bei der Behandlungsplanung und Terminvergabe folgen wir der Systematik von Ramfjord als Grundschemata für alle Patienten:

- Systemische Phase
- Hygienephase I und II
- Korrektive Phase I und II
- Posttherapeutische Betreuung (modifiziert)
- Erhaltungsphase

Verwendung von Mundhygienemitteln – wirklich notwendig?

Was den Erfolg dieser gesamten Aktivitäten zur Patientenmotivation und Betreuung sowie zur wirkungsvollen häuslichen Mundhygiene unserer Patienten anbelangt, so wurde es in den letzten Jahren immer klarer, dass nur Zahnärzte und Hygieniker/-innen mit ständiger

Selbsterfahrung durch Einbindung ihrer eigenen Mundhöhle in das Betreuungssystem ihrer Ordination dazu in der Lage sind.⁴ Dazu gehören neben der qualifizierten Basisausbildung auf dem Gebiet der Prävention und kontinuierlich erneuerten wissenschaftlichen Weiterbildung auch Erkenntnisse auf dem Gebiet der medizinischen Psychologie, die allerdings bisher wenig systematisiert sind und eher aus dem Umgangsbereich mit den Problemen des Nikotin- und Drogenabusus stammen⁵ und so nicht direkt übertragbar erscheinen.

Hier sind dringend neue Denkansätze auf der Basis positiver empirischer und theoretischer Erkenntnisse vonnöten. Wir bauen bis dato auf unser System. Auch die vorhandenen Studien zur Wirksamkeit einzelner Mundhygienemittel, vor allem auf dem Gebiet der Interdentalhygiene, sind bei näherer Betrachtung eher dürftig.⁶ So gibt es bis heute keine einzige Untersuchung, die den täglichen Einsatz von Zahnseide wissenschaftlich rechtfertigen würde. Dabei ist ein Artikel wie das Dentotape der Firma Johnson & Johnson seit 1898 im Handel (Abb. 4).

Eine zeitgenössische vergleichende Untersuchung zur Wirksamkeit einer Mundspüllösung im Vergleich zur Zahnseide sieht so aus, dass den Patienten zur Instruktion und Motivation für maximal zwei Minuten an einem Zahnmodell der Gebrauch von Zahnseide gezeigt wurde. So wird verständlich, warum die Gruppe der Zahnseideanwender schlechter abscheidet.⁷

In einer anderen Studie wird die Anwendung von Interdentalbürstchen der Zahnseide vorgezogen, ohne zu wissen, welche Hygienemittel diese Patienten vorab der Studie gewohnheitsmäßig bereits eingesetzt haben.⁸ Aus einer weiteren Studie zur Kariesprävention geht hervor, dass Zahnseide überhaupt nur dann eine Wirkung zeigt, wenn sie von Profis, also von Dentalhygienikerinnen durchgeführt wird.⁹

Unabhängig von der Wahl der Hygienemittel ist klar, dass es besonders am erkrankten Pa-

tienten Situationen gibt, bei denen jedes dieser beiden Hilfsmittel lokal spezifische Mängel und Vorteile besitzt, die der Fachmann beachten und beherrschen muss (Abb. 5a und b).

So ist z.B. nur Zahnseide in der Lage, iatrogen produzierte Schäden an zahnärztlichen Zahnrestaurationen zu identifizieren und rechtzeitig zu bemängeln. Es ist seit Langem bekannt, dass solche Hygieneobstruktionen beim parodontal erkrankten Patienten nicht nur zu Entzündung, sondern zu zusätzlichem Attachmentverlust, also zu iatrogenen Schäden führen (Abb. 6).¹⁰

Die Erkenntnis, dass alle Hygienemittel, insbesondere für den Interdentalraum, intensive Hilfestellung und Training zur wirkungsvollen Durchführung benötigen, hat dazu geführt, dass wir unseren Patienten als einen zusätzlichen Baustein ein Lernvideo in drei Sprachen auf unserer Website zur Verfügung stellen (www.wolfstrasse.com).

Als Verlaufskontrolle für die Behandler und Motivationskurve für die Patienten dient uns im Rahmen der Hygienephase der PBI11 bzw. im Rahmen der Erhaltungstherapie der BOP.¹²

In diesem Zusammenhang tritt natürlich immer wieder auch die Frage auf, wie qualifiziert muss die Ausbildung unserer „Co-Therapeuten“ Dentalhygieniker sein? Speziell bei den Ausbildungsgängen in Deutschland, egal ob nun mit oder ohne Bachelor, erscheint mir nicht mehr so sehr der theoretische Umfang der Ausbildung, als vielmehr der praktisch klinische Anteil am Patienten ein Problem zu sein.

Zahnärzte bzw. PA-Spezialisten als Ausbilder innerhalb ihrer Ordinationen sind meist nicht trainiert, Scaling und Root Planing aus dem Ellenbogen und der Schulter zu unterrichten, sondern wenn überhaupt, dann werden sie aus der Praxisroutine das sogenannte „Picking“ vermitteln können, was für die Berufsgruppe der tagaus, tagein „Instrumentierer“ die völlig falsche Muskulatur trainiert und damit frühzeitig zu den entsprechenden

Berufskrankheiten wie Karpaltunnelsyndrom oder Tennisarm führt.¹³

Die Zahnarztordination der Zukunft

Ein zusammengeführtes Team aus Allgemeinpraktikern und Spezialisten ist ohne eine Dentalhygienikerin, die nach internationalem Niveau ausgebildet ist, nicht denkbar! Parodontale Aspekte und Kenntnisse in der Parodontologie sind nicht nur in der restaurativen Zahnheilkunde erfolgsscheidend, sondern auch in der Kieferorthopädie und der Implantologie. Eine perfekt aufgestellte Zahnreihe bedeutet per se bereits Karies- bzw. Parodontitisprävention. Umgekehrt heilt durch das Aufrichten und die Intrusion ein vorab parodontal erkrankter Zahn dadurch erst richtig aus (Abb. 7).

Erfolgreiche Implantologie ist auf die Dauer nur realisierbar, wenn die Techniken der perioplastischen Chirurgie beherrscht werden und so immer ein breites Hart- und Weichgewebsangebot, das auf der Unterlage verwachsen ist, kreierte werden kann (Abb. 8a–c).

Es ist somit die Parodontologie und ihr gesamtes wissenschaftliches Umfeld, welche ganz wesentlich die Nachhaltigkeit unseres zahnärztlichen Tuns erst ermöglicht, und dadurch ganz offensichtlich nicht nur zu einer wesentlichen Verbesserung der Lebensqualität, sondern auch zur Allgemeingesundheit und damit zur Lebensdauer beiträgt. 



Dr. Norbert Salenbauch
Wolfstraße 9
73033 Göppingen, Deutschland
salenbauch@t-online.de
www.wolfstrasse.com

Atmosphärendruckplasmen gegen Biofilm

Nobel Biocare stiftet DGParo-Implantatforschungspreis 2013.



Die Preisträgerin mit Dr. Ralf Rauch, Geschäftsführer Nobel Biocare Deutschland GmbH (l.), und Prof. Dr. Peter Eickholz, Präsident DGParo (r.).

Das Unternehmen sieht in der Forschungsförderung der Parodontologie eine wichtige Aufgabe und stiftet seit 2008 den Implantatforschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGParo). In diesem Jahr ging die Auszeichnung an Dr. rer. nat. Katja Fricke et al. von der Universität Greifswald für die Publikation „Atmospheric Pressure Plasma: A High-Performance Tool for the Efficient Removal of Biofilms“.

„Die Ergebnisse der Grundlagenforschung sind vielversprechend. Bisher fehlen wissenschaftlich zufriedenstellende Methoden für die effektive Ent-

fernung des Biofilms von Implantaten“, so Dr. Ralf Rauch, Geschäftsführer Nobel Biocare Deutschland GmbH. Der Einsatz von Atmosphärendruckplasmen scheint eine mögliche Therapieform zu sein.

Um die Auszeichnung können sich Zahnärzte und in der zahnmedizinischen Forschung tätige Wissenschaftler bewerben, die Mitglied in einer parodontologischen Fachgesellschaft sind, die Mitglied der European Federation of Periodontology (EFP) ist. [PT](#)

Quelle: Nobel Biocare Deutschland GmbH

paroknowledge[®] 2014 in Kitzbühel

Prof. Peter Eickholz & Team aus Deutschland präsentieren während der 22. Parodontologie Experten Tage das Konzept der Frankfurter Klinik.

KITZBÜHEL – Vom 5. bis 7. Juni 2014 bringt die Österreichische Gesellschaft für Parodontologie (ÖGP) Prof. Dr. Peter Eickholz & Team aus Deutschland mit dem Schwerpunktthema „Parodontologie von A–Z in Frankfurt am Main“ zur paroknowledge[®] 2014 nach Kitzbühel. Mit renommierten Experten der Johann Wolfgang Goethe-Universität präsentiert Prof. Peter Eickholz ein umfassendes parodontales Behandlungskonzept für Zahnärzte und Zahnärztinnen sowie Assistentinnen.

Das Schwerpunkt-Programm, welches mit dem bewährten Hands-on-Workshoptag beginnt, vermittelt den Teilnehmern an drei Kongresstagen aktuelle wissenschaftliche und praktische Erkenntnisse (Referenten: Dr. Otto Zuhr, Prof. Dr. Petra Ratka Krüger, Dr. Rita Arndt, Dr. Bettina Dannewitz, Dr. Beate Schacher, Dr. Katrin Nickels u.v.a.). Darüber hinaus werden weiteren Themen, wie beispielsweise Marketing und Kommunikation, Digitale Zahnheilkunde oder Implantattherapie, behandelt, die sich spezifisch den Herausforderungen der modernen Zahnarztpraxis widmen. Abgerundet wird der Kongress mit einem Rahmen-

programm, das bereits bei der paroknowledge[®] 2013 von allen Teilnehmern das Prädikat „begeistert“ verliehen bekam.

Das Konzept der paroknowledge[®] sieht vor, jedes Jahr ein umfassendes Behandlungskonzept für das zahnärztliche Team vorzustellen. 2013 wurde

paroknowledge[®] ist das Synonym für Wissenstransfer, Netzwerkbildung, Expertenaustausch und lebenslanges Lernen des Leitthemas Parodontologie, einem der wichtigsten Bereiche der Zahn- und Mundgesundheit. paroknowledge[®] 2014 schafft erneut die Möglichkeit, einer intensiven und



mit dem „Berner Konzept“ – präsentiert von Prof. Anton Sculean & Team, Schweiz – erstmals das neue Schwerpunktkonzept für die Parodontologie Experten Tage in Kitzbühel etabliert.

gebündelten Fortbildung im perfekten Ambiente des modernen Kongresszentrums Kitzbühel im Kreise von Kollegen und Freunden, der Parodontologie den gebührenden Stellenwert zu verschaffen.

Weiterführende Informationen: www.paroknowledge.at [PT](#)

ANZEIGE

Your winning team

Parodontitis erfolgreich managen → **Slow-Release über 7 Tage mit CHX-Dosis von mind. 125 µg/ml**

→ **99%ige Eliminierung der subgingivalen Bakterien**

SRP +



PerioChip[®]

PerioChip 2,5 mg Insert für Parodontaltaschen.

Zusammensetzung: Ein Insert enthält 2,5 mg Chlorhexidindigluconat. **Sonstige Bestandteile:** Hydrolysierte Gelatine (vernetzt mit Glutaraldehyd), Glycerol, gereinigtes Wasser. **Wirkstoffgruppe:** Dentalpräparate; Antinfektiva und Antiseptika zur lokalen oralen Anwendung. ATC-Code: A01AB03. **Anwendungsgebiete:** In Verbindung mit Zahnsteinentfernung und Wurzelbehandlung zur unterstützenden antimikrobiellen Behandlung von mäßigen bis schweren chronischen parodontalen Erkrankungen mit Taschenbildung bei Erwachsenen; kann als Teil eines parodontalen Behandlungsprogramms eingesetzt werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Chlorhexidindigluconat oder einem der sonstigen Bestandteile. Die Informationen zu den Abschnitten Dosierung, Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. **Pharmazeutischer Unternehmer:** Dexcel Pharma GmbH, 63755 Alzenau. **Verschreibungspflicht / Apothekepflicht:** Apothekepflichtig. **Stand der Information:** 09/2011

Parodontitis: Was brauchen wir als Grundlage unserer Therapie?

Welche Ansatzpunkte gibt es, der parodontologischen Zahnerhaltung einen größeren Stellenwert zu vermitteln und die parodontale Behandlungslast stärker zu reduzieren? Eine Zusammenfassung von Prof. Dr. Thomas Kocher, Greifswald, Deutschland.

In Deutschland sind ca. 20 Prozent der Bevölkerung stark und weitere 20 bis 30 Prozent mäßig parodontal erkrankt. Wie gut sind wir Zahnärzte in der Lage, diese Krankheit erfolgreich zu behandeln? Glockmann und Kollegen haben deutschlandweit 599 Kollegen, die über 10.000 Zähne extrahiert haben, befragt, weshalb sie diese Zähne entfernt haben. Ca. 30 Prozent der Zähne wurden aus parodontalen und ebenso viele aus Kariesgründen und weitere 12 Prozent sowohl aus kariologischen als auch parodontalen Gründen extrahiert.

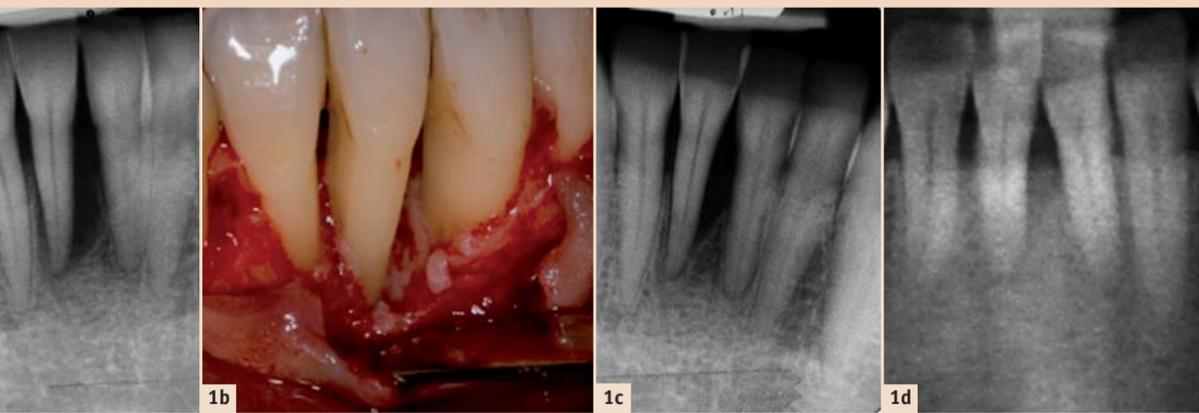
Bei den Patienten über 45 Jahre überwiegen die parodontalen Begründungen. Die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie zeigt, dass die meisten unserer Patienten nur wenige Taschen 6 mm und tiefer haben und dass nur sehr wenige Patienten an sehr vielen Zähnen diese tiefen Taschen aufweisen. Durch eine systematische Auswertung von Röntgenbildern wurde gezeigt, dass die Prävalenz von tiefen Knochtaschen über ≥ 3 mm gering ist. Aus vergleichenden epidemiologischen Studien ist bekannt, dass Deutschland im Mittelfeld der europäischen Länder in Bezug auf Zahnverlust und Parodontalerkrankungen liegt. Weshalb gelingt es uns nicht, die parodontale Behandlungslast stärker zu reduzieren? Sind parodontale Behandlungen zu kompliziert, obwohl tiefe Taschen über 6 mm nicht in zu großer Zahl vorkommen?

Deep Scaling

Zahlreiche klinische Studien zeigen, dass ein Deep Scaling langfristig zu einer vergleichbaren Reduktion der klinischen Sondierungstiefen bzw. einem ähnlichen Attachmentgewinn wie eine Lappenoperation führt. Insbesondere beim horizontalen Knochenabbau schrumpft die entzündete Gingiva stark. Parodontale Lappenoperationen von Molar zu Molar, wie sie in den 1980er- und 1990er-Jahren durchgeführt wurden, gibt es heute so gut wie nicht mehr. Bei den meisten unserer parodontal erkrankten Patienten kann ein Deep Scaling zum Erfolg führen. Deep Scaling ist eine Tätigkeit, die mit Sicherheit Zeit und manuelles Geschick braucht, die aber nicht zu den kompliziertesten Eingriffen in der Zahnmedizin gehört. Studien aus den 1980er-Jahren zeigten, dass Dentalhygieniker/-innen dieselben Wundheilungsergebnisse erzielen können wie Zahnärzte.

Thema Zahnerhalt

Für unsere Prophylaxehelfer/-innen stehen die supragingivale Plaquekontrolle oder der Gingivitisindex im Mittelpunkt ihres täglichen Handelns; die parodontologisch tätigen Zahnärzte messen den Behandlungserfolg in der Regel in der Taschentiefenreduktion oder dem



Fallbeispiel: Behandlung ad modum Axelsson. Mann, Nichtraucher, geb. 1960. – Abb. 1a: Vor OP, 39 Jahre alt. – Abb. 1b: Intra OP. – Abb. 1c: 2 Jahre nach OP. – Abb. 1d: 50 Jahre alt.

Attachmentgewinn. Sie müssen sich aber stets bewusst sein, dass für Patienten nicht die supragingivale Plaque, das blutende Zahnfleisch oder die Zahnfleischtasche, sondern der erhaltene Zahn im Mittelpunkt steht. In der parodontologischen Literatur liegen leider keine randomisierten, kontrollierten Studien zum Thema Zahnerhalt vor, es gibt einige ältere Studien, die sich mit diesem wichtigsten Thema der Parodontologie beschäftigen und die zeigen, dass durch Parodontalbehandlungen Zähne erhalten werden können. Sicherlich am bekanntesten sind dazu die Studien von Axelsson.

Zahnverluste auch im Versorgungsalltag realisiert wird. Eine indirekte Antwort darauf gibt die Study of Health in Pomerania (SHIP), in der über zehn Jahre ca. 2.700 Probanden nachuntersucht wurden. Eine vorläufige Auswertung zeigt, dass das am stärksten parodontal erkrankte Viertel der Bevölkerung innerhalb von zehn Jahren durchschnittlich vier Zähne und die restlichen Probanden maximal zwei Zähne verlieren.

Sicherlich kann der jährliche Verlust von 0,15 Zähnen bei parodontal in Schwerpunktpraxen behandelten Patienten nur mit großer Einschränkung mit den 0,4 jährlich verlorenen

Bei diesen Patienten genügen mit Sicherheit zwei professionelle Zahnreinigungen zur Motivation, Instruktion und Konkremententfernung und dann im jährlichen Abstand eine professionelle Zahnreinigung, sofern sie nicht Raucher oder Diabetiker sind. Ähnlich sollte auch mit Senioren verfahren werden, bei denen im Alter vermutlich die Abwehrkraft nachlässt.

Da ältere Patienten in der Regel weniger Zähne haben und meist auch keine Molaren, sollten Parodontalbehandlungen ohne großes Problem durchzuführen sein. Diese Behandlungen können größtenteils delegiert

Dieses Missverhältnis zeigt, dass es nur einen geringen Anreiz gibt, Parodontalbehandlungen durchzuführen.

Das Bonusheft als Chance

Mit dem Bonusheft für gesetzlich Krankenversicherte haben wir ein Werkzeug, das von der Bevölkerung gut angenommen wird. Die allermeisten unserer Patienten bringen dieses regelmäßig zum Abstempeln in unsere Ordination mit. Leider ist das regelmäßig geführte Bonusheft mit der Reduktion von Zahnersatzkosten verbunden und wird nicht bei parodontal erkrankten Patienten als Anreiz eingesetzt, Recallbesuche zu motivieren und zu unterstützen. Dieses Bonusheft bietet unserem Berufsstand eine große Chance auf Bevölkerungsebene, die wir bisher nicht ergriffen haben und um die wir uns kümmern sollten.

Universitäten

Die universitäre Ausbildung in Parodontologie trägt derzeit aus meiner Sicht auch nicht viel zum parodontologischen Qualitätsbewusstsein unserer Studenten bei. Es gibt in Deutschland nur sechs eigenständige, parodontologische Abteilungen (Münster, Gießen, Frankfurt am Main, Marburg, Dresden, Witten/Herdecke) und zwei Zahnerhaltungen unter parodontologischer Führung (Bonn und Kiel).

Unsere Studenten werden in der Vorklinik mit der Herstellung von Zahnersatz in die Zahnmedizin eingeführt, und dort werden die präventiven Aspekte der Zahnheilkunde nur theoretisch und nicht praktisch vermittelt. Werden zum Beispiel alle Lehrveranstaltungen in der Klinik ohne Gewichtung bezüglich Vorlesung, Kurs oder Seminar in Greifswald oder Frankfurt aufsummiert, so ist in der klinischen Ausbildung die Parodontologie für ca. 10 Prozent des Unterrichts verantwortlich. Damit ist auch für Studenten klar, wo sie ihre Schwerpunkte setzen müssen, und vermutlich prägen wir sie damit für ihr weiteres Zahnarztleben. **PT**

„Weshalb gelingt es uns nicht, die parodontale Behandlungslast stärker zu reduzieren?“

Die berühmten Karlstad-Studien in den 1980er-Jahren zeigten, dass gut motivierte und instruierte, parodontal gesunde Patienten, die sich regelmäßig einer professionellen Zahnreinigung unterzogen, in sehr geringem Umfang weitere kariöse Läsionen entwickelten oder Attachment- und Zahnverluste erlitten. Vergleichbare Ergebnisse erzielte Axelsson et al. auch bei der Behandlung parodontal erkrankter Patienten. Diese Studien erfüllen aber nicht mehr die wissenschaftlichen Standards der heutigen Zeit, sodass bei Übersichtsarbeiten ihre Validität in Zweifel gezogen wird und sie bei Metaanalysen nicht einbezogen werden.

Letztendlich bestätigen aber retrospektive Studien aus vielen Ordinationen, und unter anderem aus den Zahnkliniken in Frankfurt am Main und Kiel, dass parodontal erkrankte Patienten im Durchschnitt jährlich 0,1 bis 0,15 Zähne verlieren, wenn der Patient sich einer systematischen Parodontalbehandlung unterzieht und er kontinuierlich eine unterstützende Parodontaltherapie wahrnimmt.

Und die Zahnverluste?

Eine bisher nicht ausreichend beantwortete Frage ist, ob diese geringe

Zähne bei parodontal erkrankten Vorpommern verglichen werden. Aber dieses Zahlenverhältnis von 1:2 oder 1:3 (Zahnverlust bei parodontal Behandelten vs. parodontal Unbehandelten) findet sich auch in einer Auswertung eines Patientenregisters einer amerikanischen Versicherung.

Aus dem Vergleich dieser Zahlen ergibt sich die Frage, ob Parodontalbehandlungen nicht in ausreichendem Umfang und mit entsprechender Qualität in Deutschland durchgeführt werden, und wenn ja, wie kann dieser Umstand verbessert werden.

Attachmentverlust bezogen auf das Alter

Wahrscheinlich ist die Progression des Attachmentverlustes über die Lebensspanne hinweg nicht linear, sondern sie ist stärker ausgeprägt in jüngerem und in höherem Lebensalter. Die Konsequenz für den Alltag ist, dass wir auch bei den 30- bis 40-Jährigen nach Konkremententfernung sollten. Diese Patientengruppe mit ihren blutenden 4 bis 5 mm tiefen Taschen im Approximalraum betrachten wir nicht als richtig parodontal erkrankt und als unsere Parodontalpatienten.

werden, aber dafür brauchen wir gut ausgebildetes Personal. Wenn wir Qualität erreichen wollen, muss diese Qualität auch kontrolliert und gegebenenfalls durch entsprechende weitere Ausbildungen verbessert werden.

Verteilung des Budgets

Mit Sicherheit trägt auch die Verteilung des zahnärztlichen Budgets der gesetzlichen Krankenversicherung das ihre zu diesem Ungleichgewicht bei, denn in der GKV wurden 2012 von den ca. 11 Milliarden des Gesamtbudgets 355 Millionen für parodontologische Behandlungen ausgegeben. Sogar für die Position Kieferbruch wurde genauso viel und für die kieferorthopädische Behandlung ungefähr das Doppelte wie für parodontologische Behandlungen ausgegeben. Ein großer Teil der parodontologischen Behandlungen wird in Deutschland privat abgerechnet, aber diese GKV-Verhältnisse widerspiegeln den Stellenwert, den wir als Berufsorganisation dem parodontologischen Zahnerhalt zumessen. Es besteht ein eklatantes Missverhältnis zwischen der parodontalen Erkrankungslast in der Bevölkerung und der Verteilung der GKV-Ressourcen.



Prof. Dr. Thomas Kocher
Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Zentrum für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Abteilung Parodontologie
Walther-Rathenau-Str. 42a
17489 Greifswald, Deutschland
kocher@uni-greifswald.de
www.uni-greifswald.de

Wann gilt eine Periimplantitis als erfolgreich therapiert?

Jeannette Enders, *Dental Tribune*, sprach mit Prof. Dr. Andrea Mombelli, Leiter der Abteilung für Orale Physiopathologie und Parodontologie der Universität Genf, Schweiz.

Periimplantitis und periimplantäre Mukositis gehören zu den großen Herausforderungen in der Implantologie. In Hinblick auf den Langzeiterfolg von Implantaten gilt es, möglichst früh Entzündungszeichen des periimplantären Gewebes zu erkennen und durch Reinigung der Implantatoberfläche und einer antimikrobiellen Therapie zu bekämpfen.

Dental Tribune: Was unterscheidet eine Periimplantitis von einer periimplantären Mukositis?

Prof. Dr. Mombelli: Die Mukositis ist eine Entzündung der periimplantären Weichgewebe ohne Beteiligung des Knochens.



Prof. Dr. Andrea Mombelli auf dem SSP-Kongress in Fribourg im September 2013.

Welche diagnostischen Empfehlungen geben Sie an die Zahnärzte, um diese Erkrankungen frühzeitig zu erkennen?

Um pathologische Prozesse frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten, bevor irreversible Schäden entstanden sind, ist die regelmäßige Nachkontrolle wichtig. Klinisch gibt die Entzündung Anlass zur Blutung nach vorsichtigem Sondieren. Das Gewebe kann gerötet sein und eventuell ist eine Schwellung sichtbar. Bei der Routinekontrolle stellen sich zunächst die folgenden Fragen: Dringt die Parodontalsonde mehr als 3 mm ein? Blutet es? Gibt es Eiterbildung? Gibt es andere Entzündungszeichen wie Rötung oder Schwellung der periimplantären Mukosa? Danach ergeben sich folgende

parafunktioneller Überlastungen, welche zu krestalen Mikrofrakturen am Implantat-Knochen-Interface führen?

Offene Hohlräume und Spalten können von Bakterien besiedelt werden. Die benachbarten Gewebe reagieren darauf mit Entzündung, das ist klar. Andererseits bleibt in der Mundhöhle nichts auf Dauer steril und die Wirtsgewebe wissen damit in der Regel recht gut umzugehen. Praktisch gesehen geht es darum, die Menge der Noxe dauerhaft möglichst gering zu halten. Eine Suprastruktur, die eine regelmäßige Biofilmentfernung zulässt, und die genaue Passform der Rekonstruktion, vor allem im submukösen Bereich, sind zweifellos wichtig. Fehlpassungsbedingten Divergenzen messe ich größere Bedeutung

nicht behandelt werden kann. Es braucht immer die minutiöse Reinigung der gesamten kontaminierten Implantatoberfläche. Um den Biofilm vollständig zu entfernen, muss diese meistens chirurgisch dargestellt werden.

Wann gilt eine Periimplantitis als erfolgreich therapiert?

Das unmittelbare Ziel ist die Abwesenheit klinischer Entzündungszeichen, insbesondere von Eiteraustritt aus dem periimplantären Sulcus. In jedem Fall muss die Situation langfristig beobachtet werden. Stabilität oder gar Knochengewinn kann ja nicht sofort festgestellt werden.

Zu welchem Zeitpunkt würden Sie bei einer Periimplantitis eine Explantation vornehmen?

Das lässt sich nicht verallgemeinernd beantworten. Neben der Aussicht auf Heilung der Infektion und der zu erwartenden Weichgewebsverhältnisse nach Abheilung spielen auch behandlungstaktische Fragen eine Rolle. Gesund aber hässlich ist ja nicht in allen Fällen das optimale „Outcome“, und der Zeitbedarf spielt auch eine Rolle.

Können knochen aufbauende Maßnahmen am Implantat nach einer Erkrankung an Periimplantitis vorgenommen werden?

Ja, die Voraussetzung ist die vorgängige Heilung der Infektion.

Ist eine Reosseointegration möglich?

Reosseointegration auf einer vorgängig kontaminierten Implantatoberfläche wurde beim Menschen nicht klar nachgewiesen und kann dem Patienten nicht versprochen werden. Im besten Fall bildet sich zwischen neuem Knochen und Implantat eine Art bindegewebige Kapsel.

Gibt es aktuelle Daten zum Vorkommen von Periimplantitis und periimplantärer Mukositis?

Wir haben zuhanden der EAO Konsensus-Konferenz 2012 eine umfassende Übersichtsarbeit zu diesem Thema verfasst (Mombelli et al., The epidemiology of peri-implantitis. Clinical Oral Implants Research 23 supplement 6, 67–76, 2012). Die Prävalenz der Periimplantitis während eines Zeitraumes von fünf bis zehn Jahren nach der Implantation liegt in der Größenordnung von zehn Prozent Implantate und 20 Prozent Patienten. Die Angaben schwanken von Studie zu Studie allerdings stark. Faktoren, welche die Zahlen beeinflussen, sind die Definition der Krankheit, die Differenzialdiagnose, die gewählten Schwellenwerte für Sondierungstiefen und Knochenschwund, sowie Unterschiede in den Behandlungsmethoden und der Nachsorge. Rauchen und eine Parodontitisanamnese sind mit einer höheren Prävalenz der Periimplantitis assoziiert. Chronische Erkrankungen, die das Infektionsrisiko erhöhen, zum Beispiel Diabetes, spielen auch eine Rolle.

Vielen Dank für das Gespräch!

„Das unmittelbare Ziel ist die Abwesenheit klinischer Entzündungszeichen.“

Anschlussfragen, deren Beantwortung ein Röntgenbild voraussetzt: Gibt es Knochenverlust? Und wenn ja – gibt es für Knochenverlust einen plausiblen Grund oder ist es Periimplantitis?

Wie bewerten Sie die Anwendung eines Biomarkertests im Rahmen der Diagnostik und Erhaltungstherapie?

Es gibt keine klinische Studie, die deren Zusatznutzen über die genaue klinische und radiologische Untersuchung hinaus belegt. Obschon ich für Kollegen und Patienten, die mehr wissen möchten, sehr viel Sympathie habe, muss man sagen, dass die gegenwärtig zur Verfügung stehenden prophylaktischen und therapeutischen Optionen eine solche Testung nicht voraussetzen. Man kann davon ausgehen, dass es sich in allen Fällen um eine bakterielle Mischinfektion handelt, bei der anaerobe, gramnegative Keime eine wichtige Rolle spielen. Sieht es klinisch gesund aus, wird der Test negativ ausfallen.

Welche Rolle spielt die bakterielle Besiedelung der Hohlräume und Spalten eines Implantats bei der Periimplantitis? Und was meinen Sie in diesem Zusammenhang zur Theorie fehlpassungsbedingter Spannungen oder

zu als okklusaler Überbelastung, sofern diese nicht extrem ist, wie zum Beispiel bei Bruxismus.

Auf dem Markt gibt es eine Vielzahl von Mundspüllösungen. Welche Zusammensetzung ist bei diesen für die antimikrobielle Therapie die effektivste?

Wir arbeiten seit Anbeginn mit Chlorhexidinlösungen und sehen keinen Grund, dies zu ändern.

Bei der Behandlung mit systemischen Antibiotika: Welche sind geeignet? Welche Bedeutung haben parodontopathogene Keime?

Basierend auf umfangreichen Studien in der Parodontologie und der Kenntnisse der Keimzusammensetzung der periimplantären Flora setzen wir heute in der Regel die Kombination von Amoxicillin und Metronidazol ein. Eine eigene multizentrische Studie und Arbeiten anderer Forschungsgruppen zeigen gute Resultate. Bei Unverträglichkeit, z.B. Penizillinallergie, kann auch nur Metronidazol allein verschrieben werden. Dieses ist jedoch nicht gegen alle inkriminierten Keime wirksam. Sehr wichtig ist die Zusatzbemerkung, dass Periimplantitis rein medikamentös



easy-graft® CRYSTAL

bionic sticky granules



easy-graft®
CRYSTAL

Genial einfaches Handling!
beschleunigte Osteokonduktion, nachhaltige Volumenstabilität

Vertrieb Österreich:

MEDOS | Austria

Medos Medizintechnik OG
Löwengasse 3, A-1030 Wien
Tel.: 01 7151474, Fax: 01 7151475
info@medosaustria.at
www.medos.at

SUNSTAR
GUIDOR®

Degradable Solutions AG
Member of Sunstar Group
Wagistrasse 23
CH-8952 Schlieren/Zürich
www.easy-graft.com

Neuer Standard: Zahnfleischpflege

Mit parodoc® PROIMPLANT® Periimplantitis vorbeugen.

An etwa einem Drittel aller Implantate können im Laufe der Zeit periimplantäre Infektionen mit Knochenverlust auftreten. Implantatträgern droht mit der Periimplantitis eine Entzündung des periimplantären Hart- und Weichgewebes, die

Unterschied dazu ein eher stellenspezifisches Muster des Vorkommens. Hinzu kommt, dass ein Implantat hinsichtlich der Immunabwehr schlechter gestellt ist als ein Zahn, da die „Abwehrkompetenz“ fehlt. Die Ursache der Periimplantitis ist häufig auf eine ungenügende Mundhygiene des Patienten zurückzuführen und kann durch prophylaktische Maßnahmen zusammen mit einer Antibiotikatherapie behandelt werden.

Mit parodoc® PROIMPLANT® steht jetzt eine niedrigdosierte Chlorhexidin-Lösung zur täglichen Zahnfleischpflege und Vorbeugung von Periimplantitis zur Verfügung. parodoc® kombiniert 0,06% Chlorhexidin mit Xylit, Fluorid und den bekannten ätherischen Ölen von Salbei und Nelke. Der angenehm milde Geschmack führt zu einer hohen Compliance. Anwendungsstudien zeigen eine hohe Patientenzufriedenheit, gepaart mit einer geringen Verfärbungstendenz. **PT**



auch noch lange nach der Insertion zum Implantatverlust führen kann. Die Periimplantitis verläuft ähnlich wie an natürlichen Zähnen die Parodontitis, zeigt jedoch im



guterrat Gesundheitsprodukte KG
Tel.: +43 512 296002
www.doclabor.com

Früherkennung von Gewebeabbau

Tests als Entscheidungshilfe für die weitere systematische Parodontaltherapie.

Die Matrix-Metalloproteinase-8 (aMMP-8) ist eine Proteinase, ein Enzym, welches bei Parodontitis und Periimplantitis in seiner aktivierten Form für den Abbau von Kollagen, also Gewebestrukturen verantwortlich ist.

Bei einer Parodontitis und Periimplantitis ist die aktive Form der aMMP-8 Teil der Entzündungskaskade und für den Abbau parodontalen Gewebes verantwortlich. Durch aMMP-8 werden die Kollagenfasern des Zahnhalteapparates zerstört.

Mit dem PerioMarker® aMMP-8-Test können erhöhte Konzentrationen der aMMP-8 in oralen Proben nachgewiesen werden. Diese sind ein Indikator (Biomarker) für die oben genannten Abbauprozesse und korrelieren epidemiologisch mit klinisch gesunden und parodontal erkrankten Patienten. Damit sind die Tests eine wichtige Entscheidungshilfe für die weitere systematische Parodontaltherapie.

Die Universität Helsinki und Medix Biochemica Oy, Helsinki, stellen (im Rahmen der Entwicklung von Therapeutika zur Inhibierung der Aktivierung von Proteinasen) monoklonale Antikörper (MAK) her, welche vorrangig die aMMP-8 erfassen und diagnostizieren. Vorausgesetzt, dass diese beiden hochspezifischen MAKs zur Diagnose von Sulkusfluidproben eingesetzt werden, lassen sich grundlegende Aussagen treffen, wie dies in einer Vielzahl internationaler Publikationen belegt ist. So können gesunde Patienten durch die Diagnose von MMP-8 im Sulkusfluid signifikant

von Patienten mit Gingivitis und dem Risiko zur Entwicklung oder Progression einer Parodontitis unterschieden werden.

Bei Parodontitis-Patienten ist das Enzym aMMP-8 nicht nur in Sulkusfluid, sondern auch im Serum maßgeblich erhöht. Diese Studie erscheint besonders interessant und kann ein Hinweis auf die bekannten Wechselwirkungen parodontaler Entzündungen mit systemischen Erkrankungen sein.



In einer Studie mit 28 Patienten mit chronischer PA und 22 Kontrollpatienten konnten Marcaccini et al.¹ zeigen, dass selbst die Serumkonzentration der Matrix-Metalloproteinasen (MMP-8, MMP-9) bei CPA bemerkenswert erhöht waren und nach geschlossener PA-Therapie innerhalb von drei Monaten gesenkt werden konnten.

Die Tests sind seit Ende 2012 unter dem Namen Periomarker-Praxistest über Hager & Werken auf dem deutschen und österreichischen Markt erhältlich. **PT**

Hager & Werken GmbH & Co. KG
Tel.: +49 203 99269-0
www.hagerwerken.de

¹ Marcaccini et al.: Circulated matrix metalloproteinase-8 (MMP-8) and MMP-9 are increased in chronic periodontal disease and decrease after non-surgical periodontal therapy. Elsevier, Clin Chim Acta. 2009 Nov; 409(1-2):117-22. doi: 10.1016/j.cca.2009.09.012. Epub 2009 Sep 12.

ANZEIGE



PUSH

DANUBE PRIVATE UNIVERSITY
Fakultät Medizin/Zahnmedizin

MASTER OF SCIENCE KIEFERORTHOPÄDIE (M. SC.)



EINE UNIVERSITÄRE WEITERBILDUNG FINDET WELTWEIT GROSSE ANERKENNUNG

Das enorme Fachwissen, die große Allgemeinbildung und die Begeisterungsfähigkeit für das Fach Kieferorthopädie haben bisher rund 500 praktizierende Zahnärzte aus aller Welt bewegt, den Master of Science Kieferorthopädie (M. Sc.) in deutscher oder englischer Sprache unter der wissenschaftlichen Leitung von Herrn Prof. Dr. Dr. Dieter Müßig, dem amtierenden Rektor der Danube Private University (DPU), zu absolvieren.

Wer kieferorthopädisch behandeln will, ist gut beraten, sich an den beeindruckenden Danksagungen der Studierenden zu diesem Master of Science-Studiengang zu orientieren. Diese bestätigen, dass das schwierige Fach Kieferorthopädie mit viel Einfühlungsvermögen und höchster wissenschaftlicher Kompetenz durch Herrn Professor Müßig exzellent vermittelt wurde. Durch diese Ausbildung erhielten praktizierende Zahnärzte die Chance, neue Wege für eine fundamentierte kieferorthopädische Behandlungsmöglichkeit ihrer Patienten zu finden, die in allen Facetten State of the Art impliziert.

Die Studiengänge orientieren sich in Inhalt, Aufbau und Umfang an den Curricula für Kieferorthopädie der Landes Zahnärztekammern Bayern und Hessen, mit denen sie weitgehend identisch sind. Sie sind deshalb für Zahnärztinnen und Zahnärzte, die in Praxen mit speziell kieferorthopädischer Ausrichtung arbeiten, wie auch für Kolleginnen und Kollegen, die ihr Wissen und ihre Kenntnisse auf diesem Gebiet wissenschaftlich fundieren möchten, geeignet.

Anfänger werden in einem Extramodul am Anfang des Studiengangs in die Lage versetzt, erste Behandlungen unter Aufsicht des Studiengangleiters zu planen und zu beginnen. Neben den Grundlagen des Fachs wird insbesondere der Behandlung von erwachsenen Patienten und Patienten mit parodontalen und funktionellen Problemen große Bedeutung beigemessen. Für die praktische Umsetzung der vermittelten theoretischen Kenntnisse wird in Hands-on Kursen und in den Fallpräsentationen der Teilnehmer gesorgt.

Voraussetzung zur Teilnahme an einem Studiengang ist neben dem Interesse und der Begeisterung für die Kieferorthopädie die Möglichkeit zur kieferorthopädischen Behandlung von Patienten in der Praxis. Der Studiengang bietet jedem Teilnehmer die Möglichkeit, die kieferorthopädische Behandlung auch in komplexen Behandlungsfällen zu erlernen und in der Praxis umzusetzen.

Über alle fachliche Qualifikation hinaus bietet er auch den Kontakt internationale Kolleginnen und Kollegen kennenzulernen, Freundschaften zu schließen und über den Tellerrand der deutschen Kieferorthopädie hinaus blicken zu können.

Master of Science Kieferorthopädie (M. Sc.)
in deutscher Sprache
Studienort: Bonn, Start: Mai und November 2013

Master of Science Orthodonties (M. Sc.)
in englischer Sprache
Studienort: Krems, Start: März 2013

Interessenten wenden sich an:
Mag. Irene Streit
E-Mail: info@dpu-push.de
Tel.: (+49) 0228 9694 2515, Fax: (+49) 0228 469051



Start: Paro-Curriculum

Qualität und Teamgedanke stehen im Vordergrund.

Der Zahnärztliche Arbeitskreis Kempten kündigt den Start seines nächsten Curriculum Parodontologie im Januar 2014 an. Die Fortbildung besteht aus sieben Modulen. Sie findet an sieben Wochenenden statt und umfasst 13 Seminare. Zudem besteht die Möglichkeit, an Hospitationen und Live-OPs teilzunehmen, die in gesonderten Terminen vereinbart werden können.

Neben den theoretischen Grundlagen (Ätiologie, Anatomie, Mikrobiologie, Immunologie etc.) stehen vor allem praktische Übungen im Vordergrund. Zudem werden Kieferorthopädie und Hygiene einbezogen. Aber auch betriebswirtschaftliche Aspekte bleiben nicht außen vor.

Intensive gemeinsame Falldiskussionen im Team bieten Hilfe und Anregungen für die tägliche Praxis. Ein Höhepunkt ist sicherlich der zweitägige Kurs mit Prof. Dr. Dr. h.c. (mult.) Anton Sculean aus Bern, Schweiz, der in Modul V die chirurgische PA-Therapie behandelt.



Den Abschluss der strukturierten Fortbildung bildet im Dezember 2014 ein kollegiales Fachgespräch, bei dem die Teilnehmer jeweils zwei dokumentierte Behandlungsfälle aus eigener Praxis vorstellen und diskutieren können.

Interessenten erhalten weitere Information unter www.zahn.org > Kurse. **PT**

Quelle: Zahnärztlicher Arbeitskreis Kempten e.V.

DVT erhöht Sicherheit in der Implantologie

Expertenempfehlung bestätigt: Carestream Dental unterstützt Prävention periimplantärer Infektionen.

In den Anfang November veröffentlichten Empfehlungen zur Prävention periimplantärer Entzündungen durch eine gesamtheitliche Behandlungsplanung weist das Aktionsbündnis gesundes Implantat auf die Vorteile der

Sicherste Prognose für optimale Implantatposition

Die Autorengruppe aus Praxis und Wissenschaft, zu denen u. a. Prof. Dr. Reiner Mengel, Prof. Dr. Johannes Einwag, Prof. Dr. Marcel Wainwright, Christian Berger, Priv.-Doz. Dr. Dirk Ziebolz und Dr. Sigmund Kopp gehören, kamen in ihren Empfehlungen zu dem Schluss, dass dreidimensionale Röntgenaufnahmen die Abschätzung des vertikalen und horizontalen Knochenangebots verbessern und kritische anatomische Strukturen wie Nervus mandibularis, Sinus maxillaris und Nasenboden besser beurteilbar machen können. Entsprechend der Empfehlungen des Aktionsbündnisses kann eine DVT-Aufnahme insbesondere vor Sinusbodenelevationen

dentalen Volumetomografie für die Implantattherapie hin. Der Imaging-Spezialist Carestream Dental unterstützt das Aktionsbündnis seit 2013 als Premiumpartner und will damit zur Prävention periimplantärer Infektionen beitragen.

„Im Rahmen des Arbeitstreffens zur Verabschiedung der Empfehlungen zur Implantatplanung war sich der Fachbeirat des Bündnisses einig, dass die dreidimensionale Röntgen-diagnostik die Planungssicherheit erhöht und somit die Gefahr von späteren Komplikationen wie periimplantärer Mukositis oder Periimplantitis reduzieren kann“, zieht Dr. Oliver Müller, Co-Autor der Empfehlungen des Aktionsbündnisses und Anwender eines CS 9000 3D, ein Fazit aus seiner Mitarbeit im Fachbeirat.

sinnvoll sein, um anatomische Variationen und pathologische Veränderungen auszuschließen.

„Bei der Planung von Implantaten ist es entscheidend, eine Fehlpositionierung zu vermeiden. Die sicherste Prognose für die optimale Implantatposition ist meiner Einschätzung nach nur mit einer DVT-Aufnahme möglich“, so Dr. Kopp.

Die ungekürzten Empfehlungen zur gesamtheitlichen Implantatplanung stehen unter www.gesundes-implantat.de zum Download bereit und sind über den Außendienst von Carestream Dental zu beziehen. 

Carestream Health Deutschland GmbH

Tel.: +49 711 20707306
www.carestreamdental.de

Prophylaxe-Pulver für alle klinischen Anwendungen

Air-Flow Pulver Plus für sub- und supragingivale Behandlungen.



es sich supragingival zum Reinigen und Polieren der Zähne nutzen. Damit benötigen Anwender in Zukunft nur noch zwei Pulver, um in allen klinischen Situationen effektiv, sicher und mit optimalem Patientenkomfort zu arbeiten. Das Air-Flow Classic Comfort für die schweren supragingivalen Flecken und das Air-Flow Pulver Plus für alles andere. Das Air-Flow Classic Comfort ist genauso effizient wie das altbewährte Classic-Pulver, gleichzeitig aber aufgrund seiner kleineren Korngröße viel angenehmer für den Patienten. 

EMS Electro Medical Systems GmbH

Tel.: +49 89 427161-0
www.ems-company.com

Das neue Air-Flow Pulver Plus von EMS bietet mehrere klinische Vorteile. Es kann subgingival eingesetzt werden, um Biofilm selbst aus tiefsten Zahnfleischtaschen zu entfernen. Auch lässt

Intensivtherapie bei tiefen Taschen

Reduktionen von durchschnittlich 2 mm in 8 Wochen möglich.

Tiefe parodontale und periimplantäre Taschen können auch ohne chirurgischen Eingriff oder Antibiotika schnell und erfolgreich minimiert und in den Beobachtungsstatus gehoben werden. Dies bewies ein Wissenschaftsteam um Prof. Eli Machtei der Universität Haifa, Israel.

Sechzig PA-Patienten wurden zwei Monate lang wöchentlich PerioChips eingesetzt und so im Durchschnitt eine Taschentiefenreduktion von mehr als 2 mm erzielt. Ein ähnliches Protokoll wurde auch bei einer Periimplantitisstudie angewandt. Für das Krankheitsbild der Periimplantitis gibt es noch kein Behandlungsprotokoll, das konstant genutzt wird. Mit dem PerioChip®-Intensivprotokoll wurden im Schnitt über 2 mm Taschentiefenreduktion erzielt und es konnten Implantate erhalten werden.

PerioChip® ist ein Lokalanästhetikum, das in der PA-Therapie und Prophylaxe eingesetzt wird. Ein Chip trägt 36% Chlorhexidin auf einer Gelatinematrix und wird nach dem Debridement einfach mit der Pinzette in Taschen ab 5 mm lokal appliziert. Das Slow-Release-System hält die CHX-Konzentration in der Tasche mindestens sieben Tage über der minimalen



Hemmkonzentration (MHK) von 125 µg/ml und eliminiert hartnäckige paropathogene Keime. Ebenso verhindert PerioChip® die schnelle Neubesiedelung von Bakterien. Nach sieben Tagen ist der Chip aufgelöst, die Tasche bleibt aber bis zu elf Wochen keimfrei. PerioChip® ist ein reines Antiseptikum und bildet im Gegen-

satz zu Antibiotika keine Resistenzen. Nebenwirkungen sind selten, da Chlorhexidin allgemein gut verträglich ist. Daher ist PerioChip® ideal und signifikant effektiv in der Behandlung von chronischer Parodontitis geeignet.

Nach Schätzung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGParo) sind noch immer ca. 30 Millionen Parodontitisfälle in Deutschland unbehandelt. Vor allem bei Taschen ab 5 mm Tiefe empfiehlt es sich, zusätzlich Arzneimittel zu verwenden, damit alle Bakterien eliminiert werden, das Zahnfleisch sich regeneriert und der Zahn stabilisiert wird. 

Dexcel® Pharma GmbH

Tel.: 0800 2843742
www.periochip.de



ANZEIGE

Implantologie

Hohlraumversiegelung für Implantate



GapSeal®

Der entscheidende Beitrag gegen Periimplantitis

- Versiegelt keimdicht die Spalten und Hohlräume von Implantaten
- Verhindert so dauerhaft das Eindringen von Keimen in die Hohlräume und die Reinfektion des periimplantären Gewebes
- Beseitigt so wirksam eine Hauptursache der Periimplantitis
- Seit über 16 Jahren an der Universität Düsseldorf erfolgreich im klinischen Einsatz
- Einfach in der Handhabung und Applikation durch speziellen Applikator



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

